

RELATÓRIO DE GESTÃO

HEMODINÂMICA DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

1º QUADRIMESTRE 2025



HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA E TRAUMA
DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PB SAÚDE
FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RELATÓRIO DE GESTÃO: Hemodinâmica do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes: 1º Quadrimestre 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 1º Quadrimestre de 2025, comparando-os às metas propostas no plano de trabalho e firmadas em contrato.

CAMPINA GRANDE-PB

2025

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Procedimentos em Cardiologia Intervencionista realizados.	10
Gráfico 2 – Número de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Neurorradiologia realizados.....	11
Gráfico 3 – Número de Procedimentos Endovasculares realizados.....	11
Gráfico 4 – Total de procedimentos realizados.....	11
Gráfico 6 – Indicador da TxPSOEA no 3º Quadrimestre de 2024.....	13
Gráfico 7 – Indicador da Taxa de Mortalidade.	14
Gráfico 8 – Indicador da Taxa de Disponibilidade de Laudos.....	15
Gráfico 9 – Indicador de Taxa de Absenteísmo.....	16
Gráfico 10 – Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.	18
Gráfico 11 – Taxa de Identificação de Pacientes.	19
Gráfico 12 – Net Promoter Score.....	20
Gráfico 12 – Índice de Despesas Administrativas no 1º Quadrimestre e evolução anual.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados gerais da Hemodinâmica do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande-PB, Brasil, 2023.	9
--	---

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Capacidade Instalada no serviço de Hemodinâmica do HETDLGF.....	9
--	---

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
HETDLGF	Hospital de Emergência e Trauma dom Luiz Gonzaga Fernandes
HMDJMP	Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PBSAÚDE	Fundação Paraibana de Gestão em Saúde
SES-PB	Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
URPA	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DA HEMODINÂMICA DO HETDLGF	8
1.2	OS PROCESSOS DE TRABALHO E DE CUIDADO.....	8
1.2.1	Capacidade Instalada e Operacional	9
2	GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	10
2.1	PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DA HEMODINÂMICA	10
3	INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO	12
3.1	TAXA DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS SEM A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS (TxPSOEA).....	12
3.2	TAXA DE MORTALIDADE (TxM)	13
3.3	TAXA DE DISPONIBILIDADE DE LAUDO (TxDL)	14
3.4	TAXA DE ABSENTEÍSMO DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS AGENDADOS (TxAB).....	15
3.5	DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS).....	17
3.6	TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE (TxIP).....	18
3.7	NET PROMOTER SCORE® (NPS®).....	19
3.8	ÍNDICE DE DESPESAS ADMINISTRATIVAS (IDA)	21
4	CONCLUSÕES.....	22

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 de número 043/2023, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), 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 serviço de Hemodinâmica do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF).

O presente relatório de gestão expõe os resultados quantitativos (resultados numéricos de indicadores apresentados em tabelas e gráficos) e qualitativos (atividades desenvolvidas, atas, fotografias e informações apresentadas em quadros) no período em questão. Além disso, este 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 da Hemodinâmica do HETDLGF no 1º Quadrimestre de 2025, no contexto das metas estratégicas e indicadores firmados em plano de trabalho e as análises do comportamento destas variáveis.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DA HEMODINÂMICA DO HETDLGF

O serviço teve início em 22 de agosto de 2022 no referido Hospital, localizado na cidade de Campina Grande-PB. Os atendimentos abrangem os serviços assistenciais de cardiologia, neurorradiologia e procedimentos endovasculares. Nos horários noturnos e em finais de semana o serviço está reservado para as urgências, funcionando, portanto, 24 horas por dia. Toda a admissão dos usuários se dá por meio de regulação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Os agendamentos eletivos são gerenciados pela Central de Agendamentos da PBSAÚDE, via Secretaria Estadual de Saúde, ao passo que os procedimentos de urgência são regulados pelo Coração Paraibano.

1.2 OS PROCESSOS DE TRABALHO E DE CUIDADO

O serviço de Hemodinâmica do HETDLGF encontra-se inscrito e ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), vinculado à SES. Os dados gerais da unidade são apresentados a seguir:

Quadro 1 – Dados gerais da Hemodinâmica do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande-PB, Brasil, 2023.

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Localização: Av. Mal. Floriano Peixoto, n 4700, Malvinas.

Município: Campina Grande.

UF: Paraíba.

Categoria Do Hospital: Hospital de Emergência e Trauma.

Região Metropolitana: Campina Grande, cidades adjacentes e interior do Estado da Paraíba.

CNES: 2362856

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Esfera Administrativa: Unidade estadual pertencente à SES/PB, cujo setor de Hemodinâmica é gerenciado pela Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PBSAÚDE) desde 22 de agosto de 2022.

Contrato de Gestão: n° 0043/2023.

Fonte: Documento administrativo da PBSAÚDE.

1.2.1 Capacidade Instalada e Operacional

No último mês do 1º quadrimestre de 2025, o serviço de hemodinâmica do HETDLGF contava com uma capacidade hospitalar instalada de 24 leitos (100%), dispondo dos 24, com capacidade hospitalar operacional de 100,00% (Tabela 1).

Tabela 1 – Capacidade Instalada no serviço de Hemodinâmica do HETDLGF.

SETOR	GESTÃO DE LEITOS – 2024				Capacidade Hospitalar Operacional (%)
	Capacidade Hospitalar Instalada	Leitos Operacionais	Leitos Operacionais de Isolamento	Leitos Bloqueados	
Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) – Hemodinâmica	4	4	-	-	100,00
UTI	10	10	-	-	100,00
Enfermaria	10	10	-	-	100,00
Total	24	24	-	-	100,00

Fonte: Gestão de Leitos do HETDLGF e Núcleo Interno de Regulação.

2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

2.1 PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DA HEMODINÂMICA

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

Houve 1.367 procedimentos, representando 42,40% a mais que a meta pactuada (gráficos 1-4).

Causa

Todos as áreas assistenciais intervencionistas superaram suas metas pactuadas, com destaque para os procedimentos da endovascular que ultrapassaram a meta em 94,38%, quase o dobro do esperado. A cardiologia ultrapassou a meta em 22,77% e neurorradiologia em 80,47%. Os procedimentos da cardiologia foram afetados por uma variação, em princípio sazonal, observada nos dois primeiros meses do ano, quando o quantitativo de procedimento tende a cair. Tal variação também foi observada nos anos anteriores, em 2023 e 2024.

Ação

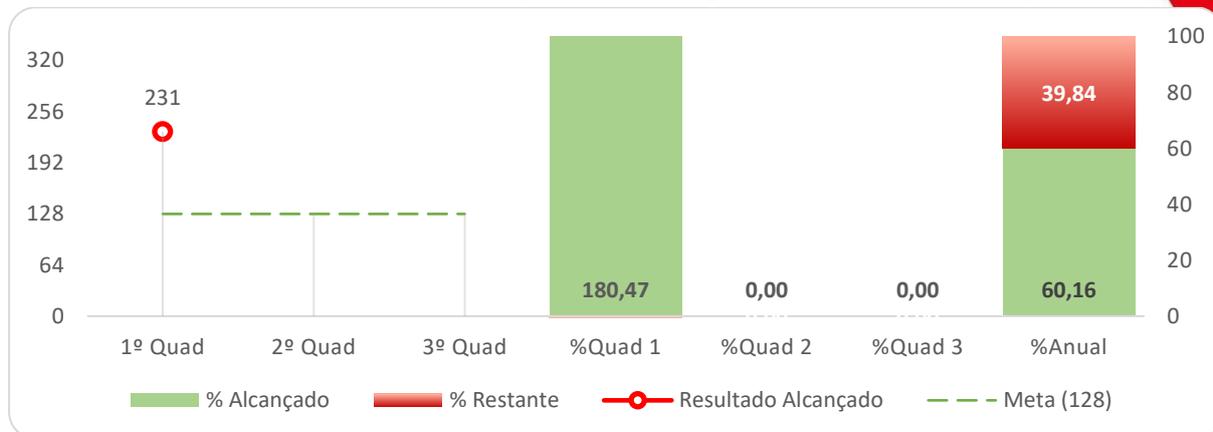
Continuar a manter as atuais estratégias de trabalho, acompanhar os resultados semanalmente realizando previsões e se antecipar a resultados desfavoráveis desenvolvendo iniciativas resolutivas.

Gráfico 1 – Número de Procedimentos em Cardiologia Intervencionista realizados.



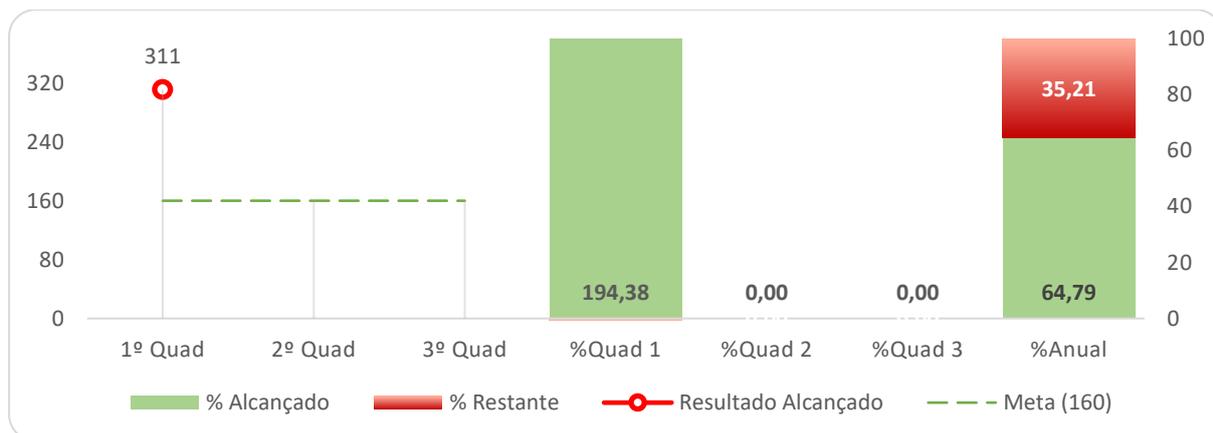
Fonte: Planilha de Metas Hospitalares da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

Gráfico 2 – Número de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Neurorradiologia realizados.



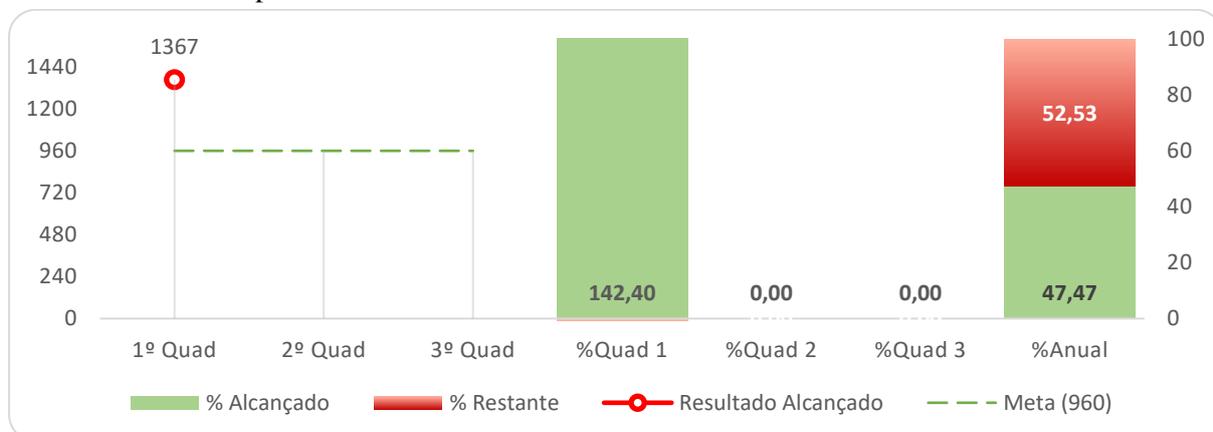
Fonte: Planilha de Metas Hospitalares da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

Gráfico 3 – Número de Procedimentos Endovasculares realizados.



Fonte: Planilha de Metas Hospitalares da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

Gráfico 4 – Total de procedimentos realizados.



Fonte: Planilha de Metas Hospitalares da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3 INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO

3.1 TAXA DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS SEM A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS (TXPSOEA)

Averigua o índice de procedimentos realizados sem nenhuma intercorrência. O indicador é medido considerando a quantidade de pacientes submetidos aos procedimentos, não o total de procedimentos. Quanto mais próximo de 100%, melhor:

$$TxPSOEA = \frac{\sum \text{de pacientes submetidos ao procedimento sem que tenha ocorrido eventos adversos}}{\sum \text{de pacientes submetidos ao procedimento}} \times 10^2$$

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

A TxPSOEA verificada manteve resultado positivo, próximo à meta de 100,00% (gráfico 5).

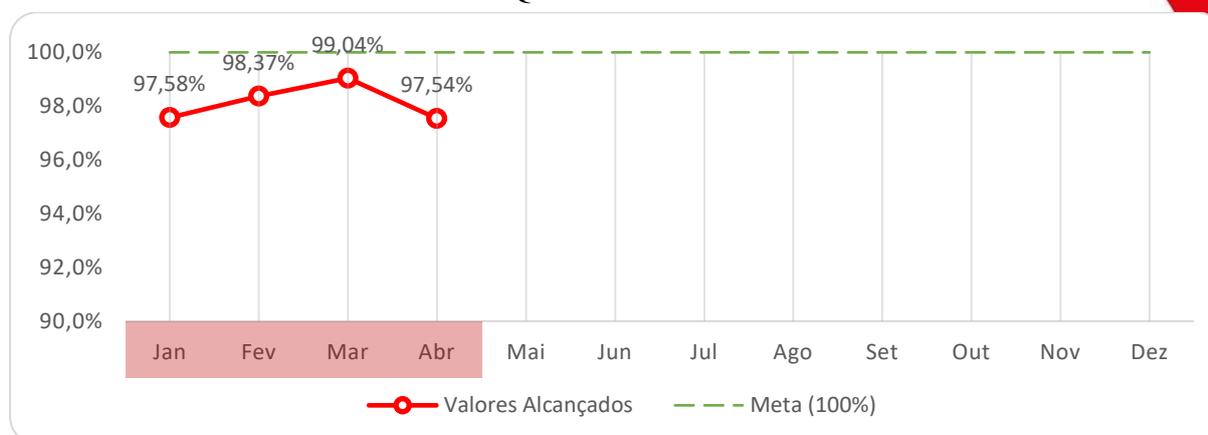
Causa

A principal causa de eventos adversos foi a ocorrência de sangramentos pós procedimentos nos locais de punção. Em todas as ocorrências houve a rápida ação da equipe por meio do diagnóstico e intervenção para promover a hemostase. Devido à gravidade clínica dos pacientes admitidos no setor, muitos destes em situação de urgência, dentre os eventos adversos também foram observados óbitos.

Ação

Consolidar junto à equipe de saúde a necessidade de monitoramento dos eventos adversos junto aos pacientes, capacitar as equipes para identificar e notificar tais eventos.

Gráfico 5 – Indicador de TxPSOEA no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.2 TAXA DE MORTALIDADE (TXM)

Averigua o índice de mortes na hemodinâmica durante ou até sete dias após o pós-operatório. Quanto menor, melhor:

$$TxM = \frac{\sum \text{de óbitos trans - operatório ou até sete dias após o pós - operatório}}{\sum \text{de pacientes submetidos a procedimentos}} \times 10^2$$

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

A TxM verificada ficou acima da meta pactuada apenas no mês de janeiro (gráfico 6).

Causa

Os óbitos ocorreram em decorrência da complexidade e gravidade dos quadros clínicos dos pacientes admitidos, dentre os quais se podem citar diagnósticos como doença coronariana multiarterial, paciente pós-PCR, infartos do miocárdio evoluídos, traumatismos cranianos, AVEH, AVEI, sepse, pacientes com importantes comorbidades descompensadas (DM, HAS, insuficiência renal crônica, DPOC exacerbada, tabagismo de longa data, cardiomegalia decorrente de HAS não tratada e fração de ejeção limítrofe). No mês de janeiro quatro pacientes evoluíram a óbito enquanto estavam internados na UTI e um paciente evoluiu a óbito

imediatamente após o procedimento, estando ainda na hemodinâmica. A menor quantidade de procedimentos realizados tende a influenciar no aumento do valor do indicador.

Ação

Realizar o monitoramento contínuo dos indicadores estratégicos; acompanhar as taxas de mortalidade ao longo do tempo buscando tendências ou padrões que possam indicar a necessidade de revisão dos protocolos ou práticas adotadas. Realizar uma avaliação detalhada das condições clínicas dos pacientes no momento da admissão e durante o acompanhamento, utilizando sistemas como o APACHE II ou SAPS II, para entender melhor o risco de morte e estabelecer medidas preventivas. Envolver a equipe de qualidade na análise dos óbitos para identificar oportunidades de melhoria nos processos clínicos e administrativos.

Gráfico 6 – Indicador da Taxa de Mortalidade no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.3 TAXA DE DISPONIBILIDADE DE LAUDO (TXDL)

Indicador que monitora a taxa de laudos de tomografia computadorizada disponibilizados em tempo previsto. Quanto mais próximo de 100%, melhor:

$$TxDL = \frac{\sum \text{de tomografias computadorizadas disponibilizadas em tempo previsto}}{\sum \text{das tomografias computadorizadas realizadas}} \times 10^2$$

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

Todos os laudos foram entregues em tempo hábil (gráfico 7).

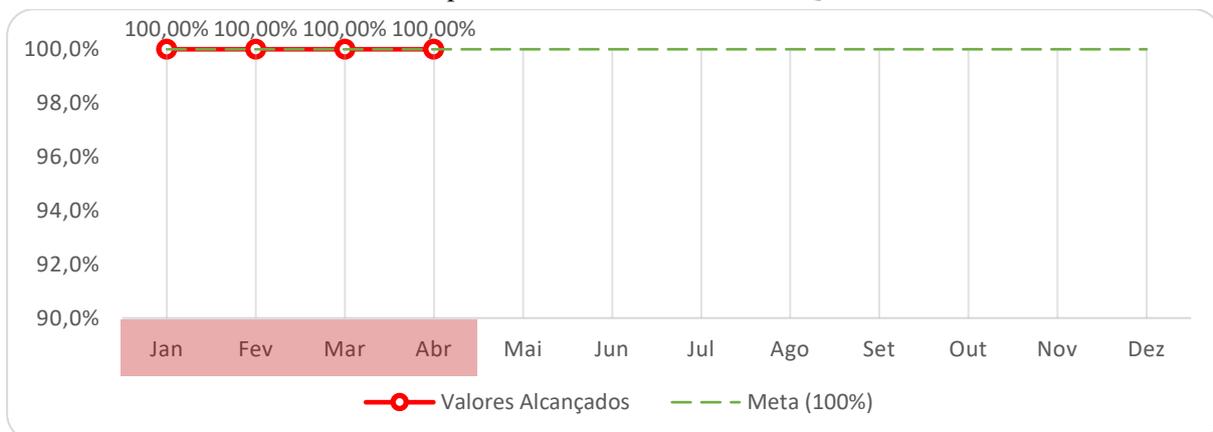
Causa

O sistema informatizado possibilita o rápido lançamento do laudo e acesso ao seu conteúdo pelas unidades assistenciais. Os laudos são importantes para a tomada de decisão médica no concernente tratamento e, por isso, há um comprometimento dos profissionais com a rápida emissão destes documentos.

Ação

Manter os atuais fluxos e dinâmica de trabalho.

Gráfico 7 – Indicador da Taxa de Disponibilidade de Laudos no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.4 TAXA DE ABSENTEÍSMO DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS AGENDADOS (TXAB)

Acompanha o absenteísmo nos procedimentos eletivos que foram agendados na hemodinâmica e que não foram realizados devido à ausência do paciente no serviço. Este indicador considera a quantidade de procedimentos, não o total de pacientes, visto que um mesmo paciente pode ser submetido a mais de um procedimento. Quanto menor, melhor:

$$Tx_{AB} = \frac{\text{Total de procedimentos agendados que não foram realizados}}{\text{Total de procedimentos agendados}} \times 10^2$$

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

Houve uma curva crescente de absenteísmo observada a partir de janeiro (gráfico 8).

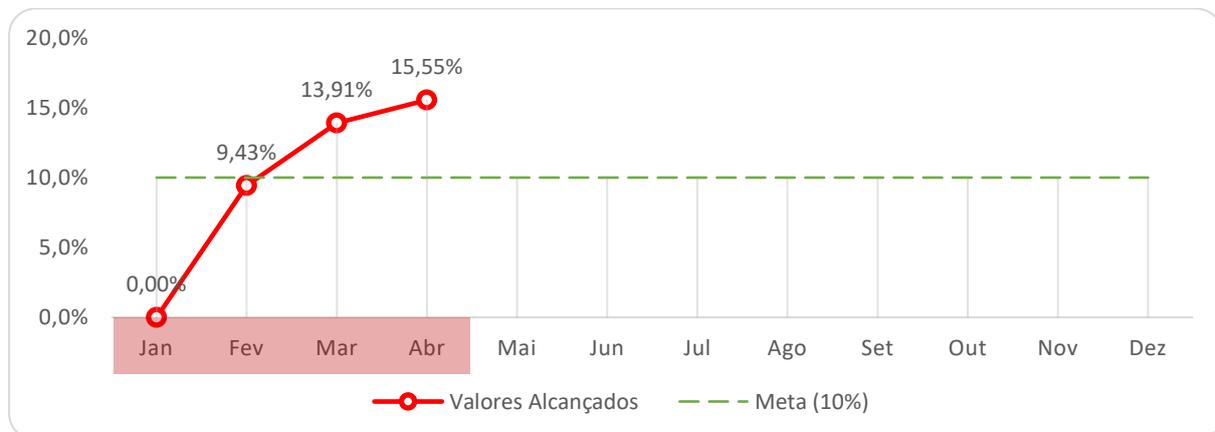
Causa

Ao passo que a quantidade de procedimentos realizados aumentou, houve também o aumento do absenteísmo. Foram observados zero, 15, 32 e 37 pacientes que não compareceram ao serviço nos meses de janeiro a abril. O número de absenteísmo tende a aumentar ao passo que o número de procedimentos também aumenta, todavia estratégias para a redução das ausências no serviço estão sendo desenvolvidas.

Ação

O NIR adotou estratégia de ligar para o paciente eletivo um dia antes do procedimento, mediante contato fornecido pela central de agendamentos, para confirmar sua vinda ao hospital para a realização do exame. A expectativa é que esta estratégia contribua para a redução no número de absenteísmos.

Gráfico 8 – Indicador de Taxa de Absenteísmo no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.5 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)

Verifica a densidade de incidência em infecção relacionadas à assistência à saúde no setor. O resultado informa o risco de contrair IRAS por 1.000 pacientes-dia. Quanto menor, melhor:

$$IRAS = \frac{\text{Total de casos de IRAS no período}}{\sum \text{dos pacientes} - \text{dia no período}} \times 10^3$$

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

A densidade de infecção permaneceu dentro da expectativa da meta pactuada (gráfico 9).

Causa

A alta rotatividade no setor de internação, associada às práticas de monitoramento e controle de infecção (p.ex.: instituição do protocolo de culturas de vigilância, monitoramento do preenchimento dos *bundles*, identificação de dispositivos, fortalecimento da política de segurança do paciente) têm contribuído para a permanência do indicador dentro da meta pactuada.

Ação

Continuar promovendo capacitações para evitar infecções relacionadas à assistência, aperfeiçoar as auditorias no setor visando à melhoria no processo de coleta de informação e da assistência prestada aos pacientes.

Gráfico 9 – Densidade de IRAS no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.6 TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE (TXIP)

Monitora a taxa de pacientes identificados no momento da sua internação ou em todas as vezes que sua identificação foi trocada/substituída. Quanto maior, melhor:

$$TxIP = \frac{\text{Total de pacientes com pulseira de identificação}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 10^2$$

ANÁLISE CRÍTICA

Fato

O indicador manteve-se abaixo da expectativa de meta (gráfico 10).

Causa

O método de coleta dos dados de identificação do paciente por meio de pulseiras foi alterado. Anteriormente realizado por estimativas, agora é realizado por meio de inspeção diária, o que contribui para um resultado mais fidedigno. Devido à melhoria no mecanismo de fiscalização, é natural que o indicador tenda à decrescer em relação à meta pactuada.

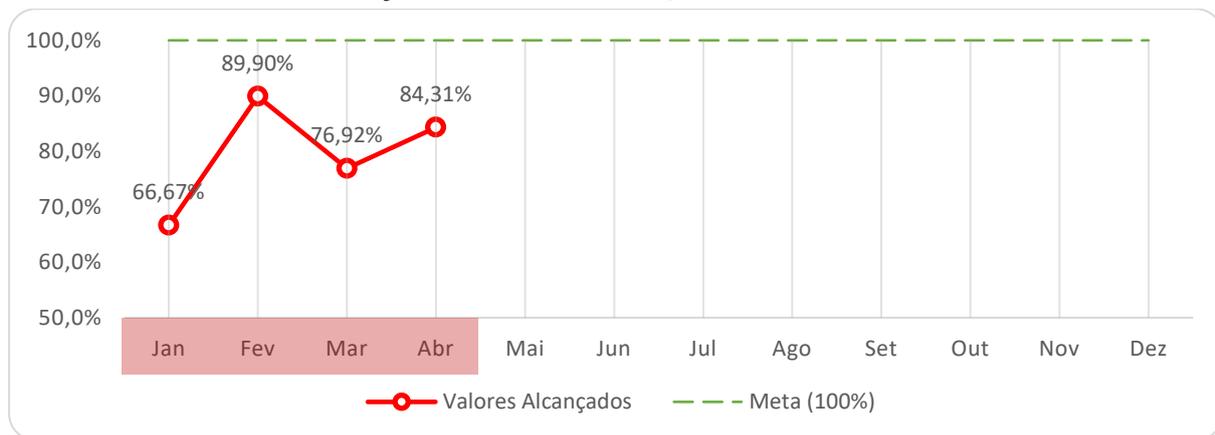
Capacitações e orientações semanais têm sido feitas às equipes de saúde a fim de preservarem a identificação do paciente ou sinalizar quando este chega ao setor sem a identificação. A visita diária ao setor também tem contribuído para melhorar a observância deste requisito (da pulseira) e as equipes de saúde têm demonstrado comprometimento com a

meta 01 do Núcleo de Segurança do Paciente, como observado nos meses subsequentes a janeiro.

Ação

Garantir que todos os pacientes atendidos no HETDLGF tenham identificação, minimizando riscos adequados relacionados à falta de pulseiras de identificação e melhorando a segurança do paciente. Continuar monitorando a identificação dos pacientes almejando assegurar, dentro das possibilidades, o máximo de identificação de pacientes possível por meio de pulseiras.

Gráfico 10 – Taxa de Identificação de Pacientes no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.7 NET PROMOTER SCORE® (NPS®)¹

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:

¹ 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.

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

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 NPS permaneceu dentro da expectativa da meta pactuada (gráfico 11).

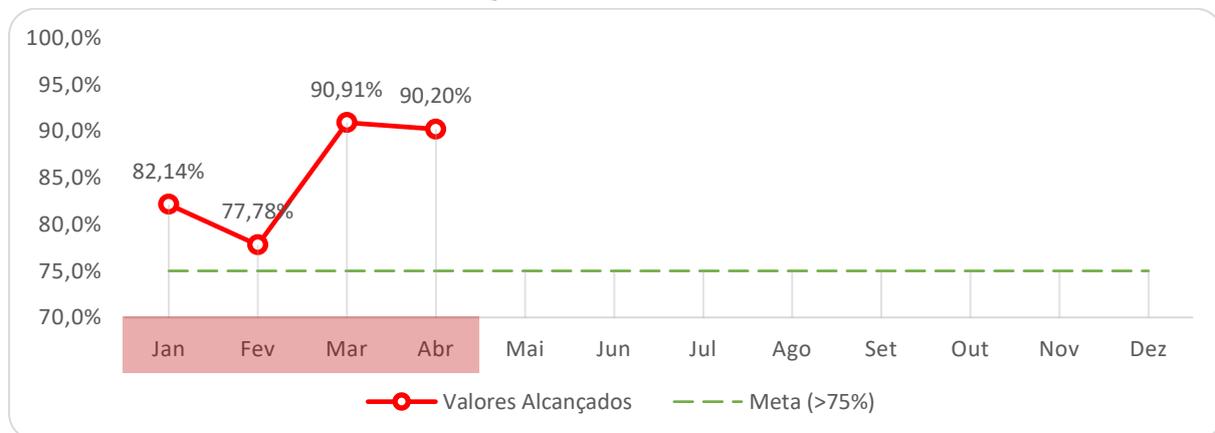
Causa

A qualidade assistencial fornecida tem sido destacada pelos pacientes (ou seus familiares) para justificar a aprovação do serviço. As pesquisas de satisfação têm sido aplicadas antes da entrega dos laudos dos exames como forma de garantir um quantitativo significativo de dados para compor o indicador.

Ação

Manter os atuais fluxos e dinâmica de trabalho.

Gráfico 11 – Net Promoter Score no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Planilha de Indicadores Assistenciais da Hemodinâmica do HETDLGF, 2025.

3.8 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

Apresentou média quadrimestral de 16,80%, se comportando acima da meta estabelecida ($\leq 5\%$) (gráfico 12).

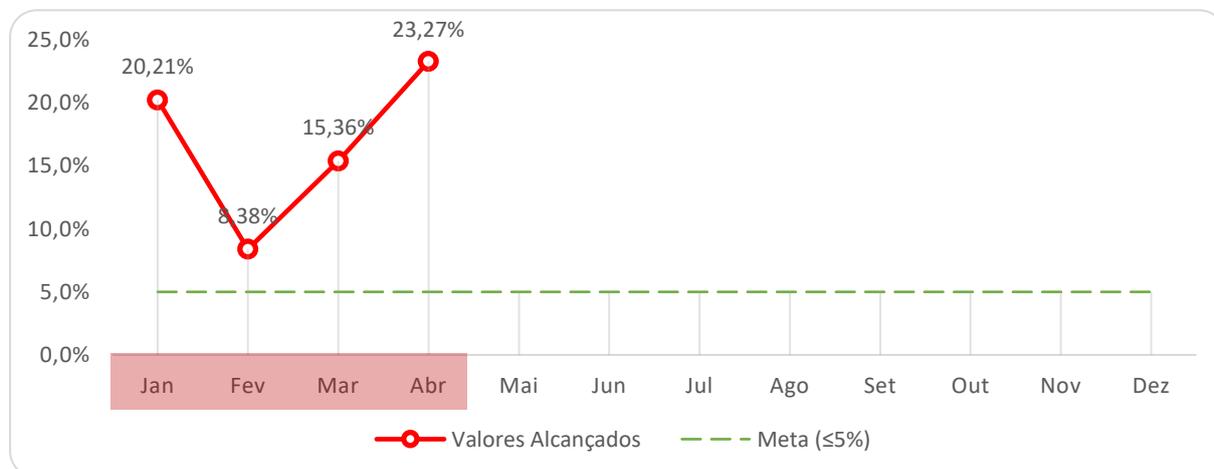
Causa

A Gerência Executiva de Finanças e Contabilidade - GEFC da PBSAÚDE comunicou que os dados apresentados são preliminares, podendo sofrer reajustes, bem como que a meta estabelecida para este indicador não reflete o perfil da Fundação, uma vez que o objetivo desta não é o lucro, devendo ser revisada.

Ação

Manter o monitoramento contínuo dos indicadores estratégicos. Continuar com o gerenciamento eficaz e acompanhamento dos resultados dos dados estratégicos

Gráfico 12 – Índice de Despesas Administrativas no 1º Quadrimestre de 2025.



Fonte: Gestão Financeira da PBSAÚDE.

4 CONCLUSÕES

O presente relatório é resultante de análise cuidadosa dos indicadores da Hemodinâmica do HETDLGF que são acompanhados pelo Núcleo de Ações Estratégicas (NAE) da PBSAÚDE, Núcleo de Ações Estratégicas e Qualidade Hospitalar (NAQH) do HETDLGF, Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HETDLGF, Coordenações Assistenciais e Coordenação Administrativa, com foco na prestação qualificada dos serviços, atendendo às normas vigentes e ao interesse público, visando à melhoria da qualidade e a satisfação do usuário assistido, como também o alcance das metas pactuadas no contrato de gestão N° 043/2023.

No 1º quadrimestre de 2025 foi constatado o cumprimento de todas as metas pactuadas para a realização de procedimentos, seja a meta geral de procedimentos, sejam as metas específicas de cardiologia, neurorradiologia e endovascular. Apesar de terem sido observados resultados inferiores aos da meta de cardiologia nos dois primeiros meses do ano, a avaliação é que a queda do número de procedimentos reflita uma tendência sazonal (a ser investigada). Além disso, este fenômeno não comprometeu o resultado geral.

Em relação aos indicadores, eventos adversos possuem alta probabilidade de ocorrer devido ao perfil do paciente atendido. Ainda assim, a taxa de procedimentos sem ocorrência de eventos adversos apresentou resultados significativamente positivos. Houve aumento na taxa de absenteísmo à medida que o número de procedimentos realizados também aumentou. Quanto à identificação do paciente, os resultados ainda são insuficientes pensando em segurança do paciente, mas têm apresentado melhora ao passo que orientações e capacitações têm sido desenvolvidas.

A equipe do HETDLGF e a PBSAÚDE se encontram à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas referentes a este relatório.