

2. ASPECTOS GERAIS DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas anual, no que se refere às metas de qualidade, será apresentada de forma estratificada, considerando que, a partir de julho de 2025, houve a inclusão de novos indicadores, a retirada de indicadores anteriormente pactuados, bem como alterações relevantes na maioria dos indicadores remanescentes e na metodologia de apuração e validação.

Nesse contexto, os indicadores que não sofreram alterações ao longo do exercício serão apresentados de forma anual. Já os indicadores novos, os indicadores retirados e aqueles impactados por mudanças nos parâmetros e/ou na metodologia, em decorrência de alteração contratual, terão sua apresentação realizada de forma semestral, em conformidade com o novo regramento pactuado.

3. QUADRO RESUMO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS VALORADOS

INDICADORES QUANTITATIVOS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E PROCEDIMENTOS				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META ANUAL	PRODUÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Realização de Consultas Médicas	Total de atendimento médico ambulatorial	9.000	7.261	80,68%
Saídas Hospitalares	Total de saídas hospitalares	6.000	6.819	113,65%
Atendimentos de Urgência e Emergência	Total de atendimentos/anual	132.000	264.876	200,66%
Cirurgias Realizadas	Eletivas e Urgência/Emergência	1.320	2.241	169,77%

INDICADORES DE QUALIDADE – JANEIRO A JUNHO DE 2025				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Acolhimento com Classificação de Risco	Acolhimento ao paciente e classificação do atendimento em conformidade com os	Envio do relatório de resultados do ACCR	Relatórios Enviados	100%

	protocolos vigentes.			
Satisfação do Usuário	Medir a satisfação do usuário atendido pela unidade e seus acompanhantes	Atingir o valor $\geq 90\%$ de satisfação (n° de pesquisas com respostas positivas x 100/total de pesquisas aplicadas)	8.955	94,6%
Taxa de Resolução de Queixas Recebidas	Aferir a taxa de resolutividade das queixas prestadas pelos usuários da unidade e seus acompanhantes.	Atingir valor $\geq 80\%$ de resolução das queixas prestadas (n° de queixas resolvidas no período x 100/ total do número de queixas recebidas)	19 queixas resolvidas no período	100%
Taxa de Profissionais Médicos Cadastrados no CNES	Garantir que os profissionais médicos que realizam os atendimentos nas unidades estejam devidamente cadastrados no CNES	100% do total de profissionais médicos da unidade cadastrados no CNES	Médicos Cadastrados	100%
Apresentação do Relatório SIA/SUS	Registrar a produção realizada pela Unidade no Sistema SIA/SUS no prazo preconizado pela regulação/SES	Registro de 100% no sistema SIA/SUS, dos atendimentos realizados na unidade, podendo apresentar no máximo 10% de glosas	Produções Enviadas	100%
Apresentação do Relatório SIH/SUS	Registrar a produção realizada pela Unidade no Sistema SIH/SUS no prazo preconizado pela regulação/SES	Registro de 100% no sistema SIH/SUS, dos atendimentos realizados na unidade, podendo apresentar no máximo 10% de glosas	Produções Enviadas	100%
Entrega do Relatório de Prestação de Contas Mensal	Relatório Mensal, enviado à SES, relativo à prestação de contas mensais do Hospital	Envio do Relatório de Prestação de Contas Mensal	Relatórios Enviados	100%
Informação e Transparência	Portal da Transparência da entidade e relatório mensal enviado a SES com as inserções realizadas no Portal da entidade.	Publicar as informações no portal da transparência da entidade de forma individualizada para a unidade hospitalar bem como entregar relatório das respectivas inserções até o 20º dia do mês subsequente à prestação do serviço.	Portal Atualizado	100%

Taxa de Revisão de prontuários de pacientes com classificação de risco vermelho e amarelo	Certificar que os prontuários dos pacientes classificados como vermelho e amarelo foram revisados pela comissão de prontuários	Atingir valor $\geq 90\%$ de revisão dos prontuários classificados como vermelho e amarelo (total de prontuários revisados pela Comissão de Prontuários com classificação de risco vermelho e amarelo x 100/ total de prontuários com classificação de risco vermelho e amarelo)	Prontuários Revisados	100%
Taxa de Revisão de Óbitos	Certificar que os prontuários dos pacientes que vieram a óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbito	Atingir valor $\geq 90\%$ de revisão dos prontuários de óbitos. (total de prontuários revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos x 100/ N° total de óbitos).	Óbitos Revisados	100%
Taxa de Infecção Hospitalar	Medir e avaliar a Taxa de infecção Hospitalar do Hospital	Atingir valor $\geq 7,5\%$ de casos de infecções hospitalares de qualquer tipo ocorridos no período. (N° de casos de infecções Hospitalares de qualquer tipo no período x 100/ N° de Saídas Hospitalares ocorridas no período)	Taxas de Infecções avaliadas	0,53%
Escala Médica de Plantão	Averiguar o cumprimento da escala médica mínima prevista em contrato	Execução da escala médica mensal completa	Escalas Enviadas	100%
Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	Avaliar a execução do plano de educação permanente	Atingir valor $\geq 90\%$ das atividades previstas para o plano de educação permanente (n° total de atividades realizadas x 100/n° de atividades previstas no plano de educação permanente para o período)	Plano Anual Executado	100%

INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)

JULHO A DEZEMBRO DE 2025

TIPO	INDICADOR	META ANUAL	RESULTADO ALCANÇADO
Qualidade da Assistência à Saúde	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta	≤20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias = 3	0,55%
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤4,7 = 4	0,00
		>4,7 e ≤12,6 = 2	
		> 12,6 = 0	
	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI adulto	≤ 7,1 = 4	1,91
		> 7,1 e ≤12,3 = 2	
		>12,3 = 0	
	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI Neonatal	≤ 10,6 = 4	2,40
		>10,6 e ≤20,9 = 2	
		>20,9 = 0	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	≤13,8 = 4	7,83
		>13,8 e ≤25,1 = 2	
		>25,1 = 0	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI Neonatal	≤5,3= 4	5,95
		> 5,3 e ≤9,1 = 2	
>9,1 = 0			
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	≤1,7% = 4	0,71	
	>1,7% e ≤3,5% = 2		
	>3,5% = 0		
Incidência de pacientes com lesão por pressão adquirida no hospital ajustada por risco clínico (Escala de Braden)	A incidência de LPP no grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2% = 4	0,00	
	A incidência de LPP no grupo B	1,53%	

		(Braden ≤ 12) for igual ou inferior a 11,1% (Obs: Com plano de cuidados documentado) = 3	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia	$\leq 2,2$ a cada 1000 pacientes-dia = 3	0,14
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1	Até 0,1% = 4	0%
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	Até 5,4% = 4	0%
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	Até 17,8% = 2	0%
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4	Até 65,4% = 1	0%
	Acolhimento com Classificação de Risco	Enviar o relatório da Classificação de Risco = 3	Relatórios Enviados
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Envio do Relatório de Segurança do Paciente = 4	Relatórios Enviados
Assistência Perinatal Hospitalar	Taxa de cobertura da testagem rápida para sífilis na admissão de gestantes na maternidade	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar = 3	100%
	Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar = 3	100%
	Percentual de Gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento junto com o recém-nascido durante a internação hospitalar	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento	100%

		hospitalar = 3	
	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados = 2	100%
	Proporção de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% das episiotomias realizadas = 3	100%
	Proporção de RN vacinados com 1° Dose de vacina contra hepatite B	Atingir 100% dos RN vacinados nas primeiras 12 horas de vida = 2	100%
	Proporção de RN vacinados com vacina BCG	Atingir 100% dos RN vacinados = 2	96,66%
Eficiência da Gestão Hospitalar	Número de cancelamentos de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente	Envio da Informação Pontuação= 3	Informações Enviadas
	Índice de intervalo de substituição de Leitos	<1,64 dias = 3	0,97 dias
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais = 3	100%
	Proporção de óbitos maternos investigados	Investigar 100% dos óbitos maternos = 3	100%
	Proporção de óbitos fetais analisados	Analisar 100% dos óbitos fetais = 3	100%

Atenção ao Usuário	Satisfação do Usuário	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% = 3	97,76%
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80% ou mais das resoluções de queixas = 3	-
Transparência	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência = 4	100%
Educação Permanente	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	90% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período = 4	100%

4. Realização de Consultas Médicas

O indicador de Realização de Consultas Médicas reflete a quantidade de **consultas médicas ambulatoriais** realizadas pela unidade, mês a mês, nas especialidades previstas contratualmente, com fontes de verificação o SIMAS e o SIA/SUS.

O Contrato de Gestão fica uma meta mensal de 750 consultas médicas ambulatoriais, o que corresponde a um total de 9.000 consultas por ano, o Hospital João Murilo de Oliveira obteve o seguinte resultado anual: