

## 2 . ATIVIDADES CONTRATADAS E INDICADORES (ABRIL DE 2026)

INDICADORES DE PRODUÇÃO/QUANTIDADE				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META MENSAL	PRODUÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
<b>Saídas Hospitalares</b>	Quantidade de AIH's	586	<b>781</b>	<b>133,3%</b>
<b>Realização de Consultas Médicas</b>	Total de atendimento médico ambulatorial	1.000	<b>1.261</b>	<b>126,1%</b>
<b>Realização de Consultas Nível Superior Exceto Médicos</b>	Total de atendimento ambulatorial de profissionais de nível superior, exceto médicos	875	<b>2.819</b>	<b>322,2%</b>
<b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>	Total de atendimentos/mês	8.881	<b>16.659</b>	<b>187,58%</b>
<b>Cirurgias Realizadas</b>	Eletivas e Urgência/Emergência	243	<b>243</b>	<b>100%</b>
<b>Cuida PE</b>	Eletivas	100	<b>96</b>	<b>96%</b>

## 3. QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUALITATIVOS

TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
Qualidade da Assistência à Saúde	<b>Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias</b>	≤20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias Pontuação: 3	0% = 3 pontos
	<b>Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto</b>	≤4,7 = 4	0% = 4 pontos
		>4,7 e ≤12,6 = 2	
>12,6 = 0			

<b>Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica</b>	$\leq 2,7 = 4$	0% = 4 pontos
	$> 2,7 \text{ e } \leq 5,1 = 2$	
	$> 5,1 = 0$	
<b>Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI adulto</b>	$\leq 7,1 = 4$	4% = 4 pontos
	$> 7,1 \text{ e } \leq 12,3 = 2$	
	$> 12,3 = 0$	
<b>Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI pediátrica</b>	$\leq 10,0 = 4$	0% = 4 pontos
	$> 10,0 \text{ e } \leq 17,2 = 2$	
	$> 17,2 = 0$	
<b>Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto</b>	$\leq 13,8 = 4$	6% = 4 pontos
	$> 13,8 \text{ e } \leq 25,1 = 2$	
	$> 25,1 = 0$	
<b>Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica</b>	$\leq 6,1 = 4$	0% = 4 pontos
	$> 6,1 \text{ e } \leq 8,6 = 2$	
	$> 8,6 = 0$	
<b>Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea</b>	$< 1,7\% = 4$	1,35% = 4 pontos
	$> 1,7\% \text{ e } \leq 3,5\% = 2$	
	$> 3,5\% = 0$	
<b>Incidência de pacientes com lesão por pressão adquirida no hospital ajustada por risco clínico (Escala de Braden)</b>	A incidência de LPP no grupo A (Braden $\geq 13$ ) for igual ou inferior a 2,2% = 4	0% = 4 pontos
	A incidência de LPP no grupo B (Braden $\leq 12$ ) for igual ou inferior a 11,1% (Obs: Com plano de	1,8% = 2 pontos

		cuidados documentado) = 2	
	<b>Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia</b>	≤2,2 a cada 1000 pacientes-dia = 3	1,01% = 3 pontos
	<b>Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1</b>	Até 0,1% = 4	0% = 4 pontos
	<b>Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2</b>	Até 5,4% = 4	0% = 4 pontos
	<b>Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3</b>	Até 17,8% = 2	0% = 2 pontos
	<b>Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4</b>	Até 65,4% = 1	0% = 1 ponto
	<b>Acolhimento com Classificação de Risco</b>	Enviar o relatório da Classificação de Risco = 3	100% = 3 pontos
	<b>Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)</b>	Envio do Relatório de Segurança do Paciente = 3	100% = 3 pontos

#### INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)

TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
	<b>Taxa de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto)</b>	Obter 100% das gestantes com acompanhante = 0	94,73%

<b>Assistência Perinatal Hospitalar</b>	<b>Taxa de cobertura da testagem rápida para sífilis na admissão de gestantes na maternidade</b>	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar = 3	100% = 3 pontos
	<b>Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade</b>	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar = 3	100% = 3 pontos
	<b>Percentual de Gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento junto com o recém-nascido durante a internação hospitalar</b>	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar = 3	100% = 3 pontos
	<b>Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada</b>	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados = 2 pontos	100% = 2 pontos
	<b>Proporção das episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada</b>	Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas = 2 pontos	100% = 2 pontos
	<b>Proporção de RN vacinados com 1º Dose de vacina contra hepatite B</b>	Atingir 100% dos RN vacinados nas primeiras 12 horas de vida = 2 pontos	100% = 2 pontos
	<b>Proporção de RN vacinados com vacina BCG</b>	Atingir 100% dos RN vacinados = 2 pontos	100% = 2 pontos

INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)			
TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
Eficiência da Gestão Hospitalar	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente	Envio da Informação Pontuação: 3	100% = 3 pontos
	Índice de intervalo de substituição de Leitos	≤1,64 dias Pontuação 3 pontos	0,78 dias = 3 pontos

INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)			
TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais = 2 pontos	100% = 2 pontos
	Proporção de óbitos maternos investigados	Investigar 100% dos óbitos maternos = 2 pontos	100% = 2 pontos
	Proporção de óbitos fetais analisados	Analisar 100% dos óbitos fetais = 2 pontos	100% = 2 pontos

INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)			
TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
Atenção ao Usuário	Satisfação do Usuário	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% = 3	99,17% = 3 pontos
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80% ou mais das resoluções de queixas = 3	100% = 3 pontos

INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)			
TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
Transparência	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Atingir o grau desejável (75% - 100%) de qualidade da publicação das informações de transparência = 4	100% = 4 pontos

INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)			
TIPO	INDICADOR	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO
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 pontos
<b>TOTAL</b>			<b>100 PONTOS</b>

#### 4. INDICADORES QUANTITATIVOS

##### 4.1. 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.

Em relação a essa meta contratual, a unidade Hospital Regional Emília Câmara obteve o seguinte resultado para o mês em análise:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Número de consultas médicas ambulatoriais	1.000	1.261	126,1%

#### 4.2. Saídas Hospitalares

As saídas hospitalares refletem a quantidade de saídas de pacientes da unidade e indicam a estimativa de atividade mensal de forma a avaliar o giro de leitos e acompanhar a produtividade.

Para este indicador, o Hospital Regional Emília Câmara possui uma meta de 586 saídas/mês, medido através da **quantidade de AIH's**, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS. No mês de referência a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Quantidade de AIH's	586	781	133,3%

Em relação ao número de AIH, não houveram reapresentações.

#### 4.3. atendimentos de Urgência e Emergência

O atendimento de Urgência e Emergência é um serviço que garante a assistência a situações de risco de vida ou sofrimento intenso, com o objetivo de minimizar os efeitos e garantir a segurança do paciente.

A meta estabelecida para o Hospital é de 8.881 atendimentos/mês, obtido através da soma das classificações de risco e consultas médicas, e tem como fonte de verificação o SIMAS e o SIA/SUS. Os resultados obtidos foram:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Atendimento de Urgência e Emergência	8.881	16.659	187,58%

#### 4.4. Cirurgias Realizadas

O indicador Cirurgias Realizadas mede a quantidade de cirurgias eletivas e de urgência e emergência mensais realizadas, tendo o Hospital Regional Emília Câmara uma meta de 243 cirurgias/mês, acrescidos de 100 Cirurgias Eletivas do Programa Cuida PE, totalizando **343 cirurgias/mês**, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS. No mês de referência a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Cirurgias Eletivas e de Urgência e Emergência	243	243	100%
Cuida PE	100	96	96%

#### 4.5. Realização de Consultas Nível Superior, Exceto Médicos

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

Em relação a essa meta contratual, a unidade Hospital Regional Emília Câmara obteve o seguinte resultado para o mês em análise:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Número de consultas Nível Superior, Exceto Médicos - ambulatoriais	875	2.819	322,2%

#### 4.6. Indicador de produção com monitoramento e acompanhamento, mas sem valoração financeira:

##### 4.6.1. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

O compilado dos exames laboratoriais e de imagem estão demonstrados através do Boletim de Informação Diário – BID, estratificados por perfil adulto e pediátrico, no qual tivemos um total de **21.885** exames realizados.

O serviço de Hemodiálise é terceirizado e no mês de **abril** foram realizadas **68 HD**. O Boletim de Informação Diário é enviado diariamente para a Secretaria Estadual de Saúde e compilado do mês é reportado com as informações adicionais no relatório de Gestão e no SIMAS.

#### **4.6.2. Número de Partos realizados – Vaginal e Cesário**

O quantitativo de partos realizados na instituição é monitorado por meio do Boletim de Informação Diário – BID, com estratificação entre partos vaginais e cesarianos, permitindo análise do perfil assistencial obstétrico e apoio à tomada de decisão gerencial.

No período analisado, **foram registrados 133 partos, sendo 54 partos vaginais e 79 partos cesarianos.**

O indicador tem como objetivo mensurar a produção assistencial obstétrica da unidade, subsidiando o acompanhamento da qualidade do cuidado prestado, a adequação às diretrizes clínicas e o equilíbrio entre os tipos de parto.

As informações são consolidadas a partir do BID, encaminhadas regularmente à Secretaria Estadual de Saúde e incorporadas aos sistemas oficiais de monitoramento, incluindo o relatório de Gestão e o SIMAS.

### **5. INDICADORES DE QUALIDADE – Qualidade da Assistência à Saúde**

#### **5.1. Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta**

O indicador busca monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo que as cirurgias, especialmente as limpas, sejam realizadas de maneira segura e eficaz. A redução dessa taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e maior qualidade no cuidado prestado.

**No mês de março, não foi registrada reinternação pós-cirúrgica (infecção de sítio cirúrgico).** Considerando que foram realizadas **382 saídas cirúrgicas no mês em destaque, resultando em uma taxa de 0%.**

#### **5.2. Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto**

O acompanhamento das densidades de incidência de ITU associada ao dispositivo constitui um componente essencial da vigilância das IRAS (infecção relacionadas à assistência à saúde), bem como do monitoramento da qualidade e segurança do cuidado prestado em ambientes críticos.

**No mês em análise, não foram registrados casos de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora na UTI Adulto,** conforme relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, em anexo.

### **5.3. Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Pediátrica**

O acompanhamento das densidades de incidência de ITU associada ao dispositivo constitui um componente essencial da vigilância das IRAS (infecção relacionadas à assistência à saúde), bem como do monitoramento da qualidade e segurança do cuidado prestado em ambientes críticos.

No mês em análise, **não foram registrados casos de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora na UTI Pediátrica**, conforme relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, em anexo.

### **5.4. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter venoso central em UTI Adulto e Pediátrica**

A densidade de incidência de IPCSL é um indicador essencial para analisar o controle de infecções hospitalares na unidade crítica. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTI's.

No mês em análise, **foi registrado 1 caso de infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada na UTI Adulto e nenhum caso na UTI pediátrica.**

**Considerando o total de 245 CVC/dia na UTI adulto e 41 CVC/dia na UTI pediátrica, resultando em densidade de incidência de 4 infecções por 1.000 CVC/dia na UTI Adulto e 0 infecções por 1.000 CVC/dia na UTI Pediátrica**, conforme relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em anexo.

### **5.5. Densidade de incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI Adulto e UTI Pediátrica**

A densidade de PAV é um importante indicador para avaliar a qualidade da assistência prestada nos pacientes críticos das UTI's, sendo um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados nesses ambientes sejam sempre os mais eficazes e seguros.

No mês em análise, **foi registrado 01 caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI Adulto, resultando em densidade de 6,0 infecções por 1.000 ventiladores dia, considerando um total de 165 VM dia no período e nenhum caso na UTI Pediátrica com total de 39 VM avaliados**, conforme relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em anexo.

## 5.6. Taxa de infecções de sítio cirúrgico Pós-Cesárea

A taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecção no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.

No mês em análise, **foi registrado 01 (um) caso** de infecção de sítio cirúrgico (ISC) pós-cesariana, conforme relatório da Obstetrícia, em anexo.

## 5.7. Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden)

O indicador de incidência de LPP nos permite monitorar e analisar criticamente os processos institucionais, avaliar os fatores de risco, a avaliar novas implementações de prevenção e tratamento para reduzir as ocorrências de novas LPP's.

Foram registradas 3 novas Lesões por Pressão (LPP) na unidade, conforme relatório de Segurança do Paciente, em anexo.

Para o cálculo do indicador, considerou-se 0 casos em 485 pacientes do Grupo A e 3 novos casos em 166 pacientes do Grupo B no mês em análise, resultando em uma incidência de **0% do Grupo A e 1,8% do Grupo B** no período avaliado.

## 5.8. Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1.000 pacientes-dia.

O indicador mensura a incidência de quedas por mil pacientes-dia, com ou sem lesões associadas a pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.

No período analisado, **foram registrados 03 eventos adversos relacionados à queda de pacientes internados**, conforme relatório de Segurança do Paciente, em anexo.

## 5.9. Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA

O indicador monitora a probabilidade de ocorrência de óbitos e complicações em pacientes cirúrgicos a ser considerados/classificados diante seu estado físico da American Society of Anesthesiologists - ASA (Classes I, II, III, IV, V, VI).

No período avaliado, **não houve óbitos relacionados a procedimentos cirúrgicos na unidade**. Foram realizados procedimentos de média complexidade,

incluindo cirurgias eletivas e partos cirúrgicos de emergência, sem ocorrência de complicações que tenham resultado em óbito dos pacientes submetidos.

#### **5.10. Acolhimento com Classificação de Risco**

O indicador de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) busca garantir que todos os pacientes sejam ouvidos e atendidos conforme suas necessidades, priorizando aqueles em maior risco, com base em critérios de gravidade e não por ordem de chegada. Para monitorar este processo, a unidade deve enviar mensalmente à SES um Relatório de Resultados de ACCR, detalhando o número de usuários atendidos e suas classificações de risco.

**No mês em análise foram obtidos os seguintes resultados:**

<b>Classificação de Risco</b>	
<b>Classificação</b>	<b>Número de Atendimentos</b>
<b>Vermelho</b>	170
<b>Amarelo</b>	2.443
<b>Verde</b>	5.517
<b>Azul</b>	380
<b>Total</b>	<b>8.510</b>

#### **5.11. Envio do Relatório de Segurança do Paciente**

O relatório de Segurança de Segurança do Paciente do Hospital Regional Emília Câmara é um documento crucial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes atendidos na unidade.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente atuou de acordo com as normas institucionais e protocolos vigentes, conforme demonstrado no relatório em anexo, cumprindo, assim, o estabelecido no quadro de metas.

### **6. INDICADORES DE QUALIDADE – Assistência Perinatal Hospitalar**

#### **6.1. Taxa de Mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)**

O indicador permite monitorar o direito ao acompanhante durante todo o processo do parto, conforme a Lei nº11.108/2005. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes.

No mês analisado, dos 133 partos realizados, 126 apresentaram registro completo do nome do acompanhante no sistema, resultando em uma taxa de 94,73%, refletindo um percentual parcial de preenchimento, decorrente do período de adaptação ao novo fluxo de registro.

#### **6.2. Taxa de cobertura da testagem para sífilis e HIV (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade**

O indicador permite monitorar e identificar falhas nas testagens durante o acompanhamento pré-natal, oferecendo uma oportunidade para intervenção antes do nascimento do bebê, subsidiando ações de vigilância epidemiológica e contribuindo para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades.

No mês em análise, **100% das gestantes admitidas realizaram os testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatite B e C**, conforme consta em relatório da Obstetrícia. Para Obtenção do resultado, **133 gestantes foram admitidas no mês de abril sendo realizada a triagem em 133 parturientes, resultando numa taxa de 100% de cobertura.**

#### **6.3. Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram o tratamento conjunto com o recém-nascido durante a internação hospitalar**

O indicador permite monitorar a qualidade da assistência prestada no parto e no pós-parto imediato, além de garantir o início do cuidado integral conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

No mês em análise, **houve 01 caso diagnosticado no momento da admissão que iniciou tratamento conjunto com o recém-nascido durante a internação, 7 gestantes foram identificadas com diagnóstico de Sífilis, entretanto já haviam sido tratadas durante o pré-natal, com comprovação descrita no cartão da gestante, conforme consta em relatório da Obstetrícia.**

#### **6.4. Proporção de Partos Instrumentalizados e Episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada**

O indicador permite acompanhar a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há registro claro e documentado da justificativa para realização do procedimento. Indicador de relevância para a qualificação da assistência obstétrica, refletindo o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências, o respeito aos direitos da mulher e a promoção de um parto humanizado.

No mês de **abril não houveram partos** que necessitaram da utilização de fórceps.

No mesmo mês foi realizada **01 episiotomia**, com justificativa clínica, conforme consta em relatório da Obstetrícia em anexo.

#### **6.5. Proporção de RN vacinados com a 1 dose de vacina contra Hepatite B**

A avaliação da proporção dos RN's vacinados constitui uma ação estratégica fundamental para a prevenção da transmissão vertical do vírus, especialmente durante o parto.

Dos 133 nascidos vivos na unidade, 133 atenderam aos critérios de elegibilidade para receber a vacina nas primeiras 24 horas de vida, conforme relatório da Obstetrícia em anexo, resultando em uma taxa de 100% de crianças vacinadas.

#### **6.6. Proporção de RN vacinados com a vacina BCG**

A avaliação da proporção dos RN's vacinados constitui uma ação estratégica fundamental para a prevenção de formas graves da tuberculose em crianças, como a tuberculose meníngea e a tuberculose miliar.

Dos 133 nascidos vivos na unidade, 131 atenderam aos critérios de elegibilidade para receber a BCG nas primeiras 24 horas de vida, resultando em uma taxa de 100% de crianças vacinadas.

**Os 02 recém nascidos que não receberam a vacina apresentaram condições clínicas graves, com necessidade de suporte intensivo e transferência precoce para unidade de referência terciária, impossibilitando a realização da imunização na maternidade de origem. Entre os motivos identificados, destacam-se quadro de gastroquise com necessidade de encaminhamento cirúrgico especializado e instabilidade clínica associada à investigação cardiológica neonatal.**

### **INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR**

#### **6.7. Número de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente**

Indicador que permite a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar, permitindo identificar causas evitáveis, subsidiar a adoção de medidas corretivas e otimizar o uso de recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência.

No mês em análise, **houve 10 cancelamentos** de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente conforme consta em relatório do bloco cirúrgico (anexo).

## **6.8. Índice de Intervalo de Substituição de Leitos**

Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, especialmente em contextos com alta demanda e recursos limitados. O índice auxilia no equilíbrio entre a eficiência operacional e segurança assistencial.

O hospital conta com 119 leitos de enfermaria, distribuídos em oito subespecialidades. Em abril, registraram-se 3.570 leitos operacionais-dia e 2.963 pacientes-dia, resultando em taxa de ocupação de 83%, com 781 saídas hospitalares. **O índice de intervalo de substituição de leitos foi de 0,78 dias, considerando a taxa de desocupação (17%) e a média de permanência (3,79 dias). Para cálculo do indicador: Taxa de desocupação de 17 X 3,79 Média de permanência / 83% Taxa de ocupação, resultando em 0,78 (dias) em índice de intervalo de substituição de leitos.**

## **7. INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO**

### **7.1. Taxa de Revisão de Óbitos Institucionais (>=24h)**

O indicador de Revisão de Óbitos busca garantir que os óbitos ocorridos na unidade que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar sejam revisados pela Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos, assegurando uma maior qualidade no processo de atendimento.

No mês em análise, foram registrados **30 óbitos institucionais, ou seja, acima de 24h de internação** e todos foram devidamente revisados pela Comissão de Verificação de Óbitos, conforme relatório em anexo.

### **7.2. Proporção de Óbitos Maternos investigados**

O indicador de óbitos maternos investigados, permite identificar se as mortes poderiam ter sido evitadas com uma melhor intervenção, assegurando uma maior qualidade no processo de atendimento, uma vez que muitas mortes maternas são preveníveis com cuidados adequados durante a gestação, parto e pós-parto.

No mês em análise **não houve óbito materno** na unidade.

### **7.3. Proporção de Óbitos Fetais analisados**

A importância da Proporção de Óbitos Fetais analisados está diretamente relacionada à melhoria da saúde materno-infantil e à prevenção de mortes fetais futuras. A análise dessa proporção ajuda a entender melhor as causas dos óbitos e proporciona dados cruciais para a implementação de políticas públicas e a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico.

**No mês em análise, não foram registrados óbitos fetais. Isso resulta em uma Proporção de óbitos fetais analisados de 100%.**

## **8. INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO**

### **8.1. Satisfação do usuário**

A meta de Satisfação do Usuário visa medir a percepção dos pacientes e seus acompanhantes sobre a qualidade dos serviços prestados na unidade de saúde. No mínimo 10% dos usuários atendidos no período devem participar, com a meta de alcançar uma satisfação igual ou superior a 90%, calculada com base nas respostas positivas recebidas. Para que o resultado seja considerado satisfatório, os itens avaliados devem atingir uma pontuação mínima de 24 pontos.

No mês em análise, foram realizados 4.811 atendimentos, aplicadas e recebidas 1.322 pesquisas de satisfação. Das pesquisas recebidas, o hospital obteve 1.311 respostas positivas, resultando em uma taxa de satisfação de 99,17%.

<b>INDICADOR</b>	<b>TOTAL DE ATENDIMENTOS</b>	<b>QUANTITATIVO DE PESQUISAS REALIZADAS</b>	<b>% PESQUISAS REALIZADAS</b>	<b>PESQUISAS COM RESPOSTAS POSITIVAS (≥24 PONTOS)</b>	<b>% DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>
<b>Pesquisa de satisfação do usuário</b>	4.811	1.322	27,5%	1.311	99,17%

### **8.2. Índice de aceitação das Respostas às Queixas Registradas**

O indicador tem como finalidade assegurar a condução qualificada das queixas recebidas de forma satisfatória e resolutiva ao usuário, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.

No mês em análise houve o recebimento de 2 queixas via ouvidoria interna da unidade, porém todas ainda estão em análise pela CTAI, as mesmas foram tratadas dentro do prazo de 30 dias corridos.

As caixas de sugestões e busca ativa sobre a satisfação do usuário, compilaram, também, elogios e sugestões, que são tratadas e repassadas para os profissionais.

## **9. INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA**

### **9.1. Qualidade da publicação das informações de transparência**

A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência conforme Ficha de Avaliação da Transparência – Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES.

O Hospital Regional Emília Câmara mantém o portal da transparência atualizado mensalmente, conforme exigido por lei, permitindo que os cidadãos acompanhem e fiscalizem a aplicação dos recursos e os serviços prestados. Foram publicadas no portal ([www.htri.org.br/hrec](http://www.htri.org.br/hrec)) todas as informações necessárias para monitoramento dos serviços, conforme os indicadores do contrato de gestão.

## **10. INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE**

### **10.1. Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente**

O indicador de Educação Permanente tem como objetivo avaliar a implementação do plano de educação apresentado, garantindo que os programas e convênios para capacitação e qualificação dos profissionais da unidade estejam sendo executados conforme o estipulado no contrato. A medição do indicador é realizada comparando o número total de atividades realizadas no período com o número de atividades previstas no plano de educação permanente, utilizando a fórmula:  $(n^{\circ} \text{ total de atividades realizadas} \times 100) / n^{\circ} \text{ de atividades previstas no plano de educação permanente para o período}$ .

No mês em análise, foram planejadas **20 atividades, das quais 20 foram efetivamente realizadas, resultando em uma taxa de cumprimento de 100%** das atividades previstas.

Segue em anexo o relatório de acompanhamento de execução das atividades de educação permanente do período, contendo a lista dos temas abordados e as atas que comprovam a participação dos profissionais, bem como as atividades programadas para o mês subsequente.

## **11. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este relatório atende às diretrizes estabelecidas pela Lei Estadual nº 15.210/2013, especificamente no artigo 14, que trata da apresentação da execução de contratos. As informações contidas neste documento refletem a capacidade de atuação da unidade, assim como sua potencialidade de expansão, respeitando as condições físicas e técnicas vigentes.

O relatório também evidencia o compromisso em seguir as melhores práticas, com o objetivo de alcançar as metas acordadas e promover a melhoria contínua na prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre respeitando os princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade.

SEBASTIÃO DUQUE  
DIRETOR GERAL  
OSS Hospital do Tricentenário  
Unidade: HREC  
Matricula – 6135

