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

| INDICADORES DE PRODUÇÃO/QUANTIDADE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **INDICADOR** | **ESPECIFICAÇÃO** | **META MENSAL** | **PRODUÇÃO ALCANÇADA** | **PERCENTUAL DE DESEMPENHO** |
| **Saídas Hospitalares** | Quantidade de AIH's | 586 | **724** | **123,55%** |
| **Realização de Consultas Médicas** | Total de atendimento médico ambulatorial | 1.000 | **1.366** | **136,6%** |
| **Realização de Consultas Nível Superior Exceto Médicos** | Total de atendimento ambulatorial de profissionais de nível superior, exceto médicos | 875 | **3.223** | **368,34%** |
| **Atendimentos de Urgência e Emergência** | Total de atendimentos/mês | 8.881 | **13.753** | **154,86%** |
| **Cirurgias Realizadas** | Eletivas e Urgência/Emergência | 243 | **309** | **127,16%** |

## 3. QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUALITATIVOS

| INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE) | | | |
|---|---|---|---|
| **TIPO** | **INDICADOR** | **META MENSAL** | **RESULTADO ALCANÇADO** |
| **Qualidade da Assistência à Saúde** | **Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias** | ≤20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias<br>Pontuação: 3 | 0,28% = 3 pontos |
| | **Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto** | ≤4,7 = 4<br>>4,7 e ≤12,6 = 2<br>>12,6 = 0 | 0% = 4 pontos |
| | **Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica** | ≤2,7 = 4 | N/A% = 4 pontos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica** | >2,7 e ≤5,1 = 2 | |
| | | >5,1 = 0 | |
| | **Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI adulto** | ≤7,1 = 4 | 0% = 4 pontos |
| | | >7,1 e ≤12,3 = 2 | |
| | | >12,3 = 0 | |
| | **Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI pediátrica** | ≤10,0 = 4 | 0% = 4 pontos |
| | | >10,0 e ≤17,2 = 2 | |
| | | >17,2 = 0 | |
| | **Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto** | ≤13,8 = 4 | 0= 4 pontos |
| | | >13,8 e ≤25,1 = 2 | |
| | | >25,1 = 0 | |
| | **Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica** | ≤6,1= 4 | 0% = 4 pontos |
| | | >6,1 e ≤8,6 = 2 | |
| | | >8,6 = 0 | |
| | **Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea** | <1,7% = 4 | 0% = 4 pontos |
| | | >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% = 4 pontos |
| | | A incidência de LPP no grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1% (Obs: Com plano de | 0% = 2 pontos |

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | cuidados documentado) = 2 | |
| | **Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia** | ≤2,2 a cada 1000 pacientes-dia = 3 | 1,61= 3 pontos |
| | **Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1** | Até 0,1% = 4 | 0% = 4 pontos |
| | **Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2** | Até 5,4% = 4 | 0% = 4 pontos |
| | **Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3** | Até 17,8% = 2 | N/A = 2 pontos |
| | **Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4** | Até 65,4% = 1 | 0% = 1 ponto |
| | **Acolhimento com Classificação de Risco** | Enviar o relatório da Classificação de Risco = 3 | 100% = 3 pontos |
| | **Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** | Envio do Relatório de Segurança do Paciente = 3 | 100% = 3 pontos |

**4.**

| **INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)** | | | |
|---|---|---|---|
| **TIPO** | **INDICADOR** | **META MENSAL** | **RESULTADO ALCANÇADO** |
| | **Taxa de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto)** | Obter 100% das gestantes com acompanhante = 0 | 72,61% |
| | **Taxa de cobertura da testagem rápida para** | Atingir 100% das gestantes testadas | 100% = 3 pontos |

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Assistência Perinatal Hospitalar** | **sífilis na admissão de gestantes na maternidade** | na admissão hospitalar = 3 | |
| | **Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade** | Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar = 3 | 100% = 3 pontos |
| | **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 hospitalar = 3 | 100% = 3 pontos |
| | **Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada** | Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados = 2 pontos | N/A = 2 pontos |
| | **Proporção das episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada** | Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas = 2 pontos | N/A = 2 pontos |
| | **Proporção de RN vacinados com 1° Dose de vacina contra hepatite B** | Atingir 100% dos RN vacinados nas primeiras 12 horas de vida = 2 pontos | 100% = 2 pontos |
| | **Proporção de RN vacinados com vacina BCG** | Atingir 100% dos RN vacinados = 2 pontos | 100% = 2 pontos |

| **INDICADORES QUALITATIVOS (ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE)** | | | |
|---|---|---|---|
| **TIPO** | **INDICADOR** | **META MENSAL** | **RESULTADO ALCANÇADO** |
| | **Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas** | Envio da Informação<br>Pontuação: 3 | 100% = 3 pontos |

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Eficiência da Gestão Hospitalar** | **por motivação alheia ao paciente** | | |
| | **Índice de intervalo de substituição de Leitos** | ≤1,64 dias<br>Pontuação 3 pontos | 1,51 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 | N/A = 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 | 99,18% = 3 pontos |
| | **Índice de aceitação das respostas às queixas registradas** | Aprovação de 80% ou mais das resoluções de queixas = 3 | 100% = 3 pontos |

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

| 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 |
| **TOTAL** | | | **100 PONT OS** |

HRI HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

## 5. INDICADORES QUANTITATIVOS

### 5.1. 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** | **1.366** | **136,60 %** |

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

### 5.2. 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** | **724** | **123,55%** |

Em relação ao número de AIH, não houve reapresentação.

### 5.3. 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** | **13.753** | **154,86%** |

### 5.4. 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**, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS. No mês de referência a Unidade apresentou a seguinte produção:

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

| INDICADOR | META | PRODUÇÃO | % ALCANÇADO |
|---|---|---|---|
| **Cirurgias Eletivas e de Urgência e Emergência** | **243** | **309** | **127,16%** |

### 5.5. 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** | **3.223** | **368,34%** |

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

#### 5.6.1. 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 **17.668** exames realizados.

O serviço de Hemodiálise é terceirizado e no mês de **setembro** foram realizadas **82 HD´s**. 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.

#### 5.6.2. 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.

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

No período analisado, **foram registrados 140 partos, sendo 73 partos vaginais e 67 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.

## 6. INDICADORES DE QUALIDADE – Qualidade da Assistência à Saúde

### 6.1. 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 agosto, registrou-se 01 (uma) reinternação pós-cirúrgica (infecção de sítio cirúrgico).** Considerando que foram realizadas **362 saídas cirúrgicas no mês em destaque, resultando em uma taxa de 0,28%.**

### 6.2. 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.

### 6.3. 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

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

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.

### 6.4. 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 UTIs.

No mês em análise, **não foi registrado caso de infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada nas UTIs Adulto e UTI pediátrica. Considerando o total de 149 CVC/dia na UTI adulto e 12 CVC/dia na UTI pediátrica, resultando em densidade de incidência de 0 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.

### 6.5. 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 UTIs, sendo um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados nesses ambientes sejam sempre os mais eficazes e seguros.

No mês em análise, **não foi registrado caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI Adulto, resultando em densidade de 0 infecções por 1.000 ventiladores dia, considerando um total de 60 VM dia no período e nenhum caso na UTI Pediátrica com total de 9 VM avaliados**, conforme relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em anexo.

### 6.6. 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

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.

No mês em análise, **não foi registrado caso** de infecção de sítio cirúrgico (ISC) pós-cesariana, totalizando um percentual de **0%**, conforme relatório da Obstetrícia, em anexo.

### 6.7. 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.

Não foram registradas Lesões por Pressão (LPP) na unidade, conforme relatório de Segurança do Paciente, em anexo.

Para o cálculo do indicador, considerou-se **0** casos em **596** pacientes do Grupo **A** e **0** casos em **139** pacientes do Grupo **B** no mês em análise, resultando em uma incidência de **0% do Grupo A** e **0% do Grupo B** no período avaliado.

### 6.8. 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 04 eventos adversos relacionado à queda de pacientes internados**, conforme relatório de Segurança do Paciente, em anexo.

### 6.9. 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.

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

### 6.10. 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:**

| Classificação de Risco | |
|---|---|
| ***Classificação*** | ***Número de Atendimentos*** |
| **Vermelho** | 117 |
| **Amarelo** | 2.195 |
| **Verde** | 4.312 |
| **Azul** | 309 |
| **Total** | **6.933** |

### 6.11. Envio do Relatório de Segurança do Paciente

O relatório 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.

## 7. INDICADORES DE QUALIDADE – Assistência Perinatal Hospitalar

### 7.1. 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 n°11.108/2005. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes.

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

No mês analisado, das **140 mulheres com acompanhante durante a assistência ao parto**, **114 apresentaram registro completo do nome do acompanhante no sistema**, resultando em uma taxa de **81,43%,** refletindo um percentual parcial de preenchimento, decorrente do período de adaptação ao novo fluxo de registro.

### 7.2. 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, **140 gestantes foram admitidas no mês de setembro sendo realizada a triagem em 140 parturientes, resultando numa taxa de 100% de cobertura**.

### 7.3. 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 07 casos diagnosticados no momento da admissão, 05 apresentaram diagnóstico e tratamento realizados durante o pré-natal, as 02 gestantes diagnosticadas durante a internação iniciaram o tratamento junto aos respectivos recém-nascidos**, com comprovação descrita no cartão da gestante, conforme consta em relatório da Obstetrícia.

### 7.4. 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.

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

No mês de **setembro, não foram realizados partos instrumentalizados,** não havendo necessidade da utilização de Fórceps ou Vácuo Extrator no período. No mesmo mês não foi realizada **episiotomia**, conforme consta em relatório da Obstetrícia em anexo.

### 7.5. 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 140 nascidos vivos na unidade, 139 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.

### 7.6. 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 140 nascidos vivos na unidade, 138 atenderam aos critérios de elegibilidade para receber a BCG nas primeiras 24 horas de vida, resultando em uma taxa de 100% de crianças vacinadas.

## INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

### 7.7. 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 medias corretivas e otimizar o uso de recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência.

No mês em análise, **houve 7 cancelamentos** de cirurgias eletivas por motivo alheio ao paciente, conforme relatório em anexo.

### 7.8. Índice de Intervalo de Substituição de Leitos

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

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 setembro, registraram-se leito-dia disponível (3.570), o leito-dia ocioso (1.091), a taxa de desocupação (30,56%), a média de permanência hospitalar (3,42 dias) e a taxa de ocupação hospitalar (69,44%). Aplicando a fórmula do Índice de Substituição de Leitos [(Taxa de Desocupação × Média de Permanência) ÷ Taxa de Ocupação Hospitalar], obteve-se o resultado de 1,51 dias.

## 8. INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

### 8.1. 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 **19 óbitos institucionais, ou seja, acima de 24h de internação** e todos foram devidamente revisados pela Comissão de Verificação de Óbitos, conforme relatório em anexo.

HFRI HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

### 8.2. 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.

### 8.3. 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.

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

**No mês em análise, foi registrado 01 óbito fetal na unidade. Isso resulta em uma Proporção de óbitos fetais analisados de 100%.**

## 9. INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

### 9.1. 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 5.313 atendimentos, aplicadas e recebidas 978 pesquisas de satisfação. Das pesquisas recebidas, o hospital obteve 970 respostas positivas, resultando em uma taxa de satisfação de 99,18%.

| INDICADOR | TOTAL DE ATENDIMENTOS | QUANTITATIVO DE PESQUISAS REALIZADAS | % PESQUISAS REALIZADAS | PESQUISAS COM RESPOSTAS POSITIVAS (≥24 PONTOS) | % DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pesquisa de satisfação do usuário** | 5.313 | 978 | 18,41% | 970 | 99,18% |

### 9.2. Índice de aceitação das Respostas às Queixas Registradas

O indicador tem como 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 04 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.

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## 10. INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

### 10.1. 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) todas as informações necessárias para monitoramento dos serviços, conforme os indicadores do contrato de gestão.

## 11. INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 11.1. 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: (nº total de atividades realizadas x 100) / nº de atividades previstas no plano de educação permanente para o período.

No mês em análise, foram planejadas **19 atividades, das quais 19 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.

## 12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

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
Matrícula – 6135

**Sebastião Duque**
**Diretor Geral**

CÓPIA CONTROLADA / IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA