

2 . INDICADORES ANUAIS 2025 – HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMÂRA

INDICADORES DE PRODUÇÃO (JANEIRO A AGOSTO 26° TA)				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	PRODUÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Saídas Hospitalares	Quantidade de AIH's	4.688	5.886	125,55%
Realização de Consultas Médicas	Total de atendimento médico ambulatorial	8.000	9.687	121,08%
Realização de Consultas Nível Superior Exceto Médicos	Total de atendimento ambulatorial de profissionais de nível superior, exceto médicos	7.000	13.524	193,2%
Atendimentos de Urgência e Emergência	Total de atendimentos/mês	71.048	98.286	138,34%
Cirurgias Realizadas	Eletivas e Urgência/Emergência	2.480	2.380	95,96%
Cuida PE	Eletivas	800	555	69,37%
SADT	Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento	Envio de Informações	129.238	100%

INDICADORES DE PRODUÇÃO (SETEMBRO A DEZEMBRO 33° TA)				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	PRODUÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Saídas Hospitalares	Quantidade de AIH's	2.344	2.952	125,93%
Realização de Consultas Médicas	Total de atendimento médico ambulatorial	4.000	5.291	132,27%
Realização de Consultas Nível Superior	Total de atendimento ambulatorial de profissionais de nível	3.500	7.866	224,74%

Exceto Médicos	superior, exceto médicos			
Atendimentos de Urgência e Emergência	Total de atendimentos/mês	35.524	51.288	144,37%
Cirurgias Realizadas	Eletivas e Urgência/Emergência	972	1.015	104,42%
Cuida PE	Eletivas	400	309	77,25%

3. QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUALITATIVOS

INDICADORES QUALITATIVOS (JANEIRO A AGOSTO 26º TA)				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META MENSAL	RESULTADO ALCANÇADO	DESEMPENHO
Acolhimento com Classificação de Risco	Acolhimento ao paciente e classificação do atendimento em conformidade com os protocolos vigentes.	Envio do relatório de resultados do ACCR	RELATÓRIO ANEXO	100%
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 $\times 100$ /total de pesquisas aplicadas)	14.050	99,63%
Taxa de Resolução de Queixas Recebidas	Aferir a taxa de resolatividade 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 $\times 100$ /total do número de queixas recebidas)	54 QUEIXAS TODAS RESOLVIDAS	100%

Percentual de glosas referentes a profissional não cadastrado no CNES	Garantir que os profissionais médicos que realizam os atendimentos nas unidades estejam devidamente cadastrados no CNES	0,0% do total de glosas decorrentes da falta de cadastro de profissionais médicos da unidade no CNES.	100% DE CADASTRO	100% de Registro 0% de glosa
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	23.211	100% de APROVAÇÃO 0% de glosa
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	5.827	100% DE APROVAÇÃO 0% de glosa
Taxa de Cesarianas	Mensurar o percentual de partos cirúrgicos	Apresentar informação de taxa de partos cirúrgicos (nº de partos cirúrgicos/total de parto) x100	450	48,77%
Taxa de cesarianas em primíparas	Medir e avaliar a Taxa de Cesarianas em Primíparas	Apresentar ≤15% de cesarianas em primíparas.	176	39,6%

Proporção de recém-nascido (RN) com 1ª dose de vacina Hepatite B	Vacinar todos os RNs vivos com a 1ª dose de vacina contra Hepatite B a ser realizada nas primeiras horas de vida	Atingir 100% dos RNs vacinados	897	100%
Proporção de recém-nascido (RN) com vacina BCG	Vacinar todos os RNs vivos com peso superior a 2.000g com vacina BCG realizada antes da alta.	Atingir 100% dos RNs vacinados	894	100%
Taxa de Óbitos Fetais Investigados	Analisar todos os óbitos fetais de recém-nascidos com peso igual ou inferior a 2.500g ocorridos	100% dos óbitos fetais analisados	18	100%
Taxa de Óbitos Maternos Investigados	Analisar todos os óbitos maternos relacionados com gestação e parto	100 % dos óbitos analisados	1	100%
Entrega do Relatório de Prestação de Contas Mensal	Apresentar relatório de prestação de contas mensal no prazo estabelecido pela SES	Envio do Relatório de Prestação de Contas Mensal até o dia 20 do mês subsequente.	RELATÓRIOS ENVIADOS	100%

Informação e Transparência	Garantir que a contratada divulgue as informações exigidas por lei em seu respectivo portal da transparência.	Atingir $\geq 75\%$ dos itens de transparência	TODAS AS INFORMAÇÕES DIVULGADAS NO PORTAL DA UNIDADE	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)	11.484 PRONTUÁRIOS DE RISCO AMARELO E VERMELHO REVISADOS	100%
Taxa de Revisão de Óbitos Institucionais	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 Institucionais).	257 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)	47	0,76%
Escala Médica de Plantão	Averiguar o cumprimento da escala médica mínima prevista em contrato	Execução da escala médica mensal (urgência/emergência) 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)	28 ATIVIDADES PREVISTAS 46 ATIVIDADES REALIZADAS	100%

SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Identificar a mortalidade cirúrgica, com estratificação por ASA	Prestar informações acerca da mortalidade cirúrgica geral e estratificação por ASA (I a VI)	RELATÓRIO ENVIADO	100%	
Identificar a taxa de ocupação operacional geral da unidade, bem como a taxa de ocupação de cada clínica e UTI	Atingir taxa de ocupação operacional igual ou maior que 85% dos leitos	RELATÓRIO ENVIADO	79,55%	

INDICADORES QUALITATIVOS (SETEMBRO A DEZEMBRO 33º TA)

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 Pontuação: 3	0,23%
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤1,66 = 4	0%
		>1,66 e ≤4,7 = 2	
		>4,76 = 0	
	Densidade de incidência de infecção	0 = 4	0%
		>0,00 e ≤2,7 = 2	

	do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica	$>2,7 = 0$	
	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI adulto	$\leq 3,63 = 4$ $>3,63 \text{ e } \leq 7,1 = 2$ $>7,1 = 0$	0%
	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à CVC em UTI pediátrica	$\leq 4,7 = 4$ $>4,7 \text{ e } \leq 10,03 = 2$ $>10,03 = 0$	0%
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	$\leq 7,76 = 4$ $>7,76 \text{ e } \leq 13,76 = 2$ $>13,76 = 0$	0%
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	$\leq 2,5 = 4$ $>2,5 \text{ e } \leq 6,13 = 2$ $>6,13 = 0$	0%
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	$<0,46\% = 4$ $>0,46\% \text{ e } \leq 1,7\% = 2$ $>1,7\% = 0$	1,12%
	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	0,3%
		A incidência de LPP no grupo B (Braden ≤ 12) for igual ou inferior a 11,1% (Obs: Com plano de cuidados documentado) = 2	2,7%

	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia	≤2,2 a cada 1000 pacientes-dia = 3	0,63%
	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	100%
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Envio do Relatório de Segurança do Paciente = 3	100%

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	100%
	Taxa de cobertura da testagem rápida para sífilis na admissão de gestantes na maternidade	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar = 3	100%

Assistência Perinatal Hospitalar	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 hospitalar = 3	100%
	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados = 2 pontos	100%
	Proporção das episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada	Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas = 2 pontos	100%
	Proporção de RN vacinados com 1º Dose de vacina contra hepatite B	Atingir 100% dos RN vacinados nas primeiras 12 horas de vida = 2 pontos	100%
	Proporção de RN vacinados com vacina BCG	Atingir 100% dos RN vacinados = 2 pontos	100%

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%
	Índice de intervalo de substituição de Leitos	≤1,64 dias Pontuação 3 pontos	1,16%

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

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	99,4%
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80% ou mais das resoluções de queixas = 3	100%

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%

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%

1. INDICADORES QUANTITATIVOS

1.1. Realização de Consultas Médicas

O indicador de Realização de Consultas Médicas reflete a quantidade de **consultas médicas ambulatoriais** realizadas pela unidade, durante o **ano de 2025**, 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 os meses de **janeiro a agosto**:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Número de consultas médicas ambulatoriais	8.000	9.687	121,08%

E para os meses de **setembro a dezembro**:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Número de consultas médicas ambulatoriais	4.000	5.291	132,27%

1.2. 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 7.032 saídas/ano, medido através da **quantidade de AIH's**, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS. Nos meses de **janeiro a agosto** a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Quantidade de AIH's	4.688	5.886	125,55%

Nos meses de **setembro a dezembro** a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Quantidade de AIH's	2.344	2.952	125,93%

1.3. 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 **106.572 atendimentos/ano**, obtido através da soma das classificações de risco e consultas médicas, e tem como fonte de verificação o SIMAS e o SIA/SUS. Nos meses de **janeiro a agosto** os resultados obtidos foram:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Atendimento de Urgência e Emergência	71.048	98.286	138,34%

Nos meses de **setembro a dezembro** os resultados obtidos foram:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Atendimento de Urgência e Emergência	35.524	51.288	144,37%

1.4. 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 **310 cirurgias/mês de janeiro a agosto de acordo com o 26º Termo Aditivo** e de **243 cirurgias/mês de setembro a dezembro de acordo com o 33º Termo Aditivo**, acrescidos de 100 Cirurgias Eletivas do Programa Cuida PE, totalizando **410 cirurgias/mês de janeiro a agosto e 343 cirurgias/mês de setembro a dezembro**, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS.

Nos meses de **janeiro a agosto** a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Cirurgias Eletivas e de Urgência e Emergência	2.480	2.380	95,96%
Cuida PE	800	555	69,37%

Nos meses de **setembro a dezembro** a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Cirurgias Eletivas e de Urgência e Emergência	972	1.015	104,42%
Cuida PE	400	309	77,25%

1.5. 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, durante **o ano de 2025**, 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 os meses de **janeiro a agosto**:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Número de consultas Nível Superior, Exceto Médicos - ambulatoriais	7.000	13.524	193,2%

Para os meses de **setembro a dezembro**:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO	% ALCANÇADO
Número de consultas Nível Superior, Exceto Médicos - ambulatoriais	3.500	7.866	224,74%

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

1.6.1. 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 **201.249** exames realizados durante o ano de 2025.

O serviço de Hemodiálise é terceirizado e em **2025 foram realizadas 847 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.

2. INDICADORES DE QUALIDADE – Qualidade da Assistência à Saúde

2.1. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, **houveram 03 reinternações pós-cirúrgicas (infecção de sítio cirúrgico)**. Considerando que foram realizadas **1.293 saídas cirúrgicas**, resultando em uma taxa de **0,23%**.

2.2. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro, não foram registrados casos de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora na UTI Adulto**, conforme relatórios do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, em anexo.

2.3. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro, 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.

2.4. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro, não foram registrados casos de infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada na UTI Adulto e na UTI pediátrica**, conforme relatórios do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em anexo.

2.5. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, não houveram registros de **Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)** nas **UTIs Adulto e Pediátrica**, conforme relatórios do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em anexo.

2.6. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, foram registrados **03** casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC) pós-cesariana, conforme relatórios da Obstetrícia, em anexo.

2.7. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro** foram registradas **20 novas Lesões** por Pressão (LPP) na unidade, conforme relatórios de Segurança do Paciente, em anexo.

Para o cálculo do indicador, considerou-se **5** novos casos em **1.463** pacientes do Grupo A e **15** novos casos em **602** pacientes do Grupo B no mês de dezembro, resultando em uma incidência de **0,33%** do Grupo A e **2,7%** do Grupo B no período avaliado.

2.8. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, foram registrados **07 eventos adversos relacionado à queda de pacientes internados**, conforme relatórios de Segurança do Paciente, em anexo.

2.9. 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 ano de **2025**, **não houveram 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.

2.10. 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 ano de 2025 foram obtidos os seguintes resultados:

Classificação de Risco	
Classificação	Número de Atendimentos
Vermelho	1.719
Amarelo	18.756
Verde	51.043
Azul	4.395
Total	75.913

2.11. 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.

3. INDICADORES DE QUALIDADE – Assistência Perinatal Hospitalar

3.1. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, dos **548 partos realizados**, em média **87% das gestantes** apresentaram registro completo do nome do acompanhante no sistema, refletindo um percentual parcial de preenchimento, decorrente do período de adaptação ao novo fluxo de registro.

3.2. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, **100% das gestantes admitidas** realizaram os testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatite B e C, conforme consta nos relatórios da Obstetrícia. Para Obtenção do resultado, **748 gestantes** foram admitidas, sendo realizada a triagem em **581 parturientes**, resultando numa taxa de **100% de cobertura**.

3.3. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, **houveram 23 casos diagnosticados no momento da admissão, onde 16 iniciaram tratamento conjunto com o recém-nascido durante a internação**, as demais, foram tratadas durante o pré-natal, com comprovação descrita no cartão da gestante, conforme consta em relatório da Obstetrícia.

3.4. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro** **houveram 04 partos** que necessitaram da utilização de **fórceps** e foram realizadas **04 episiotomias**, conforme consta em relatórios da Obstetrícia em anexo.

3.5. 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.

No ano de 2025, **1.438 nascidos vivos na unidade**, 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.

3.6. 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.

No ano de 2025, **1.432 nascidos vivos na unidade**, 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

3.7. 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.

Nos meses de **setembro a dezembro**, houveram **18** cancelamentos de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente resultando uma taxa de **1,19%**.

3.8. 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. Considerando os 04 meses avaliados com o monitoramento ativo do indicador, o Índice de Intervalo de Substituição de Leitos apresentou média de 1,17 dias, obtida a partir da média dos resultados de setembro a dezembro de 2025 $(1,31+0,90+1,09+1,37) / 4 = 1,17$ dias.

4. INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

4.1. 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 ano de 2025, foram registrados **362 óbitos institucionais, ou seja, acima de 24h de internação** e todos foram devidamente revisados pela Comissão de Verificação de Óbitos, conforme relatório em anexo.

4.2. 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 ano de 2025 houveram 3 óbitos maternos na unidade.

4.3. 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 ano de 2025 houveram 26 óbitos fetais, todos devidamente investigados. Isso resulta em uma Proporção de óbitos fetais analisados de 100%.

5. INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

5.1. 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 ano de 2025, foram realizados **90.340 atendimentos**, aplicadas e recebidas **19.495 pesquisas de satisfação**. Das pesquisas recebidas, o hospital obteve **19.413 respostas positivas**, resultando em uma **taxa de satisfação anual de 99,57%**.

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	90.340	19.495	28,84%	19.413	99,57%

5.2. Índice de aceitação das Respostas às Queixas Registradas

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

No ano de 2025 houve o recebimento de **101 queixas** via ouvidoria interna da unidade, sendo as mesmas 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.

6. INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

6.1. 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.

7. INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

7.1. 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: $(\text{n}^\circ \text{ total de atividades realizadas} \times 100) / \text{n}^\circ \text{ de atividades previstas no plano de educação permanente para o período}$.

No ano de 2025, foram planejadas **74 atividades**, das quais **74** foram efetivamente realizadas, resultando em uma taxa de cumprimento de 100% das atividades previstas.

Além das planejadas, foram realizadas **199 atividades adicionais**, demonstrando um compromisso efetivo com a educação contínua dos profissionais.

8. Taxa de Cesarianas (janeiro a agosto 26º TA)

O indicador visa mensurar o percentual de partos cirúrgicos no hospital. Para isso, a unidade deve apresentar a informação de taxa de partos cirúrgicos $(\text{n}^\circ \text{ de partos cirúrgicos} / \text{total de partos}) \times 100$.

Nos meses de janeiro a agosto, a unidade realizou 926 partos sendo destes 450 cesarianas, chegando a um percentual de 48,77% de partos cirúrgicos.

9. Taxa de Cesarianas em Primíparas (janeiro a agosto 26º TA)

O referido indicador busca aprimorar a qualidade na assistência obstétrica, com foco na redução da taxa de cesarianas em primíparas. O indicador é calculado pela fórmula: $(\text{n}^\circ \text{ de partos cesáreos em primíparas} / \text{total de partos em primíparas}) \times 100$.

- **Nos meses de janeiro a agosto** foram realizados **419 partos em primíparas**, dos quais **176 foram cesarianas**, resultando em uma taxa média de **39,6%**.

10. 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
Matrícula – 6135

Sebastião Duque
Diretor Geral

