



Secretaria
da Saúde



GOVERNO DE
**PER
NAM
BU**CO
ESTADO DE MUDANÇA



RELATÓRIO GERENCIAL



ANUAL 2024

TRICENTENÁRIO

**HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS
CORREIA – HRRBC**

CONTRATO GESTÃO Nº 01/2016



Gil Mendonça Brasileiro
Superintendente Geral

Ana Kelly Araújo
Diretora Geral

José Ivan Vidal
Diretor Médico

Breno Fernandes
Diretor Administrativo Financeiro

Lindinalva Xavier
Coordenadora de Enfermagem

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	4
2. QUADRO RESUMO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS VALORADOS	5
3. INDICADORES DE PRODUÇÃO/QUANTIDADE	8
3.1 Realização de Consultas Médicas	8
3.2 Saídas Hospitalares	8
3.3 Atendimentos de Urgência e Emergência	9
3.4 Cirurgias Realizadas	9
4. INDICADORES DE QUALIDADE DE ACOMPANHAMENTO DAS METAS VALORADAS.....	10
4.1 Qualidade da informação: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	10
4.2 Taxa de Infecção Hospitalar	10
4.3 Taxa de Cesariana em Primípara	11
4.4 Proporção de Óbitos Maternos Investigados	12
4.5 Proporção de óbitos Fetais Analisados	12
4.6 Proporção de Recém-nascido com a 1ª dose de Vacina Hepatite B	13
4.7 Proporção de Recém-nascido com Peso Adequado com a Vacina BCG até Alta Hospitalar	14
4.8 Taxa de Mortalidade Operatória	15
4.9 Taxa de Cirurgia de Urgência.....	15
5. INDICADORES DE QUALIDADE ACOMPANHAMENTO DAS METAS NÃO VALORADAS	16
5.1 Porcentagem de Declaração de Diagnóstico Secundário por Especialidade.....	16
5.2 Taxa de identificação da Origem do Paciente	17
5.3 Satisfação do Usuário.....	17
5.4 Taxa de Resolução de Queixas Recebidas	17
5.5 Taxa de Cirurgia Suspensa.....	18
6. INDICADORES DE QUALIDADE OPERACIONAIS SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA	19
6.1 Comissões Hospitalares.....	19
6.2 Gestão de Pessoas	20
6.2.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista.....	20
6.2.2 Relação Funcionário/Leito	20
6.2.3 Relação Enfermagem/leito.....	20
6.2.4 Relação Enfermeiro/Leito	20
6.2.5 Índice de Atividades de Educação Continuada.....	20
6.2.6 Turnover.....	21
6.2.7 Taxa de Acidente de Trabalho	22
6.3 Gestão Clínica	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório consolida as atividades executadas pelo Hospital Regional Ruy de Barros Correia durante o **ano de 2024**, no âmbito do **Contrato de Gestão nº 001/2016**, celebrado entre o Estado de Pernambuco e a Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário.

O hospital, localizado em **Arcoverde**, oferece atendimento 24 horas em urgência, com especialidades em **Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Clínica Obstétrica e Ginecológica, Clínica Pediátrica, Medicina Intensiva, Saúde Mental e Traumatologia (Adulto e Pediátrico)** além de serviços ambulatoriais. Possui uma capacidade operacional de **212 leitos de internamento**, distribuídos da seguinte forma:

- 38 Clínica Médica;
- 18 Clínica Pediátrica;
- 14 Cirurgia Geral Adulto;
- 05 Cirurgia Geral Pediátrica;
- 20 Clínica Obstétrica;
- 04 leitos de Berçário Interno;
- 08 leitos Integrais de Atenção Psicossocial;
- 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- 06 Sala de Recuperação Anestésica;
- 21 Traumatologia;
- 58 leitos de observação, sendo 08 para pré-parto, 38 para emergência clínica e 12 para emergência pediátrica;

A missão do hospital é ser uma referência em **prevenção, diagnóstico, terapêutica e reabilitação**, com foco na qualidade do atendimento aos usuários. Sua principal finalidade é garantir **assistência à saúde universal e igualitária**, promovendo a proteção e recuperação da saúde.

2. QUADRO RESUMO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS VALORADOS

INDICADORES DE PRODUÇÃO/QUANTIDADE – ANO 2024				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META ANUAL	PRODUÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Realização de Consultas Médicas	Total de Atendimento Ambulatorial - Médico	12.480	15.790	126,52%
	Total de Atendimento Ambulatorial – Não Médico	5.220	8.689	166,46%
Saídas Hospitalares	Nº de saídas realizadas/Nº saídas contratadasx100	10.104	11.582	114,63%
Atendimentos de Urgência e Emergência Médico	Total de atendimentos/mês	115.080	181.017	157,30%
Cirurgias Realizadas	Eletivas e Urgência/Emergência	6.120	5.601	91,52%

INDICADORES DE QUALIDADE/METAS VALORADAS – ANO 2024				
INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META ANUAL	RESULTADO ALCANÇADO	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	Apresentar 90% AIH referente às saídas/mês	Enviar protocolo de remessa SIH/SUS	14.717	127%
Controle de Infecção Hospitalar	Medir e avaliar a qualidade da assistência através do indicador Taxa de Infecção Hospitalar	Envio do relatório da Comissão	Relatório CCIH Enviado	100%
Taxa de Cesariana em Primíparas	Medir e avaliar a Taxa de Cesarianas em Primíparas	Envio do relatório da Comissão	Relatório de Obstetrícia Enviado	100%
Proporção de Óbitos Maternos Investigados	Medir e monitorar a Taxa de Óbitos Maternos	100% dos óbitos maternos investigados	Relatório VEH Enviado	100%
Proporção de Óbitos Fetais Analisados	Medir e monitorar a Taxa de Óbitos Fetais	100% dos óbitos fetais analisados com peso = <2.500g/	Relatório VEH Enviado	100%

Proporção de RN vacinados com 1ª dose de vacina contra Hepatite B	Medir, analisar e avaliar proporção de nascidos vivos e vacinados	100% Nascidos Vivos vacinados com a 1ª dose da vacina contra Hepatite B	Relatório Obstetrícia Enviado	100%
Proporção de RN vacinados com a vacina BCG	Medir, analisar e avaliar proporção nascidos vivos x vacinados	100% Nascidos Vivos com peso > 2.000g vacinados com a vacina BCG	Relatório Obstetrícia Enviado	100%
Taxa de Mortalidade Operatória	Medir e avaliar Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da American Society of Anesthesiology	Envio do relatório da Comissão responsável	Relatório VEH Enviado	100%
Taxa de Cirurgia de Urgência	Monitorar o desempenho assistencial na área cirúrgica através da Taxa de Cirurgia de Urgência	Envio do relatório da Comissão responsável	Relatório Assistencial Enviado	100%

INDICADORES DE QUALIDADE/METAS NÃO VALORADAS – ANO 2024

INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META ANUAL	RESULTADO ALCANÇADO	PERCENTUAL DE DESEMPENHO
Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidades	Medir e avaliar Internações através do Diagnóstico Secundário	22% em Clínica Cirúrgica	3.665	85,69%
		14% em Clínica Médica.	5.147	93,65%
		10% em Clínica Obstétrica	2.246	85,89%
		7% em Clínica Pediátrica	1.881	80,49%
Taxa de Identificação da Origem do Paciente	Monitorar e registrar a localidade de residência do paciente	Atingir 90% de CEP Válido e 90% de CEP Compatível com o Código IBGE	85.275	100%
Pesquisa de Satisfação- Internamento	Medir e avaliar a percepção de qualidade do serviço através de questionários específicos aplicados ao paciente e acompanhante	Envio das Planilhas de Consolidação	Internamento 11.765 Pesquisa 2.661	22,62%

Pesquisa de Satisfação- Ambulatório	Medir e avaliar a percepção de qualidade do serviço através de questionários específicos aplicados ao paciente e acompanhante	Envio das Planilhas de Consolidação	Atendimento 25.289 Pesquisa 3.726	14,73%
Resolução de Queixas	Monitorar e encaminhar resoluções das Queixas registradas	Atingir a resolução de 80% das queixas recebidas	80	100%
Taxa de Cirurgia Suspensa	Monitorar e avaliar o Nº de Cirurgias suspensas/Nº de cirurgias agendadas x 100	Acompanhar as Cirurgias Suspensas	77	2,02%



3. INDICADORES DE PRODUÇÃO/QUANTIDADE

3.1 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 Ruy de Barros Correia - HRRBC obteve o seguinte resultado para o ano em análise:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO ANO 2024	% ALCANÇADO
Número de Consultas Ambulatoriais - Médicas	12.480	15.790	126,52%
Número de Consultas Ambulatoriais – Não Médicas	5.220	8.689	166,46%

ATENDIMENTO AMBULATORIO - 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL 2024
REALIZADO MÉDICO	1.074	1.225	1.135	1.502	1.198	1.337	1.395	1.524	1.296	1.322	1.469	1.313	15.790
% META (1.040 Atendimentos/Mês)	103,27%	117,79%	109,13%	144,42%	115,19%	128,56%	134,13%	146,54%	124,62%	127,12%	141,25%	126,25%	126,52%
ATENDIMENTO AMBULATORIO - 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL 2024
REALIZADO NÃO MÉDICO	489	433	655	845	557	799	888	958	940	539	805	781	8.689
% META (435 Atendimentos/Mês)	112,41%	99,54%	150,57%	194,25%	128,05%	183,68%	204,14%	220,23%	216,09%	123,91%	185,06%	179,54%	166,46%

3.2 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 HRRBC possui uma meta de **10.104** saídas/ano, medido através da soma de **saídas por alta hospitalar, transferência e óbito**, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS. No ano de referência a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO ANO 2024	% ALCANÇADO
Saídas	10.104	11.582	114,63%

SAÍDAS HOSPITALARES - 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL 2024
REALIZADA	948	889	928	916	950	961	1.059	959	1.012	1.060	967	933	11.582
% META (842 Saídas/Mês)	112,59%	105,58%	110,21%	108,79%	112,83%	114,13%	125,77%	113,90%	120,19%	125,89%	114,85%	110,81%	114,63%

3.3 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 **115.080** 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.

Os resultados obtidos foram:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO ANO 2024	% ALCANÇADO
Atendimento de Urgência e Emergência	115.080	181.017	157,30%

ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL 2024
REALIZADO	13.896	12.898	17.375	18.493	16.076	13.258	13.545	14.382	15.315	15.573	14.531	15.675	181.017
% META (9.590 Atendimentos /Mês)	144,90%	134,49%	181,18%	192,84%	167,63%	138,25%	141,24%	149,97%	159,70%	162,39%	151,52%	163,45%	157,30%

3.4 Cirurgias Realizadas

O indicador Cirurgias Realizadas mede a quantidade de cirurgias eletivas e de urgência e emergência mensalmente no Hospital Regional Ruy de Barros Correia tem a meta de **6.120** cirurgias, tendo como fonte o SIMAS e SIH/SUS. No ano de referência a Unidade apresentou a seguinte produção:

INDICADOR	META	PRODUÇÃO ANO 2024	% ALCANÇADO
Cirurgias Eletivas e de Urgência e Emergência	6.120	5.601	91,52%

META CIRURGICA - 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL 2024
Cirurgia Geral Adulto	65	50	55	49	2	27	59	48	47	49	36	95	582
Cirurgia Geral Pediátrica	1	0	0	0	1	3	1	1	2	1	0	3	13
Cirurgia Geral Urológica Adulto	30	22	28	31	11	9	13	15	13	17	20	33	242
Cirurgia Urológica Pediátrica	17	18	21	26	22	25	35	29	16	18	23	43	293
Cirurgia Proctológica	4	2	3	3	0	4	4	1	3	4	1	3	32
Cirurgia Vascular	8	6	12	13	10	11	12	14	8	17	13	16	140
Cirurgia Traumatologia Adulto	227	178	193	195	226	211	247	214	234	265	186	221	2597
Cirurgia Traumatologia Pediatria	30	25	33	38	42	46	41	48	42	54	63	46	508
Cirurgia Ginecológica	12	14	15	17	7	8	12	6	11	29	14	20	165
Curetagem	67	33	22	28	19	32	25	33	30	34	40	16	379
Parto Cesário	45	49	64	53	67	60	47	46	55	66	39	59	650
TOTAL	506	397	446	453	407	436	496	455	461	554	435	555	5.601
% META 510/MÊS	99,22%	77,84%	87,45%	88,82%	79,80%	85,49%	97,25%	89,22%	90,39%	108,63%	85,29%	108,82%	91,52%

3.4.1 Metas Cirúrgicas Específicas

INDICADOR	META	PRODUÇÃO ANO 2024	% ALCANÇADO
Cirurgias Eletiva Geral (7º TA)	1.200	1.279	106,58%
Cirurgias Eletivas e de Urgência de Traumatologia e Ortopedia – (17º TA)	1.800	3.105	172,50%
Cirurgia Eletiva CUIDA PE (31º TA)	960	1.056	110%

4. INDICADORES DE QUALIDADE DE ACOMPANHAMENTO DAS METAS VALORADAS

4.1 Qualidade da informação: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A análise da atividade de apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), é através da meta de **apresentação de 90% das AIHs referentes às Saídas Hospitalares** em cada mês de competência.

No ano de 2024 foram obtidos os seguintes resultados:

INDICADOR	SAÍDAS	AIHs	% ALCANÇADO
Apresentação de AIHs	11.582	14.717	127,06%

AIH / SAÍDAS HOSPITALARES - 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL 2024
SAÍDAS	948	889	928	916	950	961	1.059	959	1.012	1.060	967	933	11.582
AIH	1.210	1.106	1.087	1.182	1.256	1.216	1.406	1.209	1.242	1.320	1.155	1.328	14.717
% REALIZADO	127,64%	124,41%	117,13%	129,04%	132,21%	126,53%	132,77%	126,07%	122,73%	124,53%	119,44%	142,34%	127%

4.2 Taxa de Infecção Hospitalar

Esta taxa é calculada com base nas infecções adquiridas durante a prestação de cuidados ao paciente internos na UTI Geral Adulto, considerando somente aquelas que ocorreram após a admissão.

A aferição deste indicador é feita computando o **total de casos de infecções hospitalares registradas na UTI Geral Adulto no ano**, dividido pelo total de saídas ocorridas no mesmo período, conforme a fórmula: (número de casos de infecções x 100)

/ número de saídas. Em 2024, foram registradas **185 infecções** hospitalares entre **498 saídas**, resultando em uma taxa de infecção de **3,18%**.

UTI II ADULTO - DENSIDADE INFECÇÃO HOSPITALAR			
MÊS	Nº EPISÓDIO	Nº PACIENTE DIA	TAXA %
JAN	22	442	4,98%
FEV	19	436	4,36%
MAR	10	468	2,14%
ABR	12	455	2,64%
MAI	14	463	3,02%
JUN	20	411	4,87%
JUL	12	433	2,77%
AGO	15	502	2,99%
SET	22	538	4,09%
OUT	14	578	2,42%
NOV	12	545	2,20%
DEZ	13	541	2,40%
TOTAL	185	5812	3,18%

Considerando o envio do Relatório referente ao período, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

4.3 Taxa de Cesariana em Primípara

A análise do indicador contratado, refere-se à proporção de partos realizados por cesariana entre mulheres que estão dando à luz pela primeira vez. Essa taxa é um importante indicador para avaliar a qualidade da assistência obstétrica e identificar possíveis desvios de conduta.

No ano de 2024 foram obtidos os seguintes resultados:

INDICADOR	Nº CESARIANA EM PRIMÍPARA	Nº PARTOS EM PRIMÍPARAS	TAXA
Taxa de Cesariana em Primípara	264	921	28,66

TAXA DE CESARIANA EM PRIMIPARAS - 2024			
MÊS	Nº Cesáreas em Primíparas	Nº Partos em Primíparas	% Cesáreas em Primíparas
JAN	19	59	32,20%
FEV	16	87	18,39%
MAR	32	84	38,10%
ABR	22	80	27,50%
MAI	22	101	21,78%
JUN	26	77	33,77%
JUL	19	70	27,14%
AGO	19	64	29,69%
SET	21	84	25,00%
OUT	30	89	33,71%
NOV	13	62	20,97%
DEZ	25	64	39,06%
TOTAL	264	921	28,66%

Considerando o envio do Relatório referente ao período, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

4.4 Proporção de Óbitos Maternos Investigados

Este indicador é obtido através do monitoramento de 100% dos óbitos maternos, analisando a eficácia da assistência oferecida com base nas boas práticas.

No ano de 2024 **nenhuma morte materna foi registrada** nesta unidade.

4.5 Proporção de Óbitos Fetais Analisados

Este indicador é obtido através do monitoramento de 100% dos óbitos fetais, esta análise é crucial, pois fornece informações valiosas sobre a qualidade do cuidado durante a gestação e o parto, bem como sobre as condições de saúde da mulher e do sistema de saúde.

No ano analisado, ocorreram **36 mortes fetais**, destes **30 não apresentaram batimentos cardíacos** fetais no momento da admissão da gestante nesta unidade de saúde.

PROPORÇÃO DE ÓBITO FETAL INVESTIGADO					
ANO 2024	Nº DE ÓBITO			Nº TOTAL ANALISADO	% TOTAL ANALISADO
	COM ENTRADA HOSPITALAR COM BCF AUSENTE	COM ENTRADA HOSPITALAR COM BCF PRESENTE	Nº TOTAL		
JAN	3	1	4	4	100%
FEV	2	0	2	2	100%
MAR	4	0	4	4	100%
ABR	3	0	3	3	100%
MAI	4	0	4	4	100%
JUN	1	2	3	3	100%
JUL	3	0	3	3	100%
AGO	2	3	5	5	100%
SET	0	0	0	0	%
OUT	3	0	3	3	100%
NOV	3	0	3	3	100%
DEZ	2	0	2	2	100%
TOTAL	30	6	36	36	100%

Considerando o envio do Relatório referente ao período, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

4.6 Proporção de Recém-nascido com a 1ª Dose de Vacina Hepatite B

Todos os recém-nascidos vivos na unidade necessitam ser vacinados com a 1ª dose de vacina contra Hepatite B a ser realizada nas primeiras 12 horas de vida atingindo o percentual de 100% dos RN's vacinados.

Segundo a Instrução Normativa do Ministério da Saúde, deve ser administrada 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade.

É cediço que existem circunstâncias clínicas que inviabilizam a aplicação da vacina no recém-nascido nas primeiras 12 horas de vida, podendo ser adiada até a resolução do quadro clínico. Sendo assim, a unidade cumpriu a meta estabelecida, alcançando **99,86%** de vacinação com Hepatite B antes da alta hospitalar para os **2.189** recém-nascidos, considerando **02** RNs não elegíveis para vacinação e **01** RN com recusa da vacinação pelos genitores, conforme detalhado em relatório.

No ano de 2024 foram obtidos os seguintes resultados:

INDICADOR	Nº NASCIDOS VIVOS	Nº RN ELEGÍVEIS PARA VACINAÇÃO	Nº DE VACINADOS	% ALCANÇADO
RN Vacinados com 1ª Dose de Hepatite B	2.189	2.187	2.186	99,86%

VACINADO - HEPATITE B ANO 2024				
MÊS	Nº NASCIDO VIVO	ELEGÍVEIS PARA VACINAÇÃO	Nº VACINADOS	%
JAN	138	138	138	100,00%
FEV	199	199	199	100,00%
MAR	196	196	196	100,00%
ABR	182	182	182	100,00%
MAI	225	224	224	100,00%
JUN	199	199	199	100,00%
JUL	185	185	184	99,46%
AGO	161	160	160	100,00%
SET	187	187	187	100,00%
OUT	196	196	196	100,00%
NOV	145	145	145	100,00%
DEZ	176	176	176	100,00%
TOTAL	2.189	2.187	2.186	99,95%

Considerando o envio do Relatório referente ao período, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

4.7 Proporção de Recém-nascido com Peso Adequado com a Vacina BCG até Alta Hospitalar

Para execução da aplicação da vacina da BCG existem algumas particularidades que precisam ser observadas, conforme Instrução Normativa do Ministério da Saúde, a saber:

- Os recém-nascidos com peso inferior a 2.000g, deve-se adiar a vacinação até que atinjam este peso.
- Nos casos de usuários hospitalizados com comprometimento do estado geral, a vacinação deve ser adiada até a resolução do quadro clínico.

Para o cumprimento da meta, a unidade deve ter 100% dos RN's com peso >2.000g vacinados com a BCG antes da alta.

No ano analisado **2.166** recém-nascidos apresentaram peso acima de 2.000g, destes **14** tiveram comprometimento do estado geral resultando na postergação da vacinação até que o quadro clínico fosse resolvido. Dos **2.152** elegíveis para vacinação de BCG, **01** recém-nascido não recebeu vacina devido recusa dos genitores que optaram por vacinar na rede privada. Sendo assim, a unidade cumpriu a meta estabelecida, alcançando **100%** de vacinação com BCG antes da alta hospitalar, conforme detalhado no relatório mensal.

No ano de 2024 foram obtidos os seguintes resultados:

INDICADOR	Nº NASCIDOS VIVO COM PESO >2KG	Nº RN ELEGÍVEIS PARA VACINAÇÃO	Nº DE VACINADOS	% ALCANÇADO
RN Vacinados com 1ª Dose de BCG	2.166	2.152	2.151	99,95%

VACINADO - BCG ANO 2024					
MÊS	Nº NASCIDO VIVO ≥ 2 KG	COMPLICAÇÕES CLÍNICAS	ELEGÍVEIS PARA VACINAÇÃO	Nº VACINADOS	%
JAN	137	0	137	137	100,00%
FEV	198	1	197	197	100,00%
MAR	195	1	194	194	100,00%
ABR	180	0	180	180	100,00%
MAI	223	0	223	223	100,00%
JUN	198	7	191	191	100,00%
JUL	181	0	181	180	99,45%
AGO	156	0	156	156	100,00%
SET	185	1	184	184	100,00%
OUT	194	1	193	193	100,00%
NOV	145	2	143	143	100,00%
DEZ	174	1	173	173	100,00%
TOTAL	2.166	14	2.152	2.151	99,95%

4.8 Taxa de Mortalidade Operatória

A taxa de mortalidade operatória é um indicador que avalia a efetividade do cuidado, sendo um aspecto relevante do desempenho dos serviços de saúde.

INDICADOR	Nº DE ÓBITO CIRURGICO	Nº DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	TAXA
Taxa de Mortalidade Operatória	10	5.601	0,18%

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA - ANO 2024				
MÊS	Nº Óbitos por Cirurgia	ASA	Nº Procedimento Cirurgico	%
JAN	0	...	506	0,00%
FEV	1	III	397	0,25%
MAR	0	0	446	0,00%
ABR	0	0	453	0,00%
MAI	0	0	407	0,00%
JUN	0	0	436	0,00%
JUL	1	III	496	0,20%
AGO	0	0	455	0,00%
SET	3	III	461	0,65%
OUT	0	0	554	0,00%
NOV	1	II	435	0,23%
DEZ	4	II,II	555	0,72%
TOTAL MÉDIA ANUAL	10	—	5.601	0,18%

4.9 Taxa de Cirurgia de Urgência

Este indicador é obtido através do envio do relatório de monitoramento das cirurgias de urgência realizadas no HRRBC, analisando a eficácia da assistência oferecida com base nas boas práticas.

Considerando o envio do Relatório Gerencial referente ao ano de 2024, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

INDICADOR	Nº CIRURGIA DE URGÊNCIA	Nº TOTAL DE CIRURGIA	TAXA
Taxa de Cirurgia de Urgência	1.804	5.601	32,21

PERCENTUAL DE CIRURGIA DE URGÊNCIA - 2024			
MÊS	Nº Cirurgia de Urgência	Nº Total Cirurgia	%
JAN	136	506	26,88%
FEV	134	397	33,75%
MAR	169	446	37,89%
ABR	123	453	27,15%
MAI	146	407	35,87%
JUN	166	436	38,07%
JUL	123	496	24,80%
AGO	126	455	27,69%
SET	175	461	37,96%
OUT	173	554	31,23%
NOV	131	435	30,11%
DEZ	202	555	36,40%
TOTAL	1.804	5.601	32,21%

5. INDICADORES DE QUALIDADE ACOMPANHAMENTO DAS METAS NÃO VALORADAS

5.1 Porcentagem de Declaração de Diagnóstico Secundário por Especialidade

O indicador de **Porcentagem de Declaração de Diagnóstico Secundário por Especialidade** busca garantir qualidade da informação no Sistema de Internação Hospitalar - SIH/SUS.

INDICADOR	META	PRODUÇÃO AIH	PRODUÇÃO CID SECUNDÁRIO	% ALCANÇADO
Clínica Cirúrgica - CID Secundário	>22%	4.277	3.665	85,69%
Clínica Médica – CID Secundário	>14%	5.496	5.147	93,65%
Clínica Obstétrica – CID Secundário	>10%	2.615	2.246	85,89%
Clínica Pediátrica – CID Secundário	>7%	2.337	1.881	80,49%

5.2 Taxa de identificação da Origem do Paciente

O indicador Taxa de identificação da Origem do paciente é analisado através do conhecimento da localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda, onde a meta é atingir 90% de CEP válido e 90% de CEP compatível com o código IBGE.

Considerando o envio do Relatório referente ao período, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

5.3 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 da pesquisa.

No ano de 2024 foram realizados **25.289 atendimentos ambulatoriais**, sendo a pesquisa de satisfação aplicada a **3.726 usuários**. Das pesquisas realizadas, o atendimento ambulatorial obteve **59.709 respostas positivas**, resultando em uma **taxa de satisfação de 94,27%**. Quanto ao **atendimento hospitalar**, foram realizados **11.765 internamentos**, destes **2.661 responderam à pesquisa de satisfação**, tendo como resultado **44.239 respostas positivas**, resultando numa taxa de **97,79%**.

Considerando o envio do Relatório e publicação no Portal da Transparência referente ao período, no 20º dia útil do mês subsequente, o resultado obtido é **Meta Cumprida**.

5.4 Taxa de Resolução de Queixas Recebidas

Este indicador estabelece que todas as reclamações registradas por qualquer meio devem ser devidamente documentadas e solucionadas dentro de 20 dias corridos, podendo ser prorrogados por mais 10 dias, conforme a Lei Estadual 16.420/2018.

A resolução envolve as ações necessárias para responder ou esclarecer o problema ao autor da queixa. O objetivo é atingir uma taxa de resolução de, no mínimo, 80% calculada pela fórmula: número de queixas resolvidas x 100 / total de queixas recebidas.

No ano em análise, foram recebidas **80 queixas**, das quais **80** foram resolvidas dentro do prazo estipulado. Isso resultou em uma taxa de resolução de **100%**, conforme previsto pela meta de atingir, no mínimo, 80% de resolução das queixas no período.

As queixas e suas resoluções foram enviadas através do Relatório de queixas do SIMAS e Relatório Gerencial.

5.5 Taxa de Cirurgia Suspensa

O indicador contratado, Taxa de Cirurgia Suspensa, é a relação entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas, onde a meta é o envio do relatório com análise da taxa do ano, relacionado as causas do cancelamento e as ações tomadas.

A análise da taxa de suspensão das cirurgias é o monitoramento das suspensões por motivos que não dependeram dos pacientes, visando a melhoria da qualidade da assistência e da eficiência do serviço ofertado à população.

No ano em análise foram **agendadas 3.818 cirurgias**, destas **77 cirurgias foram suspensas**, sendo **49** por motivos clínicos do paciente e **28** por motivos administrativos, **totalizando 3.799 cirurgias realizadas** no período.

CIRURGIA ELETIVA - ANO 2024													
CIRURGIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CIRURGIA GERAL - ADULTO	56	37	45	46	0	18	48	43	42	48	30	39	452
CIRURGIA GERAL - PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3
CIRURGIA UROLOGIA - ADULTO	30	22	28	31	11	9	13	15	13	17	20	32	241
CIRURGIA UROLOGIA - PEDIÁTRICA	17	18	21	26	22	25	34	29	16	18	23	43	292
CIRURGIA PROCTOLOGIA	4	2	3	3	0	4	4	1	3	4	1	3	32
CIRURGIA VASCULAR	8	6	12	13	10	11	12	14	8	16	13	15	138
CIRURGIA GINECOLOGIA	9	10	9	14	4	6	8	2	5	25	13	16	121
CIRURGIA TRAUMATOLOGIA - ADULTO	174	147	136	163	180	162	215	182	171	213	196	165	2.104
CIRURGIA TRAUMATOLOGIA - PEDIÁTRICA	27	21	23	34	34	34	39	43	27	39	55	40	416
TOTAL	325	263	277	330	261	270	373	329	286	381	351	353	3.799

CIRURGIA ELETIVA - CANCELADAS													
CIRURGIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
AGENDADAS	333	268	284	334	269	276	374	333	294	390	297	366	3.818
CANCELADAS	8	5	7	4	8	6	4	4	8	9	1	13	77
REALIZADAS	325	263	277	330	261	270	373	329	286	381	351	353	3.799
PERCENTUAL CIRURGIAS CANCELADAS	2,40%	1,87%	2,46%	1,20%	2,97%	2,17%	1,07%	1,20%	2,72%	2,31%	0,34%	3,55%	2,02%

CANCELAMENTO POR CAUSAS CLÍNICAS / ADMINISTRATIVAS													
MOTIVO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE	5	4	3	2	6	6	3	2	7	6	1	4	49
CAUSAS ADMINISTRATIVAS	3	1	4	2	2	0	1	2	1	3	0	9	28
TOTAL	8	5	7	4	8	6	4	4	8	9	1	13	77

6. INDICADORES DE QUALIDADE OPERACIONAIS SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

6.1 Comissões Hospitalares

O Hospital Regional Ruy de Barros Correia possui 18 Comissões formadas através de portarias internas, conforme abaixo:

1. Comissão do Núcleo de Segurança do paciente;
2. Comissão de Farmácia, Terapêutica e Padronização de Medicamentos e Materiais;
3. Comissão de Revisão de Óbito;
4. Comissão de Humanização e Eventos;
5. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
6. Comissão de Revisão de Prontuário Médico, Faturamento e Estatística;
7. Comissão de Mortalidade Fetal e Infantil;
8. Comissão de Obstetrícia;
9. Comissão de Gestão Ambiental e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
10. Comissão de Pele e Feridas;
11. Comissão de Núcleo de Educação Permanente – NEP;
12. Comissão de Cuidados Paliativos;
13. Comissão de Plano de Prevenção de Risco de Acidentes com Materiais Perfurocortantes – CPRAMP;
14. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
15. Comissão de Proteção Radiológica;
16. Comissão de Terapia Nutricional;
17. Comissão de Ética de Enfermagem; e
18. Comissão de Ética Médica.

As comissões são constituídas com o objetivo de realizar Plano de ações de acompanhamento, prevenções, correções e melhorias de processos que são descritos e enviados mensalmente no Relatório das Comissões Hospitalares, no 20º dia útil do mês subsequente ao período em análise.

6.2 Gestão de Pessoas

6.2.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista

INDICADOR	TOTAL DE MÉDICOS	MÉDICOS COM ESPECIALIDADE
Médicos com Título de Especialista	139	54

6.2.2 Relação Funcionário/Leito

INDICADOR	TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	LEITOS OPERACIONAIS
Relação Funcionário/Leito	1.046	212

6.2.3 Relação Enfermagem/leito

INDICADOR	TOTAL DE TÉCNICOS DE ENF.	LEITOS OPERACIONAIS
Relação de Técnicos de Enfermagem/Leito	354	212

6.2.4 Relação Enfermeiro/Leito

INDICADOR	TOTAL DE ENFERMEIROS	LEITOS OPERACIONAIS
Relação de Enfermeiros/Leito	141	212

6.2.5 Índice de Atividades de Educação Continuada

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 ano em análise, foram planejadas **56 atividades**, das quais **56 foram efetivamente realizadas**, resultando em uma taxa de cumprimento de **100%** das atividades previstas. A meta estabelecida de alcançar pelo menos 90% foi, portanto, atendida, demonstrando um compromisso efetivo com a educação contínua dos profissionais.

Ainda, **foram realizadas 403 atividades que não estavam previstas no plano**, mas que por necessidade do serviço foram executadas.

Segue em anexo o relatório de acompanhamento de execução das atividades de educação permanente do período, contendo a lista dos temas abordados, bem como as atas comprovando a participação dos profissionais.

RESUMO TREINAMENTOS - 2024			
MÊS	PROGRAMAÇÃO DE TREINAMENTOS	TOTAL DE TREINAMENTOS	TOTAL DE PROFISSIONAIS TREINADOS
JAN	4	34	448
FEV	4	46	386
MAR	4	42	607
ABR	3	35	682
MAI	5	45	844
JUN	4	59	696
JUL	4	52	688
AGO	4	50	592
SET	5	28	456
OUT	8	26	314
NOV	5	24	650
DEZ	6	18	499
TOTAL	56	459	6.862

6.2.6 Turnover CLT

Numerador (nº de saídas + nº de contratações no período/2);

Denominador (nº colaboradores ativos no último dia do mês);

Cálculo de Turnover: numerador /denominadorx100.

INDICADOR	TOTAL DE ADMITIDOS/ANO 24	TOTAL DE DEMITIDOS/ANO 24	TOTAL DE ATIVOS EM DEZEMBRO/24
Turnover	215	146	785

6.2.7 Taxa de Acidente de Trabalho

Cálculo da Taxa de Acidente de Trabalho: nº de ocorrência de acidentes de trabalho no período/nº de funcionários ativos no último dia do períodoX100

INDICADOR	Nº Ocorrências/ANO 24	TOTAL DE FUNCIONÁRIOS CLT/DEZEMBRO 24	ÍNDICE DE ACIDENTE DE TRABALHO
Acidente de Trabalho	102	785	13%

6.3 Gestão Clínica

INDICADOR	TOTAL DE PROTOCOLOS
Protocolo Médico	04



7. 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.



Ana Kelly Araújo
Gestora Geral
Hospital Regional Ruy de Barros Correia- HRRBC

**HOSPITAL DO
TRICENTENÁRIO**

Dr. Gil Mendonça Brasileiro
Superintendente
OSS HTRI – Hospital do Tricentenário