



APRESENTAÇÃO

Este relatório destina-se à prestação de contas bimestral - período de fevereiro e março de 2017 - referente aos resultados institucionais pactuados mediante ao Contrato de Gestão nº01/2013, conforme Cláusula Quarta, Artigo VIII do referido contrato.

O Contrato de Gestão, firmado em 01 de agosto de 2013, entre a Fundação Municipal de Saúde de Niterói e o Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social - IDEIAS -tem como objeto o planejamento, o gerenciamento e a execução das atividades e serviços de saúde do Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho- *Getulinho*. Neste sentido, o relatório busca demonstrar de forma integrada, os resultados alcançados relativos à contratualização, com foco na prestação de serviços assistenciais à população e no nível de desempenho técnico-operacional.

Em 2016 foi assinado o 1º Termo Aditivo com o objetivo de prorrogar a vigência do Contrato de Gestão nº. 001/2013, passando a vigorar entre fevereiro de 2016 a julho de 2017.

Este documento reúne as informações relativas à produção assistencial e aos indicadores pactuados apresentando uma visão geral da atividade hospitalar, em termos de volume de produção, perfil de complexidade e o desempenho hospitalar. Ainda serão disponibilizados aqui elementos de análise que contextualizam o grau de alcance das metas e o gerenciamento dos objetivos definidos conforme o 1º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2013.

As atividades realizadas pelo IDEIAS, mediante Contrato de Gestão, estão amparadas no âmbito da administração pública pela Lei Federal nº 9.637/98 e pela Lei Municipal nº 2.884, de 29 de dezembro de 2011.

O IDEIAS é uma instituição privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social no município de Niterói, onde atua em parceria com a administração pública, visando contribuir para consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8.080/90.

Este relatório está dividido da seguinte forma:

Parte I: Caracterização da Unidade

Parte II: Dados Gerais



Parte III: Indicadores de Monitoramento e Avaliação de Desempenho

Parte IV: Considerações Finais

Anexos

O uso de indicadores é um dos métodos de avaliação da qualidade da assistência utilizada como uma das ferramentas de análise e avaliação pela Equipe Gestora do Hospital. Mensalmente os resultados são acompanhados e monitorados visando o alcance da solidez da excelência na gestão hospitalar.

PARTE I
CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

I. Caracterização da Unidade

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Hospital Getulio Vargas Filho
HOSPITAL ESPECIALIZADO: Pediatria
CNES: 012599
CNPJ: 32556060002800
LOGRADOURO: Rua Teixeira de Freitas , S/N - Fonseca – Niterói – RJ
CEP: 24.130-616
ESFERA ADMINISTRATIVA: Municipal- parceria com Organização Social

Perfil Assistencial

O Hospital Getúlio Vargas Filho é uma unidade de saúde municipal e possui uma parceria de gestão com o IDEIAS desde 01 de agosto de 2013. É, reconhecidamente, o Hospital de referência em atendimento pediátrico de Niterói. Também atende a demanda espontânea de alguns municípios da Região Metropolitana II. No entanto, observamos que a maior demanda atendida no *Getulinho* atualmente é de munícipes de Niterói.

Nos meses analisados verificou-se que:

- Em fevereiro 69% dos atendimentos realizados na emergência, ambulatório e internação foram para munícipes de Niterói, 25% para munícipes de São Gonçalo e apenas 6% foram atendimentos a pacientes oriundos de outros municípios.
- Em março 70% dos atendimentos realizados na emergência, ambulatório e internação foram para munícipes de Niterói, 25% para munícipes de São Gonçalo e apenas 5% foram atendimentos a pacientes oriundos de outros municípios.

Ao longo do período analisado a distribuição de atendimentos, considerando residência, têm se mantido.

A unidade atende a demanda de baixa e média complexidade, com emergência clínica (porta aberta), além de ambulatório de especialidades médicas e leitos de clínica pediátrica. Vale ressaltar que, as



internações e consultas ambulatoriais são reguladas.

Contamos com a seguinte estrutura:

- 25 leitos (02 isolamentos) de enfermaria - a partir de janeiro de 2015, quando foram desativados 05 leitos em função da obra realizada para a construção da “nova emergência.”
- Atendimento ambulatorial realizado no prédio central - com as seguintes especialidades: alergologia, dermatologia, pneumologia, nefrologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, hematologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, pós-consulta, otorrinolaringologia, além de referência para anemia falciforme. Além da equipe multiprofissional: nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e psicologia.
- Serviço de Urgência e Emergência do Hospital, estruturado para atender a partir do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco.
- 10 leitos de Centro de Tratamento Intensivo, sendo 01 de isolamento.

PARTE II
DADOS GERAIS

1. ATENDIMENTO POR MUNICÍPIO (Somatório Emergência, Ambulatório e Internação)

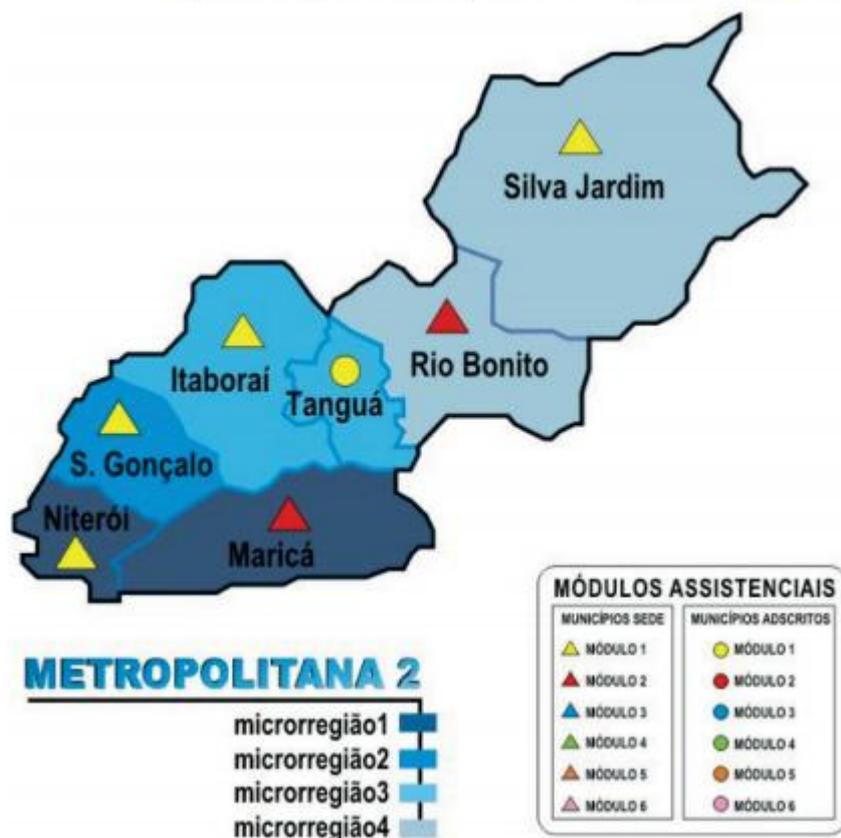
Município	Fevereiro		Março	
Niterói	4020	69%	5488	70%
São Gonçalo	1491	25%	1963	25%
Maricá	181	3%	175	2%
Itaboraí	105	2%	158	2%
Rio Bonito	1	0	0	0
Silva Jardim	0	0	1	0
Tanguá	12	0	3	0
Outros	34	1%	27	1%
Total	5844	100%	7815	100%

Fonte: Censo Hospitalar e Sistema de Informações INTUS

Observamos que em média 70% dos atendimentos na Emergência, Ambulatório e Internação no mês de fevereiro e março são de munícipes de Niterói. O atendimento a outros municípios da Metro II fica em torno de 30%, concentrado em especial para munícipes de São Gonçalo (25%) configurando o HGVF como hospital de abrangência e importância regional.

Conforme mapa da Região Metropolitana II, apresentado abaixo, verificamos que os usuários dos municípios limítrofes a Niterói procuram os serviços do Hospital, pela facilidade do acesso e pela pactuação regional, reforçando o conceito da territorialização em saúde: *“A territorialização pode expressar também pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais.”* (Fleury & Ouverney, 2007)

Mapa da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro



Fonte: <www.saude.rj.gov.br>, 2001.

2. FAIXA ETÁRIA (Atendimentos Emergenciais)

Idade	Fevereiro		Março	
	Atendimentos	%	Atendimentos	%
< 01 ano	120	3%	250	5%
01 a 04 anos	2596	56%	3417	67%
05 a 09 anos	1140	24%	811	16%
10 a 14 anos	631	13%	425	8%
15 a 19 anos	179	4%	213	4%
TOTAL	4666	100%	5116	100%

Fonte: Sistema de Informações Klinikos

A faixa etária que gerou um maior número de atendimentos emergenciais em fevereiro e março de 2017 no HGVF foi de 01 a 04 anos (59% e 72% respectivamente), seguida das crianças entre 05 e 09 anos (24% e 16% dos atendimentos, respectivamente).

3. ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

Especialidade	Fevereiro		Março	
	Atendimentos	%	Atendimentos	%
Alergia	30	3%	119	8%
Anemia Falciforme	55	5%	60	4%
Cardiologia	91	9%	98	7%
Cirurgia Plástica	66	6%	98	7%
Dermatologia	94	8%	127	9%
Endocrinologia	62	6%	112	8%
Followup	48	5%	59	4%
Hematologia	63	6%	65	4%
Nefrologia	76	7%	115	8%
Neurologia	137	13%	154	11%
Ortopedia	91	9%	115	8%
Otorrino	140	13%	167	12%
Pneumologia	104	10%	137	10%
Total	1057	100%	1426	100%

Fonte: Censo Hospitalar

4. ATENDIMENTO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Serviço	Fevereiro		Março	
	Atendimentos	%	Atendimentos	%
Psicologia	375	14%	409	12%
Serviço Social	489	18%	558	16%
Fonoaudiologia	137	5%	187	5%
Nutrição	688	25%	897	25%
Fisioterapia	209	8%	356	10%
Odontologia	143	5%	190	5%
Procedimentos de Enfermagem	689	25%	928	27%
Total	2730	100%	3525	100%

Fonte: SIASUS, Censo Hospitalar, com exceção do Serviço de Nutrição no qual a fonte é o relatório do próprio setor.

5. ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

Atendimentos	
Fevereiro	Março
4666	6232

Fonte: Censo Hospitalar

6. SERVIÇO DE LABORATÓRIO

Exames realizados - Análises Clínicas	
Fevereiro	5576
Março	7418

Fonte: Relatório Laboratório JVA Serviços Médicos e Diagnósticos - EIRELI

7. SERVIÇO DE IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

Exame	Fevereiro	Março
RX	1283	2052
Ecocardiograma	56	53
Ultrassonografia	99	111
ECG	26	40
Total:	1464	2256

Fonte: SIASUS e Relatório Laboratório JVA Serviços Médicos e Diagnósticos - EIRELI

A realização de exames de imagem atende as necessidades clínicas dos pacientes atendidos estando assim sujeitas a variações.

PARTE III

INDICADORES DE MONITORAMENTO E

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO



Indicadores de Monitoramento e Avaliação de Desempenho

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde; bem como, do desempenho do sistema relacionado, além de funcionarem como ferramenta na condução do acompanhamento das metas a serem atingidas pela unidade.

Desta forma, a equipe técnica do IDEIAS se dedicou a desenvolver um sistema de informação gerencial, no qual os indicadores possuíssem como propriedades dos componentes utilizados em sua formulação: a clareza, a precisão (registro, coleta, transmissão dos dados), a validade e utilidade (capacidade de medir o que se pretende e o que é preciso medir) e a confiabilidade (reprodução dos mesmos resultados, quando aplicado em condições similares).

INDICADORES DE EMERGÊNCIA

ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE EMERGÊNCIA

1. Tempo de espera para a classificação de risco

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Soma dos tempos de espera dos pacientes, medido entre o acolhimento e a classificação de risco pelo enfermeiro / nº de pacientes acolhidos	7 min.	6 min.	<10 min
<p>Nota Técnica: O Tempo de Espera para Classificação de Risco é um indicador operacional que possibilita a mensuração do tempo entre a chegada do usuário à emergência e a avaliação da equipe de enfermagem do risco da sua patologia e estabelecimento da prioridade do atendimento. Nos meses de fevereiro e março esse indicador permaneceu dentro da meta pactuada. O Tempo de Espera para a Classificação de Risco é um indicador que permite ao gestor avaliar a agilidade do atendimento, estabelecendo estratégias para garantia do uso do protocolo que priorize o atendimento sob a ótica de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. A estratificação de risco dos usuários propõe que os casos sejam ordenados e priorizados a partir de critérios clínicos (sintomas, situação clínica, risco/gravidade). Assim, ao dar entrada na emergência do HGVF os pacientes recebem uma classificação por cor determinando o tempo alvo para o primeiro atendimento médico.</p>			

Fonte: Sistema de Informação Intus

2. Tempo de espera para atendimento médico

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Soma dos tempos de espera dos pacientes, medido entre a classificação de risco e atendimento médico	Vermelho – 0 Amarelo – 21 Verde – 47 Azul – 39	Vermelho – 67 Amarelo – 23 Verde – 63 Azul – 23	Vermelho - 0 Amarelo - até 10 min Verde - até 60 min Azul - até 120 min.

/ pelo nº total de pacientes atendidos			
<p>Nota Técnica: Nos meses de fevereiro e março de 2017 observa-se que tempo para o atendimento médico “amarelo”, apesar apresentar-se acima da meta, demonstra melhora no tempo em comparação ao período anterior. A equipe de gestão tem reunido esforços no sentido de melhorar esse indicador enfrentando, através de revisões nos processos de trabalho e no protocolo de acolhimento com classificação de risco, envolvendo a direção, equipe médica, enfermagem e administrativa. No mês de março de 2017 o tempo esperado para pacientes classificados como vermelho teve seus registros realizados acima da média, todavia conforme informado em relatórios anteriores, reiteramos que esses pacientes têm a garantia do atendimento imediato, e posteriormente o preenchimento de BAM e lançamento no sistema. Neste período foram realizados quatro (04) atendimentos de pacientes considerados “vermelho”.</p>			

Fonte: Sistema de Informação INTUS

3. Taxa de Ocupação Sala Amarela

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes em observação na sala amarela /nº de leitos de observação x 100	93,4%	50,3%	85% a 100%
<p>Nota Técnica: No período analisado o HGVF trabalhou com 10 leitos disponíveis na sala amarela. No mês de março de 2017 a taxa de ocupação do setor ficou abaixo da meta pactuada, assim como em janeiro de 2017. Vale, contudo, ressaltar que atualmente os leitos da sala amarela são muito comumente utilizados como leitos de internação o que acaba, no cálculo deste indicador mascarando o verdadeiro resultado, já que os leitos ficam ocupados por pacientes internados. Ressaltamos ainda que se faz necessário analisar a compatibilidade da meta com o uso e a função da sala amarela. Em geral, a meta de 85% é utilizada como parâmetro para leitos de internação, sendo incompatível com as características de uma sala amarela. Sugerimos que o indicador esteja alinhado com a meta estabelecida para a sala amarela, visto que atualmente este serviço tem dado suporte à internação clínica, devido ao quantitativo de leitos reduzidos para a internação.</p>			

Fonte: Censo Hospitalar

4. Taxa de Ocupação Sala Vermelha

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes em observação na sala vermelha / nº de leitos de observação x 100	22,32%	35,7%	<50%
<p>Nota Técnica: Os pacientes devem permanecer nos leitos da Sala Vermelha apenas o tempo necessário para sua estabilização. Nos meses de fevereiro e março de 2017, a Taxa de Ocupação da Sala Vermelha permaneceu dentro da meta pactuada, menor que 50%, assim como no período anterior.</p>			

Fonte: Censo Hospitalar

5. Tempo de Permanência Sala Vermelha

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Soma dos tempos de permanência dos pacientes classificados vermelho / nº de saídas (óbitos, altas e remoção) do paciente com o mesmo risco.	48 horas	24 horas	<24 horas
<p>Nota Técnica: A sala vermelha destina-se à assistência de pacientes críticos, deve possuir leitos livres para permitir o fluxo na emergência. No período analisado, o tempo dos pacientes na sala vermelha esteve sujeito à disponibilidade de leitos para transferência dos pacientes graves para outras unidades de saúde. O resultado no mês de fevereiro ultrapassou às 24 horas e o mês de março ficou em 24 horas o tempo de permanência, possivelmente atribuído ao pleno funcionamento do Centro de Tratamento Intensivo, que teve seu início em 07/03/2017. Desta forma, os dois (02) leitos de sala vermelha passam e ser destinados apenas à estabilização de pacientes.</p>			

Fonte: Censo Hospitalar

6. Tempo de Permanência Sala Amarela

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Soma dos tempos de permanência dos pacientes classificados amarelo / nº de saídas (óbitos, altas e remoção) do paciente com o mesmo.	24 horas	24 horas	<24 horas
Nota Técnica: O resultado dos meses fevereiro e março permaneceram dentro da meta.			

Fonte: Censo Hospitalar

7. Taxa de reconsulta em 36 horas

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes com mais de um registro de atendimento em 36 h/pelo total de pacientes atendidos no mesmo período x 100	3,92%	4,36%	<10%
Nota Técnica: A meta estabelece até 10% de retorno à emergência/urgência com o mesmo motivo clínico em menos de 36 horas, é um índice aceitável, podendo demonstrar resolutividade e qualidade assistencial. Nos meses de fevereiro e março o indicador permaneceu em conformidade com a meta pactuada, demonstrando a eficácia do atendimento e a capacidade resolutiva das equipes que atendem na emergência do HGVF.			

Fonte: Sistema de Informações INTUS

INDICADORES DE AMBULATÓRIO

ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES AMBULATORIAIS

1. Proporção de consultas de primeira vez

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de consultas de 1ª vez / pelo nº de consultas realizadas em dado período x 100	27,5%	26,4%	>ou= 40%

Nota Técnica: Foram pactuados 20 atendimentos por turno de atendimento, sendo que na maioria das especialidades são fornecidas de 40 a 60% de consultas de primeira vez a cada mês. Estas vagas são reguladas pela CREG de Niterói, que é responsável pela distribuição das vagas entre as unidades da rede de Niterói. No período analisado a meta pactuada não foi alcançada. É importante destacar que a unidade não possui governabilidade sobre o agendamento das consultas de primeira vez que ficam a encargo da Central de Regulação da SMS. Nesta perspectiva a equipe da Direção tem desenvolvido estratégias de articulação com a rede atenção municipal e com a Coordenação do sistema de regulação municipal – CREG. Em fevereiro foi realizada reunião com o DECAU, cuja pauta incorporou o tema das consultas ambulatoriais, capacidade de oferta e necessidades do HGVF, baseado em estudo aprofundado dos dados e indicadores do potencial produtivo do Ambulatório.

Fonte: Check in Ambulatório

2. Índice de faltosos

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes faltosos / pelo total de pacientes agendados	34,7%	35,5%	< 30%

Nota Técnica:

Fonte: Check in Ambulatório

INDICADORES DE INTERNAÇÃO

ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES DE INTERNAÇÃO

Devido à obra realizada para a construção da nova emergência, o serviço de internação teve a redução de 05 leitos de internação, contando com 25 leitos operacionais para o período analisado.

1. Taxa de Ocupação

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes-dia/ pelo nº de leitos dia X 100	81,9%	87,2%	> ou = 85%
Nota Técnica: Nos meses analisados a taxa de ocupação esteve em conformidade com a meta estabelecida.			

Fonte: Censo Hospitalar

2. Tempo Médio de Permanência

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes dia/pelo nº de saídas em determinado período (30 dias)	5,8 dias	5,4 dias	<ou 6 dias
Nota Técnica: Nos meses de fevereiro e março o tempo médio de permanência (TMP) esteve em conformidade com a meta pactuada. No entanto, assim como o indicador “Taxa de Ocupação”, sugerimos que este indicador esteja alinhado com a meta estabelecida para a sala amarela, visto que atualmente este serviço tem dado suporte à internação clínica, devido ao quantitativo de leitos reduzidos para a internação.			

Fonte: Censo Hospitalar

3. Taxa de mortalidade hospitalar

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº óbitos / pelo total de saídas x 100	0	1,36%	< 2%
<p>Nota Técnica: A taxa de mortalidade hospitalar é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internos durante um determinado período e o número de pacientes saídos. A meta neste caso é apenas uma referência de limite superior aceitável para a mortalidade. No mês de março houve dois (02) óbitos.</p>			

Fonte: Censo Hospitalar

4. Taxa de mortalidade institucional (>24h)

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº óbitos de pacientes internados a mais de 24 horas / pelo total de saídas x 100	0	1,36	<1%
<p>Nota Técnica: A taxa de mortalidade institucional é dada pela relação entre o número de óbitos que ocorreram após pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período. Mede a efetividade da assistência, considerando que o tempo de 24 horas é suficiente para que as medidas terapêuticas surtam efeito. No mês de março houve dois (02) óbitos.</p>			

Fonte: Censo Hospitalar

INDICADORES DE GESTÃO DA QUALIDADE

ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES GESTÃO DA QUALIDADE

1. Índice de Satisfação do Usuário

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Usuários satisfeitos / nº de questionários x 100	88%	95%	> ou = 90%
<p>Nota Técnica: A avaliação da satisfação do usuário do HGVF é medida através de questionário padronizado que é aplicado no momento da alta na internação, ao fim da consulta no ambulatório e na emergência. Para a avaliação deste indicador devem ser entrevistados 10% dos usuários do ambulatório, 10% dos usuários da internação e 1% dos usuários da emergência. A satisfação é obtida, em geral, quando o usuário tem suas expectativas de necessidades atendidas, conforme questionário padronizado, onde vários atributos são avaliados incluindo aspectos subjetivos como relação com a equipe de trabalho e outros objetivos como infraestrutura e qualidade da alimentação. Nos meses de fevereiro e março, 88% e 95%, respectivamente, dos usuários (responsáveis) entrevistados se declararam satisfeitos com o atendimento recebido no HGVF. Este resultado se encontra em conformidade com a meta pactuada.</p>			

Fonte: Serviço de Orientação ao Usuário - SOU

2. Taxa de resposta (FEEDBACK)

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de respostas (retorno) / nº total de usuários ouvidos x 100	94%	99%	>80%
<p>Nota Técnica: A meta estabelece que mais de 80% dos usuários devem receber resposta referente ao seu registro na ouvidoria. Nos meses de fevereiro e março 97% dos registros na realizados pela ouvidoria, obtiveram feedback no prazo esperado, o que demonstra que o serviço de ouvidoria do HGVF tem funcionado como potente instrumento, capaz de ampliar de forma célere e responsável a voz dos usuários e colaboradores junto a gestão.</p>			

Fonte: Serviço de Orientação ao Usuário - SOU

3. Taxa de Revisão de Prontuário pela Comissão de Prontuário

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de prontuários revisados / nº de internações e atendimentos ambulatoriais	100%	100%	30%

Nota Técnica: Todos os prontuários do HGVF são revisados pela médica coordenadora SAME, que em caso de não conformidade encontrada, encaminha ao responsável para revisão. Além disso, a Comissão de Revisão de Prontuário é realizada mensalmente, com representantes da equipe multidisciplinar. Nesta dinâmica, nos meses de fevereiro e março, 100% dos prontuários foram revisados.

Fonte: Comissão de Revisão de Prontuário

4. Taxa de Infecção Hospitalar

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de infecções hospitalares / nº de pacientes dia	0,85%	1,28%	< ou =2%

Nota Técnica: A taxa de infecção é medida através do número de infecções identificadas após 72 horas de internação. A discreta elevação na taxa de um mês para outro se deve possivelmente ao aumento do número de pacientes internados e a falta de adequação no espaço entre os leitos, além de fevereiro ser um mês mais curto. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar realiza ações contínuas de monitoramento e campanhas educativas. A adesão da higienização de mãos comprovada pelo aumento do uso de álcool gel e o uso racional de ATB foram importantes estratégias para o alcance da meta, nos meses de fevereiro e março de 2017.

Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar –HGVF

5. Taxa Revisão de Óbitos

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de revisão de óbitos em prontuário / nº de óbitos x 100	0%	100%	100%
<p>Nota Técnica: No mês de fevereiro não houve óbito e no mês de março houve dois (02) óbitos com mais 24 horas, que foram analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos.</p>			

Fonte: relatório da comissão de óbito

6. Acompanhamento do cadastro no CNES

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de profissionais cadastrados / nº total de profissionais x 100	100%	100%	100%
<p>Nota Técnica: Todos os profissionais atuantes no HGVF estão cadastrados no CNES, com a realização de atualizações mensais com exclusões e inclusões, conforme descrição abaixo.</p> <p>Fevereiro:</p> <p>Exclusões - 02</p> <p>Inclusões -11</p> <p>Março:</p> <p>Exclusões - 07</p> <p>Inclusões - 42</p>			

Fonte: Cadastro CNES

7. Percentual de profissionais treinados no Trimestre

Fórmula	Fevereiro	Março	Trimestre	Meta
Nº de profissionais treinados / nº total de profissionais x 100	58%	24%	86%	50% no trimestre
<p>Nota Técnica: As ações de EP acontecem continuamente no HGVF, sendo utilizadas diversas formas de práticas educativas, de capacitação e aperfeiçoamento. Como o indicador é analisado trimestralmente, incluímos o resultado do mês de janeiro de 2017 para compor o calculo total. No período analisado tivemos o seguinte resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Janeiro: 311 funcionários – 4% treinados • Fevereiro: 310 funcionários – 58% treinados • Março: 321 funcionários – 24% treinados <p>TOTAL DO TRIMESTRE - 86% treinados</p>				

Fonte: Listas de Presença das atividades de Educação Permanente

8. Reuniões periódicas do Conselho Gestor

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta												
Uma reunião por trimestre	100%	100%	01 reunião por trimestre												
<p>Nota Técnica: Embora a meta seja uma (01) reunião por trimestre, o Conselho Gestor do HGVF tem se reunido mensalmente. Abaixo calendário de reuniões de 2017.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="4">CONSELHO GESTOR – GETULINHO (2ª SEXTA-FEIRA)</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>DIA DA SEMANA</th> <th>HORÁRIO</th> <th>LOCAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				CONSELHO GESTOR – GETULINHO (2ª SEXTA-FEIRA)				DATA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO	LOCAL				
CONSELHO GESTOR – GETULINHO (2ª SEXTA-FEIRA)															
DATA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO	LOCAL												

13/01/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
10/02/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
10/03/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
07/04/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
12/05/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
09/06/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
14/07/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
11/08/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
01/09/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
06/10/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
10/11/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF
08/12/2017	Sexta -feira	14h	3º andar da ADM/HGVF

INDICADOR

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

1. Tempo médio de Permanência

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de pacientes/dia dividido pelo nº de saídas em determinado período (30 dias)	-	4,3 dias	> ou = 8 dias
Nota Técnica: A UTI pediátrica com funcionamento em 08/03/2017.			

2. Taxa de Ocupação

Fórmula	Fevereiro	Março	Meta
Nº de paciente/dia dividido pelo nº de leitos/dia x 100	-	40,4%	> ou 95%
Nota Técnica: 20 entradas até 31/03/17, sendo 01 reinternação em 24h (5%).			

**CONSIDERAÇÕES FINAIS - A AGENDA
ESTRATÉGICA**

Gestão e sistema de Governança (processo e organização)

Nos últimos meses, objetivando-se ampliar a transparência e fluidez dos processos de tomada de decisão, vem se delineando no hospital a estruturação de um novo modelo de gestão e sistema de governança o qual tem procurado potencializar processos dialógicos entre os principais atores sociais envolvidos com os resultados institucionais: o gestor público municipal, o prestador de serviço (OS), os trabalhadores do hospital e usuários.

No curso desse esforço verificou-se a necessidade de redefinição de papéis e responsabilidades no interior do hospital, buscando uma dinâmica matricial de gestão e do desenvolvimento de uma rede de petição e compromissos, que privilegiasse a comunicação e o trabalho em equipe e a geração de soluções compartilhadas, sempre com foco na qualificação contínua dos serviços de forma articulada às necessidades de saúde dos usuários do hospital e rede de serviços do SUS.

Trata-se de movimento dinâmico, que reúne níveis de esforços no campo da gestão e da atenção em saúde. A sua operacionalização está sistematizada num conjunto de ações articuladas na Agenda Estratégica do Hospital, das quais destacamos:

- Plano de ação para o enfrentamento de Elevado Tempo de Espera na Emergência
- Plano Estratégico do Hospital 2017
- Aprofundamento de estudos de demanda e oferta de vagas no Ambulatório de Especialidades, associado ao desenvolvimento de estratégias na articulação com a rede de atenção municipal e regional nos diferentes percursos e complexidades do sistema percorrido pelos usuários do Hospital
- Consolidação do Hospital Getúlio Vargas Filho como cenário de prática para Formação de profissionais de saúde em Pediatria.
- Aperfeiçoamento do Sistema de Informação para apoio ao Sistema de Monitoramento, com ênfase aqui no monitoramento diário dos indicadores na Emergência.

Destaca-se nesse processo o desenvolvimento de sistemática de governança e monitoramento estruturada no fortalecimento de coletivos já existentes como Conselho Gestor e Colegiado de

Gestão e novos, como a conformação de grupos de trabalho multissetoriais temáticos e a criação do Núcleo de Apoio a Gestão Estratégica (NAGE).

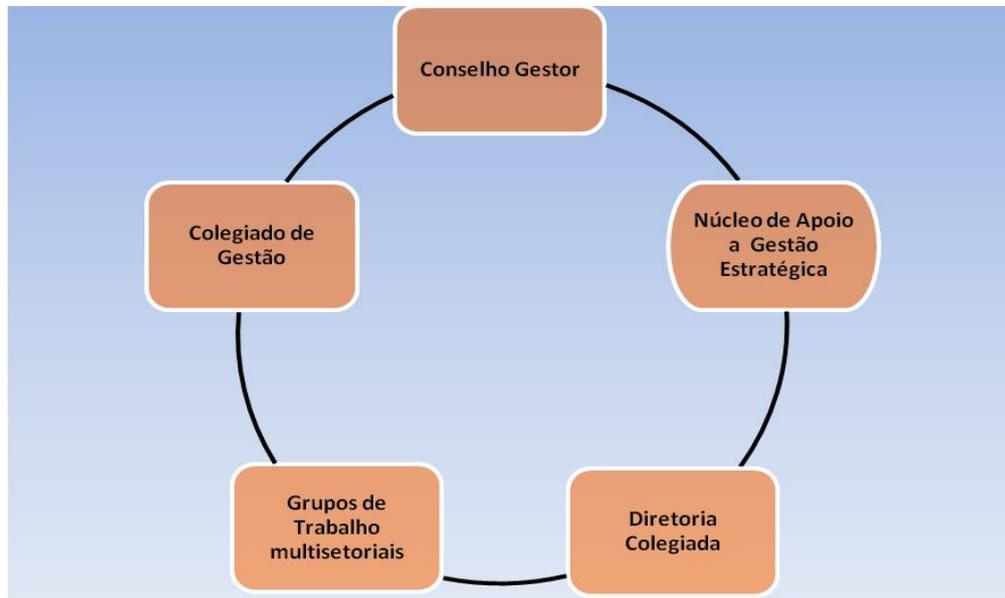


Figura 1. Esquema do Sistema de Governança do Hospital Getúlio Vargas Filho, março 2017.

Plano de ação para o enfrentamento de Elevado Tempo de Espera na Emergência

Trata-se de esforço coordenado pela Direção Executiva no enfrentamento do contexto de *Elevados Tempo de Espera* no primeiro atendimento médico na Emergência do HGVF.

Ocorre que em repetidos dias o tempo de espera para o primeiro atendimento médico na emergência do HGVF tem se apresentado muito aumentado, ultrapassando algumas vezes às 5 horas, chegando a ter dias em que esteve em 7 horas para o primeiro atendimento médico. O fato vem acompanhado de frequentes tensões na porta de entrada da unidade com ocorrência de conflitos e constantes reclamações dos usuários, seja em nosso Serviço de Orientação do Usuário, seja nas redes sociais ligadas a prefeitura de Niterói.

Embora o problema já existisse na unidade, com a inauguração da Nova Emergência (junho de 2016) se potencializou a visibilidade do mesmo. Isso se deu tanto pelo fato de sua inauguração ter sido amplamente noticiada, colocando novamente o hospital na agenda política da cidade, quanto pela localização 'arquitetônica' da Nova Emergência, que diferente da estrutura anterior localizada num

contêiner, ao estar mais integrada ao conjunto da unidade e não ser mais um ‘anexo escondido’, trouxe para o cotidiano da gestão do hospital maior ênfase às questões a serem enfrentadas.

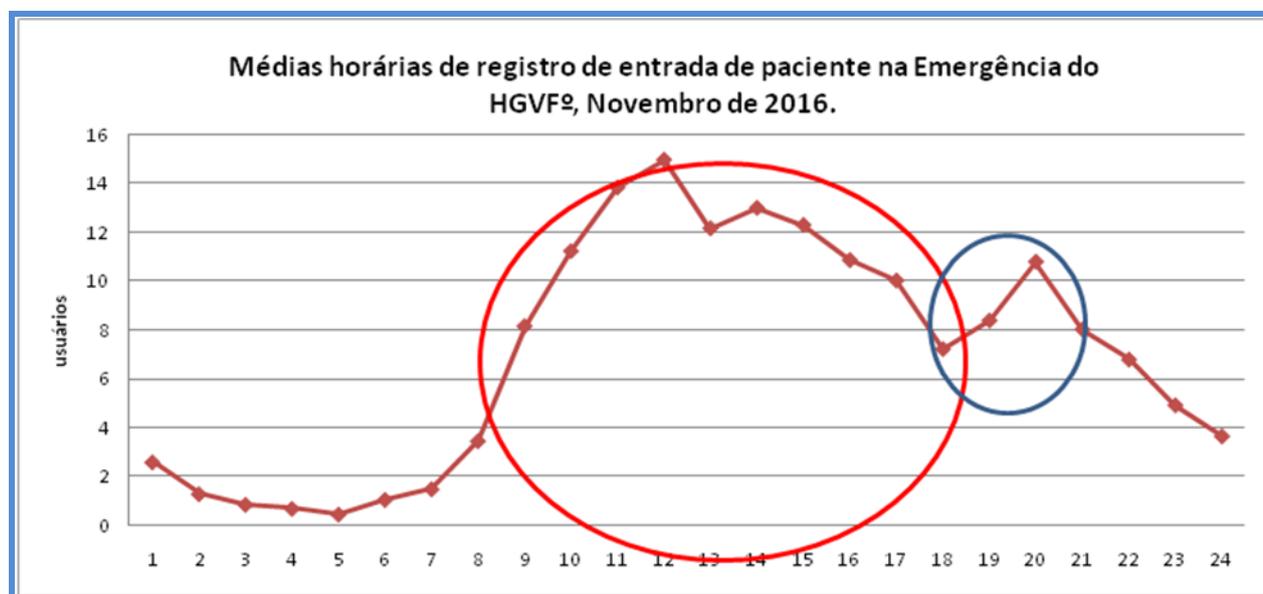
Para tanto, no enfrentamento do problema, foi feito um amplo diagnóstico situacional dos determinantes potenciais e críticos na conformação deste problema com definição de um plano de ação para reversão deste contexto indesejável.

Na análise situacional foi feito uso de estudo da evolução do padrão de entrada dos usuários na emergência – médias horárias: evolução hora-dia por dia da semana; mapeamento e discussão com os diversos profissionais sobre processo de trabalho; e, observação *in loco* e cotidiana do percurso percorrido pelo paciente desde a entrada na emergência até ter um destino.

Identificou-se, a partir do diagnóstico realizado, um contexto multifatorial na determinação do problema em foco com ênfase para:

- **Descompasso entre o momento de maior demanda e a disponibilidade da equipe médica.**

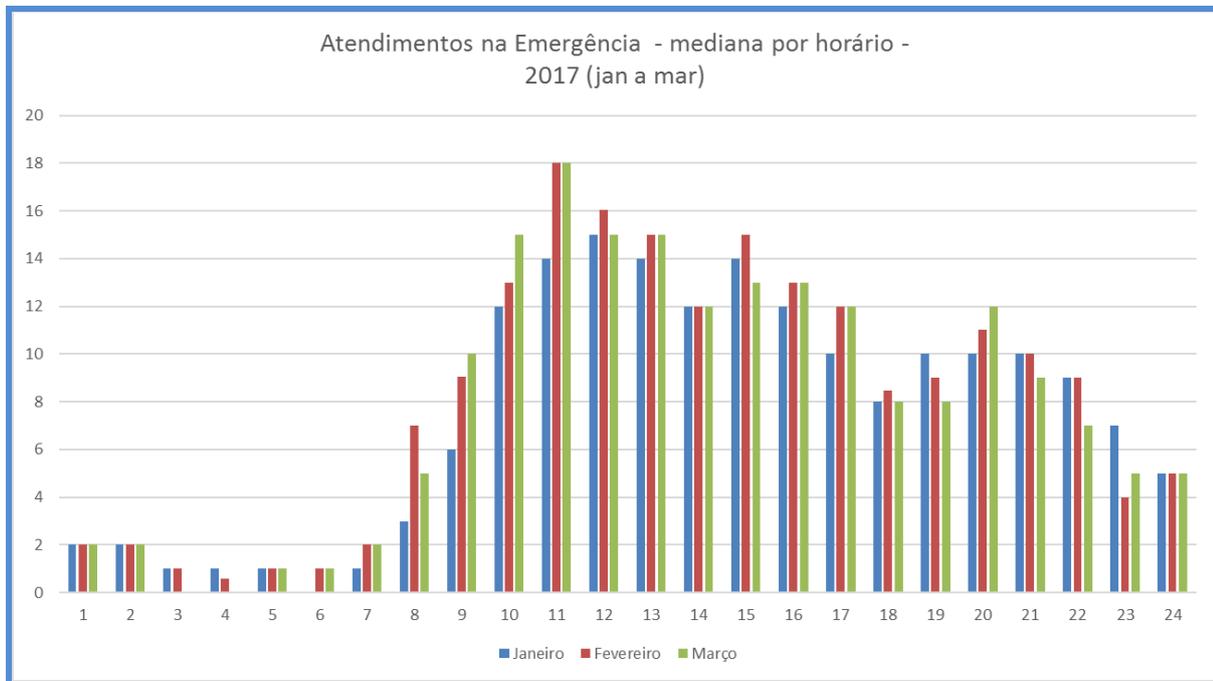
Percebe-se um padrão de entrada dos pacientes ao longo do dia, que se repete com poucas variações nos sucessivos dias. Padrão este expresso no gráfico abaixo.



Fonte: Klinikos, em janeiro/2017.

Com isto observa-se que o momento de maior demanda por equipe completa é do período que vai entre as 10h e 17h. Da mesma forma vemos no gráfico acima que a partir das 22h o número de

entradas reduz consideravelmente, momento em que se configura um excedente de médicos, principalmente durante a madrugada.



Fonte: Sistema de Informação INTUS. 82,3% dos atendimentos estão concentrados entre 8 e 20 horas, com uma média de 148 atendimentos totais neste período do dia (considerando variações dos dias da semana). O maior pico ocorre entre 9 e 15 horas (51,3% do total de atendimentos).

- **Diferenças importantes na forma como as equipes organizam seu trabalho, bem como sua escala**, incluindo diferenças no padrão de rodízio dos profissionais, especialmente médicos, para o almoço, lanche, e descanso, no caso do plantão noturno e questões relacionadas à prática clínica como excesso de solicitações de exames e internações desnecessárias.
- **Baixa elasticidade / capacidade de adaptação das equipes às pressões usuais de uma unidade com emergência** porta aberta tais como: transferência de paciente, levada de paciente para exame / parecer em outra unidade, entrada de muitos pacientes num curto espaço de tempo, entrada de paciente grave na unidade, entre outras. Estas pressões mudam a rotina da equipe, impactando com frequência no processo de trabalho, e causando forte elevação do tempo de espera. Como se a emergência do hospital girasse em um tenuous equilíbrio, desfeito à menor variação da rotina.

- Associado ao item anterior identificou-se **dificuldades no monitoramento e coordenação na porta de entrada da emergência** capaz de produzir respostas rápidas, criativas e permanentes frente às pressões usuais inerentes à emergência porta aberta.
- **Falta de uma coordenação na emergência capaz de monitorar e identificar a necessidade de reordenar a equipe de plantão.**
 - Necessidade de uma Coordenação da Emergência
 - Necessidade de fortalecimento da Chefia de Equipe
 - Necessidade de fortalecimento da Supervisão de Enfermagem
- **Desorganização do processo de trabalho após a consulta médica, e do retorno para reavaliação** (envolvendo organização de rotina e fluxos no percurso percorrido pelos usuários na unidade no acesso aos exames laboratoriais e de Raio X e acesso a medicação).
- **Dificuldades na prática cotidiana de fechamento dos Boletins de Atendimento Médico, gerando acúmulo de registros sem fechamento**, impactando na qualidade e acurácia das informações como tempo médio de permanência na unidade.
- **Momento da troca de plantão – dia para a noite – muitas vezes conturbado** com atrasos tendendo a complicar o processo de trabalho do início do plantão e trocas de plantão sem ciência do setor de Recursos Humanos, dificultando o monitoramento das escalas.

O contexto situacional analisado exige ações nas dimensões tecno-assistenciais e de gestão nas estratégias para solução do mesmo. Assim, destacam-se entre as ações do plano em desenvolvimento:

- A redefinição de fluxos e rotinas do conjunto dos serviços e setores da Emergência com a redefinição de atribuições dos profissionais a esses novos ritos.
- Otimização do fluxo de reavaliação de pacientes (incluindo otimização no percurso interno do paciente ao apoio diagnóstico).
- Revisão / otimização dos horários e das escalas do plantão médico.
- Reavaliação conjunta do Protocolo de Classificação de Risco.
- Criação de '*Time de Resposta Rápida na Emergência*'.
- Consolidação de uma chefia do Plantão Geral (monitoramento da Porta de Entrada).

- Constituição Núcleo coordenador do plantão (chefe de Equipe, enfermagem, supervisão de enfermagem e administrativa).
- Gestão de recursos humanos no rearranjo das equipes médicas, na coordenação do serviço e na supervisão.
- Educação e sistematização técnica em serviço.
- Aperfeiçoamento do Sistema de Informação para apoio ao sistema de monitoramento diário dos indicadores na Emergência.
- Pactuação do conjunto das ações do plano com chefes de equipe, entre outras.

Apesar de pouco tempo na implementação deste plano – dois meses – mudanças significativas do indicador “tempo de espera” já podem ser observadas (anexo segue o "documento plano").

Plano Estratégico 2017

Metodologicamente, a elaboração do Plano Estratégico do Hospital deu-se por meio de processo de planejamento participativo e procurou valorizar o trabalho que já vinha sendo realizado pela equipe do hospital com ênfase no diálogo gerador de compromissos entre os agentes da prática e os usuários do Getulinho. Foram promovidos espaços de encontro entre os diversos atores institucionais buscando o compartilhamento de questões pertinentes a gestão do hospital, com a definição de metas a serem alcançadas e caminhos a serem percorridos para alcance dos objetivos.

A sistematização deste Plano deu-se em 4 (quatro) momentos:

- 1) Diagnóstico situacional dos serviços prestados pelo hospital, das necessidades de saúde de seus usuários e a rede de atenção do Município.
- 2) Realização de oficina de trabalho envolvendo representantes das diferentes áreas do hospital, os usuários integrantes do Conselho Gestor do Hospital e representantes da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 2 (dois) e 3 (três) de fevereiro.
 - a. Cinco questões problematizadoras nortearam os trabalhos nesta oficina, quais sejam: “*perfil da clientela*”: quem é o usuário do HGVF (individual, institucional, núcleo de pessoas?); “*serviços demandados*”: quais as demandas surgem para a unidade?; “*limitações*”: o que o HGVF não consegue

atender e por quê? *necessidades*”: o que não atendemos e deveríamos atender?; e, *“capacidade”*: o que, apesar de não ser demandado, achamos que deveríamos/poderíamos atender

b. Os desdobramentos destes questionamentos resultaram em três eixos-grupos articulados para o aprofundamento da reflexão e definição de estratégias de enfrentamento/solução: Grupo de Trabalho I - Relação com a Rede; grupo de Trabalho II - Serviços Ofertados e Grupo de Trabalho III - Educação Permanente

3) Aprofundamento e discussão dos desdobramentos do plano em reuniões por grupos de trabalho por eixo temático envolvendo as várias áreas do hospital, com consolidação dos resultados pelo Núcleo de Apoio a Gestão Estratégica (NAGE).

4) Apresentação e Validação do Plano com participação dos diversos setores do Hospital em reunião ampliada do Colegiado de Gestão.

Por fim, para garantir processo otimizado de desenvolvimento e gestão do plano estruturou-se uma sistemática de monitoramento articulada ao processo em curso de modernização gerencial do hospital, conforme esquema abaixo.

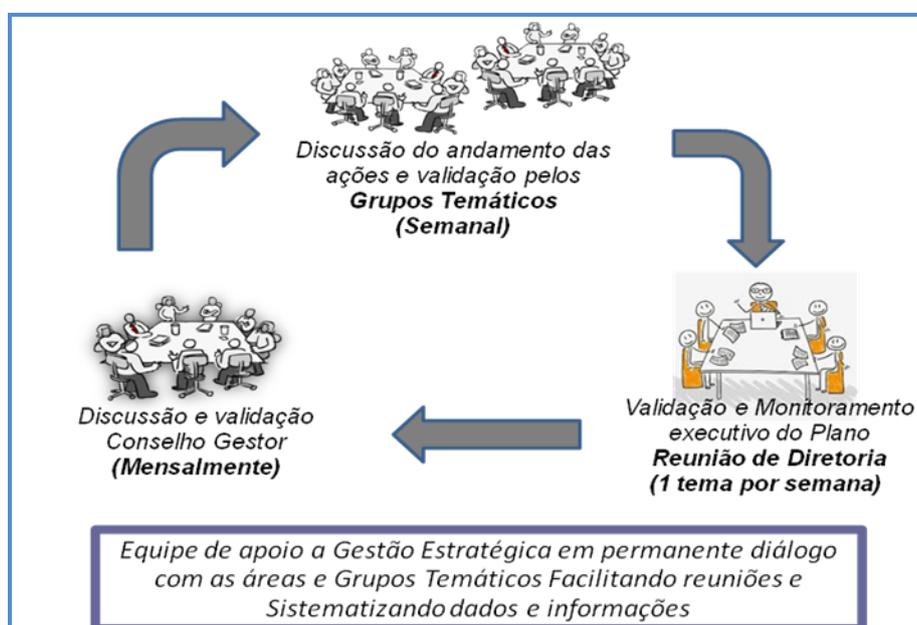


Figura 2: Sistemática de Monitoramento do Plano Estratégico 2017