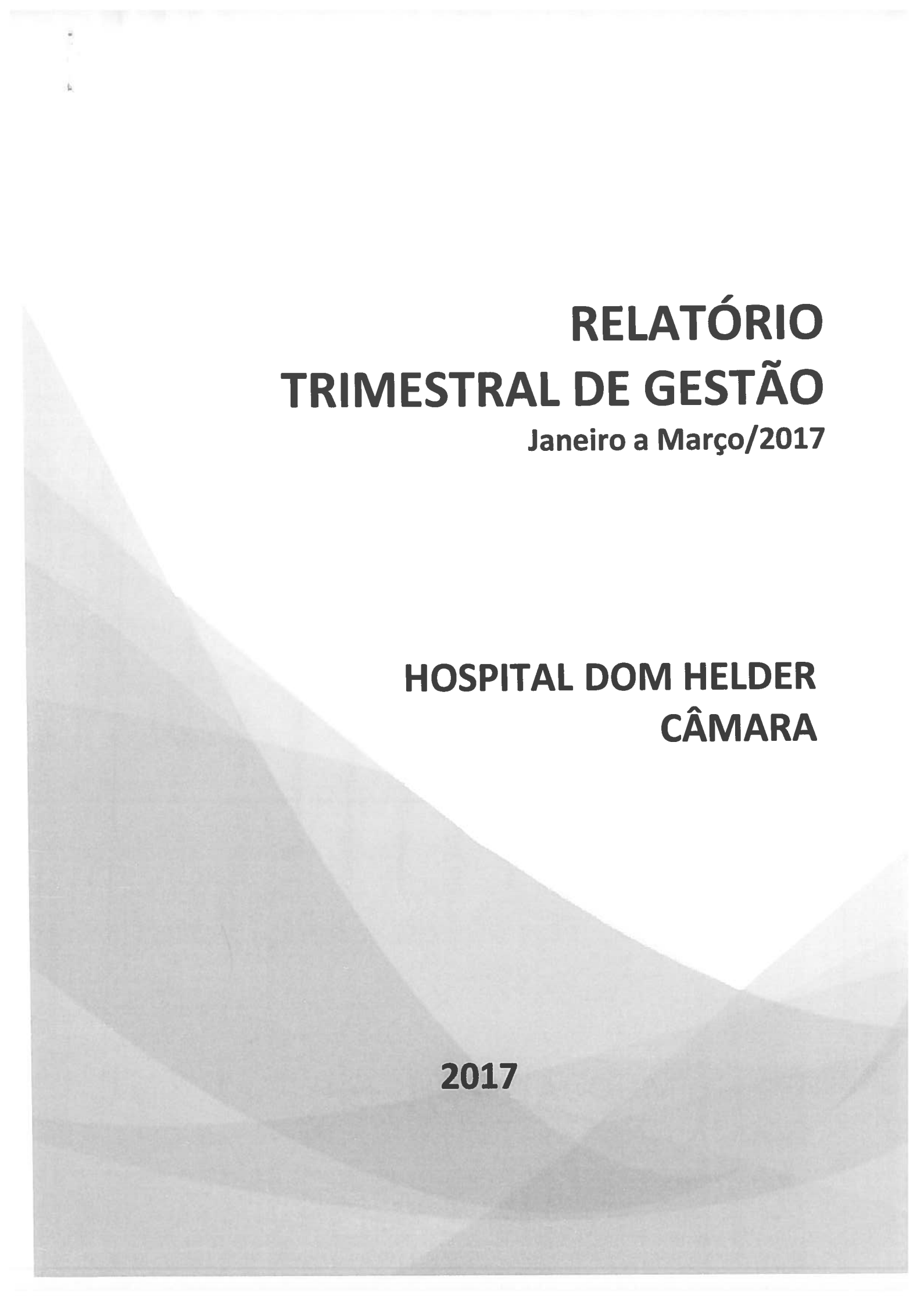




RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO

Janeiro a Março/2017

**HOSPITAL DOM HELDER
CÂMARA**

2017

APRESENTAÇÃO

O Hospital Dom Hélder Câmara faz parte de uma proposta de governo de reestruturação do modelo de atenção à saúde em Pernambuco, reorganizado com a perspectiva de estruturação de uma rede hospitalar Estadual regionalizada, hierárquica e integrada, com redefinição do perfil assistencial dos hospitais de sua rede e ao mesmo tempo propondo medidas para promover melhor acesso da população aos serviços de urgência e emergência e assistência hospitalar.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e utiliza o protocolo elaborado pelo Hospital Odilon Behrens-BH/MG, validado pelo MS.

Quadro 01

Organização Social	Fundação Prof. Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Inauguração	01 de Julho de 2010
Contrato de gestão	Nº 006/2010
Localização	BR 101 Sul, Km 28 – Cabo de Sto. Agostinho Cabo de Sto. Agostinho, Jaboatão dos Guararapes,
Área de Abrangência	Ipojuca, Palmares, Sirinhaém, Escada, Primavera, Barreiros, Tamandaré, Rio Formoso e São José da Coroa Grande.
Perfil	Urgência e Emergência 24 horas nas áreas de Clínica Médica e Cirúrgicas, (Cardiologia, Traumatologia e Cirurgia Geral)
Capacidade	169 leitos distribuídos em: 117 leitos de enfermaria (50 Ortopedia, 25 Cardiologia Clínica, 16 Cirurgia Cardiovascular, 18 Clínica Médica e 08 Cirurgia Geral), 28 leitos de UTI, 24 leitos de observação na Emergência, 05 salas de cirurgia, 10 leitos sala de recuperação pós anestésica, 04 leitos de repouso na hemodinâmica.
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Laboratório de Análises Clínicas, RX, Tomografia Computadorizada, Endoscopia, Ultrassonografia, Ecocardiograma.
Ambulatório de Egresso	Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Arritmia Marcapasso, Valvulopatia, Ortopedia (mão), Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Psicologia, Serviço Social

INTRODUÇÃO

O Relatório Trimestral apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco e a Organização Social de Saúde para o gerenciamento do Hospital Dom Hélder Câmara, localizado no Município do Cabo de Santo Agostinho, em conformidade com a Lei Estadual nº 15.210/2013, elaborado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na unidade, referente ao período de Janeiro a Março de 2017, por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas contratadas.

As ações atuais incluíram, entre outras iniciativas, a adoção de um modelo de gestão que propicia uma melhor relação custo e efetividade na assistência hospitalar, especialmente no atendimento de casos de Urgência e Emergência, Cardiologia, Cirurgia Geral e Traumatismo Ortopedia, que atualmente sobrecarregam os hospitais da rede estadual.

ANÁLISE ASSISTENCIAL

O Contrato de Gestão é dividido em duas partes: parte fixa (70%), e parte variável (30%). A Análise Assistencial é realizada sob a parte variável desse contrato, onde estão contemplados os Indicadores de Produção e de Qualidade, a seguir descritos.

INDICADORES CONTRATUAIS

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

A Produção de referência para esta avaliação é a proposta na pactuação de metas avaliadas mensalmente, correspondente a **20%** do repasse do recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

1.1. Saídas Hospitalares: 793/mês

1.2. Atendimentos de Urgência: 2.400/mês

1.3. Atendimentos Ambulatoriais: 3.500/mês

2. INDICADORES DE QUALIDADE

Estes indicadores correspondem a **10%** do repasse de recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

2.1. Qualidade da Informação – Vincula-se ao cumprimento de três indicadores: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade, Taxa de Identificação da Origem do Paciente.

2.2. Atenção ao Usuário – A meta a ser atingida está vinculada ao cumprimento de dois indicadores: Pesquisa de Satisfação e Queixas Recebidas e Resolvidas.

2.3. Controle de Infecção Hospitalar – A meta a ser atingida está vinculada ao cumprimento de dois indicadores: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto, Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central em UTI Adulto.

2.4. Mortalidade Operatória – A meta a ser alcançada vincula-se ao cumprimento de dois indicadores: Taxa de Mortalidade Operatória por ASA e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

1.1. Saídas Hospitalares

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

A Tabela 01 apresenta o número de Saídas Hospitalares no período avaliado, que teve um total de **2.291** saídas, representando um percentual de **96,30%** da meta contratada, sendo assim a meta foi cumprida para este indicador.

Tabela 01 – Saídas Hospitalares

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	793	769	96,97%
Fevereiro	793	757	95,46%
Março	793	765	96,47%
Trimestre	2379	2291	96,30%

Fonte: Relatórios Gerenciais

1.2. Atendimentos de Urgência

São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, dispensados, de forma referenciada, pelo serviço de Urgência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, nas 24 horas do dia, durante todos os dias do ano.

A Tabela 02 apresenta o número de Atendimentos de Urgência, no período avaliado, apresentou um total de 8.250 atendimentos, representando um percentual de **114,58%**; portanto, **meta cumprida**.

Tabela 02 – Atendimento a Urgências

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	2400	2816	117,33%
Fevereiro	2400	2668	111,17%
Março	2400	2766	115,25%
Trimestre	7200	8250	114,58%

Fonte: Relatórios Gerenciais

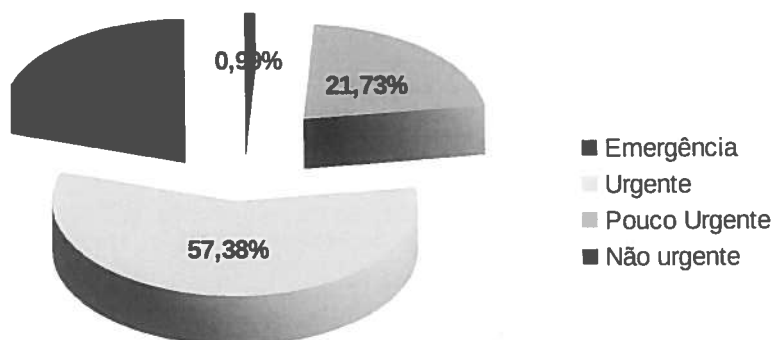
1.2.1. Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada.

Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo, e deverão ser informados pelo Acolhimento sobre o tempo de espera, além de receber ampla informação sobre o serviço aos usuários, familiares e acompanhantes. O protocolo adotado no Hospital Dom Hélder para Classificação de Risco segmenta os pacientes de acordo com a gravidade clínica de cada caso. O paciente recebe uma pulseira de identificação por cores que pode ser vermelha, que identifica as emergências e o paciente deve ser atendido imediatamente; amarela, que identifica um caso urgente e o paciente deve ser atendido em até 30 minutos; verde, que identifica um caso pouco urgente e o paciente deve ser atendido em até 60 minutos; e azul, que identifica um caso não urgente e o paciente deve ser atendido em até 120 minutos.

No Hospital Dom Hélder, no trimestre em análise, foram classificados 4.127 usuários; desses, 19,89% foram classificados como emergência (vermelho), 57,38% como urgência (amarelo), 21,73% como pouco urgente (verde) e 0,99% como não urgente (azul).

Gráfico 01 – Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR



Fonte: Relatórios Gerenciais

1.3. Atendimento Ambulatorial

O Atendimento Ambulatorial será realizado exclusivamente para pacientes egressos do Hospital Metropolitano Sul – Dom Hélder Câmara

A Tabela 03 apresenta o número de atendimentos Ambulatoriais, no período avaliado. Foram realizados **13.908** atendimentos, representando um percentual de **132,46%**, da meta pactuada; portanto, **Meta cumprida**

Tabela 03 – Atendimentos Ambulatoriais

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	3500	4715	134,71%
Fevereiro	3500	4245	121,29%
Março	3500	4948	141,37%
Trimestre	10500	13908	132,46%

Fonte: Relatórios Gerenciais

1.4. Sessões de Hemodiálise Extra UTI

A partir do 16º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 006/2010, foi incluída a meta de produção referente às sessões de hemodiálise utilizadas pelos usuários que estão em atendimento na enfermaria e na emergência do Hospital Dom Hélder Câmara.

A Unidade em comento realizou, no trimestre em análise, **700** sessões de Hemodiálise em pacientes da enfermaria e da emergência, alcançando o percentual de **68,63%**; nesse caso, a Unidade não alcançou a meta nos meses de janeiro e março, sendo possível ser verificado na tabela 04. Este indicador, apesar de possuir meta contratual, não é valorado, será apenas acompanhado.

Tabela 04 – Sessões de Hemodiálise Extra UTI

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	340	181	53,24%
Fevereiro	340	359	105,59%
Março	340	160	47,06%
Trimestre	1020	700	68,63%

Fonte: Relatórios Gerenciais

2-Indicadores de Qualidade

2.1. Qualidade da Informação

2.1.1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, a meta a ser cumprida é a apresentação de 90% das AIH referentes às saídas em cada mês de competência, bem como o envio do Relatório, Mensalmente, até o 20º dia útil do mês subsequente.

A Unidade apresentou no trimestre 2.465 AIH, sendo 2.360 do mês de competência, e teve um volume de Saídas Hospitalares de 2.291, alcançando um percentual de 103,02% em relação às saídas hospitalares, **cumprindo**, portanto, **a meta contratual**, conforme apresentado na Tabela 05.

Tabela 05 – AIH do Mês de Competência

Mês	Apresentação de AIH (Autorização e Internação Hospitalar)				
	Saídas Hospitalares	AIH Apresentadas	AIH Mês de Competência	%	Resultado
Janeiro	769	775	759	98,70	meta cumprida
Fevereiro	757	853	792	104,62	meta cumprida
Março	765	837	809	105,75	meta cumprida
TOTAL	2291	2465	2360	103,02	meta cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais

Das AIH apresentadas no trimestre de janeiro a março de 2017 (2.465), foram aprovadas 2.434 e 31 rejeitadas, representando um montante de R\$ 172.196,94; valor este, que deixou de ser aportado, pelo MS, ao Hospital Dom Hélder (tabela 06).

Tabela 06 – AIH Aprovadas

Mês	AIH						Valores Aprovados			Valores sem Ocorrências de Glosas
	Apresentada	Aprovada	Rejeitada				Serviço Hospitalar	Serviço Profissional	Total	
			Rejeitada	% de AIH Rejeitada	Valor R\$	% Financeiro de Rejeição				
Janeiro	775	769	6	0,77	19.112,17	1,28	1.240.888,92	232.245,32	1.473.134,24	1.492.246,41
Fevereiro	853	841	12	1,41	70.865,70	4,69	1.199.753,72	239.815,71	1.439.569,43	1.510.435,13
Março	837	824	13	1,55	82.219,07	5,23	1.233.453,38	256.097,34	1.489.550,72	1.571.769,79
Total	2.465	2.434	31	1,26	172.196,94	3,76	3.674.096,02	728.158,37	4.402.254,39	4.574.451,33

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

A tabela 07 demonstra os motivos das glosas realizadas, pelo SIH/SUS, no trimestre em análise. Destaca-se, como maior motivo, a apresentação de diárias superior à capacidade instalada do hospital, representando o valor total de R\$ 162.510,04 (cento e sessenta e dois mil, quinhentos e dez reais e quatro centavos).

Tabela 07 – AIH Glosadas

MOTIVOS DA REJEIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
AIH CANCELADA POR DUPL. INTERNAÇÃO C/INTERSERÇÃO DE PERÍODOS		5.072,82		5.072,82
PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE HABILITAÇÃO		883,89		883,89
PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO CNES	3.730,19			3.730,19
QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR A CAPACIDADE INSTALADA	15.381,98	64.908,99	82.219,07	162.510,04
TOTAL	19.112,17	70.865,70	82.219,07	172.196,94

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

2.1.2. Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade:

O Diagnóstico Secundário é uma variável que deve ser registrada, pois é fundamental para avaliar a complexidade das internações. O preenchimento de apenas uma afecção (CID-10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a perda de informações importantes, dificultando assim, a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais. Com essa variável é possível especificar as afecções que existem, ou se desenvolvem durante o atendimento, e que afetam as condições do paciente; além de classificar as ocorrências e circunstâncias ambientais, como a causa de lesões, envenenamentos etc. O parâmetro é

por especialidade, para esta Unidade avalia-se, Diagnóstico Secundário na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, com parâmetro mínimo de 14% e 22% respectivamente.

A Tabela 08 apresenta a porcentagem de Diagnósticos Secundários no trimestre. Do total de AIH apresentadas em Clínica Médica e Cirurgia Geral, **65,08%** e **84,94%**, respectivamente, apresentaram diagnóstico secundário. **A meta foi cumprida** para este indicador.

Tabela 08 – Diagnóstico Secundário

Mês		Jan	Fev	Mar	1º Trim
Clínica Médica (14%)	Nº AIH Apresent.	400	430	413	1.243
	Nº Diag. Secund.	254	287	268	809
	%	64	67	65	65,08
Cirurgia Geral (22%)	Nº AIH Apresent.	375	423	424	1.222
	Nº Diag. Secund.	329	352	357	1.038
	%	87,73	83,22	84,20	84,94

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.1.3. Taxa de Identificação da Origem do Paciente (CEP Válido):

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos. O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações Hospitalares (SIH/SUS) e registrados na internação hospitalar ou atendimento ambulatorial do paciente.

A meta é atingir 90% de CEP válidos e compatíveis. Código do CEP válido é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico. CEP compatível é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

A Tabela 09 apresenta os percentuais de CEP válidos em cada mês dos registros dos usuários da Unidade avaliada. No trimestre em análise a Unidade **não cumpriu com a meta** exigida, apresentando um percentual de 87,59% dos CEP válidos/compatíveis.

Tabela 09 – CEP Válidos/Compatíveis

Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
CEP Válidos / Compatíveis	683	723	753	2.159
CEP Inválidos	92	130	84	306
Total	775	853	837	2.465
%	88,13	84,76	89,96	87,59

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.2. Atenção ao Usuário

2.2.1. Pesquisa de Satisfação

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário por meio dos questionários específicos, os quais deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatorios dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório. A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. A meta a ser atingida é o envio das planilhas de consolidação dos três grupos.

O HDHC cumpriu a meta no âmbito do internamento e do ambulatório, conforme apresenta a Tabela 10. Este indicador não tem valoração financeira, passa a ser requisito de qualidade segundo 17º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

Observa-se na Tabela 10 que a Unidade de Saúde, no trimestre em análise, realizou a pesquisa de satisfação com mais de 10% de entrevistados com relação ao número de internamentos hospitalares e atendimentos ambulatoriais. O HDHC enviou as planilhas de consolidação da pesquisa no prazo preconizado em contrato, portanto, a **meta foi cumprida** para este indicador.

Tabela 10 – Atenção ao Usuário – Pesquisa de Satisfação

Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
Internamentos	817	764	760	2.341
Nº Pesquisa	136	136	136	408
%	16,65	17,80	17,89	17,43
Consultas	4.715	4.245	4.948	13.908
Nº Pesquisa	1.034	1.034	1.034	3.102
%	21,93	24,36	20,90	22,30

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.2.2. Queixas Recebidas e Resolvidas

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio dos Relatórios Gerenciais até o 20º dia útil do mês subsequente. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

O HDHC **cumpriu com a meta**, pois 100% das queixas apresentadas foram tratadas; bem como, foram enviados os Relatórios Gerenciais, mensalmente, no período estabelecido em contrato.

Tabela 11 – Atenção ao usuário – Resolução de Queixas

Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
Recebidas	2	0	0	2
Resolvidas	2	0	0	2
%	100,00	0,00	0,00	100,00

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.3. Taxa de Cirurgia Suspensa

Este indicador tem como objetivo acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que independem do paciente. A análise dessa taxa visa a melhoria da qualidade da

assistência e da eficiência do serviço oferecido à população, assim como a racionalização dos recursos financeiros e humanos.

É a relação entre o nº de cirurgias suspensas por motivos internos e o nº de cirurgias agendadas. Para efeito de análise do indicador, no período em questão, o HDHC apresentou o percentual de 4,13% (Tabela 12); assim como, os relatórios contendo a informação deste indicador foram encaminhados, obedecendo o prazo previsto em contrato.

Meta cumprida.

Tabela 12 – Taxa de Cirurgia Suspensa

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Cirurgias Agendadas	460	0	0	460
Cirurgias Suspensas	19	0	0	19
%	4,13	0,00	0,00	4,13

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.4. Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser cumprida é a entrega do relatório mensal elaborado pela CCIH que contenham os valores de cada mês. Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência os seguintes indicadores são analisados: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI, e Taxa de Utilização de CVC em UTI Adulto.

2.4.1. Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto

Segundo o Manual de Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da **ANVISA**, cada estabelecimento de saúde deverá reavaliar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes e implantar um programa de redução de infecção, de acordo com suas características.

A natureza dos procedimentos necessários para manter a vida em uma UTI predispõe os pacientes internados nessas unidades à aquisição de infecções.

Segundo os dados do Sistema de Vigilância Americano – **NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System)**, entre **2,2% a 4,1%** dos pacientes adquirem pelo menos uma infecção durante a hospitalização, alguns fatores contribuem para este risco, tais como: a quebra de barreiras naturais que separam o micro-organismo do ambiente interno, invasão da pele por cateteres, drenos, tubo orotraqueal, perda da barreira protetora da glote, sonda vesical dentre outros; o estado de imunodepressão representado pela gravidade da doença; e o risco aumentado de transmissão de micro-organismos entre pacientes.

O parâmetro informado pelo National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) para o indicador densidade de infecção hospitalar em UTI é: Densidade de IH = 20/1000 pacientes-dia Benchmark.

A tabela 13 mostra a Densidade de Infecção Hospitalar na UTI do HDHC. No trimestre em análise, a unidade apresentou densidade de infecção hospitalar em UTI Geral de **4,53%/1000** pacientes/dia; atendendo, portanto ao parâmetro informado pelo NNISS. O Hospital encaminhou, mensalmente, o relatório da CCIH anexo ao Relatório Gerencial da Unidade; sendo assim, **a meta foi cumprida**.

Tabela 13 – Densidade de Infecção Hospitalar em UTI

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Pac./dia/UTI	302	276	305	883
Nº Infecção	1	1	2	4
%	3,31	3,62	6,56	4,53

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.4.2. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central

A qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC está diretamente relacionada ao risco da infecção. Assim sendo, este indicador se mostrou essencial no controle dessas infecções. O Cálculo do indicador é realizado através da relação do nº de infecções hospitalares na corrente sanguínea, no mês, dividido pelo número de pacientes/dia com cateter venoso central, no mês, multiplicado por 1000.

A Tabela 14 mostra a densidade de incidência de infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central na UTI do Hospital. O HDHC apresentou, no trimestre, densidade de **1,38/1000 CVC/dia**, ficando abaixo do parâmetro de referência da ANVISA (de 4,9 a 18,1/1000 CVC/dia). A Unidade **cumpriu a meta** contratada pois enviou os Relatórios Gerenciais até o 20º dia do mês subsequente.

Tabela 14 – Densidade Infecção Hospitalar CVC

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº Pac. Uso CVC	240	231	254	725
Nº Infec. Cor. Sang.	0	1	0	1
%	0,00	4,33	0,00	1,38

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.4.3. Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto

A Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto mede o grau de utilização desse dispositivo na UTI Adulto, refletindo a exposição ao fator de risco para a aquisição da infecção primária de corrente sanguínea especificamente associada a CVC. Diz respeito à relação entre o número de pacientes da UTI Adulto/dia utilizando Cateter Venoso Central, em um mês, e o número de pacientes/dia na UTI adulto, em um mês.

No trimestre em análise a Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto foi de **54,93%** (tabela 15), portanto, atende ao parâmetro informado pela ANS (56,5%). O Hospital Dom Hélder Câmara **cumpriu a meta** contratada pois enviou os Relatórios Gerenciais até o 20º dia do mês subsequente, conforme estabelece o Contrato de Gestão.

Tabela 15 - Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Pact. Dia/UTI	302	276	305	883
Nº Pact. Em uso de CVC	0	231	254	485
%	0,00	83,70	83,28	54,93

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.5. Mortalidade Operatória

2.5.1. Taxa de Mortalidade Operatória

É o número de óbitos operatórios (relacionados com o ato operatório) ocorridos até 07 dias da cirurgia, dividida pelo número total de atos cirúrgicos. Referência é de 2% - Portaria 1101/GM/MS – 2002.

Do total de 1.355 cirurgias realizadas no Hospital Dom Hélder Câmara, no trimestre de janeiro a março/17, apenas 18 pacientes foram a óbito, ou seja, 1,33% das cirurgias (tabela 16). Sendo assim, o percentual de óbitos apresentado atende ao parâmetro informado pela Portaria GM/MS 1101/2002 (até 2%).

Na tabela 17, é apresentado o resultado da Taxa de Mortalidade Operatória apurada através da estratificação de pacientes segundo o critério de classificação do estado físico (ASA), adotada pela *American Society of Anesthesiologists*, para avaliação pré anestésica do paciente cirúrgico. Observa-se que, no trimestre em análise, O HDHC apresentou maior índice de óbito cirúrgico aos pacientes classificados como ASA IV, aqueles diagnosticados com doença sistêmica grave que apresenta risco à vida. E o menor índice de óbito aos pacientes classificados como ASA II (doença sistêmica moderada). Contudo, as taxas deste indicador, demonstradas pela Unidade, atendem ao parâmetro apresentado pela ANS.

Ademais, a Unidade em comento enviou os Relatórios mensais, contendo as informações do indicador, até o 20º dia útil do mês subsequente; portanto, **cumpriu a meta**.

Tabela 16-Taxa de Mortalidade Operatória

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº Pacientes Operados	433	461	461	1355
Nº Óbitos	4	9	5	18
%	0,92	1,95	1,08	1,33

Fonte: Relatórios Gerenciais

Tabela 17-Taxa de Mortalidade Operatória por ASA

ASA	JAN	FEV	MAR	TRIMESTRE
ASA I	0,00	0,00	0,00	0,00
ASA II	2,25	1,90	0,00	1,38
ASA III	2,04	3,45	3,17	2,89
ASA IV	2,08	11,36	5,17	6,20
ASA V	0,00	0,00	0,00	0,00
ASA VI	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Relatórios Gerenciais

2.5.2. Taxa de Cirurgia de Urgência

Esta taxa é a relação percentual entre o número de cirurgias de urgência realizadas no mês e o número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

Elevadas taxas de cirurgias de urgência podem gerar filas de espera para cirurgia eletiva, entretanto é necessário considerar o perfil do paciente atendido no HDHC cuja porta de entrada é a Urgência, e que em algumas patologias o fator tempo é crucial para o sucesso do tratamento.

A atividade cirúrgica da Unidade no período foi de 1340 cirurgias, sendo 1074 em caráter de urgência e 266 eletivas. O percentual de cirurgias de urgência foi de **80,15%**. A Unidade enviou o Relatório mensalmente, até o 20º dia útil do mês subsequente; portanto, **cumpriu a meta** deste indicador.

Tabela 18-Taxa de Cirurgia de Urgência

Mês	Urgência	Eletiva	Total Cirurgias	% Cirurgias Urgência
Janeiro	331	102	433	76,44
Fevereiro	387	74	461	83,95
Março	356	90	446	79,82
Trimestre	1074	266	1340	80,15

Fonte: Relatórios Gerenciais

3. INDICADORES EXTRA CONTRATUAIS

Os indicadores extracontratuais, apesar de não estarem previstos em Contrato de Gestão, têm sua importância vinculada à necessidade do acompanhamento e avaliação do desempenho relacionadas às atividades concernentes à assistência e à gestão, de modo que

não apresentam valoração financeira nem meta estipulada, mas, de maneira geral, têm sua avaliação dimensionada por parâmetros construídos em âmbito nacional.

3.1. Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao Uso de Ventilação Mecânica na UTI Adulto

É o número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000. A Tabela 19 demonstra os índices de incidência desta infecção na UTI Adulto do HDHC.

Tabela 19 – Densidade de Incidência de Pneumonia VM UTI Adulto

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº Pac. Uso VM	200	206	188	594
Nº Pac c/ Pneumo	1	1	1	3
%	5,00	4,85	5,32	5,05

Fonte: Relatórios Gerencial

3.2. Taxa de Mortalidade Institucional

É calculada por meio do número de óbitos após 24 h de internação, dividida pelo número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período, a Referência é 2,63% - Portaria 1101/GM – 2002.

Na Tabela 20, observa-se que o HDHC apresentou uma Taxa de Mortalidade Institucional, no trimestre, de **5,63%**. Apesar desta Taxa encontrar-se acima da referência da Portaria 1101/GM-2002, reflete o perfil do hospital de trauma.

Tabela 20 – Taxa de Mortalidade Institucional

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Saídas	769	757	765	2291
Óbitos	54	20	55	129
%	7,02%	2,64%	7,19%	5,63%

Fonte: Relatórios Gerencial

3.3. Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT)

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de saúde, sendo responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de uma determinada região.

Pode-se observar, na tabela 21, que o Hospital Dom Hélder Câmara realizou, no trimestre de janeiro a março/17, 114.981 exames, destacando-se o maior nº de exames em Patologia Clínica (93.078) e menor número em Anatomopatologia (49).

Tabela 21 – SADT

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Patologia Clínica	35509	27583	29986	93078
Ultrassonografia	222	276	308	806
Diagnose	4263	3774	3771	11808
Anatomopatologia	20	29	0	49
Radiodiagnóstico	2745	2570	2784	8099
Tomografia computadorizada	284	358	499	1141
Total	43043	34590	37348	114981

Fonte: Relatórios Gerencial

3.4. Taxa de Ocupação Operacional – TO (%)

Taxa de Ocupação Operacional é a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período.

Taxa de ocupação acima de 85% não é recomendável porque aumenta o risco de eventos adversos, de infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial.

É importante salientar que a taxa de ocupação não é uma meta, e sim um parâmetro de avaliação para acompanhamento da Unidade em relação à capacidade instalada.

A Taxa de Ocupação Operacional no trimestre de janeiro a março foi de 102,49 % (tabela 22). Já a tabela 23 demonstra a média da taxa de ocupação, por clínica, no trimestre.

Tabela 22 – Taxa de Ocupação Operacional (%)

Taxa de ocupação /Mês	n° Pac/dia	N° Leitos/dia	Taxa/mês
Janeiro	5413	5240	103,30
Fevereiro	4783	4731	101,10
Março	5392	5239	102,92
Trimestre	15588	15210	102,49

Fonte: Relatórios Gerenciais

Tabela 23 – Taxa de Ocupação por Clínica/Mês (%)

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clinica Médica	172,00	186,4	177,7	178,70
Clinica Cirúrgica	61,92	66,2	57,8	61,97
Clinica Cardiológica	85,00	84,7	59,9	76,53
Cirurgia Cardiológica	85,00	84,7	89,9	86,53
Traumato Ortopedia	85,74	69,1	81,8	78,88
UTI Coronária	96,23	101,5	101,2	99,64
UTI Adulto	97,41	98,5	98,3	98,07

Fonte: Relatórios Gerenciais

3.5. Tempo Médio de Permanência – TMP (dias):

Caracteriza-se pela relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que o paciente permanece internado no hospital. O valor de referência da Portaria nº 1101/GM-MS de junho de 2002 é de 5,2 dias para Clínica Médica e 4,8 dias para Clínica Cirúrgica, com variação de 4,8 a 6,1 para Clínica Médica e de 3,9 a 5,6 para Clínica Cirúrgica.

O elevado tempo de permanência em Unidade de Internação reflete na rotatividade dos leitos, motivando a necessidade de internação na Urgência para suprir a demanda, acarretando uma Taxa de Ocupação acima de 100% nessa Unidade, podendo comprometer na qualidade do atendimento, além de maior custo no processo da assistência, pessoal e insumos.

O Tempo Médio de Permanência, no trimestre em análise, do Hospital Dom Hélder Câmara foi de 6,80 (tabela 24). A variação do TPM, acima do percentual apresentado pela Portaria 1102/2002, deve-se, principalmente, à Clínica Médica, Cardiológica e UTI Adulto. Salienta-se que, a Clínica Médica possui um número elevado de pacientes crônicos que permanecem no serviço por falta de leitos. A Tabela 25 mostra a média trimestral do TMP, por Clínica, no período avaliado.

Tabela 24 – Tempo Médio de Permanência

TMP	nº Pac/dia	Nº Saídas	Taxa/mês
Janeiro	5413	769	7,04
Fevereiro	4783	757	6,32
Março	5392	765	7,05
Trimestre	15588	2291	6,80

Fonte: Relatórios Gerenciais

Tabela 25 – Tempo Médio de Permanência por Clínica

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clínica Médica	9,80	7,51	8,40	8,57
Clínica Cirúrgica	5,40	5,06	5,50	5,32
Clínica Cardiológica	5,40	6,14	6,58	6,04
Cirurgia Cardiológica	7,00	6,71	6,50	6,74
Traumato Ortopedia	4,11	3,22	4,12	3,82
UTI Coronária	4,03	5,68	6,80	5,50
UTI Adulto	8,16	8,90	13,80	10,29

Fonte: Relatórios Gerenciais

3.6. Índice de Rotatividade

O indicador mede a rotatividade do leito hospitalar na Unidade (quantos pacientes utilizam o mesmo leito no mês). O cálculo se dá através da relação entre o número de saídas e o número de leitos em determinado período.

O parâmetro utilizado como referência para comparação é o apresentado pelo **Programa do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar** cujas entidades mantenedoras são a **Associação Paulista de Medicina** e o **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, apoiados pela Fundação Getúlio Vargas, com média: **janeiro-dezembro de 2016 de 4,30 paciente/leito**.

O Índice de Rotatividade no período de janeiro a março/17 foi de 4,52. A Tabela 27 apresenta o índice de Rotatividade do HDHC, em dias, para cada uma das unidades de

internação (Clínicas Médica, Clínica Cirúrgica, Traumato/ortopedia e UTI Adulto), bem como a média do trimestre.

Tabela 26 – Índice de Rotatividade de Leitos

Índice de Rotatividade	Nº Saídas	Nº Leitos	Taxa/mês
Janeiro	769	169	4,55
Fevereiro	757	169	4,48
Março	765	169	4,53
Trimestre	2291	507	4,52

Fonte: Relatórios Gerenciais

Tabela 27 – Média do Índice de Rotatividade por Clínica

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clinica Médica	5,50	5,95	6,49	5,98
Clinica Cirúrgica	3,60	3,66	3,26	3,51
Clinica Cardiológica	4,80	3,86	4,24	4,30
Cirurgia Cardiológica	3,80	3,53	4,30	3,88
Traumato Ortopedia	6,50	6,00	6,16	6,22
UTI Coronária	7,40	5,00	4,61	5,67
UTI Adulto	3,70	3,10	2,20	3,00

Fonte: Relatórios Gerenciais

3.7. Revisão de Prontuários

A Resolução 1638/2002, do Conselho Federal de Medicina, torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de Saúde. O prontuário é peça fundamental no setor de Saúde uma vez que materializa as informações dos pacientes, colhidas ao longo de todo o processo de assistência, que o mesmo recebe.

Na Tabela 28 observa-se que, no trimestre em análise, 10,21% dos prontuários dos pacientes foram revisados; destes, 97,44% estavam completos.

Tabela 28 – Revisão de Prontuários

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Saídas Hospitalares	769	757	765	2291
Prontuários revisados	78	78	78	234
%	10,14	10,30	10,20	10,21

Fonte: Relatórios Gerenciais

3.8. Índice de Rotatividade de Funcionários (Turnover)

O Turnover demonstra a rotatividade dos funcionários da unidade, sendo este um indicador de gestão. É um termo usado para designar as entradas e saídas de funcionários em determinado período de tempo; o cálculo de turnover tem a função de demonstrar a percentagem de substituições de funcionários antigos por novos e, conseqüentemente, analisar a capacidade da unidade em manter os seus funcionários.

Na tabela 29 verifica-se as informações mensais dos números de admissões e demissões ocorridas no trimestre em análise. Observa-se que, nesse período, a Unidade apresentou percentual de **1,04%**; portanto, abaixo do preconizado no índice do PROAHSA (2%).

Tabela 29– Turnover

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Admissões	10	10	10	30
Demissões	7	7	7	21
Nº Funcionários (mês anterior)	817	826	813	2456
%	1,04	1,03	1,05	1,04

Fonte: Relatórios Gerenciais

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DGMMAS

Quadro 02 – Resumo da Execução dos Indicadores Contratuais

HDHC – RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – JANEIRO ATÉ MARÇO				
Indicador	Contratado	Realizado	%	Status
1. INDICADOR DE PRODUÇÃO				
1.1 Saídas Hospitalares	2.379	2.291	96,30	Meta cumprida
1.2 Atendimento de Urgência	7.200	8.250	114,58	Meta cumprida
1.3 Atendimento Ambulatorial	10.500	13.908	132,46	Meta cumprida
1.4 Sessões de Hemodiálise (Extra UTI)	340	700	68,63	Meta não cumprida
2. INDICADOR DE QUALIDADE				
2.1 Qualidade da Informação				
2.1.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	Apresentação de 90% AIH referente às saídas em cada mês de competência. Entrega do relatório até o 20º dia útil do mês subsequente.	2360	103,02	Meta cumprida
2.1.2 Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade	14% Clínica Médica / 22% Clínica Cirúrgica	65,08% / 84,94%	65,08 / 84,94	Meta cumprida
2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente	90% CEP Válido e 90% CEP Compatível Cod. IBGE	2.465	87,59	Meta não cumprida
2.2 Atenção ao Usuário				
2.2.1 Pesquisa de Satisfação	Envio da Planilha de Consolidação dos três grupos até o 20º dia útil do mês subsequente.	Envio da planilha no prazo determinado com o resultado da pesquisa realizada	Pesquisa realizada com 47,13% de pacientes internados e 7,99% de Consultas realizadas	Meta cumprida
2.2.2 Resolução de Queixa	Entrega do relatório e resolução de 80% das queixas recebidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Meta cumprida
2.3 Controle de Infecção Hospitalar				
2.3.1 Densidade de Infecção Hospitalar em UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	4,53	Meta cumprida
2.3.2 Densidade de Incidência de IH em Corrente Sanguínea associada a CVC	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	1,38	Meta cumprida
2.3.3 Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	54,93	Meta cumprida
2.4 Mortalidade Operatória				
2.4.1 Taxa de Mortalidade Operatória	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	1,33	Meta cumprida
2.4.2 Taxa de Cirurgia de Urgência	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	80,15	Meta cumprida

Fonte: Sistema de Gestão da SES/Boletim de Informações Diárias-BID/Sistema de Informação Hospitalar(SIH/SUS)

ANÁLISE FINANCEIRA

O Hospital Dom Hélder Câmara recebe, mensalmente, para manutenção das atividades na unidade, recursos no valor de **R\$7.084.484,45**. Este valor é dividido em fixo e variável, respectivamente **70% e 30%**.

O recebimento da parte variável dependerá do cumprimento de metas contratuais de produção e de qualidade, conforme percentuais especificados nas tabelas abaixo:

Tabela 30 – Repasse de Gestão Mensal

HOSPITAL DOM HELDER		Janeiro a Março de 2017	
REPASSE DE RECURSO			
Repasse Mensal	100%	R\$	7.084.484,45
Recurso fixo	70%	R\$	4.959.139,12
Recurso variável	30%	R\$	2.125.345,34
RECURSO VARIÁVEL			
Repasse Produção	20%	R\$	1.416.896,89
Internação	70%		991.827,82
Urgência	20%		283.379,38
Ambulatório	10%		141.689,69
Repasse Qualidade	10%	R\$	708.448,45
DA INFORMAÇÃO	25%		177.112,11
CCIH	25%		177.112,11
ATENÇÃO AO USUÁRIO	25%		177.112,11
Mortalidade Operatória	25%		177.112,11

Considerando o trimestre de janeiro a março de 2017, o valor acumulado de receitas, contabilizando todos os repasses e rendimentos de aplicações financeiras, foi de **R\$ 21.298.657,45**, conforme tabela abaixo:

Tabela 31 – Repasse de Gestão – Acúmulo do Trimestre

<i>Hospital Dom Helder - Trimestre Ano VIII</i>	JANEIRO/17	FEVEREIRO/17	MARÇO/17	Total Trimestre
RECEITAS OPERACIONAIS	R\$	R\$	R\$	R\$
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	7.084.484,45	7.084.484,45	7.084.484,45	21.253.453,36
Repasse Contrato de Gestão (Odontologia)	0,00	0,00	0,00	0,00
Rendimento de Aplicações Financeiras	17.390,54	9.621,59	13.857,41	40.869,54
Reembolso de Despesas	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	1.250,00	1.250,00	1.834,56	4.334,56
Desconto (Meta Não Atingida)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE REPASSES/RECEITAS	7.103.124,99	7.095.356,04	7.100.176,42	21.298.657,45

Fonte: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

As despesas da Unidade, referentes a Recursos Humanos, são compostas pelos vínculos de celetistas, autônomos, comprovados por recibos de pagamentos autônomos

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DGMMAS

(RPA), e contratos com pessoas jurídicas. Esse tipo de despesa, em relação à receita mensal, perfaz, em média, um percentual de **50,76 %** mês.

Tabela 32 – Despesa com Recursos Humanos

COMPARATIVO RECURSOS HUMANOS - Hospital Dom Helder - 3º Trimestre Ano VII - Janeiro a Março de 2017									
CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO	JANEIRO/17			FEVEREIRO/17			MARÇO/17	
		QTD	REMUNERAÇÃO	% relação custo mês JAN/FEV	QTD	REMUNERAÇÃO	% relação custo mês FEV/MAR	QTD	REMUNERAÇÃO
ADMINISTRATIVO	CLT	249	341.928,12	9,67%	253	374.977,31	-4,69%	248	357.391,73
MÉDICOS		26	148.410,10	15,58%	26	171.537,04	13,41%	25	194.540,65
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		542	874.632,64	9,23%	547	955.369,45	-7,25%	540	886.077,16
BENEFÍCIOS			102.657,62	-4,81%		97.724,45	54,72%		151.203,44
IMPOSTOS-PROVISÕES			463.149,74	10,37%		511.157,37	-2,26%		499.587,74
SUBTOTAL 01		817	1.930.778,22	9,32%	826	2.110.765,62	-1,04%	813	2.088.800,72
MÉDICOS	Pessoa Jurídica	115	1.595.355,87	-6,84%	115	1.486.220,36	3,55%	115	1.538.928,74
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
MÉDICOS	Pessoa Física	1	6.625,40	-27,22%	1	4.822,00	0,24%	1	4.833,40
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		4	11.076,68	-82,41%	4	1.947,98	368,82%	4	9.132,45
ADMINISTRATIVO	Pessoa Física	8	5.283,75	86,64%	8	9.861,60	-39,84%	8	5.932,47
SUBTOTAL 02		128	1.618.341,68	-7,14%	128	1.502.851,94	3,72%	128	1.558.827,06
TOTAL RH (CLT+TERCEIRIZADO)		945	3.549.119,90	1,82%	954	3.613.617,56	-0,94%	941	3.647.627,78
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS		R\$ 7.103.124,99		-0,11%	R\$ 7.095.356,04		0,07%	R\$ 7.100.176,42	
TOTAL RH % EM RELAÇÃO A PARCELA		49,97%		1,93%	50,93%		0,87%	51,37%	
PRODUÇÃO		8.300		-7,59%	7.670		10,55%	8.479	
CUSTO MÉDIO - RH /PRODUÇÃO		R\$ 427,60		10,18%	R\$ 471,14		-8,69%	R\$ 430,20	
TURNOVER		0,86			1,05			1,54	
OBS: TOTAL CLT EM RELAÇÃO A PARCELA		27,18%			29,75%			29,42%	

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

No comparativo das despesas da Unidade, entre o trimestre passado e o trimestre atual, verifica-se que o percentual de variação do custo médio/mensal do **Hospital Dom Hélder Câmara** foi de (-) **25,32%**, ou seja, no trimestre anterior o custo médio/mensal por produção foi de **R\$1.064,76**, enquanto no trimestre atual foi de **R\$ 795,14**, conforme observa-se na tabela 33.

Tabela 33 – Comparativo do Trimestre Anterior com o Trimestre Atual

COMPARATIVO DA MÉDIA TRIMESTRAL - Hospital Dom Helder					
DESCRIÇÃO	QTD MÉDIA	HDH	% relação custo HDH	QTD MÉDIA	HDH
		TRIMESTRE ATUAL			TRIMESTRE ANTERIOR
1. PESSOAL	819	2.043.448,19	-2,50%	953	2.096.894,47
ADMINISTRATIVO	250	358.099,05	-1,97%	245	365.313,43
MÉDICOS	26	171.495,93	15,55%	106	203.076,49
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	543	905.359,76	2,52%	602	883.135,76
BENEFÍCIOS		117.195,17	20,32%		147.073,60
IMPOSTOS-PROVISÕES		491.298,28	-1,21%		497.295,19
2. INSUMOS		1.020.163,37	-4,80%		1.071.652,05
3. MATERIAS/CONSUMOS DIVERSOS		281.181,10	-3,51%		291.407,44
4. SEGUROS/TRIBUTOS		6.389,02	7,81%		6.845,83
5. DESPESAS GERAIS		204.977,39	-9,88%		227.459,13
6. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS		2.696.765,63	3,10%		2.614.765,08
7. MANUTENÇÃO		229.193,20	-4,73%		240.676,84
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS		6.480.107,79	-1,03%		6.547.690,81
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS (MÉDIA TRIMESTRAL)		7.099.552,48	-0,15%		7.110.618,15
DEFICIT/ SUPERAVIT		R\$ 619.444,69	10,04%		R\$ 562.927,34
PRODUÇÃO MÉDIA		8.150	32,53%		6.149
TOTAL DE DESPESAS/PRODUÇÃO		R\$ 795,14	-25,32%		R\$ 1.064,76

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

Quanto às variações dos custos nas Unidades, estas são influenciadas pelo tipo de classificação de risco dos pacientes, a depender da sua gravidade. Além disso, outros fatores também provocam alteração no resultado como, por exemplo, o tempo de permanência do paciente na unidade, a localização do Hospital, entre outros.

Com relação ao comparativo das receitas e despesas da Unidade no trimestre de outubro a dezembro de 2016, esta apresentou um superavit de **R\$1.688.782,02**. Já no trimestre de janeiro a março de **2017**, observa-se que a Unidade apresentou também um superavit de **R\$1.858.334,08**, bem como, suas despesas foram diminuídas em **(-1,03%)**.

Tabela 34 – Comparativo 1º Trimestre de 2017 – Receitas X Despesas

ANO	MÊS	RECEITA	DESPESA	DESPESA MÉDIA TRIMESTRAL	RESULTADO	
7	OUT/16	7.059.138,91	6.615.501,24	6.547.590,81	443.637,67	<u>TRIMESTRE</u>
7	NOV/16	7.058.093,27	6.465.227,60		592.865,67	<u>ANTERIOR</u>
7	DEZ/16	7.214.322,28	6.562.043,60		652.278,68	1.688.782,02
7	JAN/17	7.103.124,99	6.600.793,74	6.480.107,79	502.331,25	<u>RESULTADO</u>
7	FEV/17	7.095.356,04	6.178.215,38		917.140,66	<u>TRIMESTRE</u>
7	MAR/17	7.100.176,42	6.661.314,25		438.862,17	1.858.334,08
				-1,03%		

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES

NOTA: -1,03% REFERENCIA DIMINUIÇÃO DA DESPESA MÉDIA EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE ANTERIOR.

Analisando os documentos apresentados, pela Unidade, na Prestação de Contas do trimestre, pôde-se pontuar as seguintes observações:

- 1) Recursos Humanos – Divergência de entendimento no cálculo do FGTS, BENEFÍCIOS E ORDENADOS.
- 2) Itens de Consumo – Divergência nos itens, medicamentos, insumos assistenciais, gêneros alimentícios, expediente, manutenção e diverso.
- 3) Itens de Serviço – Não acatada incidência de juros e trabalhistas.
- 4) Despesas não permitidas e/ou inseridas em contas divergentes, segue relato:

Janeiro 2017

Item 1.1 ORDENADOS – Deduzido o valor de R\$ 3.790,72, identificado a menor, conforme folha encaminhada pela OSS.

Item 1.2 FGTS – Na folha aparece o valor de R\$ 110.113,68, no entanto o pagamento realizado pela Unidade foi de R\$ 109.844,24, conforme comprovante anexo na prestação de contas. Será considerado o valor que consta em folha, já que a Unidade não apresentou justificativa para o pagamento a menor, sendo acrescentado R\$ 269,44.

Item 1.4 BENEFÍCIOS – A Unidade não considerou auxílio-creche de demitidos no valor de R\$ 583,50 (valor acrescentado), e considerou alimentação no valor de R\$ 54.179,97 (valor retirado), o qual já constava no item 3.2; por não haver explicação do rateio, o valor foi retirado, assim evitando duplicidade.

Item 2.2. Medicamentos – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$ 19,67.

Item 4.3.1. Juros – Retirados Juros no valor de R\$6.228,59, segundo orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Item 5.5 – Outras Despesas Gerais – Retirado o valor de R\$ 4813,16 referente às despesas trabalhistas, com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria-Geral do Estado (Procuradoria Consultiva).

Fevereiro 2017

Item 1.1 ORDENADOS – Acrescentado o valor de R\$1.623,27, identificado a menor conforme folha encaminhada pela OSS.

Item 1.2 FGTS – Na folha aparece o valor de R\$ 119.856,56, no entanto o pagamento realizado pela Unidade foi de R\$ 121.003,25, conforme comprovante anexo na prestação de contas. Será considerado o valor que consta em folha, já que a Unidade não apresentou justificativa para o pagamento a maior, sendo deduzido R\$1.146,69.

Item 1.4 BENEFÍCIOS – A Unidade considerou alimentação no valor de R\$ 25.803,82 (valor retirado), o qual já constava no item 3.2; por não haver explicação do rateio, o valor foi retirado, assim evitando duplicidade.

Item 2.2. Medicamentos – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$ 797,71.

Item 2.7. Outras Despesas com Insumos Assistenciais – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$204,28.

Item 3.3. Material Expediente – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), acrescentado R\$ 7,16.

Item 4.2.2. Outros Tributos – Retirado o valor de R\$12.356,00 referente às despesas trabalhistas com custas judiciais dos processos de ANA CLAUDIA SILVEIRA DA SILVA, JOYCY ALVES DOS SANTOS, SINDICATO DOS ENFERMEIROS, com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria-Geral do Estado (Procuradoria Consultiva).

Item 5.5. Outras Despesas Gerais – Retirado o valor de R\$ 35.309,27 referente às despesas trabalhistas, com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria-Geral do Estado (Procuradoria Consultiva).

Retirados Juros no valor de R\$5.894,63 segundo orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Março 2017

Item 1.1 ORDENADOS – Deduzido o valor de R\$ 773,81, identificado a maior, conforme folha encaminhada pela OSS.

Item 1.2 FGTS – Na folha aparece o valor de R\$ 117.882,49, no entanto o pagamento realizado pela Unidade foi de R\$ 117.836,89, conforme comprovante anexo na prestação. Será considerado o valor que consta em folha, já que a Unidade não apresentou justificativa para o pagamento a maior, sendo acrescentado R\$45,60.

Item 1.4 BENEFÍCIOS – A unidade considerou o valor de R\$ 100,00, a menor, acrescentado nos benefícios.

Item 3.2. Material/Gêneros Alimentícios – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$ 7.515,18.

Item 3.3. Material Expediente – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$ 509,32.

Item 3.6. Material de Manutenção – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$ 24,02.

Item 3.8. Outras Despesas com Materiais Diversos – Valor lançado na PCF diverge do Relatório de Consumo(saída), deduzido R\$ 390,90.

Item 5.3. Energia Elétrica – Retirados Juros por atraso conta CELPE no valor de R\$2.523,88, segundo orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Item 5.5. Outras Despesas Gerais – Retirado o valor de R\$ 8.820,69, DEPÓSITO RECURSAL SILVIO PEREIRA DA SILVA, FLAVIA CRISTINA PEREIRA GOMES, ANA CLAUDIA DA SILVA, JOICY ALVES DOS SANTOS, com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria-Geral do Estado (Procuradoria Consultiva), tão como retirados Juros no valor de R\$1.181,00 seguida orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Quanto aos **PRAZOS**, a Unidade não apresentou dificuldades no cumprimento da entrega das pastas, bem como das solicitações das correções de inconsistências.

Em relação às prestações de contas apresentadas pela Unidade, referentes ao período de janeiro a março de 2017, informamos que foram encaminhadas de acordo com Manual de Orientações versão 2.0; bem como, já foram analisadas pela equipe financeira da DGMMAS e classificadas como **REGULAR com ressalva** devido às informações acima apresentadas.

No que concerne ao apontamento de descontos, em relação ao cumprimento de metas contratuais valoradas, observa-se, nos quesitos de produção e qualidade, que o **Hospital Don Hélder Câmara**, não cumpriu todas as metas, havendo assim apontamento de desconto conforme demonstrado na tabela 35.

Tabela 35 – Apontamentos de Descontos

		DESCONTOS	TOTAL DE MESES	TOTAL DESCONTO
Produção	INTERNAÇÃO	0%	0	R\$ -
	URGÊNCIA	30%	0	R\$ -
	AMBULATÓRIO	0%	0	R\$ -
Qualidade	DA INFORMAÇÃO	25%	3	R\$ 531.336,33
	COH	25%	0	R\$ -
	ATENÇÃO AO USUÁRIO	25%	0	R\$ -
	Mortalidade Operatória	25%	0	R\$ -
TOTAL DESCONTOS:				R\$ 531.336,33

CONCLUSÃO

Para os indicadores de produção, no trimestre de janeiro a março de 2017, o Hospital Metropolitano **Dom Hélder Câmara** apresentou o seguinte resultado: saídas hospitalares (96,30%), atendimentos ambulatoriais (132,46%), atendimentos de urgência (114,58%) e das sessões de Hemodiálise extra UTI (68,63%). Portanto, no quesito produção essa Unidade **cumpriu todas as metas**, exceto para as sessões de hemodiálise. Contudo este indicador não é valorado, não incidindo, nesse caso, apontamento de descontos.

Referente à Qualidade da Informação, a Unidade, em comento, apresentou o seguinte resultado: apresentação de AIH (103,02%), declaração de diagnósticos secundários em clínica médica e clínica cirúrgica (65,08% e 84,94%), respectivamente, e taxa de identificação da origem do paciente (87,59%). Sendo assim, o HDHC **cumpriu todas as metas** de qualidade **exceto** para o indicador **taxa de identificação da origem do paciente**, pois apresentou percentual abaixo ao preconizado em contrato; havendo, portanto, apontamento de descontos no valor de **R\$ 531.336,33** (Quinhentos e trinta e um mil, trezentos e trinta e seis reais e trinta e três centavos), sendo facultado à OSS o direito ao contraditório e ampla defesa.

Quanto ao quesito Atenção ao Usuário, nos indicadores pesquisa de satisfação e resolução das queixas recebidas, o HDHC **cumpriu as metas** do trimestre em análise, pois apresentou os relatórios com as informações dos indicadores dentro do prazo estabelecido em contrato.

Com relação ao Controle de Infecção Hospitalar, nos indicadores densidade de infecção hospitalar em UTI, densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a CVC, taxa de utilização de CVC em UTI adulto e taxa de utilização de CVC e Cateter Umbilical em UTI Neonatal, o HDHC apresentou os seguintes percentuais: 4,53%, 1,38%, 54,93%, respectivamente; bem como, entregou os relatórios no prazo determinado em contrato; sendo assim, **as metas foram cumpridas**.

Também, no que concerne à Mortalidade Operatória, o HDHC **cumpriu as metas**, pois entregou os relatórios dos indicadores taxa de mortalidade operatória e taxa de cirurgia de urgência no prazo preconizado em contrato, apresentando as taxas 1,33% e 80,15%, respectivamente.

O Hospital Dom Hélder possui, já implantadas e em pleno funcionamento, as seguintes comissões: Prontuário Médico, Óbito, Ética Médica e Controle de Infecção Hospitalar, em cumprimento à cláusula contratual.

Além dos indicadores previstos em contrato, foram analisados, no trimestre de janeiro a março, os seguintes indicadores: Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao Uso de Ventilação Mecânica na UTI Adulto (5,05%), Taxa de Mortalidade Institucional (5,63%), SADT (114.981 exames), Taxa de Ocupação Operacional (102,49%), Tempo Médio de Permanência (6,80), Índice de Rotatividade (4,52), Revisão de Prontuários(10,21%) e Turnover (1,04%).

Referente à análise financeira, verificamos que a Unidade diminuiu seus custos em (-) **1,03%**, demonstrando **superavit** no valor de **R\$1.858.334,08**; bem como, o custo médio mensal da produção deste trimestre foi **menor** que o do trimestre anterior, apresentando uma variação de (-) **25,32%**. As Prestações de Contas, referentes ao período de janeiro a março de 2017, analisadas conforme o Manual de Orientações versão 2.0, foram concluídas e classificadas como **Regular com Ressalva**.

Quanto às recomendações da Comissão Mista de Avaliação, dispostas no relatório anual do exercício de 2016, ressaltamos que já foram tomadas as providências, por esta Diretoria, no trimestre em análise, em relação aos seguintes quesitos: inclusão da informação de conclusão da análise da Prestação de Contas no relatório trimestral; notificação ao HDHC da necessidade de informar mensalmente, na prestação de contas, a

**SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE**
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E
MONITORAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **DGMMAS**

produção das sessões de hemodiálise; informação no relatório trimestral do funcionamento das comissões de óbito, ética médica, revisão de prontuários, controle de infecção hospitalar; apontamento de descontos quando houver descumprimento de meta de indicador; justificativas fundamentadas quanto a não efetivação dos descontos apontados.

Por fim, os relatórios mensais enviados pela Unidade em comento, atenderam, de um modo geral, às necessidades desta Diretoria no que concerne à avaliação do trimestre de janeiro a março de 2017.

Recife, de Agosto de 2017

ANÁLISE ASSISTENCIAL
CHRISTIANA FALCÃO

Coordenadora de Monitoramento da Alta Complexidade – DGMMAS
Mat. nº 381335-5

ANÁLISE FINANCEIRA
DANIELLY MARTINS

Gerente de Acompanhamento Contábil Financeiro dos
Contratos de Gestão- DGMMAS
Mat. Nº339.071-3


MICHEL GOMES

Superintendente de Gestão Clínica – DGMMAS
Mat. nº337.518-8

ANEXOS (Trimestre de Janeiro a Março/2017)

Anexo 1: Relatório de Atividade Assistencial - Sistema de Gestão da SES

Anexo 2: Relatório de Indicador de Qualidade - Sistema de Gestão da SES

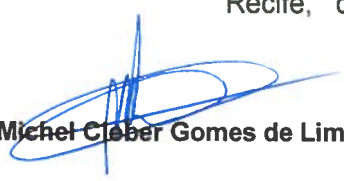
Anexo 3: Boletim Diário de Atendimento (BID)

**PARECER DA COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO INTERNO,
CONFORME LEI 15.210/13.**

Diante das razões e fundamentos acima elencados, esta Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, ratifica o presente Relatório Trimestral do período de janeiro a março de 2017, tendo em vista ter restado comprovado que o referido instrumento contratual vem sendo executado através de uma gestão eficaz, oferecendo um atendimento de qualidade à população usuária do SUS, tudo em conformidade com os termos do inciso IV, do parágrafo único do artigo 15 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

Outrossim, visando o cumprimento do artigo 16, da lei acima, essa Comissão encaminhará o presente Relatório Anual de Monitoramento à Comissão Mista de Avaliação para proceder a análise definitiva do mesmo e demais providências.

Recife, de agosto de 2017.


Michel Cleber Gomes de Lima**Mat. nº 337.518-8**
Andréa Franklin de Carvalho**Mat. Nº 244.668-5**
Danielly Martins Barbosa da Silva**Mat. nº 339.071-3**
Tereza Cristina da Silva**Mat. Nº 357.436-9**
Katiana Alves Moreira**Mat. nº 336.951-0**