

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO

Janeiro a Março/2017

HOSPITAL JOÃO
MURILO DE OLIVEIRA

2017

APRESENTAÇÃO

O Hospital João Murilo de Oliveira 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 materno-infantil.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e utiliza o protocolo Manchester.

Quadro 01- Resumo de informações

Organização Social	Hospital do Tricentenário
Inauguração	03 de setembro de 2013
Contrato de gestão	01/2012
Localização	Avenida Henrique de Holanda nº87, Matriz, Vitória de Santo Antão – PE.
Área de Abrangência	A Unidade possui uma área de abrangência de 22 Municípios, distribuídos na I Microregião de Saúde (Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassú, Olinda, Paulista e Recife); II Microregião de Saúde (Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão) e III Microregião de Saúde (Cabo de Santos Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno).
Perfil	Traumatologia (apenas na urgência), Clínica Médica, Pediatria e Obstetrícia.
Capacidade	93 leitos, sendo 27 de Obstetrícia, 13 de Pediatria, 21 de Clínica Médica, 11 de Berçário, 06 de Pré- parto, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) e 10 de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI).
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Laboratório de Análises Clínicas, Radiografia convencional e contrastada, Ultrassonografia, Eletrocardiograma – ECG, Anatomia Patológica e Citopatologia.
Ambulatório de Egresso	Cardiologia, Cirurgia Geral, Obstetrícia, Neonatologia, Mastologia, Psiquiatria, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Vacinação e Teste do Pezinho.

INTRODUÇÃO

O Relatório 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 Hospital do Tricentenário para o gerenciamento do Hospital João Murilo de Oliveira no Município de Vitória de Santo Antão no ano de 2012, 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, Traumatologia, Clínica Médica, Pediatria, Clínica Médica .

ANÁLISE ASSISTENCIAL

O Contrato de Gestão é dividido em parte fixa (70%), e parte variável (30%) . A Análise dos indicadores 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: **513/mês**

1.2 *Atendimentos de Urgência:* **8.500/mês**

1.3*Atendimento Ambulatorial:* **1.600/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 é o envio do relatório elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar referente ao acompanhamento das UTI adulto que deverá conter os valores das taxas no mês, a análise



dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas quando se fizerem necessárias;

2.4 Taxa de Cesáreas em Primíparas - A meta a ser atingida é o envio do relatório da Comissão responsável pelo acompanhamento;

2.5 Proporção de Óbitos Maternos Investigados - A meta a ser atingida é 100% dos óbitos maternos investigados;

2.6 Proporção de Óbitos Fetais com peso menor ou igual a 2.500g Analisados. - A meta a ser atingida é 50% dos óbitos fetais serem analisados com peso > 2.500g;

2.7 Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e com a BCG - A meta a ser atingida é vacinar 100% dos nascidos vivos nos parâmetros especificados conforme o tipo de vacina a ser aplicada;

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 demonstra o número de Saídas Hospitalares no período avaliado, que teve um total de 1.539 saídas, representando um percentual de 84,34%. A meta para o indicador *Saídas Hospitalares* não atingiu o percentual mínimo de 85% no período avaliado, sendo a meta considerada como não cumprida.

Tabela 01 - Saídas Hospitalares

SAÍDAS			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	513	418	81,48%
Fevereiro	513	399	77,78%
Março	513	481	93,76%
Trimestre	1539	1298	84,34%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

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 demonstra o número de Atendimentos de Urgência no período avaliado, que teve um total de 30.630 atendimentos, representando um percentual de 120,12%. A meta para o indicador *Atendimentos de Urgência* foi cumprida para o período.

Tabela 02 – Atendimentos de Urgência

ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	8500	10000	117,65%
Fevereiro	8500	8974	105,58%
Março	8500	11656	137,13%
Trimestre	25500	30630	120,12%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3. Atendimento Ambulatorial

A tabela 03 demonstra o número de atendimentos Ambulatoriais no período avaliado, que teve um total de 4.853 atendimentos, representando um percentual de 101,10%. A meta para o indicador *Atendimentos Ambulatoriais* foi cumprida para o período.

Tabela 03 – Atendimentos Ambulatoriais

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	1600	1007	62,94%
Fevereiro	1600	1622	101,38%
Março	1600	2224	139,00%
Trimestre	4800	4853	101,10%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3.1 Acolhimento e Classificação de Risco

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.

O protocolo adotado no HJMO 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 pode ser atendido em até 60 minutos ou azul, que identifica um caso não urgente e o paciente pode ser atendido em até 120 minutos.

O hospital utiliza protocolo Manchester para acolhimento e classificação de risco .

Foram realizadas no trimestre 30.133 classificações de risco do total de 30.630 atendimentos de urgência, representando 98,37% da produção de urgências no trimestre. O gráfico 1 demonstra os percentuais atingidos conforme classificação.

Gráfico 1- Acolhimento e Classificação de risco – Percentuais no trimestre (Janeiro-Março)

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão



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. Nesses casos a meta a ser cumprida é apresentação de 90% das AIH referentes às saídas em cada mês de competência. O prazo para a entrega da informação deverá ser até o 15º dia do mês subsequente sendo enviado diretamente ao nível central da SES (Regulação). A Unidade apresentou no Trimestre 1.331 AIH, sendo 1329 do mês de competência, e teve um volume de Saídas Hospitalares de 1298 com percentual de 102,39% de apresentação, cumprindo a meta contratual.

Tabela 04 – Autorização de Internação Hospitalar - AIH

AIH- Janeiro a março- 2017				
	Saídas	AIH apresentadas	AIH do mês de competência	% AIH de competência
Janeiro	418	429	429	102,63%
Fevereiro	399	413	413	103,51%
Março	481	489	487	101,25%
Trimestre	1298	1331	1329	102,39%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Das 1.331 AIH apresentadas no trimestre de janeiro a março de 2017, foram aprovadas 1325 e 06 rejeitadas, representando um montante de R\$ 13.730,00. Valor este, que deixou de ser aportado, ao Hospital João Murilo de Oliveira (tabela 05).

Tabela 05– Motivos de rejeição de AIH

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	429	427	2	0,47	804,49	0,24	224.927,52	108.519,60	333.447,12	334.251,81	
Fevereiro	413	412	1	0,24	219,11	0,06	238.412,24	111.896,27	350.308,51	350.527,62	
Março	489	486	3	0,61	12.706,78	3,71	218.608,19	111.175,25	329.783,44	342.490,22	
total	1.331	1.325	6	1	13.730	4	681.948	331.591	1.013.539	1.027.269,00	

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

A tabela 06 demonstra os motivos das glosas realizadas, pelo SIH/SUS, no trimestre em análise. Destaca-se, como maior motivo “AIH cancelada por duplicidade reinternação menor que 3 dias”, conforme demonstra a Tabela abaixo, representando o valor total de R\$12.360,04.

Tabela 06– Motivos de rejeição de AIH

MOTIVOS DA REJEIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
AIH CANCELADA POR DUPL. INTERNAÇÃO C/INTERS DE PERÍODOS	804,49	219,11		1.023,60
AIH CANCELADA POR DUPL REINTERNAÇÃO MENOR QUE 3 DIAS			12360,04	12.360,04
PROFISSIONAL NÃO VINCULADO AO CNES			346,74	346,74
TOTAL	804,49	219,11	12.706,78	13.730,38

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

2.1.2 Diagnóstico Secundário:

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, porém para esta Unidade, avalia-se apenas, Diagnóstico Secundário na Clínica Médica com parâmetro mínimo de 14%. A Unidade apresentou percentual de Diagnóstico Secundário em Clínica Médica, porém por não possuir serviço de cirurgia (os

procedimentos cirúrgicos realizados na Unidade restringem-se a cesáreas e curetas), não foi possível apresentar resultado em diagnóstico de clínica cirúrgica, como demonstra a tabela abaixo, com percentuais superiores aos definidos em contrato. Portanto, a meta foi considerada cumprida no período em questão.

Tabela 07. Diagnóstico Secundário

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO					
Mês		Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clínica Médica (14%)	Nº AIH Apresent.	54	56	68	178
	Nº Diag. Secund.	54	56	68	178
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

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

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 e 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 Unidade cumpriu a meta para o Indicador Taxa de Origem do Paciente (CEP), atingindo valores superiores a 90% para o indicador, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 08. Taxa de Identificação de Origem – CEP Válidos

TAXA DE ORIGEM DO PACIENTE – CEP VÁLIDOS/COMPATÍVEIS				
Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
CEP apresentados	429	413	489	1.331
CEP válidos	398	399	470	1.267
%	92,77%	96,61%	96,11%	95,19%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.2 Serviço de atenção ao Usuário

2.2.1 Queixas Recebidas e Resolvidas

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas. 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.

Houve a ocorrência de 03 queixas apresentadas no período, sendo todas resolvidas pela unidade, portanto, a meta foi considerada cumprida para o indicador em questão.

Tabela 09. Queixas Recebidas e Resolvidas

RESOLUÇÃO DE QUEIXAS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Resultado
Queixa	2	sem ocorrência	1	3
Resolvida	2	sem ocorrência	1	3
%	100%	—	100%	100%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.2.2 Pesquisa de Satisfação do usuário

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 bimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios 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 deve ser 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 no prazo preconizado em contrato. A Unidade apresentou um total de 210 pesquisas realizadas no setor de internamento, com pacientes e acompanhantes, representando 22,88%. Em relação à área ambulatorial, no mesmo período, foram realizadas 674 pesquisas, representando 13,89% dos atendimentos.

A meta foi atingida para este indicador, já que os relatórios exigidos foram entregues dentro do prazo preconizado.

Tabela 10. Pesquisa de satisfação

PESQUISA DE SATISFAÇÃO				
Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
internamentos	418	0	500	918
Nº Pesquisa	69	75	66	210
%	16,51	0,00	13,20%	22,88
Consultas	1.007	1.622	2.224	4.853
Nº Pesquisa	190	224	260	674
%	18,87	13,81	11,69	13,89

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.3 - 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. No período em análise a meta foi cumprida.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência, os seguintes indicadores são analisados: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI neonatal, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI

neonatal e Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao uso de Ventilação Mecânica na UTI neonatal, Taxa de utilização de cateter venoso em UTI neonatal e Taxa de utilização de ventilação mecânica em UTI neonatal.

O Hospital encaminhou mensalmente o relatório da CCIH anexo ao Relatório Gerencial da Unidade, portanto, meta cumprida.

Tabela 11. Densidades de infecção

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Densidade de Infecção Hospitalar em UTI neonatal	29,76	19,42	37,63	28,94
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central	113,64	48,78	57,38	73,26
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI neonatal	0	0	0	0

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 12. Taxas de utilização de CVC e PAV

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
taxa de utilização de cateter venoso	26,19%	39,81%	65,59%	43,86%
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI neonatal	8,93%	6,80%	41,40%	19,04%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.4- Taxa de Cesáreas e Cesáreas em Primíparas

É o indicador relativo à avaliação de resultado/efetividade, a Referência é de 35% (Resolução CIB nº 939/2005). A Clínica Obstétrica constitui uma das principais áreas de internação do HJMO. A taxa de cesariana em primíparas é um indicador que deve refletir o resultado obtido com o processo de melhoria contínua da Unidade. O índice para o indicador, no período avaliado, foi de 27,08% para Cesáreas em Primíparas, como apresenta a tabela abaixo.

Tabela 13. Taxa de Cesariana em Primíparas

TAXA DE CESARIANA EM PRIMÍPARAS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Nº de partos em primíparas	127	113	133	373
nº de cesáreas em primíparas	28	35	38	101
% de cesariana em primíparas	22,05%	30,97%	28,57%	27,08%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.5 Proporção de Óbitos Maternos Investigados

Este indicador tem a finalidade de o hospital monitorar a mortalidade materna que é um indicador de saúde feminina e que representa acesso da mulher à assistência à saúde e a adequação do sistema de saúde em responder suas necessidades.

A meta é 100% dos óbitos maternos investigados e é dado pela relação entre o número de óbitos maternos investigados e o número total de óbitos maternos multiplicado por 100. A Unidade encaminhou mensalmente o Relatório da Comissão de Óbitos, com análise dos óbitos do período. Houve a ocorrência de 01 óbito materno no período, sendo este investigado. A meta foi considerada cumprida para este indicador.

Tabela 14. Proporção de Óbitos Maternos Investigados

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de óbitos maternos	0	0	1	1
Proporção de Óbitos Maternos Investigados	0	0	1	1
% de óbitos investigados	0,00%	0	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.6 Proporção de Óbitos Fetais Analisados

A finalidade é que o hospital monitore os óbitos fetais ocorridos durante determinado período e possa determinar suas causas, registre no banco de dados oficiais e que sirva de indicador para políticas públicas de saúde.

A meta é 50% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g e é dado pela relação entre número de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ analisados e o número total de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ multiplicado por 100. A Unidade encaminha mensalmente o Relatório da Comissão de Óbitos, com a análise dos óbitos no período, houve 3 óbitos no período analisado, com investigação de todos.

Tabela 15. Óbitos Fetais Analisados

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de óbitos fetais	1	1	1	3
Proporção de Óbitos Fetais Investigados	1	1	1	3
% de óbitos investigados	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.7- Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e com a BCG:

2.7.1 Proporção de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida

O indicador é dado pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida e o número total de RN nascidos vivos, multiplicado por 100. A meta é 100% dos RN vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados contra Hepatite B no período avaliado.

2.7.2 Proporção de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$

O indicador é dado pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$ até a data da alta e o número total de RN nascidos vivos com peso $\geq 2.000g \times 100$. A meta é 100% dos RN vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$ até a data da alta. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados com a BCG no período avaliado.

Tabela 16. Recém -nascidos vacinados

% DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de recém-nascidos	251	238	279	768
Total de Recém-nascidos com a 1 ^o dose da vacina contra Hepatite B	249	243	274	766
% de vacinados contra Hepatite B	99,20%	102,10%	98,21%	99,74%
Total de recém-nascidos com peso $> 2000g$	241	231	269	741
Total de óbitos maternos Recém-nascidos vacinados com BCG	233	227	249	709
% de vacinados contra BCG	96,68%	98,27%	92,57%	95,68%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Os indicadores referentes à vacinação contra a Hepatite B e BCG, não atingiram as metas no período avaliado, por este motivo ocorrerá apontamento de desconto conforme Contrato de Gestão nº 01/2012. Porém, a Unidade justificou seu não atingimento, alegando que os casos em que não foi realizada a vacinação ocorreram por não atenderem ao

Protocolo Nacional de Neonatologia/MS.A justificativa foi acatada pelo apoio técnico-assistencial desta Diretoria, não havendo assim efetivação dos descontos apontados.

EXTRA CONTRATUAIS

Os indicadores extracontratuais, apesar de não estarem previstos em Contrato de Gestão tem 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 tem sua avaliação dimensionada por parâmetros construídos em âmbito nacional.

3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

3.1 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 cirurgias realizadas no Hospital João Murilo (cesáreas e curetas), no trimestre de janeiro a março/17, nenhum paciente foi a óbito, ou seja, a taxa de mortalidade operatória é de 0%.

Tabela17.Taxa de Mortalidade Operatória/Mês

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Óbitos	0,00	0	0	0,00
Cirurgias Executadas	88	101	114	303,00
Taxa De Mortalidade Operatória	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 18- Avaliação anestésica -ASA

AVALIAÇÃO ANESTÉSICA POR ASA			
	nº de pacientes operados	nº de óbitos até 7 dias	%
Avaliação Anestésica ASA 1	303	0	0,00%
Avaliação Anestésica ASA 2	0	0	0,00%
Avaliação Anestésica ASA 3	0	0	0,00%
Avaliação Anestésica ASA 4	0	0	0,00%
Avaliação Anestésica ASA 5	0	0	0,00%
Avaliação Anestésica ASA 6	0	0	0,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.2- Taxa de Cirurgia de Urgência

A atividade cirúrgica da Unidade no período foi de 303 cirurgias, sendo 303 em caráter de urgência e 0 eletivas. O percentual de cirurgias de urgência foi de 100%.

Importante ressaltar que a atividade cirúrgica da Unidade restringe-se a cesáreas e curetas.

Tabela 19. Taxa de Cirurgia de Urgência

TAXA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA				
	Janeiro	Fevereiro	Março	trimestre
Total de cirurgias de urgência executadas	88	101	114	303
Total de cirurgias (eletivas+ urgência) executadas	88	101	114	303
taxa de cirurgia de urgência	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.3 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, multiplicado por 100. O

valor de referência utilizado é o dado pela portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, que estabelece como parâmetro a Taxa de Ocupação entre 80 e 85%.

A média geral da Taxa de Ocupação foi de 75,73 % no período avaliado.

Tabela 20 - Taxa de Ocupação Operacional Geral

TAXA DE OCUPAÇÃO – Média Geral				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Taxa de Ocupação Geral	69,35%	76,74%	81,11%	75,73%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 21 - Taxa de Ocupação Operacional por Clínica

TAXA DE OCUPAÇÃO – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Clínica Médica	79,44%	92,19%	97,18%	89,60%
Clínica Obstétrica	88,77%	81,08%	90,20%	86,68%
Clínica Pediátrica	42,18%	39,56%	65,51%	49,08%
UTI neo	54,19%	73,57%	60,00%	62,59%
UCI neo	51,29%	91,79%	72,26%	71,78%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.4 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 os pacientes ficaram internados no hospital.

O valor de referência da Portaria MS nº 1101/2002 é de 5,2 dias para Clínica Médica, 3,0 dias para Clínica Obstétrica e 6,0 dias para Pediatria (valores de referência dado pela portaria n.º 1101/MS – 2002).

As tabelas 22 e 23 demonstram o TMP/mês que foi de 3,99 dias e o TPM por Clínica da Unidade, no período avaliado.

Tabela 22. Tempo Médio de Permanência Geral

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA –MÉDIA GERAL				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Tempo Médio de permanência	3,91	4,09	3,97	3,99

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 23. Tempo Médio de Permanência por Clínica

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Clínica Médica	7,6	7,38	7,09	7,36
Clínica Obstétrica	2,60	2,24	2,34	2,39
Clínica Pediátrica	2,79	3	4,13	3,31
UTI neo	14,00	12,88	15,5	14,13
UCI neo	10,60	13,53	10,18	11,44

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.5 Índice de rotatividade de Leitos

O indicador mede a rotatividade do leito hospitalar na unidade (quantos pacientes utilizam o mesmo leito no mês).

As Tabelas 24 e 25 , apresentam o Índice de rotatividade/mês que foi de **5,69** e o Índice de rotatividade por clínica, nas unidades de internação, no período avaliado. O valor de referência também é dado pela portaria n.º 1101/MS - 2002, que é de 4 a 6 pacientes leito/mês para internamento.

Tabela 24. Índice de rotatividade Geral

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS –MÉDIA GERAL				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Índice de Rotatividade dos Leitos	5,5	5,25	6,33	5,69

Gerenciais/Sistema de Gestão

Fonte: Relatórios

Tabela 25. Índice de rotatividade por Clínica

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Clínica Médica	3,44	3,5	4,25	3,73
Clínica Obstétrica	10,59	10,15	11,96	10,90
Clínica Pediátrica	4,69	3,69	4,92	4,43
UTI neo	1,2	1,6	1,2	1,33
UCI neo	1,5	1,9	2,2	1,87

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.6- Taxa de Mortalidade Institucional

É obtida através da relação entre o número de óbitos após 24h de internação e o número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período, multiplicado por 100. A Referência é 2,63% - Portaria 1101/GM – 2002.

Na tabela 26, observa-se que a Unidade apresentou uma Taxa de Mortalidade Institucional, no trimestre, de 1,08%, abaixo do valor de referência.

Tabela 26. Taxa de Mortalidade Institucional

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Óbitos no período >24h	2	3	9	14,00
saídas	418	399	481	1.298
	0,48%	0,75%	1,87%	1,08%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.7 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 27 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 0,91%; portanto, abaixo do preconizado no índice do PROAHSA (2%).

Tabela 27. Turnover

TURNOVER				
	Janeiro	Fevereiro	Março	trimestre
Admissão	5	5	5	15
Demissão	3	5	3	11
Nº de funcionários – mês anterior – CLT	477	479	479	1435
% Rotatividade	0,84%	1,04%	0,84%	0,91%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.8 Revisão de prontuários

A Resolução 1.638/2002, 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 verifica-se que, no trimestre em análise, 11,94% dos prontuários dos pacientes foram revisados, destes, 45,9% estavam completos.

Tabela 28– Prontuários revisados

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
total de prontuários	418	399	481	1298
total de prontuário revisados	50	50	55	155
%	11,96%	12,53%	11,43%	11,94%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.9 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-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 29, que o Hospital João Murilo realizou, no trimestre de janeiro a março/17, 28.018 exames, destacando-se o maior nº de exames em Patologia Clínica (23.266).

Tabela 29– Prontuários revisados

SADT				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Patologia Clínica	7488	7023	8755	23266
USG	59	66	69	194
Diagnose	0	0	0,00	0
Anatomopatologia	0	0	0	0
Radiodiagnóstico	1427	1137	1994	4558
Tomografia Computadorizada	0	0	0	0
Total	8974	8226	10818	28018

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

4.COMISSÕES

Hospital João Murilo de Oliveira possui as seguintes Comissões em funcionamento: Comissão de Controle e Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de óbitos e Comissão de Revisão de Prontuários. Ressalta-se que a existência dessas Comissões é exigência do Contrato de Gestão, porém, não representa variável financeira.

Quadro 02 – Resumo da Execução dos Indicadores

HJMO– RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – JANEIRO A MARÇO				
Indicador	Contratado	Realizado	%	Status
1. INDICADOR DE PRODUÇÃO				
1.1 Saídas Hospitalares	1539	1298	84,34%	Meta não cumprida
1.2 Atendimento de Urgência	25500	30630	120,12%	Meta cumprida
1.3 Atendimento Ambulatorial	4800	4853	101,10%	Meta cumprida
2. INDICADORES 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.	Relatório entregue	102,39%	Meta cumprida
2.1.2 Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade	14% Clínica Médica / 22% Clínica Cirúrgica	178CM / 2 CC	100% CM 15,38% CC	Meta cumprida
2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente	90% dos CEPs válidos	Relatório enviado	95,19%	Meta 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 22,88% de pacientes internados e 13,89% na área ambulatorial	Meta cumprida
2.2.2 Resolução de Queixa	Envio do relatório e resolução de 80% das queixas recebidas	Relatório entregue no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Meta cumprida

Quadro 03 – Resumo da Execução dos Indicadores

HJMO– RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – JANEIRO A MARÇO				
Indicador	Contratado	Realizado		Status
2.3 Controle de Infecção Hospitalar				
2.3.1 Densidade de Infecção Hospitalar em UTI neonatal	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	28,94	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	78,12	Meta cumprida
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI neonatal	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI neonatal	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	43,86%	Meta cumprida
2.3.3 Taxa de Utilização de CVC na UTI neonatal	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	19,04%	Meta cumprida
2.4 Taxa de Cesariana em primíparas				
	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	27,08%	Meta cumprida
2.5 Proporção de óbitos maternos investigados				
	100% dos óbitos maternos investigados	100% dos óbitos maternos investigados	100,00%	Meta cumprida
2.6 Proporção de óbitos fetais analisados				
	50% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g	100% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g	100,00%	Meta cumprida
2.7 Proporção de recém-nascidos vacinados com a 1º dose de vacina Hepatite B e recém-nascidos vacinados com BCG				
	100% vacinados contra Hepatite B	99,74% vacinados contra Hepatite B	99,74%	Meta não cumprida/ justificativa apresentada
	100% vacinados contra BCG	95,68% vacinados contra BCG	95,68%	Meta não cumprida/ justificativa apresentada

5. ANÁLISE FINANCEIRA

O Hospital João Murilo de Oliveira recebe, mensalmente recursos no valor de R\$2.862.848,85, para a manutenção das atividades. 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 específicos nas tabelas abaixo.

Tabela 30 - Repasse de Gestão – Mensal

HOSPITAL JOÃO MURILO		Janeiro a Março de 2017	
REPASSE DE RECURSO			
Repasse Mensal	100%	R\$	2.862.848,85
Recurso fixo	70%	R\$	2.003.994,20
Recurso variável	30%	R\$	858.854,66
RECURSO VARIÁVEL			
Repasse Produção	20%	R\$	572.569,77
Internação	70%		400.798,84
Urgência	20%		114.513,95
Ambulatório	10%		57.256,98
Repasse Qualidade	10%	R\$	286.284,89
DA INFORMAÇÃO	25%		71.571,22
CCIH	25%		71.571,22
ATENÇÃO AO USUÁRIO	25%		71.571,22
Mortalidade Operatória	25%		71.571,22

Considerando o trimestre de janeiro a março de 2017 o valor acumulado de receitas contabilizando todos os repasses e rendimentos de aplicações financeiras são de R\$8.601.731,63, conforme tabela abaixo.

Tabela 31 - Repasse de Gestão – Acúmulo do Trimestre

<i>Hospital João Murilo - Trimestre Ano V</i>	JANEIRO/17	FEVEREIRO/17	MARÇO/17	Total Trimestre
RECEITAS OPERACIONAIS	R\$	R\$	R\$	R\$
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	2.862.848,85	2.862.848,85	2.862.848,85	8.588.546,55
Repasse Contrato de Gestão (Odontologia)	0,00	0,00	0,00	0,00
Rendimento de Aplicações Financeiras	4.482,98	2.720,11	5.981,99	13.185,08
Reembolso de Despesas	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	0,00	0,00	0,00	0,00
Desconto (Meta Não Atingida)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE REPASSES/RECEITAS	2.867.331,83	2.865.568,96	2.868.830,84	8.601.731,63

FOI TE: RELATÓRIO S MEH SAIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJETOS A ALTERAÇÕES.

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

As despesas da unidade referente a Recursos Humanos é composto pelos vínculos de celetistas, autônomos, comprovados por recibos de pagamentos autônomos (RPA) e

contratos com pessoas jurídicas, esse tipo de despesa perfaz em média um percentual de 83,32% mês em relação à receita mensal.

Tabela 32 - Despesa com Recursos Humanos

COMPARATIVO RECURSOS HUMANOS - HOSP. JOÃO MURILO - Trimestre V Ano - 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	136	245.379,17	-11,91%	138	216.151,83	4,76%	140	226.444,08
MÉDICOS		98	968.017,23	-4,24%	95	926.958,01	1,12%	95	937.366,87
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		245	548.618,75	-5,01%	246	521.155,30	1,09%	246	526.816,61
BENEFÍCIOS			9.277,42	-8,95%		8.446,74	6,47%		8.993,57
IMPOSTOS+PROVISÕES			617.560,60	-4,84%		587.658,22	1,03%		593.719,43
SUBTOTAL 01			479	2.388.853,17	-5,38%	479	2.260.370,10	1,46%	481
MÉDICOS	PESSOA JURÍDICA	3	18.666,64	-4,34%	3	17.856,64	-1,17%	3	17.647,76
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
MÉDICOS	PESSOA FÍSICA	4	50.435,55	29,38%	12	65.254,92	-34,97%	8	42.433,70
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		8	3.162,00	-56,93%	5	1.362,00	261,46%	9	4.923,10
ADMINISTRATIVO	PESS DA FISC A	1	1.790,00	-66,48%	1	600,00	-100,00%	0	0,00
SUBTOTAL 02		16	74.054,19	14,88%	21	85.073,56	-23,59%	20	65.004,56
TOTAL RH (CLT-TERCERIZADO)		495	2.462.907,36	-4,77%	500	2.345.443,66	0,55%	501	2.358.345,12
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS			R\$ 2.867.331,83	-0,06%		R\$ 2.865.568,96	0,11%		R\$ 2.868.830,84
TOTAL RH % EM RELAÇÃO A PARCELA			85,90%	-4,71%		81,85%	0,44%		82,21%
PRODUÇÃO			11.425	-3,76%		10.995	30,61%		14.361
CUSTO MÉDIO - RH /PRODUÇÃO			R\$ 215,57	-1,04%		R\$ 213,32	-23,02%		R\$ 164,22
TURNOVER			0,84			1,04			0,84
OBS: TOTAL CLT EM RELAÇÃO A PARCELA			83,31%			78,88%			79,94%

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

No comparativo das despesas da unidade entre o trimestre passado e o trimestre atual observa-se que o percentual de variação do custo médio/mensal do Hospital João Murilo de Oliveira é de 0,91%, ou seja, no trimestre anterior o custo médio/mensal por produção foi de R\$235,50 e no trimestre atual foi de R\$237,64, conforme se pode observar abaixo.

Tabela 33 – Comparativo do Trimestre Anterior com o Trimestre Atual

COMPARATIVO DA MÉDIA TRIMESTRAL - HOSPITAL JOÃO MURILO					
DESCRIÇÃO	QTD MÉDIA	HJM		QTD MÉDIA	HJM TRIMESTRE ANTERIOR
		TRIMESTRE ATUAL	% relação custo HJM		
1. PESSOAL	480	2.314.187,98	1,69%	479	2.276.616,35
ADMINISTRATIVO	138	229.326,03	-3,55%	136	237.776,96
MÉDICOS	96	944.114,04	1,36%	99	931.448,79
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	246	532.196,89	4,66%	244	508.510,34
BENEFÍCIOS		8.905,91	2,32%		8.704,20
IMPOSTOS+PROVISÕES		699.646,09	1,78%		689.176,06
2. INSUMOS		188.596,67	12,67%		166.620,69
3. MATERIAS/CONSUMOS DIVERSOS		106.984,11	10,00%		96.275,96
4. SEGUROS /TRIBUTOS		2.436,64	28,35%		1.898,43
5. DESPESAS GERAIS		69.326,82	-2,01%		70.746,39
6. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS		182.491,52	9,49%		166.677,36
7. MANUTENÇÃO		62.483,98	72,56%		30.411,69
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS		2.913.509,69	3,79%		2.807.246,86
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS (MÉDIA TRIMESTRAL)		2.867.243,88	0,00%		2.867.336,48
DEFICIT/ SUPERAVIT		R\$ (46.265,71)	-177,00%		R\$ 60.088,62
PRODUÇÃO MÉDIA		12.260	2,85%		11.920
TOTAL DE DESPESAS/PRODUÇÃO		R\$ 237,64	0,91%		R\$ 236,60

FONTES: RELATÓRIOS MENSAIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

Observa-se que as variações dos custos nas unidades 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.

Em relação ao comparativo das receitas com as despesas da unidade, no trimestre de outubro a dezembro de 2016 a unidade apresentou um superávit de R\$180.265,85, já no trimestre de janeiro a março de 2017 observa-se que a unidade apresentou um superávit de (R\$138.797,13). A unidade aumentou suas despesas em 3,79%.

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

ANO	MÊS	RECEITA	DESPESA	DESPESA MÉDIA TRIMESTRAL	RESULTADO	
5	OUT/16	2.868.922,33	2.668.432,05	2.807.246,86	200.490,28	<u>TRIMESTRE</u>
5	NOV/16	2.867.901,86	2.943.390,57		(75.488,71)	<u>ANTERIOR</u>
5	DEZ/16	2.865.182,24	2.809.917,96		55.264,28	180.265,85
5	JAN/17	2.867.331,83	2.974.337,25	2.913.509,59	(107.005,42)	<u>RESULTADO</u>
5	FEV/17	2.865.568,96	2.843.356,61		22.212,35	<u>TRIMESTRE</u>
5	MAR/17	2.868.830,84	2.922.834,89		(54.004,05)	(138.797,13)
				3,79%		

FOHTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental
NOTA: 3,79% REFERENCIA AUMENTO DA DESPESA MÉDIA EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE ANTERIOR.

Em relação às prestações apresentadas, referente ao período janeiro a março de 2017, informamos que estas foram encaminhadas de acordo com Manual de Orientações versão 2.0 e analisada pela equipe financeira da DGMMAS.

No que concerne ao apontamento de descontos, em relação ao cumprimento de metas contratuais valoradas, observa-se, no item de produção, no indicador saídas hospitalares, e no item de qualidade, no indicador proporção de recém-nascidos vacinados, que o Hospital João Murilo de Oliveira, não cumpriu todas as metas havendo assim apontamento de desconto, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Tabela 35 - Apontamentos de descontos

		DESCONTOS	TOTAL DE MESES	TOTAL DESCONTO
Produção	INTERNAÇÃO	10%	3	R\$ 120.239,65
	URGÊNCIA	0%	0	R\$ -
	AMBULATÓRIO	0%	0	R\$ -
Qualidade	DA INFORMAÇÃO	20%	0	R\$ -
	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	20%	0	R\$ -
	TAXA CESARIANA EM PRIMÍPARAS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS INVESTIGADOS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE RECÉM NASCIDOS VASCINADOS	15%	3	R\$ 128.828,20
	TOTAL DESCONTOS:			

Porém, a Unidade, conforme previsto contratualmente, deve encaminhar justificativa no caso de não cumprimento de meta de produção, a ser apreciada por esta Secretaria de Saúde. Portanto, para fins de efetivação dos descontos apontados para o indicador Saídas Hospitalares, esta Diretoria aguarda a apresentação da referida defesa. No que diz respeito ao indicador Proporção de recém-nascidos vacinados, já apresentou justificativa, que foi acatada por esta Diretoria, não sendo portanto efetivados os descontos apontados para este indicador.

As prestações de contas dos meses de janeiro a março de 2017 foram classificadas como **REGULAR com ressalva**, devido as informações abaixo apresentadas.

Quanto às análises documentais das prestações de contas do trimestre, pode-se observar as seguintes considerações:

- 1) **Recursos Humanos** – Divergência de entendimento no cálculo do PIS e BENEFÍCIOS.
- 2) **Itens de Consumo** – Não houve nenhuma divergência.
- 3) **Itens de Serviço** – Não acatada incidência de juros nem dividas informadas em competências anteriores.

Despesas não permitidas e/ou inseridas em contas divergentes, segue relato:

Janeiro 2017

1)Item 1.3 PIS – Na folha consta o valor de R\$ 17.559,89, no entanto a unidade informou o valor de R\$ 17.559,49, gerando uma diferença de R\$0,40 (acrescentado).

2)Item 1.4 BENEFÍCIOS – A unidade não considerou a diferença de Auxílio Creche, acrescentado o valor de R\$202,72 identificado conforme folha e por não haver justificativa pela OSS.

3)Item 4.3.1. Juros - Retirados Juros no valor de R\$14.139,79 seguida orientação do parecer Gerência Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Fevereiro 2017

1)Item 4.3.1. Juros - Retirados Juros no valor de R\$8.600,89 seguida orientação do parecer Gerência Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Março 2017

1)Item 4.3.1. Juros - Retirados Juros de fornecedor no valor de R\$8.186,06 seguida orientação do parecer Gerência Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

2)Item 5.2. Água - Valores referentes a parcelamento de débitos, cujos valores já foram repassados pela SES na referida competência, deduzido R\$1.828,94.

PRAZOS

A unidade não apresentou dificuldades no cumprimento da entrega das pastas tão como das solicitações das correções de inconsistências.

RECOMENDAÇÕES

- Sem recomendações.

6. CONCLUSÃO

No período de Janeiro a Março de 2017, o Hospital João Murilo de Oliveira cumpriu as metas de produção contratadas. A Unidade atingiu as médias referentes às metas contratadas de 84,34% para o indicador Saídas Hospitalares, 120,12% para indicador Atendimentos de urgência e 101,10% para Atendimentos Ambulatoriais. O Hospital cumpriu a meta para Atendimentos de urgência e atendimentos ambulatoriais, não cumprindo a meta para o indicador Saídas Hospitalares. Conforme previsto contratualmente, a Unidade deve encaminhar justificativa no caso de não cumprimento de meta de produção, a ser apreciada por esta Secretaria de Saúde. Portanto, para fins de efetivação dos descontos apontados, esta Diretoria aguarda a apresentação da referida defesa.

Referente à Qualidade da Informação, a Unidade, em comento, **cumpriu todas as metas**: apresentação de AIH (102,39%), declaração de diagnósticos secundários em clínica médica e clínica cirúrgica (100% e 15,38%), respectivamente, e taxa de identificação da origem do paciente (95,19%) cumprindo a meta do indicador pelo envio do relatório no prazo preconizado em contrato.

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

Com relação ao Controle de Infecção Hospitalar, nos indicadores densidade de infecção hospitalar em UTI neonatal (28,94%), densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a CVC (78,12%), Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes de UTI neonatal (0%), taxa de utilização de CVC em UTI neonatal (43,86%), taxa de ventilação mecânica em UTI neonatal (19,04%). Entregou os relatórios no prazo determinado em contrato; sendo assim, **as metas foram consideradas cumpridas**.

Também, no que concerne à Taxa de Cesáreas em Primíparas, Proporção de Óbitos Maternos Investigados, Proporção de Óbitos Fetais com peso menor ou igual a 2.500g Analisados, o HJMO cumpriu as metas, pois entregou os relatórios dos indicadores e atingiu os percentuais preconizados. Em relação ao indicador Proporção de Recém-

Nascidos vacinados contra Hepatite B e BCG, atingiu os seguintes percentuais: respectivamente, 99,74% e 95,68%, apresentando justificativas para o não atingimento da meta, que foi acatada por esta Diretoria.

O Hospital João Murilo de Oliveira possui, já implantadas e em pleno funcionamento, as seguintes comissões: Comissão de Controle e Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de Óbitos e Comissão de Prontuários.

Além dos indicadores previstos em contrato, foram analisados no trimestre de janeiro a março, os seguintes indicadores: Taxa de Mortalidade Operatória (1,08%), Cirurgia de Urgência (100%), Revisão de prontuários 11,94% do total de prontuários, Taxa de Mortalidade Institucional (1,08%), SADT (28.018 exames), Taxa de Ocupação Operacional (75,73%), Tempo Médio de Permanência (3,99), Índice de Rotatividade (5,69), Turnover (0,91%).

Referente à análise financeira, verificamos que a unidade aumentou seus custos em 3,79%, que apresentou as Prestações de Contas referentes ao período janeiro a março de 2017, de acordo com Manual de Orientações versão 2.0 e que estas foram classificadas como **REGULAR com ressalva**.

Quanto às recomendações da Comissão Mista de Avaliação, dispostas no relatório anual do exercício de 2016, ressaltamos que já estão sendo cumpridos por esta Diretoria, em relação ao relatório do trimestre em análise, os seguintes quesitos: avaliações em períodos trimestrais; inclusão da informação de cumprimento de meta de todos os indicadores, conforme preconizado em contrato; informação da conclusão da análise da Prestação de Contas no relatório trimestral.

Por fim, os relatórios mensais, enviados pela Unidade em comento, atenderam, de um modo geral, a expectativa, levando em consideração sua organização, apresentação, sistematização e valorização de todas as categorias que trabalham para que o serviço funcione com qualidade.

Recife, setembro de 2017.

Análise Assistencial


Tereza Cristina da Silva

Gestora de Contratos de Gestão-DGMMAS/SEAS/SES

Mat. Nº 357.436 - 9

Andrea Franklin
Superintendente de Atenção
Ambulatorial e Hospitalar
DGMMAS/SEAS

Análise Financeira



Michel Cleber

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



Danielly Martins

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

ANEXOS(período: Janeiro a Março de 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: Relatório de Indicador da Parte Variável- Sistema de Gestão – SES
- Anexo 4: 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, referente ao Hospital João Murilo de Oliveira, 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, setembro de 2017.


Michel Cleber Gomes de Lima

Mat. nº 337.518-8


Danielly Martins Barbosa da Silva

Mat. nº 339.071-3


Katiana Alves Moreira

Mat. nº 336.951-0


Andrea Franklin de Carvalho

Mat. nº 244.668-5


Tereza Cristina da Silva

Mat. nº 357.436-9