

Secretaria
de Saúde



Pernambuco

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO

Janeiro a Março/2017

**HOSPITAL REGIONAL
FERNANDO BEZERRA**

Agosto | 2017

APRESENTAÇÃO

O Hospital Regional Fernando Bezerra 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 Manchester.

Quadro 01- Resumo de informações

Organização Social	Organização Social de Saúde Irmandade da Santa Casa de Misericórdia
Contrato de gestão	Nº02/2013
Localização	Município de Ouricuri
Área de Abrangência	11 municípios, distribuídos nas IX Gerência Regional de Saúde - GERES (Ouricuri, Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade), bem como Afrânio e Dormentes, pertencentes a VIII GERES.
Perfil	Materno-infantil, Clínica Médica, Traumatologia/Ortopedia e Cirurgia Geral
Capacidade	104 leitos, sendo hoje 87 leitos operacionais, distribuídos em: 17 de Obstetrícia, 22 de Clínica Médica e 13 de Pediatria, 16 de Cirurgia Geral, 09 de Traumatologia/Ortopedia e 10 de UTI Adulto, além de Berçário Interno com 05 leitos, aptos a realizar procedimentos de média complexidade, através de serviços de urgência e emergência com 12 leitos e 05 salas de Ambulatório.
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	USG, Raios-X, colposcopia, eletrocardiograma, fisioterapia e exames laboratoriais.
Ambulatório de Egresso	Especialidades: Ginecologia, Cirurgia Pediátrica, Obstetrícia (também Gestação de Alto Risco), Urologia, Cirurgia Geral, Vascular, Neurologia, Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Oftalmologia, Cardiologia, Psiquiatria, Fisioterapia e 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 Santa Casa de Misericórdia do Recife para o gerenciamento do Hospital Regional Fernando Bezerra, localizado no Município de Ouricuri, 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, Cirurgia Geral e Traumatismo Ortopedia, que atualmente sobrecarregam os hospitais da rede estadual.

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: 680 /mês

1.2 Atendimentos Ambulatoriais: 2.500 /mês

1.3 Atendimentos de Urgência: 6.500/mês

1.4 Cirurgias traumato-ortopédicas: 100/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 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;

2.7 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;

3.OPERACIONAIS

3.1Revisão de prontuários

4.RELACIONADO À GESTÃO DE PESSOAS

4.1Percentual de médicos com título de especialista

INDICADORES CONTRATUAIS

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 1.901 saídas, representando um percentual de 93,19 %. A meta para o indicador *Saídas Hospitalares* foi considerada cumprida para o período.

Tabela 01 - Saídas Hospitalares

Saídas:			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	680	651	95,74%
Fevereiro	680	587	86,32%
Março	680	663	97,50%
Trimestre	2040	1901	93,19%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.2. Atendimento Ambulatorial

A tabela 02 demonstra o número de atendimentos Ambulatoriais no período avaliado, que teve um total de 8.589 atendimentos, representando um percentual de 114,52%. A meta para o indicador *Atendimentos Ambulatoriais* foi cumprida para o período.

Tabela 02 – Atendimentos Ambulatoriais

Ambulatório			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	2500	2397	95,88%
Fevereiro	2500	2669	106,76%
Março	2500	3523	140,92%
Trimestre	7500	8589	114,52%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3. 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 03 demonstra o número de Atendimentos de Urgência no período avaliado, que teve um total de 19.628 atendimentos, representando um percentual de 100,66 %. A meta para o indicador *Atendimentos de Urgência* foi cumprida para o período.

Tabela 03 – Atendimentos de Urgência

Urgência			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	6500	6214	95,60%
Fevereiro	6500	5590	86,00%
Março	6500	7824	120,37%
Trimestre	19500	19628	100,66%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3.1 Acolhimento e Classificação de Risco

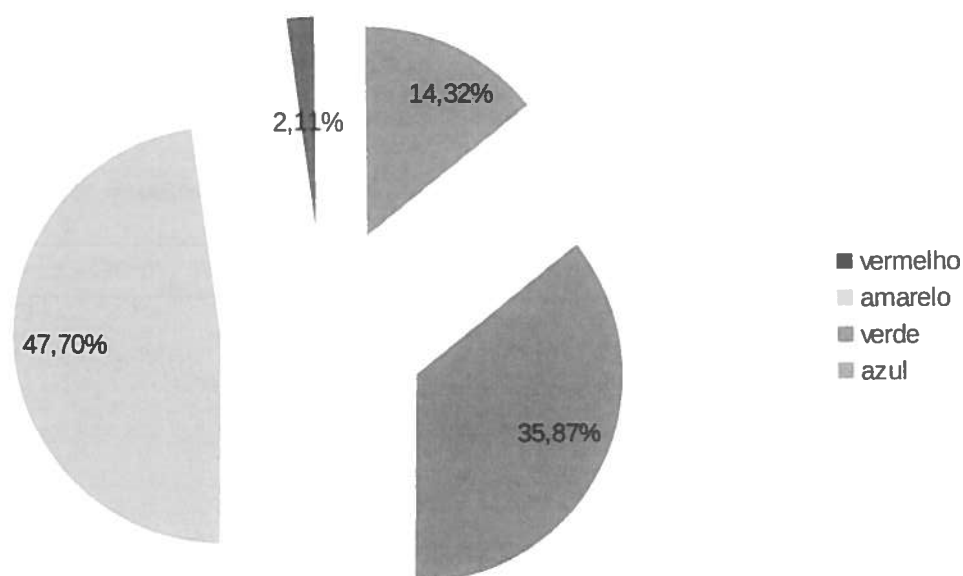
A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada.

O protocolo adotado no HRFB 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 9.909 classificações de risco do total de 19.628 atendimentos de urgência, representando 50,48% 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

1.4 CIRURGIAS TRAUMATO ORTOPÉDICAS

Conforme termos 7º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão e Nota Técnica nº 067/2016, que preconizam a meta de 100 cirurgias traumato ortopédicas/mês como meta valorada, segue abaixo, a produção da Unidade para o trimestre em questão.

Tabela 04 – Cirurgias Traumato Ortopédicas

CIRURGIAS TRAUMATO ORTOPÉDICAS			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	100	97	97,00%
Fevereiro	100	88	88,00%
Março	100	106	106,00%
Trimestre	300	291	97,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

A meta foi considerada cumprida por ter atingido percentual superior ao mínimo de 85% preconizados em contrato para os indicadores de produção.

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 Contrato de gestão preconiza que o registro da informação no sistema de Gestão seja enviada até dia 15 de cada mês e o envio do relatório de Gestão seja até o 20 dia. A Unidade apresentou no Trimestre 2018 AIH, sendo 2.002 do mês de competência, e teve um volume de Saídas Hospitalares de 1.901 com percentual de 105,31% de apresentação, cumprindo a meta contratual.

Tabela 05 – Autorização de Internação Hospitalar - AIH

AIH- Janeiro a março- 2017				
	Saídas	AIH apresentadas		% AIH de competência
Janeiro	651	696	692	106,30%
Fevereiro	587	615	613	104,43%
Março	663	707	697	105,13%
Trimestre	1901	2018	2002	105,31%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Das AIH apresentadas no trimestre de janeiro a março de 2017 (2.018), foram aprovadas 1.993 e 25 rejeitadas, representando um montante de R\$ 16.513,00. Valor este, que deixou de ser aportado, ao Hospital Fernando Bezerra (tabela 06).

Tabela 06 – Autorização de Internação Hospitalar - 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	696	694	2	0,29	818,60	0,21	285.031,81	111.734,65	396.766,46	397.585,06
Fevereiro	615	605	10	1,63	7.229,02	2,06	249.748,91	93.399,26	343.148,17	350.377,19
Março	707	694	13	1,84	8.465,17	2,14	286.200,92	100.837,04	387.037,96	395.503,13
Total	2.018	1.993	25	4	16.513	4	820.982	305.971	1.126.953	1.143.465,00

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 “profissional irregular segundo portaria 134”, conforme demonstra a Tabela abaixo, representando o valor total de R\$9.517,25.

Tabela 07– Motivos de rejeição de AIH

MOTIVOS DA REJEIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	Total
AIH BLOQUEADA PARA AUDITORIA NO PRONTUÁRIO				3.445,55
AIH REAPRESENTADA C/ DATA DIFERENTE DA PRIMEIRA	538,87	538,87	538,87	1.616,61
QUANTIDADE SUPERIOR AO PERMITIDO				279,73
PROFISSIONAL IRREGULAR SEGUNDO PORTARIA 134				9.517,25
PROFISSIONAL NÃO VINCULADO AO CNES				1.653,65
TOTAL	818,60	7.229,02	8.465,17	16.512,79

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 e Clínica Cirúrgica, com parâmetro mínimo de 14% e 22%, respectivamente. A Unidade apresentou percentual de Diagnósticos Secundários no período avaliado, como demonstra a tabela abaixo. A meta foi considerada cumprida para este indicador.

Tabela 08. Diagnóstico Secundário

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO					
Mês		Jan	Fev	Mar	1º Trim
Clínica Médica (14%)	Nº AIH Apresent.	129	129	153	411
	Nº Diag. Secund.	53	68	91	212
	%	41,09%	52,71%	59,48%	51,58%
Cirurgia Geral (22%)	Nº AIH Apresent.	257	211	211	679
	Nº Diag. Secund.	166	129	125	420
	%	64,59%	61,14%	59,24%	61,86%

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 09. Taxa de Identificação de Origem – CEP Válidos

TAXA DE ORIGEM DO PACIENTE – CEP VÁLIDOS/COMPATÍVEIS				
Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
CEP apresentados	696	618	706	2.020
CEP válidos	692	615	705	2.012
%	99,43%	99,51%	99,86%	99,60%

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.

Não houve nenhuma queixa apresentada no período, portanto, a meta foi considerada cumprida para o indicador em questão.

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 trimestre deve ser 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 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 deve ser feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. A meta a ser atingida é o envio do relatório de consolidação dos três grupos. A Unidade apresentou 606 pesquisas realizadas no setor de internamento com pacientes e acompanhantes, representando 33,01%. Em relação à área ambulatorial, no mesmo período, foram realizadas 777 pesquisas, representando 9,05% dos atendimentos.

A meta foi considerada cumprida 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	Trimestre
Produção ambulatório	2397	2669	3523	8.589
nº de entrevistados	260	255	262	777,00
%	10,85%	9,55%	7,44%	9,05%
Internações	629	569	638	1.836
nº de entrevistados	138	256	212	606
%	21,94%	44,99%	33,23%	33,01%

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, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI e Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao uso de Ventilação Mecânica na UTI, Taxa de utilização de cateter venoso em UTI e Taxa de utilização de ventilação mecânica em UTI.

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	0	0	0	0
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central	0	0	0	0
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI	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	99,07%	97,31%	95,17%	97,18%
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI	96,60%	59,23%	83,27%	79,70%

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 HRFB. 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 57,21% para Cesáreas em Primíparas, como apresenta a tabela abaixo. A meta para este indicador é o envio do relatório da Comissão de acompanhamento. Para o período em questão a meta foi considerada cumprida.

Tabela 13. Taxa de Cesariana em Primíparas

TAXA DE CESARIANA EM PRIMÍPARAS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Nº de partos em primíparas	220	175	201	596
nº de cesáreas em primíparas	130	95	116	341
% de cesariana em primíparas	59,09%	54,29%	57,71%	57,21%

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. É dado pela relação entre o número de óbitos maternos investigados e o número total de óbitos maternos multiplicado por 100. A Unidade cumpriu a meta para este indicador. A tabela abaixo demonstra o resultado para o indicador no trimestre avaliado.

Tabela 14. Proporção de Óbitos Maternos Investigados

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de óbitos maternos	1	1	0	2
Total de óbitos maternos investigados	1	1	0	2
Proporção de Óbitos Maternos Investigados	100,00%	100,00%	0,00%	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 encaminhou o Relatório da Comissão de Óbitos, com a análise dos óbitos no período. Houve 3 óbitos no período analisado, com investigação de 100% destes. Portanto, meta cumprida para o referido indicador.

Tabela 15. Óbitos Fetais Analisados

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de óbitos fetais com peso <2.500g	1	0	2	3
Proporção de Óbitos fetais Investigados	100,00%	0,00%	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 $\geq 2.000g$ x 100. A meta é 100% dos RN vacinados com a vacina BCG



com peso $\geq 2.000\text{g}$ até a data da alta. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados com a BCG no período avaliado, atingindo a meta de 100% de vacinação para a vacinação de BCG, conforme apresentado no quadro abaixo.

Tabela 16. Recém -nascidos vacinados

% DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de recém-nascidos	219	169	199	587
Total de Recém-nascidos com a 1ª dose da vacina contra	219	169	198	586
% de vacinados contra Hepatite B	100,00%	100,00%	99,50%	99,83%
	218	169	199	586
	218	169	199	586
% de vacinados contra BCG	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

O indicador referente à vacinação contra hepatite B, não atingiu a meta no trimestre. Porém, a Unidade justificou seu não atingimento, com o argumento de que os casos em que não foi realizada a vacinação ocorreram por não atenderem ao protocolo nacional de neonatologia.

3. INDICADORES OPERACIONAIS

3.1 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 17 verifica-se que, no trimestre em análise, 11,05% dos prontuários dos pacientes foram revisados, destes, 45,9% estavam completos. Não há meta estabelecida para este indicador.

Tabela 17– Revisão de prontuários

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS				
	Janeiro	Fevereiro	Março	trimestre
total de prontuários	651	587	663	1901
total de prontuário revisados	70	70	70	210
%	10,75%	11,93%	10,56%	11,05%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

4.RELACIONADOS À GESTÃO DE PESSOAS

Relação Total de Médicos – Médicos Especialistas

Reflete o número de profissionais médicos com título de especialista na Unidade.

Não há meta estabelecida para este indicador.

Tabela 18- Relação Total de Médicos – Médicos Especialistas

MÉDICOS ESPECIALISTAS			
	Janeiro	Fevereiro	Março
Nº de médicos especialistas	37	40	36
Total de médicos	63	66	62
Relação médico especialista /total de médicos	58,73%	60,61%	58,06%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

EXTRA-CONTRATUAIS

Os indicadores extra-contratuais, 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.

5. INDICADORES DE GESTÃO ASSISTENCIAL

5.1 Taxa de Ocupação Operacional

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 Taxa de Ocupação teve média geral de 116,98 % no período avaliado.

Tabela 19 - Taxa de Ocupação Operacional Geral

TAXA DE OCUPAÇÃO – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Taxa de ocupação geral	121,46%	119,30%	110,19%	116,98%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 20- Taxa de Ocupação Operacional por Clínica

TAXA DE OCUPAÇÃO – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	
Clínica Médica	114,07%	115,90%	108,94%	112,97%
Clínica Obstétrica	134,34%	117,43%	162,11%	137,96%
Clínica Pediátrica	76,17%	86,81%	103,72%	88,90%
Clínica Cirúrgica	134,90%	132,40%	128,22%	131,84%
Clínica Ortopédica	175,62%	186,41%	172,00%	178,01%
UTI adulto	104,51%	92,90%	86,80%	94,74%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.2 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).

A tabela abaixo demonstra o TMP/mês por clínica, e apresentou uma média geral de **4,83 dias**, respectivamente, no período avaliado.

Tabela 21. Tempo Médio de Permanência Geral

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Tempo médio de permanência	5,03	4,93	4,53	4,83

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 22. Tempo Médio de Permanência por Clínica

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Clínica Médica	12	8,4	12,2	10,87
Clínica Obstétrica	2,70	2,5	2,5	2,57
Clínica Pediátrica	6,30	6,2	6,23	6,24
Clínica Cirúrgica	4,18	4,8	4,4	4,46
Clínica Ortopédica	5,05	5,4	4,8	5,08
UTI adulto	7,71	8,4	6,3	7,47

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.3 Índice de rotatividade de Leitos:

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

A tabela abaixo apresenta o Índice de rotatividade/mês por clínica. A média geral atingida para este indicador foi de 7,28 no período avaliado. O valor de referência é dado pela portaria n.º 1101/MS - 2002, que é de 4 a 6 pacientes leito/mês para internamento.

Tabela 23. Índice de rotatividade por Clínica

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Índice de rotatividade dos leitos	7,50	6,80	7,53	7,28

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 24. Índice de rotatividade por Clínica

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	
Clínica Médica	3	3,9	2,8	3,23
Clínica Obstétrica	15,41	13,4	15,8	14,87
Clínica Pediátrica	3,8	3,92	5,15	4,29
Clínica Cirúrgica	10	7,8	9	8,93
Clínica Ortopédica	10,7	9,7	11,22	10,54
UTI adulto	4,2	3,1	4,3	3,87

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.4 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 25, observa-se que a Unidade apresentou uma Taxa de Mortalidade Institucional, no trimestre, de 3,95%, acima do valor de referência.

Tabela 25. Taxa de Mortalidade Institucional

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Média Trimestre
Óbitos no período >24h	22,00	28	25	25,00
Saídas Hospitalares	651	587	663	633,67
Taxa de mortalidade institucional	3,38%	4,77%	3,77%	3,95%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.5- Taxa de Mortalidade Operatória

É obtido através da relação entre o número de óbitos operatórios (relacionados com o ato operatório) ocorridos até 07 dias da cirurgia e o número total de cirurgias, multiplicado por 100. A Referência é de 2% - Portaria 1101/GM – 2002. A taxa de mortalidade apresentada foi de **1,18%** no período avaliado.

Tabela 26. Taxa de Mortalidade Operatória

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA – JANEIRO A MARÇO -2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	
Óbitos	5,00	4	5	4,67
Cirurgias Executadas	422	360	401	394,33
Taxa De Mortalidade Operatória	1,18%	1,11%	1,25%	1,18%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.6 - Taxa de Cirurgia de Urgência

A atividade cirúrgica da Unidade no período foi de 1.083 cirurgias, sendo 789 em caráter de urgência e 294 eletivas. O percentual de cirurgias de urgência foi de 72,85%.

Tabela 27. Taxa de Cirurgia de Urgência

TAXA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA				
	Janeiro	Fevereiro	Março	trimestre
Total de cirurgias de urgência executadas	220	266	303	789
Total de cirurgias (eletivas+ urgência) executadas	322	360	401	1083
taxa de cirurgia de urgência	68,32%	73,89%	75,56%	72,85%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.7 Serviço 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 28, que o Hospital Fernando Bezerra realizou, no trimestre de janeiro a março/17, 27.100 exames, destacando-se o maior nº de exames em Patologia Clínica (22.657) .

Tabela 28 – SADT

SADT				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Patologia Clínica	7973	7162	7522	22657
USG	448	385	405	1238
Diagnose	0,00	0	0	0
Anatomopatologia	0	0	0	0
Radiodiagnóstico	1610	1577	18	3205
Tomografia Computadorizada	0	0	0	0
Total	10031	9124	7945	27100

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.8 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 2,84%; portanto, acima do preconizado no índice do PROAHSA (2%).

**Tabela 29. Turnover**

TURNOVER				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Nº de Admissões	1	3	6	10
Nº de Demissões	6	2	1	9
Total de Funcionário	334	334	340	1008
Turnover (%)	1,05%	0,75%	1,05%	2,84%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

6.COMISSÕES

Hospital Regional Fernando Bezerra possui as seguintes Comissões em funcionamento: Controle de Infecção Hospitalar, Revisão Prontuários Médicos, Comissão de Óbitos e Comissão de Ética Médica. A Unidade enviou todas as atas que comprovam a realização das reuniões. 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

HRFB- RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – JANEIRO A MARÇO				
Indicador	Contratado	Realizado	%	Status
1. INDICADOR DE PRODUÇÃO				
1.1 Saídas Hospitalares	2040	1901	93,19%	Meta cumprida
1.2 Atendimento de Urgência	19500	19628	100,66%	Meta cumprida
1.3 Atendimento Ambulatorial	7500	8589	114,52%	Meta cumprida
1.4 Cirurgias traumato ortopédicas	300	291	97,00%	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.	2002	105,31%	Meta cumprida
2.1.2 Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade	14% Clínica Médica / 22% Clínica Cirúrgica	CM 212/420 CC	%51,58% CM/61,86%% CC	Meta cumprida
2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente	90% dos CEPs válidos	Relatório enviado	99,60%	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 33,01% de pacientes internados e 9,05% na área ambulatorial	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

Quadro 03– Resumo da Execução dos Indicadores

HRFB- 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	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
2.3.2 Densidade de Incidência de I Hem 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	0,00	Meta cumprida
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI	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	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	97,18%	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	79,70%	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	1,18%	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	72,85%	Meta cumprida
2.5 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	57,21%	Meta cumprida
2.6 Proporção de óbitos maternos investigados				
	100% dos óbitos maternos investigados	100% dos óbitos maternos investigados	100,00%	Meta cumprida
2.7 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
2.8 Proporção de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose de vacina Hepatite B e recém-nascidos vacinados com BCG				
	100% vacinados contra Hepatite B	99,83% vacinados contra Hepatite B	99,83%	Meta não cumprida/justificativa apresentada
	100% vacinados contra BCG	100% vacinados contra BCG	100,00%	Meta cumprida

7. ANÁLISE FINANCEIRA

O Hospital Regional Fernando Bezerra recebe, mensalmente recursos no valor de R\$2.284.841,06, 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 FERNANDO BEZERRA		Janeiro a Março de 2017	
REPASSE DE RECURSO			
*Repasse Mensal	100%	R\$	2.284.841,06
Recurso fixo	70%	R\$	1.599.388,74
Recurso variável	30%	R\$	685.452,32
RECURSO VARIÁVEL			
Repasse Produção	20%	R\$	456.968,21
Internação	70%		319.877,75
Urgência	20%		91.393,64
Ambulatório	10%		45.696,82
Repasse Qualidade	10%	R\$	228.484,11
DA INFORMAÇÃO	25%		57.121,03
COIH	25%		57.121,03
ATENÇÃO AO USUÁRIO	25%		57.121,03
Mortalidade Operatória	25%		57.121,03
* Ao repasse Mensal é incluso R\$50.000,00 referente ao Plano de Investimentos, não valorado para descontos, totalizando R\$2.334.841,06 por custear a unidade.			

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\$7.007.975,48, conforme tabela abaixo:

Tabela 31 - Repasse de Gestão – Acúmulo do Trimestre

Hospital Fernando Bezerra - Trimestre Ano V	JANEIRO/17	FEVEREIRO/17	MARÇO/17	Total Trimestre
RECEITAS OPERACIONAIS	R\$	R\$	R\$	R\$
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	2.284.841,06	2.284.841,06	2.284.841,06	6.854.523,18
Repasse Contrato de Gestão (Odontologia)	0,00	0,00	0,00	0,00
Plano de Investimento Autorizado pela SES	50.000,00	50.000,00	50.000,00	150.000,00
Rendimento de Aplicações Financeiras	2.013,98	907,90	530,42	3.452,30
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	2.336.855,04	2.335.748,96	2.335.371,48	7.007.975,48

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

* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência e incluso R\$50.000,00 referente ao Plano de Investimentos.

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 72,01% mês em relação à receita mensal.

Tabela 32 - Despesa com Recursos Humanos

COMPARATIVO RECURSOS HUMANOS - HOSP. Fernando Bezerra - Trimestre V Ano - Janeiro a Março de 2017									
CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO	JANEIRO/17		% relação custo mês JAN/FEV	FEVEREIRO/17		% relação custo mês FEV/MAR	MARÇO/17	
		QTD	REMUNERAÇÃO		QTD	REMUNERAÇÃO		QTD	REMUNERAÇÃO
ADMINISTRATIVO	CLT	155	246.369,75	-0,28%	156	245.669,15	-2,79%	156	238.803,15
MÉDICOS		14	147.086,89	2,06%	14	150.119,57	4,39%	14	156.715,30
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		165	264.838,15	1,81%	165	269.640,86	-3,69%	170	259.689,69
BENEFÍCIOS			1.359,95	38,26%		1.880,23	40,16%		2.635,41
IMPOSTOS+PROVISÕES			225.643,21	0,09%		225.835,37	-0,38%		224.983,40
SUBTOTAL 01		334	885.297,95	0,89%	335	893.145,18	-1,16%	340	882.826,95
MÉDICOS	Pessoa Jurídica	44	782.956,20	-4,77%	47	745.641,20	-3,28%	44	721.180,70
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
MÉDICOS	Pessoa Física	1	2.200,00	0,00%	1	2.200,00	525,00%	4	13.750,00
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		24	29.404,67	0,09%	22	29.431,29	1,79%	26	29.958,14
ADMINISTRATIVO	Pessoa Física	11	8.593,18	-12,37%	4	7.530,01	64,57%	4	12.392,13
SUBTOTAL 02		80	823.154,05	-4,66%	74	784.802,50	-0,96%	78	777.280,97
TOTAL RH (CLT+TERCEIRIZADO)		414	1.708.452,00	-1,79%	409	1.677.947,68	-1,80%	418	1.660.107,92
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS		R\$ 2.336.855,04		-0,05%	R\$ 2.335.748,96		-0,02%	R\$ 2.335.371,48	
TOTAL RH % EM RELAÇÃO A PARCELA		73,11%		-1,74%	71,84%		-1,05%	71,09%	
PRODUÇÃO		9.262		-4,49%	8.846		35,77%	12.010	
CUSTO MÉDIO - RH /PRODUÇÃO		R\$ 184,46		2,83%	R\$ 189,68		-27,13%	R\$ 138,23	
TURNOVER		1,03			0,75			1,04	
OBS: TOTAL CLT EM RELAÇÃO A PARCELA		37,88%			38,24%			37,80%	

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 Regional Fernando Bezerra é de -10,99%, ou seja, no trimestre anterior o custo médio/mensal por produção foi de R\$275,16 e no trimestre atual foi de R\$244,91, conforme se pode observar abaixo.

Tabela 33- Comparativo do Trimestre Anterior com o Trimestre Atual

MÊS	RECEITA	DESPESA	DESPESA MÉDIA TRIMESTRAL	RESULTADO	
OUT/16	2.337.785,20	2.351.203,00	2.346.275,34	(13.417,80)	TRIMESTRE ANTERIOR (27.383,74)
NOV/16	2.337.268,29	2.276.438,87		60.829,42	
DEZ/16	2.336.388,78	2.411.184,13		(74.795,35)	
JAN/17	2.336.855,04	2.431.943,67	2.458.741,25	(95.088,63)	RESULTADO TRIMESTRE (368.248,27)
FEV/17	2.335.748,96	2.433.104,80		(97.355,84)	
MAR/17	2.335.371,48	2.511.175,29		(175.803,81)	
			4,79%		

FONTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental

NOTA: 4,79% REFERENCIA AUMENTO DA DESPESA MÉDIA EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE ANTERIOR.

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\$27.383,74, já no trimestre de janeiro a março de 2017 observa-se que a unidade apresentou um superávit de R\$368.248,27. A unidade aumentou suas despesas em 4,79%.

Tabela 34 – Comparativo 1º Trimestre de 2017 - Receitas X Despesas 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 analisadas pela equipe financeira da DGMMAS.

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

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

- 1) Recursos Humanos** – Não houve nenhuma divergência.
- 2) Itens de Consumo** – Não houve nenhuma divergência.
- 3) Itens de Serviço** – Não acatada despesa com táxi e trabalhista.

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

Janeiro 2017

1)Item 5.5. Outras Despesas Gerais – Retirado o valor de R\$1.900,00 referente às despesas trabalhistas, com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria Geral do Estado (Procuradoria Consultiva).

Retirado o valor de R\$80,48, referente à despesa com táxi, comprovante ilegível, solicitado correção à unidade, sem respostas.

PRAZOS

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



RECOMENDAÇÕES:

- Cumprimento do prazo de entrega.
- Disponibilidade de profissionais para resolução das pendências identificadas nas prestações de contas.

8.CONCLUSÃO

No período de Janeiro a Março de 2017,o Hospital Regional Fernando Bezerra cumpriu as metas de produção contratadas. A Unidade atingiu as médias referentes às metas contratadas de 93,19% para o indicador Saídas Hospitalares, 100,66% para indicador Atendimentos de urgência e 114,52% para Atendimentos Ambulatoriais.

Referente à Qualidade da Informação, a Unidade, em comento, **cumpriu todas as metas**: apresentação de AIH (105,31%), declaração de diagnósticos secundários em clínica médica e clínica cirúrgica (51,58% e 61,86%), respectivamente, e taxa de identificação da origem do paciente (99,60%) 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 HRFB **cumpriu as metas** do trimestre em análise, pois apresentou os relatórios, com as informações dos indicadores, dentro do prazo contratual.

Com relação aos outros indicadores, denominados de operacionais, a Unidade informou apenas em seus relatórios sobre Revisão de prontuários (11,05% do total de prontuários). E, quanto aos contratuais denominados "Relacionados a gestão de pessoas", a Unidade informou apenas o percentual de médicos com Título de especialista. Não há meta estipulada para estes indicadores, nem valoração financeira.A Unidade foi informada da necessidade do envio das informações a respeito dos demais indicadores para os próximos relatórios.

Com relação ao Controle de Infecção Hospitalar, nos indicadores densidade de infecção hospitalar em UTI adulto/pediátrica (0%), densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a CVC (0%), Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes de UTI(0%), taxa de utilização de CVC em UTI adulto (97,18%), taxa de ventilação mecânica em UTI (79,70%) .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 HRFB 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, 99,83% e 100%, apresentando justificativas para o não atingimento com relação ao indicador de vacinação de Hepatite B, que foi acatada por esta Diretoria.

O Hospital Regional Fernando Bezerra possui, já implantadas e em pleno funcionamento, as seguintes comissões: Controle de Infecção Hospitalar, Revisão Prontuários Médicos, Comissão de óbitos e Comissão de Ética Médica. A Unidade enviou todas as atas que comprovam a realização das reuniões.

Além dos indicadores previstos em contrato, foram analisados no trimestre de janeiro a março, os seguintes indicadores: Taxa de Mortalidade Institucional (3,95%), SADT (27.100 exames), Taxa de Ocupação Operacional (116,98%), Tempo Médio de Permanência (4,83), Índice de Rotatividade (7,6), Turnover (2,84%), Taxa de Mortalidade Operatória (1,18%) e Cirurgia de Urgência (72,85%).

Referente à análise financeira, verificamos que a unidade aumentou seus custos em 4,79%. 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**. Bem como, o custo médio mensal da produção deste trimestre foi menor que o do trimestre anterior, apresentando uma variação de **-10,99%**.

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; o indicador de Cirurgias Traumatológicas ortopédicas incluído para acompanhamento nos relatórios; ajuste das metas de produção conforme pactuado no processo de realinhamento; inclusão da informação de cumprimento de meta de todos os indicadores, conforme preconizado em contrato; informações sobre o funcionamento das comissões; 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.

Análise Assistencial


Marília Cunha
Coordenadora de Análise e Prestação de Contas.
DGMMAS/SEAS/SES

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 Regional Fernando Bezerra, 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, agosto 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**