

SETEMBRO  
2018

# Contrato de Gerenciamento do Hospital Estadual de Urgencia e Emergência

**RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**PERÍODO: 01/09/2018 A 30/09/2018.**





**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO DE 2018**

**CONTRATANTE:** SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPIRITO SANTO

**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE:** RICARDO DE OLIVEIRA

**SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE:** FABIANO MARILY

**PROJETO:** PRÓ SAÚDE – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E HOSPITALAR

**CNPJ:** 24.232.886/0169-18

**ENDEREÇO:** RUA DESEMBARGADOR JOSÉ VICENTE, 1533 – FORTE SÃO JOÃO

**RESPONSÁVEL (IS) PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:** PAULO V. SOARES DOS SANTOS

# PROTOCOLO

---

PAULO V. SOARES DOS SANTOS – DIRETOR GERAL

---

ADRIANA MORAIS GOMES – DIRETORIA ADMINISTRATIVA / FINANCEIRA

---

Dr GUSTAVO MENEGUELLI – DIRETOR TÉCNICO

## Informações Sobre o Documento

**OF/IN-HEUE Nº 738/2018**

**MÊS DE REFERÊNCIA: SETEMBRO/2018**

**DATA DA ENTREGA: 15/10/2018**



*GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO*  
*Secretaria da Saúde*

# **MODULO I**

## **METAS ESTRATÉGICAS**

### **Contrato de Gestão SESA/ES 001/2015**

- 1º Aditivo Contratual – Jan/ 17**
- 2º Aditivo Contratual – Jun/17**
- 3º Aditivo Contratual – Set/17**
- 4º Aditivo Contratual – Dez/17**
- 5º Aditivo Contratual – Mar/18**
- 6º Aditivo Contratual – Abri/18**
- 7º Aditivo Contratual – Jun/18**
- 8º Aditivo Contratual – Set/18**

# 1 | INTRODUÇÃO

A PRÓ-SAÚDE - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, entidade sem fins lucrativos, denominada como Organização Social vem através deste, demonstrar os resultados de SETEMBRO de 2018, referente ao contrato de gestão nº 001/2015 e 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º Aditivo Contratual celebrado junto à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, tendo como objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Urgência e Emergência.

Este relatório tem como objetivo demonstrar a atuação da PRÓ-SAÚDE no desenvolvimento de suas atividades ocorridas no mês de SETEMBRO de 2018, através da implantação de metodologias de trabalho, fluxos de processos técnicos e administrativos. Este é um caminho progressivo e composto por ações contínuas e renováveis, sempre visando a melhoria da qualidade assistencial prestada, objetivando não somente a satisfação da população assistida, mas, também, o alcance das metas estatísticas estipuladas.

Temos a certeza de que a continuidade do trabalho trará resultados positivos ao Hospital Estadual de Urgência e Emergência que reforçarão ainda mais a parceria estabelecida entre Pró-Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

## 2|METAS ESTRATÉGICAS

Em 21 de Julho de 2009, foi publicada no Estado do Espírito do Santos a lei complementar de nº 489 e suas alterações que dispôs sobre a qualificação das Organizações Sociais e definiu, entre outras, as regras de acompanhamento, avaliação e fiscalização dos contratos de gestão.

De acordo com o contrato de gestão de nº 001/2015, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º Aditivo Contratual, firmado entre a SESA/ES e a Pró-Saúde ABASH, foram estabelecidas as metas quantitativas e qualitativas, bem como a metodologia de apuração do seu cumprimento de acordo com os objetivos a serem alcançados.

Assim, as metas estipuladas estão sendo tratadas como objetivo a ser alcançado, através da implantação de metodologias de trabalho, correção de fluxos e processos operacionais, que impactam na melhoria da qualidade assistencial.

A fim de viabilizar o enfrentamento dos desafios, a Direção da Pró-Saúde buscou reforçar suas equipes de trabalho nos diversos níveis do Hospital Estadual de Urgência e Emergência: Diretivo, Gerencial, Lideranças e Assistencial, afim de fazer frente aos objetivos e metas estipulados.

A Gestão do Hospital Estadual de Urgência e Emergência como **Negócio** “Promover a Saúde”, **Missão** “Prestar assistência hospitalar em urgência e emergência ao usuário do Sistema Único de Saúde com qualidade, sustentabilidade e humanização” **Visão** “Ser reconhecido como hospital de excelência na assistência hospitalar de urgência e emergência” **Princípios** como: **Humanização**: Cuidar do próximo com empatia respeitando as individualidades; **Qualidade**: Compromisso com a assistência segura e melhoria contínua; **Sustentabilidade**: Agir com consciência social, econômica e ambiental e respeito ao bem público.

# 3 | INDICADORES QUANTITATIVOS

## Saídas Hospitalares

Serviços Contratados		Média do 1º Semestre	Meta	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018	% Alcance das Metas Setembro/2018
Saídas Hospitalares	Clínica Médica	337	331	297	352	308	93,05%
	Clínica Cirúrgica	459	449	443	452	432	96,21%
	<b>TOTAL DE SAÍDAS</b>	<b>796</b>	<b>780</b>	<b>740</b>	<b>804</b>	<b>740</b>	<b>94,87%</b>

Fonte: MV Soul: Atendimento – Internação – Relatório – estáticos – Hospitalar – Sintético- Tipo de Unidade de Internação-Todos/ imprimir apenas Resumo/Quadro de Resumo por Data ( Altas + Óbitos).

Fonte: MV Soul: Atendimento – Internação – Relatório – Personalizados – Rel Saidas Grupo Procedimentos.

Na competência de setembro de 2018, foi alcançado em 94,87% da meta de saídas pactuadas. As saídas cirúrgicas predominam.

**Errata dos números de saídas da clínica médica e cirúrgica, referente o mês de agosto/2018.**

## Atendimento Ambulatorial

Serviços Contratados	Média do 1º Semestre	Meta	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018	% Alcance das Metas Setembro/2018
Consultas Médicas	1.754	1.764	1.439	1.575	1.297	89,05%
Não Consultas Médicas			418	395	274	
<b>Total</b>			<b>1.857</b>	<b>1.970</b>	<b>1.571</b>	
Cirurgias, procedimentos e serviços	344	N/A	356	427	275	N/A
<b>Subtotal</b>			<b>2.213</b>	<b>2.397</b>	1.846	

Fonte: MV SOUL: Atendimento - Ambulatório - Relatório - Estatístico - Atendimento por Serviço x Tipo de Atendimento – Origem – Recepção de Ambulatório HEUE.

Na competência de setembro de 2018, foram realizados 1.846 atendimentos ambulatoriais entre consultas médicas, não médicas e procedimentos ambulatoriais (infiltração articular, curativos, entre outros). Dentre os procedimentos pactuados em contrato, a meta foi alcançada em 89,05%.

Apesar de não contratualizado, houve quantitativo significativo de procedimentos ambulatoriais, como retirada de fio, infiltrações, curativos, imobilização entre outros.

Para as consultas gerenciadas pelo Núcleo de Regulação e Acesso, segue tabela abaixo com quantitativo de consultas ofertadas x agendada x realizadas.

Especialidade	Ofertado	Agendado	Realizado	Absenteísmo
Buco-Maxilo-Facial	45 Consultas -SISREG	25	15	66,27%
Cirurgia Torácica	132 Consultas -SISREG	17	12	90,90%

Tabela 01. Quantitativo de consultas das especialidade de buco-maxilo-facial e cirurgia torácica regulados via NRA.

Do total agendado de 25 consultas para especialidade de buco-maxilo-facial, foram realizadas 15 consultas. Em relação a especialidade cirurgia torácica, foram agendadas 17 consultas e realizadas 12 consultas. Podemos observar, um número significativo de absenteísmo, sendo 66,27% das consultas buco-maxilo-facial e 90,90% da especialidade de cirurgia torácica, abaixo segue tabela com detalhamento da agenda do SISREG.

CONSULTAS DISPONIBILIZADOS, AGENDADOS, EXECUTADOS E CANCELADOS MÊS: SETEMBRO - ANO: 2018							MOTIVOS CANCELAMENTOS	
TIPO DE CONSULTA	QUANTITATIVO DE CONSULTAS DISPONIBILIZADAS POR HEUE	QUANTITATIVO DE CONSULTAS AGENDADAS POR SISREG	QUANTITATIVO DE CONSULTAS EXECUTADAS POR HEUE	QUANTITATIVO DE CONSULTAS NÃO REALIZADOS POR NÃO COMPARECIMENTO	QUANTITATIVO DE CONSULTAS CANCELADAS		SISREG	HEUE CONFORME TABELA ABAIXO
					SISREG	HEUE		
BUCOMAXILOFACIAL	40	25	15	10	0	0	NA	NA
CIRURGIA TORÁCICA	132	17	12	5	0	0	NA	NA

## SADT Externo

Serviços Contratados	Média do 1º Semestre	Meta	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018	% Alcance das Metas Setembro/2018
Tomografia	24	22	10	15	10	45,45%
Endoscopia digestiva	174	219	174	208	179	81,74%
Colonoscopia	112	138	106	132	113	81,88%
<b>Total:</b>	<b>310</b>	<b>379</b>	<b>290</b>	<b>355</b>	<b>302</b>	<b>79,68%</b>

Fonte: MV SOUL: Diagnóstico por Imagem – Relatório – Operacionais – Exames Realizados – Por tipo de Atendimento – Setor Executante – (Tipo de Atendimento) – Externo

Na competência de setembro de 2018, foi alcançado 79,68% da meta de exames pactuados.

Quanto a endoscopia digestiva, foram disponibilizados 396 exames, sendo cancelados 80 exames, como causa principal não comparecimentos a realização do exame, abaixo segue tabela com detalhamento dos motivos de cancelamentos quando do acesso a Instituição:

Em anexo segue ofício de disponibilização do serviço HEUE à Central de Regulação do Estado e agenda via SISREG, bem como o cronograma e relatório de execução de manutenção preventiva da Tomógrafo e Endoscópico.

SADT DISPONIBILIZADOS, AGENDADOS, EXECUTADOS E CANCELADOS MÊS: SETEMBRO- ANO: 2018							MOTIVOS CANCELAMENTOS	
TIPO DE EXAMES	QUANTITATIVO DE EXAMES DISPONIBILIZADOS POR HEUE	QUANTITATIVO DE EXAMES AGENDADOS POR SISREG	QUANTITATIVO DE EXAMES EXECUTADOS POR HEUE	QUANTITATIVO DE EXAMES NÃO REALIZADOS POR NÃO COMPARECIMENTO	QUANTITATIVO DE EXAMES CANCELADOS		SISREG	HEUE
					SISREG	HEUE		
EDA	220	231	179	48	0	3		
COLONO	140	151	113	32	0	6		
SADT - TOMOGRAFIA	32	12	10	2	0	0		

DATA DO CANCELAMENTO	EXAME	PACIENTE	MOTIVO	REMARCADO
<b>ENDOSCOPIA</b>				
4/9/2018	ENDOSCOPIA	VAGNER DE MATOS DANTAS	Paciente chegou para realizar o exame com toda a documentação necessária, exame realizado conforme solicitado. Nome do paciente não consta na lista de confirmação de agendas do SISREG.	EXAME REALIZADO
4/9/2018	ENDOSCOPIA	MIQUEIAS DA SILVA ANTUNES	O mesmo relatou ter feito uso de drogas e se alimentado.	NÃO
20/9/2018	ENDOSCOPIA	WALDIR ALEXANDRE	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO
21/9/2018	ENDOSCOPIA	RANOR JOAQUIM DOS SANTOS	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO
17/09/18	ENDOSCOPIA	LUANNA NASCIMENTO FRACALLOSSI	No dia do exame (03/09) a paciente estava sem o BPA	SIM
24/09/18	ENDOSCOPIA	ARNALDO HERMINIO	O Paciente (20/09) confundiu o local do exame e chegou após as 11:30 (exames terminam as 11:00 horas)	SIM
27/09/18	ENDOSCOPIA	ALDA FARIA DOS SANTOS	Paciente pediu para ser remarcada (problemas pessoais), a mesma foi remarcada para o dia 04/10/2018.	SIM
<b>COLONOSCOPIA</b>				
3/9/2018	COLONOSCOPIA	JOAO DIAS FILHO	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO

6/9/2018	COLONOSCOPIA	ELINETE NASCIMENTO DE ALMEIDA	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO	
6/9/2018	COLONOSCOPIA	NERIA DAS GRACAS GOMES	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO	
10/9/2018	COLONOSCOPIA	IVONE LOSS FRANZIN	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO	
14/9/2018	COLONOSCOPIA	VANIA FERREIRA DA SILVA	Paciente no momento de puncionar entrou em crise de pânico e solicitou o cancelamento do exame.	NÃO	
21/9/2018	COLONOSCOPIA	FABRÍCIO FRAGA LIMA	Paciente não fez o preparo solicitado para realização do exame.	NÃO	
<b>DATA DO CANCELAMENTO</b>	<b>EXAME</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>REMARCADADO</b>	
<b>TOMOGRAFIA</b>					
11/9/2018	ANGIOTOMOGRAFIA CRANIO	ANTONIA FONTOURA	Paciente agendado para o dia 11/09, remarcado para o dia 14/09. Paciente idosa e de difícil acesso periférico.	NÃO	
28/9/2018	TOMOGRAFIA OUVIDOS OU MASTÓIDE	CIRINEU SOARES DE OLIVEIRA	EXAME REALIZADO EM 28/09 E LAUDADO NO DIA 01/10	EXAME REALIZADO	

### Atendimento à Urgências

Serviços Contratados	Média do 1º Semestre	Meta	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018	% Alcance das Metas – Setembro/2018
Atendimentos às urgências/ emergência	3.931	3.953	<b>3.789</b>	<b>3.865</b>	<b>3.684</b>	<b>93,20</b>

**Fonte: MV SOUL:** Atendimento – Urgência e Emergência – Relatórios - Estatísticos – Atendimento por Origem - Filtrar por Origem: Urgencia e Emergencia.

Na competência de setembro de 2018, foi alcançado 93,20% da meta de atendimentos de urgência e emergência pactuados.

# 4|INDICADORES QUALITATIVOS

Indicador	Meta	Mai/2018	Jun/2018	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018
Tempo de atendimento do TIRR	Cor Amarela < 5 minutos	2 minutos	2:65 minutos	2:20 minutos	2:34 minutos	2:30 minutos
Tempo de atendimento do TIRR	Cor Azul >= 3 minutos	1:2 minutos	2:33 minutos	2:80 minutos	2:16 minutos	3:00 minutos
Razão de Mortalidade em UTI	<1	0,78%	0,74%	0,50%	0,70%	0,60%
Protocolo de Cirurgia Segura	85% conformidade no monitoramento	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%
H/H Treinamento	> 2Horas/Horas treinadas	2:01 horas	3:46 horas	2:17 horas	3:11 horas	1:36 horas
<u>Majoração : 25% da parte variável para item de qualidade</u>						

Na competência setembro de 2018, foram 2:30 minutos o Tempo de Atendimento do TIRR cor amarela e de 3:00 minutos o o Tempo de Atendimento do TIRR cor azul, o indicador razão de mortalidade em UTI foi de 0,60%, o protocolo de cirurgia segura foi de 100,00% e de horas/homens do indicador H/H de treinamentos foi de 1:36 horas.

**Errata dos indicadores de H/H treinamento, referente aos meses de maio, junho e agosto/2018.**

Indicador	Meta	Jan/2018	Fev/2018	Mar/2018	Abr/2018	Mai/2018	Jun/2018	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018
Apresentação Controle de Infecção Hospitalar – Tipo IPCS	≤ 5‰	1,40‰	4,00‰	2,40‰	0,00‰	0,00‰	7,10‰	2,20%	5,50 %	4,30%
Taxa de cirurgias canceladas	≤ 10%	8,40%	6,43%	8,83%	12,23%	9,85%	9,02%	7,42%	8,05 %	7,93%
Infecção relacionada à cirurgia de fêmur	≤ 7,00%	0,00%	6,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,40%	0,93 %	3,50%
Incidência de Ulcera por pressão	≤ 15,00%	7,20%	7,80%	6,28%	8,00%	8,60%	10,00%	6,70%	5,26%	10,76%

Fonte:Epmed: Administração da Unidade – Busca de Pacientes – Busca por evento infeccioso – inserir o período que deseja analisar – buscar (IPCS e Cirurgia de Fêmur).

Fonte: MV Soul: Atendimento – Centro Cirúrgico – Relatórios – Personalizados – Cirurgias Canceladas

Na competência de setembro de 2018, foi de 4,30% o indicador de IPCS, 7,93% o indicador taxa de cirurgias canceladas, 3,50% o indicador de infecção relacionada à cirurgia de fêmur e de 10,76% o indicador incidência de Ulcera de Pressão.

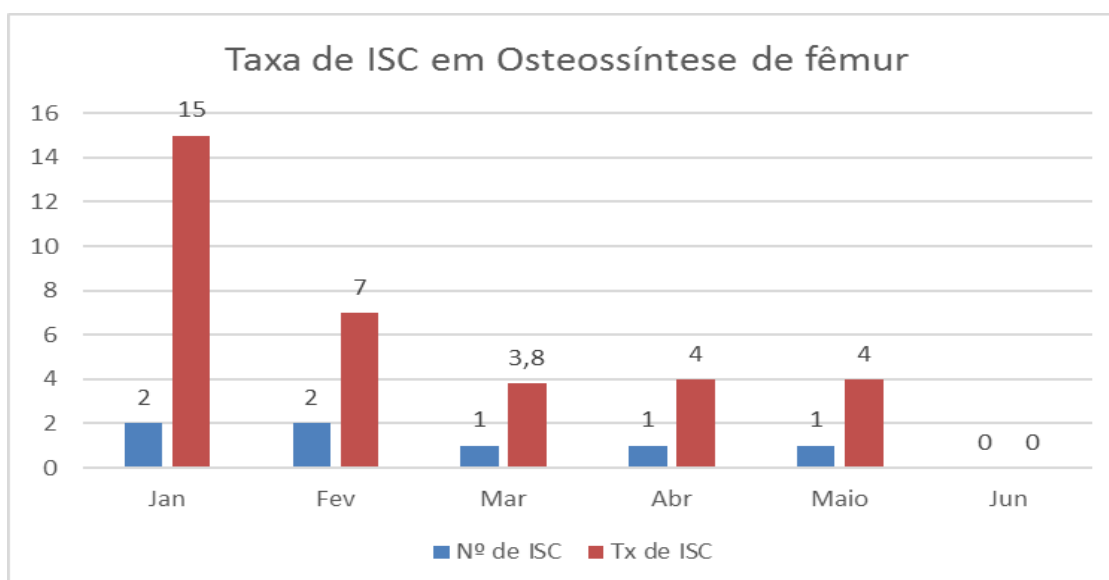
Considerando a legislação vigente que dispõe sobre a classificação e critérios definidores de infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em pacientes internados e ambulatoriais.

Considerando que as infecções de sítio cirúrgico (ISC) podem ocorrer nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, se houver colocação de implantes.

O SCIH realiza o fechamento do indicador de ISC após os 90 dias de vigilância dos procedimentos cirúrgicos. Para o mês de maio, não foi identificado infecção de sítio cirúrgico para o procedimento de Fratura de fêmur (limpa).

#### Taxa de Infecção de sítio Cirúrgico em cirurgias de fêmur da Instituição

Período	Nº de ISC	Tx de ISC
Jan	2	15
Fev	2	7
Mar	1	3,8
Abr	1	4
Mai	1	4
Jun	0	0



## INDICADORES DE QUALIDADE SEM INCIDENCIA DE PONTUAÇÃO

Indicadores		Média/2017	Percentual Alcançado								
			Jan/2018	Fev/2018	Mar/2018	Abr/2018	Mai/2018	Jun/2018	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018
Controle de Mortalidade	Operatória	1,71%	0,94%	2,22%	1,47%	2,09%	2,48%	2,35%	2,75%	1,23%	1,41%
	Institucional	6,60%	7,41%	6,86%	7,61%	7,66	7,10%	8,99%	8,17%	9,08%	6,89%
	Hospitalar	9,98%	8,42%	7,96%	8,83%	9,57	9,23%	9,79%	9,23%	10,70%	8,38%
Média de Permanência		9,55 dias	10,22 dias	9,64 dias	10,20 dias	9,92 dias	9,59 dias	10,92 dias	10,92 dias	10,36 dias	10,29 dias
Taxa de Ocupação		146,42%	151,83%	143,35	153,16%	158,02%	149,42%	157,28%	148,29%	153,53%	145,01%
Cirurgias Canceladas/Suspensas		42	51	29	53	70	61	56	40	47	46
Cirurgias Realizadas		463	557	422	486	502	558	494	499	525	527

Fonte: Dados Estatístico.

Fonte: MV SOUL: Atendimento - Internação - Relatórios- Estatísticos - Hospitalar - Sintético/ Tipo de Unidade – Todos.

Fonte: MV SOUL: Atendimento - Centro Cirúrgico – Relatórios – Administrativo– Cirurgia Realizadas Por Período – Analítico – (informar centro cirúrgico de código 3).

Fonte: Clínica e Assistencial – Gereciamento de Unidades – Relatório – Personalizados – Relatorio Obitos Pos Operatorio.

Fonte: MV Clínica e Assistencial – Gerencial de Unidades - Relatório – Personalizados – Cirurgias Cancelas.

### Indicadores

Controle de Mortalidade Operatória: óbitos em até 07 dias após ato cirúrgico/Cirurgias realizada( *Paciente submetido a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o mesmo acesso cirúrgico, são computados uma única vez, considerando-se para efeito de ajuste de risco o procedimento de maior complexidade*).

Controle de Mortalidade Hospitalar: Óbitos \* 100/Saídas (Altas + óbitos Total).

Controle Institucional: Óbitos 24 horas \*100/ Saídas (Altas + óbitos Total).

Média de Permanecia: Paciente Dia/Saídos (Alta + óbitos).

	Indicador	Sub-Indicador	Jan/2018	Fev/2018	Mar/2018	Abr/2018	Mai/2018	Jun/2018	Jul/2018	Ago/2018	Set/2018
Atenção ao Cliente	Implantação do SAC	SIM	91,00%	92,00%	93,00%	92,00%	95,00%	95,00%	96,00%	95,00%	96,00%
	Tempo de Resposta	Sim	3 dias	6 dias	4 dias	5 dias	5 dias	5 dias	5 dias	4 dias	2 dias
Apresentação de AIH realizadas no período		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Implantação do Protocolos Clínicos	Protocolos Implantados	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gerenciamento De Risco	1º Trim./16 Implantação das Auditorias de Processos Críticos – Gerenciamento de Risco nas UTI/UADC	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: MV SOUL: Atendimento ao cliente - Relatório de Atividades do S.A.U.

Fonte: MV SOUL: Tempo de Resposta - Relatório de Atividades do S.A.U.

As informações, referente a AIHs estas se tratam de prévias, devido ao cronograma de fechamento e demandas de superlotação e estrutura para credenciamento de novos leitos no Pronto Socorro.

Relatório Índice de Giro - 2018									
<b>1.38. Índice de Giro de Leitos por Especialidade</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>
Clínica Médica	14,22	12,24	12,98	12,78	13,35	14,07	13,39	11,97	6,26
Cirurgia Vascular	7,49	6,61	7,27	5,48	5,59	5,14	6,50	6,59	3,77
Neurocirurgia	4,57	5,45	5,45	5,32	5,01	4,68	4,34	4,46	2,15
Ortopedia/Traumatologia	7,05	6,61	6,80	6,53	7,29	5,88	6,04	7,13	4,07
Cirurgia Geral	7,76	5,73	9,08	8,00	8,00	6,25	8,05	7,98	6,60
<b>Total</b>	<b>2,47</b>	<b>2,27</b>	<b>2,54</b>	<b>2,41</b>	<b>2,41</b>	<b>2,14</b>	<b>2,09</b>	<b>2,25</b>	<b>2,06</b>
<b>1.39. Índice de Giro de Leitos por Unidade</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>
UTI A	4,60	4,10	3,05	6,60	5,75	5,70	6,20	5,00	4,45
UTI B	4,50	4,20	4,90	3,20	4,20	5,90	3,30	2,60	4,30
UTI C	4,20	3,40	4,00	5,00	2,70	2,50	4,50	4,30	5,60
UADC	6,79	5,71	5,50	5,29	5,21	5,86	5,21	5,07	4,50
1º andar - Clínica Médica	5,25	9,63	4,25	6,00	4,75	6,75	4,50	4,25	5,38
1º andar - Cirurgia Vascular	5,67	4,87	5,47	6,93	6,73	5,13	5,67	6,53	7,40
1º andar - Neurocirurgia	5,63	6,63	6,70	5,90	5,23	5,57	7,17	6,23	7,73

1º andar - Cirurgia Geral	7,29	5,86	4,14	6,00	10,14	6,00	4,43	7,14	6,29
1º andar - Isolamento	9,33	10,00	8,67	6,00	8,33	9,00	8,00	8,00	8,33
2º andar - Cirurgia Geral	7,50	8,75	7,00	11,75	8,50	4,88	9,75	8,50	10,50
2º andar – Ortopedia/Traumatologia	5,80	6,30	6,74	6,76	7,30	6,10	7,68	6,76	6,84
Sala Amarela	10,10	8,48	10,27	8,09	8,83	8,03	7,61	8,66	6,99
Sala Vermelha	7,42	7,00	8,42	8,58	9,00	6,67	7,92	6,63	4,94
<b>Total</b>	<b>2,47</b>	<b>2,27</b>	<b>2,54</b>	<b>2,41</b>	<b>2,41</b>	<b>2,14</b>	<b>2,09</b>	<b>2,25</b>	<b>2,06</b>

Fonte: Setor de Estatística

## MUNICÍPIOS ATENDIDOS – ORIGEM DO PACIENTE

MUNICÍPIOS ATENDIDOS		
Cidade	UF	QUANT.
AFONSO CLAUDIO	ES	18
AIMORES	MG	1
ALEGRE	ES	1
ALFREDO CHAVES	ES	4
ANCHIETA	ES	3
BARRA DE SÃO FRANCISCO	ES	1
BREJETUBA	ES	5
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ES	1
CARIACICA	ES	144
CONCEIÇÃO DO CASTELO	ES	8
DOMINGOS MARTINS	ES	19
GUARAPARI	ES	37
IBATIBA	ES	21
ICONHA	ES	1
IBIRAÇU	ES	1
IRUPI	ES	1
ITAGUAÇU	ES	1
ITAPEMIRIM	ES	2
ITARANA	ES	1
IUNA	ES	1
JOÃO NEIVA	ES	1

LARANJA DA TERRA	ES	3
LINHARES	ES	1
MANTENOPOLIS	ES	1
MARATAIZES	ES	2
MARECHAL FLORIANO	ES	13
MUCURICI	ES	2
MUNIZ FREIRE	ES	2
PIUMA	ES	9
SANTA TEREZA	ES	1
SANTA LEOPOLDINA	ES	7
SÃO ROQUE DO CANAA	ES	1
SANTA MARIA DE JETIBA	ES	11
SERRA	ES	18
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	ES	9
VIANA	ES	27
VILA VELHA	ES	111
VITORIA	ES	250
<b>Total</b>		<b>740</b>

Fonte: MVSOU: Atendimento / Internações / Relatórios / Operacional / Altas / Por Cidade.

## 5|CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos desenvolvidos na competência de SETEMBRO de 2018, consistiram em diagnósticos, planejamento e execução de ações de melhorias, redução de custos, documentações legais, padronização de documentos, processo assistencial, apoio e administrativos, manutenções prediais, estruturais, equipamentos e patrimônio.

Os aspectos de maior relevância foram:

- Manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico hospitalar;
- Manutenção preventiva predial;
- Integração Institucional para os colaboradores e profissionais das empresas terceirizadas;
- Integração técnica e setorial para os colaboradores;
- Locação de 01 Arco Cirúrgico, até o recebimento do novo equipamento;
- Realizado Roda de conversa sobre o tema Suicídio;
- Realizado Campanha sobre o tema Setembro Amarelo;
- Realizado Campanha sobre o tema Lixo no Lixo;
- Implantação do Check-List na revisão dos prontuários médicos;
- Substituição dos dispensadores de álcool, para higienização das mãos;
- Adequação do fluxo de cirurgia de fratura de fêmur para idosos;
- Disponibilização de 02 leitos de UTI para cirurgia de urgência e emergência;
- Auditoria do RAG (Requisito de Apoio a Gestão);
- Realizado Oficina de Melhoria de Análise de Indicador;
- Aquisição de novos vacômetros e material respiratório;
- Aquisição de instrumental para as especialidades (Vascular, neurocirurgia e ortopedia);
- Adequação da Calçada do Cidadão;
- Manutenção dos suporte de soro;
- Substituição das macas da sala vermelha para maca de elevação.

## 6|Anexos I

I.I	Plano PGRSS – Citado no relatório da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.
I.II	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.
I.III	Comissão de Ética Médica.
I.IV	Comissão de Revisão de Óbito.
I.V	Comissão de Prontuário Médico.
I.VI	Comissão de Ética Enfermagem.
I.VII	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho.
I.VIII	Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.
I.IX	Comissão Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.
I.X	Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos para Transplante – CIHDOTT.
I.XI	Comissão Transfusional.
I.XII	Comissão De Farmacovigilância e Padronização de Materiais e Medicamentos Hospitalares.
I.XIII	Comissão Gestora Multidisciplinar.
I.XIV	Comissão de Prevenção de Lesão de Pele e Tratamento de Feridas.
I.XV	Comissão de Humanização.
I.XVI	Comissão de Cuidados Paliativos.
I.XVII	Comissão de Sustentabilidade.
I.XVIII	Relatório da Prévia do Faturamento por Remessa.
I.XIX	Relatório de Ações e Desenvolvimento de Pessoas.
I.XX	Protocolo de Clínico de Via Aérea Difícil.
I.XXI	Plano de Manutenção Predial e manutenção do Tomografo esta anexo no CD.
I.XXII	Ata de Reunião NQPS e Auditoria Protocolos de Segurança do Paciente.
I.XXIII	Relatório de Indicadores de Controle de Infecção.
I.XXIV	Relatório Incidência de Ulcera de Pressão.
I.XXVI	Relatório Grupo de Trabalho de Humanização.
I.XXVI	Comissão de Processamento de Produtos para Saúde.
I.XXVII	Comissão de Proteção Radiológica.
I.XXVIII	Relatorio Horas Homens Treinados.
I.XXIV	Oficio de oferta da Agenda do SISREG.

I.XXIX	Produção Eletivas e Urgencia Agendáveis – Protocolo de Cirurgia Segura
I.XXX	Time de Resposta Rápida - TRR
i.XXXI	Razão de Mortalidade - UTI

## 7|Anexos II – Planilhas Padronizadas

II.I	Relatório Gerencial.
II.II	Monitoramento Mensal.
II.III	Relatório de Altas.
II.IV	Cirurgias Canceladas.
II.V	Cirurgias Realizadas.
II.VI	Ambulatório.
II.VII	Indicadores de Qualidade.
II.VIII	OPME.
II.VX	SADT Externo Endoscopia.
II.X	SADT Externo Colonoscopia.
II.XI	SADT Externo Tomografia.
II.XII	SISREG - Endoscopia e Colonoscopia.
II.XIII	SISREG – Tomografia.
II.XIV	Absenteísmo - Exames
II.XV	Bucomaxilofacil
II.XVI	Cirurgia Torácica
II.XVII	C. Torácica - SISREG
II.XVIII	C. Buco – SISREG
II.XIX	Absenteísmo - Consultas

## 8|Anexos

II.I	Censo Diário. Anexo III
II.II	Relatório de Atividades. Anexo IV
II.III	Planilha de Atividade Cirúrgica Hospitalar. Anexo V
II.IV	Relatório do SAU. Anexo VI
II.V	Planilha de Pesquisa de Satisfação. Anexo VI
II.VI	Planilha de Paciente de Longa Permanência. Anexo VII