

Contrato de Gestão nº. 12/2024 celebrado entre a Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – FAEPU

9º Relatório Gerencial de Resultados

3º Período Avaliatório

01 de Dezembro de 2024 a 28 de Fevereiro de 2025

LOGOMARCA DA OS (SE HOUVER) / LOGOMARCA DO PROJETO (SE HOUVER) / LOGOMARCA DO OEP

(Seguir diretrizes do Manual de uso da marca do Governo de MG).

Data de entrega à Comissão de Monitoramento do Contrato de Gestão: 14/03/2025

Este documento deverá ser disponibilizado pelo OEP e pela OS em seus respectivos sítios eletrônicos.

1 – INTRODUÇÃO

Este Relatório Gerencial de Resultados visa demonstrar o desenvolvimento das atividades previstas no Contrato de Gestão, no período de 01 de dezembro de 2024 à 28 de fevereiro de 2025, com o objetivo de verificar se os resultados pactuados para o período foram alcançados.

Em atendimento ao artigo 71 da Lei Estadual nº 23.081/2018 e ao artigo 50 do Decreto Estadual nº 47.553/2018, será apresentado neste relatório o comparativo entre as metas propostas e resultados alcançados, acompanhado de informações relevantes acerca da execução, de justificativas para todos os resultados não alcançados e de propostas de ação para superação dos problemas enfrentados na condução das atividades. Serão apresentados, ainda, os comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da OS.

Além das informações supracitadas, será apresentado demonstrativo das receitas e despesas executadas no período avaliatório, em nível sintético, bem como sua análise.

2 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PREVISTAS E REALIZADAS
QUADRO 1 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PREVISTAS E REALIZADAS¹

Área Temática		Indicador		Peso(%)	Metas	Resultados
					3º Período Avaliatório 01/12/2024 a 28/02/2025	
1	Produção Assistencial e Faturamento	1.1.1	Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de média complexidade	3	≥ 28.224 (mar/25)	30.104
		1.1.2	Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de alta complexidade	3	≥ 462 (mar/25)	575
		1.1.3	Cumprimento da produção de serviços hospitalares por linha de cuidado	3	1.850 (mar/25)	2.288
		1.1.4	Cumprimento da produção de diárias em UTI Adulto	4	707 (mar/25)	846
		1.1.5	Cumprimento da produção de diárias em UTI Neonatal	4	610 (mar/25)	798
		1.2	Índice de contas faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta	5	100%	107,47%
		1.3	Percentual de reapresentações de AIHs no mês subsequente à glosa	5	100%	100%
2	Processos e Qualidade	2.1	Percentual de satisfação do usuário	5	Implantar o NPS e medir a linha de base	NA
		2.2	Percentual de resposta à ouvidoria SUS em até 10 dias corridos	5	100%	100%
		2.3	Percentual de codificação DRG de alta	5	100%	110,87%
		2.4	Índice de Qualidade de Codificação Clínica (IQCC)	5	≥ Score da Fhemig (11/10)	20/10
3	Assistência à Saúde	3.1	Média de permanência hospitalar	10	≤ MP prevista (4,5)	5,1
		3.2	Taxa de ocupação hospitalar	5	≥85%	93,39%
		3.3	Taxa de mortalidade hospitalar geral	5	≤4,23%	4,44%
		3.4	Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa	5	≤1,6%	1,57%
		3.5	Medida de Case Mix	5	≥1,23	1,30
		3.6	Taxa de Cesárea	5	≤53,10%	54,46%
		3.7	Readmissão em até 30 dias por complicação	5	≤2,3%	1,75%
		3.8	Taxa de conformidade ao protocolo APACHE II na UTI	5	8	8
4	Gestão da Parceria	4.1	Percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral periódica		100%	
		4.2	Efetividade do monitoramento do contrato de gestão		100%	

¹ Este Quadro deve conter todos os indicadores pactuados no Programa de Trabalho do Contrato de Gestão/Termo Aditivo. Naqueles que não existe meta para o período, as colunas de metas e resultados devem ser preenchidas com “-”.

2.1 – Detalhamento dos resultados alcançados:

Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.1.1: Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de média complexidade

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥ 28.224	30.104

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

A análise do indicador de cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de média complexidade, referente ao período de setembro a novembro de 2024, revela que foram realizados em setembro 8.972 procedimentos, outubro 9.998 procedimentos e novembro 11.134 procedimentos, correspondendo a um total para o trimestre de 30.104 procedimentos o que equivale a 106,67% da meta estabelecida para o período analisado no contrato de gestão FAEPU.

Podemos atribuir a melhora do padrão do indicador em relação ao período anterior a melhora dos descritivos, inserção adequada de evidências no SIGH.

Considerando a complexidade dos procedimentos de média complexidade e a abrangência de todas as linhas de cuidado, avaliamos que o desempenho da unidade é satisfatório até o momento. A equipe demonstra comprometimento em atender às necessidades dos usuários e em cumprir os objetivos estabelecidos no contrato de gestão.

OBSERVAÇÃO: A meta estipulada no contrato com o município continua condicionado ao atendimento quando o HRAD possuía porta aberta. O Município se recusa a alterar a meta contratualizado, atualizando o contrato para o perfil de atendimento do Pronto Socorro (Porta regulada).

Fonte de comprovação do indicador

A imagem mostra a interface de um sistema de produção ambulatorial. No topo, há uma barra de menu com opções como 'Arquivo', 'Editar', 'Operações', 'Estatísticas', 'Quadro', 'Gráfico' e 'Ajuda'. Abaixo, há uma barra de ferramentas com ícones para salvar, imprimir, entre outros. O título da janela é 'Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada'. O subtítulo é 'Frequência por Mês de Processamento segundo Grupo de Procedimentos'. A tabela principal apresenta os dados de produção por mês e o total.

Grupo de Procedimentos	Setembro/2024	Outubro/2024	Novembro/2024	Total
Total	8.972	9.998	11.134	30.104
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	6.959	7.889	9.080	23.928
03 Procedimentos clínicos	1.933	2.039	1.992	5.964
04 Procedimentos cirúrgicos	80	70	62	212

Abaixo da tabela, há uma janela de log com o seguinte conteúdo:

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\Producao_Ambulatorial.DEF
PATH=DADOS\PA*.DBC
Linha=Grupo de Procedimentos
Coluna=Mês de Processamento
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
Produção Aprovada/Não: Aprovado totalmente
Complexidade Procedimento: 2-Média Complexidade
[Arquivos]
PAMG2409a.dbc
PAMG2409b.dbc
PAMG2410a.dbc
PAMG2410b.dbc
```

Na base da janela de log, há botões para 'Mostrar log ao abrir tabela', 'Copiar para clipboard', 'Restaurar consulta' e 'Fechar'.

Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.1.2: Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de alta complexidade

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥ 462	575

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

O indicador de produção de serviços ambulatoriais de alta complexidade apresenta para o período analisado um resultado de 213 procedimentos realizados em setembro, 204 procedimentos realizados em outubro e 158 procedimentos realizados em novembro; perfazendo um total parçila de 575 procedimentosrealizados o que corresponde a 121,83% da meta pactuada para o trimestre. Ao analisarmos o período podemos verificar que a meta foi ultrapassada para o trimentre.

O que demonstra que os pacientes estão tendo acesso aos serviços de alta complexidade via ambulatorial, necessarios ao diagnostico de suas patologias.

Fonte de comprovação do indicador

The screenshot displays the 'Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada' application. The main window shows a table with the following data:

Grupo de Procedimentos	Setembro/2024	Outubro/2024	Novembro/2024	Total
Total	213	204	158	575
02 Procedimentos com finalidade diagnostica	213	204	158	575

The 'Total' column values (575) are circled in red. Below the table, a 'Log' window is open, displaying the following information:

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\Producao_Ambulatorial.DEF
PATH=DADOS\PA*.DBC
Linha=Grupo de Procedimentos
Coluna=Mês de Processamento
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
Produção Aprovada/Não: Aprovado totalmente
Complexidade Procedimento: 3-Alta Complexidade
[Arquivos]
PAMG2409a.dbc
PAMG2409b.dbc
PAMG2410a.dbc
PAMG2410b.dbc
```

The log window also includes buttons for 'Mostrar log ao abrir tabela', 'Copiar para clipboard', 'Restaurar consulta', and 'Fechar'.

Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.1.3: Cumprimento da produção de serviços hospitalares por linha de cuidado

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
1.850	2.288
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

A apuração do indicador de cumprimento de produção de serviços hospitalares por linha de cuidado, referente ao período de setembro a novembro de 2024, demonstra que foram contabilizadas para o período um total de 2.288 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), sendo 760 referentes a setembro, 708 referentes a outubro e 820 referentes a novembro o que representa 123,68% da meta estabelecida para o trimestre, que era de 1.850 AIH's.

Esse resultado indica que a unidade alcançou um desempenho satisfatório, considerando a abrangência de todas as linhas de cuidado ofertadas. A produção apresentada demonstra o comprometimento da equipe em atender às demandas dos usuários e em cumprir os objetivos estabelecidos no contrato de gestão FAEPU.

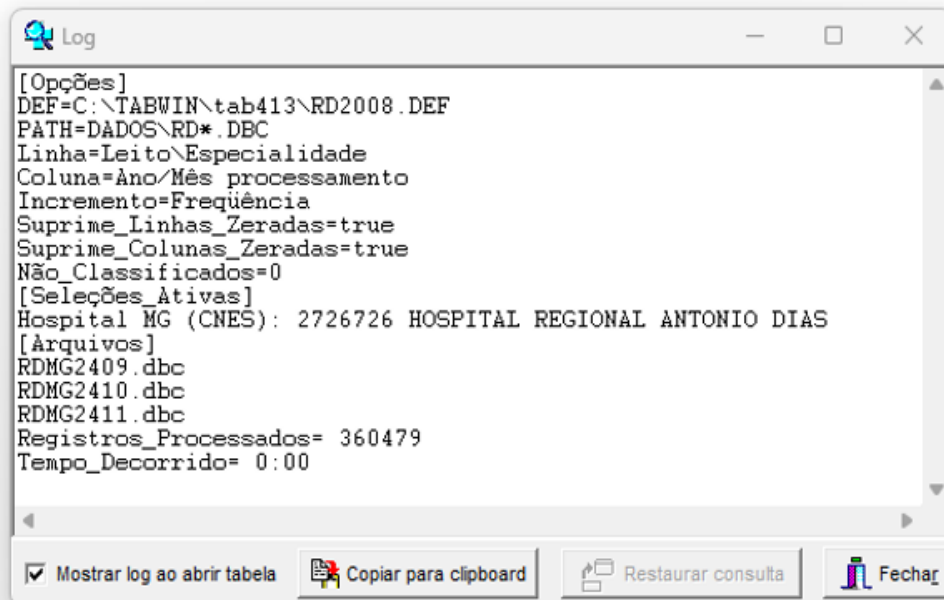
Fonte de comprovação do indicador

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título | Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos Subtítulo | Frequência por Ano/Mês processamento segundo Leito/Especialidade

Leito/Especialidade	2024/Set	2024/Out	2024/Nov	Total
Total	760	708	820	2.288
01-Cirúrgico	381	392	425	1.198
02-Obstétricos	106	77	109	292
03-Clinico	200	174	213	587
07-Pediátricos	73	65	73	211



Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.1.4: Cumprimento da produção de diárias em UTI Adulto

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
707	846
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

A análise da produção de diárias de UTI para o período de setembro a novembro de 2024 revela um bom desempenho da unidade, com 244 diárias produzidas e apresentadas em setembro, 178 diárias produzidas e apresentadas em outubro e 424 diárias produzidas e apresentadas em novembro, perfazendo um total de 846 diárias apuradas para o trimestre em análise, o que corresponde a 119,67% da meta estabelecida para o trimestre.

A equipe de faturamento demonstra um comprometimento de faturamento em priorizar as contas que possuem diárias de Uti e que chegam ao setor, contudo o perfil de nossos pacientes que necessitam de UTI geralmente é de intenção por períodos prolongados e a contabilização das diárias é feita no fechamento da alta deste ou com encerramento administrativo após 30 dias de permanência deste paciente.

As iniciativas para reduzir o acúmulo de prontuários com diárias a faturar, identificadas no mês anterior, mostraram-se eficazes, contribuindo significativamente para o alcance da meta e demonstrando o comprometimento da equipe em cumprir os termos pactuados do Contrato de Gestão FAEPU.

Fonte de comprovação do indicador

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos Subtítulo: Diárias de UTI por Ano/Mês processamento segundo Tipo de UTI

Tipo de UTI	2024/Set	2024/Out	2024/Nov	Total
Total	412	416	600	1.428
UTI adulto - tipo II	244	178	423	845
UTI neonatal - tipo II	168	238	176	582
UTI Doador	0	0	1	1

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Tipo de UTI
Coluna=Ano/Mês processamento
Incremento=Diárias de UTI
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2409.dbc
RDMG2410.dbc
RDMG2411.dbc
Registros_Processados= 360479
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Alerta de clima Em vigor Pesquisar Indicadores FaePU - Ex TabWin 15:10 22/01/2025

Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.1.5: Cumprimento da produção de diárias em UTI Neonatal

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
610	798
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

A partir dos dados apresentados, percebemos que o desempenho da produção de diárias de UTI NEONATAL foi acima do esperado. A meta estabelecida para o período de setembro a novembro de 2024 é de 610 diárias, sendo o resultado alcançado de 798 diárias apresentadas, sendo 226 diárias em setembro, 297 diárias em outubro e 275 diárias em novembro, contabilizando 130,82% da meta estabelecida para o período.

O que demonstra um comprometimento da equipe de faturamento em priorizar as contas que possuem diárias de Uti neonatal para a apresentação e que chegam ao setor, sem pendências possibilitando um processo de auditoria e faturamento breve.

As iniciativas de otimização dos processos de faturamento, que se mostraram eficazes no CTI Adulto, também impulsionaram o alcance da meta da UTI Neonatal, demonstrando a versatilidade e o impacto positivo das ações implementadas pela equipe.

Fonte de comprovação do indicador

The image displays two screenshots of a software application used for managing and processing data related to hospital stays (diárias).

Left Screenshot: Shows a window titled "Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos". The main table displays data for "Diárias de UTI por Ano/Mês processamento segundo Tipo de UTI". The table has columns for "Tipo de UTI", "2024/Set", "2024/Out", "2024/Nov", and "Total". The data rows are:

Tipo de UTI	2024/Set	2024/Out	2024/Nov	Total
Total	412	416	600	1.428
UTI adulto - tipo II	344	423	423	845
UTI neonatal - tipo II	168	238	176	582
UTI Doador	0	0	1	1

The row for "UTI neonatal - tipo II" is highlighted with a red circle.

Right Screenshot: Shows a window titled "Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos". The main table displays data for "Diárias UCI por Ano/Mês processamento segundo Tipo de UCI". The table has columns for "Tipo de UCI", "2024/Set", "2024/Out", "2024/Nov", and "Total". The data rows are:

Tipo de UCI	2024/Set	2024/Out	2024/Nov	Total
Total	58	59	99	216
Unidade de cuidados intermed neonatal convencional	58	59	99	216

The row for "Unidade de cuidados intermed neonatal convencional" is highlighted with a red circle.

Below the tables, there are two "Log" windows showing system configuration and processing details. The left log window shows settings for "Hospital HG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS" and "Registros_Processados: 360479". The right log window shows similar settings and "Tempo_Decorrido: 0:00".

Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.2: Índice de contas faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
100%	107,47%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

A meta de 100% das contas apresentadas em até um mês após a alta foi superada no trimestre Setembro/Outubro/Novembro tendo atingido um percentual para o mês de setembro 107,41% (724 AIH apresentadas/674 altas no período), para o mês de outubro/2024 de 107,29% (766 AIH apresentadas/714 altas no período) e para o mês de novembro/2024 de 106,85% (725 AIH apresentadas/686 altas no período), sendo apurado para o período um resultado de 107,47% da meta trimestral.

O resultado até aqui apresentado demonstra o comprometimento e envolvimento da equipe do setor de gestão da informação para cumprimento da meta pactuada.

Fonte de comprovação do indicador

The screenshot displays a software interface for AIH (Ata de Internação Hospitalar) movements. The main window is titled 'Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos'. It features a menu bar with options like 'Arquivo', 'Editar', 'Operações', 'Estatísticas', 'Quadro', 'Gráfico', and 'Ajuda'. Below the menu is a toolbar with various icons. The main area shows a table with the following data:

Hospital MG (CNES)	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Total
Total	3	16	237	504	760
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	3	16	237	504	760

The 'Agosto' column is highlighted with a green circle. Below the table, there is a 'Log' window showing the following text:

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2409.dbc
Registros_Processados= 126995
Tempo_Decorrido= 0:00
```

At the bottom of the screen, there is a taskbar showing the date '08 - AGOSTO -' and the time '16:12 14/11/2024'.

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título Movimento de AIH - AIH REJEITADAS Subtítulo Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Julho	Agosto	Setembro	Total
Total	2	3	5	10
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	3	5	10

Log

```

[Opções]
DEF=C:\TABVIN\tab413\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RJMG2409.dbc
Registros_Processados= 2970
Tempo_Decorrido= 0:00

```

☒ Mostrar log ao abrir tabela
 Copiar para clipboard
 Restaurar consulta
 Fechar

25°C Pred. nublado

Pesquisar

Indicadores Fi 08 -AGOSTO -

16:12 14/11/2024

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda



Título Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Subtítulo Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Total
Total	3	1	210	481	708
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	3	1	210	481	708

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2410.dbc
Registros_Processados= 118676
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Copiar para clipboard

Restaurar consulta

Fechar

Arquivos:

Alerta de clima
Em vigor

Pesquisar

Linhas:1

Chave:0

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda



Título Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Subtítulo Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Agosto	Setembro	Outubro	Total
Total	3	5	4	12
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	3	5	4	12

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RJMG2410.dbc
Registros_Processados= 3012
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Copiar para clipboard

Restaurar consulta

Fechar

Arquivos:

Alerta de clima
Em vigor

Pesquisar

Linhas:1

Chave:0

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título | Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos Subtítulo | Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Total
Total	3	26	276	515	820
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	3	26	276	515	820

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2411.dbc
Registros_Processados= 114808
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela Copiar para clipboard Restaurar consulta Fechar

Alerta de clima Em vigor Pesquisar Indicadores Faepu - E... TabWin 15:12 22/01/2025

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título | Movimento de AIH - AIH REJEITADAS Subtítulo | Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Total
Total	2	1	5	2	10
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	1	5	2	10

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RJMG2411.dbc
Registros_Processados= 2870
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela Copiar para clipboard Restaurar consulta Fechar

Alerta de clima Em vigor Pesquisar Indicadores Faepu - E... TabWin 15:12 22/01/2025

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda



Título Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Subtítulo Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Total	2	20	205	475	702
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	20	205	475	702

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2412.dbc
Registros_Processados= 113635
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Copiar para clipboard

Restaurar consulta

Fechar

31°C
Pred ensolarado

Pesquisar



Indicadores Faepu - Exp

TabWin32

POR
PTB2 16:56
17/02/2025

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda



Título Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Subtítulo Frequência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Total	2	1	1	3	1	8
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	1	1	3	1	8

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Mês de saída
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RJMG2412.dbc
Registros_Processados= 3135
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Copiar para clipboard

Restaurar consulta

Fechar

31°C
Pred ensolarado

Pesquisar



Indicadores Faepu - Exp

TabWin32

POR
PTB2 16:56
17/02/2025

2º Trimestre (Setembro /Outubro /Novembro)

Competência	Quantidade aprovada (faturamento)			
	Setembro/24	Outubro/24	Novembro/24	Dezembro/24
Setembro/24	509	215		
Outubro/24		485	281	
Novembro/24			517	208

05 rejeitadas comp. 09/24; 09 rejeitadas na comp. 10/24; 07 rejeitadas na comp. 11/24; 03 rejeitadas na comp. 12/24

Competência	Soma da quantidade apresentada (faturamento) no mês da competência e no mês subsequente
Setembro/24	724
Outubro/24	766
Novembro/24	725

Competência	Numerador (Contas)	Denominador (Altas)	Resultado
Setembro/24	724	674	107,41%
Outubro/24	766	714	107,29%
Novembro/24	725	686	106,85%
TOTAL	2.216	2.074	107,19%

Área Temática: Produção Assistencial e Faturamento

Indicador nº 1.3: Percentual de reapresentações de AIHs no mês subsequente à glosa

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
100%	100%

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

Durante a análise das contas referentes ao mês de outubro de 2024 (competência 10/2024), foram identificadas 10 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) que foram rejeitadas (glosadas) pelo gestor/sistema. As razões para as glosas incluíam divergências nos dados, falta de habilitação da unidade prestadora ou inconsistências nas informações contidas nas AIHs.

A equipe responsável pelo faturamento realizou as correções necessárias e possíveis nas AIHs glosadas e as reapresentou para pagamento no mês seguinte (competência 12/2024) que corresponde a apresentação 01/2025, conforme demonstrado abaixo.

Fonte de comprovação do indicador

MS/DATASUS SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DESCENTRALIZADO - SIHD2 Versão 21.30
26/12/2024 06:50:12 AIHS REJEITADAS Página: 1
M314800001 Competência: 11/2024 CNES : DEFINITIVO

Gestor : M314800001 - PREFEITURA DE PATOS DE MINAS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Município : PATOS DE MINAS

CNES : 2726726 - HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

Lote: 00000001

AIH	Id	Principal	Alta	Mensagem de erro	Linha	Valor Prévia
3124128250298	01	0415010012	21/10/2024	PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE HABILITAÇÃO (0403010292)	1	3.615,91
3124128257460	01	0415040027	23/10/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 7008059291583)	1	727,43
3124128259770	01	0415010012	04/11/2024	PROCEDIMENTO EXIGE AIH DO PNRF (PROGRAMA NACIONAL DE REDUÇÃO DE FILAS) (0403030145)	1	6.467,35
3124128264873	01	0415010012	08/11/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 707405043147677)	1	2.030,84
3124128264873	01	0415010012	08/11/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 707405043147677)	3	2.030,84
3124128264873	01	0415010012	08/11/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 707405043147677)	5	2.030,84

Lote: 00000002

AIH	Id	Principal	Alta	Mensagem de erro	Linha	Valor Prévia
3124128259527	01	0411010026	24/10/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 700509722807854)	2	1.201,42
3124128259527	01	0411010026	24/10/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 708202664216544)	3	1.201,42
3124128259527	01	0411010026	24/10/2024	PROFISSIONAL AUTÔNOMO NÃO CADASTRADO NO HOSPITAL COM CBO INFORMADO (DOC: 708202664216544)	20	1.201,42
3124128260033	01	0411010026	26/10/2024	PROFISSIONAL NÃO VINCULADO AO CNES COM O CBO INFORMADO (DOC: 708005351849429)	5	1.209,42

Lote: 00000003

AIH	Id	Principal	Alta	Mensagem de erro	Linha	Valor Prévia
3124128226230	01	0303040106	19/08/2024	HOSPITAL NÃO POSSUI O SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO EXIGIDOS (0303040106)	1	1.324,15
3124128236560	01	0303040106	06/09/2024	HOSPITAL NÃO POSSUI O SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO EXIGIDOS (0303040106)	1	1.466,64
3124128250342	01	0303040092	16/10/2024	QUANTIDADE SUPERIOR À PERMITIDA (0206010079/3)	4	4.965,45

Lote: 00000004

AIH	Id	Principal	Alta	Mensagem de erro	Linha	Valor Prévia
3124128221302	01	0303040106	11/08/2024	HOSPITAL NÃO POSSUI O SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO EXIGIDOS (0303040106)	1	3.279,25

O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412825034-2	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 05 / 10 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412825746-0	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 16 / 10 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412825952-7	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 21 / 10 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412826487-3	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 31 / 10 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412822130-2	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 08 / 08 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412822623-0	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 19 / 08 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412823656-0	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 04 / 09 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412826003-3	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 22 / 10 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412825029-8	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 05 / 10 / 2024
O.E : U312726726	ESFERA : PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 01 / 2025	DATA : 29/01/2025
Num AIH:312412825977-0	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 01/2025 Data Autorização: 22 / 10 / 2024

Área Temática: Processos e Qualidade	
Indicador nº 2.1: Percentual de satisfação do usuário	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
Implantar o NPS e medir a linha de base	NA
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
DEZEMBRO No mês de dezembro o HRAD iniciou a aplicação da nova Pesquisa de Satisfação do Cliente Externo, utilizando a metodologia NPS. Foi realizada reunião com as coordenações dos setores onde a pesquisa é aplicada, repassado todos os quesitos do formulário, definida a forma de aplicação e quantitativo a ser aplicado. Elaboramos um formulário físico que foi utilizado como contingência até a compra dos tablets e totens solicitados e encaminhados como Projeto Especial à FHEMIG. Como toda atividade nova, nos deparamos com alguns obstáculos, que foram identificados e já estão sendo corrigidos. Como exemplo, citamos a falta de lançamento de dados no QR code da pesquisa. A pesquisa foi feita por meio do formulário físico e o responsável se esqueceu de transcrever os dados para o meio digital. Evidenciamos tal situação ao fazer a contagem dos formulários físicos e estes estarem superiores ao quantitativo enviado no relatório do FORMS. Uma ação que nos auxiliará neste monitoramento é receber o relatório quinzenal. Reforço a necessidade do envio pela equipe técnica ADC responsável. Em relação aos dados levantados, temos o que se segue: <u>Número de atendimentos dez/2024:</u> PA: 820 ARE: 909 INT: 695 <u>Amostra a ser aplicada conforme matriz do indicador:</u> 376,63 pesquisas <u>Percentual a ser aplicado de acordo com o total de atendimentos:</u> PA: 33,83% = 127,41 pesquisas ARE: 37,50% = 141,24 pesquisas INT: 28,67% = 107,98 pesquisas <u>Quantitativo de pesquisas lançadas no FORMS:</u> PA: 65 pesquisas ARE: 27 pesquisas INT: 292 pesquisas JANEIRO No mês de janeiro, o HRAD manteve a aplicação da PSCE no novo molde solicitado pela FHEMIG. Ajustes foram feitos entre a equipe de aplicadores e os responsáveis pelo lançamento no Forms. Em relação aos dados levantados, temos o que se segue:	

Número de atendimentos jan/2025: 2.533

PA: 783

ARE: 1067

INT: 683

Amostra a ser aplicada conforme matriz do indicador: 376,63 pesquisas

Percentual a ser aplicado de acordo com o total de atendimentos:

PA: 30,91% = 117 pesquisas

ARE: 42,12% = 159 pesquisas

INT: 26,96% = 101 pesquisas

Quantitativo de pesquisas lançadas pelo HRAD no FORMS:

Total: 1.634 pesquisas

PA: 550 pesquisas

ARE: 587 pesquisas

INT: 497 pesquisas

FEVEREIRO

No mês de fevereiro, o HRAD manteve a aplicação da PSCE no novo molde solicitado pela FHEMIG. Ajustes foram feitos entre a equipe de aplicadores e os responsáveis pelo lançamento no Forms.

Em relação aos dados levantados, temos o que se segue:

Número de atendimentos fev/2025: 2.388

ARE: 1054

PA: 724

INT: 610

Amostra a ser aplicada conforme matriz do indicador: 378,11 pesquisas

Percentual a ser aplicado de acordo com o total de atendimentos:

ARE: 44,14% = 167 pesquisas

PA: 30,32% = 115 pesquisas

INT: 25,54% = 97 pesquisas

Quantitativo de pesquisas lançadas pelo HRAD no FORMS:

Total: 1.049 pesquisas

ARE: 360 pesquisas

PA: 288 pesquisas

INT: 401 pesquisas

Cálculo NPS

ARE (NPSA): 360 pesquisas (340 prom. - 3 det.) = 93,61%

PA (NPSP): 288 pesquisas (252 prom. - 5 det.) = 85,76%

INT(NPSI): 401 pesquisas (338 prom. - 10 det.) = 81,80%

Resultado mensal de satisfação:

NPSA + NPSP + NPSI/3 = 87,06% META: ≥80%

Fonte de comprovação do indicador

Drive: [Percentual de satisfação do usuário](#)

DEZEMBRO

Pesquisa de atendimentos

Se você deseja pesquisar por atendimentos que já tiveram alta, informar o máximo de filtros para aplicar a pesquisa.

Tipo de atendimento*
☐ Atendimento domiciliar
☐ Hospital Dia
☐ Internação
☒ Emergência/Pronto atendimento
☐ Outros

Registre:
 Prontuário:

☒ Pesquisar por usuário ☐ Pesquisar por nome civil

Usuário completo ou Nome Civil completo (conforme tipo da pesquisa escolhida acima):

Nome da mãe (informar o nome completo):

Centro de saúde/Informação/Letra:

Data de entrada de:
 até:

☐ Apenas atendimentos ativos

Data de saída de:
 até:

☐ Incluir os atendimentos cancelados

820 Atendimento(s)

Emergência/pronto atendimento 820 Atendimento(s)

Pesquisa de atendimentos

Se você deseja pesquisar por atendimentos que já tiveram alta, informar o máximo de filtros para aplicar a pesquisa.

Tipo de atendimento*
☐ Atendimento domiciliar
☐ Hospital Dia
☐ Internação
☒ Emergência/Pronto atendimento
☐ Outros

Registre:
 Prontuário:

☒ Pesquisar por usuário ☐ Pesquisar por nome civil

Usuário completo ou Nome Civil completo (conforme tipo da pesquisa escolhida acima):

Nome da mãe (informar o nome completo):

Centro de saúde/Informação/Letra:

Data de entrada de:
 até:

☐ Apenas atendimentos ativos

Data de saída de:
 até:

☐ Incluir os atendimentos cancelados

909 Atendimento(s)

Consulta 909 Atendimento(s)

Saiku Analytics

Hospital		HRAD	
Ano	Mês	Saídas Hospitalares	
2024	12	695	

JANEIRO

Hospital		HRAD		
Ano	Mês	Consultas Médicas Eletivas	Consultas Médicas de Urgência	Saídas Hospitalares
2025	1	1067	783	683

FEVEREIRO

Hospital		HRAD		
Ano	Mês	Consultas Médicas Eletivas	Consultas Médicas de Urgência	Saídas Hospitalares
2025	2	1054	724	610

Área Temática: Processos e Qualidade

Indicador nº 2.2: Percentual de resposta à ouvidoria SUS em até 10 dias corridos

Meta do período avaliatório

100%

Resultado do período avaliatório

100%

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

DEZEMBRO

Em dezembro a unidade recebeu 06 demandas de ouvidoria. As demandas foram analisadas pelos responsáveis e respondidas ao usuário dentro do prazo estabelecido de 10 dias. Fluxos internos foram definidos na Unidade para que o cidadão tenha uma resposta devolutiva de qualidade e em tempo hábil. Excetua-se a demanda de número “202420000434418”, que foi finalizada em 17 dias, porém foi solicitado prorrogação de prazo, o qual foi acatado pela CREG e ADC. A extensão do prazo foi solicitada em virtude de falha do sistema Ouvidor SUS, o qual esteve inoperante no período em que a demanda deveria ter sido respondida. Foi aberto um chamado na Ouvidoria Geral do SUS informando da falha no sistema, o qual foi respondido pelos responsáveis, conforme evidência anexa.

JANEIRO

Em janeiro a unidade recebeu 02 demandas de ouvidoria. As demandas foram analisadas pelos responsáveis e respondidas ao usuário dentro do prazo estabelecido de 10 dias. Fluxos internos foram definidos na Unidade para que o cidadão tenha uma resposta devolutiva de qualidade e em tempo hábil.

FEVEREIRO

No período analisado a unidade recebeu 02 demandas de ouvidoria. As demandas foram analisadas pelos responsáveis e respondidas ao usuário dentro do prazo estabelecido de 10 dias. Fluxos internos foram definidos na Unidade para que o cidadão tenha uma resposta devolutiva de qualidade e em tempo hábil.

Fonte de comprovação do indicador

Dezembro

Controle demandas ouvidoria HRAD/FAEPU - CREG/ 2024

Nº da manifestação	Tipo de demanda	Data de entrada	Data do encaminhamento a direção	Período máximo para resposta	Recebimento da resposta	Qual o tipo de resposta?	Devolvida para complementação?	Período para fechamento pela ouvidoria	Data do fechamento pela Ouvidoria	Tempo de resposta FAEPU/HRAD Contrato	Tempo de resposta Ouvidoria/ SISTEMA (30 dias)
202420000432226	Reclamação	03/12/2024	04/12/2024	14/12/2024	05/12/2024	Final	Não	02/01/2025	06/12/2024	1	3
202420000432061	Reclamação	03/12/2024	04/12/2024	14/12/2024	05/12/2024	Final	Não	02/01/2025	06/12/2024	1	3
202420000434418	Comunicação de Irregularidade	04/12/2024	09/12/2024	29/12/2024	26/12/2024	Final	Não	03/01/2025	26/12/2024	17	22
202420000435403	Solicitação	05/12/2024	09/12/2024	19/12/2024	13/12/2024	Final	Não	04/01/2025	16/12/2024	4	11
202420000409834	Denúncia	12/12/2024	17/12/2024	27/12/2024	26/12/2024	Final	Não	11/01/2025	27/12/2024	9	15
202420000410368	Denúncia	12/12/2024	17/12/2024	27/12/2024	26/12/2024	Final	Não	11/01/2025	27/12/2024	9	15



Janeiro

Controle demandas ouvidoria HRAD/FAEPU - CREG/ 2025

Nº da manifestação	Tipo de demanda	Data de entrada	Data do encaminhamento a direção	Período máximo para resposta	Recebimento da resposta	Qual o tipo de resposta?	Devolvida para complementação?	Período para fechamento pela ouvidoria	Data do fechamento pela Ouvidoria	Tempo de resposta FAEPU/HRAD Contrato
202420000434418	Comunicação de Irregularidade	01/01/2025	06/01/2025	16/01/2025	13/01/2025	Final	Não	31/01/2025	13/01/2025	7
202520000461876	Solicitação	09/01/2025	10/01/2025	20/01/2025	20/01/2025	Final	Não	08/02/2025	20/01/2025	10

Fevereiro

Controle demandas ouvidoria HRAD/FAEPU - CREG/ 2025

Nº da manifestação	Tipo de demanda	Data de entrada	Data do encaminhamento a direção	Período máximo para resposta	Recebimento da resposta	Qual o tipo de resposta?	Devolvida para complementação?	Período para fechamento pela ouvidoria	Data do fechamento pela Ouvidoria	Tempo de resposta FAEPU/HRAD Contrato	Tempo de resposta Ouvidoria/ SISTEMA (30 dias)
202520000511050	Solicitação	18/02/2025	19/02/2025	01/03/2025	28/02/2025	Final	Não	20/03/2025	28/02/2025	9	10
202520000508424	Solicitação	19/02/2025	21/02/2025	03/03/2025	28/02/2025	Final	Não	21/03/2025	28/02/2025	7	9

Área Temática: Processos e Qualidade	
Indicador nº 2.3: Percentual de codificação DRG de alta	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
100%	110,87%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
DEZEMBRO	
Em dezembro tivemos 778 altas codificadas no DRG de um total de 695 saídas registradas no SAIKU (FHEMIG em números) com resultado atingido de 111,94%, acima da meta estipulada. A equipe de codificação do DRG completa e comprometida; com o monitoramento da coordenação e do analista quanto ao número de codificações/dia pelos codificadores; a busca ativa semanal por parte do analista do DRG para identificar possíveis altas que por ventura não haviam sido codificadas; as reuniões pontuais com a Gerência Geral, Direção Técnica, Gerência Assistencial, Gestão Estratégica/Qualidade e DRG/NIR para discussão de melhorias e definição de ações gerenciais; e reuniões semanais entre Gestão Estratégica/Qualidade e DRG/NIR para monitoramento dos resultados parciais do DRG e tomadas tempestivas de ações para alcance do indicador, contribuíram para o alcance do resultado demonstrado no período. Ressaltamos que o resultado superior a 100%, está relacionado aos RN's, os quais são codificados automaticamente pelo sistema DRG, quando cadastrada a mãe.	
JANEIRO	
Em janeiro tivemos 740 altas codificadas no DRG de um total de 683 saídas registradas no SAIKU (FHEMIG em números) com resultado atingido de 108,35%, acima da meta estipulada. Com a equipe de codificação do DRG completa e comprometida; com o monitoramento da coordenação e do analista quanto ao número de codificações/dia pelos codificadores; a busca ativa semanal por parte do analista do DRG para identificar possíveis altas que por ventura não haviam sido codificadas; as reuniões pontuais com a Gerência Geral, Direção Técnica, Gerência Assistencial, Gestão Estratégica/Qualidade e DRG/NIR para discussão de melhorias e definição de ações gerenciais; e reuniões semanais entre Gestão Estratégica/Qualidade e DRG/NIR para monitoramento dos resultados parciais do DRG e tomadas tempestivas de ações para alcance do indicador, contribuíram para o alcance do resultado demonstrado no período. Visto os bons resultados já atingidos e a busca por melhoria contínua, com o Apoio da Direção HRAD, a partir do próximo trimestre iremos iniciar o DRG admissional (tempo real), ao trabalhar com DRG admissional, a equipe irá conseguir acompanhar a assistência em tempo real. Os benefícios para a instituição, paciente e equipe multidisciplinar serão vários: acompanhamento nos round's; ajustes de diagnósticos e procedimento realizados; gerenciamento de riscos do paciente; atualização em tempo real da previsão de alta, contribuindo para o planejamento do plano terapêutico, o planejamento da alta segura e consequentemente aumentando o giro do leito hospitalar.	
FEVEREIRO	
Em fevereiro tivemos 686 altas codificadas no DRG de um total de 610 saídas registradas no SAIKU (FHEMIG em números) com resultado atingido de 112,46%, acima da meta estipulada. Com a equipe de codificação do DRG completa e comprometida; com o monitoramento da coordenação e do analista quanto ao número de codificações/dia pelos codificadores; a busca ativa semanal por parte do analista do DRG para identificar possíveis altas que por ventura não haviam sido codificadas; as reuniões pontuais com a Gerência Geral, Direção Técnica, Gerência Assistencial, Gestão Estratégica/Qualidade e DRG/NIR para discussão de melhorias e definição de ações gerenciais; e reuniões semanais entre Gestão Estratégica/Qualidade e DRG/NIR para monitoramento dos resultados parciais do DRG e tomadas tempestivas de ações para alcance do indicador, contribuíram para o alcance do resultado demonstrado no período. Visto os bons resultados já atingidos e a busca por melhoria contínua, com o Apoio da Direção HRAD, a partir do próximo trimestre iremos iniciar o DRG admissional (tempo real), ao trabalhar com DRG admissional, a equipe irá conseguir acompanhar a assistência em tempo real. Os benefícios para a instituição, paciente e equipe multidisciplinar serão vários: acompanhamento nos round's; ajustes de diagnósticos e procedimento realizados; gerenciamento de riscos do paciente; atualização em tempo real da previsão de alta, contribuindo para o planejamento do plano terapêutico, o planejamento da alta segura e consequentemente aumentando o giro do leito hospitalar.	

Tivemos um fechamento do trimestre de 2.204 codificações para 1.988 saídas hospitalares, perfazendo uma média trimestral de 110,87% de codificação.

Fonte de comprovação do indicador

Data de Nascimento a Sexo Identidade de Gênero

CID Principal

Hospital de Internação

Classe do DRG Brasil Refinado

Data da Alta a Data de Internação a

Data do Cadastro Inicial a Data do Cadastro da Alta a

Situação Caráter da Internação Procedência do Paciente

Condição da Alta Modalidade de Cuidado na Procedência

Falhas de Estrutura/Processo

« 1 até 15 total: 2204 »

REGISTRO PACIENTE

« 1 até 15 total: 2204 »

28°C Ensolarado POR PTB2 10:38 10/03/2025

Saiku Analytics

Cubos

Atendimentos

Medidas Adicionar

- Pacientes Dia
- Saídas Hospitalares
- Óbitos Hospitalares
- Óbitos Institucionais
- Leitos Dia
- Internações Hospitalares
- Consultas Médicas Eletivas
- Consultas Médicas de Urgência
- Saídas por Clínicas
- Média de Permanência (Dias)
- Taxa de Ocupação (%)
- Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral (%)
- Taxa de Mortalidade Institucional (%)
- Índice de Renovação de Leitos

Dimensões

Medidas

Saídas Hospitalares

Colunas

Hospitais

Linhas

Datas

Ano

Mês

Filtros

Hospital		HRAD
Ano	Mês	Saídas Hospitalares
2024	12	605
2025	1	683
	2	610

Área Temática: Processos e Qualidade

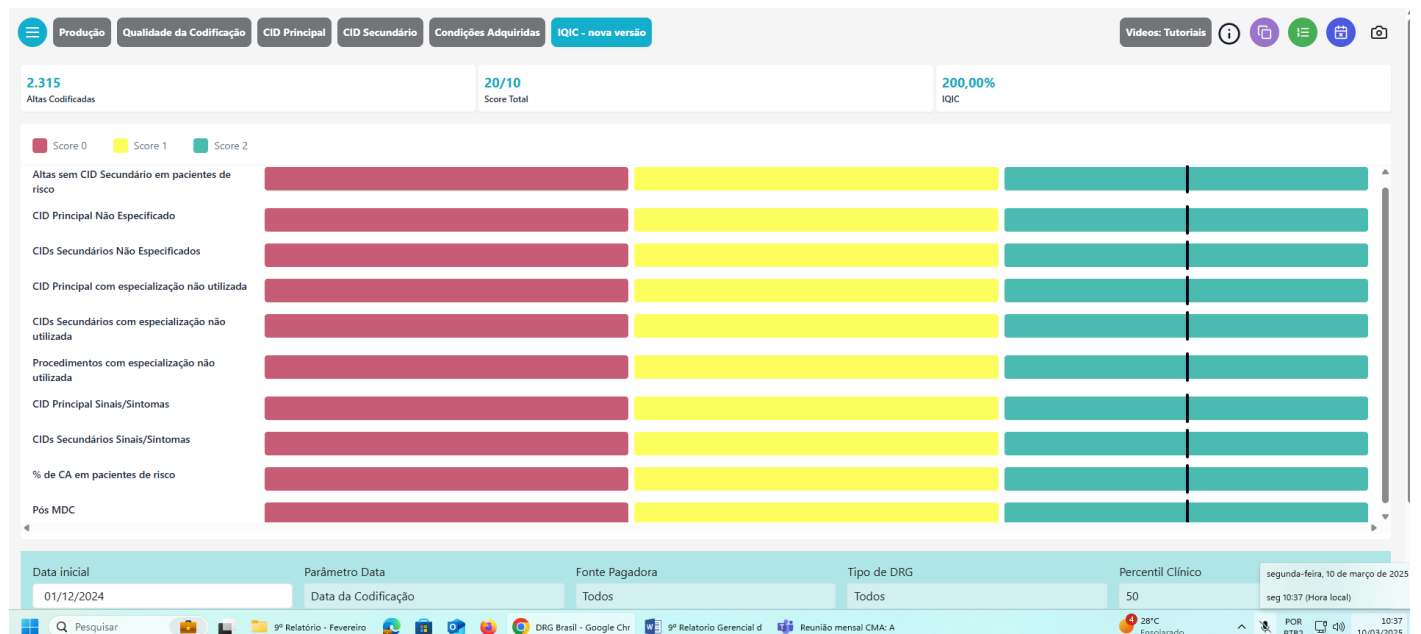
Indicador nº 2.4: Índice de Qualidade de Codificação Clínica (IQCC)

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥ Score da FHEMIG (11/10)	20/10
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

No trimestre analisado o índice de qualidade de codificação clínica alcançou o resultado 20/10, representando um score bem acima do obtido pela FHEMIG que foi de 11/10. Esse score de 20/10 representa um percentual de 200%, sendo a pontuação máxima no Índice de Qualidade de Codificação Clínica (IQIC).

Esse resultado foi atingido devido a continuidade e monitoramento dos processos internos iniciados nos meses anteriores e a busca contínua de melhoria. Destaco a ação diária do analista do setor revisando codificações e notificando os setores e clínicas que apresentam inconsistência no prontuário, provocando os responsáveis técnicos para discussão e implementação de ações para melhoria dos processos assistenciais, refletindo diretamente na qualidade das informações no prontuário e consequente da codificação; o comprometimento da equipe de codificação; as discussões semanais entre analista, coordenação NIR e AGE. Ressalto ainda, o apoio nos projetos e empoderamento dado ao NIR (Gestão de leitos, DRG, SUSfácil) pela Direção HRAD, sem esse amparo por parte da Direção.

Fonte de comprovação do indicador



Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.1: Média de permanência hospitalar

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤ MP prevista (4,5)	5,1

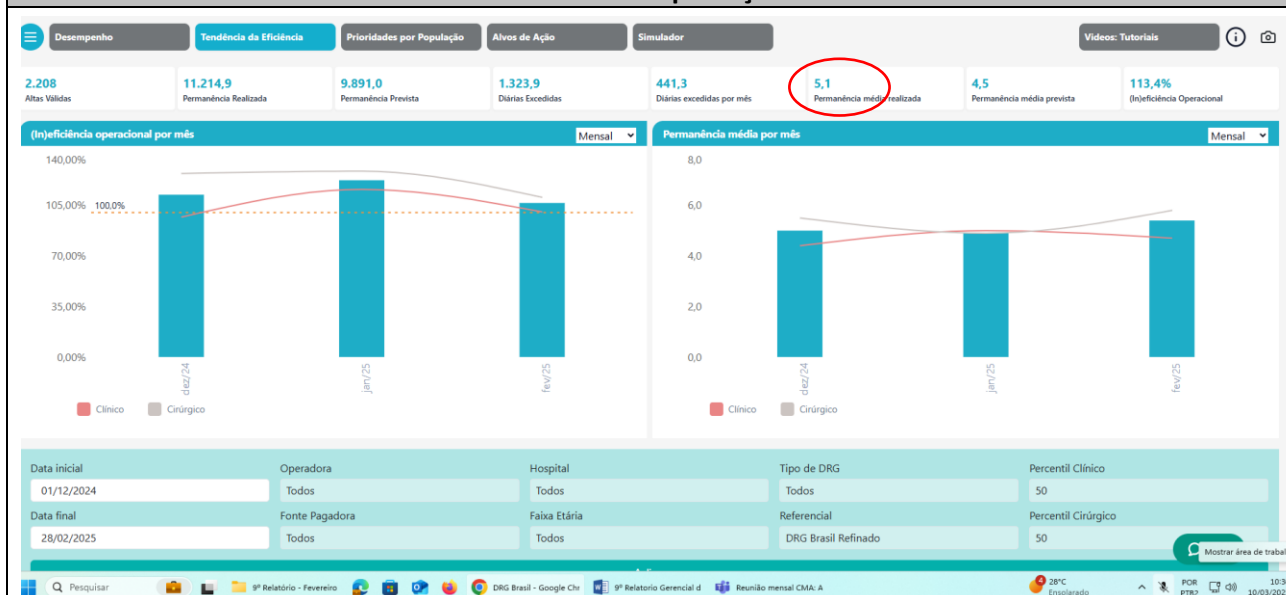
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

Com média de permanência prevista de 4,5 dias e com média de permanência realizada de 5,1 dias, não alcançamos a meta no trimestre. Analisando nosso resultado no Analytics, em gestão assistencial, em eficiência do uso do leito (Tendência da Eficiência), observamos que das 2.208 altas válidas codificadas no DRG, tivemos 11.214,9 dias de permanência realizada para 9.891 dias de permanência prevista, com diferença de 1.323,9 diárias excedidas. Foram 1.323,9 diárias que poderiam terem sido utilizadas para atender mais pacientes no período, tal resultado, nos trouxe uma (In)eficiência operacional de 113,4%.

Para a melhoria do resultado estamos fortalecendo algumas ações internas na unidade, como, adequação dos horários dos round's das clínicas, com participação ativa da médica e equipe do núcleo interno de regulação – NIR; na ação diária da equipe da gestão de leitos do NIR na promoção da desospitalização dos pacientes; nas discussões nas reuniões semanais com a Gerência Geral, Direção Técnica, Gerência Assistencial, médica e coordenador do NIR. Com a adequação do número de profissionais na equipe, a partir do próximo trimestre iremos iniciar o DRG admissional (tempo real) no NIR. Os benefícios para a instituição, paciente e equipe multidisciplinar serão vários: acompanhamento nos round's com base no DRG; ajustes de diagnósticos e procedimento realizados; gerenciamento de riscos do paciente; atualização em tempo real da previsão de alta com consequente diminuição da média de permanência hospitalar. Ao trabalhar com DRG admissional, a equipe do NIR conseguirá acompanhar a assistência em tempo real e atuar nos gargalos que não contribuem para a desospitalização do paciente.

Ressaltamos que nos meses de dezembro e janeiro a meta da Taxa de Permanência foi alcançada, entretanto, após atualização do caderno técnico, houve mudança na meta e metodologia deste indicador. Como a alteração já se aplicava ao 3º período de monitoramento, não houve tempo hábil para realização de uma análise crítica mais detalhada. A Unidade irá estabelecer uma forma junto à equipe do NIR/DRG uma forma para analisar os excessos de permanência baseados nos grupos de DRG mais ineficientes perante o DRG. Desta forma, conseguiremos entregar, nos próximos trimestres, análises mais detalhadas.

Fonte de comprovação do indicador



Área Temática: Assistência à Saúde	
Indicador nº 3.2: Taxa de ocupação hospitalar	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥85%	93,39%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
No trimestre analisado a Unidade alcançou a meta prevista, teve-se no período um quantitativo de 12.150 leitos/dia, considerando os 28 dias do mês de fevereiro e os 135 leitos do CNES e 11.347 pacientes/dia. Atingir 93,39% da taxa de ocupação hospitalar é fundamental para garantir a eficiência operacional da instituição levanta importantes considerações sobre a eficiência, qualidade do atendimento e os desafios enfrentados pela instituição. Essa taxa de ocupação indica que o hospital está operando próximo de sua capacidade máxima. Reforçando a importância da instituição para a região, reconhecida pela qualidade de seus serviços. No entanto, essa taxa também sugere que o hospital pode enfrentar problemas de superlotação, o que frequentemente é vivenciado, seja por encaminhamentos inadequados ou vazio assistencial. Os desafios vivenciados pela alta ocupação são a limitação de recursos pode resultar em estresse sobre os recursos do hospital, incluindo equipe, suprimentos e infraestrutura. Como estratégias a Unidade vem realizando, além do informado anteriormente, a cultura de “Valor em saúde” que é determinado pela qualidade assistencial dividida pelo custo, alinhado a uma experiência positiva do paciente em sua trajetória no sistema de saúde (MCSHERRY, PEARCE, TINGLE, 2007). Para chegar a um índice positivo, é preciso focar nos 4 alvos assistenciais para aumentar a qualidade e eliminar o desperdício: uso eficiente do leito hospitalar; aumento da segurança assistencial; redução de internações evitáveis; diminuição de readmissões hospitalares não planejadas (COUTO, PEDROSA, 2020). E em acordo com essa nova cultura de valor em saúde, mesmo com a taxa de ocupação hospitalar próxima a capacidade plena é possível demonstrar a eficiência do uso do leito e diminuição de readmissões pelos indicadores apresentados nesse relatório. 1. McSherry R, Pearce P, Tingle J. Clinical governance: A guide to implementation for healthcare professionals. 2nd edition. Chichester, U.K.: Wiley-Blackwell. 2007. 2. Couto RC, Pedrosa TMG. Diretrizes para um sistema de saúde baseado em valor. [publicação online]. Valor em Saúde Brasil. [S.d.]. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/materiais/>.	
Fonte de comprovação do indicador	

Saiku Analytics x

Cubos

Atendimentos ▼

Medidas

Adicionar

▼

- Pacientes Dia
- Saídas Hospitalares
- Óbitos Hospitalares
- Óbitos Institucionais
- Leitos Dia
- Internações Hospitalares
- Consultas Médicas Eletivas
- Consultas Médicas de Urgência
- Saídas por Clínicas
- Média de Permanência (Dias)
- Taxa de Ocupação (%)
- Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral (%)
- Taxa de Mortalidade Institucional (%)
- Índice de Renovação de Leitos

Medidas ▼

Pacientes Dia

Colunas ▼

Hospital

Linhas ▼

Ano

Mês

Filtros ▼

Hospital		HRAD
Ano	Mês	Pacientes Dia
2024	12	3853
2025	1	3917
	2	3577

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
▼ COMPLEMENTAR		
92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	3	3
75 - UTI ADULTO - TIPO II	9	9
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	6	6
▼ ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL	30	30
06 - GINECOLOGIA	2	2
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	30	30
▼ ESPEC - CLINICO		
31 - AIDS	1	1
33 - CLINICA GERAL	29	29
▼ OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICA CIRURGICA	13	13
43 - OBSTETRICA CLINICA	2	2
▼ PEDIATRICO		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	4	4
45 - PEDIATRIA CLINICA	6	6

Área Temática: Assistência à Saúde	
Indicador nº 3.3: Taxa de mortalidade hospitalar geral	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤4,23%	4,44%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
Tivemos no trimestre um resultado de 4,44%. 0,21% acima da meta estabelecida. DEZEMBRO A unidade é referência da Macrorregião Noroeste, composta por 33 municípios, aproximadamente 730.000 habitantes, com atendimentos da média e alta complexidade em Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, AVC, Pediatria, Gestação de Alto Risco e Violência sexual. Tivemos um total de 41 óbitos nesse período. A taxa de mortalidade é um indicador crítico da qualidade do atendimento em hospitais, especialmente em instituições que lidam com alta complexidade, como a nossa unidade, único prestador e referência em traumatologia e ortopedia para alta complexidade da região da MacroNoroeste. Uma taxa de mortalidade de 5,26% não atende a meta prevista, no entanto, a superação da taxa esperada pode ser um sinal de problemas subjacentes que precisam ser investigados. É essencial comparar essa taxa com benchmarks regionais e nacionais para contextualizar o desempenho do hospital com o mesmo perfil. O hospital atende pacientes com condições graves e complicações que aumentam o risco de mortalidade. Muitas vezes, os casos tratados são de alta complexidade, envolvendo múltiplas comorbidades. Além disso, o dado coletado inclui todos os óbitos com menos de 24 horas, o que impacta diretamente no resultado, visto ser óbitos que em sua maioria não possibilitam atuação dos profissionais da instituição. Pacientes com traumatismos severos podem apresentar lesões que comprometem a função de órgãos vitais, aumentando a probabilidade de desfechos adversos. A população atendida pode incluir um número significativo de idosos, que possuem maior risco de complicações e mortalidade devido a fatores como fragilidade e morbididades. Muitos pacientes podem ter condições de saúde pré-existentztes que agravam o quadro clínico e dificultam o tratamento. Embora o hospital seja uma referência, frequentemente enfrenta limitações em recursos, como leitos em UTI, equipamentos e insumos, especialmente em períodos de alta demanda. Como ações de melhoria a unidade vem trabalhando com a implantação da Classificação de risco, uma vez que a eficiência na resposta a emergências e a velocidade no atendimento inicial são fundamentais. Atrasos no tratamento podem contribuir significativamente para a mortalidade. Outra estratégia será o levantamento dos óbitos menores de 24 horas pela Unidade de Pacientes Externos e Bloco Cirúrgico para análises detalhadas de casos que resultaram em óbito para identificar padrões ações tempestivas. A Unidade promoverá em 2025 inúmeras capacitações técnicas para aprimoramento dos profissionais como ACLS, ATLS, PALS, ALSO e outros, pois a formação e experiência da equipe médica são cruciais, treinamento específico em situações de emergência impactar a qualidade do atendimento.	

A taxa de mortalidade de 5,26% em um hospital de referência para alta complexidade em traumatologia e ortopedia, embora acima do esperado, pode ser justificada por uma combinação de fatores relacionados à complexidade dos casos, características demográficas dos pacientes, qualidade do atendimento e processos operacionais.

A unidade com as estratégias mencionadas busca aprimorar os processos que são essenciais para redução da taxa mortalidade. A priorização da segurança do paciente e a revisão dos protocolos de cuidado são essenciais para reduzir a mortalidade e garantir melhores desfechos clínicos.

JANEIRO

A unidade é referência da Macrorregião Noroeste, composta por 33 municípios, aproximadamente 730.000 habitantes, com atendimentos da média e alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, AVC, Pediatria, Gestação de Alto Risco e Violência sexual. Tivemos um total de 27 óbitos nesse período. A taxa de mortalidade é um indicador crítico da qualidade do atendimento em hospitais, especialmente em instituições que lidam com alta complexidade, como a nossa unidade, único prestador e referência em traumatologia e ortopedia para alta complexidade da região da Macronoroeste.

A taxa de mortalidade de 3,77% em um hospital de referência para alta complexidade em traumatologia e ortopedia é um excelente resultado, no entanto, deve-se ser considerando a sazonalidade (férias escolares, festas de finais de ano, acidentes de trânsito, etc) que provoca esse cenário variável de um mês para o outro. Importante reforçar que há uma cultura na região Macronoroeste que os casos críticos, independentemente, se capacidade operacional esgotada os pacientes serão direcionados a Unidade, incluindo pacientes fora da vocação da Unidade com prestadores na cidade para realização do atendimento, como exemplo os casos dos pacientes listados a seguir com desfecho de óbito em menos de 24 horas (Prontuário 343083, A.C.S.: caso Cardíaco para leito de UTI adulto; Prontuário 343083, A.C.S.: caso clínico para leito de UTI adulto; Prontuário 279660, S. M. C.: caso clínico para leito de UTI adulto).

Diante dos casos de óbitos em menos de 24 horas após a admissão na Unidade, foi realizada a análise com objetivo de identificar possíveis falhas no atendimento e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Abordaremos os fatores que podem ter contribuído para esses casos, onde esses fatores são comuns aos 5 casos descritos abaixo:

Na Unidade de Pacientes Externos, no mês de janeiro/2025, teve-se 5 óbitos em menos de 24 horas, 0,69% dos óbitos no período:

1. Prontuário 342777, J. A. L. H., proveniente de VAGA ZERO da UPA de Patos de Minas:

- Paciente admitido na UPA em 28/12/2024 com história de "PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE SÍNCOPE (8 MINUTOS SIC), ASTENIA E INAPETÊNCIA. HPP: DEPENDENTE QUÍMICO (CRACK), CIDB24 SEM TRATAMENTO. MUC: NEGA. ALERGIAS: NEGA."

O cadastro para transferência no SUSFácil foi realizado no dia 01/01/2025 (dois dias após a admissão), conforme tela abaixo:

Número	467239169
Nº. DA SOLICITAÇÃO ANTERIOR	
SITUAÇÃO	ALTA
DATA-HORA	01/01/2025 - 10:51
PROFISSIONAL	99748193187 - MARILIA MACHADO DA SILVEIRA
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	7525427 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H (PATOS DE MINAS)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303180013- - TRATAMENTO DE AFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV/AIDS
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	CLINICOS - CLINICA GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARATER DA INTERNAÇÃO	URGENCIA -
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	EMERGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO PATOS DE MINAS

- Paciente da entrada ao HRAD, no dia 02/01/2025, vaga zero, transporte realizado pelo SAMU, instável, em Parada CardioRespiratória:

"À ADMISSÃO PCR, SUBMETIDO A RCP POR 8 MINUTOS (REALIZADA 1 DESFIBRILAÇÃO, AMIODARONA 300 MG E EPINEFRINA). APRESENTOU RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA. COLETADA GASOMETRIA ARTERIAL. APRESENTOU OUTROS 2 EPISÓDIOS DE PCR EM RITMO NÃO CHOCÁVEL, COM RETORNO DE PULSO APÓS EPINEFRINA. POSTERIORMENTE, PACIENTE APRESENTOU 4º EPISÓDIO DE PCR, DEVIDO QUADRO CLÍNICO REFRATÁRIO, PROGNÓSTICO RUIM, OPTADO PELA NÃO INSTITUIÇÃO DE NOVAS MEDIDAS. AUSÊNCIA DE PULSO CENTRAL. ATESTO ÓBITO."

Tempo de permanência: 44 minutos (Admissão: 16:07/ Óbito: 16:55)

2. Prontuário 281952, M. L. S., proveniente de VAGA ZERO de Matutina:

- o Paciente admitida na origem com quadro de disúria, mialgia e astenia com 7 dias de evolução. Foi cadastrado no SUSFácil no dia 05/01/2025 às 09:56, conforme tela abaixo, com solicitação de tratamento de choque hipovolêmico.

Solicitação

Número	150303217
Nº. DA SOLICITAÇÃO ANTERIOR	
SITUAÇÃO	ALTA
DATA-HORA	05/01/2025 - 09:56
PROFISSIONAL	06754812109 - YURISEL BROWN CIPRIAN
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2101025 - UNIDADE MISTA DE SAUDE NIVEA ANGELA RODRIGUES (MATUTINA)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303060077 - TRATAMENTO DE CHOQUE HIPOVOLEMICO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	CLINICOS - CLINICA GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARATER DA INTERNAÇÃO	URGENCIA -
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	RISCO DE VIDA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO PATOS DE MINAS

- o No mesmo dia às 13:40 foi liberado vaga zero no sistema para o Hospital Regional Antônio Dias.
- o Paciente é admitida na unidade às 16:27, conforme relato na íntegra:

"ADMITO PACIENTE ACOMPANHADA POR MÉDICA, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM DVA, TENDENDO A HIPOTENSÃO, TORPOROSA, REATIVA APENAS A ESTÍMULOS DOLOROSOS, TAQUIPNEICA E COM MODERADO ESFORÇO RESPIRATÓRIO COM MNR 10L/MIN. PIÚRIA MACIÇA EM CIRCUITO E BOLSA COLETORA DE URINA. HIPEREMIA IMPORTANTE E MAL DELIMITADA EM MID, QUE SE ESTENDE DO TERÇO MÉDIO DA PERNA ATÉ MEIO DA COXA. "

A paciente EVOLUINDO COM PCR EM ASSISTOLIA, MIDRÍASE FIXA. DECLARO ÓBITO AS 22:13." Tempo de permanência: 05h46 minutos (Admissão: 16:27/ Óbito: 22:13)

3. Prontuário 342938, D.R.G.S., proveniente de VAGA ZERO de São Gotardo:

- o RN cadastrado no SUSFácil para transferência no dia 09/01/2025 às 04:01 com história de "RN DO SEXO MASCULINO PARTO NORMAL, NASC 07/01 AS 22:36, APGAR 9/10. DESCONFORTO REPIRATORIO EVOLUINDO PARA BAIXA SATURAÇÃO SPO2 85 EM AR AMBIENTE, HEMOGRAMA COM LEUCOCITOSE E PCR AUMENTADO. "

Solicitação

Número	151328347
Nº. DA SOLICITAÇÃO ANTERIOR	
SITUAÇÃO	ALTA
DATA-HORA	09/01/2025 - 04:01
PROFISSIONAL	52583163804 - MARCO ANTONIO RIBEIRO DE CASTRO
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2100681 - HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO GOTARDO (SAO GOTARDO)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303160039 - TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERIODO PERINATAL
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	PEDIATRICOS - PEDIATRIA CLINICA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARATER DA INTERNAÇÃO	URGENCIA -
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	RISCO DE VIDA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO PATOS DE MINAS

- RN admitido na Unidade no mesmo dia às 08:12, chegou em incubadora de transporte, monitorizado, entubado com TOT 2,5 mal posicionada com choro (verificado extubação). Realizado acesso central, hemotransfusão e nova IOT, em uso de NORA 0,60ml/h, dobuta 0,40ml/h, SRT 13,50ml/h. dexmedetomidina 0,20ml/h, sedação 2ml/h. RN com quadro muito grave, evolui a PCR às 03:00h confirmado óbito.

Tempo de permanência: 18h33 minutos (Admissão: 08:12/ Óbito: 02:45)

4. Prontuário 343083, A.C.S., proveniente de VAGA ZERO de Brasilândia de Minas:

- PACIENTE cadastrado no SUSFÁCIL para leito de UTI ENTUBADO EM USO DE NORADRENALINA, MIDAZOLAN, FENTANIL, JA APRESENTOU 4 PARADAS CARDÍACAS COM RETORNO DE CIRCULAÇÃO ESPONTANEA EM POUCOS MINUTOS (A DE MAIOR DURAÇÃO FOI DE 10 MIN DE RCP) SOLICITO VAGA ZERO COM URGÊNCIA

Número	230802858
Nº. DA SOLICITAÇÃO ANTERIOR	
SITUAÇÃO	ALTA
DATA-HORA	14/01/2025 - 14:14
PROFISSIONAL	07632888616 - JULIANA OLIVEIRA FRANCO
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	3873781 - CENTRO DE SAUDE SINVAL FARIAS DE SA (BRASILANDIA DE MINAS)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303080089 - TRATAMENTO DE CHOQUE CARDIOGENICO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	CLINICOS - CLINICA GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARATER DA INTERNAÇÃO	URGENCIA -
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	EMERGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO PATOS DE MINAS

- Paciente admitido na unidade às 19:54, acompanhado pelo SAMU, com história descrita na íntegra:
“PACIENTE ENCAMINHADO DE BRASILANDIA DE MINAS, VAGA ZERO, TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE MAL ESTAR DESDE ONTEM E HOJE EVOLUIU COM FRAQUEZA E QUEDA DE PRESSÃO, CHEGANDO NA UNIDADE APRESENTOU TV MONOMORFICA, FEITO CARDIOVERSÃO, EVOLUIU PARA PCR (5 EPISODIOS) DE CURTA DURAÇÃO SEGUNDO INFORMAÇÕES, SEM RELATO DE MEDICAÇÃO REALIZADA E DOSE. FEITO PROTOCOLO DE IAM (AAS E CLOPIDORGREL) NA ORIGEM; PROVAVEL BRONCOASPIRAÇÃO SEGUNDO MEDICA DO SAMU. CHEGA NA UNIDADE COM DOPAMINA, DOBUTAMINA, NORADRENALINA E SEDAÇÃO. EPISODIOS DE BRADICARDIA GRAVE.

CHEGA NA UNIDADE BRADICARDICO (FC: 27 BAT/MIN), TUBO SELETIVO, EM VM, PA INAUDIVEL, PUPILA MEDIO FIXA. EVOLUIU PARA PCR EM ASSISTOLIA, REVERTIDO COM 2 CICLOS DE RCP. ”

ÀS 01H25 DE 15/01/25 EVOLUI A ÓBITO DEVIDO A CHOQUE REFRATÁRIO.

Tempo de permanência: 05H31minutos (Admissão: 19:54/ Óbito: 01:25)

5. Prontuário 279660, S. M. C., trazida pelo SAMU:

- o PACIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, TRAZIDA PELO SAMU, COM HISTÓRICO DE PÓS PCR APROX 25MIN, PACIENTE IDOSA, EMAGRECIDA, PUPILAS MIDRIÁTICAS BILATERAL, HIPOCORADA, ENTUBADA SOB VENTILAÇÃO MECANICA, COM SOROTERAPIA EM CURSO, ACOMODADA EM SALA DE EMERGENCIA, MONITORIZADA COM MULTIPARAMETROS, A MESMA APRESENTOU BRADCARDIA EVOLUIDO COM NOVA PCR E ÓBITO CONSTATADO.
Tempo de permanência: 21minutos (Admissão: 00:14/ Óbito: 00:35).

É fundamental entender as circunstâncias desses casos para implementar melhorias e garantir a segurança dos pacientes:

Transporte de pacientes não estáveis

A RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003, dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes onde é reforçado que um paciente grave para ser transportado, é preciso que ele esteja estabilizado e que o transporte seja seguro e eficiente. Algumas condições que devem ser avaliadas para o transporte de um paciente grave são¹:

- O paciente deve estar estabilizado, principalmente no sistema respiratório e cardiovascular
- O paciente deve estar acompanhado de relatório completo, legível e assinado
- O paciente deve ser transportado em ambulância de suporte avançado
- A equipe de transporte deve ser composta por um médico, um profissional de enfermagem e um motorista
- O transporte deve ser planejado para que seja feito no menor tempo possível
- Deve-se prever e antecipar todas as intercorrências que possam ocorrer durante o deslocamento

Assim, a avaliação da equipe de transporte dos pacientes encaminhados via VAGA ZERO e SAMU pode não ter seguido as diretrizes, uma vez que, os pacientes deram entrada na Unidade com relatos de instabilidade, conforme demonstrado.

Condições clínicas preexistentes

Comorbidades: Os pacientes apresentavam condições clínicas prévias que aumentavam o risco de complicações, tornando-os mais vulneráveis durante o transporte e favorecido o desfecho desfavorável.

A análise realizada destacou a necessidade de implementar ações externas para a redução das "vagas zeros" em nossa unidade, especialmente em casos onde a estabilização clínica dos pacientes não é alcançada antes do transporte.

A conscientização da Central de Regulação para utilização da prática de "Vaga Zero" aos prestadores de saúde com leitos de UTI disponíveis é crucial para garantir que aqueles que necessitam de cuidados intensivos recebam a assistência adequada sem atrasos.

A Unidade vem fomentando uma rede de colaboração entre os diferentes prestadores de saúde da região, através da Superintendência Regional de Saúde. Isso não apenas facilitará o direcionamento de pacientes, mas também permitirá um melhor compartilhamento de informações e recursos, promovendo um atendimento mais eficiente e humanizado.

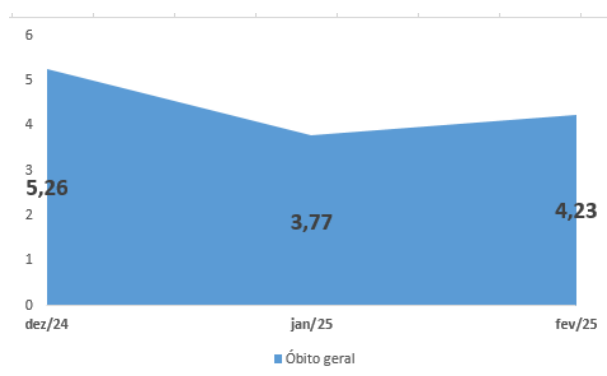
A implementação dessas ações é vital para melhorar a qualidade do atendimento e garantir que todos os pacientes recebam os cuidados que necessitam em tempo hábil. Com um esforço conjunto entre a unidade, outros prestadores de saúde e a comunidade, podemos reduzir o encaminhamento de casos até a Unidade que evoluem com desfecho de óbito em menos de 24 horas.

1. Acta paul. enferm. 27 (2) • Mar-Apr 2014 Silmara Meneguín, Patrícia Helena Corrêa Alegre, Claudia Helena Bronzatto Luppi <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400021>
2. Resolução CFM nº1672/2003, https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2003/1672_2003.pdf

FEVEREIRO

A unidade é referência da Macrorregião Noroeste, composta por 33 municípios, aproximadamente 730.000 habitantes, com atendimentos da média e alta complexidade em Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, AVC, Pediatria, Gestação de Alto Risco e Violência sexual. Tivemos um total de 29 óbitos nesse período, sendo 28 adultos e 01 RN. A taxa de mortalidade é um indicador crítico da qualidade do atendimento em hospitais, especialmente em instituições que lidam com alta complexidade, como a nossa unidade, único prestador e referência em traumatologia e ortopedia para alta complexidade da região da Macronoroeste. O resultado alcançado atinge a meta prevista, no entanto, deve-se ser considerando a sazonalidade (datas festivas, acidentes de trânsito, etc) que provoca esse cenário variável de um mês para o outro, conforme gráfico demonstrativo:

Gráfico 01: Taxa de óbito geral de dezembro/24 a fevereiro/25.



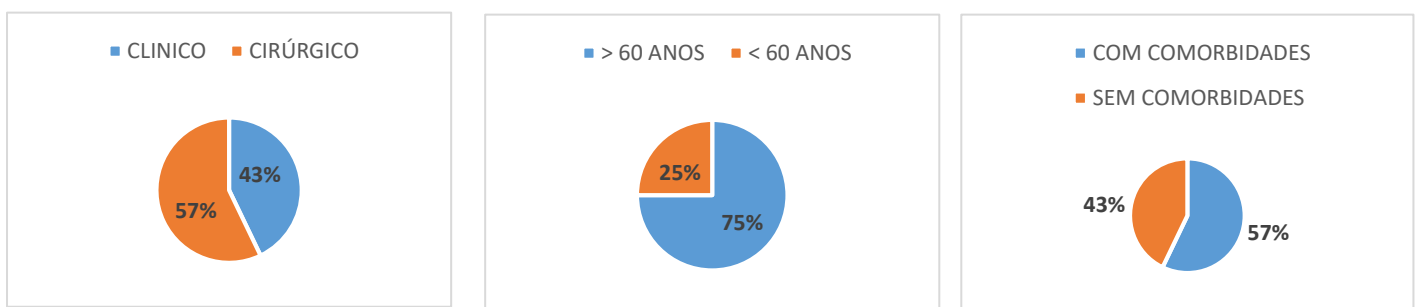
Importante reforçar que há uma cultura na região Macronoroeste que os casos críticos, independentemente, se capacidade operacional esgotada os pacientes serão direcionados a Unidade, incluindo pacientes fora da vocação da Unidade com prestadores na cidade para realização do atendimento, como os casos que serão apresentados Prontuário 343474, C. F. B. M., Prontuário 343900, E. L. S., Prontuário 344083, M. E. P. de óbitos em menos de 24 horas.

A Comissão de Revisão de Óbitos da Unidade analisou 28 prontuários, conforme tela abaixo:

	<u>Idade</u>	<u>Número de</u> <u>Prontuário</u>	<u>Análise</u>
1.	86	343474	NÃO EVITÁVEL
2.	61	343436	NÃO EVITÁVEL
3.	66	343171	NÃO EVITÁVEL
4.	78	336296	NÃO EVITÁVEL
5.	52	343307	NÃO EVITÁVEL
6.	73	343433	NÃO EVITÁVEL
7.	69	220568	NÃO EVITÁVEL
8.	39	343420	NÃO EVITÁVEL
9.	75	343536	NÃO EVITÁVEL
10.	69	343576	NÃO EVITÁVEL
11.	78	343447	NÃO EVITÁVEL
12.	74	340370	NÃO EVITÁVEL
13.	43	343570	NÃO EVITÁVEL
14.	68	343211	NÃO EVITÁVEL
15.	47	343766	NÃO EVITÁVEL
16.	77	343703	NÃO EVITÁVEL
17.	100	343767	NÃO EVITÁVEL
18.	70	304531	NÃO EVITÁVEL
19.	70	328323	NÃO EVITÁVEL
20.	74	343900	NÃO EVITÁVEL
21.	23	343871	NÃO EVITÁVEL
22.	71	343451	NÃO EVITÁVEL
23.	76	342894	NÃO EVITÁVEL
24.	80	344001	NÃO EVITÁVEL
25.	84	323357	NÃO EVITÁVEL
26.	19	343814	NÃO EVITÁVEL
27.	47	344080	NÃO EVITÁVEL
28.	87	344083	NÃO EVITÁVEL

Na análise realizada verificamos o perfil epidemiológico dos óbitos do mês de fevereiro/2025 conforme demonstrado abaixo:

Gráfico 02: Perfil epidemiológico dos óbitos em fevereiro/25.



1. Pacientes clínicos com comorbidades

Pacientes clínicos + comorbidades			
Prontuário	Perfil Epidemiológico	Idade	
1. 220568	Clínico - DM; HAS; DPOC E CARDIOPATIA	69	
2. 343576	Clínico – DC CHAGAS;	69	
3. 343447	CLÍNICO/UTI – HAS E FA AVCH/ Hemorragia Intraparenquimatosa	78	
4. 340370	Clínico/UTI – HAS hepatatoesplenomegalia (Evolução Para Redução Volumétrica Do Fígado), pancitopenia a/e, DRC, HAS, Diverticulite, hemorroida, paniculite mesentérica. Esplenectomia 10/10/24. Diverticulite. *Abscesso Subfrenico	74	
5. 343766	Clínico – HAS, AVCI	47	
6. 304531	UTI/CLÍNICO – DM 2, HAS	70	
7. 328323	Clínico Pancitopenia/Anemia Severa (HB 4,9) 3 AVCS Prévios, ALZHEIMER	70	
8. 343871	Clínico: Tabagismo intenso 40cigarros/dia. AVCH Parieto-Occipital esquerdo em contexto de púrpura trombocitopênica	23	
9. 343900	Parada Cardíaca – hás, dm.	74	
10. 342894	UTI – HAS, Outras septicemias	76	
11. 344083	PNM, choque séptico - ALZHEIMER	87	

2. Pacientes clínicos sem comorbidades

Pacientes Clínicos s/ comorbidades			
Prontuário	Perfil Epidemiológico	Idade	
12. 343474	Clínico - Choque Séptico De Foco Abdominal	86	

3. Pacientes cirúrgicos com comorbidades

Pacientes Cirúrgicos + comorbidades			
Prontuário	Perfil Epidemiológico	Idade	
13. 343436	Cirúrgico - Alta suspeição de neoplasia duodenal	61	
14. 343171	Cirúrgico - Derrame pleural bilateral	66	
15. 336296	Cirúrgico - Megacólon + volvo de sigmoide	78	
16. 343307	UTI/ Cirúrgico: HSA espontânea secundária a MAV Profunda	52	
17. 343420	UTI – CIRÚRGICO; HAS HSAE (FISHER IV E HUNT HESS II) > Aneurismático	39	
18. 343211	UTI/CIRÚRGICO Hemorragia Subaracnóide Espontânea HSAE - FISHER IV/HH IV	68	
19. 343703	UTI - DPOC– CIRÚRGICO ABDOME AGUDO: DIVERTICULITE PERFURADA DE SIGMOIDE	77	
20. 343767	UTI – HAS; Cirúrgico Abdome Agudo Perfurativo, Volvo De Sigmoide Perfurado	100	
21. 343451	Cirúrgico – TB INTESTINAL, Linfoma Malt	71	
22. 323357	Cirúrgico - DPOC, Doença De Crohn - Enfisema	84	
23. 343814	TCE Grave, Autismo, Hipotireoidismo, Epilepsia	19	
24. 344080	Choque Séptico, Pneumotórax, Etilista, tabagista	47	

4. Pacientes cirúrgicos sem comorbidades:

Pacientes Cirúrgicos s/ comorbidades			
Prontuário	Perfil Epidemiológico	Idade	
25. 343433	UTI – Politrauma	73	
26. 343536	HAS – CIRÚRGICO Hematoma subdural agudo	75	
27. 343570	UTI/CIRÚRGICO - Politrauma Grave, Amputação	43	
28. 344001	Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical	80	

5. Alta Complexidade: 15 óbitos classificados como alta complexidade (54% dos óbitos).

Nº	PRONTUÁRIO	QUADRO	IDADE
1.	343061	UTI/CIRÚRGICO: TCE GRAVE, LESÃO ESPLÊNICA	38
2.	343307	UTI/CIRÚRGICO: HSA ESPONTÂNEA SECUNDÁRIA A MAV PROFUNDA	52
3.	343433	UTI: POLITRAUMA GRAVE	73
4.	343420	UTI : HAS HSAE (FISHER IV E HUNT HESS II) > ANEURISMÁTICO	39
5.	343536	Hematoma subdural agudo	75
6.	343447	CLÍNICO/UTI : HAS e FA AVCh/ HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA	78
7.	340370	CLÍNICO/UTI : HAS HEPATOPATOESPLENOMEGALIA (EVOLUÇÃO PARA REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DO FÍGADO), PANCITOPENIA A/E, DRC, HAS, DIVERTICULITE, HEMORROIDA, PANICULITE MESENTÉRICA. ESPLENECTOMIA. DIVERTICULITE.	74
8.	343570	UTI/CIRÚRGICO: POLITRAUMA GRAVE, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA	43
9.	343211	UTI/CIRÚRGICO: HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ESPONTÂNEA HSAE - FISHER IV/HH IV	68
10.	343703	UTI – DPOC prévio: ABDOME AGUDO: DIVERTICULITE PERFURADA DE SIGMOIDE	77
11.	343767	UTI –HAS; CIRÚRGICO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO VOLVO DE SIGMEOIDE PERFURADO	100
12.	343871	CLÍNICO: TABAGISTO INTENSO 40CIGARROS/DIA. AVCH PARIETO-OCCIPITAL ESQUERDO EM CONTEXTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA	23
13.	343451	CIRÚRGICO – TB INTESTINAL, LINFOMA MALT	71
14.	343814	TCE GRAVE.	19
15.	344080	CHOQUE SEPTICO, PNEUMOTÓRAX-	47

Diante dos casos de óbitos em menos de 24 horas após a admissão na Unidade, foi realizada a análise com objetivo de identificar possíveis falhas no atendimento e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Na Unidade de Pacientes Externos, no mês de fevereiro/2025, teve-se 5 óbitos em menos de 24 horas, 18% dos óbitos no período:

- Prontuário 343474, C. F. B. M. proveniente de Guimarães, VAGA ZERO pelo SAMU:
Admitida intubada, sedada, grave, instável, com noradrenalina em alta vazão, permanece na sala de emergência, evolui a óbito.
 - 01/02/25: Taxa de ocupação às 19 horas de 88,44% e 03 pacientes retidos na emergência
 - M.S.J.S., 79 ANOS, IOT, CLINICA MEDICA, CADASTRADA PARA TRANSFERÊNCIA.
 - L.M.A. 58 ANOS, NEUROCIRURGIA.
 - J.P.A. 69 ANOS, CIRURGIA GERAL.

Tempo de permanência: 11 horas 46 minutos (Admissão: 01:54 / Óbito: 13:40)

- Prontuário 343900, E. L. S., proveniente de São Gonçalo do Abaeté, VAGA ZERO:
“ PACIENTE 74 ANOS DEU ENTRADA NA ORIGEM COM QUADRO DE DOR TORÁCICA EM APERTO E CIANOSE (SAT 77% AA) HÁ 1 HORA. QUADRO DE VÔMITOS E DIARREIA ANTERIOR. FEITO ECG COM BRE E BDAS. CARDIOPATA COM RELATO DE AVE ANTERIOR /HAS/DM. EM USO DE METOPROLOL/ESPIRONOLACTONA/AAS/SINAVASTATINA/FORXIGA/METFORMINA.

Paciente cadastrado no SUSFácil às 19:01, diagnóstico de TEP, conforme tela abaixo:

DATA-HORA	19/02/2025 - 19:01
PROFISSIONAL	85015350600 - LUCIANA CANDIDA SOUTO LOPES DINIZ
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2101890 - CENTRO DE SAUDE CLAUDIANO MORATO (SAO GONCALO DO ABAETE)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303060140 - TRATAMENTO DE EMBOLIA PULMONAR
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	CIRURGICOS - CARDIOLOGICA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARATER DA INTERNAÇÃO	URGENCIA -
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	EMERGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO PATOS DE MINAS
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	I260 - EMBOLIA PULMONAR COM MENÇÃO DE COR PULMONALE AGUDO

Vaga zero liberada às 22:10h para o HRAD após negativa de vaga por outro prestador de serviço.

Admitida em Parada Cardiorespiratória no HRAD às 23:53.

- 19/02/25: Taxa de ocupação às 19HORAS 86,67% e 03 pacientes na emergência
- J.H.S., 23 ANOS, IOT, VM NEUROCIRURGIA COM DVA, CADASTRADO PARA TRANSFERENCIA PARA UTI.
 - J.P.R., 80 ANOS, CIRURGIA GERAL, COM DVA, CADASTRADO PARA TRANSFERENCIA PARA UTI.
 - I.B.S., 80 ANOS, OXIGENIO EM MASCARA COM RESERVATÓRIO, cirurgia geral

Tempo de permanência: 22 minutos (Admissão: 23:53 / Óbito: 00:15)

3. Prontuário 343926, A. A. S., proveniente de Serra do Salitre, VAGA ZERO.

“PACIENTE 30 ANOS COM QUADRO RESPIRATORIO E FEBRE HA 4 DIAS, TABAGISTA. RADIOGRAFIA COM INFILTRADO BILATERAL DIFUSO. PACIENTE ADMITIFDO EM FRANCA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, SUDORESE FRIA E CIANOSDE, SENDO PRONTAMENTE ENTUBADO SEM INTERCORRENCIAS, FC DE 180 BPM SINUSAL EVOLUIU COM BRADICADIA E PCR SENDO REANIMADO DURANTE 30 MINUTOS SEM TER APRESENTADO NENHUM SINAL DE RECUPERAÇÃO FEITO GASOMETRIA QUE MOSTROU PH 7,07PCO 2 79PO2 44NA 139. PACIENTE EVOLUIU COM OBITO AS 20:11, A DESPEITO DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO.”

- 20/02/25: Taxa de ocupação às 19HORAS 85,87% e 03 pacientes na sala de emergência
- J.H.S., 23 ANOS, IOT, NEUROCIRURGIA cadastrado para transferência leito de UTI
 - I.B.S., 80 ANOS, OXIGENIO EM MASCARA COM RESERVATÓRIO, Cirurgia Geral.
 - G.A.S., 27 ANOS, IOT, CIRURGIA GERAL, cadastrado para transferência leito de UTI

Tempo de permanência: 01hora e 1 minuto (Admissão: 19:10 / Óbito: 20:11)

4. Prontuário 343990, V. T. J., DEMANDA ESPONTÂNEA.

PACIENTE TRAZIDO POR FAMILIARES EM CARRO PROPRIO, SENGUNDO OS MESMOS A MESMA FOI ENCONTRADA CAIDA DENTRO DO DOMICILIO ENGUANTO ASSISTIA TELEVISÃO-SIC.

AO EXAME: PACIENTE SEM SINAIS VITAIS, CIANOSE CENTRAL E DE EXTREMIDADES, MIDRÍASE FIXA. SEM INDICAÇÃO DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO.

Tempo de permanência: 28 minutos (Admissão: 17:29 / Óbito: 17:57)

5. Prontuário 344083, M. E. P. proveniente de Patos de Minas, SAMU:
ALZHEIMER avançado, paciente acamada sem prognóstico.

“ADMITIMOS PACIENTE NESTA UNIDADE, TRAZIDA PELO SAMU, TORPOROSA, GEMENTE, TAQUICARDICA, HIPOTENSA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE (DESSATURANDO), ESFORÇO RESPIRATÓRIO IMPORTANTE, LIVRE DE AVP, PEITO CHIANDO,

SECRETIVA, CAMISOLA SUJA DE RESÍDUOS ALIMENTARES, EM USO DE FRALDA, ACOMODADA EM SALA DE EMERGÊNCIA. DEFINIDO NÃO REALIZAR MEDIDAS INVASIVAS EM CONJUNTO COM A FAMÍLIA. ”

Tempo de permanência: 20 horas 15 minutos (Admissão: 19:55 / Óbito: 16:10)

Embora o hospital seja uma referência na região, frequentemente enfrenta limitações em recursos, como leitos em UTI em períodos de alta demanda, conforme demonstrado pela taxa de ocupação.

O perfil epidemiológico dos óbitos permitiu evidenciar a complexidade dos atendimentos realizados na unidade.

57% dos óbitos são de pacientes que passaram por intervenções cirúrgicas.

54% dos casos são classificados como de alta complexidade, com ênfase em neurocirurgia e politrauma.

75% dos pacientes que faleceram têm mais de 60 anos.

57% dos óbitos ocorreram em pacientes com comorbidades.

A predominância de pacientes com mais de 60 anos sugere que o hospital atende a uma população idosa, que pode apresentar maior vulnerabilidade a complicações pós-trauma e cirúrgicas.

A alta taxa de comorbidades (57%) indica que muitos pacientes apresentam condições pré-existentes que complicam o tratamento e aumentam o risco de mortalidade.

O fato de 57% dos óbitos ocorrerem em pacientes que passaram por cirurgias sugere que as intervenções cirúrgicas, especialmente em casos de alta complexidade, podem estar associadas a riscos elevados, especialmente em uma população idosa e com comorbidades.

A ênfase em neurocirurgia e politrauma destaca a gravidade dos casos atendidos, onde a mortalidade pode ser influenciada pela severidade das lesões e pela resposta do paciente ao tratamento.

A análise realizada destacou a necessidade de implementar ações externas para a redução das "vagas zeros" em nossa unidade, especialmente em casos onde a estabilização clínica dos pacientes não é alcançada antes do transporte.

A conscientização da Central de Regulação para utilização da prática de “Vaga Zero” aos prestadores de saúde com leitos de UTI disponíveis é crucial para garantir que aqueles que necessitam de cuidados intensivos recebam a assistência adequada sem atrasos.

A Unidade vem fomentando uma rede de colaboração entre os diferentes prestadores de saúde da região, através da Superintendência Regional de Saúde. Isso não apenas facilitará o direcionamento de pacientes, mas também permitirá um melhor compartilhamento de informações e recursos, promovendo um atendimento mais eficiente e humanizado.

A implementação dessas ações é vital para melhorar a qualidade do atendimento e garantir que todos os pacientes recebam os cuidados que necessitam em tempo hábil. Com um esforço conjunto entre a unidade, outros prestadores de saúde e a comunidade, podemos reduzir o encaminhamento de casos até a Unidade que evoluem com desfecho de óbito em menos de 24 horas.

Como ações de melhoria a serem implementadas tem-se o fortalecimento da Comissão de Revisão de óbito com um novo olhar focado em identificar pontos de melhoria no processo assistencial para subsidiar a Alta Gestão na definição de novas estratégias internas.

A unidade avançou nas articulações junto a Superintendência Regional de Saúde com agenda fixa da equipe assistencial da Unidade em conjunto com a Central de regulação de leitos para discussão dos encaminhamentos inadequados para melhoria do acesso do paciente na Unidade.

Durante a análise dos óbitos identificou-se a necessidade de implantação do Protocolo de Deterioração Clínica com brevidade, uma vez que as identificações precoces de sinais de agravamento podem interferir em um desfecho diferente. O protocolo está em processo de revisão pela equipe técnica com previsão de treinamento da equipe e início da aplicação para abril/25.

Apesar da taxa de mortalidade de 4,44% em um hospital de referência para alta complexidade em traumatologia e ortopedia, não tenha atingido a meta prevista, a sazonalidade e o perfil epidemiológico dos óbitos revela uma população predominantemente idosa, com alta complexidade nos casos atendidos e significativa presença de comorbidades. Esses dados são essenciais para orientar políticas de saúde, capacitação da equipe médica e estratégias de intervenção que visem melhorar os desfechos clínicos e reduzir a mortalidade nesses grupos vulneráveis. A unidade com as estratégias mencionadas busca aprimorar os processos que são essenciais para redução da taxa mortalidade. A priorização da segurança do paciente e a revisão dos protocolos de cuidado são essenciais para reduzir a mortalidade e garantir melhores desfechos clínicos.

Fonte de comprovação do indicador

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

10/03/25 - 10:36

Período: 01/12/2024 a 28/02/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.208	
Média mês:	736,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.210	(54,80 %)
Clínicos:	998	(45,20 %)
Case Mix Global:	1,3045	
Case Mix Clínico:	1,0760	
Case Mix Cirúrgico:	1,4930	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	37	(1,75 %) **
(qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	98	(4,44 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	11	(0,73 %)
Incidência de Cesárea:	183	(54,46 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	0	(0,00 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório (excluindo os óbitos)

Área Temática: Assistência à Saúde**Indicador nº 3.4:** Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa**Meta do período avaliatório**

≤1,6%

Resultado do período avaliatório**1,57%****Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório****Tivemos um fechamento no trimestre de 1,57%, alcançando a meta estabelecida.****DEZEMBRO**

No mês de novembro de 2024, a taxa de infecção em cirurgias limpas não atingiu o índice preconizado, alcançando **2,01%**, o que corresponde a 03 infecções registradas em 149 cirurgias. Destas, duas ocorreram em cirurgias de ortopedia e uma em cirurgia vascular.

Como justificativas, destacamos os seguintes fatores:

1. Redução no número total de cirurgias limpas realizadas durante o mês, o que impacta diretamente no cálculo da taxa percentual.
2. A infecção registrada em cirurgia vascular foi uma ocorrência esporádica e atípica, associada a necessidade de várias reabordagens no caso específico, o que aumenta os riscos de infecção.

Para reduzir a taxa de infecção em cirurgias limpa algumas estratégias foram reforçadas com a equipe, como:

- Fortalecer a adesão às práticas de controle de infecção (higienização das mãos, uso correto do antimicrobiano profilático).
- Revisão de processos e fluxos cirúrgicos (controle rigoroso de esterilização, ventilação e ambiente).
- Educação continuada da equipe.
- Gestão de fatores relacionados ao paciente (avaliação pré-operatória e preparo pré-operatório).

Todas as ações e estratégias de responsabilidade da CCIH já foram incluídas no cronograma para 2025, com o objetivo de aprimorar as práticas, garantir maior segurança aos pacientes e reduzir ainda mais as taxas de infecção. Com a colaboração de toda a equipe será possível alcançar melhores resultados, promovendo um ambiente seguro e eficiente para os pacientes.

Além de todas as ações já citadas, é importante destacar que a unidade vem promovendo educação continuada com a equipe multidisciplinar e mantendo rigorosamente as práticas de higiene dentro do bloco cirúrgico para reforçar o controle de infecções.

Considerando as informações apresentadas referente ao resultado do indicador, incluindo as ações realizadas no hospital, bem como a característica e vocação da instituição, entendemos que a meta proposta para a unidade supera a característica de “meta desafiadora”. Pela média de cirurgias limpas realizadas na unidade, para alcançar a meta proposta no contrato, a unidade pode apresentar somente 1 ou no máximo, 2 casos de infecção, algo considerado extremamente difícil baseando-se na característica dos pacientes aqui atendidos.

Sugerimos que esta meta seja revista, no sentido de não prejudicar a unidade neste e nos próximos períodos avaliatórios.

Ressalto que no mês de DEZEMBRO são analisadas as infecções de cirurgias realizadas em novembro.

Para critérios de notificação é utilizado a Nota Técnica de referência de notificação de IRAS da ANVISA.

JANEIRO

Durante o mês de dezembro de 2024, o Hospital Regional Antônio Dias realizou 174 cirurgias limpas, das quais 01 apresentou infecção relacionada à saúde, resultando em uma taxa de 0,57%. O caso identificado foi na especialidade de ortopedia.

Para obter informações relevantes sobre fatores que possam ter influenciado nessa infecção, foi utilizado um questionário desenvolvido pela SCIH, com embasamento teórico, aplicado tanto durante a internação quanto no momento da alta hospitalar.

Em anexo, encaminhamos uma nova planilha criada pela SCIH, detalhando os critérios utilizados para a identificação dessas infecções, bem como ações tomadas para correção.

Ressalto que no mês de JANEIRO são analisadas as infecções de cirurgias realizadas em dezembro.

Para critérios de notificação é utilizado a Nota Técnica de referência de notificação de IRAS da ANVISA.

FEVEREIRO

No mês de janeiro de 2025, após a reclassificação conforme os critérios da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foram contabilizadas 189 cirurgias limpas. Destas, identificamos 4 casos de infecção, resultando em uma taxa de infecção de 2,12%. É importante destacar que todas as infecções ocorreram em procedimentos ortopédicos.

Após análise clínica detalhada, observamos que os principais fatores associados a essas infecções foram o tempo prolongado de espera para a realização dos procedimentos e dificuldades na recuperação e no cuidado domiciliar dos pacientes.

Para obter informações relevantes sobre fatores que possam ter influenciado nessa infecção, foi utilizado um questionário desenvolvido pela SCIH, com embasamento teórico, aplicado tanto durante a internação quanto no momento da alta hospitalar.

Em anexo, encaminhamos a planilha detalhando os critérios utilizados para a identificação dessas infecções, bem como ações tomadas para correção.

Ressalto que no mês de FEVEREIRO são analisadas as infecções de cirurgias realizadas em janeiro.

Para critérios de notificação é utilizado a Nota Técnica de referência de notificação de IRAS da ANVISA.

Fonte de comprovação do indicador

Drive: [Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa](#)

Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.5: Medida de Case Mix

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥1,23	1,30
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
No trimestre analisado obtivemos um valor de Case Mix clínico de 1,08 e cirúrgico de 1,49, na média de ambos, alcançamos o Case Mix global de 1,30. No período analisado ficamos acima da meta estabelecida ≥1,23, o que está relacionado diretamente ao perfil dos pacientes atendidos da unidade, considerando a complexidade e a diversidade dos casos clínicos e cirúrgicos. No modelo DRG, cada grupo recebe um peso específico que reflete a gravidade do caso e a intensidade dos recursos consumidos, o case mix serve como indicador da severidade média dos casos tratados e nos auxilia na comparação com outras unidades, contribuindo para a eficiência operacional e para a melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos a população.	
Fonte de comprovação do indicador	
HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	
10/03/25 - 10:36	
Período: 01/12/2024 a 28/02/2025	
Dados Gerais	
Registros de saídas:	2.208
Média mês:	736,00
Cirúrgicos:	1.210 (54,80 %)
Clínicos:	998 (45,20 %)
Case Mix Global:	1,3045
Case Mix Clínico:	1,0760
Case Mix Cirúrgico:	1,4930
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	37 (1,75 %) **
(qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações excluindo os óbitos) x 100	
Mortalidade global:	98 (4,44 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	11 (0,73 %)
Incidência de Cesárea:	183 (54,46 %)
DRG 999 (não definido):	0 (0,00 %) *
Pós MDC	0 (0,00 %) *
* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.	
** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório (excluindo os óbitos)	

DRG Brasil - Diagnosis Related Groups

Página 2 de 13

Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.6: Taxa de Cesárea

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤53,10%	54,46%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

Tivemos no trimestre uma taxa de 54,56% de cesarianas. 1,36% acima da meta estabelecida.

DEZEMBRO

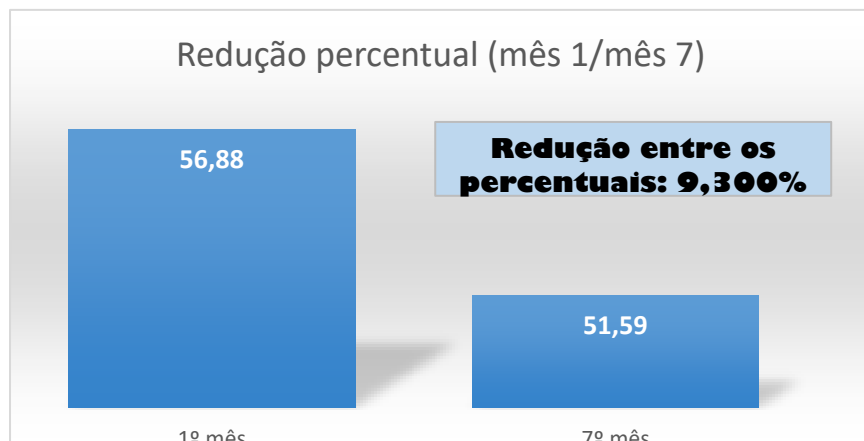
A unidade é referência da Gestação de Alto Risco para 33 municípios, em torno de 700 mil habitantes, e conhecendo a complexidade dessas pacientes   notório que a redução da taxa de cesárea em pacientes de alto risco é um desafio que envolve múltiplas dimensões.

Considerando a Portaria GM/MS N  5.350, de 12 de setembro de 2024 – Rede Alyne – que cita no “Art.47. Para habilitação de Serviços Hospitalares de Referência   Gestação e ao Puerpério de alto risco, são necessárias a pactuação em CIB ou CGSES-DF e a inclusão no Plano de A  o da grade de referência regionalizada dos leitos, devendo ainda o estabelecimento cumprir os seguintes requisitos: XVIII - informar taxa de cirurgia cesariana e apresentar plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em 10% (dez por cento) ao ano, tendo como valor de referência de meta uma taxa menor ou igual a 35% (trinta e cinco por cento)”.

Ainda no Art.47, identificamos em seu parágrafo 1 : “  1  Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para 5% (cinco por cento) ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local”. Tal situação se enquadra na realidade do HRAD, o qual é a única referência da Macrorregião para Gestação de Alto Risco.

E para corroborar com a orientação da Portaria da Rede Alyne é apresentado a redução da taxas de cesárea comparando o primeiro mês (Junho/2024) e o último mês (Dezembro/2024) o percentual de redução:

Gráfico.01: Redução do  ndice de cesarianas – comparativo m s 1 - mês 7



Diante do resultado apresentado, a Unidade está com tendência positiva para alcançar o resultado anual, conforme o citado na Portaria GM/MS N  5.350, de 12 de setembro de 2024 – Rede Alyne, com a redução entre os meses de 9,300%. Esse resultado corrobora com a discussão realizada anteriormente de adequação dos indicadores para redução escalonada da taxa de cesárea.

Solicitamos que seja considerado todo o esforço da unidade, que alcançou um resultado acima do previsto pela Portaria da Rede Alyne. Solicitamos que seja desconsiderado o não alcance da meta diante do resultado apresentado em conformidade com o Art. 47, em seu parágrafo 1 : “  1  Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para 5% (cinco por cento) ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local”.

Para os próximos períodos avaliatório solicitamos que seja revista a meta, considerando o artigo 47 citado acima, e que a meta estabelecida, seja a redução do preconizado de 5% por ano, em relação ao resultado do período anterior. E ainda, o escalonamento

do cumprimento da meta, alterando o atual que é 100% ou zero. Este escalonamento favorecerá no fortalecimento das ações, engajamento e motivação dos profissionais.

Sabe-se que os resultados alcançados são multifatoriais, destaca-se algumas ações que estão sendo implementadas na Unidade com o objetivo de reduzir a taxa de cesárea no hospital.

- Foco em capacitação da Equipe:

Proporcionar a equipe médica e de enfermagem capacitação em técnicas de parto normal e manejo de complicações obstétricas alinhadas ao perfil vocacional da Unidade.

- Equipamentos e Insumos:

Buscar por insumos e equipamentos modernos que proporcionam a humanização para levar a decisões que priorizam ao parto normal.

- Protocolos Claros:

Priorizar a definição de Diretrizes para o manejo de gestantes de alto risco para mitigar resultados que levem a decisões inconsistentes sobre o tipo de parto.

- Expectativas das Pacientes:

Desenvolver ações extramuros para que tenha segurança na condução dos partos pela unidade, uma vez que muitas gestantes podem ter uma expectativa cultural de que a cesariana é uma forma mais segura de parto, influenciando a decisão médica.

- Ações de Médio prazo:

Projeto de Unificação do bloco cirúrgico e bloco obstétrico em Centro Cirúrgico, com o remanejamento do Pré-parto para local mais adequado, com foco na Humanização da Maternidade, investimento em terapias não farmacológicas, integração multidisciplinar com inclusão de Enfermeiras Obstetras.

Embora vários fatores possam contribuir para a não conformidade com as metas de cesariana em gestações de alto risco, ações imediatas e de longo prazo podem ser implementadas para melhorar essa situação. A capacitação da equipe, a revisão de protocolos e a sensibilização das pacientes são passos cruciais para alcançar resultados mais alinhados com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Reiteramos que a equipe está investindo em estratégias como as listadas acima e sabe-se que é fundamental monitorar continuamente os indicadores e ajustar as abordagens conforme necessário, sempre buscando a melhoria da assistência.

JANEIRO

A unidade é referência da Gestação de Alto Risco para 33 municípios, em torno de 700 mil habitantes, e conhecendo a complexidade dessas pacientes é notório que a redução da taxa de cesárea em pacientes de alto risco é um desafio que envolve múltiplas dimensões. Considerando a Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 – Rede Alyne – que cita no “Art.47. Para habilitação de Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de alto risco, são necessárias a pactuação em CIB ou CGSES-DF e a inclusão no Plano de Ação da grade de referência regionalizada dos leitos, devendo ainda o estabelecimento cumprir os seguintes requisitos: XVIII - informar taxa de cirurgia cesariana e apresentar plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em 10% (dez por cento) ao ano, tendo como valor de referência de meta uma taxa menor ou igual a 35% (trinta e cinco por cento). Ainda no Art.47, identificamos em seu parágrafo 1º: “§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para 5% (cinco por cento) ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local”.

Tal situação se enquadra na realidade do HRAD, o qual é a única referência da Macrorregião para Gestação de Alto Risco.

No mês de janeiro de 2025 ocorreram um total de 100 partos sendo, 44 partos normal e 56 cesáreas conforme levantamento realizado na planilha on-line de partos do setor Bloco Obstétrico.

De acordo com os dados estatísticos não foi possível o alcance da meta do indicador taxa de cesárea conforme justificativas abaixo:

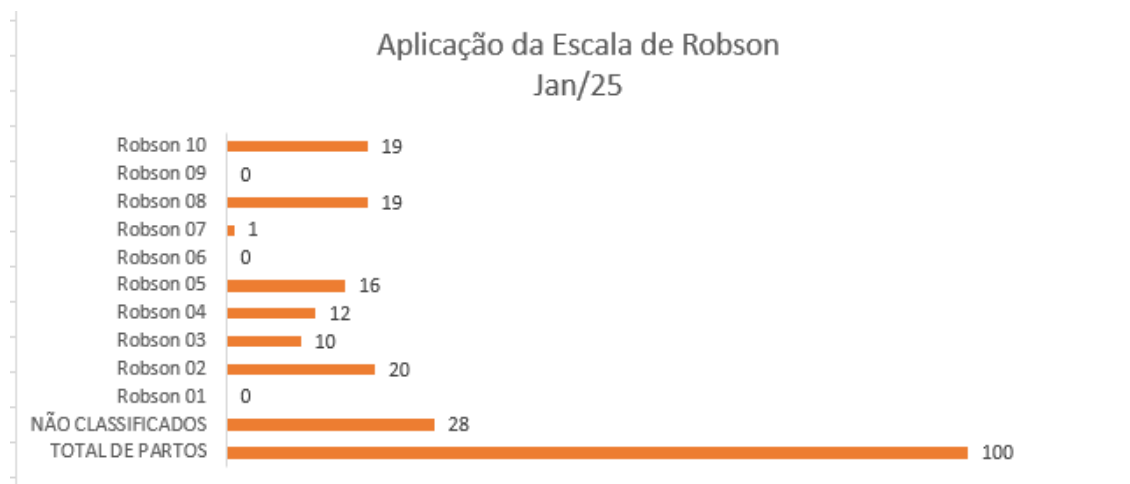
A maternidade do Hospital Regional Antônio Dias é referência no atendimento de urgência/emergência em Maternidade de Alto Risco para a Macrorregião Noroeste, correspondendo a 33 (trinta e três) municípios, atendendo uma população de 701.605 (setecentos e um mil e seiscentos e cinco) habitantes. Dessa forma é esperado que sejam atendidas pacientes gestantes com alterações clínicas e fetos com necessidade de acompanhamento e monitoramento constante.

Com base nas evidências dos prontuários, temos:

A escala de Robson é uma ferramenta utilizada para classificar as parturientes em diferentes grupos, com base em características como idade, paridade, tipo de parto, complicações médicas ou obstétricas, uso de ocitocina, entre outras.

É composta por 10 grupos, sendo que cada um deles representa uma categoria específica de parturientes.

Do total de partos com a aplicação da Escala de Robson:



Os partos não classificados são uma fragilidade para subsidiar as indicações da via de parto das pacientes atendidas na Unidade, para isso a Unidade vem trabalhando a aplicação e sensibilização da equipe de obstetras através das Coordenações médicas e de Residência.

Penha, Nery e Mendonça (2023)¹ cita que a classificação da escala de Robson pode ser separada em grupos que definem a via de parto, a cesariana pode/deve ser indicada (grupos 6 ao 10) e aqueles que há indicação é favorável ao parto vaginal, possuindo pouca recomendação a cesárea (grupos 1 a 4).

Assim, das 56 cesáreas realizadas 69,64% das pacientes foram classificadas adequadamente, e 30,35% das pacientes que evoluíram a cesariana não foram classificadas ou classificadas de forma equivocada. Nossos resultados expressam que é necessário o fortalecimento de intervenções específicas para reduzir as taxas de cesarianas principalmente nos grupos G5 e G4, como forma de melhoria da assistência materna-neonatal, para isso a Unidade vem fortalecendo a utilização do protocolo de indução e sensibilização do corpo clínico.

Em análise das cesarianas realizadas, 21 cesáreas prévias: 38.2% cesárea prévias e dessas 62% com ITERATIVA 1:

1. FSS PRONTUÁRIO 235182
2. JBGF PRONTUÁRIO 325985
3. DTLA PRONTUÁRIO 342864
4. MJRS PRONTUÁRIO 324177
5. NFL PRONTUÁRIO 342921
6. ACJ PRONTUÁRIO 115035
7. VG PRONTUÁRIO 342002
8. FKPS PRONTUÁRIO 343087
9. GS PRONTUÁRIO 343105
10. TAM PRONTUÁRIO 276334
11. LLB PRONTUÁRIO 343172
12. GFFS PRONTUÁRIO 319701
13. GGR PRONTUÁRIO 328736

As iterativas 1, não foram tentados indução por não fazer parte do protocolo da instituição no momento. No nosso serviço por se tratar de alto risco, as pacientes com cesáreas prévias, são internadas no máximo com 39 sem, ou antes dependendo da patologia e risco do binômio feto-mãe, e na maioria das vezes, sem pródromos de trabalho de parto, com colo não trabalhado, sem possibilidades de passagem de sonda vesical - método de Krause.

Diante do novo protocolo a ser implementado a partir de fevereiro/2025 na tentativa de se chegar mais ao termo, e alinhamento da equipe para indução de iterativa 1, quando possível, com ocitocina e sonda vesical.

As demais pacientes com cesáreas prévias compreendem segunda e terceira cesáreas, indicação formal de nova cesárea pelo risco de ruptura da cicatriz.

As falhas de indução correspondem a 17.8 % dos partos cesarianos, sendo que 5 pacientes induzidas com 39 semanas:

1. DBR PRONTUÁRIO 342749 DMG;
2. RHR PRONTUÁRIO 342694 OBESIDADE E HIPOTIREOIDISMO;

3. LFSC PRONTUARIO 342836;
4. RMF PRONTUARIO 245631 PRÉ ECLAMPSIA;
5. JMRV PRONTUARIO 341359 HAC;

Três pacientes com 37 semanas tiveram falha de indução:

1. JCB PRONTUARIO 225666 PRE ECLAMPSIA;
2. BLLO PRONTUARIO 374189 PRÉ ECLAMPSIA;
3. RLFRO PRONTUARIO 228714 PACIENTE DISTÚRBIO PSIQUIÁTRICO SEM TRATAMENTO.

Uma paciente com 40 sem 2 dias, bolsa rota por mais de 24H, 41 anos de idade, miomatose uterina:

1. LRG PRONTUARIO 343239

Vimos em relação ao mês anterior, diminuição dos índices de falha de indução, mesmo com induções precoces, após ter iniciado protocolo de uso de misoprostol 50 mg para todas as pacientes.

As indicações de cesárea por sofrimento fetal corresponderam a 21.4% das cesarianas, sendo 5 pacientes por sofrimento fetal crônico - centralização fetal:

1. JLS PRONTUARIO 342800;
2. LRA PROTUARIO 342832;
3. VFO PRONTUARIO 342830;
4. JAS PRONTUARIO 339408;
5. ACS PRONTUARIO 298152;

Uma gestação gemelares com Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) de 1 dos fetos:

1. FMVR PRONTUARIO 342773;

Dois casos de sofrimento fetal agudo em pacientes em trabalho de parto, sem melhora com a aplicação do protocolo assistencial: uso de oxigênio, decúbito lateral, infusão de glicose:

1. ACSR PRONTURARIO 343324;
2. LSS PRONTUARIO 333121;

Houve um caso da paciente que iniciou indução com misoprostol, com preparação satisfatória do colo, e a mesma juntamente com o familiar não aceitou o uso de ocitocina, sendo realizado cesárea à pedido da paciente por se configurar violência obstétrica se insistissem em condução do caso sem permissão da paciente, mesmo com diversas orientações exaustivas a paciente na tentativa de sensibilização para seguimento ao parto normal:

1. AKRS PRONTUARIO 343134

Tivemos uma taxa de 7.1% de realização de cesárea por apresentações anômalas - pélvico e transverso:

1. RAS PRONTUARIO 342872;
2. APS PRONTUARIO 283068;
3. MRMS PRONTUARIO 341453;
4. ISMB PRONTUARIO 338442;

5.3% de macrosomia fetal:

1. JLS PRONTUARIO 345985;
2. TMSS PRONTUARIO 204321;
3. IKA PRONTUARIO 343174;

3.5% por descolamento prematuro de placenta:

1. VRC 342685;
2. RCS PRONTUARIO 34277;

3.5% pré eclampsia sendo 1 prematuro extremo 26 sem e outro com 36 sem 1/7, 1 gemelares de 29 sem.

1.7% iminência eclampsia.

Um caso de gastrosquise:

1. MFFB PRONTUARIO 434102;

Um caso de corioangioma de placenta com cisto volumoso de 6.5 cm na inserção do cordão umbilical:

1. NTCS PRONTUÁRIO 220638

O acompanhamento do trabalho de parto tem sido cada vez mais próximo e integral pela equipe assistencial (enfermagem, médicos, residentes), sempre com incentivo à exercícios, estímulo psicológico, encorajamento. Os resultados alcançados se devem, às características da instituição de atendimento a pacientes de alto risco, que necessitam de indução e parto antes dos pródromos de trabalho de parto dificultando o resultado positivo para as induções, além de um número elevado de pacientes com cesáreas prévias. Esperamos que com esse novo protocolo assistencial possamos reduzir as taxas de cesariana com segurança assistencial. Reiteramos que a equipe está investindo em estratégias como as listadas acima e sabe-se que é fundamental monitorar continuamente os indicadores e ajustar as abordagens conforme necessário, sempre buscando a melhoria da assistência.

1. Penha L. B. C., Nery B. L. S., & Mendonça G. O. M. de. (2023). Avaliação das taxas de cesáreas em hospitais do Distrito Federal por meio da classificação de Robson. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 23(1), 11752. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e11752.2023>

FEVEREIRO

A unidade é referência da Gestação de Alto Risco para 33 municípios, em torno de 700 mil habitantes, e conhecendo a complexidade dessas pacientes é notório que a redução da taxa de cesárea em pacientes de alto risco é um desafio que envolve múltiplas dimensões. Considerando a Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 – Rede Alyne – que cita no “Art.47. Para habilitação de Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de alto risco, são necessárias a pactuação em CIB ou CGSES-DF e a inclusão no Plano de Ação da grade de referência regionalizada dos leitos, devendo ainda o estabelecimento cumprir os seguintes requisitos: XVIII - informar taxa de cirurgia cesariana e apresentar plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em 10% (dez por cento) ao ano, tendo como valor de referência de meta uma taxa menor ou igual a 35% (trinta e cinco por cento). Ainda no Art.47, identificamos em seu parágrafo 1º: “§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para 5% (cinco por cento) ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local”.

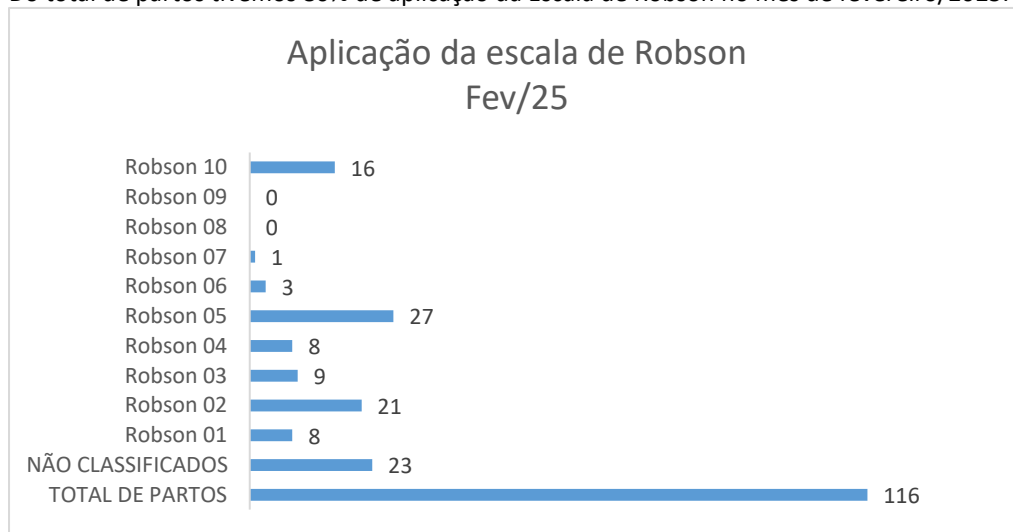
Tal situação se enquadra na realidade do HRAD, o qual é a única referência da Macrorregião para Gestação de Alto Risco.

No mês de fevereiro de 2025, a taxa de cesariana na Unidade foi de 56,64% não alcançando a meta proposta. Nesse período foram realizados 116 partos no Hospital Regional Antônio Dias, dos quais 64 foram cesáreas, representando 55% do total, e 52 foram partos normais, correspondendo a 44,82%. Esses dados foram levantados por meio da planilha on-line de partos do setor Bloco Obstétrico.

A escala de Robson é uma ferramenta utilizada para classificar as parturientes em diferentes grupos, com base em características como idade, paridade, tipo de parto, complicações médicas ou obstétricas, uso de ocitocina, entre outras.

É composta por 10 grupos, sendo que cada um deles representa uma categoria específica de parturientes.

Do total de partos tivemos 80% de aplicação da Escala de Robson no mês de fevereiro/2025:



Os partos não classificados são uma fragilidade para subsidiar as indicações da via de parto das pacientes atendidas na Unidade, para isso a Unidade vem trabalhando a aplicação e sensibilização da equipe de obstetras através das Coordenações médicas e de Residência.

Os principais pontos analisados da aplicação da escala de Robson:

- **Robson 2B:** Em relação à escala de Robson observamos que nas pacientes primigestas, foram realizadas cesárea início do trabalho de parto, as mesmas aconteceram por sofrimento fetal (centralização fetal, descolamento de placenta, paciente com epifisiólise de quadril e as demais por falha nas induções.
- **Robson 5:** Nas pacientes com cesárea prévia, manteve a indicação de cesárea por cesárea anterior.
- **Robson 3:** Tivemos algumas falhas de indução em pacientes (GCSS com um parto normal anterior, 40 sem 3 dias) mesmo em uso de misoprostol 50ug por dose.

Com base na análise dos prontuários das 64 cesáreas realizadas, verificou-se que:

- 34 pacientes (53%) já haviam passado por cesáreas anteriores, sendo:
 - 20 pacientes com uma cesárea prévia (58%);
 - 13 pacientes com duas cesáreas prévias (38,2%);
 - 1 paciente com três cesáreas prévias (2,9%).

Esses fatores demonstram que a necessidade de cesárea esteve diretamente relacionada ao histórico obstétrico das pacientes atendidas na unidade, conforme evidenciado.

Iterativa 1:

- AASM 337677
- FRA 327972
- FFO 343512
- CRO 343393 - PRÉ ECLAMPSIA
- BBG 206674
- RGJS 343573
- CESS 340091
- DMS 343572
- MAAS 343614
- MFSS 309992
- LSS 257791
- ACO 300699
- LFSS 333119
- JM 343753
- VLR 343511
- CRS 343909
- TBS 227034
- JAS 241808
- TFC 342969
- JAS 248821

Mesmo com a implementação do protocolo de indução de pacientes com cesárea prévia (**Iterativa 1**), utilizando sonda de Foley e ocitocina, sua aplicação ainda não ocorre de forma abrangente por toda a equipe. Isso se deve ao fato de que muitas das pacientes já chegam à maternidade com indicação de cesárea determinada durante o acompanhamento pré-natal de alto risco.

Diante desse cenário, torna-se necessária a formalização e implementação dos protocolos também no pré-natal de alto risco, visando a redução da taxa de cesárea em pacientes com uma cesárea anterior e melhoria dos indicadores institucionais. Oportunidade que a unidade terá na discussão junto a Superintendência Regional de Saúde na rediscussão de atualização do Fluxo da Rede Alyne, prevista para o mês de março/2025.

Falhas de indução: 9.3%

Houve uma redução significativa dos índices de falha de indução, após implementação do novo protocolo, usando 50mg de misoprostol para todas as pacientes conforme o protocolo da Figo.

- LMS 343228 pré-eclâmpsia indução com 37 sem 2 dias
- GCSS 342799 40 sem e 3 dias
- ECFS 341396 38 sem 4 dias Hipertensão arterial crônica
- LCS 326512 37 sem 5 dias

- LS 343856 39 sem DMG
- ALAD 343714 37 sem diabetes tipo 1

Sofrimento fetal: 14%

O sofrimento fetal ocorre quando há sinais de comprometimento do bem-estar do bebê, como alterações na frequência cardíaca fetal, hipóxia ou acidose fetal, exigindo uma intervenção imediata para evitar complicações graves. Nesse caso, a cesárea é indicada para evitar danos neurológicos ou óbito fetal.

- TZA0 338600;
- MLAS 343551;
- JMA 339294;
- SHNF 342238;
- MVRJ 340547;
- LFSS 333119;
- DRS 343858;
- PKGB 343888;
- MFS 344086;

Posições anômalas: 7.8%

Nestes casos, a justificativa para o parto cesárea é quando o feto não se encontra na posição cefálica adequada para o parto vaginal, a cesárea pode ser necessária para evitar complicações durante o parto, como por exemplo, traumas maternos e fetais. Sendo as duas condições evidenciadas abaixo:

Partos com apresentação pélvica:

- LAF 343984;
- MGMC 343095;
- MF 228850;

Córmicos:

- RRR 343427 - gestação gemelar ambos córmicos;
- RN com gastrosquise;

Distócia de colo: 3.4%

A distócia de colo ocorre quando há a dificuldade na dilatação do colo uterino, impedindo a progressão do trabalho de parto, sendo evidenciado, quatro pacientes com esta condição.

- APOL 226604;
- SEG 343621;
- SCCA 341760;
- MB 264601;

Microsômicos: 1.7%

A microsomia fetal é caracterizada pelo peso fetal extremamente reduzido, podendo aumentar os riscos de complicações durante o parto vaginal.

- LSG 339088
- RQVM 343741

Descolamento de placenta: 0.8%

O descolamento prematuro de placenta é uma condição grave que ocorre quando a placenta se separa da parede do útero antes do parto, podendo comprometer a oxigenação do feto e pode levar a hemorragia materna grave.

- LLLRM 303105

Epifisiolise de quadril: 0.8%

São alterações ósseas que podem dificultar o parto vaginal.

- NCMP 249599

Hellp síndrome: 0.8%

A síndrome de HELLP pode evoluir para insuficiência hepática e coagulação intravascular disseminada.

- ABC 262681

Pré-eclâmpsia: 0.8%

O risco de convulsões maternas, justifica a cesárea de urgência.

- ESS 344093, sem condições de indução por iminência de eclampsia, paciente primigesta.

Outros partos:

- Teve-se um caso de cesárea à pedido LCBS 344052, paciente primigesta, 36 semanas e 4 dias de gestação, gravidez de risco habitual, em que a mesma após ter iniciado indução do trabalho de parto por bolsa rota, não aceitou equipe conduzir o trabalho de parto, e a mesma não deu sequência por se configurar violência obstétrica.
- Teve-se uma falha de indução em paciente múltipara LS G7PN6A0, DMG com 39 semanas de gestação.

No geral, vemos que as indicações de cesárea, no nosso serviço, seguem sempre indicação obstétrica, salvo em apenas **uma paciente**, visando sempre o bem-estar materno e fetal, se comprovando no índice baixo de morte materna e fetal (salvo prematuridade).

O acompanhamento do trabalho de parto tem sido cada vez mais próximo e integral pela equipe assistencial (enfermagem, médicos, residentes), sempre com incentivo à exercícios, estímulo psicológico, encorajamento. Os resultados alcançados se devem, às características da instituição de atendimento a pacientes de alto risco, que necessitam de indução e parto antes dos prodromos de trabalho de parto dificultando o resultado positivo para as induções, além de um número elevado de pacientes com cesáreas prévias.

Reiteramos que a equipe está investindo em estratégias como as listadas acima e sabe-se que é fundamental monitorar continuamente os indicadores e ajustar as abordagens conforme necessário, sempre buscando a melhoria da assistência.

Fonte de comprovação do indicador

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

10/03/25 - 10:36

Período: 01/12/2024 a 28/02/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.208	
Média mês:	736,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.210	(54,80 %)
Clínicos:	998	(45,20 %)
Case Mix Global:	1,3045	
Case Mix Clínico:	1,0760	
Case Mix Cirúrgico:	1,4930	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	37	(1,75 %) **
(qtd de internações responsáveis por recadas / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	98	(4,44 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	11	(0,73 %)
Incidência de Cesárea:	183	(54,46 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	0	(0,00 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório (excluindo os óbitos)

Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.7: Readmissão em até 30 dias por complicação

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤2,3%	1,75%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

O resultado no trimestre analisado atingiu a meta proposta justificando-se pelas diversas ações fortalecidas na Unidade: fortalecimento das coordenações e do Núcleo Interno de Regulação, rounds de discussão, orientações claras de alta e qualidade assistencial, continuidade do cuidado após alta. O que corrobora com estudos que relatam que o planejamento do cuidado específico por paciente hospitalizado possibilita a efetividade do leito operacional, a redução de eventos adversos, a segurança e a experiência do paciente, possibilitando uma maior gestão dos recursos, dentre eles o custo com mão de obra, equipamentos e leitos, proporcionando resultados de redução de readmissão em até 30 dias por complicações, isso significa a melhoria da qualidade assistencial mitigando as falhas no processo de alta hospitalar, que aumentam o acesso à assistência hospitalar, possibilitando a assistência baseada em valor. Cumprir a meta de readmissão em até 30 dias por complicações é um compromisso com a qualidade do atendimento e a segurança dos nossos pacientes. A adoção de estratégias eficazes e a colaboração entre as equipes são fundamentais para alcançar esse objetivo.

READMISSÕES HOSPITALARES EM 30 DIAS APÓS A ALTA: UMA ANÁLISE DA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA- Hospital readmissions 30 days after discharge: an analysis of the brazilian supplementary health. P.F. Oliveira, A. C. C. de Abreu, T. M. G. Pedrosa, Revista Interdisciplinar Ciências Médicas - 2020 4(1): 18-24

Fonte de comprovação do indicador

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

10/03/25 - 10:36

Período: 01/12/2024 a 28/02/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.208	
Média mês:	736,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.210	(54,80 %)
Clínicos:	998	(45,20 %)
Case Mix Global:	1,3045	
Case Mix Clínico:	1,0760	
Case Mix Cirúrgico:	1,4930	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações excluindo os óbitos) x 100	37	(1,75 %) **
Mortalidade global:	98	(4,44 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	11	(0,73 %)
Incidência de Cesárea:	183	(54,46 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	0	(0,00 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório (excluindo os óbitos)

Área Temática: Assistência à Saúde	
Indicador nº 3.8: Taxa de conformidade ao protocolo APACHE II na UTI	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
8	8
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
DEZEMBRO No mês de Dezembro foram classificadas as saídas de 40 pacientes com relação ao APACHE II na UTI Adulto do HRAD / FAEPU, totalizando 100% de pacientes classificados na escala de predição de óbitos (considerando os critérios de inclusão). 1 paciente não teve APACHE II classificado, por não entrar nos critérios de inclusão para análise do dado (menos de 8 horas de internação na UTI Adulto), sendo ele: R.M.R., prontuário 202813. Com relação aos dados colhidos do APACHE II, segue abaixo: Na linha 1 (0 a 4 pontos) eram esperados 4% de óbitos (0 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito. Na linha 2 (5 a 9 pontos) eram esperados 8% de óbitos (0 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito. Na linha 3 (10 a 14 pontos) eram esperados 15% de óbitos (0,45 óbitos esperados). Nessa linha houve 3 saídas e nenhum óbito, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito. Na linha 4 (15 a 19 pontos) eram esperados 25% de óbitos (1,75 óbito esperados). Nessa linha houve 7 saídas e nenhum óbito, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito. Na linha 5 (20 a 24 pontos) eram esperados 40% de óbitos (1,6 óbitos esperados). Nessa linha houve 4 saídas e 1 óbito, sendo que a mesma permaneceu com 25% de taxa de óbito, taxa 15% menor que o esperado. Na linha 6 (25 a 29 pontos) eram esperados 55% de óbitos (3,3 óbitos esperados). Nessa linha houve 6 saídas e 1 óbito, sendo que a mesma permaneceu com 17% de taxa de óbito, taxa 38% abaixo do esperado para essa classificação. Na linha 7 (30 a 34 pontos) eram esperados 75% de óbitos (9 óbitos esperados). Nessa linha houve 12 saídas e 2 óbitos, sendo que a mesma permaneceu com 17% de taxa de óbito, taxa 58% menor que o esperado para essa classificação. Na linha 8 (35 pontos ou mais) eram esperados 85% de óbitos (5,95 óbitos esperados). Nessa linha houve 7 saídas e 5 óbitos, sendo que a mesma permaneceu com 71% de taxa de óbito, taxa 14% menor do que o esperado nessa classificação. Em resumo, das 40 classificações, haviam 22,08 óbitos esperados e tivemos 9 óbitos na UTI nesse período. Em complemento a isso, reforço também que existem e continuam sendo mantidas as medidas que são, rotineiramente, adotadas e mantidas para que essas metas sejam cumpridas: - Treinamentos de funcionários novatos: todos os funcionários novatos (recém admitidos no hospital ou remanejados de outros setores) e os profissionais que estavam afastados há mais de 6 meses são treinados com relação às normas, rotinas e atribuições do setor; - Visita multidisciplinar: todos os dias, temos na UTI, visita multidisciplinar, com round de discussão dos casos de todos os pacientes internados na UTI. Também são discutidos casos específicos quando da ocorrência de internações de pacientes com diagnósticos raros ou confusos. Dessa visita, participam todos os profissionais que prestam assistência na UTI; - Orientações, reuniões, capacitações da equipe e participação nos treinamentos propostos pelo HRAD; - Estímulo à equipe na participação em cursos de atualização e capacitação; Análise crítica de indicadores com foco na melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários internados;	

JANEIRO

No mês de Janeiro foram classificadas as saídas de 36 pacientes com relação ao APACHE II na UTI Adulto do HRAD / FAEPU, totalizando 100% de pacientes classificados na escala de predição de óbitos (considerando os critérios de inclusão).

1 paciente não teve APACHE II classificados, por não entrar nos critérios de inclusão para análise do dado (menos de 8 horas de internação na UTI Adulto), sendo ele: D.C.L., prontuário 25070.

Com relação aos dados colhidos do APACHE II, segue abaixo:

Na linha 1 **(0 a 4 pontos)** eram esperados 4% de óbitos (0 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito.

Na linha 2 **(5 a 9 pontos)** eram esperados 8% de óbitos (0 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito.

Na linha 3 **(10 a 14 pontos)** eram esperados 15% de óbitos (0,15 óbitos esperados). Nessa linha houve 1 saída e nenhum óbito, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito.

Na linha 4 **(15 a 19 pontos)** eram esperados 25% de óbitos (1,5 óbitos esperados). Nessa linha houve 6 saídas e 1 óbito, sendo que a mesma permaneceu com 17% de taxa de óbito, taxa 8% menor que o esperado.

Na linha 5 **(20 a 24 pontos)** eram esperados 40% de óbitos (2,40 óbitos esperados). Nessa linha houve 6 saídas e 1 óbito, sendo que a mesma permaneceu com 17% de taxa de óbito, taxa 23% menor que o esperado.

Na linha 6 **(25 a 29 pontos)** eram esperados 55% de óbitos (6,6 óbitos esperados). Nessa linha houve 12 saídas e nenhum óbito, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito.

Na linha 7 **(30 a 34 pontos)** eram esperados 75% de óbitos (3,75 óbitos esperados). Nessa linha houve 5 saídas e 1 óbito, sendo que a mesma permaneceu com 20% de taxa de óbito, taxa 55% menor que o esperado para essa classificação.

Na linha 8 **(35 pontos ou mais)** eram esperados 85% de óbitos (5,1 óbitos esperados). Nessa linha houve 6 saídas e nenhum óbito, sendo que a mesma permaneceu com 0% de taxa de óbito.

Em resumo, das 36 classificações, tivemos 3 óbitos na UTI nesse período.

Em complemento a isso, reforço também que existem e continuam sendo mantidas as medidas que são, rotineiramente, adotadas e mantidas para que essas metas sejam cumpridas:

- Treinamentos de funcionários novatos: todos os funcionários novatos (recém admitidos no hospital ou remanejados de outros setores) e os profissionais que estavam afastados há mais de 6 meses são treinados com relação às normas, rotinas e atribuições do setor;
- Visita multidisciplinar: todos os dias, temos na UTI, visita multidisciplinar, com round de discussão dos casos de todos os pacientes internados na UTI. Também são discutidos casos específicos quando da ocorrência de internações de pacientes com diagnósticos raros ou confusos. Dessa visita, participam todos os profissionais que prestam assistência na UTI;
- Orientações, reuniões, capacitações da equipe e participação nos treinamentos propostos pelo HRAD;
- Estímulo à equipe na participação em cursos de atualização e capacitação;

Análise crítica de indicadores com foco na melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários internados.

FEVEREIRO

No mês de fevereiro foram classificadas as saídas de 51 pacientes com relação ao APACHE II na UTI Adulto do HRAD / FAEPU, totalizando 100% de pacientes classificados na escala de predição de óbitos (considerando os critérios de inclusão).

1 paciente não teve o APACHE II classificado, por não entrar nos critérios de inclusão para análise do dado (12 horas de internação na UTI Adulto, mas sem realização de exame laboratorial), sendo ele: P.J.O., prontuário 300370.

Com relação aos dados colhidos do APACHE II, segue abaixo:

Na linha 1 **(0 a 4 pontos)** eram esperados 4% de óbitos (0 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, ficando com 0% de taxa de óbito.

Na linha 2 **(5 a 9 pontos)** eram esperados 8% de óbitos (0,08 óbitos esperados). Nessa linha houve 1 saída e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito.

Na linha 3 **(10 a 14 pontos)** eram esperados 15% de óbitos (0,45 óbitos esperados). Nessa linha houve 3 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito.

Na linha 4 **(15 a 19 pontos)** eram esperados 25% de óbitos (1,5 óbitos esperados). Nessa linha houve 6 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito.

Na linha 5 **(20 a 24 pontos)** eram esperados 40% de óbitos (3,6 óbitos esperados). Nessa linha houve 9 saídas e 1 óbito, ficando com 11% de taxa de óbito, taxa 29% menor que o esperado.

Na linha 6 **(25 a 29 pontos)** eram esperados 55% de óbitos (7,7 óbitos esperados). Nessa linha houve 14 saídas e 5 óbitos, ficando com 36% de taxa de óbito, taxa 19% abaixo do esperado para essa classificação.

Na linha 7 **(30 a 34 pontos)** eram esperados 75% de óbitos (6 óbitos esperados). Nessa linha houve 8 saídas e 4 óbitos, ficando com 50% de taxa de óbito, taxa 25% menor que o esperado para essa classificação.

Na linha 8 **(35 pontos ou mais)** eram esperados 85% de óbitos (8,5 óbitos esperados). Nessa linha houve 10 saídas e 3 óbitos, ficando com 30% de taxa de óbito, taxa 55% menor do que o esperado nessa classificação.

Em resumo, das 51 classificações, tivemos 13 óbitos na UTI nesse período. Eram esperados 27,8 óbitos e, ocorreram 13 óbitos no período. Essa taxa é 53,23% menor que o esperado para o mês.

Em complemento a isso, reforço também que existem e continuam sendo mantidas as medidas que são, rotineiramente, adotadas e mantidas para que essas metas sejam cumpridas:

- Treinamentos de funcionários novatos: todos os funcionários novatos (recém admitidos no hospital ou remanejados de outros setores) e os profissionais que estavam afastados há mais de 6 meses são treinados com relação às normas, rotinas e atribuições do setor;
- Visita / round multidisciplinar: todos os dias, temos na UTI, visita multidisciplinar, com round de discussão dos casos de todos os pacientes internados na UTI. Também são discutidos casos específicos quando da ocorrência de internações de pacientes com diagnósticos raros ou confusos. Dessa visita, participam todos os profissionais que prestam assistência na UTI;
- Orientações, reuniões, capacitações da equipe e participação nos treinamentos propostos pelo HRAD;
- Estímulo à equipe na participação em cursos de atualização e capacitação;
- Análise crítica de indicadores com foco na melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários internados

Fonte de comprovação do indicador

BOLETIM MENSAL DE DADOS ESTATÍSTICOS / 2024

PROTOCOLO APACHE

MESES	GRAU	ESCOR E	PREDIÇÃO DE ÓBITOS %	HRAD			
				Nº SAÍDAS	Nº ÓBITOS		
					OCORRIDOS	ESPERADOS	
DEZEMBRO	I	0 a 4	4,0%	0	0	#DIV/0!	0,00
	II	5 a 9	8,0%	0	0	#DIV/0!	0,00
	III	10 a 14	15,0%	3	0	0	0,45
	IV	15 a 19	25,0%	7	0	0	1,75
	V	20 a 24	40,0%	4	1	25	1,60
	VI	25 a 29	55,0%	6	1	17	3,30
	VII	30 a 34	75,0%	12	2	17	9,00
	VIII	>34	85,0%	7	5	71	5,95
JANEIRO	I	0 a 4	4,0%	0	0	#DIV/0!	0,00
	II	5 a 9	8,0%	0	0	#DIV/0!	0,00
	III	10 a 14	15,0%	1	0	0	0,15
	IV	15 a 19	25,0%	6	1	17	1,50
	V	20 a 24	40,0%	6	1	17	2,40
	VI	25 a 29	55,0%	12	0	0	6,60
	VII	30 a 34	75,0%	5	1	20	3,75
	VIII	>34	85,0%	6	0	0	5,10
FEBREIRO	I	0 a 4	4,0%	0	0	#DIV/0!	0,00
	II	5 a 9	8,0%	1	0	0	0,08
	III	10 a 14	15,0%	3	0	0	0,45
	IV	15 a 19	25,0%	6	0	0	1,50
	V	20 a 24	40,0%	9	1	11	3,60
	VI	25 a 29	55,0%	14	5	36	7,70
	VII	30 a 34	75,0%	8	4	50	6,00
	VIII	>34	85,0%	10	3	30	8,50

2.2 – Evolução histórica dos resultados alcançados

CAMPO FACULTATIVO PARA A INSERÇÃO DE QUADROS OU GRÁFICOS QUE DEMONSTREM A EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

3 – COMPARATIVO ENTRE OS PRODUTOS PREVISTOS E REALIZADOS

QUADRO 2 – COMPARATIVO ENTRE OS PRODUTOS PREVISTOS E REALIZADOS

Área Temática		Produto		Peso (%)	Período Avaliatório	Término Previsto (dd/mm/aaa)	Término Realizado (dd/mm/aaa)	Status 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
1	Processos e Qualidade	1.1	Implantar a teleconsultoria para apoio ao manejo de acidentes ofídicos graves nos hospitais de referência microrregional, em substituição ao atendimento de urgência e emergência (em até 3 meses).	15	1º	31/08/2024	12/09/2024	2 – Plenamente executado com atraso
		1.2	Implantar a teleconsultoria em ortopedia para matriciamento e discussões com demais hospitais de menor complexidade da macrorregião (em até 3 meses).	15	1º	31/08/2024	12/09/2024	2 – Plenamente executado com atraso
		1.3	Vocacionar e tramitar credenciamento de 02 leitos de cuidado aos queimados, sendo 01 de UTI e 01 de enfermaria (em até 3 meses).	20	1º	31/08/2024	13/09/2024	2 – Plenamente executado com atraso
		1.4	Implantar 4 leitos de cirurgia pediátrica (em até 3 meses).	20	1º	31/08/2024	13/09/2024	2 – Plenamente executado com atraso
		1.5	Implantar plataforma eletrônica de prestação de contas (em até 3 meses).	10	1º	31/08/2024	-	Em andamento
		1.6	Apresentar protocolos de atendimento para as linhas de cuidado que fazem parte do escopo assistencial do hospital em consonância com as diretrizes definidas pela Diretoria Assistencial da Fhemig (em até 3 meses).	10	1º	31/08/2024	-	Em andamento
		1.7	Implantar e manter as Comissões Hospitalares Obrigatórias e aquelas definidas pela Fhemig (em até 3 meses).	10	1º	31/08/2024	-	Contínuo
		1.8	Implantar o Sistema de Gestão Hospitalar adotado pela Fhemig (em até 6 meses).	*	-	-	-	-
		1.9	Obter Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB (em até 6 meses) e mantê-lo enquanto durarem as atividades do hospital.	*	-	-	-	-
		1.10	Obter Alvará Sanitário (em até 6 meses) e mantê-lo enquanto durarem as atividades do hospital.	30	Obtenção: 2º Manutenção: 3º, 4º, 5º, 6º 7º e 8º	30/11/2024	25/07/2024	Concluído

	1.11	Obter licenciamento ambiental (em até 6 meses) e mantê-lo enquanto durarem as atividades do hospital.	20	Obtenção: 2º Manutenção: 3º, 4º, 5º, 6º 7º e 8º	30/11/2024	04/09/2024	Concluído
	1.12	Realizar adequação física dos leitos de UTI Adulto passando de 9 para 10 leitos (em até 9 meses).	50	3º	28/02/2025	-	Solicitado prorrogação do prazo para execução desse produto, conforme Ofício/Diretoria - FAEPU Nº 004/2025 e e-mail enviado em 17 de janeiro de 2025, para 17.05.25.
	1.13	Implantar Agência Transfusional (em até 9 meses).	50	3º	28/02/2025	-	Solicitado prorrogação do prazo para execução desse produto, conforme Ofício/Diretoria - FAEPU Nº 004/2025 e e-mail enviado em 17 de janeiro de 2025, para 17.05.25.
	1.14	Implantar Programa de Residência Médica em Pediatria (em até 12 meses).	50	4º	31/05/2025	-	-
	1.15	Microfilmear e digitalizar os prontuários dos pacientes e realizar a gestão do arquivo físico (em até 1 ano).	50	4º	30/06/2025	-	-
	1.16	Obter certificação em Hospital de Ensino (em até 18 meses).	100	6º	30/11/2025	-	-
	1.17	Obter acreditação ONA Nível 2 (em até 21 meses).	100	7º	28/02/2026	-	-
	1.18	Implantar 5 leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) para adequação às exigências ministeriais quanto os cuidados progressivos neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig).	*	-	-	-	Projetos em andamento
	1.19	Ampliar 7 leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) totalizando 10 leitos de UCIN para adequação às exigências ministeriais quanto os cuidados progressivos neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig).	*	-	-	-	Projetos em andamento
	1.20	Ampliar 10 leitos de UTI Adulto (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig), totalizando 20 leitos de UTI Adulto.	*	-	-	-	-
	1.21	Ampliar 4 leitos de UTI Neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig) totalizando 10 leitos de UTI Neonatal.	*	-	-	-	Projetos em andamento

		1.22	Implantar 10 leitos de UTI Pediátrico (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig).	*	-	-	-	-
2	Infraestrutura	2.1	Elaborar projeto de reformas, que inclui a adequação física após transferência dos setores para o Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig (em até 6 meses).	30	2º	30/11/2024	08/10/2024	1- Plenamente executado dentro do prazo
		2.2	Transferir as instalações e fazer a gestão da nova Casa de Apoio à Gestante e Puérpera - CAGEP (1 mês após a entrega do DER).	*	-	-	-	-
		2.3	Realizar adequação física para implantação do Centro de Parto Normal (CPN) com três quartos de pré-parto, parto e puerpério (em até 3 meses após mudança da CAGEP).	*	-	-	-	-
3	Captação de recursos	3.1	Elaborar portfólio de projetos para captação de recursos (em até 6 meses).	20	2º	30/11/2024	27/11/2024	1- Plenamente executado dentro do prazo

3.1 – Detalhamento da realização dos produtos

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.1: Implantar a teleconsultoria para apoio ao manejo de acidentes ofídicos graves nos hospitais de referência microrregional, em substituição ao atendimento de urgência e emergência.		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024	12/09/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Elaborado Fluxograma para implantação da teleconsultoria para apoio ao manejo de acidentes ofídicos graves. Foi realizado treinamento da Equipe Médica do HRAD, conforme Lista de presença anexa na data de 31/07/2024. A divulgação e repasse para os municípios da Macrorregião Noroeste foi realizada por vídeo conferência, conforme alinhamento prévio junto a Superintendência Regional de Saúde-SRS e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais-COEMS Noroeste, na data de 12/09/2024. Na reunião realizada com as referências técnicas dos municípios foi orientado quanto a necessidade de realizar os cadastros dos municípios na plataforma da ferramenta TEAMS.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.01-Teleconsultoria Ac. Ofídicos		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.2: Implantar a teleconsultoria em ortopedia para os hospitais de referência microrregional, visando à otimização do diagnóstico e tratamento de traumas ortopédicos, reduzindo o tempo de internação e os custos com procedimentos (em até 3 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024	12/09/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Em agosto/2024 foi finalizado Projeto para implantação de sistema de matriciamento na especialidade de ortopedia e traumatologia no Hospital Regional Antônio Dias, sendo realizado repasse do projeto para Equipe Médica do HRAD. Realizado treinamento com Equipe de TI FAEPU, TI HRAD e responsáveis pelo monitoramento do aplicativo (Microsoft Teams). A divulgação e repasse para os municípios da Macrorregião Noroeste foi realizada por vídeo conferência, conforme alinhamento prévio junto a Superintendência Regional de Saúde-SRS e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais-COSEMS Noroeste, na data de 12/09/2024.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.02-Teleconsultoria Ortopedia		

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.3: Vocacionar e tramitar o credenciamento de 02 leitos de cuidado aos queimados, com foco na regionalização do atendimento e na garantia de acesso à assistência especializada para pacientes com queimaduras graves (em até 3 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024	13/09/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

Solicitado à GMP, por meio do OFÍCIO FAEPU HRAD DIH Nº 26/2024, as providências que se fizerem necessárias junto à Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, visando ajustes necessários na grade de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, deste Hospital Regional Antônio Dias, inscrito sob o nº2726726, fazendo constar 01 leito de UTI e 01 leito de enfermaria para cuidados aos queimados no CNES. Posteriormente, concluídos os andamentos junto a SMS Patos de Minas, GMP deverá providenciar adequação na grade de leitos junto a Superintendência Regional de Saúde - Central de Regulação de Leitos - SUSFácil/SRS e no Sistema de Gestão Hospitalar – SIGH, junto a FHEMIG.

Os leitos vocacionados são: 1 leito isolamento da UTI Adulto e 1 leito isolamento da Clínica Cirúrgica Geral. Por meio do Ofício FHEMIG/DPAR/GMP nº. 12/2024 - Processo nº 2270.01.0048976/2024-65, foi solicitado a adequação junto a SMS Patos de Minas.

Destacamos que operacionalização do CNES é de responsabilidade do Município Patos de Minas.

Já a operacionalização da grade de leitos no Central de Regulação de Leitos – SUSFácil é de competência da SRS.

No que tange a operacionalização de alteração de nomenclatura na grade de leitos SIGH, foi realizada pela Unidade HRAD, com suporte da GMP e Suporte SIGH/FHEMIG finalizado em 13/09/2024.

Fonte de comprovação do produto

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.4: Implantar 4 leitos de cirurgia pediátrica para ampliar a oferta de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade para crianças e adolescentes da região, reduzindo o tempo de espera por cirurgias e otimizando o fluxo de atendimento (em até 3 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024	13/09/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

Foi solicitado à GMP, por meio do OFÍCIO FAEPU HRAD DIH Nº 29/2024, as providências que se fizerem necessárias junto à Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, visando ajustes necessários na grade de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, deste Hospital Regional Antônio Dias, inscrito sob o nº2726726, fazendo constar 10 leitos pediátricos, sendo 6 leitos de pediatria clínica e 04 leitos de cirurgia pediátrica no CNES. Posteriormente, concluídos os andamentos junto a SMS Patos de Minas, GMP deverá providenciar adequação na grade de leitos junto a Superintendência Regional de Saúde - Central de Regulação de Leitos - SUSFácil/SRS e no Sistema de Gestão Hospitalar – SIGH, junto a FHEMIG. Por meio do Ofício FHEMIG/DPAR/GMP nº. 12/2024 - Processo nº 2270.01.0048976/2024-65 foi solicitado a adequação junto a SMS Patos de Minas. A operacionalização do CNES é de responsabilidade do Município Patos de Minas.

Destacamos que operacionalização do CNES é de responsabilidade do Município Patos de Minas.

Já a operacionalização da grade de leitos no Central de Regulação de Leitos – SUSFácil é de competência da SRS.

No que tange a operacionalização de alteração de nomenclatura na grade de leitos SIGH foi realizada pela Unidade HRAD, com suporte da GMP e Suporte SIGH/FHEMIG finalizado em 13/09/2024.

Fonte de comprovação do produto

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.5: Implantar plataforma eletrônica de prestação de contas (em até 3 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Módulo: SIMAS Em janeiro e fevereiro/2025 foi realizada discussão da área técnica da BR GAAP com a Fhemig Central, no sentido de adequação do módulo SIMAS, conforme necessidade de utilização por parte da FAEPU. Módulo: SIPEF Em Janeiro/2025, realizou o levantamento de vários requisitos para adequação da Plataforma de Prestação de Contas - SIPEF. Em 06/01/2025, houve a reunião de esclarecimentos das funcionalidades específicas do SIPEF e alinhamento junto as equipes internas da Matriz Faepu para instalação do sistema em cada equipamento que deverá ser utilizado o software. Ao longo do mês de Janeiro/2025 e Fevereiro/2025, procedimentos técnicos no Sistema SIPEF foram realizados: Controladoria, Divisão de Compras, Setor de Prestação de Contas e Tecnologia de Informação da Faepu procederam aos ajustes de preenchimento e integração de cadastro de fornecedores, naturezas de receitas e gastos, equivalência de rubricas com o Contrato de Gestão 12/2024 (FHEMIG X FAEPU), instalação de assinaturas digitais e certificados digitais. Em 28/02/2025, houve a última reunião entre FAEPU e BRGAPP para alinhar o funcionamento do SIPEF a partir de março/2025 para o envio das prestações de contas diárias referente às movimentações bancárias envolvendo o objeto do Contrato de Gestão 12/2024 (FHEMIG x FAEPU).		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.05-Prestação Contas		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.6: Apresentar protocolos de atendimento para as linhas de cuidado definidas no âmbito da Rede de Saúde do Estado de Minas Gerais, padronizando as práticas assistenciais e garantindo a qualidade dos serviços prestados (em até 3 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024	Em andamento	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
As linhas de cuidado definidas no âmbito da Rede de Saúde do Estado de Minas Gerais para o Hospital Regional Antônio Dias são: cuidados aos queimados, neurologia clínica, acidente vascular cerebral, neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cirurgia geral, pediatria clínica, cirurgia pediátrica, bucomaxilofacial, atenção ao parto e nascimento (alto risco e risco habitual), vítimas de violência sexual e doenças infectocontagiosas. O primeiro protocolo elaborado foi o Protocolo de Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual, seguido dos Protocolos Clínicos do AVC e Neurologia. Posteriormente, foram entregues os protocolos de Síndromes Infeciosas, Atendimento ao paciente vítima de queimaduras e linha de cuidados ao paciente politraumatizado. Para este relatório, encaminhamos os protocolos referente ao Parto e Nascimento e Traumatologia Ortopedia.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.06-Linhas de Cuidado		

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.7: Implantar e manter as Comissões Hospitalares Obrigatórias, em conformidade com a legislação vigente e as normas da FHEMIG, para garantir a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência prestada (em até 3 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/08/2024	Contínuo	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

Todas as Comissões obrigatórias do Hospital Regional Antônio Dias vem sendo reestruturadas, visando adequação da comissão, participação e efetividade das ações desenvolvidas pelos membros.

Foi estabelecido pela Gerência Geral, por meio da Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade, rotina de monitoramento eficaz de cada comissão.

A Gerência Geral realizou reunião com os membros de cada comissão, repassando as pactuações conforme apresentação anexa.

Os Regimentos Internos foram atualizados, bem como toda a documentação obrigatória das pastas.

As comissões já se encontram em funcionamento e as atas de reunião enviadas para comprovação.

Ressaltamos que cada comissão tem sua periodicidade, conforme regimento interno individual.

Para o período de dezembro, as comissões que deveriam realizar reunião e encaminhar ata, conforme periodicidade do regimento interno são: CCIH; Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT; Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT; Grupo de Trabalho Humanizado – GTH; Hemoterapia; Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; Núcleo de Segurança do Paciente; PGRSS; Revisão de Óbito; Revisão de Prontuário, documentação médica e estatística e Terapia Nutricional.

As atas e listas de presença destas comissões encontram-se anexas.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.07-Comissões Hospitalares](#)

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.8: Implantar o Sistema de Gestão Hospitalar adotado pela Fhemig (em até 6 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
*	-	-

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

Dado continuidade ao processo de implantação do Sistema Tasy, com a presença da equipe da FHEMIG e Tasy, foi estabelecido cronograma de implantação e levantamento de hardware, a partir do mês de setembro, com a virada prevista para maio de 2025.

Fonte de comprovação do produto

NA

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.9: Obter Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB (em até 6 meses) e mantê-lo enquanto durarem as atividades do hospital.

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
*	-	-

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

O HRAD está em processo de ampliação para melhorar e expandir suas instalações. Este projeto visa aumentar a capacidade do hospital, aprimorar os serviços oferecidos e garantir que a infraestrutura atenda às necessidades crescentes da comunidade. A ampliação inclui novas áreas de atendimento, setores administrativos e instalações de suporte. Sendo assim é necessário integrar o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) ao projeto de ampliação das novas instalações do HRAD. A integração do AVCB é fundamental para assegurar a conformidade com as normas de segurança e obter a certificação necessária para o funcionamento adequado das novas instalações. Para garantir que as novas instalações do HRAD sejam seguras e estejam em conformidade com as regulamentações vigentes, o AVCB deve ser atrelado diretamente ao projeto de ampliação. A abordagem coordenada desde a fase de planejamento até a solicitação e obtenção do AVCB é essencial para o sucesso do projeto e para assegurar a segurança dos futuros usuários do hospital.

Fonte de comprovação do produto

NA

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.10: Obter o Alvará Sanitário para garantir o cumprimento das normas sanitárias e a qualidade dos serviços de saúde prestados (em até 6 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
30/11/2024		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

O Alvará Sanitário do Hospital Regional Antônio Dias foi emitido pela Vigilância Sanitária e sua validade expirou em 14/12/2024. A Vigilância Sanitária (VISA) já realizou a inspeção sanitária para renovação do Alvará no dia 22/10/2024. A Unidade está em processo de renovação, conforme declaração anexa. Toda a documentação solicitada pela VISA foi enviada no prazo. Aguardamos o parecer.

Fonte de comprovação do produto

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

SAÚDERua Ana de Oliveira, 645 - Centro
vigilanciasanitaria@patosdeminas.mg.gov.br**DECLARAÇÃO**

A Vigilância Sanitária de Patos de Minas declara para devidos fins, que o estabelecimento, **Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia (Hospital Regional Antônio Dias FAEPU)**, CNPJ: 25.763.673/0007-10, situada neste município à **Avenida Major Gote nº 1.231 - Centro - Patos de Minas/MG** protocolou os documentos para solicitação de renovação de Alvará Sanitário na data de 22/10/2024, o processo encontra-se em fase de tramitação.

Esta declaração tem validade por 120 dias, a partir desta data de emissão.

Patos de Minas, 16 de Janeiro de 2025.


Marcela E. F. Porto Borges
Coord. de Vigilância Sanitária
Vig. Sanitária/SMS/Patos de Minas
Marcela E. F. P. Borges
Coordenação-Mat. 14.084
VISA/SMS/Patos de Minas

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.11: Obter o licenciamento ambiental para regularizar as atividades do hospital e minimizar os impactos ambientais de suas operações (em até 6 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
30/11/2024	04/09/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

Solicitado junto a Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável – SEMAD, a Certidão de Dispensa de Licenciamento Ambiental do HRAD, a qual foi emitida pelo órgão em 04/09/2024.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.11-Licenciamento Ambiental](#)

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.12: Realizar a adequação física dos leitos de UTI Adulto para garantir a segurança e o conforto dos pacientes, em conformidade com as normas da Vigilância Sanitária, passando de 9 para 10 leitos (em até 9 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
28/02/2025		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

Projetos para ampliação elaborados pela arquitetura da FAEPU. Foi protocolado dia 09/01/2025 na Vigilância Sanitária.

Solicitado prorrogação do prazo para execução desse produto, conforme Ofício/Diretoria - FAEPU Nº 004/2025, assim descrito:

“- Adequação física dos leitos de UTI Adulto: Diante da necessidade de adequarmos a estrutura física da unidade, ampliando a capacidade da UTI Adulto para 10 leitos, vimos solicitar a prorrogação do prazo inicialmente estabelecido. A execução simultânea de diversos projetos arquitetônicos de grande porte e de certa forma interdependentes, como a criação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, a ampliação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCO e a implantação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru - UCINCa, além do projeto arquitetônico da reforma do setor de alojamento conjunto, assim como revisão dos projetos e realização de estudos para a implantação da casa da gestante e a construção do D4Sign 47fee6ba-e255-4cbb-94a9-015b36f426eb - Para confirmar as assinaturas acesse <https://secure.d4sign.com.br/verificar> Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2. FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA, ESTUDO E PESQUISA DE UBERLÂNDIA Rua Pedro Quirino da Silva, 1154 – Bairro Umuarama 38405-323 – direcao@faepu.org.br Ofício Diretoria-geral (34) 3218-6440 - Uberlândia/MG novo prédio do HRAD, impôs grandes desafios operacionais e exigiu um planejamento rigoroso, complexo e estruturado, consumindo muito tempo e esforço de toda a equipe. A fim de garantir a conformidade com as legislações vigentes em relação à segurança do paciente, acessibilidade e qualidade dos serviços, como também, reduzir qualquer risco de descontinuidade ou interrupção dos serviços prestados aos usuários e promover otimização de forma racional dos recursos públicos que estão sendo e serão aplicados, é imprescindível que as etapas dos projetos, sua execução e a finalização de cada obra sejam conduzidas com a devida atenção aos detalhes. A complexidade técnica envolvida nesses processos, aliada à necessidade de compatibilizar diferentes cronogramas e a inserção de novas demandas não previstas inicialmente no escopo do contrato de gestão, justificam a solicitação de prorrogação do prazo para conclusão da ampliação da UTI Adulto, lembrando que não se trata apenas de ampliação, mas de uma completa reestruturação em sua infraestrutura para atender as normas técnicas e sanitárias vigentes, sendo assim, solicitamos a prorrogação do prazo para execução das obras em 07 meses, após parecer positivo da Vigilância Sanitária, protocolado na data de 09 de janeiro de 2025.” Aguardando retorno da GMP.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.12-Leito Uti-Adulto - 10 Leitos](#)

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.13: Implantar Agência Transfusional (em até 9 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
28/02/2025		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Solicitado prorrogação do prazo para execução desse produto, conforme Ofício/Diretoria - FAEPU Nº 004/2025, assim descrito: “-Implantar Agência Transfusional: Considerando que o Hospital priorizou a realização dos projetos arquitetônicos que impactam diretamente na oferta de serviços à população, uma vez que, o Hemominas tem fornecido a contento os hemocomponentes, cuja estrutura é limítrofe da Unidade com acesso direto pela Equipe do HRAD. Desta forma a readequação de outras áreas para implantação e/ou aumento de serviços, como parte do atendimento às demandas urgentes da população e otimizar os serviços já existentes, outras áreas do hospital tiveram que ser realocadas para implantar serviços que, por sua vez, eram considerados prioritários para o atendimento à população. Outro fator importante, é a atenção ao custo na implantação de uma unidade que futuramente será realocada para outra estrutura, transformando a busca por um local adequado para a instalação da agência transfusional, uma ação desafiadora, especialmente considerando as exigências técnicas e operacionais. Sendo assim, e após as realocações necessárias e diversos estudos e avaliações, entendemos que o aproveitamento da estrutura do laboratório de análises clínicas, para integrar a Agência Transfusional, é a área mais adequada para atender o produto estipulado no contrato de gestão, temporariamente, e com um baixo custo, dessa forma, a não realização da obra até o momento foi uma decisão estratégica, considerando as limitações de espaço e a necessidade de otimização dos recursos disponíveis, além da necessidade de priorizar ações que tivessem um impacto imediato no atendimento à saúde da população, sendo assim, estamos elaborando proposta para elaboração dos projetos a ser enviado em 30 dias, com execução das obras em 2 meses após autorização da FHEMIG, VISA e contratação das empresas executoras.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.13-Agencia Transfusional		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.14: Implantar o Programa de Residência Médica em Pediatria para qualificar médicos pediatras e contribuir para a formação de profissionais especializados na área da saúde infantil (em até 12 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
31/05/2025		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
O Hospital Regional Antônio Dias elaborou projeto para abertura de Residência Médica em Pediatria na Unidade, o qual foi validado pela FHEMIG. Foi realizada a vistoria pela CEREM-MG no dia 29/11/2024, a qual emitiu parecer favorável à abertura da residência. O Plenário da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM realizou reunião no dia 19/12/2024 e aprovou na íntegra a manifestação da relatoria, validando o Credenciamento Provisório do Programa de Residência Médica em Pediatria para o HRAD (R1 – 4 vagas; R2 – 4 vagas e R3 – 4 vagas). Matrículas dos residentes realizada a partir de: 05/02/2025 Início das aulas em março/2025.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.14-Residencia Médica		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.15: Microfilmar e digitalizar os prontuários dos pacientes para garantir a preservação da documentação médica, facilitar o acesso às informações e otimizar os processos administrativos (em até 1 ano).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
30/06/2025		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Realizado orçamento preliminar para elaboração de projeto para solicitação de recursos financeiros e posterior cotação e implantação. Projeto em execução. Solicitado parecer da GMP quanto a necessidade de microfilmagem dos prontuários médicos. Aguardando retorno.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.15-Prontuários e Arquivo		

Área Temática: Processos e Qualidade

Produto nº 1.16: Obter a certificação em Hospital de Ensino para garantir a qualidade do ensino médico e da pesquisa científica no hospital, contribuindo para a formação de profissionais qualificados e para o avanço do conhecimento na área da saúde (em até 18 meses).

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
30/11/2025		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

O Hospital Regional Antônio Dias vem pleiteando a certificação em Hospital de Ensino desde o ano de 2017. O último retorno, referente a março/2024 - constante no OFÍCIO Nº 26/2024/CGAH/DAHU/SAES/MS emitido pela Coordenação Geral de Atenção Hospitalar - CGAH/DAHU/SAES informou que a pauta da certificação esteve sem novos encaminhamentos e andamentos desde 2021, e que foi retomada nesta atual gestão da Pasta do Ministério da Saúde. Pontuou que o processo de certificação será objeto de novo ato normativo a ser emitido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o qual demandou um tempo de construção ampliado, devido à incorporação de novos requisitos, mas está em vias de finalização. Após a publicação da nova Portaria, os estabelecimentos de saúde deverão observar os “novos” critérios estabelecidos para certificação, com prazo de adequação estabelecido. Foi orientado à Unidade que aguardem a referida normativa.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.16-Hospital de Ensino](#)

Área Temática: Processos e Qualidade**Produto nº 1.17:** Obter acreditação ONA Nível 2 (em até 21 meses)

Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
28/02/2026		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado

Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório

A Acreditação ONA é um método de avaliação sistêmica que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no Setor Saúde. Por meio dela, as organizações de saúde adquirem reconhecimento público e proporcionam, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados. (<https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/>)

(19/07/2024) - Recebimento (e-mail) da proposta de composição da equipe de Gestão de Qualidade

- 01 - Coordenador de Qualidade (Layane Silveira Babilônia)
- 01 - Enfermeiro de Qualidade (A contratar)
- 01 - Analista de Qualidade (Thaís Ferreira Santos)
 - Atualmente atua como Analista de Gestão e Assistência à Saúde - AGAS
- 01 - Auxiliar de Qualidade (A contratar)

(22/07/2024) - Definição da quantidade de colaboradores de acordo com CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) de nº 272626

- Quantidade de profissionais cadastrados: 853

(25/07/2024) - Recebimento (e-mail) da proposta: Termo de Adesão de Prestação de Serviços de Acreditação

- IBES - Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
 - Avaliação para diagnóstico organizacional;
 - Avaliação de certificação e manutenção ONA.

(29/07/2024) - Elaboração do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade, este a ser apresentado para a FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais) no intuito da aprovação do projeto especial

- Status: Em andamento

(28/08/2024) - Estruturação da Equipe de Qualidade HRAD (Cargo x Salário)

Disponibilizado pela Gestão de Pessoas informações dos encargos dos cargos proposto para compor a equipe de Qualidade.

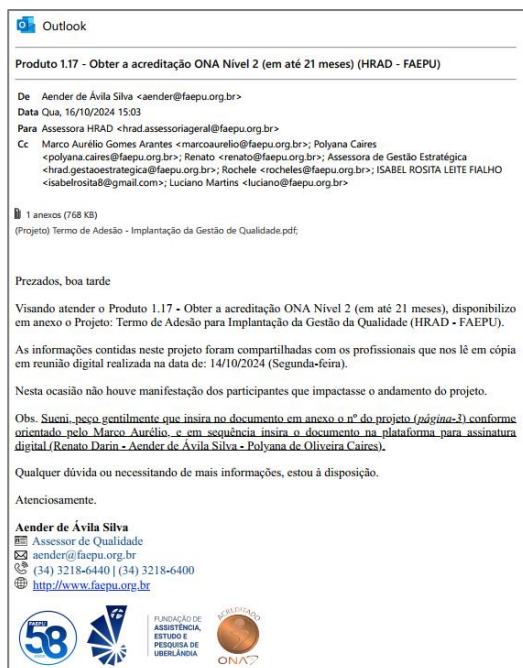
Obs. Gestão de Pessoas sugere 02 (dois) Analista de Qualidade e não 01 (um) Analista e 01 (um) Auxiliar de Qualidade.

(06/09/2024) - Solicitado proposta/projeto de prestação de serviços de consultoria e assessoria, visando atender o produto contratualizado. (HRAD - Produto 1.17 - Obter acreditação ONA Nível 2)

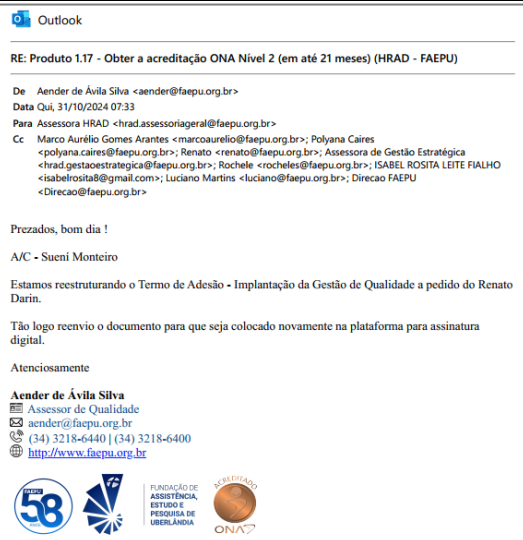
(07/09/2024) - Recebimento da prestação de serviços de consultoria e assessoria, visando atender o produto contratualizado. (HRAD - Produto 1.17 - Obter acreditação ONA Nível 2).
(Observação: A proposta foi recebida via WhatsApp em: 06/09/2024 e solicitado formalização via e-mail em: 07/10/2024 (Segunda-feira) (Anexo.1)



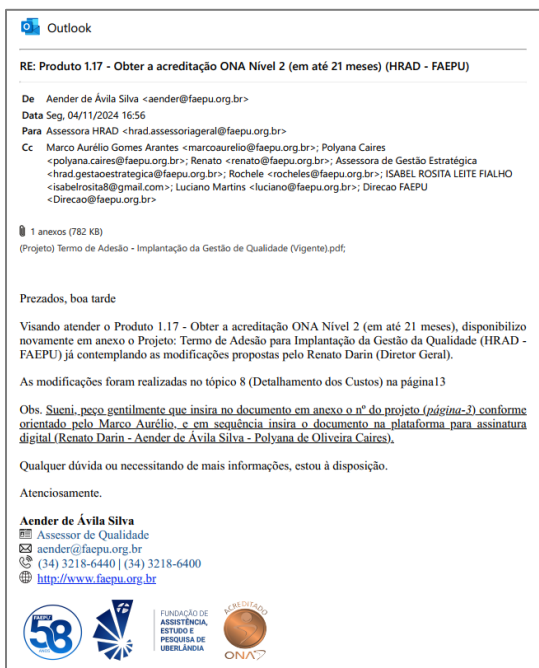
(16/10/2024) - Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade - Enviado e-mail solicitando inserção na plataforma digital para assinatura dos profissionais envolvidos. Obs. Após o envio do documento para assinatura foi necessário ajustar informações do Tópico 8 – Detalhamento dos custos (página: 13), a pedido do Renato Darin (Diretor Geral).



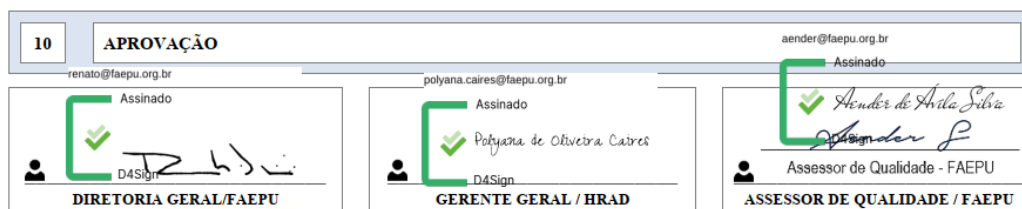
(31/10/2024) - Reestruturação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade.



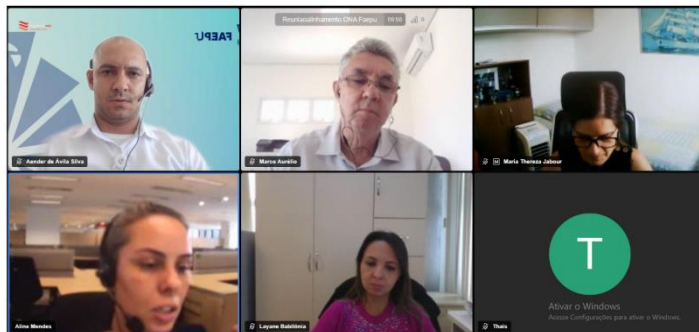
(04/11/2024) - Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade - Enviado novamente e-mail solicitando inserção na plataforma digital para assinatura dos profissionais envolvidos.



(06/11/2024) - Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade assinado em plataforma digital pelos profissionais: Renato Gonçalves Darin - Aender de Ávila Silva - Polyana de Oliveira Caires.

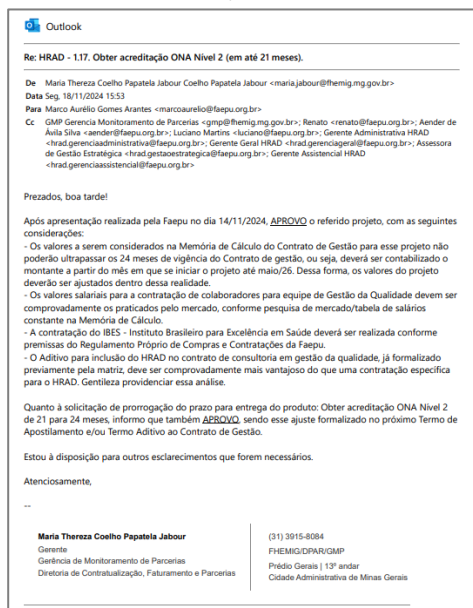


(14/11/2024) - Apresentação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade. Participantes: Aender de Ávila / Maria Thereza / Marco Aurélio / Layane Babilônia / Aline Mendes



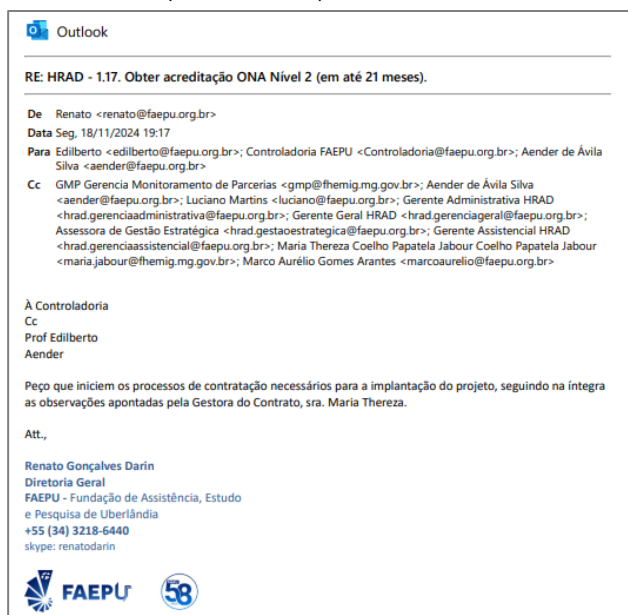
(18/11/2024) – Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade.

Responsável pela aprovação: Maria Thereza Coelho (Gerência de Monitoramento de Parcerias/FHEMIG)

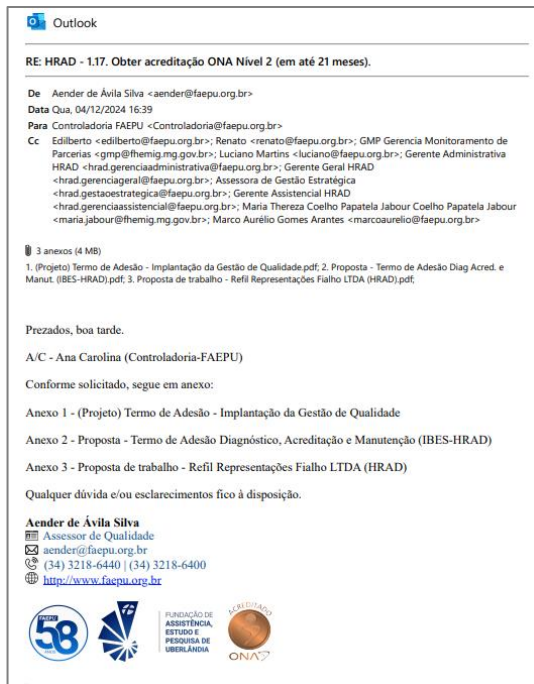


(18/11/2024) – Solicitação para início do processo de contratação para implantação do projeto

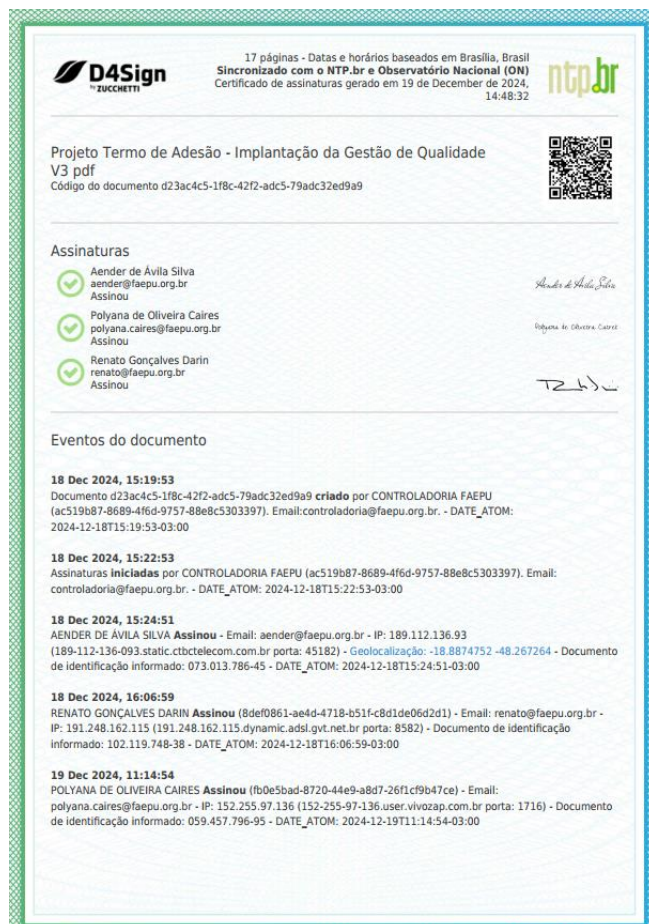
Responsável pela solicitação: Renato Darin (Diretoria Geral)



04/12/2024) – Envio de documentos para Controladoria iniciar com o processo de contratação
Responsável pelo envio: Aender de Ávila Silva (Assessor de Qualidade)



(18/12/2024) - Aprovação do Projeto Termo de Adesão para Implantação da Gestão de Qualidade



(18/12/2024) - Contratação do Profissional Enfermeiro de Qualidade, de acordo com o Projeto Termo de Adesão para Implantação da Gestão de Qualidade.

De: Gerente Geral HRAD <hrad.gerenciageral@faepu.org.br>

Enviado: sexta-feira, 24 de janeiro de 2025 15:54

Para: Rochele <rocheles@faepu.org.br>

Cc: Assessora de Gestão Estratégica <hrad.gestaoestrategica@faepu.org.br>; Polyana Caires <polyana.caires@faepu.org.br>; Avaliação HRAD <hrad.avaliacao@faepu.org.br>; Gerente Geral HRAD <hrad.gerenciageral@faepu.org.br>; Assessora HRAD <hrad.assessoria geral@faepu.org.br>; Gestão Pessoas HRAD <hrad.gestaopessoas@faepu.org.br>

Assunto: RP Escritório da Qualidade/HRAD

Rochele boa tarde,

<https://outlook.office.com/mail/id/AAMkADA2ZTA5ZjU5LWE5NjUjINGY4Yi04MjAzLTA5MDY1OWNkOTExZQBGAACR9jbpQnhcSqcYjq0Ggl...> 1/2

10/02/25, 13:49

Email - Aender de Ávila Silva - Outlook

Considerando a estruturação do Escritório da Qualidade/HRAD, visando melhoria nos processos da unidade, qualidade na assistência aos pacientes e consequentemente, cumprimento do produto 1.17 do Contrato de Gestão, encaminhamos RP referente a equipe:

01- Enfermeiro

01- Analista de Qualidade

02 Analistas de Treinamento

OBS: Enfermeiro a ser contratado deverá ser generalista para atuar na assistência direta ao paciente, haja vista que houve remanejamento de profissional com perfil profissional para o Escritório da Qualidade no dia 16/12/2024.

Layane @Assessora de Gestão Estratégica e Grazielle @hrad.gestaodepessoas@faepu.org.br gentileza acompanhar esta demanda.

--

Atenciosamente,

Polyana de Oliveira Caires
Gerente Geral
Hospital Regional Antônio Dias – HRAD/FAEPU

Contato: (34) 3818-6001



FUNDAÇÃO DE
ASSISTÊNCIA,
ESTUDO E
PESQUISA DE
UBERLÂNDIA

Aviso: Esta mensagem pode conter informações confidenciais ou privilegiadas, cujo sigilo é protegido por lei. O uso indevido será tratado de acordo com as políticas de segurança e privacidade da instituição e a legislação vigente. Caso não seja o destinatário pretendido, notifique imediatamente o remetente e exclua o conteúdo da mensagem.
Enviado por:

Sueni Monteiro Braga
Assessora Geral

(07/01/2025) - Disponibilizado Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em formato digital, para equipe de Gestão de Qualidade do HRAD;

10/02/25, 13:53

Email - Aender de Ávila Silva - Outlook

 Outlook

Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (Versão: 2022-2025)

De Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>

Data Ter, 07/01/2025 08:52

Para Assessora de Gestão Estratégica <hrad.gestaoestrategica@faepu.org.br>

 4 anexos (14 MB)

Seção 01 - Manual Brasileiro de Acreditação ONA (2022-2025)_compressed.pdf; Seção 02 - Manual Brasileiro de Acreditação ONA (2022-2025)_compressed.pdf; Seção 03 - Manual Brasileiro de Acreditação ONA (2022-2025)_compressed.pdf; Seção 04 - Manual Brasileiro de Acreditação ONA (2022-2025)_compressed.pdf;

Bom dia Layane

O propósito do Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) é servir como referência para que as instituições de saúde implantem um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). O manual é usado para avaliar e certificar a qualidade e segurança da assistência no setor de saúde.

Objetivos:

- Apresentar a estrutura e metodologia do manual
- Abordar os temas que nortearam a revisão do manual
- Apresentar os novos requisitos do manual
- Promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde
- Gerar aprendizados
- Introduzir o modelo de autoavaliação

Desta forma disponibilizo em anexo Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (Versão: 2022-2025) dividido por em 04 seções:

➡ Seção 1 - Gestão Organizacional

➡ Seção 2 - Atenção ao Paciente

➡ Seção 3 - Diagnóstico e Terapêutica

➡ Seção 4 - Gestão de Apoio

Qualquer dúvida e/ou esclarecimentos estou a disposição.

Atenciosamente

Aender de Ávila Silva

 Assessor de Qualidade

 aender@faepu.org.br

 (34) 3218-6440 | (34) 3218-6400

 <http://www.faepu.org.br>

(09/01/2025) - Reunião para definição da contratação de 2 (dois) profissionais (Analista de Treinamentos) que irá compor a equipe de Gestão de Pessoas no HRAD, conforme previsto no Projeto Termo de Adesão para Implantação da Gestão de Qualidade e alinhamento da Estrutura Organizacional (Organograma);

Participantes: Polyana Caires (Gerente Geral), Rochele Pereira (Gestão de Pessoas), Renato Darin (Diretor Geral) e Aender de Ávila (Assessor de Qualidade)

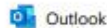
(31/01/2025) - Discussão para definição das datas da Avaliação de Diagnóstico Organizacional (DO), junto ao Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES)

- Data da avaliação de Diagnóstico Organizacional: 18 e 19/02/2025

(04/02/2025) - Alinhamento e definição junto ao setor de Gestão de Pessoas, quanto as atividades do Analista de Qualidade e Enfermeiro da Qualidade

10/02/25, 14:01

Email - Aender de Ávila Silva - Outlook



RE: RP Equipe da Qualidade/HRAD

De: Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>

Data Ter, 04/02/2025 13:09

Para: Rochele <rocheles@faepu.org.br>; Juliana Fernandes de Castro <julianaf@faepu.org.br>

Prezados, boa tarde

Nenhuma consideração referente as atividades do Analista de Qualidade e Enfermeiro de Qualidade.

Atenciosamente

Aender de Ávila Silva

Assessor de Qualidade

aender@faepu.org.br

(34) 3218-6440 | (34) 3218-6400

<http://www.faepu.org.br>

De: Rochele <rocheles@faepu.org.br>

Enviado: sábado, 25 de janeiro de 2025 10:03

Para: Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>; Juliana Fernandes de Castro <julianaf@faepu.org.br>

Assunto: ENC: RP Equipe da Qualidade/HRAD

Prezados

Bom dia

Segue as RP do projeto de qualidade.

@Aender de Ávila Silva por favor validar as atividades do Analista de Qualidade e Enfermeiro de Qualidade.

@Juliana Fernandes de Castro por favor validar as atividades do Analista de Treinamento, (Pre requisito de Psicologia + Pós graduação em Gestão de Pessoas + Experiência em Gestão de Pessoas, Treinamentos)

Os salários já estão previstos na Primeira memória de cálculo.

Outra observação importante, uma das vagas de Analista de Treinamento será como cargo de confiança e nos estaremos realizando a seleção juntamente com a Pollyana.

@Juliana Fernandes de Castro

*Colocar as RP na plataforma D4 e após aprovação da Diretoria enviar para o Edilberto solicitar o orçamento na FHEMIG e só assim com a autorização da FHEMIG, poderemos realizar a seleção e a contratação.

<https://outlook.office.com/mail/senditemail/d4AMKADA22TA52JUSLWESNJUNGY4Y04MJAULTASMDY1OWNKOTExZ08GAAAAACR0jbpQhnc8...> 1/2

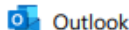
10/02/25, 14:01

Email - Aender de Ávila Silva - Outlook

*Solicitar a Concesp uma prévia de Edital para os demais Cargos (Prova e Análises de Títulos, mais Experiência).

att

(15/02/2025) - Disponibilizado para Gestão do HRAD a Programação de Visita Diagnóstico Organizacional Presencial elaborada pelo IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde.



Programação de Visita Diagnóstico Presencial ONA | HRAD - Hospital Regional Antônio Dias (Patos de Minas)

De Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>

Data Sáb, 15/02/2025 21:52

Para Polyana Caires <polyana.caires@faepu.org.br>; Assessora de Gestão Estratégica <hrad.gestaoestrategica@faepu.org.br>

Cc Edilberto <edilberto@faepu.org.br>; Renato <renato@faepu.org.br>; Luciano Martins <luciano@faepu.org.br>; ISABEL ROSITA LEITE FIALHO <isabelrosita8@gmail.com>; Rochele <rocheles@faepu.org.br>; Cleonice <cleonice@faepu.org.br>; Marco Aurélio Gomes Arantes <marcoaurelio@faepu.org.br>

1 anexo (41 KB)

18 e 19.02.2025 - Programação de Visita Diagnóstico Presencial.pdf;

Prezados, boa noite

Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente.

Nas datas de **18 e 19/02/2025**, o HRAD - Hospital Regional Antônio Dias, passará pela Avaliação de Diagnóstico Organizacional em modo presencial. Desta forma disponibilizo abaixo e em anexo a Programação contemplando os processos que serão avaliados com os nomes dos avaliadores por cada seção. * Os processos a serem avaliados poderão sofrer alterações conforme necessidade.

 Programação de Visita Diagnóstico Presencial Sistema Brasileiro de Acreditação Manual Brasileiro de Acreditação - ONA - Versão 2022 HRAD - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - PATOS DE MINAS Endereço: Rua Major Gots, 1231 - Centro, Patos de Minas - MG, 38700-001 Representante da Instituição / Processo de Certificação: Aender de Ávila Silva Data 18 e 19 de fevereiro de 2025 Versão 01			
Gisele Ayres - Avaliador Líder			
Domenica Bovi - Avaliador			
Fernanda Araujo - Avaliador			
18/02/2025	Gisele Ayres	Domenica Bovi	Fernanda Araujo
08h00	Reunião de Abertura		
08h00 às 09h00	Apresentação Institucional incluindo o Planejamento Estratégico		
09h00 às 10h30	Gestão Administrativa e Financeira	Gestão da Segurança Institucional	Gestão de Acesso ao Cuidado
10h30 às 12h00	Gestão do Corpo Clínico Comissões Obrigatórias: (Óbito, Prematário, Ética, Hemoterapia)	Cuidados Intensivos	Atendimento Emergencial
12h00 às 13h00	Almoço		
13h00 às 14h00	Gestão de Pessoas	Atendimento Cirúrgico Verificar fluxo de Anatomia Patológica e Citopatologia e fluxo de solicitação hemocomponentes	Internação (Clínica médica e Cirúrgica)
14h00 às 15h00	Atendimento Obstétrico	Processamento de Produtos para Saúde	Assistência Farmacêutica
15h00 às 16h00	Atendimento Neonatal	Assistência Nutricional	Gestão de Suprimentos e Logística
16h00 às 17h00	Reunião dos Avaliadores / Elaboração do Parecer Final		
19/02/2025	Gisele Ayres	Domenica Bovi	Fernanda Araujo
08h00 às 09h30	Métodos Endoscópicos e Videoscópicos	Assistência Hemoterápica e Agência Transfusional	Diagnóstico por imagem (Tomografia Computadorizada / Raio-X / Ultrassonografia)
09h30 às 10h30		Gestão da Infraestrutura	Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico Hospitalar
10h30 às 12h00	Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança	Limpeza e Desinfecção de Superfícies	Gestão da Comunicação
12h00 às 13h00	Almoço		
13h00 às 14h00	Gestão da Qualidade e Segurança	Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Processamento de Roupas / Enxoval
14h00 às 15h00	Reunião dos Avaliadores / Elaboração do Parecer Final		
15h00 às 16h00	Entrega do Parecer Final		

(18 e 19/02/2025) - Realização da Avaliação Diagnóstico Presencial de acordo com o Sistema Brasileiro de Acreditação e Manual Brasileiro de Acreditação ONA (Versão 2022-2025).

(25/02/2025) - Reunião (digital) para discussão e alinhamento de processos de Qualidade.

Participantes: Aender de Ávila Silva | Layane

Assuntos discutidos:

- Apresentado modelo de layout utilizado para confecção de documentos (POP, fluxogramas, Políticas, Protocolos, Manuais);
- Discussão dos Protocolos de Segurança do paciente (Metas de Segurança):
- Cirurgia Segura;
- Identificação do paciente;
- Prevenção de úlceras por pressão;
- Higiene das mãos;
- Prevenção de quedas;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
- Apresentado modelo de matriz de gerenciamento (projeto) em modo compartilhado para acompanhamento das ações ONA. (Ferramenta de Gestão 5W2H)

**** Obs:** Aguardando liberação do projeto por parte da Instituição Acreditora IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde.

De acordo com a ATA, no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir do encerramento (19/02), será entregue o relatório da visita com as não conformidades e observações de todas as áreas e processos avaliados conforme padrões e requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação (SBA-ONA)

(26/02/2025) - Disponibilizado Ata de encerramento da Avaliação de Diagnóstico Presencial ONA | HRAD Hospital Regional Antônio Dias (Patos de Minas).

Outlook

Ata de Encerramento | Avaliação de Diagnóstico Presencial ONA | HRAD - Hospital Regional Antônio Dias (Patos de Minas)

De: Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>

Data Qua, 26/02/2025 12:49

Para: Polyana Caires <polyana.aires@faepu.org.br>; Assessora de Gestão Estratégica <hrad.gestaoestrategica@faepu.org.br>; Gerente Assistencial HRAD <hrad.gerenciaassistencial@faepu.org.br>

Cc: Edilberto <edilberto@faepu.org.br>; Renato <renato@faepu.org.br>; Luciano Martins <luciano@faepu.org.br>; ISABEL ROSITA LEITE FIALHO <isabelrosta@gmail.com>; Cleonice <cleonice@faepu.org.br>; Marco Aurélio Gomes Arantes <marcoaruello@faepu.org.br>; Rochele <rocheles@faepu.org.br>; Maria Carvalho <mscarvalho@hotmail.com>

1 anexo (297 KB)

18 e 19.02.2025 - Ata de Encerramento Avaliação Diagnóstico Organizacional PDF;

Prezados boa tarde, espero que todos estejam bem.

Segue em anexo a ATA de encerramento da Avaliação de Diagnóstico de Certificação ONA do HRAD - Hospital Regional Antônio Dias (Patos de Minas)

Data da avaliação: 18 e 19 de fevereiro de 2025

Foi realizada discussão dos pontos fortes; não conformidades e observações sistêmicas no encerramento da visita.

De acordo com a ATA, no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir do encerramento (19/02), será entregue o relatório da visita com as não conformidades e observações de todas as áreas e processos avaliados conforme padrões e requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação (SBA-ONA)

▲ Ressalto que é de conhecimento da Instituição Acreditora IBES e de toda equipe de Gestão de Qualidade, quanto ao produto a ser entregue e do prazo contratualizado em até 21 meses, para obtenção da acreditação ONA Nível 2, mas cabe ressaltar que o alcance deste resultado estará pautado na força de trabalho da equipe local, com o apoio do time da qualidade corporativa da FAEPU, teremos 21 meses de prazo para as devidas providências e alcance desta meta estabelecido no produto do contrato.

Reforçamos que um dos nossos objetivos é reconhecer com credibilidade a excelência da gestão e da qualidade dos serviços prestados pelo hospital, garantindo a segurança dos pacientes e a satisfação dos usuários.

Assim que receber o relatório da visita, compartilho com todos.

Qualquer dúvida e/ou esclarecimentos fico à disposição.

Aender de Ávila Silva

Assessor de Qualidade

aender@faepu.org.br

(34) 3218-6440 | (34) 3218-6400

<http://www.faepu.org.br>

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.17-Ona Nível 02](#)

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.18: Implantar 5 leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) para adequação às exigências ministeriais quanto os cuidados progressivos neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
-		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Projeto aprovado. Prazo de início do projeto: 05/11/2024. Prazo de execução: 06 meses.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.18-Leito UCINCA-Canguru		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.19: Ampliar 7 leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) totalizando 10 leitos de UCIN para adequação às exigências ministeriais quanto os cuidados progressivos neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
-		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Projeto aprovado. Prazo de início do projeto: 05/11/2024. Prazo de execução: 06 meses.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.19-Leito UCINCO-Convencional		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 1.21: Ampliar 4 leitos de UTI Neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig) totalizando 10 leitos de UTI Neonatal.		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
-		Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Projeto aprovado. Prazo de início do projeto: 05/11/2024. Prazo de execução: 06 meses.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.21-Leito Uti-Neonatal - Ampliação 04 Leitos		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 2.1: Elaborar projeto de reformas, que inclui a adequação física após transferência dos setores para o Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig (em até 6 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
30/11/2024	08/10/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
A Unidade enviou à GMP projetos de reforma dos seguintes setores: Projetos enviados em 08/10/2024 • Criação da nova UTI Neonatal – UTIN com 10 leitos • Ampliação da UTI Neonatal de Cuidados Intermediários – UCINCO • Implantação da Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa • Reforma do Setor Alojamento Conjunto • Ampliação do número de leitos da UTI Adulto, passando de 09 para 10 leitos		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 2.1-Projeto de Reformas Ofício nº 108/24, enviado à GMP/FHEMIG, na data de 08/10/2024. Ofício nº 109/24, enviado à GMP/FHEMIG, na data de 08/10/2024.		

Área Temática: Processos e Qualidade		
Produto nº 3.1: Elaborar portfólio de projetos para captação de recursos (em até 6 meses).		
Duração		Status
Término previsto (dd/mm/aaaa)	Término realizado (dd/mm/aaaa)	
30/11/2024	27/11/2024	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Não executado
Informações relevantes acerca da execução do produto no período avaliatório		
Portfólio elaborado pela equipe do Hospital Regional Antônio Dias. Enviado à GMP/FHEMIG no dia 27/11/2024 para análise e aprovação.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 3.1-Portfólio de projetos - Captação de recursos		

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. Treinamentos de Integração dos Colaboradores - HRAD

Integração dos novos colaboradores admitidos no trimestre no HRAD.

Processo de Integração

Todos os novos colaboradores admitidos no período participaram de uma apresentação abrangente das normas e políticas institucionais da FAEPU/HRAD. Este programa foi cuidadosamente estruturado para oferecer uma recepção calorosa e acolhedora.

Objetivo

O principal objetivo da integração é assegurar que os novos colaboradores se sintam parte integrante da organização desde o primeiro dia, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e produtivo.

A integração é um passo crucial para garantir que os novos colaboradores estejam alinhados com a cultura e os valores da FAEPU/ HRAD, contribuindo assim para um ambiente de trabalho positivo e engajado.

[Lista de presença Integração Dezembro.pdf](#)

[Lista de presença - integração janeiro 2025.pdf](#)

[Lista de Presença - Integração fevereiro 25.pdf](#)

4.2 - Relatório de Comunicações Positivas

O Hospital Regional Antônio Dias-HRAD é instituição prestadora de serviços de saúde e assistência hospitalar, com perfil vocacional em atendimentos de média e alta complexidade em traumatologia, ortopedia, urgências clínicas e pediátricas, queimados, alta complexidade em neurocirurgia, acidente vascular cerebral (AVC), gestação de alto risco (GAR) e atendimentos a vítimas de violência sexual, sendo referência para os 33 (trinta e três) municípios da Macrorregião Noroeste.

Por meio do Contrato de Gestão nº 012/2024 foi celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia - FAEPU, vínculo de cooperação entre as partes, sendo o objeto: Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde, incluindo equipamentos, estrutura, maquinário, insumos e outros no Hospital Regional Antônio Dias, assinado em 24/05/2024. Essa parceria visa aprimorar a eficiência e a

qualidade dos serviços oferecidos, garantindo um atendimento ágil e humanizado aos nossos pacientes.

No período analisado, a unidade realizou diversas melhorias de processo, estruturais, equipamentos e ações que reforçam o engajamento das equipes.

Enviamos relatório detalhado, com todas as melhorias e comunicações positivas do HRAD até o momento.

[RELATÓRIO - COMUNICAÇÕES POSITIVAS HRAD JANEIRO.pdf](#)

[RELATÓRIO - COMUNICAÇÕES POSITIVAS - FEVEREIRO.docx](#)

5 – COMPROVANTES DE REGULARIDADE FISCAL, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA

As Certidões Negativas junto ao INSS, ao FGTS e às Fazendas Federal, Estadual e Municipal, encontram-se na Pasta “HRAD – Prestações de Contas”, Ítem “7 – Regularidade Fiscal”.

[07-REGULARIDADE FISCAL](#)

DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA OS

Declaro, para todos os fins, que são verídicas todas as informações contidas neste Relatório Gerencial de Resultados. Acrescento, ainda, que as fontes de comprovação dos indicadores e produtos estão organizadas e arquivadas junto ao FAEPU – Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia e podem ser consultadas a qualquer momento pela Comissão de Monitoramento, por representantes da FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais ou representantes de órgãos de controle e auditoria do Governo do Estado de Minas Gerais.

Uberlândia – MG, 14 de março de 2025.

renato@faepu.org.br

Assinado

D4Sign

Renato Gonçalves Darin
Diretor Geral

FAEPU – Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia

9º Relatório Gerencial de Resultados - TRIMESTRAL pdf

Código do documento d511908a-9943-432c-9fab-268874a87789



Assinaturas



Renato Gonçalves Darin
renato@faepu.org.br
Assinou



Eventos do documento

14 Mar 2025, 13:47:44

Documento d511908a-9943-432c-9fab-268874a87789 **criado** por CONTROLADORIA FAEPU (ac519b87-8689-4f6d-9757-88e8c5303397). Email: controladoria@faepu.org.br. - DATE_ATOM: 2025-03-14T13:47:44-03:00

14 Mar 2025, 13:48:23

Assinaturas **iniciadas** por CONTROLADORIA FAEPU (ac519b87-8689-4f6d-9757-88e8c5303397). Email: controladoria@faepu.org.br. - DATE_ATOM: 2025-03-14T13:48:23-03:00

14 Mar 2025, 14:15:03

RENATO GONÇALVES DARIN **Assinou** (8def0861-ae4d-4718-b51f-c8d1de06d2d1) - Email: renato@faepu.org.br - IP: 189.112.136.93 (189-112-136-093.static.ctbctelecom.com.br porta: 23654) - Documento de identificação informado: 102.119.748-38 - DATE_ATOM: 2025-03-14T14:15:03-03:00

Hash do documento original

(SHA256):efc288fe7e8950b11b5f46a59277df308974f8064fbc2a3f1348eb5652156744

(SHA512):5852ae3e1676952348031eac710765ac6d0558201c46535494f19559b91c43af8bdacdc6e9c89f8bd14455acfe957c96ba45c78e9c727dbc3efadb799c700ca9

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima



Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e **Lei 14.063/2020**.