

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

12º Relatório Gerencial de Resultados

4º Período Avaliatório

01 de Março de 2025 a 31 de Maio 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: 10/06/2025

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 março de 2025 à 31 de maio 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
					4º Período Avaliatório 01/03/2025 a 31/05/2025	
1	Produção Assistencial e Faturamento	1.1.1	Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de média complexidade	3	≥ 28.224 (jun/25)	29.646
		1.1.2	Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de alta complexidade	3	≥ 462 (jun/25)	570
		1.1.3	Cumprimento da produção de serviços hospitalares por linha de cuidado	3	1.905 (jun/25)	2.158
		1.1.4	Cumprimento da produção de diárias em UTI Adulto	4	717 (jun/25)	805
		1.1.5	Cumprimento da produção de diárias em UTI Neonatal	4	636 (jun/25)	784
		1.2	Índice de contas faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta	5	100%	104,28%
		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	≥ 80%	91,72%
		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%	111,71%
		2.4	Índice de Qualidade de Codificação Clínica (IQCC)	5	≥ Score da Fhemig (11/10)	19/10
3	Assistência à Saúde	3.1	Média de permanência hospitalar	10	≤ MP prevista (4,4)	5,0
		3.2	Taxa de ocupação hospitalar	5	≥85%	91,71%
		3.3	Taxa de mortalidade hospitalar geral	5	≤4,0%	4,41%
		3.4	Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa	5	≤1,5%	1,79%
		3.5	Medida de Case Mix	5	≥1,23	1,27
		3.6	Taxa de Cesárea	5	≤49,5%	58,19%
		3.7	Readmissão em até 30 dias por complicação	5	≤2,2%	2,68%
		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	29.646

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 dezembro/2024 a fevereiro/2025, revela que foram realizados 29.646 procedimentos, correspondendo a 105,04% da meta estabelecida para o período analisado no contrato de gestão FAEPU.

É importante destacar que a produção da unidade reflete a demanda real de serviços, uma vez que os atendimentos ambulatoriais e de pronto atendimento são regulados pela própria unidade e pelo gestor.

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. Tendo inclusive superado o quantitativo de procedimentos informados no trimestre anterior.

A equipe demonstra comprometimento em atender às necessidades dos usuários e em cumprir os objetivos estabelecidos no contrato de gestão.

Fonte de comprovação do indicador

Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título | Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada Subtítulo | Frequência por Mês de Processamento segundo Grupo de Procedimentos

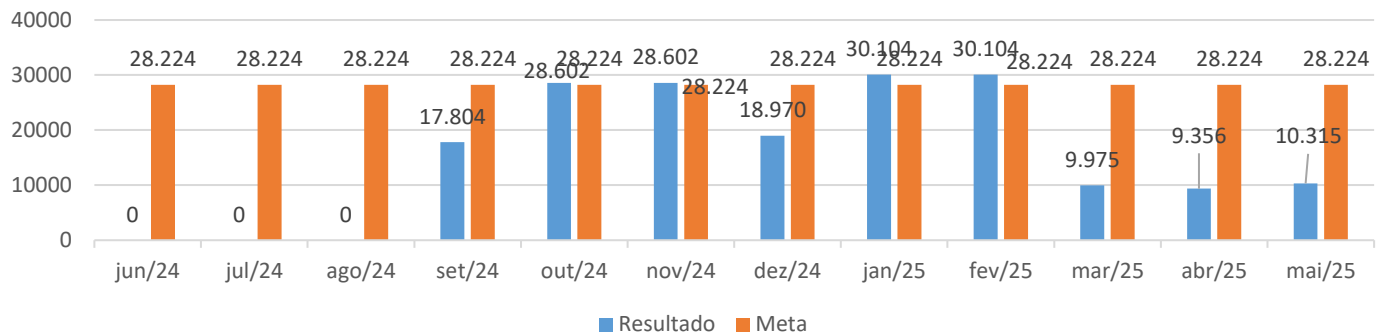
Grupo de Procedimentos	Dezembro/2024	Janeiro/2025	Fevereiro/2025	Total
Total	9.975	9.356	10.315	29.646
02 Procedimentos com finalidade diagnostica	7.905	8.230	7.322	23.457
03 Procedimentos clínicos	2.012	1.070	2.928	6.010
04 Procedimentos cirurgicos	58	56	65	179

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\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]
Produção Aprovada/Não: Aprovado totalmente
Complexidade Procedimento: 2-Média Complexidade
Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
PAMG2412a.dbc
PAMG2412b.dbc
PAMG2501a.dbc
PAMG2501b.dbc
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

1.1.1. Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de média complexidade



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	570

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

O indicador de produção de serviços ambulatoriais de alta complexidade apresentou um resultado de 570 procedimentos realizados, correspondendo a 123,38% da meta pactuada para o trimestre. O que demonstra que os pacientes estão tendo acesso aos serviços de alta complexidade via ambulatorial, necessários ao diagnóstico de suas patologias.

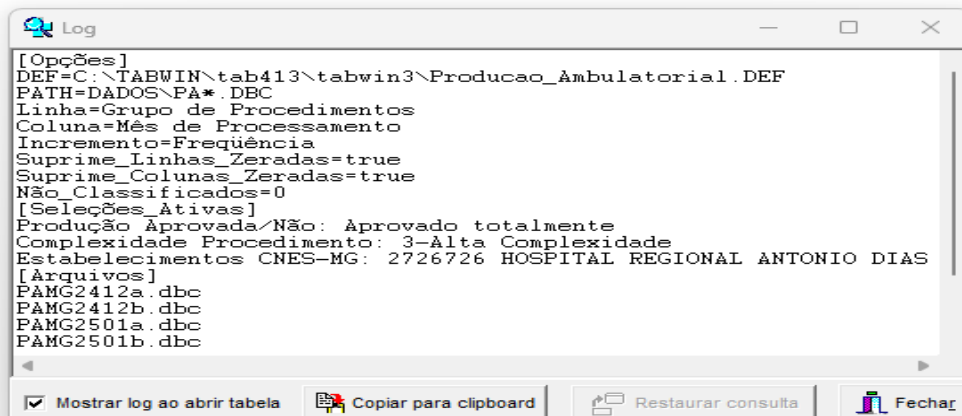
Fonte de comprovação do indicador

Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada

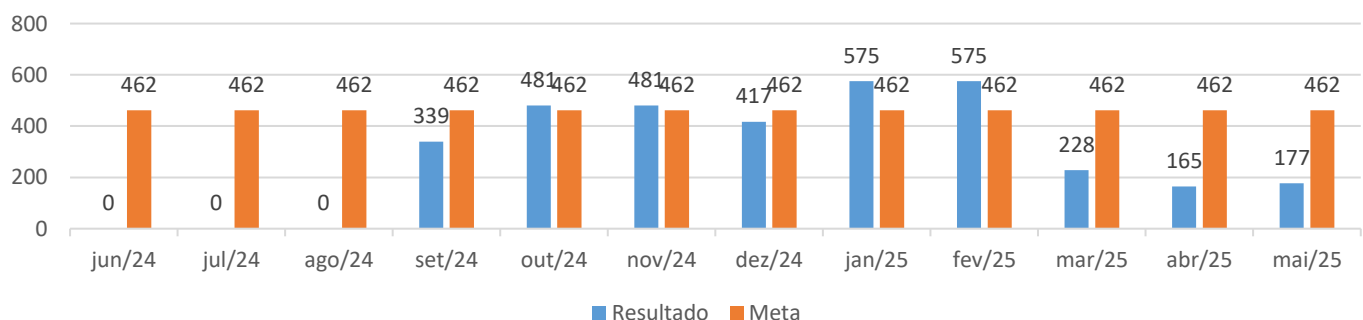
Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título | Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada | Subtítulo | Frequência por Mês de Processamento segundo Grupo de Procedimentos

Grupo de Procedimentos	Dezembro/2024	Janeiro/2025	Fevereiro/2025	Total
Total	228	165	177	570
02 Procedimentos com finalidade diagnostica	228	165	177	570



1.1.2. Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de alta complexidade



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
1.905	2.158

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 dezembro/2024 a fevereiro/2025, demonstra que foram contabilizadas 2.158 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), o que representa 113,29% da meta estabelecida para o trimestre.

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

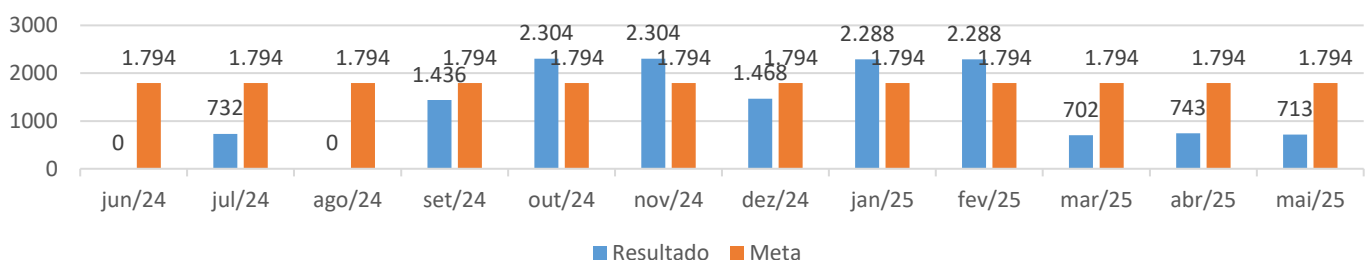
Leito/Especialidade	2024/Dez	2025/Jan	2025/Fev	Total
Total	702	743	713	2.158
01-Cirúrgico	335	376	363	1.074
02-Obstétricos	127	113	111	351
03-Clinico	173	188	180	541
07-Pediátricos	67	66	59	192

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Leito\Especialidade
Coluna=Ano/Mês processamento
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNE): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2412.dbc
RDMG2501.dbc
RDMG2502.dbc
Registros_Processados= 345403
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

1.1.3. Cumprimento da produção de serviços hospitalares por linha de cuidado



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
717	805

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

A análise da produção de diárias de UTI para o período de dezembro/2024 a fevereiro/2025 revela um bom desempenho, estando inclusive acima do esperado, com 805 diárias produzidas no trimestre (206 em dezembro/24, 232 em janeiro/25 e 367 em fevereiro/25), correspondendo a 112,28% da meta estabelecida para o trimestre.

Existe um comprometimento da equipe de faturamento em priorizar as contas que possuem diárias de UTI e que chegam ao setor, contudo o perfil dos pacientes que estão em utilização de leito de UTI são perfis que demandam maior tempo de internação, sendo assim o prontuário acaba por demorar mais tempo para finalizar e ser apresentado.

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

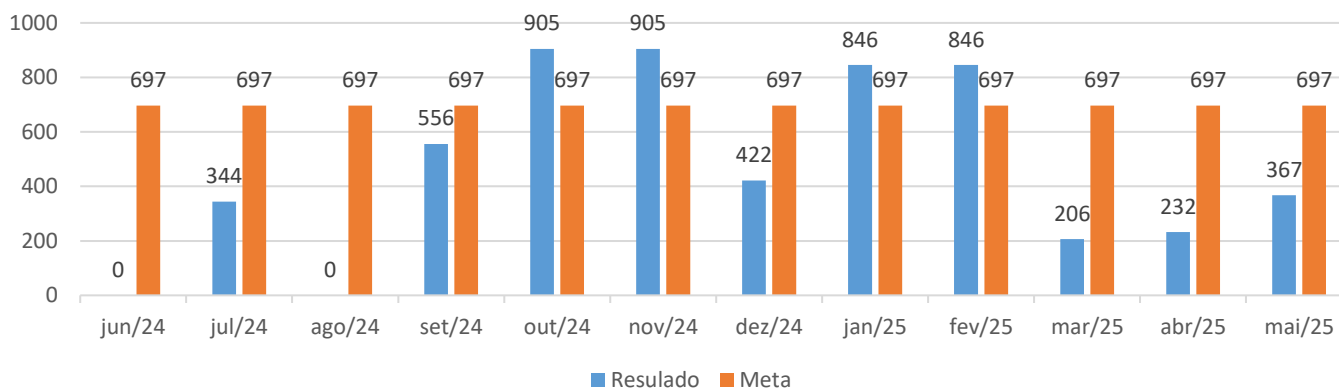
Tipo de UTI	2024/Dez	2025/Jan	2025/Fev	Total
Total	350	373	607	1.330
UTI adulto - tipo II	206	232	368	804
UTI neonatal - tipo II	144	141	240	525
UTI Doador	0	0	1	1

Log

[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tabwin3\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]
RDMG2412.dbc
RDMG2501.dbc
RDMG2502.dbc
Registros_Processados= 345403
Tempo_Decorrido= 0:00

☒ Mostrar log ao abrir tabela

1.1.4. Cumprimento da produção de diárias em UTI Adulto



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
636	784
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 ficou acima do esperado. A meta estabelecida para o período de dezembro/2024 a fevereiro/2025 é de 636 diárias, sendo o resultado alcançado para a competência 12/2024 de 231 diárias, na competência 01/2025 de 215 diárias e na competência 02/2025 de 338, resultando no montante para o período de 784 diárias o que representa 123,28% da meta estabelecida para o período. O que demonstra um comprometimento da equipe de faturamento em priorizar para a apresentação as contas que possuem diárias de UTI neonatal que chegam ao setor.

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/Dez	2025/Jan	2025/Fev	Total
Total	350	373	607	1.330
UTI adulto - tipo II	255	266	365	886
UTI neonatal - tipo II	144	141	240	525
UTI Doador	0	0	1	1

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\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]
RDMG2412.dbc
RDMG2501.dbc
RDMG2502.dbc
Registros_Processados= 345403
Tempo_Decorrido= 0:00
```

Mostrar log ao abrir tabela Copiar para clipboard Restaurar consulta Fechar

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

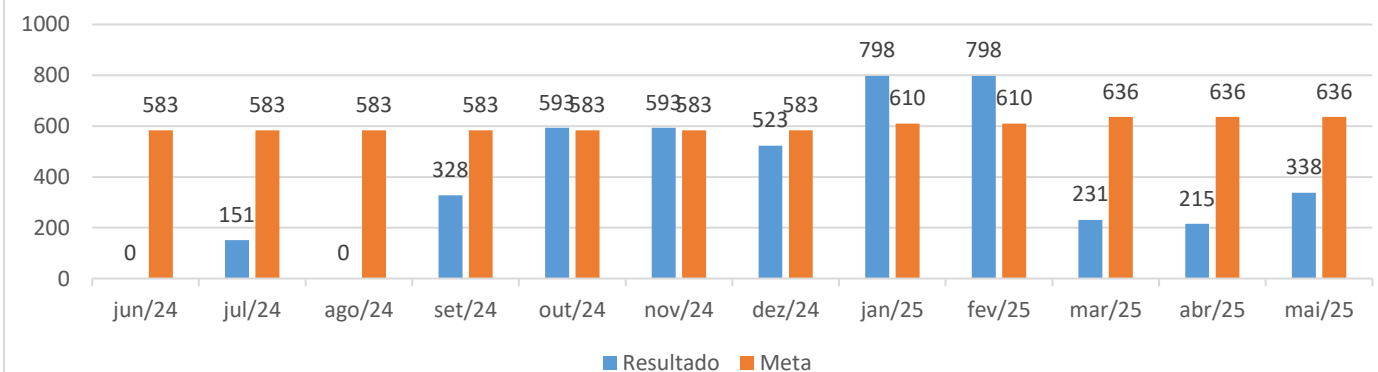
Tipo de UCI	2024/Dez	2025/Jan	2025/Fev	Total
Total	87	74	98	259
Unidade de cuidados intermed neonatal convencional	87	74	98	259

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Tipo de UCI
Coluna=Ano/Mês processamento
Incremento=Diárias UCI
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2412.dbc
RDMG2501.dbc
RDMG2502.dbc
Registros_Processados= 345403
Tempo_Decorrido= 0:00
```

Mostrar log ao abrir tabela Copiar para clipboard Restaurar consulta Fechar

1.1.5. Cumprimento da produção de diárias em UTI Neonatal



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%	104,28%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

O resultado do indicador de contas faturadas para Fevereiro/2025 atingiu 102,30% do total pactuado para o mês em análise, o corresponde a 624 AIHs apresentadas na competência pactuada, sendo o resultado do período finalizado com o arquivo das contas apresentadas até a competência 03/2025, para a meta pactuada do Contrato de Gestão FAEPU. A meta de 100% das contas apresentadas em até um mês após a alta foi superada para o mês analisado, assim como para os meses anteriores.

Conforme caderno de indicadores o cálculo e acompanhamento da meta referente ao 3º trimestre engloba análise dos meses (dezembro-24/ janeiro e fevereiro-25) do Contrato de Gestão FHEMIG/FAEPU. O qual na apuração final se deu no montante de 104,28% (105,04% em Dezembro/24; 105,28% em Janeiro/25 e 102,30% em Fevereiro/25).

O resultado até aqui apresentado demonstra o comprometimento e envolvimento da equipe para cumprimento da meta pactuada.

Fonte de comprovação do indicador

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos Subtítulo Freqüência 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

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

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

Hospital MG (CNES)	2024/Out	2024/Nov	2024/Dez	2025/Jan	Total
Total	5	3	254	451	743
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	5	3	254	451	743

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Ano/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]
RDMG2501.dbc
Registros_Processados= 116896
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

Hospital MG (CNES)	2024/Ago	2024/Set	2024/Out	2024/Nov	Total
Total	2	1	1	3	7
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	1	1	3	7

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Ano/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]
RJMG2501.dbc
Registros_Processados= 2782
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Arquivo 28°C Parc ensolarado 2025 - Explorador TabWin 16:53 03/04/2025

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

Hospital MG (CNES)	2024/Out	2024/Nov	2024/Dez	2025/Jan	2025/Fev	Total
Total	1	5	40	267	400	713
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	1	5	40	267	400	713

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\tabwin3\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Ano/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]
RDMG2502.dbc
Registros_Processados= 114872
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

Hospital MG (CNES)	2025/Jan	2025/Fev	Total
Total	1	1	2
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	1	1	2

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Ano/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]
RJM2502.dbc
Registros_Processados= 2671
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

Hospital MG (CNES)	2024/Dez	2025/Jan	2025/Fev	2025/Mar	Total
Total	2	29	220	488	739
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	29	220	488	739

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RD2008.DEF
PATH=DADOS\RD*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Ano/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]
RDM2503.dbc
Registros_Processados= 120863
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

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

Hospital MG (CNES)	2024/Dez	2025/Jan	2025/Fev	2025/Mar	Total
Total	1	1	3	6	11
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	1	1	3	6	11

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\tab413\RJ2008.DEF
PATH=DADOS\RJ*.DBC
Linha=Hospital MG (CNES)
Coluna=Ano/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]
RJMG2503.dbc
Registros_Processados= 3412
Tempo_Decorrido= 0:00
```

☒ Mostrar log ao abrir tabela

Home Console do Usuário - Saiku Ana X

pentaho.fhemig.mg.gov.br:8080/pentaho/Home?name=Saiku%2520Analytics&startup-url=

Dell Portal HRAD Intranet SEI / GOVMG ExpressoMG SUSfácil SIGH SAPT Controle Falhas Apoio Codificação

Arquivo Visualizar Ajuda

Início

Saiku Analytics

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

Clínicas
Datas
(All)
Ano
Mês
Gêneros
Hospitais
(All)
Complexo
Hospital

Medidas

Saídas Hospitalares

Colunas

Hospital Hospitais

Linhas

Ano
Mês

Filtros

Hospital		HRAD
Ano	Mês	Saídas Hospitalares
2024	12	695
2025	1	683
	2	610

4º Trimestre (Dezembro/Janeiro/Fevereiro)

Competência	Quantidade aprovada (faturamento)			
	Dezembro/24	Janeiro/25	Fevereiro/25	Março/25
Dezembro/24	475	254		
Janeiro/25		451	267	
Fevereiro/25			400	220

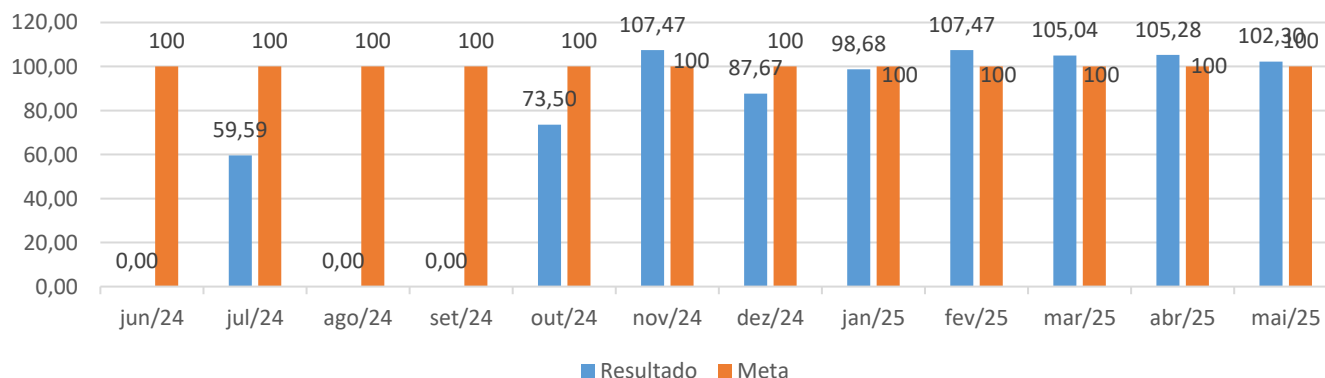
Competência	Quantidade rejeitada (faturamento)			
	Dezembro/24	Janeiro/25	Fevereiro/25	Março/25
Dezembro/24	1	0		
Janeiro/25		0	1	
Fevereiro/25			1	3

Competência	Quantidade Total (faturamento)			
	Dezembro/24	Janeiro/25	Fevereiro/25	Março/25
Dezembro/24	476	254		
Janeiro/25		451	268	
Fevereiro/25			401	223

Competência	Soma da quantidade apresentada (faturamento) no mês da competência e no mês subsequente
Dezembro/24	730
Janeiro/25	719
Fevereiro/25	624

Competência	Numerador (Contas)	Denominador (Altas)	Resultado
Dezembro/24	730	695	105,04%
Janeiro/25	719	683	105,28%
Fevereiro/25	624	610	102,30%
TOTAL	2073	1988	104,28%

1.2. Índice de contas faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta



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 janeiro (competência 01/2025), foram identificadas 07 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 AIH glosadas e as reapresentou para pagamento no mês seguinte (competência 02/2025) que corresponde a apresentação 03/2025, conforme demonstrado abaixo.

Tivemos no período 03 AIHS (3124128221302, 3124128226230 e 3124128236560) que não foram reapresentadas visto se tratar de falta de habilitação do serviço/classificação exigidos na data de execução dos procedimentos. O hospital não possuía a equipe mínima exigida para a habilitação cadastrada no CNES, o que assim que foi identificado foi solicitado ao RH da unidade a conferencia e existência desse profissional no HRAD e feita a devida inserção no CNES. Consideramos o resultado para o período apurado de 100%, visto que conforme contrato de Gestão, as faltas de reapresentações devido a ausências de habilitação e capacidade instalada, não são consideradas no cálculo do indicador.

Fonte de comprovação do indicador

MS/DATASUS SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DESCENTRALIZADO - SIHD2 Versão 21.50
27/02/2025 12:31:23 AIHS REJEITADAS POR MOTIVO Página: 1
M314800001 Competência: 01/2025 CNES : DEFINITIVO

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

ERRO : HOSPITAL NÃO POSSUI O SERVICO/CLASSIFICACAO EXIGIDOS

CNES : 2726726 - HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

AIH	Linha	AIH	Linha	AIH	Linha
3124128221302	1	3124128226230	1	3124128236560	1

ERRO : PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE HABILITAÇÃO

CNES : 2726726 - HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

AIH	Linha	AIH	Linha	AIH	Linha
3124128250034	1	3124128264235	1	3124128272970	1

ERRO : PROCEDIMENTO EXIGE AIH DO PNRF (PROGRAMA NACIONAL DE REDUÇÃO DE FILAS)

CNES : 2726726 - HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

AIH	Linha	AIH	Linha	AIH	Linha
3124128259770	1				

O.E: U312726726 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 03 / 2025 DATA: 28/03/2025

Num AIH: 312412825003-4 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2025 Data Autorização: 03 / 10 / 2024

O.E: U312726726 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 03 / 2025 DATA: 28/03/2025

Num AIH: 312412826423-5 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2025 Data Autorização: 30 / 10 / 2024

O.E: U312726726 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 03 / 2025 DATA: 28/03/2025

Num AIH: 312412827297-0 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2025 Data Autorização: 17 / 11 / 2024

O.E: U312726726 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 03 / 2025 DATA: 28/03/2025

Num AIH: 312412825977-0 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2025 Data Autorização: 22 / 10 / 2024

1.3. Percentual de reapresentações de AIHs no mês subsequente à glosa



Área Temática: Processos e Qualidade	
Indicador nº 2.1: Percentual de satisfação do usuário	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥ 80%	91,72%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
No mês de abril, o HRAD manteve a aplicação da PSCE no 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: <u>Número de atendimentos mar, abr e mai/2025: 7.794</u> ARE: 3.209 PA: 2.573 INT: 2.012 <u>Amostra a ser aplicada conforme matriz do indicador: 383 pesquisas</u> <u>Percentual a ser aplicado de acordo com o total de atendimentos:</u> ARE: 41,17% = 157 pesquisas PA: 33,02% = 127 pesquisas INT: 25,81% = 99 pesquisas <u>Quantitativo de pesquisas lançadas pelo HRAD no FORMS:</u> Total: 5.038 pesquisas ARE: 2.272 pesquisas PA: 1.403 pesquisas INT: 1.363 pesquisas <u>Cálculo NPS</u> ARE: 2.272 pesquisas (86 neutros, 2.172 promotores e 14 detratores) = 94,98% PA: 1.403 pesquisas (81 neutros, 1.293 promotores e 29 detratores) = 90,09% INT: 1.363 pesquisas (99 neutros, 1.246 promotores e 18 detratores) = 90,10% <u>Resultado mensal geral: 91,72%</u> Em relação aos apontamentos assinalados como insatisfação na Internação (representando 1,32%), destaca-se a estrutura (“instalações ruins”, “poltronas ruins, rasgadas e quebradas” – citado 5 vezes, “colocar área de fumantes”, “cama desconfortável e estragada, não ajusta a altura”, “ambiente quente”, “sem separação de pacientes com infecção”), atendimento da equipe assistencial (“falta de atendimento de técnicas e enfermeiros”, “não teve avaliação da fono”, “profissional XX fez procedimento sem dar o banho”, “conforme prontuário tinha medicamento 12:00. 12:10 cobrei e acharam ruim”, “médico não foi na avaliação”, “assistente social ignorante”, “recusa de colocar paciente na cadeira de banho”, “deixaram um monitor cair na cabeça dela, sangue escorreu, e se tivesse pegado na cabeça do neném?”, “melhor acolhimento, não interessa ao paciente se a assistente social está sobrecarregada”, “colocar funcionários que realmente queiram trabalhar”). Em relação aos apontamentos assinalados como insatisfação no Ambulatório (representando 0,61%), destaca-se tempo de espera elevado (“Cheguei as 08 horas e fui atendida as 14:15. Sou diabética e fiquei sem comer. Achei um descaso”, “Cheguei as 09:30 e fui atendida depois das 14:00”, “Chegamos antes das 13:00 e saímos após as 16:00. Muita demora no atendimento”, “Cheguei às 07:40, moça da recepção me entregou o prontuário e fiquei esperando até as 11:20 e não fui atendido, pois erro da moça, e o moço remarcou pra mim, foi um descaso”, “muito tempo de espera”), atendimento médico (“Médico grosseiro, mal educado, com falsas acusações e ameaças”, “Consulta agendada e falta de respeito do médico, contratado para trabalhar. Dr. CFM não compareceu, não atendeu e não respondeu. Falta de respeito! Ridícula as respostas que recebemos. Por ser feriado o médico não conferiu a agenda. Inadmissível”, “Compareci no hospital regional para consultar as 13:00 e o médico não compareceu. Achei uma falta de	

respeito com todos que aqui estiveram”, “O médico não compareceu a consulta agendada, deixando os pacientes sem informação por horas”, “Vim para consulta e o médico não veio para a unidade. O deslocamento é caríssimo”).

Em relação aos apontamentos assinalados como **insatisfação no Pronto Atendimento (representando 2,06%)**, destaca-se atendimento médico (“Dra. seca e insensível”, “Fui mal atendida pela médica e me deram opções que não me agradaram. Ainda fui obrigada a sair da minha cidade para vir fazer a cirurgia que foi marcada pra outra data”, “Demora do atendimento médico. Só gostaria de dizer que sou uma pessoa humana, no momento mais nada a dizer”, “O tempo de espera pelo médico é muito”), estrutura (“poltrona e cama estragada”).

Ressaltamos que o relatório foi enviado ao HRAD no dia anterior a entrega do relatório (09/06). Fizemos o levantamento de todos os apontamentos e repassamos em reunião no dia 10/06. Não tivemos tempo hábil para reunir com as equipes para repassar os dados, porém a unidade já tomou algumas ações voltadas para a resolução e tem estruturado novas formas de atuação. Está em fase de elaboração um Plano de Ação voltado para os apontamentos da pesquisa. Este será enviado no próximo relatório.

Fonte de comprovação do indicador

Drive: [Pesquisa de Satisfação do Usuário - MAIO 2025.xlsx](#)

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

Clínicas
Datas
(All)
Ano
Mês
Gêneros
Hospitais
(All)
Complexo

Medidas

Internações Hospitalares
Consultas Médicas Eletivas
Consultas Médicas de Urgência

Colunas

Hospitais

Linhas

Ano
Mês

Filtros

Hospital		HRAD		
Ano	Mês	Internações Hospitalares	Consultas Médicas Eletivas	Consultas Médicas de Urgência
2025	3	694	1062	885
	4	669	1022	949
	5	649	1125	739

Info: 09:45 / 5 x 5 / 0.02s

pentaho.fhemig.mg.gov.br:8080/pentaho/content/saiku-ui/index.html?biplugin5=true&ts=1624471234173&ts=1749041013851#save

Pesquisar

Fecha...

plcDown...

Print te...

Print tri...

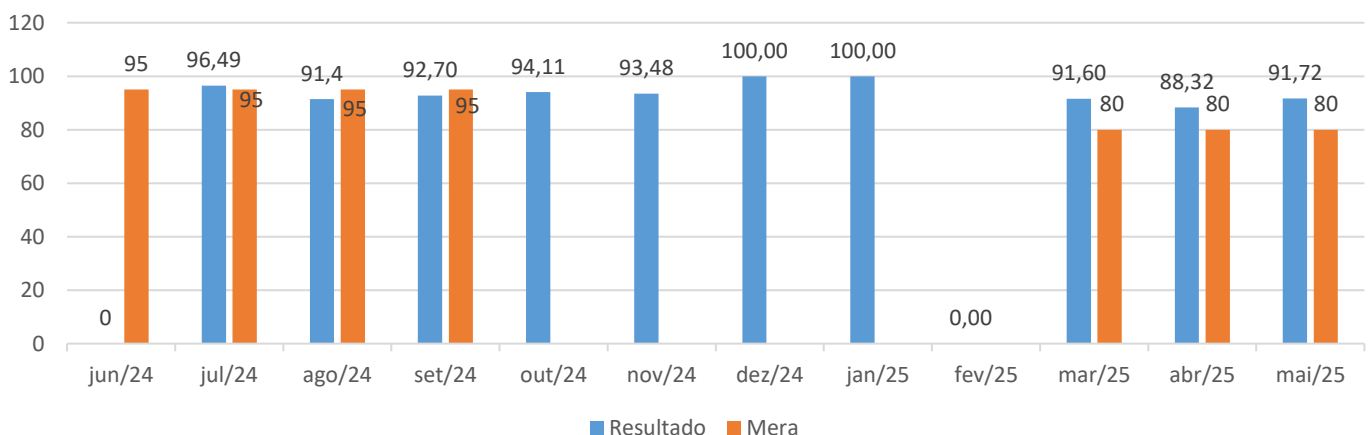
Sem tit...

Consol...

21°C

POR PTB2 04/06/2025

2.1. Percentual de satisfação do usuário



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

No trimestre analisado a unidade recebeu 14 demandas de ouvidoria. As demandas foram analisadas pelos responsáveis e respondidas ao usuário dentro do prazo estabelecido de 10 dias. Para duas destas demandas (530265-março e 533495-abril) foram solicitados prorrogação de prazo e acatados pela CREG. 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

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)	Observação
202520000526684	Denúncia	03/03/2025	06/03/2025	16/03/2025	14/03/2025	Final	Não	02/04/2025	17/03/2025	8	14	
202520000527110	Reclamação	04/03/2025	06/03/2025	16/03/2025	14/03/2025	Final	Não	03/04/2025	12/03/2025	8	13	
202520000530265	Reclamação	07/03/2025	10/03/2025	20/03/2025	21/03/2025	Final	Não	06/04/2025	25/03/2025	11	18	Autorizada prorrogação do prazo (Contrato de Gestão), devido à instabilidade do sistema.
202520000527207	Reclamação	04/03/2025	10/03/2025	20/03/2025	20/03/2025	Final	Não	03/04/2025	20/03/2025	10	16	
202520000531220	Irregularidade	08/03/2025	10/03/2025	20/03/2025	14/03/2025	Final	Não	07/04/2025	17/03/2025	4	9	
202520000533682	Reclamação	11/03/2025	12/03/2025	22/03/2025	19/03/2025	Final	Não	10/04/2025	20/03/2025	7	9	
202520000538225	Irregularidade	12/03/2025	12/03/2025	22/03/2025	21/03/2025	Final	Não	11/04/2025	25/03/2025	9	13	
202520000538953	Reclamação	13/03/2025	14/03/2025	24/03/2025	14/03/2025	Intermediária	Não	12/04/2025	14/03/2025	0	1	Demanda encaminhada à Ouvidoria SMS
202520000544625	Reclamação	18/03/2025	18/03/2025	28/03/2025	28/03/2025	Final	Não	17/04/2025	28/03/2025	10	10	

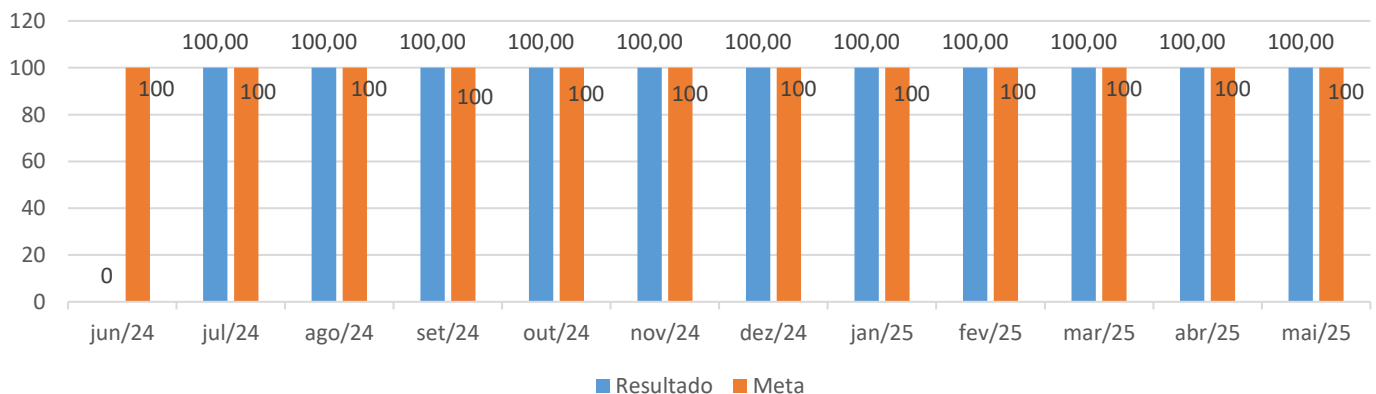
Controle demandas ouvidoria HRAD/FAEPU - CREG/ 2025

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?	Origem de Ouvidoria	Devolvida para complementação?	Período para fechamento pela ouvidoria	Data do fechamento pela Ouvidoria	Tempo de resposta
202520000570542	Solicitação	04/04/2025	08/04/2025	18/04/2025	09/04/2025	Final	SMS - Patos de Minas	Não	28/04/2025	10/04/2025	1
202520000582923	nicação de Irregular	14/04/2025	16/04/2025	26/04/2025	25/04/2025	Final	SMS - Patos de Minas	Não	06/05/2025	25/04/2025	9

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?	Origem de Ouvidoria	Devolvida para complementação?	Período para fechamento pela ouvidoria	Data do fechamento pela Ouvidoria	Tempo de resposta
202520000533495	Comunicação de Irregularidade	15/04/2025	23/04/2025	03/05/2025	06/05/2025	Final	Ouvidoria Geral do SUS	Não	13/05/2025	06/05/2025	13
202520000598005	Reclamação	29/04/2025	29/04/2025	09/05/2025	09/05/2025	Final	Ouvidoria HRAD	Não	19/05/2025	09/05/2025	10
202520000601098	Comunicação de Irregularidade	30/04/2025	06/05/2025	16/05/2025	14/05/2025	Final	SMS - Patos de Minas	Não	26/05/2025	14/05/2025	8

2.2. Percentual de resposta à ouvidoria SUS em até 10 dias corridos



Área Temática: Processos e Qualidade

Indicador nº 2.3: Percentual de codificação DRG de alta

Meta do período avaliatório

100%

Resultado do período avaliatório

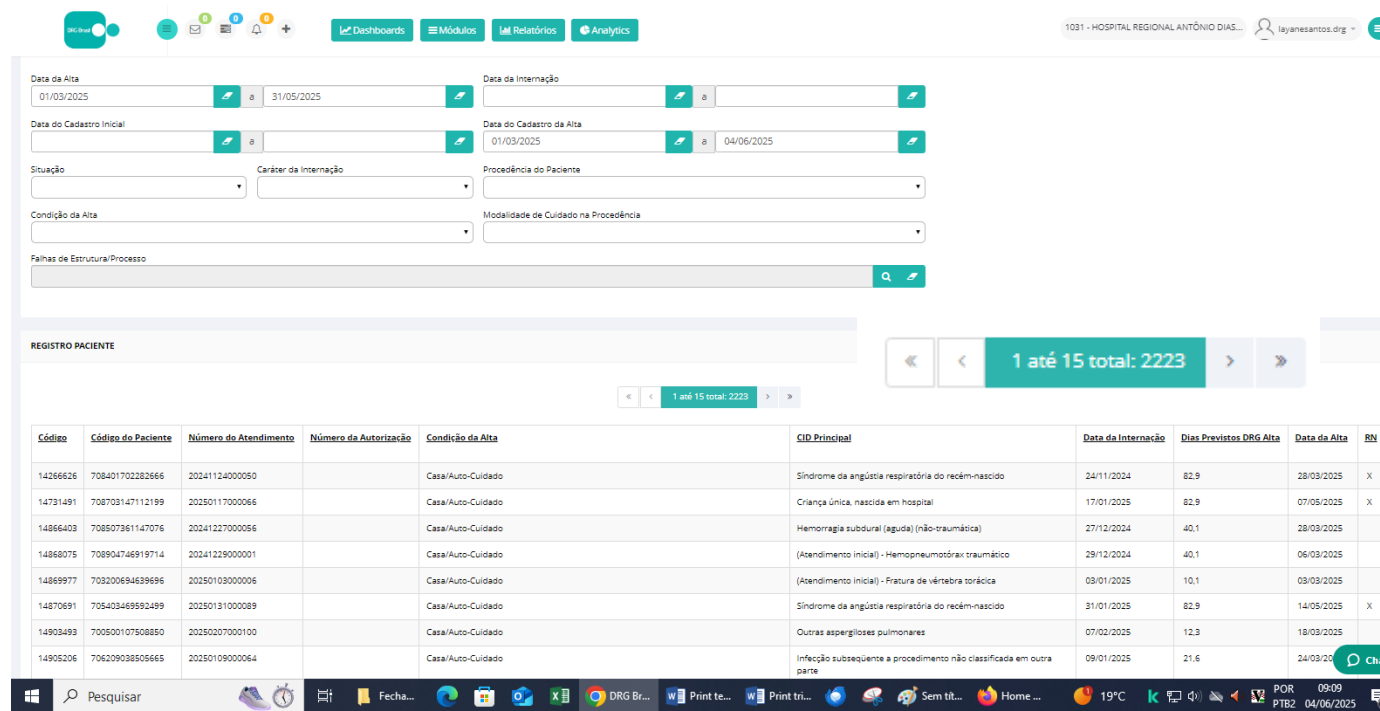
111,71%

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

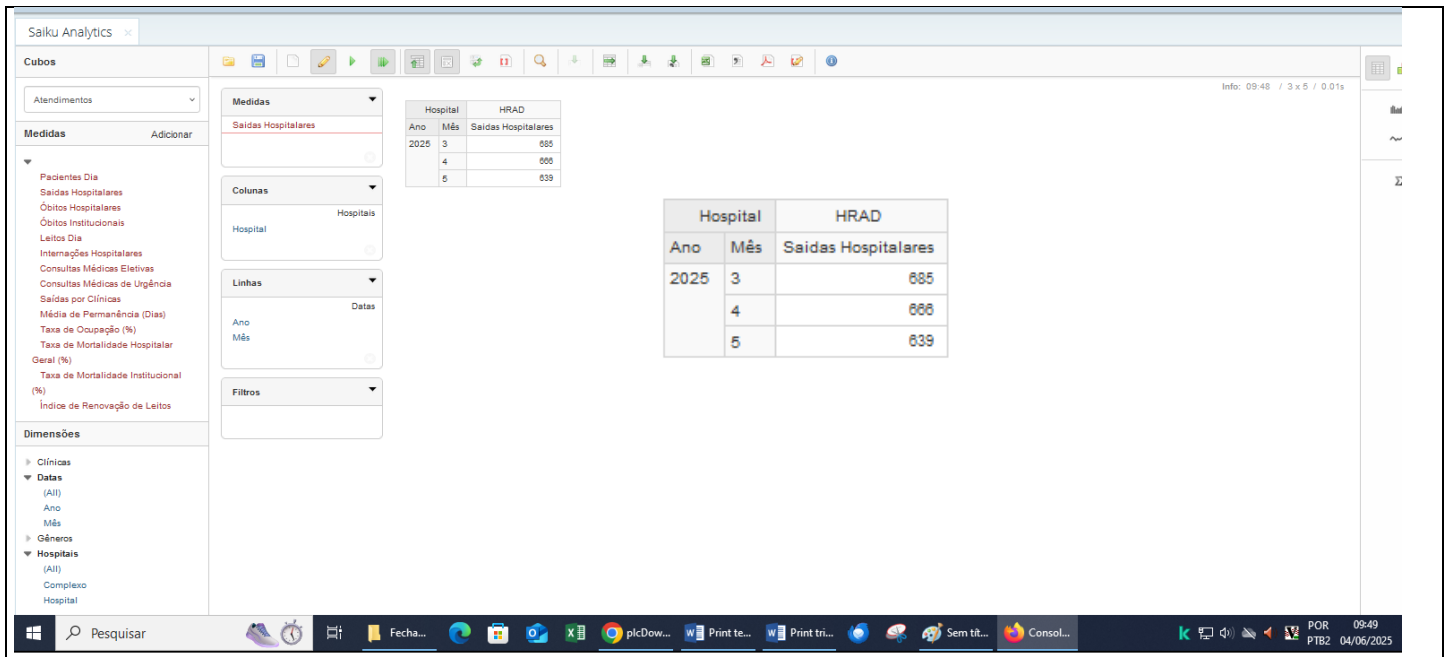
No mês de março tivemos 759 altas codificadas no DRG de um total de 685 saídas registradas no SAIKU (FHEMIG em números) com resultado atingido de 110,80%, ficando acima da meta estipulada. No mês de abril tivemos 755 altas codificadas no DRG de um total de 666 saídas registradas no SAIKU (FHEMIG em números) com resultado atingido de 113,36%, ficando acima da meta estipulada. No mês de maio tivemos 709 altas codificadas no DRG de um total de 639 saídas registradas no SAIKU (FHEMIG em números) com resultado atingido de 110,95%, acima da meta estipulada. Tivemos no trimestre 2.223 altas codificadas de um total de 1.990 saídas registradas no SAIKU, atingindo 111,71% de codificação.

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, foi remanejada uma servidora de 44 h semanais para a codificação do DRG. No mês de maio/2025 iniciamos o DRG admissional (tempo real), ao trabalhar com DRG admissional, a equipe está conseguindo acompanhar a assistência em tempo real. Os benefícios para a instituição, paciente e equipe multidisciplinar são 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.

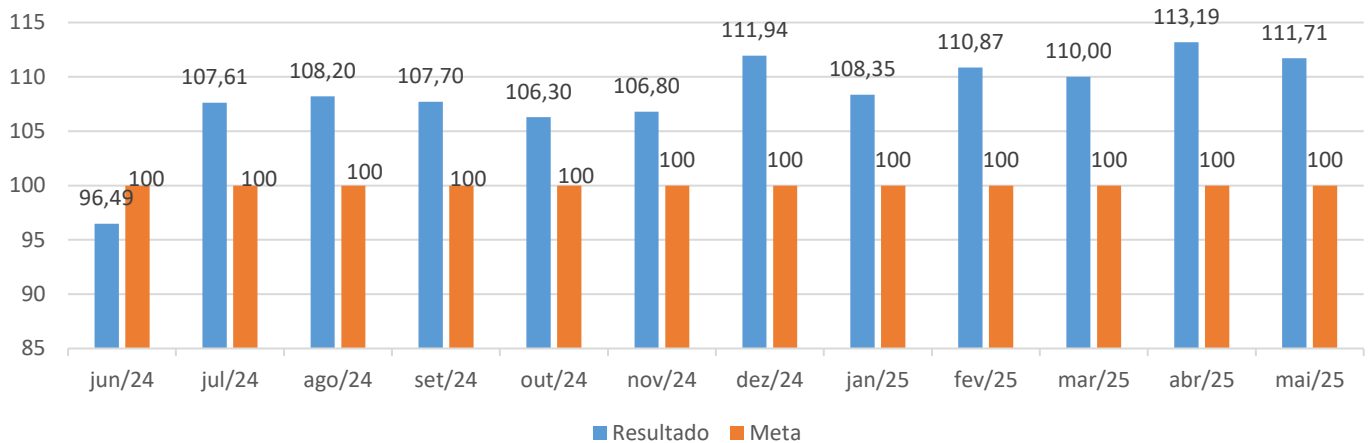
Fonte de comprovação do indicador



Código	Código do Paciente	Número do Atendimento	Número da Autorização	Condição da Alta	CID Principal	Data da Internação	Dias Previstos DRG Alta	Data da Alta	RN
1426626	708401702282666	20241124000050		Casa/Auto-Cuidado	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	24/11/2024	82,9	28/03/2025	X
14731491	708703147112199	20250117000066		Casa/Auto-Cuidado	Criança única, nascida em hospital	17/01/2025	82,9	07/05/2025	X
14866403	708507361147076	20241227000056		Casa/Auto-Cuidado	Hemorragia subdural (aguda) (não-traumática)	27/12/2024	40,1	28/03/2025	
14868075	708904746919714	20241229000001		Casa/Auto-Cuidado	(Abandono inicial) - Hemopneumotórax traumático	29/12/2024	40,1	06/03/2025	
14869977	703200694639696	20250103000006		Casa/Auto-Cuidado	(Abandono inicial) - Fratura de vértebra torácica	03/01/2025	10,1	03/03/2025	
14870691	705403469592499	20250131000089		Casa/Auto-Cuidado	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	31/01/2025	82,9	14/05/2025	X
14903493	700500107508850	20250207000100		Casa/Auto-Cuidado	Outras aspergílozes pulmonares	07/02/2025	12,3	18/03/2025	
14905206	706209038505665	20250109000064		Casa/Auto-Cuidado	Infecção subseqüente a procedimento não classificada em outra parte	09/01/2025	21,6	24/03/2025	



2.3. Percentual de codificação DRG de alta



Área Temática: Processos e Qualidade

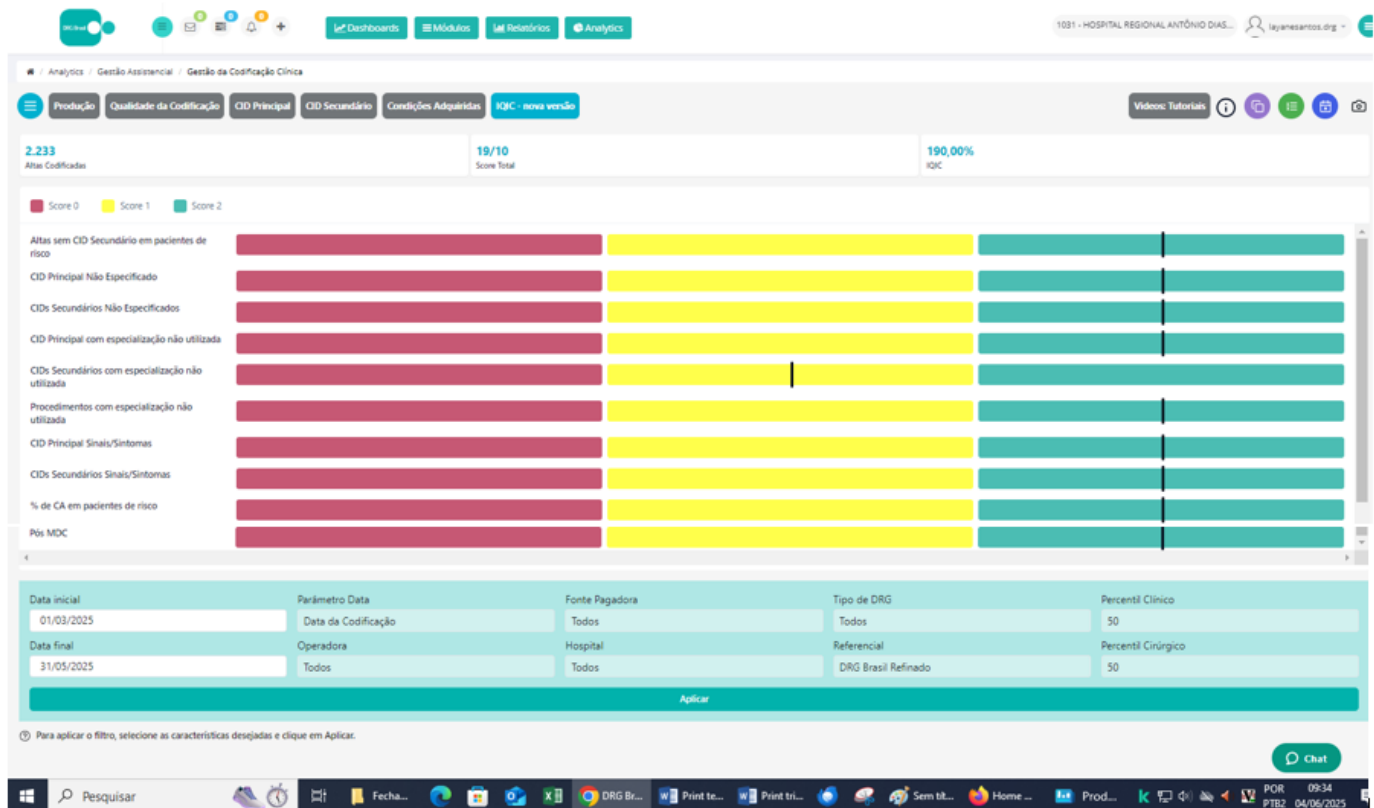
Indicador nº 2.4: Índice de Qualidade de Codificação Clínica (IQCC)

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥ Score da FHEMIG (11/10)	19/10
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

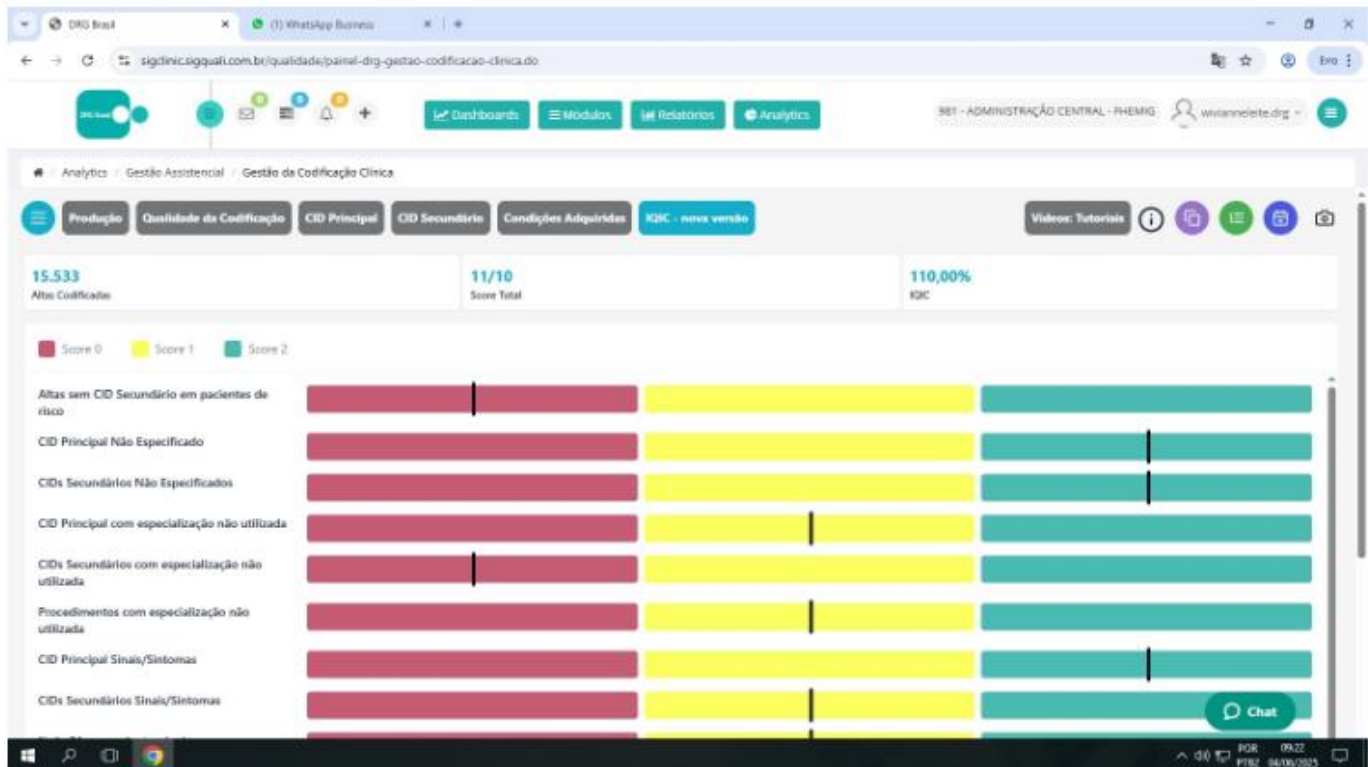
No período analisado o nosso índice de qualidade de codificação clínica alcançou o resultado 19/10, representando um score bem acima do obtido pela FHEMIG que foi de 11/10. Esse score de 19/10 representa um percentual de 190% em relação a pontuação máxima no Índice de Qualidade de Codificação Clínica (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

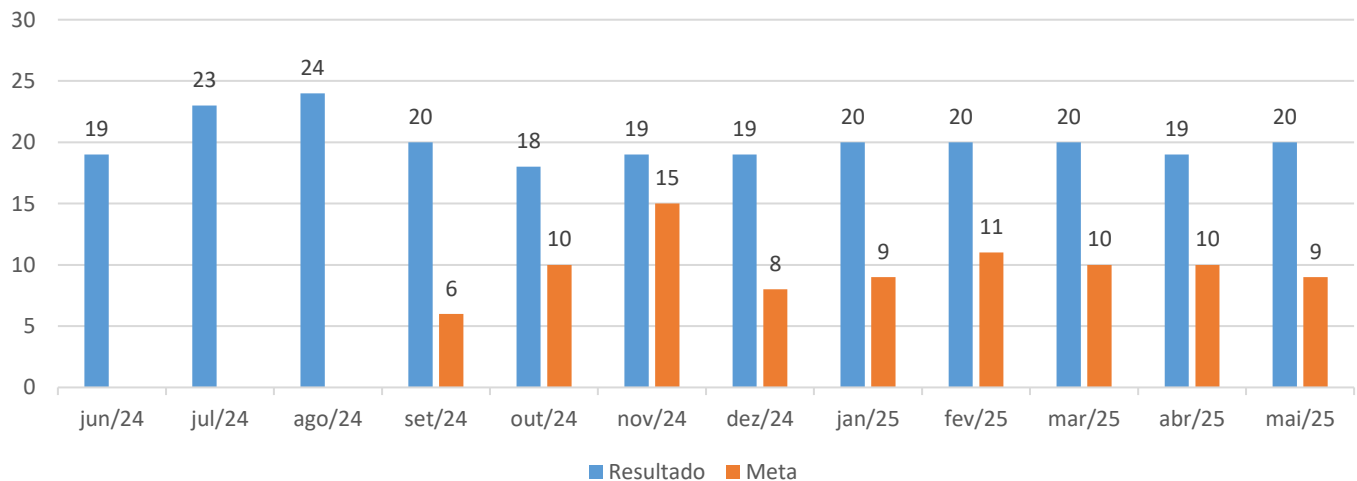
SCORE HRAD – 19/10



SCORE FHEMIG – 11/10



2.4. Índice de Qualidade de Codificação Clínica (IQCC)



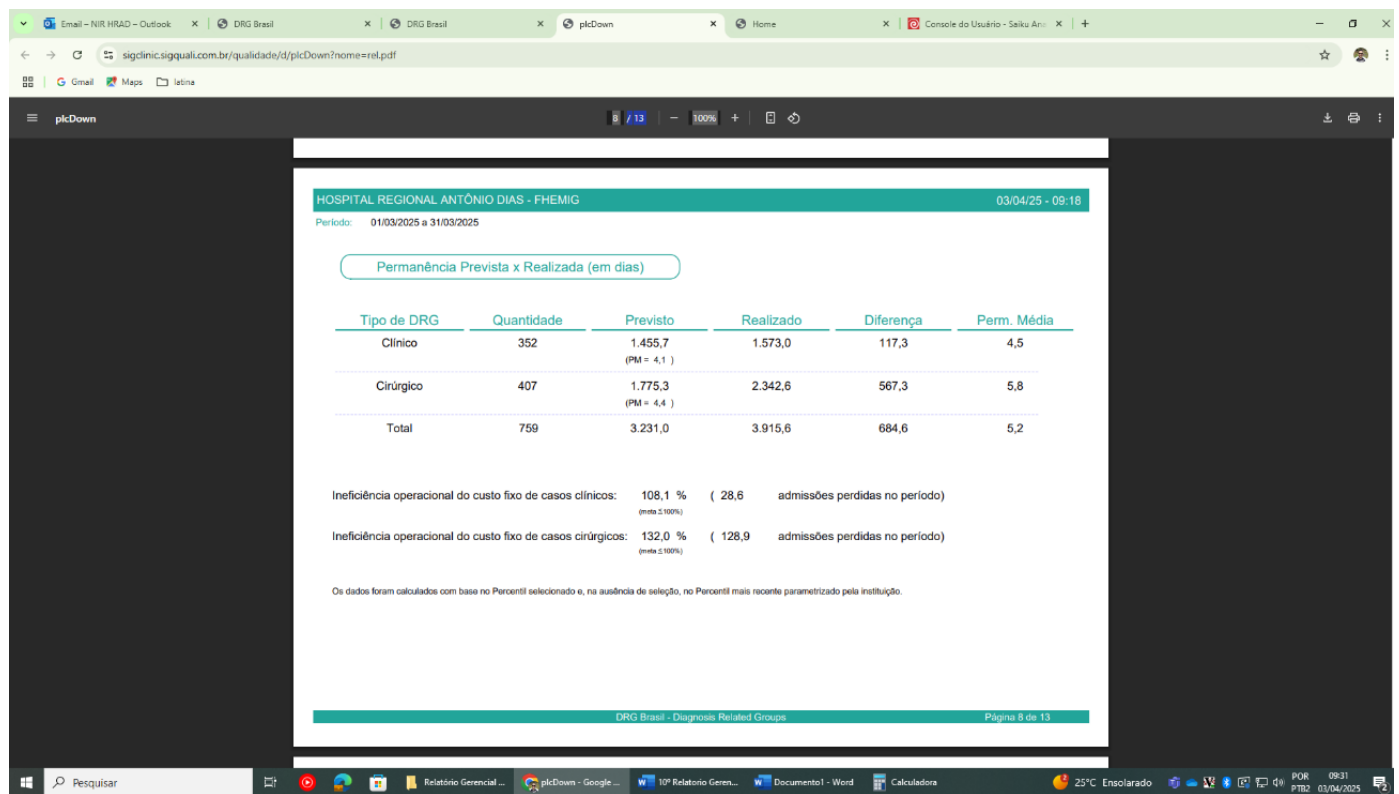
Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.1: Média de permanência hospitalar

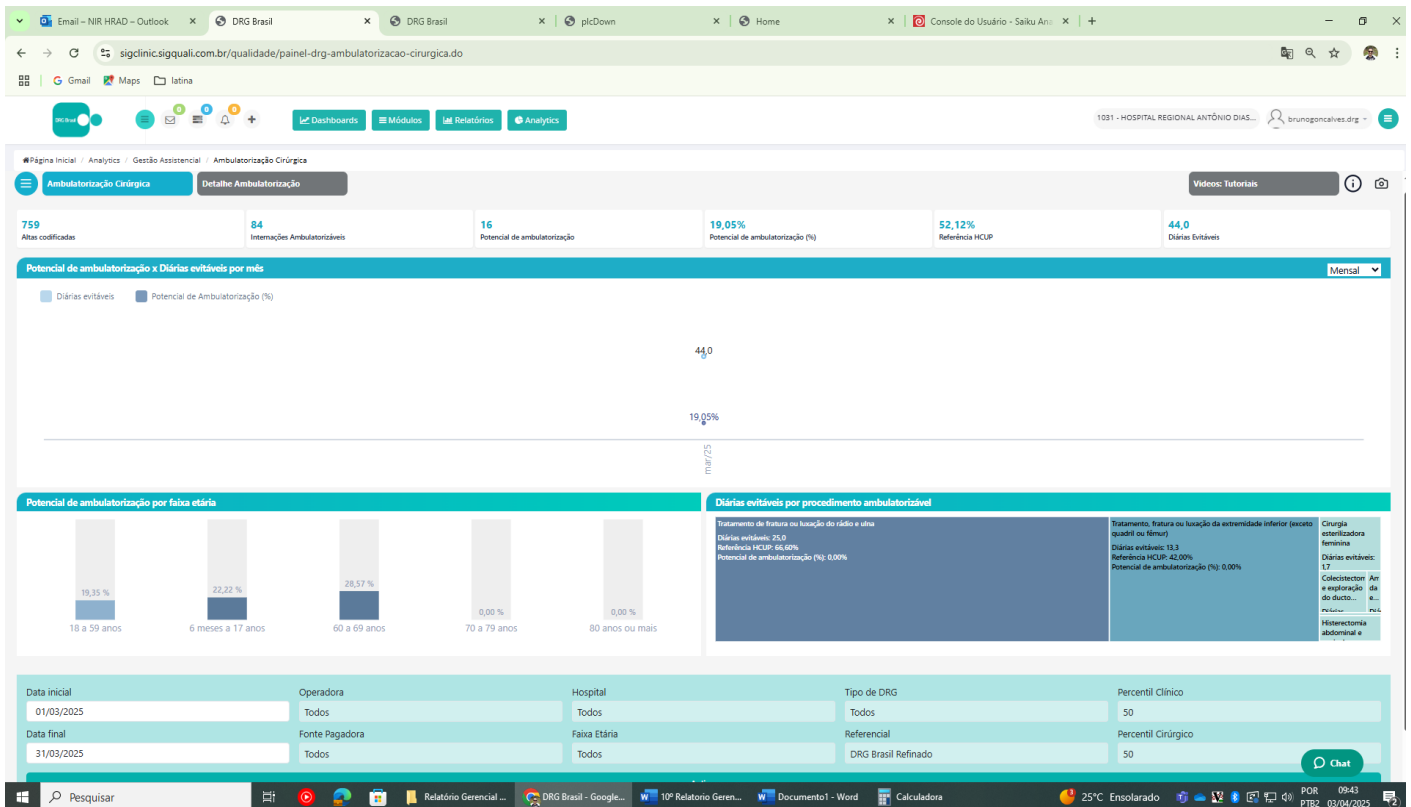
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤ MP prevista (4,4)	5,0
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

No mês de março, com média de permanência prevista de 4,3 dias e com média de permanência realizada de 5,2 dias, não alcançamos a meta estipulada. Analisando o resultado no Analytics, em gestão assistencial, em eficiência do uso do leito (Tendência da Eficiência), observamos que das 759 altas válidas codificadas no DRG, tivemos 3.915,6 dias de permanência realizada para 3.231 dias de permanência prevista. Foram 684,6 diárias que poderiam ser utilizadas para atender mais pacientes no período, tal resultado, nos trouxe uma (In)eficiência operacional Global de 121,2%. O DRG cirúrgico foi o DRG que mais impactou negativamente no resultado, com 567,3 diárias excedentes representou 82,87% do total de diária excedidas.

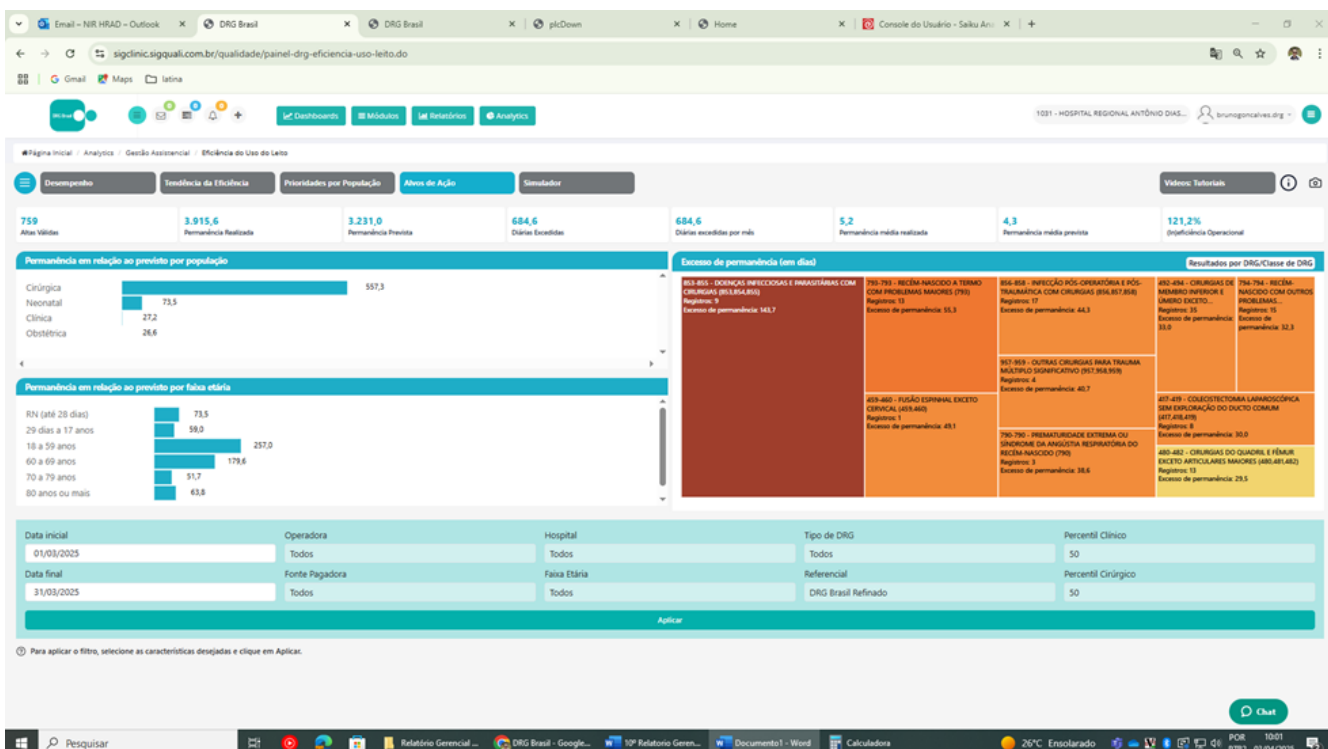
A população cirúrgica está muito acima da média de permanência prevista. Processo e práticas cirúrgicas não estão otimizados, resultando em estadias hospitalares mais longas do que o necessário. A falta de plano terapêutico e planejamento de alta pela equipe médica e multiprofissional contribuem para esse cenário.



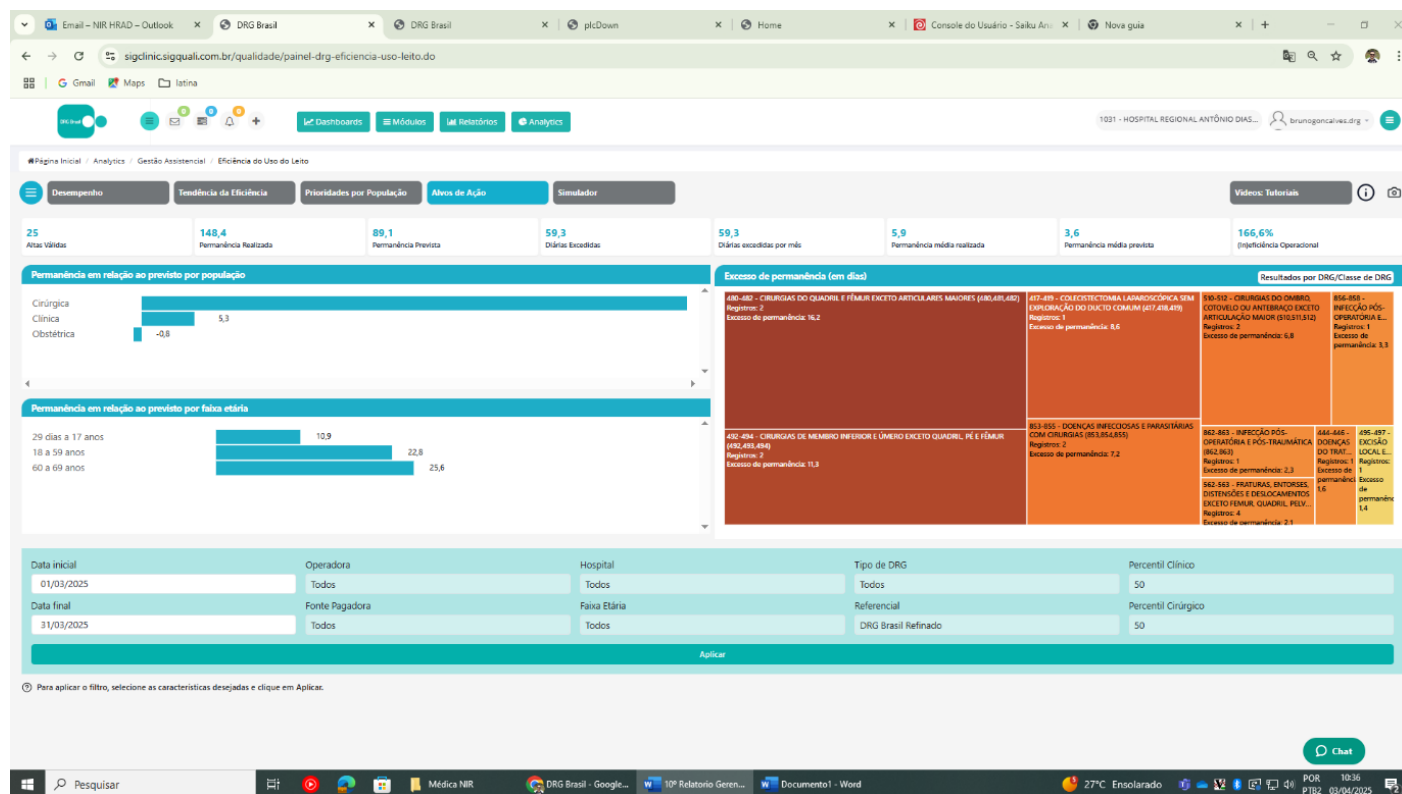
Outro ponto, é o número de internações cirúrgicas com procedimento único e ambulatorizável de acordo com a referência – 52,12% - HCUP), no presente mês tivemos 84 internações ambulatorizáveis, aplicamos a ambulatorização em apenas 16 internações com esse potencial, ou seja, fizemos apenas 19,05% das internações eletivas com potencial para ambulatorização (que deveriam ser realizadas em menos de 24h). Essa diferença para a referência representaria um potencial de economia de 44 diárias, se os procedimentos tivessem a taxa de ambulatorização igual a referência – 52,12% - HCUP.



Em relação aos resultados por DRG/classe de DRG, a classe com maior impacto no excesso de permanência foi “Doenças infecciosas e parasitárias com cirurgias” com 143,7 dias, principalmente pelo uso de antibioticoterapia endovenosa de uso hospitalar.



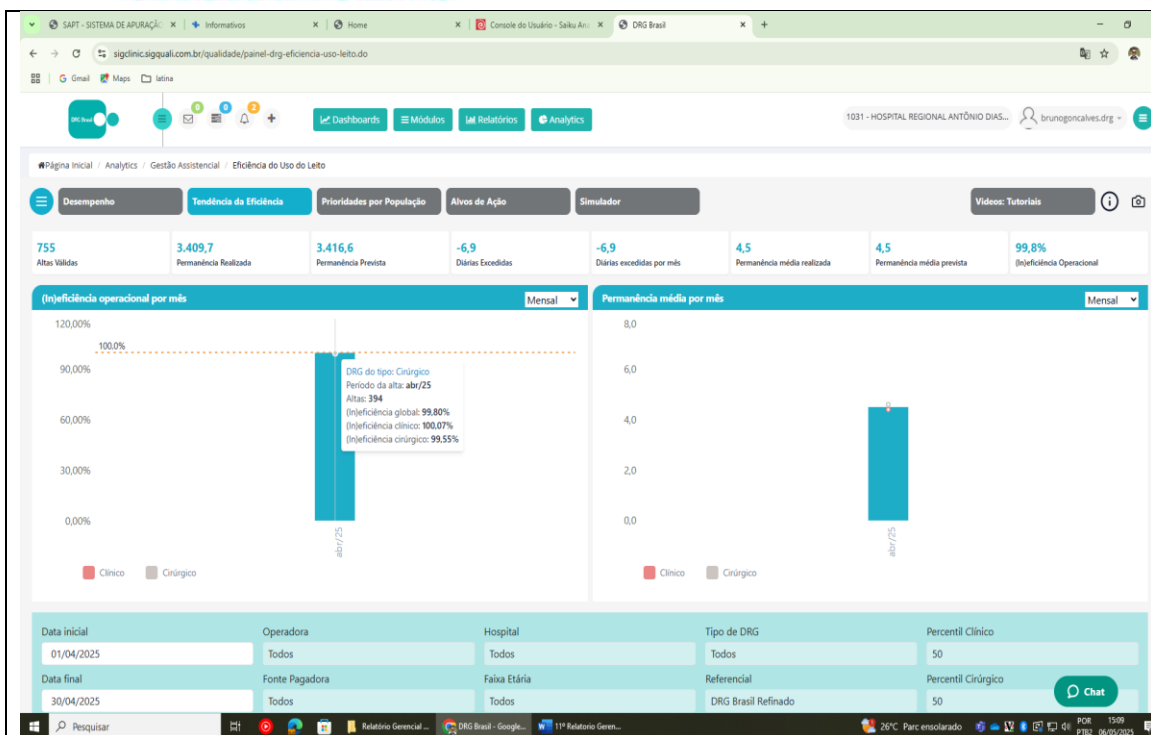
Das dez (10) classes com maiores excessos de permanência, sete (7) são da população cirúrgica. Contribuindo para esse cenário o excesso de permanência pelas falhas da Estrutura/Processos relacionados ao atraso para procedimentos cirúrgicos, como, cirurgias reagendadas que pacientes continuam internados aguardando reagendamento; demora ou reagendamento de procedimento cirúrgico por diversos fatores, onde o paciente permaneceu ocupando leito. Utilizando esses filtros, na eficiência do uso de leitos no DRG, observamos que tivemos uma (In)eficiência operacional de 166,6%, onde tivemos 5,9 dias de permanência média realizada com permanência prevista de 3,6 dias.



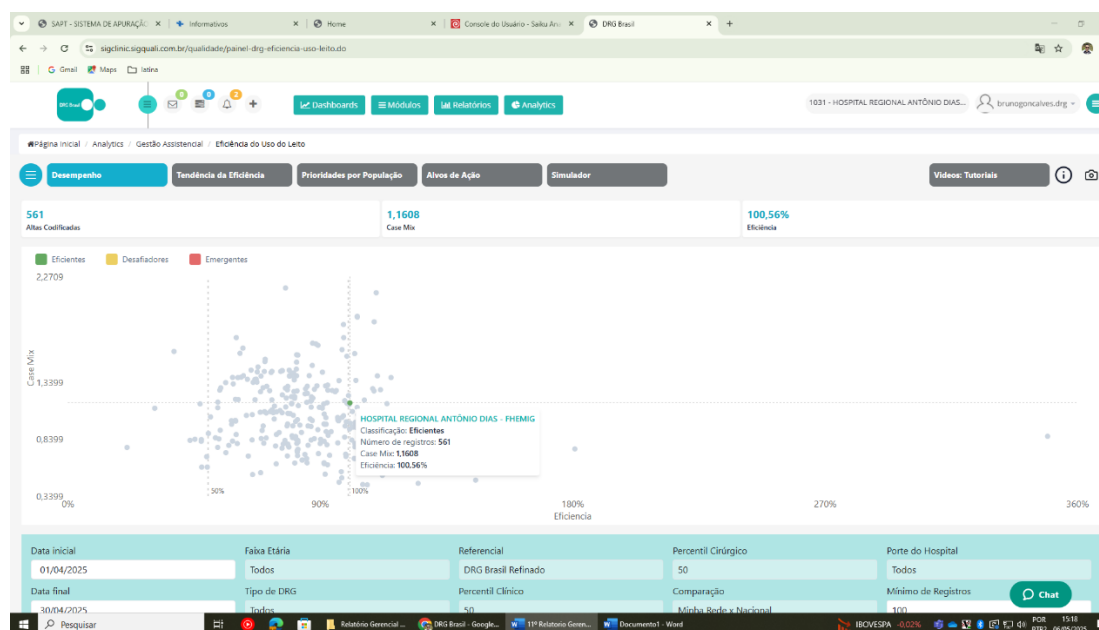
A discrepância entre as médias aponta para a necessidade de uma revisão assistencial das práticas clínicas e cirúrgicas, visando alinhar os resultados reais aos parâmetros esperados, promovendo, assim, uma melhor experiência para o paciente e melhora da eficiência operacional.

No link [MARÇO - Permanência média por DRG cirúrgicos e clínicos HRAD.pdf](#) verificamos toda a permanência média por DRG's Cirúrgicos e Clínicos codificados na unidade no mês de março de 2025, divididos pelas classes de DRG com seus níveis de severidade, todas as permanências médias, as diferenças de diárias (real, previsto e acumulada), com base no percentil acumulado parametrizado para a instituição.

No mês de abril, com média de permanência prevista de 4,5 dias e com média de permanência realizada de 4,5 dias, a meta foi alcançada. Analisando nosso resultado do dia 01/04/2025 a 30/04/2025 no Analytics, em gestão assistencial, em eficiência do uso do leito (Tendência da Eficiência), observamos que das 755 altas válidas codificadas no DRG, tivemos 3.409,7 dias de permanência realizada para 3.416,6 dias de permanência prevista. Pela primeira vez na história da Unidade tivemos um saldo de -6,9 diárias excedidas, ou seja, houve uma gestão de leitos eficiente, foram quase 7 dias que garantiram que mais dias foram disponíveis do que o inicialmente planejado para o tratamento dos pacientes. Tal resultado, nos trouxe uma (In)eficiência operacional Global de 99,8%.



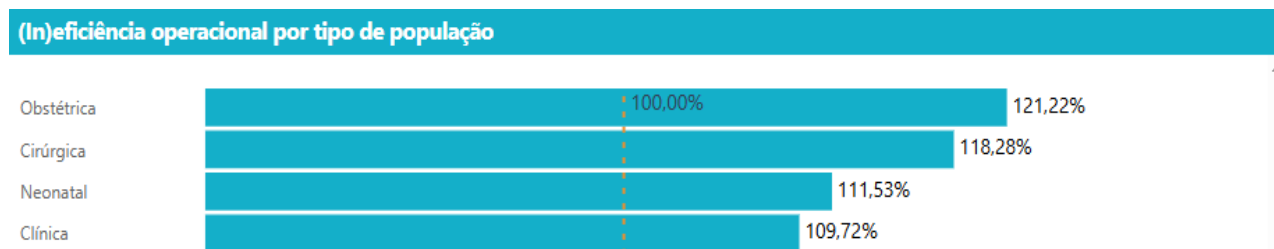
Verificando no painel de desempenho, a Unidade apresenta-se como eficiente com taxa de eficiência de 100,56%.



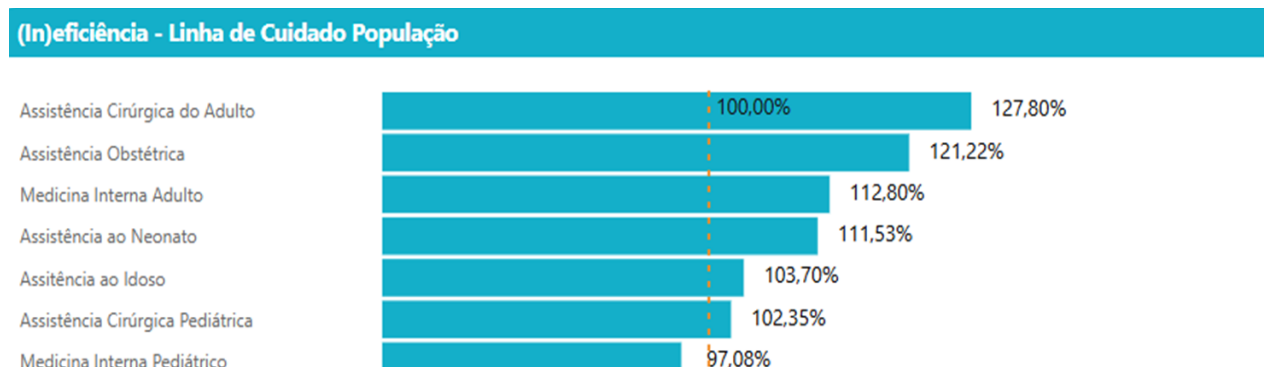
No mês de maio, com média de permanência prevista de 4,5 dias e com média de permanência realizada de 5,2 dias, não alcançamos a meta estabelecida. Analisando nosso resultado no Analytics, em gestão assistencial, em eficiência do uso do leito (Tendência da Eficiência), observamos que das 709 altas válidas codificadas no DRG, tivemos 3.692,8 dias de permanência realizada para 3.217,1 dias de permanência prevista. Foram 475,7 diárias que poderiam ser utilizadas para atender mais pacientes no período, tal resultado, nos trouxe uma (In)eficiência operacional Global de 114,8%.



Por tipo de população, tivemos perda de diárias em todas as analisadas, sendo os maiores impactos na Obstétrica com taxa de (In)eficiência operacional de 121,22%, seguido pela cirúrgica, com resultado de 118,28%.



Comprovamos os péssimos resultados da Clínica Cirúrgica e obstétrica, analisando também a linha de cuidado para a população, ambas com resultados ruins impactando diretamente na média de permanência, assistência cirúrgica do adulto com taxa de (In)eficiência operacional de 127,80% e a assistência obstétrica com 121,22%.

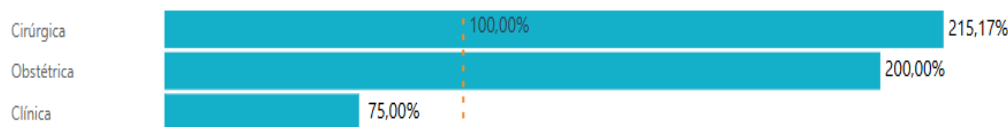


No link [MAIO - Permanência média por DRG cirúrgicos e clínicos HRAD.pdf](#) verificamos toda a permanência acima da média por DRG's codificados na unidade no mês de maio de 2025, com base no percentil parametrizado para a instituição.

As médias analisadas apontam para a necessidade de uma revisão assistencial das práticas obstétricas e cirúrgicas, visando alinhar os resultados reais aos parâmetros esperados, promovendo, assim, uma melhor experiência para o paciente e melhora eficiência operacional. O tempo de demora para realização e cancelamentos de procedimentos impactam diretamente no resultado ruim na média de permanência. A obstetrícia também impacta o grande volume de gestantes/puérperas com extrapolamento de 1 ou 2 diárias. Já a clínica cirúrgica, quando colocamos múltiplos valores em falhas de estrutura e processos relacionados ao atraso para realização de procedimento cirúrgico e cancelamentos, verificamos o impacto na média de permanência, apresenta uma (In)eficiência operacional de 215,17%, são os pacientes que aguardam reagendamento horário de bloco ainda internados, esses

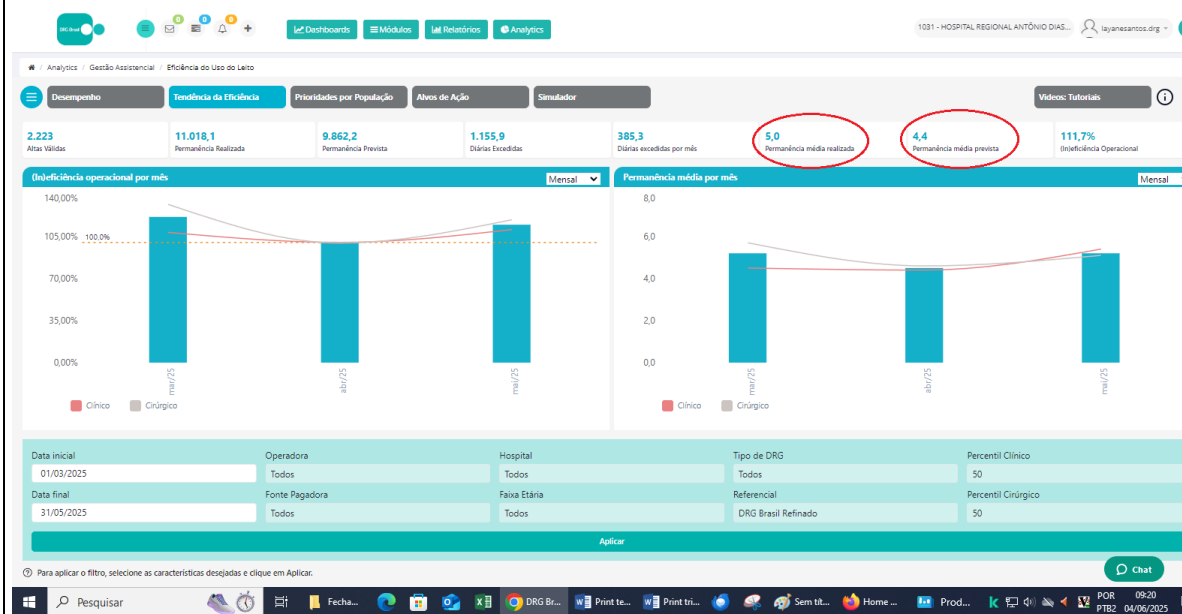
atrasos são devidos a ausência de risco cirúrgico, falta de OPME e falta de vaga na escala de sala cirúrgica (dias fixos dos cirurgiões e ortopedistas).

(In)eficiência operacional por tipo de população

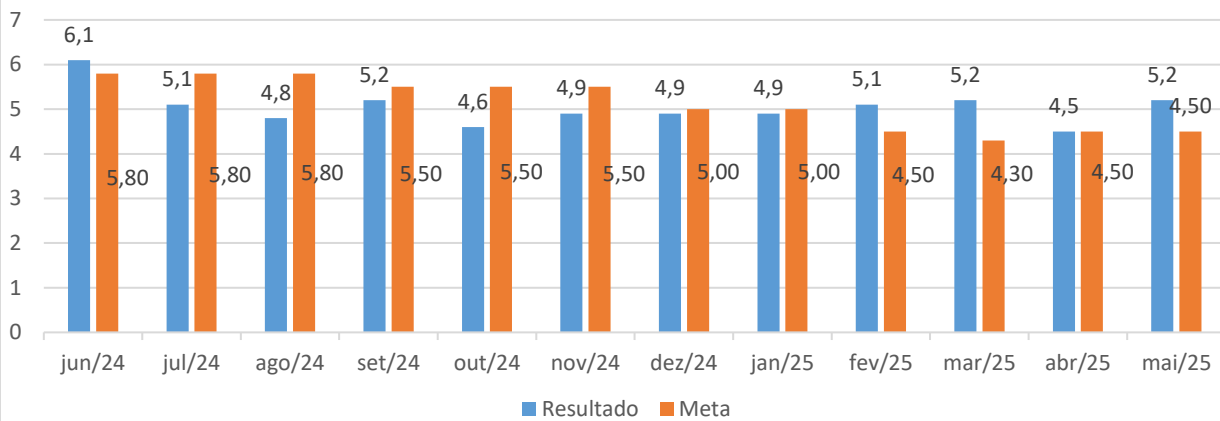


Para a melhoria do resultado algumas ações internas na unidade foram realizadas, como, adequação dos horários dos round's das clínicas, com participação ativa da médica e equipe do núcleo interno de regulação – NIR e analista DRG; na ação diária da equipe da gestão de leitos do NIR na promoção da desospitalização dos pacientes; nas discussões nas reuniões semanais com a Gerência Geral, Direção Técnica, Gerência Assistencial, médica e coordenador do NIR. Todos os dias da semana haverá profissional codificador no DRG, esperamos com tal ação trazer maiores benefícios para a instituição, pacientes e equipe multidisciplinar: orientação e direcionamento das ações para a equipe da gestão de leitos; 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 está acompanhando a assistência em tempo real e atuando nos gargalos que não contribuem para a desospitalização do paciente.

Fonte de comprovação do indicador



3.1. Média de permanência hospitalar



Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.2: Taxa de ocupação hospitalar

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≥85%	91,71%

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

No mês de março a Unidade alcançou a meta prevista, teve-se no período um quantitativo de 4.185 leitos/dia e 3.626 pacientes/dia. Atingir 86,64% 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. 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.

Destaco alguns desafios enfrentados pela Unidade nesse período relacionado a alta ocupação que são a limitação de recursos pode resultar em estresse sobre os recursos do hospital, incluindo equipe, suprimentos e infraestrutura.

Nesse período, foi analisado o cenário da unidade diariamente que evidenciou a recorrente situação de pacientes alocados em local inadequado (Emergência, Bloco Cirúrgico e Bloco Obstétrico), aguardando transferência para leitos de UTIAD e UTINeo, conforme evidenciado no quadro abaixo:

DIA	TX OCUP	RETIDO EMERG	RETIDO BC	RETIDO BO
1	87,75	3	-	-
2	91	1	-	-
3	85,04	2	-	-
4	95,99	4	-	2
5	96,15	3	-	3
6	97,92	4	-	4
7	94,08	3	-	2
8	93,91	3	-	1
9	90,6	1	-	-
10	95,92	2	-	1
11	98	1	-	-
12	94,07	1	-	-
13	95	4	-	1
14	88,16	3	-	4
15	90,9	4	-	4
16	88,23	4	1	6
17	88,12	6	-	2
18	92,16	4	-	3
19	80	5	-	-
20	84	6	-	-
21	95,14	3	-	1
22	92,06	1	-	-
23	92,16	4	-	1
24	94,27	2	-	1
25	89,4	2	-	2
26	93,21	2	-	-
27	91,61	4	-	-
28	91,2	-	-	-
29	88,51	2	-	-
30	86,02	4	-	-
31	87,21	1	-	-

A quantidade de pacientes retidos indica a sobrecarga da Unidade no que tange ao seu papel na rede de saúde, ambiente, segurança da assistência e estresse emocional da equipe assistencial.

Os recém-nascidos prematuros são especialmente vulneráveis e a espera por leitos de UTI neonatal é crítica, pois pode impactar diretamente na sobrevivência e na saúde a longo prazo desses pacientes.

É necessário considerar a implementação de medidas emergenciais nos momentos em que a Unidade estiver com sua capacidade instalada plena, para reduzir o tempo de espera, como a transferência de pacientes para outras unidades que possam oferecer leitos. Ainda, evidenciamos o cenário real de ocupação instalada com o acionamento do Plano de Capacidade Plena (PCP) o qual foi iniciado em 15/03 e permaneceu até 18/03, anexos, destacamos que a metodologia utilizada considera os leitos de internação

no CNES e não considera os leitos físicos de transição do paciente como denominador, assim o resultado alcançado não demonstra a realidade da ocupação.

No mês de abril a Unidade alcançou a meta prevista, teve-se no período um quantitativo de 4.050 leitos/dia e 3.658 pacientes/dia. Atingir 90,32% da taxa de ocupação hospitalar demonstra a eficiência operacional da instituição destacando a eficiência e qualidade do atendimento, reafirmando a importância da unidade 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 de algumas especialidades.

Destaco alguns desafios enfrentados pela Unidade nesse período relacionado a alta ocupação que são a limitação de recursos pode resultar em estresse sobre os recursos do hospital, incluindo equipe, suprimentos e infraestrutura.

Nesse período, foi analisado o cenário da unidade diariamente que evidenciou a recorrente situação de pacientes alocados em local inadequado (Emergência, Bloco Cirúrgico e Bloco Obstétrico), aguardando transferência para leitos de UTI adulto e UTI neonatal, conforme evidenciado no quadro abaixo:

DIA	TX OCUP	RETIDO EMERG	RETIDO BC	RETIDO BO
1	83,43	3	-	-
2	87,71	4	-	-
3	91,55	5	-	-
4	88,06	4	-	1
5	88,64	3	-	2
6	83,14	3	-	-
7	86,02	2	-	-
8	89,21	3	-	-
9	90,92	3	-	-
10	94,81	4	-	1
11	97,11	4	-	2
12	89,38	1	-	-
13	87,04	1	-	-
14	93,69	2	-	-
15	95,99	3	-	-
16	95,50	4	-	1
17	91,17	5	1	1
18	91,51	4	1	-
19	94,01	6	-	-
20	94,06	6	-	1
21	92,36	4	-	-
22	90,44	7	-	-
23	88,30	4	-	-
24	85,69	-	-	-
25	82,37	-	-	-
26	85,74	1	-	-
27	84,64	1	-	1
28	87,62	2	-	1
29	93,74	2	-	3
30	88,83	-	-	2

A quantidade de pacientes alocados em leitos indevidos, como bloco cirúrgico e obstétrico, sala de emergência os pacientes são assistidos de forma adaptada com assistência realizada dentro das condições da Unidade, ainda, há sobrecarga física e emocional

da equipe assistente. Os recém-nascidos prematuros são especialmente vulneráveis e a espera por leitos de UTI neonatal é crítica, pois pode impactar diretamente na sobrevivência e na saúde a longo prazo desses pacientes.

Importante destacar que os leitos físicos ocupados por estes pacientes não são visualizados pela Central de Regulação de leitos, o que provoca o encaminhamento de pacientes graves em situações de alta ocupação nesses setores que não são de internação. Por isso, a unidade analisa os cenários e quando necessário para mitigar o risco assistencial a esses pacientes que já estão sendo assistidos em locais não adequados, e minimizar os danos à equipe assistente é realizada o acionamento do extrapolamento da capacidade instalada (Plano de Capacidade Plena).

Esse cenário indica a sobrecarga da Unidade no que tange ao seu papel na rede de saúde, ambiente, segurança da assistência e estresse emocional da equipe assistencial, que conforme demonstrado na tabela acima, apenas em 02 datas não houveram pacientes aguardando vaga na emergência.

Ainda, evidenciamos o cenário real de ocupação instalada com o acionamento do Plano de Capacidade Plena (18/04), anexo, destacamos que a metodologia utilizada considera os leitos de internação no CNES e não considera os leitos físicos de transição do paciente como denominador.

Como estratégia para minimizar os danos assistenciais e de sobrecarga, em cenários de alta ocupação é realizada a abertura de uma sala de alta vigilância que inclui: remanejamento de equipe e equipamentos para monitorização de pacientes com menor grau de gravidade sem critérios para enfermaria e que necessitam de vigilância constante. Ainda, é realizada ações junto à Central de Regulação de Leitos na tentativa de transferências de pacientes, comunicação às autoridades sanitárias da situação da Unidade.

No mês de maio a Unidade alcançou a meta prevista, teve-se no período um quantitativo de 4.185 leitos/dia e 3.865 pacientes/dia. A taxa de ocupação hospitalar de 92,35% registrada em nossa unidade demonstra um índice elevado de utilização dos leitos operacionais disponíveis. Esse resultado não reflete com precisão a realidade assistencial vivenciada na unidade, uma vez que as ocupações por pacientes alocados em leitos não operacionais não são contabilizadas na ocupação.

Apesar da taxa de ocupação se referir apenas aos leitos operacionais, atualmente enfrentamos um elevado volume de pacientes internados fora dos leitos formais, especialmente para UTI adulto e neonatal aguardando vagas na sala de emergência, bloco cirúrgico e bloco obstétrico ([Análise ocupação diária maio 25.pdf](#)). A alta demanda em áreas não destinadas à internação compromete a segurança, qualidade assistencial e sobrecarrega os profissionais.

A taxa de ocupação no trimestre analisado foi de 91,71%, embora aparentemente dentro de um padrão controlado, não traduz a pressão real enfrentada pela unidade, e com objetivo de reduzir os impactos da ocupação real, foi realizado um plano de ação ([Plano de ação para redução de pacientes retidos na emergencia.pdf](#)) focado na aplicação sistemática dos princípios do Lean Operacional, estratégia para otimizar fluxos, liberar capacidade assistencial, aumentar a previsibilidade do sistema e garantir segurança do paciente.

Fonte de comprovação do indicador

Drive: Acionamento PCP - [70-25-Informa-acionamento-de-PCP-Emergncia-HRAD-FAEPU-pdf-D4Sign.pdf](#)

Saiku Analytics

Cubos

Atendimentos

Medidas

Adicionar

Pacientes Dia

Colunas

Hospital

Linhas

Ano

Mês

Filtros

Hospital

HRAD

Ano	Mês	Pacientes Dia
2025	3	3888
	4	3858
	5	3885

Info: 09:50 / 3 x 5 / 0.02s

Dimensões

Clínicas

Dados

(All)

Ano

Mês

Gêneros

Hospitais

(All)

Complexo

Hospital

Pesquisar

21°C

POR PTB2 04/06/2025

Dados Estabelecimento

CNES: 2728728 CNPJ Próprio: 19.843.929/0012-83 Nome Fantasia: HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza Jurídica(Grupo): ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

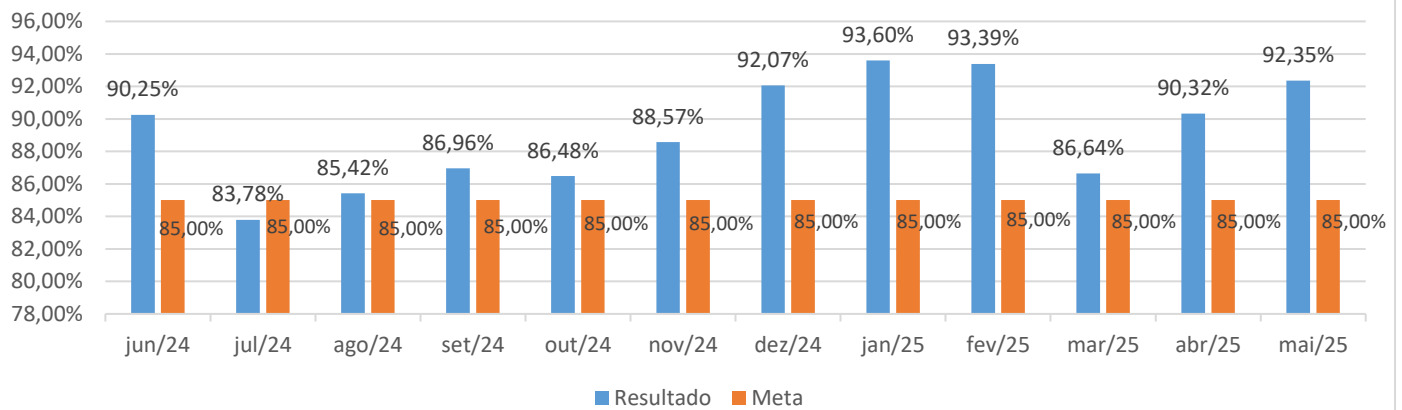
CNPJ Mantenedora: 19.843.929/0001-00 Nome da Mantenedora: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Cadastrado em: 03/09/2003 Atualização na Base Local: 04/04/2025 Última atualização Nacional: 01/08/2025

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS 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 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	30	30
ESPEC - CLINICO		
31 - AIDS	1	1
33 - CLINICA GERAL	29	29
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	13	13
43 - OBSTETRICIA CLINICA	2	2
PEDIATRICO		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	4	4
45 - PEDIATRIA CLINICA	6	6

3.2. Taxa de ocupação hospitalar



Área Temática: Assistência à Saúde

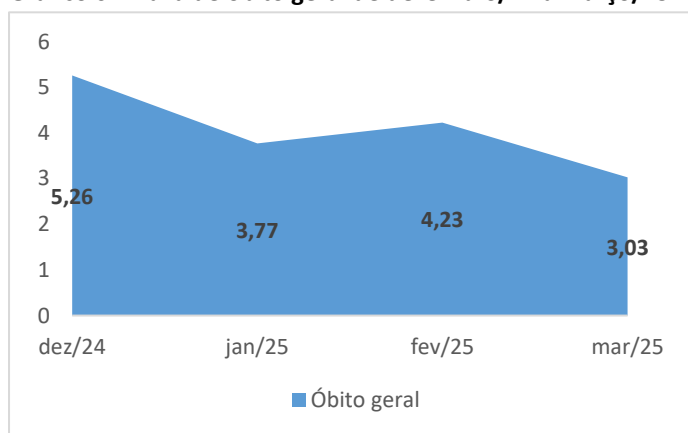
Indicador nº 3.3: Taxa de mortalidade hospitalar geral

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤4,00%	4,41%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

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. No mês de março tivemos um total de 24 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 Macrorregião Noroeste.

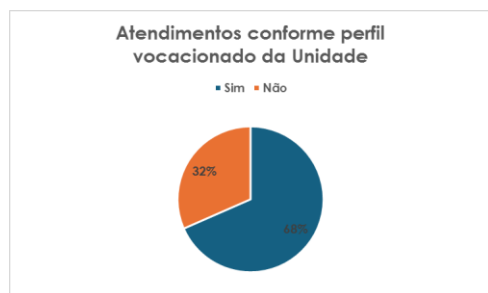
O resultado alcançado atinge a meta prevista, no entanto, deve-se ser considerando a sazonalidade (datas festivas, acidentes de trânsito, etc) que provoca esse cenário variável de um mês para o outro, conforme gráfico demonstrativo:

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



Importante reforçar que há a cultura na região Macrorregião Noroeste que os casos críticos, independentemente, se capacidade operacional esgotada os pacientes são direcionados a Unidade, incluindo pacientes fora da vocação da Unidade. Assim, é importante destacar que dos óbitos registrados no período 32% não são classificados dentro do perfil vocacionado da Unidade.

Gráfico 02: Atendimentos classificados dentro do perfil vocacionado da Unidade em março/25.

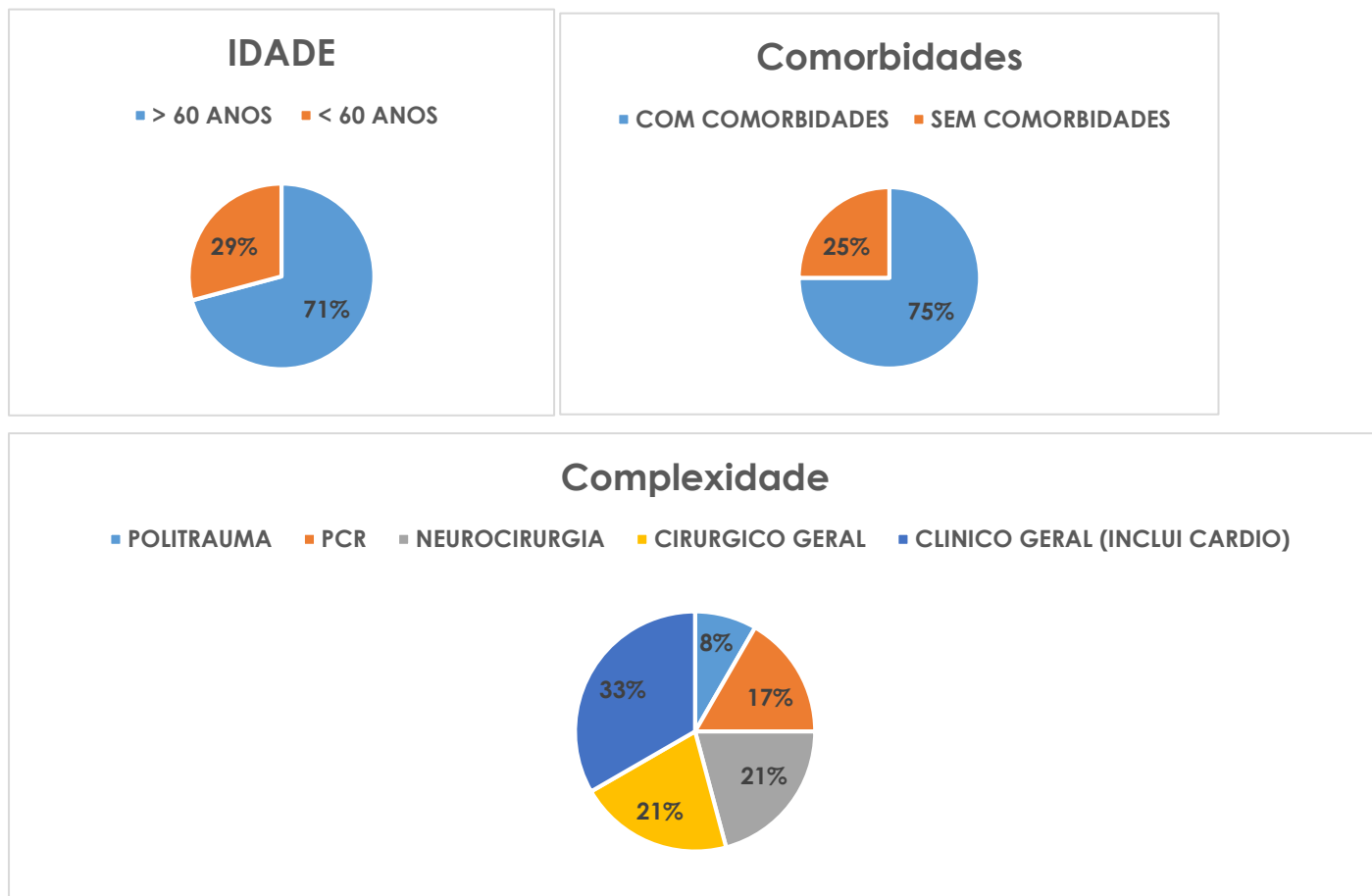


São os atendimentos de urgências cardiológicas, por exemplo:

PRONTUÁRIO	ID	CONDIÇÃO CLÍNICA
162888	W. A. S.	BLOQUEIO CARD�CIO
344522	V. H. R.	CHOQUE CARDIOG�NICO
344446	J. P. S.	P�S OPERATÓRIO DE CRMV E ANGIOPLASTIA
344180	S. R. B.	CARDIOPATIA HIPERTROFICA (FEVE 64%),
267311	J. D. R.	CHOQUE CARDIOG�NICO
344719	J. M. S.	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

A Comissão de Revisão de Óbitos da Unidade analisou os 24 prontuários, acompanhando a análise do perfil epidemiológico dos óbitos do mês de março/2025 mantem-se as características do mês anterior, destacamos:

Gráfico 03: Perfil epidemiológico dos óbitos em março/25.



71% dos pacientes que faleceram têm mais de 60 anos.

75% dos óbitos ocorreram em pacientes com comorbidades.

67% classificados como alta complexidade (politraumas, neurocirurgia, PCRs e cirurgia geral).

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 (75%) indica que muitos pacientes apresentam condições pré-existentes que complicam o tratamento e aumentam o risco de mortalidade.

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

Reforçamos a importância de analisar os casos de óbitos em menos de 24 horas após a admissão na Unidade, uma vez que já existe um padrão de encaminhamento de pacientes sem propedêutica ou instáveis à Unidade.

Na Unidade de Pacientes Externos, no mês de março/2025, teve-se 4 óbitos em menos de 24 horas, 21% dos óbitos no período:

1. Prontuário 315024, C. M. C., proveniente da UPA Patos de Minas, VAGA ZERO SUSFÁCIL:

ADMISSÃO: ADMITIDA NO HRAD INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EM USO DE NORADRENALINA 10 ML/H, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, QUEIXANDO-SE DE DOR TÓRACICA/ABDOMINAL. CATETER VENOSO CENTRAL EM SUBCLÁVIA DIREITA PUNÇIONADO NA UPA COM SIGNIFICATIVO EDEMA PERICATETER. EXAMES LABORATORIAIS DO HRAD CONFIRMARAM ANEMIA, MAS NÃO MOSTRARAM PRESENÇA DE BLASTOS, PRESENÇA TAMBÉM DE RNI INCOAGULÁVEL E ALARGAMENTO

DE TTPA. EXAME FÍSICO: MEG, HIPOCORADA ACV: RITMO IRREGULAR, 2T, 97 BPM, PA 126X68 MMHG AR: MVF+ S/ RA BILATERALMENTE, TAQUIPNEICA, SPO2 95% AA ABD: FLÁCIDO, DIFUSAMENTE DOLOROSO A PALPAÇÃO MMII: EDEMA ASSIMÉTRICO, D > E, SEM EMPASTAMENTO MUSCULAR NEURO: GLASGOW 15 CONDUTA:

- PRESCREVO 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS;
- PRESCREVO 800 ML DE PLASMA;
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;
- SOLICITO RX DE TÓRAX;
- SOLICITO AVALIAÇÃO DA HEMATOLOGIA;
- SUPORTE HEMODINÂMICO;
- COMUNICO FAMILIAR SOBRE GRAVIDADE;
- CADASTRO PARA TRANSFERÊNCIA PARA CTI.

PACIENTE EVOLUIU PARA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, INICIALMENTE EM TV E POSTERIORMENTE AESP. REALIZADAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR, SEM RETORNO DE CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA. CONSTATADO ÓBITO ÀS 04H35MIN."

Paciente cadastrada no SUSFÁCIL para tratamento Clínico de perfil cardiológico, e mesmo com negativa de ausência de vaga conforme telas, paciente foi encaminhado ao HRAD.

Solicitação	
NÚMERO	467239978
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	05/03/2025 - 20:12
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	7525427 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H (PATOS DE MINAS)
CENTRAL REGULADORA DE ORIGEM	31480021 - CENTRAL MACRO PATOS DE MINAS
CENTRAL DE REGULAÇÃO ATUAL	31480021 - CENTRAL MACRO PATOS DE MINAS
PROFISSIONAL	06884006633 - VICTOR LEAL RIBEIRO ECA AVELINO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303060212 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	33 - CLINICOS - CLINICA GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	URGENCIA
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	EMERGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	I500 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	A46 - ERISPELA
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	N390 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	

Tempo de permanência: 03 horas 07 minutos (Admissão: 01:38 / Óbito: 04:45)

- Taxa de ocupação: 19:00 86,23%, 03 pacientes na emergência, 04 vagas zeros para chegar (01 CG, 01 CM, 02 ORTOP), 03 RNs retidos no bloco obstétrico.

Sala de emergência:

- D.R.S., 74 anos, IOT VM, CM cadastro SUSFÁCIL: 149581547
- A.P.J., 37 anos, NEURO, cadastro SUSFÁCIL: 149581521
- L.M.C.S., 85 anos, IOT-VM, CM em atendimento.

2. Prontuário 344446, J.P. S., POLICIA MILITAR DE PATOS DE MINAS:

"PACIENTE ESTAVA NO CARTORIO E PASSOU MAL, FOI TRAZIDO NO CARRO DA POLICIA MILITAR. QUANDO FOI COLOCADO NA MACA DA SALA DE EMERGENCIA JA ESTAVA SEM VIDA. SEGUNDO FILHO E PORTADOR DE DAC, DIABESTES, CRMV E ANGIOPLASTIA PREVIA. "

Tempo de permanência: 12 minutos (Admissão: 14:40 / Óbito: 14:52)

- Taxa de ocupação: 07:00 95%,
- Bloco Obstétrico:

RN de L. L. J., 34s + 5d, IOT-VM. Cadastro: 149581684

Sala de emergência:

- A.A.S. 52, anos, AA, CM, sem DVA. Cadastro: 149581675
- M. A. P., 67 anos, IOT-VM, CM, com DVA. Cadastro: 149581674
- Z. M. M., 71 anos, AA, CM, sem DVA. Cadastro: 149581549
- M. T. R., 42 anos, AA, Neuro, sem DVA, em atendimento.

3. Prontuário 344586, C. E. P., proveniente de Patos de Minas, SAMU:

"Paciente trazido pelo SAMU com história de colisão de moto versus anteparo. Evoluiu durante o dia mantendo estabilidade hemodinâmica, movimentos respiratórios. Sem resposta ao uso de Manitol. Ao exame: pupilas midriáticas, areagantes, Glasgow: 3T. TC de crânio sem contraste - sinais de hemorragia subaracnóidea difusa disseminada em cisternas da base e sulcos corticais. Sulcos cerebrais apagados, diminuição da diferenciação córtico x subcortical. Presença de hemorragia subdural extensa à esquerda, hemorragias contusionais temporais bilaterais, mais à direita, fratura temporal esquerda. TC de coluna cervical, TC de coluna dorsal, TC de coluna lombar e sacral - sem sinais de fratura ou luxação. Hd: politrauma, TCE grave. Cd: sem indicação de intervenção neurocirúrgica considerando ausência de reflexos de tronco. Explico aos familiares a gravidade.

Tempo de permanência: 06 horas e 54 minutos (Admissão: 14:40 / Óbito: 14:52)

- Taxa de ocupação: 07:00 92%,
- Cenário às 14:00

Bloco obstétrico:

- RN de J. B. P., 31s, IOT-VM. Vaga Liberada SUS fácil. Cadastro: 149581756

Sala de emergência:

- R. G. L. e S., 38 anos, IOT-VM, sem DVA, CG. Cadastro: 149581731
- W. A. S., 56 anos, IOT-VM, sem DVA, NEURO/CM. Cadastro: 149581766
- M. C. A., 70 anos, IOT, sem DVA, NEURO/CM. Cadastro: 149581769
- C. E. P., IOT. CG/Neuro. Em atendimento.

Sala vermelha:

- J. D. R., 60 anos, 02-CN, com DVA, CM/CG. Em atendimento.

4. Prontuário 337397, A. M. S. proveniente de Patos de Minas, SAMU:

"MAL SÚBITO EM RESTAURANTE, ENQUANTO ALMOÇAVA SOZINHO, SENDO ENCONTRADO NA CENA IRRESPONSIVO, EM RITMO DE FV, SENDO PROCEDIDA RCP COM RCE EM 2 MINUTOS; PROCEDIDA IOT NA CENA; DURANTE O TRANSPORTE, APRESENTOU NOVA PCR EM FV, COM RCE APÓS 11 MINUTOS. NO MOMENTO: ADMITO PACIENTE EM LEITO DE EMERGÊNCIA, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM USO DE DVA, BEM ADAPTADO À VM, BRADICÁRDICO, EVOLUIU COM PCR EM AESP, SENDO PROCEDIDA RCP, CONFORME PROTOCOLO DO ACLS, COM RCE EM 10 MINUTOS. EXAME FÍSICO: GERAL: MEG, HIPOCORADO, HIDRATADO, CIANÓTICO 1+/4+, ANICTÉRICO, AFEBRIL ACV: RCR BULHAS HIPOFONÉTICAS, NÃO AUSCULTO SOPROS AR: MVF UA, NÃO AUSCULTO CREPITAÇÕES E SIBLOS ABD: GLOBOSO, FLÁCIDO, NÃO PALPO VMG MMII: SEM EDEMAS E EMPASTAMENTOS NEURO: SEDADO, RASS -15 CONDUTA: SUPORTE INTENSIVO. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS, INCLUINDO TROPONINA PARA VERIFICAR CURVA. SOLICITO TC DE CRÂNIO E TÓRAX. MANEJO HEMODINÂMICO >> INICIO NORA. MANEJO RESPIRATÓRIO. PACIENTE EVOLUIU COM ARRITMIA EM TV, POSTERIORMENTE COM PCR. FEITO MANOBRAS DE RCP SEM SUCESSO. DECLARADO ÓBITO AS 17:56. PREENCHO DO COMUICAO FAMILIARES"

Tempo de permanência: 02 horas e 45 minutos (Admissão: 15:11 / Óbito: 17:56)

- Taxa de ocupação: 07:00 94,27%

Bloco obstétrico:

- RN de L. L. V., 39s, CN. Cadastro:149581898

Sala de emergência:

- A. R. S., 29 anos, IOT-VM, Neuro, sem DVA. Cadastro: 14958907725
- M. C. R. M. M., 63 anos, AA. CN. Em atendimento.
- A. M. O. 73 anos CM. Em atendimento.

A análise dos casos acima, chama a atenção uma vez que os pacientes permanecem menos de 24 horas na unidade, alguns pacientes chegam na unidade e não há tempo hábil para a intervenção médica ou que a gravidade dos casos não foi adequadamente avaliada antes do encaminhamento à Unidade.

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

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.

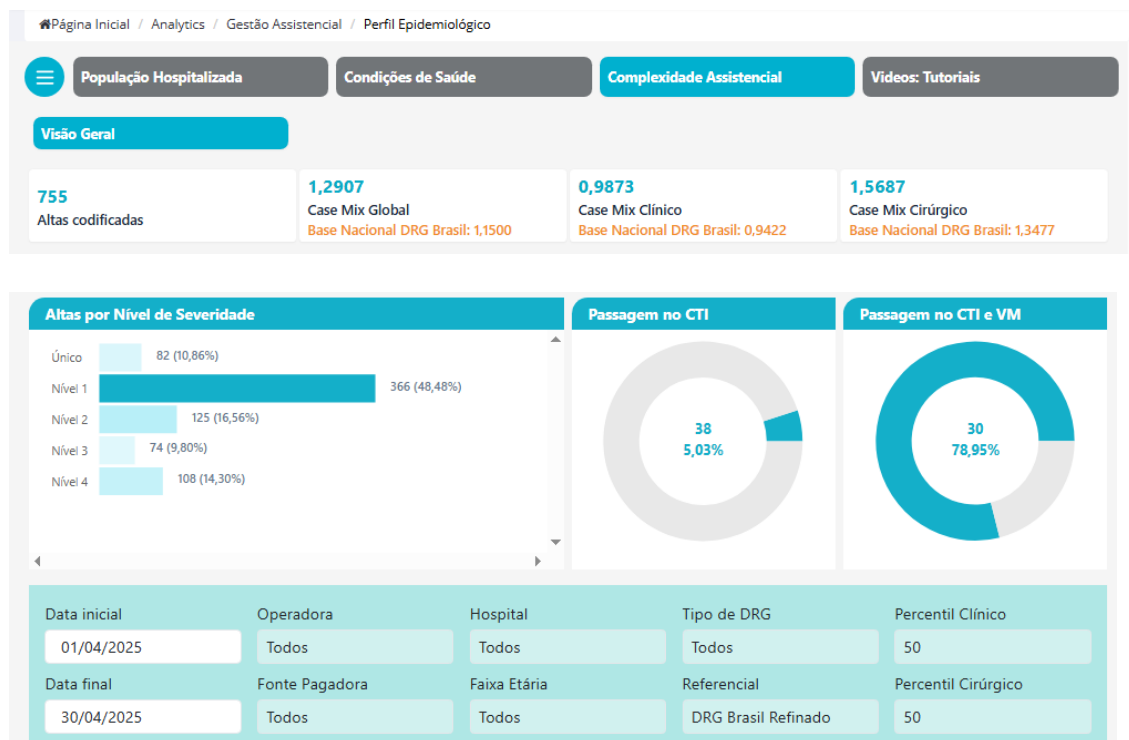
A conscientização da Central de Regulação para utilização da prática de "Vaga Zero" aos prestadores de saúde com leitos de UTI disponíveis é crucial para garantir que aqueles que necessitam de cuidados intensivos recebam a assistência adequada sem atrasos.

A 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.

Apesar da taxa de mortalidade de 3,03% em um hospital de referência para alta complexidade em traumatologia e ortopedia, 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.

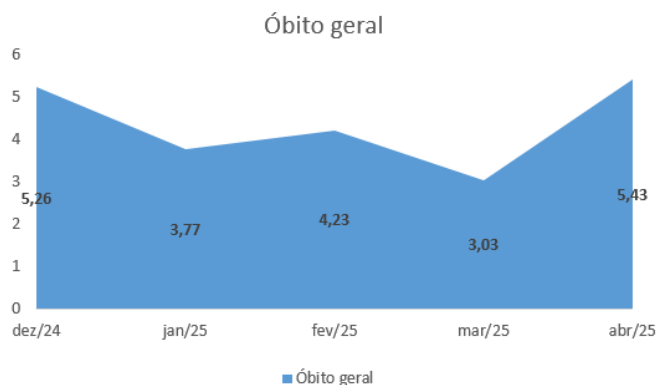
No mês de abril tivemos um total de 41 óbitos nesse período. A taxa de mortalidade é um indicador crítico da qualidade do atendimento em hospitais, especialmente em instituições que lidam com alta complexidade, como a nossa unidade, único prestador e referência em traumatologia e ortopedia para alta complexidade da região da Macronoroeste.

Diante do resultado o não alcance da meta prevista, é importante reforçar que há a 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. Analisando o cenário de abril, conforme tela do DRG onde demonstramos a complexidade assistencial no período, destacamos que dos atendimentos realizados a complexidade clínica, cirúrgica e geral está acima da base nacional do DRG Brasil. Ainda, 78,95% dos atendimentos tiveram passagem no CTI e Ventilação Mecânica o que demonstra a alta complexidade dos pacientes atendidos.



Ainda, deve-se ser considerando a sazonalidade (datas festivas, feriados, acidentes de trânsito, etc) que provoca esse cenário variável de um mês para o outro do número de óbitos, conforme gráfico demonstrativo:

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

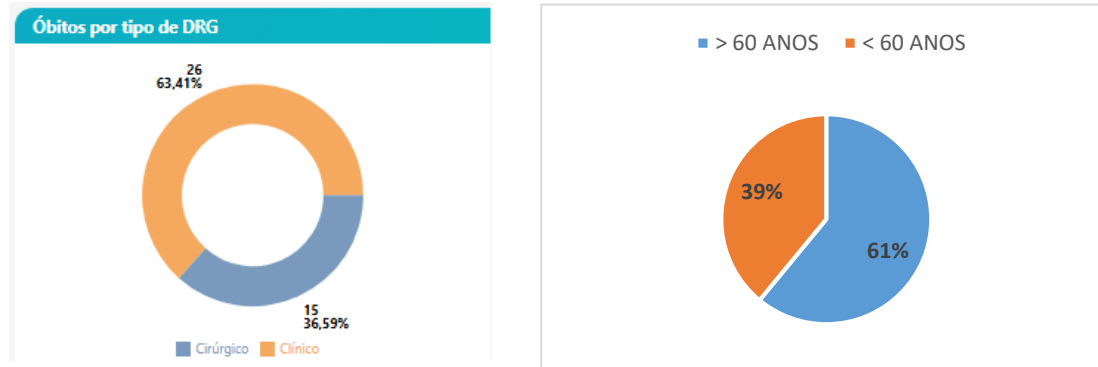


Esses fatores são importantes, uma vez que há o aumento de acidentes de maior gravidade, aumento da população flutuante na região, e ainda o cenário epidemiológico do período.

A OPAS-OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde) emitiu um relatório denominado “Alerta Epidemiológico: Influenza sazonal e outros vírus respiratórios no hemisfério sul” em 17 de abril de 2025. Nesse documento, é apresentado que os casos de SG e IRAG na sub-região do Brasil e do Cone Sul aumentaram nas últimas duas semanas (SE 12 e 13 de 2025). No caso da SG, está associada principalmente ao SARS-CoV-2, que diminui na última semana e em menor grau à influenza, que tem tendência crescente, sendo o Influenza B a cepa predominante, seguida pela A(H1N1). A circulação do VSR mantém sua tendência ascendente. Para os casos de IRAG, a detecção de influenza permanece estável e os casos de SARS-CoV-2 diminuem. Os

pacientes com maior risco para complicações são idosos com comorbidades e crianças, essas complicações são sepse, pneumonias e muitas vezes com necessidade de leitos de UTI.

Em relação aos óbitos nesse período, 61% foram em pacientes com idade superior a 60 anos e 63,41% de pacientes com complicações clínicas.



Em análise dos óbitos no período, destacamos os óbitos em menos de 24 horas após a admissão na Unidade, uma vez que já existe um padrão de encaminhamento de pacientes sem propedêutica ou instáveis à Unidade. Na Unidade de Pacientes Externos, no mês de abril/2025, teve-se 5 óbitos em menos de 24 horas, 12% dos óbitos no período:

5. Prontuário 344906, J.J.R.P., proveniente de UNAÍ, VAGA ZERO SUSFÁCIL, transporte SAMU:

ADMISSÃO: ADMITIDA NO HRAD "TCC (31/03/25): EXTENSA HEMORRAGIA EM GANGLIOS DA BASE COM EXTENSÃO PARA REGIÃO FRONTAL E VENTRICULOS BILARAMENTE. IMPORTANTE DESVIO DE LINHA MÉDIA COM CISTERNAS FECHADAS E HIPODENSIDADE DIFUSA EM CORTEX CEREBRAL. HPP: ETILISTA CRÔNICO NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO REGULAR EXAME FÍSICO: PA: 106/67. FC:124 PUPILAS MÉDIO FIXAS REFLEXO CORNEOPALPEBRAL AUSENTE APRESENTA DRIVE RESPIRATÓRIO CD: SEM PROPOSTA DE INTERVENÇÃO - SEM REFLEXOS E TCC COM HIPODENSIDADE EXTENSA CONVERSO COM FILHO SOBRE PROGNÓSTICO RESERVADO. AVALIAR PROTOCOLO DE ME. HISTÓRIA RELATADA PELO SAMU: MAL ESTAR SÚBITO COM QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA. RELATO DE TER SIDO IOT. TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE PUPILAS MÉDIO FIXAS DESDE ADMISSÃO. "

Considerando que durante o primeiro atendimento identificou sinais como pupilas médio fixo que sugerem uma lesão a nível do tronco encefálico, que é responsável por funções vitais, como a respiração e a circulação, sugere que o paciente já não tinha propedêutica, paciente da cidade de Unáí que fica a mais de 300 km da unidade.

Tempo de permanência: 09 horas 09 minutos (Admissão: 20:51/ Óbito: 06:00)

- Taxa de ocupação: 19:00h 83,43% e 03 pacientes adultos retidos na sala de emergência.

6. Prontuário 345397, V. M., SAMU, PATOS DE MINAS:

ADMISSÃO: "PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA, COM RELATO DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ 01 HORA. FAMILIAR INFORMA QUE ANTES DA QUEDA PACIENTE ERA CONTACTUANTE E VERBALIZAVA NORMALMENTE E APÓS A QUEDA APRESENTOU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, COM HEMATOMA EM FRONTE" "EM ACORDO COM FAMILIARES, DIANTE DE AUSÊNCIA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA PARA PACIENTE, DEFINIMOS PALIATIVAÇÃO, MEDIDAS DE CONFORTO. PACIENTE JÁ APRESENTA LESÃO NEUROLÓGICA DEFINITIVA, GRAVE, IRREVERSÍVEL E SEM TETO INCLUSIVE PARA ABORDAGEM CIRÚRGICA TENDO EM VISTA ESTAR ANTICOAGULADA POR AGENTE SEM ANTÍDOTO O QUE CAUSARIA SANGRAMENTO INCONTROLÁVEL EM POSSÍVEL TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Tempo de permanência: 03 horas 54 minutos (Admissão: 00:25 / Óbito: 04:19)

➤ Taxa de ocupação: 19:00 94,06%

Bloco Obstétrico: 01 RN

Sala de emergência: 06 pacientes adultos retidos na sala de emergência.

7. Prontuário 202333, F. C. G. S., SÃO GOTARDO, SAMU:

ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO COM PAF CRANIANO. ENCONTRADO EM GASPING E SENDO SUBMETIDO A IOT. DEU ENTRADA EM IOT, SEM SEDAÇÃO, AUSENCIA DE PULSOS POREM AINDA COM ATIVIDADE CARDÍACA. PACIENTE EVOLUINDO PARA PARADA CARDIO RESPIRATÓRIO.

Tempo de permanência: 01 hora 37 minutos (Admissão: 03:01 / Óbito: 04:10)

➤ Taxa de ocupação: 19:00 92,36 %

Sala de emergência: 04 pacientes adultos retidos na sala de emergência.

8. Prontuário 345348, L. C. S., CORPO DE BOMBEIROS, PATOS DE MINAS

ADMISSÃO: "PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS EM PCR COM MIDRIASE PARALITICA E TEMPO ESTIMADO DE PARADA SUPERIOR A 15M MINUTOS. INICIADO MANOBRAS DE REANIMAÇÃO E ENTUBAÇÃO OROTRAQUAL. DURANTE PRCEDIMENTO DE REANIMAÇÃO PACIENTE NÃO REVERTEU A PCR OBITO CONSTATADO AS 03:53. CAUSA INDETERMINADA DE PCR NO DOMICILO. PROVAVEL IAM"

Tempo de permanência: 32 minutos (Admissão: 03:17 / Óbito: 03:49)

➤ Taxa de ocupação: 19:00 91,51 %

Sala de emergência: 04 pacientes adultos retidos na sala de emergência.

Bloco Cirúrgico: 01 paciente retido aguardando leito de internação em UTI ou retaguarda na emergência.

9. PRONTUÁRIO 344974, M.T.S., CARMO DO PARANAIBA, VAGA ZERO SUS FÁCIL

ADMISSÃO: PACIENTE VINDO DE VAGA ZERO DO CARMO DO PARANAIBA, GRAVE DEVIDO FOURNIER. IRRESPONSIVO, CHOCADO. SEM DVA, EM AA DESSATURANDO, HIPOTENSO, TAQUICARDICO.

PACIENTE EM MAU ESTADO GERAL, CIANOSE E LIVEDO RETICULAR DESDE A REGIÃO INFRA-UMBILICAL ATÉ EXTREMIDADES DE MMII, PA NÃO AFERÍVEL AO MANGUITO, MESMO COM NORADRENALINA 40ML/H, DIVERSAS TENTATIVAS DE REALIZAR PIA, ATÉ COM USG, MAL SUCEDIDAS DEVIDO PULSO FILIFORME, FC 140BPM, SATURAÇÃO SEM LEITURA ADEQUADA DEVIDO PERFUSÃO TECIDUAL COMPROMETIDA. OBSERVADA GRAVIDADE ATUAL DO PACIENTE, OPTADO POR LIMITAR MEDIDAS INVASIVAS, INCLUINDO SUSPENSÃO DE DEBRIDAMENTO EM BC, DEVIDO ALTÍSSIMO RISCO DE ÓBITO NO INTRA-OPERATÓRIO. CUIDADOS PALIATIVOS COM ÊNFASE EM CONFORTO, NÃO ELEVAR DROGAS VASOATIVAS, MANTER SEDAÇÃO, NÃO REANIMAR. ENTRO EM CONTATO COM ASSISTENTE SOCIAL PARA TENTATIVA DE CONTATAR FAMILIARES (RELATO PRÉVIO DE PACIENTE ETILISTA CRÔNICO COM BAIXA ASSISTÊNCIA DE REDE DE APOIO).

Tempo de permanência: 10 horas 26 minutos (Admissão: 05:56 / Óbito: 14:25)

➤ Taxa de ocupação: 07:00 91,55 %

Sala de emergência: 05 pacientes adultos retidos na sala de emergência.

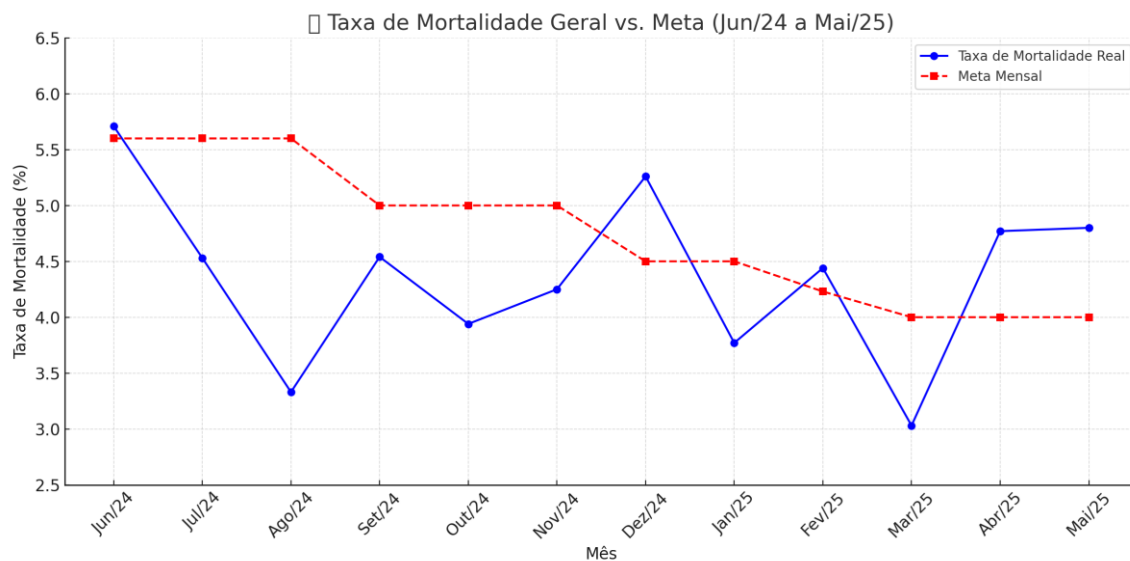
A análise dos casos acima, chama a atenção uma vez que os pacientes permanecem menos de 24 horas na unidade, alguns pacientes chegam na unidade e não há tempo hábil para a intervenção médica ou que a gravidade dos casos não foi adequadamente avaliada antes do encaminhamento à Unidade. Embora o hospital seja uma referência na região, frequentemente enfrenta limitações em recursos, como leitos em UTI adulto em períodos de alta demanda, conforme demonstrado pela taxa de ocupação.

A análise realizada destacou as dificuldades para a redução das "vagas zeros" em nossa unidade, especialmente em casos onde a estabilização clínica dos pacientes não é alcançada antes do transporte. 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. A Atuação do protocolo de Manchester também é um ponto de destaque, uma vez, que os pacientes são priorizados conforme necessidade clínica. Apesar da taxa de mortalidade de 5,43% em um hospital de referência para alta complexidade em traumatologia e ortopedia, a sazonalidade e o perfil epidemiológico dos óbitos revela uma população predominantemente idosa, com alta complexidade nos casos atendidos e significativa presença de comorbidades. 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.

Considerando a análise levantada, junto às justificativas encaminhadas, foram retirados do cálculo os 05 pacientes supracitados, a fim de evidenciarmos a realidade da instituição e trabalharmos com dados passíveis de ação e melhoria.

Em maio tivemos um total de 34 óbitos. 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 Macroroeste.

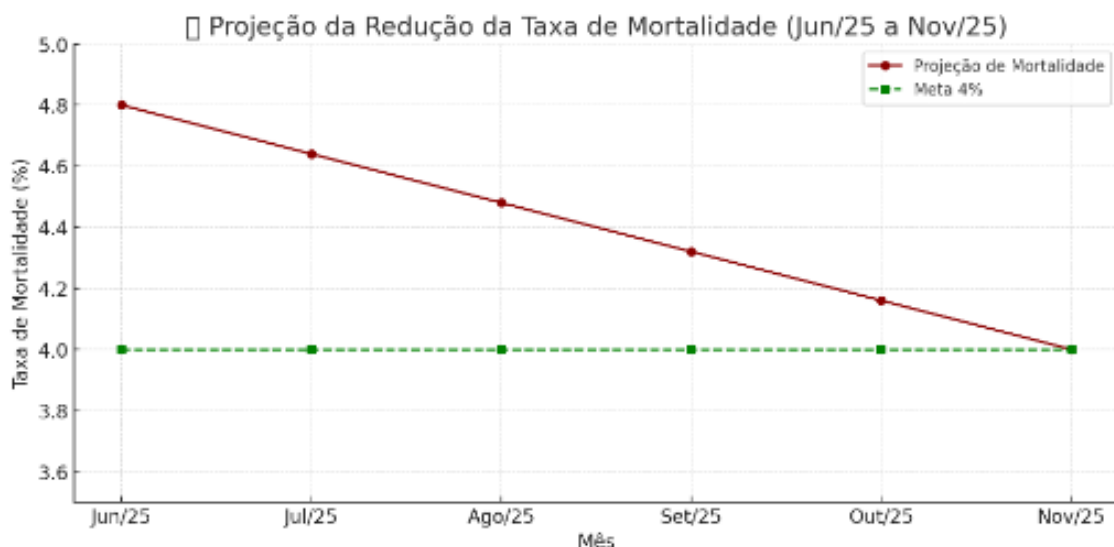
Diante do resultado **não** alcance da meta prevista, apresentamos a análise dos dados dos 12 períodos avaliatórios (junho/2024 a maio/2025), o gráfico 1 apresenta a taxa e as metas estabelecidas:



No panorama geral, destacamos que a taxa de mortalidade ficou abaixo da meta em 7 dos 12 meses, indicando um desempenho positivo. Os meses de Junho/24 (5,71%), Dezembro/24 (5,26%), Abril/25 (4,77%) e Maio/25 (4,8%) apresentaram um desempenho negativo, e esses picos reforçam a sazonalidade da região (datas festivas, feriados, acidentes de trânsito, etc) e dos pacientes encaminhados a Unidade, e também a necessidade de vigilância clínica nesses períodos de maior tendência. Apesar das oscilações a tendência é de manutenção próxima ou abaixo das metas, o que é um indicativo de controle efetivo da mortalidade hospitalar em nossa Unidade.

Nesse sentido, foi realizada a projeção da taxa de mortalidade com objetivo de visualizar e traçar ações para alcançar e manter a meta de 4% nos próximos meses, e é possível visualizar que mostra uma redução linear a partir do resultado alcançado em maio/2025 de 4,80%, conforme gráfico 2:

Gráfico 2.: Projeção da redução da taxa de mortalidade para os meses de Junho/2025 a Novembro/2025.



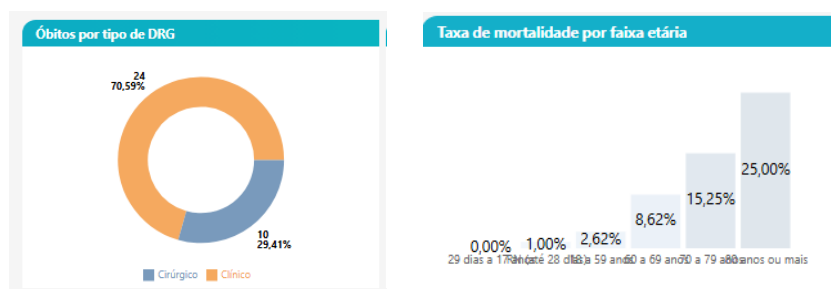
Para alcançar a meta pactuada e validar a projeção apresentada, foram analisados os óbitos no período de Maio/2025, a unidade teve 709 altas codificadas e 34 óbitos gerais, desses 01 óbito (0,21%) classificado como mortalidade em **paciente de muito baixo risco**.

15701839	20250501000028	1031	085-087 - ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA < 1 HORA (85,86,87)	1	Clínico	18 a 59 anos	Sim	1.7	2.2
----------	----------------	------	---	---	---------	--------------	-----	-----	-----

Fonte: <https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/painel-drg-perfil-epidemiologico.do>

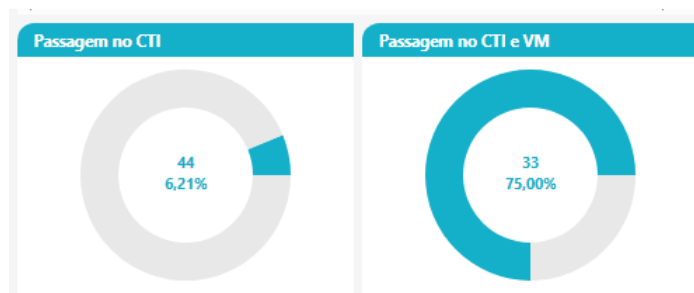
Paciente vítima de TCE - Glasgow 3, peça de um caminhão se soltou e colidiu com o crânio do paciente. Já na admissão paciente apresentava anisocórico, com necessidade de intubação, permaneceu na unidade durante 2.2 dias devido a prognóstico reservado e abertura de protocolo de ME; classificado com escore de gravidade – Apache II (28 pontos) que considerada idade, comorbidades e dados fisiológicos o paciente parecia ter menor risco de óbito. No entanto, considerando a cinemática do acidente, a abertura do protocolo de ME, o paciente deixa de ser de muito baixo risco, devido a lesão neurológica grave, sem proposta terapêutica, sendo esse critério não avaliado pelo Apache II.

Em relação ao perfil epidemiológico dos óbitos nesse período mudou, 70,59% dos óbitos foram classificados como clínicos, 48,87% maiores de 60 anos, conforme demonstrado pelas telas do DRG:



Fonte: <https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/painel-drg-perfil-epidemiologico.do>

Importante destacar que das 709 altas no período, 75% tiveram passagem no CTI e VM demonstrando a complexidade da assistência demandada pelos pacientes atendidos na Unidade.



Fonte: <https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/painel-drg-perfil-epidemiologico.do>

Em análise dos óbitos no período, destacamos os óbitos em menos de 24 horas após a admissão na Unidade, uma vez que já existe um padrão de encaminhamento de pacientes sem propedêutica ou instáveis à Unidade. Na Unidade de Pacientes Externos, no

mês de maio/2025, teve-se 3 óbitos em menos de 24 horas, 8,82% dos óbitos no período, conforme a [Análise de Óbito - 24hs.xlsx](#) (link para acessar a análise detalhada)

Os pacientes deram entrada na unidade em estado crítico, e, após avaliação médica criteriosa, foi constatado que, diante da gravidade dos quadros clínicos, não havia possibilidade de proposta terapêutica viável. Um dos pacientes evoluiu para óbito e foi encaminhado para o processo de captação de órgãos, conforme protocolo estabelecido.

Assim, foram elencados os desafios identificados e as oportunidades para manter o acompanhamento mensal para ações preventivas e corretivas:

- Alta taxa de mortalidade clínica:
 - Especialmente em pacientes com idade ≥ 60 anos, pós Parada Cardiorrespiratória, casos paliativos e de origem séptica.
 - Destaca-se um (01) óbito que foi encaminhado à Unidade apenas para abertura do protocolo de Morte encefálica e captação de órgãos (prontuário 345839).
- Falta cumprimento de protocolo padronizados para pacientes críticos: Falhas na detecção e intervenção precoce em deterioração clínica.
- Falta de registros adequados da piora clínica em prontuário.
- Atrasos em atendimentos de parada cardiorrespiratória (PCR) fora da UTI.
- Altas da UTI adulto com desfecho de óbitos na unidade de internação: necessidade de reavaliar os critérios de alta, condições e transferência do cuidado à Unidade de internação.

Tivemos no trimestre um total de 98 óbitos em 2.223 atendimentos, perfazendo uma taxa de mortalidade de 4,41%. Como estratégia para mudança do panorama apresentado, algumas ações estão sendo desenvolvidas na Unidade, destacamos a seguir:

Fortalecimento do protocolo de deterioração clínica ([Protocolo de Deterioração final](#)): **Imediato – julho/25** ação focada da Unidade de Internação adulto com a meta de 90% dos pacientes críticos com escore registrado em prontuário.

- Criar "Time de Resposta Rápida" para PCR: Direção Técnica / Enfermagem, para **Ago/25** ação focada em redução de PCRs não assistidas em 50%.
- Auditoria trimestral dos óbitos com feedback para as equipes: Comissão de Óbito, a partir de **jul/25** com a elaboração de relatórios com ações corretivas.
- Outras ações estão em andamento pelo [Plano de ação Taxa de óbito.pdf](#).

Fonte de comprovação do indicador

DRIVE: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Influenza sazonal e outros vírus respiratórios no hemisfério sul. 17 de abril de 2025, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. ([OPAS OMS Alerta epidemiologico.pdf](#))

Período: 01/03/2025 a 31/05/2025

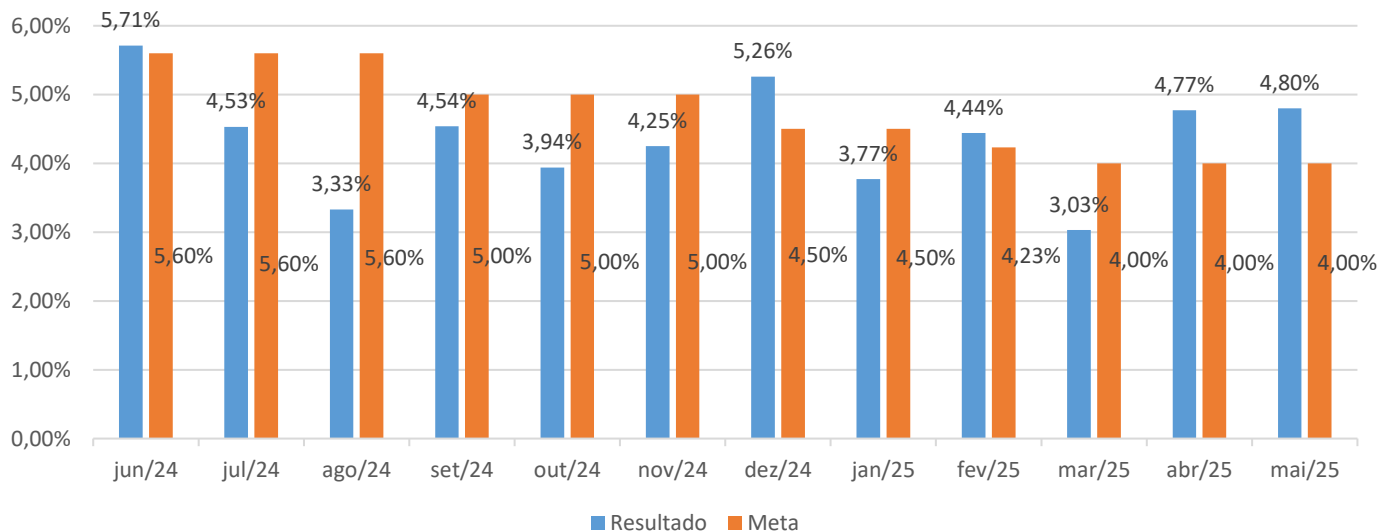
Dados Gerais

Registros de saídas:	2.223	
Média mês:	741,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.180	(53,08 %)
Clínicos:	1.043	(46,92 %)
Case Mix Global:	1,2721	
Case Mix Clínico:	1,0449	
Case Mix Cirúrgico:	1,4728	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	57	(2,68 %) **
(qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	98	(4,41 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,46 %)
Incidência de Cesárea:	199	(58,19 %)
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)

3.3. Taxa de mortalidade hospitalar geral



Área Temática: Assistência à Saúde	
Indicador nº 3.4: Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤1,5%	1,79%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
→ No mês de fevereiro de 2025, após a reclassificação conforme os critérios da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foram contabilizadas 138 cirurgias limpas. Destas, foram identificados 4 casos de infecção, resultando em uma taxa de infecção de 2,90%. É importante destacar que três destas infecções ocorreram em procedimentos ortopédicos e um em procedimento neurológico. Após análise clínica detalhada, observou-se que os principais fatores associados a essas infecções foram: condições do paciente, tempo prolongado de espera para a realização dos procedimentos e problemas na recuperação e cuidado domiciliar dos pacientes. Com isso a CCIH identificou a necessidade de realizar uma reunião com a equipe de cirurgia ortopédica para alinhar condutas que possam contribuir para um melhor atendimento aos pacientes. Essa iniciativa tem como principal objetivo discutir estratégias para a redução das taxas de infecção em cirurgias limpas, que, em sua maioria, estão associadas a procedimentos ortopédicos. A reunião está programada para a 2ª quinzena de abril. Ressalto que no mês de março são analisadas as infecções de cirurgias realizadas em fevereiro. → No mês de março de 2025, após a reclassificação conforme os critérios da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foram contabilizadas 154 cirurgias limpas. Destas, identificamos 3 casos de infecção, resultando em uma taxa de infecção de 1,95%. É importante destacar que três destas infecções ocorreram em procedimentos ortopédicos. Após análise clínica detalhada, observamos que os principais fatores associados a essas infecções foram: condições do paciente, tempo prolongado de espera para a realização dos procedimentos e problemas na recuperação e cuidado domiciliar dos pacientes. Com isso a CCIH identificou a necessidade de realizarmos uma reunião com a equipe de cirurgia ortopédica para alinharmos condutas que possam contribuir para um melhor atendimento aos pacientes. Essa iniciativa tem como principal objetivo discutir estratégias para a redução das taxas de infecção em cirurgias limpas, que, em sua maioria, estão associadas a procedimentos ortopédicos. A unidade está aguardando agenda para realização do treinamento. Faz-se necessário estabelecer uma data que melhor atenda as equipes. Dra Érica, médica infectologista, está organizando junto aos ortopedistas a melhor forma de repasse e execução deste treinamento. Ressalto que no mês de abril são analisadas as infecções de cirurgias realizadas em março. → No mês de abril/2025, após revisão e reclassificação dos procedimentos cirúrgicos pela equipe da SCIH, foram contabilizadas 190 cirurgias limpas, com 1 caso notificado de infecção de sítio cirúrgico (ISS), relacionada à especialidade de Ortopedia, resultando em uma taxa de 0,53%. O caso em questão envolveu um paciente que retornou ao hospital após a alta hospitalar. Na análise da SCIH, foram identificados fatores de risco relevantes, como as condições clínicas do paciente, além de aspectos relacionados à recuperação e ao cuidado domiciliar da ferida cirúrgica. Ressalto que no mês de maio são analisadas as infecções de cirurgias realizadas em abril.	

Como parte das medidas estratégicas para prevenção de novas ocorrências, foi realizada uma reunião com a equipe de Ortopedia, na qual foram discutidos pontos de melhoria. Entre as ações definidas, destaca-se a criação de uma cartilha ilustrativa, que apresenta, de forma clara e didática, o passo a passo dos cuidados domiciliares com o curativo cirúrgico.

Importante frisar que, conforme o protocolo da Ortopedia, os primeiros curativos pós-operatórios nem sempre são realizados no hospital. Estes são feitos apenas em casos em que o curativo esteja saturado ou apresente secreção característica de infecção.

Em anexo, seguem os seguintes documentos para avaliação mais detalhada:

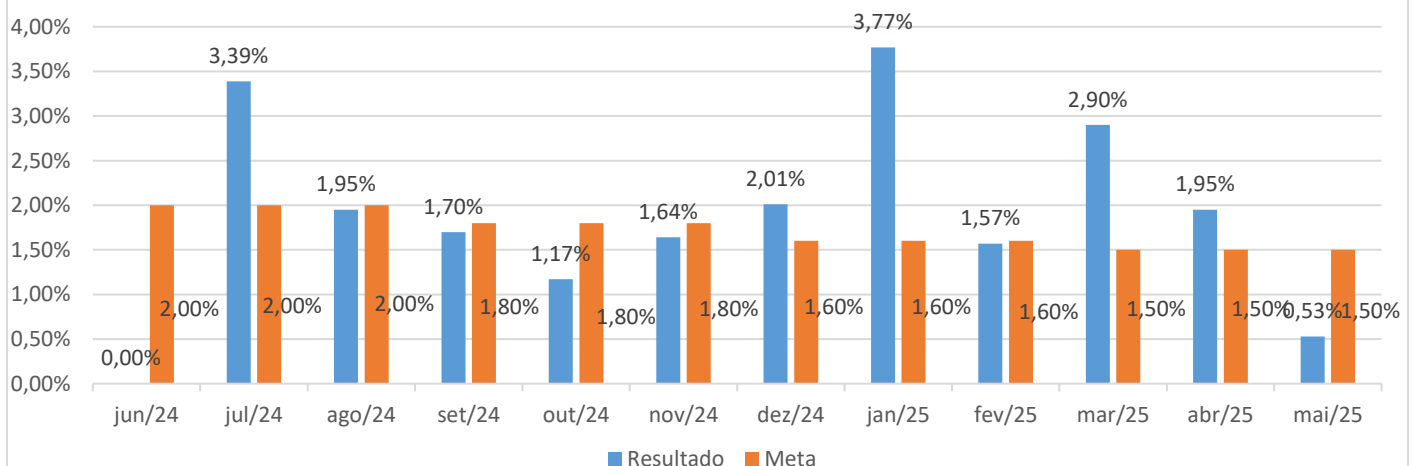
- Análise detalhada dos casos de infecção;
- Lista de pacientes notificados com Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS);
- Classificação cirúrgica correspondente;
- Lista de presença dos ortopedistas participantes da reunião.

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

Fonte de comprovação do indicador

Drive: [Infecções Março](#)
[Infecções Abril](#)
[Infecções Maio](#)

3.4. 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

≥1,23

Resultado do período avaliatório

1,27

Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório

Pelo DRG obtivemos no trimestre um valor de Case Mix clínico de 1,0449 e cirúrgico de 1,4728, na média de ambos, alcançamos o Case Mix global de 1,27. Sobre a meta e esse resultado do Case Mix (DRG), no período analisado ficamos acima da meta estabelecida $\geq 1,23$, 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

04/06/25 - 09:13

Período: 01/03/2025 a 31/05/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.223	
Média mês:	741,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.180	(53,08 %)
Clínicos:	1.043	(46,92 %)
Case Mix Global:	1,2721	
Case Mix Clínico:	1,0449	
Case Mix Cirúrgico:	1,4728	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	57	(2,68 %) **
(qtd de internações responsáveis por readmissões / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	98	(4,41 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,46 %)
Incidência de Cesárea:	199	(58,19 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	0	(0,00 %) *

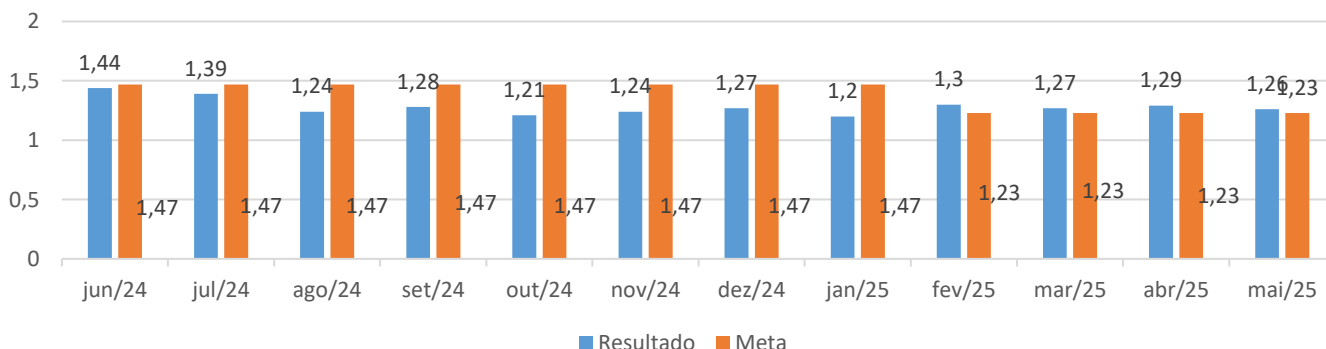
* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** 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

3.5. Medida de Case Mix



Área Temática: Assistência à Saúde	
Indicador nº 3.6: Taxa de Cesárea	
Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤49,5%	58,19%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	
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. → No mês de março de 2025, foram realizados 116 partos no Hospital Regional Antônio Dias, dos quais 65 foram cesáreas, representando 56,03% do total, e 51 foram partos normais, correspondendo a 43,96%. 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 85% de aplicação da Escala de Robson no mês de março/2025: • 17 pacientes não foram classificadas, • 14 pacientes classificadas como 02, • 02 pacientes classificadas como 03, • 03 pacientes classificadas como 04, • 30 pacientes classificadas como 05, • 01 pacientes classificada como 06, • 02 pacientes classificadas como 07, • 01 paciente classificada como 08, • 09 pacientes classificadas como 10. 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 epifisiolise 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 65 cesáreas realizadas, verificou-se que 35 pacientes (43,7%) já haviam passado por cesáreas anteriores, sendo: • 22 pacientes com uma cesárea prévia (33,8%); • 10 pacientes com duas cesáreas prévias (5,3%); • 3 pacientes com três cesáreas prévias (4,6%). Esses fatores demonstram que a necessidade de cesárea esteve diretamente relacionada ao histórico obstétrico das pacientes atendidas na unidade, conforme evidenciado no documento.	

Iterativa 1: 33,8%

- LFML 317192 ROBSON 5
- LCMS 224565 ROBSON 5
- CGS 56676 ROBSON 5
- BSO 343615 ROBSON 5
- MABR 344146 ROBSON 5
- BPS 327504 ROBSON 5
- NCA 344221 ROBSON 5
- TARD 344119 ROBSON 5
- ANS 343921 ROBSON 5
- RCGA 344537 ROBSON 5
- RBS 344547 ROBSON 5
- MCX 327386 ROBSON 5
- JAS 293544 ROBSON 5
- FMA 192773 ROBSON 5
- CRS 344768 ROBSON 5
- JFS 344790 ROBSON 5
- LFS 344794 ROBSON 5
- LGML 223389 ROBSON 5
- GSPL 317729 ROBSON 5
- DAG 309028 ROBSON 5
- DMG 214824 ROBSON 5
- MEMS 329960 ROBSON 5

Iterativa 2: 5,3%

- RMG 344193 ROBSON 5
- MSS 155422 ROBSON 7 - apresentação pélvica
- LEAM 312517 ROBSON 5
- CFRP 344413 ROBSON 5
- CRSC 283099 ROBSON 5
- JVS 344611 ROBSON 10
- LLV 344549 ROBSON 5
- CPCA 344751 ROBSON 10
- JAP 342067 ROBSON 5
- CAMF 3412115 ROBSON 10

Iterativa 3: 4,6%

- DBS 295075 ROBSON 5
- FAS 342899 ROBSON 5
- LASM 189031 ROBSON 10

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.

Falhas de indução: 9.2%

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

- JBB 241991 ROBSON 2
- JFMS 344070 ROBSON 2
- PCA 237527 ROBSON 10
- BRA 344615 ROBSON 2
- LCM 339520 ROBSON 2
- APRM 344802 ROBSON 2

Sofrimento fetal: 15,3%

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.

- EKL 343302 ROBSON 2
- JAAS 314158 ROBSON 2
- NVT 344067 ROBSON 10
- GAS 292237 ROBSON 3
- DCS 344367 ROBSON 2
- LLJ 344421 ROBSON 6
- LMAG 344441 ROBSON 10
- MASL 263762 ROBSON 2
- ASS 343920 ROBSON 2
- TRF 344602 ROBSON 3

Posições anômalas: 1,5%

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 1.5%:

- DSP 344349 ROBSON 8
- NMCA 235385 ROBSON 7

Descolamento de placenta: 3,6%

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.

- MCS 344149 ROBSON 10
- ADL 331740 ROBSON 2

Pré-eclâmpsia: 3,6%

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

- RLM 344217 ROBSON 10
- DCO 308816 ROBSON 10

Mecônio espesso: 1,5%

A ocorrência de mecônio no líquido amniótico associa-se a piores condições de vitalidade fetal, e constitui importante causa de mortalidade perinatal, o que justifica a resolução cirúrgica do parto para prevenção de síndrome de aspiração meconial.

- NFML 230416 ROBSON 4

Parada de descida: 3%

Considera-se que há parada secundária da progressão da apresentação quando ocorre cessação da descida por pelo menos 1 hora após o seu início. A causa mais frequente é a desproporção céfalo-pélvica.

- LAPS 344141 ROBSON 4
- SASSP 344317 ROBSON 2

Parada secundária da dilatação: 3%

Ocorre quando a dilatação cervical permanece a mesma durante duas horas ou mais, ultrapassa a linha de alerta e, por vezes, a linha de ação. É associada com frequência com sofrimento fetal agravando o prognóstico perinatal.

- ELGC 233287 ROBSON 2
- FMO 284556 ROBSON 2

À pedido: 1.5%

Paciente INHC, 32 ANOS, G2PN1PC1A0, IG: 39 SEMANAS, realizou pré natal de alto risco devido diabetes gestacional, IMC elevado e natimorto em G1, submetida a parto normal em gestação anterior houve parada de descida do feto, tentativa de fórceps e vácuo extrator evoluído para natimorto. A mesma se recusou a realizar nova tentativa de parto normal devido a experiência prévia.

- INHC 327283 ROBSON 4

→ **No mês de abril de 2025**, foram realizados 114 partos no Hospital Regional Antônio Dias, dos quais 66 foram cesáreas, representando 57,89% do total, e 48 foram partos normais, correspondendo a 42,11%. 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 cesarianos tivemos 85% de aplicação da Escala de Robson no mês de abril/2025:

- 10 pacientes com indicação de cesariana não foram classificadas,
- 6 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 01,
- 8 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 02,
- 2 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 03,
- 3 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 04,
- 23 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 05,
- 2 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 08,
- 13 pacientes com indicação de cesariana classificadas como 10.

- **Robson 1:** Em relação à escala de Robson observamos que nas pacientes primigestas em trabalho de parto espontâneo foram realizadas cesárea devido herpes simples ativa (1), parada secundária de dilatação (2), parada de descida (1), e as demais por falha nas induções (2).
- **Robson 2:** Em relação à escala de Robson observamos que nas pacientes primigestas, foram realizadas cesárea antes do início do trabalho de parto, as mesmas aconteceram por herpes genital, macrosomia fetal, parada secundária da dilatação, apresentação pélvica, falha de indução, e as demais por sofrimento fetal (3).

- **Robson 3:** Nas pacientes múltiparas sem cesárea anterior, em trabalho de parto espontâneo foram realizadas 2 cesáreas devido parada secundária de dilatação e ventriculomegalia cerebral fetal.
- **Robson 4:** Em múltiparas sem cesárea anterior, cujo parto é induzido ou que são submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto, as mesmas aconteceram por falha de indução e sofrimento fetal (2).
- **Robson 5:** Nas pacientes com cesárea prévia, manteve a indicação de cesárea por cesárea anterior (23).
- **Robson 8:** Realizada cesárea múltipara com gestação múltipla com cesárea anterior.
- **Robson 10:** Realizadas 13 cesáreas em gestantes < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea anterior.

No geral, as indicações de cesárea, no nosso serviço, seguem na maioria das vezes a indicação obstétrica, salvo em 3 pacientes, que não foi verificada a possibilidade do uso do método de Krause e/ou ocitocina.

Após o alinhamento do fluxo de atendimento com o Centro de Atenção Especializada que é responsável pelo encaminhamento de pacientes do pré natal de alto risco acredita-se que será possível evitar a ocorrência de cesáreas sem indicação obstétricas.

Com base na análise dos prontuários das 67 cesáreas realizadas, verificou-se que:

- 31 pacientes (43,7%) já haviam passado por cesáreas anteriores, sendo:
- 19 pacientes com uma cesárea prévia (28,3%);
- 10 pacientes com duas cesáreas prévias (14,9%);
- 2 pacientes 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 no documento.

Iterativa 1: 28,3%

- IAJS 243969 ROBSON 5, intervalo interpartal curto
- JBF 346189 NÃO CLASSIFICADO
- SCL 345189 ROBSON 10
- RPA 345225 ROBSON 5, IG:40 semanas, COLO FECHADO
- GS 333999 ROBSON 5, IG:39 semanas PA: 150/90MMHG
- JCA 306136 ROBSON 5, IG: 38 semanas e 1 dia, RPMO
- LAS 345587 ROBSON 5, Bradicardia fetal sustentada
- LFR 345577 ROBSON 5, IG: 40 SEMANAS E 4 DIAS, COLO FECHADO
- ESS 315195 ROBSON 10, DM1 MAL CONTROLE, MACROSSOMIA E CETOACIDOSE DIABÉTICA, IG 31 SEMANAS
- ASC 844890 ROBSON 10
- LMS 305190 ROBSON 5, Apresentação pélvica
- BRRG 297488 ROBSON 5
- POG 238383 ROBSON 5, IG: 39 SEMANAS, HAC
- JSF 344963 ROBSON 10, IG: 36 SEMANAS E 5 DIAS, ACRETISMO PLACENTÁRIO
- LFD 344937 ROBSON 5
- ISST 343028 ROBSON 5

- JGS 339793 ROBSON 5, IG 39 SEMANAS
- JPS 345136 ROBSON 5, IG 40 SEMANAS E 3 DIAS.

Iterativa 2: 14,9%

- GC 344928 ROBSON 5
- JMS 228504 ROBSON 5
- AASO 344967 ROBSON 5
- DFJ 345055 ROBSON 5
- TOS 345089 ROBSON 5
- EPR 345134 ROBSON 10
- NPS 344935 ROBSON 5
- JPT 207115 ROBSON 5
- MAMC 307887 ROBSON 10
- MÊS 338190 ROBSON 5

Iterativa 3: 2,9%

- SMS 224077 NÃO CLASSIFICADO
- RKB 229631 ROBSON 10
- ECAP 344861 ROBSON 5

Ao analisar os prontuários das pacientes com iterativa 1 foi possível observar que em alguns casos não foi realizado toque no momento da admissão, sendo assim não foi avaliada a possibilidade o uso do método de Krause para aquelas pacientes que poderia ser viável a indução mecânica conforme a condição clínica.

Muitas das pacientes já chegam à maternidade com indicação de cesárea determinada durante o acompanhamento pré-natal de alto risco, estão sendo tomadas medidas para alinhar o fluxo de cesáreas eletivas juntamente ao CEAE objetivando a redução da taxa de cesáreas do HRAD, no momento da consulta no PNAR sendo indicada cesárea eletiva, será realizado repasse de informações previamente, agendamento da cesárea e a paciente será orientada quanto a possibilidade do uso de método de Krause e/ou ocitocina.

Falhas de indução: 8,9%

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. Anteriormente a porcentagem de falhas de indução era de 23% sendo que no mês atual foi de 8,9%.

- SASV 309452 NÃO CLASSIFICADO
- VCA 340514 ROBSON 2
- ESRS 345822 ROBSON 4

- KFC 345240 ROBSON 1
- RRJ 340295 ROBSON 1

Sofrimento fetal: 14,9 %

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.

- GKML 345544 ROBSON 4
- VCC 345559 ROBSON 2
- MFM 345009 ROBSON 10
- GVMM 344690 ROBSON 4
- KAT 344830 ROBSON 10
- RSS 315220 NÃO CLASSIFICADO
- FFS 236954 NÃO CLASSIFICADO
- NSC 315242 ROBSON 2
- FAC 261655 ROBSON 2

Posições anômalas: 1,5%

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: 4,4%

- ACMM 245737 ROBSON 2
- OBS 345104 ROBSON 10
- TXF 345238 ROBSON 8

Parto com apresentação córmica: 1,5%

- YSF 345158 ROBSON 8 GEMELAR

Pré-eclâmpsia: 5,9%

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

- TFS 344890 ROBSON 10
- ACSSS 316898 ROBSON 5
- CAR 345151 ROBSON 10
- LMFN 344403 ROBSON 10

Parada de descida: 1,5%

Considera-se que há parada secundária da progressão da apresentação quando ocorre cessação da descida por pelo menos 1 hora após o seu início. A causa mais frequente é a desproporção céfalo-pélvica.

- ALSS 345140 ROBSON 1

Parada secundária da dilatação: 10,4%

Ocorre quando a dilatação cervical permanece a mesma durante duas horas ou mais, ultrapassa a linha de alerta e, por vezes, a linha de ação. É associada com frequência com sofrimento fetal agravando o prognóstico perinatal.

- BAA 343812 NÃO CLASSIFICADO
- EHRB 263039 NÃO CLASSIFICADO
- CRRL 344957 ROBSON 1
- JLM 268139 ROBSON 2
- SS 342263 ROBSON 3
- LIS 343193 ROBSON 1

Malformação fetal 1,5%

A ventriculomegalia cerebral fetal isoladamente, não é uma indicação absoluta de cesariana.

KRS 345084 ROBSON 3

Macrossomia fetal 1,5%

A Macrossomia fetal, ou bebê grande para a idade gestacional (GIG), refere-se a um recém-nascido com peso ao nascer igual ou superior a 4kg. A paciente citada abaixo realizou USG onde foi evidenciado peso estimado de 4040g.

PGRS 342566 ROBSON 2

Herpes genital 2,9%

A herpes genital pode levar à indicação de cesariana em gestantes, especialmente se houver lesões ativas no momento do parto. A cesariana é indicada para reduzir o risco de transmissão do vírus para o recém-nascido, que pode causar complicações graves, como encefalite herpética. Se houver lesões herpéticas ativas (bolhas, feridas) no canal vaginal no momento do parto, a cesariana é a via de parto recomendada.

- LAS 344252 ROBSON 2 HERPES GENITAL RECORRENTE
- AKCL 344899 ROBSON 1 – HERPES SIMPLES ATIVA

→ No mês de maio de 2025, foram realizados 103 partos no Hospital Regional Antônio Dias, dos quais 60 foram cesáreas, representando 58,02% do total esses foram analisados individualmente [Análise dos partos cesáreos 05.2025.pdf](#)

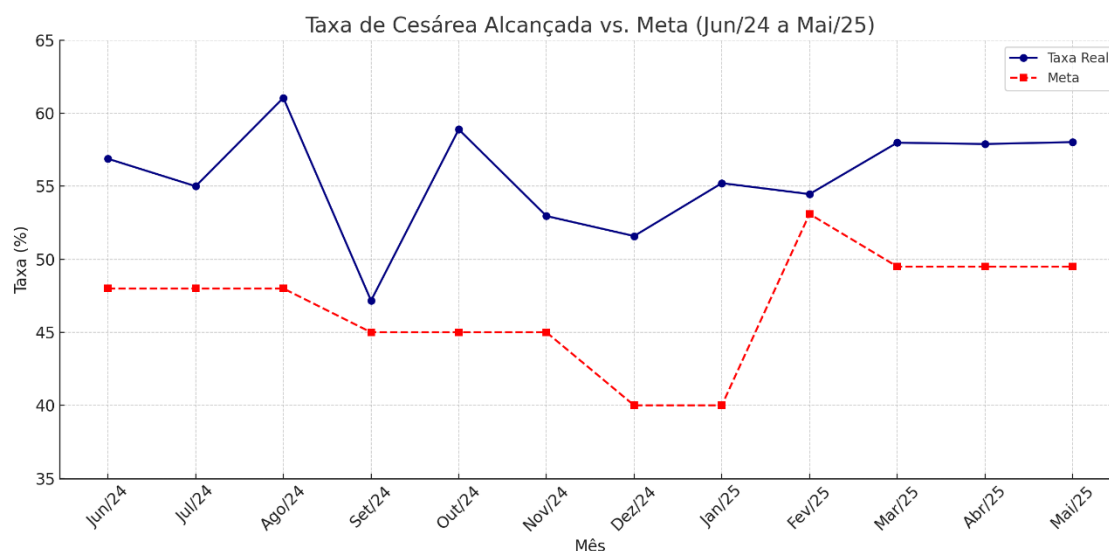
Ao realizar a análise dos partos cesarianos, identificamos alguns pontos de melhoria que serão discutidos a seguir:

Para compreender o cenário presente (reflexo dos meses anteriores) e a projeção futura, o gráfico 01 demonstra as taxas e metas de cesariana dos 12 períodos avaliatórios, a taxa média de cesáreas entre junho de 2024 e maio de 2025 foi aproximadamente 54,75%, o que está acima das metas propostas para todos os meses. Apenas setembro/24 (47,17%) atingiu a meta daquele mês (< 45%), sendo um ponto fora da curva.

Destacamos as causas predominantes em todos os períodos:

- Altas taxas de iterativas (cesárea anterior) ainda são frequentes.
- Baixo aproveitamento do método de indução.
- Indicações precoces vindas do pré-natal ainda impactam a decisão final (médica e paciente).
- Falhas no protocolo de admissão obstétrica: ausência de toque vaginal em pacientes elegíveis, ausência de escala de Robson, por exemplo.

Gráfico 01. Taxa de Cesárea Alcançada comparada as Metas de cada período avaliatório:



Especific

cesáreas são:

on 5.

- Falta de toque vaginal (Iterativa 1): 7 pacientes sem toque na admissão, inviabilizando avaliação adequada para indução com método de Krause.
- Falhas de indução: Ainda que tenha havido melhora, 6,6% de falhas persistem.
- Indicação prévia de cesárea no PNAR (Pré-Natal de alto risco): Indicações feitas previamente no pré-natal dificultam reavaliação no HRAD.
- Falta de classificação Robson em 4 casos das 60 cesáreas de maio/2025: Dificulta auditoria, controle e rastreabilidade dos casos.
- Fragilidade na comunicação com o CEAE (Centro de especialidade responsável pelo Pré-natal de alto risco das microrregiões de saúde de Patos de Minas, João Pinheiro e São Gotardo): Falta de alinhamento dos fluxos e encaminhamentos.
- Falhas no registro e orientação da equipe assistencial: Ausência de documentação de dados clínicos importantes (ex: Krause, dilatação, motivo da cesárea).

➔ No trimestre analisado tivemos uma taxa cesarianas de **58,19%**.

Como estratégia para mudança do panorama apresentado algumas ações estão sendo desenvolvidas na Unidade, destacamos a seguir:

Centralização do Bloco Cirúrgico: Esta ação está **em andamento**, e tem intuito de otimizar a eficiência na gestão do centro cirúrgico e obstétrico com alinhamento dos fluxos de atendimentos obstétricos a fim de alcançar agilidade e organização da assistência prestada, com a implantação de diretrizes para admissões de cesáreas eletivas que apresentam indicações absolutas na via de parto, conforme [FLUXO DE PARTO CESÁREA ELETIVA HRAD \(1\).pdf](#), dentre outros objetivos detalhados no [Modus Operandis atendimento obstétrico no Centro cirúrgico.pdf](#). Já foram realizadas reuniões de orientações com as equipes assistenciais e apresentação dos documentos citados acima, segue resumo de outras ações em desenvolvimento:

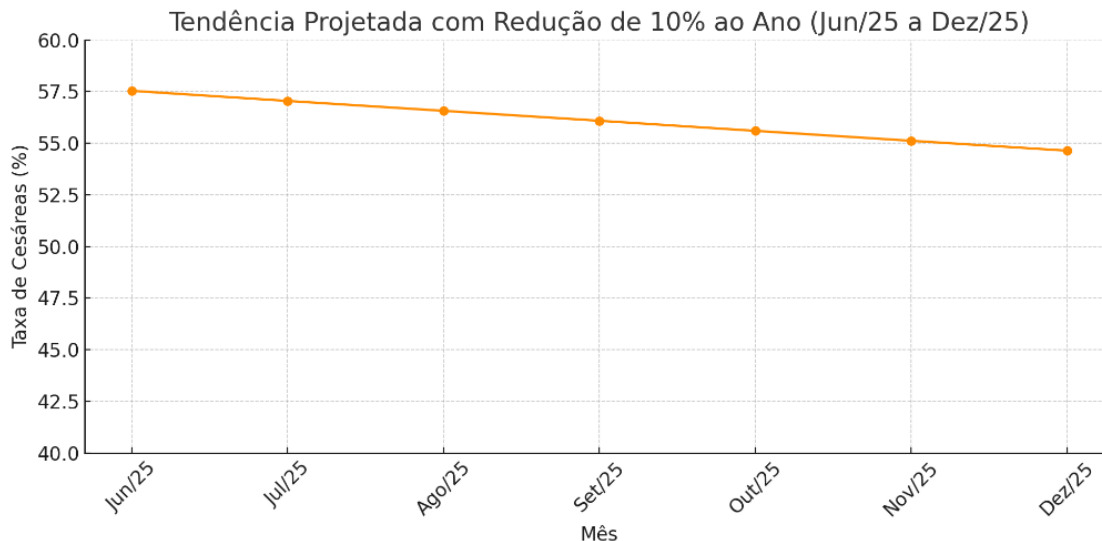
Ações	Prazo	Status
Reunião com a SRS de Patos de Minas, CEAE e HRAD: apresentação e início das novas rotinas.	06/06/25	Concluído (REUNIÃO SRS, CEAE e HRAD CESAREAS ALTO RISCO ELETIVAS.jpeg)
Revisão do fluxo e <i>modus operandis</i> após alinhamentos da Reunião com a SRS.	15/06/2025	Andamento (HRAD- Unidade cirúrgica e UMAI).
Reunião para treinamento dos protocolos obstétricos HRAD e fluxo de cesárea eletiva com Equipe Médica do CEAE	25/06/2025 (Aguardando confirmação da agenda pelo CEAE).	Não iniciada.
Apresentação do fluxo de Cesárea Eletiva para Gestores e as referências técnicas dos municípios referência do CEAE.	23/06/2025 (Aguardando confirmação da agenda pela SRS).	Não iniciada.

Plano de Ação PA UMAI 01/2025: [Plano de ação redução da taxa de cesárea HRAD.pdf](#) **em andamento** com objetivo de redução da taxa de partos cesáreos eletivos e não indicados clinicamente em 10% ao ano, promovendo o parto normal seguro e humanizado, conforme a Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 – Rede Alyne.

- **Reforço do protocolo de admissão obstétrica:** Garantir realização do toque vaginal e registro adequado em todas as admissões a ser realizado pela Coordenação de obstetrícia e coordenação de residência médica até fim de junho/25 para aumentar a identificação de pacientes elegíveis à indução. **Não iniciado.**
- **Capacitação contínua da equipe obstétrica e residentes:** Treinamento em classificação Robson, indução, e decisão de via de parto a ser realizado pela Coordenação médica e da residência médica até setembro/25 para melhoria na adesão a práticas baseadas em evidência. **Não iniciado.**
- **Auditoria mensal da classificação Robson:** Validar e acompanhar preenchimento adequado de prontuários com apoio da Unidade de Pacientes Externos e UMAI com início em junho/25 para melhoria na qualidade dos dados e análise contínua da taxa. **Não iniciado.**

Diante do apresentado e da complexidade dos atendimentos das gestantes de alto risco do HRAD, planeja-se que com as ações acima será possível uma redução gradual da taxa de cesáreas, em conformidade com a Rede Alyne, no período de junho/25 a dezembro/25, conforme pode ser visualizada no gráfico 2, baseado na taxa atual (58,2%) e na meta de redução de 10% ao ano (Dezembro/25: aproximadamente 54,64%).

Gráfico 2. Tendência Projetada com Redução de 10% ao Ano, conforme Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 – Rede Alyne:



Assim, destacamos que mesmo que o resultado não alcançou a meta prevista, a unidade vem realizando ações internas e externas para redução dos resultados atuais e inversão da tendência negativa com a mudança efetiva e imediata de comportamento clínico e institucional, com maior envolvimento de atores como os municípios e CEAÉ para um impacto sistêmico, e consolidação de uma cultura de parto adequado e baseado em evidências.

Fonte de comprovação do indicador

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

04/06/25 - 09:13

Período: 01/03/2025 a 31/05/2025

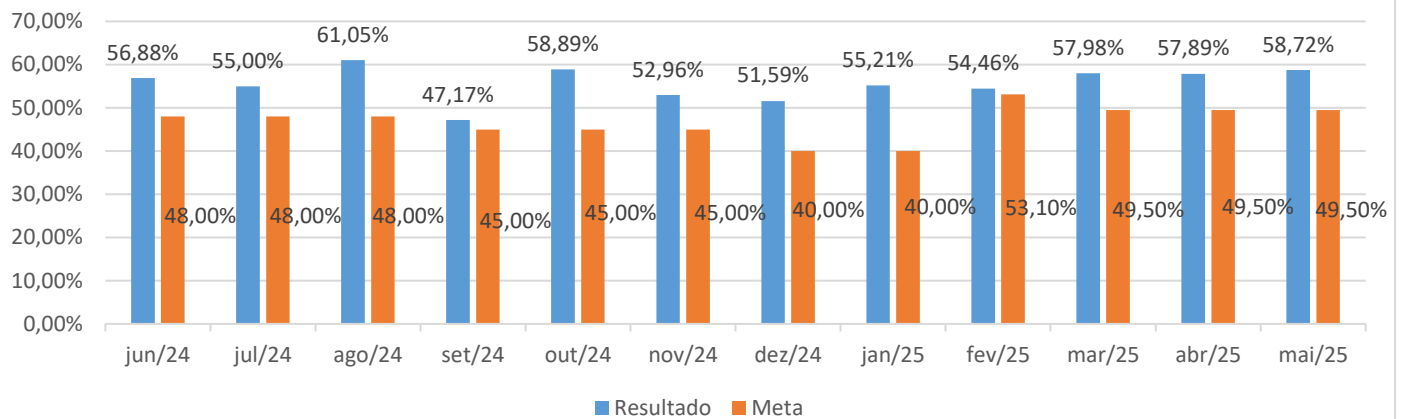
Dados Gerais

Registros de saídas:	2.223	
Média mês:	741,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.180	(53,08 %)
Clínicos:	1.043	(46,92 %)
Case Mix Global:	1,2721	
Case Mix Clínico:	1,0449	
Case Mix Cirúrgico:	1,4728	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	57	(2,68 %) **
(qtd de internações responsáveis por readmissões / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	98	(4,41 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,46 %)
Incidência de Cesárea:	199	(58,19 %)
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)

3.6. Taxa de Cesárea



Área Temática: Assistência à Saúde

Indicador nº 3.7: Readmissão em até 30 dias por complicação

Meta do período avaliatório	Resultado do período avaliatório
≤2,2%	0,84%
Informações relevantes acerca da execução do indicador no período avaliatório	

Durante o período analisado, foi identificada uma divergência entre os resultados mensais levantados e o resultado trimestral apresentado.

Na análise dos resultados mensais, observou-se:

- Março: 0,00%
- Abril: 0,84%
- Maio: 1,04%

Com isso, obteve-se um resultado trimestral de 0,63%, dentro da meta estabelecida.

Entretanto, ao gerar o relatório trimestral (referente aos meses de março, abril e maio), o sistema DRG Brasil apresentou um resultado divergente, de 2,68%, ultrapassando a meta preconizada.

Em contato com o suporte técnico do DRG Brasil, representado por Victor Caldeira, foi informado que o dado de readmissão em até 30 dias considera o retorno do paciente dentro desse intervalo, e que os dados são extraídos antes do fechamento completo do período. Dessa forma, os resultados gerados não refletem fielmente a realidade e dificultam a tomada de decisões assertivas e a implementação de ações de melhoria.

A Coordenadora de Monitoramento Assistencial da FHEMIG, Aline Mendes, informou que será utilizado como referência para o trimestre o relatório trimestral, desconsiderando o levantamento mensal dos dados. Diante disso, mesmo com desempenho mensal satisfatório, a unidade não atingirá a meta trimestral do 4º período avaliatório do Contrato de Gestão.

Ressaltamos que as ações voltadas para a melhoria contínua desse indicador são realizadas de forma sistemática e permanente pela instituição.

Sugerimos que o indicador seja reavaliado, considerando-se a melhor estratégia de coleta e análise de dados, para que uma nova meta seja estabelecida conforme a metodologia adotada.

Entendemos que caso seja necessário utilizar o mesmo relatório, a melhor forma para extrair o dado seja com base em um mês anterior ao fechamento do trimestre, a fim de garantir maior precisão nos resultados. Por exemplo: para o trimestre março, abril e maio, a coleta de dados deve considerar os meses de fevereiro, março e abril.

Fonte de comprovação do indicador

Março

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

03/04/25 - 09:28

Período: 01/03/2025 a 31/03/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	759	
Média mês:	759,00	Saídas
Cirúrgicos:	407	(53,62 %)
Clínicos:	352	(46,38 %)
Case Mix Global:	1,2656	
Case Mix Clínico:	1,0239	
Case Mix Cirúrgico:	1,4747	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	0	(0,00 %) **
(qtd de internações responsáveis por readmissões / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	23	(3,03 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	1	(0,19 %)
Incidência de Cesárea:	69	(57,98 %)
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)

Abril

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

07/05/25 - 09:16

Período: 01/04/2025 a 30/04/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	755	
Média mês:	755,00	Saídas
Cirúrgicos:	394	(52,19 %)
Clínicos:	361	(47,81 %)
Case Mix Global:	1,2908	
Case Mix Clínico:	0,9873	
Case Mix Cirúrgico:	1,5688	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtd de internações responsáveis por readmissões / total de internações excluindo os óbitos) x 100	6	(0,84 %) **
Mortalidade global:	41	(5,43 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	5	(0,96 %)
Incidência de Cesárea:	66	(57,89 %)
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

Maio

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

09/06/25 - 13:53

Período: 01/05/2025 a 31/05/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	708	
Média mês:	708,00	Saídas
Cirúrgicos:	376	(53,11 %)
Clínicos:	332	(46,89 %)
Case Mix Global:	1,2582	
Case Mix Clínico:	1,1314	
Case Mix Cirúrgico:	1,3701	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtd de internações responsáveis por readmissões / total de internações excluindo os óbitos) x 100	7	(1,04 %) **
Mortalidade global:	34	(4,80 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	1	(0,21 %)
Incidência de Cesárea:	64	(58,72 %)
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

TRIMESTRE

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

04/06/25 - 09:13

Período: 01/03/2025 a 31/05/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.223	
Média mês:	741,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.180	(53,08 %)
Clínicos:	1.043	(46,92 %)
Case Mix Global:	1,2721	
Case Mix Clínico:	1,0449	
Case Mix Cirúrgico:	1,4728	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	57	(2,68 %) **
(qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações excluindo os óbitos) x 100		
Mortalidade global:	98	(4,41 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,46 %)
Incidência de Cesárea:	199	(58,19 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	0	(0,00 %) *

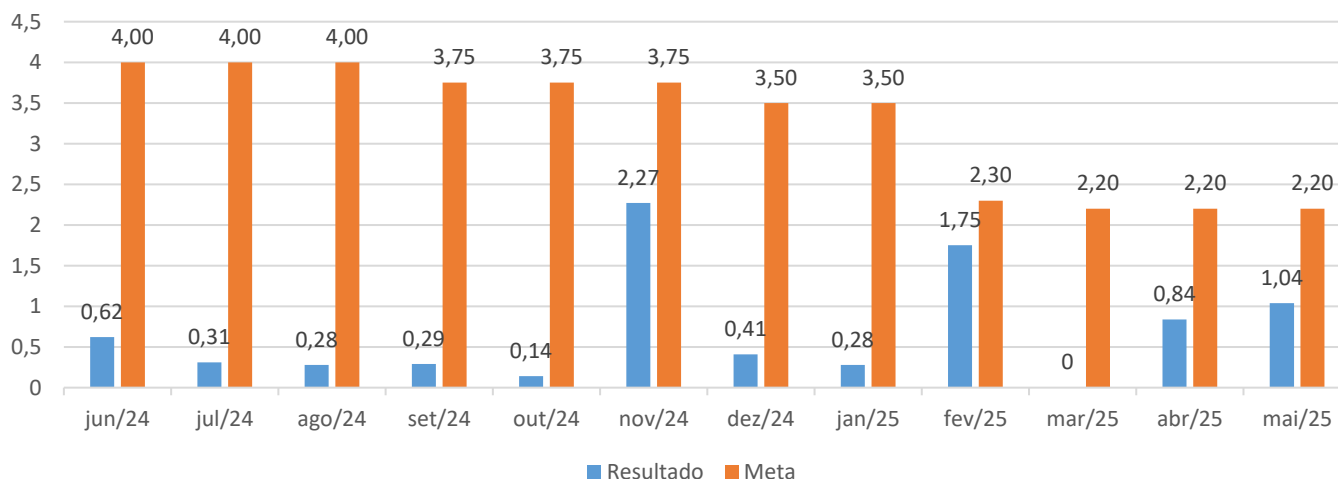
* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** 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

3.7. Readmissão em até 30 dias por complicação



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	
→ No mês de março foram classificadas as saídas de 46 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). 2 pacientes não tiveram o APACHE II classificado por não entrar nos critérios de inclusão para análise do dado, sendo eles: paciente V.T.O., prontuário 343958 permaneceu apenas 4 horas e 50 minutos na UTI antes do óbito e, paciente J.M.S., prontuário 344719 não realizou exames laboratoriais, impedindo a realização da escala. 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 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 3 (10 a 14 pontos) eram esperados 15% de óbitos (0,60 óbitos esperados). Nessa linha houve 4 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 4 (15 a 19 pontos) eram esperados 25% de óbitos (2,25 óbitos esperados). Nessa linha houve 9 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 5 (20 a 24 pontos) eram esperados 40% de óbitos (1,20 óbitos esperados). Nessa linha houve 3 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 6 (25 a 29 pontos) eram esperados 55% de óbitos (4,95 óbitos esperados). Nessa linha houve 9 saídas e 1 óbito, ficando com 11% de taxa de óbito, taxa 44% abaixo do esperado para essa classificação. Na linha 7 (30 a 34 pontos) eram esperados 75% de óbitos (6,75 óbitos esperados). Nessa linha houve 9 saídas e 1 óbito, ficando com 11% de taxa de óbito, taxa 64% menor que o esperado para essa classificação. Na linha 8 (35 pontos ou mais) eram esperados 85% de óbitos (10,20 óbitos esperados). Nessa linha houve 12 saídas e 4 óbitos, ficando com 33% de taxa de óbito, taxa 52% menor do que o esperado nessa classificação. Das 46 classificações, tivemos 06 óbitos na UTI nesse período e eram esperados 25,95 óbitos. Essa taxa é 76,88% menor que o esperado para o mês. → No mês de Abril foram classificadas as saídas de 41 pacientes com relação ao APACHE II na UTI Adulto do HRAD / FAEPU, totalizando 100% de pacientes classificados na escala de predição de óbitos. 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 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 3 (10 a 14 pontos) eram esperados 15% de óbitos (0 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 4 (15 a 19 pontos) eram esperados 25% de óbitos (0,75 óbitos esperados). Nessa linha houve 3 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito. Na linha 5 (20 a 24 pontos) eram esperados 40% de óbitos (3,20 óbitos esperados). Nessa linha houve 8 saídas e 1 óbito, ficando com 13% de taxa de óbito, taxa 27% abaixo do esperado para essa classificação.	

Na linha 6 **(25 a 29 pontos)** eram esperados 55% de óbitos (3,30 óbitos esperados). Nessa linha houve 6 saídas e 1 óbito, ficando 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 4 óbitos, ficando com 33% de taxa de óbito, taxa 42% menor que o esperado para essa classificação.

Na linha 8 **(35 pontos ou mais)** eram esperados 85% de óbitos (10,20 óbitos esperados). Nessa linha houve 12 saídas e 6 óbitos, ficando com 50% de taxa de óbito, taxa 33% menor do que o esperado nessa classificação.

Em resumo, das 41 classificações, tivemos 12 óbitos na UTI nesse período. Eram esperados 26,45 óbitos e, ocorreram 12 óbitos no período. Essa taxa é 54,7% menor que o esperado para o mês.

→ No mês de Maio foram classificadas as saídas de 41 pacientes com relação ao APACHE II na UTI Adulto do HRAD / FAEPU, totalizando 100% de pacientes classificados na escala de predição de óbitos.

1 paciente (E.A.R., prontuário 345896) não foi classificada na escala por permanecer na UTI Adulto por apenas 4 horas, não entrando nos critérios de inclusão.

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 óbitos esperados). Não houve saída nem óbito nessa linha, ficando 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, ficando com 0% de taxa de óbito.

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

Na linha 5 **(20 a 24 pontos)** eram esperados 40% de óbitos (2 óbitos esperados). Nessa linha houve 5 saídas e nenhum óbito, ficando com 0% de taxa de óbito.

Na linha 6 **(25 a 29 pontos)** eram esperados 55% de óbitos (8,25 óbitos esperados). Nessa linha houve 15 saídas e 4 óbitos, ficando com 27% de taxa de óbito, taxa 28% abaixo do esperado para essa classificação.

Na linha 7 **(30 a 34 pontos)** eram esperados 75% de óbitos (7,50 óbitos esperados). Nessa linha houve 10 saídas e 1 óbito, ficando com 10% de taxa de óbito, taxa 65% menor que o esperado para essa classificação.

Na linha 8 **(35 pontos ou mais)** eram esperados 85% de óbitos (7,65 óbitos esperados). Nessa linha houve 9 saídas e 6 óbitos, ficando com 67% de taxa de óbito, taxa 18% menor do que o esperado nessa classificação.

Em resumo, das 41 classificações, tivemos 11 óbitos na UTI nesse período. Eram esperados 25,80 óbitos e, ocorreram 11 óbitos no período. Essa taxa é 61,24% 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:

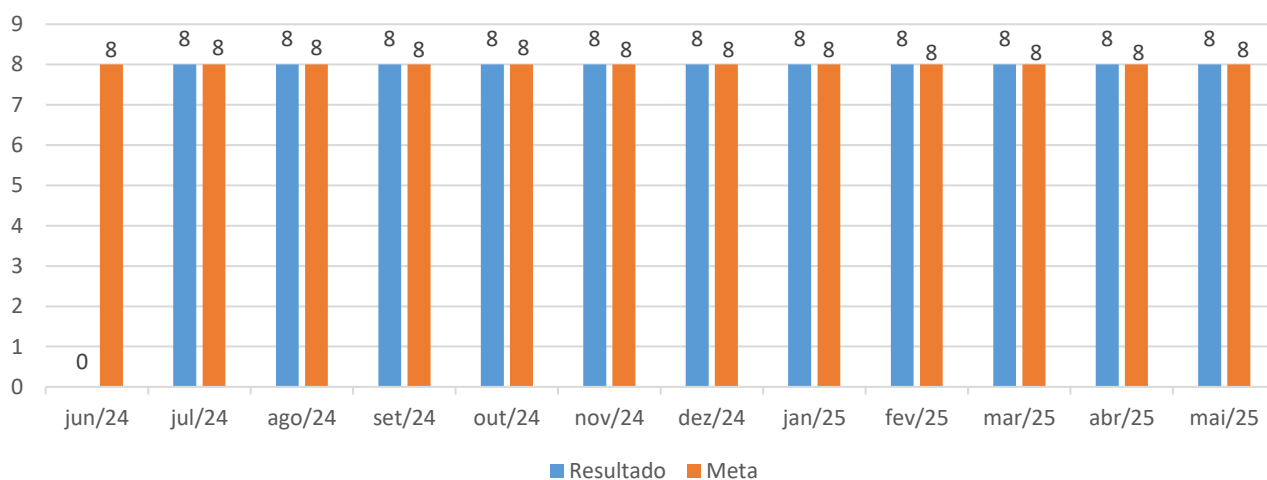
- Treinamentos de funcionários novatos: todos os funcionários novatos (recém admitidos no hospital ou remanejados de outros setores) e os profissionais que estavam afastados há mais de 6 meses são treinados com relação às normas, rotinas e atribuições do setor;
- Visita / round multidisciplinar: todos 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 / 2025
PROTOCOLO APACHE

MESES	GRAU	SCORE	PREDIÇÃO DE ÓBITOS %	HRAD			
				Nº SAÍDAS	Nº ÓBITOS		
					OCORRIDOS	% de Óbitos Ocorridos	ESPERADOS
MARÇO	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%	4	0	0	0,60
	IV	15 a 19	25,0%	9	0	0	2,25
	V	20 a 24	40,0%	3	0	0	1,20
	VI	25 a 29	55,0%	9	1	11	4,95
	VII	30 a 34	75,0%	9	1	11	6,75
	VIII	>34	85,0%	12	4	33	10,20
Abril	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%	0	0	#DIV/0!	0,00
	IV	15 a 19	25,0%	3	0	0	0,75
	V	20 a 24	40,0%	8	1	13	3,20
	VI	25 a 29	55,0%	6	1	17	3,30
	VII	30 a 34	75,0%	12	4	33	9,00
	VIII	>34	85,0%	12	6	50	10,20
Maio	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%	1	0	0	0,25
	V	20 a 24	40,0%	5	0	0	2,00
	VI	25 a 29	55,0%	15	4	27	8,25
	VII	30 a 34	75,0%	10	1	10	7,50
	VIII	>34	85,0%	9	6	67	7,65

3.8. Taxa de conformidade ao protocolo APACHE II na UTI



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	-	2 – Plenamente executado com atraso
		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	6º	30/11/2025	-	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).	40	4º	31/05/2025	-	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. Solicitado nova prorrogação de prazo para outubro/2025
1.14	Implantar Programa de Residência Médica em Pediatria (em até 12 meses).	30	4º	31/05/2025	10/03/2025	1- Plenamente executado dentro do prazo
1.15	Microfilmar e digitalizar os prontuários dos pacientes e realizar a gestão do arquivo físico (em até 1 ano).	30	4º	31/05/2025	-	Autorizado pela FHEMIG a guarda dos prontuários inativos em local a ser alugado. Em tratativas para finalização do contrato de aluguel.
1.16	Obter certificação em Hospital de Ensino (em até 18 meses).	50	6º	30/11/2025	-	-
1.17	Obter acreditação ONA Nível 2 (em até 21 meses).	100	8º	31/05/2026	-	-
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	*	-	-	-	Projetos em andamento

			cuidados progressivos neonatal (após entrega do Anexo que será construído mediante convênio celebrado entre prefeitura de Patos de Minas e Fhemig).					
		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 Relatório de não acionamento - março.pdf Relatório de não acionamento abril.pdf Relatório de não acionamento maio.pdf		

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 RELATÓRIO DE ACIONAMENTO DA TELECONSULTORIA EM ORTOPEDIA - MARÇO.docx RELATÓRIO DE ACIONAMENTO DA TELECONSULTORIA EM ORTOPEDIA - ABRIL.docx RELATÓRIO DE ACIONAMENTO DA TELECONSULTORIA EM ORTOPEDIA - MAIO.docx		

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

The screenshot shows the 'Censo Hospitalar' interface with the following details:

- Atualizar** button at the top.
- UNIDADE INTERNAÇÃO - CLÍNICA CIRÚRGICA**
- UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA**
- UTI - ADULTO**
- UNIDADE INTERNAÇÃO - CLÍNICA ORTOPÉDICA**
- UNIDADE INTERNAÇÃO - CLÍNICA PEDIÁTRICA**
 - Status: ☒ Livre - ☐ Ocupado - ☐ Interditado - ☐ Ocupação mantida para retorno
- Enfermaria: ENFERMARIA 1**
 - Leito: 01, 02
- Enfermaria: ENFERMARIA 2 - CIRÚRGICA PEDIÁTRICA**
 - Leito: 03, 04, 05
- Enfermaria: ENFERMARIA 3**
 - Leito: 06, 07, 08, 09
- Enfermaria: ISOLAMENTO - CIRÚRGICA PEDIÁTRICA**
 - Leito: 1
- Summary at the bottom: ☒ Livre(s):0 - ☐ Ocupado(s):10 - ☐ Interditado(s):0 - ☐ Ocupação(ões) mantida(s) para retorno:0

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 SIPEF: Concluído Modulo: SIMAS Em relação ao módulo SIMAS, a FHEMIG reiterou à BRGaap, em caráter de urgência, as demandas encaminhadas no mês de abril. No entanto, as solicitações permanecem em aberto, especialmente no que se refere às pendências de natureza assistencial e administrativa/contábil.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.05-Prestação Contas AD BR GAAB-613097.pdf AD BR GAAB-613098.pdf Anexos Propostas.pdf CONTRATO BR GAAB-assinado.pdf MINUTA - PROJETO ESPECIAL ITEM 05.pdf Proposta Comercial - FAEPU-MG (FHEMIG HRAD) 2024.09.05 v01.pdf PROPOSTA COMERCIAL FAEPU - Org-System.doc Proposta de parceria OSCFácil e FAEPU.pdf		

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, traumatismo-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; Parto e Nascimento e Traumatismo Ortopedia. Os Protocolos Clínicos Pediátricos estão sendo elaborados pela equipe da pediatria, conforme cronograma atualizado. As entregas estão programadas do dia 30/04/2025 à 30/10/2025. Serão elaborados 16 Protocolos Clínicos Pediátricos (TCE, Síndrome Respiratória Aguda Grave, Bronquiolite, Crise Asmática, Dengue, Parada Cardiorespiratória em Pediatria, Acidente Escorpionico, Pneumonias Complicadas, Meningoencefalite e Meningites, Transporte Seguro, Broncodisplasia Pulmonar, Dieta Enteral, Sepsis e Choque Séptico, Hipoglicemia, Hemorragia Periventricular e Testes de Triagem Neonatal. Conforme solicitado pela Coordenação Médica da Residência de Pediatria, foi necessário reorganizar a elaboração dos protocolos, visto estes estarem sendo inicialmente confeccionados pelos residentes, considerando o grau de complexidade dos temas, foi necessário um tempo adicional para a especialização e adequação dos conteúdos, garantindo a qualidade técnico-científica dos materiais.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.06-Linhas de Cuidado CRONOGRAMA ENTREGA PROTOCOLOS atualizado.docx CRONOGRAMA PROTOCOLOS CLÍNICOS - PEDIATRIA (ATUALIZADO).pdf CRONOGRAMA PROTOCOLOS CLINICOS PEDIATRICOS.pdf		

[PROTOCOLO ATENDIMENTO POLITRAUMATIZADO HRAD FAEPU.docx](#)

[Protocolo Clinico Parto e Nascimento HRAD \(1\).pdf](#)

[PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES NEUROLÓGICOS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AVC.pdf](#)

[Protocolo de atendimento da equipe multiprofissional para pacientes vítimas de AVC.pdf](#)

[PROTOCOLO DE ATENDIMENTO HUMANIZADO À VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.pdf](#)

[Protocolo de Hipoglicemia Neonatal.doc](#)

[PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PACIENTES NEUROLÓGICOS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AVC.pdf](#)

[PROTOCOLO DE SÍNDROMES INFECIOSAS HRAD.pdf](#)

[PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURAS DO HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS.pdf](#)

[Protocolo Traumato-Ortopedia HRAD.pdf](#)

[TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.doc](#)

[Protocolo final - Bronquiolite viral aguda - Revisado.doc](#)

[PROTOCOLO MANEJO DE CRISE ASMÁTICA EM CRIANÇAS - REVISADO.doc](#)

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. As atas e listas de presença das reuniões encontram-se anexas.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.07-Comissões Hospitalares MARÇO ABRIL MAIO		

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 levantamento de hardware pela FAEPU, junto com a Philips. Após levantamento será elaborado Projeto Especial para aprovação da FHEMIG e posterior cronograma de implantação.		
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		
A Vigilância Sanitária (VISA Patos de Minas) realizou, em outubro de 2024, a inspeção sanitária para renovação do Alvará, tendo sido encaminhada toda a documentação solicitada pelo órgão. Considerando que a unidade está em processo de renovação de Alvará, a VISA emitiu declaração, a qual segue anexa. Oportunamente, informamos que, na data de 07/05/2025, a Vigilância Sanitária de Patos de Minas iniciou realização da inspeção sanitária nas dependências da Unidade Hospitalar HRAD, com o objetivo de emissão de Alvará para o ano de 2025.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.10-Alvará Sanitário Auto Termo 5903 e 5904 - Inspeção VISA 2025 HRAD.pdf Auto Termo 5905 - Inspeção 2025 HRAD.pdf Declaração Visa informando que HRAD está em processo de renovação Alvará Sanitário.pdf Declaracao VISA_250515_145608.pdf		

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: Certidão de Dispensa de Licenciamento Ambiental.pdf Protocolo - Sistema de Licenciamento Ambiental.pdf		

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. Em atendimento às solicitações de adequação dos projetos pela VISA, solicitaremos à GMP a prorrogação do prazo (Prazo: abril/25) para a finalização dos projetos junto pela VISA. Será agendado uma reunião da arquiteta com a SRA para explicar melhor a fase que se encontra o HRAD quanto aos projetos em execução e as perspectivas de obras futuras. “Uberlândia, 08 de Abril de 2025 À Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – FAEPU A/C: Assessor da Diretoria Marco Aurélio Arantes Assunto: Justificativa para Prorrogação de Prazo – Projetos Hospitalares Prezado Sr. Marco Aurélio Arantes, Solicito, por meio deste, a prorrogação do prazo para a finalização dos projetos hospitalares em andamento, em virtude da necessidade de adequações apontadas nos Pareceres Técnicos de Indeferimento nº 90833/2025 e nº 90834/2025, emitidos em 26 de março de 2025 pela Superintendência de Vigilância Sanitária. A grande maioria dos itens mencionados nos pareceres refere-se à estrutura do hospital como um todo, com o objetivo de compreender os fluxos funcionais e averiguar se as demais áreas relacionadas aos projetos em questão já se encontram aprovadas. Essa abordagem exigida pela VISA ampliou significativamente o escopo inicial dos projetos submetidos. Adicionalmente, cumpre informar que existe a perspectiva de ampliação do hospital, com foco especial nas áreas voltadas ao atendimento materno-infantil. Com isso, a proposta dos projetos foi concebida de forma a aproveitar ao máximo a estrutura existente e realizar o mínimo de intervenções, tendo em vista que a ocupação atual será provisória, até que a ampliação definitiva esteja concluída.		

No entanto, por se tratar de uma estrutura antiga e que apresenta diversas não conformidades frente às normativas sanitárias vigentes, as tentativas de minimizar reformas foram limitadas por exigências técnicas que não foram aceitas pela Vigilância Sanitária.

As alterações e justificativas exigidas já estão sendo elaboradas pela equipe técnica, e uma nova submissão será protocolada em breve para análise da Superintendência. Ressaltamos ainda que será realizado contato com a SRS, a fim de apresentar a situação emergencial relacionada à necessidade de aumento de leitos provisórios, buscando uma possível flexibilização da equipe de análise, diante da realidade enfrentada.

Dessa forma, solicitamos a prorrogação do prazo estabelecido, para garantir que os ajustes necessários possam ser realizados com a qualidade e a conformidade técnica exigidas.

Atenciosamente,

Arquiteta Leonor Tavorucci

CAU A51080-7

☎ (34) 9889-8617

✉ leonor@leonorarquitetura.com.br

Solicitado novo prazo a FHEMIG para conclusão das obras para 04 de julho de 2025.

Fonte de comprovação do produto

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

[FAEPU REFORMAS HRAD 3.pdf](#)

[FHEMIG---Ofcio-CTI-Adulto-e-Ag--Transf--doc--pdf-D4Sign \(2\).pdf](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--088-FHEMIG---Aumento-01-leito-CTI-SET-2024-pdf-D.pdf](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--108-FHEMIG-Retificao---Aloj-Conj,UTIN,UCINCO,UCINCA-OUT-2024-pdf-D4Sign.pdf](#)

[Produto nº 1.12 Realizar a adequação física dos leitos de UTI Adulto para garantir a segurança e o conforto do.eml](#)

[Protocolo VISA projetos UTI Adulto.pdf](#)

[Protocolo VISA projetos UTIN UCINCO UCINCA ALOJAMENTO CONJUNTO.pdf](#)

[Protocolo VISA Projetos.pdf](#)

[REFORMA-DO-SETOR-ALOJCONJ--UTIN-E-UCINCO-COM-AMPLIAO-DE-LEITOS-UTIN,-UCINCO-E-UCINCA---verso-2-D4Sign.pdf](#)

[SEI_99303206_Memorando_233.pdf](#)

[Termo-de-Abertura-do-Projeto--HRAD---FAEPU----1-leito-UTI-Adulto-com-cronograma-pd.pdf](#)

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		
Solicitada prorrogação do prazo para execução desse produto, conforme Ofício/Diretoria - FAEPU Nº 049/2025, de 28/04/2025, assim descrito: “Em atenção a adequação do projeto da Agência Transfusional, vimos, respeitosamente, solicitar a prorrogação do prazo para envio das adequações exigidas e realização das obras, atualmente previsto para 17 de maio de 2025, por motivo de necessidade de revisão ampliada do escopo dos projetos. Ressaltamos ainda que foi realizado contato com a SRS, a fim de apresentar a situação emergencial relacionada à necessidade da realização da obra, buscando uma possível flexibilização da equipe de análise, diante da realidade enfrentada, porém, não houve entendimento, o que necessitou a revisão do projeto. Diante do exposto, requeremos a prorrogação do prazo para 04 de outubro de 2025, com o objetivo de: a) Garantir a qualidade técnica das modificações; b) Assegurar a conformidade integral com as normativas; c) Viabilizar a reanálise pela equipe da VISA com todos os ajustes devidamente atendidos, no prazo de 45 dias úteis; d) 30 dias para o processo de cotação; e) 60 dias para execução da obra.” Após envio do Ofício, a Unidade ainda não recebeu retorno por parte da FHEMIG.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.13-Agencia Transfusional Email Tratativas Projeto Arquitetônico Agência Transfusional HRAD FAEPU.pdf FHEMIG---Ofcio-CTI-Adulto-e-Ag--Transf--doc--pdf-D4Sign (2).pdf HRAD_LAYOUT_AG.TRANSFUSIONAL 01-04-25-PRANCHA 2-1.pdf Justificativa_Prorrogacao_Projetos_Hospitalares (2).docx Lista reunião Projeto Arquitetônico Agência Transfusional 31032025.pdf Ofcio---FHEMIG---Solicitao-prorrogao-prazo---Agncia-Transfusional-pdf-.pdf WhatsApp Video 2025-04-01 at 20.52.10.mp4		

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	10/03/2025	Possíveis Status de Execução: 1- Plenamente executado dentro do prazo
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 Email PRM Pediatria -Produto 1.14.pdf LISTA AULA DE INTEGRAÇÃO RESIDÊNCIA PEDIATRIA.pdf Projeto para abertura de Residência em Pediatria.pdf Relatório aprovação Residência Médica - PED HRAD.pdf SEI_65600899_Memorando_151.pdf		

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, a qual obtivemos o seguinte retorno: <i>“Informo que não há óbice na contratação de imóvel para que ocorra a retirada dos documentos da Unidade, com o propósito de que seja liberado/otimizado espaços físicos importantes no Hospital Regional Antônio Dias.</i> <i><u>Diante do exposto, AUTORIZO o prosseguimento do referido projeto.</u></i> <i>Saliento, mais uma vez, a importância de se realizar a locação, conforme as premissas constantes no Regulamento Próprio de Compras e Contratações da Faepu, com o registro e organização processual de todas as etapas exigidas. Para o processo de locação deverão ser adotadas as etapas de uma contratação de serviços.”</i> A apólice de seguro fiança locatícia, referente ao imóvel localizado na Rua Doutor Marcolino, nº 307, Centro, Patos de Minas – MG, encontra-se em processo de análise pela Imobiliária JMQ Imobiliária LTDA. Após a aprovação, será dada continuidade à formalização do contrato de locação do referido imóvel, o qual será destinado à guarda e ao armazenamento de prontuários e demais documentos inativos provenientes das dependências do hospital.		
Fonte de comprovação do produto		
Drive: 1.15-Prontuários e Arquivo		
Esclarecimento - 1.15 - Microfilmar e digitalizar os prontuários dos pacientes e realizar a gestão do arquivo físico.eml		

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 Email – Produto 1.16.pdf Oficio 45-2024 - SEI 2270.01.0011553 2019 52.pdf Ofícios 2018 a 2023 - SEI 2270.01.0011553 2019 52 (1).pdf		

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.

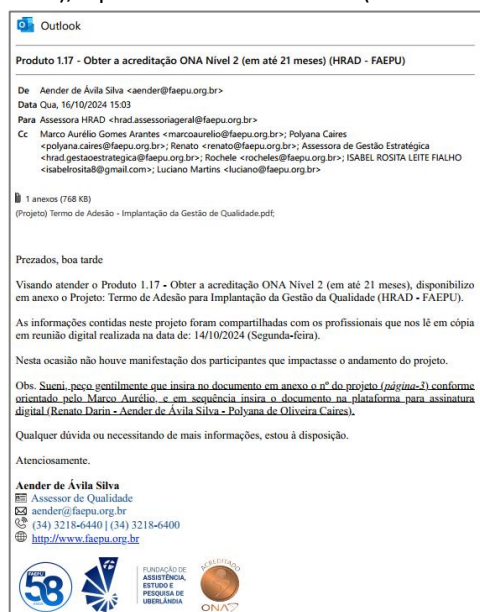
(06/09/2024) - Solicitado proposta/projeto de prestação de serviços de consultoria e assessoria, visando atender o produto contratualizado. (HRAD - Produto 1.17 - Obter acreditação ONA Nível 2)

(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).

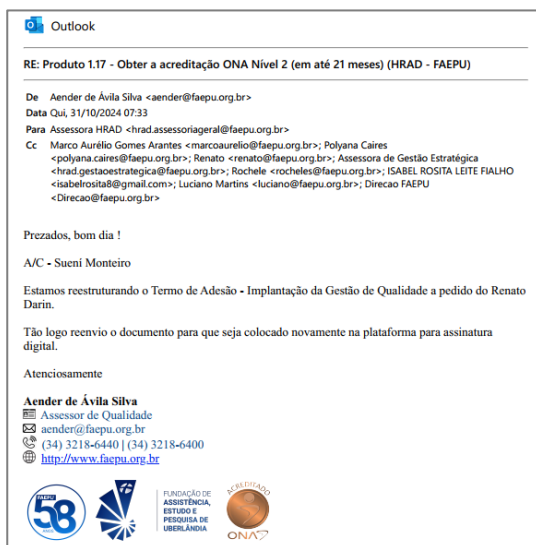
(Observação: A proposta foi recebida via WhatsApp em: 06/09/2024 e solicitado formalização via e-mail em: 07/10/2024 (Segunda-feira) (Anexo.1)



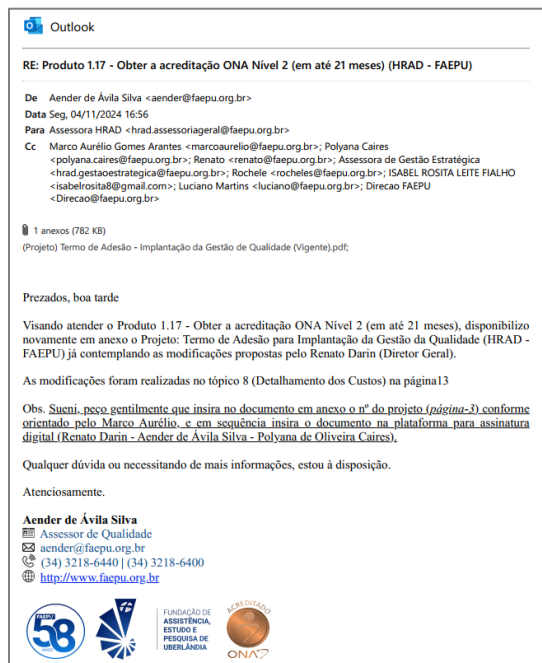
(16/10/2024) - Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade - Enviado e-mail solicitando inserção na plataforma digital para assinatura dos profissionais envolvidos. Obs. Após o envio do documento para assinatura foi necessário ajustar informações do Tópico 8 – Detalhamento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



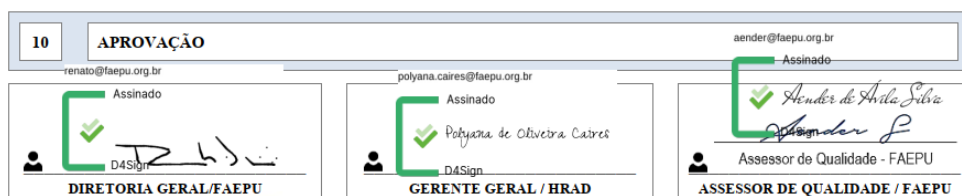
(31/10/2024) - Reestruturação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade.



(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.

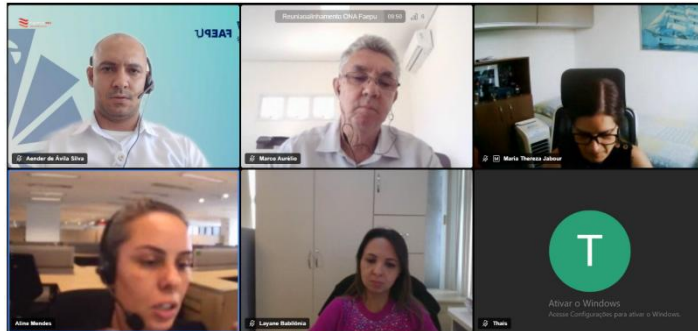


(06/11/2024) - Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade assinado em plataforma digital pelos profissionais: · Renato Gonçalves Darin · Aender de Ávila Silva · Polyana de Oliveira Caires.



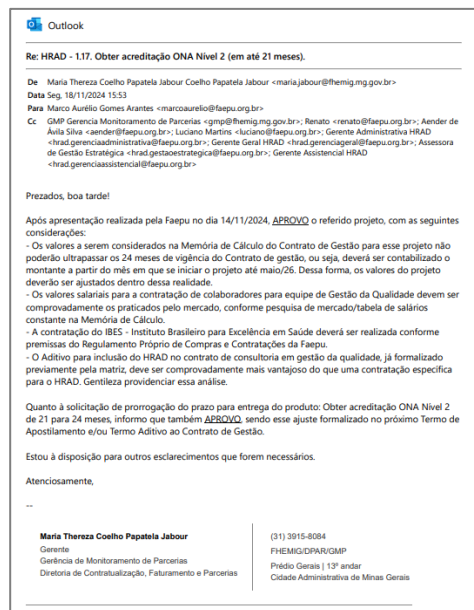
(14/11/2024) – Apresentação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade.

Participantes: Aender de Ávila / Maria Thereza / Marco Aurélio / Layane Babilônia / Aline Mendes



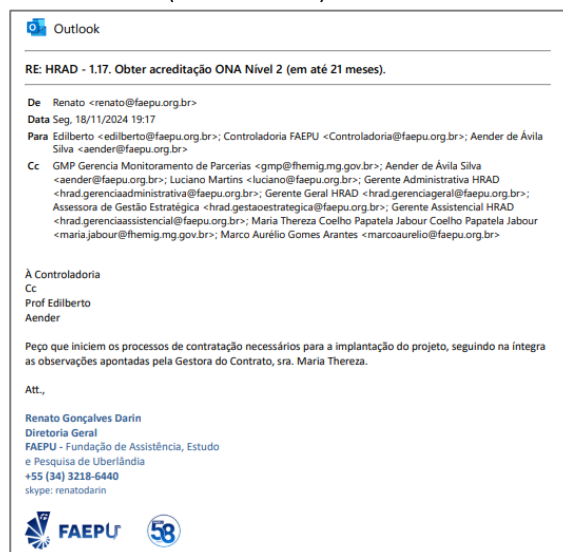
(18/11/2024) – Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Gestão de Qualidade.

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)

Outlook

RE: HRAD - 1.17. Obter acreditação ONA Nível 2 (em até 21 meses).

De Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>
Data Qua, 04/12/2024 16:39
Para Controladoria FAEPU <Controladoria@faepu.org.br>
Cc Edilberto <edilberto@faepu.org.br>; Renato <renato@faepu.org.br>; GMP Gerencia Monitoramento de Parcerias <gmp@fhemig.mg.gov.br>; Luciano Martins <luciano@faepu.org.br>; Gerente Administrativa HRAD <hrad.gerenciaadministrativa@faepu.org.br>; Gerente Geral HRAD <hrad.gerenciageral@faepu.org.br>; Assessora de Gestão Estratégica <hrad.gestaoestrategica@faepu.org.br>; Gerente Assistencial HRAD <hrad.gerenciaassistencial@faepu.org.br>; Maria Thereza Coelho Papatela Jabour Coelho Papatela Jabour <maria.jabour@fhemig.mg.gov.br>; Marco Aurélio Gomes Arantes <marcoaruelio@faepu.org.br>

3 anexos (4 MB)
 1. (Projeto) Termo de Adesão - Implantação da Gestão de Qualidade.pdf; 2. Proposta - Termo de Adesão Diag Acred. e Manut. (IBES-HRAD).pdf; 3. Proposta de trabalho - Refil Representações Fialho LTDA (HRAD).pdf;

Prezados, boa tarde.

A/C - Ana Carolina (Controladoria-FAEPU)

Conforme solicitado, segue em anexo:

Anexo 1 - (Projeto) Termo de Adesão - Implantação da Gestão de Qualidade

Anexo 2 - Proposta - Termo de Adesão Diagnóstico, Acreditação e Manutenção (IBES-HRAD)

Anexo 3 - Proposta de trabalho - Refil Representações Fialho LTDA (HRAD)

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>



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

D4Sign 17 páginas - Dados e horários baseados em Brasília, Brasil
 Sincronizado com o NTP e Observatório Nacional (ON)
 Certificado de assinaturas gerado em 19 de December de 2024, 14:48:32

Projeto Termo de Adesão - Implantação da Gestão de Qualidade
 V3 pdf
 Código do documento d23ac4c5-1f8c-42f2-adc5-79adc32ed9a9

Assinaturas

 Aender de Ávila Silva
 aender@faepu.org.br
 Assinou

 Polyana de Oliveira Caires
 polyana.caires@faepu.org.br
 Assinou

 Renato Gonçalves Darin
 renato@faepu.org.br
 Assinou

Eventos do documento

18 Dec 2024, 15:19:53
 Documento d23ac4c5-1f8c-42f2-adc5-79adc32ed9a9 criado por CONTROLADORIA FAEPU (ac519b87-8689-4f6d-9757-88e8c5303397). Email: controladoria@faepu.org.br - DATE_ATOM: 2024-12-18T15:19:53-03:00

18 Dec 2024, 15:22:53
 Assinaturas iniciadas por CONTROLADORIA FAEPU (ac519b87-8689-4f6d-9757-88e8c5303397). Email: controladoria@faepu.org.br - DATE_ATOM: 2024-12-18T15:22:53-03:00

18 Dec 2024, 15:24:51
 AENDER DE ÁVILA SILVA Assinou - Email: aender@faepu.org.br - IP: 189.112.136.93 (189-112-136-093.static.ctbtelecom.com.br porta: 45182) - Geolocalização: -18.8874752 -48.267264 - Documento de identificação informado: 073.013.786-45 - DATE_ATOM: 2024-12-18T15:24:51-03:00

18 Dec 2024, 16:06:59
 RENATO GONÇALVES DARIN Assinou (8def0861-ae4d-4718-b51f-c8d1de06d2d1) - Email: renato@faepu.org.br - IP: 191.248.162.115 (191.248.162.115.dynamic.adsl.gvt.net.br porta: 8582) - Documento de identificação informado: 102.119.748-38 - DATE_ATOM: 2024-12-18T16:06:59-03:00

19 Dec 2024, 11:14:54
 POLYANA DE OLIVEIRA CAIRES Assinou (fb0e5bad-8720-44e9-a8d7-26f1cf9b47ce) - Email: polyana.caires@faepu.org.br - IP: 152.255.97.136 (152-255-97-136.user.vivozap.com.br porta: 1716) - Documento de identificação informado: 059.457.796-95 - DATE_ATOM: 2024-12-19T11:14:54-03:00

(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/AAMkADA22TA5ZjU5LWE5NjUjNGY4Yj04MjAzLTA5MDY1OWNkOTExZQBGAACR9jbpQnhcSqcYjq0Ggl...> 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
GERIÁTRIA

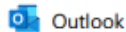
Aviso: Esta mensagem pode conter informações confidenciais ou privilegiadas, cujo sigilo é protegido por lei.
O uso indevido será tratado de acordo com as políticas de segurança e privacidade da instituição e a legislação vigente.
Caso não seja o destinatário pretendido, notifique imediatamente o remetente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

 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 so assim com a autorização da FHEMIG, poderemos realizar a seleção e a contratação.

<https://outlook.office.com/mail/senditemailid/AA6ADA227A52JUSLWESNJUNGY4YI04MJAULTASMDY10WNkOTExZ0BGAAAAACR0jbpQnhcS...> 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.

 Outlook

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.aires@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 <marcoarelio@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 Góes, 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 Araújo - Avaliador			
18/02/2025	Gisele Ayres	Domenica Bovi	Fernanda Araújo
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, Prontuário, 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 de Parecer Final		
19/02/2025	Gisele Ayres	Domenica Bovi	Fernanda Araújo
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 / Externa
14h00 às 15h00	Reunião dos Avaliadores / Elaboração de 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.

Assuntos discutidos:

Participantes: Aender de Ávila Silva | Layane

4.1 Apresentado modelo de layout utilizado para confecção de documentos (POP, fluxogramas, Políticas, Protocolos, Manuais);

4.2 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.

4.3 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 Acreditadora 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).



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.caires@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 <isabelrosita8@gmail.com>; Cleonice <cleonice@faepu.org.br>; Marco Aurélio Gomes Arantes <marcoaruelio@faepu.org.br>; Rochele <rochele@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 Acreditadora 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>

(18/03/2025) - Reunião em modo digital

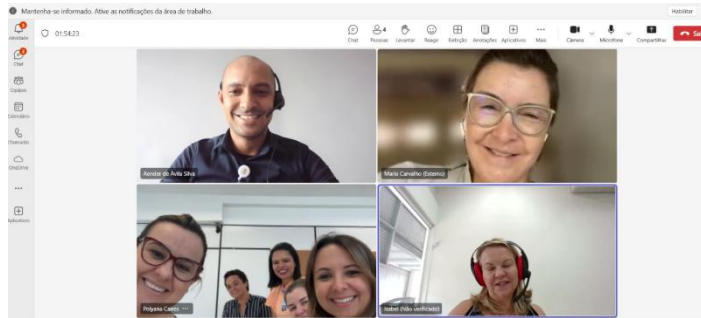
Pauta: Política de Identificação do Paciente

Discussão: Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Data da reunião: 18/03/2025 (Terça-feira) | **Horário:** 14h30 as 15h30

Participantes:

Aender de Ávila Silva (Assessor Diretoria FAEPU | Qualidade)
Isabel Rosita (Assessoria)
Maria Carvalho (Assessoria)
Layane Babilônia
Polyana Caires
Fernanda (Gestão de Risco)
Gabriela (Gestão de Acesso)
karina (Administrativo)



(18/03/2025) - Disponibilizado via e-mail modelos de documentos solicitados pela Polyana Caires (Gerente Geral):

- Política/Protocolo de Identificação do Paciente;
- Política de Gestão da Qualidade e Segurança;
- Procedimento Operacional Padrão (POP) - Higienização das mãos;
- Fluxograma - Gestão de Acesso ao Cuidado - Admissão do Paciente, contemplando critérios de elegibilidade.
- Disponibilizado agenda de curso "Formação de Avaliadores IBES/ONA" este previsto no Projeto Termo de Adesão para Implantação da Gestão de Qualidade (Produto 1.17)

Outlook

RE: Solicitação de informações e modelos de documentos - Acreditação HRAD

De: Aender de Ávila Silva <aender@faepu.org.br>
Data: Ter, 18/03/2025 16:30
Para: Gerente Geral HRAD <hrad.gerenciageral@faepu.org.br>
Cc: Polyana Caires <polyana.caires@faepu.org.br>; Assessora de Gestão Estratégica <hrad.gestaoestrategica@faepu.org.br>; Sueni - Assessora Gerência Geral HRAD <hrad.assessoria@faepu.org.br>; ISABEL ROSITA LEITE FIALHO <isabelrosita@gmail.com>; mscarvalho@hotmail.com <mscarvalho@hotmail.com>

4 anexos (3 MB)
FAEPU-POLITICA-005 - (Política) - Protocolo de Identificação do paciente (HRAD).docx; FAEPU-POLITICA-008 - (Política) - Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (HRAD).docx; FAEPU-HRAD-ENF-POP-001 - (POP) - Higienização das mãos (HRAD).docx; FAEPU-GA-FX-001 - (Fluxograma) - Gestão de Acesso ao Cuidado - Admissão do Paciente.pdf

Prezados boa tarde, espero que todos estejam bem.

@Polyana Caires Segue abaixo informações solicitadas:

1. Treinamento de Interpretação do Manual: informar-nos se Maria Consultora poderá vir ao HRAD ministrar o treinamento.
- Estava previsto nossa ida (Aender / Isabel / Maria) ao Hospital Regional Antônio Dias-HRAD nos dias 25 e 26 de março de 2025. Porém recebemos a informação que neste mesmo período os membros da Comissão de Monitoramento do Contrato de Gestão (Fhemig) estarão presentes juntamente com a Diretoria-FAEPU.
Desta forma reagendamos a nossa ida para os dias 15 e 16/04/2024.
Durante este período podemos sim aprofundarmos na interpretação dos requisitos presentes no Manual Brasileiro de Acreditação ONA (Versão:2022-2025).

2. Políticas da Qualidade e Políticas de Identificação do Paciente: disponibilizar as políticas da FAEPU para ajustarmos as Políticas do HRAD.
- Disponibilizo em anexo a Política/Protocolo de Identificação do Paciente e Política de Gestão da Qualidade e Segurança, ambas fundamentada na Organização Mundial de Saúde (OMS)
⚠️ *Ressalto que um dos fundamentos de Gestão da Qualidade é a "Natureza Não Prescritiva" isso significa que cabe aos responsáveis da Instituição avaliar e definir o melhor método para alcançar o objetivo.*

3. Encaminhar os modelos de documentos da Qualidade para ajustarmos os existentes no HRAD conforme padronização FAEPU.
- Segue em anexo modelos de documentos em formato aberto: 1. Política/Protocolo | 2. POP | 3. Fluxograma (Programa Visio)
⚠️ *Para elaboração dos fluxogramas utilizamos o aplicativo "VISIO" da Microsoft, sendo esta versão paga (Assessoria). Verificar com a TI a disponibilidade de licença*
* Este fluxograma disponibilizado em anexo é da unidade de Araguaçu, compartilho apenas para conhecimento e visualização do layout.
FAEPU-GA-FX-001 - (Fluxograma) - Gestão de Acesso ao Cuidado - Admissão do Paciente

4. Curso de Auditor constante no Projeto Especial: informar previsão de data de realização do curso para Equipe da Qualidade HRAD e poder ministrar curso para formação dos auditores internos do HRAD.

- Segue abaixo o link de acesso ao cronograma de cursos do 1º semestre de 2025 oferecidos pelo GRUPO IBES - Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde.
<https://www.ibes.med.br/cursos-para-voce/>

Cursos Para Você - Grupo IBES

Os cursos mais atuais e relevantes da área da saúde desenhados para você, pessoa física, alavancar sua carreira profissional.
www.ibes.med.br

Ressalto que o curso referido no Projeto Termo de Adesão para Implantação da Gestão de Qualidade é de "Formação de Avaliadores IBES/ONA" disponível para as seguintes datas:

GRUPO IBES

CURSO PRESENCIAL

Formação de Avaliadores IBES/ONA

15 e 16 DE ABRIL | SÃO PAULO

Garanta sua vaga!

Presencial

Vagas Limitadas

GRUPO IBES

CURSO PRESENCIAL

Formação de Avaliadores IBES/ONA

26 e 27 DE JUNHO | BELO HORIZONTE

Garanta sua vaga!

Presencial

Vagas Limitadas

Sugiro @Polyana Caires que verifique com a equipe da Gestão de Qualidade a melhor data para realização do curso, em seguida daremos início com o planejamento da logística (Transporte / Hospedagem / Alimentação)

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

(28/03/2025) - Reunião em modo digital

Pauta: Alinhamento de condutas para o projeto Gestão da Qualidade no HRAD

Data da reunião: 28/03/2025 (Sexta-feira) | **Horário:** 09h00 as 11h00

Participantes:

Aender de Ávila Silva (Assessor Diretoria FAEPU | Qualidade)

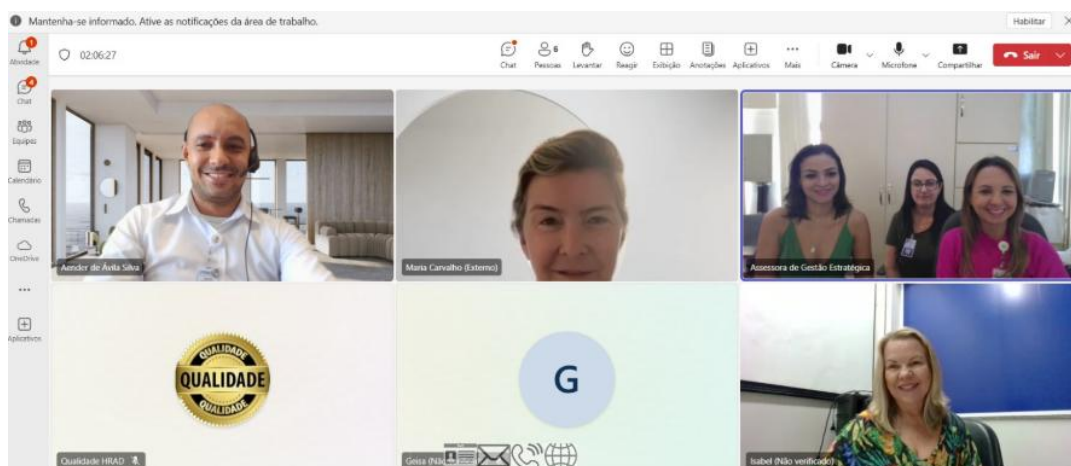
Isabel Rosita (Assessoria)

Maria Carvalho (Assessoria)

Layane Babilônia

Geisa Késia

Thais



ATA de Reunião - 28/03/2025

Reunião Time Qualidade – 28/03/2025

FAEPU – Aender, Isabel Rosita e Maria Carvalho

HRAD – Geisa, Layane e Thais

Pauta: Alinhamento de condutas para o projeto Gestão da Qualidade

➤ Relatório IBES – diagnóstico Unidade HRAD – ainda não recebido;

➤ Ficou esclarecido que a Assessoria FaePU exerce o papel de apoio, superando, portanto através da Metodologia ONA. A Unidade através do Gestor define e decide a melhor alternativa. A Unidade encaminha e descreve documentos.

Canais de comunicação

E-mail

Relatório de ações após visitas presenciais ou ações alinhadas em reuniões via plataforma virtual – envio para Aender para disseminação posterior aos líderes pertinentes.

Respostas à questionamentos enviados em respostas à e-mails partidos da Qualidade – para processos pontuais o responsável da qualidade deverá responder de forma sucinta e posteriormente formalizar por e-mail – para processos e dúvidas gerais

WhatsApp

Evitar o envio de documentos por este canal de comunicação – sempre priorizar o e-mail;

Respostas pontuais no grupo da Qualidade com time local – qualidade FAEPU – responsável pelo processo sanar dúvidas, formalizar por e-mail para controle e histórico de ações.

Reuniões

Online – sempre finalizar com o registro de anuência de todos os participantes com o registro em ata posterior e se possível manter reunião gravada na plataforma utilizada.

Presencial – alinhamento e definição de ações realizadas na visita ou à realizar deverão sempre ser registradas em ATA de participação e anuência de todos os presentes.

1. Capacitação sobre interpretação do Manual ONA aos gestores

Será realizada no dia 15/04 uma apresentação (programação a definir) de apenas um processo, definido o Gestor de Acesso, posteriormente será repassado a cada processo e seu gestor responsável, de forma individual.

OBS: esta capacitação pode ser revista, se necessário para a Unidade

2. Monitoramento

Hoje já acontecem as auditorias internas realizadas na Unidade e acompanhamento da Taxa de resolução de não conformidades de cada setor.

Como gerar e acompanhar a evolução do projeto de todos os processos?

- Sugerido um modelo com uma planilha em plataforma OneDrive, com atualização em tempo real = Matriz de gerenciamento com plano de ação

Aender vai disponibilizar o modelo.

3. Documentos

Documentos oficiais – sempre enviar para Aender

Acesso à Unidade – somente através da Layane

Apesar da falta "inadequada" de Documentos obsoletos de avaliadora, deve ser considerado que tais documentos precisam ser sempre revisados, atualizados e mais reabrir e padronização de documentos da Qualidade.

Maria considerou que a base da consulta pelo Manual 18-22 que estava ultrapassada e deve ser regido pelo Manual 22-25

A orientação dentro de um documento não muda, regido por legislação e autoridades.

A partir de modelos e exemplos em bibliografias devem ser atualizados de forma a representar a realidade da Unidade.

Layane comentou que uma Política foi criada a partir desta premissa, e que ficou muito boa.

➤ Inclusive a própria FHEMIG está pedindo documentos e relatórios para acompanhar este projeto. Layane comentou que não está confortável nesta situação, será repassado por outro setor

4. Comando FHEMIG

Layane informou sobre alterações no time de Qualidade e as novas integrantes

Sugestão de Cronograma de visita HRAD de 15 a 18/04/2025:

Dia 15/04 – manhã (08 as 12h)

Abertura da reunião – Layane – Qualidade HRAD – Esclarecer o foco da visita ações previstas para os dois dias

Apresentação time Qualidade Corporativa + Assessoria

- Gestão da Qualidade = Aender

- Manual ONA 22-25 e as subseções - Interpretação do Processo Gestão de acesso

- Distinção dos níveis de certificação - Processos finalistas ou operacionais – "Maria"

- A força da Liderança e a transformação durante o processo de Acreditação – "Isabel"

OBS: Nestes pontos acima daríamos um panorama geral e esclareceríamos que iremos pontualmente em cada processo para entender as necessidades e como poderemos agregar para a evolução das.

Após reunião com gestores, falar com Equipe Qualidade local

Definir quais áreas iremos iniciar o processo com a visita presencial:

Dia 15/04 – tarde

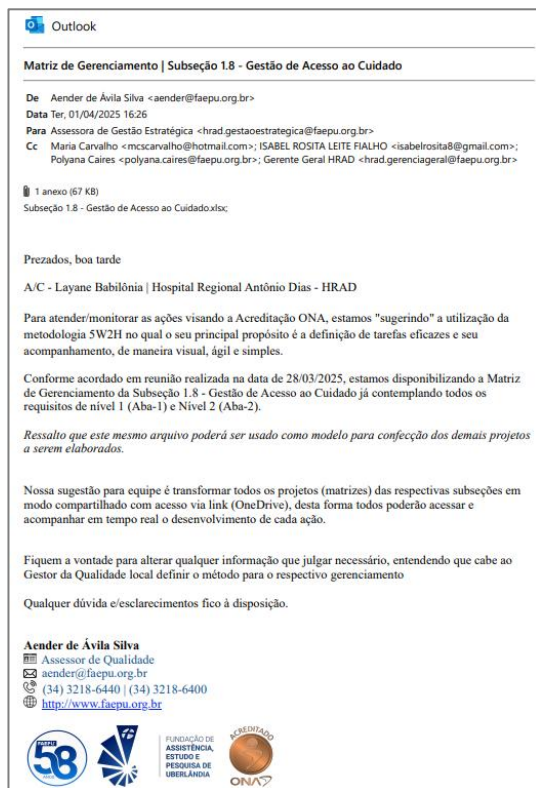
Qualidade Corporativa + Assessoria – visita às áreas definidas com elaboração de relatório dos apontamentos ou sugestões;

Dia 16/04 – manhã

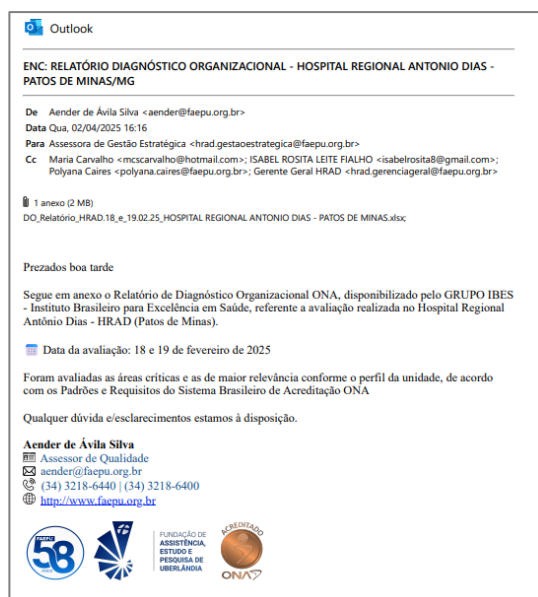
Qualidade Corporativa + Assessoria – visita às áreas definidas com elaboração de relatório dos apontamentos ou sugestões;

Fechamento da visita com Gestora ADM local.

(01/04/2025) - Disponibilizado via e-mail (01/04/2025) modelo de Matriz de Gerenciamento das ações ONA - referente a Subseção 1.8 - Gestão de Acesso ao Cuidado, conforme solicitado pela Layane Babilônia (Assessora Gestão Estratégica-HRAD);



(02/04/2025) – Disponibilizado via e-mail o relatório da Avaliação de Diagnóstico Organizacional ONA, confeccionado pelo Grupo IBES



(14 e 15/04/2025) – Treinamento de Interpretação do Manual ONA (Versão 2022-2025)

- Visita técnica nas áreas para avaliação dos processos, de acordo com os requisitos previstos no Manual ONA
- Alinhamento de processos com a equipe de Gestão da Qualidade-HRAD e gestores de área
- Definição do cronograma/agenda de visita técnica da equipe de Assessoria de Qualidade



(05/05/2025) - Elaboração cronograma de reuniões virtuais e definição dos profissionais responsáveis por cada seção e subseção do Manual ONA.

- Objetivo: Discutir e acompanhar de forma online a evolução das ações/requisitos de acordo com a seção e subseção do Manual ONA (Versão: 2022-2025) aplicável no Hospital Regional Antônio Dias-HRAD.

(07/05/2025) - Disponibilizado (via grupo de WhatsApp Qualidade-HRAD) modelo de Plano de contingência da Gestão da Segurança Institucional | Gestão de Riscos Organizacionais.

(07/05/2025) - Disponibilizado (via grupo de WhatsApp Qualidade-HRAD) modelo de Formulário para Avaliação de Fornecedores.

(14/05/2025) - Reunião com a equipe de Gestão da Qualidade-HRAD para alinhamento e definição dos processos:

☑ Redefinição do cronograma de reuniões virtuais com gestores das áreas;

☑ Esclarecimentos sobre o cancelamento da visita presencial da Assessoria da Qualidade, prevista para os dias 26/05 – 27/05 – 28/05/2025

☑ Gestão Documental: Subseção 1.2 – Gestão da Qualidade e Segurança Requisito - Nº 1 - Estabelece, implementa e mantém método para definir, elaborar, controlar a distribuição e o acesso aos documentos, incluindo etapas de verificação e validação.

(19/05/2025) - Redefinição do cronograma de reuniões virtuais e validação dos profissionais responsáveis por cada seção e subseção do Manual ONA.

Realização das reuniões (digital) conforme cronograma estabelecido:

- * 19/05/2025 | 09h00 - Prevenção, Controle de infecções e Biossegurança
- * 19/05/2025 | 09h30 - Liderança Organizacional
- * 19/05/2025 | 10h30 - Gestão da Qualidade e Segurança
- * 20/05/2025 | 09h00 - Internação
- * 20/05/2025 | 10h00 - Assistência Nefrológica e Dialítica
- * 20/05/2025 | 11h00 - Cuidados Intensivos
- * 21/05/2025 | 14h00 - Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação
- * 22/05/2025 | 09h00 - Atendimento Cirúrgico
- * 23/05/2025 | 09h00 - Atendimento Neonatal
- * 23/05/2025 | 10h30 - Gestão da Comunicação
- * 23/05/2025 | 13h00 - Gestão do Acesso ao Cuidado
- * 29/05/2025 | 09h00 - Diagnóstico por Imagem
- * 29/05/2025 | 10h00 - Métodos Endoscópicos e Videoscópicos
- * 30/05/2025 | 09h00 - Gestão Administrativa e Financeira
- * 30/05/2025 | 11h00 - Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.17-Ona Nível 02](#)

[04.11.2024 - \(E-mail\) Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Ge.pdf](#)

[1. \(Projeto\) Termo de Adesão - Implantação da Gestão de Qualidade.pdf](#)

[16.10.2024 - \(E-mail\) Aprovação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação da Ge.pdf](#)

[2. Proposta - Termo de Adesão Diag Acred. e Manut. \(IBES-HRAD\).pdf](#)

[3. Proposta de trabalho - Refil Representações Fialho LTDA \(HRAD\).pdf](#)

[31.10.2024 - \(E-mail\) Reestruturação do Projeto - Termo de Adesão de Implantação.pdf](#)

[Anexo 1. Email - Proposta de prestação de serviços de consultoria e assessoria.pdf](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--114-FHEMIG-Acreditao-ONA-OUT-2024-pdf-D4Sign.pdf](#)

[Projeto - FAEPU-N--114-FHEMIG-Acreditao-ONA-OUT-2024-pdf-D4Sign-pdf-D4Sign.pdf](#)

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 Em atendimento às solicitações de adequação dos projetos pela VISA, solicitaremos à GMP a prorrogação do prazo (Prazo: abril/25) para a finalização dos projetos junto pela VISA. Será agendado uma reunião da arquiteta com a SRA para explicar melhor a fase que se encontra o HRAD quanto aos projetos em execução e as perspectivas de obras futuras. <i>“Uberlândia, 08 de Abril de 2025</i> À <i>Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – FAEPU</i> <i>A/C: Assessor da Diretoria Marco Aurélio Arantes</i> <i>Assunto: Justificativa para Prorrogação de Prazo – Projetos Hospitalares</i> <i>Prezado Sr. Marco Aurélio Arantes,</i> <i>Solicito, por meio deste, a prorrogação do prazo para a finalização dos projetos hospitalares em andamento, em virtude da necessidade de adequações apontadas nos Pareceres Técnicos de Indeferimento nº 90833/2025 e nº 90834/2025, emitidos em 26 de março de 2025 pela Superintendência de Vigilância Sanitária.</i> <i>A grande maioria dos itens mencionados nos pareceres refere-se à estrutura do hospital como um todo, com o objetivo de compreender os fluxos funcionais e averiguar se as demais áreas relacionadas aos projetos em questão já se encontram aprovadas. Essa abordagem exigida pela VISA ampliou significativamente o escopo inicial dos projetos submetidos.</i> <i>Adicionalmente, cumpre informar que existe a perspectiva de ampliação do hospital, com foco especial nas áreas voltadas ao atendimento materno-infantil. Com isso, a proposta dos projetos foi concebida de</i>		

forma a aproveitar ao máximo a estrutura existente e realizar o mínimo de intervenções, tendo em vista que a ocupação atual será provisória, até que a ampliação definitiva esteja concluída.

No entanto, por se tratar de uma estrutura antiga e que apresenta diversas não conformidades frente às normativas sanitárias vigentes, as tentativas de minimizar reformas foram limitadas por exigências técnicas que não foram aceitas pela Vigilância Sanitária.

As alterações e justificativas exigidas já estão sendo elaboradas pela equipe técnica, e uma nova submissão será protocolada em breve para análise da Superintendência. Ressaltamos ainda que será realizado contato com a SRS, a fim de apresentar a situação emergencial relacionada à necessidade de aumento de leitos provisórios, buscando uma possível flexibilização da equipe de análise, diante da realidade enfrentada.

Dessa forma, solicitamos a prorrogação do prazo estabelecido, para garantir que os ajustes necessários possam ser realizados com a qualidade e a conformidade técnica exigidas.

Atenciosamente,

Arquiteta Leonor Tavorucci

CAU A51080-7

☎ (34) 9889-8617

✉ leonor@leonorarquitetura.com.br

Solicitado novo prazo a FHEMIG para conclusão das obras para 04 de julho de 2025.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.18-Leito UCINCA-Canguru](#)

[FAEPU REFORMAS HRAD 3.pdf](#)

[Justificativa Prorrogacao Projetos Hospitalares \(2\).docx](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--108-FHEMIG-Retificao---Aloj-Conj,UTIN,UCINCO,UCINCA-OUT-2024-pdf-D4Sign.pdf](#)

[REFORMA-DO-SETOR-ALOJCONJ--UTIN-E-UCINCO-COM-AMPLIAO-DE-LEITOS-UTIN,-UCINCO-E-UCINCA---verso-2-D4Sign.pdf](#)

[SEI 99303206 Memorando 233.pdf](#)

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. Em atendimento às solicitações de adequação dos projetos pela VISA, solicitaremos à GMP a prorrogação do prazo (Prazo: abril/25) para a finalização dos projetos junto pela VISA. Será agendado uma reunião da arquiteta com a SRA para explicar melhor a fase que se encontra o HRAD quanto aos projetos em execução e as perspectivas de obras futuras. <i>“Uberlândia, 08 de Abril de 2025</i> <i>À</i> <i>Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – FAEPU</i> <i>A/C: Assessor da Diretoria Marco Aurélio Arantes</i> <i>Assunto: Justificativa para Prorrogação de Prazo – Projetos Hospitalares</i> <i>Prezado Sr. Marco Aurélio Arantes,</i> <i>Solicito, por meio deste, a prorrogação do prazo para a finalização dos projetos hospitalares em andamento, em virtude da necessidade de adequações apontadas nos Pareceres Técnicos de Indeferimento nº 90833/2025 e nº 90834/2025, emitidos em 26 de março de 2025 pela Superintendência de Vigilância Sanitária.</i> <i>A grande maioria dos itens mencionados nos pareceres refere-se à estrutura do hospital como um todo, com o objetivo de compreender os fluxos funcionais e averiguar se as demais áreas relacionadas aos projetos em questão já se encontram aprovadas. Essa abordagem exigida pela VISA ampliou significativamente o escopo inicial dos projetos submetidos.</i> <i>Adicionalmente, cumpre informar que existe a perspectiva de ampliação do hospital, com foco especial</i>		

nas áreas voltadas ao atendimento materno-infantil. Com isso, a proposta dos projetos foi concebida de forma a aproveitar ao máximo a estrutura existente e realizar o mínimo de intervenções, tendo em vista que a ocupação atual será provisória, até que a ampliação definitiva esteja concluída.

No entanto, por se tratar de uma estrutura antiga e que apresenta diversas não conformidades frente às normativas sanitárias vigentes, as tentativas de minimizar reformas foram limitadas por exigências técnicas que não foram aceitas pela Vigilância Sanitária.

As alterações e justificativas exigidas já estão sendo elaboradas pela equipe técnica, e uma nova submissão será protocolada em breve para análise da Superintendência. Ressaltamos ainda que será realizado contato com a SRS, a fim de apresentar a situação emergencial relacionada à necessidade de aumento de leitos provisórios, buscando uma possível flexibilização da equipe de análise, diante da realidade enfrentada.

Dessa forma, solicitamos a prorrogação do prazo estabelecido, para garantir que os ajustes necessários possam ser realizados com a qualidade e a conformidade técnica exigidas.

Atenciosamente,

Arquiteta Leonor Tavorucci

CAU A51080-7

☎ (34) 9889-8617

✉ leonor@leonorarquitetura.com.br"

Solicitado novo prazo a FHEMIG para conclusão das obras para 04 de julho de 2025.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.19-Leito UCINCO-Convencional](#)

[FAEPU REFORMAS HRAD 3.pdf](#)

[Justificativa Prorrogacao Projetos Hospitalares \(2\).docx](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--108-FHEMIG-Retificao---Aloj-Conj,UTIN,UCINCO,UCINCA-OUT-2024-pdf-D4Sign.pdf](#)

[REFORMA-DO-SETOR-ALOJCONJ--UTIN-E-UCINCO-COM-AMPLIAO-DE-LEITOS-UTIN,-UCINCO-E-UCINCA---verso-2-D4Sign.pdf](#)

[SEI_99303206_Memorando_233.pdf](#)

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. Em atendimento às solicitações de adequação dos projetos pela VISA, solicitaremos à GMP a prorrogação do prazo (Prazo: abril/25) para a finalização dos projetos junto pela VISA. Será agendado uma reunião da arquiteta com a SRA para explicar melhor a fase que se encontra o HRAD quanto aos projetos em execução e as perspectivas de obras futuras. <i>“Uberlândia, 08 de Abril de 2025</i> <i>À</i> <i>Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – FAEPU</i> <i>A/C: Assessor da Diretoria Marco Aurélio Arantes</i> <i>Assunto: Justificativa para Prorrogação de Prazo – Projetos Hospitalares</i> <i>Prezado Sr. Marco Aurélio Arantes,</i> <i>Solicito, por meio deste, a prorrogação do prazo para a finalização dos projetos hospitalares em andamento, em virtude da necessidade de adequações apontadas nos Pareceres Técnicos de Indeferimento nº 90833/2025 e nº 90834/2025, emitidos em 26 de março de 2025 pela Superintendência de Vigilância Sanitária.</i> <i>A grande maioria dos itens mencionados nos pareceres refere-se à estrutura do hospital como um todo, com o objetivo de compreender os fluxos funcionais e averiguar se as demais áreas relacionadas aos projetos em questão já se encontram aprovadas. Essa abordagem exigida pela VISA ampliou significativamente o escopo inicial dos projetos submetidos.</i> <i>Adicionalmente, cumpre informar que existe a perspectiva de ampliação do hospital, com foco especial nas áreas voltadas ao atendimento materno-infantil. Com isso, a proposta dos projetos foi concebida de forma a aproveitar ao máximo a estrutura existente e realizar o mínimo de intervenções, tendo em vista</i>		

que a ocupação atual será provisória, até que a ampliação definitiva esteja concluída.

No entanto, por se tratar de uma estrutura antiga e que apresenta diversas não conformidades frente às normativas sanitárias vigentes, as tentativas de minimizar reformas foram limitadas por exigências técnicas que não foram aceitas pela Vigilância Sanitária.

As alterações e justificativas exigidas já estão sendo elaboradas pela equipe técnica, e uma nova submissão será protocolada em breve para análise da Superintendência. Ressaltamos ainda que será realizado contato com a SRS, a fim de apresentar a situação emergencial relacionada à necessidade de aumento de leitos provisórios, buscando uma possível flexibilização da equipe de análise, diante da realidade enfrentada.

Dessa forma, solicitamos a prorrogação do prazo estabelecido, para garantir que os ajustes necessários possam ser realizados com a qualidade e a conformidade técnica exigidas.

Atenciosamente,

Arquiteta Leonor Tivolucci

CAU A51080-7

☎ (34) 9889-8617

✉ leonor@leonorarquitetura.com.br

Solicitada prorrogação a FHEMIG para entrega do produto para 04 de julho de 2025.

Fonte de comprovação do produto

Drive: [1.21-Leito Uti-Neonatal - Ampliação 04 Leitos](#)

[FAEPU REFORMAS HRAD 3.pdf](#)

[Justificativa Prorrogacao Projetos Hospitalares \(2\).docx](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--108-FHEMIG-Retificao---Aloj-Conj,UTIN,UCINCO,UCINCA-OUT-2024-pdf-D4Sign.pdf](#)

[REFORMA-DO-SETOR-ALOJCONJ--UTIN-E-UCINCO-COM-AMPLIAO-DE-LEITOS-UTIN,-UCINCO-E-UCINCA---verso-2-D4Sign.pdf](#)

[SEI 99303206 Memorando 233.pdf](#)

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

Em atendimento às solicitações de adequação dos projetos pela VISA, solicitaremos à GMP a prorrogação do prazo (Prazo: abril/25) para a finalização dos projetos junto pela VISA. Será agendado uma reunião da arquiteta com a SRA para explicar melhor a fase que se encontra o HRAD quanto aos projetos em execução e as perspectivas de obras futuras.

“Uberlândia, 08 de Abril de 2025

À

Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – FAEPU

A/C: Assessor da Diretoria Marco Aurélio Arantes

Assunto: Justificativa para Prorrogação de Prazo – Projetos Hospitalares

Prezado Sr. Marco Aurélio Arantes,

Solicito, por meio deste, a prorrogação do prazo para a finalização dos projetos hospitalares em andamento, em virtude da necessidade de adequações apontadas nos Pareceres Técnicos de Indeferimento nº 90833/2025 e nº 90834/2025, emitidos em 26 de março de 2025 pela Superintendência de Vigilância Sanitária.

A grande maioria dos itens mencionados nos pareceres refere-se à estrutura do hospital como um todo, com o objetivo de compreender os fluxos funcionais e averiguar se as demais áreas relacionadas aos

projetos em questão já se encontram aprovadas. Essa abordagem exigida pela VISA ampliou significativamente o escopo inicial dos projetos submetidos.

Adicionalmente, cumpre informar que existe a perspectiva de ampliação do hospital, com foco especial nas áreas voltadas ao atendimento materno-infantil. Com isso, a proposta dos projetos foi concebida de forma a aproveitar ao máximo a estrutura existente e realizar o mínimo de intervenções, tendo em vista que a ocupação atual será provisória, até que a ampliação definitiva esteja concluída.

No entanto, por se tratar de uma estrutura antiga e que apresenta diversas não conformidades frente às normativas sanitárias vigentes, as tentativas de minimizar reformas foram limitadas por exigências técnicas que não foram aceitas pela Vigilância Sanitária.

As alterações e justificativas exigidas já estão sendo elaboradas pela equipe técnica, e uma nova submissão será protocolada em breve para análise da Superintendência. Ressaltamos ainda que será realizado contato com a SRS, a fim de apresentar a situação emergencial relacionada à necessidade de aumento de leitos provisórios, buscando uma possível flexibilização da equipe de análise, diante da realidade enfrentada.

Dessa forma, solicitamos a prorrogação do prazo estabelecido, para garantir que os ajustes necessários possam ser realizados com a qualidade e a conformidade técnica exigidas.

Atenciosamente,

Arquiteta Leonor Tivolucci

CAU A51080-7

☎ (34) 9889-8617

✉ leonor@leonorarquitetura.com.br

Solicitada prorrogação a FHEMIG para entrega do produto para 04 de julho de 2025.

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.

[Justificativa_Prorrogacao_Projetos_Hospitalares \(2\).docx](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--108-FHEMIG-Retificao---Aloj-Conj,UTIN,UCINCO,UCINCA-OUT-2024-pdf-D4Sign \(1\).pdf](#)

[OFÍCIO-DIRETORIA-FAEPU-N--109-FHEMIG-Retificao---Aumento-01-leito-CTI-OUT-2024-pdf-D4Sign.pdf](#)

[REFORM 1.PDF](#)

[REFORMA-DO-SETOR-ALOJCONJ--UTIN-E-UCINCO-COM-AMPLIAO-DE-LEITOS-UTIN,-UCINCO-E-UCINCA---verso-2-D4Sign \(1\).pdf](#)

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		
OFÍCIO.DIRETORIA.FAEPU-Nº 130.FHEMIG.TC e VÍDEO-NOV-2024-pdf-D4Sign (1).pdf		
Portfolio Emenda Parlamentar (1).pdf		

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 março 25.pdf](#)

[Lista de presença integração abril 25.pdf](#)

[Lista de Presença Integração Maio 2025.pdf](#)

4.3 - 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 - MARÇO.pdf](#)

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

[Relatório Comunicações Positivas Maio - 2025.pdf](#)

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, 10 de junho de 2025.

renato@faepu.org.br

Assinado

 
D4Sign

Renato Gonçalves Darin
Diretor Geral

FAEPU – Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia

12º Relatório Gerencial de Resultados Trimestral pdf

Código do documento 5ef6e403-e510-4f2c-ab6a-faf552cb036c



Assinaturas



Renato Gonçalves Darin
renato@faepu.org.br
Assinou



Eventos do documento

11 Jun 2025, 14:43:17

Documento 5ef6e403-e510-4f2c-ab6a-faf552cb036c **criado** por CONTROLADORIA FAEPU (ac519b87-8689-4f6d-9757-88e8c5303397). Email: controladoria@faepu.org.br. - DATE_ATOM: 2025-06-11T14:43:17-03:00

11 Jun 2025, 14:44:53

Assinaturas **iniciadas** por CONTROLADORIA FAEPU (ac519b87-8689-4f6d-9757-88e8c5303397). Email: controladoria@faepu.org.br. - DATE_ATOM: 2025-06-11T14:44:53-03:00

11 Jun 2025, 14:45:36

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: 29612) - Documento de identificação informado: 102.119.748-38 - DATE_ATOM: 2025-06-11T14:45:36-03:00

Hash do documento original

(SHA256):15e2f1841d8594192a3df05805288ca3cd3a8547bc75d3afb4b118d7129405b1

(SHA512):6b2b0cda1d3db641ee931124fb867152ce424aa0e0be6e67a2fd17ccb7d0b8bfb16ca01f0f45ae14fb7a1c69745529039027e762b7396f2e230e3f5f0ef54d05

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**.