

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ (HESLMB)

Relatório Gerencial de Atividades

Contrato de Gestão nº 043/2022

Mês de referência: Março/23

São Luís de Montes Belos-GO

Abril/2023

Sobre o Instituto Gênesis

O Instituto Gênesis, pessoa jurídica de direito privado, com fins não econômicos, é qualificada como Organização Social em Saúde – OSS, nos termos da Lei Federal nº 9.637/98. Reconhecida como entidade de Utilidade Pública e de Interesse Social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/2005.

O Instituto é composto por uma estrutura administrativa composta por Conselho Administrativo e Fiscal, e pela Diretoria, a qual atesta e valida a eficiência e o profissionalismo refletidos nos excelentes resultados atingidos. Atualmente em contrato com o governo de Goiás para a gestão das unidades hospitalares de Jaraguá (HEJA), de Itumbiara (HEI), de São Luís de Montes Belos (HESLMB) e da gestão das policlínicas de São Luís de Montes Belos e de Goiás.

Missão, visão e valores do Instituto Gênesis

Missão

Excelência em gestão de contratos na área da saúde, visando eficiência em programas e projetos nos setores da saúde e da educação, atuando de forma humanizada, tendo a ética e o compromisso social como norte.

Visão

Ser reconhecida no mercado como uma OSS de referência, na prestação de serviços em gestão de contratos da Saúde.

Valores

- Adaptabilidade;
- Competência;
- Empatia;
- Ética;
- Proatividade;
- Otimização de Recursos;
- Respeito;
- Responsabilidade;
- Transparência.

CORPO DIRETIVO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Lucas Aleixo Mendonça - Presidente
Regina de Oliveira Gonçalves
Rosana Resende Nogueira Chaves
Lorena Rocha Franca Antunes
Fernanda de Oliveira Feitosa de Castro

CONSELHO FISCAL

- TITULARES

Marco Aurélio de Araújo Silva
Solange Cristine Vaz Arantes
Bruno Silva Apolinário
Luzia Cristina Verissimo de Lima

- SUPLENTE

Fabricio de Sousa Rosa
Weviley Borges de Moraes
Sabrina Monteiro de Souza
Rogério Silva de Oliveira
Hulda Lopes de Freitas
Iara Barreto

DIRETORIA INSTITUTO GÊNNESIS

Ludmylla Bastos e Barbosa Maqueara - **Diretora Presidente**
Rita de Cassia Leal de Souza - **Diretora Geral**
Valdeir de Sousa Teixeira - **Diretor Técnico**
Marta Selma da Silveira - **Diretora Administrativa**
Isabella Medeiros de Melo Barcelos - **Diretora Financeira**
Joab da Silva Souza - **Diretor de Planejamento**
Alexandre Detlef Richter Filho - **Diretor de Relações Institucionais**
Abdalla Hanna Obeid – **Diretor Executivo**

DIRETORIA HESLMB

Marta Selma da Silveira - **Diretora geral**
Elias Gabriel de Almeida Júnior - **Diretor técnico**

GERÊNCIAS DO HESLMB

Dayara Guedes de Amorim Stival Pereira- **Gerente de Enfermagem**
Jean Marcos Brito de Assis- **Gerente Operacional**

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO..... | 5 |
| 2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | 6 |
| 3. ORGANOGRAMA..... | 8 |
| 4. ATIVIDADES REALIZADAS PELO HESLMB..... | 9 |
| 4.1 Assistência Hospitalar | 9 |
| 4.2 Atendimento as Urgências Hospitalares..... | 11 |
| 4.3 Atendimento ambulatorial | 11 |
| 4.4 Cirurgias Ambulatoriais..... | 12 |
| 4.5 Cirurgias programadas | 13 |
| 4.6 SADT Externo..... | 13 |
| 4.7 Hospital Dia..... | 13 |
| 5. PARTE FIXA- INDICADORES DE PRODUÇÃO | 13 |
| 5.1 Internações hospitalares | 14 |
| 5.2 Cirurgias | 15 |
| 5.3 Atendimento as Urgências..... | 16 |
| 5.4 Atendimento Ambulatorial..... | 17 |
| 5.5 SADT Externo..... | 18 |
| 5.6 Hospital Dia..... | 19 |
| 6. PARTE VARIÁVEL- INDICADORES DE DESEMPENHO | 20 |
| 6.1 Taxa de ocupação hospitalar | 21 |
| 6.2 Tempo médio de permanência hospitalar (dias)..... | 21 |
| 6.3 Índice de intervalo de substituição (horas)..... | 22 |
| 6.4 Taxa de readmissão em UTI em até 48 horas..... | 22 |
| 6.5 Taxa de readmissão Hospitalar em até 29 dias | 22 |
| 6.6 Percentual de cirurgias programadas por condições operacionais (Problemas relacionados à unidade) | 23 |
| 6.7 Percentual de cirurgias programadas por condições operacionais (Problemas relacionados ao paciente)..... | 24 |
| 6.8 Percentual de ocorrência de rejeição no SIH | 24 |
| 6.9 Percentual de partos cesáreos | 25 |
| 6.10 Taxa de aplicação da classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea..... | 25 |
| 6.11 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância) | 26 |
| 6.12 Razão do quantitativo de consultas ofertadas | 26 |
| 6.13 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias. | 26 |
| 6.14 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS..... | 27 |

| | |
|----------------------------------------------|-----------|
| 7. Atividades realizadas no mês | 27 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 31 |

QUADROS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1- Capacidade instalada. | 9 |
| Quadro 2- Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência). | 11 |
| Quadro 3- Especialidades mínimas exigidas para atendimento. | 12 |
| Quadro 4- Meta de saídas hospitalares. | 14 |
| Quadro 5- Meta de cirurgias. | 15 |
| Quadro 6- Meta de atendimento ambulatorial. | 17 |
| Quadro 7- Meta de SADT externo. | 18 |
| Quadro 8- Meta de atendimentos de Hospital dia. | 19 |
| Quadro 9- Metas de desempenho. | 21 |

TABELAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1- Saídas hospitalares. | 14 |
| Tabela 2- Cirurgias. | 15 |
| Tabela 3- Atendimentos de urgência e emergência. | 16 |
| Tabela 4- Produção de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. | 17 |
| Tabela 5- Atendimento ambulatorial. | 17 |
| Tabela 6- SADT externo. | 18 |
| Tabela 7- Atendimento de hospital dia. | 20 |
| Tabela 8- Taxa de ocupação hospitalar. | 21 |
| Tabela 9- Tempo médio de permanência. | 22 |
| Tabela 10- Intervalo de substituição (horas). | 22 |
| Tabela 11- Taxa de readmissão em UTI em até 48h. | 22 |
| Tabela 12- Taxa de readmissão em 29 dias. | 23 |
| Tabela 13- Percentual de cirurgias programadas suspensas por condição operacional (problemas da unidade). | 23 |
| Tabela 14- Percentual de cirurgias programadas suspensas por condição operacional (problemas do paciente). | 24 |
| Tabela 15- Percentual de rejeição no SIH. | 24 |
| Tabela 16- Percentual de partos cesáreos. | 25 |
| Tabela 17- Taxa de aplicação de classificação de Robson. | 25 |
| Tabela 18- Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos. | 26 |
| Tabela 19- Razão do quantitativo de consultas ofertadas. | 26 |
| Tabela 20- Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias. | 27 |
| Tabela 21- Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS. | 27 |

GRÁFICOS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1- Saídas hospitalares realizadas em março de 2023. | 15 |
| Gráfico 2- Cirurgias realizadas em fev março e janeiro de 2023. | 16 |
| Gráfico 3- Atendimento ambulatorial realizado em março de 2023. | 18 |
| Gráfico 4- SADT externo realizado em março de 2023. | 19 |
| Gráfico 5- Atendimento de hospital dia realizado em março de 2023. | 20 |

1. APRESENTAÇÃO

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó – HESLMB,

está localizado na Rua 3, Quadra 04, Lote 08, s/n - Vila Popular, São Luís de Montes Belos-Goiás, e funciona em regime de 24h.

O HESLMB é a maior porta de entrada de pronto atendimento da cidade e está estruturado como Hospital Geral com Pronto Atendimento sendo responsável pelo atendimento de baixa e média Complexidade, em Urgência/Emergência, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Clínica Pediátrica.

É uma unidade com serviço de Urgência/Emergência, que funciona 24 horas, e tem capacidade para atendimento às urgências/emergências de média complexidade, com atendimento por demanda espontânea e referenciada pela Central de Regulação Estadual e acesso organizado pelo sistema de acolhimento com classificação de risco.

A população atendida pelo HESLMB corresponde prioritariamente à macrorregião Centro-oeste de Goiás e as demais Macrorregiões.

Em junho de 2022 a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO e o Instituto Gênesis, firmaram contrato de gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do HESLMB.

A gestão do HESLMB é realizada pelo Instituto Gênesis, por meio do Contrato de Gestão 043/2022– SES/GO, celebrado com o Estado de Goiás, com vigência de 48 meses, até o dia 12 de junho de 2026, pelas disposições da Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações.

O Instituto Gênesis, gestora do HESLMB, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, é qualificada como Organização Social em Saúde – OSS, nos termos da Lei Federal nº 9.637/98. Reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/2005.

Em conformidade com referido contrato, faz-se nesta oportunidade a apresentação do **RELATÓRIO DE METAS E ATIVIDADES**, em acordo com o anexo técnicos I– Indicadores e metas de produção e desempenho: atividades mínimas a realizar, página 45 a 50 (Contrato de Gestão nº 043/2022-SES/GO).

Os dados e informações apresentados neste relatório foram extraídos do banco de dados do sistema de gestão hospitalar do Instituto Gênesis, que realiza o gerenciamento de todos os processos assistenciais, administrativos e financeiros de forma integrada. As informações evidenciadas demonstram o cenário atual das ações e serviços prestados pela Unidade.

2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Tipo de unidade: Hospital Geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial,

internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada. É uma unidade de baixa e média complexidade em urgência e emergência.

São realizadas cirurgias gerais, além dos serviços ambulatoriais (consultas e exames).

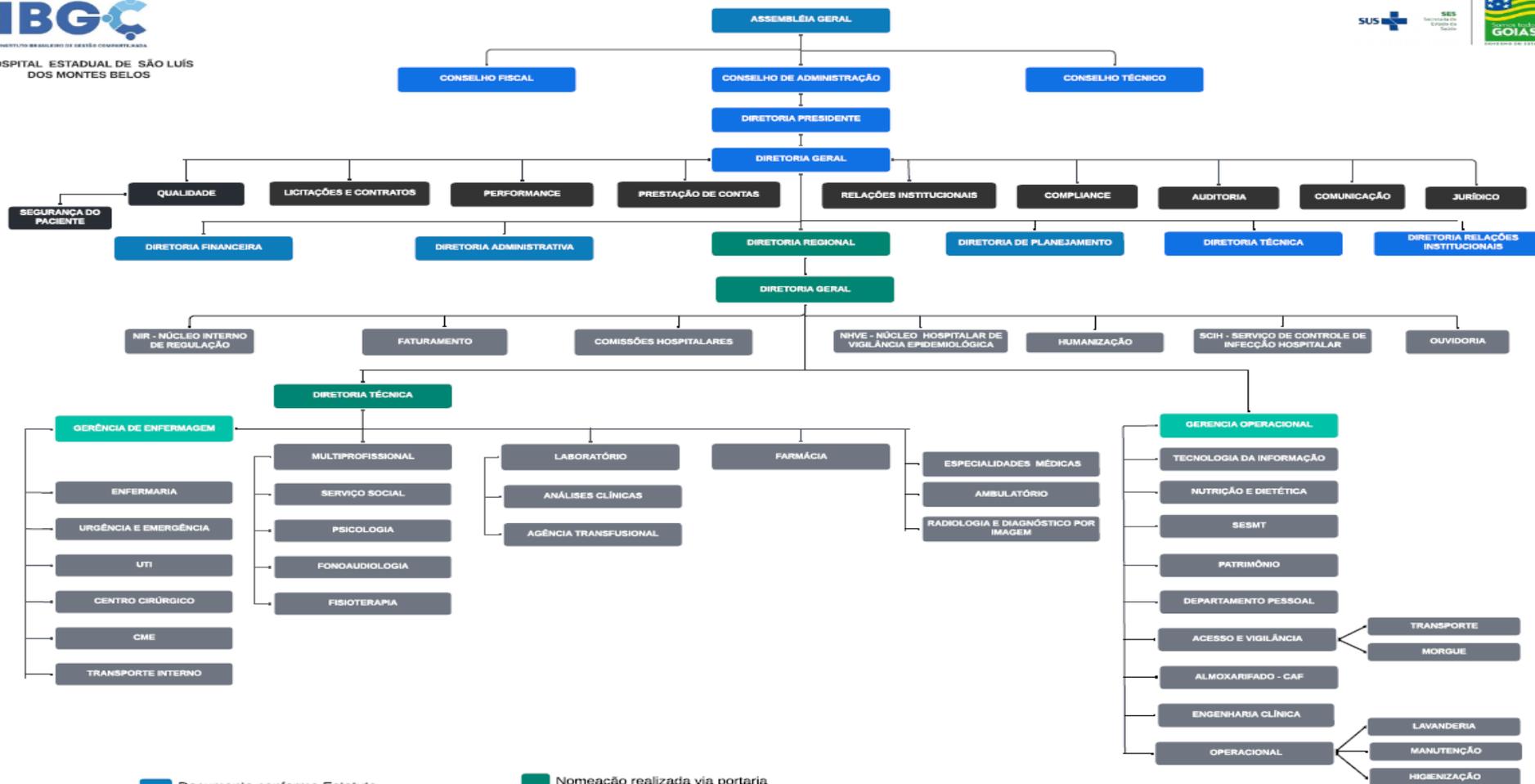
CNES: 2382474

ENDEREÇO: Rua 3 S/N Vila Popular CEP: 76000-000, São Luís de Montes Belos – Goiás;

Gerência da Unidade: Secretaria do Estado de Saúde de Goiás.

Gestão de Sistema: Secretaria do Estado de Saúde de Goiás.

3. ORGANOGRAMA



Documento conforme Estatuto Social Consolidado do IBGC vigente a partir de 08/10/2021.

Nomeação realizada via portaria
DR: Portaria nº 006/2022 DG/IBGC
DG: Portaria nº 010/2022 DR/IBGC
DT: Portaria nº 003/2022 DR/IBGC

4. ATIVIDADES REALIZADAS PELO HESLMB

Hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, especializado em média e baixa complexidade e urgência/emergência, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica e clínica médica. Uma referência para a região centro oeste do Estado de Goiás, com funcionamento 24 horas por dia, e ininterruptamente.

4.1 Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Os pacientes internados recebem atendimentos clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais adequados às necessidades, visando à recuperação e alta do paciente.

Inclui de um Centro de Diagnósticos para a realização de exames laboratoriais e de imagem.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, possui 12 leitos de enfermaria clínico adulto, 20 leitos de enfermaria cirúrgica, 04 leitos de enfermaria clínico pediátrico, 04 leitos obstétricos, 10 leitos de UTI Adulto, bem como outros setores de suporte, distribuídas da seguinte forma:

Quadro 1- Capacidade instalada.

| NÚMERO DE LEITOS/POSTOS | |
|--------------------------------|-----------|
| ENFERMARIA CLÍNICA | 12 |
| ENFERMARIA CIRÚRGICA | 20 |
| CLÍNICO PEDIÁTRICO | 04 |
| OBSTÉTRICO | 04 |
| UTI ADULTO | 10 |
| TOTAL | 50 |
| OBSERVAÇÃO (BOX ESTABILIZAÇÃO) | 02 |
| OBSERVAÇÃO | 04 |
| SALAS CIRÚRGICAS | 03 |

No processo de Hospitalização estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada.
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048/2000).

- Sangue e hemoderivados.
- Fornecimento de roupas hospitalares.
- Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2 Atendimento as Urgências Hospitalares

Sendo o hospital do tipo referenciado e de demanda espontânea, o mesmo dispõe de atendimento de as urgências e emergências, atendendo a demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde/ Central de Regulação Municipal, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

O hospital possui serviço de acolhimento e classificação de risco (ACCR) conforme preconizado pelo ministério da saúde, priorizando a internação de pacientes de alto risco, encaminhando pacientes de baixo risco para outras unidades de saúde.

A seguir as seguintes especialidades como porta de entrada:

Quadro 2- Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência).

| ESPECIALIDADES |
|---------------------------|
| Cirurgia Geral |
| Ginecologia e obstetrícia |
| Ortopedia e traumatologia |
| Pediatria |
| Clínica Médica |

4.3 Atendimento ambulatorial

O atendimento ambulatorial do HESLMB compreende:

- a. Primeira consulta;
- b. Primeira Consulta de egresso;
- c. Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela central de regulação do estado ou município ao hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, realizada após a alta Hospitalar da instituição, para o atendimento de uma determinada referida.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, nas categorias profissionais de nível superior.

O atendimento ambulatorial opera da seguinte forma: das 07h00 às 19h00, de segunda a sexta-feira, nas especialidades descritas no quadro abaixo, conforme demanda dos pacientes egressos do hospital:

Quadro 3- Especialidades mínimas exigidas para atendimento.

| ESPECIALIDADES MÉDICA | ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Cirurgia Geral | Fisioterapia (Egressos) |
| Angiologia e Cirurgia vascular | Enfermagem (Egressos) |
| Urologia | Fonoterapia (Egressos) |
| Ortopedia | Terapia ocupacional (Egressos) |
| Ginecologia | Farmácia (VVS) |
| Infectologia (VVS) | Psicologia (VVS) |
| Cardiologia- risco cirúrgico | Serviço Social (VVS) |
| Pediatria (egresso) | |
| Obstetrícia (egresso) | |

4.4 Cirurgias Ambulatoriais

Consideram-se as Cirurgias Ambulatoriais as intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias ambulatoriais devem ser reguladas pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 4- Procedimento mínimos exigidos.

| Procedimentos mínimos a serem oferecidas no ambulatório - não precisa de internação |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Varizes |
| Postectomia |
| Vasectomia |

4.5 Cirurgias programadas

Consideram-se Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades.

Especialidades Médicas para cirurgias programadas a serem oferecidas no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

Quadro 5- Especialidades médicas para cirurgia programada

| Especialidades para cirurgia programadas |
|-------------------------------------------------|
| Cirurgia Geral |
| Ginecologia |
| Ortopedia |

4.6 SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde, e que possuem a prescrição para realizar o exame, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.7 Hospital Dia

O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

5. PARTE FIXA- INDICADORES DE PRODUÇÃO

São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados,

referentes aos serviços assistenciais e correspondem a 90% do percentual de custeio do repasse mensal.

5.1 Internações hospitalares

O HESLMB deverá realizar mensalmente 389 (trezentos e oitenta e nove) saídas hospitalares, sendo 78 em clínica médica, 52 em pediatria, 52 em obstetrícia e 207 em clínica cirúrgica, com variação aceitável de $\pm 10\%$, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS.

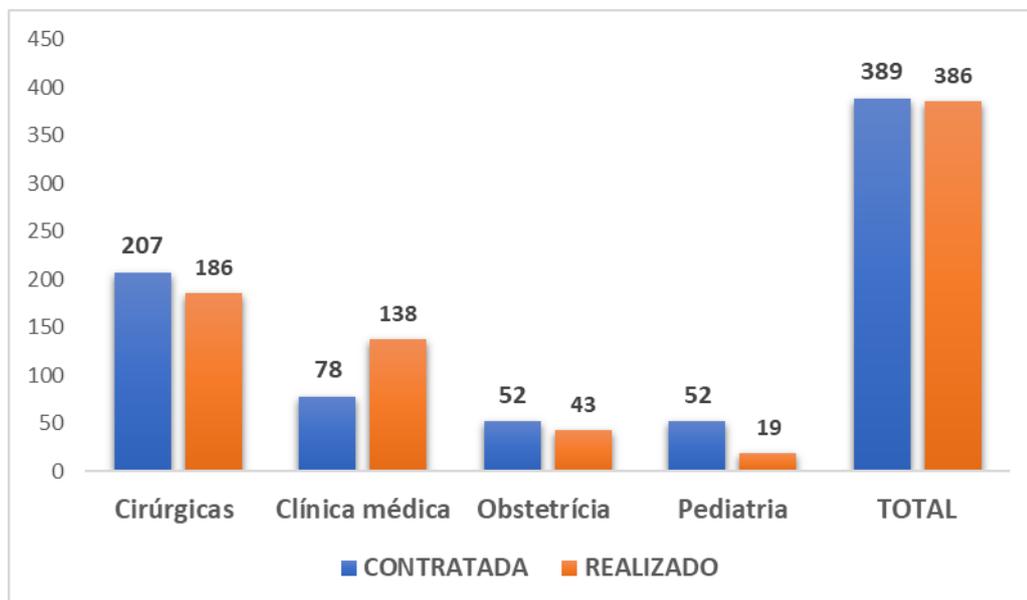
Quadro 4- Meta de saídas hospitalares.

| Internação (saídas hospitalares) | Meta mensal | Meta anual |
|-----------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Clínica médica | 78 | 936 |
| Pediatria | 52 | 624 |
| Obstétrica | 52 | 624 |
| Clínica cirúrgica | 207 | 2.484 |
| TOTAL | 389 | 4.668 |

Tabela 1- Saídas hospitalares.

| Saídas Hospitalares | CONTRATADA | Realizada em Março /23 |
|----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Clínica médica | 78 | 138 |
| Pediatria | 52 | 19 |
| Obstétrica | 52 | 43 |
| Clínica cirúrgica | 207 | 186 |
| TOTAL | 389 | 386 |

Gráfico 1-Saídas hospitalares realizadas em março.



No mês de março tivemos 386 saídas hospitalares, 99,3% da meta contratada.

5.2 Cirurgias

O HESLMB deverá realizar um número mensal de 88 cirurgias ambulatoriais e 180 cirurgias programadas, com variação aceitável de $\pm 10\%$.

Quadro 5- Meta de cirurgias.

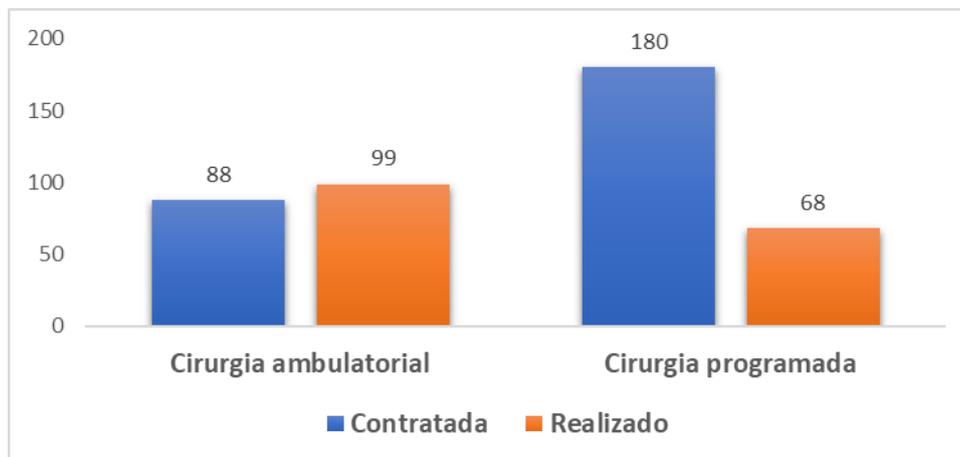
| Cirurgias | Meta mensal | Meta anual |
|-----------------------|-------------|--------------|
| Cirurgia ambulatorial | 88 | 1.056 |
| Cirurgia programada | 180 | 2.160 |

Sendo assim, apresentamos abaixo as cirurgias realizadas pelo o HESLMB em março.

Tabela 2- Cirurgias.

| Cirurgias | CONTRATADA | Realizada em Março/23 |
|------------------------|------------|-----------------------|
| Cirurgia ambulatoriais | 88 | 99 |
| Cirurgia programada | 180 | 68 |
| TOTAL | 268 | 167 |

Gráfico 2- Cirurgias realizadas em março .



No mês de março realizamos cirurgias ambulatoriais e cirurgias programadas, atingindo 62,31% da meta contratada. Na ortopedia foram disponibilizadas 92 vagas de 1ª consulta, houveram 9 agendamentos, 2 compareceram e resultou em 0 AIH (pacientes encaminhados não eram perfil cirúrgico). Na cirurgia geral foram disponibilizadas 90 vagas, houveram 34 agendamentos, compareceram 25 pacientes de 1ª consulta. Na otorrinolaringologia foram disponibilizadas 40 vagas, houveram 3 agendamentos, compareceu 1 pacientes de 1ª consulta, impactando no não atingimento da meta contratada.

5.3 Atendimento as Urgências

Conforme o citado no anexo técnico II, “os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente contrato de gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados a SES/GO mensalmente”.

Segue abaixo dados dos atendimentos de urgência e emergência realizados no HESLMB em março.

Tabela 3- Atendimentos de urgência e emergência.

| Atendimentos de Urgência e Emergência | |
|---------------------------------------|-------|
| Março /23 | 4.283 |

Segundo o item 3.4. Do anexo técnico II, os SADT internos devem ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no atendimento de Urgência e Emergência. Segue abaixo demonstrativo da produção interna de exames:

Tabela 4- Produção de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

| SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO | | |
|---------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| Março/23 | ANÁLISES CLÍNICAS | 9.318 |
| | ELETROCARDIOGRAMA | 65 |
| | TOMOGRAFIA | 1.377 |
| | ULTRASSONOGRAMA | 0 |
| | RAIO-X | 2.122 |
| | TOTAL | 12.996 |

No mês de março teve 12.996 exames de SADT interno.

5.4 Atendimento Ambulatorial

De acordo com o contrato de gestão o hospital deve realizar meta de produção mensal de 870 consulta médicas e 396 consultas multiprofissionais, com variação de até $\pm 10\%$.

Quadro 6- Meta de atendimento ambulatorial.

| Ambulatório | Meta mensal | Meta anual |
|----------------------------|--------------------|-------------------|
| Consulta médica | 870 | 19.008 |
| Consulta multiprofissional | 396 | 4.752 |
| TOTAL | 1.266 | 23.760 |

Segue abaixo demonstrativo da produção ambulatorial em março.

Tabela 5- Atendimento ambulatorial.

| Ambulatório | META MENSAL | Realizado em Março/23 |
|----------------------------|--------------------|------------------------------|
| Consulta médica | 870 | 641 |
| Consulta multiprofissional | 396 | 378 |
| TOTAL | 1.266 | 1.019 |

Gráfico 3-Atendimento ambulatorial realizado em março.



Foi realizado atendimentos ambulatoriais, atingindo 80,48% da meta. Na ortopedia foram disponibilizadas 92 vagas de 1ª consulta, porém 2 pacientes compareceram; na cirurgia geral foram disponibilizadas 90 vagas, porém 25 pacientes compareceram; na otorrinolaringologia foram disponibilizadas 40 vagas e apenas 1 paciente compareceu; na otorrinolaringologia houveram 3 agendamentos e apenas 1 paciente compareceu, impactando no não atingimento da meta contratada.

5.5 SADT Externo

O HESLMB deverá realizar SADT externos, regulados pelo complexo regulador estadual. A unidade deverá oferecer 20 eletrocardiogramas, 20 holter, 20 MAPA, 50 raio-x, 20 ultrassonografias para pacientes externos, com variação aceitável de até 10%.

Quadro 7- Meta de SADT externo.

| SADT externo | Meta mensal | Meta anual |
|-------------------|-------------|--------------|
| Eletrocardiograma | 20 | 240 |
| Tomografia | 200 | 2.400 |
| Ultrassonografia | 200 | 2.400 |
| DOPPLER | 100 | 1.200 |
| Raio x | 200 | 2.400 |
| Total | 720 | 8.640 |

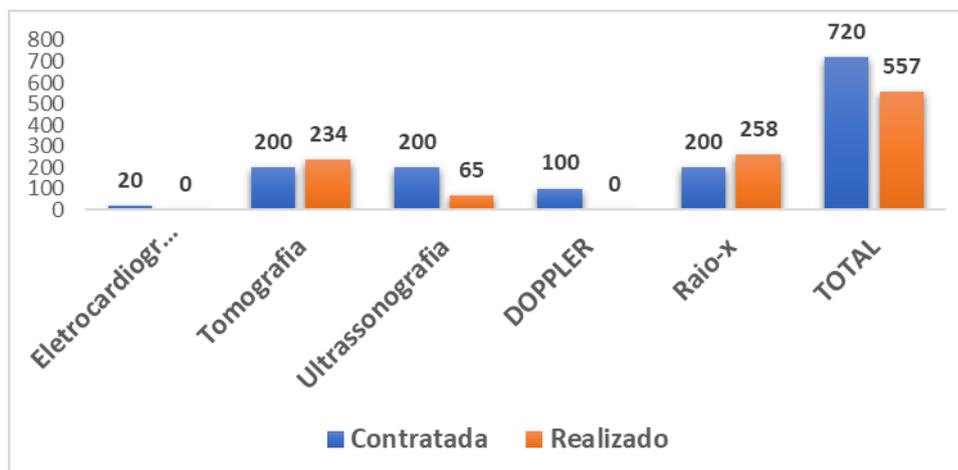
Segue abaixo demonstrativo da produção de SADT externo em março.

Tabela 6- SADT externo.

| SADT externo | META MENSAL | Realizado Março/23 |
|-------------------|-------------|--------------------|
| Eletrocardiograma | 20 | 0 |
| Tomografia | 200 | 234 |

| | | |
|------------------|------------|------------|
| Ultrassonografia | 200 | 65 |
| DOPPLER | 100 | 0 |
| Raio x | 200 | 258 |
| TOTAL | 720 | 557 |

Gráfico 4- SADT externo realizado em março.



Foram realizados 557 exames o que corresponde a 77,36% da meta contratual. Ressaltamos que oferecemos 740 exames externos, quantitativo superior à meta, porém a unidade não recebeu a quantidade de pacientes para a realização de Ultrassonografia, capaz de suprir à quantidade ofertada o que impactou no não atingimento da meta.

5.6 Hospital Dia

Deve ser realizado pela unidade 88 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até $\pm 10\%$.

Quadro 8 - Meta de atendimentos de Hospital dia.

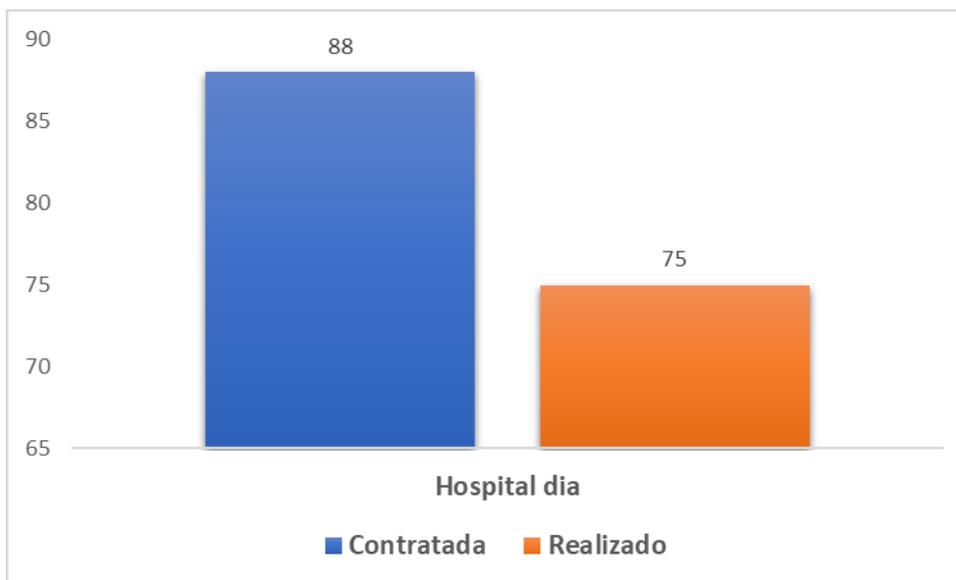
| Hospital dia | Meta mensal | Meta anual |
|--------------|-------------|--------------|
| Atendimentos | 88 | 1.056 |

Segue abaixo demonstrativo da produção de hospital dia em março.

Tabela 7- Atendimento de hospital dia.

| Hospital dia | Meta mensal | Realizado em Março/23 |
|--------------|-------------|-----------------------|
| Atendimentos | 88 | 75 |

Gráfico 5-Atendimento de hospital dia realizado em março.



Foram realizados 75 atendimentos do Hospital dia, o que corresponde a 85% da meta contratual.

6. PARTE VARIÁVEL- INDICADORES DE DESEMPENHO

Segundo o contrato de gestão o hospital deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade e correspondem a 10% do percentual do custeio do repasse mensal.

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

O quadro a seguir apresenta os indicadores de desempenho monitorados pelo HESLMB.

Quadro 9- Metas de desempenho.

| Indicadores de Desempenho | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Taxa de Ocupação Hospitalar | ≥ 85% |
| 2 | Média de permanência Hospitalar (dias) | ≤4 dias |
| 3 | Índice de intervalo de Substituição (horas) | ≤17 horas |
| 4 | Taxa de readmissão em UTI (48 horas) | <5% |
| 5 | Taxa de readmissão Hospitalar em até 29 dias | ≤20% |
| 6 | Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições Operacionais (causas relacionadas à organização da unidade) | ≤1% |
| 7 | Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições Operacionais (causas relacionadas ao paciente) | ≤5% |
| 8 | Percentual de Ocorrência de Rejeição no SIH (monitoramento) | ≤1% |
| 9 | Percentual de partos cesáreos (monitoramento) | ≤15% |
| 10 | Taxa de aplicação da classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea | 100% |
| 11 | Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância) | ≥95%; |
| 12 | Razão de consultas ofertadas | 1 |
| 13 | Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias | ≥ 70% |
| 14 | Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS | <5% |

6.1 Taxa de ocupação hospitalar

Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos- dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: $[\text{Total de Pacientes-dia no período} / \text{Total de leitos operacionais-dia do período}] \times 100$

Tabela 8- Taxa de ocupação hospitalar.

| Taxa de Ocupação Hospitalar | Contratada | Realizado em Março |
|-----------------------------|------------|--------------------|
| | ≥ 85% | 61,13% |

6.2 Tempo médio de permanência hospitalar (dias)

Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e/ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: $[\text{Total de pacientes-dia no período} / \text{Total de saídas no período}]$

Tabela 9- Tempo médio de permanência.

| Tempo Médio de permanência | Contratada | Realizado Março/23 |
|----------------------------|------------|--------------------|
| | ≤4 dias | 2,95 |

6.3 Índice de intervalo de substituição (horas)

Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: $[(100 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{Média de tempo de permanência}] / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$

Tabela 10- Intervalo de substituição (horas).

| Intervalo de substituição | Contratada | Realizado Março/23 |
|---------------------------|------------|--------------------|
| | ≤17 horas | 45 |

6.4 Taxa de readmissão em UTI em até 48 horas

O indicador mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula: $[\text{N}^\circ \text{ de retornos em até 48 horas} / \text{N}^\circ \text{ de saídas da UTI, por alta}] \times 100$.

Tabela 11- Taxa de readmissão em UTI em até 48h.

| Taxa de readmissão em UTI | Contratada | Realizado Março/23 |
|---------------------------|------------|--------------------|
| | <5% | 0,0% |

6.5 Taxa de readmissão Hospitalar em até 29 dias

O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar

na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fórmula: $[\text{Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar} / \text{Número total de internações hospitalares}] \times 100$

OBS: Para o numerador, como informado, são excluídas internações por câncer e obstetrícia, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.

Para o denominador:

- a. São excluídos casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer.
- b. São excluídos pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar, nos 365 dias antes da admissão.
- c. Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.

Tabela 12- Taxa de readmissão em 29 dias.

| Taxa de readmissão em 29 dias | Contratada | Realizado Março/23 |
|-------------------------------|------------|--------------------|
| | ≤20% | 1,05% |

6.6 Percentual de cirurgias programadas por condições operacionais (Problemas relacionados à unidade)

Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré-operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: $[\text{Nº de cirurgias programadas suspensas} / \text{Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

Tabela 13-Percentual de cirurgias programadas suspensas por condição operacional

(problemas da unidade).

| % de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (problemas da unidade) | Contratada | Realizado Março/23 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| | ≤ 1% | 0,00% |

6.7 Percentual de cirurgias programadas por condições operacionais (Problemas relacionados ao paciente)

Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

Tabela 14-Percentual de cirurgias programadas suspensas por condição operacional (problemas do paciente).

| % de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (problemas do paciente) | Contratada | Realizado Março/23 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| | ≤ 5% | 2,70% |

6.8 Percentual de ocorrência de rejeição no SIH

Mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo sistema, no período.

Fórmula: $[\text{total de procedimentos rejeitados no SIH} / \text{Total de procedimentos apresentados no SIH}] \times 100$

Observação: o indicador será usado apenas como monitoramento, e não computará para efeito de desconto financeiro, haja vista, que o mesmo não está sob do parceiro privado.

Tabela 15- Percentual de rejeição no SIH

| % de rejeições no SIH | Meta | Realizado Março/23 |
|-----------------------|------|--------------------|
| | ≤1% | DELAY |

Referente ao indicador de Rejeições no SIH, informamos que a Secretaria realiza apenas no final da competência a análise das rejeições referentes a competência do mês anterior.

6.9 Percentual de partos cesáreos

Mede o percentual de cirurgias cesáreas realizadas em relação ao número total de partos.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cesáreas realizadas} / \text{Total de partos realizados}] \times 100 - \text{mensal}$

Observação: Indicador informado para efeito de monitoramento e acompanhamento.

Tabela 16-Percentual de partos cesáreos.

| Percentual de partos cesáreos | Contratada | Realizado Março/23 |
|-------------------------------|------------|--------------------|
| | ≤15% | 81,30% |

6.10 Taxa de aplicação da classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea

É instrumento para identificação de grupos de mulheres clinicamente relevantes nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea, permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. Quando se aplica a classificação, otimiza o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local. Avalia a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesárea. Avalia a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo. Avalia a qualidade dos dados colhidos.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de parturientes submetidas a cesárea classificada pela Classificação de Robson no mês} / \text{Total de parturientes submetidas a cesárea no mês} \times 100]$

Tabela 17- Taxa de aplicação de classificação de Robson.

| Taxa de aplicação de classificação de Robson | Contratada | Realizado Março/23 |
|----------------------------------------------|------------|--------------------|
| | 100% | 100% |

6.11 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Julga-se aceitável que as RAMs sejam notificadas e monitoradas, sem serem avaliadas quanto à gravidade. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independentemente do local da ocorrência.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade} / N^{\circ} \text{ total de pacientes com RAM}] \times 100$

Tabela 18- Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos.

| % de investigação de RAM's | Contratada | Realizado Março/23 |
|----------------------------|------------|--------------------|
| | ≥95% | 100% |

6.12 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: $\text{Número de consultas ofertadas} / \text{número de consultas propostas nas metas da unidade.}$

Tabela 19-Razão do quantitativo de consultas ofertadas.

| Razão do quantitativo de consultas ofertadas | Contratada | Realizado Março/23 |
|----------------------------------------------|------------|--------------------|
| | 1 | 1,25 |

6.13 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: $[\text{Número de exames de imagem entregues em até 10 dias} / \text{total de exames de imagem realizados no período multiplicado}] \times 100.$

Tabela 20-Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

| Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias. | Contratada | Realizado Março/23 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| | ≥70% | 100% |

6.14 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: $[\text{Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS} / \text{total de atendimentos realizados mensalmente}] \times 100.$

Tabela 21-Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS.

| Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS | Contratada | Realizado Março/23 |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| | <5% | 2,50% |

7. Atividades realizadas no mês

JORNAL DO HOSPITAL ESTADUAL

DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ



HSLMB ABORDA PROTOCOLO DE TESTES RÁPIDO PARA PACIENTES DA UTI

Pensando na qualidade e segurança do atendimento, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (HSLMB) estabeleceu um protocolo para a testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Para efetivação do protocolo, os profissionais do setor receberam um treinamento sobre o protocolo.

A coordenadora do NVE, Isabella Santiago, explica que os testes vão ser realizados pela equipe da enfermagem e que a autorização para o teste de HIV é coletada pela equipe do serviço social. "Nosso intuito é fazer o bloqueio de transmissão dessas doenças e a identificação de novos casos o mais precoce possível", disse.

A enfermeira ressalta que com o novo protocolo é possível iniciar o tratamento e tomar todas as condutas, conforme o Ministério da Saúde.

"Na maioria das vezes que o paciente chega à unidade, nós não temos informações se ele é portador de hepatites virais ou alguma dessas doenças. Como temos os testes disponíveis, vamos implantar em todas as áreas da unidade de saúde", afirmou.

De acordo com a gestora, todos os testes são realizados com a autorização dos pacientes e que o próximo passo é adotar o protocolo no centro cirúrgico da unidade. "Vamos fazer também a capacitação com a equipe do centro cirúrgico. Todo paciente entrar na unidade vai realizar os testes. O nosso intuito é paralisar a transmissão dessas doenças", frisou.

Isabella destaca que o protocolo, aos poucos, vai melhorar a identificação das doenças. "É importante detectar precocemente e saber como vamos conduzir o quadro clínico dos pacientes.

Antes de instalar o protocolo, conversamos

com a gerência de enfermagem e com o coordenador médico da UTI e todos foram receptivos para melhorar essa abordagem e vigilância das doenças", concluiu.

UNIDADE REFORÇA MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE BACTÉRIAS



Para reforçar a importância de medidas para prevenção e controle de surto de bactérias multirresistentes, o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (HSLMB) promoveu uma atividade de educação continuada com os profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

De acordo com a enfermeira Nayara Martis, a atividade abordou a importância da precaução de contato e a adesão à técnica de higiene de mãos para evitar infecção cruzada. "As precauções são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis, evitando assim, a transmissão de micro-organismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes e profissionais de saúde. A coordenadora do SCIRAS da unidade, Thaísa Silva, explicou que a precaução padrão deve ser aplicada no atendimento de todos os pacientes.

"O profissional de saúde deve adotar o uso de alguns equipamentos de proteção, como

luvas descartáveis, avental, máscara e óculos de segurança ao realizar qualquer procedimento que exista o risco potencial de contaminação”, afirmou.

Segundo a gestora, se a transmissão da doença ocorrer através do contato, o profissional deve utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente ou em objetos que pertençam a ele. “Toda vez que o profissional usa precaução de contato com a adesão da higiene das mãos de forma correta, reduzimos o risco de infecção hospitalar e, conseqüentemente, proporcionamos mais segurança para o paciente”, concluiu

PALESTRA ABORDA SOBRE CÂNCER COLORRETAL, RENAL E DE COLO DE ÚTERO



A coordenação multiprofissional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó promoveu março uma palestra sobre Março Azul Marinho e Março Vermelho. A palestra foi conduzida pelo acadêmico de medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), Celso Filho.

Segundo Celso Filho, o mês de março é conhecido pela cor azul-marinho em conscientização ao câncer colorretal, o terceiro tipo mais comum no Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), que estima o surgimento de 41 mil novos casos por ano no país.

O câncer colorretal origina-se no intestino grosso, também chamado de cólon, e no reto, região final do trato digestivo e anterior ao ânus”.

“No Brasil, o tumor colorretal é o quarto que mais atinge homens e o terceiro na mulher com maior incidência nas regiões Sul e Sudeste. Os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver câncer colorretal são: Idade: acima de 50 anos; história familiar de câncer de intestino; ter uma dieta pobre em fibras; ingestão excessiva de carnes vermelhas e carnes processadas”, explicou

De acordo com acadêmico, os sintomas dependem da localização do câncer. Câncer localizado no cólon direito, os sintomas mais frequentes são diarreia, anemia e massa palpável.

Março Vermelho

O Março Vermelho alerta a respeito do câncer renal identificado pela cor vermelha, o mês de março busca conscientizar acerca do câncer renal – doença que ocupa a terceira posição entre as mais frequentes do aparelho geniturinário.

Acometendo, geralmente, indivíduos entre os 50 e os 70 anos, os tumores são duas vezes mais frequentes nos homens que nas mulheres e encontram, na Doença de Von Hippel-Lindau, na hipertensão, na obesidade, no histórico familiar e no tabagismo, os fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Março Lilás

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa mais comum de morte de mulheres por câncer no Brasil.

São estimados 16.340 novos casos da doença em 2016, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Até 2030, esse número de novos casos deve aumentar para 435 mil.

Como o câncer de colo do útero tem como principal agente causador o HPV, transmitido por relações sexuais, os cuidados para outras DSTs são todos úteis também nesta prevenção. Também foi dado início à estratégia de vacinação contra o HPV, buscando imunizar adolescentes do sexo feminino e masculino antes que comecem a vida sexual como uma medida preventiva. “O uso do da vacina se iniciou há poucos anos e não há ainda resultados definitivos sobre sua eficácia, mas as expectativas são muito otimistas”, finaliza o patologista.

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS ABORDA DIA MUNDIAL DO RIM



O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (HSLMB) realizou na sexta-feira, 10 de março, uma palestra em alusão ao Dia Mundial do Rim, comemorado na segunda quinta-feira do mês de março, para colaboradores, gerência e diretoria da unidade de saúde.

O médico nefrologista Dr Vinicius Ferreira Campos explicou que a campanha deste ano enfatiza a importância da realização da dosagem de creatinina no sangue ,estimulando a prevenção da doença renal crônica.

De acordo com Dr, Vinicius, No Brasil, o Dia Mundial do RIM 2023 é coordenado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) tem como subtema ‘Cuidar dos vulneráveis e estar preparado para os desafios inesperados’.

“Os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde nos últimos anos, quer seja por even-

tos globais, como a pandemia da Covid-19, ou por catástrofes locais, como enchentes, desabamentos, desastres ambientais, demonstraram a necessidade de todos os setores da sociedade estarem preparados para o inesperado. E isso, especialmente, para proteger e cuidar dos mais vulneráveis. Quando esses eventos acontecem, os pacientes com doenças renais estão entre os que apresentam maior vulnerabilidade”, afirmou.

ATENDIMENTO HUMANIZADO É PRIORIDADE NO HSLMB



Para promover um atendimento de excelência, focado na qualidade assistencial e na humanização do atendimento, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos (HSLMB) realizou uma roda de conversa com a diretoria técnica, recepção e coordenação de humanização sobre o tema.

O encontro abordou ações que visam melhorar a humanização na unidade de saúde, que fazem com que o paciente se sinta acolhido. De acordo com o coordenador de humanização do HESLMB, Breno de Paula, o intuito da atividade foi procurar métodos para realizar uma mudança na gestão dos sistemas e alterar o modo como paciente e colaboradores interagem entre si.

“O nosso principal objetivo é fornecer um atendimento qualificado, com a proposta demonstrativa de ética, técnica, e que procura entender amplamente o histórico do nosso paciente”, afirmou.

TREINAMENTO ABORDA INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA

Com a missão de prestar uma assistência de excelência, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos (HSLMB) realiza com

frequência atividades de educação continuada em saúde, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados na unidade de saúde. Nos dias 28 e 29 de março o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do hospital promoveu um treinamento sobre infecção de corrente sanguínea para os profissionais da assistência,



De acordo com a enfermeira e coordenadora do SCIH, Thaisa Silva, a capacitação teve como objetivo a prevenção de infecção hospitalar por meio de cateteres, utilizando a técnica correta de higienização das mãos, e paramentação adequada.

“As infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS), que são aquelas infecções de consequências sistêmicas graves, bacteremia ou sepse, sem foco primário identificável. Há dificuldade de se determinar o envolvimento do cateter central na ocorrência da IPCS. Com finalidade prática, as IPCS serão associadas ao cateter, se este estiver presente ao diagnóstico como descrito adiante”, explicou Thaisa.

A enfermeira destaca que as infecções relacionadas ao acesso vascular (IAV), são infecções que ocorrem no sítio de inserção do cateter, sem repercussões sistêmicas.” A maioria das infecções dessa natureza são relacionadas ao acesso vascular central (IAVC), entretanto, em algumas instituições pode ser importante o acompanhamento de infecções relacionadas ao acesso vascular periférico, por esta razão também será descrita a definição de infecção relacionada a acesso vascular periférico (IAVP)”, revelou.

Já a infecção de corrente sanguínea secun-

dária, é a ocorrência de hemocultura positiva ou sinais clínicos de sepse, na presença de sinais de infecção em outro sítio, não será abordada neste documento. “Neste caso, deverá ser notificado o foco primário, por exemplo, pneumonia, infecção do trato urinário ou sítio cirúrgico”, finalizou.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período, o HESLMB apresentou à COMFIC/SES, conforme estabelecido no contrato de gestão 043/2022 – SES/GO, os resultados quanto às metas estabelecidas para os Indicadores de Produção da parte fixa e variável, por meio de relatórios e planilhas de produção.

Se faz importante informar, que os dados técnicos do referente relatório são levantados até o dia 10 do mês subsequente, razão pela qual o prazo estipulado no subitem 2.36 do contrato de gestão vigente, torna inviável a disponibilização do relatório dentro do prazo, considerando o prazo para confecção e aprovação do conselho de administração. Desta feita, os relatórios em questão serão sempre disponibilizados no prazo máximo do 20º dia do mês subsequente.

O Instituto Gênnesis, vem ratificar o compromisso de sempre realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão, e coloca-se à disposição da SES/GO para sempre adotar melhorias frente à gestão do HESLMB.

Marta Selma da Silveira
Diretor Geral-HESLMB