

Unidade de Pronto Atendimento Rocinha

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE PRESTAÇÃO CONTAS ASSISTENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO 02/2021

Instituto Gnosis

Período: Agosto, Setembro e Outubro de 2022

Sumário

1. Introdução	3
2. Apresentação.....	4
3. Relatório Assistencial	6
3.1. Indicadores Qualitativos	6
3.1.1. INDICADORES CONTRATUALIZADOS – Variável 01	6
3.1.2. INDICADORES CONTRATUALIZADOS – Variável 02	11
3.1.3. INDICADORES CONTRATUALIZADOS – Variável 03	209
3.2 Indicadores Quantitativos	22
4. Considerações gerais.....	233

1. Introdução

A gestão da UPA Rocinha é feita pela Organização Social de Saúde Instituto Gnosis, por meio do Contrato de Gestão Nº 02/2021, celebrado entre o Município do Rio de Janeiro, por sua secretaria Municipal de saúde e a Organização Social Instituto Gnosis, com vistas a gestão de desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados a saúde de família no âmbito da área de planejamento 2.1 e UPA Rocinha, a contar do dia 01 do mês de abril no ano de 2021.

Cumprir destacar que o Instituto Gnosis tem como valor considerar que os indicadores qualitativos e quantitativos devem de fato avaliar a qualidade geral da assistência, com motivação e ênfase no cuidado centrado no paciente, qualidade da assistência e da informação. Os indicadores contratualizados são gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico, que conforme contrato de gestão estão divididos em três partes.

A parte variável do Contrato de Gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01 – Desempenho da gestão;**
- **Parte variável 02 – Desempenho assistencial;**
- **Parte variável 03 – incentivo institucional à Equipe;**

2. Apresentação

Na UPA durante o mês de agosto de 2022, foram acolhidos 4.703 pacientes na UPA da Rocinha, o que corresponde a 152 pacientes/dia na unidade. Do total de pacientes acolhidos, 110 pacientes (2%) sem o perfil de urgência e emergência, foram encaminhados para a atenção primária, pela enfermagem qualificada para esse fim, conforme orientação da SMS. A média de tempo de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como laranja foi de 14 minutos, amarelo foi de 11 minutos e dos pacientes classificados como verde foi de 17 minutos. O tempo médio geral de espera pelo atendimento médico, após a classificação de risco, foi de 14 minutos.

No mês de setembro de 2022, foram acolhidos 4.702 pacientes na UPA da Rocinha, o que corresponde a 142 pacientes/dia na unidade. Do total de pacientes acolhidos, 179 pacientes (4%) sem o perfil de urgência e emergência, foram encaminhados para a atenção primária, pela enfermagem qualificada para esse fim, conforme orientação da SMS. A média de tempo de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como amarelo foi de 9 minutos e dos pacientes classificados como verde foi de 16 minutos. O tempo médio geral de espera pelo atendimento médico, após a classificação de risco, foi de 10 minutos.

No mês de outubro de 2022, foram acolhidos 5.612 pacientes na UPA da Rocinha, o que corresponde a 169 pacientes/dia na unidade. Do total de pacientes acolhidos, 375 pacientes (7%) sem o perfil de urgência e emergência, foram encaminhados para a atenção primária, pela enfermagem qualificada para esse fim, conforme orientação da SMS. A média de tempo de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como amarelo foi de 9 minutos e dos pacientes classificados como verde foi de 19 minutos. O tempo médio geral de espera pelo atendimento médico, após a classificação de risco, foi de 14 minutos.

Melhorias implantadas na Unidade no período:

- Pintura das grades da unidade entre os pavimentos;
- Troca de cadeiras fixas e de rodinhas nos setores da unidade;
- Troca de chuveiro nos boxes nos banheiros masculino e feminino;
- Realização do corte de galhos das árvores no entorno da unidade;
- Troca dos ares do Consultório 1, Morgue, Refeitório e Arsenal Farmácia;
- Realização do serviço de manutenção (limpeza de filtros) dos ares-condicionados nos setores;
- Realização do reparo e teste no gerador;
- Realização da limpeza da área em comum do complexo, tirando o resto de galhos e folhas;
- Troca de lâmpadas antigas por novas de LED no complexo;
- Hidratação no piso emborrachado, para maior durabilidade e facilidade na limpeza;
- Adequação do sistema de incêndio;
- Troca de braçadeiras dos esfigmomanômetros;
- Troca de estetoscópios adulto e infantil;
- Recebimento de cadeiras de coleta para sala de hipodermia.
- Realização do corte de galhos das árvores no entorno da unidade;
- Troca da borracha da autoclave;
- Recebimento de cadeiras reclináveis nas salas internas;
- Reforma no piso do consultório 4;
- Troca de peças na usina de oxigênio e compressor do vácuo
- Troca de vacuômetros nas salas amarela e vermelha;
- Instalação de identificação visual na academia carioca;
- Desentupimento dos vasos sanitários dos banheiros de pacientes no 1º andar;
- Desentupimento de pia no banheiro masculino e chumbada da mesma;
- Retirada de entulhos pós-obra da área em comum da unidade;
- Troca de interruptor danificado no vestiário masculino;

- Reparo da Autoclave;
- Troca das estantes e bins das salas internas;
- Troca de roupeiro de aço para colaborador guardar pertences;
- Troca de baias da recepção;
- Troca de bandeiras na unidade (SUS, BRASIL E MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO)
- Recebimento parcial dos uniformes;
- Recebimento de mesas de cabeceira com mesa de refeição para os pacientes das salas internas.

3. Relatório assistencial

No relatório assistencial apresentamos as estatísticas quantitativas e qualitativas com análise de seus dados como também as metas pré-estabelecidas através do Contrato de Gestão.

3.1. Indicadores qualitativos

3.1.1. Indicadores contratualizados – Variável 01

Indicadores componentes da Variável 01 - DESEMPENHO DA GESTÃO			
Indicador		Fórmula	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x 100	Maior 90%
		Total de BAE analisados	
2	Índice absenteísmo	Horas líquidas faltantes x 100	Menor 3%
		Horas líquidas disponível	
3	Taxa de Turnover	Nº de Demissões + Nº de Admissões) / 2 x 100	Menor ou igual a 3,5
		Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)	
4	Treinamento hora homem	Total de horas homem treinados no mês	1,5 homem treinado /mês
		Número funcionários ativos no período	
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido p	Até o 5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas X 100	100%
		Total de situações com SINAN obrigatório	

Resultados:
1) Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.1	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x 100	Maior 90%	463	100%	466	100%	561	100%	100%
	Total de BAE analisados		463		466		561		

Indicador analisa 10% dos Boletins de atendimento, através do sistema TIMED, evidenciando que atingimos a meta, com resultado de 100 % de conformidade nos três meses referidos.

2) Índice absenteísmo

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.2	Horas líquidas faltantes x 100	Menor 3%	24	0,1%	411	1,6%	494	1,9%	1,2%
	Horas líquidas disponível		25.300		25.600		25.360		

Indicador compilado pelo setor de Recursos Humanos e de Departamento Pessoal do Instituto Gnosis para Gerenciar as horas perdidas, adequando aos custos previstos no Edital e analisado pelos gestores da unidade – UPA Rocinha. Observamos que atingimos a meta contratualizada nos referidos meses.

3) Taxa de Turnover

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.3	$\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{2} \times 100$	Menor ou igual a 3,5	4	2,6%	5	3,2%	0,5	0,3%	2,0%
	Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)		154		156		169		

Indicador compilado pelo setor de Recursos Humanos e de Departamento Pessoal do Instituto Gnosis para avaliar a eficácia do processo de gestão de pessoas e preservar as competências organizacionais e são mensalmente analisados pelos gestores da unidade. Observamos que atingimos a meta contratualizada em todo trimestre.

4) Treinamento hora homem

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.4	Total de horas homem treinados no mês	1,5 homem treinado /mês	342	2,2	352	2,3	340	2,0	2,2
	Número funcionários ativos no período		154		156		169		

Dados contabilizados através de listas de presença das capacitações realizadas na unidade. O indicador avalia a média de horas treinadas por colaborador da UPA, evidenciamos que atingimos um valor acima da meta em todos os meses.

5) Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido em contrato	Até o 5º dia útil	100%		100%		100%		100%

Os relatórios assistenciais são compilados e analisados pelos gestores da unidade UPA Rocinha junto ao apoio técnico e enviado à sede do Instituto Gnosis, mensalmente, dentro do prazo. Os relatórios financeiros são produzidos, elaborados e compilados pelo Instituto Gnosis e inseridos no painel OSINFO dentro do prazo. Além disso os indicadores são lançados também no painel de gestão (<https://osinfo1.prefeitura.rio>) até o quinto dia útil de cada mês.

Importante ressaltar que este indicador apresenta divergências no contrato de gestão, como descrito abaixo:

- Conforme citado no item 3.2. a prestação de contas se dará: “Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, **até o 10º dia útil de cada mês;**”

- Conforme item 2. “PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL: As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709 de 2013, improrogavelmente até o **10º dia útil do mês** subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.”

- Divergente do acordado em contrato com prazo de entrega até o 10º dia útil de cada mês, a meta do indicador vem descrita com prazo de entrega do mesmo relatório **até o 5º dia útil de cada mês**.

Foi enviado ofício à SMS e CAP detalhando a referida divergência, porém reforço que mesmo com a inconsistência, os dados são lançados no painel OSINFO1 improrogavelmente até o 5º dia útil de cada mês como descrito na meta do indicador.

6) Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.6	Número de fichas SINAN preenchidas X 100	100%	32	100,0%	41	100%	48	100%	100%
	Total de situações com SINAN obrigatório		32		41		48		

Indicador analisado e verificado pela coordenação médica e de enfermagem da unidade e compilado através de planilha alimentada e revisada diariamente pelo prontuário eletrônico para saber dos casos atendidos no dia anterior, conforme lista nacional de notificações. Evidenciando 100% de conformidade nas notificações e alcance da meta em todos os meses.

Média dos Indicadores componentes da Variável 01:

Evidenciamos que atingimos as metas dos seis (6) indicadores, cujas médias são:

- 1) Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades – 100% (meta > 90%);
- 2) Índice absenteísmo – 1,2 % (meta < 3%);
- 3) Taxa de Turnover – 2 % (meta < 3,5);

-
- 4) Treinamento hora homem – 2,2 h (meta 1,5);
 - 5) Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo – 100%;
 - 6) Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos – 100% (meta 100%).

3.1.2. Indicadores contratualizados – Variável 02

Indicadores para a Variável 02 - DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
Indicador		Fórmula	Meta
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	Nº de atendimentos médicos x 100	maior 70%
		Nº total de pacientes acolhidos	
2	Percentagem de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo	Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco x 100	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 min. Amarelo: ≤ 30 min. Verde: até 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária
		Total de pacientes classificados com risco	
3	Tempo de permanência na emergência	Σ do número de pacientes dia na observação	Menor 24 horas
		Número de saídas	
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 (sala amarela + vermelha) x 100	Menor 4%
		Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥ 24 (sala amarela + vermelha) x 100	Menor 7%
		Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepsis que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo < 2 horas na SEPSE x 100	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE	
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de AVC	
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST	

Resultados:
1) Percentagem de pacientes atendidos por médico

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.1	Nº de atendimentos médicos x 100	maior 70%	4.175	88,8%	4.402	93,6%	5.050	90%	91%
	Nº total de pacientes acolhidos		4.703		4.702		5.612		

Indicador extraído do sistema TIMED, evidenciando que alcançamos a meta de atendimentos médicos bem acima da meta contratualizada.

2) Percentagem de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.2	Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco x 100	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 min. Amarelo: ≤ 30 min. Verde: até 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária	Vermelho: Imediato Amarelo: 11 min. Verde: 17 min. Azul: Redirecionados à rede de atenção primária	100%	Vermelho: 0 Imediato Amarelo: 9 min. Verde: 16 min. Azul: Redirecionados à rede de atenção primária	100%	Vermelho: Imediato Amarelo: 09 min. Verde: 19 min. Azul: Redirecionados à rede de atenção primária	100%	100%
	Total de pacientes classificados com risco								

Indicador extraído do prontuário eletrônico, evidenciando que alcançamos a meta de atendimentos médicos conforme protocolo de classificação de risco, alcançamos o tempo médio de espera de todas as classificações.

Abaixo segue descrição detalhada de cada cor mês a mês para melhor compreensão dos dados:

Agosto					
Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório dos tempos de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	7	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
AMARELO	601	6846	11 minutos	≤ 30 min	100%
VERDE	3521	61805	17 minutos	≤ 60 min	100%
AZUL	110	Encaminhado	Encaminhado	≤ 24h	100%
Setembro					
Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório dos tempos de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	12	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
AMARELO	672	6.566	9 minutos	≤ 30 min	100%
VERDE	3.641	58.786	16 minutos	≤ 60 min	100%
AZUL	179	Encaminhado	Encaminhado	≤ 24h	100%
Outubro					
Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório dos tempos de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	12	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
AMARELO	584	5.730	9 minutos	≤ 30 min	100%
VERDE	4.356	84.173	19 minutos	≤ 60 min	100%
AZUL	375	Encaminhado	Encaminhado	≤ 24h	100%
META	Todos os tempos médios de espera deverão estar abaixo do tempo máximo estabelecido para cada risco.				

Importante ressaltar que este indicador também apresenta divergências entre o painel de gestão OSSINFO1 e o contrato de gestão 02.2021.

Conforme contrato de gestão Quadro III – Indicadores para a Variável 02 UPA, indicador 2:

“Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco x 100 / Total de pacientes classificados com risco”.

Este indicador tem o objetivo de medir o percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do prazo correto definido na classificação de risco.

Conforme Painel OSSINFO1, este único indicador está desmembrado em 4 (quatro) indicadores divididos por cada cor de classificação e que tem objetivo divergente do indicador contratual.

- **“Percentagem de pacientes atendidos por medico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo amarelo: Número de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco amarelo /Total de pacientes classificados com risco”.**
- **“Percentagem de pacientes atendidos por medico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo azul: Número de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco azul /Total de pacientes classificados com risco”.**
- **“Percentagem de pacientes atendidos por medico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo verde: Número de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco verde /Total de pacientes classificados com risco”;**
- **“Percentagem de pacientes atendidos por medico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo vermelho: Número de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco vermelho /Total de pacientes classificados com risco”.**

Conforme contrato de gestão o indicador tem o objetivo de medir o percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do prazo correto de atendimento conforme classificação de risco, da forma que o indicador está descrito no painel OSSINFO1 o indicador mede percentual de atendimento por cada cor, fora os critérios de classificação, o que não está definido em contrato. Além disso está com meta de 100% o que como ele mede o percentual de atendimento por cada cor não é possível atingir 100 % de forma individual. Solicitamos assim a revisão do indicador no painel OSSINFO1 e reforçamos que como evidenciado acima, a unidade atinge as metas de todas as classificações mensalmente.

3) Tempo de permanência na emergência

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.3	Σ do número de pacientes dia na observação	Menor 24 horas	135	1,7	142	2	169	1,98	2
	Número de saídas		78		71		85		

Indicador extraído do prontuário eletrônico, onde a meta é a permanência dos usuários por menos de 24 horas na unidade, não sendo possível atingir a meta todos os meses, visto que dependemos de liberação de vagas através do sistema SER para transferências dos pacientes para as unidades hospitalares.

A meta de permanência não é alcançada por causa compartilhada com a SMS devendo-se as complicações do quadro clínico / especificidade do tipo de leito / longo prazo para transferência / regulação dos pacientes pela Central de Regulação. A inserção do paciente no SER se dá a partir de 12 horas de observação na unidade. Os pacientes de maior tempo de permanência na unidade apresentam quadros de cardiopatia graves como Infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, insuficiência cardíaca descompensada levando a insuficiência respiratória aguda e necessidade de suporte ventilatório, descompensação de comorbidades prévias como: DM, IRC, DPOC, Neoplasias, BK, Imunodeprimidos e doenças vinculadas a vulnerabilidade social. Observamos um aumento do número de internações de pacientes com quadro de IAM e a falta de leitos e agendamento de procedimento para retaguarda desses pacientes, acarreta no aumento do tempo de permanência.

“Nos casos de permanência superior a 01 dia, a pontuação do indicador Tempo de Permanência na Emergência será devida caso a contratada comprove que houve tentativa oportuna de transferência de pacientes, através de planilha contendo: Iniciais dos pacientes com permanência superior às 24h, data e hora de internação, data e hora de inserção no SER, data e hora da saída, motivo da saída, diagnóstico.”

Solicitamos considerar à justificativa acima, pontuando esse indicador. Mensalmente é enviado a planilha evidenciando que os pacientes foram inseridos no SER em até 24h, mas que permaneceram tempo maior na unidade, por motivos extra unidade.

4) Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.4	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 (sala amarela + vermelha) x 100	Menor 4%	4	5,1%	1	1,4%	5	5,9%	4%
	Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)		78		71		85		

Indicador extraído do prontuário eletrônico, onde a meta não foi atingida em dois meses, sendo estes agosto e outubro. A Taxa de Mortalidade Institucional de agosto foi de 5,1%, em setembro 1,4% e outubro 5,9% do total dos pacientes em observação nas salas vermelha, amarela adulta e amarela pediátrica. O aumento dos óbitos no mês de outubro, nos leva a uma média trimestral de 4%.

Observamos que em sua maioria corresponderam à evolução para óbitos de pacientes com doenças de origem cardiovascular e insuficiência respiratória aguda, complicações decorrentes da infecção respiratórias e sépticas e ainda causas desconhecidas.

Este indicador mede o risco de mortalidade após 24 horas de internação, sendo que a gravidade dos pacientes e a complexidade do serviço interferem no resultado desse indicador, assim como o retorno da Central de Regulação através da disponibilização das vagas de observação para a unidade solicitante no tempo adequado. Conforme demonstrado no indicador de Tempo de Permanência na Emergência é possível demonstrar que esse prazo geralmente não é atendido pela Central de Regulação.

5) Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.5	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥ 24 (sala amarela + vermelha) x 100	Menor 7%	3	3,8%	2	2,8%	3	3,5%	3%
	Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)		78		71		85		

Indicador extraído do prontuário eletrônico, onde evidenciamos um baixo número de óbitos na unidade, sendo atingida nos meses de agosto, setembro e outubro. A Taxa de Mortalidade Institucional de agosto foi de 3,8%, em setembro 2,8% e outubro 3,5% do total dos pacientes em observação nas salas vermelha, amarela adulta e amarela pediátrica. A meta de menos de 7% de taxa de mortalidade em mais de 24 horas de atendimento, com uma média de 3% mês.

6) Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.6	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo < 2 horas na SEPSE x 100	100%	1	100%	5	100%	4	100%	100%
	Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE		1		5		4		

Indicador acompanhado diariamente, através de controle de dispensação de antibióticos, pela farmácia, em planilha Google, alimentada através de impressos de solicitação de antibioticoterapia venosa emitidas automaticamente pelo sistema TIMED. Conseguindo atingir a meta do indicador de início do tratamento em até duas horas após os diagnósticos de sepse em 100% dos casos.

7) Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.7	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100	100%	10	100%	1	100%	2	100%	100%
	Total de pacientes com diagnóstico de AVC		10		1		2		

Institucionalizado Protocolo de AVC com treinamento multiprofissional. Realizado monitoramento das vagas zero (em plataforma SUBPAV), com solicitações de Tomografias de Crânio e realizada busca ativa diária de todos os CIDs compatíveis com AVC em prontuário eletrônico, conseguindo assim atingir a meta, em todos os meses, de realização de tomografia em todos os pacientes com diagnóstico de AVC, atingindo 100% da meta.

8) Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.8	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados	100%	0	100%	0	100%	0	100%	100%
	Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST		0		0		0		

Institucionalizado Protocolo de Dor Torácica com treinamento multiprofissional na unidade, onde todos os pacientes com IAM são regulados em sistema SER como vaga zero e trombolizados após confirmação do diagnóstico de IAM com Supra de ST, sendo possível assim atingir a meta do indicador mensalmente.

Média dos Indicadores componentes da Variável 02:

Evidenciamos que atingimos as metas de seis (6) indicadores, dentre os oito (8), cujas médias no período são:

- 1) Percentagem de pacientes atendidos por médico – 91 % (meta > 70%);
- 2) Percentagem de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo - 100% (meta 100%);
- 3) Tempo de permanência na emergência – 2 (meta < 24 h);
- 4) Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h – 4 % (meta < 4%);
- 5) Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h – 3 % (meta < 7%);
- 6) Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas – 100% (meta 100%);
- 7) Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC – 100% (meta 100%);
- 8) Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST – 100% (meta 100%);

3.1.3. Indicadores contratualizados – Variável 03

Indicadores da Variável 03 - SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
Indicador		Fórmula	Meta
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	Nº de Questionários preenchidos x 100	Maior 15 %
		Total de pacientes em observação	
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100	Maior 85 %
		Total de Respostas efetivas	

Resultados:

1) Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
3.1	Nº de Questionários preenchidos x 100	Maior 15 %	39	50%	39	54,9%	35	41,2%	49%
	Total de pacientes em observação		78		71		85		

Indicador avalia a quantidade de pesquisas coletadas aos pacientes em observação da unidade com meta maior que 15%, onde ofertamos nossa pesquisa padronizada a todos os usuários nas salas de observação, alcançando um valor bem acima da meta solicitada em todo o trimestre.

2) Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

Nº	Fórmula	Meta	Agosto		Setembro		Outubro		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
3.2	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100	Maior 85 %	234	100%	234	100%	210	100%	100%
	Total de Respostas efetivas		234		234		210		

Indicador para avaliar o grau de satisfação dos pacientes nas salas de observação, onde compilamos os dados de satisfação referentes ao atendimento médico, atendimento da enfermagem, do serviço social, da equipe administrativa, da limpeza da unidade e sua observação geral da UPA. Evidenciamos a satisfação de 100% dos usuários que preencheram e optaram por participar da pesquisa, escolhendo a opção satisfeito ou muito satisfeito em todos os requisitos. Importante ressaltar que 90 % dos itens são selecionados a opção “muito satisfeito”.

Média dos Indicadores componentes da Variável 03:

Evidenciamos que atingimos as metas dos dois (2) indicadores, cujas médias no período são:

- 1) Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação – 49 % (meta:15%);
- 2) Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeito – 100 % (meta: 85%);

3.2. Indicadores Quantitativos

INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS					
A) Número de atendimentos total da unidade	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
Enfermagem	4.261	4.533	5.612	14.406	4.802
Clínica médica	3.567	3.664	4.390	11.621	3.874
Pediatria	608	738	660	2.006	669
Serviço social	1.015	815	1.123	2.953	984
CID mais frequentes	Z000 - Exame médico geral - 318	413 (Z000 - Exame médico geral)	J039 - Amigdalite aguda não especificada -	B349	B349
B) Desdobramentos desses atendimentos	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
Alta	78	71	85	234	78
Encaminhamento para rede básica	110	179	375	664	221
Permanência em leito de observação adulto e pediátrico	135	142	169	446	149
Transferência para internação	11	21	43	75	25
Óbito adulto e Criança	7	3	7	17	6
C) Transferências identificando:	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
Transferência Inter hospitalar– TIH eletiva	11	21	43	75	25
Vaga zero	19	14	10	43	14
Unidades de destino;	EVIDENCIADO EM PLANILHA SER				
Diagnóstico					
Data da inserção no sistema de regulação.					
D) Exames	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
D.1 Laboratório - Exame de emergência	1.383	1.554	1.834	4.771	1.590
D.2 Laboratório – Exames dos pacientes em observação	1.583	1.508	1.591	4.682	1.561
D.3 Imagem.	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
RX	269	289	378	936	312
E) Medicamentos Disponibilizados (cesta básica)	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
Qualitativo e quantitativo, data e horário. Visando avaliar se a dispensação se dá no horário em que a atenção primária não funciona.	EVIDENCIADO EM RELATORIO DE SAIDA DE PRODUTOS				
F) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
F.1 Pacientes que permaneceram na unidade;	4	2	2	8	3
F.2 Pacientes transferidos;	1	1	2	4	1
F.3 Pacientes submetidos a trombólise.	0	0	0	0	0
G) Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC	Agosto	Setembro	Outubro	Total	Média
G.1 Fizeram TC;	10	1	2	13	4
G.2 AVC isquêmico;	5	1	2	8	3
G.3 AVC hemorrágico.	5	0	0	5	2

Reforçamos que os dados quantitativos aqui descritos conforme contrato não possuem meta, porém são compilados e informados em relatórios mensais para ciência, análise e tomadas de ações necessárias, exatamente como descritos em contrato de gestão.

4. Considerações gerais

A unidade de Pronto Atendimento - UPA Rocinha - continua fazendo a diferença para a população do município do Rio de Janeiro e para a comunidade da Rocinha, mantendo sempre um atendimento digno de excelência e como exemplo de humanização e qualidade de atendimento.

Consideramos que a UPA está atuando para o atendimento pleno às expectativas das partes interessadas, humanizado na assistência integral à população e comprometido com a qualidade de vida e o desenvolvimento do seu colaborador. O trabalho contínuo em manter seus colaboradores atualizados é a integralidade do SUS, fazendo com que o compromisso da gestão traga aos usuários acesso à atenção primária, secundária e terciária. A gestão da UPA Rocinha encontra-se dentro de um complexo de atendimento e isso traz benefícios para seus usuários e temos o compromisso de melhor atendê-los.

Evidenciamos no relatório trimestral o alcance de 88% de todas as metas dos indicadores conforme contrato de gestão, dos 16 indicadores não atingimos a média trimestral de apenas dois indicadores. Importante esclarecer que a gestão da UPA tem se empenhado e se dedicado a manter as equipes motivadas e atuantes. Nossas limitações se estendem nos complexos quadros clínicos dos pacientes e por ser uma área de vulnerabilidade para doenças respiratórias e cardiovasculares, dependemos da disponibilidade da oferta de leitos na rede municipal.

Reforçamos a importância da atualização dos dois indicadores que se encontram divergentes do contrato de gestão no painel OSSINFO. Por fim, é necessário esclarecer que nossa unidade de atendimento de urgência e emergência executa hoje seus protocolos conforme a SMS, baseados no cuidado centrado ao paciente, que prioriza sempre a segurança do paciente e qualidade na entrega dos serviços de saúde ao usuário.

Atenciosamente.

Rio de Janeiro, 15 novembro de 2022.

Roberta Lopes

Apoiadora UPA Rocinha - Instituto Gnosis