

Unidade de Pronto Atendimento Rocinha

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE PRESTAÇÃO CONTAS ASSISTENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO 02/2021

Instituto Gnosis

Período: 2º trimestre de 2022

(Maio, Junho e Julho)

Sumário

1. Introdução	3
2. Apresentação.....	4
3. Relatório Assistencial	5
3.1. Indicadores Qualitativos	6
3.1.1. INDICADORES CONTRATUALIZADOS – Variável 01	6
3.1.2. INDICADORES CONTRATUALIZADOS – Variável 02	10
3.1.3. INDICADORES CONTRATUALIZADOS – Variável 03	17
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS	20

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.

Cumpre 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 maio de 2022, foram acolhidos 5.406 pacientes na UPA da Rocinha, o que corresponde a 128 pacientes/dia na unidade. Do total de pacientes acolhidos, 126 pacientes (3%) 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 05 minutos, amarelo foi de 11 minutos e dos pacientes classificados como verde foi de 21 minutos. O tempo médio geral de espera pelo atendimento médico, após a classificação de risco foi de 12 minutos.

No mês de junho de 2022, foram acolhidos 5.705 pacientes na UPA da Rocinha, o que corresponde a 154 pacientes/dia na unidade. Do total de pacientes acolhidos, 179 pacientes (3%) 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 06 minutos, amarelo foi de 12 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 12 minutos.

No mês de julho de 2022, foram acolhidos 5.590 pacientes na UPA da Rocinha, o que corresponde a 180 pacientes/dia na unidade. Do total de pacientes acolhidos, 112 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 03 minutos, amarelo foi de 08 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 10 minutos.

Melhorias implantadas na Unidade no período:

- Serviço de reforço na Dedetização e Desratização do Complexo;
- Serviço de instalação de “miolo” nas portas do Complexo;
- Serviço de troca do sistema de descarga dos banheiros dos pacientes e profissionais;

- Serviço de jardinagem, corte de grama e poda de árvores baixas no Complexo;
- Serviço de manutenção preventiva, limpeza de filtros e abastecimento de gás nos ares-condicionados da unidade;
- Serviço de reparo do piso na Sala Vermelha;
- Serviço de manutenção preventiva, reparo e teste no gerador;
- Serviço de limpeza da área em comum do Complexo, coletando resto de materiais inservíveis;
- Serviço de instalação de dobradiças e reforço na porta da sala de Raio-X;
- Serviço de instalação e automação do sistema da sala de Raio-X;
- Serviço de instalação e troca de lâmpadas LED no Complexo;
- Serviço de manutenção do piso emborrachado da unidade;
- Serviço de instalação de nova tranca na porta da sala de Raio-X;
- Serviço de reparo na vedação dos boxes dos banheiros feminino e masculino dos profissionais;
- Serviço de instalação e/ou troca de novo nobreak para os setores chaves na unidade;
- Serviço de troca de cabeamento para a sala de reunião, registro, classificação e painel.

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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.1	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x 100	Maior 90%	541	100%	563	100%	559	100%	100%
	Total de BAE analisados		541		563		559		

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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.2	Horas líquidas faltantes x 100	Menor 3%	34	0,1%	366	1,5%	79	0,3%	0,7%
	Horas líquidas disponível		24.240		23.970		24.940		

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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.3	Nº de Demissões + Nº de Admissões) / 2 x 100	Menor ou igual a 3,5	3,5	2,3%	4	2,4%	4,5	2,9%	2,5%
	Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)		164		167		155		

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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.4	Total de horas homem treinados no mês	1,5 homem treinado /mês	534	3,3	362	2,2	350	2,3	2,6
	Número funcionários ativos no período		164		167		155		

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	Maio		Junho		Julho		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, impreterivelmente 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 impreterivelmente 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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
1.6	Número de fichas SINAN preenchidas X 100	100%	18	100%	22	100%	25	100%	100%
	Total de situações com SINAN obrigatório		18		22		25		

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.

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 – 0,7 % (meta < 3%);
- 3) Taxa de Turnover – 2,5 % (meta < 3,5);
- 4) Treinamento hora homem – 2,6 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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.1	Nº de atendimentos médicos x 100	maior 70%	5.145	95,2%	5.154	90,3%	5.328	95,3%	94%
	Nº total de pacientes acolhidos		5.406		5.705		5.590		

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	Maio		Junho		Julho		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: 21 min. Azul: redirecionado à rede de atenção primária	100%	Vermelho: Imediato Amarelo: 12 min. Verde: 16 min. Azul: Redirecionados à rede de atenção primária	100%	Vermelho: Imediato Amarelo: 8 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.

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

Maio					
Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório dos tempos de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	8	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
LARANJA	25	130	5 minutos	≤ 15 min	100%
AMARELO	667	7.631	11 minutos	≤ 30 min	100%
VERDE	4413	93.812	21 minutos	≤ 60 min	100%
AZUL	126	Encaminhado	Encaminhado	≤ 24h	100%
Junho					
Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório dos tempos de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	17	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
LARANJA	16	108	6 minutos	≤ 15 min	100%
AMARELO	607	7.496	12 minutos	≤ 30 min	100%
VERDE	4470	102768	16 minutos	≤ 60 min	100%
AZUL	179	Encaminhado	Encaminhado	≤ 24h	100%
Julho					
Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório dos tempos de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	13	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
LARANJA	13	39	3 minutos	≤ 15 min	100%
AMARELO	704	6.332	8 minutos	≤ 30 min	100%
VERDE	4.571	88.062	19 minutos	≤ 60 min	100%
AZUL	112	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.

3) Tempo de permanência na emergência

Nº	Fórmula	Meta	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.3	Σ do número de pacientes dia na observação	Menor 24 horas	128	2	154	2	126	1,68	1,9
	Número de saídas		59		68		75		

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. Neste trimestre tivemos uma tendência positiva com redução do tempo, porém não atingimos a meta no trimestre. Entendemos que a meta não é alcançada por causa compartilhada com a SMS devendo-se ao longo prazo para transferência/regulação dos pacientes pela Central de Regulação. Os pacientes de maior tempo de permanência na unidade apresentam quadros de cardiopatia graves como Infarto Agudo do Miocárdio, Edema agudo de pulmão e insuficiência cardíaca descompensada levando a insuficiência respiratória aguda e necessidade de suporte ventilatório. Observamos um aumento do número de internações de pacientes com quadro de IAM.

“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.

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

Nº	Fórmula	Meta	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.4	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 (sala amarela + vermelha) x 100	Menor 4%	3	5%	7	10,3%	3	4%	6%
	Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)		59		68		75		

Atingimos a meta no mês de julho, que representa uma Taxa de Mortalidade Institucional de 4% do total dos pacientes em observação nas salas vermelha, amarela adulta e amarela pediátrica. Identificamos um aumento dos óbitos no mês de junho, nos levando a uma média trimestral de 6%.

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

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) $\geq 24h$

Nº	Fórmula	Meta	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.5	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥ 24 (sala amarela + vermelha) x 100	Menor 7%	0	0%	2	2,9%	0	0%	1%
	Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)		59		68		75		

Evidenciamos um baixo número de óbitos na unidade em relação aos pacientes em observação nas salas, não tivemos nenhum óbito em dois meses, atingindo a meta de menos de 7% de taxa de mortalidade em mais de 24 horas de atendimento, com uma média de 1% mês.

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

Nº	Fórmula	Meta	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.6	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo < 2 horas na SEPSE x 100	100%	0	100%	2	100%	1	100%	100%
	Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE		0		2		1		

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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.7	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100	100%	5	100%	3	100%	1	100%	100%
	Total de pacientes com diagnóstico de AVC		5		3		1		

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.

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

Nº	Fórmula	Meta	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
2.8	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados	100%	1	100%	0	100%	1	100%	100%
	Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST		1		0		1		

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.

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 – 94 % (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 – 1,9 (meta < 24 h);
- 4) Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h – 6 % (meta < 4%);
- 5) Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h – 1 % (meta < 7%);

6) Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse 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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
3.1	Nº de Questionários preenchidos x 100	Maior 15 %	35	27,3%	32	47%	53	69,70%	48%
	Total de pacientes em observação		128		68		76		

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	Maio		Junho		Julho		Média
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
3.2	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100	Maior 85 %	206	98,1%	189	98,4%	317	99,7%	98,7%
	Total de Respostas efetivas		210		192		318		

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 98,7% 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 – 48 % (meta:15%);
- 2) Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeito – 99 % (meta: 85%);

3.2. Indicadores Quantitativos



UNIDADE GERENCIADA: UPA Rocinha



Período: Maio, Junho e Julho de 2022

INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

A) Número de atendimentos total da unidade	Maio	Junho	Julho	Total	Média
Enfermagem	5.406	5.289	5.413	16.108	5.369
Clínica médica	4.067	4.180	4.365	12.612	4.204
Pediatria	1.077	974	962	3.013	1.004
Serviço social	437	584	837	1.858	619
CID mais frequentes	B349 - Infecção viral não espcificada	B349 - Infecção viral não especificada	B349 - Infecção viral não especifica	B349	B349
B) Desdobramentos desses atendimentos:	Maio	Junho	Julho	Total	Média
Alta	59	68	75	202	67
Encaminhamento para rede básica	126	179	112	417	139
Permanência em leito de observação adulto e pediátrico	128	154	126	408	136
Transferência para internação	19	9	9	37	12
Óbito adulto e Criança	3	9	3	15	5
C) Transferências identificando:	Maio	Junho	Julho	Total	Média
Transferência Inter hospitalar– TIH eletiva	17	9	9	35	12
Vaga zero	2	13	11	26	9
Unidades de destino;	EVIDENCIADO EM PLANILHA SER				
Diagnóstico					
Data da inserção no sistema de regulação.					
D) Exames	Maio	Junho	Julho	Total	Média
D.1 Laboratório - Exame de emergência	1.898	1.055	1.437	4.390	1.463
D.2 Laboratório – Exames dos pacientes em observaçã	1.339	1.976	1.780	5.095	1.698
D.3 Imagem.	Maio	Junho	Julho	Total	Média
RX	495	429	399	#REF!	#REF!
E) Medicamentos Disponibilizados (cesta básica) –	Maio	Junho	Julho	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	Maio	Junho	Julho	Total	Média
F.1 Pacientes que permaneceram na unidade;	6	2	3	11	4
F.2 Pacientes transferidos;	6	1	1	8	3
F.3 Pacientes submetidos a trombólise.	1	0	1	2	1
G) Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC	Maio	Junho	Julho	Total	Média
G.1 Fizeram TC;	5	3	1	9	3
G.2 AVC isquêmico;	5	2	0	7	2
G.3 AVC hemorrágico.	0	1	1	2	1

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.

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, seja nos projetos, seja na parte das capacitações.

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 no paciente, que prioriza sempre a segurança do paciente e a qualidade no atendimento.

Atenciosamente.

Roberta Lopes

Apoiadora UPA Rocinha - Instituto Gnosis