



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



3º TERMO ADITIVO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2014

RELATÓRIO MENSAL DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

ITEM III - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

ANEXO TÉCNICO III

Indicadores da Parte Fixa e Variável do Contrato

REFERÊNCIA - OUTUBRO/2017

Goiânia/GO

OUTUBRO/2017

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alberto Borges de Souza

Cesar Helou

Fernando Moraes Pinheiro

Joaquim Caetano de Almeida Netto

José Evaldo Balduino Leitão

José Evaristo dos Santos

Helca de Sousa Nascimento

Paulo Afonso Ferreira

Pedro Daniel Bittar

Vardeli Alves de Moraes

CONSELHO FISCAL

Alcides Rodrigues Júnior

Cyro Miranda Gifford Júnior

Gláucia Maria Teodoro Reis

DIRETORIA

Washington Cruz - Diretor Presidente

José Alves Filho - Vice-Diretor

Ruy Rocha de Macedo - Diretor Tesoureiro

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher - Superintendente Executivo

João Alírio Teixeira da Silva Júnior - Superintendente Técnico

Claudemiro Euzébio Dourado - Superintendente Administrativo e Financeiro

Divaina Alves Batista - Superintendente Multiprofissional

Fause Musse - Superintendente de Relações Externas

DIRETORIA DO HUGOL

Hélio Ponciano Trevenzol - Diretor Geral

Luiz Arantes Rezende - Diretor Técnico

Andréa Prestes - Diretora Administrativa

Luiz Carlos Junio Sampaio Teles - Diretor Financeiro

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO	4
2 – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	4
3 – ATIVIDADES REALIZADAS PELO HUGOL	4
METAS E INDICADORES – PARTE FIXA E VARIÁVEL	5
3.1 - PARTE FIXA	5
3.1.1 - Internação (Saídas Hospitalares)	5
3.1.2 – Atendimento às Urgências Referenciadas (Âmbito Hospitalar)	6
3.1.3 - Atendimento Ambulatorial	6
3.2. - PARTE VARIÁVEL	7
3.2.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	7
3.2.2 Atenção ao Usuário - Resolução de queixas e pesquisa de satisfação	8
3.2.3 Controle de Infecção Hospitalar	15
3.2.4 Taxa de Mortalidade Operatória	18

1 – APRESENTAÇÃO

Em consonância com o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO e a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, para o gerenciamento do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, faz-se nesta oportunidade a apresentação do **RELATÓRIO DE METAS E INDICADORES** referente ao mês de **Outubro de 2017**, de acordo com o Item III - Estrutura e Volume de Atividades Contratadas, página 29 e o ANEXO TÉCNICO III, página 36 e (3º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO).

A AGIR, gestora do HUGOL, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/05, Detém recertificação como **Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-SAÚDE)** pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.180, de 19 de novembro de 2015.

2 - IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Nome: Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL.

CNES: 7743068

Endereço: Rodovia GO 070, SN/ Km 05, Setor Santos Dumont, Goiânia – GO, CEP: 74.463-350.

Tipo de Unidade: Hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, especializado em média e alta complexidade em urgência/emergência cirúrgica (cirurgia geral, pediátrica, bucomaxilofacial, torácica, plástica para o centro de queimados, neurológica, vascular e ortopedia/traumatologia), médica (clínica geral, pediatria, cardiologia, gastroenterologia, urologia, neurologia, pneumologia, nefrologia, hematologia), medicina intensiva: adulta e pediátrica, unidade de queimados.

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

Gestão do Sistema: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

3 - ATIVIDADES REALIZADAS PELO HUGOL

Hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, especializado em média e alta complexidade e urgência/emergência, clínica cirúrgica (Cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia torácica, cirurgia plástica para o centro de queimados, cirurgia neurológica, cirurgia vascular e ortopedia/traumatologia) e clínica médica (clínica geral, pediátrica, cardiologia, medicina intensiva, pediátrica para o centro de queimados, urologia, neurologia, nefrologia, hematologia, vascular) e clínica de queimados, regulados pelo Complexo Regulador Estadual. Uma referência para a região metropolitana de Goiânia e todo o Estado de Goiás, com funcionamento 24 horas por dia, e

ininterruptamente.

METAS E INDICADORES – PARTE FIXA E VARIÁVEL

A seguir, serão apresentados indicadores da parte fixa e variável conforme o Terceiro Termo Aditivo Contratual que traz em sua nova modelagem percentuais, que correspondem a 90% e 10% do valor do custeio, respectivamente.

3.1 - PARTE FIXA

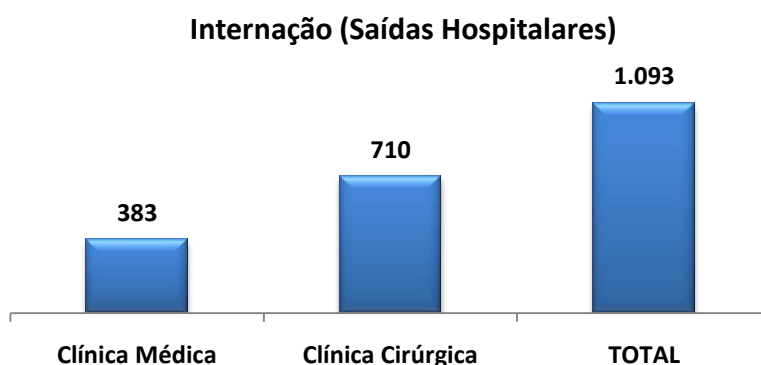
3.1.1 - INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)

O hospital deverá realizar um número anual de 11.000 saídas hospitalares, com variação de $\pm 15\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internação (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	TOTAL
Clínica Médica	237	237	237	237	237	237	237	237	237	237	2.370
Clínica Cirúrgica	863	863	863	863	863	863	863	863	863	863	8.630
TOTAL	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	11.000

Fonte: Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 03/2014 SES/GO

Gráfico I - Saídas Hospitalares - Outubro/2017



Fonte: Sistema MV

Corresponde a todas as saídas das unidades de internação (clínica médica e cirúrgica), o que compreende: alta (melhorada e a pedido), transferências externas e óbitos ocorridos no período. No mês de Outubro/2017, foram alcançadas 1.093 saídas (sendo destas 383 da clínica médica e 710 da clínica cirúrgica, o que corresponde ao cumprimento de 99% da meta contratada.

3.1.2 – ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (Âmbito Hospitalar)

Deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e deverá realizar um número de **atendimento de urgência anual de no mínimo 32.520 atendimentos**.

Atendimento de Urgência	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	TOTAL
TOTAL	3.252	3.252	3.252	3.252	3.252	3.252	3.252	3.252	3.252	3.252	39.024

Fonte: Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 03/2014 SES/GO

Gráfico II - Atendimento às Urgências - Outubro/2017



Fonte: Sistema MV

Entende-se por atendimento de Urgência/Emergência, a procura do serviço por pacientes que necessitam de intervenção imediata, com iminente risco de vida. No mês de Outubro/2017, o hospital realizou 3.628 atendimentos de Urgência/Emergência, correspondendo a 112% da meta contratada.

3.1.3 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial com consultas médicas anual de 20.000 consultas e 16.000 de consultas não médicas**, de acordo com a capacidade operacional do ambulatório.

Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	TOTAL
Consultas Médicas	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	24.000
Consultas Não Médicas	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	19.200
TOTAL	3.600	3.600	3.600	3.600	3.600	3.600	3.600	3.600	3.600	3.600	43.200

Fonte: Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 03/2014 SES/GO

Gráfico III - Atendimento Ambulatorial - Outubro/2017



Fonte: Sistema MV

O atendimento ambulatorial do HUGOL é destinado aos pacientes egressos da instituição, ou seja, dedica-se a todo paciente que recebeu alta hospitalar e que necessita de acompanhamento pós alta, para avaliação médica, da equipe multiprofissional e procedimentos diversos (curativos, retirada de pontos, entre outros). No mês de Outubro/2017, ocorreram 3.706 atendimentos ambulatoriais, correspondentes a 2.193 Consultas Médicas e 1.513 Consultas não-médicas (Equipe Multidisciplinar). Este montante, corresponde a 103% de atendimento à meta contratada.

3.2 - PARTE VARIÁVEL

A partir do mês de Outubro de 2017, estabelecem-se como indicadores qualitativos determinantes do repasse da parte variável:

- a. Autorização de Internação Hospitalar (25%)
- b. Atenção ao Usuário (25%)
- c. Controle de Infecção Hospitalar (25%)
- d. Mortalidade operatória (25%)

3.2.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é atingir a totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

O prazo para a entrega da informação é o dia 10 (dez) de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

Logo, para a prestação de contas do presente mês, devem ser observados os seguintes dados:

Total de AIH's apresentadas no mês $\geq$ Total de Saídas Hospitalares do Mês.

Assim: $1.440 \geq 1.093$.

Conforme demonstrado acima, o quantitativo de Autorizações de Internações Hospitalares - AIH's do mês totalizou 1.440, sendo assim superior ao número de saídas hospitalares do mês, conforme preconiza o aditivo contratual, desta forma, cumprindo a meta contratual. Segue relatório anexo, contendo o demonstrativo das AIH's apresentadas exclusivamente do mês de outubro, livres de críticas e reapresentações.

3.2.2 Atenção ao Usuário - Resolução de queixas e pesquisa de satisfação – A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

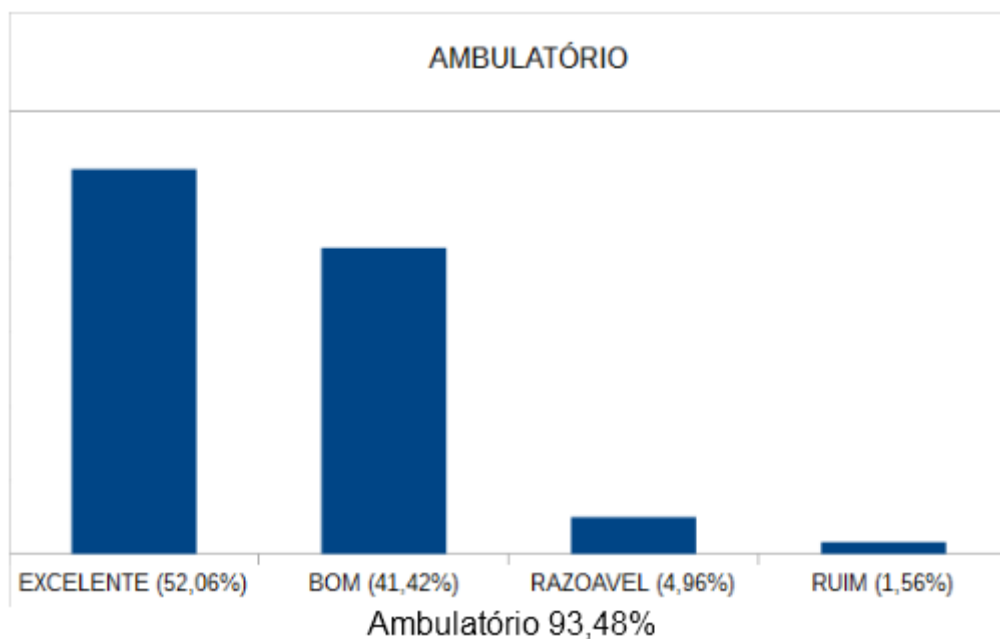
A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em amostra aleatória de pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.

A seguir apresentamos o relatório do índice de satisfação por áreas de internação e ambulatorial, realizado por pacientes e acompanhantes do HUGOL no mês de outubro/2017, conforme a metodologia explicitada a seguir.

A pesquisa de satisfação foi aplicada aos usuários dos serviços do HUGOL, pelos colaboradores do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diariamente, através de formulário padrão, sendo esse anônimo e verbal, apenas com identificação numérica, abrangendo as clínicas: ortopédica, médica, especialidades, cirúrgica, pediátrica, queimados, além dos pacientes que tiveram atendimento médico ambulatorial no período.

A seguir apresentamos gráficos com os índices de satisfação dos pacientes internados por áreas pesquisadas, relativos ao mês de outubro/2017. As pesquisas foram realizadas entre os dias 23 a 31 do mês.

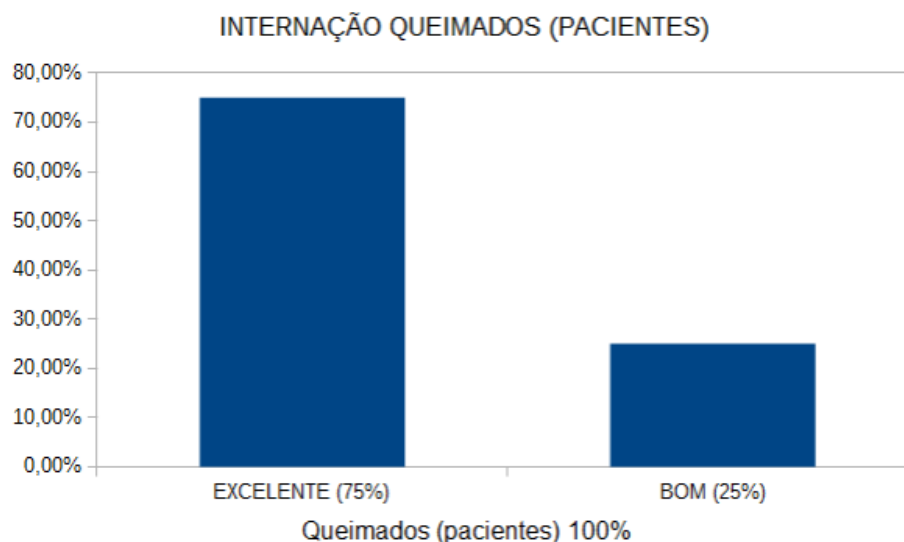
Gráfico IV - Pesquisa de Satisfação Ambulatório - Outubro/2017



Fonte: SAU/Ouvidoria

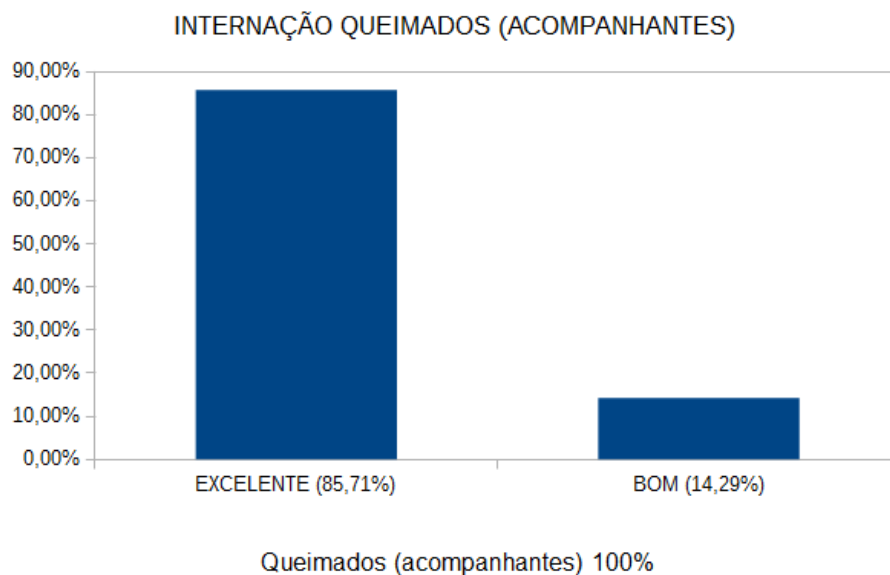
Para a realização da pesquisa no ambulatório, foram entrevistados 118 pacientes que passaram por atendimento médico no período, que atingiu um total de 93,48% de satisfação.

Gráfico V - Pesquisa de Satisfação Queimados (Pacientes) - Outubro/2017



Fonte: SAU/Ouvidoria

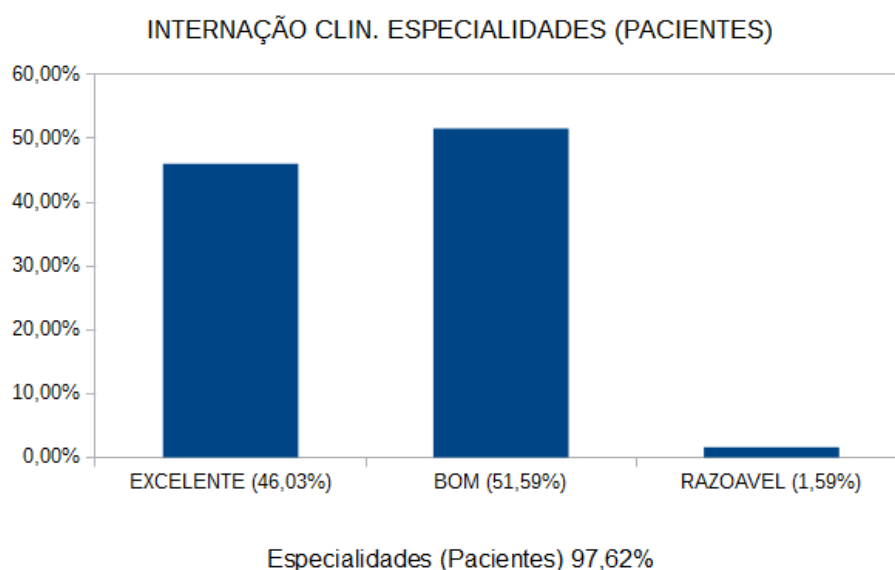
Gráfico VI - Pesquisa de Satisfação Queimados (Acompanhantes) - Outubro/2017



Fonte: SAU/Ouvidoria

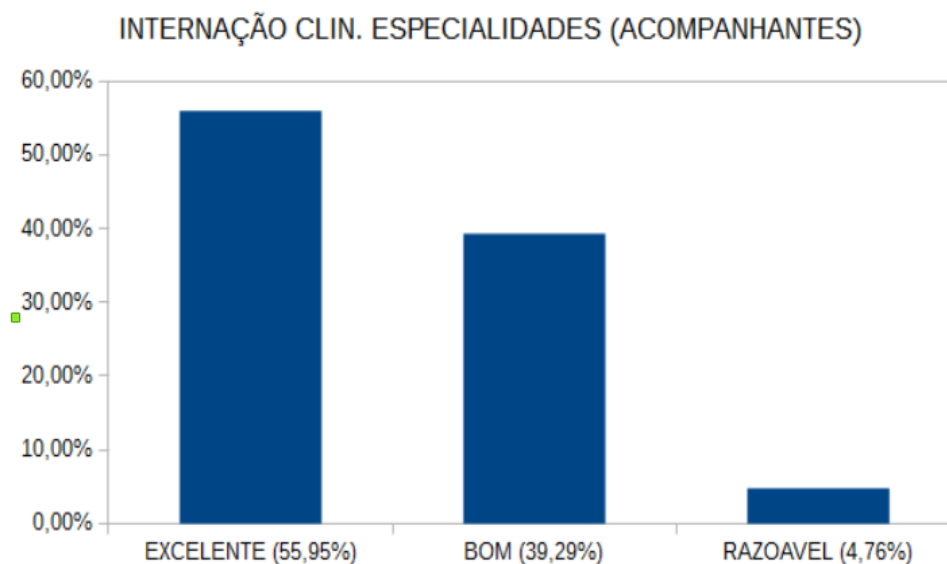
Na unidade de queimados, mesmo não tendo internações diretas no mês de Outubro/2017, a pesquisa foi realizada com pacientes já internados em período anterior, visto o perfil dos pacientes, que é de longa permanência.

Gráfico VII - Pesquisa de Satisfação Clínica de Especialidades (Pacientes) - Outubro/2017



Fonte: SAU/Ouvidoria

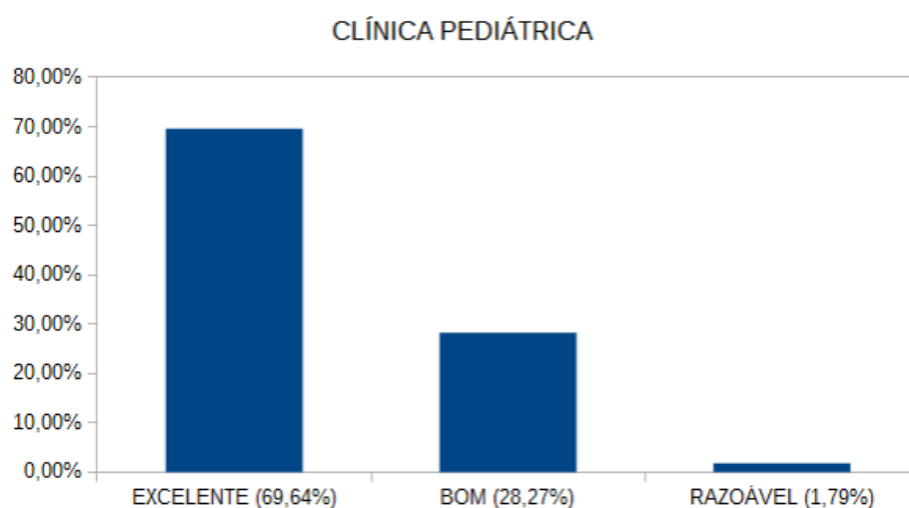
Gráfico VIII - Pesquisa de Satisfação Clínica de Especialidades (Acompanhantes) - Outubro/2017



Especialidade Acompanhantes: 95,24%

Fonte: SAU/Ouvidoria

Gráfico IX - Pesquisa de Satisfação Clínica Pediátrica - Outubro/2017

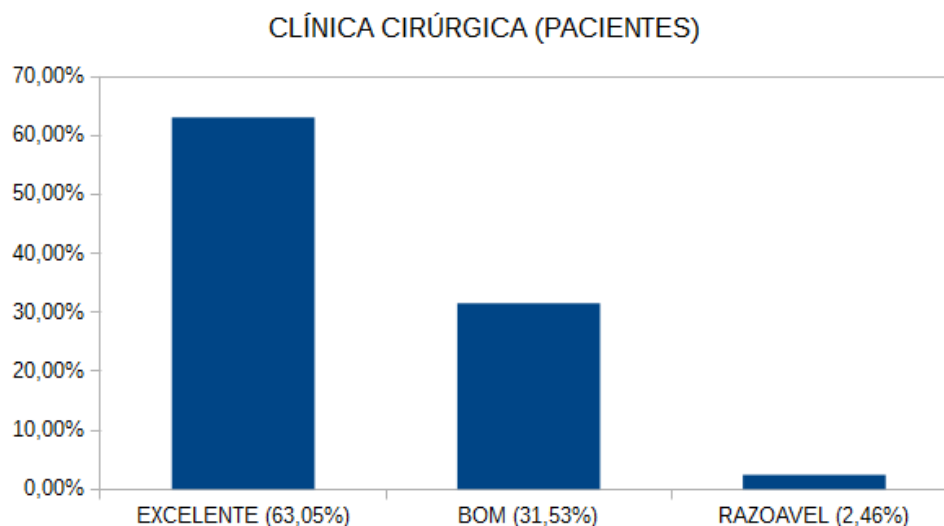


Pediatria (acompanhantes) 98,21%

Fonte: SAU/Ouvidoria

A pesquisa na pediatria é realizada apenas com acompanhantes, uma vez que os pacientes pediátricos não possuem capacidade de realizar as avaliações.

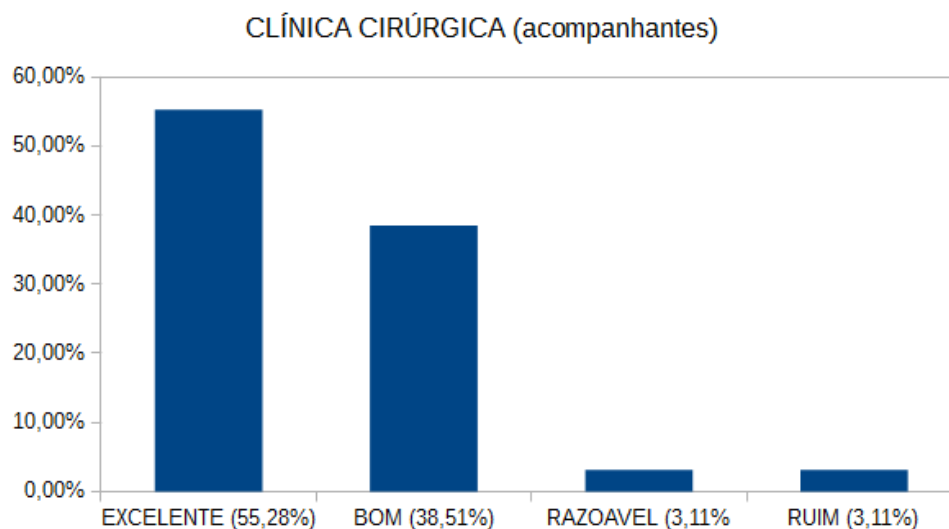
Gráfico X - Pesquisa de Satisfação Clínica Cirúrgica (Pacientes) - Outubro/2017



Cirúrgica (pacientes) 94,58%

Fonte: SAU/Ouvidoria

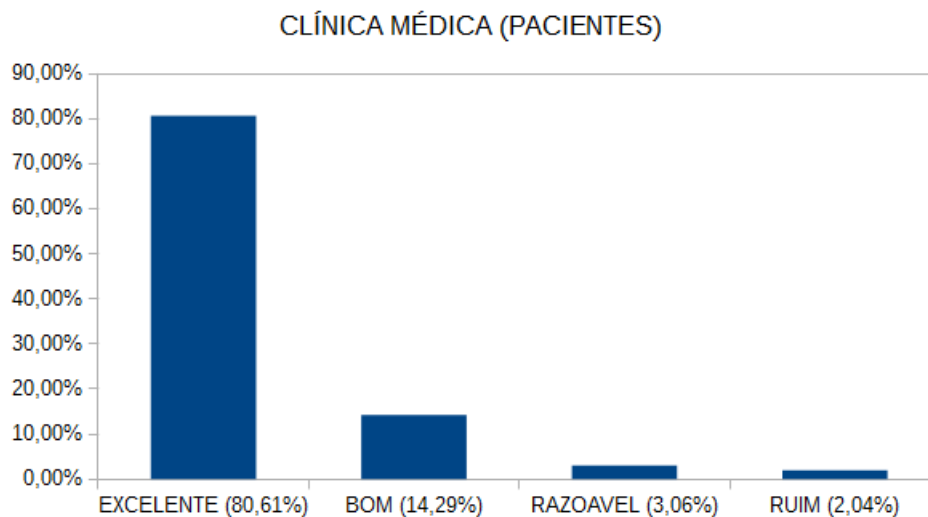
Gráfico XI - Pesquisa de Satisfação Clínica Cirúrgica (Acompanhantes) - Outubro/2017



Cirúrgica (acompanhantes) 93,79%

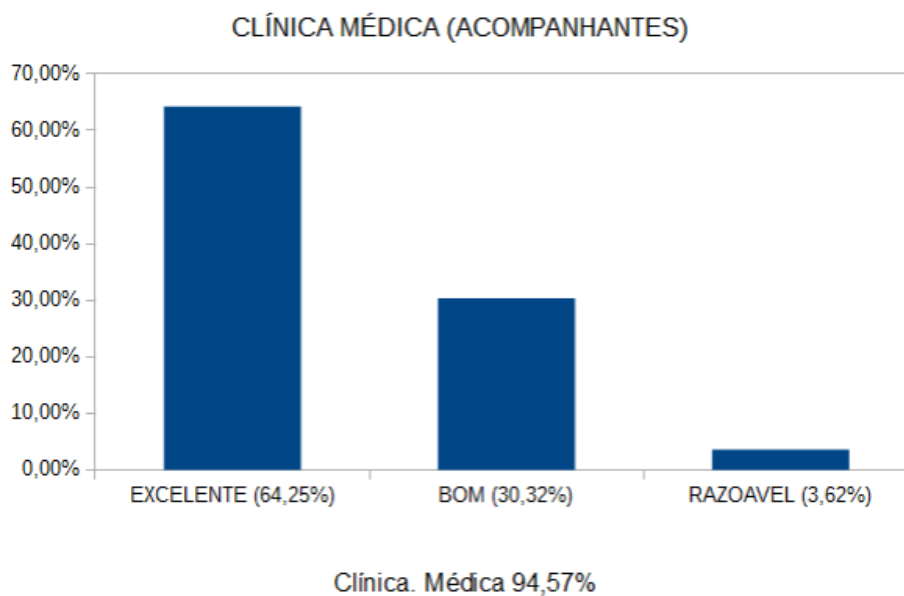
Fonte: SAU/Ouvidoria

Gráfico XII - Pesquisa de Satisfação Clínica Médica (Pacientes) - Outubro/2017



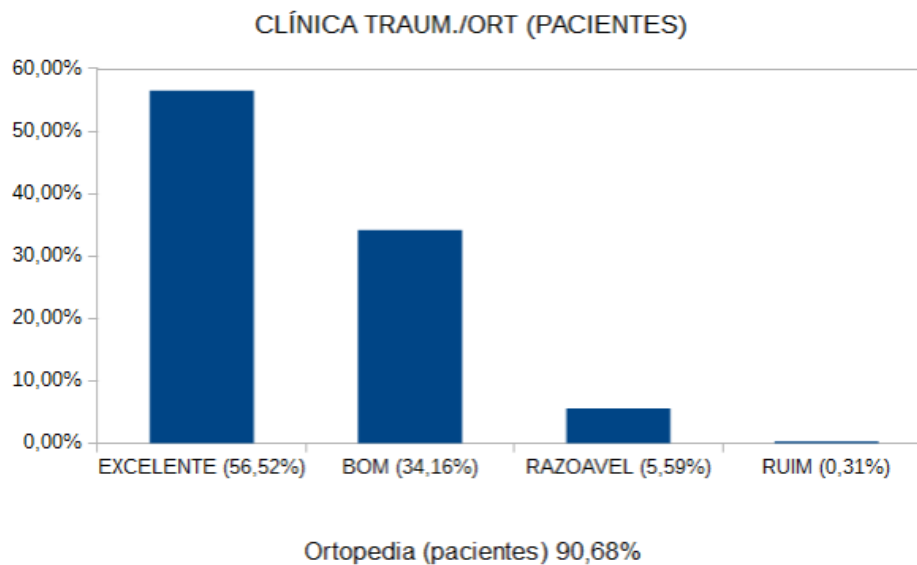
Fonte: SAU/Ouvidoria

Gráfico XIII - Pesquisa de Satisfação Clínica Médica (Acompanhantes) - Outubro/2017



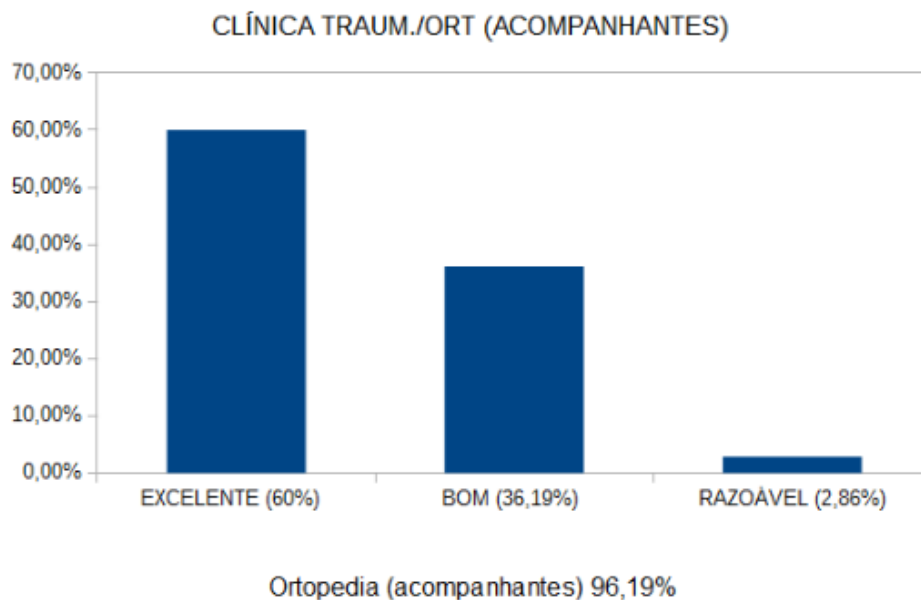
Fonte: SAU/Ouvidoria

Gráfico XIV - Pesquisa de Satisfação Clínica Traumato/Ortopedia (Pacientes) - Outubro/2017



Fonte: SAU/Ouvidoria

Gráfico XV - Pesquisa de Satisfação Clínica Traumato/Ortopedia (Acompanhantes) - Outubro/2017



Fonte: SAU/Ouvidoria

3.2.3 Controle de Infecção Hospitalar – A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10(dez) do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores que incluem:

- Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto;
- Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto;
- Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto.

O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH para a UTI Adulto que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

Definições:

- a. Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000;
- b. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000;
- c. Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

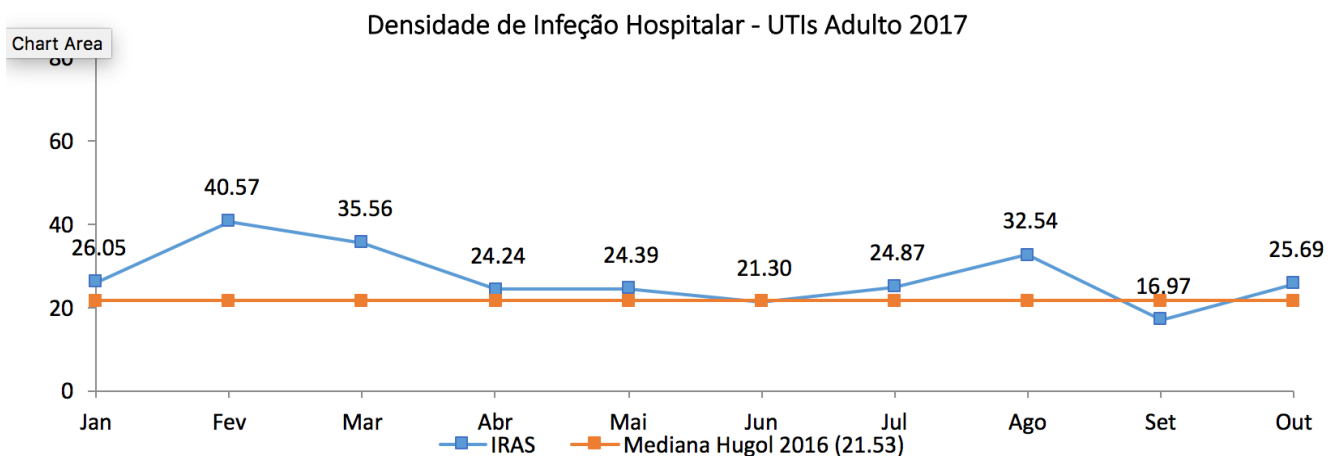
Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (*National Nosocomial Infection Surveillance System*) que é a metodologia utilizada pelo CDC (*Center for Disease Control*) EUA. As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepse clínicas.

RELATÓRIO – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

Os indicadores estabelecidos em aditivo contratual para o controle de infecção hospitalar, determinam que para a análise dos resultados do período, os dados devem ser comparados à mediana, neste caso, entendida como série histórica das unidades relacionadas. Desta forma, importante destacar, que na série histórica utilizada, relativa ao ano de 2016, bem como, nos dados dos meses de janeiro a setembro de 2017, existiam 29 leitos de UTI Adulto. A partir do mês de 01 de Outubro de 2017 (primeiro mês de prestação de contas com a nova modelagem), ocorreu a abertura de 20 leitos. Isso significa que, no mês de outubro, houve um aumento de 69% no número de leitos de UTI Adulto.

Seguem dados do ano de 2017, referentes às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, com foco em análises relativas ao mês de no mês de Outubro:

Gráfico XVI - Densidade de Infecção Hospitalar UTI Adulto - Outubro/2017

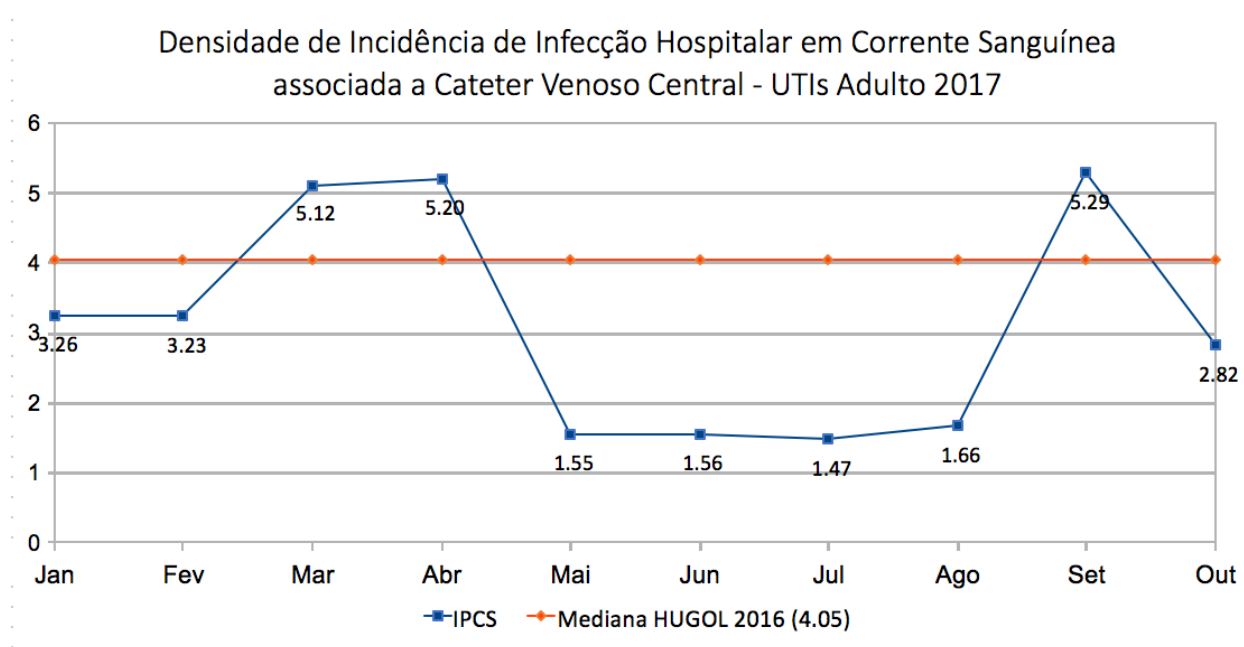


Em outubro de 2017 foi observado um aumento da densidade de incidência de IRAS acima da mediana de 2016. Observamos que o fato decorreu principalmente de infecções do trato respiratório – associadas ou não à ventilação mecânica e, estas corresponderam a aproximadamente 64% das IRAS das unidades de terapia intensiva:

- Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – 9 casos
- Pneumonia não associada à Ventilação Mecânica – 4 casos
- Traqueite – 8 casos

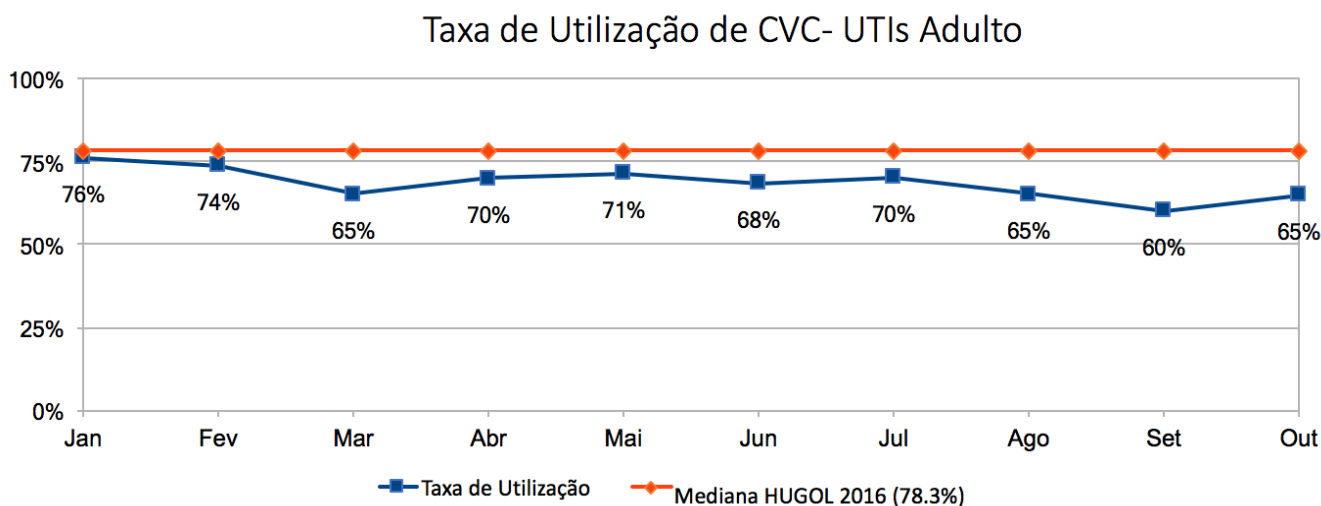
Tratativas: divulgação de dados para a equipe das UTIs, implantação de *bundle* de prevenção de PAV piloto em uma das unidades das UTIs, reforço de medidas e rotinas com a equipe, objetivando a redução das infecções respiratórias.

Gráfico XVII - Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a CVC em UTI Adulto - Outubro/2017



Em relação à Infecção de Corrente Sanguínea Associada à Cateter Venoso Central, observamos em outubro uma redução da densidade de incidência em relação ao mês de setembro. Em julho/agosto foi realizado abordagem com as equipes de enfermagem para adesão ao *check list* de acesso venoso central e em setembro, foi realizado treinamento com a equipe médica com foco no correto preenchimento e adesão ao *check list*, além de treinamento quanto aos princípios básicos de cuidados para inserção de cateter.

Gráfico XVIII - Taxa de Utilização de CVC em UTI Adulto - Outubro/2017



Em relação à Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central, em outubro mantivemos os dados abaixo da mediana de 2016 (78.3%) se comparando aos dados de 2017 (69.21%). Em 2017, conseguimos reduzir a taxa de utilização de acesso venoso central, em decorrência principalmente, da implantação de avaliação diária, pelo médico coordenador responsável. Foi implantado um *check list*, onde o profissional deve preencher dados relativos à necessidade de manutenção do cateter. O Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde - SCIRAs realiza a avaliação diária do tempo de permanência do CVC nas unidades.

3.2.4 Taxa de Mortalidade Operatória – O valor ponderal será de 25% em cada trimestre

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10(dez) do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia, acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA)* e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Definições:

- a. **Taxa de Mortalidade Operatória:** número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100;
- b. **Taxa de Cirurgias de Urgência:** número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

NOME	TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA
OBJETIVO	Monitorar o desempenho assistencial na área cirúrgica
META	Realizar relatório até o dia 10 do mês subsequente
FÓRMULA	Número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.
FONTE	MVPEP/ Comissão de Óbito

a) Taxa de Mortalidade Operatória:

Conforme determina o aditivo contratual, a taxa de mortalidade operatória é obtida a partir do número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico, classificado por ASA no mês, dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100. Assim temos:

$$\text{Nº de Óbitos até 07 dias por ASA} / \text{Nº total de Cirurgias} \times 100$$

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no centro cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais, nos quais constem a taxa de mortalidade operatória, com a análise deste índice, elaborada pela Comissão de Óbitos e a taxa de cirurgias de urgência.

Para o cálculo do referido indicador, foram levantados os dados do total de cirurgias do período, e óbitos por classificação ASA por meio do MV Soul, sistema utilizado no HUGOL. A partir do levantamento, a Comissão de Óbito realizou a análise crítica e considerações quanto ao resultado.

Apresentamos a seguir quadro com a estratificação dos dados e análise crítica:

MÊS	Outubro/2017
NÚMERO DE CIRURGIAS	780
TOTAL DE ÓBITOS	72
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	20
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	4
ÓBITOS ASA 3	10
ÓBITOS ASA 4	6
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	2,56%

Fonte: DPLAN/SUPCI - HUGOL

Análise Crítica:

Dos 72 óbitos no mês, 20 ocorreram dentro do período de sete dias após a realização do procedimento cirúrgico. A seguir apresentamos um breve relato sobre cada caso.

1. Paciente A. P. S, prontuário 76342, 76 anos, foi a óbito após 04 dias de cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Hematoma Intracerebral, evoluiu com piora clínica, insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica sem resposta a drogas vasoativas. CID do óbito: Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico, ASA 4;

2. Paciente G.M.V, prontuário 771100, 68 anos, foi a óbito no intraoperatório de: Aneurismectomia de Aorta Abdominal Infra Renal. CID do óbito: Aneurisma de Aorta Abdominal Roto, ASA 3;

3. Paciente A.F.S, prontuário 67631, 88 anos foi a óbito após 05 dias de cirurgia: Artroplastia Parcial de Quadril, evoluiu com piora do quadro respiratório e PCR (parada cardio respiratória). CID do óbito: Septicemia não especificada, encaminhada ao IML, ASA 3;

4. Paciente F.M.O, prontuário 53104, 77 anos, foi a óbito após 05 dias de cirurgia: Instalação de tração esquelética em membro inferior (fratura de fêmur), evolui com bradicardia seguida de PCR. CID do óbito: Pneumonia devida a Streptococcus Pneumoniae, ASA 2;

5. Paciente A.M.S, prontuário 77245, 65 anos, foi a óbito após 04 dias de cirurgia: Craniotomia descompressiva, evolui com PCR sem sinais de que permitam reversão com livores, sem perfusão a drogas vasoativas. CID do óbito: Outras Septicemias Especificadas, ASA 4;

6. Paciente R.A.Q, prontuário 77707, 78 anos, foi a óbito após 02 dias de cirurgia: Laparotomia Exploradora, evoluiu com bradicardia e PCR. CID do óbito: Abdome Agudo (úlcera gástrica aguda com perfuração), ASA 4;

7. Paciente M.S.L, prontuário 76483, 35 anos, foi a óbito após 02 dias de cirurgia: Queimaduras Múltiplas + Tratamento Cirúrgico de Lesões Extensas com perda de Substância Cutânea (realizado, vários procedimentos cirúrgicos anteriores, sendo o primeiro deles no dia 28/10/2017), evoluiu com choque séptico refratário às medidas de estabilização hemodinâmica (hipercalemia + acidemia) e PCR. CID do óbito: Queimaduras Múltiplas Ultrapassando o segundo grau, encaminhado ao IML, ASA 2;

8. Paciente D.R.F, prontuário 77143, 73 anos, foi a óbito após 04 horas de cirurgia de: calculose de via biliar com colangite + coledocotomia (realizado cirurgia anterior de Laparotomia Exploradora por abdome Agudo no dia 10/10/2017), evoluiu com instabilidade hemodinâmica e PCR. CID do óbito: Síndrome do Choque Tóxico, ASA 3;

9. Paciente J.A.C, prontuário 77608, 43 anos, foi a óbito após 04 dias de cirurgia de: Traqueostomia (realizado cirurgia anterior de artrodese cervical + ressecção de um corpo vertebral cervical + dissectomia cervical no dia 09/10/2017), evoluiu com choque refratário a drogas vasoativas e suporte invasivo de vida levando a PCR. CID do óbito: Fratura da Coluna, nível não especificado, encaminhado ao IML, ASA 2;

10. Paciente A.R.P, prontuário 75903, 72 anos, foi a óbito após 01 dia de cirurgia de: Queimaduras Múltiplas de Terceiro Grau + Tratamento cirúrgico de lesões extensas com perda de substâncias cutâneas (realizado vários procedimentos cirúrgicos anteriores sendo o primeiro deles dia 24/09/2017), evoluiu com piora ventilatória e instabilidade hemodinâmica levando a PCR. CID do óbito: Septicemia não Especificada, encaminhado ao IML, ASA 4;

11. Paciente G.P.L, prontuário 77357, 94 anos, foi a óbito após 05 dias de cirurgia de: Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocanteriana de Fêmur, evoluiu com choque séptico refratário a drogas vasoativas e PCR. CID do óbito: Septicemia não Especificada, encaminhado ao IML, ASA 3;

12. Paciente I.L.A, prontuário 78470, 27 anos, foi a óbito após 02 dias de cirurgia de: Tratamento Cirúrgico de Hematoma Subdural Agudo, evoluiu com morte encefálica. CID do óbito: Edema Cerebral Traumático, encaminhada ao IML, ASA 3;

13. Paciente R.B.T, prontuário 78092, 77 anos, foi a óbito após 07 dias de cirurgia de: Embolectomia Arterial de Membro Inferior, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e choque refratário cardiogênico. CID do óbito: Choque Cardiogênico (Embolia e Trombose de artérias dos Membros Inferiores), ASA 3;

14. Paciente S.L.S, prontuário 74036, 77 anos, foi a óbito após 03 dias de cirurgia de: Gastrostomia Endoscópica, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e PCR. CID do óbito: Infarto Agudo do Miocárdio Não Especificado, ASA 3;

15. Paciente A.M.S, prontuário 78426, 58 anos, foi a óbito após 03 dias de cirurgia de: Enterectomia + Colostomia (realizou procedimento anterior de herniorrafia com ressecção intestinal no dia 15/10/2017), evoluiu com instabilidade hemodinâmica e PCR. CID do óbito: Doenças Infecciosas, ASA 3;

16. Paciente S.S.C, prontuário 79348, 85 anos, foi a óbito após 5 horas e 30 minutos de cirurgia de: Colectomia Parcial + Colostomia + Colecistectomia, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e PCR. CID do óbito: Abdome Agudo (Transtornos vasculares agudo do intestino), ASA 4;

17. Paciente M.I.M.R, prontuário 78959, 68 anos, foi a óbito após 05 dias de cirurgia de: Laparotomia exploradora + Colostomia + Colectomia Parcial, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e PCR. CID do óbito: Insuficiência Respiratória Aguda, ASA 2;

18. Paciente M.G.P, prontuário 79473, 92 anos, foi a óbito após 01 dia de cirurgia de: Gastrorrafia + Epiploplastia (Abdome Agudo e Úlcera Gástrica Crônica), evoluiu com instabilidade hemodinâmica, acidose metabólica e PCR. CID do óbito: Choque não especificado, ASA 4;

19. Paciente D.B.R, prontuário 79447, 62 anos, foi a óbito após 03 dias de cirurgia de: Embolectomia Arterial de Membro Inferior, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, hipoglicemia e PCR. CID do óbito: Choque não especificado, ASA 3;

20. Paciente G.G.A, prontuário 79905, 75 anos, foi a óbito após 06 horas e 15 minutos de cirurgia de: Laparotomia Exploradora + Colostomia (Abdome Agudo), evoluiu com instabilidade hemodinâmica, choque e PCR. CID do óbito: Choque não especificado, ASA 3.

O quantitativo de óbitos referentes ao mês de outubro de 2017, foi de 72 pacientes. Em análise às cirurgias realizadas, informamos que 780 pacientes foram submetidos a procedimentos. Destes, 20 evoluíram a óbito em até 7 dias após a realização do ato operatório, sendo a Taxa de Mortalidade Operatória de 2,56%.

Dos 20 óbitos informados, foram estratificados na classificação ASA da seguinte forma:

- ASA 1 – 0 pacientes– que corresponde a 0% dos óbitos;
- ASA 2 – 4 pacientes– que corresponde a 20% dos óbitos;
- ASA 3 – 10 pacientes – correspondendo a 50% dos óbitos;
- ASA 4 – 6 pacientes – correspondendo a 30% dos óbitos;
- ASA 5 – 0 pacientes– que corresponde a 0% dos óbitos.

Observa-se que 50% dos óbitos estratificados, estão classificados em Asa 3, somados aos 30% classificados em ASA 4, chegamos a 80% dos óbitos. Levando-se em consideração a gravidade do atendimento e a complexidade dos pacientes que evoluíram a óbito e que eram em sua maioria idosos (8 pacientes com idade acima de 60 anos) e com média de óbito de 3 dias após o procedimento cirúrgico, conclui-se que o perfil dos pacientes submetidos às cirurgias, foi na maioria dos casos, determinante para a ocorrência dos óbitos.

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

O 3º Termo Aditivo Contratual, entende como Taxa de Cirurgias de Urgência o número de cirurgias de urgência realizadas no mês, dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicando por 100. Assim temos:

$\text{Número total de cirurgias urgência mês} / \text{Número total de cirurgias mês} \times 100$

Para demonstração dos dados relativos ao mês de outubro/17, segue quadro:

MÊS	Outubro/2017
NÚMERO DE CIRURGIAS	780
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	488
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	63%

Fonte: DPLAN - HUGOL

Observa-se que 63% das cirurgias realizadas no período, relacionam-se às cirurgias de urgência. Importante destacar que o hospital recebe diariamente um grande número de vítimas de traumas diversos, onde existe a necessidade imediata da realização dos procedimentos cirúrgicos.