



BOOK
RESULTADOS DE
DESEMPENHO
ASSISTENCIAL
2022/1

QUALIDADE E SEGURANÇA
HOSPITAL ESTADUAL
DR. JAYME SANTOS NEVES



SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Satisfação do Cliente Externo	04
2.1 Percentual de Satisfação do Cliente Externo	04
3. Parto Adequado	05
3.1 Percentual de Partos Normais	05
4. Protocolo de Prevenção à Queda	06
4.1 Incidência de Queda	06
5. Protocolo de TEV (Tromboembolismo Venoso)	07
5.1 Adesão ao Protocolo de TEV	07
5.2 Índice de Profilaxia oferecida em conformidade ao Protocolo de TEV	08
6. Time de Resposta Rápida	09
6.1 Código Amarelo	09
6.2 Código Azul	10
7. Prevenção e Controle de Infecção	11
7.1 Incidência de Infecção do Trato Urinário associada à Sonda Vesical	12
7.2 Incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica	13
8. Protocolo SEPSE	14
8.1 Percentual de Letalidade por Sepsis e Choque Séptico	14

INTRODUÇÃO

A excelência em uma organização está relacionada à sua capacidade de persistir em seus propósitos. O setor da Qualidade busca manter constante harmonia entre os processos, realizando suas atividades com base nos fundamentos de Gestão da Qualidade e na busca dinâmica e incansável de práticas inovadoras que garantam o desenvolvimento da organização, dos líderes e funcionários, com foco na segurança do paciente, sempre orientados por processos que mantêm e aprimoram a **Excelência em Gestão**.

O Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN) tem um histórico de Qualidade desde 2013 quando iniciou sua atuação, bem como o projeto de acreditação hospitalar, conquistando a Certificação Hospitalar (ONA nível 2 e ISO 9001:2008) em 2015. Desde então a instituição busca atender os padrões e requisitos exigidos, com o intuito de promover a qualidade e a segurança da assistência. Atualmente é acreditado ONA nível 3 sendo qualificado na condição de Acreditado com Excelência, isso é fruto do engajamento da Alta Direção, Gestores, Corpo Clínico e Funcionários competentes e comprometidos com o processo de transformação, envolvendo aspectos técnicos e, principalmente, humanos / comportamentais.

Anualmente, a instituição recebe visitas para manutenção do certificado ONA nível 3. E junto à comunidade o hospital é frequentemente lembrado com carinho, em 2021 e 2022 recebeu o prêmio Excelência em Saúde, como o melhor hospital público e maternidade pública e o Marcas Ícones, ambos da Rede Vitória de comunicação, e o 2º lugar no 30º Recall de Marcas da Rede Gazeta (segmento Hospital) em 2022.



Ao longo dos anos, a instituição vem adquirindo maturidade institucional, melhorando a eficiência operacional e conseqüentemente o desempenho hospitalar. Com um perfil há nove anos tão claramente definido, no mês de março de 2020, o hospital se tornou referência para o atendimento aos pacientes vítimas da pandemia COVID-19 / SRAG (confirmados ou suspeitos), perfil esse definido pela SESA. Além do atendimento na Maternidade e UTIN de alto risco e Queimados. Em 2021, foi referência em COVID-19 / SRAG, atendimento referenciado de Abdômen Agudo e Ortopedia (cirurgia de mão), Maternidade e UTIN de alto risco e Queimados. E em 2022 a partir de abril, referência em atendimento referenciado de Urgência e Emergência de Abdômen Agudo, Vascular e Traumas Neurológicas e Ortopédicas, Maternidade e UTIN de alto risco, Queimados e Clínica Médica.

O monitoramento dos indicadores assistenciais permite a avaliação da eficiência institucional e promove a melhoria contínua. A sua divulgação estimula a transparência e troca de experiências para que o HEJSN mantenha o nível de excelência na qualidade técnica. O objetivo deste Book de Indicadores é promover a divulgação dos resultados assistenciais, por meio dos indicadores a seguir.

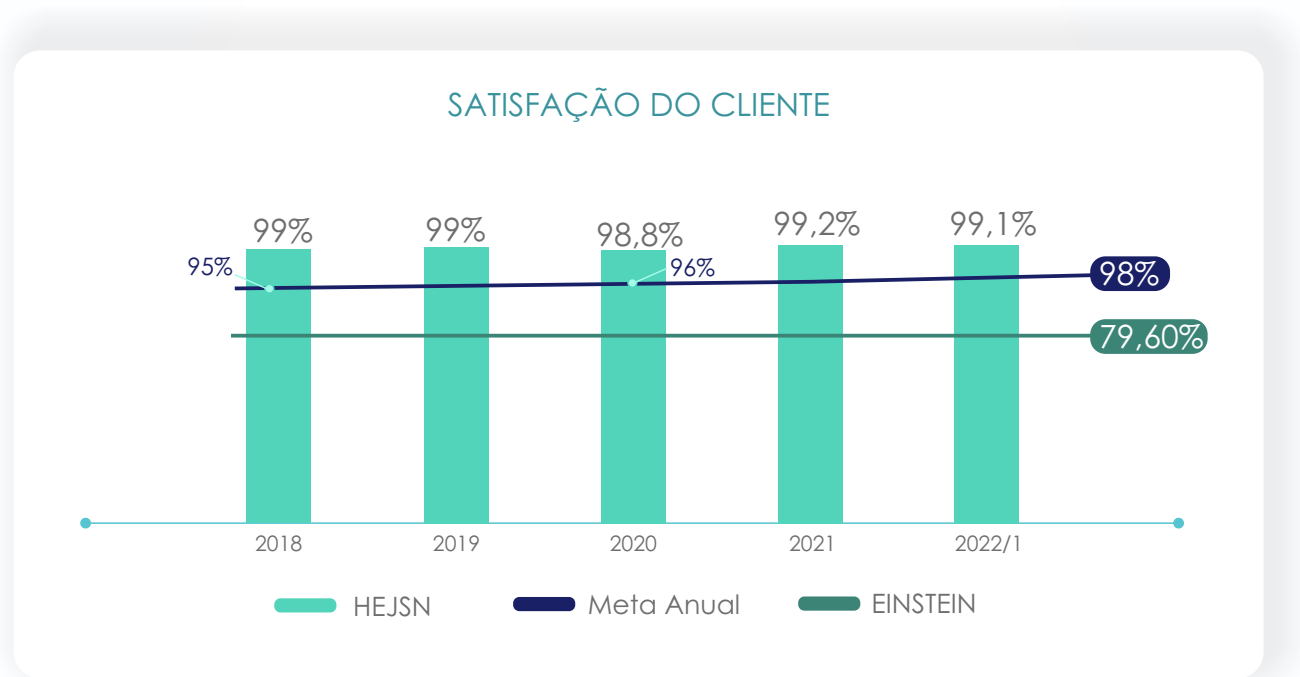
SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO

Coerente com o compromisso de prestar uma assistência de qualidade e excelência, o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves além de possuir locais específicos para avaliação da satisfação do usuário, realiza busca ativa para mensurá-la e buscar melhorias no serviço prestado.

Este indicador avalia a satisfação e a fidelidade dos clientes da empresa, por meio de checklist específico, identificando o percentual da soma dos itens classificados como satisfeito e muito satisfeito.

Objetivo: Quanto MAIOR, melhor.

Benchmarking: Relatório do Hospital Einstein 2021: 79,60%.



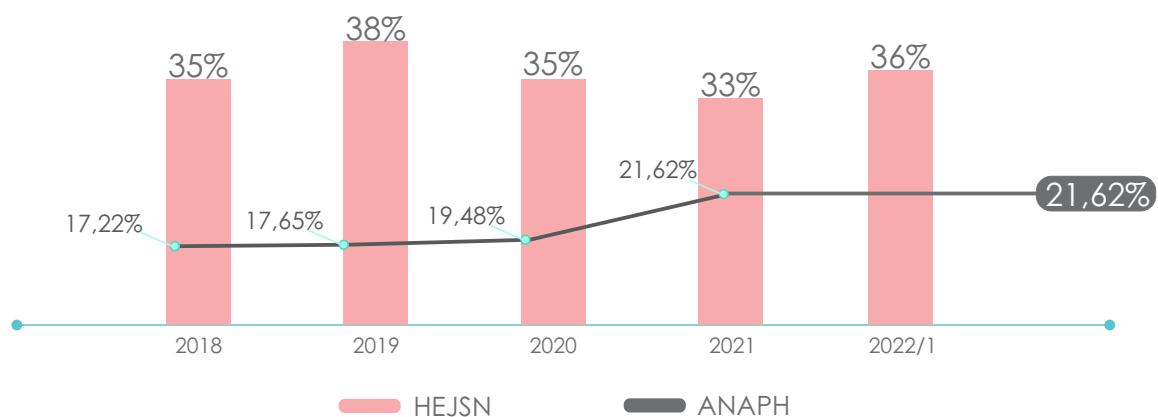
PARTO ADEQUADO

O parto é um processo fisiológico e natural que pode ser vivenciado sem complicações pela maioria das mulheres e bebês. Contudo, estudos mostram que uma proporção substancial de mulheres grávidas saudáveis sofre pelo menos uma intervenção clínica durante o parto e o nascimento. Elas também são frequentemente submetidas a intervenções de rotina desnecessárias e potencialmente prejudiciais. Portanto, em 2018 a OMS emitiu recomendações para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias. Uma das principais recomendações é que as equipes médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações. A OMS afirma que a crescente medicalização dos processos normais de parto está prejudicando o protagonismo da mulher para dar à luz e impactando negativamente na experiência do nascimento.

Seguindo as recomendações da OMS, o HEJSN, referência em Gestação de Alto Risco Materno e Fetal do Espírito Santo, incentiva a realiza o do parto normal sempre que possível e desejável, propiciando um ambiente acolhedor e humanizado para as pacientes. O indicador abaixo mostra o percentual de partos normais realizados, identificando o número de partos normais frente a todos os partos realizados na institui o.

Objetivo: Quanto MAIOR, melhor.
Benchmarking: ANAPH 2021: 21,62%

% DE PARTOS NORMAIS



PROTOCOLO DE PREVENÇÃO À QUEDA

Conforme definição do Ministério da Saúde, queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

As quedas são eventos que podem causar lesões em pacientes hospitalizados. Sua incidência no ambiente hospitalar varia conforme o tipo de paciente atendido. Idosos, pessoas com distúrbios de marcha ou equilíbrio, rebaixamento do nível de consciência e em uso de determinados medicamentos estão mais propensos a quedas.

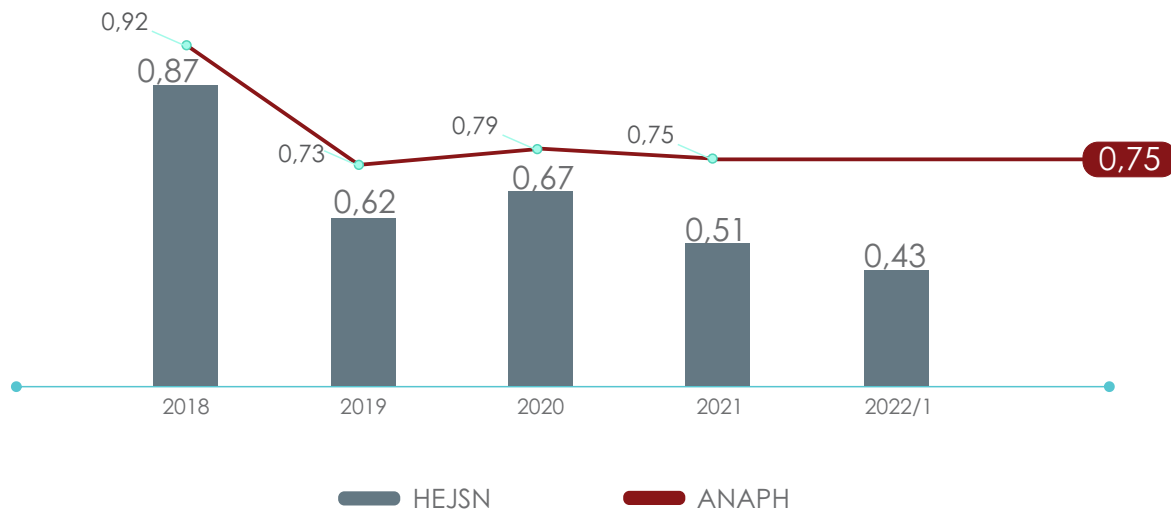
Como medida de segurança, o HEJSN identifica o risco de queda dos seus pacientes e age preventivamente, estabelecendo barreiras e orientando aos pacientes quanto aos riscos e às medidas de prevenção. Além disso, o ambiente hospitalar é projetado para diminuir o risco das quedas relacionadas a estrutura física e mobiliário.

Este indicador representa o número de quedas notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) / 1000 pacientes-dia.

Objetivo: Quanto MENOR, melhor.

Benchmarking: ANAPH 2021: 0,75.

INCIDÊNCIA DE QUEDAS



PROTOCOLO DE TEV (TROMBOEMBOLISMO VENOSO)

ADESÃO AO PROTOCOLO DE TEV

O termo tromboembolismo venoso (TEV) inclui duas condições frequentes, que são a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), sendo a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado.

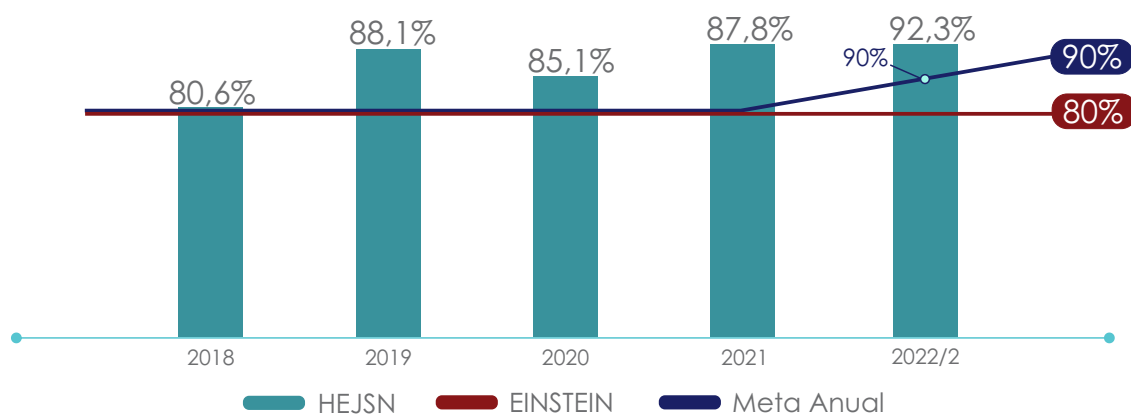
O protocolo de profilaxia de TEV configura-se como um protocolo que permeia toda a instituição, pois é aplicado a todos os pacientes adultos, sejam eles clínicos ou cirúrgicos. Além disso, estabelecer em um hospital de corpo clínico aberto, um protocolo que envolve a participação da equipe médica e multiprofissional, onde todos os pacientes precisam ser avaliados na admissão e constantemente reavaliados, é um constante desafio, mas extremamente importante para a segurança do paciente.

No indicador a seguir, medimos a porcentagem de pacientes clínicos e cirúrgicos adequadamente avaliados quanto ao risco de TEV nas primeiras 24 horas após sua admissão hospitalar. Esses dados são fundamentais para que a prevenção adequada seja instituída o mais precocemente possível.

Objetivo: Quanto MAIOR, melhor.

Benchmarking: EINSTEIN 2020: 80%.

% DE ADESÃO AO PROTOCOLO TEV



PROTOCOLO DE TEV (TROMBOEMBOLISMO VENOSO)

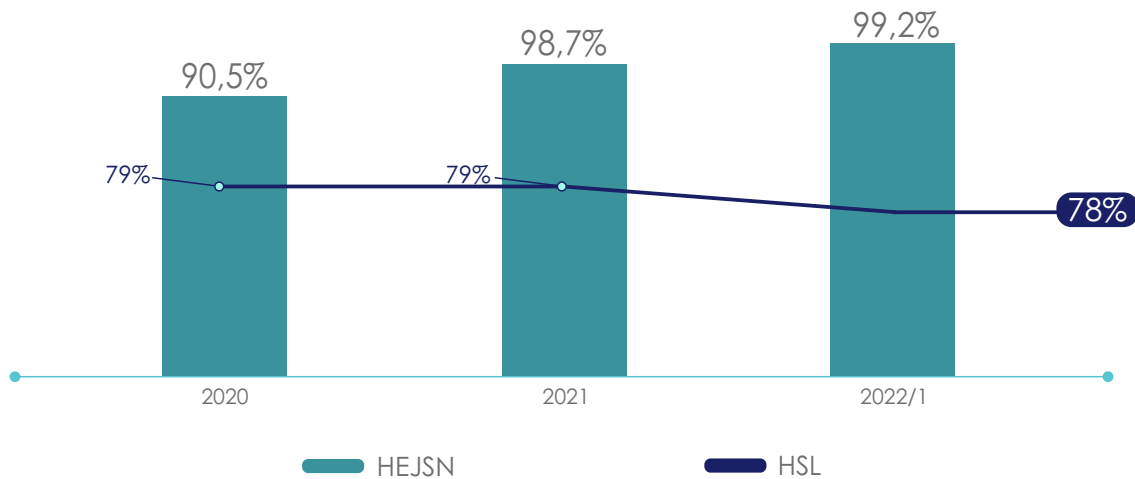
ÍNDICE DE PROFILAXIA OFERECIDA EM CONFORMIDADE AO PROTOCOLO DE TEV

Entendendo a importância da aplicação correta deste protocolo, em 2020 o HEJSN iniciou a avaliação de conformidade das prescrições médicas mediante a profilaxia apropriada para TEV de acordo com o protocolo estabelecido. No indicador abaixo, medimos a porcentagem de pacientes clínicos e cirúrgicos com prescrições adequadas ao protocolo estabelecido, seguindo a recomendação de uso da quimioprofilaxia durante a internação.

Objetivo: Quanto MAIOR, melhor.

Benchmarking¹: Hospital Sírio-Libanês 2022: 78%

ÍNDICE DE PROFILAXIA OFERECIDA EM CONFORMIDADE AO PROTOCOLO DE TEV - 2021



TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TIRR)

CÓDIGO AMARELO

Nos hospitais, as paradas cardíacas respiratórias (PCR) geralmente são precedidas por sinais perceptíveis de deterioração, normalmente, de 6 a 8 horas antes da ocorrência. O reconhecimento precoce desses sinais e o pronto atendimento podem reduzir a mortalidade em pacientes hospitalizados.

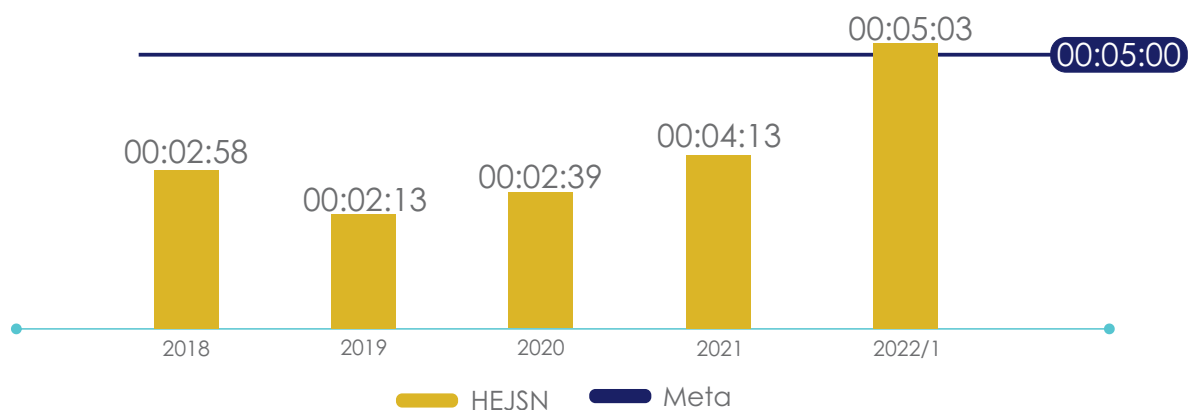
O Time de Resposta Rápida (TIRR) é um time de profissionais que levam expertise em cuidados críticos/intensivos à beira do leito do paciente (ou onde for necessário). O objetivo é melhorar a segurança dos pacientes hospitalizados, intervir precocemente e prevenir a ocorrência de PCR's.

O sistema utilizado para desencadear o acionamento do **CÓDIGO AMARELO** é baseado no reconhecimento pela equipe assistencial de **sinais e sintomas de piora clínica aguda** que ameacem a vida do paciente nas unidades de internação. Tais sinais, definidos como "Sinais de Alerta", baseiam-se em alterações agudas e laboratoriais que podem gerar risco de morte em curto prazo. Em 2020, o HEJSN acrescentou aos sinais de alerta, o score MEWS (Modified Early Warning Scoring) para auxiliar no rastreamento de pacientes em deterioração clínica. O indicador abaixo monitora o tempo de chegada da equipe do TIRR após acionamento do código amarelo, sendo 5 minutos o tempo tolerado como meta.

Objetivo: Quanto MENOR, melhor.

Benchmarking: Atendimento em até 5 minutos após acionamento do TIRR.

TEMPO DE CHEGADA PARA ATENDIMENTO AO CÓDIGO AMARELO - TIRR



TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TIRR)

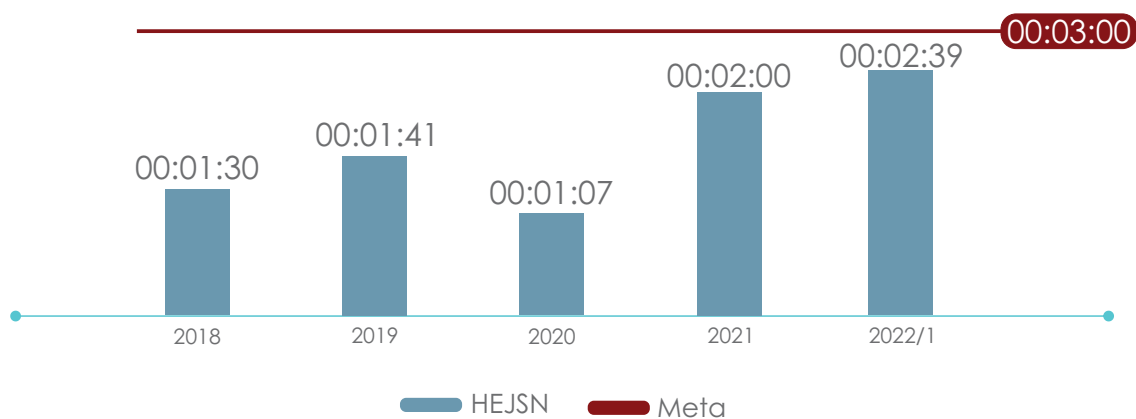
CÓDIGO AZUL

Há também o **CÓDIGO AZUL** que tem como objetivo prestar **atendimento imediato** aos pacientes com suspeita de parada cardiorrespiratória (PCR) nas unidades de internação e, dessa forma, aumentar a chance de sobrevivência destes pacientes. O indicador abaixo monitora o tempo de chegada da equipe do TIRR após acionamento do código azul, sendo 3 minutos o tempo tolerado como meta.

Objetivo: Quanto MENOR, melhor.

Meta: Atendimento em até 3 minutos após acionamento do TIRR.

TEMPO DE CHEGADA PARA ATENDIMENTO AO CÓDIGO AZUL - TIRR



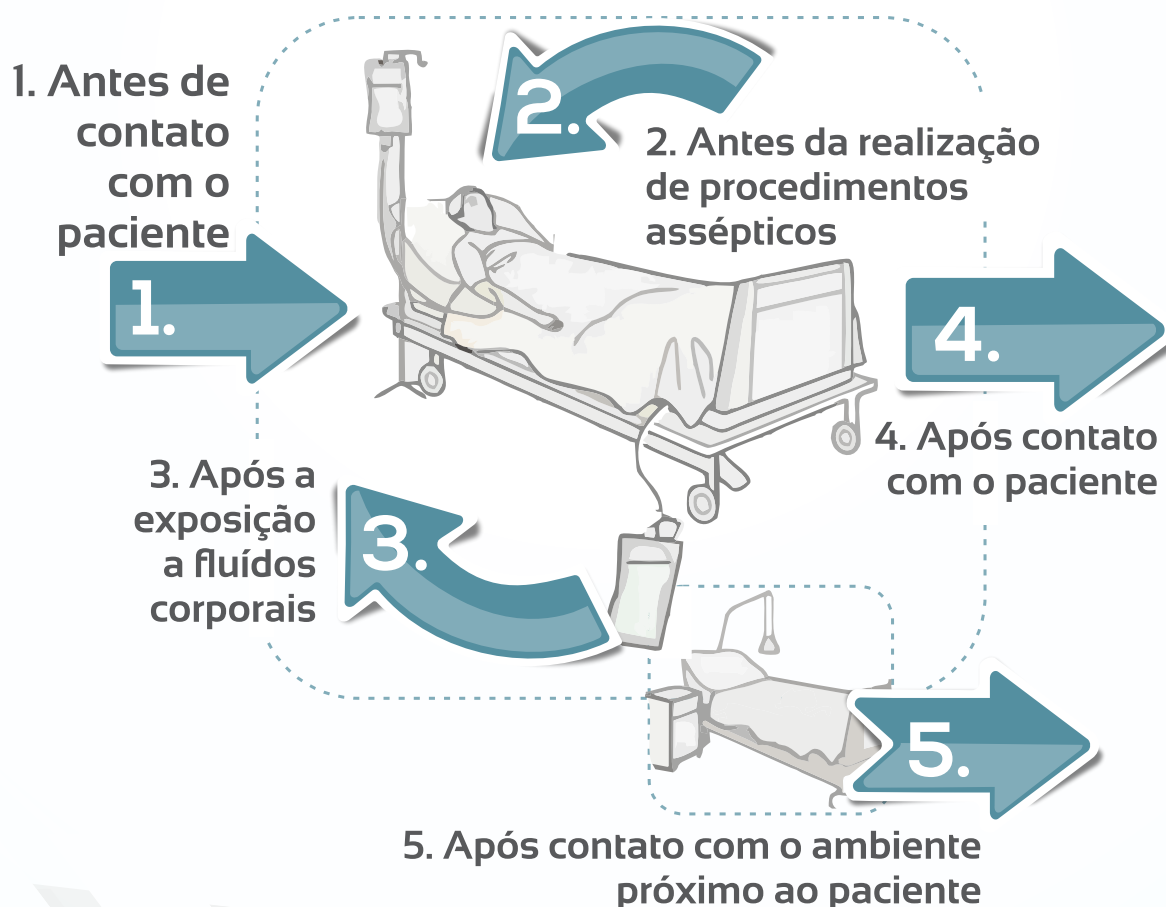
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é aquela adquirida em função dos procedimentos necessários à monitorização e ao tratamento de pacientes. O diagnóstico das IRAS é feito com base em critérios definidos por agências de saúde nacionais e estrangeiras, como o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Mesmo quando se adotam todas as medidas conhecidas para prevenção e controle de IRAS, certos grupos apresentam maior risco de desenvolver uma infecção. Entre esses casos estão os pacientes em extremos de idade, pessoas com diabetes, câncer, em tratamento ou com doenças imunossupressoras, com lesões extensas de pele, submetidas a cirurgias de grande porte ou transplantes, obesas e fumantes.

O monitoramento das IRAS permite que os processos assistenciais sejam aprimorados e que o risco dessas infecções possa ser reduzido.

Nesse sentido, a higienização das mãos é um procedimento essencial. O nosso processo é baseado nas recomendações da OMS, que considera a necessidade de higienização das mãos, por todos os profissionais de saúde, em cinco momentos diferentes, incluindo antes e depois de qualquer contato com o paciente, conforme mostra a figura abaixo.



PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

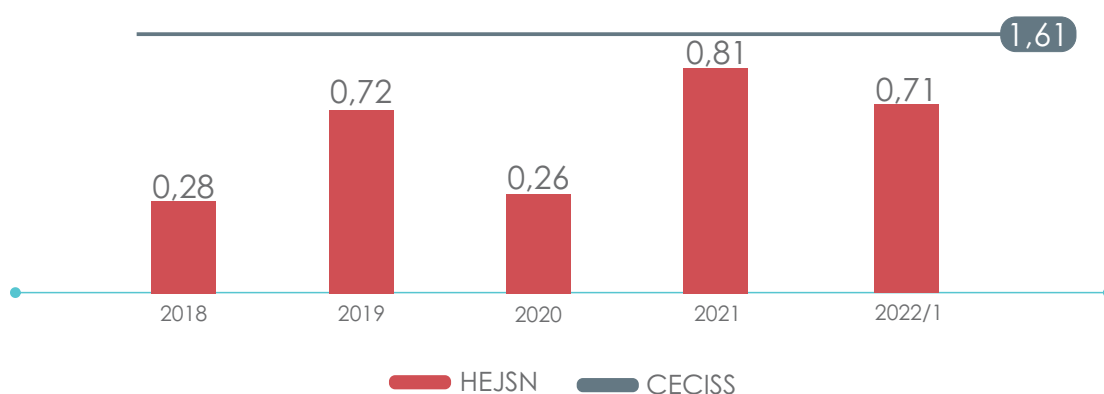
INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À SONDA VESICAL – ITU

Este indicador representa o número de ITU que ocorre nos CTIs do HEJSN/1000 SVD – dia.

Objetivo: Quanto MENOR, melhor.

Benchmarking: CECISS, 2020 (P50): 1,61/1000 SVD-dia.

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO A CATETER VESICAL DE DEMORA (ITU) - CTI ADULTO



PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

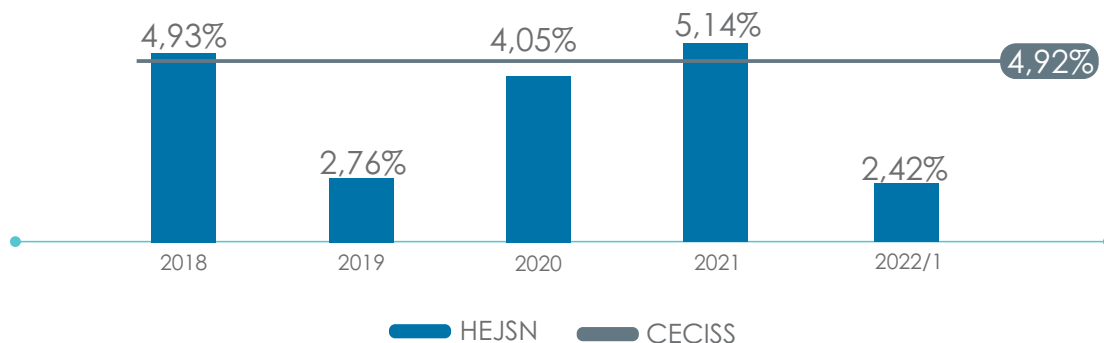
INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA RELACIONADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM) – PAV

Este indicador representa o número de pneumonias que ocorreram nos CTIs do HEJSN / 1000 ventiladores-dia.

Objetivo: Quanto MENOR, melhor.

Benchmarking: CECISS, 2020 (P50): 4,92/1000 ventiladores-dia.

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA - PAV



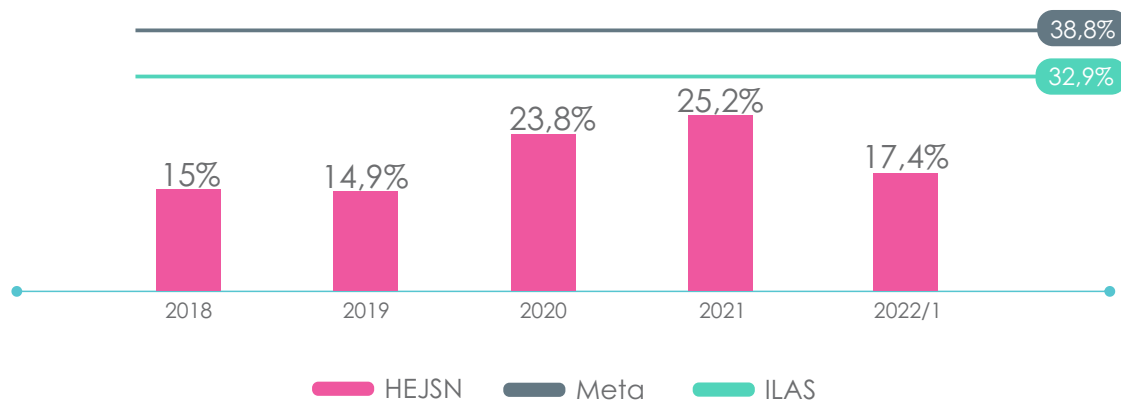
PROTOCOLO DE SEPSE

Sepse, mais conhecida como infecção generalizada, é um termo usado para designar um conjunto de manifestações graves (disfunções orgânicas) em todo o organismo, decorrentes dessa infecção. Segundo o Instituto Latino-Americano de Sepse, a importância da implementação do protocolo deve-se à elevada prevalência, elevada taxa de morbidade e mortalidade da sepse, além do alto custo relacionado a seu tratamento. Dessa forma, o HEJSN trabalhou firmemente na capacitação dos profissionais para identificação dos sinais clínicos e disfunções orgânicas para condução do Protocolo de Sepse, com a interface entre os processos na busca de melhores desfechos.

O indicador de taxa de letalidade por sepse e choque séptico representa o resultado do tratamento dos pacientes com SEPSE, por meio da porcentagem de pacientes que evoluíram a óbito em decorrência desta doença.

Objetivo: Quanto MENOR, melhor.
Benchmarking: ILAS 2020: 32,9%

% DE LETALIDADE POR SEPSE E CHOQUE SÉPTICO



NOTA: Em 2020 tivemos um resultado dentro da meta mas com tendência desfavorável. Isso está diretamente relacionado à mudança no perfil de atendimento do HEJSN, considerado o 2º maior hospital de atendimento à COVID-19 no Brasil, com 250 leitos exclusivos para atendimento a pacientes com esta patologia ou em suspeita.





AEBES

EXPEDIENTE:

Superintendência da Aebes

Sirlene Motta de Carvalho

Direção da Central de Serviços Compartilhados

Vera Mantelmacher

Direção Geral Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves

Rogério Simões Griffo

Direção Técnica

Dr^a. Juliana da Hora Santiago Tavares

Direção de Cuidados Integrals

Alessandra Bernardino

Gerência da Qualidade

Tatiana Furtado

Produção Editorial

Anderson Rios - Publicitário

