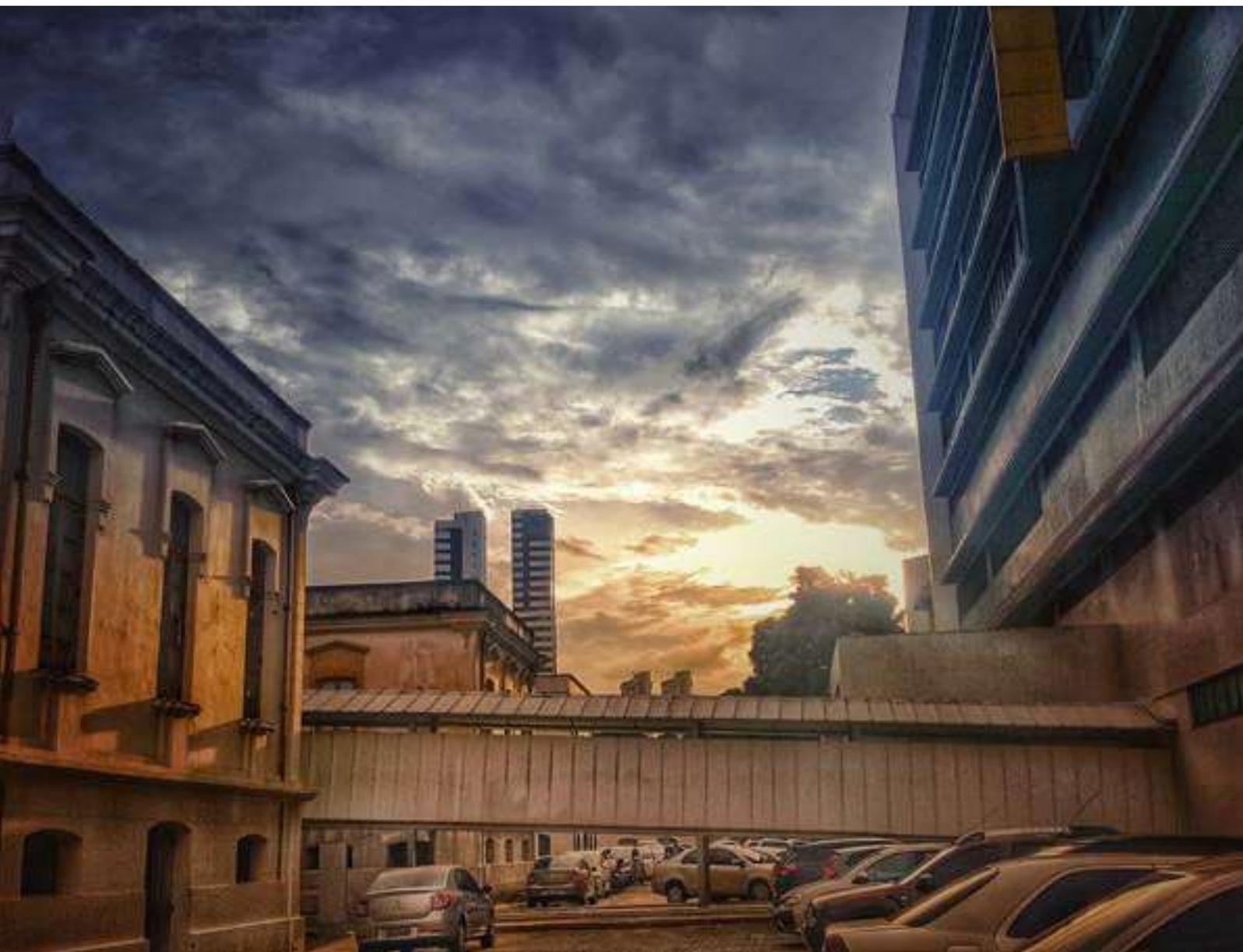




# RELATÓRIO DE GESTÃO 2018



**GESTÃO**

**ASSISTÊNCIA**

**ENSINO, PESQUISA E  
EXTENSÃO**

**MISSÃO: CUIDAR DA SAÚDE DAS PESSOAS GERANDO CONHECIMENTO**

Belém / 2019

# PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO : PRINCIPAIS RESULTADOS

## VISÃO

**Ser um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável.**

## RESULTADOS PARA A SOCIEDADE



Assegurar a sustentabilidade econômica, social e ambiental da Instituição



Garantir assistência integral e segura aos nossos usuários do SUS



Promover a melhoria contínua na gestão do ensino e da pesquisa



Assegurar qualidade e segurança nos processos



Aperfeiçoar a gestão da produção



Aprimorar a política de gestão hospitalar



Modernizar infraestrutura física, tecnológica e dos sistemas de informação



Desenvolver cultura organizacional com foco em lideranças e resultados



Desenvolver comunicação ágil e eficaz



Valorizar o servidor como ser integral

- HOSPITAL ACREDITADO ONA I pela segurança do paciente

- HOSPITAL ACREDITADO Pleno ONA II

- Aumento do custo médio de AIH's

- Revista on-line Pará Research Medical Journal

- 07 projetos de pesquisa em Convênio com a FAPESPA - 3 milhões em 3 anos

- Implantação do serviço de biopsia hepática, próstata

- Informatização dos Ambulatórios de Cirurgia; Hepatologia e Mulher

- Ampliação da infraestrutura de informática

- Aquisição de 70 carrinhos de preparo e administração de medicamentos a beira leito do paciente, visando a segurança do paciente e servidor

- Investimento de mais de R\$ 9.500.000,00 em equipamentos médico hospitalares e instrumentais

- I e II Congresso da Fundação Santa Casa do Pará

- Banco de Leite categoria A/OURO pela Rede Ibero-americana BLH

- Projeto Apice ON

- Automatização da tipagem sanguínea, Coombs direto e indireto

- Reformas: Centro cirúrgico, Central de material esterilizado, UTI adulto, ambulatório de cirurgia, farmácia e almoxarifado, enfermarias

- Informatização do hospital com: Prontuário eletrônico do paciente (PEP); Planejamento Estratégico; Gestão de Risco; Gestão de Documentos e Processos

- Redução de custo com energia elétrica e combustível

- Habilitação de 108 leitos

- Habilitação da hemodiálise pediátrica

- Prêmio Dr. Pinotti - Hospital Amigo da Mulher

- Política do adorno zero

- Metas internacionais de segurança do paciente

- Fortalecimento da farmácia clínica e da reconciliação medicamentosa

- Café com o servidor

- CINE CASA

- Adequações da infraestrutura do setor de diagnóstico por imagem e endoscopia, para instalação do mamógrafo e de mais 02 (dois) aparelhos de raio X



- Mutirões de cirurgias pediátricas, ginecológicas e gerais
- Implantação do serviço de biopsia hepática, próstata
- Plano de emergências e catástrofes (PAEC)



## PROCESSOS INTERNOS

## APRENDIZADO E CRESCIMENTO

N

## MISSÃO

**Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento**

S

2018© FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**Governador do Estado do Pará**

HELDER ZAHLUT BARBALHO

**Vice Governador do Estado do Pará**

LÚCIO DUTRA VALE

**Secretário de Estado de Saúde Pública do Pará**

ALBERTO BELTRAME

**Secretária Adjunta de Estado de Saúde Pública**

IVETE GADELHA VAZ

**Secretário Adjunto de Gestão Administrativa**

PETER CASSOL SILVEIRA

**Presidente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**

MANOEL EDUARDO AMORAS GONÇALVES

**Diretora Técnico Assistencial**

LOURIVAL RODRIGUES MARSOLA

**Diretora de Apoio Técnico Operacional**

CINTHYA FRANCINETE PEREIRA PIRES

**Diretora Administrativo e Financeira**

WALDA CLEOMA LOPES VALENTE DOS SANTOS

**Diretora de Ensino e Pesquisa**

PILAR MARIA DE OLIVEIRA MORAES

**Organização e produção:**

**Assessoria de Planejamento - FSCMP**

Equipe:

Tatiana da Silva Mendes - Assessora de Planejamento da FSCMP

Giselly Julieta Barroso da Silva - Enfermeira

Suelene dos Anjos Silva Coelho - Contadora

Nilson Milas Chucre de Souza - Assistente administrativo

Pollyanna de Souza da Silva - Assistente administrativo

Lucas José Aguiar de Vasconcelos - Estagiário

Diagramação: Nilson Chucre

Fotos: Agência Pará, ASCOM /FSCMP

Foto capa: Rosivaldo Farias (servidor da GSEG/FSCMP)



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**RELATÓRIO DE GESTÃO 2018**

Assinaturas:

---

Manoel Eduardo Amoras Gonçalves  
Presidente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

---

Tribunal de Contas do Estado do Pará

# LIDERANÇAS - ANO 2018

## PRESIDÊNCIA

**Rosangela Brandão Monteiro**

Presidente

**Dayvison Santos Oliveira**

Chefia de Gabinete

**Antônio Nilton Rodrigues Silva**

Assessoria da Presidência

## DIRETORES

**Cintha Francinete Pereira Pires**

Diretora de Apoio Técnico Operacional

**Benedita Leida Ramos Martins**

Assessora da Diretoria de Apoio Técnico Operacional

**Norma Suely de Carvalho Fonseca Assunção**

Diretora Técnico Assistencial

**Francisco Otavio Alves Cordeiro**

Assessor da Diretoria Técnico Assistencial

**Rosane Marques Rosado Gomes**

Diretora Administrativo e Financeira

**Pilar Maria de Oliveira Moraes**

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão

## ASSESSORES

**Tânia Maria Santos**

Serviço de Ouvidoria

**Joelza do Socorro e Silva de Oliveira**

Comunicação

**Carlos Augusto Nery da Costa**

Controle Interno

**Dociana Érika Cabral Formigosa**

Qualidade e Segurança do Paciente

**Klebson Tinoco Araújo**

Jurídico Fundacional

**Vânia Cristina Ribeiro Brilhante /**

**Adriana Soares Moreira**

Controle de Infecção Hospitalar

**Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos**

Planejamento

## ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

**Ângela Sávia dos Anjos Farias Cardoso**

Desenvolvimento de Pessoas

**Beatriz Cordeiro Oliveira**

Almoxarifado

**Doralice Cunha Palheta**

Gestão de Pessoas

**Elaine Cristine Costa Moreira**

Faturamento

**Flávio Altamirano**

Estrutura Física Funcional e Patrimônio

**Gilberto Ramos Rodrigues**

Tecnologia da Informação e Comunicação

**Ingrid Bezerra dos Santos Ranieri**

Administração de Pessoas

**Kátia Regina Veiga Pereira**

Logística

**Karolinne da Costa Rodrigues**

Contabilidade

**Lia Crystina Bastos Araújo**

Processos de Tecnologia da Informação

**Lina Cristina de Paula Magno**

Saúde do Trabalhador

**Michelly Cristina Vieira Tavares**

Serviços Gerais

**Rosa de Fátima Amador Veloso**

Execução Orçamentária e Financeira

**Samara de Jesus Marcelino Chagas**

Compras

**Silvia de Nazaré Nobre de Oliveira**

Captação de recursos

**Walcelir Rendeiro da Silva**

Financeiro

## TÉCNICO ASSISTENCIAL

**Ana Cristina Marques**

Pediatria

**Adriana Lira Fortes**

Enfermagem Clínica Médica

**Carmen Angélica da Silva Peixoto**

Urgência e Emergência Obstétrica

**Carmen Lúcia Ferreira de Castro**

Alojamento Conjunto

**Helder Costa Ikegami**

Clínica Cirúrgica

**Heliana Helena de Moura Nunes**

Complexo Ambulatorial

**Kathia Suely Gayoso da Costa**

Enfermagem Pediatria

**Laise Cristina Feitosa Pantoja**

Gerência Geral de Enfermagem

**Maria do Socorro da Silva Ruivo**

Enfermagem Clínica Cirúrgica

**Monique Calandrine Pereira Rodrigues**

Nefrologia Pediátrica

**Nelma de Jesus Nogueira Machado**

Clínica Médica

**Rosa Amélia Tavares Silva**

Enfermagem Neonatologia

**Rosana Márcia de Lima Nunes**

Centro Obstétrico e PPP

**Marília Gabriela Queiroz da Luz**

Tocoginecologia

**Salma Brito Saraty**

Neonatologia

**Silvia Helena Silva do Nascimento**

Enfermagem da Nefrologia

**Maria Luzia Matos**

Espaço Acolher

## TÉCNICO OPERACIONAL

**Benedito da Costa Maués**

Arquivo Médico Hospitalar

**Glenda Luciana do Espírito Santo Costa**

Assistência Farmacêutica

**Bruna Danielle Guimarães Pinto Monteiro**

Processamento de Roupas

**Marcelo Pereira Mota**

Laboratório de Análises Clínicas

**Ciléa Maria dos Santos Ozela**

Assistência Nutricional

**Silvia Helena da Silva Sá Teixeira**

Agência Transfusional

**Cynara Melo S. Gonçalves**

Banco de Leite Humano

**Thatiana Ribeiro Carneiro Soares**

Diagnóstico por Imagem e Endoscopia

**Emília Matos Monteiro Gonçalves**

Processamento de Materiais e Esterilização

**Mariseth Carvalho de Andrade**

Estatística

## ENSINO E PESQUISA

**Silvia Ferreira Nunes**

Pesquisa

**Carmen Lucy Costa Cordeiro**

Ensino

## NÚCLEOS

**Pilar Maria de Oliveira Moraes**

Núcleo Cultural

**Margareth de Andrade Gomes**

Núcleo de Assessorias e Comissões

**Reinaldo Luiz da Silva Ferreira**

Núcleo Biopsicossocial

**Rosa de Fátima Amador Veloso**

Coral Saúde & Vida “Maria Helena Franco”

## COMISSÕES E COMITÊS

**Clévia Dantas Luz de Matos**

Comitê de Humanização

**Isis Souza Coimbra**

Comissão Permanente de Licitação

**Gabriela Ribeiro Barros de Farias**

Comitê de Ética e Pesquisa

**Maria Helena de Azevedo Reis**

Comissão Permanente de Revisão de Prontuário

**Patrícia Barbosa Carvalho de Assunção**

Comissão de Residência Médica

**Patrícia Suely Cavalcante Nonato**

Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar e Sindicância

## CONSELHO GESTOR

### ENTIDADES DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE USUÁRIOS DO SUS

#### 1- Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCT-PA)

Titular: Belina Pinto Soares

Suplente: Pedro Paulo Nazareno Pinheiro dos Santos

#### 2 - Pastoral da Criança - Organismo de Ação Social da CNBB

Titular: Lucimar do Monte Paixão

Suplente: Maria Vitória Chaves de Sousa

#### 3 - Federação de Mulheres do Estado do Pará (FEMEPA)

Titular: Maura Edwiges Marques dos Santos

Suplente: Maria do Socorro da Silva

#### 4 - Associação de Mulheres Eneida de Moraes (Ameneida)

Titular: Nelice Rodrigues da Silva

Suplente: Mariana Ferreira Carvalho

#### 5 - Centro Acadêmico de Enfermagem Wanda de Aguiar Horta (UEPA)

Titular: Diully Siqueira Monteiro

Suplente: Eliza Paixão da Silva

#### 6- Centro Acadêmico de Enfermagem Profa. Berenice Moraes Pinto(UFPA)

Titular: Joanna Angélica Azevedo de Oliveira

Suplente: Manuela Almeida Seidel

#### 7- Centro Acadêmico de Medicina José Arrais (CAMJA/UEPA)

Titular: Lucca Oliveira Gonçalves

Suplente: Ivone Aline da Silva Rodrigues

#### 8- Diretório Acadêmico Bettina Ferro de Souza (DABFS/UFPA)

Titular: André Victor Cabeça de Sousa

Suplente: Arthur Campos do Nascimento

### ENTIDADES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DE DOCENTES

#### 1- Sindicato dos Médicos do Pará (SINDMEPA)

Titular: Emanuel Conceição Resque Oliveira

Suplente: Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

#### 2- Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará (SENPA)

Titular: Antônia Trindade Valente dos Santos

Suplente: Alzinei Simor

#### 3- Sindicato dos Docentes da

#### Universidade do Estado do Pará

Titular: Antônio Carlos Vasconcelos Darwich

Suplente: Arlete Cristina dos Santos

#### 4 - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará (SINDSAUDE)

Titular: Arlete Cristina dos Santos

#### 5 - Associação dos Servidores da Santa Casa

Titular: Marcos Cavalcante Feitosa

### GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

#### 1 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

Titular: Rosangela Brandão Monteiro

Suplente: Rosane Marques Rosado

#### 2 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

Titular: Cinthya Francinete Pereira Pires

Suplente: Pilar Maria de Oliveira Moraes

#### 3 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

Titular: Norma Suely Carvalho da Fonseca

Suplente: Laise Cristina Medeiros Pantoja

#### 4 - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS/UEPA)

Titular: Terezinha Vieira da Silva

#### 5 - Instituto de Ciências da Saúde (ICS/UFPA)

Suplente: Márcia Maria Bragança Lopes



**CONTINUE ESCREVENDO A  
SUA HISTÓRIA COM A GENTE.**

## SUMÁRIO

<b>1 - DIÁLOGO COM A PRESIDENTE</b>	<b>14</b>
<b>2 - INSTITUCIONAL</b>	<b>19</b>
2.1 - LINHA DO TEMPO	19
2.2 - SOBRE NÓS	20
2.3 - GOVERNANÇA	21
2.4 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA	22
2.5 - ÁREA DE ATUAÇÃO PARÁ	23
2.6 - CAPACIDADE INSTALADA	24
2.7 - ESTRUTURA E FUNÇÕES	25
<b>3 - GESTÃO ESTRATÉGICA</b>	<b>36</b>
3.1 - PERSPECTIVA: APRENDIZADO E CRESCIMENTO	38
3.2 - PERSPECTIVA: PROCESSOS INTERNOS	49
3.3 - PERSPECTIVA: RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	68
<b>4 - NOSSOS NÚMEROS</b>	<b>76</b>
4.1 - INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL	76
<b>5 - GESTÃO DOS RECURSOS E CAPTAÇÕES EXTRA ORÇAMENTÁRIA</b>	<b>82</b>
5.1 - EXECUÇÃO DO PLANO PLURIANUAL 2016/2019 - EXERCÍCIO 2018	82
5.2 - AÇÕES RELEVANTES PACTUADAS NO PLANO PLURIANUAL E NO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	86
5.3 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DAS DESPESAS	89
5.4 - PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO E AMBULATORIAL – SIH E SIA	92
5.5 - RECURSOS ASSEGURADOS COM HABILITAÇÕES DE SERVIÇOS SUS JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2015 A 2018	96
5.6 - PROJETOS EM PARCERIA COM HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS E OUTRAS PARCERIAS	97
5.7 - RECURSOS ASSEGURADOS PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS EM SERVIÇO – PARCERIA FSCMP/FAPESPA	98
5.8 - RECURSOS ASSEGURADOS COM CAPTAÇÃO DE RECURSOS POR MEIO DE EMENDA PARLAMENTAR - 2015 A 2018	99
5.9 - CONSOLIDADO DOS INVESTIMENTOS REALIZADOS NO PERÍODO DE 2015 A 2018	100
<b>6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>102</b>
<b>7 - IN MEMORIAM</b>	<b>103</b>



# 1 - DIÁLOGO COM A PRESIDENTE

## ENTREVISTA: ROSANGELA BRANDÃO MONTEIRO



**Rosângela Brandão Monteiro é médica e gestora que tem na história da Santa Casa e do SUS muito de sua própria trajetória profissional. Uma vivência que tem influência na sua atuação como gestora e que trouxe mais profissionalização e liderança ao corpo de servidores da Santa Casa, nos últimos 4 anos.**

**Ao iniciar seu trabalho à frente do principal hospital materno-infantil do Estado, a senhora já tinha o planejamento estratégico como meta?**

Antes de assumir a presidência, eu já havia atuado como diretora e tinha o sonho de trabalhar com o planejamento estratégico, o que não foi possível naquela altura. Quando retornei à Santa Casa como presidente, tive a felicidade de encontrar uma Assessoria de Planejamento que já tinha um mapa estratégico. Isso me deixou muito feliz, porque foi a oportunidade de desenvolver, com uma equipe própria, o planejamento estratégico da Santa Casa. Esse foi um fato marcante, pois pensei em trazer

uma consultoria externa, mas quando consultei a equipe, ela me sinalizou que estava disposta a desenvolver o planejamento estratégico da Santa Casa com as competências que tínhamos aqui internamente. Apostei nessa equipe e hoje temos os resultados! Estamos desenvolvendo um planejamento estratégico para quatro anos (até 2019), implementamos um sistema informatizado, fizemos um *benchmarking* com instituições que já tinham expertise em planejamento com sistema informatizado, porque no papel, numa instituição com as dimensões da Santa Casa, seria impossível implementar.

**Para se alcançar os resultados para a excelência do atendimento, a Santa Casa precisou investir em infraestrutura?**

Vimos que precisávamos melhorar a estrutura do prédio centenário. Elaboramos projetos e conseguimos o financiamento do Governo do Estado, que nos apoiou muito. Isso nos deu a possibilidade de investir mais de 7 milhões de reais em reformas, prioritariamente nas áreas assistenciais como as enfermarias, ampliação do centro cirúrgico e a restauração da UTI, que havia sido destruída em um incêndio em 2014 e está hoje totalmente recuperada. É uma UTI moderna e cumpre com todos os pré-requisitos da RDC 50 da Anvisa, dando segurança ao paciente internado. Hoje, a Santa Casa dispõe de mais 20 leitos de UTI, mais quatro salas de cirurgia e mais a Casa da Gestante, que havia sido desativada e que cumprindo as prerrogativas do Rede Cegonha do Ministério da Saúde, tivemos que implementar para atender às gestantes de alto risco do interior. Tivemos também melhorias nas áreas de Tecnologia da Informação e Saúde do Trabalhador e estamos deixando muitos projetos em andamento. Conseguimos 1 milhão de reais para o ambulatório de pediatria, que queremos tirar de um porão, onde atualmente funciona, e trazer para a dignidade em um prédio moderno. Garantimos a ampliação da terapia renal substitutiva, com recursos obtidos por meio de emendas parlamentares.

**Quais os desafios da implementação desse novo modelo de gestão em uma instituição tão antiga e cheia de tradições como a Santa Casa?**

Sabíamos que precisaríamos trabalhar com a mudança do clima, da cultura, do sentimento das pessoas - porque são as pessoas que constroem as instituições. A infraestrutura é importante, porém, mais importante são as pessoas. Então, trabalhamos conceitos e habilidades de liderança para o nosso corpo gerencial, pois temos gerentes líderes, e para os servidores que trabalham direto com os nossos pacientes e familiares. Tomamos esse conceito

como um dos pilares do desenvolvimento de nossos servidores. Isso tem trazido engajamento e motivação para os trabalhadores. Depois, investimos na implementação da política de qualidade e segurança da assistência com foco tanto no servidor, que presta a assistência, quanto ao paciente assistido. Com isso, tivemos a comunhão de políticas que estão totalmente integradas com um conjunto de princípios como ética, humanização, integralidade, diálogo, transparência, que estão colocados no nosso planejamento e fomos cultivando.

**A identidade de humanidade da Santa Casa favoreceu as práticas voltadas à excelência no cuidar?**

A história da caridade, que estava na origem das Santas Casas, propiciou um terreno fértil. Mas foi a implementação de uma política mais sistematizada que nos fez evidenciar as melhorias para o paciente. O que observamos foi uma efetiva melhoria da assistência, com mais vidas salvas, redução no tempo de permanência do paciente hospitalizado, e a resolução dos seus problemas. Isso também faz com que os servidores fiquem felizes, porque toda essa engrenagem, que envolve exames, espera de laudos, de equipamentos e remédios, resulta na redução no tempo de espera. Hoje, com a política de qualidade, trabalhamos com os processos e com os fluxos, que devem ser bem desenhados; com os pactos, que nós fazemos; com a interação de processos entre fornecedores e clientes, que prestam a assistência ao paciente. Isso resulta na melhoria dos nossos indicadores. Essa competência com as ferramentas estruturadas hoje, já nos garantiu a certificação Nível 1 da Organização Nacional de Acreditação, o que significa que temos estruturas que estão dando os resultados. Não é um trabalho amador. É um trabalho profissionalizado, calcado em ferramentas de toda a nossa equipe de gestão e de servidores da Santa Casa, que hoje, sabem quais são as ferramentas que eles usam para um resultado melhor com o paciente. Então, a história foi um terreno, mas a estruturação dessas

políticas internas no corpo da Santa Casa dá a evidência concreta de melhoria. Hoje, não se fala mais que a Santa Casa é um hospital fraterno, misericordioso e caridoso. Hoje a Santa Casa é caridosa, fraterna, humana e competente também. Ela evidencia todo esse seu compromisso com indicadores positivos que são visíveis e comprováveis.

### **Sua gestão foi marcada por uma série de capacitações, como isso foi possível em um período de crise econômica?**

O desenvolvimento das pessoas, que se dá a partir de capacitação e educação continuada, nós fizemos com recursos próprios e por meio de convênios com a Escola de Governança do Pará, com uma grade de conteúdos ligados a melhoria, a liderança, a qualidade e segurança. Esses convênios foram assinados de forma dirigida às necessidades da Santa Casa e precisamos dar continuidade, pois essa grade não se esgotou e é importante que as próximas gestões deem continuidade.

Tivemos também capacitação do Projeto de Reestruturação dos Hospitais Públicos, onde o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, parceiro do Ministério da Saúde, nos apoiou aqui durante 2 anos. Fizemos parceria também com HCOR, que garantiu aos servidores cursos sobre a estruturação das urgências e emergências do Estado e onde a Santa Casa trabalhou na reestruturação da Triagem Obstétrica, o que foi importante para capacitação e qualificação dos servidores que atuam nessa área. Foram contribuições na capacitação dos nossos servidores, voltadas para a segurança dos pacientes que tiveram impacto muito grande no desenvolvimento dessas habilidades.

Além disso tivemos a capacitação de incentivo de 120 mil reais do Ministério da Saúde, que é repassado por mês, para custear as ações do serviço de residência em saúde e que contribui para a sustentabilidade do hospital.

### **Esse foi um período de reorganização financeira e redução desperdícios para poder investir. O que a senhora destacaria**

### **dentro dessas ações?**

Começamos fazendo o mais com o menos, trabalhando os mecanismos para ter a eficiência da produção do serviço do SUS. Tínhamos glosas de 1 milhão de reais/mês e recuperamos tudo isso. Conseguimos habilitar 108 novos leitos, incluindo as 10 máquinas de hemodiálise que também não tinham habilitação. Esses leitos eram financiados diretamente pelos recursos do Estado e passaram a ser reconhecidos pelo DATASUS. Também realizamos campanhas de redução de desperdício de energia elétrica, de papel, água, descartáveis, medicamentos. Só de energia elétrica nós reduzimos 150 mil reais por mês. Em medicamentos, foi uma redução de mais de 100 mil reais/mês, utilizando o sistema de senhas para a avaliação do uso de antibióticos pela CCIH.

Fizemos, ainda, novas pactuações de contratos, reduzindo custos, como da nossa conta de oxigênio que era de 120 mil/mês e foi para 60 mil /mês.

Reduzimos também os gastos com a alimentação, invertendo no cardápio a proporção de carne, por proteína e frango. Uma redução de cerca de 500 mil reais por ano. E toda essa redução propiciou que pudéssemos fazer investimentos de alto impacto, como nas informatizações do prontuário eletrônico e dos sistemas planejamento, da qualidade, da notificação de riscos e eventos que acontecem na Santa Casa, enfim, de todo o pool de gestão e propiciou com que nós pudéssemos fazer a contratação de uma empresa terceirizada específica para fazer a manutenção de engenharia clínica, uma vez que a Santa Casa possui o maior parque tecnológico da Região Norte, e precisa de um olhar especializado, pela dimensão, afinal são quase 100 leitos de UTI.

Trouxemos como inovação a informatização da gestão de pessoas, um sistema que abrange e integra a folha de pagamento com o desenvolvimento das pessoas, com a avaliação por competências. Essa avaliação e toda a gestão de pessoas, nesse desenho em implantação, é fundamental para se comprovar e evidenciar que estamos trabalhando

para o desenvolvimento de cada servidor e para que ele possa dar mais segurança e estar sempre em busca da excelência na assistência que presta ao nosso paciente.

### **Então, mesmo com a crise econômica, foi possível dar continuidade, melhorar e ainda ampliar os atendimentos prestados pela Santa Casa à Sociedade?**

Sim. A Santa Casa estruturou o serviço de atendimento às crianças portadoras de fissura labiopalatal e anomalias craniofaciais, assim, atendemos uma lacuna que havia para o atendimento desses pacientes.

Além disso, a Santa Casa está solicitando o processo de habilitação de transplante renal pediátrico. Com isso, nossa linha de cuidados vai se completar ao serviço de terapia renal substitutiva e vamos concluir com os transplantes. Assim, os nossos pacientes renais crônicos não precisarão ser levados para São Paulo e farão seu transplante aqui na Santa Casa.

### **Além de referência na Assistência Materno – Infantil e de Hospital de Ensino, a Santa Casa sempre foi campo para centenas de pesquisas das Instituições de Ensino Superior. Podemos dizer que ela também desponta como uma instituição de pesquisa?**

Nós fizemos uma leitura interna e observamos o anseio dos profissionais de várias categorias aqui de dentro da Santa Casa de desenvolver pesquisas. E aí, além do mestrado que já tínhamos, nós fomos em busca de financiamentos para a pesquisa. Fizemos um convênio com a Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESPA), que resultou em recursos no valor de três milhões de reais para os anos de 2017, 2018 e 2019. Já estão em andamento sete projetos de pesquisa, nas áreas da saúde da criança, da mulher e aleitamento materno, que são frutos desse convênio.

### **Além da assistência aos pacientes do hospital, a Santa Casa também estende seus cuidados para além dos muros da**

### **instituição em articulação com a rede de saúde em relação ao cuidado na área materno infantil. Como tem se dado essa articulação?**

Essa articulação surgiu a partir do nosso desafio de atender a nossa porta de entrada de 24 horas de urgência e emergência obstétrica. Conseguimos trazer as redes municipais de Belém e Ananindeua para a troca de capacitação de profissionais na área materno-infantil, mas isso ficou ainda melhor quando o Ministério da Saúde trouxe para a Santa Casa o desafio de participar do projeto *Apice On*, que prevê capacitação e desenvolvimento na assistência na área materna e o Quali Neo que é outro projeto que prevê a qualificação da Rede na área neonatal e a Santa Casa sendo uma protagonista como Instituição que vai transmitir toda a sua expertise para a rede que precisa se fortalecer por meio da experiência dos profissionais da Santa Casa. Então o projeto Quali Neo e o projeto *Apice On* foram dois pilares que se juntaram às iniciativas próprias da Santa Casa, junto com as Secretarias Municipais, que deram todo um reforço, e a gente espera que os representantes da rede municipal de todos os municípios efetivamente se beneficiem e possam melhorar o seu desempenho para melhorar as medidas preventivas, evitando eclampsia, pressão alta, infecção, sífilis na gestação, que são situações evitáveis e que são responsabilidade da rede de atenção primária, mas que quando não acontece repercute e intensifica a quantidade de mulheres que vem a Santa Casa com complicações que podem afetar também os bebês.

### **Qual sua avaliação desses 4 anos de gestão e no que é importante avançar a partir de agora?**

Tenho o sentimento de ter cumprido com o nosso compromisso, com a participação de todos os servidores. Essa é uma alegria que eu vou levar, por ter conseguido a cumplicidade de todo o grupo de assessores, diretores, gerentes e servidores nesse propósito de melhoria contínua, que dentro de algum tempo vai nos levar a consolidação de

uma cultura de liderança, segurança e qualidade com servidores pautados por valores éticos, da humanização, da transparência, da aceitação da diversidade e também das críticas. Estamos implementando dois conceitos fundamentais para gestão pública da atualidade que são a *Compliance*, que é estar em concordância com o que é legal e a *Accountability*, que é a necessidade de prestarmos contas do que estamos fazendo uns para os outros e para a sociedade.

Estou convencida que existe um motivo maior para estarmos aqui, que é o respeito para com o nosso paciente, o que se dá estando compatível com o que é hoje um conceito de referência na saúde no mundo. Não podemos estar desconectados da importância do paciente e da sua própria família no

seu próprio cuidado. Hoje nós estamos construindo esse conceito de que ser profissional de saúde não é ser o dono da verdade ou dono dos nossos pacientes. Estamos trazendo o paciente e a sua família como nossos parceiros, protagonistas do seu cuidado e maiores aliados para que se tenha uma assistência segura, com a prevenção de danos para eles mesmos.

Esse é o legado que nós estamos trabalhando em conjunto e que eu espero que esse corpo de servidores do Estado, que atua na Santa Casa, mantenha como compromisso para dar continuidade. Para que sejam felizes e compartilhem essa felicidade por cada vida salva nessa Santa Casa!



## 2 - INSTITUCIONAL

### 2.1 - LINHA DO TEMPO

Século XVII



1650 - Fundação da Irmandade da Misericórdia do Pará

Século XX



1900 - Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Pará

1950 - Hospital Escola

1990 - Lei complementar 003/1990 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

1998 - Hospital Amigo da Criança

1999 - Prêmio "Galba de Araújo" de Humanização

Século XXI



2004 - Hospital de Ensino

2009 - Prêmio Estadual da Qualidade

2010 - Prêmio Estadual da Qualidade

2013 - Unidade Materno Infantil "Dr. Almir Gabriel"

2015 - Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente

2016 - I Congresso da Santa Casa

2017 - Prêmio Dr. Pinotti - Hospital Amigo da Mulher

2017 - Certificação Nível I - ONA - Hospital Acreditado

2018 - II Congresso da Santa Casa

2018 - Referência estadual em fissura labiopalatal e cirurgia craniofacial

2018 - Certificação Nível II - ONA - Hospital Acreditado Pleno

## 2.2 - SOBRE NÓS

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), um hospital público estadual prestador de serviços do SUS, Acreditado Pleno ONA nível II em Políticas de Qualidade e Segurança do Paciente, cumpre a sua MISSÃO de “Cuidar da Saúde das pessoas gerando conhecimento”; guiada por sua VISÃO ESTRATÉGICA de “Ser um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável”; pautada em VALORES E LEGADOS como: “Ética, desenvolvimento humano, segurança, sustentabilidade, resolutividade, inovação, humanização, integralidade e valorização das pessoas”.

A FSCMP realiza ações assistenciais de média e alta complexidade, sendo referência na atenção à saúde da criança e da mulher, com ênfase a atenção a gestação de alto risco, além de promover ensino e pesquisa, e atuar como hospital sentinela nas ações de vigilância em saúde.

No que compete as suas referências, o hospital atende todos os 144 municípios do Estado do Pará e em alguns casos, pacientes oriundos de outros Estados do país.

É referência macrorregional para a gestação de alto risco Tipo II; neonatologia de alto risco; referência estadual para: hepatologia; aborto legal; terapia renal substitutiva pediátrica; atendimento às vítimas de escarpelamento; tratamento de anomalias craniofacial e fissura labiopalatal; e implantação e capacitação em Banco de Leite Humano.

A Santa Casa desenvolve programas de referência macrorregional relevantes de apoio à mulher e à criança, como: Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Prematuro e de Baixo Peso (Método Canguru); Programa do Ambulatório do Prematuro com ações voltadas

para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Detecção e Tratamento de Retinopatia da Prematuridade; Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE). E, programas de referência estadual relevantes de apoio à mulher e à criança, como: Programa de Nefrologia Pediátrica; Programa de Atenção às Vítimas de Escarpelamento (PAIVES); Programa de Atenção às Mulheres Portadoras de Doença Trofoblástica Gestacional (MOLA).

No que tange ao Ensino e Pesquisa a Santa Casa integra um conjunto de Hospitais Estaduais de referência macrorregional nos Programas de Residência Médica em: pediatria, neonatologia, nefrologia pediátrica, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, medicina intensiva pediátrica e adulto, hepatologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, radiologia e anestesiologia.

Como forma de aperfeiçoar o atendimento em outras áreas, a FSCMP alberga como referência estadual a Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Estadual do Pará.

Em parceria com as Universidades Federal e Estadual/Ministério da Educação foi implantado em 2012 na instituição o Mestrado Multiprofissional em Gestão e Saúde na Amazônia, sendo a FSCMP referência estadual para esta formação nas linhas de pesquisa: “Saúde-adoecimento e seus agravos” e “Gestão, Planejamento e Saúde”.

## 2.3 - GOVERNANÇA

A governança da FSCMP está pautada nos seus valores organizacionais (integralidade, valorização do servidor, humanização, resolutividade e segurança do paciente). Para o seu desenvolvimento, a Lei Complementar de criação 003 de 26 de abril de 1990, o regimento interno e o organograma se tornam os principais norteadores. Nesses documentos, estão as determinações que envolvem as questões éticas, as competências e atribuições, entre outras igualmente relevantes. A lei de criação de cargos e atribuições passou por revisão este ano e foi encaminhada a SEAD - Secretaria de Administração do Estado para homologação. Nesse contexto, a Diretoria Colegiada, constituída pelo **(Gabinete, Diretorias, Assessoria de planejamento, Assessoria de qualidade, Assessoria de Controle de infecção hospitalar)** e o **Conselho Gestor** realizam reuniões semanais e mensais, respectivamente. Nesses encontros, são tratados assuntos relativos ao desempenho assistencial, econômico, ambiental, social e de ensino e pesquisa da organização, são deliberadas ações para correções e melhorias e é realizada a auto avaliação de desempenho da gestão como um todo. O processo para delegar ações e tarefas ocorre da presidente aos diretores e assessores, dos diretores para os gerentes, por meio de reuniões inter setoriais ou das que discutem o planejamento estratégico.

### **Conselho Gestor:**

No ano de 2016, foram retomadas as atividades do Conselho Gestor da FSCMP, fundado em 2004, mas que estava inoperante. Na plenária realizada em dezembro de 2015, convocada através de edital publicado no Diário Oficial do Estado, foram eleitas as entidades da sociedade civil e das instituições públicas que passaram a

constituir o Conselho. A plenária, por proposição da gestão, restabeleceu a paridade de representação no Conselho, destinando 50% (cinquenta por cento) das vagas para o segmento de movimentos sociais de usuários do SUS e de discentes da área da saúde; 25% (vinte e cinco por cento) para entidades representativas de trabalhadores de saúde e de docentes da área da saúde; e 25% (vinte e cinco por cento) para gestores da FSCMP e de instituições superiores de ensino e pesquisa da área da Saúde.

Concluída a indicação dos representantes das entidades e instituições eleitas, foi publicada a portaria 774/2015, nomeando os conselheiros para mandato de dois anos. O Conselho passou a se reunir para cumprir sua finalidade regimental de assegurar a participação e o controle social, no acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas e ações de saúde, no âmbito de atuação da FSCMP, em conformidade com os princípios e diretrizes da Constituição da República Federativa do Brasil e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O funcionamento de um Conselho Gestor na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará representa uma importante conquista, sendo ferramenta indispensável para o controle social dos serviços públicos, efetivando os princípios e diretrizes do SUS.

### Mesorregiões do Pará

- Metropolitana de Belém
- Nordeste Paraense
- Sudoeste Paraense
- Sudeste Paraense
- Baixo Amazonas

- **144**  
**municípios**
- **8.513.497**  
**habitantes**

Fonte: IBGE



### Assistência

- Tocoginecologia
- Pediatria
- Neonatologia
- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Nefropediatria
- Ambulatório (Mulher, Pediatria, Cirurgia, Especialidade)

### Ensino, Pesquisa e Extensão

- Pós-graduação Lato Sensu (12 programas de Residência Médica, 01 de Residência Multiprofissional)
- Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado)



## 2.6 - CAPACIDADE INSTALADA

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
<b>LEITOS COMPLEMENTARES</b>		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CANGURU	20	16
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CONVENCIONAL	67	67
UNIDADE DE ISOLAMENTO	06	04
UTI ADULTO TIPO II	20	10
UTI NENOATAL TIPO II	62	62
UTI PEDIÁTRICA TIPO II	20	10
<b>LEITOS DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICA</b>		
CIRURGIA GERAL	22	22
GINECOLOGIA	18	18
<b>LEITOS DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b>		
AIDS	04	04
CARDIOLOGIA	09	09
CLÍNICA GERAL	30	30
DERMATOLOGIA	02	02
NEFROLOGIA	03	03
<b>HOSPITAL DIA</b>		
CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICO	03	03
<b>LEITOS OBSTÉTRICOS</b>		
OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	66	66
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	78	78
<b>LEITOS PEDIÁTRICOS</b>		
PEDIATRIA CIRÚRGICA	28	11
PEDIATRIA CLÍNICA	28	28
<b>TOTAL</b>	<b>486</b>	<b>443</b>

Fonte: DTAS / ASPL

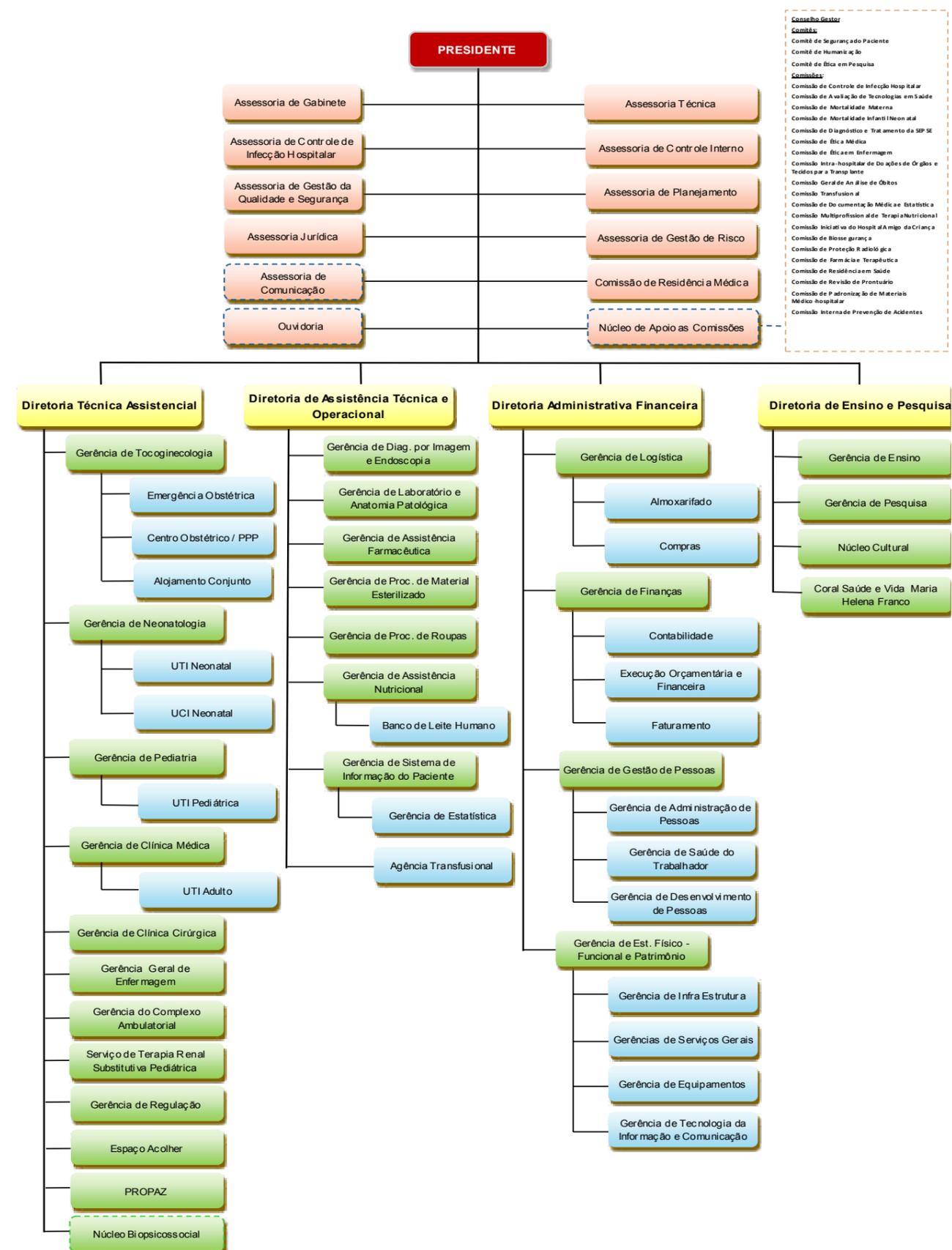
## 2.5 - FORÇA DE TRABALHO

Situação funcional	2015	2016	2017	2018
Concursados	1.684	1.673	1.645	1.612
Temporários	467	470	352	587
Estatutários	203	195	175	166
Outros	192	208	237	249
<b>Total</b>	<b>2.546</b>	<b>2.546</b>	<b>2.409</b>	<b>2.614</b>

Fonte: GESP / GAPE

## 2.7 - ESTRUTURA E FUNÇÕES

### 2.7.1 - Organizacional



## PRESIDÊNCIA

A presidência compõe a alta gestão do hospital. É responsável por desenvolver o modelo de gestão institucional. Subordinados a ela estão todas as diretorias e assessorias de: Planejamento, Qualidade e Segurança, Controle de Infecção Hospitalar, Controle Interno, Assessoria de Gabinete, Procuradoria jurídica, Ouvidoria, Comitês e Comissões.

## DIRETORIA TÉCNICA ASSISTENCIAL - DTAS

A DTAS é responsável por toda a linha assistencial do Hospital e está inserida no organograma da Instituição subordinada à Presidência e nivelada à Diretoria de Apoio Técnico Operacional, Diretoria Administrativa Financeira e Diretoria de Ensino e Pesquisa.

Compete à Diretoria Técnica-Assistencial, assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica e assistencial, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética da instituição.

## DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO-OPERACIONAL - DATO

A DATO, têm como objetivos: planejar, coordenar, orientar, supervisionar e avaliar a execução das atividades relacionadas as áreas de: Assistência Nutricional, Agência Transfusional, Assistência Farmacêutica, Banco de Leite Humano, Central de Materiais e Esterilização, Diagnóstico por Imagem e Endoscopia, Laboratório Clínico e Anatomia Patológica, Processamento de Roupas, Sistema de informação do paciente e Estatística.

## DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - DEPE

A Diretoria é vinculada diretamente à Presidência. Tem por finalidade: planejar, coordenar, orientar, monitorar e avaliar a execução das atividades relacionadas com as áreas de

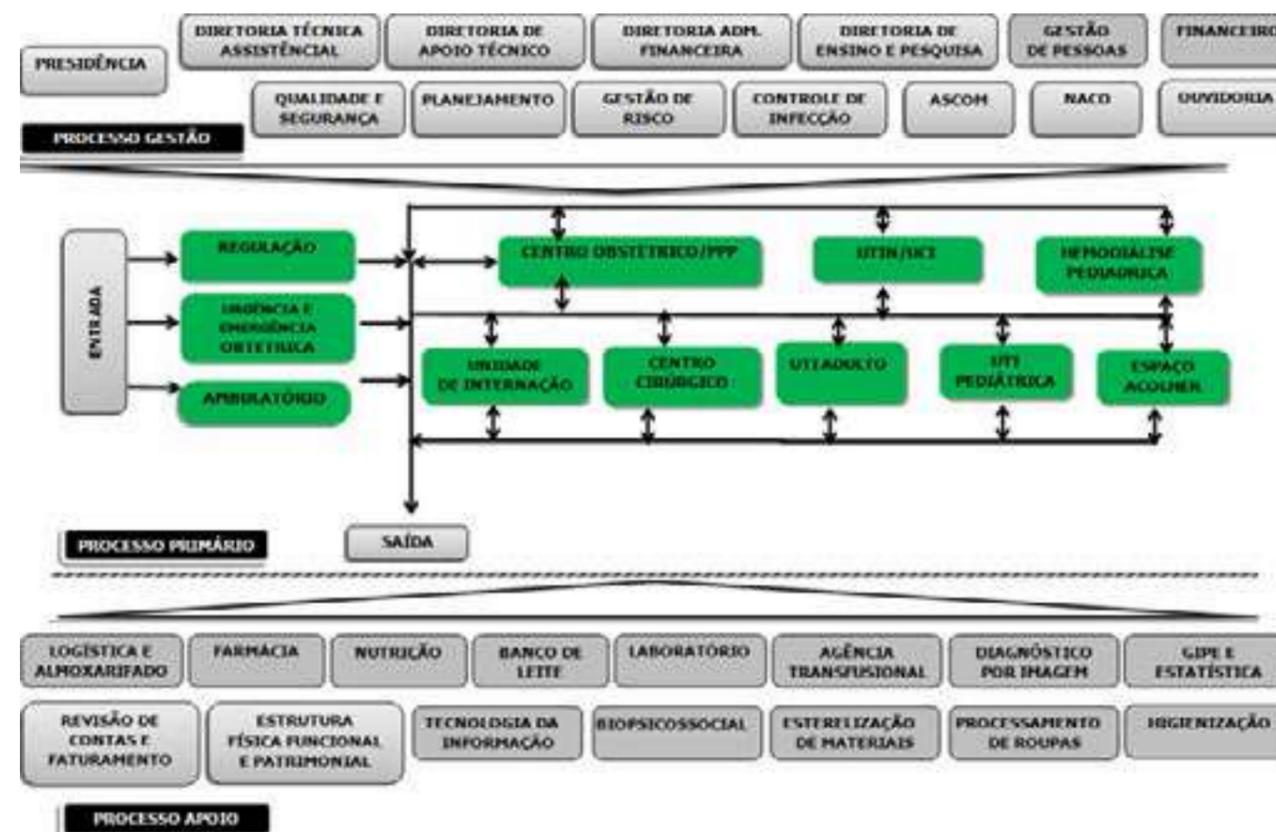
ensino, pesquisa, extensão e pós-graduação, bem como as atividades científicas. A DEPE é responsável diretamente pelas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no hospital. Tem como um de seus objetivos promover e apoiar iniciativas e ações pertinentes à formação e qualificação dos discentes de graduação e técnicos, residentes, especializando e mestrandos por meios das gerências e setores desta diretoria e dos convênios com as instituições de ensino superior, técnico e de pesquisa.

## DIRETORIA ADMINISTRATIVO FINANCEIRA - DIAF

Compete o gerenciamento e implementação de políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil, logística, infraestrutura, patrimonial e de pessoal através de suas gerências e sub-gerências: gerência de administração de pessoas, gerência de desenvolvimento de pessoas e gerência de saúde do trabalhador, além de articulação com os órgãos externos.



## CADEIA DE PROCESSO



## MODELO DE GESTÃO



## CANAL DE COMUNICAÇÃO



### Reunião para Planejamento Estratégico:

É desenvolvido com a participação ativa da alta gestão e de lideranças da instituição (Reunião de Análise Estratégica – RAE), num processo contínuo de engajamento dos servidores tanto no nível tático (Reunião de Análise Tática - RAT) e quanto no nível operacional (Reunião de Análise Operacional - RAO) e por meio de oficinas, reuniões e debates, utilizando-se o Mapa Estratégico como ferramenta gerencial. Anualmente é feita uma revisitação no Plano para redefinir estratégias, revisar os objetivos, as metas e a identidade organizacional. O método adotado pela FSCMP é o Balanced Scorecard – BSC.

**Reunião de Diretorias:** acompanha os desdobramentos dos planos e projetos da gestão da segurança do paciente e do planejamento estratégico e avalia o desempenho, inclusive assuntos destacados durante as Reuniões de Análise Estratégica (RAE) e que requerem análise bilateral. Reúne-se semanalmente um dia antes da reunião da Diretoria Colegiada e tem como membros permanentes a presidência (PRES) e as quatro diretorias da FSCMP: Diretoria Técnico Assistencial

(DTAS), Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF), Diretoria de Apoio Técnico Operacional (DATO) e Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE).

**Reunião da Diretoria Colegiada:** reúne-se semanalmente para aprovar e validar os planos e projetos da gestão da segurança do paciente e do planejamento estratégico, incluindo periodicamente na pauta análise estratégica do Planejamento. Participam desse fórum a Presidência (PRES), as quatro diretorias (DTAS, DIAF, DATO e DEPE); as assessorias de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS), Planejamento (ASPL), Controle da Infecção Hospitalar (ACIH) e Comunicação (ASCM); as gerências de Gestão de Pessoas (GESP), Desenvolvimento de Pessoas (GEDP), Enfermagem Geral (GENF), Clínica Médica (GMED), Processos de Tecnologia da Informação (GPTI); Comitê de Humanização (CH) e Procuradoria Fundacional (PROF).

**Reunião Gerencial:** é um fórum intermediário de gestão articulado por cada diretoria com seus gerentes para acompanhar e avaliar os planos táticos de cada diretoria, conforme desdobramento

do Planejamento Estratégico para cada setor. Recomenda-se que se reúna semanalmente.

**Reunião de gerente e servidor:** é um fórum de base constituído pelos servidores de cada gerência e o gerente para avaliação e encaminhamentos dos planos operacionais inseridos no planejamento estratégico. Recomenda-se que se reúna pelo menos uma vez por mês.

**Reunião do Comitê de Segurança do Paciente:** planeja e avalia a implantação da Política de Segurança do Paciente. Reúne-se mensalmente e se estrutura através de times de liderança que se mobilizam sempre que necessário. Periodicamente, são realizadas interações de processos, analisados os eventos críticos e elaborados planos de melhorias sobre a Política de Segurança do Paciente. Partindo do cuidado centrado no paciente, são estabelecidos os fluxos desses pacientes e construídas linha de cuidado individualizado para paciente Materno-Infantil; Paciente Crítico; Paciente Cirúrgico; e Paciente da Urgência e Emergência.

**Reunião com Servidores e Sindicatos:** constitui-se em importante fórum de escuta e diálogo sobre as demandas dos servidores. Nas reuniões com lideranças sindicais e comissões representativas, que acontece pelo menos uma vez por mês, são recolhidas sugestões e propostas e muitas delas viram pautas de reuniões com os

servidores em que é garantida a livre manifestação dos interessados. Reúne-se, em média, a cada dois meses e podem ser convocadas tanto por servidores como pela gestão da FSCMP.

**Reunião do Conselho Gestor:** órgão colegiado de caráter consultivo, deliberativo e fiscalizador previsto na legislação do SUS, é constituído paritariamente por entidades representativas dos movimentos sociais de usuários do SUS e de discentes da área da saúde (50%), entidades representativas de trabalhadores de saúde e de docentes da área da saúde (25%) e por gestores da FSCMP e de instituições superiores de ensino e pesquisa da área da saúde, tendo na sua composição atual 16 participantes efetivos e 16 suplentes. Reúne-se mensalmente com a finalidade de assegurar a participação e o controle social no acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas e ações de saúde, no âmbito de atuação da FSCMP.

**Reunião de Comitês, Comissões e Núcleos:** a FSCMP tem ainda vários outros coletivos que contemplam demandas de gestão participativa ou exigência da legislação do SUS, como: COREME, Comissão de GDI, Núcleo Cultural, Comitê de Humanização etc, tendo inclusive um núcleo específico (NACO) que coordena os que tem exigência legal de constituição e funcionamento.

### CRONOGRAMA:

DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE
Reunião Análise Estratégica - RAE	Mensal
Reunião de Análise Tática - RAT	Mensal
Reunião de Análise Operacional - RAO	Quinzenal
Reunião de Diretoras	Semanal
Reunião da Diretoria Colegiada	Semanal
Reunião Gerencial	Semanal
Reunião de gerente e servidor	Mensal
Reunião do Comitê de Segurança do Paciente	Mensal
Reunião com servidores e sindicatos	bimestral
Reunião do Conselho Gestor	Mensal
Reunião da COREME	Mensal
Reunião da Comissão de GDI	Mensal

# Certidão de Nascimento

Um *direito* do bebê, é *grátis* e *rápido*.

Procure o cartório que funciona no térreo da Maternidade da Santa Casa para emitir a Certidão de Nascimento.

## DOCUMENTAÇÃO

ORIGINAIS E CÓPIAS

### PARA PAIS CASADOS

- ★ RG DOS PAIS. (XEROX E ORIGINAL)
- ★ CERTIDÃO DE CASAMENTO.
- ★ DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO DO BEBÊ.

### PARA PAIS SOLTEIROS

- ★ RG DOS PAIS.
- ★ DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO DO BEBÊ.
- ★ SE O BEBÊ FOR RECEBER O SOBRENOME DE AMBOS OS PAIS, O PAI DEVE ESTAR PRESENTE OU ENVIAR UMA DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE ASSINADA, E UMA CÓPIA DO RG.



 4009-2220



## 2.7.2 - Física

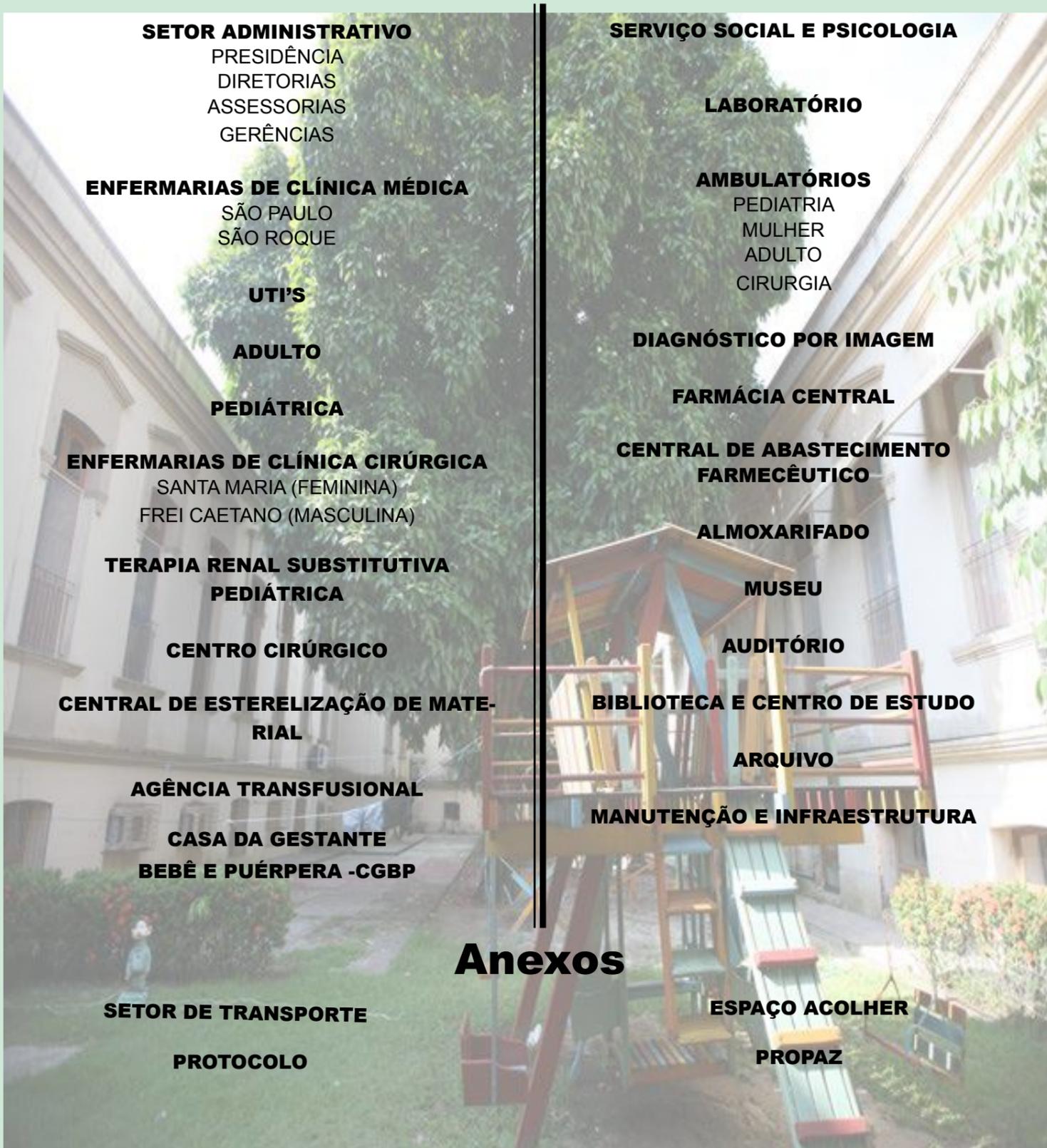
O Complexo Hospitalar possui 48.312m<sup>2</sup> e está composto pelo **Hospital Centenário (25.573m<sup>2</sup>)**, onde abriga cem (100) leitos entre as clínicas médica e cirúrgica, UTIs adulto e infantil, cada uma com dez (10) leitos e o espaço para a construção da nova **casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP)**; abriga também a estrutura física de ensino, pesquisa e extensão; o arcabouço técnico logístico; apoio administrativo e um belo museu, com acervo de peças raríssimas. **Unidade Materno Infantil “Dr. Almir Gabriel” (20.513m<sup>2</sup>)**, com sete (07) andares com o que há de mais moderno em tecnologia de suporte de vida, oferecendo serviços de urgência e emergência obstétrica e 386 leitos para atendimento às

demandas de Neonatologia, Maternidade, Pediatria, Ginecologia e UTI's (Adulto e Infantil).

**Pavilhão da Gerência de Assistência Nutricional, Refeitório e Gerência de Processamento de Roupas (2.498m<sup>2</sup>)**, composto por duas das principais gerências de apoio do Hospital, oferece estrutura e equipamentos modernos, com refeitório para servidores e acompanhantes e serviço de processamento de roupas; e **Espaço Acolher (423m<sup>2</sup>)**, com estrutura física que permite acomodação para 30 pessoas entre pacientes e acompanhantes, garantindo-se leitos, refeições e transporte durante o tratamento.



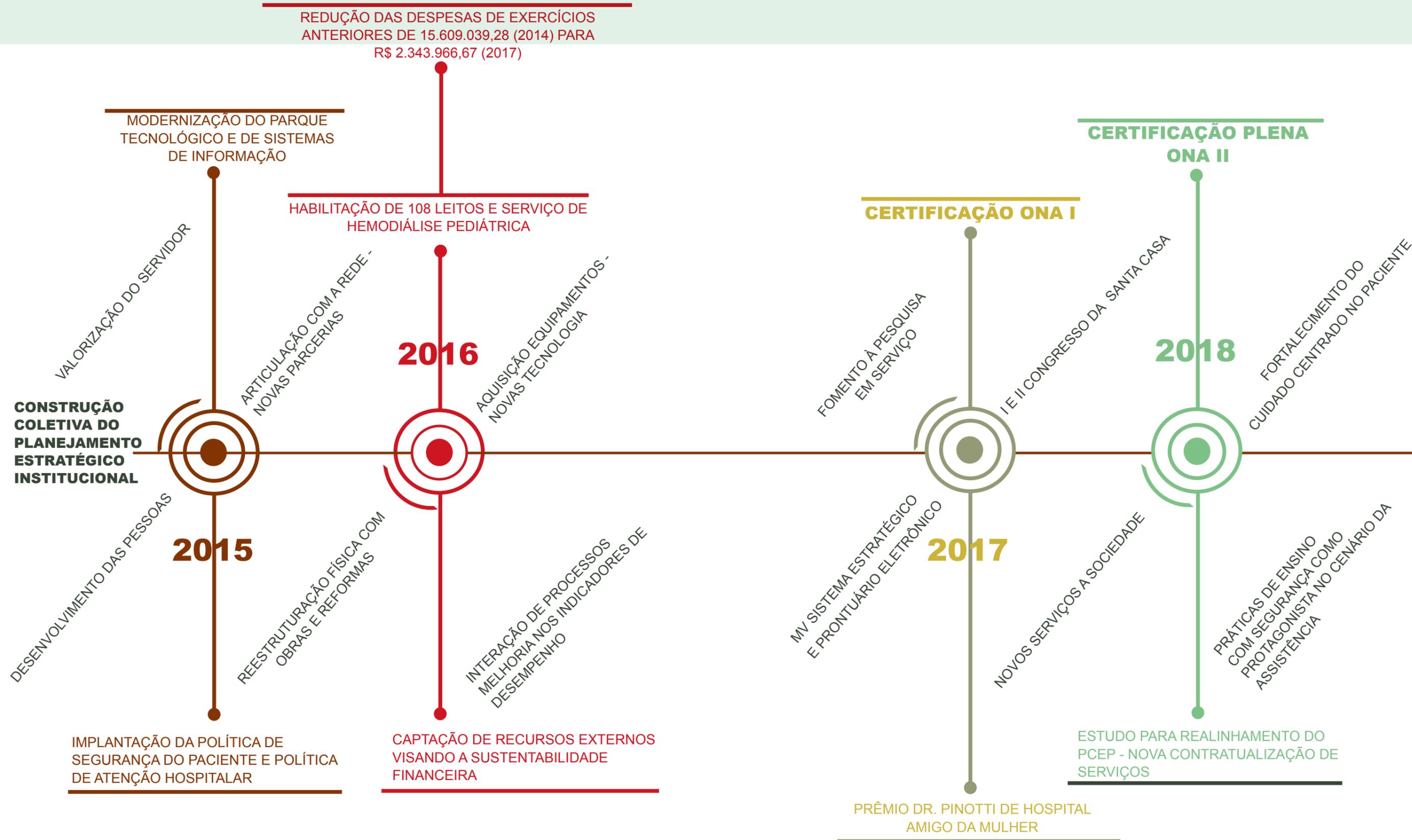
# Hospital Centenário (25.573m<sup>2</sup>)



# Unidade Materno Infantil “Dr. Almir Gabriel” (20.513m<sup>2</sup>)



# TIMELINE DA GESTÃO



# 3 - GESTÃO ESTRATÉGICA

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

### MISSÃO

Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento

### VISÃO

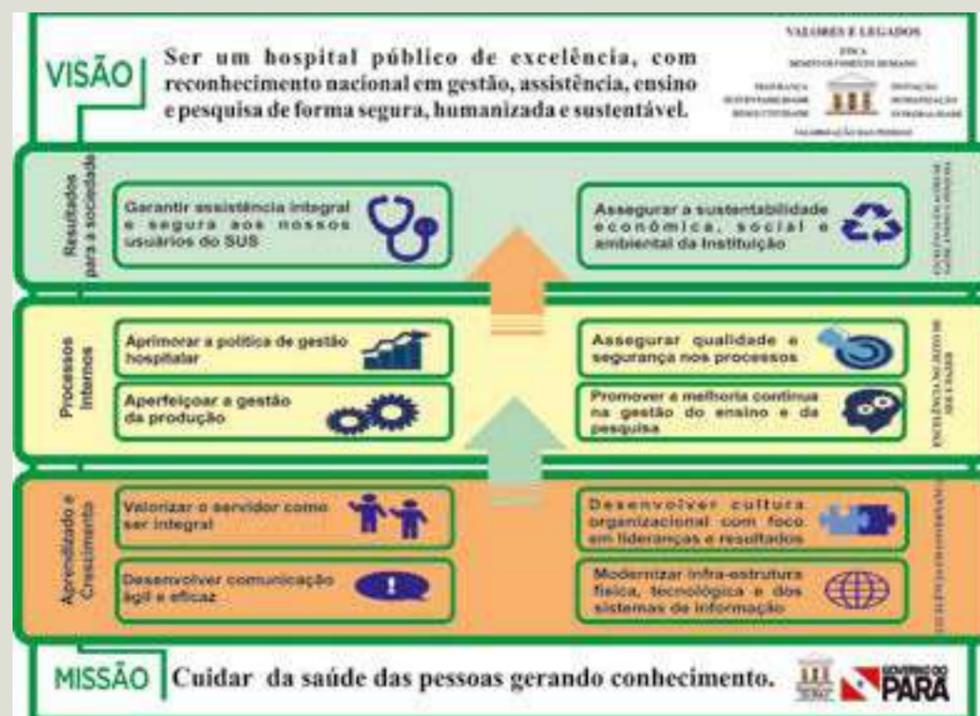
Ser um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável

### VALORES

Ética, desenvolvimento humano, segurança, sustentabilidade, resolutividade, inovação, humanização, integralidade e valorização das pessoas.



## NOSSO NORTEADOR ESTRATÉGICO - MAPA ESTRATÉGICO



Mapa Estratégico 2016 - 2019

Publicado em portaria 741 de 18 de novembro de 2016, no Diário Oficial

O planejamento estratégico é um processo gerencial utilizado no desenvolvimento e na manutenção dos objetivos, habilidades e recursos de uma organização. Na FSCMP, o planejamento foi estruturado para o quadriênio 2016-2019, após aprovação da Gestão Colegiada e publicado no Diário Oficial do Estado.

Em dezembro de 2017, a FSCMP realizou o segundo ciclo do PDCA de seu Planejamento Estratégico, onde foram avaliados os projetos estratégicos do ano corrente, bem como o redesenho

de novas estratégias para o ano de 2018. Além disso, as lideranças vêm desdobrando seus planos e projetos em iniciativas operacionais com o staff da instituição e os stakeholders, por meio de Reuniões de análise estratégica – RAEs, Reuniões de análise tática – RATs e de Reuniões de análise operacional – RAOs.

Resultados importantes a serem destacados nesse ano de 2018, alinhados as perspectivas e objetivos estratégicos, estão destacados a seguir.



### Oficinas de construção e desenvolvimento do Planejamento Estratégico



Avanços importantes foram resultantes de e objetivos estratégicos aos projetos macros um trabalho voltado para resultados, com foco no da organização, monitorados pelos indicadores planejamento estratégico, alinhando perspectivas estratégicos, conforme destacados abaixo:

### 3.1 - PERSPECTIVA: APRENDIZADO E CRESCIMENTO

#### 3.1.1 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: MODERNIZAR INFRAESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



#### Modernizar infraestrutura física, tecnológica e dos sistemas de informação:

- Sistema MV PEP e Estratégico
- Sistema RIS e PACS
- Reformas de enfermarias e espaços do prédio centenário



#### 3.1.1.1 - Resultados 2015:

- Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas UTI's adulto e pediátrica;
- Aquisição de novo equipamento de Imuno-hormônios com maior capacidade de carga de realização de exames, denominado i2000, o que dobrará a velocidade de realização dos exames desta área e possibilitará um resultado em menor tempo. Resultados que antigamente demoravam 05 dias a ficarem prontos, atualmente ficam em até 24 horas;
- Reforma das Enfermarias Santa Ludovina e Santana;
- Reforma e adequação da UTI Pediátrica do Hospital Centenário a fim de receber pacientes oriundos do Pronto Socorro Municipal "Dr. Mario Pinotti", por ocasião do incêndio ocorrido neste hospital em 25 de junho de 2015;
- Revitalização do Auditório "Rubens Guilhon Coutinho";
- Adequações da infraestrutura da área da Gerência de Diagnóstico por Imagem e Endoscopia para instalação do mamógrafo, e de mais 02 (dois) aparelhos de raio X;
- Implantação de manutenção preventiva no prédio Almir Gabriel;
- Revisão geral dos maquinários e utensílios da Gerência de Assistência Nutricional - GANT;
- Revisão geral das secadoras e lavadoras da Gerência de Processamento de Roupas - GPRO
- Realização do levantamento arquitetônico cadastral do prédio centenário da FSCMP;
- Desenvolvimento e expansão do sistema DATAFLEX;
- Reestruturação do setor de Tecnologia da Informação com aumento do parque tecnológico e desenvolvimento de ferramentas de monitoramento.

#### 3.1.1.2 - Resultados 2016:

- Aquisição de equipamentos de ponta para implementar o MV, dentre elas, ações voltadas à redução do tempo de resposta aos chamados;
- Implantação do sistema gerenciador de

chamadas GLPI;

- Instalação de fibra óptica interligando os prédios Almir Gabriel e Centenário;
- Contratação de administrador de rede e analista de sistema, com cobertura 24 horas com plantões e sobreavisos;
- Instalação de 100 computadores novos;
- Contratação de novo *outsourcing* de impressão e inclusão de 40 impressoras novas;
- Padronização das configurações de máquinas; redução do tráfego de rede, etc.
- Implementação ao sistema Dataflex.

#### 3.1.1.3 - Resultados 2017

- Reformas do ambulatório da mulher, enfermarias de clínica médica e cirúrgica e agência transfusional;
- Reforma do centro cirúrgico, central de processamento de material esterilizado - CPME, ambulatório de cirurgia, farmácia de alta complexidade e almoxarifado;
- Adequação das rotas de fuga da instituição;
- Projeto de implantação do Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens RIS (*Radiology Information System*) e PACS (*Picture Archiving and Communication System*): solução tecnológica que disponibiliza recursos para gerenciar os procedimentos de diagnóstico por imagem;
- Projeto de implantação do Processo Administrativo Eletrônico (PAE) de responsabilidade da Secretaria de Estado de Administração (SEAD), em todo o Estado;
- Projeto de implantação do Sistema de Gerenciamento Laboratorial (Softlab) que agiliza os resultados de exames para a área assistencial. Este projeto tem como desafios a implantação do Sistema MV nos demais ambulatórios, na Agência Transfusional e no Centro de Terapia Renal Substitutiva Pediátrica (CTRS);
- Projeto de aquisição de um sistema integrado de gestão de pessoas.

### 3.1.1.4 - Resultados 2018

- Implantação do sistema informatizado para diagnóstico por imagem - RIS e PACS;
- Aquisição do sistema informatizado específico para serviço de hemoterapia – SBS (em processo de aquisição);
- Implantação do sistema SoulMv nos ambulatórios da mulher e de especialidades;
- Implantação do sistema informatizado da cadeia logística e de suprimentos desde a entrada do medicamento e/ou material técnico até administração a beira leito do paciente (em andamento);
- Construção do novo ambulatório da pediatria (início em outubro/2018);
- Aquisição/Instalação do elevador no prédio centenário;
- Implantação da Casa da Gestante, bebê e puérpera - CGBP;
- Construção do novo necrotério;
- Início do restauro da Capela Histórica do prédio centenário;
- Reforma da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do prédio centenário, para ampliar mais 10 leitos complementares destinados a UTI Materna para

a rede;

- Reforma da enfermaria cirúrgica Frei Caetano Brandão (em andamento);
- Reforma da enfermaria São Roque (em andamento);
- Informatização do ambulatórios de: cirurgia; hepatologia e da mulher;
- Implantação da gestão dos equipamentos de engenharia clínica;
- Implantação do projeto de sinalização hospitalar (em andamento);
- Aquisição do sistema Epimed de notificação de incidentes;
- Implantação do projeto de medicina fetal de predição e prevenção da eclampsia;
- Reestruturação do setor de Tecnologia da Informação;
- Projeto de restauro do prédio centenário;
- Implantação de rotas de fuga;
- Aquisição de 70 carrinhos de preparo e administração de medicamentos a beira leito do paciente, visando a segurança do paciente e servidor;
- Aquisição de equipamentos para melhoria do cuidado na assistência ao paciente.

### 3.1.2 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: VALORIZAR O SERVIDOR COMO SER INTEGRAL

#### 3.1.2.1 - Resultados 2015

- Fortalecimento dos programas de enfermagem como: programa de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos - **Prophadi**, programa de acompanhamento das grávidas - **PROASG** e o programa de vacinação;
- Elaboração da 1ª Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT);
- Elaboração do Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Participação de servidores no Curso de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento Gerencial integrado da linha de atenção às urgências no ambiente intra-hospitalar do Ministério da Saúde e Hospital do Coração (SP), que colaborou no diagnóstico situacional da urgência obstétrica;
- Realização do 2º Curso de Transporte Intra-Hospitalar para capacitar continuamente os servidores do setor e inserção da equipe na formação de agentes multiplicadores da política nacional de humanização.

#### 3.1.2.2 - Resultados 2016

- Implantação do projeto “Café com o servidor”;
- Realização da pesquisa de clima organizacional;
- Sistematização e informatização das escalas;
- Realização da feira de valorização do servidor, com o objetivo de conhecer e atualizar os dados do servidor;
- Realização de campanhas institucionais (vacinação, outubro rosa, tabagismo e novembro azul), alcançando mais de 1.800 servidores.

#### 3.1.2.3 - Resultados 2017

- Atualização do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) em parceria com a SEAD;
- Fortalecimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), onde foi elaborado o mapa de riscos ocupacionais;
- Reelaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), intensificado em 2017, que tem como

objetivo diagnosticar precocemente as doenças relacionadas ao trabalho;

- Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);
- Estruturação do Plano de Atendimento as Emergências (PAEC), onde o projeto de combate a incêndio do prédio centenário foi atualizado e também elaborado um plano de emergência e iniciado o treinamento da brigada de combate a incêndio.

#### 3.1.2.4 - Resultados 2018

- Implantação do projeto “Cuidando do cuidador”, com o objetivo de aprimorar as ações de Promoção e Prevenção da Saúde Integral dos colaboradores; iniciado com oficinas terapêuticas e integrativas;
- Implantação do *software* de integração de gestão de pessoas (*Sênior*), que integra todas as informações atinentes a gestão de pessoas, que envolve a saúde e segurança do servidor, o desenvolvimento e investimento em pessoas, garantido assim, o pioneirismo tecnológico de um hospital público na Região Norte, provendo a autogestão e integração entre seus servidores, a fim de possibilitar a melhor estratégia para agilidade e segurança das informações, com intervenções que vão desde o controle do absenteísmo ao mapeamento das competências, evidenciando a avaliação de desempenho, atrelada a indicadores e materializadas por evidências, na busca constante da gestão por excelência;
- Aquisição de Programa de capacitação em desenvolvimento de lideranças;
- Investimento em formação de 165 brigadistas de combate a incêndio e outras emergências e catástrofes;
- Realização da 3ª Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT);



- Implantação do CINE CASA - cultura de acolhimento a saúde, autoconhecimento do servidor, por meio da linguagem cinematográfica;
- Reestruturação do Programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO);
- Investimento em tecnologias em saúde visando a segurança do paciente e do servidor no preparo e administração de medicamentos;
- Investimento em qualificação dos servidores por meio de cursos e eventos visando o aprimoramento e desenvolvimento humano;
- Manutenção do projeto Café com o Servidor com abordagens holísticas voltadas para servidores, estudantes e usuários;
- Realização de oficinas em serviço do plano terapêutico individualizado;
- Realização de oficinas de efetividade no cuidado de enfermagem;
- Realização de oficinas de desenvolvimento do raciocínio clínico para enfermeiros;
- Capacitação em Suporte Básico de Vida - BLS nas linhas críticas;
- Parceria com o Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública - PPGGP/NAEA/UFGA no curso de Mestrado Profissional em Gestão Pública, com a disponibilidade de 03 (três) vagas para servidores.

**CAFÉ COM O SERVIDOR**

Comece o dia compartilhando conhecimento.  
Assessoria de Planejamento

**Um momento de diálogo e reflexão sobre o desenvolvimento dos processos de trabalho e experiências de sucesso.**

**Público-alvo: servidores, colaboradores, usuários acadêmicos, docentes, entre outros.**

Missão: Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento.

Logos: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Governo do Pará, and social media icons for YouTube, Facebook, and Instagram.



**Valorizar o servidor como ser integral:**

- Servidor Nota 10
- Bolsa de Estudo para Graduação
- Coral Saúde e Vida Maria Helena Franco
- Treinamento e formação da Brigada de Incêndio
- Saúde do Trabalhador: Relaxamento, Ginstástica Laboral e Reiki



## - Indicador estratégico alinhado ao objetivo 3.1.2:

### a) ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO

Indicador mensal: janeiro a dezembro

Meta:7%



Fonte: MV Estratégico

### Análise

Observamos que no ano de 2018, houve uma melhora significativa do indicador de absenteísmo em relação ao ano anterior e mantendo-se estável durante todo o ano atual, girando em torno de 4,9% em média e apresentando uma queda no mês de julho onde habitualmente esse índice era bem mais alto nos anos anteriores. Isso se deu em função do trabalho desenvolvido pela comissão de absenteísmo tais como: acompanhamento individual e mensal dos servidores com maior número de ausências (escuta, orientações, encaminhamentos a tratamentos especiais, entre outros). Nosso desafio foi intensificar as ações no decorrer do ano com a finalidade de melhorar o indicador.

Devemos considerar também a instituição e aplicabilidade gradual da Instrução normativa nº 01/2018, que trouxe em seu arcabouço, medidas administrativas, que contribuíram para a redução das ausências. Intensificaram-se as ações da Comissão por meio da criação do serviço de monitoramento das ausências, que subsidiou intervenções bem

mais efetivas.

Hoje, usamos o sistema DATAFLEX (Flex informática) para fazer o monitoramento do absenteísmo, o qual será posteriormente substituído pelo sistema SENIOR (Microdata), que se encontra em fase de implantação.



**A FSCMP conta com uma força de trabalho de 2.614 servidores.**

### Ações para melhoria:

- Monitorar e intensificar ações previstas pela Comissão de Absenteísmo;
- Instituir o Termo de Orientação a ser assinado pelo servidor no momento de atendimento pela comissão;
- Justificar e/ou corrigir, possíveis inconsistências apresentadas no relatório gerado pelo Sistema DATAFLEX.

### 3.1.3 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: DESENVOLVER COMUNICAÇÃO ÁGIL E EFICAZ

#### 3.1.3.1 - Resultados 2015

- Implementação da Intranet como ferramenta de comunicação interna e repositório de documentos, pela agilidade na disseminação de informações, visando a integração intersetorial.

#### 3.1.3.2 - Resultados 2016

- Início do projeto para ampliação da comunicação eletrônica;
- Implantação da meta II de segurança do paciente.

#### 3.1.3.3 - Resultados 2017

- Revitalização do site da Santa Casa do Pará – Eventos, Transparência Pública e Ouvidoria;
- Criação de página do Facebook, com publicação diária na fanpage;
- Implantação da comunicação áudio visual.

#### 3.1.3.4 - Resultados 2018

- Implantação do processo de informatização do controle de acesso (em andamento);
- Implantação da política de acessibilidade (em andamento);
- Institucionalização da meta II da política de segurança do paciente: Comunicação efetiva;
- Sinalização visual do Hospital Centenário;
- Reformulação e lançamento do informativo semanal da Fundação Santa Casa;
- Elaboração da cartilha de segurança do paciente;
- Elaboração e divulgação do siglário institucional;
- Implantação de um sistema informatizado de cadastro de discente e docente;
- Reestruturação do serviço de comunicação Institucional



### 3.1.4 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: DESENVOLVER A CULTURA ORGANIZACIONAL COM FOCO NAS LIDERANÇAS E RESULTADOS.

#### 3.1.4.1 - Resultados 2015

- Projeto de Implantação do planejamento estratégico organizacional no método **Balanced Scorecard - BSC**;
- Implantação do Núcleo de Assessoria às Comissões (Naco), com o objetivo de organizar e acompanhar os comitês e comissões internas;
- Fortalecimento e ampliação do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG), atendendo além de diretores, assessores, gerentes e equipe de enfermagem com vistas a oferecer aos profissionais da instituição, ferramentas com foco no desenvolvimento de competências de liderança.

#### 3.1.4.2 - Resultados 2016

- Oficinas participativas de construção e elaboração do planejamento Estratégico;
- Oficinas de avaliação do Planejamento Estratégico;
- Início das Reuniões de Avaliações Estratégicas (**RAE'S**) Reuniões de Avaliações Táticas (**RAT's**) e Reuniões de Avaliações Operacionais (**RAO's**);
- Aquisição do Sistema Estratégico BSC e Gestão da Qualidade, Risco e Ocorrências e Implantação do sistema de custo hospitalar.
- Treinamentos para as lideranças no sistema de gestão estratégica – MV;
- Informatização do Planejamento Estratégico Organizacional (Sistema MV Estratégico);
- Parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), por meio do Proadi/SUS. A Santa Casa assinou o termo de adesão do Projeto de Reestruturação dos Hospitais Públicos - RHP, com o objetivo de implantar a política de segurança;
- Parceria com o Hospital do Coração de São Paulo (HCOR), por meio do Proadi/SUS, com o objetivo de desenvolver e aplicar uma metodologia para a elaboração e adoção de planos diretores de hospitais por estados e suas

regiões de saúde;

#### 3.1.4.3 - Resultados 2017

- I Oficina de revisitação do Planejamento Estratégico;
- I Maratona de disseminação do Planejamento Estratégico, visando institucionalizar a governança em PE;
- Revisão e validação dos indicadores estratégicos;
- Oficina de avaliação do Planejamento Estratégico e definição de novos projetos.

#### 3.1.4.4 - Resultados 2018

- Realização do I Workshop de Planejamento Estratégico;
- Realização da II Maratona de planejamento estratégico, visando institucionalizar a governança em Planejamento Estratégico;
- Realização de oficinas de análise de indicadores;
- Implantação da gestão de documentos;
- Definição do modelo de gestão institucional;
- Realização **II Pesquisa de Segurança do Paciente**;
- Aquisição de Programa de capacitação desenvolvimento de lideranças;
- Implantação de novas ferramentas de gestão na assistência e apoio, visando o fortalecimento das lideranças com foco nos resultados (*SafetyHuddle e Checklist*).



### Indicador estratégico alinhado ao objetivo 3.1.4:

#### a) PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DOS PROJETOS ESTRATÉGICOS

Indicador trimestral: março, junho, setembro e dezembro

Meta:10%



Fonte: MV Estratégico

#### Análise:

O indicador refere-se aos projetos estratégicos pactuados no PE (Planejamento Estratégico) vigente no período de 2016-2019, tendo um percentual de execução positivo de projetos finalizados, impactando positivamente no alcance e alinhamento das ações com foco na estratégia da Organização.

Ressaltamos que os projetos concluídos

que requerem implementação, estão sendo desdobrados em processos no sistema estratégico (grupo PROCESSOS) para facilitar o monitoramento e que alguns projetos foram avaliados e ajustados a fim de comporem o grupo de PROCESSOS, uma vez que os mesmos não possuem perfil de projetos estratégicos. Os ajustes foram realizados juntamente com as Diretorias e Assessorias responsáveis.



### Planejamento Estratégico

- Oficinas de implantação, desenvolvimento e monitoramento do Planejamento Estratégico
- Maratona de disseminação do Planejamento Estratégico
- Implantação do Sistema MV Estratégico
- Análise dos indicadores estratégicos

## 3.2 - PERSPECTIVA: PROCESSOS INTERNOS

### 3.2.1 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: ASSEGURAR QUALIDADE E SEGURANÇA NOS PROCESSOS

#### 3.2.1.1 - Resultados 2015

- Implantação da política de Segurança do Paciente;
- Implantação de sistema informatizado com banco de dados para garantir a rastreabilidade dos processos de manipulação de nutrição parenteral;
- Fortalecimento da farmácia clínica nas unidades de neonatologia e pediatria com implementação de rotinas de avaliação de prescrições de medicamentos e realização de visitas clínicas e visitas técnicas;
- Elaboração do Manual da NR - 32 (Saúde e Segurança nos Serviços de Saúde);
- Elaboração dos protocolos de segurança do paciente em conjunto com a Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQS) e Assessoria de Gestão de Risco (ASGR);
- Atualização e Revisão do Manual de Boas Práticas da Unidade Produtora de Refeições, contemplando os fluxos de todos os processos de produção de refeições;
- Elaboração do Manual de dietas padrão hospitalar, instrumento que contempla a composição de cada tipo de dieta padrão hospitalar nas diversas consistências e modificações no teor de nutrientes;
- Retorno do gerenciamento do serviço de Hotelaria do Hospital da FSCMP pela gerência de processamento de roupas, normalizando procedimentos nas áreas da lavanderia buscando ampliar o conforto do paciente e de seus acompanhantes;
- Elaboração e conclusão do manual da lavanderia hospitalar da FSCMP;
- Implantação do sistema fechado em terapia nutricional enteral nas UTI'S;
- Parceria com a Unidade Municipal de Saúde do Bengui II na implantação de postos coleta de leite materno;

- Certificado de Ensaio de Proficiência em Leite Humano - 1ª Rodada - Acidez, Creatóforo e Microbiologia – INCQS/IFF-2015;
- Certificação do Banco de Leite Humano no credenciamento em Programa Ibero Americano FIOCRUZ/MS2014/2015, na categoria OURO;
- Realização do BANCOTUR, visita das mães acompanhadas pelos funcionários do BLH. Esta ação possibilita a mãe todo o conhecimento e funcionamento do BLH, inclusive onde fica armazenado o seu leite, destinados às mamadas de seus filhos;
- Participação em Projetos de Responsabilidade Social do BLH em parceria com o Programa Bombeiros da Vida;

#### 3.2.1.2 - Resultados 2016

- Realização do mapeamento de processo dos setores, que é uma ferramenta gerencial e de comunicação que tem a finalidade de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para processos;
- Implantado o SCORE MEWS, nas unidades assistenciais Cirúrgicas, Clínicas e Maternas, com o objetivo de reconhecer precocemente os sinais clínicos de deterioração do paciente e consequentemente reduzir a mortalidade.

#### 3.2.1.3 - Resultados 2017

- Certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com o selo de Hospital Acreditado nível I, pela melhoria dos processos visando a qualidade e segurança do paciente;
- Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) em 90% do hospital;
- Realização do Feirão de interação dos processos;
- Implantação da política de gerenciamento de risco e ocorrências;
- Institucionalização da Política de adorno zero;
- Implantação de farmácias satélites nos centros

cirúrgico e obstétrico;

- Implantação do kit padronizado por procedimentos cirúrgicos e obstétricos;
- Racionalização do uso de antimicrobiano por meio de senha;
- Informatização dos setores de apoio diagnóstico;
- Ampliação da rede e da infraestrutura de informática (DATACENTER);
- Aquisição de 70 freezers para os postos de coleta de leite humano na região metropolitana, uma parceria com a Assembleia de Deus e Governo do Estado, para atender o projeto "mais puro leite";
- Aquisição de 02 unitarizadoras de medicamentos;
- Institucionalização das Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Implantação de auditorias internas.

#### 3.2.1.4 - Resultados 2018

- Projeto ONA II, na busca pela melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente;
- Implantação do projeto "Melhorar a segurança do paciente em larga escala no Brasil" em

parceria com o Hospital alemão Osvaldo Cruz e Ministério da Saúde;

- Realização de oficinas de mapeamento de processos;
- Realização de oficinas de interação de processos;
- Realização de oficinas de notificação de eventos e gerenciamento do risco;
- Treinamento e implantação da notificação eletrônica de incidentes no sistema Epimed;
- Treinamento de inserção de documentos no sistema MV, módulo gestão de documentos;
- Realização da II e III Pesquisas de Segurança do paciente;
- Fortalecimento da farmácia clínica e da reconciliação medicamentosa;
- Implantação do setor de triagem no laboratório (em andamento);
- Automatização da tipagem sanguínea, *Coombs* direto e indireto;
- Adequação dos fluxos de trabalho para garantir a segurança nos processos da tocoginecologia;
- Implantação da rastreabilidade de medicamentos (em andamento).

#### Indicadores estratégicos alinhados ao objetivo 3.2.1

##### a) PERCENTUAL DE ADESÃO AS METAS DE SEGURANÇA.

- **Indicador trimestral: março, junho, setembro e dezembro**
- **Meta: 80%**



Fonte: MV Estratégico

#### Analise:

São realizadas auditorias trimestrais com intuito de avaliar a adesão dos servidores as metas de segurança do paciente. Observamos que o percentual de adesão aumentou progressivamente, variando de 58% a 62 %.

Na primeira auditoria, evidenciamos que a identificação do paciente foi a meta que apresentou o menor alcance de conformidade, seguida da meta que previne riscos de queda e lesão por pressão. Ambas necessitam do envolvimento do familiar e do paciente, que devem ser orientados quanto a importância do uso da pulseira de identificação e dos riscos assistenciais referentes a queda e lesão por pressão aos quais ficam expostos. Além disso, foi evidenciado também a necessidade de ações relacionadas a higienização das mãos e notificação de incidentes. Como ação de melhoria, foi realizado o primeiro ciclo de capacitação em metas de segurança.

Na segunda e terceira auditoria anual, observamos a persistência na baixa adesão familiar por deficiência na orientação acerca das metas de segurança do paciente, por parte dos servidores, assim como um número ainda baixo de notificação de incidentes ligados ao cuidado, o pouco conhecimento da equipe assistencial sobre os seus indicadores e a aplicabilidade de todas as metas de maneira geral. Como estratégia de melhoria, o Comitê de Segurança do Paciente - CSP inseriu o núcleo biopsicossocial no grupo de capacitação sobre os protocolos de segurança do paciente, com a finalidade de fortalecimento do mesmo. Durante o mês de dezembro, houveram várias capacitações relacionadas as metas, coincidindo com a avaliação da instituição para o Nível II de Acreditação Hospitalar. Para 2019, propomos aumentar a adesão dos servidores às metas de segurança do paciente.



## b) DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IRAS GLOBAL

- Indicador mensal: janeiro a dezembro



Fonte: MV Estratégico

### Análise:

O ano foi iniciado com indicador dentro do limite estimado, apresentando resultado de 6,3 IRAS a cada 1.000 pacientes-dias. Este resultado está associado com a adesão ao protocolo de higienização das mãos, visto que, em dezembro de 2017, houve o início da padronização do modelo dos dispensadores de álcool e sabão, realizando troca de todos os *dispensers* nas unidades e melhorando a satisfação da equipe na utilização dos mesmos.

Hoje, é realizado o monitoramento do consumo dos insumos e percebe-se uma boa adesão à lavagem das mãos (uso do sabão). O indicador apresentou resultado satisfatório, apresentando queda positiva, com 6,4 episódios de IRAS a cada 1.000 pacientes-dias, mantendo-se dentro da meta estimada.

Mantemos nas unidades as medidas de prevenção:

- 1) reforço da retirada dos adornos e higienização rigorosa das mãos;

- 2) limpeza concorrente pelo técnico de enfermagem (com surfa-safe) das mobílias e equipamentos (suportes de soro, estetoscópios, termômetro e mobília) no mínimo em três horários e de forma rigorosa, com troca do cueiro das isoletes em todos os momentos;

- 3) Cumprimento rigoroso das medidas de precaução de isolamento.

### Como oportunidades de melhoria:

- 1) Aumento/normalização do padrão de insumos como aventais descartáveis, luvas e surfa safe;
- 2) Padronização/aquisição panos multiuso de limpeza (perfex) para a concorrente nas unidades, visto a compra emergencial ainda não ter sido efetivada;
- 3) Recomendar e auxiliar, estudo para troca do padrão dos dispensadores de papel toalha nas áreas críticas, evitando recontaminação;
- 4) Cronograma de treinamento sobre precaução padrão para as unidades.

## c) INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

- Indicador mensal: janeiro a dezembro
- Meta: 5%



Fonte: MV Estratégico

### Análise:

Este é um indicador mensal onde avaliamos a ocorrência de eventos adversos notificados em relação ao número de pacientes. Observamos que, no primeiro semestre deste ano, o número de notificações foi muito baixo em relação ao segundo semestre. Isso se deu devido ao receio que os servidores tinham de notificar. Após a avaliação dos resultados e das causas responsáveis pelas baixas notificações, foram utilizadas algumas estratégias para melhorar os números como capacitações em loco, rodas de conversa, maratonas de capacitação e auditorias nas áreas, resultando em um aumento considerável no quantitativo das notificações, mas ainda assim não alcançando o resultado esperado.

No primeiro trimestre, de acordo com o grau de dano, os eventos notificados tiveram o seguinte comportamento: 42% de eventos sem danos para os pacientes, 36% com danos leves, 12% com danos moderados, 7% com danos graves e 3% levaram ao óbito.

No segundo trimestre, devido as capacitações voltadas para a segurança do paciente, observamos uma mudança no tipo de

eventos notificados: 10% sem danos, 90% de danos leves e nenhuma notificação de dano moderado e grave e sem nenhum óbito.

No terceiro trimestre, mais especificamente, em agosto de 2018, a assessoria de gestão da qualidade e segurança assumiu o gerenciamento de risco. Adquirimos um novo sistema com a finalidade de fortalecer a cultura de notificações de incidentes e melhorar a qualidade e eficiência no atendimento hospitalar, chamado *EPIMED Solutions*. Iniciou-se a sensibilização e o treinamento *in loco* para uso da ferramenta e, a partir daí, observamos uma melhor adesão por parte dos servidores em relação a notificação de incidentes, aumentando de 25 para 210 notificações/mês

### Ações:

- Revisar Taxonomia e alcançar o entendimento de classificação da equipe de Gestão de Risco;
- Revisar a Política de Gestão de Risco;
- Reestruturar o operacional: Sistema MV;
- Proposta Projeto Epimed para operacionalização das análises de óbitos evitáveis: Protocolo de Londres;
- Caracterização Clínica dos Incidentes.



# 5 Momentos de Higienização



## 1

**ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE**

**QUANDO?** Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente.

**POR QUÊ?** Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções

## 2

**ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO**

**QUANDO?** Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico.

**POR QUÊ?** Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos presentes nas mãos do profissional para o paciente, incluindo os microorganismos do próprio paciente.

## 3

**APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS**

**QUANDO?** Higienize as mãos imediatamente após o risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas).

**POR QUÊ?** Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

## 4

**APÓS CONTATO COM O PACIENTE**

**QUANDO?** Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente.

**POR QUÊ?** Para a proteção do profissional e do ambiente, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do próprio paciente.

## 5

**APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE**

**QUANDO?** Higienize as mãos após tocar em qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente, mesmo sem ter tido contato com o paciente.

**POR QUÊ?** Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente e outros profissionais ou pacientes.



## LAVAR AS MÃOS OU USAR ÁLCOOL GEL:

- ANTES E APÓS O CONTATO COM O BEBÊ.
- NA ADMINISTRAÇÃO DE INJEÇÕES, MEDICAMENTOS, ETC.
- AO CONTATO COM SECREÇÕES COMO SALIVA, URINA, FEZES, ETC.
- AO TOCAR NA INCUBADORA, SORO, BOMBAS DE INFUSÃO, PRATELEIRAS, ETC.



**Família: Você é nossa parceira nesta causa!**



### 3.2.2 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: APERFEIÇOAR A GESTÃO DA PRODUÇÃO

#### 3.2.2.1 - Resultados 2015

- Aumento de 30% no número de procedimentos de média e alta complexidade;
  - Redução de percentual de prontuários não atendidos ao ambulatório, por não localização no Arquivo, de 3,4 % para 0,99%;
  - No final do ano foi alcançada nossa meta, com a habilitação de todos os serviços citados a seguir:
1. UTI-Neonatal tipo II: 22 (vinte e dois) leitos, totalizando 62 leitos disponíveis ao Estado;
  2. Unidade de Cuidados intermediário convencional (UCINco): 67 (sessenta e sete) leitos, totalizando 77 disponíveis ao Estado;
  3. Unidade de cuidados intermediários canguru (UCINca): 16 (dezesseis) leitos, totalizando 20 leitos disponíveis ao Estado;
  4. UTI pediátrica tipo II: 05 (cinco) leitos, totalizando 10 leitos disponíveis ao Estado e outros 10 destinados a pacientes do município de Belém desde julho de 2015 por ocasião do incêndio do PSM da 14 de março;
  5. Centro de parto normal intra-hospitalar (CPNi): 05 (cinco) leitos pré-parto, parto e puerpério, totalizando 10 leitos disponíveis ao Estado;
  6. Unidade Especializada em Doença Renal

Crônica com TRS/Diálise Tipo IV com Hemodiálise e Unidade Especializada em Doença Renal Crônica com TRS/Diálise Tipo IV com diálise peritoneal com habilitação de 10 máquinas de hemodiálise pediátrica;

7. Referência hospitalar em gestação de alto risco tipo II.

#### 3.2.2.2 - Resultados 2016

- Definição do perfil de especialidades do ambulatório de acordo com a missão institucional;
- Efetivação da comissão de prontuários;
- Implantação da Política do prontuário seguro.

#### 3.2.2.3 - Resultados 2017

- Implantação da gestão de documentos no sistema MV;
- Implementação da gestão do prontuário.

#### 3.2.2.4 - Resultados 2018

- Informatização dos ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico, melhorando substancialmente a qualidade da cobrança pelos serviços realizados;
- Implantação da central de laudos do serviço de apoio diagnóstico;
- Estruturação do serviço de organização de prontuários.

### Indicadores estratégicos alinhados ao objetivo 3.2.2

#### a) PERCENTUAL DE PRODUÇÃO DE SIA (SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL)

- **Indicador mensal: janeiro a dezembro**
- **Meta: 100%**



Fonte: MV Estratégico

#### Análise:

A análise da produção ambulatorial em 2018, é calculada com base no valor financeiro aprovado, dividido pelo valor financeiro pactuado da produção de procedimentos ambulatoriais. Ele demonstra o alcance das metas financeiras pactuadas no protocolo de cooperação entre entes públicos - PCEP. Ressaltamos que, no ano de 2018, procedimentos que antes eram pagos via **fundo de ações estratégicas por compensação - FAEC**, passaram a ser financiados via **média e alta complexidade - MAC**

Observamos, em junho/2018, o extrapolamento de produção de alguns procedimentos como: consultas especializadas, eletrocardiograma, avaliação auditiva e avaliação miofuncional, endoscopias, ultrassom obstétrica com doppler, procedimentos laboratoriais inclusive do banco de leite e biopsias. No entanto, apesar do extrapolamento só foram pagos até o teto pactuado, não havendo aumento financeiro. Em agosto/2018, observamos uma redução no teto físico e financeiro da **ficha de programação orçamentária - FPO**, referente a exclusão de 10 (dez) mamografias de rastreamento. Esse fato se deu em consequência de ainda não termos conseguido

cobrar as mamografias este ano, devido a impasses no cadastro de profissionais que geram laudos desse exame, uma vez que com o novo sistema do SUS, o SISCAN, só os profissionais com cadastro atualizado podem operar o sistema. Nos meses de setembro e outubro/2018, houve uma diminuição nos exames de ressonância magnética por conta de defeito no equipamento, voltando a funcionar em novembro/2018 normalizando as cobranças dos procedimentos de alta complexidade.

De modo geral observamos que os meses de fevereiro e julho, foram os que tiveram uma menor produtividade ambulatorial. Fevereiro por ser um mês curto e julho por ser um período de férias escolares, o que acarreta muitas faltas a consultas e exames. Nos demais meses, nos mantivemos em torno de 90%, o que consideramos estar dentro do esperado, apesar de termos estipulado uma meta de 100% do teto financeiro.

#### Ações para melhoria:

- Realizar a instalação do SISCAN e verificar a possibilidade de interfaceamento com o sistema MV;
- Cadastrar profissionais no SISCAN.

## b) CUSTO MÉDIO DA AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)

- Indicador mensal: janeiro a dezembro
- Meta: R\$ 1.500,00



Fonte: MV Estratégico

### Análise:

Em 2018, foi lançado o desafio de aumento da meta para o custo médio de AIH. No exercício de 2017, a média ficou em R\$ 1.473,34, devido a este fato, foi sugerido para o exercício atual a alteração do custo médio para R\$1.500,00. No entanto, em análise, encerramos o ano com o custo médio de R\$ 1.428,81.

Contudo, houve aumento do valor financeiro em alguns meses, devido a aprovação em maior quantidade de laudos da neonatologia, onde estão inclusas diárias de UCI que elevam o valor da internação. Em decorrência disto, atingiu-se a meta do custo médio estipulado.

O aumento na quantidade de laudos de AIH também contribui para um outro fator que prejudica o aumento do custo médio. Trata-se das glosas referentes a quantidade de diárias superior a capacidade instalada, principalmente as diárias de UTI, pois esse tipo de glosa é gerado de forma aleatória pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SISAIH). Foi identificado, em análise, que mais da metade dos cortes são em AIHs de maior valor.

Estamos em processo de habilitação de 10 (dez) leitos de UTI pediátrica, o que ajudará significativamente na redução das glosas.

# OS DEZ MANDAMENTOS DO PRONTUÁRIO SEGURO

- MANDAMENTO I**  
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 Todas as folhas do prontuário devem ter a identificação do paciente:  
 Número de registro, nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos).  
**ERRADO**
- MANDAMENTO II**  
**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**  
 Todo procedimento deve ser registrado pelo profissional que o realizou e o mesmo deve se identificar com assinatura, número do seu registro profissional e carimbo. Na ausência do carimbo o nome deve estar legível e escrito por extenso.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO III**  
**LEGIBILIDADE**  
 Todo registro deve ser feito de maneira clara, objetiva e legível.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO IV**  
**DA POSSE**  
 O prontuário é do paciente e deve conter anotações que se referem somente a ele.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO V**  
**DA GUARDA**  
 O Arquivo Médico da Instituição é responsável pela guarda, conservação e a preservação do sigilo e da privacidade das informações contidas no prontuário.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO VI**  
**DAS PROIBIÇÕES**  
 É proibido usar lápis, fita, líquido corretivo e/ou rasurar as anotações.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO VII**  
**DAS SILGAS E ABREVIACÕES**  
 Só serão permitidos os usos de Siglas e abreviações que estiverem presente no SIGLÁRIO oficial da FSCMP.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO VIII**  
**DO ACESSO PELO PACIENTE**  
 Todo paciente ou responsável legal tem direito à CÓPIA parcial ou integral de seu PRONTUÁRIO de todo e qualquer estabelecimento médico e hospitalar.  
**CERTO**
- MANDAMENTO IX**  
**DA ORGANIZAÇÃO**  
 A organização do prontuário é obrigação de TODOS e será feita durante a internação considerando rigorosamente a padronização da clínica e por ordem cronológica dos documentos.  
**ERRADO**
- MANDAMENTO X**  
**DA IMPORTÂNCIA**  
 O prontuário é uma fonte de dados e conhecimentos. É valioso para o ensino e pesquisa da medicina e das demais áreas de saúde.  
**CERTO**

[www.santacasa.pa.gov.br](http://www.santacasa.pa.gov.br)
 Facebook.com/santacasaPARA
 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
 SANTA CASA DO PARÁ ASSISTÊNCIA E ENSINO
 GOVERNO DO PARÁ

Missão: Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento.

### 3.2.3 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: APRIMORAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR

#### 3.2.3.1 - Resultados 2015

- Elaboração do protocolo institucional de atenção às pacientes vítimas de Zika junto com a Secretaria Estadual de Saúde e Assessoria de Risco da FSCMP;
- Revisão das orientações nutricionais de alta hospitalar e ambulatorial, que contempla a inclusão de alimentos regionais, importantes no consumo alimentar da população, destacando-se benefícios e restrições de acordo com as diversas patologias.

#### 3.2.3.2 - Resultados 2016

- Implantação de protocolos assistenciais;
- Implementação de melhorias nos processos do transporte intra-hospitalar;
- Implantação **núcleo interno regulação (NIR)** com vistas a garantir acesso a atenção hospitalar;
- Implantação do protocolo de alta ambulatorial;
- Implantação dos dispositivos da diretriz de acolhimento institucional;
- Implantação dos protocolos e fluxos de condutas epidemiológicas frente a ocorrência de doença de alto poder de disseminação;
- Implementação do protocolo de condutas epidemiológicas frente a ocorrência de emergências epidemiológicas (zika vírus e microcefalia);
- Instituição da visita ampliada nas clínicas;
- Reestruturação do modelo de gestão da **urgência e emergência** e (protocolos, fluxos, regras, papel do profissional, referência e contra referências, perfil de atendimento, gestão da clínica - *kanban*).

#### 3.2.3.3 - Resultados 2017

- Implementação do protocolo de precaução padrão de isolamento;
- Implantação dos protocolos clínicos assistenciais;

- Fortalecimento da Política de Atenção Hospitalar;
- Elaboração do projeto de reestruturação da triagem obstétrica.

#### 3.2.3.4 - Resultados 2018

- Reestruturação do núcleo interno de regulação – NIR;
- Instituição do modelo de gestão por gestor clínico;
- Expansão da visita ampliada na UTI adulto;
- Implantação do plano terapêutico individualizado;
- Envolvimento do paciente e família no plano de cuidado;
- Fortalecimento no cuidado de enfermagem e desenvolvimento do raciocínio clínico;
- Capacitação em **suporte básico de vida - BLS** nas linhas críticas;
- Implantação das linhas de cuidado: materno infantil, crítico, apoio diagnóstico e cirúrgico;
- Reestruturação do serviço de transporte intra-hospitalar;
- Implantação da ferramenta “*Kanban*”, visando monitoramento do plano terapêutico do paciente nas clínicas, centro obstétrico e centro de parto normal;
- Revisão do modelo assistencial de enfermagem;
- Implementação da estratégia Qualineo-MS;
- Implementação da estratégia Apice on-MS;
- Implantação da dispensação de material técnico por kit na neonatologia (em andamento);
- Parceria para realização de exames em biologia molecular (em andamento);
- Estruturação do setor de microbiologia no prédio Almir Gabriel (em andamento);
- Implantação do centralizador de pedidos de exames no laboratório Almir Gabriel (em andamento);
- Implementação da profilaxia de sepse neonatal;
- Fortalecimento da política de qualificação de

### Indicador estratégico alinhado ao objetivo 3.2.3

#### a) TAXA DE OCUPAÇÃO GERAL

Indicador mensal: janeiro a dezembro

Meta: 90%



Fonte: MV Estratégico

#### Análise

Nos quatro primeiros meses o indicador se manteve abaixo da meta estipulada, variando entre 85 a 90% dos leitos ocupados. Porém, este percentual é perfeitamente aceitável se levarmos em consideração que sempre devemos ter leitos vagos para internação.

A partir de maio, a taxa de ocupação voltou a patamares acima da meta, como tendência natural de um hospital público de alta complexidade e com porta aberta para especialidade obstétrica. Se compararmos as médias de 2017 (94,7%) e 2018 (91,8%) é notório que houve uma queda considerável na taxa de ocupação. Isto ocorreu devido a reforma nas alas das enfermarias do alojamento conjunto e na enfermaria São Roque da clínica médica, no período de fevereiro e março.

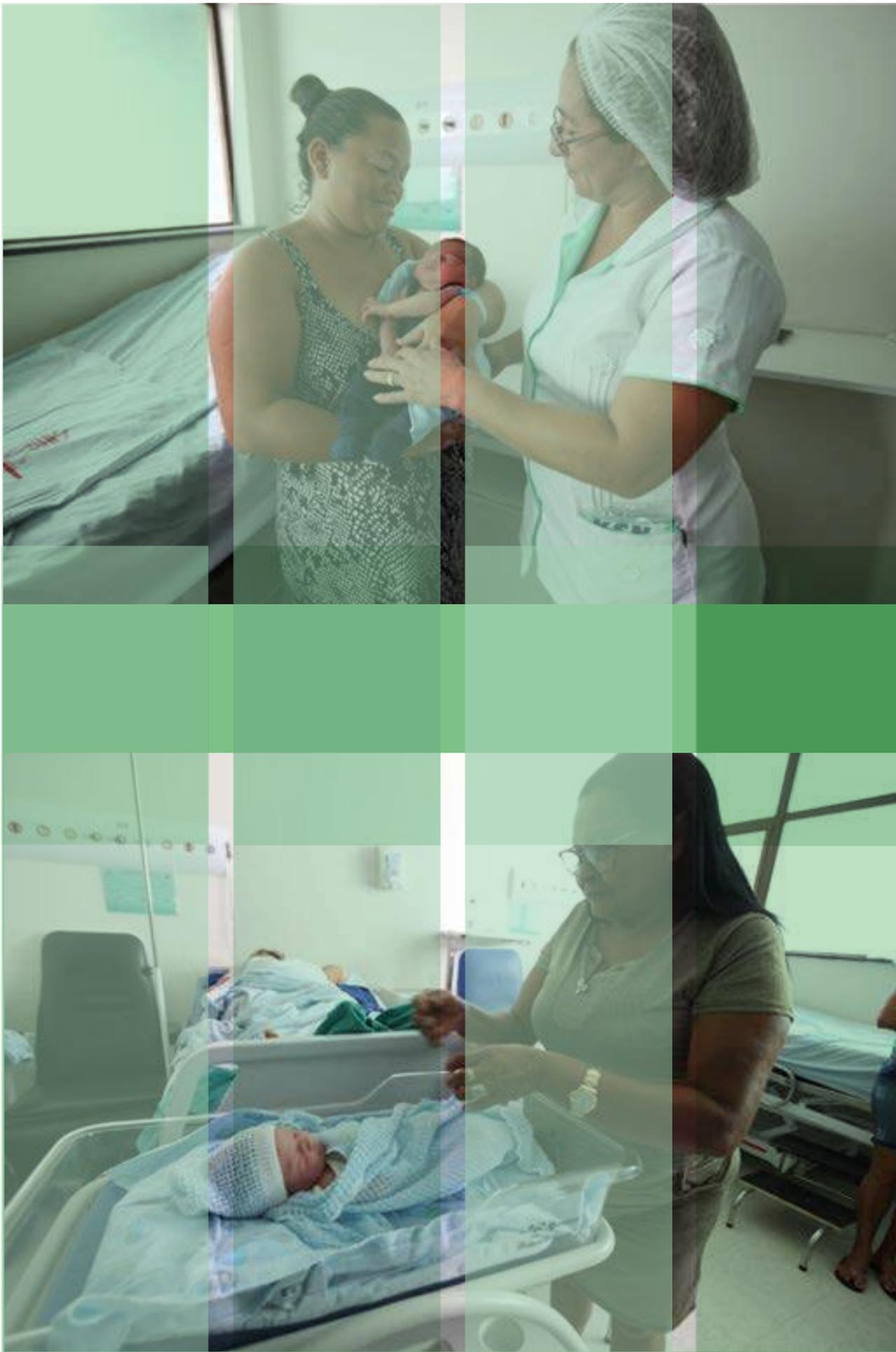
Outro fator que contribuiu para redução na taxa de ocupação foi o fechamento para

reforma da enfermaria Frei Caetano na clínica cirúrgica, diminuindo nosso quantitativo de leitos disponíveis.

Os setores de internação que mais contribuíram para essa redução na taxa de ocupação em 2018 foram: gerência de pediatria (78,9%) que apresentou queda de 11,7%, gerência de tocoginecologia (93,1%) com queda de 4,8%. A gerência de clínica cirúrgica é o setor que tem a menor taxa de ocupação (70,2%) e a gerência de neonatologia é a que tem maior taxa de ocupação (95%).

#### Ações para melhoria

- Otimizar as ações do NIR;
- Capacitar a equipe clínica para planejar a alta no momento da internação (plano/projeto terapêutico);
- Aumentar o número de cirurgias eletivas e/ou reduzir o número de cirurgias suspensas;



## b) TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA GLOBAL

Indicador mensal: janeiro a dezembro

Meta: 8 dias



Fonte: MV Estratégico

O gráfico mostra uma tendência para discreta elevação, porém mantendo-se abaixo da meta estipulada. Há possibilidade de reduzir este indicador se a permanência nas enfermarias de clínica médica, UTI pediátrica e Neonatologia caírem.

O tempo médio de permanência global hospitalar na FSCMP foi de 6,9 em 2018, abaixo da meta estipulada (8,0 dias). Com menor tempo de permanência na tocoginecologia (3,6 dias) e maior tempo na clínica médica (21,3 dias) na média mensal. Justificam-se as diferenças entre as permanências da tocoginecologia e clínica médica pelo perfil de pacientes atendidos nos serviços, enquanto a toco atende pacientes gestantes com patologias obstétricas e/ou que chegam na FSCMP para realização de parto normal ou cesareano, o que tem levado em média 04 dias de internação, a clínica médica atende pacientes de maior complexidade terapêutica, são pacientes com patologias crônicas, co-morbidades múltiplas avançadas e muitas das vezes dependentes de cuidados não hospitalares.

Em relação aos anos anteriores observamos que o indicador vem diminuindo gradativamente em virtude de múltiplas ações instituídas visando diminuir o tempo de permanência hospitalar, vale

ressaltar que todas as clínicas apresentaram diminuição na média de permanência.

De maneira positiva foi observada uma pequena queda na permanência, o que já é reflexo de muitas ações implantadas e implementadas desde 2016 com o planejamento estratégico. Há uma tendência natural em reduzir mais ainda essa permanência quando forem atingidas as metas estabelecidas nas enfermarias de clínica médica, UTI Pediátrica e Neonatologia. Vale ressaltar que a Gerência de Clínica Médica e as UTIS neo e pediátrica já vêm apresentando quedas significativas nesse indicador desde 2016. Fatores que influenciaram para um menor tempo de permanência: Gestão do corpo clínico, Gestão da clínica, Gestão de leitos (NIR), Educação continuada da equipe multiprofissional e Foco na qualidade dos cuidados e segurança do paciente

### Entraves

- Atrasos na realização e/ou suspensão de exames complementares, refletindo diretamente na elucidação do diagnóstico de forma precoce e tratamento imediato;
- Paciente aguardando procedimento e/ou avaliação cirúrgica;
- Paciente aguardando interconsulta de outras

clínicas (parecer do médico especialista);

- Pacientes aguardando leito de UTI como retaguarda de cirurgia.
- Ações para melhoria:
- Otimizar a gestão do corpo clínico (reuniões com corpo clínico para capacitações, discussões de casos clínicos, repasse de informações e etc.);
- Otimização da gestão da clínica;
- Otimizar a gestão de leitos (NIR);
- Dar continuidade na educação continuada da equipe multiprofissional;

- Manter foco na qualidade dos cuidados e segurança do paciente;
- Fortalecer o plano/projeto terapêutico singular;
- Implantar / implementar o plano terapêutico;
- Fortalecer ainda mais a atuação do NIR;
- Redimensionamento de leitos de UTI adulto;
- Otimizar as ações do serviço social e psicologia;
- Educação continuada da equipe multiprofissional;
- Foco na qualidade dos cuidados e segurança do paciente.

### **3.2.4 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: PROMOVER MELHORIA CONTÍNUA NA GESTÃO DO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO**

#### **3.2.4.1 – Resultados 2015**

- Publicação da Revista Paraense de Medicina RPM V. 29 (1) janeiro-março 2015 e V. 29 (2) abril-junho 2015. Os artigos das revistas citadas foram indexados no portal da LILACS/BIREME, sendo que a nova edição é postada, na íntegra, no site oficial da Santa Casa e disponibilizada para download;
- Solenidade de Formatura da II Turma do Programa de Residência Multiprofissional Atenção à Saúde da Mulher e da Criança em fevereiro de 2015;
- Realização do III Workshop de pesquisa com a participação dos membros dos 05 grupos de pesquisa cadastrados na fundação;
- Realização do V Fórum de Pesquisa desta Fundação com 366 inscritos e a apresentação de 87 produtos de pesquisa;
- Renovação dos equipamentos de informática para composição do INFOCENTRO, com vistas à realização de atividades direcionadas aos servidores em geral, usuários, comunidades que residem nas proximidades do Hospital, crianças e adolescentes que desenvolvem atividades pedagógicas na **Classe Hospitalar**;
- Aquisição de um novo sistema de automação de biblioteca, o GNUTECA, com o objetivo de dinamizar e otimizar os serviços da biblioteca,

facilitando com isso a recuperação e busca de informações precisas aos usuários, e também facilita os serviços de catalogação, circulação, empréstimos e devoluções;

- Realização da II Jornada de Defesa das Monografias dos residentes concluintes na segunda quinzena de janeiro de 2015;
- Parceria com as Instituições de Ensino Superior no projeto de Extensão em Aleitamento Materno;
- Intercâmbio de Residentes de Medicina Intensiva Pediátrica com os Hospitais A.C. Camargo em São Paulo e PIO XXIII em Minas Gerais;
- Apresentação da experiência do Espaço Acolher no Encontro de Educação Hospitalar em São Paulo;
- Participação efetiva da FSCMP sendo campo de Visita Técnica para o Congresso Brasileiro de Enfermeiros Obstetras e Neonatologistas (COBEON);

#### **3.2.4.2 – Resultados 2016**

- Realização do I Congresso da Fundação Santa Casa do Pará;
- Realização do I Simpósio Multiprofissional de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Risco da Região Norte e o II Simpósio de Humanização da Santa Casa;
- Crescimento do número de projetos apresentados.

#### **3.2.4.3 – Resultados 2017**

- Firmado convênio com a Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas - FAPESPA para o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias em serviço, o que resultou na captação de R\$ 3 milhões, ratificando a parceria e solidificação da pesquisa no Estado;
- Aprovados por meio de edital interno com avaliação de consultores ad hoc sete projetos de pesquisa:
  1. Análise da composição físico-química do leite humano: proposta de instrumento de terapia nutricional para recém-nascido prematuro e de baixo peso;
  2. Encefalopatia hipoxicoisquêmica e a hipotermia terapêutica como neuroproteção na unidade neonatal de uma maternidade pública de referência;
  3. Avaliação pulmonar de pacientes em ventilação mecânica invasiva por meio da tomografia por impedância elétrica;
  4. Avaliação do impacto do transplante renal pediátrico na doença renal crônica (DRC) em uma unidade de referência materno-infantil;
  5. Associação de polimorfismo genético com desenvolvimento e resposta ao tratamento da retinopatia;
  6. Métodos de predição e prevenção de pré-eclâmpsia em um hospital de referência materno-infantil;
  7. Cateter venoso central de inserção periférica como medida de controle e prevenção das infecções de corrente sanguínea relacionada a cateter;
- Realização de 12 processos seletivos simplificados.

#### **3.2.4.4 – Resultados 2018**

- Participação no Projeto Apice On - **aprimoramento e inovação no cuidado de ensino em obstetrícia e neonatologia**
- Na diretiz: integração ensino e serviço foram implantado: O Projeto Integração Ensino e Assistência que propicia um debate com estudo de casos clínicos na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional com os temas do Apice On

(parto, planejamento reprodutivo, violência sexual e aborto). Este projeto já teve a participação de aproximadamente 920 pessoas de março a outubro de 2018;

- Capacitação pedagógica de preceptores dos 13 programas de residências da FSCMP;
- Acordo de cooperação com a UFPA publicado em julho de 2018 que regulamentou a FSCMP com cenário de práticas de ensino, pesquisa e extensão e inseriu a contrapartida de captação de vagas para servidores da FSCMP nos programas de mestrado e doutorado como forma de valorização do servidor;
- Realização do I Workshop do Mestrado Profissional em Gestão da Saúde da FSCMP, realizado em fevereiro de 2018 que contou com a presença da Dra. Elisa Sthiago, vice-presidente da Comissão de Avaliação da CAPES;
- Requalificação do mestrado Profissional Gestão e Serviços em Saúde (MPGSS) do Programa de Pós-Graduação Gestão e Saúde na Amazônia (PPGSA), com abertura de inscrição para o processo seletivo 2018;
- Parceria com o Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Pública - PPGGP/ NAEA/UFPA no curso de Mestrado Profissional em Gestão Pública;
- Realização II Congresso da Santa Casa / II Jornada de residentes e ex-residentes da FSCMP / VI Simpósio de Hepatologia da Amazônia com o objetivo de fomentar a produção científica e promover a integração entre as equipes multidisciplinares, permitindo a troca de saberes e experiências sobre a melhor forma de prestar uma assistência com a qualidade que o paciente necessita e merece;
- Formalização para acesso e permanência nos cenários de prática da FSCMP;
- Projeto “Cuidando da formação” para residentes e preceptores.

## Indicador estratégico alinhado ao objetivo 3.2.4

### a) PERCENTUAL DE DISCENTES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES) PÚBLICA POR CENÁRIO DE PRÁTICA

Indicador mensal: janeiro a dezembro



Fonte: MV Estratégico

#### Análise:

O indicador tem por objetivo, assegurar o cumprimento da Lei Estadual 6.573 de 12 de agosto de 2003, art.7º, que dispõe sobre estágios nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações, onde versa o quantitativo de vagas que preferencialmente deve atender 51% às instituições públicas.

Este indicador tem apresentado excelentes resultados, pois sintetiza nossa capacidade de garantir a legitimidade de vagas a todos os seguimentos da sociedade no que tange o campo da formação em saúde, resguardando a disponibilidade majoritária as IES e os cursos técnicos do setor público.

As atividades para manutenção do indicador, com resultados iguais ou acima da meta, são as seguintes: dimensionamento da capacidade dos setores para receber discentes, criação e implantação da plataforma de cadastro de discentes, visita aos cenários de práticas como atividade de rotina onde devem ser priorizados os cenários críticos tais como: UTI's, triagem obstétrica, CO/PPP, ALCON e pediatria, análise crítica e ações para controle de não conformidades no fluxo, exigência de documentação de discentes as IES

com o mínimo de 30 dias de antecedência, lotação prioritária nos cenários dos discentes oriundos do setor público;

O indicador sintetiza a efetividade das ações e processos de trabalho que visam resguardar o objetivo principal que é priorizar os discentes de IES Públicas sobre o total de discentes em estágio nesta Fundação.

Gradativamente foi aumentado o quantitativo de discentes de IES pública nos cenários de prática conforme versa a lei. A demanda de discentes elevou-se em alguns meses, em virtude do início do calendário acadêmico nesse período, no qual, as IES encaminham os discentes aos cenários para cumprimento das atividades práticas na instituição. O primeiro momento é de recebimento e análise dos documentos necessários para formalização e encaminhamentos dos fluxos, e partir daí as lotações serão realizadas de acordo com o levantamento realizado na plataforma de cadastro de estagiários, visando a adequação do quantitativo nos setores, com o objetivo de não comprometer o atendimento no setor e qualidade no processo de ensino e aprendizagem do discente.

O fluxo de acesso e formalização já foi efetivado e as IES já se adequaram aos protocolos

implementados pela gerência de ensino. A fase atual está na manutenção dos fluxos, pelo controle da capacidade instalada e comunicação aos setores no que se refere ao quantitativo de discentes autorizados para atividades práticas nos cenários de forma que não comprometa a rotina do setor e o processo de ensino e aprendizagem dos acadêmicos.

#### Ações para melhoria:

- Dimensionamento do quantitativo máximo de discentes nos cenários de prática pelas gerências;
- Otimização na distribuição das solicitações de estágio para os dois turnos;
- Divulgação do Guia de Orientações Básicas para Estágio na FSCMP junto aos docentes;
- Parceria com a gerência de processamento de roupa - GPRO com: inclusão da informação no crachá do discente com acesso aos setores restritos para sistematização da entrega de roupas para discentes;
- Parceria com a gerência de serviços gerais - GSEG/Portaria: otimização do processo de identificação para o acesso a FSCMP, discentes e docentes devidamente identificados pela instituição de ensino e produção de novo modelo de crachá para discentes e docentes: inclusão das metas de segurança;

- Definição de cenários de prática e número de discentes por instituição, sendo que a administração dessas vagas ficou sob responsabilidade da instituição de ensino e não mais pela FSCMP;
- Plano de acolhimento aos discentes e docentes;
- Levantamento da capacidade instalada e do quantitativo atual de turmas por setores de estágio;
- Redimensionamento do número de turmas para estágio nos setores críticos de maneira gradativa;
- Efeito das ações estratégicas: promoção da segurança do paciente; evita a aglomeração nos setores; melhora a qualidade do ensino;
- Análise de solicitação de vagas no **Sistema DEPE** e não mais de forma manual;
- A Criação do grupo de trabalho que visa a definição do perfil do discente para estágio na FSCMP;
- Continuação do Projeto Integração Ensino Assistência visando as boas práticas por meio da socialização de experiências adquiridas;
- Racionalizar os cenários de prática de maneira a melhorar a distribuição das turmas, com turmas concentradas em algumas enfermarias;
- Possibilitar novos cenários, como as salas de espera de ambulatórios e laboratório.



### 3.3 - PERSPECTIVA: RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

#### 3.3.1 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: ASSEGURAR SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA, SOCIAL E AMBIENTAL

##### 3.3.1.1 – Resultados 2015

- Estruturação da Comissão de Preparação de Emergências e Catástrofes (PAEC), objetivando construir normas e procedimentos lógicos, técnicos e administrativos, estruturados de forma a propiciar resposta rápida e eficaz em situações que envolvam incêndio e seus desdobramentos, visando minimizar os efeitos catastróficos previamente;
- Redução do alto consumo de energia elétrica na lavanderia hospitalar oriundo do intervalo nos processos de lavagem e secagem no horário de pique de energia (18 às 21h), sem prejuízo ao abastecimento do Hospital;
- Implantação da conciliação das contas bancárias compatibilizando o Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios (Siafem) com os bancos;
- Catalogação e vistoria dos bens imóveis da instituição, com atualização de contratos de aluguéis e regularização de documentação dos imóveis.

##### 3.3.1.2 – Resultados 2016

- Cadastramento e envio de propostas de acordo com programas abertos para captação de recursos.
- Em 2016 a FSCMP foi contemplada com duas emendas parlamentares, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para aquisição de equipamentos e outra no valor de R\$ 440.294,00 (quatrocentos e quarenta mil, duzentos e noventa e quatro reais) para reforma. O recurso orçamentário e financeiro disponibilizado por estas emendas parlamentares é proveniente do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde;
- Lançamentos de diversas ações com vistas à utilização racional, tais como envolvimento do corpo funcional através de campanhas de educação/conscientização, implantação e

informatização da movimentação de documentos e/ou ofícios via sistema (e-protocolo, sistema MV), para a diminuição do uso de papéis e uso de impressoras; utilização de papel reciclável; gestão do combustível e de veículos (manutenções preventivas), monitoramento do uso racional da água (substituição de hidrômetros, medição diária, busca ativa de vazamentos e/ou desperdício, etc), energia elétrica (funcionamento da área administrativa de 07h às 17h, desligamentos de equipamentos no horário de pico, etc.) e telefonia (bloqueio de telefones para efetuar ligações interurbanas e celulares com restrição de acessos); recuperação de móveis e utensílios via oficina própria; busca ativa de materiais subutilizados nas unidades.

- Captação de recursos externos por meio de convênios com IES, EGPA, e instituições de fomento à pesquisa) e emendas parlamentares;
- Estruturação do controle permanente na regularização fiscal e previdenciária da instituição;
- Gestão dos equipamentos de engenharia clínica (terceirização da engenharia clínica);
- Implantação o arquivo administrativo da instituição.

##### 3.3.1.3 - Resultados 2017

- Fortalecimento da Gestão de Bens Móveis;
- Regularização das questões imobiliárias da Instituição;
- Captação de recursos externos através de parcerias para execução do plano diretor;
- Alinhamento da agenda do PPA com o planejamento da Instituição;
- Implantação de ações para garantir o equilíbrio orçamentário;
- Realização do levantamento da necessidade de ocupação física do hospital centenário.

##### 3.3.1.4 – Resultados 2018

- Implantação do Projeto Humaniza-eco que objetiva reforçar a conscientização e comprometimento com a sustentabilidade no ambiente hospitalar em prol da sustentabilidade e conscientização junto aos profissionais e usuários (familiares, pacientes, acompanhantes). O projeto adota 10 atitudes sustentáveis: **1)** Adote um copo; **2)** Reduza o consumo de energia; **3)** Feche bem a torneira; **4)** Separe o lixo; **5)** Reduza o consumo de papel; **6)** Jogue o lixo no lixo; **7)** Preserve o meio ambiente; **8)** Uso de EPIs consciente; **9)** Reduza o consumo de água; **10)** Tenha responsabilidade social (em andamento);
- Participação na Rede de Hospitais Verdes – HVS, criada em outubro de 2011, com o apoio de diversas organizações que representam mais de 3.500 hospitais nos seis continentes. A ação tem por objetivo promover a saúde pública e ambiental com a elaboração do protocolo de manejo de substâncias químicas, implementação do programa de controle e diminuição do consumo de energia, implementação de estratégias

- para conservação da água, promoção da sustentabilidade alimentar e redução e tratamento dos resíduos de saúde;
- Captação de recursos por Emenda parlamentar para aquisição de mais 04 (quatro) máquinas de hemodiálise no valor de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais);
- Captação de recurso junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Pará para a aquisição de 11 impressoras “ZEBRA” que comporá o projeto de segurança do paciente/rastreabilidade dos medicamentos, com o objetivo de monitorar a movimentação dos produtos por meio de tecnologias com checagem por código de barra, com uso do tablet, no valor de R\$ 43.560,00 (quarenta e três mil, quinhentos e sessenta reais). O projeto visa, além de garantir a segurança do servidor e paciente; diminuir o desperdício no uso de medicamentos e material técnico;
- Elaboração do projeto *Paperless* e certificação digital;
- Implantação do sistema *RIS-PACS* de diagnóstico por imagem e redução do consumo de películas de filmes radiográfico;

#### Indicador estratégico alinhado ao objetivo 3.3.1

##### a) VOLUME TOTAL DE RESÍDUO INFECTANTES

Indicador mensal: janeiro a dezembro

Meta: 10.000kg



Fonte: MV Estratégico

## Análise:

Em alguns meses o indicador ficou abaixo da meta. Porém, a ACIH/FSCMP vem trabalhando a capacitação e sensibilização, *in loco*, dos servidores para a adesão nas boas práticas de segregação dos resíduos nos serviços de saúde. Evitando o descarte incorreto de alguns tipos de resíduos que não são classificados como **infectantes**, por exemplo, vidro quebrado, papel seco, etc.

A vigilância realizada pela Assessoria de Controle de Infecção Hospitalar (ACIH) com o manejo dos resíduos da FSCMP tem desenvolvido um acompanhamento de forma observativa e analítica na pesagem e na forma que os resíduos estão sendo gerados e conduzidos até a sua disposição final.

Realizou-se auditoria nos setores que resultou nas seguintes medidas: troca e redistribuição das lixeiras para o descarte correto dos resíduos; uma exposição sobre o manejo dos resíduos, onde foi explicado de forma prática e lúdica a segregação adequada para separar o que é resíduo comum e infectante, dando ênfase a sustentabilidade para os recicláveis.

A ACIH visando o resultado positivo trabalhou com treinamentos lúdicos em algumas unidades críticas para dar seguimento no ciclo de

aprendizagem.

Por fim, em análise gráfica, pode-se observar uma melhoria no descarte de resíduo infectante, por conta das medidas tomadas para a otimização do serviço.

## Ações para melhoria:

- Realizar treinamentos e sensibilizações nas áreas críticas e setores fechados com expansão a outros setores;
- Promover um *workshop* sobre segregação dos resíduos e sustentabilidade; reforçar as auditorias e orientações *in loco*; formalizar a comissão do PGRSS (Plano de Gerenciamento dos Resíduos Serviços de Saúde) para trabalhar como multiplicadores;
- Padronização de insumos como lixeiras em locais estratégicos no ponto de geração;
- Mensurar o quantitativo por setor dos resíduos infectantes;
- Reforço na segregação dos resíduos junto a equipe multiprofissional;
- Orientação e reforço no fluxo da retirada dos resíduos na áreas e ponto de geração classificando os que são designados para tratamento;
- Cumprimento rigoroso das normas e enquadramento na legislação RDC 222/2018.



Pense Verde.Preserve.



### 3.3.2 - OBJETIVO ESTRATÉGICO: GARANTIR ASSISTÊNCIA INTEGRAL E SEGURA AOS NOSSOS USUÁRIOS DO SUS

#### 3.3.2.1 - Resultados 2015

- Implantação do exame de Elastografia Hepática Transitória (Fibroscan), cuja técnica é utilizada para avaliar o grau de rigidez do fígado sem invasão do corpo humano, sem riscos ou complicações;
- Implantação do serviço de referência do PALIVIZUMABE para crianças nascidas prematuras, com a finalidade de reduzir a incidência de vírus respiratório sincicial entre este grupo;
- Implantação Sistema integrado de gestão - MV no hospital que tem permitido melhor controle dos prontuários e de Gestão, Assistência, Ensino e Pesquisa na instituição;
- Readequação do espaço físico na triagem obstétrica, conforme a classificação de risco, por cores;
- Ampliação do corpo de anesthesiologistas no centro cirúrgico com a celebração de contrato com a COOPANEST, reduzindo o cancelamento de cirurgias por falta de anestesistas;
- Redução da média de permanência na UTI neonatal;
- Abertura de uma nova UTI pediátrica em parceria com HPSM (Hospital do Pronto Socorro Municipal) devido ao incidente ocorrido em junho/2015;
- Ampliação do número de pacientes atendidos no serviço de terapia renal substitutiva de 25 para 28 crianças;
- Aumento de 22% para 34% na captação de doadores de sangue;
- Implantação de visitas técnicas unificadas (Assessoria de Controle de Infecção Hospitalar, Assessoria de Gestão de Risco, Assessoria de Gestão da Qualidade, Assessoria de Planejamento, Representantes das Diretorias) com o intuito de monitorar o cumprimento das exigências legais feitas por órgãos externos.

#### 3.3.2.2 - Resultados 2016

- Implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE;
- Implantação do projeto de reestruturação da triagem obstétrica;
- Implantação do sistema de informação sobre mortalidade (SIM);
- Implantação do sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC);
- Implementação da Política Nacional de Humanização;
- Implementação das ações de transparência e controle social;
- Avaliação pulmonar de pacientes em ventilação mecânica invasiva por meio da tomografia por impedância elétrica.

#### 3.3.2.3 - Resultados 2017

- Disponibilização de leitos de retaguarda na área materno infantil por meio de contrato pela SESPA, visando melhorar a segurança e qualidade da assistência;
- Aquisição de 02 (dois) tomógrafos por bioimpedância (um por meio e emenda parlamentar e outro pelo convênio com a Fapespa); e uma ambulância, por meio de emenda parlamentar estadual;
- Aquisição de sistema informatizado para diagnóstico por imagem - RIS e PACS;
- Visita multidisciplinar, plano e projeto terapêutico singular, auditoria clínica, transferência de cuidados, linha de cuidado materno infantil, plano de preparação para alta);
- Realização de mutirões (cirurgias pediátricas, ginecológicas, gerais e biópsias);
- Institucionalização da Política de Atenção Hospitalar (Núcleo Interno de Regulação - NIR);
- Realização do mutirão de cirurgias pediátricas para reduzir a fila de espera;
- Encaminhamento de 03 crianças para transplante renal no Hospital Samaritano em

São Paulo;

- Ampliação de ambulatórios médicos culminando com o aumento da oferta do número de consultas no ambulatório de nefrologia pediátrica;
- Elaboração e confecção da cartilha do usuário em parceria com a Assessoria da Qualidade, Assessoria de Comunicação e Núcleo Biopsicossocial;
- Ampliação das visitas domiciliares, hospitalares e visitas técnicas;
- Participação do Espaço Acolher nas atividades da Comissão Estadual de Erradicação aos Acidentes com Escalpelamento (CEEAE) e nas ações desenvolvidas pela Organização dos Ribeirinhos Vítimas de Motores - ORVAM;
- Implantação de painel de senhas para o atendimento aos pacientes ambulatoriais;
- Aquisição de 02 unitarizadoras de medicamentos;
- Aquisição de 70 freezers para os postos de coleta de leite humano na região metropolitana, uma parceria com a Assembleia de Deus e governo do estado, para atender o projeto "mais puro leite";

#### 3.3.2.3 - Resultados 2018

- A FSCMP tornou-se a Referência Estadual no tratamento de fissura lábiopalatal e cirurgia craniofacial, garantindo acesso aos portadores dessa anomalia;
- Desenvolvimento do projeto "melhorar a segurança do paciente em larga escala no Brasil", que é um projeto do Ministério da Saúde e visa promover suporte técnico e metodológico que possa melhorar o desempenho de práticas seguras de combate as infecções nas UTI's. Houve revisão do processo de implantação dos *Bundles* e treinamento de toda equipe;
- Implementação da governança clínica;
- Implementação das metas institucionais para captação de doadores de sangue e medula óssea;
- Ampliação de leitos de neurocirurgia pediátrica;
- Implantação da farmácia da emergência obstétrica;
- Implantação do "Hostess" para garantir o fluxo e tempo da assistência na urgência obstétrica.
- Início do processo de habilitação dos Transplantes Hepático e Renal pediátricos.



## Indicadores estratégicos alinhados ao objetivo 4.3.2

### a) TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

- **Indicador mensal: janeiro a dezembro**
- **Meta: 2,6**



Fonte: MV Estratégico

#### Análise:

O comportamento da taxa de mortalidade institucional (TMI) no ano de 2018 foi variado, apresentando média de 2,4%, estando abaixo do valor de referência (2,5%). Na análise do gráfico, nota-se que a taxa se mostrou elevada nos meses de maio, junho, agosto, novembro, atingindo seu maior percentual em outubro. Em números absolutos ocorreram 577 óbitos após as 24h de internação, valor abaixo do ocorrido em 2017 (644 óbitos) para o mesmo período, reflexo de uma melhor atuação da equipe multiprofissional nas primeiras horas de internação do paciente.

Várias ações sistêmicas têm sido implantadas ao longo do tempo, damos destaque para implementação e implantação: da política de segurança do paciente, capacitações sobre protocolo de sepse e deterioração clínica, investimento nas lideranças de áreas, implantação das linhas de cuidados materna e paciente crítico, o que contribuiu pra uma queda da média anual (2,8% para 2,45%) se comparada ao ano anterior, com pequenas variações entre os meses.

Na análise desse indicador por gerência, verifica-se que o maior percentual de óbitos é na clínica neonatologia (20,3%), justificado pelos

seguintes motivos: tem o maior número de leitos de internação, maior percentual de pacientes críticos, prematuridade, maior taxa de ocupação, que favorece uma maior incidência de **IRAS**.

Contudo, a neonatologia vem apresentando queda nos percentuais da TMI, passando de 24,4% em 2017 para 20,3% em 2018. A menor taxa de mortalidade é na tocoginecologia (0,1%) justificada pelo perfil de seus pacientes (gestantes de parto habitual, de médio e alto risco). Os setores que apresentaram aumento na média da taxa de mortalidade institucional - UTI pediátrica e clínica médica. Os setores que mais contribuíram para queda da média da TMI foram UTI adulto (passou de 30,7% para 16,4%), UTI pediátrica centenário (passou de 23,5% para 16,5%) e UTI neonatal (passou de 24,4% para 20,3%) comparando-se os anos de 2017 e 2018.

#### Ações para melhoria:

- Otimizar “bundle” de prevenção da infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central e prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, com medidas de alto impacto que resultam em melhoria substancial da assistência, quando implementadas em conjunto;

- Reforçar a concepção de equipes de resposta rápida;
- Reforçar o uso do protocolo de deterioração clínica;
- Reforçar o uso do protocolo de sepse;
- Continuar implementando a política de

- segurança do paciente;
- Programar novas capacitações sobre protocolo de sepse e deterioração clínica;
- Consolidar as linhas de cuidados materno e paciente crítico.

### b) TAXA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Indicador mensal: janeiro a dezembro

Meta: 90%



Fonte: MV Estratégico

#### Análise:

A taxa de satisfação do usuário manteve-se acima da meta estipulada durante todo o ano de 2018, não apresentando variações ao longo dos meses e com percentual muito considerável, média anual de 97,6%. Isto se deve a todas ações de melhorias contínuas implantadas no planejamento estratégico e projeto de acreditação hospitalar que visam impulsionar ações capazes de melhorar o atendimento dentro da FSCMP.

Tais ações vem contribuindo com a organização dos serviços prestados e consequentemente proporcionando melhorias no atendimento aos usuários. Apesar da satisfação demonstrada pelos usuários, ainda temos o que melhorar em termos de atendimento/acolhimento principalmente nos setores ambulatoriais e de internação, podendo atingir melhores índices de satisfação se melhorarmos o tempo de espera do

atendimento na triagem obstétrica, diminuirmos o tempo de permanência na internação e otimizarmos alguns serviços. Um ponto importante a ser avaliado é a qualidade da nossa pesquisa de satisfação, modificando o instrumento e o método de aplicação da pesquisa de satisfação.

#### Ações para melhoria:

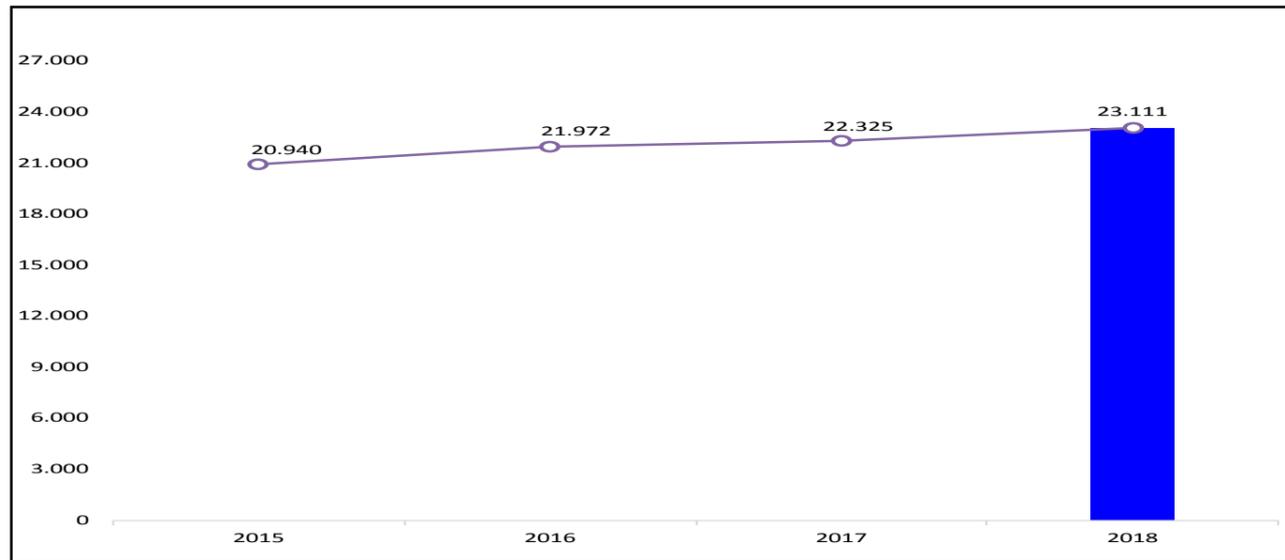
- Banco de informações técnicas em saúde;
- Aumentar o número de formulários da PSU aplicados junto aos usuários;
- Envolver os profissionais do biopsicossocial na aplicação dos formulários.



# 4 - NOSSOS NÚMEROS

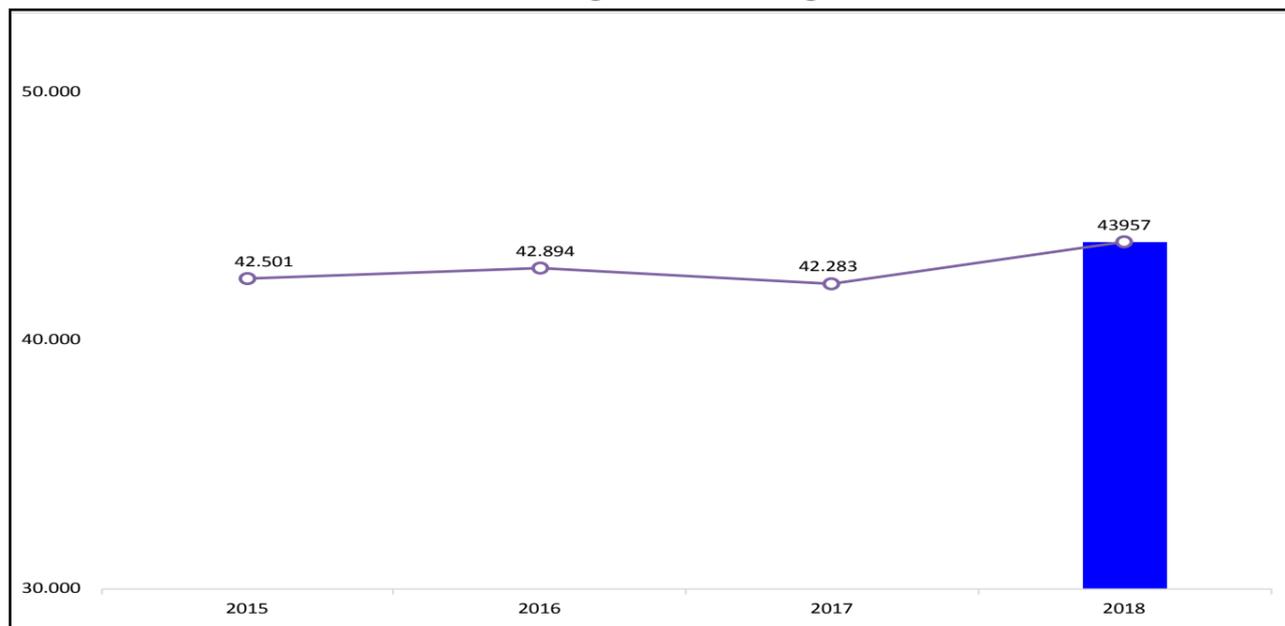
## 4.1 - INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL

### 4.1.1 - Número de admissões na FSCMP 2015 - 2018



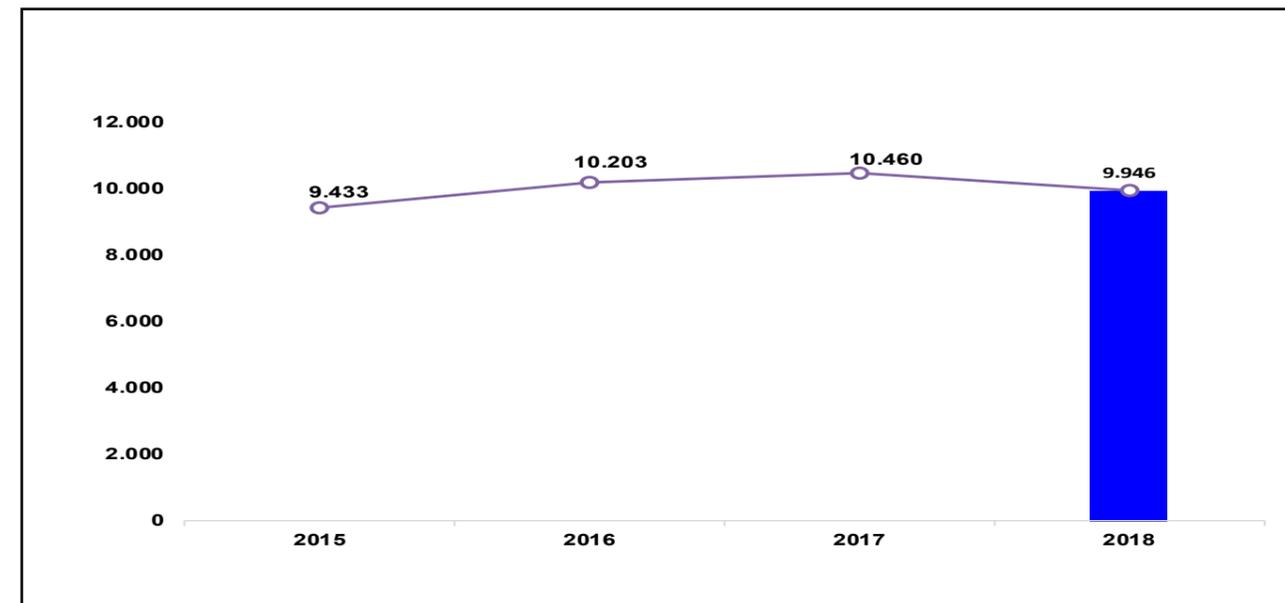
Fonte: GEST/DTAS

### 4.1.2 - Número de atendimentos na Urgência e Emergência na FSCMP 2015 - 2018

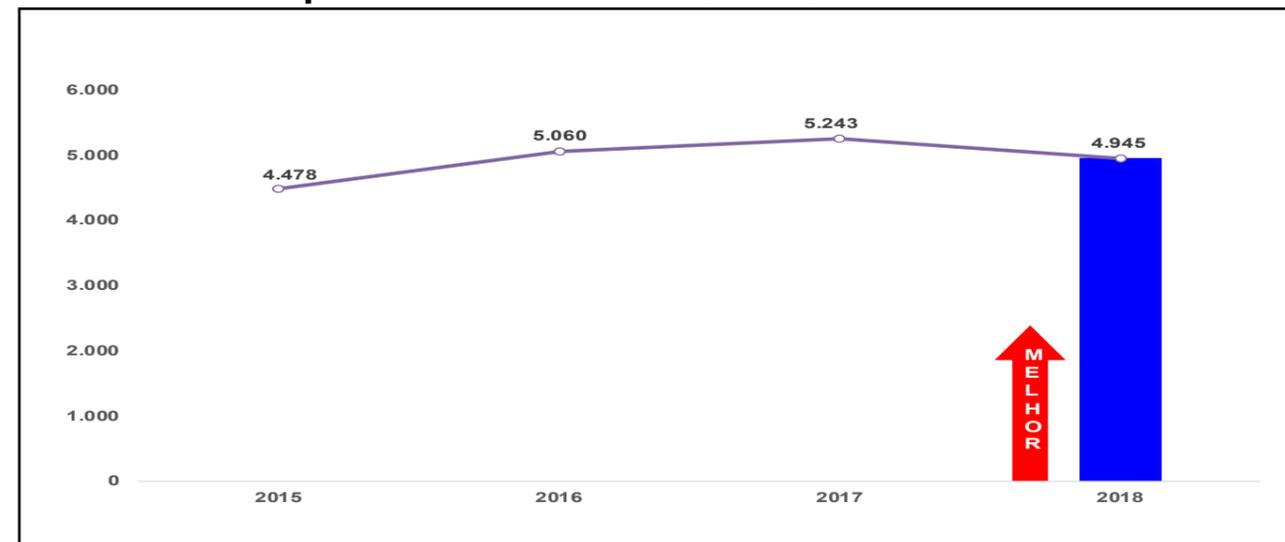


Fonte: GEST/DTAS

### 4.1.3 - Número total de partos realizados na FSCMP 2015 - 2018

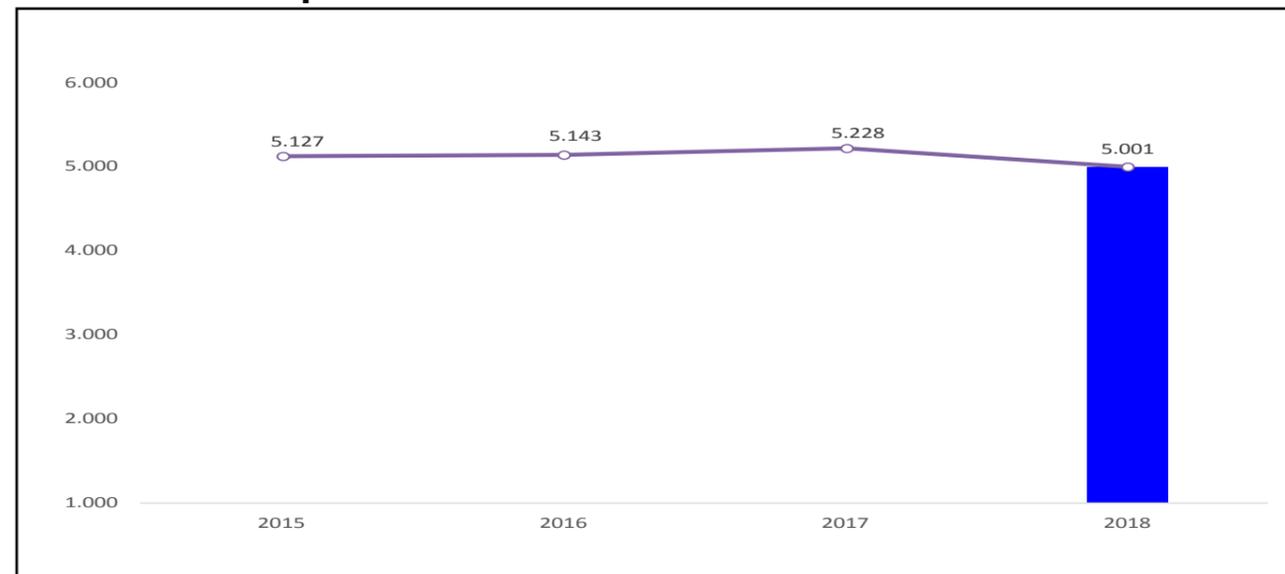


### 4.1.4 - Número de partos normais na FSCMP 2015 - 2018



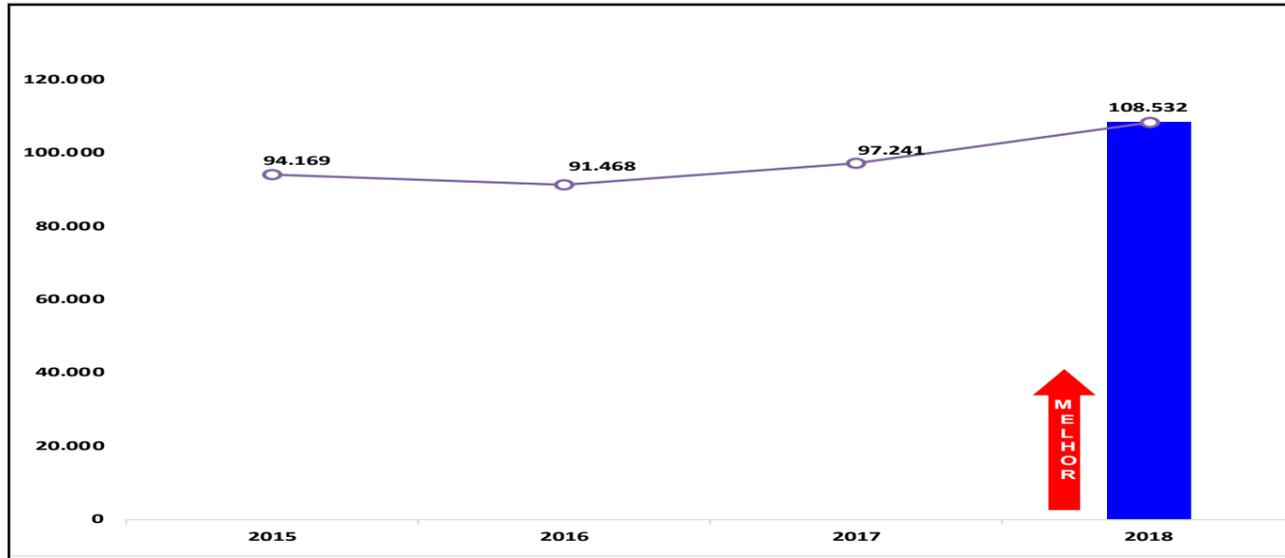
Fonte: GEST/DTAS

### 4.1.3 - Número de partos cesáreos na FSCMP 2015 - 2018



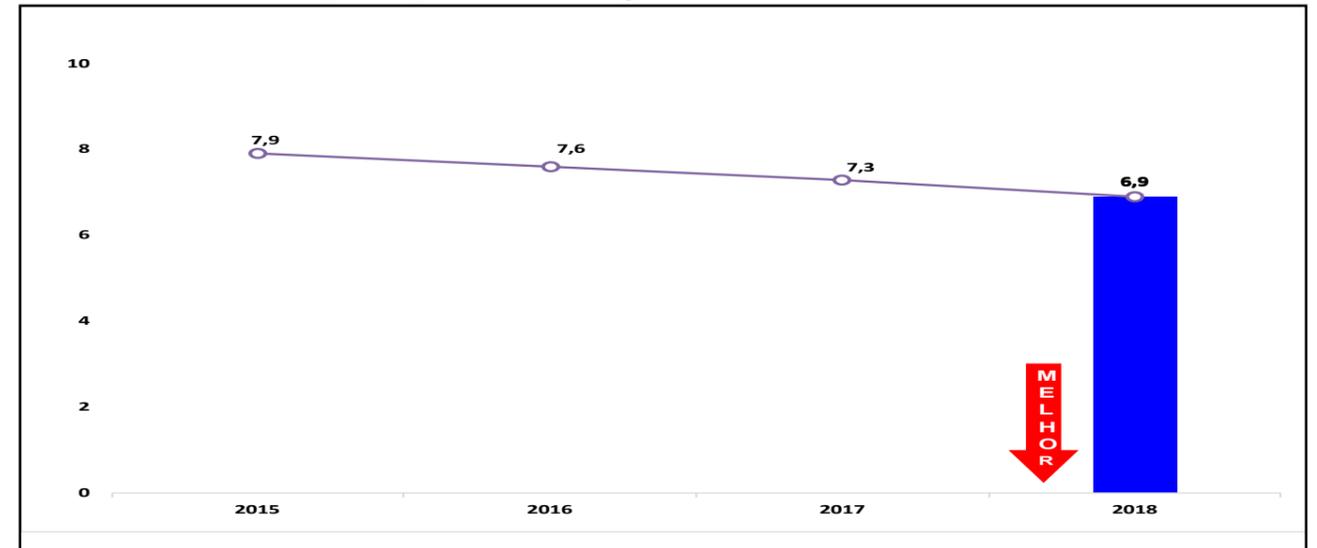
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.6 - Número total de consultas ambulatoriais na FSCMP 2015 - 2018**



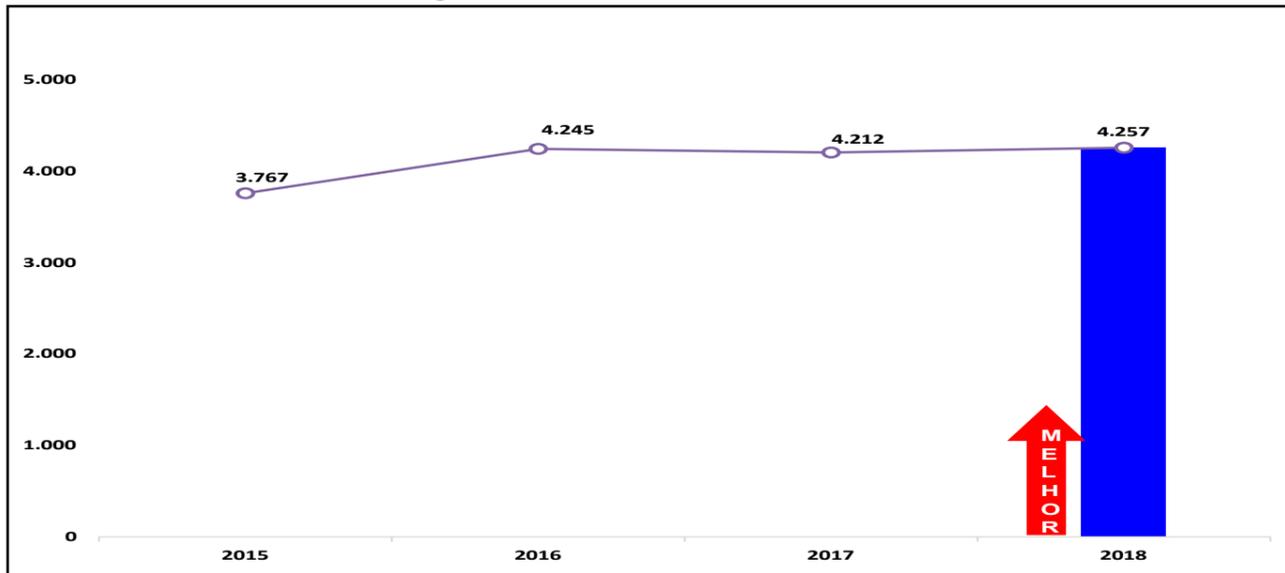
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.9 - Média de tempo de permanência geral na FSCMP 2015 - 2018**



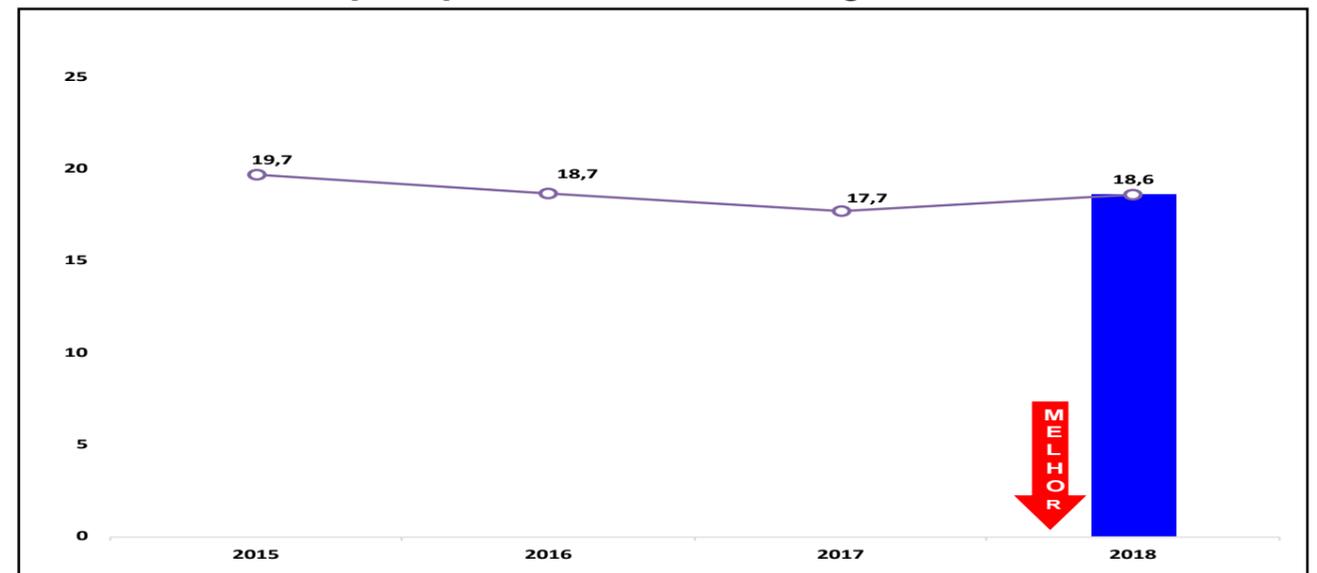
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.7 - Número total de cirurgias na FSCMP 2015 - 2018**



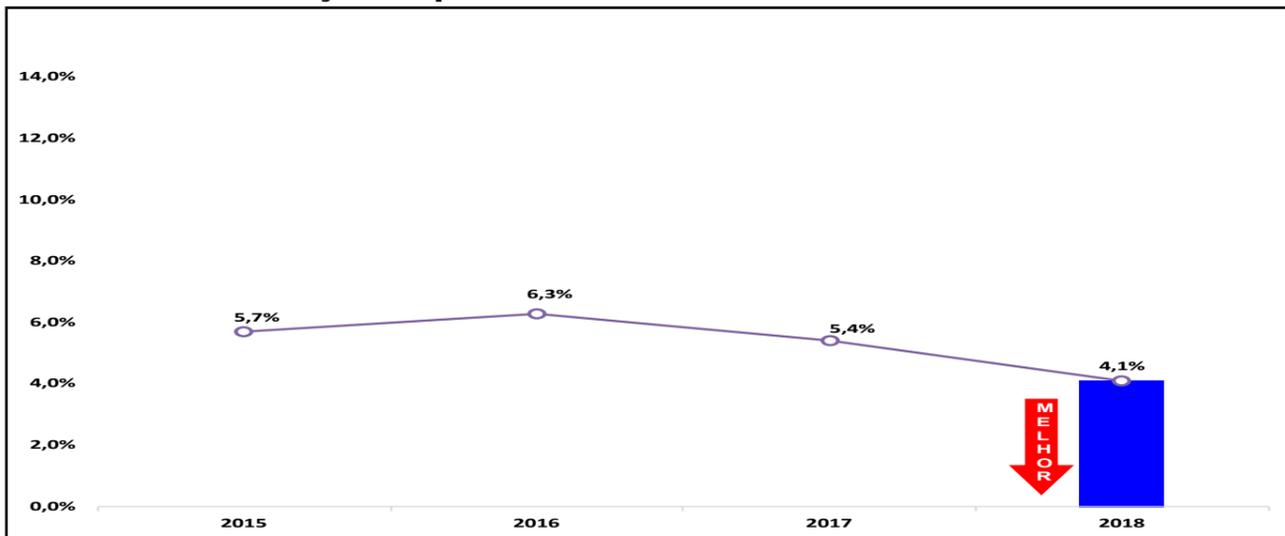
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.10 - Média de tempo de permanência na neonatologia na FSCMP 2015 - 2018**



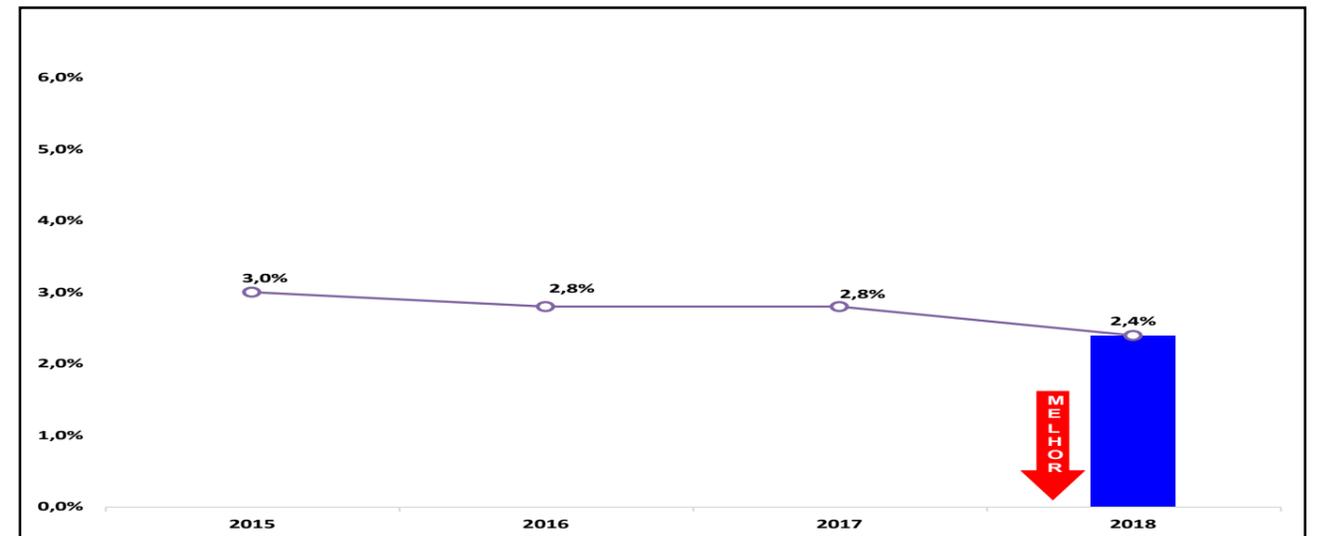
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.8 - Taxa de infecção hospitalar na FSCMP 2015 - 2018**



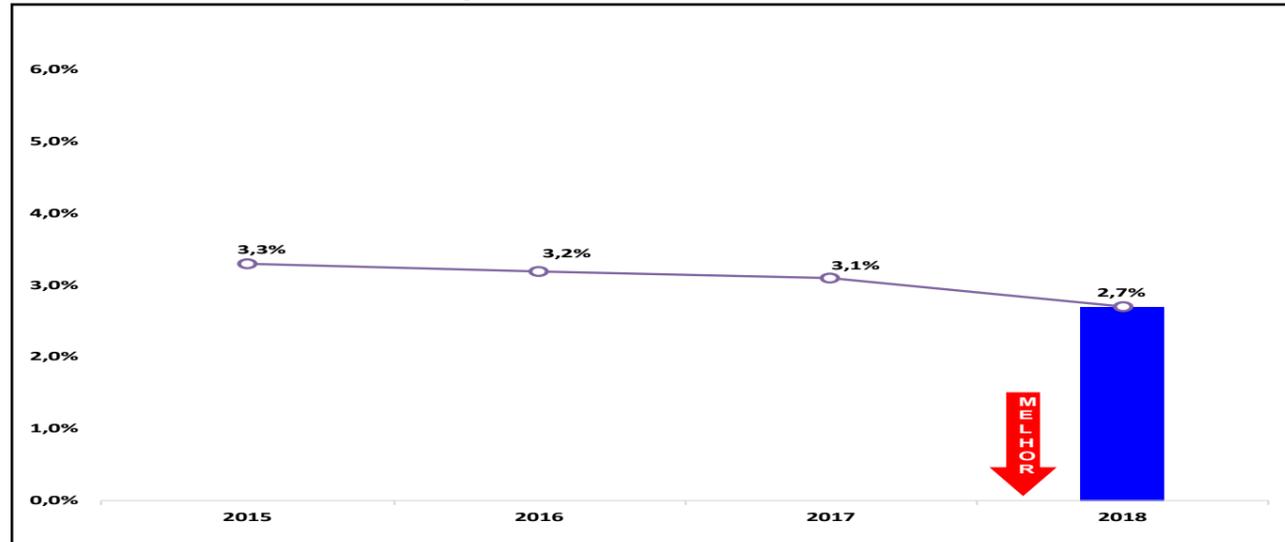
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.11 - Taxa de mortalidade institucional na FSCMP 2015 - 2018**



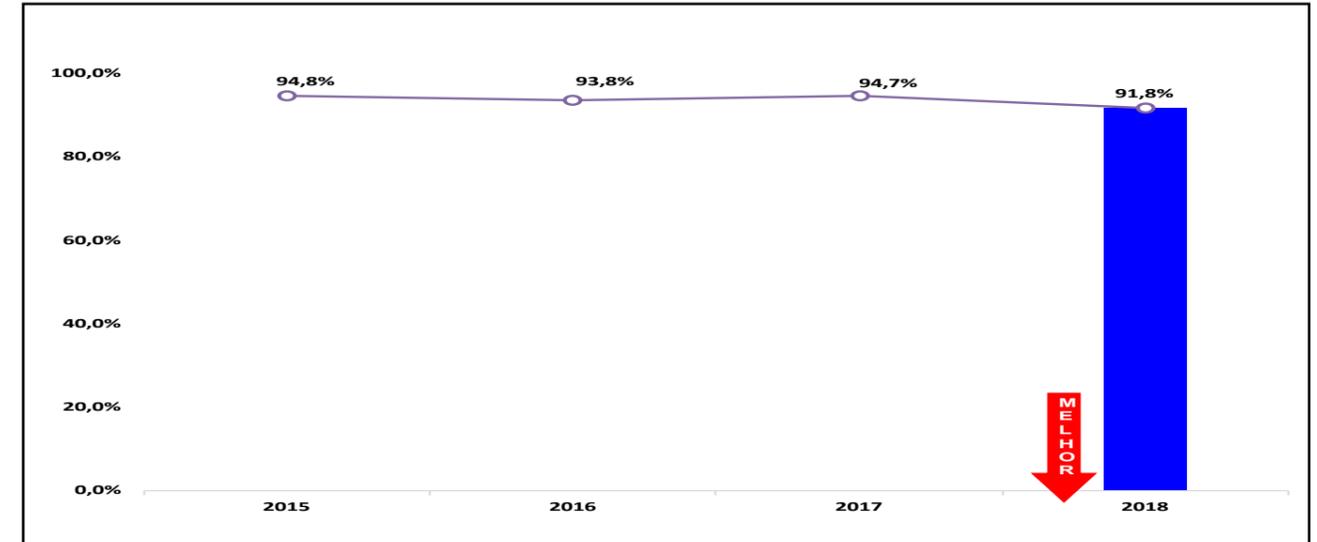
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.12 - Taxa de mortalidade geral na FSCMP 2015 - 2018**



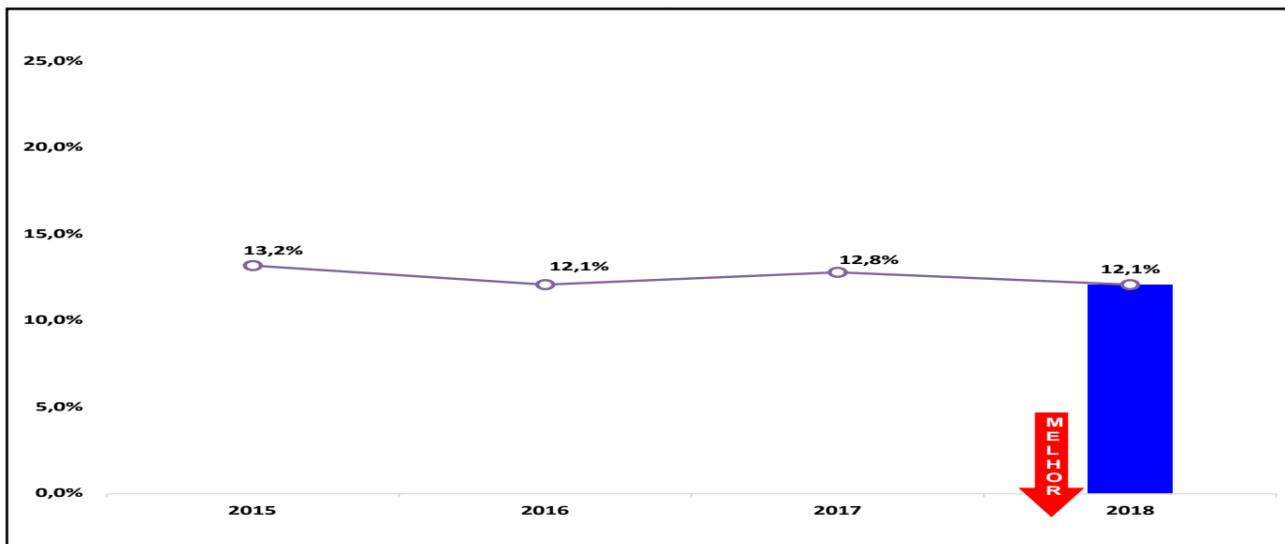
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.15 - Taxa de ocupação geral na FSCMP 2015 - 2018**



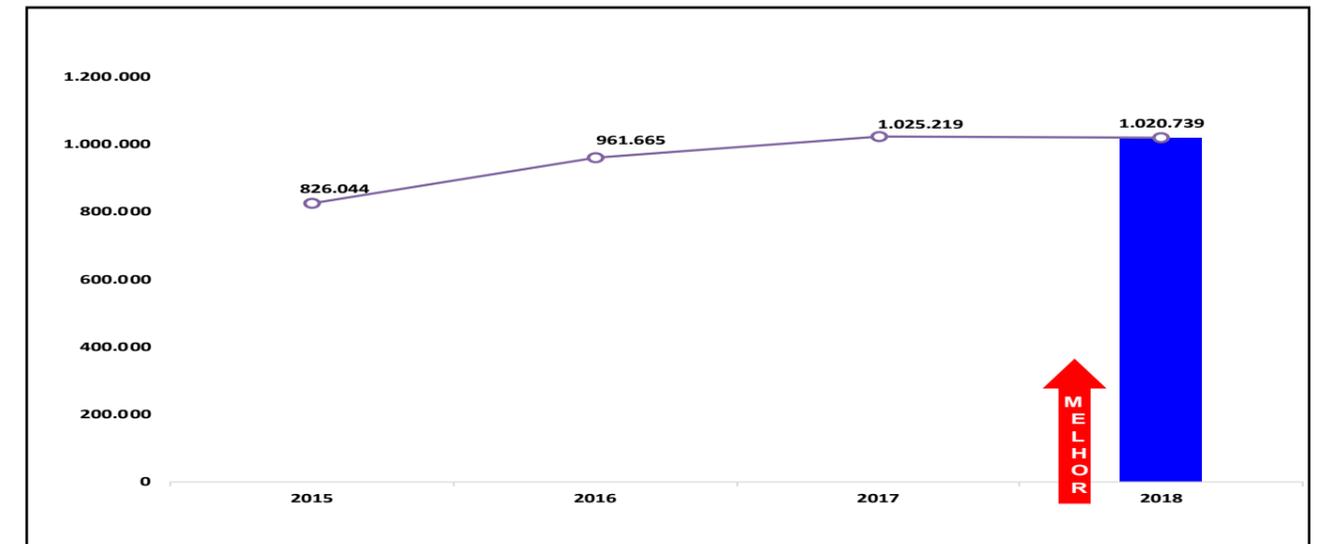
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.13 - Taxa de mortalidade na neonatologia na FSCMP 2015 - 2018**



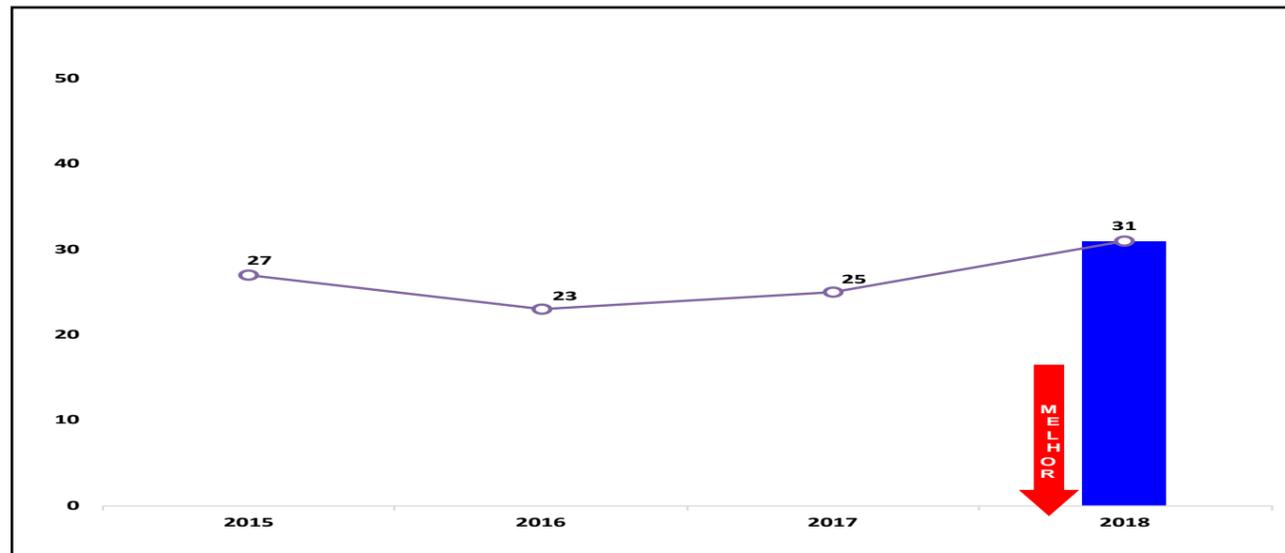
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.16 - Número de exames laboratoriais realizados na FSCMP 2015 - 2018**



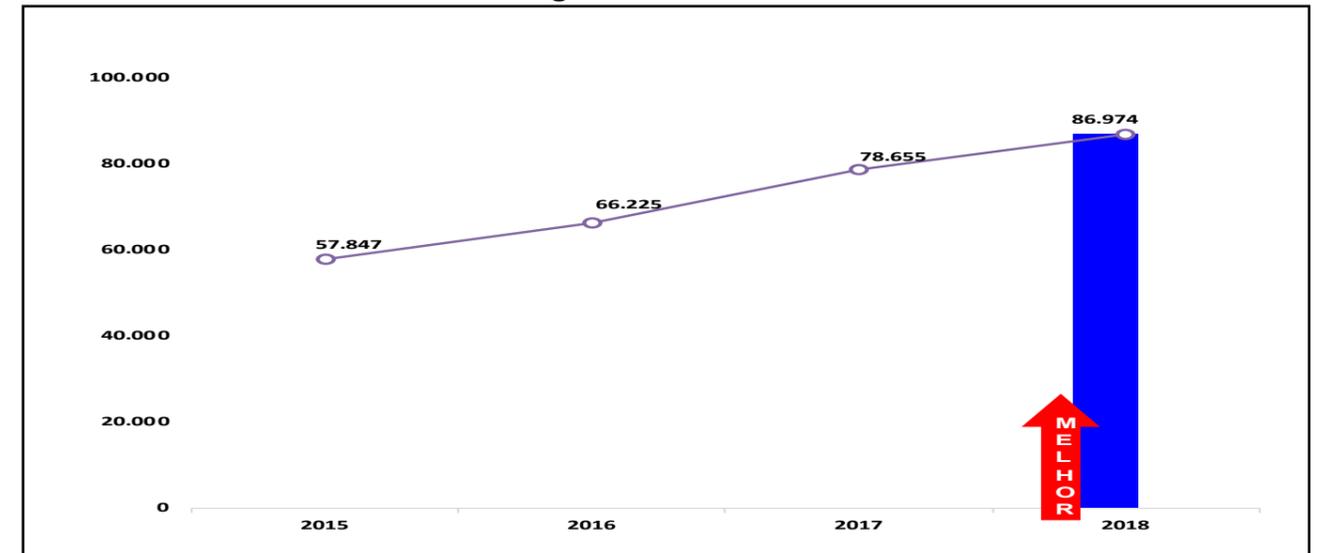
Fonte: GEST/DTAS

**4.1.14 - Número total de óbitos maternos na FSCMP - 2018**



Fonte: GEST/DTAS

**4.1.16 - Número de exames de imagem realizados na FSCMP 2015 - 2018**



Fonte: GEST/DTAS

## 5 - GESTÃO DOS RECURSOS E CAPTAÇÕES EXTRA ORÇAMENTÁRIA

### 5.1 - EXECUÇÃO DO PLANO PLURIANUAL 2016/2019 - EXERCÍCIO

#### 5.1.1- PROGRAMA: SAÚDE

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Implementação dos serviços de média e alta complexidade	Procedimento de saúde realizado	867.696	972.498	112	R\$ 46.828.106,00	R\$ 59.788.225,01	128
Educação permanente na saúde	Pessoa qualificada	2.800	7.593	271	R\$ 313.959,00	R\$ 268.441,65	86
Realização da residência em saúde	Especialista formado	77	68	88	R\$ 1.440.000,00	R\$ 1.372.356,49	95
Requalificação de estabelecimento de saúde	Estabelecimento requalificado	1	1	100	R\$ 2.000.000,00	R\$ 4.249.187,81	212
Saúde do trabalho, ambiental e agravos não transmissíveis	Ação realizada	460	1.492	324	R\$ 45.208,00	R\$ 45.820,00	101

Fonte: SIGPLAN



Ações de Educação Permanente

#### ANÁLISE GLOBAL DO PROGRAMA

Na ação de implementação dos serviços de média e alta complexidade, os procedimentos de saúde realizados referem-se às produções de serviços hospitalares e ambulatoriais, dentre as quais destacamos: internações, consultas, atendimentos a parturiente e neonato, partos normais e cesáreos, nascidos vivos, natimortos, assistência especializada às vítimas de escarpelamento, ações do banco de leite humano, notificação agravos de notificação compulsória e a implementação de ações de gerenciamento de risco em ambiente hospitalar e demais procedimentos que contribuem para qualidade e segurança do paciente. Destacamos também nessa ação, o serviço da ouvidoria que consiste em linhas gerais, ser um canal de comunicação entre usuários, pacientes e servidores com a Fundação. Cabendo propor ações preventivas e corretivas, focadas na diminuição de novas ocorrências, apontando e corrigindo possíveis falhas.

As ações de educação permanente na saúde contemplam atividades que possibilitam a qualificação e capacitação de servidores distribuídas em cursos, oficinas e treinamento, participação em congressos, além de pesquisas aprovadas pelo Comitê de Ética da Fundação. Entre as ações destacam-se o treinamento de ações de ciclo de segurança do paciente com a participação de 470 servidores, visando atender as recomendações dentro processo de Acreditação ONA II para Hospital Acreditado

Em relação a ação de realização de residência em saúde, em 2018, 52 médicos residentes concluíram o período de residência na Santa Casa; distribuídos nas seguintes especialidades e número de vagas: anestesiologia 04; cirurgia geral 06; cirurgia pediátrica 01; clínica médica 10; ginecologia/obstetrícia 10; medicina intensiva pediátrica 03; nefrologia pediátrica 02; neonatologia 04; pediatria 10; radiologia 02. Dentre as ações do programa de residência médica, destaca-se a I Jornada de Bioética da FSCMP

para médicos residentes, assistentes e demais profissionais da instituição. Complementando esta ação, houve também a formação de 16 residentes multiprofissionais dos quais: 07 enfermeiros, 02 nutricionistas, 02 fisioterapeutas, 01 terapeuta ocupacional, 02 psicólogos e 02 farmacêuticos.

Esta Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em 2017, foi contemplada com R\$ 7.578.000,00 para reforma e readequação do Hospital Centenário tendo como principais setores beneficiados: ambulatório de pediatria e do prematuro; ambulatório de especialidades; enfermarias São Francisco, Frei Caetano e São Roque; casa da gestante e bebê; necrotério; e adequação das rotas de fuga. A obra da rota de fuga e a reforma do necrotério já foram concluídas. As reformas das enfermarias São Roque e Frei Caetano e a obra da casa da gestante estão em andamento. A obra do ambulatório de pediatria e do prematuro já foi iniciada. A reforma da enfermaria São Francisco e do ambulatório de especialidades ainda não foram licitadas. A reforma da UTI adulto foi concluída no mês de setembro, o recurso utilizado foi o da Vigilância Sanitária. A reforma do ambulatório de nefrologia já está com 20% de execução. O recurso utilizado é o do contrato de repasse com a Caixa Econômica Federal, firmado em 2016.

Na ação de saúde do trabalho, ambiental e agravos não transmissíveis destacamos a pesquisa de cultura de segurança do paciente e a reorganização institucional dos quadros de aviso e de gestão à vista, além de fixação de novos quadros informativos nas áreas de maior circulação de pessoas no hospital.

### 5.1.2 - PROGRAMA: CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Atendimento integrado de crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência - Pro Paz Integrado	Pessoa Atendida	2.084	1.735	78	R\$ 76.800,00	R\$ 27.486,70	36

Fonte: SIGPLAN

#### ANÁLISE GLOBAL DO PROGRAMA

Em 2018 foram realizados 10.567 atendimentos, sendo psicologia a especialidade mais atuante, com 2.692 atendimentos envolvendo familiares e vítimas. Dos novos casos, 765 configuraram como violência sexual, com maiores incidências de 12 a 14 anos (272), sob demanda espontânea (141), de religião evangélica (315), oriundos do município de Belém (402), principalmente no bairro da Pedreira (46). A maioria dos casos confirmados como estupro de vulnerável (349), pelo conhecido da vítima (172). Ressaltamos também que houve atendimentos a 970 familiares, totalizando 1.735 pessoas atendidas.

Ocorreu também a descentralização de atendimentos devido à implantação dos núcleos de atendimentos integrados nos municípios de Santarém, Bragança, Altamira, Tucuruí, Paragominas e o funcionamento do Pró-Paz Integrado Centro de Perícia Criminal Renato Chaves

e conseqüentemente a nova demarcação de bairros. Pressupõe-se que a crescente demanda tem ocorrido porque as pessoas estão denunciando mais, devido as campanhas realizadas. Quanto aos grupos, nota-se adolescentes mais esclarecidos quanto a DST's, importância do uso de preservativos e prevenção de gravidez, adolescentes acolhidos e fortalecidos emocionalmente para inclusão social, pais orientados quanto às questões jurídicas e com mais atenção à mudança comportamental dos filhos. Através dos grupos puderam demonstrar sentimentos adoecidos e tratados pela equipe.

O núcleo do Pro Paz Integrado Santa Casa atingiu as metas estabelecidas, referentes ao objeto da ação, por meio dos atendimentos e dos trabalhos de grupos terapêuticos realizados com mães e adolescentes. As famílias são atendidas por uma equipe interdisciplinar integrada, o que ajuda no melhor desempenho do serviço.

### 5.1.3 - PROGRAMA GOVERNANÇA PARA RESULTADOS

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Desenvolvimento de competências e habilidades profissionais	Servidor capacitado	174	242	139	R\$ 27.552,00	R\$ 13.300,00	48
Gestão da tecnologia da informação e comunicação	Serviço realizado	17	24	141	R\$ 1.204.388,00	R\$ 1.543.031,05	128

Fonte: SIGPLAN

### ANÁLISE GLOBAL DO PROGRAMA

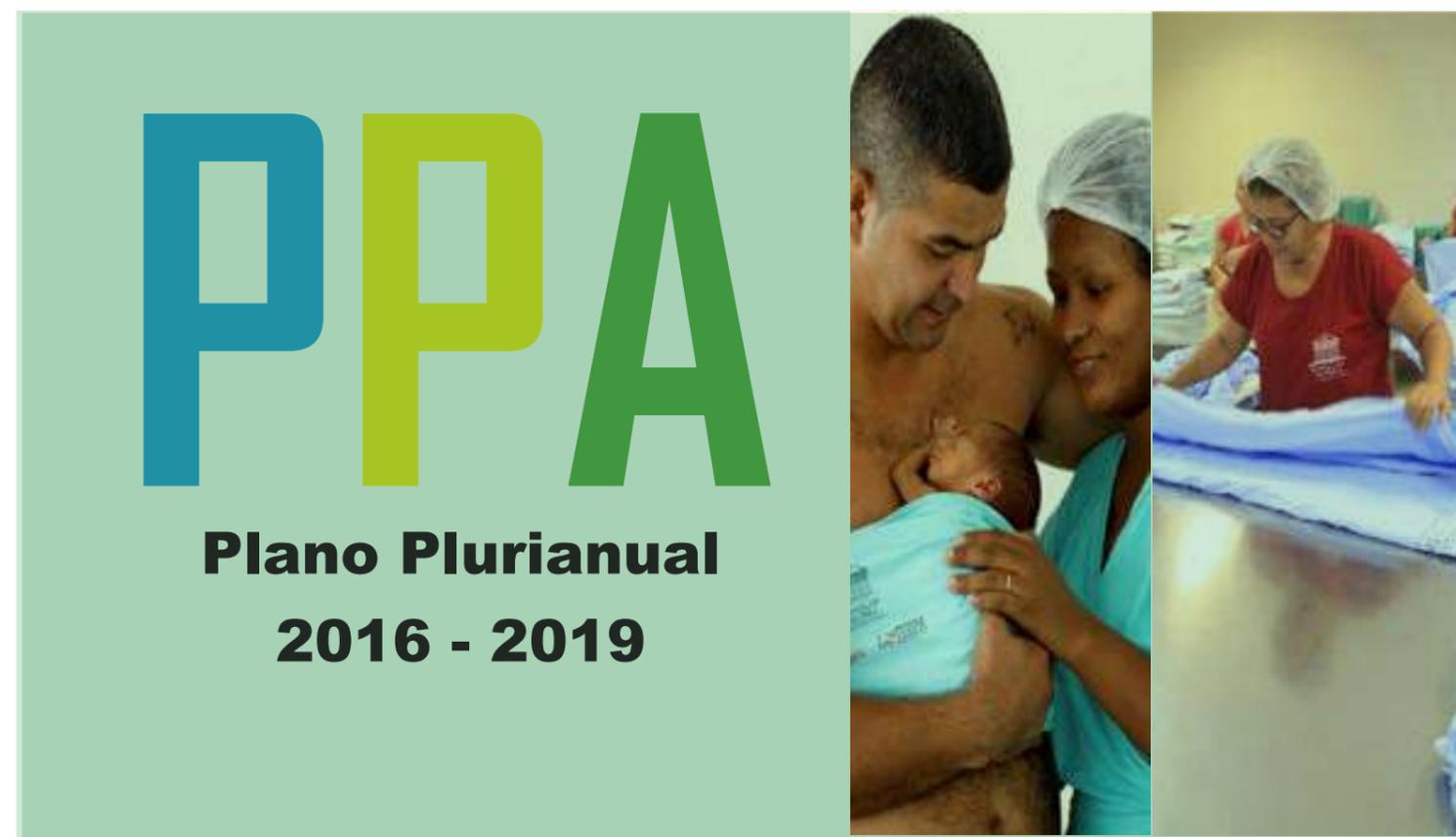
Considerando o momento de melhoria contínua dos processos pelo qual vem passando a instituição e pela participação no processo de Acreditação Plena Nível II, da Organização Nacional

de Acreditação - ONA, o hospital passa por um momento intenso de qualificação de servidores com cursos, rodas de conversa com orientações para os gestores e servidores, implementação de políticas institucionais e planejamento estratégico.

### 5.1.4 - PROGRAMA DE MANUTENÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Abastecimento de unidades móveis do Estado	Unidade abastecida	12	8	69	R\$ 132.000,00	R\$ 98.204,02	74
Operacionalização das ações administrativas	Contrato mantido	20	21	105	R\$ 25.942.108,00	R\$ 16.848.932,92	65
Operacionalização das ações de recursos humanos	Servidor remunerado	2739	2623	96	R\$ 222.499.118,00	R\$ 203.222.350,21	91
Concessão de auxílio-alimentação	Servidor beneficiado	2739	2409	88	R\$ 14.180.400,00	R\$ 14.089.229,01	99
Auxílio-transporte	Servidor beneficiado	2739	1940	71	R\$ 2.760.225,00	R\$ 2.878.352,10	104

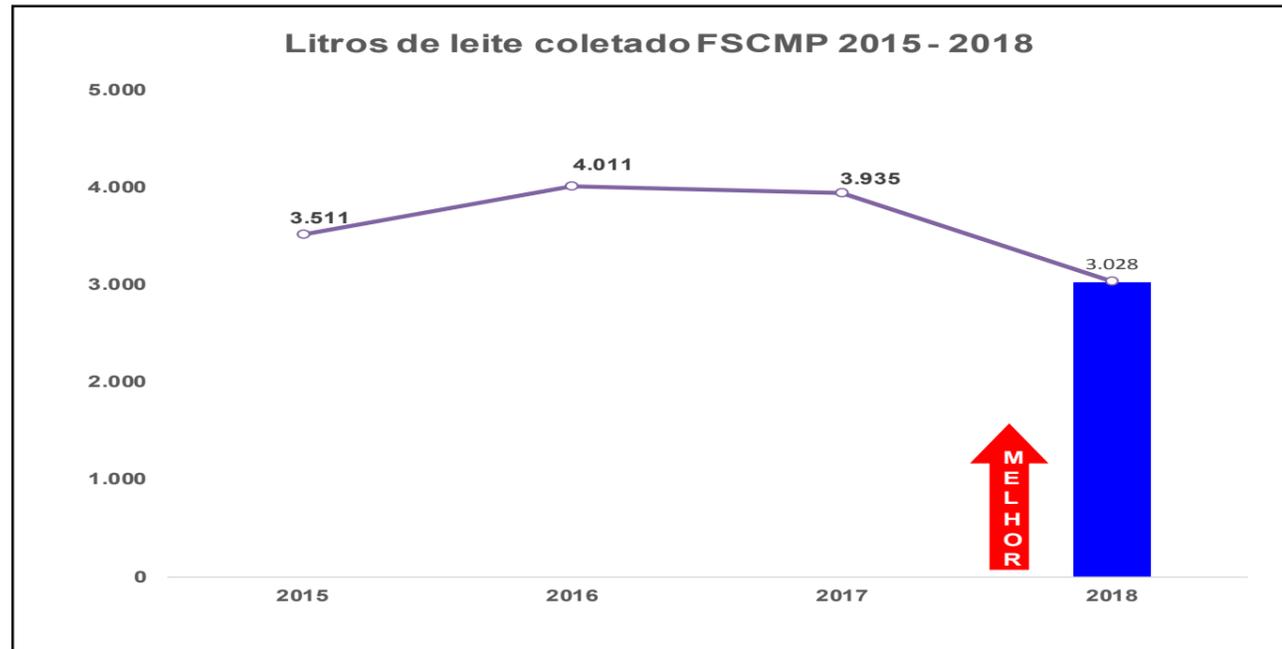
Fonte: SIGPLAN



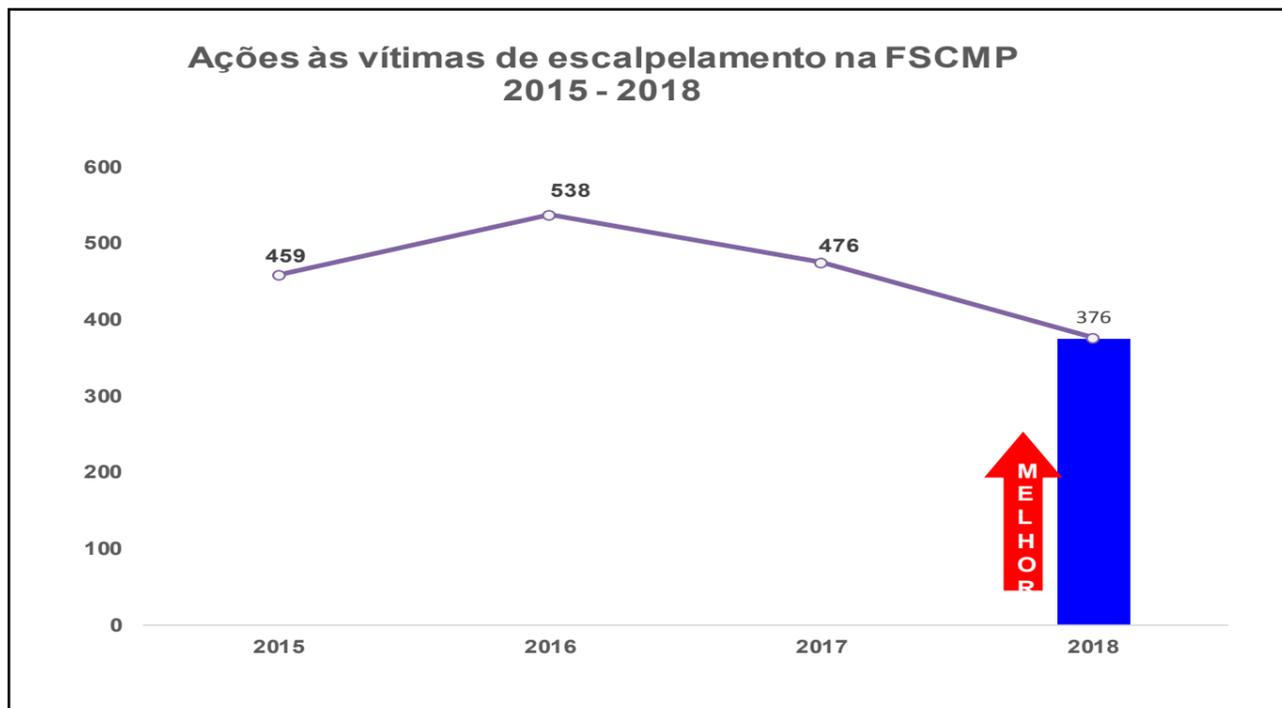
**Plano Plurianual  
2016 - 2019**

## 5.2 - AÇÕES RELEVANTES PACTUADAS NO PLANO PLURIANUAL E NO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

**5.2.1** - Com o intuito de fortalecer o serviço de média e alta complexidade, além da implementação de ações a assistência a parturiente e ao neonato, vale destacar: **a captação de leite humano e as ações de atendimento as vítimas de escarpelamento.**

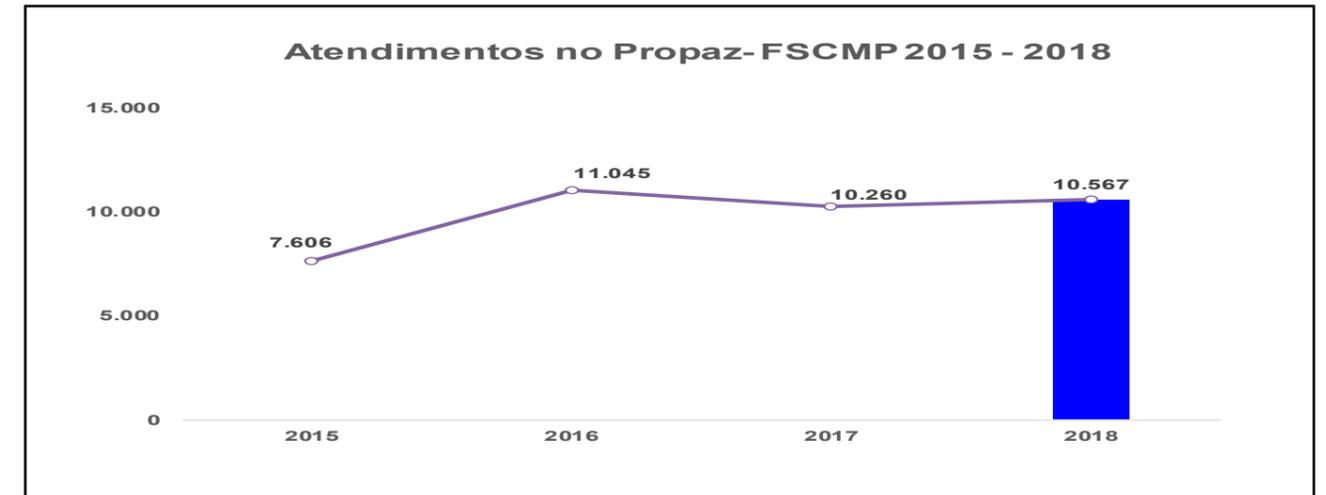


Fonte: SIGPLAN

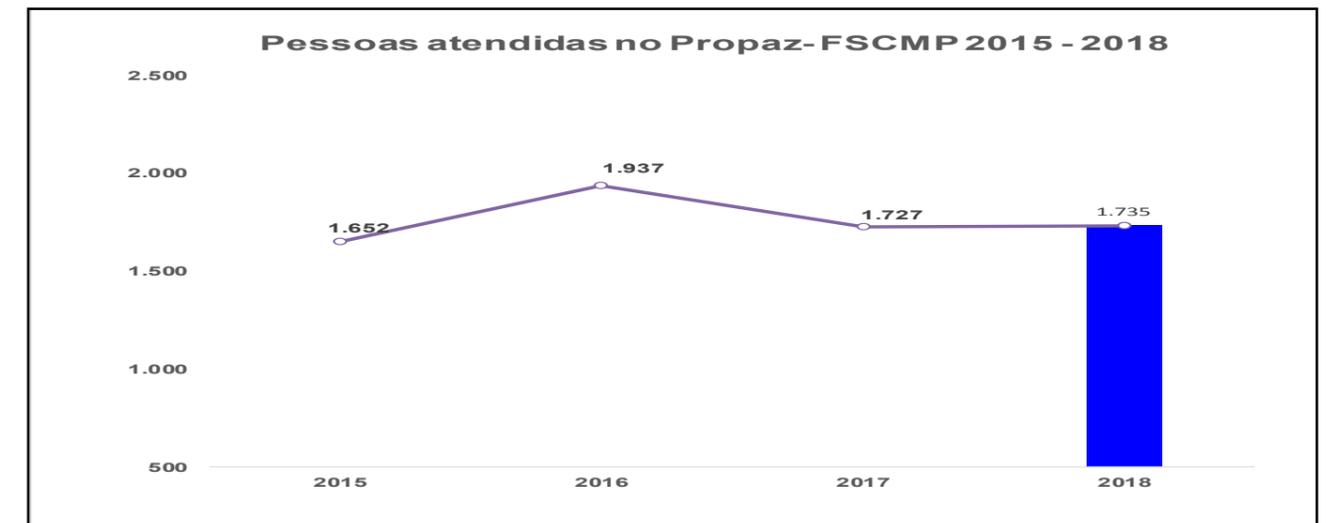


Fonte: SIGPLAN

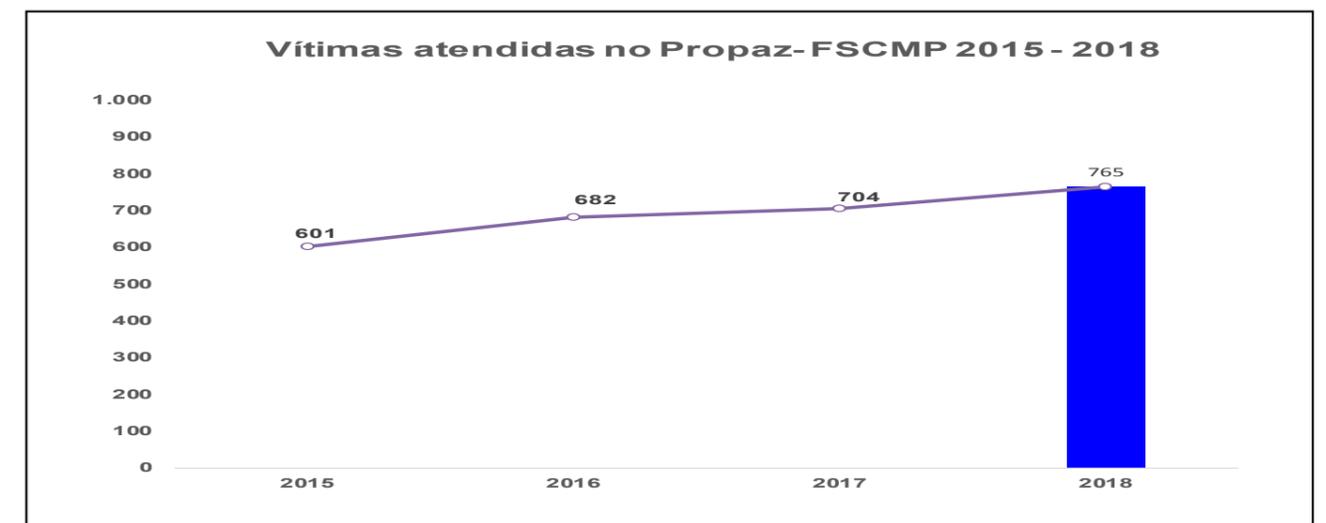
**5.2.2** - Com o objetivo de garantir uma cultura de paz e não violência foi pactuado no Plano Plurianual e no Plano Estadual de Saúde a ação de Atendimento integral e interdisciplinar às mulheres, crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. **O produto desta ação é pessoa atendida e engloba tanto a vítima quanto o familiar.**



Fonte: SIGPLAN

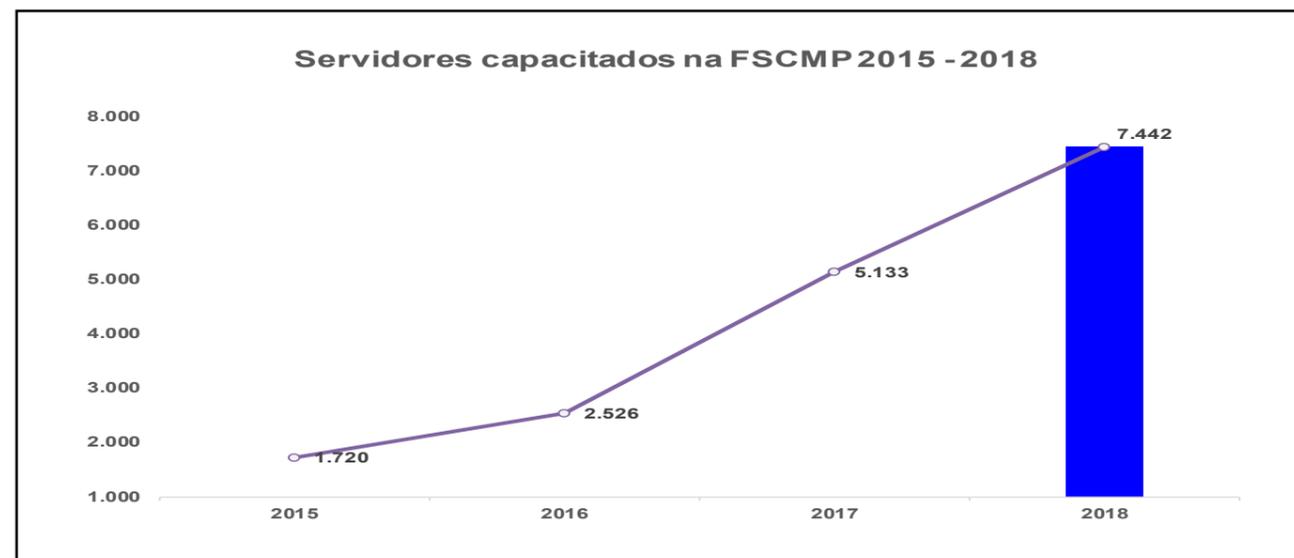


Fonte: SIGPLAN

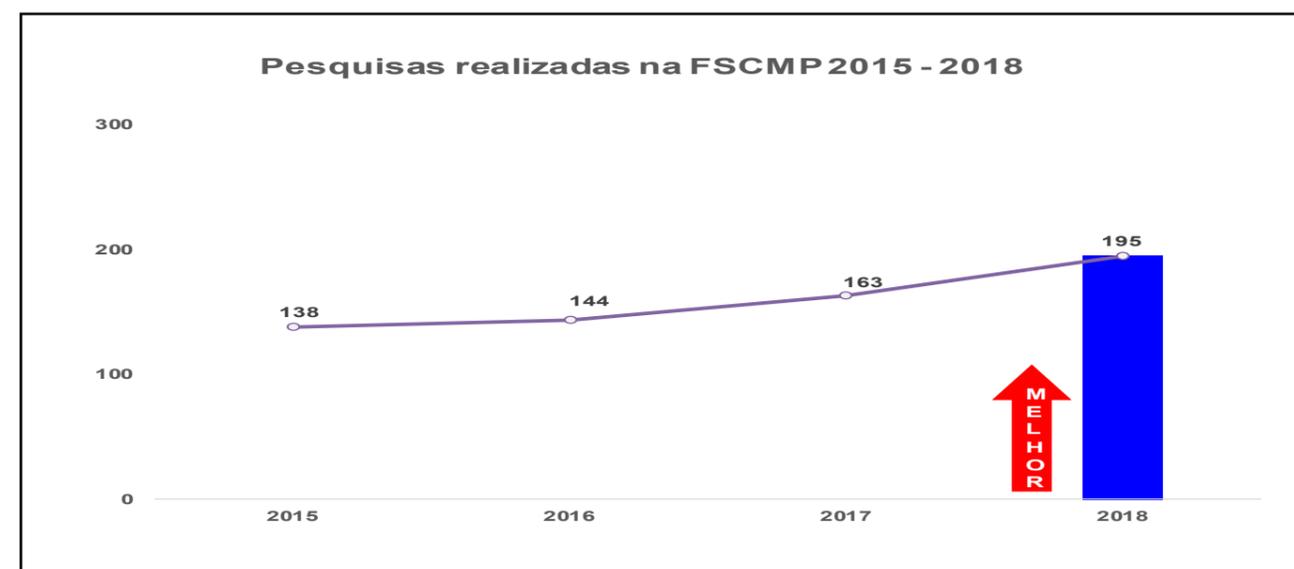


Fonte: SIGPLAN

**5.2.3** - Objetivando fortalecer a gestão do SUS no âmbito Estadual a ação de educação permanente na saúde vem sendo pactuada no PPA e no Plano Estadual de Saúde, envolve a **capacitação de servidores e demais trabalhadores da saúde, além das pesquisas realizadas na instituição.**



Fonte: SIGPLAN



Fonte: SIGPLAN

## 5.3 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DAS DESPESAS

### 5.3.1 - COMPARATIVO DE DESPESAS REALIZADAS NA FSCMP NO PERÍODO DE 2015 A 2018

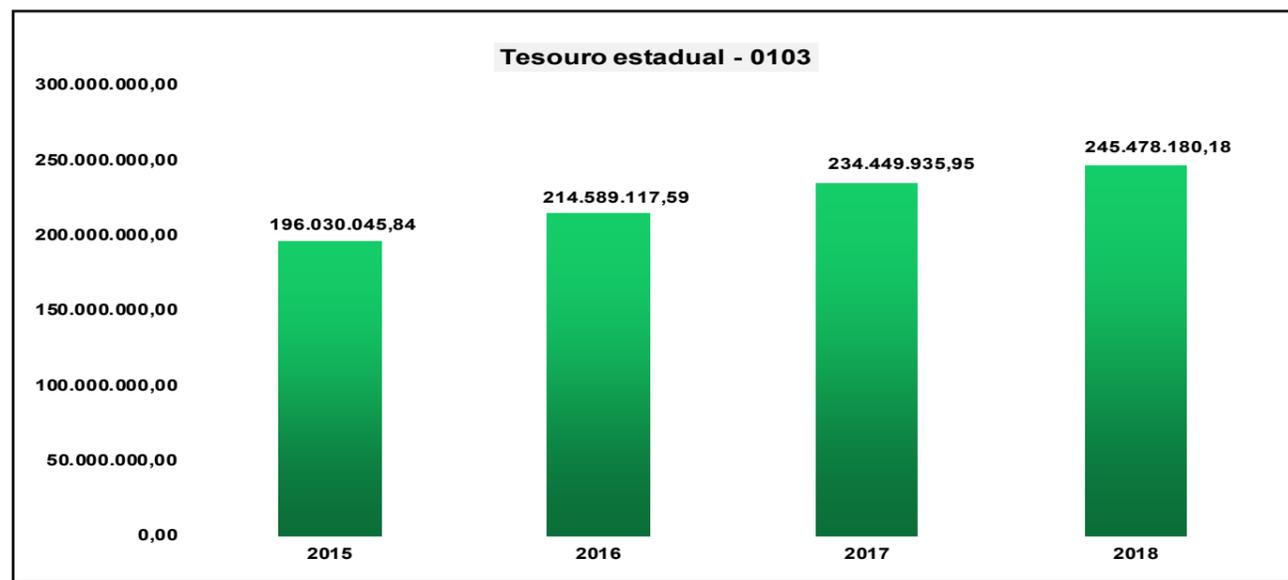
Grupo de despesas	2015		2016		2017		2018	
	Valor (R\$)	%						
Pessoal e encargos sociais	173.590.859,09	68,8	183.914.590,04	67,6	188.665.721,44	64,36	202.463.185,72	66,4
Outras despesas correntes	77.353.912,75	30,6	85.108.783,77	31,3	98.105.359,24	33,47	95.393.220,87	31,3
Investimentos	1.406.538,72	0,6	3.018.745,73	1,1	6.146.203,72	2,10	6.964.369,54	2,3
Amortização da dívida	-	-	-	-	219.999,99	0,07	-	-
<b>Total</b>	<b>252.351.310,56</b>	<b>100</b>	<b>272.042.119,54</b>	<b>100</b>	<b>293.137.284,39</b>	<b>100</b>	<b>304.820.776,13</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAFEM / GFIN, 2018

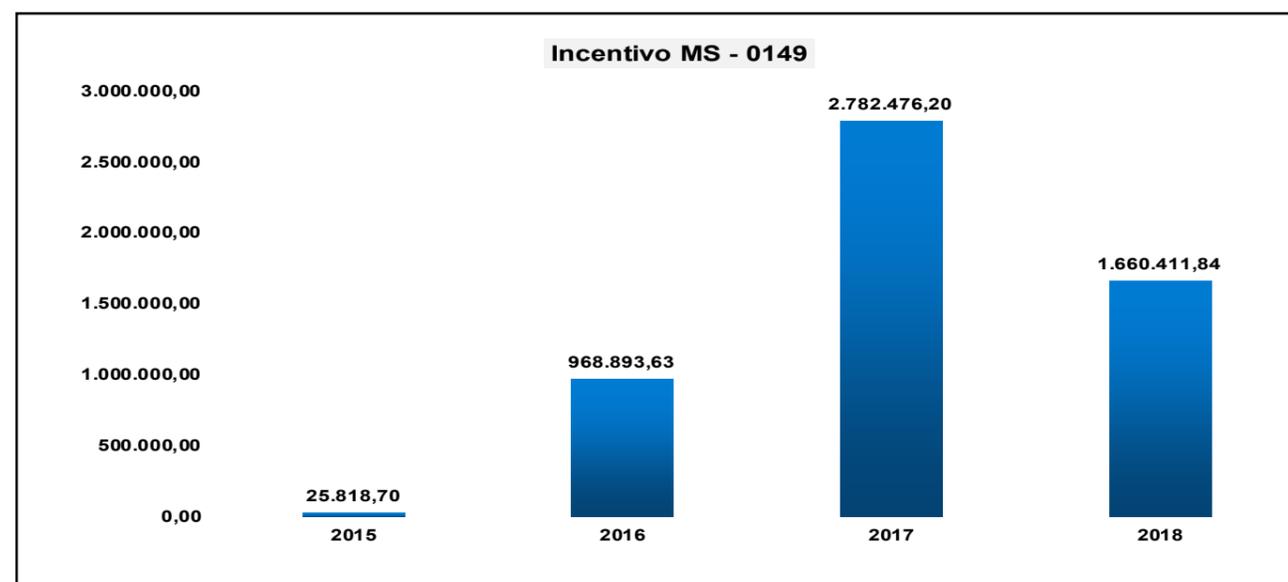
### 5.3.2 - COMPARATIVO DE DESPESAS REALIZADAS POR FONTE DE RECURSO NA FSCMP NO PERÍODO DE 2015 A 2018

DESPESA POR FONTE	2015	2016	2017	2018
<b>0101</b>	-	-	R\$ 650.160,00	R\$ 183.346,90
<b>0103</b>	R\$ 196.030.045,84	R\$ 214.589.117,59	R\$ 234.449.933,95	R\$ 245.478.180,18
<b>0149</b>	R\$ 25.818,70	R\$ 968.893,63	R\$ 2.782.476,20	R\$ 1.660.411,84
<b>0260</b>	-	R\$ 16.762,06	-	-
<b>0261</b>	R\$ 45.438,39	R\$ 175.067,56	R\$ 200.595,58	R\$ 37.651,51
<b>0269</b>	R\$ 54.168.759,27	R\$ 48.595.036,13	R\$ 50.955.705,60	R\$ 47.599.929,42
<b>0301</b>	-	-	-	R\$ 189.761,40
<b>0303</b>	-	-	-	R\$ 6.823.732,17
<b>0349</b>	R\$ 8.942,15	R\$ 2.499.387,31	R\$ 3.000.712,28	R\$ 717.219,90
<b>0660</b>	R\$ 288.000,00	R\$ 51.481,40	-	R\$ 73.768,46
<b>0661</b>	R\$ 151.563,83	R\$ 152.940,54	-	R\$ 35.000,00
<b>0669</b>	R\$ 1.632.742,38	R\$ 4.993.433,32	R\$ 1.097.700,78	R\$ 2.021.774,35
<b>Total</b>	<b>R\$ 252.351.310,56</b>	<b>R\$ 272.042.119,54</b>	<b>R\$ 293.137.284,39</b>	<b>R\$ 304.820.776,13</b>

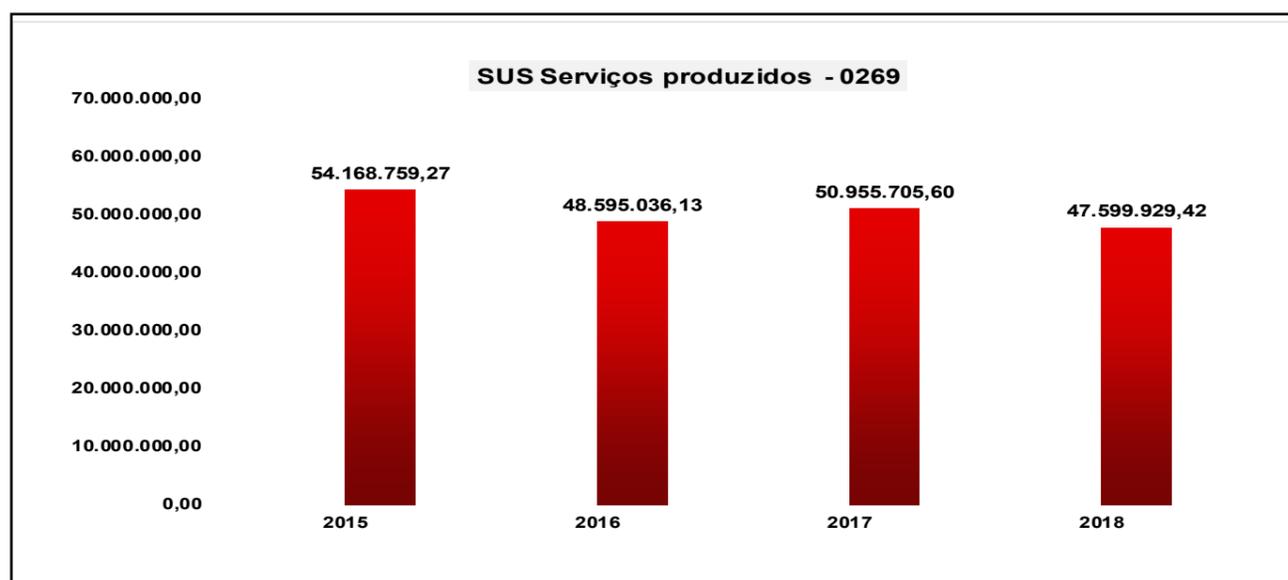
Fonte: SIAFEM 2018



Fonte: DIAF/FSCMP



Fonte: DIAF/FSCMP



Fonte: DIAF/FSCMP

### 5.3.3 - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DAS DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES - DEA NO PERÍODO DE 2015 A 2018

Competência do DEA	Valor do DEA Contraído no ano vigente R\$	Saldo recebido anos anteriores R\$	Total DEA com transferências anos anteriores R\$	Ano do Pagamento	Valor do Pagamento do DEA no ano vigente R\$	saldo a pagar a transferir ano seguinte R\$
<b>DEA 2014</b>	15.609.036,28	-	15.609.036,28	2015	12.493.995,31	3.115.040,97
<b>DEA 2015</b>	10.041.730,41	3.115.040,97	13.156.771,38	2016	10.754.712,35	2.402.059,03
<b>DEA 2016</b>	10.398.819,32	2.402.059,03	12.800.878,35	2017	12.417.611,87	383.266,48
<b>DEA 2017</b>	1.960.700,19	383.266,48	2.343.966,67	2018	2.326.305,57	17.661,10
<b>DEA 2018*</b>	<b>3.500.000,00</b>	<b>17.661,10</b>	<b>3.517.661,10</b>	<b>2019</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>41.510.286,20</b>	<b>5.918.027,58</b>	<b>47.428.313,78</b>		<b>37.992.625,10</b>	<b>5.918.027,58</b>

Fonte: SIAFEM, 2018

\*Estimativa em, 10/01/2019

As despesas de exercícios anteriores - DEA para pagamento em 2015, início de gestão, era de R\$ 15.609.036,28 (quinze milhões, seiscentos e nove mil, trinta e seis reais e vinte e oito centavos) sendo que no decorrer do ano conseguimos um abatimento em negociações no valor de R\$ 994.393,53 (novecentos e noventa e quatro mil, trezentos e noventa e três reais e cinquenta e três centavos), minimizando o valor para R\$ 14.614.642,75 (quatorze milhões, seiscentos e quatorze mil, seiscentos e quarenta e dois reais e setenta e cinco centavos). Considerando que a receita e despesa do exercício estava em equilíbrio, não havendo saldo positivo para o pagamento do DEA, e sem a possibilidade de obtenção de recursos excedentes, várias medidas foram adotadas dentro do planejamento estratégico institucional para gerar recursos para o pagamento do DEA.

Foram revistos todos os contratos administrativos e implementadas ações efetivas na gestão do gasto das despesas públicas, tais como energia elétrica, água, telefone, lixo hospitalar,

gás oxigênio, gêneros alimentícios, antibióticos. Estudou-se os grupos de despesas e verificou-se a possibilidade de diminuição do gasto. Durante toda a gestão, foram envidados todos os esforços para o incremento de receitas por meio de captações externas, além da habilitação de novos leitos que passaram a ser remunerados por meio de incentivos.

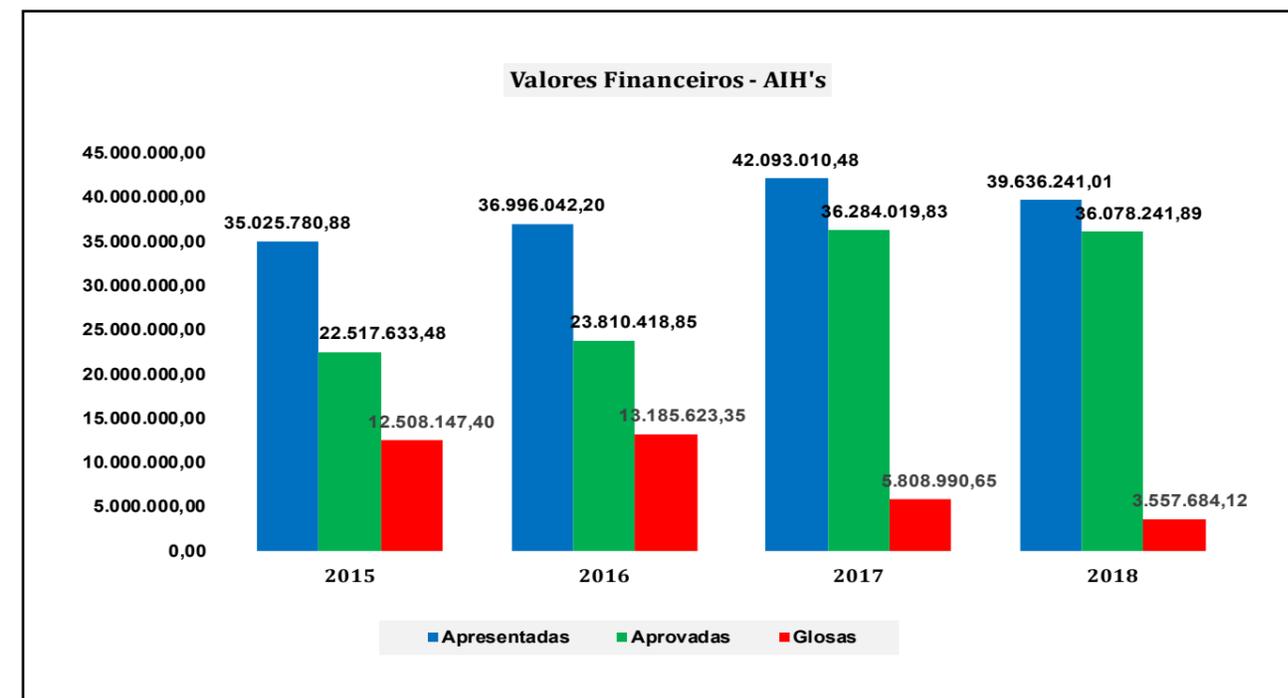
Em 2017, o Estado por meio do Fundo Estadual de Saúde (fonte 0103) subsidiou o DEA com um aporte orçamentário e financeiro na ordem de R\$ 8.116.612,72 (oito milhões, cento e dezesseis mil, seiscentos e doze reais e setenta e dois centavos). Com isso, o DEA para execução em 2018 foi de R\$ 2.343.966,67 (dois milhões, trezentos e quarenta e três mil, novecentos e sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos), o qual referiu-se, basicamente, as despesas referentes ao mês de dezembro de 2017. A previsão (estimativa) do DEA 2018 a ser executado em 2019 é de R\$ 3.500.000,00, considerando basicamente, as despesas do mês de dezembro de 2018.

## 5.4 - PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO E AMBULATORIAL – SIH E SIA

### 5.4.1 - PRODUÇÃO FÍSICO FINANCEIRA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH

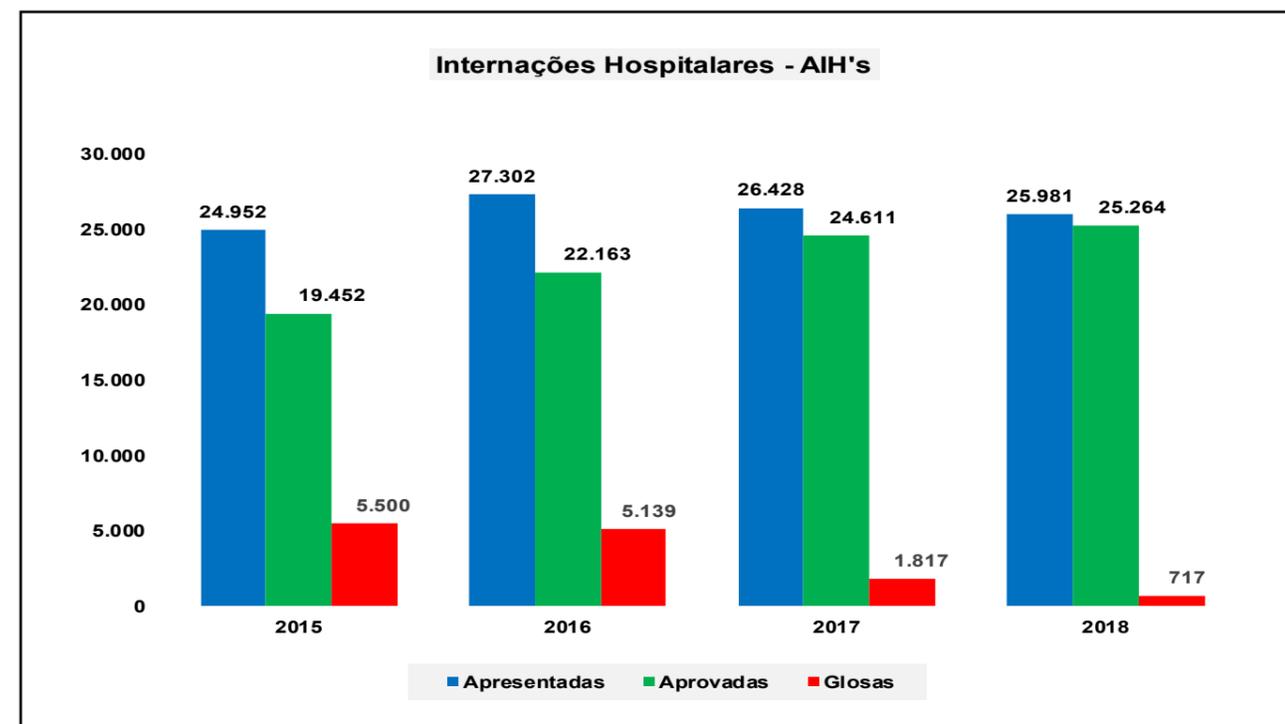
ANO	TOTAL GERAL		AIH'S		DÉFICIT	
	QUANT	VALOR (R\$)	APROVADAS (SESMA)		QUANT	VALOR
			QUANT	VALOR (R\$)		
2015	24.952	35.025.780,88	19.452	22.517.633,48	5.500	12.508.147,40
2016	27.300	36.996.042,20	22.163	23.810.418,85	5.139	13.185.623,35
2017	26.428	42.093.010,48	24.611	36.284.019,83	1.817	5.808.990,65
2018	25.981	39.636.241,01	25.264	36.078.556,89	717	3.557.684,12

Fonte: GFAT



Fonte: GFAT / GEST

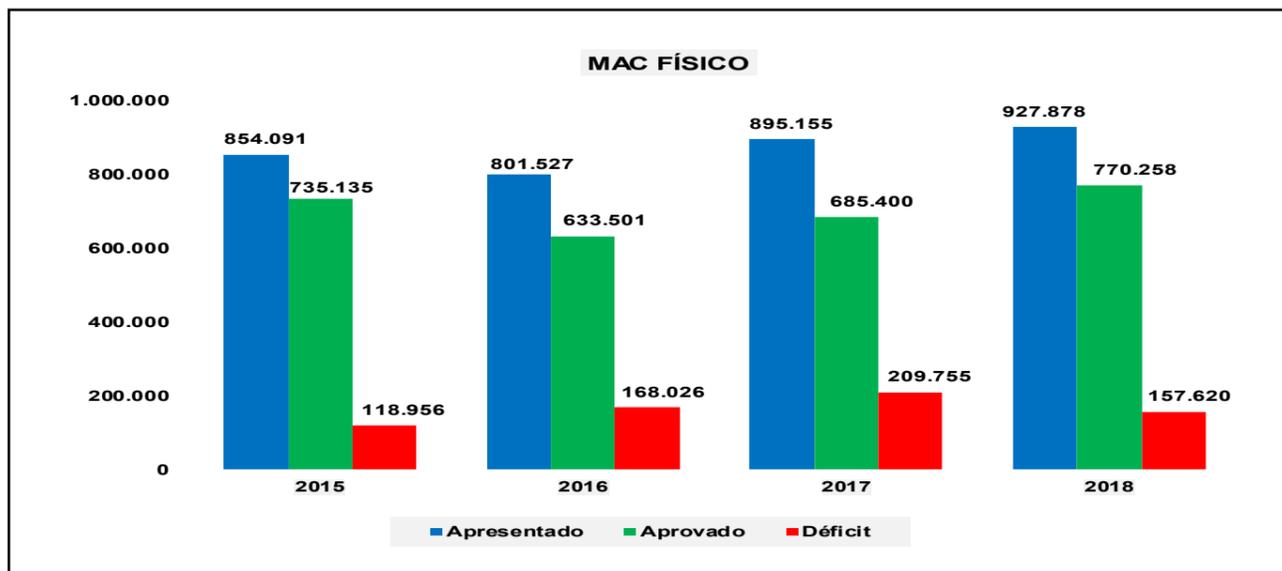
### 5.4.2 - PRODUÇÃO FÍSICO FINANCEIRA POR PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC



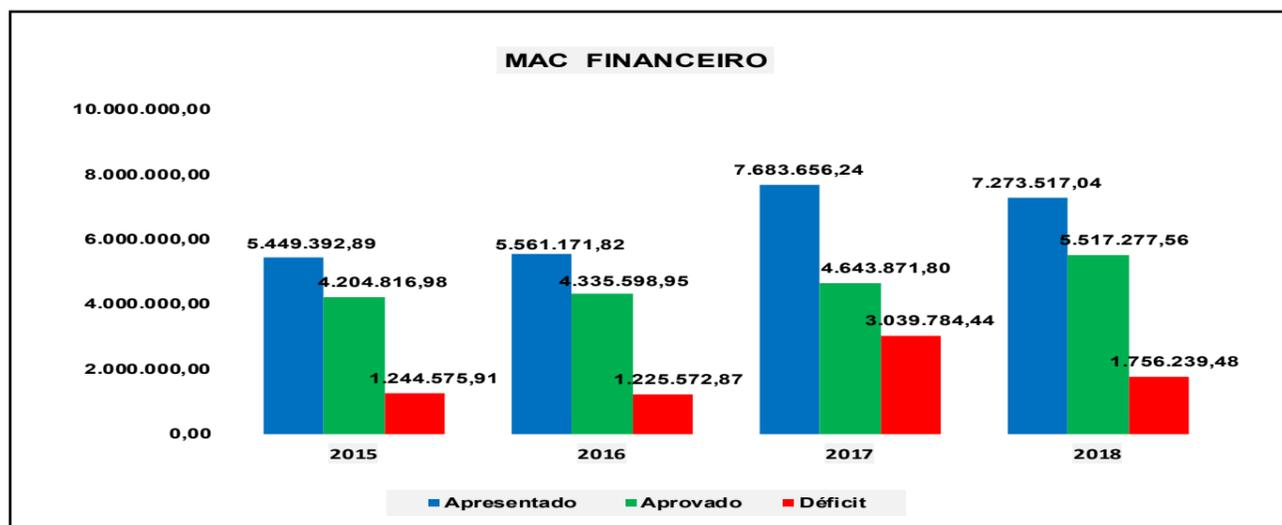
Fonte: GFAT / GEST

ANO	TOTAL GERAL (MAC)		TOTAL APROVADO MAC (SESMA)		DÉFICIT MAC (TOTAL GERAL - TOTAL APROVADO)	
	QUANT.	VALOR R\$	QUANT.	VALOR R\$	QUANT.	VALOR R\$
2015	854.091	5.449.392,89	735.135	4.204.816,98	118.956	1.244.575,91
2016	801.527	5.561.171,82	633.501	4.335.598,95	168.026	1.225.572,87
2017	895.155	7.683.656,24	685.400	4.643.871,80	209.755	3.039.784,44
2018	927.878	7.273.517,04	770.258	5.517.277,56	157.620	1.756.239,48

Fonte: GFAT



Fonte: GFAT



Fonte: GFAT

### 5.4.3 - PRODUÇÃO FÍSICO FINANCEIRA POR PROCEDIMENTOS DE FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC

ANO	PROCEDIMENTOS PRODUZIDO FAEC		PROCEDIMENTOS APROVADO FAEC		DÉFICIT FAEC	
	QUANT.	VALOR R\$	QUANT.	VALOR R\$	QUANT.	VALOR R\$
2015	73.912	247.319,18	70.938	238.162,13	2.974	9.157,05
2016	80.544	87.993,32	74.498	85.400,82	6.046	2.592,50
2017	80.664	1.412.739,22	73.604	1.345.820,02	7.065	66.919,20
2018	4.280	1.441.734,80	4.012	1.313.348,48	268	128.386,32

Fonte: GFAT, 2018

\*No ano de 2018 a produção do Banco de Leite Humano e procedimento de mamografia, passaram a ser financiados via MAC, reduzindo significativamente a quantidade física dos procedimentos FAEC.



## 5.5 - RECURSOS ASSEGURADOS COM HABILITAÇÕES DE SERVIÇOS SUS JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2015 A 2018

SERVIÇOS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	FONTE DE REPASSE	TIPO DE RECURSO	PORTARIA
UTI NEO II (22 LEITOS)	R\$ 256.274,77	R\$ 3.075.297,24	FES/MAC	NOVO	Habilitado port. 1.174 de 21/09/2016 - Repasse financeiro Port. 2.188 de 21/10/2016 para o FES a partir de outubro de 2016.
INCENTIVO IHAC- iniciativa hospital amigo da criança	R\$ 27.243,95	R\$ 326.927,40	FES/MAC	NOVO	Portaria 2017 de 04 de agosto de 2017
INCENTIVO RES. MÉDICA	R\$ 120.000,00	R\$ 1.440.000,00	FES/MAC	NOVO	Portaria 961 de 10 de julho de 2015
UCINCA (16 LEITOS)	R\$ 65.700,00	R\$ 788.400,00	FES/MAC	NOVO	Habilitado port.1.178 de 21/09/2016 - Repasse Financeiro Port. 2.186 de 21/10/2016 para o FES a partir de outubro de 2016
UTI PED (05 LEITOS)	R\$ 58.244,10	R\$ 698.929,20	FES/MAC	NOVO	Habilitado port.1.139 de 19/09/2016- Repasse Financeiro Port. 2.189 de 21/10/2016 para o FES a partir de outubro de 2016
<b>TOTAL FES</b>	<b>R\$ 527.462,82</b>	<b>R\$ 6.329.553,84</b>			
*UTI NEO TIPO II (40 LEITOS)	R\$ 394.200,00	R\$ 4.730.400,00	FMS/MAC	NOVO	Portaria Nº 685, de 24 de junho de 2013 e aporte financeiro pela Portaria 1.457 de 16 de julho de 2013
INCENTIVO GAR (20 LEITOS)	R\$ 113.758,33	R\$ 1.365.099,96	FMS/MAC	NOVO	Habilitado port.736 de 17/08/2015- PORTARIA nº 3.251 de 29.12.2016
CPN-INTRA HOSPITALAR	R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00	FMS/MAC	NOVO	Habilitado port.1.324 de 29/09/2016- Repasse Financeiro Port. 2.187 de 21/10/2016 para o FMS a partir de outubro de 2016
NEFROLOGIA (10 MÁQUINAS) *	R\$ 353.567,00	R\$ 4.242.804,00	FMS/FAEC	NOVO	Habilitado conforme portaria nº 2.596 de 29 de dezembro de 2016 e aporte financeiro ao FMS Portaria No - 3.225, de 29 de Dezembro de 2016
<b>TOTAL FMS</b>	<b>R\$ 931.525,33</b>	<b>R\$ 11.178.303,96</b>			
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 1.458.988,16</b>	<b>R\$ 17.507.857,80</b>			

- Serviço habilitado desde 2013, porém com pendência de repasse de recursos retroativos aos anos 2013 a 2015, reestabelecido nessa gestão.

## 5.6 - PROJETOS EM PARCERIA COM HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS E OUTRAS PARCERIAS

Parceiros	Projeto	Objetivo	Ano de adesão
<b>Albert Einstein / ANS</b>	Parto adequado	Identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar.	<b>2018</b>
<b>Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)</b>	Reestruturação de hospitais públicos (Segurança do paciente)	Auxiliar na implantação de núcleos de segurança do paciente, protocolos e planos institucionais de segurança por meio de visitas multidisciplinares e análise de indicadores clínicos epidemiológicos.	<b>2016</b>
<b>Hospital Oswaldo Cruz (HAOC)/ANS</b>	Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil	Melhorar a segurança do paciente nas UTI's do Brasil. O PROADI-SUS, em parceria com o Ministério da Saúde, é responsável pelo projeto que é capitaneado pelos hospitais de excelência e na região Norte contamos com o apoio do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.	<b>2017</b>
<b>Hospital do coração – HCOR/SP</b>	Plano diretor	Desenvolver e aplicar uma metodologia para contribuir na elaboração de planos diretores de hospitais por estados e suas regiões de saúde. O projeto apoia o processo de reforma estratégica e coerente do sistema hospitalar do SUS na lógica da regulação regional da oferta hospitalar e no marco da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).	<b>2016</b>
<b>Hospital do coração – HCOR/SP</b>	Projeto de urgência e emergência	Dar suporte na estruturação dos serviços hospitalares de urgência, com foco no tempo adequado de resposta ao tratamento para garantir o atendimento com segurança ao paciente.	<b>2016</b>
<b>Ministério da saúde</b>	Ápice On	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetria e Neonatologia.	<b>2017</b>
<b>Ministério da saúde</b>	QualiNEO	Diminuir a mortalidade neonatal e qualificar o atendimento ao recém-nascido nas maternidades das regiões Norte e Nordeste.	<b>2017</b>
<b>Escola de Governo do Estado do Pará</b>	Programa de aperfeiçoamento em qualidade e segurança do paciente	Formar e capacitar funcionários da Santa Casa, ampliando o conhecimento teórico e prático dos servidores.	<b>2017</b>
<b>Assembleia de Deus</b>	Missão "Mais puro leite"	Sensibilizar e captar cerca de 300 novas doadoras para suprir 100% da demanda do Banco de Leite da instituição.	<b>2017</b>

**5.7 - RECURSOS ASSEGURADOS PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS EM SERVIÇO – PARCERIA FSCMP/FAPESPA**

PESQUISA	ANO	VALOR	STATUS
Associação de Polimorfismos Genético como desenvolvimento e resposta ao tratamento da retinopatia da prematuridade.	2017	150.476,80	Em andamento
Cateter venoso central de inserção periférica como medida de controle e prevenção das infecções de corrente sanguínea relacionada a cateter.	2017	214.300,00	Em andamento
Avaliação pulmonar de pacientes em ventilação mecânica invasiva por meio da tomografia por impedância elétrica.	2017	599.050,00	Em andamento
Métodos de predição e prevenção de pré-eclâmpsia em um Hospital de referência materno-infantil.	2017	206.050,00	Em andamento
Encefalopatia hipoxicoisquêmica e a hipotermia terapêutica como neuroproteção na unidade neonatal de uma maternidade pública de referência.	2017	107.860,00	Em andamento
Avaliação do impacto do transplante renal pediátrico na doença renal crônica (DRC) em uma unidade de referência materno-infantil.	2017	291.943,00	Em andamento
Análise da composição físico-química do leite humano: proposta de instrumento de terapia nutricional para recém-nascidos prematuro e de baixo peso.	2017	296.480,00	Em andamento

**5.8 - RECURSOS ASSEGURADOS COM CAPTAÇÃO DE RECURSOS POR MEIO DE EMENDA PARLAMENTAR - 2015 A 2018**

RELAÇÃO DE CONVÊNIOS FSCMP E MINISTÉRIO DA SAÚDE								
Nº de Convênio	Objeto	Metas Físicas	Vigência	Repasse	Contrapartida	Valor Global	Dados Bancários	Situação
710537/2009 - Ministério da Saúde	Promover a melhoria da assistência ao recém-nascido de alto risco da FSCMPA e diminuir a taxa de mortalidade neonatal do Estado do Pará.	Aquisição de 22 (vinte dois) monitores MULTIP. SPO2, ECG e PNIV, neonatais. Aquisição de 04 (quatro) ventiladores pulmonares neonatais.	31/12/2009 a 03/04/2015	R\$ 535.797,00	R\$ 60.203,00	R\$ 596.000,00	CEF, AG. 4110-6, C/C. 0000203	Prestação de Contas Aprovada com Ressalvas
749334/2010 - Ministério da Saúde	Promover a melhoria no serviço de diagnóstico por imagem com atendimento humanizado e de qualidade aos usuários do SUS.	Aquisição de 02 (dois) aparelhos de ultrassom diagnóstico	31/12/2010 a 17/07/2016	R\$ 200.000,00	R\$ 22.222,22	R\$ 222.222,22	BB, AG. 1674-8, C/C. 11.489-8	Prestação de Contas Aprovada com Ressalvas
760131/2011 - Ministério da Saúde	Realização de curso de especialização Latu Sensu para Gestão na Saúde Pública.	Contratação de pessoa jurídica para realização de curso de especialização Latu Sensu para Gestão na Saúde Pública.	12/12/2011 a 17/02/2016	R\$ 162.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 180.000,00	BB, AG. 1674-8, C/C. 11.663-7	Prestação de Contas Aprovada com Ressalvas
836875/2016 - Ministério da Saúde	Aquisição de Equipamentos e Material Permanente para Unidade de Atenção Especializada em Saúde	Aquisição de 01 (uma) mesa cirúrgica elétrica. Aquisição de 01 (um) dermatômetro.	18/11/2016 a 14/12/2018	R\$ 100.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 130.000,00	BB, AG. 1674-8, C/C. 12.567-9	Em execução
839859/2016 - Ministério da Saúde	Reforma de Unidade de Atenção Especializada	Reforma e Adequação do Centro de Terapia Renal Substitutiva Pediátrica da FSCMPA	07/10/2016 a 30/11/2019	R\$ 440.294,00	R\$ 9.706,00	R\$ 450.000,00	CEF, AG 0022-1, C/C	Em execução

**OBRAS E REFORMAS,  
REPARO/MANUTENÇÃO**

**MAIS DE  
10.000.000,00**



**PESQUISAS  
EM SAÚDE**

**MAIS DE  
1.800.000,00**



**EQUIPAMENTOS  
MÉDICO  
HOSPITALAR**

**MAIS DE  
8.500.000,00**



**BENS  
MÓVEIS**

**MAIS DE  
R\$ 2.000.000,00**

**SOFTWARES E  
EQUIPAMENTOS  
DE TI**

**MAIS DE  
R\$ 3.000.000,00**

INVESTIMENTOS	2015	2016	2017	2018
<b>Obras/reforma</b>	R\$ 376.753,56	R\$ 297.750,00	R\$ 2.831.061,69	R\$ 3.775.451,56
<b>Reparo/ manutenção*</b>	0,00	R\$ 722.316,37	R\$ 912.226,06	R\$ 1.558.148,36
<b>Equipamentos hospitalares</b>	R\$ 558.000,00	R\$ 2.409.600,00	R\$ 3.540.108,80	R\$ 2.455.397,40
<b>Instrumentais e outros equipamentos</b>	R\$ 103.223,50	R\$ 199.359,90	R\$ 544.897,99	R\$ 881.491,55
<b>Outros bens adquiridos</b>	R\$ 188.804,34	R\$ 273.669,51	R\$ 268.581,17	R\$ 1.299.454,88
<b>Softwares e equipamentos de informática</b>	R\$ 35.793,92	R\$ 444.998,16	R\$ 1.751.615,66	R\$ 905.406,61
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.262.575,32</b>	<b>R\$ 4.347.693,94</b>	<b>R\$ 9.848.491,37</b>	<b>R\$ 10.875.350,36</b>

FONTE: ASPL, 2018

\*Até 2015, os reparos e manutenções prediais eram realizados por mão de obra própria e os materiais utilizados adquiridos como custeio.

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de alta gestão da Santa Casa, assumiu o compromisso em desenvolver a gestão hospitalar com base nos mais avançados e desafiadores conceitos para a melhoria contínua e a busca pela excelência de seus resultados na assistência aos pacientes e formação profissional e inovação em pesquisas voltadas para o benefício da população do Pará.

Foi com este propósito que a equipe da gestão da Santa Casa, elegeu o modelo de Gestão Estratégica, o modelo de gestão pela qualidade e a participação intensa de todos os servidores, que culminou com o maior dos desafios na governança clínica, que é o envolvimento do paciente e sua família como protagonista do seu próprio cuidado.

O Planejamento Estratégico da Santa Casa para o período de 2016 a 2019, oferece a diretriz básica para o desenvolvimento dos dez (10) objetivos estratégicos e dos mais de 100 (cem) projetos táticos. O processo de monitoramento por meio das reuniões de avaliação estratégica (RAE), táticas (RAT) e operacionais (RAO), ocorre regularmente dentro do cronograma da alta e média gerência. Neste processo, são avaliados os indicadores de resultados e as evoluções de melhorias por meio do PDCA e readequações necessárias. A agenda anual de revisitação do planejamento cumpre o papel de avaliar projetos concluídos e a oportunidade de inclusão de novos desafios visando novos avanços.

A decisão pela gestão da qualidade foi resultado de um profundo compromisso numa adesão à trajetória mundial em busca da segurança do paciente. Este é um dos principais valores da Santa Casa. A gestão pela qualidade, pautada nos

pilares da eficácia, da segurança, do tempo e do direito a igualdade (Institute of medicine-USA); o cuidado centrado no paciente é absorvido pela Santa Casa, visando alcançar um dos compromissos do milênio: reduzir a morte por erros evitáveis em hospitais, terceira maior causa de morte no mundo (30%).

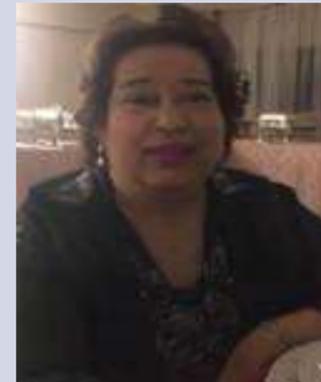
Enfrentamos o desafio da transformação cultural, e nos integramos com os mais importantes hospitais do Brasil, que apoiam a Santa Casa.

A Gestão da Qualidade traz a cultura da segurança implementada no hospital com eixos de liderança, transparência, aprendizado com análises de eventos, trabalho em equipe, segurança psicológica, capacitação em segurança e o engajamento do paciente e familiar.

A governança clínica pautada na efetividade do plano terapêutico, na educação continuada, na gestão de risco, nas auditorias clínicas e na pesquisa clínica da Santa Casa, são diretrizes presentes na prática do corpo clínico da Santa Casa. Este contexto direciona a gestão hospitalar para os melhores resultados focados no paciente e família.

O modelo de gestão pela qualidade e estratégico dependem fundamentalmente da gestão de pessoas. Na Santa casa, a gestão de pessoas é marcada pelos conceitos de liderança, com habilidade no cuidado para com os servidores, com a saúde dos trabalhadores e conta com o instrumento de gestão por competências e o plano de desenvolvimento individual (PDI), que se constituem como o maior capital da Santa Casa, que é o capital intelectual, o capital técnico, o capital comportamental e o capital humano.

## 7 - IN MEMORIAM



**Maria das Mercês Silva Bauer**  
Médica Pediatra



**Eliana do Socorro Souza Lima**  
Técnica de Enfermagem



**Dinair Baia Almeida**  
Auxiliar de Administração



**Maria Sandra Santos Silva**  
Técnica de Enfermagem



**Rosilene Dias Antunes**  
Agente de Artes Práticas



**Luciano do Nascimento Costa**  
Voluntário - Humanização

**“Aproveita o dia,  
não deixes que termine sem teres crescido um pouco.  
Sem teres sido feliz, sem teres alimentado teus sonhos...”  
(Trecho do poema Aproveita o dia - Walt Whitman)**



Foto: Rosivaldo Farias



**SANTACASA  
DO PARÁ**  
ASSISTÊNCIA E ENSINO