



**III BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO**

Salvador/BA

2016

HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Diretor Presidente: Jorge Antonio Duarte Oliveira

Diretora Geral: Lícia Maria Cavalcanti Silva

Diretor Técnico: Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta

Gerente de Práticas Assistenciais: Humberto Torreão Herrera

Gerente de Segurança do Paciente: Vilma Ramos Silva Cavalcante

Coordenador de Ensino e Pesquisa: André Gusmão Cunha

Assessoria de Pessoas: Simone Wendling Vargas

Tecnologia e Informação: José Carlos Couto Souza Júnior

Assistente de Diretoria: Lucimeire de Souza Silva

III Boletim Epidemiológico do Hospital do Subúrbio, 2016.

Cyntia Maria Lins Sant'Ana de Lima (Organizadora)

Salvador/BA, 2016.

COLABORADORES

Adroaldo Guimarães Rossetti Junior
Coordenador Médico do Serviço de Neurocirurgia

Ana Célia Diniz C. Barbosa Romeu
Coordenadora Médico do Serviço de Cirurgia Geral

Alessandra Valentina Barros de Santana
Coordenadora Médica da Emergência

André Luis de Carvalho Soledade
Coordenador Médico da Pediatria

Braulio Carneiro Junior
Coordenador do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial

Brisa Dourado
Médica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

Bruno Bacelar Pedreira
Coordenador Médico do Serviço de Neurologia Clínica

Carolina Alves Neves
Coordenadora Médica do Serviço de Bioimagem

César Ferreira Leite
Coordenador Médico do Serviço de Cirurgia Vascular

Cyntia Maria Lins Sant'Ana de Lima
Coordenadora Médica do Serviço de Medicina Intensiva Adulto
Comissão de Revisão e Análise de Óbitos

Daniel Beckerath da Silva Leitão
Coordenador Médico do Serviço de Nefrologia

Delano Oliveira Souza
Coordenador do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial

Edleide de Almeida Xavier
Sanitarista do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Eduardo Salles de Carvalho
Administrador de Banco de Dados

Gervásio Batista Campos
Coordenador do Serviço de Anestesiologia

Guilherme Santos Brito
Coordenador Médico do Serviço de Cirurgia Plástica

Fabio Santos Beltrão
Coordenador Médico do Serviço de Urologia

Isa Menezes Lyra
Coordenadora Médica da Agência Transfusional

Jamil Rocha Sousa Júnior
Coordenador Médico da Estabilização da Emergência

Jeane Xavier dos Santos Farias
Coordenadora do Serviço de Fisioterapia

Leila Santos de Souza
Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

Marcio Duarte Ribeiro
Coordenador Médico do Serviço de Bioimagem

Niara da Silva Menezes Arapiraca
Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

Ricardo Britto Cotias
Coordenador Médico do Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Rodrigo Maia Teixeira
Coordenador Médico do Serviço de Cirurgia Torácica

Rogério Luis Palmeira da Silva
Coordenador Médico do Serviço de Medicina Hospitalar

Simone dos Santos Alencar
Coordenadora do Serviço Social
Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT)

Tânia Regina Fonseca Paixão
Coordenadora Médica do Serviço de Terapia Nutricional

*A todo o corpo técnico e colaboradores, pelo empenho
e compromisso com a ética no cuidar.*

*E aos pacientes, centro de nossa atenção e dedicação,
pelos quais nos aprimoramos a cada dia.*

APRESENTAÇÃO

Cinco anos se passaram desde o início das atividades desenvolvidas por toda a equipe multiprofissional do Hospital do Subúrbio, assistencial e de apoio. Este time soube, com o esforço coletivo, estruturado e coordenado, desempenhar seu papel na arte do cuidar, atuando também como agentes de transformação através do exemplo, num processo de mudança positiva do ambiente assistencial rumo a sua qualificação, com segurança e um olhar cada vez mais centrado na pessoa. O HS, em sua existência, defende que **é possível fazer!**

Deparamo-nos, a esta altura, com um hospital mais amadurecido que procura preservar por um lado o perfil assistencial que lhe foi atribuído, e por outro o reconhecimento por parte da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo, por exemplo, índices de satisfação em torno de 95,5%. Estamos diante de uma instituição que se conhece cada vez mais e melhor, exercitando um olhar crítico sobre aquilo que produz e como produz, quantitativa e qualitativamente, de forma que consiga enxergar além dos números. Isto porque, a análise, responsável e cuidadosa, do perfil epidemiológico configura-se como um dos elementos fundamentais para a gestão e operação dos mais diversos serviços de saúde. Podendo, assim, estimular o desenvolvimento de uma visão ampla e sistêmica, que identifique os reais benefícios trazidos à vida da população atendida, resultantes de uma atenção adequada num momento de doença.

Estamos cada vez mais seguros, naquilo que fazemos e nas decisões que tomamos, justamente por conhecermos detalhadamente a nossa história, refletida nas necessidades do nosso paciente ao longo do tempo, e na nossa capacidade de atender a tais necessidades, diante de um perfil de atenção às urgências e emergências. E entendemos o nosso corpo de colaboradores como a chave para a sustentação do propósito institucional de prestar assistência médico-hospitalar de urgência e emergência com qualidade e indiscriminadamente aos usuários do SUS, fortalecendo o modelo assistencial e alcançando a **excelência na qualidade**, estimulando o desenvolvimento dos profissionais de saúde nas mais diversas áreas, formando e fidelizando equipes.

Nesta oportunidade, convidamos a todos a nos conhecer um pouco mais! Apresentamos o **III Boletim Epidemiológico do Hospital do Subúrbio**, que traz a produção de serviços do HS, destacando o seu 5º. ano de funcionamento. Mais um resultado do trabalho em equipe, que orienta a gestão na construção de melhorias da prática assistencial no cuidado aos pacientes.

Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta

Diretor Técnico

SUMÁRIO

1	SOBRE O HOSPITAL DO SUBÚRBIO	12
1.1	ESTRUTURA	13
1.2	REFERÊNCIA	13
1.3	PRÊMIOS	14
1.4	CRESCIMENTO	14
2	ESTATÍSTICA DOS ATENDIMENTOS	15
2.1	PROCEDÊNCIA	15
2.2	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	16
2.3	ATENDIMENTO POR ESPECIALIDADES	18
2.4	PERFIL NOSOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS	19
3	ESTATÍSTICA DAS INTERNAÇÕES	22
3.1	TAXA DE OCUPAÇÃO	23
3.2	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	23
3.3	FAIXA ETÁRIA E GÊNERO	25
3.4	INTERNAÇÕES POR CLÍNICAS	28
3.5	PERFIL NOSOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES	28
3.6	INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS	31
4	UNIDADES DE INTERNAÇÃO ABERTAS	34
4.1	INDICADORES HOSPITALARES DAS UI'S	34
4.2	PERFIL NOSOLÓGICO DAS UI's	36
5	TERAPIA INTENSIVA	39
5.1	INDICADORES HOSPITALARES DAS UTI'S	39
5.2	PERFIL NOSOLÓGICO DAS UTI'S	40
6	BLOCO CIRÚRGICO	46

7	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)	48
8	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	49
8.1	CLÍNICA MÉDICA	49
8.2	NEUROLOGIA	50
8.3	PEDIATRIA	52
9	ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	54
9.1	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	54
9.2	CIRURGIA GERAL	56
9.3	UROLOGIA	60
9.4	CIRURGIA PLÁSTICA	62
9.5	NEUROCIRURGIA	63
9.6	CIRURGIA VASCULAR	65
9.7	CIRURGIA TORÁCICA	67
9.8	CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	68
9.9	CIRURGIA PEDIÁTRICA	70
10	AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	72
11	MORTALIDADE	73
11.1	MORTALIDADE E TEMPO DE INTERNAÇÃO	73
11.2	FAIXA ETÁRIA E GÊNERO	74
11.3	CONDIÇÕES ASSOCIADAS À MORTALIDADE	76
11.4	MORTALIDADE E LOCAL DE OCORRÊNCIA	77
11.5	MORTALIDADE INFANTIL	79
11.6	MULHER EM IDADE FÉRTIL (MIF)	80
11.7	MORTALIDADE EM FAIXA ETÁRIA ACIMA DE 60 ANOS	81
11.8	MORTALIDADE POR CLÍNICAS	82
11.9	MORTALIDADE ASSOCIADA ÀS CAUSAS EXTERNAS	82
12	INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	85

12.1	DENSIDADE DE INCIDÊNCIA GLOBAL DE IRAS	85
12.2	DISTRIBUIÇÃO DAS IRAS POR TOPOGRAFIA	85
12.3	DISTRIBUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DAS IRAS POR SETOR	86
12.4	INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)	87
12.5	PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)	88
12.6	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)	89
12.7	INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)	90
13	DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	93
14	CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS	96
14.1	MORTE ENCEFÁLICA	96
14.2	CAPTAÇÃO DE Córnea	97
15	CONCLUSÃO	98

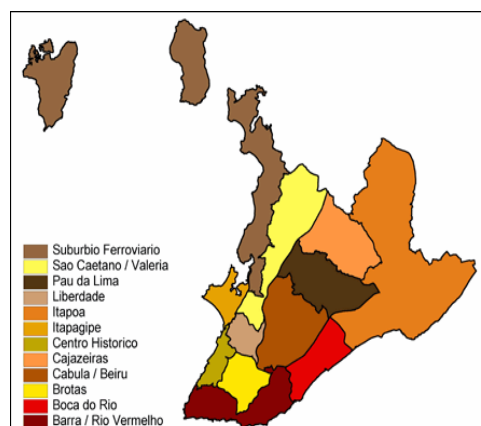
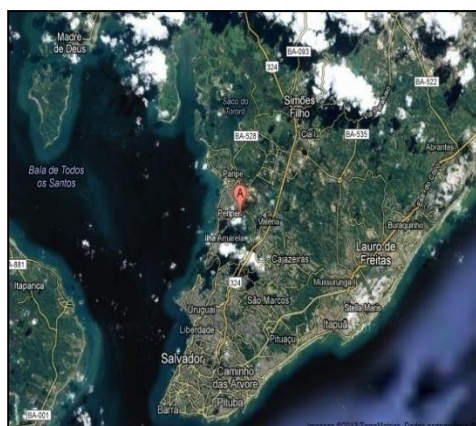
1 SOBRE O HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Primeira instituição de saúde a funcionar através de uma Parceria Público Privada (PPP) no Brasil, o Hospital do Subúrbio (HS), nos cinco anos de atividade sob a gestão e operação da concessionária Prodal Saúde S.A. – formada pela baiana Promédica e pela Vivante, continua em destaque pela qualidade do atendimento prestado à população e por seu modelo de gestão.

A unidade, localizada no bairro de Periperi, em Salvador, possui certificado de Acreditação Hospitalar concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), através do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), desde agosto de 2012. Após dois anos, durante visita de recertificação, em agosto de 2014, passou a ser reconhecido como hospital Nível 2, instituição com Acreditação Plena.

O HS é monitorado por um comitê do qual fazem parte representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e auditores independentes, que acompanham sua produção quantitativa e qualitativa, além de outras auditorias (como auditoria do SUS, auditoria geral do estado, etc.).

O hospital oferece atendimento de urgência e emergência, para pacientes adultos e pediátricos, e dispõe de especialidades nas áreas de: clínica médica (clínica geral, nefrologia e neurologia), clínica cirúrgica (anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, urologia e pediatria cirúrgica), cirurgia bucomaxilofacial e pediatria clínica, interagindo com as diversas disciplinas em saúde, como enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia e fonoaudiologia, além de todo um time de apoio operacional. Conta também com serviços de medicina intensiva, radiologia e radio intervenção.



1.1 ESTRUTURA

Baseado em um modelo assistencial que concilia qualidade, segurança clínica e tecnologia, o HS possui uma estrutura física e de recursos humanos adequada, por meio da qual os pacientes recebem todos os cuidados necessários.

A unidade apresenta um moderno parque de medicina diagnóstica, com bioimagem (radiologia digital, ultrassonografia, ecocardiografia, endoscopia digestiva e respiratória, tomografia, ressonância magnética e hemodinâmica) e laboratório de análises clínicas. Possui um centro cirúrgico com excelentes instalações e um ambulatório destinado ao atendimento de pacientes egressos.

Ao todo, são 373 leitos censáveis, sendo 253 leitos de internação hospitalar em enfermaria e 60 em terapia intensiva, distribuídos em 10 leitos de UTI pediátrica e 50 leitos para pacientes adultos. A unidade possui ainda 60 leitos sob regime de assistência domiciliar. Diante do cenário de superlotação, ainda existem leitos excedentes, não censáveis (leitos operacionais reversíveis), que no ambiente hospitalar perfazem em média 58 leitos-dia e na assistência domiciliar cerca de 30 leitos-dia.

O hospital dispõe atualmente de uma equipe de 1.495 funcionários, incluindo 256 enfermeiros, 615 técnicos de enfermagem, 52 fisioterapeutas, sendo os demais profissionais de áreas técnicas, serviços de apoio, administração e corpo diretivo. Conta, ainda, com um corpo clínico composto por 425 médicos das mais diversas especialidades.

1.2 REFERÊNCIA

Referência pelos serviços prestados à população, o hospital continua a despertar interesse de diversas organizações e autoridades que visitam a unidade de saúde para conhecer de perto suas instalações e modelo de gestão. O hospital recebeu, por exemplo, a visita do presidente do Banco Mundial, Jim Yong Kim, e do presidente da Internacional Finance Corporation (IFC), Jin Yong Cai. Na ocasião, Jim Yong Kim, que também é médico, comentou que o hospital tem o melhor em termos de infraestrutura e tecnologia em saúde, além de profissionais qualificados e preparados para os atendimentos.

Também visitaram a instituição a diretora geral da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Mirta Roses Periago, o representante da OPAS no Brasil, Joaquim Molina, o

especialista sênior em saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Frederico Guanais, e o ministro da saúde, na época, Alexandre Padilha, dentre outras autoridades.

1.3 PRÊMIOS

A unidade conquistou prêmios e foi destaque em diversas publicações, tanto nacionais, a exemplo do jornal Valor Econômico e Revista Época, quanto internacionais, a exemplo do jornal britânico Financial Times.

O hospital acumula quatro prêmios internacionais: um da empresa de consultoria KPMG Internacional, sediada na Inglaterra, que classificou o projeto baiano de PPP como um dos 100 melhores no setor de infraestrutura pública do mundo nos últimos cinco anos; um da revista World Finance, que o considerou entre os melhores projetos de PPP na América Latina; outro do Internacional Finance Corporation (IFC), juntamente com o Infrastructure Journal, que classificou a unidade entre os 10 melhores projetos de Parceria Público Privada (PPP) da América Latina e do Caribe. Este prêmio foi concedido um mês após a visita do presidente do Banco Mundial à unidade. O IFC é membro do Grupo Banco Mundial e a maior instituição de desenvolvimento global voltada para o setor privado nos países em desenvolvimento. A solenidade de entrega aconteceu em Washington, nos Estados Unidos, com as presenças do governador Jaques Wagner, do secretário de Saúde Jorge Solla e do presidente da Prodal Saúde – concessionária responsável pela gestão do HS, Jorge Oliveira. Por fim, no último ano, o Prêmio da ONU em Melhoria na Entrega de Serviços Públicos, segundo lugar entre os concorrentes da América Latina na categoria. O Secretário Geral da ONU, Ban Ki-Moon, declarou que o Prêmio “reconhece que inovação e liderança contribuem para que a comunidade e grupos marginalizados recebam serviços melhores e de confiança”.

1.4 CRESCIMENTO

Entendendo a importância do ensino para a qualificação dos serviços de saúde e para formação de profissionais fidelizados e diferenciados, que conheçam e valorizem, cada vez mais, o sistema público de saúde dentro de um contexto de integralidade, o Hospital do Subúrbio conquistou, no em 2014, o credenciamento das residências médicas nas áreas de clínica médica, ortopedia, pediatria e cirurgia do trauma.

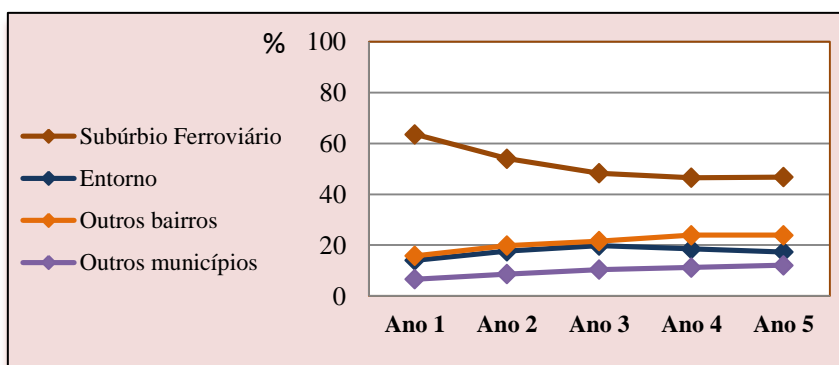
2 ESTATÍSTICA DOS ATENDIMENTOS

2.1 PROCEDÊNCIA

O Hospital do Subúrbio (HS) oferece atendimento de urgência e emergência, de alta e média complexidade, num distrito sanitário do município de Salvador que vem gradativamente aprimorando sua rede básica e unidades de pronto atendimento, com melhor gestão dos serviços. No entanto, o cenário do HS ainda é marcado por uma alta demanda de atendimentos, que aliada à complexidade dos pacientes, contribui para a superlotação.

Estratégias foram implementadas visando o fortalecimento do perfil institucional, que junto à melhoria da rede de saúde do distrito e a conscientização do usuário, favoreceram para a redução do número de atendimentos, especialmente dos pacientes procedentes do distrito do Subúrbio Ferroviário e do seu entorno, conforme demonstrado no gráfico 1 e tabela 1.

Gráfico 1: Percentual dos atendimentos por procedência - HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 1: Atendimentos por procedência - HS - Ano 1 a 5

Atendimentos por Procedência – Ano 1 a 5					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Nº Atendimentos com classificação de risco	112.200	126.970	100.625	82.311	79.395
Procedentes do Subúrbio Ferroviário	71.328 63,6%	68.576 54%	48.586 48,3%	38.264 46,5%	37.156 46,8%
Procedentes do entorno do Subúrbio Ferroviário	15.679 14%	22.331 17,6%	19.873 19,8%	15.189 18,5%	13.691 17,3%
Procedentes de outros bairros de Salvador	17.743 15,8%	25.148 19,8%	21.709 21,6%	19.640 23,9%	18.960 23,9%
Procedentes de outras cidades	7.450 6,6%	10.915 8,6%	10.457 10,4%	9.218 11,2%	9.573 12,1%

Fonte: Sistema Informatizado - HS

Ocorreram 79.395 atendimentos no quinto ano de funcionamento do hospital, sendo 57.444 (72,4%) na Emergência, 5.693 na Urgência Ortopédica (7,2%) e 16.258 (20,4%) no Ambulatório de Egressos (tabelas 2, 3 e 4). Conforme demonstrado, predominaram pacientes adultos, tanto na Emergência quanto no Ambulatório, com 33.015 (57,5%) e 14.071 (86,6%), respectivamente, sem contar os pacientes atendidos na Urgência Ortopédica, que funciona no Ambulatório, durante o período diurno.

Tabela 2: Número de atendimentos na Emergência – HS – Ano 5

Atendimentos na Emergência Período 14/09/2014 a 13/09/2015		
Emergência Adulto	33.015	57,5%
Emergência Pediátrica	24.429	42,5%
Total de Atendimentos	57.444	100,0%

Fonte: Sistema Informatizado - HS

Tabela 3: Número de atendimentos de Urgência Ortopédica no Ambulatório - HS – Ano 5

Atendimentos no Ambulatório (Urgência Ortopedia) Período 14/09/2014 a 13/09/2015		
Urgência Ortopédica/Ambulatório	5.693	100,0%
Total de Atendimentos	5.693	100,0%

Fonte: Sistema Informatizado - HS

Tabela 4: Número de atendimentos no Ambulatório de Egressos –HS – Ano 5

Atendimentos no Ambulatório (Egressos) Período 14/09/2014 a 13/09/2015		
Ambulatório Adulto	14.071	86,6%
Ambulatório Pediatria	2.187	13,4%
Total de Atendimentos	16.258	100,0%

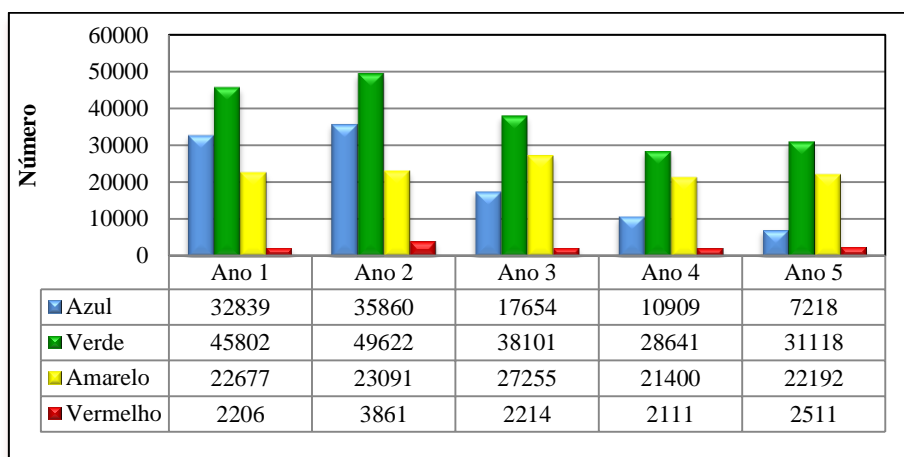
Fonte: Sistema Informatizado - HS

2.2 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento com avaliação e classificação de risco é um processo dinâmico de identificação das condições dos usuários que buscam um tratamento imediato. No HS, de acordo com sua condição clínica, grau de sofrimento e potencial de risco, o paciente é estratificado e priorizado para o atendimento, com sinalização de quatro grupos: Vermelho (emergência, com atendimento imediato), Amarelo (urgência), Verde (não urgência) e Azul (não urgência e de baixa complexidade). Os pacientes classificados como Azul são orientados e encaminhados para unidades de pronto atendimento e ambulatórios, de acordo com suas necessidades, com o apoio do Serviço Social.

No gráfico 2 está demonstrada o comportamento dos atendimentos ocorridos na Emergência conforme o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco ao longo dos cinco anos. Pode-se observar que a redução do número de atendimentos a partir do terceiro ano, conforme previamente demonstrado na tabela 1, foi relacionada aos pacientes classificados como Azuis e Verdes, corroborando com o perfil institucional, onde os pacientes Amarelos e Vermelhos, de maiores riscos, são prioritários.

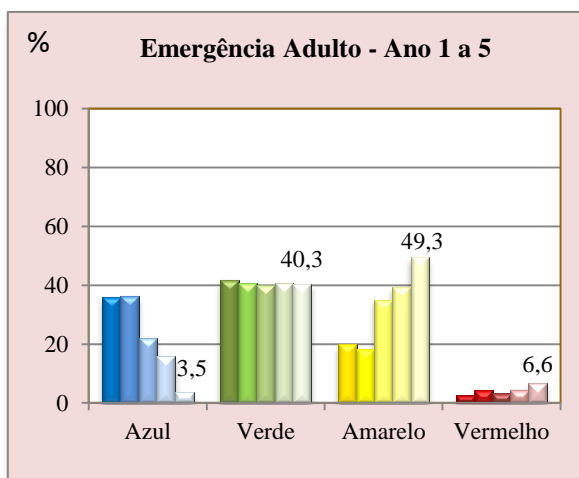
Gráfico 2: Número de atendimentos conforme classificação de risco na Emergência – HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

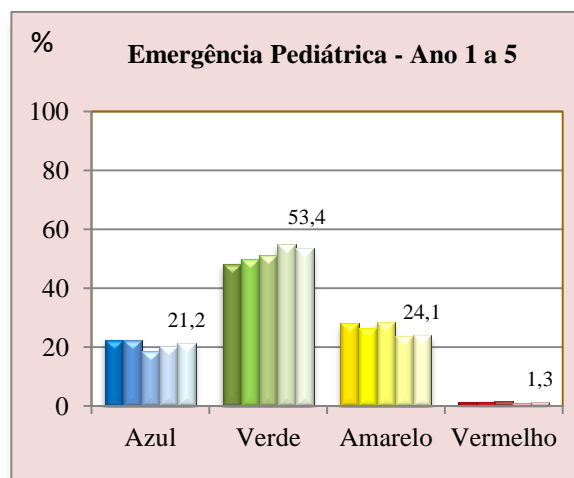
Em todos os anos, predominaram os pacientes classificados como Verdes. Porém, ao separar a Emergência Adulto da Emergência Pediátrica, foi observado que houve um marcante aumento na proporção de pacientes com o risco Amarelo e redução do Azul na Adulto, que atingiu 49,3% e 3,5%, respectivamente, no último ano (gráfico 3).

Gráfico 3: Percentual de pacientes por classificação de risco na Emergência Adulto - HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 4: Percentual de pacientes por classificação de risco na Emergência Pediátrica – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

2.3 ATENDIMENTO POR ESPECIALIDADES

Conforme demonstrado na tabela 5, a Clínica Médica foi a especialidade predominante nos atendimentos da Emergência Adulto, com 57,7%, seguida da Cirurgia Geral (25,3%) e Ortopedia (12,5%). Na Emergência Pediátrica, o atendimento clínico também foi o mais frequente (87,9%), porém com inversão de posições entre a Ortopedia (6,9%) e a Cirurgia Geral e Pediátrica (juntas 9,3%).

Tabela 5: Atendimentos por especialidades na Emergência – HS – Ano 5

Atendimentos na Emergência - 14/09/2014 a 13/09/2015					
Adulto	N	%	Pediatria	N	%
Clínica Médica	19.046	57,7	Pediatria Clínica	21.476	87,9
Cirurgia Geral	8.363	25,3	Ortopedia	1.683	6,9
Ortopedia	4.134	12,5	Cirurgia Geral	576	2,4
Urologia	514	1,6	Cirurgia Pediátrica	365	1,5
Bucomaxilofacial	330	1,0	Bucomaxilofacial	233	1,0
Neurocirurgia	294	0,9	Oftalmologia	43	0,2
Cirurgia Vascular	236	0,7	Urologia	32	0,1
Neuroclínica	86	0,3	Otorrinolaringologia	12	0,1
Otorrinolaringologia	3	0,01	Neurocirurgia	9	0,1
Oftalmologia	2	0,01			
Outros	7	0,02			
Total	33.015	100,0	Total	24.429	100,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação aos atendimentos ambulatoriais, diante da proposta de serem para egressos, as especialidades cirúrgicas foram prevalentes, sobressaindo a Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia e Urologia no paciente adulto, e Ortopedia e Cirurgia Pediátrica no paciente com idade de até 16 anos, que foi a faixa de idade definida pela instituição para o atendimento pediátrico (tabela 6).

Tabela 6: Atendimentos por especialidades no Ambulatório de Egressos – HS – Ano 5

Atendimentos no Ambulatório de Egressos - 14/09/2014 a 13/09/2015					
Adulto	N	%	Pediatria	N	%
Ortopedia	7.918	56,3	Ortopedia	1.760	80,5
Cirurgia Geral	1.707	12,1	Cirurgia Pediátrica	422	19,3
Neurocirurgia	1.446	10,3	Neurocirurgia	1	0,04
Urologia	1.387	9,9	Bucomaxilofacial	1	0,04
Bucomaxilofacial	686	4,9	Oftalmologia	1	0,04
Cirurgia Plástica	465	3,3	Otorrinolaringologia	1	0,04
Cirurgia Vascular	228	1,6	Pediatria Clínica	1	0,04
Clínica Médica	173	1,2			
Infectologia	15	0,1			
Outros	46	0,3			
Total	14.071	100,0	Total	2.187	100,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

2.4 PERFIL NOSOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS

As tabelas 7 e 8 demonstram os motivos de atendimento de pacientes adultos e pediátricos, respectivamente, no quinto ano do HS, na Emergência e na Urgência Ortopédica. Os grupos nosológicos foram categorizados a partir do Código Internacional de Doenças (CID) informado pelo médico durante o atendimento.

As causas externas foram os principais motivos, tanto nos pacientes adultos (44,2%), quanto nos pediátricos (28,5%). Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, ficaram como a segunda causa em ambos os grupos etários (14,7% e 24,9%, respectivamente), seguidos das doenças do aparelho circulatório nos pacientes adultos (9,9%) e das doenças do aparelho respiratório nos pacientes pediátricos (18,3%).

Tabela 7: Perfil nosológico dos pacientes adultos com atendimento médico - HS - Ano 5

Entrada Emergência e Urgência Ortopédica – Adulto - 14/09/2014 a 13/09/2015				
Descrição	Atendimentos		Internações geradas	
	N	%	N	%
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 – Y98)	13.404	44,2	3.294	24,6
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	4.467	14,7	390	8,7
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	2.996	9,9	2.066	69,0
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	1.945	6,4	1.311	67,4
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	1.853	6,1	877	47,3
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	1.251	4,1	123	9,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	1.088	3,6	551	50,6
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	853	2,8	556	65,2
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	698	2,3	240	34,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	416	1,4	246	59,1
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	291	1,0	102	35,1
Neoplasias (C00 - D48)	223	0,7	149	66,8
Outros	821	2,7	140	17,1
Total	30.306	100,0	10.045	33,2

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 8: Perfil nosológico dos pacientes pediátricos com atendimento médico - HS - Ano 5

Entrada Emergência e Urgência Ortopédica – Pediatria (até 16 anos) – 14/09/2014 a 13/09/2015				
Descrição	Atendimentos		Internações geradas	
	N	%	N	%
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S00 – T98) e causas externas de morbidade e mortalidade (V01 – Y 98)	4.979	28,5	574	11,5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 – R99)	4.370	24,9	34	0,8
Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99)	3.200	18,3	816	25,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99)	1.362	7,8	256	18,8
Doenças do aparelho digestivo (K00 – K93)	710	4,1	267	37,9
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 – L99)	704	4,0	311	44,2
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 – H95)	568	3,2	26	4,6
Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99)	510	2,9	185	36,3
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 – M99)	261	1,5	50	19,2
Doenças do sistema nervoso (G00 – G99)	257	1,5	85	33,1
Outros	599	3,4	226	37,7
Total	17.520	100,0	2.830	16,2

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Nas tabelas 7 e 8 também estão demonstrados os números de internações geradas a partir destes atendimentos, para cada grupo nosológico descrito. Chamam à atenção, nos adultos, as causas externas, as doenças do aparelho circulatório e do aparelho digestivo, e na faixa pediátrica as doenças do aparelho respiratório, as causas externas e as doenças da pele e do tecido celular subcutâneo.

No atendimento ambulatorial, conforme descrito na tabela 9, predominaram as lesões decorrentes de causas externas (59,9%), seguidas das doenças do aparelho digestivo (13,4%) e do aparelho geniturinário (5,6%), corroborando com as especialidades mais prevalentes: ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia e urologia. Esta última relacionada ao tratamento de urolitíase, com inserção e retirada de cateter duplo J.

O perfil nosológico que gerou maior número de internações a partir dos atendimentos no Ambulatório de Egressos foi o relacionado à causa externa (tabela 9).

Tabela 9: Perfil nosológico de todas as faixas etárias do Ambulatório de Egressos - HS – Ano 5

Entrada Ambulatório de Egressos – Todas as faixas etárias - 14/09/2014 a 13/09/2015				
Descrição	Atendimentos		Internações geradas	
	N	%	N	%
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98) e causas externas de morbidade e mortalidade (V01 – Y 98)	4.188	59,9	628	15,0
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	937	13,4	19	2,0
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	390	5,6	138	35,4
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	315	4,5	74	23,5
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	193	2,8	14	7,3
Neoplasias (C00 - D48)	118	1,7	1	0,8
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	112	1,6	17	15,2
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	109	1,6	2	1,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	57	0,8	9	15,8
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	46	0,7	6	13,0
Outros	533	7,6	110	20,6
Total	6.998	100,0	1.018	14,6

Fonte: Sistema Informatizado - HS

O percentual de internações geradas a partir dos atendimentos médicos de pacientes adultos na Emergência e na Urgência Ortopédica foi de 33,2% (tabela 7) e de 16,2% no atendimento pediátrico (tabela 8). Ao ser incluído os pacientes orientados e encaminhados para unidades de pronto atendimento ou ambulatorial (pacientes com classificação de risco Azul), considerando todas as faixas etárias, a proporção de internações geradas a partir dos atendimentos de urgência e emergência passa a ser de 20,4%.

3 ESTATÍSTICA DAS INTERNAÇÕES

A avaliação de desempenho hospitalar é feita através de indicadores, que quando analisados seqüencialmente, podem indicar a direção e a velocidade de mudanças, que devem ser percebidas e tratadas visando à melhoria contínua. No entanto, deve ser considerado o contexto externo, interno e principalmente o perfil epidemiológico da população atendida.

Assim, desde a sua implantação, o Hospital do Subúrbio apresenta-se com o perfil institucional de urgência e emergência, de média e alta complexidade, onde pacientes adultos ou pediátricos, agudos ou com doenças crônicas agudizadas, sob demanda espontânea ou referenciada, são atendidos e internados. O comportamento dos indicadores, conforme a tabela 10, evidencia o fortalecimento deste perfil, ao demonstrar o aumento progressivo no percentual de internações geradas a partir dos atendimentos na Emergência e Urgência Ortopédica, que atingiu 20,4% no último ano, refletindo no aumento da Taxa de Ocupação para 114,7%. Podemos observar também, que a despeito disto, houve redução na Média de Permanência e não houve aumento na Mortalidade Institucional, demonstrando a melhoria da qualidade assistencial.

Tabela 10: Indicadores Hospitalares – HS – Ano 1 a 5

Indicadores Hospitalares	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Número de internações	9.702	13.374	13.032	12.625	13.898
Percentual de todos os atendimentos da Emergência e Urgência Ortopédica que foram internados (%)	9,0	11,1	14,0	17,3	20,4
Percentual de Internações com Procedência da Emergência e Urgência Ortopédica (%)	96,2	94,1	91,7	92,1	92,5
Percentual de Internações com Procedência do Ambulatório de Egressos (%)	3,8	5,1	8,3	7,9	7,5
Taxa de Ocupação (%)	103,6	104,4	110,8	110,9	114,7
Média de Permanência (dias)	8,99	8,35	9,71	10,07	9,42
Taxa de Mortalidade Institucional (%)	8,5	8,5	9,4	8,9	8,9

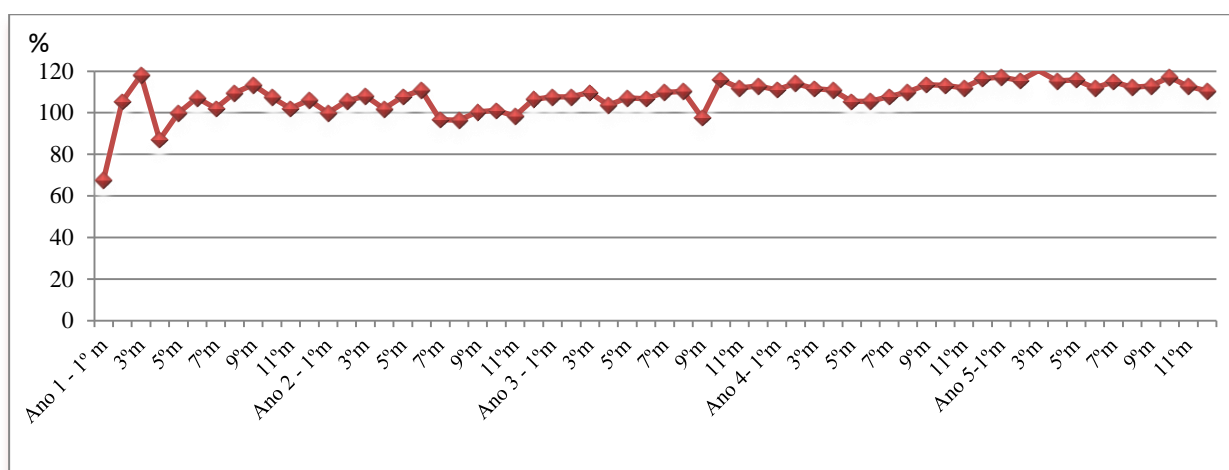
Fonte: Sistema Informatizado – HS

3.1 TAXA DE OCUPAÇÃO

Calculada a partir da relação entre o número de paciente-dia e leitos operacionais, a Taxa de Ocupação avalia o grau de utilização dos leitos e está relacionada com o Intervalo de Substituição e a Média de Permanência. Sabe-se que o leito hospitalar é um recurso caro e complexo, devendo o seu uso ser racional, com indicação apropriada, de forma a atender as necessidades da população.

A Taxa de Ocupação do HS vem se mantendo acima de 100%, chegando a 114,7% no quinto ano de operação (tabela 10). No gráfico 5, está demonstrado o comportamento mensal da Taxa de Ocupação ao longo dos cinco anos, onde pode ser observado que apenas nos meses iniciais a taxa foi menor, decorrente ao processo de implantação da unidade. Vale salientar que a alta demanda de internações, acima da capacidade instalada, é mantida em leitos na Emergência seguindo critérios institucionais de criticidade e risco.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação – HS – Ano 1 a 5



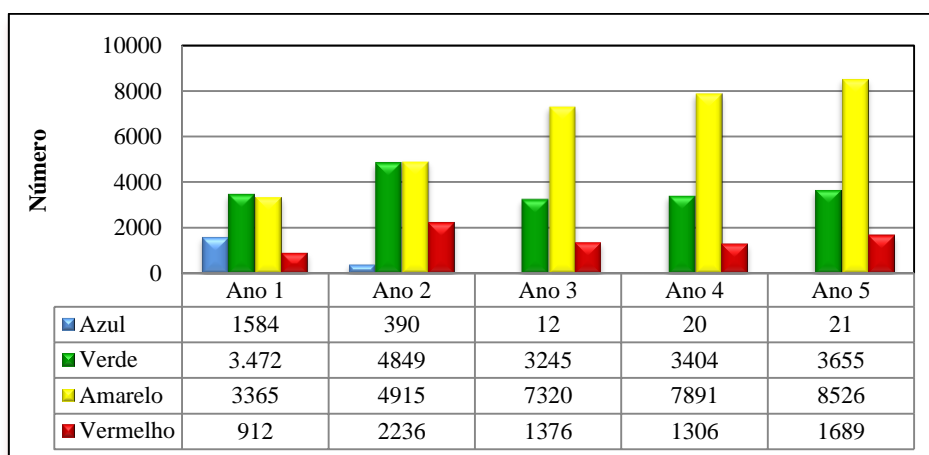
Fonte: Sistema Informatizado - HS

3.2 MÉDIA DE PERMANÊNCIA

O tempo de permanência hospitalar reflete a qualidade da assistência prestada, mas deve ser analisado considerando o perfil nosológico e as características demográficas dos pacientes internados. Assim, pacientes vítimas de trauma, neurológicos agudos e com comorbidades crônicas descompensadas, geralmente associadas à infecção, foram frequentes e contribuíram para o resultado deste indicador, como será demonstrado no tópico 3.5.

Conforme demonstrado anteriormente na tabela 10, observamos que houve aumento da Média de Permanência, chegando a 10,07 dias no quarto ano, com redução no quinto ano para 9,42 dias. Um fator importante para o entendimento desta evolução é a maior gravidade dos pacientes que procuraram atendimento no hospital, refletido no progressivo aumento do número de internações de pacientes classificados com o risco Amarelo, conforme evidenciado no gráfico 6, que passou de 3.365 no primeiro ano para 8.526 no quinto ano.

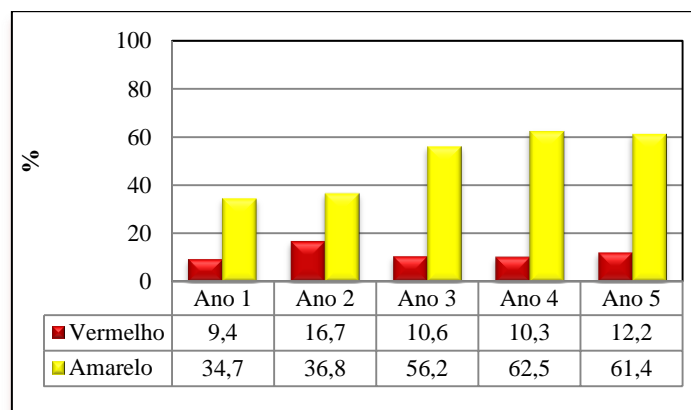
Gráfico 6: Distribuição das internações hospitalares pela classificação de risco – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

O gráfico 7 mostra o percentual das internações com classificação de risco Amarelo e Vermelho ao longo dos cinco anos do hospital, sendo observado aumento progressivo, chegando a soma das duas a 73,6% no último ano. Este comportamento define diretamente uma população de maior risco e indiretamente de maior gravidade.

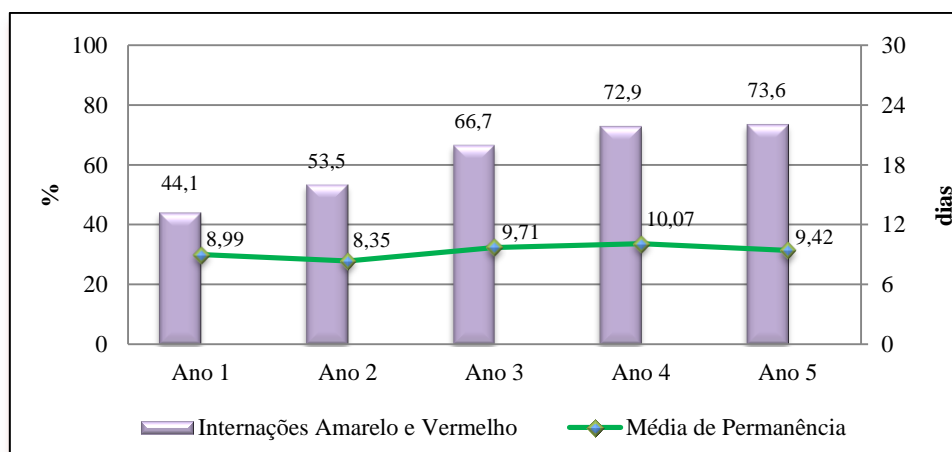
Gráfico 7: Percentual das internações com classificação de risco Amarelo e Vermelho – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A despeito do alto percentual de internações com classificação de risco Amarelo e Vermelho, foi observado que do quarto para o quinto ano do HS, conforme demonstrado no gráfico 8, houve diminuição da Média de Permanência de 10,07 para 9,42 dias, correspondendo a 6,5% de redução. Este fato pode ser atribuído as medidas que visam a otimização dos processos assistenciais, incluindo os relacionados à gestão do leito, como a implementação da previsão de alta, o monitoramento dos pacientes com longa permanência e o direcionamento para regulação de pacientes fora do perfil, o que ainda apresenta dificuldade no atendimento pela rede de saúde. Vale salientar que os nós que emperram o fluxo da assistência devem ser mapeados e monitorados e que a gestão de leitos se inicia a partir do conhecimento do perfil epidemiológico da população assistida.

Gráfico 8: Percentual de Internações Amarelo e Vermelho e Média de Permanência – HS – Ano 1 a 5

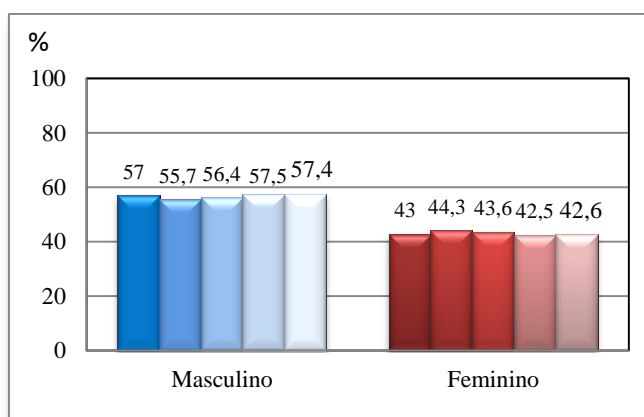


Fonte: Sistema Informatizado - HS

3.3 FAIXA ETÁRIA E GÊNERO

No quinto ano, de 13.891 internações, 7.977 foram do gênero masculino (57,4%) e 5.914 do feminino (42,6%). Conforme demonstrado no gráfico 9, o predomínio do masculino vem sendo mantido desde a abertura do hospital, refletindo o perfil institucional de urgência e emergência, onde as causas externas constituem importante motivo de atendimento e de internação hospitalar.

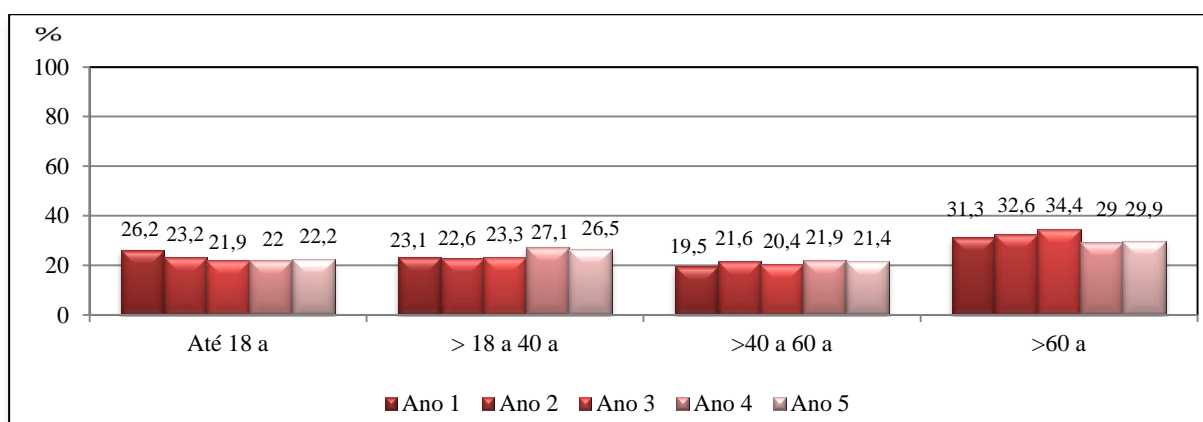
Gráfico 9: Percentual de internações por gênero - HS - Ano 1 a 5.



Fonte: Sistema Informatizado – HS

O gráfico 10 mostra o percentual das internações por faixa etária ao longo dos anos, sendo observado que a faixa acima de 60 anos ainda é a mais prevalente, refletindo um perfil de pacientes idosos e com doenças crônicas e degenerativas. A faixa de 18 a 40 anos também é freqüente e mais associada às causas externas.

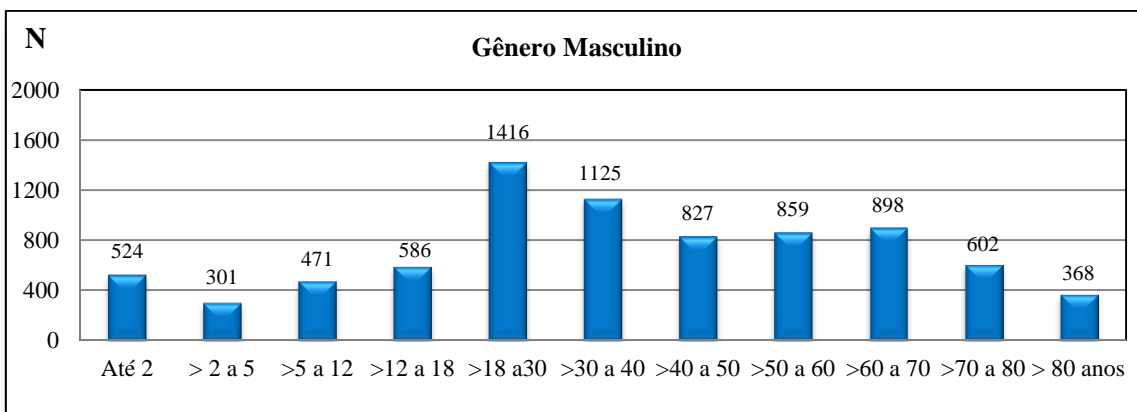
Gráfico 10: Distribuição das internações por faixa etária – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

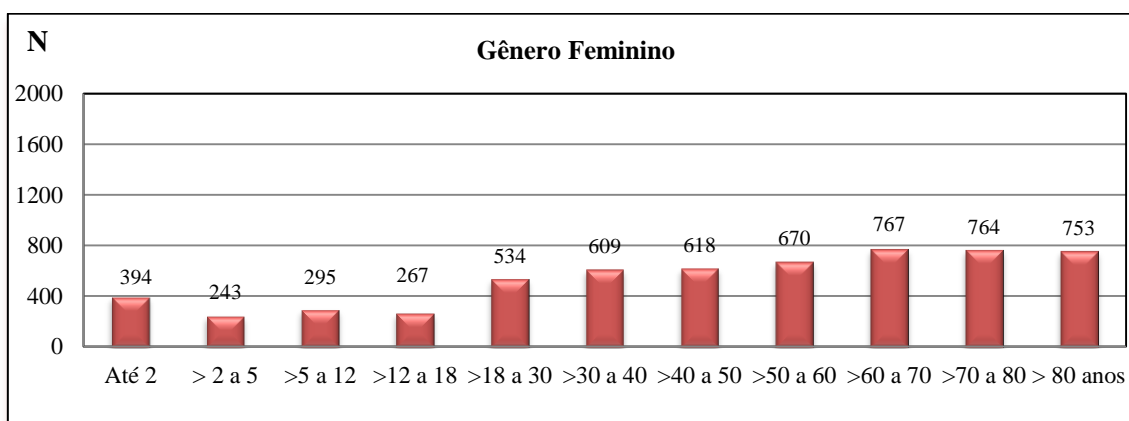
Na avaliação comparativa das internações considerando o gênero e faixa etária, conforme gráficos 11 e 12, foi marcante a diferença observada, onde as faixas de 18 a 30 e de 30 a 40 anos predominaram no gênero masculino e as faixas acima de 60 anos predominaram no feminino. Tal comportamento reflete a maior exposição às causas externas no masculino, o que representou o principal motivo de internação no hospital, conforme anteriormente demonstrado.

Gráfico 11: Distribuição das internações no gênero masculino por faixa etária – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

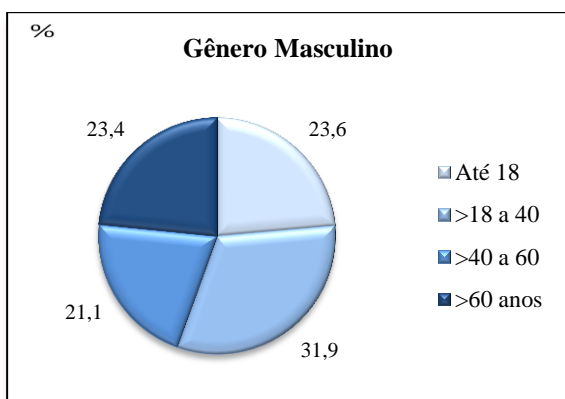
Gráfico 12: Distribuição das internações no gênero feminino por faixa etária – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado - HS

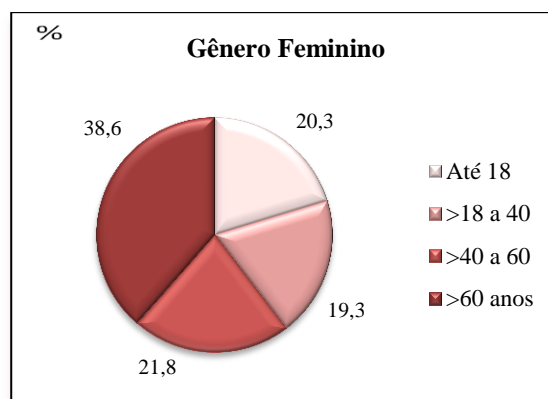
Os gráficos 13 e 14 mostram que 31,9% dos pacientes do gênero masculino tinham entre 18 e 40 anos e 38,6% do feminino tinham acima de 60 anos.

Gráfico 13: Distribuição das internações do gênero masculino por grupo etário – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 14: Distribuição das internações do gênero feminino por grupo etário – HS – Ano 5

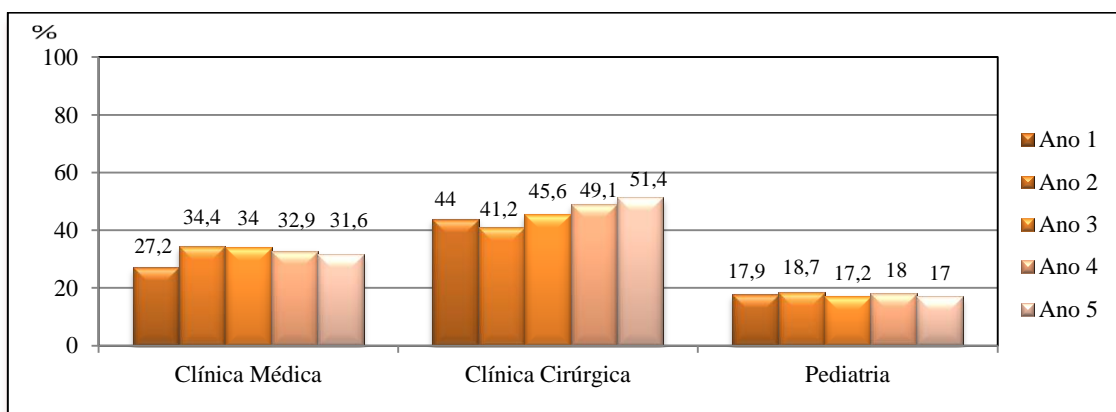


Fonte: Sistema Informatizado – HS

3.4 INTERNAÇÕES POR CLÍNICAS

Embora a maior proporção de atendimentos na Emergência tenha sido na área de Clínica Médica, conforme previamente demonstrado na tabela 5, as Clínicas Cirúrgicas predominaram nas internações, chegando a 51,4% no quinto ano do HS (gráfico 15). A Clínica Médica correspondeu a 31,6% e a Pediatria 17%.

Gráfico 15: Percentual das internações por clínicas - HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

3.5 PERFIL NOSOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES

Assim como nos atendimentos da Emergência, foi observada diferença no perfil nosológico das internações de acordo com idade. Nas tabelas 11 e 13 são mostradas as prevalências dos motivos de internação por grupos nosológicos, a partir do CID informado pelo médico, no paciente adulto e pediátrico, respectivamente.

Nos pacientes adultos, as causas externas foram as mais prevalentes, com 3.686 internações (33,6%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, com 1.920 (17,5%) e digestivo, com 1.232 (11,2%). Vale salientar que dentre as doenças do aparelho circulatório estão incluídas as doenças cerebrovasculares, que representaram 8,7% das internações (984 casos), conforme tabela 12, que mostra as dez principais doenças não relacionadas às causas externas neste grupo etário.

Muitas das patologias do aparelho digestivo foram cirúrgicas, particularmente os abdomens agudos inflamatórios relacionados aos transtornos da vesícula, vias biliares e pâncreas e as doenças do apêndice. Estas patologias representaram 4,1 e 2,9% das internações no paciente adulto (tabela 12).

Tabela 11: Perfil nosológico das internações de pacientes adultos – HS - Ano 5

Internações de pacientes adultos (17 anos ou mais) - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 - Y98)	3.686	33,6	7,3
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	1.920	17,5	12,1
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	1.232	11,2	6,8
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	910	8,3	10,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	742	6,8	12,5
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	559	5,1	13,6
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	531	4,8	7,8
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	276	2,5	13,2
Neoplasias (C00 - D48)	257	2,3	16,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	218	2,0	13,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	201	1,8	14,7
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	199	1,8	32,6
Outros	254	2,3	-
Total	10.985	100,0	-

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 12: Doenças mais prevalentes nas internações de adultos, excluídas causas externas - HS - Ano 5

Internações de pacientes adultos - 14/09/2013 a 13/09/2014		
Não relacionados às Causas Externas	N	%*
1- Doenças cerebrovasculares (I60 – I69.8)	984	8,7
2- Outras doenças bacterianas (A30.9 – A49.9)	606	5,4
3- Transtornos da vesícula, vias biliares e pâncreas (K80.0 – K87.0)	466	4,1
4- Outras formas de doenças do coração (I31.3 – I51.6)	349	3,1
5- Influenza (gripe) e pneumonia (J12.9 – J18.9)	341	3,0
6- Doenças isquêmicas do coração (I20 – I25.5)	326	2,9
7- Doenças do apêndice (K35.0 – K38.2)	326	2,9
8- Calculose renal (N20.0 – N21.9)	299	2,6
9- Outras doenças do aparelho urinário (N30.0 – N39.9)	238	2,1
10- Insuficiência renal (N17 – N19)	228	2,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

*Percentual em relação ao total geral de internações de pacientes adultos

Nas internações de pacientes pediátricos, conforme tabela 13, prevaleceram às doenças do aparelho respiratório, com 745 internações (26,1%), seguidas das causas externas, com 640 (22,4%), das doenças de pele e do tecido subcutâneo, com 326 (11,4%) e do aparelho digestivo, com 236 (8,3%).

Tabela 13: Perfil nosológico das internações de pacientes pediátricos - HS - Ano 5

Internações de pacientes pediátricos (até 16 anos) - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	745	26,1	7,1
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 - Y98)	640	22,4	5,5
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	326	11,4	6,4
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	236	8,3	5,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	215	7,5	7,7
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	179	6,3	5,4
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	97	3,4	6,0
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	92	3,2	15,1
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50 - D89)	78	2,7	8,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (I00 - I99)	77	2,7	9,1
Outros	169	6,0	-
Total	2.854	100,0	-

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 14: Doenças mais prevalentes nas internações pediátricas, excluídas causas externas - HS - Ano 5

Internações de pacientes pediátricos - 14/09/2014 a 13/09/2015		
Não relacionados às Causas Externas	N	%*
1- Influenza (gripe) e pneumonia (J12.9 – J18.9)	345	11,7
2- Infecções de pele e do tecido subcutâneo (L01.0 – L08.0)	297	10,1
3- Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20.8 – J22)	186	6,3
4- Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J43.9 – J45.9)	166	5,7
5- Doenças do apêndice (K35.0 – K38.9)	153	5,2
6- Outras doenças bacterianas (A30.0 – A49.9)	103	3,5
7- Outras doenças do aparelho urinário (N30.0 – N39.9)	97	3,3
8- Anemias hemolíticas (D57.0 – D59.9)	61	2,1
9- Doenças infecciosas intestinais (A06.2 – A09)	60	2,0
10- Outras doenças do aparelho respiratório (J95.5 – J98.4)	40	1,4

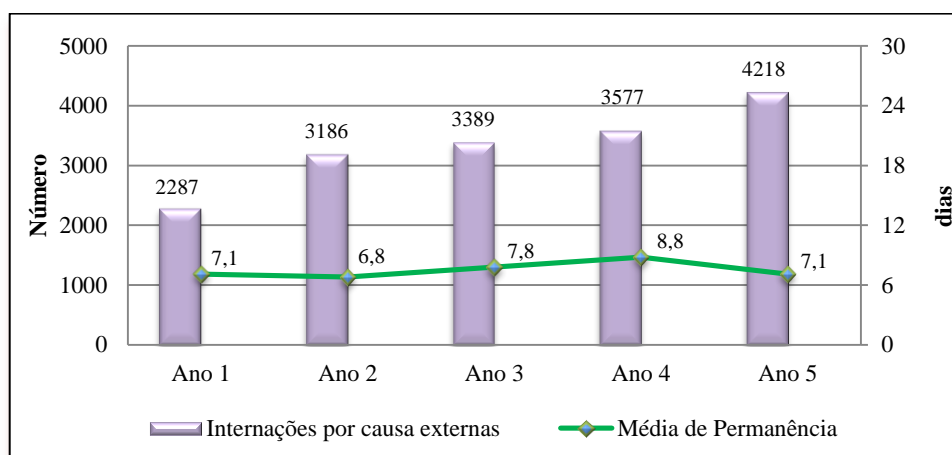
Fonte: Sistema Informatizado – HS

*Percentual em relação ao total geral de internações de pacientes pediátricos

3.6 INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS

Como demonstrado nas tabelas 11 e 13, as causas externas foram importantes motivos de internação, tanto na população adulta, quanto na pediátrica. O gráfico 16 mostra que nos cinco anos do HS houve aumento progressivo das internações por este perfil nosológico, atingindo 4.218 no quinto ano (30,4% do total), mas com nítida redução de sua Média de Permanência (7,1 dias). Este fato pode ser atribuído as ações implementadas, incluindo a reestruturação do Serviço de Ortopedia e a Linha de Cuidado ao Politraumatizado.

Gráfico 16: Número de internações por causas externas e Média de Permanência – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na tabela 15 está demonstrado o comportamento da Média de Permanência dos principais grupos de causas externas, considerando todas as faixas etárias, sendo observada a redução deste indicador no último ano.

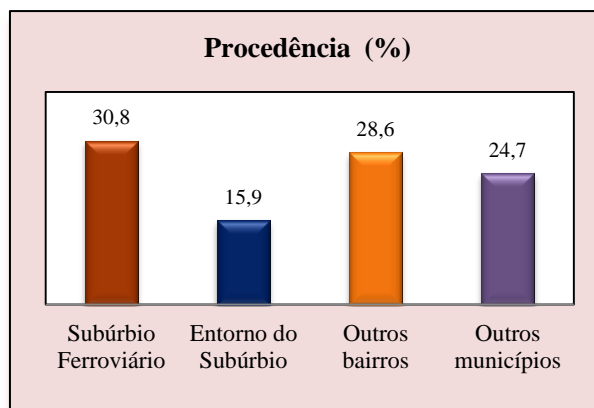
Tabela 15: Média de Permanência nos principais grupos de causas externas – HS – Ano 1 a 5

Descrição	Média de Permanência (dias)				
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Traumatismo do joelho e da perna (S82 – S89.9)	7,3	5,6	6,7	7,5	6,1
Traumatismo da cabeça (S00 – S09.9)	7,4	7,8	8,9	8,4	7,7
Traumatismo do quadril e da coxa (S70.0 – S75.0)	11,4	9,9	11,1	12,2	10,3
Traumatismo do cotovelo e do antebraço (S51.0 – S56.4)	3,9	3,7	4,7	5,8	4,7
Traumatismo do tornozelo e do pé (S90.0 – S99.9)	6,9	4,4	4,5	5,1	4,1
Traumatismo do ombro e do braço (S41.0 – S49.7)	5,6	4,6	6,3	6,6	6,1
Traumatismo do abdômen, dorso, lombar e pelve (S30.2 – S39.9)	7,7	7,8	7,8	7,6	6,4

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Algumas peculiaridades sobre as internações por causas externas merecem ser apontadas, a exemplo da sua distribuição por procedência. Conforme demonstrado no gráfico 17, 46,7% dos pacientes foram procedentes do distrito do Subúrbio Ferroviário e do seu entorno, porém 28,6% vêm de outros bairros de Salvador e 24,7% de outros municípios. Isto reforça o perfil institucional de urgência e emergência, que inclui o atendimento referenciado ao trauma.

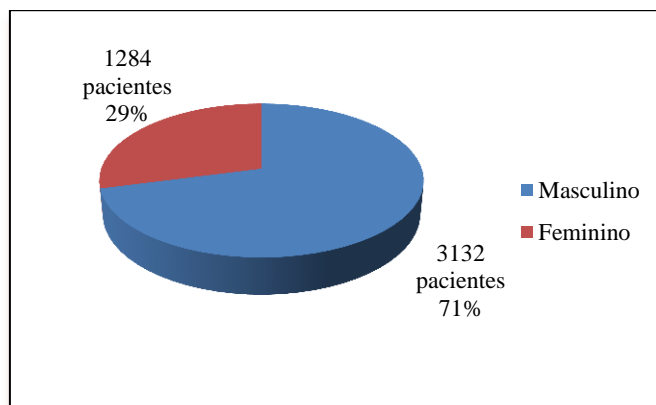
Gráfico 17: Distribuição das internações por causas externas por procedência – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

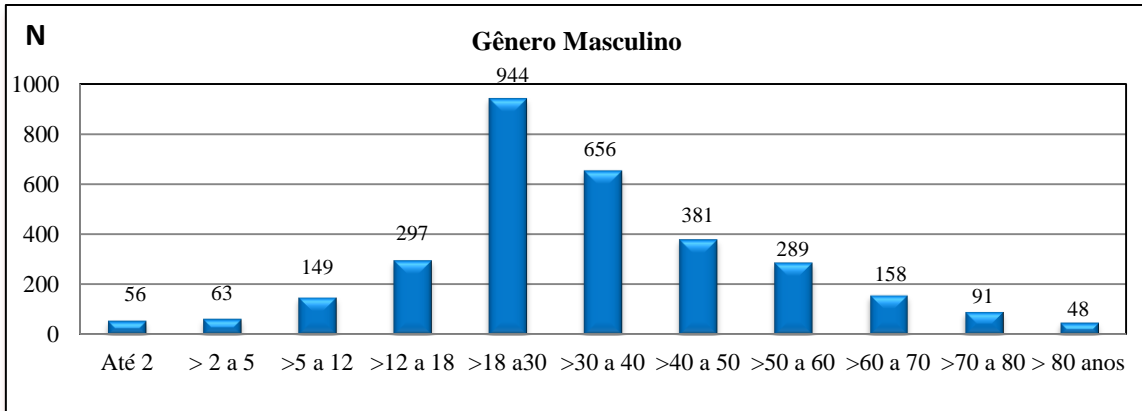
Considerando as características demográficas dos pacientes internados por este perfil nosológico, conforme gráfico 18, foi observado predomínio do gênero masculino, com 71% das internações. Vale salientar a nítida diferença na distribuição das internações por gênero e faixa etária, como demonstrado nos gráficos 19 a 22, onde 1.600 pacientes masculinos (51,1%) e 359 femininos (28%) tinham entre 18 e 40 anos, enquanto 297 masculinos (9,5%) e 390 femininos (30,4%) tinham acima de 60 anos. Estes dados podem ser justificados por uma maior exposição a este risco na população masculina, desde a adolescência à fase adulta.

Gráfico 18: Distribuição das internações por causas externas por gênero – HS – Ano 5



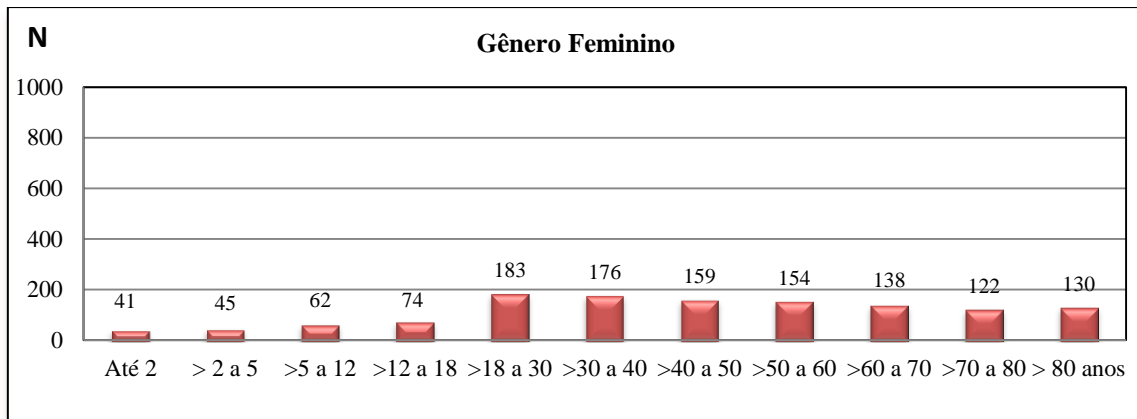
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 19: Internações das causas externas por faixa etária no gênero masculino – HS – Ano 5



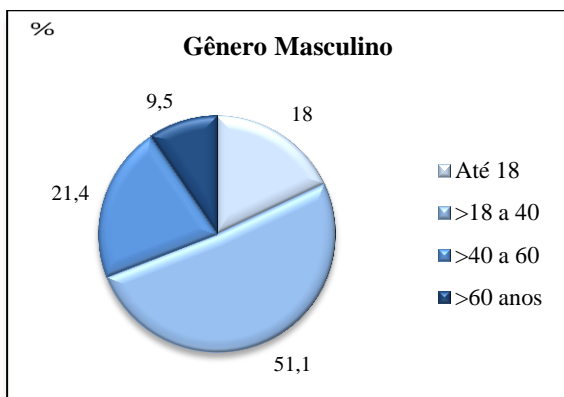
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 20: Internações das causas externas por faixa etária no gênero feminino – HS – Ano 5



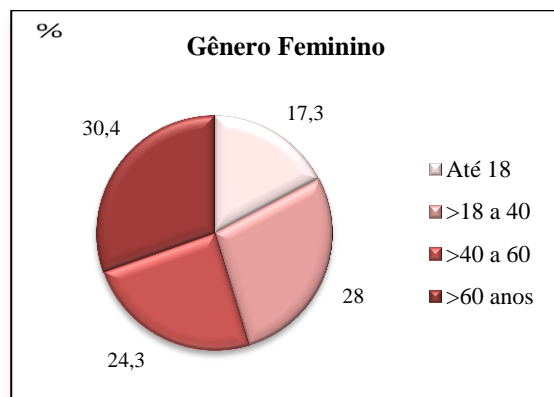
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 21: Internações das causas externas no gênero masculino por grupo etário – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 22: Internações das causas externas no gênero feminino por grupo etário – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

4 UNIDADES DE INTERNAÇÃO ABERTAS

O hospital interna pacientes para diversas especialidades e adota o modelo de Medicina Hospitalar na área de Clínica Médica. Sabe-se que a imersão do médico nas Unidades de Internação Abertas (UI's) proporciona uma maior integração da equipe multidisciplinar, permite reavaliações de pacientes mais graves e ajustes terapêuticos mais precoces, favorecendo o processo assistencial.

4.1 INDICADORES HOSPITALARES DAS UI's

Na tabela 16, estão demonstrados alguns indicadores hospitalares das UI's estratificados por tipo de clínicas no quinto ano. Chamam atenção as altas Taxas de Ocupação, especificamente nas UI's destinadas aos pacientes adultos, tanto clínicas, quanto cirúrgicas, refletindo a alta demanda aliada a perfis de maior permanência.

Tabela 16: Indicadores das Unidades de Internação abertas - HS – Ano 5

Unidades	Leitos Operacionais	Número de Internações	Taxa de Ocupação	Média de Permanência
	N	N	%	dias
Unidades Cirúrgicas				
UI Adulto I	31	1.748	98,7	6,4
UI Adulto II	28	1.559	100,0	6,7
UI Adulto Térreo II	12	1.407	94,9	2,9
Unidades Clínicas				
UI Adulto III	30	966	100,0	11,6
UI Adulto IV	29	810	99,0	12,9
UI Adulto Térreo	27	776	99,0	12,6
Unidades Pediátricas				
UI Pediátrica I	32	1.797	80,7	5,3
UI Pediátrica II	20	1.176	78,4	4,9

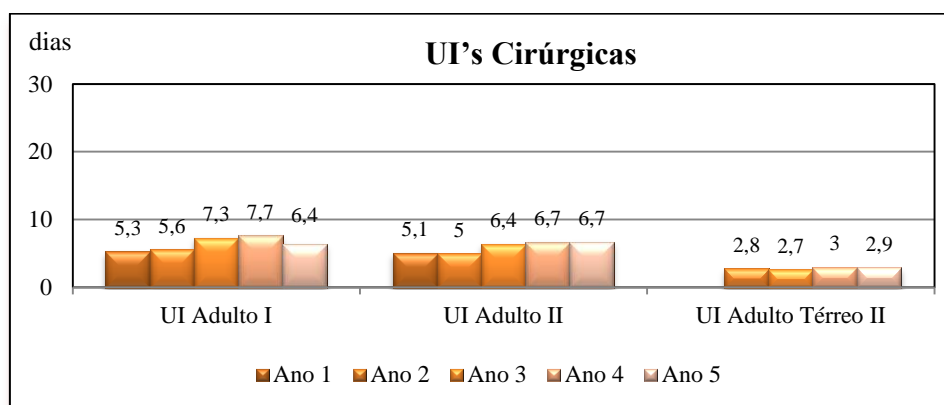
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Os gráficos 23 e 24 evidenciam o comportamento das Médias de Permanência nas Unidades Cirúrgicas e Clínicas, respectivamente. Nota-se que as Unidades Clínicas tiveram maiores Médias de Permanência, sendo crescente em relação aos anos anteriores. Isto decorre da mudança no perfil nosológico de suas internações, aliada as dificuldades enfrentadas para a desospitalização, a exemplo dos pacientes com insuficiência renal em terapia dialítica e dos

pacientes oncológicos que requerem tratamento específico, ou mesmo dos pacientes que se tornam crônicos e que poderiam ser direcionados para hospitais de retaguarda e internação domiciliar.

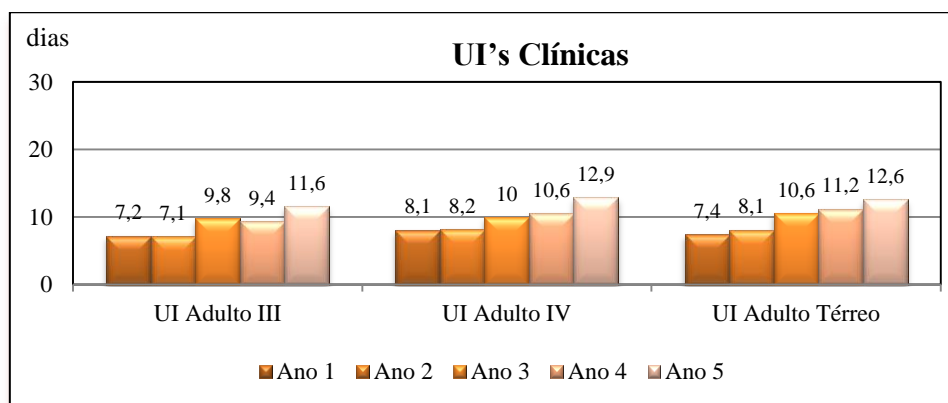
A UI Adulto Térreo II, com 12 leitos, foi iniciada a partir do segundo ano do hospital e direcionada aos pacientes cirúrgicos de menor complexidade e curta permanência. Vem mantendo Média de Permanência baixa, possibilitando um maior número de internações.

Gráfico 23: Média de Permanência das UI's Cirúrgicas - HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

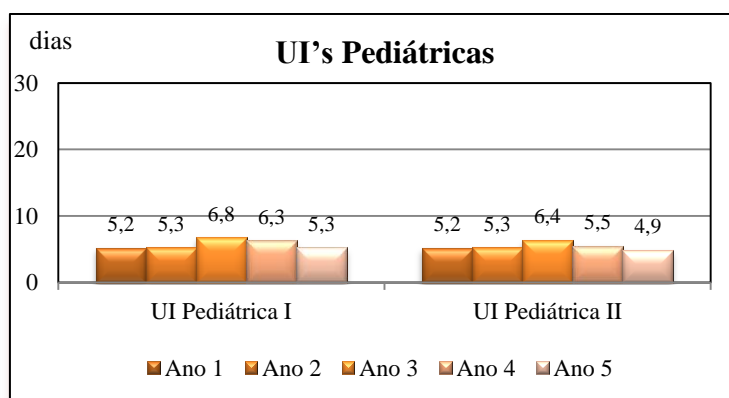
Gráfico 24: Média de Permanência das UI's Clínicas - HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

O gráfico 25 mostra as Médias de Permanência nas Unidades Pediátricas com redução no último ano. Este fato pode ser atribuído ao perfil dos pacientes atendidos, uma vez que a proporção de atendimentos na Emergência Pediátrica com classificação de risco Verde aumentou para 53,4% no quinto ano, conforme previamente demonstrado no gráfico 4. Além disto, 1.332 das 2.536 internações provenientes deste setor (52,5%) foram classificadas como risco Verde.

Gráfico 25: Média de Permanência das UI's Pediátricas - HS - Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

4.2 PERFIL NOSOLÓGICO DAS UI's

As tabelas 17,18 e 19 mostram os principais motivos de internação, com suas Médias de Permanência nas Unidades Cirúrgicas, Clínicas e Pediátricas, justificando as diferenças observadas neste indicador. Assim, na UI Adulto I predominou os traumas de extremidades, na Adulto II o trauma craniano, de quadril e coxa e os transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas e na Terreo II as doenças do apêndice, calculose renal e os traumas de extremidades menos complexos, que requerem menor permanência hospitalar.

Tabela 17: Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI's Cirúrgicas – HS – Ano 5

Descrição	UI Adulto I		UI Adulto II		UI Adulto Térreo II	
	N 1.748 - MPe 6,4		N 1.559 - MPe 6,7		N 1.407 - MPe 2,9	
	%	dias	%	dias	%	dias
Traumatismo do quadril e coxa (S72-S76.1)	20,6	7,1	7,5	5,5	3,2	3,3
Traumatismo do joelho e perna (S80.9-S89.9)	16,9	5,6	6,1	5,1	10,0	3,8
Traumatismo do ombro e braço (S42.0-S46.7)	5,6	5,9	1,8	6,1	3,2	3,9
Traumatismo cotovelo e antebraço (S51.8-S56.2)	5,4	5,3	2,6	6,0	5,7	3,0
Traumatismo de cabeça (S02.0-S06.9)	4,9	4,5	10,8	4,9	8,7	2,1
Traumatismo do tornozelo e pé (S90.0-S98.3)	4,7	2,9	1,6	6,7	7,5	2,7
Doenças do apêndice (K35.0-K35.9)	2,8	4,8	4,6	3,8	10,5	2,7
Transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas (K80.1-K86.0)	2,6	3,9	6,6	4,7	7,4	1,8
Traumatismo do abdômen, dorso, coluna e pelve (S30.7-S39.9)	2,5	5,7	4,4	6,2	1,2	4,7
Calculose Renal (N20.0-N21.9)	1,2	1,7	2,2	3,1	8,9	2,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Nas Unidades Clínicas chama a atenção que a maior Média de Permanência observada na UI Adulto Térreo foi associada aos pacientes com insuficiência renal, que correspondeu 15,7% das internações na unidade e teve sua Média de Permanência de 22,9 dias. Vale salientar a dificuldade de desospitalização dos pacientes que demandam de Terapia Dialítica na Rede Ambulatorial, impactando inclusive no indicador hospitalar de Tempo Médio de Permanência. As doenças cerebrovasculares foram as mais prevalentes, com 34,1% das internações. O direcionamento dos leitos da unidade é prioritariamente para as especialidades de Nefrologia e Neurologia Clínica.

Nas demais Unidades Clínicas destacaram-se as doenças do coração, as doenças pulmonares e as infecções. Esta última habitualmente em pacientes com comorbidades crônicas e com disfunções orgânicas, favorecendo para uma permanência hospitalar maior.

Tabela 18: Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI's Clínicas – HS – Ano 5

	UI Adulto III		UI Adulto IV		UI Adulto Térreo	
	N 966 - MPe 11,6		N 810 - MPe 12,9		N 776 - MPe 12,6	
Descrição	%	dias	%	dias	%	Dias
Doenças isquêmicas do coração (I20.0-I25.2)	10,9	7,2	10,9	6,6	4,2	6,6
Outras formas de doenças do coração (I31.3-I51.1)	9,4	9,7	9,5	10,4	3,5	4,5
Outras doenças bacterianas 9*39.2-A49.9)	8,8	14,9	9,8	15,9	4,7	15,7
Influenza (gripe) e pneumonia (J15.3-J18.9)	7,5	12,7	7,7	13,3	3,8	12,0
Doenças cerebrovasculares (I60.3-I69.4)	7,2	15,6	9,7	18,1	34,1	10,8
Insuficiência renal (N17.0-N19)	6,2	9,6	5,4	12,4	15,7	22,9
Outras doenças do aparelho urinário (N30.0-N39.0)	4,5	10,6	4,5	12,4	3,0	8,0
Outras doenças do aparelho respiratório (J95.8-J98.0)	3,2	12,0	2,5	12,6	1,9	7,4
Diabetes Mellitus ((E10.0-E14.9)	2,7	14,0	2,1	7,4	1,3	7,9
Doenças de veias, vasos linfáticos e gânglios ((I80.1-I85.0)	2,5	7,0	2,9	6,3	0,7	19,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

As Unidades Pediátricas apresentaram perfis nosológicos semelhantes, com predomínio das doenças respiratórias, de pele e do tecido subcutâneo e as doenças do apêndice. Também foram freqüentes as internações devido aos traumas de extremidades. Todos estes perfis com baixas Médias de Permanência hospitalar.

Tabela 19: Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI's Pediátricas – HS – Ano 5

Descrição	UI Pediátrica I		UI Pediátrica II	
	N 1.797 - MPe 5,3		N 1.176 - MPe 4,9	
	%	dias	%	dias
Influenza (gripe) e pneumonia (J12.8-J18.9)	11,3	6,5	13,3	5,6
Infecções de pele e do tecido subcutâneo ((L01.0-L08.9)	10,6	5,3	9,7	5,4
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20.8-J22)	7,2	5,0	5,7	4,6
Doenças do apêndice (K35.0-K35.9)	5,7	3,4	6,2	3,0
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J45.0-J45.9)	5,6	4,2	5,9	3,9
Traumatismo da cabeça (S00.9-S09.9)	4,6	5,8	3,5	4,8
Traumatismo do cotovelo e do antebraço (S52.0-S53.4)	4,6	3,4	3,5	2,5
Traumatismo do ombro e do braço (S42.2-S42.4)	3,2	2,5	2,6	3,2
Outras doenças bacterianas (A37.9-A49.9)	3,1	5,0	3,1	8,2
Outras doenças do aparelho urinário (N30.0-N39.0)	3,0	5,6	3,6	5,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

5 TERAPIA INTENSIVA

As unidades de terapia intensiva (UTI's) possuem uma estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes graves, com potencial risco de vida. Contudo, o envelhecimento da população e a sobrevivência de pacientes às doenças previamente fatais, tornando-se crônicos e criticamente enfermos, são desafios para o equilíbrio entre a oferta e o uso racional deste recurso. Soma-se a isto, a deficiência da rede básica e a dificuldade de acesso a assistência à saúde, retardando diagnósticos e favorecendo a progressão de doenças, muitas delas vistas já em situações de gravidade maior.

O Serviço de Terapia Intensiva do HS possui 60 leitos que são distribuídos em quatro unidades com perfis bem definidos. As UTI's Adulto I e II (20 leitos) e a UTI Adulto III (20 leitos) são gerais, enquanto a UTI Cirúrgica (10 leitos) é destinada para pacientes adultos em pós-operatório e a UTI Pediátrica (10 leitos) para pacientes com faixa etária de até 16 anos.

5.1 INDICADORES HOSPITALARES DAS UTI'S

Na tabela 20 estão demonstrados os indicadores das UTI's no quinto ano do hospital, sendo observadas altas Taxas de Ocupação, especialmente nas unidades de pacientes adultos, com percentuais acima de 94%. A UTI Pediátrica apresentou uma Taxa de Ocupação de 86,9%, porém foi a unidade com menor Média de Permanência (5,9 dias).

Tabela 20: Indicadores das Unidades de Terapia Intensiva - HS - Ano 5

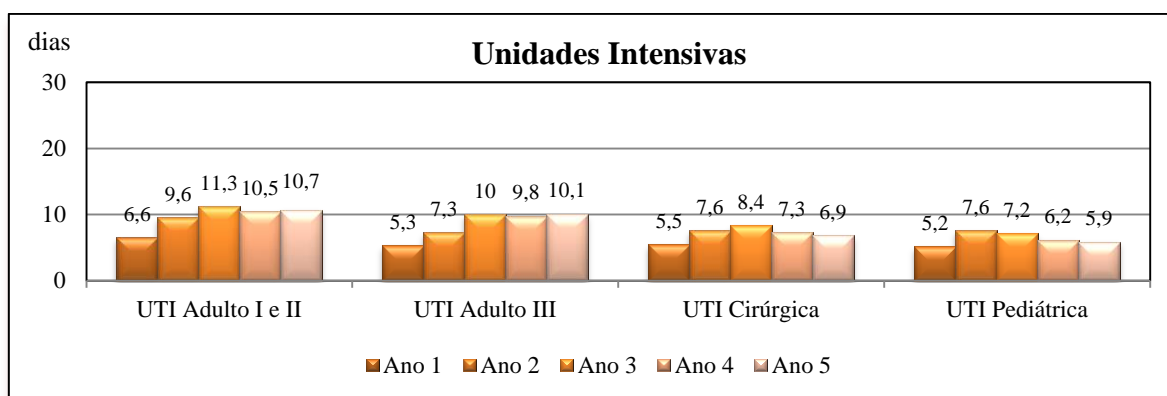
Unidades	Leitos Operacionais N	Número de Internações N	Taxa de Ocupação %	Média de Permanência dias
UTI Adulto I e II	20	640	94,1	10,7
UTI Adulto III	20	712	98,9	10,1
UTI Cirúrgica	10	519	97,7	6,9
UTI Pediátrica	10	542	86,9	5,9

Fonte: Sistema Informatizado – HS

As Médias de Permanência das UTI's Adulto I e II e UTI Adulto III foram maiores, com 10,7 e 10,1 dias, respectivamente, sendo justificáveis, considerando o perfil nosológico e o risco estimado pelo escore Apache II, como será mostrado posteriormente.

O gráfico 26 mostra o comportamento da Média de Permanência nas Unidades Intensivas ao longo dos cinco anos, sendo observada estabilização deste indicador nas unidades gerais (I, II e III) e redução nas demais. Vale salientar que a UTI Adulto III até o segundo ano do hospital era uma unidade Semi Intensiva, que sofreu readequação diante da demanda de pacientes críticos. A melhora na Unidade Cirúrgica pode ser atribuída ao fortalecimento do seu perfil de pós-operatório.

Gráfico 26: Média de Permanência das Unidades Intensivas - HS - Ano 1 a 5



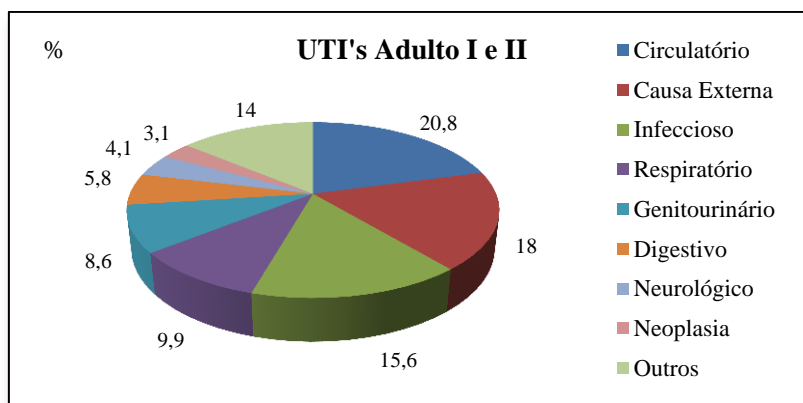
Fonte: Sistema Informatizado – HS

5.2 PERFIL NOSOLÓGICO DAS UTI's

As UTI's Adulto I e II e UTI Adulto III são unidades que geralmente atendem a demanda da Emergência, tendo perfis nosológicos semelhantes, com predomínio de pacientes clínicos. Porém, não foi incomum a vinda de pacientes procedentes do Centro Cirúrgico, justificada pelo próprio perfil institucional de urgência e emergência, onde as internações por causas externas e de especialidades cirúrgicas foram as mais frequentes.

O gráfico 27 traz a distribuição das internações nas UTI's Adulto I e II por grupos nosológicos, onde as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes, com 20,8%, seguidas das causas externas, com 18%, e das doenças infecciosas, com 15,6%. Conforme a tabela 21, que apresenta as principais doenças por grupos de CID e por ordem de prevalência, chama à atenção as doenças bacterianas, doenças cerebrovasculares, insuficiência renal e o traumatismo craniano. Vale salientar que muitas das internações com comprometimento neurológico foram em pós-operatório de craniotomias, para descompressões e drenagens de hematomas.

Gráfico 27: Internações por grupos nosológicos nas UTI's Adulto I e II – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

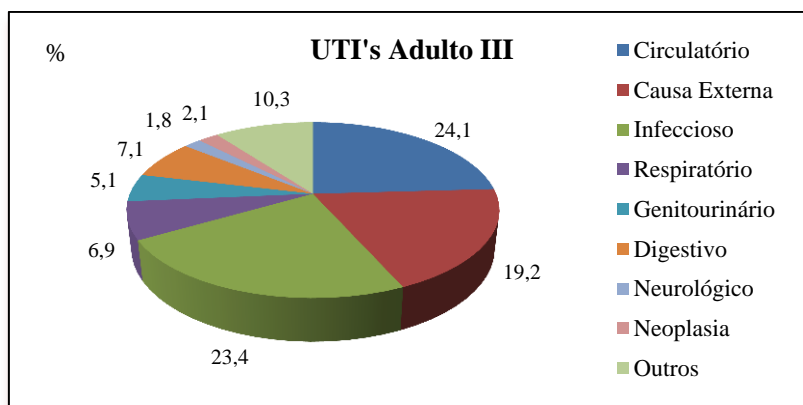
Tabela 21: Doenças mais prevalentes nas UTI's Adulto I e II – HS – Ano 5

UTI's Adulto I e II - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Outras doenças bacterianas (A41 – A49.9)	102	14,1	7,4
Doenças cerebrovasculares (I60 – I69.4)	78	10,8	7,9
Insuficiência renal (N17 – N18.9)	54	7,5	6,0
Traumatismo da cabeça (S02.0 – S09.9)	54	7,5	7,0
Influenza (gripe) e pneumonia (J15 – J18.9)	34	4,7	8,1
Traumatismo do quadril e coxa (S72 – S72.9)	31	4,3	4,6
Outras formas de doenças do coração (I34.0 – I51.3)	26	3,6	4,5
Outras doenças do aparelho respiratório (J95.8 – J96.9)	25	3,5	7,2
Doenças isquêmicas do coração (I20 – I25.5)	23	3,2	6,7
Transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas (K80.0 – K86.1)	11	1,5	5,7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na UTI Adulto III, conforme gráfico 28, os principais grupos nosológicos foram o infeccioso, com 23,4%, as doenças do aparelho circulatório, com 24,1%, e as causas externas, com 19,2%. Dentre as patologias mais prevalentes, as doenças bacterianas, as cerebrovasculares e o traumatismo craniano, assim como nas UTI's Adulto I e II, também foram marcantes (tabela 22).

Gráfico 28: Internações por grupos nosológicos na UTI Adulto III – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado - HS

Tabela 22: Doenças mais prevalentes na UTI Adulto III – HS – Ano 5

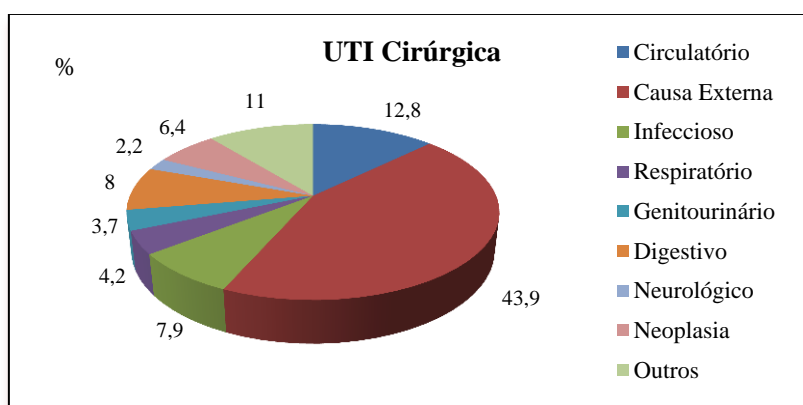
UTI Adulto III - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Outras doenças bacterianas (A41 – A49.9)	185	22,8	6,6
Doenças cerebrovasculares (I60 – I69.4)	101	12,4	7,2
Traumatismo da cabeça (S02.0 – S09.9)	60	7,4	7,2
Outras formas de doenças do coração (I34.0 – I51.3)	45	5,5	6,8
Insuficiência renal (N17 – N18.9)	35	4,3	6,1
Doenças isquêmicas do coração (I20 – I25.5)	31	3,8	6,4
Traumatismo do quadril e coxa (S72 – S72.9)	28	3,4	5,1
Influenza (gripe) e pneumonia (J15 – J18.9)	26	3,2	7,6
Outras doenças do aparelho respiratório (J95.8 – J96.9)	20	2,5	6,4
Transtornos da vesícula, vias biliares e pâncreas (K80.3 – K85.9)	16	2,0	4,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na UTI Cirúrgica, conforme o gráfico 29 e tabela 23, as causas externas foram marcantes, com 43,9% das internações, chamando a atenção o traumatismo do quadril e coxa e o traumatismo craniano. Outro grupo prevalente foi o relacionado às doenças do aparelho circulatório, com 12,8%, que inclui as doenças cerebrovasculares, as doenças do coração e vasculares periféricas. As doenças do aparelho digestivo e as infecciosas também foram vistas, especialmente em pós-operatório.

A despeito do perfil cirúrgico, casos clínicos foram admitidos na contingência, por não disponibilidade de leitos em outras unidades intensivas.

Gráfico 29: Internações por grupos nosológicos na UTI Cirúrgica – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado - HS

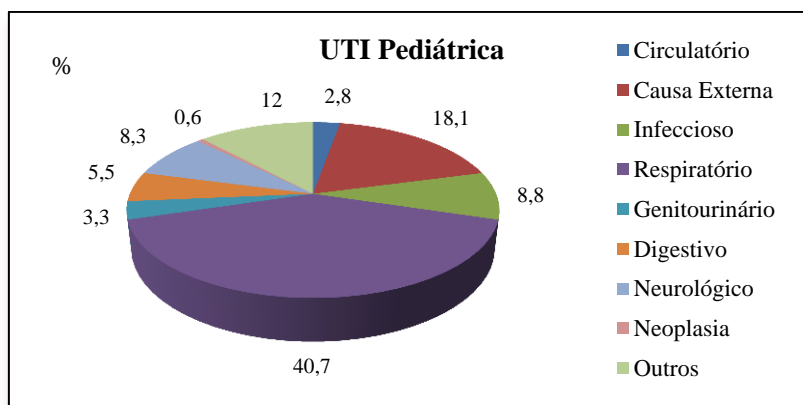
Tabela 23: Doenças mais prevalentes na UTI Cirúrgica – HS – Ano5

UTI Cirúrgica - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Traumatismo do quadril e coxa (S72 – S72.9)	78	13,9	3,4
Traumatismo da cabeça (S02.0 – S09.9)	72	12,8	5,7
Outras doenças bacterianas (A41 – A49.9)	41	7,3	6,0
Doenças cerebrovasculares (I60 – I69.4)	41	7,3	5,9
Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e abdômen (R10 – R10.4)	27	4,8	4,6
Traumatismo do abdômen, dorso, coluna lombar e pelve (S31.1 – S36.7)	22	3,9	4,0
Neoplasias de comportamento incerto (D37.4 – D43.9)	17	3,0	5,2
Outras doenças do intestino ((K56.1 – K63.1)	17	3,0	4,1
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I25.5)	16	2,8	5,3
Traumatismo do tórax (S21.8 – S27.8)	14	2,5	4,9

Fonte: Sistema Informatizado - HS

Na UTI Pediátrica, conforme gráfico 30 e tabela 24, foram prevalentes as doenças do aparelho respiratório, com 40,7% das internações, destacando-se a Pneumonia como o principal motivo (21,3%). As causas externas foram vistas em 18,1% dos casos, tendo o traumatismo craniano representado cerca de metade delas (9,1%).

Gráfico 30: Internações por grupos nosológicos na UTI Pediátrica – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 24: Doenças mais prevalentes na UTI Pediátrica– HS – Ano 5

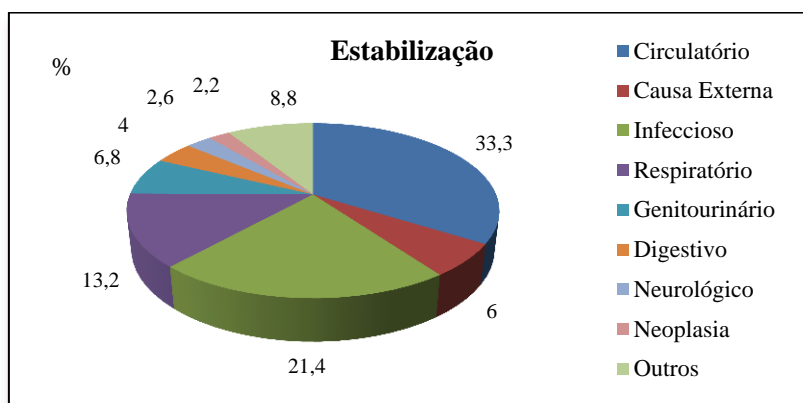
UTI Pediátrica - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Influenza (gripe) e Pneumonia (J15 – J18.9)	113	21,3	5,5
Traumatismo da cabeça (S02.0 – S09.9)	48	9,1	4,8
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20.8 – J22)	39	7,4	4,5
Outras doenças do aparelho respiratório (J95.8 – J96.9)	37	7,0	6,1
Outras doenças bacterianas (A41 – A49.9)	34	6,4	6,1
Doenças inflamatórias do sistema nervoso (G91 – G97.8)	28	5,3	6,0
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J43.9 – J45.9)	23	4,3	4,1
Outras doenças dos intestinos (K56.1 –K63.1)	12	2,3	3,7
Anemias hemolíticas (D57.0 – D59.4)	10	1,9	3,3
Doenças do apêndice (K35.0 – K35.9)	9	1,7	4,0

Fonte: Sistema Informatizado - HS

Diante da demanda de pacientes críticos na instituição, a partir do quarto ano do hospital, a área da Emergência destinada para estabilizar pacientes foi readequada em recurso humano e tecnológico, passando a funcionar como UTI. Assim, 545 pacientes foram internados no setor de Estabilização no último ano, com Média de Permanência de 7,5 dias. Neste setor, dentre os perfis mais prevalentes, destacaram-se as doenças do aparelho

circulatório, as doenças Infecciosas e as Doenças do Aparelho Respiratório, conforme demonstrado no gráfico 31 e Tabela 25.

Gráfico 31: Internações por grupos nosológicos na Estabilização – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 25: Doenças mais prevalentes na Estabilização – HS – Ano 5

Estabilização - 14/09/2014 a 13/09/2015			
Descrição	Internações		Média de Permanência (dias)
	N	%	
Outras doenças bacterianas (A41 – A49.9)	90	19,8	8,4
Doenças cerebrovasculares (I60 – I69.4)	74	16,3	8,6
Influenza (gripe) e Pneumonia (J15 – J18.9)	42	9,3	13,4
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I25.5)	36	7,9	5,8
Insuficiência renal (N17 – N18.9)	26	5,7	5,2
Outras formas de doenças do coração (I34.0 – I51.3)	26	5,7	6,4
Traumatismo da cabeça (S02.0 – S09.9)	12	2,6	6,0
Transtornos da vesícula, vias biliares e pâncreas (K80.3 – K85.9)	8	1,8	5,2
Outras doenças do aparelho respiratório (J95.8 – J96.9)	8	1,8	7,4

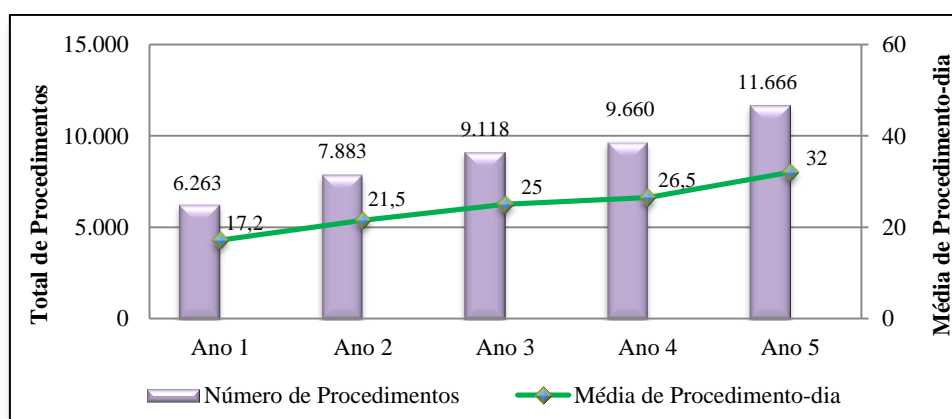
Fonte: Sistema Informatizado - HS

6 BLOCO CIRÚRGICO

Nos cinco anos do hospital, conforme demonstrado no gráfico 32, foi observado aumento progressivo do número de procedimentos, chegando a 11.666 no último ano, o que representou uma média de 32 procedimento-dia. Este fato pode ser atribuído a alta demanda de pacientes na instituição com o perfil cirúrgico, aliado a maior eficiência do Centro Cirúrgico no gerenciamento do seu processo e a reestruturação do Serviço de Ortopedia e Traumatologia, o seu maior cliente.

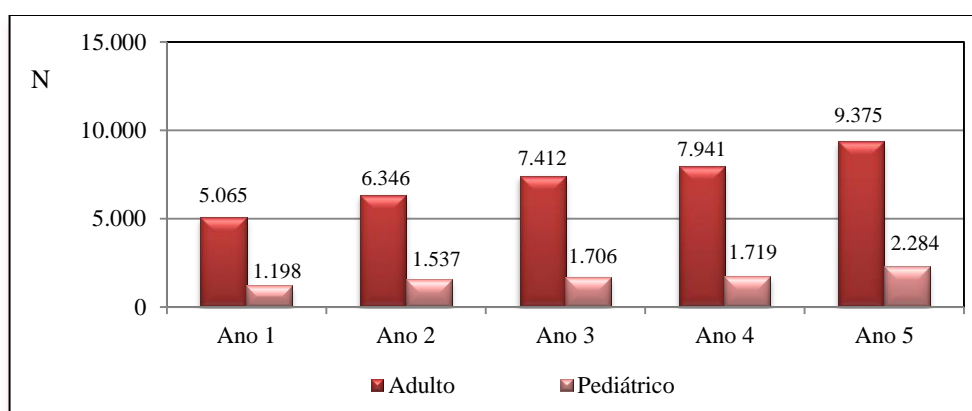
Vale salientar que este aumento ocorreu tanto no paciente adulto, quanto no pediátrico (gráfico 33), com taxas de crescimento de 17,9% e 32,9%, respectivamente, do quarto para o quinto ano.

Gráfico 32: Procedimentos cirúrgicos – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado - HS

Gráfico 33: Distribuição dos procedimentos por faixa etária – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 26 apresenta a distribuição dos procedimentos realizados ao longo dos cinco anos do hospital no paciente adulto, conforme as especialidades. Foi observado que houve aumento dos procedimentos praticamente em todas as especialidades, com destaque para a ortopedia, cirurgia geral, urologia, cirurgia plástica e neurocirurgia.

Tabela 26: Procedimentos em pacientes adultos – HS – Ano 1 a 5

Especialidade	ANO 1		ANO 2		ANO 3		ANO 4		ANO 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ortopedia	1.628	32,1	1.968	31,0	1.980	26,7	2.196	27,7	2.921	31,2
Cirurgia geral	1.478	29,2	2.025	31,9	1.905	25,7	1.934	24,4	2.212	23,6
Urologia	747	14,7	913	14,4	1.106	14,9	1.029	13,0	1.120	11,9
Cirurgia Plástica	382	7,5	541	8,5	587	7,9	635	8,0	900	9,6
Neurocirurgia	306	6,0	337	5,3	468	6,3	520	6,5	629	6,7
Cirurgia Vascular	200	3,9	289	4,6	354	4,8	365	4,6	378	4,0
Cirurgia Torácica	173	3,4	119	1,9	170	2,3	157	2,0	152	1,6
Cirurgia Bucomaxilar	58	1,1	86	1,4	137	1,8	103	1,3	147	1,6
Outros Procedimentos	93	1,8	68	1,1	705	9,5	1.002	12,6	916	9,8
Total	5.065	100,0	6.346	100,0	7.412	100,0	7.941	100,0	9.375	100,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Vale salientar que no grupo “Outros Procedimentos” estão considerados os procedimentos percutâneos (cateterismo cardíaco, arteriografia cerebral e periférica), as instalações de acessos vasculares (cateter de sorensen) e os procedimentos endoscópios (endoscopia digestiva, colonoscopia, gastrostomia endoscópica e broncoscopia). Também fazem parte deste grupo os relacionados à especialidade de oftalmologia.

No paciente pediátrico, conforme tabela 27, merece destaque o aumento progressivo dos procedimentos realizados pela cirurgia pediátrica, que atingiu a proporção de 60,3% no último ano.

Tabela 27: Procedimentos em pacientes pediátricos – HS – Ano 1 a 5

Especialidade	ANO 1		ANO 2		ANO 3		ANO 4		ANO 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cirurgia geral	422	35,2	699	45,5	921	54,0	1.024	59,6	1.378	60,3
Ortopedia	332	27,7	440	28,6	430	25,2	370	21,5	472	20,7
Cirurgia Vascular	118	9,8	62	4,0	12	0,7	26	1,5	16	0,7
Cirurgia Plástica	72	6,0	128	8,3	125	7,3	104	6,1	114	5,0
Cirurgia Torácica	60	5,0	43	2,8	54	3,2	48	2,8	89	3,9
Neurocirurgia	60	5,0	57	3,7	66	3,9	62	3,6	62	2,7
Urologia	59	4,9	70	4,6	61	3,6	58	3,4	76	3,3
Cirurgia Bucomaxilar	17	1,4	9	0,6	11	0,6	9	0,5	17	0,7
Outros Procedimentos	58	4,8	29	1,9	26	1,5	9	0,5	60	2,6
Total	1.198	100,0	1.537	100,0	1.706	100,0	1.710	100,0	2.284	100,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

7 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

O SADT do Hospital do Subúrbio é constituído pelo laboratório de análises clínicas, serviço de bioimagem, métodos gráficos (eletrocardiograma e eletroencefalograma), endoscopia (endoscopia respiratória e digestiva) e laboratório de hemodinâmica. Este último realiza procedimentos diagnósticos nas áreas de cardiologia, cirurgia vascular e neurologia, complementados por procedimentos terapêuticos coronarianos, conforme demanda e gravidade clínica.

O serviço de bioimagem engloba as modalidades de radiologia geral, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética, atuando 24 horas por dia e nos 7 dias da semana. Tem foco nas demandas internas e, no caso da ressonância magnética, atende também pacientes externos através da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade do estado da Bahia (CERAC).

Foram mais de 1 milhão e meio de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico nos cinco anos do hospital, conforme demonstrado na tabela 28. Porém, houve marcante redução do número de exames até o terceiro ano, quando a instituição incorporou o “Exame Consciente” na Política de Segurança do Paciente. Isto favoreceu a racionalização deste recurso, evitando o desperdício e otimizando o desempenho assistencial.

A partir do quarto ano, volta a aumentar a quantidade de exames realizados, destacando-se os exames laboratoriais, radiológicos e a tomografia computadorizada. Este fato pode ser justificado pela maior gravidade dos pacientes atendidos (risco Amarelo e Vermelho), conforme previamente demonstrado.

Tabela 28: Número de procedimentos de apoio diagnósticos e terapêutico – HS – Ano 1 a 5

Procedimento	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano4	Ano 5
Laboratório	439.440	387.221	182.303	186.862	199.827
Radiografia	53.172	50.567	46.195	47.669	54.596
Tomografia	14.185	15.831	14.383	14.817	17.080
ECG / EEG	9.118	8.836	6.720	6.735	6.812
Ultrassom	2.860	9.753	6.923	5.949	5.460
Ressonância Magnética	670	2.312	1.752	2.010	2.145
Endoscopia Digestiva Alta	1.617	1.337	627	284	285
Hemodinâmica*	-	-	705	543	246
Total	521.062	475.857	259.608	259.775	286.451

Fonte: Sistema Informatizado – HS

*Os procedimentos de Hemodinâmica foram considerados apenas os realizados em pacientes não internados

8 ESPECIALIDADES CLÍNICAS

8.1 CLÍNICA MÉDICA

O Serviço de Clínica Médica encontra-se estruturado no modelo de Medicina Hospitalar. Este modelo busca a qualidade da assistência prestada aos pacientes através da participação efetiva do médico, atuando como líder no planejamento da linha do cuidado assistencial.

Vale ressaltar que a integralidade do cuidado, numa atuação multiprofissional, permite um melhor desempenho clínico, mesmo dentro de um perfil cuja complexidade e gravidade dos pacientes se mostram crescentes. São desenvolvidas ações como rondas clínicas diárias (“rounds”) e visitas multidisciplinares, que auxiliam no planejamento seguro do cuidado e na tomada de decisão, além de melhorar a comunicação e o alinhamento entre os membros da equipe, reduzindo complicações e propiciando a desospitalização precoce.

Os médicos da Clínica Médica atuam nas Unidades de Internação Adulto III e IV, respondem interconsultas e acompanham, em conjunto com outras especialidades, alguns pacientes no pré e pós-operatório, pacientes neurológicos e nefrológicos. Os médicos hospitalistas têm o desafio de assistir aos pacientes com quadros agudos, boa parte deles com agravos múltiplos e com doenças crônicas, muitas recém diagnosticadas e desconhecidas até então pelos pacientes.

No quinto ano do hospital, foram internados 966 e 810 pacientes nas Unidades de Internação III e IV, respectivamente, conforme previamente demonstrado na tabela 16, num total de 1.776 internações. Conforme previamente demonstrado na tabela 18, dentre os principais motivos de internação nas duas unidades, foram prevalentes as doenças do coração, especialmente as doenças isquêmicas e a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, do aparelho respiratório, do aparelho urinário, infecciosas e diabetes mellitus. São unidades com alta Média de Permanência, justificadas pelo perfil de pacientes internados, muitos dos quais com quadros crônicos e avançados de doença, com alta dependência e que tiveram passagem prévia na Terapia Intensiva.

As doenças cerebrovasculares, com 7,2% das internações na Unidade III e 9,7% na Unidade IV, foram as principais responsáveis pela hospitalização mais prolongada, com Médias de Permanência de 15,6 e 18,1 dias, respectivamente. São condições clínicas de alta

morbidade, pois proporcionam um maior risco de desenvolvimento de pneumonias aspirativas, distúrbios hidro-eletrolíticos e efeitos da imobilidade.

Quanto as interconsultas, a tabela 29 mostra a distribuição das solicitações nas unidades de internação cirúrgicas. Foram 370 solicitações, geralmente para avaliação pré-operatória e para o manejo de complicações, resultando algumas vezes em transferência de assistência para as unidades clínicas.

Tabela 29: Distribuição das interconsultas por unidade cirúrgica solicitante – HS – Ano 5

Unidade	Número	Percentual
UI Adulto I	159	43,0
UI Adulto II	172	46,5
Unidade Adulto Térreo II	39	10,5

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A busca do aprimoramento na formação e capacitação profissional é meta estratégica do Hospital do Subúrbio. Assim, o Serviço de Clínica Médica disponibiliza programa de Residência Médica, credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e oferece campo de estágio para o Internato do 10º semestre da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A estratégia adotada de ensino faz parte do esforço para a formação de um profissional imbuído nos valores éticos, humanos e de integralidade no cuidado.

8.2 NEUROLOGIA

O Serviço de Neurologia Clínica é caracterizado pelo compromisso com a qualidade assistencial, tanto no acompanhamento de pacientes internados e nas respostas as interconsultas, quanto nos plantões presenciais na Emergência durante o período diurno.

A busca da unidade no serviço é evidenciada através de reuniões periódicas, onde são discutidos casos clínicos e temas diversos, relevantes diante do perfil nosológico institucional. O serviço também promove visitas multidisciplinares, onde as evoluções dos pacientes, diante do plano terapêutico definido, são analisadas.

Como anteriormente demonstrado, as patologias neurológicas constituíram um importante motivo de internação hospitalar. Dentre elas, se destacou as doenças cerebrovasculares, que, no quinto ano do HS, corresponderam a 984 internações (8,7% do total das admissões nos pacientes adultos). O acompanhamento pela especialidade foi definido para os casos Isquêmicos e Hemorrágicos não cirúrgicos.

A tabela 30 mostra alguns aspectos dos pacientes que foram acompanhados pelo Serviço de Neurologia durante o quinto ano do hospital. Foram 650 pacientes, com predomínio do gênero feminino (54,8%), com idade média de 65,5 anos e mediana de 66 anos. O Tempo Médio de Permanência foi de 9,7 dias e a Taxa de Mortalidade foi de 6,6%.

Tabela 30: Características dos pacientes com Doenças Cerebrovasculares – HS – Ano 5

Características	Valor
Número de pacientes	650
Gênero	
Masculino	294 (45,2%)
Feminino	356 (54,8%)
Idade	
Média	65,5 anos
Mediana	66 anos
Média de Permanência	9,7 dias
Número de Óbitos	42

Fonte: Serviço de Neurologia/ Sistema Informatizado – HS

Diante da prevalência das doenças cerebrovasculares no contexto institucional e de sua morbimortalidade, no quinto ano do hospital foi implantada a “Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC)”. Esta tem o racional de olhar para o paciente com suspeita de AVC desde o seu atendimento inicial até o processo de desospitalização e encaminhamento para reabilitação, conforme demanda. Tem uma visão multidisciplinar integrada, com marcadores de processos que impactam na efetividade do resultado bem definidos (a exemplo da Taxa de Adequação da Terapia Trombolítica), assim como os seus indicadores de desempenho, que vem sendo analisados, com ciclos de melhoria contínua.

Em relação as respostas de interconsultas, foram 2.923 no quinto ano, resultando em uma média de 8 por dia. O tempo médio de resposta foi de 7,3 horas, com mediana de 2,4 horas. Vale salientar ainda que 75% das respostas foram em até 6,3 horas e que 94,5% das

respostas foram em até 24 horas da solicitação, demonstrando a organização e eficiência do serviço.

8.3 PEDIATRIA

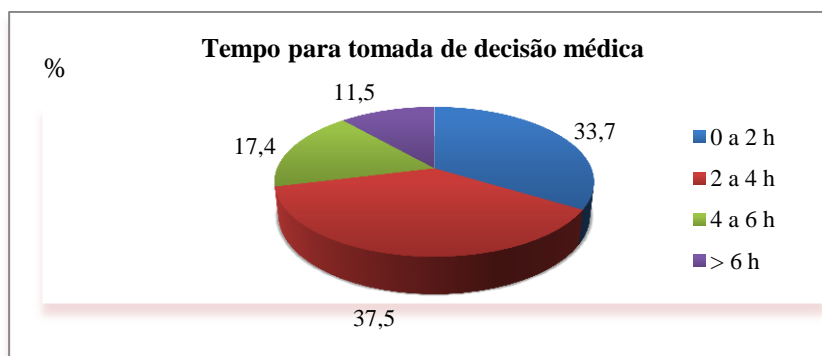
A pediatria do Hospital do Subúrbio tem os atendimentos distribuídos em três unidades distintas - Emergência, Terapia Intensiva Pediátrica e Internações Pediátricas.

A **Emergência Pediátrica** é a principal porta de entrada das crianças na instituição. No quinto ano, conforme demonstrado previamente na tabela 2, foram 24.429 pacientes com idade de até 16 anos atendidos neste setor, correspondendo a um aumento de 13,6% em relação ao ano anterior (21.512 atendimentos). Essa população foi composta basicamente de pacientes de baixa e média complexidade, sendo 74,6% dos pacientes classificados como Verdes ou Azuis e 25,4% classificados como Amarelos ou Vermelhos (ver gráfico 4).

Os motivos mais frequentes de atendimento, conforme demonstrado na tabela 8, foram relacionados às causas externas (28,5%), sinais e sintomas inespecíficos (24,9%), as doenças aparelho respiratório (18,3%), doenças infecto e parasitárias (7,8%), doenças do aparelho digestivo (4,1%) e as doenças de pele e tecido subcutâneo (4,0%).

Resolutiva e atenta às necessidades dos pacientes, a Emergência Pediátrica manteve-se eficiente no seu processo. O tempo médio para o atendimento médico dos pacientes classificados com o risco Amarelo foi de 34,8 minutos e o do risco Verde de 43,7 minutos. Dos pacientes atendidos pela equipe médica, 88,6% tiveram a primeira tomada de decisão em até 6 horas (gráfico 34) e 16,2% resultou em internação hospitalar (ver tabela 8).

Gráfico 34: Tempo do cadastro a tomada de decisão – Emergência Pediátrica – HS - Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na **UTI Pediátrica** atuam 11 médicos especializados em Medicina Intensiva Pediátrica, entre plantonistas e diaristas, que juntamente com a equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e psicólogos, oferecem um cuidado integral aos pequenos pacientes.

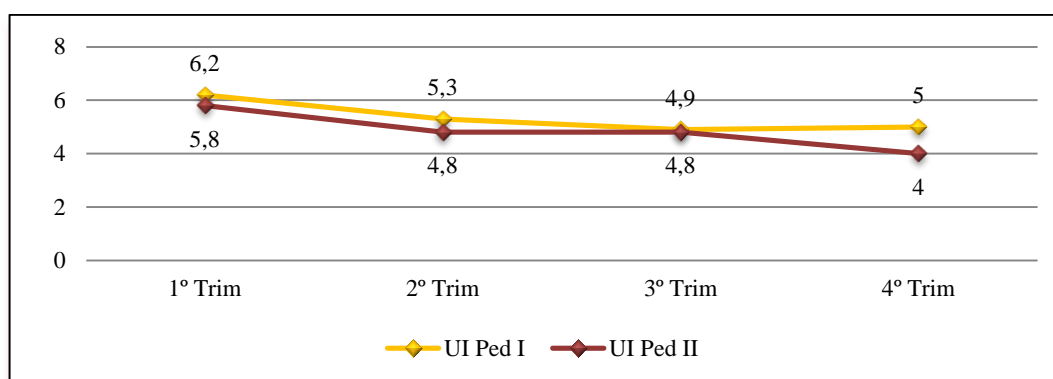
Conforme previamente demonstrado na tabela 20, a unidade admitiu 542 pacientes no quinto ano de operação do hospital. Do total de internações, 40,7% foram por patologias do aparelho respiratório, 18,1% vítimas de causas externas e 8,8% por doenças infectocontagiosas.

A unidade apresentou Taxa de Mortalidade Institucional de 7,2% no ano, representando uma redução de 25% em relação ao ano anterior, e menor do que a estimada pelo PRISM que seria de 10,7%. A Média de Permanência do ano foi de 5,9 dias, menor do que a meta institucional de 7 dias.

As **Unidades de Internação Pediátricas I e II** são as principais retaguardas da Emergência. No último ano, foram 2.973 internações nas duas unidades, conforme foi referido na tabela 16. Dentre os grupos de patologias mais prevalentes internados (ver tabela 19), destacaram-se: influenza e pneumonias (11,3% na UI Pediátrica I e 13,3% na II), infecções de pele e tecido subcutâneo (10,6% na UI Pediátrica I e 9,7% na II), outras infecções de vias aéreas inferiores (7,2% na UI Pediátrica I e 5,7% na II) e as doenças do apêndice (5,7% na UI Pediátrica I e 6,2% na II), além de traumas diversos.

As Unidades de Internação vem em constante aprimoramento, que pode ser evidenciado pelos seus indicadores, a exemplo da Média de Permanência que apresentou comportamento de queda progressiva ao longo do ano (gráfico 35).

Gráfico 35: Média de Permanência trimestral – UI's Pediátricas – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

9 ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

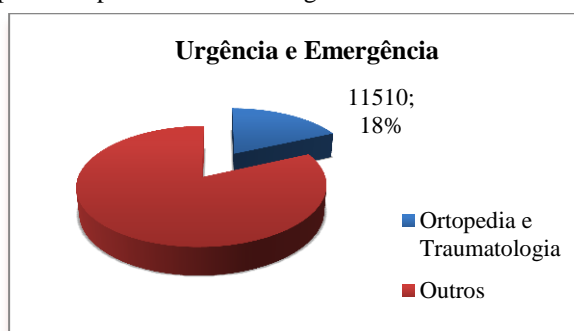
9.1 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

O Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HS tem como objetivo o atendimento integral do paciente portador de trauma ortopédico. Busca realizar o atendimento inicial fazendo o diagnóstico das afecções ortopédicas, aplicar o tratamento definitivo (cirúrgico ou conservador), acompanhar o paciente através do Ambulatório de Egressos até a consolidação das fraturas e reabilitação funcional e efetuar procedimentos secundários, se necessários, durante o seguimento do paciente.

A equipe se divide entre plantões de emergência e atividades nas alas de internação e no Ambulatório de Egressos, além de realizar os procedimentos cirúrgicos. Vale salientar que a especialidade sofreu reestruturação, com a incorporação de um médico clínico para o acompanhamento dos pacientes internados nas enfermarias, que aliado ao Serviço de Anestesiologia e a Agência Transfusional na busca de redução do tempo pré-operatório, promoveu melhoria nos indicadores quantitativos e qualitativos, a exemplo do aumento no número de atendimentos e de procedimentos cirúrgicos, redução da média de permanência e da mortalidade por grupo nosológico.

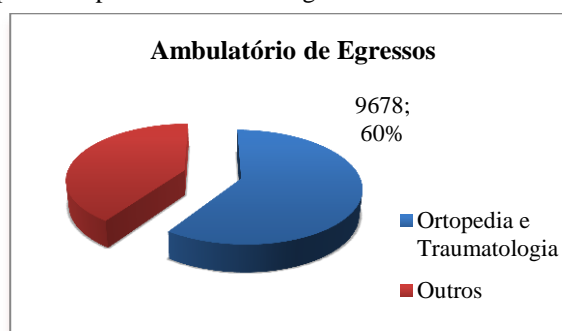
No quinto ano do hospital, foram 11.510 atendimentos realizados pela especialidade na Emergência e Urgência Ortopédica e 9.678 no Ambulatório de Egressos, conforme gráficos 36 e 37, correspondendo a 18 e 60% do total de atendimentos nestes setores, respectivamente.

Gráfico 36: Atendimentos na Urgência e Emergência pela Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 37: Atendimentos no Ambulatório de Egressos pela Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 31 mostra o número de atendimentos realizados pela especialidade ao longo dos cinco anos do hospital, onde pode ser observado aumento no último ano, com média

diária de 31,5 atendimentos na Urgência e Emergência e 46,5 por turno de atendimento no Ambulatório de Egressos. Em ambos, predominaram os pacientes adultos.

Tabela 31: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 1 a 5

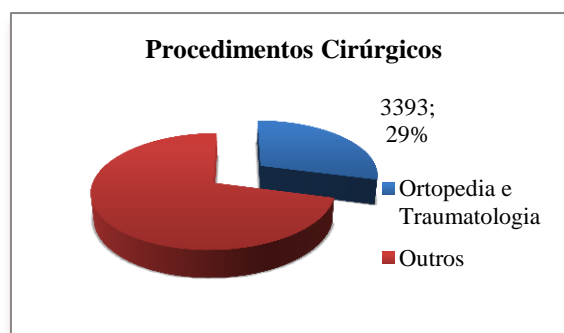
	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Pacientes adultos	6.708	9.503	8.330	8.335	9.827
Pacientes pediátricos	1.089	2.065	1.784	1.704	1.683
Total	7.797	11.568	10.114	10.039	11.510
Média diária	21,4	31,7	27,7	27,5	31,5
Ambulatório de Egressos					
Pacientes adultos	3.806	6.767	7.817	7.456	7.918
Pacientes pediátrico	1.090	1.600	2.020	1.549	1.760
Total	4.896	8.367	9837	9.005	9.678
Média por turno	23,5	40,2	47,3	43,3	46,5
Interconsultas					
Total	1.872	2.790	2.995	3.264	3.773
Média diária	5,1	7,6	8,2	8,9	10,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 31 também mostra o quantitativo anual de interconsultas solicitadas para a especialidade, que teve comportamento crescente, atingindo uma média diária de 10,3 no último ano.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, foram realizados 3.393 no quinto ano, representando 29,1% do total (gráfico 38). Na tabela 32 pode ser observado que houve aumento progressivo do número de procedimentos, atingindo uma média de 9,3 por dia, sendo predominante em pacientes adultos.

Gráfico 38: Procedimentos cirúrgicos da Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 32: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Pacientes adultos	1.628	1.968	1.980	2.196	2.921
Pacientes pediátricos	332	440	430	370	472
Total	1.960	2.408	2.410	2.566	3.393
Média diária	5,4	6,6	6,6	7,0	9,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 33 mostra os principais procedimentos cirúrgicos ortopédicos realizados no quinto ano do hospital, onde as fraturas complexas prevaleceram.

Tabela 33 : Principais procedimentos cirúrgicos da Ortopedia e Traumatologia – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Tratamento cirúrgico de fraturas da diáfise da tíbia	261
Tratamento cirúrgico de fraturas da diáfise do fêmur	203
Tratamento cirúrgico de fraturas transtrocantérica	124
Tratamento cirúrgico de fratura metáfise distal de antebraço	122
Tratamento cirúrgico de fraturas maleolar do tornozelo	120
Retirada fixador externo	101
Tratamento cirúrgico de Fraturas de colo de femur	99
Tratamento cirúrgico de fratura do planalto de tíbia	84

Fonte: Sistema Informatizado - HS

No ano de 2014, o HS iniciou a residência médica própria em Ortopedia, disponibilizando 02 vagas por ano, com duração de 03 anos, e a pesquisa vem sendo fomentada de forma crescente, já com alguns trabalhos publicados.

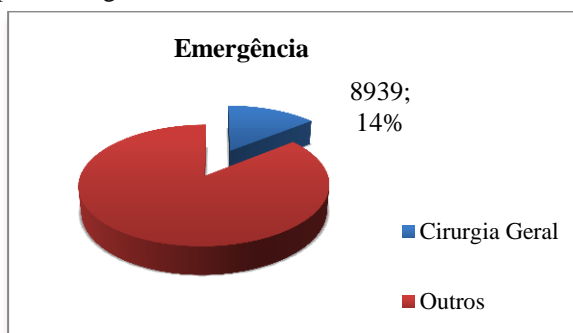
9.2 CIRURGIA GERAL

O Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Subúrbio, ao longo dos anos vem cumprindo seus objetivos primordiais: realizar Medicina assistencial de alto nível, prestando atendimento de excelência à população, educando jovens estudantes e formando novos cirurgiões. Desta maneira vem congregando todos em torno da observação dos ditames da “Cirurgia Segura”.

Conta com a participação de médicos especialistas em Cirurgia Geral dedicados ao atendimento das urgências e emergências cirúrgicas, indiscriminadamente, com qualidade e acompanhamento horizontal dos pacientes. Além disto, médicos diaristas discutem em visitas às enfermarias e orientam o tratamento dos pacientes nas Unidades de Internação, UTI e Ambulatório.

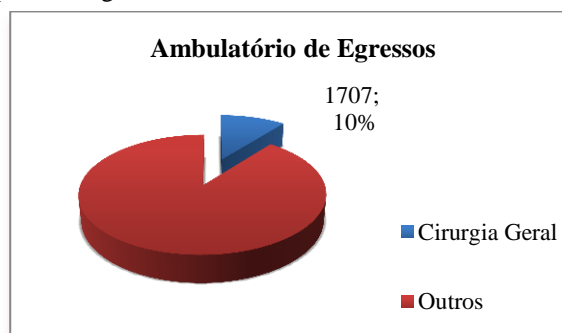
No quinto ano do HS, conforme gráficos 39 e 40, foram 8.939 pacientes atendidos pela especialidade de Cirurgia Geral na Emergência (14,2% do total de atendimentos no setor) e 1.707 no Ambulatório de Egressos (10,5% do total), representando a segunda especialidade em número de atendimentos nos dois setores.

Gráfico 39: Atendimentos na Urgência e Emergência pela Cirurgia Geral – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 40: Atendimentos no Ambulatório de Egressos pela Cirurgia Geral – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 34 mostra o número de atendimentos realizados pela especialidade, onde pode ser observada, no último ano, uma média de 24,5 atendimentos por dia na Emergência, 32,8 atendimentos por turno no Ambulatório de Egressos e 9,1 interconsultas por dia.

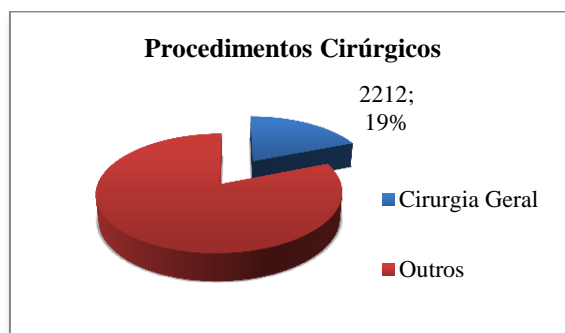
Tabela 34: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Cirurgia Geral – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Total	5.273	7.201	7.825	7.539	8.939
Média diária	14,5	19,7	21,4	20,7	24,5
Ambulatório de Egressos					
Total	1.237	1.678	1.667	1.838	1.707
Média por turno	23,8	32,3	32,1	35,4	32,8
Interconsultas					
Total	2.099	3.075	3.109	3.002	3.322
Média diária	5,8	8,4	8,5	8,2	9,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, foram realizados 2.212 no quinto ano, representando 19% do total (gráfico 41). Vale salientar que houve aumento na quantidade de procedimentos realizados pela especialidade, atingindo uma média de 6,1 por dia no último ano, conforme demonstrado na tabela 35.

Gráfico 41: Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Geral – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 35: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Cirurgia Geral – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	1.478	2.025	1.905	1.934	2.212
Média diária	4,1	5,6	5,2	5,3	6,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 36 mostra os principais procedimentos cirúrgicos realizados pelo Serviço de Cirurgia Geral no quinto ano do hospital. Prevaleram as laparotomias exploradoras que foram indicadas para o tratamento de diversas condições nosológicas, seja por abdômen agudo inflamatório, obstrutivo ou hemorrágico, este último associado aos traumas abdominais.

Vale ressaltar o tratamento cirúrgico das patologias de vesícula, vias biliares e pâncreas e o tratamento das apendicites. Em ambos, à abordagem via laparoscópica foi mais utilizada, favorecendo para um menor tempo de internação destes perfis nosológicos.

Tabela 36 : Principais procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Geral - HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Laparotomia exploradora	506
Colecistectomia videolaparoscópica	237
Apendicectomia videolaparoscópica	208
Apendicectomia	75
Toracostomia com drenagem fechada	73
Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em cirurgia	36
Cirurgia múltipla	36
Enterectomia	36
Colecistectomia	27
Hemicolectomia	23

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Paralelamente às atividades assistenciais, o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Subúrbio investe na educação continuada, realizando sessões clínicas mensais sobre temas diversos com a participação dos cirurgiões, médicos residentes (inclusive de outros Serviços) e internos de medicina. Há o estímulo à pesquisa, com produção de trabalhos científicos, já apresentados em congressos da especialidade. Vale ressaltar que o Hospital do Subúrbio conta com programa próprio de residência em Cirurgia do Trauma.

A partir de julho de 2015, seguindo a vocação assistencial e acadêmica do Hospital do Subúrbio, em um esforço conjunto e multidisciplinar dos seus diversos profissionais e com o apoio decisivo do seu corpo diretivo, foi desenvolvida e aplicada a “Linha de Cuidado ao Politraumatizado”. A sistematização do atendimento ao paciente, desde sua chegada até o momento da alta hospitalar, promoveu maior eficácia na comunicação e padronização de condutas, na busca do melhor resultado para o paciente.

A “Linha de Cuidado ao Politraumatizado” ocorre sob espírito de equipe colaborativo coordenado por um líder intitulado “Capitão do Trauma”, cuja função é garantir o atendimento ao paciente, de acordo com os protocolos previamente estabelecidos.

9.3 UROLOGIA

O Serviço de Urologia do Hospital do Subúrbio tem como objetivo prestar assistência de urgência e emergência de forma plena, com responsabilidade e qualidade. Funciona com 01 urologista de plantão com cobertura durante as 24 horas e 01 diarista. O plantonista faz atendimento na Emergência, realiza as cirurgias de urgência e emergência, além das cirurgias eletivas, e responde as intercorrências de pacientes internados. O diarista atua realizando a prescrição dos pacientes internados, responde interconsultas, atende no Ambulatório de Egressos e atua auxiliando os procedimentos cirúrgicos.

A tabela 37 mostra o número de atendimentos realizados pela especialidade ao longo dos cinco anos do hospital. Apesar da redução observada nos atendimentos de urgência e emergência, no quinto ano, ocorreram 299 internações por calculose renal, representando 2,6% das internações dos pacientes adultos, conforme previamente demonstrado na tabela 12.

No Ambulatório de Egressos, por outro lado, pode ser visto um número crescente de atendimentos, chegando a 1.387 no último ano, distribuídos em 5 turnos semanais.

Vale salientar também o quantitativo de interconsultas para a especialidade, com média diária de 4,1.

Tabela 37: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Urologia – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Total	996	1.345	1.037	596	546
Média diária	2,7	3,7	2,8	1,6	1,5
Ambulatório de Egressos					
Total	578	988	1.406	1.281	1.387
Média por turno	2,2	3,8	5,4	4,9	5,3
Interconsultas					
Total	1.212	1.873	1.680	1.618	1.497
Média diária	3,3	5,1	4,6	4,4	4,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, conforme a tabela 38, pode ser observado um comportamento estável na especialidade, com 1.196 procedimentos no último ano.

Tabela 38: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Urologia – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	809	983	1.167	1.087	1.196
Média diária	2,2	2,7	3,2	3,0	3,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 39 mostra os principais procedimentos urológicos realizados no quinto ano, onde o tratamento de calculose renal ou de hidronefrose prevaleceram. Assim, realizada por via endoscópica, a instalação cateter duplo J, a cistolitotomia e/ou retirada de corpo estranho e a ureterolitotomia corresponderam a 645 procedimentos.

Tabela 39 : Principais procedimentos cirúrgicos da Urologia – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Instalação endoscópica de cateter duplo J	282
Ureterolitotomia	233
Cistolitotomia e/ou retirada de corpo estranho na bexiga	109
Exploração cirúrgica da bolsa escrotal	41
Cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretroscopia	21
Orquiectomia unilateral	17
Orquidopexia unilateral	15
Tratamento cirúrgico de priaprismo	13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Vale ressaltar que para a retirada de cateter de duplo J nem sempre houve a necessidade de internação hospitalar, sendo possível este procedimento ser realizado a nível ambulatorial, através de fio externo deixado no intraoperatório.

O Serviço de Urologia do HS se tornou, ao longo do tempo, referência estadual em urgências e emergências urológicas, destacando-se pela presteza, agilidade na resolução das urgências, qualidade da assistência e resolutividade.

9.4 CIRURGIA PLÁSTICA

O serviço é constituído por 03 cirurgiões plásticos que atuam diariamente na instituição. É dado apoio as demais especialidades (cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, vascular, urologia, clinica médica, etc) na reparação de defeitos traumáticos, nas rotações de retalhos para fechamento de lesões e no cuidado de pacientes com úlceras por pressão, incluindo a realização de debridamentos. Os pacientes após a alta são acompanhados no Ambulatório de Egressos até a finalização do tratamento.

Conforme evidenciado na tabela 40, foram 643 interconsultas solicitadas ao serviço no último ano, com média de 1,8 por dia, e 465 atendimentos no Ambulatório de Egressos, com média de 3,0 por turno, sendo três turnos semanais.

Tabela 40: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Cirurgia Plástica – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Ambulatório de Egressos					
Total	-	295	429	429	465
Média por turno	-	1,9	2,8	2,8	3,0
Interconsultas					
Total	402	541	657	575	643
Média diária	1,1	1,9	1,8	1,6	1,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, conforme demonstrado na tabela 41, pode ser observado expressivo aumento ao longo do tempo, atingindo uma marca de 1.014 no quinto ano, o que representa uma média diária de 2,8 procedimentos por dia. Em geral foram procedimentos de debridamento cirúrgico, enxertias de pele, rotação de retalhos, tratamento de queimados, reconstrução pós trauma de pálpebras, orelha, lábio, etc.

Tabela 41: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Cirurgia Plástica – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	454	669	712	739	1.014
Média diária	1,2	1,8	2,0	2,0	2,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 42 mostra os principais procedimentos cirúrgicos da especialidade realizados no quinto ano do hospital.

Tabela 42 : Principais procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Plástica – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Enxerto dermo-epidérmico	42
Desbridamento de úlcera/tecido desvitalizado	28
Tratamento cirúrgico de lesões extensas com perda subcutânea	13
Excisão e sutura de lesões de pele com plástica em Z ou rotação de retalho	6
Curativo grau II com ou sem desbridamento	4
Curativo em grande queimado	2

Fonte: Sistema Informatizado - HS

9.5 NEUROCIRURGIA

O Serviço de Neurocirurgia funciona 24 horas por dia, com equipe de plantão para atendimento de urgência e emergência, além de médicos diaristas que acompanham os pacientes internados, respondem interconsultas e atendem no Ambulatório de Egressos.

A tabela 43 mostra a produção do serviço ao longo dos cinco anos do hospital. Foram 303 atendimentos diretos da especialidade na Emergência no último ano, excluindo-se os atendimentos secundários, 1.447 no Ambulatório de Egressos e 4.699 interconsultas.

Tabela 43: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Neurocirurgia – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Total	619	906	1.143	560	303
Média diária	1,7	2,5	3,1	1,5	0,8
Ambulatório de Egressos					
Total	519	883	709	1.244	1.447
Média por turno	5,0	8,5	6,8	12,0	13,9
Interconsultas					
Total	1.624	2.671	3.398	3.757	4.699
Média diária	4,5	7,3	9,3	10,3	12,9

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Vale ressaltar que ao final do terceiro ano estabeleceu-se uma nova sistemática de atendimento aos pacientes da Emergência, com o atendimento inicial passando a ser feito pela Cirurgia Geral e Clínica Médica, justificando a redução dos atendimentos primários da especialidade e o aumento das solicitações de interconsultas.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, destaca-se o aumento progressivo desde o primeiro ano, conforme demonstrado na tabela 44, atingindo 691 no último ano, com uma média de 1,9 procedimentos por dia.

Tabela 44: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Neurocirurgia – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	366	394	534	582	691
Média diária	1,0	1,1	1,5	1,6	1,9

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 45 mostra os principais procedimentos neurocirúrgicos realizados no quinto ano. Dentre eles, destacaram-se a derivação ventricular externa, craniotomia descompressiva e drenagem de hematomas, corroborando com o perfil institucional de urgência e emergência, onde foram prevalentes o traumatismo craniano e o acidente vascular cerebral.

Tabela 45 : Principais procedimentos cirúrgicos da Neurocirurgia – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Implante de derivação ventricular externa (DVE)	65
Angiografia cerebral de 4 vasos	50
Reconstrução craniana	48
Craniotomia descompressiva	46
Tratamento cirúrgico de hematoma extradural	38
Tratamento cirúrgico de fístula liquórica	36
Microcirurgia para tumor intracraniano	34
Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico	31
Tratamento cirúrgico de hematoma intracerebral	31
Tratamento cirúrgico de hematoma subdural agudo	27
Microcirurgia vascular intracraniana	27

Fonte: Sistema Informatizado - HS

9.6 CIRURGIA VASCULAR

O Serviço de Cirurgia Vascular desde a sua formação em 2010 vem sendo modificado e ampliado. Além de plantão presencial na Emergência 24 horas por dia e de diarista para avaliação dos pacientes internados e interconsultas, o serviço dispõe de método de imagem, com realização de duplex scan, atende no Ambulatório de Egressos, para o seguimento de pacientes operados na unidade, e atua no Serviço de Hemodinâmica, para diagnóstico e terapia em casos selecionados.

No quinto ano do HS, conforme demonstrado na tabela 46, ocorreram 236 atendimentos na Urgência e Emergência e 228 atendimentos no Ambulatório de Egressos. Vale salientar o crescente número de solicitações de interconsultas para a especialidade, atingindo 1.662 no último ano, que representou uma média de 4,6 por dia.

Tabela 46: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Cirurgia Vascular – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Total	441	537	420	279	236
Média diária	1,1	1,5	1,2	0,8	0,7
Ambulatório de Egressos					
Total	327	442	244	154	228
Média por turno	6,3	8,5	4,7	3,0	4,4
Interconsultas					
Total	749	1.348	1.415	1.450	1.662
Média diária	2,1	3,7	3,9	4,0	4,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 47 mostra o número de procedimentos cirúrgicos realizados pela Cirurgia Vascular ao longo dos cinco anos do hospital, onde pode ser observada estabilização no quantitativo, com 394 procedimentos no último ano. Dentre eles, foi prevalente os debridamentos e amputações, assim como as revascularizações, seja cirúrgica ou por via percutânea (tabela 48), refletindo o perfil dos pacientes atendidos, onde portadores de doença vascular periférica crônica agudizada e pé diabético superaram, nesta especialidade, os atendimentos ao trauma.

Tabela 47: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Cirurgia Vascular – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	318	351	366	391	394
Média diária	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

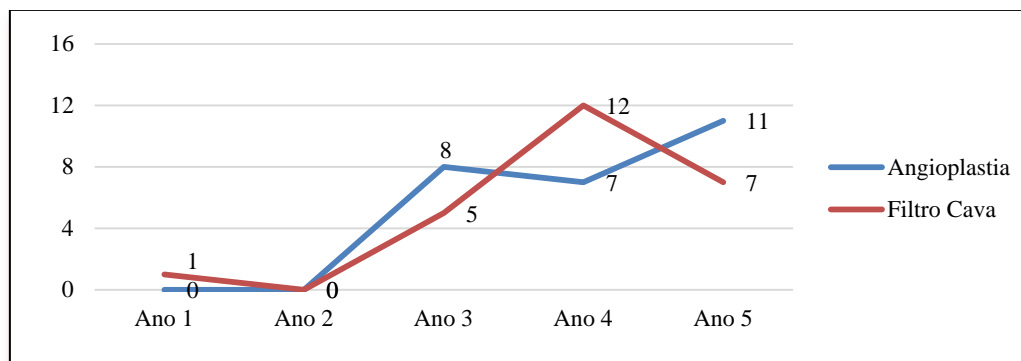
Tabela 48 : Principais procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Vascular – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Debridamento de úlcera / tecidos desvitalizados	54
Arteriografia de membros	49
Amputação / desarticulação	49
Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas	16
Revascularização cirúrgica de membros	13
Embolectomia arterial	12
Debridamento de fascíte necrotizante	12
Angioplastia de Extremidades	11
Revisão de coto amputado	6
Fasciotomia	5

Fonte: Sistema Informatizado - HS

Embora ainda em pequena proporção, o Serviço de Cirurgia Vascular vem registrando intervenções endovasculares, como a colocação de filtro de veia cava inferior e a realização de angioplastia periférica (gráfico 42).

Gráfico 42: Número de procedimentos de hemodinâmica – Cirurgia Vascular – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

9.7 CIRURGIA TORÁCICA

A Cirurgia Torácica como especialidade encontra-se presente no Hospital do Subúrbio desde sua fundação. Atualmente o serviço conta com a colaboração de 04 cirurgiões, que atuam 07 dias por semana, como diaristas e interconsultores. O modelo assistencial adotado consiste no acompanhamento diário dos pacientes com moléstias torácicas que possam demandar alguma necessidade de abordagem cirúrgica. Também atua como suporte para as especialidades clínicas e cirúrgicas, especialmente na terapia intensiva, onde é responsável pela realização de traqueostomia.

Assim, conforme a tabela 49, pode ser observado o progressivo aumento no número de solicitações de interconsultas, chegando a 1.229 no quinto ano. No entanto, muitas delas foram repetidas durante o processo de realização de traqueostomia.

Tabela 49: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Cirurgia Torácica – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Ambulatório de Egressos					
Total	-	72	88	22	-
Interconsultas					
Total	340	659	926	986	1.229
Média diária	0,9	1,8	2,5	2,7	3,4

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na tabela 50 está demonstrado o comportamento do número de procedimentos cirúrgicos realizados, tendo atingido 241 no último ano. Dentre eles, a traqueostomia foi prevalente, com 125 casos (tabela 51), geralmente indicada em pacientes com quadros neurológicos, que não protegiam as vias aéreas, ou em pacientes que necessitavam de suporte ventilatório mecânico por tempo prolongado, conforme elegibilidade definida em protocolo institucional.

Tabela 50: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Cirurgia Torácica – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	233	162	224	205	241
Média diária	0,6	0,4	0,6	0,6	0,7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 51 : Principais procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Torácica – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Traqueostomia	125
Decorticação pulmonar	5
Toracostomia com drenagem pleural fechada	4
Tratamento de traumatismo com lesão de órgão torácico	2

Fonte: Sistema Informatizado - HS

9.8 CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é a especialidade odontológica responsável por tratar as deformidades congênitas ou adquiridas da face e cavidade bucal.

Vale ressaltar que o HS destaca-se por ser referência, em Salvador e região Metropolitana, no atendimento dos indivíduos que são acometidos por politrauma e traumas de face, comumente secundários aos acidentes automobilísticos, as agressões físicas, aos traumas ocasionados por armas de fogo ou armas brancas, aos acidentes esportivos ou acidentes ocasionais, como acidentes de trabalho ou quedas.

Na tabela 52 está demonstrado o quantitativo de atendimentos ao longo dos cinco anos, onde pode ser observada redução dos atendimentos na Emergência e aumento das solicitações de Interconsultas. Isto decorre de muitos atendimentos serem realizados por solicitação de outras especialidades, especialmente da Cirurgia Geral.

Tabela 52: Quantitativo de atendimentos - Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Total	1.223	1.756	1.072	748	563
Média diária	3,4	4,8	2,9	2,1	1,5
Ambulatório de Egressos					
Total	401	332	504	493	687
Média por turno	1,5	1,3	1,9	1,9	2,6
Interconsultas					
Total	539	744	797	892	1.087
Média diária	1,5	2,0	2,2	2,4	3,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

No atendimento da Emergência é feita a avaliação do tipo de lesão em face ou cavidade bucal e a indicação de tratamento conservador ou cirúrgico. Também são realizadas suturas e tratamento de traumas dento - alveolares.

O atendimento no Ambulatório de Egressos ocorre diariamente, assim como acompanhamento e as avaliações de pacientes com traumas de face ou lesões em cavidade bucal internados.

Na tabela 53 pode observado aumento do número de procedimentos realizados, atingindo 164 no último ano. Destes, 147 foram em pacientes adultos (89,6%) e 17 em pediátricos (10,4%). A tabela 54 mostra os procedimentos mais prevalentes.

Tabela 53: Procedimentos cirúrgicos – Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	75	95	148	112	164
Média diária	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 54 : Principais procedimentos - Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Osteossíntese de fratura de mandíbula	85
Osteossíntese de fratura orbito-zigomático-maxilar	46
Redução cirúrgica de fratura dos ossos próprios do nariz	43
Osteossíntese de fratura de osso zigomático	11
Osteossíntese de fratura complexa do maxilar	11
Reconstrução da mandíbula/maxila	18
Redução total da mandíbula/maxila	9
Redução da fratura de mandíbula sem osteossíntese	9
Osteotomia da mandíbula	5
Reconstrução do sulco gengivolabial	5
Tratamento cirúrgico de fratura de osso zigomático sem osteossíntese	5

Fonte: Sistema Informatizado - HS

9.9 CIRURGIA PEDIÁTRICA

O Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital do Subúrbio atua em todos os setores de atendimento pediátrico, desde a entrada do paciente na Emergência até seu acompanhamento ambulatorial pós-operatório como egresso. Presta assistência às patologias cirúrgicas incidentes nesta faixa etária, com seus variados níveis de complexidade, sejam das urgências cirúrgicas torácicas, abdominais ou geniturinárias.

Desde a inauguração do hospital, a especialidade vem se destacando por sua produção. No último ano, a despeito do número de atendimentos na Emergência ter reduzido, houve aumento expressivo do número de procedimentos cirúrgicos, chegando a 1.378 procedimentos, conforme demonstrado na tabela 56.

Tabela 55: Quantitativo de atendimentos – Serviço de Cirurgia Pediátrica – HS – Ano 1 a 5

	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Urgência Emergência					
Total	1.033	1.227	1.136	1.049	365
Média diária	2,8	3,4	3,1	2,9	1,0
Ambulatório de Egressos					
Total	328	606	476	473	422
Média por turno	2,1	3,9	3,1	3,0	2,7
Interconsultas					
Total	292	685	616	649	571
Média diária	0,8	1,9	1,7	1,8	1,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Tabela 56: Procedimentos cirúrgicos – Serviço de Cirurgia Pediátrica – HS – Ano 1 a 5

Procedimentos Cirúrgicos	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Total	422	699	921	1.024	1.378
Média diária	1,2	1,9	2,5	2,8	3,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Dentre os principais procedimentos, conforme demonstrado na tabela 57, apendicectomia, laparotomia exploradora, ressecção de eplipon e liberação de aderências intestinais, além de drenagem torácica, prevaleceram.

Tabela 57 : Principais procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Pediátrica – HS - Ano 5

Descrição	Quantidade
Apendicectomia	75
Laparotomia exploradora	59
Ressecção de eplipon	57
Toracostomia com drenagem pleural fechada	51
Liberação de aderências intestinais	47
Instalação de cateter duplo lumen	37
Colorrafia por via abdominal	25
Enterotomia e/ou enterorrafia	14
Pneumorrafia	11
Decorticação pulmonar	10
Apendicectomia via laparoscópica	7

Fonte: Sistema Informatizado - HS

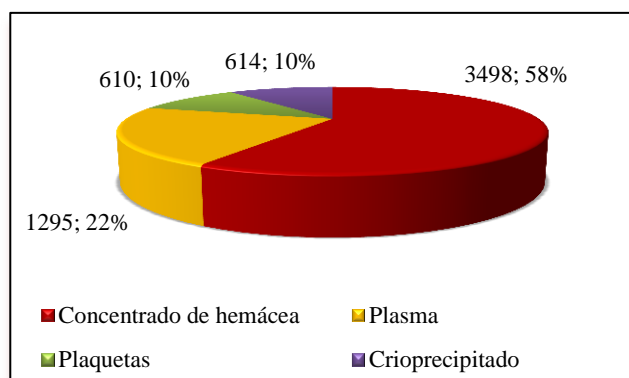
10 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

A Agência Transfusional do HS possui uma equipe especializada em prestar assistência hemoterápica cujas competências estão definidas de acordo com a legislação vigente. É vinculada ao Hemocentro Coordenador - HEMOBA, responsável pelo suprimento dos hemocomponentes de todos os hospitais que compõem a rede de assistência do estado da Bahia, vinculadas ao SUS.

O Hospital do Subúrbio, diante do seu perfil institucional de urgência e emergência, predominantemente cirúrgico, onde as causas externas constituem o mais prevalente motivo de internação, necessita de suporte de hemoterapia eficaz e eficiente. Logo, a Agência Transfusional do HS vem acompanhando a programação de procedimentos invasivos e cirúrgicos e interagindo com as especialidades médicas na busca da adequação da indicação clínica, conforme protocolos institucionais estabelecidos. Além disto, vem realizando o gerenciamento de estoque dos hemocomponentes. Estas ações impactam na adequação da demanda a oferta para esta terapia e na redução do risco de complicações relacionadas.

No quinto ano do HS, ocorreram 6.017 hemotransfusões. No gráfico 43 está demonstrada a distribuição da utilização de hemocomponentes por tipo, sendo observada maior prevalência de concentrado de hemáceas (58,1%), seguido de plasma fresco (21,5%), crioprecipitado (10,2%) e plaquetas (10,1%).

Gráfico 43 : Distribuição do uso de hemocomponente - HS – Ano 5



N 6.017

Fonte: Hemoterapia / Sistema Informatizado – HS

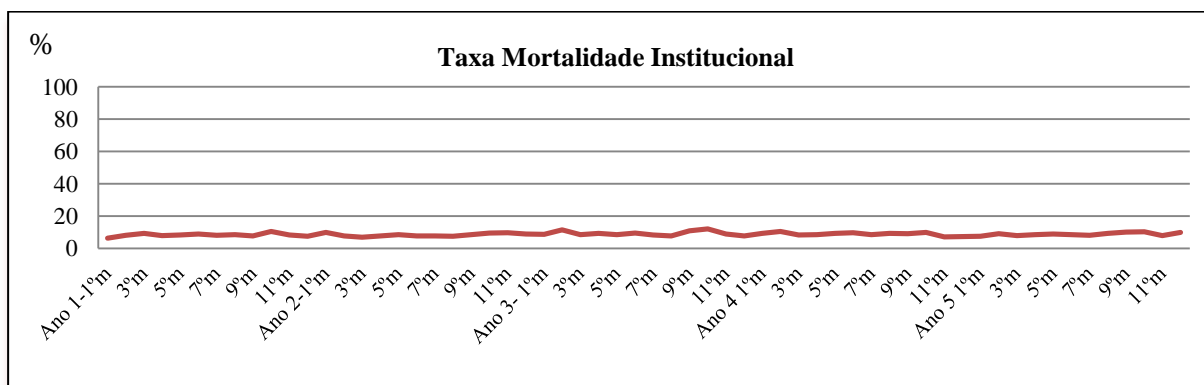
11 MORTALIDADE

A análise da mortalidade no ambiente hospitalar é uma importante ferramenta de avaliação do processo assistencial, pois possibilita a identificação de fragilidades no planejamento e execução do cuidado prestado aos pacientes, indicando estratégias para a melhoria da assistência.

No HS, vítimas de traumas e pacientes com doenças já avançadas, com disfunções orgânicas múltiplas, foram frequentes motivos de internação, com conseqüente correlação com o óbito.

O gráfico 44 mostra a Taxa de Mortalidade Institucional mensal ao longo dos cinco anos de funcionamento do HS, não sendo observada diferença significativa neste indicador. Porém, conforme demonstrado na tabela 10, houve redução com taxa de 8,9% no último ano.

Gráfico 44: Taxa de Mortalidade Institucional – HS –Ano 1 a 5

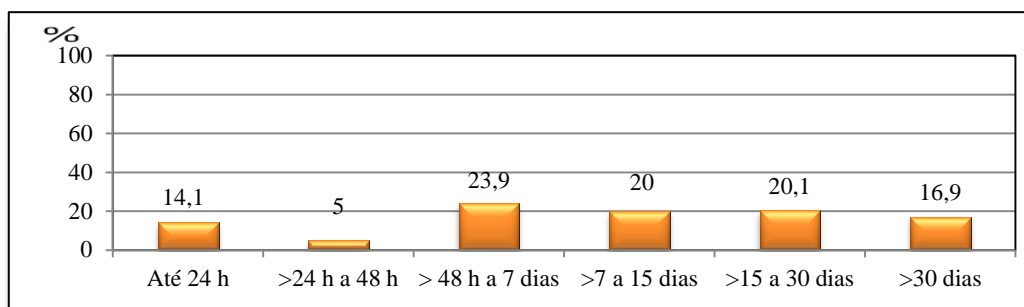


Fonte: Sistema Informatizado – HS

11.1 MORTALIDADE E TEMPO DE INTERNAÇÃO

Foram 1.441 pacientes que evoluíram com óbito no quinto ano do hospital. O gráfico 45 mostra a distribuição dos óbitos hospitalares pelo tempo de permanência, sendo observado alto percentual de mortalidade precoce, onde 14,1% dos óbitos ocorreram em até 24 horas (considerados não institucionais) e 19,1% em até 48 horas, refletindo a gravidade dos pacientes internados. Também chama atenção que 16,9% dos pacientes que evoluíram com óbitos tiveram mais do que 30 dias de internação (gráfico 45). Vale salientar que a maior permanência hospitalar está relacionada, habitualmente, aos pacientes de maior dependência funcional e risco.

Gráfico 45: Tempo de internação dos óbitos – HS – Ano 5

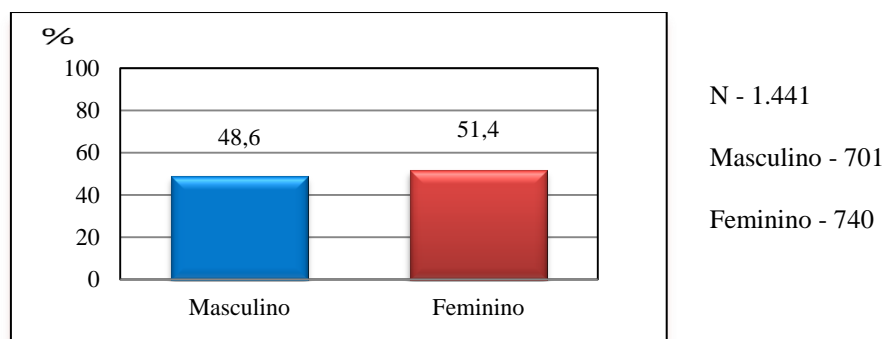


Fonte: Sistema Informatizado – HS

11.2 FAIXA ETÁRIA E GÊNERO

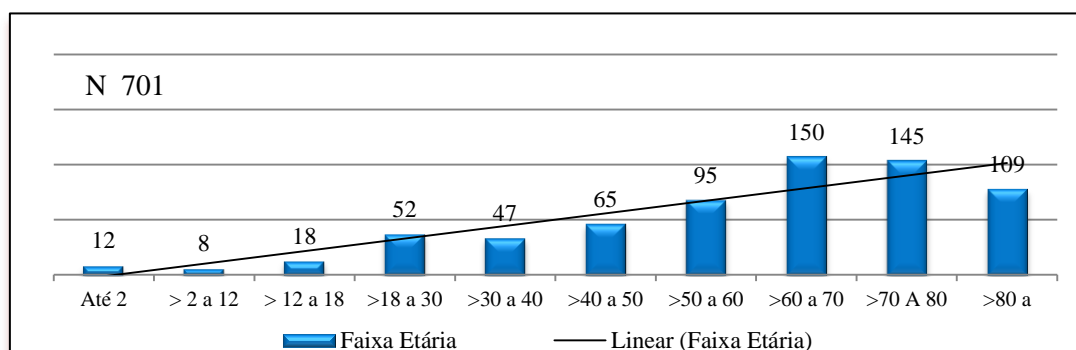
De 1.441 óbitos ocorridos, 701 (48,6%) foram do gênero masculino e 740 (51,4%) do feminino (gráfico 46). Na distribuição por faixa etária, observa-se aumento da proporção de óbitos com a idade nos dois gêneros (gráficos 47 e 48). No entanto, houve maior número de óbitos em faixas de idade mais jovens no gênero masculino do que no feminino, justificada pela maior exposição ao trauma. No gênero feminino, 75% dos óbitos ocorreram em faixas acima de 60 anos e 33,5% acima de 80 anos (gráficos 49 e 50).

Gráfico 46: Distribuição dos óbitos por gênero – HS – Ano 5



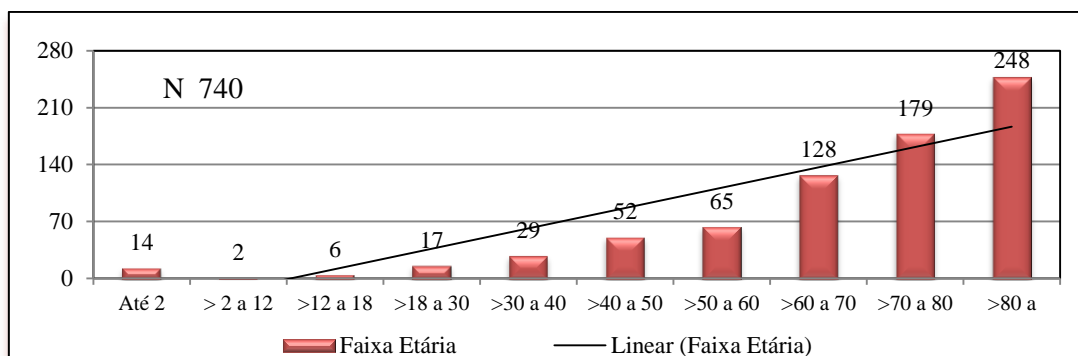
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 47: Distribuição dos óbitos do gênero masculino por faixa etária – HS – Ano 5



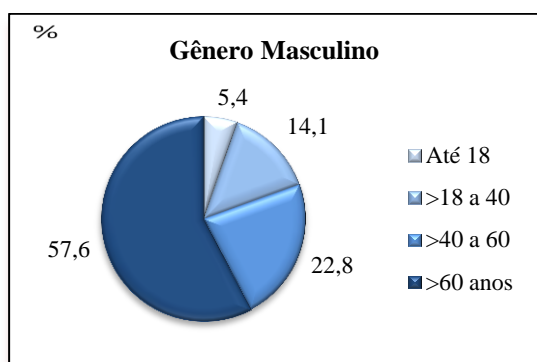
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 48: Distribuição dos óbitos do gênero feminino por faixa etária – HS – Ano 5



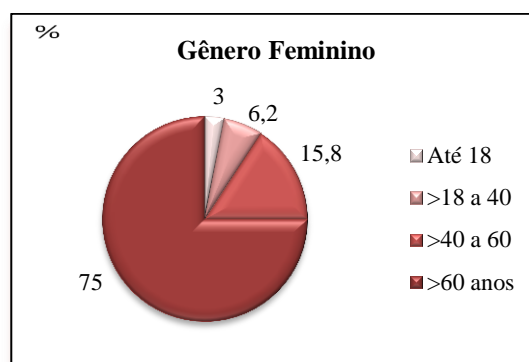
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 49: Distribuição dos óbitos por faixa etária no gênero masculino – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

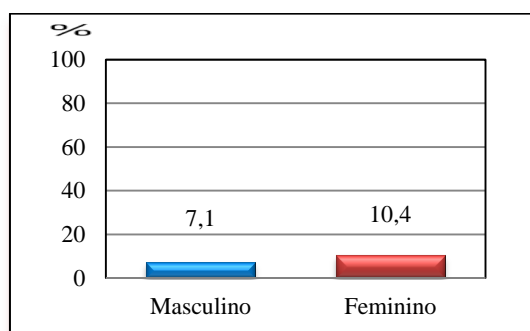
Gráfico 50: Distribuição dos óbitos por faixa etária no gênero feminino – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Quando avaliamos a Taxa de Mortalidade por gênero, observa-se que foi mais alta no feminino, com 10,4% (gráfico 51). No entanto, do total de óbitos no gênero feminino, 75% foram em pacientes com idade superior a 60 anos, contrastando com o masculino, onde o percentual foi de 57,6 (ver gráficos 49 e 50), justificando a diferença deste indicador.

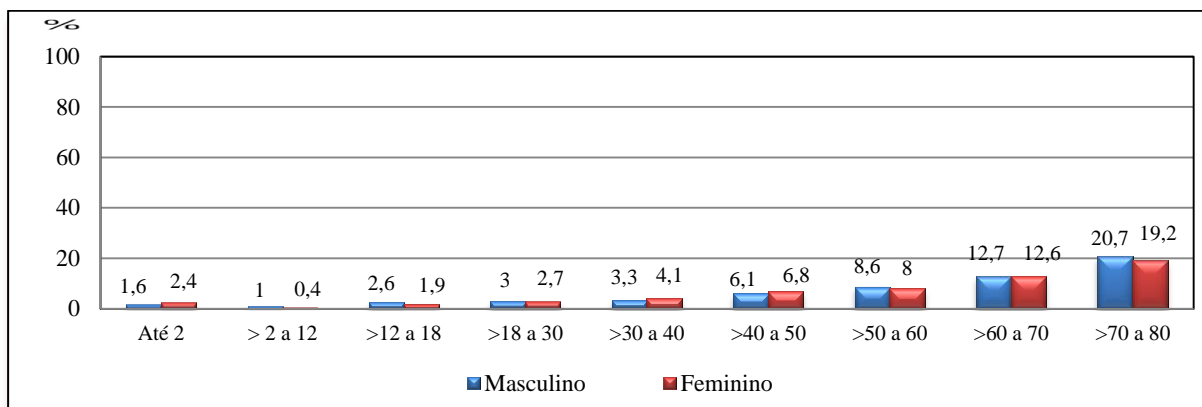
Gráfico 51: Taxa de Mortalidade por gênero – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A Taxa de Mortalidade por faixa etária foi similar nos dois gêneros, com pequena diferença na faixa acima de 12 a 18 anos, que foi maior no masculino. Este fato pode estar relacionado à sua maior exposição ao trauma (gráfico 52).

Gráfico 52: Taxa de Mortalidade por faixa etária e gênero – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

11.3 CONDIÇÕES ASSOCIADAS À MORTALIDADE

A tabela 58 mostra as condições associadas aos pacientes que evoluíram com óbito por grupos patológicos, a partir do CID sinalizado pelo médico no relatório de Alta por Óbito.

Tabela 58: Condições associadas aos óbitos – HS – Ano 5

Grupos de Patologias	N	Percentual
Infecciosas	667	46,3
Cardiológicas	234	16,2
Neurológicas	214	14,9
Digestivas	158	11,0
Causas Externas	157	10,9
Respiratórias	137	9,5
Renais	127	8,8
Neoplasias	89	6,2

Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos/ Sistema Informatizado – HS

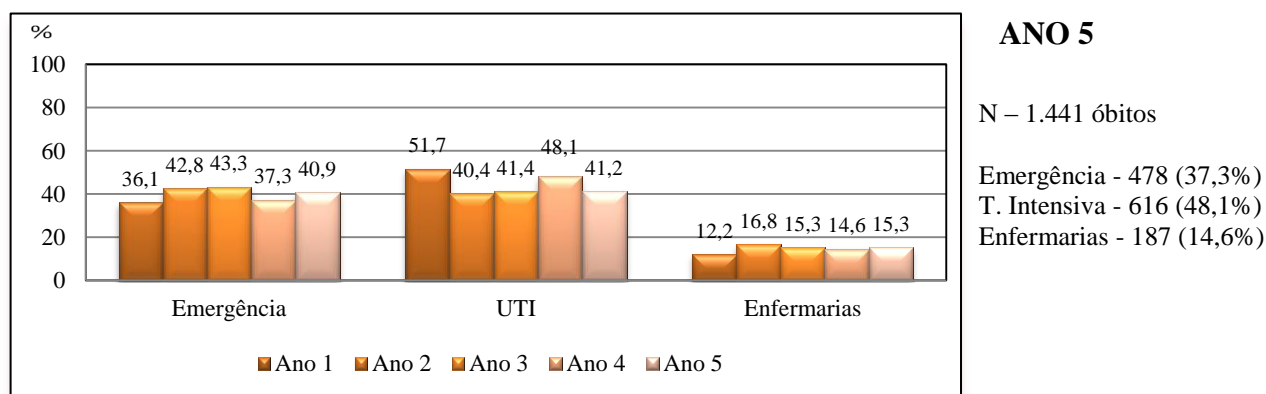
Dentre as condições relacionadas, a infecção teve destaque, seja como motivo de internação, já com sepse grave/choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos, seja como complicação na evolução do paciente.

O acidente vascular cerebral, especialmente hemorrágico (incluído no grupo neurológico), e o trauma craniano (incluído em causas externas) também foram importantes. Pacientes com doenças crônicas descompensadas foram prevalentes, dentre elas as cardiopatias (isquêmicas e hipertensivas), as doenças pulmonares, doenças renais e hepatopatias, além de pacientes com grave comprometimento cognitivo, acamados, com seqüelas de acidentes vasculares cerebrais prévios e demências. Neoplasia foi vista em 6,2% dos óbitos.

11.4 MORTALIDADE E LOCAL DE OCORRÊNCIA

A distribuição dos óbitos por local de ocorrência aponta que a maioria ocorreu nas Unidades de Terapia Intensiva, com 616 casos (41,2%), conforme demonstrado no gráfico 53. Dos 478 óbitos ocorridos na Emergência (40,9% do total), 137 (23,3%) foram até 24 horas da internação e 159 (27%) ocorreram na Estabilização, setor adaptado com equipe multidisciplinar específica, recursos de monitorização e suporte avançado, refletindo um perfil de pacientes de maior gravidade.

Gráfico 53: Distribuição dos óbitos por local de ocorrência –HS– Ano 1 a 5

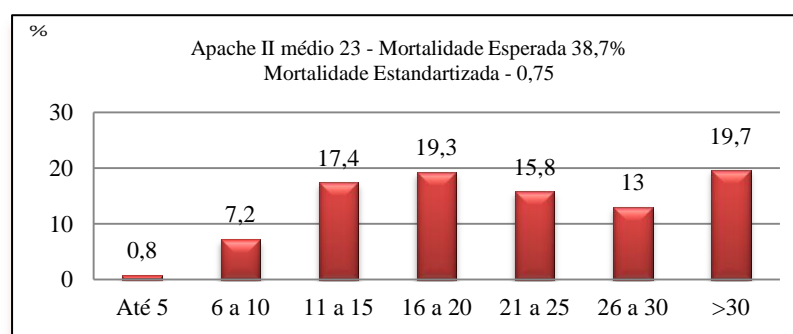


Fonte: Sistema Informatizado – HS

Todos os pacientes adultos internados nas unidades intensivas são avaliados quanto ao risco de óbito hospitalar através do escore prognóstico Apache II. Os gráficos 54 a 56 mostram a distribuição dos pacientes avaliados por faixa deste escore, sinalizando um maior risco, especialmente nas UTI's Adulto I e II e UTI Adulto III, onde há predomínio de pacientes com perfis clínicos.

As UTI's Adulto I e II são unidades com alto risco de óbito, conforme o escore Apache II. Foram 595 avaliações realizadas no quinto ano, com média de Apache II de 23, predizendo um risco de óbito de 38,7%. Ao considerar a mortalidade esperada, a mortalidade observada foi abaixo, numa relação de 0,75 (gráfico 54). Vale salientar ainda a observação de 32,7% dos casos com escore acima de 25 e 19,7% acima de 30, demonstrando gravidade clínica.

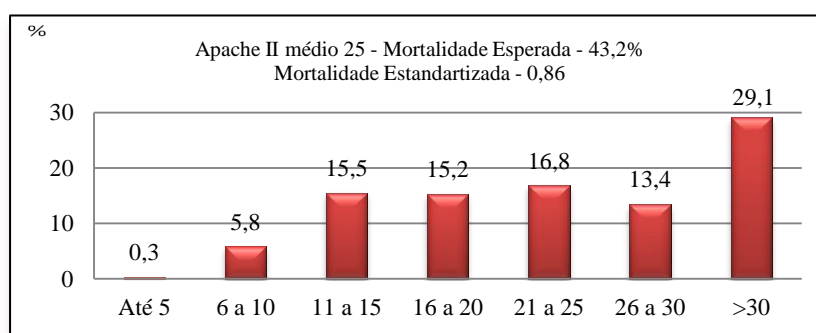
Gráfico 54: Distribuição dos pacientes pelo escore Apache II - UTI's Adulto I e II – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Foram realizadas 681 avaliações de pacientes pelo escore Apache II na UTI Adulto III, com a média do Apache II de 25, predizendo um risco de óbito de 43,2%. A mortalidade observada foi abaixo da esperada, com relação de 0,86 (gráfico 55). Também na unidade chamou a atenção da alta gravidade clínica, onde 42,5% dos pacientes tiveram escore acima de 25 e 29,1% acima de 30.

Gráfico 55: Distribuição dos pacientes pelo escore Apache II - UTI Adulto III – HS – Ano 5

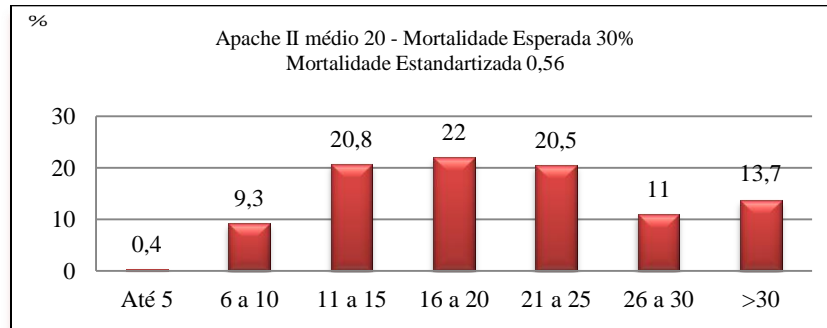


Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na UTI Cirúrgica foram 506 avaliações no período, com média do escore Apache II de 21 e risco de óbito predito de 32,6%. A mortalidade observada foi abaixo da esperada, com relação de 0,59, bem abaixo das outras, mas justificável pelo seu perfil (gráfico 56). Em

contraste com as UTI's Adulto I e II e a III, 24,7% dos pacientes tiveram escore acima de 25 e 13,7% acima de 30.

Gráfico 56: Distribuição dos pacientes pelo escore Apache II – UTI Cirúrgica - HS – Ano 5

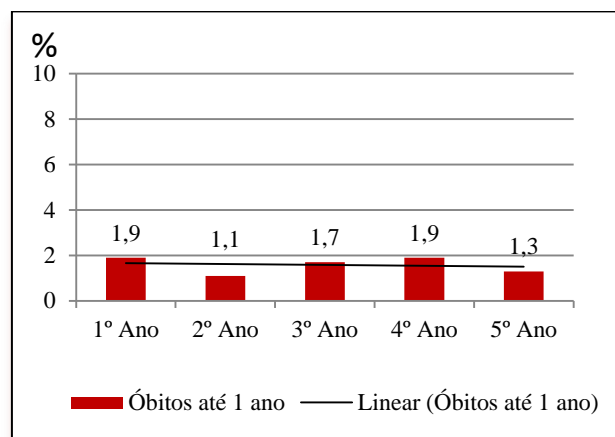


Fonte: Sistema Informatizado – HS

11.5 MORTALIDADE INFANTIL

O óbito no primeiro ano de vida não é prevalente no hospital, tendo, no quinto ano, ocorrido 18 casos em pacientes internados, correspondendo a 1,3% do total de óbitos (gráfico 57). Todos foram no período pós neonatal.

Gráfico 57: Percentual de óbitos no 1º ano de vida - HS – Ano 1 a 5



Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/ Sistema Informatizado – HS

Dentre as condições associadas, conforme tabela 59, foram prevalentes as infecções (44,4%) e as doenças do aparelho respiratório (22,2%). A presença de má formações foi identificada em 2 casos (11,1%).

Tabela 59: Condições associadas ao óbito no 1º ano de vida – HS – Ano 5

Condições associadas	N	%
Infecção	8	44,4%
Respiratória	4	22,2%
Digestiva	3	16,7%
Cardiovascular	2	11,1%
Má Formação	2	11,1%
Não especificado	2	11,1%

N 18

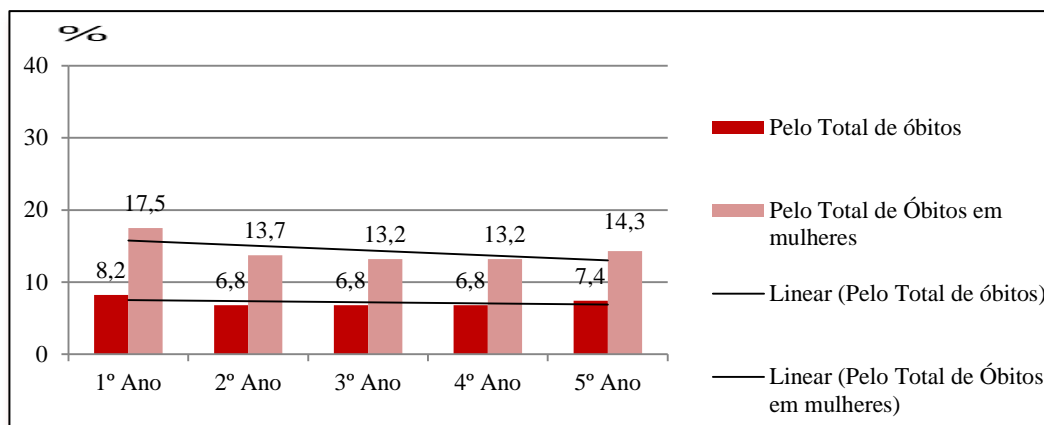
Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/ Sistema Informatizado – HS

11.6 MULHER EM IDADE FÉRTIL (MIF)

É considerada mulher em idade fértil quando na faixa etária de 10 a 49 anos.

No quinto ano, ocorreram 106 óbitos de mulheres em idade fértil que foram internadas no hospital, correspondendo a 7,4% do total de óbitos e 14,3% do total de óbitos em mulheres, com aumento em relação aos anos anteriores (gráfico 58).

Gráfico 58: Percentual de óbitos em MIF - HS – Ano 1 a 5



Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/ Sistema Informatizado – HS

Dentre as condições relacionadas aos óbitos, conforme tabela 60, a infecção foi prevalente, com 38 casos (35,9%), seja como motivo de internação ou como complicação no decorrer da evolução clínica. As causas externas, especialmente o trauma, ocupou a segunda posição, com 22 casos (21,8%), seguida das doenças neurológicas, principalmente o AVC, com 18 casos (17%).

Tabela 60: Condições associadas ao óbito em MIF – HS – Ano 5

Condições associadas	N	%
Infecção	38	35,9
Causa Externa	22	20,8
Neurológica	18	17,0
Respiratória	6	5,7
Digestiva	5	4,7
Neoplasia	5	4,7
Cardiovascular	5	4,7
Renal /Metabólico	2	1,9
Não especificado	5	4,7

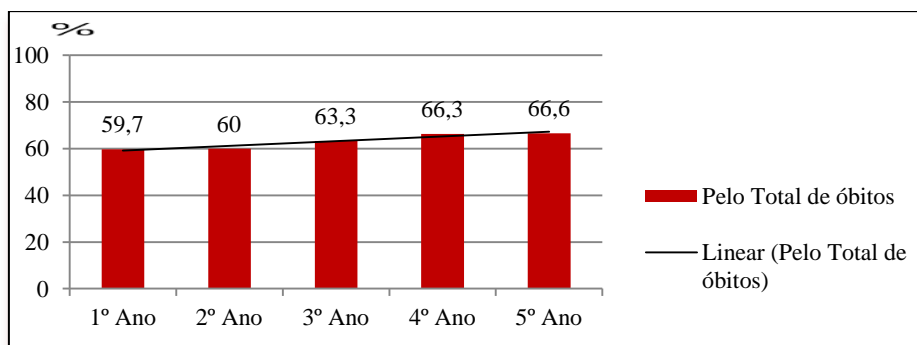
N 106

Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/ Sistema Informatizado – HS

11.7 MORTALIDADE EM FAIXA ETÁRIA ACIMA DE 60 ANOS

O gráfico 59 mostra o percentual de óbitos na faixa etária acima de 60 anos, sendo observado aumento ao longo dos cinco anos do hospital, atingindo 66,6% no último ano. Dos 959 óbitos ocorridos nesta faixa etária, 555 foram no gênero feminino (57,9%) e 404 no masculino (42,1%).

Gráfico 59: Percentual de óbitos acima de 60 anos – HS – Ano 1 a 5



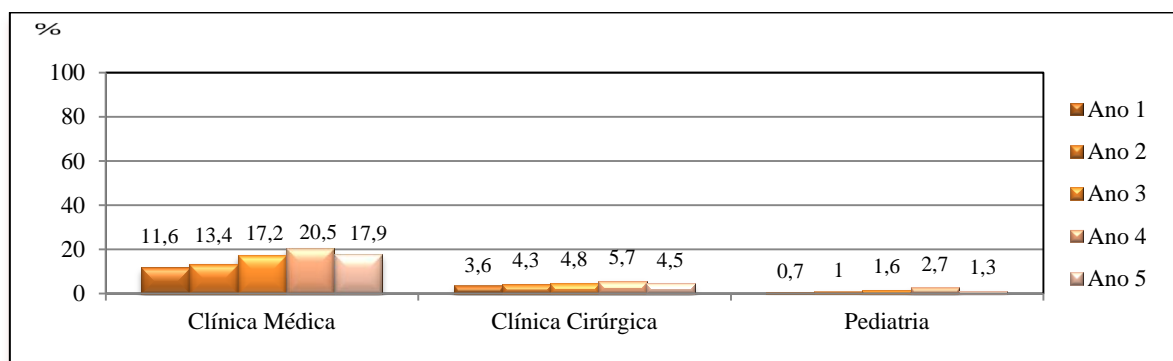
Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos/ Sistema Informatizado – HS

Dentre as causas de óbitos nesta faixa etária, sabe-se que as doenças crônicas e degenerativas prevalecem, mas também infecções, causas externas (queda da própria altura com fratura de fêmur) e as doenças do aparelho circulatório, incluindo AVC.

11.8 MORTALIDADE POR CLÍNICAS

No gráfico 60 estão demonstradas as Taxas de Mortalidade por clínicas ao longo dos cinco anos do HS. Os pacientes clínicos apresentaram maior Taxa de Mortalidade, atingindo 17,9% no último ano, porém, são pacientes com mais comorbidades e comprometimento de funções sistêmicas. As Taxas de Mortalidade na Clínica Cirúrgica e na Pediatria foram de 4,5 e 1,3%, respectivamente. Vale salientar que em todas as clínicas ocorreu redução em relação aos anos anteriores.

Gráfico 60: Taxa de Mortalidade por clínicas – HS – Ano 1 a 5

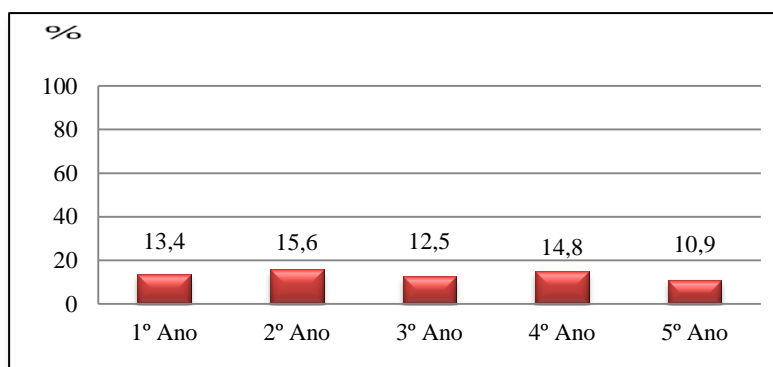


Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos/ Sistema Informatizado – HS

11.9 MORTALIDADE ASSOCIADA ÀS CAUSAS EXTERNAS

No quinto ano do hospital, foram 157 óbitos relacionados às causas externas, correspondendo a 10,9% do total (ver tabela 58). Vale salientar que as causas externas foram os principais motivos de internação hospitalar, conforme previamente referido, e sua evolução para óbito foi associada à gravidade da lesão. O gráfico 61 apresenta o comportamento percentual em relação ao total de óbitos ao longo dos cinco anos.

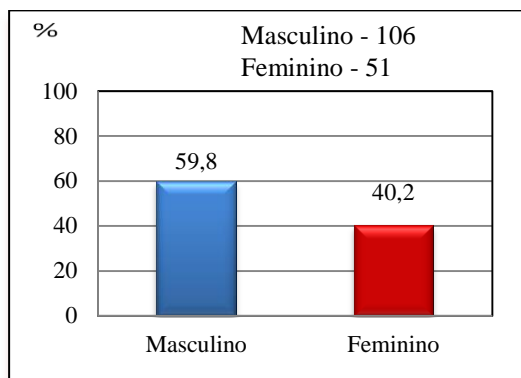
Gráfico 61: Percentual de óbitos associados às causas externas – HS – Ano 1 a 5



Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos / Sistema Informatizado – HS

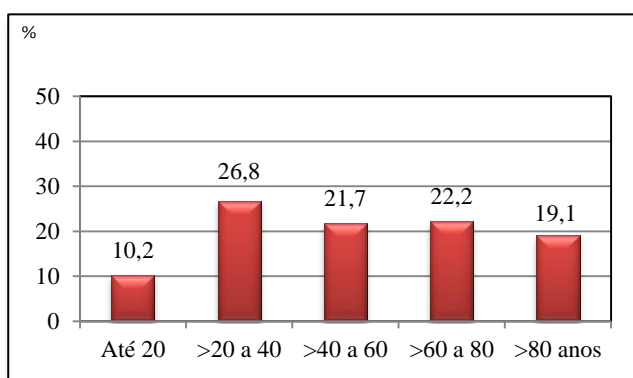
Na distribuição por gênero, conforme gráfico 61, predominou o masculino, com 106 casos (67,5%) sob o feminino, com 51 (32,5%). Na avaliação por faixa etária, conforme o gráfico 62, a maior proporção foi na faixa de 20 a 40 anos, com 42 casos (26,8%). No entanto, acima de 60 anos ocorreram 65 óbitos (41,4%) e acima de 80 anos foram 30 (19,1%).

Gráfico 61: Óbitos por gênero – HS - Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Gráfico 62: Óbitos por faixa etária – HS – Ano 5



Fonte: Sistema Informatizado – HS

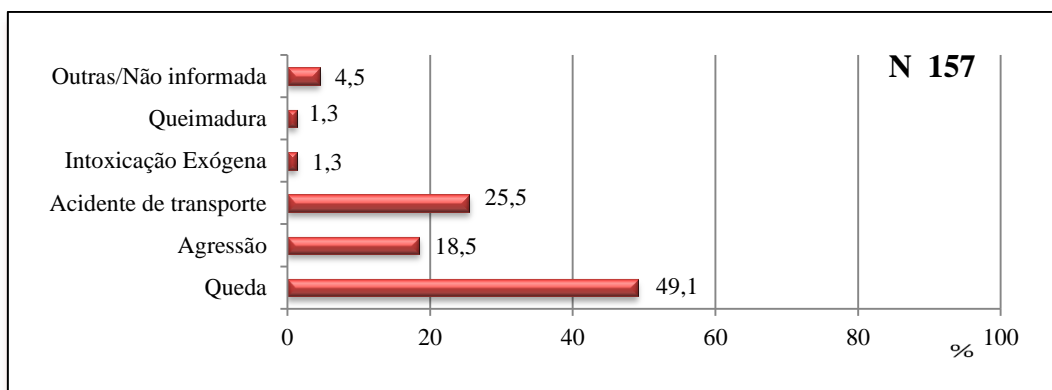
Os óbitos associados às causas externas foram estratificados, chamando atenção para os pacientes vítimas de queda, agressão e os relacionados a transporte (tabela 61 e gráfico 63).

Tabela 61: Estratificação dos óbitos por causas externas (pacientes internados) - HS – Ano 1 a 5

Estratificação dos Óbitos Hospitalares por Causas Externas					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
QUEDA	44	73	56	85	77
Da própria altura	38	65	51	61	63
Outras quedas	6	8	5	24	14
AGRESSÃO	31	60	54	50	29
Arma de fogo	23	50	42	42	21
Arma branca	2	3	5	4	5
Espancamento	6	7	7	4	3
RELACIONADO COM TRANSPORTE	26	63	44	42	40
Automobilístico	13	21	12	11	9
Motociclístico	3	19	12	16	16
Bicicleta	1	2	0	0	0
Cavalo	0	0	2	1	0
Atropelo	9	21	18	14	15
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	4	7	3	4	2
QUEIMADURA	2	0	4	2	2
AFOGAMENTO	1	0	1	1	0
OUTRAS	2	2	3	2	2
NÃO ESPECIFICADAS	5	8	2	3	5
TOTAL	115	213	167	189	157

Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos / Sistema Informatizado – HS

Gráfico 63: Óbitos por grupos de causas externas (pacientes internados) - HS – Ano 5



Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos/ Sistema Informatizado – HS

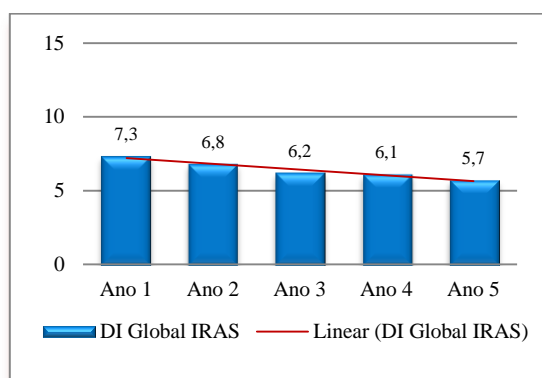
12 INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

12.1 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA GLOBAL DE IRAS

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos que aumentam a morbimortalidade do paciente no ambiente hospitalar. No entanto, para sua análise deve ser considerado o perfil nosológico, a gravidade dos pacientes assistidos e o risco.

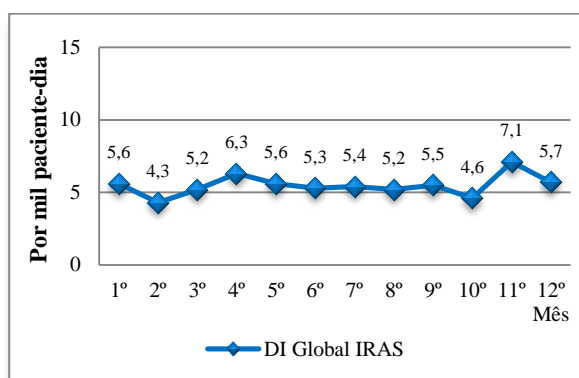
No quinto ano do HS, ocorreram 753 episódios de infecção, com Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (DI Global) de 5,7 por mil pacientes-dia, estando bem abaixo da meta contratual de 20 por mil pacientes-dia. O gráfico 64 mostra o comportamento da DI Global no HS ao longo dos cinco anos, sendo observada redução progressiva. No último ano, conforme gráfico 65, a densidade variou de 4,3 a 7,1 por mil pacientes-dia.

Gráfico 64: DI Global IRAS - HS - Ano 1 a 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Gráfico 65: DI Global de IRAS - HS - Ano 5



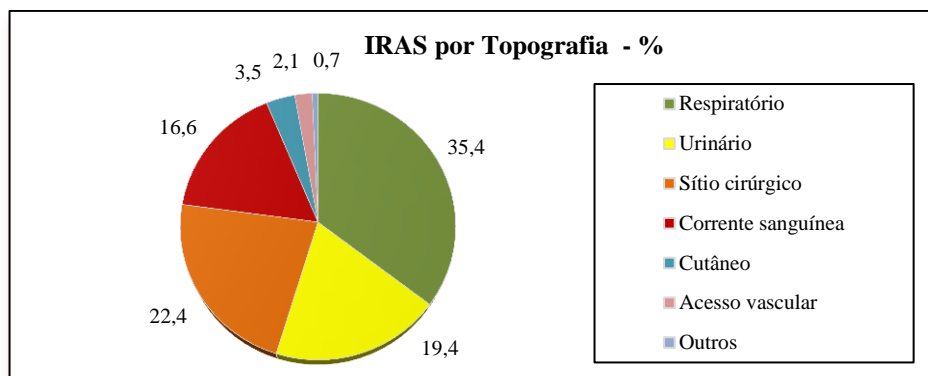
Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

12.2 DISTRIBUIÇÃO DAS IRAS POR TOPOGRAFIA

No gráfico 66 está demonstrado a distribuição das infecções por sítio no quinto ano do hospital, sendo o sítio respiratório o principal observado (35,4%), que inclui os casos de infecção do trato respiratório superior e inferior, englobando a pneumonia associada à ventilação mecânica.

A infecção de sítio cirúrgico também prevaleceu, com 22,4% dos casos de IRAS, seguido das infecções do trato urinário (19,4%) e das infecções primárias da corrente sanguínea (16,6%). Outros sítios menos frequentes foram o cutâneo (3,5%) e de acesso vascular (2,1%).

Gráfico 66: Distribuição das IRAS por topografia - HS - Ano 5



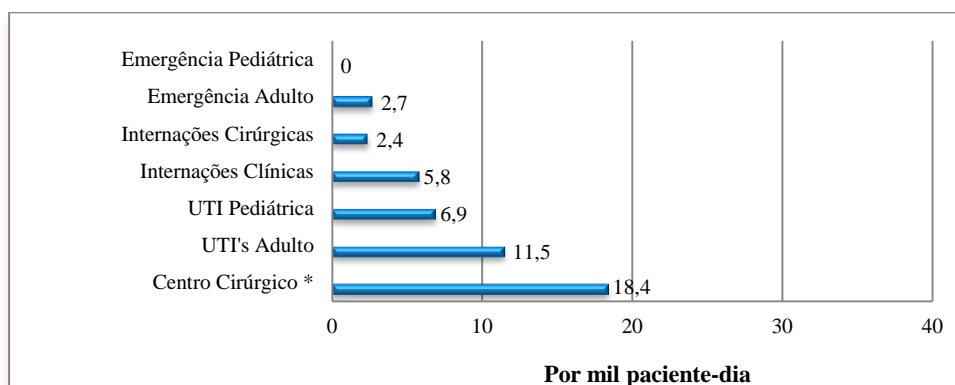
Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

12.3 DISTRIBUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DAS IRAS POR SETOR DE OCORRÊNCIA

O gráfico 67 apresenta as DI Global de IRAS nos diferentes setores do HS no quinto ano. Observa-se que as maiores incidências foram às relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, com densidade de 18,4 para cada mil, seguido das ocorrências nas UTI's Adulto, considerando todas, com densidade de incidência de 11,5 por mil pacientes-dia. Vale salientar que as UTI's representam o local de internação de pacientes com maior risco, diante do grau de comprometimento clínico e imunológico e da demanda de procedimentos invasivos.

As infecções de sítio cirúrgico foram consideradas do Centro Cirúrgico.

Gráfico 67: Densidade de Incidência de IRAS por setor - HS - Ano 5



*por mil procedimentos cirúrgicos

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

O comportamento das IRAS nas diferentes unidades intensivas, conforme a tabela 62, evidencia a melhora deste indicador, refletindo a qualidade assistencial prestada, a despeito da gravidade e risco dos pacientes lá atendidos.

Tabela 62: Densidade de Incidência de IRAS na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 5

Unidade Intensiva	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
UTI Adulto I e II	20,3	16,8	10,4	11,6	12,5
UTI Adulto III	16,5	15,3	10,2	10,5	11,1
UTI Cirúrgica	21,4	23,3	20,7	15,4	10,7
UTI Pediátrica	11,5	8,5	9,0	7,2	6,9

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

12.4 INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)

A Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) é um dos principais indicadores de qualidade do processo assistencial.

O comportamento das Densidades de Incidência de IPCS avaliadas nas UTI's, onde a sua prevalência está relacionada ao maior risco do paciente, diante da maior utilização do dispositivo e susceptibilidade clínica, evidencia melhora deste indicador após medidas implementadas para o seu controle. Dentre elas, ressaltam-se a revisão de padrões de curativos, implantação do bundle de inserção de cateter central e o reforço dos cuidados durante sua manutenção, com estímulo para a retirada precoce.

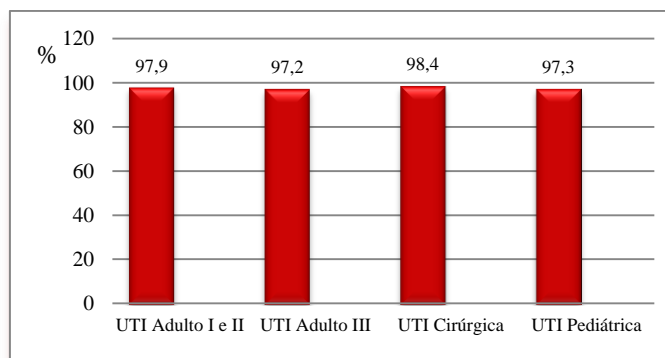
Tabela 63: Densidade de Incidência de IPCS na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 5

Unidade Intensiva	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
UTI Adulto I e II	3,6	5,8	3,5	2,4	1,6
UTI Adulto III	6,6	7,8	3,1	2,9	2,8
UTI Cirúrgica	4,1	8,8	5,1	3,3	2,3
UTI Pediátrica	4,6	7,3	2,3	0,9	2,9

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Vale salientar que as densidades de incidência de IPCS se mantêm abaixo da meta contratual de até 4,4 por mil CVC-dia e as Taxas de Efetividade na sua prevenção foram acima de 97% no quinto ano do hospital (gráfico 68).

Gráfico 68: Taxa de Efetividade na prevenção IPCS – UTI's HS - Ano 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

12.5 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

As Pneumonias associadas à Ventilação Mecânica constituem ainda o principal evento adverso observado nas unidades intensivas do hospital. Ações foram desenvolvidas ao longo dos cinco anos para o seu controle, com resultados já evidenciados através da redução de sua incidência (tabela 64). Assim, houve o fortalecimento do gerenciamento do risco de PAV, com a implantação do protocolo para sua prevenção, que contempla a supervisão diária através da aplicação do bundle de manutenção da Ventilação Mecânica.

Tabela 64: Densidade de Incidência de PAV na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 5

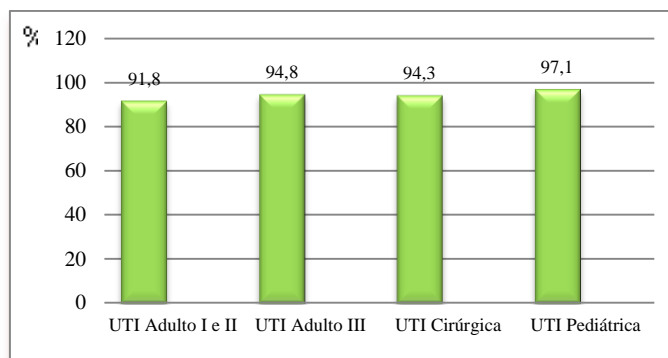
Unidade Intensiva	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
UTI Adulto I e II	8,4	4,5	7,0	7,3	7,6
UTI Adulto III	6,8	5,9	8,5	8,1	5,8
UTI Cirúrgica	5,0	8,4	17,3	12,3	8,2
UTI Pediátrica	0	0,6	6,5	4,4	3,8

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

No quinto ano, as densidades de incidência de PAV nas UTI's Adulto I e II, Adulto III e Cirúrgica foram abaixo da meta estabelecida pelo serviço, de 8,4 por mil VM-dia, com Taxas de Efetividade na sua prevenção acima de 91% (gráfico 69).

Vale salientar o comportamento observado na Densidade de Incidência de PAV na UTI Cirúrgica, com redução progressiva e significativa, atingindo Taxa de Efetividade de 94,3% no quinto ano.

Gráfico 69: Taxa de Efetividade na prevenção PAV – UTI's HS - Ano 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

12.6 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

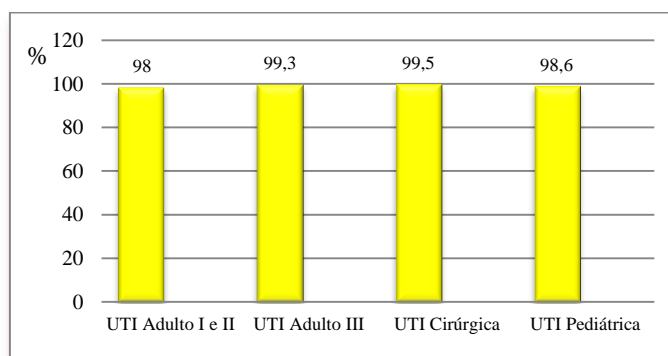
A tabela 65 mostra as Densidades de Incidência de Infecção do Trato Urinário relacionada ao uso de sonda vesical de demora, nos cinco anos do hospital, nas unidades intensivas. Pode-se observar redução deste indicador em todas, atingindo Taxa de Efetividade acima de 98% no quinto ano (gráfico 70), após o reforço das medidas de prevenção e diminuição do seu tempo de uso.

Tabela 65: Densidade de Incidência de ITU na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 5

Unidade Intensiva	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
UTI Adulto I e II	3,0	3,3	1,2	2,1	1,8
UTI Adulto III	8,6	5,5	1,2	1,1	0,9
UTI Cirúrgica	5,5	2,4	2,6	1,9	0,7
UTI Pediátrica	2,5	2,3	1,6	2,8	1,9

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Gráfico 70: Taxa de Efetividade na prevenção ITU – UTI's HS - Ano 5

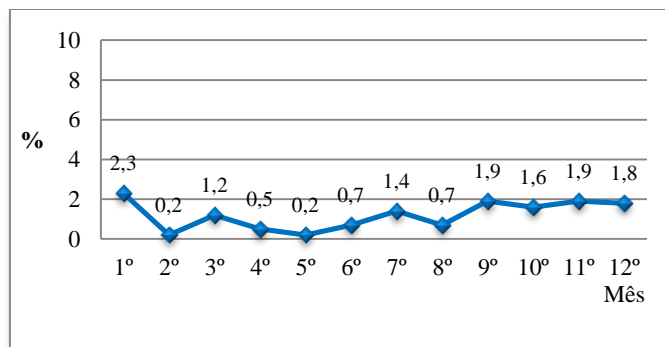


Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

12.7 INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)

No quinto ano do hospital, a Taxa de Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico foi de 1,8%. Considerando esta ocorrência em cirurgias limpas, as Taxas de Infecção ao longo do ano se mantiveram abaixo do aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de até 5% (gráfico 71).

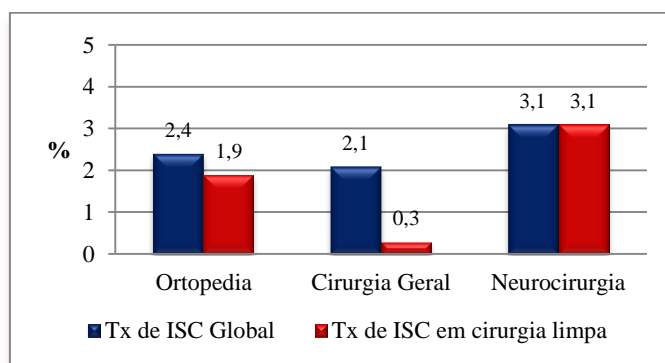
Gráfico 71: DI de ISC em cirurgias limpas - HS – Ano 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Com relação às especialidades cirúrgicas (gráfico 72), as Taxas de Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), relacionadas à Cirurgia Ortopédica, à Cirurgia Geral e à Neurocirurgia foram respectivamente de 2,4% (89 episódios), 2,1% (40 episódios) e 3,1% (27 episódios), e as Taxas de Infecção em cirurgias limpas também se mantiveram abaixo de 5%, com valores, respectivamente, de 1,9% (35 casos), 0,3% (01 caso) e 3,1% (24 casos).

Gráfico 72: Taxa de ISC em cirurgias limpas - HS - Ano 5



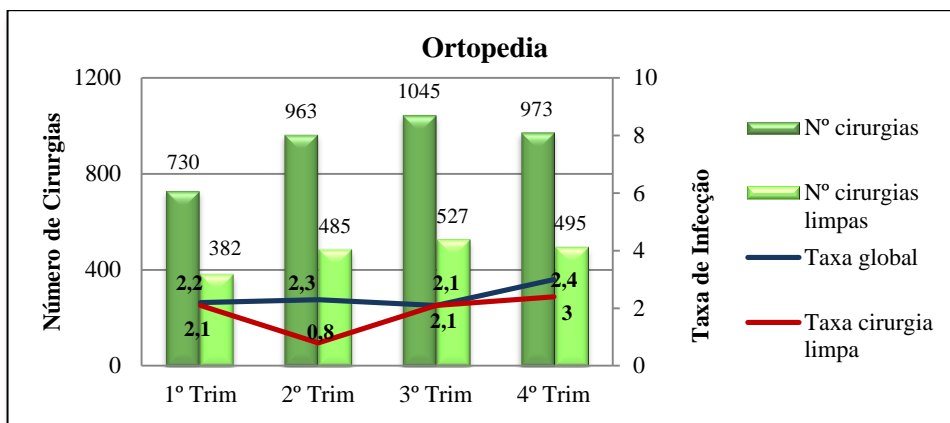
Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Os gráficos 73 a 75 mostram as Taxas de Incidência de ISC relacionadas à Cirurgia Ortopédica, Cirurgia Geral e Neurocirurgia, por trimestre, no quinto ano. Estas taxas não

devem ser comparadas entre as especialidades cirúrgicas devido às diferentes características dos pacientes.

A Taxa global de infecção em ortopedia mostrou estabilidade ao longo do ano, enquanto o volume de cirurgias, inclusive de cirurgias limpas, obteve aumento expressivo (gráfico 73).

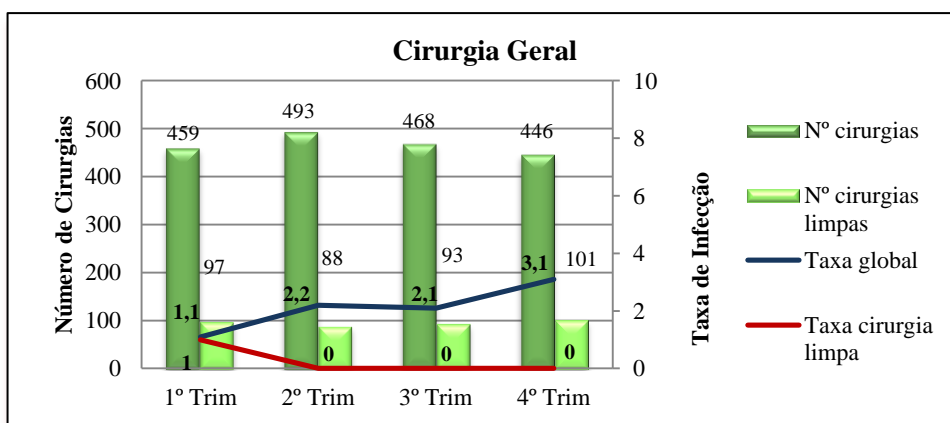
Gráfico 73: Taxa de ISC em cirurgias limpas – Ortopedia - HS - Ano 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Quanto as Taxas de incidência de ISC relacionadas à Cirurgia Geral, por trimestre, representado no gráfico 74, apesar do aumento da taxa global, observa-se uma baixa incidência de infecção em cirurgia limpa, com apenas 01 caso no primeiro trimestre.

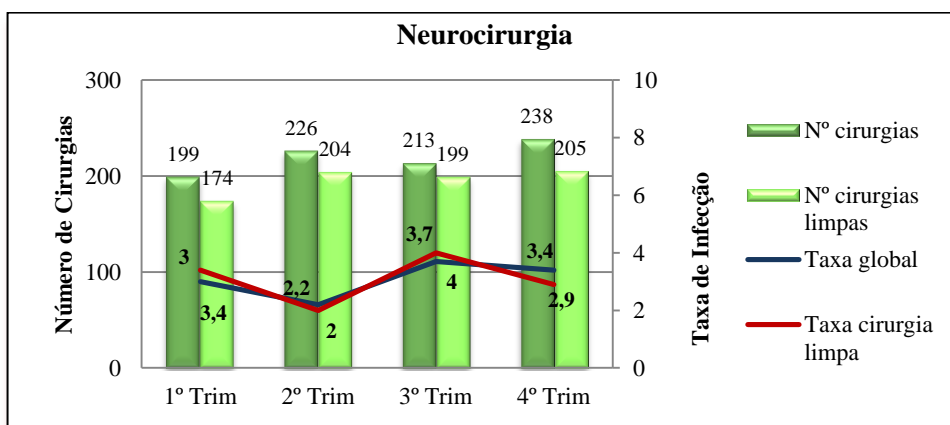
Gráfico 74: Taxa de ISC em cirurgias limpas – Ortopedia - HS - Ano 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

As taxas de incidência de ISC relacionadas à Neurocirurgia por trimestre estão representadas no gráfico 75. Observa-se que as taxas em cirurgia limpa por vezes ultrapassam a de sítio cirúrgico global. Este fato pode ser justificado pela quase totalidade de cirurgias limpas no serviço.

Gráfico 75: Taxa de ISC em cirurgias limpas – Neurocirurgia - HS - Ano 5



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

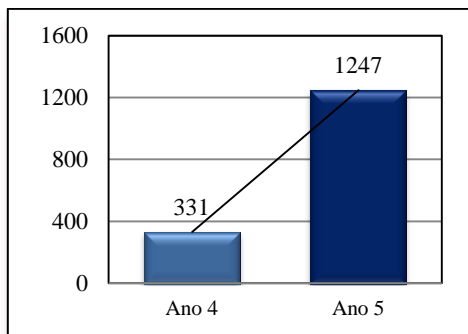
13 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O Núcleo de Vigilância Epidemiologia (NVE) do Hospital do Subúrbio iniciou suas atividades em fevereiro de 2014 e tem como principal objetivo promover uma melhor comunicação da ocorrência de determinadas doenças ou agravos à saúde, a fim de oportunizar a adoção de medidas de prevenção e controle compatíveis com suas especificidades. Antes desta época, este controle era feito pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

A reorganização da metodologia de trabalho do NVE, com o reforço da busca ativa de doenças e agravos nas unidades e a partir das solicitações de exames complementares (sorologias, baciloscopias e estudo de líquido), resultou no aumento expressivo do número de notificações no quinto ano (1.247 casos), conforme gráfico 76.

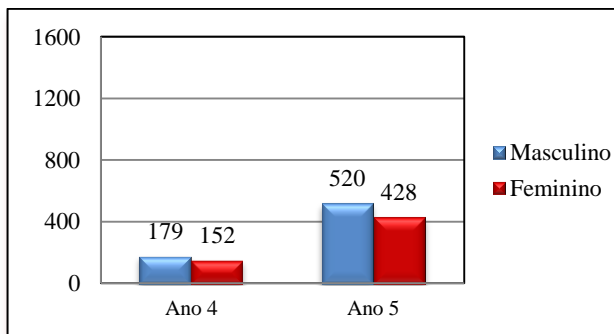
Na avaliação da distribuição dos pacientes por gênero, observa-se que a prevalência foi maior no masculino. Esta predominância vai ao encontro de dados nacionais e pode ser justificado pela maior exposição ao risco e menor acesso aos Serviços de Saúde deste grupo.

Gráfico 76: Notificação de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória – HS – Ano 4 e 5



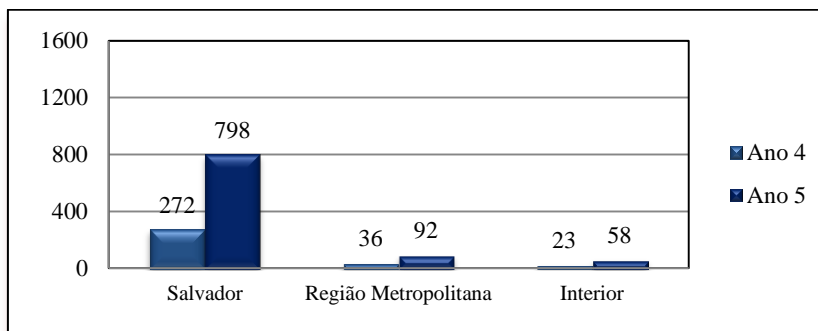
Fonte: NVE/ Sistema Informatizado – HS

Gráfico 77: Distribuição dos pacientes Notificados por gênero – HS – Ano 4 e 5



Fonte: NVE/ Sistema Informatizado – HS

Gráfico 78: Distribuição dos pacientes Notificados por Procedência – HS – Ano 4 e 5



Fonte: NVE/ Sistema Informatizado – HS

Quanto à procedência (gráfico 78), 798 pacientes notificados no quinto ano do hospital foram do município de Salvador (84,1%), comparado a 92 pacientes de outros municípios da Região Metropolitana (9,7%) e 58 pacientes do interior do estado (6,1%).

Na tabela 66, durante o quinto ano, considerando o número de doenças e agravos notificados e sua relação com a mortalidade, verifica-se que 25% dos pacientes evoluíram para óbito, comparados aos 8% no quarto ano. Porém, a gravidade da doença, a condição clínica do paciente e o tempo de adoecimento foram fatores significativos para os desfechos.

Tabela 66: Distribuição dos casos Notificados por Tipo – HS – Ano 4 e 5

Doenças e Agravos Notificados	ANO 4			ANO 5		
	N	Óbito	Letalidade %	N	Óbito	Letalidade %
AIDS	29	4	13,8	272	56	20,6
Hepatites	23	2	8,7	221	62	28,1
Tuberculose	22	4	9,1	141	35	24,8
Meningites	49	11	22,4	137	29	21,2
Dengue	66	1	1,5	108	6	5,6
Rotavírus	13	0	0	69	0	0
Zika	0	0	-	60	0	0
Sífilis	0	0	-	58	11	19,0
Leptospirose	30	1	3,3	55	15	27,3
Doença de Chagas	0	0	-	38	9	23,7
Intoxicação Exógena	12	0	0	29	1	3,5
Síndrome Guillain Barre	0	0	-	24	0	0
Coqueluche	37	1	2,7	23	0	0
Varicela	20	1	5,0	19	1	5,3
Síndrome Respiratória AGUDA Grave (SRAG)	16	0	0	16	4	25,0
Violência doméstica e sexual	1	0	0	9	0	0
Chikungunya	0	0	-	8	0	0
Anti-rábica	5	0	0	7	1	14,3
Leishmaniose	1	0	0	3	2	66,7
Doença Priônica	0	0	-	3	2	66,7
Paralisia flácida aguda	0	0	-	2	0	0
Acidentes com animais peçonhentos	0	0	-	2	0	0
Hanseníase	4	1	25,0	1	0	0
Doença exantemática	2	0	0	1	0	0
Malária	0	0	-	1	0	0
Tétano	1	0	0	0	0	-
Total	331	26	-	1.247	234	-

Fonte: NVE/ Sistema Informatizado – HS

Vale ressaltar que doenças infecciosas antes consideradas sob controle pela saúde pública, reemergem neste período com altas taxas de letalidade, tais como a sífilis, leptospirose e tuberculose, comparados as meningites e AIDS que sempre se mantiveram em destaque no rol das doenças infecto contagiosas.

Salienta-se ainda neste período a epidemia pelo vírus da ZICA no estado e sua repercussão com a Síndrome de Guillian Barre. No quinto ano, dos 24 casos notificados, 22 estavam correlacionados ao histórico de infecção pelo vírus, sendo este hospital o maior notificante dentre a rede estadual.

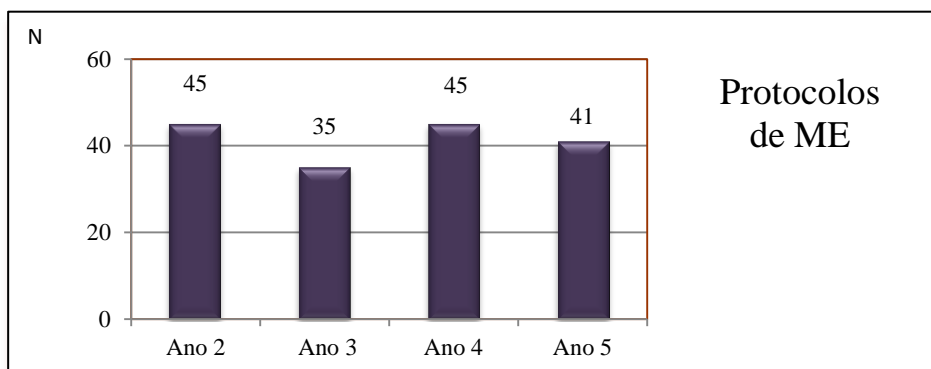
14 CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Em outubro de 2010 foi instituída a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT) e em 2011, o Hospital do Subúrbio recebeu o Prêmio Amigos do Transplante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pela organização e estrutura desta comissão.

14.1 MORTE ENCEFÁLICA

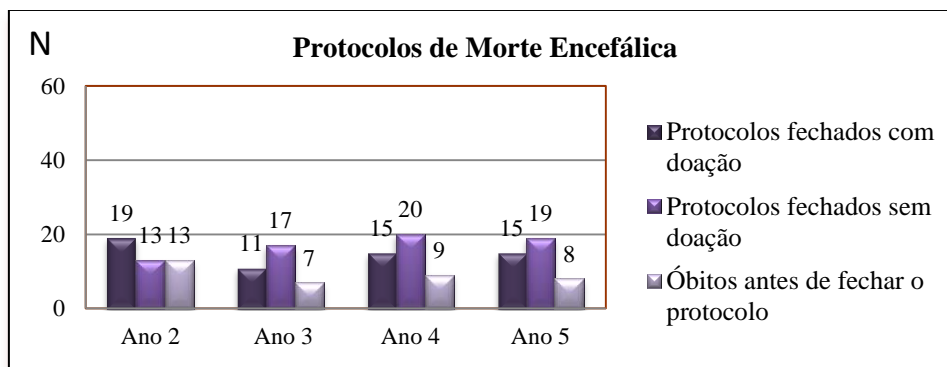
O gráfico 79 mostra o número de Protocolos de Morte Encefálica abertos do segundo ao quinto ano do HS. No último ano foram 41 Protocolos de Morte Encefálica (ME) abertos, com a efetivação de 15 doações (36,6%). Porém, conforme demonstrado no gráfico 80, em 8 casos (19,5%) houve evolução para óbito antes do fechamento do protocolo. Vale salientar ainda que em 03 casos haviam critérios de exclusão para captação (7,3%). Portanto, dos 30 casos possíveis de captação, 15 foram efetivadas (50%).

Gráfico 79: Números de Protocolos de Morte Encefálica abertos – HS – Ano 2 a 5



Fonte: CIHDOTT - HS

Gráfico 80: Dados de segmento dos Protocolos de Morte Encefálica abertos – HS – Ano 2 a 5

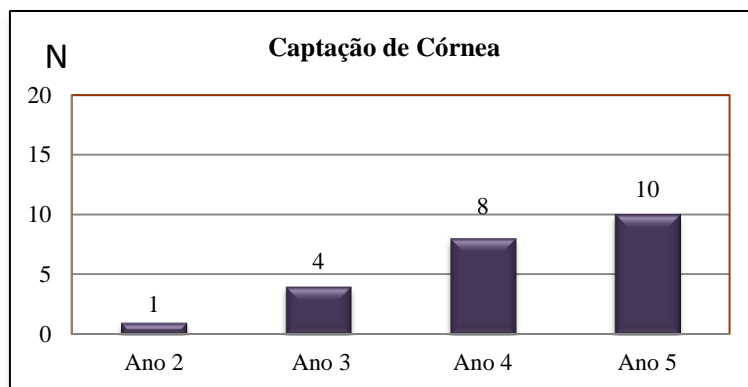


Fonte: CIHDOTT – HS

14.2 CAPTAÇÃO DE CÓRNEA

Vem sendo observado aumento da captação de córneas no HS, após parceria com programa estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, mas ainda em baixa proporção. No último ano ocorreram 10 captações (gráfico 81).

Gráfico 81: Número de doações de córnea – HS – Ano 2 a 5



Fonte: CIHDOTT - HS

15 CONCLUSÃO

O entendimento do perfil epidemiológico é a base para as decisões institucionais nas organizações de saúde. Assim, ao longo dos seus cinco anos de trabalho, a equipe do Hospital do Subúrbio foi capaz de atuar garantindo bons resultados assistenciais, fundamentando seu planejamento e suas ações na análise do perfil epidemiológico, monitorando quantitativamente e qualitativamente sua produção de serviços.

O Hospital do Subúrbio vem consolidando o seu perfil assistencial de urgência e emergência, refletido pela redução dos pacientes atendidos na Emergência com classificação de risco Azul e Verde. O trabalho educativo que o hospital vem realizando junto à comunidade e sua participação estimulando uma maior interação dos componentes do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, para o desenvolvimento de ações mais organizadas e integradas, parecem contribuir para progressiva estruturação da rede pública assistencial e uma consequente consolidação do perfil da instituição.

A despeito de um quantitativo elevado de atendimentos clínicos na sua porta de entrada, a Emergência, o perfil cirúrgico mantém-se marcante nas suas internações, tendo especial destaque a assistência ao trauma e lesões por causas externas e às patologias cirúrgicas abdominais. Dentre as patologias clínicas, as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e infecciosas mostraram sua significância, seja pela sua frequência ou pela sua criticidade. Sendo que, em ambos os contextos, é ainda muito mais prevalente o atendimento ao paciente adulto.

Ficou evidenciado o aumento progressivo de pacientes adultos internados com risco Amarelo e Vermelho, portanto com maior gravidade/complexidade, assim como aqueles mais idosos, contribuindo para a Média de Permanência hospitalar encontrada. No entanto, vale ressaltar a melhora deste indicador no último ano, refletindo a efetividade clínica do processo assistencial, a partir do olhar crítico em busca de sua melhoria.

O comportamento da Mortalidade Institucional se mantém estável e corrobora com o contexto onde o hospital está inserido e com a gravidade dos pacientes atendidos, chamando a atenção, ainda assim, uma mortalidade encontrada inferior à mortalidade esperada nos pacientes que foram internados nas unidades de terapia intensiva.

Desta forma, compreendemos que a assistência à saúde é dinâmica, sendo fundamental o acompanhamento dos indicadores epidemiológicos, utilizando-os como ferramentas na gestão e operação dos serviços de saúde. Considerando que aproximadamente metade do público atendido é procedente do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, este boletim traz informações valiosas aos poderes públicos municipal e estadual, na medida em que pode subsidiar tomadas de decisões na matriz do planejamento de saúde. O combate à violência, os cuidados primários e secundários à população idosa, a prevenção e promoção da saúde, a necessidade de continuidade dos cuidados em reabilitação são exemplos que extraímos desta publicação e que nos reveste de uma responsabilidade sistêmica, considerando a posição do HS na linha de cuidado na Rede SUS.

