



PARTE 03

ARTIGO 21

INCISO V - Relatórios gerencias e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria, aprovados pelo Conselho de Administração e referendado pelo Órgão supervisor



Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique

Santillo – CRER

RELATÓRIO Anual

REFERÊNCIA: Janeiro/18 à Dezembro/18

Goiânia/GO

Janeiro/2019

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alaor Rodrigues Aguiar

Alberto Borges de Souza

Cesar Helou

Fernando Morais Pinheiro

Jeane de Cassia Dias Abdala Maia

Joaquim Caetano de Almeida Netto

José Evaldo Balduino Leitão

Helca de Sousa Nascimento

Paulo Afonso Ferreira

Pedro Daniel Bittar

Vardeli Alves de Moraes

CONSELHO FISCAL

Alcides Rodrigues Junior

Cyro Miranda Gifford Júnior

Gláucia Maria Teodoro Reis

Lúcio Fiúza Gouthier

Marcos Pereira Ávila

Milca Severino Pereira

DIRETORIA

Washington Cruz - Diretor Presidente

Lindomar Guimarães Oliveira - Vice-Diretor

Ruy Rocha de Macedo - Diretor Tesoureiro

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher - Superintendente Executivo

Claudemiro Euzébio Dourado - Superintendente Administrativo e Financeiro

Divaina Alves Batista - Superintendente Multiprofissional

Fause Musse - Superintendente de Relações Externas

DIRETORIA DO CRER

Válney Luiz da Rocha - Diretor Geral

Viviane Tavares Ferreira - Diretora Administrativa e Financeira

João Alirio Teixeira da Silva Júnior - Diretor Técnica de Reabilitação

Sônia Helena Adorno de Paiva - Diretora Multiprofissional de Reabilitação

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO.....	4
2 – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS.....	5
3 – ATIVIDADES REALIZADAS	5
3.1 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	5
3.2 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL.....	6
3.3 – SERVIÇO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT.....	8
3.4 – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD.....	9
3.5 – TERAPIAS ESPECIALIZADAS.....	10
3.6 – OFICINA ORTOPÉDICA.....	10
3.7 - OFICINA ORTOPÉDICA ITINERANTE TERRESTRE.....	11
4 – METAS DE PRODUÇÃO ANUAL E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	14
4.1 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PROPOSTAS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS.....	14
4.2 – ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS.....	15
4.3 - INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO.....	19

1 – APRESENTAÇÃO

Em consonância com o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás -SES/GO e a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, para o gerenciamento do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER, faz-se nesta oportunidade a apresentação do **RELATÓRIO GERENCIAL E DE ATIVIDADES DO CRER** referente ao ano de 2018.

A AGIR, gestora do CRER, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/05, detém recertificação como **Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-SAÚDE)** pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.073, de 17 de julho de 2018.

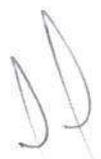
Em Setembro de 2002 a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO e a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR firmaram contrato de gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do CRER, instituição de referência na atenção à pessoa com deficiências física, auditiva, intelectual e visual, no Estado de Goiás, localizado na cidade de Goiânia, sito a Rua Vereador José Monteiro, nº 1.655, CEP nº 74.653-230, Setor Negrão de Lima.

Inicialmente foi recebido do Governo do Estado de Goiás uma estrutura física com 8.823 m² e durante a gestão da AGIR expandiu-se para 33.275,56 m² de área construída, abrangendo 136 leitos de internação, 8 salas cirúrgicas, 7 ginásios para terapias, 4 piscinas para hidroterapia e 20 leitos de UTI.

A AGIR como organização que presta contas de suas atividades junto à sociedade e ao poder público, busca gerir eficientemente suas ações internas munindo-se de análises criteriosas dos dados e informações para nortear suas decisões de forma eficaz. Portanto, o relatório apresentado parte deste princípio.

Cumprindo exigências de Contrato de Gestão nº 123/2011 e seus aditivos, este relatório apresenta subsídios necessários para que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás- SES/GO analise o desempenho das principais atividades realizadas no CRER e assim fundamente sua avaliação com base nas obrigações pactuadas.

Os dados que serão apresentados neste relatório são extraídos do banco de dados do sistema de gestão hospitalar interno, que realiza o gerenciamento de todos os processos assistenciais, administrativos e financeiros de forma integrada. As informações evidenciadas demonstram o cenário atual dos atendimentos prestados pela instituição e o planejamento das ações.



2 - IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Nome: Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER;

CNES: 2673932;

Endereço: Avenida Vereador Jose Monteiro, nº 1.655 - Setor Negrão de Lima - Goiânia - GO;

CEP: 74.653-230;

Tipo de Unidade: Hospital Especializado em Reabilitação;

Esfera da Administração: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

Esfera da Gestão: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO.

3 – ATIVIDADES REALIZADAS

O CRER como instituição de referência na atenção à pessoa com deficiência tem por missão: “Oferecer assistência à saúde da pessoa com deficiência, fundamentada no ensino e pesquisa”, tendo como os principais valores:

- **Competência** na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades;
- **Responsabilidade** na adoção de postura social e ambiental que traduzam dedicação e respeito à vida;
- **Ética** no respeito às normas com ações que denotem lealdade e transparência, e
- **Renovação** contínua das forças produtivas, objetivando a excelência.

3.1 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Os pacientes internados em processo de reabilitação recebem atendimento clínico e cirúrgico adequado as suas necessidades, com o objetivo de intensificar o tratamento multidisciplinar, com intervenções terapêuticas e orientação para promoção da saúde. As unidades de internação possuem:



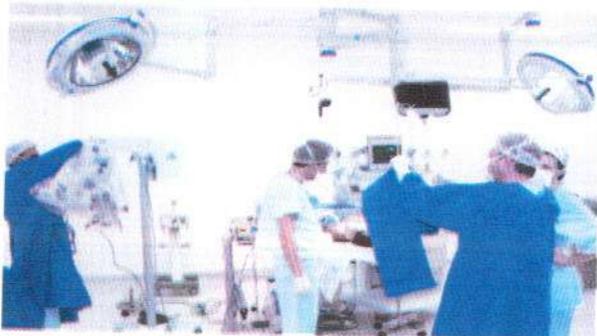
Handwritten signature or initials.



A Unidade de Terapia Intensiva compreende 20 leitos, incluindo 02 leitos privativos para isolamento. Trata-se de ambiente de Alta Complexidade reservado e único no ambiente hospitalar a que se propõe estabelecer monitorização completa.

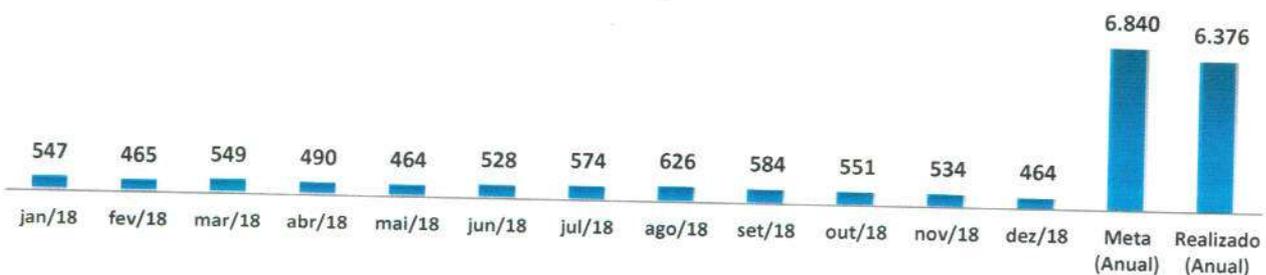


O Centro Cirúrgico contempla em sua estrutura 08 salas cirúrgicas, sendo 02 salas com sistema de fluxo laminar e sistema de monitorização para videoconferência e 08 leitos de recuperação pós-anestésica.



A estrutura conta com outras salas de apoio como: almoxarifado/farmácia satélite, copa, sala para guarda de equipamentos, sala de montagem dos carrinhos e sala de utilidades (expurgo).

Internações (Saídas Hospitalares) - Ano 2018



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no ano de 2018 para as internações (saídas hospitalares) foi de 93,22%

3.2-ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- b. Interconsulta;
- c. Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por **primeira consulta**, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ou Município ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por **primeira consulta de egresso**, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por **interconsulta**, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por **consulta subsequente**, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Para garantir de maneira sustentável a ampla oferta de especialidades médicas que vão ao encontro das necessidades dos usuários do SUS, o CRER adota um corpo clínico formado por profissionais contratados e por corpo clínico aberto, que atendem diversas especialidades médicas como: *Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Endocrinologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Infectologia, Genética, Medicina Intensiva, Neurologia, Neuropediatria, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.*

No âmbito da reabilitação, o atendimento multidisciplinar no CRER é composto por equipe formada por profissionais que oferecem aos usuários tratamento multiprofissional, através de programa personalizado de reabilitação que podem incluir: *Arteterapia, Atividades Educativas, Avaliação Neuropsicológica, Educação Física, Enfermagem, Equoterapia, Estimulação Visual, Fisioterapia, Fonoterapia, Hidroterapia, Musicoterapia, Natação, Nutrição, Odontologia, Pedagogia, Psicologia e Terapia Ocupacional.*



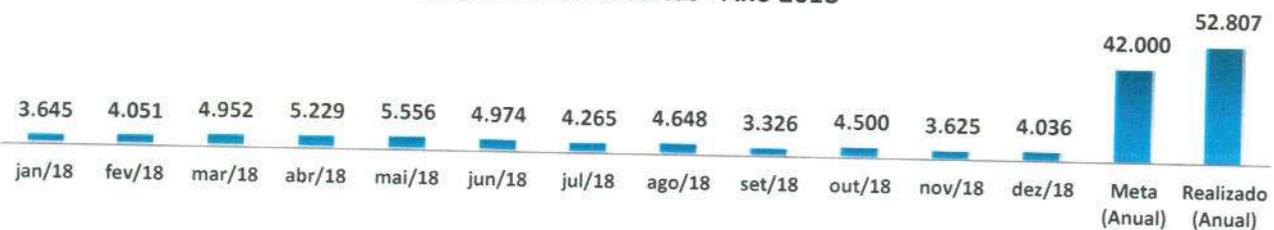


Hidroterapia - Equoterapia - Musicoterapia - Fisioterapia - Terapia Ocupacional – Odontologia

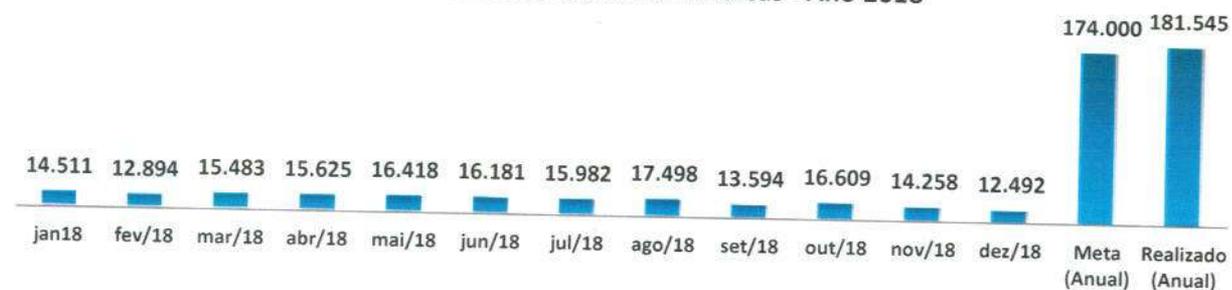
Consultas Médicas - Ano 2018



Consultas Não Médicas - Ano 2018



Consultas Médicas e Não Médicas - Ano 2018



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no ano de 2018 para o atendimento ambulatorial (consultas médicas e não médicas) foi de 104,34%

3.3-SERVIÇO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

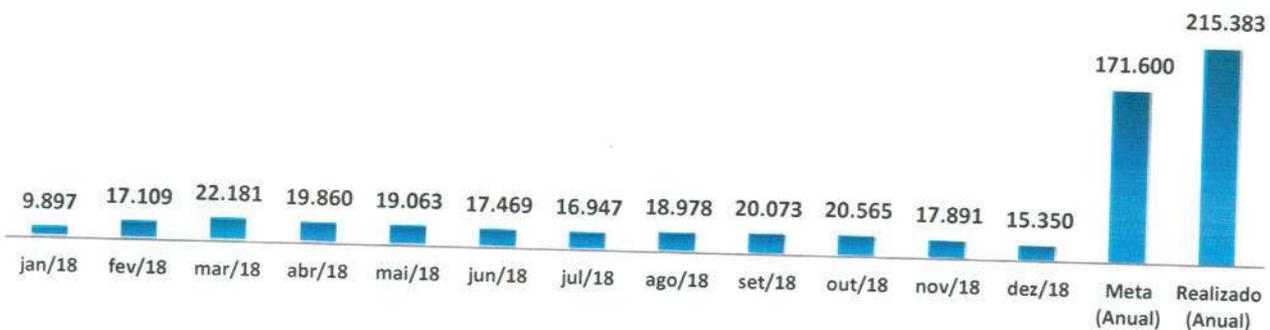
Os exames realizados no CRER são executados por profissionais experientes e habilitados tecnicamente a desempenhar suas atividades com qualidade e compromisso assistencial. A instituição tem o compromisso de disponibilizar aos usuários acessos aos mais complexos exames e para isso, preocupa-se com a renovação de seus equipamentos e a garantia contínua de manutenções.

O CRER conta ainda com um moderno Laboratório de Análise de Movimento, que realiza suas atividades através da análise da marcha e identifica distúrbios no caminhar que não podem ser verificados pelo exame físico e pela análise visual. Este exame é indicado para auxiliar na tomada de decisões no tratamento e acompanhamento de pacientes com problema de marcha.

O serviço de diagnóstico do CRER oferece os seguintes exames para os pacientes internados e encaminhados pela Central de Regulação Municipal: Análises Clínicas, Audiometria, Bera, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Eletroneuromiografia, Espirometria, Fluoroscopia, Imitanciometria, Laboratório de Marcha, Otoemissões, Polissonografia, Raios-X, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Multi-Slice, Ultrassonografia com Doppler colorido e Urodinâmica.



SADT Externos (Exames Realizados) - Ano 2018



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no ano de 2018 para os SADT externos foi de 125,51%

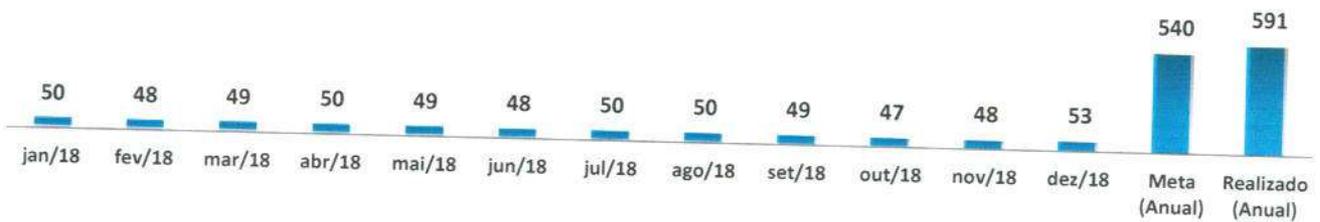
3.4 - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

O CRER está habilitado a realizar este serviço pela Portaria GM/MS nº 1.280, de 20 de novembro de 2013. O Serviço de Atenção Domiciliar – SAD oferece assistência a pacientes que necessitam de intervenções multiprofissionais e que estejam em condições de serem assistidos em domicílio. Este serviço é direcionado somente para pacientes provenientes da área de internação do CRER.



SD

Pacientes Assistidos - Ano 2018



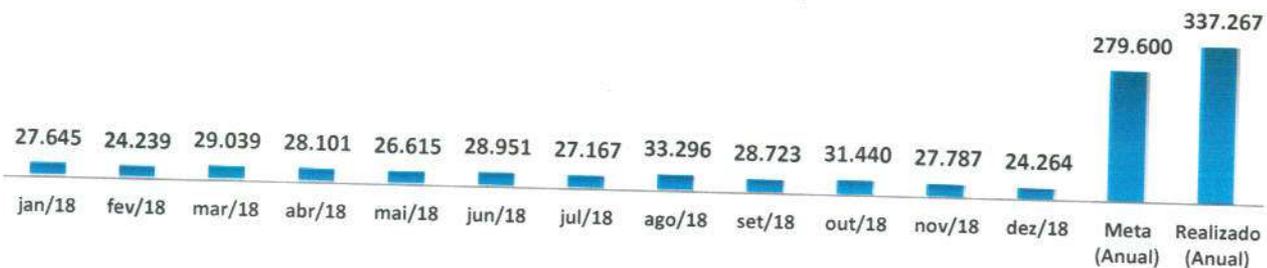
Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no ano de 2018 para o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD foi de 109,44%

3.5-TERAPIAS ESPECIALIZADAS

No âmbito da reabilitação, as terapias especializadas são ofertadas para pacientes internados, assim como para pacientes ambulatoriais. A equipe multidisciplinar é formada pelo corpo médico e profissionais das seguintes áreas: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, musicoterapia, neuropsicologia, nutrição, odontologia, pedagogia, psicologia e terapia ocupacional.

Total de Terapias Especializadas (Sessões) - Ano 2018



O percentual atingido no ano de 2018 para as terapias especializadas (sessões) foi de 120,62%

3.6 - OFICINA ORTOPÉDICA

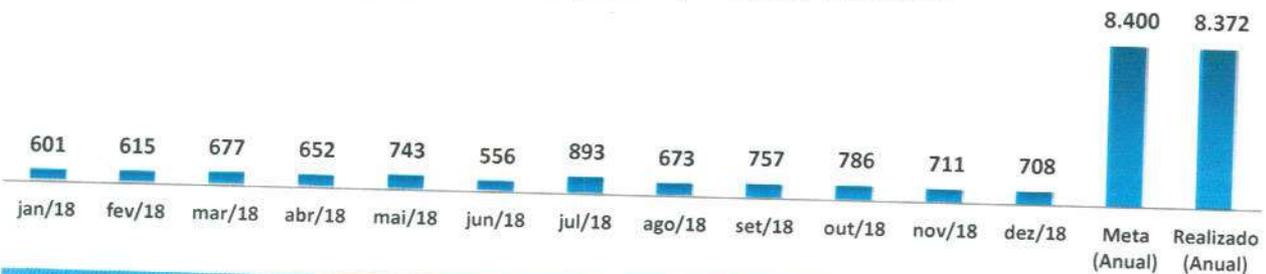
A Oficina Ortopédica do CRER é um espaço industrial onde se confecciona aparelhos de aplicação terapêutica, sob prescrição médica, utilizando equipamentos modernos e equipe altamente qualificada, considerada como referência nacional e como centro de treinamento do Ministério da Saúde.

A Oficina Ortopédica recebe as demandas de pacientes provenientes do ambulatório, internação do CRER e constitui-se em serviço de confecção de aparelhos de aplicação terapêutica (órteses, próteses e materiais especiais – OPME), sob prescrição médica.



Os equipamentos de alta tecnologia disponíveis na oficina permitem a produção de órteses, próteses e calçados ortopédicos, possibilitando melhores condições de uso e maior adaptação dos pacientes, além da dispensação de cadeiras de rodas com adequação, andadores e muletas.

Oficina Ortopédica (Itens dispensados) - Ano 2018



O percentual atingido no ano de 2018 para oficina ortopédica foi de 99,67%

3.7 - OFICINA ORTOPÉDICA ITINERANTE TERRESTRE



A Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre, conforme preconizada em Portaria SAS/MS 793/2012 e 835/2012 é um componente de atenção especializada da rede de cuidados à pessoa com deficiência e constitui-se como uma unidade de saúde itinerante vinculada a uma Oficina Ortopédica Fixa cujo objetivo principal é promover o acesso a órteses e próteses, além de adaptações, ajustes e pequenos consertos nas OPME já utilizadas pelas populações que residem em locais sem acesso à Oficina Ortopédica Fixa.

Essa oficina é composta por um caminhão adaptado especificamente para esse fim. A operação desta unidade para o Estado de Goiás propõe disponibilizar aos municípios do interior do estado acesso à confecção de órteses e próteses, bem como a manutenção e ajustes destas, tendo como agente gerador de demanda os Centros Especializados em Reabilitação, habilitados como tal e demais estabelecimentos de saúde competentes a prescreverem tais dispositivos. Este arranjo de atendimento propõe dispensar até 2.400 dispositivos ortopédicos (órteses e próteses) por ano, dentre o portfólio destes produtos no âmbito do SUS, contemplando neste volume ainda, itens não presentes na tabela SUS de procedimentos, como órteses de posicionamento de membro superiores.

Foi acordado um período pré-operacional de 3 meses, o qual precedeu o início das atividades da Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre. Nesses 3 meses foi definido o operacional do serviço como mostra a Tabela 1:

Tabela 1. Marcos da Estruturação do Projeto para Operacionalização.

Doação da unidade pelo Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Projeto de operação realizado pelo CRER e validado pelo estado (SPAIS/Pessoa com Deficiência/Regulação) Aditivo no contrato de gestão para operacionalização pelo CRER (28/03/2017)
Definição do perfil da equipe de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Seguindo orientações do instrutivo do Ministério da Saúde, foi definido o perfil da equipe, com 4 técnicos ortopédicos, 3 auxiliares de órteses, 1 fisioterapeuta, 3 motoristas, 2 agentes administrativos. Estes profissionais podem atuar tanto em viagens quanto em atividades de suporte

	<p>na instituição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não estando em demanda pela unidade itinerante, estes colaboradores estarão à disposição do CRER para demais atividades inerentes aos cargos
<p>SPAIS-CRER – Articulações e definições de processos Datas das Reuniões e articulações realizadas entre ambas; 13/07/2017: Reunião SPAIS (SPAIS - Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde). 18/07/2017: Reunião Superintendência de Acesso a Serviços Hospitalares e Ambulatoriais (SUPRAAS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foram Discutidos critérios e requisitos para os atendimentos: • Ficou a cargo da SPAIS/Pessoa c/ Deficiência articular com a SMS de Goiânia para definir a gestão (municipal ou estadual). Ficou definido que a Oficina Ortopédica Itinerante terá gestão Municipal (01/07/2017) • Previsto para o próximo dia 20, a reunião da CIB proverá uma resolução que constará o agente de gestão da unidade itinerante de oficina ortopédica. Essa reunião ocorreu no dia 24/08/2017 e foi definida a pactuação entre Estado e Município. • Definido que o primeiro município para atendimento será Ceres (reunião SUPRAAS 18/07/2017), iniciando-se dia 14 de agosto. • Em reunião com secretário de saúde de Ceres, Coordenadora do CER de Ceres e Subcoordenador de saúde da pessoa com deficiência em Goiás, realizada na Superintendência de Acesso a Serviços Hospitalares e Ambulatoriais (SUPRAAS, reunião ocorrida 18/07/2017), na presença do superintendente SUPRAAS e equipe, foi confirmada a data (14 a 17 de agosto de 2017) para o atendimento a Ceres, apresentando os recursos necessários, onde ficaram comprometidos os devidos agentes para os provimentos necessários à realização do atendimento. • Definido que a Coordenação da Saúde da Pessoa com Deficiência de Goiás se responsabilizará por contatar, divulgar e realizar demais articulações necessárias no sentido de difundir as informações na região onde acontecerá o atendimento e promover as interlocuções entre CRER - secretarias de saúde dos municípios - CER/estabelecimento de saúde • Foi realizada a criação de um CNESS para a Oficina Ortopédica Itinerante

Em reunião realizada no COSEMS no dia 16 de agosto de 2017, foram delegadas as respectivas funções do Estado e Município, como mostra a TABELA 2.

Tabela 2. Responsabilidade do Estado e Municípios:

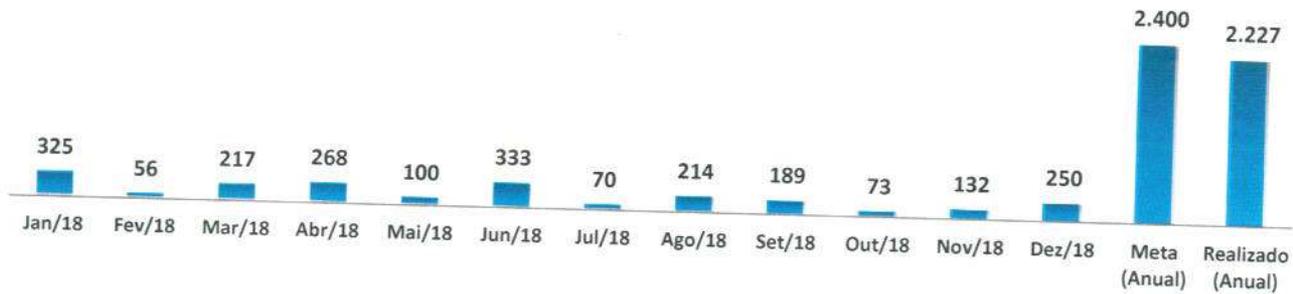
ESTADO	MUNICÍPIOS
Articular com os municípios para divulgação do serviço	Apoio da rede elétrica para funcionamento do caminhão (instalação elétrica trifásica por profissional habilitado)
Apresentar a demanda efetiva	Ponto de apoio para pernoite do caminhão (Segurança)
Propor as cidades escolhidas que divulguem o atendimento para as cidades circunvizinhas	Os municípios disponibilizarão estrutura mínima de consultórios para atender os pacientes e banheiros, bem como a higiene do caminhão
A SES/GO deverá garantir que os pacientes cheguem triados e com encaminhamento do profissional habilitado	O processo de reabilitação física com a OPM deverá ser de responsabilidade da equipe dos municípios.

Tipos e Quantidade de itens produzidos

A quantidade de produtos que serão disponibilizados no Projeto: Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre incluem 100 unidades para cada cidade compostos pelos itens descritos abaixo:

MIX DE PRODUTOS	QUANTIDADE PROJETADA
Coletes Ortopédicos	4
Órteses	75
Próteses	7
Calçados neuropáticos	6
Fabricação de calçados	8
TOTAL	100

Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Itens produzidos)



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no ano de 2018 para oficina ortopédica itinerante foi de 92,79%

Mesmo constando em contrato a relação dos municípios a receber os atendimentos, a articulação com as Secretarias de Saúde dos Municípios, centros de apoios (Centros Especializados em Reabilitação ou demais pontos de atenção à saúde) e Comissões Intergestoras Regionais ficou a cargo da SPAIS/Subcoordenação de Saúde da Pessoa Com Deficiência do Estado de Goiás.

Desta forma dependemos de deliberações destes departamentos para realizarmos os agendamentos.

4 – METAS DE PRODUÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS – ANO 2018

4.1 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PROPOSTAS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS

Com o objetivo de quantificar detalhadamente o número de atendimentos/procedimentos realizados para cada atividade médica, terapêutica e diagnóstica do CRER, apresenta-se planilha abaixo:

8º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão - 2018														
Atividade	Meta Mensal	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1 - INTERNAÇÃO - SAÍDAS HOSPITALARES														
Meta do Grupo (Clínica Médica + Clínica Cirúrgica)	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570	6.840
Procedimentos Realizados - Saídas		547	465	549	490	464	528	574	626	584	551	534	464	6.376
% Attingido da Meta - Saídas		95,96%	81,58%	96,32%	85,96%	81,40%	92,63%	100,70%	109,82%	102,46%	96,67%	93,68%	81,40%	93,22%
Saídas - Clínica Médica	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Procedimentos Realizados (Clínica Médica)		117	109	123	113	74	71	100	131	102	105	53	57	1.155
% attingido da Meta (Clínica Médica)		97,50%	90,83%	102,50%	94,17%	61,67%	59,17%	83,33%	109%	85%	88%	44,17%	47,50%	80,21%
Saídas - Clínica Cirúrgica	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400
Procedimentos Realizados (Clínica Cirúrgica)		430	356	426	377	390	457	474	495	482	446	481	407	5.221
% Attingido da Meta (Clínica Cirúrgica)		95,56%	79,11%	94,67%	83,78%	86,67%	101,56%	105,33%	110,00%	107,11%	98,11%	106,89%	90,44%	96,69%
2 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL														
Meta do Grupo (Consulta Médica + Consultas Não Médica)	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	174.000
Procedimentos Realizados - Consultas		14.511	12.894	15.483	15.625	16.418	16.181	15.982	17.498	13.594	16.609	14.258	12.492	181.545
% Attingido da Meta - Consultas		100,08%	88,92%	106,78%	107,76%	113,23%	111,59%	110,22%	120,68%	93,75%	114,54%	98,33%	86,15%	104,34%
Consulta Médica	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	132.000
Procedimentos Realizados (Consulta Médica)		10.866	8.843	10.531	10.396	10.862	11.207	11.717	12.850	10.268	12.109	10.633	8.456	128.738
% attingido da meta (Consulta Médica)		98,78%	80,39%	95,74%	94,51%	98,75%	101,88%	106,52%	116,82%	93,35%	110,08%	96,66%	76,87%	97,53%
Consulta Não Médica	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	42.000
Procedimentos Realizados (Consulta Não Médica)		3.645	4.051	4.952	5.229	5.556	4.974	4.265	4.648	3.326	4.500	3.625	4.036	52.807
% attingido da meta (Consulta Não Médica)		104,14%	115,74%	141,49%	149,40%	158,74%	142,11%	121,86%	132,80%	95,03%	128,57%	103,57%	115,31%	125,73%
3 - SADT - EXTERNO														
Exames - Externos	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	171.600
Procedimentos Realizados		9.897	17.109	22.181	19.860	19.063	17.469	16.947	18.978	20.073	20.565	17.891	15.350	215.383
% Attingido da Meta (Exames - Externos)		69,21%	119,64%	155,11%	138,88%	133,31%	122,16%	118,51%	132,71%	140,37%	143,81%	125,11%	107,34%	125,51%
RADIOLOGIA	82	449	1.045	762	755	638	587	749	547	996	518	723	500	8.269
% attingido da meta		547,56%	1274,39%	929,27%	920,73%	778,05%	715,85%	913,41%	667,07%	1214,63%	631,71%	881,71%	609,76%	840,35%
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	540	800	733	872	628	871	800	914	1.081	1.166	1.090	1.546	833	11.334
% attingido da meta		148,15%	135,74%	161,48%	116,30%	161,30%	148,15%	169,26%	200,19%	215,93%	201,85%	286,30%	154,26%	174,91%
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	690	432	708	998	922	732	804	813	907	598	461	389	452	8.216
% attingido da meta		62,61%	102,61%	144,64%	133,62%	106,09%	116,52%	117,83%	131,45%	86,67%	66,81%	56,38%	65,51%	99,23%
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	12.388	6.621	13.277	18.076	16.175	14.939	13.380	12.694	14.848	15.563	16.880	13.975	12.457	168.885
% attingido da meta		53,45%	107,18%	145,92%	130,57%	120,59%	108,01%	102,47%	119,86%	125,63%	136,26%	112,81%	100,56%	113,61%
OUTROS EXAMES	600	1.595	1.346	1.473	1.380	1.883	1.898	1.777	1.595	1.750	1.616	1.258	1.108	18.679
% attingido da meta (Outros Exames)		265,83%	224,33%	245,50%	230,00%	313,83%	316,33%	296,17%	265,83%	291,67%	269,33%	209,67%	184,67%	259,43%
4 - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD														
Pacientes Atendidos	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	540
Procedimentos Realizados		50	48	49	50	49	48	50	50	49	47	48	53	591
% attingido da meta		111,11%	106,67%	108,89%	111,11%	108,89%	106,67%	111,11%	111,11%	108,89%	104,44%	106,67%	117,78%	109,44%
5 - TERAPIAS ESPECIALIZADAS (SESSÕES)														
Sessões	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	279.600
Procedimentos Realizados		27.645	24.239	29.039	28.101	26.615	28.951	27.167	33.296	28.723	31.440	27.787	24.264	337.267
% attingido da meta (Sessões)		118,65%	104,03%	124,63%	120,61%	114,23%	124,25%	116,60%	142,90%	123,27%	134,94%	119,26%	104,14%	120,62%
6 - OFICINA ORTOPÉDICA														
Itens Dispensados	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	8.400
Procedimentos Realizados		601	615	677	652	743	556	893	673	757	786	711	708	8.372
% attingido da meta		85,86%	87,86%	96,71%	93,14%	106,14%	79,43%	127,57%	96,14%	108,14%	112,29%	101,57%	101,14%	99,67%
TOTAIS														
Metas Previstas	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	640.980
Procedimentos Realizados		53.251	55.370	67.978	64.778	63.352	63.733	61.613	71.121	63.780	69.998	61.229	53.331	749.534
Percentual attingido da meta - Absoluto		99,69%	103,66%	127,26%	121,27%	118,60%	119,32%	115,35%	133,15%	119,40%	131,05%	114,63%	99,84%	116,94%

Fonte: Departamento de Planejamento CRER

4.2 – ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

1) Internação – Saídas hospitalares (Autorização de Internação Hospitalar - AIH)

O hospital deverá realizar um número anual de 6.840 saídas hospitalares, com variação de mais ou menos 15% de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Clínica Cirúrgica	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400

Compreende-se por saídas a contagem de AIH'S clínicas e cirúrgicas do período em análise.

Registra-se que no mês fevereiro/18 não atingimos a meta individual das saídas clínica cirúrgica, o que impactou na meta global, que foi **81,58%** entretanto o percentual atingido da meta global (saídas clínica médica e saídas clínica cirúrgica) referente ao 1º trimestre/18 (janeiro/fevereiro/março) foi de **91,29%**.

Referente ao 2º trimestre/18 (abril/maio/junho) observamos que em abril não atingimos a meta individual das saídas clínica cirúrgica, entretanto não houve impacto no cumprimento de meta global (saídas clínica médica e saídas clínica cirúrgica) que foi **85,96%** como especificado em planilha acima. Em maio atingimos **61,67%** das saídas clínica médica o que impactou no alcance da meta global que ficou em **81,40%**. Em junho não atingimos a meta individual de saídas clínica médica, porém não impactou no alcance global da meta que ficou em **92,63%** e em análise do trimestre supracitado verificamos que o indicador atingiu **86,66%** da meta.

Referente ao 3º trimestre/18 (julho/agosto/setembro) observamos que em julho não atingimos a meta individual de saídas clínica médica, entretanto não houve impacto no cumprimento de meta global (saídas clínica médica e saídas clínica cirúrgica) que foi **100,70%**. Em análise do trimestre verificamos que o indicador atingiu **104,33%**

Referente ao 4º trimestre/18 (outubro/novembro/dezembro) observamos que em novembro não atingimos a meta individual de saídas clínica médica, entretanto não houve impacto no cumprimento de meta global (saídas clínica médica e saídas clínica cirúrgica) que foi **93,68%**. Em dezembro observa-se não atingimos a meta de saídas clínica médica e cirúrgica, atingindo respectivamente **90,44%** e **47,50%** das metas individuais, totalizando **81,40%** da meta global que. Em análise deste trimestre verificamos que o indicador global atingiu **90,58%**.

O percentual atingido no **ano de 2018** para este indicador foi de **93,22%** conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

Registra-se que estabelecemos um plano de ação visando diminuir o tempo de permanência dos pacientes, através da garantia da integralidade de acesso aos tratamentos demandados.

Assim, com a otimização dos tempos de permanência, espera-se o incremento da produtividade e assertividade terapêutica. Além disso, foram estabelecidos novos protocolos assistenciais que visam garantir

a adequada transição de cuidados entre as unidades de internação até a alta do paciente (hospital para o domicílio).

2) Atendimento Ambulatorial (Consultas Médicas e Consultas Não Médicas)

O atendimento ambulatorial compreende:

- d. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- e. Interconsulta;
- f. Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por **primeira consulta**, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ou Município ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por **primeira consulta de egresso**, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por **interconsulta**, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por **consulta subsequente**, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Para garantir de maneira sustentável a ampla oferta de especialidades médicas que vão ao encontro das necessidades dos usuários do SUS, o CRER adota um corpo clínico formado por profissionais contratados e por corpo clínico aberto, que atendem diversas especialidades médicas como: *Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Endocrinologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Infectologia, Genética, Medicina Intensiva, Neurologia, Neuropediatria, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.*

No âmbito da reabilitação, o atendimento multidisciplinar no CRER é composto por equipe formada por profissionais que oferecem aos usuários tratamento multiprofissional, através de programa personalizado de reabilitação que podem incluir: *Arteterapia, Atividades Educativas, Avaliação Neuropsicológica, Educação Física, Enfermagem, Equoterapia, Estimulação Visual, Fisioterapia, Fonoterapia, Hidroterapia, Musicoterapia, Natação, Nutrição, Odontologia, Pedagogia, Psicologia e Terapia Ocupacional.*

O hospital deverá realizar um número de atendimento ambulatorial de 11.000 consultas médicas e anual de 132.000 consultas, 3.500 consultas não médicas e anual 42.000 consultas de acordo com a capacidade operacional do ambulatório .

No mês de fevereiro/18 não atingimos a meta individual de consultas médicas, em decorrência dos feriados prolongados o que impactou negativamente na produção dos dias 08,09,14,15 e 16/02 assim como demonstrado no quadro abaixo:

CONSULTAS MÉDICAS						
FERIADO DE CARNAVAL (13/02/2018 Terça-Feira)						
Setembro		Agendados	Atendidos	Faltosos	Produção	Absenteísmo
08/02/18	Quinta-Feira	654	549	105	84%	16%
09/02/18	Sexta-Feira	387	317	70	82%	18%
14/02/18	Quarta-Feira	168	101	67	60%	40%
15/02/18	Quinta-Feira	617	520	97	84%	16%
16/02/18	Sexta-Feira	484	406	78	84%	16%

Fonte: Departamento de Planejamento CRER

Registra-se que o indicador atendimento ambulatorial, é composto por dois itens (consultas médicas e não médicas), com uma meta global de 14.500/mês, no qual em fevereiro/18 realizamos 12.894 atendimentos, atingindo **88,92%** da meta global, conforme demonstrado no quadro de metas de produção acima.

Informamos que no mês de dezembro/18 não atingimos a meta individual de consultas médicas, em decorrência dos feriados prolongados o que impactou negativamente na produção dos dias 20,21,24,26,27,28 e 29 assim como demonstrado no quadro abaixo:

CONSULTAS MÉDICAS						
NATAL (25/12/18 Terça-Feira) e RÉVEILLON (01/01/2019 Terça-feira)						
Dezembro		Agendados	Atendidos	Faltosos	Produção	Absenteísmo
20/12/18	Quinta-Feira	644	537	107	83%	17%
21/12/18	Sexta-Feira	340	290	50	85%	15%
24/12/18	Segunda-Feira	47	25	22	53%	47%
26/11/18	Quarta-Feira	151	117	34	77%	23%
27/12/18	Quinta-Feira	299	232	67	78%	22%
28/12/18	Sexta-Feira	218	174	44	80%	20%
31/12/18	Segunda-Feira	21	4	17	19%	81%

Fonte: Departamento de Planejamento CRER

Informa-se que a meta global de Atendimento Ambulatorial (Consultas médicas e consultas não médicas) do ano de 2018 é de 174.000 atendimentos no qual realizamos 181.545 atendimentos, atingindo **104,34%** da meta, conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

Como plano de ação para otimizar as agendas são realizados agendamentos extras para reposição dos cancelamentos médicos, conforme validado com a Diretoria Técnica de Reabilitação da instituição.

3) SADT – Externo

O hospital deverá realizar um número de 171.600 exames de SADT Externo* com média mensal de 14.300.

*** Entende-se por SADT Externo os exames que são ofertados para a Rede Assistencial por meio da Central de Regulação Municipal**

No mês de janeiro/18 não atingimos a meta individual para os exames de laboratório de análises clínicas, em virtude do processo de testes e adequações do novo Sistema Integrado de Gestão da Saúde Pública de Goiânia, tal processo ocorreu em nossa unidade em 06 de dezembro/ 17 e foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, informa-se que houve impactos negativos ao que tange ao número de pacientes encaminhados para unidade para realização de exames de análises clínicas, havendo assim um decréscimo de produção significativo. O indicador SADT Externo é composto por cinco itens (exames de Radiologia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Laboratório de Análises Clínicas e Outros exames), com uma meta global de 14.300 exames/mês, no qual realizamos em janeiro/18 9.897 exames, atingindo **69,21%** da meta

Registra-se que nos meses de janeiro/18, outubro/18, novembro/18 e dezembro/18 o exame Ressonância Magnética, teve o alcance de meta individual de **62,61%, 66,81% 56,38% e 66%** respectivamente, em decorrência de o equipamento ter ficado inoperante por alguns dias dos supracitados meses, para realização de manutenção corretiva, entretanto não houve impacto negativo nas análises trimestrais e ou semestrais da meta global.

Informa-se que a meta global de SADT- externo do **ano de 2018** é de 171.600 exames no qual realizamos 215.383 exames, atingindo **125,51%** da meta, conforme demonstrado no quadro de metas de produção.



Fonte: Relatório Gerencial

Os percentuais alcançados no **ano de 2018** foram acima de 85% em todos os indicadores (Internação, Ambulatório, SADT Externo, Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, Terapias Especializadas, Oficina Ortopédica Fixa e Serviço de Atenção Domiciliar – SAD) atingindo o percentual total de **116,94%**.

4) Serviço de atenção domiciliar – SAD

O hospital deverá realizar um número anual de 540 atendimentos em SAD.

Informa-se que no **ano de 2018** realizamos 591 atendimentos, atingindo **109,44%** da meta, conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

5) Terapias especializadas(SESSÕES)

O hospital deverá realizar um número mensal de 23.300 sessões e um número anual de 279.600 sessões em Terapias Especializadas.

Informa-se que no ano de 2018 realizamos 337.267 atendimentos, atingindo **120,62%** da meta, conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

6) Oficina Ortopédica(Fixa)

O hospital deverá realizar um número anual de 8.400 itens dispensados e 700 mensais.

Observa-se que no mês de junho/18 a Oficina Ortopédica(Fixa) atingiu **79,43%** da meta, entretanto não houve impacto negativo no alcance de meta referente ao 2º trimestre (abril/maio/junho) que foi **92,90%** assim como **101,76%** da meta referente a análise semestral (abril/18 a setembro/18).

Informa-se que no ano de 2018 realizamos 8.372 atendimentos, atingindo **99,67%** da meta, conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

4.3 - INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

METAS E INDICADORES

Para o ano 2018 estabelecem-se como indicadores qualitativos determinantes do repasse da parte variável:

- a) Autorização de Internação Hospitalar (20%)
- b) Atenção ao Usuário (20%)
- c) Controle de Infecção Hospitalar (20%)
- d) Mortalidade operatória (20%)
- e) Gerenciamento Ambulatorial (20%)

Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A meta é atingir a totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

O prazo para a entrega da informação é o **dia 20 (vinte) de cada mês**, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

O quantitativo das saídas médicas e cirúrgicas referentes ao faturamento das **competências de janeiro a novembro de 2018** segue a abaixo

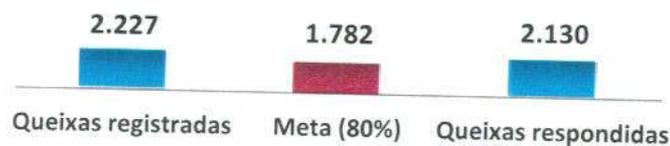
MESES	AIH'S CIRURGICAS	AIH'S CLÍNICAS	AIH'S TOTAL
Janeiro/18	463	115	578
Fevereiro/18	352	115	467
Março/18	438	122	560
Abril/18	350	116	466
Maió/18	412	71	483
Junho/18	452	72	524
Julho/18	462	102	564
Agosto/18	494	126	620
Setembro/18	444	102	546
Outubro/18	417	110	527
Novembro/18	555	90	645
TOTAL	4.839	1.141	5.980

Atenção ao Usuário - Resolução de queixas e pesquisa de satisfação

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

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

Total de queixas registradas e respondidas de janeiro/2018 a novembro/2018



Fonte: Ouvidoria/CRER

O percentual de queixas respondidas com relação total de queixas registradas foi 95,64%

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

Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores que incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto e Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto.

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

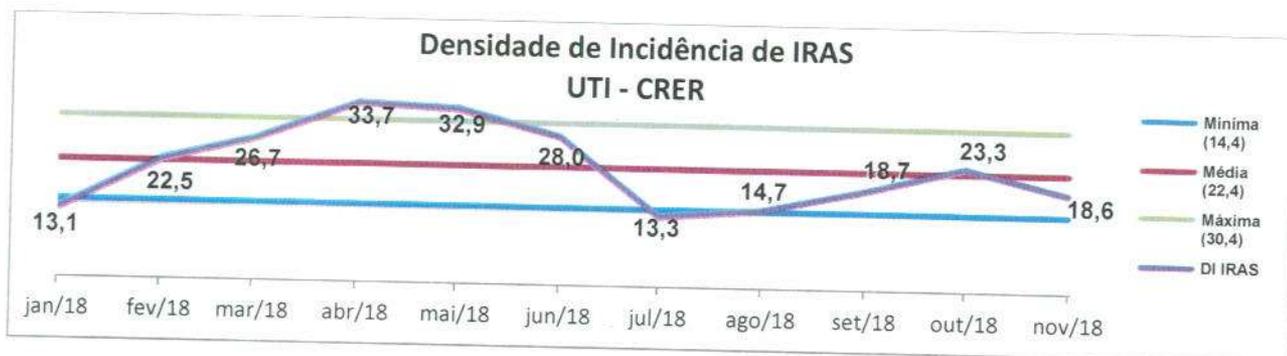
Definições:

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

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

Seguem os dados referentes às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e análise dos indicadores com as ações propostas.

a. Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto



Registra-se que este indicador em dezembro/17 se encontrava em 27,7, entretanto observa-se que em janeiro/18 houve diminuição na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva. Considera-se importante manter a vigilância destes indicadores.

No mês de fevereiro/18, observado aumento na densidade de incidência de Infecção Primária de

Corrente Sanguínea associado ao cateter, desde então foram realizadas discussões com os gestores do setor. Sendo definida mudança na metodologia de aplicação do pacote de Manutenção de CVC, que atualmente é aplicado pelo SECIH uma vez por semana, e a proposta é que a aplicação seja diária pela equipe da UTI, com objetivo de instituir barreiras e intensificar as ações para melhoria dos processos.

No mês de março/18 percebe-se aumento neste indicador desde fevereiro, entretanto foram intensificadas as discussões mensais com os gestores do setor. Nestas discussões, foram analisados os casos de IRAS que ocorreram nestes meses, de forma individual, identificados pontos com possibilidade de melhoria e definidas tratativas.

Periodicamente são realizadas reuniões com os responsáveis pelo processo da UTI, neste momento são analisados os indicadores gerenciados, dentre eles os indicadores de IRAS. E ainda são divulgados periodicamente por meio eletrônico, para acompanhamento e tratativas.

Ressalta-se que nestas discussões, foram analisados os casos de IRAS que ocorreram nestes meses, de forma individual, identificados pontos com possibilidade de melhoria e definidas tratativas. No mês de abril foi realizada limpeza terminal na unidade. Foi realizado ainda treinamento com a equipe assistencial sobre os Pacotes de Prevenção de IRAS.

Para adequação da estrutura física da unidade, a UTI foi fechada a partir do dia 12/05/2018, sendo transferidos todos os pacientes, esta ação gerou redução significativa na quantidade de paciente/dia, que é o denominador para o cálculo deste indicador.

Desta forma, a comparação dos dados deste mês com os demais fica prejudicada. Registra-se somente cinco infecções neste mês (2 Pneumonias, 1 Traqueobronquite, 1 Infecção em Lesão de Pele e 1 Infecção do Trato Urinário Relacionada à Cateter).

Informa-se que, neste período, foi ministrado treinamentos com a equipe assistencial sobre os Pacotes de Prevenção de IRAS.

Em junho foi observado estabilidade na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva (na faixa entre a Densidade Máxima e Mínima). As ações visando prevenção são mantidas de maneira contínua. Para este mês, podemos destacar a consolidação do processo de aplicação de Checklists pela equipe da UTI, com intuito de atuar como barreira para falhas em procedimentos que possam acarretar em risco de infecção:

- Para prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea são aplicados Checklists na inserção e manutenção de Cateteres Venosos Centrais (CVC);
- Para prevenção de Infecção de Trato Urinário é aplicado Checklist na inserção de Cateteres Vesicais de Demora;
- Para prevenção de Pneumonia é aplicado Checklist de manutenção para os pacientes em Ventilação Mecânica.

No mês de julho/18, foi observado queda na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva. Foram notificadas apenas 7 IRAS (2 Infecções Primárias de Corrente Sanguínea, 1 Traqueobronquite, 1 Pneumonia e 3 Infecções do Trato Urinário). Foi observado discreto aumento no

denominador "Paciente-dia", sendo 527 no mês de julho/2018 e a média dos meses anteriores de 497 (excluído o mês de maio, quando a UTI ficou fechada). As ações visando prevenção são mantidas de maneira contínua. Para este mês, podemos destacar a comemoração com a equipe de cinco meses sem Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), ação esta que reforça as medidas para prevenção e motiva o grupo a manter adesão a estas.

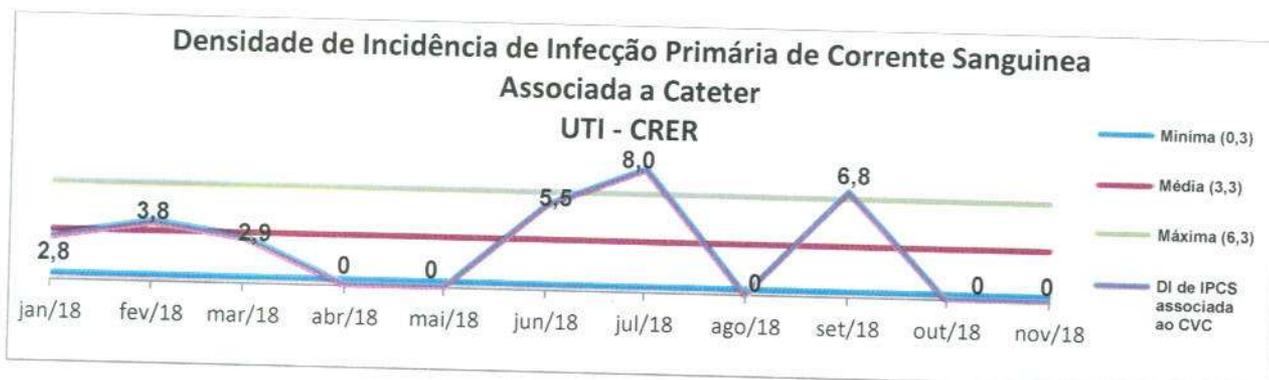
No mês de agosto/18, foi observado estabilidade na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva. As ações visando prevenção são mantidas de maneira contínua. Para este mês, podemos destacar o treinamento sobre higienização das mãos com todos os membros da equipe, dentro das atividades do Projeto Multimodal para Higienização das Mãos da ANVISA.

No mês de setembro/18, foi observado estabilidade na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva. As ações visando prevenção são mantidas de maneira contínua. Podemos destacar a visita diária de membro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SECIH) para avaliação de procedimentos invasivos e verificação de processos relacionados à prevenção de infecções.

No mês de outubro/18, foi observado aumento na Densidade de Incidência de IRAS na Unidade de Terapia Intensiva, porém continua dentro da média, desde então, foram intensificadas as discussões mensais com os gestores do setor. Nestas discussões, foram analisados os casos de IRAS que ocorreram neste mês, de forma individual, identificando pontos com possibilidade de melhoria e definidas tratativas.

No mês de novembro/18, foi observado queda na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva (UTI). Foram notificadas 10 IRAS, sendo 1 Traqueobronquite, 3 Pneumonias, sendo 2 associadas a Ventilação Mecânica, 2 Infecções do Trato Urinário associado ao cateter, 3 Infecção de Acesso Venoso Central e 1 Infecção de Acesso Periférico. As ações visando prevenção são mantidas de maneira contínua.

b. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto



Em relação a dezembro/17 (5,28) Verifica-se redução na Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionada a cateter venoso central - IPCS/ CVC no Setor de Terapia Intensiva em janeiro/18. Considera-se importante manter a vigilância dos pacotes (inserção e manutenção) deste indicador.

No mês de fevereiro/18 observado aumento na densidade de incidência de Infecção Primária de

Corrente Sanguínea associado ao cateter, desde então foram realizadas discussões com os gestores do setor. Sendo definida mudança na metodologia de aplicação do pacote de Manutenção de CVC, que atualmente é aplicado pelo SECIH uma vez por semana, e a proposta é que a aplicação seja diária pela equipe da UTI, com objetivo de instituir barreiras e intensificar as ações para melhoria dos processos.

No mês de março/18, Verificado redução na Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionada a cateter venoso central - IPCS/ CVC no Setor de Terapia Intensiva. Considera-se importante manter a vigilância dos pacotes de prevenção deste indicador.

Em abril/18 foi verifica-se redução na Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionada a cateter venoso central - IPCS/ CVC no Setor de Terapia Intensiva.

No mês de maio/18 se mantêm a redução na Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionada a cateter venoso central - IPCS/ CVC no Setor de Terapia Intensiva.

Em junho foi identificado 1 caso de Infecções Primárias de Corrente Sanguínea associadas ao uso de CVC, que representou pico em nossa densidade de incidência (5,52 casos para 1.000 cateter/dia).

O paciente em questão possuía fatores intrínsecos que implicavam em maior risco de infecção (diabetes, tabagismo, doença renal crônica). Na aplicação dos Checklists de Prevenção de Infecções de Corrente Sanguínea, não foram observadas inconformidades relevantes. Entretanto, dentro do mês atual (julho) foi identificada outra Infecções Primárias de Corrente Sanguínea associadas ao CVC para esta paciente. Na investigação verificamos que a paciente passou por atendimentos pela empresa terceirizada responsável pela hemodiálise e algumas condutas discordantes das nossas recomendações foram relatadas.

Como tratativa, reavaliaremos as rotinas de inserção e manutenção dos Cateteres pela empresa terceirizada responsável pela hemodiálise. Nosso serviço também iniciou ações dentro do Projeto Multimodal para Higienização das Mãos da ANVISA com a equipe da UTI, ação relacionada diretamente à prevenção dessas infecções.

Em julho/18 foram identificados 2 casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC), o que representou pico acima do esperado para a densidade de incidência (8,0 casos para 1.000 cateter/dia).

Estes pacientes tiveram internações para tratamento clínico, com diagnóstico de Pneumonia à admissão. Um caso ocorreu para a mesma paciente notificada com IPCS/CVC no mês de junho (diabética, tabagista e doente renal crônica). O segundo caso ocorreu em paciente internado com diagnóstico de cetoacidose diabética. Ambas as infecções foram associadas a cateteres de hemodiálise, inseridos em veia jugular, sem relato de inconformidades durante a inserção (Checklist Inserção). Na avaliação pelo Checklist de Manutenção dos CVCs, observamos relato de curativo inadequado.

Como tratativa, iniciamos observação das rotinas da empresa terceirizada responsável pela hemodiálise, sendo observadas algumas inconformidades em relação aos nossos protocolos. Foi solicitada reunião com este grupo, incluindo a nossa equipe, a coordenação médica da UTI e Gerência de Atendimento

ao Paciente Internado. Seguimos também na execução do Projeto Multimodal para Higienização das Mãos da ANVISA, ação relacionada diretamente à prevenção das IPCS. Estamos na fase de avaliação inicial da estrutura do setor e atividades da equipe, e em planejamento da fase de capacitação do grupo da UTI.

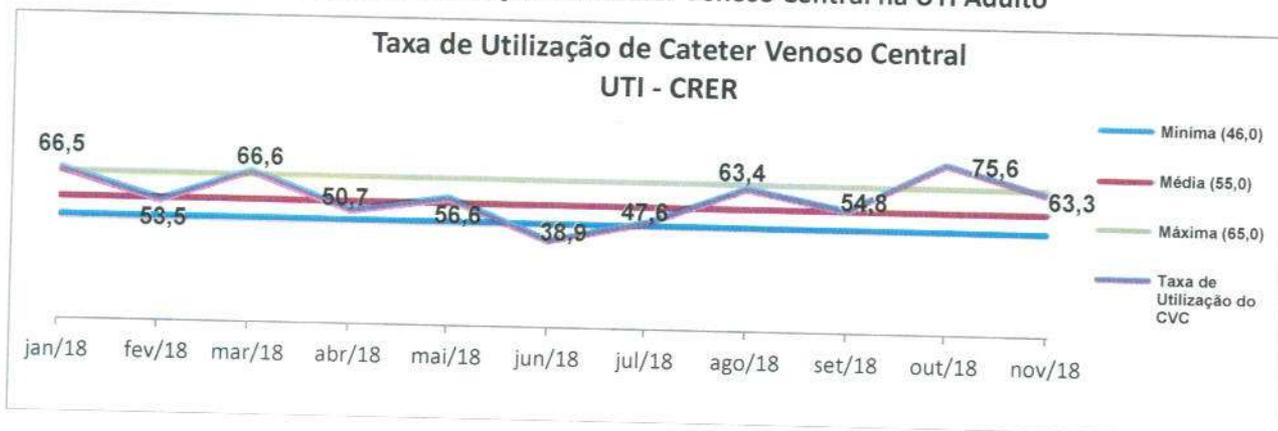
Em agosto/18, foram identificados casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC). Foi realizada reunião com a empresa terceirizada responsável pela hemodiálise, incluindo a equipe do Serviço de Controle de Infecção, a coordenação médica e supervisão da enfermagem da UTI. Neste momento foram alinhadas rotinas para a realização dos procedimentos de hemodiálise e proposto adequação de alguns processos.

Em setembro/18, foram identificados 2 casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC). Ambos pacientes desenvolveram estas infecções em internação prolongada (5 semanas), com uso do CVC também por tempo prolongado (3 e 4 semanas). Ainda havia indicação de manter o cateter, pois os pacientes estavam em uso de droga vasoativa. Não foram descritas inconformidades durante a inserção destes cateteres. Pela avaliação do checklist de manutenção dos CVCs, observamos inconformidades recorrentes na avaliação dos curativos. Iniciaremos com a equipe de enfermagem, avaliação da rotina de curativos em CVC.

Em outubro /18 não foram identificados casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC). Consideramos importante manter a vigilância dos pacotes de prevenção deste indicador.

Em novembro/18, Não foram identificados casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC). Consideramos importante manter a vigilância dos pacotes de prevenção deste indicador.

c. Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto



Em relação ao mês de dezembro/17 (63,5) observamos que em janeiro/18 aumento do indicador de utilização de Cateter Venoso Central, o que pode estar relacionado ao perfil do dos pacientes. Porém observamos que este indicador não repercutiu no aumento das IPCS/ CVC. Considera-se importante manter a vigilância destes indicadores.

Registra-se que no mês de fevereiro/18 observamos diminuição na taxa de utilização de Cateter Venoso Central, porém observamos que este indicador não repercutiu na redução das IPCS/ CVC.

Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

No mês de março/18, observamos aumento na taxa de utilização de Cateter Venoso Central, porém observamos que este indicador não repercutiu no indicador de IPCS/ CVC. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

De abril/18 a junho observamos redução na taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

Em julho/18, foi observado que segue estável a taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

Em agosto/18, foi observado elevação da taxa de utilização de Cateter Venoso Central, porém mantendo o indicador na faixa de estabilidade. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

Em setembro/18, segue estável a taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores. Através da avaliação diária destes procedimentos pela equipe assistente e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Em outubro/18, foi observado aumento importante na taxa de utilização de Cateter Venoso Central, porém observamos que este indicador não repercutiu no indicador de IPCS/CVC. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

Em novembro/18, foi observado redução na taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

Taxa de Mortalidade Operatória

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

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

Definições:

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

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais

nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

NOME	TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA
OBJETIVO	Monitorar o desempenho assistencial na área cirúrgica
META	Realizar relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente
FÓRMULA	Número de óbitos <u>ocorridos até sete dias</u> após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.
FONTE	MVPEP/ Comissão de Óbito

MÊS	janeiro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	463
TOTAL DE ÓBITOS	17
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	1
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	1
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,21%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

NOME	TAXA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA
OBJETIVO	Monitorar o desempenho assistencial na área cirúrgica
META	Realizar relatório até o dia 20 do mês subsequente
FÓRMULA	Número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.
FONTE	MVPEP/ Comissão de Óbito

MÊS	Janeiro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	463
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	1
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,21%

ANÁLISE CRÍTICA - JANEIRO

Análise dos óbitos:

Dos 17 óbitos ocorridos 1 teve correlação com cirurgia:

L.M.G.; prontuário 45679, 44 anos. Paciente com Pseudo Artrose Bilateral de Colo de Fêmur, com IRC dialítica, em POT de artroplastia de quadril esquerdo de 2016, POT artroplastia de quadril direito de abril de 2017, com revisão de quadril direito em agosto de 2017, realizou cirurgia de nova revisão dia 23/01/18 recebendo alta dia 26/01 e reinternanda dia 28/01/18 indo a óbito dia 29/01/18. Classificada como ASA III.

Caso de urgência:

R.M.S.S., prontuário 275530, dia 25/01/18, submetida a instrumentação T12 – ilíaco + debridamento cirúrgico por saída de secreção piosanguinolenta associada a deiscência de ferida de PO de descompressão + AVP c3-T2/ lesão dural incidental + artrodese e discectomia via anterior de T1 e T2.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	fevereiro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	364
TOTAL DE ÓBITOS	14
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	0
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,00%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	fevereiro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	364
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	3
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,82%

ANÁLISE CRÍTICA - FEVEREIRO

Análise dos óbitos:

No mês de fevereiro/18, não tivemos nenhum óbito ocorrido até sete dias após o procedimento cirúrgico.

Caso de urgência:

T.P.N., prontuário 178743, dia 06/02/18 submetido a debridamento de úlcera sacral com tecido necrosado e drenagem de hematoma em região trocantérica. D.R.S., prontuário 398212, dia 15/02/18 realizado exploração cirúrgica de bolsa escrotal com drenagem de abscesso, orquiectomia e exérese parcial de bolsa escrotal.

M.J.M., prontuário 122017, dia 24/02/18, ureterorrenolitotripsia rígida com instalação de duplo jota, em paciente com sepse urinária.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	Março/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	427
TOTAL DE ÓBITOS	16
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	0
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0

TAXA DE MORTALIDADE	0,00%
----------------------------	--------------

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	março/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	427
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,47%

ANÁLISE CRÍTICA – MARÇO

Análise dos óbitos:

No mês de março/18, não tivemos nenhum óbito ocorrido até sete dias após o procedimento cirúrgico.

Caso de urgência:

B.S.C., prontuário 402253, dia 07/03/18 realizou laparotomia exploratória para reabordagem de cirurgia de prostatectomia radical que evoluiu com fístula urinária.

G.N.S., prontuário 415285, dia 16/03/18 realizou laparotomia exploradora por abdômen agudo perfurativo.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	abril/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	378
TOTAL DE ÓBITOS	15
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	1
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	1
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,26%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	abril/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	378
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,53%

ANÁLISE CRÍTICA - ABRIL

Análise dos óbitos:

Dos 15 óbitos ocorridos na instituição, 1 foi após procedimentos cirúrgicos. J.F.S.; prontuário 415901, 74 anos. Paciente cardiopata grave com implante de marca passo, internado com ictus de AVEi complicado com pneumonia e sepse de foco pulmonar faleceu dia 26/04/2018, 24 horas após ter realizado gastrostomia no dia 25/04/2018. Classificado como A.S.A. IV.

Caso de urgência:

P.M.C.; prontuário 418599, dia 17/04/2018 submetido a ureterorrenolitotripsia em cálculo de junção ureterovesical e implante de duplo J por IRA pós renal e sepse de foco urinário.

M.L.A.; prontuário 10681, realizou reabordagem dia 25/04/2018 com drenagem de secreção purulenta e debridamento cirúrgico de cirurgia de escoliose realizada previamente no dia 22/03/2018.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	maio/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	381
TOTAL DE ÓBITOS	5
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	1
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	1
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,26%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	maio/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	381
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,52%

ANÁLISE CRÍTICA - MAIO

Análise dos óbitos:

Dos 4 óbitos que ocorreram na instituição, 1 ocorreu após 6 dias da realização de gastrostomia, não sendo, no entanto, um óbito relacionado ao procedimento em si. Paciente A.A.C., prontuário 417792, 55 anos, hipertensa, acamada, tetraplégica prévia há 19 anos, com encefalopatia anóxica após PCR dia 07/05 em ventilação mecânica por BIPAP, realizou procedimento de gastrostomia dia 16/05/18 e evoluiu com óbito dia 22/05/2018. Classificado como A.S.A. IV.

Caso de urgência:

A.N.O.; prontuário 404247, ureterorrenolitotripsia semirrígida a laser por balão de foley obstruído dentro da bexiga e calcificado realizado no dia 16/05/2018.

J.F.S.N.; prontuário 406062, submetido a discectomia dia 17/05/2018 por compressão centrolateral a direita com dor intensa.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	junho/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	484
TOTAL DE ÓBITOS	8
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	2

ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	2
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,41%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	junho/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	484
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,00%

ANÁLISE CRÍTICA – JUNHO

Análise dos óbitos:

Dos 8 óbitos ocorridos na instituição, 2 ocorreram após realização de gastrostomia. Paciente M.V.S., prontuário 424246, 83 anos AVEi prévio, hipertenso, realizou cirurgia de gastrostomia dia 18/06/2018 evoluindo com óbito as 07:03h do dia 20/06/2018, já se encontrava internado desde o dia 06/06/2018. Não foi realizada consulta pré anestésica. Após revisão da equipe ASA III Paciente J.O. ;prontuário 421559, encontrava-se em cuidados paliativos por múltiplos ictus de AVEi's prévios, DPOC, HAS/DM/ Obesidade, realizou cirurgia de gastrostomia dia 13/06/2018 evoluindo com óbito esperado pelo quadro clínico dia 17/06/2018. Fora classificado como A.S.A. III.

Caso de urgência:

Não houve caso de urgência

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	julho/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	483
TOTAL DE ÓBITOS	19
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	3
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	3
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,62%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	julho/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	483

NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,41%

ANÁLISE CRÍTICA - JULHO

Análise dos óbitos:

No mês de julho/18, dos 19 óbitos ocorridos na instituição, 3 foram relacionados ao período pós-operatório embora 2 foram mediante ao quadro clínico do próprio paciente após confecção de gastrostomia e 1 fratura de fêmur. Paciente J.F.Q., prontuário 427861, 93 anos, internada com AVEi extenso dia 06/07, suspeita de CA de bexiga, realizou confecção de traqueostomia dia 17/07 e foi a óbito dia 23/07. Fora classificada como ASA III. Paciente R.M.S., prontuário 428380, 77 anos, DPOC complicada com pneumonia, insuficiência renal e infecção de urina, internada dia 11/07 realizou procedimento de traqueostomia e foi a óbito dia 21/07/2018. Fora classificada como ASA III. Paciente M.P.S. prontuário 429000, 87 anos portadora de DOPC, HAS internado com fratura transtrocanteriana de fêmur esquerdo dia 17/07 após queda de própria altura há 3 dias. Realizou cirurgia corretiva dia 20/07 evoluindo com sangramento importante e instabilidade hemodinâmica indo a óbito no mesmo dia. Fora classificada como ASA III.

Caso de urgência:

H.C.Q.; prontuário 417128, paciente operado em 02/07/2018 de Septoplastia e Turbinectomia inferior bilateral, DIH – Epistaxe, Cauterização de Artéria Esfenopalatina, classificado como ASA II.

C.E.V.; prontuário 1253, cirurgia realizada em 05/07/2018, paciente operado em 07/06/2018 artrodese T4, escoliose neuromuscular, debridamento cirúrgico, classificado como ASA II.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	agosto/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	512
TOTAL DE ÓBITOS	09
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	0
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,00%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	agosto/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	512
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,39%

ANÁLISE CRÍTICA - AGOSTO

Análise dos óbitos:

Dos 09 óbitos ocorridos na instituição no mês de agosto/2018, nenhum foi correlacionado ao período pós-operatório advindo de causa cirúrgica.

Caso de urgência:

P.K.P.M.; pt 286149, 19 anos, PO de osteotomia tipo VCR com substituição de corpo vertebral e laminectomia T3 e T4 dia 26/07 sendo reinternada dia 07/08 por deicencia de FO com infecção local, sendo-lhe feito debridamento local dia 09/08/2018. A.S.A.II.

M.D.V.L.; pt 430845, 64 anos, PO de nefrostomia por abscesso e hidronefrose renal esquerda, evoluiu com piora do quadro infeccioso e novo abscesso sem sucesso a punção guiada por USG sendo realizado dia 17/08/2018 nefrectomia total. A.S.A. III.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	setembro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	462
TOTAL DE ÓBITOS	15
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	4
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	2
ÓBITOS ASA 4	2
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,87%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	setembro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	462
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,43%

ANÁLISE CRÍTICA – SETEMBRO

Análise dos óbitos:

Dos 15 óbitos ocorridos na instituição no mês de setembro/2018, 04 foram relacionados ao período pós operatório, embora todos tenham sido elencados ao quadro clínico e não ao ato operatório em si. Paciente B.L.S., prontuário 435566, 76 anos, sequelada de AVEi, hipertensa, hipotireoideia, em estado comatoso, evoluiu com colite isquêmica, abdômen agudo perfurativo com pneumoperitônio, sendo realizado dia 11/09/2018 laparotomia exploratória e retossigmoidectomia a hartmann, classificada como ASA III, evoluiu a óbito dia 13/09/2018. Paciente R.P.S., prontuário 431183, 42 anos, internada no posto 1 com AVEi de tronco, em cuidados paliativos realizou traqueostomia dia 17/09/2018 e foi a óbito dia 23/09/2018, classificada com ASA IV. Paciente G.C.S., prontuário 268163, 73 anos, com AVEi extenso, hipertensa, diabética, em cuidados paliativos realizou GTT dia 17/09/2018 e foi a óbito dia 23/09/2018, classificada como ASA IV. Paciente J.P.M., prontuário 62449, 79 anos, AVEi, hipertenso, diabético, comatoso, realizou TQT dia 18/09/2018 e evoluiu a óbito dia 24/09/2018, classificado como ASA III.

Caso de urgência:

B.L.S., prontuário 435566, 76 anos, sequelada de AVEi, hipertensa, hipotireoideia, em estado comatoso, evoluiu com colite isquêmica, abdômen agudo perfurativo com pneumoperitônio, sendo realizado dia 11/09/18 laparotomia exploratória e retossigmoidectomia a Hartmann. A.S.A. III

A.J.S., prontuário 360703, 2 anos, pós-operatório de correção de Mão de Fenda a direita, avaliada no ambulatório de curativo dias 26/09/2018 com edema local sendo internada e realizado debridamento no mesmo dia debridamento. A.S.A. II.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	outubro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	503
TOTAL DE ÓBITOS	14
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	1
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	0
ÓBITOS ASA 3	1
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,20%

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	outubro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	503
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	1
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,20%

ANÁLISE CRÍTICA - OUTUBRO

Análise dos óbitos:

Dos 14 (quatorze) óbitos ocorridos na instituição no mês de outubro/2018, somente 01 (um) está relacionado ao período pós operatório, embora tenha se dado na indução anestésica antes de iniciar a incisão operatória. Paciente I.L.F., 80 anos, prontuário 440387, encaminhado para realizar artroplastia de quadril esquerdo por fratura de fêmur. A.S.A. II.

Caso de urgência:

M.C.C., PT 369611, 75 anos, revisão de ATQ após PO de retirada de prótese do quadril direito por infecção com instabilidade hemodinâmica, sendo feita nova intervenção dia 24/11/2018. A.S.A.III.

a) Taxa de Mortalidade Operatória

MÊS	novembro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	464
TOTAL DE ÓBITOS	9
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	1
ÓBITOS ASA 1	0
ÓBITOS ASA 2	1
ÓBITOS ASA 3	0
ÓBITOS ASA 4	0
ÓBITOS ASA 5	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,21%

SS

b) Taxa de Cirurgias de Urgência

MÊS	novembro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	464
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	1
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,21%

ANÁLISE CRÍTICA NOVEMBRO

Análise dos óbitos:

Dos 09 (nove) óbitos ocorridos na instituição no mês de novembro/2018, somente 01 (um) está relacionado ao período pós operatório. Paciente J.M.S., prontuário 442664, 99 anos, com fratura transtrocanteriana de fêmur D, síndrome demencial, IRC, cardiopata faleceu no pós operatório no dia 16.11.2018. A.S.A. II.

Caso de urgência:

L.E.L., prontuário: 317061, 54 anos, reposicionamento de material de síntese de L4/L5 no dia 16/11/2018 após PO de Laminectomia L3S1 + AVP L2S1 por estenose de canal lombar 01/11/2018. A.S.A. II.

5. Gerenciamento da unidade ambulatorial

É um indicador composto por três diferentes indicadores que devem ser mensurados e apresentados de forma simultânea a cada mês:

Perda Primária - Consulta Médica: acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas para a rede referenciada. Cálculo: diferença percentual entre o total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede e o total de primeiras consultas agendadas no ambulatório. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação. Permite estratificação por especialidade médica;

Taxa de Absenteísmo: acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento no Ambulatório decorrente da ausência do paciente. Cálculo: diferença percentual entre o total de consultas realizadas e o total de consultas agendadas. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação do ambulatório. Permite estratificação por especialidade médica e por tipo de consulta;

Índice de Retorno / Consultas Médicas: é a relação entre o total de consultas subsequentes e a somatória do total de primeiras consultas e interconsultas realizadas no ambulatório. Este indicador é aferido mensalmente e mede indiretamente a resolubilidade da unidade, monitorando a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Janeiro – 2018

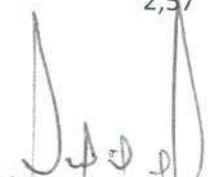
Taxa de Perda Primária	18,50%
Taxa de Absenteísmo	19,32%
Índice de Retorno	2,38%

Fevereiro – 2018

Taxa de Perda Primária	28,84%
Taxa de Absenteísmo	18,60%
Índice de Retorno	2,48%

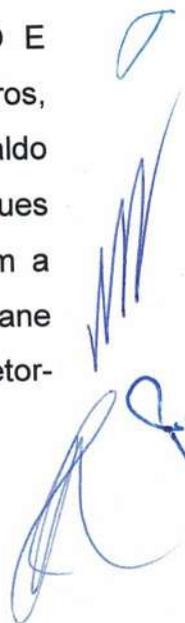
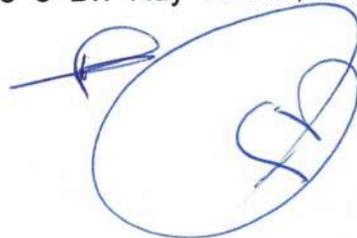
Março – 2018

Taxa de Perda Primária	30,83%
Taxa de Absenteísmo	18,81%
Índice de Retorno	2,19%
Abril – 2018	
Taxa de Perda Primária	22,37%
Taxa de Absenteísmo	22,00%
Índice de Retorno	2,21
Maió – 2018	
Taxa de Perda Primária	24,00%
Taxa de Absenteísmo	22,00%
Índice de Retorno	2,08%
Junho – 2018	
Taxa de Perda Primária	20,00%
Taxa de Absenteísmo	21,00%
Índice de Retorno	2,07%
julho– 2018	
Taxa de Perda Primária	28,56%
Taxa de Absenteísmo	22,00%
Índice de Retorno	2,07
agosto – 2018	
Taxa de Perda Primária	21,78%
Taxa de Absenteísmo	18,83%
Índice de Retorno	2,33
setembro – 2018	
Taxa de Perda Primária	18,79%
Taxa de Absenteísmo	19,00%
Índice de Retorno	2,07
Outubro– 2018	
Taxa de Perda Primária	21,14%
Taxa de Absenteísmo	17,45%
Índice de Retorno	2,40
Novembro – 2018	
Taxa de Perda Primária	58,49%
Taxa de Absenteísmo	19,94%
Índice de Retorno	2,57

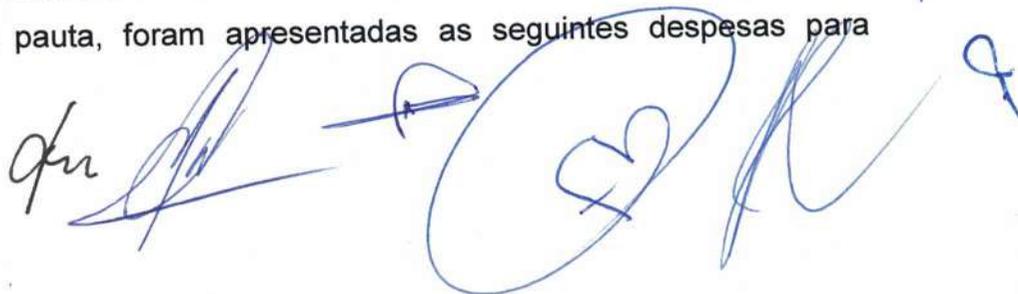

Valney Luiz da Rocha
Diretor Geral - CRER
CRM 4244

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA
"ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO – AGIR"
PARA APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS
PERÍODOS DO CONTATO DE GESTÃO, ENTRE OUTROS.

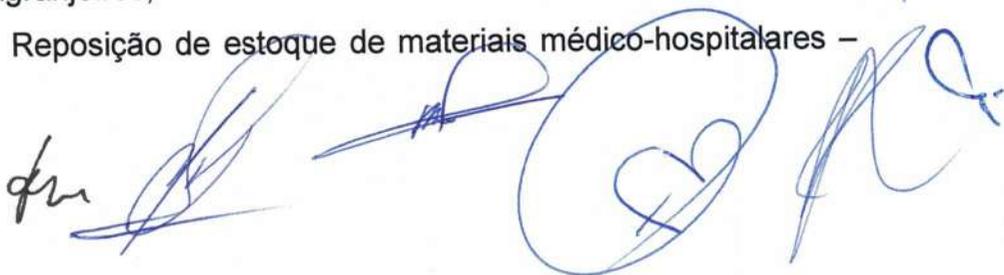
Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de agosto do ano de 2018, às 07:30 horas, conforme convocação publicada no jornal "Dário Oficial do Estado de Goiás", do dia 14 de agosto de 2018, em conformidade com o preceituado nos arts. 30, 31 e 32 do Estatuto da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação – AGIR, com o seguinte teor: "AGIR – ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - EDITAL DE CONVOCAÇÃO - O Diretor-Presidente da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, cumprindo determinação estatutária, nos termos dos arts. 30, 31 e 32, CONVOCA os membros do Conselho de Administração da AGIR para a REUNIÃO ORDINÁRIA que realizar-se-á no dia 27 de agosto de 2018 às 07:30 horas, na Av. Olinda c/ Av. PL-3, qd. H-4, lts 1/3, 20º andar, Lozandes Corporate Design, Torre Business, Parque Lozandes, Goiânia-GO, para deliberarem, na forma do estatuto, sobre a seguinte pauta: 1. Admissão de Conselheiro. 2. Apreciação e aprovação da prestação de contas. 3. Autorização de despesas. 4. Aprovação da alteração dos Regulamentos de Compras e Contratação de Pessoal. 5. Ratificação de atos diversos. 6. Outros assuntos de interesse da AGIR. Goiânia, 14 de agosto de 2018. Washington Cruz. Diretor-Presidente", reuniram-se na Av. Olinda c/ Av. PL-3, qd. H-4, lts 1/3, 20º andar, Lozandes Corporate Design, Torre Business, Parque Lozandes, cidade de Goiânia, Estado de Goiás, os membros do Conselho de Administração da "AGIR - ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO", em primeira convocação, com os seguintes membros, nominalmente, como se segue: César Helou, Pedro Daniel Bittar, José Evaldo Balduino Leitão, Vardeli Alves de Moraes, Paulo Afonso Ferreira, Alaor Rodrigues Aguiar, Fernando Morais Pinheiro, Helca de Sousa Nascimento. Justificaram a ausência: Alberto Borges de Souza, Joaquim Caetano de Almeida Netto e Jeane de Cássia Dias Abdala Maia. Presentes à reunião o Dr. Ruy Rocha, Diretor-



Tesoureiro da AGIR, Dr. Sérgio Daher, Superintendente Executivo, Sr. Claudemiro Euzébio Dourado, Superintendente Administrativo Financeiro, Sra. Divaina Alves Batista, Superintendente Multiprofissional, Dr. João Alírio Teixeira da Silva Júnior, Superintendente Técnico, Dr. Eliezer Rangel Cordeiro, Assessor Jurídico e Sr. Dante de Paula Assessor de Planejamento, Sr. Jorge Nunes Peixoto, Gerente Corporativo Contábil e Financeiro. Por unanimidade, foi indicado para presidir a reunião o Dr. César Helou que, aceitando a indicação, convidou-me, Eliezer Rangel Cordeiro, para secretariá-lo. O Presidente agradeceu a presença de todos. Ato contínuo, o Senhor Presidente convidou o Sr. Ruy Rocha para fazer uso da palavra, que dando as boas-vindas a todos esclareceu aos presentes o motivo da convocação, sendo dito que a reunião tem por objetivo os assuntos elencados no edital de convocação, com especial atenção para a apresentação das contas da AGIR frente ao Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Passando de imediato ao primeiro ponto da pauta foi informada a necessidade de ser indicado novo Conselheiro em substituição ao Dr. Joaquim Caetano, cuja vaga deve ser preenchida por indicação do Diretor-Presidente, considerando que o mesmo não mais pode ser reconduzido. Com a palavra o Diretor-Presidente disse que fará a indicação o mais rápido possível. No segundo ponto da pauta foram apresentados os dados referentes a prestação de contas das unidades administradas pela AGIR, a saber CRER, HDS e HUGOL. Com a palavra o Sr. Dante de Paula passou a apresentação das metas de produção. Informou que o CRER, no período de janeiro a junho de 2018, cumpriu todas as metas e indicadores estabelecidos pelo Contrato de Gestão. Em relação ao HDS, informou que o HDS, no período de janeiro a junho de 2018, também cumpriu todas as metas e indicadores estabelecidos pelo Contrato de Gestão. Em relação ao HUGOL a prestação de contas se deu em face do período de janeiro a junho de 2018, tendo sido todas as metas e indicadores estabelecidos pelo Contrato de Gestão cumpridos. Franqueada a palavra aos Conselheiros, os relatórios foram debatidos e dirimidas as dúvidas apresentadas, tendo sido os relatórios da prestação de contas do CRER, HDS e do HUGOL aprovadas, cujos resultados serão encaminhados à Secretaria de Estado da Saúde. Passando para o terceiro ponto da pauta, foram apresentadas as seguintes despesas para

The bottom of the page features several handwritten signatures in blue ink. On the left, there is a signature that appears to be 'Dr. César Helou'. To its right, there is a large, stylized signature that looks like 'S. R. C.' or similar, enclosed in a large circle. Further to the right, there are several other signatures, some of which are less legible but appear to be initials or names.

aprovação *ad referendum*: Para as unidades: **Processo nº 158/18** Contratação de empresa especializada em serviços de jardinagem, valor anual de R\$ 219.960,00; **Processo nº 243/17** Contratação de empresa para fornecimento contínuo de soros e eletrolitos, valor anual estimado de R\$ 3.644.042,70; **Processo nº 068/17** Contratação de empresa para fornecimento de insumos para CME, valor anual estimado de R\$ 637.282,85; **Processo nº 080/18** Contratação de empresa para fornecimento contínuo de sevoflurano, valor anual estimado de R\$ 405.625,00; **Processo nº 013/18** Contratação de empresa para prestação de serviço de outsourcing impressão, valor anual estimado de R\$ 302.970,00; **Processo nº 54/18** Contratação de empresa de auditoria independente para AGIR e suas unidades entre os anos de 2018 à 2020, valor de R\$ 158.340,00; **Processo nº 114/17** Contratação de empresa para fornecimento de papel A4, valor anual estimado de R\$ 278.070,00. Para a unidade CRER: **Processo nº 010/02** Contrato de Cessão de Direito de Uso, Supervisão e Manutenção - MV Sistemas, valor anual de R\$ 261.644,40; **Processo nº 119/18** Aquisição de equipamentos de informática, valor de R\$ 194.701,01; **Processo nº 149/17** Locação de aparelho de suporte à vida, valor de R\$ 110.160,00; **Processo nº 1144/18** Reposição de estoque de medicamentos, valor de R\$ 252.449,91; **Processo nº 1143/2018** Reposição de estoque de materiais médico - hospitalares, valor de R\$ 245.386,31; **Processo nº 818/18** Reposição de estoque de materiais médico – hospitalares R\$ 156.868,98; **Processo nº 92/16** Contratação de empresa para fornecimento de líquido para conservação de múltiplos órgãos, valor anual estimado de R\$ 319.680,00; **Processo nº 601/10** Credenciamento de empresa para fornecimento de ventiladores volumétricos, valor anual estimado de R\$ 1.380.355,20; **Processo nº 097/2017** Contratação de empresa para o fornecimento contínuo de GLP, valor anual estimado de R\$ 2.872.800,00; **Processo nº 85/2016** Contratação de empresa para fornecimento contínuo de refil para bandeja, valor anual estimado de R\$ 120.447,00; **Processo nº 1717/13** Contratação de empresa de prestação de serviços de radioterapia aos pacientes da neurologia, valor anual de R\$ 169.035,24; **Processo nº 018/16** Contratação de empresa para fornecimento contínuo de hortifrutigranjeiros, valor anual estimado de R\$ 2.086.605,15; **Processo nº 1324/18** Reposição de estoque de materiais médico-hospitalares –



04 meses, valor de R\$ 506.743,24; **Processo nº 91/18** Contratação de empresa para prestação de serviço de nefrologia, valor anual de R\$ 486.037,20; **Processo nº 1327/18** Reposição de estoque de dietas enterais - 4 meses, valor de R\$ 220.961,20. Para a unidade HDS: **Processo nº 056/18** Aquisição de servidor e licença perpétua, valor de R\$ 113.715,87; **Processo nº 381/18** Reposição de estoque de materiais médico-hospitalares – 04 meses, valor de R\$ 165.136,04. Para a unidade HUGOL: **Processo nº 62/2018** Contratação de empresa para fornecimento de testes de coagulação, com equipamentos na modalidade aluguel, valor anual estimado de R\$ 135.990,00; **Processo nº 134/18** Contratação de empresa para prestação de serviço de manutenção preventiva e corretiva em hemodinâmica, valor anual de R\$ 525.000,00; **Processo nº 1048/18** Reposição de estoque de medicamentos, valor de R\$ 473.701,69; **Processo nº 1043/18** Reposição de estoque de medicamentos, valor de R\$ 242.396,12; **Processo nº 1052/18** Reposição de estoque de materiais médico - hospitalares, valor de R\$ 632.666,23; **Processo nº 820/18** Reposição de estoque de materiais médico – hospitalares, valor de R\$ 566.606,43; **Processo nº 1216/18** Reposição de estoque de insumos de hemodinâmica, valor de R\$ 999.763,00 ; **Processo nº 017/14** Contratação de empresa para fornecimento de gás GLP e comodato de equipamentos, valor anual estimado de R\$ 3.351.600,00; **Processo nº 018/16** Contratação de empresa para fornecimento contínuo de hortifrutigranjeiros, valor anual estimado de R\$ 803.576,13; **Processo nº 425/2015** Contratação de empresa especializada em prestação de serviços médicos em cirurgia pediátrica R\$ 1.260.000,00; **Processo nº 228/2015** Contratação de empresa especializada para prestação de serviços médicos em neurologia e neurocirurgia R\$ 3.600,000,00; **Processo nº 1294/18** Reposição de estoque de materiais médico-hospitalares – 4 meses, valor de R\$ 1.935.744,82; **Processo nº 1322/18** Reposição de estoque de Medicamentos – 4 Meses, valor de R\$ 349.363,35; **Processo nº 1295/18** Reposição de estoque de Medicamentos – 4 Meses, valor de R\$ 3.289.975,05; **Processo nº 63/18** Contratação de empresa para fornecimento de marcadores cardíacos, com equipamentos na modalidade aluguel, valor anual estimado de R\$ 503.500,00; **Processo nº 1409/18** Reposição de estoque de dietas enterais - 4 meses, valor de R\$ 102.674,69; **Processo nº**

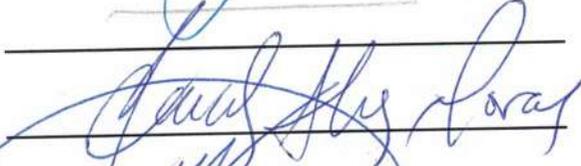
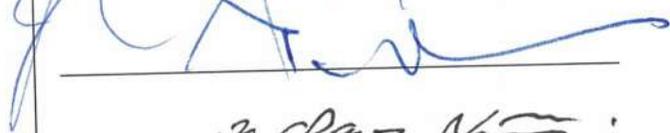


1021/18 Reposição de estoque de enxoval, valor de R\$ 166.009,11; **Processo nº 117/14** Contrato de licença de uso e manutenção de software de gestão hospitalar - MV, valor de R\$ 472.508,88. Feitos os esclarecimentos, as despesas foram autorizadas por unanimidade. No quarto ponto da pauta foi informado aos Senhores Conselheiros que ainda se encontra em análise as propostas de alteração do Regulamento de Compras, a serem promovidas em face da orientação da CGE, razão pela qual será retirado de pauta, devendo retornar o assunto na próxima reunião. O quinto ponto da pauta também foi retirado, considerando a dificuldade em encontrar pessoa que queira assumir o desonerado encargo do Conselho de Administração. No último ponto da pauta o Dr. Sérgio Daher passou a informar os Conselheiros sobre os seguintes assuntos: a) que situação financeira da AGIR se encontra equilibrada, mas que para o final do ano já é esperado um aperto, considerando tratar-se de ano eleitoral, e ainda que todas as reservas financeiras conquistadas pela AGIR por sua boa gestão, passaram a ser questionadas pelo estado, que determinou a sua aplicação imediata, tendo sido apresentado um plano de aplicação para aprovação da SES. b) que a AGIR sofreu duas importantes ações trabalhistas, propostas gestores da CRER, fato inédito nos seus 17 anos. E que considerando a seu vultoso valor e possíveis repercussões a ação mais onerosa deverá ser patrocinada por escritório especializado, razão pela qual solicita autorização para contratação. Feitos os esclarecimentos pelo Assessor Jurídico da AGIR, a contratação foi autorizada, sendo que a outra ação será patrocinada pelo corpo d advogados da AGIR. Ainda, considerando os fatos que envolvem as referidas ações, apresentou-se a necessidade de contratar uma empresa especializada para análise de vulnerabilidades nos sistemas de informação, na relação da AGIR com as unidades, a fim de garantir a proteção mais eficiente da informação. Após os esclarecimentos solicitados a contratação foi autorizada. Nada mais havendo, lavrei a presente ata que lida, foi aprovada por unanimidade, assinada por mim, Eliezer Rangel Cordeiro, _____ que a secretariei, e encerrada pelo Senhor Presidente, Dr. César Helou,

Dr.

RELAÇÃO DOS MEMBROS DO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA AGIR

Reunião Ordinária
27 de agosto de 2018

Conselheiros	Assinatura
Joaquim Caetano de Almeida Netto	<hr/>
César Helou	<hr/> 
Alberto Borges de Souza	<hr/>
Vardeli Alves de Moraes	
Paulo Afonso Ferreira	
Fernando Morais Pinheiro	
Pedro Daniel Bittar	
Helca de Sousa Nascimento	
José Evaldo Balduino Leitão	
Alaor Rodrigues Aguiar	
Jeane de Cássia Dias Abdala Maia	<hr/>