



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



**ESTADO
DE GOIÁS**

AGIR

Associação Goiana de
Integralização e Reabilitação

8º TERMO ADITIVO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011

RELATÓRIO TRIMESTRAL

(Cláusula Segunda, item 2.56 do 7º Termo Aditivo)

(REFERÊNCIA: JULHO, AGOSTO, SETEMBRO 2018)

Goiânia/GO

OUTUBRO/2018

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alaor Rodrigues Aguiar

Alberto Borges de Souza

Cesar Helou

Fernando Moraes 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 Alírio 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 PELO CRER.....	5
3.1 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	5
3.2 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL.....	7
3.3 – SERVIÇO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT.....	8
3.4 – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD.....	9
3.5 – TERAPIAS ESPECIALIZADAS.....	9
3.6 – OFICINA ORTOPÉDICA.....	10
3.7- OFICINA ORTOPÉDICA ITINERANTE TERRESTRE.....	11
4 – QUADRO DE METAS DE PRODUÇÃO.....	13
5 – INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DE CONTRATO	14
6 – DIVULGAÇÃO E FORTALECIMENTO SOCIAL DO CRER	25
7 – ANEXOS	25
RELATÓRIO – COMPOSIÇÃO/EVOLUÇÃO DE CUSTOS (Junho/2018 a Agosto/2018)	
COMUNICADO INTERNO (C.I) DE APRESENTAÇÃO DE AIH's (Julho/2018 a Setembro/2018)	
RELATÓRIO–INVENTÁRIO DOS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS PERMANENTES (Julho/2018 a Setembro/2018)	
RELATÓRIO– ENGENHARIA CLÍNICA (Julho/2018 a Setembro/2018)	

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 DE EXECUÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES** referente ao trimestre *(Julho, Agosto e Setembro 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 1.180, de 19 de novembro de 2015.

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 8.823m² e durante a gestão da AGIR expandiu-se para 33.275,56m² 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 exigência contratual, 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 para o próximo trimestre.

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 PELO CRER

O CRER como instituição de referência na atenção à pessoa com deficiência tem por missão: "Oferecer excelência no atendimento à pessoa com deficiência, fundamentado no ensino e pesquisa", tendo como os principais valores:

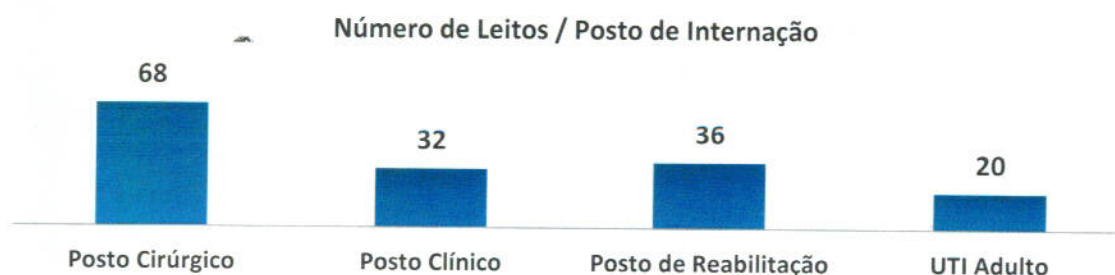
- **Competência** na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades;
- **Responsabilidade** na adoção de postura social e ambiental que traduzam dedicação e respeito à vida;
- **Ética** no respeito às normas com ações que denotem lealdade e transparência, e
- **Renovação** contínua das forças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





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.

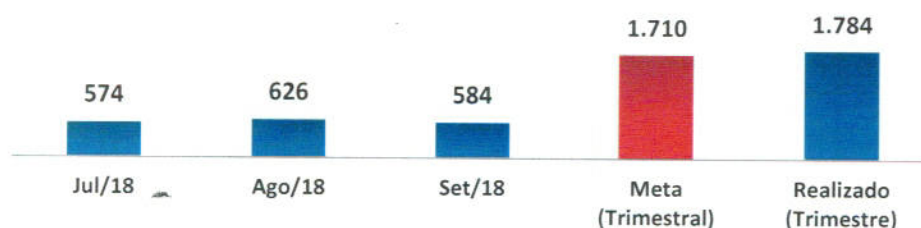


O Centro Cirúrgico contempla em sua estrutura 08 salas cirúrgicas, sendo 02 salas com sistema de fluxo laminar e sistema de monitorização para videoconferência e 08 leitos de recuperação pós-anestésica.



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) - Trimestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para as internações (saídas hospitalares) foi de 104,33%

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.

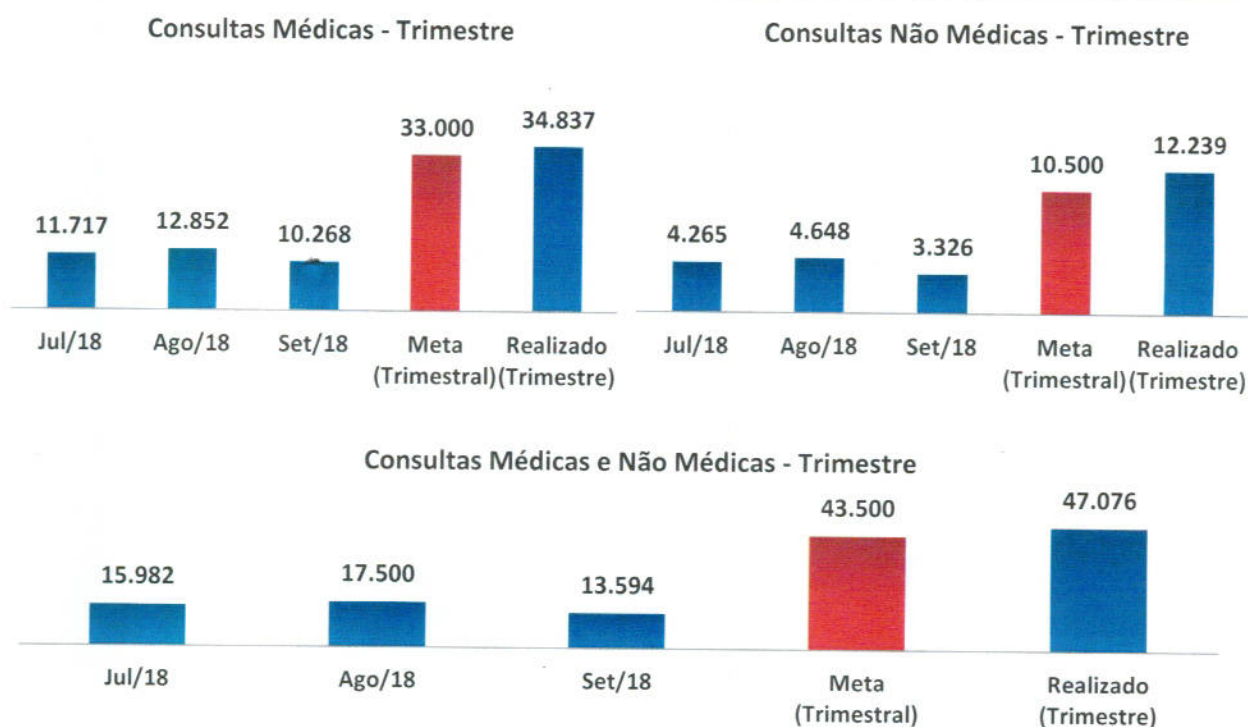
Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

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



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para o atendimento ambulatorial (consultas médicas e não médicas) foi de 108,22%

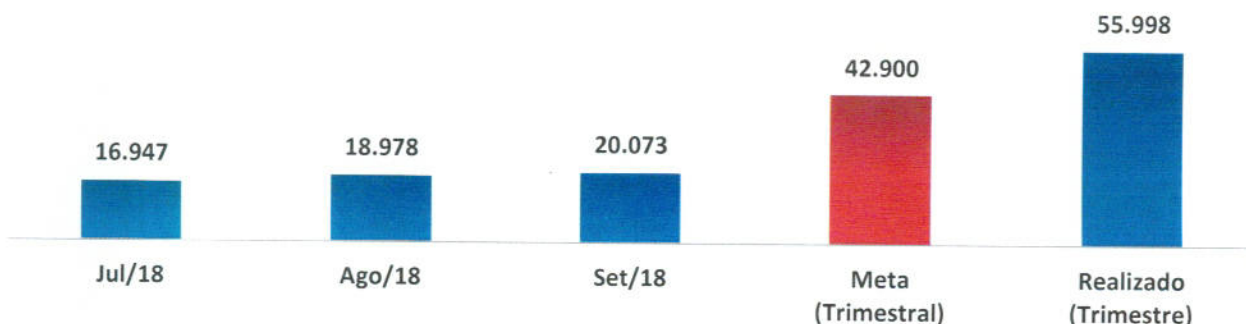
3.3 - SERVIÇO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

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, Urodinâmica, Vectonistagmografia e Videolaringoscopia.

SADT Externos (Exames Realizados) - Trimestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para os SADT externos foi de 130,53%

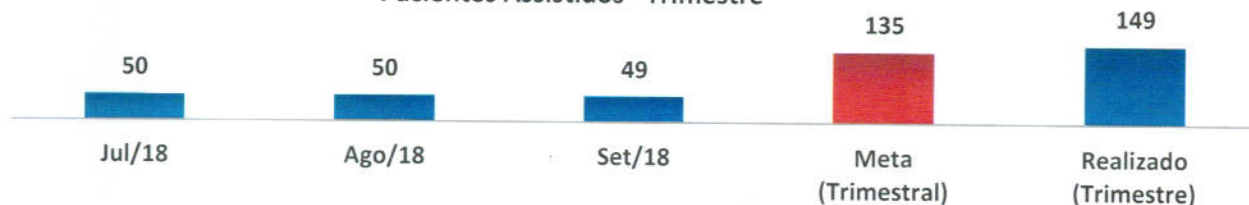
Nota Explicativa: Informamos que o Faturamento/CRER ainda não apresentou o faturamento do mês de setembro/2018 para a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS, portanto os números apresentados poderão sofrer alterações.

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.



Pacientes Assistidos - Trimestre



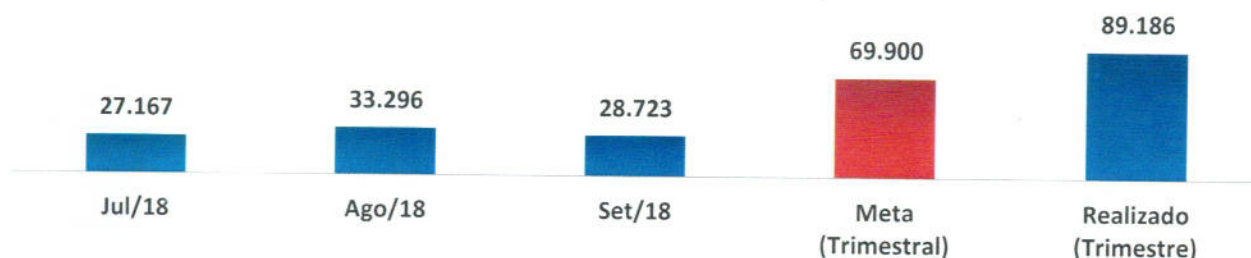
Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD foi de 110,37%

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) - Trimestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para as terapias especializadas (sessões) foi 127,59%

3.6 - OFICINA ORTOPÉDICA

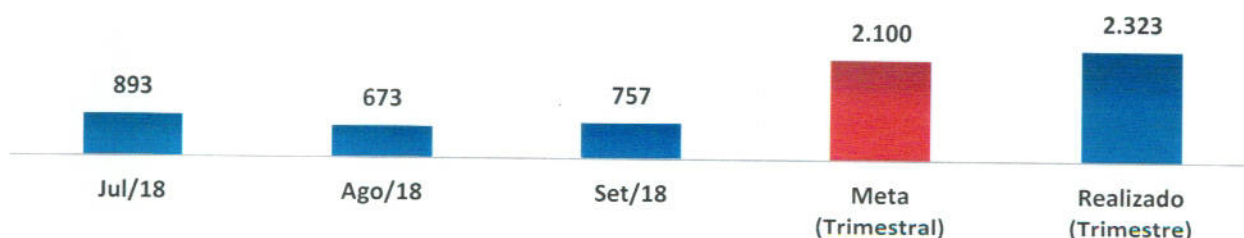
A Oficina Ortopédica do CRER é um espaço industrial onde se confecciona aparelhos de aplicação terapêutica, sob prescrição médica, utilizando equipamentos modernos e equipe altamente qualificada, considerada como referência nacional e também como centro de treinamento do Ministério da Saúde.

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) - Trimestre



Fonte: Relatório de Faturamento

O percentual atingido no trimestre para oficina ortopédica foi de 110,62%

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	- 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	- 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 na instituição. - Não estando em demanda pela unidade itinerante, estes colaboradores estarão à disposição do CRER para demais atividades inerentes aos cargos
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	- 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 é 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 (SUPRASS, reunião ocorrida 18/07/2017), na presença do superintendente SUPRASS e equipe, foi

Acesso a Serviços Hospitalares e Ambulatoriais (SUPRAAS)	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.

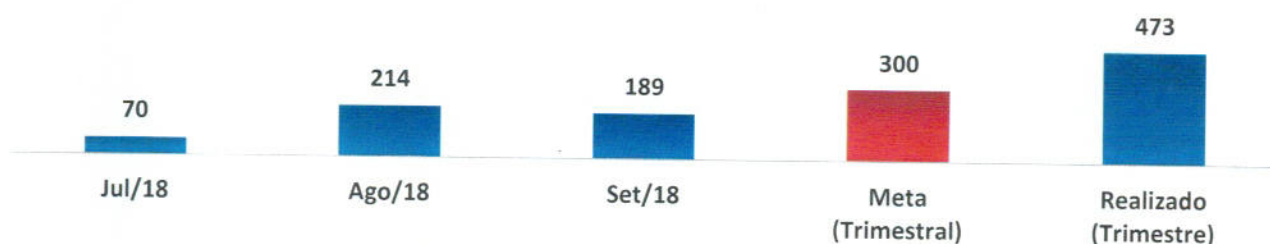
Tabela 2. Responsabilidade do Estado e Municípios:

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.

No trimestre em análise, registra-se que a Oficina Itinerante realizou visitas nas seguintes cidades:

Regional de Entorno Sul – Val Paraíso de 23/07/18 a 27/07/18, Regional de Saúde Oeste I – Iporá de 27/08/18 a 31/08/18 e Regional Sudoeste II – Jataí de 24/09/18 a 28/09/18.

Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Itens produzidos) - Trimestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para oficina ortopédica itinerante terrestre foi de 157,66%

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 - QUADRO DE METAS DE PRODUÇÃO – 3º TRIMESTRE 2018

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 3º Trimestre de 2018						
Atividade	Meta Trimestral	Meta Mensal	Jul	Ago	Set	Total do Semestre
1 - INTERNAÇÃO - SAÍDAS HOSPITALARES						
Meta do Grupo (Clínica Médica + Clínica Cirúrgica)	1.710	570	570	570	570	1.710
Procedimentos Realizados - Saídas			574	626	584	1.784
% Atingido da Meta - Saídas			101%	110%	102%	104,33%
Saídas - Clínica Médica	360	120	120	120	120	360
Procedimentos Realizados (Clínica Médica)			100	131	102	333
% atingido da Meta (Clínica Médica)			83%	109%	85%	92,50%
Saídas - Clínica Cirúrgica	1.350	450	450	450	450	1.350
Procedimentos Realizados (Clínica Cirúrgica)			474	495	482	1.451
% Atingido da Meta (Clínica Cirúrgica)			105%	110%	107%	107,48%
2 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL						
Meta do Grupo (Consulta Médica + Consultas Não Médica)	43.500	14.500	14.500	14.500	14.500	43.500
Procedimentos Realizados - Consultas			15.982	17.500	13.594	47.076
% Atingido da Meta - Consultas			110%	121%	94%	108,22%
Consulta Médica	33.000	11.000	11.000	11.000	11.000	33.000
Procedimentos Realizados (Consulta Médica)			11.717	12.852	10.268	34.837
% atingido da meta (Consulta Médica)			106,52%	116,84%	93,35%	105,57%
Consulta Não Médica	10.500	3.500	3.500	3.500	3.500	10.500
Procedimentos Realizados (Consulta Não Médica)			4.265	4.648	3.326	12.239
% atingido da meta (Consulta Não Médica)			121,86%	132,80%	95,03%	116,56%
3 - SADT - EXTERNO						
Exames - Externos	42.900	14.300	14.300	14.300	14.300	42.900
Procedimentos Realizados			16.947	18.978	20.073	55.998
% Atingido da Meta (Exames - Externos)			118,51%	132,71%	140,37%	130,53%
RADIOLOGIA	246	82	749	547	996	2.292
% atingido da meta			913,41%	667,07%	1214,63%	931,71%
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	1.620	540	914	1.081	1.166	3.161
% atingido da meta			169,26%	200,19%	215,93%	195,12%
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	2.070	690	813	907	598	2.318
% atingido da meta			117,83%	131,45%	86,67%	111,98%
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	37.164	12.388	12.694	14.848	15.563	43.105
% atingido da meta			102,47%	119,86%	125,63%	115,99%
OUTROS EXAMES	1.800	600	1.777	1.595	1.750	5.122
% atingido da meta (Outros Exames)			296,17%	265,83%	291,67%	284,56%
4 - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR -SAD						
Pacientes Atendidos	135	45	45	45	45	135
Procedimentos Realizados			50	50	49	149
% atingido da meta			111,11%	111,11%	108,89%	110,37%
5- TERAPIAS ESPECIALIZADAS (SESSÕES)						
Sessões	69.900	23.300	23.300	23.300	23.300	69.900
Procedimentos Realizados			27.167	33.296	28.723	89.186
% atingido da meta (Sessões)			116,60%	142,90%	123,27%	127,59%
6- OFICINA ORTOPÉDICA						
Itens Dispensados	2.100	700	700	700	700	2.100
Procedimentos Realizados			893	673	757	2.323
% atingido da meta			127,57%	96,14%	108,14%	110,62%

Fonte: Relatório Gerencial

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR.

ANÁLISE DAS METAS DE PRODUÇÃO

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

Registra-se que as saídas (clínica médica) atingiram no período em análise 92,50%, assim como as saídas (clínica cirúrgica), atingiram 107,48%, dados referentes as metas individuais.

O percentual atingido da meta do grupo foi de **104,33%** conforme demonstrado no quadro de metas supracitado.

Para o próximo trimestre, será dada a continuidade ao plano de ação, aplicado no período de julho a setembro, o mesmo visa diminuir o tempo de permanência dos pacientes, através da garantia da integralidade de acesso aos tratamentos demandados, além de almejar o incremento da produtividade e assertividade terapêutica.

Além do fortalecimento em prol a adesão da equipe assistencial aos protocolos assistenciais que visam garantir a adequada transição de cuidados entre as unidades de internação até a alta do paciente (hospital para o domicílio).

Percentual Atingido (Julho/2018 a Setembro/2018)



Fonte: Relatório Gerencial

Os percentuais alcançados neste trimestre ficaram 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 **122,63%**. Registra-se que as ações aplicadas nas áreas produtivas em prol do cumprimento de meta serão estendidas para o próximo trimestre.

5 – INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

METAS E INDICADORES

Estabelecem-se como indicadores qualitativos determinantes do repasse da parte variável:

- Autorização de Internação Hospitalar (20%)
- Atenção ao Usuário (20%)
- Controle de Infecção Hospitalar (20%)
- Mortalidade operatória (20%)
- Gerenciamento Ambulatorial (20%)

1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)– A valoração deste indicador será de 20% em cada trimestre.

A meta é atingir a totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de

competência do CENTRO 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 **07/2018, 08/2018 e 09/2018 soma-se 1.172 Autorizações de Internações Hospitalares - AIH's**, conforme as (Comunicações internas C.I's) que seguem em anexo, entretanto, a instituição aguarda a disponibilização dos relatórios de aprovadas e rejeitadas junto a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), que ocorre após o dia 28 de cada mês.

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR.

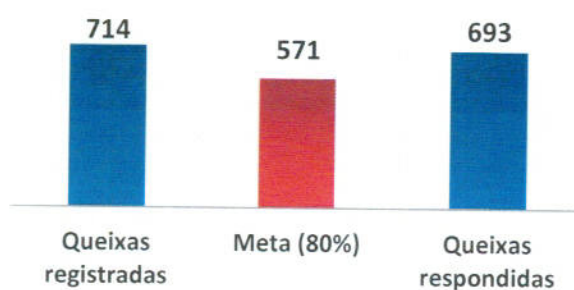
Para este indicador será mantida para o próximo período a mesma metodologia utilizada neste trimestre apresentado, atendendo todas as condições estabelecidas no contrato.

2. Atenção ao Usuário - Resolução de queixas e pesquisa de satisfação – A valoração deste indicador será de 20% em cada trimestre.

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

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

Total de queixas registradas de Julho/2018 a Setembro/2018



Fonte: Ouvidoria/CRER

O percentual de queixas respondidas no trimestre com relação a meta é de 121,36%

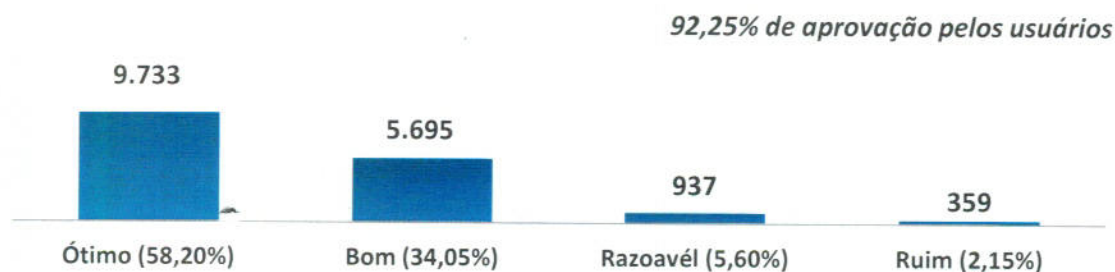
A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente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

A seguir apresentamos o índice de satisfação dos usuários do CRER, referente aos meses de julho/2018, agosto/2018 e setembro/2018, conforme a metodologia utilizada na instituição desde o mês de janeiro de 2017.

Informamos que nos meses de julho e setembro os dados foram coletados através dos terminais eletrônicos instalados nas recepções (consultas, exames e terapias). Cada usuário/acompanhante avalia os serviços oferecidos pela instituição, respondendo a uma pergunta padrão **“Como você avalia o atendimento no CRER?”**

Registra-se, que no mês de agosto/2018 a pesquisa de satisfação foi realizada de forma provocativa nos dias 21, 22 e 23, utilizando um formulário físico, contendo 9 perguntas, totalizando 5.220 alternativas e foram desconsideradas 1.070 (Não pode avaliar), restando 4.150 respostas. O método adotado neste período se deve ao fato de que o sistema eletrônico utilizado na unidade estava em fase de atualização.

Pesquisa de Satisfação (Ambulatório) Período: 01/07/2018 à 30/09/2018



Fonte: Relatório Gerencial

Total de votantes: 16.724

Nas unidades de internação a pesquisa foi aplicada de forma espontânea, utilizando um formulário físico, contendo 7 (sete) perguntas, onde cada paciente/acompanhante avalia o atendimento recebido durante a internação. No período em análise, considerando as 1.604 saídas (altas e transferências externas), foram respondidos 223 formulários, onde 208 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação e 15 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta instituição. A pergunta padrão utilizada é **“O(a) senhor(a) recomendaria este hospital a um familiar ou amigo?”**.

Pesquisa de Satisfação (Internação) Período: 01/07/2018 à 30/09/2018



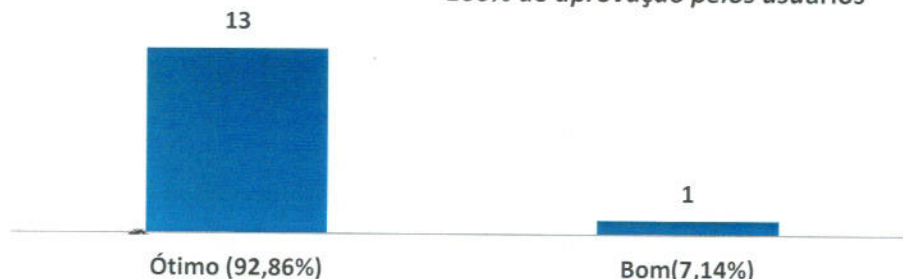
Total de votantes: 223

Fonte: Questionário Específico

Atenção ao Usuário - Pesquisa de Satisfação (Internação – Posto Clínico)

Período: 01/07/2018 à 30/09/2018

100% de aprovação pelos usuários



Atenção ao Usuário - Pesquisa de Satisfação (Internação – Posto Cirúrgico)

Período: 01/07/2018 à 30/09/2018

100% de aprovação pelos usuários



Atenção ao Usuário - Pesquisa de Satisfação (Internação – Posto de Reabilitação)

Período: 01/07/2018 à 30/09/2018

100% de aprovação pelos usuários



PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR.

No Contrato de Gestão supracitado, a meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário até o dia 20 do mês imediatamente subsequente, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos no ambulatório.

✓ Registra-se que em prol da melhoria continua a unidade não está medindo esforços para a resolução das queixas recebidas internas e externas, haja vista que em julho/2018 o percentual atingido foi de 97,81%, ou

seja, das 137 demandas registradas 134 foram respondidas. Em agosto/2018 foram registradas 316 demandas, sendo respondidas 307, atingindo um percentual de 97,16%. No mês de setembro/2018 foram registradas 261 demandas, das quais 250 foram respondidas, atingindo um percentual de 95,79%. O percentual atingido no trimestre foi de **96,77%**.

✓ A Pesquisa de Satisfação dos usuários/acompanhantes referente ao trimestre em análise contemplou mais de 10% dos usuários atendidos no ambulatório e na internação. O percentual atingido em junho/2018 foi de 87% de satisfação dos usuários no ambulatório e 100% na internação. Em agosto/2018 o percentual de satisfação dos usuários foi de 94,21% no ambulatório e 100% na internação. No mês de setembro/2018 o percentual de satisfação dos usuários foi de 95,89% no ambulatório e 100% na internação. Logo, em análise trimestral, o indicador atingiu **92,25% de satisfação dos usuários no ambulatório de 100% de satisfação dos usuários na internação**.

✓ A Pesquisa de Satisfação dos usuários/acompanhantes da internação se subdivide da seguinte forma:

POSTO CLÍNICO: Em julho das 64 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 02, onde estes responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação. Em agosto das 65 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 04, onde 03 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação e 01 respondeu que avalia como bom os serviços prestados nesta unidade. Em setembro das 50 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 08, onde se obteve o grau máximo de satisfação.

POSTO CIRÚRGICO: Em julho das 421 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 81, onde 68 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 04 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade. Em agosto das 452 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 49, onde 42 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 07 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade. Em setembro das 437 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 72, onde 68 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 04 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade.

POSTO DE REABILITAÇÃO: Em julho das 28 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 05, onde estes responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação. Em agosto das 44 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 15, onde 12 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação e 03 responderam que avalia como bom os serviços prestados nesta unidade. Em setembro das 41 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 13, onde todos responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação.

Registra-se que estes indicadores serão acompanhados regularmente ao que tange ao quantitativo de votantes, com fito de atender todas as condições estabelecidas no contrato. Para o próximo trimestre serão aplicadas as mesmas metodologias de pesquisa ambulatorial e internação, utilizadas neste trimestre apresentado.

3. Controle de Infecção Hospitalar – A valoração deste indicador será de 20% em cada trimestre.

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

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

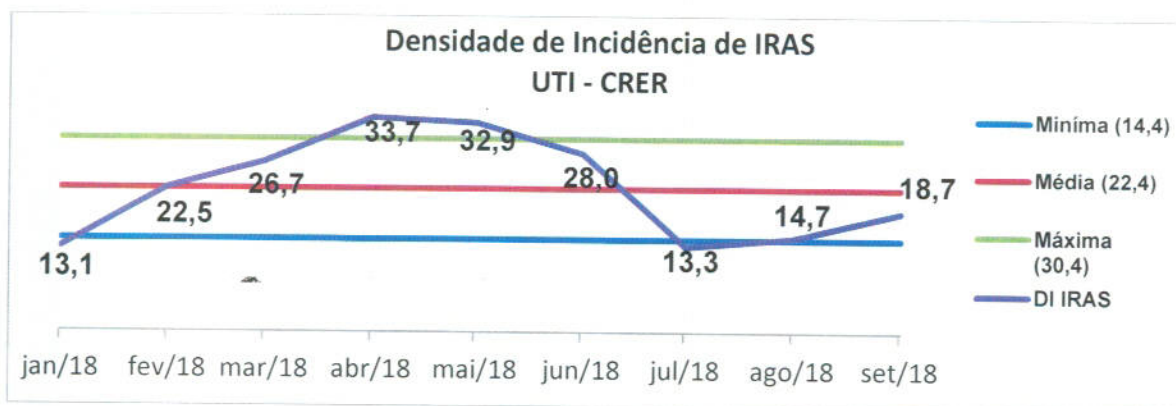
De acordo com o Contrato de Gestão firmado com a SES/GO, o Hospital deverá enviar o relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para a UTI Adulto que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama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

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR.

O monitoramento dos indicadores de Controle de Infecção Hospitalar avalia a qualidade da assistência prestada pela instituição. Para o próximo trimestre será mantida a mesma metodologia utilizada neste período apresentado.

Os indicadores são acompanhados através de Diagrama de Controle.

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.

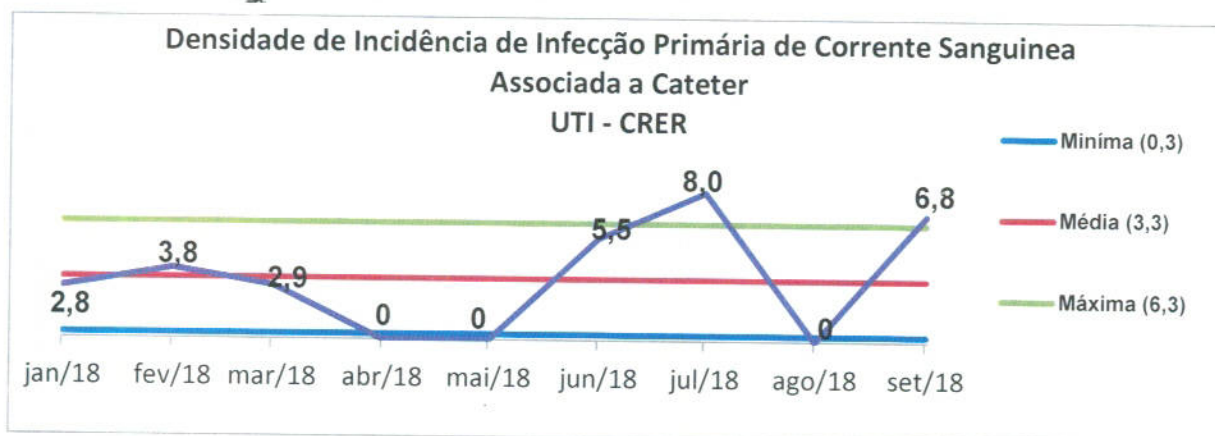


No mês de julho/18, foi observado queda na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva. Foram notificadas apenas 7 IRAS (2 Infecções Primárias de Corrente Sanguínea, 1 Traqueobronquite, 1 Pneumonia e 3 Infecções do Trato Urinário). Foi observado discreto aumento no denominador "Paciente-dia",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



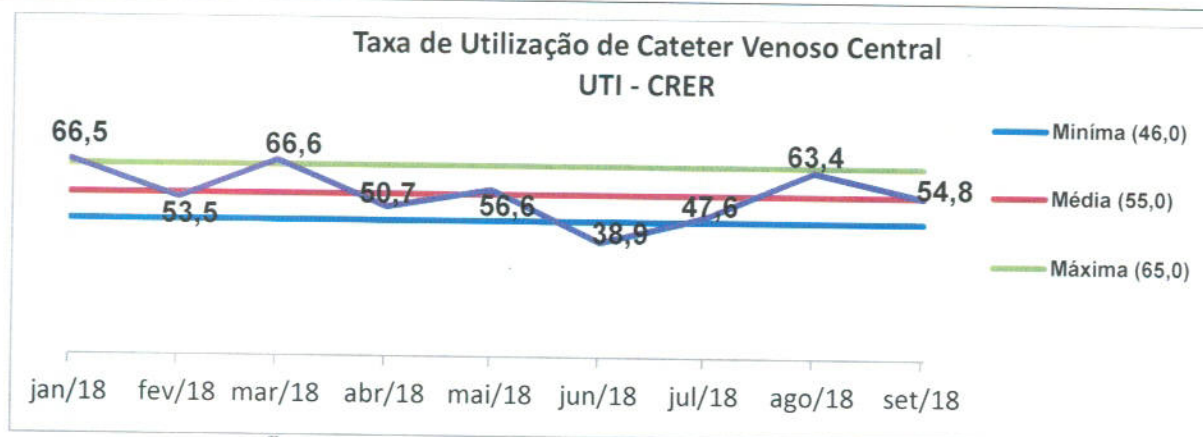
Em julho/18 foram identificados 2 casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC), o que representou pico acima do esperado para a densidade de incidência (8,0 casos para 1.000 cateter/dia).

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 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.

4. Taxa de Mortalidade Operatória – O valor ponderal será de 20% em cada trimestre.

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:

- 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.
- 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 subsequente

FÓRMULA	Número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.
FONTE	MVPEP/ Comissão de Óbito

MÊS	Julho/18	Agosto/18	Setembro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	483	512	462
TOTAL DE ÓBITOS	19	09	15
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	3	0	4
ÓBITOS ASA 1	0	0	0
ÓBITOS ASA 2	0	0	0
ÓBITOS ASA 3	3	0	2
ÓBITOS ASA 4	0	0	2
ÓBITOS ASA 5	0	0	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,62%	0,00%	0,87%

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	Julho/18	Agosto/18	Setembro/18
NÚMERO DE CIRURGIAS	483	512	462
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	2	2	2
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,41%	0,39%	0,43%

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 transtrocantariana 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.

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 deiscência 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.

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.

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.

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

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR.

✓ Em conformidade com a meta do ANEXO TÉCNICO III, Item 4. Gerenciamento da Unidade Ambulatorial, Pág. 44 do 7º Termo Aditivo, a qual versa sobre, a meta a ser atingida é o envio de relatório de registro da atividade ambulatorial acompanhado dos indicadores solicitados a cada mês e total do trimestre em avaliação. A SES/GO deverá obter os relatórios dos agendamentos para a unidade pela Central de Regulação Municipal de Goiânia, logo, registra-se que nos meses referentes ao trimestre em análise foram realizadas a apuração dos indicadores supracitados mês a mês e enviados em relatório do dia 20 do mês imediatamente subsequente de cada mês o que reflete a constante oferta de vagas ao Complexo Regulador e a continuidade da assistência a saúde do usuário. Entretanto, informa-se que para extrair os dados referentes aos indicadores Taxa de Absenteísmo e Índice de Retorno, foi necessário o desenvolvimento de Relatório Gerencial assim como relatado no trimestre anterior, afim de maior exatidão dos resultados, visto que foi identificado que itens tais como: número de consultas realizadas, retornos e interconsultas apresentam inúmeras divergências no site www4.goiania.go.gov.br com a real capacidade produtiva da unidade, em decorrência que por vezes no momento do atendimento do usuário o site se encontrar inoperante

impossibilitando o registro.

Como planejamento das ações para o próximo trimestre (outubro/18, novembro/18 e dezembro/18) a unidade, dará continuidade nas ações supracitadas ao logo do relatório, para mitigar quaisquer falhas na apresentação dos dados e permanecerá de acordo com a sua capacidade instalada ofertando vagas ao Complexo Regulador, assim como assegurando à continuidade da assistência a saúde do usuário através de retornos/interconsultas.

6 – DIVULGAÇÃO E FORTALECIMENTO SOCIAL DO CRER

COMPROMISSO – *Divulgar e fortalecer a relevância social, bem como a missão do CRER.*

Comentários:

Com a missão de oferecer assistência à saúde da pessoa com deficiência, fundamentada no ensino e pesquisa, o CRER adota a **Competência** na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades, a **Responsabilidade** em sua postura social e ambiental, que traduzam dedicação e respeito à vida, a **Ética** em detrimento às normas com ações que denotem lealdade e transparência e a **Renovação** contínua das forças produtivas, objetivando a excelência.

A Superintendência de Relações Externas da AGIR exerce ações diretas de divulgação com o intuito de fortalecer a relevância social do CRER além de exercer a captação de doações diversas advindas da sociedade e de empresas privadas para uso direto nas atividades da instituição, promovendo redução de custos da Instituição, entre elas: recursos financeiros e econômicos, gêneros alimentícios e higiene, equipamentos médicos, medicamentos, brinquedos, cadeiras de roda, serviços de voluntários, etc.

O CRER tem desempenhado sua função social conjugando esses princípios de competência, responsabilidade, ética e renovação, comunicando suas atividades à sociedade e afirma que não medirá esforços para o próximo trimestre (outubro, novembro e dezembro

) para garantir a assistência aos usuários da unidade, alicerçada pela humanização, que se volta para as práticas concretas com a produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 2000) de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes indivíduos inseridos neste processo de modo a se voltar para experiências concretas de consideração do ser humano em sua capacidade criadora e singular inseparável.

NOTA EXPLICATIVA

Solicitação de retificação dos quantitativos da produção e custos referentes ao período de Abril à Setembro de 2018.

Por definição da SES/GO, informamos que a requerida retificação das informações são necessárias para garantir o real ajuste do número da produção assistencial do CRER em decorrências dos atendimentos ambulatoriais, exames, internações e procedimentos cirúrgicos realizados no Programa 3º Turno.

Ocorre que, apesar da AGIR ter submetido à SES/GO "Programação Física/Financeira" para a operacionalização do referido programa, a não viabilização, por parte da SES/GO, do Contrato de Gestão, acabou por impor, à administração do Hospital, a absorção dos custos, onerando os valores ordinariamente definidos para o cumprimento das metas de tal contrato.

Dessa forma, o CRER vem produzindo, além das metas ordinárias do Contrato de Gestão, as quantidades extras atribuídas pelo Programa 3º Turno entre Abril/18 a Setembro/18.

Com a descontinuidade do programa, fato relatado pela SES/GO em reunião ocorrida na Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças em 11/10/18, ficou registrado a não celebração de Termo Aditivo específico, como também, o não repasse de recursos extras para tais finalidades.

A AGIR empreendeu todos os ajustes e otimização dos recursos necessários para suportar a carga dos custos de tais produções extras até o momento, não sendo mais possível a continuidade dos atendimentos do programa.

Pelo exposto é que se tornou imprescindível a RETIFICAÇÃO:

- 1) Da quantidade de procedimentos e atendimentos realizados, incorporando os números do programa 3º Turno ao número total de produção, passando a contabilizar como comparativo de metas do Contrato de Gestão. Para tanto, será necessário que a SES/GO reconheça tais produções no Programa WTaborda, ou qualquer outro que venha a substituí-lo.
- 2) Dos valores financeiros relacionados à quantidade produzida e os custos empreendidos para o programa 3º Turno, passando a contabilizá-los na

totalidade produtiva do CRER, para fins de apuração de custos. Para tanto, será necessário que a SES/GO reconheça tais informações no programa KPIH/PLANISA, ou qualquer outro que venha a substituí-lo.

7 – ANEXOS

Ilviane Tavares Ferreira
Diretora Administrativa
CRER
ERA 12470
32/10/18