



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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

RELATÓRIO SEMESTRAL

(CLÁUSULA QUINTA – ITEM 5.5 DO 7º TERMO ADITIVO)

(REFERÊNCIA: OUTUBRO/18 A MARÇO/19)

Goiânia/GO

ABRIL/2019

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alaor Rodrigues Aguiar

Alberto Borges de Souza

Cesar Helou

Fernando Moraes Pinheiro

Vardeli Alves de Moraes

Salomão Rodrigues Filho

José Evaldo Balduino Leitão

Helca de Sousa Nascimento

Paulo Afonso Ferreira

Pedro Daniel Bittar

Clidenor Gomes Filho

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.....	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 –METAS DE PRODUÇÃO SEMESTRAL E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	13
4.1 – COMPARATIVO ENTRE AS METAS PROPOSTAS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS.....	13
4.2 – ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS.....	14
4.3 – INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO.....	15
5 – PESQUISA DE SATISFAÇÃO SEMESTRAL DOS USUÁRIOS.....	24
6 – DEMONSTRATIVO FINANCEIRO SEMESTRAL REFERENTE AOS GASTOS E RECEITAS.....	28
7 – RELAÇÃO SEMESTRAL DE DEMANDAS E DECISÕES JUDICIAIS DESFAVORÁVEIS.....	29

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 semestre (**Outubro/18, Novembro/18, Dezembro/18, Janeiro/19, Fevereiro/19 e Março/19**), de acordo com a Cláusula Quinta, item 5.5., página 8 (7º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO).

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 válida até dia 28/06/2021.

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 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 para o próximo semestre.

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:

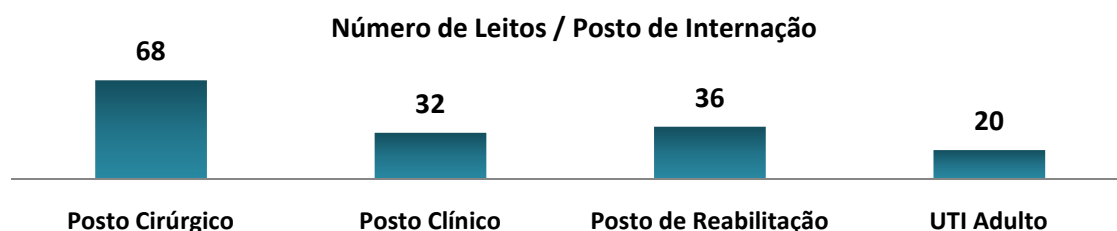
- **Competência** na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades;
- **Responsabilidade** na adoção de postura social e ambiental que traduzam dedicação e respeito à vida;
- **Ética** no respeito às normas com ações que denotem lealdade e transparência, e
- **Renovação** contínua das forças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

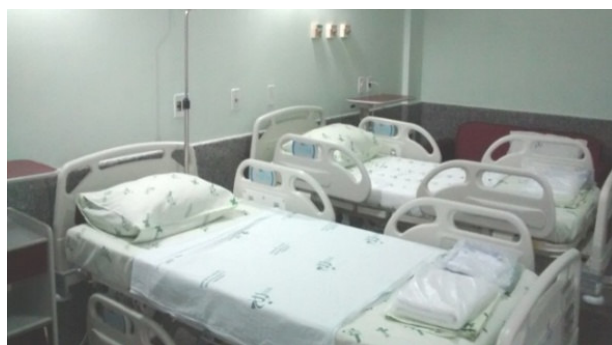
3.1 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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:





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.

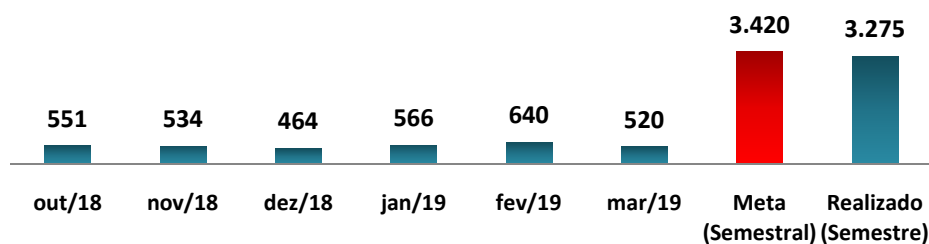


O Centro Cirúrgico contempla em sua estrutura 08 salas cirúrgicas, sendo 02 salas com sistema de fluxo laminar e sistema de monitorização para videoconferência e 08 leitos de recuperação pós-anestésica.



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) - Semestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no semestre para as internações (saídas hospitalares) foi de 96%

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.

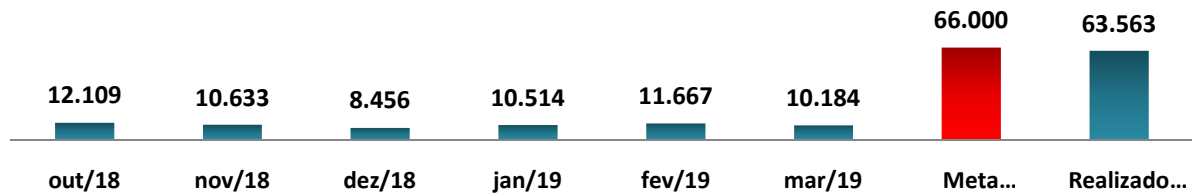
Para garantir de maneira sustentável a ampla oferta de especialidades médicas que vão ao encontro das necessidades dos usuários do SUS, o CRER adota um corpo clínico formado por profissionais contratados e por corpo clínico aberto, que atendem diversas especialidades médicas como: *Angiologia, Cardiologia, 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.*

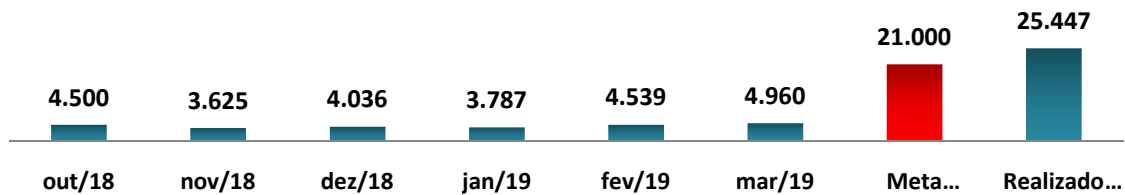


Hidroterapia - Equoterapia - Musicoterapia - Fisioterapia - Terapia Ocupacional – Odontologia

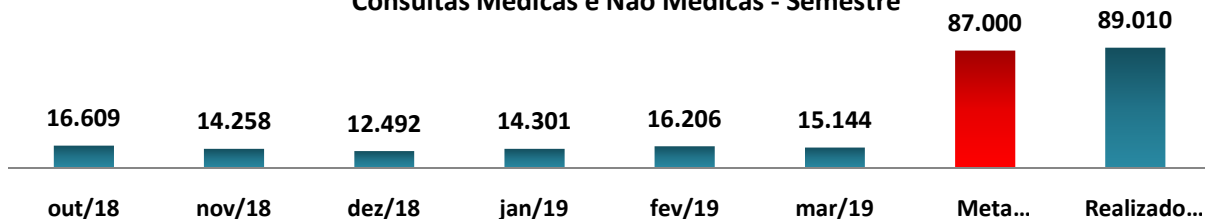
Consultas Médicas - Semestre



Consultas Não Médicas - Semestre



Consultas Médicas e Não Médicas - Semestre

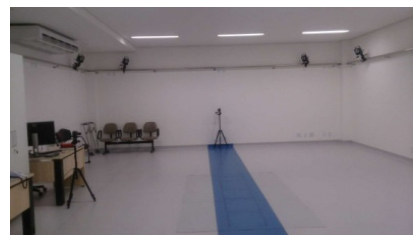


Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no semestre para o atendimento ambulatorial (consultas médicas e não médicas) foi de 102%

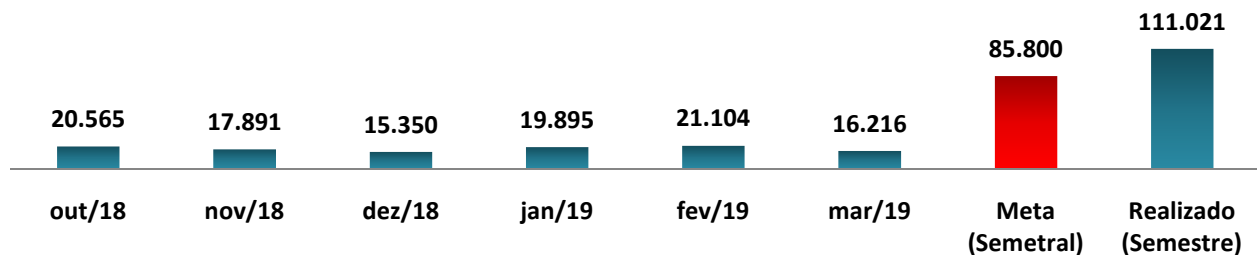
3.3-SERVIÇO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

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) - Semestre



Fonte: Relatório Gerencial

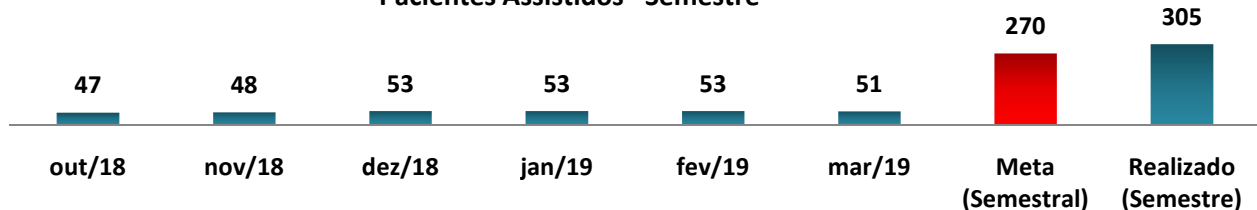
O percentual atingido no semestre para os SADT externos foi de 129,40%

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 - Semestre



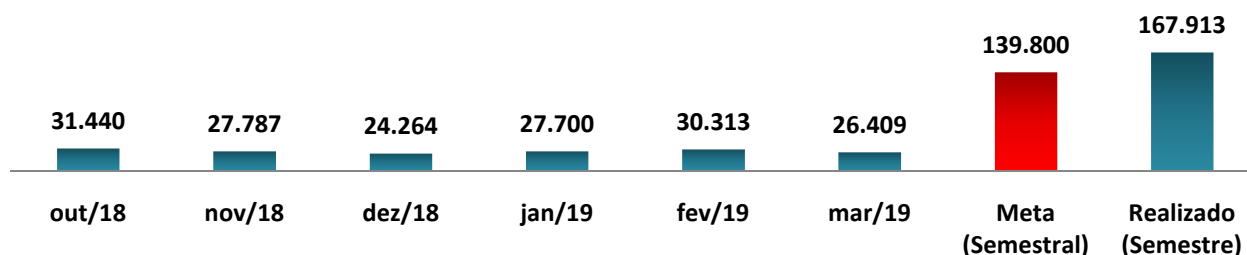
Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no semestre para o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD foi de 112,96%

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) - Semestre



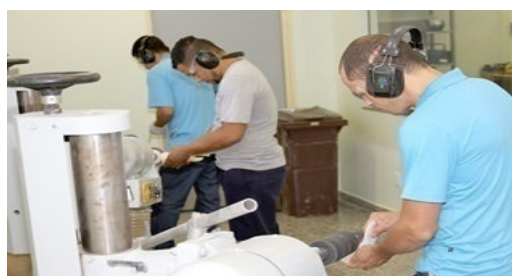
Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no semestre para as terapias especializadas (sessões) foi de 120,11%

3.6 - OFICINA ORTOPÉDICA

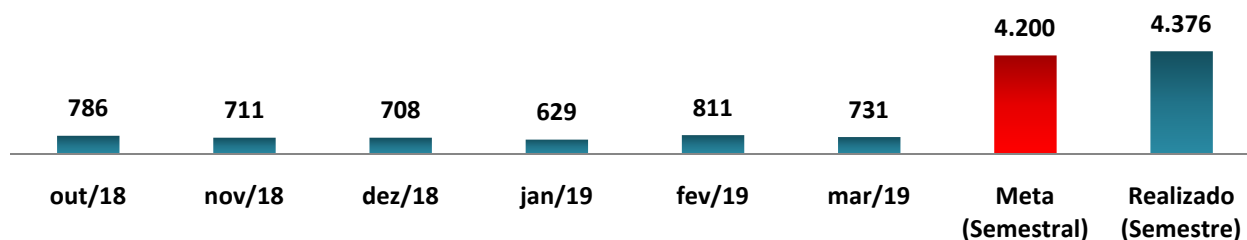
A Oficina Ortopédica do CRER é um espaço industrial onde se confecciona aparelhos de aplicação terapêutica, sob prescrição médica, utilizando equipamentos modernos e equipe altamente qualificada, considerada como referência nacional e como centro de treinamento do Ministério da Saúde.

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) - Semestre



Fonte: Relatório de Faturamento

O percentual atingido no semestre para oficina ortopédica foi de 104,19%

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

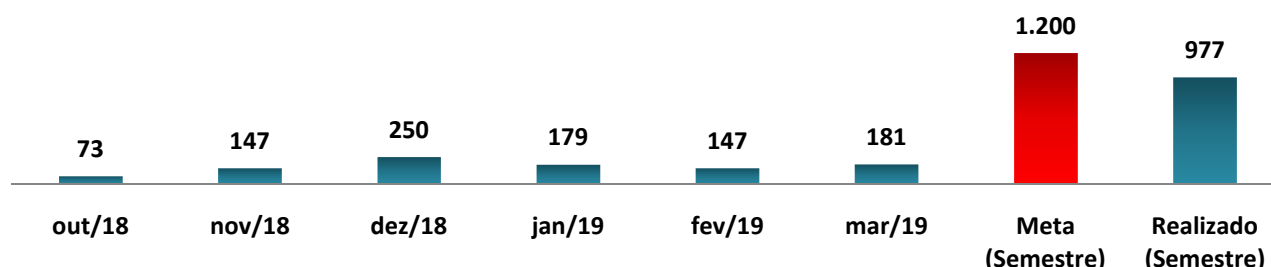
Acesso a Serviços Hospitalares e Ambulatoriais (SUPRAAS)	confirmada a data (14 a 17 de agosto de 2017) para o atendimento a Ceres, apresentando os recursos necessários, onde ficaram comprometidos os devidos agentes para os provimentos necessários à realização do atendimento. - Definido que a Coordenação 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.

Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Itens produzidos) - Semestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no semestre para oficina ortopédica itinerante terrestre foi de 81,42%

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 SEMESTRAL E RESULTADOS ALCANÇADOS

4.1 COMPARATIVO ENTRE AS METAS PROPOSTAS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS

8º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão - 2018/2019									
Atividade	Meta Semestral	Meta Mensal	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	Total
1 - INTERNAÇÃO - SAÍDAS HOSPITALARES									
Meta do Grupo (Clínica Médica + Clínica Cirúrgica)	3.420	570	570	570	570	570	570	570	3.420
Procedimentos Realizados - Saídas			551	534	464	566	640	520	3.275
% Atingido da Meta - Saídas			97%	94%	81%	99%	112%	91%	96%
Saídas - Clínica Médica	720	120	120	120	120	120	120	120	720
Procedimentos Realizados (Clínica Médica)			105	53	57	111	120	92	538
% atingido da Meta (Clínica Médica)			88%	44%	48%	93%	100%	77%	75%
Saídas - Clínica Cirúrgica	2.700	450	450	450	450	450	450	450	2.700
Procedimentos Realizados (Clínica Cirúrgica)			446	481	407	455	520	428	2.737
% Atingido da Meta (Clínica Cirúrgica)			99%	107%	90%	101%	116%	95%	101%
2 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL									
Meta do Grupo (Consulta Médica + Consultas Não Médica)	87.000	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	14.500	87.000
Procedimentos Realizados - Consultas			16.609	14.258	12.492	14.301	16.206	15.144	89.010
% Atingido da Meta - Consultas			115%	98%	86%	99%	112%	104%	102%
Consulta Médica	66.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	66.000
Procedimentos Realizados (Consulta Médica)			12.109	10.633	8.456	10.514	11.667	10.184	63.563
% atingido da meta (Consulta Médica)			110,08%	96,66%	76,87%	95,58%	106,06%	92,58%	96,31%
Consulta Não Médica	21.000	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	21.000
Procedimentos Realizados (Consulta Não Médica)			4.500	3.625	4.036	3.787	4.539	4.960	25.447
% atingido da meta (Consulta Não Médica)			128,57%	103,57%	115,31%	108,20%	129,69%	141,71%	121,18%
3 - SADT - EXTERNO									
Exames - Externos	85.800	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	14.300	85.800
Procedimentos Realizados			20.565	17.891	15.350	19.895	21.104	16.216	111.021
% Atingido da Meta (Exames - Externos)			143,81%	125,11%	107,34%	139,13%	147,58%	113,40%	129,40%
RADIOLOGIA	492	82	518	723	500	820	614	472	3.647
% atingido da meta			631,71%	881,71%	609,76%	1000,00%	748,78%	575,61%	741,26%
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	3.240	540	1.090	1.546	833	1.225	915	931	6.540
% atingido da meta			201,85%	286,30%	154,26%	226,85%	169,44%	172,41%	201,85%
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	4.140	690	461	389	452	514	512	356	2.684
% atingido da meta			66,81%	56,38%	65,51%	74,49%	74,20%	51,59%	64,83%
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	74.328	12.388	16.880	13.975	12.457	15.799	17.467	13.010	89.588
% atingido da meta			136,26%	112,81%	100,56%	127,53%	141,00%	105,02%	120,53%
OUTROS EXAMES	3.600	600	1.616	1.258	1.108	1.537	1.596	1.447	8.562
% atingido da meta (Outros Exames)			269,33%	209,67%	184,67%	256,17%	266,00%	241,17%	237,83%
4- SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR -SAD									
Pacientes Atendidos	270	45	45	45	45	45	45	45	270
Procedimentos Realizados			47	48	53	53	53	51	305
% atingido da meta			104,44%	106,67%	117,78%	117,78%	117,78%	113,33%	112,96%
5- TERAPIAS ESPECIALIZADAS (SESSÕES)									
Sessões	139.800	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	23.300	139.800
Procedimentos Realizados			31.440	27.787	24.264	27.700	30.313	26.409	167.913
% atingido da meta (Sessões)			134,94%	119,26%	104,14%	118,88%	130,10%	113,34%	120,11%
6- OFICINA ORTOPÉDICA									
Itens Dispensados	4.200	700	700	700	700	700	700	700	4.200
Procedimentos Realizados			786	711	708	629	811	731	4.376
% atingido da meta			112,29%	101,57%	101,14%	89,86%	115,86%	104,43%	104,19%
TOTAIS									
Metas Previstas	320.490	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	53.415	320.490
Procedimentos Realizados			69.998	61.229	53.331	63.144	69.127	59.071	375.900
Percentual atingido da meta - Absoluto			131,05%	114,63%	99,84%	118,21%	129,41%	110,59%	117,29%

Fonte:Relatório Gerencial

4.2 - ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

1) INTERNAÇÃO – SAÍDAS HOSPITALARES (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH)

Registra-se que as saídas (clínica médica) atingiram no período em análise 75%, assim como as saídas (clínica cirúrgica), atingiram 101%, dados referentes as metas individuais.

O percentual atingido no semestre para este indicador foi de **96%** conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

Para o próximo período de análise, será dada a continuidade aos planos de ação, que visam a redução do 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).

2) ATENDIMENTO AMBULATORIAL (CONSULTAS MÉDICAS E CONSULTAS NÃO MÉDICAS)

Registra-se que as Consultas Médicas atingiram no período em análise **96,31%** assim como as Consultas não Médicas, atingiram **121,18%**, dados referentes as metas individuais.

Ressalta-se que o indicador atendimento ambulatorial, é composto por dois itens (consultas médicas e não médicas), com uma meta global de 87.000 atendimentos para o período em análise, no qual realizamos **89.010** atendimentos, atingindo **102%** da meta, conforme demonstrado no quadro de metas de produção.

Como plano de ação para dar continuidade a otimização das agendas serão realizados agendamentos extras para reposição dos cancelamentos médicos, conforme validado com a Diretoria Técnica de Reabilitação da instituição.

3) SADT – EXTERNO

O grupo SADT -Externo, é composto por metas individuais nas quais neste semestre obtiveram os seguintes resultados: Radiologia **741,26%**, Tomografia **201,41%**, Ressonância Magnética **64,83%**, Laboratório de Análises Clínicas **120,53%**, Outros Exames **237,83%**.

A tempo ressaltamos que a rubrica Ressonância Magnética, ficou abaixo da meta neste semestre em decorrência dos seguintes fatores: manutenções corretivas, manutenções preventivas, não comparecimento de pacientes eletivo/re-agendados e não comparecimento dos pacientes do interior. Registra-se que o não comparecimento dos pacientes corresponderam aos seguintes percentuais de absenteísmo:

% de absenteísmo - Ressonância Magnética					
out/18	nov/18	dez/18	jan/19	fev/19	mar/19
25,07%	8,58%	14,64%	20,50%	25,33%	23,73%

Informa-se que a meta global de SADT- externo do período em análise é de 85.800 exames no qual realizamos 111.021, atingindo **129,40%**.

4) SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD

No período em análise o serviço realizou assistência domiciliar a 305 paciente atingindo **112,96%** da meta de contrato de gestão.

5) TERAPIAS ESPECIALIZADAS (SESSÕES)

O grupo é composto por sessões com os seguintes profissionais: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Educador Físico e não possuem metas individuais, neste período de análise o grupo atingiu **120,11%** da meta.

6) OFICINA ORTOPÉDICA

Apresenta neste semestre 104,19% atingido da meta definida em Contrato de Gestão.

Como apresentado acima os percentuais alcançados neste semestre 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 global da meta de **117,29%**.

4.3 - INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

METAS E INDICADORES

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%)

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 **10/2018 (527), 11/2018 (645), 12/2018 (507), 01/2019 (534) , 02/2019 (602) e 03/2019 (533) totalizando 3.348 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.

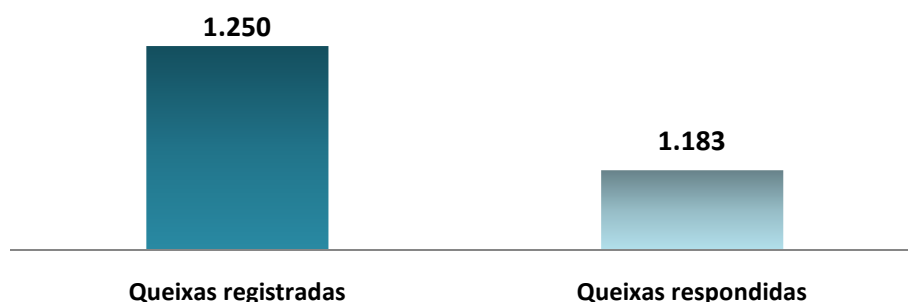
Para este indicador será mantida para o próximo período a mesma metodologia utilizada neste semestre apresentado, atendendo todas as condições estabelecidas no contrato.

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 outubro/18 a março/19



Fonte: Ouvidoria/CRER

O percentual de queixas respondidas no semestre com relação a meta é de 94,64%

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:

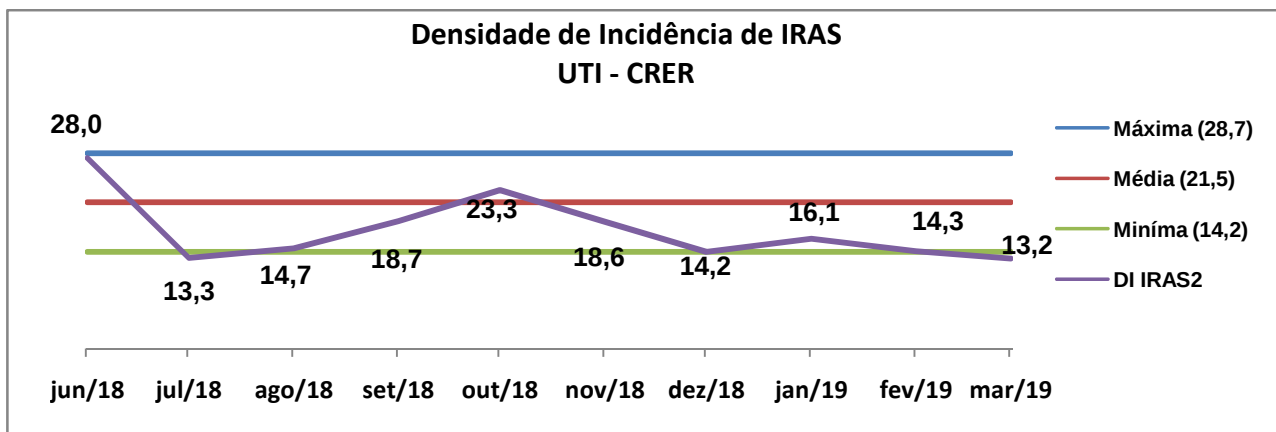
- *Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto,*
- *Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto,*
- *Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto.*

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.

O monitoramento dos indicadores de Controle de Infecção Hospitalar avalia a qualidade da assistência prestada pela instituição. Para o próximo semestre 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 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.

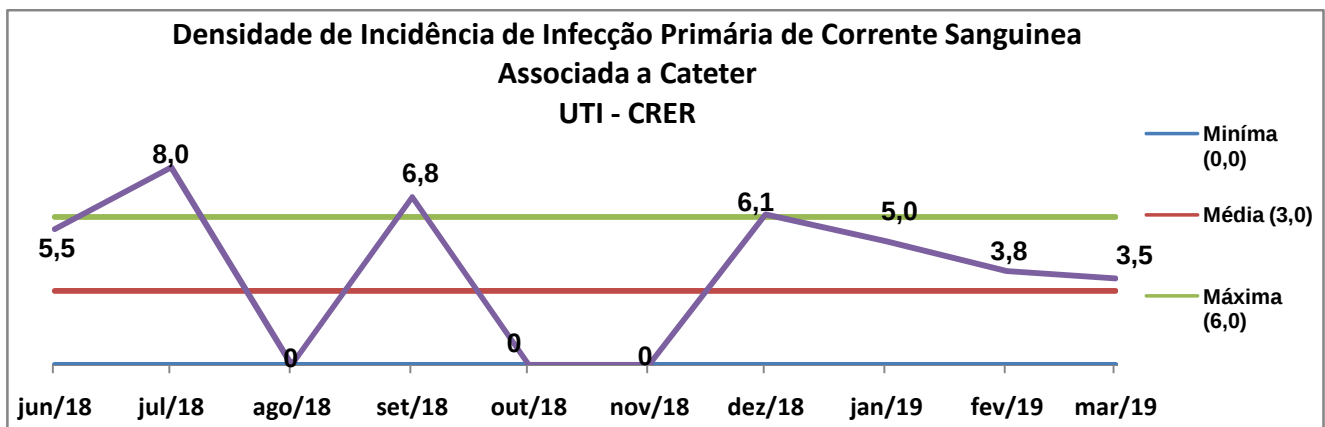
No mês de dezembro/18, foi observado queda na Densidade de Incidência de IRAS no Setor de Terapia Intensiva. Ações para prevenção são mantidas de maneira contínua.

Ao avaliarmos a Densidade de Incidência de IRAS em janeiro de 2019, considerando a média observada no ano anterior (21,5), o resultado foi adequado. Ações para prevenção de IRAS são mantidas de maneira contínua. Ao início deste ano, aproveitamos a oportunidade para rever nossas metas, com base na revisão e análise da série histórica.

Em fevereiro/2019, observamos queda na Densidade de Incidência de IRAS na UTI. Ações para prevenção de IRAS são mantidas de maneira contínua.

Com base na revisão e análise da série histórica, foi definido meta para o ano de 2019 de 21 infecções/1000 pacientes-dia. Esta meta contempla o Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS da ANVISA.

Em março/19 observamos nova redução na Densidade de Incidência de IRAS na UTI. Ações para prevenção de IRAS são mantidas de maneira contínua. Mantemos análise individualizada de todas as infecções críticas, relacionadas a procedimentos invasivos.



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.

Em dezembro/18, foi identificado 1 caso 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. Paciente idosa, admitida para tratamento clínico, diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, Respiratória e Traqueobronquite.

Na avaliação pelo Checklist de Inserção do cateter, não foi observado inconformidade. Já no checklist de Manutenção do CVC, observamos relato de curativo inadequado. Como tratativa, reforçamos os cuidados com o curativo do sítio do acesso central e seguimos também na execução do Projeto Multimodal para Higienização das Mãos da ANVISA, ação relacionada diretamente à prevenção das IPCS.

Estamos na fase de observação direta das oportunidades de higienização, após treinamento da equipe, a fim de avaliar se houve melhora da adesão da equipe a esta prática.

Em janeiro/19 foram identificados 2 casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC).

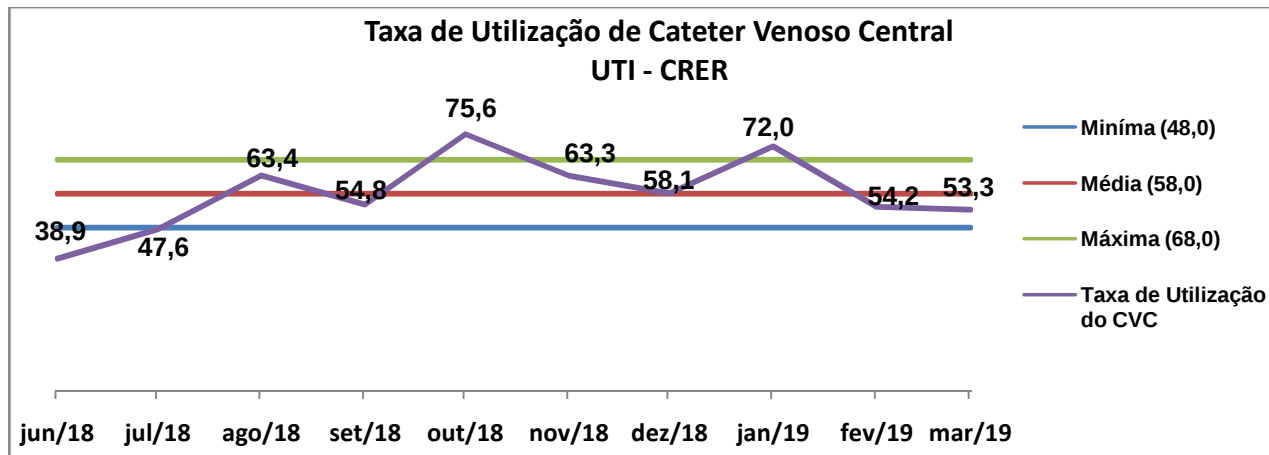
Pela análise de causa dessas infecções, realizada em grupo colegiado com profissionais envolvidos, foi avaliado o processo e definido como plano de ação a adequação na solicitação de culturas de ponta de cateter de hemodiálise (HD) e outros, além da realização de parecer negativo para o cateter de HD.

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 dos resultados obtidos após os treinamentos. Observamos que a adesão à higienização das mãos pela equipe assistencial dobrou. Esta análise é baseada na observação direta no setor, sem o conhecimento da equipe.

Em fevereiro/19, foi notificado 1 caso de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC). Ao avaliar os Check Lists de Inserção de CVC e Manutenção do Acesso, não foi observada inconformidade. Diante disso, foi iniciada a discussão para revisão da rotina de aplicação destes Check Lists, a fim de que sejam utilizados como barreira, garantindo a segurança nas etapas dos processos.

Em março/19 foi notificado 1 caso de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (IPCS/CVC). O paciente estava em uso de acesso profundo devido à necessidade de hemodiálise. Paciente idoso, com diagnóstico de Miastenia Gravis. Não foi observada inconformidade na avaliação pelos Check Lists de Inserção e manutenção de CVC.

Como tratativa para esta ocorrência, seguimos na discussão sobre a rotina de aplicação dos Check Lists, a fim de que sejam utilizados como barreira. Será discutida proposta para que seja aplicado tanto pela equipe assistente, como pela equipe do SECIH, para garantir a segurança nas etapas dos processos e registro adequado dos dados.



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 uma redução na taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores.

Em dezembro/18, foi observado uma redução na taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante manter a vigilância destes indicadores; em janeiro/19, observamos aumento na taxa de utilização de Cateter Venoso Central (Média 2018: 58%). Como tratativa, será discutido com a equipa da UTI as indicações de uso de acesso central e se houve alguma alteração no perfil dos pacientes atendidos na unidade.

Em fevereiro/19, observamos queda na taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos que esta melhoria pode estar relacionada ao reforço às orientações da equipe sobre indicações de uso de acesso central.

Em março/19 segue estável a taxa de utilização de Cateter Venoso Central. Consideramos importante a vigilância contínua deste indicador. Realizamos avaliação diária com Check List para manutenção deste tipo de acesso.

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 <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	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19
NÚMERO DE CIRURGIAS	503	464	381	472	476	420
TOTAL DE ÓBITOS	14	9	11	20	10*	17
NÚMERO DE ÓBITOS EM ATÉ 7 DIAS	1	1	1	1	0	3
ÓBITOS ASA 1	0	0	0	0	0	0
ÓBITOS ASA 2	0	1	0	0	0	0
ÓBITOS ASA 3	1	0	0	1	0	2
ÓBITOS ASA 4	0	0	1	0	0	1
ÓBITOS ASA 5	0	0	0	0	0	0
TAXA DE MORTALIDADE	0,20%	0,21%	0,26%	0,21%	0,00%	0,71%

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	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19
NÚMERO DE CIRURGIAS	503	464	381	472	476	420
NÚMERO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	1	1	1	0	1	3
TAXA DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	0,20%	0,21%	0,26%	0,00%	0,21%	0,71%

ANÁLISE CRÍTICA – OUTUBRO/18

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.

ANÁLISE CRÍTICA NOVEMBRO/18

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.

ANÁLISE CRÍTICA – DEZEMBRO/18

Análise dos óbitos:

Dos 11 (onze) óbitos ocorridos na instituição no mês de dezembro/2018, somente 01 (um) está relacionado ao período pós-operatório. Paciente V.R.S., prontuário 440696, 64 anos, internado com ictus de AVEi, sequelado de AVE prévio, apresentou na internação PCR 25/10 revertida, encontrava-se em choque séptico com IRA dialítica. Realizou procedimento de confecção de traqueostomia dia 04/12/2018 e foi a óbito dia 07/12/2018. Embora pertinente ao período peri operatório o óbito não teve como nexos causais o procedimento em si. A.S.A. IV.

Caso de urgência:

P.M.S., prontuário: 358272, 66 anos, Debridamento de joelho esquerdo no dia 27/12/2018, descompressão medular + drenagem de artrite séptica em joelho esquerdo, reabordagem de joelho.

ANÁLISE CRÍTICA – JANEIRO/19

Análise dos óbitos:

Dos 20 (vinte) óbitos ocorridos na instituição no mês de janeiro/2019, somente 01 (um) está relacionado ao período pós-operatório. Paciente: E.G.F.; prontuário 399930, 70anos. Paciente internada com quadro de nefrolitíase portadora de cardiopatia arritmogênica, hipotireoidismo realizou ureterolitotomia com implante de duplo J no dia 16/01/2019 evoluindo para óbito dia 18/01/2019. Classificada como ASA III.

Caso de urgência:

Em janeiro não houve cirurgia de urgência.

ANÁLISE CRÍTICA FEVEREIRO/19

Análise dos óbitos:

Não houve óbito no período de até 07 dias após realização do procedimento cirúrgico.

Caso de urgência:

E.L.P., prontuário: 420090, 40 anos, apresentou retenção urinária no dia 08/02/2019 após realização de ureterorrnolitotripsia, sem possibilidade de sondagem vesical sendo-lhe mister cistoscopia de urgência e retirada de duplo j A.S.A. III.

ANÁLISE CRÍTICA – MARÇO/19

Análise dos óbitos:

Dos 17 óbitos ocorridos no mês de março/2019, três tiveram correlação procedimentos operatórios no período de 7 dias, todavia apenas 1 com relação direta ao procedimento, conforme infra listado.

- M.P.S., prontuário 238665, 79 anos, AVEi prévio/ HAS/IRC/ FA/ Demência vascular internada por quadro de PNM evoluiu a óbito por sepse de foco pulmonar dia 17/03/2019 e realizou uma Traqueostomia dia 15/03/2019. A.S.A.IV.

- J.O.C., prontuário 451439, 92 anos, AVEi com transformação hemorrágica adotado cuidados paliativos, realizou Traqueostomia dia 19/03/2019 e foi a óbito dia 24/03/2019.

- M.E.A., prontuário 453159, 69 anos, HAS, Cardiopatia chagásica, nefrostomizado, colostomizado por mega colon chagásico dia 27/03/2019 realizou correção de fratura transtrocanteriana esquerda, indo a óbito dia 01/03/2019.

Caso de urgência:

- Paciente J.D.P.R., 58 anos, prontuário 423237 realizou TLIF L%/S1 dia 07/02, apresentou perda de força em MIE sendo reabordada de urgência dia 10/03/2019. ASA II

- Paciente S.L., 68 anos, prontuário 32390, apresentou síndrome compartimental em MSD sendo

mister drenagem de hematoma muscular de urgência dia 19/03/2019.ASA. III.

- Paciente F.P.S.N., 24 anos, prontuário 423196, apresentou cálculo obstrutivo de ureter proximal direito após retirada de duplo J dia 22/03 sendo portando reabordado dia 24/03/2019. ASA 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.

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

Dezembro – 2018

Taxa de Perda Primária	43,76%
Taxa de Absenteísmo	20,69%
Índice de Retorno	2,71

Janeiro – 2019

Taxa de Perda Primária	26,27%
Taxa de Absenteísmo	16,30%
Índice de Retorno	2,50

Fevereiro – 2019

Taxa de Perda Primária	37,16%
Taxa de Absenteísmo	18,02%
Índice de Retorno	2,29

Março – 2019

Taxa de Perda Primária	37,48 %
Taxa de Absenteísmo	18,54%
Índice de Retorno	2,04

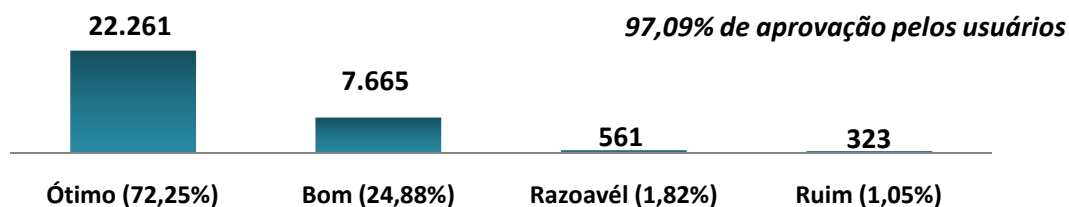
Como planejamento das ações para o próximo semestre a unidade, dará continuidade as ações já aplicadas para mitigar quaisquer falhas na apresentação dos dados e permanecerá de acordo com a sua capacidade instalada ofertando vagas ao Complexo Regulador, assim como assegurando à continuidade da assistência a saúde do usuário através de retornos/interconsultas.

5 – PESQUISA DE SATISFAÇÃO SEMESTRAL DOS USUÁRIOS

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 ambulatórios dos hospitais, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório.

A seguir apresentamos o índice de satisfação dos usuários do CRER, referente ao semestre de outubro/18 a março/19, conforme a metodologia utilizada na instituição desde o mês de janeiro de 2017.

Informamos que 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?”**

Pesquisa de Satisfação (Ambulatório)**Período: 01/10/2018 à 31/03/2019****Total de votantes: 30.810***Fonte: Relatório Gerencial*

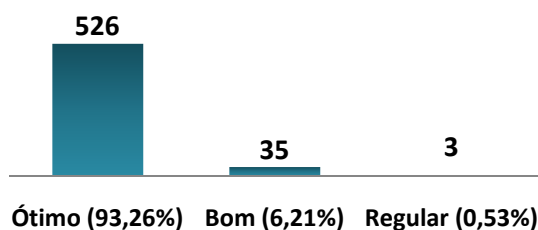
Nas unidades de internação a pesquisa foi aplicada de forma espontânea, utilizando um formulário físico, contendo 7 (sete) perguntas, onde cada paciente/acompanhante avalia o atendimento recebido durante a internação. No período em análise, considerando as 2.996 saídas (altas e transferências externas), foram respondidos 555 formulários, onde 526 responderam a pergunta padrão com o grau

máximo de satisfação e 35 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta instituição e 03 responderam como regular 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: 01/10/2018 à 31/03/2019

99,47% de aprovação pelos usuários



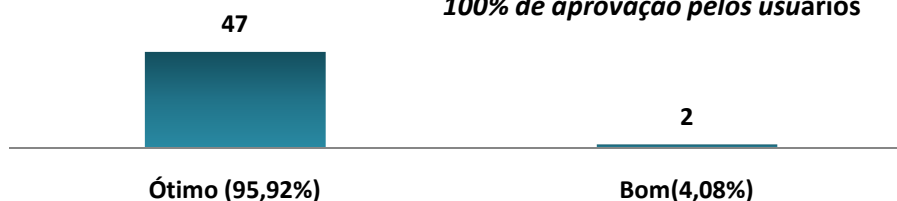
Total de votantes: 564

Fonte: Questionário Específico

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

Período: 01/10/2018 à 31/03/2019

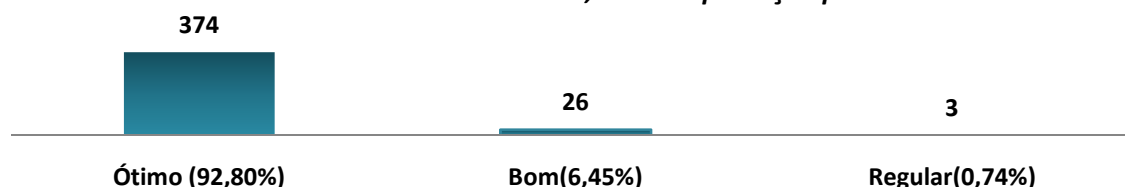
100% de aprovação pelos usuários



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

Período: 01/10/2018 à 31/03/2019

99,25% de aprovação pelos usuários



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

Período: 01/10/2018 à 31/03/2019

100% de aprovação pelos usuários



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

✓ A Pesquisa de Satisfação dos usuários/acompanhantes referente ao semestre em análise contemplou mais de 10% dos usuários atendidos no ambulatório e na internação. O percentual atingido em outubro/2018 foi de 97,8% de satisfação dos usuários no ambulatório e 100% na internação. Em novembro/2018 o percentual de satisfação dos usuários foi de 96,3% no ambulatório e 99,1% na internação. No mês de dezembro/2018 o percentual de satisfação dos usuários foi de 97,0% no ambulatório e 100% na internação. O percentual atingido em janeiro/19 foi de 97% de satisfação dos usuários no ambulatório e 100% na internação. Em fevereiro/2019 o percentual de satisfação dos usuários foi de 97,8% no ambulatório e 99,1% na internação. No mês de março/19 o percentual de satisfação dos usuários foi de 97,1% no ambulatório e 99,1% na internação. **Logo, no semestre em análise o CRER atingiu 97,09% de satisfação dos usuários no ambulatório e 100% de satisfação dos usuários na internação.**

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

POSTO CLÍNICO: Em outubro das 45 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 08, onde estes responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação. Em novembro das 30 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 07, onde estes responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação. Em dezembro das 30 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 6, onde se obteve o grau máximo de satisfação. Em janeiro das 36 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 07, onde 06 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação e 01 avalia como bom os serviços prestados nesta unidade. Em fevereiro das 43 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 13, onde 12 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação e 01 avalia como bom os serviços prestados nesta unidade. Em março das 27 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 8, onde os mesmos responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação.

POSTO CIRÚRGICO: Em outubro das 448 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 56, onde 54 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 02 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade. Em novembro das 452 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 68, onde 64 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 03 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade e 01 avalia como regular. Em dezembro das 393 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 54, onde 50 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 04 responderam que

avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade. Em janeiro das 418 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 56, onde 53 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 03 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade. Em fevereiro das 460 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 82, onde 77 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 04 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade e 01 avalia como regular. Em março das 430 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 107, onde 95 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 11 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade e 1 respondeu que avalia com regular os serviços prestados nesta unidade.

POSTO DE REABILITAÇÃO: Em outubro das 40 (altas e transferências externas), realizadas no período, o número de formulários respondidos corresponde a 18, onde 15 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação, 03 responderam que avaliam como bom os serviços prestados nesta unidade. Em novembro das 27 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 28, onde 26 responderam a pergunta padrão com o grau máximo de satisfação e 02 responderam que avalia como bom os serviços prestados nesta unidade. Em dezembro das 34 (altas e transferências externas), o número de formulários respondidos corresponde a 20, 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 semestre serão aplicadas as mesmas metodologias de pesquisa ambulatorial e internação, utilizadas neste semestre apresentado.

6 – DEMONSTRATIVO FINANCEIRO SEMESTRAL REFERENTE AOS GASTOS E RECEITAS

   CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER) RELATÓRIO FINANCEIRO OUTUBRO/2018 À MARÇO/2019 - ACUMULADO PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONTRATO DE GESTÃO - AGIR							
RUBRICAS	RELATÓRIO SEMESTRAL						ACUMULADO
	10/18	11/18	12/18	01/19	02/19	03/19	
COMPOSIÇÃO SALDO INICIAIS SEM PROVISÕES							
Saldo inicial em Conta Corrente/Caixa	43.692,15	273.457,24	6.852.366,63	17.828,39	259.480,13	709.873,33	R\$ 709.873,33
Saldo Bruto inicial em Conta Aplicação	15.401.756,37	8.109.255,88	1.773.194,24	1.947.713,35	0,00	3.277.211,97	R\$ 3.277.211,97
1) TOTAL SALDO SEM PROVISÕES	R\$ 15.445.448,52	R\$ 8.382.713,12	R\$ 8.625.560,87	R\$ 1.965.541,74	R\$ 259.480,13	R\$ 3.987.085,30	R\$ 3.987.085,30
ENTRADAS CONTRATO DE GESTÃO (CG)							
Recursos Contrato de Gestão	300.000,00	6.826.585,89	10.570.434,78	4.098.942,92	8.989.511,81	7.618.042,13	R\$ 38.403.517,53
Entradas Financeiras	65.990,94	22.617,98	11.668,43	2.795,50	10.271,71	15.690,62	R\$ 129.035,18
Doação	116.027,56	27.350,57	101.834,64	42.827,23	29.014,50	26.643,60	R\$ 343.698,10
Outras Entradas	3.880.501,94	3.657.004,46	49.968,59	886.916,72	11.687.218,14	4.223.780,95	R\$ 24.385.390,80
Restorno/Devoluções de Pagamentos	9.757,61	27.563,90	6.598,98	8.983,46	7.846,68	26.521,97	R\$ 87.272,60
Total de Entradas do Contrato de Gestão	R\$ 4.372.278,05	R\$ 10.561.122,80	R\$ 10.740.505,42	R\$ 5.040.465,83	R\$ 20.723.862,84	R\$ 11.910.679,27	R\$ 63.348.914,21
2) TOTAL ENTRADAS CRER	R\$ 4.372.278,05	R\$ 10.561.122,80	R\$ 10.740.505,42	R\$ 5.040.465,83	R\$ 20.723.862,84	R\$ 11.910.679,27	R\$ 63.348.914,21
SAÍDAS CONTRATO DE GESTÃO CRER (CG)							
- Pessoal	R\$ 6.668.465,03	R\$ 5.206.640,76	R\$ 12.680.170,85	R\$ 2.792.553,54	R\$ 11.281.524,52	R\$ 2.718.188,37	R\$ 41.347.543,07
Ordenados e Salários	5.225.897,97	3.769.195,10	10.717.234,66	575.615,18	9.836.054,39	1.087.048,75	R\$ 31.211.046,05
Encargos Sociais	1.442.567,06	1.437.445,66	1.962.936,19	2.216.938,36	1.445.470,13	1.631.139,62	R\$ 10.136.497,02
- Custeio	R\$ 4.374.120,57	R\$ 5.066.553,79	R\$ 4.720.542,20	R\$ 3.650.676,67	R\$ 5.425.441,36	R\$ 5.802.494,12	R\$ 29.039.828,71
Materiais Diversos	385.550,32	352.725,54	351.578,94	350.286,93	382.259,48	447.050,85	R\$ 2.269.452,06
Materiais e Medicamentos	1.078.668,59	1.553.509,85	1.311.919,50	931.031,09	2.025.106,02	2.155.021,09	R\$ 9.055.256,14
Serviços	2.403.117,43	2.595.872,59	2.520.858,70	1.972.149,71	2.500.201,84	2.396.959,38	R\$ 14.389.159,65
Despesas Bancárias	2.157,35	2.435,10	2.117,40	2.239,23	2.384,37	2.694,50	R\$ 14.027,95
Impostos/Taxas/Contribuições	1.038,16	0,00	0,00	14.814,93	786,52	5.853,20	R\$ 22.492,81
Locação	104.642,64	170.956,82	99.465,32	6.880,00	143.010,27	254.218,66	R\$ 779.173,71
Energia/Água/Telefone/Internet	121.255,38	128.484,85	102.588,18	2.194,94	187.659,79	17.853,51	R\$ 560.036,65
Rateio Agir	277.690,70	262.569,04	332.014,16	371.079,84	184.033,07	522.842,93	R\$ 1.950.229,74
Despesas com Convênio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	R\$ -
- Investimentos	R\$ 392.427,85	R\$ 45.002,00	R\$ 290,00	R\$ 260.470,00	R\$ 288.799,29	R\$ 130.804,61	R\$ 1.117.793,75
Investimentos	392.427,85	45.002,00	290,00	260.470,00	288.799,29	130.804,61	R\$ 1.117.793,75
Total de Saídas do Contrato de Gestão	R\$ 11.435.013,45	R\$ 10.318.196,55	R\$ 17.401.003,05	R\$ 6.703.700,21	R\$ 16.995.765,17	R\$ 8.651.487,10	R\$ 71.505.165,53
3) TOTAL SAÍDAS CRER	R\$ 11.435.013,45	R\$ 10.318.196,55	R\$ 17.401.003,05	R\$ 6.703.700,21	R\$ 16.995.765,17	R\$ 8.651.487,10	R\$ 71.505.165,53
COMPOSIÇÃO DO SALDO FINAL 2017							
Saldo em Conta Corrente/Caixa	273.457,24	6.852.445,13	17.828,39	259.480,13	709.873,33	17.769,20	R\$ 17.769,20
Saldo Bruto em Conta Aplicação	8.109.255,88	1.773.194,24	1.947.713,35	0,00	3.277.211,97	7.228.508,27	R\$ 7.228.508,27
Transferência Entre Contas - Entradas	11.240.574,15	10.042.000,00	8.526.585,89	1.137.400,00	12.069.520,23	4.706.846,52	R\$ 34.489.494,38
Transferência Entre Contas - Saídas	-11.240.574,15	-10.042.000,00	-8.526.585,89	-1.137.400,00	-12.069.520,23	-4.706.846,52	R\$ -34.489.494,38
Saldo Líquido Mensal	R\$ 8.382.713,12	R\$ 8.625.639,37	R\$ 1.965.541,74	R\$ 259.480,13	R\$ 3.987.085,30	R\$ 7.246.277,47	R\$ 7.246.277,47
SALDO ANTES DAS PROVISÕES	R\$ 8.382.713,12	R\$ 8.625.639,37	R\$ 1.965.541,74	R\$ 259.480,13	R\$ 3.987.085,30	R\$ 7.246.277,47	R\$ 7.246.277,47
(-) PROVISÕES DO MÊS	R\$ 12.817.229,25	R\$ 13.343.907,64	R\$ 7.665.184,90	R\$ 7.870.180,64	R\$ 8.640.953,63	R\$ 9.199.848,85	R\$ 9.199.848,85
(=) SALDO APÓS AS PROVISÕES	-R\$ 4.434.516,13	-R\$ 4.718.268,27	-R\$ 5.699.643,16	-R\$ 7.610.700,51	-R\$ 4.653.868,33	-R\$ 1.953.571,38	-R\$ 1.953.571,38

Jorge Nunes Peixoto
Gerente Contábil e Financeiro
CRC-GO 12.095/O-4

Claudemiro Euzébio Dourado
Superintendente Administrativo e Financeiro
CRA-GO 1993

Sergio Daher
Superintendente Executivo
CRM-GO 2511

7– RELAÇÃO SEMESTRAL DE DEMANDAS E DECISÕES JUDICIAIS DESFAVORÁVEIS

Nº Processo	Natureza	Requerente	Citação	Arquivamento	Valor
0010953-29.2016.5.18.0004	Trabalhista	Serinaldo dos Santos	30/5/16	03/10/18	R\$ 119,68
0010179-47.2017.5.18.0009	Trabalhista	Hélio Ferreira de Almeida	2/2/17	05/10/18	R\$ 9.052,51
0010870-24.2018.5.18.0001	Trabalhista	Fabriccio Queiroz Corrêa	16/7/18	26/11/18	R\$ 250.000,00