



CRER
Centro Estadual de
Reabilitação e Readaptação
Dr. Henrique Santillo

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**ESTADO
DE GOIÁS**

agir



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

RELATÓRIO GERENCIAL E DE ATIVIDADES EMITIDO

PELA DIRETORIA DA AGIR

Exercício de janeiro a dezembro de 2023

Goiânia-GO
Janeiro/2024

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Carlos André Pereira Nunes

Cyro Miranda Gifford Júnior

Paulo Afonso Ferreira

Edson Costa Araújo

José Evaldo Balduino Leitão

Fernando Morais Pinheiro **(até 05/2023)**

Wagner de Oliveira Reis

Rubens José Fileti

CONSELHO FISCAL

César Helou

Pedro Daniel Bittar

Milca Severino Pereira

Fernando Morais Pinheiro

Salomão Rodrigues Filho

Waldemar Naves do Amaral

DIRETORIA

Washington Cruz - Diretor Presidente

José Evaristo dos Santos – Vice-Diretor

Mauro Aparecido de Oliveira – Diretor Tesoureiro

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher - Superintendente de Relações Institucionais

Lucas Paula da Silva - Superintendente Executivo

Claudemiro Euzébio Dourado - Superintendente Administrativo e Financeiro

Dante Garcia de Paula - Superintendente de Gestão e Planejamento

Guillermo Sócrates Pinheiro de Lemos - Superintendente Técnico e Assistencial

DIRETORIA DO CRER

Válney Luiz da Rocha - Diretor Geral

Paulo Cesar Alves Pereira - Diretor Administrativo e Financeiro

Ciro Bruno Silveira Costa - Diretor Técnico Assistencial

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	6
2. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DA UNIDADE	9
3. CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES ATENDIDOS.....	9
4. INDICADORES ESTATÍSTICOS QUE PERMITAM AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO DESEMPENHO E DO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS.11	
4.1 INDICADORES QUANTITATIVOS – PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	11
4.1.1 Internações hospitalares (saídas hospitalares)	11
4.1.2 Cirurgias programadas.....	11
4.1.3 Atendimentos ambulatoriais.....	11
4.1.4 Terapias especializadas.....	11
4.1.5 Serviço de atenção domiciliar - SAD.....	12
4.1.6 Oficina ortopédica (fixa/itinerante) + aparelhos auditivos.....	12
4.1.7 Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT externo - ofertados.....	12
4.2 INDICADORES DE DESEMPENHO – (12º T.A jan a mar).....	13
4.2.1. Taxa de ocupação hospitalar	13
4.2.2. Tempo médio de permanência hospitalar (dias)	13
4.2.3. Índice de intervalo de substituição de leito (horas).....	14
4.2.4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias).....	14
4.2.5. Taxa de readmissão em UTI (em até 48 horas)	14
4.2.6. Percentual de ocorrência de glosas no SIH	14
4.2.7. Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da unidade)	15
4.2.8. Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente).....	15
4.2.9. Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (farmacovigilância)	15
4.2.10. Razão de quantitativo de consultas ofertadas.....	16
4.2.11. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.....	16
4.2.12. Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS.....	16
4.3 INDICADORES DE DESEMPENHO – (13º T.A abr a dez)	13
4.3.1. Taxa de ocupação hospitalar	137
4.3.2. Tempo médio de permanência hospitalar (dias)	137
4.3.3. Índice de intervalo de substituição de leito (horas).....	147
4.3.4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias).....	148
4.3.5. Taxa de readmissão em UTI (em até 48 horas).....	148
4.3.6. Percentual de ocorrência de glosas no SIH	148

4.3.7. Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais	159
4.3.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano).....	159
4.3.9. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	19
4.3.10. Razão de quantitativo de consultas ofertadas	19
4.3.11. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.....	20
4.3.12. Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	20
4.3.13. Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 48hs da data da notificação	20
5. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM ESCLARECIMENTOS, SE FOR O CASO, SOBRE AS CAUSAS QUE INVIABILIZARAM O PLENO CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS.....	211
5.1 PRODUÇÃO ASSISTENCIAL.....	22
5.1.1 Análise Crítica dos Indicadores de Produção (12º T.A)	23
5.1.1.1. Saídas hospitalares - cirúrgicas	23
5.1.1.2. Saídas hospitalares - reabilitação.....	23
5.1.1.3. Cirurgias eletivas	24
5.1.1.4 Atendimento ambulatorio – aconselhamento genético	24
5.1.1.5 Atendimento odontológico PNE - consulta	24
5.1.1.6 Atendimento odontológico PNE – procedimentos	24
5.1.1.7 Atendimento buco maxilo – consulta de 1ª vez.....	25
5.1.1.8 Atendimento buco maxilo – procedimento ortognática	26
5.1.1.9 Atendimento buco maxilo – procedimento - outros.....	26
5.1.1.10 SADT Externo – ofertados – mamografia.....	27
5.1.2 Análise Crítica dos Indicadores de Produção (13º T.A)	29
5.1.2.1. Saídas hospitalares - reabilitação.....	29
5.1.2.2 Atendimento odontológico PNE - consulta	29
5.1.2.3 Atendimento odontológico PNE – procedimentos	30
5.1.2.4 Atendimento buco maxilo – consulta de 1ª vez.....	30
5.1.2.5 Atendimento buco maxilo – procedimento ortognática	31
5.1.2.6 Atendimento buco maxilo – procedimento - outros.....	31
5.1.2.7 SADT Externo – ofertados – videolaringoscopia.....	32
5.2 INDICADORES DE DESEMPENHO.....	32
5.2.1 Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho (12º T.A)	33
5.2.1.1 Taxa de ocupação hospitalar	33

5.2.1.2. Índice de intervalo de substituição (horas)	34
5.2.1.3. Percentual de ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS.....	34
5.2.1.4 Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas a unidade)	34
5.2.1.5 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.....	35
5.2.2 Análise Crítica dos Indicadores de Produção (13º T.A)	36
5.2.1.1. Taxa de ocupação hospitalar	36
6. INDICADORES DE GESTÃO QUE PERMITAM AFERIR A EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, ECONOMICIDADE, QUALIDADE E PRODUTIVIDADE DA ATUAÇÃO DA ENTIDADE, LEVANDO-SE EM CONTA OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS ALCANÇADOS PELA INSTITUIÇÃO	37
6.1 ECONOMICIDADE - FINANCEIRO / CONTÁBIL.....	37
6.1.1 Índice de Eficiência Financeira - CRER 2023.....	37
6.1.2 Índice Contábil.....	38
6.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO - METODOLOGIA NPS – ÍNDICE GERAL.....	38
6.3. TAXA DE ABSENTEÍSMO DOS COLABORADORES	39
7. MEDIDAS IMPLEMENTADAS COM VISTAS AO SANEAMENTO DE EVENTUAIS DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE PREJUDICARAM OU INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS	39
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43

TABELAS

Tabela 1 - Censo de origem.....	10
Tabela 2 – Produção assistencial – 01 de jan a 27 de mar (12º T.A)	12
Tabela 3 – Produção assistencial - 28 de mar a 31 de dez (13º T.A)	13
Tabela 4 – Indicadores de desempenho – jan a mar (12º T.A)	16
Tabela 5 – Indicadores de desempenho – abr a dez (13º T.A)	21
Tabela 6 – Indicadores assistenciais – 01 de jan a 27 de mar (12º T.A)	22
Tabela 7 – Indicadores assistenciais – 28 de mar a 31 de dez (13º T.A)	27
Tabela 8 – Indicadores qualitativos - jan a mar (12º T.A)	32
Tabela 9 – Indicadores qualitativos – abr a dez (13º T.A)	35
Tabela 10 – Índice de eficiência financeira.....	37
Tabela 11 - Pesquisa de Satisfação – NPS – Geral.....	38
Tabela 12 – Absenteísmo em recursos humanos.....	39

1. APRESENTAÇÃO

Notadamente, a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR) se destaca no cenário das Organizações Sociais em Saúde (OSS) por vivenciar dia a dia os valores descritos em sua identidade organizacional: Humanização; Inovação; Competência; Transparência, Respeito, Responsabilidade, Eficiência, Credibilidade, Comprometimento e Ética.

Em 2002, a AGIR foi pioneira ao assumir a gestão do **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)**, referência na assistência à pessoa com deficiência, e se tornou a primeira organização social em saúde no estado de Goiás a atuar no modelo de parceria público-privada.

Em 2013, a AGIR pôs em prática os preceitos universais de humanização preconizados pelo Ministério da Saúde, e, ao assumir a gestão do **Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta (HDS)** transformou o antigo leprosário em uma unidade ambulatorial voltada ao cuidado do idoso. Uma quebra de paradigmas, que amplia e qualifica os serviços de atenção à saúde aos pacientes do Sistema único de Saúde.

Em 2015, a AGIR diante de mais um grande desafio, comprovou sua vocação para a gestão integrada de projetos em inovação ao assumir a gestão do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL**, um dos maiores hospitais de urgências do país, que se destaca pela alta performance de gestão e melhoria contínua dos processos.

Em 2020, a AGIR recebeu do Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), a dupla missão de implantar com recursos humanos, materiais, insumos e equipamentos, o Hospital de Campanha para o enfrentamento do Coronavírus, localizado na cidade de Goiânia, e em setembro do mesmo ano a gestão do HCAMP de Águas Lindas de Goiás.

Em 2021, em atendimento ao ofício nº 2424/2021 – SES/GO de 18/02/2021, bem como ao Contrato de Gestão nº 22/2021, assinado no mês de junho, a AGIR foi convocada a assumir, de imediato, a gestão e operacionalização do Hospital de Enfrentamento à Covid-19 do Centro Norte Goiano-HCN, localizado no município de Uruaçu.

Os três hospitais foram dedicados ao tratamento dos casos diagnosticados pela contaminação do coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas.

Em 2021, a AGIR recebeu do Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) a missão do gerenciamento, operacionalização e execução das atividades do **Hospital Estadual da Criança e do Adolescente- HECAD**, implantado, mediante o Despacho nº. 4074/2021 - SES, nas dependências do antigo HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO FERNANDO CUNHA JÚNIOR, para a oferta de atendimento, em regime de 24 horas por dia, à pacientes acometidos por pneumonias graves, insuficiências respiratórias, problemas renais, cardiopatias não cirúrgicas, diabetes, apendicites e fraturas não expostas, dentre outras. E em 2023, foi celebrado o ajuste de parceria na forma de Contrato de Gestão, para a operacionalização do HECAD, atestando mais uma vez a eficiência e a competência da AGIR, e o sucesso no que ela se propõe em fazer que é Cuidar de Vidas.

A gestão AGIR norteia-se por princípios, valores e fundamentos voltados inteiramente ao bom uso e aplicação dos recursos públicos a ela delegados para gestão das unidades de saúde geridas, comprometendo-se com os princípios fundamentais da administração pública.

O escopo da Gestão de Finanças na AGIR engloba as dimensões contábil e financeira, controlando as informações de obrigações e direitos da Unidade, utilizando-se de demonstrações contábeis e relatórios gerenciais.

A Gestão patrimonial é responsável pela gestão dos bens (ativo fixo) dentro da Unidade, bem como pelo gerenciamento do mapa de trabalho para manutenção preventiva, integrando automaticamente os lançamentos contábeis com os módulos sistêmicos afins. Além disso, ela controla ainda a garantia dos fabricantes, reduzindo custos com manutenções corretivas.

A Gestão de custos é norteada pela Política de Orçamento e Custos e visa o compromisso com a sustentabilidade orçamentária por meio de diretrizes que vislumbram resultados, garantindo o cumprimento dos processos orçamentários, financeiros e de custos.

No que tange à política de Gestão de Pessoas, a AGIR traz o enfoque para a Gestão por Competências, por entender que este modelo de gestão constitui uma

ferramenta propulsora altamente capaz de transformar e viabilizar o crescimento organizacional e o desenvolvimento de seus profissionais.

Já no escopo da Gestão de Materiais e Logística, os recursos financeiros direcionados, recebidos e/ou gastos no gerenciamento e operacionalização da Unidade são geridos por meio de previsibilidade e acompanhamento de execução de caixa, visando a aplicabilidade plena nas atividades e processos da Unidade, voltados à ampliação e melhoria dos serviços, da estrutura física ou renovação tecnológica.

A Gestão de Ensino e Pesquisa reflete um dos pilares de atuação da AGIR em gerar e disseminar conhecimento, conforme declarado em sua missão. Neste contexto, a OSS apoia o aprimoramento de profissionais da saúde e gestores da área e fomenta a pesquisa científica para contribuir para uma assistência à saúde de qualidade.

No que tange à Gestão de Segurança em suas mais diversas dimensões a AGIR possui práticas integradas em *Compliance* e Qualidade, conectando a padronização, atendimento aos requisitos das partes interessadas e melhoria contínua de seus processos. Já em relação à segurança do paciente, as ações promovidas pelas instituições de saúde visam mitigar o risco de falhas associadas à assistência em saúde.

Ela engloba todos os estudos e práticas para a diminuição e/ou eliminação de riscos que podem causar danos ao paciente. No escopo da segurança institucional, as unidades contam com equipe especializada de segurança e videomonitoramento, além de protocolos e contingências para garantir a segurança e integridade física dos profissionais, pacientes e visitantes, além do patrimônio da unidade.

Em relação à Gestão Ambiental a AGIR estabelece treinamentos para promover a educação ambiental continuada, fortalecendo as boas práticas para uso racional de recursos e gestão de resíduos.

Promove ainda a consciência ambiental, objetivando a maximização da coleta seletiva e promovendo iniciativas de reciclagem e reaproveitamento de recursos, além de apoiar diversos projetos e parcerias para promoção de ações ambientalmente responsáveis.

Diante do legado conquistado ao longo de 21 anos de história, a estrutura administrativa da AGIR que envolve Associados, Conselheiros e Diretoria atesta e valida a eficiência e profissionalismo refletidos nos excelentes resultados atingidos.

A AGIR como organização que presta contas de suas atividades junto à sociedade e ao poder público busca gerir eficientemente suas ações munindo-se de análises criteriosas dos dados e informações para nortear suas decisões de forma eficaz.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de janeiro a dezembro, no ano de 2023.

2. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DA UNIDADE

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

CNES: 2673932

Endereço: Avenida Vereador José Monteiro, nº1655, Bairro Negrão de Lima, CEP: 74653-230, Goiânia-Goiás.

Tipo de Unidade: uma unidade de referência que oferece atendimento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual.

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

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

Perfil da Unidade: O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER caracterizado como Hospital Especializado de Alta e Média Complexidade, uma unidade de referência para o atendimento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Possui leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI). Realiza atendimentos de média e alta complexidade. As internações são predominantemente clínicas, porém também existem internações cirúrgicas alinhadas ao perfil da Unidade.

3. CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES ATENDIDOS

O CRER é uma unidade hospitalar de média e alta complexidade com diversas habilitações, de referência estadual, voltada ao atendimento especializado à pessoa com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, exclusivamente pelo SUS.

Inicialmente com estrutura física com 8.823 m² passou para durante 33.275,56 m² de área construída sob gestão da AGIR, abrangendo 156 leitos de internação, 8 salas

cirúrgicas, 7 ginásios para terapias, 4 piscinas para hidroterapia e um complexo de 20 leitos de UTI.

Com base no quantitativo de **540.213** atendimentos realizados no CRER, durante o ano de 2023, entendemos que a unidade hospitalar vem cumprindo com o seu compromisso social e coletivo junto à sociedade brasileira, contemplando grande parte do território nacional demonstrando sua função social na assistência hospitalar.

Na tabela a seguir, verifica-se a distribuição geográfica de origem dos atendimentos realizados durante o período de janeiro a dezembro de 2023, no qual, além de Goiás, o CRER atingiu outras 22 unidades da Federação, demonstrando sua relevância para a sociedade brasileira.

Tabela 1 - Censo de origem – janeiro a dezembro de 2023

Censo de origem dos pacientes atendidos – janeiro a dezembro/23		
Estados de origem	Atendimentos	Percentual
Goiás	539.383	99,85%
Bahia	144	0,03%
Santa Catarina	126	0,02%
São Paulo	90	0,02%
Tocantins	78	0,01%
Distrito Federal	76	0,01%
Rio Grande do Sul	55	0,01%
Mato Grosso	42	0,008%
Minas Gerais	41	0,008%
Ceará	29	0,005%
Mato Grosso do Sul	27	0,005%
Paraíba	26	0,005%
Pará	21	0,004%
Acre	21	0,004%
Rio Grande do Norte	16	0,003%
Rondônia	11	0,002%
Paraná	8	0,001%
Sergipe	7	0,001%
Rio de Janeiro	5	0,001%
Roraima	3	0,0006%
Piauí	2	0,0004%
Alagoas	1	0,0002%
Maranhão	1	0,0002%
Total	540.213	100,00%

Fonte: MV/Painel Indicadores

4. INDICADORES ESTATÍSTICOS QUE PERMITAM AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO DESEMPENHO E DO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS

Apresenta-se abaixo as metas de produção e desempenho contratualizadas no 12º e 13º termos aditivos ao contrato de gestão nº 123/2011 - SES/GO, que permitem uma variação de até $\pm 10\%$ no volume total de cada linha contratada, assim como a respectiva produção e o desempenho alcançado da Unidade.

4.1 INDICADORES QUANTITATIVOS – PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

4.1.1 Internações hospitalares (saídas hospitalares)

As saídas hospitalares correspondem às altas dos pacientes internados na unidade, incluindo as altas melhoradas e a pedido, transferências externas e óbitos ocorridos no período. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas cirúrgicas, saídas de clínica médica e saídas reabilitação com variação de $\pm 10\%$, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS.

4.1.2 Cirurgias Programadas

O hospital deverá realizar um número mensal de cirurgias programadas que lhe sejam referenciadas, com variação de até 10%.

4.1.3 Atendimentos Ambulatoriais

O hospital deverá realizar consultas médicas, consultas multiprofissionais, consultas de aconselhamento genético, consultas e procedimentos odontológicos (PNE) e consultas e procedimentos bucomaxilo com variação de até 10%.

4.1.4 Terapias Especializadas

O hospital deverá realizar, mensalmente, sessões especializadas com total de 320.000 sessões anuais, com variação de até 10%. No âmbito da reabilitação, as terapias especializadas são ofertadas para pacientes que estejam em regime de internação, assim como para aqueles procedentes do atendimento ambulatorial da instituição. 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.

4.1.5 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

O hospital deverá realizar, mensalmente, 60 atendimentos em atenção domiciliar, com variação de até 10%.

4.1.6 Oficina Ortopédica (fixa/itinerante) + aparelhos auditivos

O hospital produzirá, mensalmente, 990 itens (órteses, próteses e materiais especiais – OPME) e dispensará 263 próteses auditivas, com variação de até 10%.

4.1.7 Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT externo – ofertados

O hospital deverá disponibilizar vagas de SADT externo à rede assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT, com variação de até 10%.

Tabela 2 - Produção Assistencial – 01 de janeiro a 27 de março de 2023 (12º Termo Aditivo)

Produção Assistencial – 01 de janeiro a 27 de março de 2023		
Indicadores	Meta	Produção
Internação – saídas hospitalares	2.586	2.261
Cirurgias Eletivas	2.305	2.028
Atendimentos Ambulatoriais	47.736	47.040
Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	172	176
Terapias Especializadas (sessões)	86.129	97.756
Oficina Ortopédica (fixa/itinerante) + Aparelhos auditivos	3.597	3.796
SADT Externo - Ofertados	55.123	89.705

Tabela 3 - Produção Assistencial – 28 de março a 31 de dezembro de 2023 (13º Termo Aditivo)

Produção Assistencial – 28 de março a 31 de dezembro de 2023		
Indicadores	Meta	Produção
Internação – saídas hospitalares	8.228	7.680
Cirurgias Eletivas	7.333	6.918
Atendimentos Ambulatoriais	151.831	142.754
Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	548	588
Terapias Especializadas (sessões)	273.947	285.286
Oficina Ortopédica (fixa/itinerante) + Aparelhos auditivos	11.442	12.894
SADT Externo - Ofertados	69.866	290.306

4.2 INDICADORES DE DESEMPENHO (12º Termo Aditivo – janeiro a março/2023)

4.2.1. Taxa de ocupação hospitalar

A taxa de ocupação hospitalar compreende a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[Total\ de\ Pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ leitos\ operacionais-dia\ do\ período] \times 100$

4.2.2. Tempo médio de permanência hospitalar (dias)

Este indicador compreende a relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas hospitalares, transferência externa e/ou óbitos no mesmo período). Representa também o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[Total\ de\ pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ saídas\ no\ período]$

4.2.3. Índice de intervalo de substituição de leito (horas)

O indicador assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência. Quanto menor a taxa de ocupação, maior será o intervalo de substituição de leitos.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula:
$$[(100 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{Média de tempo de permanência}] / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$$

4.2.4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias)

O indicador de readmissão hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula:
$$[\text{Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar} / \text{Número total de internações hospitalares}] \times 100$$

4.2.5. Taxa de readmissão em UTI (em até 48 horas)

O indicador mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula:
$$[\text{Nº de retornos em até 48 horas} / \text{Nº de saídas da UTI, por alta}] \times 100$$

4.2.6. Percentual de ocorrência de glosas no SIH

O indicador mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares - SIH em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo sistema, no período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula:
$$[\text{Total de procedimentos rejeitados no SIH} / \text{total de procedimentos apresentados no SIH}] \times 100$$

4.2.7. Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da unidade)

O indicador mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, falta de materiais, falta de medicamentos, erro de programação, falta de exame pré-operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

4.2.8. Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)

O indicador mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

4.2.9. Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (farmacovigilância)

O indicador monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[Total \text{ de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade} / N^{\circ} \text{ de pacientes com RAM}] \times 100$

4.2.10. Razão de quantitativo de consultas ofertadas

O indicador se refere ao número de consultas médicas e não médicas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: *[Nº de consultas ofertadas / Nº de consultas propostas nas metas da unidade]*

4.2.11. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias

O indicador se refere a proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: *[Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / Total de exames de imagem realizados no período multiplicado} x 100*

4.2.12. Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

O indicador analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: *[Nº de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100*

Tabela 4 – Indicadores de desempenho – janeiro a março de 2023 (12º Termo Aditivo)

Indicadores de Desempenho – janeiro a março de 2023		
Indicador	Meta	Resultado
Taxa de ocupação hospitalar	≥ 85%	73,79%
Tempo médio de permanência hospitalar (dias)	≤ 7	4,39

Índice de intervalo de substituição de leito (horas)	< 30	37,59
Taxa de readmissão hospitalar (29 dias)	≤ 20%	2,78%
Taxa de readmissão em UTI (48 horas)	< 5%	1,91%
Percentual de ocorrência de glosas no SIH – DATASUS	≤ 1%	2,77%
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas a organização da unidade)	≤ 3%	5,53%
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%	4,94%
Percentual da investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (farmacovigilância)	≥ 95%	100,00%
Razão de quantitativo de consultas ofertadas	1	1,26
Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%	61,73%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%	0,13%

4.3 INDICADORES DE DESEMPENHO (13º Termo Aditivo – abril a dezembro/2023)

4.3.1. Taxa de ocupação hospitalar

A taxa de ocupação hospitalar compreende a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[Total\ de\ Pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ leitos\ operacionais-dia\ do\ período] \times 100$

4.3.2. Tempo médio de permanência hospitalar (dias)

Este indicador compreende a relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas hospitalares, transferência externa e/ou óbitos no mesmo período). Representa também o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[Total\ de\ pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ saídas\ no\ período]$

4.3.3. Índice de intervalo de substituição de leito (horas)

O indicador assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência. Quanto menor a taxa de ocupação, maior será o intervalo de substituição de leitos.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[(100 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{Média de tempo de permanência}] / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$

4.3.4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias)

O indicador de readmissão hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[\text{Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar} / \text{Número total de internações hospitalares}] \times 100$

4.3.5. Taxa de readmissão em UTI (em até 48 horas)

O indicador mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[\text{Nº de retornos em até 48 horas} / \text{Nº de saídas da UTI, por alta}] \times 100$

4.3.6. Percentual de ocorrência de glosas no SIH

O indicador mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares - SIH em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo sistema, no período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[\text{Total de procedimentos rejeitados no SIH} / \text{total de procedimentos apresentados no SIH}] \times 100$

4.3.7. Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais

O indicador mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, falta de materiais, falta de medicamentos, erro de programação, falta de exame pré-operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

4.3.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano.

O indicador sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido} / N^{\circ} \text{ de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade}] \times 100$

4.3.9. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano.

O indicador sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável.

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido} / N^{\circ} \text{ de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade}] \times 100$

4.3.10. Razão de quantitativo de consultas ofertadas

O indicador se refere ao número de consultas médicas e não médicas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de consultas ofertadas} / N^{\circ} \text{ de consultas propostas nas metas da unidade}]$

4.3.11. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias

O indicador se refere a proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[\text{Número de exames de imagem entregues em até 10 dias} / \text{Total de exames de imagem realizados no período multiplicado}] \times 100$

4.3.12. Percentual de casos de Doenças/Agravos/Eventos de notificação compulsório imediata (DAEI) digitadas oportunamente - até 7 dias.

Avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da digitação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna ($\leq$ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[\text{N}^{\circ} \text{ de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno} - \text{até 7 dias} / \text{N}^{\circ} \text{ de casos de DAEI digitadas (no período/mês)}] \times 100$

4.3.13. Percentual de casos de Doenças/Agravos/Eventos de notificação compulsório imediata (DAEI) investigados oportunamente – até 48 horas .

Avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da investigação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente ($\leq$ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

Fórmula: $[\text{N}^{\circ} \text{ de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno} - \text{até 48 horas da data da notificação} / \text{N}^{\circ} \text{ de casos de DAEI notificadas (no período/mês)}] \times 100$

Tabela 5 – Indicadores de desempenho – abril a dezembro de 2023 (13º Termo Aditivo)

Indicadores de Desempenho – abril a dezembro/2023		
Indicador	Meta	Resultado
Taxa de ocupação hospitalar	≥ 85%	75,31%
Tempo médio de permanência hospitalar (dias)	≤ 7	4,05
Índice de intervalo de substituição de leito (horas)	< 30	31,94%
Taxa de readmissão hospitalar (29 dias)	≤ 20%	3,10%
Taxa de readmissão em UTI (48 horas)	< 5%	1,33%
Percentual de ocorrência de glosas no SIH – DATASUS	≤ 7%	0,18%
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais	≤ 5%	3,61%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%	9,22% *
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%	Sem dados disponíveis
Razão de quantitativo de consultas ofertadas	1	1,28
Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%	86,18%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%	93,97%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) investigadas oportunamente - até 48 horas	≥ 80%	93,97%

(*) Dados do indicador somente do período de novembro e dezembro de 2023.

5. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM ESCLARECIMENTOS, SE FOR O CASO, SOBRE AS CAUSAS QUE INVIABILIZARAM O PLENO CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS

Apresenta-se abaixo a execução dos serviços propostos no período de janeiro a dezembro de 2023, para as linhas de contratação dos indicadores assistenciais e de desempenho e qualidade e as respectivas análises da performance executada.

5.1. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

**Tabela 6 – Indicadores assistenciais – 01 de janeiro a 27 de março de 2023
(12º Termo Aditivo)**

ATIVIDADES	01 de janeiro a 27 março de 2023		
	Meta	Realizado	% de Execução da Meta
Saídas Cirúrgicas	2.305	1.960	85,03%
Saídas Clínicas	192	257	133,61%
Saídas Reabilitação	89	44	49,44%
Total de saídas hospitalares	2.587	2.261	87,41%
Cirurgias Eletivas	2.305	2.028	87,98%
Consultas Médicas na Atenção Especializada	33.117	30.621	92,46%
Consulta Multiprofissionais na Atenção Especializada	13.585	15.771	116,09%
Consulta Multiprofissionais - Aconselhamento Genético	57	45	78,95%
Atendimento Odontológico PNE - Consulta	172	38	22,09%
Atendimento Odontológico PNE - Procedimentos	345	138	40,00%
Atendimento Buco Maxilo - Consulta - de 1ª vez	115	80	69,57%
Atendimento buco maxilo - Consulta - outros	230	304	132,17%
Atendimento buco Maxilo- Procedimentos - Ortognática	29	16	55,17%
Atendimento buco maxilo - Procedimentos - Outros	86	27	31,40%
Total de Atendimentos Ambulatoriais	47.736	47.040	98,54%
SAD - Pacientes Atendidos	172	176	102,32%
Terapias Especializadas - Sessões	86.129	97.756	113,50%
Oficina fixa e itinerante	2.842	3.010	105,91%
Próteses Auditivas	755	786	104,10%
Total (Oficina Ortopédica + Aparelhos Auditivos)	3.597	3.796	105,52%

Bera (Brainstem Evoked Response Audimetry)	287	302	105,22%
Doppler (MMII, MMSS, Carótida e Transcraniano)	431	465	107,88%
Ecocardiograma (transesofágico, de stress, transtorácico)	574	688	119,86%
Eletrocardiograma	2.584	3.106	120,20%
Eletroencefalograma	172	286	166,28%
Eletroneuromiografia	574	710	123,69%
Espirometria	574	960	167,25%
Laboratório de Análises Clínicas	41.942	66.176	157,78%
Laboratório de Genética	1.237	1.386	112,04%
Mamografia	287	0	0,00%
Radiologia	2.871	9.548	332,57%
Ressonância Nuclear Magnética	2.297	3.172	138,10%
Tomografia Computadorizada	1.005	2.557	254,42%
Videolaringoscopia	287	349	121,60%
SADT Externo - Ofertados	55.123	89.705	162,74%

5.1.1 Análise Crítica dos Indicadores de Produção (12º Termo aditivo):

5.1.1.1. Saídas hospitalares – Cirúrgicas

No período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, às saídas cirúrgicas atingiram **85,03%**, devido a perda de capacidade cirúrgica no período. Deste modo, em busca da otimização das altas, medidas foram sendo tomadas, através de alinhamento e monitoramentos dos processos internos do CRER, a fim de se fazer cumprir a meta do indicador.

5.1.1.2. Saídas hospitalares - Reabilitação

No período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, às saídas de reabilitação atingiram **49,44%**, pois não foi possível aumentar a taxa de ocupação ao longo dos meses por falta de paciente perfil proveniente da rede via regulação.

Portanto, visando a melhoria das saídas da unidade de reabilitação, foram e estão sendo realizadas interações com outras unidades de saúde com a finalidade de orientá-los quanto ao fluxo de encaminhamento deste perfil, a fim de realizar uma maior captação de pacientes perfil para que a meta proposta, obtenha maior alcance.

5.1.1.3. Cirurgias eletivas

No período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, às cirurgias realizadas atingiram **87,98%**, pois ocorreu uma perda de capacidade cirúrgica de 252 cirurgias, e dentre os fatores de cancelamentos operacionais por motivos da unidade e do paciente, tivemos a reativação dos leitos COVID, no dia 05 de dezembro de 2022 até o dia 08 de março de 2023, com a destinação de 20 leitos COVID, sendo 10 de enfermaria e 10 de UTI. Mediante ao ofício do gestor estadual, o CRER desmobilizou os leitos COVID, a partir do dia 08 de março de 2023, com isso a capacidade de atendimento foi retomada de forma gradativa, neste período.

5.1.1.4. Atendimento Ambulatório – Aconselhamento Genético

No período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, às consultas ambulatoriais de aconselhamento genético atingiram **78,95%**. A meta não foi alcançada devido ao não aproveitamento das vagas ofertadas e ao absenteísmo dos pacientes neste período.

Medidas e ações internas estão sendo realizadas pela unidade e juntamente com o gestor estadual para o encaminhamento dos pacientes com o perfil de atendimento.

5.1.1.5. Atendimento Odontológico PNE – Consulta

No período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023 o atendimento odontológico PNE – consulta, atingiu **22,09%** da meta, devido ao absenteísmo dos pacientes e a perda primária das consultas (vagas) ofertadas de 1º vez e não aproveitadas via regulação, não foi possível atingir o público perfil.

Logo, ações em conjunto com a regulação estão sendo realizadas, com o objetivo de encaminhar os pacientes com o perfil de atendimento para esta unidade de saúde.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Odontológicos PNE - Consulta**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.1.6. Atendimento Odontológico PNE – Procedimentos

Com o alcance de **40,00%**, acerca dos atendimentos realizados, e considerando o período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, a meta não foi alcançada, pois para a realização de atendimento odontológico PNE – procedimentos é necessário que os pacientes perfis entrem no indicador supracitado de atendimento odontológico PNE – consulta. Deste modo, devido ao não preenchimento do perfil acordado via regulação estadual, não foi possível alcançar o indicador em questão.

Contudo, medidas e ações estão sendo tomadas conjuntamente a regulação estadual, a fim de aprimorar o fluxo interno e ocorrer o encaminhamento dos pacientes dentro do perfil estabelecido, para que assim, a meta seja cumprida.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores.

Atendimentos Odontológicos PNE - Procedimentos, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.1.7. Atendimento buco maxilo – Consulta 1ª vez

Durante o período de 01 de janeiro a 27 de março/2023, este indicador atingiu **69,57%** da meta. A sua totalidade, não foi alcançada em decorrência da baixa disponibilidade de pacientes com o perfil de atendimento cirúrgico, via regulação e ao absenteísmo dos pacientes.

Deste modo, ações estão sendo tomadas conjuntamente a regulação estadual, para que se obtenha um fluxo maior de encaminhamento dos pacientes com o perfil de atendimento. E ainda, há o fortalecimento da comunicação com os pacientes agendados, em busca de uma maior assertividade para que não haja dúvidas quanto a realização das consultas e dos procedimentos necessários para a reabilitação dos pacientes, com o objetivo de minimizar, o absenteísmo corriqueiro.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Buco maxilo – Consulta 1ª vez**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha

Atendimentos Ambulatoriais, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.1.8. Atendimento buco maxilo – Procedimento Ortognática

Durante o período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, este indicador atingiu **55,17%** e, sua totalidade não foi alcançada, pois como pré-operatório o paciente deve realizar um tratamento odontológico para que o procedimento cirúrgico, seja efetivo. Ações de encaminhamento das vagas ofertadas para os pacientes com o perfil estão sendo realizadas e monitoradas junto a regulação e após os agendamentos dos pacientes, busca-se uma assertividade na comunicação com os pacientes para orientar sobre o tratamento e a data da realização do procedimento, evitando e/ou reduzindo o absenteísmo.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Buco maxilo – Procedimento Ortognática**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.1.9. Atendimento buco maxilo – Procedimento – outros

No período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, este indicador atingiu **31,40%**, pois é necessário que haja um tratamento odontológico antes da realização do procedimento, para que os pacientes tenham efetividade em todo o processo cirúrgico. Ações de encaminhamento das vagas ofertadas para os pacientes com o perfil estão sendo realizadas e monitoradas, junto a regulação e após os agendamentos dos pacientes, busca-se uma assertividade na comunicação com os pacientes para orientar sobre o tratamento e a data da realização do procedimento, evitando e/ou reduzindo o absenteísmo.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Buco maxilo – Procedimento Outros**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.1.10. SADT Externo – Ofertados – Mamografia

Durante o período de 01 de janeiro a 27 de março de 2023, considerando a meta pactuada somente no 12º Termo Aditivo, o indicador em questão, não alcançou a meta, pois o aparelho de mamografia esteve e está inoperante devido a um problema técnico. De acordo com laudo técnico, não há peças de reposição disponíveis no mercado. Desta forma, em oportuno, foi encaminhada a solicitação de substituição e aquisição de um novo aparelho juntamente com o gestor estadual via C.T.: 170426/2022-SE, no dia 09 de maio de 2022, e até o momento o processo está em andamento.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores.

SADT Externo Ofertados - Mamografia, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **SADT Externo Ofertado**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

**Tabela 7 – Indicadores assistenciais – 28 de março a 31 de dezembro de 2023
(13º Termo Aditivo)**

ATIVIDADES	28/março a 31/dezembro de 2023		
	Meta	Realizado	% de Execução da Meta
Saídas Cirúrgicas	7.333	6.866	93,63%
Saídas Clínicas	612	614	100,32%
Saídas Reabilitação	283	200	70,67%
Total de saídas hospitalares	8.228	7.680	93,34%
Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	3.150	1.564	49,65%
Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	3.370	5.196	154,18%
Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME)	813	158	19,43%
Total - Cirurgias Eletivas	7.333	6.918	94,34%

Consultas Médicas na Atenção Especializada	105.333	96.266	91,39%
Consulta Multiprofissionais na Atenção Especializada	43.211	44.159	102,19%
Consulta Multiprofissionais - Aconselhamento Genético	183	206	112,56%
Atendimento Odontológico PNE - Consulta	548	158	28,83%
Atendimento Odontológico PNE - Procedimentos	1.096	448	40,88%
Atendimento Buco Maxilo - Consulta - de 1ª vez	365	306	83,84%
Atendimento buco maxilo - Consulta - outros	731	1.042	142,54%
Atendimento buco Maxilo- Procedimentos - Ortognática	91	55	60,44%
Atendimento buco maxilo - Procedimentos - Outros	274	114	41,61%
Total de Atendimento Ambulatoriais	151.831	142.754	94,02%
SAD - Pacientes Atendidos	548	588	107,30%
Terapias Especializadas - Sessões	273.947	285.286	104,14%
Oficina fixa e itinerante	9.040	10.406	115,11%
Próteses Auditivas	2.402	2.488	103,58%
Total (Oficina Ortopédica + Aparelhos Auditivos)	11.442	12.894	112,69%
Bera (Brainstem Evoked Response Audimetry)	913	881	96,49%
Doppler (MMII, MMSS, Carótida e Transcraniano)	1.370	1.802	131,53%
Ecocardiograma (transesofágico, de stress, transtorácico)	1.826	2.223	121,74%
Eletrcardiograma	91	9.299	10.218,68%
Eletronecefalograma	548	836	152,55%
Eletroneuromiografia	1.826	2.220	121,57%
Espirometria	913	2.268	248,41%
Laboratório de Análises Clínicas	45.658	214.698	470,23%
Laboratório de Genética	3.936	4.045	102,77%
Radiologia	1.370	33.464	2.442,63%
Ressonância Nuclear Magnética	7.305	9.805	134,22%
Tomografia Computadorizada	3.196	8.081	252,84%
Videolaringoscopia	913	684	74,91%
SADT Externo - Ofertados	69.866	290.306	415,52%

5.1.2 Análise Crítica dos Indicadores de Produção (13º Termo Aditivo):

5.1.2.1. Saídas hospitalares - Reabilitação

No período de 28 de março a 31 de dezembro/2023, às saídas da unidade de reabilitação atingiram **70,67%**, pois não foi possível aumentar a taxa de ocupação ao longo dos meses por falta de paciente perfil proveniente da rede via regulação.

Portanto, visando a melhoria das saídas da unidade de reabilitação, foram e estão sendo realizadas interações com outras unidades de saúde com a finalidade de orientá-los quanto ao fluxo de encaminhamento deste perfil, a fim de realizar uma maior captação de pacientes perfil para que a meta proposta, obtenha maior alcance.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores.

Saídas hospitalares – Reabilitação, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Saídas hospitalares**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.2.2. Atendimento Odontológico PNE – Consulta

No período de 28 de março a 31 de dezembro/2023 o atendimento odontológico PNE – consulta, atingiu **28,83%** da meta, devido ao absenteísmo dos pacientes e a perda primária das consultas (vagas) ofertadas de 1º vez e não aproveitadas via regulação, não foi possível atingir o público perfil.

Logo, ações em conjunto com a regulação estão sendo realizadas, com o objetivo de encaminhar os pacientes com o perfil de atendimento para esta unidade de saúde.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Odontológicos PNE - Consulta**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.2.3. Atendimento Odontológico PNE – Procedimentos

Considerando, o período de 28 de março a 31 de dezembro/2023, a meta não foi alcançada, pois para a realização de atendimento odontológico PNE – procedimentos é necessário que os pacientes perfis entrem no indicador supracitado de atendimento odontológico PNE – consulta. Deste modo, devido ao não preenchimento do perfil acordado via regulação estadual, não foi possível alcançar o indicador em questão.

Contudo, medidas e ações estão sendo tomadas conjuntamente a regulação estadual, a fim de aprimorar o fluxo interno e ocorrer o encaminhamento dos pacientes dentro do perfil estabelecido, para que assim, a meta seja cumprida.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores.

Atendimentos Odontológicos PNE - Procedimentos, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.2.4. Atendimento buco maxilo – Consulta 1ª vez

Durante o período de 28 de março a 31 de dezembro/2023, este indicador atingiu **83,84%** da meta. A sua totalidade, não foi alcançada em decorrência da baixa disponibilidade de pacientes com o perfil de atendimento cirúrgico, via regulação e ao absenteísmo dos pacientes.

Deste modo, ações estão sendo tomadas conjuntamente a regulação estadual, para que se obtenha um fluxo maior de encaminhamento dos pacientes com o perfil de atendimento. E ainda, há o fortalecimento da comunicação com os pacientes agendados, em busca de uma maior assertividade para que não haja dúvidas quanto a realização das consultas e dos procedimentos necessários para a reabilitação dos pacientes, com o objetivo de minimizar, o absenteísmo corriqueiro.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Buco maxilo – Consulta 1ª vez**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.2.5. Atendimento buco maxilo – Procedimento Ortognática

Durante o período de 28 de março a 31 de dezembro/2023, este indicador atingiu **60,44%** e, sua totalidade não foi alcançada, pois como pré-operatório o paciente deve realizar um tratamento odontológico para que o procedimento cirúrgico, seja efetivo. Ações de encaminhamento das vagas ofertadas para os pacientes com o perfil estão sendo realizadas e monitoradas junto a regulação e após os agendamentos dos pacientes, busca-se uma assertividade na comunicação com os pacientes para orientar sobre o tratamento e a data da realização do procedimento, evitando e/ou reduzindo o absenteísmo.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Buco maxilo – Procedimento Ortognática**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.2.6. Atendimento buco maxilo – Procedimento – outros

No período de 28 de março a 31 de dezembro/2023, este indicador atingiu **41,61%**, pois é necessário que haja um tratamento odontológico antes da realização do procedimento, para que os pacientes tenham efetividade em todo o processo cirúrgico. Ações de encaminhamento das vagas ofertadas para os pacientes com o perfil estão sendo realizadas e monitoradas, junto a regulação e após os agendamentos dos pacientes, busca-se uma assertividade na comunicação com os pacientes para orientar sobre o tratamento e a data da realização do procedimento, evitando e/ou reduzindo o absenteísmo.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores. **Atendimentos Buco maxilo – Procedimento Outros**, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **Atendimentos Ambulatoriais**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.1.2.7. SADT – Ofertados - Videolaringoscopia

No período de janeiro a dezembro/2023, os exames de videolaringoscopia atingiram o percentual de **74,91%**, portanto a meta ofertada não foi alcançada devido a inoperância de 01 (um) aparelho.

Deste modo, foi aberta uma ordem de serviço nº 202202643, pois o equipamento não apresentou o funcionamento correto, com rigidez na ponta, dificultando a operação em procedimentos, necessitando assim, o envio para serviço externo de manutenção corretiva. Logo, quando houver a restauração plena, a reposição será realizada.

Nota explicativa: Ressaltamos que para a avaliação do contrato de gestão, é feito reuniões a cada semestre considerando o período de assinatura do contrato, sendo avaliado por linhas de contratação e não por indicadores.

SADT Externo Ofertados - videolaringoscopia, não atingiu a meta pactuada, contudo como a avaliação é feita pela linha **SADT Externo Ofertado**, a unidade obteve êxito em seu cumprimento.

5.2. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tabela 8 – Indicadores qualitativos – janeiro a março de 2023 (12º Termo Aditivo)

Indicadores Qualitativos (Desempenho)	janeiro a março de 2023		
	Meta	Resultado	% de Execução da Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85%	73,79%	86,81%
Tempo Médio de Permanência - Dias	≤ 7	4,39	137,29%
Índice de Intervalo de Substituição (Horas)	< 30	37,59	74,70%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%	2,78%	186,10%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%	1,91%	161,80%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS	≤ 1%	2,77%	-77,00%

Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (causas relacionadas a organização da unidade)	≤ 3%	5,53%	15,67%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%	4,94%	101,20%
Percentual da investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%	100%	105,26%
Razão de Quantitativo de consultas ofertada	1	1,26	126,00%
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%	61,73%	88,18%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%	0,13%	197,40%

5.2.1 Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho (12º Termo Aditivo):

5.2.1.1 Taxa de ocupação hospitalar:

No período de janeiro a março de 2023, este indicador alcançou **86,81%** em relação à meta. Para tanto, evidenciamos alguns fatores que podem ter contribuído para o não alcance da meta, tais como:

A linha de contratação das unidades de reabilitação, impactou, pois não foi possível aumentar a taxa de ocupação ao longo dos meses por falta de paciente perfil proveniente da rede via regulação. Visando a melhoria das unidades reabilitação, foram e estão sendo realizadas interações com outras unidades de saúde com a finalidade de realizar a captação de pacientes perfil.

Em relação as unidades clínicas, o perfil é variável, pois o CRER não faz internação clínica direta, portanto, os pacientes são procedentes da UTI ou do posto cirúrgico, sendo em sua maioria complicações cirúrgicas ou pacientes que necessitam de atenção médica por tempo prolongado. Deste modo, em busca da otimização das altas da enfermaria clínica, temos atualmente as seguintes ações:

- Comitê para gerenciamento dos pacientes com risco de longa permanência que possui reuniões quinzenais para discutir os casos dos pacientes com mais de 10 dias de internação;
- Visita do PTS (projeto terapêutico singular) à beira leito;
- Avaliação diária de pacientes que possuem perfil para alta hospitalar conjuntamente ao SAD municipal e ao HDS.

5.2.1.2 Índice de Intervalo de Substituição (Horas):

Este indicador relaciona a taxa de ocupação com a média permanência hospitalar, ou seja, é uma relação inversamente proporcional entre ocupação e intervalo.

No período de janeiro a março de 2023, este indicador alcançou **74,70%** em relação à meta, e considerando que, quanto menor a taxa de ocupação, maior será o intervalo de substituição de leitos, os resultados alcançados no decorrer dos meses influenciaram no resultado deste indicador.

5.2.1.3 Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS

No período de janeiro a março de 2023, este indicador alcançou **-77,00%** em relação à meta devido ao resultado do mês de janeiro/2023 (7,6%), o qual ocorreram glosas relacionadas ao cadastro de profissionais e a meta deste período não foi alcançada, contudo as medidas e ações de ajustes e correções das glosas já foram realizadas.

5.2.1.4 Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (causas relacionadas a organização da unidade)

No período de janeiro a março de 2023, este indicador alcançou **15,67%** em relação à meta. Ressalta-se que os motivos dos cancelamentos por parte da Unidade estão sendo monitorados e as ações de melhorias são realizadas de forma contínua com o intuito de qualificar o processo e evitar a insatisfação e prejuízo ao paciente.

Destaca-se algumas medidas realizadas por esta unidade com o objetivo de alcançar a meta, tais como: orientações a respeito dos protocolos pré-operatórios,

fortalecimento do controle de estoque de materiais e avaliação pré-operatória dos pacientes, de acordo com perfil e a necessidade de realização de cirurgias.

5.2.1.5 Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias

No período de janeiro a março de 2023, este indicador alcançou **88,18%** em relação à meta, que não foi alcançada, devido ao processo de reestruturação do setor de exames, onde as medidas e ações estão sendo tomadas pelo CRER para que os resultados possam ser alcançados.

Tabela 9 – Indicadores qualitativos – abril a dezembro de 2023 (13º Termo Aditivo)

Indicadores Qualitativos (Desempenho)	abril a dezembro de 2023		
	Meta	Resultado	% de Execução da Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85%	75,31%	88,60%
Tempo Médio de Permanência - Dias	≤ 7	4,05	142,14%
Índice de Intervalo de Substituição (Horas)	< 30	31,94	93,53%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%	3,10%	184,50%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%	1,33%	173,40%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS	≤ 7%	0,18%	197,43%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais	≤ 5%	3,61%	127,80%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%	9,22%	181,56%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%	*	*
Razão de Quantitativo de consultas ofertada	1	1,28	128,00%

Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%	86,18%	123,12%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%	93,97%	117,46%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) investigadas Oportunamente - até 48 horas	≥ 80%	93,97%	117,46%

(*) Parâmetro do Indicador não foi disponibilizado para o cálculo.

5.2.2 Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho (13º Termo Aditivo):

5.2.1.1 Taxa de ocupação hospitalar:

No período de abril a dezembro de 2023, este indicador alcançou **88,60%** em relação à meta. Para tanto, evidenciamos alguns fatores que podem ter contribuído para o não alcance da meta, tais como:

A linha de contratação das unidades de reabilitação, impactou, pois não foi possível aumentar a taxa de ocupação ao longo dos meses por falta de paciente perfil proveniente da rede via regulação. Visando a melhoria das unidades reabilitação, foram e estão sendo realizadas interações com outras unidades de saúde com a finalidade de realizar a captação de pacientes perfil.

Em relação as unidades clínicas, o perfil é variável, pois o CRER não faz internação clínica direta, portanto, os pacientes são procedentes da UTI ou do posto cirúrgico, sendo em sua maioria complicações cirúrgicas ou pacientes que necessitam de atenção médica por tempo prolongado. Deste modo, em busca da otimização das altas da enfermaria clínica, temos atualmente as seguintes ações:

- Comitê para gerenciamento dos pacientes com risco de longa permanência que possui reuniões quinzenais para discutir os casos dos pacientes com mais de 10 dias de internação;
- Visita do PTS (projeto terapêutico singular) à beira leito;
- Avaliação diária de pacientes que possuem perfil para alta hospitalar conjuntamente ao SAD municipal e ao HDS.

6. INDICADORES DE GESTÃO QUE PERMITAM AFERIR A EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, ECONOMICIDADE, QUALIDADE E PRODUTIVIDADE DA ATUAÇÃO DA ENTIDADE, LEVANDO-SE EM CONTA OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS ALCANÇADOS PELA INSTITUIÇÃO

6.1. ECONOMICIDADE – FINANCEIRO / CONTÁBIL

6.1.1 Índice de Eficiência Financeira – CRER 2023

Apresenta-se, a seguir, por meio do Índice de Eficiência Financeira, o nível de liquidez financeira alcançado pela Unidade, referente ao período de janeiro a dezembro de 2023, utilizando a seguinte fórmula:

Fórmula: (saldo inicial + entradas do período) / total de saídas do período

Tabela 10 – Índice de eficiência financeira – janeiro a dezembro de 2023

Índice de Eficiência Financeira	01/01/2023	01/02/2023	01/03/2023	01/04/2023	01/05/2023	01/06/2023	01/07/2023	01/08/2023	01/09/2023	01/10/2023	01/11/2023	01/12/2023	ANO 2023
Saldo inicial	12.263.144,83	8.706.547,65	10.681.312,55	5.126.840,18	1.079.649,73	6.872.431,80	4.603.211,24	9.150.748,07	5.523.719,10	1.904.375,91	3.846.792,10	3.894.483,71	12.263.144,83
Total de entradas	16.597.949,04	16.781.911,50	14.914.769,53	1.632.473,56	34.942.930,84	16.501.438,46	25.567.715,35	15.997.401,05	15.739.867,04	16.440.433,84	20.760.304,25	26.967.598,94	222.844.793,40
Total de saídas	20.154.546,22	14.807.146,60	20.469.241,90	5.679.664,01	29.150.148,77	18.770.659,02	21.020.178,52	19.624.430,02	19.359.210,23	14.498.017,65	20.712.612,64	22.975.026,40	227.220.881,98
Resultado	1,43	1,72	1,25	1,19	1,24	1,25	1,44	1,28	1,10	1,27	1,19	1,34	1,03

6.1.2 Índice contábil:

Apresentamos a seguir por meio do Índice Contábil a nível de economicidade apresentado pelo CRER, durante o período de janeiro a dezembro de 2023.

Fórmula: (receita total do período) / (despesa total no mesmo período)

Índice Contábil			
Acumulado Janeiro a Dezembro 2023			
	Receitas	Despesas	Índice
ÍNDICE CONTÁBIL	223.210.508,52	223.210.508,52	1,00

Conforme pode ser analisado na tabela acima, o CRER demonstra um equilíbrio no índice contábil 1,00. Este índice se manteve estável ao longo dos meses de janeiro a dezembro/2023, pois efetuamos o confronto de todas as receitas com as despesas, revelando eficiência e economicidade na gestão dos recursos por parte da Unidade hospitalar.

6.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO - METODOLOGIA NPS

A seguir apresentamos os resultados das pesquisas consolidadas - ambulatorio e internação, relativo ao período de janeiro a dezembro/2023. O resultado atingido corresponde a zona de excelência e contempla classificação máxima na metodologia NPS, apresentado por meio da tabela a seguir.

Tabela 11: Pesquisa de Satisfação – NPS GERAL

Período de referência: janeiro a dezembro de 2023				
Classificação dos clientes	Quantidade de clientes	%	NPS	Zona de Excelência
Total de clientes detratores	1.786	1,77%	89,84%	
Total de clientes neutros	6.676	6,62%		
Total de clientes Promotores	92.450	91,61%		
Total Geral de Respostas	100.912	100,0%		

Fonte: SAU/Ouvidoria/Crer

6.3. TAXA DE ABSENTEÍSMO DOS COLABORADORES

Na tabela abaixo evidenciamos o índice percentual de absenteísmo extraído do sistema eletrônico, referente aos meses de janeiro a dezembro de 2023.

Tabela nº. 12 - Absenteísmo em recursos humanos

Taxa de absenteísmo em RH – janeiro a dezembro de 2023

Vínculo	Resultado
Celetista	3,65%
Estatutário	3,13%
Taxa Global	3,65%

Fonte: SESMT/CRER

7. MEDIDAS IMPLEMENTADAS COM VISTAS AO SANEAMENTO DE EVENTUAIS DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE PREJUDICARAM OU INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS

Infraestrutura – Predial:

Realização do pós-obra da substituição das telhas e calhas do CRER. Tivemos vazamentos imprevistos no Posto 01, Ginásio de Terapias e Recepção Principal, que impactaram:

- a) Posto 01 - Bloqueio de 3 leitos em janeiro, por 5 dias, para execução do pós-obra;
- b) Ginásio de Terapias - funcionamento parcial por 4 dias para correção do vazamento da calha no mês de janeiro;
- c) Recepção Principal: alteração do fluxo da Recepção Principal para a Recepção de Consultas por 2 dias para correção do vazamento do tubo de descida de água pluvial.

Execução da substituição das coberturas de Policarbonato da instituição. Foi programada a execução de uma cobertura de cada vez, visando não interferir no fluxo geral dos pacientes na instituição.

Os serviços em locais de trânsito foram acordados de janeiro a setembro em finais de semana e feriados.

Execução do forro da circulação atrás da Recepção Central. Serviço programado para o período noturno, no mês de agosto e setembro, visando minimizar o impacto no fluxo de pacientes da Recepção para os Ginásios de Terapias.

Execução de adequação na tubulação do sistema de incêndio dos Blocos A, Blocos B, Bloco C e estacionamento de pacientes do CRER, para melhoria no sistema existente. Ação envolve a retirada de forros e interligação do sistema de incêndio de forma aérea, na parte coberta da instituição, e no asfalto, na parte do estacionamento. As atividades estão sendo planejadas para não paralisar ou atrasar atendimentos.

Vazamento pequeno de água em tubulação da Central de Água Gelada (CAG) da Unidade. Reparo foi agendado para realização no domingo, dia em que não tivemos programação de cirurgias, posto que envolveu o desligamento de toda a CAG por 4 horas. Foi necessária a confecção, em caráter emergencial, de uma nova parte da tubulação para ser soldada à existente. Serviço não impactou em cancelamento de agendas.

Substituição de disparador de disjuntor do Quadro que atende à Central de Água Gelada (CAG) da Unidade. Atividade envolveu o desligamento de toda a CAG por 30 minutos. Ação executada no domingo, em conjunto com a ação 1.2, dia em que não tivemos programação de cirurgias.

Execução do sistema Luminotécnico nos leitos de internação, iniciados no dia 16/12/2023. Estão sendo paralisados sempre 2 leitos por vez, por 4 dias corridos.

Equipamentos Médicos (Engenharia Clínica):

O Litotriptor a Laser ficou inoperante no dia 05/04/2023, o que impactou a agenda de procedimentos cirúrgicos de urologia até o dia 19/04/2023. Devido a indisponibilidade do equipamento e tempo de reparo, a unidade realizou uma locação, através da ordem de compra 68562, a qual foi gerada dia 19/04/2023, tendo o equipamento disponível no dia 20/04/2023, podendo retomar a agenda da urologia.

O equipamento ureterorenofibrocópio flexível ficou inoperante no dia 10/05/2023, devido ele ter apresentado defeito, sem viabilidade de reparo, onde a empresa contratada iniciou solicitação de obsolescência do equipamento. A indisponibilidade do equipamento, acarretou impacto direto nas cirurgias da equipe de urologia. Foi realizado um processo de comodato, para fornecimento contínuo de insumos para os procedimentos, com fornecimento de equipamentos por responsabilidade da CONTRATADA, onde o contrato teve início na data de 29/09/2023 (CTPS04.2023.JUL.00140) retomando a agenda de procedimentos de urologia.

O equipamento digitalizador de imagem CR, ficou inoperante no dia 28/07/2023 as 09:40 horas até o dia 21/07/2023 as 13:00 horas, devido rompimento do software. Foi solicitado atendimento emergencial onde foi identificada a necessidade de troca do HD do equipamento, após aquisição e reparo foi liberado para uso retomando procedimentos do setor.

O equipamento de tomografia ficou inoperante durante 01 hora e 25 minutos no dia 12/11/2023, devido a falha na alimentação elétrica do equipamento. Foi solicitado atendimento emergencial pela empresa responsável pela manutenção do equipamento, onde foi realizado o atendimento e liberação do equipamento, após restabelecer a alimentação elétrica.

O equipamento de tomografia ficou inoperante durante 47 minutos no dia 16/11/2023, devido a falha na alimentação elétrica do equipamento. Foi solicitado atendimento emergencial pela empresa responsável pela manutenção do equipamento, onde foi realizado o atendimento e liberação do equipamento, após restabelecer a alimentação elétrica.

O equipamento de ressonância magnética ficou inoperante durante 01 hora e 40 minutos no dia 16/11/2023 devido a falha no compressor do coldhead. Foi solicitado atendimento emergencial pela empresa responsável pela manutenção do equipamento, onde foi realizado o atendimento e liberação do equipamento.

O digitalizador de imagens CR apresentou uma falha no software em 14/11/2023, parando às 07:53, foi realizado o primeiro atendimento pela equipe interna de engenharia clínica, porém não foi possível liberar o equipamento para uso naquele momento. Foi solicitado o serviço externo especializado, que realizou o atendimento, liberando o

equipamento para uso às 14:15. Durante o período em que o equipamento ficou parado, foi utilizado o CR de backup, podendo ter ocorrido algum impacto apenas para os exames de coluna (escoliose), que utilizam placas de tamanho maior, as quais não conseguem ser digitalizadas pelo CR de backup.

O equipamento de raio-X com fluoroscopia ficou inoperante do dia 22/12/23 ao dia 29/12/23, para substituição da mesa do equipamento que estava danificada. A substituição foi programada para o mês de janeiro/2024, tendo em vista o baixo volume de exames previstos para o período.

Paralisação, por 2 horas, no dia 26 de dezembro de 2023, das 3 autoclaves da CME, por falta de volume de água produzido pelas osmose. Neste dia, a água estava sendo produzida por equipamentos backup para manutenção preventiva dos equipamentos principais e um dos equipamentos ficaram inoperantes. Foi efetuada a manutenção corretiva na osmose e o sistema voltou a ter o volume correto de água para operação.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório foi elaborado em consonância com a Resolução Normativa 013/2017 do TCE/GO e do Contrato de Gestão nº 123/2011 e dos seus respectivos termos aditivos, contendo informações emitidas pelo **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER**, cujos resultados gerais, de janeiro de 2023 a setembro de 2023, foram apresentados pela Diretoria e avaliados e aprovados pelo Conselho de Administração em cumprimento pleno aos desígnios do Contrato de Gestão e que, em suma e de maneira proativa, concordou que a unidade colaborou para a construção de melhores condições de saúde para a sociedade.

Ressalta-se que os resultados gerais contemplando o último trimestre, de outubro de 2023 a dezembro de 2023, juntamente com o resultado consolidado de todo ano de 2023 serão, em momento oportuno, apresentados pela Diretoria ao Conselho de Administração para fins de apreciação.

Diante do apresentado, o Conselho de Administração, representante da Sociedade Civil Organizada que compõem a referida estrutura, coloca-se no papel de guardião da sociedade, apoiando e respaldando as ações da AGIR em suas deliberações e decisões ao encontro dos interesses dos cidadãos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando o compromisso da referida Organização Social de realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão.

Goiânia, 10 de fevereiro de 2024.

Dr. Válney Luís da Rocha

Diretor Geral do CRER

Lucas Paula da Silva

Superintendente Executivo-AGIR