



IGEDDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO

**Gestão com propósito
para cuidar de vidas.**



COMPLEXO HOSPITALAR ROCHA FARIA

CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL CAMPO GRANDE

MÊS DE COMPETÊNCIA:

SETEMBRO DE 2025

TERMO DE COLABORAÇÃO

Nº 001/2025



EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Analistas de Qualidade

Bárbara Pyrrho

Pamella Vieira

Roberta Borio

Assistentes de Qualidade

Jéssica Ximenes

Victor Zäni



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. Indicadores de Gestão	8
2.1 CER CAMPO GRANDE	9
Variável 01: Incentivo à Gestão	9
Variável 02: Incentivo Institucional à Unidade de Saúde	12
Variável 03: Incentivo à Equipe	19
3. IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES HOSPITALARES	20
4. IMPLANTAÇÃO DO NAQH	21
5. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	21
6. MELHORIAS ESTRUTURAIS	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24

1. INTRODUÇÃO

O Instituto de Gestão e Desenvolvimento (IGEDS) é uma instituição privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OSS) no município do Rio de Janeiro, onde atua em parceria com a administração pública, visando contribuir para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8.080/90. Em 11 de julho de 2025, foi celebrado o Termo de Colaboração nº 001/2025 entre o IGEDS e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tendo como objeto o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde no âmbito do CER Campo Grande e Hospital Municipal Rocha Faria, estando amparado no âmbito da administração pública pela Lei Federal nº 9.637/98 e pela legislação municipal.

O CER Campo Grande constitui-se em um dos principais equipamentos de saúde pública da zona oeste do município do Rio de Janeiro, compondo a rede de urgência e emergência vinculada ao Sistema Único de Saúde. Sua implantação e funcionamento refletem a estratégia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) de descentralizar e regionalizar o atendimento hospitalar, garantindo maior proximidade entre os serviços de alta complexidade e a população da Área de Planejamento (AP) 5.2, uma das regiões mais populosas e de maior vulnerabilidade social da cidade.

Com uma área construída de aproximadamente 1.664m², inserida em um terreno amplo de 8.409m², o CER Campo Grande foi concebido como um serviço de porta de entrada para casos de urgência e emergência, funcionando ininterruptamente, 24 horas por dia, sete dias por semana. Sua missão é oferecer atendimento resolutivo e ágil, priorizando a estabilização clínica dos pacientes para posterior encaminhamento à rede hospitalar, quando necessário. Ao atuar de forma integrada com o Hospital Municipal Rocha Faria e com a Central de Regulação Municipal, o centro desempenha papel estratégico na organização dos fluxos assistenciais, contribuindo para a diminuição da sobrecarga hospitalar e para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde.

A relevância do CER Campo Grande se expressa não apenas em sua infraestrutura física, mas principalmente em sua função articuladora dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes, definidas pelo Ministério da Saúde como arranjos organizativos que integram ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, têm como finalidade assegurar o cuidado integral e contínuo aos usuários do SUS. Nesse contexto, o CER configura-se como um elo essencial entre a atenção primária, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os hospitais de referência, garantindo que cada paciente seja encaminhado ao nível de atenção mais adequado à sua condição clínica.

O modelo assistencial adotado pelo CER Campo Grande está fundamentado no acolhimento com classificação de risco, o que possibilita a priorização dos atendimentos de acordo com a gravidade dos casos. A unidade oferece serviços nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Psiquiatria, além de contar com leitos de observação monitorizados, sala vermelha para pacientes críticos e recursos diagnósticos como exames laboratoriais, radiologia e eletrocardiograma. Essa estrutura permite não apenas o atendimento imediato, mas também a estabilização de pacientes em situações de maior gravidade, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e sepse, seguindo protocolos clínicos baseados em evidências.

A região de abrangência do CER Campo Grande evidencia sua importância estratégica. Apenas o bairro de Campo Grande concentra cerca de 400 mil habitantes, representando quase metade da população da AP 5.2, que ultrapassa 770 mil moradores. Trata-se de uma área com grande extensão territorial, marcada por desigualdades sociais e elevada demanda por serviços públicos de saúde. A existência de um Centro de Emergência Regional nessa localidade assegura não apenas o acesso equitativo ao atendimento, mas também a garantia de que a população possa contar com suporte especializado próximo ao seu território de vida.

Do ponto de vista administrativo, o CER Campo Grande integra o Termo de Colaboração nº 001/2025, firmado entre o Município do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e o Instituto de Gestão e Desenvolvimento – IGEDES, organização da sociedade civil responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito da unidade. Tal parceria é respaldada pela Lei Federal nº 13.019/2014, que institui o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, permitindo a cooperação entre o poder público e entidades do terceiro setor para a gestão de equipamentos de saúde.

Outro ponto de destaque refere-se ao papel do CER na regulação do acesso e no ordenamento da demanda reprimida. Ao receber tanto pacientes encaminhados por unidades básicas e UPAs quanto casos espontâneos, o centro atua como um filtro qualificado, evitando encaminhamentos desnecessários aos hospitais de referência e otimizando o uso dos recursos disponíveis. Essa função regulatória fortalece a eficiência do sistema e amplia a capacidade de resposta às necessidades da população.

É importante ressaltar, ainda, o caráter pedagógico e social da unidade. Além de oferecer assistência direta, o CER Campo Grande integra estratégias de qualificação profissional e adoção de protocolos clínicos padronizados, o que contribui para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Ademais, ao garantir atendimento gratuito e universal, o centro reforça os princípios constitucionais do SUS e reafirma o compromisso do município com a promoção da saúde como direito de todos e dever do Estado.



Em síntese, o Centro de Emergência Regional Campo Grande consolida-se como um equipamento essencial para a rede de saúde do município do Rio de Janeiro. Sua atuação transcende a função de pronto atendimento, configurando-se como um espaço de articulação entre diferentes níveis de atenção, de garantia de acesso universal e de promoção da integralidade do cuidado. Ao responder de forma ágil às situações de urgência e emergência, ao estabilizar pacientes em estado crítico e ao organizar os fluxos assistenciais da AP 5.2, o CER Campo Grande materializa, no território, os princípios e diretrizes do SUS, assumindo posição central na consolidação de uma saúde pública mais resolutiva, eficiente e equitativa.

2. INDICADORES DE GESTÃO

O monitoramento e avaliação das metas contratuais para o CER Campo Grande ocorrerá por meio dos indicadores de gestão, divididos em Parte Variável 01, Parte Variável 02 e Parte Variável 03.

A Parte Variável 01 visa o incentivo institucional à gestão, tendo como objetivo monitorar a performance das atividades administrativas da Organização Social, induzir boas práticas na gestão e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS/RJ.

A Parte Variável 02 visa ao incentivo institucional à unidade de saúde. O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral a ser aplicado na própria unidade de saúde.

A Parte Variável 03 visa ao incentivo institucional à equipe e consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional.

Importante mencionar que durante a elaboração do relatório de indicadores de gestão, identificou-se que o atual Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) não disponibiliza de forma completa e estruturada todos os dados necessários para o acompanhamento e análise dos indicadores e, por conta disso, alguns indicadores serão apresentados sem o respectivo dado.

A ausência ou a limitação dessas informações impacta diretamente a qualidade dos dados gerados, dificultando a tomada de decisões baseadas em evidências, o monitoramento eficaz de processos assistenciais e administrativos, e o cumprimento de metas de desempenho e conformidade.

Diante disso, faz-se necessária a adequação do PEP, com a inclusão e/ou reestruturação de campos, funcionalidades e relatórios que permitam a coleta, registro e extração dos dados de forma padronizada, precisa e segura. Essas mudanças visam garantir maior eficiência na gestão

da informação em saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços prestados e assegurando a transparência e a confiabilidade dos indicadores reportados.

2.1 CER CAMPO GRANDE

VARIÁVEL 01: INCENTIVO À GESTÃO

A Parte Variável 01 referente ao CER Campo Grande é composta por 06 indicadores e serão avaliados trimestralmente para fins de repasses orçamentários.

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO						
INDICADOR		FÓRMULA	FONTE	META	NUMERADOR DENOMINADOR	RESULTADO ALCANÇADO
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades	Total de BAE dentro do padrão de conformidade / Total de BAE analisados x100	PEP	>90%	9.232	100%
					9.232	
2	Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponível x100	PEP (PONTO ELETRÔNICO)	<3%	1365,46	2,40%
					56864	
3	Índice de profissionais ativos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Número de profissionais cadastrados no CNES / Total de profissionais ativos admitidos no mês anterior X 100	ERGON/ CNES	≥75%	398	100,50%
					396	
4	Treinamento hora homem	Total de horas homem treinados no mês / Número de funcionários ativos no período	PEP (OSINFO)	1,5h	1794	3,80h
					472	

5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês	PEP (OSINFO)	Até o 5º dia útil	O comprovante encontra-se junto à justificativa abaixo.	
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas / Total de situações com SINAN obrigatório X 100	PEP (Planilha da NVH)	100%	81	114%
					71	

A seguir, apresentamos de maneira mais detalhada os indicadores da Variável 1 do Centro de Emergência Regional Campo Grande.

INDICADOR 01: PERCENTUAL DE BAE DENTRO DO PADRÃO DE CONFORMIDADES

INDICADOR 01	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	Total de BAE dentro do padrão de conformidade / Total de BAE analisados x100.	PEP	>90%	100%

No mês de setembro de 2025, o CER Campo Grande registrou um total de 9.232 Boletins de Atendimento, todos devidamente compatíveis com os padrões de conformidade estabelecidos pela SUBHUE/SMS-RJ. Tal desempenho evidencia a solidez dos processos assistenciais, a confiabilidade das informações geradas e o alinhamento integral às diretrizes normativas vigentes, reforçando a transparência e a consistência dos registros. Ressalta-se, ainda, a efetividade do controle interno e a maturidade dos fluxos de trabalho implementados, que consolidam a unidade com relação à conformidade operacional. Permanecemos com a manutenção das práticas atualmente instituídas, a continuidade do monitoramento sistemático e o fortalecimento das ações de melhoria contínua, garantindo a sustentabilidade dos resultados e a excelência assistencial.

INDICADOR 02: ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO



INDICADOR 02	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes / Horas líquidas disponíveis x100.	OSINFO	<3%	2,40%

Esta Organização Social vem informar que a apuração do Indicador de Absenteísmo é realizada com base nos registros de ponto eletrônico do mês anterior. Em razão dos prazos de fechamento da frequência e de entrega dos indicadores, são utilizados os dados já consolidados, em conformidade com a CLT (art. 74, §2º) e a Portaria MTP nº 671/2021, que regulamenta os sistemas de registro eletrônico de jornada.

Dessa forma, os dados referem-se ao mês de Agosto, no qual iniciaram as contratações de profissionais para o CER Campo Grande. O indicador alcançou a meta esperada.

INDICADOR 03: ÍNDICE DE PROFISSIONAIS ATIVOS CADASTRADOS NO SCNES

INDICADOR 03	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Índice de profissionais ativos cadastrados no SCNES.	Número de profissionais cadastrados no CNES / Total de profissionais ativos admitidos no mês anterior X 100.	ERGON/ CNES	≥75%	100,50%

Por questões relacionadas à base do SCNES, este indicador preconiza a mensuração dos dados do mês anterior. Como este relatório é da competência setembro, os dados informados no total de profissionais admitidos no mês anterior referem-se ao mês de agosto.

Importante mencionar que este indicador apresenta resultado acima de 100%, pois temos profissionais no NIR que precisam constar tanto no CNES do CER Campo Grande quanto no CNES do HMRF, ao ponto que para o Setor de Recursos Humanos estes profissionais são contratados para apenas um desses locais.

Isto ocorre devido ao fato do NIR ser único tanto para o HMRF quanto para o CER Campo Grande e os profissionais necessitam estar cadastrados no CNES de ambas as unidades para poderem movimentar os sistemas de Internação Hospitalar. Então um mesmo profissional que foi contratado pelo Setor de Recursos Humanos para o CER Campo Grande ou para o HMRF, pode

constar na base CNES das duas unidades. Se este cadastro não for realizado, impede o acesso dos profissionais nos sistemas de internação de ambas as unidades.

INDICADOR 04: TREINAMENTO HORA HOMEM

INDICADOR 04	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Treinamento hora homem.	Total de horas homem treinados no mês / Número de funcionários ativos no período.	OSINFO	1,5h homem treinado/mês	3,8h

A meta definida para o indicador de treinamento hora-homem foi de **1,5h/mês**, sendo que o resultado obtido no período foi de **3,8h/mês**. Esse desempenho evidencia que a meta foi **alcançada e superada**, com resultado superior em mais de 150% ao valor de referência. O alcance se deve à intensificação das ações de capacitação e atualização da equipe, promovendo maior qualificação profissional e alinhamento aos protocolos institucionais.

INDICADOR 05: RELATÓRIOS ASSISTENCIAIS E FINANCEIROS ENTREGUES NO PADRÃO E NO PRAZO

INDICADOR 05	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	OSINFO	Até o 5º dia útil.	Indicador Alcançado

Importante esclarecer que os relatórios assistenciais e financeiros são entregues por meio do Painel Osinfo no prazo predeterminado, 5º dia útil do mês subsequente à competência avaliada. Ocorre que o Comprovante de Entrega fornecido pelo Painel Osinfo só é disponibilizado após a inserção do relatório no referido painel, ou seja, primeiro a OSC insere o relatório (sem comprovante) e somente após a inserção, o Painel Osinfo gera o comprovante. Sendo assim, não há a possibilidade do relatório de atividades ser inserido no Painel Osinfo com o comprovante, pois a atividade de inserção do relatório no Painel ocorre em etapa anterior ao fornecimento do comprovante pelo próprio Painel Osinfo.

Dessa forma, como já ocorre em outros contratos do Igedes com a SMS/RJ, estamos anexando o comprovante do mês anterior abaixo (agosto de 2025, inserido em 05 de setembro de 2025 no Painel Osinfo).

O comprovante de envio do relatório atual será apresentado no relatório do mês seguinte e assim sucessivamente.

 Data: 07 de Outubro de 2025 Hora: 09:53:58		Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais Tipo de Relatório: Detalhe da Pesquisa de Documentos Mês de Referência: Não se aplica Ano de Referência: Não se aplica									
#	Nome do Documento	Data da Importação	Hora da Importação	Organização Social	Mês/Ano de Referência	Usuário	Documento Associado	Tipo de Documento	Data do Documento	Fornecedor	Metadados
1	BLOCO_E_RELATORIOS_DE_ATIVIDADES_CCE_AGOSTO25.pdf	05/09/2025	16:54:46	10040 - IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)	08/2025	MÔNICA PINTO DO CARMO	CONTRATO DE TERCEIROS	Contrato	Não existe no metadado.	42.498.733/0001-48 - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro	<input checked="" type="checkbox"/>
2	BLOCO_E_RELATORIOS_DE_ATIVIDADES_RAPHAEL_AGOSTO25.pdf	05/09/2025	17:42:09	10040 - IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)	08/2025	MÔNICA PINTO DO CARMO	CONTRATO DE TERCEIROS	Contrato	Não existe no metadado.	42.498.733/0001-48 - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro	<input checked="" type="checkbox"/>
3	BLOCO_E_RELATORIOS_DE_ATIVIDADES_ROCHA_AGOSTO25.pdf	05/09/2025	18:54:06	10040 - IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)	08/2025	MÔNICA PINTO DO CARMO	CONTRATO DE TERCEIROS	Contrato	Não existe no metadado.	42.498.733/0001-48 - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro	<input checked="" type="checkbox"/>
4	BLOCO_E_RELATORIOS_DE_ATIVIDADES_CER_AGOSTO25.pdf	05/09/2025	18:55:01	10040 - IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)	08/2025	MÔNICA PINTO DO CARMO	CONTRATO DE TERCEIROS	Contrato	Não existe no metadado.	42.498.733/0001-48 - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro	<input checked="" type="checkbox"/>

Quantidade de linhas deste resultado: 4

Critérios usados para gerar este relatório

Relatório ordenado pela coluna:
ID do Documento, em ordem decrescente.

Colunas filtradas:

Critérios da página inicial:
Mostrar documentos com e sem associação
Período de Importação do Documento: de 05/09/2025 até 05/09/2025
Organização Social: IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)
Nome do Documento: Qualquer
Mês de Referência: Qualquer
Ano de Referência: Qualquer
Tipo de Documento: Qualquer
Usuário: MÔNICA PINTO DO CARMO
CNPJ ou CPF do Fornecedor: Qualquer

INDICADOR 06: PREENCHIMENTO ADEQUADO DE FICHAS SINAN EM TODOS OS CASOS PREVISTOS

INDICADOR 05	FÓRMULA	FONTES	META	VALOR ALCANÇADO
--------------	---------	--------	------	-----------------

Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas / Total de situações com SINAN obrigatório X 100	PEP (Planilha da NVH)	100%	114%
--	---	-----------------------	------	------

No período avaliado, o sistema TIMED apontou um total de **81 casos previstos para registro no SINAN**. Contudo, após análise técnica, verificou-se que **9 registros não se enquadram nos critérios estabelecidos para notificação compulsória**, conforme normativas vigentes do Ministério da Saúde, e, adicionalmente, identificou-se um caso correspondente ao **paciente teste BAM nº 1558899 – Caroline de Almeida Pereira**, o qual, por se tratar de registro de validação sistêmica, foi considerado **critério de exclusão**. Dessa forma, os 10 registros foram desconsiderados do cálculo final, assegurando a fidedignidade do processo de notificação e justificando a composição do denominador utilizado para fins de monitoramento epidemiológico e análise estatística.

Os casos identificados como não previstos serão retirados do prontuário eletrônico após avaliação criteriosa do Serviço de Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) da unidade. A ação será conduzida pela equipe técnica responsável, por meio de análise e validação dos registros, de forma a assegurar a conformidade normativa, a acurácia das informações e a fidedignidade das notificações registradas no SINAN, sem custos adicionais para a instituição.

O alcance de 114% na meta de preenchimento adequado das fichas do SINAN deve-se à ampliação da sensibilidade do sistema de vigilância, com a notificação de todos os casos previstos e a inclusão de registros adicionais identificados por meio de busca ativa, revisão de prontuários e integração entre setores da rede de atenção. A equipe demonstrou elevado comprometimento com a qualidade da informação, mantendo a vigilância contínua sobre os agravos de notificação compulsória. Esse desempenho acima da meta reflete a efetividade das ações de capacitação, monitoramento e articulação entre os serviços, garantindo maior fidedignidade dos dados e suporte às ações de prevenção e controle.

VARIÁVEL 02: INCENTIVO INSTITUCIONAL À UNIDADE DE SAÚDE

A Parte Variável 02 referente ao CER Campo Grande é composta por 08 indicadores e serão avaliados trimestralmente para fins de repasses orçamentários.

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO INSTITUCIONAL À UNIDADE DE SAÚDE

INDICADOR		FÓRMULA	FONT E	META	NUMERADOR DENOMINADO R	RESULTADO ALCANÇADO
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	N° de atendimentos médicos / N° total de pacientes acolhidos x 100	PEP	≥70%	16.491	86,49%
					19.067	
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo	N° de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco / Total de pacientes classificados com risco x 100	PEP	100% Vermelho: 00 minutos Laranja: ≤15 minutos Amarelo: ≤30 minutos Verde: até 60min Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária	Vermelho: 929 Laranja: 368 Amarelo: 3.059 Verde: 7.743 Azul: 1.907	Vermelho: 100% Laranja: 67,90% Amarelo: 76,13% Verde: 73,92% Azul: 100%
					Vermelho: 929 Laranja: 368 Amarelo: 3.059 Verde: 7.743 Azul: 1.907	
3	Índice de inserções de solicitações de Regulação para transferência de paciente admitido em Sala vermelha e amarela dentro do prazo estipulado	Soma de pacientes admitidos na Sala amarela e vermelha registrada no PEP/ Soma de pacientes admitidos na Sala amarela Sala vermelha com solicitação de transferência em até 12h x100	PEP	≥95%	647	98,93%
					654	
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h	N° de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 (sala amarela + vermelha) / Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas) x 100	PEP	< 4%	31	2,45%
					1.265	



5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) \geq 24h	N° de óbitos em observação \geq 24 (sala amarela +vermelha)/ Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas) x 100	PEP	< 7%	73	5,77%
					1.265	
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na SEPSE/ Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE que receberam antibioticoterapia x 100	PEP	100%	0	00,00%
					4	
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC	Total de pacientes com AVC que realizaram TC /Total de pacientes com diagnóstico de AVC x100	PEP	100%	33	94,29%
					35	
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados/ Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST	PEP	100%	1	100%
					1	



A seguir, apresentamos de maneira mais detalhada os indicadores da Variável 2 do Centro de Emergência Regional Campo Grande.

INDICADOR 01: PERCENTAGEM DE PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICO

INDICADOR 01	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100.$	PEP	≥70%	86,49%

O indicador de **percentagem de pacientes atendidos por médico** atingiu **86,49%** (16.491 atendimentos médicos de um total de pacientes acolhidos), superando a meta estabelecida de ≥70%. O resultado evidencia a efetividade do processo de acolhimento e atendimento médico, demonstrando que a grande maioria dos pacientes recebeu avaliação clínica dentro do fluxo assistencial previsto. O desempenho reflete a capacidade resolutive da equipe médica, a adequada priorização dos pacientes conforme classificação de risco e a eficiência operacional da unidade, garantindo segurança e qualidade no cuidado prestado.

INDICADOR 02: PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICO APÓS ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO ENFERMEIRO

INDICADOR 02	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados com risco}} \times 100.$	PEP	100% Observação: Vermelho: 00 min Laranja: ≤15 min Amarelo: ≤30 min Verde: até 60min Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária	87,12%

O indicador de **percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro** demonstra o desempenho da unidade em



relação ao tempo de atendimento previsto por protocolo, considerando um total de **15.588 pacientes**. Destes, **452 pacientes possuíam ficha aberta no prontuário eletrônico sem classificação de risco**, sendo desconsiderados para fins de cálculo do indicador. Entre os pacientes classificados:

- **Vermelho (929 pacientes):** 100% atendidos dentro do tempo previsto (0 minutos), evidenciando total aderência ao protocolo para casos de urgência crítica. No processo de acolhimento e classificação de risco, os pacientes identificados como **classificação vermelha** são imediatamente encaminhados para a unidade de emergência, de forma a garantir a prioridade no atendimento médico e assegurar a assistência imediata, conforme preconizado pelos protocolos de urgência e emergência. Ressalta-se que os números apresentados em planilha comprobatória referem-se apenas à abertura da ficha no prontuário eletrônico, utilizada como registro administrativo inicial, não sendo considerados para o cálculo dos indicadores assistenciais, uma vez que tais pacientes não permanecem em espera ou fluxo regular de atendimento.
- **Laranja (368 pacientes):** 67,90% atendidos dentro do prazo máximo de 15 minutos, mostrando que parte dos pacientes não alcançou a meta devido a demandas simultâneas e limitação de profissionais médicos em determinados turnos.
- **Amarelo (3.059 pacientes):** 76,13% atendidos dentro do prazo máximo de 30 minutos, refletindo boa aderência ao protocolo, porém com necessidade de ajustes nos fluxos de atendimento para otimizar o cumprimento da meta.
- **Verde (7.743 pacientes):** 73,92% atendidos dentro do prazo máximo de 60 minutos, demonstrando que a maioria dos casos foi atendida conforme previsto, embora haja espaço para melhorias no controle de fluxo e priorização.
- **Azul (1.907 pacientes):** 100% atendidos dentro do prazo máximo de 24 horas ou redirecionados à rede de atenção primária, evidenciando completa conformidade com o protocolo para casos de baixa complexidade.

Em síntese, os resultados indicam **total cumprimento das metas para os extremos de risco (vermelho e azul)** e **desempenho satisfatório, porém inferior às metas, para laranja, amarelo e verde**, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e ajustes nos fluxos de atendimento. A inclusão dos **452 pacientes sem classificação de risco** evidencia a importância

da completa adesão à triagem padronizada, garantindo a confiabilidade dos indicadores e a priorização adequada dos atendimentos.

INDICADOR 03: ÍNDICE DE INSERÇÕES DE SOLICITAÇÕES DE REGULAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE ADMITIDO EM SALA VERMELHA E AMARELA

INDICADOR 03	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Índice de inserções de solicitações de Regulação para transferência de paciente admitido em sala vermelha e amarela dentro do prazo estipulado.	Soma de pacientes admitidos na Sala amarela e vermelha registrada no PEP/ Soma de pacientes admitidos na Sala amarela Sala vermelha com solicitação de transferência em até 12h x100.	PEP	≥95%	98,93%

O indicador de **índice de inserções de solicitações de Regulação para transferência de pacientes admitidos em sala vermelha e amarela dentro do prazo estipulado** apresentou desempenho de **98,93%**, superando a meta estabelecida (≥95%). O cálculo considera a **soma de pacientes admitidos em sala vermelha e amarela registrados no PEP**, em relação à **soma dos pacientes com solicitação de transferência inserida no SER em até 12 horas**, conforme protocolo vigente.

No período analisado, **3 pacientes do CER tiveram mudança de perfil clínico**, sendo que o prazo de 12 horas passou a ser contabilizado a partir do momento da alteração do perfil e consequente necessidade de inserção no SER, entrando como critério de inclusão e mantendo a conformidade metodológica. Além disso, **8 pacientes foram efetivamente inseridos no SER dentro do tempo estipulado de 12 horas**, porém, no momento do preenchimento do PEP, houve registro incorreto do horário. Estes foram considerados como meta atingida, visto que o indicador se refere ao tempo de inserção no SER, conforme comprobatório extraído da própria plataforma.

Ressalta-se ainda que **7 pacientes tiveram a inserção da solicitação fora do prazo estabelecido devido a erro de processo** e caracterizando não conformidade em relação ao tempo de inserção.

Dessa forma, o resultado demonstra que, apesar de situações pontuais de inconsistência de registro no PEP e de casos não conformes fora do prazo, o processo regulatório manteve alto desempenho, evidenciando **eficiência da equipe assistencial, conformidade com a meta estabelecida e garantia de segurança do paciente e continuidade da assistência.**

INDICADOR 04: TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) ≤24H

INDICADOR 04	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 (sala amarela +vermelha) / Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas) x 100.	PEP	< 4%	2,45%

O indicador de Taxa de Mortalidade na Unidade de Emergência (salas amarela e vermelha) ≤24 horas do censo hospitalar CER apresentou resultado de 2,45%, valor inferior à meta estabelecida (<4%). Para fins deste indicador, considera-se como sala amarela e sala vermelha toda unidade definida como local de observação que possua leitos. Destaca-se que algumas unidades possuem salas específicas, como pediátricas e de isolamento, cujos nomes não são padronizados, o que reforça a importância desses critérios para a correta contabilização dos casos. O cálculo foi realizado com base em 31 óbitos de pacientes em observação por período inferior a 24 horas, dentro de um universo de 1.265 saídas registradas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Como critério de inclusão, foram consideradas transferências internas e pacientes provenientes da maternidade. Por outro lado, como critérios de exclusão, foram retirados da análise pacientes atendidos no ambulatório cirúrgico, na sala de observação maternidade e na sala de hemodiálise, garantindo maior precisão e fidedignidade dos dados. O desempenho obtido demonstra aderência às metas assistenciais, refletindo a efetividade das condutas clínicas adotadas, a agilidade no manejo dos casos críticos e a adequada priorização dos pacientes classificados em maior gravidade. A manutenção da taxa de mortalidade abaixo do parâmetro de referência evidencia a qualidade do atendimento emergencial, a resolutividade da equipe multiprofissional e a conformidade com os protocolos institucionais de urgência

e emergência, assegurando a segurança do paciente e o alinhamento às diretrizes de gestão da qualidade.

INDICADOR 05: TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) ≥ 24 H

INDICADOR 05	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 h	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100.$	PEP	$< 7\%$	5,77%

O indicador de **Taxa de Mortalidade na Unidade de Emergência (salas amarela e vermelha) ≥ 24 h** apresentou resultado de **5,57%**, valor abaixo da meta estabelecida ($< 7\%$). O cálculo considerou **73 óbitos de pacientes em observação por período igual ou superior a 24 horas**, frente a um total de **1.265 saídas registradas no PEP**.

O desempenho evidencia o cumprimento da meta assistencial, refletindo a efetividade do cuidado prestado durante a permanência prolongada dos pacientes em observação, bem como a adequada condução clínica dos casos graves e complexos. A manutenção da taxa dentro do parâmetro definido demonstra a capacidade resolutiva da equipe multiprofissional, a efetividade dos protocolos assistenciais e a qualidade do monitoramento clínico contínuo, assegurando segurança do paciente e conformidade com as diretrizes de gestão da qualidade.

INDICADOR 06: PERCENTUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE SEPSE QUE INICIARAM ANTIBIOTICOTERAPIA EM ATÉ 2 HORAS

INDICADOR 06	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE}}$	PEP	100%	00,00%

antibioticoterapia em até 2 horas.	que receberam antibioticoterapia x 100.			
------------------------------------	---	--	--	--

O indicador de **percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas** apresentou resultado de **0,0%**, valor significativamente inferior à meta estabelecida (100%). Foram avaliados **6 pacientes com protocolo de sepse ativo**, sendo que **2 protocolos foram abertos equivocadamente**, motivo pelo qual foram excluídos do cálculo. Dos 4 pacientes válidos, **3 não tiveram antibioticoterapia iniciada dentro do prazo de 2 horas** e **1 paciente houve ausência de dispensação do antibiótico pela farmácia no tempo hábil**, resultando no não alcance da meta. Lembrando que no PEP a configuração do indicador está em <1h, já foi solicitado modificação desta configuração visto que não está em alinhamento com o indicador contratual, prejudicando o resultado.

Este desempenho evidencia falhas críticas no processo assistencial e operacional, quanto à administração de antibióticos, etapa considerada determinante para a redução da mortalidade em pacientes sépticos.

Plano de Ação

- **Revisão dos critérios e fluxos de abertura do protocolo de sepse**, com reforço da checagem inicial para evitar registros incorretos.
- **Capacitação direcionada da equipe multiprofissional** sobre a importância do início da antibioticoterapia em até 2 horas, conforme protocolos institucionais e diretrizes do Ministério da Saúde.
- **Alinhamento com a farmácia hospitalar** para assegurar a disponibilidade imediata dos antibióticos de primeira escolha, reduzindo o tempo entre prescrição e administração.
- **Implementação de alertas no PEP** para monitorar em tempo real o tempo de prescrição e infusão do antibiótico.
- **Discussão em comitês técnicos e reuniões de análise de casos**, utilizando os episódios fora do prazo como ferramenta de aprendizado e melhoria contínua.

Dessa forma, embora o resultado atual esteja aquém da meta, já foram estabelecidas ações estruturadas voltadas à aderência integral ao protocolo de sepse, buscando

e elevar a efetividade clínica, reduzir riscos assistenciais e garantir maior segurança ao paciente.

INDICADOR 07: PERCENTAGEM DE TOMOGRAFIAS REALIZADAS EM PACIENTES COM AVC

INDICADOR 07	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	Total de pacientes com AVC que realizaram TC / Total de pacientes com diagnóstico de AVC x100.	PEP	100%	94,29%

Durante o período foram registrados **37 protocolos ativos de AVC**. Foram excluídos do cálculo: **1 protocolo aberto equivocadamente** (sem diagnóstico de AVC) e **1 paciente com hipótese diagnóstica descartada**, permanecendo **35 protocolos válidos**. Entre eles, destaca-se **1 paciente que evadiu-se a revelia**, com diagnóstico confirmado de AVC, mas que **não realizou tomografia** devido à saída não autorizada da unidade, além de **1 paciente que não realizou o exame por indisponibilidade técnica do equipamento** no momento do atendimento. Esses dois casos justificam o não alcance de 100% do indicador.

O não alcance da meta está diretamente relacionado a uma falha estrutural pontual, vinculada à indisponibilidade temporária do equipamento de tomografia. Todos os demais pacientes com protocolos válidos tiveram a tomografia realizada dentro do esperado, assegurando a condução diagnóstica conforme preconizado. Dessa forma, o resultado obtido não reflete deficiência assistencial, mas sim um fator técnico-operacional isolado.

Plano de ação

- Fortalecer o plano de contingência para indisponibilidade da tomografia, garantindo fluxo de referência imediato em casos de falha no equipamento.
- Monitoramento contínuo da disponibilidade do parque tecnológico, assegurando manutenção preventiva e corretiva de forma tempestiva.



- Registro detalhado no PEP das situações de indisponibilidade técnica, para rastreabilidade e transparência na avaliação dos indicadores.

INDICADOR 08: PERCENTUAL DE TROMBÓLISE REALIZADAS NO TRATAMENTO DO IAM COM SUPRA DE ST

INDICADOR 08	FÓRMULA	FONTE	META	VALOR ALCANÇADO
Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados/ Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST.	PEP	100%	100%

Durante o período avaliado, foram identificados **61 protocolos ativos de IAM**. Dentre esses:

- **1 paciente com diagnóstico confirmado de IAM com supra de ST**, atendendo critério do indicador.
- **1 paciente sem supra de ST**, este foi retirado do cálculo por não se encaixar no perfil de IAM com supra
- **1 paciente com angina instável**, este foi retirado do cálculo por não se encaixar no perfil de IAM com supra
- **58 protocolos ativos sem preenchimento do campo diagnóstico de supra de ST foram** retirados do cálculo por não se encaixar no perfil de IAM com supra.

Na análise da planilha da farmácia, foram registradas **3 dispensações de trombolítico**, sendo que apenas **1 estava vinculada a protocolo ativo no PEP (BAM:1562550 TCOS)**.

Essas inconsistências apontam fragilidade tanto no **registro adequado do diagnóstico no PEP** quanto na **correlação com a dispensação do trombolítico**, o que inviabiliza o cálculo fidedigno do indicador e compromete a avaliação da meta.

Plano de ação

- **Padronização e obrigatoriedade do preenchimento dos campos diagnósticos no PEP**, garantindo rastreabilidade do perfil clínico dos

pacientes.

- **Integração dos sistemas de registro clínico e farmacêutico**, de modo a automatizar a vinculação da dispensação do trombolítico ao protocolo ativo.
- **Capacitação das equipes médicas e de enfermagem** quanto à correta abertura e atualização dos protocolos de IAM com supra de ST.
- **Revisão mensal dos casos em comitê clínico**, confrontando dados do PEP, farmácia e prontuário físico, para validação da real taxa de trombólise.
- **Implantação de alertas no PEP** para notificar a equipe em casos de diagnóstico de IAM com supra de ST sem registro de conduta trombolítica ou sem justificativa clínica documentada.

VARIÁVEL 03: INCENTIVO À EQUIPE

A Parte Variável 03 referente ao CER Campo Grande é composta por 02 indicadores e tem por objetivo medir a satisfação do usuário e serão avaliados trimestralmente para fins de repasses orçamentários.

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE (Indicadores de Produção)						
INDICADOR		FÓRMULA	FONTES	META	NUMERADOR DENOMINADOR	RESULTADO ALCANÇADO
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	Nº de Questionários preenchidos/ Total de pacientes em observação x100	TOTEM	>15%	452	38,93%
					1.161	
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito/ Total de Respostas efetivas x100	TOTEM	>85%	1.758	97,29%
					1.807	

O indicador de **índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação** atingiu **38,93%** (452 questionários preenchidos de um total de 1.161 pacientes excluindo do censo hospitalar CER os óbitos e transferências internas), superando a meta mínima estabelecida (>15%), demonstrando participação dos usuários na avaliação da assistência prestada. O **percentual de usuários satisfeitos ou muito satisfeitos** alcançou **97,29%** (1.758 respostas

positivas), evidenciando elevada percepção de qualidade no atendimento. Apesar do alcance das metas, a taxa de preenchimento ainda apresenta espaço para melhoria, considerando a representatividade dos resultados.

O equipamento eletrônico (TOTEM) estava em reparo durante o período, impossibilitando a coleta automatizada das respostas e mesmo com a necessidade de realizar as pesquisas de forma manual, a meta foi alcançada, evidenciando o engajamento dos pacientes e a efetividade da equipe na coleta de informações. Como plano de ação, serão adotadas medidas para ampliar a adesão, incluindo o incentivo ativo da equipe de enfermagem e recepção, instalação do totem e a importância da pesquisa aos pacientes.

3. IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES HOSPITALARES

As Comissões Hospitalares estão passando por um processo de atualização. Todas as comissões já constam com novos membros nomeados, bem como com o respectivo Regimento Interno atualizado e cronograma anual de reuniões.

O Complexo Hospitalar Rocha Faria conta com as seguintes comissões:

- Comissão de Revisão de Óbitos
- Comissão de Revisão de Prontuários
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde
- Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes
- Comissão de Suporte Enteral e Parenteral
- Núcleo de Assistência à Qualidade Hospitalar
- Comissão de Curativos
- Comissão de Aleitamento Materno
- Comitê Hemotransusão
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Ética de Enfermagem

4. IMPLANTAÇÃO DO NAQH

A implantação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) em nossa unidade representa um marco importante na qualificação da assistência prestada e na organização dos fluxos internos. O núcleo foi estruturado com o objetivo de integrar as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, promovendo o uso mais eficiente dos leitos, otimizando o tempo de permanência dos pacientes e garantindo o acesso mais ágil aos serviços hospitalares.

A implantação do NAQH visa atuar de forma estratégica no monitoramento diário da ocupação hospitalar, no acompanhamento das altas e na identificação de fatores que impactam na rotatividade dos leitos. A equipe do núcleo trabalhará em articulação com as coordenações médicas e de enfermagem, além do setor de regulação, assegurando uma gestão mais efetiva da capacidade instalada e contribuindo diretamente para a redução de esperas e o aumento da resolutividade dos atendimentos.

Além de organizar o acesso, o NAQH também tem papel fundamental no fortalecimento da cultura de segurança do paciente e da qualidade assistencial, apoiando a adoção de protocolos clínicos e indicadores de desempenho. A iniciativa reforça o compromisso da gestão com a melhoria contínua dos serviços de saúde, oferecendo à população um atendimento mais eficiente, humanizado e alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com ênfase na qualidade, na transparência e na gestão baseada em resultados, a atual gestão do hospital comemora avanços significativos alcançados nos últimos 45 dias. Os indicadores contratuais estão sendo discutidos de forma sistemática, com a participação ativa das lideranças assistenciais e administrativas. Esse processo tem permitido uma análise crítica do desempenho dos serviços, promovendo decisões mais assertivas, baseadas em dados concretos e alinhadas aos princípios da eficiência e da segurança do paciente.

Além disso, as comissões hospitalares – como as de Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Segurança do Paciente e Revisão de Prontuários – foram reestruturadas e estão retomando suas atividades de forma regular e integrada.

A implantação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) também é um marco importante no avanço da organização dos fluxos internos, no uso racional dos leitos e na articulação com a regulação. Esses marcos refletem uma nova cultura institucional, centrada na

governança clínica, no trabalho em equipe e na busca contínua pela qualificação do cuidado prestado à população.

Outro ponto de destaque são as intervenções estruturais onde implementamos melhorias operacionais essenciais para garantir o funcionamento pleno dos serviços. Foram contratados profissionais, adquiridos insumos, mobiliários e uniformes, e os fluxos assistenciais foram reorganizados para otimizar a eficiência e a qualidade do atendimento. Mantivemos o compromisso com a continuidade e o fortalecimento de programas estratégicos, como o Cegonha Carioca, peça fundamental na atenção materno-infantil da região.

Os resultados até o momento refletem a capacidade desta O de responder rapidamente aos desafios identificados, com ganhos perceptíveis na qualificação da assistência, valorização das equipes e fortalecimento do SUS. Esta etapa inicial de gestão estabeleceu bases sólidas para a continuidade do trabalho, pautado na eficiência, transparência e na busca constante pela melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população carioca.

