IGEDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO

Gestão com propósito
para cuidar de vidas.

IGEDES
INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO

CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL

MÊS DE COMPETÊNCIA:

AGOSTO DE 2026



TERMO DE COLABORAÇÃO

Nº 001/2025

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerência de Projeto

Liz Lutterbach

Felipe Macedo

Rodrigo Moraes

Gerente de Planejamento

Mônica do Carmo

Analistas de Qualidade

Roberta Borio

Jessica Ximenes

Bárbara Pyrrho

Pamella Vieira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. INDICADORES DE GESTÃO	7
2.1 CER CAMPO GRANDE	8
Variável 01: Incentivo à Gestão	8
Variável 02: Incentivo Institucional à Unidade de Saúde	17
Variável 03: Incentivo à Equipe	31
3. ACOMPANHAMENTO DE AJUSTES NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	32
4. DESEMBOLSO FINANCEIRO	33
5. RELATÓRIO DE OUVIDORIA	34
6. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	39

1. INTRODUÇÃO

O Instituto de Gestão e Desenvolvimento (IGEDES) 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 IGEDES 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 íntegra 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 Abril, 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 íntegra 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 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, necessitando de fontes alternativas e complementares para apresentação do resultado.

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 x 100	PEP	>90%	- -	Ver Justificativa
2	**Índice de absenteísmo**	Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponível x100	PEP (PONTO ELETRÔNICO)	<3%	1.712,34 68.220,0	2,51%
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%	576 497	115,90%
4	**Treinamento hora homem**	Total de horas homem treinados no mês / Número de funcionários ativos no período	PEP (OSINFO)	>1,5h	942,8 497	1,90h
5	**Relatórios assistenciais e financeiros**	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no	PEP (OSINFO)	Até o 5º dia útil	O comprovante encontra-se junto à justificativa abaixo.	

	entregues no padrão e no prazo	padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês				
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%	248 248	100%

No mês de Agosto foram alcançados 5 indicadores. O indicador 1, que historicamente vem sendo alcançado dentro da meta prevista, neste mês não foi possível obter os dados para cálculo devido a problemas técnicos do Prontuário Eletrônico. O resultado deste indicador será apresentado em outra competência, assim que este problema for corrigido.

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	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades	Total de BAE dentro do padrão de conformidade / Total de BAE analisados x 100.	PEP	>90%	100%	100%	**-%**
Critérios de inclusão	Boletins conformes					
Critérios de exclusão	Boletins não conforme, estes não somam para o dado estatístico do numerador. São somados apenas para o denominador na realização do cálculo do indicador.					
Fonte adicional	N.A.					

Justificativa	No mês de agosto de 2026, não foi possível realizar a compilação do indicador “Percentual de BAE dentro do Padrão de Conformidades”, em razão de uma atualização realizada no sistema Vitae. Após a atualização, o relatório estratificado disponibilizado pelo sistema não contemplou a informação necessária para a composição e o cálculo do indicador, impossibilitando a extração dos dados de forma íntegra e confiável. Dessa forma, considerando a necessidade de garantir a rastreabilidade, consistência e confiabilidade dos dados utilizados no monitoramento dos indicadores, optou-se pela não apresentação do resultado referente ao mês de agosto, evitando a utilização de informações incompletas ou que pudessem comprometer a fidedignidade do indicador. Setores de TI e à equipe responsável pelo sistema Vitae foram envolvidos e estão cientes da inconsistência identificada no relatório estratificado. No momento, aguarda-se o retorno da equipe do Vitae quanto à solução e adequação do sistema, para que a informação necessária seja disponibilizada e o indicador possa ser novamente compilado de forma adequada.
Comprobatório	**N/D:** **V1.1_Conformidade de Boletim.xlsx**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

INDICADOR 02: ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO

INDICADOR 02	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes / Horas líquidas disponíveis x100.	OSINFO	<3%	2,92%	2,17%	**2,51%**

Critérios de inclusão	N.A.
Critérios de exclusão	N.A.
Fonte adicional	N.A.
Justificativa	O alcance da meta do Indicador de Absenteísmo no mês vigente se justifica pelo fato de o resultado apurado 2,51% ter permanecido dentro do parâmetro pactuado (<3%), demonstrando aderência ao limite estabelecido. Esse desempenho reflete a efetividade do monitoramento da frequência, com registro adequado das ausências no ponto eletrônico e consolidação correta das horas líquidas faltantes em relação às horas disponíveis, conforme preconizado pela legislação vigente (CLT, art. 74, §2º e Portaria MTP nº 671/2021). A confiabilidade dos dados apurados contribuiu diretamente para a fidedignidade do indicador e para a adequada leitura do cenário institucional. Adicionalmente, o acompanhamento sistemático da equipe gestora e o reforço contínuo das orientações às lideranças quanto ao controle de jornada e à gestão das ausências possibilitaram manter o índice em patamar aceitável, mesmo diante das variações observadas no período. Assim, considera-se a meta alcançada, mantendo-se o compromisso com ações preventivas e de melhoria contínua para a sustentabilidade do resultado nos próximos ciclos.
Comprobatório	**N/D: V1.2 ABSENTEÍSMO PROJETO HMRF - CER - JULHO 2026.pdf**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

INDICADOR 03: ÍNDICE DE PROFISSIONAIS ATIVOS CADASTRADOS NO CNES

INDICADOR 03	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
Índice de profissionais ativos cadastrados no CNES.	Número de profissionais cadastrados no CNES / Total de profissionais ativos admitidos no **mês anterior** X 100.	ERGON / CNES	≥75%	115,15%	116,73%	**115,90%**
Critérios de inclusão	Todos os profissionais cadastrados					
Critérios de exclusão	N.A.					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	Importante mencionar que este indicador pode apresentar resultado acima de 100%, pois temos profissionais lotados em alguns setores como o 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 de setores como o NIR serem únicos 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 admissão e 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 admissão e internação de ambas as unidades.					
Comprobatório	**N:** CNES AGOSTO **D:** V2.2 ABS_HMRF_CER_072026.xlsx					

Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

INDICADOR 04: TREINAMENTO HORA HOMEM

INDICADOR 04	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
Treinamento hora homem.	Total de horas homem treinados no mês / Número de funcionários ativos no período.	OSINFO	1,5h homem treinado/ mês	1,96h	2,40h	**1,90h**
Critérios de inclusão	Capacitações ocorridas no CER Campo Grande presencialmente.					
Critérios de exclusão	Capacitações ocorridas no HMRF e Maternidade					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	A meta definida para o indicador de treinamento hora-homem foi de 1,5h/mês, sendo alcançado no período o resultado de 1,90h/mês, o que evidencia desempenho satisfatório e superação da meta estabelecida. O resultado positivo pode estar relacionado à ampliação e melhor organização das ações de educação permanente, bem como à maior adesão dos profissionais às capacitações ofertadas. Estratégias como flexibilização de horários, diversificação das modalidades de ensino (incluindo atividades remotas) e fortalecimento da cultura institucional de educação contínua também podem ter contribuído para o incremento da carga horária média por colaborador. Adicionalmente, o planejamento mais estruturado das atividades educativas, aliado ao monitoramento sistemático do indicador ao longo do período,					

	favoreceu maior participação da equipe e melhor aproveitamento das oportunidades de treinamento. Os dados são extraídos da planilha de controle do Setor de Educação Permanente. Diante do resultado, recomenda-se a manutenção das estratégias adotadas, com vistas à continuidade do desempenho satisfatório, bem como o aprimoramento contínuo das ações educativas, garantindo a qualificação permanente dos profissionais e a sustentabilidade dos resultados alcançados.
Comprobatório	**N/D:V1.3 ABS_HMRF_CER_072026.xlsx TREINAMENTO HORA HOMEM**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 05	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
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.	Enviado no prazo	Enviado no prazo	**Enviado no prazo.**
Critérios de inclusão	N.A.					
Critérios de exclusão	N.A.					
Fonte adicional	N.A.					

Justificativa	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. O comprovante de envio do relatório atual será apresentado no relatório do mês seguinte e assim sucessivamente.
Comprobatório	**N/D:**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

07/08/2026, 09:08 Impressão de Relatório

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

Data: 07 de Agosto de 2026
Hora: 09:08:55

#	Nome do Documento	Data da Importação	Hora da Importação	Organização Social	Mês/Ano de Referência	Usuário	Documento Associado a	Tipo de Documento	Data do Documento	Fornecedor	Metadados
1	BLOCO_E_RELATORIOS_DE_ATIVIDADES_CER_JULHO26.pdf	06/08/2026	17:53:21	10040 - IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)	07/2026	LIZ LUTTERBACH	CONTRATO DE TERCEIROS	Contrato	Não existe no metadado.	42.498.733/0001-48 - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro	SIM

Quantidade de linhas deste resultado: 1

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: Qualquer
Organização Social: IGEDES INSTITUTO DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO (ANTIGO IDEIAS)
Nome do Documento: BLOCO_E_RELATORIOS_DE_ATIVIDADES_CER_JULHO26.pdf
Mês de Referência: Qualquer
Ano de Referência: Qualquer
Tipo de Documento: Qualquer
Usuário: Qualquer
CNPJ ou CPF do Fornecedor: Qualquer

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

INDICADOR 06	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas / Total de situações com SINAN obrigatório X 100	PEP	100%	100%	100%	**100%**
Critérios de inclusão	Todos os casos que necessitam de abertura de Notificação compulsória. Casos suspeitos também são computados.					
Critérios de exclusão	Casos **sem** CID específico para notificação compulsória.					

Fonte adicional	Planilha de compilado mensal da NVEH e fichas de SINAN preenchidas.
Justificativa	No período avaliado, o indicador de notificação compulsória foi monitorado com base nas notificações efetivamente registradas no Portal SINAN, adotado como fonte oficial para apuração dos dados. Ressalta-se que o sistema TIMED não foi utilizado como fonte deste indicador, uma vez que, no momento, apresenta inconsistências, incluindo registros de agravos que não são de notificação compulsória, bem como a ausência de notificações obrigatórias que não aparecem em seus relatórios. Importante destacar que o TIMED encontra-se em processo de adequação para correção dessas divergências. O alcance de 100% da meta de preenchimento adequado das fichas do SINAN decorre da ampliação da sensibilidade do sistema de vigilância, com a notificação de todos os agravos identificados, além da inclusão de casos adicionais detectados por meio de busca ativa, revisão de prontuários e integração entre os setores da rede de atenção. A equipe demonstrou elevado comprometimento com a qualidade da informação, mantendo vigilância contínua sobre os agravos de notificação compulsória. Cabe mencionar que a adequação do PEP para alinhamento com os critérios de notificação já foi formalmente solicitada por meio do Ofício IGEDES nº 438/2025 (anexo nos documentos comprobatórios), contudo, até o presente momento, a atualização não foi implementada, mesmo após reiteradas tratativas em reuniões com a empresa fornecedora do sistema. Diante desse cenário, e com o objetivo de evitar divergências entre as bases de dados, considerando que o Portal SINAN registrou 325 notificações no mês de Julho, optou-se por manter no numerador do indicador o total de notificações efetivamente realizadas. Destaca-se que todos os agravos identificados pelo PEP foram devidamente notificados, o que, por si só, já garante o alcance de 100% da meta estabelecida. Por fim, embora a Ficha de Controle da NVEH não seja a fonte oficial do indicador, ela reflete fielmente as notificações inseridas no Portal SINAN. Assim, desconsiderar as fichas notificadas que não constam no PEP resultaria em inconsistências e incompatibilidades de dados frente à base oficial. A solução definitiva para essa inconformidade consiste na **atualização**

	do PEP, conforme solicitado no Ofício IGEDES nº 438/2025 e registrado nas atas das reuniões realizadas com a Subhue e a CGE da AP 5.2.
Comprobatório	**N/D:** NOTIFICAÇÕES SINAN
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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	FONTE	META	NUMERADOR DENOMINADOR	RESULTADO ALCANÇADO
1	**Percentagem de pacientes atendidos por médico**	N° de atendimentos médicos / N° total de pacientes acolhidos x 100	PEP	≥70%	16.355 18.673	87,59%
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:950** **Laranja:459** **Amarelo:3.302** **Verde: 8.187** **Azul:1.010** **Vermelho:950** **Laranja:531** **Amarelo:3.731** **Verde: 9.710** **Azul:1.010**	**Vermelho:100%** **Laranja:86,44%** **Amarelo:88,50%** **Verde:84,32%** **Azul:100%**

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 Sala vermelha com solicitação de transferência em até 12h / Soma de pacientes admitidos na Sala amarela e vermelha registrada no PEP x100	PEP	≥95%	723 738	97,97%
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%	21 1.040	2,02%
5	**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	< 7%	84 1.040	8,08%
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 0	100%
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%	11 11	100%

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%	2 2	100%

Do total de 8 indicadores, foram alcançados 6 indicadores da variável 2, correspondendo a 75% de alcance.

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	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
Percentagem de pacientes atendidos por médico.	N° de atendimentos médicos / N° total de pacientes acolhidos x 100.	PEP	≥70%	87,55%	84,82%	**87,59%**
Critérios de inclusão	Todos os pacientes atendidos por médico ou bucomaxilofacial da emergência adulto e pediátrico;					
Critérios de exclusão	Pacientes advindos da emergência Maternidade; Outros atendimentos que não sejam médicos ou odontológicos (Psicologia, PADI, Farmácia , entre outros); Pacientes teste.					
Fonte adicional	N.A.					

Justificativa	O indicador de percentagem de pacientes atendidos por médico atingiu **87,59%** (16.355 atendimentos médicos de um total de 18.673 pacientes acolhidos), superando a meta estabelecida de ≥70%. Estes dados são extraídos do PEP, sendo o numerador retirado da lista "Pacientes Atendidos na Emergência", excluindo da coluna Tipo de Fluxo os atendimentos da Maternidade e PADI (e outros atendimentos que não sejam do CER) por não se tratar do CER Campo Grande. Da coluna Especialidade exclui-se os atendimentos que não seja médico ou de bucomaxilofacial, tais como psicólogo e outros se existir (farmácia, serviço social, dentre outros). Após aplicação desses filtros, o valor é retirado da coluna NOME, referente ao nome do paciente atendido. O denominador é retirado da lista "Pacientes Registrados", excluindo-se a maternidade, PADI e qualquer outro setor que não faça parte do CER Campo Grande da coluna Tipo de Fluxo. 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 resolutiva 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.
Comprobatório	**N:** V2.1_Pacientes Registrados.xlsx **D:** V2.1_V2.2_Pacientes Atendidos na Emergência.xlsx
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 02	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO

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%** Observação: **Vermelho:** 00min **Laranja:**≤15min **Amarelo:** ≤30min **Verde:** até 60min **Azul:** até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária	**V: 100%** **L: 85,88%** **A: 85,97%** **V: 81,88%** **A: 100%**	**V: 100%** **L: 88,68%** **A: 89,70%** **V: 87,26%** **A: 100%**	**Vermelho: 100%** **Laranja:86,44%** **Amarelo:88,50%** **Verde:84,32%** **Azul: 100%**
Critérios de inclusão	Todos os pacientes atendidos por médico ou bucomaxilofacial da emergência adulto e pediátrico;					
Critérios de exclusão	Pacientes advindos da emergência Maternidade; Outros atendimentos que não sejam médicos ou odontológicos;					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	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. Do total, 422 pacientes possuíam ficha aberta no prontuário eletrônico sem classificação de risco, e 02 pacientes identificados como “TESTE”, sendo desconsiderados para fins de cálculo do indicador. Entre os pacientes classificados: • **Vermelho (950 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 (459 pacientes):** 86,44% 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 (3.302 pacientes):** 88,50% 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 (8.187 pacientes):** 84,32% 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 (1.010 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 exclusão dos 424 pacientes sem classificação de risco e pacientes teste evidencia a importância da completa adesão à triagem padronizada, garantindo a confiabilidade dos indicadores e a priorização adequada dos atendimentos.
Comprobatório	**N/D:V2.1_V2.2_Pacientes Atendidos na Emergência.xlsx**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 03	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO

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 Sala vermelha com solicitação de transferência **em até 12h** / Soma de pacientes admitidos na Sala amarela e vermelha registrada no PEP x100	PEP	≥95%	96,13%	98,31%	**97,97%**
Critérios de inclusão	Pacientes admitidos nas salas amarelas e vermelhas da Clínica Médica, Clínica Pediátrica e Psiquiatria; Pacientes dos serviços de cirurgia que necessitarem de leito de CTI; Todos os pacientes associados à leitos das salas amarela, trauma e vermelha adulto pediátrica, saúde mental e isolamento, no período analisado. pacientes com mudança de clínica que necessitam de inserção no SER.					
Critérios de exclusão	Pacientes sem gravidade, que foram admitidos nas salas amarelas pelos serviços de cirurgia (ortopedia, cirurgia geral e bucomaxilofacial dentre outros); Pacientes sem regulação no tempo exigido de meta serão automaticamente classificados como FORA DA META E REGISTRADOS COMO NÃO REGULADO. Alta a revelia e alta hospitalar, os pacientes absorvidos pelo HMRF, óbito com menos de 12h.					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	O indicador de Índice de Inserções de Solicitações de Regulação para Transferência de Pacientes Admitidos em Sala Vermelha e Sala Amarela dentro do prazo estipulado apresentou resultado de 97,97% em Agosto de 2026, superando a meta institucional estabelecida (≥95%) e evidenciando a efetividade das ações implementadas para fortalecimento do processo regulatório. No período analisado, foram inseridas 738 solicitações no Sistema Estadual de Regulação (SER), das quais 723 foram realizadas dentro do prazo preconizado de até 12 horas após a admissão do paciente, demonstrando elevado grau de conformidade com o fluxo estabelecido. Destaca-se que pacientes da Cirurgia Ortopédica e Cirurgia Geral não são inseridos no SER por serem absorvidos pelo próprio Hospital Municipal Rocha Faria, constituindo critério de exclusão do indicador. Da mesma forma, pacientes que receberam alta,					

	evadiram-se ou tiveram definição de destino assistencial antes de 12 horas da admissão também não compõem o cálculo do indicador.
Comprobatório	**N/D:** REGULAÇÃO SER
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 04	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
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%	2,71%	2,92%	**2,02%**
Critérios de inclusão	**N:** Considerar como sala amarela, toda unidade definida como local de observação que tenha leito e sala vermelha toda unidade com local de observação tipo de leito CTI. Inclui-se adulto, pediátrico e leitos de observação individual. **D:** Todas as saídas (altas, transferências externas, óbitos e emergência/enfermaria).					
Critérios de exclusão	**N:** Maternidade, Ambulatório cirúrgico e sala de hemodiálise **D:** Transferências internas, Maternidade, Ambulatório cirúrgico e Sala de Hemodiálise					

Fonte adicional	N.A.
Justificativa	O indicador de Taxa de Mortalidade na Unidade de Emergência (salas amarela e vermelha) ≤24 horas do censo hospitalar CER apresentou resultado de 2,02%, valor inferior à meta estabelecida (<4%). Para fins deste indicador, considera-se como critério de inclusão a Sala Amarela Feminina, a Sala Amarela Masculina, Sala de Internação/CER, Sala de Observação Pediátrica, Sala Vermelha, Sala Vermelha Pediátrica, Saúde Mental e Trauma. Como critérios de exclusão, foram consideradas transferências internas, 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.
Comprobatório	**N/D:** V2.4_V2.5_V3.1_CENSO ESTATÍSTICO EMERGÊNCIA.xlsx
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 05	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO

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	< 7%	7,24%	8,24%	**8,08%**
Critérios de inclusão	**N:** Considerar como sala amarela, toda unidade definida como local de observação que tenha leito e sala vermelha toda unidade com local de observação tipo de leito CTI. Inclui-se adulto, pediátrico e leitos de observação individual. **D:** Todas as saídas (altas, transferências externas, óbitos e emergência/enfermaria).					
Critérios de exclusão	**N:** Maternidade, Ambulatório cirúrgico e sala de hemodiálise **D:** Transferências internas, Maternidade, Ambulatório cirúrgico e Sala de Hemodiálise					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	O indicador de Taxa de Mortalidade na Unidade de Emergência (salas amarela e vermelha) ≥24h apresentou resultado de 8,08%, valor acima da meta estabelecida (<7%) , evidenciando o não alcance da meta. O cálculo considerou 84 óbitos de pacientes em observação por período igual ou superior a 24 horas, frente a um total de 1.040 saídas registradas no PEP. Para fins deste indicador, considera-se como critério de inclusão a Sala Amarela Feminina, a Sala Amarela Masculina, Sala de Internação/CER, Sala de Observação Pediátrica, Sala Vermelha, Sala Vermelha Pediátrica, Saúde Mental e Trauma. Como critérios de exclusão, foram consideradas transferências internas, pacientes atendidos no ambulatório cirúrgico, na sala de observação maternidade e na sala de hemodiálise, garantindo maior precisão e fidedignidade dos dados. No mês vigente, foram registrados 84 óbitos na unidade acima de 24h da admissão. A análise dos casos evidencia a influência do perfil assistencial da unidade, que recebe pacientes graves, com elevada complexidade clínica, múltiplas					

	comorbidades e significativo risco de deterioração clínica. Observou-se ainda a permanência prolongada de pacientes em áreas de observação da emergência, decorrente da necessidade de continuidade do cuidado e da indisponibilidade imediata de leitos de internação compatíveis com a complexidade assistencial requerida, fatores que podem impactar os desfechos clínicos. Os resultados serão acompanhados continuamente por meio da análise dos óbitos, monitoramento dos tempos de permanência, avaliação dos fluxos assistenciais e fortalecimento das ações voltadas à segurança e à qualidade do cuidado, visando à melhoria do desempenho do indicador. Ressalta-se, entretanto, que a equipe assistencial manteve adesão aos protocolos institucionais, com atuação multiprofissional contínua, monitoramento rigoroso dos casos graves e intervenções oportunas. Permanecem intensificadas as ações de articulação com a regulação de leitos, reforço da classificação de risco, monitoramento dos tempos de permanência e revisão dos fluxos assistenciais, bem como a discussão sistemática dos óbitos ocorridos no período, visando identificar fatores contribuintes e oportunidades de melhoria, com foco na redução progressiva e sustentada da taxa de mortalidade. Permanecemos intensificando as ações de articulação com a regulação de leitos, reforço da classificação de risco, monitoramento dos tempos de permanência, além da revisão contínua dos fluxos assistenciais e discussão sistemática dos óbitos, visando a identificação de oportunidades de melhoria e mitigação de riscos, com foco na redução progressiva da taxa de mortalidade.
Comprobatório	**N/D:** **V2.4_V2.5_V3.1_CENSO ESTATÍSTICO EMERGÊNCIA.xlsx**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 06	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
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%	100%	100%	**100%**
Critérios de inclusão	Todos os pacientes com protocolo ativo e que iniciaram ATB em até 2h com data do seguimento SRIS e Data da Dispensação da Farmácia, ambos constando data e hora.					
Critérios de exclusão	Todos os pacientes com protocolo ativo que não iniciaram em até 2h o ATB ou que foram cancelados por não se adequarem ao perfil clínico.					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	Durante o mês em análise, no documento comprobatório extraído do PEP, constam 09 pacientes com abertura de protocolo de sepse, no entanto nenhum paciente contemplava a data de seguimento SRIS, o que define que não houve diagnóstico de sepse. Desta forma, nenhum BE atendia aos critérios de inclusão do indicador. O processo de compilamento de dados do sistema está associado, em partes, à checagem da prescrição de enfermagem no sistema e à planilha de controle interno de dispensação do relatório do PEP. Já iniciamos o movimento institucional junto à TIMED para a implementação da checagem eletrônica e do aprazamento dos medicamentos diretamente no sistema, com o objetivo de qualificar a assistência e garantir maior fidedignidade das informações. Foram realizadas reuniões técnicas e abertura de chamados para alinhamento das necessidades, além do envio à TIMED de um relatório detalhado contendo as fragilidades identificadas no sistema, especialmente relacionadas aos indicadores assistenciais. Foi aberto pela TIMED					

	um plano de ação para acompanhamento contínuo pela gestão em conjunto com a equipe, visando monitorar a evolução das melhorias propostas.
Comprobatório	**N/D:V2.6_Protocolo de Sepse.xlsx**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

INDICADOR 07: PERCENTAGEM DE TOMOGRAFIAS REALIZADAS EM PACIENTES COM AVC

INDICADOR 07	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
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%	100%	100%	**100%**
Critérios de inclusão	**N:** Total de pacientes com protocolo ativo e que realizaram TC **D:** Total de pacientes com protocolo ativo com diagnóstico de AVC					
Critérios de exclusão	Pacientes sem diagnóstico ou protocolo ativo de AVC que realizaram TC					
Fonte adicional	N.A.					
Justificativa	Durante o período avaliado, foram registrados 13 protocolos de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Após análise dos critérios de elegibilidade do indicador, 02					

	protocolos foram excluídos por erro na abertura, permanecendo 11 protocolos válidos para apuração dos resultados. Dessa forma, o cálculo do indicador considerou apenas os protocolos que atenderam aos critérios clínicos e assistenciais estabelecidos, garantindo a fidedignidade dos dados e a adequada avaliação do desempenho assistencial relacionado ao manejo do AVC.
Comprobatório	**N/D:**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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

INDICADOR 08	FÓRMULA	FONTE	META	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
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%	100%	100%	**100%**
Critérios de inclusão	**N:** Pacientes com protocolo ativo, marcados como supra de st ou que foram trombolisados e constavam da Planilha de Liberação de Trombolíticos da Farmácia. **D:** Pacientes com protocolo ativo, marcados como supra de st ou que constavam da Planilha de Liberação de Trombolíticos da Farmácia e apresentavam diagnóstico de IAM no PEP.					

Critérios de exclusão	**N:** Pacientes com protocolo ativo, **SEM** supra de st, ou com supra que não realizaram trombólise por perda de delta. **D:** Pacientes com protocolo ativo, **SEM** supra de st.
Fonte adicional	Planilha de Liberação de Trombolítico - Farmácia Central HMRF
Justificativa	Durante o período avaliado, foram identificados 43 protocolos ativos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Após análise detalhada dos critérios clínicos e operacionais para composição do indicador, os protocolos foram avaliados quanto à elegibilidade para o cálculo. No cruzamento de dados entre a planilha da Farmácia e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), verificou-se que apenas 2 pacientes (BAM: 1801188 / 1801330) apresentaram diagnóstico confirmado de IAM com supra de ST e registro de administração de trombólise. O processo de compilamento de dados do sistema está associado, em partes, à checagem da prescrição de enfermagem no sistema, modificações internas do sistema e ao controle de dispensação de trombolítico mediante o sistema, atrelado a abertura do protocolo de IAM. Já iniciamos o movimento institucional junto à TIMED para a implementação da checagem eletrônica e do aprazamento dos medicamentos diretamente no sistema, com o objetivo de qualificar a assistência e garantir maior fidedignidade das informações. Foram realizadas reuniões técnicas e abertura de chamados para alinhamento das necessidades, além do envio à TIMED de um relatório detalhado contendo as fragilidades identificadas no sistema, especialmente relacionadas aos indicadores assistenciais. Já foi aberto pela TIMED um plano de ação para acompanhamento contínuo pela gestão em conjunto com a equipe, visando monitorar a evolução das melhorias propostas.
Comprobatório	**N/D: V2.8_Protocolo de IAM.xlsx V2.8_TROMBOLÍTICOS_HMRF_2026.xlsx - AGOSTO 2026.pdf**
Ficha Técnica e Bibliografia	Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdf Manual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdf Padronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

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	FONTE	META	NUMERADOR / DENOMINADOR	JUN	JUL	RESULTADO AGOSTO
1	**Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação**	Nº de Questionários preenchidos/ Total de pacientes em observação x100	TOTEM	>15%	267 / 1.066	24,25%	26,62%	**25,05%**
2	**Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos**	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito/ Total de Respostas efetivas x100	TOTEM	>85%	1.021 / 1.068	99,89%	97,60%	**95,60%**

Comprobatório: V2.4_V2.5_V3.1_CENSO ESTATÍSTICO EMERGÊNCIA.xlsx
PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Justificativa: O indicador de índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação atingiu 25,05% (267 questionários preenchidos de um total de 1.066 pacientes) retirados do Censo Hospitalar excluindo ambulatório cirúrgico, maternidade, sala de hemodiálise e transferências internas. Considerando apenas as entradas Internados, Enfermaria/Emergência), superando a meta mínima estabelecida (>15%), demonstrando participação dos usuários na avaliação da assistência prestada.

O percentual de usuários satisfeitos ou muito satisfeitos alcançou 95,60% (1.021 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.

Ficha Técnica e Bibliografia: Livro-ManualDeIndicadoresHospitalares-PDF.pdfManual de Indicadores - SINHA ANAHP.pdfPadronização da Nomenclatura Censo Hospitalar 312-2002.pdf

3. ACOMPANHAMENTO DE AJUSTES NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

No decorrer do período avaliado, foram realizadas reuniões técnicas periódicas contando com a presença de representantes do Setor de Planejamento do Igedes, Gerência de Projetos do Igedes, CGE da AP 5.2, Setor de Qualidade, TI e Direção do HMRF/CER Campo Grande e representantes da empresa Vitai, contratada para operacionalização do Prontuário Eletrônico TiMed no HMRF e CER Campo Grande. Estas reuniões têm como objetivo principal discutir e implementar adequações estruturais voltadas à qualificação da extração, consolidação e disponibilização de dados assistenciais e gerenciais necessários ao monitoramento dos indicadores pactuados junto à Secretaria Municipal de Saúde.

As tratativas concentraram-se na definição de requisitos funcionais, parametrização de campos, revisão de regras e desenvolvimento de rotinas de extração de dados, visando garantir maior consistência, rastreabilidade e confiabilidade das informações produzidas pelo sistema, incluindo um Painel de Indicadores. Entretanto, considerando a complexidade técnica das customizações demandadas e a necessidade de desenvolvimento de funcionalidades específicas, as adequações permanecem em fase de implementação pela empresa responsável.

Dessa forma, até o encerramento do período de referência, não foi possível avançar de forma satisfatória na disponibilização integral das informações necessárias para o acompanhamento de todos os indicadores previstos. Assim, as demandas permanecem em acompanhamento conjunto com a empresa VITAI.

As informações podem ser verificados no link compartilhado a seguir:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1rB9BXGl_LCycZKMO8EcHiuUR4mzF1HvY/edit?gid=577874698#gid=577874698

4. DESEMBOLSO FINANCEIRO

Conforme apuração constante dos demonstrativos financeiros de acompanhamento entre o cronograma pactuado e os valores efetivamente recebidos, verifica-se a existência de valores pendentes de repasse, os quais vêm sendo monitorados pela entidade em razão de seus potenciais impactos sobre o equilíbrio econômico-financeiro das parcerias e sobre a previsibilidade necessária à execução das obrigações contratuais e operacionais.

Até a competência de referência, os valores da parte fixa devidos identificados totalizam R$6.657.452,82, distribuídos por exercício da seguinte forma: R$ 3.328.712,91 referente a Novembro de 2025 e R$ 3.328.712,91 referente a Dezembro de 2025.

A entidade registra a presente informação para fins de transparência, controle, rastreabilidade e preservação da memória administrativa, destacando que a manutenção das atividades tem exigido acompanhamento permanente da programação financeira e adoção de medidas de gestão voltadas à mitigação de riscos operacionais. O registro ora realizado não prejudica a continuidade da execução dos serviços nem o diálogo institucional com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mas evidencia a necessidade de recomposição dos valores pendentes para assegurar a plena regularidade da execução pactuada.

5. RELATÓRIO DE OUVIDORIA

A seguir apresentamos o panorama das manifestações recebidas pela Ouvidoria no período de Agosto de 2026, contribuindo para a análise da qualidade dos serviços prestados e para o aprimoramento contínuo da instituição. A Ouvidoria atua como canal de comunicação entre o usuário e a instituição, promovendo a escuta ativa e a resolução das demandas apresentadas.

1) Quantitativo das Manifestações

No período, foram registradas 98 manifestações, com o seguinte detalhamento:

Situação	Quantidade
Manifestações recebidas	98
Manifestações respondidas	98
Manifestações pendentes	0

Durante o mês vigente, foram registradas 118 manifestações, todas devidamente respondidas dentro do período regulamentar, não havendo demandas pendentes.

Durante o mês de agosto de 2026, observou-se concentração de manifestações principalmente no CER Campo Grande, no Núcleo Interno de Regulação (NIR) e na Maternidade do HMRF, envolvendo aspectos relacionados ao acolhimento, classificação de risco, tempo de espera, comunicação entre profissionais, pacientes e familiares e organização dos fluxos assistenciais.

As principais oportunidades de melhoria identificadas estão relacionadas à percepção de atendimento inadequado, dificuldade na comunicação, demora em determinados processos assistenciais, insuficiência de informações durante o atendimento e necessidade de fortalecimento das práticas de acolhimento e humanização.

2) Tempo de apuração e resposta ao usuário

Todas as manifestações registradas no período foram respondidas dentro do prazo regulamentar, alcançando índice de 100% de conformidade.

Esse resultado evidencia a efetividade dos fluxos internos da Ouvidoria, bem como o comprometimento dos setores envolvidos com a análise, tramitação e resposta tempestiva das manifestações.

Destacam-se como pontos positivos:

- Cumprimento integral dos prazos regulamentares;
- Agilidade na tramitação das manifestações;
- Integração entre a Ouvidoria e os setores responsáveis;
- Maior resolutividade das demandas;
- Fortalecimento da transparência e da confiança dos usuários.

3) Classificação das Manifestações

Críticas: 90

Elogios: 8

As manifestações críticas apresentaram maior predominância no período, evidenciando que a Ouvidoria permanece como importante instrumento de participação social e identificação de oportunidades de melhoria.

As críticas concentraram-se principalmente no CER Campo Grande, NIR e Maternidade, envolvendo questões relacionadas ao tempo de atendimento, acolhimento, fluxos assistenciais e comunicação entre profissionais, pacientes e familiares.

Por outro lado, os elogios recebidos demonstram o reconhecimento dos usuários em relação ao trabalho desenvolvido por diferentes equipes da instituição. Essas manifestações positivas devem ser valorizadas e utilizadas como referência para o compartilhamento de boas práticas.

A ausência de elogios em determinado setor não deve ser interpretada, isoladamente, como indicador de desempenho insatisfatório, uma vez que pode estar relacionada ao perfil da demanda, ao volume de atendimentos ou à menor utilização da Ouvidoria para manifestações de reconhecimento.

Recomendações

- Manter o monitoramento sistemático dos indicadores;
- Fortalecer as ações de humanização e acolhimento;
- Ampliar as capacitações em comunicação e atendimento humanizado;
- Valorizar as equipes reconhecidas pelos usuários;
- Divulgar internamente as boas práticas identificadas.

4) Distribuição por Setores Assistenciais

Setor	Elogios	Críticas
Clínica Médica	**0**	**1**
Clínica Cirúrgica	**0**	**0**
Maternidade	**1**	**10**
CTI Adulto	**0**	**0**
UTI Neonatal	**1**	**1**
Ambulatório	**1**	**0**
CER	**4**	**7**
NIR	**0**	**11**
Pediatria	**0**	**1**
Ortopedia	**1**	**4**
Documentação Médica	**0**	**1**
Recepção	**0**	**1**
Administração	**0**	**1**
Higiene e Limpeza	**0**	**4**
Serviço Social	**0**	**0**
Sala Amarela	**0**	**2**

Nutrição	**0**	**2**
Sala Trauma	**0**	**3**
Farmácia	**0**	**1**
Refeitório	**0**	**2**
Tomografia	**0**	**0**
USG	**0**	**0**
RX	**0**	**0**
Padi	**0**	**2**
Sala Vermelha	**0**	**1**
Laboratório	**0**	**4**
Classificação de Risco	**0**	**11**
CER - Equipe Médica	**0**	**3**
Cer - Equipe Enfermagem	**0**	**7**

A distribuição das manifestações evidencia maior concentração de críticas no NIR e na Classificação de Risco do CER Campo Grande, ambos com 11 registros, seguidos pela Maternidade, com 10, e pela equipe de enfermagem do CER Campo Grande com 7 registros.

Esse comportamento pode estar relacionado a diferentes fatores, tais como:

- Elevado volume de atendimentos;
- Maior complexidade dos pacientes assistidos;
- Tempo de espera ou permanência;
- Dificuldades de comunicação entre equipes, pacientes e familiares;
- Fragilidades nos fluxos assistenciais e administrativos;
- Características específicas dos serviços prestados.

É importante destacar que o número absoluto de manifestações não representa, isoladamente, o desempenho de um setor, devendo ser analisado em conjunto com o volume de atendimentos, perfil assistencial, complexidade dos casos e demais indicadores institucionais.

Os elogios registrados demonstram o reconhecimento dos usuários pelo atendimento prestado em diferentes setores, destacando-se o CER, com 4 elogios, além da Maternidade, UTI Neonatal, Ambulatório e Ortopedia, entre outros.

Recomenda-se a valorização das boas práticas identificadas e o compartilhamento das experiências positivas entre as equipes.

5) Considerações e Recomendações

Os resultados demonstram a necessidade de fortalecimento das ações de humanização, comunicação e acolhimento, especialmente nos setores com maior número de críticas. Recomenda-se:

- Intensificar a capacitação permanente das equipes quanto ao acolhimento, comunicação efetiva e atendimento humanizado;
- Monitorar continuamente os indicadores de manifestações da Ouvidoria, identificando tendências e oportunidades de melhoria;
- Realizar reuniões periódicas com as lideranças dos setores com maior número de críticas para análise das causas e definição de planos de ação;
- Divulgar internamente os elogios recebidos como forma de valorização e reconhecimento das equipes;
- Incentivar a cultura de melhoria contínua, utilizando as manifestações da Ouvidoria como ferramenta estratégica para o aperfeiçoamento da qualidade assistencial e da experiência do usuário.
- A análise das manifestações reafirma o papel da Ouvidoria como importante instrumento de gestão, contribuindo para a identificação de fragilidades, fortalecimento das boas práticas e promoção de melhorias contínuas nos processos assistenciais e administrativos da instituição.

6. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS