

# RELATÓRIO GERENCIAL DE PRODUÇÃO SETEMBRO

Complexo de Referência Estadual  
em Saúde Mental CRESM Prof.  
Jamil Issy

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
Contrato de gestão 002/2014  
SES-GO

**CRESM**  
Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental  
Prof. Jamil Issy

SUS  
Secretaria  
de Saúde  
do Estado  
de Goiás

GOIÁS  
O ESTADO QUE CUIDA



|   |   |
|---|---|
| APRESENTAÇÃO.....   | 2 |
| INDICADORES ESTATÍSTICOS - ESTRUTURA E VOLUME DAS ATIVIDADES CONTRATADAS..... | 3 |
| EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS E TRABALHOS PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....     | 4 |
| INDICADORES DE GESTÃO.....  | 5 |

## APRESENTAÇÃO

Visando o monitoramento do Contrato de Gestão 002/2014, foram estabelecidas metas de produção e desempenho, que são apresentadas a seguir.

## INDICADORES ESTATÍSTICOS - ESTRUTURA E VOLUME DAS ATIVIDADES CONTRATADAS

### 1.INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO - PARTE FIXA - POR SERVIÇO:

As metas de produção estipuladas para o CRESM no 7º termo aditivo são: internação (paciente dia) e atendimento ambulatorial, conforme descrito abaixo:

| <b>Internação</b> | <b>Meta Mensal</b> |
|-------------------|--------------------|
| Paciente / dia    | 3.119              |

| <b>Ambulatório</b>         | <b>Meta Mensal</b> |
|----------------------------|--------------------|
| Consulta Médica            | 1.080              |
| Consulta Multiprofissional | 1.500              |

### 2.INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

As metas de desempenho estipuladas para o CRESM no 7º termo aditivo seguem descritas abaixo:

| <b>Indicador</b>                                     | <b>Descrição</b>   | <b>Memória de cálculo</b>   | <b>Meta</b>    |
|--|--|---|----------------|
| <b>Taxa de Ocupação Institucional</b>                | Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período.  | $Taxa = (\text{Total de Pacientes-dia no período} : \text{Total de leitos operacionais no período}) \times 100$             | $\geq 95 \%$   |
| <b>Projeto Terapêutico Singular (Internações)</b>    | O Plano Terapêutico Individual deverá ser elaborado para os pacientes admitidos na internação, por meio da atuação da equipe multiprofissional designada pelo CRESM conforme perfil de gravidade clínica e de complexidade assistencial definidas pelos scores.  | $Taxa = (\text{Quantidade de PTI elaborados} : \text{Total pacientes admitidos na internação}) \times 100$                  | $> 100 \%$     |
| <b>Percentual de Usuários Referenciados Pós-alta</b> | O CRESM deve trabalhar de forma articulada com todos os dispositivos da RAPS devido à complexidade do cuidado em saúde mental e às diversas necessidades das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas e seus familiares. Desta forma faz-se necessário o monitoramento da articulação do CRESM e outros serviços da RAPS visando o cuidado mais adequado para o usuário do serviço. | $Taxa: (\text{Total de Pacientes encaminhados para RAPS no período} : \text{Total de altas médicas no período}) \times 100$ | $\geq 90 \%$   |
| <b>Média de Permanência (dias)</b>                   | Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos da Unidade (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período).  | $Dias = (\text{Total de Pacientes-dia} : \text{Total de Saídas no período})$  | $\geq 28$ dias |
| <b>Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH</b>  | Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo sistema, no período.  | $Taxa = (\text{Total de procedimentos rejeitados no SIH} : \text{Total de procedimentos apresentados no SIH}) \times 100$   | $\geq 7 \%$    |

|                                     |  |  |   |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>Taxa de Readmissão (29 dias)</b> | O indicador mede a taxa de pessoas que retornaram à unidade em até 29 dias desde a última vez que deixaram a instituição após a primeira admissão. | Taxa = (Pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta : Número total de internações x 100 | - |
| <b>Taxa de Abandono / Evasão</b>    | É a proporção entre o número de saídas por abandono e evasão dividido pelo total de internações no período, calculados no trimestre                | Taxa = (Total de abandono e evasão : Total de internações no período) X 100                        | - |

## EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS E TRABALHOS PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

As metas estipuladas para o CRESM através do 7º termo aditivo ao Contrato de Gestão 002/2014 foram: Internação (Paciente / dia) e Atendimento Ambulatorial.

Segue abaixo descrição dos resultados alcançados:

### 1. INTERNAÇÃO (PACIENTE / DIA)

| Internação     | Meta Mensal | SETEMBRO |
|----------------|-------------|----------|
| Paciente / dia | 3.119       | 3.106    |

### 2. AMBULATORIO

| Ambulatório                | Meta Mensal | SETEMBRO |
|----------------------------|-------------|----------|
| Consulta Médica            | 1.080       | 1.005    |
| Consulta Multiprofissional | 1.500       | 1.787    |

### 3. INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

| Indicador   | Meta     | SETEMBRO |
|---|----------|----------|
| <b>Taxa de Ocupação Institucional</b>                   | ≥95 %    | 95,86%   |
| <b>Plano Terapêutico Individual – PTI (Internações)</b> | >100%    | 100%     |
| <b>Percentual de Usuários Referenciados Pós-alta</b>    | ≥90 %    | 53%      |
| <b>Média de Permanência (dias)</b>                      | ≥28 dias | 23       |
| <b>Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH</b>     | ≥7%      | 0        |
| <b>Taxa de Readmissão (29 dias)</b>                     | -        | 0,78%    |
| <b>Taxa de Abandono / Evasão</b>                        | -        | 29%      |

Conforme prestação de contas pactuadas, informamos que nesta competência, os valores alcançados no atendimento ambulatorial ficaram abaixo das metas contratualizadas, devido a adequação do processo de regulação, onde, a partir do mês de SETEMBRO/2021, o CRESM passou a receber pacientes exclusivamente regulados pelo sistema SERVIR, conforme determinação da Secretaria de Estado da Saúde; o que gerou impacto significativo no número de atendimentos.

Reiteramos que o quantitativo de vagas disponíveis foi ofertado em sua totalidade.

## INDICADORES DE GESTÃO

### 1. PRODUTIVIDADE MÉDICO - INTERNAÇÃO

| Atendimento Internação | SETEMBRO |
|------------------------|----------|
| Médico                 | 1049     |

### 2. PRODUTIVIDADE MULTIPROFISSIONAL - INTERNAÇÃO

| Atendimento Internação            | SETEMBRO |
|-----------------------------------|----------|
| Psicologia                        | 1.876    |
| Enfermagem (enfermagem e técnico) | 25.047   |
| Assistente Social                 | 279      |
| Educador Físico                   | 760      |
| Terapia Ocupacional               | 387      |
| Nutrição Clínica                  | 391      |
| Musicoterapia                     | 661      |
| Odontologia                       | 111      |

### 3. PERCENTUAL DE RESOLUÇÃO DE QUEIXAS DA OUVIDORIA

O indicador de resolução de queixas da ouvidoria é resolver as queixas apresentadas referentes à unidade.

| Usuários  | SETEMBRO |
|---|----------|
| Percentual de resolução de queixas da ouvidoria | 100%     |

Fórmula de cálculo:  $(\text{Total de demandas abertas} / \text{Total de demandas respondidas}) \times 100$

Os meios de comunicação considerados são: Caixas de sugestões, Pesquisa de satisfação, Ouvidoria presencial, telefone da Ouvidoria, E-mail da Ouvidoria e Sistema Ouvidor SUS. Há a possibilidade de uma demanda não ser fechada no mesmo mês em que foi aberta e mesmo assim não ter extrapolado a data limite para resposta, que é de 20 dias.

### 4. PERCENTUAL DE APLICAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A Pesquisa de Satisfação do Usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de pacientes ou acompanhantes quanto à qualidade de serviço prestado. De acordo com o Contrato de Gestão é preciso alcançar um índice de aplicação de pesquisa de 10%. Os resultados alcançados estão demonstrados no quadro abaixo.

| Percentual de aplicação | SETEMBRO |
|-------------------------|----------|
| Ambulatório             | 14,69%   |
| Internação              | 74,79%   |

Fórmula de cálculo:  $(\text{Total de pessoas pesquisadas} / \text{Quantidade de pacientes atendidos}) \times 100$

### 5. PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A Pesquisa de Satisfação é realizada através de formulário que contém duas perguntas (1'Como você avalia o atendimento recebido no CRESM? 2'Você indicaria o CRESM?) – Disponível nas

caixas de sugestões e recepção ambulatorial – e de questionário mensal para pacientes internados que poderão avaliar os profissionais e o que é proposto pela instituição entre as opções: Ótimo, Bom, Regular ou Ruim, sendo satisfatório as avaliações que ficam entre o Ótimo e o Bom. Sendo assim, temos os resultados abaixo:

| Percentual de Satisfação do Usuário | SETEMBRO |
|-------------------------------------|----------|
| Taxa do mês                         | 93%      |

Fórmula de cálculo: (Total de respostas entre bom e ótimo / Total de respostas recebidas) X 100

## 6. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS

O indicador de resolução de queixas da ouvidoria é resolver as queixas apresentadas referentes à unidade.

| Densidade de Incidência de Iras | SETEMBRO |
|---------------------------------|----------|
| Taxa do mês                     | 1,29%    |

Fórmula de cálculo: (Número de Infecções do Período / Total de Paciente dia) X 1000

## 7. INCIDÊNCIA ACUMULADA GLOBAL DE IRAS

| Incidência Global de Iras | SETEMBRO |
|---------------------------|----------|
| Taxa do mês               | 3,66%    |

Fórmula de cálculo: (Número de Infecções do Período / Total de Paciente Admitidos no mês) X 100

## 8. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

As notificações de eventos adversos são realizadas visando a melhoria na qualidade da assistência prestada bem como a segurança dos pacientes. Abaixo é demonstrada as notificações por tipo, recebidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente:

| SETEMBRO                                     |            |
|--|------------|
| Evento                                       | Quantidade |
| Falhas relacionadas a medicamentos           | 54         |
| Falhas na identificação do paciente          | 8          |
| Quedas                                       | 7          |
| Falhas na comunicação                        | 0          |
| Falhas no processo de exames                 | 0          |
| Falhas no cadastro de paciente no prontuário | 0          |
| Falhas na dieta                              | 1          |
| Falhas na documentação do paciente           | 0          |
| Agressão                                     | 1          |
| Outros                                       | 27         |
| Total  | 98         |

Aparecida de Goiânia, 14 de outubro de 2024