



**RELATÓRIO TÉCNICO ASSISTENCIAL DE
SETEMBRO - 2024
DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
JAPERI/RJ**



SUMÁRIO

1. INFORMAÇÕES GERAIS
2. APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL
3. OBJETO DA CONTRATAÇÃO
4. DEFINIÇÃO
5. LOCALIDADES
- 5.1. LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
6. METAS E INDICADORES
7. METAS E INDICADORES - PLANILHAS DE DADOS CONSOLIDADOS.
8. CONCLUSÃO



1. INFORMAÇÕES GERAIS

CONTRATO DE GESTÃO NÚMERO:
001/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO NÚMERO:
0454/2024

CONTRATANTE:
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JAPERI.
SECRETÁRIO DO MUNICÍPIO DA SAÚDE:
DR. ROBERTO PONTES

CONTRATADA: **CEMPES**
CENTRO DE MEDICINA E PROJETOS
CNPJ da Entidade: 19.071.461/0001-83



2

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

O CEMPES tem como Missão a prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, atendendo e auxiliando os pacientes com assistência médica, com foco na atenção primária, hospitalar e/ou clínicas especializadas, enviando todos os esforços na prevenção, tratamento dos nossos clientes

3

OBJETO DA CONTRATAÇÃO

A contratação da Organização Social para a gestão e execução dos serviços em Atenção Primária, Atenção Especializada e Hospital Municipal de Japeri, envolvendo todas as atividades assistenciais e de apoio operacional e administrativo, necessárias ao correto funcionamento das unidades de saúde do município, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes e programas da SEMUS/Japeri, nas unidades de saúde abaixo relacionadas

4

DEFINIÇÃO

O Relatório tem como objetivo apresentar os resultados alcançados referente as metas físicas pactuadas, e as ações desenvolvidas pelo Instituto Centro de Medicina e Projetos Especiais-CEMPES frente à Atenção Primária, Atenção Especializada e Hospital Municipal de Japeri consolidado no período de Setembro de 2024.

O desempenho obtido na gestão das unidades e o cumprimento das metas estabelecidas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Japeri visa a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos .

5.LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS SAÚDE DE FAMÍLIA



UNIDADE	ENDEREÇO
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – ALECRIM	RUA MARIA ALICE, S/N, ALECRIM, ENGENHEIRO PEDREIRA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CHACRINHA	RUA JOÃO SALGADO, S/N, CHACRINHA - JAPERI
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DELAMARE	RUA PINARÉ, S/N, JARDIM DELAMARE, ENGENHEIRO PEDREIRA - JAPERI
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GUANDU	RUA ECLÍPSE, Nº 22, GUANDU, ENGENHEIRO PEDREIRA - JAPERI
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BENEDICTA ROSA CONCEIÇÃO – LAGOA DO SAPO	RUA BRASIL, Nº 923, LAGOA DO SAPO, JAPERI
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOVA BELÉM	RUA TOBIAS, S/N, NOVA BELÉM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA AMÉLIA	RUA LAURA CARDOSO, Nº 61, SANTA AMÉLIA, ENGENHEIRO PEDREIRA - JAPERI
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO	RUA MOACIR FERREIRA, Nº14, JARDIM SÃO SEBASTIÃO, ENGENHEIRO PEDREIRA - JAPERI
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA CENGTRAL	RUA CLAIR NUNES, S/N, VILA CENTRAL, ENGENHEIRO PEDREIRA - JAPERI
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RIO D'OURO	RUA DULCE ZILDA, Nº05, RIO DOURO - JAPERI

5.1 LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS SAÚDE DE FAMÍLIA



UNIDADE	ENDEREÇO
UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MARABÁ (UMEP)	RUA TANCREDO NEVE, S/N MUCAJÁ, ENGENHEIRO PEDREIRA - JAPERI
UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JAPERI - CENTRO	RUA ARRUDA NEGREIROS, S/N, CENTRO - JAPERI
EQUIPE MELHOR EM CASA	AV. 30 JULHO, 1991, SANTA INÊS - JAPERI
EMULTI	BRAULI DIAS GUIMARÃES, S/N CHACRINHA - JAPERI
NÚCLEO DE APOIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	BRAULI DIAS GUIMARÃES, S/N CHACRINHA - JAPERI
ACADEMIA DA SAÚDE SÃO JORGE	ESTRADA VEREADOS FRENCISCO DA COSTA FILHO, S/N, ENGENHEIRO PEDREIRA
HOSPITAL MUNICIPAL DE JAPERI	RUA DR. PEIXOTO, S/N, SANTA INÊS - JAPERI
CASA DA MULHER	AV. 30 DE JULHO, 1991, SANTA INÊS - JAPERI
CADEIA PÚBLICA COTRIM NETO	R. FLORENCA, S/N – JARDIM BELO HORIZONTE, JAPERI
CADEIA PÚBLICA JOÃO CARLOS DA SILVA	R. FLORENCA, S/N – JARDIM BELO HORIZONTE, JAPERI
PENITENCIÁRIA MILTON DIAS MOREIRA	R. FLORENCA, S/N – JARDIM BELO HORIZONTE, JAPERI
CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES DE ENGENHEIRO PEDREIRA	AV. TANCREDO NEVES, 634-716 – PARQUE MUCAJA, JAPERI - RJ



As equipes de Saúde da Família têm seu funcionamento regulado pela SEMUS/Japeri da seguinte forma: segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00. Poderá haver funcionamento em horário estendido ou aos sábados em caso de campanhas de vacinação.



Saúde da Família

6. METAS E INDICADORES



TRATA-SE DE UM INSTRUMENTO ÚTIL À GESTÃO DA EMPRESA E DE GRANDE RELEVÂNCIA PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, CONSOLIDANDO, INFORMAÇÕES RELEVANTES ACERCA DO DESEMPENHO MENSAL.

ESTES DADOS SE DESTINAM A ENCAMINHAR OS INDICADORES DE DESEMPENHO DO CEMPES PACTUADOS POR MEIO DO CONTRATO DE GESTÃO NO PRESENTE RELATÓRIO APRESENTAMOS OS DADOS PARCIAIS DOS INDICADORES PACTUADOS DO MÊS VIGENTE, UTILIZANDO INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO PARA AS INFORMAÇÕES REFERENTES ÀS METAS ALCANÇADAS E NÃO ALCANÇADAS.



METAS E INDICADORES DADOS CONSOLIDADOS



METAS DE DESEMPENHO



ABSENTEÍSMO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Absentéismo	Horas liquidas faltantes	6800	8,13%
	Total de Horas liquidas	83600	

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O Índice de Absenteísmo mede a quantidade de faltas de colaboradores em relação ao total de jornadas de trabalho, ajudando a identificar as não conformidades como baixa motivação, questões de saúde ou insatisfação no ambiente de trabalho

JUSTIFICATIVA: Neste mês o índice de absenteísmo excedeu a meta significativamente, uma análise detalhada dos dados e acompanhamento dos casos, constatou-se que parte dessas ausências não foi justificada dentro do prazo estabelecido para o fechamento da folha.

As principais causas identificadas incluem falhas na comunicação dos atestados ou justificativas, além de dificuldades no cumprimento de procedimentos internos de regularização de faltas. Este cenário evidenciou a necessidade de aprimorar os processos internos de registro e validação de ausências, bem como reforçar a conscientização dos colaboradores sobre a importância de cumprir as políticas da instituição.

PLANO DE AÇÃO: Como medida corretiva, estão sendo implementadas ações como a revisão dos fluxos de comunicação, maior divulgação dos prazos e orientações para justificativas, além de reuniões de alinhamento com as equipes. Essas iniciativas visam reduzir o índice de absenteísmo e garantir que a meta seja alcançada nos próximos períodos, promovendo maior comprometimento e organização no ambiente de trabalho.





TAXA DE ACIDENTE DE TRABALHO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Taxa de Acidente de Trabalho	Quantidade de CATs no mês	0	0,00%
	Total de Funcionários da Empresa no mês	380	

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: A taxa de acidente de trabalho é um indicador que mede a segurança e a saúde no ambiente de trabalho. Ela é calculada a partir do número de acidentes ocorridos em um determinado período de tempo

JUSTIFICATIVA: A taxa de acidentes de trabalho registrada neste mês foi inferior a 3%, conforme estabelecido pela meta, atingindo um resultado de 0%.

No entanto, a capacitação e o comprometimento da equipe de profissionais do CEMPES que atendem nas Equipes de Saúde da Família, geraram uma taxa de 0% (zero) de acidentes de trabalho neste mês.

Esse resultado concretiza a política de valorização dos nossos profissionais, refletindo um trabalho preventivo consistente para evitar a ocorrência de acidentes.

PLANO DE AÇÃO: É essencial continuar reforçando as ações preventivas, como treinamentos, avaliações de risco e melhorias no ambiente de trabalho, para assegurar a manutenção desse desempenho positivo e alcançar a meta de zero acidentes de forma contínua.





ALIMENTAÇÃO MENSAL DO E-SUS POR UNIDADE

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Alimentação Mensal do E-SUS	Número de unidades que fizeram os lançamentos no E-SUS	21	100%

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: A alimentação mensal do E-SUS tem o objetivo de informar quantas unidades fizeram o lançamento no sistema

JUSTIFICATIVA: O CEMPES tem desenvolvido um trabalho de capacitação das equipes das unidades de saúde com o objetivo de que toda a produção seja sempre encaminhada via sistema. Esse indicador dá apoio aos municípios na APS para novo modelo gestão de saúde para seus usuários melhorar atendimento. O resultado deste projeto é que neste trimestre atingimos 100% da Meta em todas as Unidades

PLANO DE AÇÃO: É essencial continuar reforçando com os gestores da área as capacitações de melhorias de boas práticas e que continuem alimentando o sistema com todas as informações pertinentes, para continuar com um atendimento em excelência.





TAXA DE TURNOVER

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Taxa de Turnover	Total de funcionários Admitidos no mês	16	3,03%
	Total de Funcionários Demitidos no mês	7	
	Total de Funcionários da Empresa no mês	380	

FONTE: Controle de Ponto

JUSTIFICATIVA



ANÁLISE DOS DADOS: O indicador de Turnover tem como meta manter a porcentagem em nível baixo, para garantir que a equipe permaneça estável e aprimorem boas práticas.

JUSTIFICATIVA: Este mês a meta da taxa de turnover foi atingida com sucesso devido ao esforço contínuo nas estratégias de retenção de talentos e aprimoramento do ambiente de trabalho. Foram implementadas ações focadas em melhorar a satisfação e o engajamento dos colaboradores, como programas de desenvolvimento profissional, maior atenção à qualidade de vida no trabalho. Além disso, realizamos uma comunicação mais transparente e eficaz com os funcionários, abordando suas necessidades e expectativas. Esses esforços contribuíram para a redução do índice de turnover, alinhando-se às metas estabelecidas e fortalecendo a estabilidade da equipe.



AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Realização de pesquisa de satisfação, por meio de formulários padronizados junto aos usuários	TOTAL DE USUÁRIOS SATISFEITOS	0	0%
	TOTAL DE USUÁRIOS AVALIADOS	0	

ANÁLISE



ANÁLISE DOS DADOS: A pesquisa de satisfação é uma ferramenta estratégica que tem como objetivo principal avaliar a qualidade dos serviços prestados, identificar oportunidades de melhoria, e assegurar que as necessidades e expectativas dos pacientes sejam atendidas

JUSTIFICATIVA: Neste mês a meta não foi alcançada pois o CEMPES está realizando reuniões de alinhamento junto da subsecretaria da atenção básica, do subsecretário de planejamento e coordenador de ouvidoria do município para definição de modelo.

PLANO DE AÇÃO: Reunião de implantação das novas urnas de pesquisa de satisfação de todas as unidades básicas de saúde. A iniciativa visa assegurar que os usuários possam registrar suas avaliações sobre o atendimento de forma segura, incentivando a transparência e a melhoria contínua dos serviços, nesta reunião, foram elaboradas as condutas e ainda compartilhado o cronograma para entrega das urnas de pesquisa de satisfação na Atenção Básica dentro do prazo estabelecido.



**RELATÓRIO DE
PRODUÇÃO/INFORMAÇÃO
CONFORME
CRONOGRAMA
PROPOSTO PELA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE
MENTAL DA SEMUS**

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Enviar relatórios de produção/informação conforme cronograma proposto pela Coordenação de Saúde Mental	01 (uma) Prestação de contas entregue no prazo conforme edital, totalizando 02(dois) relatórios(assistencial e relatório financeiro)	2	100%

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O objetivo deste indicador é garantir que os relatórios de produção ou as informações relacionadas à área de saúde mental sejam enviados de maneira regular e dentro dos prazos estabelecidos pela Coordenação de Saúde Mental. A pontualidade no envio dos relatórios é fundamental para a análise contínua das atividades e o acompanhamento dos serviços prestados, permitindo um controle mais eficaz das ações e a implementação de melhorias nos processos

JUSTIFICATIVA: A justificativa para este indicador está relacionada à importância da transparência e da organização na gestão das atividades de saúde mental, O envio de relatórios dentro do cronograma estabelecido permite o alcance da meta estabelecida.

PLANO DE AÇÃO: Para continuar atingindo o objetivo de envio de relatórios de produção ou informações conforme o cronograma, é necessário continuar seguindo com as orientações da importância da elaboração do relatório e do cumprimento dos prazos estabelecidos no cronograma





PARTICIPAÇÃO DE ATIVIDADE EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE CONFORME CRONOGRAMA DA SEMUS

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	MÊS	
		SETEMBRO	
		ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO
Participação de Atividades de Educação em Saúde conforme cronograma de SMS para os profissionais	01 (um) Relatório mensal das atividades realizadas	1	100%

ANÁLISE

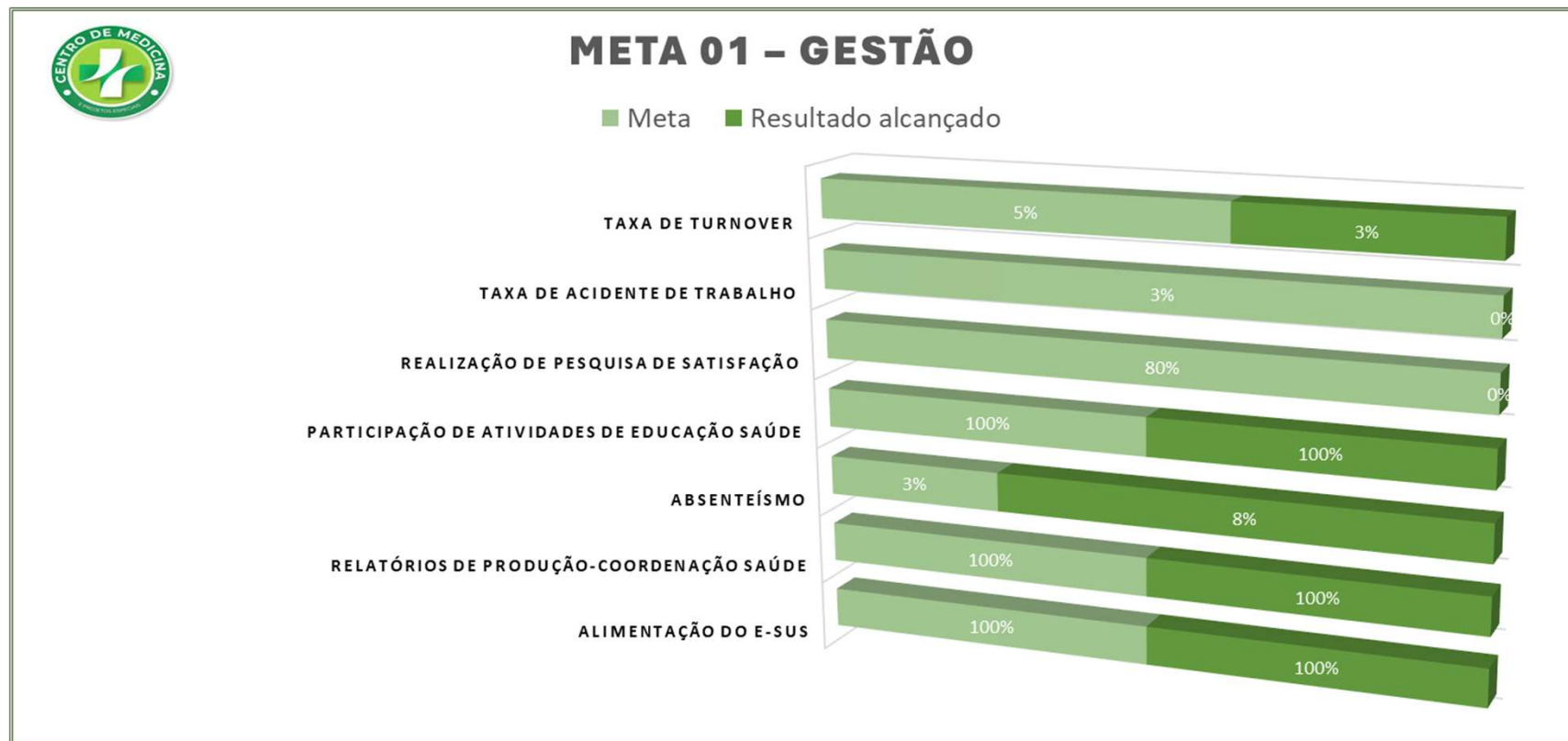
ANÁLISE DOS DADOS: O objetivo deste indicador é assegurar a participação regular e pontual em atividades de educação em saúde, conforme o cronograma estabelecido pela Secretaria de Saúde. A participação efetiva nestas atividades visa promover a capacitação contínua da equipe e garantir que as ações de saúde sejam disseminadas de forma eficiente à população, de acordo com as prioridades e necessidades locais.

JUSTIFICATIVA: No período avaliado, a participação nas atividades de educação em saúde, conforme o cronograma estabelecido pela SMS, foi concluída com êxito, atingindo 100% da meta proposta. Esse resultado reflete o engajamento e o comprometimento dos profissionais com o aprimoramento contínuo, contribuindo para a qualificação da equipe e o fortalecimento das práticas de saúde.

PLANO DE AÇÃO: Para garantir a participação efetiva nas atividades de educação em saúde conforme o cronograma da Secretaria de Saúde, o seguinte plano de ação será adotado: definição e divulgação do cronograma, comunicação interna e mobilização da equipe, planejamento das atividades de participação acompanhamento da participação, avaliação da eficácia das atividades, ajustes no cronograma ou atividades.



REPRESENTAÇÃO GRÁFICA





HOSPITAL METAS E INDICADORES

META DE ACOMPANHAMENTO

DEFINIÇÃO

A implementação de metas e indicadores na unidade hospitalar é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Para alcançar essas metas, é fundamental realizar uma avaliação de desempenho institucional, que deve considerar o dimensionamento de pessoal em conformidade com os objetivos físicos e quantitativos estabelecidos. Dessa forma, poderemos monitorar o progresso e garantir que os padrões de qualidade sejam atendidos, promovendo um ambiente de cuidado mais eficaz e eficiente.



**Tempo de espera inferior
a 30 minutos para mais de
90% dos usuários
classificados como
amarelos.**

MÊS: SETEMBRO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Tempo de espera inferior a 30 minutos para mais de 90% dos usuários classificados como amarelos, medida desde o acolhimento até o atendimento Médico	Total de usuários classificados como RISCO AMARELO atendidos em tempo ≤ 30 min	976	95,69%	90%	15	15
	Total de usuários classificados como RISCO AMARELO	1020				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador de Tempo de Espera inferior a 30 minutos para mais de 90% dos usuários classificados como "amarelos" tem como objetivo otimizar o atendimento de pacientes que apresentam condições de urgência moderada

JUSTIFICATIVA: Este grupo de pacientes, ao ser acolhido, deve ser avaliado rapidamente para garantir que recebam cuidados médicos em um tempo adequado.

A mensuração deste indicador considera o período desde o acolhimento do paciente até o momento em que ele é atendido por um médico.

Para garantir que mais de 90% dos pacientes "amarelos" sejam atendidos dentro deste prazo, é fundamental implementar processos eficazes de triagem e gestão do fluxo do atendimento, além de assegurar a disponibilidade de recursos necessários. O monitoramento contínuo deste indicador permitirá realizar ajustes no processo, quando necessário, para atingir os padrões estabelecidos.





Tempo de espera inferior a 120 minutos para mais de 90% dos usuários classificados como azul e verde.

MÊS: SETEMBRO						
INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Tempo de espera inferior a 120 minutos para mais de 90% dos usuários classificados como azul e verde, medida desde o acolhimento até o atendimento Médico	Total de usuários classificados com RISCO VERDE atendidos em tempo ≤ 120 min	3417	92,40%	90%	15	15
	Total de usuários classificados como RISCO AMARELO	3698				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador "Tempo de espera inferior a 120 minutos para mais de 90% dos usuários classificados como verde" é uma métrica de eficiência em serviços de saúde, com foco específico no atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência.

JUSTIFICATIVA: São classificados como verde pacientes com condições que precisam de atenção, mas que não são consideradas emergenciais. Este indicador estipula que o tempo de espera, desde o acolhimento até o atendimento médico, deve ser inferior a 120 minutos para mais de 90% dos pacientes nas categorias verde. O tempo de espera é calculado a partir do registro do acolhimento (quando o paciente é recebido e triado) até o momento em que ele é efetivamente atendido pelo médico. Essa medição ajuda a identificar a eficiência dos processos de triagem e atendimento dentro da unidade de saúde.





Classificação de Risco para mais de 90% dos pacientes acolhidos na Unidade

MÊS: SETEMBRO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Classificação de Risco para mais de 90% dos pacientes acolhidos na Unidade (Prontuário Eletrônico)	Total de usuários classificados	4877	97,25%	90%	10	10
	Total de usuário Acolhidos	5015				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador de Classificação de Risco busca garantir que mais de 90% dos pacientes acolhidos na unidade hospitalar sejam avaliados de acordo com um sistema de triagem, utilizando o Prontuário Eletrônico.

JUSTIFICATIVA: Essa classificação é crucial para priorizar atendimentos com base na gravidade dos casos, permitindo que os pacientes mais críticos recebam atenção imediata. A implementação desse indicador assegura um fluxo de atendimento mais eficiente e eficaz, promove a segurança do paciente e melhora a qualidade do serviço prestado. O monitoramento contínuo deste indicador pode auxiliar na identificação de áreas que requerem melhorias e na alocação adequada de recursos humanos e materiais.





Taxa de mortalidade

MÊS: SETEMBRO						
INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Taxa de mortalidade na UPA inferior a 4%	Saídas por Óbito de pacientes admitidos há mais de 24 horas	9	3,33%	4%	10	10
	Saídas por Alta + Evasão + Desistência de Tratamento + Transferência Externa + Óbito	270				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: A taxa de mortalidade hospitalar refere-se à proporção de pacientes que falecem enquanto estão internados em um hospital dentro de um determinado período.

JUSTIFICATIVA: O objetivo deste indicador é manter a taxa de mortalidade abaixo de 4%, o que é considerado um padrão de qualidade positivo para avaliar a eficácia do tratamento e a segurança do paciente no hospital. Uma taxa de mortalidade baixa sugere que o hospital está proporcionando um atendimento efetivo, com boas práticas clínicas e intervenções adequadas. O monitoramento dessa taxa pode ajudar a identificar áreas que necessitam de melhorias nos protocolos de cuidado, gerenciamento de condições críticas e formação de equipes de saúde.





Regulação dos pacientes da Sala Amarela em tempo inferior a 24 horas

MÊS: SETEMBRO						
INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Regulação dos pacientes da Sala Amarela em tempo inferior a 24 horas	Total de pacientes (Leitos de observação da SALA AMARELA) regulados em tempo ≤ 24 hs	0	0,00%	80%	10	0
	Total de pacientes (Leitos de observação da SALA AMARELA) regulados	0				

ANÁLISE



ANÁLISE DOS DADOS: O indicador “regulação dos pacientes da Sala Amarela em tempo inferior a 24 horas” se refere ao processo de triagem e encaminhamento de pacientes em uma unidade de saúde, especialmente em atendimentos de urgência e emergência. A "Sala Amarela" geralmente se refere a uma área de triagem destinada a pacientes que requerem atenção médica, mas que não estão em condição crítica.

Este indicador estabelece que a regulação dos pacientes classificados na Sala Amarela deve ser realizada em um prazo inferior a 24 horas, isso significa que, desde o momento da triagem até que o paciente seja encaminhado para o atendimento adequado (seja para internação, observação ou alta), esse tempo não deve ultrapassar um dia.

JUSTIFICATIVA: O principal objetivo deste indicador é garantir que os pacientes recebam a atenção necessária de forma rápida e eficiente, minimizando esperas prolongadas e aumentando a eficácia do sistema de saúde. A regulação em tempo hábil contribui para um fluxo adequado de pacientes, evitando congestionamentos e melhorando a experiência do usuário. Monitorar este indicador permite aos gestores do serviço de saúde identificar áreas de melhoria nos processos de triagem e atendimento, possibilitando a alocação eficiente de recursos



Regulação dos pacientes da Sala Vermelha em tempo inferior a 12 horas

MÊS: SETEMBRO						
INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Regulação dos pacientes da Sala Vermelha em tempo inferior a 12 horas	Total de pacientes (Leitos de Observação da SALA VERMELHA) Regulados em tempo ≤ 12 hs	0	0,00%	90%	10	0
	Total de pacientes (Leitos de Observação da SALA VERMELHA) Regulados	0				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador “regulação dos pacientes da sala vermelha em tempo inferior a 12 horas” é uma métrica importante no contexto de atendimento em serviços de saúde que lidam com emergências. A "Sala Vermelha" é geralmente destinada a pacientes em estado crítico que necessitam de atenção médica imediata. Este indicador estabelece que a regulação dos pacientes classificados na Sala Vermelha deve ser realizada em um prazo inferior a 12 horas, isso significa que o tempo entre a triagem dos pacientes na sala e seu encaminhamento para o atendimento adequado (seja internação, transferência para outra unidade ou alta) deve ser menor que 12 horas.

JUSTIFICATIVA: O principal objetivo deste indicador é garantir que os pacientes em estado crítico recebam atendimento urgente sem atrasos, assegurando que as intervenções necessárias sejam realizadas o mais rápido possível. Pacientes na sala vermelha estão frequentemente em situações de risco de vida, e seu tratamento imediato pode ser decisivo para a sobrevivência e recuperação. Este indicador é um reflexo da capacidade da instituição em responder rapidamente a situações críticas, o que é essencial para a qualidade do atendimento em emergências.





**100 % do faturamento
encaminhado via SIA/SUS**

MÊS: SETEMBRO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
100 % do faturamento encaminhado via SIA/SUS	Total de Atendimentos Médicos faturados SIA/SUS	4966	100%	100%	10	10
	Total de Atendimentos	4966				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador "100% do faturamento encaminhado via SIA/SUS" refere-se ao processo de faturamento dos serviços prestados por instituições de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) é um sistema que registra e processa informações sobre atendimentos ambulatoriais em unidades básicas, incluindo policlínicas, hospitais e outros serviços realizados na rede pública de saúde.

JUSTIFICATIVA: Este indicador implica que 100% do faturamento gerado pelos serviços prestados a pacientes do SUS deve ser corretamente registrado e encaminhado através do SIA, garantindo que todos os atendimentos realizados sejam contabilizados e pagos.

O principal objetivo é assegurar que todas as receitas provenientes dos atendimentos aos pacientes do SUS sejam formalmente documentadas e recebidas, contribuindo para a sustentabilidade financeira da instituição de saúde. Um faturamento completo e registrado permite melhores análises e planejamentos financeiros, ajudando a instituição a alocar recursos de forma eficaz.





**Taxa de evasão de
pacientes inferior a 5%**

MÊS: SETEMBRO

INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Taxa de evasão de pacientes inferior a 5%	Total de Pacientes Acolhidos - Total de Pacientes Atendidos	139	2,77%	5%	10	10
	Total de pacientes acolhidos	5015				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador “taxa de evasão de pacientes inferior a 5%” refere-se à porcentagem de pacientes que abandonam o tratamento ou o seguimento de cuidados sem completar o processo de atendimento recomendado.

Esse indicador é crucial para avaliar a eficácia e a qualidade dos serviços e atendimento.

JUSTIFICATIVA: O objetivo é que essa taxa permaneça abaixo de 5%. Este mês o CEMPES conseguiu alcançar o resultado estabelecido, que é a taxa abaixo de 5%. Uma taxa de evasão baixa sugere que os pacientes estão satisfeitos com o atendimento e confiantes nos cuidados que estão recebendo.

A taxa deve ser monitorada regularmente para avaliar tendências e implementar melhorias nos serviços.





**Resolubilidade da
Ouvidoria superior a 90%**

MÊS: SETEMBRO						
INDICADOR	INDICADOR - FÓRMULA	ENTRADA DE DADOS	RESULTADO ALCANÇADO	META	MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS REAIS
Resolubilidade da Ouvidoria superior a 90%	Total de OUVIDORIAS (Reclamação/Solicitação/Denúncia) Resolvidas	0	0%	90%	10	0
	Total de OUVIDORIAS (Reclamação/Solicitação/Denúncia) Recebidas	0				

ANÁLISE

ANÁLISE DOS DADOS: O indicador "Resolubilidade da Ouvidoria Superior a 90%" refere-se à eficácia com que a Ouvidoria de uma instituição de saúde consegue resolver as manifestações, reclamações e solicitações apresentadas pelos usuários. A resolução bem-sucedida dos casos é fundamental para a satisfação do cliente e a melhoria contínua dos serviços

JUSTIFICATIVA: O objetivo principal é garantir que um alto percentual de questões apresentadas pelos usuários seja efetivamente resolvido, promovendo assim a confiança dos usuários com a instituição e sua disposição para utilizar os serviços oferecidos. Uma alta taxa de resolubilidade indica que a instituição está atenta às necessidades e preocupações dos usuários, refletindo um compromisso com a qualidade do atendimento. A Ouvidoria serve como uma importante fonte de feedback, e a capacidade de resolver questões rapidamente ajuda a identificar áreas que precisam de aprimoramento.

Neste mês, a meta não foi alcançada pois o CEMPES está em processo de alinhamento com a Coordenação Local de Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde. Estão sendo realizadas reuniões com a Subsecretaria de Atenção Básica, o Subsecretário de Planejamento e o Coordenador de Ouvidoria do município, com o objetivo de definir um modelo de pesquisa de satisfação que esteja em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas pela Secretaria de Saúde. A implantação da pesquisa será realizada após a consolidação desse modelo conjunto.





CONCLUSÃO



CONCLUSÃO

O Centro de Medicina e Projetos (CEMPES) tem desenvolvido um projeto de aperfeiçoamento dos relatórios a serem enviados à Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de facilitar a interpretação dos dados lançados em cada um dos Indicadores inseridos.

Com base nos indicadores avaliados, o CEMPES alcançou uma pontuação de 80 pontos, de um total possível de 100 pontos, o que corresponde a 80% do total. Esse resultado reflete um desempenho positivo, embora ainda existam oportunidades para aprimoramento em algumas áreas.

A pontuação alcançada demonstra que a empresa tem se empenhado em atender aos requisitos estabelecidos, mas ainda existem aspectos que podem ser otimizados para atingir o máximo desempenho. A análise detalhada dos pontos de melhoria identificados durante a avaliação servirá como base para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes nos próximos períodos.

É importante continuar monitorando de perto os indicadores e implementar as ações corretivas necessárias, garantindo que as metas sejam atingidas de forma plena e que o desempenho seja progressivamente aprimorado. O resultado alcançado também demonstra o compromisso da empresa com a qualidade e a eficiência dos processos, o que é fundamental para o sucesso das atividades e para a melhoria contínua.

