



20
24

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
JULHO | 2024



SAÚDE



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....	5
2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....	5
2.3 PARTE VARIÁVEL 3	6
3. ANEXOS.....	1

1. INTRODUÇÃO

O Hospital Municipal Evandro Freire é um hospital geral, de média complexidade, que integra a rede municipal do SUS/SMS Rio. A unidade é composta por serviços de urgência e emergência (CER Ilha), serviços ambulatoriais, diagnóstico, cirurgia e Traumato-ortopedia, além das internações. A capacidade estrutural está distribuída em:

Capacidade diagnóstica:

- Setor de imagem – Radiologia geral, simples e contrastada;
- Duo Diagnóstico telecomandado;
- Tomografia Computadorizada com 16 canais;
- Ultrassonografia geral com 2 aparelhos;
- Laboratório de análises Clínicas.

Capacidade assistencial:

- Clínica Médica – 40 leitos, sendo 02 de isolamento;
- Saúde Mental – 15 leitos;
- Centro Cirúrgico – 04 salas de cirurgias
 - Cirurgia Geral – 09 leitos;
 - Cirurgia Traumato-Ortopédica – 09 leitos;
 - Sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA) – 05 leitos;
- Centro de Terapia Intensiva – 30 leitos, sendo 02 leitos de isolamento;
- Agência Transfusional;
- Farmácia Central;
- Farmácia Satélite;
- Central de Material e Esterilização (CME).

Capacidade gerencial e de apoio:

- Setores administrativos;
 - Direção Geral;
 - Gerências;
 - Governança de dados;
 - Qualidade
- Almoxarifado;
- Refeitório;
- Auditório.

Outras capacidades:

- Necrotério.

O presente Relatório tem como objetivo o monitoramento sistemático dos indicadores contratuais distribuídos em 3 grupos de variáveis, sob avaliação realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação que condicionam o valor de pagamento de 5% do valor do contrato.

Os indicadores, cujas metas não tenham sido alcançadas terão suas justificativas e apontamentos apresentados no presente Relatório.

Além disso, os indicadores que necessitarem de detalhamento para análise, terão seus materiais complementares descritos, estando organizados e apresentados conforme celebrado no Termo de Colaboração. São eles:

- Parte variável 1: 4 indicadores
- Parte variável 2: 9 indicadores
- Parte variável 3: 5 indicadores

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1. PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - HMEF			ANO DE ANÁLISE 2024		
Nº	Indicador	Fórmula	Julho		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	305 298	1,02	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	0 300	0,00%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	233 233	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	38 38	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			ANO DE ANÁLISE 2024		
Nº	Indicador	Fórmula	Julho		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1122 205	5,47	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	261 58	4,50	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	261 54	4,83	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	613 82	7,48	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	38 302	12,58%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós-operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	2 149	1,34%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,72	0,72	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	2 445	4,49	≤ 10/1000

9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)} \times 1000}{\text{Total de dias ventilação mecânica}}$	0 297	0,00	$\leq 8/1000$ 2,0%
% A incidir sobre o contrato					

Indicador 5 – Taxa de Mortalidade Institucional.

Devido a estrutura instalada em nossa unidade, ofertar 30 leitos para a Terapia Intensiva, considera-se esperada uma Taxa de Mortalidade acima da meta estabelecida de 8%. Isso se dá pelo perfil de gravidade dos usuários internados. No mês de julho ocorreram 38 óbitos institucionais. Destes, 26 (68,42%) óbitos ocorreram no CTI, ou seja, já estão estratificados pela gravidade. A qualidade do cuidado na UTI é monitorada por meio do indicador 7 dessa mesma variável estando abaixo do índice preconizado em Termo de Colaboração, a taxa foi de 0,72 no mês de julho para uma meta estipulada em SMR ≤ 1 .

Cabe ressaltar que do total, 14 foram inseridos em palição e acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, sendo que 7 estavam sob cuidados da Clínica Médica e 7 sob cuidados intensivos no CTI. Estes óbitos foram analisados em conjunto pela Comissão de Revisão de Óbito e Comissão de Cuidados Paliativos.

Para fins de análise da mortalidade institucional, considerando que as internações nessa unidade de saúde têm o perfil de urgência e emergência, as internações em caráter de terminalidade requerem devida sensibilidade e acolhimento.

Desse modo, os óbitos de pessoas em fim de vida têm forte impacto na mortalidade institucional. Se considerássemos apenas os óbitos para as demais internações, registraríamos uma Taxa de Mortalidade Institucional de 7,9%.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2024			
Nº	Indicador	Julho		Meta	
		Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
1	Clínica	205	90,48%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	112	93,55%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	35	82,15%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	82	98,87%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	56	89,68%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

Bloco Diagnóstico

EXAME	Jan./24	Fev.24	Mar./24	Abr./24	Mai./24	Jun.24	Jul.24	META
Exames de Patologia clínica	29.278	26.461	28.328	26.503	27.572	25.941	26.670	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.128	1.903	2.351	2.408	2.546	2.355	2.548	4.000
Exames de Tomografia	1.632	1.606	1.925	1.889	2.052	1.355	1.646	1.000
Exames de Ultrassonografia	91	113	118	88	97	86	103	400
Exames de Anatomia patológica	123	94	130	127	134	138	95	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	10	9	8	10	6	7	12	150
Eletrocardiografia	428	452	473	484	580	656	644	400
Hemodiálise	194	175	276	199	143	158	193	200

A produção diagnóstica ocorre de acordo com as demandas auferidas. As produções referentes aos exames de anatomia patológica e hemodiálises são contabilizadas em sua totalidade após o 10º dia útil de cada mês, sendo atualizada em relatório a cada mês subsequente, salvo quando do recebimento antecipado.

Entre os meses de janeiro a junho de 2024, havia sido informado a seguinte produção de exames de anatomia patológica:

EXAME	Jan./24	Fev.24	Mar./24	Abr./24	Mai./24	Jun.24	META
Exames de Anatomia patológica	61	49	50	42	51	47	220

Ocorre que o dado informado é referente ao total de pacientes que realizaram o procedimento diagnóstico, em vez do total de análises realizadas em cada procedimento. O presente Relatório traz a correção, além de ter sido corrigido no Painel da SMS (Macroindicadores).

A tomografia esteve em manutenção no período de 25/06 a 01/07. Além disso, por segurança, devido a constantes oscilações na energia elétrica, o aparelho

ficou inoperante durante as manobras elétricas realizadas pela Light nos dias 14/07, de 18/07 a 19/07, 21/07, 23/07 e 30/07.

3. ANEXO

- HMEF.CER – Ata de Comissão de Prontuários
- HMEF.CER – Ata de Comissão de Óbitos
- HMEF – SCNES
- HMEF – Planilha de óbitos



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE





20
24

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR
JULHO | 2024



SAÚDE



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	4
2.1. PARTE VARIÁVEL 1	4
2.2. PARTE VARIÁVEL 2	5
2.3. PARTE VARIÁVEL 3.....	5
3. ANEXOS	6

1. INTRODUÇÃO

A Coordenação de Emergência Regional – Ilha do governador foi inaugurada em 07 de fevereiro de 2013. A CER Ilha conta com os serviços abaixo:

Pronto Atendimento:

- Posso ajudar
- Classificação de risco
- Salas Administrativas
- Recepção
- Serviço Social
- Farmácia Central
- Sala de gesso
- Sala de curativo e sutura
- Sala de hipodermia

Observação:

- Sala de espera
- Recepção de ambulância
- Sala Vermelha: 3 leitos
- Sala Amarela: 13 leitos, sendo 1 isolamento
- Sala Amarela pediátrica: 1 leito

O presente Relatório tem como objetivo gerar continuidade no monitoramento dos indicadores contratuais distribuídos em 3 grupos de variáveis, sob avaliação realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação que condicionam o valor de pagamento de 5% do valor do contrato.

Salientamos que para cada indicador, cuja meta não tenha sido alcançada, as justificativas e apontamentos serão apresentados no presente Relatório.

Para além, ressaltamos que indicadores que necessitarem de detalhamento para análise, terão seus materiais complementares descritos.

- Parte variável 1: 6 indicadores
- Parte variável 2: 8 indicadores
- Parte variável 3: 2 indicadores

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1. PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2024		
Nº	Indicador	Fórmula	Julho		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	44 47	93,62%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	105 19500	0,54%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	2,5 166	1,51	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	714 188	3,80	1,5h
5	Relatórios Assistenciais e Financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais entregues no padrão definido pela SMS até o 10º dia útil do mês	10º dia útil	10º dia útil	10º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	30 30	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato			1,5%		

Indicador 3. Taxa de Turnover

É importante registrar que no mês de julho a CER ILHA contabilizou um total de 3 demissões e 2 admissões. Segundo a fórmula de cálculo, o resultado da divisão por 2 seria 2,5. No entanto, no painel OSInfo, não é permitida a inserção de números decimais neste campo, sendo registrado o valor de 2, o que altera o resultado do indicador de 1,51 para 1,20.

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de julho, a CER ILHA contabilizou total de 714 horas de treinamento, considerando 188 funcionários ativos do período, resultando em 3,80 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

JULHO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Orientação quanto aos critérios para descarte de produto fecundado sem sinais vitais	17/07/2024	Viviane Azevedo	30	60,00

Atuação do profissional de enfermagem alocado no POSSO AJUDAR	17/07/2024	Viviane Azevedo	31	62,00
Meta 1 Internacional de Segurança do Paciente	17/07/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Marcadores utilizados de Identificação do Paciente HMEF/CER ILHA	17/07/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Orientação quanto aos critérios para descarte de produto fecundado sem sinais vitais	18/07/2024	Valéria Pricken	31	62,00
Atuação do profissional de enfermagem alocado no POSSO AJUDAR	18/07/2024	Valéria Pricken	31	62,00
Meta 1 Internacional de Segurança do Paciente	18/07/2024	Valéria Pricken	31	62,00
Marcadores utilizados de Identificação do Paciente HMEF/CER ILHA	18/07/2024	Valéria Pricken	31	62,00
Orientação quanto aos critérios para descarte de produto fecundado sem sinais vitais	19/07/2024	Valéria Pricken	28	56,00
Atuação do profissional de enfermagem alocado no POSSO AJUDAR	19/07/2024	Valéria Pricken	28	56,00
Meta 1 Internacional de Segurança do Paciente	19/07/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Marcadores utilizados de Identificação do Paciente HMEF/CER ILHA	19/07/2024	Valéria Pricken	29	58,00
TOTAL				714

As listas de presença com as respectivas assinaturas constam no anexo desse Relatório.

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA

ANO DE ANÁLISE 2024

Nº	Indicador	Fórmula	Julho		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	5114	89,00%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$			
2.1	Vermelho	0 minutos	68	0 min	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	3963	13,12	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	27206	19,21	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	112833	33,94	Até 1h.

2.4	Azul	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u> Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	197	49,25	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	Σ do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência <u>registrada no PEP em até 12h.</u> X 100 Σ de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela	442	99,55%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h (sala <u>amarela + vermelha</u>) x100 total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	19	3,78%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h (sala <u>amarela + vermelha</u>) x100 total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	32	6,37%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em <u>um tempo <2 horas na sepse</u> x100 Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	34	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	<u>Total de pacientes com AVC que realizaram TC</u> x100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC	16	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	<u>Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados</u> total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	3	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA

ANO DE ANÁLISE 2024

Nº	Indicador	Fórmula	Julho		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	92	20,77%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos 17	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	86	93,48%	>85%
% a Incidir sobre o total do contrato					1,5%

3. ANEXOS

- Gráfico de acolhido por CAP
- Atendimentos por bairro
- Gráfico de Acolhidos por município
- Ficha SMSDC
- Planilha de procedimentos
- Planilha de Óbitos

- Pacientes redirecionados
- Planilha de Atendidos
- Ata de prontuário
- Ata de Comissão de Óbito
- Ficha SCNES
- Controle de ambulância
- Lista de presença de treinamentos
- Planilha de Regulação -
- Transferência com horário
- Gráfico de transferência
- Transferência devido AVC
- Metas Médicas
- SINAN
- SEPSE



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE





CEJAM

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
"DR. JOÃO AMORIM"**

METAS QUALITATIVAS

CER – Coordenação de Emergência Regional

Unidade Ilha

Julho/2024

METAS QUALITATIVAS

ÍNDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....	3
2.1. Pacientes atendidos por médico.....	3
2.2. Tempo de atendimento de pacientes atendidos após classificação de risco	4
2.3. Tempo médio de permanência na emergência.....	4
2.4. Taxa de mortalidade \leq 24h.....	5
2.5. Taxa de mortalidade \geq 24h.....	5
2.6. Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse.....	6
2.7. Tomografia realizada em pacientes com AVC.....	6
2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST.....	7
3. DESEMPENHO DA GESTÃO.....	7
3.1. BAE conforme.....	7
5.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	8
6. ANEXOS.....	Erro! Indicador não definido.

1. OBJETIVO

Demonstrar os resultados obtidos a fim de acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

2.1. Pacientes atendidos por médico

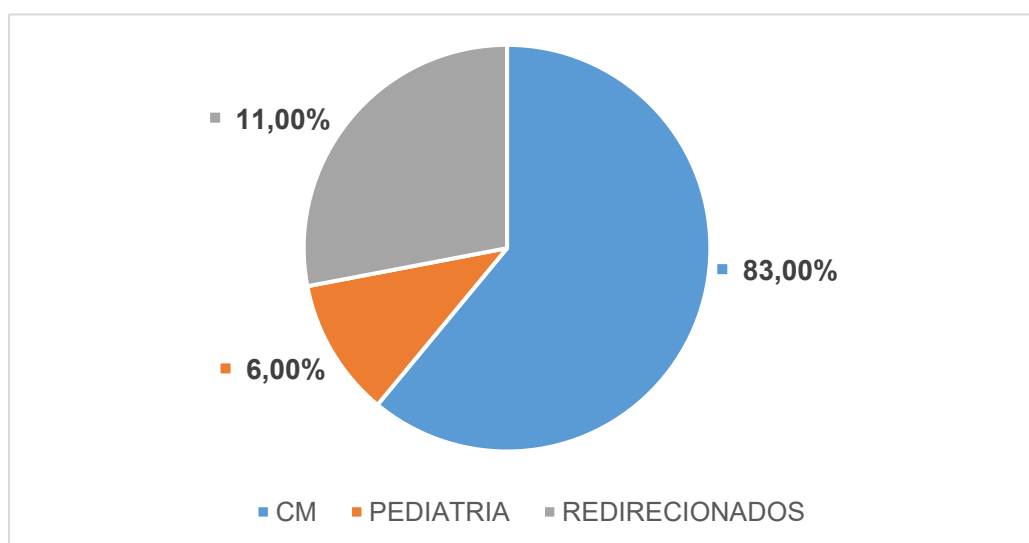
No mês de julho de 2024 foram acolhidos 5.746 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de julho/2024 foi de 89,00%.

Segundo o protocolo de classificação de risco e direcionamento de conduta de atendimento para as Coordenações de Emergência Regional da SMSRIO, os atendimentos com classificação azul devem ser direcionados a rede de atenção primária.

A equipe de classificação tem seguido o protocolo estabelecido para unidade CER – ILHA, perfazendo um total de 11,00% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
5.746	4.769	345	632	5.746



2.2. Tempo de atendimento de pacientes atendidos após classificação de risco

Foi verificado que de 5.114 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 86% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

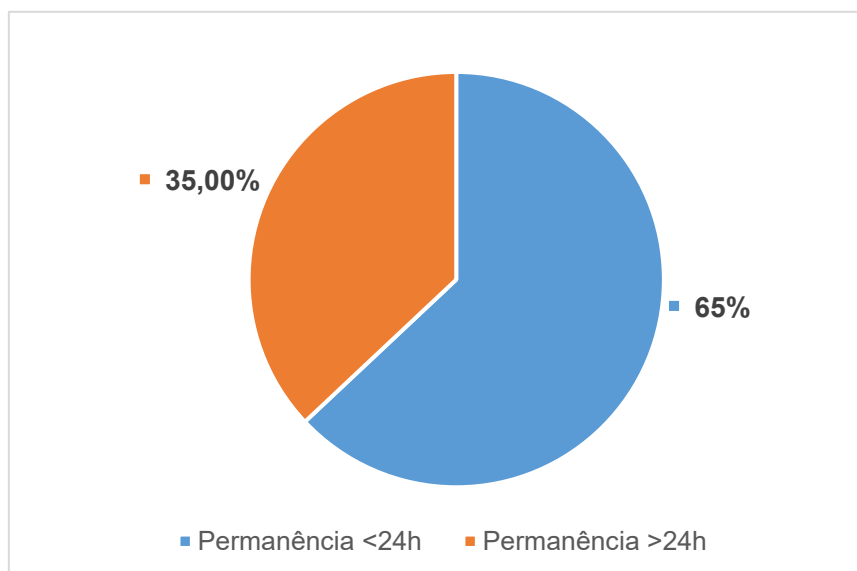
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

A verificação do tempo médio de permanência nas salas de observação é realizada pela Coordenação Assistencial da unidade CER – ILHA.

Foram realizados 706 atendimentos nas salas de observações, sendo elas: observação sala amarela adulto, observação pediátrica, sala de hidratação e sala vermelha.

Cabe destacar que o tempo de permanência de pacientes em observação nas salas amarela e vermelha maior de 24h, ocorreram pela falta de vagas na rede municipal que se adequam a necessidade do paciente e todos foram inseridos no SISREG para busca de vagas pela central de regulação. Abaixo encontra-se o demonstrativo referente ao tempo médio de permanência nas salas de observação, com dados compilados do período de 01/07/2024 à 31/07/2024.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	311	155	156	324	1,5
Sala Vermelha	87	19	68	170	0,8
Pediatria	6	1	5	6	3,3
Sala de Hidratação	98	2	96	206	0,2
TOTAL	502	177	325	706	1,1



20 pacientes permaneceram na emergência, portanto não entraram no cálculo de saídas nem de permanência.

Como demonstrado no gráfico acima 46% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 25% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade \leq 24h

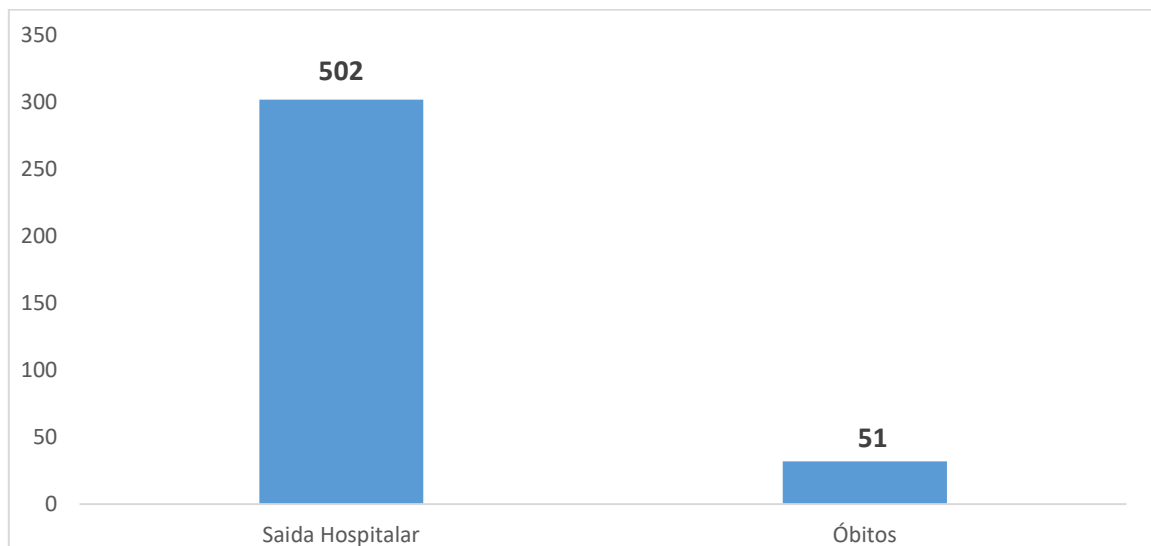
Verificou-se que dos 51 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 19 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 502 em julho/2024, a taxa de mortalidade \leq 24h neste período foi de 3,78%

2.5. Taxa de mortalidade \geq 24h

Verificou-se que dos 51 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 32 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 502 em julho/2024, a taxa de mortalidade \geq 24h neste período foi de 6,37%.



Nota: O Relatório da Comissão de Análise de óbito foi feito sob forma de Ata, anexada a este relatório.

Não foram contabilizados nos cálculos 11 óbitos, já que estes deram entrada na unidade CER – ILHA em estado cadavérico.

2.6. Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse

Realizou-se aferição da taxa de adesão da infusão de antibiótico no tempo adequado no paciente portador de SEPSE que deu entrada na unidade CER – ILHA em julho/2024. Sendo constatado 34 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 34 pacientes, contabilizado desde a sua chegada à unidade CER – ILHA, ou seja, em 100,0% dos pacientes com SEPSE, que se enquadrou no protocolo, foi administrado antibiótico em período ≤ 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTIICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	34
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	34
Taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado	100,00%

2.7. Tomografia realizada em pacientes com AVC

Realizou-se aferição da taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de AVC que foram submetidos à tomografia computadorizada (TC) no período de julho/2024.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	16
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	16
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 16 pacientes com diagnóstico de AVC, 14 foram classificados como isquêmico e 02 foram classificados como hemorrágico.

Como demonstrado na tabela acima, foram realizados exames de TC em 100,0% dos pacientes que chegaram a unidade com suspeita ou diagnóstico de AVC.

2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST

Realizou-se a aferição da taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST que foram submetidos à Trombólise na unidade no período de julho/2024.

Ressaltamos que 06 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 03 pacientes preenchem o critério do protocolo estabelecido para terapia trombolítica.

TROMBÓLISE REALIZADA NO TRATAMENTO DE IAM COM SUPRA DE ST	
Pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST com indicação para trombólise	03
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	03
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
R.C.O.	57	213031	09/07/24	C/SST	X	
M.A.L.C.	64	214031	14/07/24	C/SST	X	
N.T.C.	82	68937	19/07/24	S/SST		X
A.G.B.	67	12771	20/07/24	S/SST		X
D.S.	62	215913	24/07/24	C/SST	X	
R.F.O.S.	39	206366	29/07/24	S/SST		X

2.9. DA GESTÃO

2.10. BAE conforme

A comissão de revisão de prontuários atuante, que visa à conferência do preenchimento adequado dos BAE's referentes aos atendimentos, realizou a conferência dos mesmos, após o arquivamento dos BAE's por data de atendimento e organização de acordo com a numeração.

Durante o mês de julho/2024, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.114 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 5.114.

Salientamos que todos os prontuários em não conformidade em relação à assinatura dos profissionais responsáveis, são imediatamente verificados e enviados para correção antes de seu arquivamento. Mediante esta prática é possível assegurar que os BAE's gerados no mês de julho/2024 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 58,25% das não conformidades identificadas são referentes aos BAE's sem assinatura de alta e carimbo médico assim como, boletins sem fechamento no sistema e impressão.

Assim temos 41,75% dos BAE'S dentro do padrão de conformidade.

Ações a serem tomadas:

- 1º Realizar de reuniões de comissão de prontuários;
- 2º Auxiliar os médicos no fechamento dos atendimentos;
- 3º Orientar o administrativo na revisão, monitoramento e guarda dos prontuários.

BAE'S	QNTD	%
BAE'S do mês por especialidade	5114	100,00%
BAE'S não conformes	2.979	58,25%
Total de BAE'S conformes	2.135	41,75%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 30 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 30 foram notificados seguindo este protocolo. Logo, 100,0% dos pacientes que se enquadravam nesta exigência foram notificados através do SINAN.

Este indicador é obtido dividindo-se número de fichas SINAN preenchidas pelo total de situações com SINAN obrigatório = $30/30 \times 100 = 100,0\%$