

20  
25

# RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE  
Outubro | 2025

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. PARTE VARIÁVEL 1 .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....</b>	<b>Erro!</b>
Indicador não definido.	5
<b>2.3 PARTE VARIÁVEL 3.....</b>	<b>6</b>
<b>3. ANEXOS .....</b>	<b>1</b>

## 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			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro		
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	<u>Nº total de AIH apresentados no mês</u>	276	1,05	≥ 1
		Nº total de internações mês	262		
2	Taxa de rejeição de AIH	<u>Nº de AIH rejeitadas</u> x100	24	8,70%	≤ 7%
		Nº de AIH apresentadas	276		
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	<u>Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar x100</u>	205	100,00%	100%
		Total de prontuários analisados	205		
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	<u>Nº de óbitos ocorridos no mês</u> x100	35	100,00%	100%
		Nº de óbitos analisados	35		
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

### Taxa de rejeição de AIH:

No mês de **outubro de 2025**, a unidade registrou uma taxa de rejeição de **8,70%**, decorrente da glosa de 24 AIH's, sendo que **16** delas (**66,6%**) foram motivadas por capacidade instalada. É importante destacar que todos os leitos da unidade permaneceram disponíveis para internação, sem bloqueios ou manutenções programadas durante o período. Durante as rotinas de alimentação do SISAIH, verificou-se que o sistema não reconhecia a habilitação **0636 – Serviços Hospitalares de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental**, informando inconsistência entre o **CNES** e o módulo de faturamento **SISAIH**. Entretanto, conforme o **CNES nº 7166494**, a unidade possuía a habilitação **0636** regularmente registrada, abrangendo o atendimento a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas para fins de faturamento. Desde **junho de 2025**, a unidade manteve contato com a **SUBHUE** relatando a situação do sistema, e foram abertos **4** chamados para o **DATASUS**, acompanhados do envio de documentos que comprovavam os erros identificados. Após a abertura dos chamados, o **DATASUS** solicitou o envio de evidências adicionais sobre as falhas. Paralelamente, a SMS comunicou no dia **28/10/2025**, por meio do grupo **SIH SMS RIO**, que as unidades deveriam atualizar o **SISAIH01**, em função de uma atualização realizada pelo Ministério relacionada às habilitações. Informando que diante das diversas atualizações recentes do Ministério, recomenda-se que as unidades atualizem o **SISAIH01** utilizando o arquivo **HABCNES.txt**, disponível como anexo na página do CNES, identificado como GESTOR FEDERAL. Enquanto o problema técnico não era solucionado, já reportado por meio do

ofício nº 273/2025 à S/SUBGERAL/CGCCA, os leitos de Saúde Mental foram lançados temporariamente como leitos de Clínica Médica. Essa medida, contudo, resultou em ultrapassagem da capacidade instalada do setor de clínica, ocasionando as glosas mencionadas. Após o fechamento e envio das contas para auditoria, foi recebido o arquivo de atualização do sistema SISAIH (28/10/2025), permitindo a inserção definitiva da habilitação 0636 e restabelecendo a correta classificação dos leitos. Com a correção sistêmica e o reconhecimento da habilitação, a taxa de rejeição ajustada, desconsiderando as glosas por capacidade instalada, seria de 2,8%, valor inferior à meta contratual estabelecida.

## PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF					
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1204	6,76	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	270	6,75	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	266	4,84	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	612	6,65	10 dias
5	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	4	3,33%	≤ 3%
6	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,64	0,64	SMR ≤ 1
7	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	1	0,00	≤ 10/1000
8	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	0	0,00	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato					

Em conformidade com o Termo Aditivo de Prorrogação nº 003/2025, vinculado ao Termo de Colaboração nº 010/2021, conforme previsto na Primeira Cláusula do contrato, procedeu-se à alteração do indicador da variável 02. O indicador de taxa de mortalidade institucional foi retirado, em decorrência das análises institucionais realizadas, que consideraram o perfil de mortalidade da unidade. Em substituição, o peso percentual anteriormente atribuído a esse indicador foi incorporado ao indicador de taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta. Assim, o percentual incidente sobre o valor total do contrato, antes fixado em 0,2%, passou a ser 0,4%, refletindo melhor a complexidade assistencial e a adequação dos parâmetros de desempenho monitorados.

## Taxa de mortalidade pós-operatória:

O mês de outubro de 2025, a unidade registrou uma taxa de mortalidade pós-operatória de 3,33%, correspondente a quatro óbitos em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Entre esses casos, três (75%) eram pacientes com idade entre 70 e 90 anos, que evoluíram com complicações infecciosas e/ou circulatórias graves, tendo sepse e falência de múltiplos órgãos como principais causas registradas. Os fatores que contribuíram para esses desfechos incluem idade avançada, presença de infecções sistêmicas, necessidade de cirurgias de urgência em condições clínicas críticas e redução da reserva fisiológica, o que limitou a capacidade de resposta ao estresse cirúrgico e infeccioso. Assim, o prognóstico desfavorável esteve diretamente relacionado à gravidade dos quadros clínicos e às condições de saúde prévias dos pacientes.

### 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Outubro		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤ 95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clínica	178	97,10%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	95	96,06%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	31	85,59%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	92	98,71%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	43	94,52%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
A incidir sobre o contra				0,75%	1,50%

### Bloco Diagnóstico:

A produção diagnóstica da unidade é influenciada pelas demandas auferidas, o que sugere uma relação direta entre a necessidade de exames e a capacidade de atendimento. A contabilização total das produções referentes aos exames de hemodíalise acontece após o 10º dia útil de cada mês, permitindo uma avaliação mais precisa da eficiência da unidade. A atualização mensal do relatório, exceto em casos de recebimento antecipado, possibilita o acompanhamento contínuo da produção e a identificação de tendências e variações. Embora a referência diagnóstica no Termo de Colaboração N° 019/2023 não vincule recursos financeiros, a monitoração da produção é fundamental para avaliar o desempenho da unidade e identificar áreas de melhoria. A unidade tem como meta realizar **30.370** exames por mês, distribuídos de acordo com as especificidades da tabela abaixo: No mês de **(out.2025)**, a unidade realizou um total de 33.809 exames, superando em **11%** a expectativa diagnóstica mensal. Essa variação nos resultados pode ser atribuída às características de demanda espontânea, que podem influenciar a necessidade de exames. A análise dos resultados revela que a unidade está apresentando um desempenho acima da expectativa, com uma taxa de realização de exames de **111%** da meta estabelecida. No entanto, é importante considerar as variações nos resultados e as características de demanda espontânea para entender melhor os fatores que influenciam a produção diagnóstica.

EXAME	jan.-25	fev.-25	mar.-25	abr.-25	mai.-25	jun.-25	jul.-25	ago.-25	set.-25	out.-25	META
Exames de Patologia clínica	29.170	26.321	28.400	27.329	27.265	25.642	27.170	26.854	26.827	27.813	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.439	2.368	2.597	2.716	2.735	2.585	3.068	2.953	2.911	3.048	4.000
Exames de Tomografia	1.979	1.703	1.958	1.934	2.072	2.129	1.914	2.163	1.937	2.059	1.000
Exames de Ultrassonografia	104	86	97	97	99	102	94	72	72	75	400
Exames de Anatomia patológica	92	146	119	123	217	177	75	130	105	181	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	8	6	7	4	7	4	9	6	2	150
Eletrcardiografia	625	428	545	455	506	482	501	646	604	631	400
Hemodíalise	149	153	204	172	201	164	174	164	143		200

### 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  
25

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR  
Outubro | 2025

## SUMÁRIO

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

## 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 necessitem 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

### PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro		
			Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	<u>Total de BAE dentro do padrão de conformidade</u> x100 Total de BAE analisados	46 47	<b>97,9%</b>	<b>&gt; 90%</b>
2	Índice de Absenteísmo	<u>Horas líquidas faltantes</u> x100 Líquidas disponíveis	39 21250	<b>0,18%</b>	<b>&lt; 3%</b>
3	Taxa de Turnover	<u>(Nº de demissões + Nº de Admissões) /2</u> x100 Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	5 176	<b>2,8%</b>	<b>≤ 3,5</b>
4	Treinamento homem hora	<u>Total de horas homem treinados no mês</u> Número de funcionários ativos no período	540 177	<b>3,05</b>	<b>1,5h</b>
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	5º dia útil	5º dia útil	10º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	<u>Número de fichas SINAN preenchidas</u> x100 Total de situações com SINAN obrigatório	226 226	<b>100%</b>	<b>100%</b>
% a Incidir sobre o total do contrato					

#### Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de novembro de 2025, a CER ILHA contabilizou total de 542 horas de treinamento, considerando 177 funcionários ativos do período, resultando em 3,05 homens/horas treinados. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

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

OUTUBRO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Meta 3 - Segurança no uso de medicações	10/15/2025	Valéria Pricken	30	60,00
Preenchimento Notificação Epimed/Preenchimento planilha de Indicadores	10/15/2025	Valéria Pricken	30	60,00
Sinan de Violência para DEGASE	10/15/2025	Valéria Pricken	30	60,00
Meta 3 - Segurança no uso de medicações	10/17/2025	Valéria Pricken	22	44,00
Preenchimento Notificação Epimed/Preenchimento planilha de Indicadores	10/17/2025	Valéria Pricken	22	44,00
Sinan de Violência para DEGASE	10/17/2025	Valéria Pricken	23	46,00
Meta 3 - Segurança no uso de medicações	10/16/2025	Valéria Pricken	28	56,00
Preenchimento Notificação Epimed/Preenchimento planilha de Indicadores	10/16/2025	Valéria Pricken	25	54,00
Sinan de Violência para DEGASE	16/10/2025	Valéria Pricken	28	56,00

Prevenção de PAV / Momento de Higienização das mãos	10/3/2025	Ana Paula Souza / Barbara Joyce	19	19,00
Prevenção de PAV / Momento de Higienização das mãos	10/2/2025	Ana Paula Souza / Barbara Joyce	18	18,00
Prevenção de PAV / Momento de Higienização das mãos	10/1/2025	Ana Paula Souza / Barbara Joyce	23	23,00
<b>TOTAL</b>		<b>540</b>		

## 2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro		
			Produção	Resultado	
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	6022	92,62%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	6502		
2.1	Vermelho	0 minutos	52	0 min	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	3167	11,52	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	275	26,05	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	29596	47,83	Até 1h.
2.4	Azul	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	120969	13,55	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}$	2529	100%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	482	3%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24\text{h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	15	3%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na sepse} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibióticoterapia}}$	492	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$	27	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}}$	25	0,0%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

## 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro		
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	<u>Nº de questionários preenchidos</u> x100	108	23,0%	>15%
		Pacientes em observação	469		
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	<u>Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos</u> x100	104	96,3%	>85%
		Total de respostas efetivas	108		
% a Incidir sobre o total do contrato					

## ANEXOS

- Gráfico de acolhido por CAP
- Atendimentos por bairro
- Gráfico de Acolhidos por município
- Pacientes redirecionados
- Planilha de Atendidos
- Ata de prontuário
- Ata de Comissão de Óbito
- Ficha SCNES
- Controle de ambulância
- Lista de presença de treinamentos
- Ficha SMSDC
- Planilha de procedimentos
- Planilha de Óbitos
- 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





## **METAS QUALITATIVAS**

**CER – Coordenação de Emergência Regional**

**Unidade Ilha**

**Outubro/2025**

**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.....	5
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 .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 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

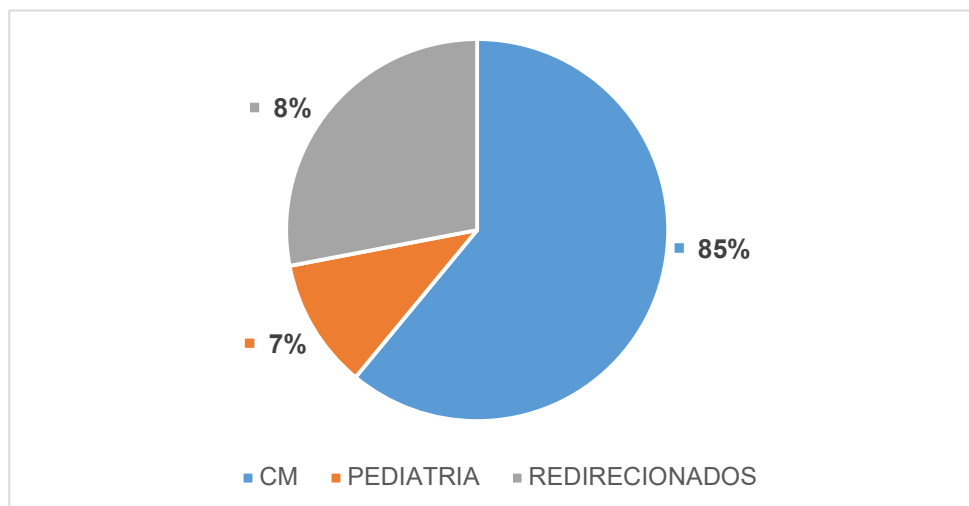
No mês de Outubro de 2025 foram acolhidos 6.555 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Outubro/2025 foi de 92%.

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 8% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6.555	5.590	432	516	6.555



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

Foi verificado que de 6.502 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 00% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

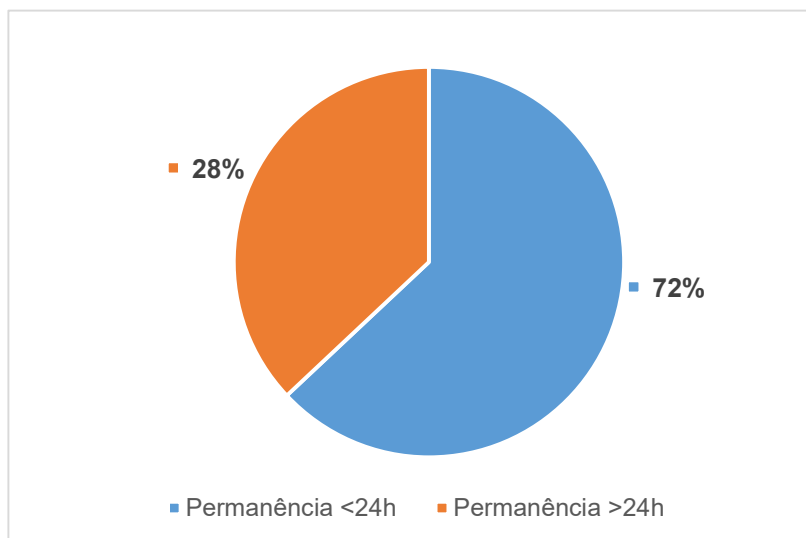
## 2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 847 atendimentos nas salas de observações, sendo elas: observação sala amarela adulto, observação pediátrica, sala de observação e sala vermelha.

Cabe destacar que o tempo de permanência de pacientes em observação nas salas amarela e vermelha ultrapassar 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 01/10/2025 à 31/10/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	349	129	220	358	1,5
Sala Vermelha	97	11	86	184	0,7
Pediatrics	11	4	7	11	1,9
Sala de Observação	59	3	56	294	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>515</b>	<b>147</b>	<b>369</b>	<b>847</b>	<b>1,2</b>



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

Como demonstrado no gráfico acima 72% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 28% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

#### 2.4. Taxa de mortalidade $\leq 24h$

Verificou-se que dos 30 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 15 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 515 em Outubro/2025, a taxa de mortalidade  $\leq 24h$  neste período foi de 2,9%

#### 2.5. Taxa de mortalidade $\geq 24h$

Verificou-se que dos 30 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 15 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 515 em Outubro/2025, a taxa de mortalidade  $\geq 24h$  neste período foi de 2,9%.

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

Não foram contabilizados nos cálculos 05 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 Outubro/2025. Sendo constatado 21 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período  $\leq 2$  horas nos 21 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  $\leq 2$  horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	21
Total de antibióticos administrados no período $\leq$ 2 horas	21
<b>Taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado</b>	<b>100,00%</b>

## 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 Outubro/2025.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	25
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	25
<b>Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC</b>	<b>100,0%</b>

De 25 pacientes com diagnóstico de AVC, 21 foram classificados como isquêmico e 04 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 Outubro/2025.

Ressaltamos que 04 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 03 pacientes preenchiam 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
<b>Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST</b>	<b>100%</b>

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
H.R.C.	64	291307	01/10/2025	C/SST		X
A.S.A.	61	81184	14/10/2025	C/SST	X	
J.N.S.	34	293652	15/10/2025	C/SST	X	
A.J.S.	81	211607	20/10/2025	C/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 Outubro/2025, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 6022 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades

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 Outubro/2025 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 62% 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 38,00% 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	6.022	100,00%
BAE'S não conformes	3.776	62,00%
<b>Total de BAE'S conformes</b>	2.246	38,00%

### **3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

Foi verificado que dos 55 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 55 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 =  $00/00 \times 100 = 100,0\%$