



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
Janeiro | 2026

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS.....	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1	5
2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....	Erro!
Indicador não definido.	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			2026		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro		
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	<u>Nº total de AIH apresentados no mês</u>	282	1,04	≥ 1
		Nº total de internações mês	270		
2	Taxa de rejeição de AIH	<u>Nº de AIH rejeitadas</u> x100	3	1,02%	≤ 7%
		Nº de AIH apresentadas	293		
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>	220	100%	100%
		Total de prontuários analisados	220		
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	<u>Nº de óbitos ocorridos no mês</u> x100	27	100%	100%
		Nº de óbitos analisados	27		
% a Incidir sobre o total do contrato			1.5%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			2026		
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1194 177	6,75	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	269 39	6,90	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	268 77	3,48	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	614 77	7,97	10 dias
5	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	2 113	1,77%	≤ 3%
6	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,69	0,69	SMR ≤ 1
7	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	2 510	3,92	≤ 10/1000
8	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	0 224	0,00	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato					

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2026		Meta	
Nº	Indicador	Janeiro		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clinica	177	96,29%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	116	96,24%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	38	81%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	77	99,03%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	48	88,39%	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 hemodiálise 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 Nº 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 **(JAN.2025)**, a unidade realizou um total de 33.961 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	out.-25	nov.-25	dez.-25	jan.-26	META
Exames de Patologia clínica	27.813	26.169	26.119	27.888	24.000
Exames de Raio-X convencional	3.048	2.787	2.877	2.701	4.000
Exames de Tomografia	2.059	2.012	2.200	2.238	1.000
Exames de Ultrassonografia	75	87	78	103	400
Exames de Anatomia patológica	181	103	154	146	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	2	10	6	7	150
Eletrocardiografia	631	765	690	702	400
Hemodiálise	154	171	204	176	200
Total	33.963	32.104	32.328	33.961	

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
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR
Janeiro | 2026

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	5

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				2026		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro			
			Produção	Resultado		
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade} \times 100}{\text{Total de BAE analisados}}$	50	92,6%	> 90%	
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes} \times 100}{\text{Líquidas disponíveis}}$	28	0,13%	< 3%	
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2 \times 100}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}}$	2	1,1%	≤ 3,5	
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	576	3,33	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	5º dia útil	5º dia útil	10º dia útil	
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas} \times 100}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}}$	141	100%	100%	
% a incidir sobre o total do contrato			141			

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de janeiro de 2026, a CER ILHA contabilizou total de **576** horas de treinamento, considerando **173** funcionários ativos do período, resultando em **3,33** 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.

Dezembro				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Mapa para registro de temperatura de geladeira	28-29-30/janeiro	VALÉRIA PRICKEN	96	192
Instrução do uso correto da caixa laranja para descarte de resíduo químico	28-29-30/janeiro	VALÉRIA PRICKEN	96	192
Instrução do uso correto da caixa amarela para descarte de perfuro cortante	28-29-30/janeiro	VALÉRIA PRICKEN	96	192
Total	576			

2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2026		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro		
			Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	6603	95,34%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	$\frac{\Sigma \text{ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	6926		
2.1	Vermelho	0 minutos	113	0 min	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\Sigma \text{ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	4423	10,41	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\Sigma \text{ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	48213	26,49	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\Sigma \text{ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	186351	45,31	Até 1h.
2.4	Azul	$\frac{\Sigma \text{ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	4482	57,46	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h}}{\text{X 100}}$	493	99,8%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	494	3%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	21	4%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na sepse} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibióticoterapia}}$	12	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$	22	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}}$	4	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			2026		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro		
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	<u>Nº de questionários preenchidos</u> x100	96	19,4%	>15%
		Pacientes em observação	494		
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	<u>Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos</u> x100	91	94,8%	>85%
		Total de respostas efetivas	96		
% 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

Janeiro/2026

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	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

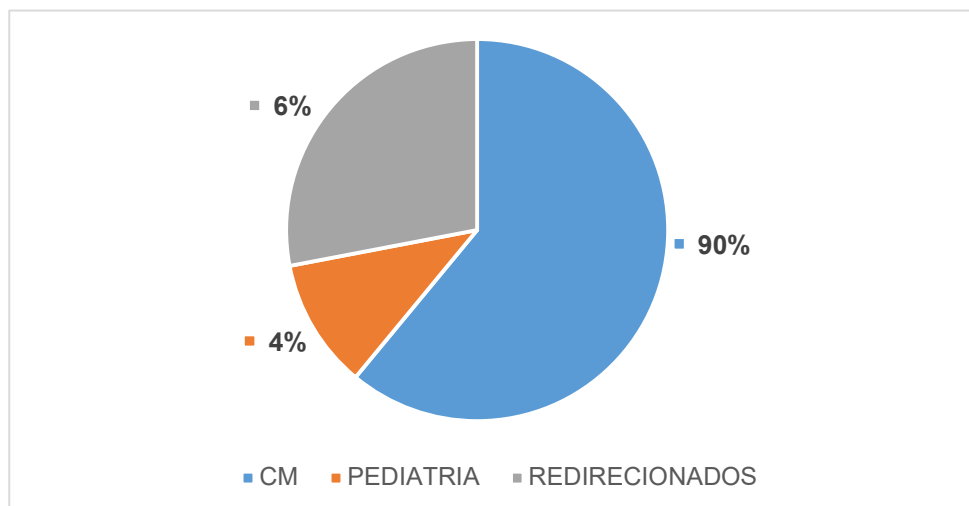
No mês de Janeiro de 2026 foram acolhidos 6.996 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Janeiro/2026 foi de 94%.

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 6% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6.996	6.336	266	357	6.996



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

Foi verificado que de 6.994 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.

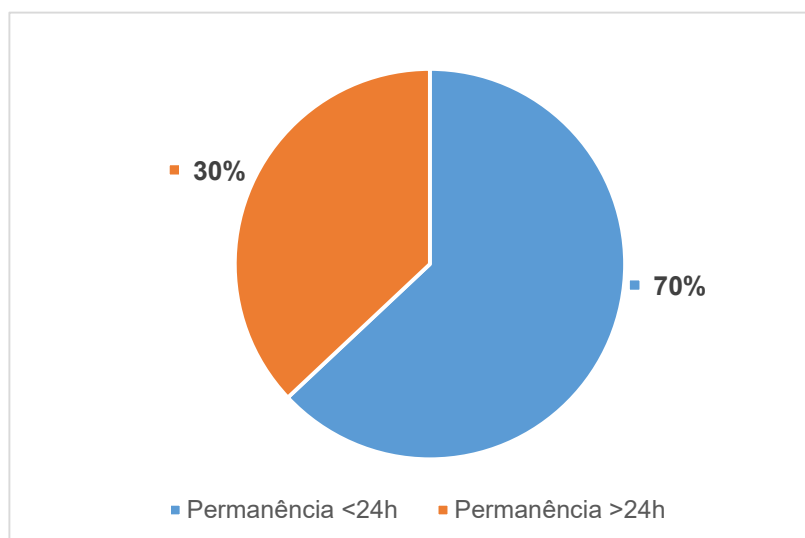
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 943 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 superior 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 01/01/2026 à 31/01/2026.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	395	158	237	406	1,3
Sala Vermelha	121	9	112	216	0,5
Pediatrics	5	6	5	11	1,8
Sala de Observação	57	1	57	310	0,0
TOTAL	585	174	411	943	1,0



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

Como demonstrado no gráfico acima 70% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 30% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq 24h$

Verificou-se que dos 40 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 19 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 585 em Janeiro/2026, a taxa de mortalidade $\leq 24h$ neste período foi de 3,3%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq 24h$

Verificou-se que dos 40 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 21 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 585 em Janeiro/2026, a taxa de mortalidade $\geq 24h$ neste período foi de 3,5%.

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 Janeiro/2026. Sendo constatado 13 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 13 pacientes, contabilizado desde a sua chegada à unidade CER – ILHA, ou seja, em 100,0% dos pacientes com SEPSE, que se enquadraram no protocolo, foi administrado antibiótico em período ≤ 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	13
Total de antibióticos administrados no período $\leq$ 2 horas	13
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 Janeiro/2026.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	22
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	22
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 22 pacientes com diagnóstico de AVC, 18 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 Janeiro/2026.

Ressaltamos que 09 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 04 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	04
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	04
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
J.F.L.	63	306338	04/01/26	C/SST	X	
M.A.S.F.	56	716	06/01/26	C/SST	X	
D.G.P.P.	43	258828	12/01/26	S/SST		X
V.C.H.	64	308361	15/01/26	S/SST		X
R.L.O.	51	308280	15/01/26	C/SST	X	
W.R.D.M.	56	423	16/01/26	S/SST		X
S.A.S.	64	75122	21/01/26	S/SST		X
C.T.M.	78	45839	27/01/26	S/SST		X
A.L.S.F.	62	310451	29/01/26	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 Janeiro/2026, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 6.602 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 Janeiro/2026 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 46% 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 54% 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	6.602	100,00%
BAE'S não conformes	3.509	46,00%
Total de BAE'S conformes	3.093	54,00%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 141 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 141 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 = $141/141 \times 100 = 100,0\%$