

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE JULHO | 2023













SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS	5
2.1.	PARTE VARIÁVEL 1	5
2.2.	5	
2.3	PARTE VARIÁVEL 3	8
2	ANEYOS	۵









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 - INCENT	ANO DI	E ANÁLISE 2	023	
Nº	Indicador	Julho Fórmula Produção Res		lho Resultado	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x100 Total de BAE analisados	44 45	97,8%	> 90%
2	Indice de Absenteísmo	Horas líquidas faltantes x100 Líquidas disponíveis	462 34996	1,3%	< 3%
3	Taxa de Turnover	(Nº de demissões + Nº de Admissões) /2 x100 Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	4 146	2,7%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	<u>Total de horas homem treinados no mês</u> Número de funcionários ativos no período	710 121	5,9	1,5h
5	Relatórios Assistenciais e Financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês	5º dia útil	5º dia útil	5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas x100 Total de situações com SINAN obrigatório	36 36	100%	100%
	% a Incidir sobr	e o total do contrato		1,5%	

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

	VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNID	ANO D	E ANÁLISE 2	2023	
Nº	Indicador	Fórmula	Ju Produção	Julho Produção Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	<u>Σ do número de pacientes dia internados na</u> <u>Clínica Médica</u> Total de saídas na Clínica Médica	1212 130	9,3	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	∑ do número de pacientes dia internados na Ortopedia Total de saídas na Ortopedia	263 58	4,5	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	∑ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica Total de saídas na Clínica Cirúrgica	267 52	5,1	5 dias







SAÚDE

4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	∑ do número de pacientes dia internados na <u>UTI adulto</u> Total de saídas na UTI adulto	612 74	8,3	10 dias			
5	Taxa de mortalidade institucional	Nº de óbitos > 24hs de internação x 100 Nº de saídas hospitalares	23 241	9,5%	≤ 8%			
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório x100 Nº de pacientes que realizaram cirurgia	2 148	1,4%	≤ 3%			
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,66	0,66	SMR ≤ 1			
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente <u>sanguínea associada a CVP</u> x 1000 total de cateter venoso central - dia	0 431	0,0	≤ 10/1000			
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce) x1000 Total de dias ventilação mecânica	0 338	0,0	≤ 8/1000			
	% A incidir sobre o contrato							

Indicador 1 – Tempo Médio de Permanência na Clínica Médica.

O Tempo de Permanência na Clínica Médica, assim como as demais clínicas e especialidades da unidade, sofre impacto de fatores como a idade dos pacientes, doenças crônicas e comorbidades além de fatores externos à unidade hospitalar.

Os pacientes que aguardam em internação hospitalar, para realização de procedimentos externos à unidade, impactam significativamente no tempo de permanência, já que as vagas ofertadas pela rede assistencial nem sempre ocorrem em tempo oportuno ao atingimento da meta contratual.

No mês de julho 7 internações tiveram tempo excessivo, o que comprometeu o TMP nessa especialidade. Dessas internações, 3 pessoas aguardavam por procedimentos externos (TRS, Revascularização, Colangioressonância) e 4 pessoas com questões sociofamiliares, conforme quadro abaixo.

	PACIENTES LONGA PERMANÊNCIA													
ATENDIMENTO	LEITO	NOME	DIH	CLÍNICA	MOTIVO/PROCEDIMENTO	ALTA	PERMANÊNCIA							
373289	201/04	CLAUDEMYR DUARTE	16/07/2023	СМ	AGUARDA TRS									
344126	201/03	DÉCIO DE ALMEIDA	24/05/2023	СМ	AGUARDA REVASCULARIZAÇÃO									







SAÚDE

					PROGRAMADA PARA 04/08/2023		
367836	202/03	MARLENE MARIA RAMOS	06/07/2023	СМ	ALTA PROGRAMADA PARA 03/08		
374650	202/04	ALINE SANDRA	17/07/2023	СМ	AGUARDANDO VAGA DE ABRIGO DESDE 24/07		
368254	203/03	RICARDO ALVES	08/07/2023	СМ	COLANGIORESSONÂNCIA 11/08		
334205	203/04	ENEMEZIO DE ALMEIDA	05/05/2023	СМ	ALTA 03/08 AGUARDANDO FAMILIA BUSCAR OU LEITO DE LONGA PERMANÊNCIA	03/08/2023	
362263	207/04	ROSILENE DE SOUZA	26/06/2023	СМ	AGUARDANDO FAMILIAR		

Indicador 3 – Tempo Médio de Permanência na Cirurgia Geral.

No mês de julho o tempo de permanência na Cirurgia Geral foi de 5,1 dias, excedendo os 5 dias que determina o Termo de Colaboração vigente. Os fatores que impactam no TMP hospitalar e nas especialidades, descritos anteriormente foram observados na cirurgia Geral, tal qual na Clínica Médica. Abaixo a relação dos pacientes com internações acima do esperado e os devidos motivos.

	PACIENTES LONGA PERMANÊNCIA											
ATENDIMENTO LEITO DIH CLÍNICA MOTIVO/PROCEDIMENTO					ALTA	PERMANÊNCIA						
374100	219/02	19/07/2023	CG	AGUARDA VAGA PARA CIRURGIA TORÁCICA								
369700	203/02	09/07/2023	CG	CG ALTA AGUARDANDO FAMILIA								
371936	222/03	14/07/2023	CG	CPRE 03/08								
374718	205/04	20/07/2023	CG	CPRE PARA 09/08/2023								

Indicador 6 – 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 maio ocorreram 23 óbitos institucionais sendo 20 no CTI, ou seja, cerca de 87% dos óbitos institucionais.







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 0,66 no mês de maio para uma meta estipulada em SMR ≤1.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

V	ARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF	2023				
		Ju	lho	Met	a	
N°	Indicador	Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%	
1	Clínica	130	97,7%	101 a 137 saídas	> 137 saídas	
2	Cirúrgica	110	95,0%	52 a 71 saídas	> 71 saídas	
3	Saúde Mental	20	80,0%	17 a 23 saídas	> 23 saídas	
4	Terapia Intensiva	74	98,7%	40 a 55 saídas	> 55 saídas	
5	Unidade Intermediária	54	93,5%	20 a 27 saídas	> 27 saídas	
	% A incidir sobre o co	ntrato		0,75%	1,50%	









Bloco Diagnóstico

EXAME	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	META
Exames de Patologia clínica	26.657	24.477	29.275	26.870	26.068	25.725	26.689	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.111	1.471	2.467	2.235	2.335	2.245	2.264	4.000
Exames de Tomografia	1.646	1.449	2.033	1.580	1.618	1.614	1.751	1.000
Exames de Ultrassonografia	96	77	78	104	64	92	79	400
Exames de Anatomia patológica	78	116	100	104	106	143		220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	4	9	3	3	6	5	5	150
Eletrocardiografia	406	388	444	369	473	488	551	400
Hemodiálise	224	173	221	165	202	250		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.

3. ANEXOS

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





RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR JULHO | 2023















SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	.3
2.	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUA	IS 4
2.1.	PARTE VARIÁVEL 1	.4
2.2.	PARTE VARIÁVEL 2	.5
2.3 F	PARTE VARIÁVEL 3	.6
3	ANEXOS	8







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 - INCEN	TIVO À GESTÃO - CER ILHA	ANO DE	E ANÁLISE 2	2023
Nº	Indicador	Fórmula	Ju	lho Resultado	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x100 Total de BAE analisados	44 45	97,8%	> 90%
2	Indice de Absenteísmo	Horas líquidas faltantes x100 Líquidas disponíveis	462 34996	1,3%	< 3%
3	Taxa de Turnover	(Nº de demissões + № de Admissões) /2 x100 Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	4 146	2,7%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	<u>Total de horas homem treinados no mês</u> Número de funcionários ativos no período	710 121	5,9	1,5h
5	Relatórios Assistenciais e Financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês	5º dia útil	5º dia útil	5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas x100 Total de situações com SINAN obrigatório	36 36	100%	100%
	% a Incidir sobı	e o total do contrato		1,5%	

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de julho, a CER ILHA contabilizou total de 710 horas de treinamento, considerando 121 funcionários ativos do período, resultando em 5,9 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	N° Participantes	Carga Horária						
DESCARTE CORRETO DE ENXOVAIS	10/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	19	38,00						
TREINAMENTO DE PRGSS	10/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	19	38,00						
DESCARTE CORRETO DE ENXOVAIS	11/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	27	54,00						
TREINAMENTO DE PRGSS	11/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	26	52,00						
DESCARTE CORRETO DE ENXOVAIS	12/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64,00						
TREINAMENTO DE PRGSS	12/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64,00						







NOVO FLUXO PARA RECEBIMENTO DE HEMOCOMPONENTES	28/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	31	62,00
PLANO DE CONTIGÊNCIA PARA REGISTROS EM GERAL NA CER ILHA	28/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64,00
MARCAÇÃO CORRETA DO LIVRO DE ECG DA SALA AMARELA	28/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64,00
NOVO FLUXO PARA RECEBIMENTO DE HEMOCOMPONENTES	26/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	16	32,00
PLANO DE CONTIGÊNCIA PARA REGISTROS EM GERAL NA CER ILHA	26/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
MARCAÇÃO CORRETA DO LIVRO DE ECG DA SALA AMARELA	26/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO LIVRO DE ENTRADA E SAÍDA	26/07/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
TREINAMENTO DE MUDANCA DE DECÚBITO	18/07/2023	MICHEL ABAL	14	28,00
TREINAMENTO DE MUDANCA DE DECÚBITO	19/07/2023	MICHEL ABAL	15	30,00
TREINAMENTO DE MUDANCA DE DECÚBITO	20/07/2023	MICHEL ABAL	15	30,00
TOTAL				710

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

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

V	VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA		ANC	DE ANÁLI	SE 2023
Ν°	Indicador	Fórmula		Julho Produção Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	_Nº de atendimentos médicos x100 Nº total de pacientes acolhidos	4487 5370	83,6%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	∑ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme_definido na classificação de risco Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco			
2.1	Vermelho	0 minutos	70	0min.	0 min.
2.2	Laranja	∑ 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	4785 276	17,3	≤15min.
2.3	Amarelo	∑ 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	19290 1035	18,6	≤30min.
2.4	Verde	∑ 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	127348 3097	41,1	Até 1h.
2.4	Azul	∑ 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	340 3	113,3	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	460 461	99,8%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h (sala amarela + vermelha) x100	27	5,5%	<4%
	amarela e vermelha) ≤ 24h.	total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	494		
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h (sala amarela + vermelha) x100	26	5,3%	< 7%
J	amarela e vermelha) ≥ 24h.	total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	494	3,370	170
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na sepse x100	20	100%	100%
O	iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	20	100%	100%
7	Percentual de tomografias	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100	18	1000/	4000/
7	realizadas em pacientes com AVC	Total de pacientes com diagnóstico de AVC	18	100%	100%
0	Percentual de Trombólise	<u>Total de pacientes IAM com supra de ST</u> trombolisados	0	4.000/	4000/
8	realizada no tratamento do IAM com supra de ST	total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	0	100%	100%
	·	e o total do contrato			2,0%

Indicador 4. Tempo médio de espera para atendimento médico na classificação de risco laranja.

No mês de julho o tempo médio de espera na classificação de risco laranja ultrapassou os 15 minutos pactuado, totalizando 17,3 minutos.

Ocorre que a abertura dos BAM's no ato do atendimento médico, por vezes ocorre tempos depois do início do atendimento de fato, enquanto isso o tempo continua a ser contabilizado. Isso se dá em algumas situações no qual o usuário já teve seu atendimento iniciado, mas devido seu quadro delicado requerer um acolhimento e escuta imediata, a abertura do BAM acaba ocorrendo alguns minutos após o início do atendimento. Informamos que medidas estão sendo tomadas para que esse processo se ajuste e o tempo médio seja contabilizado dentro do esperado para o Termo de Colaboração vigente.

Indicador 4. Taxa de Mortalidade ≤ 24h na unidade de emergência.

A taxa de referência contratual para os óbitos ocorridos com tempo inferior a 24 horas é de 4%. No mês de julho foi contabilizada uma taxa de 5,5%.

Os atendimentos na emergência são característicos a pessoas com quadros agudos e potencial risco à vida. A Portaria Nº 354 de março de 2014 define os atendimentos de emergência como condições de agravo à saúde que impliquem intenso sofrimento ou risco iminente de morte.

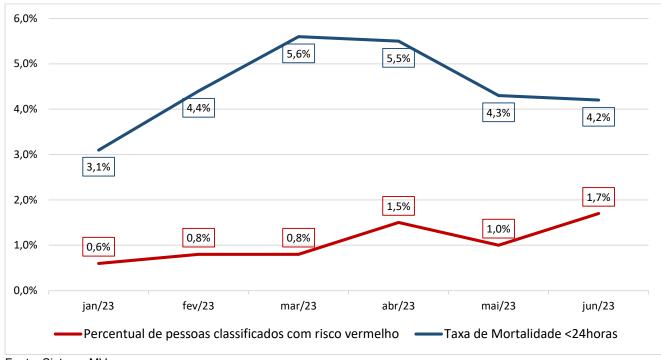
Entre janeiro e julho de 2023 foram registrados aumento no percentual de pessoas classificadas com risco vermelho. Essa classificação é característica de atendimentos de







emergência, cujo comportamento pode impactar na Taxa de Mortalidade <24 horas. O gráfico a seguir apresenta a variação do percentual da classificação dos atendimentos com risco vermelho.



Fonte: Sistema MV

Ainda que todas as medidas necessárias ao suporte a vida sejam tomadas na unidade, esse indicador é sensível à natureza dos atendimentos de emergência e atributos clínicos dos usuários.

Foram observados que dos 25 óbitos com tempo inferior a 24 horas, 50% foram de pessoas com idade superior a 60 anos, 76% foram atendidos unicamente na sala vermelha e destes, 63% evoluíram a óbito com tempo ≤10 horas de atendimento.

Isso evidencia a sensibilidade desse indicador frente a complexidade dos atendimentos de emergência.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

	VARIÁVEL 03 - INCENT	ANO DE	ANÁLISE 2	2023	
Ν°	Indicador	Fórmula	Julho Produção Resultado		Meta
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	Nº de questionários preenchidos x100 Pacientes em observação	90 461	19,5%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos x100 Total de respostas efetivas	87 90	96,7%	>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
- 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





METAS QUALITATIVAS

CER – Coordenação de Emergência Regional

Unidade Ilha

Julho/2023

METAS QUALITATIVAS

ÍNDICE

	1.	OBJETIVO	3
	2.	DESEMPENHO ASSISTENCIAL	3
	2.1.	Pacientes atendidos por médico	3
2	2.2. T	empo de atendimento de pacientes atendidos após classificação de risc	o 4
	2.3.	Tempo médio de permanência na emergência	4
	2.4.	Taxa de mortalidade ≤ 24h	5
	2.5.	Taxa de mortalidade ≥ 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

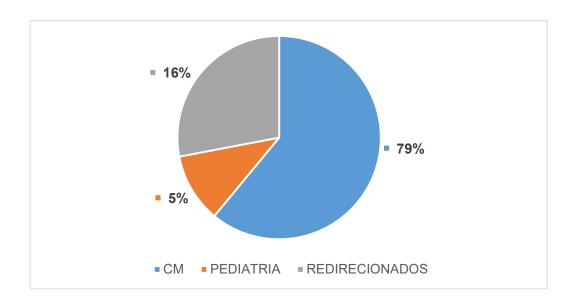
No mês de julho de 2023 foram acolhidos 5.370 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de julho/2023 foi de 84%.

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 16% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO								
Registrados Clínica Médica Pediatria Redirecionados Acolhidos								
5.370	4.226	261	883	5.370				



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

Foi verificado que de 3.691 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 82% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

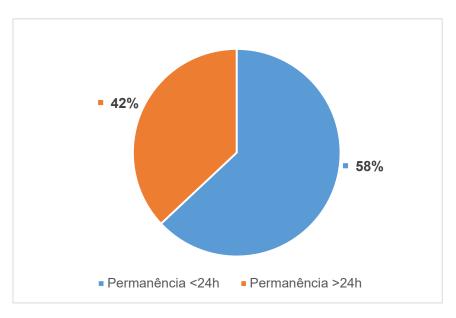
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 837 atendimentos nas salas de observações, sendo elas: observação sala amarela adulto, observação pediátrica, sala de hidratração 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 adéquam a necessidade do paciente e todos foram inseridos no SER para busca de vagas pela central de regulação. Abaixo encontrase o demonstrativo referente ao tempo médio de permanência nas salas de observação, com dados compilados do período de 01/07/2023 à 31/07/2023.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	N° Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	301	174	127	334	2,1
Sala Vermelha	89	24	65	162	0,9
Pediatria	10	0	10	10	2,6
Sala de Observação	94	10	84	331	0,7
TOTAL	494	208	286	837	1,6



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

Como demonstrado no gráfico acima 58% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 42% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade ≤ 24h

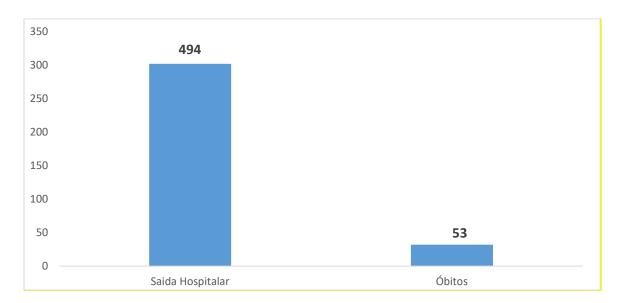
Verificou-se que dos 53 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 27 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 494 em julho/2023, a taxa de mortalidade ≤ 24h neste período foi de 4,85%

2.5. Taxa de mortalidade ≥ 24h

Verificou-se que dos 53 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 26 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 494 em julho/2023, a taxa de mortalidade ≥ 24h neste período foi de 5,26%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 13 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/2023. Sendo constatado 20 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período \leq 2 horas nos 20 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 20					
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	20				
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/2023.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC					
Pacientes com diagnóstico de AVC	18				
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	18				
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%				

De 18 pacientes com diagnóstico de AVC, 15 foram classificados como isquêmico e 03 foi classificado 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/2023.

Ressaltamos que 07 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, nenhum paciente preenchia 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	0				
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	0				
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%				

Nome	l d a d a	Prontuário	Dete	IAM	Trom	bólise
Nome	Idade	Piolituario	Data	IAIVI	S	N
C. M. G.	67	38880	01/07/2023	S/SST		Х
M. P. R.	57	26336	15/07/2023	S/SST		Х
A. S. S. P.	42	145071	17/07/2023	IAM C/SST ΔT >12h		х
J. H.	73	149629	20/07/2023	S/SST		Х
S. M. S.	77	42459	21/07/2023	S/SST		Х
U. N. P.	74	150557	25/07/2023	S/SST		Х

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/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.370 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 4.487.

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/2023 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 43% 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 57% 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	4.487	100,00%
BAE'S não conformes	1.927	43%
Total de BAE'S conformes	2.560	57%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 36 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 36 foram notificados seguindo este protocolo. Logo, 100% 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 = 36/36x100= 100,0%