



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
Julho | 2025



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.....	Erro!
Indicador não definido.	
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			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Julho		
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	276 267	1,03	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	4 256	1,56%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	207 207	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	35 35	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

Nº	Indicador	Fórmula	Julho		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1179 178	6,62	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	272 51	5,33	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	270 58	4,66	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 84	7,31	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	29 270	10,74%	≤ 8%

6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de \u00f3bitos cir\u00fargicos ocorridos no P\u00f3s-operat\u00f3rio}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	2	1,69%	$\leq 3\%$
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,60	0,60	$\text{SMR} \leq 1$
8	\u00cdndice de infec\u00e7\u00e3o da corrente sangu\u00ednea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que apresentaram infec\u00e7\u00e3o em corrente sangu\u00ednea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	1	1,98	$\leq 10/1000$
9	\u00cdndice de pneumonia associada a ventila\u00e7\u00e3o mec\u00e2nica (VAP Precoce)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventila\u00e7\u00e3o mec\u00e2nica}} \times 1000$	1	3,29	$\leq 8/1000$
% A incidir sobre o contrato					

Indicador 5 – Taxa de Mortalidade Institucional.

A estrutura instalada no Hospital Municipal Evandro Freire (HMEF) contempla 30 leitos de Terapia Intensiva, representando 29% da capacidade total de leitos dispon\u00edveis na unidade. Dada a predomin\u00e2ncia de atendimentos de m\u00e9dia e alta complexidade, com perfil assistencial voltado para situa\u00e7\u00f5es de urg\u00eancia e emerg\u00eancia, observa-se uma tend\u00eancia esperada de eleva\u00e7\u00e3o na Taxa de Mortalidade, ultrapassando a meta contratual de 8%. Essa eleva\u00e7\u00e3o se justifica pelo elevado grau de gravidade dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), frequentemente com progn\u00f3stico reservado.

A Unidade de Terapia Intensiva monitora o escore de gravidade Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3) atrav\u00e9s da plataforma Epimed Monitor®, que utiliza para a estratifica\u00e7\u00e3o de risco e predic\u00e7\u00e3o de mortalidade com base em vari\u00e1veis cl\u00ednicas e laboratoriais. De acordo com o Protocolo Institucional de Admiss\u00e3o e Alta da UTI, pacientes com SAPS 3 superior a 50% s\u00e3o considerados eleg\u00edveis para internar\u00e7\u00e3o intensiva, configurando-se como uma estrat\u00e9gia de aloca\u00e7\u00e3o racional de recursos terap\u00eauticos voltada aos casos de maior complexidade cl\u00ednica.

No m\u00eas de julho, a m\u00e9dia de SAPS 3 dos pacientes admitidos foi de 70%, refor\u00e7ando o perfil de alta complexidade cl\u00ednica da unidade. Entre os 29 \u00f3bitos institucionais

registrados no período, 22 (76%) ocorreram na UTI, refletindo a adequada correlação entre gravidade clínica e desfecho, conforme previsto pela ferramenta de estratificação.

Do total de óbitos institucionais, 12 (41,3%) corresponderam a pacientes em situação de terminalidade, sob acompanhamento da Comissão de Cuidados Paliativos. Destes 19 pacientes paliativos, 2 estavam internados na Clínica Médica e 12 na UTI. A análise compartilhada entre a Comissão de Revisão de Óbito e a Comissão de Cuidados Paliativos reforça a adoção de práticas alinhadas à abordagem paliativa, assegurando maior qualidade e humanização do cuidado nos casos de fim de vida.

A presença significativa de pacientes em terminalidade impacta diretamente os indicadores de mortalidade institucional. Nesse contexto, é fundamental qualificar tais óbitos à luz da sua natureza inevitável e do seu enquadramento clínico-paliativo. Ao desconsiderar os óbitos de pacientes em cuidados de fim de vida, a Taxa de Mortalidade Institucional ajustada seria de 6,29% permanecendo dentro do parâmetro contratual pactuado.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Julho		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clínica	136	95,08%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	66	97,13%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	17	89,25%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	28	99,03%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	23	90,32%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

Bloco Diagnóstico:

A produção diagnóstica da unidade é influenciada pelas demandas auferidas, o que sugere uma relação de exames e a capacidade de atendimento. A contabilização total das produções referentes aos exames após o 10º dia útil de cada mês, permitindo uma avaliação mais precisa da eficiência da unidade. A atuação exceto em casos de recebimento antecipado, possibilita o acompanhamento contínuo da produção e a análise de variações. Embora a referência diagnóstica no Termo de Colaboração Nº 019/2023 não vincule a monitoração da produção é fundamental para avaliar o desempenho da unidade e identificar áreas de melhoria, como meta realizar **30.370** exames por mês, distribuídos de acordo com as especificidades da tabela (jul./2025), a unidade realizou um total de **38** exames, superando em **3,02%** a expectativa diagnóstica. Os resultados podem ser atribuídos às características de demanda espontânea, que podem influenciar a realização de exames. A análise dos resultados revela que a unidade está apresentando um desempenho acima da expectativa, com a realização de exames de **103,02%** da meta estabelecida. No entanto, é importante considerar as variações das características de demanda espontânea para entender melhor os fatores que influenciam a produção.

EXAME	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	mai/25	jun/25
Exames de Patologia clínica	29.170	26.321	28.400	27.329	27.265	25.642
Exames de Raio-X convencional	2.439	2.368	2.597	2.716	2.735	2.585
Exames de Tomografia	1.979	1.703	1.958	1.934	2.072	2.129
Exames de Ultrassonografia	104	86	97	97	99	102
Exames de Anatomia patológica	92	146	119	123	217	177
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	8	6	7	4	7
Eletrocardiografia	625	428	545	455	506	482
Hemodiálise	149	153	204	172	201	164

3. ANEXO

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



Rio

PREFEITURA

SAÚDE





20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR
Julho | 2025



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.....	7
3. ANEXOS	7

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	Julho		
			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	93,62%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas Líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	15	0,07%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	5	2,91%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	736	4,36	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	96	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato			1,5%		

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de julho, a CER ILHA contabilizou total de 736 horas de treinamento, considerando 169 funcionários ativos do período, resultando em 4,36 homens/horas treinado. 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.

JUNHO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
META 1 - Identificação Correta do Paciente	16/07/2025	Valéria Pricken	28	56
Marcadores Obrigatórios	16/07/2025	Valéria Pricken	28	56
META 2 - Comunicação Efetiva	16/07/2025	Valéria Pricken	28	56
Ferramentas de Comunicação disponíveis na CER Ilha	16/07/2025	Valéria Pricken	28	56
META 1 - Identificação Correta do Paciente	17/07/2025	Valéria Pricken	28	56
Marcadores Obrigatórios	17/07/2025	Valéria Pricken	28	56

META 2 - Comunicação Efetiva	17/07/2025	Valéria Pricken	28	56
Ferramentas de Comunicação disponíveis na CER Ilha	17/07/2025	Valéria Pricken	28	56
META 1 - Identificação Correta do Paciente	18/07/2025	Valéria Pricken	36	72
Marcadores Obrigatórios	18/07/2025	Valéria Pricken	36	72
META 2 - Comunicação Efetiva	18/07/2025	Valéria Pricken	36	72
Ferramentas de Comunicação disponíveis na CER Ilha	18/07/2025	Valéria Pricken	36	72
Total				736

2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Julho		
			Produção	Resultado	
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	5674	92,74%	≥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	0	0	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	1265	7,49	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	14487	13,35	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	91971	34,43	Até 1h.

2.4	Azul	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	230	13,53	Até 24h. Ou redirecionado
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	17		
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	446	99,78%	≥ 95%
		Σ de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela	447		
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h (<u>sala amarela + vermelha</u>) x100	19	2,26%	<4%
		total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	840		
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h (<u>sala amarela + vermelha</u>) x100	29	3,45%	< 7%
		total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	840		
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em <u>um tempo <2 horas na sepse</u> x100	19	100%	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	19		
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	<u>Total de pacientes com AVC que realizaram TC</u> x100	13	100%	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de AVC	13		
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	<u>Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados</u>	1	100%	100%
		total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	1		
% 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	Julho			
			Produção	Resultado		
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	100	447	22,4%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	93	99	93,9%	>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



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE





METAS QUALITATIVAS

CER – Coordenação de Emergência Regional

Unidade Ilha

Julho/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.....	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

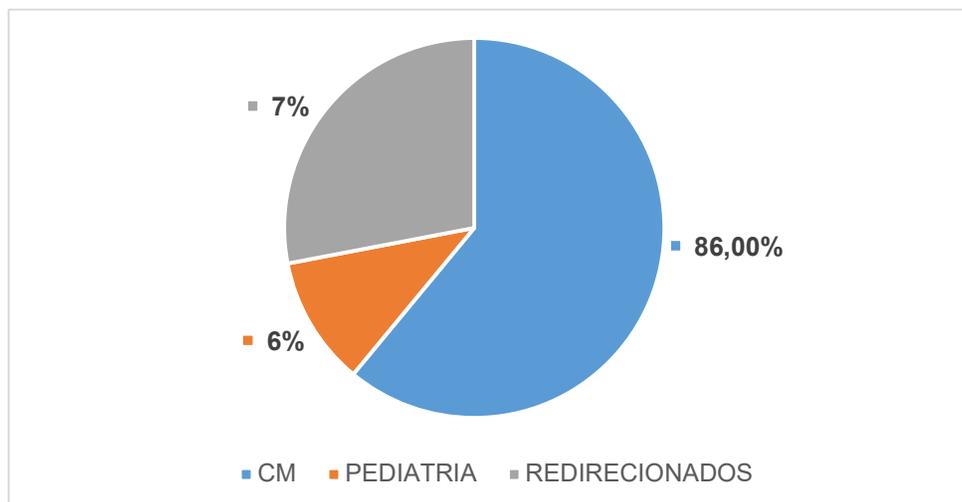
No mês de Julho de 2025 foram acolhidos 6.118 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Julho/2025 foi de 92,00%.

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 7% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6118	5303	375	437	6118



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

Foi verificado que de 6.118 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.

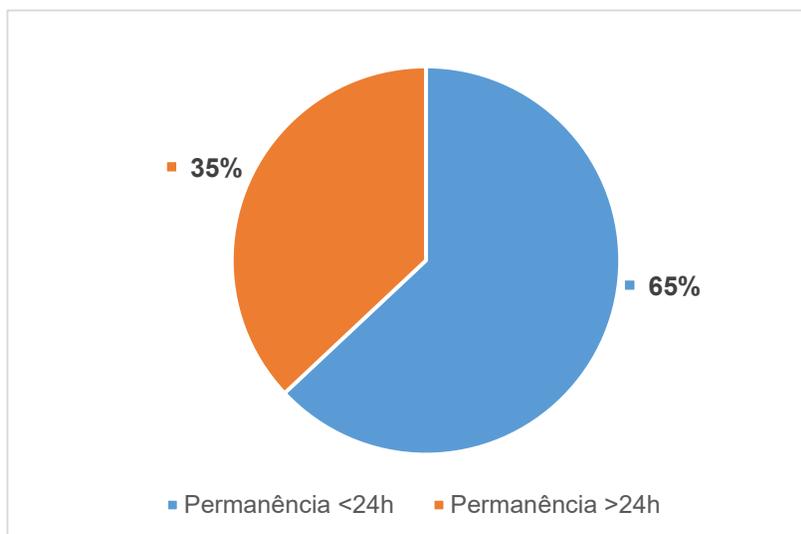
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 886 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 Julhor 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 01/07/2025 à 31/07/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	350	168	182	371	1,6
Sala Vermelha	88	8	80	169	0,7
Pediatria	8	1	7	08	2,6
Sala de Observação	62	1	61	292	0,1
TOTAL	508	178	330	840	1,3



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

Como demonstrado no gráfico acima 65% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 35% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade \leq 24h

Verificou-se que dos 48 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 19 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 508 em Julho/2025, a taxa de mortalidade \leq 24h neste período foi de 3,74%

2.5. Taxa de mortalidade \geq 24h

Verificou-se que dos 48 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 29 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 508 em Julho/2025, a taxa de mortalidade \geq 24h neste período foi de 9,44%.

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 Julho/2025. Sendo constatado 19 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período \leq 2 horas nos 19 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 \leq 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	19
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	19
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/2025.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	13
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	13
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 13 pacientes com diagnóstico de AVC, 09 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 Julho/2025.

Ressaltamos que 06 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 01 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	01
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	01
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
A.O.B.	72	102153	05/07/2025	S/SST		X
I.B.A.	55	225028	05/07/2025	C/SST $\Delta t > 24H$		X
T.M.C.G.	72	43787	18/07/2025	C/SST	X	
R.M.O.	56	33886	21/07/2025	S/SST		X
M.L.S.	70	76552	26/07/2025	S/SST		X
M.V.P	60	213918	29/07/2025	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/2025, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5670 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 Julho/2025 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 60% 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 40,00% 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	5.188	100,00%
BAE'S não conformes	2.701	60,00%
Total de BAE'S conformes	2.487	40,00%

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 = $00/00 \times 100 = 100,0\%$