



**20
25**

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
Agosto | 2025

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
 - o Cirurgia Geral – 09 leitos;
 - o Cirurgia Traumato-Ortopédica – 09 leitos;
 - o 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;
 - o Direção Geral;
 - o Gerências;
 - o Governança de dados;
 - o 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	Agosto		
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	282 279	1,01	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	7 276	2,54%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	214 214	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	41 41	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

Nº	Indicador	Fórmula	Agosto		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1159 176	6,59	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	268 40	6,70	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 55	4,87	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	613 95	6,45	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	41 286	14,34%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	5 134	3,73%	≤ 3%

7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,64	0,64	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	2 500	4,00	≤ 10/1000
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	<u>Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)</u> x1000 Total de dias ventilação mecânica	0 251	0,00	≤ 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 disponíveis na unidade. Dada a predominância de atendimentos de média e alta complexidade, com perfil assistencial voltado para situações de urgência e emergência, observa-se uma tendência esperada de elevação na Taxa de Mortalidade, ultrapassando a meta contratual de 8%. Essa elevação se justifica pelo elevado grau de gravidade dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), frequentemente com prognóstico reservado.

A Unidade de Terapia Intensiva monitora o escore de gravidade Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3) através da plataforma Epimed Monitor®, que utiliza para a estratificação de risco e predição de mortalidade com base em variáveis clínicas e laboratoriais. De acordo com o Protocolo Institucional de Admissão e Alta da UTI, pacientes com SAPS 3 superior a 50% são considerados elegíveis para internação intensiva, configurando-se como uma estratégia de alocação racional de recursos terapêuticos voltada aos casos de maior complexidade clínica.

No mês de agosto, a média de SAPS 3 dos pacientes admitidos foi de 64%, reforçando o perfil de alta complexidade clínica da unidade. Entre os 41 óbitos institucionais registrados no período, 32 (78,04%) ocorreram na UTI, refletindo a adequada correlação entre gravidade clínica e desfecho, conforme previsto pela ferramenta de estratificação.

Do total de óbitos institucionais, 21 (51%) corresponderam a pacientes em situação de terminalidade, sob acompanhamento da Comissão de Cuidados Paliativos. Destes 21 pacientes paliativos, 7 estavam internados na Clínica Médica e 14 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 6,99% permanecendo dentro do parâmetro contratual pactuado.

6 - Taxa de Mortalidade pós-operatória

Foram registrados 5 óbitos cirúrgicos, conforme análise da comissão de óbitos da unidade. Destes, 4 (80%) ocorreram em pacientes com mais de 64 anos, sendo que 2 (40%) tinham acima de 79 anos, incluindo um paciente de 83 anos. Um óbito (20%), de 41 anos, ocorreu em vítima de politrauma grave devido a acidente motociclístico.

A taxa de mortalidade cirúrgica observada deve ser interpretada considerando o perfil clínico dos pacientes, marcado por alta complexidade, urgências cirúrgicas em condições críticas e prognóstico reservado desde o momento da admissão. Entre os fatores de risco observados, destacaram-se: idade avançada; fragilidade clínica; presença comorbidades crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência renal, insuficiência cardíaca e doença coronariana, aumentando significativamente o risco cirúrgico.

Os pacientes foram inseridos nos protocolos assistenciais de trauma do idoso, TEV cirúrgico e sepse. Os fluxos assistenciais seguiram de acordo dos cuidados preconizados pela governança clínica.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Agosto		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clínica	176	93,47%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	95	96%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	36	83,23%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	98	98,87%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	56	95,16%	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 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 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 **(ago./2025)**, a unidade realizou um total de **32.827** exames, superando em **8,09%** 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 **108,09%** 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	META
Exames de Patologia clínica	29.170	26.321	28.400	27.329	27.265	25.642	27.170	26.854	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.439	2.368	2.597	2.716	2.735	2.585	3.068	2.953	4.000
Exames de Tomografia	1.979	1.703	1.958	1.934	2.072	2.129	1.914	2.163	1.000
Exames de Ultrassonografia	104	86	97	97	99	102	94	72	400
Exames de Anatomia patológica	92	146	119	123	217	177	75	130	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	8	6	7	4	7	4	9	150
Eletrocardiografia	625	428	545	455	506	482	501	646	400
Hemodiálise	149	153	204	172	201	164	174		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
Agosto | 2025

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	Agosto		
			Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	<u>Total de BAE dentro do padrão de conformidade</u> x100	47	95,92%	> 90%
		Total de BAE analisados	49		
2	Índice de Absenteísmo	<u>Horas líquidas faltantes</u> x100	20	0,08%	< 3%
		Líquidas disponíveis	24320		
3	Taxa de Turnover	<u>(Nº de demissões + Nº de Admissões) /2</u> x100	5	2,96%	≤ 3,5
		Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	169		
4	Treinamento homem hora	<u>Total de horas homem treinados no mês</u>	734	4,06	1,5h
		Número de funcionários ativos no período	181		
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	149	100%	100%
		Total de situações com SINAN obrigatório	149		
% a incidir sobre o total do contrato					

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de agosto de 2025, a CER ILHA contabilizou total de 734 horas de treinamento, considerando 181 funcionários ativos do período, resultando em 4,06 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.

AGOSTO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Punção Venosa Periférica em paciente mastectomizado	8/20/2025	54,00	54,00	54,00
Punção Venosa Periférica em paciente com fístula arteriovenosa	8/20/2025	56,00	56,00	56,00
Orientação Quanto ao óbito encaminhado ao IML	8/20/2025	54,00	54,00	54,00
Punção Venosa Periférica em paciente mastectomizado	8/21/2025	50,00	50,00	50,00
Punção Venosa Periférica em paciente com fístula arteriovenosa	8/21/2025	50,00	50,00	50,00

Orientação Quanto ao óbito encaminhado ao IML	8/21/2025	50,00	50,00	50,00
Punção Venosa Periférica em paciente mastectomizado	8/22/2025	56,00	56,00	56,00
Punção Venosa Periférica em paciente com fístula arteriovenosa	8/22/2025	56,00	56,00	56,00
Orientação Quanto ao óbito encaminhado ao IML	8/22/2025	56,00	56,00	56,00
Recomendação em relação à utilização e troca do avental descartável durante banho	8/8/2025	162,00	162,00	162,00
Escala de Almoço e Lanche	8/6/2025	90,00	90,00	90,00
		54,00	54,00	54,00
Total	734			

2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Agosto		
			Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	5915 6304	93,83%	≥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	62	0	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	2133 245	8,71	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	20785 1208	17,21	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	90354 2468	36,61	Até 1h.
2.4	Azul	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	652 50	13,04	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	506	100,00%	≥ 95%

	admitido em salas vermelha e amarela	Σ de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela	506		
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\leq 24h$.	Nº de óbitos em pacientes em observação $\leq 24h$ (sala amarela + vermelha) x100 total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	24 561	4,28%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24h$.	Nº de óbitos em pacientes em observação $\geq 24h$ (sala amarela + vermelha) x100 total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	21 561	3,74%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na sepse x100 Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	23 23	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC	20 20	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	0 0	0,0%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

4 - Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\leq 4h$.



4 - Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\leq 24h$.

Agosto de 2025

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.

A classificação de risco vermelha é característica de atendimentos de emergência, cujo comportamento pode impactar na Taxa de Mortalidade <24 horas.

Entre os dias 6 e 28 de agosto de 2025, foram registrados 24 óbitos ocorridos em menos de

24 horas de internação, distribuídos entre as salas vermelha e amarela. A análise da distribuição evidencia que 18 casos (70,8%) ocorreram na sala vermelha, destinada à estabilização dos pacientes em situação de gravidade, enquanto 7 casos (29,2%) ocorreram na sala amarela.

Em relação ao tempo de atendimento, 16 pacientes (67%) evoluíram a óbito em até 10 horas de admissão, sendo que 10 (62%) foram a óbito em menos de 5 horas. Isto aponta para o fato de que, o estado em que o paciente chega em nossa emergência reduz as possibilidades de manobras de manutenção a vida.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA				2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Agosto			
			Produção	Resultado		
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	88 489	18,0%	>15%	
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	85 88	96,6%	>85%	
% a Incidir sobre o total do contrato						

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

Agosto/2025

METAS QUALITATIVAS

ÍNDICE

<u>1. OBJETIVO</u>	3
<u>2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL</u>	3
<u>2.1. Pacientes atendidos por médico</u>	3
<u>2.2. Tempo de atendimento de pacientes atendidos após classificação de risco</u>	4
<u>2.3. Tempo médio de permanência na emergência</u>	4
<u>2.4. Taxa de mortalidade $\leq$ 24h</u>	5
<u>2.5. Taxa de mortalidade $\geq$ 24h</u>	5
<u>2.6. Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse</u>	6
<u>2.7. Tomografia realizada em pacientes com AVC</u>	7
<u>2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST</u>	7
<u>3. DESEMPENHO DA GESTÃO</u>	8
<u>3.1. BAE conforme</u>	8
<u>5.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação</u>	10
<u>6. ANEXOS</u>	11

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 Agosto de 2025 foram acolhidos 6.411 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

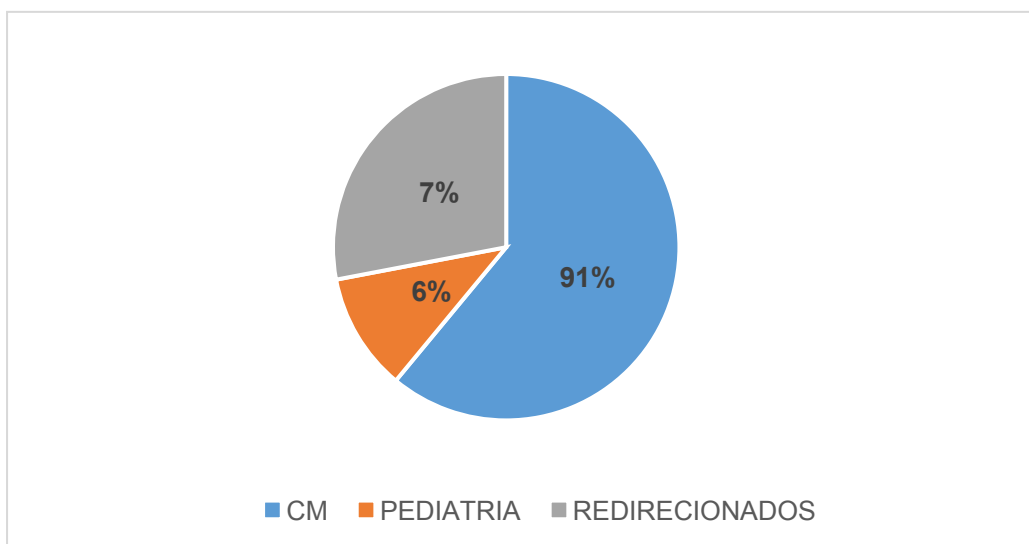
O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Agosto/2025 foi de 91%.

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
6411	5500	416	441	6411

2.2.



Tempo de

atendimento de pacientes atendidos após classificação de risco

Foi verificado que de 6.411 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.

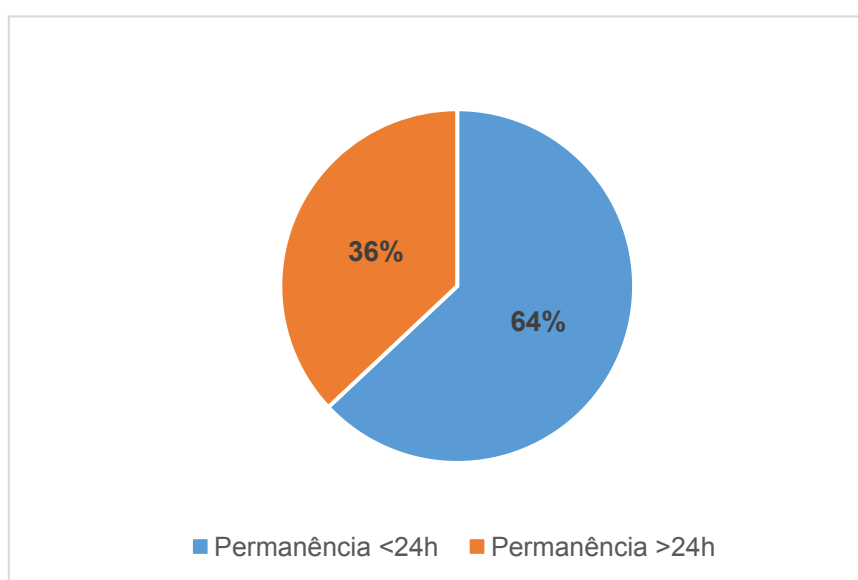
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 904 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 Agostor 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 01/08/2025 à 31/08/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	373	176	197	388	1,5
Sala Vermelha	99	20	79	188	0,7
Pediatria	11	2	9	11	0,6
Sala de Observação	78	4	74	317	0,1
TOTAL	561	202	359	904	1,2



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

Como demonstrado no gráfico acima 64% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 36% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq 24h$

Verificou-se que dos 45 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 24 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 561 em Agosto/2025, a taxa de mortalidade $\leq 24h$ neste período foi de 4,27%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq 24h$

Verificou-se que dos 45 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 21 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 561 em Agosto/2025, a taxa de mortalidade $\geq 24h$ neste período foi de 3,74%.

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 Agosto/2025. Sendo constatado 23 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 23 pacientes, contabilizado desde a sua chegada à unidade CER – ILHA, ou seja, em 100,0% dos pacientes com SEPSE, que se enquadrou no protocolo, foi administrado antibiótico em período ≤ 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	23
Total de antibióticos administrados no período $\leq$ 2 horas	23
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 Agosto/2025.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	20
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	20
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 20 pacientes com diagnóstico de AVC, 16 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 Agosto/2025.

Ressaltamos que 03 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 00 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	00
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	00
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

	Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
						S	N
—	C.A.L.	71	283256	13/08/2025	C/SST Δt > 24H		X
2.9.	J.O.C.	76	281548	17/08/2025	C/SST Δt > 24H		X
GESTÃO	C.R.S.	54	284952	23/08/2025	C/SST Δt > 24H		X

DA

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 Agosto/2025, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 6411 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 Agosto/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;
Coordenação de Emergência Regional – CER ILHA

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	5.298	100,00%
BAE'S não conformes	3.208	60,00%
Total de BAE'S conformes	2.090	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 = $00/00 \times 100 = 100,0\%$