

20
23

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
MARÇO | 2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1	5
2.2. PARTE VARIÁVEL 2	5
2.3 PARTE VARIÁVEL 3.....	7
3. ANEXOS.....	8

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 Traumatologia-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 Traumatologia-Ortopédica – 09 leitos;
 - Sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA) – 05 leitos;
- Centro de Terapia Intensiva – 20 leitos, sendo 02 leitos de isolamento;
- Consultórios ambulatoriais para pacientes egressos dos serviços cirúrgicos;
- 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;
- Almoxarifado;
- Refeitório;
- Auditório.

Outras capacidades:

- Necrotério.

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 cada indicador, cuja meta não tenha sido alcançada terão suas justificativas e apontamentos apresentados no presente Relatório.

Para além, ressaltamos que 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: 10 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			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Março		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	279 259	1,1	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	2 248	0,8%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	197 197	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	30 30	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato					1,5%

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Março		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1191 156	7,6	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	263 46	5,7	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	255 48	5,3	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	619 64	9,7	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos > 24hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	28 258	10,9%	≤ 8%

6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	4 141	2,8%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,75	0,75	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	0 413	0,0	≤ 10/1000
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	2 250	8,0	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato				2,0%	

Indicador 3 – Tempo Médio de Permanência na Clínica Cirúrgica

O Tempo de Permanência na Cirurgia Geral sofre impacto de fatores como a idade dos pacientes, doenças crônicas e comorbidades além de fatores externos à unidade hospitalar.

No que tange aos fatores externos, cabe destacar a necessidade de realização de exames em unidades externas, como por exemplo CPRE. Ocorre que para a realização desse procedimento, o paciente aguarda em internação, o que compromete essa meta uma vez que os agendamentos excedem o que se espera para que não ocorra prolongamento das internações.

No mês de março, os pacientes com prontuários de nº 126144 e 122283, aguardaram em internação para a realização de CPRE, fazendo com o que o Tempo de Permanência excedesse a meta pactuada.

Indicador 5 – 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 março ocorreram 28 óbitos institucionais sendo 23 no CTI, ou seja, cerca de 82% 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 0,75 no mês de março para uma meta estipulada em $SMR \leq 1$.

Atualmente o gerenciamento de protocolos clínicos como o protocolo de sepse tem impactado na redução da Taxa de Mortalidade Institucional.

As medidas adotadas para melhoria na qualidade do cuidado seguirão sendo monitoradas.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2023			
Nº	Indicador	Março		Meta	
		Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação $\geq 70\%$ e $\leq 95\%$	META FAIXA II - Taxa de Ocupação $> 95\%$
1	Clínica	156	96,1%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	94	92,8%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	13	86,5%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	64	99,8%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	55	95,2%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

Indicador 3 – Saúde Mental.

Informamos que 100% dos leitos da Saúde Mental são ofertados para a rede via Sistema de Regulação SISREG. Ocorre que nem sempre são ocupados gerando ociosidade. Outro fator de impacto são as altas e transferências desses pacientes que por vezes requer sensibilidade para rede de apoio.

Bloco Diagnóstico

EXAME	jan/23	fev/23	mar/23	META
Exames de Patologia clínica	26.657	24.477	29.275	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.111	1.471	2.467	4.000
Exames de Tomografia	1.646	1.449	2.033	1.000
Exames de Ultrassonografia	96	77	78	400
Exames de Anatomia patológica	78	116	-	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	4	9	3	150
Eletrocardiografia	406	388	444	400
Hemodiálise	224	173	-	200

A produção diagnóstica ocorre de acordo com as demandas auferidas. As produções referentes aos exames de anatomia patológica e hemodiálises contabilizadas em sua totalidade após o 10º dia útil de cada mês, sendo atualizada em relatório a cada mês subsequente.

3. ANEXOS

- HMEF.CER – Ata de Comissão de Prontuários
- HMEF.CER – Ata de Comissão de Óbitos
- HMEF – SCNES-junho 2022
- HMEF – Planilha de óbitos de junho de 2022



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE



20
23

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR
MARÇO | 2023

SUMÁRIO

_Toc116660277

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.....	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 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Março		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	93 96	96,9%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	601 20950	2,9%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	2,5 149	1,7%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	722 151	4,8	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	43 43	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato					1,5%

Indicador 1. Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade.

Foram analisados 96 BAE's, sendo que 93 estavam dentro dos padrões de conformidade, definidos pelo critério de 50% dos itens avaliados como adequados.

Os itens faltantes observados foram: marcação dos sinais vitais.

Para fins de análise dos dados, a Ata da Comissão de Prontuário se encontra anexa ao vigente Relatório, do qual constam todas numerações dos BAE's em padrão de conformidade.

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de março, a CER ILHA contabilizou total de 722 horas de treinamento, considerando 151 funcionários ativos do período, resultando em 4,8 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

MARÇO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
ORIENTAÇÃO SOBRE A VISITA DA CCIH NAS SALA AMARELA E SALA VERMELHA	14/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	18	2,0
META INTERNACIONAL 3	21/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	31	2,0
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	08/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	23	2,0
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	09/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	31	2,0
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	10/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	26	2,0
IMPLANTAÇÃO DO LIVRO DA CIRURGIA GERAL	22/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	30	2,0
ROTINA LIVRO DE HEMODIÁLISE	22/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	30	2,0
IMPLANTAÇÃO DO LIVRO DA CIRURGIA GERAL	23/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	29	2,0
ROTINA LIVRO DE HEMODIÁLISE	23/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	29	2,0
KIT ENXOVAL DE TRANSFERENCIA EXTERNA	22/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	29	2,0
PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA EXTERNA	22/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	29	2,0
KIT ENXOVAL DE TRANSFERENCIA EXTERNA	23/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	28	2,0
PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA EXTERNA	23/03/2023	VALÉRIA PRICKEN	28	2,0
			361	722

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

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Março		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	4382 5143	85,2%	≥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	34	0min.	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	4532 313	14,5	≤15min.

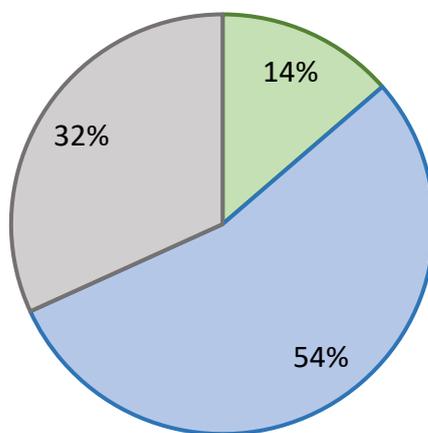
2.3	Amarelo	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u> Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	23703	20,4	≤ 30 min.
2.4	Verde	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u> Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	97066	33,8	Até 1h.
2.4	Azul	Σ 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	0	0,0	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	493	100%	$\geq 95\%$
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 h (<u>sala amarela + vermelha</u>) x100 total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	30	5,6%	$< 4\%$
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥ 24 h (<u>sala amarela + vermelha</u>) x100 total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	30	5,6%	$< 7\%$
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 Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	47	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	<u>Total de pacientes com AVC que realizaram TC</u> x100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC	20	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	<u>Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados</u> total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	2	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

Indicador 4. Taxa de Mortalidade ≤ 24 h 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 março foi contabilizada uma taxa de 5,6%. /ocorre que os atendimentos na emergência são característicos a pessoas com quadros agudos e potencial risco à vida.

Dos 30 óbitos com tempo menor que 24 horas, 73% ocorreram por insuficiência respiratória, Neoplasia e sepse (gráfico abaixo), sendo que os pacientes com sepse tinham idades entre 58 e 86 anos.

Principais causas de óbito com tempo < 24h.



■ Neoplasias ■ Sepsis ■ Insuficiência respiratória

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

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Março		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	166	33,7%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	151	92,1%	>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





CEJAM

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
"DR. JOÃO AMORIM"**

METAS QUALITATIVAS

CER – Coordenação de Emergência Regional

Unidade Ilha

Março/2023

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.....	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

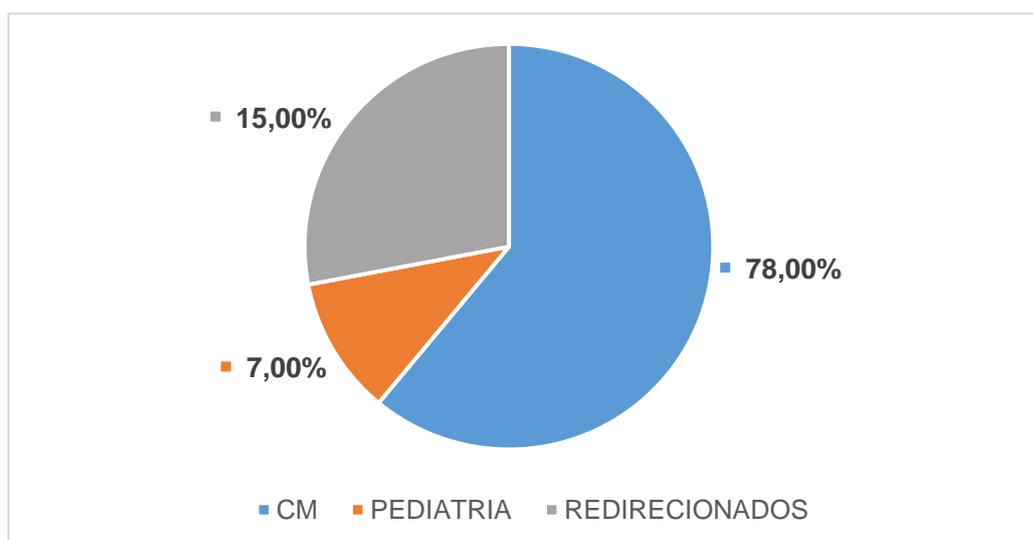
No mês de março de 2023 foram acolhidos 5.143 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de março/2023 foi de 85,00%.

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 15,00% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
5.143	4.024	358	758	5.143



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

Foi verificado que de 4.382 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 86,30% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

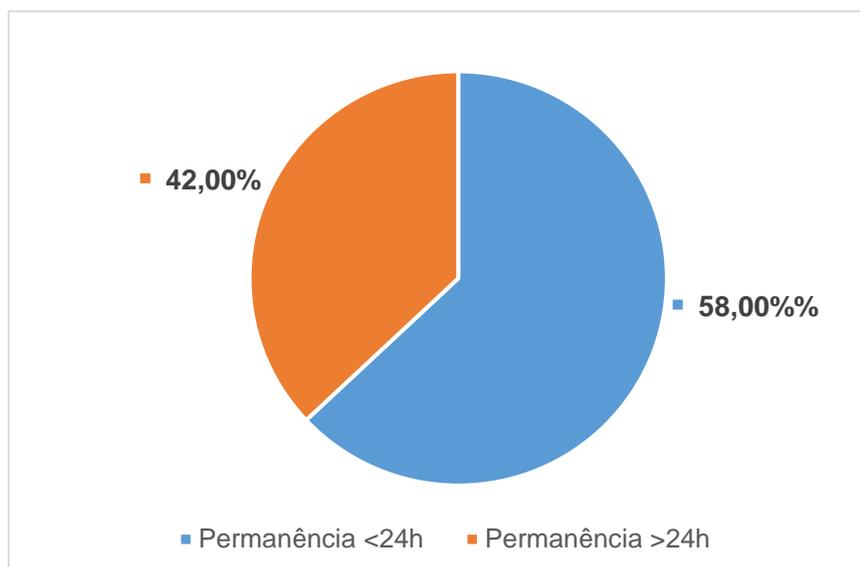
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 884 atendimentos nas salas de observações, sendo elas: observação sala amarela adulto, observação pediátrica, sala de hidratação 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 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 01/03/2023 à 31/03/2023.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	344	187	157	371	1,8
Sala Vermelha	84	28	56	152	1,0
Pediatria	13	02	11	14	1,1
Sala de Hidratação	95	12	83	342	0,5
TOTAL	536	229	312	879	1,4



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

Como demonstrado no gráfico acima 58,00% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 42,00% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade \leq 24h

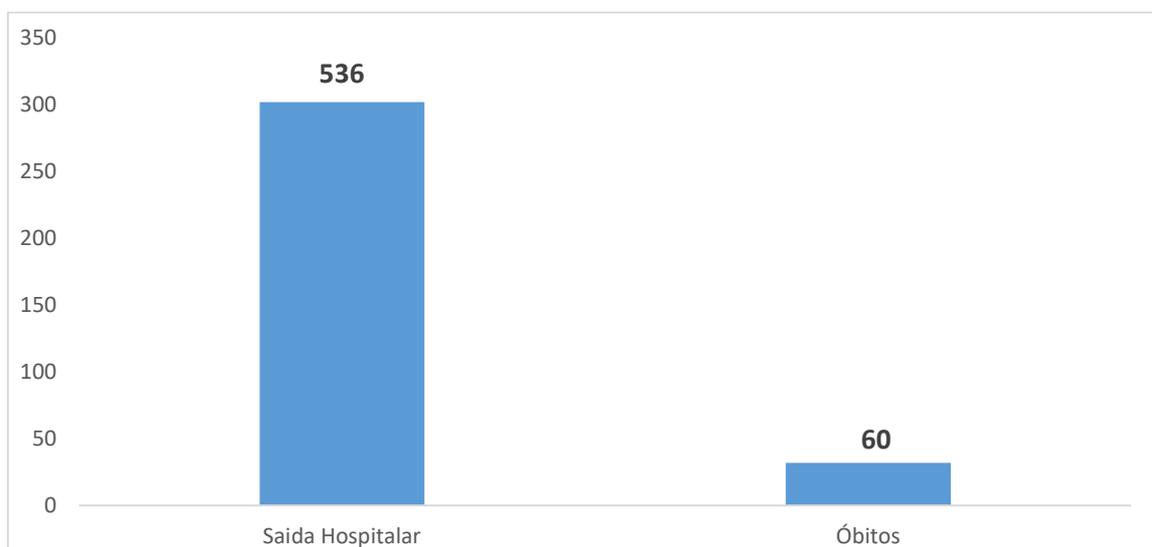
Verificou-se que dos 60 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 30 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 536 em março/2023, a taxa de mortalidade \leq 24h neste período foi de 5,60%

2.5. Taxa de mortalidade \geq 24h

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

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 536 em março/2023, a taxa de mortalidade \geq 24h neste período foi de 5,60%.



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 março/2023. Sendo constatado 47 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 47 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	47
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	47
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 março/2023.

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, 14 foram classificados como isquêmico e 06 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 março/2023.

Ressaltamos que 05 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 02 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	05
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	02
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
G.B.V.	41	80115	01/03/2023	IAM C/SST $\Delta T > 12h$		X
A.A.F.	56	124250	01/03/2023	C/SST	X	
M.S.F.	65	125001	05/03/2023	IAM C/SST $\Delta T > 12h$		X
S.R.S.T.	61	126426	13/03/2023	IAM C/SST $\Delta T > 12h$		X
R.R.C.	50	126696	13/03/2023	C/SST	X	
H.C.S.	71	126915	15/03/2023	S/SST		X
M.A.C.	50	82561	15/03/2023	S/SST		X
F.P.N.	68	4494	17/03/2023	S/SST		X
M.L.S.S.	58	127343	18/03/2023	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 março/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.143 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 4.382.

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

Após análise, concluímos que: 53,00% 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 47,00% 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	4.382	100,00%
BAE'S não conformes	2.342	53,00%
Total de BAE'S conformes	2.040	47,00%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 43 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 43 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 = $43/43 \times 100 = 100,0\%$