



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
Setembro | 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.	5
2.3 PARTE VARIÁVEL 3.....	6
3. ANEXOS	1

1. INTRODUÇÃO

O Hospital Municipal Evandro Freire é um hospital geral, de média complexidade, que integra a rede municipal do SUS/SMS Rio. A unidade é composta por serviços de urgência e emergência (CER Ilha), serviços ambulatoriais, diagnóstico, cirurgia e Traumato-ortopedia, além das internações. A capacidade estrutural está distribuída em:

Capacidade diagnóstica:

- Setor de imagem – Radiologia geral, simples e contrastada;
- Duo Diagnóstico telecomandado;
- Tomografia Computadorizada com 16 canais;
- Ultrassonografia geral com 2 aparelhos;
- Laboratório de análises Clínicas.

Capacidade assistencial:

- Clínica Médica – 40 leitos, sendo 02 de isolamento;
- Saúde Mental – 15 leitos;
- Centro Cirúrgico – 04 salas de cirurgias
 - Cirurgia Geral – 09 leitos;
 - Cirurgia Traumato-Ortopédica – 09 leitos;
 - Sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA) – 05 leitos;
- Centro de Terapia Intensiva – 30 leitos, sendo 02 leitos de isolamento;
- Agência Transfusional;
- Farmácia Central;
- Farmácia Satélite;
- Central de Material e Esterilização (CME).

Capacidade gerencial e de apoio:

- Setores administrativos;
 - Direção Geral;
 - Gerências;
 - Governança de dados;
 - Qualidade
- Almoxarifado;
- Refeitório;
- Auditório.

Outras capacidades:

- Necrotério.

O presente Relatório tem como objetivo o monitoramento sistemático dos indicadores contratuais distribuídos em 3 grupos de variáveis, sob avaliação realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação que condicionam o valor de pagamento de 5% do valor do contrato.

Os indicadores, cujas metas não tenham sido alcançadas terão suas justificativas e apontamentos apresentados no presente Relatório.

Além disso, os indicadores que necessitarem de detalhamento para análise, terão seus materiais complementares descritos, estando organizados e apresentados conforme celebrado no Termo de Colaboração. São eles:

- Parte variável 1: 4 indicadores
- Parte variável 2: 9 indicadores
- Parte variável 3: 5 indicadores

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1. PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - HMEF			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Stembro		
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	<u>Nº total de AIH apresentados no mês</u>	276	1,06	≥ 1
		Nº total de internações mês	260		
2	Taxa de rejeição de AIH	<u>Nº de AIH rejeitadas</u> x100	6	2,13%	≤ 7%
		Nº de AIH apresentadas	282		
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	<u>Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar</u> x100	189	100,00%	100%
		Total de prontuários analisados	189		
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	<u>Nº de óbitos ocorridos no mês</u> x100	32	100,00%	100%
		Nº de óbitos analisados	32		
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			2025		
Nº	Indicador	Fórmula	Setembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1080	7,45	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	261	5,02	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	255	4,81	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	597	6,42	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	11,33%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	8	6,67%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,57	0,57	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	0	0,00%	≤ 10/1000
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	0	0,00%	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato			221		

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 setembro, a média de SAPS 3 dos pacientes admitidos foi de 64%, reforçando o perfil de alta complexidade clínica da unidade. Entre os 29 óbitos institucionais registrados no período, 13 (79%) ocorreram na UTI, refletindo a adequada correlação entre gravidade clínica e desfecho, conforme previsto pela ferramenta de estratificação.

Do total de óbitos institucionais, 16 (55%) corresponderam a pacientes em situação de terminalidade, sob acompanhamento da Comissão de Cuidados Paliativos. Destes 16 pacientes paliativos, 4 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 fim de vida 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 5,06% permanecendo dentro do parâmetro contratual pactuado.

6 - Taxa de Mortalidade pós-operatória

A análise dos oito casos revelou que todos os pacientes eram idosos (64–81 anos), com múltiplas comorbidades e submetidos a cirurgias de urgência ou alta complexidade. O choque séptico refratário, decorrente de infecções abdominais ou complicações pós-operatórias, foi a principal causa de óbito 65,2%P. Casos como infecção de prótese ortopédica, síndrome de Fournier e neoplasia colorretal perfurada evidenciaram a gravidade dos quadros infecciosos e o alto risco associado à idade avançada e às doenças crônicas (hipertensão, diabetes, insuficiência renal e cardíaca, doença coronariana). Os pacientes foram incluídos nos protocolos assistenciais de trauma do idoso, TEV cirúrgico e sepse, com fluxos conduzidos conforme a governança clínica. A taxa de mortalidade cirúrgica deve ser compreendida à luz do perfil clínico complexo e do prognóstico reservado desses pacientes.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Setembro		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clínica	145	90,00%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	105	95,56%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	29	85,56%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	93	99,50%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	57	95,67%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
A incidir sobre o contra				0,75%	1,50%

Bloco Diagnóstico:

A produção diagnóstica da unidade é influenciada pelas demandas auferidas, o que sugere uma relação direta entre a necessidade de exames e a capacidade de atendimento. A contabilização total das produções referentes aos exames de hemodiálise acontece após o 10º dia útil de cada mês, permitindo uma avaliação mais precisa da eficiência da unidade. A atualização mensal do relatório, exceto em casos de recebimento antecipado, possibilita o acompanhamento contínuo da produção e a identificação de tendências e variações. Embora a referência diagnóstica no Termo de Colaboração 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 **(set./2025)**, a unidade realizou um total de **32.605** exames, superando em **7%** 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 **107%** 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	set.-25	META
Exames de Patologia clínica	29.170	26.321	28.400	27.329	27.265	25.642	27.170	26.854	26.827	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.439	2.368	2.597	2.716	2.735	2.585	3.068	2.953	2.911	4.000
Exames de Tomografia	1.979	1.703	1.958	1.934	2.072	2.129	1.914	2.163	1.937	1.000
Exames de Ultrassonografia	104	86	97	97	99	102	94	72	72	400
Exames de Anatomia patológica	92	146	119	123	217	177	75	130	105	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	8	6	7	4	7	4	9	6	150
Eletrcardiografia	625	428	545	455	506	482	501	646	604	400
Hemodiálise	149	153	204	172	201	164	174	164	143	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
Setembro | 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.....	6
3. ANEXOS	6

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	Setembro		
			Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	<u>Total de BAE dentro do padrão de conformidade</u> x100 Total de BAE analisados	41 44	93,18%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	<u>Horas líquidas faltantes</u> x100 Líquidas disponíveis	35 16190	0,22%	< 3%
3	Taxa de Turnover	<u>(Nº de demissões + Nº de Admissões) /2</u> x100 Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	3 181	1,66%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	<u>Total de horas homem treinados no mês</u> Número de funcionários ativos no período	710 176	4,03	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	<u>Número de fichas SINAN preenchidas</u> x100 Total de situações com SINAN obrigatório	137 137	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato					

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de setembro de 2025, a CER ILHA contabilizou total de 710 horas de treinamento, considerando 176 funcionários ativos do período, resultando em 4,03 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.

SETEMBRO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Escala MEWS - definição e parâmetros	24/09/2025		29	58,00
Aplicabilidade da escala MEWS na emergência	24/09/2025		29	58,00
Escala PEWS - definição e parâmetros	24/09/2025		29	58,00
Aplicabilidade da escala PEWS na emergência	24/09/2025		29	58,00
Escala MEWS - definição e parâmetros	25/09/2025		27	54,00
Aplicabilidade da escala MEWS na emergência	25/09/2025		27	54,00
Escala PEWS - definição e parâmetros	25/09/2025		27	54,00
Aplicabilidade da escala PEWS na emergência	25/09/2025		27	54,00
Escala MEWS - definição e parâmetros	26/09/2025		20	40,00
Aplicabilidade da escala MEWS na emergência	26/09/2025		20	40,00

Escala PEWS - definição e parâmetros	26/09/2025		21	42,00
Aplicabilidade da escala PEWS na emergência	26/09/2025		21	42,00
Treinamento Baby Puff	17/19 e 24/09/2025		49	98,00
TOTAL		710		

2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Setembro		
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	5562	90,73%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	6130		
2.1	Vermelho	0 minutos	67	0 min	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	2722	10,63	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	26396	23,76	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	114285	45,70	Até 1h.
2.4	Azul	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	2501		
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h}}{\text{X 100}}$	1024	15,06	Até 24h. Ou redirecionado
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h (sala amarela + vermelha) x100}}$	68		
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h (sala amarela + vermelha) x100}}$	459	100%	≥ 95%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na sepse} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibióticoterapia}}$	459		
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$	12	2,46%	<4%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}}$	487	3,70%	< 7%
			20	100%	100%
			20		
			21	100%	100%
			21		
			0	0,0%	100%
			0		
% 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	Setembro		
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	133	30,1%	>15%
			442		
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	124	93,2%	>85%
			133		
% a Incidir sobre o total do contrato					

ANEXOS

- Gráfico de acolhido por CAP
- Atendimentos por bairro
- Gráfico de Acolhidos por município
- Pacientes redirecionados
- Planilha de Atendidos
- Ata de prontuário
- Ata de Comissão de Óbito
- Ficha SCNES
- Controle de ambulância
- Lista de presença de treinamentos
- Ficha SMSDC
- Planilha de procedimentos
- Planilha de Óbitos
- Planilha de Regulação -
- Transferência com horário
- Gráfico de transferência
- Transferência devido AVC
- Metas Médicas
- SINAN
- SEPSE



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE





METAS QUALITATIVAS

CER – Coordenação de Emergência Regional

Unidade Ilha

Setembro/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

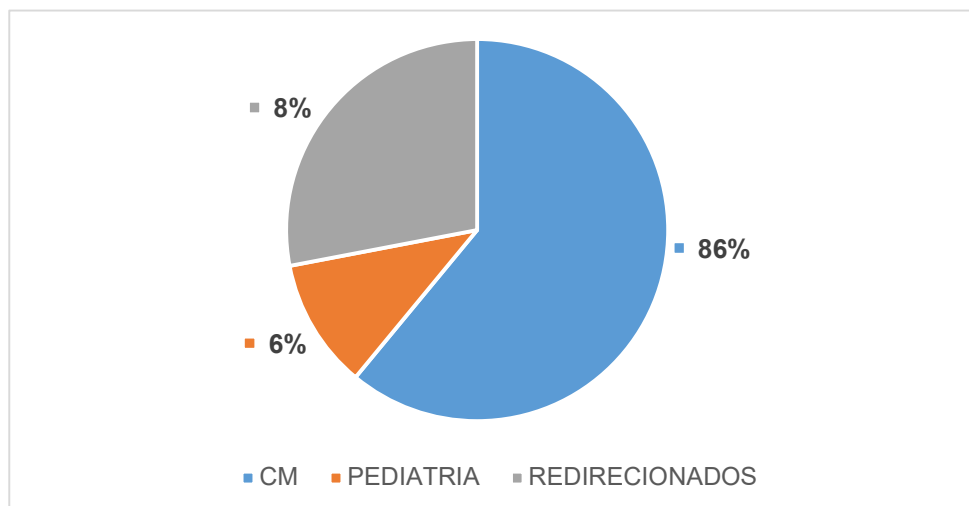
No mês de Setembro de 2025 foram acolhidos 6.130 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

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

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 8% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6130	5178	384	547	6130



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.

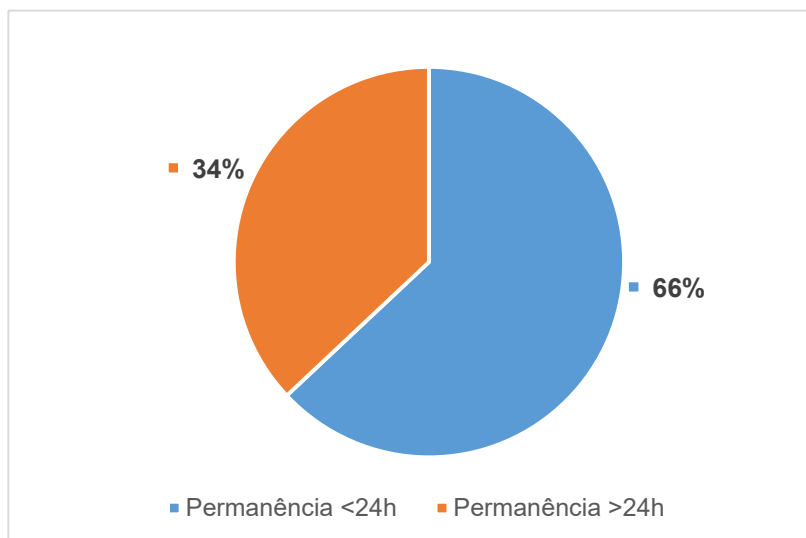
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 805 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 Setembror 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 01/09/2025 à 30/09/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	343	170	173	358	1,8
Sala Vermelha	73	0	73	153	1,0
Pediatrics	4	0	4	4	5,8
Sala de Observação	67	0	67	294	0,3
TOTAL	487	170	317	805	1,5



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

Como demonstrado no gráfico acima 66% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 34% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq 24h$

Verificou-se que dos 29 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 10 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 487 em Setembro/2025, a taxa de mortalidade $\leq 24h$ neste período foi de 2,05%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq 24h$

Verificou-se que dos 29 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 19 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 487 em Setembro/2025, a taxa de mortalidade $\geq 24h$ neste período foi de 3,90%.

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

Não foram contabilizados nos cálculos 09 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 Setembro/2025. Sendo constatado 18 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 enquadraram no protocolo, foi administrado antibiótico em período ≤ 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	18
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	18
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 Setembro/2025.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	21
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	21
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 21 pacientes com diagnóstico de AVC, 20 foram classificados como isquêmico e 01 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 Setembro/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	03
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	03
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
M.J.R.S.	77	185743	15/09/2025	S/SST		X
C.M.J.	61	289598	20/09/2025	S/SST		X
A.S.O.	71	576	26/09/2025	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 Setembro/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 Setembro/2025 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 66% 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 34,00% 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	5.562	100,00%
BAE'S não conformes	3.624	66,00%
Total de BAE'S conformes	1.938	34,00%

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