

20
23

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
MAIO | 2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....	5
2.2. 6	
2.3 PARTE VARIÁVEL 3	9
3. ANEXOS.....	11

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 necessitem 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			ANO DE ANÁLISE 2023		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	265 253	1,0	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	47 237	19,8%	$\leq 7\%$
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	200 200	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	31 31	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					1,5%

Indicador 2 – Taxa de Rejeição de AIH

No período atual, 47 AIH's tiveram rejeição para faturamento. Destas, 72% (34) foram glosadas devido atualizações do número de registro na base nacional CNS (Cartão Nacional SUS). Devido aos novos registros, toda a base sistemática interna e do CNES foram atualizadas, e por essa razão, as contas lançadas que ainda continham a numeração antiga no sistema gerou glosas no faturamento do Hospital. As 34 AIH's glosadas serão reapresentadas na competência 05/2023, recuperando todo faturamento dessas AIH's. Toda base interna e SISAIH de cadastro será atualizada conforme a base do CNES para que divergência de dados sejam posteriormente evitadas.

2.2.

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF				ANO DE ANÁLISE 2023	
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	Meta
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1216 135	9,0	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	264 51	5,2	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	275 40	6,9	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	618 72	8,6	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos > 24hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	27 255	10,6%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	5 139	3,6%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,85	0,85	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	0 375	0,0	≤ 10/1000
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	1 223	4,5	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato					2,0%

Indicador 1 – Tempo Médio de Permanência na Clínica Médica

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

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

No mês de maio o Tempo de Permanência na Clínica Médica foi de 9,0 dias, frente aos 8 dias pactuados em Termo de Colaboração Vigente. A seguir, a relação dos pacientes que tiveram as internações prolongadas e os respectivos motivos.

PACIENTES LONGA PERMANÊNCIA					
ATENDIMENTO	INTERNAÇÃO	CLÍNICA	MOTIVO / PROCEDIMENTO	ALTA	PERMANÊNCIA
326856	18/04/2023	CM	Aguardando TRS	17/05/2023	-
326704	19/04/2023	CM	Cateterismo	24/05/2023	-
327039	15/04/2023	CM	Cateterismo	05/05/2023	-
304855	11/04/2023	CM	Aguardando revascularização	-	Sem previsão
308287	18/03/2023	CM	TRS	-	Sem previsão
342688	27/04/2023	CM	TRS	13/05/2023	-
329217	25/04/2023	CM	Cateterismo	15/05/2023	-
319678	08/04/2023	CM	Caso social / alta desde 27/05	-	Aguarda rede de apoio
334434	06/05/2023	CM	Cirurgia torácica	-	Sem previsão
329215	26/04/2023	CM	Aguarda GTT (não autorizado pelos filhos)	-	Sem previsão
323800	16/04/2023	CM	TRS	-	Sem previsão
331084	30/04/2023	CM	TRS	04/06/2023	-
337866	12/05/2023	CM	Cirurgia plástica	-	Sem previsão
333427	04/05/2023	CM	TRS	03/06/2023	-
333428	04/05/2023	CM	Colangioressonância	03/06/2023	-
342816	22/05/2023	CM	Cateterismo	03/06/2023	-
338345	14/05/2023	CM	Condições clínicas	-	Sem previsão
337867	12/05/2023	CM	Condições clínicas / palição	-	Sem previsão
332840	03/05/2023	CM	Condições clínicas	30/05/2023	-
338347	14/05/2023	CM	Condições clínicas	-	Sem previsão
338311	14/05/2023	CM	Condições clínicas / palição	-	Sem previsão
341809	20/05/2023	CM	Condições clínicas / TRS	02/06/2023	-
336015	09/05/2023	CM	Infectologia	31/05/2023	-
341841	20/05/2023	CM	Condições clínicas	31/05/2023	-
342116	20/05/2023	CM	Condições clínicas	-	Sem previsão
336108	09/05/2023	CM	Condições clínicas	31/05/2023	

Indicador 3 – Tempo Médio de Permanência na Clínica Cirúrgica

No mês de maio o tempo de permanência na Cirurgia Geral foi de 6,9 dias, excedendo o que determina o Termo de Colaboração vigente. Os fatores que impactam no TMP hospitalar e nas especialidades, descritos anteriormente foram observados na cirurgia Geral, tal qual na Clínica Médica. Abaixo a relação dos pacientes com internações acima do esperado e os devidos motivos.

PACIENTES LONGA PERMANÊNCIA					
ATENDIMENTO	INTERNAÇÃO	CLÍNICA	MOTIVO / PROCEDIMENTO	ALTA	PERMANÊNCIA
323493	15/04/2023	CG	Aguarda nova cirurgia CG	03/06	-
313921	12/04/2023	CG	CPRE	06/05	-
317665	07/04/2023	CG	CPRE	07/05	-
320989	09/04/2023	CG	CPRE	01/06/2023	-
325161	19/04/2023	CG	CPRE	20/05/2023	-
326529	21/04/2023	CG	CPRE	03/06	-
326391	19/04/2023	CG	Infectologia	14/05	-
329806	29/04/2023	CG	Oncológico / palição	22/05	-
330446	29/04/2023	CG	CPRE	25/05	-
329211	26/04/2023	CG	CPRE	30/05/2023	-
339424	16/05/2023	CG	CPRE	-	Sem previsão
339746	16/05/2023	CG	CPRE	-	Sem previsão
341840	20/05/2023	CG	CPRE	-	Sem previsão

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 maio ocorreram 27 óbitos institucionais sendo 22 no CTI, ou seja, cerca de 81% 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 0,85 no mês de maio para uma meta estipulada em $SMR \leq 1$.

Indicador 6 – Taxa de Mortalidade pós-operatória.

No mês de maio ocorreram 5 óbitos de pacientes cirúrgicos, resultando em uma taxa de 3,6%, sendo a meta pactuada para esse indicador de 3%. As idades variaram entre 50 e 89 anos e todos os casos apresentaram complicações clínicas que impactaram no desfecho óbito. Todos os casos de óbitos cirúrgicos foram descritos em ATA de Comissão de Revisão de Óbito.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2023			
Nº	Indicador	Maio		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	135	98,1%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	91	96,6%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	22	86,2%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	53	99,7%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	57	96,5%	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.

No mês de maio foram registrados 8 casos sociais com desafios impactantes na articulação para a desospitalização efetiva dos pacientes.

Abaixo, a relação dos pacientes com tempo de internação prolongado por questões sociais conforme informado no quadro a seguir.

PACIENTES LONGA PERMANÊNCIA					
ATENDIMENTO	INTERNAÇÃO	CLÍNICA	MOTIVO / PROCEDIMENTO	ALTA	PERMANÊNCIA
315881	01/04/2023	SM	CASO SOCIAL/ ALTA DESDE 27/04/2023	17/05	-
317139	31/03/2023	SM	CASO SOCIAL/ ALTA DESDE 17/04/2023	25/05	-
300837	04/03/2023	SM	CASO SOCIAL/ ALTA DESDE 06/03/2023	23/05	-
284742	01/02/2023	SM	CASO SOCIAL/ ALTA DESDE 18/02/2023	-	Aguarda rede de apoio
297093	08/04/2023	SM	CASO SOCIAL/ ALTA DESDE 17/04/2023	-	Aguarda rede de apoio
296961	25/02/2023	SM	CASO SOCIAL/ ALTA DESDE 17/04/2023	11/05/2023	-
339017	15/05/2023	SM	CASO SOCIAL	-	Aguarda rede de apoio
340294	17/05/2023	SM	CASO SOCIAL	-	aguarda rede de apoio

Bloco Diagnóstico

EXAME	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	META
Exames de Patologia clínica	26.657	24.477	29.275	26.870	26.068	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.111	1.471	2.467	2.235	2.335	4.000
Exames de Tomografia	1.646	1.449	2.033	1.580	1.618	1.000
Exames de Ultrassonografia	96	77	78	104	64	400
Exames de Anatomia patológica	78	116	100	104	106	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	4	9	3	3	6	150
Eletrocardiografia	406	388	444	369	473	400
Hemodiálise	224	173	221	165	-	200

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

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
MAIO | 2023

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	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 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

2.1. PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Maio Produção	Resultado	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	40 43	93,0%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	436 22100	2,0%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	2 147	1,4%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	728 153	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	39 39	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato					1,5%

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

Foram analisados 43 BAE's, sendo que 40 estavam dentro dos padrões de conformidade, definidos pelo critério de 50% dos itens avaliados como adequados.

Os itens faltantes observados foram referentes à marcação dos sinais vitais, conduta terapêutica, carimbo e assinatura.

Para fins de análise dos dados, a Ata da Comissão de Prontuário se encontra anexa ao vigente Relatório.

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de maio, a CER ILHA contabilizou total de 728 horas de treinamento, considerando 153 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.

MAIO			
Cursos e Treinamentos	Data	Nº Participantes	Carga Horária
INSERÇÃO ESCALA FUGULIN NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	15/05/2023	30	60,0
INSERÇÃO DA ESCALA FUGULIN NA PASSAGEM DE PLANTÃO	15/05/2023	30	60,0
DIVISÃO DE LEITOS POR COMPLEXIDADE NA SALA AMARELA	15/05/2023	30	60,0
PARAMETRIZAÇÃO PARA DIVERSAS PATOLOGIAS	15/05/2023	30	60,0
INSERÇÃO ESCALA FUGULIN NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	16/05/2023	32	64,0
INSERÇÃO DA ESCALA FUGULIN NA PASSAGEM DE PLANTÃO	16/05/2023	32	64,0
DIVISÃO DE LEITOS POR COMPLEXIDADE NA SALA AMARELA	16/05/2023	32	64,0
PARAMETRIZAÇÃO PARA DIVERSAS PATOLOGIAS	16/05/2023	32	64,0
INSERÇÃO ESCALA FUGULIN NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	17/05/2023	29	58,0
INSERÇÃO DA ESCALA FUGULIN NA PASSAGEM DE PLANTÃO	17/05/2023	29	58,0
DIVISÃO DE LEITOS POR COMPLEXIDADE NA SALA AMARELA	17/05/2023	29	58,0
PARAMETRIZAÇÃO PARA DIVERSAS PATOLOGIAS	17/05/2023	29	58,0
Total		364	728

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	Produção	Resultado	Meta
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	4551 5375	84,7%	≥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	41	0min.	0 min.

2.2	Laranja	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	3607	13,4	$\leq 15\text{min.}$
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	270		
2.3	Amarelo	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	25587	19,0	$\leq 30\text{min.}$
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	1347		
2.4	Verde	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	109341	37,8	Até 1h.
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	2890		
2.4	Azul	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	29	29,0	Até 24h. Ou redirecionado
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	1		
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 registrada no PEP em até 12h. $\times 100$	413	100%	$\geq 95\%$
		Σ de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela	413		
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\leq 24\text{h.}$	Nº de óbitos em pacientes em observação $\leq 24\text{h}$ <u>(sala amarela + vermelha)</u> $\times 100$	21	4,3%	$< 4\%$
		total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	492		
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24\text{h.}$	Nº de óbitos em pacientes em observação $\geq 24\text{h}$ <u>(sala amarela + vermelha)</u> $\times 100$	33	6,7%	$< 7\%$
		total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	492		
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> $\times 100$	15	100%	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	15		
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	<u>Total de pacientes com AVC que realizaram TC</u> $\times 100$	17	100%	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de AVC	17		
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%

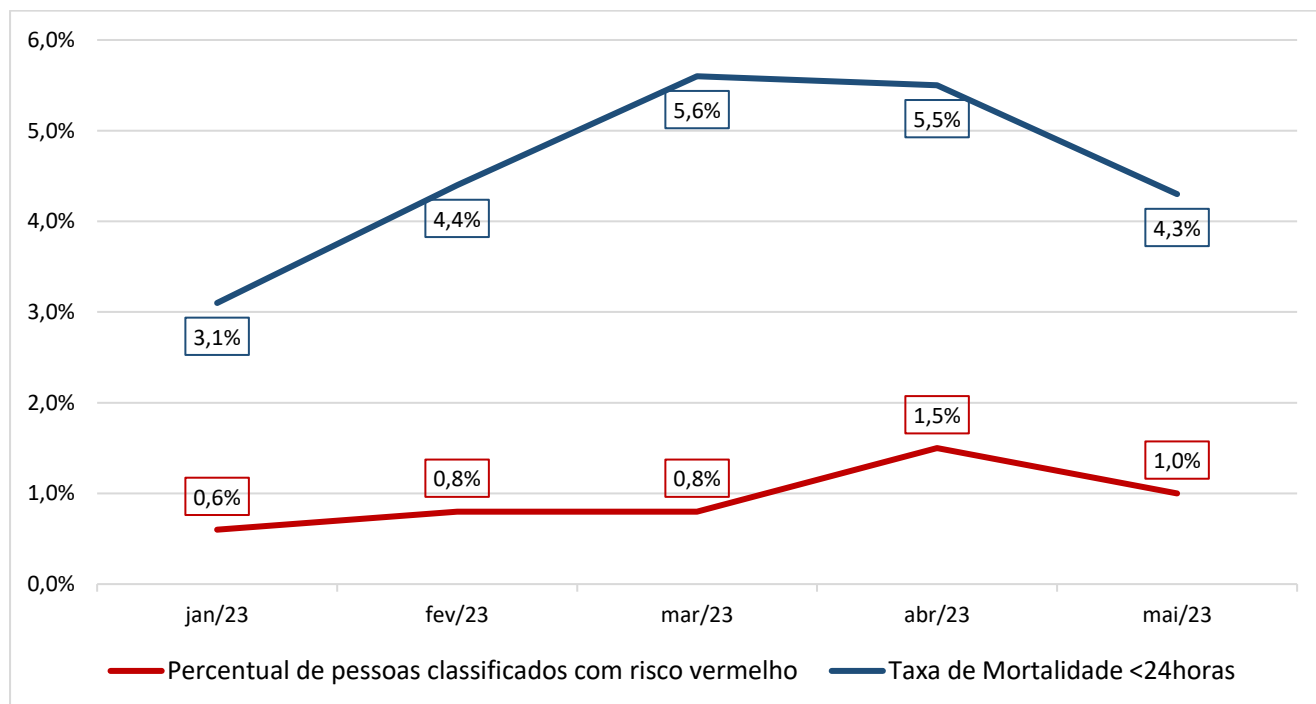
Indicador 4. Taxa de Mortalidade $\leq 24\text{h}$ na unidade de emergência.

A taxa de referência contratual para os óbitos ocorridos com tempo inferior a 24 horas é de 4%. No mês de maio foi contabilizada uma taxa de 4,3%.

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

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

emergência, cujo comportamento pode impactar na Taxa de Mortalidade <24 horas. O gráfico a seguir apresenta esse aumento.



Fonte: Sistema MV

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

Foram observados que dos 21 óbitos com tempo inferior a 24 horas, 80% foram de pessoas com idade superior a 60 anos, 76% foram atendidos unicamente na sala vermelha e destes, 31% evoluíram a óbito com tempo inferior a 5 horas de atendimento.

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

Indicador 6. Pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.

No mês de maio, foram abertos 25 protocolos de sepse na emergência, 15 pacientes tiveram diagnóstico confirmado, 100% destes com antibioticoterapia iniciada em até 2 horas.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA				ANO DE ANÁLISE 2023	
Nº	Indicador	Fórmula	Maio		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	103 414	24,9%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	91 93	97,8%	>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

Maior/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

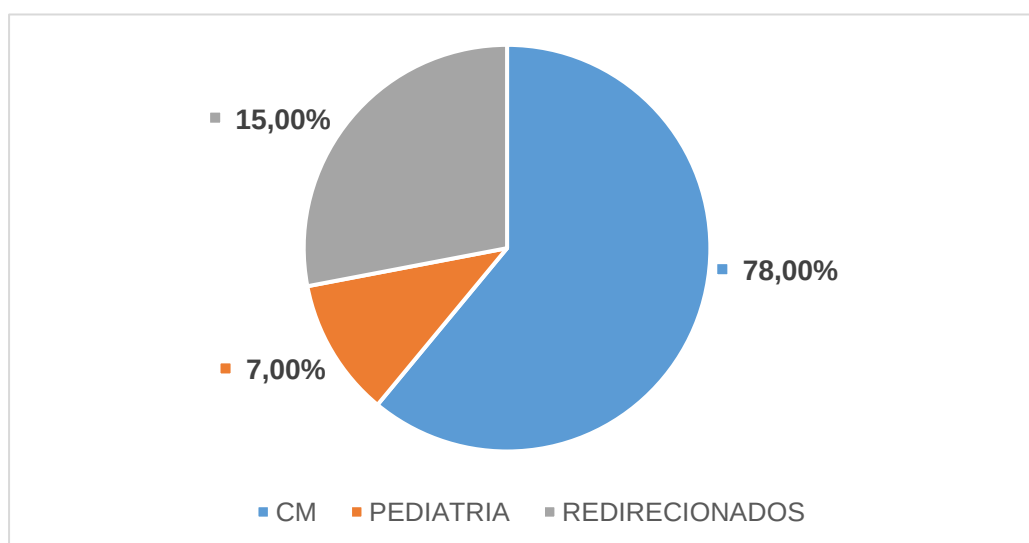
No mês de maio de 2023 foram acolhidos 5.375 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

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

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% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
5.375	4.190	361	824	5.375



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

Foi verificado que de 3.723 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 82% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

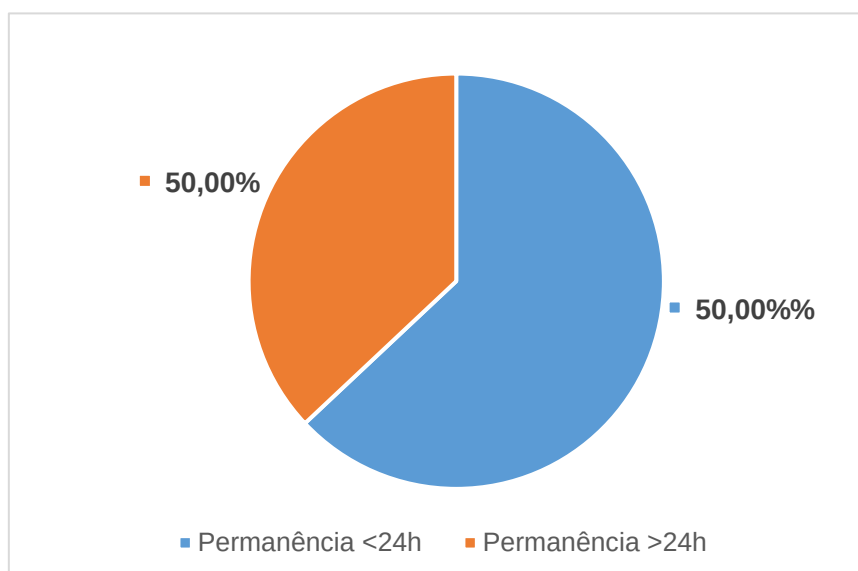
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 807 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 01/05/2023 à 31/05/2023.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	292	182	110	314	2,0
Sala Vermelha	98	36	62	148	0,7
Pediatria	09	2	7	9	0,8
Sala de Hidratação	93	28	65	336	1,1
TOTAL	492	248	244	807	1,5



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

Como demonstrado no gráfico acima 50,00% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 50,00% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq$ 24h

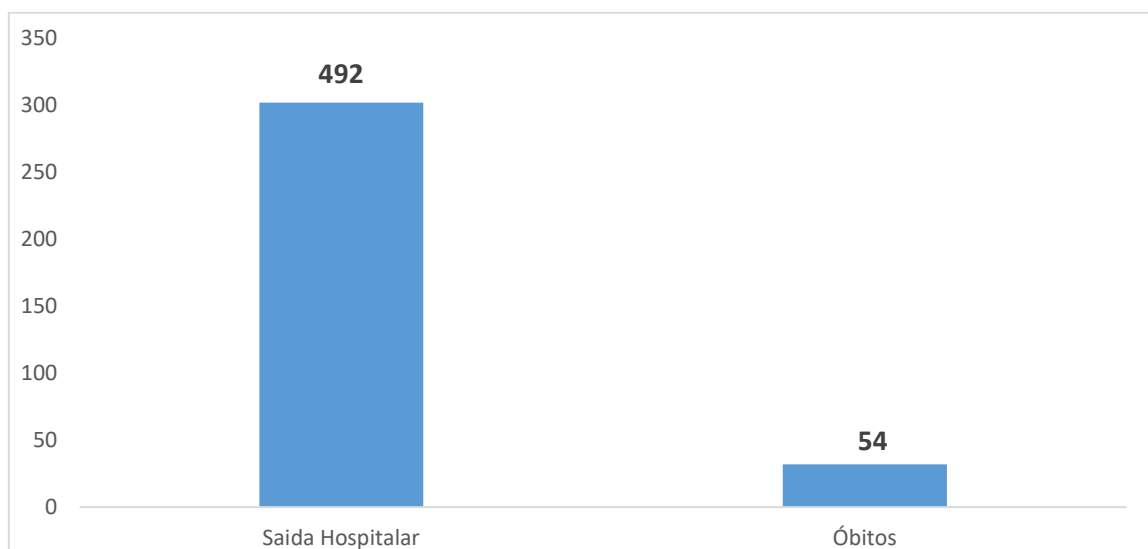
Verificou-se que dos 54 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 21 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 492 em maio/2023, a taxa de mortalidade $\leq$ 24h neste período foi de 4,26%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq$ 24h

Verificou-se que dos 54 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 33 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 492 em maio/2023, a taxa de mortalidade $\geq$ 24h neste período foi de 6,70%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 10 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 maio/2023. Sendo constatado 15 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 15 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	15
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	15
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 maio/2023.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	17
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	17
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 17 pacientes com diagnóstico de AVC, 15 foram classificados como isquêmico e 02 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 maio/2023.

Ressaltamos que 07 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	02
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
J.F.M.G.	61	134972	01/05/2023	C/SST	X	
M.A.B.	93	45556	10/05/2023	IAM C/SST $\Delta T > 12h$		X
M.J.R.S.	45	136448	14/05/2023	S/SST		X
J.A.F.	70	111241	18/05/2023	S/SST		X
D.A.	67	13589	25/05/2023	S/SST		X
M.L.L.N.	58	139767	26/05/2023	S/SST		X
G.M.S.	45	29039	28/05/20223	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 maio/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.375 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 4.551.

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

Após análise, concluímos que: 35% 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 65% 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	4.551	100,00%
BAE'S não conformes	1.587	35%
Total de BAE'S conformes	2.964	65%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 39 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 39 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 = $39/39 \times 100 = 100,0\%$