



20  
24

# RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE  
ABRIL | 2024



SAÚDE



## SUMÁRIO

|  |   |
|--|---|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 3 |
| 2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS<br>CONTRATUAIS ..... | 5 |
| 2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....   | 5 |
| 2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....   | 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      |   |  | ANO DE ANÁLISE 2024 |           | Meta |
|--|---|--|---------------------|-----------|------|
| Nº   | Indicador   | Fórmula  | Produção            | Resultado |      |
| 1  | Índice de apresentação de AIH   | $\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$                                | 295<br>283          | 1,04      | ≥ 1  |
| 2  | Taxa de rejeição de AIH   | $\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$   | 10<br>276           | 3,62%     | ≤ 7% |
| 3  | Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária | $\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$ | 220<br>220          | 100%      | 100% |
| 4  | Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos            | $\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$                               | 40<br>40            | 100%      | 100% |
| <b>% a Incidir sobre o total do contrato</b> |   |  | <b>1,5%</b>         |           |      |

### 2.2. PARTE VARIÁVEL 2

| VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF |  |   | ANO DE ANÁLISE 2024 |           | Meta      |
|---|--|---|---------------------|-----------|-----------|
| Nº  | Indicador  | Fórmula   | Produção            | Resultado |           |
| 1   | Tempo médio de permanência em Clínica Médica                                   | $\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$                                 | 1122<br>192         | 5,84      | 8 dias    |
| 2   | Tempo médio de permanência em Ortopedia  | $\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$   | 261<br>61           | 4,28      | 8 dias    |
| 3   | Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica                                | $\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$                           | 265<br>66           | 4,02      | 5 dias    |
| 4   | Tempo médio de permanência na UTI adulta                                       | $\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$   | 595<br>93           | 6,40      | 10 dias   |
| 5   | Taxa de mortalidade institucional  | $\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$   | 36<br>288           | 12,50%    | ≤ 8%      |
| 6   | Taxa de Mortalidade pós-operatória   | $\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós-operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$                            | 7<br>141            | 4,96%     | ≤ 3%      |
| 7   | Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta                      | APACHE II ou SAP 3  | 0,80                | 0,80      | 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<br>434            | 0,00      | ≤ 10/1000 |

|                                     |   |  |          |      |                  |
|-------------------------------------|---|--|----------|------|------------------|
| 9                                   | Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce) | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)} \times 1000}{\text{Total de dias ventilação mecânica}}$ | 1<br>292 | 3,42 | ≤ 8/1000<br>2,0% |
| <b>% A incidir sobre o contrato</b> |   |  |          |      |                  |

### 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 abril ocorreram 40 óbitos institucionais. Destes, 31 (77,5%) óbitos ocorreram no CTI, ou seja, já estão estratificados pela gravidade. 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 0,80 no mês de abril para uma meta estipulada em SMR ≤1.

Cabe ressaltar que do total, 6 foram inseridos em palição e acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, sendo que 3 estavam sob cuidados da Clínica Médica e 3 sob cuidados intensivos no CTI. Estes óbitos foram analisados em conjunto pela Comissão de Revisão de Óbito e Comissão de Cuidados Paliativos.

### Indicador 6 – Taxa de Mortalidade pós-operatória.

No mês de abril ocorreram 7 óbitos de pacientes cirúrgicos, resultando em uma taxa de 4,96%, sendo a meta pactuada para esse indicador de 3%. O quadro clínico de cada paciente cirúrgico com desfecho óbito foi relatado em ATA da Comissão de Óbito, anexo ao presente Relatório.

## 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

| VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF |                       | 2024   |                  |  |  |
|---|-----------------------|--------|------------------|--|--|
| Nº                                      | Indicador             | Abril  |                  | Meta   |  |
|   |                       | Saídas | Taxa de Ocupação | META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95% | META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95% |
| 1                                       | Clínica               | 192    | 93,50%           | 101 a 137 saídas                             | > 137 saídas                           |
| 2                                       | Cirúrgica             | 127    | 97,41%           | 52 a 71 saídas                               | > 71 saídas                            |
| 3                                       | Saúde Mental          | 35     | 82,67%           | 17 a 23 saídas                               | > 23 saídas                            |
| 4                                       | Terapia Intensiva     | 93     | 99,17%           | 40 a 55 saídas                               | > 55 saídas                            |
| 5                                       | Unidade Intermediária | 59     | 96,67%           | 20 a 27 saídas                               | > 27 saídas                            |
| <b>% A incidir sobre o contrato</b>     |                       |        |                  | <b>0,75%</b>                                 | <b>1,50%</b>                           |

## Bloco Diagnóstico

| EXAME                               | Jan./24 | Fev.24 | Mar./24 | Abr./24 | META   |
|-------------------------------------|---------|--------|---------|---------|--------|
| Exames de Patologia clínica         | 29.278  | 26.461 | 28.328  | 26.503  | 24.000 |
| Exames de Raio-X convencional       | 2.128   | 1.903  | 2.351   | 2.408   | 4.000  |
| Exames de Tomografia                | 1.632   | 1.606  | 1.925   | 1.889   | 1.000  |
| Exames de Ultrassonografia          | 91      | 113    | 118     | 88      | 400    |
| Exames de Anatomia patológica       | 61      | 49     | 50      | 42      | 220    |
| Exames de Endoscopia (alta e baixa) | 10      | 9      | 8       | 10      | 150    |
| Eletrocardiografia                  | 428     | 452    | 473     | 484     | 400    |
| Hemodiálise                         | 194     | 175    | 276     | 199     | 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, salvo quando do recebimento antecipado.



### 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  
24

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR  
ABRIL | 2024



SAÚDE



## SUMÁRIO

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>3</b> |
| <b>2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS</b> | <b>4</b> |
| 2.1. PARTE VARIÁVEL 1 .....  | 4        |
| 2.2. PARTE VARIÁVEL 2 .....  | 5        |
| 2.3. PARTE VARIÁVEL 3.....   | 5        |
| <b>3. ANEXOS .....</b>   | <b>6</b> |

## 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 2024 |             |             |
|--|---|---|---------------------|-------------|-------------|
| Nº   | Indicador   | Fórmula   | Abril               |             | Meta        |
|  |   |   | Produção            | Resultado   |             |
| 1  | Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade                    | $\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$                              | 47<br>48            | 97,92%      | > 90%       |
| 2  | Índice de Absenteísmo   | $\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$  | 206,83<br>17880     | 1,16%       | < 3%        |
| 3  | Taxa de Turnover  | $\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$ | 3<br>184            | 1,63%       | ≤ 3,5       |
| 4  | Treinamento homem hora  | $\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$                                | 644<br>150          | 4,29        | 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    | $\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$                        | 45<br>45            | 100%        | 100%        |
| <b>% a incidir sobre o total do contrato</b> |   |   | <b>1,5%</b>         |             |             |

#### Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de abril, a CER ILHA contabilizou total de 644 horas de treinamento, considerando 150 funcionários ativos do período, resultando em 4,29 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

| ABRIL   |            |                 |                  |               |
|---|------------|-----------------|------------------|---------------|
| Cursos e Treinamentos   | Data       | Instrutor       | Nº Participantes | Carga Horária |
| Novo fluxo de admissão na CER de pacientes transportados em maca                                  | 25/04/2024 | Valéria Pricken | 27               | 54            |
| Fluxo de pacientes para vaga zero de cirurgia e ortopedia na CER                                  | 25/04/2024 | Valéria Pricken | 27               | 54            |
| Preenchimento correto do livro de troca de plantão de enfermeiros e técnicos de enfermagem na CER | 25/04/2024 | Valéria Pricken | 28               | 56            |
| Regra para trocar plantão no período mensal na CER  | 25/04/2024 | Valéria Pricken | 28               | 56            |
| Novo fluxo de admissão na CER de pacientes transportados em maca                                  | 26/04/2024 | Valéria Pricken | 27               | 54            |

|   |            |                 |    |            |
|---|------------|-----------------|----|------------|
| Fluxo de pacientes para vaga zero de cirurgia e ortopedia na CER                                  | 26/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| Preenchimento correto do livro de troca de plantão de enfermeiros e técnicos de enfermagem na CER | 26/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| Regra para trocar plantão no período mensal na CER  | 26/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| Novo fluxo de admissão na CER de pacientes transportados em maca                                  | 30/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| Fluxo de pacientes para vaga zero de cirurgia e ortopedia na CER                                  | 30/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| Preenchimento correto do livro de troca de plantão de enfermeiros e técnicos de enfermagem na CER | 30/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| Regra para trocar plantão no período mensal na CER  | 30/04/2024 | Valéria Pricken | 27 | 54         |
| <b>TOTAL</b>  |            |                 |    | <b>644</b> |

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 2024

| Nº  | Indicador  | Fórmula   | Abril          |           | Meta                      |
|-----|--|---|----------------|-----------|---------------------------|
|     |  |   | Produção       | Resultado |                           |
| 1   | Percentagem de pacientes atendidos por médico  | $\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$   | 5112<br>6132   | 83,37%    | ≥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 | <b>Vermelho</b>  | 0 minutos   | 115            | 0min      | 0 min.                    |
| 2.2 | <b>Laranja</b>   | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$                      | 6556<br>358    | 18,31     | ≤15min.                   |
| 2.3 | <b>Amarelo</b>   | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$                      | 30550<br>1392  | 21,95     | ≤30min.                   |
| 2.4 | <b>Verde</b>   | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$                      | 166086<br>3234 | 51,36     | Até 1h.                   |
| 2.4 | <b>Azul</b>  | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$                      | 1254<br>6      | 209       | Até 24h. Ou redirecionado |
| 3   | Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela                                   | $\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}$ | 488<br>488     | 100%      | ≥ 95%                     |
| 4   | Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.  | $\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$                                 | 10<br>551      | 1,81%     | <4%                       |

|  |  |  |           |       |             |
|--|--|--|-----------|-------|-------------|
| 5  | Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\geq$ 24h.                         | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de \u00f3bitos em pacientes em observa\u00e7\u00e3o } \geq 24\text{h (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de sa\u00eddas de pacientes em observa\u00e7\u00e3o (todas as salas)}} \times 100$ | 22<br>551 | 3,99% | < 7%        |
| 6  | Percentual de pacientes com diagn\u00f3stico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em at\u00e9 2 horas | $\frac{\text{Total de pacientes com antibi\u00f3ticos infundidos em tempo } < 2 \text{ horas na sepse}}{\text{Total de pacientes com diagn\u00f3stico de sepse que receberam antibioticoterapia}} \times 100$                | 18<br>18  | 100%  | 100%        |
| 7  | Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC  | $\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagn\u00f3stico de AVC}} \times 100$   | 19<br>19  | 100%  | 100%        |
| 8  | Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST                                    | $\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagn\u00f3stico de IAM com supra de ST}} \times 100$   | 1<br>1    | 100%  | 100%        |
| <b>% a Incidir sobre o total do contrato</b> |  |  |           |       | <b>2,0%</b> |

## Indicador 2.2. Tempo m\u00e9dio de espera para atendimento m\u00e9dico na classifica\u00e7\u00e3o de risco laranja.

No m\u00eas de abril o tempo m\u00e9dio de espera na classifica\u00e7\u00e3o de risco laranja ultrapassou os 15 minutos pactuado, totalizando 18,31 minutos.

Ocorre que a abertura dos BAM's no ato do atendimento m\u00e9dico, por vezes \u00e9 realizada tempos depois do in\u00edcio do atendimento de fato, enquanto isso o tempo continua a ser contabilizado. Isso se d\u00e1 em algumas situa\u00e7\u00f5es no qual o usu\u00e1rio j\u00e1 teve seu atendimento iniciado, mas devido seu quadro delicado requerer um acolhimento e escuta imediata, a abertura do BAM acaba ocorrendo alguns minutos ap\u00f3s o in\u00edcio do atendimento. Ademais, no dia 05 de abril o sistema MV apresentou problemas.

## 2.3 PARTE VARI\u00c1VEL 3

### VARI\u00c1VEL 03 - INCENTIVO \u00c0 EQUIPE - CER ILHA

### ANO DE AN\u00c1LISE 2024

| N\u00b0                                      | Indicador   | F\u00f3rmula  | Abril              |             | Meta |
|--|---|---|--------------------|-------------|------|
|  |   |   | Produ\u00e7\u00e3o | Resultado   |      |
| 1  | \u00cdndice de question\u00e1rios preenchidos pelos pacientes em observa\u00e7\u00e3o | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de question\u00e1rios preenchidos}}{\text{Pacientes em observa\u00e7\u00e3o}} \times 100$      | 97<br>488          | 19,88%      | >15% |
| 2  | Percentual de usu\u00e1rios satisfeitos / muito satisfeitos                           | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$ | 87<br>97           | 89,69%      | >85% |
| <b>% a Incidir sobre o total do contrato</b> |   |   |                    | <b>1,5%</b> |      |

## 3. ANEXOS

- Gr\u00e1fico de acolhido por CAP
- Ficha SMSDC



- 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
- 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**

**Abril/2024**

**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.....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |

## 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

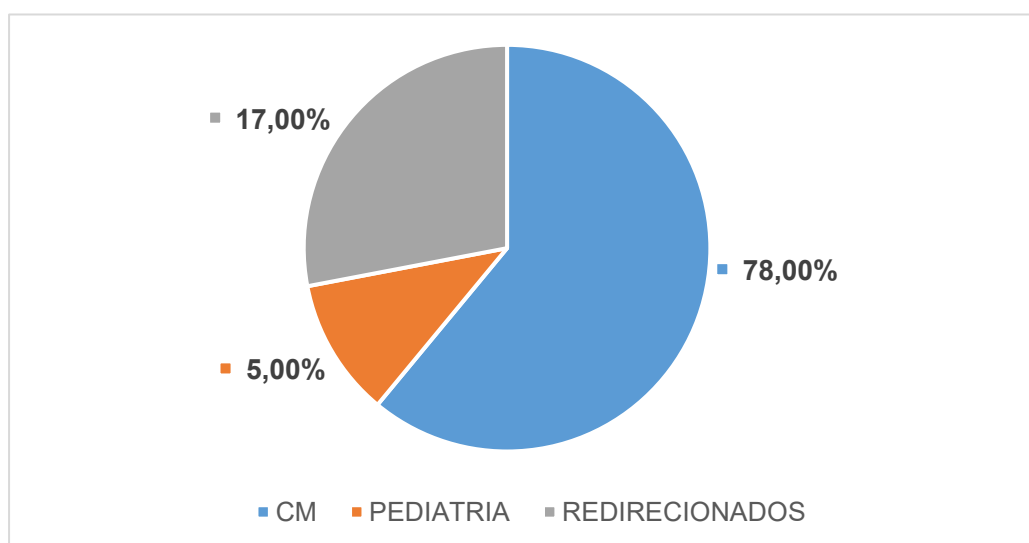
No mês de abril de 2024 foram acolhidos 6.132 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de abril/2024 foi de 83,00%.

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 17% de pacientes redirecionados.

| ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO |                |           |                |           |
|----------------------------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| Registrados                | Clínica Médica | Pediatria | Redirecionados | Acolhidos |
| 6.132                      | 4.794          | 318       | 1020           | 6.132     |



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

Foi verificado que de 5.112 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 76,72% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

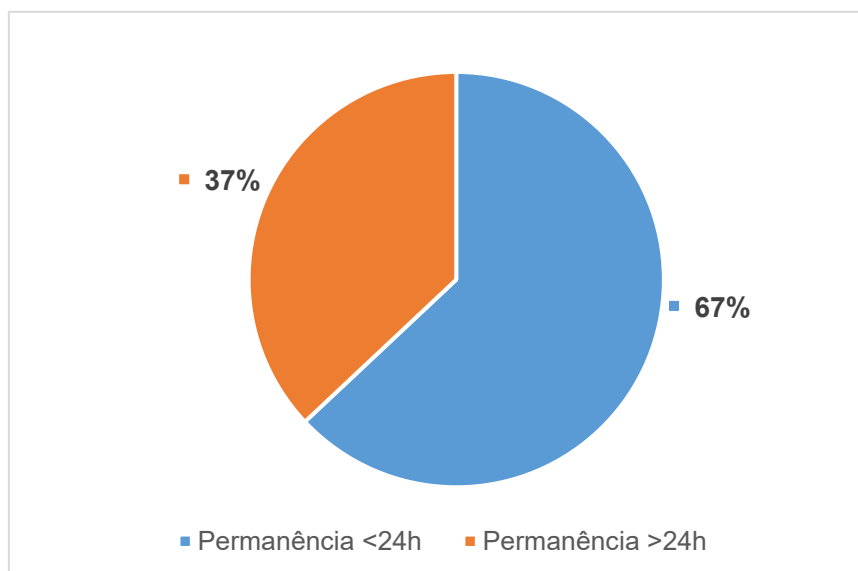
## 2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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 observação 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 01/04/2024 à 30/04/2024.

| Salas de Observação | Saídas Hospitalares | Permanência ≥ 24h | Permanência ≤ 24h | Nº Atendimento | Tempo de Permanência |
|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------------|
| Sala Amarela        | 365                 | 181               | 184               | 394            | 1,3                  |
| Sala Vermelha       | 93                  | 17                | 76                | 178            | 0,6                  |
| Pediatria           | 9                   | 4                 | 5                 | 9              | 2,7                  |
| Sala de Hidratação  | 84                  | 4                 | 80                | 303            | 0,9                  |
| <b>TOTAL</b>        | <b>551</b>          | <b>206</b>        | <b>345</b>        | <b>884</b>     | <b>1,2</b>           |



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

Como demonstrado no gráfico acima 67% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 37% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

#### 2.4. Taxa de mortalidade $\leq$ 24h

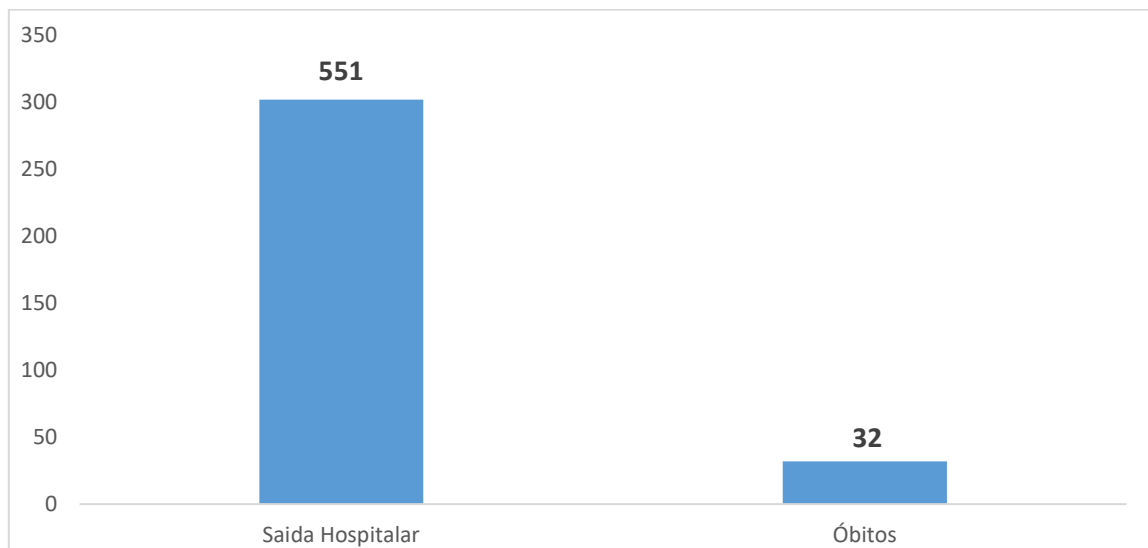
Verificou-se que dos 32 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 10 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 551 em abril/2023, a taxa de mortalidade  $\leq$  24h neste período foi de 1,81%

#### 2.5. Taxa de mortalidade $\geq$ 24h

Verificou-se que dos 32 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 22 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 551 em abril/2024, a taxa de mortalidade  $\geq$  24h neste período foi de 3,99%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 14 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 abril/2024. Sendo constatado 18 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período  $\leq 2$  horas nos 18 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  $\leq 2$  horas.

| <b>INICIO DE ANTIBIÓTIICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE</b>             |                |
|---|----------------|
| Paciente com diagnóstico de sepse                                 | 18             |
| Total de antibióticos administrados no período $\leq 2$ horas     | 18             |
| <b>Taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado</b> | <b>100,00%</b> |

## 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 abril/2024.

| <b>TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC</b>                      |               |
|---|---------------|
| Pacientes com diagnóstico de AVC                            | 19            |
| Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC | 19            |
| <b>Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC</b> | <b>100,0%</b> |

De 19 pacientes com diagnóstico de AVC, 15 foram classificados como isquêmico e 04 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 abril/2024.

Ressaltamos que 05 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 01 paciente preenchia o critério do protocolo estabelecido para terapia trombolítica.

| <b>TROMBÓLISE REALIZADA NO TRATAMENTO DE IAM COM SUPRA DE ST</b>            |             |
|---|-------------|
| Pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST com indicação para trombólise | 01          |
| Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado                   | 01          |
| <b>Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST</b>           | <b>100%</b> |

| Nome     | Idade | Prontuário | Data       | IAM                       | Trombólise |   |
|----------|-------|------------|------------|---------------------------|------------|---|
|          |       |            |            |                           | S          | N |
| M. S. S. | 69    | 195575     | 06/04/2024 | C/SST<br>$\Delta t > 12h$ |            | X |
| C. D. V. | 62    | 197047     | 15/04/2024 | S/SST                     |            | X |
| L. G. S. | 60    | 197393     | 22/04/2024 | C/SST                     | X          |   |
| R. S.    | 39    | 199042     | 25/04/2024 | S/SST                     |            | X |
| L. F. L. | 65    | 93243      | 27/04/2024 | 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 abril/2024, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.112 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 5.112.

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 abril/2024 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 67,00% 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 33,00% 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.

| <b>BAE'S</b>                    | <b>QNTD</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|-------------|----------|
| BAE'S do mês por especialidade  | 5.112       | 100,00%  |
| BAE'S não conformes             | 3.440       | 67,00%   |
| <b>Total de BAE'S conformes</b> | 1.672       | 33,00%   |

### **3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

Foi verificado que dos 45 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 45 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 =  $45/45 \times 100 = 100,0\%$