



20  
25

---

# RELATÓRIO MENSAL

---

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE  
JANEIRO | 2025



SAÚDE



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS .....	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....	5
2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....	5
2.3 PARTE VARIÁVEL 3 .....	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 Traumatologia-ortopedia, além das internações. A capacidade estrutural está distribuída em:

### Capacidade diagnóstica:

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

### Capacidade assistencial:

- Clínica Médica – 40 leitos, sendo 02 de isolamento;
- Saúde Mental – 15 leitos;
- Centro Cirúrgico – 04 salas de cirurgias
  - Cirurgia Geral – 09 leitos;
  - Cirurgia Traumatologia-Ortopédica – 09 leitos;
  - Sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA) – 05 leitos;
- Centro de Terapia Intensiva – 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			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	276 270	1,02	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	0 276	0,00%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	196 196	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	34 34	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			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1206 185	6,52	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	273 62	4,40	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	270 62	4,35	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	619 69	8,97	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos > 24hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	31 270	11,48%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós-operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	2 153	1,31%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,64	0,64	SMR ≤ 1

8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	1,0	1,91	≤ 10/1000
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	0	0,00	≤ 8/1000
<b>% A incidir sobre o contrato</b>					<b>2,0%</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 admitidos na Terapia Intensiva. O HMEF utiliza o sistema Epimed para monitoramento da gravidade na UTI por meio do escore *Simplified Acute Physiology Score (SAPS3)*. Seguindo o Protocolo de Admissão e Alta na Terapia Intensiva, o SAPS3 acima de 50% é considerado um dos critérios de elegibilidade. O cálculo preditivo de mortalidade aumenta conforme o escore acumulado. Em dezembro, os pacientes admitidos na UTI tiveram um score médio de 69%. Dos 31 óbitos institucionais, 22 (70 %) ocorreram no CTI, ou seja, estão estratificados pelo escore de gravidade com alto risco de desfecho óbito. 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 0,64 no mês de dezembro para uma meta estipulada em  $SMR \leq 1$ .

Cabe ressaltar que dos óbitos institucionais, 13 (42%) foram de pessoas em fim de vida e acompanhadas pela Comissão de Cuidados Paliativos, sendo que 04 estavam sob cuidados da Clínica Médica e 09 sob cuidados intensivos no CTI. Estes óbitos foram analisados em conjunto pela Comissão de Revisão de Óbito e Comissão de Cuidados Paliativos.

Para fins de análise da mortalidade institucional, considerando que as internações nessa unidade de saúde têm o perfil de urgência e emergência, as



internações em caráter de terminalidade requerem devida sensibilidade e acolhimento.

Desse modo, os óbitos de pessoas em fim de vida têm forte impacto na mortalidade institucional. Se considerássemos apenas os óbitos para as demais internações, registraríamos uma Taxa de Mortalidade Institucional de 6,66 %.

Em relação à Vigilância Epidemiológica, 73% dos óbitos ocorridos na unidade foram encaminhados à investigação, sendo 96% por causas mal definidas, conforme figuras abaixo.



### 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Janeiro		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clínica	185	98,47%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	131	96,77%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	24	75,91%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	69	99,68%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	45	94,19%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

## Bloco Diagnóstico

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. Ainda que a referência diagnóstica no Termo de Colaboração Nº 019/2023 não vincule recursos financeiros, é monitorada para fins de acompanhamento de produção. De acordo com as metas estabelecidas é esperado que a unidade realize 30.370 exames por mês, distribuído nas especificidades da tabela abaixo. Mesmo com a variação nos resultados, referente às características de demanda espontânea, a unidade realizou no mês de janeiro um total de 34.567, superando em 13,81% a expectativa diagnóstica mensal.

EXAME	Jan / 25	META
Exames de Patologia clínica	29.170	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.439	4.000
Exames de Tomografia	1.979	1.000
Exames de Ultrassonografia	104	400
Exames de Anatomia patológica	92	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	150
Eletrocardiografia	625	400
Hemodiálise	149	200



### **3. ANEXO**

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



**Rio**

PREFEITURA

---

**SAÚDE**





20  
25

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR  
JANEIRO | 2025

## 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 .....	6
2.3. PARTE VARIÁVEL 3.....	6
<b>3. ANEXOS .....</b>	<b>8</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 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			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	44 46	95,65%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	22 23130	0,10%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	1,5 167	0,90%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	866 162	5,35	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	49 49	100%	100%
<b>% a Incidir sobre o total do contrato</b>			<b>1,5%</b>		

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

No mês de janeiro, a CER ILHA contabilizou total de 866 horas de treinamento, considerando 162 funcionários ativos do período, resultando em 5,35 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

JANEIRO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Orientações de curativos de PVP (acesso alto e baixo)	08/01/2025	Valéria Pricken	33	66,00
Orientações de periodicidade de trocas de PVP (acesso com tegaderme e acesso baixo)	08/01/2025	Valéria Pricken	33	66,00



Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo comum	08/01/2025	Valéria Pricken	33	66,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo de dripping 9exceto propofol)	08/01/2025	Valéria Pricken	33	66,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo de antibiótico	08/01/2025	Valéria Pricken	33	66,00
Orientações de curativos de PVP (acesso alto e baixo)	09/01/2025	Valéria Pricken	27	54,00
Orientações de periodicidade de trocas de PVP (acesso com tegaderme e acesso baixo)	09/01/2025	Valéria Pricken	27	54,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo comum	09/01/2025	Valéria Pricken	28	56,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo de dripping 9exceto propofol)	09/01/2025	Valéria Pricken	28	56,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo de antibiótico	09/01/2025	Valéria Pricken	28	56,00
Orientações de curativos de PVP (acesso alto e baixo)	10/01/2025	Valéria Pricken	26	52,00
Orientações de periodicidade de trocas de PVP (acesso com tegaderme e acesso baixo)	10/01/2025	Valéria Pricken	26	52,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo comum	10/01/2025	Valéria Pricken	26	52,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo de dripping 9exceto propofol)	10/01/2025	Valéria Pricken	26	52,00
Troca de artigos hospitalares (linhas vasculares) - Período de troca de equipo de antibiótico	10/01/2025	Valéria Pricken	26	52,00
<b>TOTAL</b>				<b>866,00</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			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	5809 6205	93,62%	≥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	0 min	0	0 min.
2.2	<b>Laranja</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	2940 298	9,87	≤15min.
2.3	<b>Amarelo</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	43080 1847	23,32	≤30min.
2.4	<b>Verde</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	179640 3397	52,88	Até 1h.
2.4	<b>Azul</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	2520 63	40,00	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.}}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}} \times 100$	474 474	100,00%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	22 535	4,11%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24\text{h (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	31 535	5,79%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na sepse}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia}} \times 100$	31 31	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	14 14	100%	100%
8		$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados}}{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados}} \times 100$	0	100%	100%

Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST

total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST

0

% a Incidir sobre o total do contrato

2,0%

#### Indicador 4. Taxa de Mortalidade ≤ 24h

No mês de junho, foram registradas 22 ocorrências de óbitos com tempo inferior a 24 horas na emergência. A Taxa de Mortalidade nesse indicador foi de 4,11% sendo a referência contratual de 4%.

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.

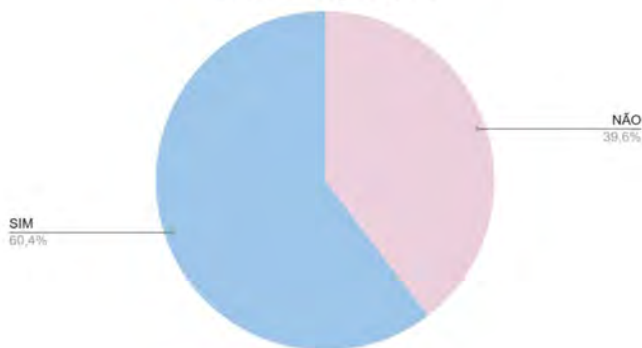
Entre outubro de 2024 e janeiro de 2025 registrou-se gradual aumento no percentual de pessoas classificadas com risco vermelho. Essa classificação é característica de atendimentos de emergência, cujo comportamento pode impactar na Taxa de Mortalidade <24 horas. O gráfico a seguir apresenta a variação do percentual da classificação dos atendimentos com risco vermelho sendo 110 (1,77%), um aumento de 64% em relação ao mês de dezembro.



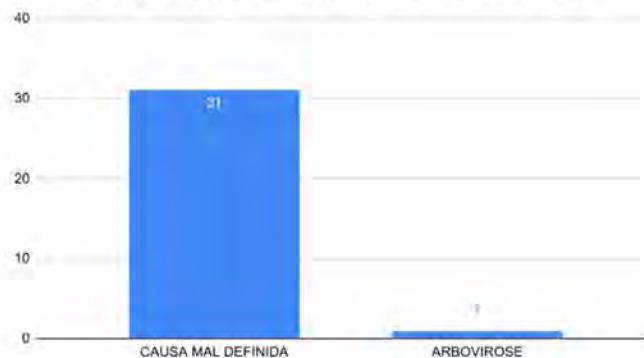
Dos óbitos com tempo menor que 24 horas, 80% ocorreram na sala vermelha e 77% ocorreram em até 10 horas de atendimento. 30% das causas eram relacionadas a sepse, 16% relacionados a neoplasias, 16% a causas indeterminadas e demais.

Entre as causas gerais dos óbitos 60,4% foram encaminhados à investigação epidemiológica, sendo 97% por causas mal definidas conforme figuras abaixo.

INVESTIGAÇÃO VEH



CAUSA DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



## 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

### VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA

2025

Nº	Indicador	Fórmula	Janeiro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	137	28,96%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	120	87,59%	>85%
<b>% a incidir sobre o total do contrato</b>			<b>1,5%</b>		

## 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**

**Janeiro/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.....	6
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

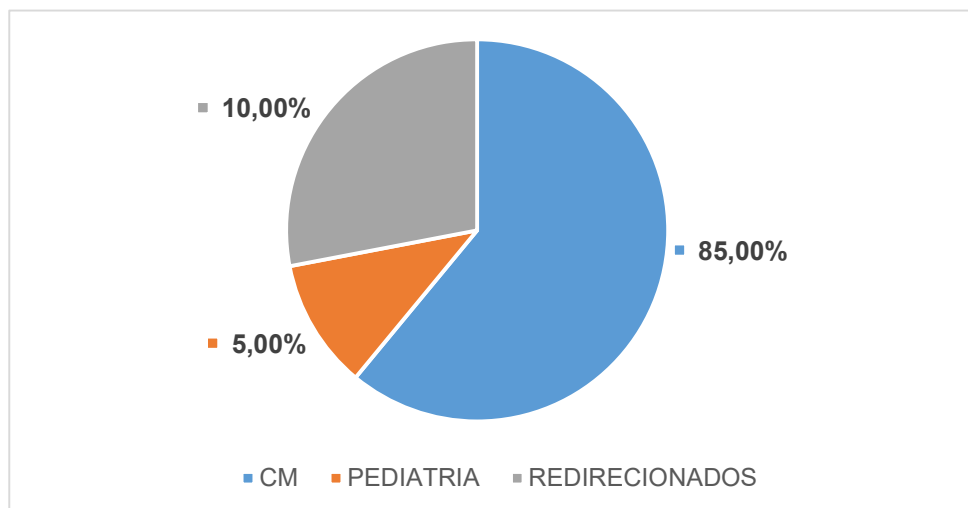
No mês de Janeiro de 2025 foram acolhidos 6.447 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Janeiro/2025 foi de 91,14%.

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 8,86% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6.447	5.477	332	638	6.447



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

Foi verificado que de 5.809 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 71,45% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

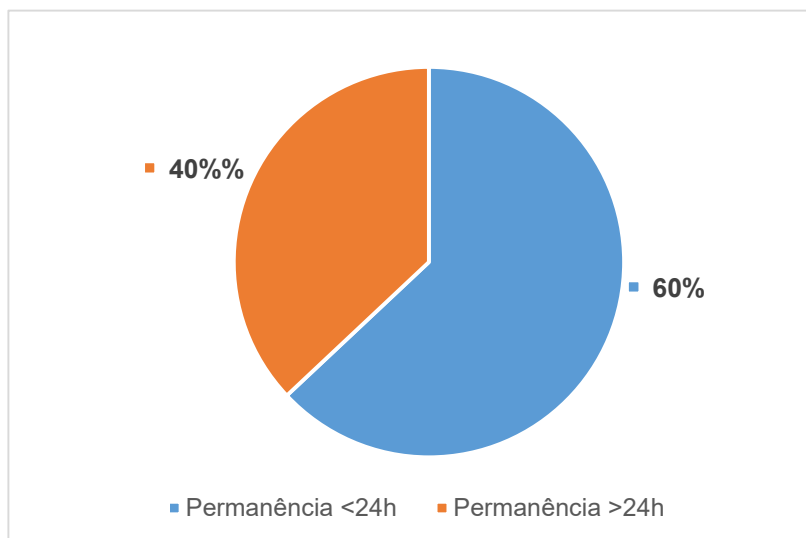
## 2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 855 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 01/01/2025 à 31/01/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	367	187	180	394	1,6
Sala Vermelha	92	18	74	171	0,7
Pediatria	9	1	8	9	2,2
Sala de Observação	67	13	54	281	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>535</b>	<b>219</b>	<b>316</b>	<b>855</b>	<b>1,4</b>



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

Como demonstrado no gráfico acima 60% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 40% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

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

Verificou-se que dos 53 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 22 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 535 em Janeiro/2025, a taxa de mortalidade  $\leq$  24h neste período foi de 4,11%

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

Verificou-se que dos 53 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 31 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 535 em Janeiro/2025, a taxa de mortalidade  $\geq$  24h neste período foi de 5,79%.

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

**Não foram contabilizados nos cálculos 18 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 Janeiro/2025. Sendo constatado 31 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período  $\leq$  2 horas nos 31 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.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	31
Total de antibióticos administrados no período $\leq$ 2 horas	31
<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 Janeiro/2025.

<b>TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC</b>	
Pacientes com diagnóstico de AVC	14
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	14
<b>Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC</b>	<b>100,0%</b>

De 14 pacientes com diagnóstico de AVC, 12 foram classificados como isquêmico e 02 foram classificados como hemorrágico.

Como demonstrado na tabela acima, foram realizados exames de TC em 100,0% dos pacientes que chegaram a unidade com suspeita ou diagnóstico de AVC.

## 2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST

Realizou-se a aferição da taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST que foram submetidos à Trombólise na unidade no período de Janeiro/2025.

Ressaltamos que 09 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 00 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	00
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	00
<b>Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST</b>	<b>100%</b>

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombóise	
					S	N
A.S.C.T.S.	46	216097	02/01/2025	S/SST		X
M.B.S.	64	182282	11/01/2025	S/SST		X
V.T.	79	123717	16/01/2025	S/SST		X
J.C.S.	61	247713	20/01/2025	S/SST		X
J.O.C.	71	659277	22/01/2025	S/SST		X
V.M.N.	63	183473	23/01/2025	S/SST		X
A.S.V.	56	248338	24/01/2025	S/SST		X
C.R.G.C.	73	248745	26/01/2025	S/SST		X
A.M.F.R.	81	249734	30/01/2025	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 Janeiro/2025, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.809 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 5.809.

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 Janeiro/2025 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 72% 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 28,00% 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	5.809	100,00%
BAE'S não conformes	4.160	72,00%
<b>Total de BAE'S conformes</b>	1.649	28,00%

### 3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

Foi verificado que dos 00 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 00 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 =  $00/00 \times 100 = 100,0\%$