



20  
25

# RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE  
Novembro | 2025

## SUMÁRIO

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

## **1. INTRODUÇÃO**

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

### **Capacidade diagnóstica:**

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

### **Capacidade assistencial:**

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

### **Capacidade gerencial e de apoio:**

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

### **Outras capacidades:**

- Necrotério.

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

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

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

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

## 2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

### 2.1. PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - HMEF			2025		Meta	
Nº	Indicador	Fórmula	Novembro			
			Produção	Resultado		
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$ $\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	261 258	1,01 1,81%	≥ 1	
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar x100}}{\text{Total de prontuários analisados}}$	5 276	1,81% 100,00%	≤ 7%	
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	200 200	100,00% 100,00%	100%	
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos analisados}}{\text{Nº de óbitos analisados}}$	27 27	100,00% 1,5%	100%	
<b>% a Incidir sobre o total do contrato</b>						

### 2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			2025		Meta	
Nº	Indicador	Fórmula	Novembro			
			Produção	Resultado		
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1130 155	7,29 5,02	8 dias	
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	266 53	5,02 4,13	8 dias	
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	256 62	4,13 7,74	5 dias	
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	596 77	7,74 0,77%	10 dias	
5	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	1 130	0,77% 0,57	≤ 3%	
6	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,57	0,57	SMR ≤ 1	
7	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}}$	0 596	0,00 0,00	≤ 10/1000	
8	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	0 335	0,00 8/1000	≤ 8/1000	
<b>% A incidir sobre o contrato</b>						

### 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Novembro		META FAIXA I - Taxa de Ocupação $\geq 70\%$ e $\leq 95\%$	META FAIXA II - Taxa de Ocupação $> 95\%$
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clinica	155	94,17%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	115	96,67%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	37	86,89%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	78	99,33%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	46	93,00%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
<b>A incidir sobre o contra</b>				<b>0,75%</b>	<b>1,50%</b>

### Bloco Diagnóstico:

A produção diagnóstica da unidade é influenciada pelas demandas auferidas, o que sugere uma relação direta entre a necessidade de exames e a capacidade de atendimento. A contabilização total das produções referentes aos exames de hemodiálise acontece após o 10º dia útil de cada mês, permitindo uma avaliação mais precisa da eficiência da unidade. A atualização mensal do relatório, exceto em casos de recebimento antecipado, possibilita o acompanhamento contínuo da produção e a identificação de tendências e variações. Embora a referência diagnóstica no Termo de Colaboração Nº 019/2023 não vincule recursos financeiros, a monitoração da produção é fundamental para avaliar o desempenho da unidade e identificar áreas de melhoria. A unidade tem como meta realizar **30.370** exames por mês, distribuídos de acordo com as especificidades da tabela abaixo: No mês de **(nov.2025)**, a unidade realizou um total de 31.933 exames, superando em **5%** a expectativa diagnóstica mensal. Essa variação nos resultados pode ser atribuída às características de demanda espontânea, que podem influenciar a necessidade de exames. A análise dos resultados revela que a unidade está apresentando um desempenho acima da expectativa, com uma taxa de realização de exames de **105%** da meta estabelecida. No entanto, é importante considerar as variações nos resultados e as características de demanda espontânea para entender melhor os fatores que influenciam a produção diagnóstica.

EXAME	jan.-25	fev.-25	mar.-25	abr.-25	mai.-25	jun.-25	jul.-25	ago.-25	set.-25	out.-25	nov.-25	META
Exames de Patologia clínica	29.170	26.321	28.400	27.329	27.265	25.642	27.170	26.854	26.827	27.813	26.169	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.439	2.368	2.597	2.716	2.735	2.585	3.068	2.953	2.911	3.048	2.787	4.000
Exames de Tomografia	1.979	1.703	1.958	1.934	2.072	2.129	1.914	2.163	1.937	2.059	2.012	1.000
Exames de Ultrassonografia	104	86	97	97	99	102	94	72	72	75	87	400
Exames de Anatomia patológica	92	146	119	123	217	177	75	130	105	181	103	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	8	6	7	4	7	4	9	6	2	10	150
Eletrocardiografia	625	428	545	455	506	482	501	646	604	631	765	400
Hemodiálise	149	153	204	172	201	164	174	164	143	154		200
Total	34.567	31.213	33.926	32.833	33.099	31.288	33.000	32.991	32.605	33.963	31.933	

### **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**

**SUS** The logo for the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde), consisting of the acronym 'SUS' in a bold, sans-serif font next to a stylized white cross.



20  
25

# — RELATÓRIO MENSAL —

## METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR  
Novembro | 2025

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>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.....	6
<b>3.</b>	<b>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

### PARTE VARIÁVEL 1

Nº	Indicador	Fórmula	2025		Meta	
			Novembro			
			Produção	Resultado		
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x100	42	95,5%	> 90%	
2	Índice de Absenteísmo	Total de BAE analisados Horas líquidas faltantes x100 Líquidas disponíveis	44 13 22790	0,06%	< 3%	
3	Taxa de Turnover	(Nº de demissões + Nº de Admissões) / 2 x100 Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	4 177	2,3%	≤ 3,5	
4	Treinamento homem hora	Total de horas homem treinados no mês Número de funcionários ativos no período	612 180	3,40	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	Número de fichas SINAN preenchidas x100 Total de situações com SINAN obrigatório	142 142	100%	100%	
<b>% a Incidir sobre o total do contrato</b>						

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

No mês de novembro de 2025, a CER ILHA contabilizou total de 612 horas de treinamento, considerando 180 funcionários ativos do período, resultando em 3,40 homens/horas treinados. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

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

Novembro				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Atualização de Planilha de Indicadores	12/11/2025	Valéria Pricken	30	60,00
Atendimento para acesso à profilaxia pós exposição (PEP)	12/11/2025	Valéria Pricken	33	66,00
Fluxo de Investigação para Dengue	12/11/2025	Valéria Pricken	36	72,00
Atualização de Planilha de Indicadores	13/11/2025	Valéria Pricken	28	56,00
Atendimento para acesso à profilaxia pós exposição (PEP)	13/11/2025	Valéria Pricken	28	56,00
Fluxo de Investigação para Dengue	13/11/2025	Valéria Pricken	33	66,00
Atualização de Planilha de Indicadores	14/11/2025	Valéria Pricken	29	58,00
Fluxo de Investigação para Dengue	14/11/2025	Valéria Pricken	31	62,00
Atendimento para acesso à profilaxia pós exposição (PEP)	14/11/2025	Valéria Pricken	29	58,00
Recapacitação de coleta para equipes de enfermagem (CER ILHA)	10/11/2025	Daniel Nunes	12	12,00
Recapacitação de coleta para equipes de enfermagem (CER ILHA)	11/11/2025	Daniel Nunes	24	24,00

Recapacitação de coleta para equipes de enfermagem (CER ILHA)	18/11/2025	Daniel Nunes	22	22,00
<b>Total</b>		<b>612</b>		

## 2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	6010 6376	94,26%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$ Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco			
2.1	Vermelho	0 minutos	58	0 min	0 min.
2.2	Laranja	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$ Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	2820 277	10,18	≤15min.
2.3	Amarelo	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$ Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	33981 1344	25,28	≤30min.
2.4	Verde	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$ Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	98528 2491	39,55	Até 1h.
2.4	Azul	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$ Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	434 27	16,07	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100$	461	100%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação} \leq 24h (\text{sala amarela + vermelha})}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	18	3%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação} \geq 24h (\text{sala amarela + vermelha})}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	27	5%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo} \leq 2 \text{ horas na sepse}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibióticoterapia}} \times 100$	27	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$	15	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}} \times 100$	1	100%	100%
<b>% a Incidir sobre o total do contrato</b>					<b>2,0%</b>

## 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			2025		Meta	
Nº	Indicador	Fórmula	Novembro			
			Produção	Resultado		
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	79 461	17,1% 88,6%	>15%	
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	70 79	88,6%	>85%	
<b>% a Incidir sobre o total do contrato</b>						

## 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**

PREFEITURA

---

**SAÚDE**

**SUS** The logo for the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde), consisting of the acronym 'SUS' in a bold, sans-serif font next to a stylized white cross.



## METAS QUALITATIVAS

**CER – Coordenação de Emergência Regional**

**Unidade Ilha**

**Novembro/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 ≤ 24h .....	5
2.5.	Taxa de mortalidade ≥ 24h .....	5
2.6.	Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse.....	5
2.7.	Tomografia realizada em pacientes com AVC .....	6
2.8.	Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST .....	7
3.	DESEMPENHO DA GESTÃO .....	7
3.1.	BAE conforme .....	7
5.1.	SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	8
6.	ANEXOS .....	<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**

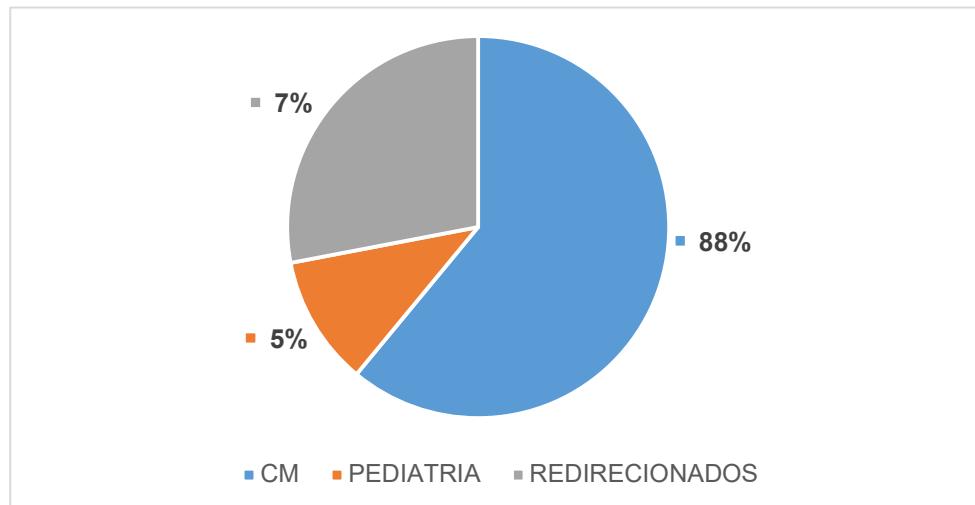
No mês de Novembro de 2025 foram acolhidos 6.426 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

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

Segundo o protocolo de classificação de risco e direcionamento de conduta de atendimento para as Coordenações de Emergência Regional da SMSRIO, os atendimentos com classificação azul devem ser direcionados a rede de atenção primária.

A equipe de classificação tem seguido o protocolo estabelecido para unidade CER – ILHA, perfazendo um total de 8% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6.426	5632	378	399	6.426



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

Foi verificado que de 6376 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 94% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

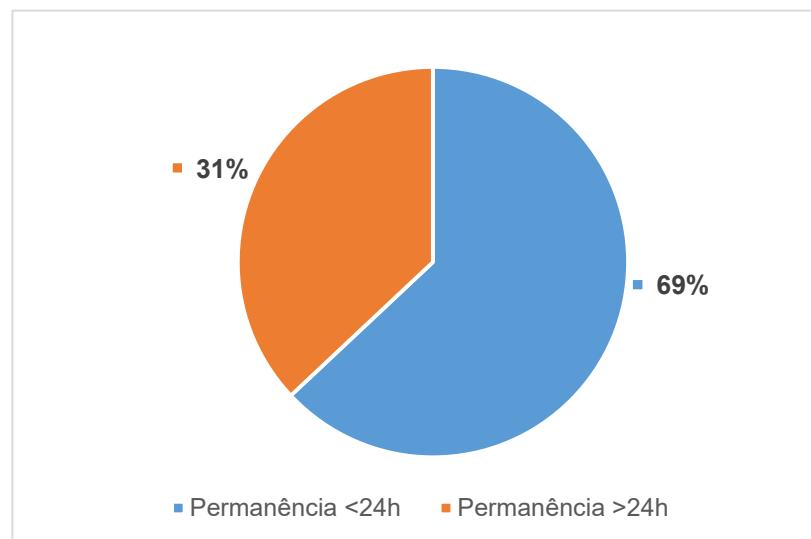
## 2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 852 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 Novembror 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 01/11/2025 à 31/11/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	3439	131	208	371	1,3
Sala Vermelha	112	23	89	181	0,5
Pediatria	13	6	7	14	1,3
Sala de Observação	63	5	58	286	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>527</b>	<b>165</b>	<b>362</b>	<b>852</b>	<b>1,0</b>



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

Como demonstrado no gráfico acima 69% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 31% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

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

Verificou-se que dos 45 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 18 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 527 em Novembro/2025, a taxa de mortalidade  $\leq$  24h neste período foi de 3,4%

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

Verificou-se que dos 45 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 27 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 527 em Novembro/2025, a taxa de mortalidade  $\geq$  24h neste período foi de 5,1%.

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

Não foram contabilizados nos cálculos 12 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 Novembro/2025. Sendo constatado 27 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período  $\leq$  2 horas nos 27 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	27
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	27
<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 Novembro/2025.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	15
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	15
<b>Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC</b>	<b>100,0%</b>

De 15 pacientes com diagnóstico de AVC, 14 foram classificados como isquêmico e 01 foi classificado como hemorrágico.

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

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

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

Ressaltamos que 10 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 01 pacientes preenchiam o critério do protocolo estabelecido para terapia trombolítica.

TROMBÓLISE REALIZADA NO TRATAMENTO DE IAM COM SUPRA DE ST						
Pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST com indicação para trombólise						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
S.R.C.	66	269711	03/11/25	S/SST		X
A.P.C.	64	297329	06/11/25	S/SST	X	
R.R.M.	56	296214	07/11/25	S/SST		X
R.C.C.	49	167197	11/11/25	S/SST		X
M.A.S.P.	65	298484	13/11/25	S/SST		X
M.A.L.S.	53	265210	14/11/25	S/SST		X
A.M.G.	35	8379	18/11/25	C/SST		X
O.M.C.	80	123540	25/11/25	S/SST		X
M.S.P.	73	300925	28/11/25	C/SST		X
E.R.	53	301025	29/11/25	C/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 Novembro/2025, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 6010 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades

Salientamos que todos os prontuários em não conformidade em relação à assinatura dos profissionais responsáveis, são imediatamente verificados e enviados para correção antes de seu arquivamento.

Mediante esta prática é possível assegurar que os BAE's gerados no mês de Novembro/2025 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 57% 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 43% 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	6.010	100,00%
BAE'S não conformes	3.371	57,00%
<b>Total de BAE'S conformes</b>	<b>2.639</b>	<b>43,00%</b>

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

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

Foi verificado que dos 142 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 142 foram notificados seguindo este protocolo. Logo, 100,0% dos pacientes que se enquadram 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 = 00/00x100= 100,0%