



**20
25**

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
Maio | 2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....	5
2.2. PARTE VARIÁVEL	
2.....	Erro! Indicador não definido.
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 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	Maio		
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	272 269	1,01	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	0 250	0,00%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	201 201	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 40	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato			1.5%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE HMEF			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Maio		
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1184 162	7,31	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	276 36	7,67	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 59	4,58	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	617 79	7,81	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	39 280	13,93%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós-operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	4 134	2,99%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,71	0,71	SMR ≤ 1

8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	2	4,84	≤ 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	4,57	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato					

Indicador 5 – Taxa de Mortalidade Institucional.

A estrutura instalada no Hospital Municipal Evandro Freire (HMEF) contempla 30 leitos de Terapia Intensiva, representando 29% da capacidade total de leitos disponíveis na unidade. Dada a predominância de atendimentos de média e alta complexidade, com perfil assistencial voltado para situações de urgência e emergência, observa-se uma tendência esperada de elevação na Taxa de Mortalidade, ultrapassando a meta contratual de 8%. Essa elevação se justifica pelo elevado grau de gravidade dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), frequentemente com prognóstico reservado.

A Unidade de Terapia Intensiva monitora o escore de gravidade Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3) através da plataforma Epimed Monitor®, que utiliza para a estratificação de risco e predição de mortalidade com base em variáveis clínicas e laboratoriais. De acordo com o Protocolo Institucional de Admissão e Alta da UTI, pacientes com SAPS 3 superior a 50% são considerados elegíveis para internação intensiva, configurando-se como uma estratégia de alocação racional de recursos terapêuticos voltada aos casos de maior complexidade clínica.

No mês de maio, a média de SAPS 3 dos pacientes admitidos foi de 69%, reforçando o perfil de alta complexidade clínica da unidade. Entre os 39 óbitos institucionais registrados no período, 29 (74,3 %) ocorreram na UTI, refletindo a adequada correlação entre gravidade clínica e desfecho, conforme previsto pela ferramenta de estratificação.

Do total de óbitos institucionais, 17 (43%) corresponderam a pacientes em situação de terminalidade, sob acompanhamento da Comissão de Cuidados Paliativos. Destes 17 pacientes paliativos, 9 estavam internados na Clínica Médica e 8 na UTI. A análise compartilhada entre a Comissão de Revisão de Óbito e a Comissão de Cuidados Paliativos reforça a adoção de práticas alinhadas à abordagem paliativa, assegurando maior qualidade e humanização do cuidado nos casos de fim de vida.

A presença significativa de pacientes em terminalidade impacta diretamente os indicadores de mortalidade institucional. Nesse contexto, é fundamental qualificar tais óbitos à luz da sua natureza inevitável e do seu enquadramento clínico-paliativo. Ao desconsiderar os óbitos de pacientes em cuidados de fim de vida, a Taxa de Mortalidade Institucional ajustada seria de 7,5% permanecendo dentro do parâmetro contratual pactuado.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2025		Meta	
Nº	Indicador	Maio		META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
		Saídas	Taxa de Ocupação		
1	Clínica	162	95,48%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	99	97,85%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	29	73,76%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	96	99,52%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	47	92,26%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

Bloco Diagnóstico:

A produção diagnóstica da unidade é influenciada pelas demandas auferidas, o que sugere uma relação direta entre a necessidade de exames e a capacidade de atendimento. A contabilização total das produções referentes aos exames de hemodiálise acontece após o 10º dia útil de cada mês, permitindo uma avaliação mais precisa da eficiência da unidade. A atualização mensal do relatório, exceto em casos de recebimento antecipado, possibilita o acompanhamento contínuo da produção e a identificação de tendências e variações. Embora a referência diagnóstica no Termo de Colaboração 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 **(mai./2025)**, a unidade realizou um total de **33.099** exames, superando em **9,98%** 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 **108,98%** 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	
Exames de Patologia clínica	29.170	26.321	28.400	27.329	27.265	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.439	2.368	2.597	2.716	2.735	4.000
Exames de Tomografia	1.979	1.703	1.958	1.934	2.072	1.000
Exames de Ultrassonografia	104	86	97	97	99	400
Exames de Anatomia patológica	92	146	119	123	217	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	9	8	6	7	4	150



Eletrocardiografia	625	428	545	455	506	400
Hemodiálise	149	153	204	172	201	200

3. ANEXO

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



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE





20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR
Maio | 2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	4
2.1. PARTE VARIÁVEL 1	4
2.2. PARTE VARIÁVEL 2	5
2.3. PARTE VARIÁVEL 3.....	6
3. ANEXOS	6

1. INTRODUÇÃO

A Coordenação de Emergência Regional – Ilha do governador foi inaugurada em 07 de fevereiro de 2013. A CER Ilha conta com os serviços abaixo:

Pronto Atendimento:

- Posso ajudar
- Classificação de risco
- Salas Administrativas
- Recepção
- Serviço Social
- Farmácia Central
- Sala de gesso
- Sala de curativo e sutura
- Sala de hipodermia

Observação:

- Sala de espera
- Recepção de ambulância
- Sala Vermelha: 3 leitos
- Sala Amarela: 13 leitos, sendo 1 isolamento
- Sala Amarela pediátrica: 1 leito

O presente Relatório tem como objetivo gerar continuidade no monitoramento dos indicadores contratuais distribuídos em 3 grupos de variáveis, sob avaliação realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação que condicionam o valor de pagamento de 5% do valor do contrato.

Salientamos que para cada indicador, cuja meta não tenha sido alcançada, as justificativas e apontamentos serão apresentados no presente Relatório.

Para além, ressaltamos que indicadores que necessitem de detalhamento para análise, terão seus materiais complementares descritos.

- Parte variável 1: 6 indicadores
- Parte variável 2: 8 indicadores
- Parte variável 3: 2 indicadores

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA				2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Maio			
			Produção	Resultado		
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x100 Total de BAE analisados	48	97,96%	> 90%	
2	Índice de Absenteísmo	Horas líquidas faltantes x100 Líquidas disponíveis	11	0,05%	< 3%	
3	Taxa de Turnover	(Nº de demissões + Nº de Admissões) /2 x100 Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	5	2,98%	≤ 3,5	
4	Treinamento homem hora	Total de horas homem treinados no mês Número de funcionários ativos no período	770	4,16	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	81	100%	100%	
% a incidir sobre o total do contrato				1,5%		

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de abril, a CER ILHA contabilizou total de 770 horas de treinamento, considerando 185 funcionários ativos do período, resultando em 4,16 homens/horas treinado. 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.

Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
EVOLUÇÃO PADRÃO DO ENFERMEIRO, REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	01/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	50	100,00
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	01/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	50	100,00
ORIENTAÇÃO QUANTO A GUARDA DE MEDICAÇÃO DE ALTA VIGILÂNCIA	01/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	50	100,00
PROTOCOLO MEWS/ PEWS	01/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	24	48,00
6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	01/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	23	46,00
INSTRUÇÃO AO PREENCHIMENTO DA PLACA DE DIETA ZERO	01/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	23	46,00
PROTOCOLO MEWS/ PEWS	02/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	25	50,00

6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	02/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	26	52,00
INSTRUÇÃO AO PREENCHIMENTO DA PLACA DE DIETA ZERO	02/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	26	52,00
PROTOCOLO MEWS/ PEWS	06/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	28	56,00
6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	06/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	30	60,00
INSTRUÇÃO AO PREENCHIMENTO DA PLACA DE DIETA ZERO	06/05/2025	VALÉRIA PRICKEN	30	60,00
Total				770,00

2.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Maio		
			Produção	Resultado	
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	6163 6648	92,70%	≥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	0	0	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	3238 335	9,67	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	36163 1753	20,63	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	185754 3781	49,13	Até 1h.
2.4	Azul	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	3262 128	25,48	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}$	486 487	99,79%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	14 519	2,70%	<4%

5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24h$.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24h \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	24 519	4,62%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na sepse}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia}} \times 100$	29 29	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	28 28	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}} \times 100$	0 0	0,0%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA				2025		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Maio			
			Produção	Resultado		
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	39 240	16,3%	>15%	
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	34 39	87,2%	>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/2025

METAS QUALITATIVAS

ÍNDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....	3
2.1. Pacientes atendidos por médico.....	3
2.2. Tempo de atendimento de pacientes atendidos após classificação de risco	4
2.3. Tempo médio de permanência na emergência.....	4
2.4. Taxa de mortalidade $\leq 24h$	5
2.5. Taxa de mortalidade $\geq 24h$	5
2.6. Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse.....	5
2.7. Tomografia realizada em pacientes com AVC.....	6
2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST	7
3. DESEMPENHO DA GESTÃO	7
3.1. BAE conforme	7
5.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	8
6. ANEXOS	Erro! Indicador não definido.

1. OBJETIVO

Demonstrar os resultados obtidos a fim de acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

2.1. Pacientes atendidos por médico

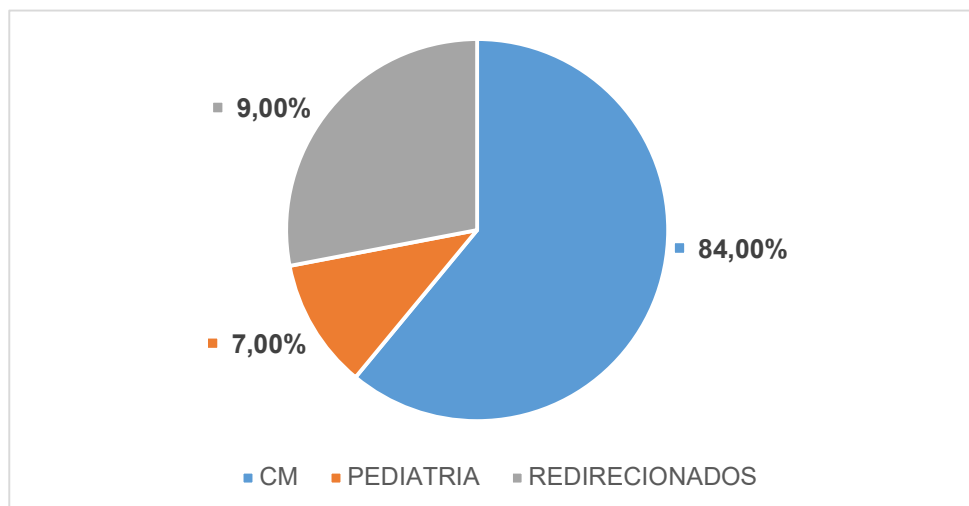
No mês de Maio de 2025 foram acolhidos 6.742 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Maio/2025 foi de 91,00%.

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 9% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6.742	5678	485	567	6.742



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

Foi verificado que de 6.648 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 00% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

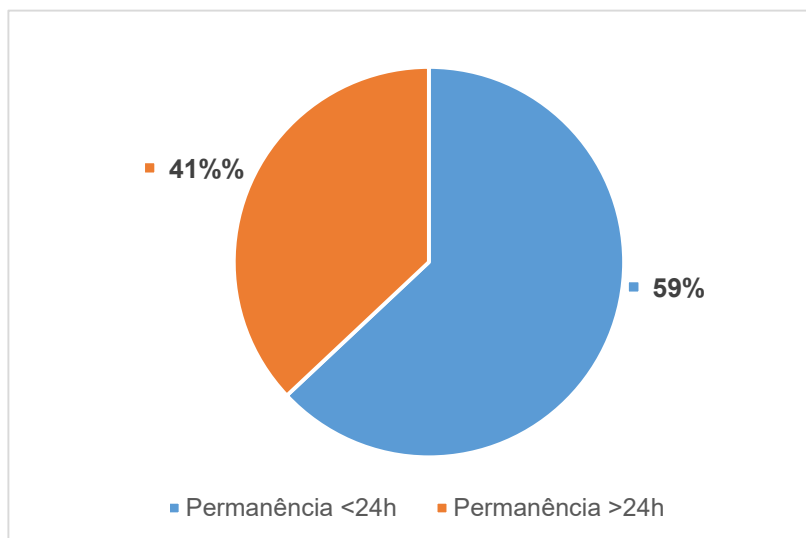
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 872 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 01/05/2025 à 31/05/2025.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	374	194	180	395	1,6
Sala Vermelha	72	13	59	161	1,0
Pediatrics	10	5	5	12	2,7
Sala de Hidratação	63	4	59	304	0,6
TOTAL	519	216	303	872	1,4



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

Como demonstrado no gráfico acima 59% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 41% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq 24h$

Verificou-se que dos 38 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 14 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 519 em Maio/2025, a taxa de mortalidade $\leq 24h$ neste período foi de 2.69%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq 24h$

Verificou-se que dos 38 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 24 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 519 em Maio/202, a taxa de mortalidade $\geq 24h$ neste período foi de 4,62%.

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

Não foram contabilizados nos cálculos 13 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/2025. Sendo constatado 29 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 29 pacientes, contabilizado desde a sua chegada à unidade CER – ILHA, ou seja, em 100,0% dos pacientes com SEPSE, que se enquadraram no protocolo, foi administrado antibiótico em período ≤ 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	29
Total de antibióticos administrados no período $\leq$ 2 horas	29
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/2025.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	28
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	28
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 28 pacientes com diagnóstico de AVC, 24 foram classificados como isquêmico e 04 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 Maio/2025.

Ressaltamos que 04 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, nenhum 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	00
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	00
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
L.H.D.O	67	265438	01/05/2025	S/SST		X
S.A.O.S	71	264051	04/05/2025	S/SST		X
J.R.P	76	266929	09/05/2025	S/SST		X
M.C.M.S	66	92314	13/05/2025	S/SST		X
M.L.S.V.S	87	155789	18/05/2025	S/SST		X
M.B.C	88	27234	31/05/2025	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 Maio/2025, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 6.163 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 2.696.

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/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 43,00% 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	6.163	100,00%
BAE'S não conformes	3.467	57,00%
Total de BAE'S conformes	2.696	43,00%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 55 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 55 foram notificados seguindo este protocolo. Logo, 100,0% dos pacientes que se enquadravam nesta exigência foram notificados através do SINAN.

Este indicador é obtido dividindo-se número de fichas SINAN preenchidas pelo total de situações com SINAN obrigatório = $00/00 \times 100 = 100,0\%$