



20  
23

# — RELATÓRIO MENSAL —

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE  
OUTUBRO | 2023

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 PARTE VARIÁVEL 3 .....</b>	<b>7</b>
<b>3. ANEXOS.....</b>	<b>8</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			ANO DE ANÁLISE 2023			
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro	Produção	Resultado	Meta
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$		265 238	1,11	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas} \times 100}{\text{Nº de AIH apresentadas}}$		7 265	2,64%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar} \times 100}{\text{Total de prontuários analisados}}$		221 221	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês} \times 100}{\text{Nº de óbitos analisados}}$		32 32	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 2023			
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro	Produção	Resultado	Meta
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$		1187 173	6,86	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$		261 45	5,80	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$		262 59	4,44	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$		616 82	7,51	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$		32 281	11,39%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$		6 152	3,94%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3		0,75	0,75	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$		0 497	0	≤ 10/1000

9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	<u>Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce) x1000</u> <u>Total de dias ventilação mecânica</u>	1 216	4,63	<b>≤ 8/1000</b>
<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 outubro ocorreram 32 óbitos institucionais sendo 28 no CTI, ou seja, cerca de 88% dos óbitos institucionais.

Cabe ressaltar que do total, 11 foram inseridos em palição e acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, sendo que 2 estavam alocados na Clínica Médica e 9 alocados no CTI, e, portanto, ajustados pelo risco conforme indicador 7.

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, registrámos uma Taxa de Mortalidade Institucional de 7,47%.

Contudo, 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 0,75 no mês de outubro para uma meta estipulada em SMR ≤.

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

No mês de outubro ocorreram 6 óbitos de pacientes cirúrgicos, resultando em uma taxa de 3,94%, 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		2023			
Nº	Indicador	Outubro		Meta	
		Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤ 95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
1	Clínica	173	95,73%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	104	93,73%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	30	69,68%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	82	99,35%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	51	99,35%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
<b>% A incidir sobre o contrato</b>				<b>0,75%</b>	<b>1,50%</b>

### Indicador 3 – Saúde Mental.

No mês de outubro foram registradas 30 saídas considerando altas e transferências. Os leitos liberados foram 100% informados à plataforma de regulação, disponível em: <https://web2.smsrio.org/login/index.php#/> .

### Bloco Diagnóstico

EXAME	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	META
Exames de Patologia clínica	26.657	24.477	29.275	26.870	26.068	25.725	26.689	28.298	24.835	27.680	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.111	1.471	2.467	2.235	2.335	2.245	2.264	2.394	2.410	2.038	4.000
Exames de Tomografia	1.646	1.449	2.033	1.580	1.618	1.614	1.751	1.621	1.809	1.918	1.000

Exames de Ultrassonografia	96	77	78	104	64	92	79	116	98	108	<b>400</b>
Exames de Anatomia patológica	78	116	100	104	106	143	171	103	131	138	<b>220</b>
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	4	9	3	3	6	5	5	11	4	8	<b>150</b>
Eletrocardiografia	406	388	444	369	473	488	551	563	490	469	<b>400</b>
Hemodiálise	224	173	221	165	202	250	237	234	265	232	<b>200</b>

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. ANEXOS

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



**Rio**

PREFEITURA

**SUS** The logo for the Sistema Único de Saúde (SUS), consisting of the acronym "SUS" in a bold, sans-serif font next to a stylized white cross made of geometric shapes.

**SAÚDE**



20  
23

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR  
OUTUBRO | 2023

## 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.....	5
<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

### 2.1. PARTE VARIÁVEL 1

#### VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA

ANO DE ANÁLISE 2023

Nº	Indicador	Fórmula	Outubro	Produção	Resultado	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$		52 56	92,86%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$		145 19540	0,74%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões})}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$		2 163	1,23%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$		678 156	4,35	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$		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 outubro, a CER ILHA contabilizou o total de 678 horas de treinamento, considerando 163 funcionários ativos do período, resultando em 4,35 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

#### OUTUBRO

Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Câncer de Mama	18/10/2023	Jacqueline La Rubia	51	102,00
Mulher, Sinônimo de Força	18/10/2023	Auri Mendes Junior	51	102,00
Relação entre Câncer de Mama e Problemas Cardíacos	18/10/2023	Leandro Nascimento	51	102,00
Prevenção ao Câncer de Colo de Útero	19/10/2023	Andréa Felizardo	46	92,00
Relação entre Câncer de Mama e Problemas Cardíacos	19/10/2023	Leandro Nascimento	46	92,00
Abordagem ao Auto Cuidado	20/10/2023	Nathalia Andrade	47	94,00

Abordagem Jurídica ao Paciente Oncológico	20/10/2023	Loara Francisca Rodrigues de Oliveira	47	94,00
<b>TOTAL</b>				<b>678</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 2023

Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	Meta
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	4349 5386	80,75%	≥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	<b>Vermelho</b>	0 minutos	69	0min.	0 min.
2.2	<b>Laranja</b>	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$  Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	3218 232	13,87	≤15min.
2.3	<b>Amarelo</b>	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$  Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	23829 1059	22,50	≤30min.
2.4	<b>Verde</b>	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$  Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	130508 2988	43,68	Até 1h.
2.4	<b>Azul</b>	$\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}$  Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	0 0	0	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100$  $\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}$	450 450	100,0%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação} \leq 24h}{\text{total de saídas de pacientes em observação}} \times 100$ (sala amarela + vermelha)	18 488	3,69%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação} \geq 24h}{\text{total de saídas de pacientes em observação}} \times 100$ (sala amarela + vermelha)	22 488	4,51%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na sepse ×100  Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	22 22	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	13 13	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	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			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Outubro Produção	Resultado	Meta
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	89 450	19,78%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	82 89	92,13%	>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

---

**SUS**

**SAÚDE**



# **CEJAM**

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
“DR. JOÃO AMORIM”**

## **METAS QUALITATIVAS**

**CER – Coordenação de Emergência Regional**

**Unidade Ilha**

**Outubro/2023**

## **METAS QUALITATIVAS**

## ÍNDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....	3
2.1. Pacientes atendidos por médico.....	3
2.2. Tempo de atendimento de pacientes atendidos após classificação de risco	4
2.3. Tempo médio de permanência na emergência.....	4
2.4. Taxa de mortalidade ≤ 24h .....	5
2.5. Taxa de mortalidade ≥ 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**

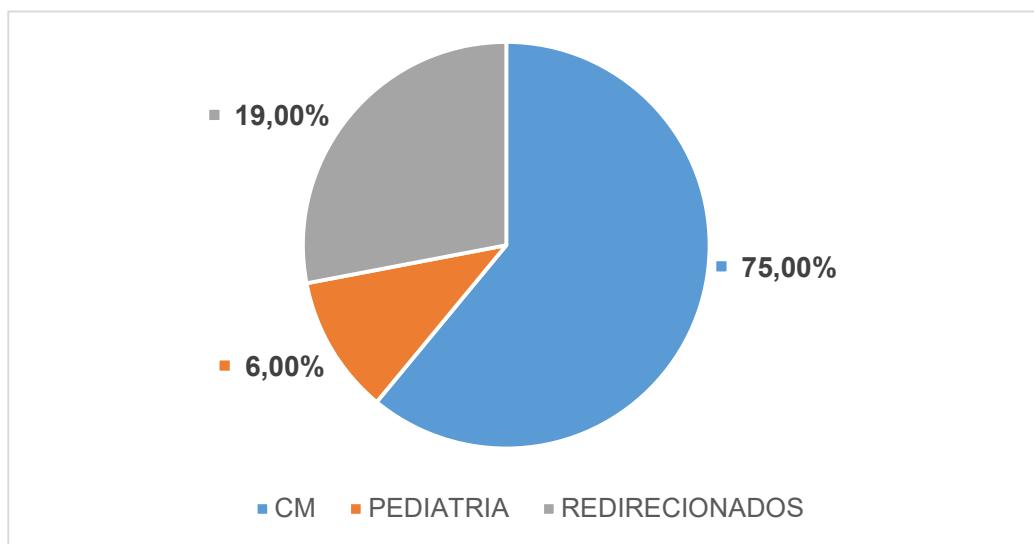
No mês de outubro de 2023 foram acolhidos 5.386 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de outubro/2023 foi de 75,00%.

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 19,00% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
5.386	4.054	297	1035	5.386



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

Foi verificado que de 4.351 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 81,00% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

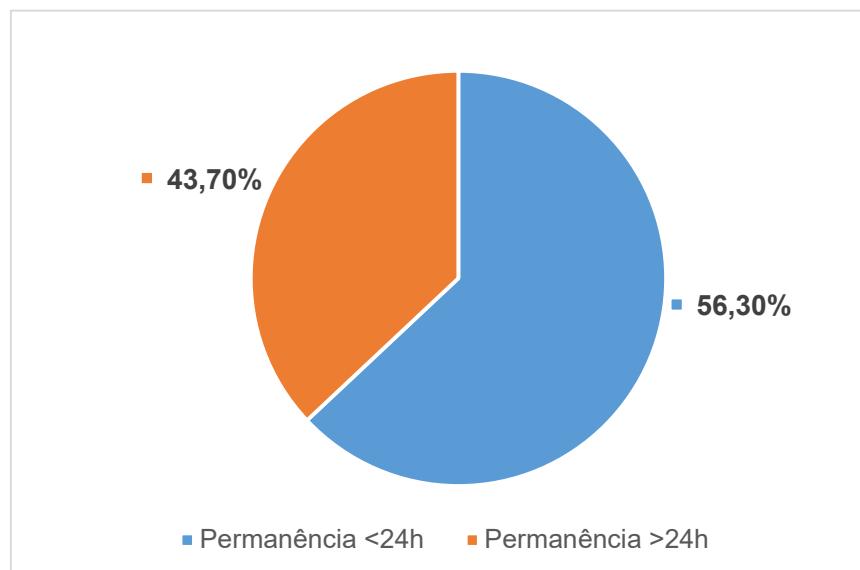
## 2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 774 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 adéquam 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 01/10/2023 à 31/10/2023.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	323	188	135	279	1,6
Sala Vermelha	78	16	62	151	0,9
Pediatria	4	2	2	4	5,8
Sala de Hidratação	83	7	76	340	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>488</b>	<b>213</b>	<b>275</b>	<b>774</b>	<b>1,5</b>



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

Como demonstrado no gráfico acima 56,30% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 43,70% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

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

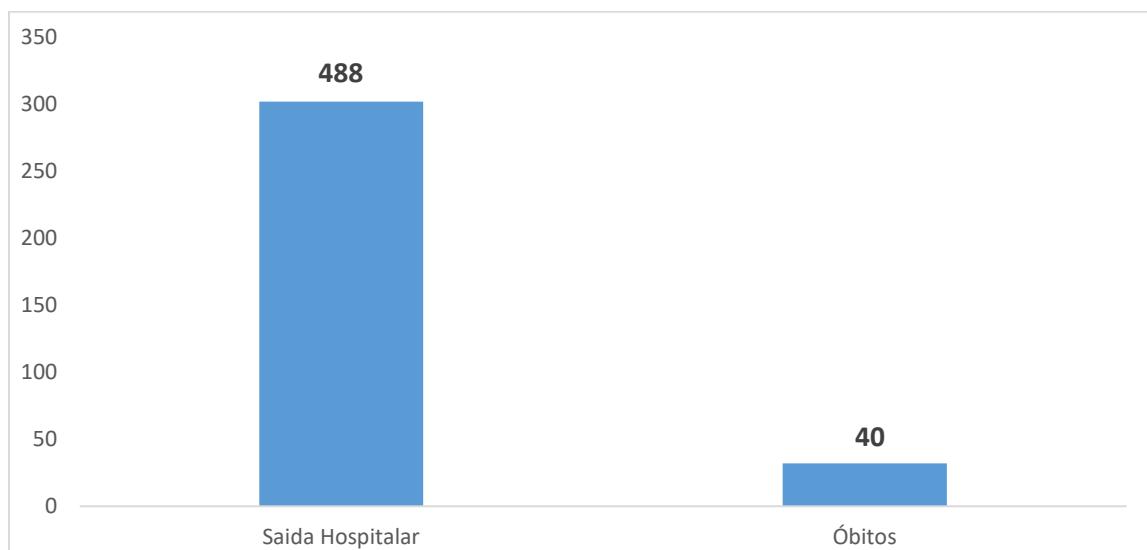
Verificou-se que dos 40 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 18 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 488 em outubro/2023, a taxa de mortalidade  $\leq$  24h neste período foi de 3,70%

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

Verificou-se que dos 40 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 22 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 488 em outubro/2023, a taxa de mortalidade  $\geq$  24h neste período foi de 4,50%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 15 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 outubro/2023. Sendo constatado 22 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 22 pacientes, contabilizado desde a sua chegada à unidade CER – ILHA, ou seja, em 100,0% dos pacientes com SEPSE, que se enquadrou no protocolo, foi administrado antibiótico em período ≤ 2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	22
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	22
<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 outubro/2023.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	13
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	13
<b>Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC</b>	<b>100,0%</b>

De 13 pacientes com diagnóstico de AVC, 11 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 outubro/2023.

Ressaltamos que 03 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 00 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
<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
F.V.C.	39	162791	01/10/2023	S/SST		X
H.F.G.	63	166289	21/10/2023	S/SST		X
S.F.P.	45	168122	31/10/2023	C/SST - ΔT >12h		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 outubro/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.386 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 4.351.

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

Após análise, concluímos que: 64,00% 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 36,00% 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	4.351	100,00%
BAE'S não conformes	2.791	64,00%
<b>Total de BAE'S conformes</b>	<b>1.560</b>	<b>36,00%</b>

**3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

Foi verificado que dos 49 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 49 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 =  $49/49 \times 100 = 100,0\%$