



20
23

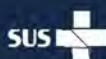
RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
SETEMBRO | 2023



SAÚDE



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....	5
2.2. 5	
2.3 PARTE VARIÁVEL 3	10
3. ANEXOS.....	11

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			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Setembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	365 238	1,53	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	24 292	8,22%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	193 193	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	35 35	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

Indicador 2 – Taxa de Rejeição de AIH.

A apresentação dos relatórios referentes ao faturamentos das AIH's, são da competência do mês anterior, ou seja, agosto. Dessa forma, no mês de agosto 24 AIH's foram rejeitadas ao faturamento.

Segundo o relatório preliminar da SMS, 90% das rejeições foram referentes a capacidade instalada. Esse motivo será questionado no próximo relatório para possibilidade de reapresentação.

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Setembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1157	8,77	8 dias
			132		
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	254	6,35	8 dias
			40		
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	257	4,59	5 dias
			56		

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 79	7,54	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	33 240	13,75%	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	5 142	3,52%	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,72	0,72	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	2 455	4,40	≤ 10/1000
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	2 258	7,75	≤ 8/1000
% A incidir sobre o contrato				2,0%	

Indicador 1 – Tempo Médio de Permanência .

O Tempo de Permanência na Clínica Médica, assim como as demais clínicas e especialidades da unidade, sofre impacto de fatores como a idade dos pacientes, doenças crônicas e comorbidades além de fatores externos à unidade hospitalar.

Os pacientes que aguardam em internação hospitalar, para realização de procedimentos externos à unidade, impactam significativamente no tempo de permanência, já que as vagas ofertadas pela rede assistencial nem sempre ocorrem em tempo oportuno ao atingimento da meta contratual. No mês de setembro 28 pessoas internadas tiveram tempo excessivo, o que comprometeu o TMP, como pode ser observado no quadro a seguir.

PACIENTES LONGA PERMANÊNCIA

N	DIH	CLÍNICA	MOTIVO/PROCEDIMENTO	ALTA	PERMANÊNCIA
382474	05/08/2023	CM	Paciente ICC + DRC agudizada + Anemia crônica + Melena; Realizou cultura de urina e após tratamento para ITU; 25/08 realizou entrevista em clínica para TRS, porém não foi aceita por apresentar CVD com grumos e histórico de ITU recente; 21/09 realizou segunda visita em clínica de TRS e foi aceita.	23/set	48 dias

385489	11/08/2023	CM	Paciente PNM + ITU + DRC agudizada em hemodiálise; Realizou 10 dias de antibioticoterapia para infecção; TRS solicitado dia 23/08 agendado para 14/09;	16/set	35 dias
386690	14/08/2023	CM	Paciente Esquizofrenico + DRC agudizada + Anemia + Secreção uretral; Realizou ciclo de antibioticoterapia para controle de infecção; 26/08 Solicitado TRS agendado para dia 11/09;	12/09/2023	29 dias
388080	16/08/2023	CM	Paciente DRC agudizado + Anemia + LPP em sacra + EAP + Crise hipertensiva + Desorientação e agitação; Realizou ciclo de antibioticoterapia por leucocitose; Realizou desbridamento de LPP em sacra pela CG; Paciente não tem condições de realizar hemodiálise em clínica, quando melhora do quadro viabilizar diálise peritoneal.		SEGUE IH
388956	17/08/2023	CM	Paciente ITU de repetição + PNM + TVP bilateral + Lesão em calcaneos; Realizou ciclo de antibioticoterapia para tratamento de infecção; Aguardava melhora do quadro para solicitação de GTT; 14/09 conversado com familiares e determinado cuidados não invasivos.	29/set	42 dias
393658	27/08/2023	CM	Paciente com CA de laringe em investigação + PNM; Realizou ciclo de antibioticoterapia para tratamento de infecção; Dificil desmame de O2 e traca de cânula de TQT;	28/set	31 dias
388323	16/08/2023	CM/SM	Paciente com transtornos mentais devido uso de substância ilícita + intoxicação + PNM + Supeita neurotoxoplasmose + Suspeita de BK; Realizou antibioticoterapia e exames para descarte das suspeitas; Tratamento para toxiplasmose empírico; Orientação do infectologista punção lombar (segue aguardando);		SEGUE IH
395007	30/08/2023	CM	Paciente DRC agudizado; 09/09 solicitado TRS agendado para 20/09.	20/set	21 dias
395465	30/08/2023	CM	Paciente DRC agudizada + anasarca + pielonefrite + melena; Realizou exames de imagem para diagnóstico + ciclo de antibioticoterapia para tratamento de leucocitose. 12/09 conversado com família onde ficou acordado medidas não invasivas;	28/set	29 dias
395430	30/08/2023	CM	Paciente PNM + derrame pleural + DRC agudizada; Realizou ciclo de antibioticoterapia para tratamento de infecção; 09/09 solicitado TRS agendado para dia 20/09 onde paciente foi recusado, pois segundo a clínica satélite por apresentar ritmo cardíaco irregular; Segue aguardando reagendamento de TRS.		SEGUE IH
395433	30/08/2023	CM	Paciente PNM + Empiema pleural + ITU + HIV; Utilizou dreno de torax 29/08 à 13/09; Realizou ciclo de antibioticoterapia para tratamento de infecção.	19/set	20 dias
394410	28/08/2023	CO	AGUARDA REGULAÇÃO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA DE ALTA COMPLEXIDADE	23/set	26 dias

393343	26/08/2023	CG	AGUARDA CPRE	15/09/2023	20 dias
389799	18/08/2023	CG	Paciente com suspeita de colelitíase + coledocolitíase; 06/09 Realizou CPRE que indicou abordagem cirúrgica para drenagem de secreção; 14/09 realizado CVL;	19/set	32 dias
370842	26/08/2023	CM/CO	Paciente fratura transtrocanteriana D + PNM + ITU + Lesão infectada + Desbridamento de lesão pela CG; Em desmame de O2.		SEGUE IH
396615	01/09/2023	CO	Paciente com pseudo artrose da tíbia direita;	13/09/2023	13 dias
379087	01/09/2023	CM	Paciente IAM aguarda revascularização		SEGUE IH
397522	03/09/2023	CM	Paciente DRC agudizada + PNM; 13/09 Solicitado TRS; Paciente em desmame de O2;		SEGUE IH
398170	04/09/2023	CM	Paciente com abscesso em MID, realizou antibioticoterapia por 11 dias.	15/09/2023	12 dias
397651	04/09/2023	CO	Paciente com pseudo artrose de ulna D + antibioticoterapia por 14 dias.	18/09/2023	15 DIAS
376354	11/09/2023	CM	Paciente com PNM + derrame pleural + DRC agudizada; Realizou antibioticoterapia tempo superior a 10 dias; Aguarda melhora do quadro clínico para solicitação de TRS.		SEGUE IH
403414	14/09/2023	CM	Paciente com PNM + BK com BAAR positivo; Realizou ciclo de antibioticoterapia e esquema RIPE; 28/09 alta hospitalar, porém abrigo só efetivou a alta dia 02/10	02/out	18 dias
399720	14/09/2023	CM	Paciente com DRC agudizada + Anasarca; 27/09 realizado pedido de TRS aguardando agendamento.		SEGUE IH
382473	05/08/2023	CM	Paciente com Anemia + SD consuptiva + LPP sacra infectada + ITU + Derrame pleural; Realizou ciclo de antibioticoterapia + anticoagulante em dose plena; 11/09 Apresentou piora do quadro e foi transferida para setor de maior complexidade	11/set	37 dias
374571	22/ago	CM	Paciente com DPOC + PNM + LPP em sacra e calcaneos + Desnutrição e desidratação; 22/08 Transferida do CTI para CM; Realizou ciclos de antibioticoterapia para tratamento de infecção; 24/08 conversado com familiar onde ficou acordado cuidados proporcionais não invasivos.	05/set	14 dias
376450	26/07/2023	CM	Paciente com Mielopatia + doença degenerativa óssea + paraplegia em MMII + Bexiga neurogenica + LPP sacra necrosada + ITU; Realizou ciclo de antibioticoterapia para tratamento de infecção + desbridamentos pela CG em LPP sacra + avaliação neurocirurgia.	09/set	46 dias
378370	28/jul	CM	ITU de repetição + CA de próstata + alzheimer + LPP em sacra e calcaneo; Realizou exames de imagem e laboratorial; Troca de GTT; Antibioticoterapia; Realizou colonoscopia que evidenciou lesão necrosante;	05/set	39 dias
382996	08/set	CM	Paciente DRC agudizada + DPOC exacerbada + PNM + suspeita de CA de pulmão; Realizou ciclo de antibioticoterapia para tratamento de infecção; Dificil desmame ventilatório; 19/09 Apresentou piora do quadro clínico e	24/set	16 dias

		necessitou ser transferido para setor de maior complexidade.		
--	--	--	--	--

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 setembro ocorreram 33 óbitos institucionais sendo 26 no CTI, ou seja, cerca de 8% dos óbitos institucionais.

Cabe ressaltar que do total, 12 foram inseridos em palição e acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, sendo que 9 estavam alocados na Clínica Médica.

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 8,75%.

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 0,72 no mês de setembro para uma meta estipulada em $SMR \leq 1$.

Indicador 6 – Taxa de Mortalidade pós-operatória.

No mês de setembro ocorreram 5 óbitos de pacientes cirúrgicos, resultando em uma taxa de 3,52%, 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	Setembro		Meta	
		Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤ 95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
1	Clínica	132	96,42%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	96	94,63%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	24	82,00%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	79	99,33%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	53	95,67%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

Bloco Diagnóstico

EXAME	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	Agosto	Setembro	META
Exames de Patologia clínica	26.657	24.477	29.275	26.870	26.068	25.725	26.689	28.298	24.835	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	4.000
Exames de Tomografia	1.646	1.449	2.033	1.580	1.618	1.614	1.751	1.621	1.809	1.000
Exames de Ultrassonografia	96	77	78	104	64	92	79	116	98	400
Exames de Anatomia patológica	78	116	100	104	106	143	171	103	131	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	4	9	3	3	6	5	5	11	4	150
Eletrocardiografia	406	388	444	369	473	488	551	563	490	400
Hemodiálise	224	173	221	165	202	250	237	234	265	200

A produção diagnóstica ocorre de acordo com as demandas auferidas. As produções referentes aos exames de anatomia patológica e hemodiálises são contabilizadas em sua totalidade após o 10º dia útil de cada mês, sendo atualizada em relatório a cada mês subsequente, salvo quando do recebimento antecipado.

3. ANEXOS

- 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
23

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR
SETEMBRO | 2023

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.....	5
3. ANEXOS	8

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			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Setembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	43 45	95,56%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	197 21480	0,92%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	1 103	0,97%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	800 163	4,91	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	36 36	100%	100%
% a incidir sobre o total do contrato			1,5%		

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de setembro, a CER ILHA contabilizou total de 800 horas de treinamento, considerando 163 funcionários ativos do período, resultando em 4,91 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

SETEMBRO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Riscos Assistenciais	20/09/2023	Valéria Pricken	28	56,00
Aplicabilidade da Epimed aos Riscos Assistenciais	20/09/2023	Valéria Pricken	28	56,00
Passagem de Plantão da Sala de Observação	20/09/2023	Valéria Pricken	28	56,00
Passagem de Plantão da Sala Amarela	20/09/2023	Valéria Pricken	28	56,00
Passagem de plantão da sala Vermelha	20/09/2023	Valéria Pricken	28	56,00
Riscos Assistenciais	21/09/2023	Valéria Pricken	29	58,00
Aplicabilidade da Epimed aos Riscos Assistenciais	21/09/2023	Valéria Pricken	29	58,00

Passagem de Plantão da Sala de Observação	21/09/2023	Valéria Pricken	29	58,00
Passagem de Plantão da Sala Amarela	21/09/2023	Valéria Pricken	29	58,00
Passagem de plantão da sala Vermelha	21/09/2023	Valéria Pricken	29	58,00
Riscos Assistenciais	22/09/2023	Valéria Pricken	23	46,00
Aplicabilidade da Epimed aos Riscos Assistenciais	22/09/2023	Valéria Pricken	23	46,00
Passagem de Plantão da Sala de Observação	22/09/2023	Valéria Pricken	23	46,00
Passagem de Plantão da Sala Amarela	22/09/2023	Valéria Pricken	23	46,00
Passagem de plantão da sala Vermelha	22/09/2023	Valéria Pricken	23	46,00
TOTAL				800

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	Setembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	4505 5372	83,86%	≥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	50	0min.	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	3941 281	14,02	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	22386 1057	21,18	≤30min.
2.4	Verde	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	144697 3113	46,48	Até 1h.
2.4	Azul	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	120 2	60,00	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}$	450 450	100,0%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	28 455	6,15%	<4%

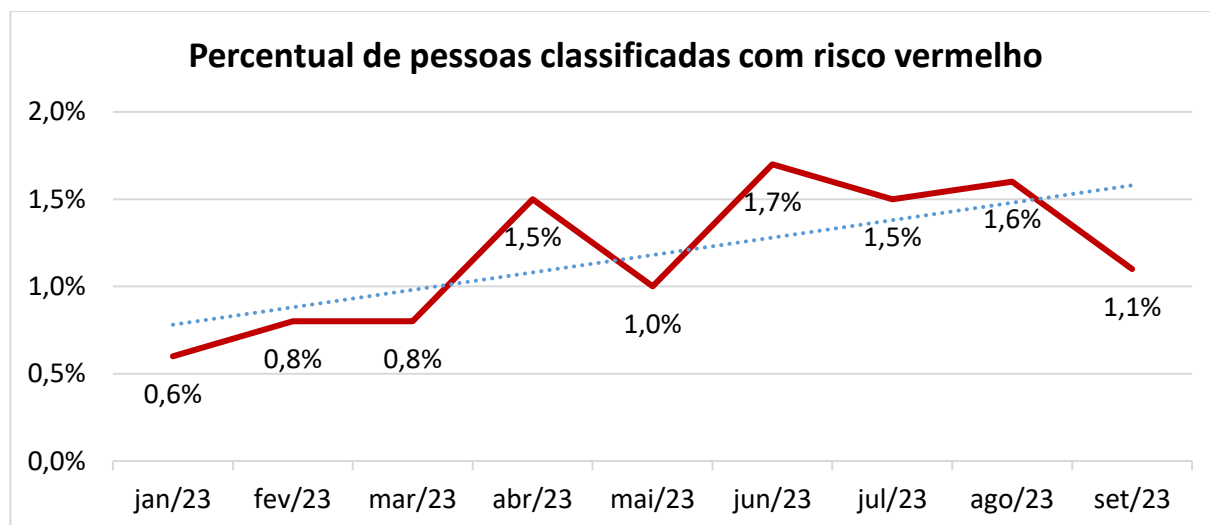
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24h$.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24h \text{ (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	26 455	5,71%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em tempo } < 2 \text{ horas na sepse} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia}}$	20 20	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$	14 14	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}}$	0 0	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

Indicador 5. Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 horas.

No mês de setembro, foram registradas 28 ocorrências de óbitos com tempo inferior a 24 horas na emergência. A Taxa de Mortalidade nesse indicador foi de 6,15% sendo a referência contratual de 4%.

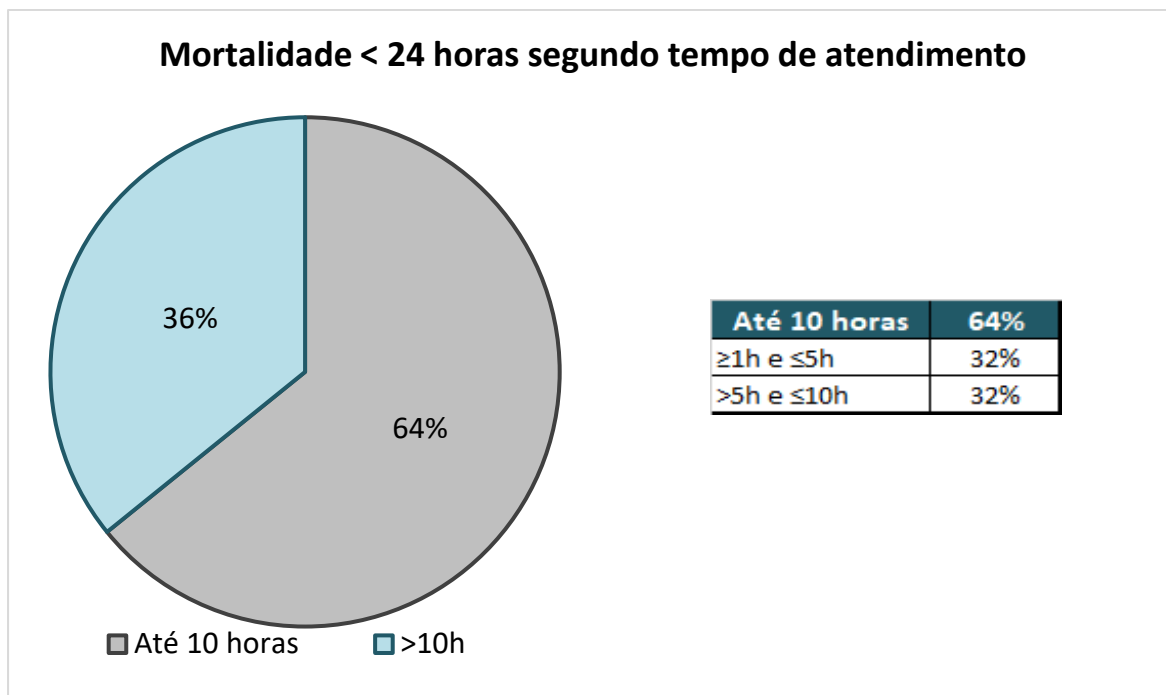
Os atendimentos na emergência são característicos a pessoas com quadros agudos e potencial risco à vida. A Portaria Nº 354 de março de 2014 define os atendimentos de emergência como condições de agravo à saúde que impliquem intenso sofrimento ou risco iminente de morte.

Entre janeiro e setembro de 2023 registrou-se 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.

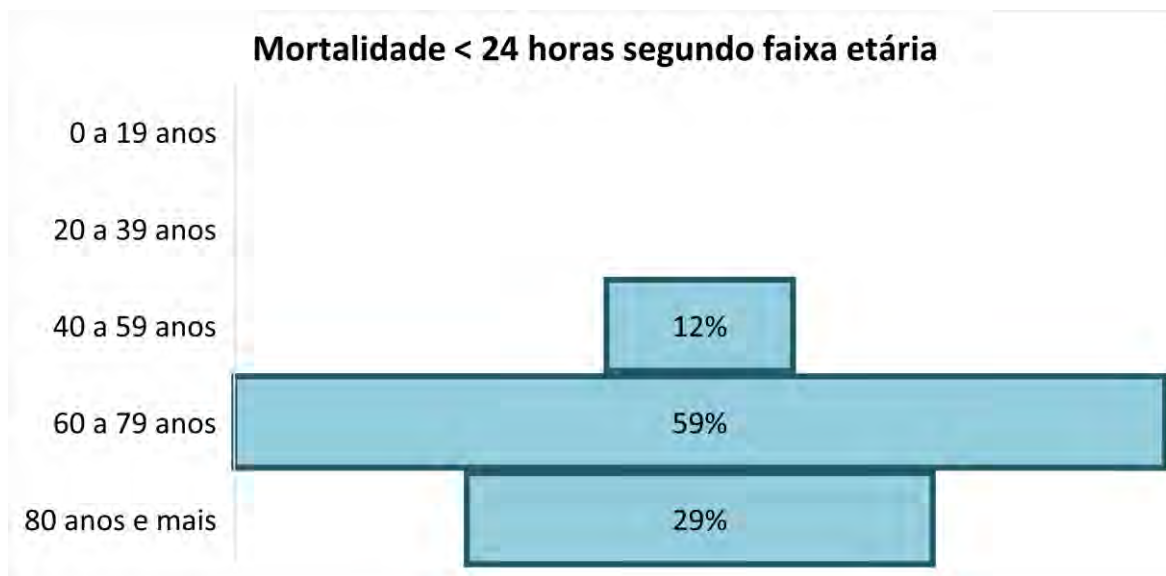


Fonte: Sistema MV.

Além disso, observou-se que dos 28 óbitos com tempo ≤ 24 horas de atendimento, 64% ocorreram nas primeiras 10 horas, com destaque para a faixa etária das pessoas atendidas, conforme os gráficos a seguir.



Fonte: Sistema MV.



Fonte: Sistema MV.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Setembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	89 449	19,82%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	85 89	95,51%	>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

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

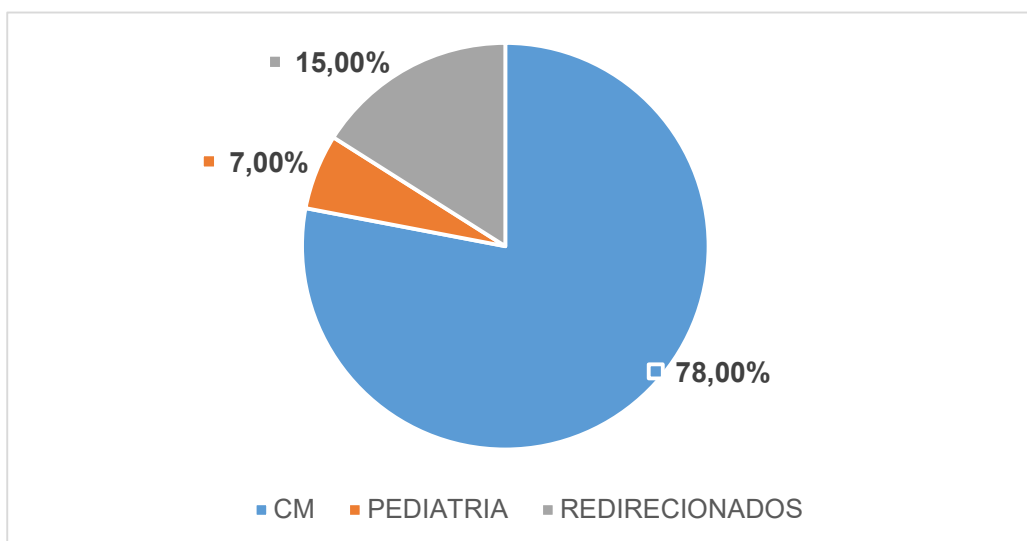
No mês de Setembro de 2023 foram acolhidos 5.368 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de setembro/2023 foi de 85,00%.

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 15,00% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
5.368	4.172	333	863	5.368



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

Foi verificado que de 4.505 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 83,92% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

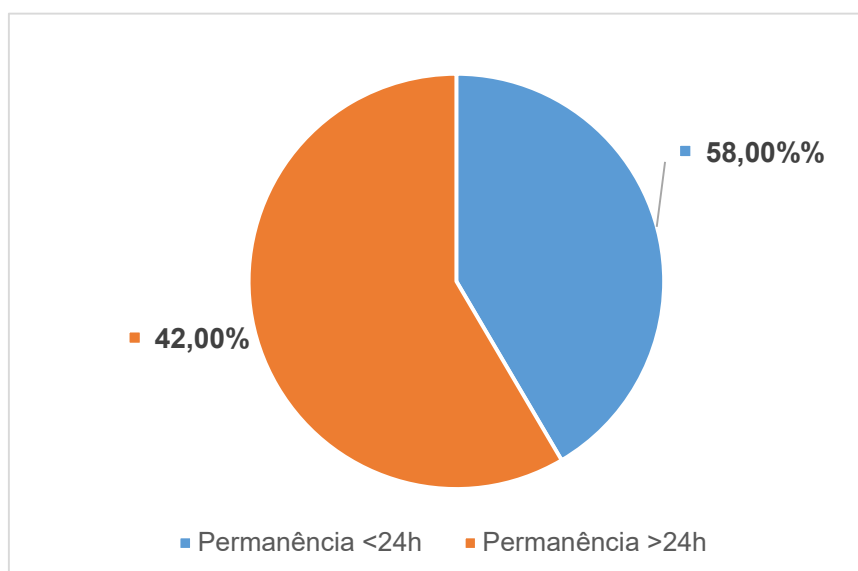
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 758 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 01/09/2023 à 30/09/2023.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	288	162	126	292	2,1
Sala Vermelha	88	20	69	154	0,7
Pediatria	6	02	04	06	1,8
Sala de Hidratação	73	05	67	306	0,9
TOTAL	455	189	266	758	1,6



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

Como demonstrado no gráfico acima 58,00% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 42,00% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq$ 24h

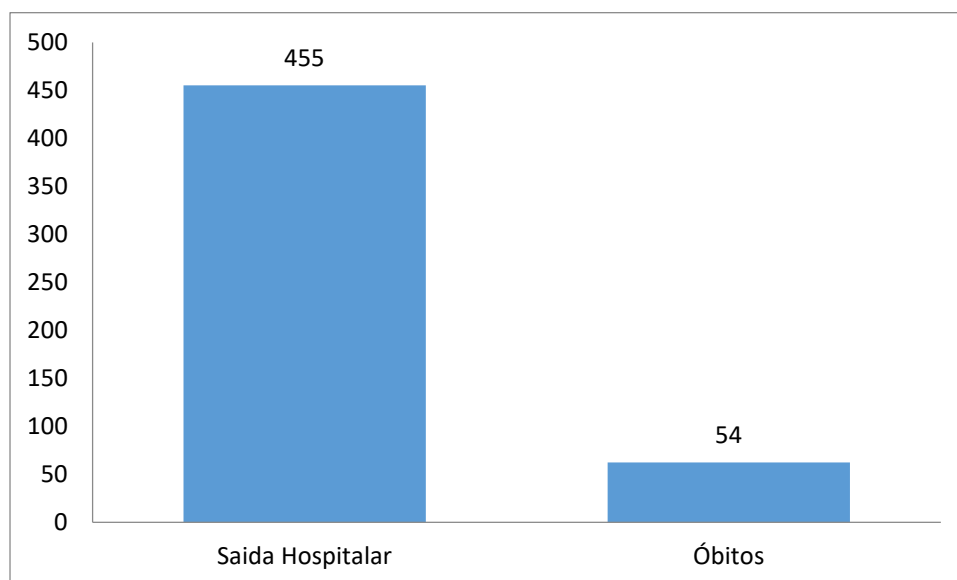
Verificou-se que dos 54 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 36 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 455 em setembro/2023, a taxa de mortalidade $\leq$ 24h neste período foi de 7,90%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq$ 24h

Verificou-se que dos 54 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 26 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 455 em setembro/2023, a taxa de mortalidade $\geq$ 24h neste período foi de 5,70%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 08 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 setembro/2023. Sendo constatado 20 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período ≤ 2 horas nos 20 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	20
Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas	20
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 setembro/2023.

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

De 14 pacientes com diagnóstico de AVC, 13 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 setembro/2023.

Ressaltamos que 05 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 trombolizado	00
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
V.M.S.	50	157735	03/09/2023	S/SST		X
S.M.S.	77	42459	12/09/2023	S/SST		X
J.P.J.	73	160926	20/09/2023	S/SST		X
E.R.M.	67	48776	20/09/2023	S/SST		X
G.B.P.	55	161626	24/09/2023	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 setembro/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.368 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 setembro/2023 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 40,00% 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 40,00% 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	4.315	100,00%
BAE'S não conformes	2.605	60%
Total de BAE'S conformes	1.710	40%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 36 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 36 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 = $36/36 \times 100 = 100,0\%$