

20
23

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
JUNHO | 2023

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	7
3. ANEXOS.....	8

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	Junho Produção	Resultado	Meta
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentadas no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	296 268	1,1	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	13 252	5,2%	$\leq 7\%$
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	206 206	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%		

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Junho Produção	Resultado	Meta
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1163 149	7,8	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	259 56	4,6	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 54	4,7	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	598 81	7,4	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	30 267	11,2%	$\leq 8\%$
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	5 141	3,5%	$\leq 3\%$
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,79	0,79	SMR ≤ 1

8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	1 415	2,4	$\leq 10/1000$
9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$	0 178	0,0	$\leq 8/1000$
% A incidir sobre o contrato					2,0%

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 junho ocorreram 30 óbitos institucionais sendo 27 no CTI, ou seja, cerca de 90% dos óbitos institucionais.

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 0,79 no mês de junho para uma meta estipulada em SMR ≤ 1 .

Indicador 6 – Taxa de Mortalidade pós-operatória.

No mês de junho ocorreram 5 óbitos de pacientes cirúrgicos, resultando em uma taxa de 3,5%, sendo a meta pactuada para esse indicador de 3%. As idades variaram entre 57 e 98 anos e todos os casos apresentaram complicações clínicas que impactaram no desfecho óbito. As complicações descritas na ATA da Comissão de Revisão de Óbito foram: gravidade do quadro clínico; idade avançada; múltiplas comorbidades. Foram abertas notificações (nº16252816 e nº1659704) de apuração da sequência do quadro clínico e desfecho para dois óbitos pós-operatórios, que seguem em análise de 2º fase do Protocolo de Londres. Os dois óbitos também foram sinalizados em ATA.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2023			
Nº	Indicador	Junho		Meta	
		Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤ 95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
1	Clínica	149	96,9%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	110	96,6%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	23	86,4%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	81	99,7%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	50	96,0%	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	META
Exames de Patologia clínica	26.657	24.477	29.275	26.870	26.068	25.725	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.111	1.471	2.467	2.235	2.335	2.245	4.000
Exames de Tomografia	1.646	1.449	2.033	1.580	1.618	1.614	1.000
Exames de Ultrassonografia	96	77	78	104	64	92	400
Exames de Anatomia patológica	78	116	100	104	106	143	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	4	9	3	3	6	5	150
Eletrocardiografia	406	388	444	369	473	488	400
Hemodiálise	224	173	221	165	202	250	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
JUNHO | 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.....	6
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	Junho Produção	Resultado	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	44 45	97,8%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	224 21240	1,1%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	0,5 153	0,3%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	708 153	4,6	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	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	23 23	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato			1,5%		

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de junho, a CER ILHA contabilizou total de 708 horas de treinamento, considerando 153 funcionários ativos do período, resultando em 4,6 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

JUNHO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	15/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	13	26,00
ORIENTAÇÕES PARA REDIRECIONAMENTO DE PACIENTES CONFORME PROTOCOLO	15/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	13	26,00
PREENCHIMENTO CORRETO DE INDICADORES	15/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	13	26,00
INCLUSÃO DO QUANTITATIVO DE VM NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	15/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	13	26,00

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	16/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
ORIENTAÇÕES PARA REDIRECIONAMENTO DE PACIENTES CONFORME PROTOCOLO	16/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
PREENCHIMENTO CORRETO DE INDICADORES	16/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	16	32,00
INCLUSÃO DO QUANTITATIVO DE VM NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	16/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	16	32,00
TREINAMENTO PGRSS	17/06/2023	CCIH	19	38,00
INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO LIVRO DE ENTRADA E SAÍDA DA CER	20/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA REGISTRO EM GERAL NA CER ILHA	20/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
MARCAÇÃO CORRETA DO LIVRO DE ECG DA SALA AMARELA	30/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
NOVO FLUXO PARA RECEBIMENTO DE HEMOCOMPONENTES (DUPLA CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA)	20/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	15	30,00
INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO LIVRO DE ENTRADA E SAÍDA DA CER	21/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	33	66,00
PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA REGISTRO EM GERAL NA CER ILHA	21/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64
MARCAÇÃO CORRETA DO LIVRO DE ECG DA SALA AMARELA	21/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64
NOVO FLUXO PARA RECEBIMENTO DE HEMOCOMPONENTES (DUPLA CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA)	21/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64
INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO LIVRO DE ENTRADA E SAÍDA DA CER	22/06/2023	VALÉRIA PRICKEN	32	64
Total				708

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

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

Nº	Indicador	Fórmula	Junho Produção	Resultado	Meta
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	4247 5272	80,6%	≥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	73	0min.	0 min.
2.2	Laranja	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	4270 289	14,8	≤15min.
2.3	Amarelo	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	22134 1009	21,9	≤30min.

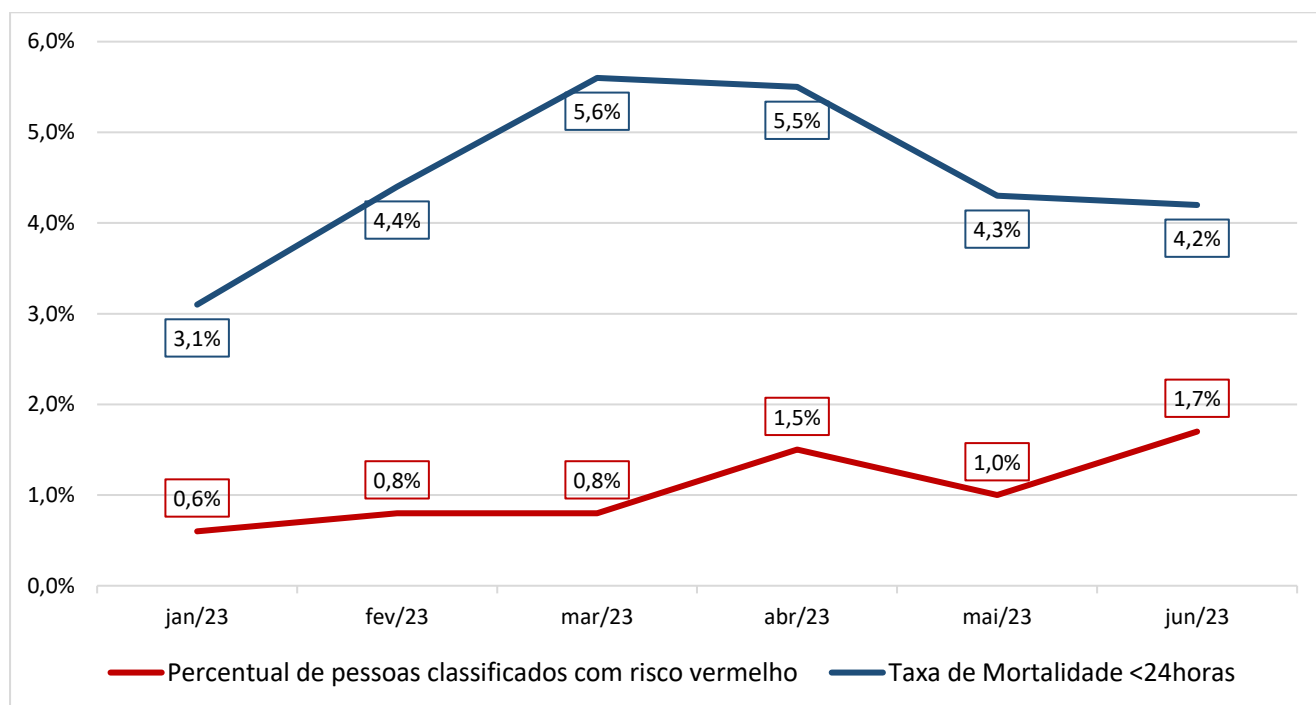
2.4	Verde	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	129303	45,0	Até 1h.
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	2871		
2.4	Azul	Σ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme <u>definido na classificação de risco</u>	790	158,0	Até 24h. Ou redirecionado
		Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	5		
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	Σ do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência <u>registrada no PEP em até 12h.</u> X 100	455	99,8%	≥ 95%
		Σ de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela	456		
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h <u>(sala amarela + vermelha)</u> x100	21	4,2%	<4%
		total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	501		
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h <u>(sala amarela + vermelha)</u> x100	33	6,6%	< 7%
		total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	501		
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepsis que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em <u>um tempo <2 horas na sepse</u> x100	20	100%	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	20		
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	<u>Total de pacientes com AVC que realizaram TC</u> x100	18	100%	100%
		Total de pacientes com diagnóstico de AVC	18		
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	<u>Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados</u>	2	100%	100%
		total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	2		
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

Indicador 4. Taxa de Mortalidade ≤ 24h na unidade de emergência.

A taxa de referência contratual para os óbitos ocorridos com tempo inferior a 24 horas é de 4%. No mês de junho foi contabilizada uma taxa de 4,2%.

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 maio de 2023 foram registrados 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

Ainda que todas as medidas necessárias ao suporte a vida sejam tomadas na unidade, esse indicador é sensível à natureza dos atendimentos de emergência e atributos clínicos dos usuários.

Foram observados que dos 21 óbitos com tempo inferior a 24 horas, 67% foram de pessoas com idade superior a 60 anos, 80% foram atendidos unicamente na sala vermelha e destes, 67% evoluíram a óbito com tempo inferior a 10 horas de atendimento.

Isso evidencia a sensibilidade desse indicador frente a complexidade dos atendimentos de emergência.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2023		
Nº	Indicador	Fórmula	Junho	Meta	
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	104	22,8%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	103	99,0%	>85%
			104		
% 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

Junho/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

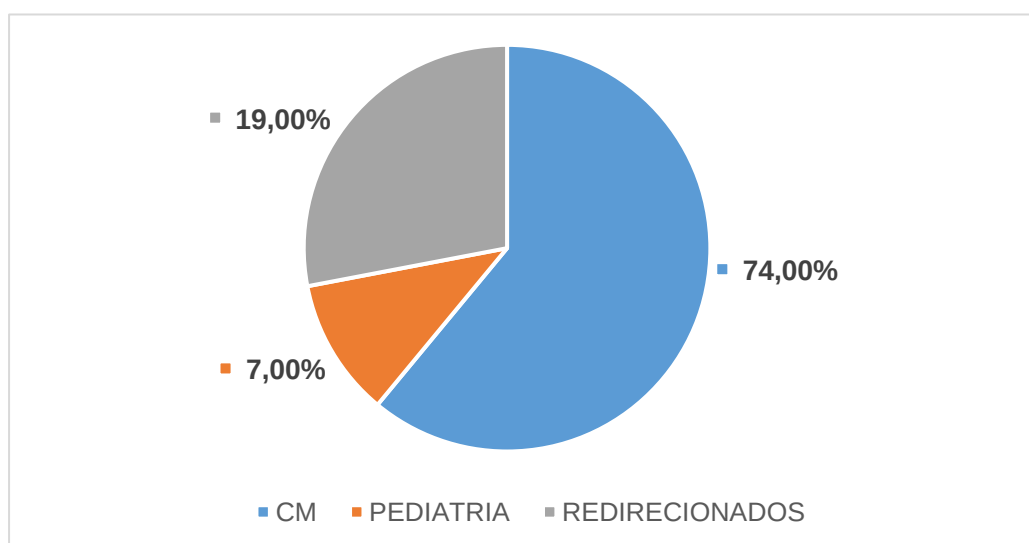
No mês de junho de 2023 foram acolhidos 5.272 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de junho/2023 foi de 81,00%.

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
5.272	3.905	342	1.025	5.272



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

Foi verificado que de 4.247 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 78,40% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

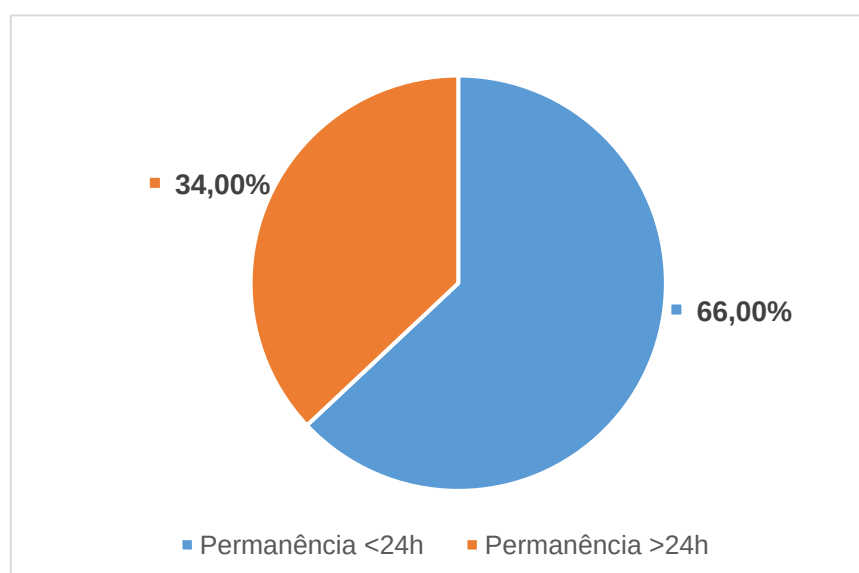
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 818 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 SER 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 01/06/2023 à 30/06/2023.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	Nº Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	323	134	189	331	1,7
Sala Vermelha	77	19	58	152	0,9
Pediatria	16	02	14	16	0,6
Sala de Hidratação	85	15	70	319	1,2
TOTAL	501	170	331	818	1,5



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

Como demonstrado no gráfico acima 66,00% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 34,00% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade $\leq$ 24h

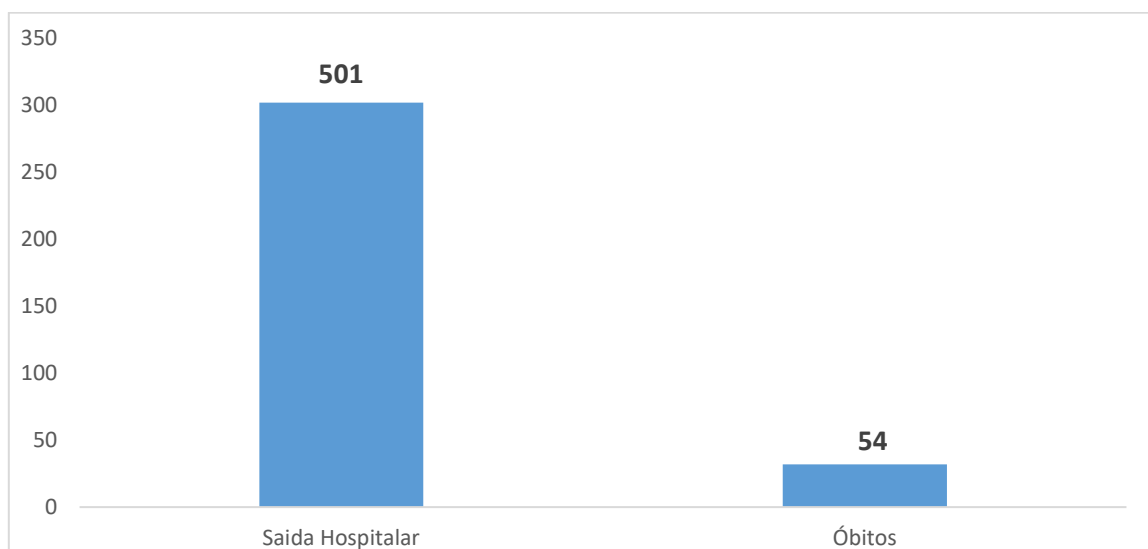
Verificou-se que dos 54 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 22 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 501 em junho/2023, a taxa de mortalidade $\leq$ 24h neste período foi de 4,40%

2.5. Taxa de mortalidade $\geq$ 24h

Verificou-se que dos 54 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 32 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 501 em junho/2023, a taxa de mortalidade $\geq$ 24h neste período foi de 6,40%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 14 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 junho/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 junho/2023.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	18
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	18
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	100,0%

De 18 pacientes com diagnóstico de AVC, 13 foram classificados como isquêmico e 05 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 junho/2023.

Ressaltamos que 07 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 02 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	02
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	02
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	100%

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
V.F.A.	62	141207	04/06/2023	S/SST		X
R.C.S.A.	63	71128	09/06/2023	S/SST		X
J.E.G.S.J.	41	142405	11/06/2023	C/SST	X	
J.D.M.	77	142992	14/06/2023	S/SST		X
D.S.Q.	71	143468	16/06/2023	S/SST		X
L.A.C.B.	72	84407	16/06/2023	C/SST	X	
A.R.	52	143743	18/06/2023	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 junho/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.272 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 4.247.

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

Após análise, concluímos que: 53,00% 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 47,00% 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	4.247	100,00%
BAE'S não conformes	2.569	60,00%
Total de BAE'S conformes	1.678	40,00%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 23 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 23 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 = $23/23 \times 100 = 100,0\%$