



20  
24

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE  
NOVEMBRO | 2024



SAÚDE



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS .....	5
2.1. PARTE VARIÁVEL 1.....	5
2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....	5
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 Traumatologia-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 Traumatologia-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 2024		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$	283 275	1,03	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	2 256	0,78%	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$	219 219	100%	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$	37 37	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 2024		Meta
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$	1098 160	6,86	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$	250 37	6,76	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	251 58	4,33	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\Sigma \text{ do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$	597 91	6,56	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Nº de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{Nº de saídas hospitalares}} \times 100$	32 276	11,59	≤ 8%
6	Taxa de Mortalidade pós-operatória	$\frac{\text{Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós-operatório}}{\text{Nº de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$	4 133	3,01	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,69	0,69	SMR ≤ 1
8	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	$\frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$	0 430	0,00	≤ 10/1000

9	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)} \times 1000}{\text{Total de dias ventilação mecânica}}$	2 248	8,06	≤ 8/1000 2,0%
<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 novembro ocorreram 37 óbitos institucionais. Destes, 31 (83,78%) óbitos ocorreram no CTI, ou seja, já estão estratificados pela gravidade. 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 0,69 no mês de novembro para uma meta estipulada em  $SMR \leq 1$ .

Cabe ressaltar que do total, 14 foram inseridos em palição e acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, sendo que 4 estavam sob cuidados da Clínica Médica e 10 sob cuidados intensivos no CTI. Estes óbitos foram analisados em conjunto pela Comissão de Revisão de Óbito e Comissão de Cuidados Paliativos.

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 7,69%.

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

No mês de novembro ocorreram 4 óbitos de pacientes cirúrgicos na especialidade de cirurgia geral, resultando em uma taxa de 3,01%, enquanto a meta pactuada para esse indicador é de 3%. O quadro clínico de cada paciente

cirúrgico que evoluiu para óbito foi relatado em ATA da Comissão de Óbito, anexo ao presente Relatório. Importante destacar que, entre esses pacientes, um apresentava um quadro de extrema gravidade devido a uma perfuração por arma de fogo (PAF), com comprometimento de região do dorso, da coxa e fratura em fêmur direito.

## 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2024			
Nº	Indicador	Novembro		Meta	
		Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤ 95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
1	Clínica	160	91,50%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	95	92,78%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	58	82,00%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	91	99,50%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	65	92,67%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
<b>% A incidir sobre o contrato</b>				<b>0,75%</b>	<b>1,50%</b>

## Bloco Diagnóstico

EXAME	Jan./24	Fev.24	Mar./24	Abr./24	Mai./24	Jun.24	Jul.24	Ago.24	Set.24	Out.24	Nov.24	META
Exames de Patologia clínica	29.278	26.461	28.328	26.503	27.572	25.941	26.670	28.585	27.717	28.003	27.833	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.128	1.903	2.351	2.408	2.546	2.355	2.548	2.541	2.571	2.582	2.733	4.000
Exames de Tomografia	1.632	1.606	1.925	1.889	2.052	1.355	1.646	1.768	1.690	1.970	1.653	1.000
Exames de Ultrassonografia	91	113	118	88	97	86	103	138	106	89	136	400
Exames de Anatomia patológica	123	94	130	127	134	138	95	99	108	151	166	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	10	9	8	10	6	7	12	13	15	13	6	150
Eletrocardiografia	428	452	473	484	580	656	644	595	641	588	600	400
Hemodiálise	194	175	276	199	143	158	193	228	197	139	167	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. Ainda que a referência diagnóstica no Termo de Colaboração Nº 019/2023 não vincule recursos financeiros, é monitorada para fins de acompanhamento de produção. De acordo com as metas estabelecidas é esperado que a unidade realize 30.370 exames por mês, distribuído nas especificidades da tabela acima. Mesmo com a variação nos resultados, referente às características de demanda espontânea, a unidade realizou no mês de novembro um total de 33.294, superando em 9,1% a expectativa diagnóstica mensal.

### **3. ANEXO**

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

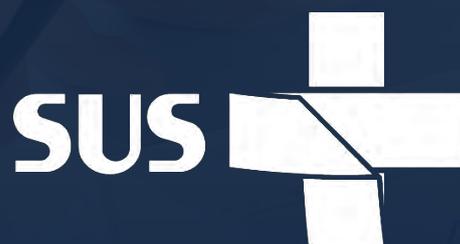


**Rio**

P R E F E I T U R A

---

**SAÚDE**





20  
24

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR  
NOVEMBRO | 2024



SAÚDE



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. 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. ANEXOS .....</b>	<b>7</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 2024		
Nº	Indicador	Fórmula	Novembro 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 46	95,65%	> 90%
2	Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$	6 20830	0,03%	< 3%
3	Taxa de Turnover	$\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$	2 163	1,23%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$	704 167	4,22	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	10º dia útil	10º dia útil	10º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	27 27	100%	100%
<b>% a incidir sobre o total do contrato</b>			<b>1,5%</b>		

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

No mês de novembro, a CER ILHA contabilizou total de 704 horas de treinamento, considerando 167 funcionários ativos do período, resultando em 4,22 homem/hora treinado. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

NOVEMBRO				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Meta 4 Internacional (Cirurgia Segura)	24/11/2024	Valéria Pricken	30	60,00
Preenchimento da SAEP	24/11/2024	Valéria Pricken	30	60,00
Meta 4 Internacional (Cirurgia Segura)	25/11/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Preenchimento da SAEP	25/11/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Meta 4 Internacional (Cirurgia Segura)	26/11/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Preenchimento da SAEP	26/11/2024	Valéria Pricken	29	58,00
Orientações sobre Evolução de Enfermagem	07/11/2024	Valéria Pricken	30	60,00
Prescrição de Enfermagem	07/11/2024	Valéria Pricken	30	60,00

Orientações sobre Evolução de Enfermagem	06/11/2024	Valéria Pricken	28	56,00
Prescrição de Enfermagem	06/11/2024	Valéria Pricken	28	56,00
Orientações sobre Evolução de Enfermagem	08/11/2024	Valéria Pricken	30	60,00
Prescrição de Enfermagem	08/11/2024	Valéria Pricken	30	60,00
<b>TOTAL</b>				<b>704</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 2024

Nº	Indicador	Fórmula	Novembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}}$	5637 6163	91,47%	≥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	<b>Vermelho</b>	0 minutos	81	0 min	0 min.
2.2	<b>Laranja</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	1230 262	4,69	≤15min.
2.3	<b>Amarelo</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	28581 1503	19,02	≤30min.
2.4	<b>Verde</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	149526 3546	42,17	Até 1h.
2.4	<b>Azul</b>	$\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$	3921 170	23,06	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	$\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}$	464 464	100%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	21 490	4,29%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24\text{h (sala amarela + vermelha)} \times 100}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	19 490	3,88%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepsis	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em tempo } < 2 \text{ horas na sepsis}}{\text{um}} \times 100$	24	100%	100%

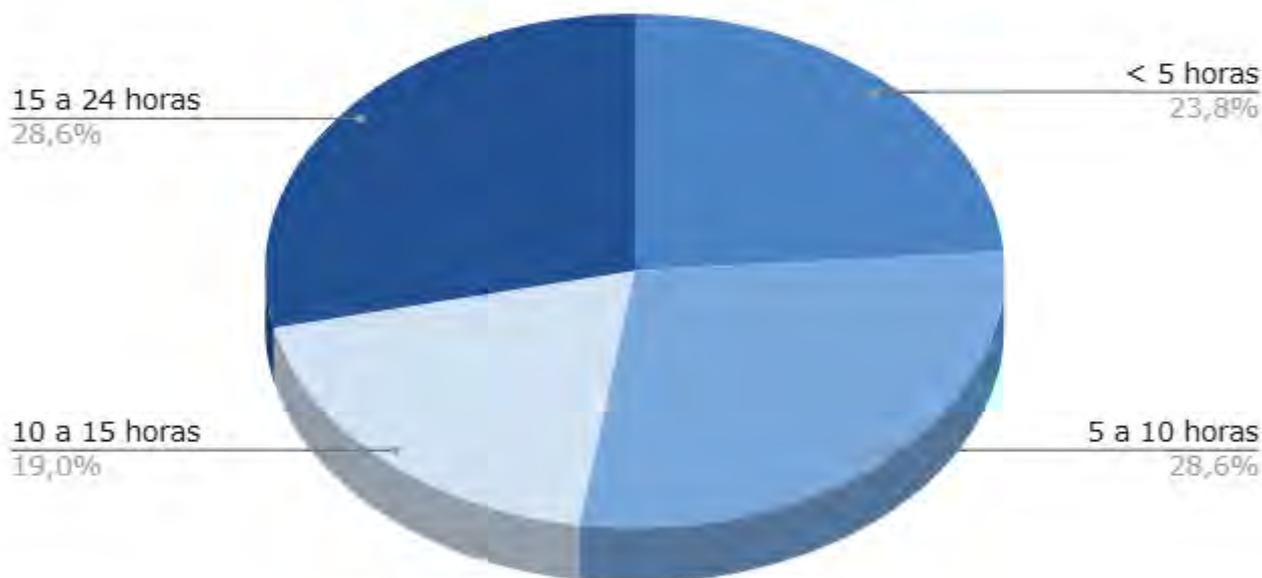
que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia	24		
7 Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	17	100%	100%
8 Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}}$	1	100%	100%
<b>% a Incidir sobre o total do contrato</b>				<b>2,0%</b>

#### Indicador 4. Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.

No mês de novembro, foram registradas 21 ocorrências de óbitos com tempo inferior a 24 horas na emergência. A Taxa de Mortalidade nesse indicador foi de 4,29% sendo a referência contratual de 4%.

Os atendimentos na emergência são característicos a pessoas com quadros agudos e potencial risco à vida. A Portaria N° 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.

Vale ressaltar que a possibilidade de manejo clínico e de suporte à vida está diretamente relacionada com a criticidade com que estes pacientes chegam no atendimento de emergência. A análise da mortalidade com tempo ≤24h apontou que 52,4% destes óbitos ocorreram nas primeiras 10h de atendimento conforme gráfico a seguir.



## 2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			ANO DE ANÁLISE 2024		
Nº	Indicador	Fórmula	Novembro		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$	89 474	18,78%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos <sup>17</sup>	$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$	85 89	95,51%	>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

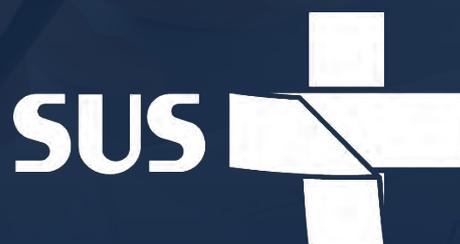


**Rio**

P R E F E I T U R A

---

**SAÚDE**





**CEJAM**

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO AMORIM"**

**METAS QUALITATIVAS**

**CER – Coordenação de Emergência Regional**

**Unidade Ilha**

**Novembro/2024**

**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	3
2.3. Tempo médio de permanência na emergência.....	3
2.4. Taxa de mortalidade $\leq$ 24h .....	4
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 .....	5
2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST .....	6
3. DESEMPENHO DA GESTÃO .....	6
3.1. BAE conforme .....	6
5.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação .....	7
6. ANEXOS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 1. OBJETIVO

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

## 2. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

### 2.1. Pacientes atendidos por médico

No mês de novembro de 2024 foram acolhidos 6.163 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de novembro/2024 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 12% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
6.163	5.253	384	795	6.163

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

Foi verificado que de 5.637 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 71,42% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

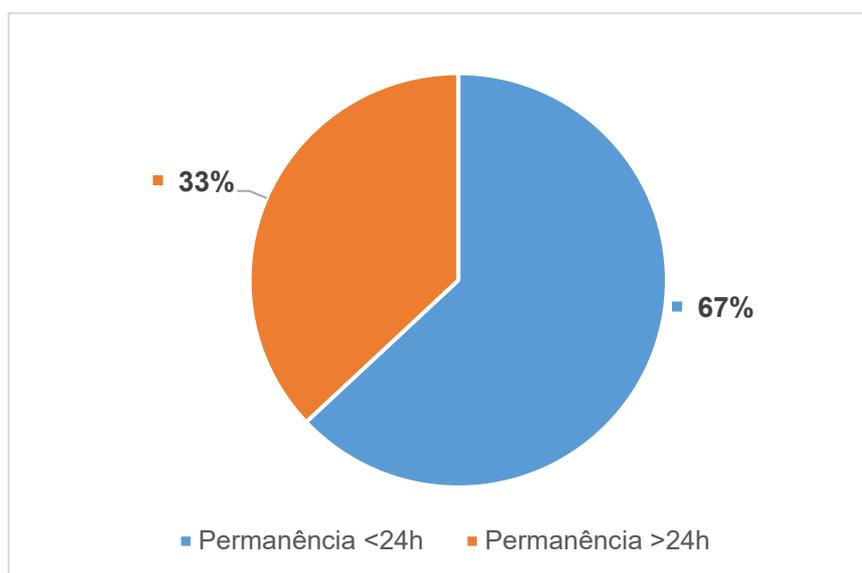
### 2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 842 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 01/11/2024 à 30/11/2024.

<b>Salas de Observação</b>	<b>Saídas Hospitalares</b>	<b>Permanência ≥ 24h</b>	<b>Permanência ≤ 24h</b>	<b>Nº Atendimento</b>	<b>Tempo de Permanência</b>
Sala Amarela	323	139	184	361	1,9
Sala Vermelha	89	14	75	184	0,6
Pediatria	7	4	3	7	2,9
Sala de Hidratação	71	3	68	290	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>490</b>	<b>160</b>	<b>330</b>	<b>842</b>	<b>1,5</b>



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

Como demonstrado no gráfico acima 67% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 33% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

#### 2.4. Taxa de mortalidade ≤ 24h

Verificou-se que dos 40 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 21 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 490 em novembro/2024, a taxa de mortalidade ≤ 24h neste período foi de 4,28%

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

Verificou-se que dos 40 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 19 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 490 em novembro/2024, a taxa de mortalidade  $\geq$  24h neste período foi de 3,87%.

**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 novembro/2024. Sendo constatado 24 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

O tratamento com antibioticoterapia foi iniciado em um período  $\leq$  2 horas nos 24 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  $\leq$  2 horas.

INICIO DE ANTIBIÓTICO EM DECORRÊNCIA DE SEPSE	
Paciente com diagnóstico de sepse	24
Total de antibióticos administrados no período $\leq$ 2 horas	24
<b>Taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado</b>	<b>100,00%</b>

## 2.7. Tomografia realizada em pacientes com AVC

Realizou-se aferição da taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de AVC que foram submetidos à tomografia computadorizada (TC) no período de novembro/2024.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	17
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	17
<b>Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC</b>	<b>100,0%</b>

De 17 pacientes com diagnóstico de AVC, 15 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 novembro/2024.

Ressaltamos que 07 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 01 paciente preenchia o critério do protocolo estabelecido para terapia trombolítica.

<b>TROMBÓLISE REALIZADA NO TRATAMENTO DE IAM COM SUPRA DE ST</b>	
Pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST com indicação para trombólise	01
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	01
<b>Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST</b>	<b>100%</b>

Nome	Idade	Prontuário	Data	IAM	Trombólise	
					S	N
A.M.A.M.	62	54662	09/11/24	S/SST		X
C.Q.P.P.H.	63	623044	16/11/24	S/SST		X
A.F.L.	43	128638	23/11/24	S/SST		X
Z.P.O.	78	238074	25/11/24	<b>S/SST</b>		X
J.C.F.F.	61	238209	26/11/24	S/SST		X
S.A.C.M.	69	46506	28/11/24	C/SST	X	
J.S.A.	67	62865	29/11/24	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 novembro/2024, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 5.637 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 1.604.

Salientamos que todos os prontuários em não conformidade em relação à assinatura dos profissionais responsáveis, são imediatamente verificados e enviados para correção antes de seu arquivamento. Mediante esta prática é possível assegurar que os BAE's gerados no mês de novembro/2024 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 55,02% 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 45,00% 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.

<b>BAE'S</b>	<b>QNTD</b>	<b>%</b>
BAE'S do mês por especialidade	5.637	100,00%
BAE'S não conformes	4.033	72,00%
<b>Total de BAE'S conformes</b>	1.604	28,00%

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

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

Foi verificado que dos 27 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 27 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 =  $27/27 \times 100 = 100,0\%$