ACREDITADO PLENO
ONA

20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
Março | 2026

Rio PREFEITURA | SAÚDE SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 3

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS 5

2.1. PARTE VARIÁVEL 1 5

2.2. PARTE VARIÁVEL 2.....Erro! Indicador não definido.**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 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			2026		
			Março		
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	Meta
1	Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentados no mês	224	1,0	≥ 1
		Nº total de internações mês	226		
2	Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas x100	4	1,59%	≤ 7%
		Nº de AIH apresentadas	251		
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar x100	158	100%	100%
		Total de prontuários analisados	158		
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês x100	30	100%	100%
		Nº de óbitos analisados	30		
% a Incidir sobre o total do contrato				1,5%	

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF			2026		
			Março		
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	Meta
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	∑ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica	976	8,95	8 dias
		Total de saídas na Clínica Médica	109		
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	∑ do número de pacientes dia internados na Ortopedia	272	5,79	8 dias
		Total de saídas na Ortopedia	47		
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	∑ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica	261	5,44	5 dias
		Total de saídas na Clínica Cirúrgica	48		
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	∑ do número de pacientes dia internados na UTI adulto	617	9,21	10 dias
		Total de saídas na UTI adulto	67		
5	Taxa de Mortalidade pós-operatória	Nº de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório x100	3	2,59%	≤ 3%
		Nº de pacientes que realizaram cirurgia	116		
6	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	0,80	0,80	SMR ≤ 1
7	Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo	Nº de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP x 1000	0	0,00	≤ 10/1000
		total de cateter venoso central - dia	488		
8	Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce)	Nº de pneumonias associadas a VAP (precoce) x1000	0	0,00	≤ 8/1000
		Total de dias ventilação mecânica	344		
% A incidir sobre o contrato					

Indicadores: Tempo médio de permanência em Clínica Médica e Clínica cirúrgica.

No mês de **março de 2026**, o indicador de **tempo médio de permanência**, tanto na **clínica médica** quanto na **clínica cirúrgica**, esteve acima da meta estabelecida. Na clínica médica, o tempo médio de permanência foi de **8,95** dias, frente à meta estabelecida de até **8 dias**. Já na clínica cirúrgica, o indicador registrado foi de **5,44** dias, em comparação à meta de até **5 dias**. A análise desses resultados deve considerar a redução temporária da capacidade operacional de leitos durante a competência de março. Em decorrência da conversão das enfermarias **212 e 214 (8 leitos),** como medida técnica de contingência e readequação assistencial para intervenções estruturais relacionadas ao projeto de melhoria dos leitos de semi-intensiva, conforme previamente comunicado por meio do **Ofício no 063/2026 (HMEF) – CEJAM**. Para fins de cálculo de paciente-dia, a clínica médica operou com **32 leitos disponíveis** ao longo do mês, em comparação aos **40 leitos habituais**, representando uma redução de **20%** em sua capacidade. No contexto geral da unidade, houve redução da capacidade operacional dos leitos, essa limitação estrutural influenciou o volume de pacientes-dia e saídas, consequentemente, os resultados dos indicadores de tempo médio de permanência, uma vez que a menor oferta de leitos pode aumentar o tempo de permanência dos pacientes internados, evidenciando elevada demanda e uso intensivo dos leitos disponíveis. Dessa forma, entende-se que a redução temporária da capacidade instalada foi um fator determinante para o não atingimento das metas estabelecidas no período analisado.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF		2026		Meta	
		Março			
Nº	Indicador	Saídas	Taxa de Ocupação	META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95%	META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95%
1	Clínica	109	92,41%	101 a 137 saídas	> 137 saídas
2	Cirúrgica	86	94,84%	52 a 71 saídas	> 71 saídas
3	Saúde Mental	26	80,95%	17 a 23 saídas	> 23 saídas
4	Terapia Intensiva	67	99,64%	40 a 55 saídas	> 55 saídas
5	Unidade Intermediária	50	78,57%	20 a 27 saídas	> 27 saídas
% A incidir sobre o contrato				0,75%	1,50%

Bloco Diagnóstico:

A produção diagnóstica da unidade é influenciada pelas demandas auferidas, o que sugere uma relação direta entre a necessidade de exames e a capacidade de atendimento. A contabilização total das produções referentes aos exames de hemodiálise acontece após o 10º dia útil de cada mês, permitindo uma avaliação mais precisa da eficiência da unidade. A atualização mensal do relatório, exceto em casos de recebimento antecipado, possibilita o acompanhamento contínuo da produção e a identificação de tendências e variações. Embora a referência diagnóstica no Termo de Colaboração Nº 019/2023 não vincule recursos financeiros, a monitoração da produção é fundamental para avaliar o desempenho da unidade e identificar áreas de melhoria. A unidade tem como meta realizar **30.370** exames por mês, distribuídos de acordo com as especificidades da tabela abaixo: No mês de **(MAR.2026),** a unidade realizou um total de **33.889** exames, superando em **11%** a expectativa diagnóstica mensal. Essa variação nos resultados pode ser atribuída às características de demanda espontânea, que podem influenciar a necessidade de exames. No entanto, é importante considerar as variações nos resultados e as características de demanda espontânea para entender melhor os fatores que influenciam a produção diagnóstica.

EXAME	set.-25	out.-25	nov.-25	dez.-25	jan.-26	fev.-26	mar.-26	META
Exames de Patologia clínica	26.827	27.813	26.169	26.119	27.888	24.458	27.464	24.000
Exames de Raio-X convencional	2.911	3.048	2.787	2.877	2.701	2.555	3.131	4.000
Exames de Tomografia	1.937	2.059	2.012	2.200	2.238	2.159	2.214	1.000
Exames de Ultrassonografia	72	75	87	78	103	76	102	400
Exames de Anatomia patológica	105	181	103	154	146	138	154	220
Exames de Endoscopia (alta e baixa)	6	2	10	6	7	11	6	150
Eletrocardiografia	604	631	765	690	702	546	646	400
Hemodiálise	143	154	171	204	176	184	172	200
Total	32.605	33.963	32.104	32.328	33.961	30.127	33.889	

3. ANEXO

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

Rio

PREFEITURA

SAÚDE

SUS

ACREDITADO PLENO
ONA

2026

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL DA ILHA DO GOVERNADOR

Março | 2026

Rio PREFEITURA | SAÚDE SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 3

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS 4

2.1. PARTE VARIÁVEL 1 4

2.2. PARTE VARIÁVEL 2 5

2.3 PARTE VARIÁVEL 3.....6

3. ANEXOS 6

1. INTRODUÇÃO

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

Pronto Atendimento:

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

Observação:

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

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

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

Para além, ressaltamos que indicadores que 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

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS PARTE VARIÁVEL 1

VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À GESTÃO - CER ILHA			2026		
			Março		
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	Meta
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x100 / Total de BAE analisados	37 / 41	90,24%	> 90%
2	Indice de Absenteísmo	Horas líquidas faltantes x100 / Líquidas disponíveis	310 / 21040	1,47%	< 3%
3	Taxa de Turnover	(Nº de demissões + Nº de Admissões) /2 x100 / Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)	6 / 186	3,2%	≤ 3,5
4	Treinamento homem hora	Total de horas homem treinados no mês / Número de funcionários ativos no período	498 / 172	2,90	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	5° dia util	5º dia útil	10º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	Número de fichas SINAN preenchidas x100 / Total de situações com SINAN obrigatório	257 / 257	100%	100%
	% a Incidir sobre o total do contrato				

Indicador 4. Treinamento homem/hora.

No mês de março de 2026, a CER ILHA contabilizou total de **498** horas de treinamento, considerando **172** funcionários ativos do período, resultando em **2,90** homens/horas treinados. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência e anexo as listas de presença.

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

Dezembro				
Cursos e Treinamentos	Data	Instrutor	Nº Participantes	Carga Horária
Meta 6 Segurança de Paciente	11 e 12	Valéria Pricken	78	156,00
Orientações CCIH	03; 04 e 05	Valéria Pricken	86	172,00
PROADI-SUS	03; 04 e 05	Valéria Pricken	85	170,00
Desfibrilador	23; 24; 25 e 27	Moises de Carvalho (Manutenção)	72	-
Total	498,00			

1.1. PARTE VARIÁVEL 2

VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA			2026		
			Março		
Nº	Indicador	Fórmula	Produção	Resultado	Meta
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	Nº de atendimentos médicos x100 / Nº total de pacientes acolhidos	7181 / 7648	93,89%	≥70%
2	Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco	∑ 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	Vermelho	0 minutos	90	0 min	0 min.
2.2	Laranja	∑ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco / Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	4280 / 387	11,06	≤15min.
2.3	Amarelo	∑ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco / Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	42393 / 1847	22,95	≤30min.
2.4	Verde	∑ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco / Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	214413 / 4758	45,06	Até 1h.
2.4	Azul	∑ dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco / Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco	4518 / 75	60,24	Até 24h. Ou redirecionado
3	Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela	∑ do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitçaõ de transferência registrada no PEP em até 12h. X 100 / ∑ de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela	435 / 435	100,0%	≥ 95%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24h (sala amarela + vermelha) x100 / total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	29 / 461	6,3%	<4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24h (sala amarela + vermelha) x100 / total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	23 / 461	5,0%	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na sepse x100 / Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibióticoterapia	20 / 20	100%	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100 / Total de pacientes com diagnóstico de AVC	25 / 25	100%	100%
8	Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST	Total de pacientes IAM com supra de ST trombolisados / total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	5 / 5	100%	100%
% a Incidir sobre o total do contrato					2,0%

Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) menor ou igual 24 horas:

No mês de março, foram registrados 29 óbitos em menos de 24 horas após a admissão na unidade. Desses, 5 ocorreram na sala amarela e 24 na sala vermelha, evidenciando maior concentração entre pacientes classificados com maior gravidade clínica. A idade média dos pacientes foi de 72 anos, sendo que 62% estavam na faixa etária entre 70 e 90 anos, o que demonstra predominância de idosos, grupo mais suscetível a desfechos desfavoráveis em situações agudas. Destaca-se que o paciente mais jovem, de 39 anos, foi vítima de espancamento, caracterizando causa externa e não sendo considerado como morte de causa natural.

Em relação ao tempo de evolução, observa-se que 22 pacientes (75,9%) evoluíram para óbito em menos de 10 horas desde a admissão, evidenciando um intervalo extremamente curto para intervenção terapêutica. Esse dado reforça a gravidade dos quadros na chegada à unidade e representa um fator limitante importante para o manejo clínico, mesmo diante de abordagem adequada e oportuna pela equipe assistencial. Durante o período analisado, os protocolos assistenciais instituídos na unidade foram devidamente seguidos, com adoção de condutas baseadas em boas práticas e diretrizes clínicas. No entanto, observa-se que a elevada complexidade dos casos atendidos, já em estágios avançados das doenças e com importante comprometimento clínico, associada ao curto tempo de evolução até o desfecho, exerce impacto significativo nos resultados, contribuindo para a evolução desfavorável em curto período e dificultando intervenções mais efetivas.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA			2026		
Nº	Indicador	Fórmula	Março		Meta
			Produção	Resultado	
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	N° de questionários preenchidos x100 / Pacientes em observação	84 / 435	19,3%	>15%
2	Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	N° de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos x100 / Total de respostas efetivas	74 / 84	88,1%	>85%
% a Incidir sobre o total do contrato					

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

PREFEITURA

SAÚDE

SUS

CEJAM

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
"DR. JOÃO AMORIM"

METAS QUALITATIVAS

CER – Coordenação de Emergência Regional

Unidade Ilha

Março/2026

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.....5
2.7. Tomografia realizada em pacientes com AVC.....6
2.8. Trombólise realizada no tratamento de IAM com supra de ST 6
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

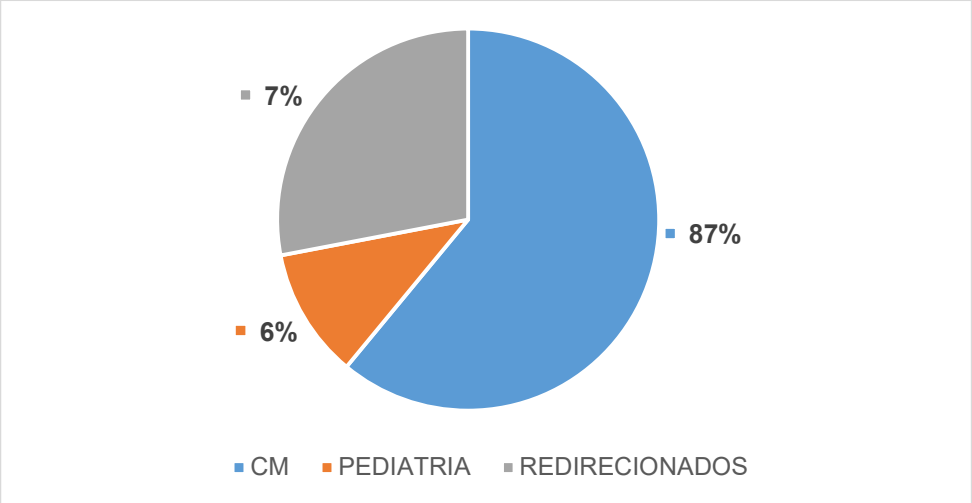
No mês de Março de 2026 foram acolhidos 7.738 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de Março/2026 foi de 93%.

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 7% de pacientes redirecionados.

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO				
Registrados	**Clínica Médica**	**Pediatria**	**Redirecionados**	**Acolhidos**
7.738	**6.720**	**461**	**486**	**7.738**



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

Foi verificado que de usuários 7.648 classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 00% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

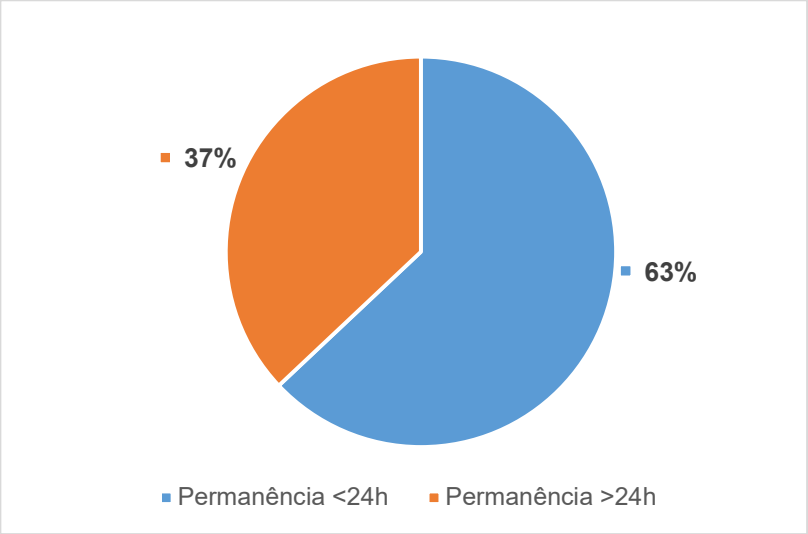
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 734 atendimentos nas salas de observações, sendo elas: observação sala amarela adulto, observação pediátrica, sala de observação e sala vermelha.

Cabe destacar que o tempo de permanência de pacientes em observação nas salas amarela e vermelha superior 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 01/03/2026 à 31/03/2026.

Salas de Observação	Saídas Hospitalares	Permanência ≥ 24h	Permanência ≤ 24h	N° Atendimento	Tempo de Permanência
Sala Amarela	336	160	176	347	1,8
Sala Vermelha	77	8	69	113	0,8
Pediatria	7	4	3	7	3,0
Sala de Observação	41	0	41	267	0,0
TOTAL	**461**	**172**	**289**	**734**	**1,5**



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

Como demonstrado no gráfico acima 58% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 62% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade ≤ 24h

Verificou-se que dos 52 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 29 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 461 em Março/2026, a taxa de mortalidade ≤ 24h neste período foi de 6,3%

2.5. Taxa de mortalidade ≥ 24h

Verificou-se que dos 52 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 23 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 461 em Março/2026, a taxa de mortalidade ≥ 24h neste período foi de 5,0%.

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 Março/2026. 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 Março/2026.

TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC	
Pacientes com diagnóstico de AVC	25
Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	25
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC	**100,0%**

De 25 pacientes com diagnóstico de AVC, 19 foram classificados como isquêmico e 06 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 Março/2026.
Ressaltamos que 08 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 05 pacientes preenchiam 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	05
Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado	05
Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST	**100%**

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 Março/2026, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 6.192 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 Março/2026 encontram-se organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Após análise, concluímos que: 64% 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 54% 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	7181	100,00%
BAE'S não conformes	4977	70,00%
Total de BAE'S conformes	2204	30,00%

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 257 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 257 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 = 257/257x100= 100,0%