

20
23

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
JANEIRO | 2023

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..... | 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 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 – 20 leitos, sendo 02 leitos de isolamento;
- Consultórios ambulatoriais para pacientes egressos dos serviços cirúrgicos;
- 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;
- Almoxarifado;
- Refeitório;
- Auditório.

Outras capacidades:

- Necrotério.

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 cada indicador, cuja meta não tenha sido alcançada terão suas justificativas e apontamentos apresentados no presente Relatório.

Para além, ressaltamos que 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: 10 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 | Dezembro | | Meta |
| | | | Produção | Resultado | |
| 1 | Índice de apresentação de AIH | $\frac{\text{Nº total de AIH apresentados no mês}}{\text{Nº total de internações mês}}$ | 270 245 | 1 | ≥ 1 |
| 2 | Taxa de rejeição de AIH | $\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$ | 11 275 | 4% | ≤ 7% |
| 3 | Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária | $\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós alta hospitalar}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$ | 188 188 | 100% | 100% |
| 4 | Percentual de óbitos institucionais analisados pela comissão de Óbitos | $\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos no mês}}{\text{Nº de óbitos analisados}} \times 100$ | 32 32 | 100% | 100% |
| % a incidir sobre o total do contrato | | | | | 1,5% |

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

| VARIÁVEL 01 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - HMEF | | | ANO DE ANÁLISE 2023 | | |
|---|---|--|---------------------|-----------|---------|
| Nº | Indicador | Fórmula | Janeiro | | Meta |
| | | | Produção | Resultado | |
| 1 | Tempo médio de permanência em Clínica Médica | $\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{Total de saídas na Clínica Médica}}$ | 1191 142 | 8 | 8 dias |
| 2 | Tempo médio de permanência em Ortopedia | $\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{Total de saídas na Ortopedia}}$ | 335 59 | 6 | 8 dias |
| 3 | Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica | $\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{Total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$ | 260 52 | 5 | 5 dias |
| 4 | Tempo médio de permanência na UTI adulta | $\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI adulto}}{\text{Total de saídas na UTI adulto}}$ | 906 124 | 7 | 10 dias |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|-----------|------|---------------------|
| 5 | Taxa de mortalidade institucional | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas hospitalares}} \times 100$ | 30 248 | 12% | $\leq 8\%$ |
| 6 | Taxa de Mortalidade pós-operatória | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que realizaram cirurgia}} \times 100$ | 5 128 | 4% | $\leq 3\%$ |
| 7 | Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta | APACHE II ou SAP 3 | 0,74 | 0,74 | $\text{SMR} \leq 1$ |
| 8 | Índice de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso profundo | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a CVP}}{\text{total de cateter venoso central - dia}} \times 1000$ | 1 473 | 2 | $\leq 10/1000$ |
| 9 | Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (VAP Precoce) | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pneumonias associadas a VAP (precoce)}}{\text{Total de dias ventilação mecânica}} \times 1000$ | 1 239 | 4 | $\leq 8/1000$ |
| % A incidir sobre o contrato | | | | | 2,0% |

Indicador 5 – Taxa de Mortalidade Institucional.

No mês de janeiro foram contabilizados 30 óbitos institucionais com uma Taxa de Mortalidade Institucional de 12%. Desses óbitos 83% foram oriundos do CTI sendo 47% deles por sepse.

Indicador 6 – Taxa de Mortalidade Pós-operatória.

Ocorreram 5 óbitos cirúrgicos no mês de janeiro, com taxa de 4% considerando as 128 cirurgias realizadas.

O perfil dos óbitos cirúrgicos foi de pacientes com idades entre 70 a 97 anos com quadros agudos, agravados por comorbidades e multicausalidades decorrentes de seus quadros clínicos. Todos os óbitos cirúrgicos constam descritos na ATA de Comissão de Óbito, anexa a esse Relatório.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

| VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - HMEF | | ANO DE ANÁLISE 2023 | | | |
|---|-----------------------|---------------------|------------------|--|--|
| Nº | Indicador | Janeiro | | Meta | |
| | | Saídas | Taxa de Ocupação | META FAIXA I - Taxa de Ocupação ≥ 70% e ≤95% | META FAIXA II - Taxa de Ocupação > 95% |
| 1 | Clínica | 142 | 96% | 101 a 137 saídas | > 137 saídas |
| 2 | Cirúrgica | 111 | 95% | 52 a 71 saídas | > 71 saídas |
| 3 | Saúde Mental | 16 | 84% | 17 a 23 saídas | > 23 saídas |
| 4 | Terapia Intensiva | 89 | 99% | 40 a 55 saídas | > 55 saídas |
| 5 | Unidade Intermediária | 35 | 94% | 20 a 27 saídas | > 27 saídas |
| % A incidir sobre o contrato | | | | 0,75% | 1,50% |

Indicador 3 – Saúde Mental.

Informamos que 100% dos leitos da Saúde Mental são ofertados para a rede via Sistema de Regulação SISREG. Ocorre que nem sempre são ocupados gerando ociosidade. Como pode ser observado, ainda que tenhamos o quantitativo de saídas dentro do preconizado para a faixa II, a Taxa de Ocupação dificilmente estará acima de 95%, dificultando o alcance dessa meta.

3. ANEXOS

- HMEF.CER – Ata de Comissão de Prontuários
- HMEF.CER – Ata de Comissão de Óbitos
- HMEF – SCNES-Junho 2022
- HMEF – Planilha de óbitos de Junho de 2022



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
JANEIRO | 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 | 6 |
| 2.3 PARTE VARIÁVEL 3..... | 7 |
| 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 | | Meta |
|--|---|---|---------------------|-----------|-------------|
| Nº | Indicador | Fórmula | Janeiro Produção | Resultado | |
| 1 | Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade | $\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$ | <u>90</u> 90 | 100,0% | > 90% |
| 2 | Índice de Absenteísmo | $\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Líquidas disponíveis}} \times 100$ | <u>581</u> 21920 | 3% | < 3% |
| 3 | Taxa de Turnover | $\frac{(\text{Nº de demissões} + \text{Nº de Admissões}) / 2}{\text{Nº de funcionários ativos (último dia mês anterior)}} \times 100$ | <u>1</u> 177 | 1% | ≤ 3,5 |
| 4 | Treinamento homem hora | $\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número de funcionários ativos no período}}$ | <u>909</u> 197 | 5 | 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 | 5º dia | 5º dia útil |
| 6 | Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos | $\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$ | <u>56</u> 56 | 100% | 100% |
| % a incidir sobre o total do contrato | | | | | 1,5% |

Indicador 1. Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade

Foram analisados 90 BAE's estando 100% nos padrões de conformidade, definidos pelo critério de 50% dos itens avaliados como adequados.

Os campos com maiores índices de conformidade foram: hipótese diagnóstica, queixa principal, HDA preenchida, data, carimbo e assinatura.

Quanto às inconformidades, foram observadas ausência do preenchimento nos campos dos sinais vitais.

Para fins de análise dos dados, a Ata da Comissão de Prontuário se encontra anexa ao vigente Relatório, do qual constam todas numerações dos BAE's em padrão de conformidade.

Indicador 4. Treinamento homem/hora

No mês de julho, a CER ILHA contabilizou 909 horas de treinamento no mês. Considerando os 197 funcionários ativos do período o índice de treinamento foi de ,0 homem/hora treinado. O aumento na quantidade de hora/mês de treinamento ocorreu por alterações em alguns fluxos e rotinas e pela intensificação na abertura e monitoramento dos protocolos de sepse. Abaixo a relação de treinamentos efetuados no mês de referência.

| JANEIRO | | | | |
|---------------------------------------|------------|-----------------------|------------------|---------------|
| TREINAMENTO | DATA | INSTRUTOR | Nº Participantes | Carga Horária |
| Pasta de Fluxo Setorial | 26/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 29 | 58,0 |
| Protocolos aprovados em plataforma | 26/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 29 | 58,0 |
| Escala de Mews Adaptada | 26/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 29 | 58,0 |
| Pasta de Fluxo Setorial | 25/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 27 | 54,0 |
| Protocolos aprovados em plataforma | 25/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 27 | 54,0 |
| Escala de Mews Adaptada | 25/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 27 | 54,0 |
| Pasta de Fluxo Setorial | 24/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 32 | 64,0 |
| Protocolos aprovados em plataforma | 24/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 32 | 64,0 |
| Escala de Mews Adaptada | 24/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 33 | 66,0 |
| Acompanhamento de lesão em prontuário | 13/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 23 | 46,0 |
| Meta Internacional 1 | 13/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 29 | 58,0 |
| Protocolo de Suicídio | 13/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 29 | 58,0 |
| Meta Internacional 1 | 12/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 21 | 42,0 |
| Protocolo de Suicídio | 12/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 22 | 44,0 |
| Meta Internacional 1 | 11/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 31 | 62,0 |
| Protocolo de Suicídio | 11/01/2023 | Valéria Lessa Pricken | 31 | 62,0 |
| TOTAL | | | | 909 |

2.2. PARTE VARIÁVEL 2

| VARIÁVEL 02 - INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE - CER ILHA | | | ANO DE ANÁLISE 2023 | | Meta |
|---|--|---|---------------------|--------------|---------------------------|
| Nº | Indicador | Fórmula | Janeiro Produção | Resultado | |
| 1 | Percentagem de pacientes atendidos por médico | $\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$ | 4140 4895 | 85% | ≥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 | 25 | 0min. | 0 min. |
| 2.2 | Laranja | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$ | 3294 232 | 14 | ≤15min. |
| 2.3 | Amarelo | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$ | 18374 1127 | 16 | ≤30min. |
| 2.4 | Verde | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$ | 71744 2747 | 26 | Até 1h. |
| 2.4 | Azul | $\frac{\sum \text{dos tempos de espera (min.) para atendimento dos pacientes conforme definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados na mesma faixa de risco}}$ | 530 3 | 177 | Até 24h. Ou redirecionado |
| 3 | Solicitação de regulação para transferência de paciente admitido em salas vermelha e amarela | $\frac{\sum \text{do número de pacientes admitidos na sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP em até 12h.} \times 100}{\sum \text{de pacientes admitidos nas salas vermelha e amarela}}$ | 430 430 | 100% | ≥ 95% |
| 4 | Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h. | $\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$ | 15 481 | 3% | <4% |
| 5 | Taxa de Mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h. | $\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24\text{h (sala amarela + vermelha)}}{\text{total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$ | 36 481 | 7% | < 7% |
| 6 | Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas | $\frac{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia em um tempo } < 2 \text{ horas}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibioticoterapia}} \times 100$ | 22 22 | 100% | 100% |
| 7 | Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC | $\frac{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$ | 11 11 | 100% | 100% |

| | | | | | |
|--|---|--|--------|------|-------------|
| 8 | Percentual de Trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST | $\frac{\text{Total de pacientes IAM com supra de ST trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST}}$ | 4 4 | 100% | 100% |
| % a Incidir sobre o total do contrato | | | | | 2,0% |

Indicador 2.4. Classificação de risco azul

No mês de janeiro foram classificadas 759 pessoas na faixa de risco azul. 759 pessoas foram redirecionadas à Atenção Primária e 3 pessoas aguardaram atendimento com tempo total de 8:50h e tempo médio de cerca de 3h (177min) entre a classificação e o atendimento.

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

| VARIÁVEL 03 - INCENTIVO À EQUIPE - CER ILHA | | | ANO DE ANÁLISE 2023 | | |
|--|---|--|---------------------|-----------|-------------|
| Nº | Indicador | Fórmula | Janeiro | | Meta |
| | | | Produção | Resultado | |
| 1 | Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação | $\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Pacientes em observação}} \times 100$ | 181 434 | 42% | >15% |
| 2 | Percentual de usuários satisfeitos / muito satisfeitos | $\frac{\text{Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$ | 176 181 | 97% | >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
- Ficha SMSDC
- Planilha de procedimentos
- Planilha de Óbitos
- Planilha de Regulação -
- Transferência com horário
- Gráfico de transferência
- Transferência devido AVC
- Metas Médicas



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

Janeiro/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

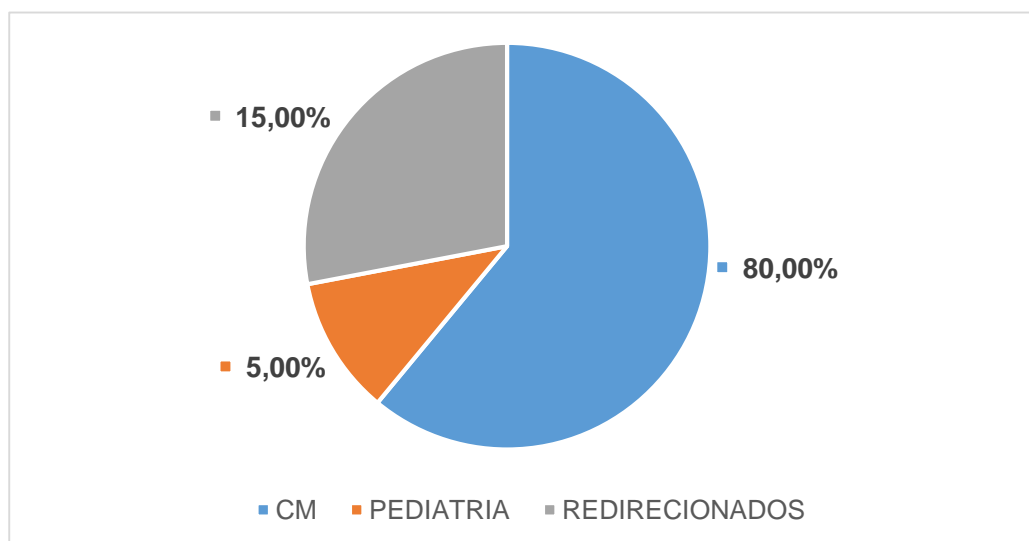
No mês de janeiro de 20223 foram acolhidos 4.895 pacientes, todos estes foram registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na unidade CER – ILHA.

O percentual de pacientes atendidos pelos médicos na unidade no mês de janeiro/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% de pacientes redirecionados.

| ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO | | | | |
|----------------------------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| Registrados | Clínica Médica | Pediatria | Redirecionados | Acolhidos |
| 4.895 | 3.912 | 228 | 756 | 4.895 |



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

Foi verificado que de 3.840 usuários classificados com risco pelo enfermeiro na sala de classificação de risco na unidade CER – ILHA, 92,75% foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco.

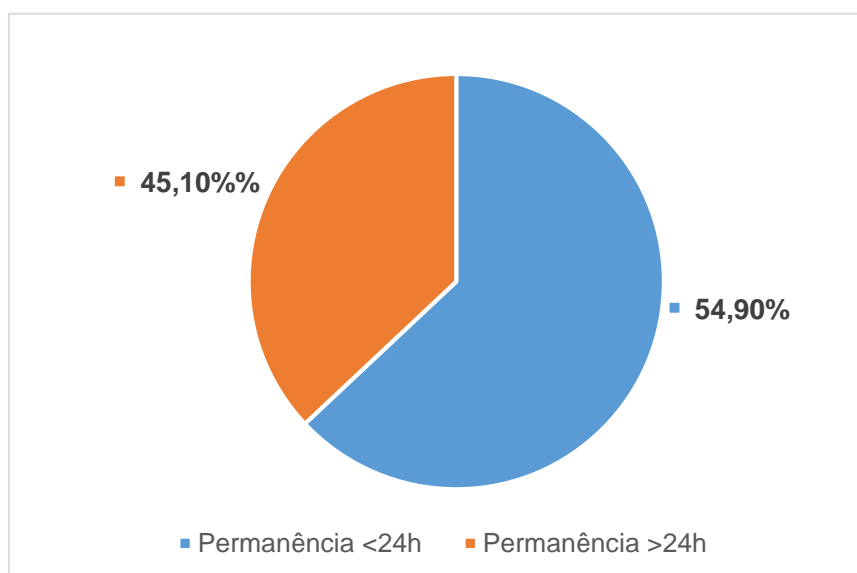
2.3. Tempo médio de permanência na emergência

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

Foram realizados 915 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 01/01/2023 à 31/01/2023.

| Salas de Observação | Saídas Hospitalares | Permanência ≥ 24h | Permanência ≤ 24h | Nº Atendimento | Tempo de Permanência |
|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------------|
| Sala Amarela | 307 | 188 | 119 | 330 | 1,8 |
| Sala Vermelha | 98 | 25 | 73 | 159 | 0,7 |
| Pediatria | 12 | 2 | 10 | 12 | 1,0 |
| Sala de Hidratação | 64 | 2 | 62 | 307 | 0,5 |
| TOTAL | 481 | 217 | 264 | 808 | 1,4 |



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

Como demonstrado no gráfico acima 54,90% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na unidade CER – ILHA e 45,10% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

2.4. Taxa de mortalidade \leq 24h

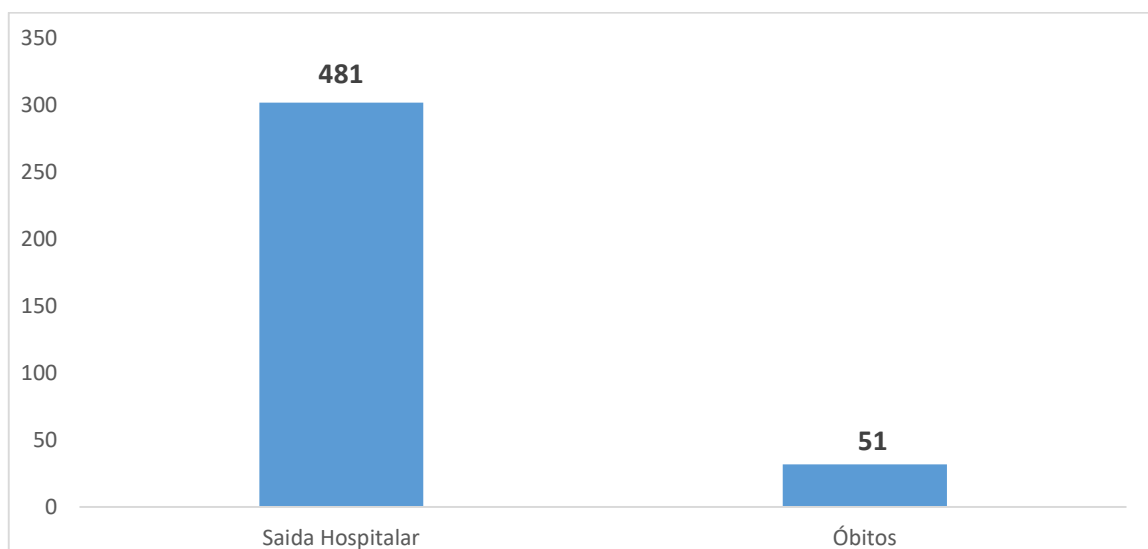
Verificou-se que dos 51 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER-ILHA, 15 óbitos ocorreram com menos de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 481 em janeiro/2023, a taxa de mortalidade \leq 24h neste período foi de 3,12%

2.5. Taxa de mortalidade \geq 24h

Verificou-se que dos 51 óbitos ocorridos na área restrita da unidade CER – ILHA, 36 óbitos ocorreram com mais de 24 horas.

Considerando que as saídas hospitalares totalizaram 481 em janeiro/2023, a taxa de mortalidade \geq 24h neste período foi de 7,50%.



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

Não foram contabilizados nos cálculos 10 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 janeiro/2023. Sendo constatado 22 pacientes com diagnóstico de SEPSE.

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

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

| TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM AVC | |
|---|---------------|
| Pacientes com diagnóstico de AVC | 11 |
| Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC | 11 |
| Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a TC | 100,0% |

De 11 pacientes com diagnóstico de AVC, 10 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 janeiro/2023.

Ressaltamos que 08 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 04 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 | 04 |
| Paciente com diagnóstico de IAM com supra ST trombolisado | 04 |
| Taxa de adesão do uso de trombolíticos em IAM com supra ST | 100% |

| Nome | Idade | Prontuário | Data | IAM | Trombólise | |
|------------|-------|------------|------------|-------------------------|------------|---|
| | | | | | S | N |
| M.A.P. | 84 | 113417 | 02/01/2023 | S/SST | | X |
| J.L.S.O. | 67 | 114051 | 04/01/2023 | C/SST | X | |
| A.V.D. | 76 | 114267 | 06/01/2023 | C/SST | X | |
| E.R. | 75 | 26161 | 08/01/2023 | IAM C/SST ΔT >12h | | X |
| J.S.L. | 63 | 116007 | 15/01/2023 | S/SST | | X |
| L.A.G. | 43 | 116006 | 16/01/2023 | C/SST | X | |
| R.M.C.P.C. | 57 | 12890 | 22/01/2023 | C/SST | X | |
| R.M.M. | 61 | 118262 | 26/01/2023 | 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 janeiro/2023, a unidade CER – ILHA atendeu o total de 4.895 pacientes, distribuídos por especialidade, gerando assim, a quantidade de BAE's semelhantes ao número de atendimentos por especialidades 4.140.

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 janeiro/2023 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.

| BAE'S | QNTD | % |
|---------------------------------|-------------|----------|
| BAE'S do mês por especialidade | 4.140 | 100,00% |
| BAE'S não conformes | 2.278 | 55,00% |
| Total de BAE'S conformes | 1.862 | 45,00% |

3. INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Foi verificado que dos 55 atendimentos que tinham obrigatoriedade de notificação pelo SINAN, 55 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 = $55/55 \times 100 = 100,0\%$