



**SPDM
PAIS**

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963
Programa de Atenção Integral à Saúde

RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS
CER CENTRO
CONTRATO DE GESTÃO 021/2021 – SMS/RJ
AGOSTO DE 2023

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS
CER CENTRO**

CONTRATO DE GESTÃO –021/2021- SMS/RJ

PERÍODO 01/08/2023 A 31/08/2023

SUMÁRIO

Item I – Percentual de BAE dentro do padrão de Conformidade

Item II – Índice de absenteísmo

Item III – Preenchimento adequado de fichas SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – em todos os casos previstos

Item IV– Percentagem de Pacientes Atendidos por Médico

Item V– Tempo de Permanência na Emergência

Item VI – Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco

Percentual de pacientes atendidos pelo médico conforme tempo definido na classificação de risco

Item VII – Taxa de mortalidade na Unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 hs

Item VIII – Taxa de Mortalidade na Unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 hs

Item IX – Percentagem de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas

Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepse

Item X– Percentagem de Tomografias realizadas em pacientes com AVC

Item XI – Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST

Item XII – Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

Item XIII – Percentual de usuários Satisfeito/Muito Satisfeito

Anexos

Anexo 01 - Planilha de cálculo dos Indicadores – AGOSTO -2023

Anexo 02 - Demonstrativo de realização de procedimentos diagnósticos

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente Relatório tem como objetivo apresentar o resultado das atividades realizadas no mês de agosto de 2023, referente ao Contrato de Gestão 021/2021 do CER Centro – AP 1.0.

DESEMPENHO ASSISTENCIAL

I – Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades

A Comissão de Revisão de Prontuários atuante, que visa à conferência do preenchimento adequado dos BAE's, realizou a conferência dos mesmos no mês vigente. Após esse processo foi realizado o arquivamento dos BAE's por data de atendimento e organização de acordo com a numeração.

Durante o mês de **agosto/2023**, a Coordenação de Emergência Regional atendeu o total de **8.586** pacientes.

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. Assim todos os BAE's gerados no mês de **agosto/2023** foram organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Para este estudo, definimos alguns fatores importantes:

- Tamanho da população: o número total de pessoas do grupo a ser estudado. No estudo abaixo, consideramos o total de atendimentos no CER Centro
- Margem de erro: uma porcentagem que indica o nível de correspondência dos resultados da pesquisa com as opiniões da população total. Quanto menor a margem de erro, mais perto você está de ter a resposta exata com um grau de confiança específico. Nesta avaliação, consideramos 5% de margem de erro.
- Nível de confiança da amostra: uma porcentagem que revela o quanto você pode estar confiante de que a população selecionaria uma resposta dentro de um determinado intervalo. Para nossa avaliação, consideramos 95% de nível de confiança.

No mês avaliado, obtivemos, através de análise por amostragem de BAEs (10%) e posteriormente, com base nos resultados é realizada uma projeção em cima do número total de BAEs no mês, que resulta nos dados informados:

- 97,01% de conformidade em relação a classificação de risco;
- 93% de conformidade em relação ao preenchimento do CID;
- 80,19% de conformidade em relação a atualização do sistema de regulação (SER);
- 92% de conformidade em relação a evolução de enfermagem no eixo vermelho;
- 95,75% de conformidade em relação a evolução médica no eixo vermelho e

Os itens: preenchimento dos sinais vitais e encerramento do BAE alcançaram 100%.

No mês, tivemos **94%** dos BAE'S dentro do padrão de conformidade dentro da meta estabelecida de >90%.

Providências: Manutenção da realização de reuniões de comissão de prontuários; participação do profissional da equipe administrativa na revisão, monitoramento e guarda dos prontuários, com apoio aos médicos no fechamento dos atendimentos.

Segue abaixo, quadro com número de BAE's dentro do padrão de conformidades e números de BAE's de cada especialidade.

Especialidades	BAE	%
Total de BAE's no mês.	8.586	100%
Total de BAE's conforme.	8.070	94%
Total de BAE's não conformes.	516	6%

Fonte: Planilha e Relatório da Comissão de revisão de prontuários.

Especialidades	BAE's
Clínica Médica	6.724
Pediatria	647
Redirecionados	1.215
Total de Atendimento	8.586

Fonte: Planilha e Relatório da Comissão de revisão de prontuários

II – Índice de absenteísmo

Com o objetivo de medir a disponibilidade da força de trabalho subsidiando a análise de vacâncias, motivos, análise de absenteísmo x nível de satisfação dos colaboradores, o resultado do respectivo Indicador, composto do total de horas líquidas faltantes e disponíveis da unidade CER CENTRO, referente ao mês de agosto/2023 foi **0,24%** Segue detalhamento abaixo.

HORAS LIQUÍDAS DISPONÍVEIS	HORAS LIQUÍDAS FALTANTES	ABSENTEÍSMO
30450:00:00	72:00:00	0,24%

DETALHEMENTO DE PROFISSIONAIS COM FALTAS				
MATRÍCULA	NOME	HORAS MÊS	FALTA EM HORA	UNIDADE
6207228-86	AMANDA MARTINS BRAGA DE ARAUJO	180:00:00	12:00:00	CER CENTRO
6206708-86	EDUARDO DOS SANTOS DE SOUZA FILHO	150:00:00	12:00:00	CER CENTRO
6200586-86	EVELYN DOS SANTOS MARINHO	150:00:00	12:00:00	CER CENTRO
6207084-86	GEOVANE TOLEDO TARDEN	180:00:00	24:00:00	CER CENTRO
6206899-86	SIMONE GONCALVES DA ASSUNCAO	150:00:00	12:00:00	CER CENTRO

III – Preenchimento adequado de fichas SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – em todos os casos previstos

Foi verificado que houve 14 (quatorze) atendimentos de agravo de notificação compulsória, logo 14 (quatorze) foram notificados seguindo o Protocolo estabelecido correspondendo a 100% do alcance da meta prevista no Indicador.

O Indicador foi obtido dividindo-se número de fichas SINAN preenchidas pelo total de situações com SINAN obrigatório **(14X100/14=100%)**, conforme estabelecido no método de cálculo.

IV – Porcentagem de Pacientes Atendidos por médico

Informamos que foram acolhidos **8.586** pacientes na Unidade, sendo todos registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na Unidade.

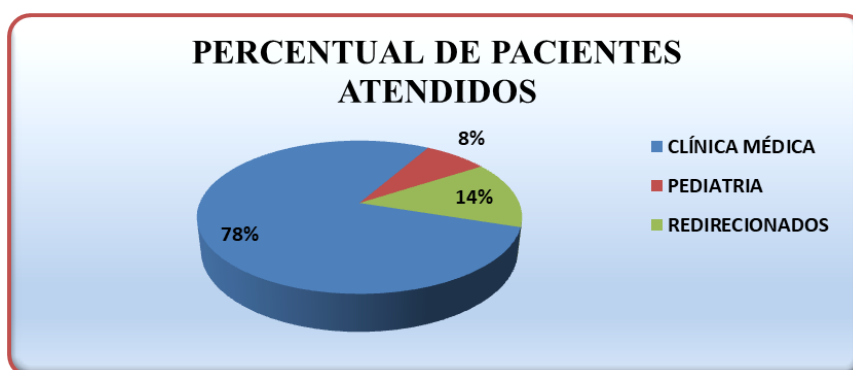
O percentual de pacientes **atendidos por médico** na Unidade no mês de agosto-23 foi de **86% (total)**, sendo a meta estabelecida **> ou igual a 70%** de pacientes atendidos pelo médico.

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.

Nossa equipe de Classificação de Risco tem seguido o protocolo estabelecido para Unidade, e no mês de agosto-23 houve um total de **14%** de pacientes redirecionados em relação ao total de pacientes acolhidos.

Estatística de Atendimento – agosto/2023				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
8.586	6.724	647	1.215	8.586

Fonte: Relatório do Sistema de prontuários eletrônico



V – Tempo Médio de Permanência de Observação na Emergência.

A verificação do tempo médio de permanência nas salas de observação é realizada pela Coordenação Assistencial da Unidade Coordenação de Emergência Regional.

Houve **464 pacientes** que foram atendidos nas Salas de Observações, sendo elas: **observação adulta, observação pediátrica e sala vermelha.**

Cabe destacar que o tempo de permanência de pacientes em observação nas salas amarela e vermelha foi em **média 3,10 dias no mês**, sendo a meta prevista em contrato de <1 dia.

O tempo de permanência maior que o previsto, ocorreu pela falta de vagas na rede municipal adequada à necessidade do paciente. Reforçamos que todos os pacientes foram inseridos no SER para busca de vagas pela central de regulação.

Também se considera a complexidade dos casos recebidos na unidade, que demandam tempo para avaliação clínica adequada e exames complementares, para correta conduta terapêutica e diagnóstica.

Segue relatório demonstrativo referente ao tempo médio de permanência nas salas de observação, com dados computados no período de **01/08/2023 a 31/08/2023.**

Posto	Total de Saídas Hospitalares	Permanência – (+ 24HS)	Permanência – (– 24HS)
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Sala Amarela	296	251	45
Sala Vermelha	131	70	61
Pediatria	37	10	27
Total	464	331	133

Fonte: Instrumento de Coleta da Secretaria Municipal

Como demonstrado nos gráficos abaixo, 29% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na Unidade e 71% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.



$$1439 \text{ Pacientes} - \text{Dia} / 464 \text{ Número de Saídas} = 3,10 \text{ dias} = (x 24\text{hr} = 74:43 \text{ horas}) = 74:43:02$$

$$0,43 = (x 60 = 25,8\text{min})$$

Os números relativos à permanência mostrados acima indicam que 71% dos pacientes permaneceram por mais de 24 horas na unidade. Em contrapartida, informamos que o número de pacientes que permaneceram por menos de 24 horas contempla também os casos de óbitos menores de 24 horas e não apenas os casos de transferências em tempo adequado. Isso pode ser correlatado com nosso índice de óbito e sua justificativa presente.

Ressaltamos que o fato do paciente não ter sido transferido dentro do prazo de 24 horas se deve à falta de leitos disponíveis na rede hospitalar, fato este que não exclui que o mesmo tenha iniciado o tratamento em nossa unidade. Uma vez identificada a patologia precocemente é iniciado o tratamento. Nos casos de SEPSE, por exemplo, a antibioticoterapia venosa é iniciada precocemente garantindo a assistência adequada. Observamos um aumento de pacientes crônicos e descompensados por carência de assistência precoce de suas clínicas de base.

Também é realizada a análise inicial e imediata de toda a Síndrome Coronariana Aguda, a fim de identificar os pacientes que apresentam alteração eletrocardiográfica que justifiquem a trombólise, realizada na unidade. Especificamente para estes casos, quando o paciente apresenta diagnóstico de IAM, o mesmo permanece em nossa unidade, e é solicitado o cateterismo via Central de Regulação. Nossa equipe conduz o paciente para a realização do cateterismo e frequentemente o mesmo retorna para a unidade de origem, sendo a alta realizada

pela nossa equipe médica após 24 horas como solicitado pelo protocolo do IAM. Assim, entendemos que o paciente permanece no Serviço e é tratado na exceção da vaga impactando nos resultados do Indicador.

Dessa forma, segundo os critérios de atendimento e perfil da unidade, nossos leitos correspondem ao regime de atendimento de Observação. Tão logo o paciente seja atendido e realizado o diagnóstico clínico, o mesmo é inserido no Sistema SER com o laudo médico, explicitando suas condições clínicas e o perfil do leito solicitado, CTI ou Enfermaria. Este laudo é emitido pelo médico da área restrita e entregue ao setor de núcleo interno de regulação que insere no respectivo Sistema. Atualmente nós temos inserção no sistema SER para vaga de enfermaria clínica, CTI, UCO, pneumologia sanitária, enfermaria clínica AIDS.

Destacamos que alguns pacientes são inseridos no Sistema SER após a avaliação das especialidades médicas complementares, como Cirurgia Torácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Nefrologia. A maioria desses apresenta comorbidades prévias, como HAS, DM, IRC, IC, SRAG e CA por vezes em condições clínicas precárias e estágios avançados da doença, evoluindo para o agravamento e demandando mais tempo de internação e compensação da doença agudizada. Ainda verificamos a maior dificuldade em atendimento para pacientes que necessitam de avaliações dos quadros hematológicos e os oncológicos.

Essa demanda é alta e relatos da falta de recursos para cuidados em suas localidades de origem os trazem para a proximidade dos hospitais, sobrecarregando e impactando no nosso índice de tempo de permanência na unidade.

VI - Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco

Foi verificado que de **8.586 usuários** foram classificados com risco pelo Enfermeiro na Sala de Classificação de Risco na Unidade Coordenação de Emergência Regional e foram atendidos pelo médico.

Apresentamos abaixo os dados de total de tempo de espera e pacientes atendidos por Cor e por Especialidade.

CLASSIFICAÇÃO -> MÉDICO			
CLINICA MÉDICA	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	21:15:27	00:11:00	116
LARANJA	23:12:10	00:13:08	106
AMARELO	559:02:10	00:21:33	1557
VERDE	4004:23:23	00:48:35	4945
TOTAL	4607:53:10	00:41:07	6724
PEDIATRIA	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	00:03:50	00:03:50	01
LARANJA	01:29:57	00:12:51	07
AMARELO	16:11:00	00:17:02	57
VERDE	185:30:33	00:19:07	582
TOTAL	203:15:20	00:18:51	647
TOTAL	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	21:19:17	00:10:56	117
LARANJA	24:42:07	00:13:07	113
AMARELO	575:13:10	00:21:23	1614
VERDE	4189:53:56	00:45:29	5527
TOTAL	4811:08:30	00:39:10	7371

Fonte: Relatório do Sistema de Prontuários Eletrônicos

Os dados abaixo foram coletados através de uma análise realizada pelo sistema informatizado da Unidade, sendo verificado o tempo médio de espera entre o acolhimento e o atendimento médico, a partir do risco classificado.

O tempo médio de espera total na Unidade entre a Classificação de Risco e o atendimento médico foi de **00:39:10**.

Segue demonstrando na tabela abaixo a média de tempo de espera geral por cor de classificação:

Tempo Médio de Espera por Gravidade de acordo com a Classificação de Risco	
Classificação de Risco	Tempo Médio de Espera por Gravidade
Vermelho *	00:10:56
Laranja	00:13:07
Amarelo	00:21:23
Verde	00:45:29

Fonte: Relatório do Sistema de Prontuários Eletrônico

** Paciente com risco de morte eminente necessitando de intervenções e cuidados imediatos é prioridade de assistência, postergando o preenchimento do prontuário de atendimento, no qual se motiva a divergência do tempo discriminado no sistema.*

Destacamos que o tempo de espera Amarelo e Verde foram impactados em seus resultados esperados considerando que a unidade se encontra com efetivo de RH incompleto para a demanda de pacientes. Estamos trabalhando para a recomposição do quadro médico, e consequente impacto no respectivo indicador.

Importante ressaltar que o paciente classificado de vermelho pelo protocolo de Manchester adotado pela SMS, é atendido prontamente na área restrita.

Com a prioridade de avaliar e reestabelecer o paciente, o registro de dados em prontuário normalmente é realizado após o atendimento e estabilização do mesmo. Em função disto observamos um viés de extensão do tempo de atendimento, gerado pelo retardo no registro e não no atendimento.

Quanto aos usuários classificados com risco azul que deram entrada na unidade, os mesmos foram redirecionados à rede básica de saúde seguindo o protocolo de SMSRIO.

Ainda, considerando o Protocolo de Classificação de Manchester e de acordo com o Manual do Ministério da Saúde, todos os pacientes foram atendidos pelo médico conforme tempo definido na Classificação de Risco.

VII - Taxa de mortalidade na Unidade de Emergência < 24h (sala amarela e sala vermelha):

A comissão de óbitos verificou que dos **52 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **04 chegaram cadáver** na unidade e **15 óbitos** ocorreram com menos de 24 horas.

Dessa forma contabilizamos 48 óbitos institucionais dos quais **31,25%** ocorreram com tempo de permanência inferior a 24 horas na unidade. Estes óbitos ocorreram em pacientes que apresentavam grave comprometimento ou complicações patológicas crônicas. Os pacientes com complicações respiratórias também foram significativos. Mesmo em curto período de permanência na unidade, a maioria dos pacientes é inserida no sistema SER, onde a Central de Regulação do Município / Estado, de acordo com o perfil do paciente define o hospital mais adequado.

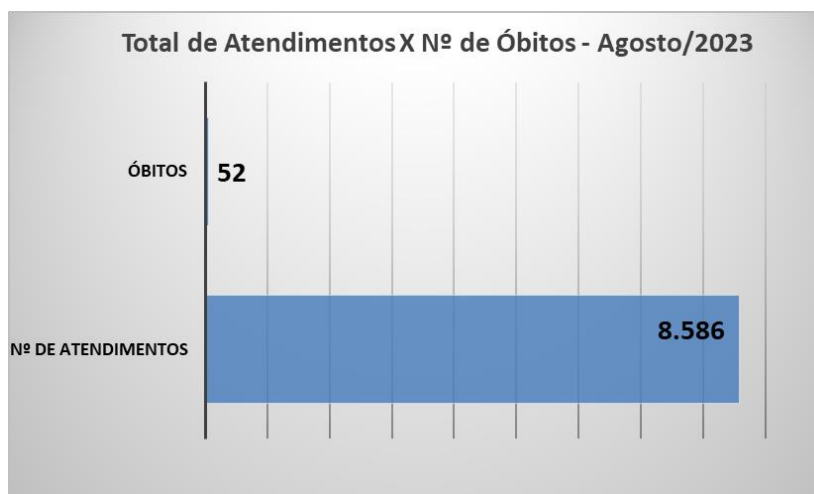
15 Óbitos x 100/464 = taxa de mortalidade 3,3% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 4%).

VIII - Taxa de mortalidade na Unidade de Emergência > 24h (sala amarela e sala vermelha):

A comissão de óbitos verificou que dos **52 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **04 chegaram cadáver** na unidade e **33 óbitos** ocorreram com mais de 24 horas.

Dessa forma, contabilizamos 48 óbitos institucionais dos quais **68,75%** ocorreram em pacientes com tempo de permanência na unidade superior 24 horas. Entre as causas identificamos que em geral os óbitos correspondem às doenças cardiovasculares, sepse, neoplasia e doenças crônicas agudizadas. Observamos que 100% dos pacientes encontravam-se inseridos no sistema SER para serem transferidos para unidades hospitalares.

33 Óbitos x 100/464 = taxa de mortalidade 7% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 7%).



A análise da comissão de óbito observou que no mês de agosto/2023, ocorreram 52 óbitos sendo 48 institucionais e 04 pacientes chegaram cadáver, dos óbitos institucionais **87,5%** ocorreram em pacientes com idade de 61 anos ou mais, predominando quadro de doenças crônicas e seus eventos relacionados, insuficiência de órgãos vitais, neoplasias, doenças cardiovasculares.

IX - Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.

Realizamos a aferição da taxa de adesão da infusão de antibiótico no tempo adequado no paciente portador de SEPSE que deu entrada na Unidade no período de agosto/2023.

Constatamos o total de **09 pacientes** com diagnóstico de SEPSE.

Destes, foi iniciado o tratamento com antibioticoterapia em um período menor ou igual a 2 horas em **09 pacientes** (tempo contabilizado desde a sua chegada à Unidade) correspondendo a **100%** dos pacientes com SEPSE que se enquadravam no protocolo de diagnóstico, dentro da meta estabelecida no Contrato.

Segue abaixo, quadro com descrição dos pacientes com diagnóstico de Sepsis no mês.

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL - CENTRO / METAS MÉDICAS									
PLANILHA DE PACIENTES COM SEPSE									
Nº	NOME	IDADE	DATA	HORA	COMORBIDADES	SEPSE	FOCO	HORAS ATB	ATB
1	G.L.C.C	69	10/08/2023	00:02	HAS, DM	SIM	ABDOMINAL	<02H	LEVOFLOXACINO
2	H.N.N.A	40	10/08/2023	20:36	DESCONHECIDA	SIM	PULMONAR	<02H	CEFTRIAXONA
3	Z.R.M	99	10/08/2023	17:19	SD DEMENCIAL	SIM	PULMONAR	<02H	CEFTRIAXONA
4	R.B.S	74	11/08/2023	01:36	DRC, HAS	SIM	INDETERMINADO	<02H	CEFTRIAXONA
5	I.M.P.L	90	16/08/2023	19:32	SD DEMENCIAL	SIM	PULMONAR	<02H	CLAVULIN+CLARITROMICINA
6	E.S.G.S	80	20/08/2023	15:46	CA COLON	SIM	URINARIO	<02H	CEFTRIAXONA
7	R.N.S	21	24/08/2023	22:16	DESCONHECIDA	SIM	PULMONAR	<02H	CLAVULIN
8	M.S.R	64	26/08/2023	09:49	HAS	SIM	URINARIO	<02H	CLAVULIN
9	A.F.T	81	27/08/2023	17:54	DESCONHECIDA	SIM	URINARIO	<02H	MEROPENEM

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de SEPSE	09
Total de antibióticos administrados no período preconizado (<=2horas)	09
Taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado	100%

X – Percentual de Tomografias realizadas em pacientes com AVC

Realizamos a aferição da taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de AVC que foram submetidos à Tomografia Computadorizada (TC) no período de agosto/2023.

Dos 17 (dezessete) pacientes com diagnóstico de AVC, 13 (treze) foram classificados como isquêmicos e 04 (quatro) foram classificados como hemorrágicos. Como demonstrado na tabela abaixo, foram realizados exames de TC em 100% dos pacientes que chegaram à unidade com suspeita/diagnóstico de AVC, dentro do previsto em contrato. Segue no quadro abaixo os dados de apuração.

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL - CENTRO / METAS MÉDICAS						
PLANILHA DE PACIENTES COM AVC						
Nº	SIGLA	IDADE	ADMISSÃO	TC	AVC	
					I	H
1	F.N.S.M	50	02/08/2023	X	X	
2	L.A.M	26	02/08/2023	X		X
3	R.A.R	51	06/08/2023	X	X	
4	M.O.F	58	06/08/2023	X	X	
5	A.R	62	07/08/2023	X	X	
6	F.R.S	82	08/08/2023	X	X	
7	M.D.S	82	10/08/2023	X	X	
8	F.A.M.N	63	14/08/2023	X	X	
9	A.B.S	63	14/08/2023	X	X	
10	R.M.O.S	65	16/08/2023	X		X
11	L.S.M	52	17/06/2023	X	X	
12	A.B	77	26/08/2023	X		X
13	E.A.C	65	27/08/2023	X	X	
14	L.C.M	78	28/08/2023	X	X	
15	T.M.C	62	29/08/2023	X	X	
16	P.P.S	72	30/08/2023	X	X	
17	G.L.S	67	31/08/2023	X		X

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de AVC	17
Pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	17
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos à TC	100%

XI - Percentual de Trombólises realizadas no tratamento do IAM com supra de ST

Realizamos a aferição da taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de IAM com supra ST que foram elegíveis à Trombólise na Unidade no período de agosto/2023.

Ressaltamos que 12 dos pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 03 apresentavam traçado com supra ST e 09 apresentavam traçados sem supra ST.

Dos 03 pacientes com supra ST identificados, 01 estava elegível à trombólise e realizaram o procedimento conforme destacado no quadro abaixo, dentro da meta de 100% estabelecida em contrato.

Seguem no quadro abaixo os dados de apuração.

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL - CENTRO / METAS MÉDICAS										
PLANILHA DE PACIENTES COM IAM										
Nº	SIGLA	IDADE	DATA	IAM		CONFIRMAÇÃO		TROMBÓLISE		
				C/ SST	S/ SST	SIM	NÃO	SIM	NÃO	PORQUE NÃO?
1	S.M.F	83	03/08/2023		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
2	M.O.L	59	06/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
3	C.E.M	44	07/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
4	A.C.A	77	07/08/2023	X		X		X		FEITA
5	C.A.S.M	73	07/08/2023	X		X			X	FORA DELTA T
6	W.L.C.L	73	09/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
7	W.M.F	41	09/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
8	N.V.A	67	13/08/2023		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
9	A.A.C	58	24/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
10	M.F.R..F	51	26/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
11	L.J.S.L	54	29/08/2023	X		X			X	FORA DELTA T
12	R.P.S	77	29/08/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST	03
Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST elegíveis a trombólise	01
Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST trombolisados	01
Taxa de adesão do uso de trombolíticos elegíveis em IAM com SUPRA ST	100%

XII - Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

A Coordenação de Emergência Regional CER CENTRO, teve registro de 464 pacientes em observação dos quais 162 preencheram a pesquisa de Satisfação, resultando em 35% de questionários preenchidos em relação ao total de pacientes em observação, dentro da meta de > ou igual a 30% de pesquisas respondidas.

Segue quadro abaixo resultado da pesquisa realizada

PESQUISA DE SATISFAÇÃO CER CENTRO DE 01/08/2023 à 31/08/2023						
TOTAL: 162 ENTREVISTADO						
DESCRIÇÃO	MUITO SATISFEIT O	SATIFEIT O	POUCO SATISFEIT O	INSATISFEIT O	S/ RESPOST A	C/ RESPOST A
ATENDIMENT O FINAL	34	113	6	1	8	154
ENFERMAGE M	44	108	9	1	0	162
ALIMENTAÇÃ O	51	92	9	0	10	152
EQUIPE MÉDICA	49	102	7	0	4	158
SERVIÇO SOCIAL	42	80	5	0	35	127
INSTALAÇÃO E LIMPEZA	45	102	14	1	0	162

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

XIII - Percentual de usuários satisfeitos/muito satisfeito:

A pesquisa de satisfação é realizada com os usuários para que os mesmos expressem suas opiniões, ressaltando seus elogios, críticas e sugestões sobre o atendimento prestado nos variados setores da Unidade Coordenação de Emergência Regional - CENTRO.

A pesquisa é realizada de forma ativa nas salas de observação com pacientes e familiares, e de forma espontânea no eixo verde.

Os resultados são analisados pelos líderes envolvidos com análise e ações de melhoria contínua. E aquelas que registrem manifestações são encaminhadas para a Ouvidoria para tratamento.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO					
MUITO SATISFEITO/SATISFEITO			TOTAL	ENTREVISTA	%
ATENDIMENTO FINAL	34	113	147	162	91%
ENFERMAGEM	44	108	152	162	94%
ALIMENTAÇÃO	51	92	143	162	88%
EQUIPE MÉDICA	49	102	151	162	93%
SERVIÇO SOCIAL	42	80	122	162	75%
INSTALAÇÃO E LIMPEZA	45	102	147	162	91%

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

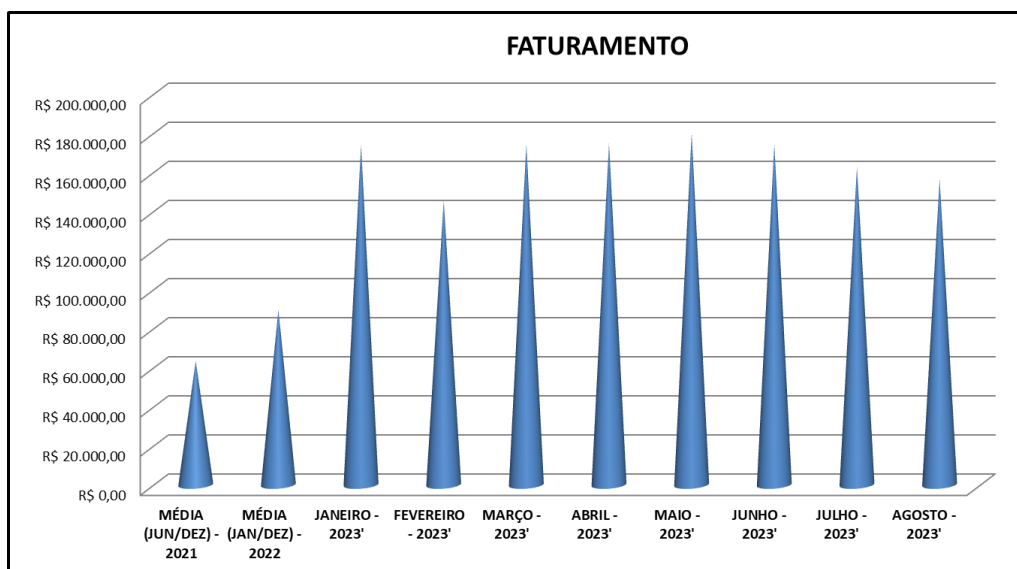
Percentual de Usuários satisfeito e muito satisfeito		
Usuários – /2023		
Total de Respostas Efetivas	162	100%
Satisfeitos e Muito Satisfeitos	147	91%

Segue no **Anexo 01** a Planilha de cálculo de todos os Indicadores apresentados anteriormente.

FATURAMENTO HOSPITALAR

Reiteramos que desde o mês de agosto de 2021, com o início do Contrato de Gestão, os exames laboratoriais e anatomopatológicos que eram realizados e cobrados pelo faturamento da unidade CER CENTRO passam a ser realizados e cobrados pelo Hospital Municipal Souza Aguiar conforme determinação da SMS. Já a partir do dia 14/04/2022, os exames voltam a ser realizado na unidade CER CENTRO.

2023	
COMPETÊNCIA	VALORES
MÉDIA (JUN/DEZ) - 2021	R\$ 63.402,86
MÉDIA (JAN/DEZ) - 2022	R\$ 89.454,66
JANEIRO - 2023'	R\$ 173.947,73
FEVEREIRO - 2023'	R\$ 145.459,54
MARÇO - 2023'	R\$ 174.336,50
ABRIL - 2023'	R\$ 174.860,67
MAIO - 2023'	R\$ 180.094,41
JUNHO - 2023'	R\$ 174.180,57
JULHO - 2023'	R\$ 162.804,09
AGOSTO - 2023'	R\$ 156.475,66



Segue no **Anexo 02** a Planilha de exames de radiologia e ECG realizados e faturados no Serviço.

Mário Silva Monteiro
Superintendente
SPDM/PAIS

Agrimeron Cavalcante da Costa
Diretor de Planejamento e
Informação em Saúde
SPDM/PAIS



SPDM
PAIS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963
Programa de Atenção Integral à Saúde

ANEXOS

Planilha de cálculo dos Indicadores – AGOSTO -2023

INDICADORES CER CENTRO - SPDM								
ITEM	INDICADORES	CONTADORES	FONTE	METAS	PESO	VALOR	RESULTADO	META ATINGIDA
1	PERCENTUAL DE (BAM) DO PADRÃO DE CONFORMIDADES	Total de BAE dentro do padrão de conformidade X 100 Total de BAE analisados.	PEP	90%	7,69%	8070 8586	94%	7,69%
2	INDICE DE ABSENTEÍSMO	Horas líquidas faltantes x 100 Horas líquidas disponível	PONTO BIOMÉTRICO	3%	7,69%	72:00:00 30450:00:00	0,24%	7,69%
3	PREENCHIMENTO ADEQUADO DE (FICHAS SINAN) EM TODOS OS CASOS PREVISTOS	Número de fichas SINAN preenchidas X 100 Total de situações com SINAN obrigatório	PEP	100%	7,69%	14 14	100%	7,69%
4	PERCENTAGEM DE PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICOS	Nº de atendimentos médicos x 100 N° total de pacientes acolhidos	PEP	70%	7,69%	7371 8586	86%	7,69%
5	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA	Σ do número de pacientes-dia na observação Número de saídas	PEP	1,00	7,69%	1439 464	3,10	0,00%
6	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO DENTRO DO MÁXIMO TOLERADO PARA CADA FAIXA DE RISCO	Somatório dos tempos de todos os pacientes de determinada faixa / Quantidade de pacientes classificados na mesma faixa Observação: 1) A fórmula deverá ser aplicada separadamente para as faixas: VERMELHA, LARANJA, AMARELA e VERDE, (AZUIS devem ser redirecionados) 2) O indicador somente será pontuado se as médias de todas as faixas estiverem dentro das metas.	PEP	Tempo medio de espera para atendimento entre a classificação de risco e o atendimento medico Risco Vermelho Tempo medio de espera para atendimento entre a classificação de risco e o atendimento medico Risco Laranja Tempo medio de espera para atendimento entre a classificação de risco e o atendimento medico Risco Amarelo Tempo medio de espera para atendimento entre a classificação de risco e o atendimento medico Risco Verde	7,69%	21:19:17 117 24:42:07 113 575:13:10 1614 4189:53:56 5527	00:10:56 00:13:07 00:21:23 00:45:29	0
7	TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) ≤24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤24 (sala amarela +vermelha) x 100 Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	PEP	4%	7,69%	15 464	3%	7,69%
8	TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) ≥ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥24 (sala amarela + vermelha) x 100 Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	PEP	7%	7,69%	33 464	7%	0,00%
9	PERCENTUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE (SEPSIS) QUE INICIARAM ANTIBIOTICOTERAPIA EM ATÉ 2 HORAS.	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na SEPSE x 100/ Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE que receberam antibioticoterapia.	PEP	100%	7,69%	9 9	100%	7,69%
10	PERCENTAGEM DE TOMOGRAFIA REALIZADAS EM PACIENTES COM (AVC).	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x 100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC	PEP	100%	7,69%	17 17	100%	7,69%
11	PERCENTUAL DE TROMBÓLISE REALIZADAS NO TRATAMENTO DE (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	PEP	100%	7,69%	1 3	100%	7,69%
12	INDICE DE QUESTIONÁRIOS	Nº de Questionários preenchidos x 100	RELATÓRIO	30%	7,69%	162 464	35%	7,69%
13	PERCENTUAL DE PACIENTES SATISFEITOS / MUITO SATISFEITOS	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100 Total de Respostas efetivas	RELATÓRIO	85%	7,69%	147 162	91%	7,69%
TOTAL METAS ASSISTENCIAIS ATINGIDAS								77%

 PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência			
PLATAFORMA DE ENTRADA DE DADOS PARA CENTROS DE EMERGÊNCIA REGIONAIS			
Classificação	Indicador	Descrição do indicador	Agosto
	Registros	Total mensal de indivíduos registrados no sistema da unidade. Geralmente o número é superior ao de classificados	8.580
	Classificações	Total mensal de indivíduos registrados que foram submetidos a classificação de risco. Geralmente a quantidade é inferior a de registrados e superior ao somatório de atendimentos médicos.	7.368
	Classificados como vermelho	Total mensal de indivíduos que receberam classificação de risco vermelha	117
	Classificados como laranja	Total mensal de indivíduos que receberam classificação de risco laranja	113
	Classificados como amarelo	Total mensal de indivíduos que receberam classificação de risco amarela	1.614
	Classificados como verde	Total mensal de indivíduos que receberam classificação de risco verde	5.524
	Classificados como azul	Total mensal de indivíduos que receberam classificação de risco azul	1.212
Tempos	Tempos - vermelho	Para cada classe de risco, inserir o SOMATÓRIO dos tempos entre o FINAL DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO e o INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO de todos os pacientes classificados com esse grau de risco.	1.279
	Tempos - laranja		1.482
	Tempos - amarelo		34.513
	Tempos - verde		250.038
Salas	Número de adultos admitidos na SALA AMARELA	Total mensal de adultos que foram admitidos nas salas amarela ou vermelha, ou seja, que permaneceram efetivamente em observação nas mesmas.	296
	Número de adultos admitidos na SALA VERMELHA		131
	Número de crianças admitidas na SALA AMARELA	Total mensal de crianças que foram admitidas nas salas amarela ou vermelha, ou seja, que permaneceram efetivamente em observação nas mesmas.	37
	Número de crianças admitidas na SALA VERMELHA		0
	Permanência nas Salas Amarelas	Total de pacientes que permaneceram nas Salas Amarelas por até 24 horas, de 01 a 5 dias ou por mais que 5 dias.	
	Por até 24 horas		72
	De 01 a 05 dias		196
	Por mais que 5 dias		65
	Permanência nas Salas Vermelhas	Total de pacientes que permaneceram nas Salas Vermelhas por até 24 horas, de 01 a 5 dias ou por mais que 5 dias.	
	Por até 24 horas		61
	De 01 a 05 dias		55
	Por mais que 5 dias		15
Óbitos	Óbitos < 24 horas	Total mensal de óbitos ocorridos até as primeiras 24 horas de permanência na unidade.	15
	Óbitos > 24 horas	Total mensal de óbitos ocorridos depois das primeiras 24 horas de permanência.	33
	Já cadáver	Total de indivíduos que já chegaram mortos na unidade, não havendo indicação de qualquer procedimento de reanimação.	4
Atendimentos	Atendimentos pelo Serviço Social	Total mensal de atendimentos realizados pelo Serviço Social	948
	Atendimentos em Clínica Médica	Total mensal de atendimentos médicos a adultos	6.724
	Atendimentos em Pediatria	Total mensal de atendimentos médicos a crianças	647
Remoções	Remoções em VAGA ZERO	Total mensal de pacientes transferidos da unidade em situação de VAGA ZERO.	181

	Indicador	Descrição do indicador	Agosto
Remoção	Remoções REGULADAS	Total mensal de pacientes transferidos da unidade através de REGULAÇÃO PARA UM LEITO.	71
Ambulâncias recebidas	Pacientes recebidos da REGULAÇÃO MUNICIPAL	Total mensal de pacientes recebidos através da REGULAÇÃO MUNICIPAL.	175
	Pacientes recebidos através do SAMU	Total mensal de pacientes recebidos através do sistema SAMU.	338
	Pacientes recebidos através do GSE	Total mensal de pacientes recebidos através do GSE (Corpo de Bombeiros)	54
	Pacientes trazidos por outras ambulâncias	Total mensal de ambulâncias recebidas, não originadas da Regulação Municipal, do SAMU ou do GSE.	40
Diagnósticos estratégicos	Atendimentos a INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Total mensal de atendimentos a pacientes diagnosticados como INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.	12
	Atendimentos a AVC	Total mensal de atendimentos a pacientes diagnosticados como ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.	17
	Atendimentos a SEPSIS	Total mensal de atendimentos a pacientes portadores de SEPSIS.	9



Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

Programa de Atenção Integral à Saúde

INSERIR NOVA LINHA

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS COM PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Anexo 02

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE: SPDM - PAIS

CONTRATO DE GESTÃO Nº: 021/2021

OBJETO: CONTRATO DE GESTÃO UNIDADE COORDENAÇÃO DE EMERGENCIA REGIONAL - CENTRO

MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2023

[illegible]



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNA3 desde 26/06/1963
Programa de Atenção Integral à Saúde

LEGENDA DE PREENCHIMENTO	
1.1.1.1.2*1.2	Dados contidos no Sistema SIGTAP M.S.
2	Valores Descritos na Tabela SUS (SIGTAP-M.S.)
3.3.1.3.2.3.3	Dados que devem estar descritos na Nota Fiscal
4.4.1.4.2.4.3	Dados que devem ser descritos pela OS

Atualização em 28/08/2021 (§ 4º do art. 5º da IN CODESP Nº 21/2021)