



**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

PERIODO 01/07/2021 A 31/07/2021

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS
CER CENTRO**

CONTRATO DE GESTÃO –021/2021- SMS/RJ

PERIODO 01/07/2021 A 31/07/2021

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) $\leq 24\text{hs}$

Item VIII – Taxa de Mortalidade na Unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24\text{hs}$

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 – Julho-2021

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 julho de 2021, 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 BAM's, realizou a conferência dos mesmos no mês vigente. Após esse processo foi realizado o arquivamento dos BAM's por data de atendimento e organização de acordo com a numeração.

Durante o mês de **julho/2021**, a Coordenação de Emergência Regional atendeu o total de **4.882** 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 BAM's gerados no mês de **julho/2021** foram organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

No mês, tivemos **95%** dos BAM'S dentro do padrão de conformidade dentro da meta estabelecida de >90%.

Após análise, concluímos que **5%** das não conformidades identificadas são referentes aos BAMs sem assinatura de alta e carimbo médico assim como, boletins sem fechamento no sistema e impressão.

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 BAM's dentro do padrão de conformidades e números de BAM's de cada especialidade.

Especialidades	BAM	%
Total de Bam's do mês por especialidade.	4.882	100%
Total de Bam's conforme.	4.636	95%
Total de Bam's não conformes.	244	5%

Especialidades	Bam's
Clínica Médica	2.975
Pediatria	350
Redirecionados	1.557
Total de Atendimento	4.882

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 liquidadas faltantes e disponíveis da unidade Cer Centro, referente ao mês de julho/2021 foi de 0,44%. Segue detalhamento abaixo.

HORAS LIQUIDAS DISPONÍVEIS	HORAS LIQUIDAS FALTANTES	ABSENTEÍSMO
24040:00	108:00:00	0,44%

MATRÍCULA	NOME	Horas Mês	Falta em Hora	UNIDADE
6200645-86	ADRIANA VEIGA DE SOUZA DA CONCEICAO	60:00	12:00	RJ - CER CENTRO
6200591-86	IZABELE CRISTINA LIMA MARTINS	150:00	12:00	RJ - CER CENTRO
6200545-86	JOAO LUCAS MARQUES CORREA	180:00	36:00	RJ - CER CENTRO
6200505-86	PATRICIA RODRIGUES TOLEDO	150:00	12:00	RJ - CER CENTRO
6200500-86	PRISCILA GONCALVES MATHEUS PACHECO	150:00	12:00	RJ - CER CENTRO
6200540-86	VALERIA LOPES DE OLIVEIRA DA SILVA	150:00	12:00	RJ - CER CENTRO
6200559-86	WALLAS DOS SANTOS SILVA	180:00	12:00	RJ - CER CENTRO



**SPDM
PAIS**

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

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

Foi verificado que de 01 atendimento de agravo de notificação compulsória, 01 foi notificado 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 (**01X 100/01= 100 %**), conforme estabelecido no método de cálculo.

IV – Percentagem de Pacientes Atendidos por médico

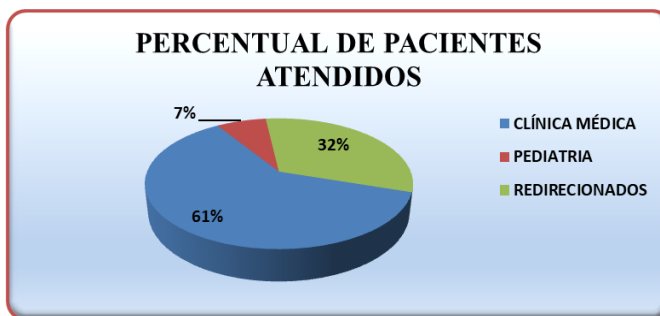
Informamos que foram acolhidos **4.882** pacientes na Unidade, sendo todos registrados adequadamente no sistema de prontuário eletrônico vigente na Unidade.

O percentual de pacientes **atendidos por médico** na Unidade no mês de julho-21 foi de **68% (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 julho-21 houve um total de **32%** de pacientes redirecionados em relação ao total de pacientes acolhidos.

Estatística de Atendimento – Julho/2021				
Registrados	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos
3.325	2.975	350	1.557	4.882



Em virtude da atual situação da saúde durante a pandemia, é de conhecimento público, notório e inclusive amplamente divulgado pela mídia, que todas as unidades de saúde vêm sofrendo com efetivo de RH insuficiente para a demanda de atendimentos e a CER CENTRO, vêm acompanhando esta tendência.

Temos conseguido manter o efetivo mínimo para manter a qualidade e o atendimento aos pacientes graves, em observação e os que chegam com quadro de síndrome gripal, porém a maioria dos plantões tem sofrido com a redução do efetivo o que impactou nas metas de atendimento uma vez que, baseados no protocolo de Manchester que é adotado pela SMS, os casos de menor complexidade têm sido avaliados e redirecionados para atendimento em outras unidades.

Notamos ainda uma demanda maior de pacientes de alta complexidade que necessitam permanecer em leito de observação demandando cuidados médicos intensivos no mês e o baixo efetivo de RH impactou diretamente nas metas com maior redirecionamento dos pacientes de baixa complexidade para priorização aos de alta complexidade

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



**SPDM
PAIS**

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

Cabe destacar que o tempo de permanência de pacientes em observação nas salas amarela e vermelha foi em média 3,15 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 **01/07/2021 a 31/07/2021**.

POSTO	TOTAL DE SAÍDAS HOSPITALARES	PERMANÊNCIA + 24HS	PERMANÊNCIA - 24HS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Sala Amarela	173	137	36
Sala Vermelha	49	29	20
Pediatria	30	4	26
Total	252	170	82

Como demonstrado nos gráficos abaixo, 33% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na Unidade e 67% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.

**TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DOS
USUÁRIOS NAS SALAS DE OBSERVAÇÃO**



$795 \text{ Pacientes} - \text{Dia} / 252 \text{ Número de Saídas} = 3,15 \text{ dias} = (x 24\text{hr} = 75:71 \text{ horas}) =$
 $75:71:42$

$0,71 = (x 60 = 42\text{min})$

Os números relativos a permanência mostrados na tabela acima indicam que mais de 60% 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.

Atribuímos também o elevado tempo de permanência à redução de leito de CTI e de enfermaria destinados as patologias comuns (SEPSE; AVC; IAM), uma vez que estes leitos foram mobilizados para o atendimento aos pacientes de COVID-19 frente a pandemia que se instalou no país em fevereiro de 2020 com o primeiro caso relatado no Estado do Rio de Janeiro em março 2020.

Ressaltamos ainda que o fato do paciente não ter sido transferido dentro do prazo de 24 horas em função da falta de leitos disponíveis na rede hospitalar, não exclui que o mesmo tenha iniciado o tratamento em nossa unidade. Uma vez identificada à patologia precocemente é iniciado o tratamento. Nos casos de SEPSE por exemplo a antibioticoterapia venosa é iniciada precocemente garantindo a assistência adequada.

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 e enfermaria ou CTI para os casos COVID-19.

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.

Essa demanda é alta e relatos da falta de assistência e recursos para cuidados em suas localidades de origem os trazem para a proximidade dos hospitais, sobrecarregando e impactando no nosso índice de tempos 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 **3325 usuários** foram classificados com risco pelo Enfermeiro na Sala de Classificação de Risco na Unidade Coordenação de Emergência Regional.

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	43:59:09	00:33:50	78
AMARELO	1549:50:43	01:00:04	1548
VERDE	1668:02:49	01:17:39	1289
TOTAL	3261:52:41	1:07:08	2915
PEDIATRIA	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	0:11:15	00:11:15	2
AMARELO	12:18:12	00:12:18	60
VERDE	93:08:29	00:16:04	348
TOTAL	105:37:56	0:15:28	410
TOTAL	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	44:10:24	00:33:08	80
AMARELO	1562:08:55	00:58:17	1608
VERDE	1761:11:18	01:04:33	1637
TOTAL	3367:30:37	01:00:46	3325

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 **00:51:59**.

Segue demonstrado 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 (**)	0:33:08
Amarelo	0:58:17
Verde	1:04:33

***** 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 os tempos 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 **20 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **02 já chegaram cadáver** na unidade e **07 óbitos** ocorreram com menos de 24 horas.

***07 óbitos x 100/252= taxa de mortalidade 3% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 4%).**

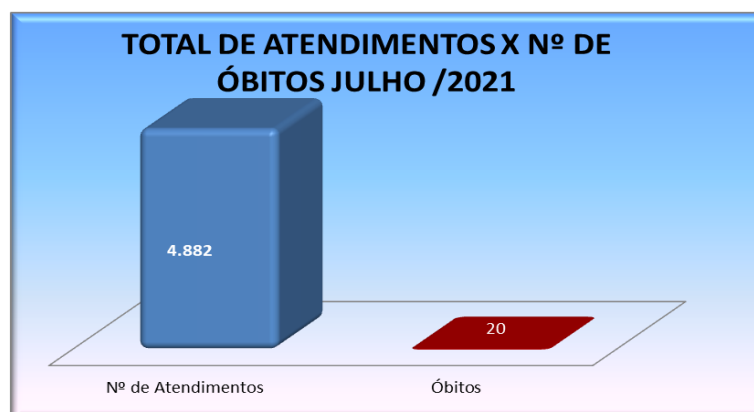
Contabilizamos 18 óbitos institucionais dos quais 38,8% ocorreram com tempo de permanência inferior a 24 horas na unidade. Estes óbitos ocorreram em pacientes que apresentavam grave comprometimento ou complicações patológicas crônicas. Mesmo em curto período de permanência na unidade, a maioria dos pacientes são inseridos no sistema SER, onde a Central de Regulação do Município/Estado, de acordo com o perfil do paciente define o hospital mais adequado.

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

A comissão de óbitos verificou que dos **20 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **02 já chegou cadáver** na unidade e **11 óbitos** ocorreram com mais de 24 horas.

***11 óbitos x 100/252= taxa de mortalidade 4%(taxa de mortalidade prevista no Indicador de 7%).**

Contabilizamos 18 óbitos institucionais dos quais 61,1% 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.



Dos óbitos institucionais 94,4% ocorreram em pacientes com idade de 61 anos ou mais, predominando quadro de doenças crônicas e seus eventos relacionados, insuficiência de órgãos vitais, neoplasias e doenças cardiovasculares.

Observamos que não ocorreram óbitos de pacientes com quadro suspeito por infecção pelo COVID-19.

IX - Percentagem 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 julho/2021.

Constatamos o total de **08 pacientes** com diagnóstico de SEPSE.

Destes, foi iniciado o tratamento com antibioticoterapia em um período menor ou igual a 2 horas em **08 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.



**SPDM
PAIS**

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

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL - CENTRO / METAS MÉDICAS									
PLANILHA DE PACIENTES COM SEPSE									
Nº	NOME	IDADE	DATA	HORA	COMORBIDADES	SEPSE	FOCO	HORAS ATB	ATB
1	M.L.A.	82	19/07/2021	3:23	HTLV+ / HAS / PARAPLEGIA	X	PULMONAR	<2H	TAZOCIN
2	S.A.F.	77	14/07/2021	12:27	HAS / IC / SINDROME DE IMOBILIDADE	X	CUTÂNEA	<2H	CLAVULIN + CLINDAMICINA
3	M.S.C.	36	17/07/2021	20:22	SITUAÇÃO DE RUA / USUÁRIA DE DROGAS / IC	X	PULMONAR	<2H	TAZOCIN
4	S.B.S.	79	01/07/2021	11:13	X	X	PULMONAR	<2H	CEFTRIAXONA
5	L.S.S.	67	08/07/2021	20:20	IRC / HAS	X	PULMONAR	<2H	CEFTRIAXONA
6	S.B.S.	82	23/07/2021	14:51	IRC / HD	X	SISTÊMICO	<2H	CLAVULIN
7	M.N.S.	83	26/07/2021	18:29	FIBRILAÇÃO ATRIAL	X	URINÁRIA	<2H	AMPICILINA + BULBACTAM
8	E.S.F.	58	28/07/2021	12:28	X	X	PULMONAR	<2H	CEFTRIAXONA

Pacientes com diagnóstico de SEPSE	08
Total de antibióticos administrados no período preconizado (<=2 horas)	08
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 julho/2021.

Dos **21 (vinte e um)** pacientes com diagnóstico de AVC, **13 (treze)** foram classificados como isquêmicos e **08 (oito)** 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.



**SPDM
PAIS**

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

Segue no quadro abaixo os dados de apuração.

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL - CER CENTRO /METAS MÉDICAS											
PLANILHA DE PACIENTES COM AVC											
Nº	SIGLA	IDADE	DATA	COMORBIDADES	AVC	AVC		TCC		CONFIRMAÇÃO	
						I	H	SIM	NÃO	I	H
1	A.S.B.N	59	02/07/2021	FALTA DE AR E QUEDA DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES E EM MSE	X		X	X			X
2	C.C.B.S	61	04/07/2021	DIFICULDADE DE FALA COM DISLALIA	X	X		X		X	
3	T.C.T.B.D	50	07/07/2021	AVE	X	X		X		X	
4	H.A.P	70	08/07/2021	REDUÇÃO DE INTERAÇÃO	X	X		X		X	
5	R.D.P.C	43	08/07/2021	SUSPEITA DE AVC	X	X		X		X	
6	A.B.G	90	10/07/2021	AVE?	X		X	X			X
7	M.C.A	78	12/07/2021	DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE MMSS	X		X	X			X
8	H.Z.S	77	13/07/2021	PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, COM SUSPEITA DE DE AVE (SIC)	X	X		X		X	
9	A.B.A	80	15/07/2021	DESVIO DE COMISSURA	X	X		X		X	
10	A.G.R	64	15/07/2021	SUSPEITA DE AVC	X		X	X			X
11	R.O	74	17/07/2021	AVE?	X		X	X			X
12	M.S.S	24	18/07/2021	CEFALEIA INTENSA EVOLUINDO COM PARALISIA FACIAL	X	X		X		X	
13	M.P.S	38	19/07/2021	AVE?	X		X	X			X
14	A.B.P.M	37	19/07/2021	PARALISIA DE MEMBROS INFERIORES	X		X	X			X
15	J.L.S	74	21/07/2021	AVE?	X	X		X		X	
16	M.R.M	60	21/07/2021	AVE	X	X		X		X	
17	D.S.A	64	21/07/2021	HEMIPLEGIA EM MSD E MID	X		X	X			X
18	S.M.O	69	22/07/2021	AVE ?	X	X		X		X	
19	F.S.L	56	24/07/2021	AVE?	X	X		X		X	
20	A.B.A	81	24/07/2021	AVE ?	X	X		X		X	
21	M.I.A.M	69	29/07/2021	AVE ?	X	X		X		X	

Pacientes com diagnóstico de AVC	21
Pacientes com diagnostico de AVC que realizaram TC	21
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos a 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 julho/2021.

Ressaltamos que 04 pacientes tiveram diagnóstico de IAM, 03 apresentavam traçado com supra ST e 01 apresentava traçado sem supra ST.

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

COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL - CENTRO / METAS MÉDICAS									
PLANILHA DE PACIENTES COM IAM									
Nº	NOME	IDADE	DATA	IAM		CONFIRMAÇÃO		TROMBÓLISE	
				C/ SST	S/ SST	SIM	NÃO	SIM	NÃO PORQUE NÃO?
1	A.S.T.	49	09/07/2021	X		X		X	
2	R.M.O.M.L	58	12/07/2021		X	X			X
3	M.E.S.	72	18/07/2021	X		X			X SEM DELTA T
4	P.B.L.	60	21/07/2021	X		X			X SEM DELTA T



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 **252 pacientes** em observação dos quais 194 preencheram a pesquisa de Satisfação, resultando em 77% 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 SALAS DE OBSERVAÇÃO 01/07/2021 à 31/07/2021						
Total: 252 Entrevistados						
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	S/Resposta	C/Resposta
Enfermagem	66	59	47	22	58	194
Recepção	83	65	31	15	58	194
Equipe Médica	90	55	28	21	58	194
Serviço Social	73	51	55	15	58	194
Instal/Limpeza	83	37	36	38	58	194
Atend.Exames	86	44	50	14	58	194
Res.Final Atend.	73	48	29	44	58	194

II – 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.



**SPDM
PAIS**

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

No período de 01/07/2021 a 31/07/2021, **1.078** usuários participaram da pesquisa de satisfação, com 1045 respostas em relação aos itens avaliados. A mesma é preenchida de forma espontânea e depositada em uma urna que fica na recepção da unidade, para posteriormente serem analisadas pelo SAU. Segue abaixo resultados da pesquisa segundo setor avaliado.



PESQUISA DE SATISFAÇÃO CER CENTRO DE 01/07/2021 à 31/07/2021						
Total: 1078 Entrevistados						
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	S/Resposta	C/Resposta
Enfermagem	610	220	112	103	33	1.045
Recepção	650	193	101	101	33	1.045
Equipe Médica	545	247	125	128	33	1.045
Serviço Social	407	428	110	100	33	1.045
Instal/Limpeza	504	317	105	119	33	1.045
Atend.Exames	358	350	199	138	33	1.045
Res.FinalAtend.	559	346	60	80	33	1.045
Total de Satisfeito/muito Satisfeito (somatório dos conceitos Excelente e Bom: 905 dividido pelo total de respostas efetivas do Resultado Final do Atendimento).						

Percentual de Usuários satisfeito e muito satisfeito		
Usuários – julho 2021		
Total de Respostas Efetivas	1.045	100%
Satisfeitos e Muito Satisfeitos	905	86,6%

O percentual de usuários satisfeitos/muitos satisfeitos em relação aos questionários respondidos no mês de julho-21 foi de $905 \times 100 / 1.045 = 86,6\%$.

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

FATURAMENTO HOSPITALAR

Embora não corresponda a um Indicador contratual, cabe esclarecer que no mês de Julho/2021, houve diversos problemas inerentes a finalização da apresentação do faturamento da CER Centro. Com a mudança de OSS no Contrato de Gestão da Unidade houve períodos de suspensão de Serviços como a rede de Internet a partir de 28 de junho, perpetuada até o presente momento.

Segue no **Anexo 02** os demonstrativos de realização de procedimentos diagnósticos não enviados para faturamento considerando o impacto da impossibilidade de acesso à rede. Em relação às despesas com procedimento com exames laboratoriais, não foi possível realizar a inclusão dos dados, devido à ausência de emissão do relatório pelo prestador de serviço do período de julho de 2021. Destacamos que a empresa não atende mais as unidades objeto desse Contrato 021/2021 sendo atualmente assistidas pelo laboratório do HMSA.

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 – Julho-2021

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%	6%	4636 4882	95%	6%
2	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO	Horas líquidas faltantes x 100 Horas líquidas disponível	PONTO BIOMÉTRICO	< 3%	7%	108 24040	0,4	7%
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%	1 1	100%	7%
4	PERCENTAGEM DE PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICOS	Nº de atendimentos médicos x 100 Nº total de pacientes acolhidos	PEP	≥70%	7%	3325 4882	68%	0%
5	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA	Σ do número de pacientes-dia na observação Número de saídas	PEP	< 1 dia	7%	795 252	3,15	0%
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%	44:10:24 80 0 0 05/03/1900 02:08 1608 1761:11:18 1637	00:33:08 0 00:58:17 01:04:33	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%	7 252	3%	7%
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%	11 252	4%	7%
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%	8 8	100%	7%
10	PERCENTAGEM DE TOMOGRAFIA REALIZADAS EM PACIENTES COM (AVC).	tes com AVC que realizaram TC x 100 Total de pacientes com dia	PEP	100%	7%	21 21	100%	7%



ITEM	INDICADORES	CONTADORES	FONTE	METAS	PESO	VALOR	RESULTADO	META ATINGIDA	
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%	4	100%	7%	
						4			
12	ÍNDICE DE QUESTIONÁRIOS	Nº de Questionários preenchidos x 100	RELATÓRIO	≥30%	7%	194	77%	7%	
						252			
13	PERCENTUAL DE PACIENTES SATISFEITOS / MUITO SATISFEITOS	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100 Total de Respostas efetivas	RELATÓRIO	> 85%	7%	905	87%	7%	
						1045			
TOTAL METAS ASSISTENCIAIS ATINGIDAS									69%



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

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS COM PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Anexo 02

CONTRATO DE GESTÃO Nº: Nº: 021/2021

MÊS DE REFERÊNCIA: JULHO/2021

[illegible]



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

LEGENDA DE PREENCHIMENTO	
1,1.1,1.2 e 1.3	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 11/01/2019 (§ 4º do art. 5º da IN CODESP Nº 01/2018)