



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
DEZEMBRO DE 2023

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS
CER CENTRO**

CONTRATO DE GESTÃO –021/2021- SMS/RJ

PERÍODO 01/12/2023 A 31/12/2023

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 – DEZEMBRO -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 dezembro 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 BAEs, realizou a conferência dos mesmos no mês vigente. Após esse processo foi realizado o arquivamento dos BAEs por data de atendimento e organização de acordo com a numeração.

Durante o mês de **dezembro/2023**, a Coordenação de Emergência Regional atendeu o total de **9.580** 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 BAEs gerados no mês de **dezembro/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 foi realizada uma projeção a partir do número total de BAEs no mês, que resulta nos dados informados:

- 97,55% de conformidade em relação a classificação de risco;
 - 88,20% de conformidade em relação ao preenchimento do CID;
 - 85,75% de conformidade em relação a atualização do sistema de regulação (SER);
 - 93,25% de conformidade em relação a evolução de enfermagem no eixo vermelho;
 - 95,55% de conformidade em relação a evolução médica no eixo vermelho.

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

No mês, tivemos **94,33%** dos BAEs 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 BAEs dentro do padrão de conformidades e quantitativo de BAEs por especialidade médica. Foi realizada avaliação de uma amostra 10% de todos os BAEs do mês e realizada projeção conforme detalhado anteriormente.

Especialidades	BAE	%
Total de BAEs no mês.	9580	100%
Total de BAEs conforme.	9037	94,33%
Total de BAEs não conformes.	543	5,67%

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

Especialidades	BAEs
Clínica Médica	7.588
Pediatria	855
Redirecionados	1.137
Total de Atendimento	9.580

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 dezembro/2023 foi **1,38%** Segue detalhamento abaixo.

HORAS LIQUÍDAS DISPONÍVEIS		HORAS LIQUÍDAS FALTANTES	ABSENTEÍSMO
33060:00:00		456:00:00	1,38%

MATRÍCULA	NOME	HORAS MÊS	FALTA EM HORA
6207142-86	ALESSANDRA DO AMARAL SOARES	150:00:00	36:00:00
6207421-86	ALINE SOARES DOS SANTOS	150:00:00	12:00:00
6207228-86	AMANDA MARTINS BRAGA DE ARAUJO	180:00:00	48:00:00
6207228-86	AMANDA MARTINS BRAGA DE ARAUJO	180:00:00	24:00:00
6200550-86	CARLOS EDUARDO FARIA PEREIRA	180:00:00	36:00:00
6206708-86	EDUARDO DOS SANTOS DE SOUZA FILHO	150:00:00	12:00:00
6207084-86	GEOVANE TOLEDO TARDEN	180:00:00	12:00:00
6207084-86	GEOVANE TOLEDO TARDEN	180:00:00	24:00:00
6200530-86	GIULIA GOMES CICERO CAMARA	150:00:00	12:00:00
6207371-86	HELENA BRANDAO DELUNARDO	180:00:00	120:00:00
6200505-86	PATRICIA RODRIGUES TOLEDO	150:00:00	12:00:00
6207188-86	RENATA DOS SANTOS GOUVEA CONS	150:00:00	12:00:00
6207188-86	RENATA DOS SANTOS GOUVEA CONS	150:00:00	12:00:00
6207149-86	SERGIO SILVA DE SANTANA	150:00:00	12:00:00
6200564-86	TIAGO PEREIRA BAZILIO	180:00:00	72:00:00

Fonte: Relatório do ponto biométrico.

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

Foi verificado que houve 9 (nove) atendimentos de agravo de notificação compulsória, logo 9 (nove) 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 **(09X100/09=100%)**, conforme estabelecido no método de cálculo.

IV – Porcentagem de Pacientes Atendidos por médico

Informamos que foram acolhidos **9.580** 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 dezembro/2023 foi de **91% (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 dezembro/2023 houve um total de **12%** de pacientes redirecionados em relação ao total de pacientes acolhidos.

Estatística de Atendimento – dezembro/2023				
Registrados (usuários classificados e com abertura de ficha)	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos (usuários classificados e atendidos pelo médico)
9.580	7.588	855	1.137	8.443

Fonte: Relatório do Sistema de prontuários eletrônico



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 **429 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 3,23 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 **01/12/2023 a 31/12/2023.**

Posto	Total de Saídas Hospitalares	Permanência (+ 24h)	Permanência (-24h)
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Sala Amarela	256	220	36
Sala Vermelha	126	69	57
Pediatria	47	17	30
Total	429	306	123

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.



1385 Pacientes – Dia /429 Número de Saídas = 3,23 dias = (x 24hr= 77:48 horas)
= 77:48:29
0,48 = (x 60 =29min)

Os números relativos a 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 24h contempla também os casos de óbitos menores de 24h 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 de o 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 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. 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 **8.443 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 DE RISCO -> CLINICA MÉDICA			
CLINICA MÉDICA	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	49:30:42	00:24:09	123
LARANJA	27:32:17	0:10:48	153
AMARELO	685:02:25	00:23:46	1730
VERDE	6298:08:13	01:07:42	5582
TOTAL	7060:13:37	0:55:50	7588

PEDIATRIA	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	0:00:00	-	0
LARANJA	0:16:10	0:05:23	3
AMARELO	9:41:39	00:11:52	49
VERDE	243:32:46	00:18:12	803
TOTAL	253:30:35	0:17:47	855

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO X MÉDICO – TEMPO MÉDIO TOTAL			
TOTAL	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	49:30:42	00:24:09	123
LARANJA	27:48:27	00:10:42	156
AMARELO	694:44:04	00:23:26	1779
VERDE	6541:40:59	01:01:28	6385
TOTAL	7313:44:12	0:51:58	8443

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 **00:51:58**.

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*	00:24:09
Laranja	00:10:42
Amarelo	00:23:26
Verde	01:01:28

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 **48 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **02 chegaram cadáver** na unidade e **18 óbitos** ocorreram com menos de 24 horas.

Dessa forma contabilizamos **46** óbitos institucionais dos quais **18** deles, ou seja, **39,13%** 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 em número significativo. 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.

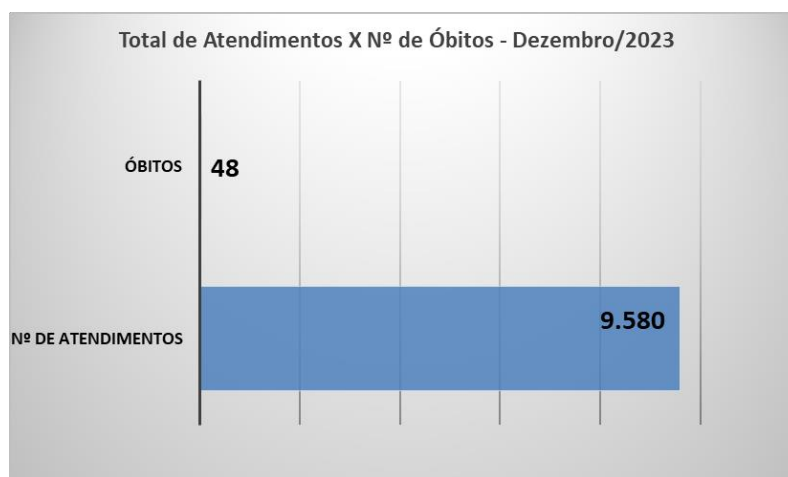
18 Óbitos x 100/429 = taxa de mortalidade 4% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 4%).

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

A comissão de óbitos verificou que dos **48 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **02 chegaram cadáver** na unidade e **28 óbitos** ocorreram com mais de 24 horas.

Dessa forma, contabilizamos **46** óbitos institucionais dos quais **28** deles, ou seja, **60,86%** 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.

28 Óbitos x 100/429 = taxa de mortalidade 6,53% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 7%).



A análise da comissão de óbito observou que no mês de dezembro/2023, ocorreram 48 óbitos sendo 46 institucionais e 02 pacientes chegaram cadáver, dos óbitos institucionais **76,08%** 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.

Vale ressaltar, que no mês dezembro/2023 não foram contabilizados óbitos decorrentes do COVID-19.

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 dezembro/2023.

Constatamos o total de **15 pacientes** com diagnóstico de SEPSE.

Destes, foi iniciado o tratamento com antibioticoterapia em um período menor ou igual a 2 horas em **15 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 Sepse 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	J.C.B.S.M	81	09/12/2023	10:19	HIV	SIM	URINÁRIO	<02H	CLAVULIN
2	C.R.T	59	09/12/2023	14:19	DAC	SIM	URINÁRIO	<02H	CEFTRIAXONA
3	S.S.S.A	83	09/12/2023	01:33	HAS	SIM	PULMONAR	<02H	TAZOCIN
4	S.C.S	79	11/12/2023	13:00	ALZHEIMER	SIM	PULMONAR	<02H	CEFTRIAXONA
5	J.L.O	62	11/12/2023	12:02	DESCONHECIDA	SIM	PULMONAR	<02H	CLAVULIN
6	L.S.G	53	12/12/2023	05:45	HAS, DM	SIM	URINÁRIO	<02H	CEFTRIAXONA
7	G.M.A	82	12/12/2023	16:43	HAS	SIM	PULMONAR	<02H	CLAVULIN
8	H.D.S	87	13/12/2023	20:23	AVC	SIM	CUTÂNEA	<02H	MEROPENEM
9	M.G.C	83	17/12/2023	21:42	SD DEMENCIAL	SIM	URINÁRIO	<02H	CLAVULIN
10	R.J.S	64	17/12/2023	13:54	HAS, DM	SIM	URINÁRIO	<02H	TAZOCIN
11	J.L.M.T	56	17/12/2023	01:47	DRC, HAS	SIM	URINÁRIO	<02H	CLAVULIN
12	L.G.F.E	67	18/12/2023	15:55	CIRROSE HEP	SIM	ABDOMINAL	<02H	CEFTRIAXONA
13	P.E.E	44	22/12/2023	16:08	HIV	SIM	URINÁRIO	<02H	CLAVULIN, CLARITROMICINA
14	M.E.M.P	76	23/12/2023	11:23	DM	SIM	URINÁRIO	<02H	CLAVULIN
15	S.J.S	85	25/12/2023	21:34	HAS, DM	SIM	URINÁRIO	<02H	TAZOCIN

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de SEPSE	15
Total de antibióticos administrados no período preconizado (≤ 2 horas)	15
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 dezembro/2023.

Dos **15 (quinze)** pacientes com diagnóstico de AVC, **12 (doze)** foram classificados como isquêmicos e **03 (três)** 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	D.B.C	75	30/11/2023	X	X	
2	M.N.S	44	01/12/2023	X	X	
3	R.S.F	67	02/12/2023	X		X
4	O.E.F	66	04/12/2023	X	X	
5	L.S.R	81	05/12/2023	X	X	
6	E.P	91	09/12/2023	X	X	
7	J.J.A	59	11/12/2023	X		X
8	S.L.C	97	12/12/2023	X	X	
9	S.R.M	79	14/12/2023	X	X	
10	D.B.S	81	19/12/2023	X	X	
11	P.C.R.J	52	22/12/2023	x		x
12	J.T.A	67	23/12/2023	X	X	
13	C.L.T	46	30/12/2023	X	X	
14	M.S.B	77	30/12/2023	X	X	
15	L.L.D	78	31/12/2023	X	X	

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de AVC	15
Pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	15
Taxa de adesão dos pacientes com AVC submetidos à TC	100%

Obs.: Paciente D.B.C apesar da data de entrada em novembro realizou o exame de tomografia, durante o mês de dezembro.

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 dezembro/2023.

Ressaltamos que **12** dos pacientes tiveram diagnóstico de IAM, **04** apresentavam traçado com supra ST e **08** apresentavam traçados sem supra ST.

Dos **04** pacientes com supra ST identificados, **02** estavam elegíveis 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	M.S.L	86	02/12/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
2	M.C.L.S	77	02/12/2023		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
3	M.V	76	03/12/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
4	P.R.F.G	56	04/12/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
5	A.S.M	42	06/12/2023	X		X		X		N/A
6	J.D.N.S	48	15/12/2023	X		X			X	SEM INDICAÇÃO
7	L.P.S	42	18/12/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
8	H.S.F	40	20/12/2023		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
9	J.J.S.F	69	23/12/2023		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
10	T.M.F.S	64	24/12/2023		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
11	J.C.P	65	27/12/2023	X		X			X	DELTA T >12H
12	E.T.S.J	56	30/12/2023	X		X		X		N/A

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST	04
Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST elegíveis a trombólise	02
Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST trombolisados	02
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 429 pacientes em observação dos quais 143 preencheram a pesquisa de Satisfação, resultando em 33% 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 01/12/2023 a 31/12/2023						
TOTAL:	143	ENTREVISTADOS				
DESCRIÇÃO	MUITO SATISFEITO	SATIFEITO	POUCO SATISFEITO	INSATISFEITO	S/ RESPOSTA	C/ RESPOSTA
ATENDIMENTO FINAL	65	67	2	3	6	137
ENFERMAGEM	84	54	4	0	1	142
ALIMENTAÇÃO	52	79	3	0	9	134
EQUIPE MÉDICA	90	51	1	1	0	143
SERVIÇO SOCIAL	2	1	0	0	140	3
INSTALAÇÃO E LIMPEZA	59	74	8	2	0	143

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 eles 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	65	67	132	143	92%
ENFERMAGEM	84	54	138	143	97%
ALIMENTAÇÃO	52	79	131	143	92%
EQUIPE MÉDICA	90	51	141	143	99%
SERVIÇO SOCIAL	2	1	3	143	2%
INSTALAÇÃO E LIMPEZA	59	74	133	143	93%

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

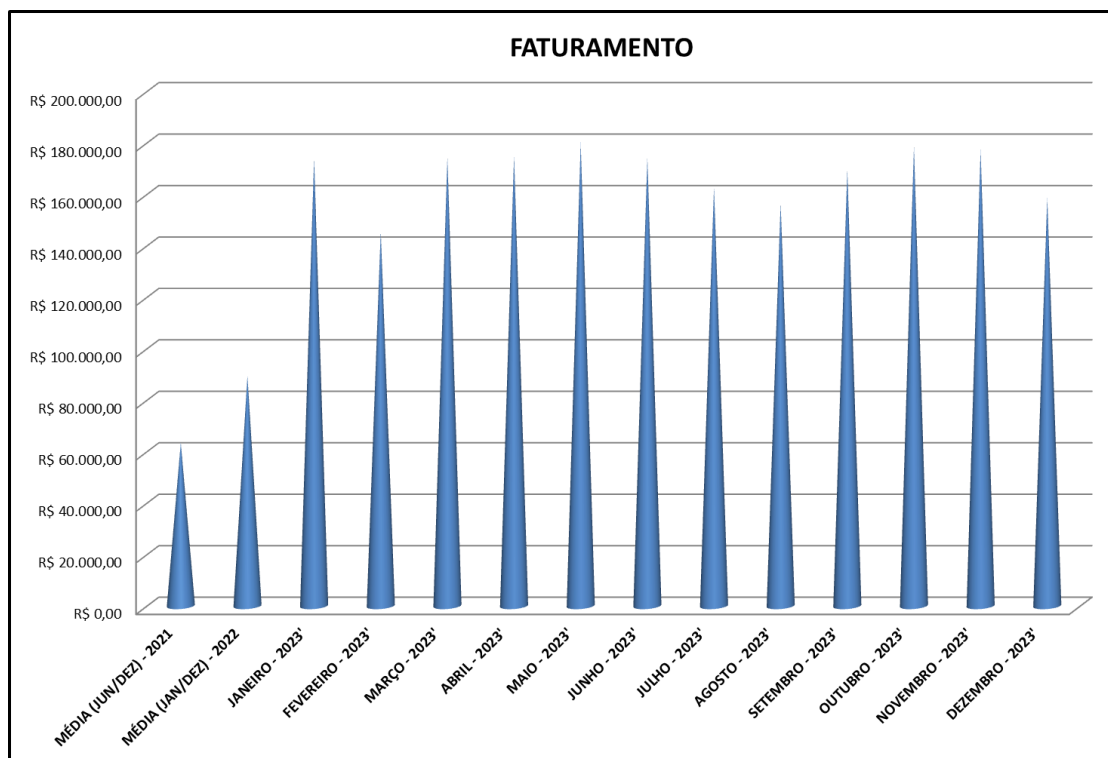
Percentual de Usuários satisfeito e muito satisfeito		
Usuários –DEZEMBRO /2023		
Total de Respostas Efetivas	143	100%
Satisfeitos e Muito Satisfeitos	132	92,3%

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
SETEMBRO - 2023'	R\$ 169.591,88
OUTUBRO - 2023'	R\$ 178.485,68
NOVEMBRO - 2023'	R\$ 177.377,84
DEZEMBRO - 2023'	R\$ 158.739,54



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



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

Anexo 01

Planilha de cálculo dos Indicadores – DEZEMBRO -2023

INDICADORES CER CENTRO - SPDM					
ITEM	INDICADORES	PESO	VALOR	RESULTADO	META ATINGIDA
1	PERCENTUAL DE (BAM) DO PADRÃO DE CONFORMIDADES	7,69%	9037	94,33%	7,69%
			9580		
2	INDICE DE ABSENTEÍSMO	7,69%	456:00:00	1,38%	7,69%
			33060:00:00		
3	PREENCHIMENTO ADEQUADO DE (FICHAS SINAN) EM TODOS OS CASOS PREVISTOS	7,69%	9	100%	7,69%
			9		
4	PERCENTAGEM DE PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICOS	7,69%	8443	88,13%	7,69%
			9580		
5	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA	7,69%	1385	3,23	0,00%
			429		
6	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO DENTRO DO MÁXIMO TOLERADO PARA CADA FAIXA DE RISCO	7,69%	49:30:42	00:24:09	0
			123		
			27:48:27	00:10:42	
			156		
			694:44:04	00:23:26	
			1779		
			6541:40:59	01:01:28	
			6385		
7	TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) ≤24h.	7,69%	18	4%	7,69%
			429		
8	TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) ≥ 24h.	7,69%	28	6,5%	7,69%
			429		

INDICADORES CER CENTRO - SPDM					
ITEM	INDICADORES	PESO	VALOR	RESULTADO	META ATINGIDA
9	PERCENTUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE (SEPSIS) QUE INICIARAM ANTIBIOTICOTERAPIA EM ATÉ 2 HORAS.	7,69%	15	100%	7,69%
			15		
10	PERCENTAGEM DE TOMOGRAFIA REALIZADAS EM PACIENTES COM (AVC).	7,69%	15	100%	7,69%
			15		
11	PERCENTUAL DE TROMBÓLISE REALIZADAS NO TRATAMENTO DE (IAM) COM SUPRA DE (ST).	7,69%	4	100%	7,69%
			4		
12	ÍNDICE DE QUESTIONÁRIOS	7,69%	143	33,3%	7,69%
			429		
13	PERCENTUAL DE PACIENTES SATISFEITOS / MUITO SATISFEITOS	7,69%	132	92,3%	7,69%
			143		
TOTAL METAS ASSISTENCIAIS ATINGIDAS					85%



SPDM
PAIS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 (Entidade Pública Municipal, Estrutura e Função) Entidade Planificada inscrita no CNPJ desde 30/06/1983
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: DEZEMBRO/2023

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ¹			VALOR DO PREÇO DE REFERÊNCIA ⁴ (Tabela SUS)	QTD. TOTAL ³	VALOR UNITÁRIO ⁴	VALOR TOTAL ⁵	PRESTADOR ⁶	CNES DO PRESTADOR ⁷	PAGAMENTO ⁸			PROCESSO DE COMPRA / CONTRATAÇÃO ⁹			ID. DA COMPRA / CONTRATAÇÃO ¹⁰	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO ¹¹		ID DESPESA ¹²	OBSERVAÇÕES ¹³
Cód. ^{1.1} SIGTAP	Especificação ^{1.2}	U/C ^{1.3}							Valor ^{8.1}	Data ^{8.2}	Nº Doc ^{8.3}	Nº ^{9.1}	Data Início ^{9.2}	Data Fim ^{9.3}		Nº ^{11.1}	Data ^{11.2}		
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	Exame	R\$ 7,52	2	R\$ 17,10	R\$ 34,20													CLT
0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	Exame	R\$ 7,98	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	Exame	R\$ 7,32	54	R\$ 17,10	R\$ 923,40													CLT
0204020026	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	Exame	R\$ 19,60	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	J	R\$ 9,16	7	R\$ 17,10	R\$ 119,70													CLT
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	Exame	R\$ 9,73	8	R\$ 17,10	R\$ 136,80													CLT
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	Exame	R\$ 8,73	8	R\$ 17,10	R\$ 136,80													CLT
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	Exame	R\$ 9,50	2	R\$ 17,10	R\$ 34,20													CLT
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	Exame	R\$ 6,88	573	R\$ 17,10	R\$ 9.798,30													CLT
0204040019	RADIOGRAFIA DE BRACO	Exame	R\$ 6,42	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	Exame	R\$ 7,77	227	R\$ 17,10	R\$ 3.881,70													CLT
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	Exame	R\$ 8,38	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	Exame	R\$ 5,62	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO (TRES POSICOES)	Exame	R\$ 7,98	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	Exame	R\$ 6,91	5	R\$ 17,10	R\$ 85,50													CLT
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	Exame	R\$ 15,30	104	R\$ 17,10	R\$ 1.778,40													CLT
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	Exame	R\$ 7,17	48	R\$ 17,10	R\$ 820,80													CLT
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	Exame	R\$ 8,38	3	R\$ 17,10	R\$ 51,30													CLT
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	Exame	R\$ 6,50	4	R\$ 17,10	R\$ 68,40													CLT
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	Exame	R\$ 7,77	6	R\$ 17,10	R\$ 102,60													CLT
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	Exame	R\$ 6,78	10	R\$ 17,10	R\$ 171,00													CLT
	ELETROCARDIOGRAMA	Exame	R\$ 5,15	386	R\$ 1,30	R\$ 501,80													CLT

LEGENDA DE PREENCHIMENTO

11112e13

Dados contidos no Sistema SIGTAP M.S.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Entidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita na CNAS desde 26/06/1983
Programa de Atenção Integral à Saúde

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)