



**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
JANEIRO DE 2024

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS
CER CENTRO**

CONTRATO DE GESTÃO –021/2021- SMS/RJ

PERÍODO 01/01/2024 A 31/01/2024

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

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 h

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

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 – janeiro de 2024

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 janeiro de 2024, referente ao Contrato de Gestão 021/2021 do CER Centro – AP 1.0.

Com ingresso do consórcio SMART em 07 de janeiro de 2024, a saber trata-se do consórcio que atualmente administra os serviços junto a Parceria Público Privada, os relatórios extraídos do sistema de prontuário eletrônico e dados de faturamento, e todos os ajustes aplicáveis a eles, são emitidos pelo consórcio supracitado. Abaixo seguem as datas de entrega dos relatórios que são fundamentais para composição dos indicadores e relatórios requeridos no contrato de gestão:

Mês de referência	Data da entrega
Dezembro de 2023	04/01/2024
Janeiro de 2024	06/02/2024

Destacamos ainda que o Consórcio SMART, também é o atual gestor da equipe de recepção e agentes de portaria. Destaca-se que em agosto de 2023, a unidade iniciou a cobertura da recepção, onde nos intervalos para descanso, utilizávamos de estratégia para garantir dois profissionais em todo plantão de atendimento.

Como essa ação foi possível a redução para 13min, do tempo entre o registro e a classificação de risco. No período de janeiro a julho a média era de 22min e no período de agosto a dezembro de 2023 obteve-se média de 13min. Ao migrar os processos de recepção para SMART, a estratégia acima foi descontinuada.

Por fim, salientamos que no referido mês, contamos com o ingresso da equipe administrativa de fluxistas. Após capacitação dos colaboradores, estes passaram a atuar no eixo verde, com objetivo de otimizar os fluxos de atendimento. A equipe é composta de quatro colaboradores que atuam com escala 12x36, e com isto contamos com o monitoramento e ação ativa destes profissionais durante as 24h.

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

Durante o mês de **janeiro de 2024**, a Coordenação de Emergência Regional atendeu o total de **8.736** 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 gerados no mês de **janeiro de 2024** 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 BAE (10%) e posteriormente, com base nos resultados foi realizada uma projeção a partir do número total de BAE no mês, que resulta nos dados informados:

- 98,10% de conformidade em relação a classificação de risco;

- 89,50% de conformidade em relação ao preenchimento do CID;
- 82,55% de conformidade em relação a atualização do sistema de regulação (SER);
- 95,75% de conformidade em relação a evolução de enfermagem no eixo vermelho;
- 92,25% 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 **94,01%** dos BAE dentro do padrão de conformidade e 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 dentro do padrão de conformidades e quantitativo de BAE por especialidade médica. Foi realizada avaliação de uma amostra 10% de todos os BAE do mês de janeiro/2024 e realizada projeção conforme detalhado anteriormente.

Especialidades	BAE	%
Total de BAE no mês.	8736	100%
Total de BAE conforme.	8213	94,01%
Total de BAE não conformes.	523	5,99%

Fonte: Planilha e Relatório da Comissão de revisão de prontuários

Especialidades	BAE
Clínica Médica	7880
Pediatria	856
Redirecionados	1.807
Total de Atendimento	10543

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 janeiro de 2024 foi **1,26%**. Segue detalhamento abaixo.

HORAS LIQUÍDAS DISPONÍVEIS	HORAS LIQUÍDAS FALTANTES	ABSENTEÍSMO
28490:00:00	360:00:00	1,26%

MATRÍCULA	NOME	HORAS MÊS	FALTA EM HORA
6207333-86	ALAN MELQUIADES DOS SANTOS	60:00:00	60:00:00
6200550-86	CARLOS EDUARDO FARIA PEREIRA	180:00:00	24:00:00
6207392-86	CARLOS ROBERTO DE OLIVEIRA NETO	200:00:00	12:00:00
6206926-86	CRISTIANE DA SILVA	150:00:00	12:00:00
6206708-86	EDUARDO DOS SANTOS DE SOUZA FILHO	150:00:00	12:00:00
6200567-86	FABIO DA SILVA BORGES	180:00:00	48:00:00
6207344-86	FERNANDA ARAUJO BRAZ	150:00:00	12:00:00
6207084-86	GEOVANE TOLEDO TARDEN	180:00:00	36:00:00
6206910-86	JUCILANDIA ALCANTARA AGUIAR GUSMAO	150:00:00	12:00:00
6206899-86	SIMONE GONCALVES DA ASSUNCAO	150:00:00	12:00:00
6206899-86	SIMONE GONCALVES DA ASSUNCAO	150:00:00	36:00:00
6200671-86	TAINA PRISCILA BARROS FERREIRA	150:00:00	12:00:00
6200564-86	TIAGO PEREIRA BAZILIO	180:00:00	48:00:00
6200513-86	VANDERLI RANGEL DOS SANTOS	150:00:00	12:00:00
6200657-86	VANESSA MARIA RODRIGUES LOPES DOS SANTOS DELGADO	150:00:00	12:00:00

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 5 (cinco) atendimentos de agravo de notificação compulsória, logo 5 (cinco) 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 obrigatórios (**05X100/05=100%**), conforme estabelecido no método de cálculo.

IV – Porcentagem de Pacientes Atendidos por médico

Informamos que foram acolhidos **10.543** 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 janeiro de 2024 foi de **83% (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.

A equipe de Classificação de Risco tem seguido o protocolo estabelecido para Unidade, e no mês de janeiro de 2024 houve um total de **17%** de pacientes redirecionados em relação ao total de pacientes registrados.

Estatística de Atendimento – janeiro de 2024				
Registrados (usuários classificados e com abertura de ficha)	Clínica Médica	Pediatria	Redirecionados	Acolhidos (usuários classificados e atendidos pelo médico)
10.543	7.880	856	1.807	8.736

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 **503 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 3,13 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 **01/01/2024 a 31/01/2024.**

Posto	Total de Saídas Hospitalares	Permanência (+ 24h)	Permanência (– 24h)
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Sala Amarela	327	269	58

Posto	Total de Saídas Hospitalares	Permanência (+ 24h)	Permanência (– 24h)
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Sala Vermelha	124	68	56
Pediatria	52	14	38
Total	503	351	152

Fonte: Instrumento de Coleta da Secretaria Municipal

Como demonstrado nos gráficos abaixo, 30% dos pacientes em observação permaneceram menos de 24 horas na Unidade e 70% dos pacientes em observação permaneceram mais de 24 horas.



1573 Pacientes – Dia /503 Número de Saídas = 3,13 dias = (x 24h= 75:05 horas) = 75:05:03 0,05 = (x 60 = 03min)

Os números relativos à permanência mostrado acima indicam que 70% 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 contemplam 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 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 **8.720 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 de ambas as especialidades (clínica e pediatria).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO -> MÉDICO			
TOTAL	TEMPO TOTAL	TEMPO MEDIO	ATENDIMENTOS
VERMELHO	28:42:08	00:12:08	142
LARANJA	38:28:05	00:15:23	150
AMARELO	919:45:46	00:27:53	1979
VERDE	6474:17:21	01:00:05	6465
TOTAL	7461:13:20	00:51:15	7880

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 **00:51:15**.

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*	00:12:08
Laranja	00:15:23
Amarelo	00:27:53
Verde	01:00:05

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 dos pacientes classificados como 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 como 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 **38 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **nenhum chegou cadáver** na unidade e **14 óbitos** ocorreram com menos de 24 horas.

Dessa forma contabilizamos **38** óbitos institucionais dos quais **14** deles, ou seja, **36,8%** ocorreram com tempo de permanência inferior a 24 horas na unidade. Estes óbitos ocorreram em pacientes que apresentavam grave comprometimento ou complicações patológicas crônicas. 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.

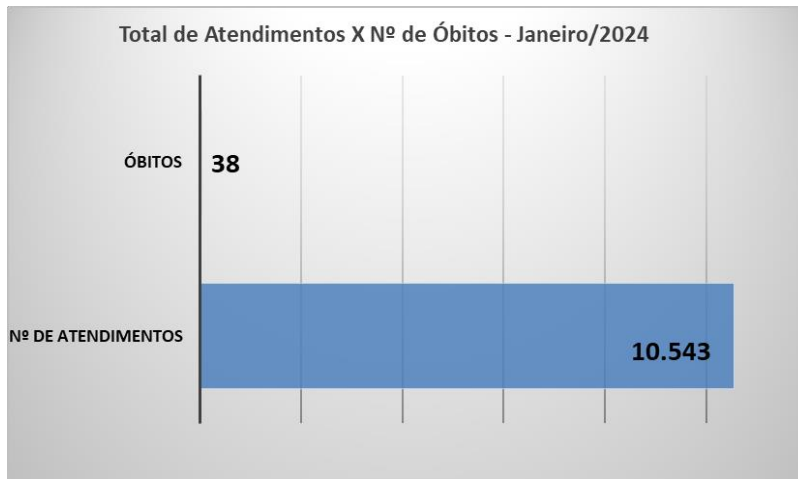
14 óbitos x 100/503 = taxa de mortalidade 3% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 4%).

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

A comissão de óbitos verificou que dos **38 óbitos** ocorridos na área restrita da Unidade Coordenação de Emergência Regional, **nenhum chegou cadáver** na unidade e **24 óbitos** ocorreram com mais de 24 horas.

Dessa forma, contabilizamos **38** óbitos institucionais dos quais **24** deles, ou seja, **63,1%** 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.

24 Óbitos x 100/503 = taxa de mortalidade 4,77% (taxa de mortalidade prevista no Indicador de 7%).



A análise da comissão de óbito observou que no mês de janeiro de 2024, ocorreram 38 óbitos sendo 38 institucionais e nenhum paciente chegou cadáver, dos óbitos institucionais **73,6%** 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 janeiro de 2024 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 janeiro de 2024.

Constatamos o total de **7 pacientes** com diagnóstico de SEPSE.

Destes, foi iniciado o tratamento com antibioticoterapia em um período menor ou igual a 2 horas em **7 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	L.L	97	05/01/2024	21:50	SD DEMENCIAL	SIM	URINÁRIO	<02H	CLAVULIN
2	M.A.M.S	84	06/01/2024	16:32	AVC	SIM	ABDOMINAL	<02H	METRONIDAZOL+CIPROFLOXACINO
3	L.M	83	18/01/2024	18:51	AVC	SIM	PULMONAR	<02H	CEFTRIAXONA
4	N.J.L.F	58	20/01/2024	01:10	DRC	SIM	PULMONAR	<02H	CLAVULIN
5	D.V.S	84	22/01/2024	12:38	DM	SIM	URINÁRIO	<02H	CEFTRIAXONA
6	M.F.O	88	26/01/2024	02:55	SD DEMENCIAL	SIM	CUTANEO	<02H	CEFTRIAXONA
7	E.F.C	68	28/01/2024	10:08	DPOC	SIM	PULMONAR	<02H	CEFEPIME

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de SEPSE	7
Total de antibióticos administrados no período preconizado (<=2horas)	7
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 janeiro de 2024.

Dos **14 (quatorze)** pacientes com diagnóstico de AVC, **9 (nove)** foram classificados como isquêmicos e **05 (cinco)** 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	G.B	85	01/01/2024	X	X	
2	S.R.B	47	01/01/2024	X		X
3	R.M.A	73	02/01/2024	X		X
4	S.S.M	66	02/01/2024	X	X	
5	P.C.S	60	04/01/2024	X	X	
6	I.A.S	92	05/01/2024	X	X	
7	E.R.S	63	15/01/2024	X	X	
8	L.C.C	69	20/01/2024	X	X	
9	C.A.A	89	23/01/2024	X		X
10	N.S	72	25/01/2024	X	X	
11	C.R.B.P	74	25/01/2024	X	X	
12	V.F.L	72	27/01/2024	X		X
13	H.E.S.S	80	27/01/2024	X	X	
14	C.A.J.A	62	29/01/2024	X		X

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de AVC	14
Pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC	14
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 janeiro de 2024.

Ressaltamos que **13** dos pacientes tiveram diagnóstico de IAM, **02** apresentavam traçado com supra ST e **11** apresentavam traçados sem supra ST.

Dos **02** 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	J.F.D	50	01/01/2024		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
2	J.O.A	65	09/01/2024		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
3	W.O.N	32	11/01/2024		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
4	A.L.T.R	64	14/04/2024		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
5	J.G.P	48	15/01/2024		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
6	M.L.A	63	19/01/2024	X		X		X		N/A
7	R.M.D.S	62	21/01/2024		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
8	N.A.F	69	25/01/2024		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
9	P.E.S.S	59	27/01/2024		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
10	F.C.C	48	28/01/2024		X		X		X	SEM INDICAÇÃO
11	C.R.S.S	68	28/01/2024		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
12	L.M.B	77	29/01/2024		X	X			X	SEM INDICAÇÃO
13	J.M.S	67	30/01/2024	X		X		X		N/A

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

Pacientes com diagnóstico de IAM com SUPRA ST	02
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 503 pacientes em observação dos quais 150 preencheram a pesquisa de Satisfação, resultando em 30% 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 01/01/2024 à 31/01/2024						
TOTAL: 150 ENTREVISTADOS						
DESCRIÇÃO	MUITO SATISFEITO	SATIFEITO	POUCO SATISFEITO	INSATISFEITO	S/ RESPOSTA	C/ RESPOSTA
ATENDIMENTO FINAL	46	103	1	0	0	150
ENFERMAGEM	65	84	1	0	0	150
ALIMENTAÇÃO	25	114	0	0	9	139
EQUIPE MÉDICA	67	83	0	0	1	150
SERVIÇO SOCIAL	2	0	0	0	146	2
INSTALAÇÃO E LIMPEZA	38	107	5	0	0	150

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	46	103	149	150	99%
ENFERMAGEM	65	84	149	150	99%
ALIMENTAÇÃO	25	114	139	148	94%
EQUIPE MÉDICA	67	83	150	151	99%
SERVIÇO SOCIAL	2	0	2	148	1%
INSTALAÇÃO E LIMPEZA	38	107	145	150	97%

Fonte: Instrumento de coleta da Secretaria Municipal de Saúde

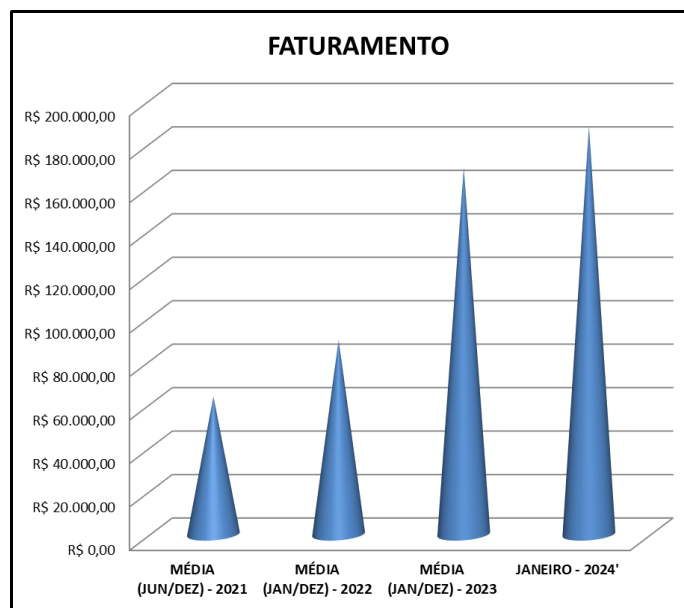
Percentual de Usuários satisfeito e muito satisfeito		
Usuários – JANEIRO DE 2024		
Total de Respostas Efetivas	150	100%
Satisfeitos e Muito Satisfeitos	149	99%

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.

2024	
COMPETÊNCIA	VALORES
MÉDIA (JUN/DEZ) - 2021	R\$ 63.402,86
MÉDIA (JAN/DEZ) - 2022	R\$ 89.454,66
MÉDIA (JAN/DEZ) - 2023	R\$ 168.862,84
JANEIRO - 2024'	R\$ 187.909,32



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



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%	8213 8736	94,01%	7,69%
2	INDICE DE ABSENTEÍSMO	Horas líquidas faltantes x 100 Horas líquidas disponível	PONTO BIOMÉTRICO	3%	7,69%	360:00:00 28490:00:00	1,26%	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%	5 5	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%	8736 10543	83%	7,69%
5	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA	Σ do número de pacientes-dia na observação Número de saídas	PEP	1,00	7,69%	1573 503	3,13	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%	28:42:08 142 38:28:05 150 919:45:46 1979 6474:17:21 6465	00:12:08 00:15:23 00:27:53 01:00:05	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%	14 503	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%	24 503	5%	7,69%
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%	7 7	100%	7,69%
10	PERCENTAGEM DE TOMOGRAFIA REALIZADAS EM PACIENTES COM (AVC).	Total de pacientes com AVC que realizaram T C x 100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC	PEP	100%	7,69%	14 14	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%	2 2	100%	7,69%
12	INDICE DE QUESTIONÁRIOS	Nº de Questionários preenchidos x 100	RELATÓRIO	30%	7,69%	150 503	30%	1,69%
13	PERCENTUAL DE PACIENTES SATISFEITOS / MUITO SATISFEITOS	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100 Total de Respostas efetivas	RELATÓRIO	85%	7,69%	149 150	99%	7,69%
TOTAL METAS ASSISTENCIAIS ATINGIDAS								79%



ANEXO 02

INSERIR NOVA LINHA

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS COM PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

[illegible]



SPDM
PAIS

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ¹			VALOR DO PREÇO DE REFERÊNCIA ¹ (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}	UIC ^{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}		
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	Exame	R\$ 8,38	2	R\$ 16,61	R\$ 33,22													CLT
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	Exame	R\$ 6,50	2	R\$ 16,61	R\$ 33,22													CLT
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	Exame	R\$ 7,77	3	R\$ 16,61	R\$ 49,83													CLT
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	Exame	R\$ 6,78	10	R\$ 16,61	R\$ 166,10													CLT
	ELETROCARDIOGRAMA	Exame	R\$ 5,15	362	R\$ 1,30	R\$ 470,60													CLT

LEGENDA DE PREENCHIMENTO

3.1.1.1.7+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 28/08/2021 (§ 4º do art. 5º da IN CODESP Nº 21/2021)