

Relatório de

Atividades Assistenciais

do Hospital Regional de Assis

GERENCIAMENTO DE LINHAS DE CUIDADOS

(URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - Pronto Socorro

Referenciado / ONCOLOGIA - UNACON /

LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA / CLÍNICOS,

CIRÚRGICOS E PEDIÁTRICOS)

Convênio n.º 00423/2025

Novembro

2025

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

GERENTE TÉCNICO

Cristiani Silvério de Andrade Bussinati

MÉDICO PREPOSTO

Felippe Antonio Goes Scorcioni

ENFERMEIRO PREPOSTO

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

ENCARREGADA ADMINISTRATIVA

Camila de Moraes Gomes

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERfil INSTITUCIONAL	6
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	6
1.2 Convênio nº 00423/2025	7
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	8
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	8
4. FORÇA DE TRABALHO	9
4.1 Dimensionamento	9
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT	10
4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	10
4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ	10
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	11
4.2.1 Absenteísmo	11
4.2.2 Turnover	12
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	12
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	13
5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica	14
5.1.1 Saídas	14
5.1.2 Taxa de Ocupação	15
5.1.3 Média de Permanência	16
5.1.4 Taxa de Mortalidade	17
5.1.5 Taxa de Reinternação	18
5.1.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	18
5.1.7 Índice de Lesão por Pressão	19
5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	20
5.1.9 Incidência de Queda de paciente	21
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	22
5.1.11 Prontuários Evoluídos	22
5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	23
5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica	24
5.2.1 Saídas	24
5.2.2 Taxa de Ocupação	25
5.2.3 Média de Permanência	26
5.2.4 Taxa de Mortalidade	27
5.2.5 Taxa de Reinternação	27
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	28
5.2.7 Índice de Lesão por Pressão	29
5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	29

5.2.9 Incidência de Queda	30
5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	31
5.2.11 Prontuários Evoluídos	31
5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	32
5.3 Indicadores Oncologia	33
5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica	33
5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos	33
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas	34
5.3.4 Cirurgia Plástica	35
5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	35
5.3.6 Reclamações na Ouvidoria	36
5.3.7 Incidência de Queda	36
5.3.8 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	37
5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos	37
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados	38
5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado	39
5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência	39
5.4.2 Atendimentos por Especialidade	40
5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado	41
5.4.4 Taxa de Mortalidade	42
5.4.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	43
5.4.6 Índice de Lesão por Pressão	44
5.4.7 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	45
5.4.8 Incidência de Queda	46
5.4.9 Reclamações na Ouvidoria Interna	47
5.4.10 Prontuários Evoluídos	47
5.4.11 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	48
5.5 Indicadores UTI Adul 04 leitos	49
5.5.1 Saídas UTI Adul B - UTI cirúrgica 04 leitos	49
5.5.2 Taxa de Mortalidade	50
5.5.3 Prontuários Evoluídos	51
5.5.4 Densidade de Incidência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao acesso Vascular central	52
5.6 Indicadores UTI Ped/UTIN	53
5.6.1 Saídas UTI Pediátrica	53
5.6.2 Saídas UTI Neo	54
5.6.3 Média de Permanência - UTI Pediátrica	55
5.6.4 Média de Permanência - UTI NEO	56
5.6.5 Mortalidade - UTI Pediátrica	57
5.6.6 Mortalidade - UTI Neo	58

5.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica	59
5.7.1 Saídas	59
5.7.2 Prontuários Evoluídos	60
5.7.3 Queda de Paciente	61
5.7.4 Incidência de Erro de Medicação	62
5.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco	62
5.8.1 Consultas de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco	62
5.8.2 Queixas em Ouvidoria	63
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	64
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	64
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica	64
6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica	65
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	65
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica	66
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica	66
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	67
6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia	67
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia	68
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)	68
6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR	69
6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR	69
6.1.12 Net Promoter Score (NPS)	70
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	71

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM

O Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema "Prevenir é Viver com Qualidade", é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

"Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional".

Missão

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde".

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;

- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 00423/2025

Com início no dia 01/03/2025 o **convênio 00423/2025** tem por objetivo o gerenciamento técnico/administrativo dos seguintes Serviços de Saúde: **Urgência e Emergência Adulto (Pronto Socorro Referenciado); Cuidados em Leitos Clínicos e Cirúrgicos; e Serviço de Oncologia (UNACON)**, todos no Hospital Regional de Assis, compreendendo atendimento médico, de enfermagem, fisioterápico, fonoaudiológico, psicológico e serviço social, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto.

Em 31/07/2025 foi assinado o **Termo Aditivo** tem por finalidade a alteração do Plano de Trabalho, do **Convênio nº 00423/2025**, contemplando a Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Unidade de Terapia Intensiva Infantil; Clínica Pediátrica; Unidade de Coleta e Transfusão (Banco de Sangue); Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Laboratório; Clínica Psiquiátrica; Farmácia; Ambulatório de Gestação de Alto Risco; e no suporte de profissionais de retaguarda, a saber: cirurgião pediátrico, cirurgião vascular, médico nefrologista e médico ortopedista.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas nos serviços de Saúde: Urgência e Emergência Adulto (Pronto Socorro Referenciado); Cuidados em Leitos Clínicos e Cirúrgicos; e Serviço de Oncologia (UNACON), todos no Hospital Regional de Assis, são monitoradas por sistema de informação (Sistema - SPS4) e planilhas em excel para consolidação dos dados.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 30 de novembro de 2025**

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é composta por **265** colaboradores, sendo que equipe efetiva no período formada por **252** contratados por processo seletivo (CLT) e **14** por meio de Pessoa Jurídica (PJ). Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

4.1 Dimensionamento

	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Auxiliar Administrativo I (36h)	13	13	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar Administrativo (40h)	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Encarregado Administrativo (40h)	2	1	<input type="checkbox"/>
Assistencial	Assistente Social (30h)	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar de Farmácia II (30h)	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>
	Biomédico (30h)	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Biomédico (30h) - noturno	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Enfermeiro Preposto (40h)	2	1	<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro II (36h)	23	23	<input checked="" type="checkbox"/>
	Enfermeiro II (36h) - noturno	17	17	<input checked="" type="checkbox"/>
	Enfermeiro Obstetra (36h) - noturno	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Farmacêutico (30h)	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Farmacêutico (30h) - noturno	5	5	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fonoaudiólogo (30h)	1	0	<input type="checkbox"/>
	Médico Cirurgião Geral (12h)	8	5	<input type="checkbox"/>
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>
	Médico Preposto (20h)	2	1	<input type="checkbox"/>
	Psicólogo (30h)	3	2	<input type="checkbox"/>
	Técnico de Enfermagem II (36h)	87	84	<input type="checkbox"/>
	Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno	67	65	<input type="checkbox"/>
	Técnico de Laboratório (36h)	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Técnico de Laboratório (36h) - noturno	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Total		265	252	<input type="checkbox"/>

4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

Análise Crítica: No mês de Novembro, foi realizado o processo de desmobilização em razão do encerramento do convênio sob nº 00423/2025, conforme previsto no cronograma de encerramento das atividades.

4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

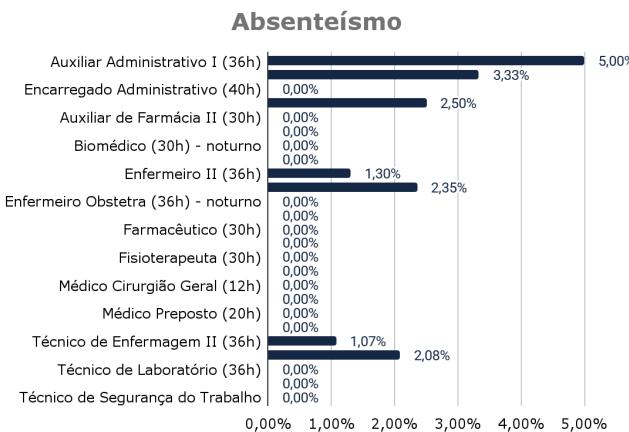
A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ

A relação nominal dos profissionais PJ está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo



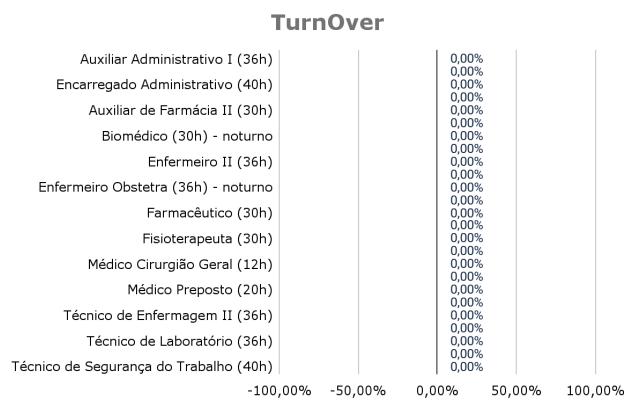
Análise Crítica: No mês de novembro/2025, registramos um total de **42 dias de ausência**, devidamente justificadas por meio de atestados médicos. A distribuição por categoria profissional foi a seguinte:

- Auxiliar Técnico Administrativo - 36h: **3 dias**
- Enfermeiro Diurno: **6 dias**
- Enfermeiro Noturno: **1 dia**
- Técnico de Enfermagem Diurno: **21 dias**
- Técnico de Enfermagem Noturno: **11 dias**

As ausências dos Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, tanto no período diurno quanto noturno, foram cobertas por meio de remanejamento de profissionais folguistas da própria unidade, garantindo a continuidade da assistência sem prejuízo ao atendimento aos pacientes.

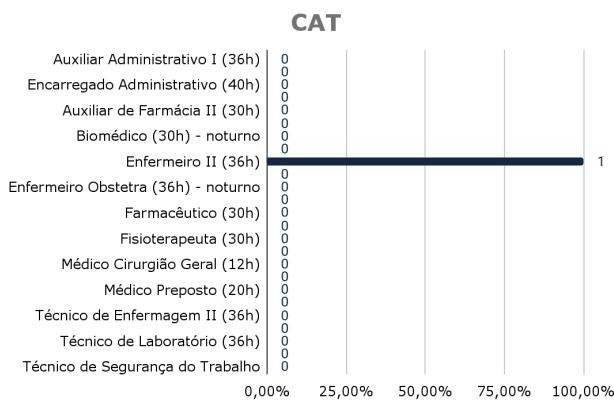
Da mesma forma, as ausências dos auxiliares técnicos administrativos foram supridas por colaboradores folguistas, não ocasionando impacto negativo nas atividades do setor.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: No mês analisado, registrou-se um total de 248 desligamentos, sendo 229 desligamentos sem justa causa e 19 desligamentos decorrentes do término do contrato de experiência. Esses desligamentos ocorreram devido ao processo de desmobilização, o que impactou diretamente os indicadores de rotatividades.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: No mês de Novembro de 2025 foi registrado 01 (um) acidente de trabalho. Este ocorreu dentro do ambiente hospitalar, sendo caracterizado como um **evento típico do setor da saúde**, que apresenta riscos inerentes pelo manuseio de materiais perfurocortantes e pelo contato com fluidos biológicos. Esses casos exigem vigilância constante, reforço das boas práticas e a adesão estrita às normas de biossegurança. Apesar de tratar-se de um evento isolado, o técnico de segurança do trabalho acompanhou o caso, garantindo o adequado acolhimento à colaboradora e o cumprimento dos procedimentos legais e assistenciais previstos para situações dessa natureza.

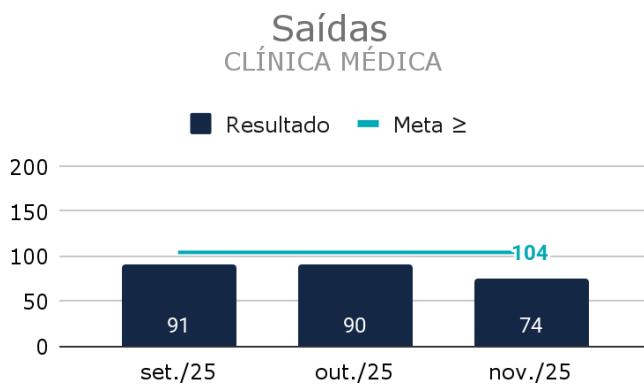
Ressalta-se que não foram identificados fatores internos que tenham contribuído para a ocorrência do acidente. O episódio reforça a importância de manter ações contínuas de orientação aos colaboradores sobre segurança no ambiente de trabalho e prevenção de acidentes.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade pois estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e por medirem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades que ocorreram no período avaliado.

5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica

5.1.1 Saídas



Saídas	
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	44
Evasão	0
Transferência Interna	12
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	17
Total	74

Análise crítica: No mês em análise, o número de saídas de pacientes na clínica médica atingiu 71,1% da meta contratual pactuada. Tal fato pode ser justificado pelo perfil de pacientes admitidos nesta unidade, composto por casos complexos que têm requerido grande aprofundamento durante a investigação diagnóstica e tratamentos por períodos prolongados, o que frequentemente dilata o tempo de

internação hospitalar e reduz a capacidade da equipe em garantir alta rotatividade de leitos sem comprometer a segurança da desospitalização. Salientamos ainda que o não alcance dessa meta não pode ser entendido como subutilização do serviço, uma vez que a taxa de ocupação da unidade, demonstrada logo abaixo, está dentro do esperado.

Neste cenário, informamos ainda que as altas hospitalares de pessoas cujas condições clínicas ou sociais são consideradas complexas são acompanhadas por contrarreferenciamento aos serviços de atenção primária, serviço este intermediado pela assistência social, em um processo chamado de alta qualificada.

5.1.2 Taxa de Ocupação

Taxa de Ocupação

CLÍNICA MÉDICA

■ Resultado ■ Meta ≥



Nº Paciente-dia

620

Nº Leito-dia

678

Análise crítica: A taxa de ocupação da clínica médica neste período foi de 91%, alcançando a meta contratual ,reforçamos o compromisso da equipe em garantir o acesso ao maior número de usuários.

5.1.3 Média de Permanência

Média de Permanência

CLÍNICA MÉDICA

■ Resultado ■ Meta ≤



Nº Paciente-dia

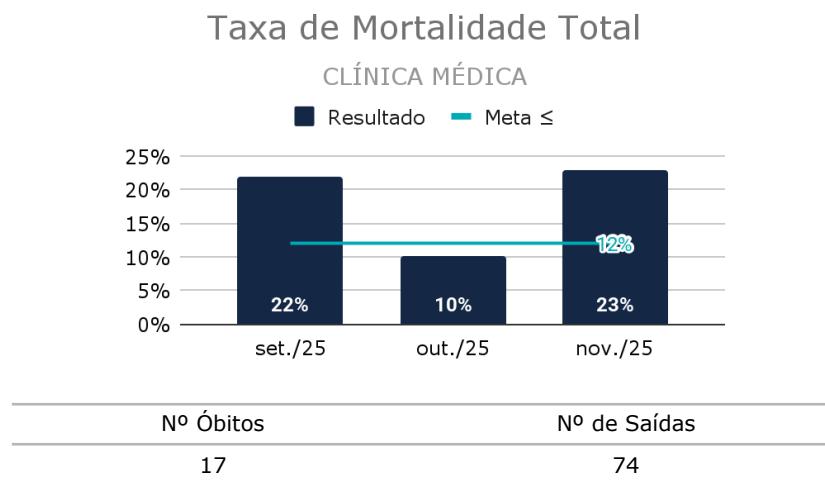
620

Nº de Saídas

74

Análise crítica: A média de permanência na clínica médica foi de 8,38% dias, resultado que ultrapassa a meta contratual estabelecida. Destaca-se e justifica-se que, conforme anteriormente mencionado, a unidade tem alocado pacientes com longos períodos de internação por se tratarem de casos complexos que requerem maior aprofundamento durante a investigação diagnóstica, ou por pessoas que aguardam recursos que extrapolam a capacidade institucional. Exemplo desta última situação são casos de pacientes renais crônicos que aguardam vaga para terapia renal substitutiva em regime ambulatorial.

5.1.4 Taxa de Mortalidade

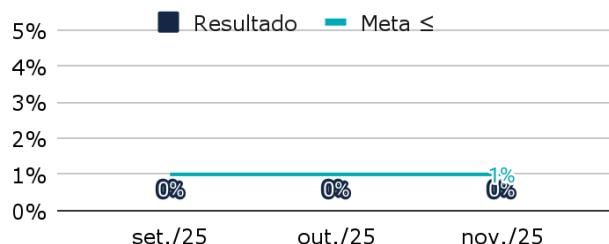


Análise crítica: Considerando a totalidade óbitos ocorridos na clínica médica (6), acrescida do total de óbitos ocorridos no pronto socorro referenciado mas que administrativamente foram atribuídos à clínica médica por esta ser a unidade de referência dos pacientes que faleceram (11), a taxa de mortalidade total da unidade alcançou 10%, resultado que está dentro da meta contratual mesmo considerando o perfil de usuários da unidade, formado por pessoas em tratamento curativo, pessoas em cuidados proporcionais e pessoas em cuidados paliativos exclusivos.

5.1.5 Taxa de Reinternação

Reinternação em 24h

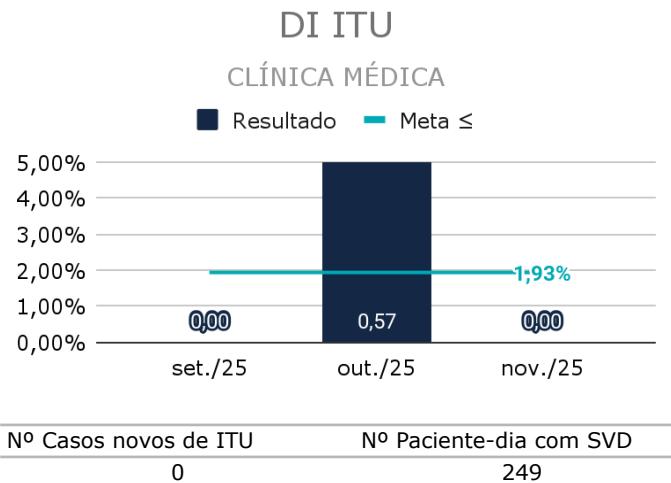
CLÍNICA MÉDICA



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	74

Análise crítica: Durante o período sob análise não foram registrados casos de reintrodução precoce, resultado que atende à meta pactuada e evidencia a otimização dos processos relacionados à qualidade e a segurança da desospitalização na transição do cuidado.

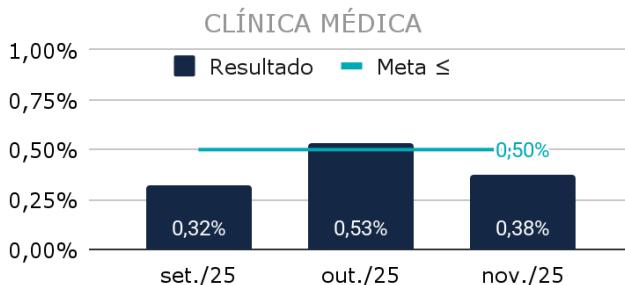
5.1.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Médica pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior).

5.1.7 Índice de Lesão por Pressão

Incidência de LPP



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
1	265

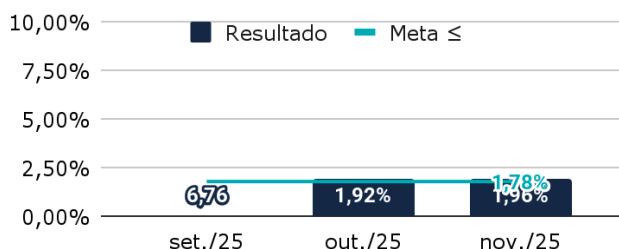
Análise crítica: No período analisado houve uma notificação de surgimento de novas lesões por pressão na clínica médica, superando a meta contratual estabelecida para o perfil da unidade. Destaca-se que a lesão por pressão é um evento adverso relativamente evitável meio de implementação de medidas preventivas como: supervisão e reavaliação frequentes; otimização global da saúde, da hidratação e da nutrição; estratégias de mobilização, redução de pressão e de cisalhamento; manejo do microclima e orientação aos cuidadores. Dessa forma, segue como plano de ação para reduzir a incidência de lesões por pressão no pronto socorro referenciado:

- 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática da pele e do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, a partir da escala de Braden;
- 2) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de materiais e equipamentos que promovam a redução do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, como filmes transparentes, placas de espumas e colchões pneumáticos;
- 3) A implementação, de acordo com o risco de desenvolvimento de lesões por pressão que o paciente se enquadra, das medidas preventivas para o desenvolvimento de lesões por pressão, como: manutenção de adequadas hidratação e nutrição, manejo do microclima, reposicionamento ósseo frequente e proteção de áreas de risco contra pressão, fricção e cisalhamento.

5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de Saída Não Planejada

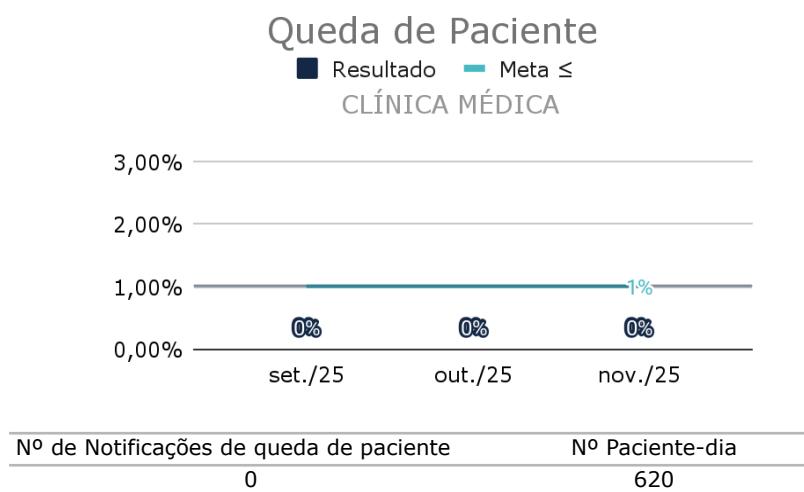
CLÍNICA MÉDICA



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
1	51

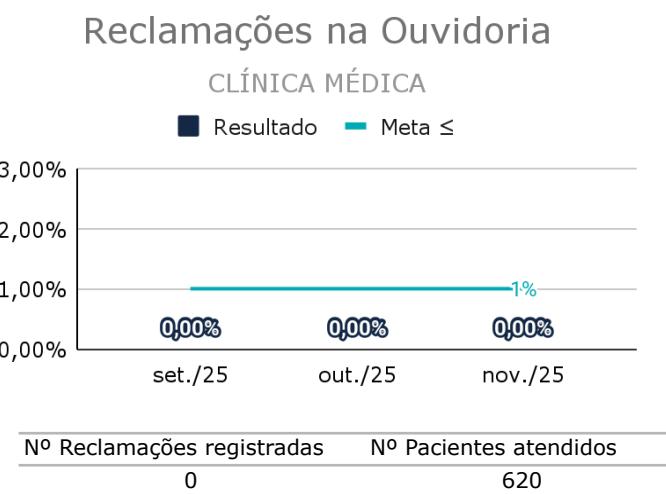
Análise crítica: A incidência de saída não planejada de SNE/GGT atingiu 2% dentro do grupo de pacientes em risco. Não diferentemente do histórico da unidade, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios pacientes que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento habituais e causavam confusão mental. Ações preventivas seguem sendo permanentemente realizadas, dentro do plano de ação configura-se o treinamento e orientações aos colaboradores e outros agentes do cuidado reforçando a importância da troca de fixadores para estabilização das sondas, planejamento e implementação como plano global de rotina do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a prescrição de cuidados para a não saída de sonda nasoenteral, como exemplo confecção de luvas nas mãos de pacientes agitados e a vigilância pelo enfermeiro e equipe de situações que possam levar o paciente a alterações do nível de consciência como exemplo a uremia.

5.1.9 Incidência de Queda de paciente



Análise crítica: Não houve registro de queda de paciente no Pronto Socorro Referenciado no período estabelecido, atendendo à meta contratual estabelecida e evidenciando o comprometimento da equipe na prestação da assistência segura e livre de danos.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



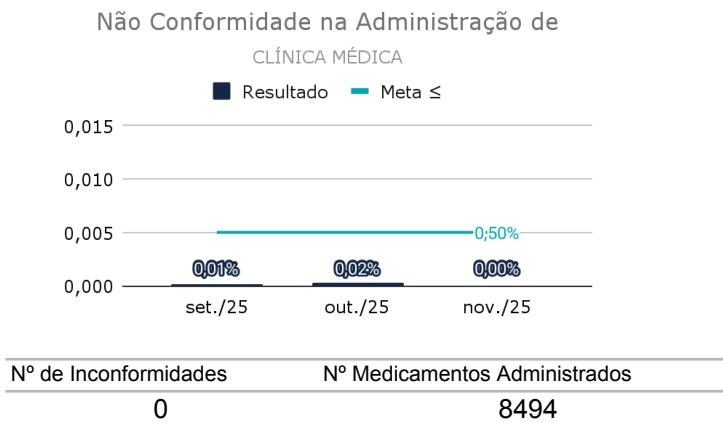
Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado na clínica médica.

5.1.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: No último mês, a totalidade de prontuários de pacientes atendidos no Pronto Socorro Referenciado foi adequadamente preenchida quanto à evolução clínica dos pacientes. Ressalta-se que os atendimentos prestados por profissionais de nível superior (isto é: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais) foram registrados em prontuário eletrônico SPS4, enquanto as anotações referentes aos atendimentos prestados por profissionais de nível médio (ou seja, técnicos de Enfermagem) foram realizadas a próprio punho, em prontuário físico, armazenado no Serviço de Arquivo Médico da instituição.

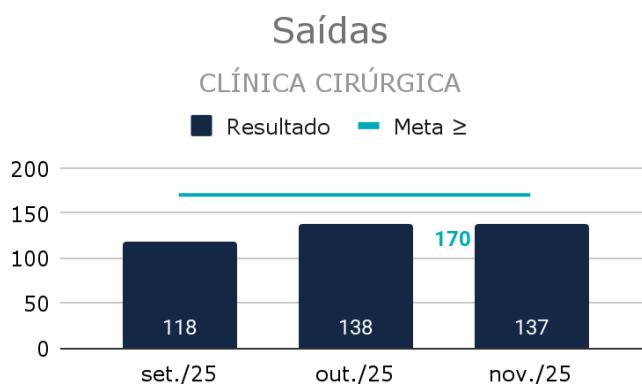
5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste período não houve inconformidade na administração de medicamentos na clínica médica.

5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

5.2.1 Saídas

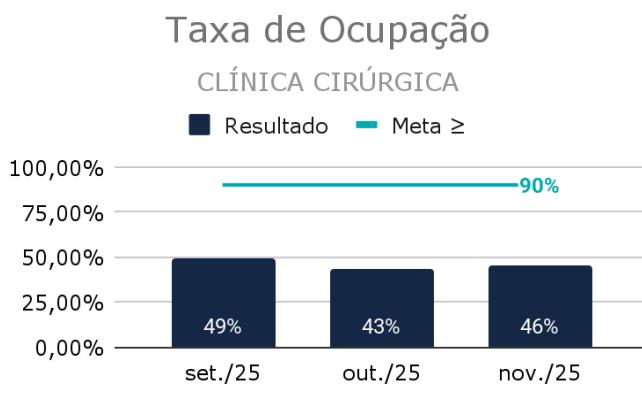


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	137
Transferência Interna	0
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	137

Análise crítica: O número de saídas cirúrgicas alcançou um total de 137 casos, atendendo à meta contratual estabelecida. Compreende-se este número o total de saídas de pacientes internados para procedimentos eletivos (cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto os casos classificados como "oncológicos" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador) e aqueles atendidos em caráter de urgência ou emergência (os quais são admitidos via pronto socorro referenciado, aceitos com brevidade por equipes cirúrgicas permanentemente disponíveis, de acordo com a demanda e a complexidade requerida). Todas as vagas de internação cirúrgica solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas. Faz-se necessário ainda citar que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com grande capacidade para ampliar o

número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas pelos setores responsáveis.

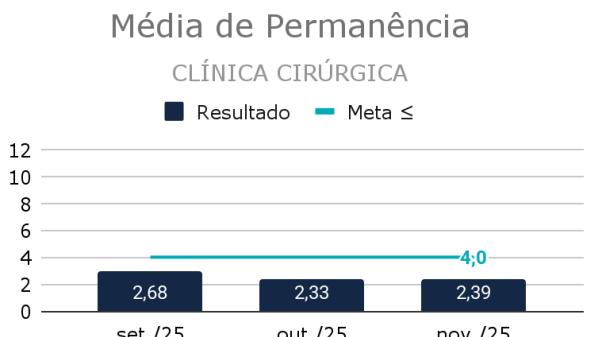
5.2.2 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
328	719

Análise crítica: No mês de referência a taxa de ocupação da clínica cirúrgica atingiu 46 % de sua capacidade total. Assim como descrito no indicador "Saídas", o resultado inferior à meta pactuada pode ser justificado pelo fato de que este número resulta da internação de pacientes admitidos via pronto socorro referenciado, no caso de casos considerados de urgência ou emergência, aceitos conforme a demanda e de acordo com critérios de gravidade; e eletivos, cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto aquelas cirurgias classificadas como "oncológicas" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador exclusivamente por essa organização. Todas as vagas solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas com brevidade. Observa-se ainda que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com alta capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas.

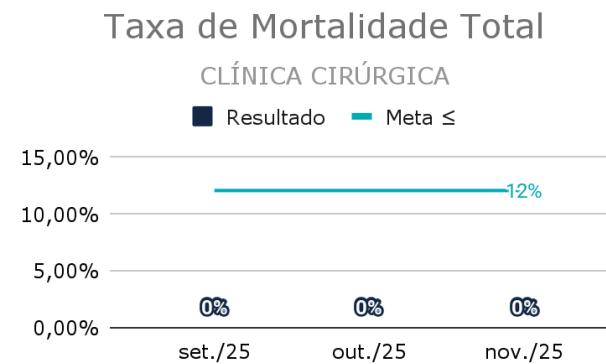
5.2.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
328	137

Análise crítica: A média de permanência foi de 2,39 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas e na garantia de rotatividade de leitos com segurança, tornando o recurso disponível ao uso público.

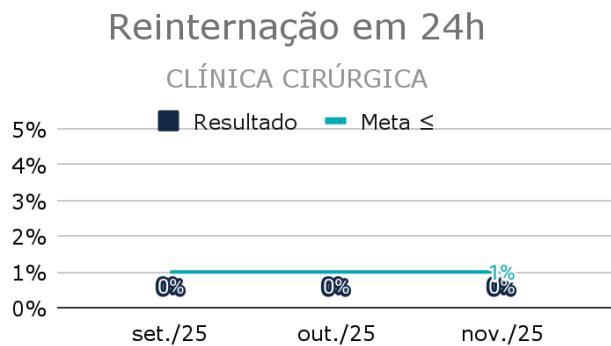
5.2.4 Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
0	137

Análise crítica: No período analisado não houve óbito na clínica cirúrgica.

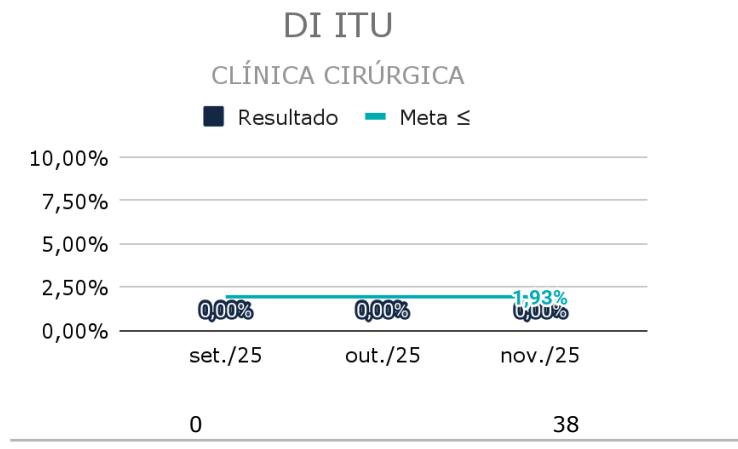
5.2.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações 0 Nº de Saídas 13

Análise crítica: Durante o período analisado não foram registradas na clínica cirúrgica ocorrências de reinternação hospitalar precoce (dentro das primeiras 24h após a alta hospitalar), o que demonstra o alcance da meta contratual e a qualidade do cuidado e do planejamento e preparo para a alta.

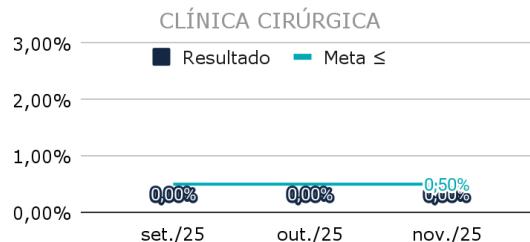
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Cirúrgica pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior).

5.2.7 Índice de Lesão por Pressão

Incidência de LPP

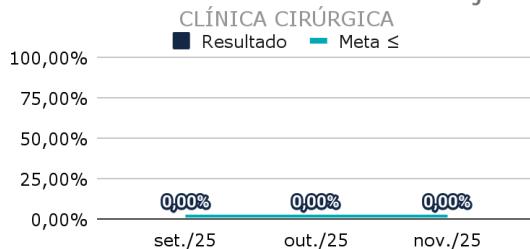


Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	328

Análise crítica: No período analisado não houve notificação de novos casos de lesões por pressão na clínica cirúrgica.

5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de Saída Não Planejada

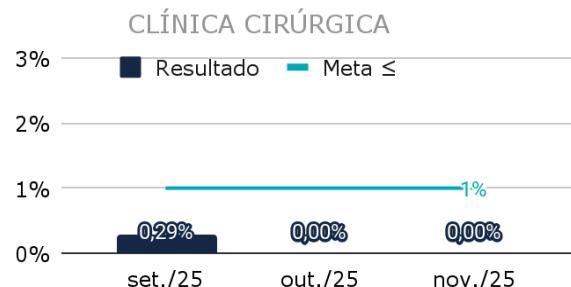


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	9

Análise crítica: No período avaliado não houve saída não planejada de SNE/GTT.

5.2.9 Incidência de Queda

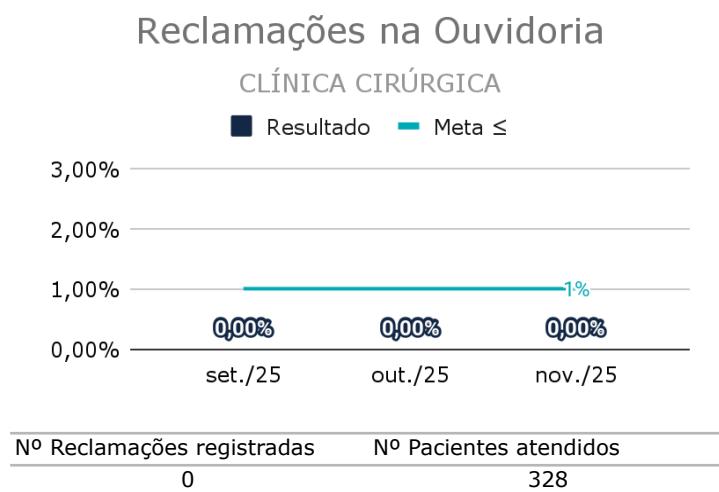
Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	328

Análise crítica: No período avaliado não houve queda de pacientes na clínica cirúrgica.

5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



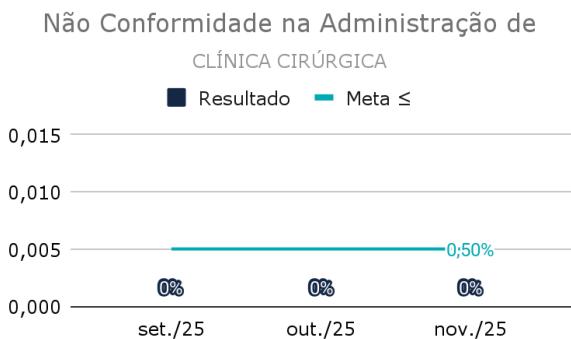
Análise crítica: No período avaliado não houve registro de reclamações na ouvidoria referente a clínica cirúrgica.

5.2.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o período avaliado, a evolução clínica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Cirúrgica foi devidamente registrada em prontuário. Assim como nos meses anteriores, profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico no serviço de arquivo médico da instituição.

5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



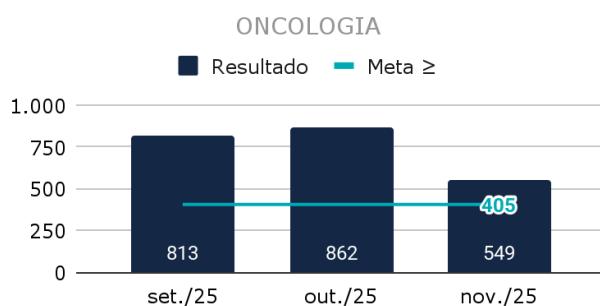
Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	2082

Análise crítica: Neste último período analisado não foram registradas inconformidades na administração de medicamentos na clínica cirúrgica, atendendo à meta contratual estabelecida.

5.3 Indicadores Oncologia

5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica

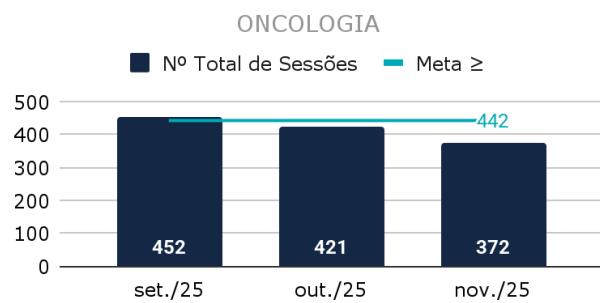
Consultas Clínica e Cirúrgica



Análise crítica: No período analisado foram realizadas 549 consultas oncológicas, distribuídas da seguinte forma: 270 cirúrgicas e 279 clínicas, superando em 135 % a meta contratual.

5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos

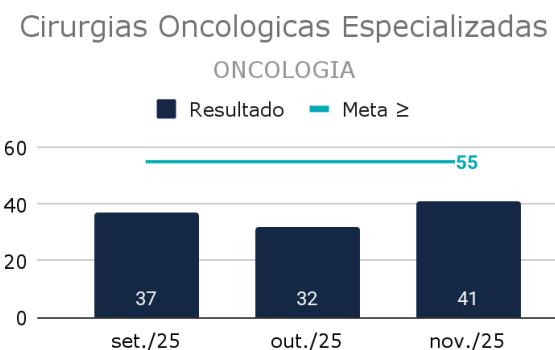
Total de Sessões Quimioterápicas



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 372 procedimentos quimioterápicos, atingindo 84 % da meta contratual. Importante ressaltar que os procedimentos são realizados conforme a demanda e o estado clínico do paciente, observando-se o seguinte fluxo: no dia da quimioterapia, após a admissão do paciente, este é avaliado pelo Enfermeiro, em uma consulta de triagem na qual são investigados sinais e/ou sintomas que podem contraindiciar a administração do quimioterápico (por exemplo: sintomas gripais, febre,

desidratação, astenia, entre outros). Se identificada alguma alteração, o paciente é avaliado pelo médico oncologista clínico, que libera ou suspende a sessão.

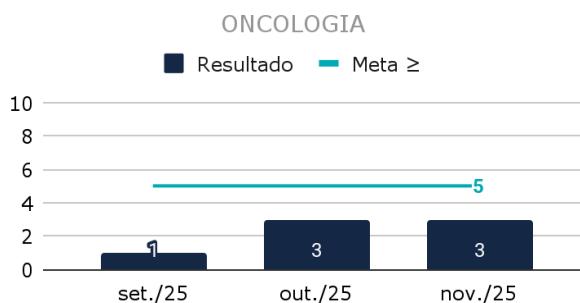
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 41 procedimentos cirúrgicos oncológicos, atingindo 74 % da meta contratual. Com vistas ao alcance desta, seguimos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo e otimizar os recursos para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

5.3.4 Cirurgia Plástica

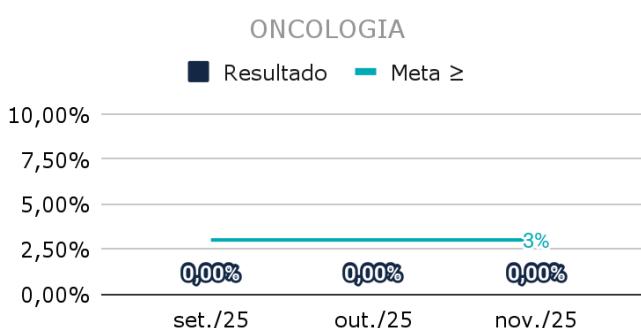
Cirurgia Plástica Mamária



Análise crítica: Neste período foram realizados três procedimentos de cirurgia plástica de mama, atingindo 60 % da meta contratual. Continuamos trabalhandoativamente na oferta dos casos de indicação das cirurgias plásticas e manutenção da equipe completa, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance do esperado para este indicador.

5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

Suspensão Cirúrgica Oncológica

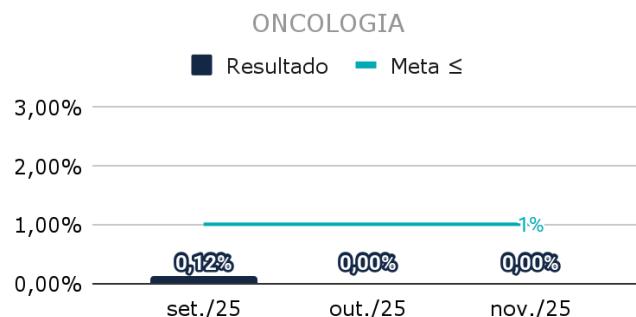


Nº de cirurgias canceladas	Nº de cirurgias agendadas
0	44

Análise crítica: Durante o período analisado não houve suspensão de procedimentos cirúrgicos oncológicos.

5.3.6 Reclamações na Ouvidoria

Reclamação na Ouvidoria

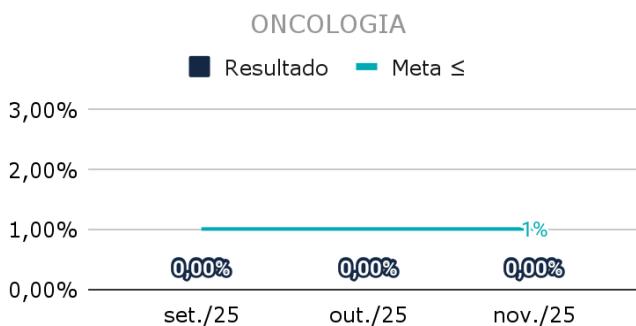


Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	549

Análise crítica: Durante o período analisado não houve reclamações na ouvidoria referente ao serviço de oncologia.

5.3.7 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	549

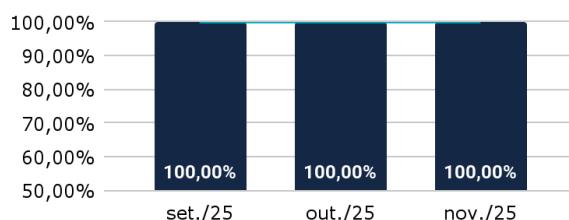
Análise crítica: No período analisado não houve registo de quedas de paciente na oncologia, atendendo à meta contratual estabelecida.

5.3.8 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos

Preenchimento adequado da documentação

ONCOLOGIA

■ Resultado ■ Meta ≥



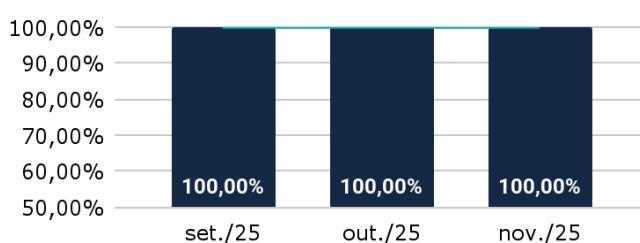
Análise Crítica: Assim como nos meses anteriores, toda a documentação relativa aos usuários oncológicos foi devidamente preenchida, o que reforça o comprometimento da equipe na execução dos procedimentos administrativos.

5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos

Início Tratamento Oncológico

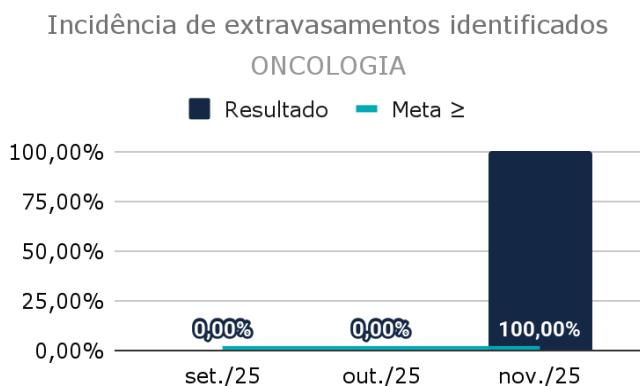
ONCOLOGIA

■ Resultado ■ Meta ≥



Análise Crítica: No período avaliado passaram por primeira consulta em oncologia 31 pacientes via SIRESP/CROSS, atendimento no qual, além de definido o planejamento do cuidado para o usuário, seu tratamento é prontamente iniciado.

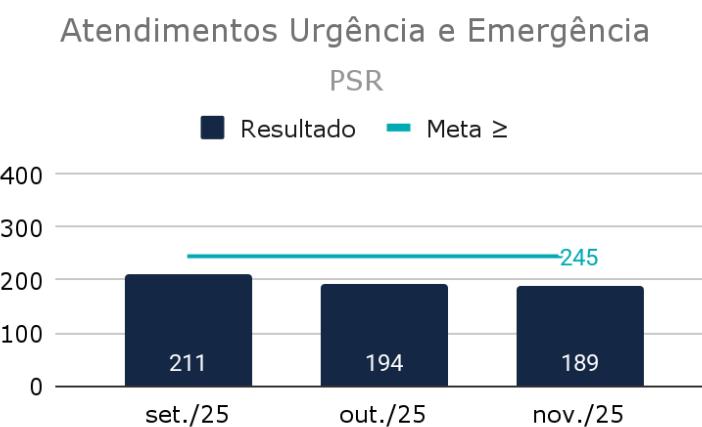
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



Análise Crítica: No mês de novembro foi identificado um episódio de extravasamento na oncologia, o qual se deu devido a saída involuntária do quimioterápico para o tecido subcutâneo causando inchaço local. Após identificado foi realizado os cuidados imediatos (como por exemplo: interrupção da infusão, compressa adequada,elevação do membro); seguimos orientando a equipe de enfermagem com foco na prevenção e monitoração contínua.

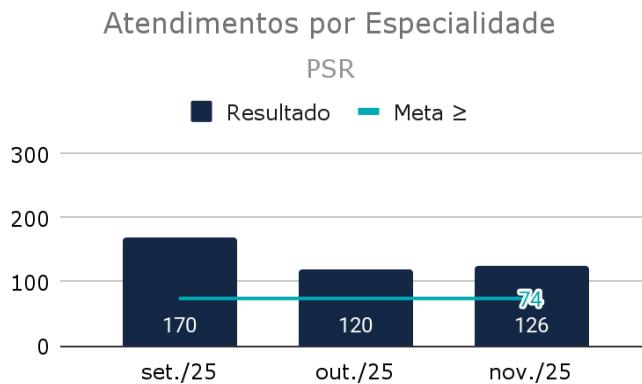
5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência



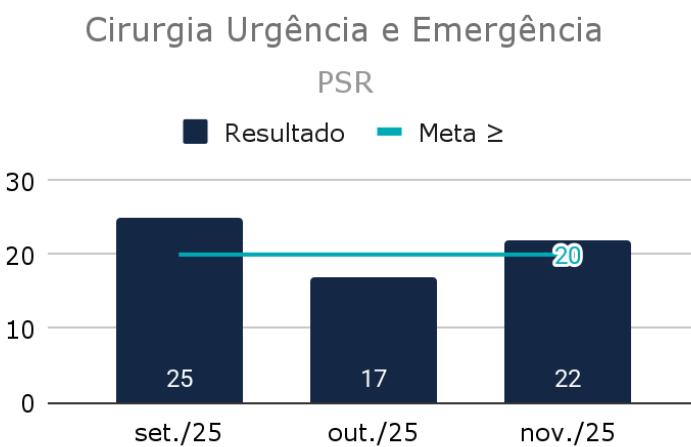
Análise crítica: No período avaliado houve 295 atendimentos no Pronto Socorro, sendo 189 classificados como urgência e emergência (risco vermelho ou amarelo) e 106 como pouco urgentes (risco verde). Salienta-se que o acesso ao pronto socorro referenciado e, posteriormente, aos demais serviços do HRA, é feito por meio de sistemas de referenciais pactuados junto à Rede de Urgências e Emergências regional, incluindo, dentre outros, o sistema CROSS/SIRESP, COBOM, SAMU e convênios com concessionárias rodoviárias. Dentro de suas pactuações, todos os casos considerados de “linha vermelha” ou que necessitaram de escalonamento de recursos até cuidados intensivos são referenciados, acolhidos e tratados no Hospital Regional de Assis.

5.4.2 Atendimentos por Especialidade



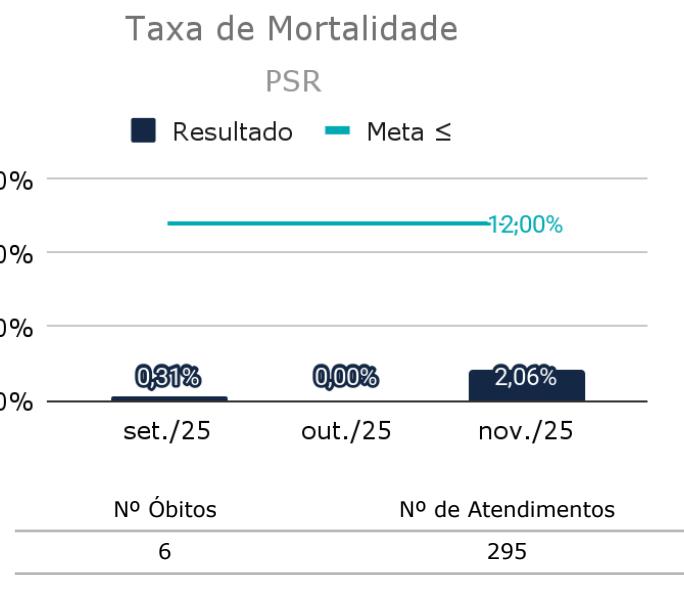
Análise crítica: No mês de outubro foram realizados 126 atendimentos especializados, destes: 64 pela equipe multiprofissional (cirurgia geral, neurocirurgia, urologia, cirurgia pediátrica, ortopedia e cirurgia vascular) e 62 intercorrências oncológicas de pacientes da nossa UNACON, atendidas pelo médico emergencista de plantão.

5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado



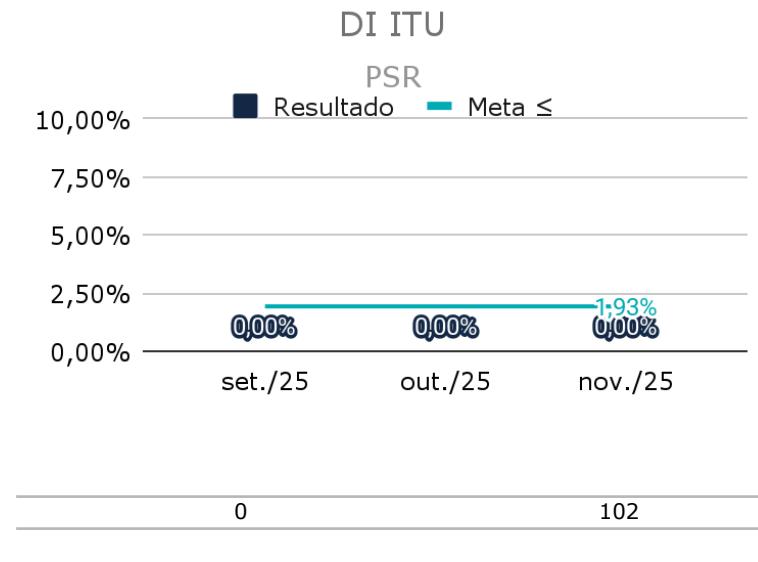
Análise crítica: No mês de outubro foram realizados 22 procedimentos cirúrgicos considerados de urgência ou emergência, admitidos por meio do pronto socorro referenciado, sendo: 11 pela equipe de cirurgia geral, 05 pela neurocirurgia, 04 pela urologia e 02 pela cirurgia pediátrica .

5.4.4 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No período analisado ocorreram 6 óbitos atribuídos ao Pronto Socorro Referenciado, sendo: 3 do gênero masculino e 3 do gênero feminino, sendo 1 óbito considerado pós-neonatal. Caracterizando pacientes admitidos já em provável estado crítico e irrecuperável ou lesões muito severas.

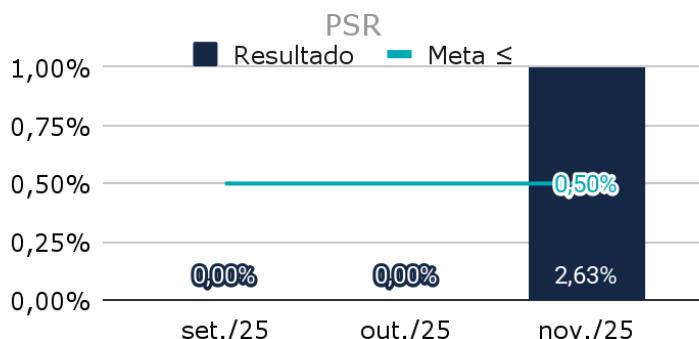
5.4.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados do Pronto Socorro Referenciado pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior).

5.4.6 Índice de Lesão por Pressão

Incidência de LPP



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
2	76

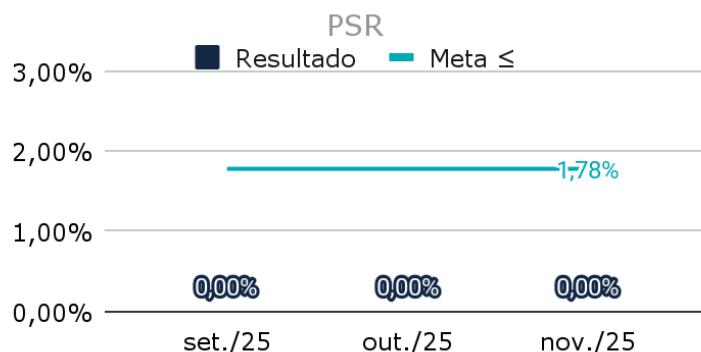
Análise crítica: No período analisado houve duas notificações de surgimento de novas lesões por pressão no pronto socorro referenciado, superando a meta contratual estabelecida para o perfil da unidade. Destaca-se que a lesão por pressão é um evento adverso relativamente evitável meio de implementação de medidas preventivas como: supervisão e reavaliação frequentes; otimização global da saúde, da hidratação e da nutrição; estratégias de mobilização, redução de pressão e de cisalhamento; manejo do microclima e orientação aos cuidadores. Dessa forma, segue como plano de ação para reduzir a incidência de lesões por pressão no pronto socorro referenciado:

- 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática da pele e do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, a partir da escala de Braden;
- 2) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de materiais e equipamentos que promovam a redução do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, como filmes transparentes, placas de espumas e colchões pneumáticos;
- 3) A implementação, de acordo com o risco de desenvolvimento de lesões por pressão que o paciente se enquadra, das medidas preventivas para o desenvolvimento de lesões por pressão, como: manutenção de adequadas

hidratação e nutrição, manejo do microclima, reposicionamento ósseo frequente e proteção de áreas de risco contra pressão, fricção e cisalhamento.

5.4.7 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de Saída Não Planejada

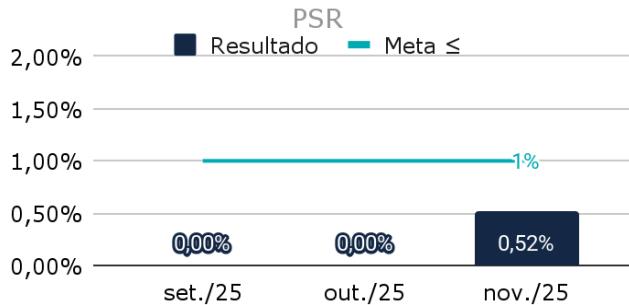


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	37

Análise crítica: No período analisado não houve saída não planejada de SNE/GTT no pronto socorro referenciado.

5.4.8 Incidência de Queda

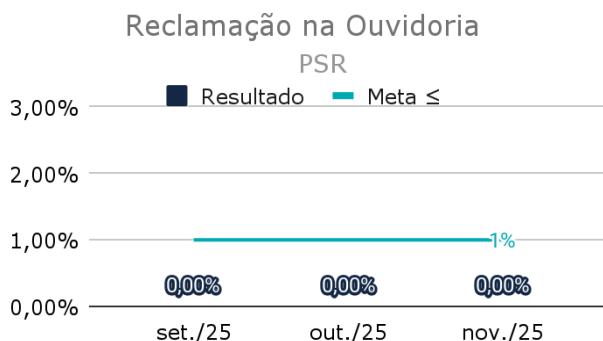
Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	191

Análise crítica: No período avaliado houve um registro de ocorrência de queda. Seguem como planos de ação na prevenção de eventos adversos dessa natureza: A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse e a permanente orientação aos colaboradores e acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda a respeito das vigilância constante.

5.4.9 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	191

Análise crítica: No período avaliado não houve registro de reclamações na ouvidoria referente a clínica cirúrgica.

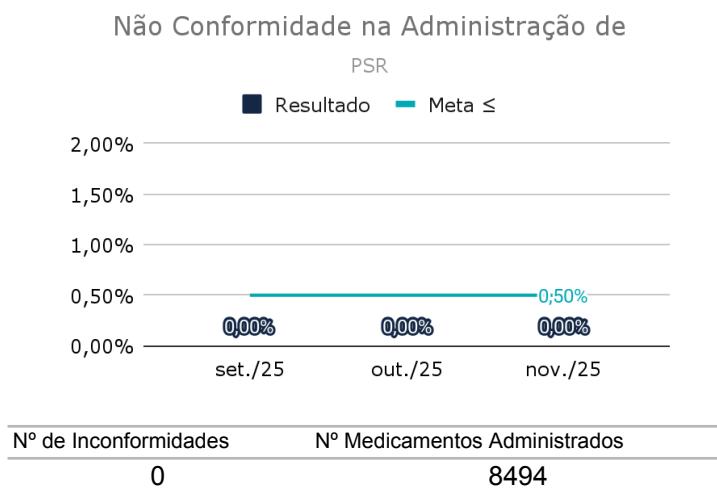
5.4.10 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: No último mês, a totalidade de prontuários de pacientes atendidos no Pronto Socorro Referenciado foi adequadamente preenchida quanto à evolução clínica dos pacientes. Ressalta-se que os atendimentos prestados por profissionais de nível superior (isto é: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais) foram registrados em prontuário eletrônico SPS4, enquanto as anotações referentes aos atendimentos prestados por profissionais de nível

médio (ou seja, técnicos de Enfermagem) foram realizadas a próprio punho, em prontuário físico, armazenado no Serviço de Arquivo Médico da instituição.

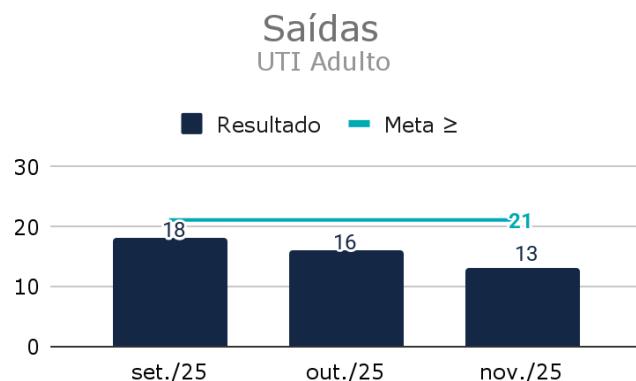
5.4.11 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste período não houve inconformidade na administração de medicamentos no Pronto Socorro Referenciado.

5.5 Indicadores UTI Adulto 04 leitos

5.5.1 Saídas UTI Adulto B - UTI cirúrgica 04 leitos



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	1
Evasão	0
Transferência Interna	11
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
Total	13

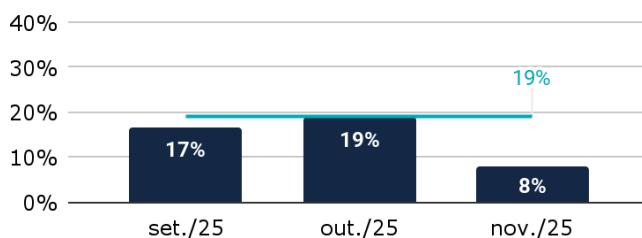
Análise crítica: O número total de saídas atingiu 66% da meta contratual estabelecida. Justifica-se que a UTI-B se trata de uma unidade de retaguarda à UTI-A para o atendimento de pacientes cirúrgicos graves ou potencialmente graves, permanecendo com leitos prontamente disponíveis quando necessário. Sua relevância também pode ser demonstrada através da redução (a zero) da taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por ausência de leitos de UTI - quadro imediatamente observado desde sua implantação - o que garante melhor e mais especializada assistência aos usuários em tempo oportuno.

5.5.2 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total

UTI Adulto

■ Resultado ■ Meta ≤

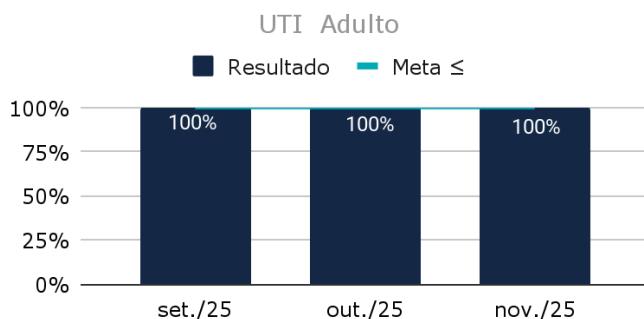


Nº Óbitos	Nº de Saídas
1	13

Análise crítica: Considerando os pacientes internados em novembro/2025, a probabilidade de óbito média ajustada para a América Latina, segundo o Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3), alcançou 32,8% (pontuação média: 50,71). Até a finalização deste relatório, a taxa de mortalidade obtida atingiu 14,29%, resultando em uma taxa de mortalidade padronizada de 0,44 - razão dentro da ideal (inferior a 1,0).

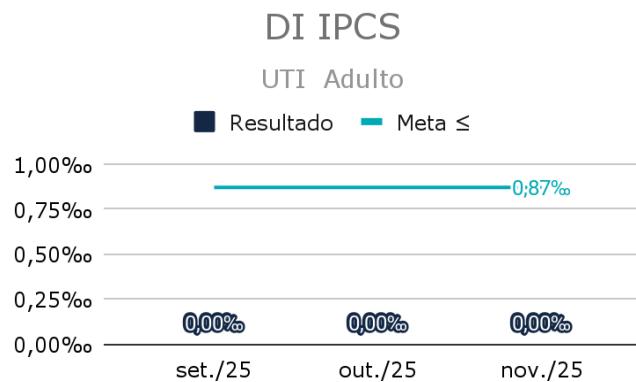
5.5.3 Prontuários Evoluídos

Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o mês de referência, todos os pacientes internados na UTI-B tiveram suas evoluções multiprofissionais diárias devidamente registradas em prontuário. Profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções manualmente ou por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

5.5.4 Densidade de Incidência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao acesso Vascular central

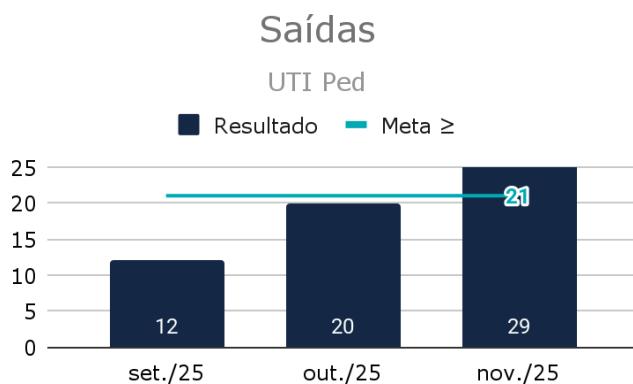


Nº Casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS)	Nº Cateteres-dia (dias de uso de CVC)
0	33

Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Cirúrgica pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS) de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, isto é: presença de sinais e sintomas de infecção, confirmados por hemocultura positiva e sua relação com o uso prolongado do dispositivo.

5.6 Indicadores UTI Ped/UTIN

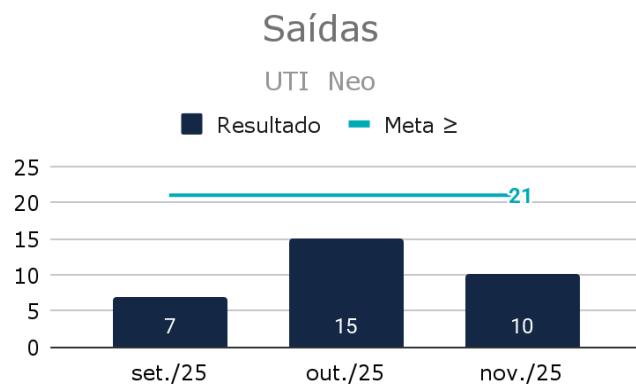
5.6.1 Saídas UTI Pediátrica



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	3
Evasão	0
Transferência Interna	25
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
Total	29

Análise crítica: O número de saídas na UTI pediátrica alcançou 138 % da meta contratual estabelecida, esses pacientes receberam alta para a clínica pediátrica e posteriormente para casa.

5.6.2 Saídas UTI Neo

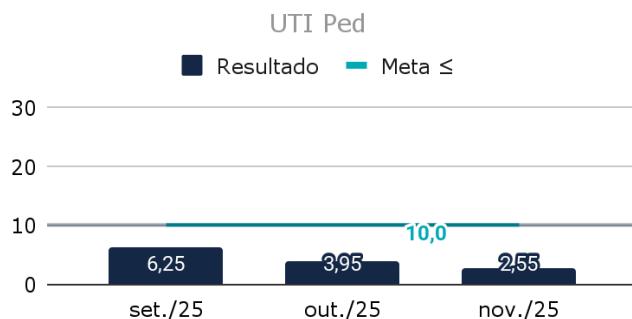


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	2
Evasão	0
Transferência Interna	5
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	2
Total	10

Análise crítica: O número de saídas na UTI neonatal alcançou 47,61 % da meta contratual estabelecida, são pacientes que permanecem em um período longo de internação devido à prematuridade/gravidez.

5.6.3 Média de Permanência - UTI Pediátrica

Média de Permanência



Permanência - UTI Ped

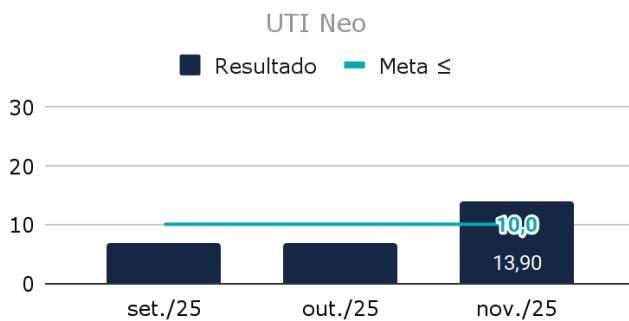
Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
-----------------	--------------

74	29
----	----

Análise crítica: A média de permanência foi de 2,55 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas.

5.6.4 Média de Permanência - UTI NEO

Média de Permanência



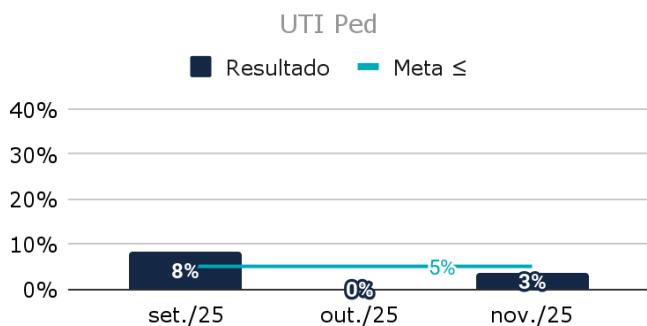
Permanência UTI Neo

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
139	10

Análise Crítica: A média de permanência foi de 13,90 dias, ultrapassando a meta contratual estabelecida, isso se deu devido o tempo prolongado de internação levando em consideração a complexidade das condições clínicas dos pacientes além de condições crônicas que exigem acompanhamento intensivo prolongado.

5.6.5 Mortalidade - UTI Pediátrica

Taxa de Mortalidade Total

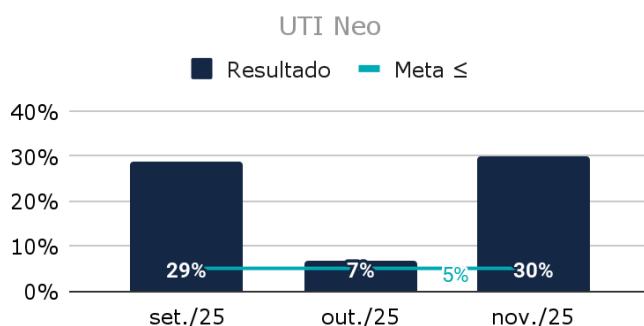


Nº Óbitos	Nº de Saídas
1	29

Análise crítica: No período analisado a taxa de mortalidade 3,44% foi de ocorreu um óbito na UTI Pediátrica considerado pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida) sendo do sexo masculino, o qual o foi inevitável, o paciente apresentava má formação cardíaca e síndrome de Werdining-Hoffmann.

5.6.6 Mortalidade - UTI Neo

Taxa de Mortalidade Total



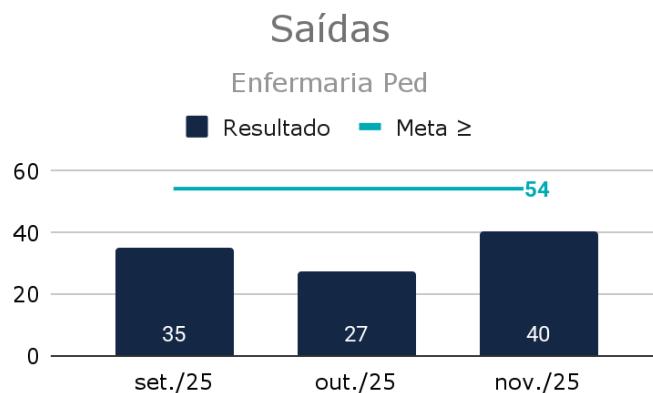
Mort Hosp - UTI Neo

Nº Óbitos	Nº de Saídas
3	10

Análise crítica: No período analisado ocorreram 3 óbitos na UTI neonatal sendo considerado pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida), R.L.P. DN 10/11/2025 um RN Pré-Termo Extremo (nascido com menos de 28 semanas de idade gestacional) que apresenta Extremo Baixo Peso; e por fim RN de J.T.F. com quadro de displasia tanatofórica. Vale ressaltar que somos referência para obstetrícia de alto risco e que nossa UTI neonatal é referência para 25 municípios.

5.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica

5.7.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	40
Evasão	0
Transferência Externa	0
Transferência Interna	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	40

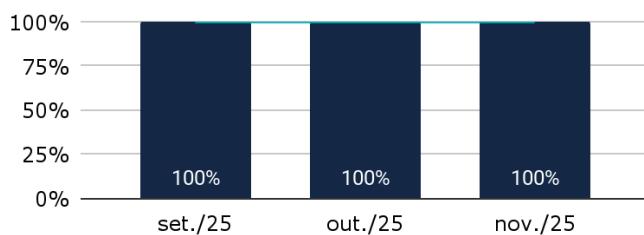
Análise crítica: O total de saídas da clínica pediátrica atingiu 74% da meta contratual, cabe ressaltar que a reativação da clínica pediátrica objetiva inicialmente atender as demandas de transferências internas (Núcleo materno-infantil) e como demonstrado no gráfico vem avançando progressivamente.

5.7.2 Prontuários Evoluídos

Prontuários Evoluídos

Enfermaria Ped

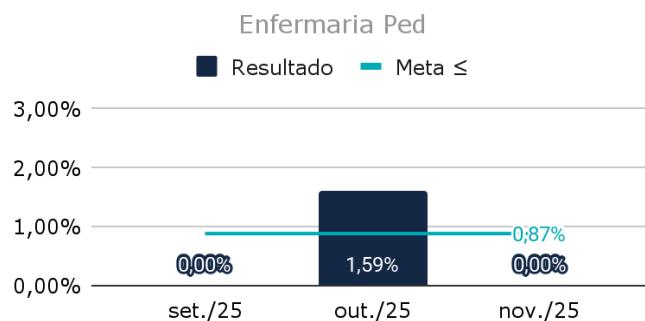
■ Resultado ■ Meta ≤



Análise crítica: No último mês, a totalidade de prontuários de pacientes atendidos na Enfermaria Pediátrica foi adequadamente preenchida quanto à evolução clínica dos pacientes. Ressalta-se que os atendimentos prestados por profissionais de nível superior (isto é: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais) foram registrados em prontuário eletrônico SPS4, enquanto as anotações referentes aos atendimentos prestados por profissionais de nível médio (ou seja, técnicos de Enfermagem) foram realizadas a próprio punho, em prontuário físico, armazenado no Serviço de Arquivo Médico da instituição.

5.7.3 Queda de Paciente

Incidência de queda de paciente



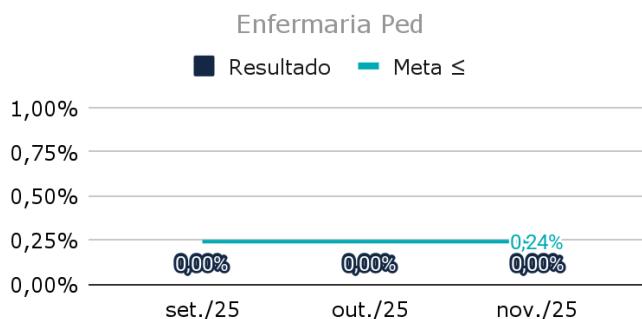
Incidência de queda

Nº de Notificações de queda de paciente Nº Paciente-dia

Análise crítica: No período avaliado não houve registro de ocorrência de queda. Seguem como planos de ação na prevenção de eventos adversos dessa natureza: A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda como manter a grade dos leitos elevadas, permanente orientação aos colaboradores e acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda a respeito das vigilância constante.

5.7.4 Incidência de Erro de Medicação

Erro de medicamentos



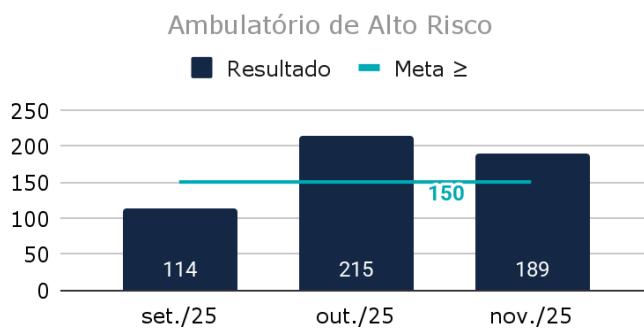
Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	300

Análise crítica: Neste período não houve inconformidade na administração de medicamentos na clínica pediátrica.

5.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco

5.8.1 Consultas de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco

Total de Consultas

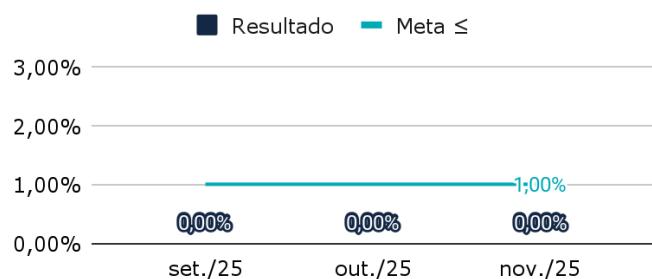


Análise crítica: No período analisado foram realizados 189 atendimentos no Ambulatório de Alto Risco, atingindo 126 % da meta contratual.

5.8.2 Queixas em Ouvidoria

Queixas em Ouvidoria

Ambulatório de Alto Risco



Ouvidoria

Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos

Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Ambulatório de Alto Risco.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade.

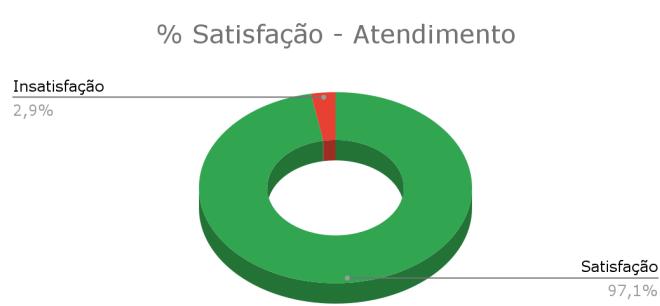
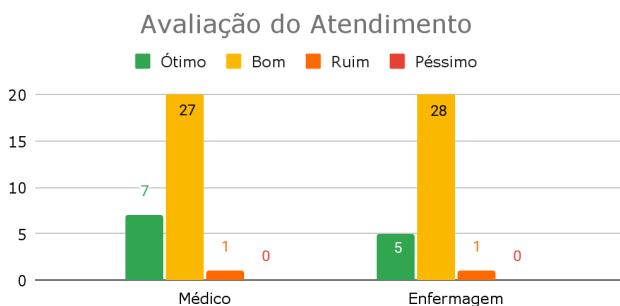
A Pesquisa de satisfação das áreas acrescentadas por termo aditivo será inserida no próximo mês.

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **136 pesquisas respondidas**, sendo **24 preenchidos no Pronto Socorro Referenciado, 57 preenchidos na Clínica médica, 35 preenchidos na Clínica Cirúrgica, e 44 na UNACON**. Esclarecemos que, neste momento no qual a prática está sendo reestruturada, tal pesquisa é amostral e, como tal, não tem por objetivo atingir a totalidade de atendimentos. Todavia, não se espera que haja prejuízos ou vieses na interpretação de seus resultados, demonstrado nos indicadores a seguir.

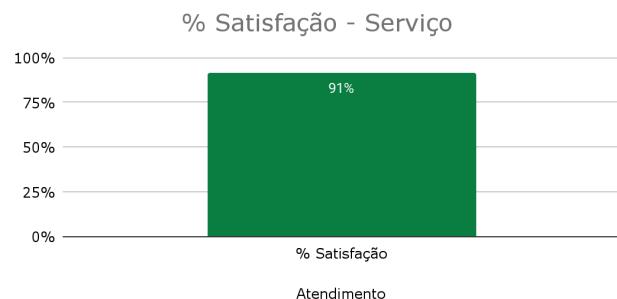
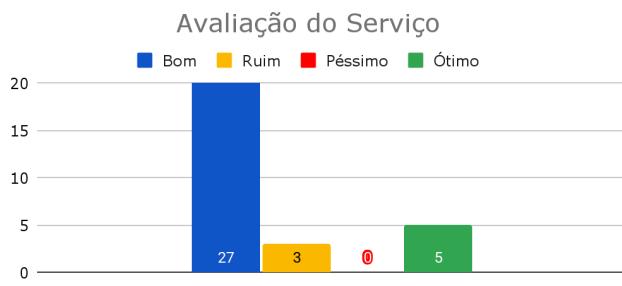
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de 97,1% (resultado “ótimo” ou “bom”), dado que evidencia uma percepção positiva ao atendimento.



6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica

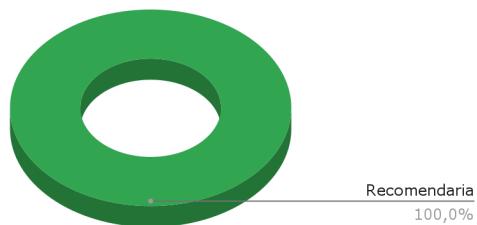
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere à agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **91%** (resultados “ótimo” ou “bom”) dos usuários.



6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários responderam positivamente.

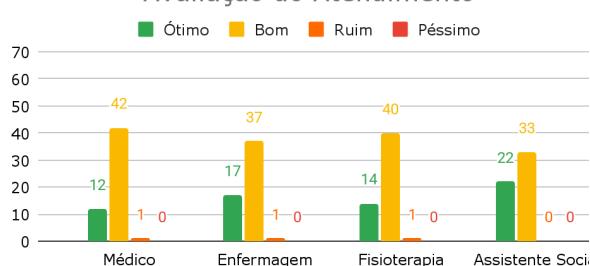
NPS



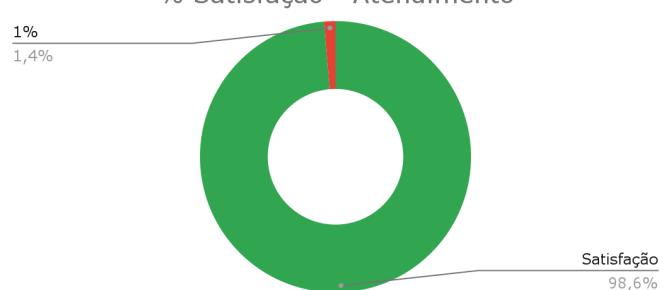
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **98,6%** (resultado “bom” ou “ótimo”), evidenciando uma percepção positiva ao atendimento.

Avaliação do Atendimento

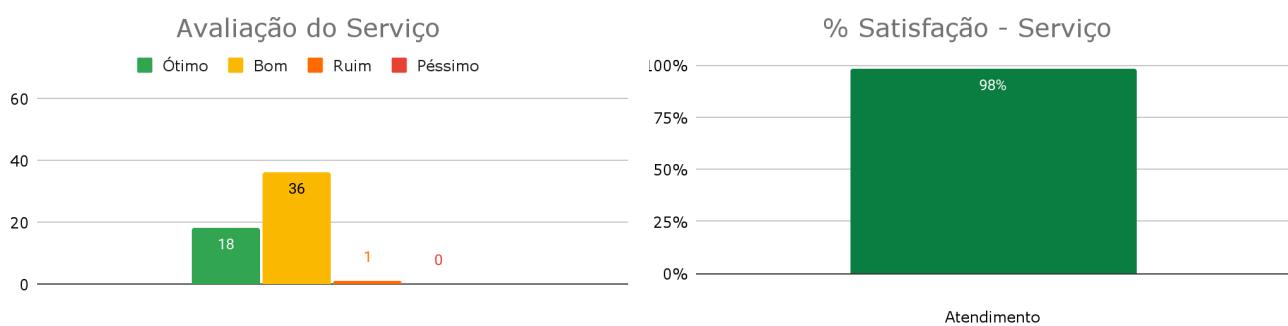


% Satisfação - Atendimento



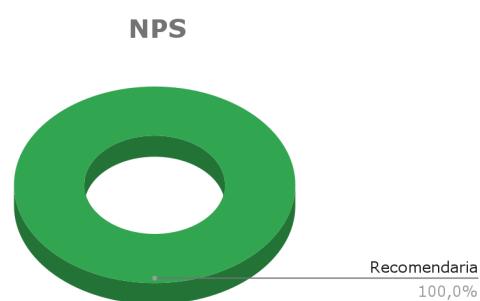
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **98%** dos usuários.



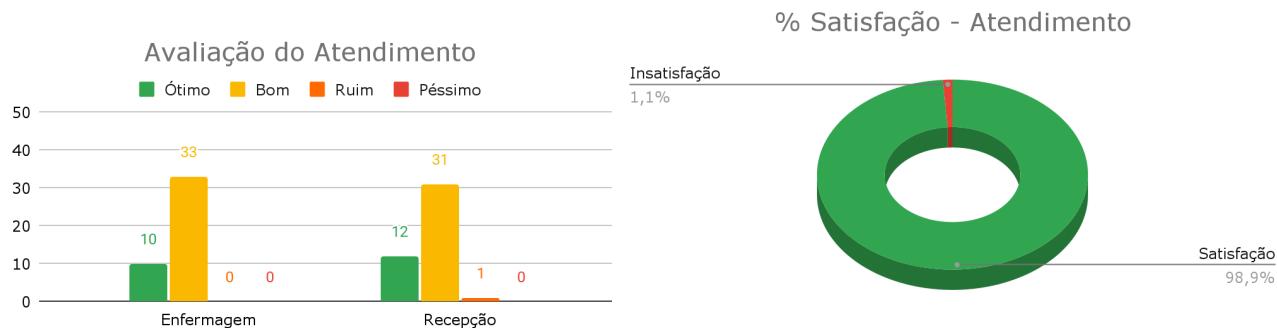
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários responderam positivamente.



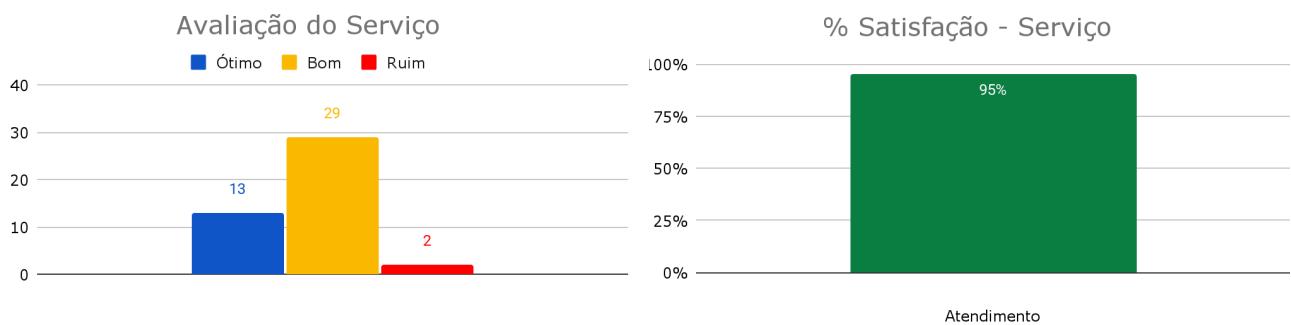
6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **98,9%** resultado “ótimo” ou “bom”), evidenciando uma percepção positiva do atendimento.



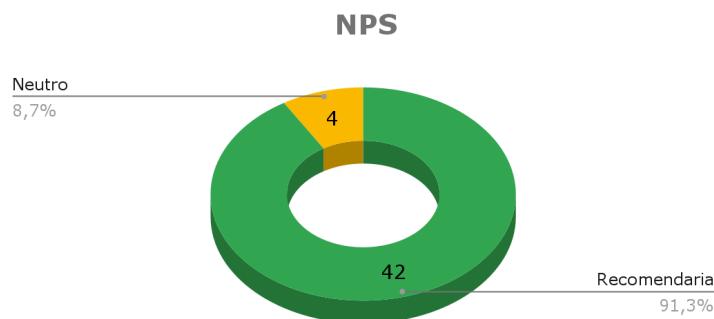
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **95%** (resultado “ótimo” ou “bom”) dos usuários.



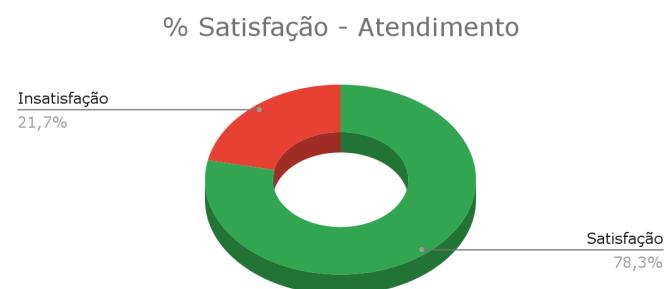
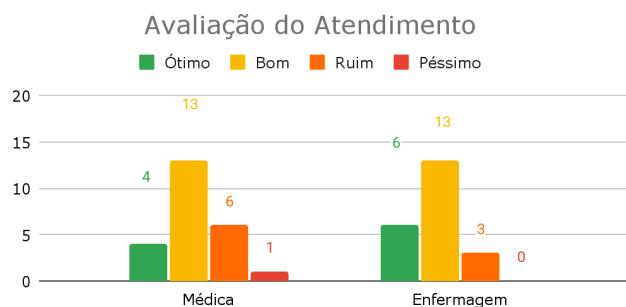
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **91,3%** dos usuários responderam positivamente.



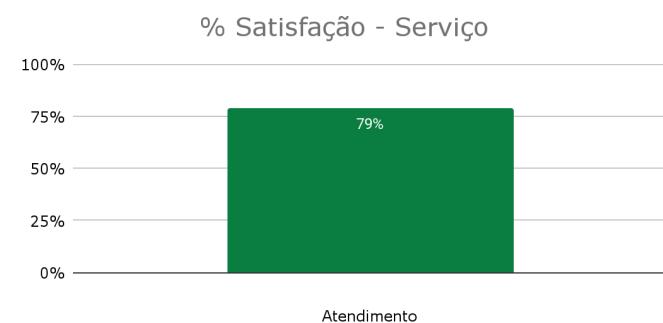
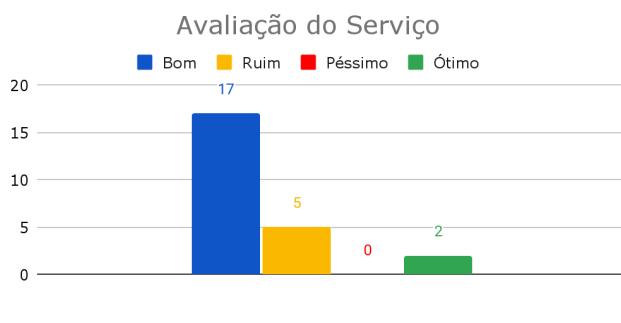
6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento médico. No período, tivemos uma satisfação de **78,3%** demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.



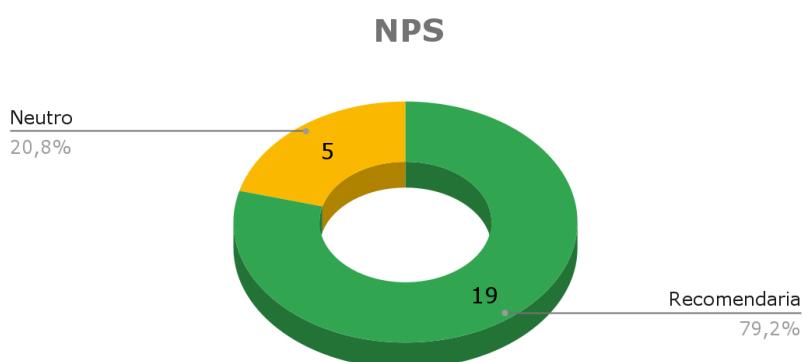
6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **79%** (resultados “bom” ou “ótimo”) dos usuários.



6.1.12 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **79,2%** dos usuários responderam positivamente.



7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

No período em questão, foram realizados alguns momentos entre profissionais e pacientes com o objetivo primordial de integrar com ênfase aos valores e à filosofia institucional do CEJAM, fortalecendo a cultura organizacional e o senso de pertencimento.

Em comemoração ao Novembro Roxo - mês dedicado à conscientização sobre a prematuridade, foi realizado um momento com as mães que estavam com seus bebês no hospital e aquelas em que seu bebe nasceu no hospital, segue imagens que demonstram essa ação:





A enfermeira Iza junto com a nutricionista Vanessa da oncologia promoveram um momento de orientação e acolhimento para as voluntárias da Associação Voluntária de Combate ao Câncer de Assis, com o objetivo de orientar sobre os cuidados e segurança do paciente. Segue imagens que demonstram essa ação:



Assis, 11 de dezembro de 2025.



Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional - CEGISS
RG 28.885.466-4
CEJAM

Adriana Cristina Alvares
Gerente Regional