

# **Relatório Finalizador de Atividades Assistenciais**

**Hospital Regional Sul**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Adulto**

**Convênio n.º 001626/2023**

**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

**COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

Juliana Torres David Pereira

**COORDENADOR DE FISIOTERAPIA**

Priscila Gonzaga Atuati

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>4</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 001626/2023	5
<b>2. PERÍODO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>3. DIMENSIONAMENTO GERAL</b>	<b>6</b>
<b>4. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>7</b>
4.1 Indicadores - Quantitativos	7
4.2 Indicadores Qualitativos	8
<b>5. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	<b>12</b>
5.1 Indicadores - Pesquisa de Satisfação	12
<b>6. GESTÃO FINANCEIRA</b>	<b>13</b>
<b>7. PARECER FINAL</b>	<b>13</b>
Apêndice 1	14
Quadro Demonstrativo Financeiro:	14
Fluxo de Caixa	14

## 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 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 001626/2023**

---

Com início no dia 10 de Janeiro de 2024, o convênio tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região, visando Gerenciamento Técnico e Administrativo de 20 (vinte) leitos de UTI Tipo II Adulto do Hospital Regional Sul.

## **2. PERÍODO DE AVALIAÇÃO**

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2025**.

### 3. DIMENSIONAMENTO GERAL

A equipe de trabalho foi composta por 73 colaboradores previsto e o executado ao longo desse período foi de 75 colaboradores, 02 acima do previsto para cobertura de férias.

Competência	Previsto em Plano de Trabalho	Efetivos no Período avaliado	Percentual de efetivação
janeiro/25	73	75	102%
fevereiro/25	73	75	102%
março/25	73	75	102%
abril/25	73	75	102%
maio/25	73	75	102%
junho/25	73	75	102%
julho/25	73	75	102%
agosto/25	73	75	102%
setembro/25	73	75	102%
outubro/25	73	75	102%
novembro/25	73	75	102%
dezembro/25	73	75	102%

## 4. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

### 4.1 Indicadores - Quantitativos

Indicador	Meta	2025											
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Saídas	60	71	69	66	65	76	67	66	70	77	97	61	77
Taxa de Ocupação	≤90%	94%	93%	97%	97%	97%	96%	97%	95%	93%	93%	97%	98%
Paciente dia	≤274	573	508	574	555	597	572	598	590	549	574	582	610
Média de Permanência (dias)	9,0	8,07	7,36	8,7	8,54	7,86	8,54	9,06	8,43	7,13	5,92	9,54	7,92

**Análise crítica:** Durante o período de vigência contratual em 2025, os indicadores assistenciais da Unidade de Terapia Intensiva foram monitorados de forma sistemática, permitindo acompanhamento contínuo do desempenho e adoção de medidas de gestão conforme necessidade. Observa-se que, ao longo do ano, a unidade apresentou períodos de conformidade com as metas estabelecidas, mantendo controle dos principais indicadores assistenciais e de segurança do paciente. Neste período no indicador média de permanência a meta não foi atingida nos meses de julho e novembro, neste último este resultado poderia ter sido ainda mais favorável, pois 58% dos pacientes de alta para enfermaria permaneceram por mais de 24 horas na UTI aguardando vaga. O número de pacientes crônicos na unidade representou 6% do paciente dia.

## 4.2 Indicadores Qualitativos

Indicador	Meta	2025											
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Taxa de Mortalidade	≤15%	23%	22%	30%	23%	22%	24%	21%	14%	29%	27%	20%	19%
Taxa de reinternação em 24h	≤ 1,00%	0%	0%	0%	2%	1%	1%	2%	0%	1%	1%	0%	0%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRS

**Análise crítica: Taxa de Mortalidade:** A taxa de mortalidade ultrapassou a meta contratual em todos os meses. A análise objetiva dos óbitos utilizando o **Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS) e o Standardized Mortality Ratio (SMR)**, ou Índice de Mortalidade Padronizado foi menor que 1 em todo esse período, atingindo uma média anual de 0,44. Um SMR consistentemente abaixo de 1 em todos os meses do ano é um feito notável e raramente alcançado. Isso significa que a mortalidade observada na UTI é significativamente inferior à mortalidade esperada para o perfil de gravidade dos pacientes internados. Reflete uma qualidade de tratamento de alto nível, indicando que a equipe da UTI possui competência técnica superior, adesão a protocolos clínicos baseados em evidências e uma capacidade extraordinária de manejar casos extremamente complexos. Mesmo diante de pacientes com prognósticos severos, a UTI consegue entregar desfechos de vida superiores aos esperados. Este é um forte testemunho da dedicação, expertise e eficácia da equipe multiprofissional.

2025	SAPS3	MORTALIDADE PREVISTA MÉDIA	MORTALIDADE REAL	SMR
JAN	65,6	54,54	23%	0,42
FEV	68,82	55,07	22%	0,39
MAR	64,75	49,98	30%	0,6
ABR	59,57	45,88	23%	0,5
MAI	54,9	36,75	22%	0,4
JUN	59,42	39,44	24%	0,61
JUL	60,67	42,97	21%	0,49
AGO	63,919	48,78	14%	0,29
SET	69,97	58,17	29%	0,5
OUT	63,76	47,4	27%	0,56
NOV	63,83	50,47	20%	0,39
DEZ	79,382	63,57	19%	0,24
MÉDIA	64,54925	49,41812249	23%	0,449167

**Taxa de Reinternação:** Apresentando 6 meses com 0% de taxa de reinternação em 24h, foram observados 2 meses com incidência de 2% e em 4 meses com 1%, atingindo ou superando a meta de  $\leq 1,00\%$ . Indicando um processo de alta bem estruturado e uma avaliação cuidadosa da condição do paciente antes da desospitalização. Baixas taxas de reinternação contribuem para a segurança do paciente.

Indicador	Meta	2025											
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	≤7,4	0%	0%	0%	0%	0%	7,3%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	≤35,83 %	32,80 %	42,91 %	47,56 %	34,41 %	40,54 %	47,90 %	23,08 %	35,76 %	30,24 %	25,78 %	24,74 %	33,44 %
Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	2,80	4,98%	4,91%	3,79%	7,72%	5,78%	7,21 %	11,55 %	0,00%	7,37 %	4,40 %	5,45%	0,00%
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	53,64%	83,57 %	80,12 %	91,99 %	77,49 %	86,93 %	53,64 %	85,36 %	86,61 %	98,91 %	79,27 %	63,06 %	75,25 %
Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical/de demora	1,93	5,78%	0%	2,94%	3,06%	2,77%	0%	8,23 %	2,48%	6,43 %	0%	0%	0%
Índice de úlcera por pressão	0,50%	0,16%	0,17%	0,31%	0,32%	0,00%	0,34 %	0,47 %	0,30%	0,48 %	0,31 %	0,31%	0,15%
Incidência de Queda de Paciente	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00 %	0,17 %	0,34%	0,00 %	0,35 %	0,00%	0,00%
Incidência de Saída não Planejada SNE/GTT	1,78%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,61%	0,83%	0,00%	1,61 %	0,93%	1,21%	0,62%
Incidência de Flebite	0,24%	0,00%	0,81%	0,00%	0,24%	0,00%	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00 %	0,33 %	0,66%	0,00%
Incidência de Perda de CVC	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,18 %	0,23 %	0,20%	0,18 %	0,00 %	0,00%	0,18%
Incidência de Perda de PICC	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%
Incidência de Extubação não Planejada	0,51%	0%	0%	0,37%	0,52%	0%	0,36 %	0%	0%	0%	0,75 %	2,33%	0,53%
Prontuários Evoluídos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100%	100%	100%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRS

**Análise crítica:** A capacidade de manter taxas de infecção zero ou muito baixas na maioria dos meses é um indicativo de uma cultura forte de controle de infecções, com protocolos bem estabelecidos e uma equipe altamente engajada na sua aplicação.

- **Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical/de demora:** Por 5 dos 12 meses, a UTI manteve uma taxa de 0% de Infecção

do Trato Urinário (ITU), superando consistentemente a meta de 1,93. Demonstrando uma adesão exemplar aos protocolos de inserção, manutenção e remoção de cateteres vesicais.

- Densidade de Incidência de IPCS relacionada ao Acesso Vascular Central: Em 2 dos 12 meses, a UTI registrou 0% de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS), mantendo-se bem abaixo da meta de 2,80%. Evidenciando a capacidade da equipe de implementar e sustentar as melhores práticas de inserção e manutenção de Cateteres Venosos Centrais (CVCs).
- Densidade de Incidência de PAV: Para a maioria dos meses (10 de 12), a taxa de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) foi de 0% ou significativamente abaixo da meta de 7,4%. Sinalizando a eficácia das medidas preventivas, como elevação da cabeceira, higiene oral e desmame precoce da ventilação mecânica.
- Índice de Úlcera por Pressão: A UTI demonstrou excelente controle sobre úlceras por pressão, com 1 mês registrando 0% e, nos demais, os índices estavam abaixo ou muito próximos da meta de 0,50%. Refletindo uma atenção proativa à avaliação de risco, mudança de decúbito, hidratação da pele e uso de superfícies de apoio adequadas.
- Incidência de Queda de Paciente: Com 0% de quedas em 9 dos 12 meses, a UTI mostra a implementação bem-sucedida de protocolos de prevenção, como avaliação de risco e ambientes seguros.
- Incidência de Flebite: Para 8 dos 12 meses, a UTI não registrou nenhum caso de flebite, superando a meta de 0,24%. Demonstrando um cuidado apurado na inserção e manutenção de acessos venosos periféricos.
- Incidência de Perda de CVC: Em 7 dos 12 meses, a UTI registrou 0% de perda de CVC, cumprindo a meta de 0,20%. Isso mostra a capacidade de assegurar a estabilidade e a integridade dos cateteres venosos centrais.
- Incidência de Extubação não Planejada: Em 6 dos 12 meses, a UTI alcançou 0% de extubações não planejadas, indicando que em metade do ano, a equipe conseguiu manter a segurança das vias aéreas com sucesso.
- Incidência de Saída não Planejada SNE/GTT: Para 6 dos 12 meses, não houve nenhuma saída não planejada, demonstrando bom manejo e segurança na fixação de sondas.

A baixa ou zero incidência de diversos eventos adversos demonstra uma cultura de segurança do paciente profundamente enraizada e uma vigilância constante por parte da equipe.

## 5. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

### 5.1 Indicadores - Pesquisa de Satisfação

Indicador	Meta	2025											
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Reclamações na ouvidoria	≤ 1,0%	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,35 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,32 %

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRS

**Análise crítica:** Um índice baixo de reclamações na ouvidoria é um indicativo de alta satisfação e confiança por parte dos clientes/usuários e de eficiência nos processos internos. Sugerindo que os problemas são proativamente identificados e resolvidos diretamente com a equipe, antes que haja necessidade de escalada para canais formais de reclamação. Esses dados são um reflexo de uma **cultura organizacional forte**, focada na qualidade do cuidado, na proatividade em lidar com as preocupações dos pacientes e familiares, e na busca contínua pela melhoria. Isso resulta em pouquíssimos motivos para insatisfação formal, consolidando a imagem de uma UTI que prioriza e entrega um atendimento humano e de excelência.

## 6. GESTÃO FINANCEIRA

Os recursos financeiros que sustentam as atividades do HRS são repassados ao CEJAM pela SES/SP, conforme acordado no Convênio. Os resultados constam no quadro em anexo (**Apêndice 1**).

## 7. PARECER FINAL

Após uma análise minuciosa do relatório de atividades finalizador, conseguimos mostrar o nosso trabalho constante, comprometimento e a dedicação de toda a equipe envolvida, desde os profissionais de saúde até a administração.

Ao longo deste período, em meio a desafios sem precedentes, demonstramos resiliência e adaptabilidade, garantindo a continuidade e a qualidade dos serviços prestados. Conseguimos alcançar as metas estipuladas em termos de atendimento, qualidade dos cuidados, eficiência operacional e satisfação do paciente.

Além disso, as iniciativas de prevenção e promoção da saúde tiveram um papel significativo na melhoria dos indicadores de saúde da população atendida. Através de programas educacionais, campanhas de conscientização, junto aos nossos colaboradores, objetivando o bem-estar e a qualidade de vida ao público atendido.



Adriana Cristina Alvares  
Gerente Técnico Regional - CEGISS  
RG 28.885.468-4  
CEJAM

# Apêndice 1

## Quadro Demonstrativo

### Financeiro:

### Fluxo de Caixa



