

Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Regional Sul

**Unidade de Terapia Intensiva
Adulto**

Convênio n.º002261/2025

Janeiro

2026

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 ENFERMAGEM

Bárbara Tatiane de Sousa Nascimento

COORDENADOR DE FISIOTERAPIA

Priscila Gonzaga Atuati

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	6
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	6
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025	8
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	8
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	8
4. FORÇA DE TRABALHO	9
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	9
4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos e Pronto Socorro- 42 leitos	9
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	10
4.2.1 Absenteísmo	10
4.2.2 Turnover	11
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	12
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	13
5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	13
5.1.1 Saídas	13
5.1.2 Paciente Dia	14
5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	15
5.2.1 Taxa de Ocupação	15
5.2.2 Média de Permanência	16
5.2.4 Taxa de Mortalidade	17
5.2.5 Taxa de Reinternação	25
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	26
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	27
5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	28
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	29
5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	30
5.2.11 Incidência de Flebite	31
5.2.12 Incidência de Queda	32
5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	33
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão	34
5.2.15 Adesão a protocolos institucionais	35
5.2.16 Prontuários Evoluídos	36
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna	37
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação	38
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco	38
5.3.2 Nº atendimento médico	39
5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)	40
5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto	40

5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO	40
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO	41
5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco	42
5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa	43
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos	44
5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados	44
5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral	45
5.4.9 Taxa de extubação acidental	45
5.4.10 Queda de Paciente	47
5.4.11 Incidência de Flebite	48
5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	49
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria	50
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	51
5.5.1 Número de atendimentos	51
5.5.2 N° de Neurocirurgias de Urgência/Emergência	52
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	53
5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)	53
5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)	54
5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos	54
5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica	56
5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia	57
5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência	58
5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais	59
5.6.8 Queixa Ouvidoria	60
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	61
5.7.1 Paciente dia	61
5.7.2 Saídas	62
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	63
5.8.1 Média de Permanência (dias)	63
5.8.2 Prontuários evoluídos	64
5.8.3 Incidência de queda de paciente	64
5.8.4 Incidência de erro de medicação	65
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	66
5.8.6 Incidência de flebite	67
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central	68
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais	69
5.8.9 Reclamações na ouvidoria	70
Análise crítica: No mês de Janeiro, não houve registro de Ouvidoria interna.	70
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	71

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	71
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI	72
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI	72
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI	73
6.1.4 Avaliação do Atendimento - PS	74
6.1.5 Avaliação do Serviço - PS	75
6.1.6 Net Promoter Score (NPS) - PS	76
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.	77

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 002261/2025

O presente termo tem por finalidade o **gerenciamento técnico e administrativo de Serviços de Saúde no Hospital Regional Sul**, abrangendo: **Serviço de Urgência e Emergência (Pronto Socorro) nas especialidades de Clínica Médica e Neurocirurgia adulto e pediátrico, Leitos de Retaguarda (clínicos e cirúrgicos) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. O escopo inclui o atendimento médico, de enfermagem, fisioterapia e atividades administrativas, garantindo uma oferta adequada em termos quantitativos e qualitativos, por meio de equipe multidisciplinar composta por profissionais plantonistas e diaristas. Serviços Assistenciais no Hospital Regional Sul (HRS), relacionados à **Linha Integrada de Cuidado de Pacientes Clínicos, Cirúrgicos e Críticos**, com a seguinte estrutura física disponível:

- Serviço de Urgência e Emergência nas especialidades de Clínica Médica e Neurocirurgia Adulto e Pediátrico, incluindo 2 leitos de emergência e 2 leitos de observação;
- 42 leitos de Retaguarda do Pronto-Socorro, distribuídos em: 22 leitos cirúrgicos, 15 leitos clínicos e 5 leitos da Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo Tipo II);
- 20 leitos de UTI Adulto.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas neste convênio são monitoradas por sistema de informação (INPUT) e planilhas em excel para consolidação dos dados.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de janeiro de 2026**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho é de trezentos e nove (309) colaboradores, sendo 268 contratados por processo seletivo (CLT) e 41 contratados no regime PJ

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos e Pronto Socorro- 42 leitos

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	Coordenador de Fisioterapia (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	33	28	↓
	Enfermeiro (36h) - noturno	33	29	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	90	87	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	90	73	↓
	Coordenador de Enfermagem (40h)	2	2	✓
Administrativo	Analista de RH (40h)	1	1	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	17	14	↓
	Jovem Aprendiz (30h)	0	0	✓
Total		247	218	↓

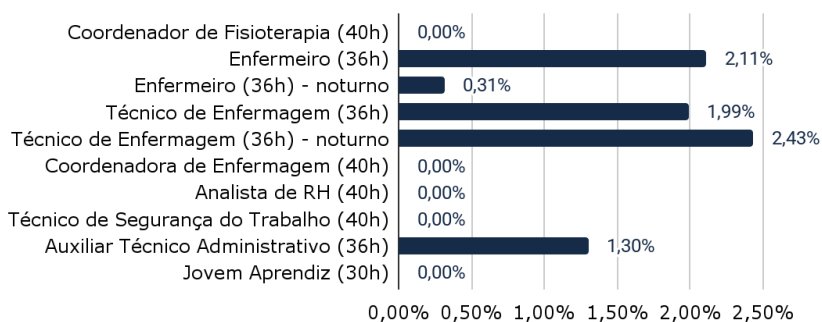
Análise Crítica: Durante o mês de Janeiro, trabalhamos com 88,05% da previsão de colaboradores efetivos, conforme o estabelecido no plano de trabalho.

No mês de janeiro, houve ampliação do quadro da equipe da UTI em decorrência de um novo convênio no dia 01/01/2026. Nos dias 12 e 13 de janeiro de 2026, ocorreu a implantação do Pronto-Socorro com as seguintes contratações: 01 Analista de RH, 14 auxiliares administrativos, 01 técnico de segurança do trabalho, 57 enfermeiros e 160 técnicos de enfermagem.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

Absenteísmo

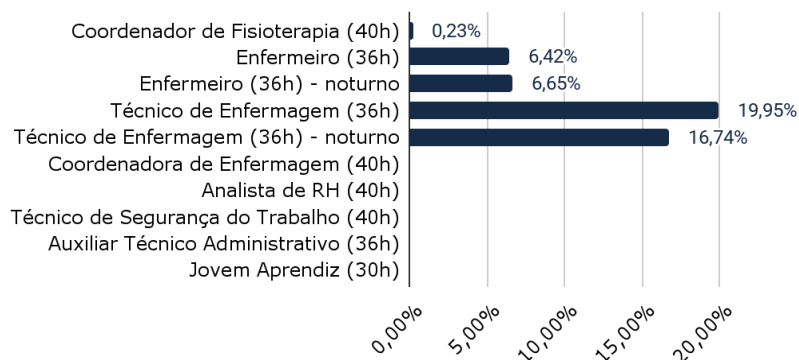


Análise Crítica: Entre os 268 colaboradores CLT foram identificadas 96 dias (noventa e seis) de ausências, sendo 56 (cinquenta e seis) faltas injustificadas e 40 (quarenta) justificadas por meio de atestado médico.

Em todas as ausências não houve prejuízo à assistência contínua ao paciente, pois os colaboradores ativos foram remanejados fazendo assim a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes nas UTIs.

4.2.2 Turnover

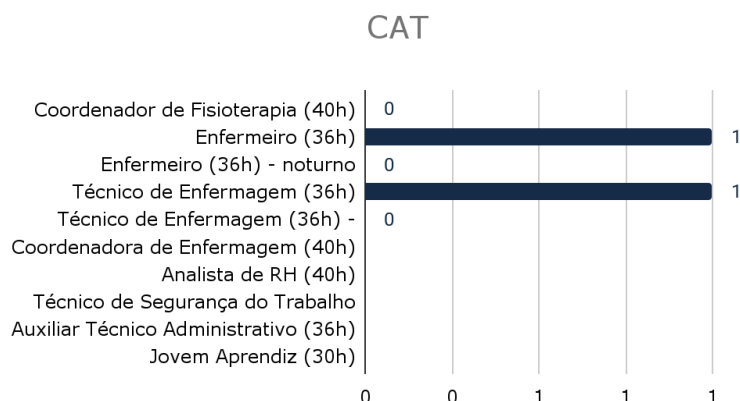
Turnover



Análise Crítica: Durante o mês de Janeiro, trabalhamos com 88,05% da previsão de colaboradores efetivos, conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Temos 02 afastamentos devido extensão à maternidade, sendo 01 técnico de enfermagem A.G.N no dia 16/01/2026 e 01 enfermeira F. C. C no dia 26/01/2026. Temos 20 vagas em aberto para técnico de enfermagem e 10 vagas para enfermeiro.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

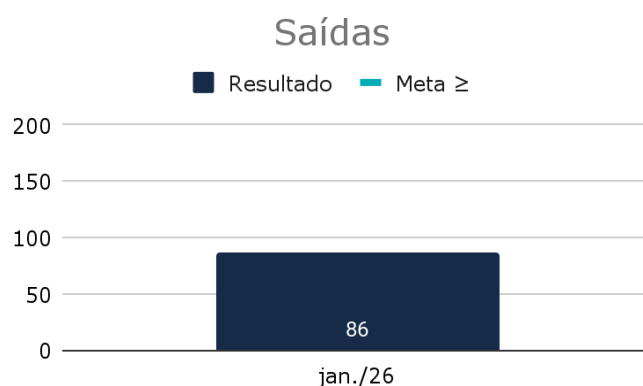


Análise Crítica: No mês de Janeiro, houveram duas aberturas de CAT. O primeiro caso ocorreu no dia 04/01/2026, com a enfermeira M. M. A. S, relatou que estava realizando procedimento com o paciente e o mesmo mordeu o dedo da colaboradora, estava com luva de procedimento, paciente apresentou sangramento na boca Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação sem necessidade de afastamento médico e liberada para retomar suas atividades. O segundo caso ocorreu no dia 21/01/2026, com a técnica de enfermagem M. H. V, relata que estava saindo da estação do metrô e virou pé direito, chegou ao hospital relatando dor e inchaço. Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação e afastamento médico de 03 dias, no retorno a suas atividades, não apresentou melhoras sendo realizado afastamento de 07 dias, novamente houve tentativa de retorno sem sucesso, sendo necessário avaliação com especialista e afastamento de 05 dias.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)

5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Evasão	0
Alta	1
Transferência Interna	62
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	22
Total	86

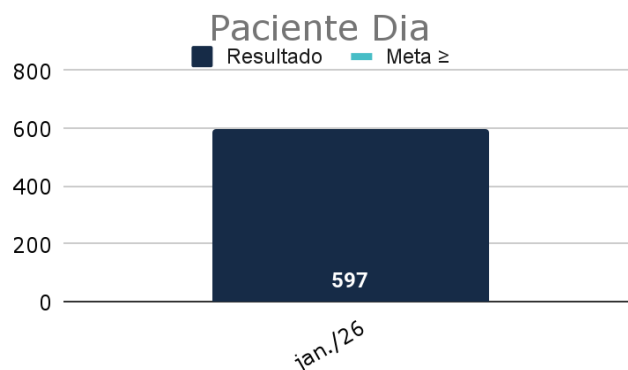
Análise Crítica: Durante o mês de Janeiro, foram atingidas 86 saídas, acima da meta contratual. Desse total, 72,1% (62 casos) corresponderam a transferências internas para a enfermaria por alta melhorada; 1,2% (1 caso) com alta direta para casa, 1,2%, (1 caso) com transferência externa e 25,6% (22 casos) de óbitos após 24 horas de internação. Não houveram casos de evasão ou alta a pedido.

Referente à alta direto para a casa: paciente G.C.M, 74 anos, sexo masculino, com diagnóstico de BAVT e antecedentes de DAC, HAS, dislipidemia, PO tardio de

revascularização (2025) e IAM há 38 anos. Proveniente da UPA Santo Amaro devido a queixa de tontura sem dor torácica, relatou 3 IAM com revasc e transferido para UTI para avaliação cardíaca em 09/01/2026. No período de internação, manteve estabilidade hemodinâmica e realizou MCP definitivo. Paciente em bom estado geral, teve alta direto para casa em 25/01/2026, após orientação médica e para acompanhamento da especialidade.

Referente à transferência externa: paciente J.P.S, 69 anos, sexo masculino, SAPS 3=58, mortalidade 43%, com diagnóstico de AVE tromboembólico e oclusão de artéria basilar com antecedentes DM, HAS e dislipidemia, foi admitido na UTI em 21/01/2026 encaminhado da reta após ser trombolizado. Admitido IOT em VM, com parâmetros elevados, foi transferido para o HC no dia 22/01/2026.

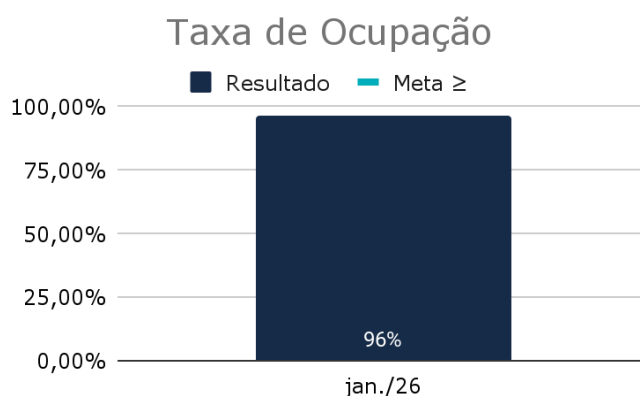
5.1.2 Paciente Dia



Análise crítica: No mês de Janeiro, o paciente dia foi de 597, ultrapassando a meta contratual. Todas as demandas de solicitação de vagas recebidas foram contempladas conforme disponibilidade de leito, sem recusas de vagas. Dos pacientes internados na UTI 1, 60% foram pacientes clínicos e 40% pacientes cirúrgicos. Na UTI 2, 49% foram pacientes clínicos e 51% pacientes cirúrgicos.

5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)

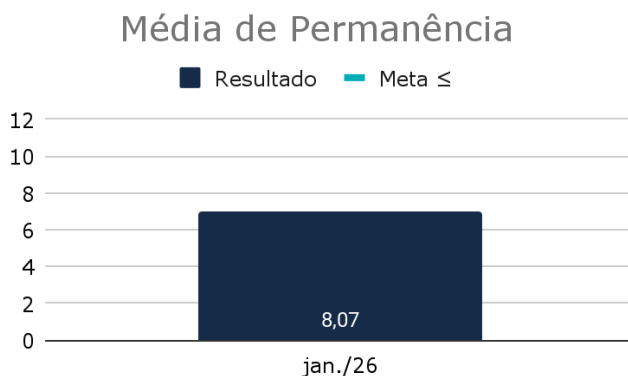
5.2.1 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
597	620

Análise crítica: No mês de Janeiro foi atingida uma **taxa de ocupação de 96%**, acima da meta contratual. O fluxo de gerenciamento de leitos e aceite de vagas para as UTIs têm sido efetivos e não houve atraso ou recusa de vagas externa ou interna.

5.2.2 Média de Permanência

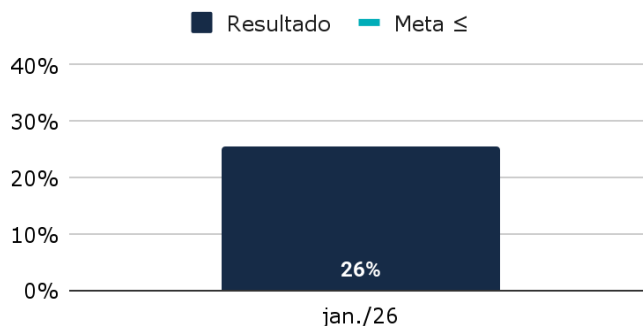


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
597	86

Análise crítica: No mês de Janeiro, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de 6,98 dias, acima da meta contratual. Apesar de positivo, este resultado poderia ter sido ainda mais favorável, pois 31,16% dos pacientes de alta para enfermaria permaneceram por mais de 24 horas na UTI aguardando vaga. O número de pacientes crônicos na unidade representou 4,26% do paciente dia.

5.2.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total



Nº Óbitos	Nº de Saídas
22	86

Análise crítica: No mês de Janeiro, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 26%, acima da meta contratual. A análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS) e o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Índice de Mortalidade Padronizado, demonstram que a **mortalidade esperada** no mês de janeiro para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul era de **43,68%** enquanto a **mortalidade real foi de 26%**. Isso resultou em um **SMR de 0,47** indicando que a **mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes**. Em números absolutos, foram vinte e dois óbitos nas duas UTIs, nenhum com menos de 24 horas de internação e três pacientes em cuidados paliativos.

Os casos de óbitos de pacientes que estavam em **cuidados paliativos** foram: Paciente D.O.L, 71 anos, sexo masculino, SAPS 3= 66, mortalidade= 56,80%, com admissão na UTI em 08/01/2026 com hipótese diagnóstica de AVCH e antecedentes HAS, proveniente da UPA Santo Amaro com história de hemiplegia à esquerda hoje e em uso de nupride; apresentou quadro de insuficiência respiratória em 10/01 o qual foi IOT e acoplada em VM, instável hemodinamicamente e com cuidados neuroprotetores, foi tomada conduta

conservadora por avaliação do neurocirurgião. Mantendo quadro em choque refratário, evoluiu a óbito no dia 27/01/2026 às 07h12.

Paciente M.C.N, 59 anos, sexo masculino, SAPS 3= 48, mortalidade= 20,51%, com admissão na UTI em 10/01/2026 com hipótese diagnóstica de glioblastoma multiforme e nega antecedentes. Proveniente da UPA com quadro de hemiplegia em hemicorpo esquerdo, com quadro anterior há 30 dias com cefaléia intensa, vômitos esporádicos e perda de força progressiva foi transferido para esta unidade para abordagem cirúrgica. Manteve em acompanhamento da neuro e em cuidados paliativos, evoluiu disfunção de múltiplos órgãos e óbito no dia 30/01/2026 às 06h30.

Paciente N.F.F, 78 anos, sexo masculino, SAPS 3= 82, mortalidade= 87,75%, com admissão na UTI em 18/01/2026 com hipótese diagnóstica de Edema agudo de pulmão, LT em pé esquerdo (bolhas em perna direita) e sepse de foco cutâneo, com antecedentes HAS, IC, DM e ex-tabagismo. Encaminhado a essa unidade com Glasgow 15 e uso de CNO2 2l/min, adentrou a UTI hemodinamicamente instável em uso de DVA, apresentou piora clínica por sepse com RNC e foi IOT em 18/01, evoluindo com PA inaudível e PCR o qual realizado RCP com retorno no 3º ciclo. Mentido em VM, sedado e com DVA, manteve quadro grave e em cuidados paliativos, evoluiu a óbito em 30/01/2026 às 16:55h.

Os **demais pacientes** evoluíram com deterioração clínica apesar da terapêutica empregada: Paciente J.A.O, 69 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 71, mortalidade prevista = 72,75%, com admissão na UTI em 11/12/2025 com hipótese diagnóstica de Síndrome hepatorenal com LRA, encefalopatia urêmica? e sepse de foco a esclarecer e como antecedentes, HAS, IAM em 03/25 e marcapasso em 07/2025. Veio encaminhado da reta por quadro de confusão mental e vômitos há alguns dias com piora das funções diárias ao início dos sintomas. Em uso de nora, vasopressina e dobutamina, manteve em MNR com 10l/min e períodos em ar ambiente. No decorrer da internação foi realizado desmame gradativo das DVA's, sendo retornado devido à instabilidade

hemodinâmica. Devido a piora do quadro clínico, foi IOT no dia 31/01/2025 e mantendo gravidade do quadro clínico, no dia 01/01/2026 apresentou PCR sendo realizado RCP sem retorno e constatado óbito às 01h41.

Paciente A.R.S, 75 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 85, mortalidade prevista = 90,25%, com admissão na UTI em 26/12/2025 com hipótese diagnóstica de IAM SST e PCR revertida (1ª 5 ciclos e 2ª 1 ciclo, BCP A/E e antecedentes ICC, HAS, DM, IAM há 3 anos, AVC e tabagismo. Veio encaminhado da UPA Campo Limpo, devido ao quadro de dispnéia, mal-estar geral, náuseas e vômitos evoluindo para dor torácica restroesternal e PCR em AESP com reversão em 5 ciclos e 1 ciclo, sendo trazido este serviço por vaga zero. Admitido IOT, em VM em uso de DVA, apresentou instabilidade hemodinâmica no decorrer do período, mantendo Glasgow 6T, apresentou choque cardiogênico e PCR, sendo iniciado RCP e realizado MC com retorno, porém com nova PCR em assistolia e após 10 ciclos, constatado óbito em 01/01/2026 às 19h27.

Paciente A.S.O, 55 anos, sexo masculino, SAPS 3= 119, mortalidade= 96%, com admissão na UTI em 13/12/2025 com hipótese diagnóstica de Encefalopatia hepática (West Haven grau 2), DRC não dialítico agudizada, pneumonia e antecedentes HAS, DPOC, cirrose hepática (Child A) e ex tabagista. Veio encaminhado do PS por RNC AMA Capão Redondo por quadro de confusão mental a/e. Devido a RNC e perda de proteção de via aérea, foi IOT em 14/12/2025 com progressão do desmame ventilatório e melhora do quadro clínico, teve alta para enfermaria com retorno à UTI em 29/12/2025, proveniente do PS. Em estado grave, foi IOT no dia 02/01/2026 por sangramento de VO, agitação intensa evoluindo para PCR sem retorno e constatado óbito no mesmo dia, às 21h30.

Paciente A.R.P.N, 63 anos, sexo feminino, SAPS 3= 99,40, mortalidade= 157%, com admissão na UTI em 31/12/2025 com hipótese diagnóstica de hepatocarcinoma, cirrose hepática, síndrome consuptiva e derrame pleural paraneoplásico e antecedentes HAS e etilismo. Proveniente do PS IOT, com parâmetros ventilatórios altos, em uso de DVA em estado gravíssimo. Evoluiu

para choque hipovolêmico, cianose em extremidades, instável hemodinamicamente e constatado óbito em 02/01/2026 às 20h08.

Paciente M.A.F, 60 anos, sexo feminino, SAPS 3= 84, mortalidade= 89,40% , com admissão na UTI em 07/01/2026 com hipótese diagnóstica de Sepse de foco abdominal e antecedentes tabagismo. Encaminhada do CC para a UTI pós laparotomia por suspeita de abdômen agudo obstrutivo e observado quadro compatível com isquemia e impossibilidade de abordagem cirúrgica. Em estado gravíssimo, no CC apresentou episódio de taqui supra ST revertido com adenosina, mantendo IOT e em parâmetros elevados na UTI, constatado óbito às 00h44 DE 08/01/26.

Paciente M.L.O.S, 77 anos, sexo feminino, SAPS 3= 98, mortalidade= 96,39%, com admissão na UTI em 01/01/2026 com hipótese diagnóstica de diarreia a/e e choque cardiogênico, antecedentes HAS, DM e ICFER 31%. Admitida na UTI por quadro de hipotensão com diarreia (23 episódios), em uso de nora e vasopressina, com CNO2 4l/min, taquipneia e dessaturação com desconforto para se comunicar. Foi IOT e VM em parâmetros elevados, apresentou em 02/01/2026 IAM com SST revertida, mantendo instabilidade hemodinâmica mesmo em uso de DVA, apresentou piora do quadro clínico e óbito em 09/01/2026 às 20h15.

Paciente A.H.C, 64 anos, sexo masculino, SAPS 3= 90, mortalidade= 93,36%, com admissão na UTI em 01/01/2026 com hipótese diagnóstica de choque séptico de foco pulmonar e DPOC exacerbado e antecedentes HAS, DM e DPOC, tabagismo e etilismo. Familiares relatam que o paciente ingeriu metanol há poucos dias. Proveniente do PS IOT e em VM, com quadro de choque e em uso de DVA, em estado gravíssimo, manteve quadro clínico agravado com piora súbita do ECG evoluindo para PCR em seguida, realizado RCP em 5 ciclos sem retorno. Óbito em 11/01/2026 às 01:50h.

Paciente A.M.S, 66 anos, sexo masculino, SAPS 3= 75, mortalidade= 79,40%, com admissão na UTI em 31/12/2025 com hipótese diagnóstica de PO Correção de aneurisma roto de aorta abdominal infra-renal, DRC agudizada e

antecedentes HAS, DM e DRC dialítica. Encaminhado do CC para a UTI em 31/12/2025, iria fazer a cirurgia de forma eletiva, porém houve a ocorrência de queda da maca na enfermaria em 30/12/2025 e houve o rompimento do aneurisma. Admitido IOT, em VM, manteve instabilidade hemodinâmica durante o período de internação, acompanhado pela especialidade da cirurgia, evoluiu a óbito em 15/01/2026 às 15h40.

Paciente J.M.A, 78 anos, sexo masculino, SAPS 3= 82, mortalidade= 87,75%, com admissão na UTI em 11/01/2026 com hipótese diagnóstica de Choque séptico, anemia aguda secundária a sangramento digestivo baixo, doença renal crônica dialítica, suspeita de foco urinário e AVEI prévio e antecedentes HAS, DRC dialítica, FA crônica, IC, Cardiopatia isquêmica (cateterismo há 3 anos), hiperplasia prostática benigna e tabagismo. Admitido na UTI em 11/01/2026 proveniente do PS, por quadro de choque e sangramento retal associado a hematúria. Em 15/01/2026, apresentou bradicardia com administração de atropina sem reversão, constatado óbito às 22h20.

Paciente R.C.M, 59 anos, sexo feminino, SAPS 3= 74, mortalidade= 77,88%, com admissão na UTI em 21/12/2025 com hipótese diagnóstica de Intoxicação exógena por chumbinho com antecedentes de síndrome do pânico com 2 tentativas de suicídio, TDM/transtorno ansioso. Veio encaminhada da UPA IOT por síndrome colinérgica e 2º tentativa de autoextermínio, chegou por vaga zero no PS e foi admitida na UTI em 21/12/2025. Realizado desmame ventilatório e extubação porém foi IOT em 30/12/2025 devido a desconforto respiratório e não tolerância de VNI, manteve grave estado geral, instável hemodinamicamente em uso de DVA, com TQ realizada em 13/01/2026 com parâmetros ventilatórios e DVA elevados, com desmame ventilatório difícil, constatado óbito em 16/01/2026 às 17h20.

Paciente J.C.A, 63 anos, sexo masculino, SAPS 3= 54, mortalidade= 33,08%, com admissão na UTI em 11/01/2026 com hipótese diagnóstica de sepse a/ e e DRC dialítico, com antecedentes de HAS e DM. Proveniente da UPA por náuseas, vômitos associados a evacuação pastosa e perda de apetite. Manteve sonolento

em uso de CNO2 e apresentando confusão em tempo e espaço em alguns momentos, iniciado CNO2 2l/min e em 18/01/2026, apresentou RNC sendo IOT e uso de DVAs em altas doses, apresentou PCR e choque cardiogênico pós IAM sem SST, constatado óbito às 08h00, na mesa data.

Paciente C.S, 55 anos, sexo feminino, SAPS 3= 75, mortalidade= 79,4%, com admissão na UTI em 02/01/2026 com hipótese diagnóstica de PO amputação transfemoral em MIE, OAA ilíaco-femoral bilateral com LT em antepé E com infecção associada, isquemia de necrose de 2 e 3 PDD + LT m calcâneo e maléolo MID e antecedentes de HAS, AVCi prévio, 6 IAM prévios (último do 2º semestre de 2025) e fibrilação atual. Encaminhada do Hospital Pedreira para o CC, admitida na UTI sonolenta, confusa com CNO2 2l/min, mantendo bradicardia e IOT em 02/01/2026, mantendo parâmetros ventilatórios e drogas vasoativas elevadas, com desconforto respiratório por broncoespasmo e piora do quadro clínico, apresentou bradicardia com reanimação química sem sucesso. Óbito em 19/01/2026 às 02h00.

Paciente N.B.M.M, 60 anos, sexo feminino, SAPS 3= 58, mortalidade= 42,90%, com admissão na UTI em 05/01/2026 com hipótese diagnóstica de IRP por DPOC exacerbada e antecedentes de HAS e DPOC. Com uso de O2 domiciliar exacerbou DPOC e foi encaminhado a outro serviço sem melhora com VNI. Foi intubada e em uso de DVA, encaminhada para este serviço e admitida na UTI IOT e em VM, com quadro estável. Foi extubada em 08/01 e devido a piora do desconforto respiratório e quadro de broncoespasmo, foi re-iot no mesmo dia. No decorrer da internação apresentou piora clínica e foi constatado óbito em 20/01/2026 às 09h00.

Paciente J.H.C, 49 anos, sexo masculino, SAPS 3= 60, mortalidade= 47,90%, com admissão na UTI em 15/01/2026 com hipótese diagnóstica de PO de amputação TF a direita, DAOP ilíaco-femural à direita e antecedentes DM e DPOC. Admitido na UTI sob IOT e VM, sem DVA, foi extubado em 16/01 e mantido em aa. Foi reabordado pela cirurgia vascular em 20/01/2026, retornando à UTI IOT, evoluindo com TEP e PCR sendo reanimado por 95 minutos

e introdução de nora, dobuta e adrenalina após retorno de circulação. Apresenta quadro refratário ao sangramento e ao procedimento de trombólise e constatado a óbito às 20h30h em 20/01/2026.

Paciente E.E.V, 74 anos, sexo feminino, SAPS 3= 80, mortalidade= 85,75%, com admissão na UTI em 15/01/2026 com hipótese diagnóstica de Choque séptico de foco cutâneo e pulmonar e antecedentes HAS, HIVA, epilepsia, depressão, demência e AVC prévio. Proveniente do PS IOT e em VM, em estado grave, foi RE-iot em 21/01 por dessaturação e desconforto respiratório e evoluiu com PCR em assistolia às 16h20, sendo realizado RCP conforme protocolo ACLS com retorno, mantendo DVA em altas doses. Mantendo dose teto de DVA em concentração dobrada, constatado à óbito às 23h20, no mesmo dia.

Paciente A.M.M, 74 anos, sexo feminino, SAPS 3= 85, mortalidade= 90,25%, com admissão na UTI em 22/01/2026 com hipótese diagnóstica de PO correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal e antecedentes HAS e IAM prévio recente com realização de CATE. Proveniente do CC IOT, em VM com parâmetros elevados e em uso de DVA. Mantendo em estado gravíssimo desde a admissão na UTI, sedada e com DVA em dose dobrada, apresentou piora clínica e evoluindo para choque cardiogênico e PCR com RCP acima de 30 minutos sem retorno circulatório, constatado o óbito em 24/01/2026 às 10h30.

Paciente C.B.A, 89 anos, sexo feminino, SAPS 3= 68, mortalidade= 68,88%, com admissão na UTI em 20/01/2026 com hipótese diagnóstica de Sepse, ITU e BCP aspirativa? e antecedentes HAS, DM e obesidade grau 2. Proveniente do PS por celulite de MMII e lesão em região genital, deu entrada confusa devido ao quadro infeccioso e queixando de dor intensa em membros inferiores, manteve em uso de MNR com 15l/min, porém apresentou queda de SpO2, desconforto respiratório e RNC, foi IOT em 24/01/2026, com quadro clínico instável e gravíssimo, progrediu com choque séptico por quadro de erisipela e óbito constatado em 26/01/2026 às 10h00.

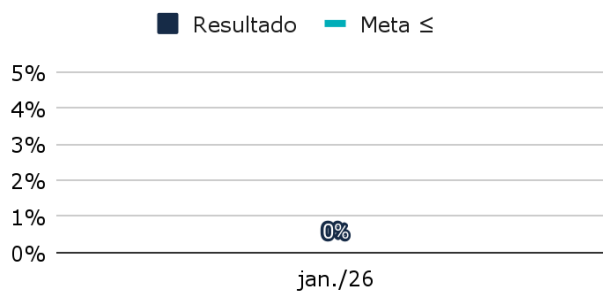
Paciente J.V.V.S, 68 anos, sexo masculino, SAPS 3= 74, mortalidade=77,88%, com 2º admissão na UTI em 22/01/2026 com hipótese diagnóstica de Choque

séptico de foco pulmonar, pneumonia broncoaspirativa, infecção de corrente sanguínea e suspeita de AVC e antecedentes HAS, ICC, AVC (3 prévias), IAM (2 prévias) e institucionalizado. Proveniente inicialmente da UPA de Santo Amaro em 29/11/2025 por desvio de rima para o lado esquerdo e admitido na UTI, mantendo todos os cuidados necessários para a melhora do quadro clínico, teve alta para enfermaria em 19/01/2026 retornando à UTI em 22/01/2026, proveniente da sala de choque. Admitido com TQ em VM, realizada troca de TQ em 25/01, mantendo eupneico com progressão de desmame de O2, apresentou quadro de PCR com RCP com desfibrilação sem resposta. Óbito constatado em 28/01/2026 às 23h30.

Paciente M.L.F, 78 anos, sexo feminino, SAPS 3= 62, mortalidade= 52,90%, com admissão na UTI em 23/01/2026 com hipótese diagnóstica de sepse abdominal, choque hipovolêmico, IRC agudizada e DM descompensada e antecedentes HAS, DM, neoplasia de mama com cirurgia e IRC, veio encaminhada da UPA Vergueiro por vaga zero. Em acompanhamento do quadro clínico e mantendo gravidade, foi IOT em 28/01/2026 por desconforto respiratório e RNC com piora progressiva, apresentou quadro de choque refratário, com DVA em alta vazão apresentou PCR com retorno, porém apresentou uma nova PCR em assistolia, sem retorno. Óbito constatado em 28/01/2026 às 05h55.

5.2.5 Taxa de Reinternação

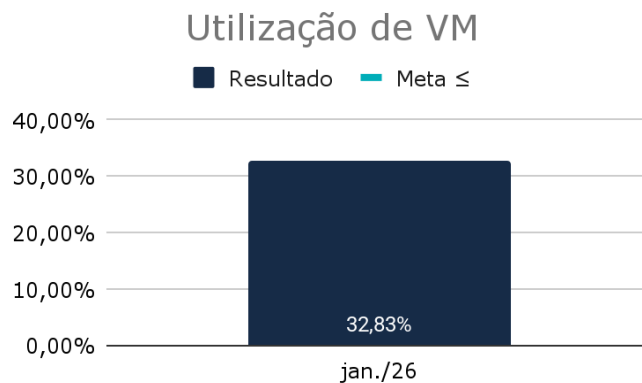
Reinternação em 24h



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	86

Análise crítica: Não houveram casos de reinternação em menos de 24 horas de alta da UTI, o que representou uma incidência de 0%, dentro da meta contratual.

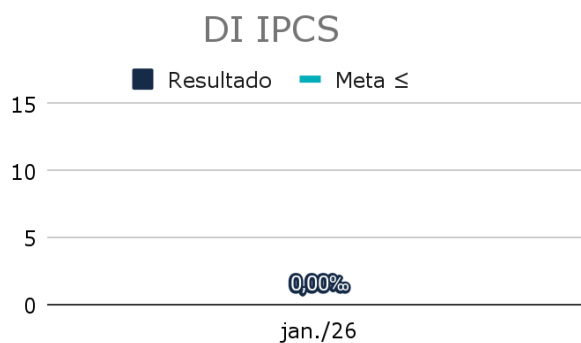
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
196	597

Análise crítica: No mês de Janeiro, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 32,83%, abaixo da meta contratual, apesar do aumento complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 58,61% neste mês e 63,83% no mês anterior. O *Safety Huddle* e a visita multiprofissional realizada à beira do leito são fatores relevantes no sucesso dessa meta, por otimizar o tempo e a utilização dos recursos, além de direcionar de maneira mais assertiva a condução do quadro clínico dos pacientes.

5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central

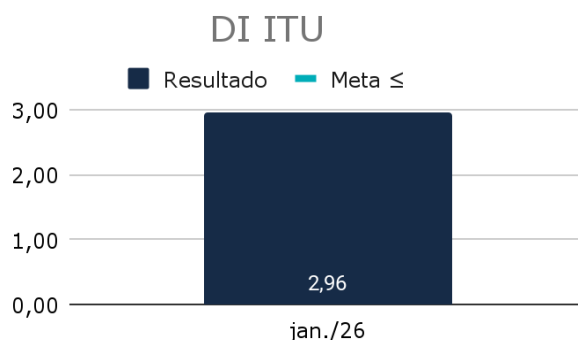


Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	414

Análise crítica: No mês de Janeiro não houve incidência de IPCS.

5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

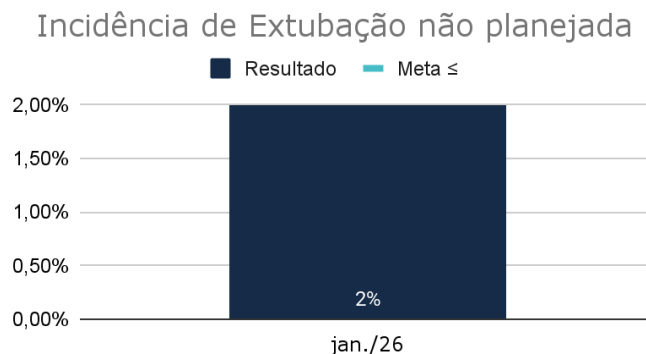
relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
1	338

Análise crítica: No mês de Janeiro, houve um novo caso de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora, o que representou uma densidade de 2,96, abaixo da meta contratual. Paciente M. N. S., 57 anos, sexo feminino, internada na UTI em 03/01/2026, com hipótese diagnóstica de TEP, TVP, antecedente HAS, DM, IC, AVE Prévio, Amputação Transtibial Direita, que utilizava cateter vesical de demora desde 19/01/2026 devido a diminuição do débito urinário. Em 27/01/2025, a paciente fez um pico febril, taquicardia, piora dos exames laboratoriais, aberto Protocolo de Sepsis, optou-se por coletar urocultura e o resultado foi positivo para *Klebsiella Pneumoniae*. Iniciado com antibioticoterapia com tazocin e vancomicina. O paciente evoluiu para óbito na UTI em 06/02/2026.

5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal

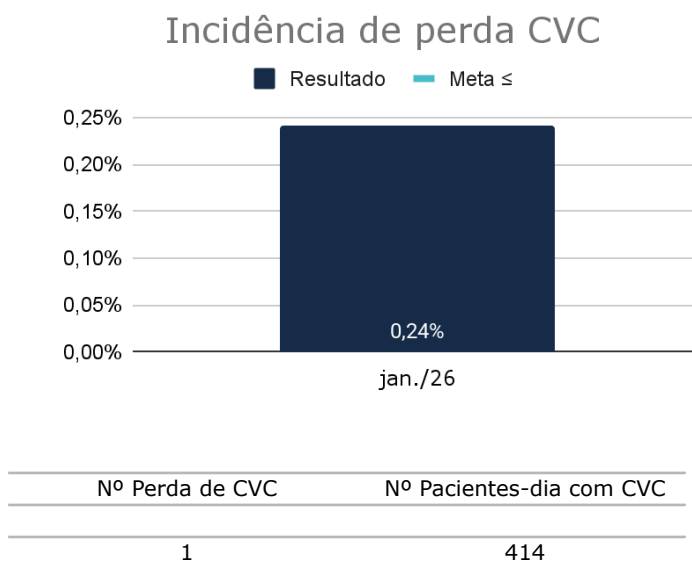


Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
1	200

Análise crítica: No mês de Janeiro, a incidência de extubação não planejada foi de 0,5%, pois houve um caso de extubação não planejada.

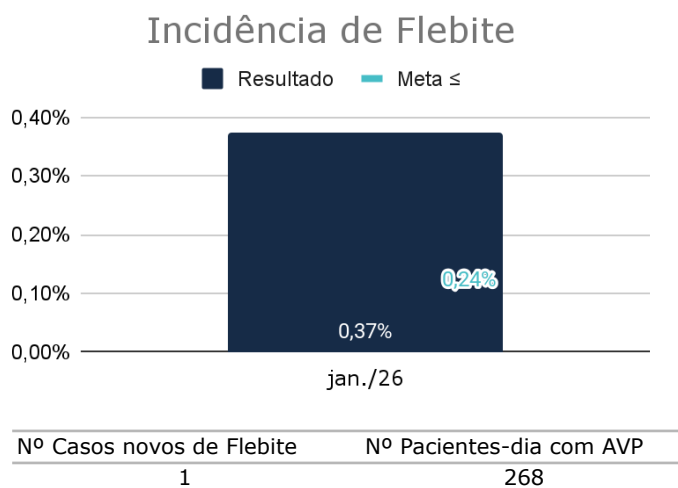
Paciente V.A.S, 69 anos, sexo masculino, SAPS 3= 45 , mortalidade prevista=15,54%, admitido na UTI em 19/01/2026, com diagnóstico de Insuficiência Respiratória, Amputação Transtibial á esquerda, antecedentes HAS. Estava IOT desde 15/01/2026 e devido a agitação psicomotora, extubou-se em 19/01/2026, permanecendo extubado.

5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)



Análise crítica: No mês de Janeiro, houve um caso de perda de cateter venoso central, que representou uma incidência de 0,25%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 20/01/2026, com a paciente R. V. B., 33 anos, sexo masculino, que estava internado por Politrauma Moto x Onibus, nega antecedente, o paciente permanecia lúcido e colaborativo, mas apresentou episódio súbito de agitação psicomotora e traciona propositalmente o cateter venoso central, realizado punção venosa em membro superior direita e recebeu alta no dia 21/01/2026.

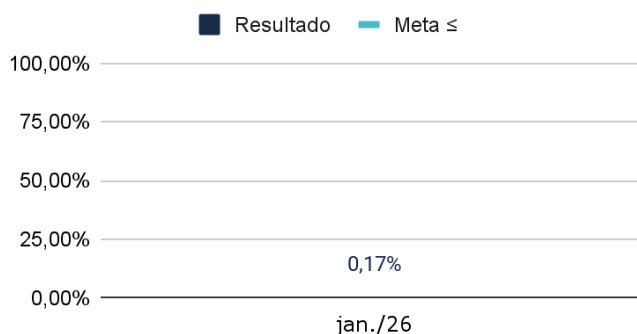
5.2.11 Incidência de Flebite



Análise crítica: No mês de Janeiro, houveram 01 caso de perda de cateter venoso central, que representou uma incidência de 0,37%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 13/01/2026, com a paciente U. F. C., 61 anos, sexo masculino, que estava internado por Arritmia, antecedentes HAS, DM, que apresentou uma Flebite Grau II em Membro Superior Direito, acesso venoso periférico do dia 12/01/2026, sem sinais flogísticos, em uso de Antibioticoterapia (Ceftriaxona), sacado o acesso periférico e puncionado novo acesso venoso e realizado compressa local.

5.2.12 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente

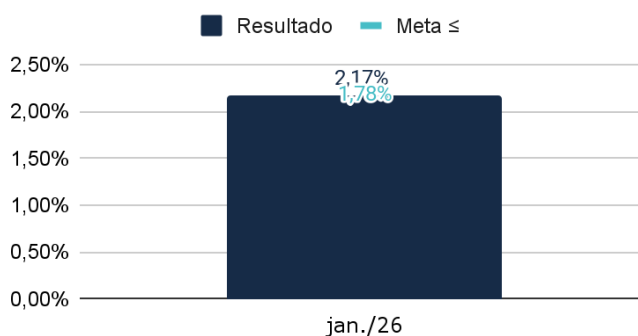


Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	597

Análise crítica: No mês de Janeiro, ocorreu um caso de queda, o que significou uma incidência de 0,16% acima da meta contratual. Paciente U. F. C., 61 anos, sexo masculino, SAPS 3 =77 e mortalidade=82,19%, internado na UTI em 03/01/2026 com diagnóstico de ICC, TEP e antecedentes de HAS, DM, apresentando crises de ansiedade controladas com medicação. Na madrugada de 13/01/2026, apresentou episódio de agitação psicomotora e pulou do leito, caindo no chão. O paciente foi prontamente avaliado pela equipe médica e de enfermagem, foi colocado no leito e iniciado o protocolo de contenção mecânica. Não apresentou alterações clínicas, escoriações ou rebaixamento do nível de consciência, foi optado por não realizar tomografia computadorizada, paciente recebeu alta no dia 14/01/2026.

5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

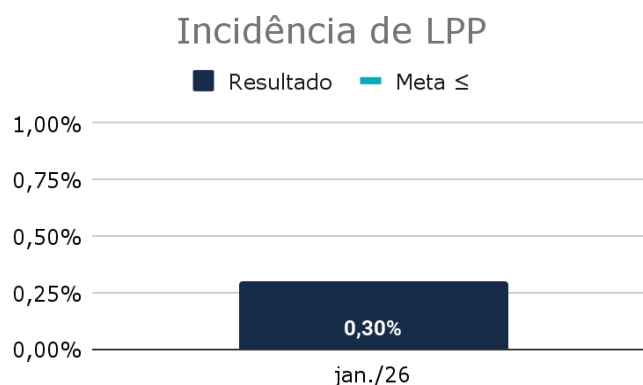
Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
6	276

Análise crítica: No mês de Janeiro, houveram 06 casos de saída não planejada de sonda nasoenteral, que representaram uma incidência de baixo da meta contratual.

5.2.14 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
1	331

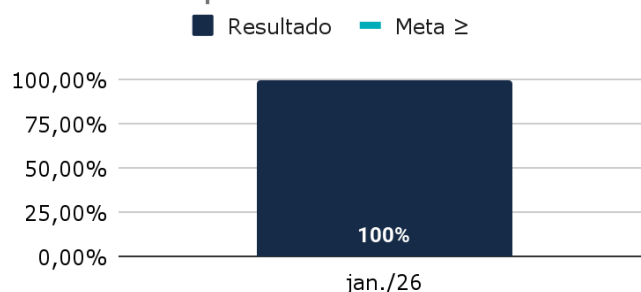
Análise crítica: No mês de Janeiro, ocorreu 01 novo caso de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,30%, abaixo da meta contratual. O caso ocorreu com o paciente J. P. S., 69 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 03/01/2026 com hipótese diagnóstica de ACVI, antecedentes de HAS, DLL, DM. Paciente IOT, submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso e drogas vasoativas, em uso de CNE recebendo dietoterapia em BIC, escala de braden com alto risco, foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito.

Os quatros casos aconteceram por agitação psicomotora de pacientes que estavam com contenção de membros superiores e mesmo assim conseguiram tracionar a sonda até sua exteriorização. Os casos aconteceram com os pacientes: A. M. S, 66 anos, sexo masculino no dia 08/01/2026; J. V. S, 68 anos, sexo masculino nos dias 08/01/2026, 11/01/2026, 26/01/2026, sacado SNE do mesmo paciente por 03

vezes e A. S. V, 49 anos, sexo feminino, no dia 22/01/2026; U. F. C, 61 anos no dia 10/01/2026. No quatro casos foram realizadas nova passagem de sonda nasoenteral, além do acompanhamento do protocolo de contenção mecânica e discussão diária na visita multidisciplinar e Safety Huddle.

5.2.15 Adesão a protocolos institucionais

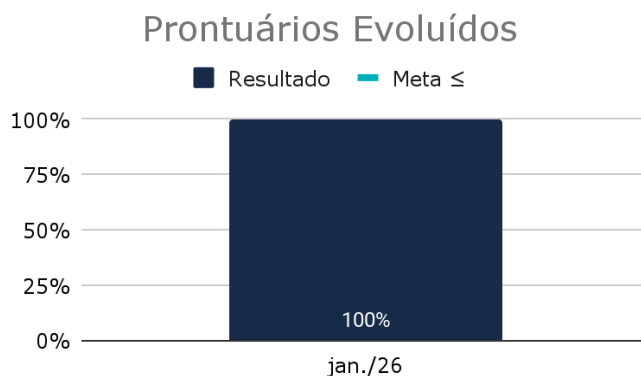
Adesão a protocolos institucionais



Procedimentos conforme protocolo	Procedimentos avaliados
364	364

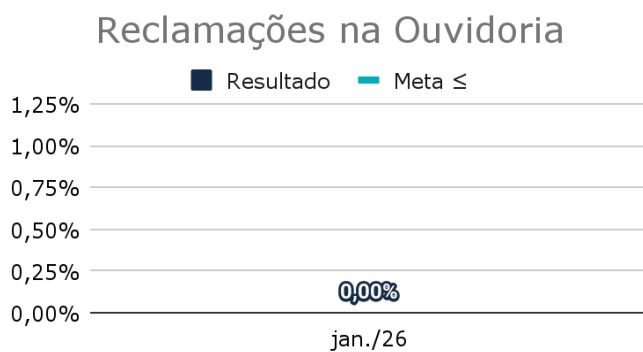
Análise crítica: No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital. As condutas assistenciais seguiram diretrizes estabelecidas, garantindo conformidade com os padrões de qualidade e segurança do paciente.

5.2.16 Prontuários Evoluídos



Análise Crítica: Durante o mês de referência, todos os pacientes foram evoluídos. Equipe médica e enfermeiros realizaram evolução no sistema Input. Os fisioterapeutas realizaram as evoluções de forma manual e no sistema INPUT devido ao período de cadastro no sistema. A equipe técnica de enfermagem realizou evolução manual.

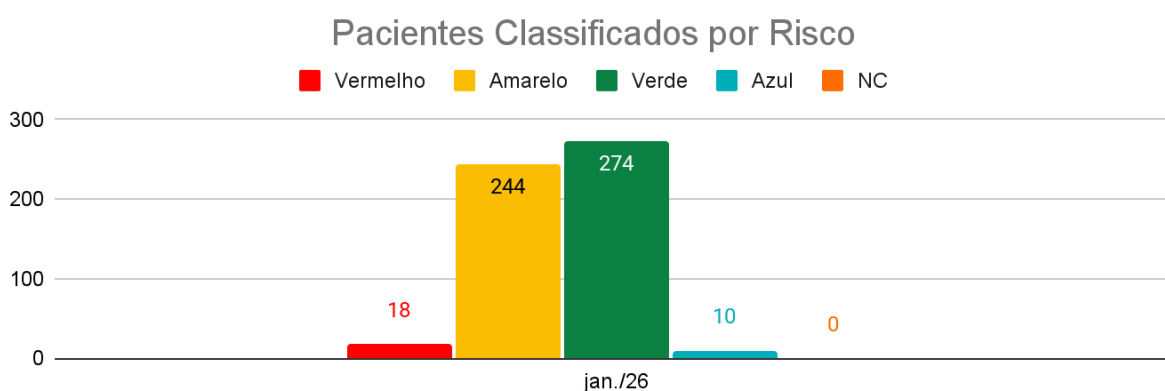
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna



Análise crítica: No mês de Janeiro não houve registro de Ouvidoria interna.

5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação

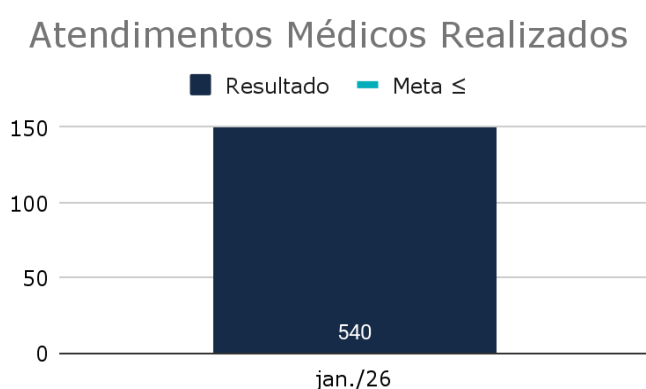
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



Análise crítica: Foram realizados 546 atendimentos na Classificação de Risco, sendo 18 vermelhos (3,3%), 244 amarelos (44,7%), 274 verdes (50,2%) e 10 azuis (1,8%). Observa-se predominância de casos verdes e amarelos, que juntos correspondem a quase 95% da demanda, indicando que a maioria dos atendimentos envolve situações de baixa e média complexidade. Esse perfil evidencia a consolidação do serviço como importante ponto de acesso inicial à rede de saúde, absorvendo majoritariamente demandas de menor gravidade e complexidade. Tal configuração reforça a necessidade de organização eficiente do fluxo interno, de modo a equilibrar acolhimento e resolutividade sem comprometer a priorização clínica. O percentual reduzido de casos vermelhos está alinhado ao perfil esperado em serviços de urgência geral, mantendo, contudo, a exigência de resposta imediata e estrutura adequada para atendimento conforme protocolo. A baixa proporção de casos azuis pode refletir critérios de classificação bem definidos e adequada estratificação de risco. De forma global, os dados subsidiam análises sobre tempo de espera, dimensionamento de equipe e integração com a rede de

atenção básica, contribuindo para o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e da organização do cuidado.

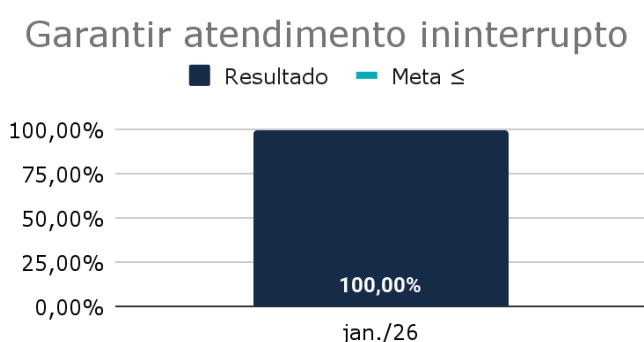
5.3.2 Nº atendimento médico



Análise crítica: Foram realizados 546 atendimentos médicos, número que corresponde ao total de pacientes classificados na triagem (18 vermelhos, 244 amarelos, 274 verdes e 10 azuis). Observa-se predominância de casos verdes e amarelos (cerca de 94,9%), indicando que a maior parte da demanda se concentra em atendimentos de baixa e média complexidade, evidenciando o papel do serviço como importante ponto de acesso inicial à rede de saúde. Esse perfil demonstra a relevância da unidade na organização do cuidado, funcionando como estrutura estratégica para acolhimento, classificação de risco e direcionamento adequado dos pacientes dentro do sistema. Os casos vermelhos representam pequena parcela (3,3%), compatível com o perfil de urgência geral, mas exigem atendimento imediato. Os dados reforçam a necessidade de monitorar fluxo e tempo de espera para garantir qualidade assistencial.

5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)

5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto



Análise crítica: No mês de janeiro, foi mantido atendimento ininterrupto no pronto-socorro, principal porta de entrada do Hospital Regional Sul, assegurando assistência contínua às condições agudas, urgências e emergências que demandam resposta imediata, garantindo acesso oportuno e continuidade do cuidado.

5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO

Análise crítica: A classificação de "risco vermelho" nos sistemas de triagem de prontos-socorros, representa a categoria de prioridade máxima e indica uma situação de emergência médica iminente ou já estabelecida, onde a vida do paciente está em risco imediato ou há potencial de deterioração rápida e fatal. Este conceito é universalmente aceito na medicina de emergência e gestão hospitalar. Condições classificadas como risco vermelho – incluindo, mas não se limitando a, parada cardiorrespiratória, choque circulatório, quadros de insuficiência respiratória

aguda, hemorragias maciças ou trauma cranioencefálico grave – demandam intervenção em tempo zero ou nos primeiros minutos, de acordo com os protocolos de atendimento.

No período avaliado os atendimentos classificados como risco vermelho (18) foram atendidos imediatamente.

Neste momento de implantação, estamos estruturando o processo de levantamento desses dados.

5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

Análise crítica: Dentro dos sistemas de triagem e classificação de risco, a categoria de "risco amarelo" designa pacientes que apresentam uma condição de saúde grave ou com potencial de agravamento, mas que, no momento da avaliação inicial, não se encontram em risco iminente de morte. A importância do atendimento priorizado ao risco amarelo reside na prevenção da progressão da doença para um estágio mais grave e potencialmente letal. No período avaliado realizamos 244 atendimentos de risco amarelo.

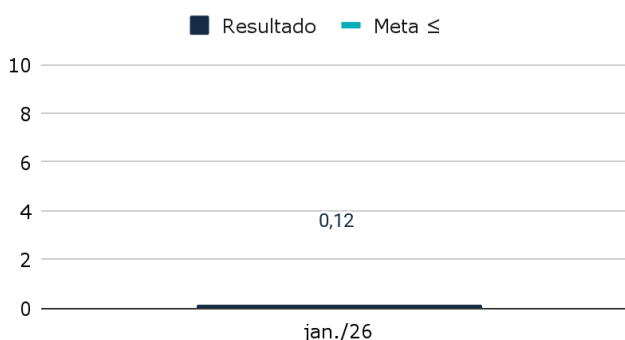
Neste momento de implantação, o processo de levantamento desses dados está em fase de estruturação.

5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco

Análise crítica: A classificação de risco no Pronto-Socorro é realizada imediatamente na chegada do paciente, sendo etapa inicial do atendimento. Após essa avaliação, procede-se à abertura da ficha para continuidade do fluxo assistencial. Neste momento de implantação, o processo de levantamento desses dados está em fase de estruturação.

5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa

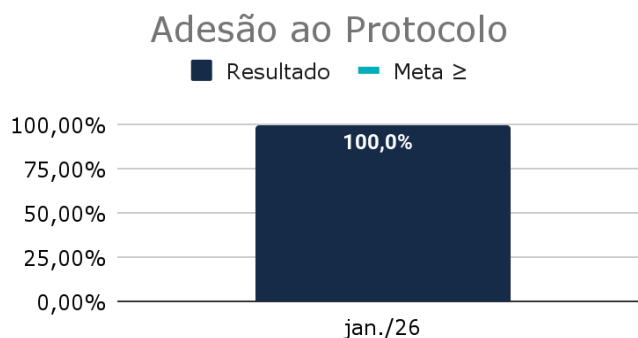
Média de Permanência - Pacientes em Observação



Nº Paciente-dia observação	Nº de Saídas
40	287

Análise crítica: Neste primeiro mês de contrato, não foi possível estimar a média de permanência, pois o sistema atualmente utilizado não disponibiliza esse dado. Para o próximo mês, será realizada apuração manual do tempo de permanência, a fim de viabilizar o monitoramento do indicador.

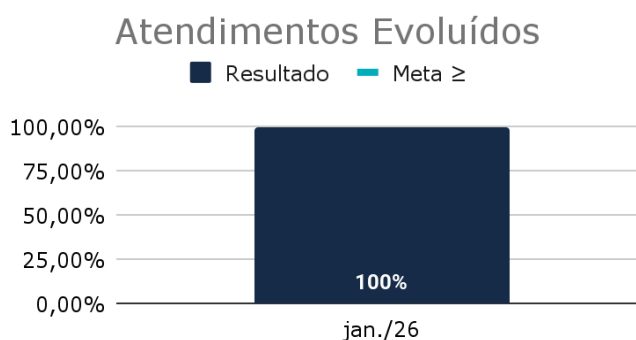
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos



Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
954	954

Análise crítica: Todos os atendimentos realizados seguiram os fluxos e protocolos institucionais.

5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados

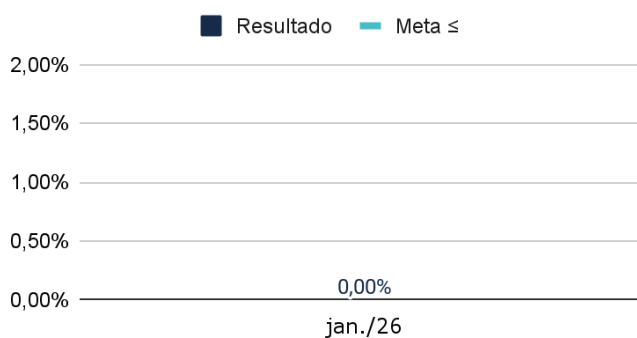


Atendimentos Médicos Realizados	FA
540	540

Análise crítica: Todos os atendimentos realizados foram registrados e evoluídos de forma manual e no sistema Input.

5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral

Incidência de Saída Não Planejada

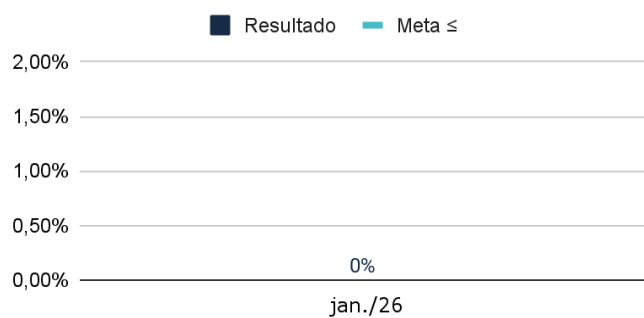


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	186

Análise crítica: No mês de Janeiro não houve incidência de Saída Não Planejada.

5.4.9 Taxa de extubação acidental

Incidência de Extubação não planejada



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	5

Análise crítica: No mês de Janeiro não houve Incidência de Extubação não Planejada.

5.4.10 Queda de Paciente

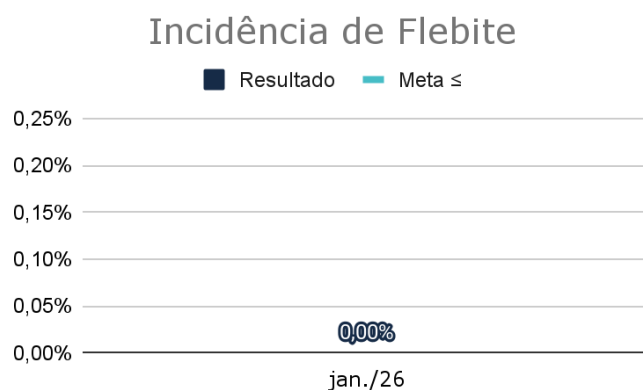
Incidência de Queda de Paciente



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

Análise crítica: No mês de Janeiro não houve Incidência de Queda.

5.4.11 Incidência de Flebite

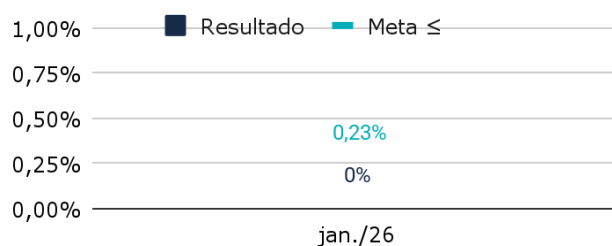


Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	186

Análise crítica: No mês de Janeiro não houveram casos de flebite. Como boa prática para prevenção, drogas vasoativas e sedação são administradas exclusivamente por acesso central e os cateteres periféricos são trocados a cada setenta e duas (72) horas.

5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos

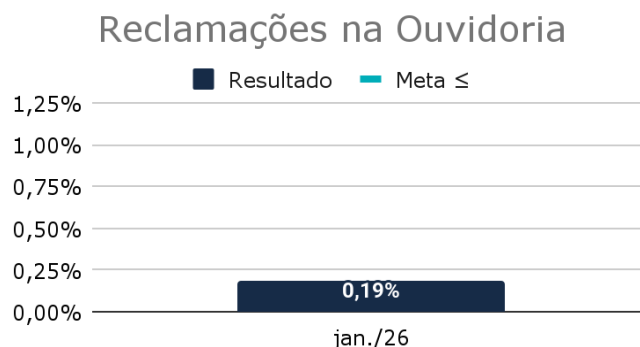
Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
0	0

Análise crítica: No mês de Janeiro não houve incidência de não conformidade na administração de medicamentos.

5.4.13 Reclamação na Ouvidoria

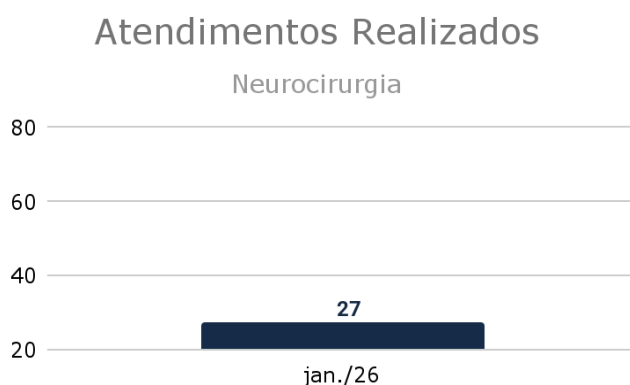


Análise crítica: No mês de Janeiro ocorreu uma reclamação na Ouvidoria interna, o que significou uma incidência de 0,19%.

O caso ocorreu no dia 22/01/2026, com a paciente J. C. S., 85 anos, sexo feminino, internada na UTI desde 28/11/2025, com hipótese diagnóstica de PO Angioplastia de MIE. A familiar formalizou uma reclamação na ouvidoria por insatisfação ao atendimento prestado no Pronto Socorro. Os familiares referiram que durante o período de internação no setor, observou desorganização, falha na comunicação, jejum em período longo, falta de informação sobre o quadro clínico. Familiares foram acolhidos pela enfermagem, explicado sobre as condições clínicas e avaliados os pontos de melhoria.

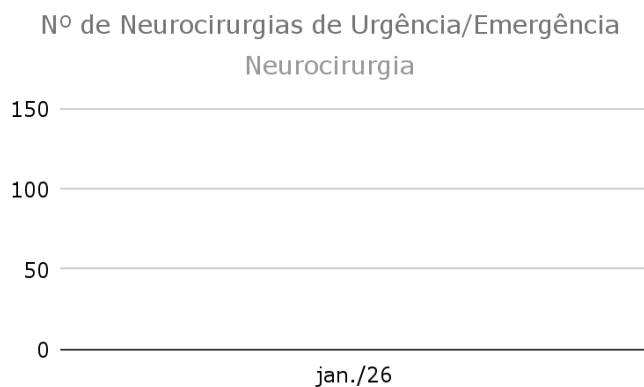
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.5.1 Número de atendimentos



Análise Crítica: No período foram realizados 27 atendimentos de urgência em neurocirurgia na unidade. A ocorrência pontual desses casos está alinhada ao perfil assistencial observado no período, com condução conforme os protocolos clínicos e fluxos estabelecidos, garantindo priorização adequada e segurança no atendimento.

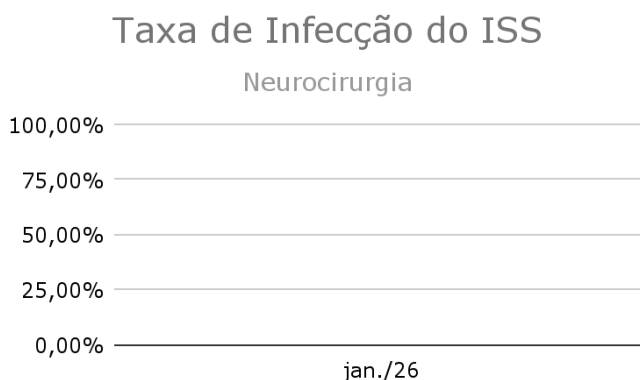
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



Análise Crítica: Neste momento de implantação, o processo de levantamento desses dados está em fase de estruturação.

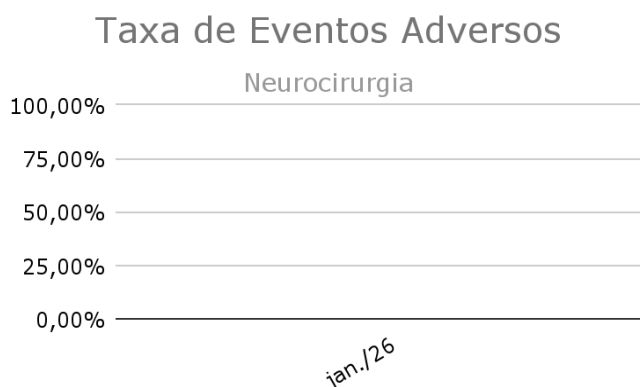
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



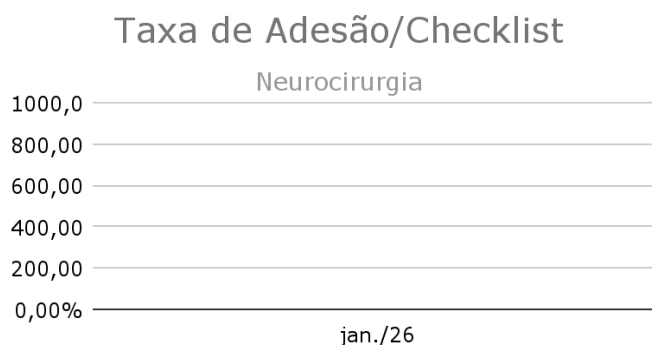
Análise crítica: Neste momento de implantação, o processo de levantamento desses dados está em fase de estruturação.

5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



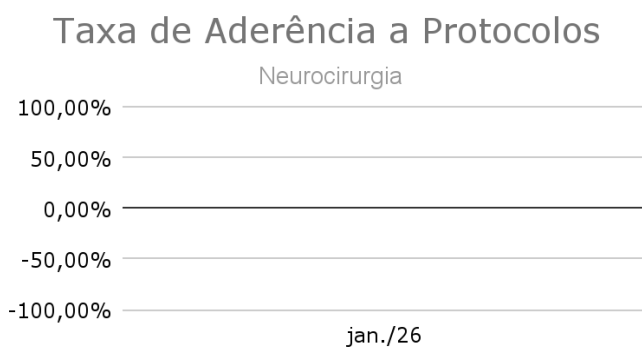
Análise crítica: No período analisado, não houve registro de eventos sentinela relacionados à neurocirurgia na unidade, evidenciando conformidade com os protocolos assistenciais e manutenção das barreiras de segurança estabelecidas. O resultado reforça a efetividade das práticas adotadas, bem como o monitoramento contínuo dos processos, contribuindo para a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos



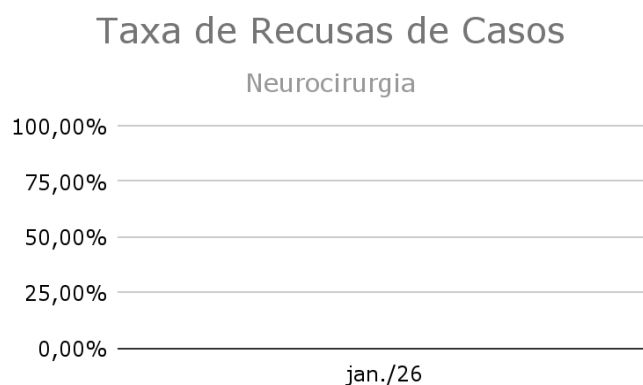
Análise crítica: No mês de Janeiro não foi realizada a adesão ao checklist, realizado treinamento da equipe assistencial referente ao checklist de Cirurgia Segura em 10/02/2026 e 11/02/2026.

5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



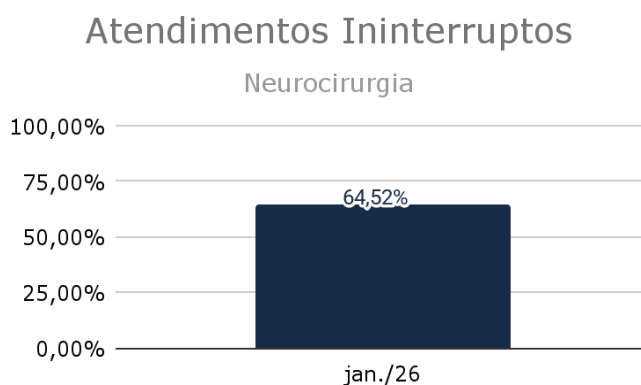
Análise crítica: Neste momento de implantação, o processo de levantamento desses dados está em fase de estruturação.

5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



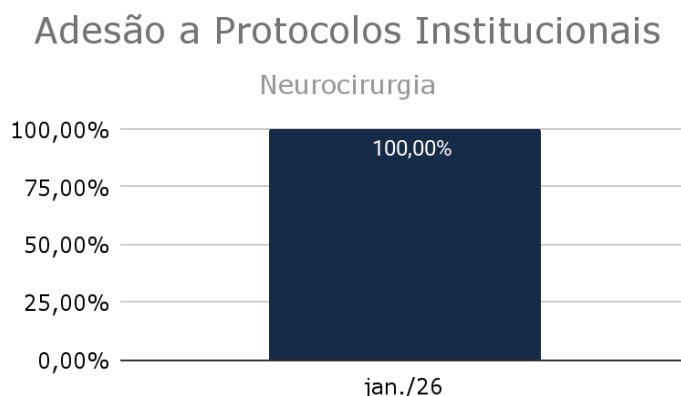
Análise crítica: Neste momento de implantação, o processo de levantamento desses dados está em fase de estruturação.

5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



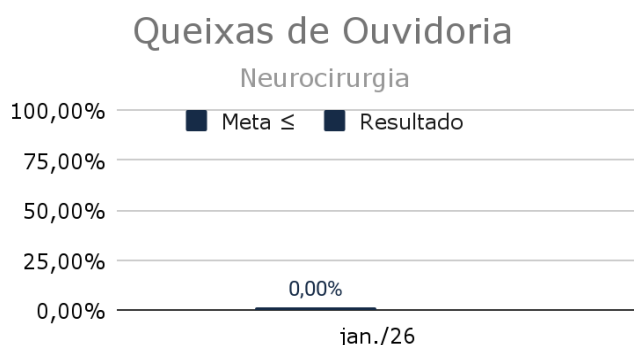
Análise crítica: Foi garantido atendimento ininterrupto às demandas de urgência no período analisado. Todos os atendimentos foram realizados sem registro de intercorrências relacionadas à indisponibilidade de materiais, equipamentos ou ausência de profissionais médicos e assistenciais, assegurando a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais



Análise crítica: A adesão de 100% aos Protocolos Institucionais indica excelente conformidade com as normas e procedimentos da unidade, refletindo comprometimento consistente da equipe com as boas práticas assistenciais. Esse desempenho sugere que os processos internos estão bem estabelecidos e que a equipe compreende e aplica corretamente os protocolos, contribuindo para a segurança do paciente e a padronização do cuidado. Do ponto de vista crítico, embora o resultado seja positivo, é importante manter monitoramento contínuo para assegurar que essa aderência seja sustentável ao longo do tempo e que eventuais mudanças nos protocolos ou no perfil da demanda não comprometam a conformidade observada.

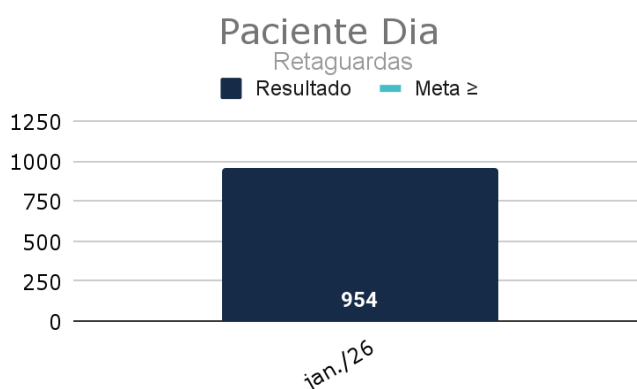
5.6.8 Queixa Ouvidoria



Análise crítica: No período analisado, não foram registradas queixas ou demandas na ouvidoria relacionadas à neurocirurgia, indicando satisfação dos pacientes e aderência adequada aos protocolos assistenciais. Esse resultado sugere efetividade no atendimento e boa comunicação com os pacientes, reforçando a segurança e a qualidade do cuidado prestado. É importante manter o acompanhamento contínuo para garantir que esse padrão seja mantido e eventuais situações sejam identificadas precocemente.

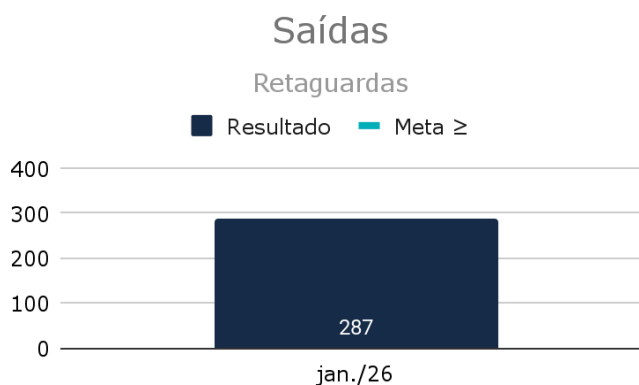
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.7.1 Paciente dia



Análise crítica: No período foram atendidos 954 pacientes, totalizando uma média diária de aproximadamente 47,7 pacientes/dia ao longo de 20 dias. Comparando com a meta contratual de 840 pacientes/mês, que representa cerca de 28 pacientes/dia, observa-se que o volume diário efetivo foi superior à previsão, indicando maior procura pelo serviço neste intervalo. A análise em termos de pacientes/dia permite visualizar de forma clara a distribuição da demanda e reforça a importância de planejamento operacional, ajuste de recursos e organização do fluxo assistencial para manter eficiência e qualidade no atendimento, mesmo em períodos de maior demanda.

5.7.2 Saídas

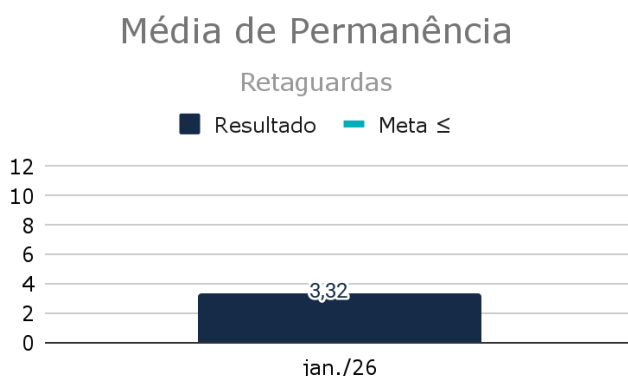


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Evasão	1
Alta	64
Transferência Interna	213
Transferência Externa	6
Óbitos < 24h	3
Óbitos > 24h	0
Total	287

Análise crítica: Durante o mês de janeiro, foram registradas 287 saídas. Desse total, 74,34% (213 casos) corresponderam a transferências internas; 22,50% (64 casos) a altas para casa; 2,10% (6 casos) foram transferências externas e 1,06% (3 casos) a óbitos ocorridos em acima de 24 horas de internação. Não houveram casos de evasão ou alta a pedido.

5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.8.1 Média de Permanência (dias)

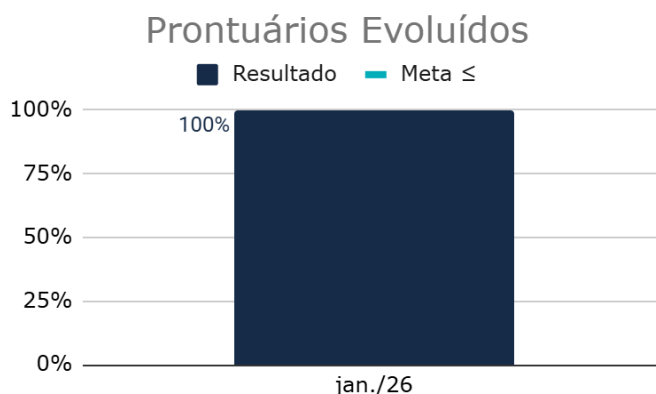


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
954	287

Análise crítica: No mês de Janeiro, o tempo médio de permanência na retaguarda foi de 3,32 dias, um período relativamente curto, compatível com o perfil de atendimento de urgência e emergência.

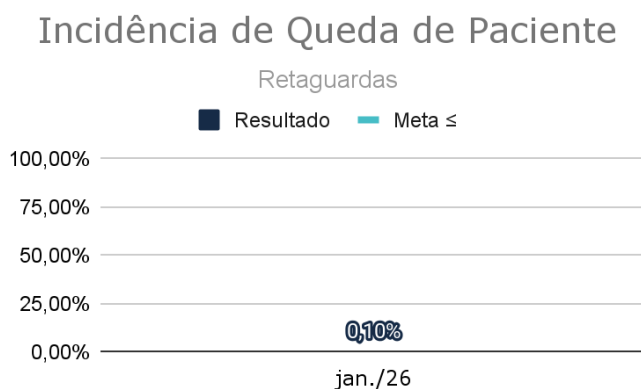
Esse indicador sugere eficiência no fluxo assistencial, com resolutividade adequada e encaminhamentos realizados de forma oportuna. É importante manter monitoramento contínuo para identificar variações e garantir que tempos de permanência mais longos sejam analisados e gerenciados, assegurando qualidade e segurança no atendimento.

5.8.2 Prontuários evoluídos



Análise crítica: Durante o mês de referência todos os prontuários foram evoluídos. Equipe médica e enfermeiros realizam as evoluções de forma manual, iniciamos este mês com as evoluções da enfermagem no sistema INPUT.

5.8.3 Incidência de queda de paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	954

Análise crítica: O índice de quedas no PS foi de 0,10% no período analisado, indicando ocorrência extremamente baixa. Esse resultado reflete eficácia das medidas de prevenção e da atenção da equipe à segurança do paciente. Embora o valor seja reduzido, é importante manter monitoramento contínuo e protocolos de prevenção, garantindo que o indicador permaneça estável e que eventuais incidentes sejam rapidamente identificados e corrigidos.

5.8.4 Incidência de erro de medicação

Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: No mês de janeiro, não houve registro de erros de medicação, o que demonstra, a princípio, boa adesão da equipe aos protocolos institucionais e efetividade das barreiras de segurança implementadas no processo de prescrição, dispensação e administração de medicamentos. Esse resultado sugere organização dos fluxos, comunicação adequada entre os profissionais e compromisso com a segurança do paciente. No entanto, a ausência de notificações deve ser analisada de forma crítica, considerando a possibilidade de subnotificação ou falhas no registro de incidentes e quase-erros. Dessa forma, é fundamental manter o monitoramento contínuo, incentivar a cultura de notificação não punitiva e reforçar as práticas de conferência e identificação segura, garantindo que o indicador permaneça positivo de maneira sustentável e alinhada às boas práticas assistenciais.

5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda
Oro/Nasogastroenteral (SONGE)

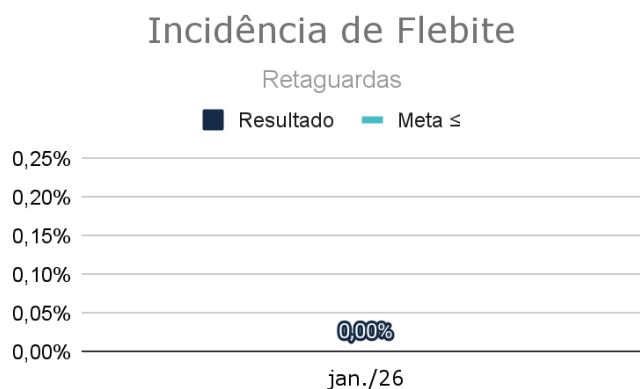
0

Nº Pacientes-dia com SONGE

0

Análise Crítica: No mês de Janeiro não houve incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral.

5.8.6 Incidência de flebite

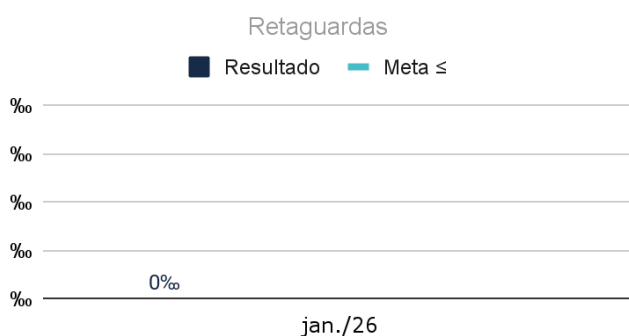


Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	954

Análise Crítica: No mês de Janeiro não houveram casos de flebite. Como boa prática para prevenção, drogas vasoativas e sedação são administradas exclusivamente por acesso central e os cateteres periféricos são trocados a cada setenta e duas (72) horas.

5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central

Incidência de perda CVC

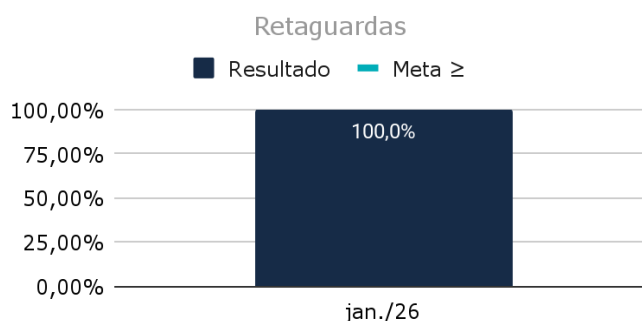


Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	54

Análise Crítica: No mês de Janeiro não houve incidência de perda de cateter venoso central

5.8.8 Adesão a protocolos institucionais

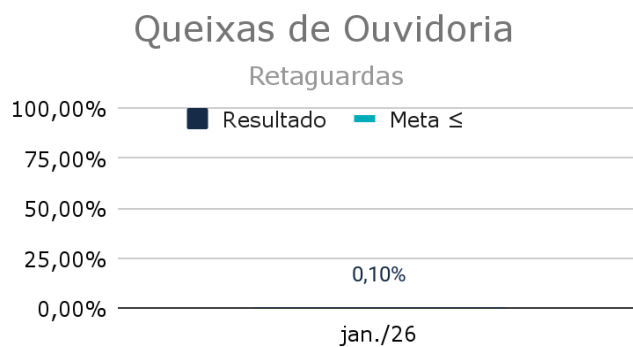
Adesão a Protocolos Institucionais



Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
954	954

Análise Crítica: A adesão de 100% aos Protocolos Institucionais indica excelente conformidade com as normas e procedimentos da unidade, refletindo comprometimento consistente da equipe com as boas práticas assistenciais. Esse desempenho sugere que os processos internos estão bem estabelecidos e que a equipe compreende e aplica corretamente os protocolos, contribuindo para a segurança do paciente e a padronização do cuidado. Do ponto de vista crítico, embora o resultado seja positivo, é importante manter monitoramento contínuo para assegurar que essa aderência seja sustentável ao longo do tempo e que eventuais mudanças nos protocolos ou no perfil da demanda não comprometam a conformidade observada.

5.8.9 Reclamações na ouvidoria



Análise crítica: No mês de Janeiro, não houve registro de Ouvidoria interna.

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.

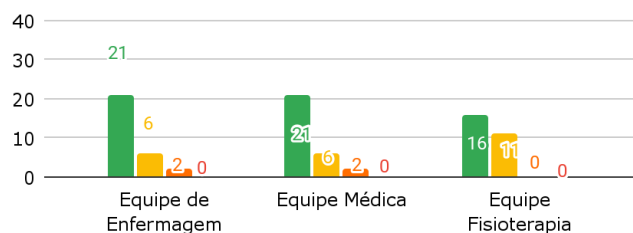
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **39 pesquisas respondidas**, sendo 29 preenchidos na UTI adulto, 10 preenchidos no Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA), 10 preenchidas na Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro) e 0 na Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf) . Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

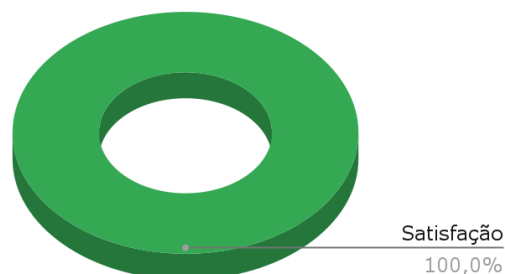
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI

Avaliação do Atendimento

■ Ótimo ■ Bom ■ Ruim ■ Péssimo



% Satisfação - Atendimento

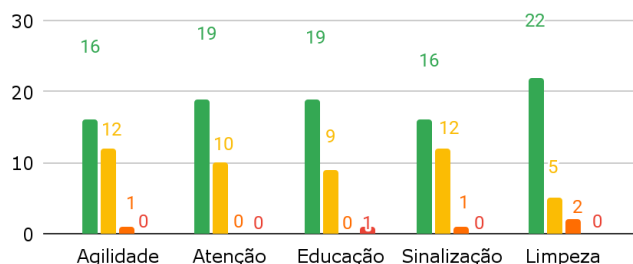


Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos **satisfação de 100 %**, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento, estamos em constante melhora no processo dos nossos atendimentos.

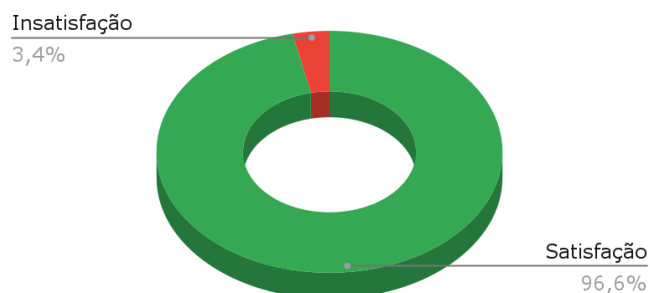
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI

Avaliação do Serviço

■ Ótimo ■ Bom ■ Ruim ■ Péssimo



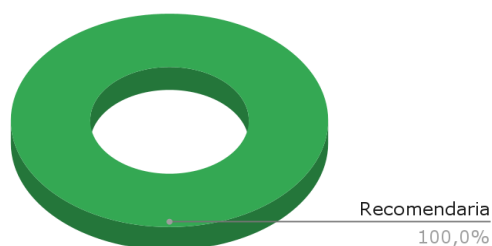
% Satisfação - Serviço



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a, atenção da equipe, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **96,6%** dos usuários.

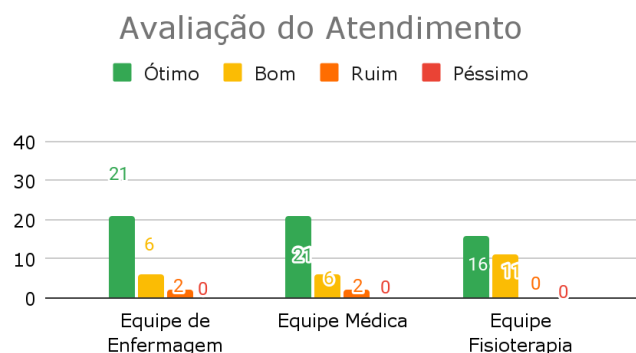
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI

NPS

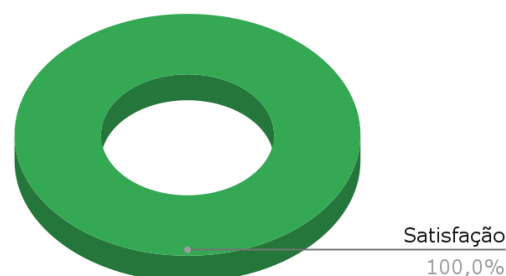


Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado **100%** dos usuários recomendariam o serviço.

6.1.4 Avaliação do Atendimento - PS

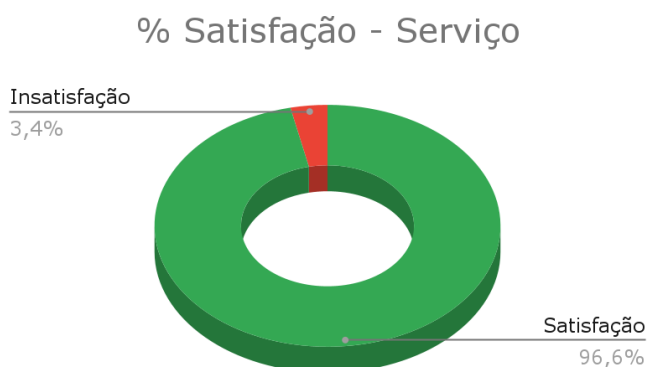
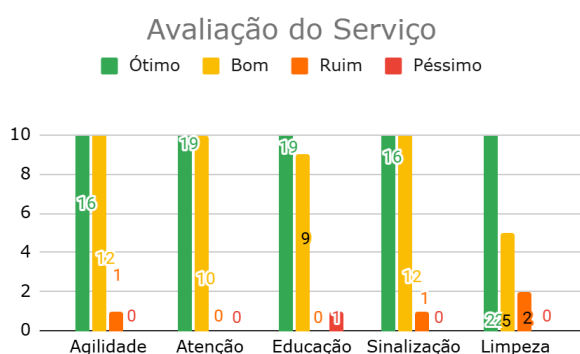


% Satisfação - Atendimento



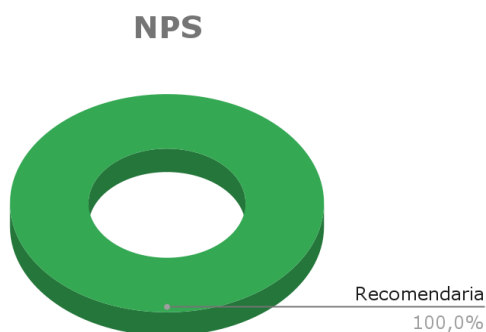
Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos **satisfação de 100 %**, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento, estamos em constante melhora no processo dos nossos atendimentos.

6.1.5 Avaliação do Serviço - PS



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a, atenção da equipe, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **96,6%** dos usuários.

6.1.6 Net Promoter Score (NPS) - PS



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado **100%** dos usuários recomendariam o serviço.

7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.

No mês de Janeiro, foi realizada a Integração dos Novos Colaboradores da UTI e PSA.

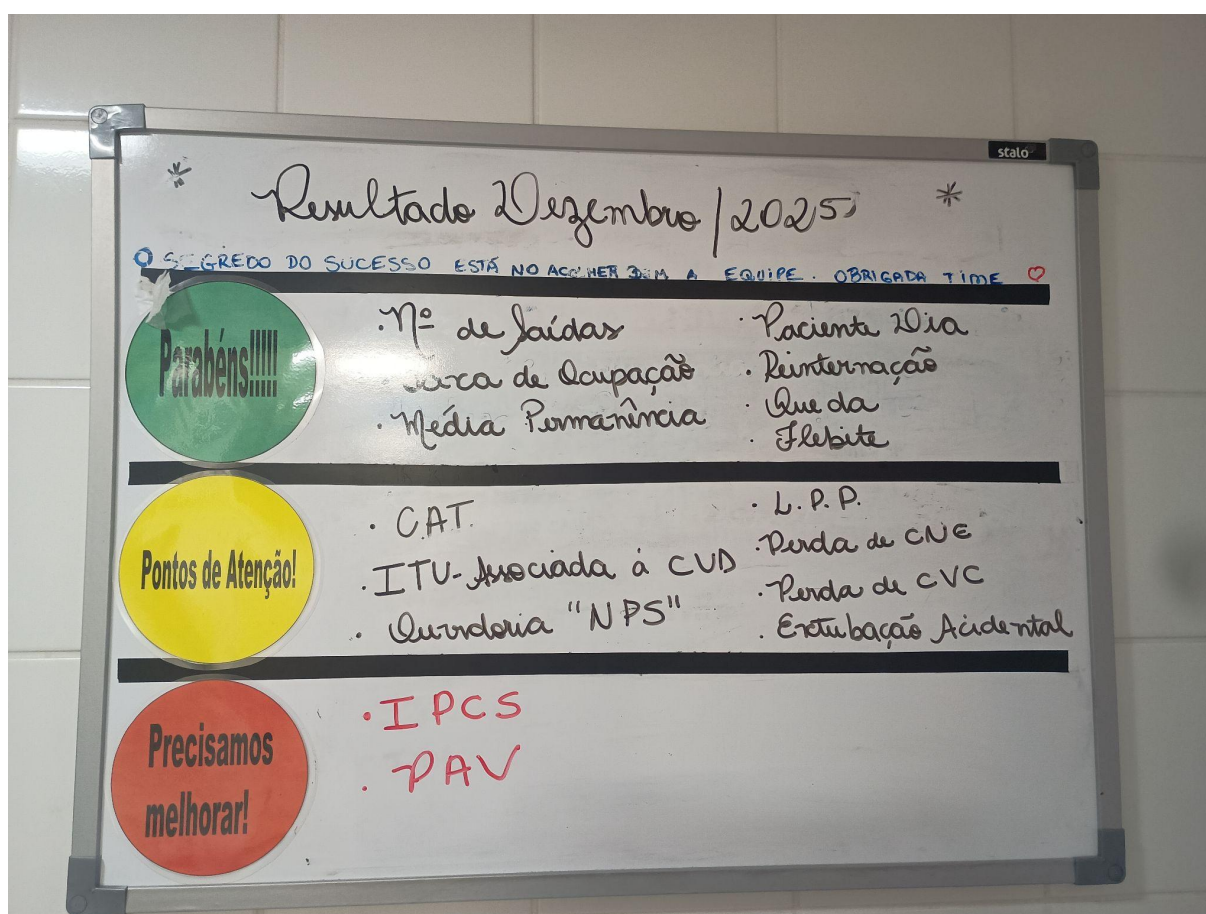




Realizada reunião com toda equipe assistencial sobre o Quadro do Kamishibai.



Realizada reunião com toda equipe assistencial, apresentação dos indicadores e painel de gestão à vista.



Realizado treinamento com toda equipe assistencial referente ao Processo Cirúrgico.



Realizado Campanha do Janeiro Roxo (Hanseníase tem cura) e Janeiro Branco (Saúde Mental).





São Paulo, 13 de fevereiro de 2026.



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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional