

# Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Regional Sul

## GERENCIAMENTO INTEGRADO DA LINHA CUIDADO ASSISTENCIAL DE PACIENTES CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E CRÍTICOS

Convênio n.º 002261/2025

**Maio**

**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

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>5</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025	7
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>7</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>7</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>8</b>
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	8
4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos e Pronto Socorro- 42 leitos	8
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
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<b>5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)</b>	<b>13</b>
5.1.1 Saídas	13
5.1.2 Paciente Dia	14
<b>5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)</b>	<b>15</b>
5.2.1 Taxa de Ocupação	15
5.2.2 Média de Permanência	16
5.2.3 Taxa de Mortalidade	17
5.2.4 Taxa de Reinternação	19
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	20
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	21
5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	22
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	22
5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	23
5.2.11 Incidência de Flebite	24
5.2.12 Incidência de Queda	24
5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	25
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão	26
5.2.15 Adesão a protocolos institucionais	27
5.2.16 Prontuários Evoluídos	27
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna	28
<b>5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação</b>	<b>28</b>
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco	28
5.3.2 Nº atendimento médico	30
<b>5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)</b>	<b>31</b>
5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto	31
5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO	32
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO	32
5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco	32
5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS - Leitos de Observação sem justificativa	33
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos	34
5.4.7 atendimentos evoluídos e registrados	35

5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral	36
5.4.9 Taxa de extubação acidental	37
5.4.10 Queda de Paciente	37
5.4.11 Incidência de Flebite	38
5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	38
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria	39
<b>5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)</b>	<b>40</b>
5.5.1 Número de atendimentos	40
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência	41
<b>5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)</b>	<b>41</b>
5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)	41
5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)	42
5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos	42
5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica	43
5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia	43
5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência	44
5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais	45
5.6.8 Queixa Ouvidoria	45
<b>5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)</b>	<b>46</b>
5.7.1 Paciente dia	46
5.7.2 Saídas	47
<b>5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)</b>	<b>48</b>
5.8.1 Média de Permanência (dias)	48
5.8.2 Prontuários evoluídos	49
5.8.3 Incidência de queda de paciente	49
5.8.4 Incidência de erro de medicação	50
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	51
5.8.6 Incidência de Flebite	52
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central	53
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais	53
5.8.9 Reclamações na ouvidoria	54
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	<b>55</b>
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	55
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI	56
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI	56
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI	57
<b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.</b>	<b>58</b>

## 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 Maio de 2026**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho são 274 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT), atualmente, 259 colaboradores efetivos e 142 contratados no regime PJ, dos quais 110 médicos e 32 fisioterapeutas.

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

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

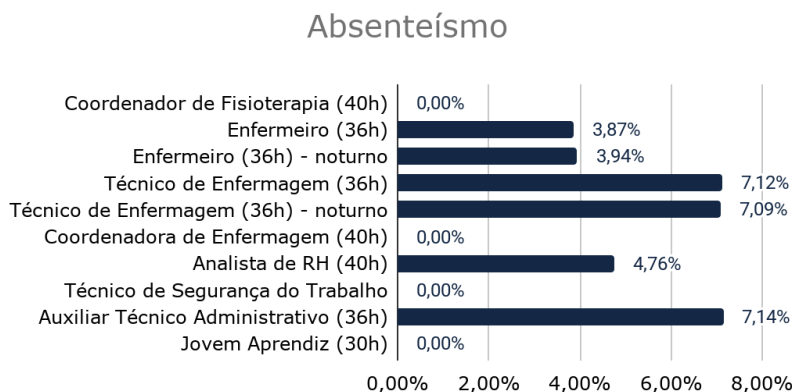
Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	Coordenador de Fisioterapia (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	32	32	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	32	29	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	94	89	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	94	88	↓
	Coordenadora de Enfermagem (40h)	2	2	✓
Administrativo	Analista de RH (40h)	1	1	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	17	16	↓
	Jovem Aprendiz (30h)	0	0	✓
<b>Total</b>		<b>274</b>	<b>259</b>	↓

**Análise Crítica:** No mês de maio, o quadro de colaboradores apresentou cobertura de 94,89% em relação ao previsto no plano de trabalho: 259 efetivos de um total de 274 previstos. Isso evidencia um déficit pontual de recursos humanos, com maior impacto nas categorias assistenciais, especialmente Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, conforme demonstrado na tabela. No período, foram realizadas 16 contratações para recompor parcialmente o quadro frente aos desligamentos do mês anterior, sendo: 04 enfermeiros no plantão diurno, 09 técnicos de enfermagem diurnos e 03 técnicos de enfermagem noturno. Ocorreram 03 dispensas sem justa causa: 02 técnicos de enfermagem do plantão diurno A.A.T 11/05 e M.H.V 15/05, 01 técnico de enfermagem do

plantão noturno D.M.V 15/05. Além disso, houveram 11 pedidos de demissão: 02 enfermeiros diurnos: M.M.A.S 18/05 e L.P.S 15/05; 02 enfermeiros noturnos: J.V.M 19/05 e V.S.N 29/05; 05 técnicos de enfermagem diurnos: E.M.A 08/05, A.C.A.B 07/05, J.M.L.M 06/05, V.B.S 15/05, D.R.L.L 20/05 e 02 técnicos de enfermagem noturno: A.P.M 04/05 e C.L.B 06/05. Esses desligamentos, contribuíram para a manutenção do déficit observado. Atualmente, há 05 licenças ativas, sendo 04 licenças maternidades: J.F.S - Auxiliar Técnico Administrativo Diurno A; F.C.C - Enfermeira Noturno A; A.G.N - Técnica de Enfermagem Diurno B; L.N.O.L - Técnica de Enfermagem Diurno A e 01 licença saúde: T.S - Técnico de Enfermagem Noturno B. Observa-se que os maiores déficits de pessoal estão nos cargos de Enfermeiro 36h e Técnico de Enfermagem 36h, nos períodos diurno e noturno. Esse cenário decorre do volume de desligamentos e dos afastamentos legais, incluindo licenças maternidade e afastamentos pelo INSS, somados ao tempo necessário para contratar e integrar novos profissionais. É importante ressaltar que, apesar da defasagem temporária, a segurança assistencial e a continuidade dos cuidados foram rigorosamente preservadas. A gestão implementou ações contingenciais imediatas, tais como o remanejamento interno de pessoal, o ajuste dinâmico das escalas operacionais e a alocação prioritária de profissionais nos setores de maior criticidade. Paralelamente, o plano de recrutamento e seleção para preenchimento das vagas remanescentes segue ativo e em ritmo acelerado, com projeção de regularização gradual do quadro nos próximos ciclos para assegurar a conformidade integral com o dimensionamento contratual.

## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

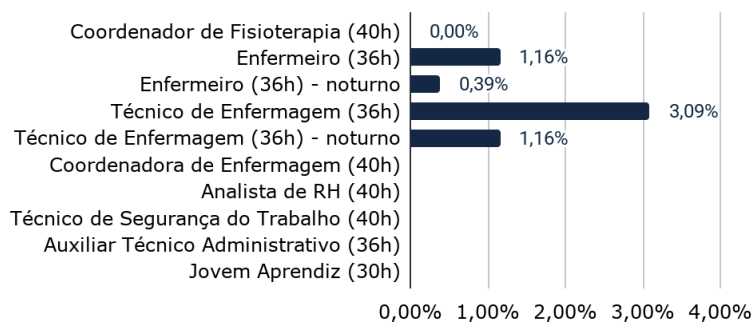
### 4.2.1 Absenteísmo



**Análise Crítica:** Entre os 259 colaboradores efetivos sob o regime CLT, foram contabilizados 339 dias de ausência. Desse total, 55 foram ausências injustificadas, das quais 86% (totalizando 47) estavam relacionadas a profissionais que faltaram antes de pedir demissão, sendo tais ocorrências mencionadas em seus respectivos fechamentos demissionais. Nos outros 14% (totalizando 8), foram aplicadas medidas administrativas. As demais 284 ausências foram justificadas por meio de atestados médicos. Importante destacar que as ausências identificadas no período não acarretaram prejuízos à linha de cuidado dos pacientes. A coordenação viabilizou o remanejamento estratégico de profissionais, preservando a estabilidade operacional dos setores e a entrega de uma assistência segura.

#### 4.2.2 Turnover

##### Turnover

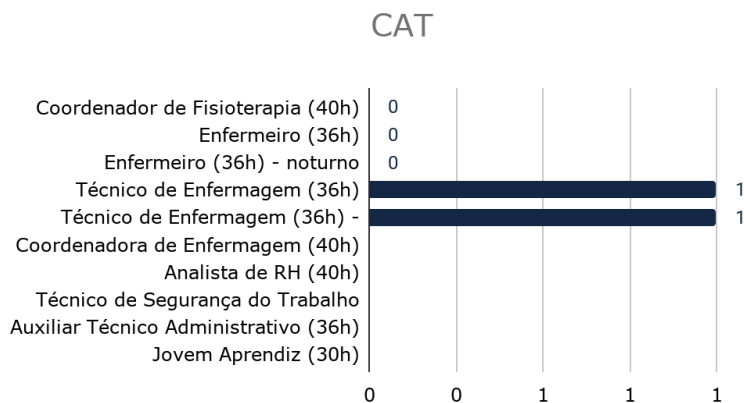


**Análise Crítica:** Durante o mês de maio, trabalhamos com 94,89% da previsão de colaboradores efetivos estabelecida no Plano de Trabalho. Foram realizadas 16 contratações no período, sendo: 04 enfermeiros para o plantão diurno, 09 técnicos de enfermagem para o período diurno e 03 técnicos de enfermagem para o período noturno.

Ocorreram 03 desligamentos sem justa causa, correspondentes a 02 técnicos de enfermagem do período diurno (A.A.T., em 11/05, e M.H.V., em 15/05) e 01 técnico de enfermagem do período noturno (D.M.V., em 15/05). Também foram registrados 09 pedidos de demissão, sendo: 02 enfermeiros do período diurno (M.M.A.S., em 18/05, e L.P.S., em 15/05); 02 enfermeiros do período noturno (J.V.M., em 15/05, e V.S.N., em 29/05); 03 técnicos de enfermagem do período diurno (E.M.A., em 08/05, A.C.A.B., em 07/05, e J.M.L.M., em 06/05); e 02 técnicos de enfermagem do período noturno (A.P.M., em 04/05, e C.L.B., em 06/05). Ao final do período, permaneciam ativas 04 licenças, sendo 03 licenças-maternidade (J.F.S., Auxiliar Técnico Administrativo Diurno A; F.C.C., Enfermeira Noturno A; e L.N.O.L., Técnica de Enfermagem Diurno A) e 01 licença-saúde (T.S., Técnico de Enfermagem Noturno).

Dessa forma, o mês encerrou com saldo positivo de admissões em relação aos desligamentos, contribuindo para a manutenção do quadro assistencial e operacional da unidade.

#### 4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

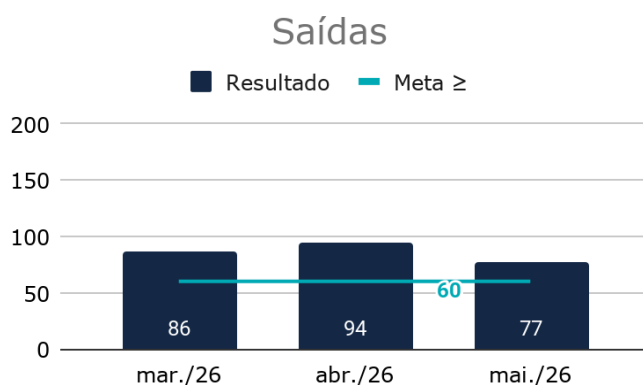


**Análise Crítica:** No mês de Maio, houveram dois casos de abertura de CAT. O primeiro caso ocorreu no dia 11/05/2026, com a técnica de enfermagem J. T. O., colaborador acima relata que estava realizando tricotomia facial, com prestobarba, com luva transparente, quando notou sangue na luva depois de passar na face do paciente, percebeu que a luva estava furada e com corte no dedo. 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 retornando às suas atividades. O segundo caso ocorreu no dia 22/05/2026 com o técnico de enfermagem R. S. L., relatou que estava dirigindo a caminho do hospital, ao fechar o semáforo a moto escorregou, sofrendo queda em mesmo nível. Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação com necessidade de afastamento médico de 02 dias e após liberada para às suas atividades.

## 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	59
Transferência Externa	2
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	14
<b>Total</b>	<b>77</b>

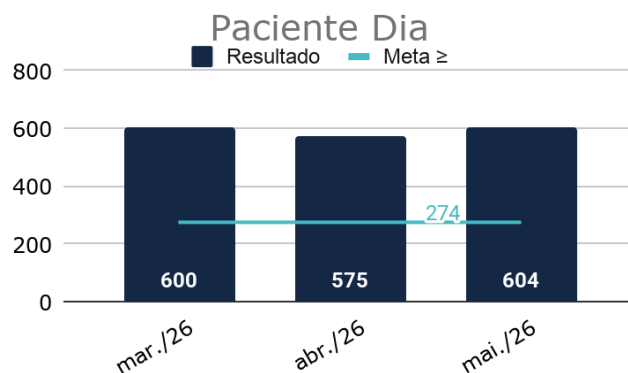
**Análise Crítica:** Durante o mês de Maio, foram registradas 77 saídas na unidade. Deste total, 76,6% (59 casos) corresponderam a transferências internas para a enfermaria por melhora clínica; houve 1 alta direto para casa (1,3%); 2 transferências externas (2,6%); 1 óbito em menos de 24 horas de internação (1,3%); e 14 óbitos após 24 horas de internação (18,2%). Não houve registros de evasão ou alta a pedido durante o período analisado.

Referente a **uma (1) alta direto para casa**: Paciente M.P.A.V, 71 anos, sexo feminino, SAPS 3=41, mortalidade prevista =10,36%, admissão na UTI em 25/05/2026 com diagnóstico de POi artroplastia de ombro esquerdo, teve alta direta para casa em 27/05/2026 após avaliação da especialidade e melhora clínica para acompanhamento ambulatorial.

Referente aos dois **(2) casos de transferência externa**: Paciente P.R.S, 38 anos, com hipótese diagnóstica SCASSST e antecedentes HAS, DLP e ablação aos 16 anos, transferido da retaguarda 1 para a UTI em 13/05/2026, sendo assistido até a sua transferência ao HCOR em 15/05/2026, para acompanhamento do quadro clínico.

O outro paciente foi admitido na UTI em 10/05/2026, J.P.S, 67 anos, com hipótese diagnóstica IRP, RNC, DPOC agudizada, BCP e DP bilateral e antecedentes IAM(2010), TVP MIE (2021), amputação bilateral MMII (2021) e DPOC, foi acompanhado pela instituição durante o período de internação e especialidades até a sua transferência ao Hospital referenciado Guarapiranga, para continuidade do tratamento.

### 5.1.2 Paciente Dia



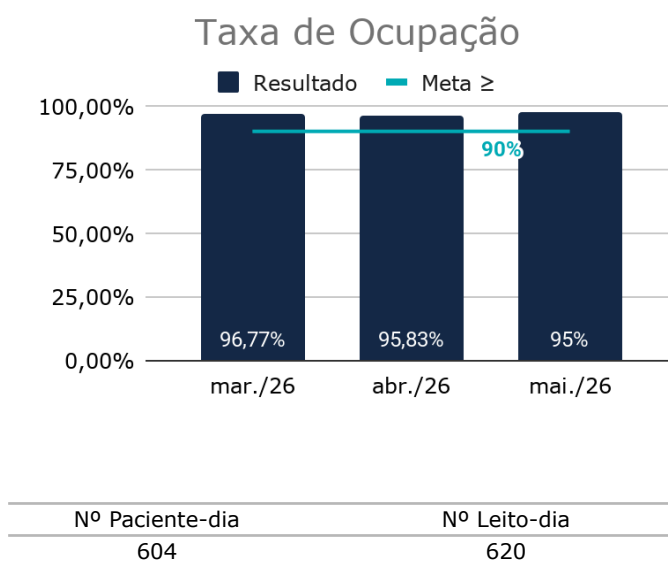
**Análise crítica:** No mês de Maio, foram registrados 604 pacientes-dia, superando a meta contratual estabelecida para o período. Todas as solicitações

de vagas recebidas foram atendidas de acordo com a disponibilidade de leitos, não havendo registro de recusas.

Em relação ao perfil assistencial dos pacientes internados, na UTI 1 observou-se predominância de pacientes cirúrgicos, correspondendo a 72% das internações, enquanto os pacientes clínicos representaram 28%. Na UTI 2, os pacientes cirúrgicos corresponderam a 70% das internações e os pacientes clínicos a 30%, mantendo perfil assistencial semelhante entre as unidades, com maior demanda de cuidados relacionados ao pós-operatório.

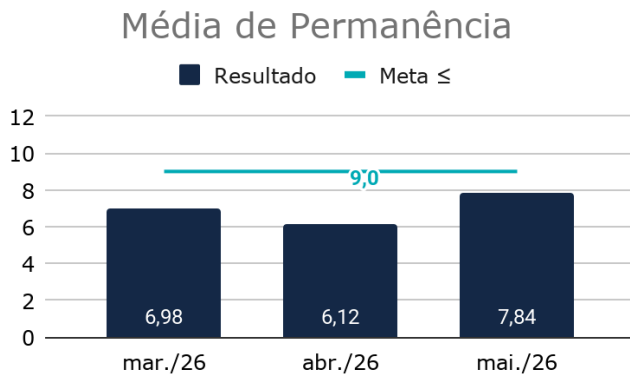
## 5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)

### 5.2.1 Taxa de Ocupação



**Análise crítica:** O mês de Maio foi atingida uma **taxa de ocupação de 95%**, 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

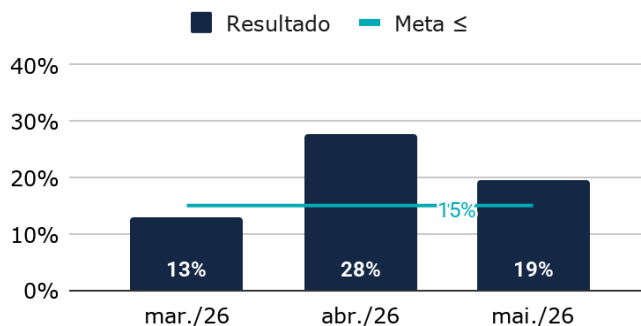


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
604	77

**Análise Crítica:** No mês de Maio, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de **7,84 dias**, mantendo-se acima da meta contratual. Entretanto, observa-se redução em relação ao dado do mês anterior (6,12 dias), indicando melhora no gerenciamento do giro de leitos e na dinâmica de altas. Apesar da evolução positiva, o resultado poderia ter sido ainda mais otimizado, uma vez que **28,81%** dos pacientes com indicação de alta para enfermaria permaneceram na UTI por mais de 24 horas aguardando vaga, o que impacta diretamente na permanência média. Destaca-se ainda que os pacientes crônicos representaram 0% do total de pacientes no período analisado.

### 5.2.3 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total



Nº Óbitos	Nº de Saídas
15	77

**Análise crítica:** No mês de Maio, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 19%, 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 Abril para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul era de **54,07%** enquanto a **mortalidade real foi de 19%**. Isso resultou em um **SMR de 0,54** indicando que a **mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes**. Em números absolutos, foram quinze (15) óbitos nas duas UTIs, dentre esses, um (1) óbito em menos de 24 horas de internação. Do valor total de óbitos, dois (2) pacientes estavam em cuidados paliativos.

Os dois (2) casos de óbitos de pacientes que estavam em **cuidados paliativos** foram: paciente J.F.S, 73 anos, admitido na UTI em 23/04/2026 SAPS 3=55 e risco de mortalidade 35,45% com hipótese diagnóstica fratura de colo de fêmur direito, pneumonia e choque séptico com RNC e óbito declarado em 14/05/2026 às 19h05; Paciente P.A, 89 anos, admitido na UTI em 28/04/2026, SAPS 3=94 e risco de mortalidade 95,11% com hipótese

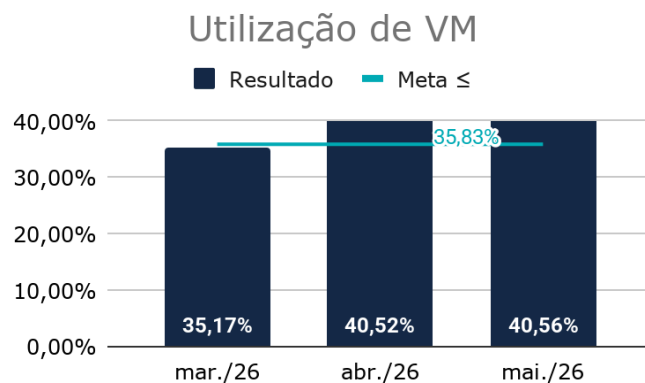
diagnóstica Insuficiência respiratória aguda, sepse de foco pulmonar e AVC isquêmico (22/04/2026) com óbito declarado em 07/05/2026 às 13h05 .

Houve um (1) casos de **óbito em menos de 24h**: paciente S.L.S, 59 anos, admitida na UTI em 18/05/2026, SAPS 3=75 e risco de mortalidade 79,40% com hipótese diagnóstica OAA Aórtica aguda (14/05/2026), Isquemia de MMII e POi amputação transfemural bilateral, embolectomia com fogarty e LE sem isquemia mesentérica e antecedentes ICC por Chagas, HAS e DM, admitida em estado gravíssimo foi declarado óbito no mesmo dia às 18h53.

Os outros doze (12) **óbitos ocorridos nas UTI's foram atribuídos a causas diversas, relacionadas à gravidade clínica e às múltiplas comorbidades** apresentadas pelos pacientes. Apesar do acompanhamento contínuo e das intervenções realizadas pela equipe multiprofissional em conjunto com as especialidades envolvidas, a evolução clínica destes casos mostrou-se desfavorável em decorrência da complexidade do quadro apresentado. Paciente Z.A.P. (SAPS 3= 63; mortalidade prevista= 55,38%) admitido na UTI em 30/04/2026 com diagnóstico de RNC a/e e óbito declarado em 01/05/2026 às 07h30; M.S.S.A. (SAPS 3= 74; mortalidade prevista= 77,88%), admitida na UTI em 27/04/2026 e submetida à cirurgia de debridamento de ferida e óbito declarado em 02/05/2026 às 17h21; C.C.L. (SAPS 3= 63; mortalidade prevista= 55,36%) admitido na UTI em 07/05/2026 com sepse de foco abdominal e óbito declarado em 09/05/2026 às 19h30; A.G.C. (SAPS 3= 53; mortalidade prevista= 22,1%) admitido na UTI em 09/05/2026 com pneumonia associada à falência aguda respiratória e óbito declarado em 10/05/2026 às 20h08; M.A.S. (SAPS 3=42; mortalidade prevista= 11,52%) admitida na UTI em 08/05/2026 por icterícia a esclarecer e hepatopatia com óbito declarado em 12/05/2026 às 14h20; A.M.S. (SAPS 3= 56; mortalidade prevista= 37,91%) admitido na UTI em 08/05/2026 no pós-operatório de trombectomia de membro superior direito e óbito declarado em 14/05/2026 às 04h50; M.J.A. (SAPS 3= 50; mortalidade prevista= 24,33%) admitido na UTI em 12/05/2026 com AVC isquêmico e óbito declarado em 15/05/2026 às 13h30; J.C.S.A. (SAPS 3=101; mortalidade prevista= 97,12%) admitido na UTI em 04/05/2026 após ser submetido à



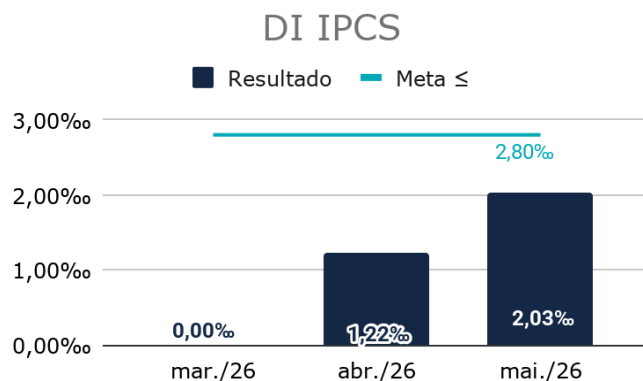
## 5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
245	604

**Análise crítica:** No mês de Maio, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 40,56%, acima da meta contratual, o que condiz com o aumento da complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 54,07% neste mês e 66,19% 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

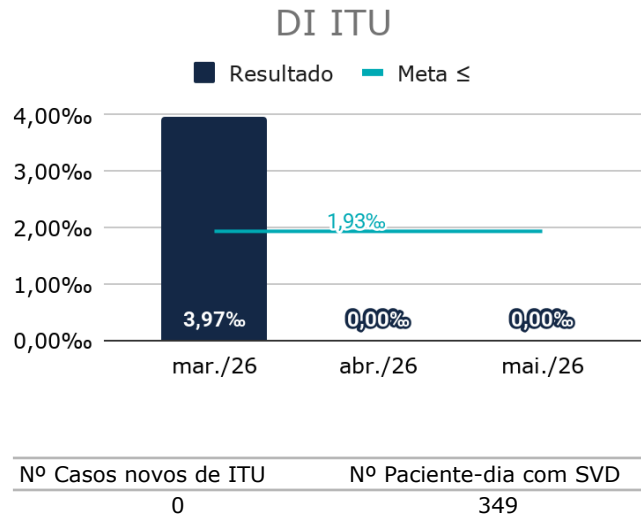


Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
1	493

**Análise crítica:** No mês de Maio, ocorreu um caso de IPCS associados à utilização de CVC, atingindo densidade de 2,03% abaixo da meta contratual. O primeiro caso ocorreu com o paciente O. O. L., 67 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 11/05/2026 com HD: BAVT, com antecedentes DM, Has, utilizando cateter venoso central em veia jugular esquerda inserido em 11/05/2026. Em 29/05/2026, o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado positivo Staphylococcus Epidermidis. Foi optado por escalonar o antibiótico e teve alta hospitalar dia 03/06/2026.

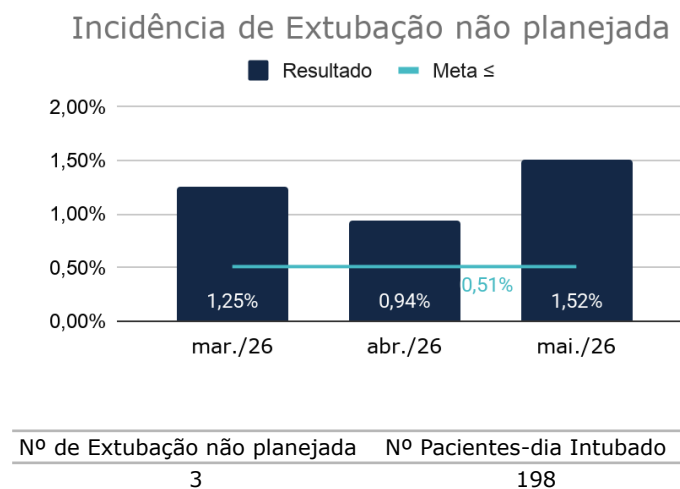
### 5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

#### relacionada a cateter vesical



**Análise crítica:** No mês de Maio não ocorreu densidade incidência de ITU relacionada a cateter vesical.

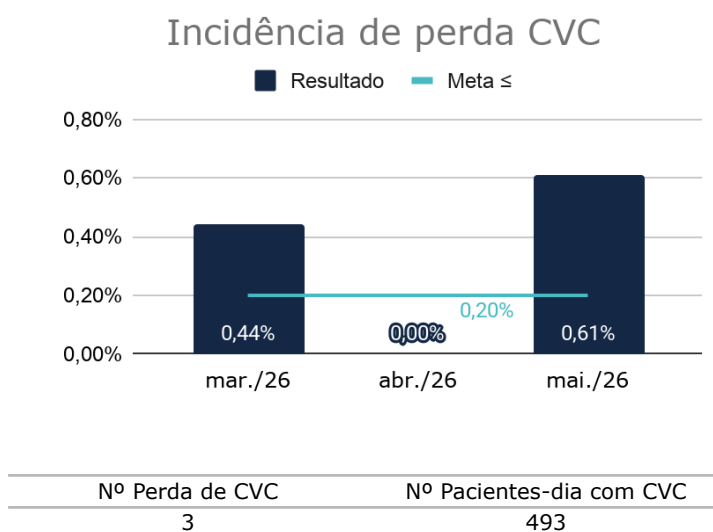
### 5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



**Análise crítica:** No mês de Maio, a incidência de extubação não planejada foi de 1,52%, pois houveram três (3) casos: paciente M.M.N. (SAPS 3= 78; mortalidade prevista= 70,7%) admitido na UTI em 14/05/2026 com AVC hemorrágico, teve o

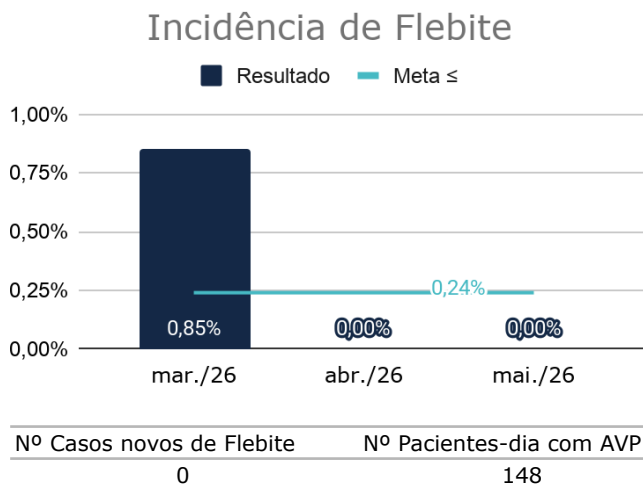
Cuff cortado no mesmo dia durante tricotomia facial, sendo reintubado em seguida sem intercorrências; paciente J.C.T (SAPS 3= 54; mortalidade prevista= 33,88%) admitido na UTI em 15/05/2026 por DPOC exacerbado e ICC, extubou-se devido a agitação psicomotora em 03/05/2026 e reintubado sem intercorrências. Paciente S.V. (SAPS 3= 74; mortalidade prevista= 73,15%) admitido na UTI em 26/05/2026 por DPOC exacerbado e TB?, apresentou extubação acidental por agitação psicomotora em 27/05/2026 e foi mantido em máscara não reinalante após ocorrência.

### 5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)



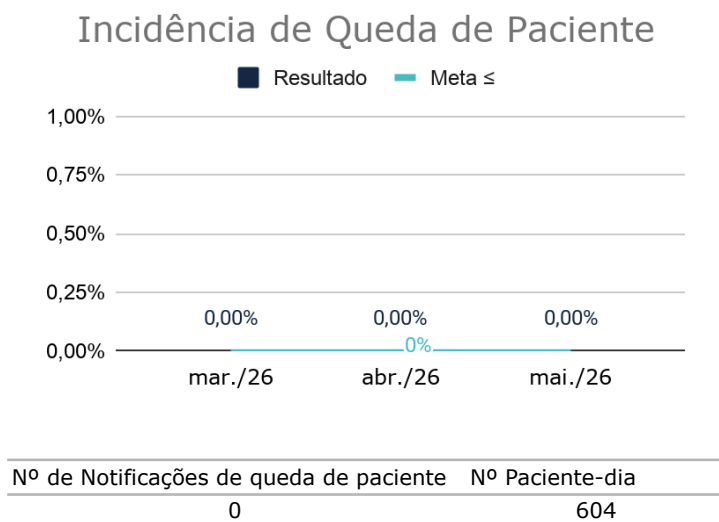
**Análise crítica:** No período analisado, foram utilizados 493 cateteres centrais, com registro de 02 perdas, correspondendo a um índice de aproximadamente 0,61%. O resultado demonstra baixa taxa de perda de dispositivo, sugerindo adequada condução dos cuidados relacionados à manutenção, manipulação e monitoramento dos acessos centrais. Ainda assim, recomenda-se a continuidade das ações de prevenção, vigilância, assistência e reforço das boas práticas de manejo, visando minimizar riscos e manter a segurança do paciente.

### 5.2.11 Incidência de Flebite



**Análise crítica:** No mês de Maio não houve incidência de flebite.

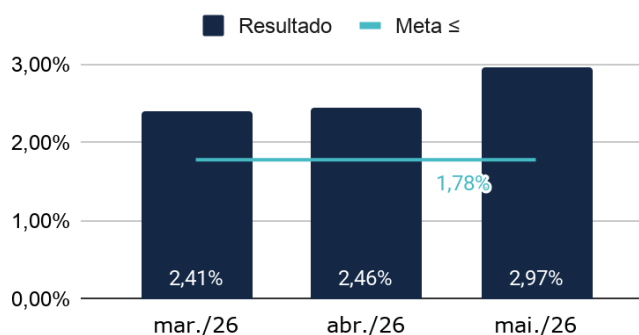
### 5.2.12 Incidência de Queda



**Análise crítica:** No mês de Maio não houve incidência de Queda.

### 5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

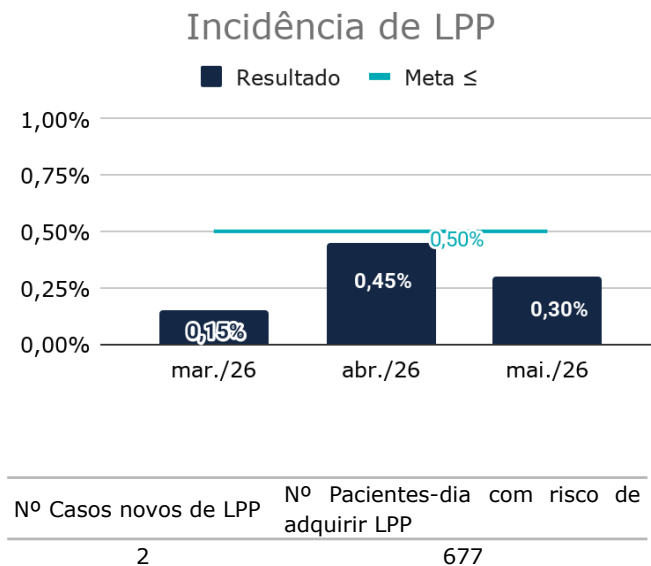
Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
10	337

**Análise crítica:** No período analisado, foram registradas 337 sondas em uso, com 10 saídas não planejadas, correspondendo a uma taxa aproximada de 2,97%. O indicador demonstra ocorrência pontual, porém com impacto relevante na segurança assistencial, reforçando a necessidade de manutenção das medidas preventivas relacionadas à fixação adequada dos dispositivos, monitoramento contínuo dos pacientes e orientação da equipe quanto ao manejo seguro das sondas. A vigilância constante e o fortalecimento das boas práticas assistenciais são fundamentais para redução de perdas não planejadas e prevenção de complicações associadas.

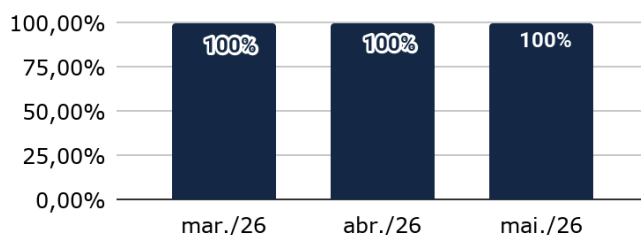
### 5.2.14 Índice de Lesão por Pressão



**Análise crítica:** No mês de Maio, ocorreram 02 novos casos de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,30, abaixo da meta contratual. O caso ocorreu com o paciente J. F. S., 73 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 02/05/2026 com hipótese diagnóstica de Tuberculose, TEP, antecedentes de DPOC, Tabagista. Paciente IOT, submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas, em uso de CNE mantendo jejum, escala de braden com risco moderado, foi identificada uma lesão por pressão em região trocanter Direito grau I, acompanhada pelo grupo e intensificada mudança de decúbito. O segundo caso ocorreu com a paciente R. A. S, 75 anos, hipótese diagnóstica de POI Angioplastia de arterial femoral direita, desconforto respiratório, antecedente HAS, DM e Ex Tabagista. Foi identificada uma lesão por pressão em região trocanter Esquerdo grau I, acompanhada pelo grupo e intensificada mudança de decúbito.

### 5.2.15 Adesão a protocolos institucionais

#### Adesão a protocolos institucionais

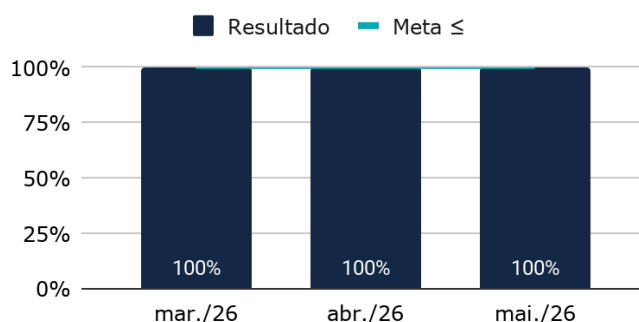


Procedimentos conforme protocolo	Procedimentos avaliados
677	677

**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.

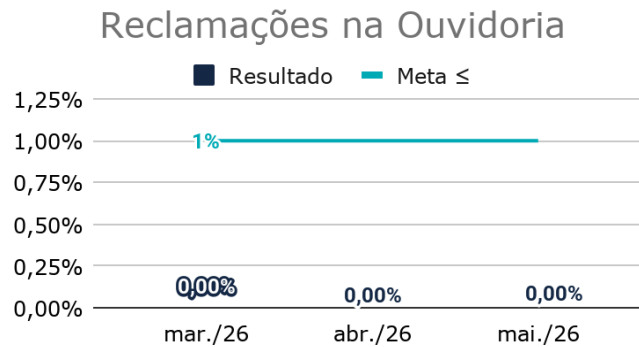
### 5.2.16 Prontuários Evoluídos

#### 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.

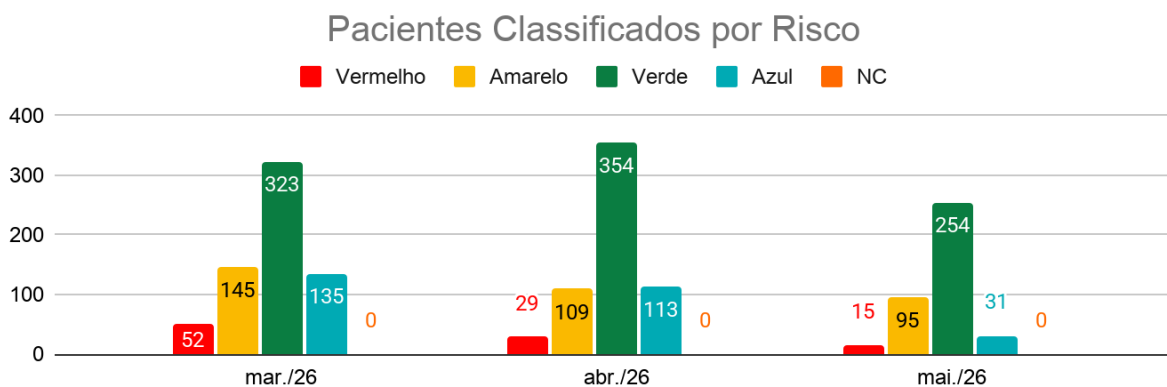
### 5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna



**Análise crítica:** No mês de Maio 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

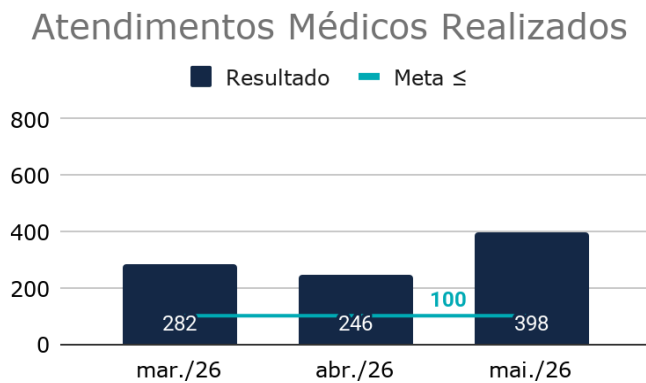
#### 5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



**Análise crítica:** Os dados demonstram predominância da classificação verde nos meses analisados, com 354 atendimentos em abril e 254 em maio. Considerando que a unidade opera em regime de porta fechada, esse resultado está alinhado ao

fluxo institucional, uma vez que muitos pacientes são encaminhados para avaliação de especialistas, acompanhamento clínico ou definição de conduta terapêutica, sem apresentar sinais de gravidade imediata. A redução observada em todas as categorias de risco entre abril e maio sugere diminuição da demanda assistencial no período, mantendo-se, entretanto, o mesmo perfil epidemiológico dos atendimentos. Os casos classificados como amarelo e vermelho permaneceram em menor proporção, indicando que a maior parte dos pacientes avaliados apresentava condições clínicas estáveis, embora necessitasse de suporte especializado. Sob a ótica da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), o acolhimento com classificação de risco tem como finalidade organizar o fluxo assistencial de acordo com a necessidade clínica e não pela ordem de chegada. Nesse cenário, observa-se que a classificação de risco tem contribuído para a priorização adequada dos casos mais graves, garantindo acesso oportuno aos pacientes com maior necessidade de intervenção imediata, sem comprometer a assistência aos pacientes encaminhados para avaliação especializada. Os resultados demonstram adequação do perfil de classificação de risco à característica de hospital de porta fechada, com predomínio esperado de pacientes classificados como verde em decorrência das avaliações por especialistas. O processo de acolhimento e classificação de risco mantém sua relevância como ferramenta de organização do fluxo assistencial, contribuindo para a humanização do atendimento e para a segurança dos pacientes com maior gravidade clínica.

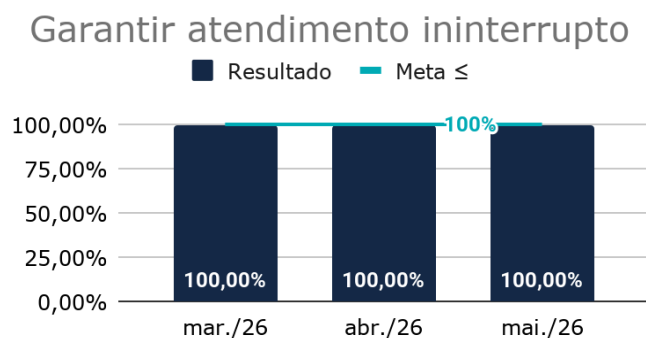
### 5.3.2 Nº atendimento médico



**Análise crítica:** No mês de maio foram realizados 395 atendimentos médicos, observando-se predominância de pacientes classificados como **risco verde (64,3%)**, perfil compatível com a característica assistencial da instituição, que atua como hospital de porta fechada e recebe predominantemente pacientes encaminhados para avaliações especializadas e definição de condutas clínicas. Diferentemente dos serviços de demanda espontânea, a elevada proporção de classificações verdes não representa procura inadequada ao serviço, mas reflete a necessidade de acompanhamento especializado de pacientes clinicamente estáveis. Os pacientes classificados como **amarelo (24,1%)** representam parcela importante dos atendimentos, demonstrando a presença de usuários que necessitam de avaliação prioritária, embora sem risco iminente de morte. Já os casos classificados como **vermelho (3,8%)** evidenciam a capacidade do serviço em identificar situações de maior gravidade, garantindo priorização imediata conforme preconizado pelo Acolhimento com Classificação de Risco. Sob a perspectiva do **HumanizaSUS**, observa-se que a Classificação de Risco vem cumprindo seu papel de organizar o fluxo assistencial com base na necessidade clínica dos pacientes, promovendo atendimento mais seguro, equânime e resolutivo. O predomínio de pacientes verdes está diretamente relacionado às avaliações por especialistas, reforçando a importância do acolhimento qualificado e da integração entre as equipes assistenciais para garantir a continuidade do cuidado.

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

### 5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto



**Análise crítica:** O vínculo entre o atendimento médico e o quantitativo de pacientes classificados pela enfermagem demonstra organização alinhada à classificação de risco, tivemos 395 pacientes que realizaram a abertura da ficha. A melhora significativa no tempo de resposta médica após a entrada do paciente indica avanço na eficiência do fluxo interno, com impacto positivo na segurança assistencial. Da mesma forma, a organização do fluxo de pacientes e macas contribui para redução de gargalos e melhor utilização do espaço físico. Como ponto de atenção, é importante que a gestão não se baseie apenas em volume, mas também na complexidade clínica, mantendo monitoramento contínuo dos indicadores para sustentar os resultados alcançados.

#### 5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO

---

**Análise crítica:** Pacientes amarelos são encaminhados para Retaguarda 2, local onde o médico especialista faz o atendimento e faz o desfecho dos casos referenciados no tempo estimado preconizado em classificação que é de até 30 minutos.

#### 5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

---

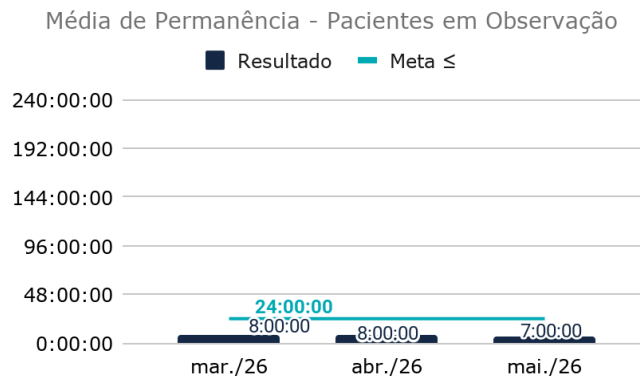
**Análise crítica:** Pacientes amarelos são encaminhados para Retaguarda 2, local onde o médico especialista faz o atendimento e faz o desfecho dos casos referenciados no tempo estimado preconizado em classificação que é de até 30 minutos. Temos ressalvas quanto ao quadro clínico apresentado no momento da classificação, podendo ser um amarelo que requer maiores cuidados. Como não trabalhamos com a classificação laranja, os casos amarelos são tratados devido à complexidade apresentada no momento da avaliação

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

---

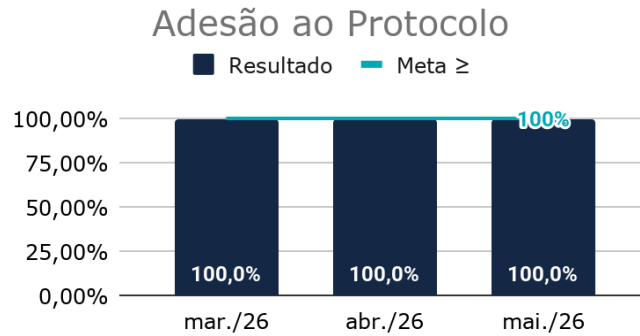
**Análise crítica:** Na unidade, o atendimento inicia-se com a classificação de risco, seguida da abertura da ficha, garantindo acolhimento imediato e acompanhamento contínuo nos casos referenciados. O tempo médio entre essas etapas é de cerca de 10 minutos, favorecendo organização e segurança assistencial. A demanda espontânea, em sua maioria classificada como azul, pode apresentar maior tempo de espera devido à priorização dos casos mais graves referenciados e é invertido o atendimento, primeiro sendo realizada a abertura de ficha e posterior a classificação de risco.

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



**Análise crítica:** O tempo médio de permanência na Unidade de Observação é de 7,0 horas, resultado significativamente inferior à meta estabelecida de menos de 24 horas, evidenciando eficiência no fluxo assistencial, agilidade na tomada de decisões clínicas e boa articulação da equipe multiprofissional. Apesar do desempenho satisfatório, recomenda-se a manutenção do monitoramento contínuo do indicador para garantir que a redução do tempo de permanência permaneça associada à qualidade e segurança da assistência prestada. Dados levantados manualmente pelo indicador que é abastecido diariamente.

### 5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos

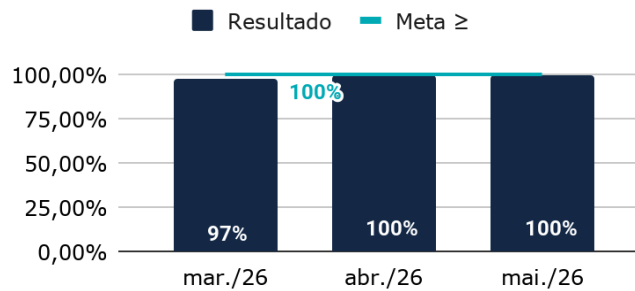


Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
1246	1246

**Análise crítica:** No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital.

### 5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados

#### Atendimentos Evoluídos

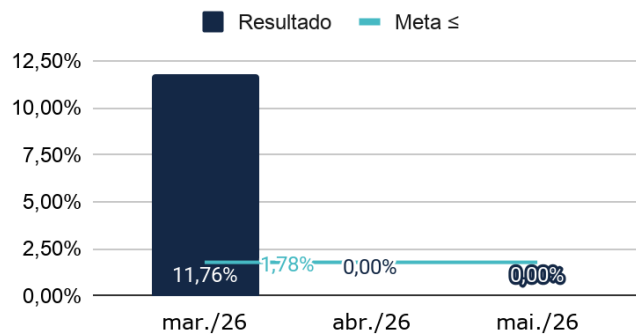


Atendimentos Médicos Realizados	FA
383	383

**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.

### 5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral

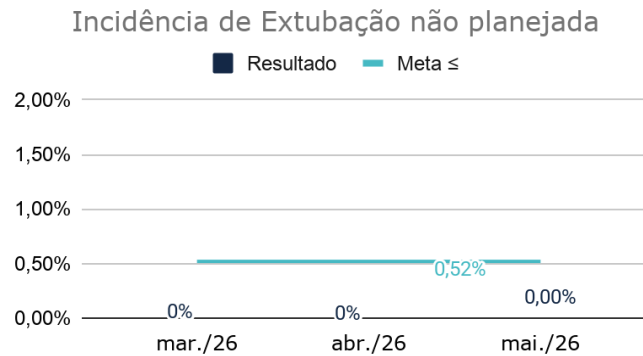
#### Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	7

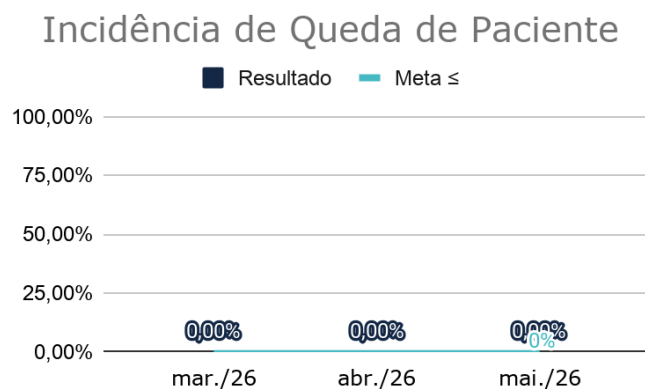
**Análise crítica:** Não tivemos índice de perda de SONGE no período apurado.

### 5.4.9 Taxa de extubação acidental



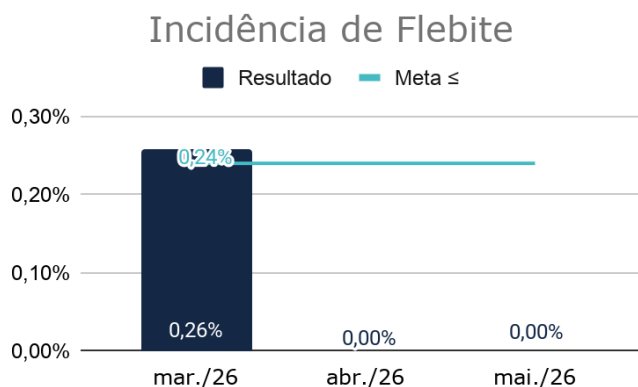
**Análise crítica:** No mês de Maio, não houve registro de incidência de extubação não planejada no pronto socorro.

### 5.4.10 Queda de Paciente



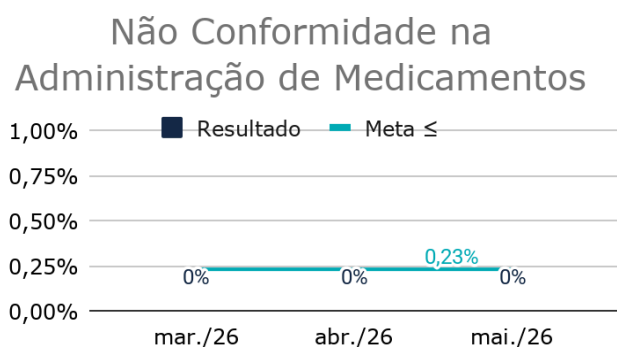
**Análise crítica:** No mês de Maio não houve incidência de Queda.

### 5.4.11 Incidência de Flebite



**Análise crítica:** No mês de Maio não houve incidência de Flebite.

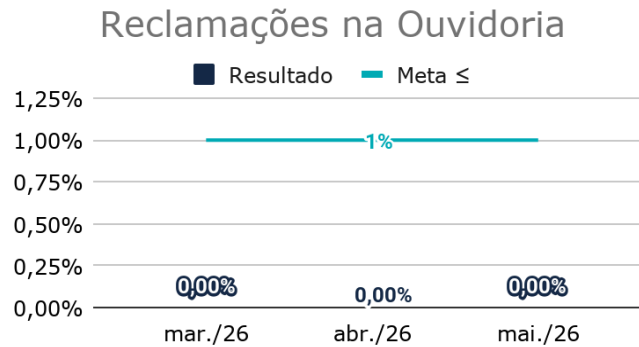
### 5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos



Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
0	1246

**Análise crítica:** Não tivemos erro na administração de medicamentos no período.

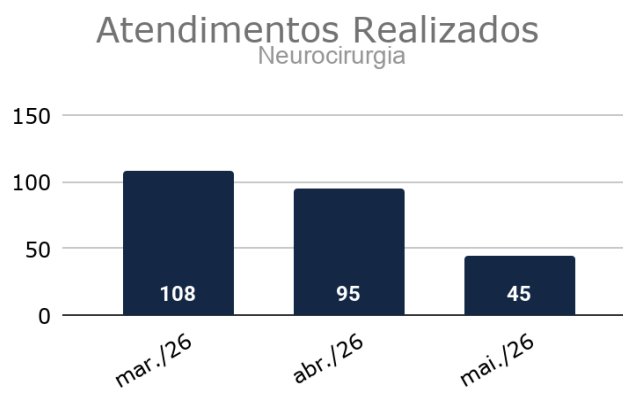
### 5.4.13 Reclamação na Ouvidoria



**Análise crítica:** Não tivemos reclamações registradas na ouvidoria no período apurado.

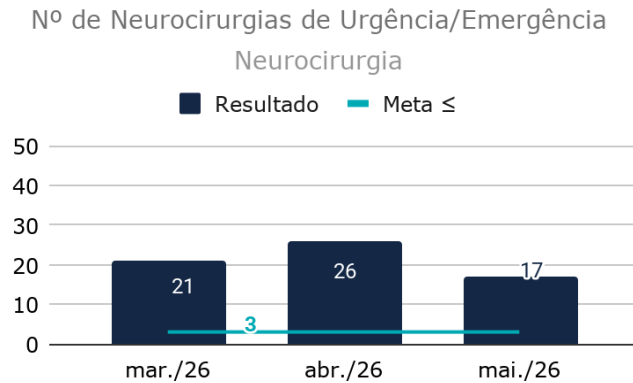
## 5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

### 5.5.1 Número de atendimentos



**Análise Crítica:** Foram realizados 45 atendimentos de Neurocirurgia na unidade hospitalar.

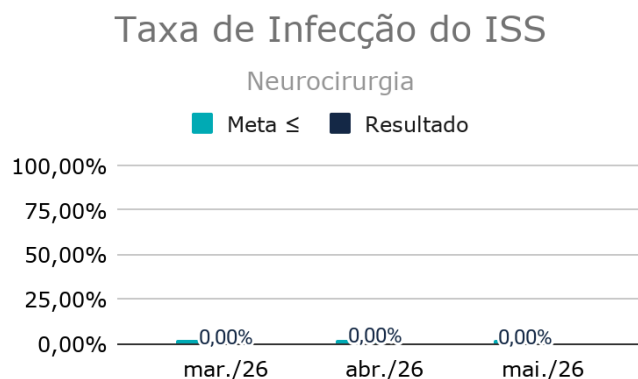
### 5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



**Análise Crítica:** Tivemos 17 casos de neurocirurgia de urgência no mês de maio.

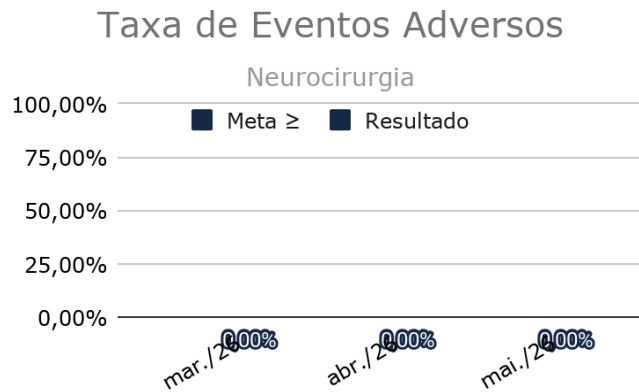
## 5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

### 5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



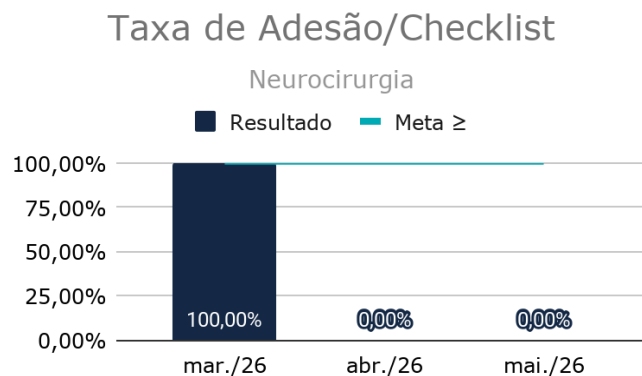
**Análise crítica:** Não tivemos casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISS).

### 5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



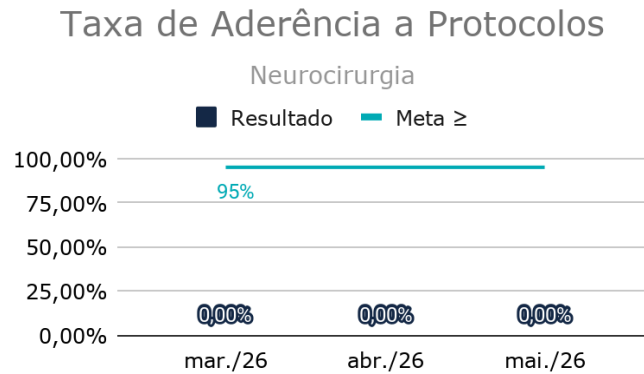
**Análise crítica:** Não tivemos eventos sentinelas intraoperatório no período apurado.

### 5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos



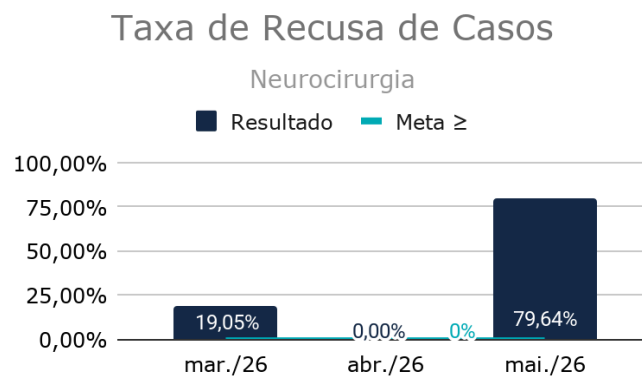
**Análise crítica:** Durante o período analisado, não foi registrada nenhuma taxa de não conformidade relacionada ao checklist dos pacientes da neurocirurgia. Esse resultado evidencia a adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

### 5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



**Análise crítica:** A taxa de aderência aos protocolos de profilaxia antibiótica nos procedimentos de neurocirurgia foi efetiva, com administração realizada no momento da anestesia, conforme preconizado.

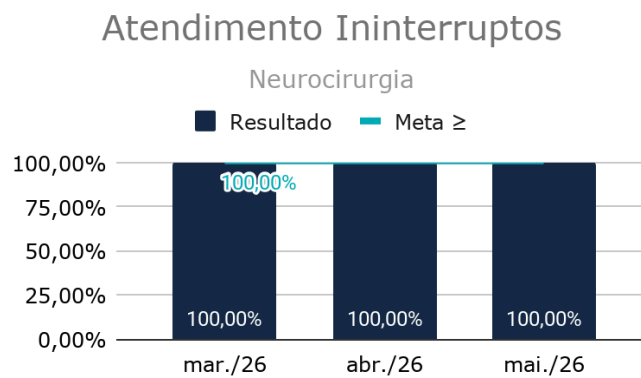
### 5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



**Análise crítica:** Tivemos uma taxa de 79,64% de recusas de casos da Neurocirurgia. Sendo esses 94 casos sem vaga de UTI Adulto/ Pediátrica, 40 casos não pertinentes e sem urgência, 09 não são referência, 12 equipe se encontrava em

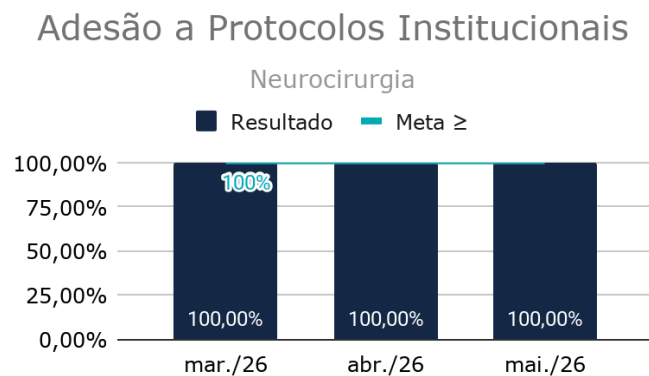
campo e não teria condições de operar outro paciente grave naquele momento e 21 sem oncologia ou neurocirurgia oncológica.

### 5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



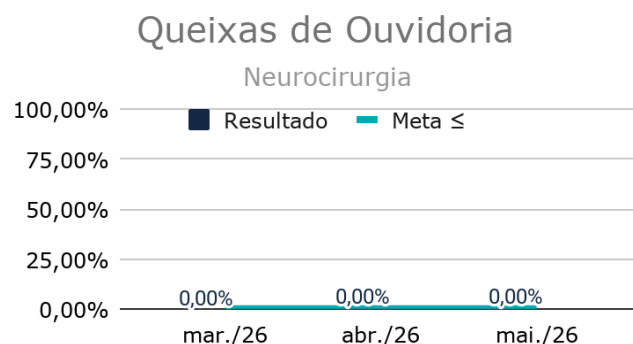
**Análise crítica:** Foi garantido atendimento ininterrupto da neurocirurgia no período, com melhoria na organização dos processos e no alinhamento da comunicação entre as equipes, contribuindo para maior segurança e continuidade da assistência prestada.

### 5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais



**Análise crítica:** Durante o período analisado, observou-se adesão total aos protocolos institucionais em todos os processos avaliados. Esse resultado evidencia comprometimento da equipe com as normas e fluxos estabelecidos, garantindo padronização do cuidado, segurança do paciente e qualidade assistencial.

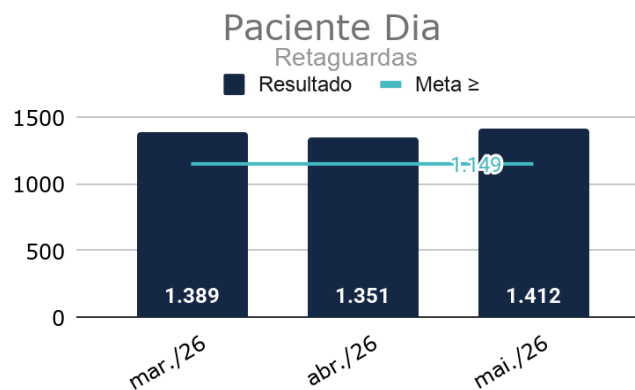
### 5.6.8 Queixa Ouvidoria



**Análise crítica:** No mês de Maio não foram registradas ouvidorias.

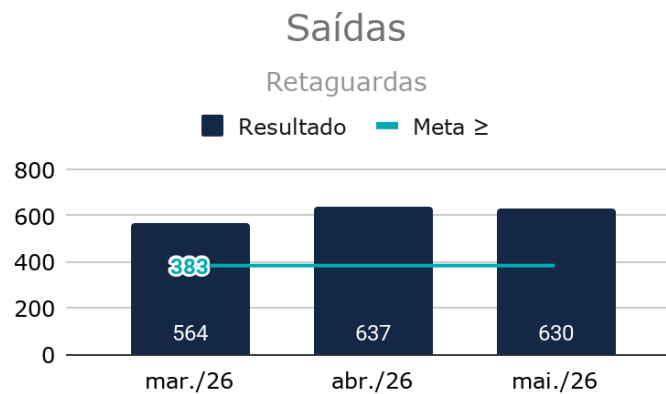
## 5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

### 5.7.1 Paciente dia



**Análise crítica:** Observou-se aumento do indicador de paciente-dia, relacionado ao perfil dos pacientes internados, especialmente aqueles provenientes de Instituições de Longa Permanência (ILPI) e em situação de vulnerabilidade social, como moradores de área livre. Esses casos apresentaram maior tempo de permanência hospitalar devido às dificuldades no processo de desospitalização e articulação com a rede de apoio. Como consequência, houve maior ocupação dos leitos e necessidade de utilização de leitos extras para absorver a demanda assistencial, garantindo a continuidade do atendimento sem prejuízo à assistência. O cenário reforça a importância da atuação multiprofissional e do fortalecimento das estratégias de gestão de leitos e alta hospitalar segura.

## 5.7.2 Saídas

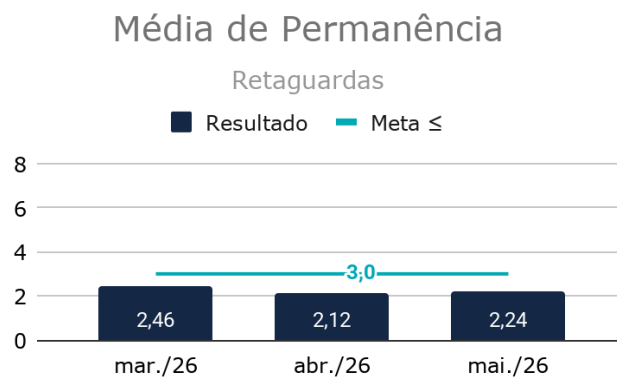


**Análise crítica:** No mês de maio, foram registradas 630 saídas da unidade, evidenciando elevada movimentação assistencial e importante rotatividade dos leitos. Destas saídas, 109 corresponderam a altas hospitalares, 498 a transferências internas, 11 a transferências externas, 12 a óbitos (sendo 9 após 24 horas de internação e 3 com menos de 24 horas) e não houve registros de evasão.

O elevado número de transferências internas demonstra a dinâmica assistencial da instituição e a necessidade de adequação contínua dos pacientes aos diferentes níveis de cuidado, favorecendo a continuidade da assistência conforme a evolução clínica. As altas hospitalares refletem a efetividade das condutas assistenciais e dos processos de recuperação e desospitalização.

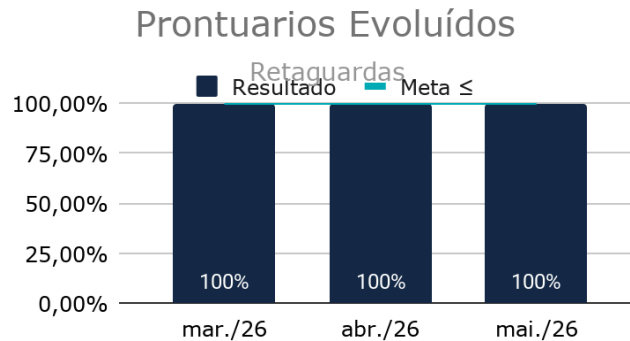
## 5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguada Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

### 5.8.1 Média de Permanência (dias)



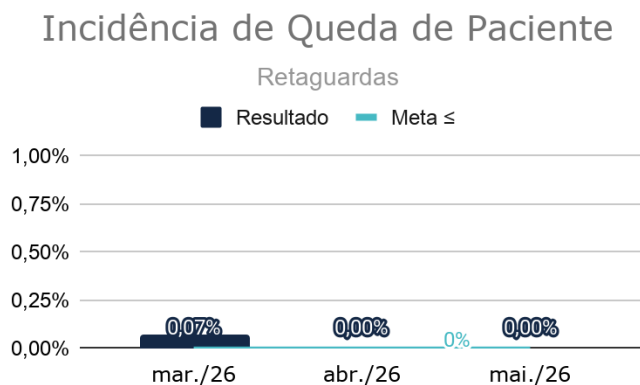
**Análise crítica:** A média de permanência registrada no período analisado foi de 2,24 dias, indicando que, em média, os pacientes permaneceram internados por esse período até a alta hospitalar ou transferência Interna ou Externa. O resultado sugere adequada condução do processo assistencial e organização do fluxo de atendimento na unidade, permitindo resolução clínica em tempo oportuno. Recomenda-se manter o monitoramento contínuo do indicador, avaliando possíveis variações relacionadas ao perfil de complexidade dos pacientes e à demanda assistencial, a fim de garantir eficiência operacional associada à qualidade e segurança da assistência prestada.

### 5.8.2 Prontuários evoluídos



**Análise crítica:** Prontuários 100% evoluídos pela equipe de enfermagem pelo sistema INPUT.

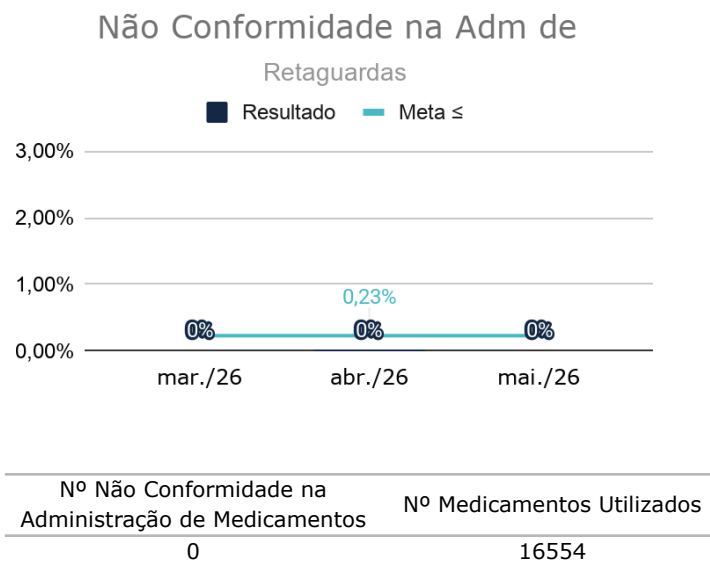
### 5.8.3 Incidência de queda de paciente



**Análise crítica:** No período analisado, foram atendidos 1.412 pacientes, sem ocorrência de incidentes relacionados à queda, resultando em índice igual a zero. O resultado demonstra efetividade das medidas preventivas e adesão da equipe às práticas de segurança do paciente, refletindo assistência segura e monitoramento adequado dos riscos. Apesar do desempenho positivo, ressalta-se a importância da manutenção das ações preventivas, da vigilância

contínua e do fortalecimento da cultura de segurança, visando sustentar os resultados alcançados e prevenir ocorrências futuras.

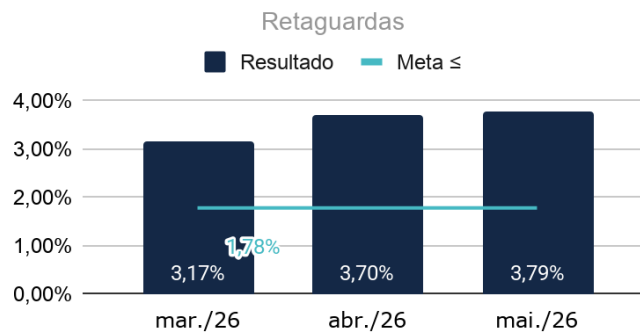
#### 5.8.4 Incidência de erro de medicação



**Análise crítica:** No período analisado, foram administradas 16.554 medicações, sem registros de eventos relacionados a erro de medicação.

### 5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

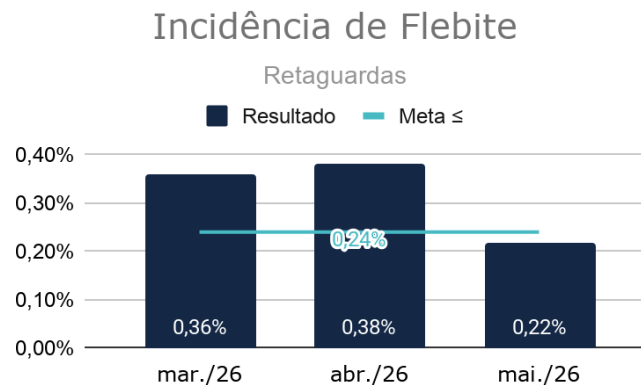
#### Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
5	132

**Análise Crítica:** No período analisado, foram registradas 132 sondas em uso, com 5 saídas não planejadas, correspondendo a uma taxa aproximada de 3,79%. O indicador demonstra ocorrência pontual, porém com impacto relevante na segurança assistencial, reforçando a necessidade de manutenção das medidas preventivas relacionadas à fixação adequada dos dispositivos, monitoramento contínuo dos pacientes e orientação da equipe quanto ao manejo seguro das sondas. A vigilância constante e o fortalecimento das boas práticas assistenciais são fundamentais para redução de perdas não planejadas e prevenção de complicações associadas.

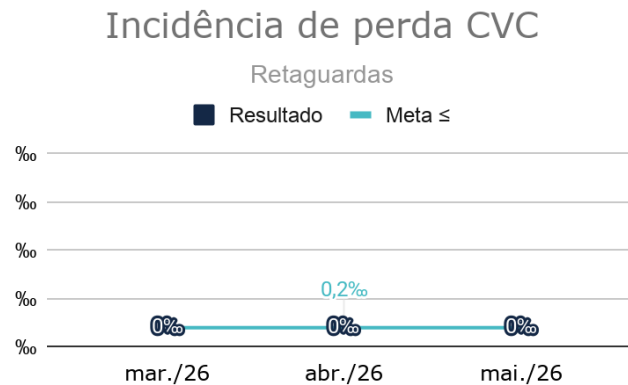
### 5.8.6 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
3	1389

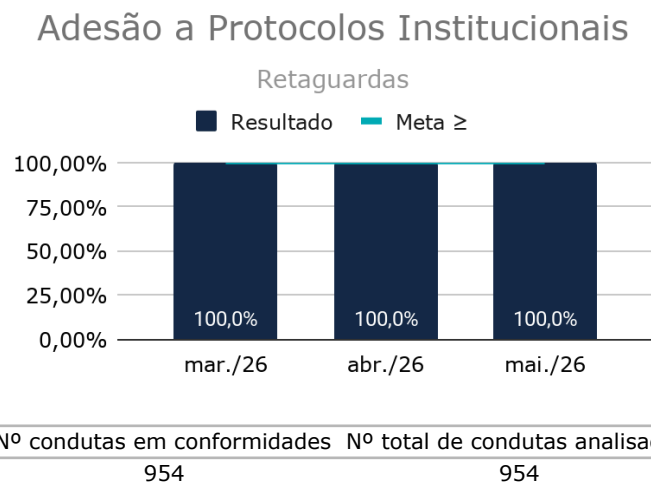
**Análise Crítica:** No período analisado foram registrados 3 casos de flebite em 1.389 acessos venosos periféricos (AVP), correspondendo a uma taxa de aproximadamente 0,22%. O resultado demonstra baixa incidência de flebite, mantendo-se dentro dos parâmetros aceitáveis para a segurança assistencial e refletindo a adesão da equipe às boas práticas de inserção, manutenção e monitoramento dos acessos venosos periféricos. Apesar do resultado favorável, é fundamental manter a vigilância contínua, reforçando a avaliação diária dos sítios de punção, a identificação precoce de sinais inflamatórios e o cumprimento dos protocolos institucionais, visando reduzir ainda mais a ocorrência do evento e garantir a qualidade da assistência prestada.

### 5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central



**Análise Crítica:** Não tivemos incidência de perda de Cateter Venoso Central no período analisado.

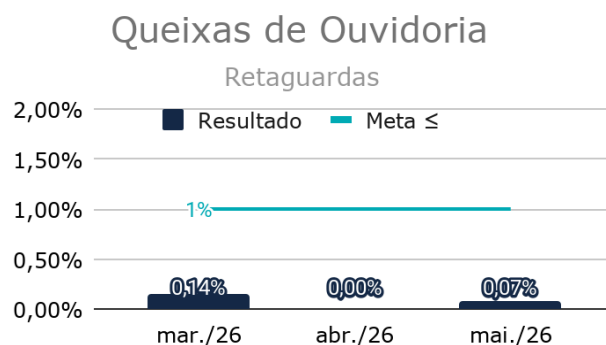
### 5.8.8 Adesão a protocolos institucionais



**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.

### 5.8.9 Reclamações na ouvidoria



**Análise crítica:** Tivemos dois (02) casos de ouvidoria. Uma referente ao paciente J.A.M. que estava internado na retaguarda 1. A família relatou desconforto por conta do ar-condicionado, acreditando que isso teria agravado o quadro do pai. A família foi informada, via canal de ouvidoria, de que o ar-condicionado não era a causa direta da condição, que a regulação é feita pela equipe de controle de equipamentos, e não pela enfermagem. Explicamos que o ar-condicionado, apesar de não ser causa de infecções, pode sim causar irritação respiratória. Assumimos que, de qualquer forma, a empresa de manutenção seria acionada para ajustar o sistema. Qualquer outra observação ou evento, a gente segue documentando. No segundo caso, O paciente R.M.S estava internado na Retaguarda 4, aguardando uma cirurgia ortopédica. Sua irmã, Dona Maria Gorete, relatou, via ouvidoria, que ele teria sido medicado à força durante a madrugada, sem consentimento. Após investigação, verificou-se que Reginaldo tinha um histórico de AVC e fazia uso de medicação controlada para agitação. Ele estava há quatro dias sem essa medicação, o que desencadeou o quadro de confusão. A equipe realizou oitivas com outros

pacientes e acompanhantes, que não relataram nenhum uso de força. A medicação controlada, portanto, foi o fator desencadeante, e a família foi informada, ficando a equipe à disposição.

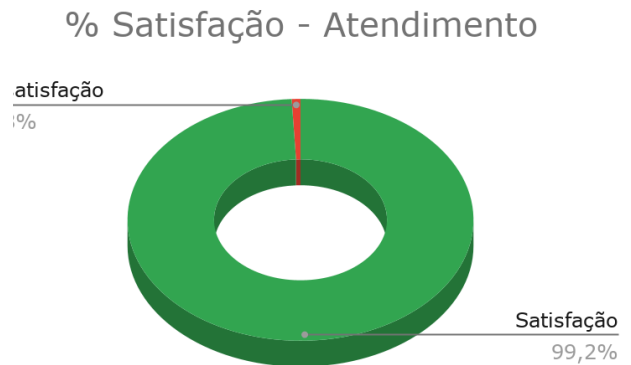
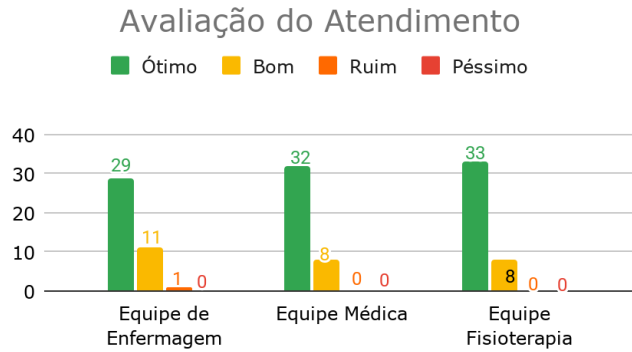
## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

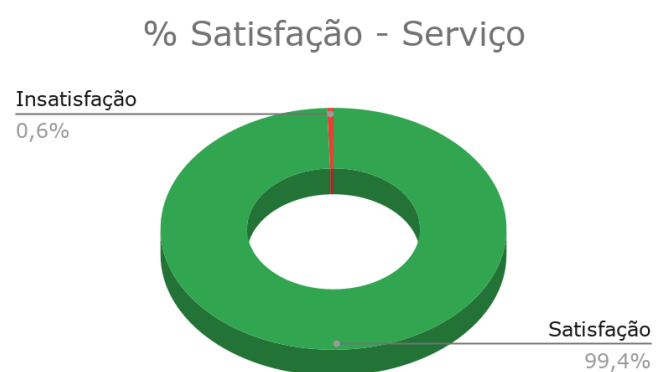
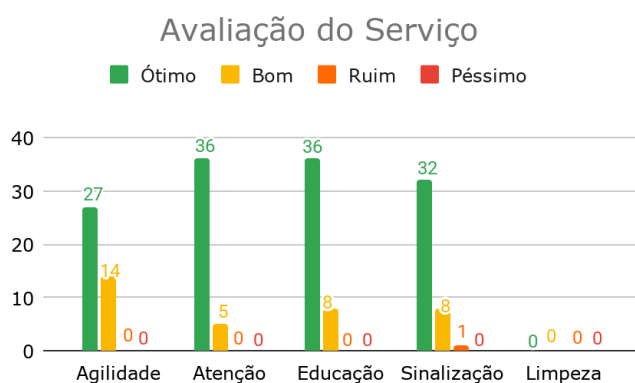
No período avaliado, tivemos o total de **73 pesquisas respondidas**, sendo **41** preenchidos na UTI adulto e **32** preenchidos no Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA).

### 6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI



**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 99,2%**, demonstrando uma percepção

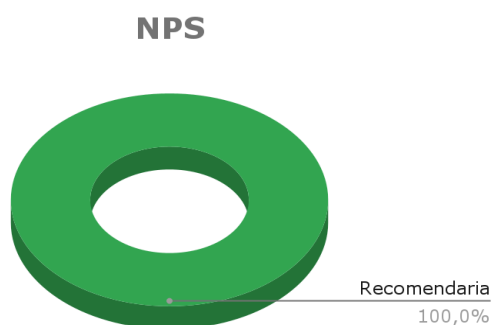
### 6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI



**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 **99,4%** dos usuários.

### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI

---



**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 Maio, foi realizado treinamento in loco sobre técnica de higiene das mãos nas UTIs com a equipe do Proadi- SUS.



Comemoração da Semana da Enfermagem UTI / PRONTO SOCORRO



Realizado treinamento da Prevenção de PAV para toda equipe assistencial da UTI.



## Campanha da Higiene das Mãos



Participação da Equipe Multidisciplinar no Safety Hudlle e Visita Multidisciplinar beira leito na UTI.



Treinamento referente como aplicar o feedback no Pronto Socorro.

