

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital Regional “Dr. Vivaldo  
Martins Simões” - Osasco**

**Convênio n.º 000008/2026**

**Gerenciamento Integrado da Linha de  
cuidados de Pacientes Clínicos,  
Cirúrgicos Críticos**

**Abril  
2026**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Rodrigo Garcia

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Jean Carlo Gorinchteyn

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICA REGIONAL**

Adriana Cristina Alvares

**COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

Plínio José Bonifácio Neto

**COORDENADOR DE FISIOTERAPIA**

Reinaldo dos Santos Adriano

## 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 Convênio n.º 000008/2026	6
<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 Geral	8
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	9
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	9
4.3.1 Absenteísmo	9
4.3.2 Turnover (Comunicação de Acidente de Trabalho)	10
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	11
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>12</b>
5.1 Indicadores - Quantitativos - UTI ADULTO 40 leitos	12
5.1.1 Saídas	12
5.1.2 Paciente-dia	14
5.2 Indicadores - Qualitativos UTI Adulto 40 leitos	16
5.2.1 Média de Permanência (dias)	16
5.2.2 Taxa de Mortalidade	17
5.2.3 Taxa de Reinternação em 24 horas	19
5.2.4 Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)	20
5.2.5 Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	21
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	23
5.2.7 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	24
5.2.8 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	26
5.2.9 Incidência de Flebite	27
5.2.10 Incidência de queda de paciente	28
5.2.11 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	29
5.2.12 Índice de Lesão por Pressão	30
5.2.13 Adesão a Protocolos Institucionais	31
5.2.14 Prontuários Evoluídos	32
5.2.15 Reclamações na ouvidoria	33
5.3 Indicadores - Quantitativos - UCI 15 leitos	34
5.3.1 Saídas	34
5.3.2 Paciente-dia	35
5.4 Indicadores - Qualitativos - UCI 15 leitos	36
5.4.1 Média de Permanência (dias)	36
5.4.2 Taxa de Mortalidade	37
5.4.3 Taxa de Reinternação em 24 horas	38
5.4.4 Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)	39
5.4.5 Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	40
5.4.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a	

cateter vesical	41
5.4.7 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	42
5.4.8 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	43
5.4.9 Incidência de Flebite	44
5.4.10 Incidência de queda de paciente	45
5.4.11 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	46
5.4.12 Índice de Lesão por Pressão	47
5.4.13 Adesão a Protocolos Institucionais	48
5.4.14 Prontuários Evoluídos	49
5.4.15 Reclamações na ouvidoria	50
5.5 Indicadores - Quantitativos - ENFERMARIA MÉDICA 42 Leitos	51
5.5.1 Saídas	51
5.5.2 Paciente-dia	52
5.6 Indicadores - Qualitativos Clínica Médica 42 leitos	54
5.6.1 Média de Permanência (dias)	54
5.6.2 Prontuários Evoluídos	55
5.6.3 Incidência de queda de paciente	56
5.6.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	57
5.6.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	58
5.6.6 Incidência de Flebite	59
5.6.7 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	60
5.6.8 Adesão aos Protocolos	61
5.6.9 Reclamações na ouvidoria	62
5.10 Indicadores - Qualitativos - NEUROCIRURGIA	63
5.10.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)	63
5.10.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)	64
5.10.3 Taxa de adesão/ conformidade com checklists cirúrgicos	65
5.10.4 Taxa de Aderência a Protocolos de Profilaxia antibiótica	66
5.10.5 Taxa de Recusas de Casos Referenciados de Neurocirurgia	67
5.10.6 Atendimentos Ininterruptos as Demandas de urgência	68
5.10.7 Adesão a Protocolos Institucionais	69
5.10.8 Queixas de Ouvidoria	70
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>71</b>
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	71
6.1.1 Avaliação do Atendimento	71
6.1.2 Avaliação do Serviço	72
<b>7. EVENTOS E CAPACITAÇÕES</b>	<b>73</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 Convênio n.º 000008/2026**

O presente termo tem por finalidade o **gerenciamento técnico/administrativo** dos seguintes Serviços de Saúde: **Urgência e Emergência em Neurocirurgia (Pronto Socorro), Cuidados em Leitos Clínicos e Cirúrgicos, Cuidados em Leito de Terapia Intensiva (UTI) e Cuidados Intermediários**, todos no **Hospital Regional de Osasco**. O escopo abrange o atendimento médico, de enfermagem, fisioterápico, fonoaudiológico, psicológico, de serviço social e de terapia ocupacional, garantindo a oferta quantitativa e qualitativa desses serviços, com o fornecimento de equipe multidisciplinar composta por plantonistas e diaristas, assegurando o funcionamento ininterrupto destas unidades. O atendimento ao paciente em todas as linhas de cuidado propostas será realizado nesta estrutura:

- Urgência e Emergência em Neurocirurgia Adulto e Pediátrico;
- 40 leitos de UTI Adulto;
- 15 leitos de Cuidados Intermediários;
- 42 leitos de Enfermaria Clínica e Cirúrgica

## **2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES**

Todas as atividades realizadas no Hospital Regional de Osasco – Dr. Vivaldo Martins Simões são monitoradas por sistema de informática e planilhas de 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 30 de Abril de 2026**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A equipe de trabalho é composta por **253 colaboradores contratados** por processo seletivo (CLT) e **100 por contratação de Pessoa Jurídica**.

### 4.1 Dimensionamento Geral

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Auxiliar Administrativo (36h)	16	14	↓
	Auxiliar Técnico Administrativo (40h)	1	1	✓
	Analista Administrativo (40h)	1	1	✓
	Encarregado Administrativo (40h)	1	1	✓
	Jovem Aprendiz (30h)	1	0	↓
Assistencial	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Enfermeiro Coordenador (40h)	1	1	✓
	Fisioterapeuta RT (30h)	1	1	✓
	Médico RT (40h)	1	1	✓
	Supervisor de Enfermagem RT (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	21	21	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	21	21	✓
	Fisioterapeuta (30h)	23	23	✓
	Fisioterapeuta (30h) - noturno	15	15	✓
	Fonoaudiólogo (36h)	6	2	↓
	Psicólogo (36h)	3	1	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	76	74	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	73	71	↓
	Terapeuta Ocupacional (30h)	6	1	↓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
<b>Total</b>		<b>271</b>	<b>253</b>	↓

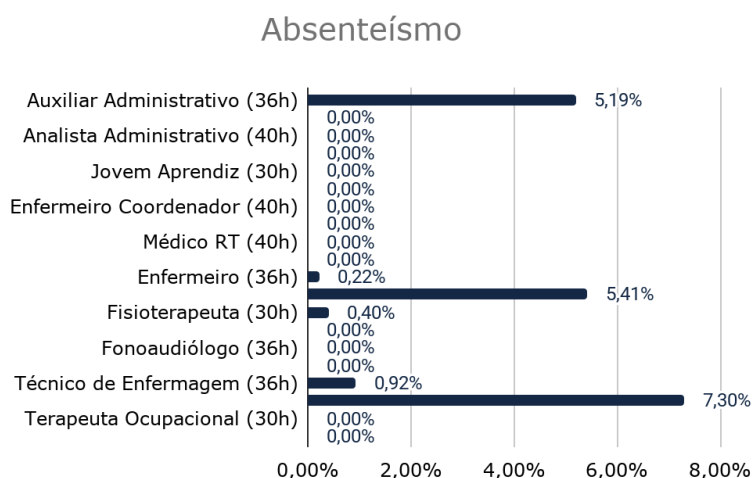
Mediante o quadro acima, verificamos que 93% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho estando incluso em planilha separada a equipe PJ.

## 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

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

## 4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.3.1 Absenteísmo

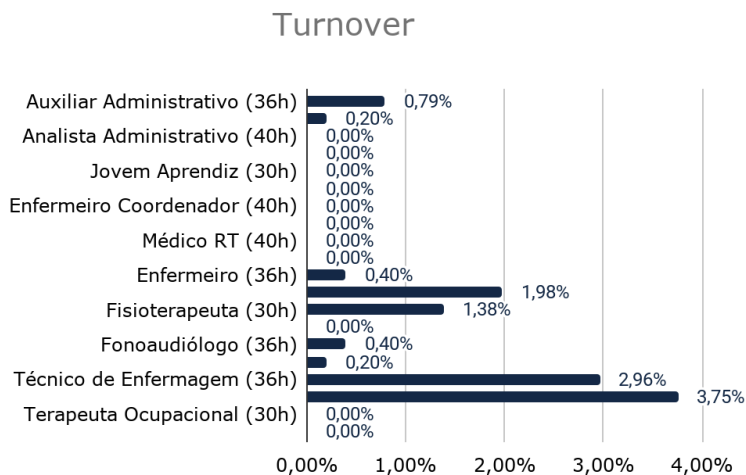


**Análise crítica:** Mediante o cenário do quadro de colaboradores, entre os 253 (duzentos e cinquenta e três) colaboradores CLT, ocorreram 173 (cento e setenta e três) dias de ausências da seguinte forma:

#### Ausências por atestado médico

- 15 (quinze) dias de técnicos de enfermagem do período diurno;
- 114 (cento e quatorze) dias de técnicos de enfermagem do período noturno;
- 01 (um) dia de enfermeiro do período diurno;
- 25 (vinte e cinco) dias de enfermeiro do período noturno;
- 02 (dois) dias de fisioterapeuta do período diurno; e
- 16 (dezesesseis) dias de administrativo.

### 4.3.2 Turnover (Comunicação de Acidente de Trabalho)

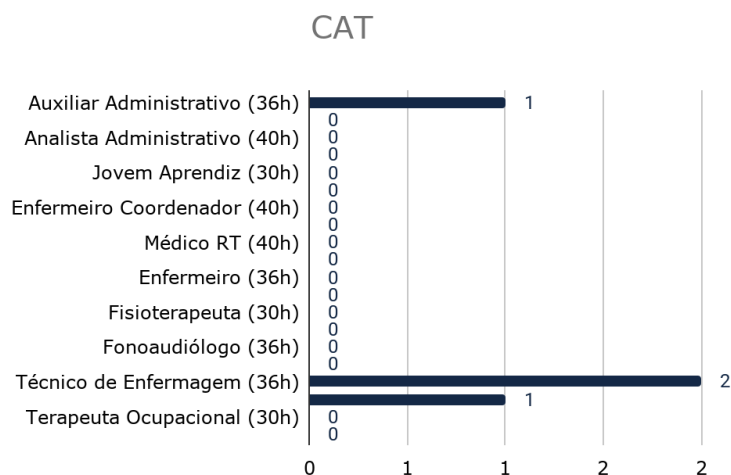


**Análise crítica:** No corrente mês tivemos o seguinte turnover:

- Desligamento de 07 (sete) técnicos de enfermagem do período noturno, sendo feito 05 reposições no mesmo mês e 02 (dois) programados para o mês subsequente;
- Desligamento de 10 (dez) técnicos de enfermagem do período diurno, sendo feito 06 (seis) reposições no mesmo mês e programada 04 (quatro) para o mês subsequente;
- Desligamento de 01 (um) enfermeiro do período diurno, sendo repostado no mesmo mês;
- Desligamento de 04 (quatro) fisioterapeutas do período diurno, sendo repostado 03 (três) no mesmo mês e 01 (um) programado para o mês subsequente;
- Desligamento de 06 (seis) enfermeiros do período noturno, sendo repostado 05 (cinco) no mesmo mês e 01 programado para o mês subsequente;
- Desligamento de 03 (três) auxiliares administrativos, sendo repostado 02 (dois) no mesmo mês e 01 programado para o mês subsequente;

- Desligamento de 01 (um) psicólogo, sendo programado reposição para o mês subsequente; e
- Pedido de desligamento de 06 (seis) enfermeiros do período noturno, sendo repostos 05 no mesmo mês e 01 (um) programado para o mês subsequente.

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



**Análise crítica:** No corrente mês tivemos 04 (quatro) CAT, sendo 02 (dois) técnicos de enfermagem do período diurno, 01 (um) técnico de enfermagem do período noturno que se perfuraram com agulha durante assistência, e 01 (um) auxiliar administrativo que se cortou com bisturi durante suas atividades.

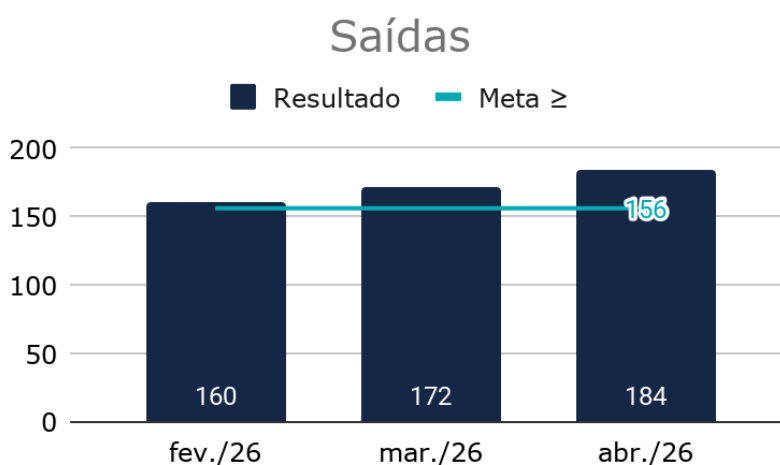
Foram seguidos todos os protocolos institucionais voltados a cada acidente.

## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade, nos direciona para aspectos relacionados à efetividade da gestão, desempenho e a qualidade da assistência ofertada. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas nas unidades sob gerenciamento do CEJAM no Hospital Regional de Osasco.

### 5.1 Indicadores - Quantitativos - UTI ADULTO 40 leitos

#### 5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	2
Transferência Interna	149
Transferência Externa	3
Óbitos < 24h	4
Óbitos > 24h	26
<b>Total</b>	<b>184</b>

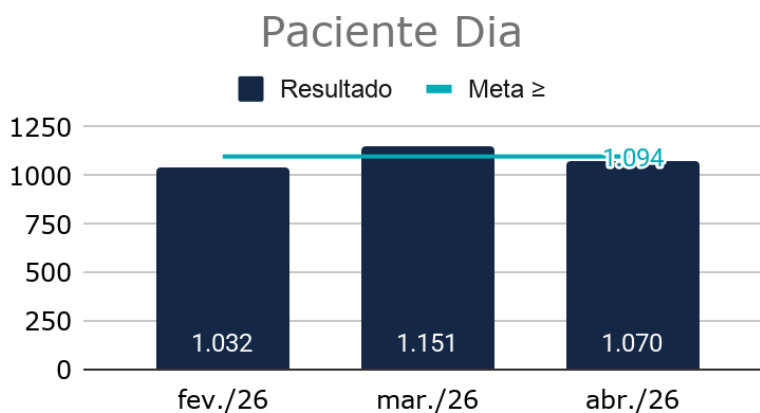
**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

No período avaliado, foram registrados 184 desfechos assistenciais, com predominância de transferências internas (149 casos), o que corresponde a aproximadamente 80,9% do total, evidenciando o perfil da unidade como componente estratégico na organização do fluxo assistencial e na continuidade do cuidado intra-hospitalar. Observam-se ainda 3 transferências externas (1,6%), 2 evasões (1%), ausência de altas diretas, além de 30 óbitos no período, sendo 4 ocorridos em menos de 24 horas da admissão (2,1%) e 25 após 24 horas (17,5%). Em termos de representação gráfica proporcional, verifica-se concentração dos desfechos nas transferências internas, com menor participação relativa dos demais eventos, o que é compatível com unidades de suporte e estabilização de pacientes de maior complexidade clínica.

Ressalta-se que os óbitos ocorridos em período inferior a 24 horas da admissão referem-se, majoritariamente, a pacientes admitidos em estado crítico, com instabilidade hemodinâmica grave, frequentemente caracterizada por hipoperfusão tecidual, necessidade imediata de suporte avançado e associação com disfunção de múltiplos órgãos. Tais casos refletem a elevada gravidade clínica no momento da admissão, com prognóstico reservado desde a entrada na unidade, apesar da adoção oportuna de todas as medidas terapêuticas indicadas conforme protocolos assistenciais vigentes.

Em relação às evasões, foram registrados dois casos, correspondendo a 1,0% do total, percentual considerado baixo e dentro dos parâmetros esperados para o perfil assistencial da unidade. Destaca-se que os episódios estiveram associados a quadros de ansiedade dos pacientes, fator reconhecido como potencial desencadeador de comportamento de evasão, especialmente em ambientes hospitalares de maior complexidade e restrição. Os pacientes foram devidamente orientados quanto aos riscos da interrupção do tratamento, tendo sido formalizada a saída mediante assinatura do termo de evasão, além da realização do respectivo boletim de ocorrência, conforme preconizado pelos protocolos institucionais e normativas de segurança assistencial. O conjunto dos dados reforça a conformidade dos desfechos com o perfil epidemiológico e assistencial da unidade, sem evidência de inconformidades relevantes no período analisado.

### 5.1.2 Paciente-dia



Nº Admissões	Giro de Leito
186	4,60

**Análise crítica:** Não foi possível atingir meta pactuada.

No período avaliado, foram contabilizados **1.070 pacientes-dia na UTI**, com média de **36 pacientes internados por dia**, além de **186 admissões e 184 saídas**, demonstrando manutenção de fluxo assistencial ativo e elevada demanda por terapia intensiva.

Embora a meta pactuada de pacientes-dia não tenha sido integralmente atingida, é fundamental contextualizar tecnicamente os fatores operacionais e assistenciais que impactaram diretamente este indicador. Durante o período, foram mantidos **02 leitos estrategicamente reservados para retaguarda institucional**, destinados ao atendimento de demandas internas provenientes do Pronto-Socorro Adulto, enfermarias e Centro Cirúrgico, garantindo segurança operacional e capacidade de resposta rápida para pacientes críticos. Adicionalmente, nos finais de semana, houve necessidade de manutenção de **03 leitos bloqueados para suporte ao projeto Tele AVC**, assegurando acesso

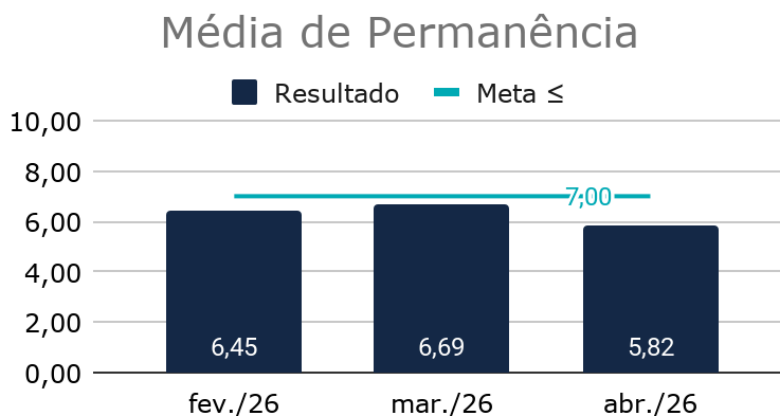
oportuno a pacientes elegíveis para terapia tempo-dependente, em consonância com boas práticas assistenciais e linhas de cuidado prioritárias.

Da mesma forma, a rotina operacional da unidade exige a realização de reservas relacionadas ao mapa cirúrgico diário e aos encaminhamentos regulados via CROSS, mantendo leitos temporariamente indisponíveis até definição assistencial. Conforme metodologia institucional de apuração da taxa de ocupação à 00h00, tais leitos reservados são contabilizados administrativamente como vagos, ainda que operacionalmente permaneçam destinados ao suporte assistencial estratégico do hospital. Esse cenário impacta diretamente o cálculo de pacientes-dia, sem representar ociosidade real da estrutura instalada.

Sob a perspectiva de gestão assistencial, destaca-se que o **giro de leitos foi de 4,3**, indicador que demonstra adequada rotatividade, boa utilização da capacidade instalada e eficiência no fluxo de internação e desospitalização. Associado à média de permanência previamente abaixo da meta contratual, o resultado reforça adequada resolutividade clínica e organização operacional da unidade.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos UTI Adulto 40 leitos

### 5.2.1 Média de Permanência (dias)



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
1070	184

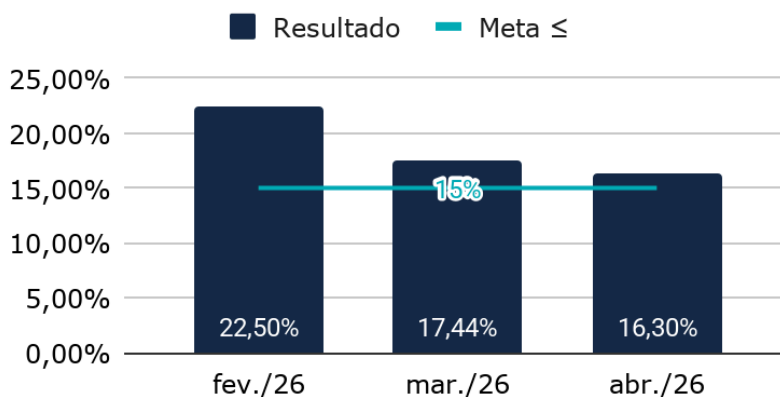
**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

No período avaliado, o tempo médio de permanência na UTI foi de 5,82 dias, mantendo-se abaixo do limite estabelecido em contrato (< 7 dias), o que evidencia desempenho assistencial satisfatório e adequada gestão do tempo de internação. Esse resultado reflete a efetividade dos processos clínicos, a condução adequada dos casos e a atuação integrada da equipe multiprofissional, favorecendo desfechos oportunos e seguros.

Destaca-se que a manutenção de tempos de permanência adequados está diretamente relacionada à disponibilidade de leitos nas unidades de retaguarda, como a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e enfermaria, que são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e a adequada transição dos pacientes após estabilização clínica.

## 5.2.2 Taxa de Mortalidade

### Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
30	184

**Análise crítica:** No período avaliado, a taxa de mortalidade observada na UTI foi de 16,3%, acima da meta contratual estabelecida de 15%. Entretanto, este resultado deve ser analisado à luz do perfil de gravidade dos pacientes admitidos, evidenciado pelo escore prognóstico **SAPS 3**, que estimou uma mortalidade predita de **27,86%**.

Destaca-se que a unidade apresentou um **Standardized Mortality Ratio (SMR) de 0,58**, indicando que o número de óbitos observados foi significativamente inferior ao esperado para o perfil clínico dos pacientes atendidos ( $SMR < 1$ ). Esse achado reforça a qualidade da assistência prestada e a efetividade das condutas adotadas pela equipe multiprofissional, mesmo diante de casos de alta complexidade.

Em relação ao perfil dos pacientes que evoluíram a óbito, observou-se idade média de 61 anos, com predominância do sexo masculino (60%). Quanto à caracterização assistencial, 37% dos óbitos foram de pacientes da especialidade

de neurocirurgia, 3% ortopedia, enquanto 60% correspondiam a pacientes clínicos, em sua maioria portadores de múltiplas comorbidades.

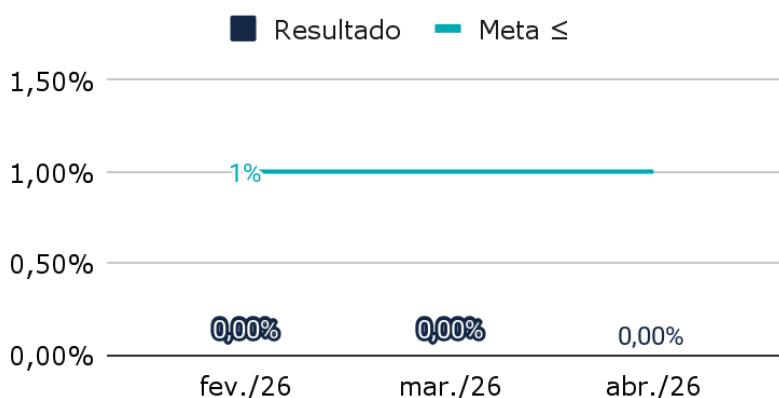
Os principais diagnósticos relacionados aos óbitos incluíram acidente vascular cerebral (isquêmico e hemorrágico), traumatismo cranioencefálico, pneumonia grave, e sepse com disfunção orgânica, condições intrinsecamente associadas a elevado risco de mortalidade, mesmo sob manejo intensivo adequado.

Adicionalmente, ressalta-se a ocorrência de admissões em estado crítico avançado, incluindo casos com disfunção de múltiplos órgãos e necessidade imediata de suporte intensivo, o que impacta diretamente os desfechos, independentemente da qualidade assistencial prestada. Soma-se a esse contexto a presença de óbitos decorrentes de pacientes em cuidados paliativos internados na UTI, nos quais, após avaliação criteriosa da equipe multiprofissional e alinhamento com familiares e/ou responsáveis, houve limitação ou suspensão de medidas terapêuticas de suporte avançado, priorizando-se o conforto, a dignidade e o controle de sintomas no fim de vida. Tais situações estão alinhadas às boas práticas assistenciais e às diretrizes éticas vigentes, não devendo ser interpretadas como insucesso assistencial, mas sim como parte integrante de uma abordagem centrada no paciente.

Dessa forma, a não conformidade pontual da meta contratual de mortalidade deve ser interpretada à luz do perfil epidemiológico, da elevada gravidade clínica dos pacientes atendidos e da inclusão de casos elegíveis para cuidados paliativos, sendo o desempenho da unidade considerado adequado e alinhado às boas práticas assistenciais, conforme evidenciado pelo SMR inferior a 1 e pela condução clínica compatível com os protocolos estabelecidos.

### 5.2.3 Taxa de Reinternação em 24 horas

#### Reinternação em 24h



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	184

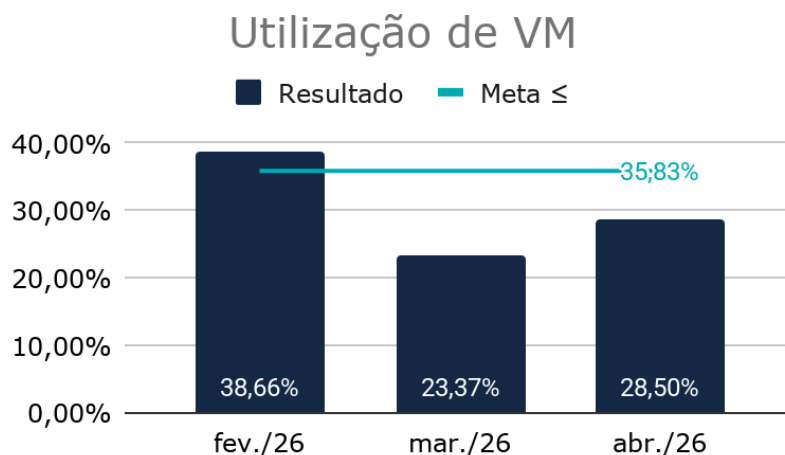
**Análise crítica:** Atingido meta pactuada.

No período avaliado, não houve registros de reinternação em até 24 horas na UTI, evidenciando efetividade na condução assistencial e segurança no processo de transição do cuidado.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional, com avaliação criteriosa dos pacientes e definição de alta baseada em critérios clínicos bem estabelecidos. A unidade adota protocolos de alta segura para unidades de menor complexidade, alinhados às diretrizes da Resolução CFM nº 2.156/2016, garantindo adequada continuidade do cuidado.

Tal desempenho demonstra qualidade assistencial, planejamento adequado das altas e assertividade na tomada de decisão clínica, contribuindo para a redução de eventos adversos.

## 5.2.4 Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
305	1070

**Análise crítica:** A meta pactuada para a taxa de utilização de ventilação mecânica foi atingida no período avaliado, refletindo a adequada prática assistencial da equipe quanto às indicações de suporte ventilatório invasivo, sempre baseadas em critérios clínicos bem estabelecidos.

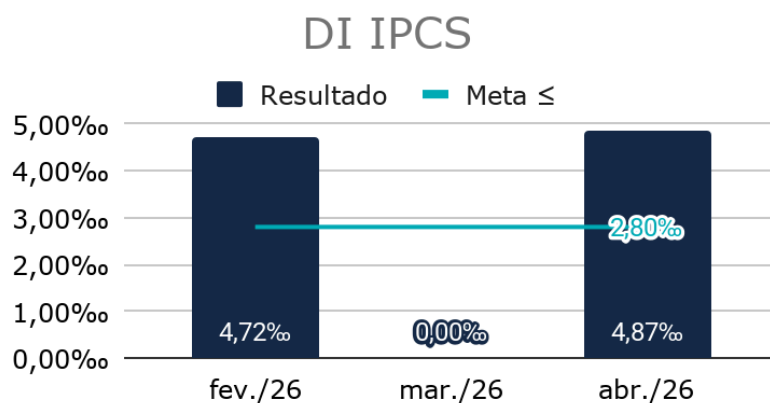
Destaca-se que a condução dos pacientes em ventilação mecânica segue protocolos institucionais baseados em evidências, com monitoramento contínuo e reavaliações sistemáticas quanto à possibilidade de redução do suporte. São realizadas avaliações diárias de prontidão para desmame e extubação, com abordagem individualizada, visando a retirada precoce e segura da ventilação invasiva, sempre que clinicamente possível.

Tal prática contribui para a redução de complicações associadas ao uso prolongado de ventilação mecânica, como infecções relacionadas à assistência à

saúde e disfunções pulmonares, ao mesmo tempo em que assegura a manutenção da qualidade assistencial e a segurança do paciente.

Dessa forma, o indicador observado demonstra conformidade com as boas práticas em terapia intensiva, evidenciando equilíbrio adequado entre a necessidade de suporte ventilatório e sua utilização racional.

### 5.2.5 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
2	411

**Análise crítica:** Não foi possível atingir a meta pactuada.

**Plano de ação:** No período avaliado, o indicador de IPCS apresentou resultado acima da meta pactuada, porém é importante contextualizar tecnicamente o cenário assistencial da unidade. Foram registrados apenas **02 casos de IPCS em um universo de 411 pacientes-dia em uso de CVC**, demonstrando baixa ocorrência absoluta frente ao volume e à complexidade dos pacientes críticos assistidos.

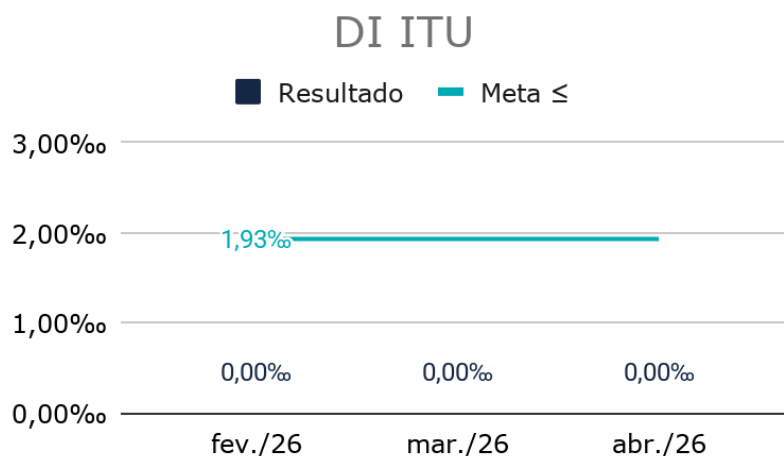
Mesmo diante do não atingimento da meta, a unidade mantém rigorosa adesão às medidas de prevenção de infecção relacionadas a dispositivos invasivos, incluindo protocolos institucionais, bundles assistenciais e monitoramento contínuo das práticas de inserção e manutenção de cateteres venosos centrais.

Como estratégia de melhoria contínua, será reforçado junto à equipe multiprofissional o foco na **desinvasão precoce e retirada oportuna de CVC**, sempre que clinicamente possível, reduzindo o tempo de exposição ao dispositivo, conforme recomendado pelas diretrizes de prevenção de IPCS. Também será intensificada junto à equipe de enfermagem a atenção aos checklists de passagem segura e manutenção de dispositivos invasivos, especialmente no que se refere às barreiras de segurança e manipulação asséptica dos cateteres.

Destaca-se que os episódios ocorreram em pacientes com elevada gravidade clínica, apresentando choque hemodinâmico, disfunção de múltiplos órgãos e necessidade de uso contínuo de drogas vasoativas, exigindo manipulação frequente do cateter venoso central para manutenção do suporte intensivo. Trata-se de situação inerente ao perfil assistencial de pacientes críticos graves, nos quais a necessidade de múltiplas intervenções invasivas aumenta o risco assistencial mesmo diante da adequada adesão às medidas preventivas. A paciente evoluiu a óbito em decorrência da gravidade da doença de base.

Dessa forma, a análise do indicador deve considerar não apenas o resultado absoluto, mas também o perfil de complexidade clínica dos pacientes atendidos, o baixo número absoluto de eventos e a manutenção das práticas institucionais de segurança e prevenção de infecções relacionadas à assistência.

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



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	595

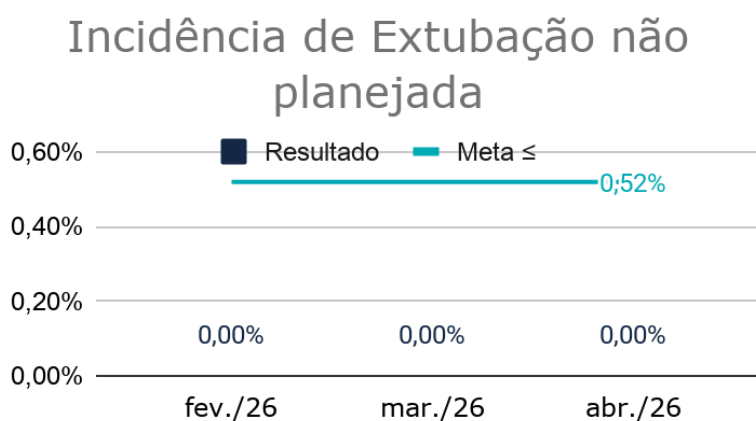
**Análise crítica:** A meta pactuada para a densidade de incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) associadas ao uso de cateter vesical foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas de prevenção e o alinhamento da equipe multiprofissional às boas práticas assistenciais.

O resultado obtido reflete a atuação integrada entre as equipes médica e de enfermagem, com ênfase na avaliação criteriosa e contínua da real necessidade de manutenção do cateter vesical, promovendo sua retirada oportuna sempre que possível, de forma segura. Destaca-se, ainda, a adesão consistente aos protocolos institucionais relacionados à inserção e manutenção do dispositivo, incluindo técnica asséptica adequada, cuidados padronizados e utilização sistemática de checklists de segurança.

A vigilância ativa, aliada ao engajamento das equipes e ao cumprimento rigoroso das medidas preventivas, contribui diretamente para a redução do risco de infecções associadas ao uso de dispositivos invasivos.

Dessa forma, o desempenho alcançado reforça a consolidação de práticas seguras, com foco na qualidade da assistência, segurança do paciente e uso racional de dispositivos invasivos.

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



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia em Ventilação Mecânica (VM)
0	305

**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

A meta pactuada para a incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal foi atingida no período avaliado, refletindo a efetividade das medidas de segurança adotadas na condução dos pacientes em ventilação mecânica invasiva.

O resultado observado evidencia a atuação integrada entre as equipes de fisioterapia, enfermagem e médica, com destaque para a adequada fixação dos dispositivos, monitoramento contínuo e adoção de práticas seguras durante o

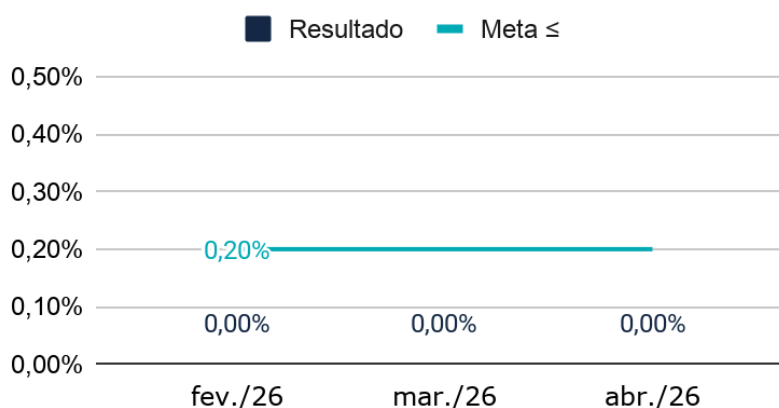
manejo e a manipulação das vias aéreas. Ressalta-se a adesão aos protocolos institucionais voltados à prevenção de eventos adversos, incluindo avaliação frequente do nível de sedação, vigilância do posicionamento da cânula e cuidados padronizados na assistência ao paciente crítico.

A manutenção de práticas estruturadas, associada ao engajamento das equipes e à aplicação sistemática de medidas preventivas, contribui diretamente para a redução de eventos não planejados e para a segurança do paciente.

Dessa forma, o desempenho alcançado demonstra conformidade com as boas práticas em terapia intensiva, evidenciando controle adequado do indicador e qualidade na assistência prestada.

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

#### Incidência de perda CVC



Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	411

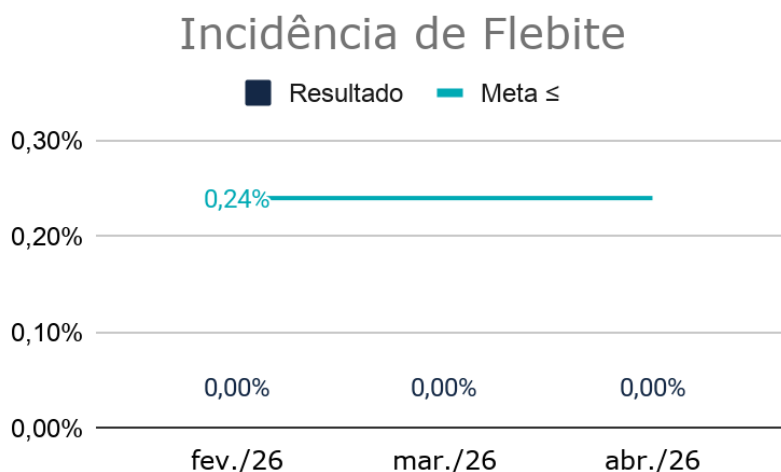
**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de perda de cateter venoso central (CVC) foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas de prevenção e o adequado manejo dos dispositivos invasivos.

O resultado obtido reflete a adoção de práticas estruturadas voltadas à manutenção segura dos cateteres, incluindo fixação adequada, monitoramento contínuo e cuidados padronizados durante a assistência. Destaca-se, ainda, a identificação precoce de pacientes com maior risco de perda acidental de dispositivos, permitindo a implementação de medidas preventivas específicas e individualizadas.

A atuação integrada da equipe multiprofissional, aliada à vigilância ativa e à adesão aos protocolos institucionais, contribui diretamente para a redução de eventos adversos e para a segurança do paciente.

Dessa forma, o desempenho alcançado demonstra controle efetivo do indicador e alinhamento às boas práticas em terapia intensiva.

### 5.2.9 Incidência de Flebite



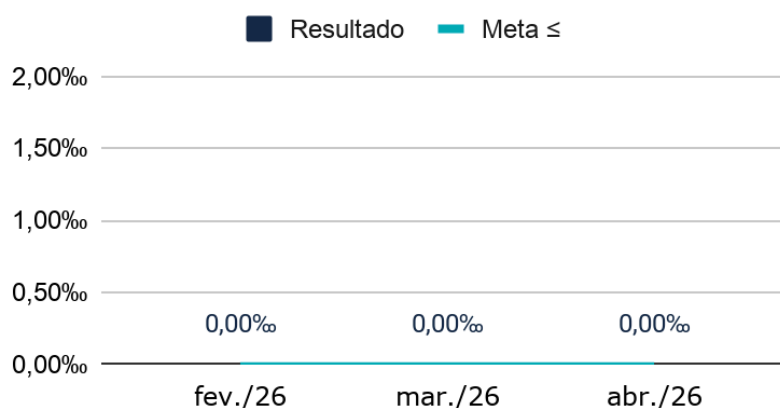
Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	411

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de flebite foi atingida no período avaliado, evidenciando a adesão às boas práticas na inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos.

O resultado reflete a atuação qualificada da equipe de enfermagem, com aplicação rigorosa de técnicas assépticas, monitoramento sistemático dos acessos e cumprimento dos protocolos institucionais, contribuindo para a prevenção de complicações e a segurança do paciente.

### 5.2.10 Incidência de queda de paciente

#### Incidência de queda de paciente



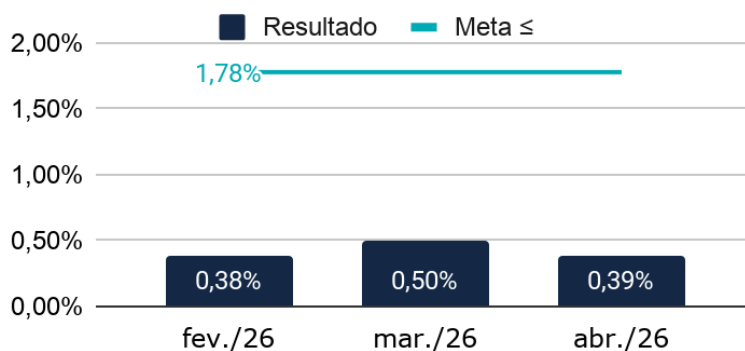
Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	1070

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de quedas foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas de prevenção implementadas.

O resultado reflete a atuação integrada das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia, com identificação precoce de pacientes em risco por meio da aplicação sistemática da Escala de Morse, adoção de medidas preventivas individualizadas e mobilização segura e assistida conforme avaliação funcional. Destaca-se ainda a utilização criteriosa de contenção quando indicada, garantindo a segurança do paciente.

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

#### Incidência de saída não planejada

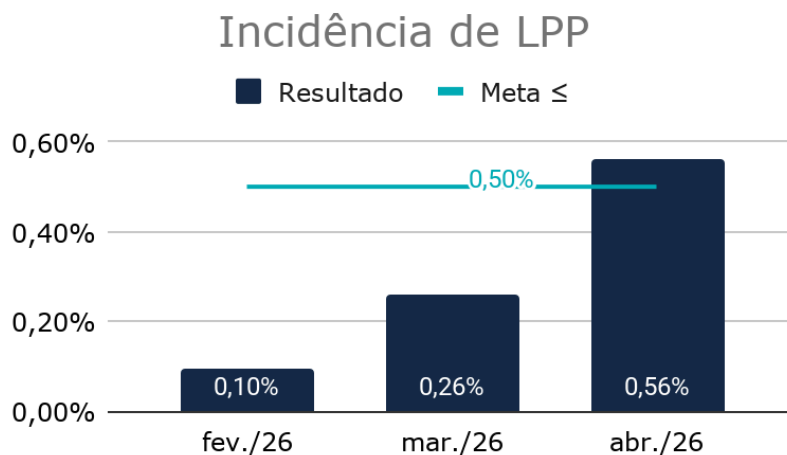


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
2	515

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas preventivas implementadas e desempenho assistencial adequado.

O resultado reflete a adesão da equipe de enfermagem às boas práticas de fixação e manutenção dos dispositivos, associada ao monitoramento contínuo e à identificação precoce de pacientes com risco de remoção acidental, especialmente em casos de alteração do nível de consciência. Destaca-se ainda a adoção criteriosa de medidas de contenção, quando indicadas, contribuindo para a segurança do paciente.

## 5.2.12 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Paciente-dia
6	1070

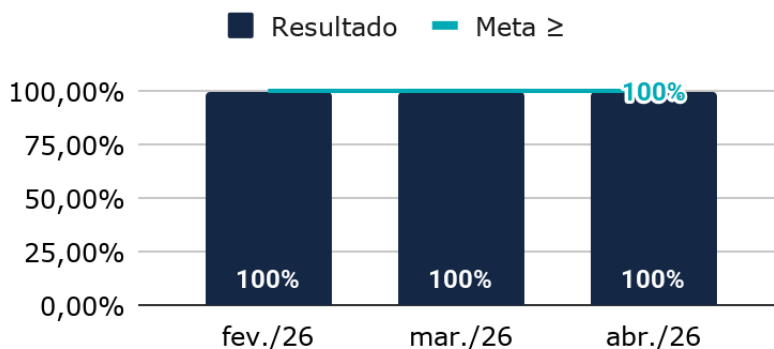
**Análise crítica:** Não foi possível atingir a meta pactuada.

No período mensurado tivemos uma exposição 83% para o risco Muito alto e Alto de abertura de LPP conforme escala de Braden aos pacientes que evoluíram com Lesão de pele, na qual mesmo seguindo rigorosamente a mudança de decúbito de 2/2h, hidratação de pele, controle umidade da pele, acompanhamento nutricional e manejo na prevenção de fricção e cisalhamento estariam exposto a abertura de lesão.

**Plano de ação:** Será mantido a educação permanente quanto a prevenção e tratamento de pacientes com LPP e a conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância da mudança de decúbito, hidratação pele, suporte nutricional e controle umidade da pele.

### 5.2.13 Adesão a Protocolos Institucionais

#### Adesão a protocolos institucionais

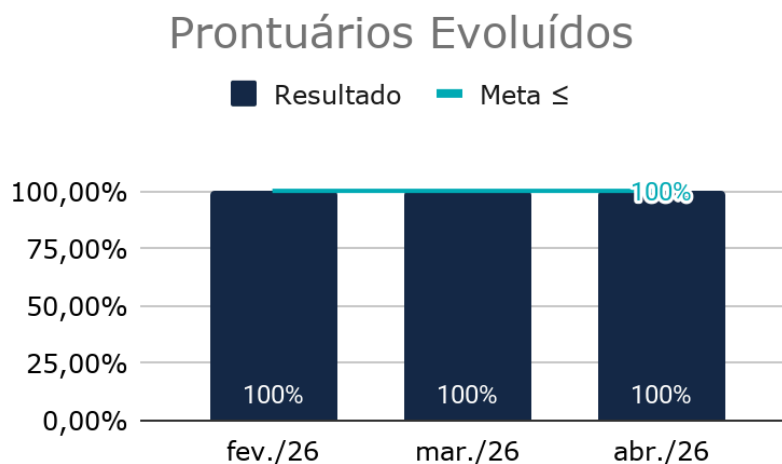


Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
186	186

**Análise crítica:** A meta pactuada para adesão aos protocolos institucionais foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade com as diretrizes assistenciais estabelecidas.

O resultado reflete o comprometimento do corpo clínico, equipes assistenciais e administrativas na aplicação sistemática dos protocolos institucionais, garantindo padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade na assistência prestada.

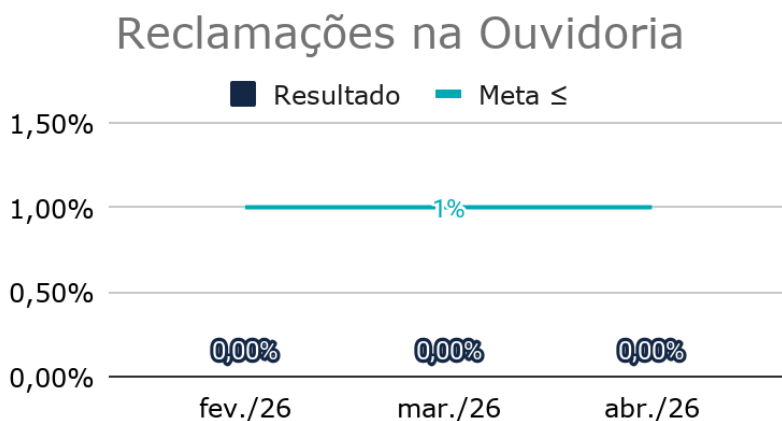
## 5.2.14 Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** A meta pactuada para prontuários evoluídos foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade dos registros assistenciais.

O resultado reflete a realização sistemática de checklists e auditorias diárias dos prontuários pela equipe administrativa, contribuindo para a qualidade da documentação, rastreabilidade das informações e aderência às exigências institucionais e regulatórias.

### 5.2.15 Reclamações na ouvidoria



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	186

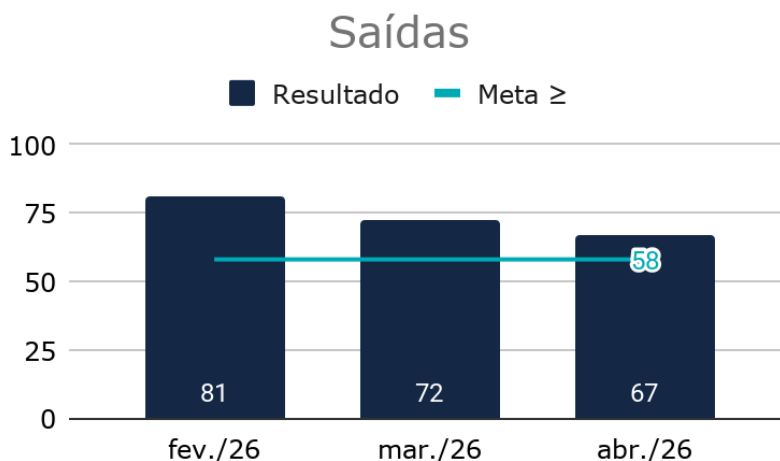
**Análise crítica:** A meta pactuada relacionada às reclamações na ouvidoria foi atingida no período avaliado, evidenciando adequada gestão da experiência do paciente e de seus familiares.

O resultado reflete o alinhamento da equipe multiprofissional na oferta de suporte assistencial, emocional e informacional durante a internação, considerando o contexto de vulnerabilidade dos pacientes. Destaca-se a atuação proativa das coordenações médica e de enfermagem na resolução ágil de demandas e esclarecimento de dúvidas, com abordagem tempestiva ainda durante o período de internação.

Tais práticas contribuem para a melhoria da comunicação, fortalecimento do vínculo com pacientes e familiares e redução de manifestações formais na ouvidoria.

## 5.3 Indicadores - Quantitativos - UCI 15 leitos

### 5.3.1 Saídas



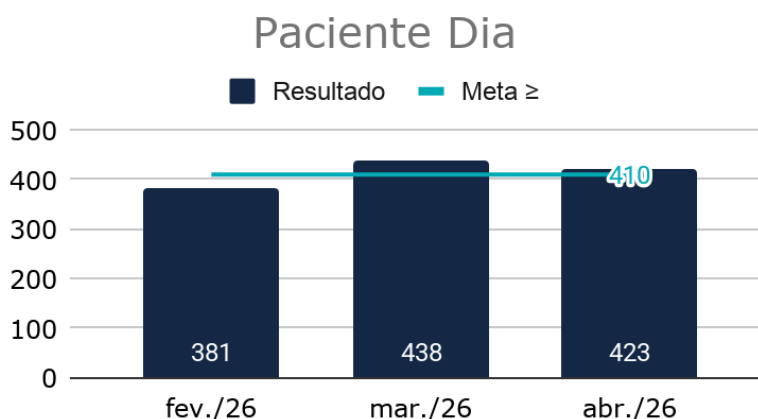
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	2
Transferência Interna	58
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	7
<b>Total</b>	<b>67</b>

**Análise crítica:** No período avaliado, foram registradas 67 saídas na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), com predominância de transferências internas (58), evidenciando o papel da unidade como elo intermediário no fluxo assistencial e na transição segura entre níveis de cuidado.

Observou-se baixa ocorrência de eventos adversos relacionados à saída, com registro de duas evasões e sete óbitos em período superior a 24 horas.

Os dados demonstram adequada dinâmica assistencial, com organização do fluxo de pacientes e continuidade do cuidado, em consonância com as diretrizes estabelecidas para a unidade.

### 5.3.2 Paciente-dia



Nº Admissões	Giro de Leito
65	4,47

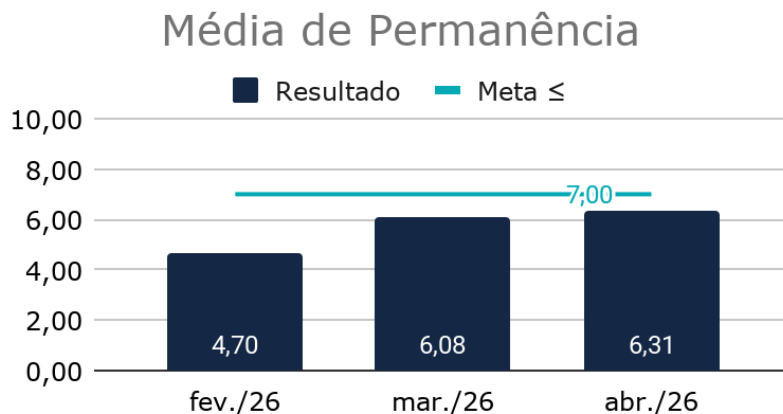
**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

No período avaliado, foram registrados 423 pacientes-dia na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), com média de 14 pacientes internados por dia. Foram contabilizadas 65 admissões e 67 saídas, evidenciando equilíbrio no fluxo assistencial.

O giro de leitos foi de 4,47, demonstrando elevada rotatividade e utilização eficiente da capacidade instalada, em consonância com o papel da unidade na transição do cuidado e na otimização do fluxo entre os diferentes níveis assistenciais.

## 5.4 Indicadores - Qualitativos - UCI 15 leitos

### 5.4.1 Média de Permanência (dias)

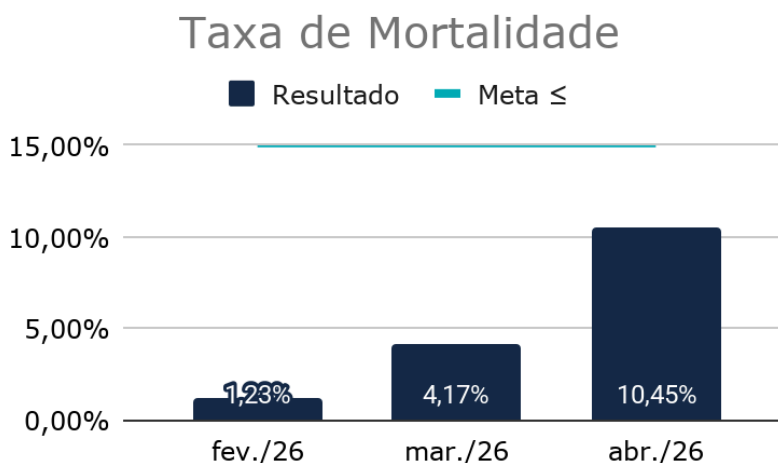


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
423	67

**Análise crítica:** Atingida meta pactuada. No período avaliado, a média de permanência na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) manteve-se dentro dos parâmetros estabelecidos, evidenciando adequada gestão do tempo de internação e eficiência no fluxo assistencial.

Ressalta-se que o desempenho deste indicador está diretamente relacionado à disponibilidade de leitos na enfermaria, unidade responsável pela continuidade do cuidado após estabilização clínica. Observa-se também que a UCI mantém boa performance assistencial, com condução clínica adequada, atuação integrada da equipe multiprofissional, planejamento de alta oportuno e otimização dos processos de transição do cuidado, contribuindo para a rotatividade segura e eficiente dos leitos.

## 5.4.2 Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
7	67

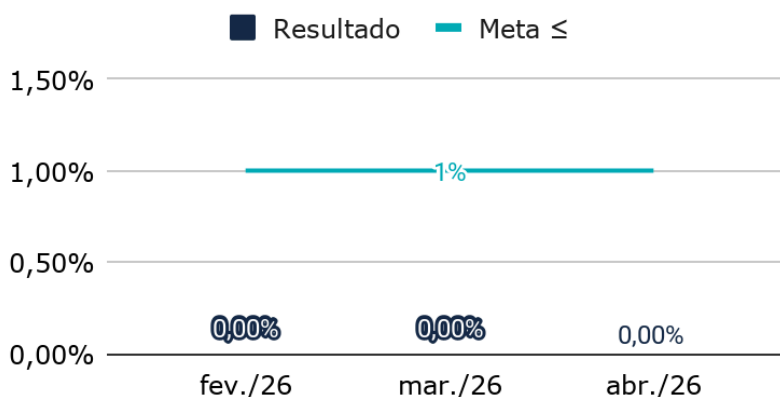
**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

No período avaliado, foram registradas 67 saídas na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), com ocorrência de 07 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 10,45%, resultado que evidencia baixo índice de desfechos desfavoráveis na unidade, comparado a meta pactuada.

Os casos de óbitos referem-se a pacientes com elevada gravidade clínica e prognóstico reservado, para o qual foram estabelecidas limitações de suporte terapêutico invasivo, conforme evolução do quadro e alinhamento com familiares. Destaca-se que a condução assistencial ocorreu de forma adequada, com acompanhamento contínuo e comunicação efetiva durante todo o processo.

### 5.4.3 Taxa de Reinternação em 24 horas

#### Reinternação em 24h



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	67

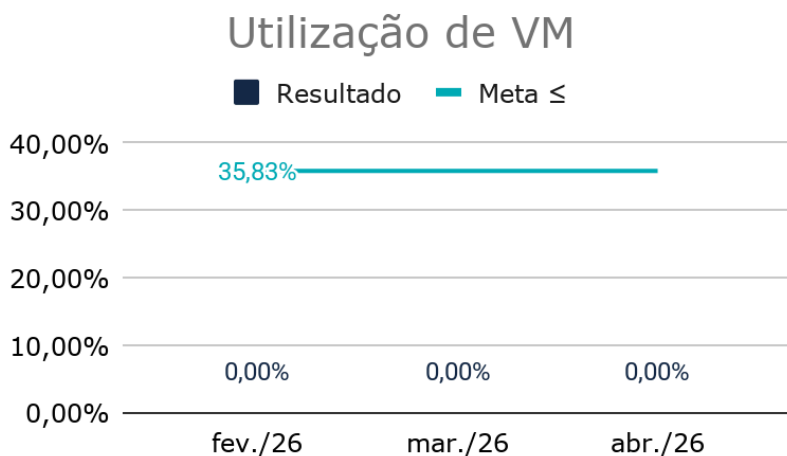
**Análise crítica:** Atingido meta pactuada.

No período avaliado, não houve registros de reinternação em até 24 horas na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), evidenciando efetividade na condução assistencial e segurança no processo de alta.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional, com avaliação criteriosa dos pacientes e definição de alta baseada em critérios clínicos bem estabelecidos. A unidade adota protocolos de alta segura para a unidade de internação, alinhados às diretrizes da Resolução CFM nº 2.156/2016, garantindo adequada transição do cuidado.

Tal desempenho demonstra qualidade assistencial, planejamento adequado das altas e assertividade na tomada de decisão clínica, contribuindo para a continuidade segura do cuidado e redução de eventos adversos.

#### 5.4.4 Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
0	423

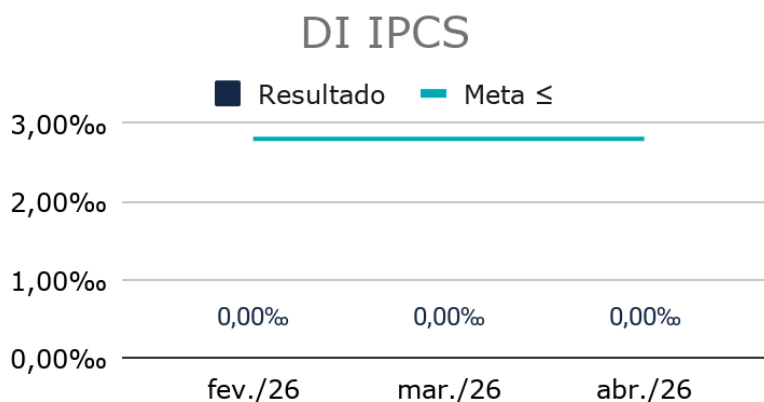
#### **Análise crítica:** meta pactuada atingida

No período avaliado, não houve utilização de ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), evidenciando adequada indicação e manejo dos pacientes elegíveis para este nível de cuidado.

O resultado reflete a assertividade da equipe médica na estratificação dos casos e na definição do nível assistencial, garantindo que pacientes em uso de ventilação mecânica permaneçam em ambiente de terapia intensiva. Adicionalmente, demonstra efetividade no processo de desmame ventilatório ainda na UTI, possibilitando a transferência segura para a UCI já sem necessidade de suporte invasivo.

Tal desempenho reforça a organização do fluxo assistencial, a adequada transição entre níveis de cuidado e a qualidade na condução clínica dos pacientes.

### 5.4.5 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	35

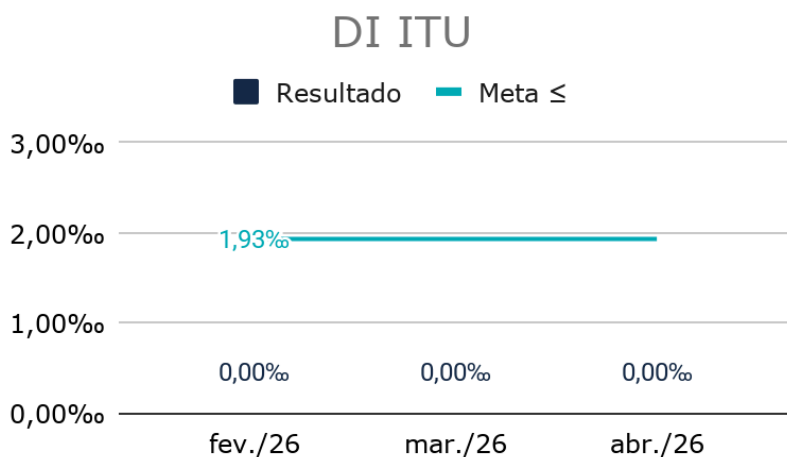
**Análise crítica:** meta pactuada atingida.

No período avaliado, não houve registro de casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) associada ao uso de cateter venoso central na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), evidenciando excelência no controle de infecções relacionadas à assistência.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional, com avaliação criteriosa da necessidade de manutenção de dispositivos invasivos e retirada oportuna dos cateteres. Observa-se elevada adesão aos protocolos institucionais de inserção e manutenção, incluindo técnica asséptica rigorosa, utilização sistemática de checklists e monitoramento contínuo dos dispositivos.

A consolidação de práticas seguras, aliada ao engajamento das equipes e à vigilância ativa, contribui diretamente para a prevenção de eventos infecciosos, reforçando a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

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



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	63

**Análise crítica:** No período avaliado, a meta pactuada para a densidade de incidência de ITU associada ao uso de cateter vesical foi atingida, evidenciando efetividade nas medidas de prevenção de infecções.

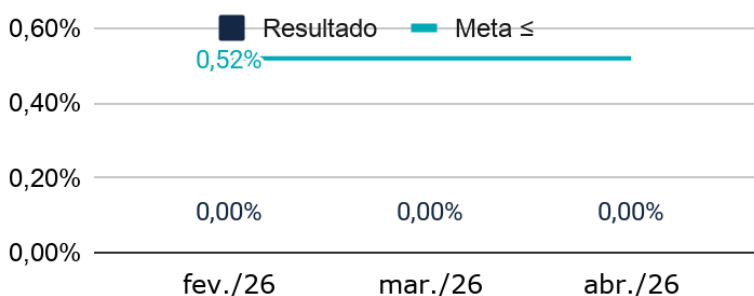
O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional, com avaliação contínua da necessidade de manutenção do cateter vesical e sua retirada oportuna. Observa-se adesão consistente aos protocolos institucionais de inserção e manutenção do dispositivo, incluindo técnica asséptica adequada, cuidados padronizados e utilização sistemática de checklists de segurança.

A vigilância ativa e o engajamento das equipes contribuem diretamente para a redução de riscos, reforçando a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

Destaca-se que o caso de ITU notificado pelo CCIH sobre a paciente M.J.S.A prontuário 3759916, ocorreu no período de internação na enfermaria da clínica médica, sendo admitida em UTI com exames laboratoriais já em curso.

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

### Incidência de Extubação não planejada



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

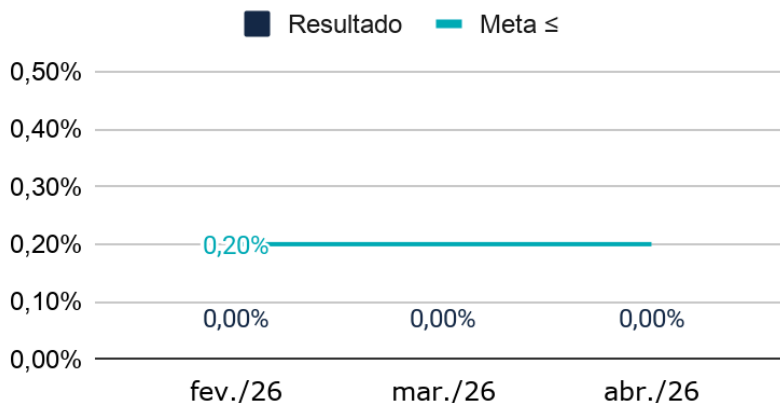
**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

No período avaliado, não houve registro de pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), não sendo aplicável a ocorrência de extubação não planejada.

O cenário observado reflete a adequada estratificação assistencial dos pacientes, com permanência em UTI daqueles que necessitam de suporte ventilatório invasivo, além da efetividade no processo de desmame ventilatório antes da transferência para a UCI, garantindo segurança na transição do cuidado.

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

#### Incidência de perda CVC



Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	35

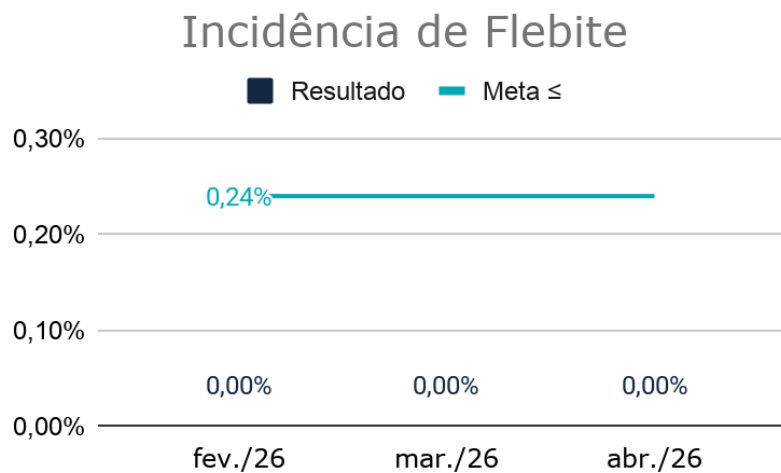
**Análise crítica:** meta pactuada atingida.

No período avaliado, não houve registro de perda de cateter venoso central na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), evidenciando controle efetivo do indicador e elevada segurança no manejo de dispositivos invasivos.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional, com avaliação criteriosa da necessidade de manutenção dos cateteres e sua retirada oportuna. Destaca-se o monitoramento contínuo dos pacientes, especialmente aqueles com alterações neurológicas, permitindo a identificação precoce de risco para remoção acidental e a implementação de medidas preventivas adequadas.

A adesão aos protocolos institucionais e o engajamento das equipes reforçam a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

### 5.4.9 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	263

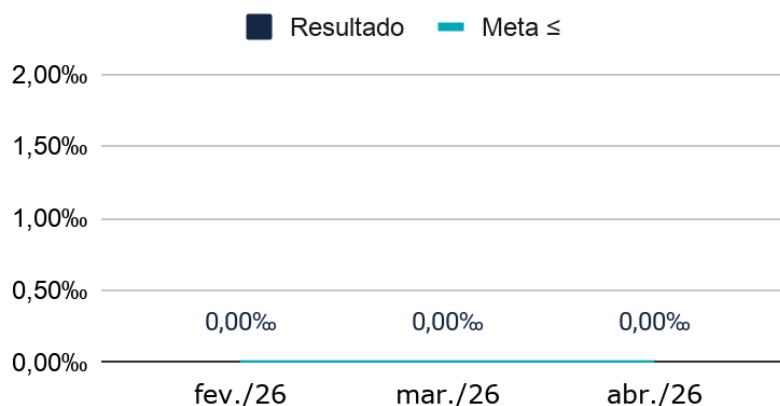
**Análise crítica:** meta pactuada atingida.

No período avaliado, não houve registro de casos de flebite na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), evidenciando efetividade das medidas preventivas adotadas e segurança no manejo de acessos venosos periféricos.

O resultado reflete a atuação qualificada da equipe de enfermagem, com adesão às boas práticas na inserção e manutenção dos acessos venosos, incluindo técnica asséptica adequada, monitoramento contínuo e cumprimento dos protocolos institucionais, contribuindo para a prevenção de complicações e segurança do paciente.

### 5.4.10 Incidência de queda de paciente

#### Incidência de queda de paciente



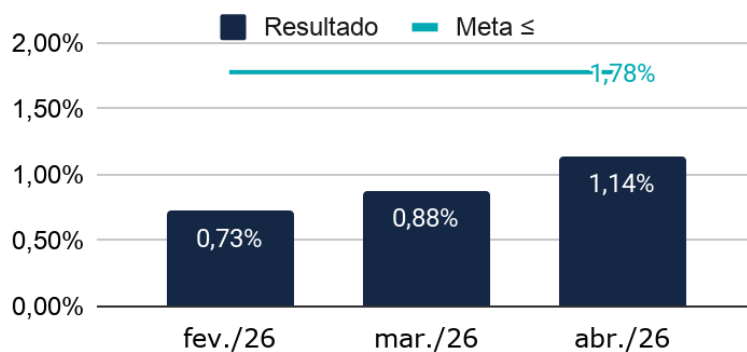
Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	423

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de quedas foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas de prevenção implementadas.

O resultado reflete a atuação integrada das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia, com identificação precoce de pacientes em risco por meio da aplicação sistemática da Escala de Morse, adoção de medidas preventivas individualizadas e mobilização segura e assistida conforme avaliação funcional. Destaca-se ainda a utilização criteriosa de contenção quando indicada, garantindo a segurança do paciente.

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

#### Incidência de saída não planejada

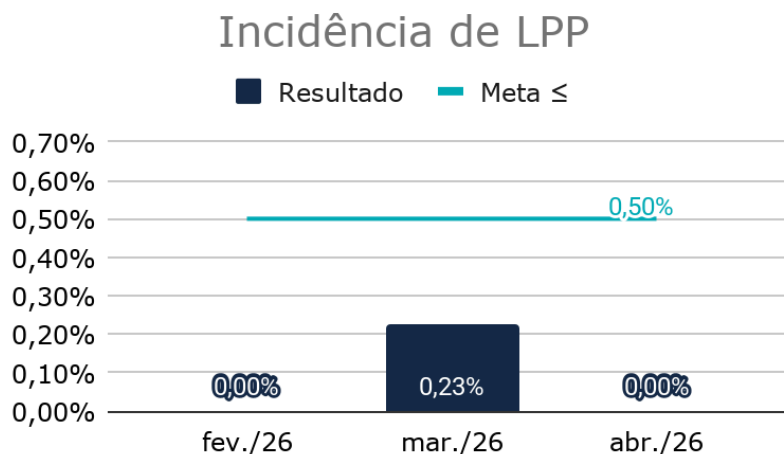


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
4	350

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas preventivas implementadas e desempenho assistencial adequado.

O resultado reflete a adesão da equipe de enfermagem às boas práticas de fixação e manutenção dos dispositivos, associada ao monitoramento contínuo e à identificação precoce de pacientes com risco de remoção acidental, especialmente em casos de alteração do nível de consciência. Destaca-se ainda a adoção criteriosa de medidas de contenção, quando indicadas, contribuindo para a segurança do paciente.

### 5.4.12 Índice de Lesão por Pressão



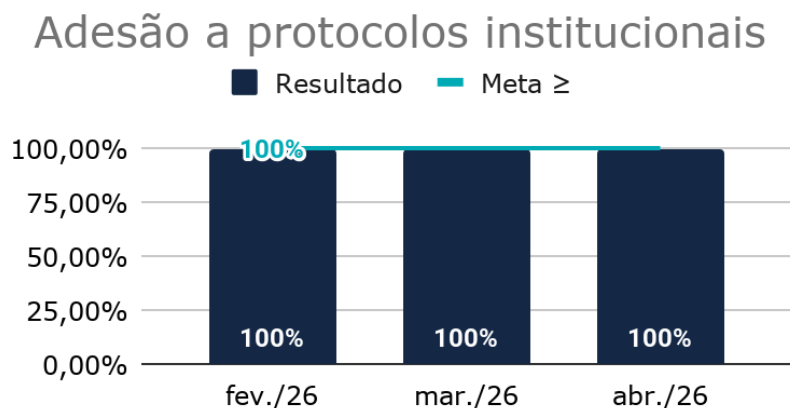
Nº Casos novos de LPP	Nº Paciente-dia
0	423

**Análise crítica:** A meta pactuada para o índice de lesão por pressão foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas preventivas adotadas.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional. A equipe de enfermagem mantém papel central na execução das medidas preventivas, com adesão aos protocolos institucionais, incluindo avaliação sistemática de risco, mudanças regulares de decúbito a cada 2 horas, cuidados com a integridade da pele e hidratação adequada. A equipe médica contribui por meio da condução clínica adequada, otimização do estado hemodinâmico e nutricional, além da prescrição de medidas específicas para prevenção e tratamento quando indicado. A fisioterapia, por sua vez, atua na mobilização precoce, posicionamento terapêutico e orientação quanto à adequada distribuição de cargas, reduzindo pontos de pressão prolongada.

Destaca-se ainda o impacto das ações de educação permanente na consolidação de práticas seguras e na redução da ocorrência de lesões, reforçando a cultura de prevenção e segurança do paciente.

### 5.4.13 Adesão a Protocolos Institucionais



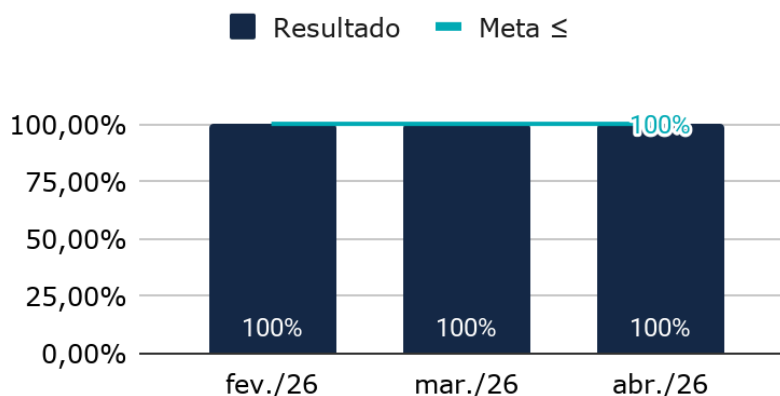
Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
65	65

**Análise crítica:** A meta pactuada para adesão aos protocolos institucionais foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade com as diretrizes assistenciais estabelecidas.

O resultado reflete o comprometimento do corpo clínico, equipes assistenciais e administrativas na aplicação sistemática dos protocolos institucionais, garantindo padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade na assistência prestada.

#### 5.4.14 Prontuários Evoluídos

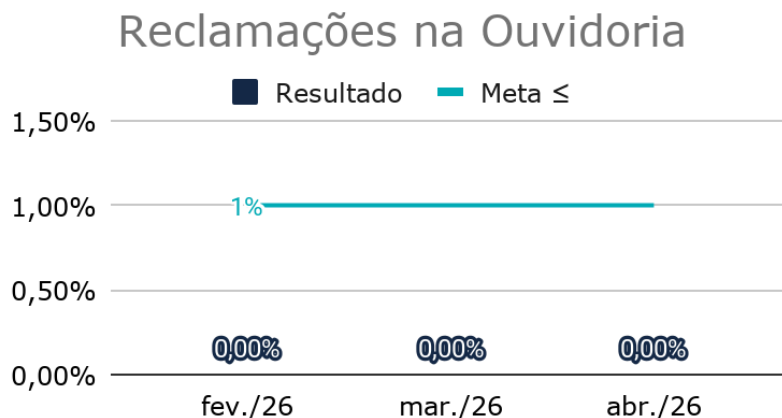
### Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** A meta pactuada para prontuários evoluídos foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade dos registros assistenciais.

O resultado reflete a realização sistemática de checklists e auditorias diárias dos prontuários pela equipe administrativa, contribuindo para a qualidade da documentação, rastreabilidade das informações e aderência às exigências institucionais e regulatórias.

### 5.4.15 Reclamações na ouvidoria



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	65

**Análise crítica:** Atingido meta pactuada.

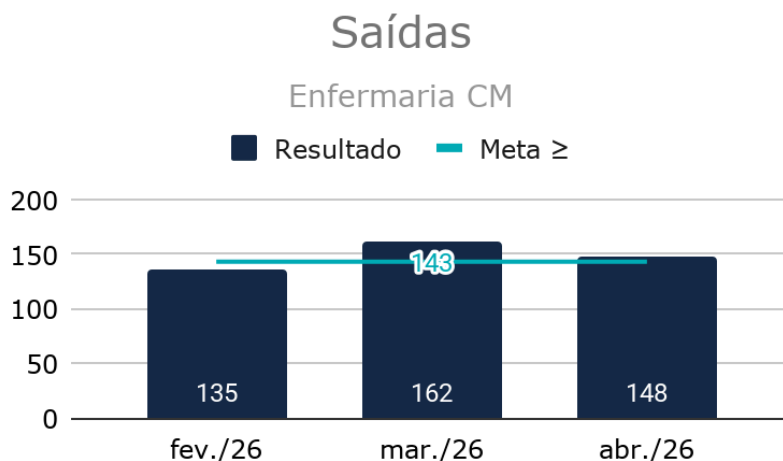
A meta pactuada relacionada às reclamações na ouvidoria foi atingida no período avaliado, evidenciando adequada gestão da experiência do paciente e de seus familiares.

O resultado reflete o alinhamento da equipe multiprofissional na oferta de suporte assistencial, emocional e informacional durante a internação, considerando o contexto de vulnerabilidade dos pacientes. Destaca-se a atuação proativa das coordenações médica e de enfermagem na resolução ágil de demandas e esclarecimento de dúvidas, com abordagem tempestiva ainda durante o período de internação.

Tais práticas contribuem para a melhoria da comunicação, fortalecimento do vínculo com pacientes e familiares e redução de manifestações formais na ouvidoria.

## 5.5 Indicadores - Quantitativos - ENFERMARIA MÉDICA 42 Leitos

### 5.5.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	103
Evasão	2
Transferência Interna	32
Transferência Externa	3
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	8
<b>Total</b>	<b>148</b>

**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

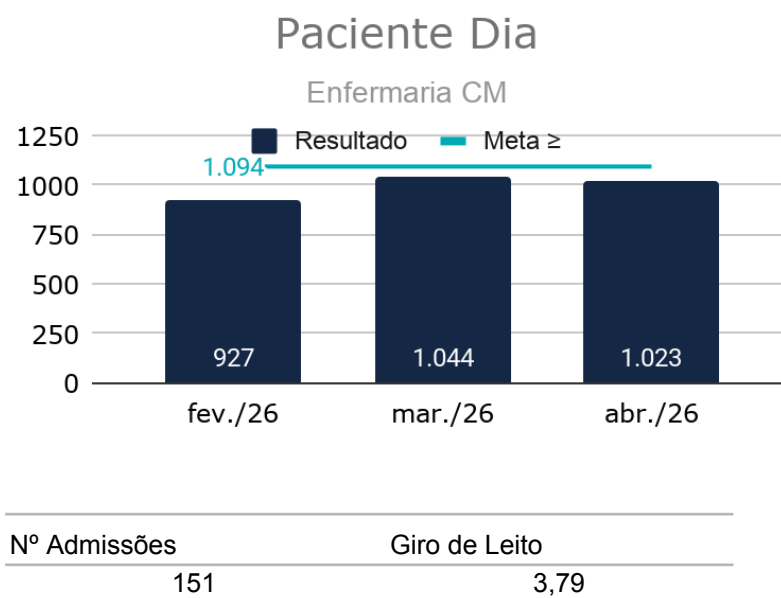
No período avaliado, foram registradas 148 saídas na enfermaria, com predominância de altas hospitalares (103), evidenciando resolutividade assistencial e adequada condução clínica dos pacientes.

Foram observadas ainda 32 transferências internas e 03 transferências externas, compatíveis com a necessidade de continuidade do cuidado em outros níveis assistenciais. As ocorrências de evasão foram de 02 casos. Registraram-se 08 óbitos em período superior a 24 horas, referentes a pacientes em cuidados paliativos, com doenças em estágio avançado e prognóstico reservado, nos quais foram priorizadas medidas de conforto e suporte, em consonância com a evolução clínica e alinhamento com familiares.

Ressalta-se que, durante o período, a unidade operou com 39 leitos ativos, considerando 3 leitos temporariamente bloqueados para manutenção, sem prejuízo à organização do fluxo assistencial.

Os dados demonstram adequada gestão do fluxo, com organização das altas e encaminhamentos, garantindo continuidade do cuidado e segurança do paciente.

### 5.5.2 Paciente-dia



**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada, proporcional aos 3 leitos bloqueados para manutenção.

No período avaliado, foram registradas **148 saídas na enfermaria**, com predominância de **altas hospitalares (103)**, evidenciando boa resolutividade assistencial, adequada condução clínica e efetividade no planejamento terapêutico dos pacientes internados.

Foram observadas ainda **32 transferências internas** e **03 transferências externas**, compatíveis com a necessidade de continuidade do cuidado em diferentes níveis assistenciais, respeitando o perfil clínico e a complexidade dos casos. Houve registro de **02 evasões** no período.

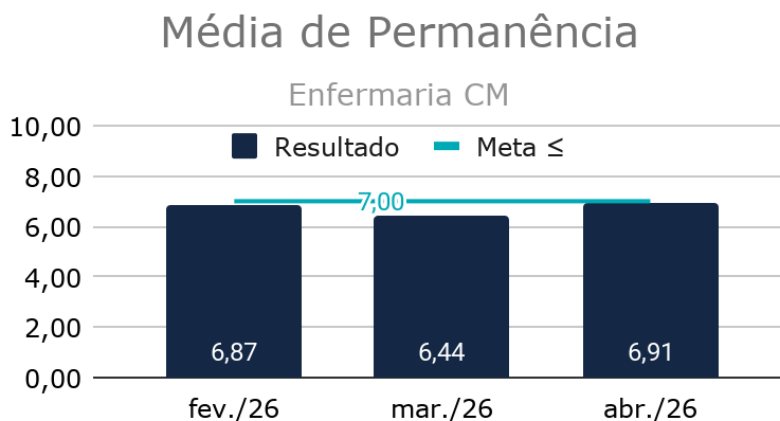
Em relação aos desfechos, ocorreram **08 óbitos após 24 horas de internação**, relacionados predominantemente a pacientes em cuidados paliativos, portadores de doenças avançadas e prognóstico reservado. Nestes casos, foram priorizadas medidas de conforto, controle de sintomas e suporte integral, em consonância com a evolução clínica, critérios assistenciais e alinhamento junto aos familiares.

Destaca-se ainda que a unidade operou com **39 leitos ativos**, considerando **03 leitos temporariamente bloqueados para manutenção**, sem impacto relevante na organização do fluxo assistencial e na capacidade de atendimento.

De forma geral, os indicadores refletem **adequada gestão do fluxo assistencial**, com organização eficiente das altas, transferências e continuidade do cuidado, garantindo segurança, qualidade assistencial e uso racional da capacidade instalada.

## 5.6 Indicadores - Qualitativos Clínica Médica 42 leitos

### 5.6.1 Média de Permanência (dias)



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
1023	148

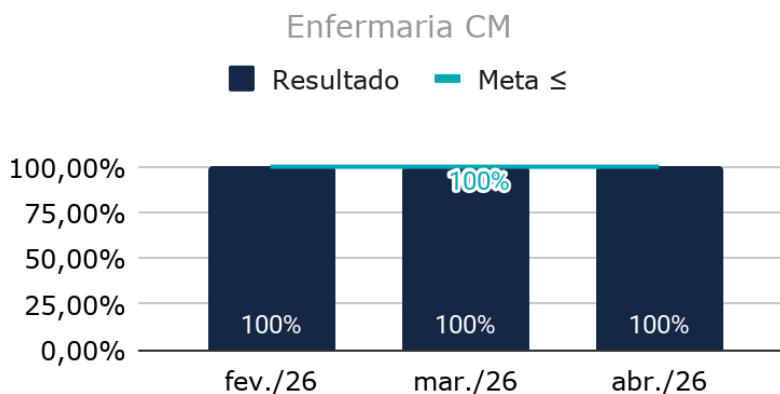
**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada.

No período avaliado, a média de permanência na enfermaria foi de 6,91 dias, mantendo-se abaixo do limite estabelecido (< 7 dias), evidenciando eficiência na gestão do tempo de internação e adequada condução assistencial.

O resultado reflete a organização do processo de alta, realizada de forma segura e humanizada, com atuação integrada da equipe multiprofissional, incluindo suporte assistencial e social, favorecendo a continuidade do cuidado e o retorno adequado dos pacientes às suas atividades de vida diária.

## 5.6.2 Prontuários Evoluídos

### Prontuários Evoluídos

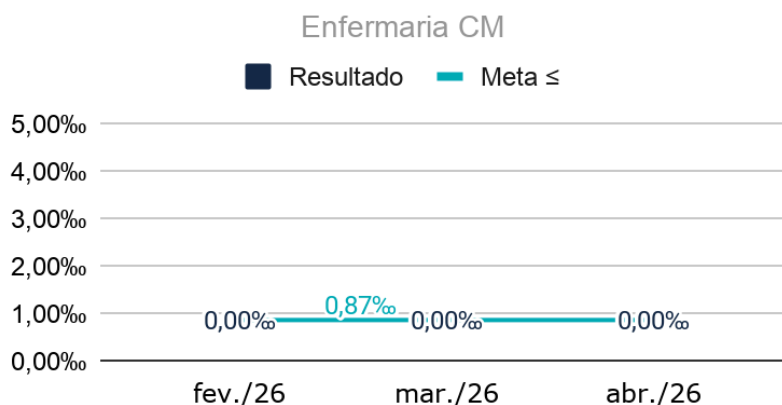


**Análise crítica:** A meta pactuada para prontuários evoluídos foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade dos registros assistenciais.

O resultado reflete a realização sistemática de checklists e auditorias diárias dos prontuários pela equipe administrativa, contribuindo para a qualidade da documentação, rastreabilidade das informações e aderência às exigências institucionais e regulatórias.

### 5.6.3 Incidência de queda de paciente

#### Incidência de queda de paciente



Nº Casos novos de LPP	Nº Paciente-dia
0	1023

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de quedas foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas de prevenção implementadas.

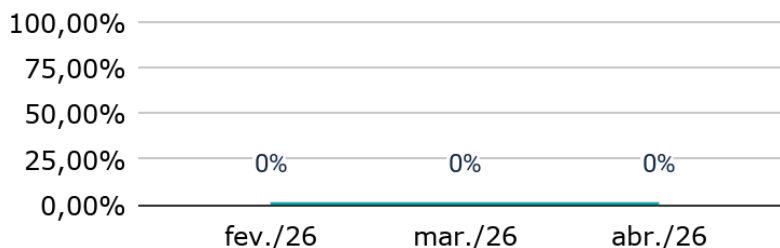
O resultado reflete a atuação integrada das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia, com identificação precoce de pacientes em risco por meio da aplicação sistemática da Escala de Morse, adoção de medidas preventivas individualizadas e mobilização segura e assistida conforme avaliação funcional. Destaca-se ainda a utilização criteriosa de contenção quando indicada, garantindo a segurança do paciente.

### 5.6.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

## Erro de Medicações

Enfermaria CM

■ Resultado ■ Meta ≤

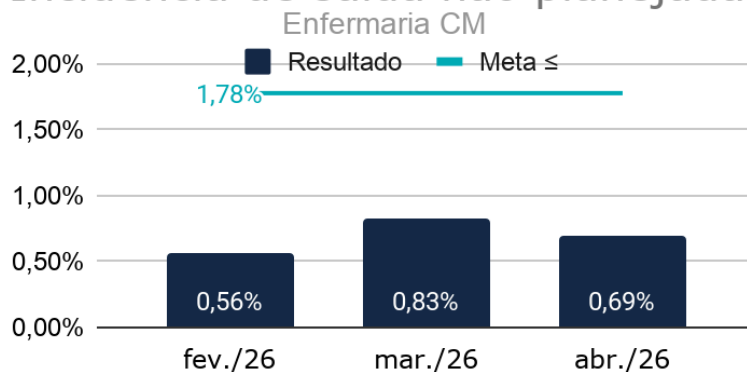


**Análise crítica:** Meta pactuada atingida. No período avaliado, não houve registro de não conformidades relacionadas à administração de medicamentos na enfermaria, evidenciando elevado nível de segurança no processo medicamentoso.

O resultado reflete a adesão rigorosa às barreiras de segurança institucionais, incluindo conferência sistemática dos medicamentos, identificação correta do paciente e cumprimento dos protocolos estabelecidos. A atuação integrada da equipe assistencial, associada à padronização dos processos e à vigilância contínua, contribui para a prevenção de erros e garantia da qualidade na assistência prestada.

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

#### Incidência de saída não planejada

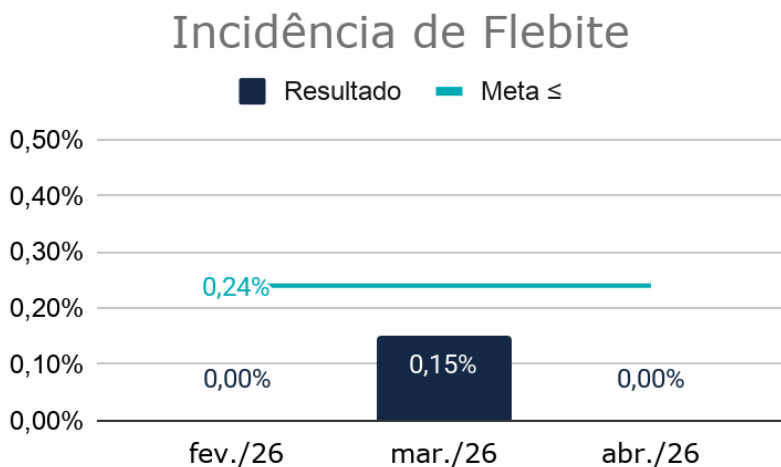


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
1	145

**Análise crítica:** A meta pactuada para a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi atingida no período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas preventivas implementadas e desempenho assistencial adequado.

O resultado reflete a adesão da equipe de enfermagem às boas práticas de fixação e manutenção dos dispositivos, associada ao monitoramento contínuo e à identificação precoce de pacientes com risco de remoção acidental, especialmente em casos de alteração do nível de consciência. Destaca-se ainda a adoção criteriosa de medidas de contenção, quando indicadas, contribuindo para a segurança do paciente.

### 5.6.6 Incidência de Flebite



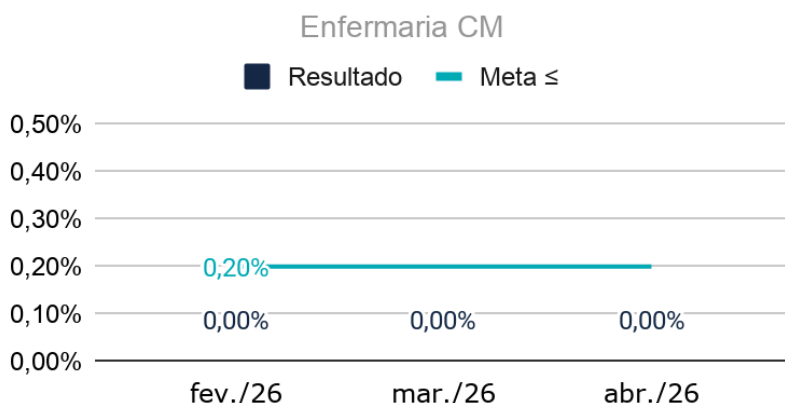
Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	578

**Análise crítica:** No período avaliado, não houve registro de casos de flebite na enfermaria, evidenciando efetividade das medidas preventivas adotadas e segurança no manejo de acessos venosos periféricos.

O resultado reflete a atuação qualificada da equipe de enfermagem, com adesão às boas práticas na inserção e manutenção dos acessos venosos, incluindo técnica asséptica adequada, monitoramento contínuo e cumprimento dos protocolos institucionais, contribuindo para a prevenção de complicações e segurança do paciente.

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

#### Incidência de perda CVC



Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	9

**Análise crítica:** No período avaliado, não houve registro de perda de cateter venoso central na enfermaria, evidenciando controle efetivo do indicador e segurança no manejo de dispositivos invasivos.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe multiprofissional, com avaliação contínua da necessidade de manutenção dos cateteres e retirada oportuna, associadas ao monitoramento dos pacientes e adoção de medidas preventivas.

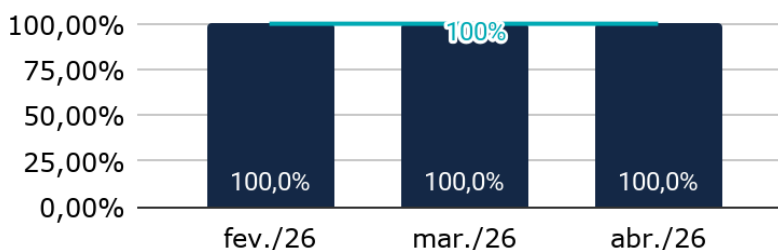
A adesão consistente aos protocolos institucionais reforça a padronização dos processos e a segurança na assistência prestada.

### 5.6.8 Adesão aos Protocolos

## Adesão aos Protocolos

Enfermaria CM

■ Resultado    ■ Meta ≥



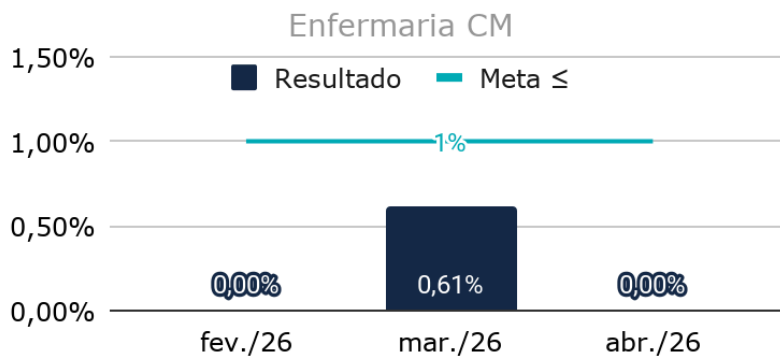
Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
39	39

**Análise crítica:** A meta pactuada para adesão aos protocolos institucionais foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade com as diretrizes assistenciais estabelecidas.

O resultado reflete o comprometimento do corpo clínico, equipes assistenciais e administrativas na aplicação sistemática dos protocolos institucionais, garantindo padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade na assistência prestada.

### 5.6.9 Reclamações na ouvidoria

#### Reclamações na Ouvidoria



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	151

**Análise crítica:** Atingido meta pactuada.

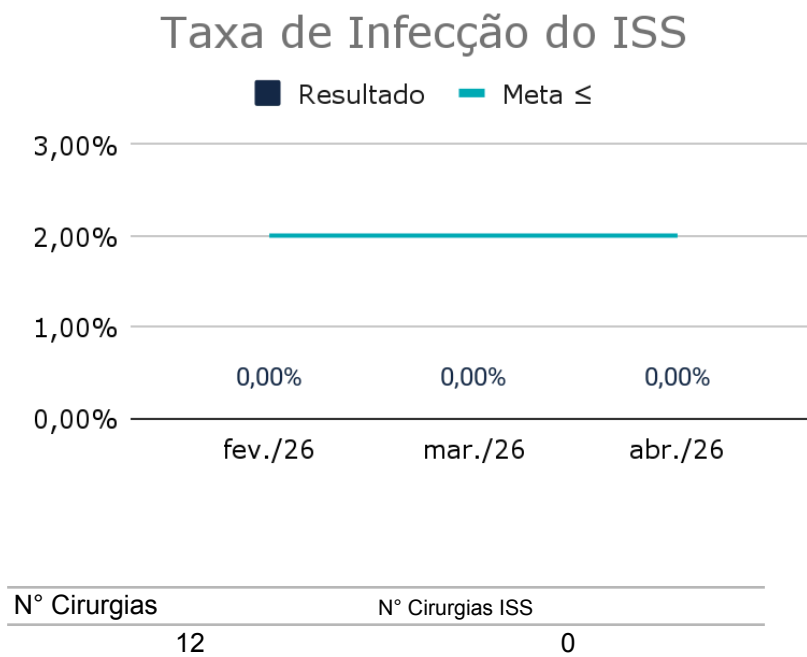
A meta pactuada relacionada às reclamações na ouvidoria foi atingida no período avaliado, evidenciando adequada gestão da experiência do paciente e de seus familiares.

O resultado reflete o alinhamento da equipe multiprofissional na oferta de suporte assistencial, emocional e informacional durante a internação, considerando o contexto de vulnerabilidade dos pacientes. Destaca-se a atuação proativa das coordenações médica e de enfermagem na resolução ágil de demandas e esclarecimento de dúvidas, com abordagem tempestiva ainda durante o período de internação.

Tais práticas contribuem para a melhoria da comunicação, fortalecimento do vínculo com pacientes e familiares e redução de manifestações formais na ouvidoria.

## 5.10 Indicadores - Qualitativos - NEUROCIRURGIA

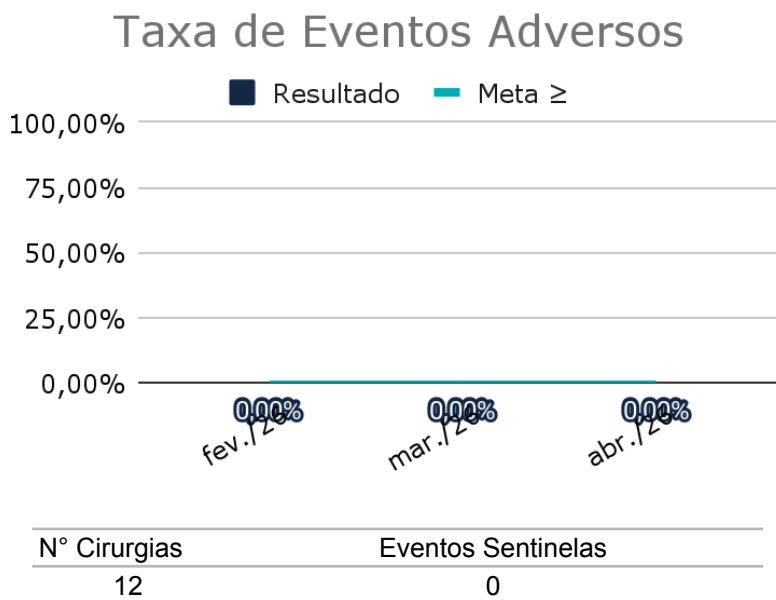
### 5.10.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



**Análise crítica:** No período avaliado, não houve registro de casos de infecção de sítio cirúrgico (ISS) entre os procedimentos de neurocirurgia realizados, evidenciando elevado padrão de qualidade e segurança assistencial.

O resultado reflete a adesão rigorosa às medidas de prevenção de infecção, incluindo técnica cirúrgica adequada, cumprimento dos protocolos de assepsia e antisepsia, antibioticoprofilaxia conforme diretrizes e cuidados no pós-operatório, garantindo desfechos favoráveis e segurança ao paciente.

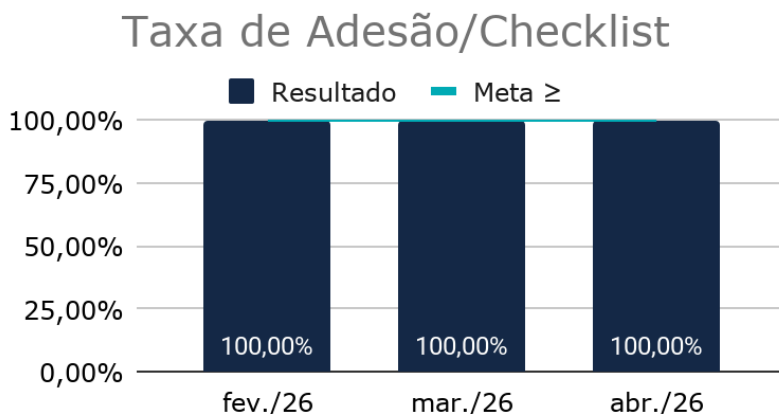
### 5.10.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



**Análise crítica:** No período avaliado, não houve registro de eventos adversos intraoperatórios entre os procedimentos de neurocirurgia realizados, evidenciando elevado nível de segurança no ato cirúrgico.

O resultado reflete a atuação integrada da equipe cirúrgica, com cumprimento rigoroso dos protocolos de segurança, incluindo checklist cirúrgico, planejamento pré-operatório adequado e monitoramento contínuo durante o procedimento, contribuindo para a prevenção de eventos críticos e qualidade assistencial.

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

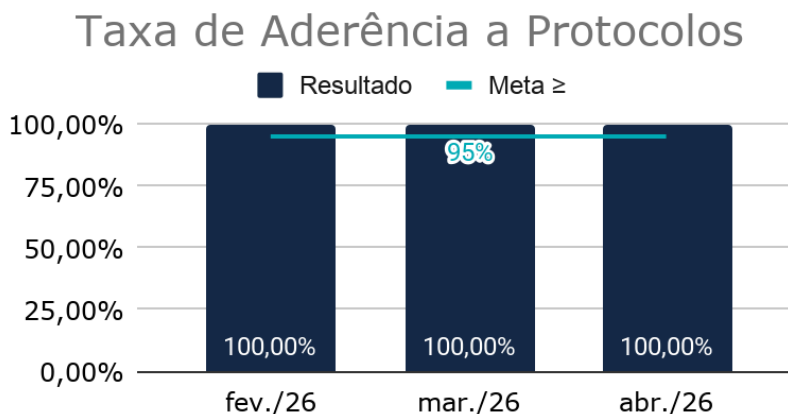


Nº Cirurgias	Checklist
12	12

**Análise crítica:** No período avaliado, observou-se adesão integral aos checklists cirúrgicos institucionais, evidenciando conformidade com os protocolos de segurança do paciente.

O resultado reflete o comprometimento da equipe multiprofissional com a aplicação sistemática das etapas do checklist, abrangendo os momentos pré, intra e pós-operatórios, contribuindo para a padronização dos processos, redução de riscos e garantia da qualidade assistencial.

#### 5.10.4 Taxa de Aderência a Protocolos de Profilaxia antibiótica



N° Cirurgias	Aderência a Protocolos
12	12

**Análise crítica:** A meta pactuada para adesão aos protocolos institucionais foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade com as diretrizes assistenciais estabelecidas.

O resultado reflete o comprometimento do corpo clínico, equipes assistenciais e administrativas na aplicação sistemática dos protocolos institucionais, garantindo padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade na assistência prestada.

### 5.10.5 Taxa de Recusas de Casos Referenciados de Neurocirurgia

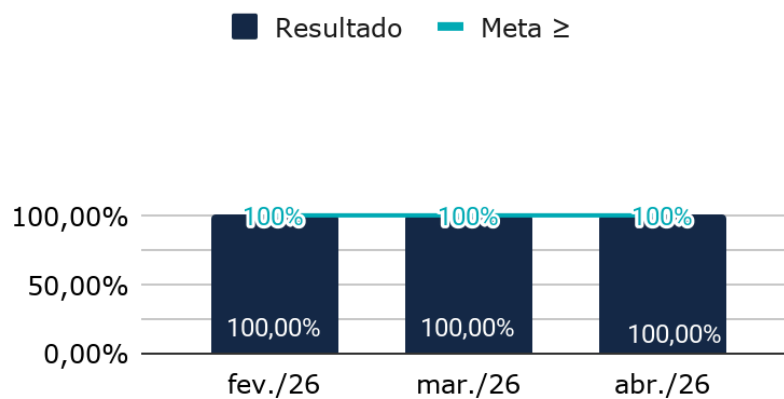


**Análise crítica:** No período avaliado, não houve registro de recusas de casos referenciados para neurocirurgia, evidenciando plena capacidade de resposta assistencial e adequada regulação dos atendimentos.

O resultado reflete a organização do fluxo assistencial, disponibilidade da equipe especializada e alinhamento com os critérios institucionais, garantindo acesso adequado aos procedimentos indicados e continuidade do cuidado.

### 5.10.6 Atendimentos Ininterruptos as Demandas de urgência

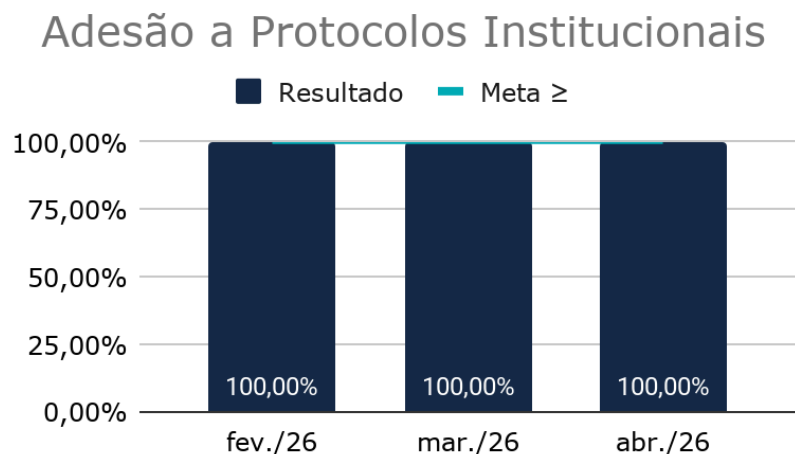
#### Atendimentos Ininterruptos



**Análise crítica:** Atingido a meta pactuada. No período avaliado, foram realizados todos os atendimentos, avaliações e procedimentos cirúrgicos de urgência, em conformidade com a demanda espontânea e as transferências reguladas pela CROSS.

O resultado reflete a disponibilidade contínua da equipe de neurocirurgia, organização do fluxo assistencial e capacidade de resposta adequada às demandas reguladas, garantindo continuidade do cuidado e assistência integral aos pacientes.

### 5.10.7 Adesão a Protocolos Institucionais

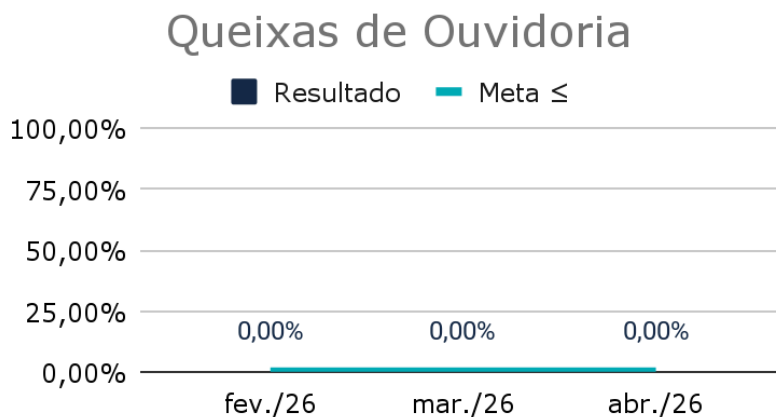


Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
12	12

**Análise crítica:** A meta pactuada para adesão aos protocolos institucionais foi atingida no período avaliado, evidenciando conformidade com as diretrizes assistenciais estabelecidas.

O resultado reflete o comprometimento do corpo clínico, equipes assistenciais e administrativas na aplicação sistemática dos protocolos institucionais, garantindo padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade na assistência prestada.

### 5.10.8 Queixas de Ouvidoria



N° Reclamações	Atendimentos Realizados
0	0

**Análise crítica:** No período avaliado, não houve registro de manifestações na ouvidoria relacionadas ao serviço de neurocirurgia, evidenciando adequada qualidade assistencial e satisfação dos usuários.

O resultado reflete a condução eficiente dos processos assistenciais, comunicação efetiva com pacientes e familiares e alinhamento da equipe às boas práticas institucionais.

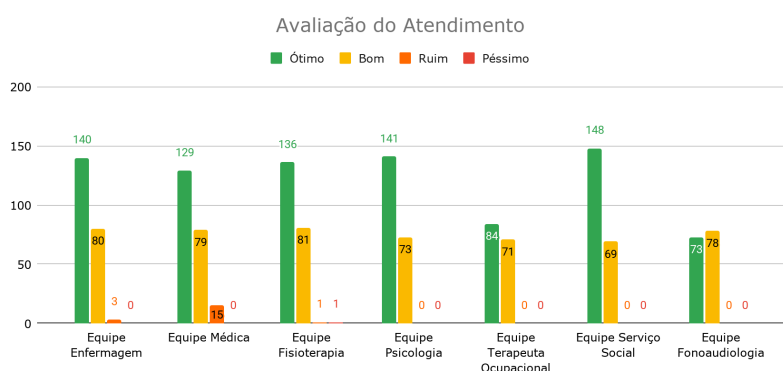
## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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.

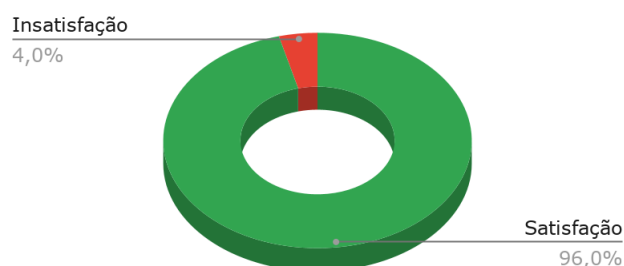
### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **223 pesquisas respondidas**.

#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

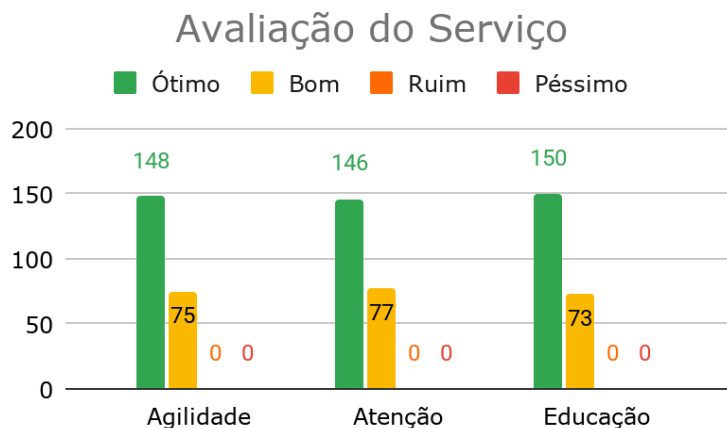


#### % Satisfação - Atendimento

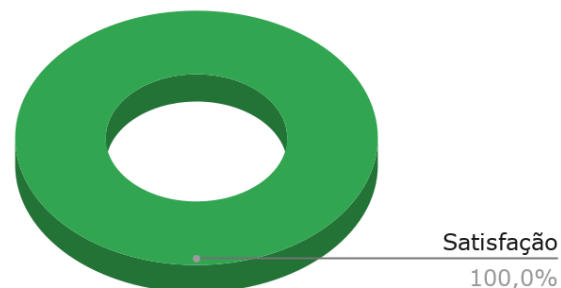


**Análise crítica:** Foram realizadas 223 pesquisas de satisfação, com 96% de avaliação entre "Bom" e "Ótimo", e 4% de insatisfação, demonstrando elevada aprovação dos usuários quanto aos atendimentos prestados, dentre as demandas de insatisfação iremos trabalhar em conjunto com a equipe assistencial a fim de aprimorar o atendimento e alcançar 100% de satisfação.

### 6.1.2 Avaliação do Serviço



### % Satisfação - Serviço



**Análise crítica:** Foram realizadas 223 pesquisas de satisfação, com 100% de avaliação entre “Bom” e “Ótimo”, demonstrando elevada aprovação dos usuários quanto a Avaliação do Serviço. Todos os itens assistenciais e serviços avaliados atingiram 100% de satisfação, refletindo qualidade no atendimento, atuação integrada da equipe multiprofissional e cuidado humanizado.

Os setores UTI, Unidade de Cuidados Intermediários e Enfermaria Clínica e Cirúrgica também apresentaram 100% de satisfação, indicando consistência na qualidade assistencial em diferentes níveis de complexidade da unidade.

## 7. EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Foram realizadas visitas diárias pelos coordenadores nas unidades assistenciais, com o objetivo de alinhar, acompanhar e monitorar os fluxos assistenciais estabelecidos;

As equipes assistenciais CLT deram continuidades nos cursos de capacitação on-line, previstos como etapa obrigatória durante o período de experiência dos profissionais;

Foram realizadas discussões de casos clínicos, alinhamento de processos e apresentação dos indicadores alcançados no mês anterior, junto aos coordenadores e diaristas; e

Foi realizada uma campanha sobre a Importância da Prevenção de Acidentes de Trabalho. A ação buscou reforçar atitudes seguras no dia a dia e incentivar a construção de um ambiente de trabalho mais seguro para todos.



São Paulo, 13 de Maio de 2026.



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

**Adriana Cristina Alvares**  
**Gerente Técnico Regional**