

Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Regional Sul

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

Convênio n.º002261/2025

Abril

2026

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Juliana Torres David Pereira

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Bárbara Tatiane de Sousa Nascimento

COORDENADOR DE FISIOTERAPIA

Priscila Gonzaga Atuati

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025	7
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	8
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
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	13
5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	13
5.1.1 Saídas	13
5.1.2 Paciente Dia	16
5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	17
5.2.1 Taxa de Ocupação	17
5.2.2 Média de Permanência	18
5.2.3 Taxa de Mortalidade	19
5.2.4 Taxa de Reinternação	23
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	24
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	25
5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	26
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	27
5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	28
5.2.11 Incidência de Flebite	29
5.2.12 Incidência de Queda	30
5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	31
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão	32
5.2.15 Adesão a protocolos institucionais	33
5.2.16 Prontuários Evoluídos	34
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna	35
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação	36
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco	36
5.3.2 Nº atendimento médico	37
5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)	38
5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto	38
5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO	39
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO	39
5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco	40
5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS - Leitos de Observação sem justificativa	40
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos	41
5.4.7 atendimentos evoluídos e registrados	42

5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral	43
5.4.9 Taxa de extubação acidental	44
5.4.10 Queda de Paciente	45
5.4.11 Incidência de Flebite	46
5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	46
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria	47
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	48
5.5.1 Número de atendimentos	48
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência	49
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	50
5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)	50
5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)	51
5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos	52
5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica	52
5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia	53
5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência	54
5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais	55
5.6.8 Queixa Ouvidoria	56
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	57
5.7.1 Paciente dia	57
5.7.2 Saídas	58
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	59
5.8.1 Média de Permanência (dias)	59
5.8.2 Prontuários evoluídos	60
5.8.3 Incidência de queda de paciente	60
5.8.4 Incidência de erro de medicação	61
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	62
5.8.6 Incidência de Flebite	63
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central	64
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais	65
5.8.9 Reclamações na ouvidoria	66
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	67
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	67
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI	68
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI	69
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI	69
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.	70

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 30 de Abril de 2026**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho é de 274 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT), atualmente são 252 colaboradores efetivos e 130 contratados no regime PJ, dos quais 112 são médicos e 30 fisioterapeutas.

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

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

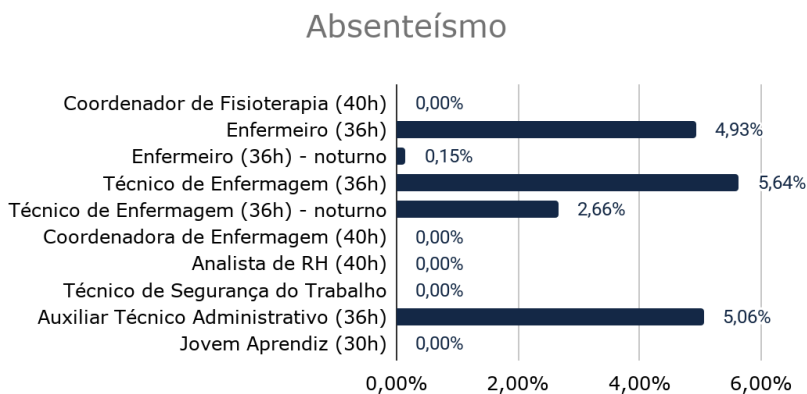
Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	Coordenador de Fisioterapia (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	32	29	↓
	Enfermeiro (36h) - noturno	32	31	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	94	87	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	94	84	↓
	Coordenadora de Enfermagem (40h)	2	2	✓
Administrativo	Analista de RH (40h)	1	1	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	17	16	↓
	Jovem Aprendiz (30h)	0	0	✓
Total		274	252	↓

Análise Crítica: No mês de março, o quadro de colaboradores apresentou cobertura de 91,97% em relação ao previsto no plano de trabalho: 252 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 10 contratações para recompor parcialmente o quadro frente aos desligamentos do mês anterior, sendo: 03 enfermeiros no plantão diurno, 03 enfermeiros no plantão noturno, 03 técnicos de enfermagem diurnos e 01 técnico de enfermagem noturno. Ocorreram 07 desligamentos por término de

experiência: 01 enfermeiro diurno - T.S.B. em 09/04; 02 enfermeiros noturnos - J.R.G. em 08/04 e T.T.M.M. em 07/04; 04 técnicos de enfermagem diurnos - A.A.M. em 08/04, E.K.F.A. em 11/04, C.S.N. em 09/04 e C.E.A. em 10/04. Além disso, houve 08 pedidos de demissão: 02 enfermeiros diurnos - J.O.S. em 09/04 e R.R.P. em 14/04; 02 enfermeiros noturnos - J.S.S. em 15/04 e A.S.R.N. em 14/04; 03 técnicos de enfermagem diurnos - O.A.P.P. em 22/04, J.A.S.A. em 16/04 e S.O.R. em 01/04; e 01 técnico de enfermagem noturno - C.M. em 13/04. Esses desligamentos contribuíram para a manutenção do déficit observado. Atualmente, há 05 licenças ativas, sendo 04 licenças maternidade: 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. Cabe destacar que, mesmo diante dessa defasagem, a assistência aos pacientes não foi prejudicada. Foram adotadas medidas gerenciais como remanejamento interno de profissionais, adequação das escalas de trabalho e priorização da alocação de equipes nos setores críticos, assegurando a continuidade e a segurança do atendimento. Ressalta-se, por fim, que o processo de recomposição do quadro está em curso, com previsão de normalização progressiva nos próximos períodos, de modo a garantir o pleno cumprimento do dimensionamento contratual.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

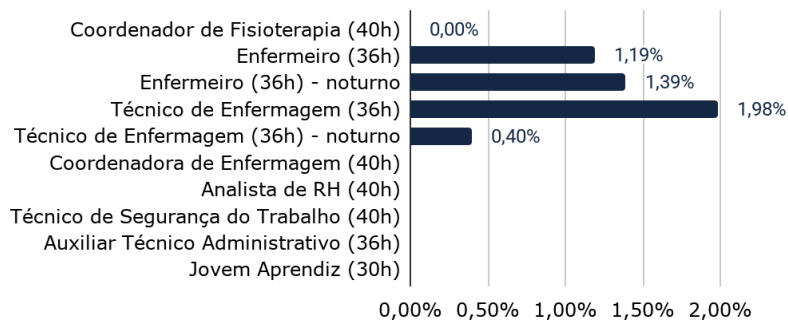


Análise Crítica: Entre os 252 colaboradores efetivos sob regime CLT, foram contabilizados 198 dias de ausência, sendo 21 faltas injustificadas e 177 justificadas por meio de atestados médicos.

Destaca-se que, apesar das ausências registradas, não houve prejuízo à continuidade da assistência aos pacientes. A cobertura assistencial foi assegurada por meio do remanejamento dos colaboradores ativos, garantindo o adequado funcionamento das unidades e a manutenção da qualidade do atendimento prestado.

4.2.2 Turnover

Turnover



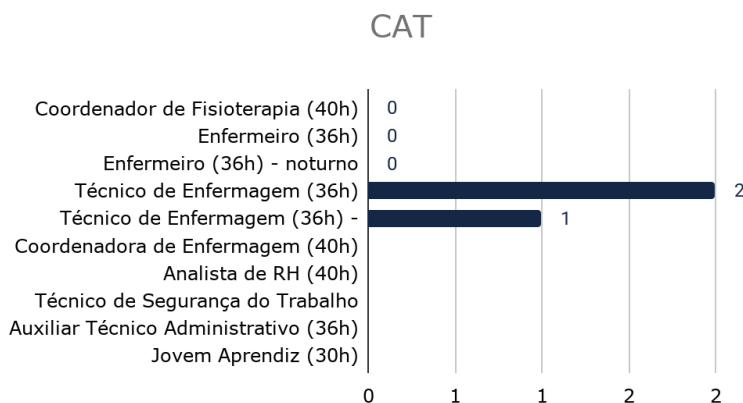
Análise Crítica: Durante o mês de Abril, trabalhamos com 91,97% da previsão de colaboradores efetivos, conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Houveram 10 contratações no mês de abril, sendo: 03 enfermeiros no plantão diurno, 03 enfermeiros no plantão noturno, 03 técnicos de enfermagem diurnos e 01 técnico de enfermagem noturno.

Houveram 07 desligamentos por término de experiência: 01 enfermeiro diurno - T.S.B. em 09/04; 02 enfermeiros noturnos - J.R.G. em 08/04 e T.T.M.M. em 07/04; 04 técnicos de enfermagem diurnos - A.A.M. em 08/04, E.K.F.A. em 11/04, C.S.N. em 09/04 e C.E.A. em 10/04.

Houveram 08 pedidos de demissão: 02 enfermeiros diurnos - J.O.S. em 09/04 e R.R.P. em 14/04; 02 enfermeiros noturnos - J.S.S. em 15/04 e A.S.R.N. em 14/04; 03 técnicos de enfermagem diurnos - O.A.P.P. em 22/04, J.A.S.A. em 16/04 e S.O.R. em 01/04; e 01 técnico de enfermagem noturno - C.M. em 13/04. Atualmente temos 05 licenças ativas, sendo 04 licenças maternidade: 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.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



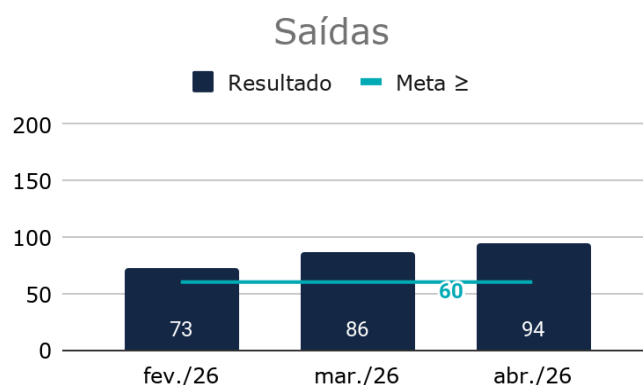
Análise Crítica: No mês de Abril, houve um caso de abertura de CAT. O primeiro caso ocorreu no dia 05/04/2026, com a técnica de enfermagem V. N. C., colaboradora acima refere ter se perfurado, ao realizar punção venosa e ao retirar o material da bandeja se perfurou com cateter intravenoso. Foi realizada 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 06/04/2026 com a técnica de enfermagem D. L. R. S., relatou que ao realizar o processo de higiene do paciente, fez um corte com a unha do paciente, a mesma estava usando luva de procedimento e apresentou sangramento. 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 terceiro caso ocorreu no dia 25/04/2026, M. F. A. M., colaboradora relata que após aplicar a medicação (Enoxaparina), ao reencapar a agulha acabou se perfurando. 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.

No mês de Abril foi realizada uma campanha de segurança do paciente com foco no fluxo de acidente de trabalho.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

5.1.1 Saídas



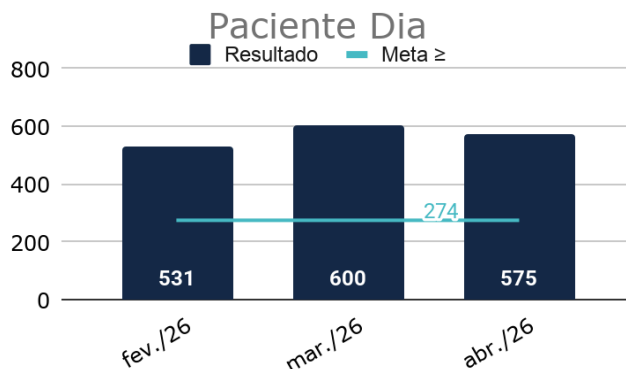
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Evasão	0
Alta	0
Transferência Interna	66
Transferência Externa	2
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	25
Total	94

Análise Crítica: Durante o mês de abril, foram registradas 94 saídas, acima da meta contratual. Desse total, **70,2% (66 casos)** corresponderam a transferências internas para a enfermaria por melhora clínica; não houve alta direta para casa; **2,1% (2 casos)** de transferência externa; **1,1% (1 caso)** de

óbito em menos de 24 horas; e **26,6% (25 casos)** de óbitos após 24 horas de internação. Não houve registros de evasão ou alta a pedido.

Referente aos dois **(2) casos de transferência externa**: Paciente M.N.G.A., 70 anos, sexo feminino, SAPS 3=54, mortalidade prevista =33,08%, admissão na UTI em 09/04/2026 com hipótese diagnóstica pé diabético (programação cirúrgica de amputação transtibial em MID) e antecedentes DM, HAS, AVE prévio, cardiopatia com marcapasso e em cuidados paliativos há 1 anos. Admitida na UTI para suporte perioperatório com quadro de lesão extensa e infectada em calcâneo direito há 2 meses com má evolução após múltiplos debridamentos, devido a alto risco de óbito. Realizada cirurgia e encaminhada para UTI, mantendo quadro crônico, transferida no hospital de origem, Hospital São Paulo em 15/04/2026. Paciente A.L., 72 anos, sexo masculino, SAPS 3=46, mortalidade prevista =17,09%, admissão na UTI em 28/04/2026 com hipótese diagnóstica AVCE e antecedentes tabagismo. Encaminhado do Hospital Parelheiros com história de AVE há 7 dias com parestesia transitória de hemiface à direita. Admitido na UTI proveniente da reta 2, em acompanhamento pela cirurgia vascular que solicitou vaga por delirium hiperativo, manteve estável durante o período de internação e voltou ao hospital de origem no dia 30/04/2026.

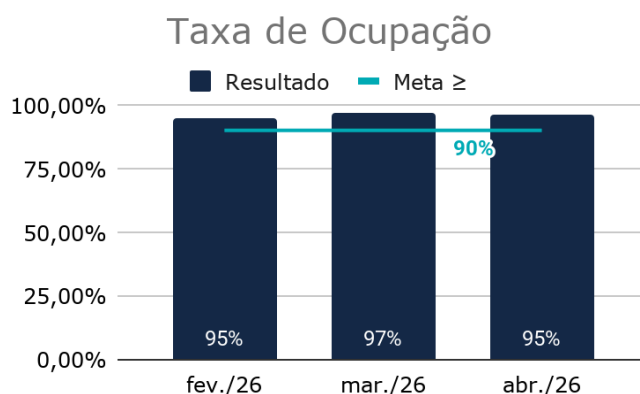
5.1.2 Paciente Dia



Análise crítica: No mês de Abril, o paciente dia foi de 575, ultrapassando a meta contratual. Todas as demandas de solicitação de vagas recebidas foram contempladas conforme disponibilidade de leito, sem recusas de vagas. Dos pacientes internados na UTI 1, 31% foram pacientes clínicos e 69% pacientes cirúrgicos. Na UTI 2, 26% foram pacientes clínicos e 74% pacientes cirúrgicos.

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

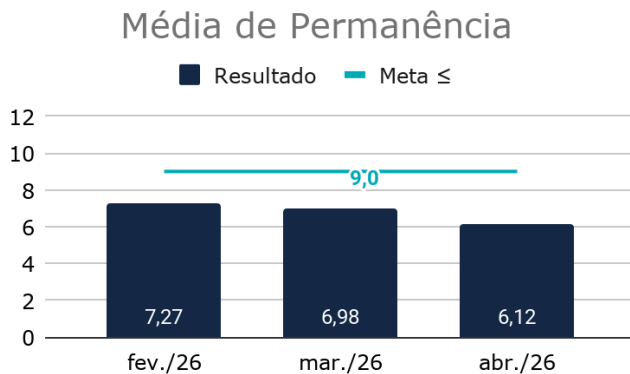
5.2.1 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
575	600

Análise crítica: No mês de Abril 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

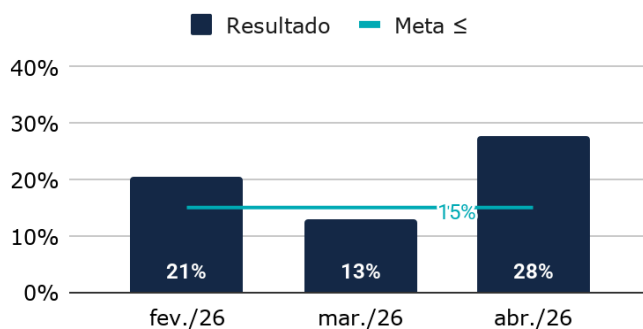


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
575	94

Análise Crítica: No mês de Abril, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de 6,12 dias, mantendo-se acima da meta contratual. Entretanto, observa-se redução em relação ao dado do mês anterior (6,98 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 **22,7%** 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
26	94

Análise crítica: No mês de Abril, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 27%, 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 **44,76%** enquanto a **mortalidade real foi de 28%**. Isso resultou em um **SMR de 0,62** indicando que a mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes. Em números absolutos, foram vinte e seis (26) óbitos nas duas UTIs, dentre esses, um (1) óbito em menos de 24 horas de internação. Do valor total, onze (11) pacientes estavam em cuidados paliativos e o restante de acordo com a gravidade do quadro clínico.

Os onze (11) casos de óbitos de pacientes que estavam em **cuidados paliativos** foram: paciente C.J.H, 82 anos, sexo feminino, SAPS 3=63, mortalidade prevista = 55,3%, com admissão na UTI em 27/03/2026 com hipótese diagnóstica de necrose seca de 4PDD + LT necrótica em calcâneo direito e antecedentes DM e HAS. Encaminhado do Hospital Pedreira pois estava em

acompanhamento com a cirurgia vascular e indicação de amputação TF, ao realizar radiografia de tórax, apresentou rebaixamento de nível de consciência e foi admitida na UTI. Paciente paliativa exclusiva ia retornar para o hospital de origem, porém alta suspensa e mantida em cuidados proporcionais e exclusivos de conforto devido à evolução para finitude (com diretrizes prévias de não intubação, não reanimação e não progressão de suporte hemodinâmico, conforme alinhamento terapêutico prévio documentado em prontuário e ciência da família. Óbito em 01/04/2026 às 19h.

Paciente R.R.B., 57 anos, sexo feminino, SAPS 3=106, mortalidade prevista = 98,1%, com admissão na UTI em 11/03/2026 com hipótese diagnóstica de broncopneumonia, IAMSSST, choque séptico de foco cutâneo em tratamento, PCR em TV (3 ciclos em 12/03) e antecedentes DM e HAS. Encaminhada da reta 1, admitida em VM, IOT devido a insuficiência respiratória aguda. No decorrer da internação, realizou TQ em 02/04/2026 e no dia 04/04/2026 apresentou exteriorização e optado por IOT devido a dificuldade de introduzir nova TQ. Apresentando instabilidade hemodinâmica, mesmo em uso de DVA em altas doses e quadro gravíssimo, conversado com familiares sobre os cuidados paliativos e concordantes sobre medidas de conforto. Óbito em 07/04/2026 às 02h00.

Paciente S.F.A., 56 anos, sexo feminino, SAPS 3=69, mortalidade prevista = 68,88%, com admissão na UTI em 30/03/2026 com hipótese diagnóstica de Adenoma gástrico, metástase óssea e linfonodal e antecedentes adenocarcinoma gástrico e redução mamária. Proveniente do PS, com derrame pleural de repetição e sinais de dispnéia, foi intubada por desconforto respiratório em 05/04/2026 e extubou-se devido a agitação psicomotora em 07/04/2026, mantendo em CNO2. Apresentou quadro de sonolência, piora da dispneia, instabilidade hemodinâmica com quadro gravíssimo. Conversado com a família e mantida em cuidados proporcionais, não realizado IOT, mantido morfina para conforto e visita liberada. Óbito declarado às 12h45 do dia 09/04/2026.

Paciente N.L.S., 77 anos, sexo masculino, SAPS 3=100, mortalidade prevista = 96,89%, com admissão na UTI em 21/03/2026 com hipótese

diagnóstica IRPA, sepse de foco pulmonar, RNC e endocardite? com antecedentes ICC, EAP, DRC Não dialítico, DM e HAS. Admitido em leito de UTI em contexto de longa internação por choque séptico, em estado grave e uso de oxigenioterapia, apresentou desconforto respiratório e mesmo após uso de VNI, houve a necessidade de IOT em 01/04/2026. No decorrer da internação, mantendo quadro grave e realizando diálise, apresentou PA inaudível e bradicardia ao ECG, não realizado RCP conforme gravidade do quadro e de acordo com o acordo realizado com a família (descrito em prontuário eletrônico), declarado óbito em 9/04/2026 às 12h25, após confirmação do ECG.

Paciente M.A., 83 anos, sexo masculino, SAPS 3= 93, mortalidade prevista = 94,72%, com admissão na UTI em 06/04/2026 com hipótese diagnóstica de choque séptico de foco indeterminado, BCP comunitária? HDA? com antecedentes HAS, DLP, DAOP, hérnia inguinal e síndrome demencial. Proveniente do PS, apresentou inapetência e RNC associado a tosse seca e evacuações pretas com coágulo de sangue nos últimos 5 dias, motivo de ir até a UPA Campo limpo e transferido para esta unidade, via CROSS, para avaliação da clínica médica. Admitido na UTI IOT em VM, em estado gravíssimo, devido ao mau prognóstico segue em paliativo, após conversa com a família. Apresentou PCR com óbito declarado em 15/04/2026 às 03h36.

Paciente C.S., 55 anos, sexo masculino, SAPS 3= 57, mortalidade prevista = 40,35%, com admissão na UTI em 07/04/2026 com hipótese diagnóstica de PNM a/e, TB e nódulos pulmonares a/e, pneumoconiose e nódulos metastáticos? com antecedentes DPOC e tabagismo? Com história de relato de tosse produtiva há 30 dias, evoluindo com dispnéia e dessaturação em ar ambiente com suspeita de tuberculose e provável pneumoconiose, admitido em uso de máscara não reinalante, com piora do desconforto respiratório foi IOT em 08/04/2026. Em estado grave e uso de DVA, mantendo prognóstico clínico reservado. Apresentou RCP e declarado óbito em 14/04/2026 em 22h56.

Paciente R.R.S., 71 anos, sexo masculino, SAPS 3= 53, mortalidade prevista =22,10 %, admissão na UTI em 02/04/2026 com hipótese diagnóstica

IAM com supra ST com antecedentes DRC dialítica (3x/sem), IAM (2022), DM e HAS, veio transferida da sala de emergência com relato de hipotensão, inapetência e êmese frequentes, sonolência e confusão mental há 2 dias, trombolisada na entrada do serviço e em uso de DVA. No decorrer da internação, cursa com hipotensão persistente, requerendo ajustes em DVA's, apresenta períodos de confusão mental, queixa-se de mialgias, sem dor torácica ou dispneia. Após troca de CVC, apresentou náuseas com vômitos, bradicardia, RNC com PCR. Óbito às 17h48 no dia 06/04/2026.

Paciente O.F.P., 64 anos, sexo masculino, SAPS 3= 61, mortalidade prevista =50,4 %, admissão na UTI em 24/03/2026 com hipótese diagnóstica encefalopatia multifatorial, TCE grave e hematoma epi/subdural com antecedentes etilismo, tabagismo e usuário de cocaína. Admitido neste hospital com histórico de queda da laje com politrauma e TCE, encaminhado para este serviço Hospital Mboi Mirim para abordagem da neurocirurgia e encaminhado à UTI, o qual admitido em VM, evoluindo com anisocoria, com progressão para TQ em 07/04/2026. Devido a piora do quadro clínico e necessidade de uso de DVA em altas doses. Discutido com equipe cuidados paliativos devido ao mau prognóstico clínico e óbito declarado 21/04/2026 às 10h50.

Paciente Z.S., 71 anos, sexo masculino, SAPS 3= 99, mortalidade prevista =96,65 %, admissão na UTI em 11/04/2026 com hipótese diagnóstica IAM (fora da janela) e IC descompensada com antecedentes DM, DPOC e IC. Admitido na UTI proveniente do pronto socorro por dispneia súbita há 4 dias associada a mal-estar, evoluindo com piora respiratória, sendo transferido para a UTI. Foi IOT em 12/04/2026, diagnosticado DP bilateral extenso o qual foi realizado drenagem, mantendo quadro grave e instável mesmo em uso de DVA em altas doses e antibioticoterapia, evoluiu a óbito em 21/04/2026 às 10h24.

Paciente R.C., 95 anos, sexo feminino, SAPS 3= 99, mortalidade prevista =96,65%, admissão na UTI em 20/04/2026 com hipótese diagnóstica pneumonia com choque séptico e antecedentes HAS, DM , Sd demencial insidiosa e taquiarritmia paroxística a/e. Proveniente da UPA Santo Amaro com queixa de

tosse e inapetência, apresentou piora nos últimos 2 dias e RNC, sendo IOT e transferida para este serviço. Proveniente do PS, admitida em uso de DVA, apresentou taquiarritmia não especificada pela UPA. Mantendo em estado gravíssimo, conversado com a família sobre mau prognóstico e acordado sobre não aumentar as medidas já instituídas. Óbito declarado às 18h34 em 23/04/2026.

Paciente A.A.P.S., 73 anos, sexo feminino, SAPS 3= 66, mortalidade prevista = 62,45%, com admissão na UTI em 21/04/2026 com hipótese diagnóstica sepse de foco cutâneo e PO (13/04) debridamento de escara com antecedentes HAS, DM, DLP e amputação bilateral MMII. Admitida em gemente, confusa e em estado grave, manteve estabilidade hemodinâmica à custas de DVA, IOT em VM, apresentou instabilidade quando em hemodiálise, sendo necessário a pausa. Evoluindo com piora progressiva, conversado com a família sobre quadro clínico irreversível e não RCP. Óbito declarado em 29/04/2026 as 22h00.

Houve um (01) caso de óbito de paciente **em menos de 24 horas de internação**: paciente M.J.S., 73 anos, sexo masculino, SAPS 3= 97, mortalidade prevista = 96,11%, admissão na UTI em 20/04/2026 com hipótese diagnóstica POi laparotomia exploradora e pancreatite neurohemorrágica e antecedentes HAS, LE por úlcera há 30 anos. Com história de dor abdominal há 2 dias de abdome associada à vômitos e sinais de pneumoperitônio. Admitido na UTI em estado gravíssimo, instável e em uso de DVA em dose elevada para estabilização, declarado óbito às 26/04/2026 às 14h21.

Os demais óbitos ocorreram **de acordo com a deterioração clínica**: paciente T.M.I.M., 66 anos, sexo feminino, SAPS 3=59, mortalidade prevista = 45,8%, com admissão na UTI em 21/03/2026 com hipótese diagnóstica de sepse de foco cutâneo por pé diabético, PO amputação transtibial D e antecedentes DM, HAS e DAOP. Transferida para esse serviço após apresentar confusão mental, saída de secreção purulenta em MID e para manejo pela vascular e pós-operatório na UTI. Admitida na UTI em estado grave,

apresentou hipotensão refratária e posteriormente, ausência de sinais vitais sem pulso, foi realizados 15 ciclos de RCP sem retorno. Óbito declarado às 18h03, no dia 04/04/2026.

Paciente J.C.M., 73 anos, sexo masculino, SAPS 3=122, mortalidade prevista = 99,36%, com admissão na UTI em 27/03/2026 com hipótese diagnóstica de AVCi NIHSS 13, fora de janela de trombólise, HAS, PCR 01/04 10 min e antecedentes HAS, dislipidemias, etilismo ativo, DM tipo II, AVCi prévio e HPB. Veio encaminhado da UPA São Paulo via Cross para esta unidade para avaliação da clínica médica e neurocirurgia após apresentar RNC, perda de força do lado esquerdo e de controle da diurese. Admitido na UTI IOT e em VM com quadro de choque séptico, em estado gravíssimo, mesmo em uso de DVA altos, apresentou piora clínica progressiva. Realizadas medidas químicas sem sucesso. Óbito declarado em 05/04/2026 às 14h40.

Paciente R.A.F., 34 anos, sexo masculino, SAPS 3=58, mortalidade prevista = 42,85%, com admissão na UTI em 27/03/2026 com hipótese diagnóstica TEP + IC PERFIL B (FEVE 29%), sepse pulmonar com antecedentes ICC e uso de cocaína (2x/semana). Proveniente da UPA Santo Amaro com suspeita de pneumonia e descompensação de IC, admitido com desconforto respiratório, edema em MMII e taquicardia. No decorrer da internação, utilizou máscara não reinalante e VNI sem melhora do quadro, IOT em 30/03/2026 devido a desconforto respiratório e instabilidade hemodinâmica. Apresentou piora clínica e foi aumentado doses de DVA e parâmetros ventilatórios, evoluindo para óbito em 06/04/2026 às 06h55.

Paciente R.G.S., 71 anos, sexo masculino, SAPS 3=50, mortalidade prevista = 24,33%, com admissão na UTI em 08/04/2026 com hipótese diagnóstica PO herniorrafia (07/04/26) por hérnia inguinal direita encarcerada com antecedentes HAS, FA crônica, convulsão. Admitido sob o contexto de PO herniorrafia após episódio de hérnia encarcerada, em aa e em uso de DVA, em leito de UTI devido a indicação de monitorização no curto prazo para vigilância clínica e progressão assistencial. Refere dor em região abdominal, em acompanhamento com a cirurgia, que solicita uso de SNG, mantendo abdômen

distendido, taquicardia e secreção sanguinolenta em ferida operatória. Após reavaliação da cirurgia para reabordagem, paciente evolui com hipotensão e PCR, realizado RCP sem retorno. Óbito às 02h39 no dia 11/04/2026.

Paciente E.C., 58 anos, sexo feminino, SAPS 3=62, mortalidade prevista = 52,90%, com admissão na UTI em 28/03/2026 com hipótese diagnóstica insuficiência respiratória aguda, IC tipo B, EAP hipertensivo, IRA, sepse foco pulmonar e PNM, com antecedentes HAS, obesidade grau IV e erisipela. Encaminhada da UPA vila Mariana com diagnóstico EAP e intubada, admitida em estado grave com doses elevadas de DVA, com períodos de hipotensão, apresentou PCR o qual foi realizada manobras de RCP de acordo ACLS, sem retorno. Óbito declarado às 01h13, dia 13/04/2026.

Paciente J.P.C., 69 anos, sexo masculino, SAPS 3=82, mortalidade prevista = 87,75%, com admissão na UTI em 07/04/2026 com hipótese IC descompensado perfil B, PNM, IAM com supra ST e antecedentes HAS, IC e IAM em 2011. Admitido na UPA em 01/04/2026, com quadro de dispneia progressiva, ortopneia associado a edema de MMII, chegou nesta unidade com desconforto respiratório, realizado VNI no PS e transferido para UTI instável hemodinamicamente, em estado grave e uso de DVA em altas doses, apresentou piora do desconforto respiratório com PCR em AESP, realizado RCP por 26 minutos e IOT. Manteve assistolia sem retorno da circulação espontânea evoluindo à óbito às 16h06 dia 13/04/2026.

Paciente C.L.P.A., 42 anos, sexo masculino, SAPS 3=90, mortalidade prevista = 93,36%, com admissão na UTI em 07/04/2026 com hipótese Lesão intracraniana, lesão expansiva do terceiro ventrículo e derivação ventriculoperitoneal de urgência com implantação de válvula de média pressão, sem antecedentes. Veio encaminhado do Hospital Tide Setúbal para esta unidade devido ao quadro de cefaleia holocraniana recorrente há 3 semanas com episódios de parestesia em MSD, com piora da cefaleia há 5 dias. Admitido na UTI proveniente do CC pós derivação ventriculoperitoneal por hidrocefalia secundária à lesão expansiva, sem resposta pupilar e média fixa, coma arreativo,

sem reflexo de tronco encefálico sem sedação o qual foi explicado à família o quadro clínico e o possível diagnóstico de ME. Realizado testes de ME conforme protocolo e decretado óbito após doppler às 18h20, no dia 14/04/2026. Familiares optaram por não acompanhar o momento de desligar os aparelhos.

Paciente R.A.S., 42 anos, sexo masculino, SAPS 3= 95, mortalidade prevista = 95,47%, com admissão na UTI em 11/04/2026 com hipótese diagnóstica de PO drenagem de hematoma intraparenquimatoso temporal esquerda, fratura do processo espinhos T3, traumas pé/tornozelo, choque misto, ICC, TEP? com antecedentes HAS, proveniente do CC por drenagem de urgência de HIP à esquerda, sofreu queda de 3 metros de altura com relato de TCE, trauma em coluna e pé. Admitido neste setor IOT, em VM, instável hemodinamicamente e gravíssimo, apresentou piora radiológica e laboratorial, com evolução para AESP, RCP com 10 ciclos e óbito às 10h10, 16/04/2026.

Paciente J.L.N., 74 anos, sexo masculino, SAPS 3= 69 , mortalidade prevista = 68,9 %, com admissão na UTI em 07/04/2026 com hipótese diagnóstica de PO drenagem hematoma subdural crônico bilateral com antecedentes HAS, AVCi (2018), Ex etilista e tabagista. Encaminhado da UPA para Hospital Grajau que transferiu para este serviço, sendo admitido no PS IOT e em VM, mantendo DVA, com quadro estável. Extubado em 10/04/2026 porém por desconforto respiratório foi reintubado em 11/04/2026, realizado TQ e mantendo instabilidade hemodinâmica por piora do quadro clínico, apresentou PCR em 19/04/2026 às 05h37 e realizado RCP em 6 ciclos com retorno. Apresentou nova PCR sem retorno. Óbito declarado dia 19/04/2026 às 6h35.

Paciente A.L.S., 45 anos, sexo masculino, SAPS 3= 84 , mortalidade prevista = 89,98%, com admissão na UTI em 20/04/2026 com hipótese diagnóstica de POI amputação transfemoral direita e oclusão arterial aguda com antecedentes esquizofrenia e epilepsia?, foi admitido na UTI em estado gravíssimo, instável hemodinamicamente, em uso de DVA. Durante período de internação foi realizado hemodiálise de urgência, o qual evoluiu com taquicardia mantendo pulso palpável e sem hipotensão. No mesmo dia, apresentou novo

episódio de taquicardia, evoluindo rapidamente para parada cardiorrespiratória em assistolia. Realizado RCP conforme protocolo ACLS e retorno da circulação espontânea (5 ciclos). Apresentou piora do quadro clínico geral com óbito declarado em 23/04/2026 às 18h45.

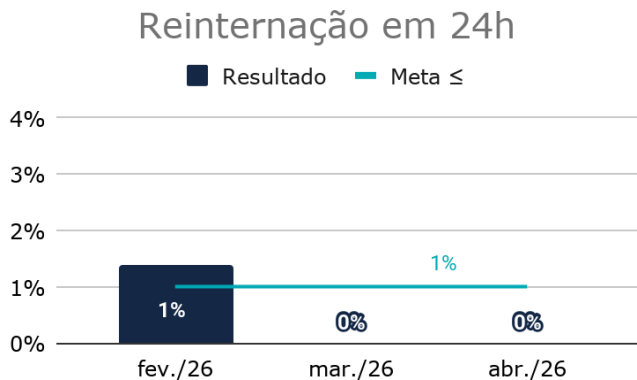
Paciente T.G.S., 42 anos, sexo masculino, SAPS 3= 58, mortalidade prevista = 42,85%, com admissão na UTI em 14/04/2026 com hipótese diagnóstica de TCE com hematoma epidural, luxação de ombro esquerdo por atropelamento por moto (13/04) com antecedentes HAS, DM e hernioplastia inguinal esquerda prévia. Levado pelo SAMU ao Hospital Mboi Mirim e encaminhado para este serviço para avaliação da neurocirurgia. Admitido na UTI em estado gravíssimo e instável, no decorrer da internação evoluiu com choque refratário devido à deterioração clínica aguda e diante da PCR em AESP, associada à irreversibilidade clínica, ausência de reflexos e ausência completa de prognóstico neurológico, optou-se pela não instituição de manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), visando não prolongar o processo de morte em um quadro clinicamente irreversível. Óbito declarado às 09h05 no dia 26/04/2026. Devido tratar-se de paciente vítima de morte violenta (atropelamento), encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) para as providências legais cabíveis.

Paciente V.F.S., 48 anos, sexo masculino, SAPS 3= 91, mortalidade prevista = 85,6%, com admissão na UTI em 24/04/2026 com hipótese diagnóstica TCE grave e hematoma com edema cerebral difuso com antecedentes etilista e usuário de cocaína. Com história de queda de cavalo por estar elitizado, houve TCE e entrada na UPA Santo Amaro e transferido para este serviço para avaliação com a neurocirurgia, o qual avaliaram e não indicaram conduta cirúrgica no momento. Admitido na UTI com RNC, sonolento, confuso, foi realizado IOT, em uso de VM e mantendo estado grave. Realizados testes de morte encefálica conforme protocolo clínico o qual deu positivo e após conversado com a família, doador de órgãos. Óbito declarado 27/04/2026 às 11h45.

Paciente J.M.D., 86 anos, sexo masculino, SAPS 3= 85, mortalidade prevista = 90,25%, com admissão na UTI em 22/04/2026 com hipótese diagnóstica pneumonia e ICC com antecedentes DRC não dialítico, DPOC, DAC com 3 IAMS prévios, tabagista e etilista. Deu entrada na UPA em 21/04 com taquicardia e dispneia há 1 dia, com FAARV e encaminhada para esse serviço, o qual admitida no PS e transferida para UTI. Admitida sob uso de cateter nasal, porém desconfortável, com queda de saturação e uso de DVA. No decorrer da internação com períodos de oscilação de bradicardia e confusão mental. No dia 28/04/2026, apresentou parada cardiorrespiratória e foi realizado RCP sem retorno. Óbito declarado às 15h15.

Paciente A.J.I., 45 anos, sexo masculino, SAPS 3= 43, mortalidade prevista = 12,75%, com admissão na UTI em 26/04/2026 com hipótese diagnóstica hemorragia subaracnóide Fisher III, aneurisma em segmento de artéria comunicante anterior e antecedente HAS. Admitida estável hemodinamicamente, hipertensa mesmo em uso de nipride, queixou-se de cefaléia contínua. No aguardo de abordagem cirúrgica, apresentou confusão e RNC em 28/04/2026 com necessidade de IOT. Em estado grave, necessitou de uso de DVA em dose elevada. No dia 29/04/2026, apresentou 2 PCR's com retorno e após a terceira PCR com PA, constatado óbito às 16h30, no mesmo dia.

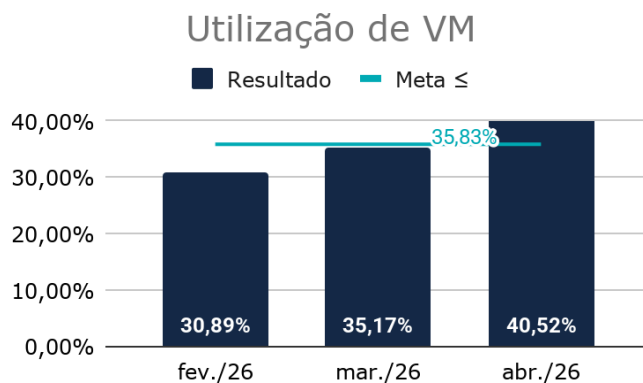
5.2.4 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	94

Análise crítica: No mês de Abril não houve caso de reinternação em menos de 24 horas.

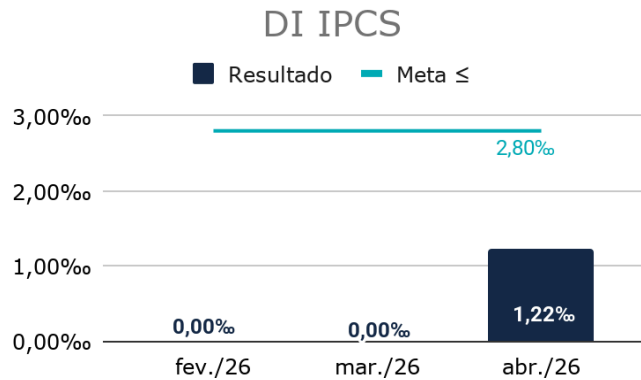
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
233	575

Análise crítica: No mês de Abril, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 40,52%, acima da meta contratual, o que condiz com o aumento da complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 60,03 % 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



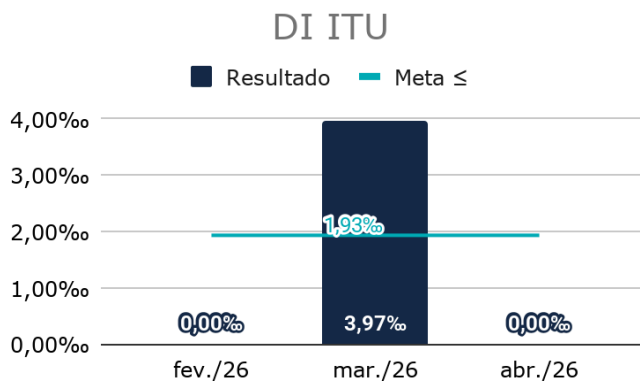
Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
5	409

Análise crítica: No mês de Abril, houveram cinco novos casos de IPCS associados à utilização de CVC, atingindo densidade de 1,22 abaixo da meta contratual. O primeiro caso ocorreu com o paciente R. A. F., 34 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 27/03/2026 com HD: PO Sepse de Foco Pulmonar, com antecedentes Cardiopatia, Has, utilizando cateter venoso central em veia jugular direita inserido em 27/03/2026. Em 04/04/2026, o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado positivo Enterococcus Faecim. Foi optado por manter escalonar o antibiótico e evoluiu para óbito dia 06/04/2026.. O segundo caso ocorreu com o paciente R. R. S, 70 anos, sexo feminino, admissão da UTI em 02/04/2026 com HD: IAM CSST, Paredes Inferiores, com antecedente IAM Prévio, DRC Diálitco, HAS, DM, utilizando o cateter venoso central em veia jugular direito inserido dia 28/03/2026. Em 04/04/2026 o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado Staphylococcus aureus. O terceiro caso ocorreu com o paciente B. A. N no dia 11/04/2026, 60 anos, sexo masculino,

admissão em 01/04/2026, com HD: Úlcera infectada e necrose em pododactilos Direito, antecedente HAS AVC prévio, utilizando cateter venoso central em veia jugular esquerda inserido dia 08/04/2026. Em 11/04/2026 o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas candida parapsilosis. O quarto caso com a paciente M. L. A. S, 65 anos, sexo feminino, admissão em 25/04/2026 com HD: HSA, antecedente HAS, utilizando o cateter venoso central em jugular direita. m 04/04/2026 o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado de Candida Parapsílosis. O quinto caso ocorreu com o paciente M. J. A. N, 67 anos, sexo feminino, admissão dia 26/04/2026 com HD: Pancreatite, Insuficiência Respiratório, utilizando o cateter venoso central inserido no dia 26/04/2026 com resultado de candida albicans.

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

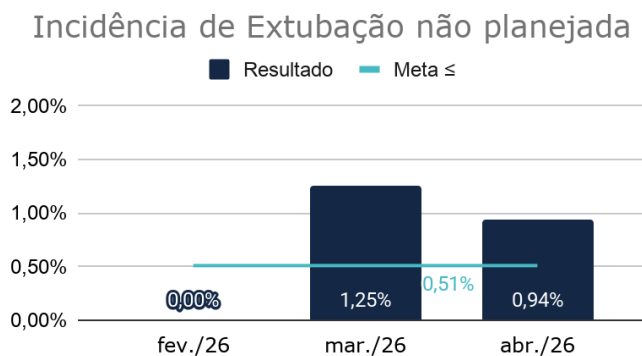
relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	307

Análise crítica: No mês de Abril não ocorreu incidência de densidade de trato urinário (ITU).

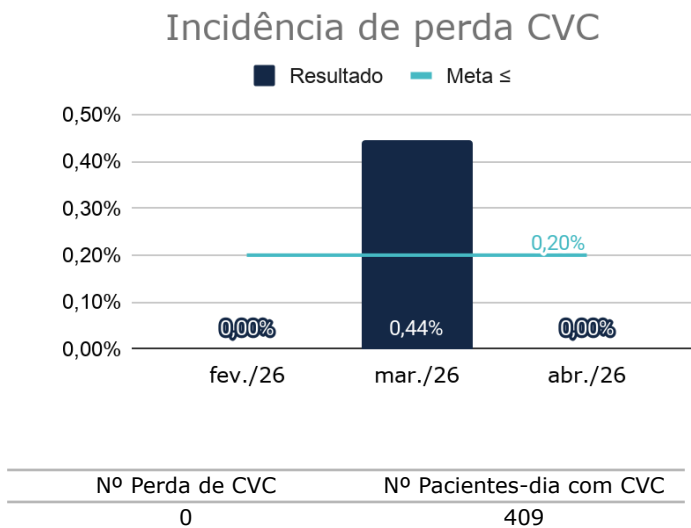
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
2	213

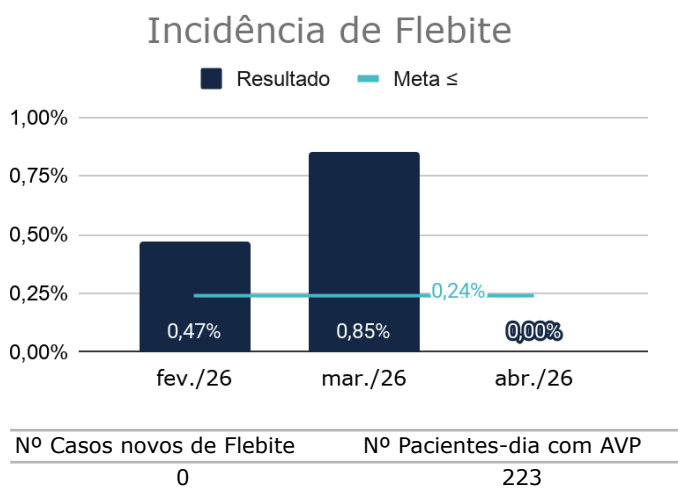
Análise crítica: No mês de Abril, a incidência de extubação não planejada foi de 0,94%, pois houveram dois casos de extubação não planejada: paciente S.F.A., 56 anos, sexo feminino, SAPS 3=69, mortalidade prevista = 68,88%, com admissão na UTI em 30/03/2026 com hipótese diagnóstica de Adenoma gástrico, metástase óssea e linfonodal e antecedentes adenocarcinoma gástrico e redução mamária. Proveniente do PS, com derrame pleural de repetição e sinais de dispnéia, foi intubada por desconforto respiratório em 05/04/2026 e extubou-se devido a agitação psicomotora em 07/04/2026, mantendo em CNO2. No decorrer da internação apresentou piora do quadro clínico, foi IOT e evoluiu óbito, conforme relatado anteriormente. No segundo caso, paciente M.J.A., 67 anos, sexo feminino, SAPS 3= 82, mortalidade prevista = 87,76%, com admissão na UTI em 26/04/2026 com hipótese diagnóstica pancreatite aguda e antecedente DM, mantida IOT em VM, apresentou extubação acidental por agitação psicomotora em 25/04/2026, sendo reintubada em seguida. Mantém internada.

5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)



Análise crítica: No mês de Abril não houve incidência de Perda de CVC.

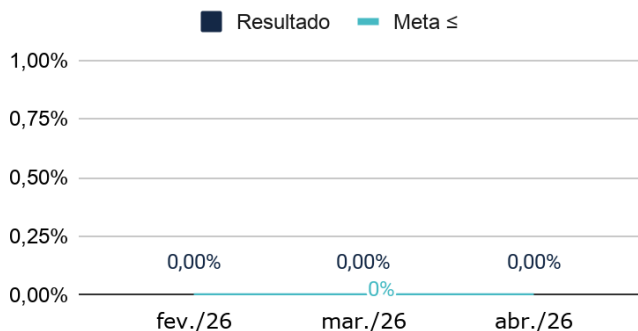
5.2.11 Incidência de Flebite



Análise crítica: No mês de Abril não houve incidência de flebite.

5.2.12 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente

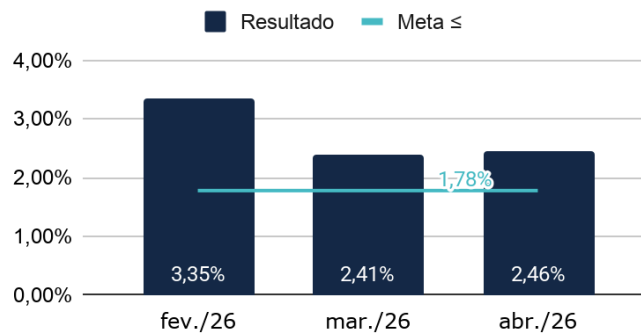


Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	575

Análise crítica: No mês de Abril não houve incidência de Queda.

5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

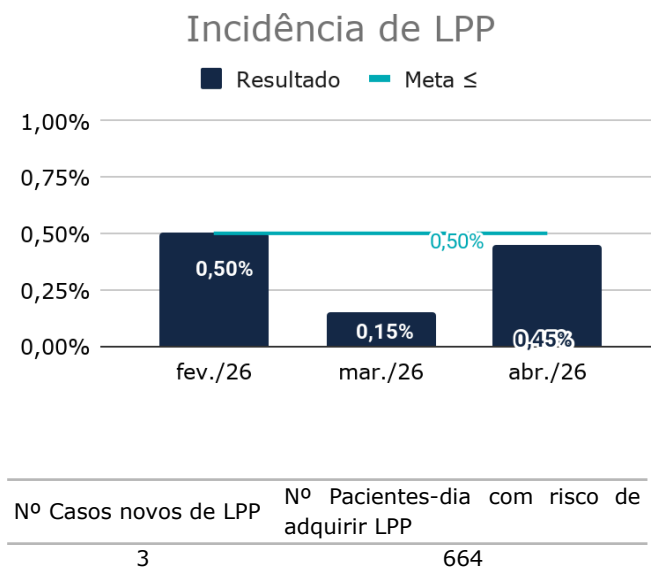
Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
7	285

Análise crítica: No mês de Abril, houveram 07 casos de saída não planejada de sonda nasoenteral, que representaram uma incidência de acima da meta contratual. Os 05 casos aconteceram por agitação psicomotora de pacientes que estavam com contenção de membros superiores e mesmo assim conseguiram tracionar a sonda até sua exteriorização. Os casos aconteceram com os pacientes: D. S. A 43 anos, sexo masculino no dia 03/04/2026, S. V. S. D, 34 anos, sexo masculino, no dia 08/04/2026, K. I 69 anos, sexo masculino nos dias 10/04/2026 e 11/04/2026, P. S. S 74 anos, sexo masculino no dia 12/04/2026 e S. A. G 49 anos, sexo feminino, no dia 12/04/2026. e T. G. S 42 anos, sexo masculino no dia 22/04/2026 por obstrução. Nos 05 casos foram realizadas nova passagem de sonda nasoenteral, além do acompanhamento do protocolo de contenção mecânica e discussão diária na visita multidisciplinar e Safety Huddle e 02 casos evoluíram para dieta via oral.

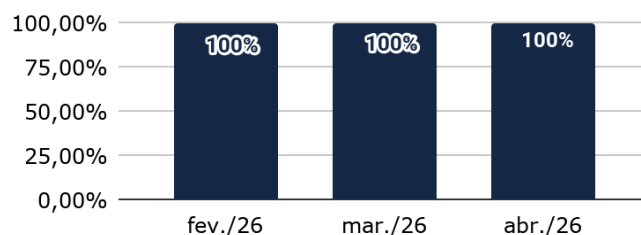
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão



- Análise crítica:** No mês de Abril , ocorreram 03 novos casos de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,45%, abaixo da meta contratual. O caso ocorreu com o paciente N. L. S., 77 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 04/04/2026 com hipótese diagnóstica de Hematoma Subdural, antecedentes de Etilista, Tabagista, Usuário de Cocaína. Paciente IOT, submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso e drogas vasoativas, em uso de CNE mantendo jejum, escala de braden com risco moderado , foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito. O segundo caso ocorreu no dia Z. S., 70 anos, hipótese diagnóstica de SCASST, Desconforto respiratório, antecedente HAS, DM. Foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau II, acompanhada pelo grupo e intensificada mudança de decúbito, o Terceiro caso o ocorreu no dia C. A. O no dia 25/04/2026, com hipótese diagnóstica Exerese de TU Cerebral, antecedente de DVP. foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito.

5.2.15 Adesão a protocolos institucionais

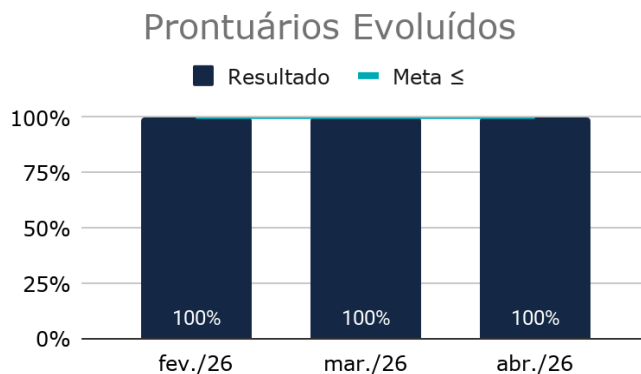
Adesão a protocolos institucionais



Procedimentos conforme protocolo	Procedimentos avaliados
664	664

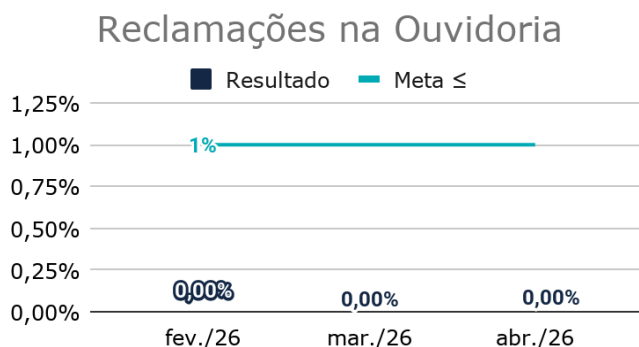
Análise crítica: No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital. As condutas assistenciais seguiram diretrizes estabelecidas, garantindo conformidade com os padrões de qualidade e segurança do paciente.

5.2.16 Prontuários Evoluídos



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

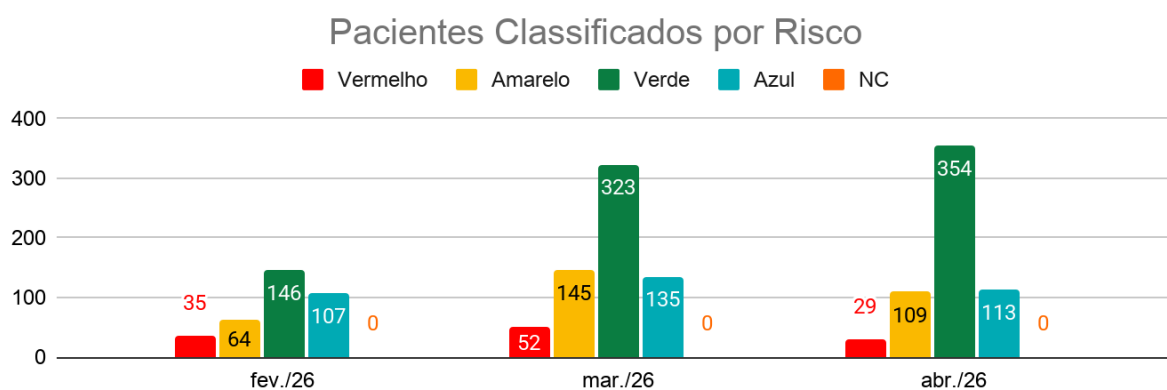
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna



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

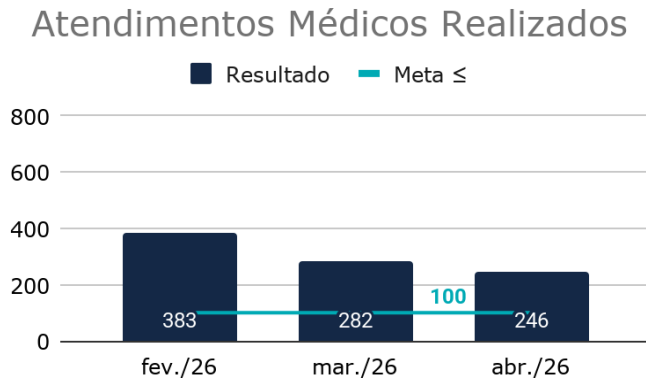
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação

5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



Análise crítica: A análise do acolhimento com classificação de risco evidencia aumento significativo da demanda entre março e abril em algumas categorias. Destaca-se redução dos casos graves (vermelho: 52 para 29) e de média urgência (amarelo: 145 para 109), indicando menor complexidade assistencial nos casos referenciados. Houve aumento dos casos verdes (323 para 354) e azuis (135 para 113), sendo estes últimos relacionados à demanda ambulatorial e espontânea, sugerindo procura inadequada ao perfil do serviço de urgência. O cenário aponta sobrecarga do serviço e reforça a necessidade de organização do fluxo e direcionamento adequado dos casos de baixa complexidade.

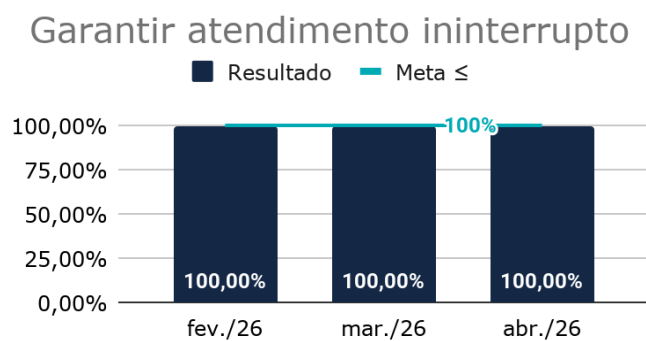
5.3.2 Nº atendimento médico



Análise crítica: A análise do indicador de atendimento médico demonstra um volume significativamente acima da meta proposta (100), com a realização de 246 atendimentos no período. Esse resultado evidencia o grande empenho e dedicação da equipe médica diante de uma demanda assistencial elevada na Emergência. Ao mesmo tempo, o cenário reforça a importância de olhar com atenção para o fluxo de atendimento, tempo de espera e condições de trabalho, buscando garantir não apenas a produtividade, mas também a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

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 246 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: No intervalo analisado, todas as classificações de risco vermelho foram prontamente atendidas, demonstrando que a equipe mantém adesão rigorosa ao protocolo de classificação de risco. A resposta rápida evidencia alinhamento efetivo entre enfermagem e equipe médica, garantindo que o fluxo seja acionado imediatamente quando necessário. Além disso, o time de resposta rápida mostrou-se preparado e disponível, reforçando a eficiência operacional e a segurança assistencial em situações de maior gravidade. Esse cenário indica maturidade no processo de triagem e prontidão da equipe, assegurando que pacientes críticos recebam atenção imediata e adequada.

5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

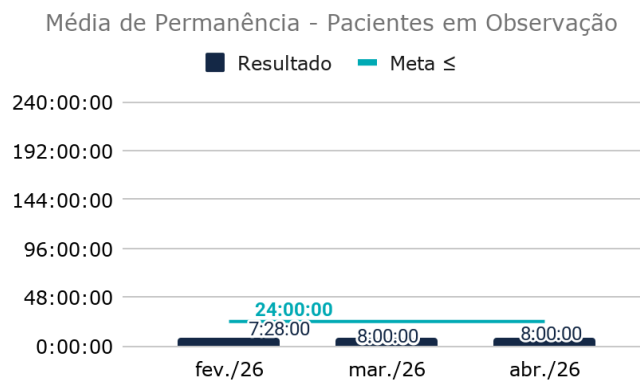
Análise crítica: Pacientes amarelos são encaminhados para Retaguarda 2, local onde o médico especialista faz o atendimento e faz o desfecho dos casos referenciados no tempo estimado preconizado em classificação que é de até 30 minutos.

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

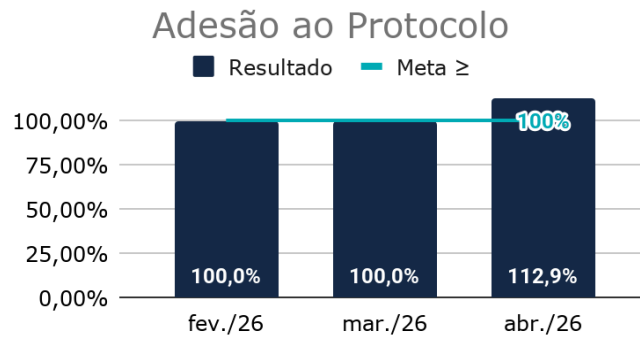
de espera devido à priorização dos casos mais graves referenciados e é invertido o atendimento, primeiro sendo realizada a abertura de ficha e posterior a classificação de risco.

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 Internação é de 8,0 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

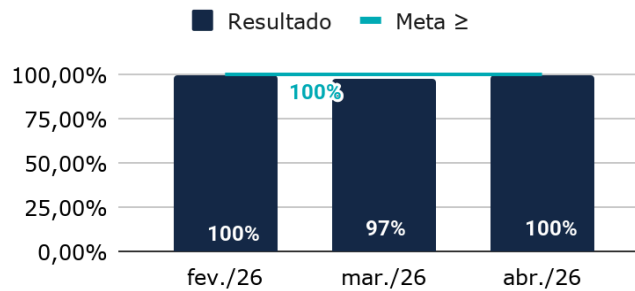


Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
1500	1500

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

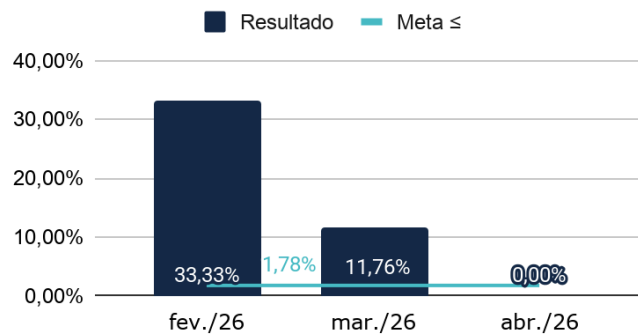


Atendimentos Médicos Realizados	FA
217	217

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

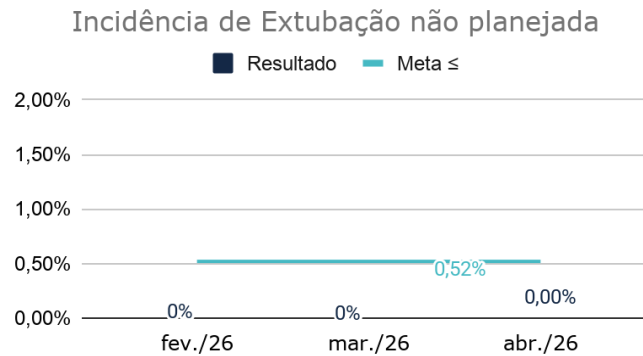
Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	6

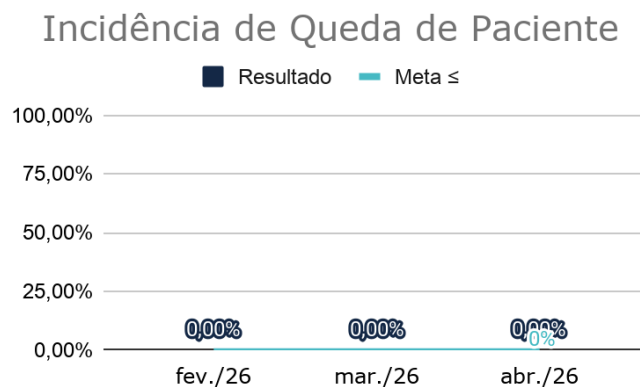
Análise crítica: Não tivemos índice de perda de SONGE no período apurado.

5.4.9 Taxa de extubação acidental



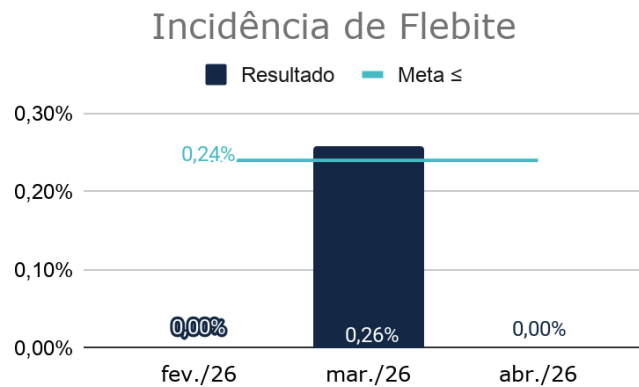
Análise crítica: No mês de Abril, não houve registro de incidência de extubação não planejada no pronto socorro.

5.4.10 Queda de Paciente



Análise crítica: No mês de Março não houve incidência de Queda.

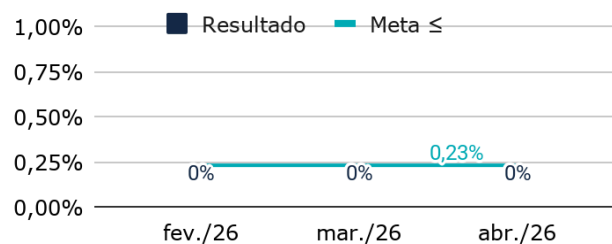
5.4.11 Incidência de Flebite



Análise crítica: No mês de Abril não houve incidência de Flebite.

5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos

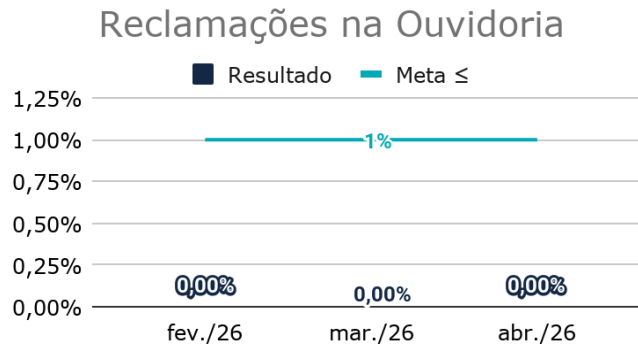
Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
0	1500

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

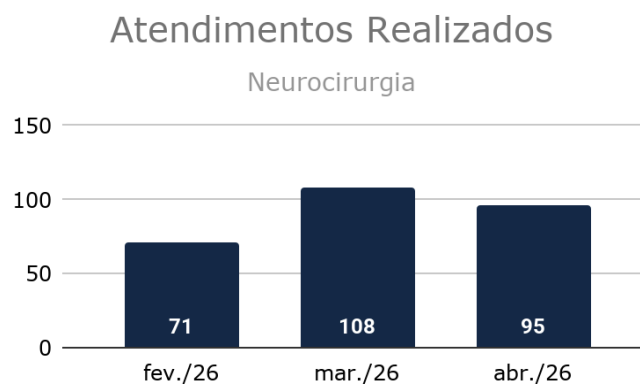
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria



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

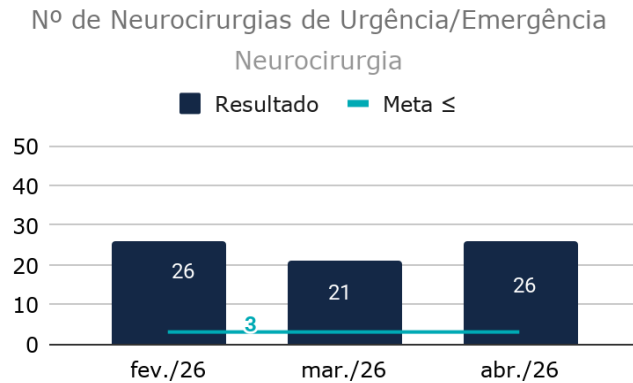
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.5.1 Número de atendimentos



Análise Crítica: Ao longo do período analisado, observou-se redução de 12,0% nos atendimentos realizados pela neurocirurgia no mês de abril em comparação ao mês de março, passando de 108 para 95 atendimentos. Apesar da diminuição, o volume permanece expressivo e demonstra a continuidade da demanda por avaliações e intervenções neurológicas especializadas na instituição. O indicador reforça a relevância da atuação da equipe de neurocirurgia no suporte a pacientes com condições clínicas complexas, contribuindo para assistência qualificada, resolutividade do cuidado e suporte aos casos de maior gravidade atendidos pela unidade hospitalar.

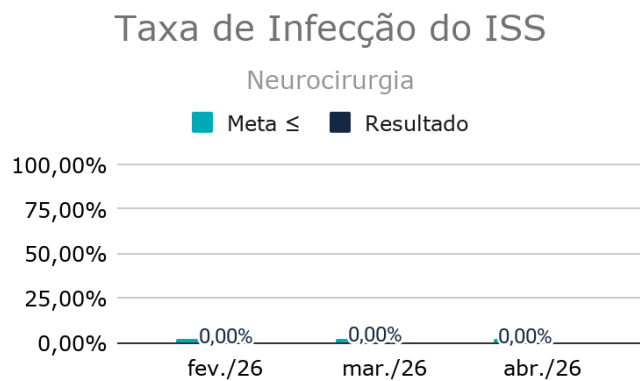
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



Análise Crítica: Ao longo do período analisado, observou-se variação no quantitativo de cirurgias de urgência decorrentes das avaliações realizadas pela equipe de neurocirurgia. No mês de fevereiro foram registrados 26 procedimentos, com redução para 21 em março e novo aumento para 26 em abril, representando crescimento de 23,8% em relação ao mês anterior. Os dados evidenciam a manutenção de demanda significativa por intervenções neurocirúrgicas de urgência, reforçando a importância da atuação ágil e especializada da equipe na identificação precoce de pacientes com necessidade cirúrgica imediata. A assistência prestada contribui diretamente para maior resolutividade, segurança do paciente e melhores desfechos clínicos frente aos casos de alta complexidade atendidos pela instituição.

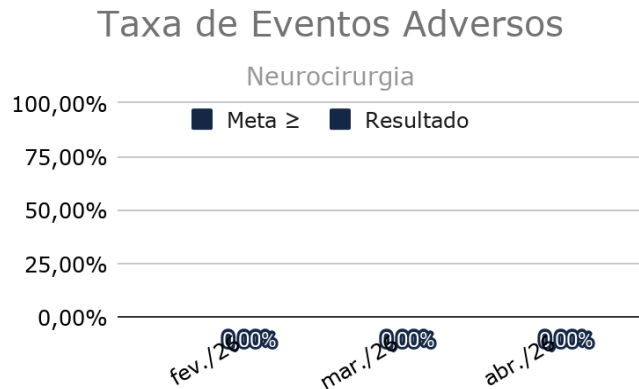
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



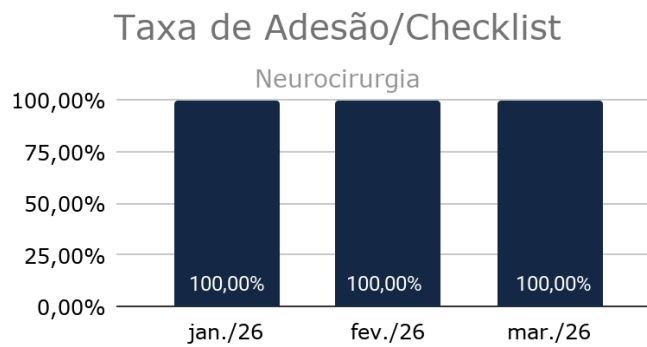
Análise crítica: Dos casos de cirurgias de urgência realizadas pela equipe de neurocirurgia, não houve incidência de infecção de sítio cirúrgico, evitando reoperações e evidenciando a qualidade das práticas assistenciais e a segurança no cuidado prestado. Entretanto, observa-se atraso no envio das informações, o que impacta o lançamento oportuno no relatório mensal. Diante disso, torna-se necessário o alinhamento entre as equipes para definir estratégias que garantam maior agilidade e melhor fluxo na comunicação dos dados.

5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



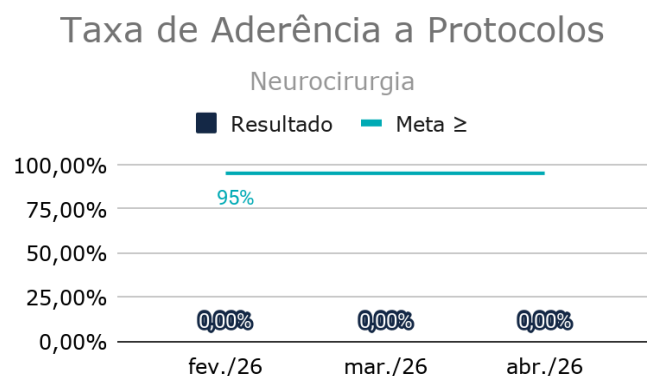
Análise crítica: Durante o período analisado, não houve abertura de eventos sentinelas relacionados às cirurgias realizadas pela equipe de neurocirurgia. Esse resultado reforça a segurança e a qualidade dos processos cirúrgicos, evidenciando que os protocolos assistenciais e práticas de prevenção de infecção.

5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos



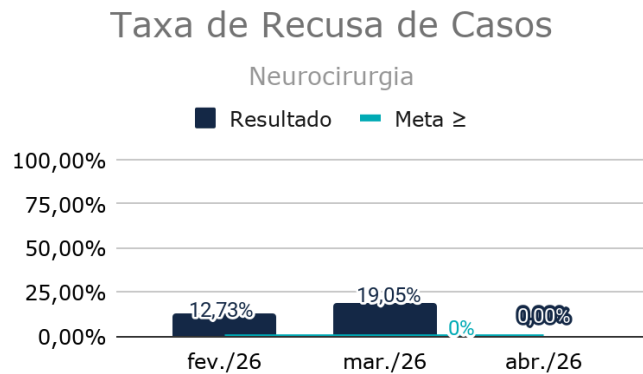
Análise crítica: Durante o período analisado, não foi registrada nenhuma taxa de não conformidade relacionada ao checklist dos pacientes da neurocirurgia. Esse resultado evidencia a adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



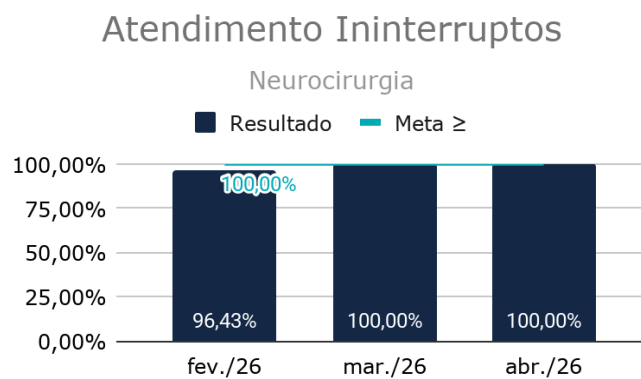
Análise crítica: A taxa de aderência aos protocolos de profilaxia antibiótica nos procedimentos de neurocirurgia foi efetiva, com administração realizada no momento da anestesia, conforme preconizado.

5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



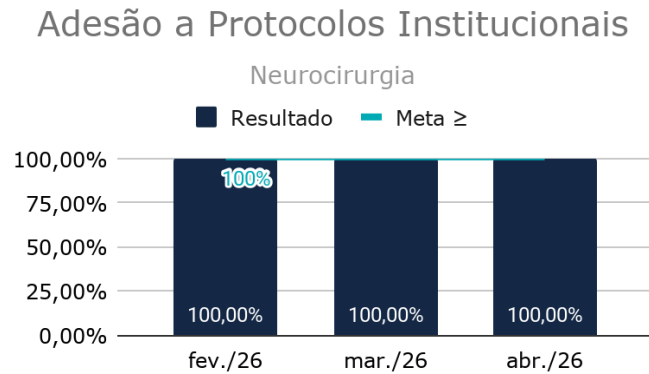
Análise crítica: A análise desse indicador será revista para o próximo período, não tivemos acesso completo às informações para serem analisadas até a data do fechamento deste relatório.

5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



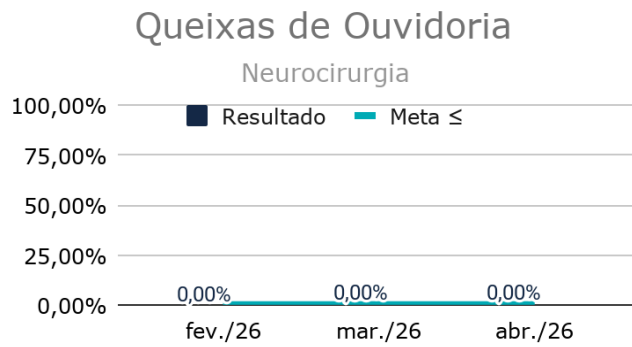
Análise crítica: Foi garantido atendimento ininterrupto da neurocirurgia no período, com melhoria na organização dos processos e no alinhamento da comunicação entre as equipes, contribuindo para maior segurança e continuidade da assistência prestada.

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.

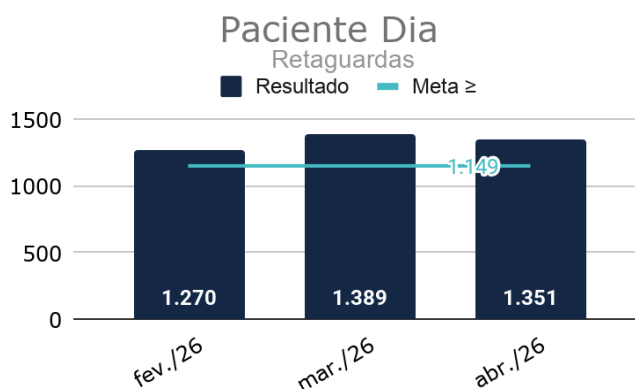
5.6.8 Queixa Ouvidoria



Análise crítica: No mês de abril não foram registradas ouvidorias.

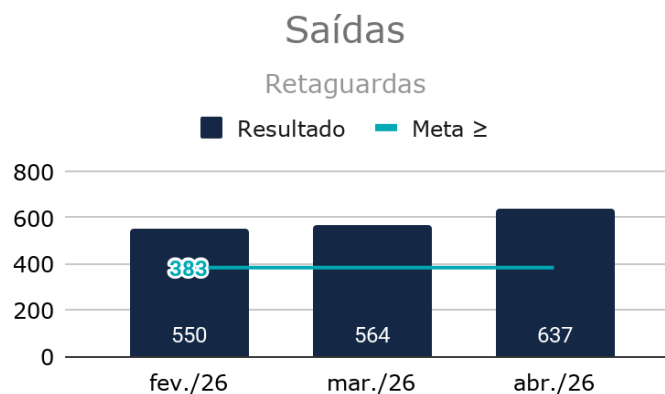
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.7.1 Paciente dia



Análise crítica: No período, foram registrados 1351 pacientes-dia, representando uma redução de 38 pacientes em relação a fevereiro (1389), o que corresponde a um declínio de aproximadamente 0,97%.

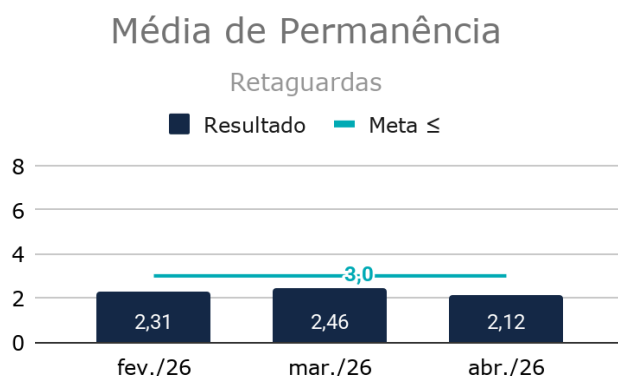
5.7.2 Saídas



Análise crítica: Considerando 637 saídas no período, observa-se um volume expressivo de movimentação assistencial, compatível com o aumento do giro de leitos evidenciado. Esse resultado reforça a dinâmica da unidade, com maior rotatividade de pacientes e otimização da utilização dos leitos disponíveis. Destas saídas, tivemos um total de 15 óbitos, sendo 10 maiores de 24 horas e 05 menores de 24 horas.

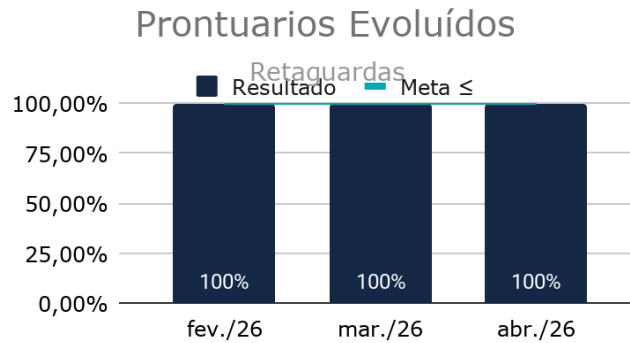
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.8.1 Média de Permanência (dias)



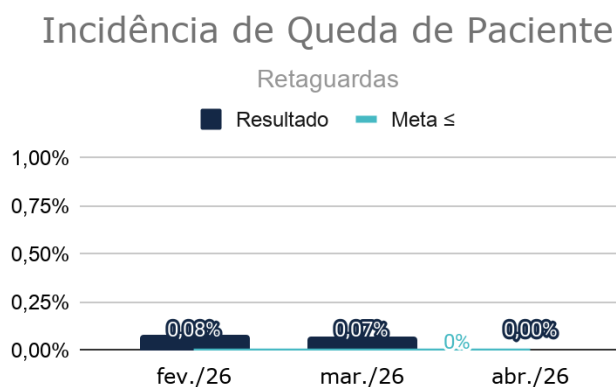
Análise crítica: A média de permanência registrada no período analisado foi de 2,12 dias, indicando que, em média, os pacientes permaneceram internados por esse período até a alta hospitalar ou transferência Interna ou Externa. O resultado sugere adequada condução do processo assistencial e organização 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

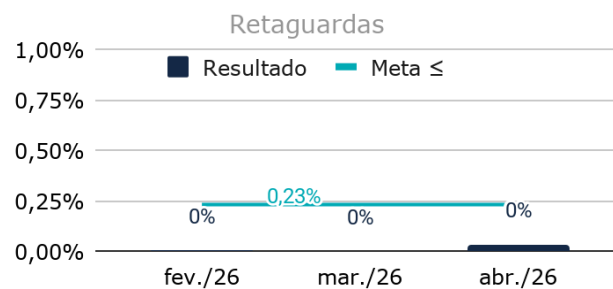


Análise crítica: No período analisado, foram atendidos 1.597 pacientes, sem ocorrência de incidentes relacionados à queda, resultando em índice igual a zero. O resultado demonstra efetividade das medidas preventivas e adesão da equipe

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

Não Conformidade na Administração de Medicamentos

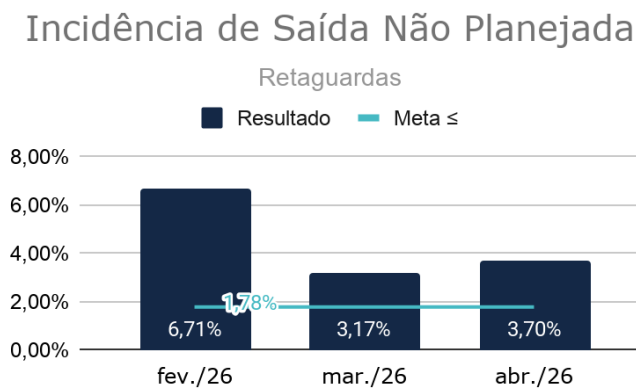


Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
6	17747

Análise crítica: No período analisado, foram administradas 17.747 medicações, com registro de 6 eventos relacionados ao preparo medicamentoso, correspondendo a aproximadamente 0,03% das administrações realizadas. Ressalta-se que todas as inconsistências foram identificadas durante o processo de dupla checagem, antes da administração ao paciente, não havendo ocorrência de dano assistencial. O resultado evidencia a efetividade das barreiras de segurança implantadas no processo medicamentoso, especialmente da conferência realizada pela equipe, permitindo identificação precoce de falhas e

prevenção de eventos adversos. Apesar do baixo índice e ausência de dano, reforça-se a importância da manutenção das ações de vigilância, capacitação contínua e fortalecimento das práticas seguras no preparo e administração de medicamentos, visando melhoria contínua da qualidade assistencial.

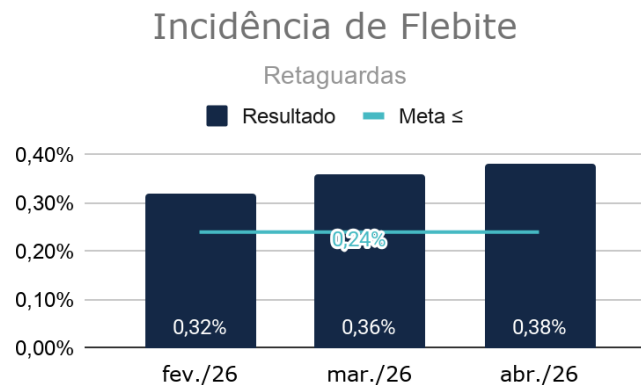
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
5	135

Análise Crítica: No período analisado, foram registradas 135 sondas em uso, com 5 saídas não planejadas, correspondendo a uma taxa aproximada de 3,7%. 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.

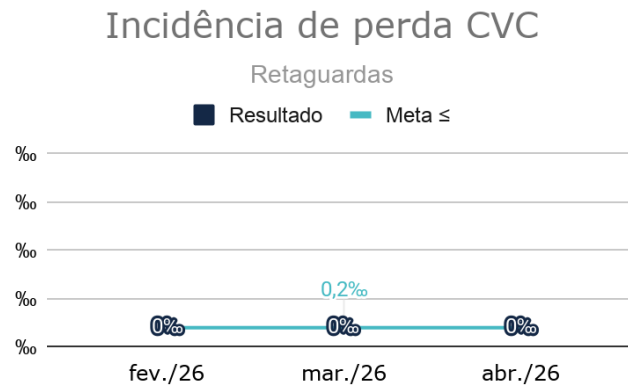
5.8.6 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
5	1310

Análise Crítica: No período analisado, foram identificados 5 casos de flebite, correspondendo a uma incidência de aproximadamente 0,37% em relação ao total de 1351 pacientes atendidos. O resultado demonstra ocorrência pontual do evento, porém passível de melhoria. Diante disso, foi incluído no plano de ação o reforço dos cuidados e manejo dos dispositivos venosos, bem como a padronização de troca de acessos em todos os pacientes admitidos na unidade, mesmo aqueles que já chegam com acesso prévio. Essa estratégia visa mapear com maior precisão se a origem dos casos está relacionada a processos internos ou externos, contribuindo para intervenções mais assertivas e maior segurança assistencial.

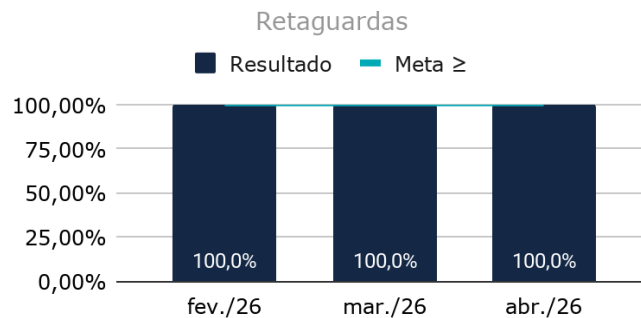
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central



Análise Crítica: No período analisado, foram utilizados 157 cateteres centrais, com registro de 3 perdas, correspondendo a um índice de aproximadamente 1,91%. 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.

5.8.8 Adesão a protocolos institucionais

Adesão a Protocolos Institucionais

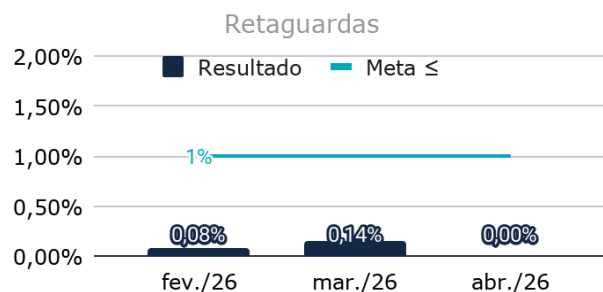


Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
954	954

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

Queixas de Ouvidoria



Análise crítica: Não tivemos queixas de ouvidoria no período.

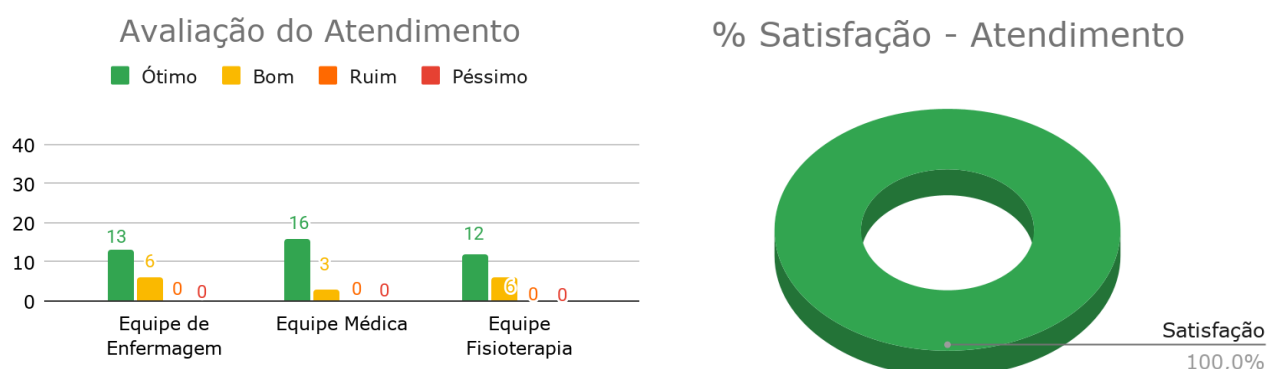
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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 **42 pesquisas respondidas**, sendo **19** preenchidos na UTI adulto e **23** preenchidos no Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA).

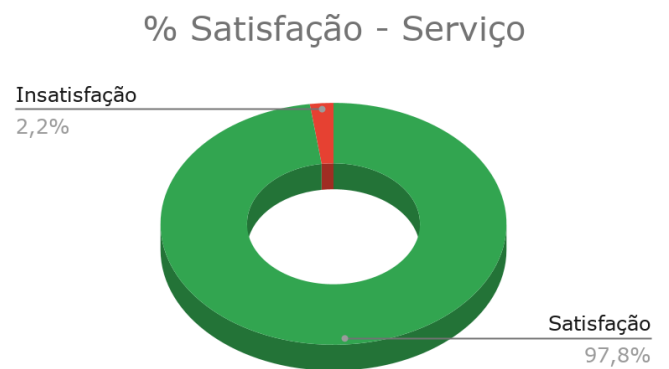
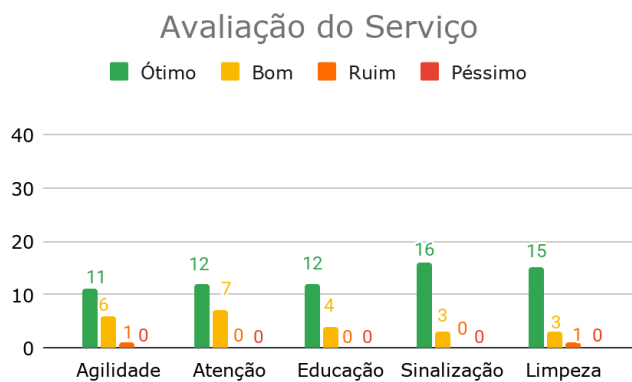
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI



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 100%**, demonstrando uma percepção

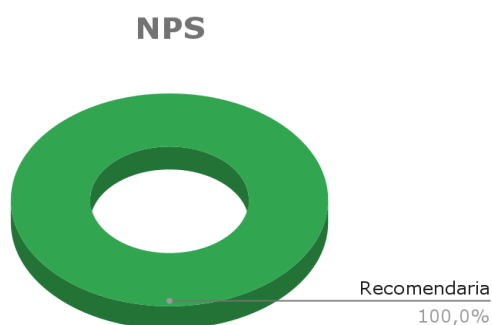
positiva ao atendimento, estamos em constante melhoria no processo dos nossos atendimentos.

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 **97,8%** 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.

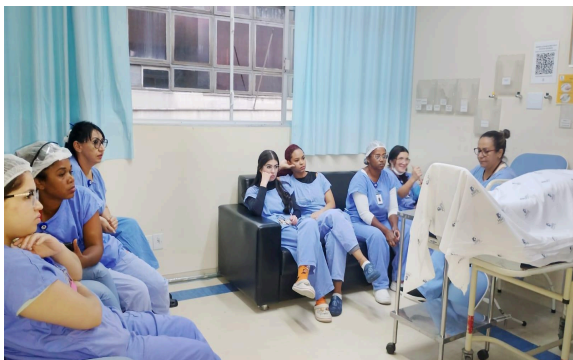
No mês de Abril, foi realizado treinamento in loco sobre técnica de higiene das mãos nas UTIs.



Realizado treinamento da Tampa Protetora com Clorexidina nas UTIs.



Realizado treinamento sobre 05 momentos de higiene das mãos e isolamento nas UTIs.



Realizada Campanha de Abril , referente a segurança do paciente com foco no acidente de trabalho para equipe do PS e UTI.

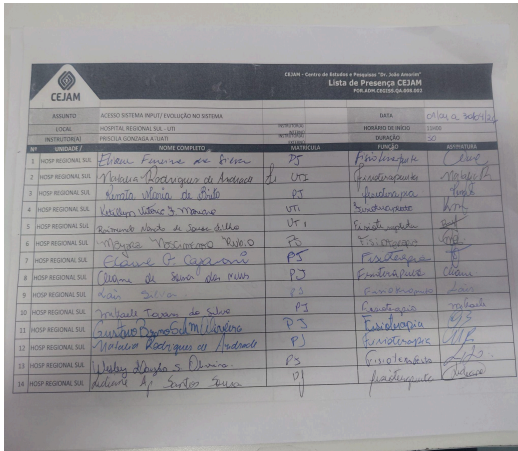




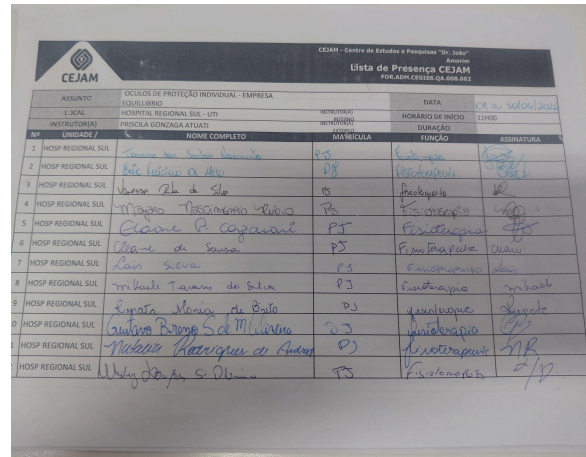
Realizado treinamento sobre higiene oral com a escova Power Clean para equipe assistencial da UTIs e PS.



Realizado treinamento sobre escala de Perme para equipe de fisioterapia.



ASSUNTO	LOCAL	INTERVENIENTE	PROFESSOR	DATA	ASSINATURA
1	HOSP REGIONAL SUL	Flávia Figueira de Brito	PT	Fisioterapia	Clara
2	HOSP REGIONAL SUL	Neuza Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara
3	HOSP REGIONAL SUL	Renata Maria de Melo	PT	Fisioterapia	Clara
4	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Vitoria de Moraes	PT	Fisioterapia	Clara
5	HOSP REGIONAL SUL	Regiane Abade de Sousa Netto	PT	Fisioterapia	Clara
6	HOSP REGIONAL SUL	Mônica Yocimara Brito	PT	Fisioterapia	Clara
7	HOSP REGIONAL SUL	Caroline P. Caporale	PT	Fisioterapia	Clara
8	HOSP REGIONAL SUL	Alana de Souza dos Reis	PT	Fisioterapia	Clara
9	HOSP REGIONAL SUL	Renata de Souza	PT	Fisioterapia	Clara
10	HOSP REGIONAL SUL	Marceli Tavares de Silva	PT	Fisioterapia	Clara
11	HOSP REGIONAL SUL	Caroline Dantas de Moraes	PT	Fisioterapia	Clara
12	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara
13	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara
14	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara



ASSUNTO	LOCAL	INTERVENIENTE	PROFESSOR	DATA	ASSINATURA
1	HOSP REGIONAL SUL	Flávia Figueira de Brito	PT	Fisioterapia	Clara
2	HOSP REGIONAL SUL	Neuza Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara
3	HOSP REGIONAL SUL	Renata Maria de Melo	PT	Fisioterapia	Clara
4	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Vitoria de Moraes	PT	Fisioterapia	Clara
5	HOSP REGIONAL SUL	Regiane Abade de Sousa Netto	PT	Fisioterapia	Clara
6	HOSP REGIONAL SUL	Mônica Yocimara Brito	PT	Fisioterapia	Clara
7	HOSP REGIONAL SUL	Caroline P. Caporale	PT	Fisioterapia	Clara
8	HOSP REGIONAL SUL	Alana de Souza dos Reis	PT	Fisioterapia	Clara
9	HOSP REGIONAL SUL	Renata de Souza	PT	Fisioterapia	Clara
10	HOSP REGIONAL SUL	Marceli Tavares de Silva	PT	Fisioterapia	Clara
11	HOSP REGIONAL SUL	Caroline Dantas de Moraes	PT	Fisioterapia	Clara
12	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara
13	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara
14	HOSP REGIONAL SUL	Valéria Rodrigues de Araujo	PT	Fisioterapia	Clara

Participação da Equipe Multidisciplinar no Safety Hudlle da UTI.



São Paulo, 13 de Maio de 2026.

Adriana Cristina Alvares
Adriana Cristina Alvares
 Gerente Técnico Regional - CEGISS
 RG 28.685.466-4
 CEJAM

Adriana Cristina Alvares
 Gerente Técnico Regional