

# **Relatório de**

## **Atividades Assistenciais**

**GERENCIAMENTO DE LINHAS DE  
CUIDADOS**

**DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**

**(URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-Pronto Socorro  
Referenciado / ONCOLOGIA- UNACON /  
LEITOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS)**

**Convênio n.º 00423/2025**

**Maio**

**2025**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Tarcísio Gomes de Freitas

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eleuses Paiva

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



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**

Adriana Cristina Alvares

**MÉDICO PREPOSTO**

João Paulo Sanches Bermudes

**ENFERMEIRO PREPOSTO**

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

**ENCARREGADA ADMINISTRATIVA**

Camila de Moraes Gomes

## 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 nº 00423/2025	7
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>7</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>7</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>7</b>
4.1 Dimensionamento	8
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT	8
4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ	9
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	9
4.2.1 Absenteísmo	9
4.2.2 Turnover	10
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	12
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>13</b>
5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica	13
5.1.1 Saídas	13
5.1.2 Taxa de Ocupação	14
5.1.3 Média de Permanência	15
5.1.4 Taxa de Mortalidade	15
5.1.5 Taxa de Reinternação	16
5.1.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	16
5.1.7 Índice de Lesão por Pressão	17
5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	17
5.1.9 Incidência de Queda	18
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	19
5.1.11 Prontuários Evoluídos	20
5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	20
5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica	21
5.2.1 Saídas	21
5.2.2 Taxa de Ocupação	21
5.2.3 Média de Permanência	22
5.2.4 Taxa de Mortalidade	22
5.2.5 Taxa de Reinternação	22
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	23
5.2.7 Índice de Lesão por Pressão	24
5.2.9 Incidência de Queda	25
5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	25
5.2.11 Prontuários Evoluídos	26
5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	27

5.3 Indicadores Oncologia	27
5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica	27
5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos	28
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas	28
5.3.4 Cirurgia Plástica	29
5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	29
5.3.6 Reclamações na Ouvidoria	31
5.3.7 Incidência de Queda	31
5.3.8 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	32
5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos	32
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados	33
Análise Crítica: No período avaliado não tivemos extravasamento de quimioterápicos, atendendo à meta contratual estabelecida.	33
5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado	33
5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência	33
5.4.2 Atendimentos por Especialidade	34
5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado	34
5.4.5 Taxa de Mortalidade	35
5.4.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	35
5.4.9 Índice de Lesão por Pressão	36
5.4.10 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	37
5.4.9 Incidência de Queda	37
5.4.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	38
5.4.11 Prontuários Evoluídos	38
5.4.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	39
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	<b>40</b>
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	40
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica	40
6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica	41
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	41
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica	42
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica	42
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	43
6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia	43
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia	44
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	44
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	45

## 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 nº 00423/2025

---

Com início no dia **01/03/2025** o **convênio 00423/2025** tem por objetivo o **gerenciamento técnico/administrativo dos seguintes Serviços de Saúde: Urgência e Emergência Adulto (Pronto Socorro Referenciado); Cuidados em Leitos Clínicos e Cirúrgicos; e Serviço de Oncologia (UNACON)**, todos no Hospital Regional de Assis, compreendendo atendimento médico, de enfermagem, fisioterápico, fonoaudiológico, psicológico e serviço social, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto.

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas nos serviços de Saúde: Urgência e Emergência Adulto (Pronto Socorro Referenciado); Cuidados em Leitos Clínicos e Cirúrgicos; e Serviço de Oncologia (UNACON), todos no Hospital Regional de Assis, são monitoradas por sistema de informação (Sistema - SPS4) e planilhas em excel para consolidação dos dados.

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 31 de maio de 2025**

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **150** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **136** contratados por processo seletivo (CLT) e **14** por contratação de Pessoa Jurídica (PJ). Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

## 4.1 Dimensionamento

### 4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar Administrativo I (36h)	13	13	✓
Assistencial	Auxiliar de Farmácia II (30h)	4	4	✓
	Encarregado Administrativo (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro Preposto (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro II (36h)	13	13	✓
	Enfermeiro II (36h) - noturno	7	7	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	✓
	Farmacêutico (30h)	2	2	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fonoaudiólogo (30h)	1	1	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h)	6	6	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno	0	0	✓
	Médico Preposto (20h)	1	1	✓
	Psicólogo (30h)	1	1	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h)	41	41	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno	34	34	✓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓	
<b>Total</b>		<b>136</b>	<b>136</b>	<b>✓</b>

**Análise Crítica:** Mediante o quadro acima, verificamos que contratamos 100% da previsão de colaboradores. O quadro atual demonstra **adesão total ao dimensionamento previsto**, ou seja, **atingiu 100% da meta de efetivo** para o mês de maio. Isso reflete uma **gestão eficaz do capital humano**, com:

- Reposição adequada de vagas;

- Monitoramento alinhado ao planejamento operacional.
- Nenhum indicativo de déficit ou sobra de pessoal no momento.

#### 4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

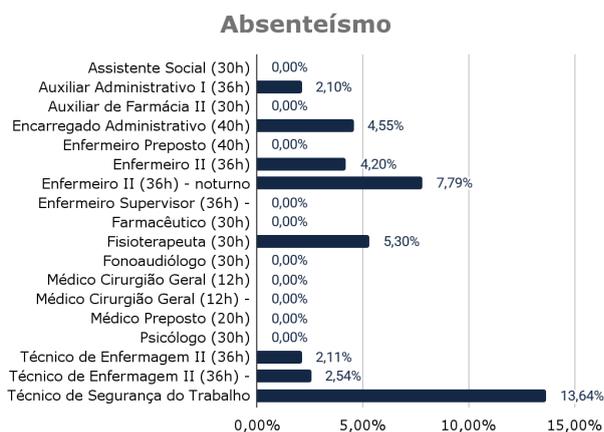
A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

#### 4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ

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

### 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

#### 4.2.1 Absenteísmo



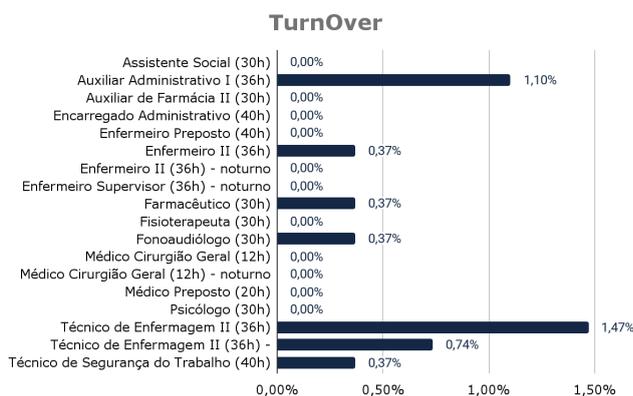
**Análise Crítica:** No mês de Maio tivemos 67 dias de ausência justificadas por meio de atestado médico:

- Técnico de Enfermagem diurno (total de 19 dias);
- Técnico de Enfermagem noturno (total de 19 noites);
- Enfermeiro diurno (total de 12 dias);

- Encarregado Administrativo (total de 1 dia);
- Técnico em Segurança do Trabalho (total de 3 dias);
- Fisioterapeuta (total de 7 dias);
- Auxiliar Técnico Administrativo (total de 6 dias).

As ausências foram cobertas por meio de remanejamento de profissionais da própria Unidade, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes sem prejuízo para a assistência. No caso da ausência do Encarregado Administrativo, membros da equipe administrativa assumiram neste um dia as tarefas rotineiras, priorizando as mais urgentes, sem prejuízos ao trabalho e à unidade hospitalar. Quanto ao técnico em Segurança do Trabalho, os processos urgentes receberam atenção prioritária do encarregado administrativo e equipe de gestão, evitando prejuízos operacionais. A ausência de dois fisioterapeutas por sete dias não acarretou prejuízos à assistência ou à organização hospitalar, sendo adequadamente compensada pelas ações gerenciais de coberturas com outros fisioterapeutas. A ausência do auxiliar técnico administrativo por seis dias foi devidamente suprida pelo folguista, não gerando impacto negativo no desempenho das atividades nem prejuízos ao funcionamento do setor.

#### 4.2.2 Turnover



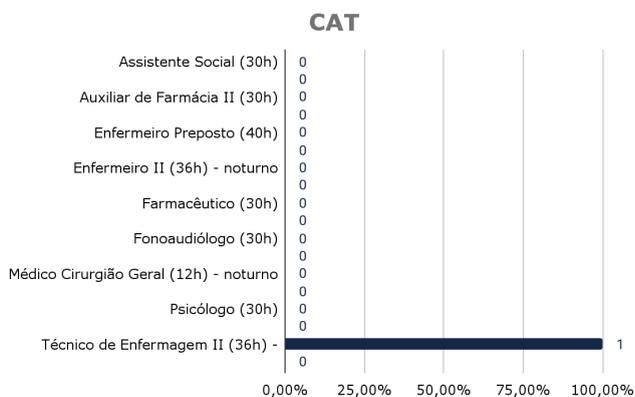
**Análise Crítica:** No que tange à modalidade contratual por prazo indeterminado, o mês foi marcado por eventos relevantes de desligamento, que contribuíram para a variação nos índices de cobertura. Ocorreram as seguintes demissões:

Técnico de Enfermagem Diurno D.F.S - 22/05/2025; Técnico de Enfermagem Diurno B.M.L 30/05/2025; Enfermeiro Diurno B.B.S - 22/05/2025; Técnico Enfermagem Noturno D.C.L.P - 29/05/2025; Técnico de Enfermagem Noturno L.C.A.F 29/05/2025, Farmacêutico G.H.P.F - 28/05/2025, Auxiliar Técnico Administrativo Diurno C.U.M - 29/05/2025, Auxiliar Técnico Administrativo Diurno M.C.S.A 28/05/2025 todos esses acima supracitados tiveram suas demissões pelo término do contrato de experiência de 90 dias, pois não foram aprovados no período de experiência. Houve duas novas contratações, sendo elas a do Técnico de Segurança do trabalho C.H.S. em 13/05/2025, e da fonoaudióloga L.M em 21/05/2025.

O gráfico apresentado ilustra a rotatividade por cargo, permitindo uma visualização objetiva dos impactos gerados e fornecendo subsídios para ações estratégicas da Diretoria Assistencial e da Gerência de Recursos Humanos. Essa análise visa fortalecer a tomada de decisão quanto à alocação de pessoal, revisão de escalas, planejamento de admissões e retenção de profissionais, principalmente em áreas onde a assistência direta ao paciente é mais sensível.

Recomenda-se a manutenção de um monitoramento contínuo dos indicadores de cobertura de escala, rotatividade e tempo de resposta para recomposição de equipe, visando mitigar riscos assistenciais, assegurar a qualidade do cuidado e promover um ambiente de trabalho equilibrado e sustentável.

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



**Análise Crítica:** No mês de maio foi registrado um único caso de acidente de trabalho em trajeto envolvendo um colaborador da unidade hospitalar: a colaboradora M.I.S - Técnica de Enfermagem do período noturno, na data de 18/05/2025. O acidente, considerado "de trajeto" ocorreu fora das dependências da instituição, durante o deslocamento da colaboradora entre a residência e o local de trabalho, não havendo, portanto, relação direta com as condições estruturais ou organizacionais da unidade hospitalar.

Apesar de tratar-se de um evento isolado, o técnico de segurança do trabalho acompanhou o caso, garantindo o adequado acolhimento à colaboradora e o cumprimento dos procedimentos legais e assistenciais previstos para situações dessa natureza.

Ressalta-se que não foram identificados fatores internos que tenham contribuído para a ocorrência do acidente. O episódio reforça a importância de manter ações contínuas de orientação aos colaboradores sobre segurança no trânsito e prevenção de acidentes durante o deslocamento.

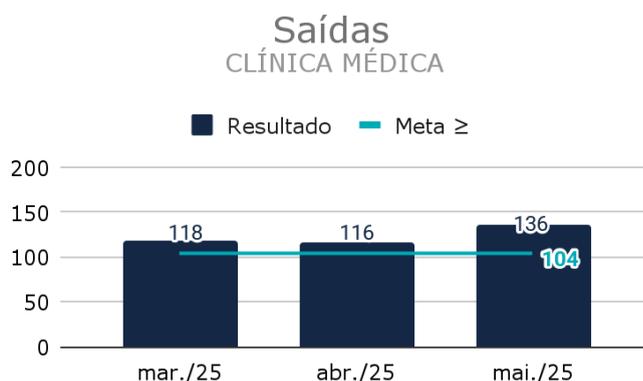
No mês de maio, não foram registrados acidentes de trabalho no ambiente hospitalar, resultado altamente positivo que reflete o compromisso da instituição com a segurança ocupacional e a promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável.

## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade pois estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e por medirem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades que ocorreram no período avaliado.

### 5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica

#### 5.1.1 Saídas



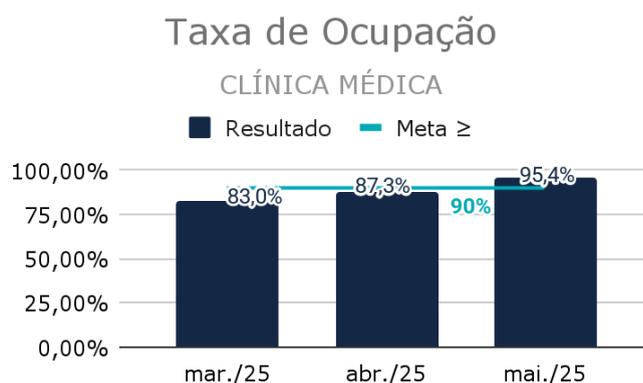
**Análise crítica:** No mês em análise, o número de saídas de pacientes na clínica médica ultrapassou em 30,7% a meta contratual pactuada, evidenciando o compromisso da equipe em garantir a rotatividade dos leitos e o atendimento ao maior número possível de pessoas que necessitam do recurso. É importante enfatizar que as altas hospitalares de pessoas cujas condições clínicas são consideradas complexas são acompanhadas por contrarreferenciamento aos serviços de atenção primária, serviço este intermediado pelo serviço social.

Em maio ocorreram quatro saídas não-planejadas na clínica médica, sendo:

- Três desistências de tratamento, nas quais os pacientes optaram por requerer o direito fundamental de autonomia e descontinuar o tratamento intra-hospitalar, apesar das orientações médicas contrárias. Como estes não demandaram atendimento posterior, pode-se acreditar que sua decisão não lhes trouxe danos

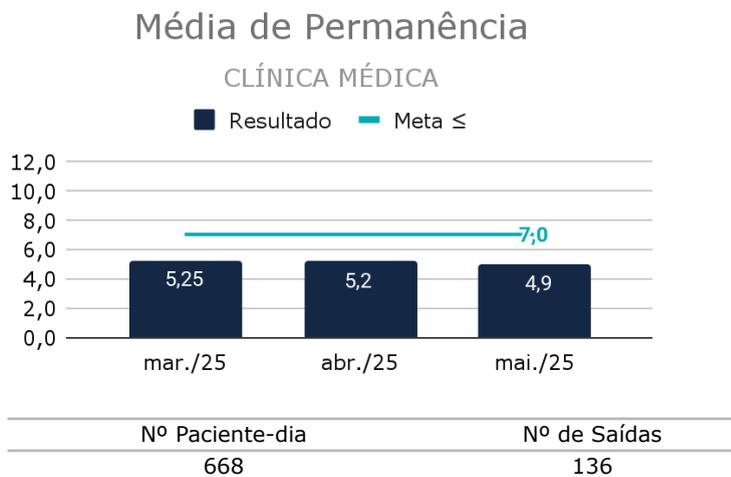
- Uma evasão, na qual o paciente, que estava em internação de longa data na unidade e era portador de cirrose hepática avançada, evoluindo com icterícia e encefalopatia e apresentando flutuação do nível de consciência nas últimas 24h - oscilações entre glasgow 14 (4-4-6) a 15 (4-5-6), evadira do hospital por volta das 6h da manhã, tendo em seguida entrado em contato telefônico com seu familiar, que trouxe o paciente de volta antes das 7h00. Apesar dos riscos envolvidos, o paciente não sofreu danos decorrentes do evento. Considerando o quadro clínico, não estava indicada a contenção química. Os envolvidos foram reorientados e a vigilância foi reforçada.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



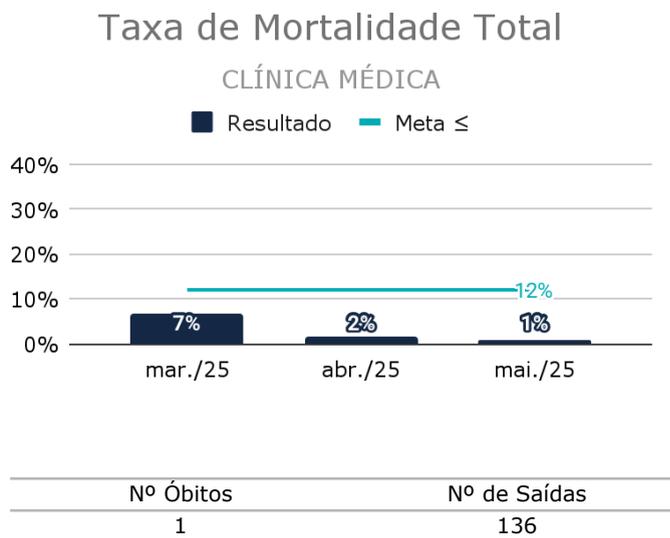
**Análise crítica:** A taxa de ocupação da clínica médica neste período foi de 95,4% , ultrapassando a meta contratual e reforçando o compromisso da equipe em garantir o acesso ao maior número de usuários.

### 5.1.3 Média de Permanência



**Análise crítica:** A média de permanência foi de 4,9 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas.

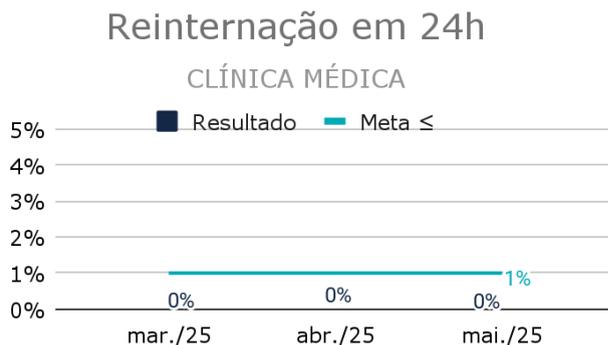
### 5.1.4 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** Neste mês, a taxa de mortalidade atingiu 1%, resultado que está dentro da meta pactuada e esperada para o perfil de pacientes internados, que é diverso, coexistindo pessoas em tratamento curativo, pessoas sob cuidados proporcionais e pessoas em cuidados exclusivamente paliativos. O único caso de

óbito ocorrido na unidade no período foi considerado “não-evitável” por se tratar de um paciente oncológico, em fase final de vida, sem perspectiva de cura, em cuidados exclusivamente paliativos.

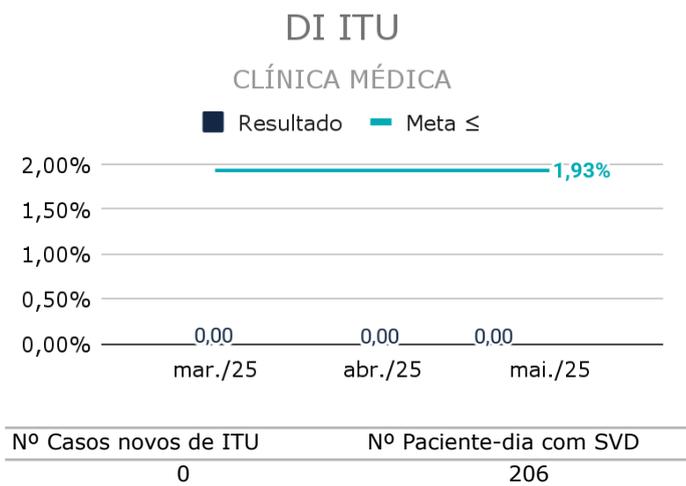
### 5.1.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	136

**Análise crítica:** Durante o período sob análise, não foram registradas na clínica médica ocorrências de reinternação hospitalar precoce (dentro das primeiras 24h após a alta hospitalar), o que demonstra o alcance da meta contratual e a qualidade do cuidado e do planejamento da alta.

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



**Análise crítica:** Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Médica pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior).

### 5.1.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	346

**Análise crítica:** No período analisado não houve notificação de novos casos de lesões por pressão na clínica médica.

### 5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
4	59

**Análise crítica:** A incidência de saída não planejada de SNE/GGT ultrapassou a meta estabelecida, sendo a maior parte dos incidentes causada pela retirada voluntária da sonda pelo próprio paciente. Isso pode ser explicado pelo fato de que uma parcela expressiva das pessoas que fazem uso desse dispositivo na clínica médica é portadora de alterações neurológicas que (além de déficits para deglutição que justificam o uso do cateter para alimentação) modificam padrões

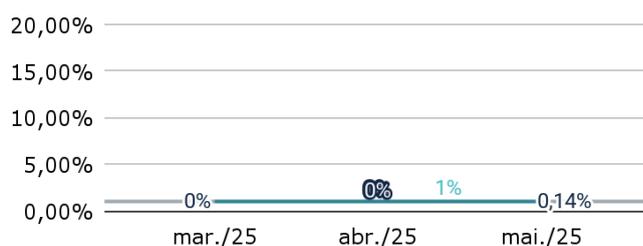
de comportamento que resultam em confusão mental e retirada voluntária de dispositivos invasivos diversos, incluindo a sonda enteral. Importante salientar que - excetuando-se os casos de obstáculos sociais - a grande maioria desses pacientes possui um acompanhante à beira-leito em tempo integral. Em casos especiais e mediante prescrição médica, uma parte desses pacientes precisa ainda ser contida química e fisicamente para reduzir a ocorrência de eventos adversos dessa natureza. Uma menor proporção das saídas não planejadas de SNE é consequência de fixação inadequada (com esparadrapo, fita microporosa ou outros) que, aliada à produção de suor e sebo pelas glândulas tegumentares, perde com maior facilidade a aderência à pele, levando à exteriorização acidental parcial ou total do dispositivo. O uso de fixadores específicos e mais apropriados para este fim não é padronizado na instituição. Nenhuma sonda enteral precisou ser trocada devido à obstrução, mal funcionamento ou perda de sua integridade.

### 5.1.9 Incidência de Queda

#### Queda de Paciente

■ Resultado    ■ Meta ≤

CLÍNICA MÉDICA

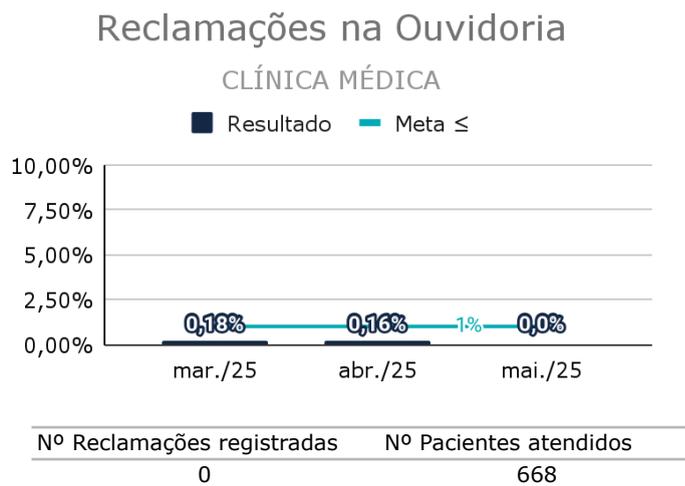


Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	668

**Análise crítica:** No período avaliado houve um episódio de queda de paciente, o qual, devido à sua condição neurológica, apresentava alterações de marcha e de comportamento que cursavam com flutuações do nível de consciência e períodos de confusão mental. Apesar de permanecer acompanhado à beira leito na maior parte do tempo, o paciente estava sozinho no momento do incidente, que ocorreu no plantão noturno. O idoso foi acolhido e avaliado, não sendo observado

nenhum dano decorrente da queda após o evento. A equipe e os familiares do paciente foram orientados, sendo estimulada a presença de um acompanhante em tempo integral. Seguem como planos de ação: 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse; 2) A elaboração de uma cartilha/folder informativo, a ser distribuído junto aos acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda; 3) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de pulseiras de identificação especiais e exclusivas para pacientes com risco de queda; 4) A execução de ações educativas junto à equipe de Enfermagem do setor.

### 5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



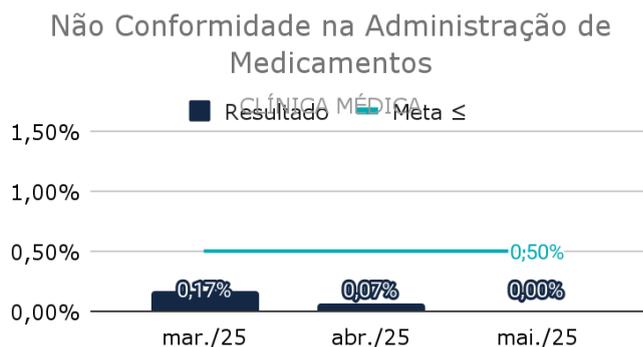
**Análise crítica:** No período analisado não houve manifestações para reclamações relacionadas a Clínica Médica, atendendo a meta contratual estabelecida.

### 5.1.11 Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** Durante o mês de referência, a evolução clínica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica foi devidamente registrada em prontuário. Profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

### 5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

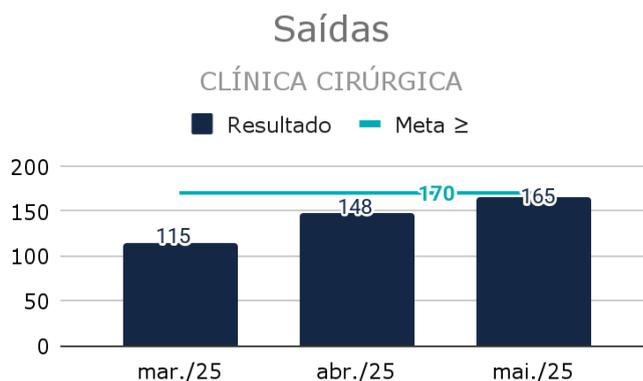


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	7659

**Análise crítica:** Neste último período analisado, não foram registradas inconformidades na administração de medicamentos na clínica médica, atendendo à meta contratual estabelecida.

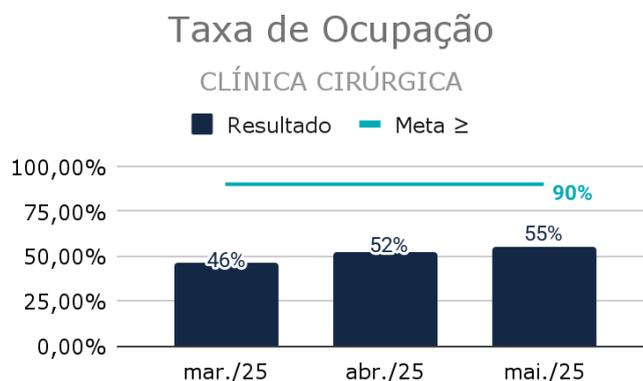
## 5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

### 5.2.1 Saídas



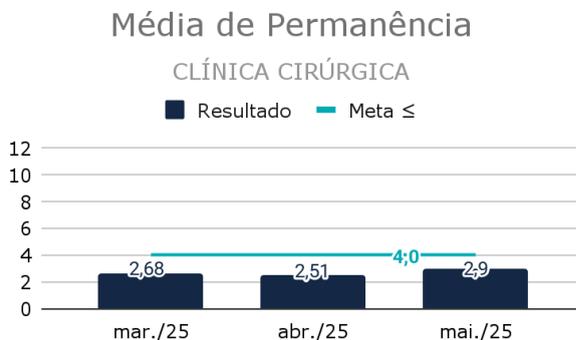
**Análise crítica:** No período analisado tivemos 165 saídas na clínica cirúrgica, atingindo 97% da meta pactuada, o que pode ser justificado pelo fato de que o perfil de pacientes internados na unidade é compreendido por casos cirúrgicos urgentes (admitidos via pronto socorro referenciado e altamente dependente de demanda pelas unidades solicitantes via regulação) e eletivos, cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto aquelas cirurgias classificadas como "oncológicas" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador exclusivamente por essa organização. Aliado a isso, a taxa de ocupação aquém do pactuado demonstra a subutilização do serviço, que tem alta capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas.

## 5.2.2 Taxa de Ocupação



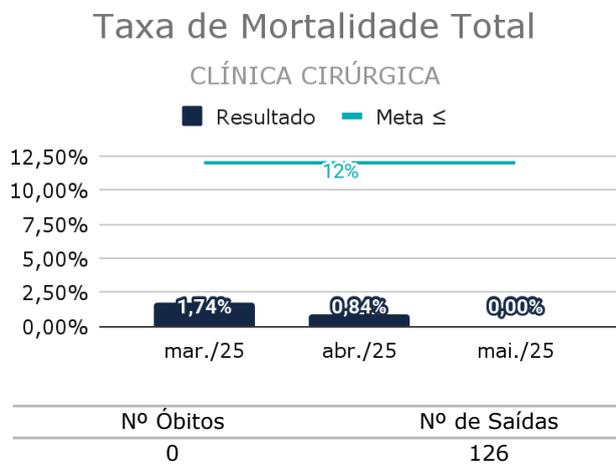
**Análise crítica:** Neste período a taxa de ocupação da clínica cirúrgica atingiu 55%, o que está abaixo da meta pactuada e pode ser justificada pelo fato de que o perfil de pacientes internados na unidade é compreendido por casos cirúrgicos urgentes (admitidos via pronto socorro referenciado e altamente dependente de demanda pelas unidades solicitantes via regulação) e eletivos, cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto aquelas cirurgias classificadas como "oncológicas" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador exclusivamente por essa organização. Aliado a isso, o número de saídas aquém do pactuado demonstra a subutilização do serviço, que tem alta capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas. Ressaltamos ainda que todas as vagas solicitadas via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas com brevidade.

### 5.2.3 Média de Permanência



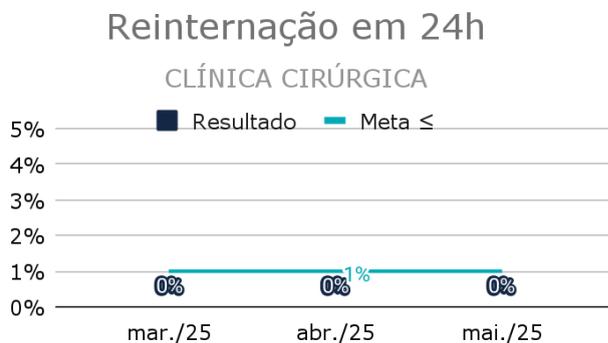
**Análise crítica:** A média de permanência foi de 2,9 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas.

### 5.2.4 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** No período analisado não ocorreram óbitos na Clínica Cirúrgica.

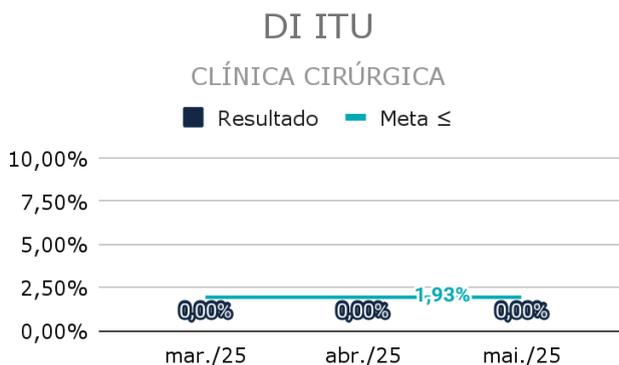
### 5.2.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	126

**Análise crítica:** Durante o período sob análise, não foram registradas na clínica cirúrgica ocorrências de reinternação hospitalar precoce (dentro das primeiras 24h após a alta hospitalar), o que demonstra o alcance da meta contratual e a qualidade do cuidado e do planejamento da alta.

### 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	61

**Análise crítica:** Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Cirúrgica pelo Serviço de Controle de Infecções

Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior).

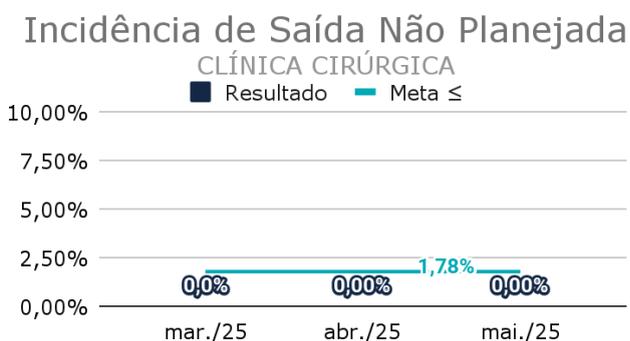
### 5.2.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	275

**Análise crítica:** No período analisado não houve notificação do surgimento de novas lesões por pressão na clínica cirúrgica.

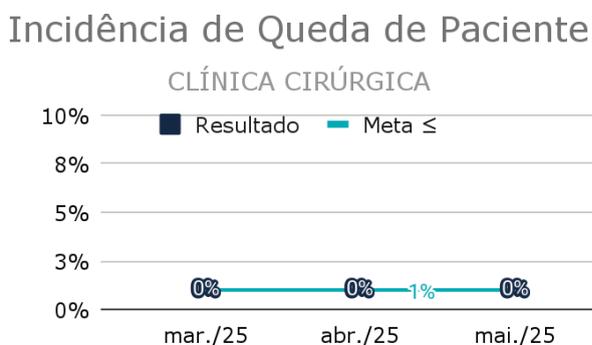
### 5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	1

**Análise crítica:** No período analisado não houve notificação de saída não planejada de sonda oronasogastroenteral para aporte nutricional na clínica cirúrgica, alcançando a meta contratual estabelecida.

### 5.2.9 Incidência de Queda



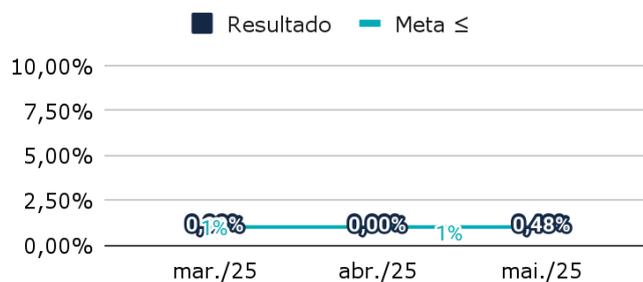
Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	275

**Análise crítica:** No período analisado não houve notificação de queda de paciente na clínica cirúrgica, alcançando a meta contratual estabelecida.

### 5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna

#### Reclamações na Ouvidoria

CLÍNICA CIRÚRGICA



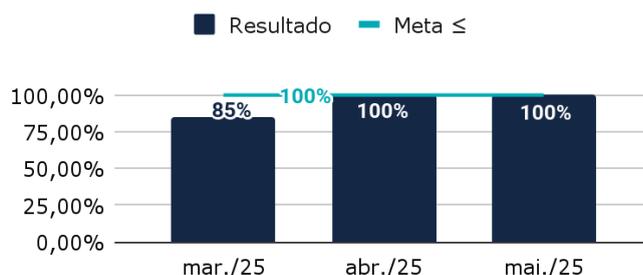
Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	275

**Análise crítica:** No período analisado não houve manifestações para reclamações relacionadas a Clínica Cirúrgica, atendendo a meta contratual estabelecida.

### 5.2.11 Prontuários Evoluídos

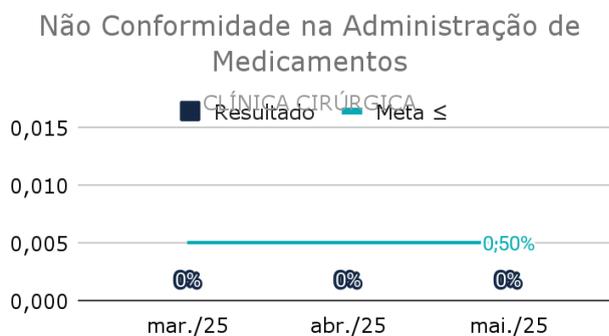
#### Prontuários Evoluídos

CLÍNICA CIRÚRGICA



**Análise crítica:** Durante o mês de referência, a evolução médica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Cirúrgica foi devidamente registrada em prontuário. Profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções manualmente ou por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

### 5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

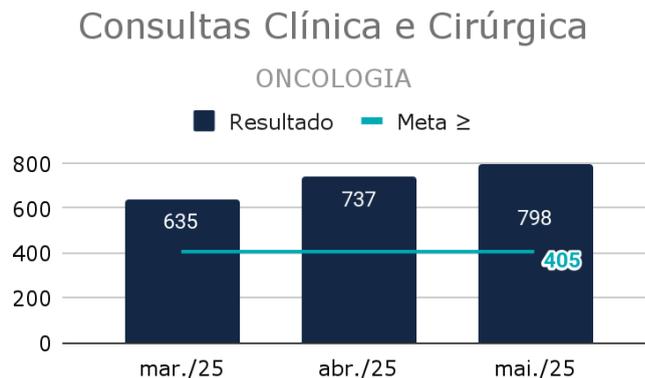


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	2971

**Análise crítica:** Neste último período analisado, não foram registradas inconformidades na administração de medicamentos na clínica cirúrgica, atendendo à meta contratual estabelecida.

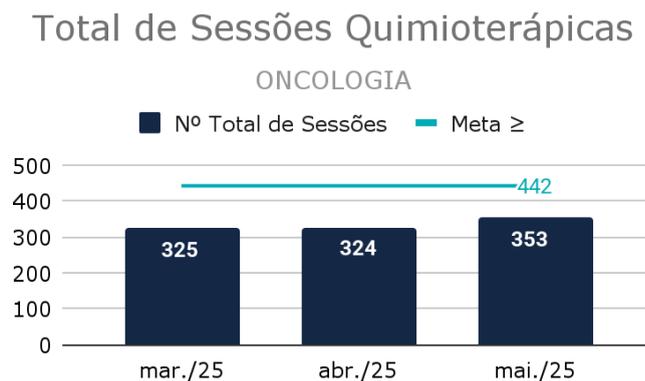
### 5.3 Indicadores Oncologia

#### 5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica



**Análise crítica:** No período analisado foram atendidas 798 consultas oncológicas, distribuídas da seguinte forma: 260 cirúrgicas e 538 clínicas.

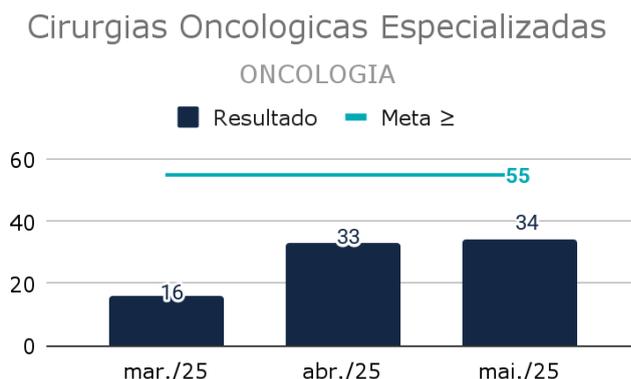
#### 5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos



**Análise crítica:** No período avaliado foram realizados 353 procedimentos quimioterápicos, atingindo 80% da meta contratual. Importante ressaltar que os procedimentos são realizados conforme a demanda e o estado clínico do paciente, observando-se o seguinte fluxo: no dia da quimioterapia, após a admissão do paciente, este é avaliado pelo Enfermeiro, em uma consulta de triagem na qual são investigados sinais e/ou sintomas que podem contraindicar a

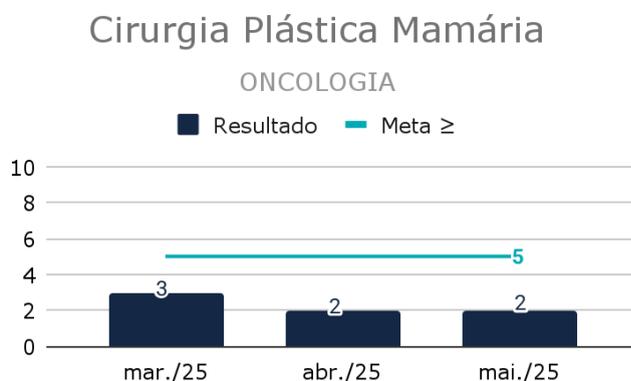
administração do quimioterápico (por exemplo: sintomas gripais, febre, desidratação, astenia, entre outros). Se identificada alguma alteração, o paciente é avaliado pelo médico oncologista clínico, que libera ou suspende a sessão.

### 5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas



**Análise crítica:** No período avaliado foram realizados 34 procedimentos cirúrgicos, número inferior à meta contratual. Estamos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

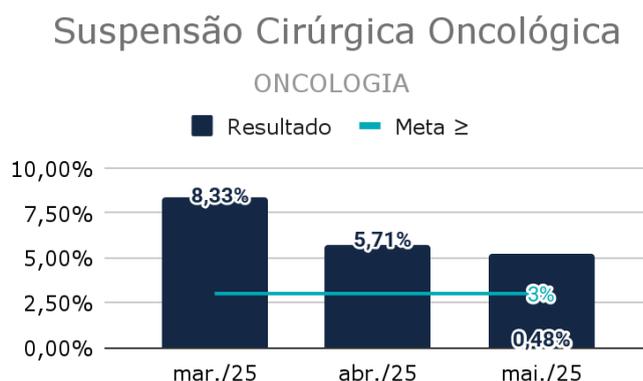
### 5.3.4 Cirurgia Plástica



**Análise crítica:** Neste período foram agendados dois procedimentos de cirurgia plástica de mama, porém somente um foi executado. Estamos trabalhando ativamente na oferta dos casos de indicação das cirurgias plásticas, mantendo a equipe completa, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance da meta

estabelecida para este indicador. Salientamos que todos os casos com indicação para o procedimento cirúrgico foram atendidos e que nosso especialista atendeu 14 consultas.

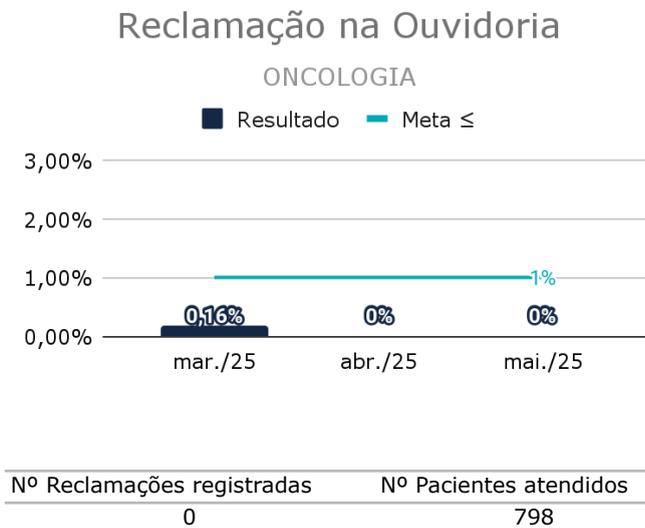
### 5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica



**Análise crítica:** Durante o período analisado, registraram-se duas suspensões de procedimentos cirúrgicos oncológicos. A primeira suspensão envolveu uma mulher de 58 anos (M.N.B.T.), cuja intervenção foi adiada por critérios clínicos, já que paciente apresentava-se com doença infecciosa aguda (dengue) e a realização do procedimento poderia comprometer a segurança da paciente. A segunda suspensão ocorreu com uma paciente de 73 anos (M.R.M.), cuja cirurgia foi postergada pela indisponibilidade de leito de UTI para a recuperação pós-operatória imediata – uma limitação estrutural que impacta diretamente o fluxo cirúrgico seguro no caso de pacientes com risco cirúrgico elevado.

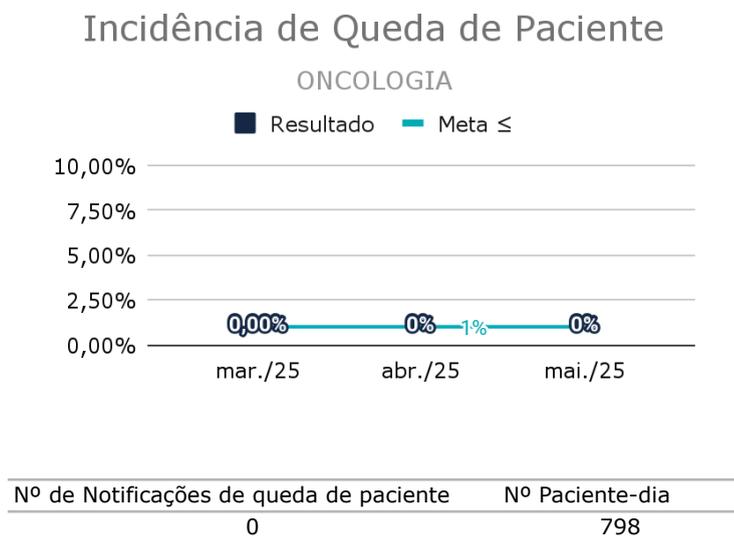
Cabe observar que ambos os motivos de suspensão fogem ao controle direto da equipe cirúrgica, estando relacionados a condições clínicas imprevisíveis e à limitação de recursos assistenciais. Ressalta-se, porém, a importância do monitoramento contínuo dessas situações, tanto para reforçar a qualidade da assistência e a segurança do paciente, quanto para sinalizar a necessidade de investimentos institucionais em infraestrutura e apoio na tomada de decisão clínica.

### 5.3.6 Reclamações na Ouvidoria



**Análise crítica:** Neste período não houve registro de reclamações no serviço de ouvidoria da oncologia.

### 5.3.7 Incidência de Queda



**Análise crítica:** No período analisado não houve registro de quedas de paciente na oncologia, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.3.8 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos

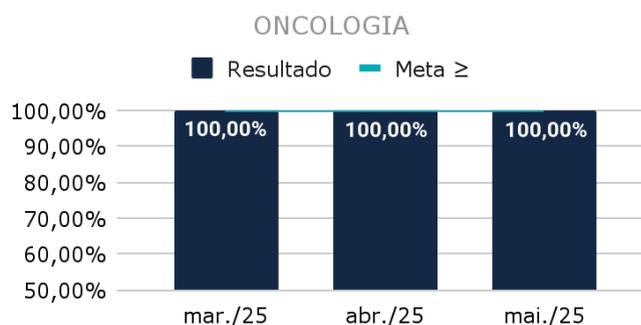
Preenchimento adequado da documentação



**Análise Crítica:** Assim como nos meses anteriores, toda a documentação relativa aos usuários oncológicos foi devidamente preenchida, o que reforça o comprometimento da equipe na execução dos procedimentos administrativos.

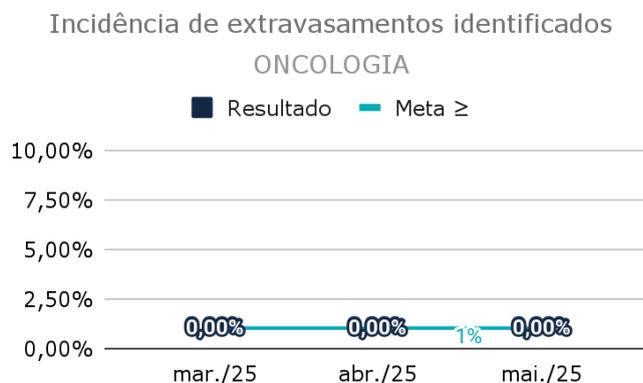
### 5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos

Início Tratamento Oncológico



**Análise Crítica:** No período avaliado passaram por atendimento em primeira consulta 46 pacientes via SIRESP/CROSS, nesse primeiro atendimento é realizado um plano de cuidado para o paciente e seu tratamento já é iniciado.

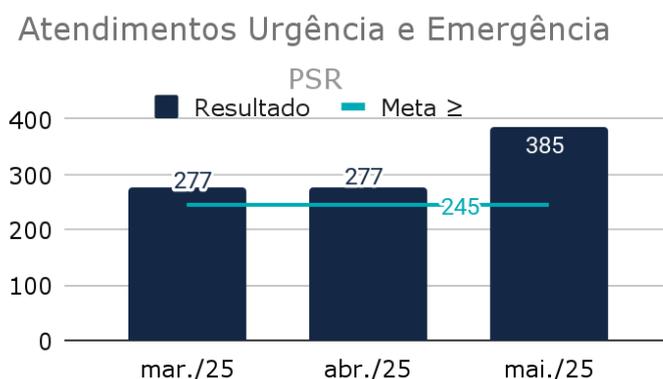
### 5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



**Análise Crítica:** No período avaliado não tivemos extravasamento de quimioterápicos, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

#### 5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência



**Análise crítica:** No período analisado foram atendidos 385 pacientes no Pronto Socorro Referenciado, atingindo 96% da meta estabelecida. Importante salientar que dentro deste grupo não estão computados os usuários aceitos por meio do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP) para os quais é necessária internação hospitalar em leitos de enfermaria e que, embora sejam admitidos e inicialmente atendidos pela equipe multiprofissional do Pronto

Socorro Referenciado eles são, no sistema SPS4, alocados em leitos da clínica médica ou da clínica cirúrgica, para onde são posteriormente transferidos.

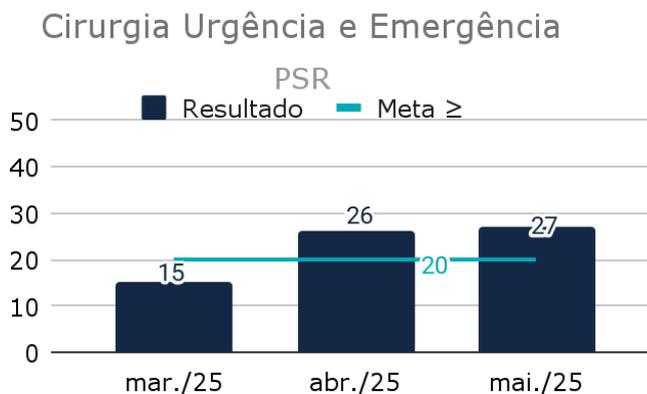
Além disso, no último período analisado houve uma mudança regional na metodologia de regulação dos pacientes considerados em "linha vermelha". Até 05/05/2025, os pacientes com necessidade de escalonamento de recursos até cuidados intensivos eram inseridos no SIRESP pelas unidades solicitantes e regulados por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) até executantes adequados. A partir dessa data, esses mesmos pacientes passaram a ser regulados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tendo como unidade de referência exclusiva o Hospital Regional de Assis. Observamos que essa alteração do fluxo elevou consideravelmente o nível de gravidade geral dos pacientes atendidos no setor e, em consequência, prolongou o tempo de permanência dos pacientes na Unidade até seu destino final, reduzindo a rotatividade dos leitos e a capacidade de novos atendimentos pelo serviço.

#### 5.4.2 Atendimentos por Especialidade



**Análise crítica:** No mês de maio foram realizados 156 atendimentos especializados, sendo: 44 pela cirurgia geral, 03 pela cirurgia pediátrica, 16 pela neurocirurgia, 05 pela urologia, 04 pela ortopedia e, finalmente, 84 intercorrências oncológicas de pacientes de nossa UNACON, atendidas pelo médico emergencista de plantão.

### 5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado



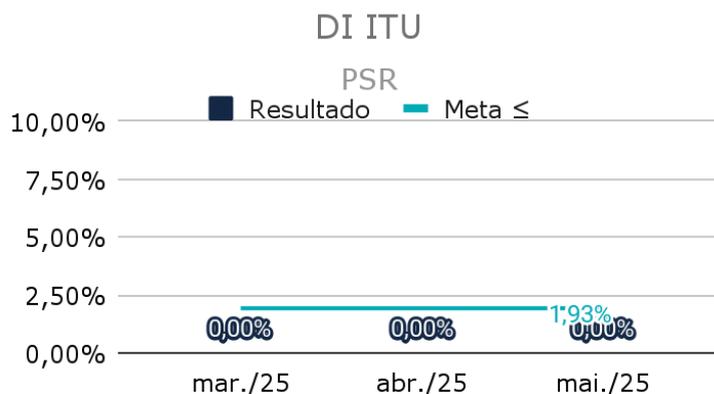
**Análise crítica:** No mês de maio foram realizados 27 procedimentos cirúrgicos: 13 pela cirurgia geral, 01 pela cirurgia pediátrica, 03 pela ortopedia, 05 pela neurocirurgia e 05 pela urologia.

### 5.4.5 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** No período analisado ocorreram 20 óbitos no Pronto Socorro Referenciado, sendo: 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino (sendo uma das mulheres em idade fértil), com média de idade de 69 anos e a maioria ocorrendo do período diurno. Onze deles ocorreram dentro das primeiras 24h de internação hospitalar. Dois casos foram considerados evitáveis e dezoito óbitos inevitáveis. Três óbitos decorreram de causas oncológicas. Nenhum óbito ocorreu por complicações cirúrgicas.

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



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	115

**Análise crítica:** Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados do Pronto Socorro Referenciado pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior).

### 5.4.9 Índice de Lesão por Pressão



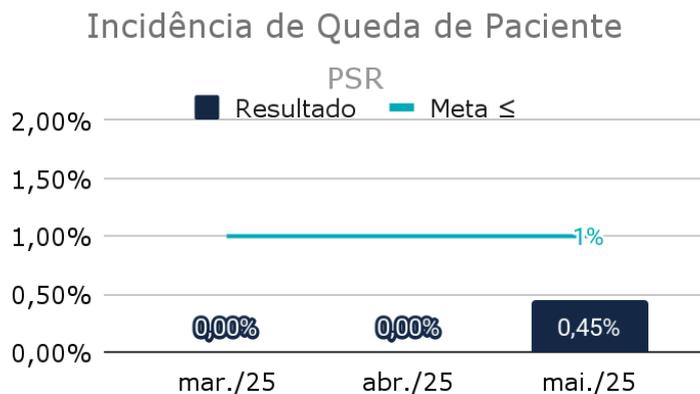
**Análise crítica:** No período analisado, não foi registrado o desenvolvimento de novas lesões por pressão no Pronto Socorro Referenciado, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.4.10 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



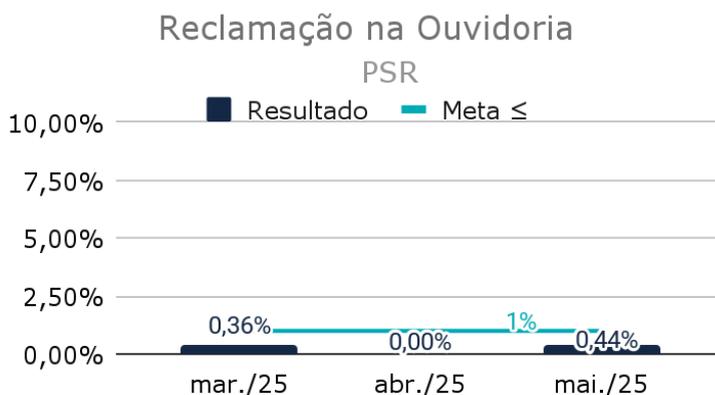
**Análise crítica:** No período avaliado não foram notificadas saídas não-planejadas de sonda oronasogastroenteral para aporte nutricional no Pronto Socorro Referenciado, resultando no indicador dentro da meta contratual estabelecida.

### 5.4.9 Incidência de Queda



**Análise crítica:** No Pronto Socorro Referenciado houve um evento de queda de paciente durante o período avaliado, o que resultou em uma incidência dentro dos limites contratuais estabelecidos para este indicador. Tal evento ocorreu no período noturno, durante um episódio de crise conversiva em uma pessoa do gênero feminino em tratamento para agudização de doença mental. A jovem, que foi acolhida ao alcançar o solo e não sofreu danos decorrentes do evento, precisou ser intensamente contida química e mecanicamente a seguir devido agitação psicomotora, até ser transferida para cuidados psiquiátricos especializados na própria unidade. Como plano de ação, os enfermeiros do setor foram convidados a participar de um treinamento presencial a respeito de Emergências Psiquiátricas, a ser realizado em julho/2025.

### 5.4.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
1	223

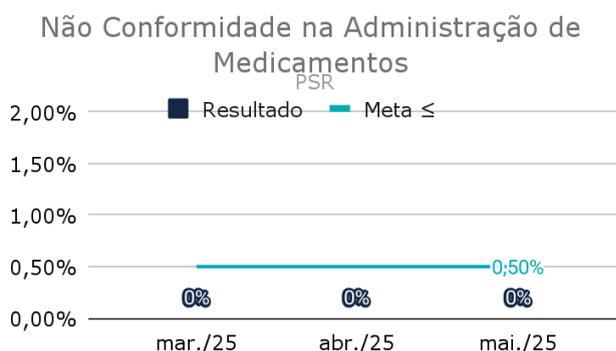
**Análise crítica:** No período analisado recebemos uma reclamação referente ao pronto socorro . A manifestação foi acolhida e analisada com base em informações coletadas com a paciente e com a equipe multiprofissional. Diante do fato a paciente foi acolhida por toda a equipe de gestão e conseqüentemente médica, foi dado uma resolutive para o caso da paciente em questão e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

### 5.4.11 Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** Durante o mês de referência, todos os atendimentos realizados no Pronto Socorro Referenciado foram devidamente registrados no prontuário dos pacientes. Profissionais de nível superior (sobretudo médicos e enfermeiros) registraram as evoluções manualmente ou por meio eletrônico (sistema S4SP). Profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

### 5.4.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



**Análise crítica:** Neste último período analisado, não foram registradas inconformidades na administração de medicamentos no pronto socorro referenciado, atendendo à meta contratual estabelecida.

## 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.

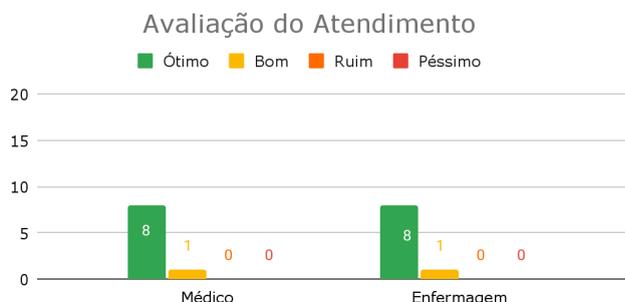
### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **pesquisas respondidas**, sendo 09 preenchidos no Pronto Socorro Referenciado, 04 preenchidos na Clínica médica e 09 preenchidos na Clínica Cirúrgica e 29 na UNACON gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

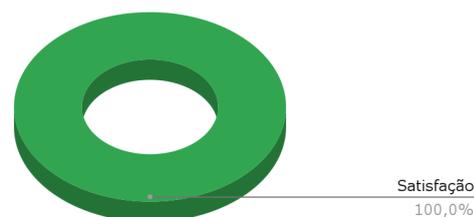
A implantação das pesquisas de satisfação teve início no final de abril e, atualmente, seguimos ajustando o fluxo operacional. Por esse motivo, o número de respostas ainda não é significativo, mas a expectativa é que aumente gradualmente com a consolidação do processo.

#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento médico. No período, tivemos uma satisfação de **100%** demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

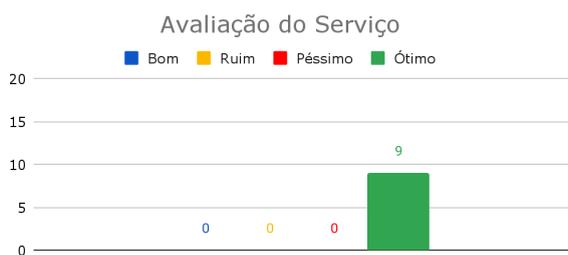


% Satisfação - Atendimento

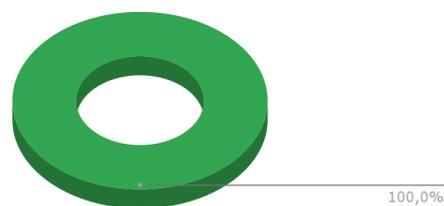


### 6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **100 %** dos usuários.



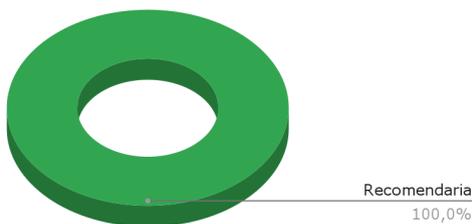
% Satisfação - Serviço



### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

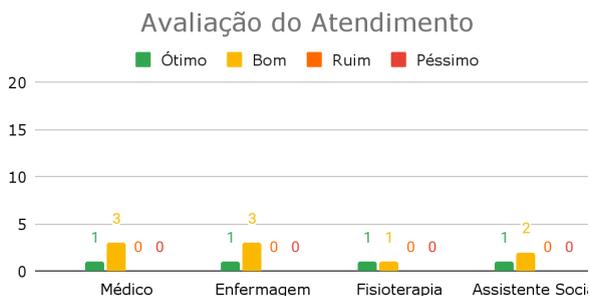
O indicador avalia a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários recomendariam o serviço

NPS

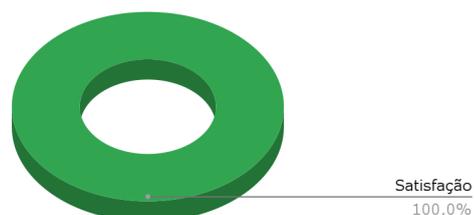


### 6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento médico. No período, tivemos uma satisfação de **100%** demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

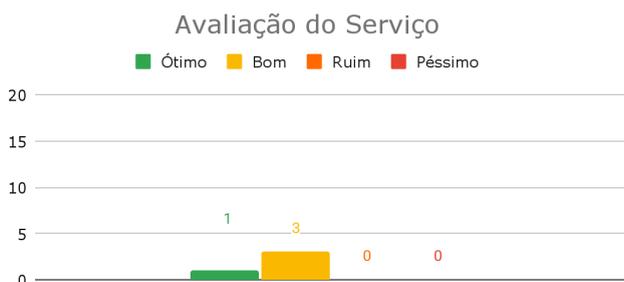


% Satisfação - Atendimento

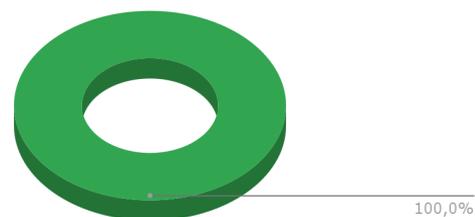


### 6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **100 %** dos usuários.

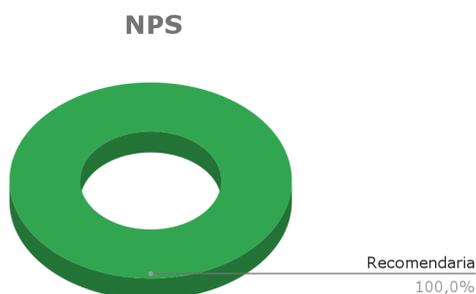


% Satisfação - Serviço



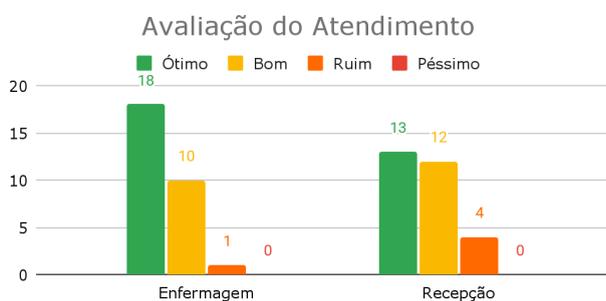
### 6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários recomendariam o serviço.

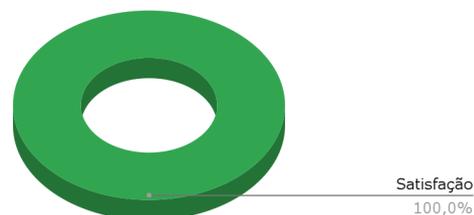


### 6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento médico. No período, tivemos uma satisfação de **100%** demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

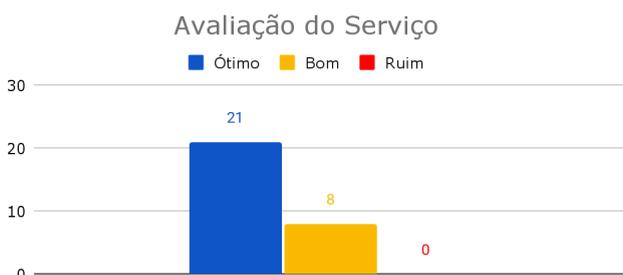


% Satisfação - Atendimento



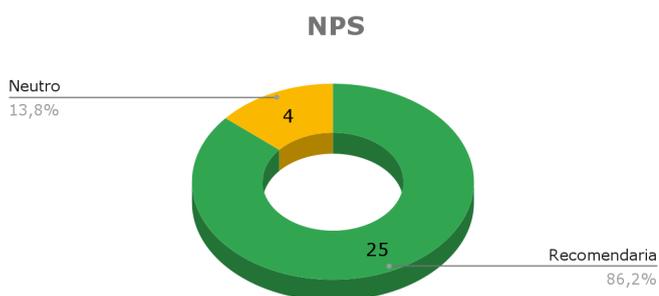
### 6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **100 %** dos usuários.



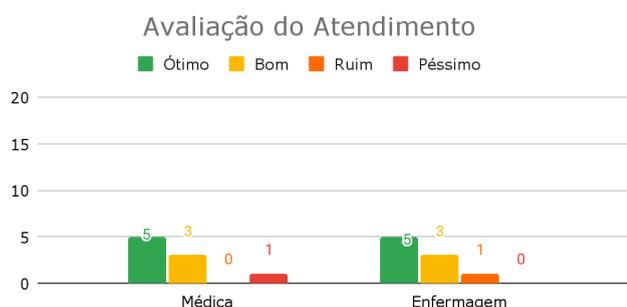
### 6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **86,2%** dos usuários recomendariam o serviço.

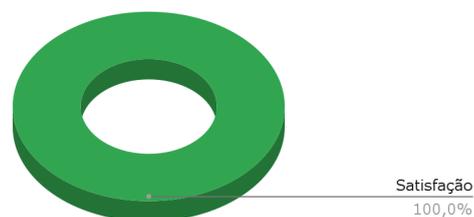


### 6.1.7 Avaliação do Atendimento - PSR

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento médico. No período, tivemos uma satisfação de **100%** demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

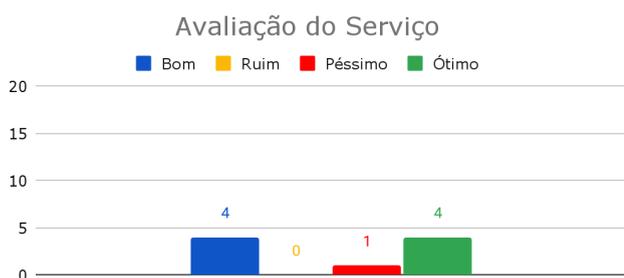


% Satisfação - Atendimento

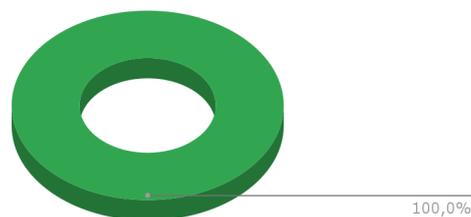


### 6.1.8 Avaliação do Serviço - PSR

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **100 %** dos usuários.

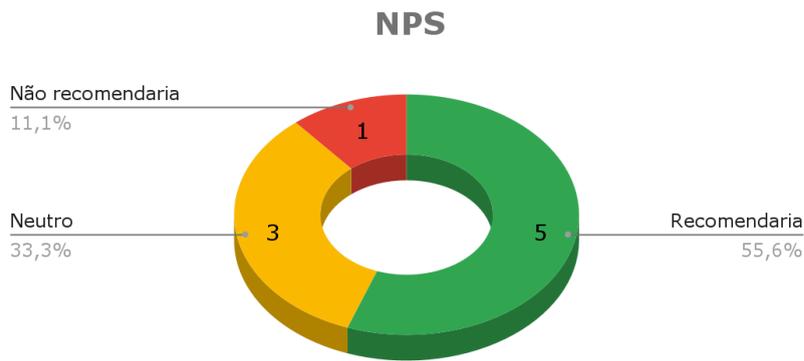


% Satisfação - Serviço



### 6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **86,2%** dos usuários recomendariam o serviço.



## 7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

---

Durante o período foram realizados treinamentos e capacitações para integrar os colaboradores na filosofia do Cejam.

Nos setores ocorreram continuidade do treinamento sobre o manuseio do ventilador pulmonar mecânico para transporte (TAKAOKA) in loco pela equipe de fisioterapia, segue imagens que demonstram essa ação:



Decorrente do Dia das Mães foi decorado o setor da UNACON, segue imagens que demonstram essa ação:



Realizado um evento na unidade hospitalar onde todos os colaboradores foram convidados, referente a semana da Enfermagem, segue imagens que demonstram essa ação:





Assis, 09 de junho de 2025.



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

Adriana Cristina Alvares  
Gerente Regional