

Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Regional Sul

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

Convênio n.º002261/2025

Julho

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	14
5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	15
5.2.1 Taxa de Ocupação	15
5.2.2 Média de Permanência	16
5.2.3 Taxa de Mortalidade	17
5.2.4 Taxa de Reinternação	19
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	20
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	21
5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	22
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	22
5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	23
5.2.11 Incidência de Flebite	24
5.2.12 Incidência de Queda	25
5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	26
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão	27
5.2.15 Adesão a protocolos institucionais	28
5.2.16 Prontuários Evoluídos	29
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna	29
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação	30
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco	30
5.3.2 Nº atendimento médico	31
5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)	33
5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto	33
5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO	33
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO	34
5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco	34
5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa	35
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos	36
5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados	37

5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral	38
5.4.9 Taxa de extubação acidental	38
5.4.10 Queda de Paciente	39
5.4.11 Incidência de Flebite	39
5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	40
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria	40
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	41
5.5.1 Número de atendimentos	41
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência	41
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	42
5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)	42
5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)	42
5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos	43
5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica	43
5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia	44
5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência	45
5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais	45
5.6.8 Queixa Ouvidoria	46
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	47
5.7.1 Paciente dia	47
5.7.2 Saídas	48
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	49
5.8.1 Média de Permanência (dias)	49
5.8.2 Prontuários evoluídos	50
5.8.3 Incidência de queda de paciente	50
5.8.4 Incidência de erro de medicação	51
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	52
5.8.6 Incidência de Flebite	53
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central	54
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais	54
5.8.9 Reclamações na ouvidoria	55
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	56
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	56
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI	57
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI	57
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI	58
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.	59

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”.

Missão

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde".

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;

- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025

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

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

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho são 273 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT), atualmente, 262 colaboradores efetivos e 143 contratados no regime PJ, dos quais 105 médicos e 38 fisioterapeutas.

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

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

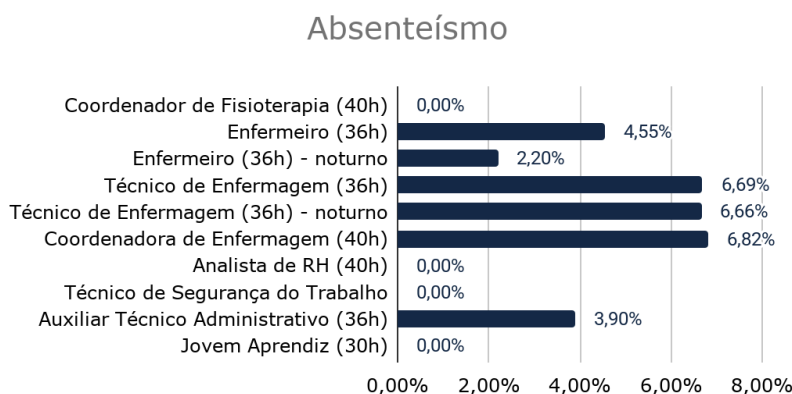
Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	Coordenador de Fisioterapia (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	32	33	↑
	Enfermeiro (36h) - noturno	32	33	↑
	Técnico de Enfermagem (36h)	94	89	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	94	88	↓
	Coordenadora de Enfermagem (40h)	2	2	✓
Administrativo	Analista de RH (40h)	1	1	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	16	14	↓
	Jovem Aprendiz (30h)	0	0	✓
Total		273	262	↓

Análise Crítica: No mês de Julho, o quadro de colaboradores apresentou cobertura de 95,97% em relação ao previsto no plano de trabalho: 262 efetivos de um total de 273 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 11 contratações para recompor parcialmente o quadro frente aos desligamentos do mês anterior, sendo: 01 enfermeiro no plantão diurno, 01 enfermeiro no plantão noturno, 05 técnicos de enfermagem diurnos e 03 técnicos de enfermagem noturno. Ocorreu 01 dispensa por término de experiência: enfermeira C.R.S 31/07 do plantão diurno A e um abandono de emprego M.J.S.O técnica de enfermagem noturno noturno A. Além disso,

houveram 03 pedidos de demissão: 02 técnicos de enfermagem do diurno: I.X.G.P 17/07, J.P.S 17/07, K.S.S. 01/07. Esses desligamentos, contribuíram para a manutenção do déficit observado. Atualmente, há 09 licenças ativas, sendo 05 licenças maternidades: J.F.S - Auxiliar Técnico Administrativo Diurno A; M.V.O.S - Auxiliar Técnico Administrativo Diurno A; A.G.N - Técnica de Enfermagem Diurno B; L.N.O.L - Técnica de Enfermagem Diurno A; C.D.F - Técnica de Enfermagem Diurno A e 04 licenças saúde: T.S -Técnico de Enfermagem Noturno B; M.S.T.J - Técnico de Enfermagem Diurno A; E.L.S - Técnica de Enfermagem Noturno B; D.S.R - Técnica de Enfermagem Noturno B. Observa-se que o maior déficit de pessoal está no Técnico de Enfermagem 36h, nos períodos diurno e noturno. Esse quadro é reflexo do volume de desligamentos e das licenças previstas em lei (como licença-maternidade e afastamentos pelo INSS), somados ao período exigido para a contratação e integração de novos colaboradores. Cabe destacar que, mesmo diante dessa defasagem pontual, a segurança dos pacientes e a continuidade do atendimento mantiveram-se totalmente preservadas. Para isso, a gestão adotou medidas de contingência imediatas, incluindo o remanejamento interno da equipe, a adequação dinâmica das escalas e o direcionamento prioritário de profissionais para as áreas de maior criticidade. Simultaneamente, o processo de recrutamento e seleção para o preenchimento das vagas em aberto continua ativo e em ritmo acelerado, com previsão de normalização gradual do quadro nos próximos ciclos para garantir o pleno cumprimento do dimensionamento contratual.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

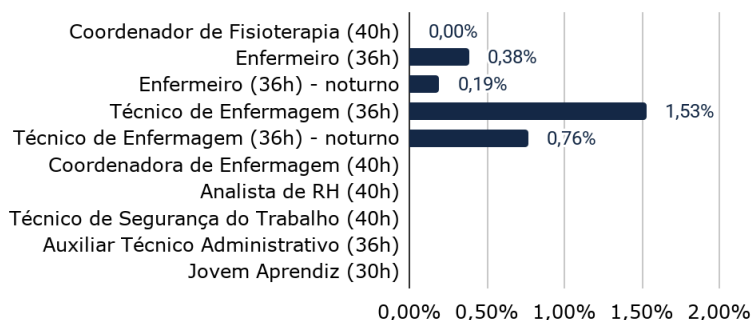
4.2.1 Absenteísmo



Análise Crítica: No período analisado entre os 262 colaboradores efetivos (CLT), foram registrados 324 dias de ausências. Do total de ausências 284 dias (86%) foram justificadas mediante a apresentação de atestados médicos; 40 dias (14%) referem-se a faltas injustificadas, para as quais foram aplicadas as devidas medidas administrativas. Ressalta-se que esses afastamentos não comprometeram a linha de cuidado dos pacientes. A coordenação realizou o remanejamento estratégico da equipe, garantindo a estabilidade operacional dos setores e a continuidade de uma assistência segura.

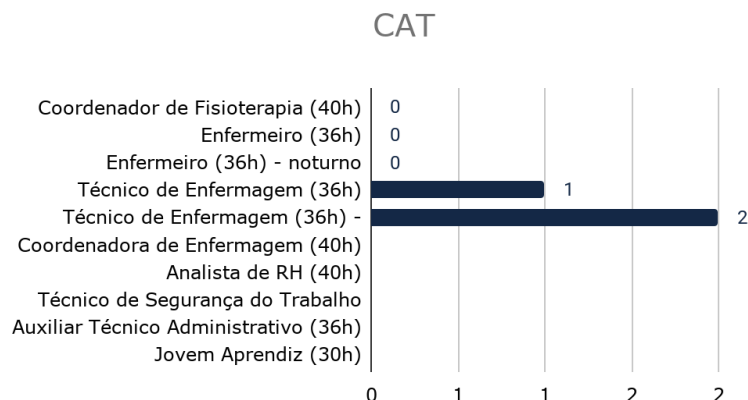
4.2.2 Turnover

Turnover



Análise Crítica: Durante o mês de julho, o quadro de colaboradores efetivos operou com 95,97% do contingente previsto no Plano de Trabalho. No período, foram consolidadas 11 novas contratações: Enfermeiros (02): 01 para o plantão diurno e 01 para o plantão noturno; Técnicos de Enfermagem (08): 05 para o período diurno e 03 para o período noturno; Em contrapartida, registraram-se 05 desligamentos: Pedidos de demissão (03): I.X.G.P, J.P.S e K.S.S. (Técnicas de Enfermagem - Diurno); Demissão por justa causa / Abandono de emprego (01): M.J.S.O. (Técnica de Enfermagem - Noturno A). Término de contrato de experiência (01): C.R.S. (Enfermeira - Diurno). Ao final do período, permanecem ativas 09 licenças/afastamentos: Licença-Maternidade (05): J.F.S. (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A), M.V.O.S. (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A), A.G.N. (Técnica de Enfermagem - Diurno B), L.N.O.L. (Técnica de Enfermagem - Diurno A), C.D.F. (Técnica de Enfermagem - Diurno A), Licença-Saúde / INSS (04): T.S. (Técnico de Enfermagem - Noturno B), M.S.T.J. (Técnico de Enfermagem - Diurno A), E.L.S. (Técnica de Enfermagem - Noturno B), D.S.R. (Técnica de Enfermagem - Noturno B).

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

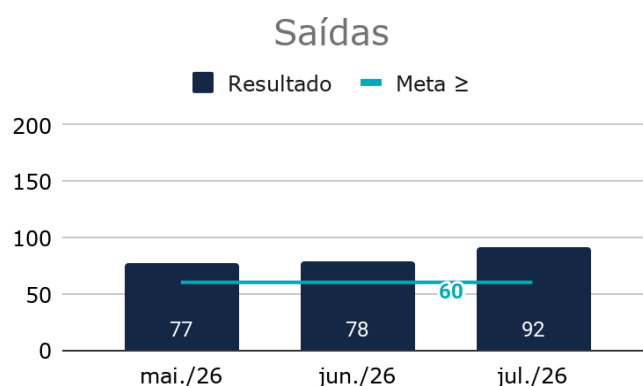


Análise Crítica: No mês de Julho, tivemos três casos de abertura de CAT. O primeiro caso ocorreu no dia 06/07/2026, com a técnica de enfermagem C. G. L. P, a colaboradora ao realizar medicação em paciente subcutânea, no término soltei a seringa sem querer a mesma veio até meu dedo indicador e perfurou, mesmo com a luva apresentou sangramento. Após avaliação, seguiu com orientação sem necessidade de afastamento e retornou às suas atividades. O segundo caso ocorreu no dia 07/07/2026 com o técnico de enfermagem I. R. F. S., colaboradora que ao descer as escadas no terceiro degrau torceu o pé e caiu. Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação com necessidade de afastamento médico de 07 dias e após liberada para às suas atividades. O terceiro caso ocorreu no dia 21/07/2026 com a técnica H. M. S., relata que ao realizar a punção venosa na paciente acabou deixando o cateter intravenoso no leito ao reposicionar o paciente acabou se perfurando. Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação com necessidade de afastamento.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

5.1.1 Saídas

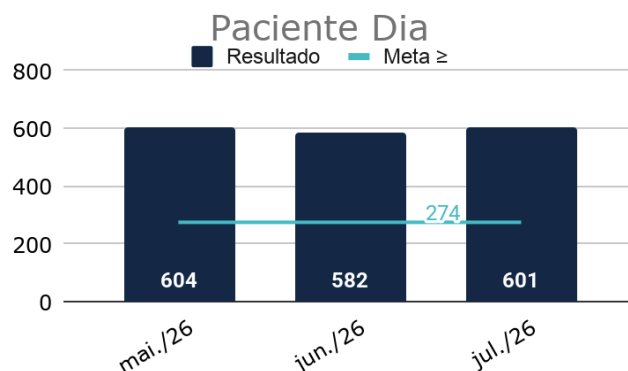


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Evasão	0
Alta	1
Transferência Interna	72
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	3
Óbitos > 24h	16
Total	92

Análise Crítica: Durante o mês de Julho foram registradas 92 saídas na unidade. Deste total, 72 (78,3%) corresponderam a transferências internas para a enfermaria por melhora clínica; houve 1 alta para casa (1,1%); não foram registradas transferências externas; ocorreram 3 óbitos em menos de 24 horas de internação (3,3%) e 16 óbitos após 24 horas de internação (17,4%). Não houve registros de evasão durante o período analisado.

Referente a **uma (1) alta direto para casa:** Paciente D.B.S, sexo feminino, SAPS 3=48, mortalidade prevista =20,51%, admissão na UTI em 28/06/2026 por emergência dialítica e alta direta para casa em 03/07/2026 após avaliação da especialidade e melhora clínica para acompanhamento ambulatorial.

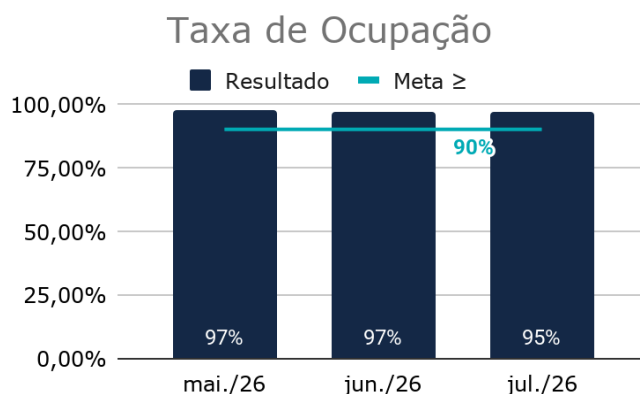
5.1.2 Paciente Dia



Análise crítica: No mês de Julho, foram registrados 601 pacientes-dia, superando a meta contratual estabelecida para o período. Todas as solicitações de vagas recebidas foram atendidas de acordo com a disponibilidade de leitos, não havendo registro de recusas. Em relação ao perfil assistencial dos pacientes internados, na UTI 1 observou-se predominância de pacientes cirúrgicos, correspondendo a 64% das internações, enquanto os pacientes clínicos representaram 36%. Na UTI 2, os pacientes cirúrgicos corresponderam a 80% das internações e os pacientes clínicos a 20%, mantendo perfil assistencial.

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

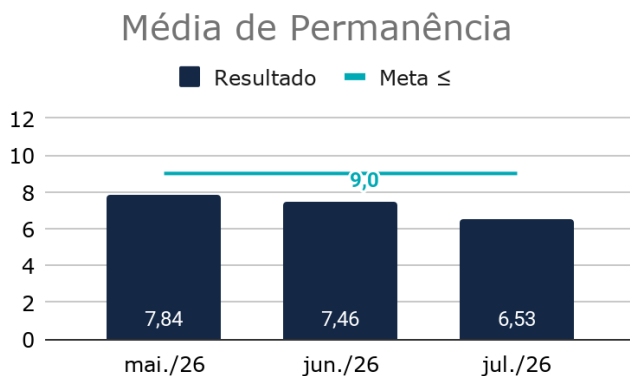
5.2.1 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
601	620

Análise crítica: O mês de Julho 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.

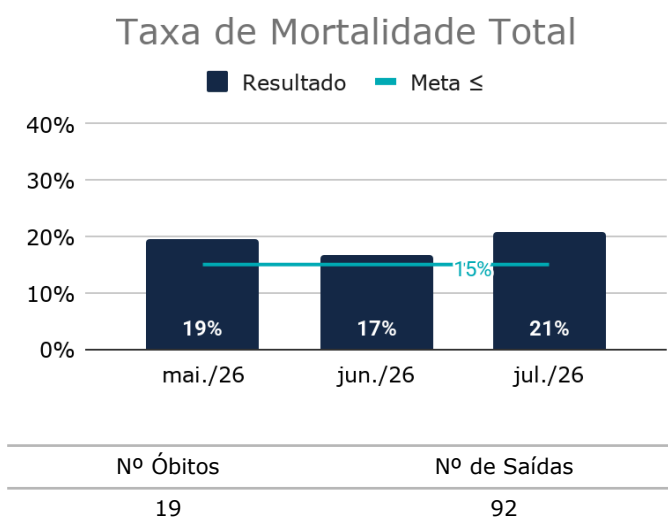
5.2.2 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
601	92

Análise Crítica: No mês de Julho, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de 6,53 dias, mantendo-se acima da meta contratual. Entretanto, observa-se redução em relação ao dado do mês anterior (7,46 dias), indicando melhora no gerenciamento do giro de leitos e na dinâmica de altas. No período, 12,50% dos pacientes com indicação de transferência para enfermaria permaneceram na UTI por mais de 24 horas aguardando disponibilidade de leito, o que contribui para o aumento da média de permanência.

5.2.3 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No mês de Julho, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 21%, 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 julho para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul era de **37,21%** enquanto a **mortalidade real foi de 21%**. Isso resultou em um **SMR de 0,51** indicando que a mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes. Em números absolutos, foram dezenove (19) óbitos nas duas UTIs. Do valor total de óbitos, cinco (5) pacientes estavam em cuidados paliativos.

Os casos de óbitos em paciente com **cuidados paliativos** foram os pacientes A.C.L.P., admitido na UTI em 31/05/2026 SAPS 3=36 e risco de mortalidade 5,86% com hipótese diagnóstica de pneumonia, derrame pleural e óbito declarado em 08/07/2026; E.S.S., admitido na UTI em 20/07/2026 SAPS 3=106 e risco de mortalidade 95,86% com hipótese diagnóstica de laparotomia exploradora e óbito declarado em 23/07/2026; J.C.F., admitido na UTI em 07/07/2026 SAPS 3=66 e risco de mortalidade 58,71% com hipótese diagnóstica

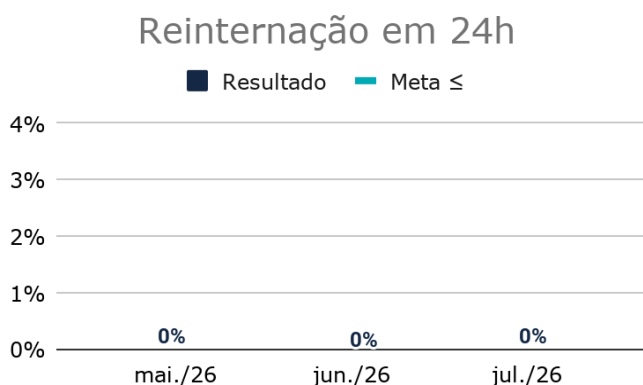
de exeresse tumoral e óbito declarado em 27/07/2026; M.L.S.S., admitido na UTI em 23/07/2026 SAPS 3=106 e risco de mortalidade 93,70% com hipótese diagnóstica de exeresse tumoral e óbito declarado em 28/07/2026; J.P.S., admitido na UTI em 23/07/2026 SAPS 3=56 e risco de mortalidade 36,56% com hipótese diagnóstica de sepse de foco abdominal e óbito declarado em 28/07/2026;

Os casos de óbitos em pacientes **com menos de 24 horas de internação** no setor foram os pacientes R.S.C., admitido na UTI em 04/07/2026 SAPS 3=62 e risco de mortalidade 39,80% com hipótese diagnóstica de anemia e óbito declarado em 05/07/2026; R.G.S., admitido na UTI em 09/07/2026 SAPS 3=100 e risco de mortalidade 94,19% com hipótese diagnóstica de HDA sepse e óbito declarado em 10/07/2026; M.D.S., admitido na UTI em 28/07/2026 SAPS 3=100 e risco de mortalidade 103% com hipótese diagnóstica choque hemorrágico e óbito declarado em 28/07/2026.

Os outros óbitos ocorridos nas UTI's **foram atribuídos a causas diversas**, relacionadas à gravidade clínica e às múltiplas comorbidades apresentadas pelos pacientes. Apesar do acompanhamento contínuo e das intervenções realizadas pela equipe multiprofissional em conjunto com as especialidades envolvidas, a evolução clínica destes casos mostrou-se desfavorável em decorrência da complexidade dos quadros apresentados. Paciente L.S., admitido na UTI em 03/07/2026 SAPS 3=100 e risco de mortalidade 94,19% com hipótese diagnóstica de desbridamento de MID e óbito declarado em 04/07/2026; J.A.S., admitido na UTI em 05/07/2026 SAPS 3=73 e risco de mortalidade 76,26% com hipótese diagnóstica de aneurisma e óbito declarado em 07/07/2026; N.S.S., admitido na UTI em 13/06/2026 SAPS 3=86 e risco de mortalidade 86,76% com hipótese diagnóstica de sepse de foco pulmonar e óbito declarado em 08/07/2026; C.F.G., admitido na UTI em 09/07/2026 SAPS 3=66 e risco de mortalidade 58,10% com hipótese diagnóstica de HDA, choque séptico e óbito declarado em 11/07/2026; L.J.P., admitido na UTI em 09/07/2026 SAPS 3=60 e risco de mortalidade 45,60% com hipótese diagnóstica IAM com supra ST e óbito declarado em 12/07/2026; N.S.S.,

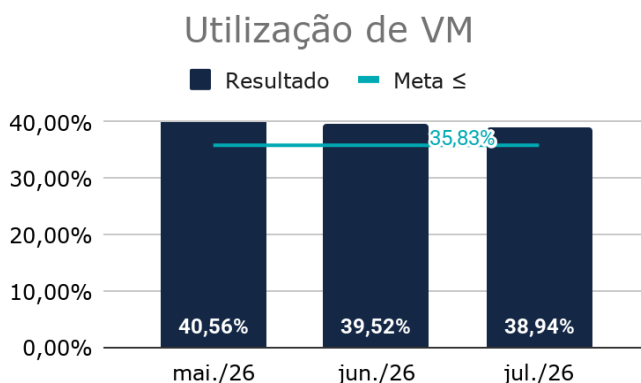
admitido na UTI em 05/07/2026 SAPS 3=65 e risco de mortalidade 56,63% com hipótese diagnóstica PO implante de DVE/ hemorragia talâmica e óbito declarado em 13/07/2026. S.P.C., admitido na UTI em 07/07/2026 SAPS 3=98 e risco de mortalidade 96,36% com hipótese diagnóstica PO craniotomia descompressiva e óbito declarado em 13/07/2026. F.P.S., admitido na UTI em 07/07/2026 SAPS 3=75 e risco de mortalidade 74,94% com hipótese diagnóstica drenagem de hematoma e óbito declarado em 13/07/2026. G.P.V., admitido na UTI em 13/07/2026 SAPS 3=100 e risco de mortalidade 94,19% com hipótese diagnóstica PO laparotomia e óbito declarado em 19/07/2026. A.J.L., admitido na UTI em 09/07/2026 SAPS 3=32 e risco de mortalidade 3,47% com hipótese diagnóstica fibrilação atrial e óbito declarado em 25/07/2026. J.S.M., admitido na UTI em 25/07/2026 SAPS 3=32 e risco de mortalidade 19% com hipótese diagnóstica drenagem hematoma subdural e óbito declarado em 29/07/2026.

5.2.4 Taxa de Reinternação



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

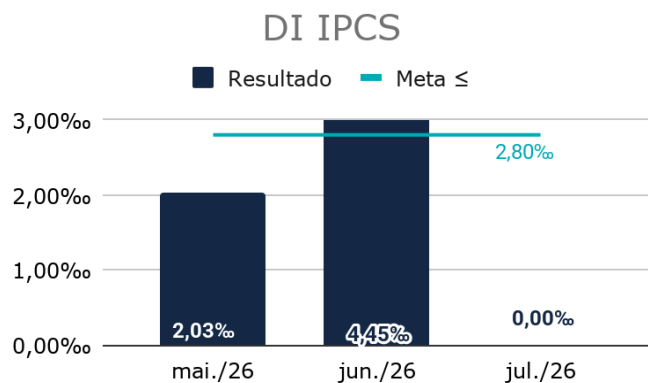
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
234	601

Análise crítica: No mês de Julho, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 38,94%, acima da meta contratual, o que condiz com o aumento da complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 56,26% neste mês e 54,07% no mês anterior. O *Safety Huddle* e a visita multiprofissional realizada à beira do leito são fatores relevantes no sucesso dessa meta, por otimizar o tempo e a utilização dos recursos, além de direcionar de maneira mais assertiva a condução do quadro clínico dos pacientes.

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

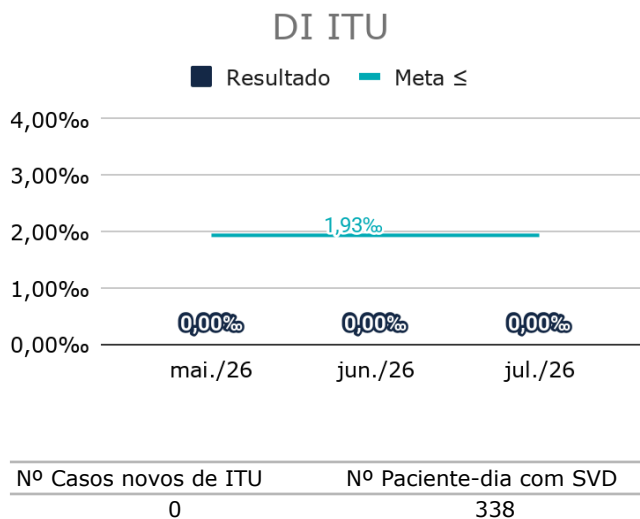


Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	407

Análise crítica: No mês de Julho não ocorreu densidade incidência de infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS).

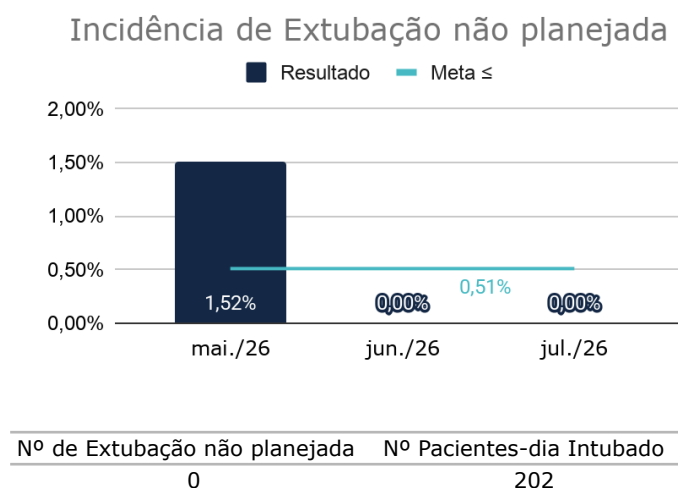
5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

relacionada a cateter vesical



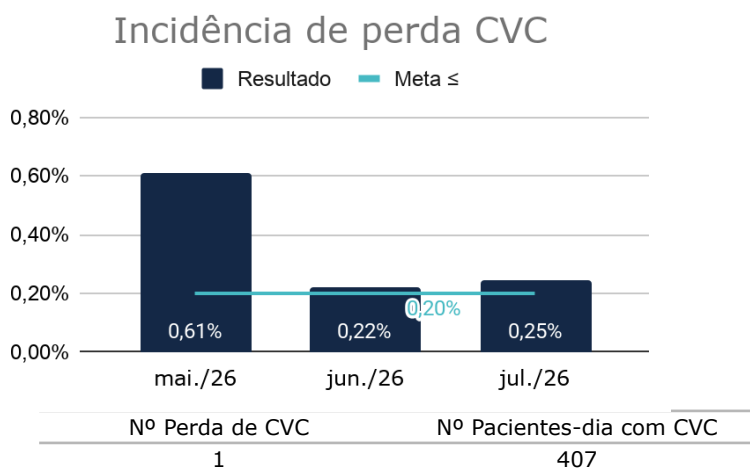
Análise crítica: No mês de Julho não ocorreu densidade incidência de ITU relacionada a cateter vesical.

5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



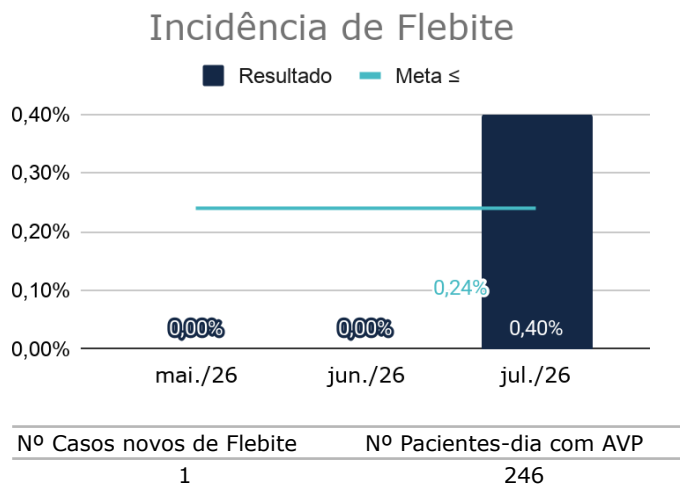
Análise crítica: No mês de Julho não ocorreu Incidência de Extubação Acidental.

5.2.10 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



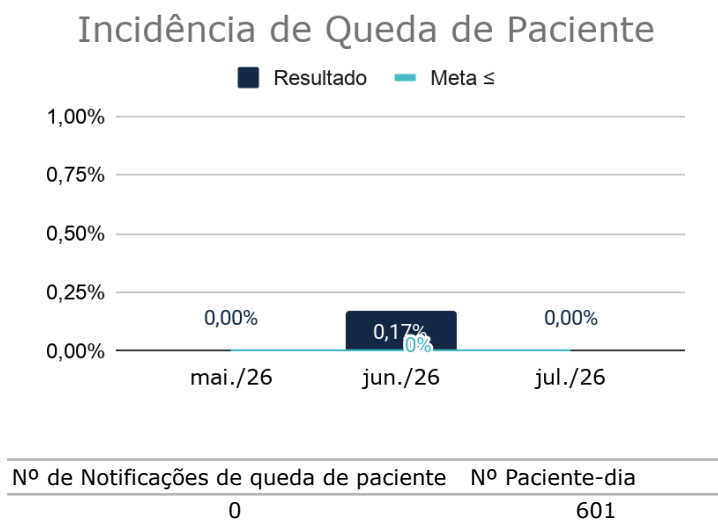
Análise crítica: No mês de Julho, houve 01 caso de perda de cateter venoso central, que representou uma incidência de 0,25%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 04/07/2026, com a paciente A. S. G., 41 anos, sexo masculino, que estava internado por PNM, PO Laparotomia Exploradora, antecedente Etilista Crônico, sacou acidentalmente o cateter central e repuncionado novo acesso periférico.

5.2.11 Incidência de Flebite



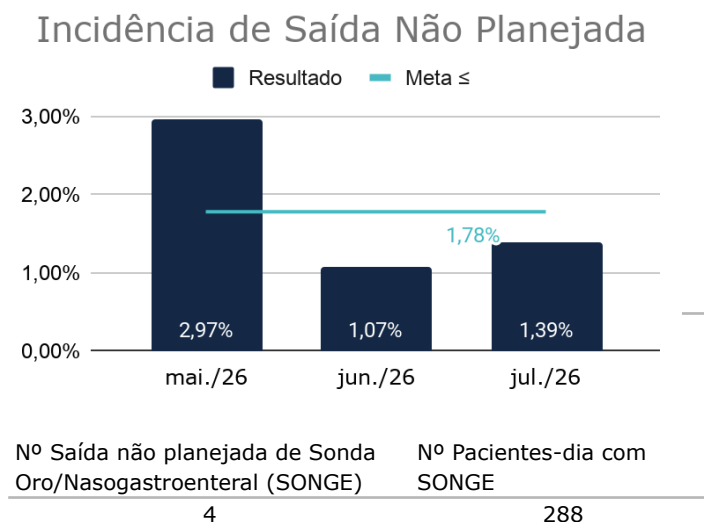
Análise crítica: No mês de Julho, houve 01 caso de incidência de Flebite, que representou uma incidência de 0,40%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 07/07/2026, com a paciente R. P. S., 36 anos, sexo masculino, que estava internado por PO de Inserção de DVE, antecedentes HAS, que apresentou uma Flebite Grau II em Membro Superior Esquerdo, acesso venoso periférico do dia 05/07/2026, dentro da validade, recebendo antibioticoterapia, sacado o acesso periférico e puncionado novo acesso venoso e realizado compressa local.

5.2.12 Incidência de Queda



Análise crítica: No mês de Julho não ocorreu incidência de Queda de Paciente.

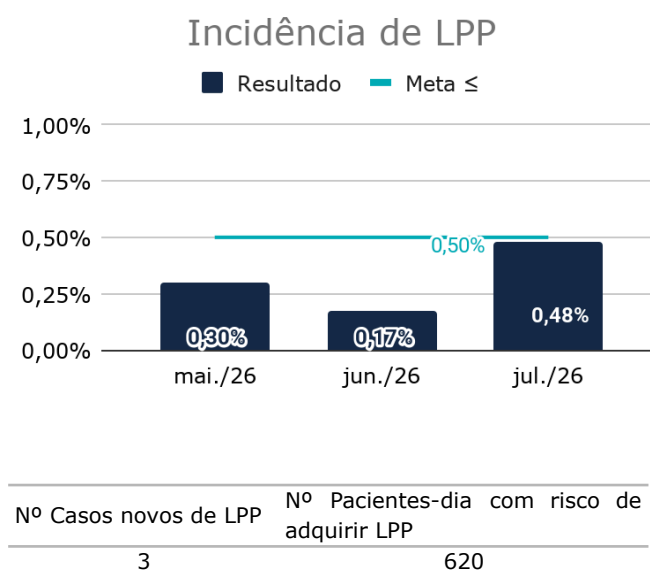
5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral



Análise crítica: No período analisado, foram registradas 288 sondas em uso, com 04 saídas não planejadas, correspondendo a uma taxa aproximada de 1,39%. O

indicador demonstra ocorrência pontual, porém com impacto relevante na segurança assistencial, reforçando a necessidade de manutenção das medidas preventivas relacionadas à fixação adequada dos dispositivos, monitoramento contínuo dos pacientes e orientação da equipe quanto ao manejo seguro das sondas. A vigilância constante e o fortalecimento das boas práticas assistenciais são fundamentais para redução de perdas não planejadas e prevenção de complicações associadas.

5.2.14 Índice de Lesão por Pressão

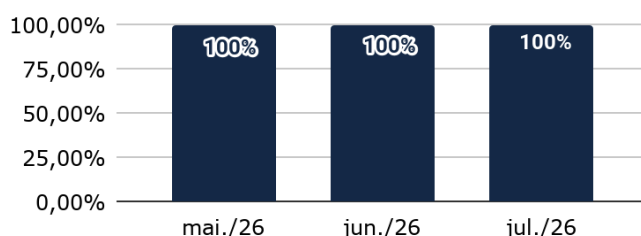


Análise crítica: No mês de Julho, ocorreram 03 novos casos de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,48%, acima da meta contratual. O caso ocorreu com o paciente J. E. S., 71 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 21/06/2026 com hipótese diagnóstica de IC Descompensada, RNC, antecedentes de ICC, HAS, DM e EX Tabagista. Paciente IOT, submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas, em uso de CNE mantendo jejum, escala de braden com risco moderado, foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito. O segundo caso ocorreu com o paciente F. B. S., 69 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 12/07/2026 com hipótese diagnóstica de Traumatismo Craniano, antecedentes DM. Paciente

submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso e drogas vasoativas, em uso de CNE recebendo dietoterapia, escala de braden com risco moderado , foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau I , após retirada da placa de hidrocoloide para proteção de LPP, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito. O terceiro caso ocorreu com a paciente V. B. F; 35 anos, sexo feminina, admissão na UTI em 10/07/2026 com hipótese diagnóstica PO de Laparotomia Exploradora por Colecistite. Paciente submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso e drogas vasoativas, em uso de NPT mantendo jejum, escala de braden com alto risco , foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau I acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito.

5.2.15 Adesão a protocolos institucionais

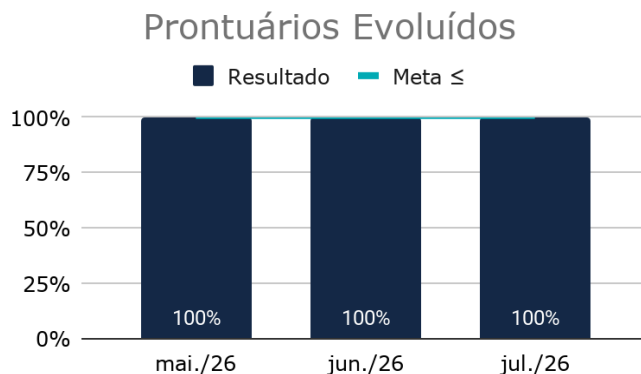
Adesão a protocolos institucionais



Procedimentos conforme protocolo	Procedimentos avaliados
620	620

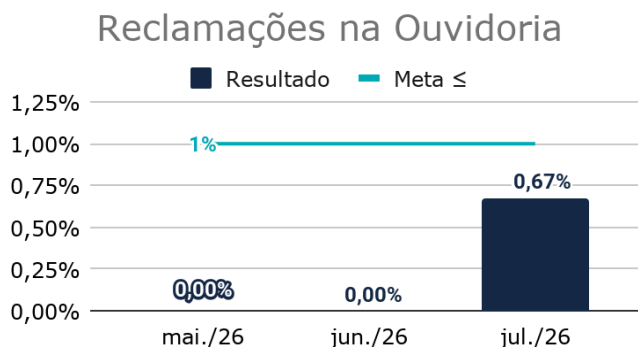
Análise crítica: No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital. As condutas assistenciais seguiram diretrizes estabelecidas, garantindo conformidade com os padrões de qualidade e segurança do paciente.

5.2.16 Prontuários Evoluídos



Análise Crítica: Durante o mês de referência, todos os pacientes foram evoluídos. Equipe médica, fisioterapeutas e enfermeiros realizaram evolução no sistema Input. A equipe técnica de enfermagem realizou evolução manual.

5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna

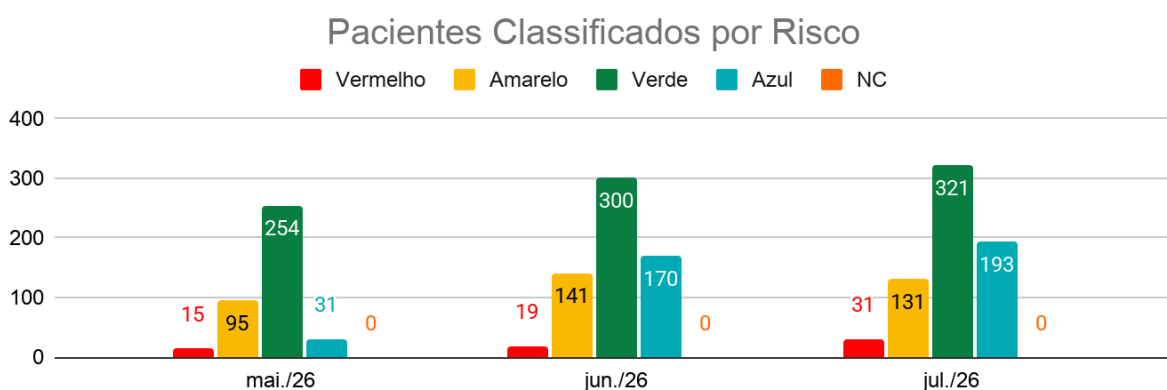


Análise crítica: Tivemos dois casos de registro ouvidoria interno, referente a 0,67%, que ocorreu no dia 07/06, foi registrada manifestação (Nº 1249574) do pai de um paciente relatando possível falha na comunicação e no acolhimento durante a assistência, envolvendo alegações de postura inadequada da profissional e recusa na administração de medicação prescrita. Os fatos descritos, caso confirmados, podem representar não conformidade com os princípios de humanização, respeito ao paciente e com as boas práticas

assistenciais. Realizado a apuração dos fatos por meio da escuta das partes envolvidas e análise do prontuário e dos registros assistenciais, a fim de verificar a conformidade da conduta adotada e, se necessário, implementar ações de orientação e melhoria dos processos para fortalecer a qualidade e a segurança da assistência. A segunda ouvidoria ocorreu em 08/07/2026 foi registrada manifestação (Nº 1251457) do pai de um paciente relatando à preocupação do familiar quanto ao cumprimento da orientação médica referente ao uso exclusivo do cateter de hemodiálise e ao atraso na administração da medicação. O relato indica a necessidade de apuração dos fatos, com verificação da comunicação entre a equipe multiprofissional, do registro das orientações em prontuário e da conduta adotada pela equipe de enfermagem diante da indisponibilidade de outro acesso venoso. Realizado análise do caso, alinhamento das condutas assistenciais e reforço das práticas de comunicação e segurança do paciente, visando prevenir a recorrência de situações semelhantes.

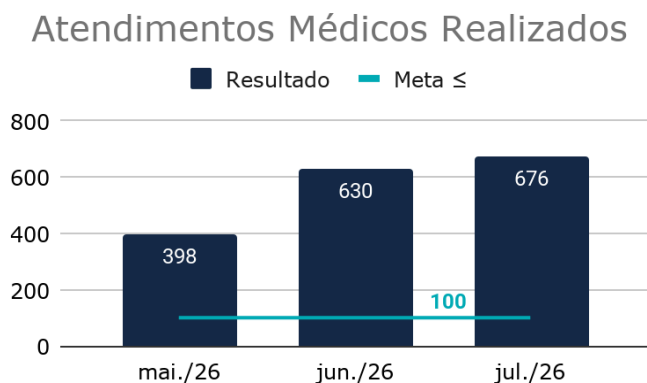
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação

5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



Análise crítica: Os dados demonstram predominância da classificação verde no mês analisado, 321 em julho. Considerando que a unidade opera em regime de porta fechada, esse resultado está alinhado ao fluxo institucional, uma vez que muitos pacientes são encaminhados para avaliação de especialistas, acompanhamento clínico ou definição de conduta terapêutica, sem apresentar sinais de gravidade imediata. Os casos classificados como amarelo e vermelho permaneceram em menor proporção, indicando que a maior parte dos pacientes avaliados apresentava condições clínicas estáveis, embora necessitasse de suporte especializado. Sob a ótica da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), o acolhimento com classificação de risco tem como finalidade organizar o fluxo assistencial de acordo com a necessidade clínica e não pela ordem de chegada. Nesse cenário, observa-se que a classificação de risco tem contribuído para a priorização adequada dos casos mais graves, garantindo acesso oportuno aos pacientes com maior necessidade de intervenção imediata, sem comprometer a assistência aos pacientes encaminhados para avaliação especializada. Os resultados demonstram adequação do perfil de classificação de risco à característica de hospital de porta fechada, com predomínio esperado de pacientes classificados como verde em decorrência das avaliações por especialistas. O processo de acolhimento e classificação de risco mantém sua relevância como ferramenta de organização do fluxo assistencial, contribuindo para a humanização do atendimento e para a segurança dos pacientes com maior gravidade clínica.

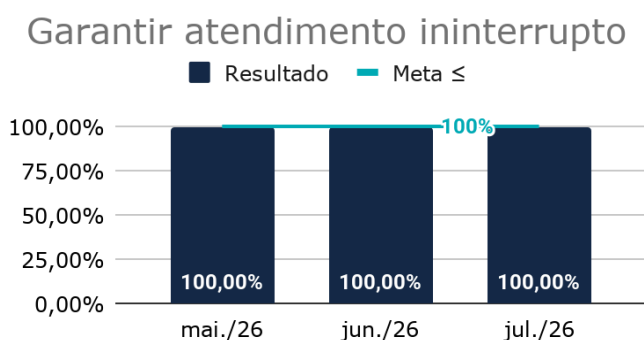
5.3.2 Nº atendimento médico



Análise crítica: No período analisado, foram realizados 676 atendimentos médicos, com predominância da classificação verde, representando 47,5% (321 pacientes), seguida de azul, com 28,6% (193), amarelo, com 19,4% (131) e vermelho, com 4,6% (31). A presença de 24,0% de pacientes classificados como amarelo ou vermelho demonstra, entretanto, a ocorrência de casos com maior necessidade de prioridade clínica, reforçando a importância da adequada estratificação de risco e da rápida identificação dos pacientes potencialmente graves. Os dados indicam que a Classificação de Risco apresenta-se como ferramenta efetiva para organização do fluxo assistencial, permitindo priorizar o atendimento conforme a gravidade clínica, promover maior segurança e favorecer a equidade no cuidado. Recomenda-se a manutenção do monitoramento do perfil das classificações, especialmente dos casos amarelos e vermelhos, visando avaliar a resolutividade e a adequação dos fluxos assistenciais.

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

5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto



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

5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO

Análise crítica: Pacientes vermelhos são encaminhados imediatamente para a emergência e o atendimento é realizado prontamente pela equipe multiprofissional e de enfermagem.

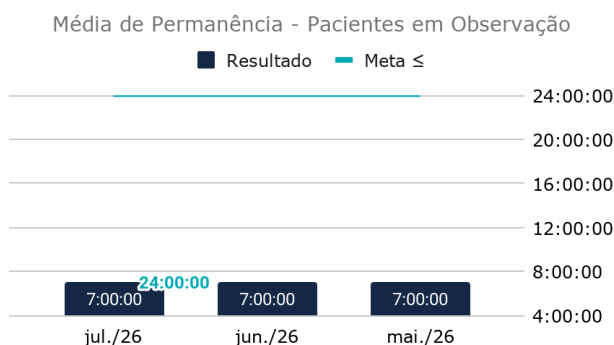
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

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

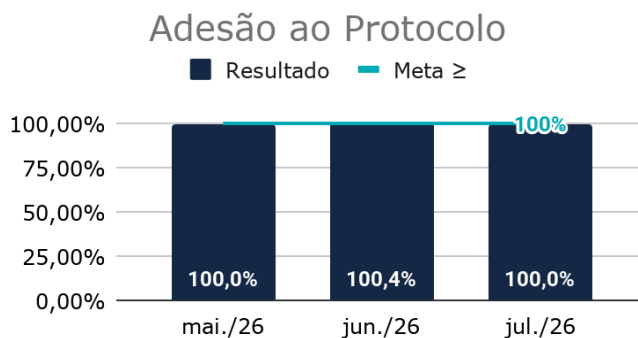
Análise crítica: Na unidade, o atendimento inicia-se com a classificação de risco, seguida da abertura da ficha, garantindo acolhimento imediato e acompanhamento contínuo nos casos referenciados. O tempo médio entre essas etapas é de cerca de 10 minutos, favorecendo organização e segurança assistencial. 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



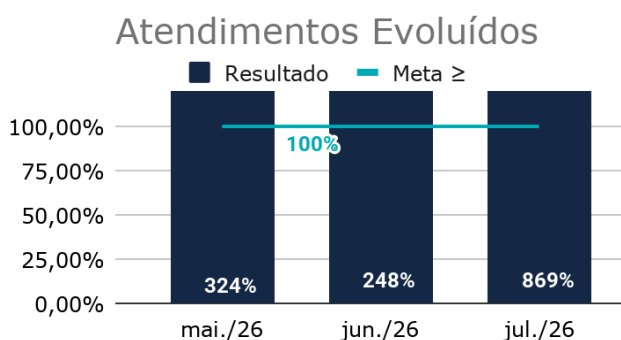
Análise crítica: O tempo médio de permanência na Unidade de Observação é de 7,0 horas, resultado significativamente inferior à meta estabelecida de menos de 24 horas, evidenciando eficiência no fluxo assistencial, agilidade na tomada de decisões clínicas e boa articulação da equipe multiprofissional.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

5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos



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



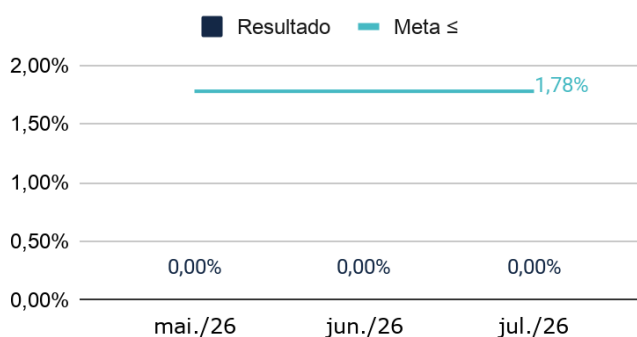
Atendimentos Médicos Realizados	FA
1678	193

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

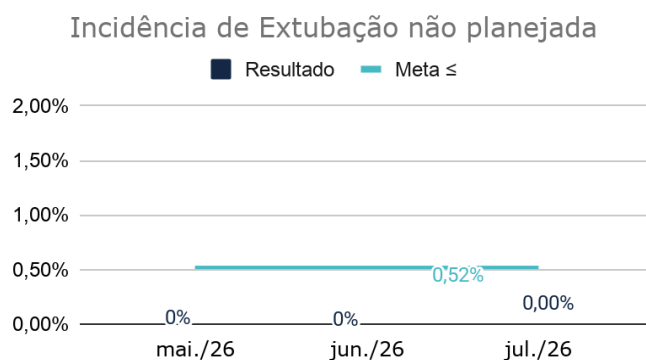
Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	10

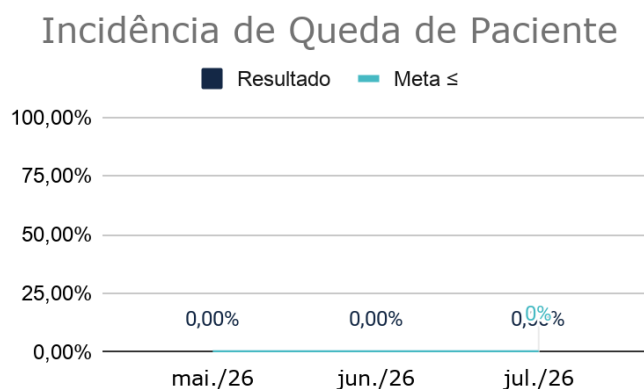
Análise crítica: Não houve incidência de perda de sonda oro/nasogastroenteral no período apurado.

5.4.9 Taxa de extubação acidental



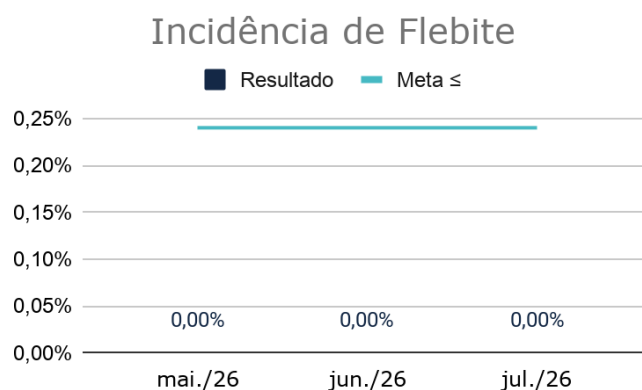
Análise crítica: No mês de julho, não houve registro de incidência de extubação não planejada no pronto socorro.

5.4.10 Queda de Paciente



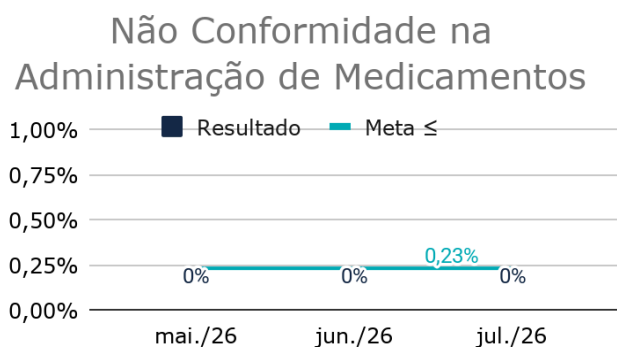
Análise crítica: No mês de julho não houve incidência de Queda.

5.4.11 Incidência de Flebite



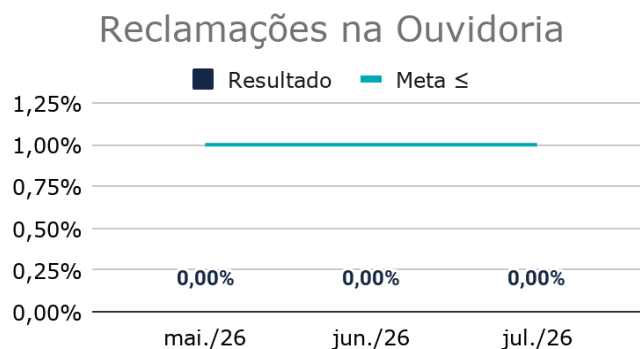
Análise crítica: No mês de julho não houve incidência de Flebite.

5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos



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

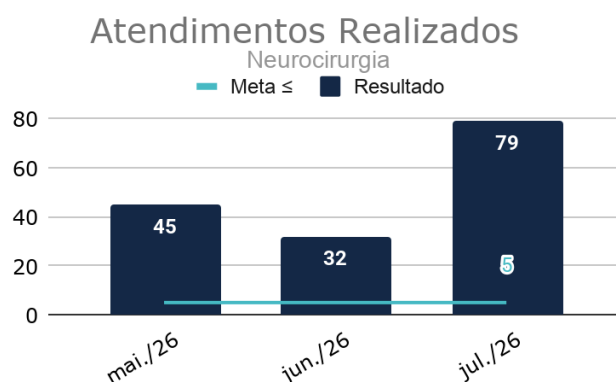
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria



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

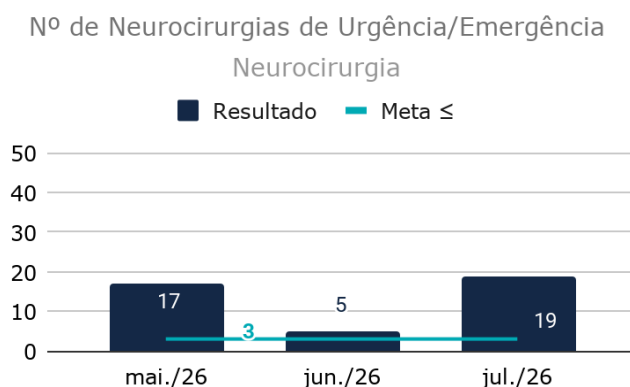
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.5.1 Número de atendimentos



Análise Crítica: Foram realizados 79 atendimentos de neurocirurgia no Hospital Regional Sul (Pronto Socorro Adulto e unidades de internação) no mês de julho.

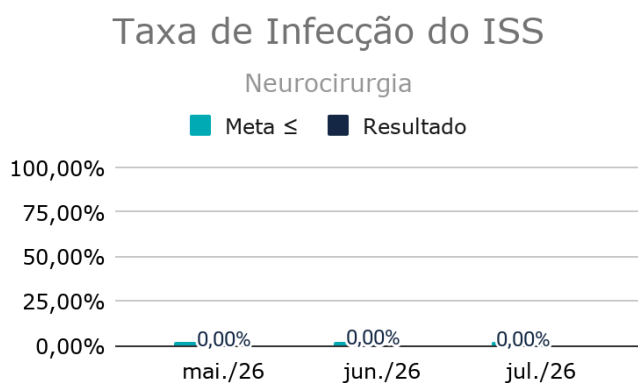
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



Análise Crítica: Foram realizadas 19 neurocirurgias de urgência no mês de julho.

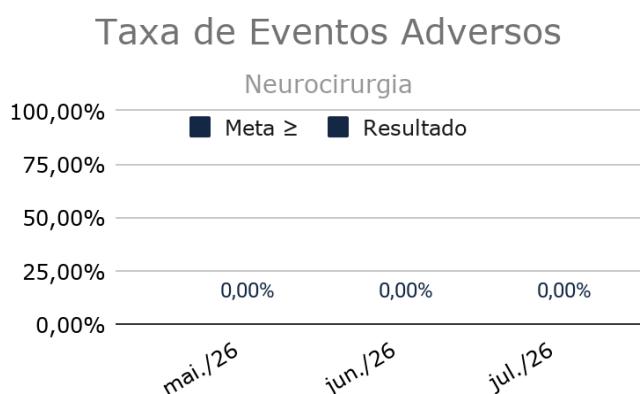
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



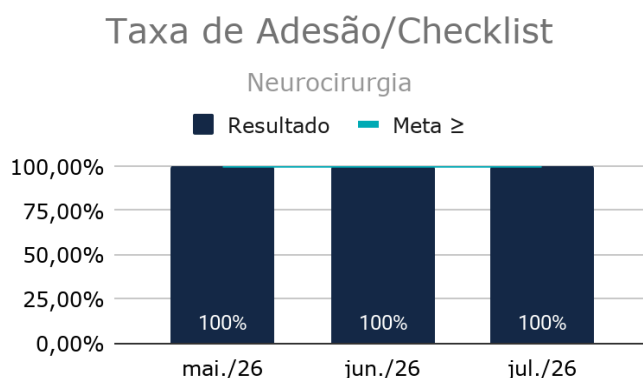
Análise crítica: Não houveram casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISS).

5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



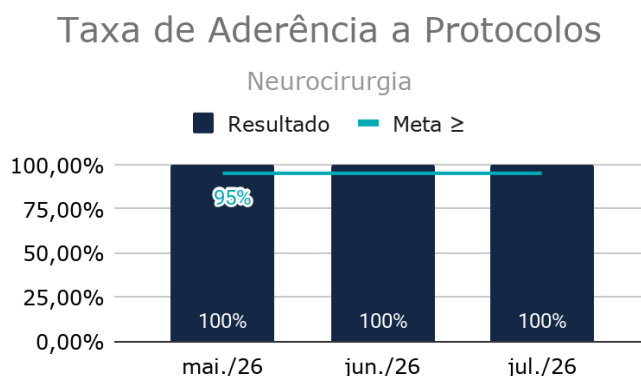
Análise crítica: Não houveram eventos sentinelas intraoperatórios no período apurado.

5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos



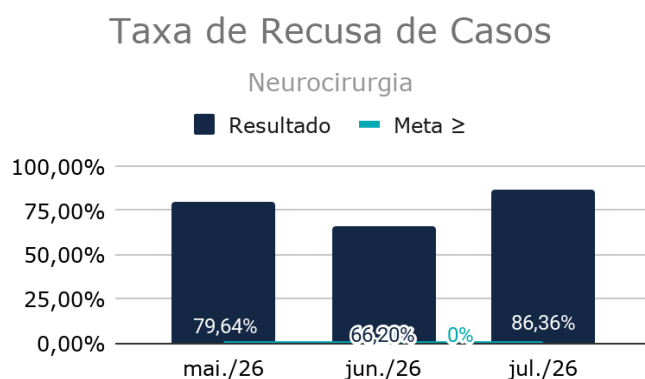
Análise crítica: Durante o período analisado, não foi registrada nenhuma taxa de não conformidade relacionada ao checklist dos pacientes da neurocirurgia. Esse resultado evidencia a adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



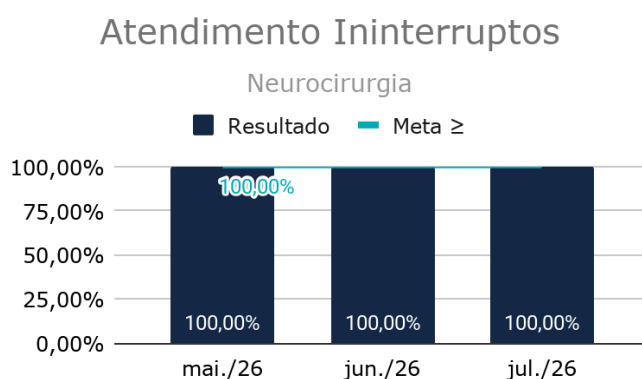
Análise crítica: A taxa de aderência aos protocolos de profilaxia antibiótica nos procedimentos de neurocirurgia foi efetiva, com administração realizada no momento da anestesia, conforme preconizado.

5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



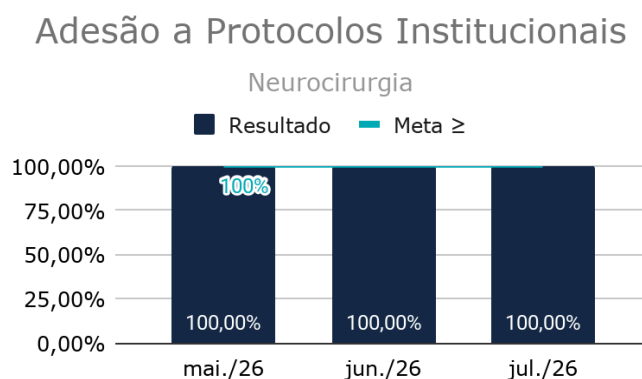
Análise crítica: No mês de julho foram solicitadas via CROSS 176 vagas, foi cedida 01 vaga, recusadas 152 vagas e atendidas 32 vaga zero. Tivemos uma taxa de 86,36% de recusas de casos da Neurocirurgia. Sendo esses 73 casos sem vaga de UTI Adulto/ Pediátrica, 09 casos não pertinentes e sem urgência, 61 não são referência (não tem especialidade), 07 casos a equipe se encontrava em campo e não teria condições de operar outro paciente grave naquele momento e 02 sem oncologia ou neurocirurgia oncológica.

5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



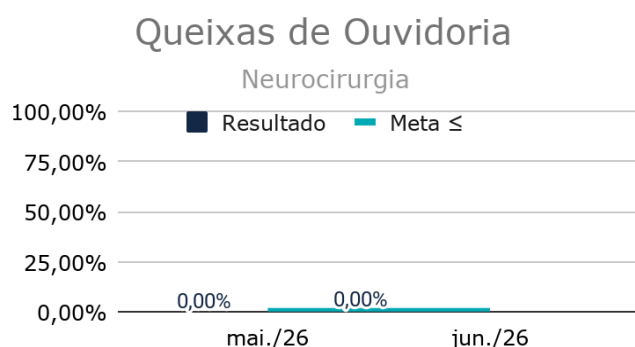
Análise crítica: Foi garantido atendimento ininterrupto da neurocirurgia no período, com melhoria na organização dos processos e no alinhamento da comunicação entre as equipes, contribuindo para maior segurança e continuidade da assistência prestada.

5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais



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

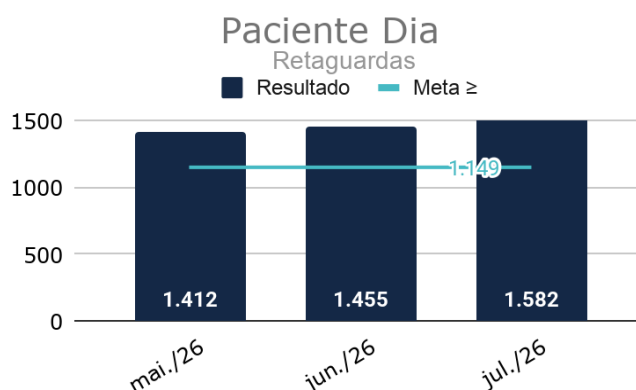
5.6.8 Queixa Ouvidoria



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

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

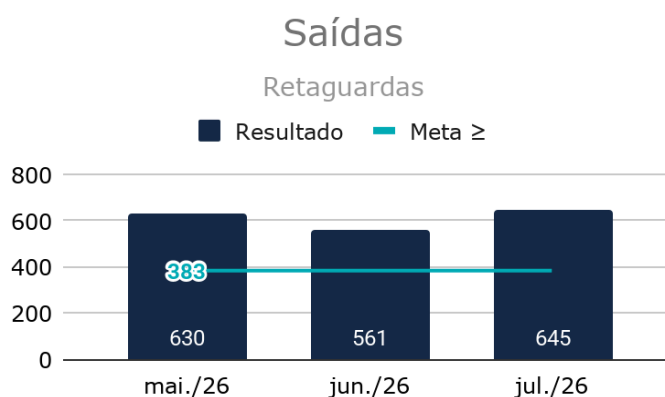
5.7.1 Paciente dia



Análise crítica: Observou-se aumento do indicador de paciente-dia, relacionado ao perfil dos pacientes internados, especialmente aqueles provenientes de Instituições

de Longa Permanência (ILPI) e em situação de vulnerabilidade social, como moradores de área livre. Esses casos apresentaram maior tempo de permanência hospitalar devido às dificuldades no processo de desospitalização e articulação com a rede de apoio. Como consequência, houve maior ocupação dos leitos e necessidade de utilização de leitos extras para absorver a demanda assistencial, garantindo a continuidade do atendimento sem prejuízo à assistência. O cenário reforça a importância da atuação multiprofissional e do fortalecimento das estratégias de gestão de leitos e alta hospitalar segura.

5.7.2 Saídas

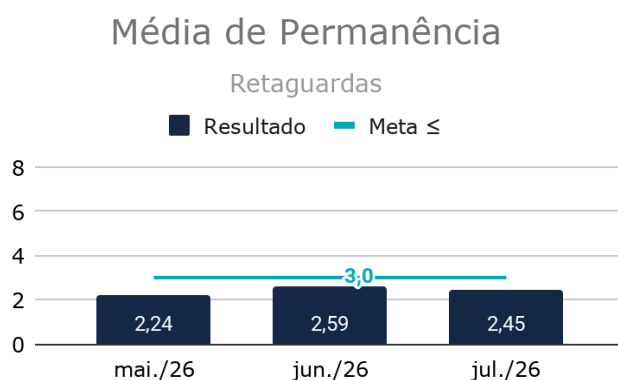


Análise crítica: No mês de julho, foram registradas 645 saídas da unidade, evidenciando elevada movimentação assistencial e importante rotatividade dos leitos. Destas saídas, 158 corresponderam a altas hospitalares, 475 transferências internas, 5 a transferências externas, 12 a óbitos (sendo 7 após 24 horas de internação e 5 com menos de 24 horas) e não houve registros de evasão. O elevado número de transferências internas demonstra a dinâmica assistencial da instituição e a necessidade de adequação contínua dos pacientes aos diferentes níveis de cuidado, favorecendo a continuidade da assistência conforme a evolução clínica. As

altas hospitalares refletem a efetividade das condutas assistenciais e dos processos de recuperação e desospitalização.

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

5.8.1 Média de Permanência (dias)



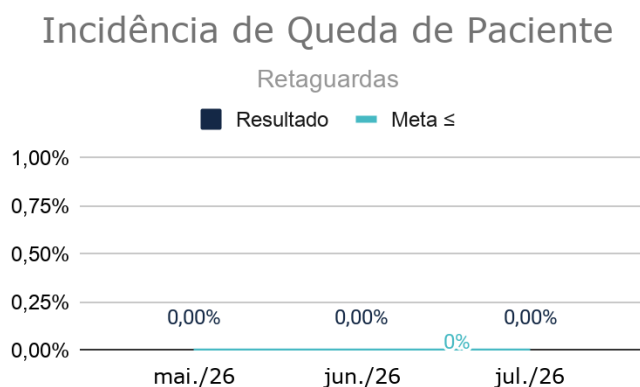
Análise crítica: Em julho, a média de permanência foi de 2,45 dias, resultado inferior à meta institucional de 3,0 dias, demonstrando desempenho satisfatório. O indicador reflete maior eficiência na gestão do fluxo assistencial, com otimização do processo de internação, definição terapêutica e alta hospitalar, mantendo a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

5.8.2 Prontuários evoluídos



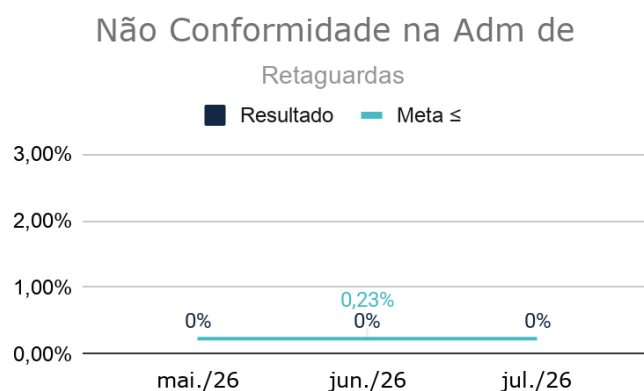
Análise crítica: Foram evoluídos 100% dos prontuários pelo INPUT.

5.8.3 Incidência de queda de paciente



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

5.8.4 Incidência de erro de medicação

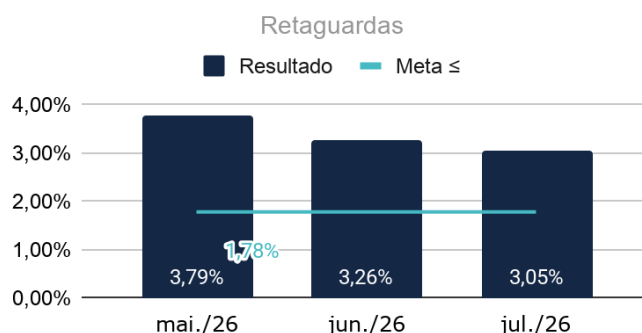


Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
0	20080

Análise crítica: Não houve no período apurado incidência de erro de medicação.

5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

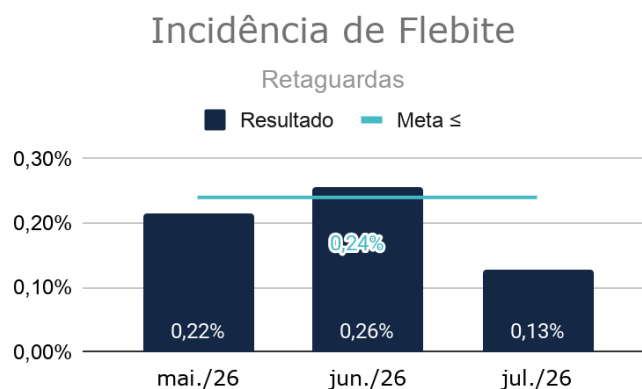
Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
5	164

Análise Crítica: Em julho, a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi de 3,05%, acima da meta institucional de 1,78%, indicando necessidade de fortalecimento das medidas preventivas. O resultado pode estar relacionado à agitação dos pacientes, falhas na fixação da sonda e perdas durante a mobilização ou realização de cuidados. Como ações de melhoria, recomenda-se reforçar a capacitação da equipe quanto à fixação e manejo das sondas, intensificar a avaliação diária dos dispositivos e monitorar os pacientes com maior risco de retirada inadvertida, visando reduzir a ocorrência dos eventos e alcançar a meta estabelecida.

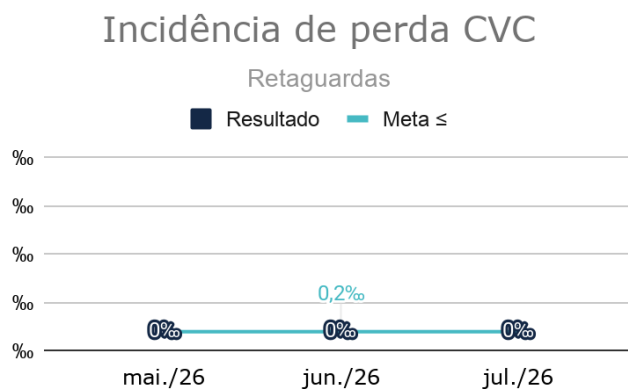
5.8.6 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
2	1558

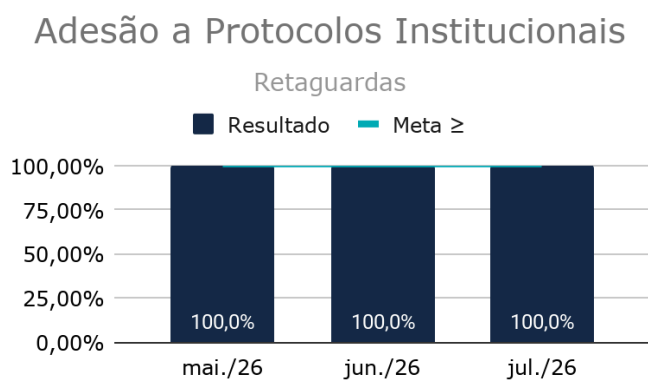
Análise Crítica: Em julho, a incidência de flebite foi de 0,13%, abaixo da meta institucional de 0,24%. O resultado reforça a necessidade de intensificar as medidas de prevenção relacionadas à terapia intravenosa, com foco na avaliação diária dos acessos venosos, identificação precoce de sinais de flebite e adesão às boas práticas de inserção, manutenção e troca de dispositivos, visando reduzir a ocorrência do evento e atingir a meta estabelecida.

5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central



Análise Crítica: Não tivemos incidência de perda de cateter venoso central no período.

5.8.8 Adesão a protocolos institucionais

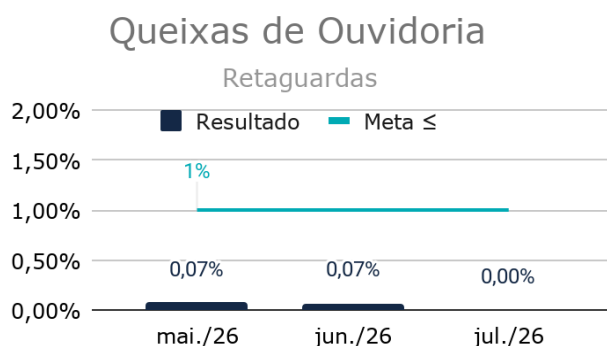


Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
954	954

Análise Crítica: Em julho, a adesão aos protocolos institucionais foi de 100%, atingindo integralmente a meta estabelecida. O resultado demonstra elevado

comprometimento das equipes com o cumprimento das diretrizes assistenciais, contribuindo para a padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade da assistência prestada. Recomenda-se a manutenção das ações de monitoramento e educação permanente para preservar esse desempenho.

5.8.9 Reclamações na ouvidoria



Análise crítica: No período analisado, não foram registradas manifestações de Ouvidoria relacionadas à assistência ou à atuação da equipe de enfermagem. O resultado demonstra ausência de registros formais de insatisfação por parte dos pacientes e/ou acompanhantes no período, mantendo-se o indicador sem ocorrências.

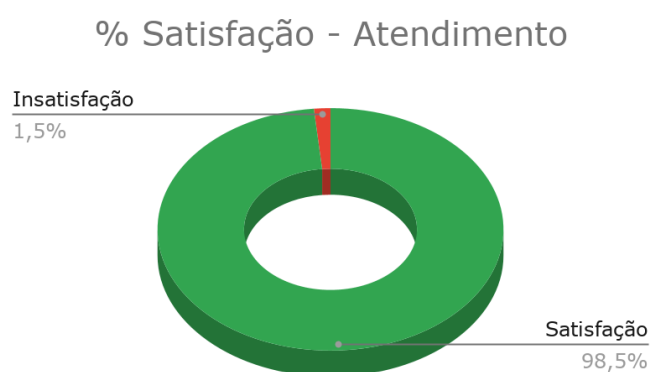
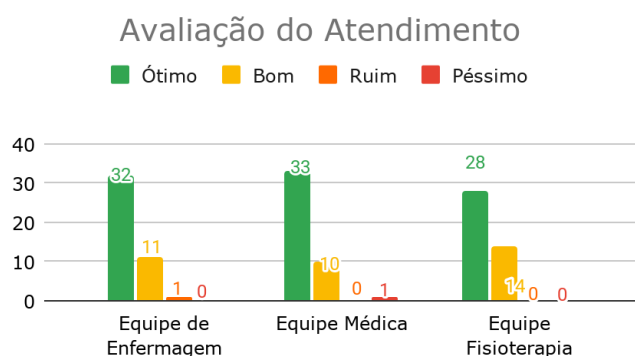
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

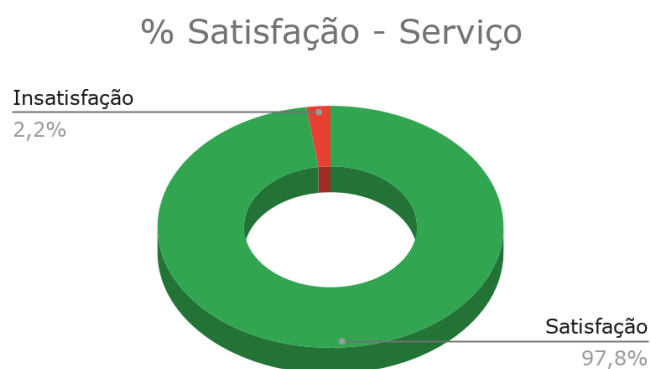
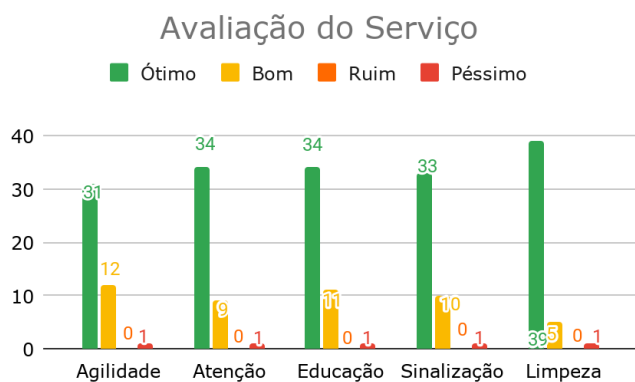
No período avaliado, tivemos o total de **84 pesquisas respondidas**, sendo **44** preenchidos na UTI adulto e **40** preenchidos no Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA).

6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI



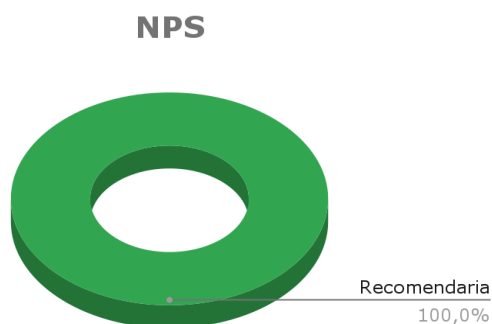
Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos **satisfação de 98,5%**, demonstrando uma percepção

6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a, atenção da equipe, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **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 Julho, foi realizado treinamento de Comunicação não violenta para a equipe do Pronto Socorro e Adulto.





Realizado Treinamento de Preparo e Administração Segura do Medicamento.





Realizado Treinamento do Código de Ética do CEJAM para equipe do Pronto Socorro e UTI.

CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim"					
Lista de Presença CEJAM					
ASSUNTO	LEITURA DO CÓDIGO DE ÉTICA CEJAM - ENTREGA DE QR CODE DETALHES DO CÓDIGO DE ÉTICA CANAL OFICIAL DO CEJAM YOUTUBE			DATA	ASSINATURA
LOCAL	HOSPITAL REGIONAL SUL - UTI 1 E UTI 2 - 1ª			HORÁRIO DE REGISTRO	
INTERFESTORAS	NOME COMPLETO	MATRÍCULA	DATA	ASSINATURA	
1	HOSPITAL REGIONAL SUL	Carla Silva Santos	7798	22/10/24	
2	HOSPITAL REGIONAL SUL	Renata Ferreira Silva	7799	22/10/24	
3	HOSPITAL REGIONAL SUL	Neusa Machado da Silva	8258	22/10/24	
4	HOSPITAL REGIONAL SUL	Graciela Buarque da Costa	7799	22/10/24	
5	HOSPITAL REGIONAL SUL	Maria Andreia da Conceição	7799	22/10/24	
6	HOSPITAL REGIONAL SUL	ACACIO SOUZA LEAO	7887	22/10/24	
7	HOSPITAL REGIONAL SUL	Erasmir da Silva Melo	7793	22/10/24	
8	HOSPITAL REGIONAL SUL	Rosane Gonçalves dos Santos	7811	22/10/24	
9	HOSPITAL REGIONAL SUL	Isabela Viana Santos	7791	22/10/24	
10	HOSPITAL REGIONAL SUL	Ricardo Carlos Ferreira	8164	22/10/24	
11	HOSPITAL REGIONAL SUL	Mariana de Jesus Machado Silva	7793	22/10/24	
12	HOSPITAL REGIONAL SUL	Donna Maria da Silva	7796	22/10/24	
13	HOSPITAL REGIONAL SUL	Regina Ferreira de Souza	7792	22/10/24	
14	HOSPITAL REGIONAL SUL	Isabela Costa	7806	22/10/24	
15	HOSPITAL REGIONAL SUL	Caroline Gomes Lima Pereira	7790	22/10/24	
16	HOSPITAL REGIONAL SUL	Isabela Costa	7790	22/10/24	

CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim"					
Lista de Presença CEJAM					
ASSUNTO	LEITURA DO CÓDIGO DE ÉTICA CEJAM - ENTREGA DE QR CODE DETALHES DO CÓDIGO DE ÉTICA CANAL OFICIAL DO CEJAM YOUTUBE			DATA	ASSINATURA
LOCAL	HOSPITAL REGIONAL SUL - 1º PRS			HORÁRIO DE REGISTRO	
INTERFESTORAS	NOME COMPLETO	MATRÍCULA	DATA	ASSINATURA	
1	HOSPITAL REGIONAL SUL	CRISTINA DA SILVA	7845	22/10/24	
2	HOSPITAL REGIONAL SUL	RODRIGO ALVES DO NASCIMENTO	7882	22/10/24	
3	HOSPITAL REGIONAL SUL	WESLEY ARAUJO MANTO	7810	22/10/24	
4	HOSPITAL REGIONAL SUL	CLAUDETE DE SOUZA BARROS	7810	22/10/24	
5	HOSPITAL REGIONAL SUL	ALDO CEZAR VIEIRA	7845	11	
6	HOSPITAL REGIONAL SUL	MARINETE ARAGÃO DE SANTANA	7816	22/10/24	
7	HOSPITAL REGIONAL SUL	JOSETE PEREIRA DE SANTANA	7841	22/10/24	
8	HOSPITAL REGIONAL SUL	JOSELENE SOUSA GASTRO	7846	22/10/24	
9	HOSPITAL REGIONAL SUL	LEIAN DO CARMO LIMA SILVA	8048		
10	HOSPITAL REGIONAL SUL	LEIAN ALMEIDA KAUER	7820	22/10/24	
11	HOSPITAL REGIONAL SUL	SANDRA REGIS ALVES	7811	22/10/24	
12	HOSPITAL REGIONAL SUL	CAROL KELY PEREIRA DA SILVA	7816	22/10/24	
13	HOSPITAL REGIONAL SUL	DANIANE GUINTEIRO DOS SANTOS BATISTA	7811	22/10/24	
14	HOSPITAL REGIONAL SUL	FLAVIANA SANTOS OLIVEIRA	7816	22/10/24	
15	HOSPITAL REGIONAL SUL	RAFAEL LIMA FRANÇA	7803		

Realizado Treinamento da CIPA pelo Técnico de Segurança do Paciente.

[illegible]

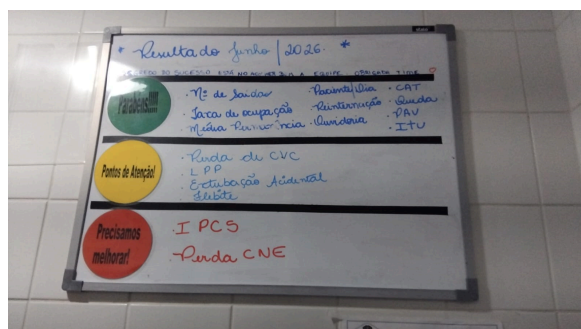
Campanha de Inverno Solidário CEJAM.



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



Apresentação Mensal dos Indicadores da UTI



São Paulo, 11 de agosto de 2026.


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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional