

Relatório de

Atividades Assistenciais

do Hospital Regional de Assis

GERENCIAMENTO DE LINHAS DE CUIDADOS

(URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - Pronto Socorro Referenciado / ONCOLOGIA - UNACON / LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA / CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E PEDIÁTRICOS)

Convênio n.º 00423/2025

Outubro
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

GERENTE TÉCNICO

Cristiani Silvério de Andrade Bussinati

MÉDICO PREPOSTO

Felippe Antonio Goes Scorcioni

ENFERMEIRO PREPOSTO

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

ENCARREGADA ADMINISTRATIVA

Camila de Moraes Gomes

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERfil INSTITUCIONAL	6
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	6
1.2 Convênio nº 00423/2025	7
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	8
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	8
4. FORÇA DE TRABALHO	9
4.1 Dimensionamento	9
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT	9
4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	10
4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ	10
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	11
4.2.1 Absenteísmo	11
4.2.2 Turnover	12
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	13
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	14
5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica	14
5.1.1 Saídas	14
5.1.2 Taxa de Ocupação	15
5.1.3 Média de Permanência	16
5.1.4 Taxa de Mortalidade	17
5.1.5 Taxa de Reinternação	18
5.1.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	18
5.1.7 Índice de Lesão por Pressão	19
5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	20
5.1.9 Incidência de Queda de paciente	21
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	21
5.1.11 Prontuários Evoluídos	22
5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	23
5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica	24
5.2.1 Saídas	24
5.2.2 Taxa de Ocupação	25
5.2.3 Média de Permanência	26
5.2.4 Taxa de Mortalidade	26
5.2.5 Taxa de Reinternação	27
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	28
5.2.7 Índice de Lesão por Pressão	29
5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	29
5.2.9 Incidência de Queda	30
5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	30
5.2.11 Prontuários Evoluídos	31

5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	32
5.3 Indicadores Oncologia	33
5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica	33
5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos	33
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas	34
5.3.4 Cirurgia Plástica	34
5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	35
5.3.6 Reclamações na Ouvidoria	35
5.3.7 Incidência de Queda	36
5.3.8 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	36
5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos	37
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados	37
5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado	38
5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência	38
5.4.2 Atendimentos por Especialidade	39
5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado	39
5.4.4 Taxa de Mortalidade	40
5.4.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	41
5.4.6 Índice de Lesão por Pressão	42
5.4.7 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	43
5.4.8 Incidência de Queda	44
5.4.9 Reclamações na Ouvidoria Interna	44
5.4.10 Prontuários Evoluídos	45
5.4.11 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	46
5.5 Indicadores UTI Adulto 04 leitos	47
5.5.1 Saídas UTI Adulto B - UTI cirúrgica	47
5.5.2 Taxa de Mortalidade	48
5.5.3 Prontuários Evoluídos	49
5.5.4 Densidade de Incidência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao acesso Vascular central	50
5.6 Indicadores UTI Ped/UTIN	51
5.6.1 Saídas UTI Pediátrica	51
5.6.2 Saídas UTI Neo	52
5.6.3 Média de Permanência - UTI Pediátrica	53
5.6.4 Média de Permanência - UTI NEO	53
5.6.5 Mortalidade - UTI Pediátrica	54
5.6.6 Mortalidade - UTI Neo	55
5.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica	56
5.7.1 Saídas	56
5.7.2 Prontuários Evoluídos	57
5.7.3 Queda de Paciente	57
5.7.4 Incidência de Erro de Medicação	58

5.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco	59
5.8.1 Consultas de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco	59
5.8.2 Queixas em Ouvidoria	59
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	60
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	60
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica	61
6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica	61
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	62
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica	62
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica	63
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	63
6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia	64
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia	64
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)	65
6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR	65
6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR	66
6.1.12 Net Promoter Score (NPS)	66
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	67

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.

Em 31/07/2025 foi assinado o **Termo Aditivo** tem por finalidade a alteração do Plano de Trabalho, do **Convênio nº 00423/2025**, contemplando a Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Unidade de Terapia Intensiva Infantil; Clínica Pediátrica; Unidade de Coleta e Transfusão (Banco de Sangue); Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Laboratório; Clínica Psiquiátrica; Farmácia; Ambulatório de Gestação de Alto Risco; e no suporte de profissionais de retaguarda, a saber: cirurgião pediátrico, cirurgião vascular, médico nefrologista e médico ortopedista.

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 outubro de 2025**

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é composta por **264** colaboradores, sendo a equipe efetiva no período formada por **252** contratados por processo seletivo (CLT) e **14** por meio 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	Auxiliar Administrativo I (36h)	13	13	✓
	Auxiliar Administrativo (40h)	3	3	✓
	Encarregado Administrativo (40h)	2	1	↓
Assistencial	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar de Farmácia II (30h)	4	4	✓
	Biomédico (30h)	3	3	✓
	Biomédico (30h) - noturno	3	3	✓
	Enfermeiro Preposto (40h)	2	1	↓
	Enfermeiro II (36h)	23	23	✓
	Enfermeiro II (36h) - noturno	17	17	✓
	Enfermeiro Obstetra (36h) - noturno	3	3	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	✓
	Farmacêutico (30h)	2	2	✓
	Farmacêutico (30h) - noturno	5	5	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fonoaudiólogo (30h)	1	0	↓
	Médico Cirurgião Geral (12h)	8	5	↓
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno	0	0	✓

Médico Preposto (20h)	2	1	↓
Psicólogo (30h)	2	2	✓
Técnico de Enfermagem II (36h)	87	84	↓
Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno	67	65	↓
Técnico de Laboratório (36h)	3	3	✓
Técnico de Laboratório (36h) - noturno	3	3	✓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Total	264	252	↓

Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que contratamos 95,45% da previsão de colaboradores. O quadro atual demonstra **adesão parcial ao dimensionamento previsto**, ou seja, **atingiu 95,45% da meta de efetivo** para o mês de Outubro de 2025. 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

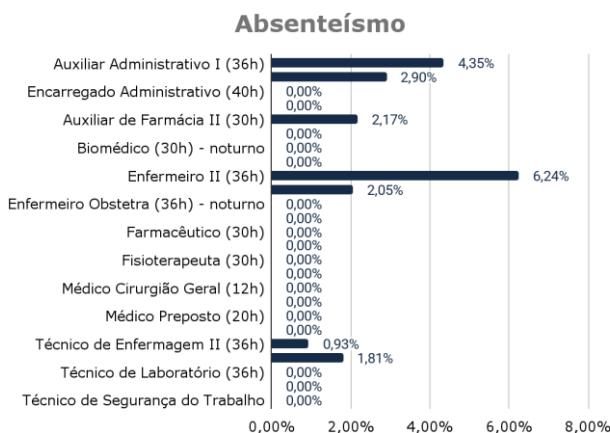
A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

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



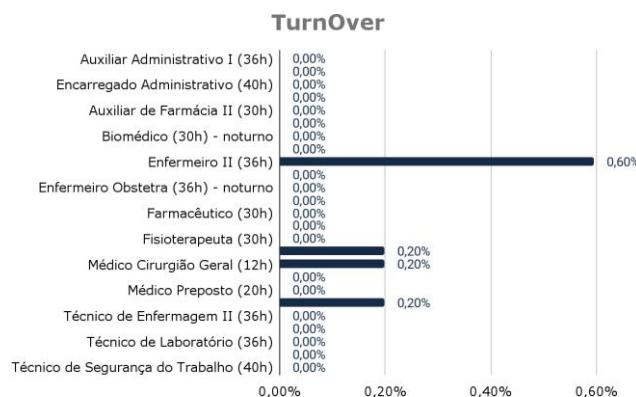
Análise Crítica: No mês de Outubro de 2025 tivemos 104 dias de ausência justificadas por meio de atestado médico e licença gala.

- Auxiliar Técnico Administrativo 36h (total de 13 dias)
- Auxiliar Técnico Administrativo 40h (total de 2 dias);
- Auxiliar de Farmácia (total de 2 dias);
- Fonoaudióloga (total de 1 dias);
- Enfermeiro diurno (total de 33 dias);
- Enfermeiro Noturno (total de 8 dias);
- Técnico de Enfermagem diurno (total de 18 dias);
- Técnico de Enfermagem noturno (total de 27 dias);
- Técnico de Enfermagem diurno (total 10 dias licença gala);

As ausências dos técnicos de Enfermagem diurno e noturno e enfermeiros diurno e noturno foram cobertas por meio de remanejamento de profissionais folguistas da própria Unidade, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes sem prejuízo para a assistência. A ausência dos auxiliares técnicos administrativos foi devidamente suprida pelo folguista, não gerando impacto negativo no desempenho das atividades nem prejuízos ao funcionamento do setor. No caso da ausência do auxiliar de farmácia, outro colega do setor, que desempenha a mesma função auxiliou na cobertura e nestes dias as tarefas

rotineiras do setor foram cobertas, priorizando as mais urgentes, sem prejuízos ao trabalho e à unidade hospitalar.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: O que tange à modalidade contratual por prazo indeterminado, o mês de Outubro de 2025 foi marcado por poucos eventos de desligamento, que contribuíram para a variação nos índices de cobertura. Ocorreram as seguintes demissões por pedido:

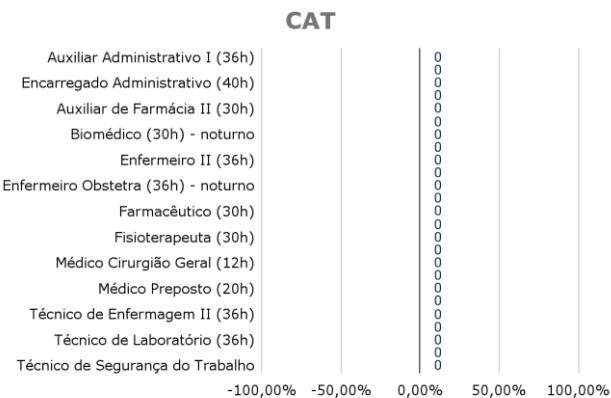
- L.F.O.L. - Médico Cirurgião desligou-se em 31/10/2025.
- L.M. - Fonoaudióloga desligou-se em 13/10/2025,

Em Outubro de 2025, foram realizadas novas contratações para suprir as vagas em aberto decorrente dos desligamentos do final de mês anterior, M.C.M.L.S - Enfermeira em 01/10/2025, J.V.A- Enfermeira 01/10/2025, D.A.R.D - Enfermeira em 06/10/2025 e G.V.S - Psicólogo - em 06/10/2025.

O gráfico apresentado ilustra a rotatividade por cargo, permitindo uma visualização objetiva dos impactos gerados e fornecendo subsídios para ações estratégicas. Essa análise visa fortalecer a tomada de decisão quanto à alocação de pessoal, à revisão de escalas, ao planejamento de admissões e à retenção de profissionais, principalmente em áreas onde a assistência direta ao paciente é mais sensível. Mantemos um monitoramento contínuo dos indicadores de cobertura de escala, rotatividade e tempo de resposta para a recomposição de equipes. Isso

visa 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: Durante o mês de Outubro de 2025, não foram registrados acidentes de trabalho na unidade, o que demonstra a eficácia das ações preventivas e o comprometimento da equipe com as normas de segurança e saúde ocupacional.

As medidas de prevenção implementadas ao longo do período — como reforço nas orientações sobre o uso correto de EPIs, inspeções rotineiras nos ambientes de trabalho, e a manutenção preventiva de equipamentos — contribuíram de forma significativa para a eliminação de riscos e para a promoção de um ambiente laboral mais seguro.

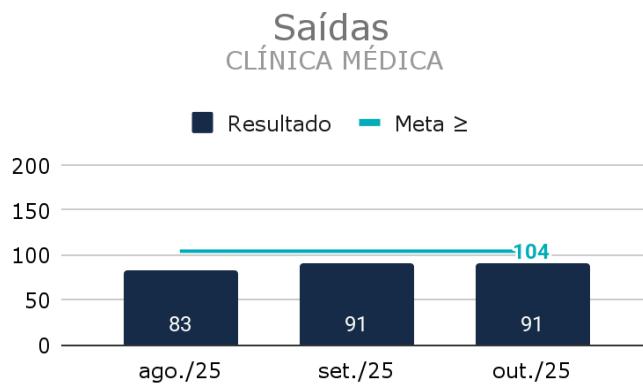
Observa-se ainda que o engajamento dos colaboradores, aliado à atuação proativa da equipe de gestão, tem sido determinante para a consolidação da cultura de segurança. Recomenda-se a continuidade das ações educativas e de monitoramento, visando manter o índice de acidentes zerado e aprimorar continuamente os processos de prevenção.

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



Saídas	
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	65
Evasão	0
Transferência Interna	14
Transferência Externa	3
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	9
Total	91

Análise crítica: No mês em análise, o número de saídas de pacientes na clínica médica atingiu 87,5% da meta contratual pactuada. Tal fato pode ser justificado pelo perfil de pacientes admitidos nesta unidade, composto por casos complexos que têm requerido grande aprofundamento durante a investigação diagnóstica e tratamentos por períodos prolongados, o que frequentemente dilata o tempo de

internação hospitalar e reduz a capacidade da equipe em garantir alta rotatividade de leitos sem comprometer a segurança da desospitalização. Salientamos ainda que o não alcance dessa meta não pode ser entendido como subutilização do serviço, uma vez que a taxa de ocupação da unidade, demonstrada logo abaixo, está dentro do esperado.

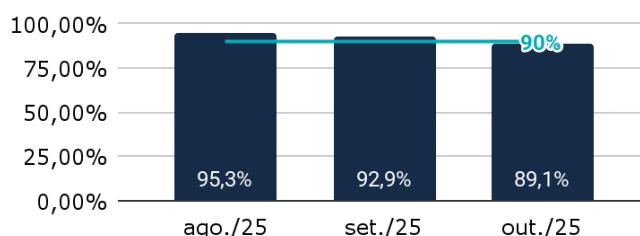
Neste cenário, informamos ainda que as altas hospitalares de pessoas cujas condições clínicas ou sociais são consideradas complexas são acompanhadas por contrarreferenciamento aos serviços de atenção primária, serviço este intermediado pela assistência social, em um processo chamado de alta qualificada.

5.1.2 Taxa de Ocupação

Taxa de Ocupação

CLÍNICA MÉDICA

■ Resultado ■ Meta ≥



Nº Paciente-dia

648

Nº Leito-dia

727

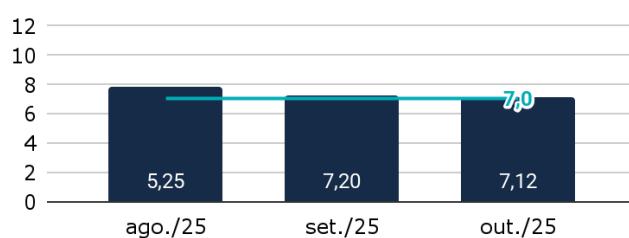
Análise crítica: A taxa de ocupação da clínica médica neste período foi de 89,1 %, ficando abaixo 1% da meta contratual ,resultado de leitos bloqueados devido isolamento de contato e privado de liberdade; reforçamos o compromisso da equipe em garantir o acesso ao maior número de usuários.

5.1.3 Média de Permanência

Média de Permanência

CLÍNICA MÉDICA

■ Resultado ■ Meta ≤

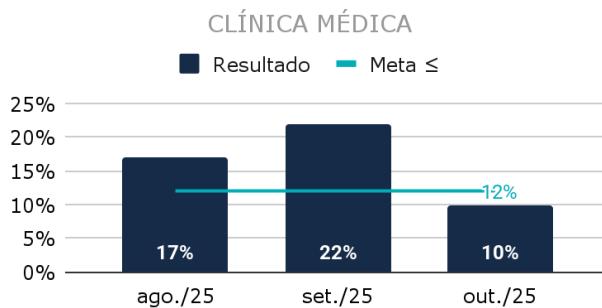


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
648	91

Análise crítica: A média de permanência na clínica médica foi de 7,1 dias, resultado que ultrapassa em algumas horas a meta contratual estabelecida. Destaca-se e justifica-se que, conforme anteriormente mencionado, a unidade tem alocado pacientes com longos períodos de internação por se tratarem de casos complexos que requerem maior aprofundamento durante a investigação diagnóstica, ou por pessoas que aguardam recursos que extrapolam a capacidade institucional. Exemplo desta última situação é o caso de um paciente privado de liberdade que segue internado na clínica médica há semanas aguardando vaga para terapia renal substitutiva em regime ambulatorial.

5.1.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total



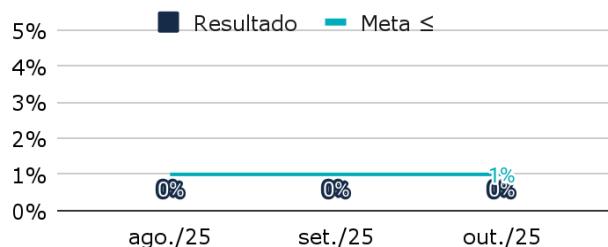
Nº Óbitos	Nº de Saídas
9	91

Análise crítica: Considerando a totalidade óbitos ocorridos na clínica médica (4), acrescida do total de óbitos ocorridos no pronto socorro referenciado mas que administrativamente foram atribuídos à clínica médica por esta ser a unidade de referência dos pacientes que faleceram (5), a taxa de mortalidade total da unidade alcançou 10%, resultado que está dentro da meta contratual mesmo considerando o perfil de usuários da unidade, formado por pessoas em tratamento curativo, pessoas em cuidados proporcionais e pessoas em cuidados paliativos exclusivos. Desses 9 óbitos: 3 eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino, 1 era mulher em idade fértil e 2 eram casos oncológicos.

5.1.5 Taxa de Reinternação

Reinternação em 24h

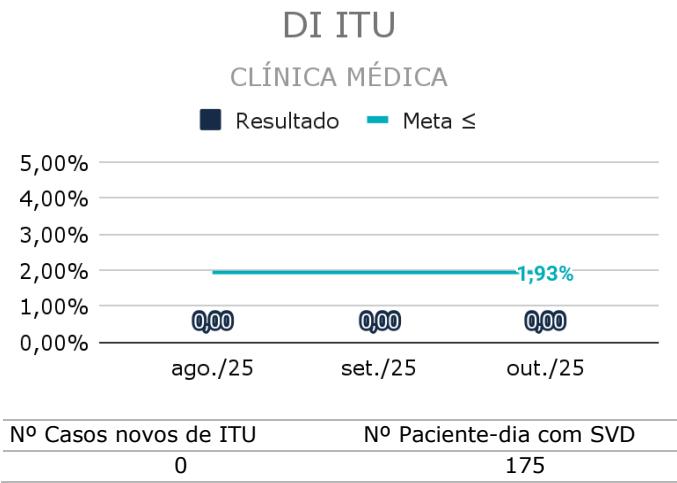
CLÍNICA MÉDICA



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	91

Análise crítica: Durante o período sob análise não foram registrados casos de reinternação precoce, resultado que atende à meta pactuada e evidencia a otimização dos processos relacionados à qualidade e a segurança da desospitalização na transição do cuidado.

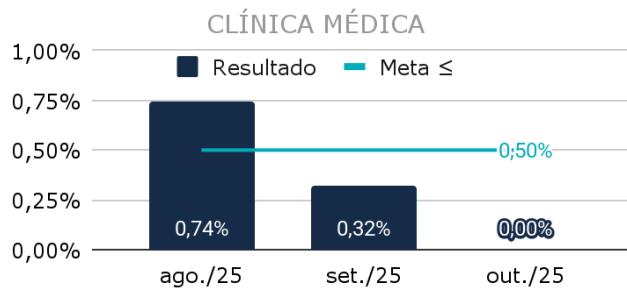
5.1.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



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

Incidência de LPP

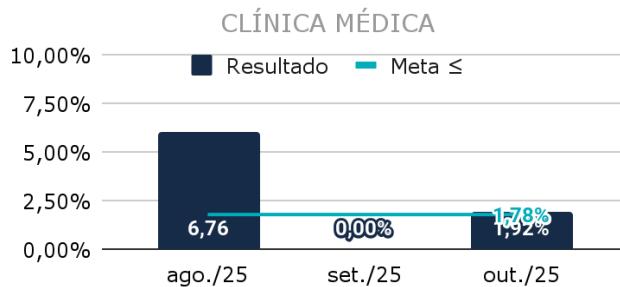


Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	187

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

Incidência de Saída Não Planejada

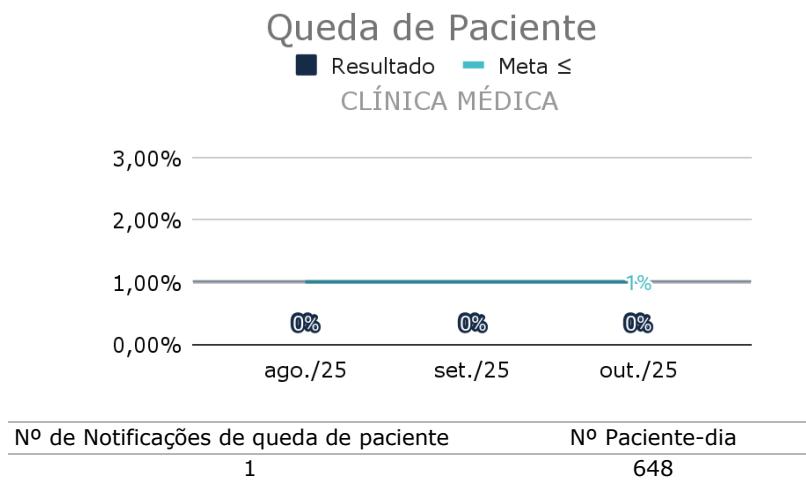


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
1	52

Análise crítica: A incidência de saída não planejada de SNE/GGT atingiu 2% dentro do grupo de pacientes em risco. Não diferentemente do histórico da unidade, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios pacientes que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento

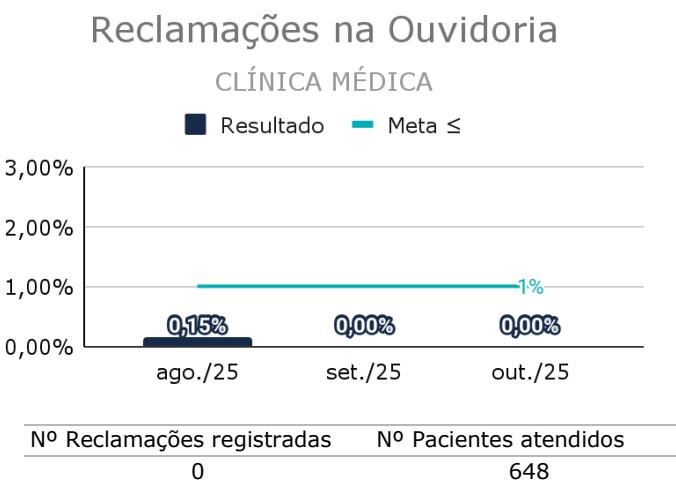
habituais e causavam confusão mental. Ações preventivas seguem sendo permanentemente realizadas, dentro do plano de ação configura-se o treinamento e orientações aos colaboradores e outros agentes do cuidado reforçando a importância da troca de fixadores para estabilização das sondas, planejamento e implementação como plano global de rotina do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a prescrição de cuidados para a não saída de sonda nasoenteral, como exemplo confecção de luvas nas mãos de pacientes agitados e a vigilância pelo enfermeiro e equipe de situações que possam levar o paciente a alterações do nível de consciência como exemplo a uremia.

5.1.9 Incidência de Queda de paciente



Análise crítica: No período avaliado houve um registro de ocorrência de queda. Seguem como planos de ação na prevenção de eventos adversos dessa natureza: A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse e a permanente orientação aos colaboradores e acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda a respeito das vigilância constante.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



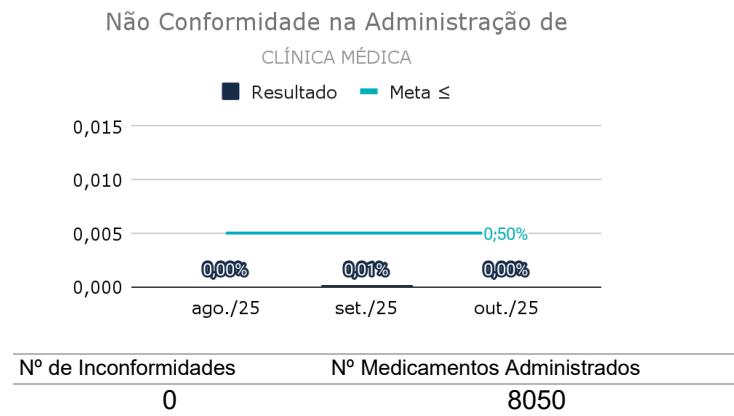
Análise crítica: No período analisado não foram registradas manifestações de reclamações referentes à clínica médica. Ressalta-se que há um canal de comunicação permanentemente aberto entre equipe, pacientes e familiares com o objetivo de aproximá-los e aprimorar a gestão no sentido de resolver eventuais conflitos.

5.1.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o período avaliado, 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 no serviço de arquivo médico da instituição.

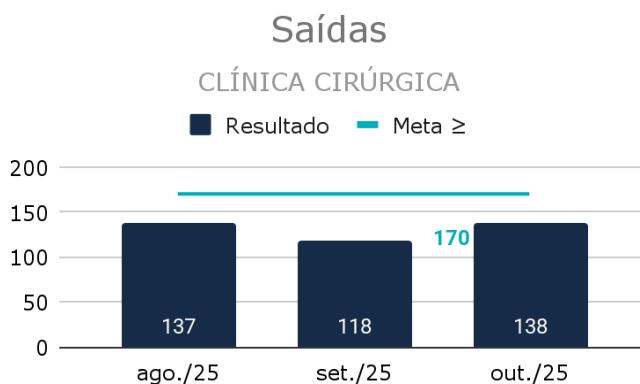
5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste último período analisado não foram registradas inconformidades na administração de medicamentos na clínica cirúrgica, atendendo à meta contratual estabelecida. Porém, foi evidenciado e notificado uma inconformidade, a qual se refere a duplicidade de dispensação de uma prescrição médica; no momento de conferência foi evidenciado e não administrado ao paciente.

5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

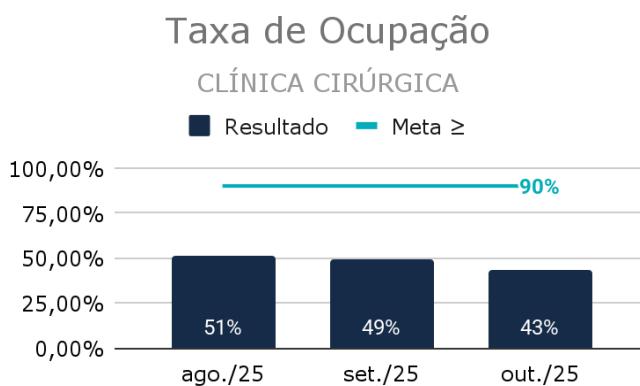
5.2.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	132
Transferência Interna	0
Transferência Externa	6
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	138

Análise crítica: O número de saídas cirúrgicas alcançou um total de 138 casos, atendendo à meta contratual estabelecida. Compreende-se este número o total de saídas de pacientes internados para procedimentos eletivos (cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto os casos classificados como "oncológicos" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador) e aqueles atendidos em caráter de urgência ou emergência (os quais são admitidos via pronto socorro referenciado, aceitos com brevidade por equipes cirúrgicas permanentemente disponíveis, de acordo com a demanda e a complexidade requerida). Todas as vagas de internação cirúrgica solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas. Faz-se necessário ainda citar que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com grande capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas pelos setores responsáveis.

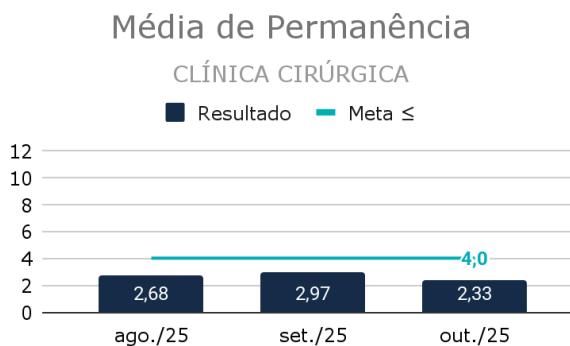
5.2.2 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
322	744

Análise crítica: No mês de referência a taxa de ocupação da clínica cirúrgica atingiu 43 % de sua capacidade total. Assim como descrito no indicador "Saídas", o resultado inferior à meta pactuada pode ser justificado pelo fato de que este número resulta da internação de pacientes admitidos via pronto socorro referenciado, no caso de casos considerados de urgência ou emergência, aceitos conforme a demanda e de acordo com critérios de gravidade; 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. Todas as vagas solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas com brevidade. Observa-se ainda que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com alta capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas.

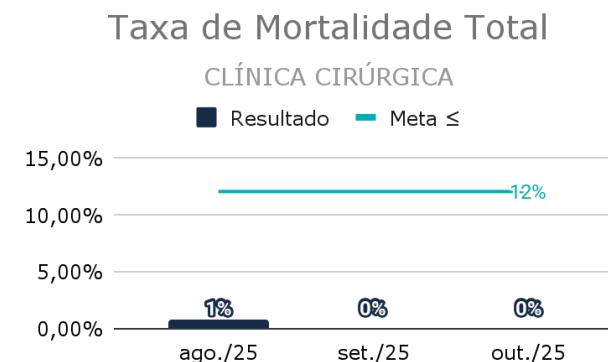
5.2.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
322	138

Análise crítica: A média de permanência foi de 2,3 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas e na garantia de rotatividade de leitos com segurança, tornando o recurso disponível ao uso público.

5.2.4 Taxa de Mortalidade



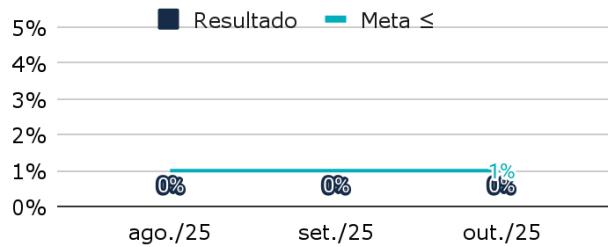
Nº Óbitos	Nº de Saídas
0	138

Análise crítica: No período analisado não houve óbito na clínica cirúrgica.

5.2.5 Taxa de Reinternação

Reinternação em 24h

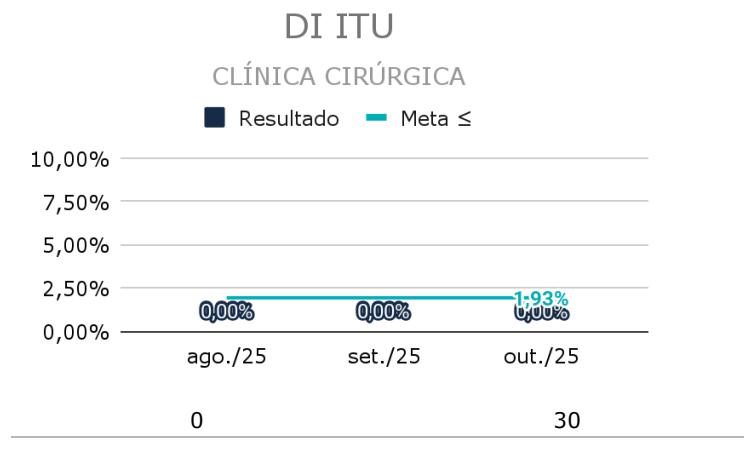
CLÍNICA CIRÚRGICA



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	138

Análise crítica: Durante o período analisado 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 e preparo para a alta.

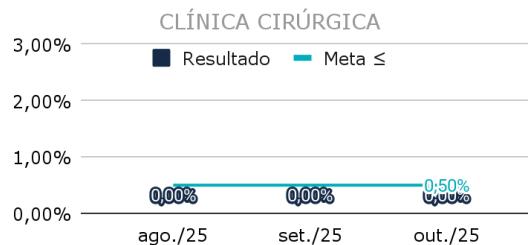
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica 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

Incidência de LPP

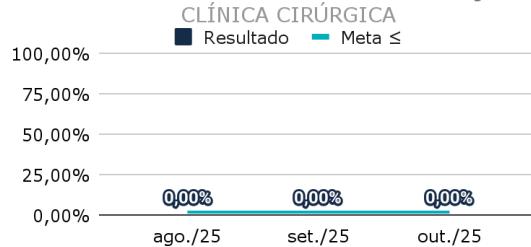


Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	322

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

5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de Saída Não Planejada

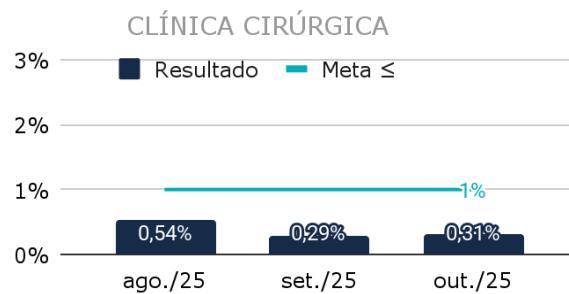


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	0

Análise crítica: No período avaliado não houve saída não planejada de SNE/GTT.

5.2.9 Incidência de Queda

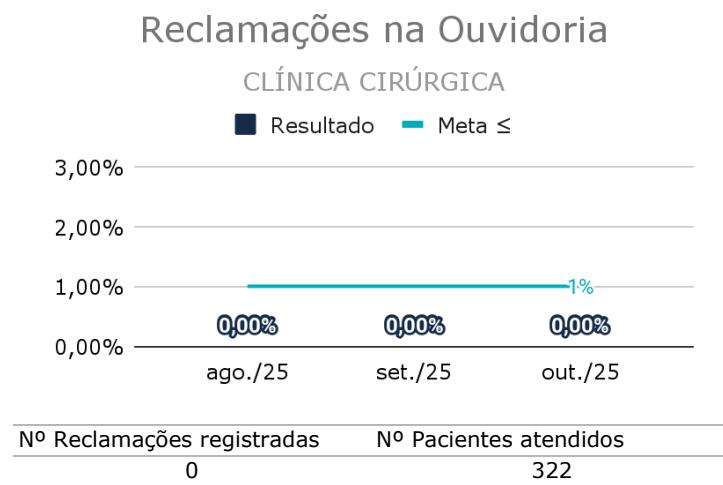
Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	322

Análise crítica: No período avaliado houve um registro de ocorrência de queda. Seguem como planos de ação na prevenção de eventos adversos dessa natureza: A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse e a permanente orientação aos colaboradores e acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda a respeito das vigilância constante.

5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



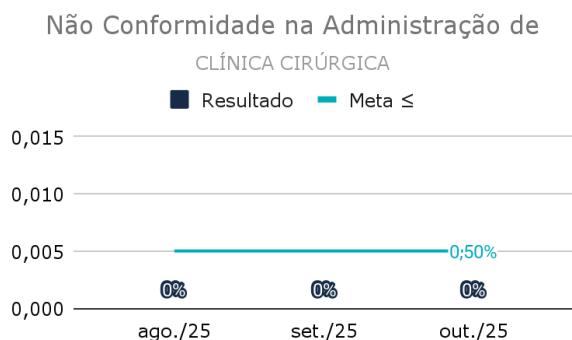
Análise crítica: No período avaliado não houve registro de reclamações na ouvidoria referente a clínica cirúrgica.

5.2.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o período avaliado, a evolução clínica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Cirúrgica foi devidamente registrada em prontuário. Assim como nos meses anteriores, 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 no serviço de arquivo médico da instituição.

5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



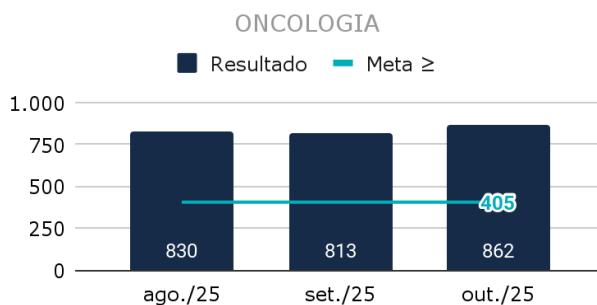
Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	1696

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

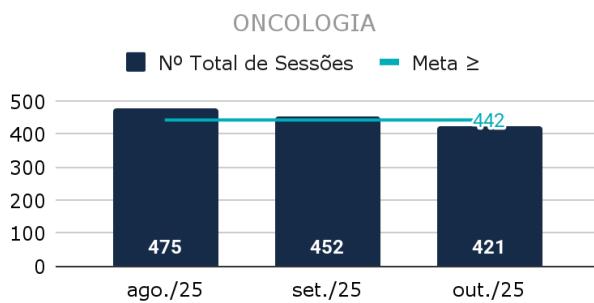
Consultas Clínica e Cirúrgica



Análise crítica: No período analisado foram realizadas 862 consultas oncológicas, distribuídas da seguinte forma: 307 cirúrgicas e 555 clínicas, superando em 212 % a meta contratual.

5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos

Total de Sessões Quimioterápicas



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 422 procedimentos quimioterápicos, atingindo 95 % 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 32 procedimentos cirúrgicos oncológicos, atingindo 58 % da meta contratual. Com vistas ao alcance desta, seguimos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo e otimizar os recursos para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

5.3.4 Cirurgia Plástica

Cirurgia Plástica Mamária

ONCOLOGIA

■ Resultado ■ Meta ≥



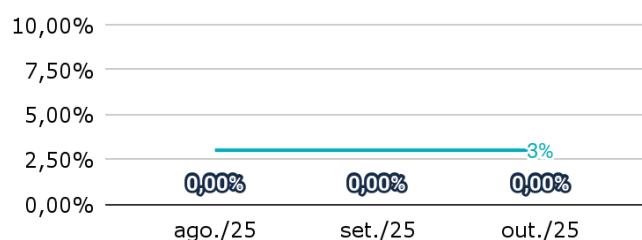
Análise crítica: Neste período foram realizados três procedimentos de cirurgia plástica de mama, atingindo 60 % da meta contratual. Continuamos trabalhandoativamente na oferta dos casos de indicação das cirurgias plásticas e manutenção da equipe completa, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance do esperado para este indicador.

5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

Suspensão Cirúrgica Oncológica

ONCOLOGIA

■ Resultado ■ Meta ≥



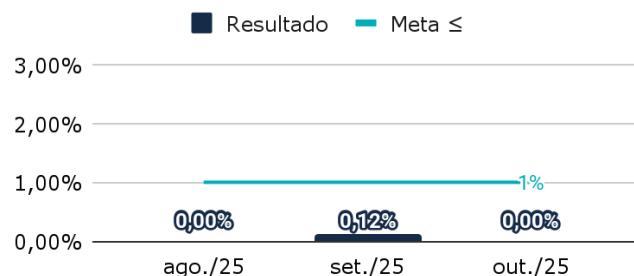
Nº de cirurgias canceladas	Nº de cirurgias agendadas
0	35

Análise crítica: Durante o período analisado não houve suspensão de procedimentos cirúrgicos oncológicos.

5.3.6 Reclamações na Ouvidoria

Reclamação na Ouvidoria

ONCOLOGIA



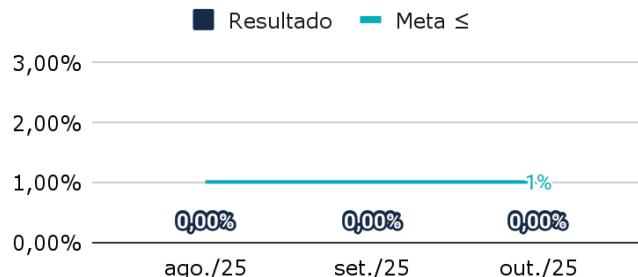
Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	862

Análise crítica: Durante o período analisado não houve reclamações na ouvidoria referente ao serviço de oncologia.

5.3.7 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente

ONCOLOGIA



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	862

Análise crítica: No período analisado não houve registo 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

ONCOLOGIA

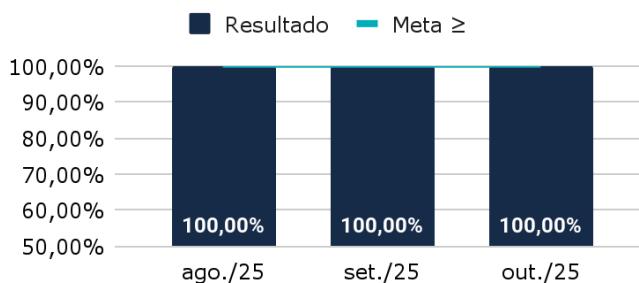


Análise Crítica: Assim como nos meses anteriores, toda a documentação relativa aos usuários oncológicos foi devidamente preenchida, o que reforça o comprometimento da equipe na execução dos procedimentos administrativos.

5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos

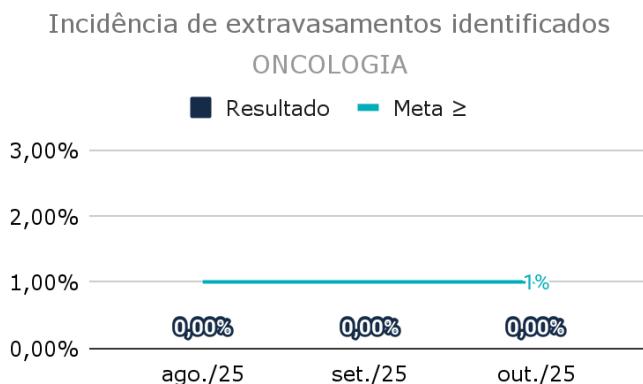
Início Tratamento Oncológico

ONCOLOGIA



Análise Crítica: No período avaliado passaram por primeira consulta em oncologia 26 pacientes via SIRESP/CROSS, atendimento no qual, além de definido o planejamento do cuidado para o usuário, seu tratamento é prontamente iniciado.

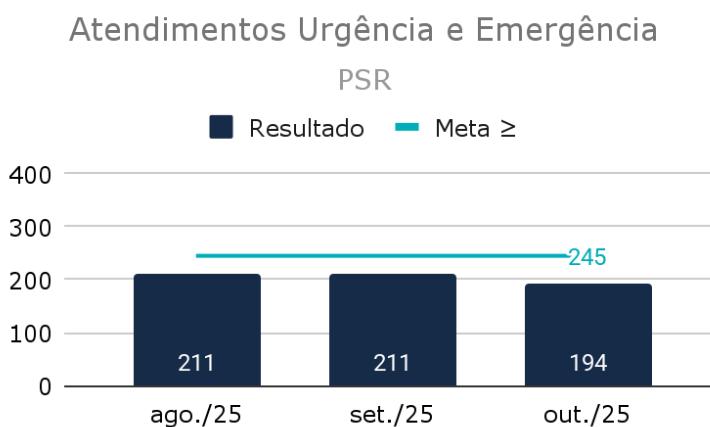
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



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

5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

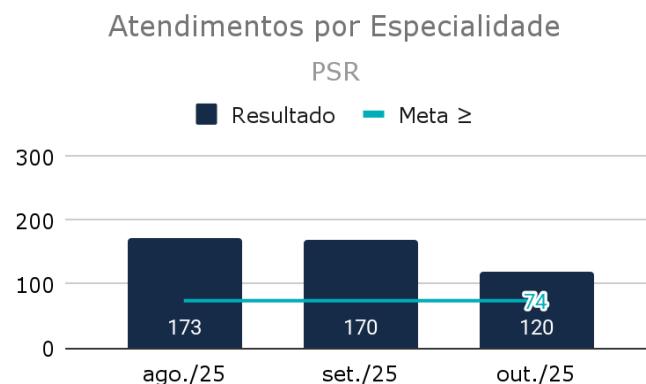
5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência



Análise crítica: No período avaliado houve 320 atendimentos no Pronto Socorro, sendo 194 classificados como urgência e emergência (risco vermelho ou amarelo) e 26 como pouco urgentes (risco verde). Salienta-se que o acesso ao pronto socorro referenciado e, posteriormente, aos demais serviços do HRA, é feito por meio de sistemas de referenciamentos pactuados junto à Rede de Urgências e Emergências regional, incluindo, dentre outros, o sistema CROSS/SIRESP, COBOM, SAMU e convênios com concessionárias rodoviárias. Dentro de suas

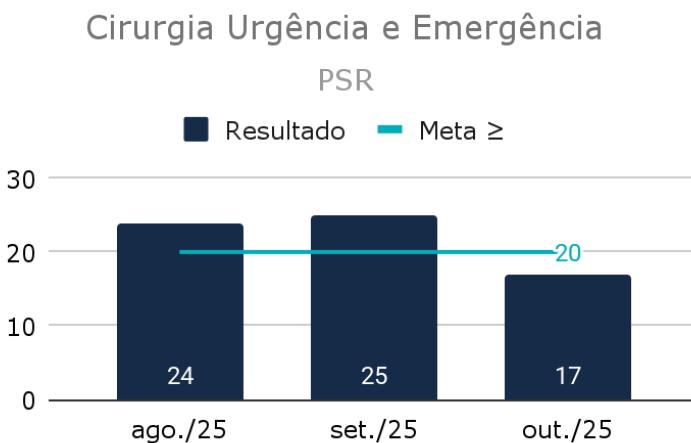
pactuações, todos os casos considerados de “linha vermelha” ou que necessitaram de escalonamento de recursos até cuidados intensivos são referenciados, acolhidos e tratados no Hospital Regional de Assis.

5.4.2 Atendimentos por Especialidade



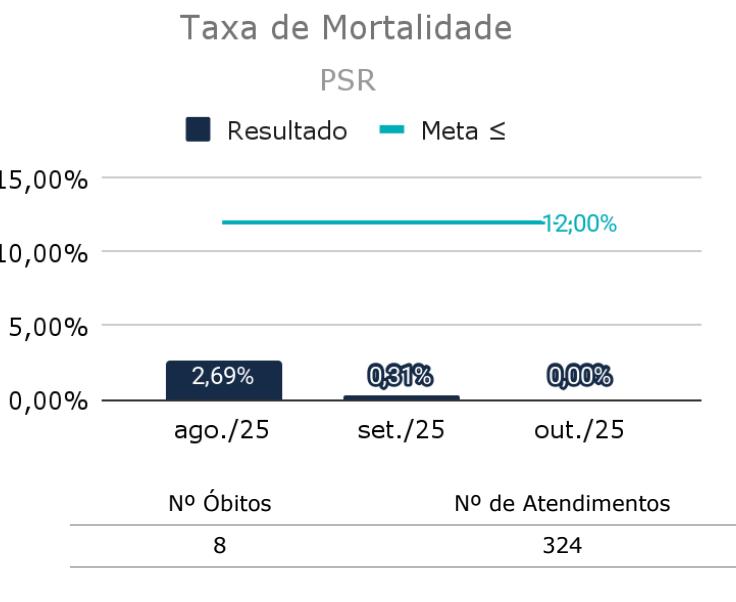
Análise crítica: No mês de outubro foram realizados 120 atendimentos especializados, destes: 52 pela equipe multiprofissional (cirurgia geral, neurocirurgia, urologia, cirurgia pediátrica, ortopedia e cirurgia vascular) e 68 intercorrências oncológicas de pacientes da nossa UNACON, atendidas pelo médico emergencista de plantão.

5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado



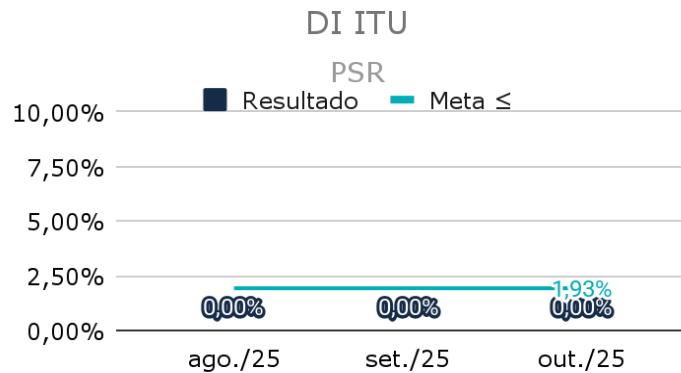
Análise crítica: No mês de outubro foram realizados 17 procedimentos cirúrgicos considerados de urgência ou emergência, admitidos por meio do pronto socorro referenciado, sendo: 6 pela equipe de cirurgia geral, 04 pela neurocirurgia, 05 pela urologia, 02 pela cirurgia pediátrica .

5.4.4 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No período analisado ocorreram 8 óbitos atribuídos ao Pronto Socorro Referenciado, sendo: 3 do gênero masculino e 5 do gênero feminino. Caracterizando pacientes admitidos já em provável estado crítico e irrecuperável ou lesões muito severas.

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

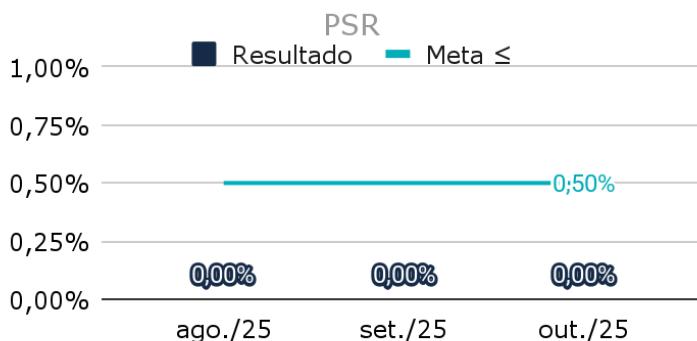


0 64

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).

5.4.6 Índice de Lesão por Pressão

Incidência de LPP



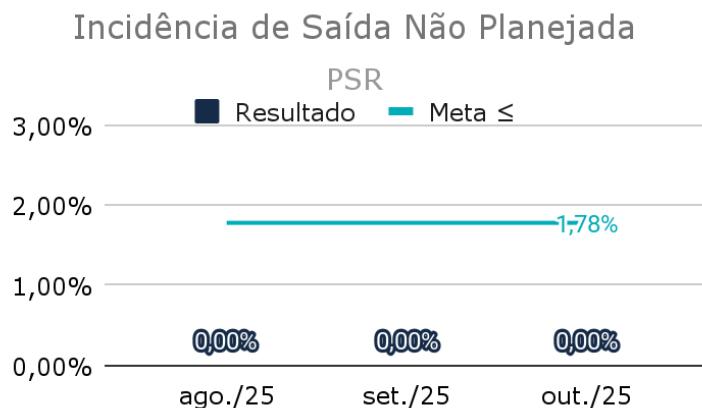
Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
1	150

Análise crítica: No período analisado houve uma notificação de surgimento de novas lesões por pressão no pronto socorro referenciado, superando a meta contratual estabelecida para o perfil da unidade. Destaca-se que a lesão por pressão é um evento adverso relativamente evitável meio de implementação de medidas preventivas como: supervisão e reavaliação frequentes; otimização global da saúde, da hidratação e da nutrição; estratégias de mobilização, redução de pressão e de cisalhamento; manejo do microclima e orientação aos cuidadores. Dessa forma, segue como plano de ação para reduzir a incidência de lesões por pressão no pronto socorro referenciado:

- 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática da pele e do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, a partir da escala de Braden;
- 2) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de materiais e equipamentos que promovam a redução do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, como filmes transparentes, placas de espumas e colchões pneumáticos;
- 3) A implementação, de acordo com o risco de desenvolvimento de lesões por pressão que o paciente se enquadra, das medidas preventivas para o desenvolvimento de lesões por pressão, como: manutenção de adequadas

hidratação e nutrição, manejo do microclima, reposicionamento ósseo frequente e proteção de áreas de risco contra pressão, fricção e cisalhamento.

5.4.7 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



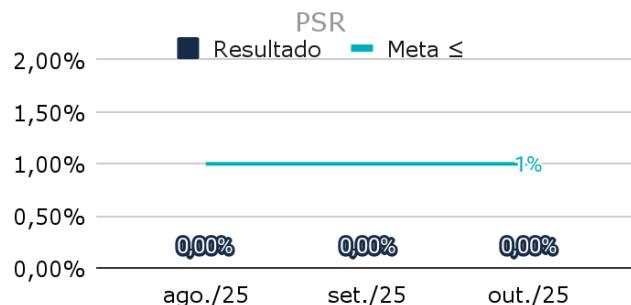
Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	28

Análise crítica: No período analisado houve uma notificação de saída não planejada de sonda oronasogastroenteral no pronto socorro referenciado.

Em relação ao contexto da saída não planejada de SNE/GGT, observa-se que o incidente resultou da retirada voluntária do dispositivo pelo próprio usuário que, na situação apresentada, portava uma condição clínica que modificava seu padrão de comportamento habitual e causava confusão mental. Ações permanentes continuam sendo realizadas, como: orientações aos colaboradores e outros agentes do cuidado sobre a prevenção do evento, reforço e troca frequente dos fixadores e, em casos excepcionais e estritamente sob prescrição médica, medidas de contenção.

5.4.8 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	155

Análise crítica: Não houve registro de queda de paciente no Pronto Socorro Referenciado no período estabelecido, atendendo à meta contratual estabelecida e evidenciando o comprometimento da equipe na prestação da assistência segura e livre de danos.

5.4.9 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	155

Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Pronto Socorro Referenciado.

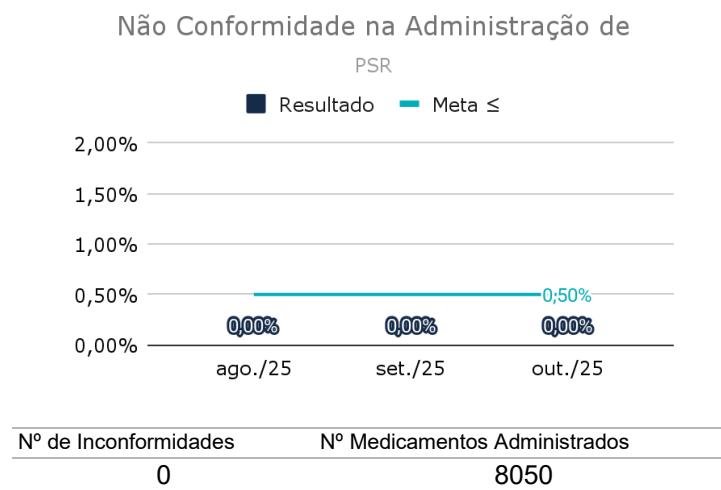
5.4.10 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: No último mês, a totalidade de prontuários de pacientes atendidos no Pronto Socorro Referenciado foi adequadamente preenchida quanto à evolução clínica dos pacientes. Ressalta-se que os atendimentos prestados por profissionais de nível superior (isto é: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais) foram registrados em prontuário eletrônico SPS4, enquanto as

anotações referentes aos atendimentos prestados por profissionais de nível médio (ou seja, técnicos de Enfermagem) foram realizadas a próprio punho, em prontuário físico, armazenado no Serviço de Arquivo Médico da instituição.

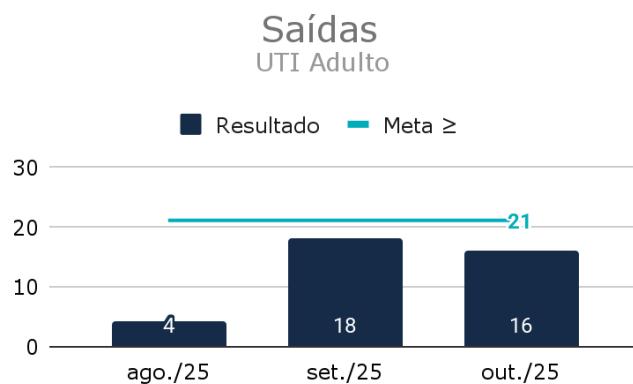
5.4.11 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste período não houve inconformidade na administração de medicamentos no Pronto Socorro Referenciado.

5.5 Indicadores UTI Adulto 04 leitos

5.5.1 Saídas UTI Adulto B - UTI cirúrgica

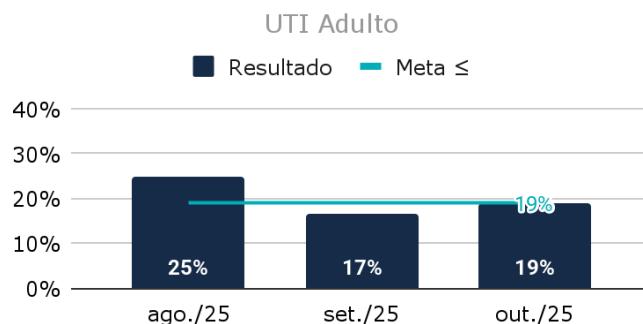


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	0
Transferência Interna	12
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	3
Total	16

Análise crítica: O número total de saídas atingiu 76% da meta contratual estabelecida. Justifica-se que a UTI-B se trata de uma unidade de retaguarda à UTI-A para o atendimento de pacientes cirúrgicos graves ou potencialmente graves, permanecendo com leitos prontamente disponíveis quando necessário. Sua relevância também pode ser demonstrada através da redução (a zero) da taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por ausência de leitos de UTI - quadro imediatamente observado desde sua implantação - o que garante melhor e mais especializada assistência aos usuários em tempo oportuno.

5.5.2 Taxa de Mortalidade

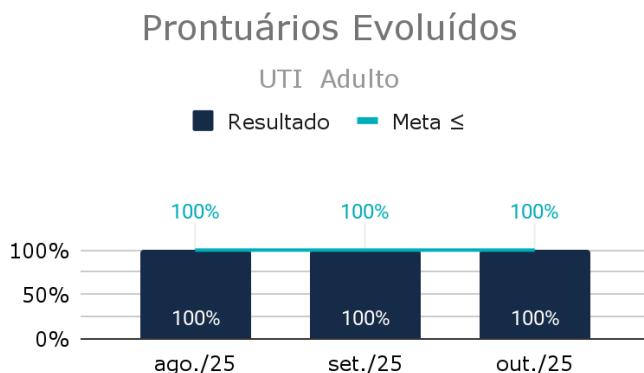
Taxa de Mortalidade Total



Nº Óbitos	Nº de Saídas
3	16

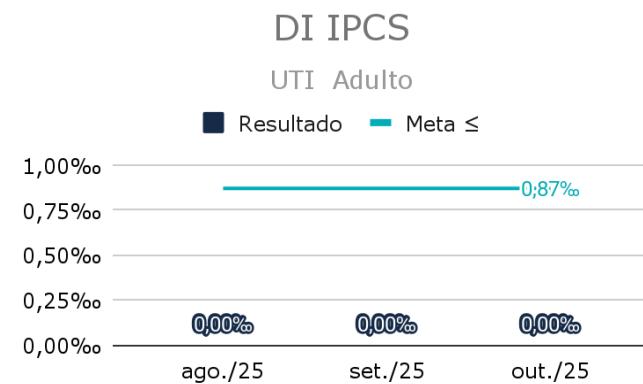
Análise crítica: Considerando os pacientes internados em outubro/2025, a probabilidade de óbito ajustada para a América Latina, segundo o Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3), alcançou 47,8% (pontuação média). Até a finalização deste relatório, a taxa de mortalidade obtida atingiu 19%, resultando em uma taxa de mortalidade padronizada de 0,77, razão dentro da ideal (inferior a 1,0). Dentre os três óbitos ocorridos em outubro, dois deles eram do gênero masculino e um do gênero feminino. Em relação às saídas do período, a taxa de mortalidade total obtida foi de 19 %.

5.5.3 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o mês de referência, todos os pacientes internados na UTI-B tiveram suas evoluções multiprofissionais diárias devidamente registradas 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.

5.5.4 Densidade de Incidência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao acesso Vascular central

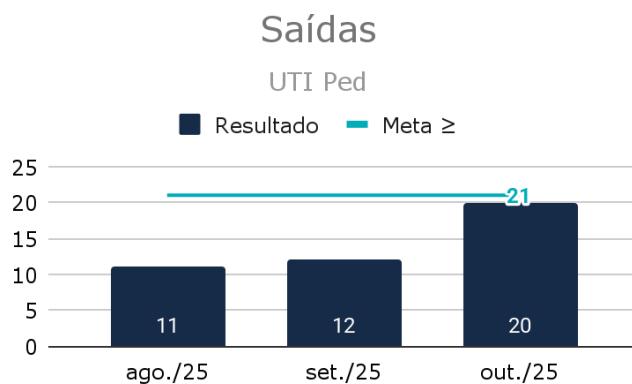


Nº Casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS)	Nº Cateteres-dia (dias de uso de CVC)
0	22

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 Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS) de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, isto é: presença de sinais e sintomas de infecção, confirmados por hemocultura positiva e sua relação com o uso prolongado do dispositivo.

5.6 Indicadores UTI Ped/UTIN

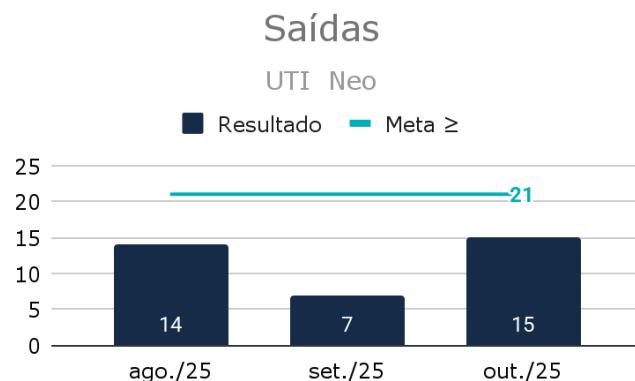
5.6.1 Saídas UTI Pediátrica



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	20
Evasão	0
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	20

Análise crítica: O número de saídas na UTI pediátrica alcançou 95 % da meta contratual estabelecida, esses pacientes receberam alta para a clínica pediátrica e posteriormente para casa.

5.6.2 Saídas UTI Neo

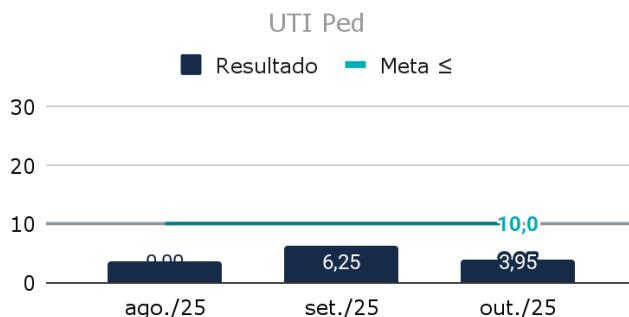


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	11
Evasão	0
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	3
Total	15

Análise crítica: O número de saídas na UTI neonatal alcançou 71 % da meta contratual estabelecida,são pacientes que permanecem em um período longo de internação devido à prematuridade/gravidade.

5.6.3 Média de Permanência - UTI Pediátrica

Média de Permanência



Permanência - UTI Ped

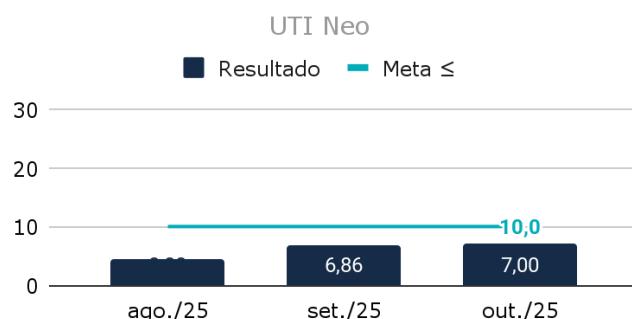
Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
-----------------	--------------

79	20
----	----

Análise crítica: A média de permanência foi de 3,9 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas.

5.6.4 Média de Permanência - UTI NEO

Média de Permanência

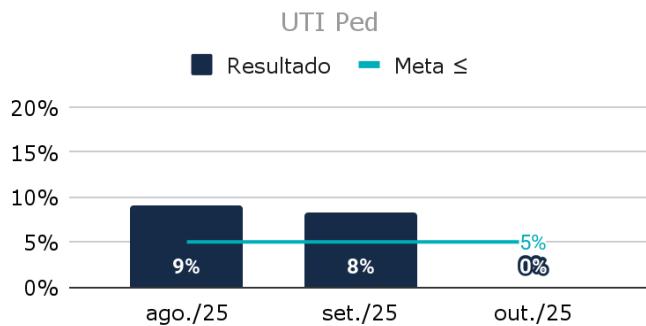


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
105	15

Análise Crítica: A média de permanência foi de 7 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas e na garantia de rotatividade de leitos com segurança, tornando o recurso disponível ao uso público.

5.6.5 Mortalidade - UTI Pediátrica

Taxa de Mortalidade Total

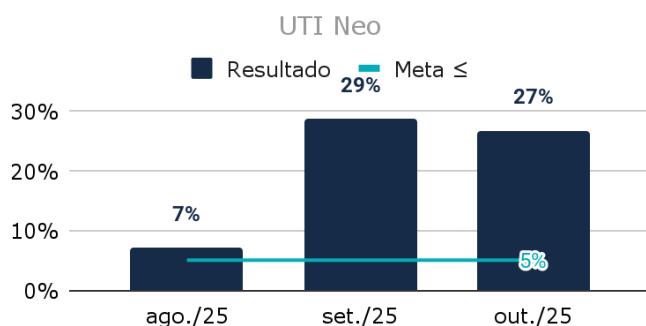


Nº Óbitos	Nº de Saídas
0	20

Análise crítica: No período analisado não ocorreu nenhum óbito na UTI Pediátrica.

5.6.6 Mortalidade - UTI Neo

Taxa de Mortalidade Total

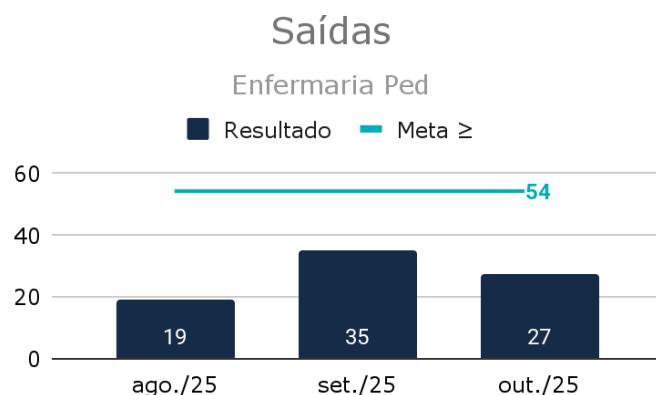


Nº Óbitos	Nº de Saídas
4	15

Análise crítica: No período analisado ocorreram 4 óbitos na UTI neonatal sendo considerado pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida), dois do sexo feminino e um do sexo masculino.

5.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica

5.7.1 Saídas



Alta	27
Evasão	0
Transferência Externa	0
Transferência Interna	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	27

Análise crítica: O total de saídas da clínica pediátrica atingiu 50 % da meta contratual, cabe ressaltar que a reativação da clínica pediátrica objetiva inicialmente atender as demandas de transferências internas (Núcleo materno-infantil) e como demonstrado no gráfico vem avançando progressivamente.

5.7.2 Prontuários Evoluídos

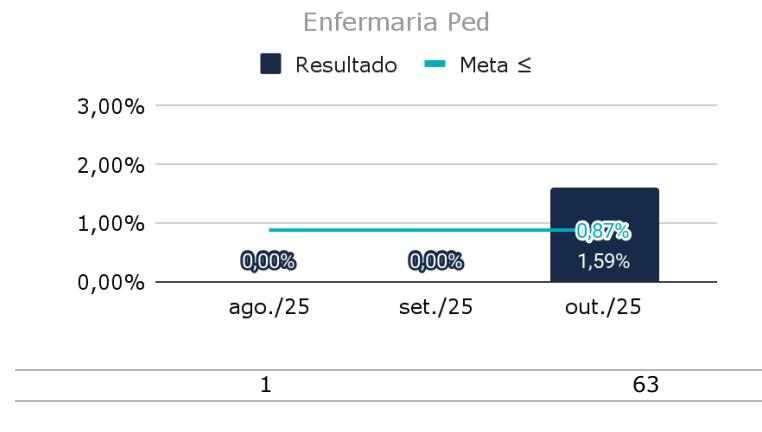
Prontuários Evoluídos



Análise crítica: No último mês, a totalidade de prontuários de pacientes atendidos na Enfermaria Pediátrica foi adequadamente preenchida quanto à evolução clínica dos pacientes. Ressalta-se que os atendimentos prestados por profissionais de nível superior (isto é: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais) foram registrados em prontuário eletrônico SPS4, enquanto as anotações referentes aos atendimentos prestados por profissionais de nível médio (ou seja, técnicos de Enfermagem) foram realizadas a próprio punho, em prontuário físico, armazenado no Serviço de Arquivo Médico da instituição.

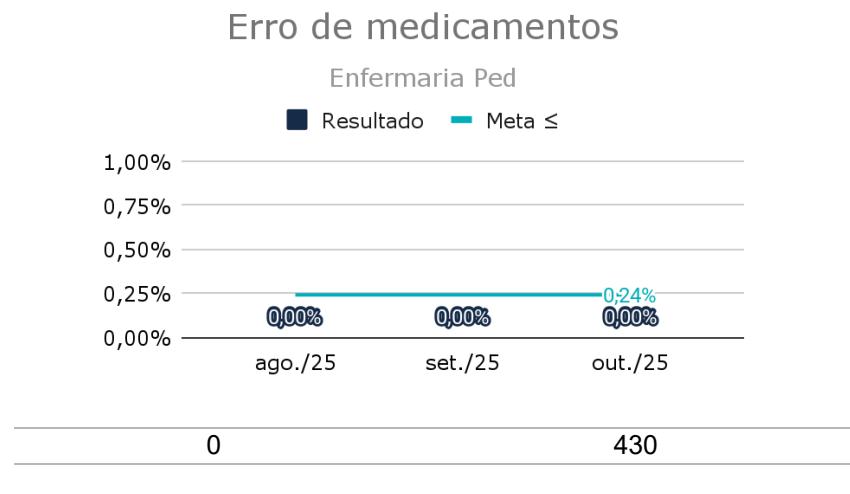
5.7.3 Queda de Paciente

Incidência de queda de paciente



Análise crítica: No período avaliado houve um registro de ocorrência de queda. Seguem como planos de ação na prevenção de eventos adversos dessa natureza: A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda como manter a grade dos leitos elevadas, permanente orientação aos colaboradores e acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda a respeito da vigilância constante.

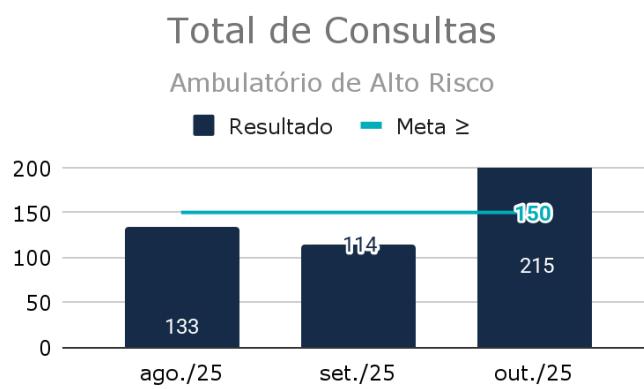
5.7.4 Incidência de Erro de Medicação



Análise crítica: Neste período não houve inconformidade na administração de medicamentos na clínica pediátrica.

5.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco

5.8.1 Consultas de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco

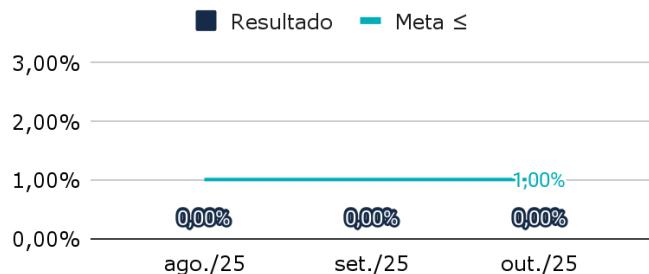


Análise crítica: No período analisado foram realizados 215 atendimentos no Ambulatório de Alto Risco, atingindo 143 % da meta contratual.

5.8.2 Queixas em Ouvidoria

Queixas em Ouvidoria

Ambulatório de Alto Risco



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	215

Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Ambulatório de Alto Risco.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

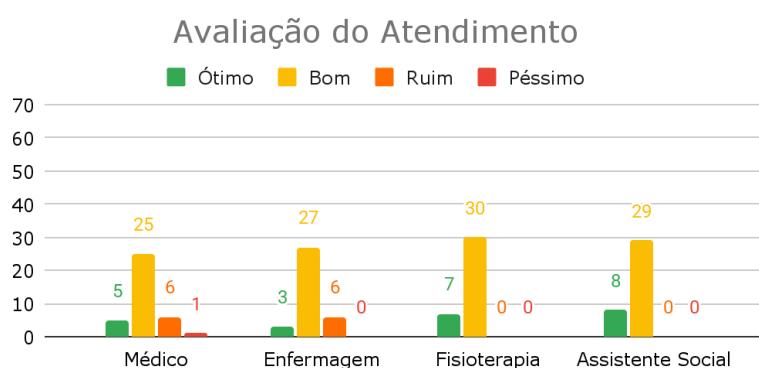
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade.

A Pesquisa de satisfação das áreas acrescentadas por termo aditivo será inserida no próximo mês.

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **197 pesquisas respondidas**, sendo **45 preenchidos no Pronto Socorro Referenciado**, **37 preenchidos na Clínica médica**, **45 preenchidos na Clínica Cirúrgica**, e **70 na UNACON**. Esclarecemos que, neste momento no qual a prática está sendo reestruturada, tal pesquisa é amostral e, como tal, não tem por objetivo atingir a totalidade de atendimentos. Todavia, não se espera que haja prejuízos ou vieses na interpretação de seus resultados, demonstrado nos indicadores a seguir.

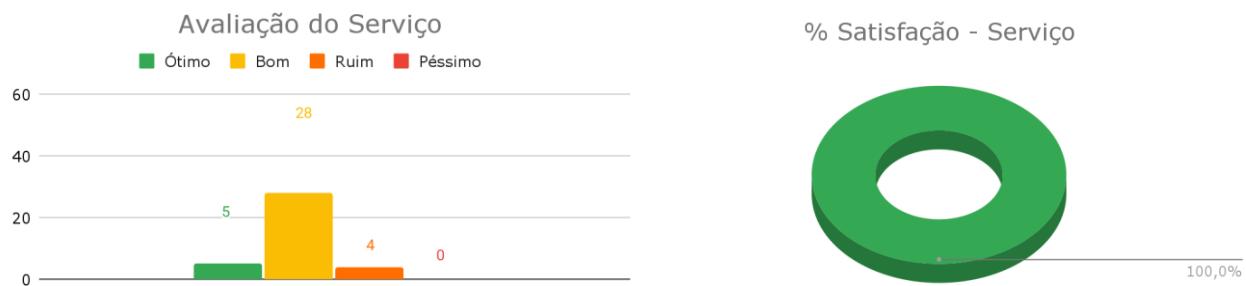
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica



O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de 95,5% (resultado "ótimo" ou "bom"), dado que evidencia uma percepção positiva ao atendimento.

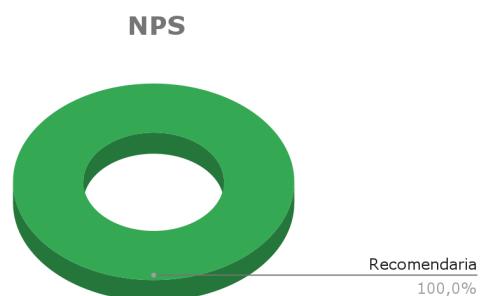
6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere à agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **100%** (resultados “ótimo” ou “bom”) dos usuários.



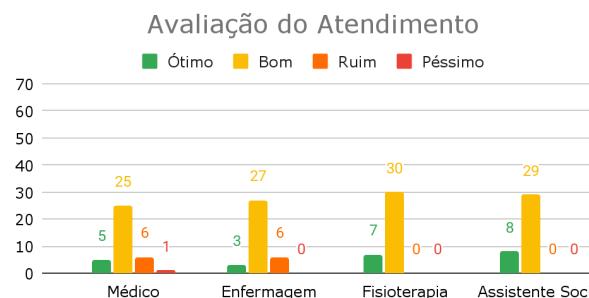
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários responderam positivamente.



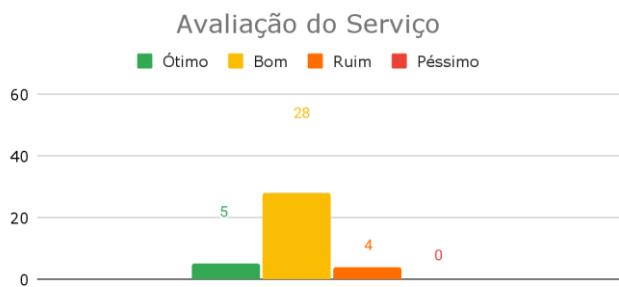
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **100%** (resultado “bom” ou “ótimo”), evidenciando uma percepção positiva ao atendimento.



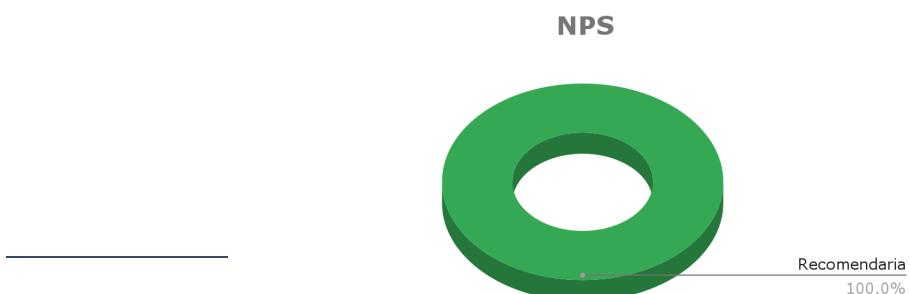
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica

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.



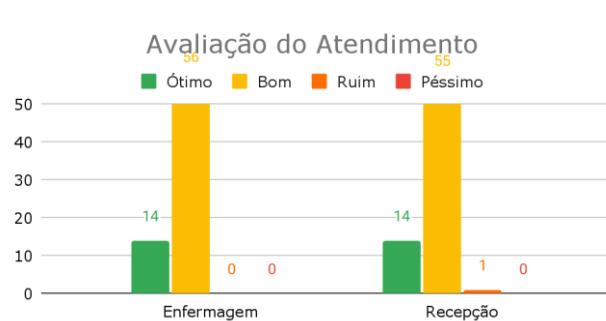
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários responderam positivamente.

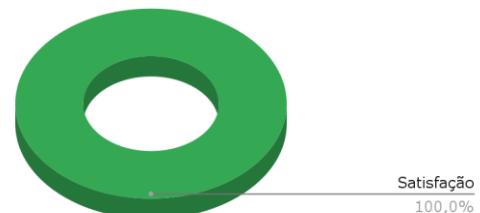


6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **99,28%** (resultado “ótimo” ou “bom”), evidenciando uma percepção positiva do atendimento.

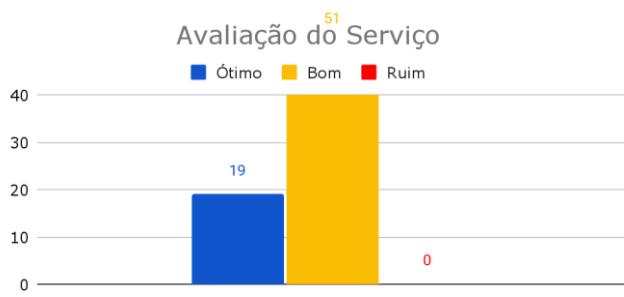


% Satisfação - Atendimento

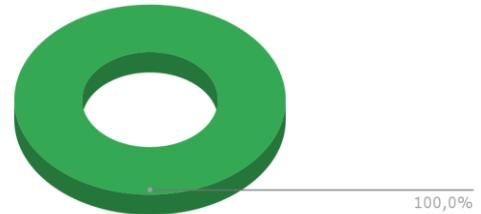


6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia

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%** (resultado “ótimo” ou “bom”) dos usuários.

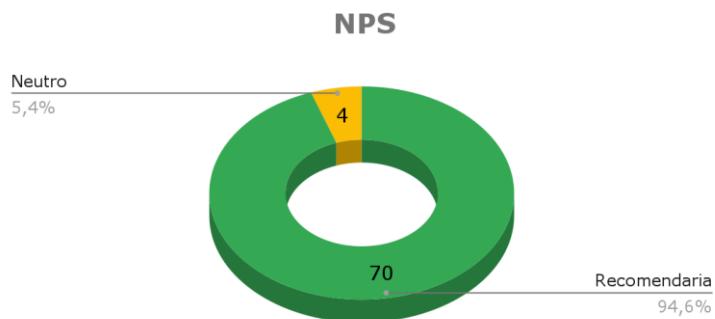


% Satisfação - Serviço



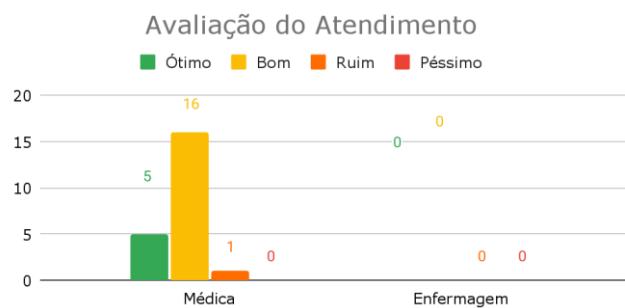
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **94,6%** dos usuários responderam positivamente.



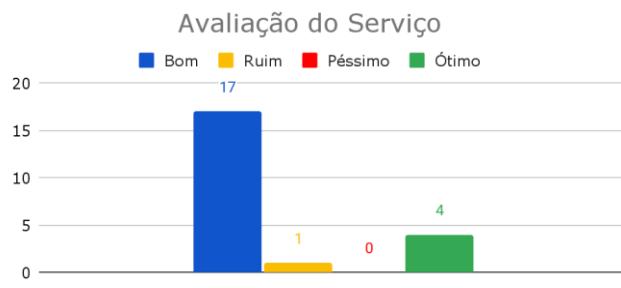
6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR

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.

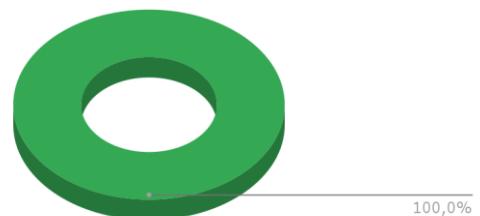


6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR

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%** (resultados “bom” ou “ótimo”) dos



% Satisfação - Serviço

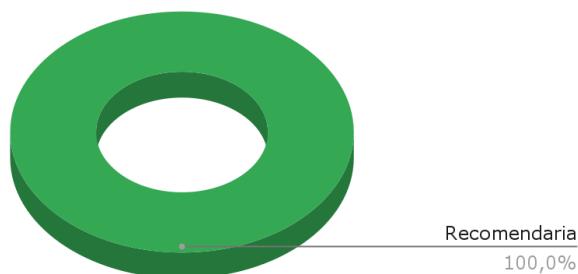


usuários.

6.1.12 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários responderam positivamente.

NPS



7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

No período em questão, foram conduzidos diversos treinamentos e capacitações com o objetivo primordial de integrar os colaboradores aos valores e à filosofia institucional do CEJAM, fortalecendo a cultura organizacional e o senso de pertencimento.

Aconteceu na cidade de Marília/SP (DRS IX) a 3º Oficina de Regionalização de Saúde com foco na discussão e integração da rede de saúde regional para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços para a população, segue imagens que demonstram essa ação:

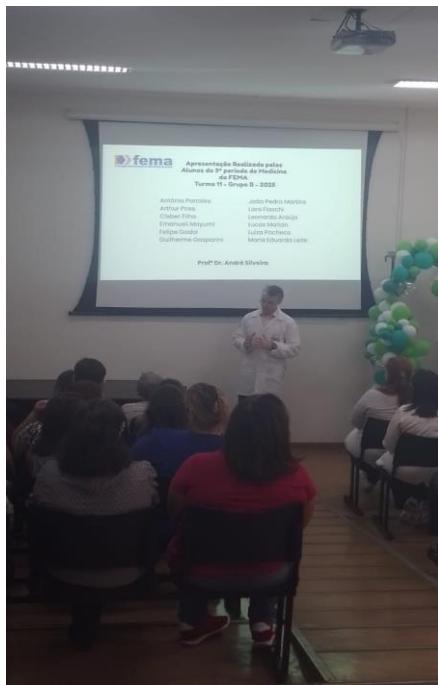


Em comemoração ao dia das crianças foi realizado uma ação de promoção da saúde com foco no acolhimento, humanização e aperfeiçoamento de vínculo nos setores da clínica pediátrica , UTI pediátrica e UTI neonatal; segue imagens que demonstram essa ação:



Algumas ações foram realizadas em comemoração ao mês do "Outubro Rosa", segue imagens que demonstram essas ações:

- Os alunos da FEMA (Faculdade Educacional do Município de Assis) acompanhados pelo Dr. André Silveira ministraram uma palestra :



- O setor da Oncologia foi decorado para este mês especial :



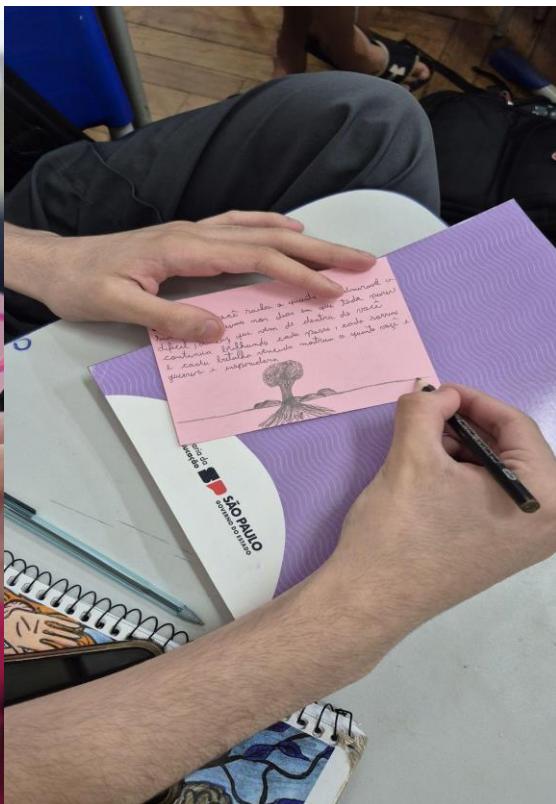
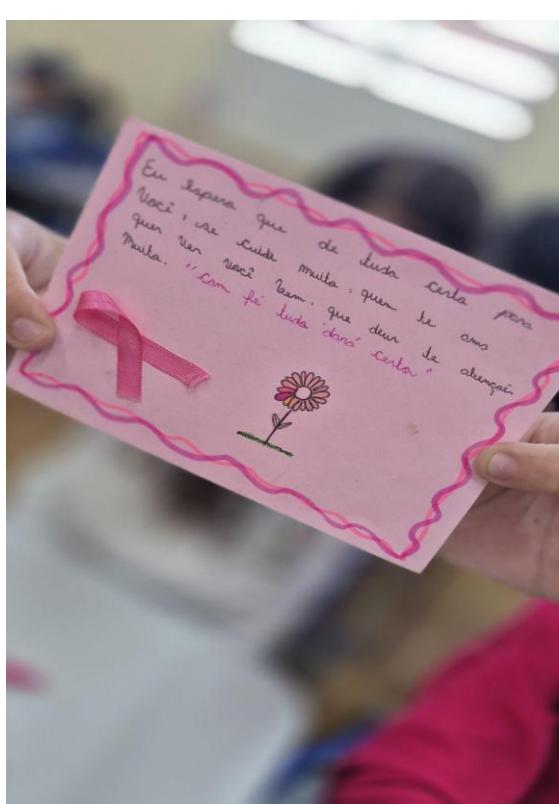
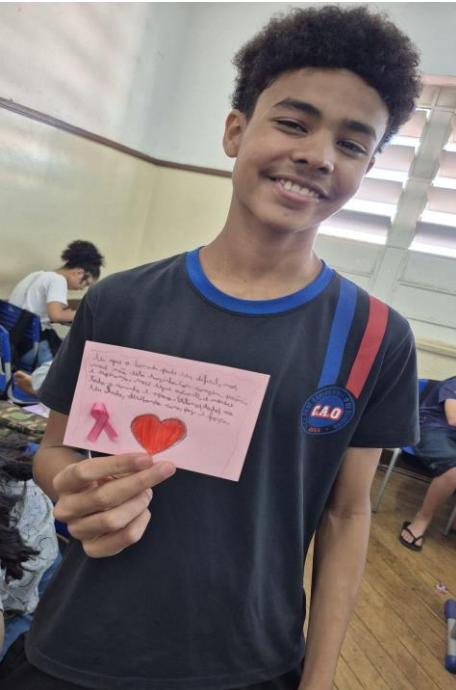
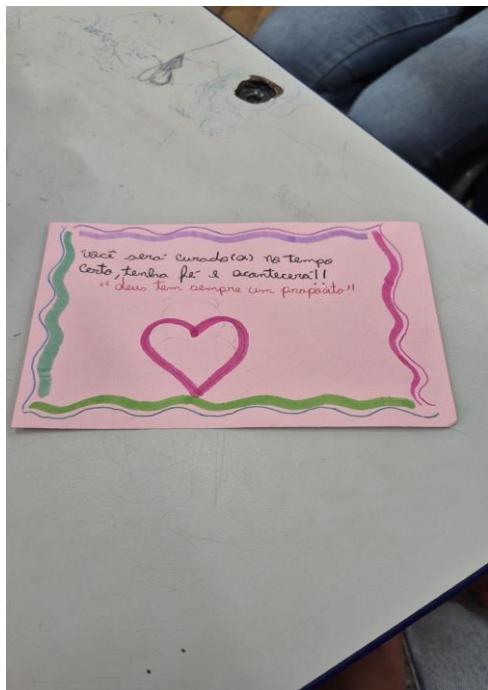


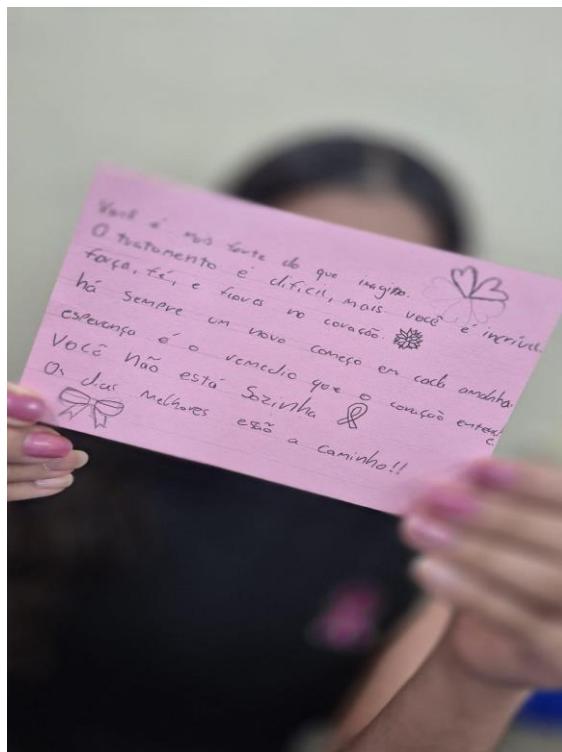
- A enfermeira Ariane Piovan em parceria com a Leotilde (representante da Mary Ka) e a paciente Viviane, promoveram um momento de escuta e autocuidado :





- Os alunos da escola estadual Carlos Alberto de Oliveira acompanhados pela professora Kedma promoveram ações de conscientização e prevenção ao câncer de mama:

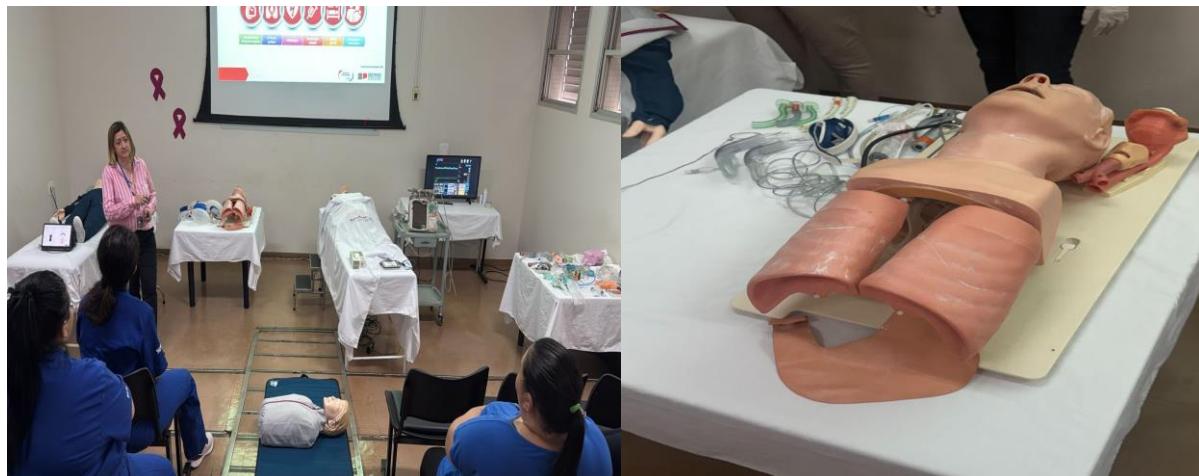




- Realizado entrega de lápis para desenhar as sobrancelhas para as pacientes da oncologia :



Ministrado pela enfermeira Edna da Escola de Saúde Pública (CEFOR - centro de formação de pessoal para a saúde) um curso referente a “ Intervenções Críticas em Emergências Cardiovasculares: Parada Cardiorrespiratória :





Assis, 12 de novembro de 2025.


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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Regional