

Relatório de Atividades Assistenciais

**GERENCIAMENTO DE LINHAS DE
CUIDADOS**

DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS

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

Convênio n.º 00423/2025

**Junho
2025**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

MÉDICO PREPOSTO

Felippe Antonio Goes Scorcioni

ENFERMEIRO PREPOSTO

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

ENCARREGADA ADMINISTRATIVA

Camila de Moraes Gomes

SUMÁRIO

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

5.2.11 Prontuários Evoluídos	26
5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	27
5.3 Indicadores Oncologia	27
5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica	27
5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos	28
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas	28
5.3.4 Cirurgia Plástica	29
5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	29
5.3.6 Reclamações na Ouvidoria	31
5.3.7 Incidência de Queda	31
5.3.8 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	32
5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos	32
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados	33
Análise Crítica: No período avaliado não tivemos extravasamento de quimioterápicos, atendendo à meta contratual estabelecida.	33
5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado	33
5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência	33
5.4.2 Atendimentos por Especialidade	34
5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado	34
5.4.5 Taxa de Mortalidade	35
5.4.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	35
5.4.9 Índice de Lesão por Pressão	36
5.4.10 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	37
5.4.9 Incidência de Queda	37
5.4.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	38
5.4.11 Prontuários Evoluídos	38
5.4.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	39
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	40
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	40
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica	40
6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica	41
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	41
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica	42
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica	42
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	43
6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia	43
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia	44
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	44
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	45

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

"Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional".

Missão

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

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 00423/2025

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

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 30 de junho de 2025**

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **150** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **143** contratados por processo seletivo (CLT) e **14** por contratação de Pessoa Jurídica (PJ). Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

4.1 Dimensionamento

4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar Administrativo I (36h)	14	14	✓
Assistencial	Auxiliar de Farmácia II (30h)	4	4	✓
	Encarregado Administrativo (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro Preposto (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro II (36h)	14	14	✓
	Enfermeiro II (36h) - noturno	7	7	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	✓
	Farmacêutico (30h)	2	2	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fonoaudiólogo (30h)	1	1	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h)	6	6	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno	0	0	✓
	Médico Preposto (20h)	1	1	✓
	Psicólogo (30h)	1	1	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h)	46	46	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno	34	34	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Total		143	143	✓

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

- Reposição adequada de vagas;

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

4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

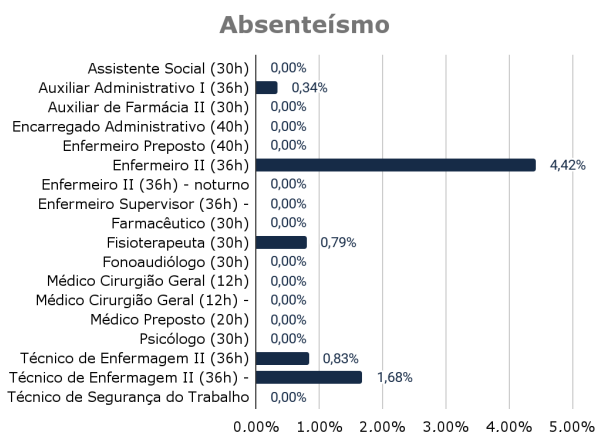
A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ

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

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo



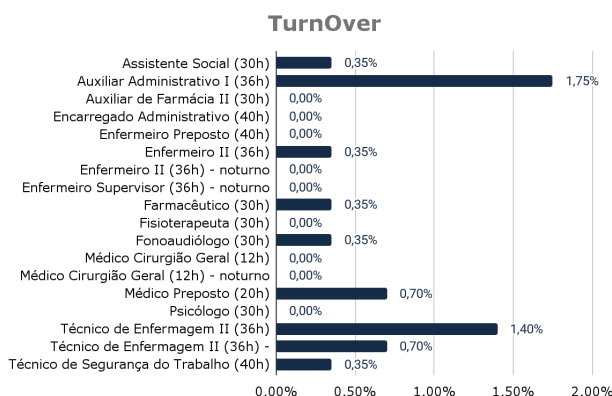
Análise Crítica: No mês de Junho tivemos 44 dias de ausência justificadas por meio de atestado médico:

- Enfermeiro diurno (total de 13 dias);
- Técnico de Enfermagem diurno (total de 8 dias);
- Técnico de Enfermagem noturno (total de 12 dias);

- Assistente Social (total de 9 dias);
- Fisioterapeuta (total de 1 dia);
- Auxiliar Técnico Administrativo (total de 1 dia).

As ausências dos enfermeiros e técnicos de enfermagem 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. No caso da ausência de uma das Assistentes Sociais para garantir a continuidade e a qualidade no atendimento, a colega de equipe assumiu temporariamente as demandas da profissional ausente. Essa cobertura foi realizada de forma colaborativa e organizada, sem acarretar sobrecarga excessiva ou interrupção dos serviços prestados. A ausência de um fisioterapeuta por um dia não acarretou prejuízos à assistência ou à organização hospitalar, sendo adequadamente compensada pelas ações gerenciais de cobertura com outro fisioterapeuta. A ausência do auxiliar técnico administrativo por um dia foi devidamente suprida pelo folguista, não gerando impacto negativo no desempenho das atividades nem prejuízos ao funcionamento do setor.

4.2.2 Turnover



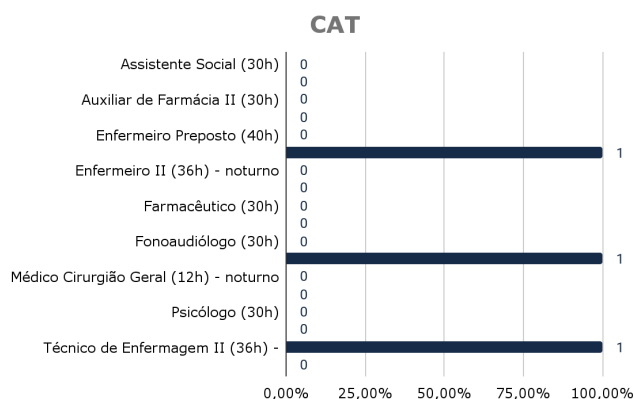
Análise Crítica: No que tange à modalidade contratual por prazo indeterminado, o mês foi marcado por poucos eventos de desligamento, que contribuíram para a variação nos índices de cobertura. Ocorreram as seguintes demissões: Assistente Social A.C.R.S. – 05/06/2025; Enfermeiro Diurno D.M.O.G – 18/06/2025; Auxiliar Técnico Administrativo Diurno A.S. -16/06/2025, Médico Preposto

J.P.S.B. em 25/06/2025 sendo dois desses acima supracitados tendo suas demissões pelo término do contrato de experiência de 90 dias, pois não foram aprovados no período de experiência. E dois sendo dispensa sem justa causa. Houve novas contratações para composição de quadros sendo elas: A.A. - Enfermeiro Diurno em 05/06/2025, F.F.P - Farmacêutica em 05/06/2025, I.C.G. - Técnica de Enfermagem em 06/06/2025, R.S.C. - Técnica em Enfermagem em 06/06/2025, N.C.G. - Técnica em Enfermagem em 06/06/2025, S.R.B. - Técnica em Enfermagem em 06/06/2025, Y.D.B. - Auxiliar Técnico Administrativo Diurno em 05/06/2025, A.G.S. - Auxiliar Técnico Administrativo Diurno em 20/06/2025, R.M.P. - Auxiliar Técnico Administrativo em 23/06/2025, F.A.G.S. - Médico Preposto em 25/06/2025.

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

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

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: No mês de Junho, foram registrados 02 acidentes de trabalho. Os dois primeiros acidentes ocorreram dentro do ambiente hospitalar, sendo **eventos típicos do setor da saúde**, com riscos inerentes ao manuseio de materiais perfurocortantes e ao contato com fluidos biológicos. Esses casos exigem vigilância constante, reforço das boas práticas e a adesão estrita às normas de biossegurança. Já o terceiro caso, um **incidente de trajeto com afastamento** ocorreu fora das dependências da instituição, durante o deslocamento da colaboradora entre a residência e o local de trabalho, não havendo, portanto, relação direta com as condições estruturais ou organizacionais da unidade hospitalar.

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

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

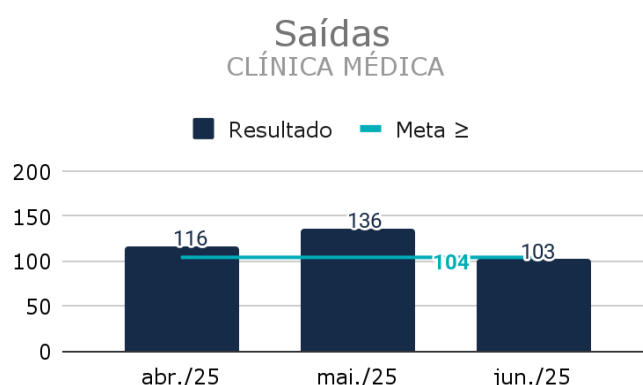
Há um plano de ação para o mês de Julho de 2025, de capacitação e orientação a todos os colaboradores sobre segurança dentro do ambiente de trabalho que será realizado pelo time de Engenharia de Segurança do Trabalho Corporativo com a meta de assim capacitarmos 100% dos nossos colaboradores.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica

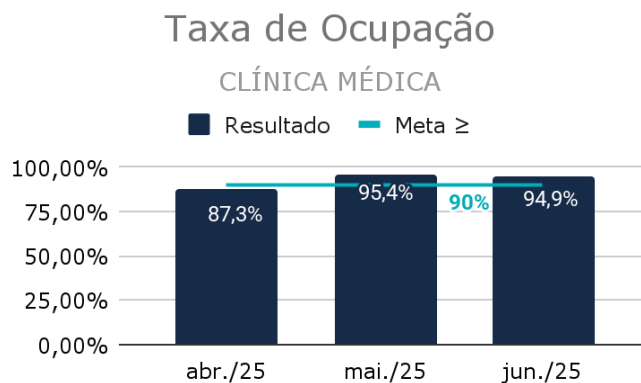
5.1.1 Saídas



Análise crítica: No mês em análise, o número de saídas de pacientes na clínica médica alcançou 99% da meta contratual pactuada, evidenciando o compromisso da equipe assistencial em fornecer o recurso ao maior número possível de pessoas que deste necessitam. É importante enfatizar que o perfil de pacientes admitidos na clínica médica inclui casos complexos que por vezes requerem grande aprofundamento durante a investigação diagnóstica e tratamentos por períodos prolongados, o que frequentemente estende o tempo de internação hospitalar e reduz a capacidade da equipe em garantir alta rotatividade de leitos sem comprometer a segurança da desospitalização. Sobre este tópico, inclui-se a informação de que as altas hospitalares de pessoas cujas condições clínicas são consideradas complexas são acompanhadas por contrarreferenciamento aos serviços de atenção primária, serviço este intermediado pelo serviço social.

Em junho ocorreu uma saída não planejada na clínica médica. Neste caso, o paciente optou por requerer o direito fundamental de autonomia e descontinuar o tratamento intra-hospitalar, apesar das orientações médicas contrárias. Como este não demandou atendimento posterior, pode-se acreditar que sua decisão não lhes trouxe danos.

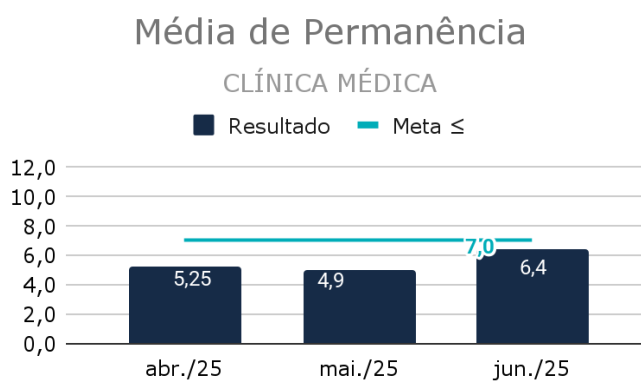
5.1.2 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
655	690

Análise crítica: A taxa de ocupação da clínica médica neste período foi de 94,9% , ultrapassando a meta contratual e reforçando o compromisso da equipe em garantir o acesso ao maior número de usuários.

5.1.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
655	103

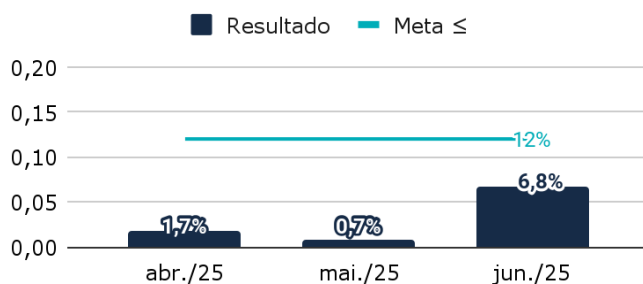
Análise crítica: A média de permanência na clínica médica foi de 6,4 dias, resultado dentro da meta contratual estabelecida que evidencia o compromisso

da equipe em garantir, dentro dos limites impostos pela desospitalização segura, elevada rotatividade de leitos.

5.1.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total

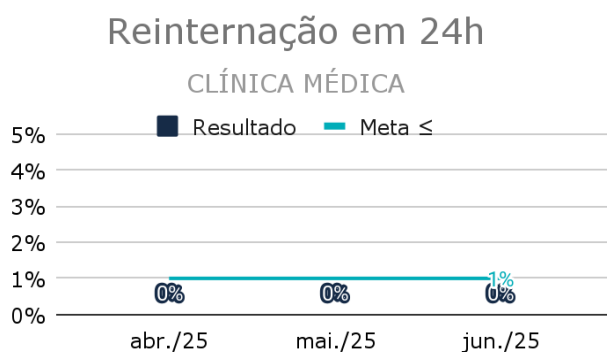
CLÍNICA MÉDICA



Nº Óbitos	Nº de Saídas
7	103

Análise crítica: Neste mês, a taxa de mortalidade atingiu 6,8%, resultado que está dentro da meta pactuada e esperada para o perfil de pacientes internados, que é diverso, coexistindo pessoas em tratamento curativo, pessoas sob cuidados proporcionais e pessoas em cuidados exclusivamente paliativos. Foram registrados quatro óbitos do sexo masculino e três do sexo feminino, sendo três casos oncológicos.

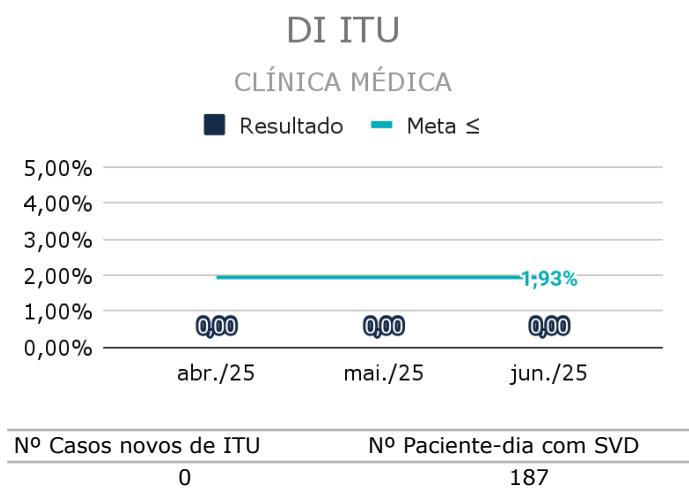
5.1.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	103

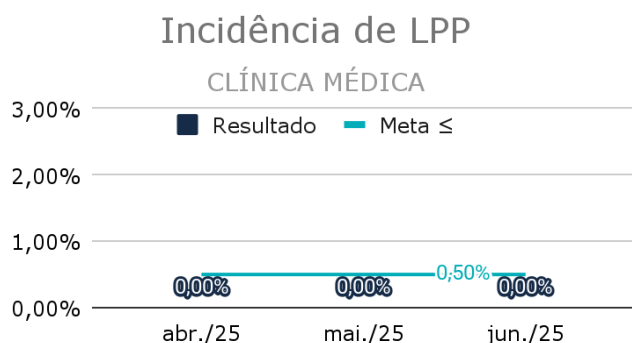
Análise crítica: Durante o período sob análise, não foram registradas na clínica médica ocorrências de reinternação hospitalar precoce (dentro das primeiras 24h após a alta hospitalar), o que demonstra o alcance da meta contratual e a qualidade do cuidado e do planejamento da alta.

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



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

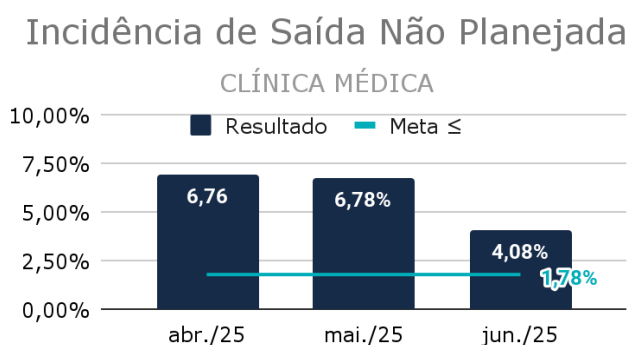
5.1.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	282

Análise crítica: No período analisado não houve notificação de novos casos de lesões por pressão na clínica médica, o que evidencia o comprometimento da equipe em prestar assistência de qualidade e, dentro das possibilidades e de acordo com o perfil dos pacientes internados, livre de danos.

5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

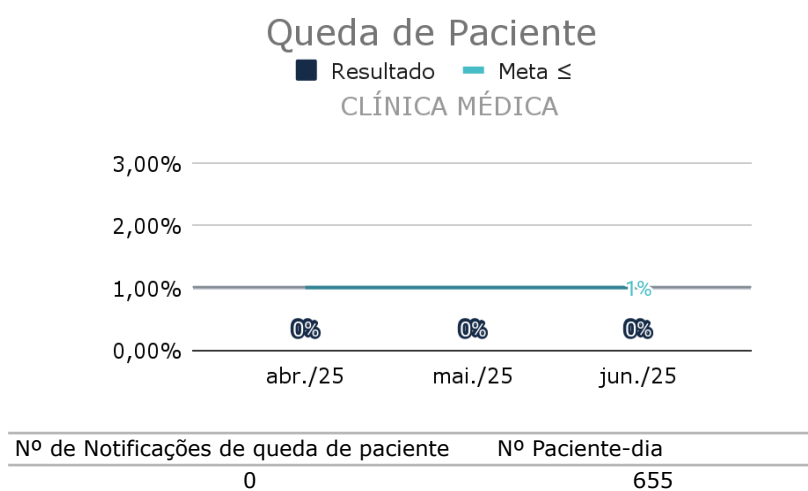


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
2	49

Análise crítica: A incidência de saída não planejada de SNE/GGT atingiu 4,08% dentro do grupo de pacientes em risco, valor reduzido e mais próximo da meta estabelecida em relação ao período anterior. Justifica-se que, considerando que o perfil de pacientes não difere do historicamente encontrado na unidade em

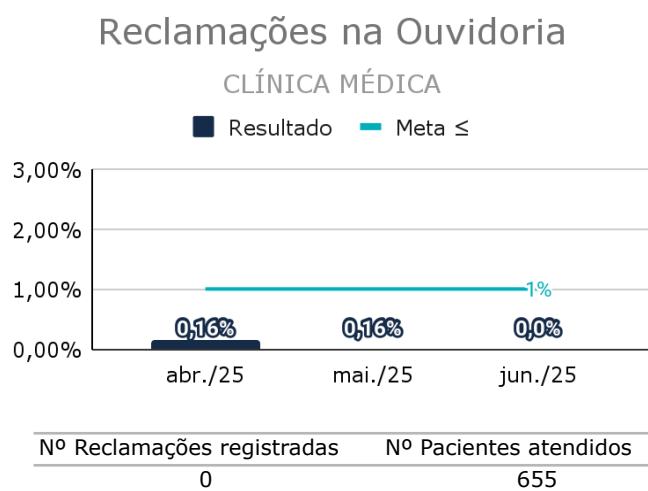
análise, a evolução do dado demonstra melhoria contínua na prestação de assistência segura e livre de danos. Em relação ao contexto das saídas não planejadas de SNE/GGT, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios usuários que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento habituais e causavam 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.

5.1.9 Incidência de Queda



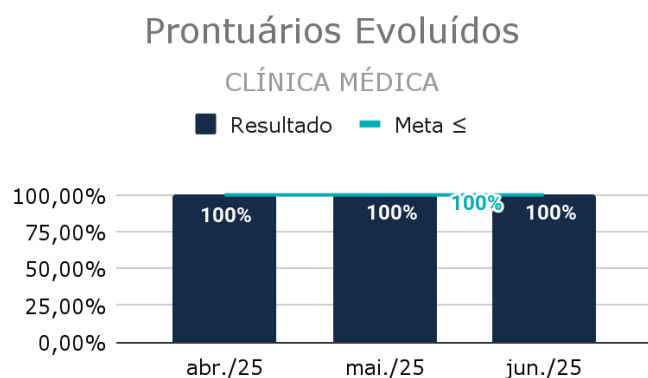
Análise crítica: No período analisado não houve quedas na clínica médica, cumprindo assim a meta pactuada, e reforçando o compromisso da equipe na implementação de medidas de segurança e conscientização dos envolvidos.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



Análise crítica: No período analisado não houve manifestações para reclamações relacionadas a Clínica Médica, atendendo a meta contratual estabelecida. Salienta-se que há um canal de comunicação permanentemente aberto entre equipe, pacientes e familiares com o objetivo de aproximar e aprimorar a gestão no sentido de resolver eventuais conflitos.

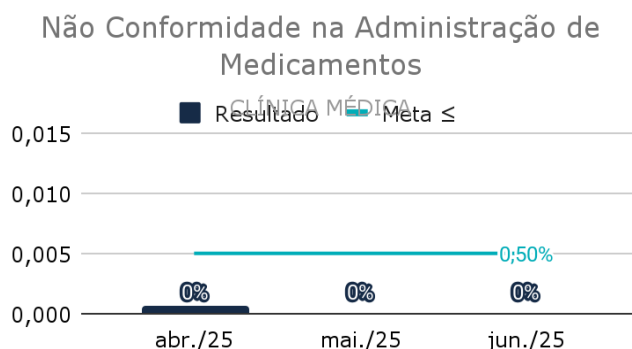
5.1.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o período avaliado, a evolução clínica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica foi devidamente registrada em prontuário. 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.

5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

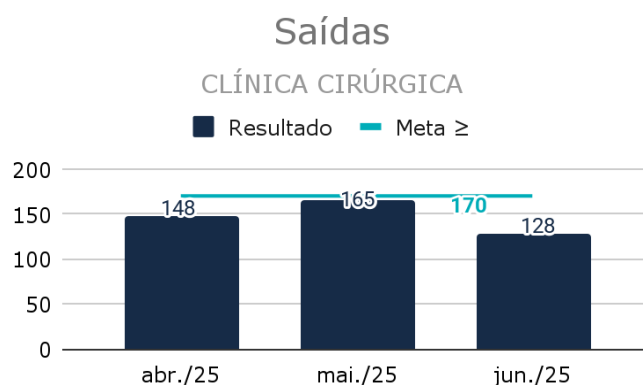


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	6961

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

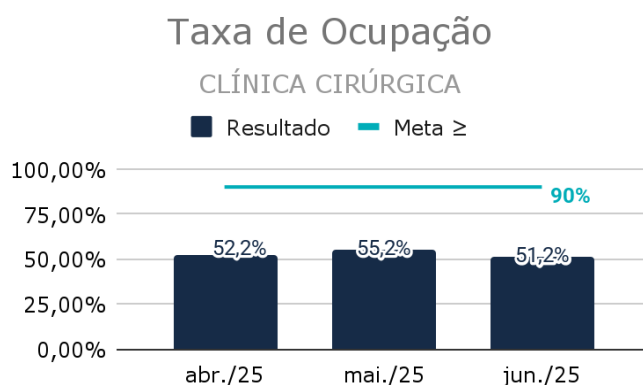
5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

5.2.1 Saídas



Análise crítica: Este número compreende 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.

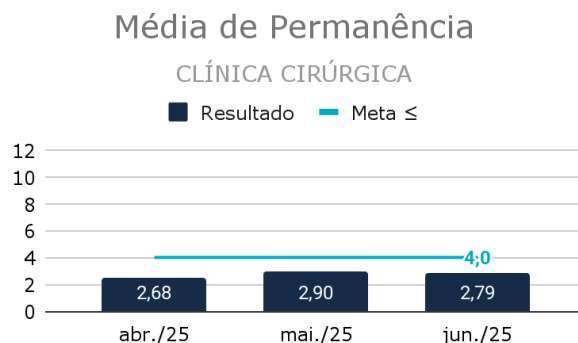
5.2.2 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
275	596

Análise crítica: No mês de referência a taxa de ocupação da clínica cirúrgica atingiu 53% de sua capacidade total, dado que não diferiu significativamente dos períodos anteriormente avaliados. Assim como justificado no indicador “Saídas”, o valor 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.

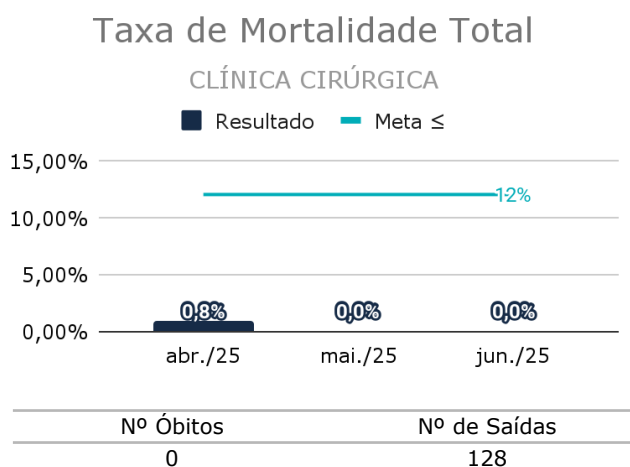
5.2.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
275	128

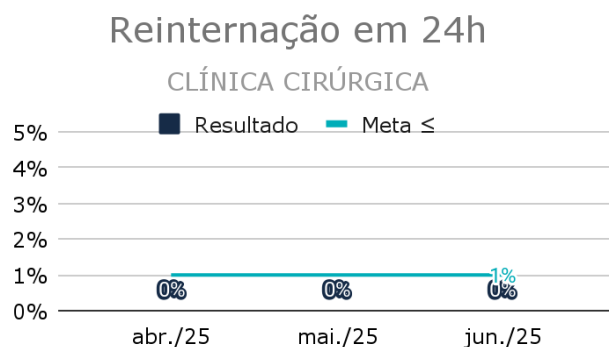
Análise crítica: A média de permanência foi de 2,79 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas e na garantia de rotatividade de leitos, tornando o recurso disponível ao uso público.

5.2.4 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: Não houve casos de óbitos na clínica cirúrgica no mês em análise.

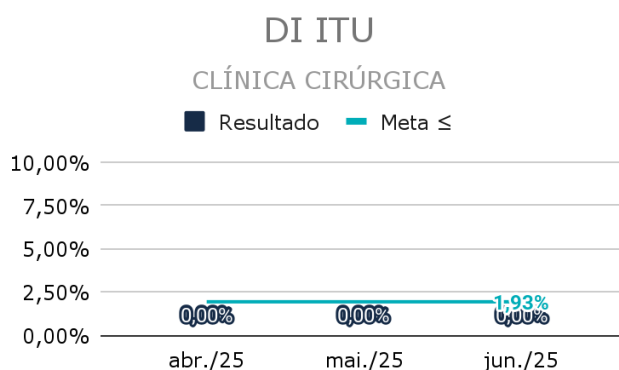
5.2.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	128

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 da alta.

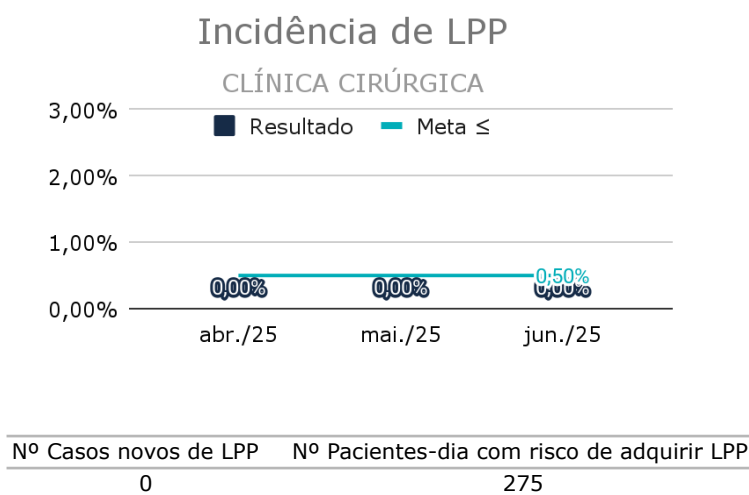
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	54

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).

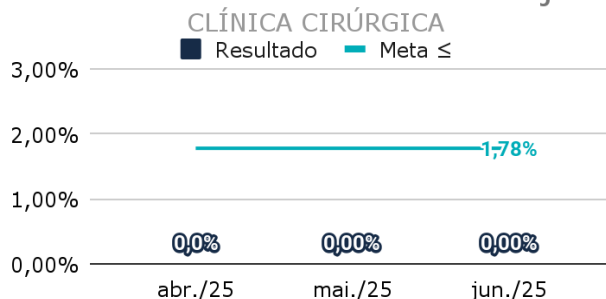
5.2.7 Índice de Lesão por Pressão



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

5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)

0

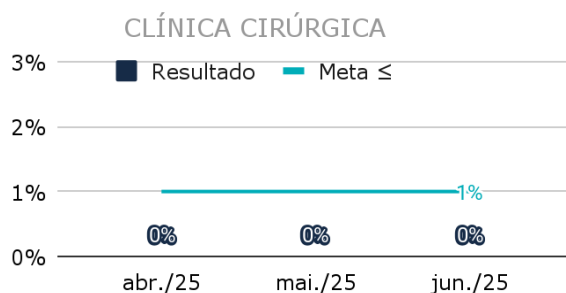
Nº Pacientes-dia com SONGE

1

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

5.2.9 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente

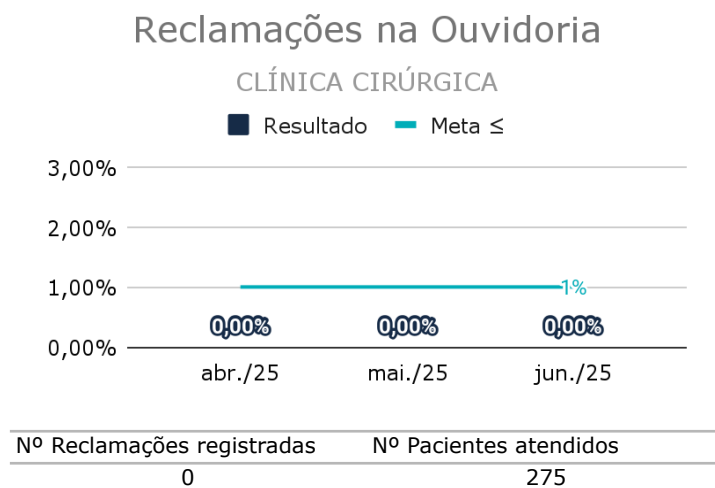
0

Nº Paciente-dia

275

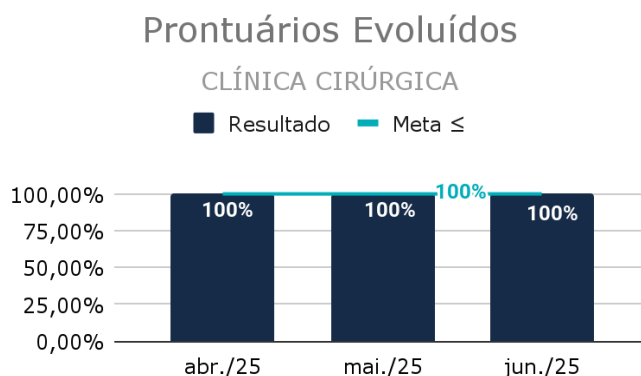
Análise crítica: No período analisado não houve notificação de queda de paciente na clínica cirúrgica, alcançando a meta contratual estabelecida.

5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



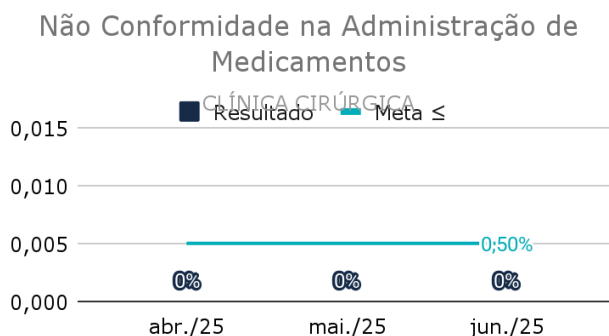
Análise crítica: No período avaliado não houve manifestações de reclamações em relação ao atendimento prestado na clínica cirúrgica.

5.2.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o mês de referência, a totalidade dos prontuários de pacientes internados na enfermaria de Clínica Cirúrgica continha devidamente evoluções multiprofissionais diárias, conforme os atendimentos realizados. Profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções manualmente ou por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

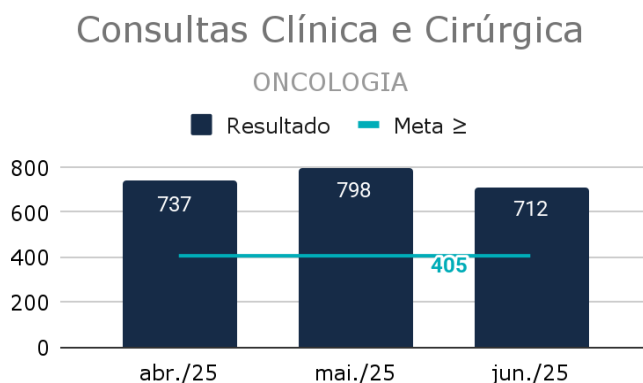


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	2141

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

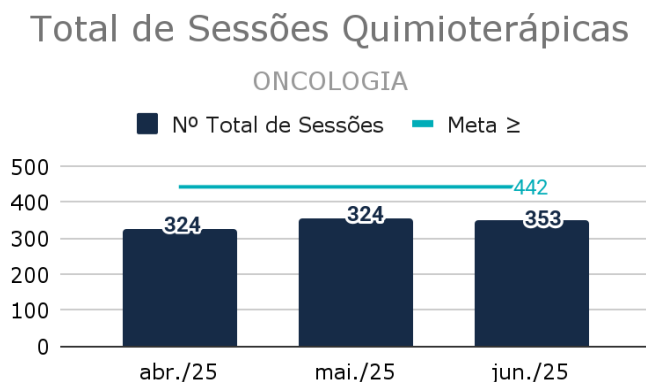
5.3 Indicadores Oncologia

5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica



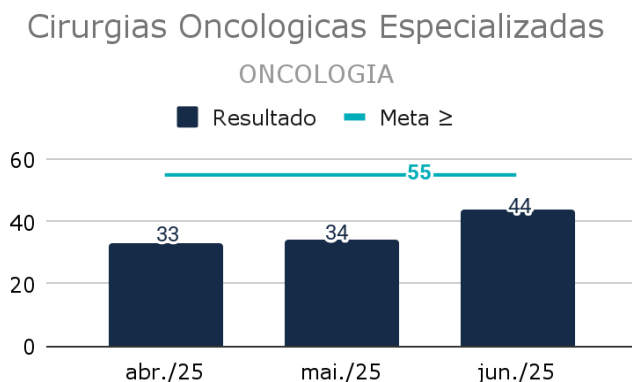
Análise crítica: No período analisado foram realizadas 712 consultas oncológicas, distribuídas da seguinte forma: 225 cirúrgicas e 487 clínicas, superando em 75% a meta contratual.

5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 353 procedimentos quimioterápicos, atingindo 80% da meta contratual. Importante ressaltar que os procedimentos são realizados conforme a demanda e o estado clínico do paciente, observando-se o seguinte fluxo: no dia da quimioterapia, após a admissão do paciente, este é avaliado pelo Enfermeiro, em uma consulta de triagem na qual são investigados sinais e/ou sintomas que podem contraindicar a administração do quimioterápico (por exemplo: sintomas gripais, febre, desidratação, astenia, entre outros). Se identificada alguma alteração, o paciente é avaliado pelo médico oncologista clínico, que libera ou suspende a sessão.

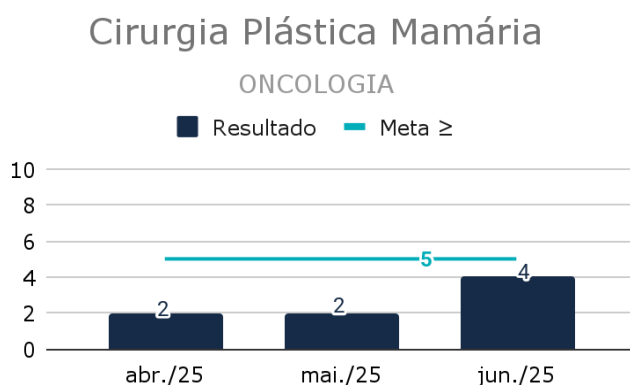
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 44 procedimentos cirúrgicos oncológicos, número que em expressiva ascensão, elevando-se quase

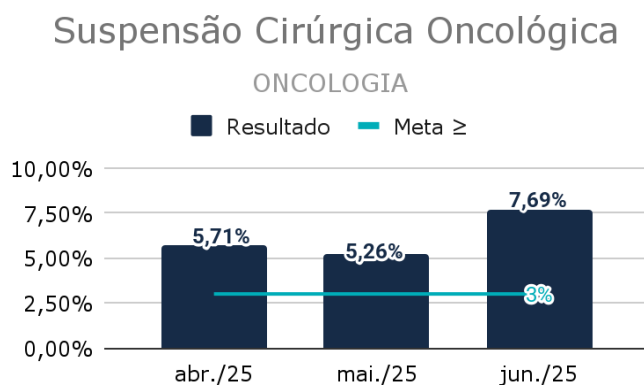
30% em relação ao período anterior, porém ainda inferior à meta contratual. Com vistas ao alcance desta, seguimos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo e otimizar os recursos para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

5.3.4 Cirurgia Plástica



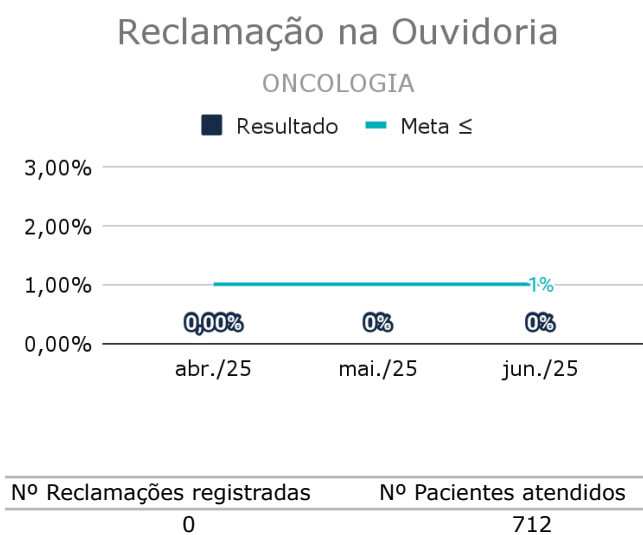
Análise crítica: Neste período foram realizados 04 procedimentos de cirurgia plástica de mama. Embora ainda abaixo da meta contratual, o valor é superior ao mês anterior. Continuamos trabalhando ativamente na oferta dos casos de indicação das cirurgias plásticas e manutenção da equipe completa, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance do esperado para este indicador.

5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica



Análise crítica: Durante o período analisado, registraram-se 04 suspensões de procedimentos cirúrgicos oncológicos, elevando o percentual a 7,69% (4,69% acima da meta contratual), sendo todas pelo mesmo motivo: falta de leito de UTI para recuperação pós-operatória imediata. Cabe observar que o motivo de suspensão foge ao controle direto da equipe cirúrgica, estando relacionado à limitação de recursos assistenciais. Ressalta-se, ainda, a importância do monitoramento contínuo dessas situações, tanto para reforçar a qualidade da assistência e a segurança do paciente, quanto para sinalizar a necessidade de investimentos institucionais em infraestrutura e apoio na tomada de decisão clínica.

5.3.6 Reclamações na Ouvidoria

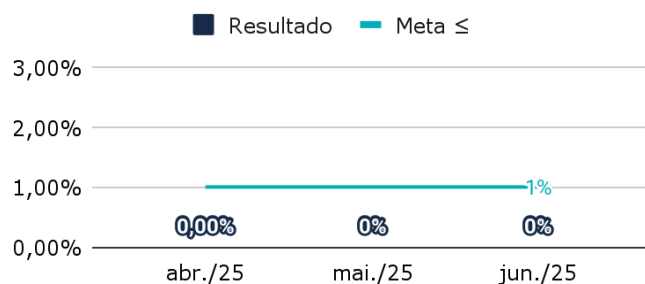


Análise crítica: Neste período não houve registro de reclamações no serviço de ouvidoria da oncologia.

5.3.7 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente

ONCOLOGIA



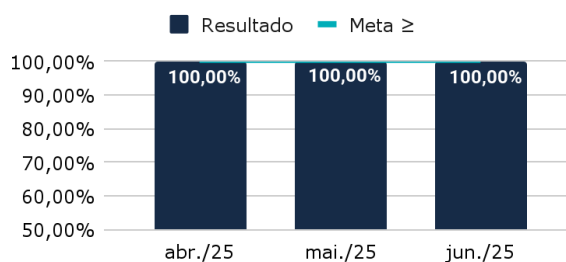
Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	712

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

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

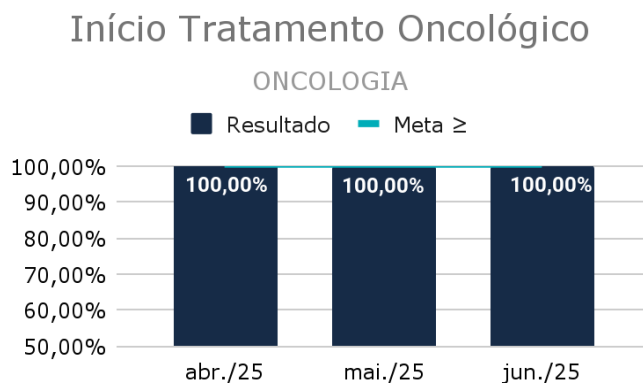
Preenchimento adequado da documentação

ONCOLOGIA



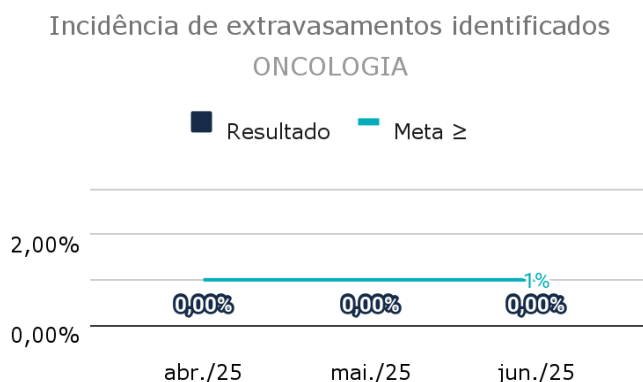
Análise Crítica: Assim como nos meses anteriores, toda a documentação relativa aos usuários oncológicos foi devidamente preenchida, o que reforça o comprometimento da equipe na execução dos procedimentos administrativos.

5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos



Análise Crítica: No período avaliado passaram pela primeira consulta em oncologia 41 pacientes via SIRESP/CROSS, atendimento no qual, além de definido o planejamento do cuidado para o usuário, seu tratamento é prontamente iniciado.

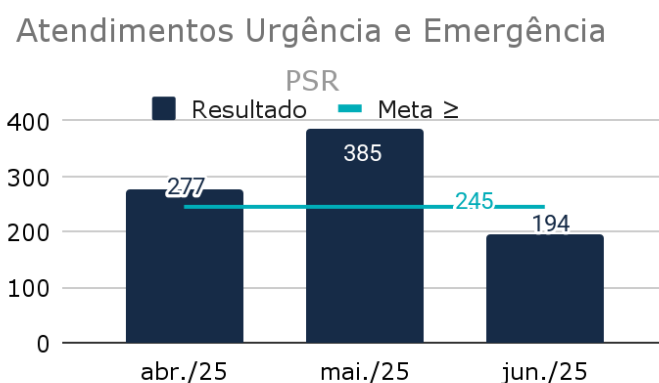
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



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

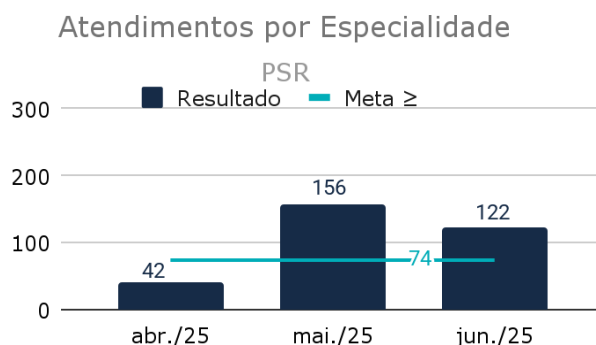
5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência



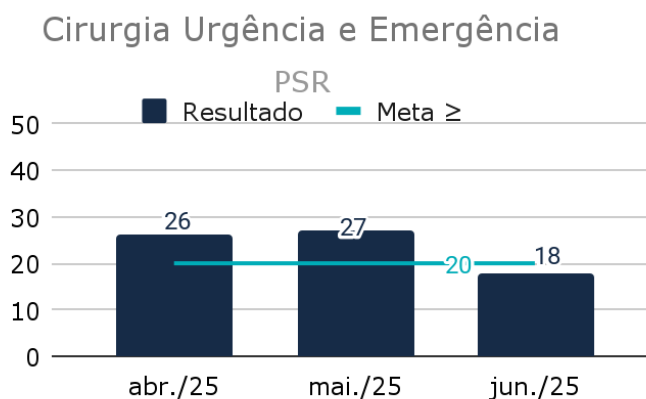
Análise crítica: No período avaliado houve 270 atendimentos no Pronto Socorro, sendo **194** classificados como urgência e emergência (vermelho e amarelo), 76 pouco urgentes (verde). Salienta-se que o acesso ao pronto socorro e, posteriormente, aos demais serviços do HRA, é feito por meio de sistemas de referenciamentos pactuados junto à Rede de Urgências e Emergências regional, incluindo, dentre outros, o sistema CROSS/SIRESP, concessionárias rodoviárias, COBOM e o SAMU. Dentro de seus limites, todos os casos considerados de “linha vermelha” ou que necessitaram de escalonamento de recursos até cuidados intensivos foram referenciados, acolhidos e tratados no Hospital Regional de Assis.

5.4.2 Atendimentos por Especialidade



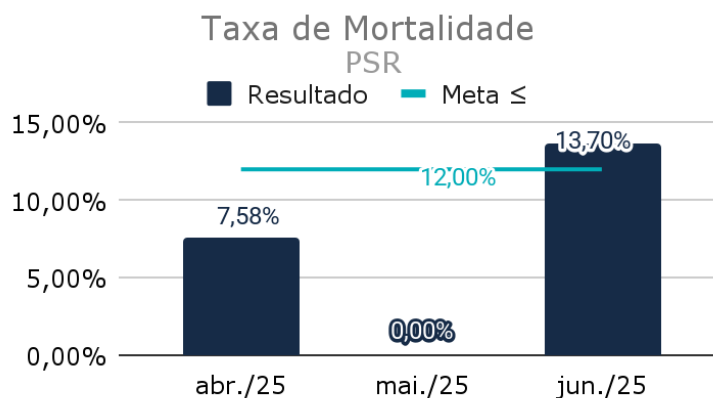
Análise crítica: No mês de junho foram realizados 122 atendimentos especializados, sendo: 47 pela cirurgia geral, 01 pela cirurgia pediátrica, 16 pela neurocirurgia, 02 pela urologia, 03 pela ortopedia e, por fim, 53 intercorrências oncológicas de pacientes de nossa UNACON, atendidas pelo médico emergencista de plantão.

5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado



Análise crítica: No mês de junho foram realizados 18 procedimentos cirúrgicos considerados de urgência ou emergência, admitidos por meio do pronto socorro referenciado, sendo: 09 pela equipe de cirurgia geral, 01 pela ortopedia, 04 pela neurocirurgia e 03 pela urologia.

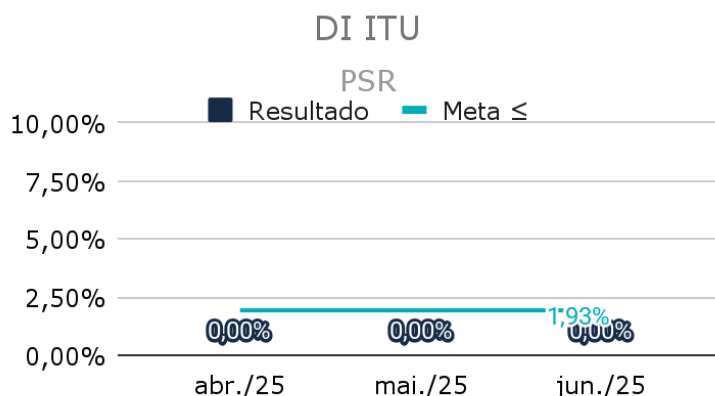
5.4.5 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No período analisado ocorreram 37 óbitos no Pronto Socorro Referenciado, sendo: 51% do gênero masculino e 49% do gênero feminino (uma das mulheres em idade fértil), com idade mediana de 76 anos, sua maioria (75%) ocorrendo no período diurno e quase sua totalidade (97,2%) considerada inevitável. Dois óbitos decorreram de causas oncológicas e nenhum óbito ocorreu por complicações cirúrgicas.

56,76% do total de óbitos, mais da metade (21), ocorrem em menos de 24 horas após a entrada, indicando que os pacientes já chegam em estado crítico e irreversível, com doenças em estágio terminal ou lesões muito severas.

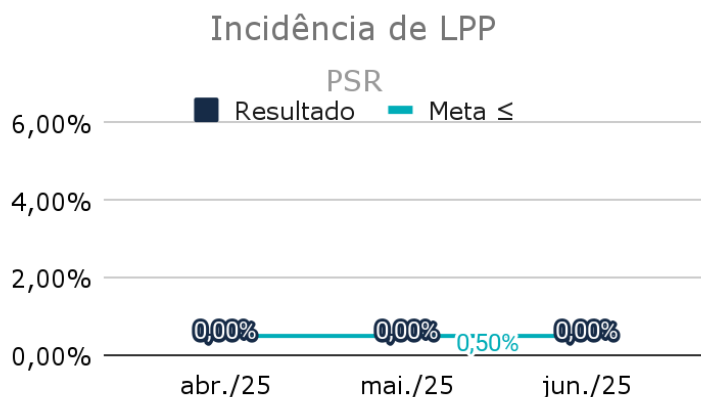
5.4.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	112

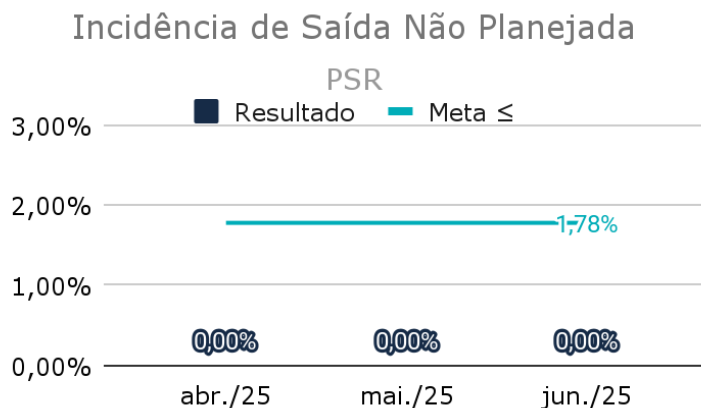
Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados do Pronto Socorro Referenciado pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC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

5.4.9 Índice de Lesão por Pressão



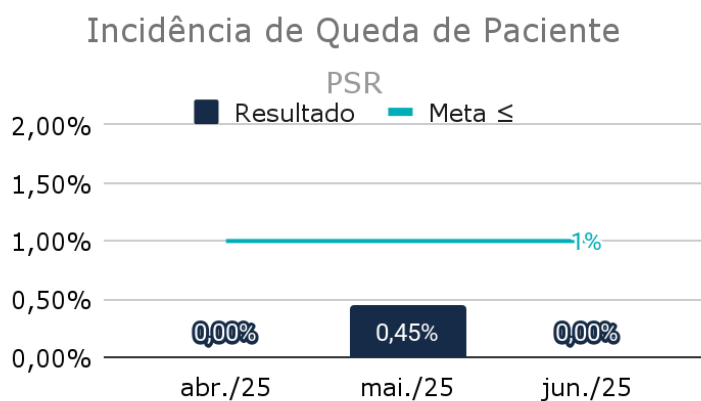
Análise crítica: No período analisado, não foi registrado o desenvolvimento de novas lesões por pressão no Pronto Socorro Referenciado, atendendo à meta contratual estabelecida.

5.4.10 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



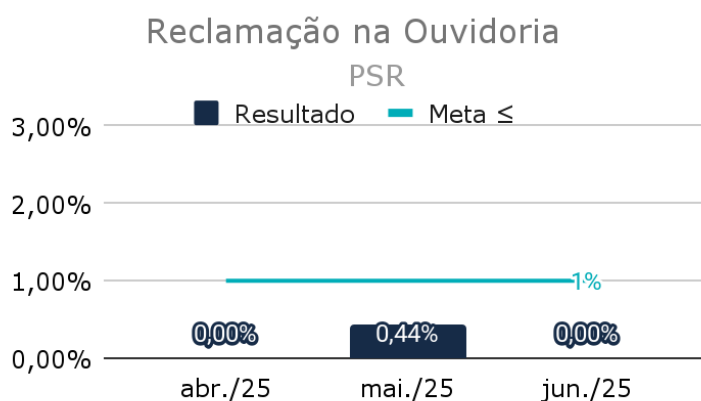
Análise crítica: No período avaliado não foram notificadas saídas não-planejadas de sonda oronasogastroenteral para aporte nutricional no Pronto Socorro Referenciado, resultando no indicador dentro da meta contratual estabelecida.

5.4.9 Incidência de Queda



Análise crítica: 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 de uma assistência segura e livre de danos.

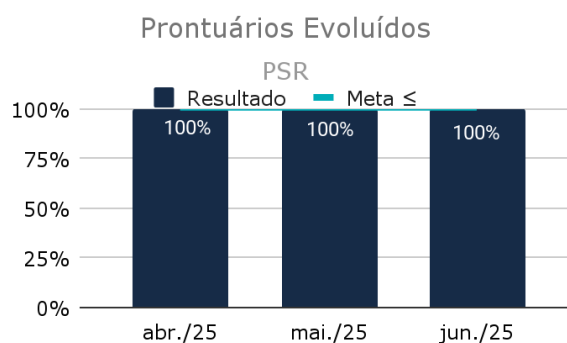
5.4.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	208

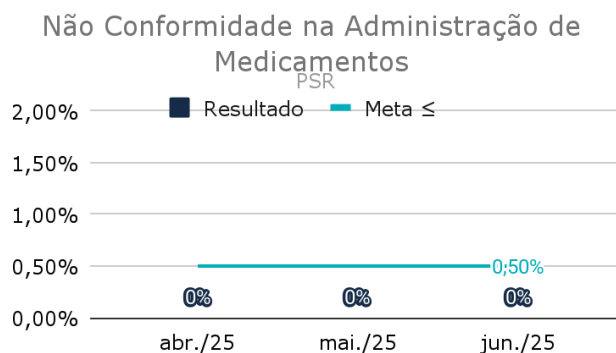
Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Pronto Socorro Referenciado.

5.4.11 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.

5.4.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	6961

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

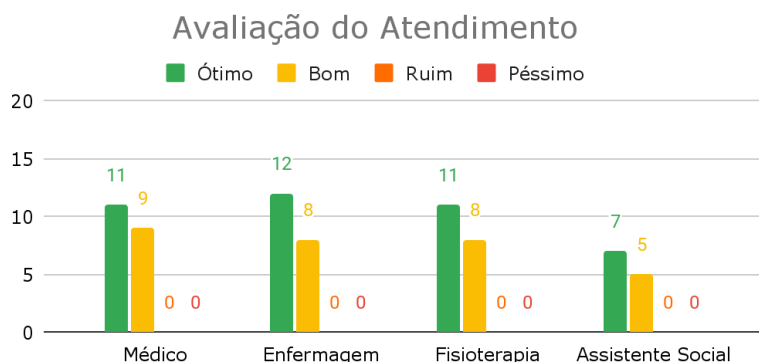
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de 128 **pesquisas respondidas**, sendo **08 preenchidos no Pronto Socorro Referenciado**, **20 preenchidos na Clínica médica**, **29 preenchidos na Clínica Cirúrgica**, e **71 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.

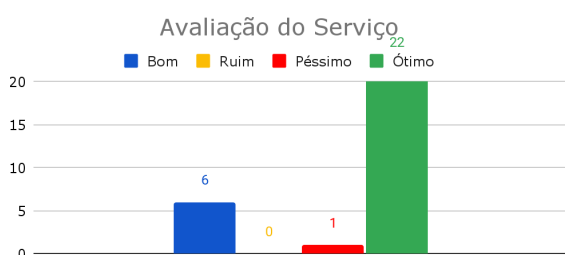
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica



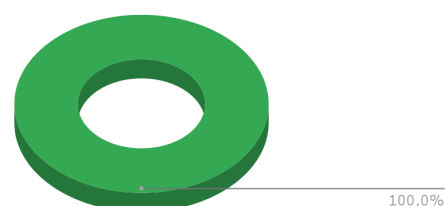
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **100%** (resultado "ótimo" ou "bom"), dado que evidencia uma percepção positiva ao atendimento.

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.

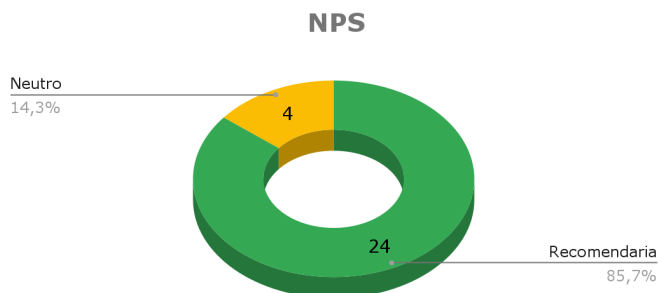


% Satisfação - Serviço



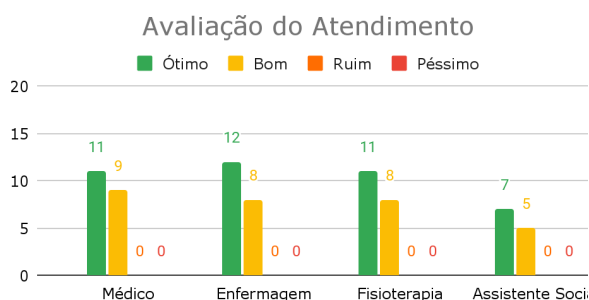
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **86%** dos usuários responderam positivamente.

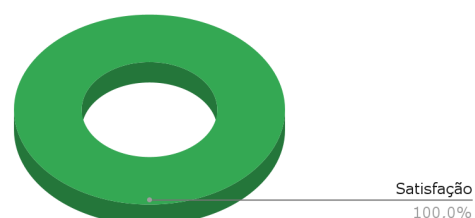


6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica

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.

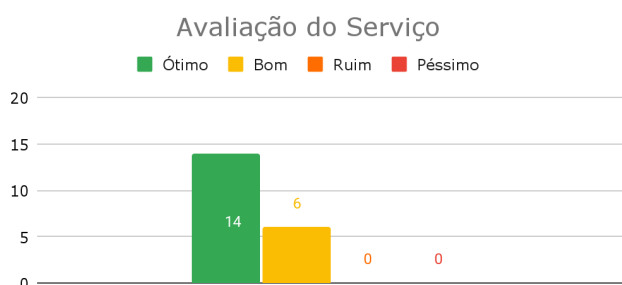


% Satisfação - Atendimento

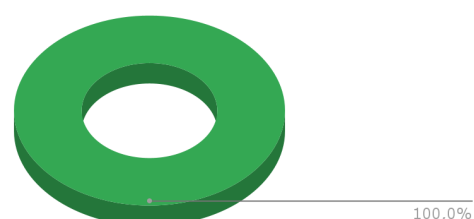


6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica

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

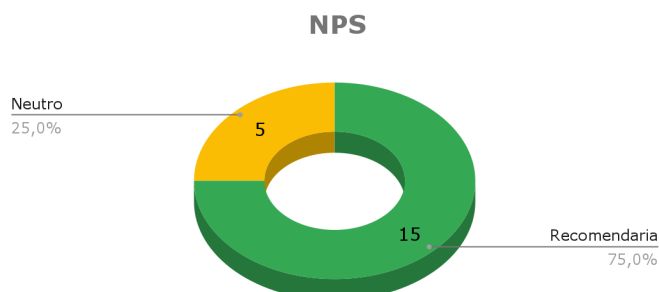


% Satisfação - Serviço



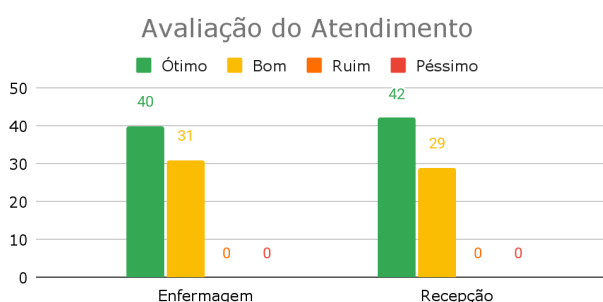
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **75%** dos usuários responderam positivamente.

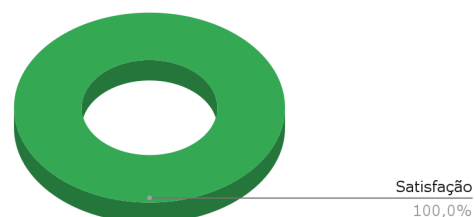


6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia

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

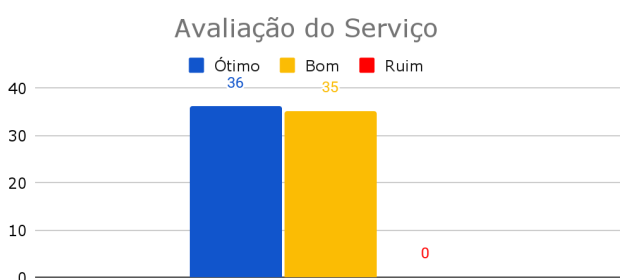


% Satisfação - Atendimento

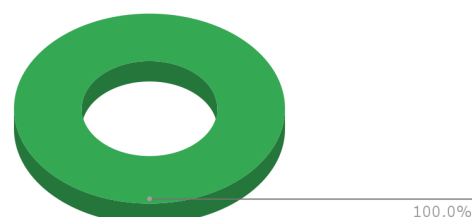


6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia

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.

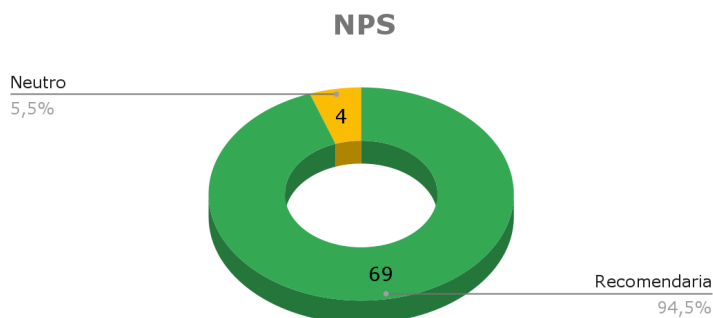


% Satisfação - Serviço



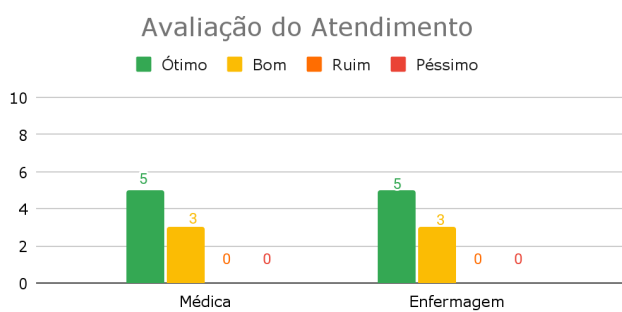
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **94,5%** dos usuários responderam positivamente.



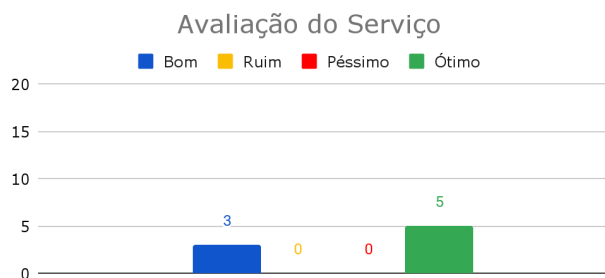
6.1.7 Avaliação do Atendimento - PSR

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

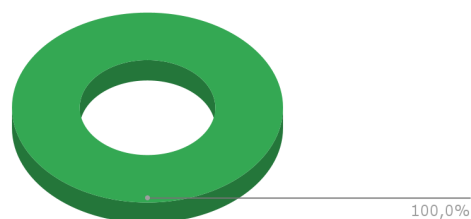


6.1.8 Avaliação do Serviço - PSR

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

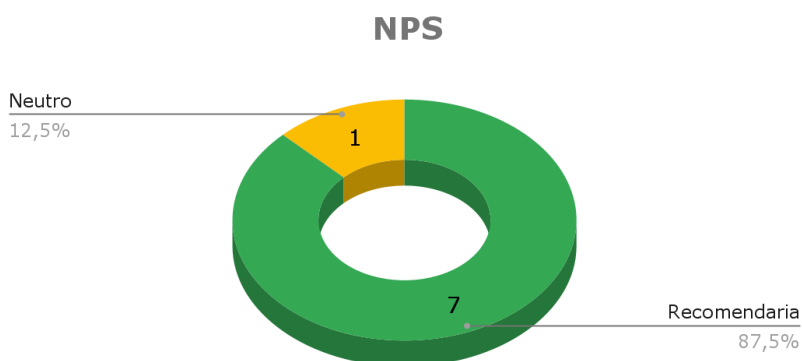


% Satisfação - Serviço



6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **87,5%** dos usuários responderam positivamente.



7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

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

Foi realizada roda de conversa com equipe multiprofissional sobre o Programa *Pétala*, uma iniciativa do Hospital Regional de Assis, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública e outros segmentos da sociedade civil, que visa formar uma rede de atendimento integrado para vítimas de violência sexual. A seguir imagens que demonstram essa ação:



No Pronto Socorro Referenciado demos continuidade às ações de organização do setor. Seguem imagens que demonstram essa iniciativa:



Foram realizados treinamentos sobre os protocolos gerenciados: Sepses, Trauma, Dor Torácica e Acidente Vascular Encefálico, ministrados pelo Dr. Vinicius Bahia. Seguem imagens que demonstram essa ação:



Em parceria com hospital, o Grupo Cócega Terapia realizou visita nos setores do Hospital. Seguem imagens que demonstram essa ação:





Também em parceria com hospital, músicos da Congregação Cristã do Brasil visitaram os setores e fizeram mostras musicais. A seguir imagens que demonstram essa ação:



Celebrando o mês junino, o setor da UNACON foi decorado e uma singela comemoração junto aos pacientes. Seguem imagens que demonstram essa ação:







Foi realizada capacitação acerca da Escala de Mews 2 para Deterioração Clínica, por meio de palestra interativa ministrada pela enfermeira Edna Duarte Ferreira. Seguem imagens que demonstram essa ação:



Assis, 08 de julho de 2025.


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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Regional