

# **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**

**Março**

**2025**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Tarcísio Gomes de Freitas

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eleuses Paiva

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



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**

Adriana Cristina Alvares

**MÉDICO PREPOSTO**

João Paulo Sanches Bermudes

**ENFERMEIRO PREPOSTO**

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

**ENCARREGADA ADMINISTRATIVA**

Camila de Moraes Gomes

## SUMÁRIO

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

5.2.1 Saídas	25
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	28
5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	29
5.2.9 Incidência de Queda	29
5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	30
5.2.11 Prontuários Evoluídos	30
5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	31
5.3 Indicadores Oncologia	31
5.3.1 Consultas Onco Clínica e Cirúrgica	31
5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos	32
5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas	32
5.3.4 Cirurgia Plástica	33
5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	33
5.3.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	34
5.3.7 Reclamações na Ouvidoria	34
5.3.8 Incidência de Queda	35
5.3.12 Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	36
5.3.17 Relatórios e Prontuários	37
5.3.18 Início do tratamento dos pacientes oncológicos	37
5.3.19 Incidência de extravasamentos identificados	38
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
5.4.5 Taxa de Mortalidade	40
5.4.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	40
5.4.9 Índice de Lesão por Pressão	41
5.4.10 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	42
5.4.9 Incidência de Queda	42
5.4.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	43
5.4.11 Prontuários Evoluídos	43
5.4.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	44

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

---

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

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

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

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

#### **Visão**

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

#### **Missão**

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

## **Valores**

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

## **Pilares Estratégicos**

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

## **Lema**

"Prevenir é Viver com Qualidade".

## 1.2 Convênio nº 00423/2025

---

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

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **150** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **134** contratados por processo seletivo (CLT) e 16 por contratação de Pessoa Jurídica (PJ). Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

## 4.1 Dimensionamento

### 4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar Administrativo I (36h)	13	12	↓
Assistencial	Auxiliar de Farmácia II (30h)	4	4	✓
	Encarregado Administrativo (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro Preposto (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro II (36h)	13	12	↓
	Enfermeiro II (36h) - noturno	7	7	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	0	2	↑
	Farmacêutico (30h)	2	2	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fonoaudiólogo (30h)	1	0	↓
	Médico Cirurgião Geral (12h)	3	3	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno	0	2	↑
	Médico Preposto (20h)	1	1	✓
	Psicólogo (30h)	1	1	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h)	43	43	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno	33	33	✓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓	
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>133</b>	<b>↑</b>

**Análise Crítica:** Mediante o quadro acima, verificamos que 90% da previsão de colaboradores efetivos conforme o estabelecido no plano de trabalho. Informo ainda que a equipe mínima solicitada do termo de referência foi contratada, faltando apenas 01 fonoaudiólogo.

#### 4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Efetivos	Cargo	Colaborador	Nº Conselho
Hospital Regional de Assis	12	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	CAMILA PORTO MALLEA	N/A
			JULIA EVANGELISTA ANDRADE	
			MILE ANE CAMARGO CORREA	
			ISADORA GANDOLFO DA M BERNARDO	
			HELOISA MARCELINO CORREIA	
			MAYARA RODRIGUES SILVEIRA	
			ALESSANDRA DA SILVA	
			WILSON MARQUES DE O NETO	
			LEONARDO AUGUSTO GUGLIELMETTI	
			MARGARETE CRISTINA DA SILVA	
			CAROLINE UTIDA MACIEL	
	LEONARDO VICTORINO NETTO			
	1	Encarregada Administrativa - 40h	CAMILA DE MORAES GOMES	N/A
	1	Enfermeiro Preposto	Maria Gabriela	472.007
	2	Enfermeiro Supervisor 36h - Noturno	ADRIANO TRIGOLO PAHIM	529.021
			NATALIA FAVRETO FARIA PLANTIER	216899
	1	Médico Preposto	JOAO PAULO SANCHES BERMUDEZ	203005
12	Enfermeiro (36)	ALAN AUGUSTO GUEDES MAZALLI	294815	
		ARIANE BARROSO SANTOS	666.940	
		ARIANE PIOVAN RIBEIRO	569396	
		BRUNA DE MORAES ZANCHETA	779302	
		BRUNO BASTOS DA SILVA	634105	
		DANIELA APARECIDA HATOS DA SILVA	349.604	
		DEBORA MARIA OLIVEIRA GARCIA	579383	
		FABRISSA GUEDES DE SOUZA LIMA	91815	
		GUILHERME ANTONIO PASSARELLI CHAGAS	703.015	



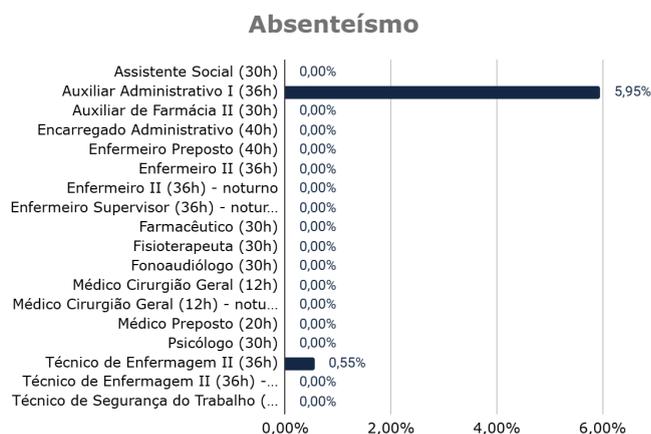
			JOANA DE FATIMA BONILHO	626.126
			MARIA GABRIELA DAENEKAS TEIXEIRA MARIANO	816.375
			NORBERTO APARECIDO MEDINA	283.508
			SIMONE APARECIDA DE OLIVEIRA SILVA	260.634
			TELMA ALESSANDRA SIQUEIRA LIMA	379877
	7	Enfermeiro (36h) - noturno	ANA PAULA TEIXEIRA ROSA	713.507
			CAMILA DE CAMARGO	209.205
			GABRIELA CORREIA MACHADO	532.034
			GUILHERME HENRIQUE SOUZA HOLZLE	703040
			IZABELA APARECIDA MORO GUERREIRO	503.076
			JULIANA CORREA DE MORAES LOPES	386.317
			MARIA DANIELLY DE FREITAS PEREIRA	847.944
			RODRIGO DE SOUZA CONCEICAO	218530
	6	Fisioterapeuta (30)	BRUNA DE PAULA MONTEIRO DOS SANTOS	290464-F
			GABRIEL ALFERES GARCIA	398.293-F
			JOAO PEDRO CARREIRO SPANHOL	399100-F
			KAREN LADEIRA RODRIGUES	205686-F
			LUISA GOMES DO NASCIMENTO	317895-F
			MARIA VITORIA ANTONIA DOS SANTOS	425238-F
	43	Técnico de Enfermagem (36h)	ADRIANA CRISTINA DA SILVA	1.265.956
			ADRIANA DE AZEVEDO MONTEIRO GONCALVES	274.842
			ALESSANDRA PINHEIRO	151330
			AMANDA GONZAGA RIBAS	1.781.983
			ANA CAROLINA ALVES	1.604.089
			ANA PAULA CORREA MACEDO	2104252
			ANA PAULA DA SILVA	580.229
			APARECIDA JOSE DOS SANTOS	2.113.850
			BETANIA COSTA BENEDITO	857112

			BRUNA GABRIELA BISPO DA SILVA BRITO	2031070
			BRUNA MAYARA MARTINS DE LOURENZI	1743730
			CLAUDINEI AMARO DE OLIVEIRA SILVA	
			CRISTIANE VENANCIO	461.438
			DANIELE ALFEU DOS SANTOS	923668
			DANIELE LEME DE PAULA	575.708
			DAYANE FERNANDES DOS SANTOS	2042549
			EDILEIA MIRIAM BRESCOTT MEDEIROS	994.476
			ELISA SAMARA DOS SANTOS	1.270.883
			ELOISA TAIS SOLER CALDEIRA	546.220
			FERNANDA CAVALCANTE MIRANDA	1.360.695
			FRANCILENE DE ALMEIDA CARVALHO	1372560
			GABRIELA CRISTINA PRECIOSO	1.511.149
			GEOVANE NASCIMENTO DE MATOS	2.101.668
			INGRIDE TAMIRES DA SILVA	2.117.684
			JANAINA DE OLIVEIRA BEZERRA DE ANDRADE	1564881
			JANAINA FERREIRA PEDRO	1.432.235
			JEISIANE DO NASCIMENTO RODRIGUES	1.607.154
			JONATHAN REINALDO DE OLIVEIRA	1.412.342
			JOYCE DE SOUZA LIMA	1.581.044
			LUCAS KELVIM DE BRITO	1.035.194
			LUCIANA DOS SANTOS LADEIRA	1.276.166
			MAGDA REGINA DOS SANTOS	1609482
			MONIQUE VALENTIM DONON DE OLIVEIRA	1921369
			NEIRI APARECIDA DA SILVA	992.640
			NUBIA ALVES DE LIMA	1.884.137
			PATRICIA BARBOSA DE OLIVEIRA	2013387

			RENATA DA SILVA ODIM	410.775
			RENATO PADOVANI BARBOSA	
			ROBSON LUIZ DA SILVA	905.005
			THAIS HELENA DOS SANTOS EUFRASIO	1719323
			VERONICA DE OLIVEIRA MARIA	953.423
			WESLEY ANDRE CRUZ DOS REIS ARCAS	2130683
			ZILMA VIEIRA BARBOSA	1172775
			ALESSANDRA CAVALCANTE CARDOSO SILVA	190362
			ALEXANDRE DA SILVA GOMES	289.653
			ALINE FOGACA LOPES	1315042
			ALINE PANTOJO	2072704
			ANA PAULA GREGORIO DO CARMO	2130440
			ANDRESSA AFONSO DA SILVA MELO	1893002
			ANTONIA ERINELDA DOS SANTOS CARDOSO	1.269.226
			CAMILLA PASCHOALINO	504.989
			CAROLINE ANDREOLI GRANGEIA SALLES	1.276.652
			DANIELA CRISTINA BIZZOTTO	2122669
	33	Técnico de Enfermagem (36h) - Noturno	DANIELA CRISTINA LUIZ PEREIRA	1.502.006
			DAYELLE ALFERES GARCIA	1.987.873
			EDIVANEIA VILAS BOAS CONTIERI	872256
			EDNEIA PEREIRA PRAINHA	1378020
			FABIANA ALVES DE SOUZA	1179758
			FERNANDA OZORIO	544681
			GILVANIA SILVA DE MENEZES ROCHA	868725
			GIOVANNA PINHEIRO DE LIMA	2101670
			GLEYCE KELLY ROSA DE SANTANA	2.123.022
			GUSTAVO PICOLO COSTA	1608098
			HELOISA VICENTE ALVES	565681

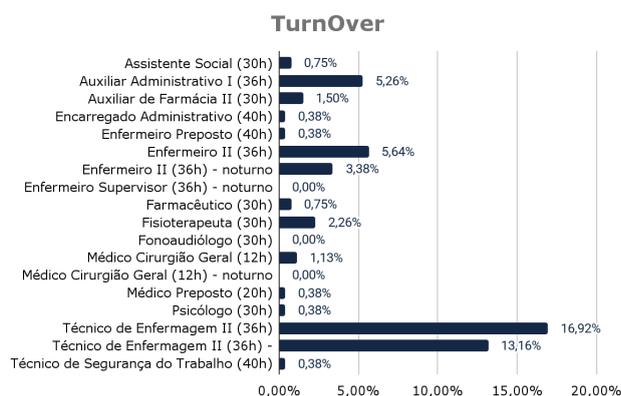
## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.2.1 Absenteísmo



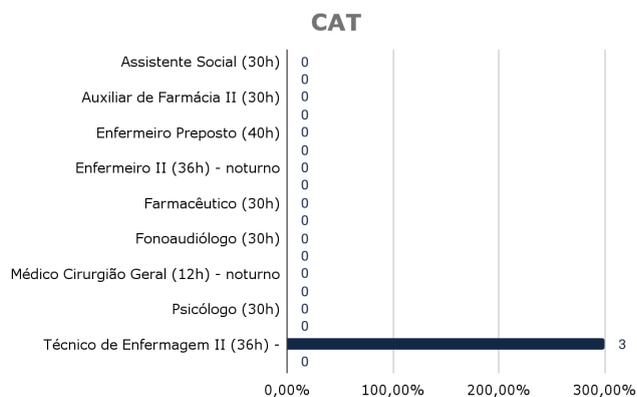
**Análise Crítica:** Entre os 131 colaboradores CLT foram identificadas 20 (vinte) ausências, sendo todas elas justificadas por meio de atestado médico. Apesar dessas faltas, não houve prejuízo à assistência contínua ao paciente, pois os colaboradores ativos foram remanejados dentro das unidades, fazendo, dessa forma, a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes

### 4.2.2 Turnover



**Análise Crítica:** Neste período de referência tivemos a implantação do serviço no hospital fechamos o mês de março com 90% do quadro de colaboradores CLT contratados. Foram realizadas 136 admissões e 05 pedidos de demissão.

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



**Análise Crítica:** Ao longo do mês tivemos três ocorrências relacionadas a acidentes laborais envolvendo materiais perfurocortantes com exposição a material biológico. O mecanismo dos acidentes estão descritos abaixo:

Colaboradora F.O.: O acidente ocorreu durante procedimento de punção venosa periférica, utilizando cateter curto flexível 22G com dispositivo de segurança. A colaboradora estava em uso de luvas de procedimento, conforme orientado. Após a punção, o dispositivo perdeu sua integridade e a agulha do cateter transfixou a espessura do material da luva e perfurou superficialmente a pele da colaboradora, expondo-a a contaminação por material biológico. A colaboradora foi acolhida e devidamente atendida no Pronto Socorro Referenciado da instituição. Amostras de sangue para testes sorológicos para hepatites virais, sífilis e HIV foram coletadas do paciente-fonte e da colaboradora, conforme prescrição médica e protocolo estabelecido no hospital.

#### AÇÕES PROPOSTAS:

- Revisão e treinamento sobre a manipulação do dispositivo;
- Notificação verbal ao responsável pelo almoxarifado (que dispensa o dispositivo) a respeito da possibilidade aumentada de exposição a acidente laboral durante o uso do equipamento, considerando a qualidade do material.

Colaboradora A.F.G.: O acidente ocorreu durante descarte de material pérfuro cortante - seringa agulhada - contaminada com sangue de fonte conhecida. O material havia sido utilizado para coleta de amostra de sangue venoso para análise laboratorial. Durante o descarte, o dispositivo acidentalmente escorregou da mão da colaboradora e perfurou superficialmente sua pele. Embora a colaboradora estivesse utilizando luvas de procedimento conforme recomendado, o instrumento transfixou a espessura do material do equipamento de proteção individual, expondo a funcionária a contaminação por material biológico. A colaboradora foi acolhida e devidamente atendida no Pronto Socorro Referenciado da instituição. Amostras de sangue para testes sorológicos para hepatites virais, sífilis e HIV foram coletadas do paciente-fonte e da colaboradora, conforme prescrição médica e protocolo estabelecido no hospital.

#### AÇÕES PROPOSTAS:

- Orientação sobre o devido cuidado ao manipular e descartar materiais pérfuro-cortantes;
- Substituição do atual material utilizado para coleta de amostras de sangue para análise laboratorial - seringas agulhadas - por dispositivos mais seguros, como cateteres tipo butterfly ou agulhas múltiplas acoplados a canhão (para coleta a vácuo).

Colaboradora I.J.L.: O acidente ocorreu após aplicação de medicamento injetável em via subcutânea, utilizando agulha 13x4,5 G com dispositivo de segurança. Após o procedimento, a colaboradora não acionou corretamente o dispositivo de segurança da agulha e depositou o instrumento em bandeja para descarte. Em seguida, ao manipular outro material presente na bandeja, tocou acidentalmente sua mão enluvada na agulha parcialmente desencapada, que transfixou a espessura do material da luva e perfurou superficialmente a pele da colaboradora, expondo a mesma a contaminação por material biológico. Em entrevista, a colaboradora referiu que frequentemente tem dificuldade em acionar o dispositivo de segurança das agulhas atualmente dispensadas por que esses são "muito duros". A funcionária foi acolhida e devidamente atendida no Pronto Socorro Referenciado da instituição. Amostras de sangue para testes sorológicos para hepatites virais, sífilis e HIV foram coletadas do paciente-fonte e

da colaboradora, conforme prescrição médica e protocolo estabelecido no hospital.

AÇÕES PROPOSTAS:

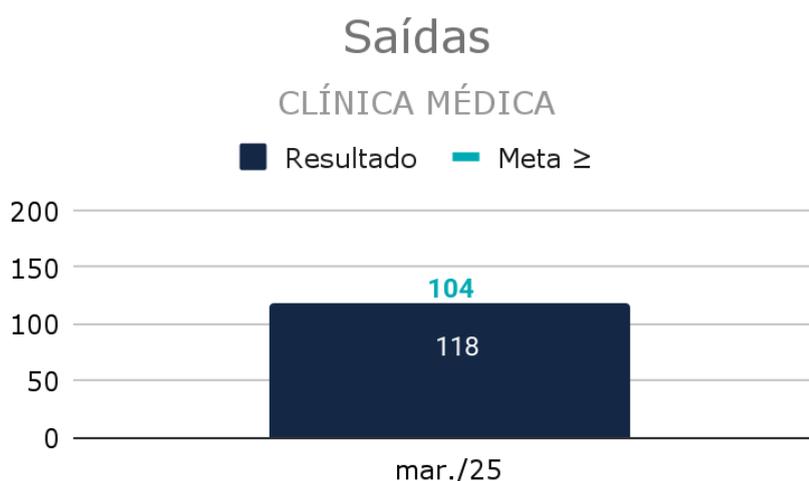
- Orientação sobre o devido cuidado ao manipular materiais pérfuro-cortantes e a utilização correta de dispositivos de segurança;
- Notificação verbal ao responsável pelo almoxarifado (que dispensa o dispositivo) a respeito do relato da dificuldade com os atuais dispositivos de segurança (“muito duros”);
- Padronização de descartadores de material pérfuro cortante portáteis, a serem levados na bandeja para descarte imediato.

## 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



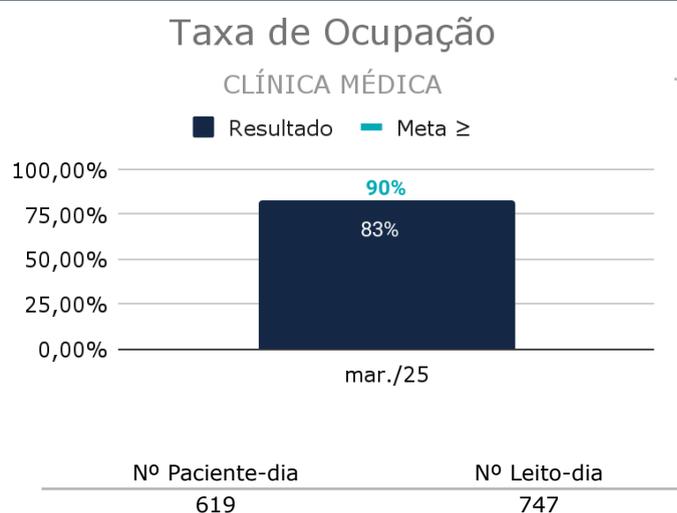
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	80
Evasão	1
Transferência Interna	28
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	2
Óbitos > 24h	6
<b>Total</b>	<b>118</b>

**Análise crítica:** Observando o gráfico acima, observamos que o número de saídas ultrapassou em 13,46% a meta contratual pactuada.

Em relação às saídas não planejadas (*evasão e/ou desistência do tratamento*) neste mês vigente, tivemos 1 caso que mesmo contra as orientações médicas, o paciente optou por reclamar por seu direito fundamental de autonomia e descontinuar o tratamento intra-hospitalar. Não identificamos neste período a reinternação do paciente, o que pode significar ausência de danos decorrentes dessa decisão.

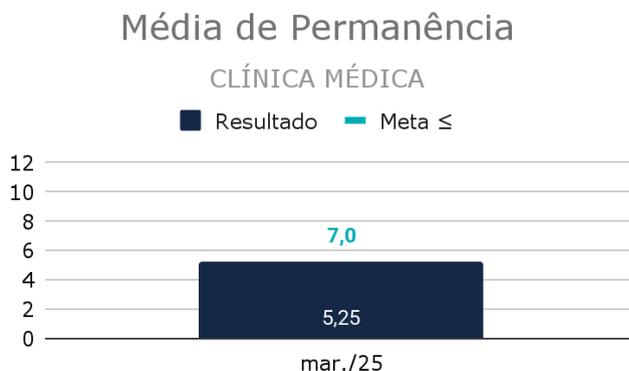
Em relação ao contrarreferenciamento de altas hospitalares: essas ocorrem nos casos mais complexos como o da paciente M.S.V., descrito abaixo. Este procedimento é intermediado pelo serviço social.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma taxa de ocupação de 83% atingindo 92,22% da meta pactuada. Assim como o apresentado no indicador anterior, essa situação se justifica principalmente por fatores que podem ter limitado a quantidade de admissões e altas dentro do período, como baixa demanda de pacientes. Informamos que todas as vagas solicitadas via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC, UTI e a internações diretas via SIRESP foram prontamente atendidas sem recusas ou atrasos.

### 5.1.3 Média de Permanência

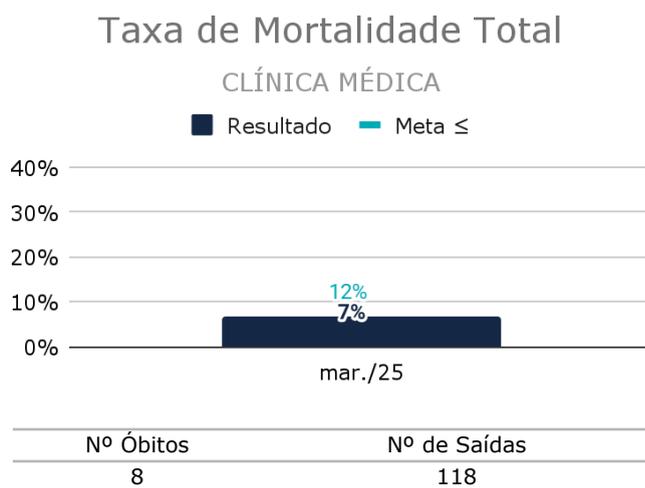


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
619	118

**Análise crítica:** Neste mês tivemos resultado médio de 5,25 dias de internação, atingindo a meta proposta. O compromisso das equipes assistenciais e administrativa é manter alta a rotatividade/giro dos leitos, de forma a garantir ampla disponibilidade de recursos e atender o maior número possível de pessoas, alguns fatores impactaram negativamente no tempo de internação na unidade, prolongando a permanência de alguns pacientes em relação ao esperado. São os motivos mais marcantes: infecções por bactérias multirresistentes que requerem linhas de tratamentos antimicrobianos adicionais (por exemplo: o paciente W.J.S., que teve complicações pós-operatórias e cursou pneumonia nosocomial por bactéria multirresistente, uma espécie de *acinetobacter*); condições neurocríticas crônicas que limitam a capacidade da continuidade do cuidado desses pacientes em ambiente extra-hospitalar (por exemplo: a paciente G.R.S., portadora de sequela de acidente vascular cerebral com internação longa em terapia intensiva e posteriormente na clínica médica); impedimentos sociais de ordens diversas (como a paciente M.S.V., idosa frágil, possível vítima de maus tratos, cuja família, por motivos diversos, recusava-se a assumir as responsabilidades sobre o cuidado) e, finalmente, obstáculos logísticos relacionados ao acesso com maior brevidade a exames, procedimentos e consultas com especialistas (como o paciente R.M., que devido a infecção tardia

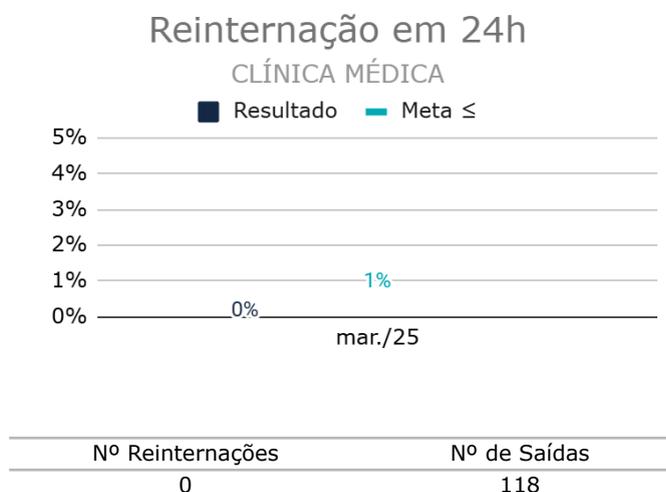
de prótese de joelho, precisou esperar por dias por uma consulta com o especialista).

#### 5.1.4 Taxa de Mortalidade



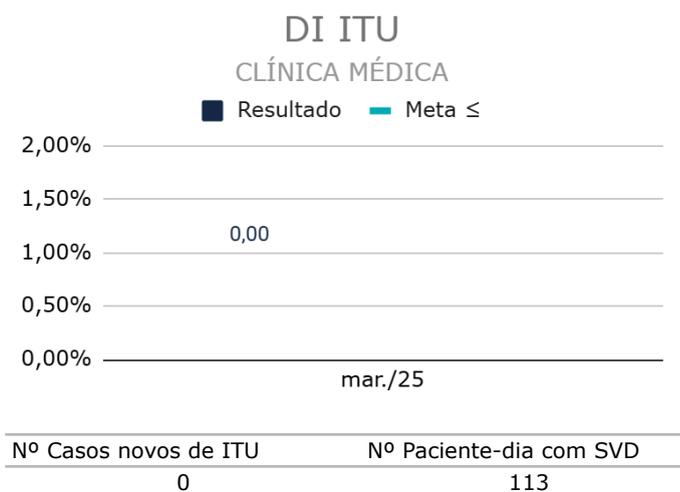
**Análise crítica:** Neste mês, a taxa de mortalidade atingiu 7%, abaixo da meta pactuada. O perfil dos pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica é diverso, coexistindo pessoas em tratamento curativo, pessoas sob cuidados proporcionais e pessoas em cuidados exclusivamente paliativos. Os cinco casos de óbito ocorridos na unidade no período eram considerados “não-evitáveis” por se tratar de pacientes em fase final de vida, sem perspectiva de cura.

#### 5.1.5 Taxa de Reinternação



**Análise crítica:** Não houve reinternações em menos de 24 horas na unidade de clínica médica, o que demonstra assertividade na indicação de alta.

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



**Análise crítica:** De acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora - ITU-AC (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) . Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da SCIH.

### 5.1.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	175

**Análise crítica:** A incidência de lesões por pressão na unidade ultrapassou a meta estabelecida. Tal resultado pode ser justificado tanto por fatores relacionados ao perfil dos pacientes acometidos por essas lesões (todos classificados como de muito alto risco para o surgimento de lesões por pressão, segundo a escala de Braden) quanto pela não-padronização de todas as medidas profiláticas reconhecidas para redução desse risco, como aplicação de filmes transparentes em áreas de fricção e cisalhamento, aplicação de placas de espuma em áreas de pressão óssea e posicionamento do paciente sobre colchão pneumático intermitente. Assim, ficam como planos de ação para reduzir a incidência de lesões por pressão na clínica médica: 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.

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

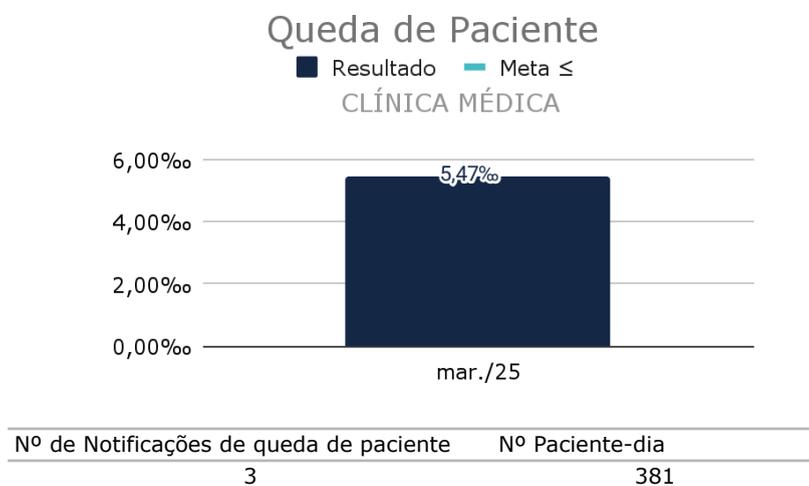
#### Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
5	58

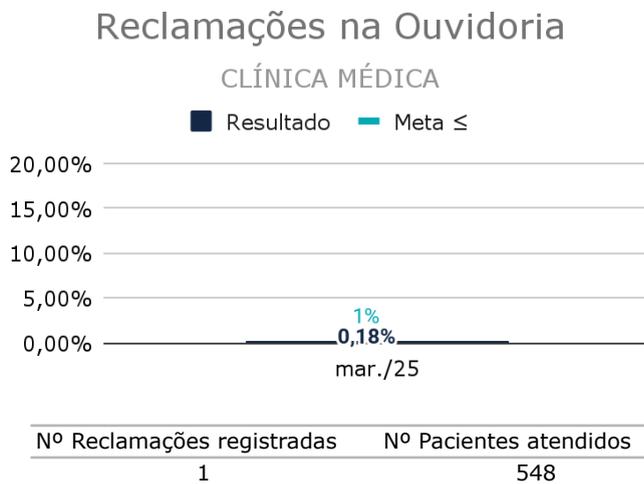
**Análise crítica:** A incidência de saída não planejada de SNE/GGT ultrapassou a meta estabelecida, sendo a maior parte dos incidentes causada pela retirada voluntária da sonda pelo próprio paciente. Isso pode ser explicado pelo fato de que uma parcela expressiva das pessoas que fazem uso desse dispositivo na clínica médica é portadora de alterações neurológicas que (além de déficits para deglutição que justificam o uso do cateter para alimentação) modificam padrões de comportamento que resultam em confusão mental e retirada voluntária de dispositivos invasivos diversos, incluindo a sonda enteral. Importante salientar que - excetuando-se os casos de obstáculos sociais - a grande maioria desses pacientes possui um acompanhante à beira-leito em tempo integral. Nos casos extremos e mediante prescrição médica, uma parte desses pacientes precisa ainda ser contida química e fisicamente para reduzir a ocorrência de eventos adversos dessa natureza. Uma menor proporção das saídas não planejadas de SNE é consequência de fixação inadequada (com esparadrapo, fita microporosa ou outros) que, aliada à produção de suor e sebo pelas glândulas tegumentares, perde com maior facilidade a aderência à pele, levando à exteriorização acidental parcial ou total do dispositivo. O uso de fixadores específicos e mais apropriados para este fim não é padronizado na instituição. Nenhuma sonda enteral precisou ser trocada devido à obstrução, mal funcionamento ou perda de sua integridade. Nenhum paciente portador de gastrostomia sofreu saída acidental do dispositivo no período.

### 5.1.9 Incidência de Queda



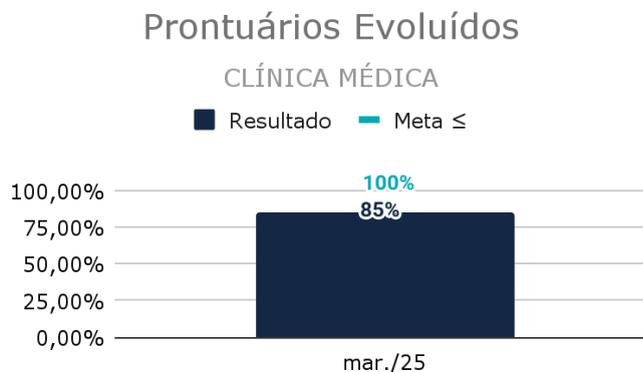
**Análise crítica:** A incidência de queda de paciente ultrapassou a meta estabelecida, sendo os três eventos ocorridos em pacientes idosos, com alterações comportamentais que cursavam com flutuações do nível de consciência e períodos de confusão mental e que - apesar de permanecerem acompanhados à beira leito na maior parte do tempo - estavam sozinhos no momento do incidente. Nenhum dano foi observado nos pacientes após o evento. Importante salientar ainda que o perfil de pacientes que usualmente está internado na clínica médica apresenta risco adicional de queda por diversos fatores, incluindo, principalmente, a utilização de polifarmácia (incluindo medicamentos para contenção química, nos casos em questão) e fraqueza muscular associada a alterações secundárias da marcha. Por esses motivos, para todos os pacientes é permitida e aconselhada a presença de um acompanhante em tempo integral e, para este, a orientação é a de manter as grades laterais do leito sempre elevadas e vigilância constante e adicional à da equipe de Enfermagem, que se coloca sempre à disposição. Ficam como planos de ação: 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse; 2) A elaboração de uma cartilha/folder informativo, a ser distribuído junto aos acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda; 3) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de pulseiras de identificação especiais e exclusivas para pacientes com risco de queda; 4) A execução de ações educativas junto à equipe de Enfermagem do setor.

### 5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



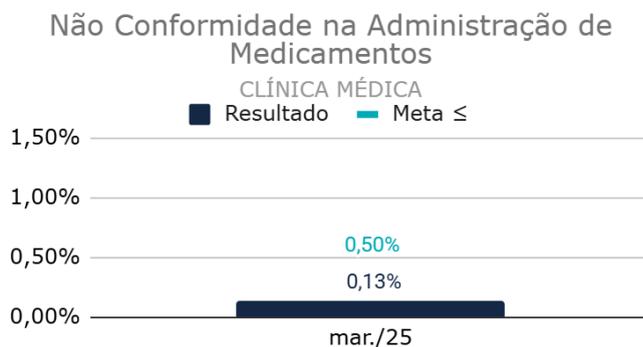
**Análise crítica:** No período analisado recebemos uma reclamação referente à clínica médica. A manifestação foi analisada com base em evidências contidas no prontuário e se referia ao surgimento de uma lesão por pressão em uma paciente internada por um longo período na unidade (mais de 40 dias). Em investigação, foi identificado que o desenvolvimento de tal lesão teve causa multifatorial (como patologia de base, idade, tempo de internação, imobilidade, entre outros). A reclamação foi respondida com brevidade e ações relacionadas à não ocorrência de novos eventos da mesma natureza foram reforçados com a equipe, estando essas descritas logo acima, na análise crítica do indicador “Índice de Lesões por pressão”.

### 5.1.11 Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** Neste primeiro mês de contrato, atingimos 85% da meta pactuada acerca do registro da evolução clínica dos pacientes. Identificamos alguns fatores que corroboram para este resultado, tais como: colaboradores sem acesso ao sistema S4SP; período de adaptação com a plataforma, como plano de ação foram realizados os devidos cadastros, capacitações e alinhamentos dos fluxos com das equipes assistenciais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais). Profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizam suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

### 5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
7	5293

**Análise crítica:** A incidência de não conformidades na administração de medicamentos foi de 0,13%, atingindo a meta contratual. Os eventos tiveram como fatores predisponentes: a) a identificação do paciente; b) a identificação do medicamento; c) omissão de dose de medicamento prescrito. Nenhum paciente sofreu dano adicional relacionado aos eventos adversos, que foram prontamente comunicados e corrigidos conforme apropriado. Todos os colaboradores envolvidos foram orientados quanto às boas práticas que envolvem a administração de medicamentos. Além disso, medidas preventivas adicionais estão descritas a seguir: Em relação ao primeiro fator (identificação do paciente), foi implementada na unidade a identificação do leito do paciente, o que reduz (mas não extingue) a chance de erros neste aspecto. Em relação ao segundo fator, foi estabelecida a dupla checagem rotineira de todos os itens dispensados pelo serviço de farmácia hospitalar, com base na prescrição médica. Finalmente, em relação ao terceiro fator, tornou-se exigência a reconciliação medicamentosa ao realizar a transferência do cuidado (passagem de plantão para o próximo turno de trabalho) com necessidade de justificar por escrito eventuais devoluções de medicamentos ao estoque da farmácia hospitalar. Neste contexto, permanecem ainda como planos de ação para reduzir a incidência de não conformidades na administração de medicamentos na clínica médica: 1) a adoção de medidas adicionais de identificação do paciente, como utilização de pulseira de identificação e confirmação positiva com o paciente de pelo menos dois identificadores; 2) o uso de horários padronizados para aprazamento da prescrição médica pelo enfermeiro; 3) o registro sistemático em prontuário, pela equipe de Enfermagem na ocorrência de suspensão eventual ou permanente de medicamentos prescritos; 4) a sustentação de uma política educativa, mas não-punitiva, diante da ocorrência de eventos adversos; 5) a permanência de dimensionamento adequado da escala da equipe de Enfermagem, com base em variáveis validadas para a realidade, evitando - a todo custo - sobrecarga de trabalho.

## 5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

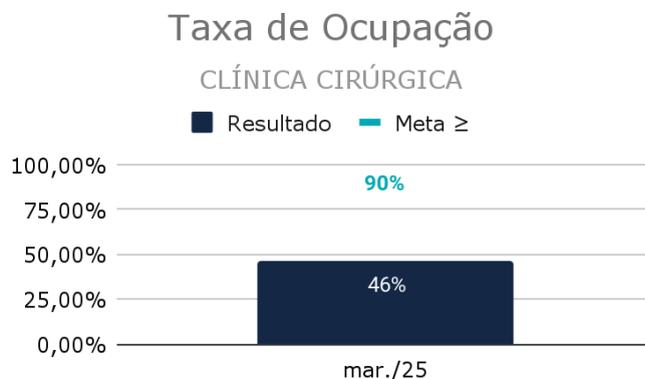
### 5.2.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	98
Evasão	1
Transferência Interna	13
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	1
<b>Total</b>	<b>115</b>

**Análise crítica:** No período analisado, registramos 115 saídas, ultrapassando em 10% a meta contratual. Neste primeiro mês de contrato, iniciamos as atividades da clínica cirúrgica com 12 leitos-dia, ampliando para 24 leitos nos primeiros seis dias. Estamos trabalhando ativamente na revisão dos casos de internação da clínica cirúrgica, com o objetivo de ajustar o fluxo e manter a meta estabelecida para este indicador. As transferências internas acima mencionadas tiveram como destino leitos do Pronto Socorro Referenciado.

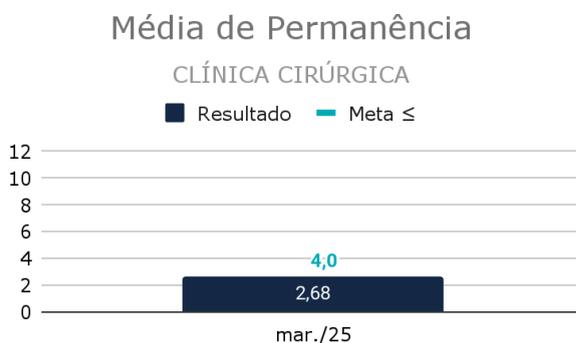
### 5.2.2 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
275	596

**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma taxa de ocupação de 46%. Assim como o apresentado no indicador anterior, essa situação se justifica principalmente por fatores que podem ter limitado a quantidade de admissões e altas dentro do período, como baixa demanda de pacientes. Informamos que todas as vagas solicitadas via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC, UTI foram atendidas com brevidade.

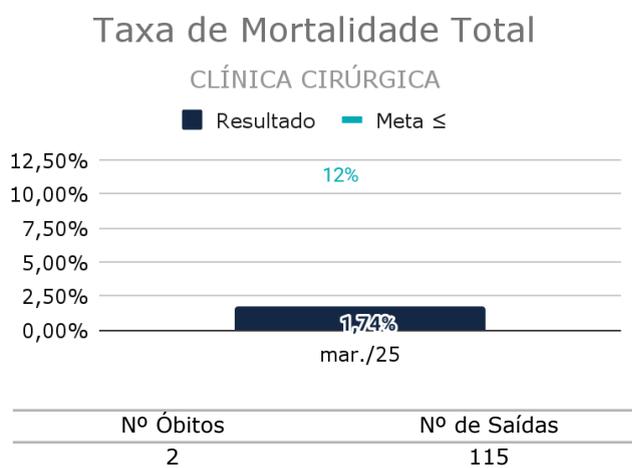
### 5.2.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
275	115

**Análise crítica:** No mês de março, o tempo médio de permanência na clínica cirúrgica foi de 3 dias, atingindo a meta contratual. Este indicador está diretamente relacionado à complexidade dos casos atendidos. É importante destacar que os médicos da conveniada são responsáveis pelos pacientes admitidos via Pronto-Socorro Referenciado, cujas cirurgias foram realizadas por nossa equipe. Já os pacientes internados para cirurgias ambulatoriais são acompanhados por médicos servidores, não estando sob nossa gestão o controle da média de permanência desses casos.

### 5.2.4 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** Houve dois casos de óbito na clínica cirúrgica: uma paciente idosa, em fase final de vida, em cuidados paliativos exclusivos e o segundo caso o paciente veio transferido do PSR com HD: abdômen agudo, também em cuidados proporcionais. No mês vigente a taxa ficou em 1,74%, abaixo da meta contratual estabelecida.

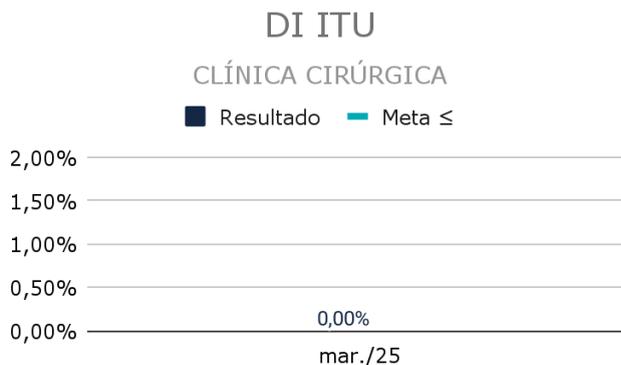
### 5.2.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	115

**Análise crítica:** Não houve reinternações em menos de 24 horas na unidade de clínica cirúrgica, o que demonstra assertividade na indicação de alta.

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

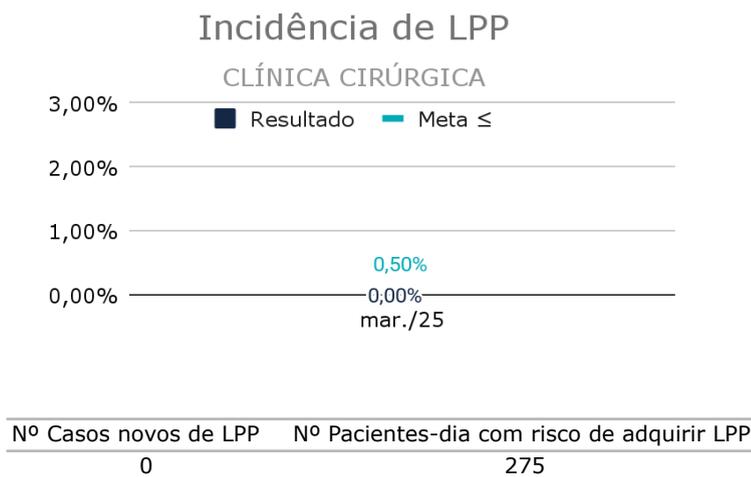


Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	52

**Análise crítica:** De acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora - ITU-AC (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). Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da SCIH.

### 5.2.7 Índice de Lesão por Pressão

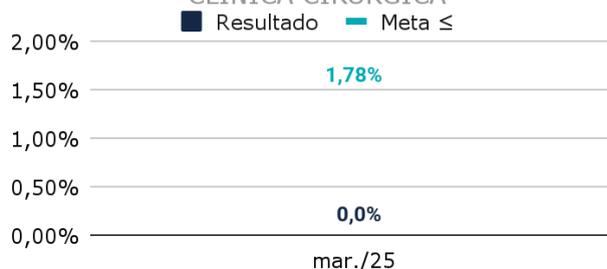


**Análise crítica:** Não houve registros de lesão por pressão na clínica cirúrgica, garantindo o cumprimento da meta contratual estabelecida.

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

#### Incidência de Saída Não Planejada

CLÍNICA CIRÚRGICA



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

0

Nº Pacientes-dia com SONGE

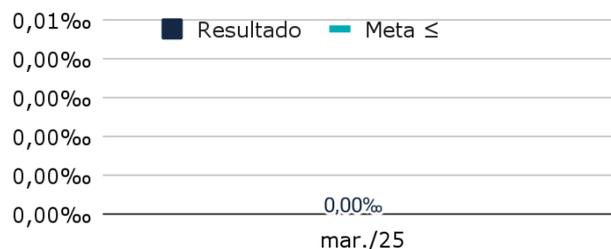
0

**Análise crítica:** No período analisado, não foram registradas saídas não planejadas de sonda nasoenteral, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.2.9 Incidência de Queda

#### Incidência de Queda de Paciente

CLÍNICA CIRÚRGICA



Nº de Notificações de queda de paciente

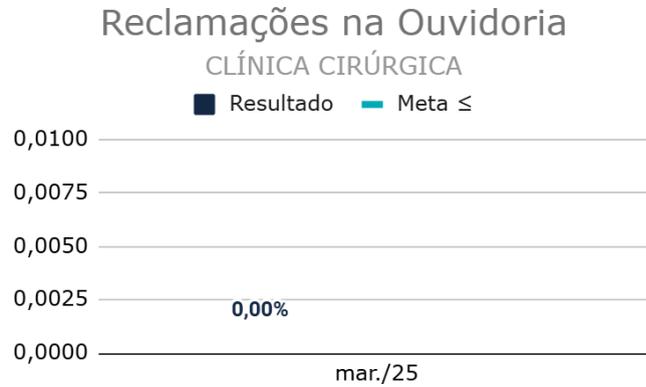
0

Nº Paciente-dia

275

**Análise crítica:** No período analisado, não foram registradas quedas na clínica cirúrgica, atendendo à meta contratual estabelecida.

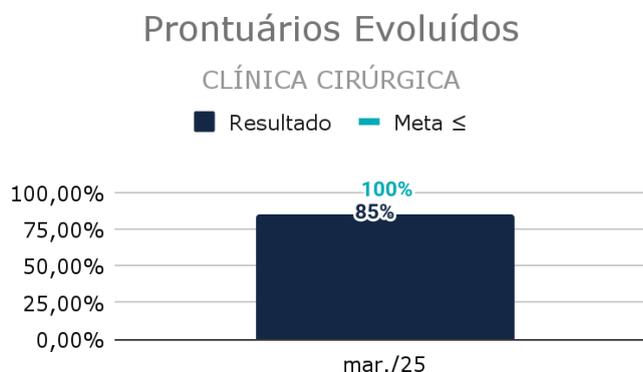
### 5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	275

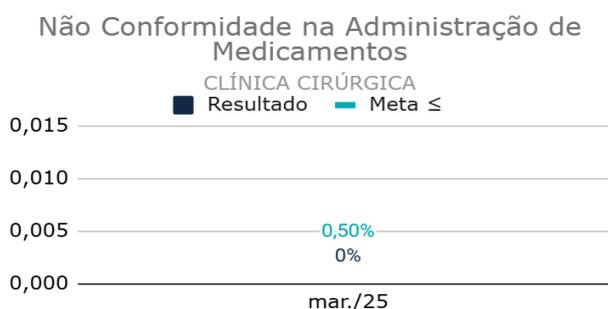
**Análise crítica:** No período analisado, não foram registradas reclamações na ouvidoria da clínica cirúrgica, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.2.11 Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** Neste primeiro mês de contrato, atingimos 85% da meta pactuada acerca do registro da evolução clínica dos pacientes. Identificamos alguns fatores que corroboram para este resultado, tais como: colaboradores sem acesso ao sistema S4SP; período de adaptação com a plataforma, como plano de ação foram realizados os devidos cadastros, capacitações e alinhamentos dos fluxos com das equipes assistenciais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais). Profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizam suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

### 5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

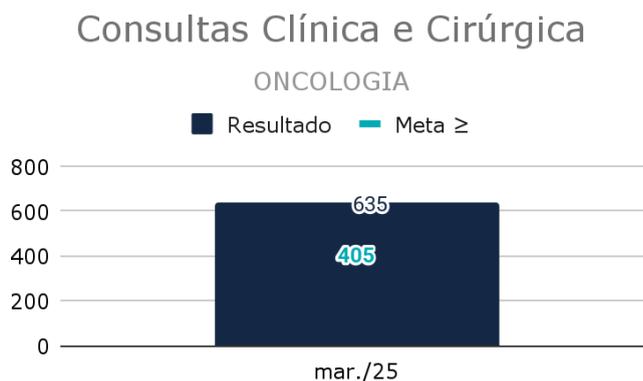


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	2372

**Análise crítica:** No período analisado, não foram registradas inconformidades na administração de medicamentos na clínica cirúrgica, atendendo à meta contratual estabelecida.

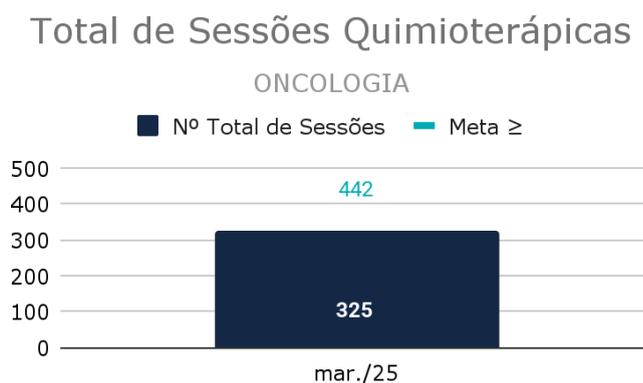
### 5.3 Indicadores Oncologia

#### 5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica



**Análise crítica:** No período analisado foram realizadas 635 consultas, 57% acima da meta pactuada, sendo 607 dentro das especialidades de Urologia, Mastologia, Ginecologia e Aparelho Digestivo, atendendo à meta contratual estabelecida.

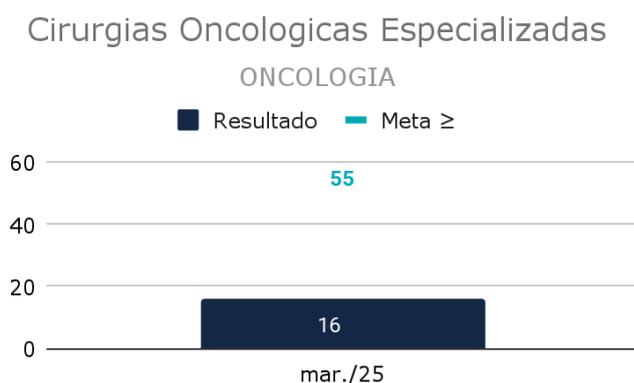
#### 5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos



**Análise crítica:** No período avaliado foram realizados 325 procedimentos quimioterápicos, atingindo 73,52% da meta contratual. Importante ressaltar que os procedimentos são realizados conforme a demanda e o estado clínico do paciente, observando o seguinte fluxo: no dia da quimioterapia, após a admissão do paciente, este é avaliado pelo Enfermeiro, em uma consulta de triagem na

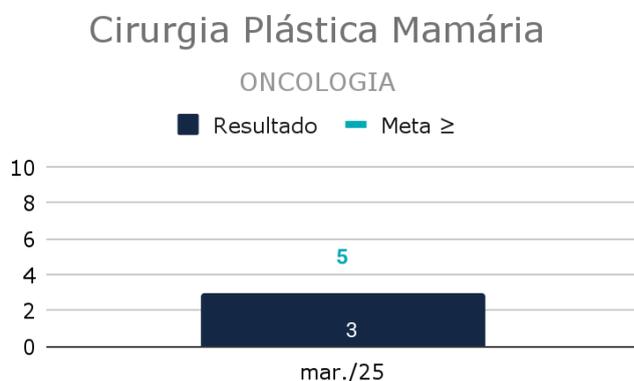
qual são investigados sinais e/ou sintomas que podem contraindicar a administração do quimioterápico (por exemplo: sintomas gripais, febre, desidratação, astenia, entre outros). Se identificada alguma alteração, o paciente é avaliado pelo médico oncologista clínico, que libera ou suspende a sessão.

### 5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas



**Análise crítica:** No período avaliado foram realizados 16 procedimentos cirúrgicos, abaixo da meta contratual. Estamos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo para o atingimento da meta estabelecida para este indicador.

### 5.3.4 Cirurgia Plástica

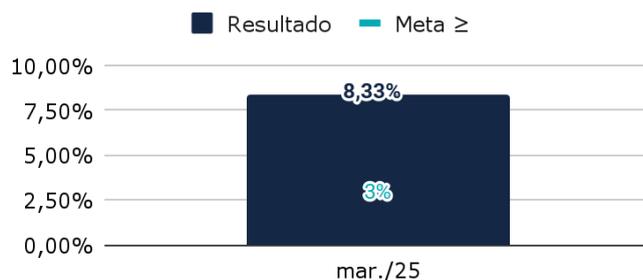


**Análise crítica:** No período foram realizadas 3 cirurgias de reconstrução mamária e 18 consultas ambulatoriais.

### 5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

#### Suspensão Cirúrgica Oncológica

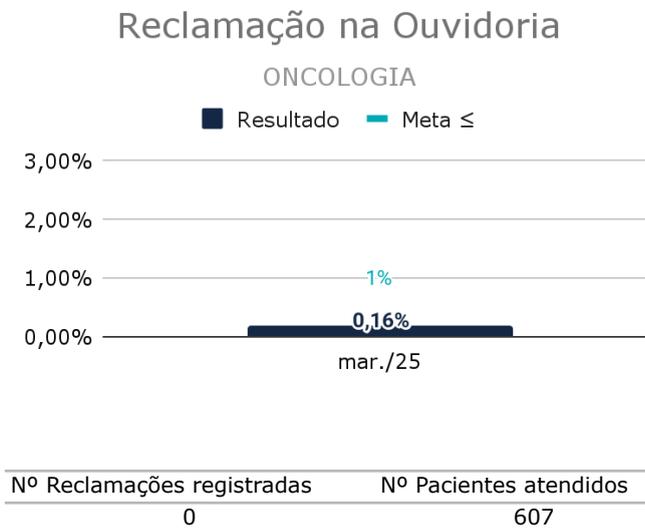
ONCOLOGIA



Nº de cirurgias canceladas	Nº de cirurgias agendadas
1	12

**Análise crítica:** No período, uma paciente (M.B.S., 71 anos) teve sua cirurgia oncológica suspensa devido ao fato desta ter sido agendada em data incorreta pela médica (foi agendada para o dia 27/03/2025, porém deveria ter sido agendada para o dia 03/04/2025). Após a identificação do erro, o mesmo foi corrigido, sendo a paciente comunicada pela equipe do centro cirúrgico e o procedimento realizado na data correta, sem maiores complicações.

### 5.3.6 Reclamações na Ouvidoria

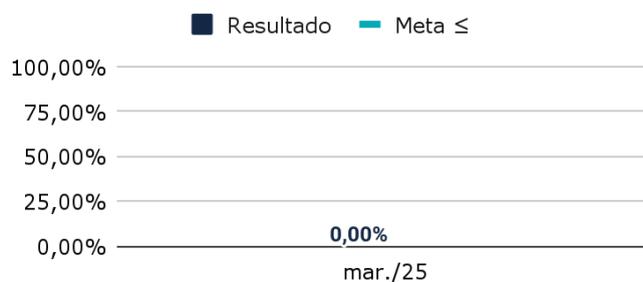


**Análise crítica:** No período analisado recebemos uma reclamação referente à UNACON. A manifestação foi analisada com base nas normas e rotinas do hospital, e se referia ao não-atendimento do telefone no setor. Em investigação, foi identificado que na UNACON as pessoas responsáveis por receber chamadas telefônicas externas são as mesmas que fazem atendimentos presenciais (que são prioritários), o que dificulta o atendimento imediato do telefone na unidade. A reclamação foi respondida com celeridade, e ações relacionadas à não ocorrência de novos eventos da mesma natureza foram reforçados com a equipe, que foi orientada verbalmente quanto à importância do atendimento telefônico, já que muitos pacientes da instituição residem em outros municípios. O time foi incentivado a, em momentos mais críticos, atender o telefone rapidamente e utilizar falas como: "Por favor, aguarde na linha um instante, pois estou em atendimento" ou "Por gentileza, volte a ligar à tarde", pois neste período o fluxo de atendimento do setor é reduzido em relação à manhã, estando as pessoas mais disponíveis para realizar atendimentos nessa modalidade.

### 5.3.7 Incidência de Queda

#### Incidência de Queda de Paciente

ONCOLOGIA



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	607

**Análise crítica:** Neste período não tivemos ocorrências de quedas de paciente na UNACON.

### 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



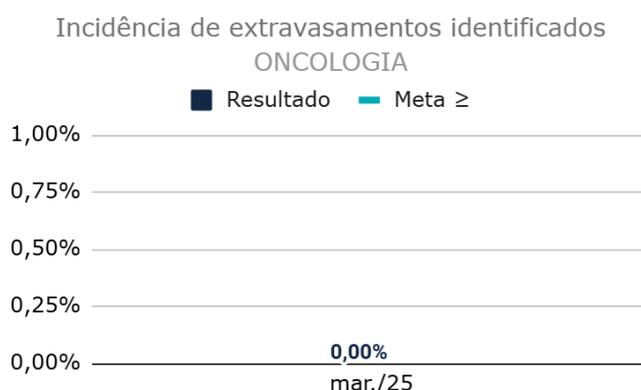
**Análise Crítica:** Todas as documentações foram preenchidas adequadamente.

### 5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos



**Análise Crítica:** No período avaliado passaram por atendimento em primeira consulta 38 pacientes via SIRESP/CROSS, nesse primeiro atendimento é realizado um plano de cuidado para o paciente e seu tratamento já é iniciado. No entanto, segundo o sistema S4SP (sistema de produção diário do hospital), 51 pacientes foram atendidos, evidenciando uma possível inconsistência nos dados. Uma hipótese a ser aventada é a de que essa diferença de 13 consultas possa corresponder a pacientes que anteriormente já passaram em atendimento na UNACON via SIRESP/CROSS como "primeira consulta", retornando dessa vez à unidade por meio de agendamento direto, sem intervenção da regulação estadual.

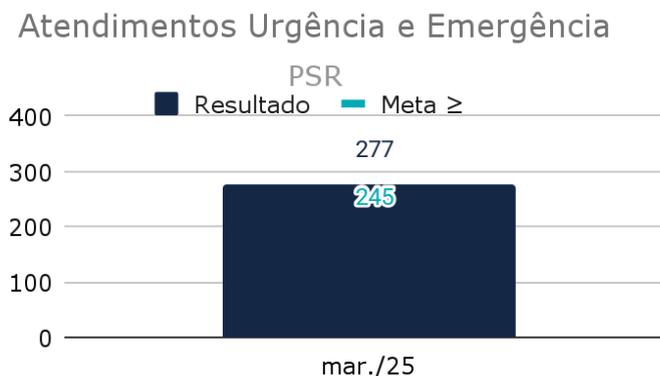
### 5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



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

## 5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

### 5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência



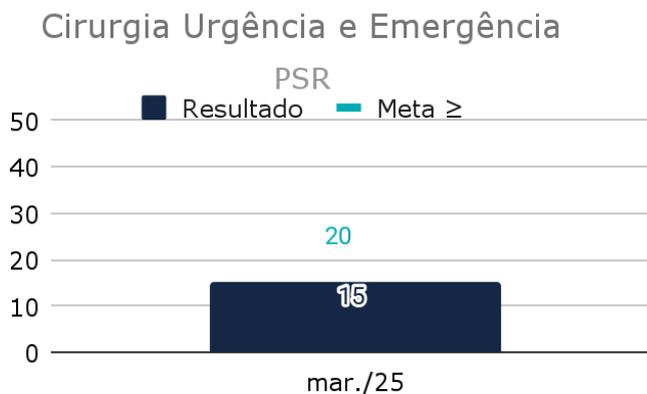
**Análise crítica:** No período analisado foram atendidos 277 pacientes no Pronto Socorro Referenciado, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.4.2 Atendimentos por Especialidade



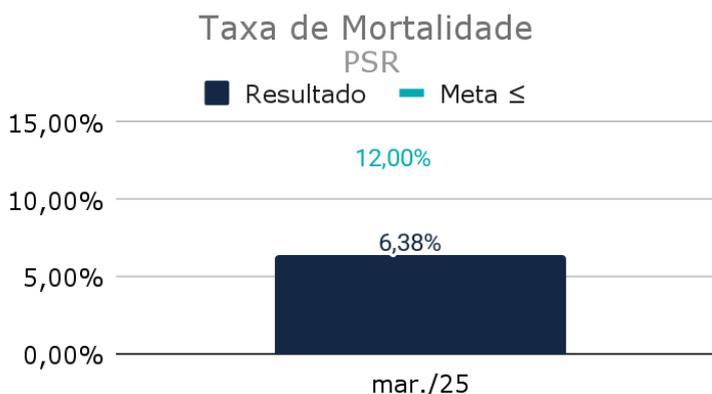
**Análise crítica:** No período analisado, 61 pacientes foram atendidos por especialidade de sobreaviso. Destes, 28 pela neurocirurgia, 26 pela cirurgia geral, 3 pela cirurgia vascular, 3 pela urologia e 1 pela cirurgia pediátrica.

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



**Análise crítica:** No período analisado foram realizadas 15 cirurgias de Urgência e Emergência. Todos os pacientes que foram atendidos e necessitam de cirurgia de urgência e emergência foram operados, vale ressaltar que a demanda não depende do médico de plantão, e sim dos casos que chegam regulados.

### 5.4.5 Taxa de Mortalidade



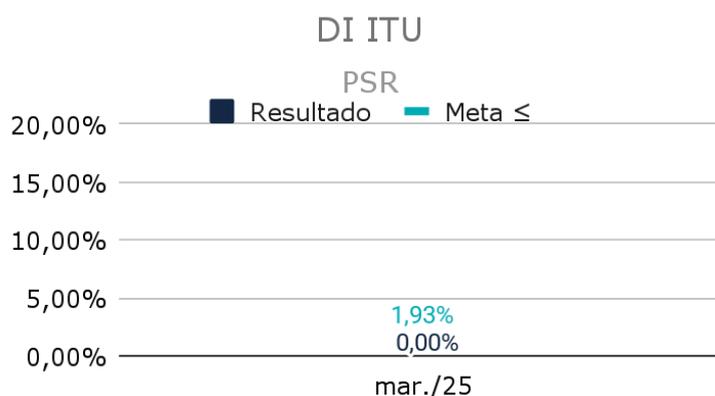
Nº Óbitos	Nº de Saídas
11	93

**Análise crítica:** No período analisado ocorreram 11 óbitos no Pronto Socorro Referenciado, sendo:

- Seis do sexo masculino e cinco do sexo feminino;
- Três mulheres em idade fértil;

- Dois casos oncológicos e dez casos clínicos;
- A mediana de idade de 68 anos;
- Os diagnósticos mais prevalentes: rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória, pneumonia, choque, acidente vascular encefálico, cirrose hepática, BAVT;
- A mediana de tempo de permanência na unidade até o óbito foi inferior a 3 horas;
- Todos os casos considerados não-evitáveis.

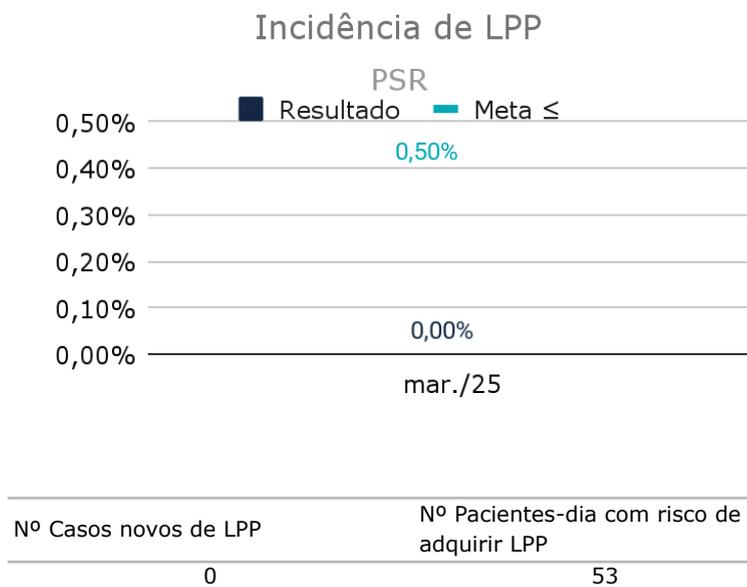
#### 5.4.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	44

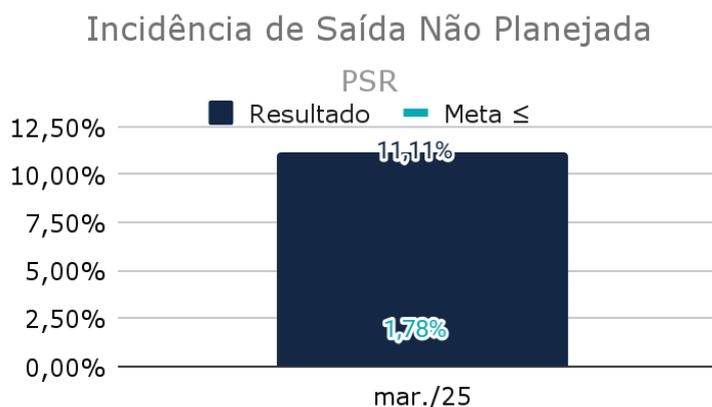
**Análise crítica:** De acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora - ITU-AC (isto é, a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas 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). Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da SCIH.

### 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.

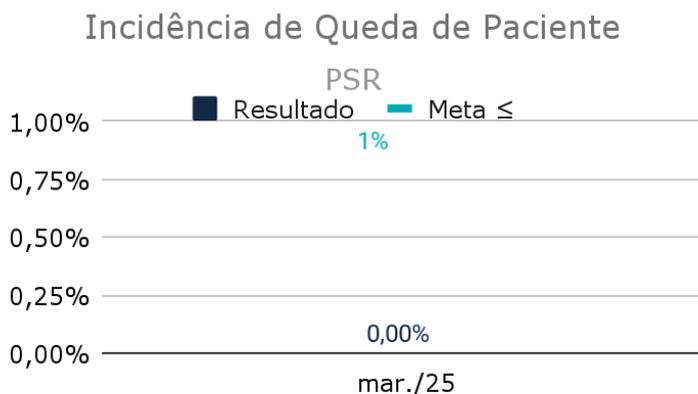
#### 5.4.10 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
2	18

**Análise crítica:** No período analisado, foi registrada a ocorrência de duas saídas não planejadas de cateter enteral para alimentação. Ambas as situações ocorreram com o mesmo paciente, que apresentava intensa agitação psicomotora apesar de estarem implementadas medidas de contenção mecânica e química. Além disso, tratava-se de um paciente em isolamento respiratório (precauções para aerossóis), sem acompanhante e com períodos de febre e sudorese excessiva. Associados ao fato de que o material utilizado para fixar o dispositivo era inadequado (esparadrapo, fita microporosa ou outros) dificultando a aderência da fixação à pele, todos esses fatores podem ter contribuído tanto para a ocorrência do evento quanto para sua recorrência.

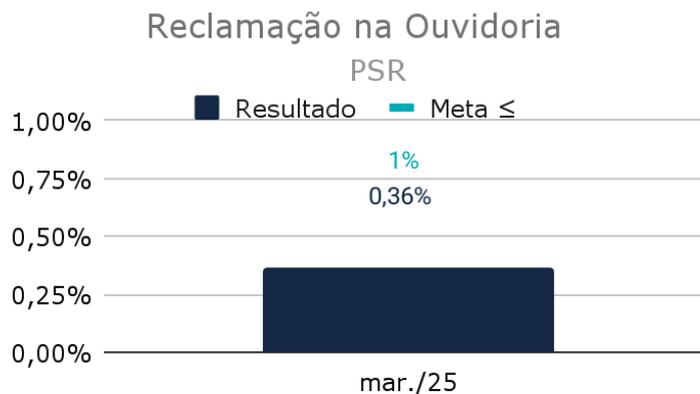
### 5.4.9 Incidência de Queda



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	122

**Análise crítica:** No período analisado, não foram registradas quedas de pacientes no Pronto Socorro Referenciado, atendendo à meta contratual estabelecida.

### 5.4.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
1	277

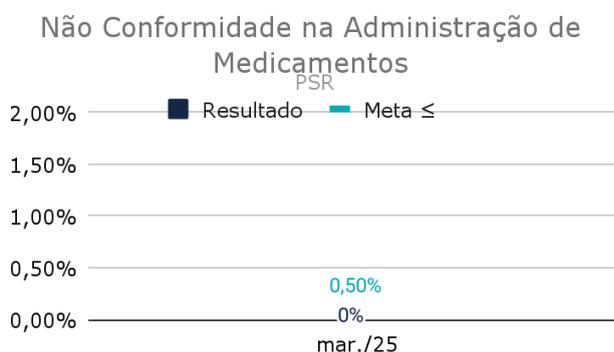
**Análise crítica:** No período analisado recebemos uma reclamação referente ao Pronto Socorro Referenciado. A manifestação foi analisada com base em evidências contidas no prontuário, e se referia à demora para realizar atendimento ao paciente oncológico, serviço que a unidade realiza em modalidade “porta aberta”. Em investigação, foi identificado que o tempo de espera relatado pelo reclamante não correspondia ao real executado pelo serviço. Ainda assim, a reclamação foi respondida com brevidade, bem como foram realizadas ações de sensibilização com a equipe a respeito da necessidade de fornecer um atendimento ágil, resolutivo e humanizado ao paciente oncológico, com o objetivo de prevenir a ocorrência de novos eventos da mesma natureza.

### 5.4.11 Prontuários Evoluídos



**Análise crítica:** Neste primeiro mês de contrato, atingimos 85% da meta pactuada acerca do registro da evolução clínica dos pacientes. Identificamos alguns fatores que corroboram para este resultado, tais como: colaboradores sem acesso ao sistema S4SP; período de adaptação com a plataforma, como plano de ação foram realizados os devidos cadastros, capacitações e alinhamentos dos fluxos com das equipes assistenciais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais). Profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizam suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

### 5.4.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	1482

**Análise crítica:** No 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.

Para isso, o CEJAM disponibiliza folders do SAU (Serviço de Atenção ao Usuário), conforme imagem abaixo, que será distribuído ao paciente e/ou acompanhante, e uma vez preenchidos serão depositados em uma urna e/ou entregues ao plantão administrativo.

Disponibilizamos também folders com QR Code.



The image shows a vertical folder with a teal background. At the top, there is an illustration of a person wearing a headset, surrounded by icons representing communication (phone, Wi-Fi), a globe, a question mark, a gear, and a laptop. Below the illustration, the text reads: "Sugestões, reclamações, dúvidas e elogios...". A yellow banner below this text says "O CEJAM quer ouvir você!". Underneath, it states: "Com a Ouvidoria, você tem um contato direto para registrar sua manifestação sobre o atendimento recebido de forma simples e rápida." An orange banner follows with the text "Confira os nossos canais:". Below this, the phone number "0800 770 1484" is listed, along with the operating hours "Segunda a sexta-feira das 8h às 18h" and the email "ouvidoria@cejam.org.br". To the right of the text is a QR code. Next to the QR code, it says "Acesse QR Code e deixe sua manifestação:". At the bottom of the folder, there are logos for CEJAM, SUS, and the website "cejam.org.br", along with social media icons for Facebook, Twitter, and YouTube.

**Sugestões, reclamações, dúvidas e elogios...**

**O CEJAM quer ouvir você!**

Com a **Ouvidoria**, você tem um contato direto para registrar sua manifestação sobre o atendimento recebido de forma simples e rápida.

**Confira os nossos canais:**

**0800 770 1484**  
Segunda a sexta-feira das 8h às 18h  
ouvidoria@cejam.org.br

Acesse QR Code e deixe sua manifestação:

CEJAM SUS cejam.org.br

## 7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Durante o período foram realizados treinamentos e capacitações para integrar os novos colaboradores na filosofia do Cejam. Treinamento das Auxiliares Técnicas Administrativas (ATAs) sobre organização de prontuário e manejo de sistemas internos, e treinamento para equipe de enfermagem sobre rotinas internas do HRA como: banco de sangue, encaminhamento de exames laboratoriais, fluxo de atendimento do Pronto Socorro Referenciado, anotação de enfermagem, sistemas da UNACON.

No pronto socorro realizamos a organização do setor de forma geral, padronização dos carrinhos de emergência e do armário de medicação destinada a pacientes oncológicos. Seguem imagens que demonstram essas ações:





**LANCO**  
www.lanco.ind.br | Tel 15 5363

CEJAM		Medicamento / Apresentação	Qtd
		ADENOSINA 3MG/ML	0
		AMINOFILINA 24MG/ML	2
		AMIODARONA 100MG/3ML AMPOLA 3ML	10
		ATROPINA 0,25MG AMP 1ML	10
		CLORETO DE SULZAMETÔNIO 100MG FRASCO-AMPOLA	2
		DESLANSIDIO 0,2MG/ML AMPOLA 2ML	4
		DOBUTAMINA 12,5MG/ML	4
		DOPAMINA 5MG/ML	5
		EPINEFRINA 50MG/ML AMPOLA 1ML	6
		EPINEFRINA 1MG/ML AMPOLA 1ML	20
		EPINEFRINA 1MG/ML AMPOLA 1ML	10
		FLUROSEMIDA 20MG/3ML AMPOLA 2ML	2
		HEPARINA 5.000 UI/0,25ML AMPOLA 0,25ML	2
		HEPARINA 5.000 UI/ML FRASCO-AMPOLA 5ML	1
		HIDROCORTISONA 100MG FRASCO-AMPOLA	8
		HIDROCORTISONA 800MG FRASCO-AMPOLA	4
		LIDOCAINA 10% SPRAY	1
		LIDOCAINA 2% COM VASO 100MG/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML	1
		LIDOCAINA 2% SEM VASO 20MG/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML	1
		METOPROLOL 5MG/ML AMPOLA 5ML	2
		NITROGLICERINA 0,5MG/ML AMPOLA 10ML	2
		NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG FRASCO-AMPOLA	2
		NOREPINEFRINA 2MG/ML AMPOLA 4ML	8
		PROPRIOLOL 16MG/ML FRASCO-AMPOLA 100ML	1
		TEREBUTALINA 0,5ML AMPOLA 1ML	3



