

Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Regional Sul

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

Convênio n.º002261/2025

Fevereiro

2026

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Juliana Torres David Pereira

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Bárbara Tatiane de Sousa Nascimento

COORDENADOR DE FISIOTERAPIA

Priscila Gonzaga Atuati

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025	7
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	8
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	8
4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos e Pronto Socorro- 42 leitos	8
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	9
4.2.1 Absenteísmo	9
4.2.2 Turnover	10
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	11
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	12
5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	12
5.1.1 Saídas	12
5.1.2 Paciente Dia	13
5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)	14
5.2.1 Taxa de Ocupação	14
5.2.2 Média de Permanência	15
5.2.4 Taxa de Mortalidade	16
5.2.5 Taxa de Reinternação	22
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	23
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	24
5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	25
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	26
5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	27
5.2.11 Incidência de Flebite	28
5.2.12 Incidência de Queda	29
5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	30
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão	31
5.2.15 Adesão a protocolos institucionais	32
5.2.16 Prontuários Evoluídos	33
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna	34
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação	35
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco	35
5.3.2 Nº atendimento médico	36
5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)	37
5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto	37
5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO	37
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO	38
5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco	38
5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa	39
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos	40
5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados	41

5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral	42
5.4.9 Taxa de extubação acidental	43
5.4.10 Queda de Paciente	44
5.4.11 Incidência de Flebite	45
5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	46
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria	46
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	47
5.5.1 Número de atendimentos	47
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência	48
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)	49
5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)	49
5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)	50
5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos	51
5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica	51
5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia	52
5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência	53
5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais	54
5.6.8 Queixa Ouvidoria	54
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	55
5.7.1 Paciente dia	55
5.7.2 Saídas	56
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)	57
5.8.1 Média de Permanência (dias)	57
5.8.2 Prontuários evoluídos	58
5.8.3 Incidência de queda de paciente	58
5.8.4 Incidência de erro de medicação	59
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	60
5.8.6 Incidência de Flebite	61
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central	62
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais	63
5.8.9 Reclamações na ouvidoria	64
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	65
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	65
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI	66
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI	67
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI	67
6.1.4 Avaliação do Atendimento e Serviço- PS	68
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.	69

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

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

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

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

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 28 de Fevereiro de 2026**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho é de 274 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT) e conta com 151 contratados no regime PJ, dos quais 118 são médicos e 33 fisioterapeutas.

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

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

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	Coordenador de Fisioterapia (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	32	26	↓
	Enfermeiro (36h) - noturno	32	31	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	94	86	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	94	87	↓
	Coordenadora de Enfermagem (40h)	2	2	✓
Administrativo	Analista de RH (40h)	1	1	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	17	16	↓
	Jovem Aprendiz (30h)	0	0	✓
Total		274	251	↓

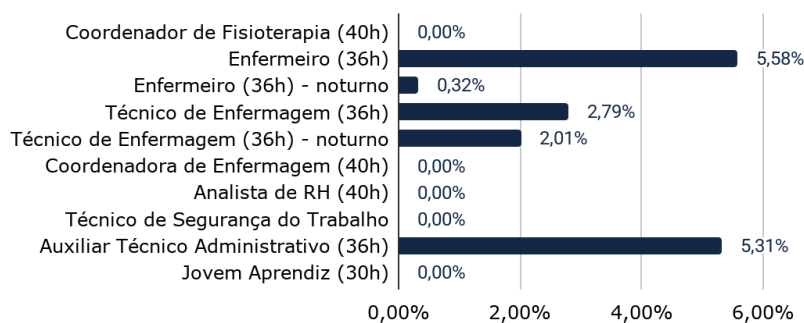
Análise Crítica: Durante o mês de Fevereiro, trabalhamos com 91,60% da previsão de colaboradores efetivos, conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Houveram 28 contratações para adequação do novo convênio, 10 solicitações de desligamento e 01 óbito.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

Absenteísmo

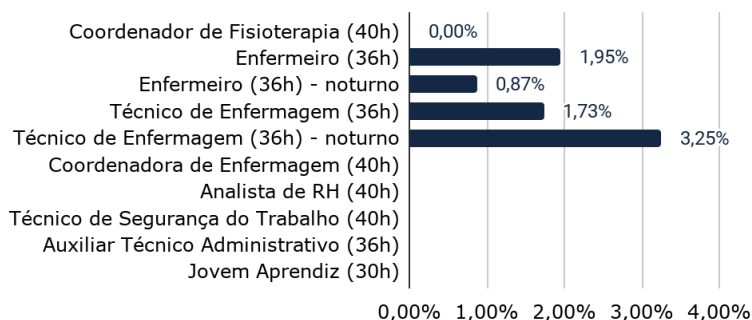


Análise Crítica: Entre os 274 colaboradores CLT foram identificadas 131 dias (cento e trinta e um) de ausências, sendo 41 (quarenta e um) faltas injustificadas e 90 (noventa) justificadas por meio de atestado médico.

Em todas as ausências não houve prejuízo à assistência contínua ao paciente, pois os colaboradores ativos foram remanejados fazendo assim a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes nas unidades.

4.2.2 Turnover

Turnover



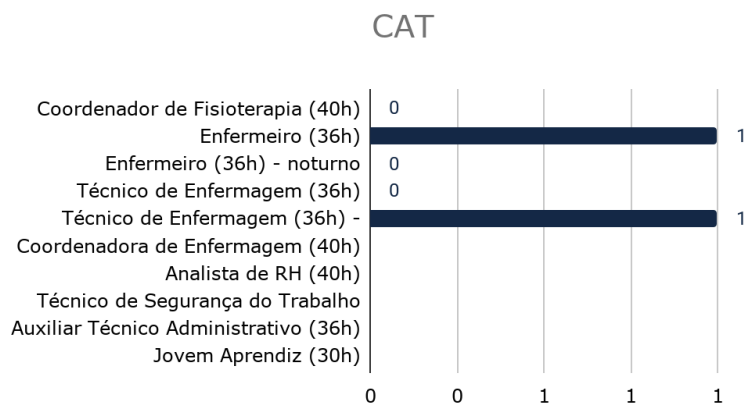
Análise Crítica: Durante o mês de Fevereiro, trabalhamos com 91,60% da previsão de colaboradores efetivos, conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Houveram 28 contratações para adequação do novo convênio, sendo 01 de técnico de segurança do trabalho, 01 analista de RH, 02 auxiliares técnico administrativo, 03 enfermeiros no plantão diurno e 04 noturno, 06 técnicos de enfermagem diurno e 13 noturno.

Houveram 10 solicitações de desligamento, sendo 01 auxiliar administrativo N.S. J, no dia 03/02/2026, 05 enfermeiros M. C. L. No dia 09/02/2026, R. A. O, no dia 09/02/2026, L. M. G. S no dia 16/02/2026 e R. P. M no dia 24/02/2026. 02 técnico de enfermagem diurno A. A. P no dia 02/02/2026 e L. B. L, no dia 13/02/2026, técnico de enfermagem noturno J. C. P no dia 02/02/2026 e N. S. J, no dia 03/02/2026.

Houve 01 caso de óbito do colaborador D. J. S no dia 04/02/2026 e aguardando reposição de vagas com previsão para março.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

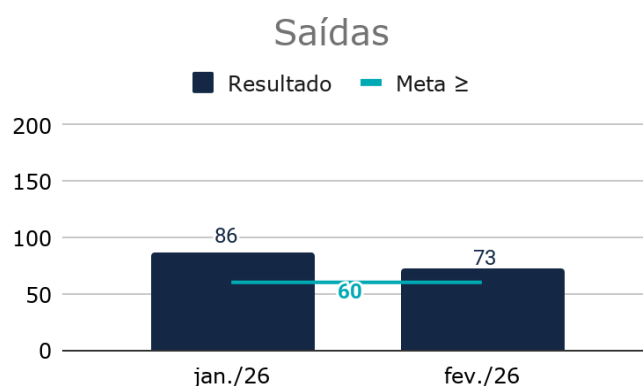


Análise Crítica: No mês de Fevereiro, houveram duas aberturas de CAT. O primeiro caso ocorreu no dia 01/02/2026, com o enfermeiro U. A. M., relatou que estava retirando a paciente do carro e no momento em que a cadeira de rodas estava em movimento passou em cima do 2º dedo do pé esquerdo. Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação e afastamento médico de 04 dias. O segundo caso ocorreu no dia 22/02/2026, com a técnica de enfermagem M. A. C, relatou que ao retirar a máscara N95 o próprio elástico quebrou e enroscou no gorro e o mesmo bateu no olho direito, apresentou hiperemia e dor. Foi realizada abertura imediata de comunicado interno de ocorrência e encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, seguiu com orientação e afastamento de 01 dia.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

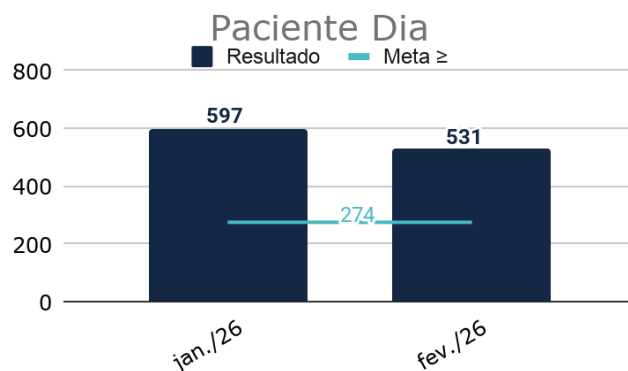
5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Evasão	0
Alta	1
Transferência Interna	56
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	14
Total	73

Análise Crítica: Durante o mês de fevereiro, foram registradas 73 saídas, acima da meta contratual. Desse total, 76,7% (56 casos) corresponderam a transferências internas para a enfermaria por alta melhorada; 1,4% (1 caso) de alta direta para casa; 1,4% (1 caso) de transferência externa; 1,4% (1 caso) de óbito em menos de 24 horas; e 19,2% (14 casos) de óbitos após 24 horas de internação. Não houve registros de evasão ou alta a pedido.

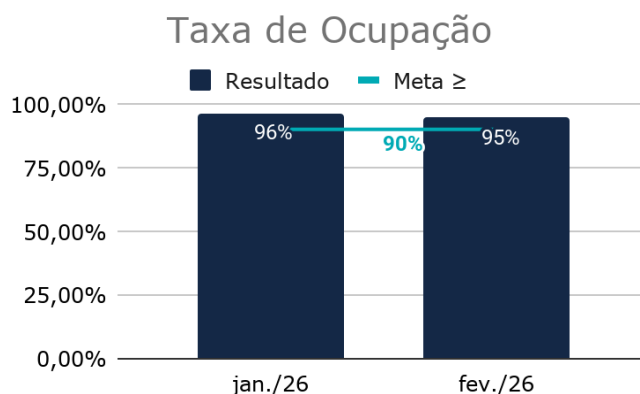
5.1.2 Paciente Dia



Análise crítica: No mês de Fevereiro, o paciente dia foi de 531, ultrapassando a meta contratual. Todas as demandas de solicitação de vagas recebidas foram contempladas conforme disponibilidade de leito, sem recusas de vagas. Dos pacientes internados na UTI 1, 34% foram pacientes clínicos e 66% pacientes cirúrgicos. Na UTI 2, 54% foram pacientes clínicos e 46% pacientes cirúrgicos.

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

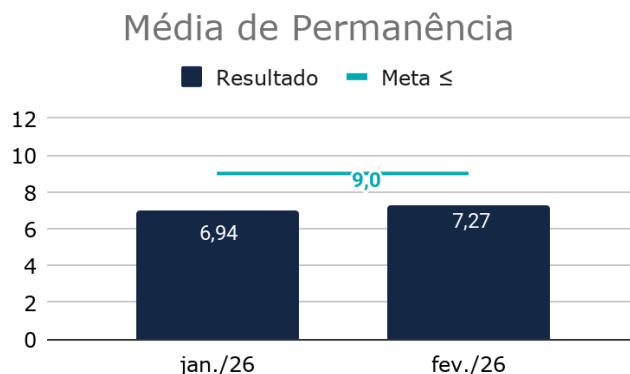
5.2.1 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
531	560

Análise crítica: No mês de Fevereiro foi atingida uma **taxa de ocupação de 95%**, acima da meta contratual. O fluxo de gerenciamento de leitos e aceite de vagas para as UTIs têm sido efetivos e não houve atraso ou recusa de vagas externa ou interna.

5.2.2 Média de Permanência

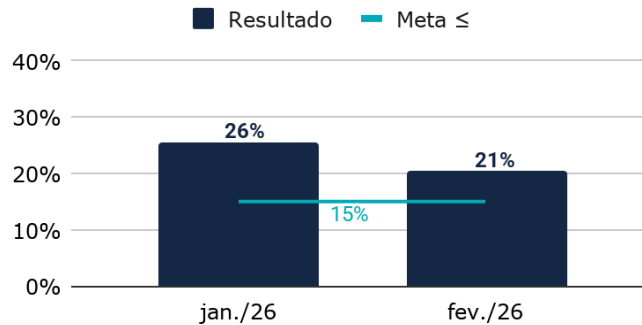


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
531	73

Análise Crítica: No mês de fevereiro, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de 7,27 dias, mantendo-se acima da meta contratual. Entretanto, observa-se redução em relação ao dado do mês anterior (8,07 dias), indicando melhora no gerenciamento do giro de leitos e na dinâmica de altas. Apesar da evolução positiva, o resultado poderia ter sido ainda mais otimizado, uma vez que 21,4% dos pacientes com indicação de alta para enfermaria permaneceram na UTI por mais de 24 horas aguardando disponibilidade de vaga, o que impacta diretamente na permanência média. Destaca-se ainda que os pacientes crônicos representaram 1,9% do total de pacientes-dia no período analisado.

5.2.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total



Nº Óbitos	Nº de Saídas
15	73

Análise crítica: No mês de Fevereiro, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 21%, acima da meta contratual. A análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS) e o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Índice de Mortalidade Padronizado, demonstram que a **mortalidade esperada** no mês de Fevereiro para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul era de **55,66%** enquanto a **mortalidade real foi de 21%**. Isso resultou em um **SMR de 0,37** indicando que a **mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes**. Em números absolutos, foram quinze óbitos nas duas UTIs, um com menos de 24 horas de internação e sete pacientes em cuidados paliativos.

Os casos de óbitos de pacientes que estavam em **cuidados paliativos** foram: Paciente J.P.S, 69 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 94, mortalidade prevista = 95,11%, com admissão na UTI em 22/01/2026 com hipótese diagnóstica de AVCI – oclusão artéria basilar e antecedentes HAS, DM e dislipidemia. Admitido do HC após avaliação para trombectomia (não realizado por estar fora do período da janela), chegou IOT, com nupride e em uso de sedativo. Após realização de TC crânio, acompanhado pela neurocirurgia, que

optou pela não realização de cirurgia devido a prognóstico reservado. Apresentou piora neurológica em 02/02/2026. Apresentou bradicardia, dessaturação e assistolia com evolução a óbito em 04/02/2026 às 15h10.

Paciente R.A.O, 22 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 72, mortalidade prevista = 73%, com admissão na UTI em 31/01/2026 com hipótese diagnóstica de PO hidrocefalia aguda, neuro TB? E meningite bacteriana?, com antecedente de confusão mental e cefaleia progressiva por 2 semanas desde dez/25, veio encaminhado do Hospital Mboi Mirim, IOT para avaliação da neurocirurgia, foi colocada DVE e coletado cultura no intraoperatório. Admitido em gravíssimo estado geral, pupilas midriáticas, colhido pesquisa de BK negativa, em uso de atb e conduta conservadora. Apresentou piora do quadro com avaliação pela neurocirurgia que evidenciou ausência de reflexo central. Realizou teste de morte encefálica mantendo ausência de reflexo e devido ao óbito sem causa definida, foi encaminhado ao SVO. Óbito declarado em 06/02/2026 às 17h30.

Paciente E.F.P, 47 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 52, mortalidade prevista = 28,54%, com admissão na UTI em 20/01/2026 com hipótese diagnóstica de DRC dialítica e sepse de foco cutâneo e antecedentes DRC dialítica, HAS, tabagismo, fratura em ombro direito e IC. Paciente mantendo em estado gravíssimo, IOT, com crises de broncoespasmo parcialmente controladas e pupilas midriáticas. Evolui à óbito em 11/02/2026 às 05h25. Não realizado manobras de RCP pois em cuidados paliativos, conforme conversado com a família em 07/02/2026.

Paciente V.A.B, 49 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 81, mortalidade prevista = 86,8 %, com admissão na UTI em 07/02/2026 com hipótese diagnóstica de Sepse de foco abdominal e pneumonia sem antecedentes descritos, deu entrada na UPA por quadro de dor abdominal evoluindo com quadro de IRA e iniciado protocolo de sepse + IOT, transferido para esta unidade. Mantida em VM, uso de DVA e piora do quadro clínico, com pupilas isocóricas, instável hemodinamicamente e com assistolia em 17/02/2026 às 11h36.

Paciente I.O.N, 67 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 75, mortalidade prevista = 79,42%, com admissão na UTI em 09/02/2026 com hipótese diagnóstica de

AVCH e aneurisma de ramo distal de ACA D e antecedentes HAS e hipotireoidismo. Com histórico por ser encontrada caída com dificuldade de fala e confusa, transferida para este serviço para manejo da neurocirurgia. Em contexto de POI de drenagem de hematoma intraparenquimatoso de lobo frontal direito, admitido IOT com DVA mantendo DVE sem pressão negativa, em cuidados paliativos. Realizada extubação paliativa em 20/02 com introdução de morfina, alta em 21/02 com retorno para a UTI em 22/02/2026, com menos de 24 horas de internação e óbito no mesmo dia, às 23h00.

Paciente M.L.G.S, 70 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 102, mortalidade prevista = 97,33%, com admissão na UTI em 21/02/2026 com hipótese diagnóstica de Laringite obstrutiva aguda, Irpa e abscesso de laringe/TQ, AVCH, aneurisma de ramos distal de ACA D e antecedentes de depressão e ansiedade. Com história pregressa de ida à Upa por duas vezes e alta para casa, apresentou piora respiratória associada a febre e placas de pus com edema endurecido em face lateral. Na admissão do HRS foi direto para o CC onde foi IOT e transferida para a UTI. Paciente em grave estado geral, com choque séptico refratário grave em uso de nora em alta dose e sinais claros de má perfusão tecidual. Óbito confirmado em 26/02/2026 às 13h55.

Paciente L.T.F, 82 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 79, mortalidade prevista = 81,20%, com admissão na UTI em 30/01/2026 com hipótese diagnóstica de choque séptico de foco abdominal, PO cateterismo uretral e rafia vesical, perfuração vesical e uterina com histerectomia de urgência com antecedentes HAS e arritmia a/e. No decorrer da internação apresentou piora do quadro clínico sendo necessário IOT e uso de DVA em dose elevada, evoluindo para RCP com reanimação química sem efeito. Óbito em 12/02/2026 às 16h43.

Houve um caso de óbito **com menos de 24 horas de internação na UTI:**

Paciente I.O.N, 67 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 75, mortalidade prevista = 79,42%, com admissão na UTI em 09/02/2026 com hipótese diagnóstica de AVCH e aneurisma de ramo distal de ACA D e antecedentes HAS e hipotireoidismo. Com histórico por ser encontrada caída com dificuldade de fala e

confusa, transferida para este serviço para manejo da neurocirurgia. Em contexto de POI de drenagem de hematoma intraparenquimatosa de lobo frontal direito, admitido IOT com DVA mantendo DVE sem pressão negativa, em cuidados paliativos. Realizada extubação paliativa em 20/02 com introdução de morfina, alta em 21/02 para enfermaria com retorno para a UTI em 22/02/2026, com menos de 24 horas de internação e óbito no mesmo dia, às 23h00.

Os **demais pacientes** evoluíram com deterioração clínica apesar da terapêutica empregada: Paciente J.A.S, 84 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 65, mortalidade prevista = 55%, com admissão na UTI em 30/01/2026 com hipótese diagnóstica de PO amputação transfemoral em MIE, MCP definitivo, DAOP e OAA e como antecedentes, HAS, DM, DAOP e cardiopatia. Veio encaminhado do CC após amputação transfemoral em MIE. Admitido na UTI em aa e sonolento, com presença de estridor pós extubação com melhora após adrenalina e hidrocortisona. No dia 02/02/2026, às 01h00, apresentou RNC e PCR, realizado RCP com retorno, porém oscilando. Às 01h39 apresentou nova PCR com 15 ciclos de RCP sem retorno. Óbito declarado às 02h57, em 02/02/2026.

Paciente M.N.S, 57 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 47, mortalidade prevista = 18,75%, com admissão na UTI em 19/01/2026 com hipótese diagnóstica de hiponatremia e hipocalemia com choque séptico de foco urinário? e antecedentes BCP+TVP (03/01/2026), amputação transtibial direita há 3 anos, DM, AVE prévio em 2019, PO fratura de fêmur D (17/12/2025) e lesão sacral. Admitida da reta em Glasgow 15, em aa, apresentou dispneia e dor à inspiração e internada nesta unidade, sendo encaminhada para a UTI após piora do quadro clínico. Apresentou RNC no dia 27/01/2026, apresentou episódio de êmese e evoluiu com gasping, desconforto respiratório e bradicardia. Realizado IOT e PCR em AESP. Feito RCP com retorno e hemodinamicamente instável em uso de DVA. Mantendo quadro grave, evoluiu com bradicardia extrema com evolução de PCR com reanimação química sem retorno no dia 06/02/2026, às 13h19.

Paciente N.R.P, 61 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 44, mortalidade prevista = 14,10%, com admissão na UTI em 25/01/2026 com hipótese diagnóstica de IC

perfil C, úlcera infectada em MID, FAAR e antecedentes HAS, DM, IAM prévio e lesão crônica em MID. Deu entrada no Campo Limpo referindo mal-estar geral com vômitos, soluções e dispnéia aos mínimos esforços há 7 dias e transferido para este serviço. Após admissão na UTI, foi identificada lesão pulmonar sugestivo de tuberculose miliar e DP bilateral, sendo mantido em leito de isolamento por BK positivo. No dia 06/02/2026 paciente relata dor com quadro de taquicardia severa e desconforto respiratório sendo realizado RCP com retorno e IOT, mantendo instabilidade hemodinâmica sem resposta às DVAs. Óbito em 07/02/2026 às 16h30.

Paciente D.A.C, 80 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 48, mortalidade prevista =20,51%, com admissão na UTI em 05/02/2026 com hipótese diagnóstica de Poi enxerto FEPO infra e antecedentes HAS, tabagismo e pododáctilos. Admitida proveniente do CC em ar ambiente, evoluiu na internação com choque séptico/hipovolêmico e acidose metabólica em 07/02/2026, mantendo em estado grave, IOT em 08/02/2026 e por piora clínica, evolui óbito em 11/02/2026 às 07h20.

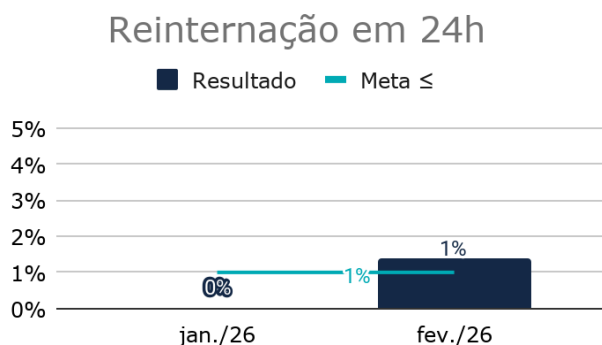
Paciente J.B.M, 90 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 83, mortalidade prevista =86,90%, com admissão na UTI em 31/01/2026 com hipótese diagnóstica de IRPA, sepse de foco pulmonar e DPOC exacerbado com antecedentes HAS, tabagismo, DPOC, AVC, Alzheimer e IC. Admitida IOT por desconforto respiratório com histórico de febre, dispneia e RNC, foi extubada em 01/02/2026. Apresentou instabilidade hemodinâmica, mesmo em uso de DVA elevada. No decorrer da internação manteve gravidade com óbito em 11/02/2026 às 07h20.

Paciente J.L.P.M.S, 50 anos, sexo masculino, SAPS 3 =105, mortalidade prevista = 97,86%, com admissão na UTI em 06/02/2026 com hipótese diagnóstica de Síndrome consumptiva a/e, IRC, hidronefrose, PNM e sepse com RNC e antecedentes etilismo, tabagismo e esquizofrenia há 20 anos. Admitido em estado gravíssimo, em investigação de carcinoma e choque séptico, IOT em uso de DVA em níveis elevados sem melhora, evoluiu com piora do quadro clínico e óbito em 13/02/2026 às 05h49.

Paciente M.S.S, 41 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 79, mortalidade prevista =84,66 %, com admissão na UTI em 02/02/2026 com hipótese diagnóstica de lúpus eritematoso sistêmico, dengue grupo D (tratado), infecção urinária e leptospirose? Sem antecedentes, com histórico de dor e febre alta há 2 semanas evoluindo com manchas avermelhadas com prova de laço positiva e transferência para esta unidade. No decorrer da internação houve a necessidade de uso de DVA com elevadas doses, IOT em VM, com piora clínica e prognóstico reservado. Evolui com PCR em assistolia, feito RCP por 10 min com retorno e nova PCR com RCP sem retorno. Óbito em 16/02/2026 às 09h45.

Paciente J.F.C, 76 anos, sexo masculino, SAPS 3 = 82, mortalidade prevista =87,76 %, com admissão na UTI em 16/02/2026 com hipótese diagnóstica de PO amputação MIE e OAA com antecedentes HAS, DM, ICC, AVCi prévio com sequela motora a direita, IAM prévio e DAOP. Admitido vindo do PS para investigação de IC descompensadas pós amputação, mantida com uso de DVA, com alteração de nível de consciência sendo IOT e em uso de DVA. Com piora do quadro clínico geral, evoluiu para choque e assistolia, realizado RCP por volta de 40 minutos sem retorno e óbito declarado em 20/02/2026 às 01h51.

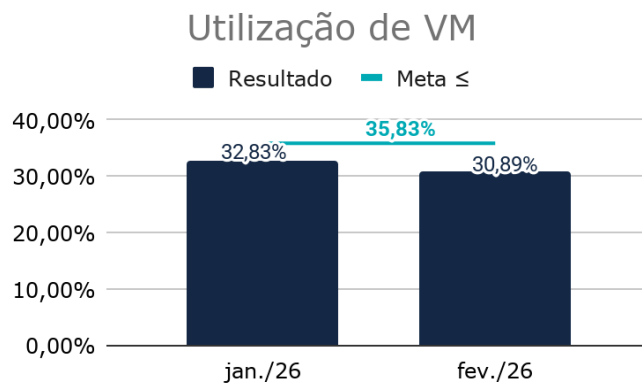
5.2.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
1	73

Análise crítica: Houve **um caso** de reinternação em menos de 24 horas de alta da UTI, o que representou uma incidência de 1,16%, acima da meta contratual. Paciente I.O.N, 67 anos, sexo feminino, SAPS 3 = 75, mortalidade prevista = 79,42%, com admissão na UTI em 09/02/2026 com hipótese diagnóstica de AVCH e aneurisma de ramo distal de ACA D e antecedentes HAS e hipotireoidismo. Admitida em contexto de POI de drenagem de hematoma intraparenquimatoso de lobo frontal direito, IOT com DVA mantendo DVE sem pressão negativa, em cuidados paliativos. Após extubação paliativa teve alta em 21/02/2026 para enfermaria com retorno para a UTI em 22/02/2026, com menos de 24 horas de internação, evoluindo a óbito no mesmo dia, às 23h00.

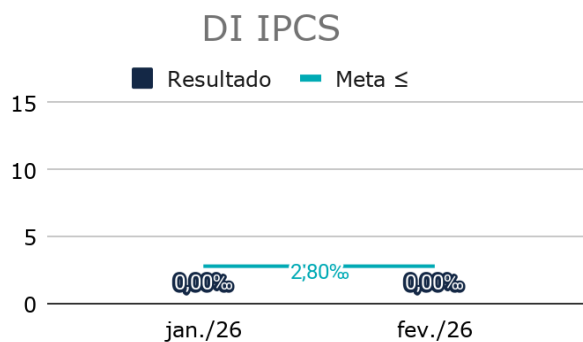
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
164	531

Análise crítica: No mês de Fevereiro, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 30,89%, abaixo da meta contratual, apesar do aumento complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 64,86% neste mês e 58,61% no mês anterior. O *Safety Huddle* e a visita multiprofissional realizada à beira do leito são fatores relevantes no sucesso dessa meta, por otimizar o tempo e a utilização dos recursos, além de direcionar de maneira mais assertiva a condução do quadro clínico dos pacientes.

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

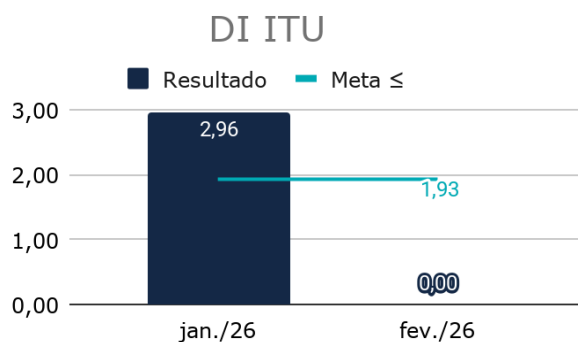


Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	411

Análise crítica: No mês de Fevereiro não houve incidência de IPCS.

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

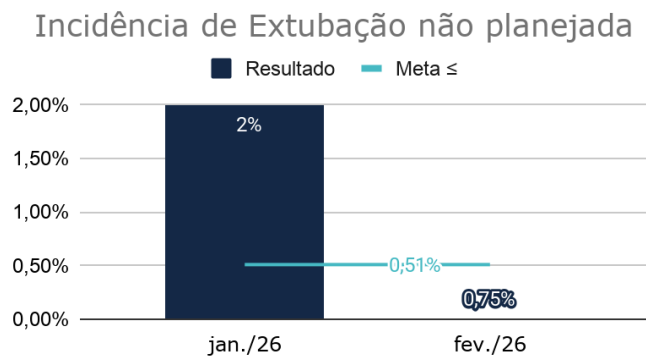
relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	274

Análise crítica: No mês de Fevereiro não houve incidência de ITU.

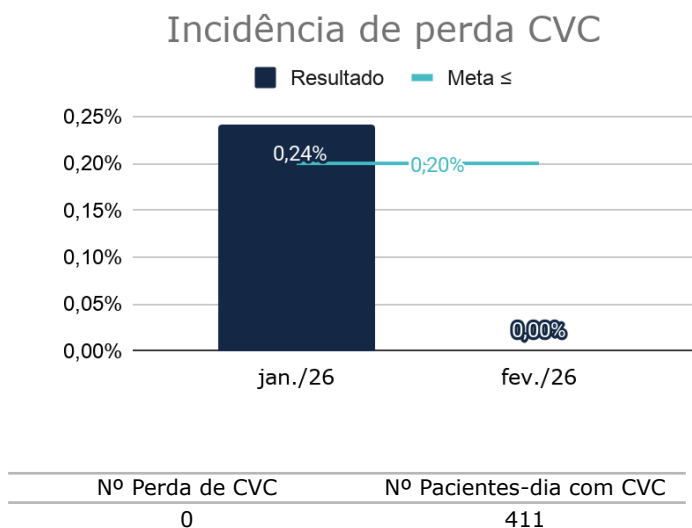
5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	158

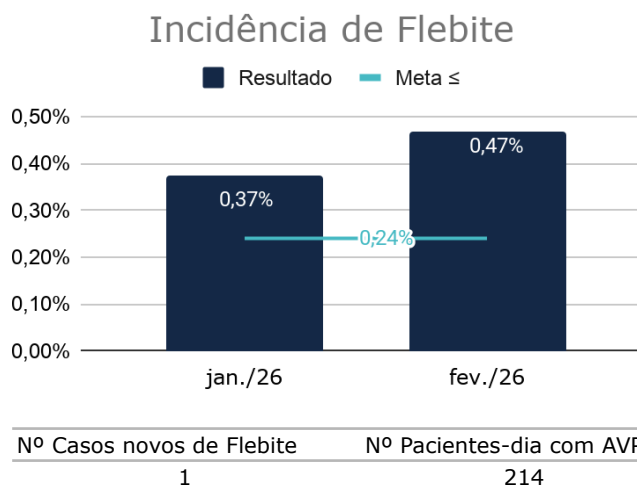
Análise crítica: No mês de Fevereiro, não houve registro de incidência de extubação não planejada nas UTI's.

5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)



Análise crítica: No mês de Fevereiro não houve perda de Cateter venoso central.

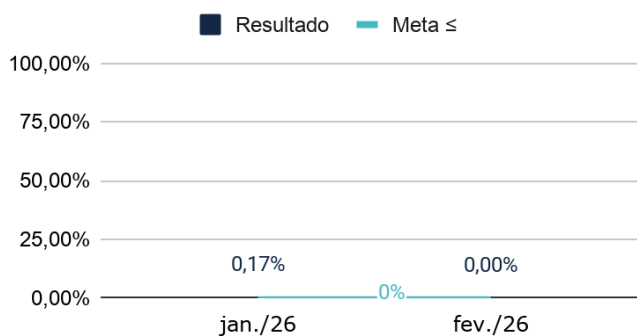
5.2.11 Incidência de Flebite



Análise crítica: No mês de Fevereiro, houveram 01 caso de perda de cateter venoso central, que representou uma incidência de 0,47%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 07/02/2026, com a paciente M. E. S. M, 78 anos, sexo feminino, que estava internado por Arritmia, antecedentes HAS, BAVT, que apresentou uma Flebite Grau II em Membro Superior Direito, acesso venoso periférico do dia 06/02/2026, em uso de Dobutamina, sacado o acesso periférico e punccionado novo acesso venoso e realizado compressa local.

5.2.12 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente

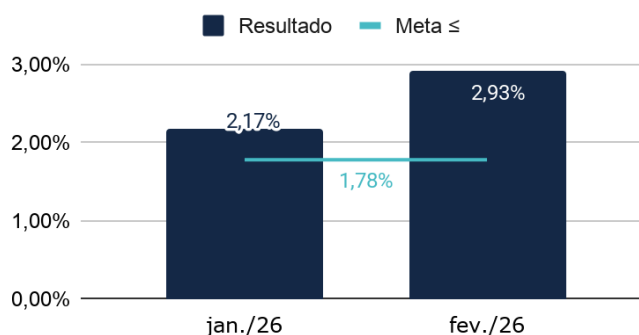


Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	531

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

5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

Incidência de Saída Não Planejada



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
7	239

Análise crítica: No mês de Fevereiro, houveram 07 casos de saída não planejada de sonda nasoenteral, que representaram uma incidência de acima da meta contratual.

Os sete casos aconteceram por agitação psicomotora de pacientes que estavam com contenção de membros superiores e mesmo assim conseguiram tracionar a sonda até sua exteriorização. Os casos aconteceram com os pacientes: M. B. F. , 80 anos, sexo feminino no dia 11/02/2026, G. A. D, 60 anos, sexo masculino no dia 17/02/2026, M. C.N, 60 anos, sexo feminino no dia 19/02/2026,

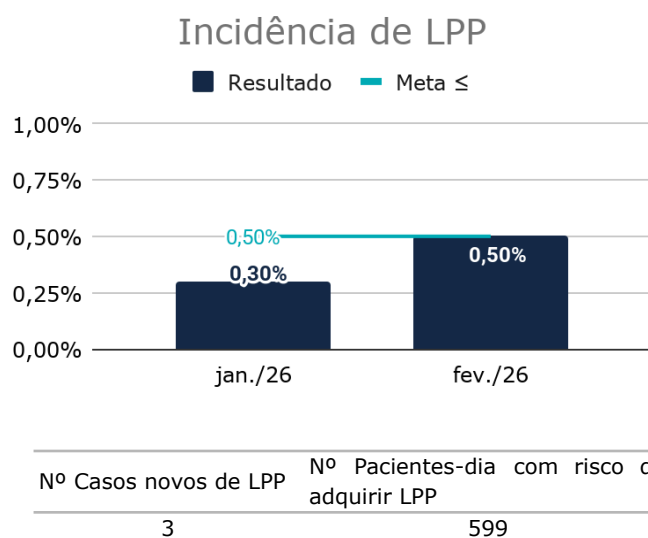
C. L. A, 88 anos, sexo masculino no dia 21/02/2026, A. V. C., 43 anos, sexo masculino, M. C. N., 60 anos, sexo feminino, ambos no dia 25/02/2026.

Para todos os casos foram realizadas nova passagem de sonda nasoenteral, além do acompanhamento do protocolo de contenção mecânica e discussão diária na visita multidisciplinar e Safety Huddle.

Um caso ocorreu por obstrução da CNE dos seguintes pacientes: D. J. S. A, 34 anos, sexo masculino, ocorreu no dia 04/02/2026, repassado uma nova nasoenteral, além

do acompanhamento do protocolo de contenção mecânica e discussão diária na visita multidisciplinar e Safety Huddle. No mês será realizado treinamento para toda equipe assistencial.

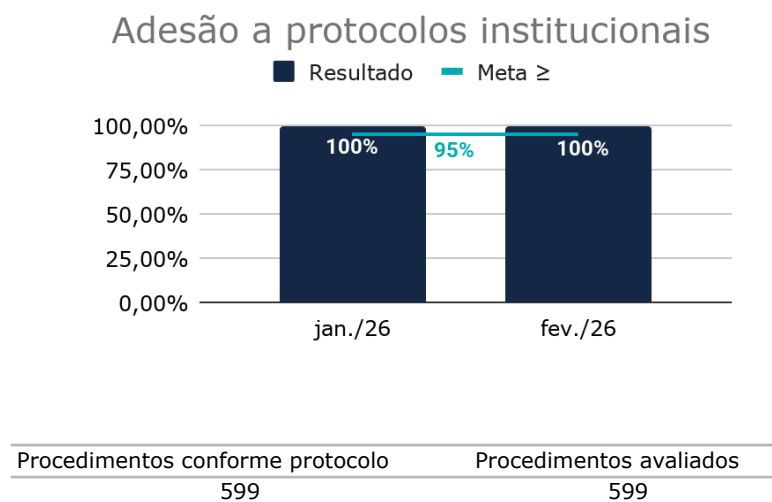
5.2.14 Índice de Lesão por Pressão



Análise crítica: No mês de Fevereiro, ocorreram 03 novos casos de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,50%. O caso ocorreu com o paciente M. E. S. M, 78 anos, sexo feminina, admissão na UTI em 31/01/2026 com hipótese diagnóstica de BAVT, antecedentes de HAS, D. Paciente apresentando desconforto respiratório, submetida a ventilação não invasiva, instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas, em uso de CNE recebendo dietoterapia em BIC, escala de braden moderado risco, foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito. O segundo caso ocorreu com o paciente M. S. S, 41 anos, sexo feminino, admissão na UT em 01/02/2026 com hipótese diagnóstica de Cistite, antecedentes Lupus, submetida a ventilação mecânica, em uso de drogas vasoativas, instabilidade hemodinâmica, em uso de CNE recebendo dietoterapia em BIC, escala de braden de alto risco, foi identificado

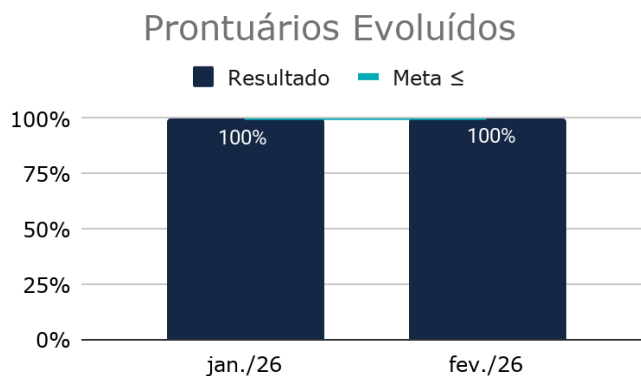
uma lesão por pressão em região sacral Grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito. O terceiro caso ocorreu com o paciente D. J. S, 34 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 26/01/2026 submetida a ventilação mecânica, em uso de drogas vasoativas, instabilidade hemodinâmica, em uso de CNE recebendo dietoterapia em BIC, escala de braden de alto risco, foi submetido a traqueostomia no dia 13/02/2026, com restrição de manipulação mínima devido o procedimento de TQT, identificado uma lesão por pressão em região sacral Grau II, acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito.

5.2.15 Adesão a protocolos institucionais



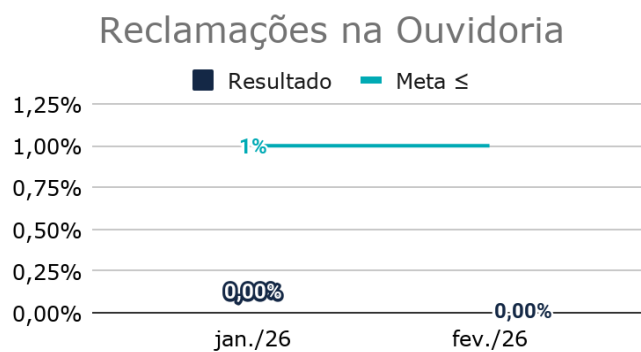
Análise crítica: No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital. As condutas assistenciais seguiram diretrizes estabelecidas, garantindo conformidade com os padrões de qualidade e segurança do paciente.

5.2.16 Prontuários Evoluídos



Análise Crítica: Durante o mês de referência, todos os pacientes foram evoluídos. Equipe médica e enfermeiros realizaram evolução no sistema Input. Os fisioterapeutas realizaram as evoluções de forma manual e no sistema INPUT devido ao período de cadastro no sistema. A equipe técnica de enfermagem realizou evolução manual.

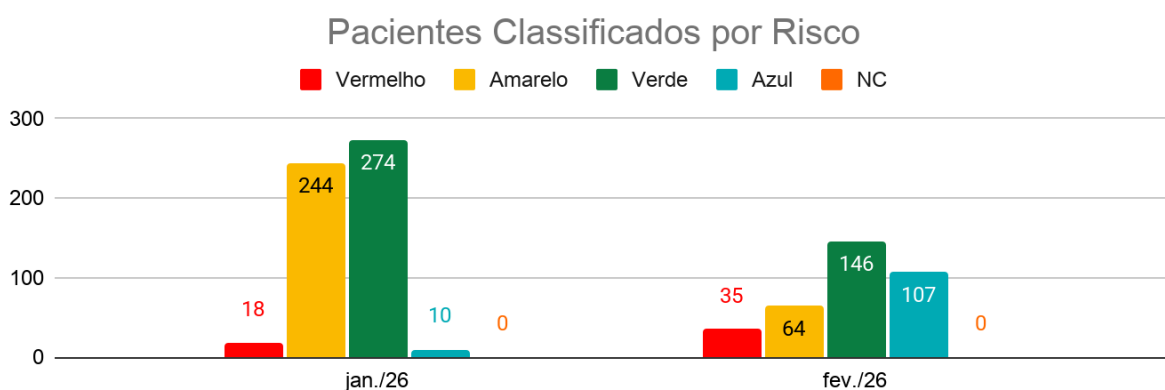
5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna



Análise crítica: No mês de Fevereiro não houve registro de Ouvidoria interna.

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

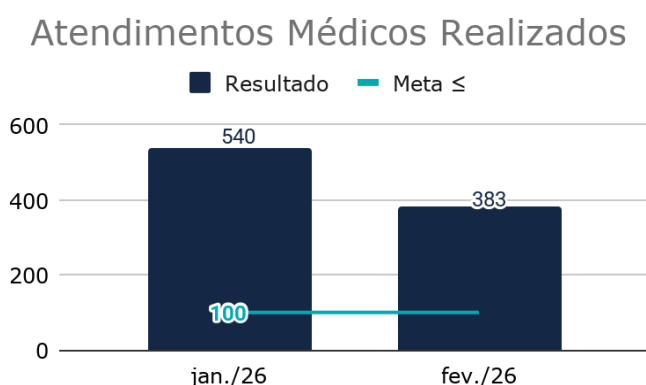
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



Análise crítica: A classificação de risco no PSA é fundamental para organizar o fluxo assistencial e garantir que os pacientes sejam atendidos conforme a gravidade clínica. Os pacientes vermelhos correspondem aos casos graves, já referenciados ou àqueles que apresentam piora clínica durante a permanência na unidade, exigindo atendimento imediato. É essencial que existam critérios objetivos bem definidos para evitar subjetividade e sobrecarga da sala de emergência. Os pacientes amarelos são potencialmente graves e necessitam de avaliação médica com maior agilidade, podendo evoluir para quadros mais críticos. Por isso, devem ter tempo de atendimento monitorado e reavaliação periódica. Os verdes são pacientes estáveis, sem risco iminente de morte, mas que precisam de avaliação médica. Embora adequados ao fluxo do PSA, seu volume pode impactar o tempo de espera, exigindo organização e comunicação clara sobre a priorização por gravidade. Já os pacientes azuis envolvem atendimentos de caráter mais procedimental, como administração de medicação EV ou IM, coleta de exames pré-operatórios com urgência e atendimentos de colaboradores da unidade. Embora demandem resolutividade, não configuram, em regra, situações de emergência. Assim, é importante avaliar continuamente esse fluxo para que não interfira na prioridade dos casos agudos. De

forma geral, a classificação demonstra organização e coerência, mas requer revisão periódica, alinhamento da equipe e monitoramento de indicadores para garantir segurança e eficiência no atendimento.

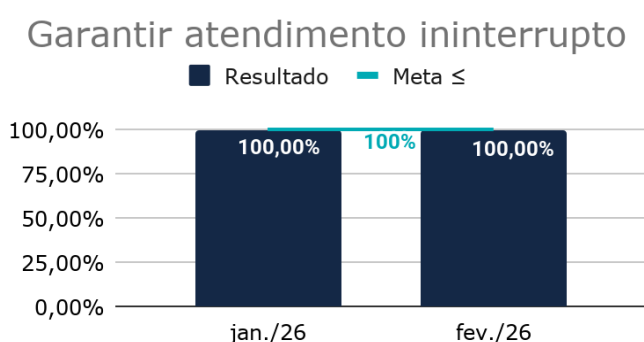
5.3.2 Nº atendimento médico



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

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

5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto



Análise crítica: O indicador de 100% dos casos assistidos pela equipe médica, com atuação da enfermagem e equipe multiprofissional, além da ausência de falta de materiais e medicamentos, demonstra cenário assistencial bastante positivo. Evidência cobertura integral, continuidade do cuidado e boa gestão de insumos, refletindo organização e estabilidade operacional.

5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO

Análise crítica: No intervalo analisado, todas as classificações de risco vermelho foram prontamente atendidas, demonstrando que a equipe mantém adesão rigorosa ao protocolo de classificação de risco. A resposta rápida evidencia alinhamento efetivo entre enfermagem e equipe médica, garantindo que o fluxo seja acionado imediatamente quando necessário. Além disso, o time de resposta rápida mostrou-se preparado e disponível, reforçando a eficiência operacional e a

segurança assistencial em situações de maior gravidade. Esse cenário indica maturidade no processo de triagem e prontidão da equipe, assegurando que pacientes críticos recebam atenção imediata e adequada.

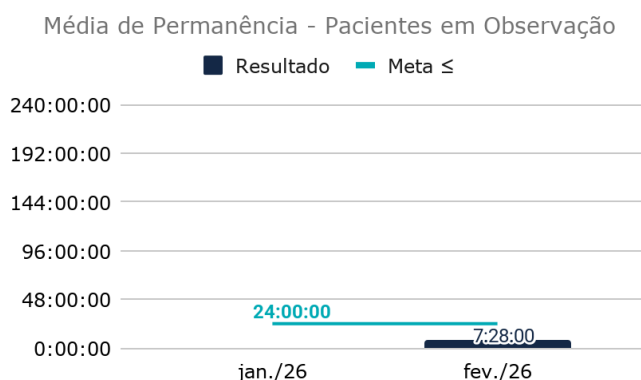
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

Análise crítica: Pacientes amarelos são encaminhados para Retaguarda 2, local onde o médico especialista faz o atendimento e faz o desfecho dos casos referenciados no tempo estimado preconizado em classificação que é de até 30 minutos.

5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco

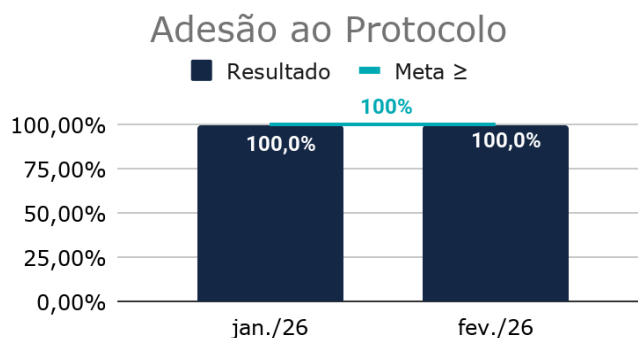
Análise crítica: Na unidade, por se tratar de casos referenciados, o primeiro passo é a classificação de risco do paciente, seguida da abertura da ficha de atendimento. Dessa forma, o paciente é assistido desde o momento de sua entrada, garantindo acompanhamento contínuo, até uma possível alta ou internação na unidade. O tempo estimado entre a classificação e a abertura da ficha é de aproximadamente 10 minutos, permitindo que todos os processos assistenciais sejam iniciados de forma organizada e que a equipe mantenha vigilância constante, promovendo segurança e qualidade no cuidado prestado.

5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa



Análise crítica: O tempo médio de permanência na Unidade de Internação é de 7,28 horas, resultado significativamente inferior à meta estabelecida de menos de 24 horas, evidenciando eficiência no fluxo assistencial, agilidade na tomada de decisões clínicas e boa articulação da equipe multiprofissional. Apesar do desempenho satisfatório, recomenda-se a manutenção do monitoramento contínuo do indicador para garantir que a redução do tempo de permanência permaneça associada à qualidade e segurança da assistência prestada.

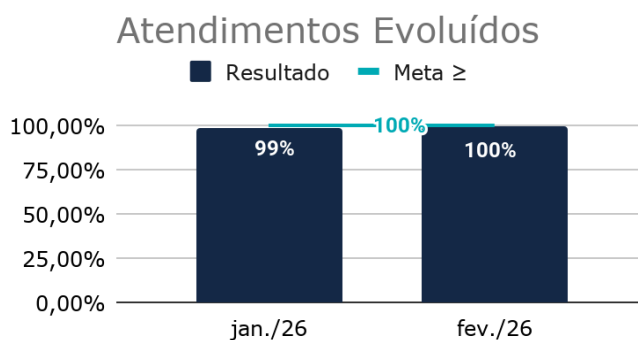
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos



Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
0	6580

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

5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados

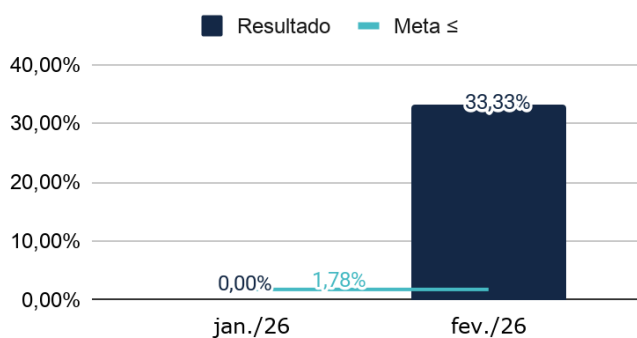


Atendimentos Médicos Realizados	FA
348	348

Análise crítica: Todos os atendimentos foram devidamente evoluídos e registrados pelas equipes da unidade, garantindo rastreabilidade e continuidade do cuidado. A equipe de enfermagem e fisioterapia do PSA realizam os registros de forma digital pelo Sistema Input , enquanto a equipe médica utiliza registros manuais.

5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral

Incidência de Saída Não Planejada

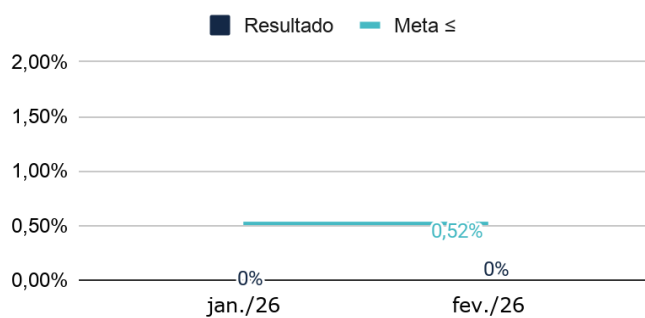


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
1	3

Análise crítica: Tivemos 01 incidência de saídas não planejadas de sonda no período analisado no Choque.

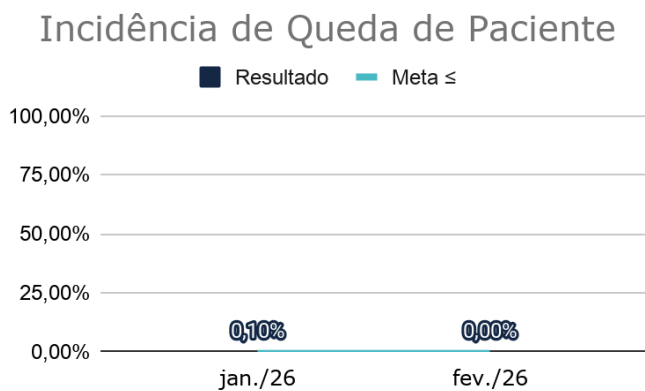
5.4.9 Taxa de extubação acidental

Incidência de Extubação não planejada



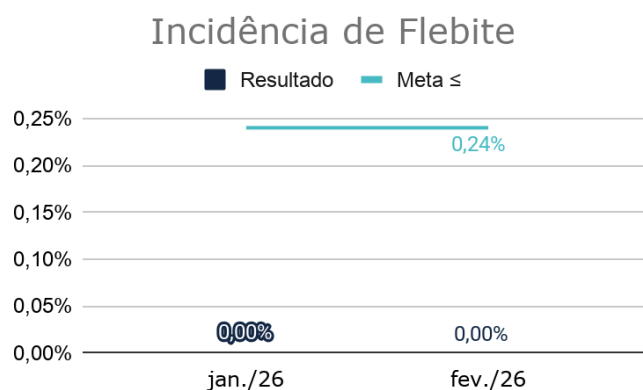
Análise crítica: No mês de Fevereiro, não houve registro de incidência de extubação não planejada no pronto socorro.

5.4.10 Queda de Paciente



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

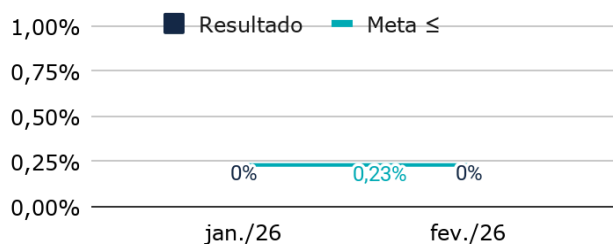
5.4.11 Incidência de Flebite



Análise crítica: Não tivemos casos de flebite no período analisado.

5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos

Não Conformidade na Administração de Medicamentos

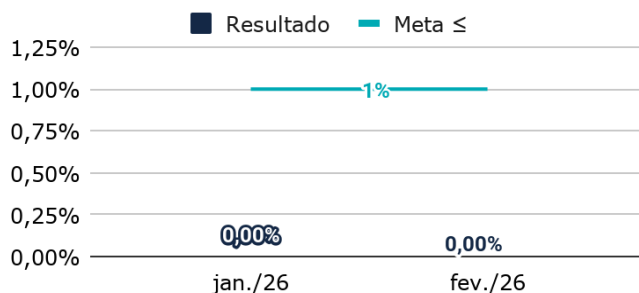


Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
0	6580

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

5.4.13 Reclamação na Ouvidoria

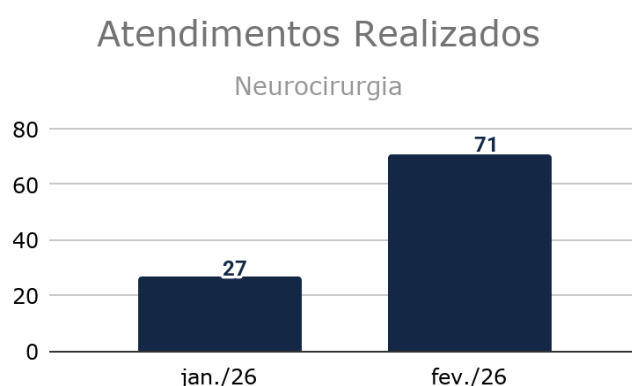
Reclamações na Ouvidoria



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

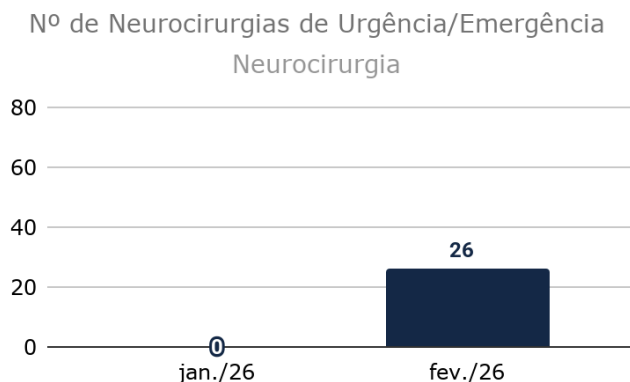
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.5.1 Número de atendimentos



Análise Crítica: Ao longo do período analisado, foram atendidos 71 casos pela equipe de neurocirurgia em toda a unidade hospitalar. Esse número reflete a demanda especializada recebida e destaca a atuação da equipe em garantir assistência adequada a pacientes com condições neurológicas complexas, contribuindo para a integralidade e resolutividade do cuidado hospitalar.

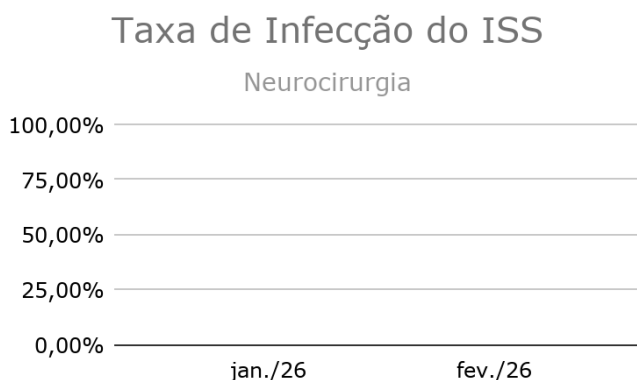
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



Análise Crítica: Dos casos atendidos pela equipe de neurocirurgia na unidade hospitalar, 26 evoluíram para cirurgias que exigiram atendimento de urgência. Esse dado evidencia a importância da avaliação rápida e precisa da equipe, permitindo identificação precoce dos pacientes que necessitavam de intervenção cirúrgica imediata, garantindo segurança, resolutividade e melhores desfechos clínicos.

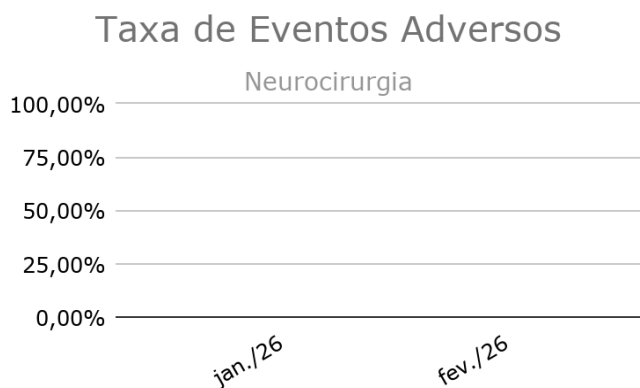
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



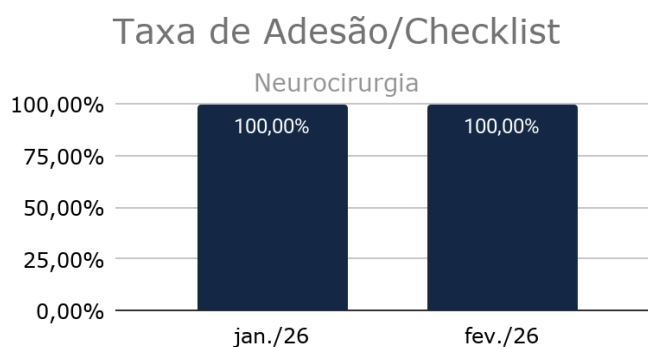
Análise crítica: Dos casos de cirurgias de urgência realizadas pela equipe de neurocirurgia, nenhum apresentou incidência de infecção do sítio cirúrgico, evitando a necessidade de reoperação. Esse resultado evidencia a qualidade das práticas assépticas, a efetividade da equipe cirúrgica e o cuidado contínuo no pós-operatório, refletindo diretamente na segurança do paciente e na excelência do atendimento prestado.

5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



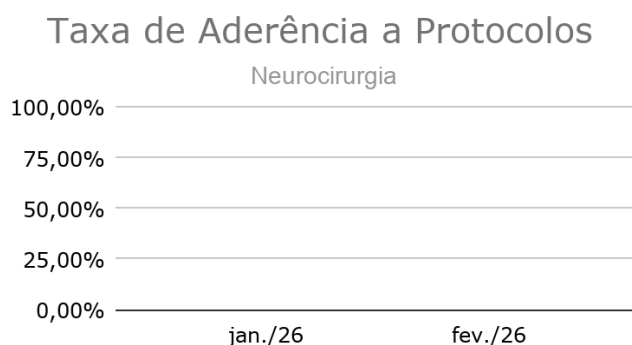
Análise crítica: Durante o período analisado, não houve abertura de eventos sentinelas relacionados às cirurgias realizadas pela equipe de neurocirurgia. Esse resultado reforça a segurança e a qualidade dos processos cirúrgicos, evidenciando que os protocolos assistenciais e práticas de prevenção de infecção.

5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos



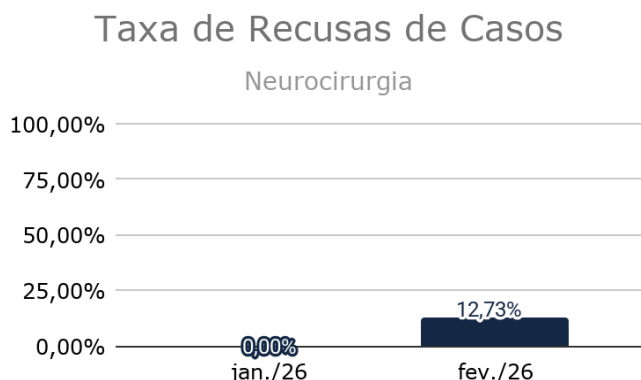
Análise crítica: Durante o período analisado, não foi registrada nenhuma taxa de não conformidade relacionada ao checklist dos pacientes da neurocirurgia. Esse resultado evidencia a adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



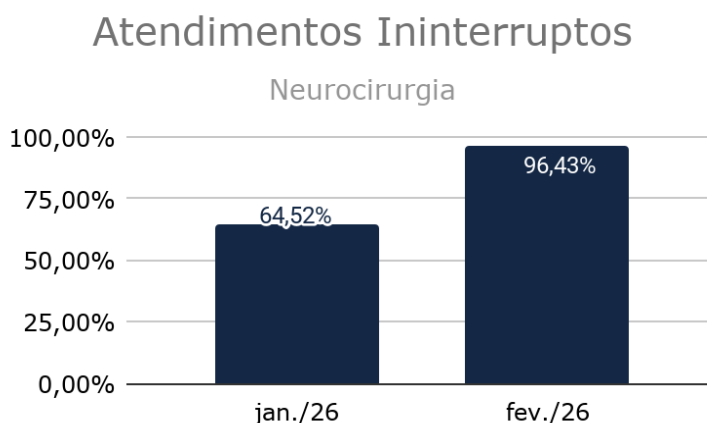
Análise crítica: A taxa de aderência aos protocolos de profilaxia antibiótica nos procedimentos de neurocirurgia foi efetiva, com administração realizada no momento da anestesia, conforme preconizado.

5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



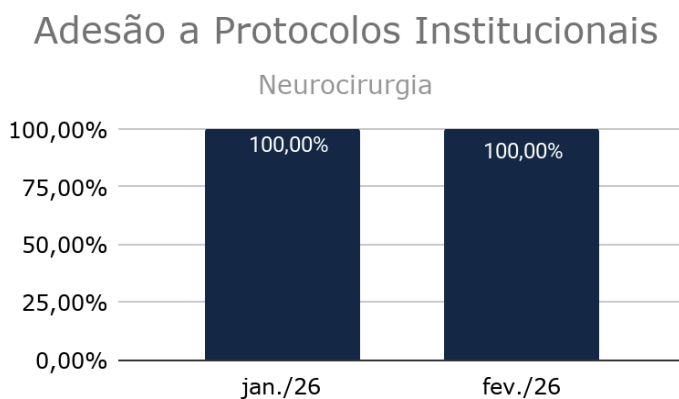
Análise crítica: Durante o período analisado, foram registrados 7 casos recusados, pela equipe de neurocirurgia, o que equivale a 12,73%, todos referenciados via CROSS. Embora a recusa siga critérios clínicos da especialidade, é importante destacar que, em alguns casos, pacientes podem evoluir para quadros mais graves sem o devido acompanhamento especializado, representando um risco potencial à segurança assistencial. Além disso, como ocorre em todos os casos, a regulação encaminha pacientes em situação de “vaga zero”, o que evidencia a necessidade de monitoramento contínuo e comunicação efetiva entre os serviços de referência e a unidade, garantindo que pacientes recusados não tenham desassistência e recebam reavaliação rápida sempre que houver agravamento clínico.

5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



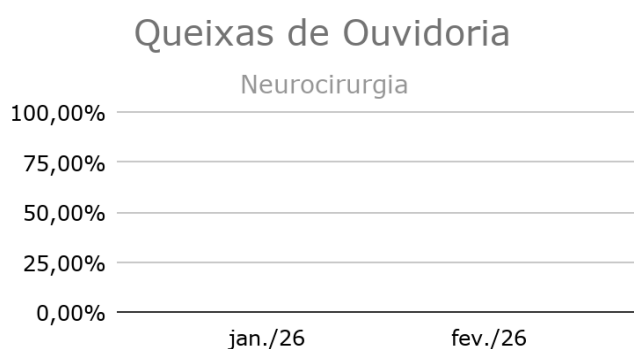
Análise crítica: Em atendimento ininterrupto, foi registrado um caso no dia 16/02, no período noturno, em que o paciente deu entrada com ficha referenciada para neurocirurgia, mas os médicos inicialmente entenderam que não se tratava da especialidade e encaminharam o caso diretamente para a clínica, sem avaliação prévia pelo serviço de neurocirurgia. Após acionamento do coordenador responsável, ficou definido que, sempre que a ficha indicar Neurocirurgia/Neurologia, independentemente do horário, o paciente deve ser avaliado primeiramente pelos neurocirurgiões. Somente após essa avaliação, e se houver necessidade, o encaminhamento para outra especialidade via interconsulta deve ser realizado. Essa situação evidencia a importância de protocolos claros e treinamento contínuo da equipe para garantir que a triagem e o fluxo de pacientes referenciados respeitem as prioridades clínicas, evitando falhas no atendimento e risco à segurança do paciente.

5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais



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

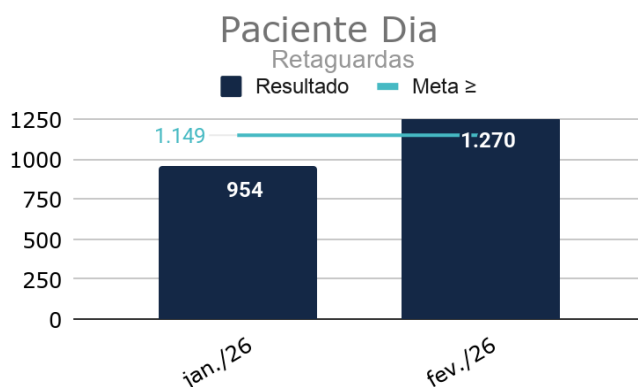
5.6.8 Queixa Ouvidoria



Análise crítica: Não tivemos queixas registradas no período.

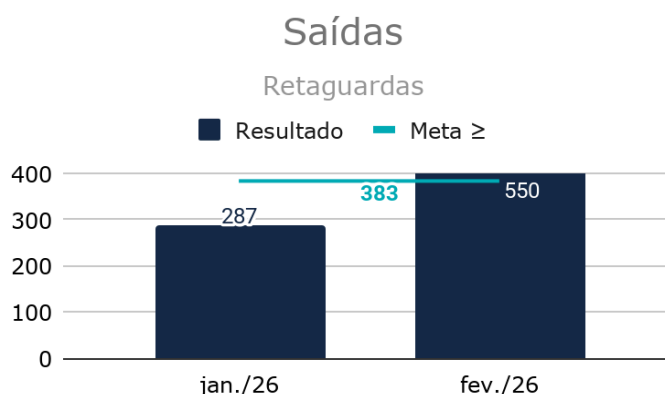
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.7.1 Paciente dia



Análise crítica: No período observa-se que foram registrados 1270 pacientes-dia, representando um aumento de 33,12% em relação ao mês de janeiro. Destaca-se que esse resultado ocorreu mesmo com bloqueio de 28 leitos/dia para manutenção estrutural na Reta 3 e 4, o que reduziu temporariamente a capacidade operacional da unidade. Ainda assim, houve maior utilização dos leitos disponíveis, evidenciando aumento de giro de leitos no período no PSA.

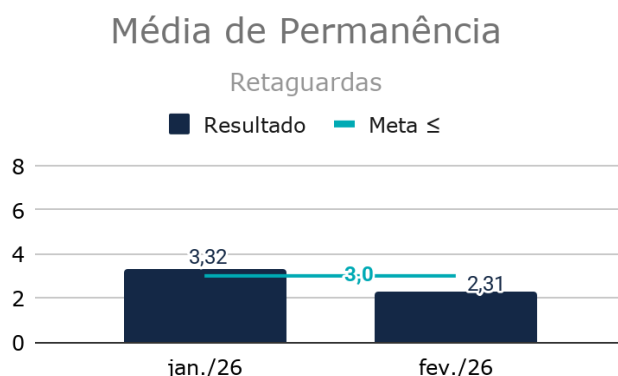
5.7.2 Saídas



Análise crítica: Considerando o total de pacientes-dia de 1270, a análise dos desfechos demonstra que a maior parte ocorreu por transferência interna (396 casos – aproximadamente 31,2%), indicando que o setor desempenha papel importante na estabilização inicial e encaminhamento dos pacientes para continuidade do cuidado em outras unidades da própria instituição. As altas hospitalares totalizaram 139 casos (cerca de 10,9%), sugerindo que uma parcela menor dos pacientes tem resolução completa no próprio setor. As transferências externas foram pouco frequentes (6 casos – aproximadamente 0,5%), o que pode indicar boa capacidade da instituição em absorver a maior parte das demandas assistenciais. Observa-se também baixa taxa de desistência ou evasão do tratamento (3 casos – cerca de 0,2%), demonstrando boa adesão dos pacientes ao cuidado oferecido. Em relação à mortalidade, foram registrados 1 óbito em menos de 24 horas (0,1%) e 8 óbitos após 24 horas (0,6%), índices que devem ser interpretados considerando o perfil clínico e a gravidade dos pacientes atendidos. De forma geral, os dados apontam para um serviço com baixa evasão, baixa necessidade de encaminhamento externo e mortalidade relativamente controlada, porém com predomínio de transferências internas, reforçando o papel do setor dentro do fluxo assistencial da instituição.

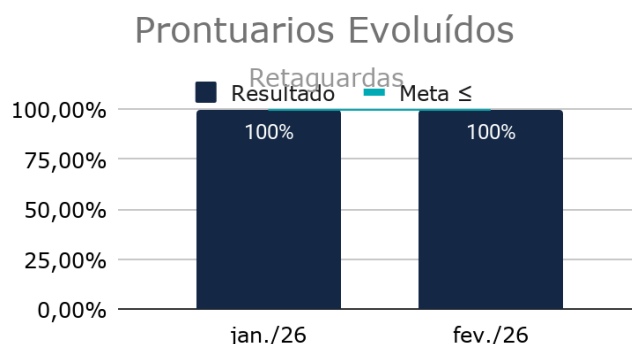
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.8.1 Média de Permanência (dias)



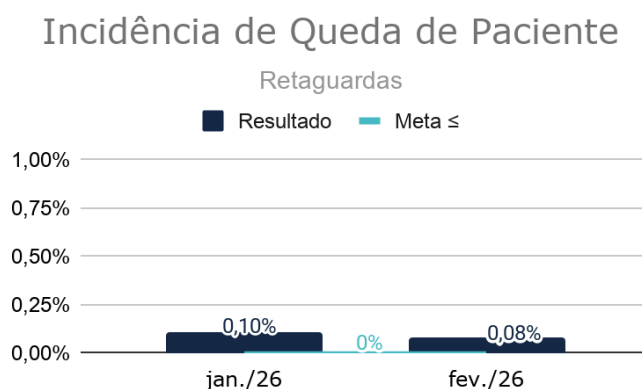
Análise crítica: A média de permanência registrada no período analisado foi de 2,3 dias, indicando que, em média, os pacientes permaneceram internados por esse período até a alta hospitalar. O resultado sugere adequada condução do processo assistencial e organização do fluxo de atendimento na unidade, permitindo resolução clínica em tempo oportuno. Recomenda-se manter o monitoramento contínuo do indicador, avaliando possíveis variações relacionadas ao perfil de complexidade dos pacientes e à demanda assistencial, a fim de garantir eficiência operacional associada à qualidade e segurança da assistência prestada.

5.8.2 Prontuários evoluídos



Análise crítica: Prontuários 100% evoluídos pela equipe de enfermagem pelo sistema INPUT.

5.8.3 Incidência de queda de paciente

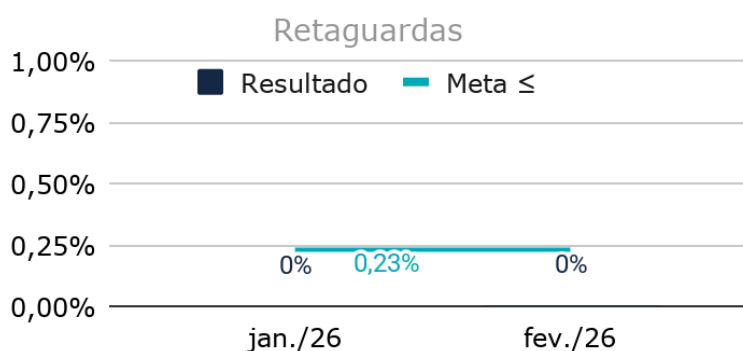


Análise crítica: No período analisado, foram atendidos 1377 pacientes (incluindo leitos de observação e pacientes que entram na unidade para administração de medicações, como antibiótico) sendo registrado 01 incidente de queda, o que corresponde a uma incidência de 0,47% em relação ao total de pacientes

atendidos. Quando analisado o indicador por mil pacientes, observa-se uma taxa de 0,73 quedas por 1000 pacientes, configurando um índice baixo dentro dos parâmetros geralmente observados em serviços hospitalares. O resultado sugere que as estratégias de prevenção de quedas adotadas pela equipe assistencial têm se mostrado efetivas, contribuindo para a segurança do paciente. Ainda assim, considerando que eventos dessa natureza são potencialmente evitáveis e podem gerar riscos assistenciais, reforça-se a importância da manutenção das medidas preventivas, como identificação de pacientes com risco de queda, orientação à equipe e acompanhamento contínuo dos protocolos de segurança, a fim de manter ou reduzir ainda mais a incidência desse evento.

5.8.4 Incidência de erro de medicação

Não Conformidade na Administração de Medicamentos

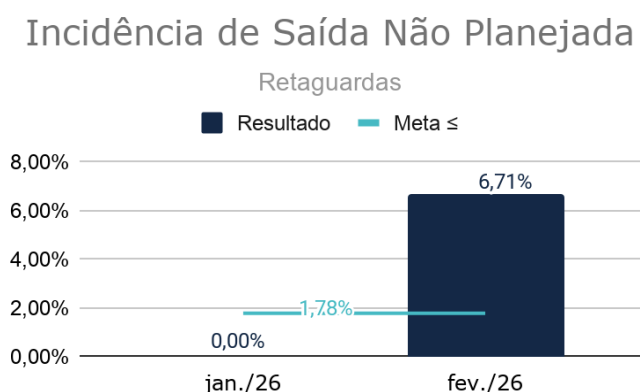


Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos	Nº Medicamentos Utilizados
1	32620

Análise crítica: No período analisado tivemos 1(um) evento relacionado a erro na prescrição médica, paciente A.A.L.S. na Retaguarda 01 identificado e

corrigido durante administração, sem causar dano ao paciente. O resultado demonstra baixa incidência de eventos e evidencia a efetividade das barreiras de segurança, como a conferência da prescrição pela equipe. Recomenda-se manter o monitoramento do processo medicamentoso, reforçar a dupla checagem e incentivar a notificação de eventos, fortalecendo a segurança do paciente.

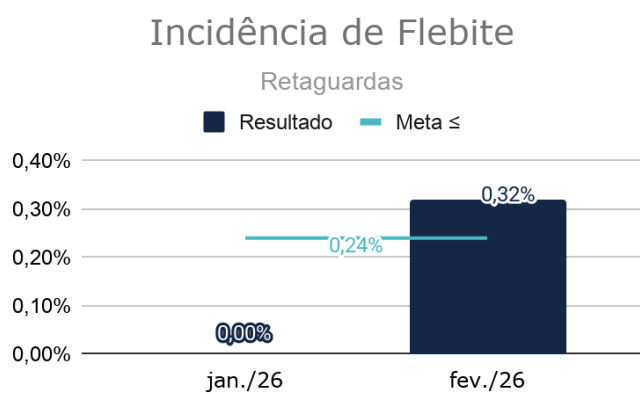
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral



Análise Crítica: No período analisado, 116 pacientes fizeram uso de sonda nasogástrica ou nasoenteral, sendo registradas 11 perdas de dispositivos, o que corresponde a uma taxa aproximada de 6,71% de perda. Esse resultado indica que cerca de 1 em cada 10 pacientes apresentou necessidade de reposição da sonda, situação que pode impactar o fluxo assistencial, pois envolve nova passagem do dispositivo, possível confirmação radiológica e interrupção temporária da terapia nutricional. Como estratégia de melhoria, recomenda-se padronizar técnicas de fixação das sondas, reforçar a capacitação da equipe quanto ao manejo seguro do dispositivo e identificar precocemente pacientes

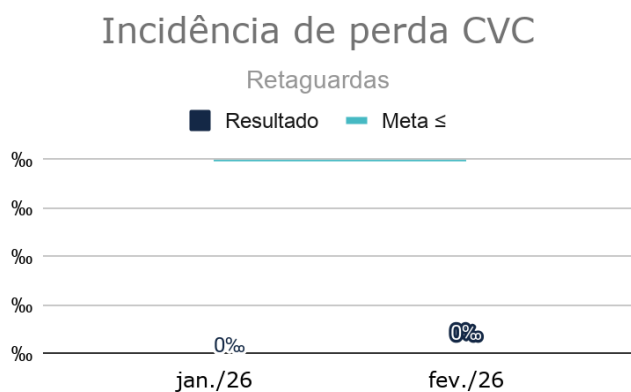
com maior risco de auto-remoção, além de manter o monitoramento contínuo do indicador para avaliação e ajuste das ações implementadas.

5.8.6 Incidência de Flebite



Análise Crítica: No período analisado, foram identificados 04 casos de flebite, o que corresponde a uma incidência de 0,32% em relação ao total de pacientes atendidos. O resultado demonstra uma ocorrência pontual do evento dentro do contexto assistencial, considerando o volume de pacientes e a utilização frequente de acessos venosos periféricos no setor. Ainda assim, trata-se de um evento que exige monitoramento contínuo, uma vez que pode estar associado ao tempo de permanência do acesso venoso, técnica de punção, tipo de medicação administrada e condições clínicas do paciente. Diante disso, reforça-se a importância da vigilância da equipe de enfermagem quanto à avaliação diária dos acessos venosos, rodízio quando indicado e adesão às boas práticas de punção e manutenção de cateteres, com o objetivo de reduzir ainda mais a incidência desse indicador e garantir maior segurança na assistência prestada.

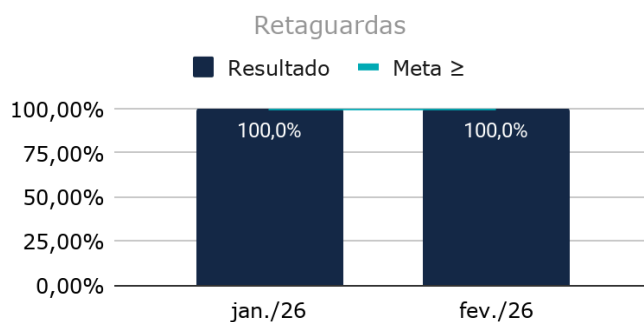
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central



Análise Crítica: Não houve evento relacionado a perda de Cateter Venoso Central no período.

5.8.8 Adesão a protocolos institucionais

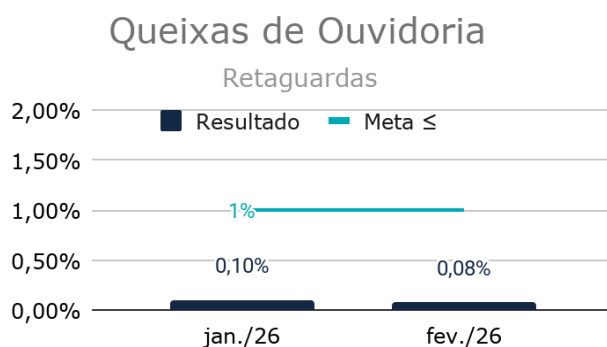
Adesão a Protocolos Institucionais



Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
954	954

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

5.8.9 Reclamações na ouvidoria



Análise crítica: No período analisado foi registrada 01 manifestação de ouvidoria, aberta em 12/02/2026 referente a paciente J.C.S que estava internada na Retaguarda 01, a qual foi devidamente analisada e respondida dentro do fluxo institucional. A ocorrência pontual indica baixa demanda relacionada a manifestações formais no setor. Ressalta-se a importância da ouvidoria como ferramenta de escuta qualificada e aprimoramento contínuo dos processos assistenciais e administrativos, reforçando o compromisso institucional com a transparência, a resolutividade e a melhoria da qualidade da assistência prestada.

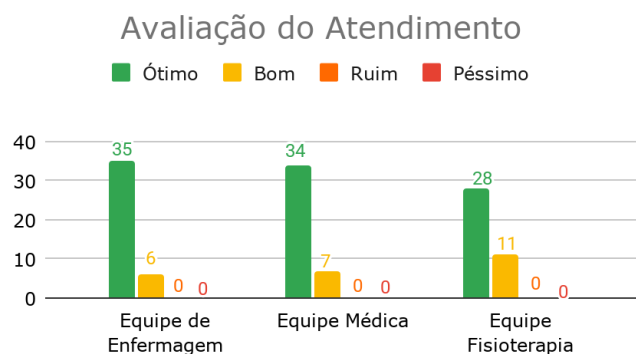
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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.

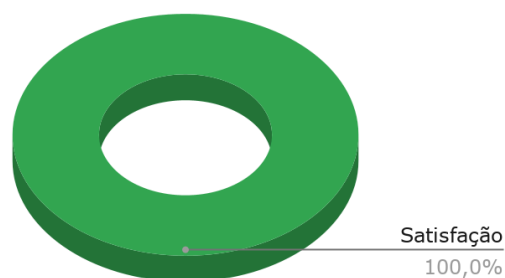
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **41 pesquisas respondidas**, sendo 41 preenchidos na UTI adulto, 0 preenchidos no Pronto Socorro Adulto - atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA), 0 preenchidas na Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro) e 0 na Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 0 leitos (Enf) . Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI

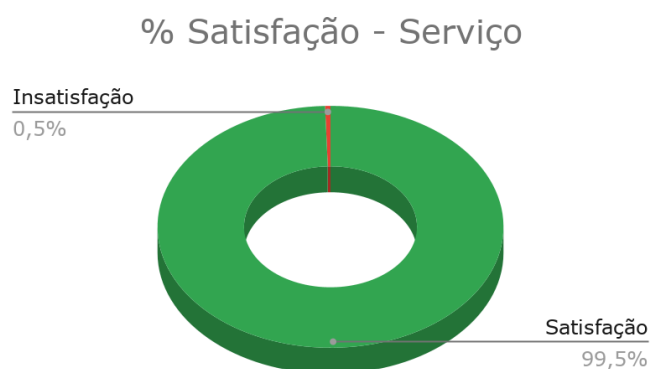
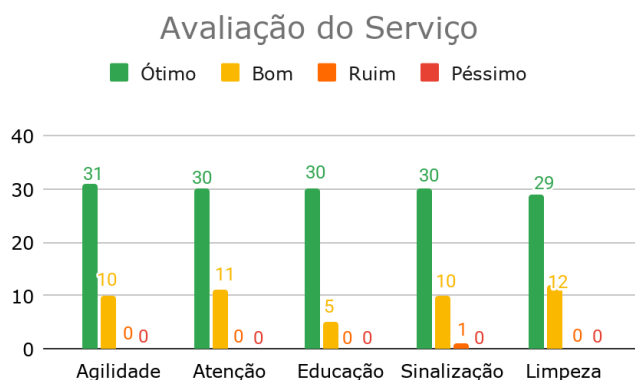


% Satisfação - Atendimento



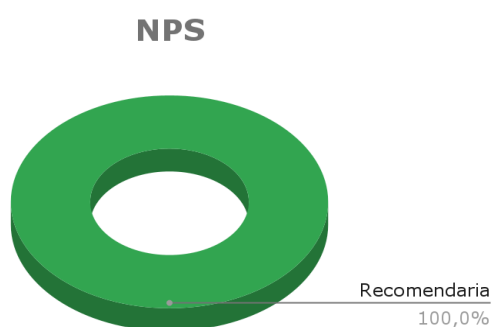
Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos **satisfação de 100 %**, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento, estamos em constante melhoria no processo dos nossos atendimentos.

6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a, atenção da equipe, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **99,5%** dos usuários.

6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado **100%** dos usuários recomendariam o serviço.

6.1.4 Avaliação do Atendimento e Serviço- PS

Análise crítica: Considerando o início recente das atividades do serviço, a pesquisa de satisfação encontra-se em fase de implantação e estruturação para o monitoramento do indicador.

7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.

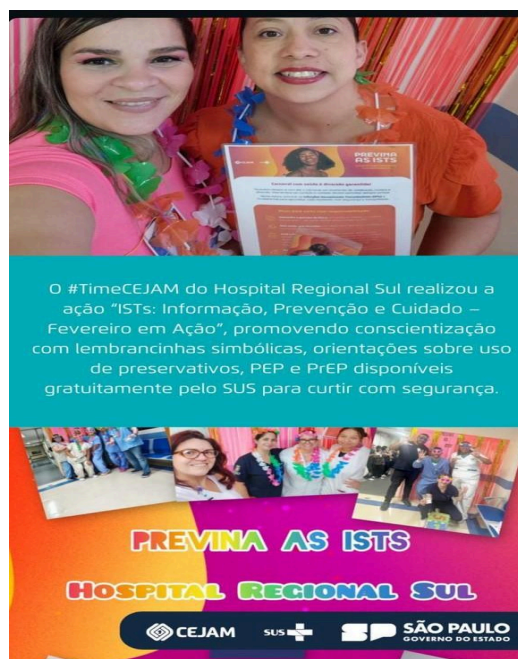
No mês de fevereiro, foi realizada capacitação de atendimento à PCR, Politrauma, AVC e IAM para toda equipe assistencial.



Realizado treinamento do Protocolo de PAV, Escala de RASS/ Dor e Analgesia para toda equipe assistencial da UTI.



Realizada Campanha de Fevereiro, conscientização e prevenção de ISTS.



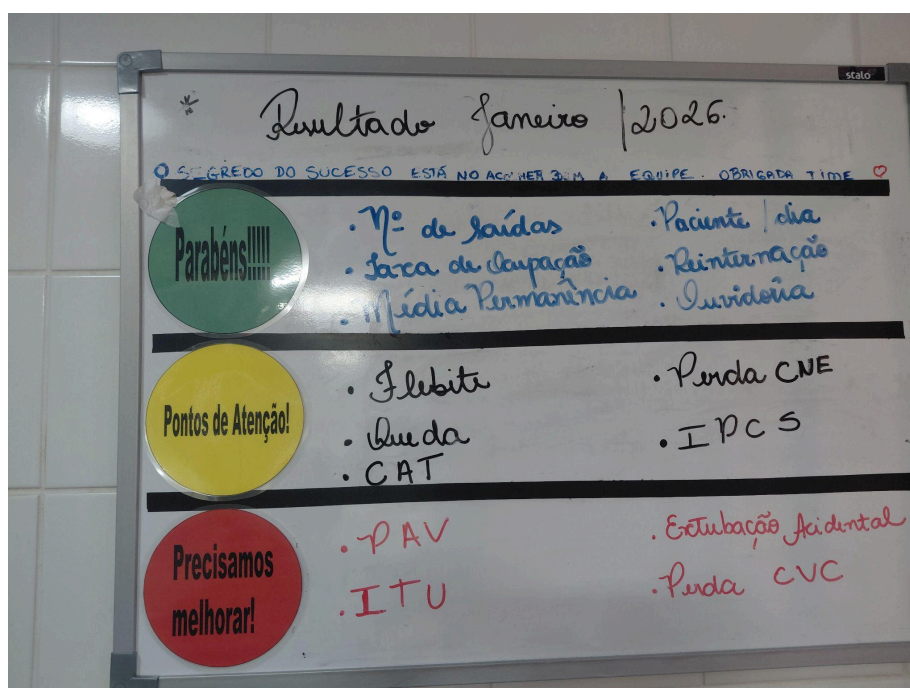
Participação da Equipe Multidisciplinar no Safety Hudlle da UTI.



Realizado treinamento de Acolhimento ao Luto para equipe assistencial.



Realizada reunião com toda equipe assistencial, apresentação dos indicadores e painel de gestão à vista.



Realizado ronda mensal do Projeto Proadi (Kamishibai).



São Paulo, 13 de março de 2026.



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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional