

Relatório de Atividades Assistenciais do Hospital Regional de Assis

GERENCIAMENTO DE LINHAS DE CUIDADOS
(URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-Pronto Socorro
Referenciado / ONCOLOGIA- UNACON / LEITOS
CLÍNICOS E CIRÚRGICOS)

Convênio n.º 00423/2025

**Julho
2025**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

MÉDICO PREPOSTO

Felippe Antonio Goes Scorcioni

ENFERMEIRO PREPOSTO

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

ENCARREGADA ADMINISTRATIVA

Camila de Moraes Gomes

SUMÁRIO

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

5.2.11	Prontuários Evoluídos	28
5.2.12	Não Conformidade na Administração de Medicamentos	29
5.3	Indicadores Oncologia	29
5.3.1	Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica	29
5.3.2	Procedimentos Quimioterápicos	29
5.3.3	Cirurgias Oncológicas Especializadas	30
5.3.4	Cirurgia Plástica	31
5.3.5	Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	31
5.3.6	Reclamações na Ouvidoria	32
5.3.7	Incidência de Queda	32
5.3.8	Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	33
5.3.9	Início do tratamento dos pacientes oncológicos	33
5.3.10	Incidência de extravasamentos identificados	34
5.4	Indicadores Pronto Socorro Referenciado	34
5.4.1	Atendimentos Urgência e Emergência	34
5.4.2	Atendimentos por Especialidade	35
5.4.3	Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado	36
5.4.4	Taxa de Mortalidade	36
5.4.5	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	37
5.4.6	Índice de Lesão por Pressão	38
5.4.7	Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	39
5.4.8	Incidência de Queda	40
5.4.9	Reclamações na Ouvidoria Interna	40
5.4.10	Prontuários Evoluídos	42
5.4.11	Não Conformidade na Administração de Medicamentos	42
6.	PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	44
6.1	Indicadores de Satisfação do Usuário	44
6.1.1	Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica	44
6.1.2	Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica	45
6.1.3	Net Promoter Score (NPS)	45
6.1.4	Avaliação do Atendimento - Clínica Médica	46
6.1.5	Avaliação do Serviço - Clínica Médica	46
6.1.6	Net Promoter Score (NPS)	46
6.1.7	Avaliação do Atendimento - Oncologia	47
6.1.8	Avaliação do Serviço - Oncologia	47
6.1.9	Net Promoter Score (NPS)	48
6.1.10	Avaliação do Atendimento - PSR	48
6.1.11	Avaliação do Serviço - PSR	49
6.1.12	Net Promoter Score (NPS)	49
7.	AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	50

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 julho de 2025

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **150** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **144** contratados por processo seletivo (CLT) e **14** por contratação de Pessoa Jurídica (PJ). Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

4.1 Dimensionamento

4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

	Cargo
Administrativo	Assistente Social (30h)
	Auxiliar Administrativo I (36h)
Assistencial	Auxiliar de Farmácia II (30h)
	Encarregado Administrativo (40h)
	Enfermeiro Preposto (40h)
	Enfermeiro II (36h)
	Enfermeiro II (36h) - noturno
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno
	Farmacêutico (30h)
	Fisioterapeuta (30h)
	Fonoaudiólogo (30h)
	Médico Cirurgião Geral (12h)
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno
	Médico Preposto (20h)
	Psicólogo (30h)
	Técnico de Enfermagem II (36h)
	Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	
Total	

Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que contratamos 100% da previsão de colaboradores. O quadro atual demonstra **adesão total ao dimensionamento previsto**, ou seja, **atingiu 100% da meta de efetivo** para

o mês de Julho de 2025. Isso reflete uma **gestão eficaz do capital humano**, com:

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

4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

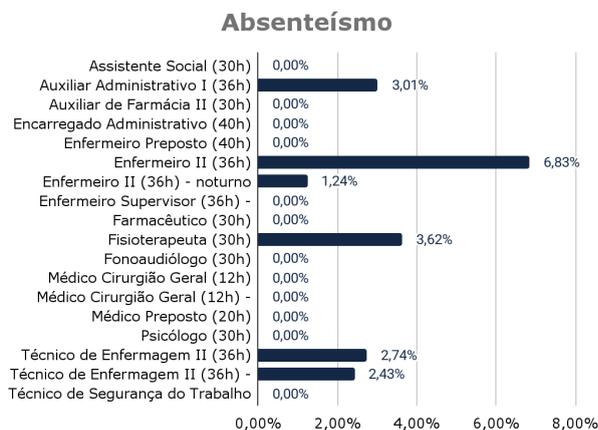
A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ

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

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

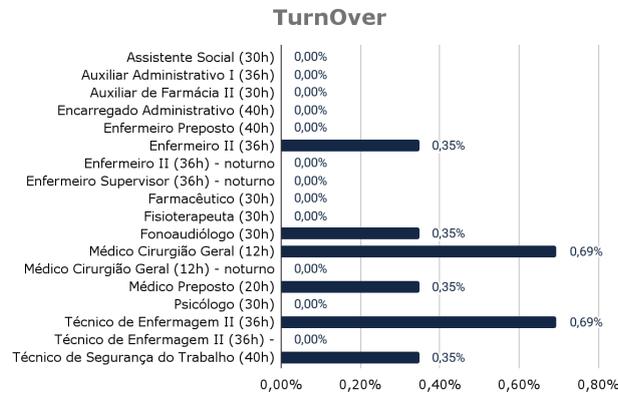


Análise Crítica: No mês de Julho tivemos 86 dias de ausência justificadas por meio de atestado médico:

- Enfermeiro diurno (total de 22 dias);
- Enfermeiro noturno (total de 2 dias);
- Técnico de Enfermagem diurno (total de 29 dias);
- Técnico de Enfermagem noturno (total de 19 dias);
- Fisioterapeuta (total de 5 dias);
- Auxiliar Técnico Administrativo (total de 9 dias);

As ausências dos enfermeiros e técnicos de Enfermagem foram cobertas por meio de remanejamento de profissionais folguistas da própria Unidade, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes sem prejuízo para a assistência. A ausência de um dos fisioterapeutas não acarretou prejuízos à assistência ou à organização hospitalar, sendo adequadamente compensada pelas ações gerenciais de cobertura com outro fisioterapeuta da equipe. A ausência do auxiliar técnico administrativo foi devidamente suprida pelo folguista, não gerando impacto negativo no desempenho das atividades nem prejuízos ao funcionamento do setor.

4.2.2 Turnover



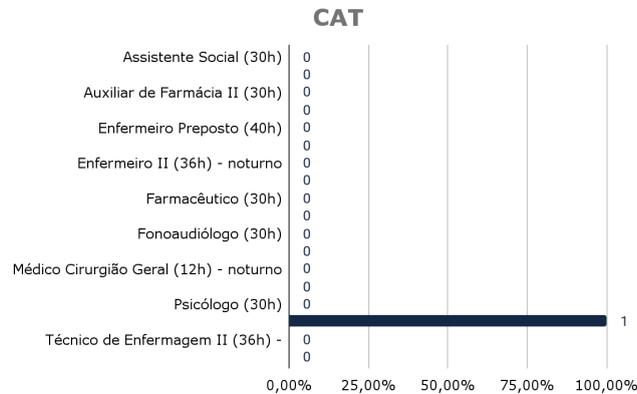
Análise Crítica: No que tange à modalidade contratual por prazo indeterminado, o mês foi marcado por poucos eventos de desligamento, que contribuíram para a variação nos índices de cobertura. Ocorreram as seguintes demissões: Técnica de Enfermagem Clínica Cirurgica Diurno - F. S. C, desligada em 10/07/2025. Seu desligamento ocorreu pelo término do contrato de experiência de 90 dias, pois não foi aprovada neste período.

Houve novas contratações para composição do quadro, sendo elas: I.G.T. - Enfermeiro diurno (em 03/07/2025), L.E.L.F.S - Técnica de Enfermagem diurno (em 18/07/2025), V.E.J.P. - Médico Cirurgião (em 17/07/2025) e G.R.A.J. - Médico Cirurgião (em 12/07/2025).

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

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

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: No mês de Julho foi registrado 01 (um) acidente de trabalho. Este ocorreu dentro do ambiente hospitalar, sendo caracterizado como um **evento típico do setor da saúde**, que apresenta riscos inerentes pelo manuseio de materiais perfurocortantes e pelo contato com fluidos biológicos. Esses casos exigem vigilância constante, reforço das boas práticas e a adesão estrita às normas de biossegurança. Apesar de tratar-se de um evento isolado, o técnico de segurança do trabalho acompanhou o caso, garantindo o adequado acolhimento à colaboradora e o cumprimento dos procedimentos legais e assistenciais previstos para situações dessa natureza.

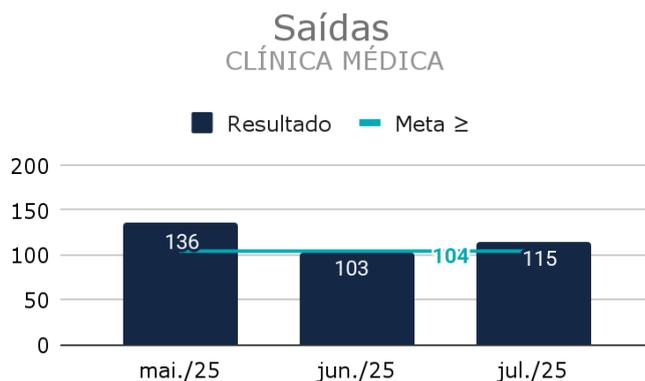
Ressalta-se que não foram identificados fatores internos que tenham contribuído para a ocorrência do acidente. O episódio reforça a importância de manter ações contínuas de orientação aos colaboradores sobre segurança no ambiente de trabalho e prevenção de acidentes.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica

5.1.1 Saídas



Saídas

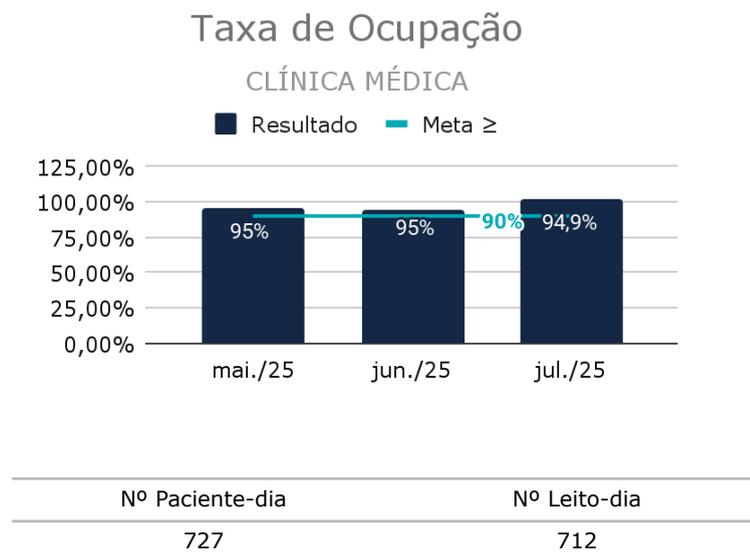
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	77
Evasão	4
Transferência Interna	20
Transferência Externa	5
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	9
Total	115

Análise crítica: No mês em análise, o número de saídas de pacientes na clínica médica alcançou a meta contratual pactuada, evidenciando o compromisso da equipe assistencial em fornecer o recurso ao maior número possível de pessoas

que deste necessitam. É importante enfatizar que o perfil de pacientes admitidos nesta unidade inclui casos complexos que por vezes requerem grande aprofundamento durante a investigação diagnóstica e tratamentos por períodos prolongados, o que frequentemente estende o tempo de internação hospitalar e reduz a capacidade da equipe em garantir alta rotatividade de leitos sem comprometer a segurança da desospitalização. Sobre este tópico, inclui-se a informação de que as altas hospitalares de pessoas cujas condições clínicas são consideradas complexas são acompanhadas por contrarreferenciamento aos serviços de atenção primária, serviço este intermediado pelo serviço social.

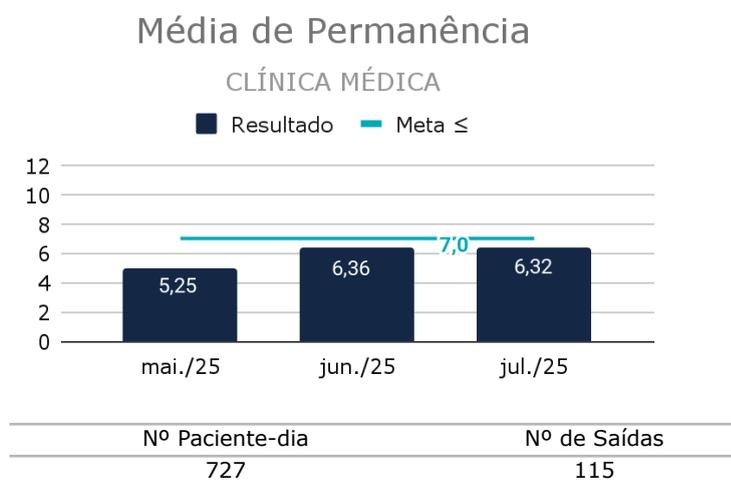
Em julho ocorreram quatro saídas não planejadas na clínica médica, casos nos quais os pacientes optaram por requerer o direito fundamental de autonomia e descontinuar o tratamento intra-hospitalar, apesar das orientações médicas contrárias. Como estes não demandaram atendimento posterior, pode-se acreditar que sua decisão não lhes trouxe danos.

5.1.2 Taxa de Ocupação



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

5.1.3 Média de Permanência

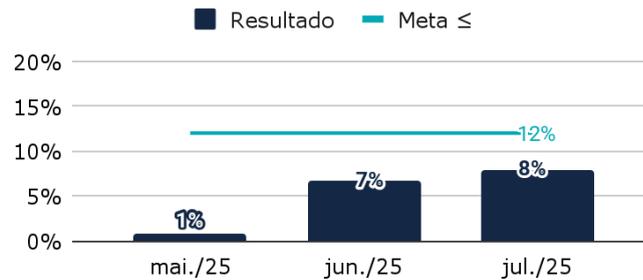


Análise crítica: A média de permanência na clínica médica foi de 6,32 dias, resultado dentro da meta contratual estabelecida, o que evidencia o compromisso da equipe em garantir, dentro dos limites impostos pela desospitalização segura, elevada rotatividade de leitos. Destaca-se e justifica-se que a unidade tem alocado pacientes com longos períodos de internação que aguardam por recursos que extrapolam a capacidade do hospital (como exame de ressonância magnética ou serviço de diálise ambulatorial), ou por laudos determinantes para o tratamento (como análises anátomo-patológicas), cujo processamento da amostra após sua obtenção é bastante moroso. Tais situações dilatam este indicador.

5.1.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total

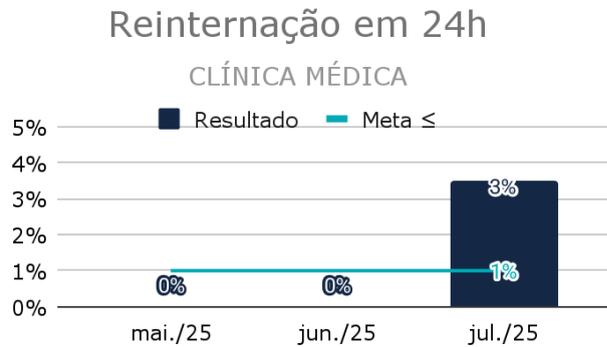
CLÍNICA MÉDICA



Nº Óbitos	Nº de Saídas
9	115

Análise crítica: Neste mês, a taxa de mortalidade da clínica médica atingiu 8% do total de pacientes internados, resultado esperado dentro da meta pactuada considerando o perfil da unidade, onde há pessoas em tratamento curativo, pessoas recebendo cuidados proporcionais e pessoas sob cuidados paliativos exclusivos. Foram registrados nove óbitos, sendo: quatro do sexo masculino, cinco do sexo feminino, dois casos oncológicos e mediana de idade de 75 anos; desses nove óbitos 4 ocorreram no setor do Pronto Socorro Referenciado porém pertenciam a Clínica Médica.

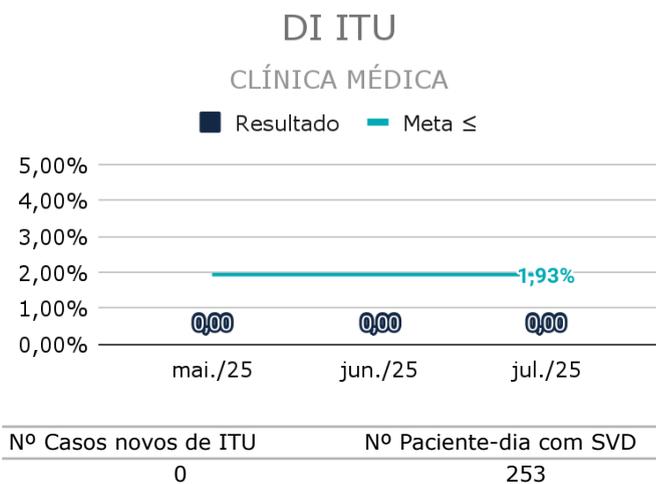
5.1.5 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
4	115

Análise crítica: Durante o período sob análise foram registrados 04 (quatro) casos de reinternação, o que extrapolou a meta contratual em 3%. Considerando que a reinternação precoce evidencia a qualidade e a segurança da desospitalização na transição do cuidado, bem como a reinternação tardia demonstra a capacidade de assistência dos serviços contra-referenciados - especialmente nos casos mais complexos que envolvem pessoas cronicamente doentes e com risco crítico de agudização - sugerimos para a equipe, como plano de ação para recuperação dos números relacionadas a este indicador, a otimização dos processos relacionados ao planejamento da alta qualificada, incluindo (mas não se limitando) à articulação em rede com a atenção primária em saúde e outros equipamentos voltados a cuidados especializados pós-alta.

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



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

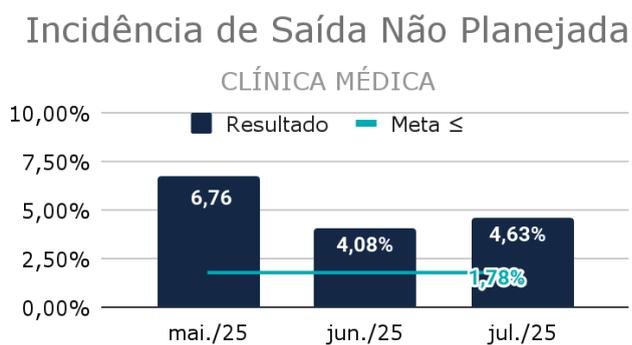
5.1.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
1	318

Análise crítica: No período analisado houve uma notificação de caso novo de lesão por pressão na clínica médica, evento adverso relativamente evitável por meio de medidas preventivas continuamente estabelecidas pela equipe de Enfermagem, como: supervisão e reavaliação frequentes; otimização global da saúde, da hidratação e da nutrição; estratégias de mobilização, redução de pressão e de cisalhamento; manejo do microclima e orientação aos cuidadores.

5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
5	108

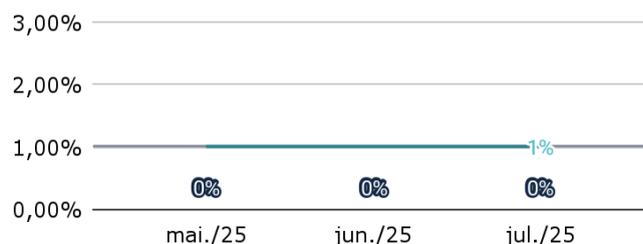
Análise crítica: A incidência de saída não planejada de SNE/GGT atingiu 4,6% dentro do grupo de pacientes em risco. Não diferentemente do histórico da unidade, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios pacientes que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento habituais e causavam confusão mental. Ações preventivas seguem sendo permanentemente realizadas, como: orientações aos colaboradores e outros agentes do cuidado sobre a prevenção do evento, reforço e troca frequente dos fixadores e, em casos excepcionais e estritamente sob prescrição médica, medidas de contenção química e mecânica.

5.1.9 Incidência de Queda

Queda de Paciente

■ Resultado — Meta ≤

CLÍNICA MÉDICA



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	727

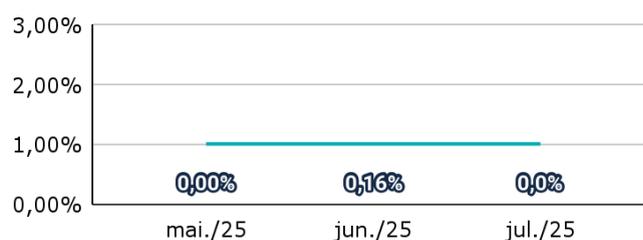
Análise crítica: No período analisado não houve quedas de paciente na clínica médica, cumprindo a meta pactuada e reforçando o compromisso da equipe na implementação de medidas de segurança e conscientização dos envolvidos.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna

Reclamações na Ouvidoria

CLÍNICA MÉDICA

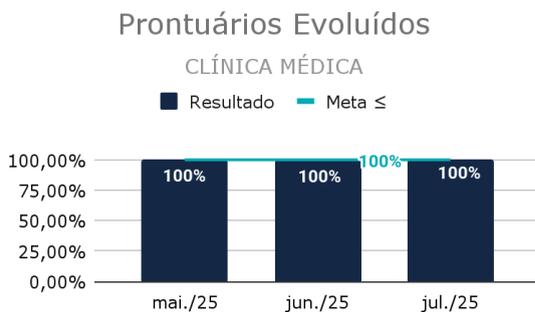
■ Resultado — Meta ≤



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	727

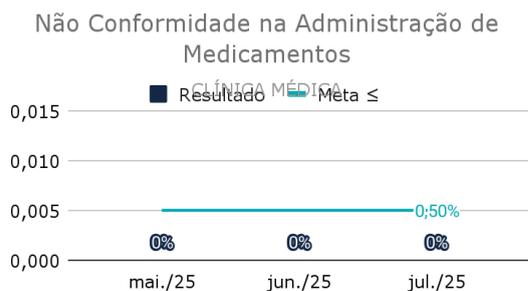
Análise crítica: No período analisado não houve manifestações para reclamações relacionadas a Clínica Médica, atendendo a meta contratual estabelecida. Salienta-se que há um canal de comunicação permanentemente aberto entre equipe, pacientes e familiares com o objetivo de aproximar e aprimorar a gestão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

5.1.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o período avaliado, a evolução clínica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica foi devidamente registrada em prontuário. Assim como nos meses anteriores, profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico no serviço de arquivo médico da instituição.

5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

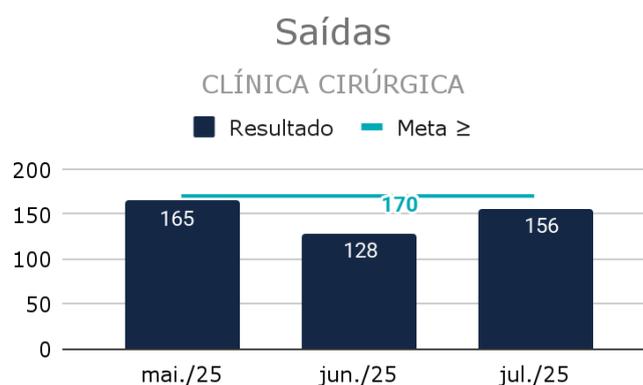


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	7033

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

5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

5.2.1 Saídas



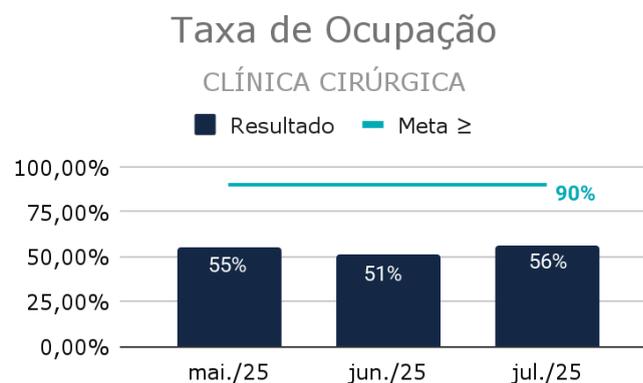
Saídas

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	121
Evasão	32
Transferência Interna	3
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	156

Análise crítica: Este número compreende o total de saídas de pacientes internados para procedimentos eletivos (cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto os casos classificados como "oncológicos" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador) e aqueles atendidos em caráter de urgência ou emergência (os quais são admitidos via pronto socorro referenciado, aceitos com brevidade por equipes cirúrgicas permanentemente disponíveis, de acordo com a demanda e a complexidade requerida). Todas as vagas de internação cirúrgica solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas. Faz-se necessário ainda citar que a enfermaria de clínica cirúrgica

segue com grande capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas pelos setores responsáveis.

5.2.2 Taxa de Ocupação

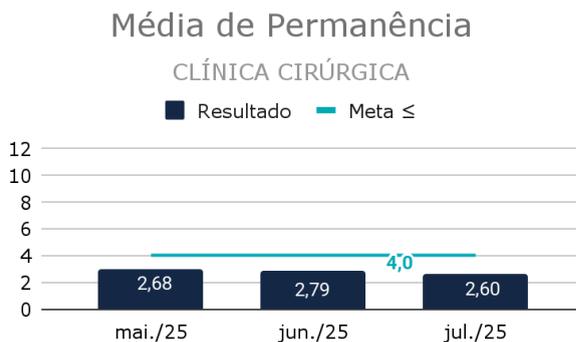


Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
275	596

Análise crítica: No mês de referência a taxa de ocupação da clínica cirúrgica atingiu 56 % de sua capacidade total, dado que não diferiu significativamente dos períodos anteriormente avaliados. Assim como justificado no indicador "Saídas", o valor inferior à meta pactuada pode ser justificado pelo fato de que este número resulta da internação de pacientes admitidos via pronto socorro referenciado, no caso de casos considerados de urgência ou emergência, aceitos conforme a demanda e de acordo com critérios de gravidade; e eletivos, cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto aquelas cirurgias classificadas como "oncológicas" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador exclusivamente por essa organização. Todas as vagas solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas com brevidade. Observa-se ainda que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com alta capacidade para ampliar o

número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas.

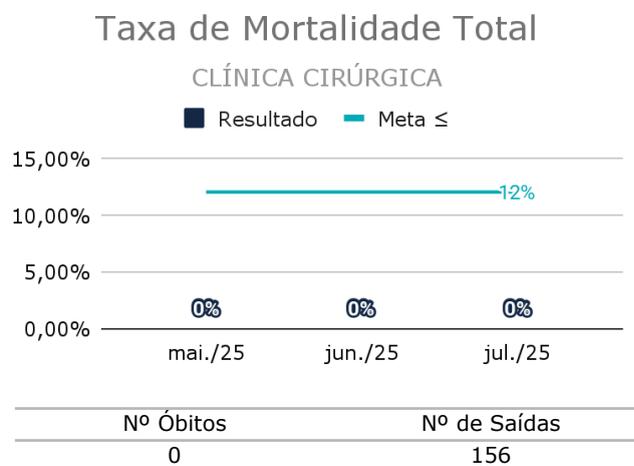
5.2.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
275	156

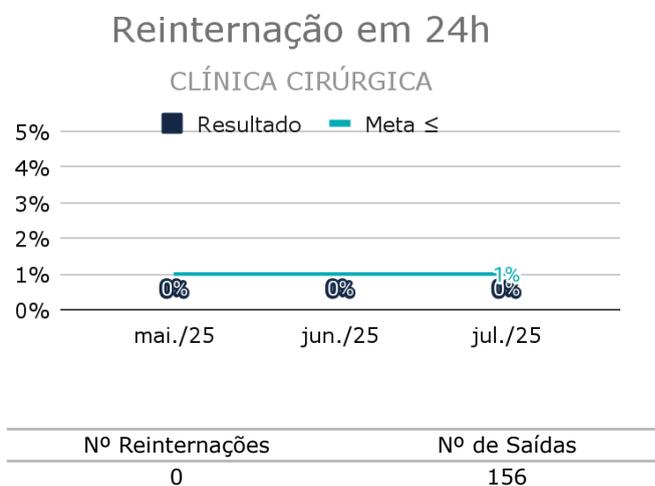
Análise crítica: A média de permanência foi de 2,60 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas e na garantia de rotatividade de leitos, tornando o recurso disponível ao uso público.

5.2.4 Taxa de Mortalidade



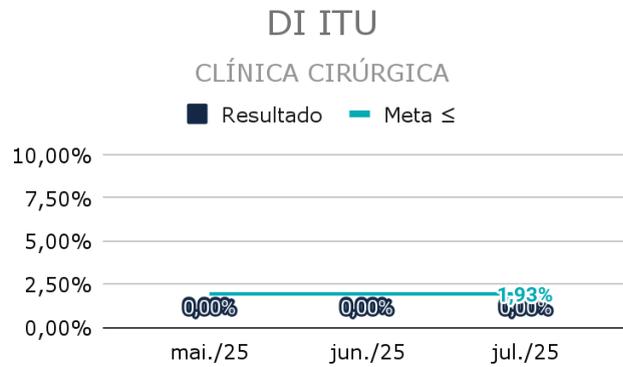
Análise crítica: Não houve casos de óbitos na clínica cirúrgica no mês em análise.

5.2.5 Taxa de Reinternação



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

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



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	63

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

5.2.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	275

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

5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
2	9

Análise crítica: No período analisado houve duas notificações de saída não planejada de sonda oronasogastroenteral na clínica cirúrgica.

Em relação ao contexto das saídas não planejadas de SNE/GGT, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios usuários que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento habituais e causavam confusão mental. Ações permanentes continuam sendo realizadas, como: orientações aos colaboradores e outros agentes do cuidado sobre a prevenção do evento, reforço e troca frequente dos fixadores e, em casos excepcionais e estritamente sob prescrição médica, medidas de contenção.

5.2.9 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	275

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

5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna

Reclamações na Ouvidoria



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	275

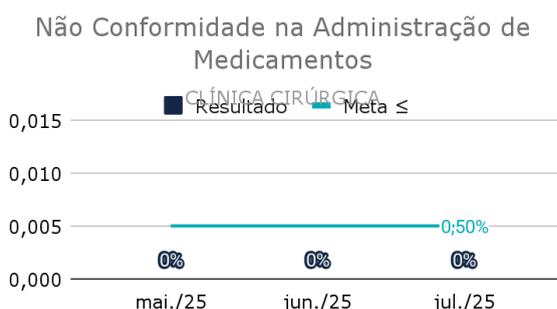
Análise crítica: No período avaliado não houve manifestações de reclamações em relação ao atendimento prestado na clínica cirúrgica.

5.2.11 Prontuários Evoluídos



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

5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

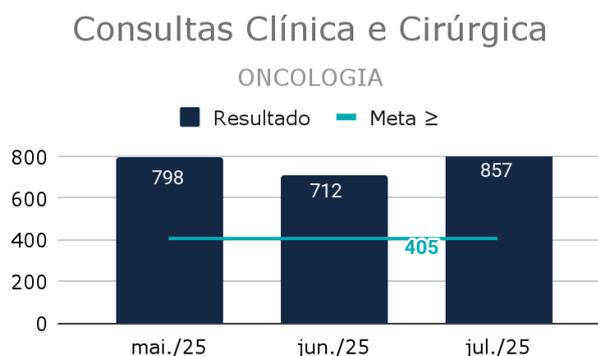


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	2960

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

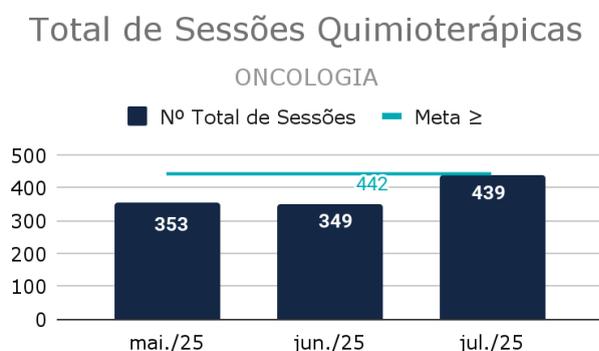
5.3 Indicadores Oncologia

5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica



Análise crítica: No período analisado foram realizadas 857 consultas oncológicas, distribuídas da seguinte forma: 303 cirúrgicas e 554 clínicas, superando em 47,53 % a meta contratual.

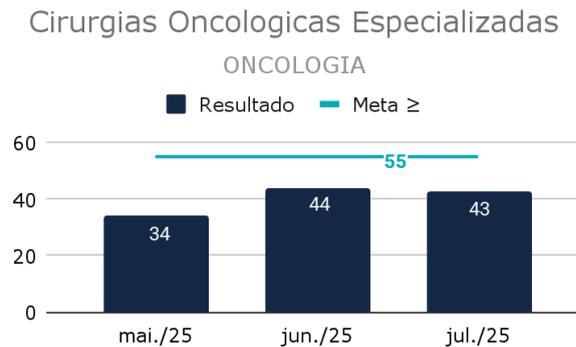
5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 439 procedimentos quimioterápicos, atingindo 99,32 % da meta contratual. Importante ressaltar que os procedimentos são realizados conforme a demanda e o estado clínico do paciente, observando-se o seguinte fluxo: no dia da quimioterapia, após a admissão do paciente, este é avaliado pelo Enfermeiro, em uma consulta de triagem na qual são investigados sinais e/ou sintomas que podem contraindicar a administração do quimioterápico (por exemplo: sintomas gripais, febre,

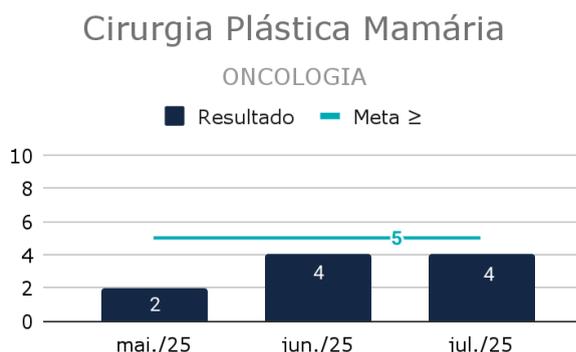
desidratação, astenia, entre outros). Se identificada alguma alteração, o paciente é avaliado pelo médico oncologista clínico, que libera ou suspende a sessão.

5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas



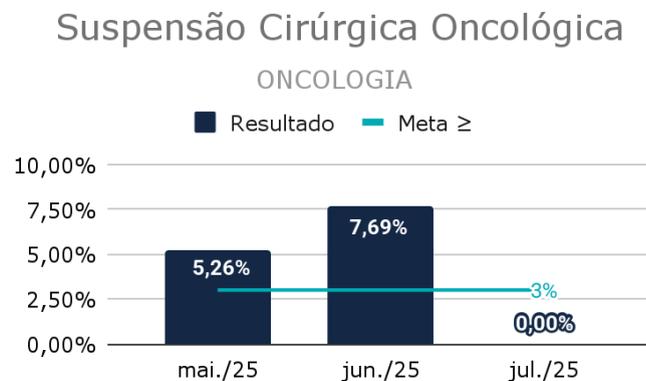
Análise crítica: No período avaliado foram realizados 43 procedimentos cirúrgicos oncológicos, atingindo 78,18 % em relação a meta contratual. Com vistas ao alcance desta, seguimos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo e otimizar os recursos para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

5.3.4 Cirurgia Plástica



Análise crítica: Neste período foram realizados 4 procedimentos de cirurgia plástica de mama, atingindo 80 % da meta contratual. Continuamos trabalhando ativamente na oferta dos casos de indicação das cirurgias plásticas e manutenção da equipe completa, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance do esperado para este indicador.

5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

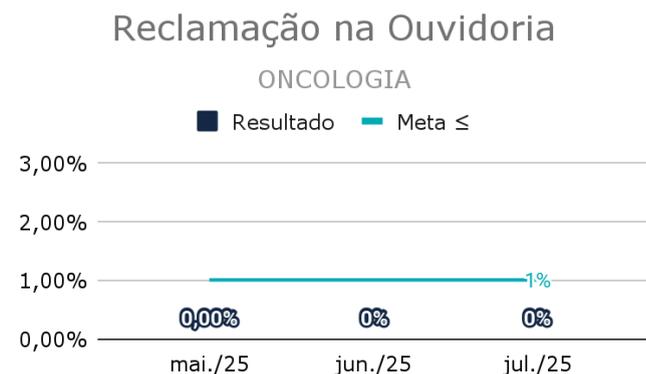


Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

Nº de cirurgias canceladas	Nº de cirurgias agendadas
0	47

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

5.3.6 Reclamações na Ouvidoria



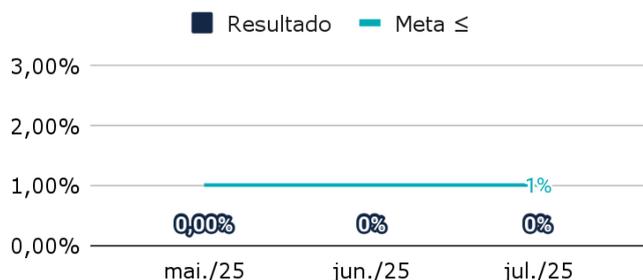
Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	857

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

5.3.7 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente

ONCOLOGIA



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	857

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

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

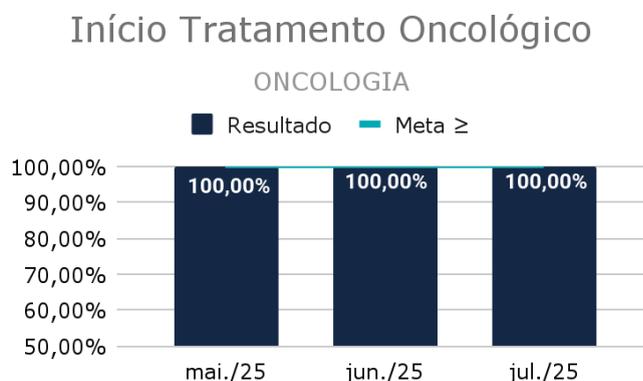
Preenchimento adequado da documentação

ONCOLOGIA



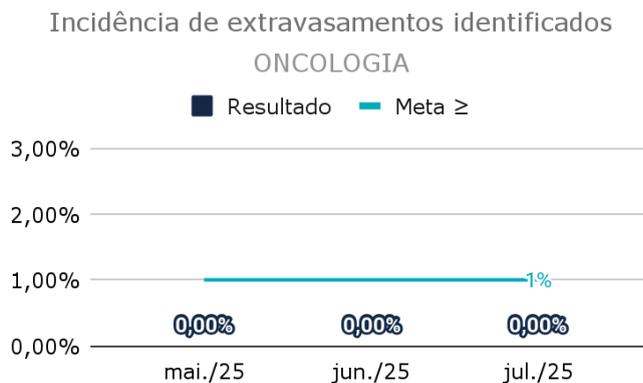
Análise Crítica: Assim como nos meses anteriores, toda a documentação relativa aos usuários oncológicos foi devidamente preenchida, o que reforça o comprometimento da equipe na execução dos procedimentos administrativos.

5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos



Análise Crítica: No período avaliado passaram pela primeira consulta em oncologia 38 pacientes via SIRESP/CROSS, atendimento no qual, além de definido o planejamento do cuidado para o usuário, seu tratamento é prontamente iniciado.

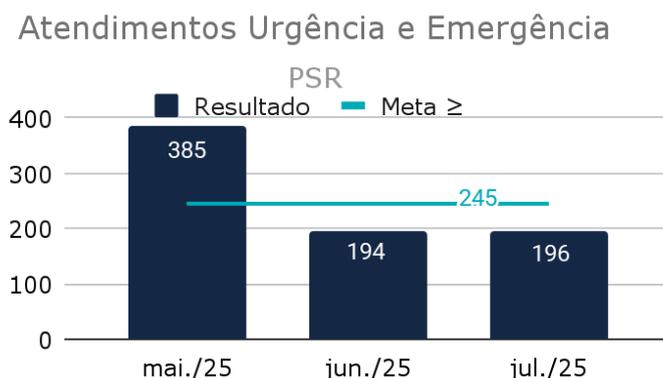
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



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

5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

5.4.1 atendimentos Urgência e Emergência



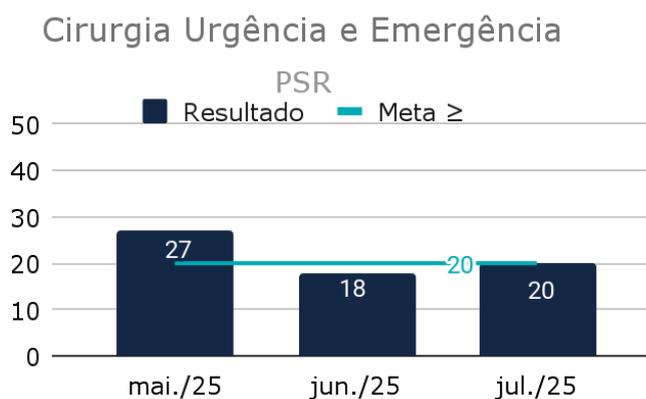
Análise crítica: No período avaliado houve 352 atendimentos no Pronto Socorro, sendo 196 classificados como urgência e emergência (vermelho e amarelo), 134 pouco urgentes (verde). Salienta-se que o acesso ao pronto socorro e, posteriormente, aos demais serviços do HRA, é feito por meio de sistemas de referenciamentos pactuados junto à Rede de Urgências e Emergências regional, incluindo, dentre outros, o sistema CROSS/SIRESP, concessionárias rodoviárias, COBOM e o SAMU. Dentro de seus limites, todos os casos considerados de "linha vermelha" ou que necessitaram de escalonamento de recursos até cuidados intensivos foram referenciados, acolhidos e tratados no Hospital Regional de Assis.

5.4.2 Atendimentos por Especialidade



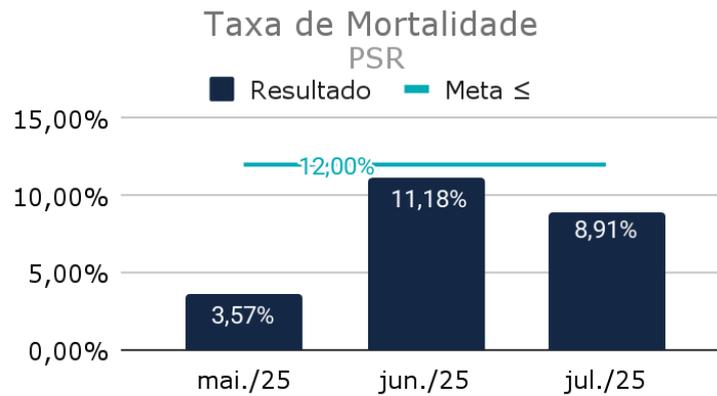
Análise crítica: No mês de junho foram realizados 169 atendimentos especializados, sendo: 78 pela cirurgia geral, 2 pela cirurgia pediátrica, 17 pela neurocirurgia, 3 pela urologia, 1 pela ortopedia, 5 pelo vascular e, por fim, 63 intercorrências oncológicas de pacientes de nossa UNACON, atendidas pelo médico emergencista de plantão.

5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado



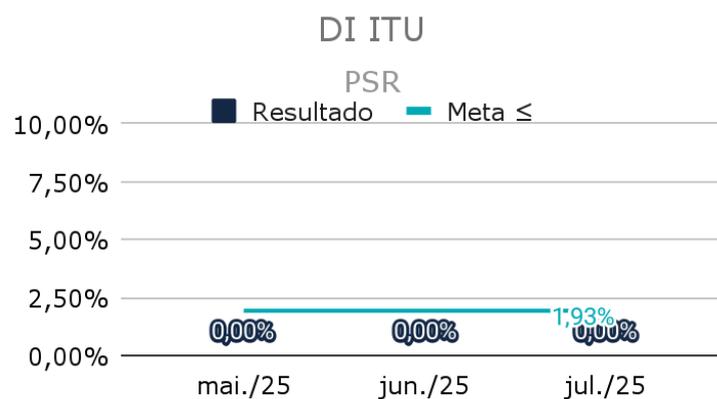
Análise crítica: No mês de julho foram realizados 20 procedimentos cirúrgicos considerados de urgência ou emergência, admitidos por meio do pronto socorro referenciado, sendo: 11 pela equipe de cirurgia geral, 02 pela neurocirurgia, 02 pela urologia, 03 pela cirurgia vascular e 02 pela cirurgia pediátrica.

5.4.4 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No período analisado ocorreram 26 óbitos no Pronto Socorro Referenciado, sendo: 65% do gênero masculino e 35% do gênero feminino , com idade mediana de 69 anos , ocorrem 8 óbitos em menos de 24 horas após a entrada, indicando que os pacientes já chegam em estado crítico e irrecuperável ou lesões muito severas e 18 óbitos em mais de 24 horas.

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



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	156

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

5.4.6 Índice de Lesão por Pressão

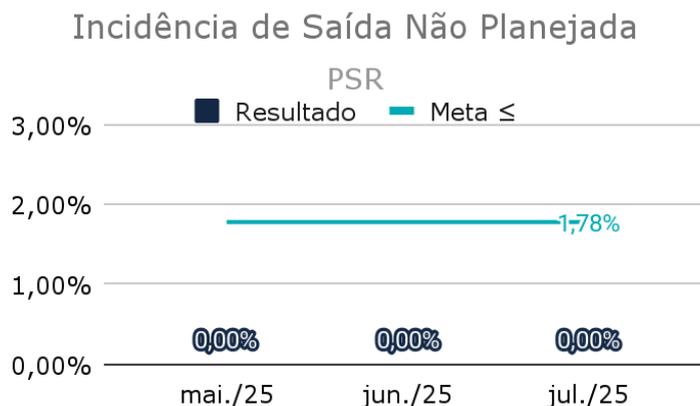


LPP

Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
1	162

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

5.4.7 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

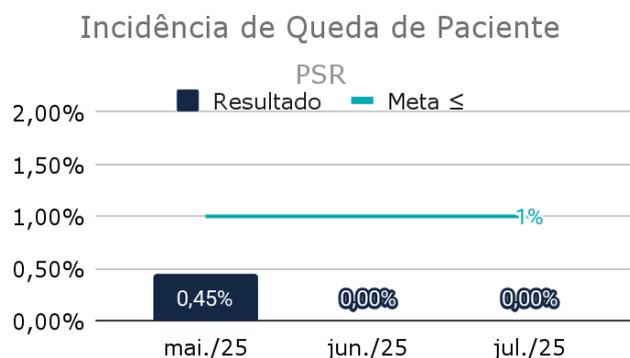


Incidência de saída não planejada

Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
1	64

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

5.4.8 Incidência de Queda

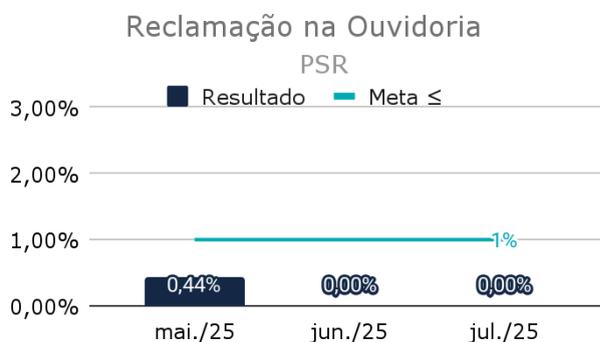


Incidência de queda

Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	243

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

5.4.9 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	243

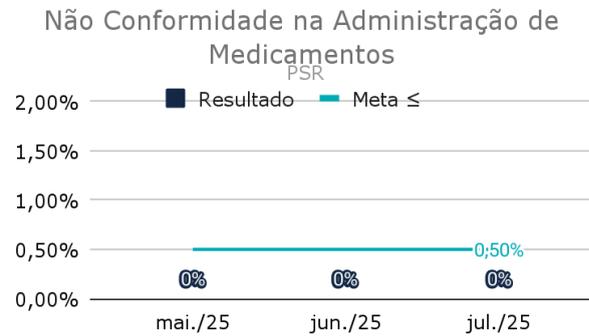
Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Pronto Socorro Referenciado.

5.4.10 Prontuários Evoluídos



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

5.4.11 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	7033

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

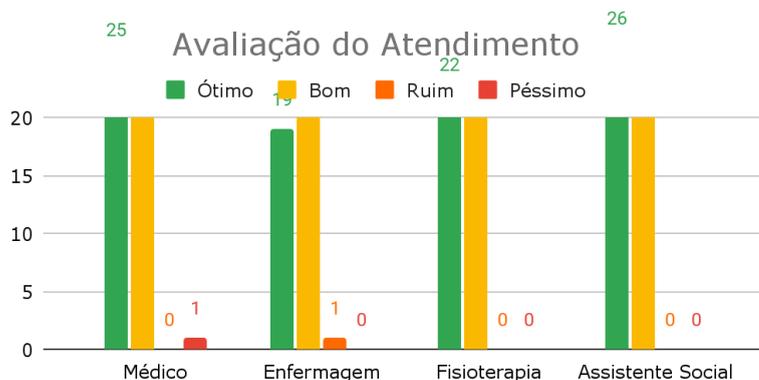
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **207 pesquisas respondidas**, sendo **40 preenchidos no Pronto Socorro Referenciado**, **56 preenchidos na Clínica médica**, **48 preenchidos na Clínica Cirúrgica**, e **63 na UNACON**. Esclarecemos que, neste momento no qual a prática está sendo reestruturada, tal pesquisa é amostral e, como tal, não tem por objetivo atingir a totalidade de atendimentos. Todavia, não se espera que haja prejuízos ou vieses na interpretação de seus resultados, demonstrado nos indicadores a seguir.

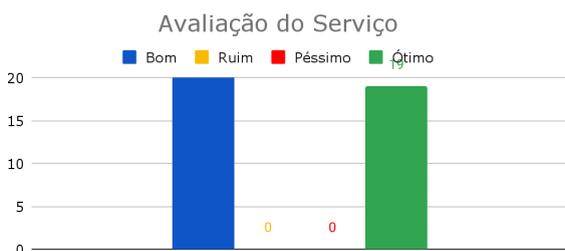
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica



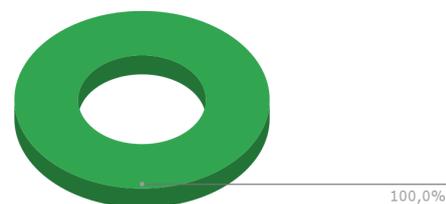
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **96%** (resultado "ótimo" ou "bom"), dado que evidencia uma percepção positiva ao atendimento.

6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica

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

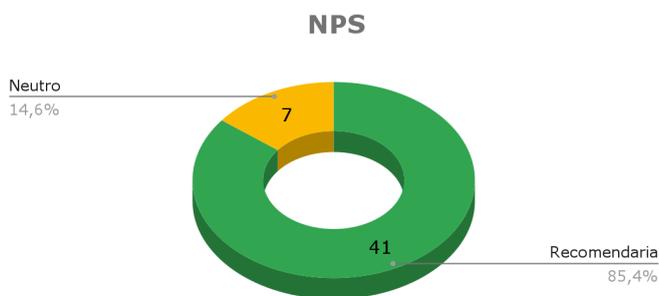


% Satisfação - Serviço



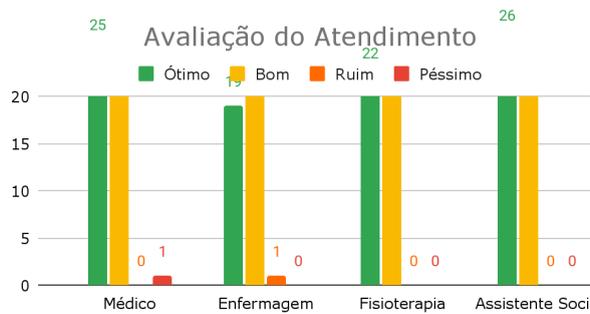
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **85%** dos usuários responderam positivamente.

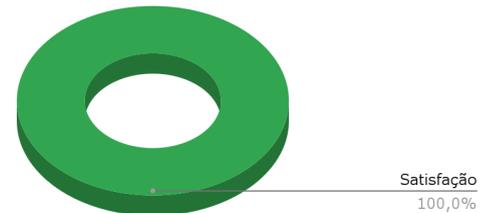


6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica

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

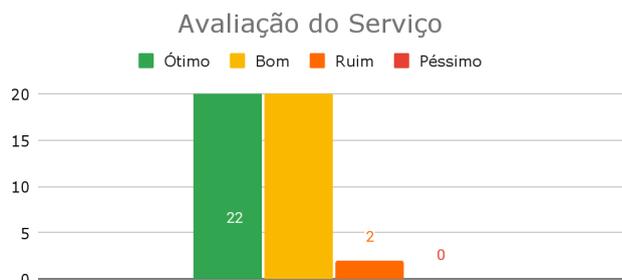


% Satisfação - Atendimento

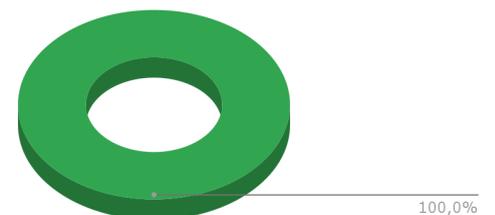


6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica

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

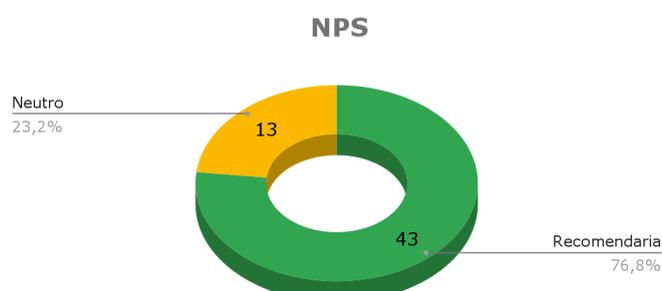


% Satisfação - Serviço



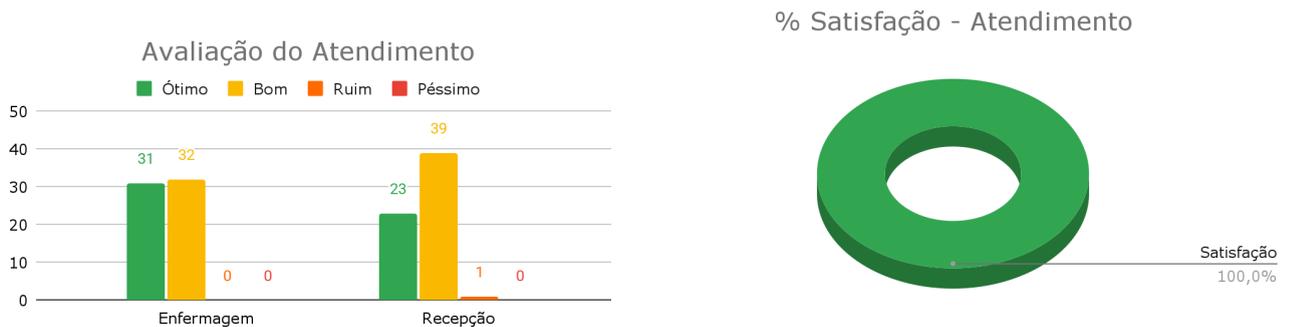
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **77%** dos usuários responderam positivamente.



6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia

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



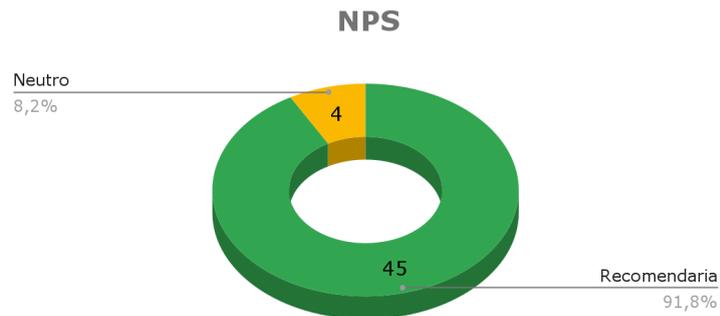
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia

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



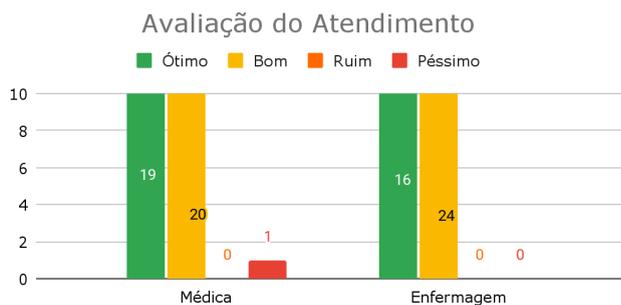
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **92%** dos usuários responderam positivamente.



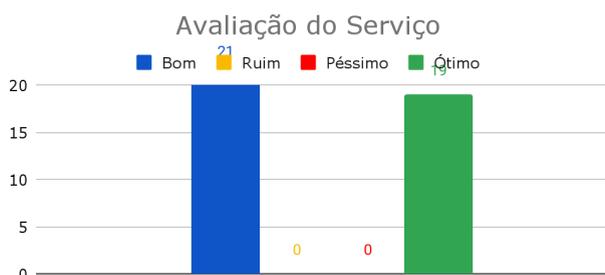
6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR

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

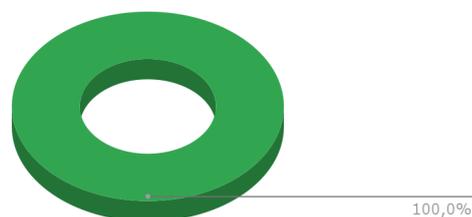


6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR

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



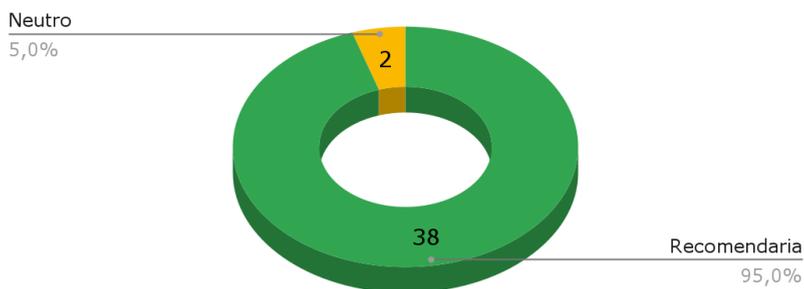
% Satisfação - Serviço



6.1.12 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **96%** dos usuários responderam positivamente.

NPS



7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

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

Foram realizados orientações in loco pela equipe de fisioterapeutas com tema voltado para oxigenoterapia, segue imagens que demonstram essa ação :

OXIGENOTERAPIA	
	<p>CATÉTER NASAL FLUXO DE 1 A 6L/MIN</p> <p>*USO DO UMIDIFICADOR SEM ÁGUA DESTILADA</p>
	<p>MÁSCARA DE HUDSON/ MACRONEBULIZAÇÃO FLUXO DE 5 A 10L/MIN</p> <p>*USAR ÁGUA DESTILADA NA MACRONEBULIZAÇÃO</p> <p>*EVITAR USO DA MÁSCARA DE ALTO FLUXO EM PACIENTES DPOCS</p>
	<p>MÁSCARA DE ALTO FLUXO/ NÃO REINALANTE FLUXO DE 10 A 15L/MIN</p> <p>*MANTER TODAS AS PELÍCULAS INTACTAS NO USO DA MAF</p> <p>*SATURAÇÃO ALVO: 92-96%</p> <p>*SATURAÇÃO ALVO DPOC: 88-92%</p>





Foi realizado reunião mensal com os enfermeiros, de todos os setores, segue imagem que demonstra essa ação :



Entregue para os colaboradores os uniformes da CEJAM, seguem imagens que demonstram essa ação:



Assis, 08 de agosto de 2025.



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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Regional