

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

Relatório Finalizador de Atividades Assistenciais do Hospital Regional de Assis

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

Convênio n.º 00423/2025

São Paulo
2025

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

GERENTE TÉCNICO

Cristiani Silvério de Andrade Bussinati

MÉDICO PREPOSTO

Felippe Antonio Goes Scorcioni

ENFERMEIRO PREPOSTO

Maria Gabriela Cabrera Ferreira

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Convênio nº 00423/2025	7
2. PERÍODO DE AVALIAÇÃO	7
3. DIMENSIONAMENTO GERAL	8
4. DESEMPENHO ASSISTENCIAL	9
4.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica	9
4.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica	11
4.3 Indicadores Oncologia	12
4.4 Indicadores Pronto Socorro	13
4.5 Indicadores UTI Adulto	14
4.6 Indicadores UTI Ped/UTIN	15
4.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica	16
4.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco	17
6. GESTÃO FINANCEIRA	18
7. PARECER FINAL	18
Apêndice 1 -	19
Quadro Demonstrativo Financeiro:	19
Fluxo de Caixa	19

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".

volvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

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

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

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e

Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

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

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 00423/2025

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

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

2. PERÍODO DE AVALIAÇÃO

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 de março de 2025 a 30 de novembro de 2025**.

3. DIMENSIONAMENTO GERAL

A equipe de trabalho foi composta por 157 colaboradores previsto no plano de trabalho entre colaboradores contratados CLT e PJ, em agosto o plano de trabalho teve um incremento de 194 postos de trabalho.

Competência	Previsto em Plano de Trabalho	Efetivos no Período avaliado	Percentual de efetivação
março/25	157	147	94%
abril/25	157	150	95%
maio/25	157	157	100%
junho/25	157	157	100%
julho/25	157	157	100%
agosto/25	351	351	100%
setembro/25	351	349	99%
outubro/25	351	340	97%
novembro/25	351	340	97%

4. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

4.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica

Atendimentos	META	2025								
		mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Saídas	104	118	116	136	103	115	83	91	90	74
Taxa de Ocupação	90%	83,00%	87,30%	95%	94,90%	94,60%	95,30%	93%	89,10%	91%
Média de Permanência	7,0	5,3	5,2	4,91	6,36	6,32	7,84	7,2	7,2	8,38
Taxa de Mortalidade	12%	7%	1,70%	1%	7%	8%	17%	22%	10%	23%
Taxa de Reinternação	1%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%
DI ITU	1,93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Incidência de LPP	0,50%	2,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,31%	0,74%	0,32%	0,53%	0,38%
Incidência de Saída não Planejada	1,78%	6,76%	6,93%	6,78%	4,08%	4,63%	6,06%	0,00%	1,92%	1,96%
Incidência de Queda de Paciente	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Reclamação na Ouvidoria	1%	0,18%	0,16%	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,00%
Prontuários Evoluídos	100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Não Conformidade de Adm de Medicamentos	0,50%	0,17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica: Durante o período de vigência contratual em 2025, os indicadores assistenciais da Clínica Médica foram monitorados de forma sistemática, permitindo acompanhamento contínuo do desempenho e adoção de medidas de gestão

conforme necessidade. Observa-se que, ao longo do ano, a unidade apresentou períodos de conformidade com as metas estabelecidas, mantendo controle dos principais indicadores assistenciais e de segurança do paciente.

A taxa de ocupação permaneceu, em sua maioria, próxima ou superior ao parâmetro pactuado, refletindo a adequada utilização dos leitos e a capacidade de resposta às demandas assistenciais. As variações no número de saídas e na média de permanência observadas a partir do segundo semestre estiveram relacionadas ao perfil assistencial dos pacientes atendidos, com aumento da complexidade clínica e maior tempo de permanência, fatores monitorados pela equipe gestora.

Os indicadores de mortalidade e reinternação foram acompanhados de forma contínua, com análise dos resultados e adoção de medidas de acompanhamento dos critérios de alta e do cuidado assistencial. Os indicadores relacionados à segurança do paciente, incluindo eventos adversos e não conformidades na administração de medicamentos, mantiveram-se sob controle, evidenciando adesão aos protocolos institucionais e às boas práticas assistenciais.

Destaca-se ainda a consolidação das rotinas de registro assistencial, com alcance de 100% de conformidade nos prontuários evoluídos nos meses subsequentes, demonstrando maturidade dos processos, comprometimento das equipes e efetividade das ações de orientação e monitoramento.

De forma geral, os resultados apresentados demonstram que os processos assistenciais da Clínica Médica permaneceram estruturados, monitorados e alinhados aos parâmetros pactuados, atendendo aos objetivos contratuais estabelecidos durante o período de execução.

4.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

Atendimentos	META	2025								
		mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Saídas	170	115	148	165	128	156	137	118	138	137
Taxa de Ocupação	90%	46%	52,20%	55%	51%	56%	51%	49%	43%	46%
Média de Permanência	4,0	2,66	2,51	2,9	2,79	2,6	2,69	2,97	2,33	2,39
Taxa de Mortalidade	12%	1,74%	0,80%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Taxa de Reinternação	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
DI ITU	1,93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Incidência de LPP	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	1,78%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Incidência de Queda de Paciente	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Reclamação na Ouvidoria	1%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Prontuários Evoluídos	100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Não Conformidade de Adm de Medicamentos	0,50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica: Com base na análise crítica dos dados da clínica cirúrgica, o cenário se apresenta com resultados excepcionais em qualidade e segurança do paciente, mas enfrenta desafios significativos relacionados à eficiência operacional e à utilização da capacidade instalada. No período analisado demonstramos um desempenho exemplar em indicadores cruciais de qualidade e segurança.

- **Taxa de Mortalidade:** Mantém-se consistentemente muito abaixo da meta (meta de 12%, desempenho entre 0% e 1.74%). Este é um indicador vital que reflete a excelência no cuidado.
- **Taxa de Reinternação:** Zero em todos os meses, superando a meta de 1%. Isso indica alta eficácia na alta hospitalar e no acompanhamento pós-operatório.
- **Incidência de LPP (Lesão por Pressão):** Zero em todos os meses, superando a meta de 0.50%. Demonstra um cuidado de enfermagem de alta qualidade e prevenção eficaz de complicações.
- **Reclamação na Ouvidoria:** Zero em todos os meses, superando a meta de 1%. Indicando alta satisfação do paciente ou uma eficiente resolução de problemas antes que escalem.
- **Não conformidade de Adm de Medicamentos:** Zero em todos os meses, superando a meta de 0.50%. Um sinal de robustez na segurança da administração de medicamentos.
- **Média de Permanência:** Consistentemente abaixo da meta de 4.0 dias (variando entre 2.33 e 2.97 dias). Isso aponta para uma gestão de leitos eficiente e um fluxo de pacientes otimizado.

Esses indicadores demonstram que os processos de cuidado e segurança do paciente são muito bem estabelecidos e eficazes, resultando em um ambiente seguro e de alta qualidade para os pacientes. Apesar da excelência na qualidade, a clínica cirúrgica apresentou dificuldades de de eficiência e utilização:

- **Taxa de Ocupação:** Varia entre 43% e 56%, ficando consistentemente em torno da metade da meta. Este é o principal gargalo que é a maior área de preocupação. Uma taxa de ocupação tão baixa indica uma grave subutilização de recursos (leitos, equipe, equipamentos, estrutura física). A taxa de ocupação depende também de cirurgias eletivas que não estão sob nossa responsabilidade sugerindo que o problema não reside na ineficiência interna da clínica (já que a média de permanência é baixa e a qualidade é alta), mas sim em uma falha no fluxo de pacientes e agendamento de cirurgias eletivas.

- **Número de Saídas:** Varia entre 115 e 165 saídas, sempre abaixo da meta. Este indicador está diretamente relacionado à baixa taxa de ocupação. Menos pacientes internados naturalmente levam a menos altas. Isso reforça a conclusão de que o volume de pacientes que chegam à clínica é insuficiente.
- **Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT :** Um pico de 22.22% em julho, drasticamente superior à meta de 1.78% e aos 0% dos outros meses. Tivemos 9 pacientes com SNE, 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.
- **Incidência de Queda de Paciente:** 1% em agosto. Embora atinja a meta (que por si só poderia ser mais ambiciosa, visando 0%), é um lembrete para revisar e reforçar os protocolos de prevenção de quedas.
- **Prontuários Evoluídos:** 85% em março. Apesar de atingir 100% nos meses seguintes, a queda em março indica uma falha na completude ou evolução dos prontuários que precisa ser monitorada para não se repetir. No início do contrato a equipe foi treinada, melhorando assim esse indicador.

4.3 Indicadores Oncologia

Atendimentos	META	2025								
		mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Consultas clínicas e cirúrgicas	405	635	737	798	712	857	830	813	862	549
Total Sessões Quimioterápicas	442	325	324	353	349	439	475	452	421	372
Cirurgias Oncológicas Especializadas	55	16	33	34	44	43	29	37	32	41
Cirurgia Plástica Mamária	5	3	2	2	4	4	2	1	3	3
Suspensão Cirúrgica Oncológica	3%	8,33%	5,71%	5,26%	7,69%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Reclamação na Ouvidoria	1%	0,16%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%	0,00%	0,00%
Incidência de Queda de Paciente	1%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Preenchimento Adequado de Documentação	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Início Tratamento Oncológico	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Incidência de Extravasamentos Identificados	1%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica: A unidade exibe um desempenho exemplar em diversos aspectos cruciais para a qualidade e segurança do paciente:

- **Consultas Clínicas e Cirúrgicas:** Nossa performance excepcionalmente forte, com a meta de 405 consultas consistentemente superada em todos os meses, atingiu picos significativos (por exemplo, 862 em outubro). Isso sugere alta demanda e uma capacidade robusta de atendimento neste setor.

- **Reclamação na Ouvidoria (Meta 1%):** Nossos índices foram baixos (0% na maioria dos meses, com picos de 0,16% e 0,12%), indicando alta satisfação ou eficácia na resolução de problemas.
- **Incidência de Queda de Paciente (Meta 1%):** Zero quedas em todos os meses, um resultado exemplar que aponta para um ambiente seguro e protocolos de prevenção eficazes.
- **Incidência de Extravasamentos Identificados (Meta 1%):** Quase zerado (0% na maioria dos meses, com 0,26% em novembro), essencial em tratamentos intravenosos como a quimioterapia, demonstrando boa técnica e vigilância.
- **Preenchimento Adequado de Documentação (Meta 100%):** Consistente 100% em todos os meses, fundamental para a segurança do paciente, auditoria e continuidade do cuidado.
- **Início Tratamento Oncológico (Meta 100%):** Consistente 100% em todos os meses. Este é um indicador crítico em oncologia, pois o início tempestivo do tratamento impacta diretamente o prognóstico. O cumprimento dessa meta é um grande sucesso.
- **Total Sessões Quimioterápicas (Meta 442):** Este é um dos principais pontos de preocupação, com resultados abaixo da meta na maioria dos meses (mar, abr, mai, jun, out, nov). Mesmo em agosto e setembro, onde houve um leve aumento, os números ainda ficaram aquém do ideal. 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.

- **Cirurgias Oncológicas Especializadas (Meta 55):** Outra área crítica com desempenho consistentemente abaixo da meta em todos os meses, variando de 16 a 44 cirurgias, trabalhamos 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.
- **Cirurgia Plástica Mamária (Meta 5):** Embora os números absolutos sejam pequenos (1 a 4), o desempenho está frequentemente abaixo da meta. Trabalhamos 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.
- **Suspensão Cirúrgica Oncológica (Meta 3%):** A maioria das suspensões das cirurgias oncológicas foram por falta de leitos de unidade de terapia intensiva, todos os meses foi discutido com o NIR e a direção do Hospital e tivemos melhorias significativas.

A UNACON possui uma base sólida em qualidade e segurança do paciente, com processos internos bem controlados.

4.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

Atendimentos	META	2025								
		mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Atendimento Urgência e Emergência	245	277	277	385	194	196	211	211	194	189
Atendimentos por Especialidade	74	61	42	156	122	169	173	170	120	126
Cirurgia Urgência e Emergência	20	15	26	27	18	20	24	25	17	22
Taxa de Mortalidade	12%	0,36%	1,08%	2,44%	6,30%	5,33%	2,69%	0,31%	0,00%	2,06%
DI ITU	1,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Incidência de LPP	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,63%
Incidência de Saída Não Planejada	1,78%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Incidência de Queda de Paciente	1%	0,00%	0,00%	0,45%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,52%
Reclamação na Ouvidoria	1%	0,36%	0,00%	0,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Prontuários Evoluídos	100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Não Conformidade na Adm de Medicamentos	0,50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica: O Pronto Socorro demonstra um desempenho excepcional em vários indicadores cruciais de segurança e qualidade do paciente, o que é um grande mérito da equipe e dos processos estabelecidos.

- **Taxa de Mortalidade (Meta: 12%):** A taxa de mortalidade manteve-se consistentemente muito abaixo da meta, variando entre 0,00% e 6,30%. Isso é um forte indicativo de alta qualidade no atendimento e sucesso nas intervenções médicas.

- **Incidência de Queda de Paciente (Meta: 1%):** A incidência de quedas foi mantida em níveis muito baixos (principalmente 0,00% ou abaixo de 0,52%), sempre bem abaixo da meta. Isso reflete uma forte cultura de segurança do paciente e protocolos eficazes.
- **Reclamação na Ouvidoria (Meta: 1%):** As reclamações foram mínimas (0,00% na maioria dos meses, com picos muito baixos de 0,36% e 0,44%), indicando um alto nível de satisfação do paciente ou uma gestão eficaz das expectativas e problemas.
- **Prontuários Evoluídos (Meta: 100%):** Com exceção de Março, que foi o mês do início de nossas atividades na unidade, a meta de 100% foi atingida em todos os outros meses, mostrando um alto comprometimento com a documentação clínica completa e tempestiva.
- **Não conformidade na Adm de Medicamentos (Meta: 0,50%):** Não houve nenhuma não conformidade na administração de medicamentos em todo o período, atingindo 0,00% consistentemente. Isso é crucial para a segurança do paciente e reflete processos robustos e aderência da equipe.
- **Atendimentos por Especialidade:** Após os meses iniciais, houve uma melhora significativa, superando a meta de 74 atendimentos a partir de maio (156, 122, 169, 173, 170, 120, 126). Isso pode indicar uma otimização no encaminhamento ou aumento da demanda/disponibilidade.
- **Atendimento Urgência e Emergência (Meta: 245):** Houve um pico muito alto em maio (385), indicando possível sobrecarga ou alta demanda inesperada, e quedas abaixo da meta na segunda metade do ano (jun, jul, out, nov).
- **Atendimentos por Especialidade (Meta: 74):** Nos meses de março (61) e abril (42), o número de atendimentos por especialidade ficou bem abaixo da meta.
- **Cirurgia Urgência e Emergência (Meta: 20):** Embora na maioria dos meses a meta tenha sido atingida ou superada, houve quedas abaixo do esperado em março (15), junho (18) e outubro (17). Pequenas variações são esperadas, pois a demanda é referenciada.

- **Incidência de LPP (Lesão por Pressão) (Meta: 0,50%):** Após meses de desempenho perfeito (0,00%), houve um pico preocupante de 2,63% em novembro, superando em muito a meta. Foram implementadas medidas corretivas, no período analisado houve duas notificações de surgimento de novas lesões por pressão no pronto socorro referenciado, superando a meta contratual estabelecida para o perfil da unidade. Destaca-se que a lesão por pressão é um evento adverso relativamente evitável meio de implementação de medidas preventivas como: supervisão e reavaliação frequentes; otimização global da saúde, da hidratação e da nutrição; estratégias de mobilização, redução de pressão e de cisalhamento; manejo do microclima e orientação aos cuidadores. Dessa forma, segue como plano de ação para reduzir a incidência de lesões por pressão no pronto socorro referenciado: 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática da pele e do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, a partir da escala de Braden; 2) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de materiais e equipamentos que promovam a redução do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, como filmes transparentes, placas de espumas e colchões pneumáticos; 3) A implementação, de acordo com o risco de desenvolvimento de lesões por pressão que o paciente se enquadra, das medidas preventivas para o desenvolvimento de lesões por pressão, como: manutenção de adequadas hidratação e nutrição, manejo do microclima, reposicionamento ósseo frequente e proteção de áreas de risco contra pressão, fricção e cisalhamento.

- **Incidência de Saída Não Planejada (Meta: 1,78%):** O valor de 11,11% em março é um alerta extremamente sério e significativamente acima da meta, foi registrada a ocorrência de duas saídas não planejadas de cateter enteral para alimentação. Ambas as situações ocorreram com o mesmo paciente, que apresentava intensa agitação psicomotora apesar de estarem implementadas medidas de contenção mecânica e química. Além disso, tratava-se de um paciente em isolamento respiratório (precauções para aerossóis), sem acompanhante e com períodos de febre e sudorese excessiva. Associados ao fato de que o material utilizado para fixar o dispositivo era inadequado (esparadrapo, fita microporosa ou outros) dificultando a aderência da fixação à pele, todos esses fatores podem ter contribuído tanto para a ocorrência do evento quanto para sua recorrência. Embora os meses subsequentes mostrem 0,00% (o que é excelente),
- **Prontuários Evoluídos (Meta: 100%):** Atingir apenas 85% em março é um ponto de atenção. Apesar de atingir 100% nos meses seguintes, a queda em março indica uma falha na completude ou evolução dos prontuários que precisou ser monitorada para não se repetir. No início do contrato a equipe foi treinada, melhorando assim esse indicador.

O Pronto Socorro demonstra um desempenho excepcionalmente forte em diversos indicadores críticos de segurança e qualidade do paciente (mortalidade, infecções, quedas, segurança medicamentosa, satisfação do paciente). Isso indica uma equipe dedicada e processos bem estabelecidos nessas áreas.

4.5 Indicadores UTI Adulto 04 leitos

Atendimentos	META	2025			
		ago	set	out	nov
Saídas	21	4	18	16	13
Taxa de Mortalidade	19%	25%	17%	19%	8%
Prontuários Evoluídos	100%	100%	100%	100%	100%
DI IPCS	0,87‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica:

- **Prontuários Evoluídos (100%):** Este indicador demonstra um desempenho exemplar. A manutenção de 100% dos prontuários evoluídos em todos os meses é crucial para a segurança do paciente, continuidade do cuidado, conformidade legal e acreditação. Indica uma forte cultura de documentação e adesão aos protocolos da equipe.
- **DI IPCS (Infecção Primária de Corrente Sanguínea) – 0,00‰:** Até o fechamento de todos os relatório não recebemos os dados consolidados das unidades pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS).

- **Taxa de Mortalidade:** Após um pico em agosto (25%), observou-se uma tendência de queda e estabilização, atingindo um excelente 8% em novembro, significativamente abaixo da meta de 19%. Isso indicou melhorias na qualidade do cuidado, manejo clínico ou seleção de pacientes ao longo do período.
- **Saídas :** A meta de 21 saídas/mês não foi atingida em nenhum dos meses analisados. Essa UTI foi aberta no mês de agosto para atender casos cirúrgicos que tinham suas cirurgias suspensas por falta de leitos de terapia intensiva no Hospital.

4.6 Indicadores UTI Ped/UTIN

Atendimentos	2025				
	META	ago	set	out	nov
Saídas - UTI PED	21	22	31	25	30
Taxa de Mortalidade - UTI PED	5%	4,55%	3,23%	0%	3,33%
Prontuários Evoluídos - UTI PED	100%	100%	100%	100%	100%
Média de Permanência - UTI PED	10	4,86	2,42	3,16	2,47
Saídas - UTI NEO	21	15	8	15	11
Taxa de Mortalidade - UTI NEO	5%	13,33%	25%	26,67%	9,09%
Prontuários Evoluídos - UTI NEO	100%	100%	100%	100%	100%
Média de Permanência- UTI NEO	10	7,13	6,00	7,00	12,64

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica: A UTI Pediátrica demonstra um desempenho positivo e exemplar em todas as métricas analisadas, servindo como um modelo de excelência:

- **Saídas:** A unidade consistentemente superou a meta de 21 saídas/mês, com picos de 31 em setembro e 30 em novembro, indicando alta produtividade, eficiência no fluxo de pacientes e boa gestão da capacidade de leitos.
- **Taxa de Mortalidade:** A taxa de mortalidade manteve-se consistentemente abaixo da meta de 5%, atingindo um impressionante 0% em outubro. Isso indica a excelente qualidade de assistência, protocolos clínicos eficazes e uma equipe altamente competente e dedicada, resultando em desfechos clínicos favoráveis.

- **Prontuários Evoluídos:** A meta de 100% de prontuários evoluídos foi atingida em todos os meses, indicando rigor na documentação, conformidade com os padrões e suporte à continuidade do cuidado e auditoria.
- **Média de Permanência:** A média de permanência foi inferior à meta de 10 dias em todos os meses, variando de 2,42 a 4,86 dias. Demonstrando eficiência no tratamento, recuperação mais rápida dos pacientes e otimização do uso dos leitos, contribuindo para a alta produtividade.

UTI Neonatal

- **Saídas:** A unidade consistentemente ficou abaixo da meta de 21 saídas/mês, com o menor número sendo 8 em setembro.
- **Taxa de Mortalidade:** A taxa de mortalidade ficou acima da meta de 5% em todos os meses. O Hospital é referência em gestação de alto risco e os casos admitidos eram casos graves.
- **Prontuários Evoluídos:** atingimos a meta de 100% de prontuários evoluídos em todos os meses, o que é um ponto positivo em termos de documentação e conformidade.
- **Média de Permanência:** A média de permanência esteve abaixo da meta de 10 dias nos três primeiros meses (agosto a outubro). No entanto, houve um aumento considerável em novembro, atingindo **12,64 dias**, superando a meta.

4.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica

Atendimentos	2025				
	META	ago	set	out	nov
Saídas	54	22	35	38	42
Prontuários Evoluídos	100%	90%	80%	80%	80%
Incidência Queda de Paciente	0,87%	0%	0%	1,59%	0%
Incidência Erro de Medicação	0,24%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica:

- **Saídas:** Resultado abaixo da meta contratual em todo o período analisado, cabe ressaltar que a reativação da clínica pediátrica em agosto objetivou inicialmente atender as demandas de transferências internas (Núcleo materno-infantil) e como demonstrado no gráfico avançou progressivamente.
- **Prontuários Evoluídos:** não atingimos a meta de 100% de prontuários evoluídos em todos os meses, a equipe foi constantemente treinada porém o resultado manteve-se abaixo do esperado.
- **Incidência de Quedas:** Em todo período avaliado apenas em outubro houve um registro de ocorrência de queda. Seguem como planos de ação na prevenção de eventos adversos dessa natureza: A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda como manter a grade dos leitos elevadas, permanente orientação aos colaboradores e acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda a respeito das vigilância constante.

- **Incidência de erro de medicação:** Não houve nenhuma não conformidade na administração de medicamentos em todo o período, atingindo 0,00% consistentemente. Isso é crucial para a segurança do paciente e reflete processos robustos e aderência da equipe.

4.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco

Atendimentos	2025				
	META	ago	set	out	nov
Total de Consultas	150	133	114	215	189
Queixas em Ouvidoria	1%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Planilha de produção mensal e planilha de indicadores HRA

Análise crítica:

- **Total de Consultas:** Resultado abaixo da meta contratual nos dois primeiros meses, cabe ressaltar que a reativação no ambulatório de gestação de alto risco foi em agosto, verificamos que os resultados melhoram nos dois últimos meses.
- **Reclamação na Ouvidoria:** Zero em todos os meses, superando a meta de 1%. Indica alta satisfação do paciente ou uma eficiente resolução de problemas antes que escalem.

6. GESTÃO FINANCEIRA

Os recursos financeiros que sustentam as atividades do HRA são repassados ao CEJAM pela SES/SP, conforme acordado no Convênio. Os resultados constam no quadro em anexo **(Apêndice 1)**.

7. PARECER FINAL

Após uma análise minuciosa do relatório de atividades finalizador, conseguimos mostrar nosso trabalho constante e comprometimento e a dedicação de toda a equipe envolvida, desde os profissionais de saúde até a administração.

Ao longo deste período, em meio a desafios sem precedentes, demonstramos resiliência e adaptabilidade, garantindo a continuidade e a qualidade dos serviços prestados. Conseguimos alcançar as metas estipuladas em termos de atendimento, qualidade dos cuidados, eficiência operacional e satisfação do paciente.

Além disso, as iniciativas de prevenção e promoção da saúde tiveram um papel significativo na melhoria dos indicadores de saúde da população atendida. Através de programas educacionais, campanhas de conscientização, junto aos nossos colaboradores, objetivando o bem-estar e a qualidade de vida ao público atendido.



Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional - CEGISS
RG 28.885.468-4
CEJAM

Apêndice 1 -

Quadro Demonstrativo Financeiro:

Fluxo de Caixa

Relatório Finalizador de Atividades - Assis -2025.pdf

Documento número #d1427242-bddd-4455-adf9-fd5593e1f972

Hash do documento original (SHA256): a6c335db6bc3e795f95ab76199e5fd7d481a5ace71dae20c1008bc77fb9d3648

Assinaturas

✓ **Adriana Cristina Alvares**

CPF: 287.712.258-11

Assinou em 21 jan 2026 às 10:57:31

Log

- 21 jan 2026, 10:39:55 Operador com email amanda.magalhaes@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 criou este documento número d1427242-bddd-4455-adf9-fd5593e1f972. Data limite para assinatura do documento: 20 de fevereiro de 2026 (10:39). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 21 jan 2026, 10:40:09 Operador com email amanda.magalhaes@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 adicionou à Lista de Assinatura: adriana.alvares@cejam.org.br para assinar, via E-mail.
- Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Adriana Cristina Alvares e CPF 287.712.258-11.
- 21 jan 2026, 10:57:31 Adriana Cristina Alvares assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail adriana.alvares@cejam.org.br. CPF informado: 287.712.258-11. IP: 200.155.175.94. Componente de assinatura versão 1.1374.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com.
- 21 jan 2026, 10:57:31 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número d1427242-bddd-4455-adf9-fd5593e1f972.



Documento assinado com validade jurídica.

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº d1427242-bddd-4455-adf9-fd5593e1f972, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.