

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital Regional Sul**

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

**Convênio n.º002261/2025**

**Agosto**

**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**

Márcia Gimenez da Silva

**COORDENADOR DE FISIOTERAPIA**

Priscila Gonzaga Atuati

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>                                                                                                                            | <b>5</b>  |
| 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM                                                                                                             | 5         |
| 1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025                                                                                                                  | 7         |
| <b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>                                                                                                                   | <b>7</b>  |
| <b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>                                                                                                            | <b>7</b>  |
| <b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>                                                                                                                                           | <b>8</b>  |
| 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                                                                                                                                  | 10        |
| 4.2.1 Absenteísmo                                                                                                                                                     | 10        |
| 4.2.2 Turnover                                                                                                                                                        | 11        |
| 4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)                                                                                                                       | 12        |
| <b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>                                                                                                                        | <b>13</b> |
| <b>5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)</b>                                                                          | <b>13</b> |
| 5.1.1 Saídas                                                                                                                                                          | 13        |
| 5.1.2 Paciente Dia                                                                                                                                                    | 14        |
| <b>5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI)</b>                                                                           | <b>15</b> |
| 5.2.1 Taxa de Ocupação                                                                                                                                                | 15        |
| 5.2.2 Média de Permanência                                                                                                                                            | 16        |
| 5.2.3 Taxa de Mortalidade                                                                                                                                             | 17        |
| 5.2.4 Taxa de Reinternação                                                                                                                                            | 19        |
| 5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)                                                                                                                  | 20        |
| 5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central                                                | 21        |
| 5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical                                                                      | 22        |
| 5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal                                                                                                    | 22        |
| 5.2.10 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)                                                                                                            | 23        |
| 5.2.11 Incidência de Flebite                                                                                                                                          | 24        |
| 5.2.12 Incidência de Queda                                                                                                                                            | 25        |
| 5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral                                                                                               | 26        |
| 5.2.14 Índice de Lesão por Pressão                                                                                                                                    | 27        |
| 5.2.15 Adesão a protocolos institucionais                                                                                                                             | 28        |
| 5.2.16 Prontuários Evoluídos                                                                                                                                          | 29        |
| 5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna                                                                                                                               | 29        |
| <b>5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação</b> | <b>30</b> |
| 5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco                                                                                                             | 30        |
| 5.3.2 Nº atendimento médico                                                                                                                                           | 31        |
| <b>5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA)</b>                                                      | <b>33</b> |
| 5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto                                                                                                                               | 33        |
| 5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO                                                                                                                  | 33        |
| 5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO                                                                                                                   | 34        |
| 5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco                                                                                  | 34        |
| 5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa                                                               | 35        |
| 5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos                                                                                                                                  | 36        |
| 5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados                                                                                                                            | 37        |

|                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral                                                    | 38        |
| 5.4.9 Taxa de extubação acidental                                                             | 38        |
| 5.4.10 Queda de Paciente                                                                      | 39        |
| 5.4.11 Incidência de Flebite                                                                  | 39        |
| 5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos                        | 40        |
| 5.4.13 Reclamação na Ouvidoria                                                                | 40        |
| <b>5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)</b>     | <b>41</b> |
| 5.5.1 Número de atendimentos                                                                  | 41        |
| 5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência                                             | 41        |
| <b>5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)</b>      | <b>42</b> |
| 5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)                                               | 42        |
| 5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)                                  | 42        |
| 5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos                                   | 43        |
| 5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica                                | 43        |
| 5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia                                  | 44        |
| 5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência                              | 45        |
| 5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais                                                      | 45        |
| 5.6.8 Queixa Ouvidoria                                                                        | 46        |
| <b>5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)</b> | <b>47</b> |
| 5.7.1 Paciente dia                                                                            | 47        |
| 5.7.2 Saídas                                                                                  | 48        |
| <b>5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)</b>  | <b>49</b> |
| 5.8.1 Média de Permanência (dias)                                                             | 49        |
| 5.8.2 Prontuários evoluídos                                                                   | 50        |
| 5.8.3 Incidência de queda de paciente                                                         | 50        |
| 5.8.4 Incidência de erro de medicação                                                         | 51        |
| 5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral                        | 52        |
| 5.8.6 Incidência de Flebite                                                                   | 53        |
| 5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central                                           | 54        |
| 5.8.8 Adesão a protocolos institucionais                                                      | 54        |
| 5.8.9 Reclamações na ouvidoria                                                                | 55        |
| <b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>                                                   | <b>56</b> |
| 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário                                                      | 56        |
| 6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI                                                          | 57        |
| 6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI                                                              | 57        |
| 6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI                                                          | 58        |
| <b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.</b>                                                          | <b>59</b> |

## 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 31 de Agosto de 2026**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho são 273 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT), atualmente, 267 colaboradores efetivos e 143 contratados no regime PJ, dos quais 105 médicos e 38 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         | 30         | ↓ |
|                | Enfermeiro (36h) - noturno             | 32         | 33         | ↑ |
|                | Técnico de Enfermagem (36h)            | 94         | 94         | ✓ |
|                | Técnico de Enfermagem (36h) - noturno  | 94         | 89         | ↓ |
|                | 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)  | 16         | 16         | ✓ |
|                | Jovem Aprendiz (30h)                   | 0          | 0          | ✓ |
| <b>Total</b>   |                                        | <b>273</b> | <b>267</b> | ↓ |

**Análise Crítica:** Em agosto, a cobertura do quadro de colaboradores atingiu 97,80% do previsto no plano de trabalho, registrando 267 profissionais efetivos frente ao total de 273 planejados. Esse cenário evidencia um déficit pontual de recursos humanos, cujo maior impacto concentra-se nas categorias assistenciais, em especial no cargo de Técnico de Enfermagem, conforme demonstrado em tabela. Com o objetivo de recompor parcialmente a equipe após os desligamentos do mês anterior, foram realizadas 11 contratações no período, distribuídas entre: 01 coordenador de enfermagem, 02 enfermeiros para o plantão diurno, 01 enfermeiro para o plantão noturno, 05 técnicos de enfermagem diurnos e 01 técnico de enfermagem noturno.

A manutenção do déficit observado é reflexo da expressiva movimentação de

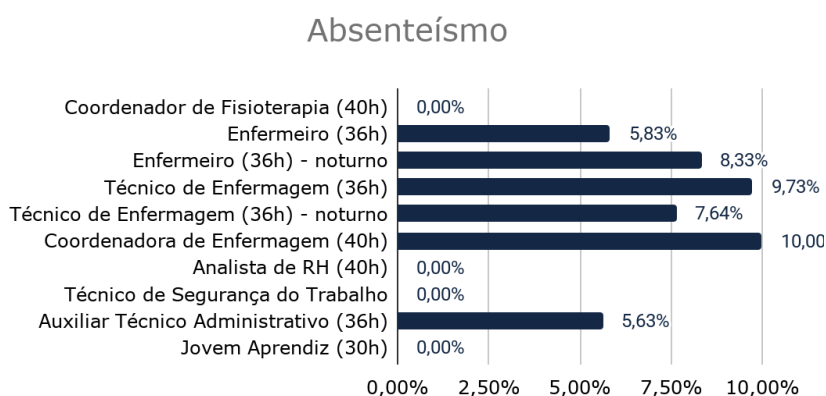
desligamentos registrada no mês. Ocorreram 02 dispensas sem justa causa, envolvendo a coordenadora de enfermagem B.T.S.N e a enfermeira diurna K.D.R.M; 02 dispensas por término do período de experiência, referentes ao enfermeiro R.A.L.C (plantão diurno A) e ao enfermeiro N.M.L (plantão noturno B); 01 abandono de emprego por parte da técnica de enfermagem E.M.S.S (noturno A); além do processo de rescisão indireta em andamento da técnica de enfermagem S.M.R.N. Registraram-se ainda 06 pedidos de demissão, sendo 03 técnicos de enfermagem do período diurno (C.P.O, D.F.F e S.S.B), 02 técnicos de enfermagem do período noturno (A.R.R.F.L e E.N.S) e 01 enfermeiro do plantão noturno (R.A.S.B).

Atualmente, o quadro conta também com 07 licenças ativas. Destas, 05 referem-se a licenças-maternidade: J.F.S (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A), M.V.O.S (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A), A.G.N (Técnica de Enfermagem - Diurno B), L.N.O.L (Técnica de Enfermagem - Diurno A) e C.D.F (Técnica de Enfermagem - Diurno A). As outras 02 são licenças de saúde: T.S (Técnico de Enfermagem - Noturno B) e D.S.R (Técnica de Enfermagem - Noturno B). Nota-se que o maior déficit de pessoal está concentrado no cargo de Técnico de Enfermagem 36h, no período noturno. Esta situação resulta da combinação do volume de saídas, do cumprimento das licenças previstas em lei (maternidade e afastamentos pelo INSS) e do tempo necessário para os processos de atração, seleção e integração de novos profissionais.

Cabe ressaltar que, mesmo diante dessa defasagem pontual, a segurança dos pacientes e a continuidade do atendimento mantiveram-se totalmente preservadas. Para assegurar a qualidade assistencial, a gestão adotou medidas imediatas de contingência, que incluíram o remanejamento interno de pessoal, a adequação dinâmica das escalas de trabalho e o direcionamento prioritário de profissionais para as áreas de maior criticidade. Simultaneamente, o processo de recrutamento e seleção para o preenchimento das vagas em aberto permanece ativo e em ritmo acelerado, garantindo a previsão de normalização gradual do quadro nos próximos ciclos e o pleno cumprimento do dimensionamento contratual.

## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.2.1 Absenteísmo

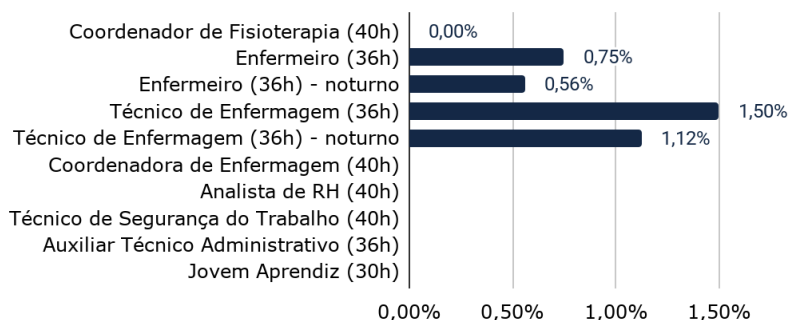


**Análise Crítica:** No período analisado, o contingente de 267 colaboradores efetivos (CLT) contabilizou um total de 431 dias de ausência. A grande maioria dessas ocorrências, correspondente a 398 dias (92,34%), foi devidamente justificada por meio da apresentação de atestados médicos. Do montante restante, 11 dias (2,55%) referem-se às faltas da colaboradora dispensada por abandono de emprego, 07 dias (1,62%) dizem respeito a ausências de profissionais que antecederam seus pedidos formais de demissão e 15 dias (3,48%) correspondem a faltas injustificadas, sobre as quais foram aplicadas as medidas administrativas cabíveis.

Cabe ressaltar que esse volume de afastamentos não gerou impactos negativos na linha de cuidado prestada aos pacientes. Para assegurar a qualidade do atendimento, a coordenação atuou de forma preventiva por meio do remanejamento estratégico da equipe, preservando a estabilidade operacional dos setores e garantindo a continuidade de uma assistência plenamente segura.

#### 4.2.2 Turnover

##### Turnover

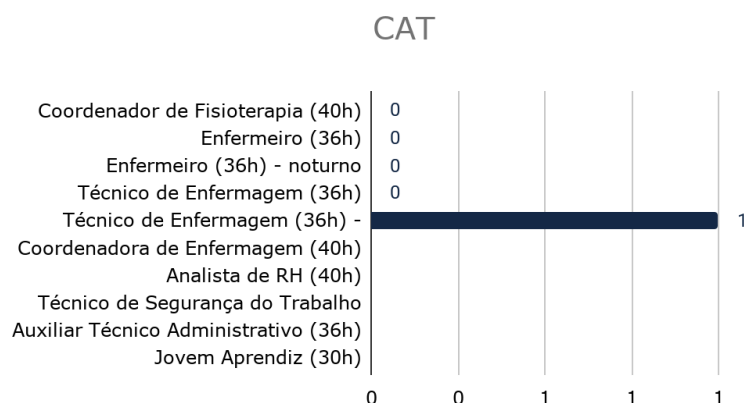


**Análise Crítica:** Durante o mês de agosto, a taxa de ocupação do quadro de colaboradores efetivos atingiu 97,80% em relação ao dimensionamento pactuado no Plano de Trabalho. Visando ao suprimento das demandas operacionais, foram consolidadas 11 novas admissões no período: 01 Coordenador de Enfermagem (destinado ao PSA), 03 Enfermeiros (sendo 02 para o plantão diurno e 01 para o noturno) e 07 Técnicos de Enfermagem (distribuídos em 05 para o período diurno e 02 para o noturno).

Em contrapartida, a dinâmica de movimentação de pessoal registrou 11 desligamentos efetivados e 01 processo de rescisão indireta em andamento referente à profissional S.M.R.N (Técnica de Enfermagem - Noturno). O volume de saídas esteve composto por: 06 pedidos de demissão, envolvendo o enfermeiro noturno R.A.S.B, os técnicos de enfermagem diurnos C.P.O, D.F.F e S.S.B, e os técnicos de enfermagem A.R.R.F.L e E.N.S; 02 dispensas sem justa causa, aplicadas à coordenadora de enfermagem B.T.S.N e à enfermeira diurna K.D.R.M; 01 dispensa por justa causa / abandono de emprego, associada à técnica de enfermagem E.M.S.S (Noturno); e 02 termos de contrato de experiência, referentes aos enfermeiros R.A.L.C (Diurno) e N.M.L.A (Noturno). Adicionalmente aos desligamentos, o encerramento do mês contabilizou 07 licenças e afastamentos ativos que impactam diretamente a força de trabalho disponível. Desses, 05 referem-se a licenças-maternidade: J.F.S. (Auxiliar

Técnico Administrativo - Diurno A), M.V.O.S. (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A), A.G.N. (Técnica de Enfermagem - Diurno B), L.O.L. (Técnica de Enfermagem - Diurno A) e C.D.F. (Técnica de Enfermagem - Diurno A); enquanto 02 correspondem a afastamentos por Licença-Saúde / INSS: T.S. (Técnico de Enfermagem - Noturno) e D.S.R. (Técnica de Enfermagem - Noturno).

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



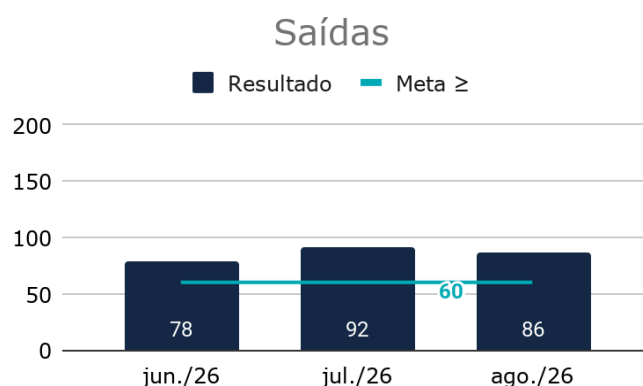
**Análise Crítica:** No mês de agosto de 2026, foi registrada 01 ocorrência com abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), envolvendo uma Técnica de Enfermagem.

O acidente ocorreu em 22/08/2026, durante o atendimento a um paciente na maca 02. Ao realizar o deslocamento entre a cortina e a maca, a colaboradora foi atingida acidentalmente no membro inferior direito pela maca posicionada ao lado, que foi movimentada por outra profissional. Após a ocorrência, a colaboradora foi devidamente avaliada e recebeu as orientações pertinentes, sendo indicado afastamento das atividades por 03 dias. Após o período de afastamento, retornou às suas atividades laborais.

## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

#### 5.1.1 Saídas



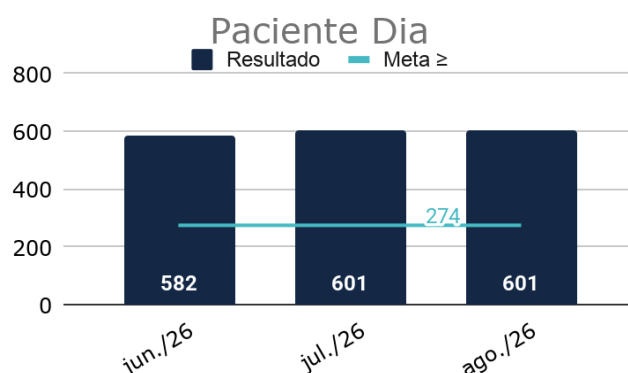
| Tipo de Saída         | Nº de Saídas |
|-----------------------|--------------|
| Evasão                | 0            |
| Alta                  | 5            |
| Transferência Interna | 69           |
| Transferência Externa | 0            |
| Óbitos < 24h          | 1            |
| Óbitos > 24h          | 11           |
| <b>Total</b>          | <b>86</b>    |

**Análise Crítica:** Durante o mês de Agosto foram registradas 85 saídas na unidade. Deste total, 69 (81,20%) corresponderam a transferências internas para a enfermaria por melhora clínica; houveram 5 altas direto para casa (5,90%); não foram registradas transferências externas; ocorreu 1 óbito em menos de 24 horas de internação (1,20%) e 10 óbitos após 24 horas de internação (11,76%). Não houve registros de evasão durante o período analisado.

Referente às cinco **(5) altas direto para casa** após avaliação das especialidades e melhora clínica para acompanhamento ambulatorial: Paciente V.L.D., sexo masculino, SAPS 3=30, mortalidade prevista=10%, admissão na UTI em

06/08/2026 por tuberculose e anemia e alta direta para casa em 18/08/2026; M.A.S., sexo feminino, SAPS 3=67, mortalidade prevista=50,40%, admissão na UTI em 19/08/2026 por amputação transfemural a direita e alta direta para casa em 25/08/2026; A.L.B., sexo masculino, SAPS 3=30, mortalidade prevista=10%, admissão na UTI em 18/08/2026 por crise convulsiva e alta direta para casa em 30/08/2026; J.A.C.F., sexo masculino, SAPS 3=30, mortalidade prevista=10%, admissão na UTI em 12/08/2026 por tenorrafia extensor polegar esquerdo e alta direta para casa em 21/08/2026; T.R.S., sexo feminino, SAPS 3=40, mortalidade prevista=6,40%, admissão na UTI em 26/08/2026 por tenorrafia extensor polegar esquerdo e alta direta para casa em 29/08/2026.

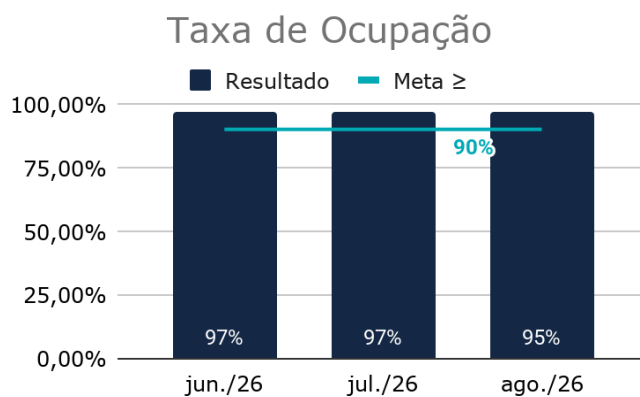
### 5.1.2 Paciente Dia



**Análise crítica:** No mês de Agosto, foram registrados 601 pacientes-dia, superando a meta contratual estabelecida para o período. Todas as solicitações de vagas recebidas foram atendidas de acordo com a disponibilidade de leitos, não havendo registro de recusas. Em relação ao perfil assistencial dos pacientes internados, na UTI 1 observou-se predominância de pacientes cirúrgicos, correspondendo a 73% das internações, enquanto os pacientes clínicos representaram 27%. Na UTI 2, os pacientes cirúrgicos corresponderam a 68% das internações e os pacientes clínicos a 32%, mantendo perfil assistencial.

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

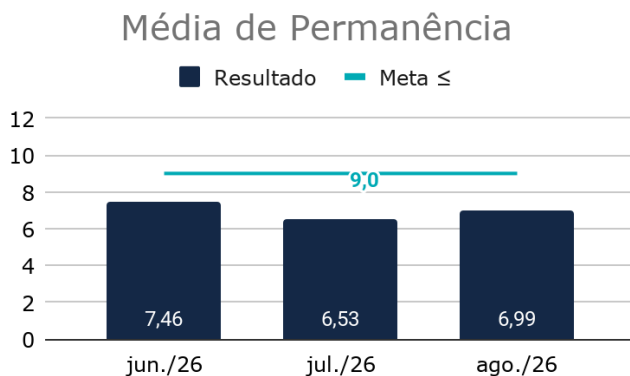
### 5.2.1 Taxa de Ocupação



| Nº Paciente-dia | Nº Leito-dia |
|-----------------|--------------|
| 601             | 620          |

**Análise crítica:** No mês de Agosto 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.

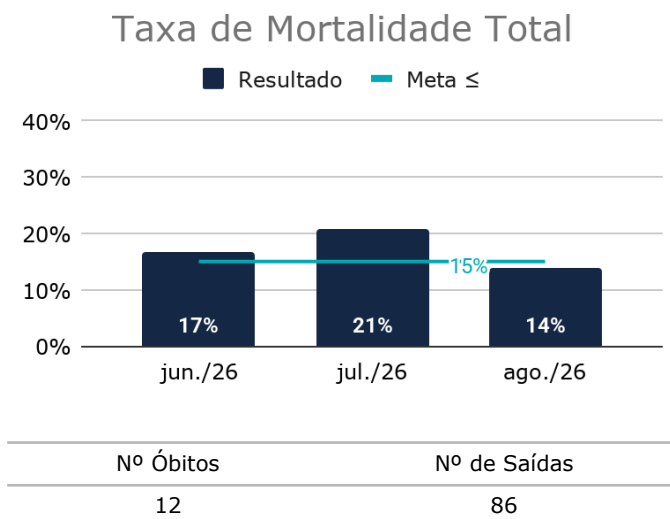
### 5.2.2 Média de Permanência



| Nº Paciente-dia | Nº de Saídas |
|-----------------|--------------|
| 601             | 86           |

**Análise Crítica:** No mês de Agosto, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de 7,07 dias, mantendo-se acima da meta contratual. Entretanto, observa-se redução em relação ao dado do mês anterior (6,53 dias), indicando melhora no gerenciamento do giro de leitos e na dinâmica de altas. No período, 11,15% dos pacientes com indicação de transferência para enfermaria permaneceram na UTI por mais de 24 horas aguardando disponibilidade de leito, o que contribui para o aumento da média de permanência.

### 5.2.3 Taxa de Mortalidade



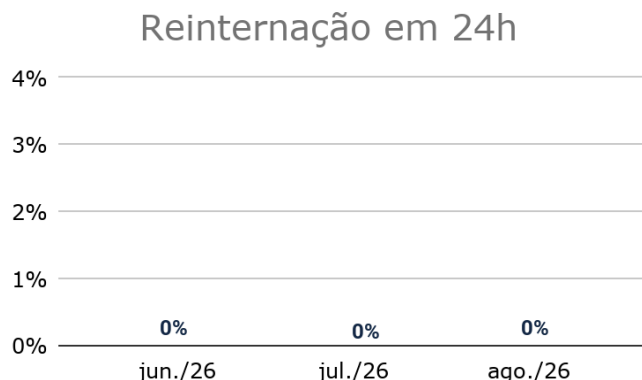
**Análise crítica:** No mês de Agosto, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 14%, abaixo da meta contratual. A análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS) e o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Índice de Mortalidade Padronizado, demonstram que a **mortalidade esperada** no mês de julho para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul era de **37,78%** enquanto a **mortalidade real foi de 14%**. Isso resultou em um **SMR de 0,31** indicando que a mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes. Em números absolutos, foram doze (12) óbitos nas duas UTIs, nenhum em **cuidados paliativos**.

**Houve um (1) caso de óbito com menos de 24 horas de internação**, paciente D.M.A, admitido na UTI em 02/08/2026, SAPS 3=52 e risco de mortalidade 28,6% com diagnóstico de sepse pulmonar e óbito declarado no mesmo dia.

Os outros óbitos ocorridos nas UTI's **foram atribuídos a causas diversas**, **como** os pacientes Y.O.P.K., admitido na UTI em 21/07/2026 SAPS 3=91 e risco de mortalidade 93,85% com hipótese diagnóstica de TCE e óbito declarado em 01/08/2026; F.T., admitido na UTI em 30/07/2026 SAPS 3=115 e risco de

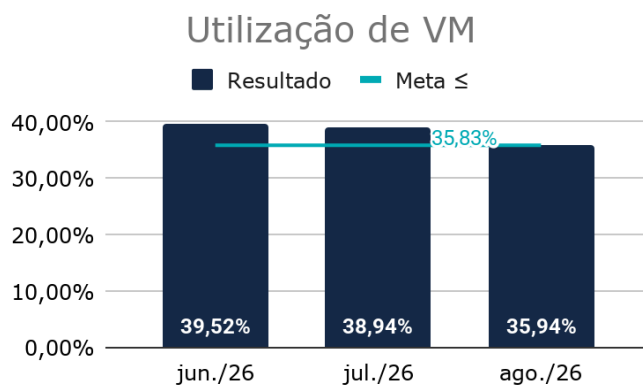
mortalidade 96,10% com hipótese diagnóstica de POI drenagem de hematoma subdural e óbito declarado em 04/08/2026; M.C.F., admitido na UTI em 28/07/2026 SAPS 3=67 e risco de mortalidade 60,57% com hipótese diagnóstica de POI amputação transfemural direito e óbito declarado em 07/08/2026; E.L.R., admitido na UTI em 05/08/2026 SAPS 3=48 e risco de mortalidade 20,50% com hipótese diagnóstica de hematoma subdural e óbito declarado em 08/08/2026; S.P.A., admitido na UTI em 08/08/2026 SAPS 3=91 e risco de mortalidade 93,85% com hipótese diagnóstica de implante de DVE e óbito declarado em 12/08/2026; G.P.S., admitido na UTI em 30/07/2026 SAPS 3=51 e risco de mortalidade 25,50% com hipótese diagnóstica de DAOP MIE, necrose e óbito declarado em 13/08/2026; A.S.G., admitido na UTI em 04/08/2026 SAPS 3=72 e risco de mortalidade 74,55% com hipótese diagnóstica de PO laparotomia exploradora e óbito declarado em 16/08/2026; M.A.M., admitido na UTI em 14/08/2026 SAPS 3=47 e risco de mortalidade 18,75% com hipótese diagnóstica de POI amputação transfemural direito e óbito declarado em 16/08/2026; F.B.S., admitido na UTI em 30/07/2026 SAPS 3=35 e risco de mortalidade 5,40% com hipótese diagnóstica de TCE e pneumonia com óbito declarado em 20/08/2026; J.C.S., admitido na UTI em 11/08/2026 SAPS 3=72 e risco de mortalidade 93% com hipótese diagnóstica de POI amputação transfemural direito com óbito declarado em 21/08/2026; L.S.J., admitido na UTI em 20/08/2026 SAPS 3=61 e risco de mortalidade 50,4% com hipótese diagnóstica de POI drenagem AVCH com óbito declarado em 24/08/2026.

#### 5.2.4 Taxa de Reinternação



**Análise crítica:** No mês de Agosto não houveram casos de reinternação em menos de 24 horas.

#### 5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)

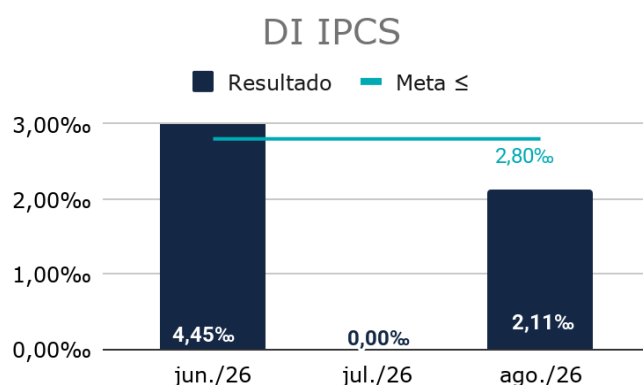


| Nº Paciente-dia em VM | Nº Paciente-dia |
|-----------------------|-----------------|
| 216                   | 601             |

**Análise crítica:** No mês de Agosto, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 35,94%, acima da meta contratual, o que condiz com o aumento da complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 55,81% neste mês e 56,26% 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

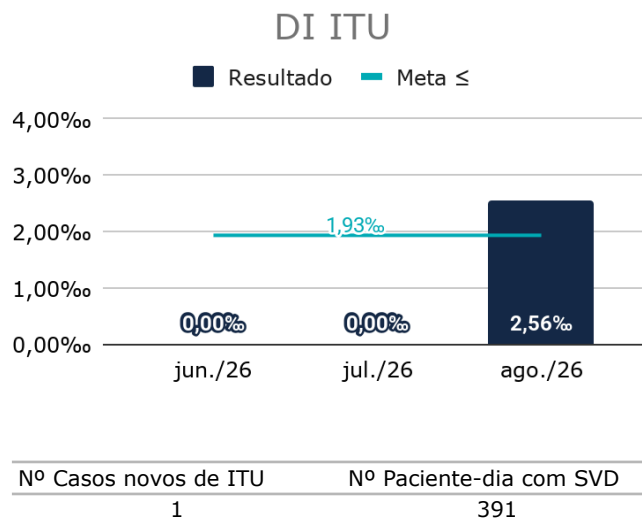


| Nº Casos novos de IPCS | Nº Paciente-dia com CVC |
|------------------------|-------------------------|
| 1                      | 473                     |

**Análise crítica:** No mês de Agosto, houve um novo caso de IPCS associados à utilização de CVC, atingindo densidade de 2,11% abaixo da meta contratual. O primeiro caso ocorreu com o paciente M. V. G. L, 62 anos, sexo feminino, admissão na UTI em 20/07/2026 com HD: Hidrocefalia, com antecedentes LES, DVP desde 2013, utilizando cateter venoso central em veia femoral esquerda inserido em 23/07/2026. Em 14/08/2026, o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado positivo *Staphylococcus Aureus*. Foi optado por escalar o antibiótico e recebeu alta hospitalar dia 30/08/2026.

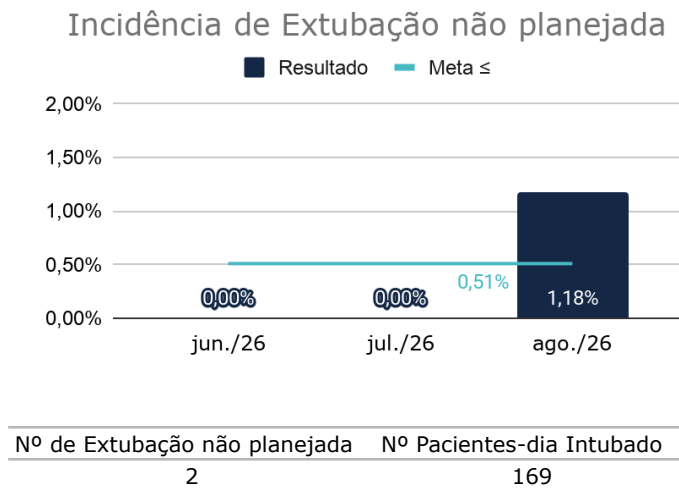
### 5.2.8 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

#### relacionada a cateter vesical



**Análise crítica:** No mês de Agosto, houve 01 caso de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora, o que representou uma densidade de 2,56% acima da meta contratual. Paciente J. C. S., 70 anos, sexo masculino, internada na UTI desde às 07/08/2026, com hipótese diagnóstica de Amputação Transfemural Direito, antecedente HAS, DM, que utilizava cateter vesical de demora desde 15/08/2026 devido a diminuição do débito urinário. Em 16/08/2026, a paciente fez um pico febril, taquicardia, piora dos exames laboratoriais, optou-se por coletar urocultura devido baixo débito urinário e presença de grumos na extensão do cateter e o resultado foi positivo para *Enterococcus Faecium*. Iniciado com antibioticoterapia com meropenem e vancomicina. O paciente evoluiu para óbito na UTI em 21/08/2026.

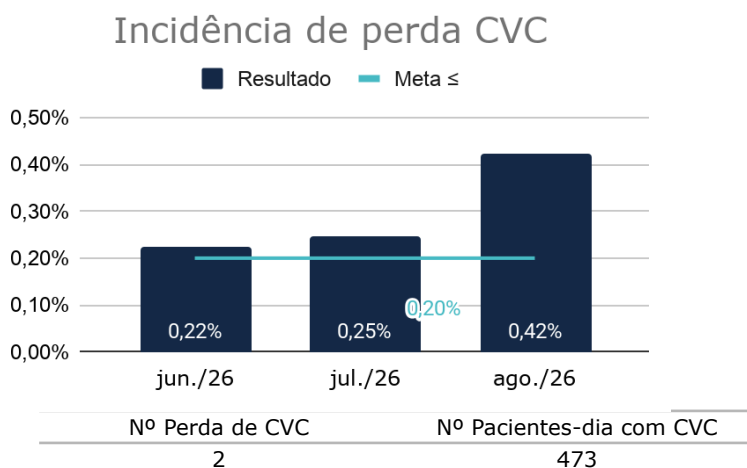
### 5.2.9 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



**Análise crítica:** No mês de Agosto houveram 2 (duas) extubações não planejadas. Paciente W.H.N, internado em 14/08/2026 por craniectomia descompressiva, teve retirada abrupta de sedação e devido a agitação, extubou-se em 16/08/2026; V.L.D., internado em 06/08/2026 por tuberculose e anemia, estava sem contenção mecânica e apresentou agitação psicomotora, o qual extubou-se em 07/08/2026; Ambos os pacientes foram reintubados em seguida e após melhora clínica, apresentaram alta hospitalar.

**Plano de ação:** Após os ocorridos, a equipe foi reorientada quanto à necessidade de reforçar a avaliação diária do risco de extubação acidental, considerando o nível de consciência, agitação psicomotora, sedação e capacidade de manipulação do dispositivo, bem como a avaliação e manutenção adequada da fixação do tubo orotraqueal. Também foi reforçada a intensificação da vigilância durante os cuidados, mobilizações e procedimentos, especialmente nos pacientes com maior risco de manipulação do dispositivo, além da orientação e capacitação da equipe quanto às medidas de prevenção, manejo seguro da via aérea e condutas diante de intercorrências.

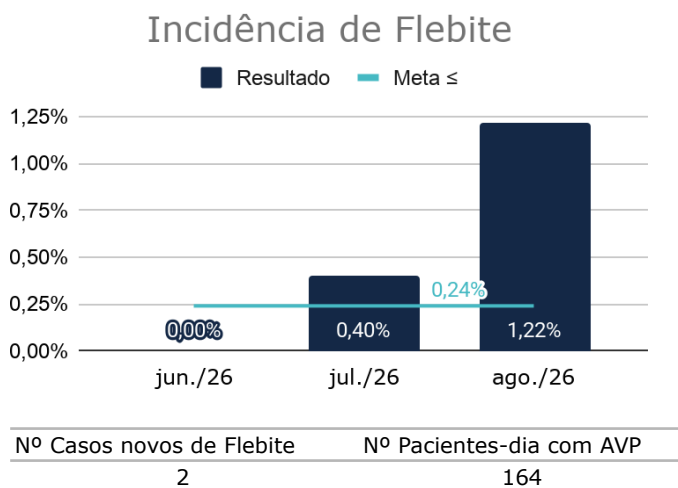
## 5.2.10 Incidência de perda de CVC



**Análise crítica:** No mês de Agosto, houveram 02 casos de perda de cateter venoso central, que representou uma incidência de 0,42%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 07/08/2026, com a paciente V. C. Z., 98 anos, sexo feminino, que estava internado por TCE, Fratura de Fêmur Esquerda, POI DE Artroplastia de Quadril e retirou acidentalmente por agitação psicomotora. Foi realizada uma nova passagem de cateter central. O segundo caso ocorreu no dia 13/08/2026 com paciente J. N. A. B, 62 anos, sexo masculino, que estava internado por infecção por SNC, apresentou agitação psicomotora e foi repuncionado novo acesso periférico.

**Plano de Ação:** Após os ocorridos, a equipe foi reorientada para melhorar a avaliação diária do risco de agitação psicomotora e manipulação de dispositivos; intensificação da vigilância dos pacientes com alteração do nível de consciência ou agitação e reavaliação com reforço da fixação do CVC, mantendo curativo íntegro e adequadamente identificado e notificar caso haja novas ocorrências.

### 5.2.11 Incidência de Flebite



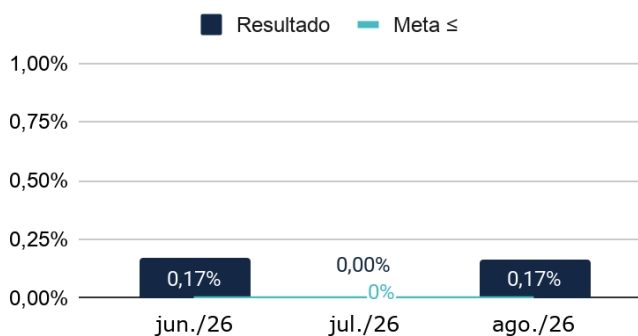
**Análise crítica:** No mês de Agosto, houveram 02 casos de incidência de Flebite, que representou uma incidência de 1,22%, acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 07/08/2026, com a paciente V C. Z., 98 anos, sexo feminina, que estava internado por PO de Artroplastia de Quadril, antecedentes HAS, que apresentou uma Flebite Grau II em Membro Superior Direito, acesso venoso periférico do dia 05/08/2026, dentro da validade, recebendo antibioticoterapia, sacado o acesso periférico e puncionado novo acesso venoso e realizado compressa local, realizado tentativa de PICC sem sucesso e realizado passagem de um novo cateter venoso central. O segundo caso ocorreu no dia 24/08/2026 com a paciente J.C.S, 49 anos, sexo feminino, antecedente HAS, Esquizofrenia, apresentou uma Flebite Grau II em membro superior esquerdo, sacado acesso periférico e puncionado novo acesso e realizado compressa local.

**Plano de Ação:** Após os ocorridos, a equipe foi reorientada quanto à necessidade de reforçar a avaliação diária das condições do acesso venoso periférico e a identificação precoce de sinais de flebite, bem como quanto à técnica adequada de punção, fixação, manutenção e administração segura de medicamentos. Também foi reforçada a necessidade de reavaliar a diluição, concentração e tempo de infusão de medicamentos potencialmente irritantes ou vesicantes, garantindo o registro das condições do acesso e das intervenções realizadas na evolução de enfermagem.

Mantém-se o monitoramento do indicador, com discussão dos casos junto à equipe, visando identificar fatores contribuintes, fortalecer as medidas preventivas e reduzir o risco de recorrência.

### 5.2.12 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente



| Nº de Notificações de queda de paciente | Nº Paciente-dia |
|-----------------------------------------|-----------------|
| 1                                       | 601             |

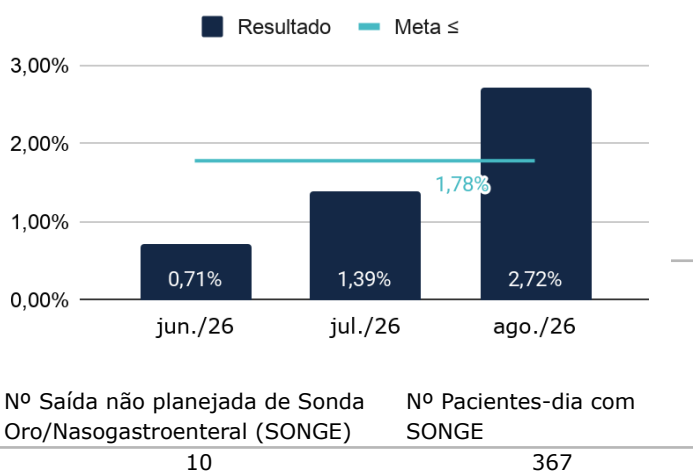
**Análise crítica:** No mês de Agosto ocorreu um caso de incidência de queda, que representou uma incidência de 0,17% acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 21/08/2026 com o paciente W. H. N, 21 anos, sexo masculino, que estava internado por Craniectomia Descompressiva, foi encontrado no caído no chão, o qual relata que tentou levantar para ir ao banheiro. Aberto protocolo de queda e solicitado tomografia de crânio, o qual não apresentou alteração no laudo da tomografia por lesão. Paciente permaneceu em observação e alta hospitalar no dia 22/08/2026.

**Plano de Ação:** Após os ocorridos, a equipe foi reorientada quanto à necessidade de reforçar a avaliação do risco de queda na admissão e diariamente, com adequada sinalização dos pacientes identificados como de risco, bem como quanto à orientação de pacientes e acompanhantes sobre a

importância de solicitar auxílio para levantar-se ou utilizar o banheiro. Também foi reforçada junto à equipe de enfermagem a necessidade de intensificar a vigilância e o acompanhamento dos pacientes com risco aumentado para quedas, especialmente aqueles em pós-operatório neurológico. Mantém-se a reavaliação das medidas preventivas após cada ocorrência, com discussão dos casos junto à equipe, visando identificar oportunidades de melhoria, fortalecer as ações de prevenção e reduzir o risco de recorrência.

### 5.2.13 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

Incidência de Saída Não Planejada

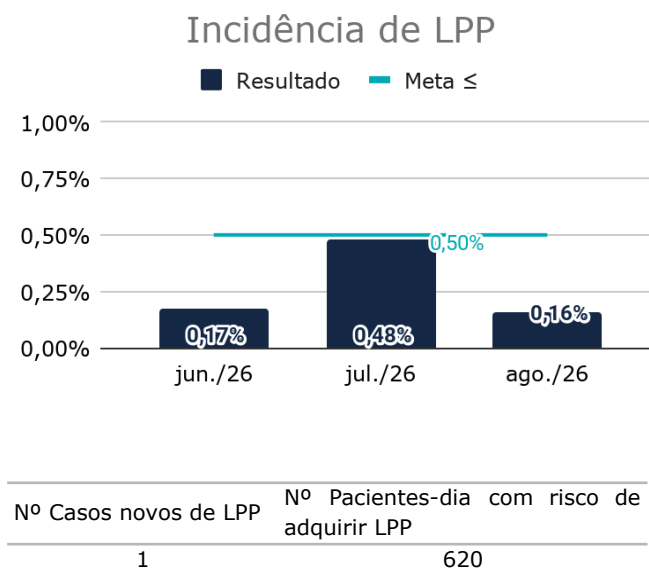


**Análise crítica:** No período analisado, foram registradas 367 sondas em uso, com 10 saídas não planejadas, correspondendo a uma taxa aproximada de 2,72%. O indicador demonstra ocorrência pontual, porém com impacto relevante na segurança assistencial, reforçando a necessidade de manutenção das medidas preventivas relacionadas à fixação adequada dos dispositivos, monitoramento contínuo dos pacientes e orientação da equipe quanto ao manejo seguro das sondas. A vigilância

constante e o fortalecimento das boas práticas assistenciais são fundamentais para redução de perdas não planejadas e prevenção de complicações associadas.

**Plano de Ação:** Após os ocorridos, a equipe foi reorientada quanto à necessidade de reforçar a fixação e a avaliação diária das sondas, com identificação dos pacientes com maior risco de manipulação ou retirada inadvertida dos dispositivos. Também foi reforçada a necessidade de intensificar o monitoramento durante os cuidados e mobilizações, especialmente nos pacientes com maior risco de perda de dispositivos, além de orientar e capacitar a equipe quanto ao manejo adequado e às medidas preventivas para evitar ocorrências. Mantém-se o acompanhamento das situações identificadas e a discussão dos casos com a equipe, visando fortalecer as medidas de segurança e prevenir recorrências.

#### 5.2.14 Índice de Lesão por Pressão

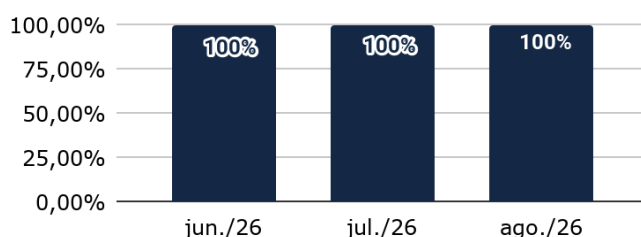


**Análise crítica:** No mês de Agosto , ocorreu 01 novo caso de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,16%, abaixo da meta contratual. O caso ocorreu com o paciente J. N. A. B, 62 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 05/07/2026 com hipótese diagnóstico Infecção SNC, antecedentes de HAS, DM. Paciente IOT, submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica,

uso e drogas vasoativas, em uso de CNE recebendo dietoterapia, escala de braden com risco moderado , foi identificado uma lesão por pressão em região sacral grau I , acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito.

### 5.2.15 Adesão a protocolos institucionais

#### Adesão a protocolos institucionais

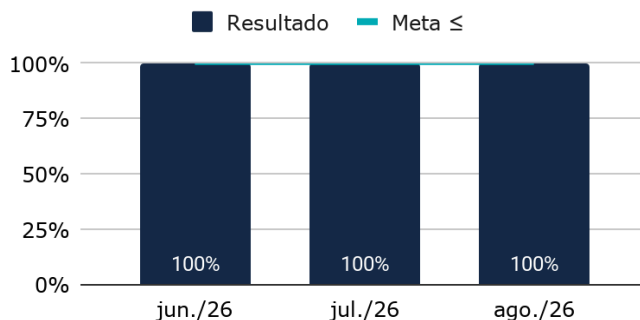


| Procedimentos conforme protocolo | Procedimentos avaliados |
|----------------------------------|-------------------------|
| 620                              | 620                     |

**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.

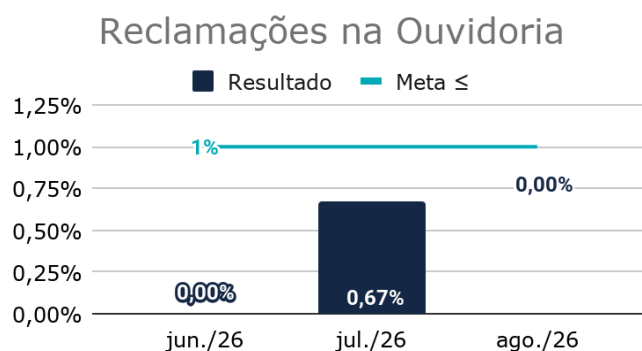
### 5.2.16 Prontuários Evoluídos

#### Prontuários Evoluídos



**Análise Crítica:** Durante o mês de referência, todos os pacientes foram evoluídos. Equipe médica, fisioterapeutas e enfermeiros realizaram evolução no sistema Input. A equipe técnica de enfermagem realizou evolução manual.

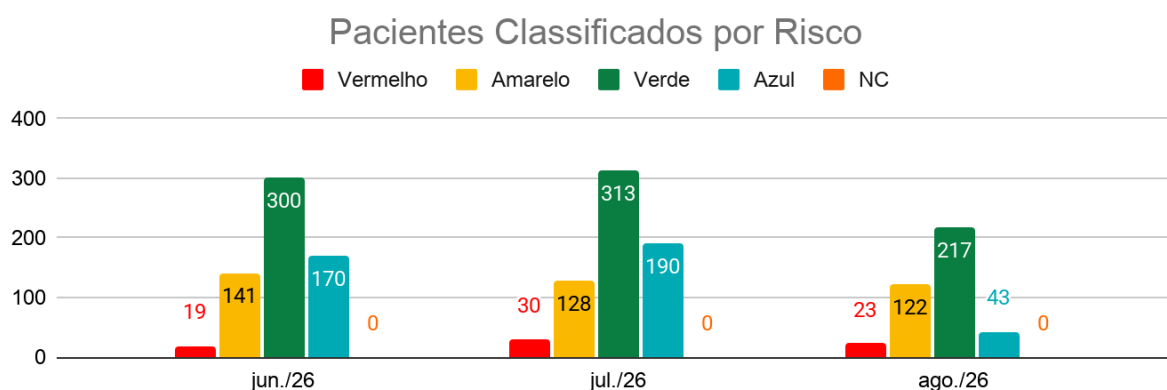
### 5.2.17 Reclamações na Ouvidoria Interna



**Análise crítica:** Em Agosto, não houve reclamações registradas na ouvidoria.

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

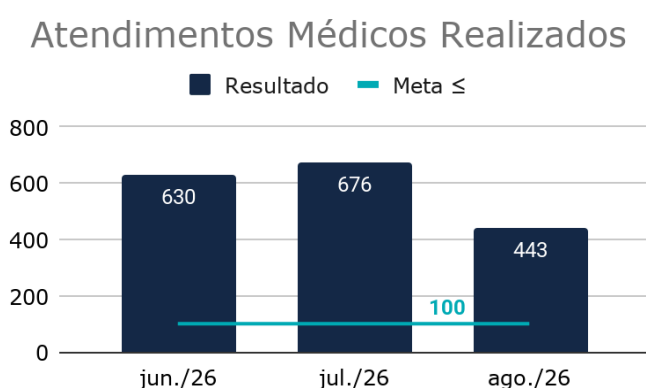
#### 5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



**Análise crítica:** Os dados demonstram predominância da classificação verde no mês de Agosto, seguido de amarela azul, e vermelha, em ordem decrescente. Considerando que a unidade opera em regime de porta fechada, esse resultado está alinhado ao fluxo institucional, uma vez que muitos pacientes são encaminhados para avaliação de especialistas, acompanhamento clínico ou definição de conduta terapêutica, sem apresentar sinais de gravidade imediata. Os casos classificados como amarelo e vermelho permaneceram em menor proporção, indicando que a maior parte dos pacientes avaliados apresentava condições clínicas estáveis, embora necessitasse de suporte especializado. Sob a ótica da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), o acolhimento com classificação de risco tem como finalidade organizar o fluxo assistencial de acordo com a necessidade clínica e não pela ordem de chegada. Nesse cenário, observa-se que a classificação de risco tem contribuído para a priorização adequada dos casos mais graves, garantindo acesso oportuno aos pacientes com maior necessidade de intervenção imediata, sem comprometer a assistência aos pacientes encaminhados para avaliação especializada. Os resultados demonstram adequação do perfil de classificação de risco à característica de hospital de porta fechada, com predomínio esperado de

pacientes classificados como azul em decorrência das avaliações por especialistas. O processo de acolhimento e classificação de risco mantém sua relevância como ferramenta de organização do fluxo assistencial, contribuindo para a humanização do atendimento e para a segurança dos pacientes com maior gravidade clínica.

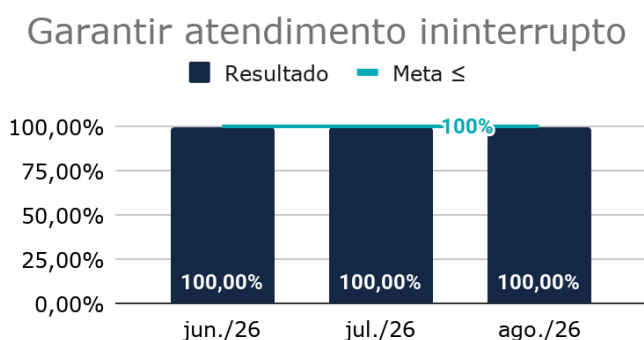
### 5.3.2 Nº atendimento médico



**Análise crítica:** No período analisado, foram realizados 443 atendimentos médicos, com predominância da classificação verde (53,58%; 217 pacientes), seguida da amarela (30,12%; 122 pacientes), azul (10,62%; 43 pacientes) e vermelha (5,68%; 23 pacientes). Observa-se que 35,80% dos atendimentos (145 pacientes) foram classificados nas categorias amarela ou vermelha, indicando uma proporção significativa de pacientes com maior prioridade clínica e potencial necessidade de intervenção mais rápida. Esse perfil reforça a importância da classificação de risco como instrumento para identificação precoce da gravidade e ordenamento do atendimento conforme a necessidade clínica, contribuindo para a segurança e a adequada alocação dos recursos assistenciais. Os resultados demonstram a relevância da manutenção do processo de estratificação de risco e monitoramento sistemático do perfil de classificação, especialmente quanto aos pacientes classificados como amarelos e vermelhos.

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

### 5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto



**Análise crítica:** O vínculo entre o atendimento médico e o quantitativo de pacientes classificados pela enfermagem demonstra organização alinhada à classificação de risco, tivemos 405 pacientes que realizaram a abertura da ficha. 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.

### 5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO

**Análise crítica:** Pacientes vermelhos são encaminhados imediatamente para a emergência e o atendimento é realizado prontamente pela equipe multiprofissional e de enfermagem.

#### 5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

---

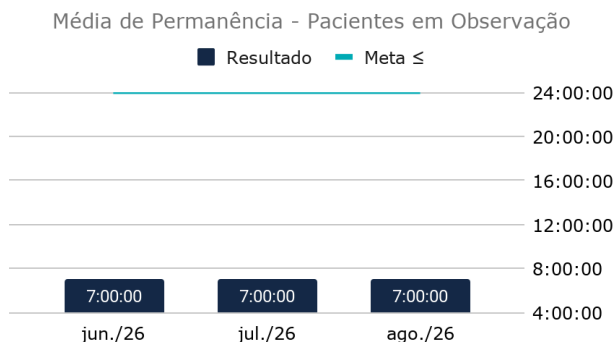
**Análise crítica:** Pacientes amarelos são encaminhados para Retaguarda 2, local onde o médico especialista faz o atendimento e faz o desfecho dos casos referenciados no tempo estimado preconizado em classificação que é de até 30 minutos.

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

---

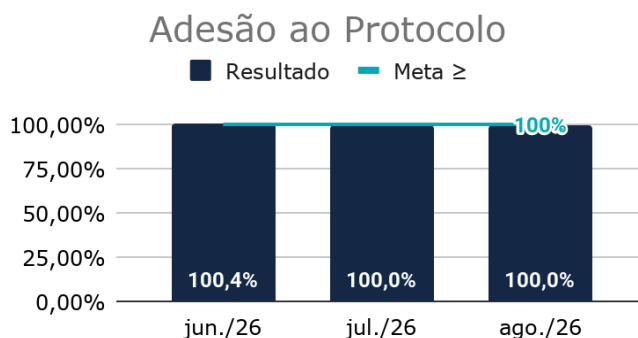
**Análise crítica:** O tempo estimado na Classificação de Risco, seguida da abertura da ficha e o acolhimento e direcionamento do paciente conforme a prioridade clínica, no mês de agosto, foi de aproximadamente 10 minutos, indicando agilidade no fluxo inicial e contribuindo para a organização e a segurança assistencial. Observou-se predominância de pacientes classificados como verde (pouco urgentes), caracterizando um perfil de demanda majoritariamente de menor gravidade clínica. Esse cenário reforça a importância da manutenção de fluxos organizados e da adequada estratificação de risco, assegurando que os casos de maior prioridade sejam identificados e atendidos oportunamente, sem prejuízo da assistência aos demais pacientes.

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



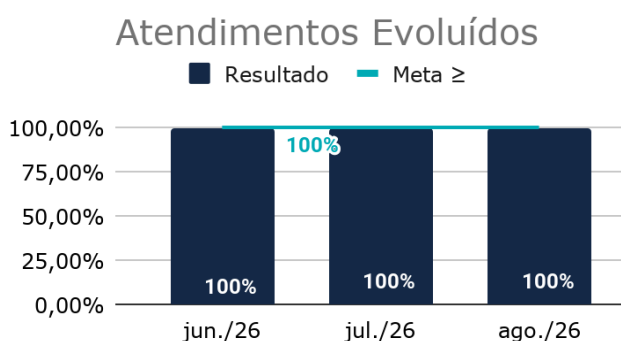
**Análise crítica:** O tempo médio de permanência na Unidade de Observação é de 7,0 horas, resultado significativamente inferior à meta estabelecida de menos de 24 horas, evidenciando eficiência no fluxo assistencial, agilidade na tomada de decisões clínicas e boa articulação da equipe multiprofissional. 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. Dados levantados manualmente pelo indicador que é abastecido diariamente.

#### 5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos



**Análise crítica:** No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital.

#### 5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados

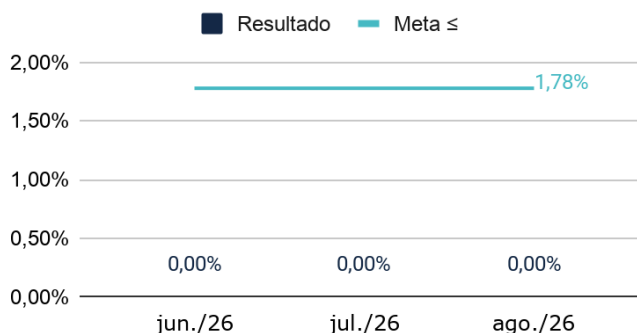


| Atendimentos Médicos Realizados | FA  |
|---------------------------------|-----|
| 1262                            | 359 |

**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.

#### 5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral

##### Incidência de Saída Não Planejada

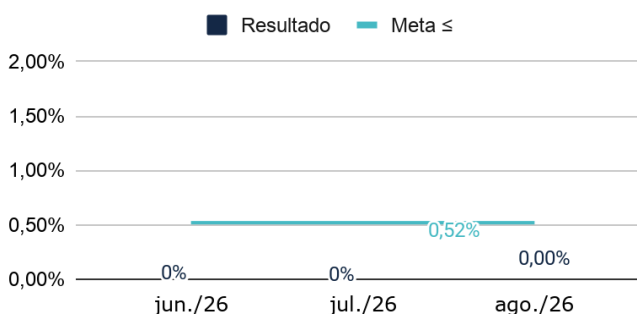


| Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE) | Nº Pacientes-dia com SONGE |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 0                                                             | 2                          |

**Análise crítica:** Não houve incidência de perda de sonda oro/nasogastroenteral no período apurado.

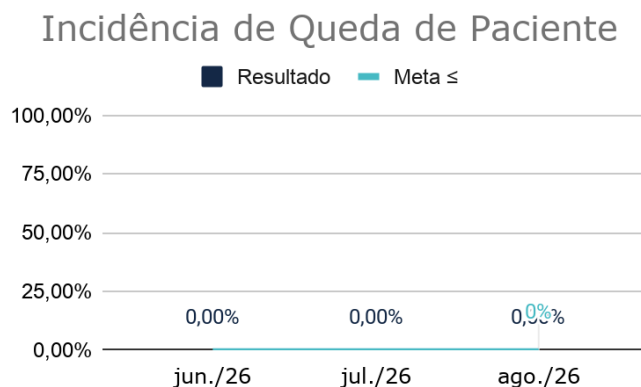
#### 5.4.9 Taxa de extubação acidental

##### Incidência de Extubação não planejada



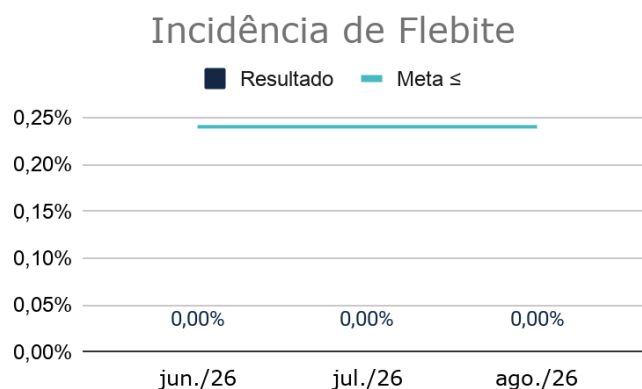
**Análise crítica:** No mês de Agosto, não houve registro de incidência de extubação não planejada no pronto socorro.

#### 5.4.10 Queda de Paciente



**Análise crítica:** No mês de Agosto não houve incidência de Queda.

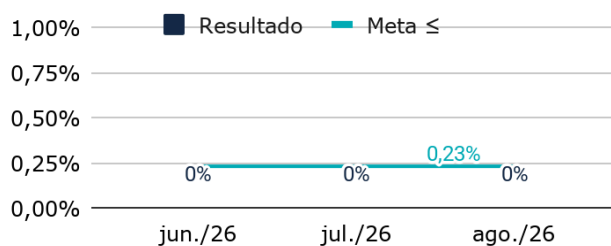
#### 5.4.11 Incidência de Flebite



**Análise crítica:** No mês de Agosto não houve incidência de Flebite.

#### 5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos

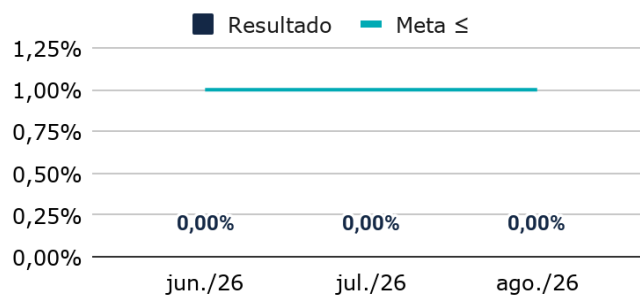
##### Não Conformidade na Administração de Medicamentos



**Análise crítica:** Não houve erro na administração de medicamentos no período apurado.

#### 5.4.13 Reclamação na Ouvidoria

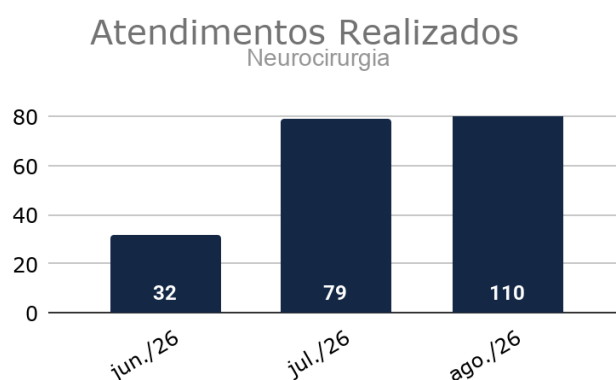
##### Reclamações na Ouvidoria



**Análise crítica:** Não houve reclamações na ouvidoria.

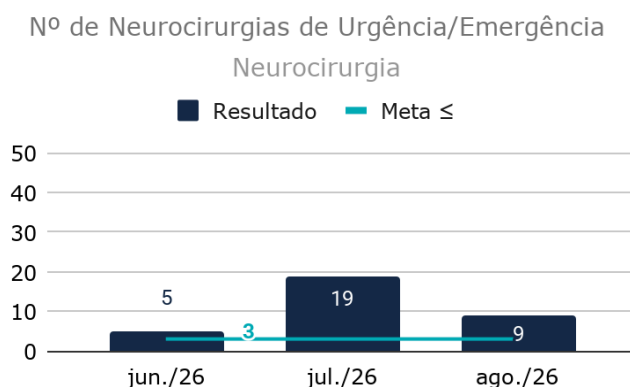
## 5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

### 5.5.1 Número de atendimentos



**Análise Crítica:** Foram realizados 110 atendimentos de neurocirurgia no Hospital Regional Sul (Pronto Socorro Adulto e unidades de internação) no mês de agosto.

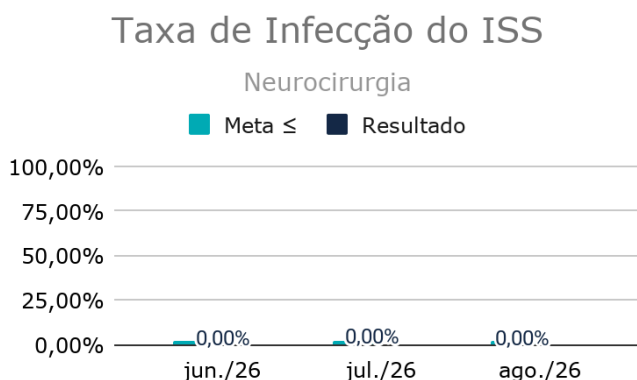
### 5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



**Análise Crítica:** Foram realizadas 09 neurocirurgias de urgência no mês de agosto.

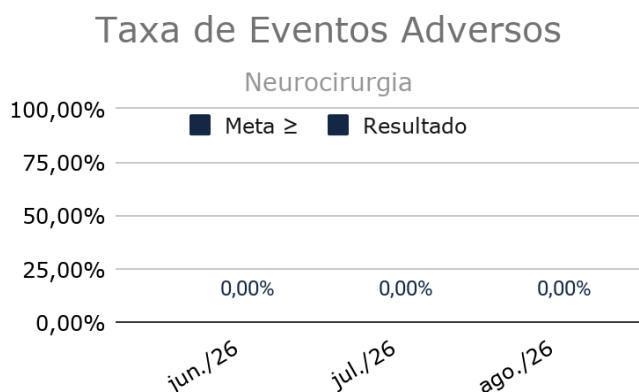
## 5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

### 5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



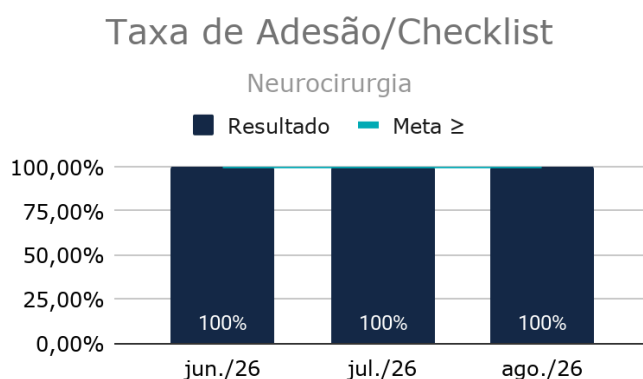
**Análise crítica:** Não houveram casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISS).

### 5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



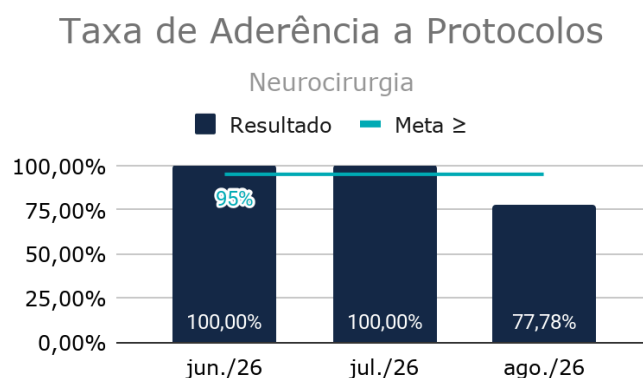
**Análise crítica:** Não houveram eventos sentinelas intraoperatórios no período apurado.

### 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.

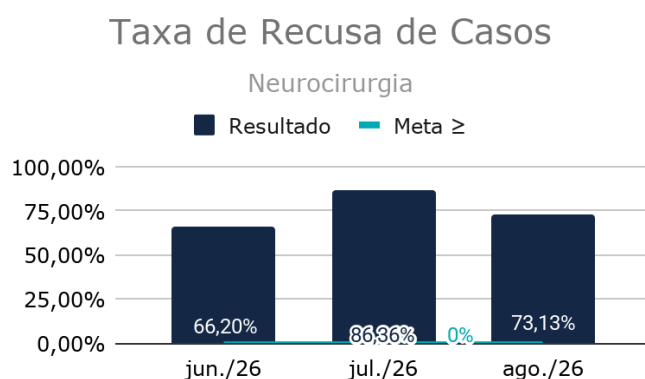
### 5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



**Análise crítica:** No período analisado, foram realizadas 09 cirurgias, sendo identificadas 02 não conformidades relacionadas à adesão ao protocolo de profilaxia antibiótica no intraoperatório, correspondendo a uma taxa de adesão de 77,8%. O

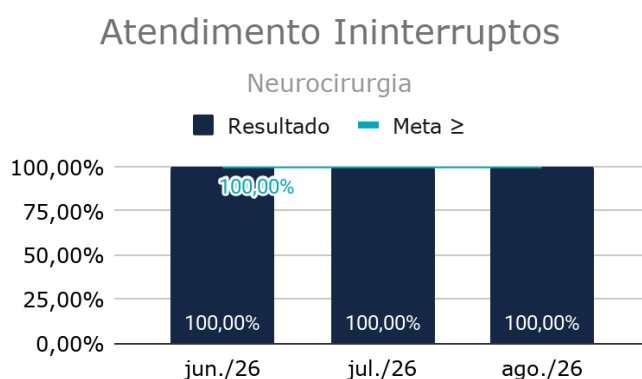
resultado demonstra adesão abaixo do esperado, considerando a importância da administração adequada e no tempo oportuno do antibiótico profilático para prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC). As não conformidades indicam a necessidade de reforçar a padronização do processo entre as equipes envolvidas no atendimento cirúrgico.

### 5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



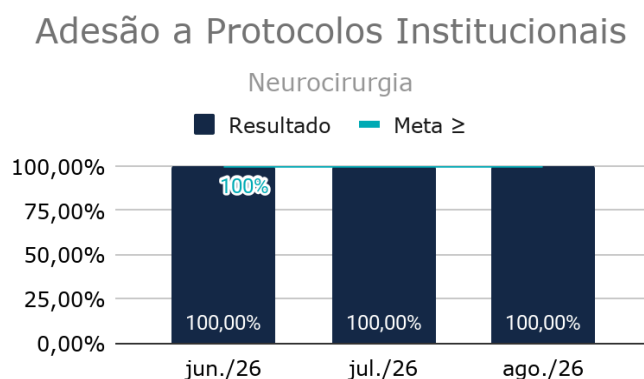
**Análise crítica:** No mês de Agosto foram solicitadas via CROSS 227 vagas, foram cedidas 31 vagas, recusadas 166 vagas e atendidas 30 vagas zero. Tivemos uma taxa de 73,13% de recusas de casos da Neurocirurgia. Sendo esses **81 casos sem vaga de UTI Adulto/ Pediátrica, 06 casos não pertinentes e sem urgência, 75 não são referência (não tem especialidade)**, 09 casos a equipe se encontrava em campo e não teria condições de operar outro paciente grave naquele momento e 16 sem oncologia ou neurocirurgia oncológica.

### 5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



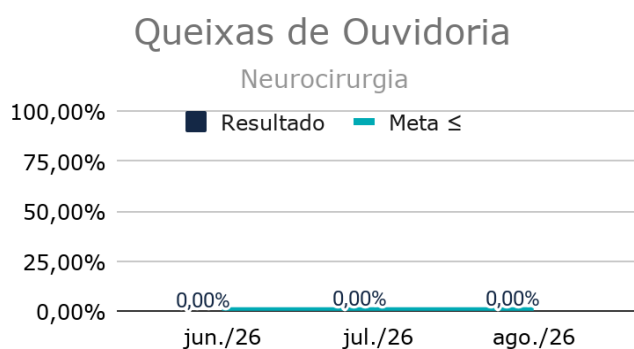
**Análise crítica:** Foi garantido atendimento ininterrupto da neurocirurgia no período, com melhoria na organização dos processos e no alinhamento da comunicação entre as equipes, contribuindo para maior segurança e continuidade da assistência prestada.

### 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.

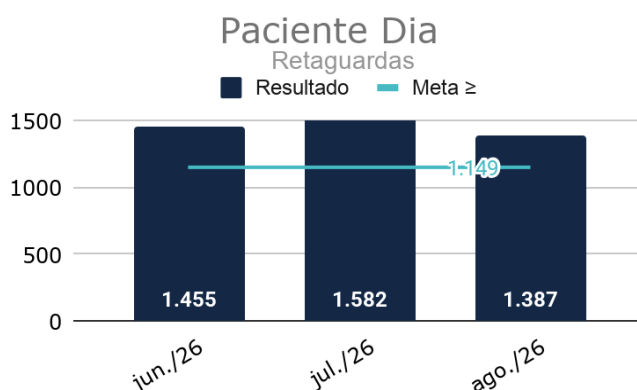
### 5.6.8 Queixa Ouvidoria



**Análise crítica:** No mês de Agosto não houve reclamação de ouvidoria.

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

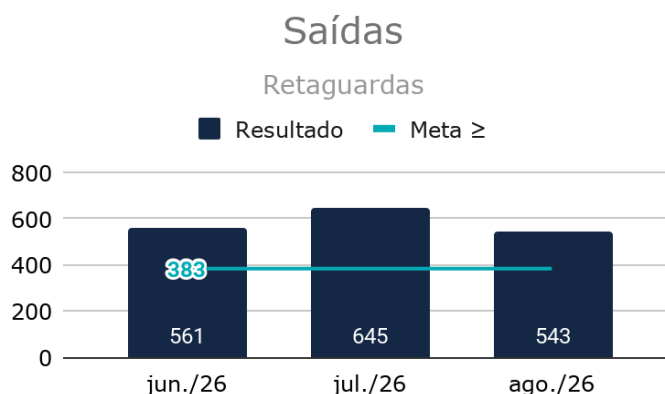
### 5.7.1 Paciente dia



**Análise crítica:** No mês de Agosto, houve discreta redução da quantidade de paciente/dia se comparado ao mês anterior, o que pode ser justificado pela redução

de leitos temporários na Retaguarda 1 na 2ª quinzena, devido à reforma de melhorias. O perfil dos pacientes internados se mantém, especialmente aqueles provenientes de Instituições de Longa Permanência (ILPI) e em situação de vulnerabilidade social, como moradores de área livre. Esses casos apresentam maior tempo de permanência hospitalar devido às dificuldades no processo de desospitalização e articulação com a rede de apoio. O cenário reforça a importância da atuação multiprofissional e do fortalecimento das estratégias de gestão de leitos e alta hospitalar segura.

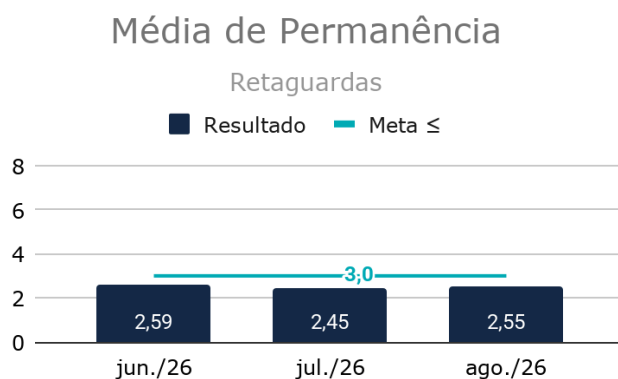
### 5.7.2 Saídas



**Análise crítica:** No mês de Agosto, foram registradas 543 saídas da unidade, evidenciando elevada movimentação assistencial é importante rotatividade dos leitos. Destas saídas, 144 corresponderam a altas hospitalares, 381 transferências internas, 5 a transferências externas, 09 a óbitos (sendo 7 após 24 horas de internação e 2 com menos de 24 horas) e 03 casos de evasão. O elevado número de transferências internas demonstra a dinâmica assistencial da instituição e a necessidade de adequação contínua dos pacientes aos diferentes níveis de cuidado, favorecendo a continuidade da assistência conforme a evolução clínica. As altas hospitalares refletem a efetividade das condutas assistenciais e dos processos de recuperação e desospitalização.

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

### 5.8.1 Média de Permanência (dias)



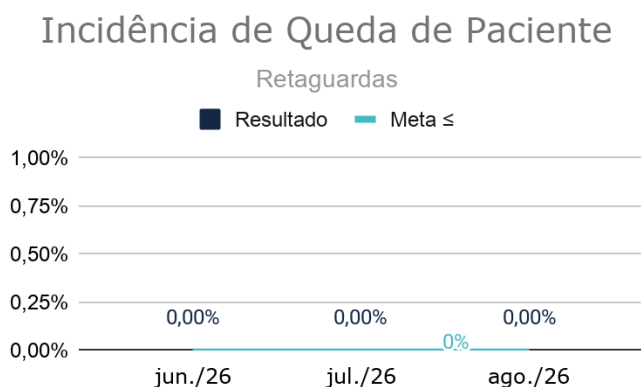
**Análise crítica:** Em agosto, a média de permanência foi de 2,55 dias, resultado inferior à meta institucional de 3,0 dias, demonstrando desempenho satisfatório. O indicador reflete maior eficiência na gestão do fluxo assistencial, com otimização do processo de internação, definição terapêutica e alta hospitalar, mantendo a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

### 5.8.2 Prontuários evoluídos



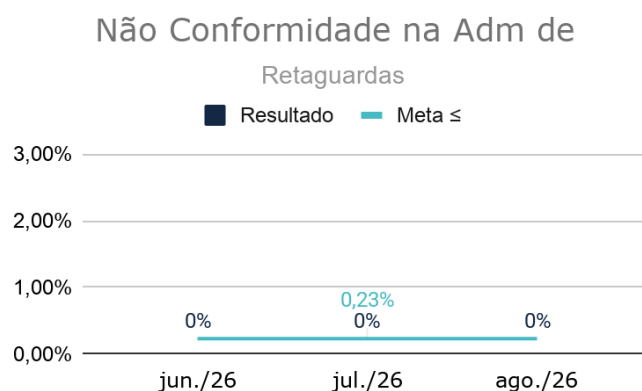
**Análise crítica:** Foram evoluídos 100% dos prontuários pelo INPUT.

### 5.8.3 Incidência de queda de paciente



**Análise crítica:** No mês de Agosto não houve incidência de Queda.

#### 5.8.4 Incidência de erro de medicação

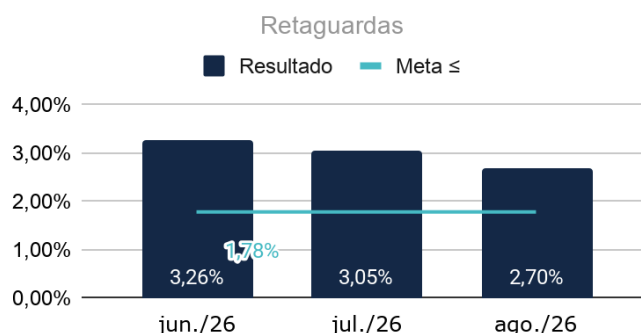


| Nº Não Conformidade na Administração de Medicamentos | Nº Medicamentos Utilizados |
|------------------------------------------------------|----------------------------|
| 0                                                    | 10239                      |

**Análise crítica:** Não houve no período apurado incidência de erro de medicação.

### 5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

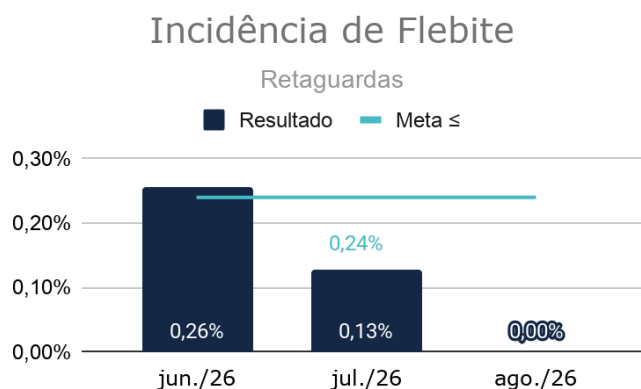
#### Incidência de Saída Não Planejada



| Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE) | Nº Pacientes-dia com SONGE |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 2                                                             | 74                         |

**Análise Crítica:** Em Agosto, a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi de 2,70%, acima da meta institucional de 1,78%, indicando necessidade de fortalecimento das medidas preventivas. O resultado pode estar relacionado à agitação dos pacientes, falhas na fixação da sonda e perdas durante a mobilização ou realização de cuidados. Como ações de melhoria, vamos reforçar a capacitação da equipe quanto à fixação e manejo das sondas, intensificar a avaliação diária dos dispositivos e monitorar os pacientes com maior risco de retirada inadvertida, visando reduzir a ocorrência dos eventos e alcançar a meta estabelecida.

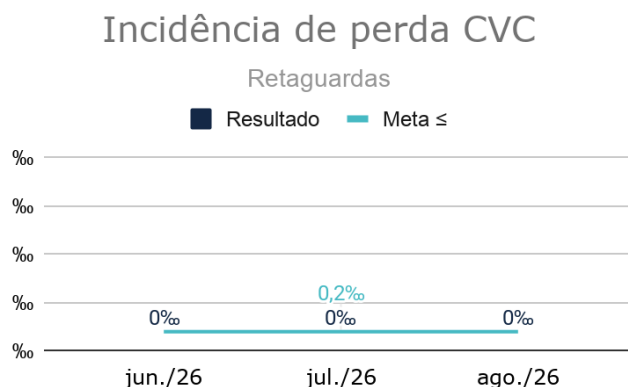
### 5.8.6 Incidência de Flebite



|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Nº Casos novos de Flebite | Nº Pacientes-dia com AVP |
| 0                         | 1315                     |

**Análise Crítica:** No mês de agosto não houve incidência de flebite.

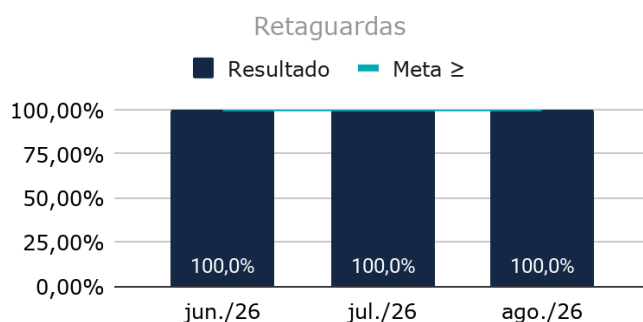
### 5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central



**Análise Crítica:** Não tivemos incidência de perda de cateter venoso central no período.

### 5.8.8 Adesão a protocolos institucionais

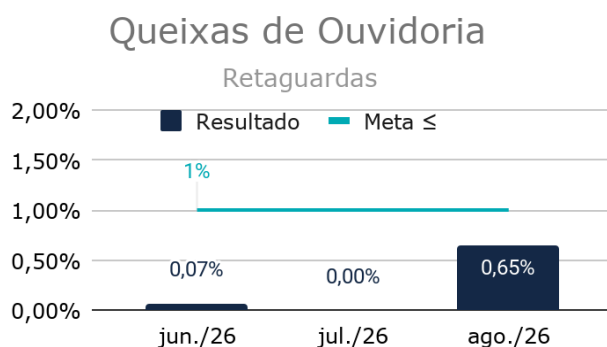
#### Adesão a Protocolos Institucionais



| Nº condutas em conformidades | Nº total de condutas analisadas |
|------------------------------|---------------------------------|
| 954                          | 954                             |

**Análise Crítica:** Em Agosto, a adesão aos protocolos institucionais foi de 100%, atingindo integralmente a meta estabelecida. O resultado demonstra elevado comprometimento das equipes com o cumprimento das diretrizes assistenciais, contribuindo para a padronização dos processos, segurança do paciente e qualidade da assistência prestada. Recomenda-se a manutenção das ações de monitoramento e educação permanente para preservar esse desempenho.

### 5.8.9 Reclamações na ouvidoria



**Análise crítica:** Em agosto de 2026, foram registradas 03 manifestações de Ouvidoria Interna **(0,65%)**, todas acolhidas, analisadas e respondidas em tempo. As situações foram tratadas junto às equipes responsáveis, com esclarecimentos aos familiares, acompanhamento das demandas e orientações aos profissionais envolvidos. As ações reforçaram a importância da comunicação efetiva, acolhimento, postura ética e atendimento humanizado.

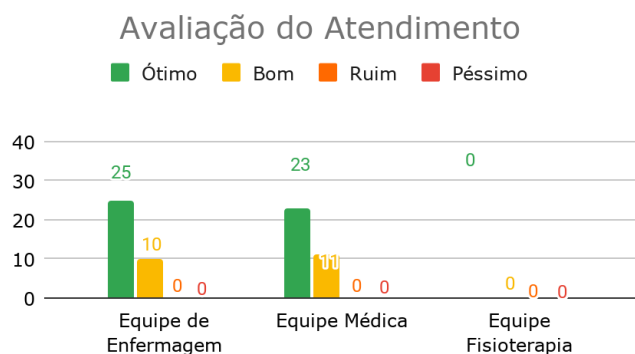
## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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.

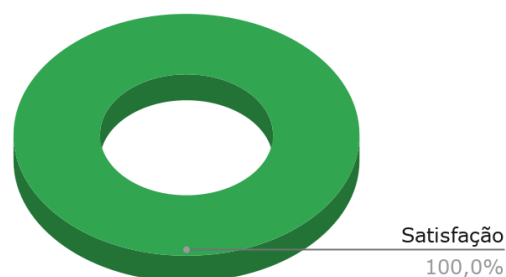
## 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **96 pesquisas respondidas**, sendo **35** preenchidos na UTI adulto e **61** preenchidos no Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA).

### 6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI

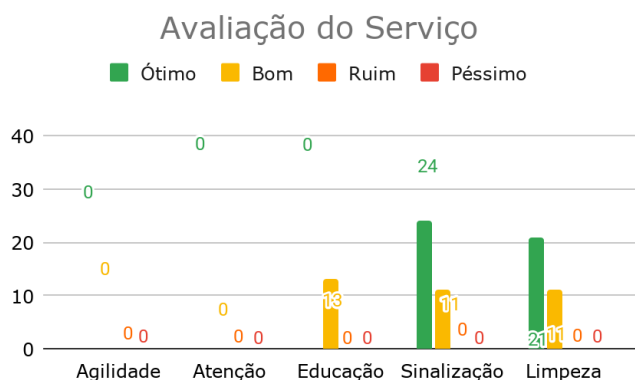


### % Satisfação - Atendimento

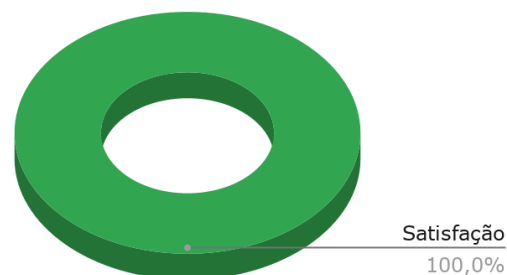


**Análise crítica:** O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos **satisfação de 100%**, demonstrando uma percepção

### 6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI

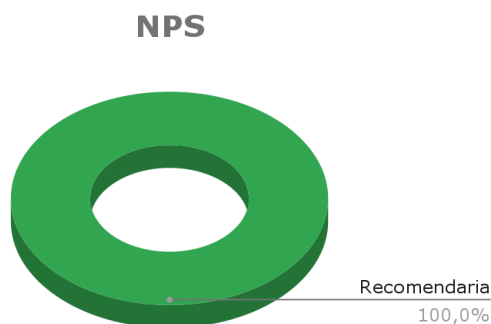


### % Satisfação - Serviço



**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 **100 %** 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.

## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.

No mês de Agosto, foi realizado treinamento de Cuidados na Hemoterapia para a equipe do Pronto Socorro e UTI Adulto.



### Alinhamento do Fluxo Administrativos- ATAS

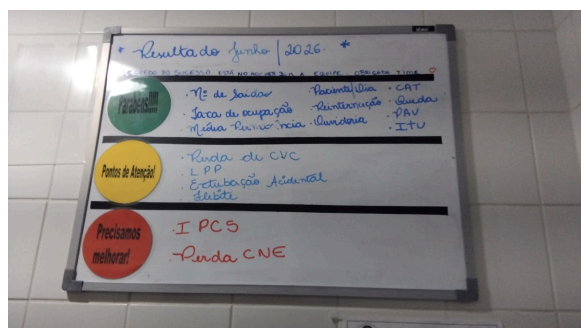
| CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim"                                                                  |                                                                                                                |                                                                                  |                                          |                                 |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Lista de Presença CEJAM                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                                  |                                          |                                 |             |
| FOR. ADM. CEJAM 04.008.002                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                  |                                          |                                 |             |
| ASSUNTO                                                                                                                  |                                                                                                                | ALINHAMENTO DE FLUXO E ROTINAS ADMINISTRATIVAS                                   |                                          | DATA                            | ASSINATURAS |
| LOCAL                                                                                                                    |                                                                                                                | HOSPITAL REGIONAL SUL - PSA - DIURNO A                                           |                                          | HORÁRIO DE INÍCIO               |             |
| INSTRUTORES                                                                                                              |                                                                                                                | KARINA BUENO DA SILVA                                                            | TAIYANAH                                 | FUNÇÃO                          | ASSINATURA  |
| NR                                                                                                                       | UNIDADE /                                                                                                      | PAZ CARVALHO                                                                     | 78355                                    | AUXILIAR TÉCNICO ADMINISTRATIVO |             |
| 1 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td>ANDRESSA DE JESUS G. F. MARINHI<td>78355<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td></td> | HOSPITAL REGIONAL SUL <td>ANDRESSA DE JESUS G. F. MARINHI<td>78355<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td> | ANDRESSA DE JESUS G. F. MARINHI <td>78355<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td> | 78355 <td>25/08/2026<td>brille</td></td> | 25/08/2026 <td>brille</td>      | brille      |
| 2 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td>PAOMELO CANDIDO ROCHA SANTOS<td>78228<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td></td>    | HOSPITAL REGIONAL SUL <td>PAOMELO CANDIDO ROCHA SANTOS<td>78228<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td>    | PAOMELO CANDIDO ROCHA SANTOS <td>78228<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td>    | 78228 <td>25/08/2026<td>brille</td></td> | 25/08/2026 <td>brille</td>      | brille      |
| 3 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td>TAIYANAH LOPES DE ALMEIDA<td>79060<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td></td>       | HOSPITAL REGIONAL SUL <td>TAIYANAH LOPES DE ALMEIDA<td>79060<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td>       | TAIYANAH LOPES DE ALMEIDA <td>79060<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td>       | 79060 <td>25/08/2026<td>brille</td></td> | 25/08/2026 <td>brille</td>      | brille      |
| 4 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td>Manuela Cavalcante Borges<td>80519<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td></td>       | HOSPITAL REGIONAL SUL <td>Manuela Cavalcante Borges<td>80519<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td>       | Manuela Cavalcante Borges <td>80519<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td>       | 80519 <td>25/08/2026<td>brille</td></td> | 25/08/2026 <td>brille</td>      | brille      |
| 5 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td>ALANA DOS SANTOS<td>82144<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td></td>                | HOSPITAL REGIONAL SUL <td>ALANA DOS SANTOS<td>82144<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td></td>                | ALANA DOS SANTOS <td>82144<td>25/08/2026<td>brille</td></td></td>                | 82144 <td>25/08/2026<td>brille</td></td> | 25/08/2026 <td>brille</td>      | brille      |
| 6 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td>MARIANA VITORINO OLIVEIRA SANTOS<td>78912<td>LICENÇA<td>LICENÇA</td></td></td></td></td>  | HOSPITAL REGIONAL SUL <td>MARIANA VITORINO OLIVEIRA SANTOS<td>78912<td>LICENÇA<td>LICENÇA</td></td></td></td>  | MARIANA VITORINO OLIVEIRA SANTOS <td>78912<td>LICENÇA<td>LICENÇA</td></td></td>  | 78912 <td>LICENÇA<td>LICENÇA</td></td>   | LICENÇA <td>LICENÇA</td>        | LICENÇA     |
| 7 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td></td><td></td><td></td><td></td></td>                                                     | HOSPITAL REGIONAL SUL <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>                                                  |                                                                                  |                                          |                                 |             |
| 8 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td></td><td></td><td></td><td></td></td>                                                     | HOSPITAL REGIONAL SUL <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>                                                  |                                                                                  |                                          |                                 |             |
| 9 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td></td><td></td><td></td><td></td></td>                                                     | HOSPITAL REGIONAL SUL <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>                                                  |                                                                                  |                                          |                                 |             |
| 10 <td>HOSPITAL REGIONAL SUL<td></td><td></td><td></td><td></td></td>                                                    | HOSPITAL REGIONAL SUL <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>                                                  |                                                                                  |                                          |                                 |             |

| CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" |                                  |          |                   |         |            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|-------------------|---------|------------|
| Lista de Presença CEJAM                                 |                                  |          |                   |         |            |
| FOR. ADM. CEJAM 04.008.002                              |                                  |          |                   |         |            |
| ASSUNTO                                                 |                                  |          | DATA              |         | ASSINATURA |
| ALINHAMENTO DE FLUXO E ROTINAS ADMINISTRATIVAS          |                                  |          |                   |         | 25/08/2024 |
| LOCAL                                                   |                                  |          | HORÁRIO DE INÍCIO |         |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL - PSA - DIURNO A                  |                                  |          |                   |         |            |
| INSTRUTORES                                             | KARINA BUENO DA SILVA            |          | FUNÇÃO            |         | ASSINATURA |
| UNIDADE                                                 | NOME COMPLETO                    | RASTREIO | DADOS             |         |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   | ANDRESSA DE JESUS G. F. MARINHI  | 78355    |                   |         |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   | PAOMELO CANDIDO ROCHA SANTOS     | 78228    | 25/08/2024        | brille  |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   | TATIANE LOPES DE ALMEIDA         | 79060    | 25/08/2024        | brille  |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   | Manuela Cavalcante Borges        | 80519    | 25/08/2024        | brille  |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   | ALANA DOS SANTOS                 | 82144    | 25/08/2024        | brille  |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   | MARIANA VITORINO OLIVEIRA SANTOS | 78912    | LICENÇA           | LICENÇA |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   |                                  |          |                   |         |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   |                                  |          |                   |         |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   |                                  |          |                   |         |            |
| HOSPITAL REGIONAL SUL                                   |                                  |          |                   |         |            |

Participação da Equipe Multidisciplinar no Safety Huddle e Visita Multidisciplinar beira leito na UTI.



Apresentação Mensal dos Indicadores da UTI



São Paulo, 11 de setembro de 2026.

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

**Adriana Cristina Alvares**  
**Gerente Técnico Regional**