

Relatório de

Atividades Assistenciais

do Hospital Regional de Assis

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

Convênio n.º 00423/2025

Agosto
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

ENCARREGADA ADMINISTRATIVA

Camila de Moraes Gomes

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	6
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	6
1.2 Convênio nº 00423/2025	7
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	8
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	8
4. FORÇA DE TRABALHO	9
4.1 Dimensionamento	9
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT	9
4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	10
4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ	10
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	11
4.2.1 Absenteísmo	11
4.2.2 Turnover	12
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	13
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	14
5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica	14
5.1.1 Saídas	14
5.1.2 Taxa de Ocupação	15
5.1.3 Média de Permanência	16
5.1.4 Taxa de Mortalidade	17
5.1.5 Taxa de Reinternação	18
5.1.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	18
5.1.7 Índice de Lesão por Pressão	19
5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	20
5.1.9 Incidência de Queda de paciente	21
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	22
5.1.11 Prontuários Evoluídos	23
5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	23
5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica	24
5.2.1 Saídas	24
5.2.2 Taxa de Ocupação	25
5.2.3 Média de Permanência	26
5.2.4 Taxa de Mortalidade	27
5.2.5 Taxa de Reinternação	27
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	28
5.2.7 Índice de Lesão por Pressão	29
5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	29
5.2.9 Incidência de Queda	30
5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna	31

5.2.11	Prontuários Evoluídos	31
5.2.12	Não Conformidade na Administração de Medicamentos	32
5.3	Indicadores Oncologia	33
5.3.1	Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica	33
5.3.2	Procedimentos Quimioterápicos	33
5.3.3	Cirurgias Oncológicas Especializadas	34
5.3.4	Cirurgia Plástica	35
5.3.5	Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica	35
5.3.6	Reclamações na Ouvidoria	36
5.3.7	Incidência de Queda	36
5.3.8	Preenchimento adequado da documentação: RHC, APAC, requisição de exame, FAA, AIH e relatórios e prontuário dos usuários Oncológicos	37
5.3.9	Início do tratamento dos pacientes oncológicos	37
5.3.10	Incidência de extravasamentos identificados	38
5.4	Indicadores Pronto Socorro Referenciado	38
5.4.1	Atendimentos Urgência e Emergência	38
5.4.2	Atendimentos por Especialidade	39
5.4.3	Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado	39
5.4.4	Taxa de Mortalidade	40
5.4.5	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	41
5.4.6	Índice de Lesão por Pressão	42
5.4.7	Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	43
5.4.8	Incidência de Queda	44
5.4.9	Reclamações na Ouvidoria Interna	45
5.4.10	Prontuários Evoluídos	45
5.4.11	Não Conformidade na Administração de Medicamentos	46
5.5	Indicadores UTI Adulto 04 leitos	47
5.5.1	Saídas UTI Adulto 04 leitos	47
5.5.2	Taxa de Mortalidade	48
5.5.3	Prontuários Evoluídos	48
5.5.4	Densidade de Incidência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao acesso Vascular central	49
5.6	Indicadores UTI Ped/UTIN	50
5.6.1	Saídas UTI Pediátrica	50
5.6.2	Saídas UTI Neo	51
5.6.3	Média de Permanência - UTI Pediátrica	52
5.6.4	Média de Permanência - UTI NEO	53
5.6.5	Mortalidade - UTI Pediátrica	54
5.6.6	Mortalidade - UTI Neo	54
5.7	Indicadores Enfermaria Pediátrica	55
5.7.1	Saídas	55

5.7.2 Prontuários Evoluídos	56
5.7.3 Queda de Paciente	56
5.7.4 Incidência de Erro de Medicação	57
5.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco	58
5.8.1 Consultas de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco	58
5.8.2 Queixas em Ouvidoria	58
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	60
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	60
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica	60
6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica	61
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	61
6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica	62
6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica	62
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)	63
6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia	63
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia	64
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)	64
6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR	65
6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR	65
6.1.12 Net Promoter Score (NPS)	66
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	67

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 00423/2025

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

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: cirurg o pediátrico, cirurg o vascular, médico nefrologista e médico ortopedista.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é composta por **270** colaboradores, sendo a equipe efetiva no período formada por **267** contratados por processo seletivo (CLT) e **14** por meio de Pessoa Jurídica (PJ). Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

4.1 Dimensionamento

4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Auxiliar Administrativo I (36h)	13	13	✓
	Auxiliar Administrativo (40h)	3	3	✓
	Encarregado Administrativo (40h)	2	1	↓
Assistencial	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar de Farmácia II (30h)	4	4	✓
	Biomédico (30h)	3	3	✓
	Biomédico (30h) - noturno	3	3	✓
	Enfermeiro Preposto (40h)	2	1	↓
	Enfermeiro II (36h)	23	23	✓
	Enfermeiro II (36h) - noturno	17	17	✓
	Enfermeiro Obstetra (36h)	0	0	✓
	Enfermeiro Obstetra (36h) - noturno	3	3	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	✓
	Farmacêutico (30h)	2	2	✓
	Farmacêutico (30h) - noturno	5	5	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fonoaudiólogo (30h)	1	1	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h)	7	7	✓
	Médico Cirurgião Geral (12h) - noturno	7	7	✓
	Médico Preposto (20h)	2	1	↓
	Psicólogo (30h)	2	2	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h)	87	87	✓
	Técnico de Enfermagem II (36h) - noturno	67	67	✓
	Técnico de Laboratório (36h)	3	3	✓
	Técnico de Laboratório (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Total		270	267	↓

Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que contratamos 98,89% da previsão de colaboradores. O quadro atual demonstra **adesão parcial ao dimensionamento previsto**, ou seja, **atingiu 98,89% da meta de efetivo** para o mês de Agosto de 2025. Isso reflete uma **gestão eficaz do capital humano**, com:

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

4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

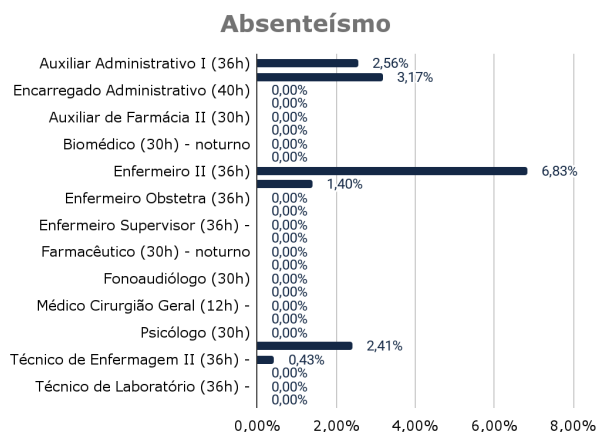
A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ

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

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

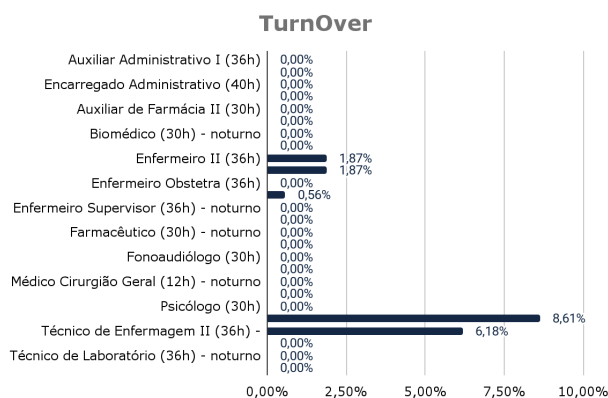


Análise Crítica: No mês de Agosto tivemos 92 dias de ausência justificadas por meio de atestado médico:

- Enfermeiro diurno (total de 33 dias);
- Enfermeiro noturno (total de 5 dias);
- Técnico de Enfermagem diurno (total de 41 dias);
- Técnico de Enfermagem noturno (total de 6 dias);
- Auxiliar Técnico Administrativo (total de 7 dias);

As ausências dos enfermeiros e técnicos de Enfermagem foram cobertas por meio de remanejamento de profissionais folguistas da própria Unidade, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes sem prejuízo para a assistência. A ausência do auxiliar técnico administrativo foi devidamente suprida pelo folguista, não gerando impacto negativo no desempenho das atividades nem prejuízos ao funcionamento do setor.

4.2.2 Turnover



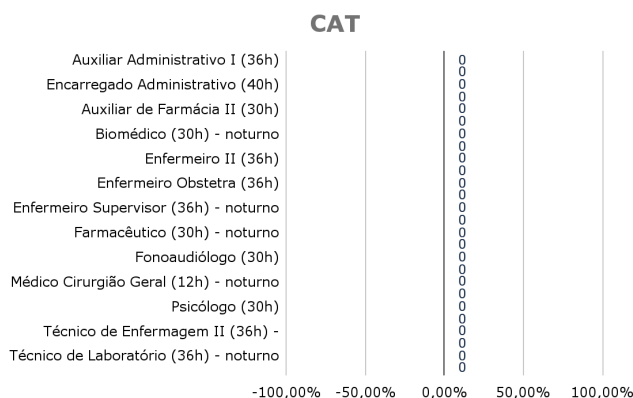
Análise Crítica: O que tange à modalidade contratual por prazo indeterminado, o mês de Agosto de 2025 foi marcado por poucos eventos de desligamento, que contribuíram para a variação nos índices de cobertura. Ocorreram as seguintes demissões por pedido:

- . E.S.S - Técnica de Enfermagem desligou-se em 05/08/2025,
- . G.P.O - Auxiliar Técnico Administrativo desligou-se em 05/08/2025,
- . S.A.B.S Enfermeira desligou-se em 12/08/2025
- . I.J.S - Enfermeira desligou-se em 28/08/2025.

Em agosto, foram realizadas 112 novas contratações, referentes ao termo aditivo para ampliação de equipe, vigente a partir de 31 de julho de 2025.

O gráfico apresentado ilustra a rotatividade por cargo, permitindo uma visualização objetiva dos impactos gerados e fornecendo subsídios para ações estratégicas. Essa análise visa fortalecer a tomada de decisão quanto à alocação de pessoal, à revisão de escalas, ao planejamento de admissões e à retenção de profissionais, principalmente em áreas onde a assistência direta ao paciente é mais sensível. Mantemos um monitoramento contínuo dos indicadores de cobertura de escala, rotatividade e tempo de resposta para a recomposição de equipes. Isso visa mitigar riscos assistenciais, assegurar a qualidade do cuidado e promover um ambiente de trabalho equilibrado e sustentável.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: Durante o mês de Agosto de 2025, não foi registrado nenhum acidente de trabalho na unidade. Esse resultado é motivo de reconhecimento e reforça o compromisso de todos com a segurança e a prevenção de riscos ocupacionais. **Indicadores Positivos**

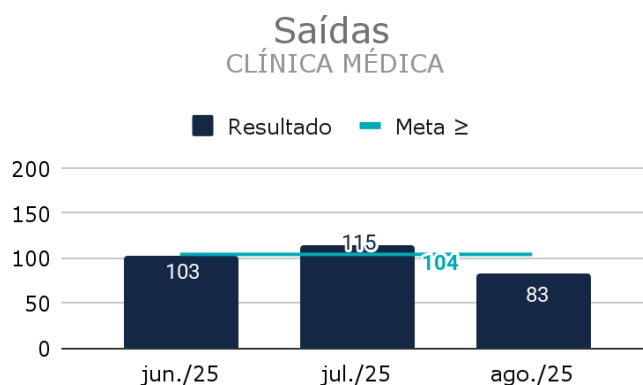
- **Zero Acidentes Registrados:** O fato de não termos acidentes neste mês demonstra que as ações de prevenção vêm surtindo efeito.
- **Cumprimento de Rotinas de Segurança:** As inspeções de segurança, checklists diários e reuniões de DDS (Diálogo Diário de Segurança) foram realizadas conforme o cronograma, com boa participação das equipes.
- **Uso Correto de EPIs:** Não foram identificadas ocorrências significativas de não conformidade quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual.
- **Engajamento das Lideranças:** As lideranças mantiveram o foco em orientar, corrigir desvios e reforçar boas práticas, o que contribuiu para o bom desempenho.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

5.1 Indicadores Enfermaria - Clínica Médica

5.1.1 Saídas



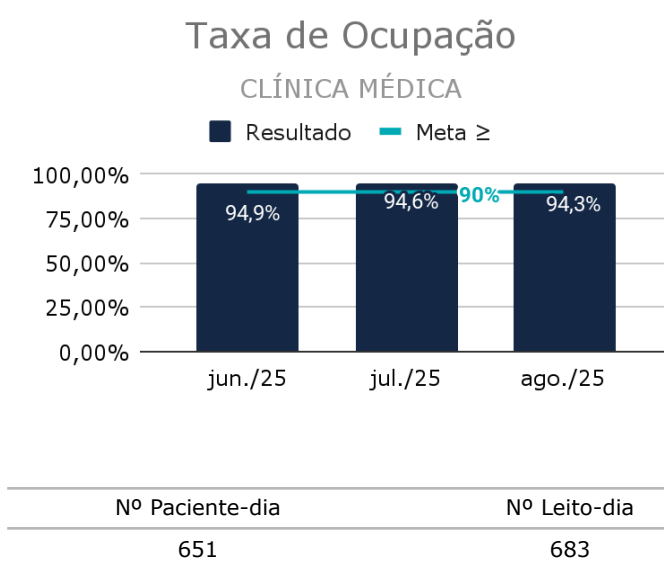
Saídas

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	58
Evasão	1
Transferência Interna	7
Transferência Externa	3
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	14
Total	83

Análise crítica: No mês em análise, o número de saídas de pacientes na clínica médica atingiu 79,80 % da meta contratual pactuada. É importante enfatizar que o perfil de pacientes admitidos nesta unidade inclui casos complexos que por vezes requerem grande aprofundamento durante a investigação diagnóstica e tratamentos por períodos prolongados, o que frequentemente estende o tempo

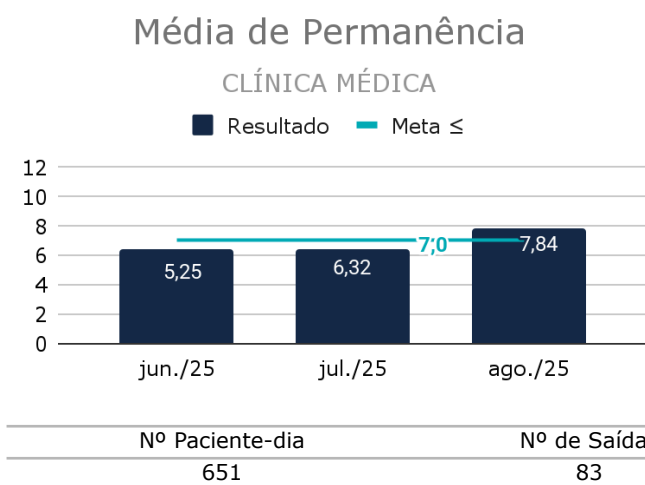
de internação hospitalar e reduz a capacidade da equipe em garantir alta rotatividade de leitos sem comprometer a segurança da desospitalização. Sobre este tópico, inclui-se a informação de que as altas hospitalares de pessoas cujas condições clínicas são consideradas complexas são acompanhadas por contrarreferenciamento aos serviços de atenção primária, serviço este intermediado pelo serviço social.

5.1.2 Taxa de Ocupação



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

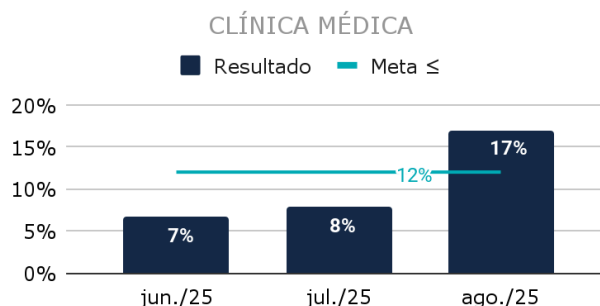
5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: A média de permanência na clínica médica foi de 7,84 dias, resultado que ultrapassa a meta contratual estabelecida. Destaca-se e justifica-se que a unidade tem alocado pacientes com longos períodos de internação por se tratarem de casos complexos que requerem maior aprofundamento durante a investigação diagnóstica, ou por pessoas que aguardam recursos que extrapolam a capacidade institucional. Exemplo desta última situação é o caso de um paciente privado de liberdade que se encontra internado na clínica médica há semanas aguardando vaga para terapia renal substitutiva em regime ambulatorial.

5.1.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total



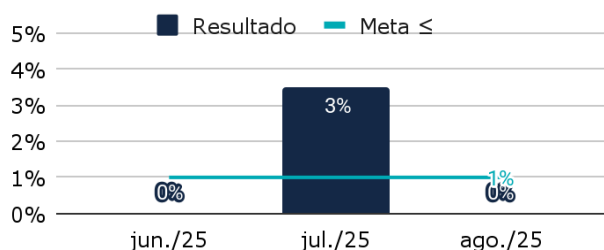
Nº Óbitos	Nº de Saídas
14	83

Análise crítica: Neste mês, a taxa de mortalidade da clínica médica atingiu 16,86 % do total de pacientes internados, resultado um pouco acima da meta pactuada considerando o perfil da unidade, onde há pacientes em tratamento curativo, cuidados proporcionais e cuidados paliativos exclusivos. Foram registrados 14 óbitos, sendo: 5 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idade média de 69 anos, 2 mulheres em idade fértil e 3 dos casos são pacientes oncológicos. Importante observar que 6 desses 14 óbitos foram de pacientes que evoluíram a óbito no Pronto Socorro Referenciado, mas foram administrativamente atribuídos à clínica médica por ser a unidade de referência desses pacientes. Esta dinâmica estatística pode distorcer a percepção da mortalidade intrínseca à gestão e assistência direta da clínica. Todos os óbitos ocorreram com mais de 24h de internação hospitalar.

5.1.5 Taxa de Reinternação

Reinternação em 24h

CLÍNICA MÉDICA



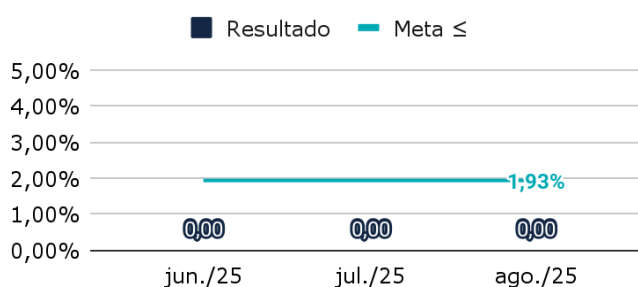
Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	83

Análise crítica: Durante o período sob análise não foram registrados casos de reinternação precoce, resultado que atende à meta pactuada e evidencia a otimização dos processos relacionados à qualidade e a segurança da desospitalização na transição do cuidado.

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

DI ITU

CLÍNICA MÉDICA

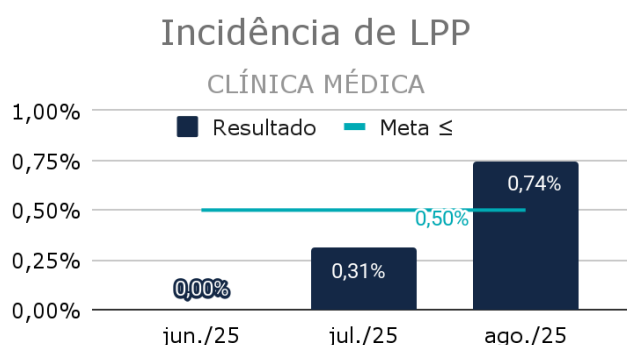


Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	190

Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Médica pelo Serviço de Controle de Infecções

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

5.1.7 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
2	270

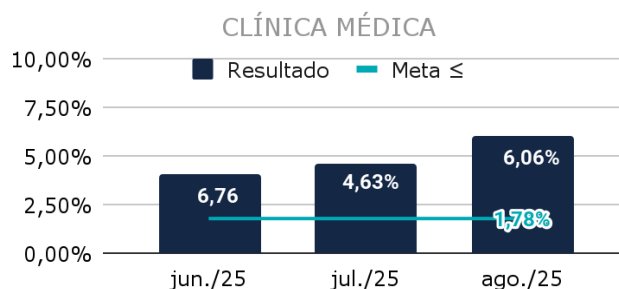
Análise crítica: No período analisado houve duas notificações de novos casos de lesão por pressão na clínica médica, evento adverso relativamente evitável por meio de medidas preventivas continuamente estabelecidas pela equipe de Enfermagem, como: supervisão e reavaliação frequentes; otimização global da saúde, da hidratação e da nutrição; estratégias de mobilização, redução de pressão e de cisalhamento; manejo do microclima e orientação aos cuidadores. Considerando o perfil da unidade, a ascensão do presente indicador pode demonstrar maior valorização da vigilância e notificação por parte da equipe de Enfermagem.

Assim, ficam como planos de ação para reduzir a incidência de lesões por pressão na clínica médica:

- 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática da pele e do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, a partir da escala de Braden;
- 2) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de materiais e equipamentos que promovam a redução do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, como filmes transparentes, placas de espumas e colchões pneumáticos;
- 3) A implementação, de acordo com o risco de desenvolvimento de lesões por pressão que o paciente se enquadra, das medidas preventivas para o desenvolvimento de lesões por pressão, como: manutenção de adequadas hidratação e nutrição, manejo do microclima, reposicionamento ósseo frequente e proteção de áreas de risco contra pressão, fricção e cisalhamento.

5.1.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de Saída Não Planejada

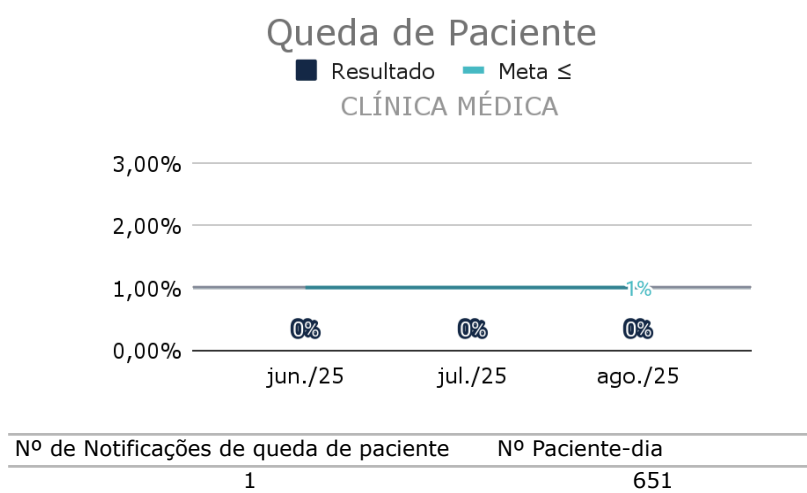


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
6	99

Análise crítica: A incidência de saída não planejada de SNE/GGT atingiu 6,06% dentro do grupo de pacientes em risco. Não diferentemente do histórico da unidade, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios pacientes que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento habituais e causavam confusão mental. Ações preventivas seguem sendo permanentemente realizadas, dentro do plano de ação configura-se o treinamento e orientações aos colaboradores e outros agentes do

cuidado reforçando a importância da troca de fixadores para estabilização das sondas, planejamento e implementação como plano global de rotina do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a prescrição de cuidados para a não saída de sonda nasoenteral, como exemplo confecção de luvas nas mãos de pacientes agitados e a vigilância pelo enfermeiro e equipe de situações que possam levar o paciente a alterações do nível de consciência como exemplo a uremia.

5.1.9 Incidência de Queda de paciente



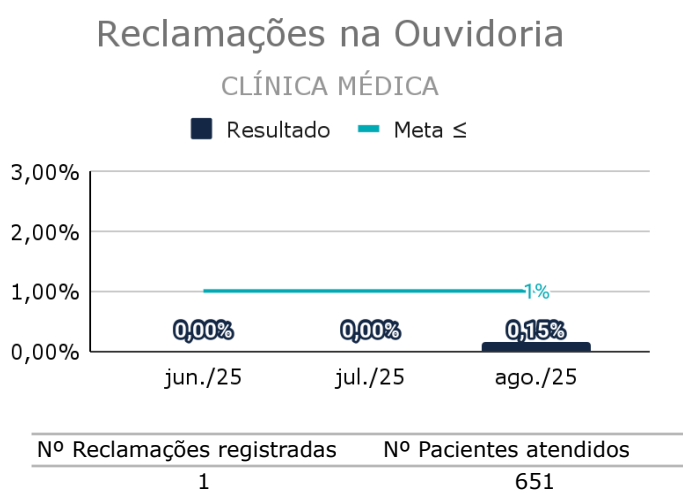
Análise crítica: No período avaliado houve um episódio de queda de paciente, envolvendo uma pessoa idosa que apresentou fraqueza durante a deambulação e escorregou. O paciente foi acolhido e avaliado, não sendo observado nenhum dano decorrente do evento. A equipe e os familiares do paciente foram orientados, sendo estimulada a presença de um acompanhante em tempo integral.

Seguem como planos de ação:

- 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse;
- 2) A elaboração de uma cartilha/folder informativo, a ser distribuído junto aos acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda;

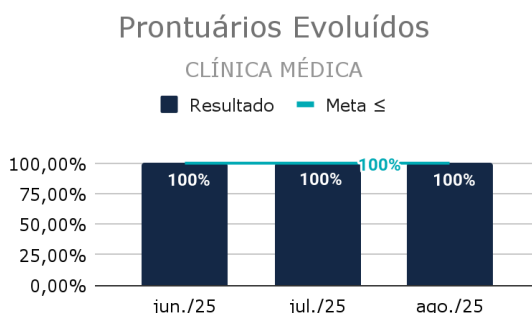
- 3) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de pulseiras de identificação especiais e exclusivas para pacientes com risco de queda;
- 4) A execução de ações educativas junto à equipe de Enfermagem do setor.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



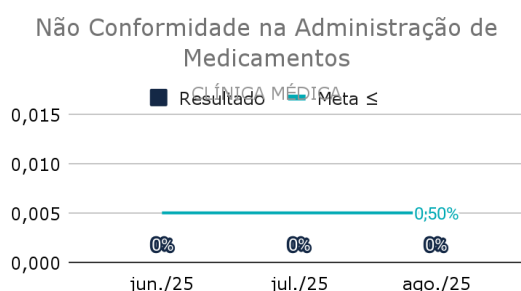
Análise crítica: No período analisado recebemos uma reclamação referente a clínica médica. A manifestação foi acolhida e analisada com base em informações relatadas pela família do paciente (filhas e esposa) e pela equipe multiprofissional. A resolução para o caso foi fornecida pela equipe de gestão (incluindo a diretoria do hospital), que colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos.

5.1.11 Prontuários Evoluídos



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

5.1.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

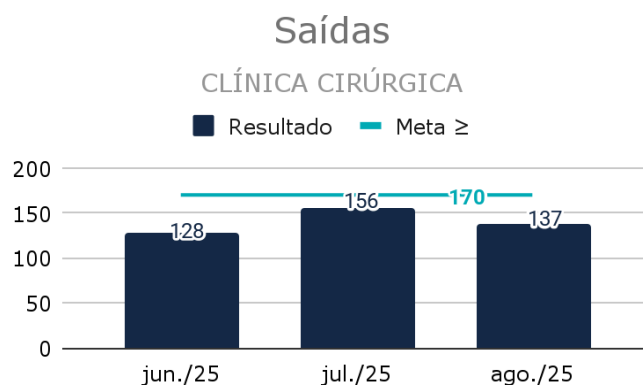


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	7184

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

5.2 Indicadores Enfermaria - Clínica Cirúrgica

5.2.1 Saídas



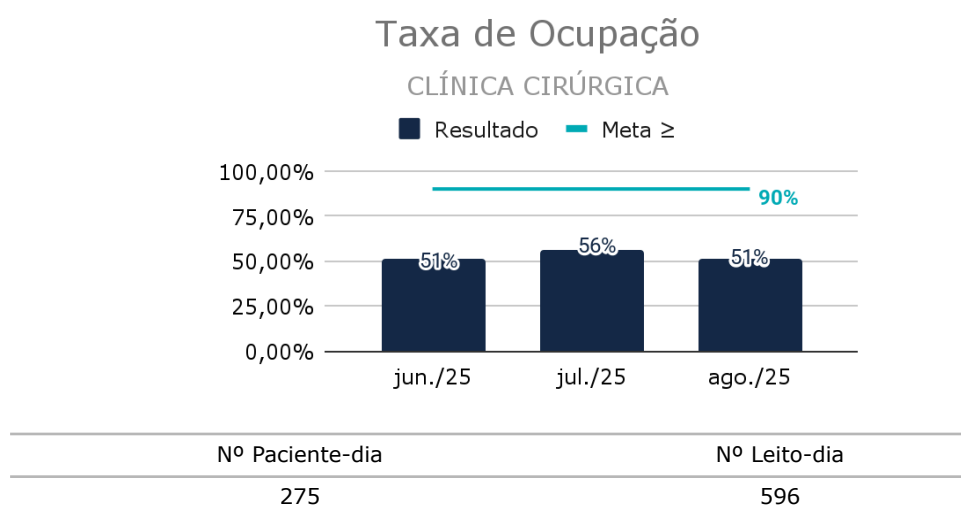
Saídas

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	121
Evasão	12
Transferência Interna	3
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
Total	137

Análise crítica: O número de saídas cirúrgicas alcançou um total de 137 casos, atendendo à meta contratual. Ressaltamos que este número compreende o total de saídas de pacientes internados para procedimentos eletivos (cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto os casos classificados como "oncológicos" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador) e aqueles atendidos em caráter de urgência ou emergência (os quais são admitidos via pronto socorro referenciado, aceitos com brevidade por equipes cirúrgicas permanentemente disponíveis, de acordo com a demanda e a complexidade requerida). Todas as vagas de internação cirúrgica solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro

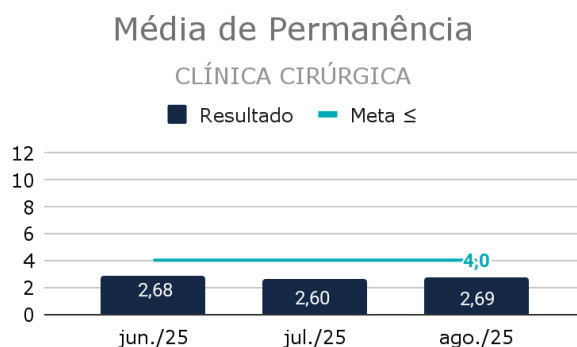
Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas. Faz-se necessário ainda citar que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com grande capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas pelos setores responsáveis.

5.2.2 Taxa de Ocupação



Análise crítica: No mês de referência a taxa de ocupação da clínica cirúrgica atingiu 51 % de sua capacidade total, dado que não diferiu significativamente dos períodos anteriormente avaliados. Assim como justificado no indicador "Saídas", o valor inferior à meta pactuada pode ser justificado pelo fato de que este número resulta da internação de pacientes admitidos via pronto socorro referenciado, no caso de casos considerados de urgência ou emergência, aceitos conforme a demanda e de acordo com critérios de gravidade; e eletivos, cujo agendamento, execução e acompanhamento - exceto aquelas cirurgias classificadas como "oncológicas" - não estão sob a governabilidade do CEJAM, o que reduz a capacidade de gestão deste indicador exclusivamente por essa organização. Todas as vagas solicitadas ambulatorialmente ou via Pronto Socorro Referenciado, CO, CC e UTI foram atendidas com brevidade. Observa-se ainda que a enfermaria de clínica cirúrgica segue com alta capacidade para ampliar o número de internações para realização de cirurgias eletivas, caso sejam essas agendadas.

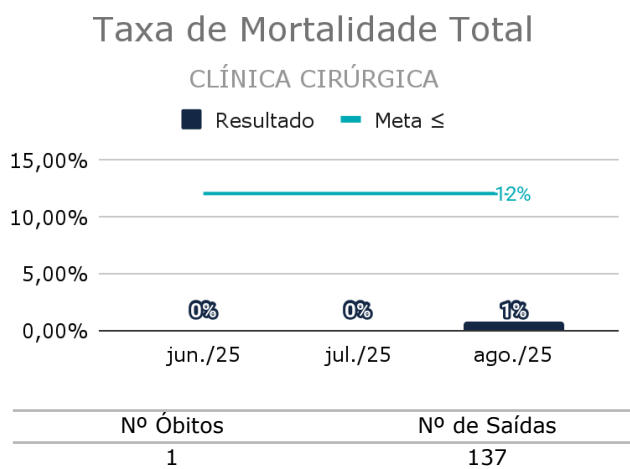
5.2.3 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
275	137

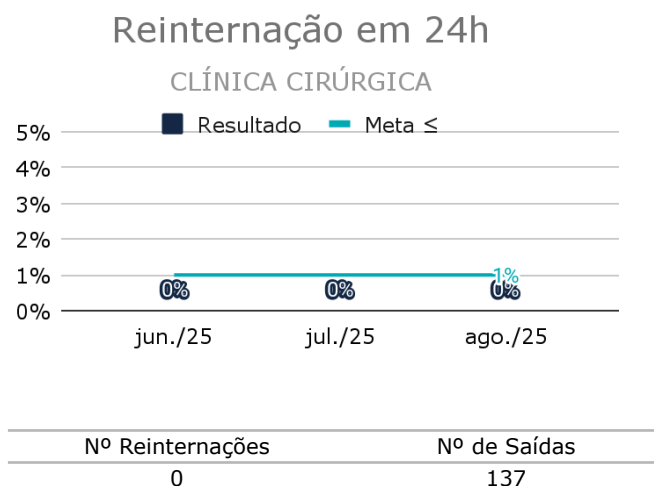
Análise crítica: A média de permanência foi de 2,69 dias, atingindo a meta contratual estabelecida e demonstrando o bom desempenho da equipe multiprofissional na execução de boas práticas clínicas e na garantia de rotatividade de leitos com segurança, tornando o recurso disponível ao uso público.

5.2.4 Taxa de Mortalidade



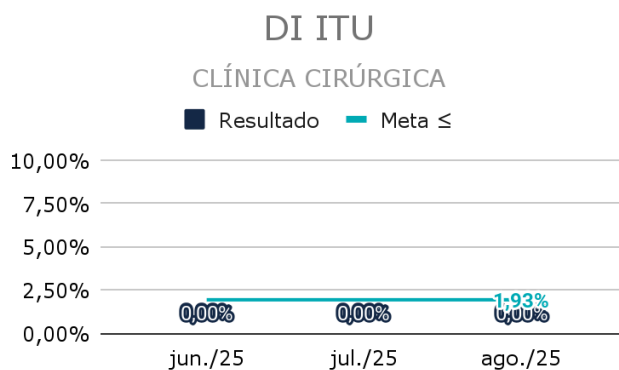
Análise crítica: No período analisado ocorreu um óbito na clínica cirúrgica sendo do sexo masculino, onde permaneceu por mais de 24h na internação.

5.2.5 Taxa de Reinternação



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

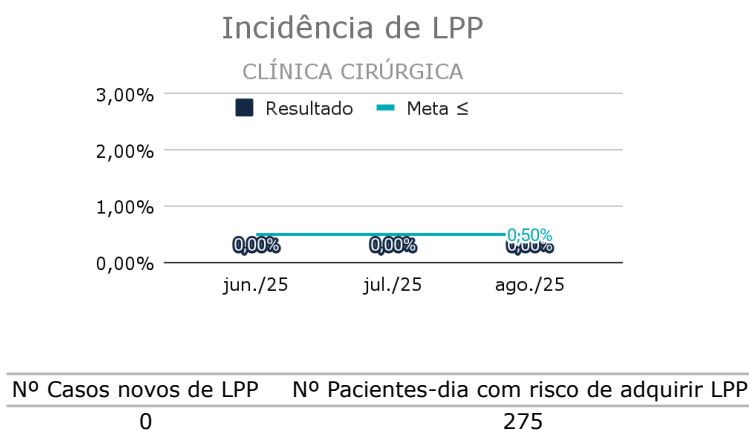
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	70

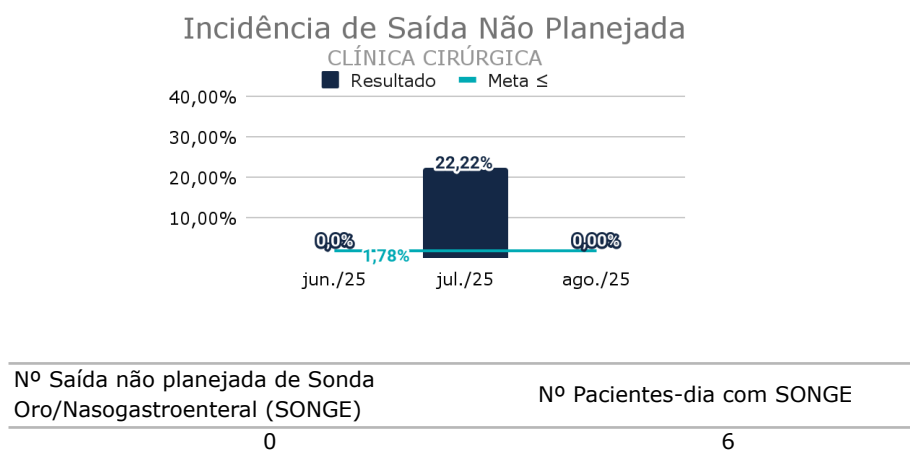
Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Cirúrgica pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de infecções do trato urinário associados a cateter vesical de demora ITU-AC de acordo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

5.2.7 Índice de Lesão por Pressão



Análise crítica: No período analisado não houve notificação de novos casos de lesões por pressão na clínica cirúrgica.

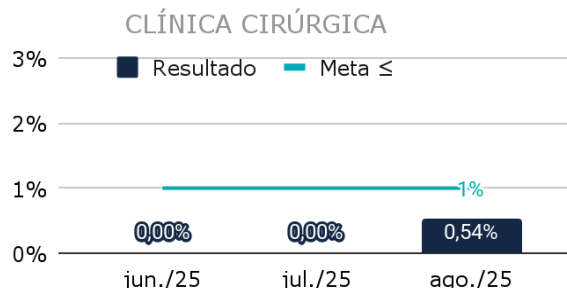
5.2.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



Análise crítica: No período analisado não houve notificação de saída não planejada de sonda oronasogastroenteral para aporte nutricional na clínica cirúrgica, alcançando a meta contratual estabelecida.

5.2.9 Incidência de Queda

Incidência de Queda de Paciente



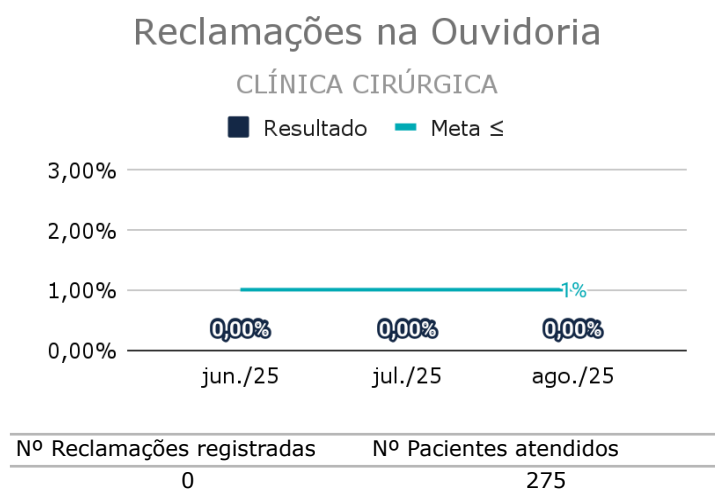
Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
2	275

Análise crítica: No período avaliado houve dois episódios de queda de pacientes, incidência dentro da meta pactuada. Ambos os casos correspondiam a pacientes sem distúrbios de mobilidade ou equilíbrio, mas que apresentaram fraqueza ao levantar-se, o que os levou ao evento. Apenas um deles estava acompanhado e, apesar de orientados, em nenhum dos casos a Enfermagem foi acionada durante a deambulação. Os pacientes foram acolhidos e avaliados, não sendo observado nenhum dano decorrente da queda após o evento.

Seguem como planos de ação:

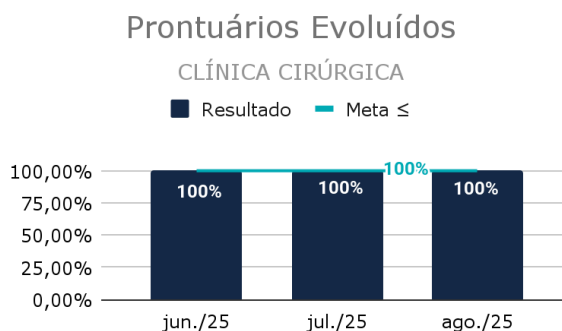
- 1) A adoção de práticas rotineiras de avaliação sistemática do risco de queda, pela escala de Morse;
- 2) A elaboração de uma cartilha/folder informativo, a ser distribuído junto aos acompanhantes de pacientes internados com risco moderado, elevado ou muito elevado de queda;
- 3) A padronização, junto aos serviços responsáveis da instituição, de pulseiras de identificação especiais e exclusivas para pacientes com risco de queda;
- 4) A execução de ações educativas junto à equipe de Enfermagem do setor.

5.2.10 Reclamações na Ouvidoria Interna



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

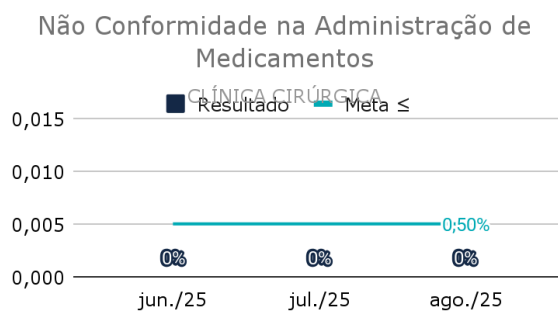
5.2.11 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o período avaliado, a evolução clínica de todos pacientes internados na enfermaria de Clínica Cirúrgica foi devidamente registrada em prontuário. Assim como nos meses anteriores, profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) registraram as evoluções por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas

anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico no serviço de arquivo médico da instituição.

5.2.12 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

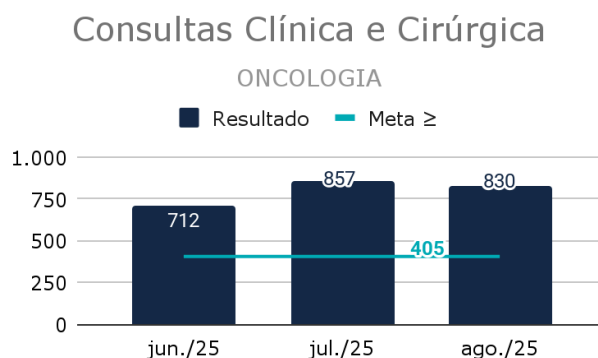


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	2860

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

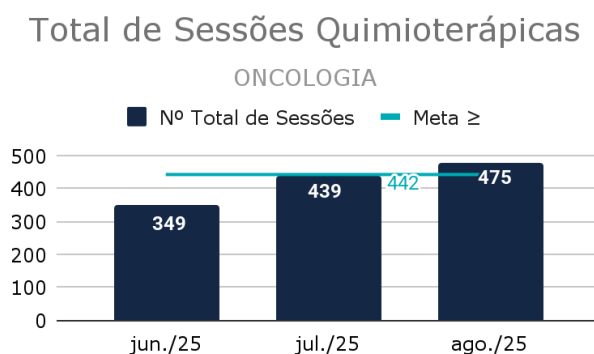
5.3 Indicadores Oncologia

5.3.1 Consultas de Oncologia Clínica e Cirúrgica



Análise crítica: No período analisado foram realizadas 830 consultas oncológicas, distribuídas da seguinte forma: 284 cirúrgicas e 546 clínicas, superando em 104 % a meta contratual.

5.3.2 Procedimentos Quimioterápicos

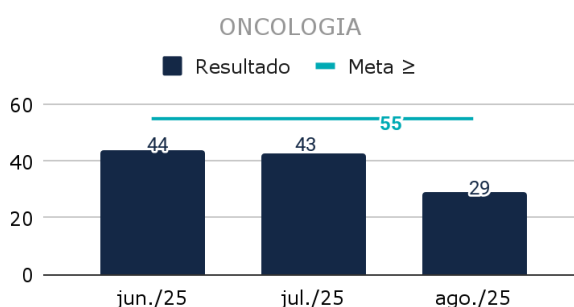


Análise crítica: No período avaliado foram realizados 475 procedimentos quimioterápicos, atingindo 107,46 % da meta contratual. Importante ressaltar que os procedimentos são realizados conforme a demanda e o estado clínico do paciente, observando-se o seguinte fluxo: no dia da quimioterapia, após a admissão do paciente, este é avaliado pelo Enfermeiro, em uma consulta de

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

5.3.3 Cirurgias Oncológicas Especializadas

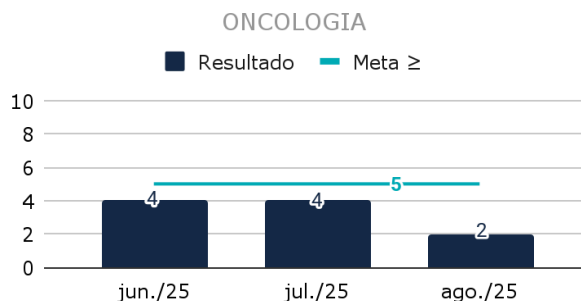
Cirurgias Oncológicas Especializadas



Análise crítica: No período avaliado foram realizados 29 procedimentos cirúrgicos oncológicos, atingindo 47,27 % em relação à meta contratual. Com vistas ao alcance desta, seguimos trabalhando ativamente na revisão dos casos de indicação das cirurgias oncológicas, com o objetivo de ajustar o fluxo e otimizar os recursos para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

5.3.4 Cirurgia Plástica

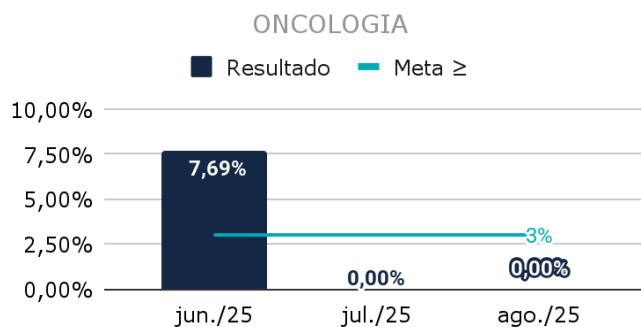
Cirurgia Plástica Mamária



Análise crítica: Neste período foram realizados 2 procedimentos de cirurgia plástica de mama, atingindo 40 % da meta contratual. Continuamos trabalhando ativamente na oferta dos casos de indicação das cirurgias plásticas e manutenção da equipe completa, com o objetivo de ajustar o fluxo para o alcance do esperado para este indicador.

5.3.5 Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

Suspensão Cirúrgica Oncológica

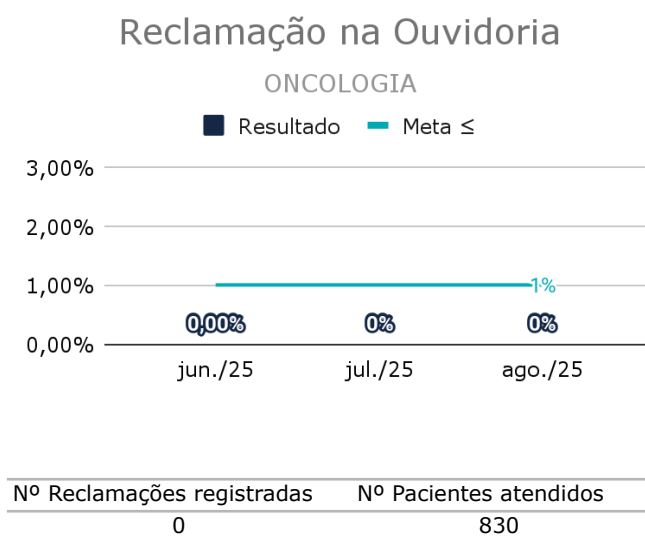


Taxa de Suspensão Cirúrgica Oncológica

Nº de cirurgias canceladas	Nº de cirurgias agendadas
0	29

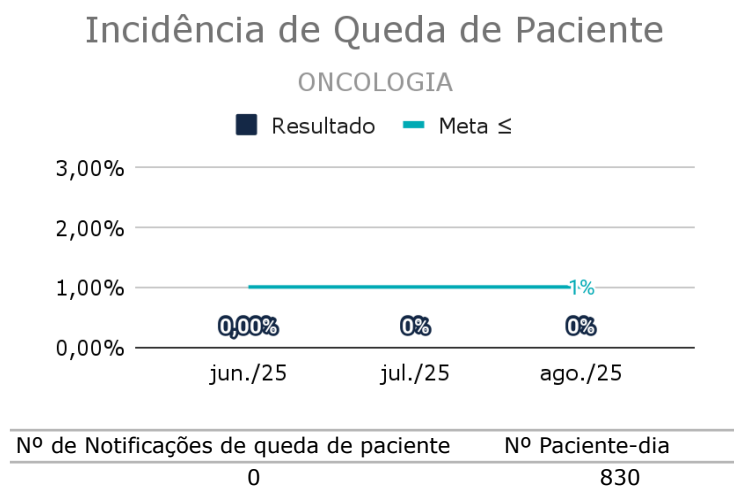
Análise crítica: Durante o período analisado não houve suspensão de procedimentos cirúrgicos.

5.3.6 Reclamações na Ouvidoria



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

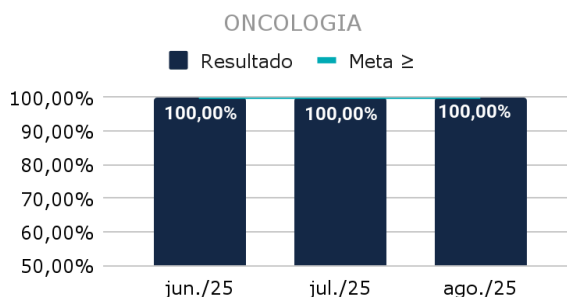
5.3.7 Incidência de Queda



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

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

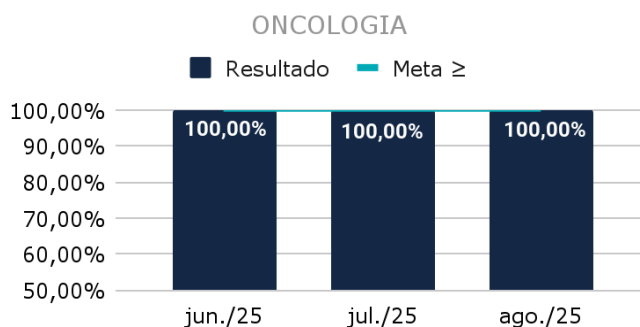
Preenchimento adequado da documentação



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

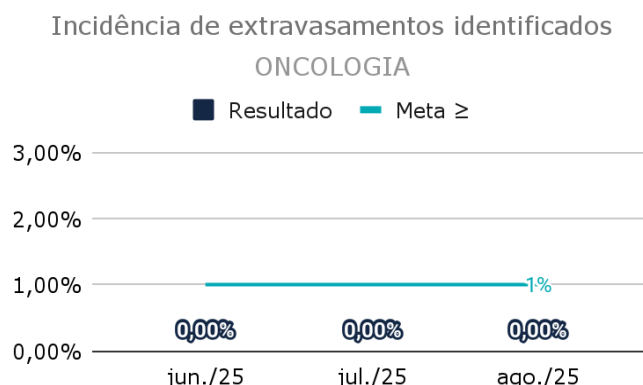
5.3.9 Início do tratamento dos pacientes oncológicos

Início Tratamento Oncológico



Análise Crítica: No período avaliado passaram pela primeira consulta em oncologia 49 pacientes via SIRESP/CROSS, atendimento no qual, além de definido o planejamento do cuidado para o usuário, seu tratamento é prontamente iniciado.

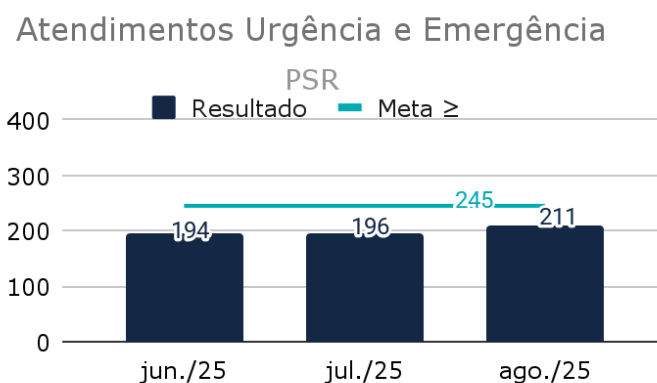
5.3.10 Incidência de extravasamentos identificados



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

5.4 Indicadores Pronto Socorro Referenciado

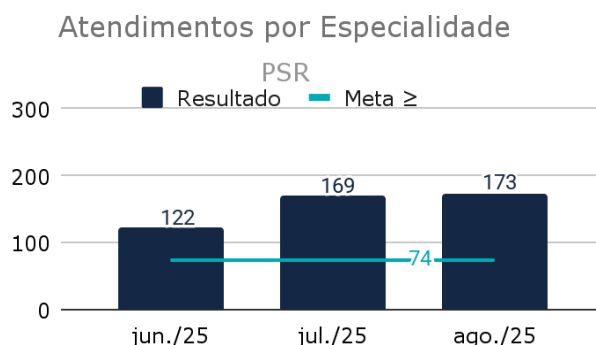
5.4.1 Atendimentos Urgência e Emergência



Análise crítica: No período avaliado houve 343 atendimentos no Pronto Socorro, sendo 211 classificados como urgência e emergência (vermelho e amarelo), pouco urgentes (verde). Salienta-se que o acesso ao pronto socorro e, posteriormente, aos demais serviços do HRA, é feito por meio de sistemas de referenciamentos pactuados junto à Rede de Urgências e Emergências regional, incluindo, dentre outros, o sistema CROSS/SIRESP, concessionárias rodoviárias, COBOM e o SAMU. Dentro de seus limites, todos os casos considerados de "linha

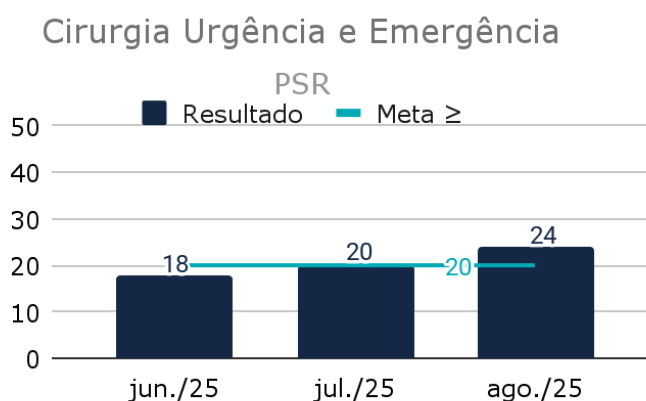
vermelha” ou que necessitaram de escalonamento de recursos até cuidados intensivos foram referenciados, acolhidos e tratados no Hospital Regional de Assis.

5.4.2 Atendimentos por Especialidade



Análise crítica: No mês de agosto foram realizados 173 atendimentos especializados, sendo: 88 pela equipe multiprofissional (cirurgia geral, neurocirurgia, urologia, cirurgia pediátrica, ortopedia e vascular) e 85 intercorrências oncológicas de pacientes da nossa UNACON, atendidas pelo médico emergencista de plantão.

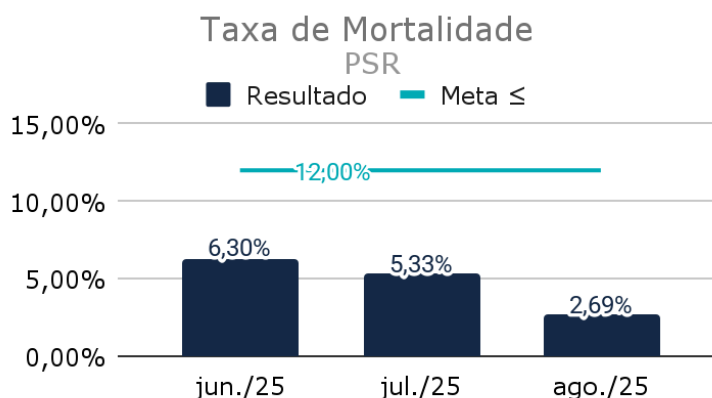
5.4.3 Cirurgia de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Referenciado



Análise crítica: No mês de agosto foram realizados 24 procedimentos cirúrgicos considerados de urgência ou emergência, admitidos por meio do pronto socorro

referenciado, sendo: 10 pela equipe de cirurgia geral, 3 pela neurocirurgia , 3 pela urologia, 5 pela cirurgia pediátrica e 3 pela ortopedia (uma delas com participação da cirurgia vascular).

5.4.4 Taxa de Mortalidade

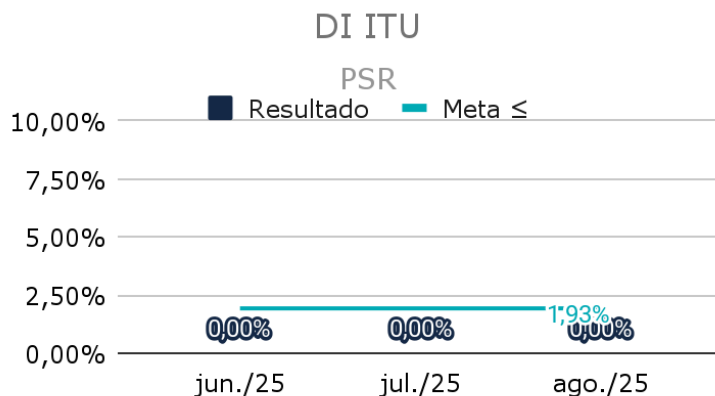


Mort Hosp

Nº Óbitos	Nº de Atendimentos
21	334

Análise crítica: No período analisado ocorreram 21 óbitos no Pronto Socorro Referenciado, sendo: 66 % do gênero masculino e 33% do gênero feminino , com idade mediana de 64 anos , ocorreram 12 óbitos em menos de 24 horas após a entrada, indicando que os pacientes já chegam em estado crítico e irreversível ou lesões muito severas e 9 óbitos em mais de 24 horas.

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



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	99

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

5.4.6 Índice de Lesão por Pressão

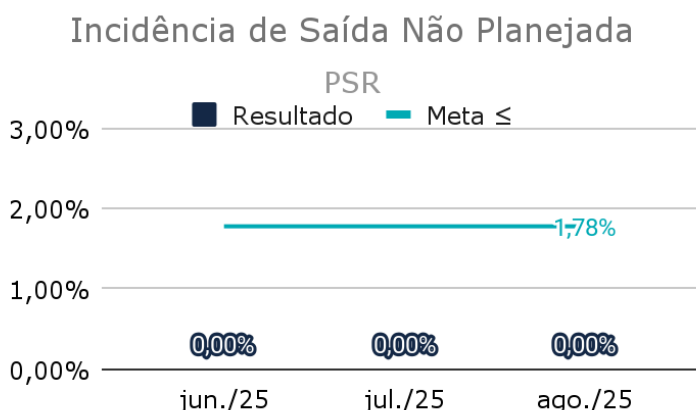


LPP

Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	69

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

5.4.7 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

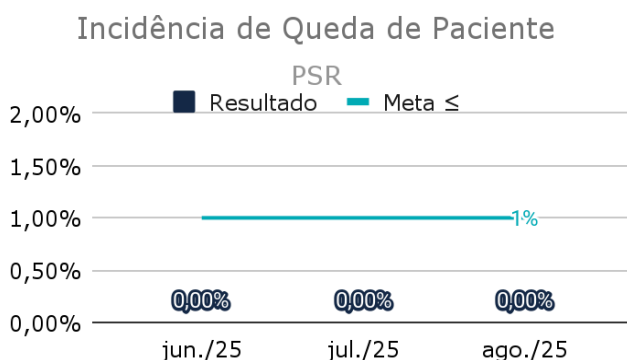


Incidência de saída não planejada

Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
2	17

Análise crítica: No período avaliado foram notificadas duas saídas não-planejadas de sonda oronasogastroenteral para aporte nutricional no Pronto Socorro Referenciado, observa-se que a maior parte dos incidentes resultou da retirada voluntária do dispositivo pelos próprios pacientes que, nas situações apresentadas, portavam condições clínicas que modificavam seus padrões de comportamento habituais e causavam confusão mental. Ações preventivas seguem sendo permanentemente realizadas, como: orientações aos colaboradores e outros agentes do cuidado sobre a prevenção do evento, reforço e troca frequente dos fixadores e, em casos excepcionais e estritamente sob prescrição médica, medidas de contenção química e mecânica.

5.4.8 Incidência de Queda

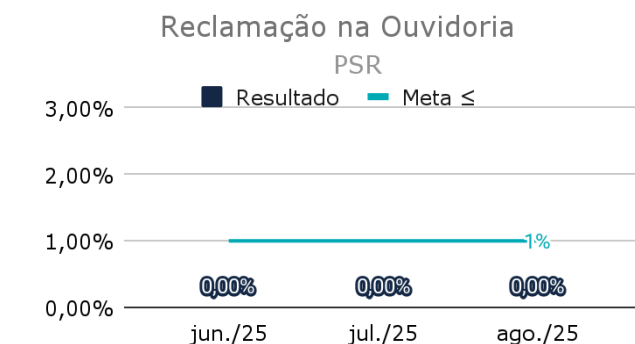


Incidência de queda

Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	207

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

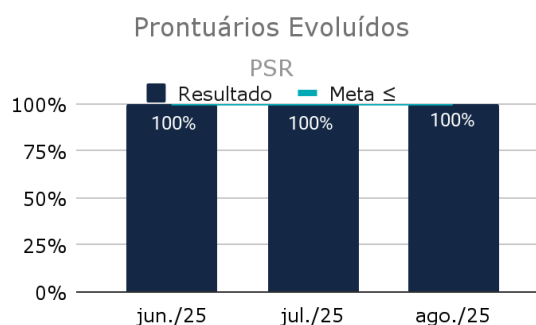
5.4.9 Reclamações na Ouvidoria Interna



Nº Reclamações registradas	Nº Pacientes atendidos
0	207

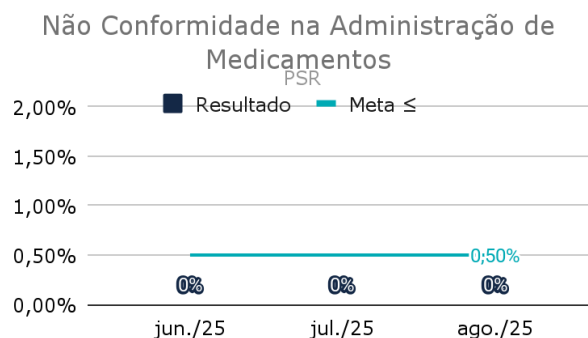
Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Pronto Socorro Referenciado.

5.4.10 Prontuários Evoluídos



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

5.4.11 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

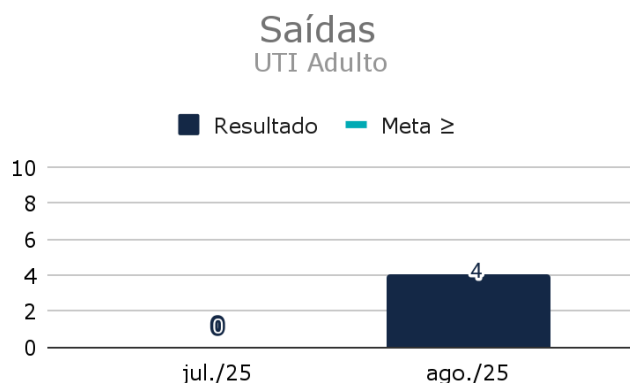


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	7184

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

5.5 Indicadores UTI Adulto 04 leitos

5.5.1 Saídas UTI Adulto 04 leitos

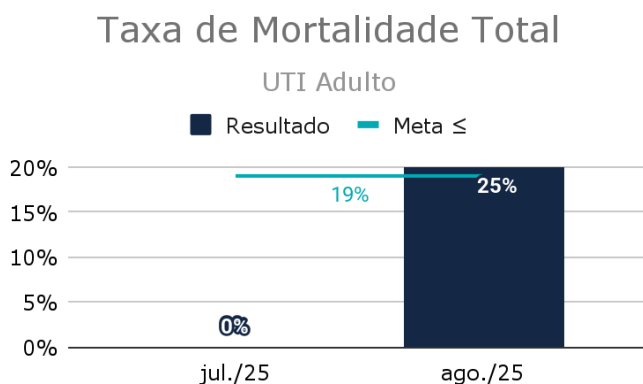


Saídas

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	0
Transferência Interna	3
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
Total	4

Análise crítica: Considerando que iniciamos nossas atividades nessa UTI Adulto no dia 20/08/2025 atendendo ao Termo Aditivo ao convênio 423/2025, totalizando apenas 10 dias do mês para o indicador, não atingimos a meta contratual.

5.5.2 Taxa de Mortalidade

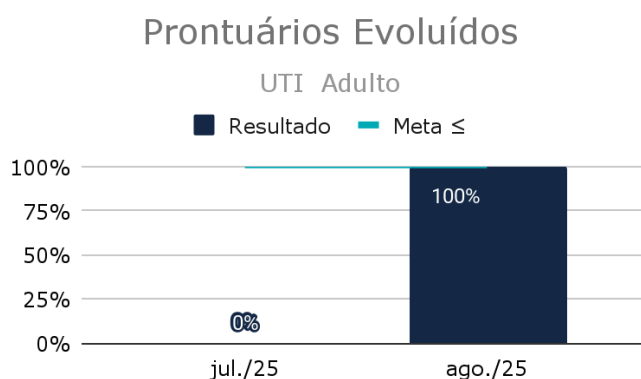


Mort Hosp

Nº Óbitos	Nº de Saídas
1	4

Análise crítica: No período analisado ocorreu um óbito na UTI-B, sendo do sexo masculino, inevitável, cuja internação passava das 24h.

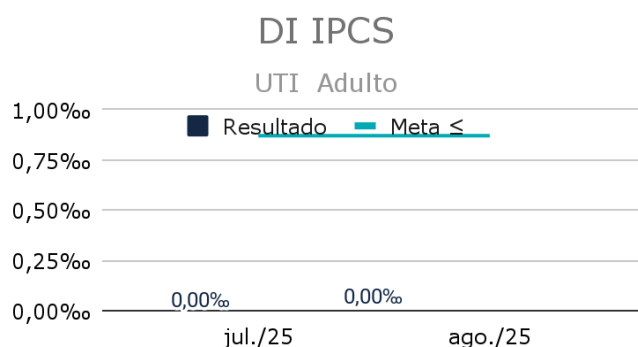
5.5.3 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Durante o mês de referência, a totalidade dos prontuários de pacientes internados na UTI-B continham devidamente evoluções multiprofissionais diárias, conforme os atendimentos realizados. Profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e

outros) registraram as evoluções manualmente ou por meio eletrônico (sistema S4SP), enquanto profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem) realizaram suas anotações manualmente, em impressos padronizados armazenados em prontuário físico.

5.5.4 Densidade de Incidência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao acesso Vascular central



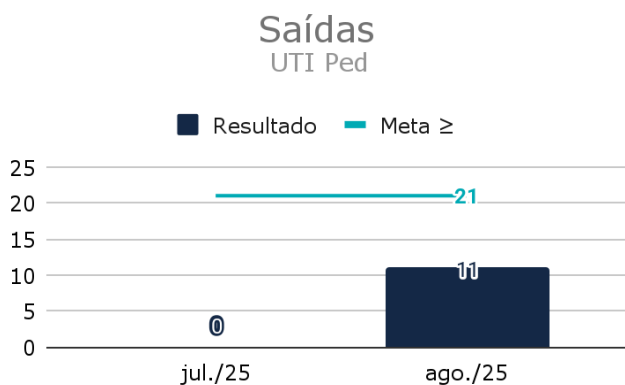
IPCS

Nº Casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS)	Nº Cateteres-dia (dias de uso de CVC)
0	16

Análise crítica: Até o fechamento deste relatório não recebemos os dados consolidados da Clínica Cirúrgica pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que evidenciem a ocorrência de Infecção Primária da corrente sanguínea (IPCS) de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (a presença de sinais e sintomas de infecção, confirmados por hemocultura positiva, e a relação com o uso prolongado do dispositivo -geralmente, o dispositivo esteve em uso por no mínimo dois dias consecutivos no período da infecção).

5.6 Indicadores UTI Ped/UTIN

5.6.1 Saídas UTI Pediátrica

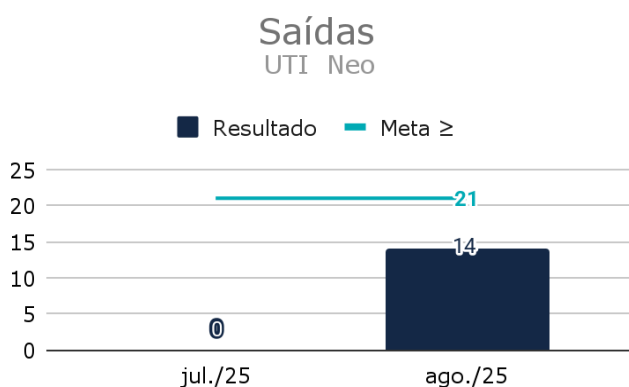


Saídas - UTI Ped

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	8
Evasão	0
Transferência Externa	2
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	0
Total	11

Análise crítica: Considerando que iniciamos nossas atividades nessa UTI Pediátrica no dia 04/08/2025 e que no período de 04/08/2025 a 09/08/2025 os 6 leitos de clínica pediátrica estavam desativados, não atingimos a meta contratual.

5.6.2 Saídas UTI Neo

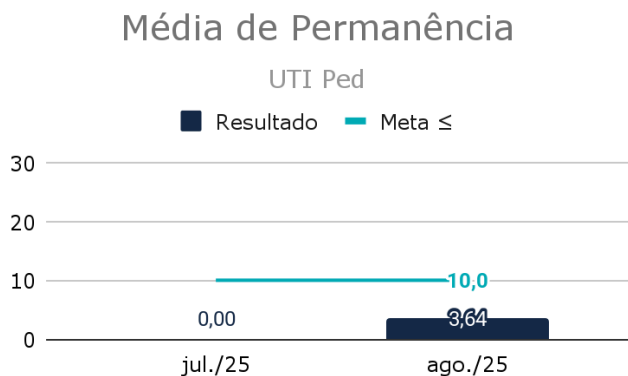


Saídas - UTI Neo

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	13
Evasão	0
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
Total	14

Análise crítica: Considerando que iniciamos nossas atividades nessa UTI Neonatal no dia 04/08/2025 , a complexidade dos casos de internação, e a não existência de leitos clínicos pediátricos (iniciado no dia 09/08/2025) para transferência interna dos pacientes com critérios clínicos de alta para a UTI Pediátrica, não atingimos a meta contratual.

5.6.3 Média de Permanência - UTI Pediátrica

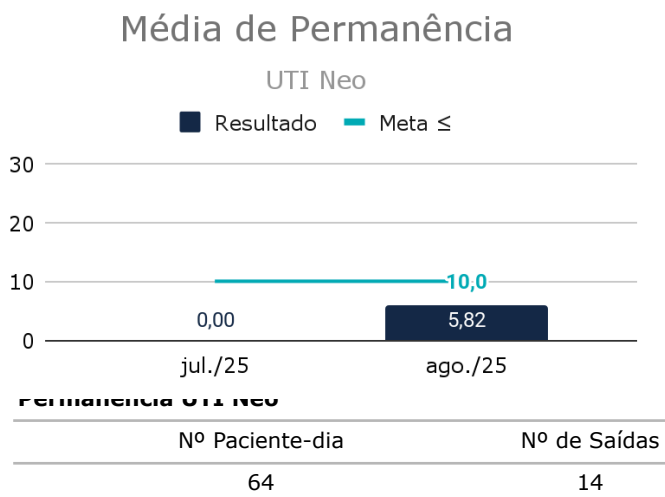


Permanência - UTI Ped

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
40	11

Análise crítica: A média de permanência na UTI Pediátrica foi de 3,64 dias, resultado dentro da meta contratual estabelecida, o que evidencia o compromisso da equipe em garantir, dentro dos limites impostos pela desospitalização segura, elevada rotatividade de leitos. Ressaltando que , de acordo com o Termo Aditivo ao convênio 423/2025, nossa equipe é composta por servidores estaduais e colaboradores CEJAM, ou seja, que compreende a atuação integrada.

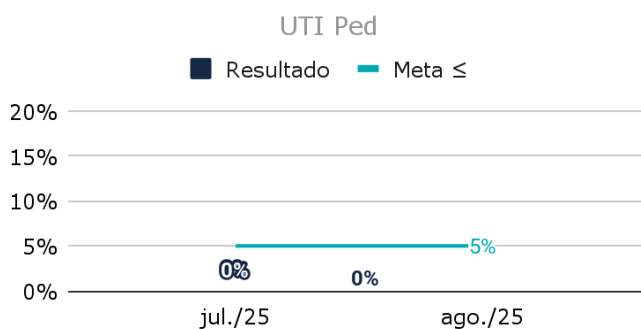
5.6.4 Média de Permanência - UTI NEO



Análise crítica: A média de permanência na UTI Neonatal foi de 5,82 dias, resultado dentro da meta contratual estabelecida, o que evidencia o compromisso da equipe em garantir, dentro dos limites impostos pela desospitalização segura, elevada rotatividade de leitos. Ressaltando que , de acordo com o Termo Aditivo ao convênio 423/2025, nossa equipe é composta por servidores estaduais e colaboradores CEJAM, ou seja, que compreende a atuação integrada.

5.6.5 Mortalidade - UTI Pediátrica

Taxa de Mortalidade Total



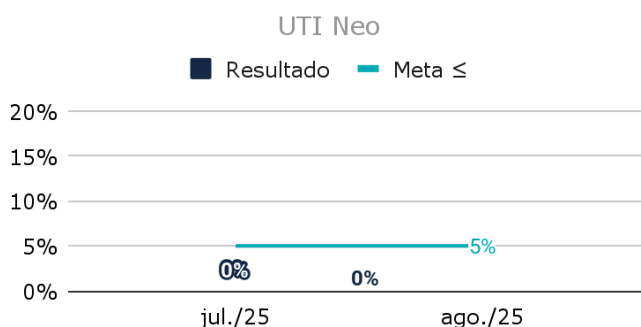
Mort Hosp - UTI Ped

Nº Óbitos	Nº de Saídas
1	11

Análise crítica: No período analisado ocorreu um óbito na UTI Pediátrica sendo considerado pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida), do sexo masculino.

5.6.6 Mortalidade - UTI Neo

Taxa de Mortalidade Total



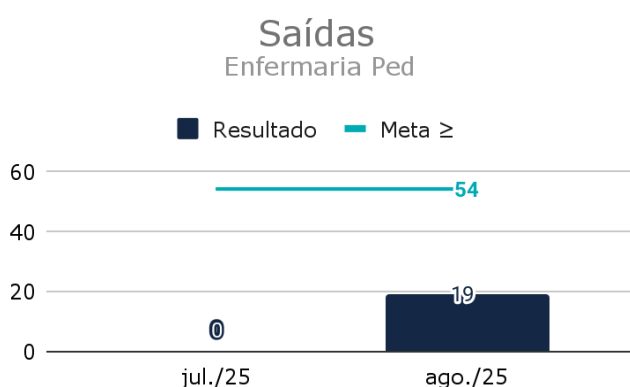
Mort Hosp - UTI Neo

Nº Óbitos	Nº de Saídas
1	14

Análise crítica: No período analisado ocorreu um óbito na UTI Neonatal sendo considerado neonatal-precoce (entre 0 e 6 dias de vida), do sexo masculino.

5.7 Indicadores Enfermaria Pediátrica

5.7.1 Saídas

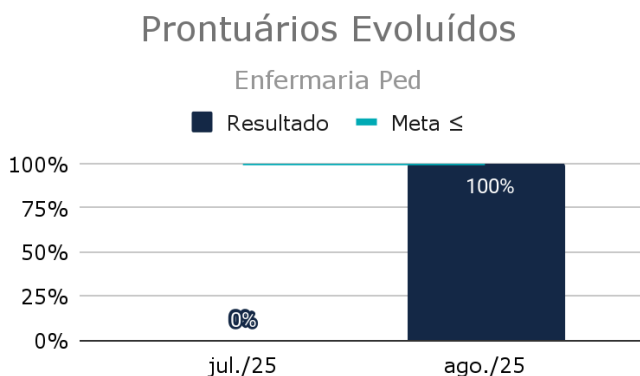


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	17
Evasão	0
Transferência Externa	0
Transferência Interna	2
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	19

Análise crítica: No período analisado aconteceram 19 saídas, sendo classificadas como 17 altas e 2 transferências internas que correspondem a UTI Pediátrica.

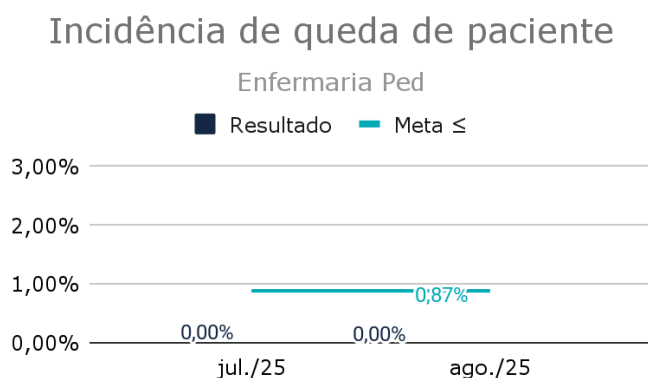
Cabe ressaltar que a reativação da clínica pediátrica aconteceu em 09 de agosto por meio do termo aditivo ao convênio 423/2025, neste momento para atender as demandas de transferências internas (Núcleo materno-infantil).

5.7.2 Prontuários Evoluídos



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

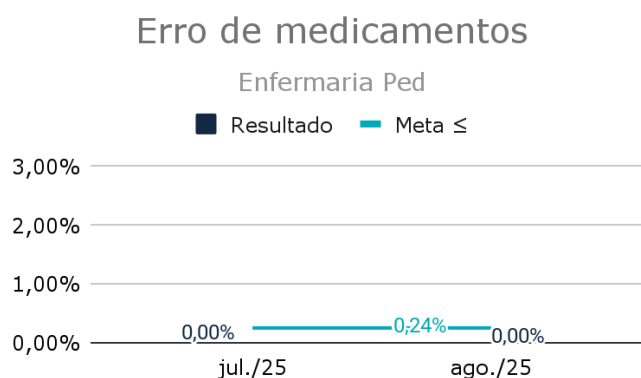
5.7.3 Queda de Paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	44

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

5.7.4 Incidência de Erro de Medicação

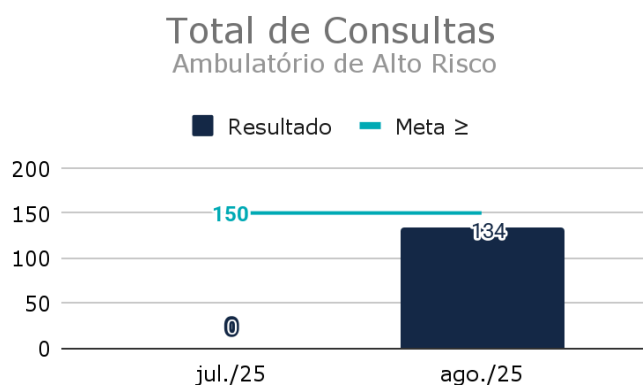


Nº de Inconformidades	Nº Medicamentos Administrados
0	184

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

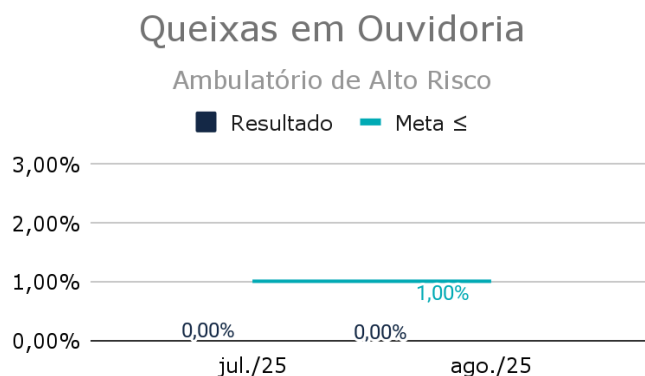
5.8 Indicadores Ambulatório de Alto Risco

5.8.1 Consultas de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco



Análise crítica: No período analisado foram realizados 134 atendimentos no Ambulatório de Alto Risco, atingindo 89% da meta contratual.

5.8.2 Queixas em Ouvidoria



Nº Reclamações registradas

0

Nº Pacientes atendidos

134

Análise crítica: Neste período não houve registro de manifestação de reclamações relacionadas ao atendimento prestado no Ambulatório de Alto Risco.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

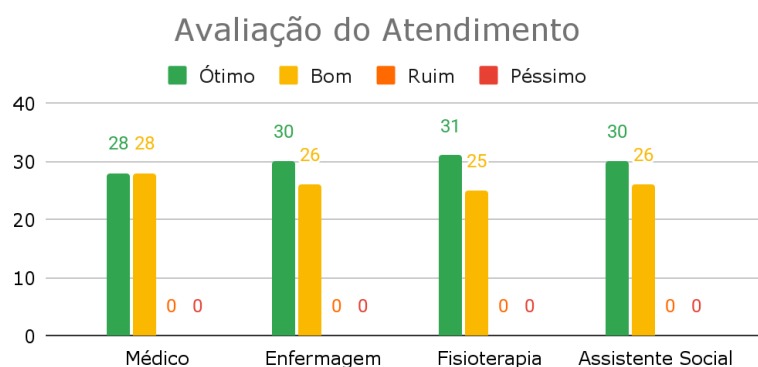
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como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

A Pesquisa de satisfação das áreas acrescentadas por termo aditivo serão inserida no próximo mês.

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **196 pesquisas respondidas**, sendo **32 preenchidos no Pronto Socorro Referenciado**, **56 preenchidos na Clínica médica**, **37 preenchidos na Clínica Cirúrgica**, e **71 na UNACON**. Esclarecemos que, neste momento no qual a prática está sendo reestruturada, tal pesquisa é amostral e, como tal, não tem por objetivo atingir a totalidade de atendimentos. Todavia, não se espera que haja prejuízos ou vieses na interpretação de seus resultados, demonstrado nos indicadores a seguir.

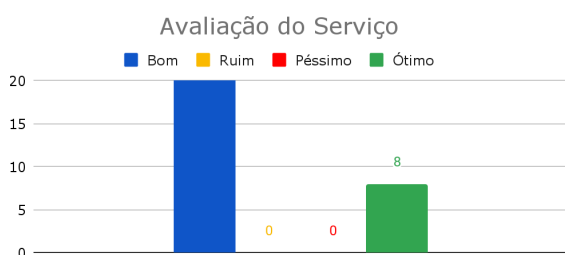
6.1.1 Avaliação do Atendimento - Clínica Cirúrgica



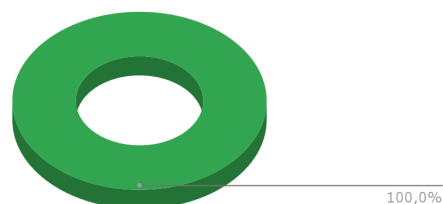
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de **100%** (resultado "ótimo" ou "bom"), dado que evidencia uma percepção positiva ao atendimento.

6.1.2 Avaliação do Serviço - Clínica Cirúrgica

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

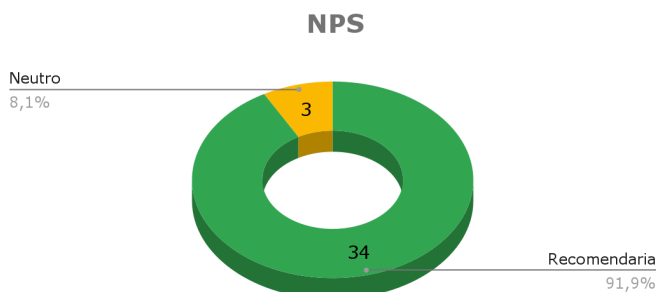


% Satisfação - Serviço



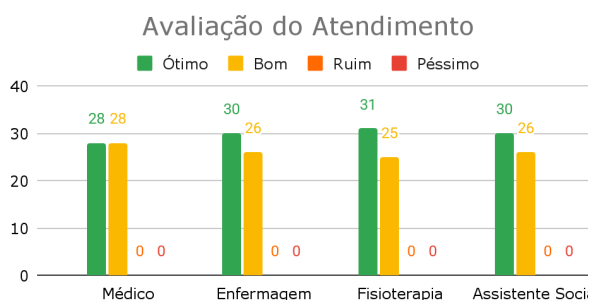
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **91,9%** dos usuários responderam positivamente.

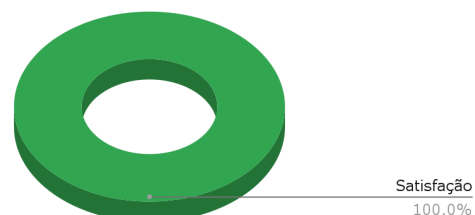


6.1.4 Avaliação do Atendimento - Clínica Médica

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

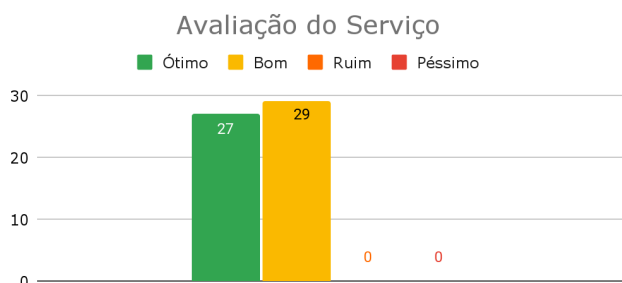


% Satisfação - Atendimento

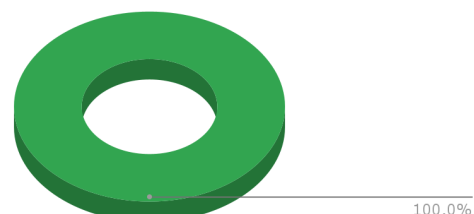


6.1.5 Avaliação do Serviço - Clínica Médica

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

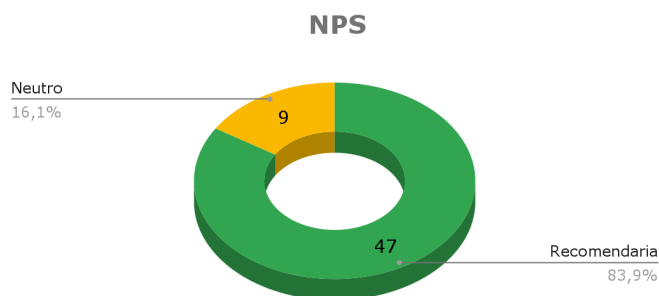


% Satisfação - Serviço



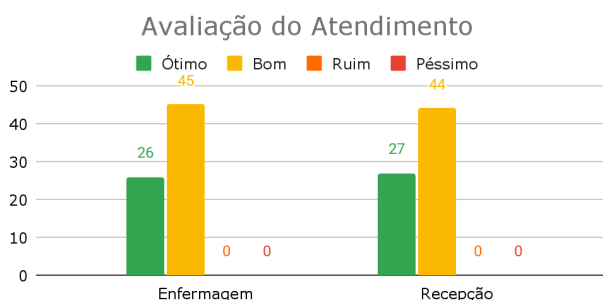
6.1.6 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **83,9%** dos usuários responderam positivamente.

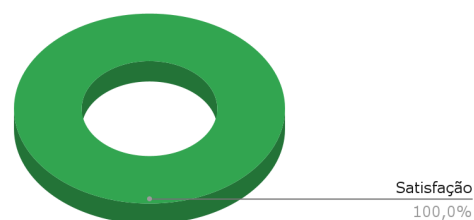


6.1.7 Avaliação do Atendimento - Oncologia

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

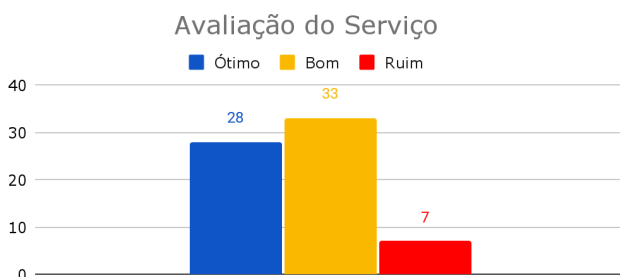


% Satisfação - Atendimento



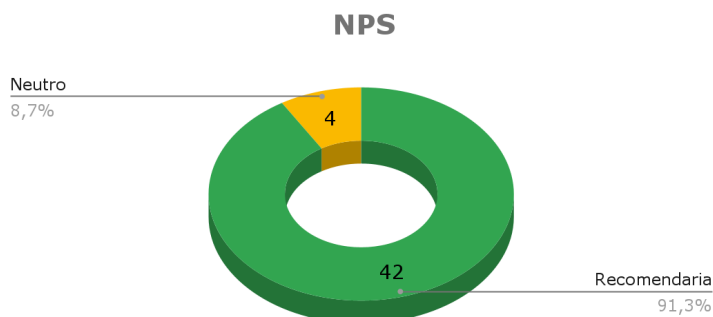
6.1.8 Avaliação do Serviço - Oncologia

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



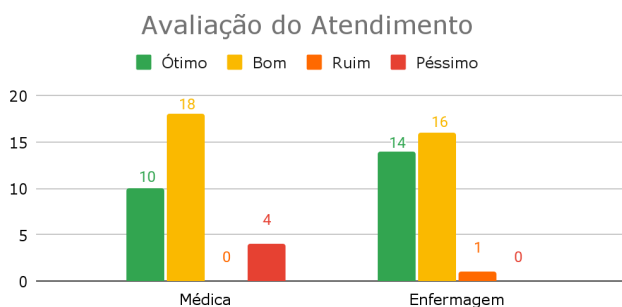
6.1.9 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **91,3%** dos usuários responderam positivamente.

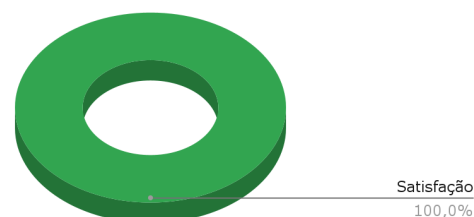


6.1.10 Avaliação do Atendimento - PSR

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

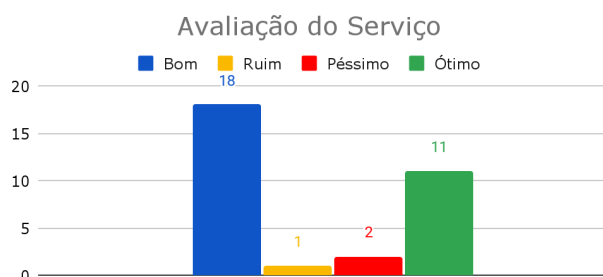


% Satisfação - Atendimento

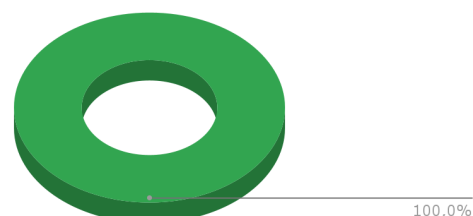


6.1.11 Avaliação do Serviço - PSR

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

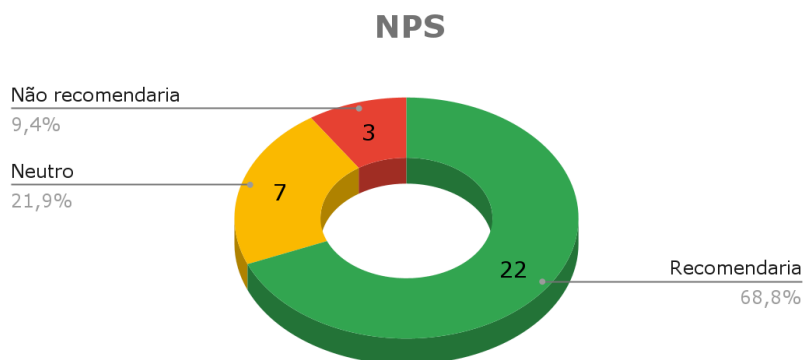


% Satisfação - Serviço



6.1.12 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade de um usuário em recomendar o serviço. No período avaliado, **68,8%** dos usuários responderam positivamente.



7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

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

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



Foi realizada a primeira 'Discussão de um caso clínico' pela Educa Onco - projeto para capacitação dos colaboradores ministrado pela nossa oncologia .Segue imagem que demonstra essa ação :





Integração dos novos colaboradores entre os dias 04,05,06,07,08 de agosto, segue imagens que demonstram essa ação :





Participação na Oficina de Planejamento em Saúde, ministrada na FEMA- Fundação Educacional do Município de Assis, segue imagens que demonstram essa ação :





Assis, 10 de setembro de 2025.



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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Regional