Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Regional Sul

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

Convênio n.º002261/2025

Setembro

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

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL 5
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM 5
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 002261/2025 7
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES 7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 7
4. FORÇA DE TRABALHO 8
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT 8
4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos e Pronto Socorro- 42 leitos 8
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas 10
4.2.1 Absenteísmo 10
4.2.2 Turnover 11
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) 12
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS 13
5.1 Indicadores Quantitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI) 13
5.1.1 Saídas 13
5.1.2 Paciente Dia 14
5.2 Indicadores Qualitativos - Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 20 leitos (UTI) 15
5.2.1 Taxa de Ocupação 15
5.2.2 Média de Permanência 15
5.2.3 Taxa de Mortalidade 16
5.2.4 Taxa de Reinternação 18
5.2.5 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM) 18
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central 19
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical 20
5.2.8 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal 21
5.2.9 Incidência de perda de CVC 22
5.2.10 Incidência de Flebite 23
5.2.11 Incidência de Queda 23
5.2.12 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral 24
5.2.13 Índice de Lesão por Pressão 25
5.2.14 Adesão a protocolos institucionais 26
5.2.15 Prontuários Evoluídos 27
5.2.16 Reclamações na Ouvidoria Interna 27
5.3 Indicadores - Quantitativos - Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 02 leitos de emergência e 02 leitos de observação 28
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco 28
5.3.2 Nº atendimento médico 29
5.4 Indicadores - Qualitativos Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA) 30
5.4.1 Garantir atendimento ininterrupto 30
5.4.2 Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO 31
5.4.3 Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO 31
5.4.4 Tempo estimado entre a abertura da ficha e conclusão da classificação de risco 31
5.4.5 Média de Permanência - Tempo máximo de permanência no PS – Leitos de Observação sem justificativa 32
5.4.6 Adesão aos Protocolos Clínicos 32
5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados 33
5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral 34

5.4.9 Taxa de extubação acidental 34
5.4.10 Queda de Paciente 35
5.4.11 Incidência de Flebite 35
5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos 36
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria 36
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro) 37
5.5.1 Número de atendimentos 37
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência 37
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro) 38
5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS) 38
5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas) 38
5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos 39
5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica 39
5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia 40
5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência 41
5.6.7 Adesão a Protocolos Institucionais 41
5.6.8 Queixa Ouvidoria 42
5.7 Indicadores Quantitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf) 42
5.7.1 Paciente dia 42
5.7.2 Saídas 43
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf) 44
5.8.1 Média de Permanência (dias) 44
5.8.2 Prontuários evoluídos 45
5.8.3 Incidência de queda de paciente 45
5.8.4 Incidência de erro de medicação 46
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral 47
5.8.6 Incidência de Flebite 48
5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central 48
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais 49
5.8.9 Reclamações na ouvidoria 50
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 51
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário 51
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI 51
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI 52
6.1.3 Net Promoter Score (NPS) - UTI 52
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO. 53

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 30 de Setembro de 2026**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista no plano de trabalho são 267 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT), atualmente, 264 colaboradores efetivos e 129 contratados no regime PJ, dos quais 103 médicos e 26 fisioterapeutas.

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

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

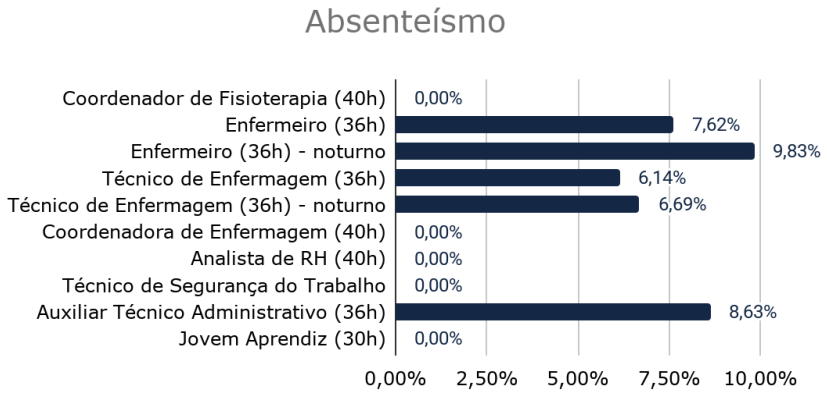
Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	Coordenador de Fisioterapia (40h)	1	1	☑
	Enfermeiro (36h)	32	30	↓
	Enfermeiro (36h) - noturno	32	31	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	91	93	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	91	89	↓
	Coordenadora de Enfermagem (40h)	2	2	☑
Administrativo	Analista de RH (40h)	1	1	☑
	Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	☑
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	16	16	☑
	Jovem Aprendiz (30h)	0	0	☑
Total		**267**	**264**	↓

Análise Crítica: Em setembro, a cobertura do quadro de colaboradores atingiu 98,87% do previsto no plano de trabalho, registrando 264 profissionais efetivos frente ao total de 267 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 (36h) do período noturno, que apresentou 89 profissionais efetivos para uma meta de 91 planejados. Em contrapartida, a categoria de Técnico de Enfermagem (36h) diurno ultrapassou o planejado, contando com 93 profissionais frente aos 91 previstos. Para mitigar a defasagem na cobertura noturna, está sendo realizado o remanejamento de profissionais do período diurno para o noturno.

A manutenção do déficit observado é reflexo da expressiva movimentação de desligamentos registrada no mês. Ocorreram 03 dispensas por término do período de experiência, referentes aos enfermeiros C.P.S. e J.M.G.S. e à técnica de enfermagem M.G.S.D. (plantão diurno B), além do processo de rescisão indireta em andamento da técnica de enfermagem S.M.R.N. Registraram-se ainda 07 pedidos de demissão, sendo 02 técnicos de enfermagem do período diurno (F.P.N.C. e J.T.O.), 02 técnicos de enfermagem do período noturno (M.M.A.R. e E.L.S.) e 03 enfermeiros do plantão noturno (M.V.P., S.M.A.P. e U.A.M.). Somado aos desligamentos, o quadro conta atualmente com 07 licenças ativas, das quais 05 referem-se a licenças-maternidade: J.F.S. e M.V.O.S. (Auxiliares Técnicos Administrativos - Diurno A), A.G.N. (Técnica de Enfermagem - Diurno B), L.N.O.L. e C.D.F. (Técnicas de Enfermagem - Diurno A). As outras 02 são licenças de saúde: A.J.V.F.M. (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A) e D.S.R. (Técnica de Enfermagem - Noturno B). Essa concentração da defasagem no cargo de Técnico de Enfermagem noturno resulta da combinação do volume de saídas, do cumprimento dos afastamentos legais e do tempo necessário para atração, seleção e integração de novos profissionais. 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 normalização gradual do quadro nos próximos ciclos e o pleno cumprimento do dimensionamento contratual.

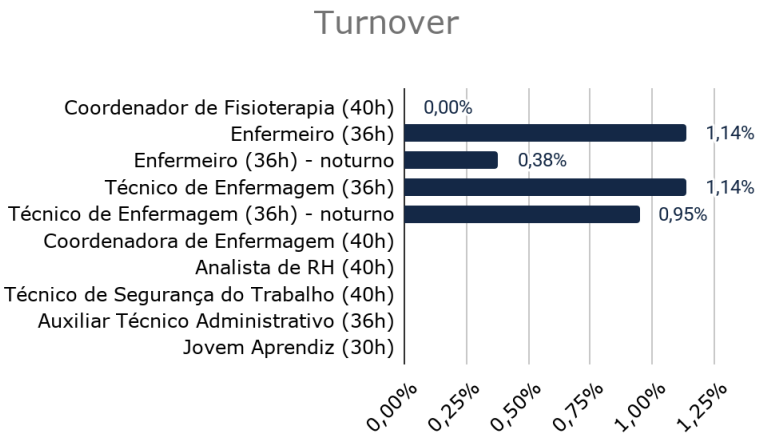
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo



Análise Crítica: No período analisado, o quadro de 264 colaboradores efetivos (CLT) registrou um total de 385 dias de ausência. A expressiva maioria das ocorrências — 347 dias (90,13%) — foi devidamente abonada mediante a apresentação de atestados médicos. Quanto ao volume remanescente, 22 dias (5,71%) referem-se a ausências que antecederam pedidos formais de demissão, e 16 dias (4,16%) correspondem a faltas injustificadas, para as quais foram aplicadas as sanções administrativas cabíveis. Apesar do volume de afastamentos, a assistência prestada aos pacientes não sofreu impactos adversos. Para resguardar a qualidade e a segurança do atendimento, a coordenação atuou preventivamente com o remanejamento estratégico da equipe, preservando a estabilidade operacional dos setores e mantendo a continuidade do cuidado.

4.2.2 Turnover



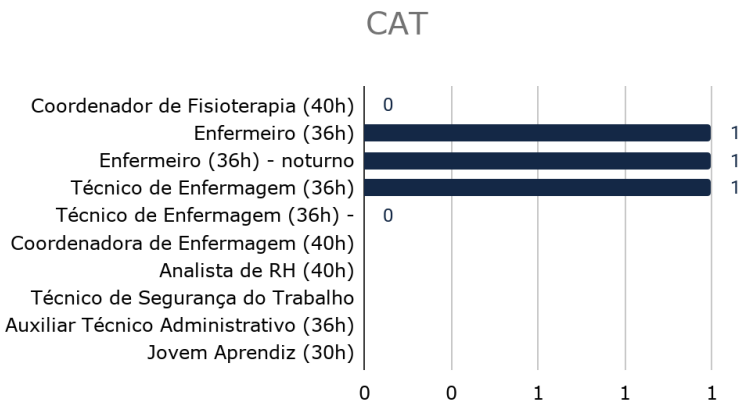
Análise Crítica: Durante o mês de setembro, a taxa de ocupação do quadro de colaboradores efetivos atingiu 96,70% em relação ao dimensionamento pactuado no Plano de Trabalho, registrando 264 profissionais efetivos frente ao total de 273 planejados. Visando ao suprimento das demandas operacionais e à recomposição da equipe, foram consolidadas 08 novas admissões no período: 03 Enfermeiros (destinados ao plantão diurno) e 05 Técnicos de Enfermagem (distribuídos em 03 para o período diurno e 02 para o noturno).

Em contrapartida, a dinâmica de movimentação de pessoal registrou 10 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: 07 pedidos de demissão, envolvendo os técnicos de enfermagem diurnos F.P.N.C. e J.T.O., os técnicos de enfermagem noturnos M.M.A.R. e E.L.S., o enfermeiro noturno M.V.P., e os enfermeiros noturnos S.M.A.P. e U.A.M.; e 03 términos de contrato de experiência, referentes aos enfermeiros C.P.S. e J.M.G.S. e à técnica de enfermagem M.G.S.D. (plantão diurno B).

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.N.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: A.J.V.F.M. (Auxiliar Técnico Administrativo - Diurno A) e D.S.R. (Técnica de Enfermagem - Noturno B).

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: No mês de setembro de 2026, foram registradas 04 ocorrências com abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), envolvendo 02 Enfermeiros, 01 técnico de enfermagem e 01 Administrativo.

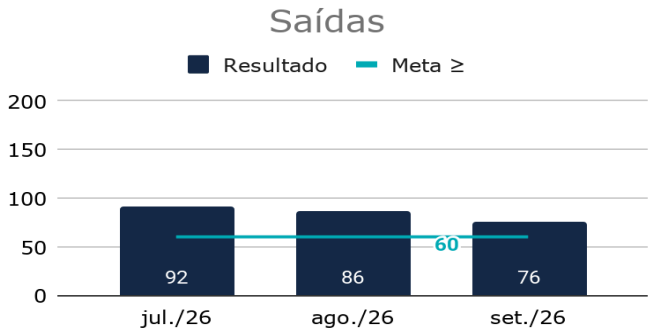
O acidente ocorreu em 14/09/2026, durante o atendimento estava saindo da emergência e quando abriu a porta da emergência que ela fechou pegou no tendão de aquiles do pé direito. Após a ocorrência, a colaboradora foi devidamente avaliada e recebeu as orientações pertinentes, sendo indicado afastamento das atividades por 04 dias. Após o período de afastamento, retornou às suas atividades laborais. O segundo caso ocorreu em 21/09/2026 acidente de trajeto onde a colaboradora caiu na escada do metrô estava a caminho do hospital. Após a ocorrência, a colaboradora foi devidamente avaliada e recebeu as orientações pertinentes, afastamento das atividades por 05 dias e ao passar na medicina do trabalho houve necessidade de mais 06 dias. O terceiro caso

ocorreu em 28/09/2029, durante o atendimento paciente de difícil acesso para realizar punção venosa, ocorreu perfuração do dedo polegar esquerdo. Após a ocorrência, a colaboradora foi devidamente avaliada e recebeu as orientações pertinentes sem necessidade de afastamento. O quarto caso ocorreu em 28/09/2026, acidente de trajeto ao descer do Ônibus estava em desnível acabou torcendo o pé esquerdo. Após a ocorrência, a colaboradora foi devidamente avaliada e recebeu as orientações pertinentes, após o período de afastamento, afastamento das atividades por 01 dias e após 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

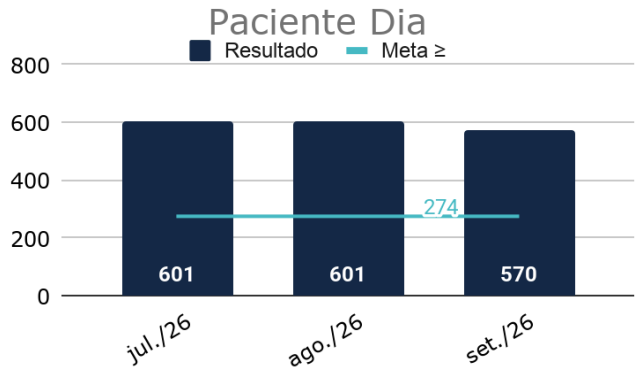


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Evasão	0
Alta	1
Transferência Interna	59
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	14
Total	**76**

Análise Crítica: Durante o mês de agosto, foram registradas 76 saídas na unidade. Deste total, 59 (77,63%) corresponderam a transferências internas para a enfermaria por melhora clínica; houve 1 alta diretamente para o domicílio (1,32%); 1 transferência externa (1,32%); ocorreu 1 óbito em menos de 24 horas de internação (1,32%) e 14 óbitos após 24 horas de internação (18,42%). Não houve registros de evasão durante o período analisado.

Referente à uma ***(1) alta direto para casa*** após avaliação das especialidades e melhora clínica para acompanhamento ambulatorial***:*** Paciente M.J.P., sexo feminino, SAPS 3=67, mortalidade prevista=60,5%, admissão na UTI em 16/09/2026 por cirurgia orognática e alta direta para casa em 18/09/2026;

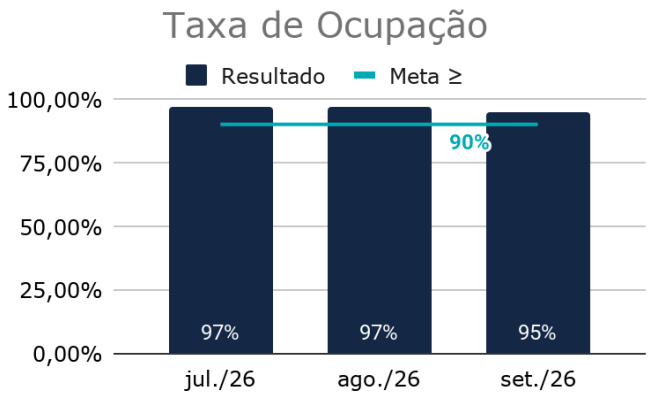
5.1.2 Paciente Dia



Análise crítica: No mês de Setembro, foram registrados 570 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 50% das internações, enquanto os pacientes clínicos representaram 50%. Na UTI 2, os pacientes cirúrgicos corresponderam a 69% das internações e os pacientes clínicos a 31%, mantendo perfil assistencial.

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

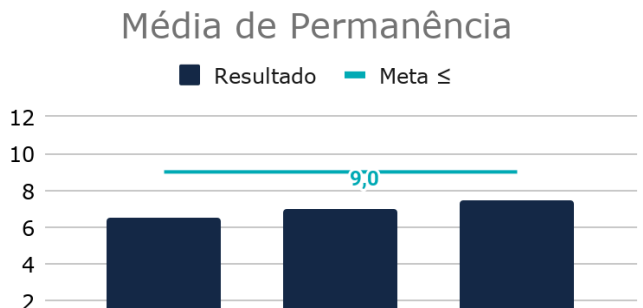
5.2.1 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
570	600

Análise crítica: No mês de Setembro 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
570	76

Análise Crítica: No mês de Setembro, o tempo médio de permanência nas UTIs foi de 7,50 dias, mantendo-se acima da meta contratual. Entretanto, observa-se redução em relação ao dado do mês anterior (7,07 dias), indicando melhora no gerenciamento do giro de leitos e na dinâmica de altas. No período, 5,26% 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



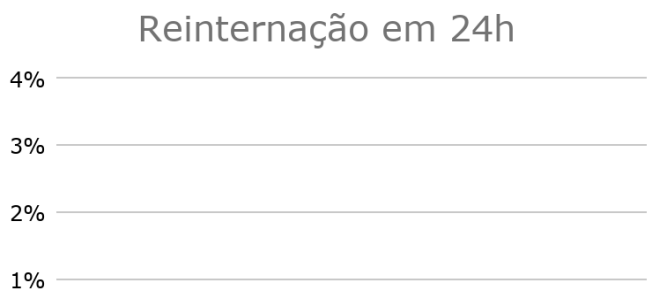
Nº Óbitos	Nº de Saídas
15	76

Análise crítica: No mês de Setembro, a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 20%, 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 Setembro para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul era de **43,79%** enquanto a **mortalidade real foi de 20%**. Isso resultou em um **SMR de 0,34** indicando que a mortalidade observada foi inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes. Em números absolutos, foram quinze (15) óbitos nas duas UTIs, nenhum em **cuidados paliativos ou** ó**bito em menos de 24 horas de internação.**

Os outros óbitos ocorridos nas UTI's **foram atribuídos a causas diversas**, **como** paciente J.N.A.B. admitido na UTI em 12/08/2026, SAPS 3=56 e risco de mortalidade 25% com diagnóstico de RNC e óbito declarado em 02/09/2026; A.H.A. admitido na UTI em 27/08/2026, SAPS 3= 57 e risco de mortalidade 40,20% com diagnóstico de AVCI com óbito declarado em 03/09/2026; C.T.B.S. admitido na UTI em 12/08/2026, SAPS 3=56 e risco de mortalidade 25% com diagnóstico de RNC e óbito declarado em 02/09/2026. V.R.S. admitido na UTI em 31/08/2026, SAPS 3=79 e risco de mortalidade 72,20% com diagnóstico de sepse de foco cutânea e óbito declarado em 05/09/2026. M.C.G.S. admitido na UTI em 02/09/2026, SAPS 3= 77 e risco de mortalidade 82,20% com

diagnóstico de laparotomia exploradora e óbito declarado em 13/09/2026. H.J.R.F. admitido na UTI em 04/09/2026, SAPS 3=92 e risco de mortalidade 94,30% com diagnóstico de AVCH e óbito declarado em 14/09/2026. M.M.M. admitida na UTI em 05/09/2026, SAPS 3= 113 e risco de mortalidade 95,70% com diagnóstico pneumotórax e óbito declarado em 16/09/2026; L.B. admitida na UTI em 18/09/2026, SAPS 3=59 e risco de mortalidade 45,40% com diagnóstico de sepse de foco cutânea e óbito declarado em 22/09/2026; S.F.M. admitido na UTI em 11/09/2026, SAPS 3=63 e risco de mortalidade 55,40% com diagnóstico de IAM e óbito declarado em 16/09/2026; A.F.S. admitido na UTI em 17/09/2026, SAPS 3=52 e risco de mortalidade 28,60% com diagnóstico de choque septico e pneumonia com óbito declarado em 25/09/2026; A.B.S. admitido na UTI em 23/09/2026, SAPS 3=98 e risco de mortalidade 96,40% com diagnóstico de choque septico de foco pulmonar, pancreatite com óbito declarado em 26/09/2026; W.M.G. admitido na UTI em 23/09/2026, SAPS 3=100 e risco de mortalidade 96,90% com diagnóstico de DRC agudizado com óbito declarado em 27/09/2026; A.M. admitida na UTI em 17/09/2026, SAPS 3=63 e risco de mortalidade 55,40% com diagnóstico de DPOC com óbito declarado em 27/09/2026; C.T.C.A. admitido na UTI em 26/09/2026, SAPS 3=86 e risco de mortalidade 91% com diagnóstico de sepse cutâneo e IRA, com óbito declarado em 28/09/2026; C.H.E.C. admitido na UTI em 25/09/2026, SAPS 3=60 e risco de mortalidade 47,90% com diagnóstico de amputação transtibial MIE com óbito declarado em 28/09/2026;

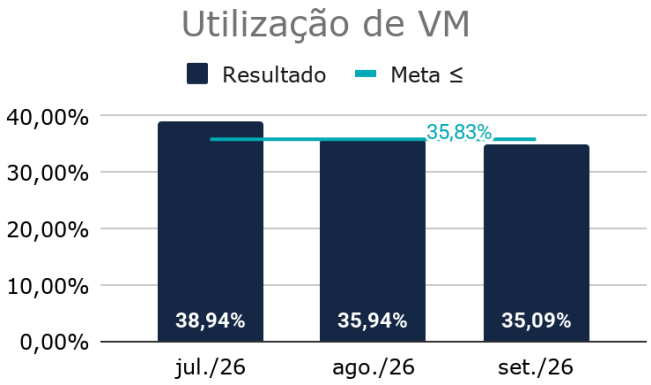
5.2.4 Taxa de Reinternação



Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	35

Análise crítica: No mês de Setembro não houveram casos de reinternação em menos de 24 horas

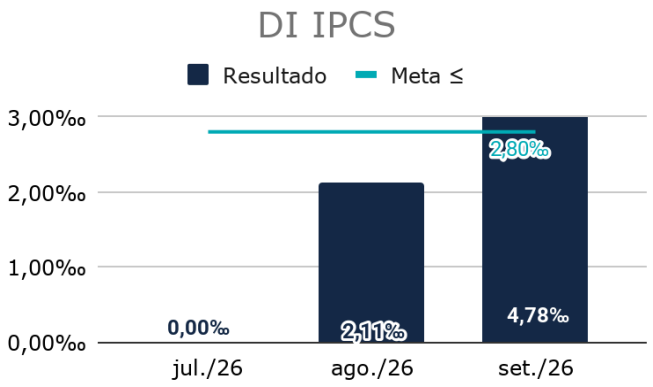
5.2.5 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
200	570

Análise crítica: No mês de setembro, a taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 35,09%, abaixo da meta contratual, mesmo com a complexidade clínica dos pacientes, evidenciada pelo SAPS3 médio de 60,11% neste mês e 55,81% 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.

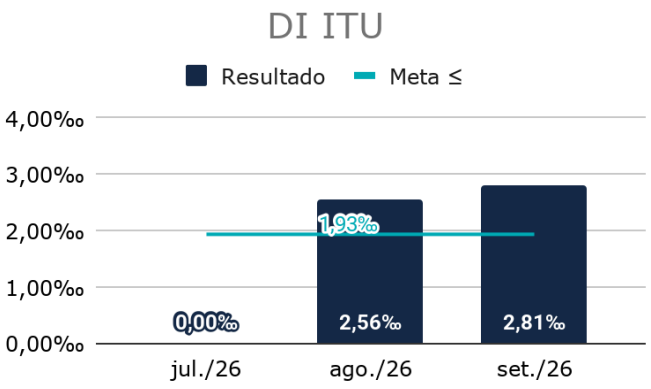
5.2.6 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
2	418

Análise crítica: No mês de Setembro, houve um novo caso de IPCS associados à utilização de CVC, atingindo densidade de 4,78% abaixo da meta contratual. O primeiro caso ocorreu com o paciente V. S. B. F , 36 anos, sexo feminino, admissão na UTI em 10/07/2026 com HD: LE por Coledocolitíase, com antecedentes DM, HAS, utilizando cateter venoso central em veia jugular esquerda inserido em 18/09/2026. Em 18/09/2026, o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado positivo Candida Parapsilosis. O segundo caso ocorreu com o paciente J. E. A , 92 anos, sexo masculino, admissão na UTI em 28/08/2026 com HD: Choque Séptico Pulmonar, com antecedentes DM, HAS, utilizando cateter venoso central em veia femoral esquerda inserido em 28/08/2026. Em 25/09/2026, o paciente apresentou alteração de exames laboratoriais, sinais clínicos de sepse, aberto Protocolo de Sepse. Foram coletadas novas culturas com resultado positivo Enterococcus Faecalis. Paciente evoluiu para óbito dia 01/10/2026.

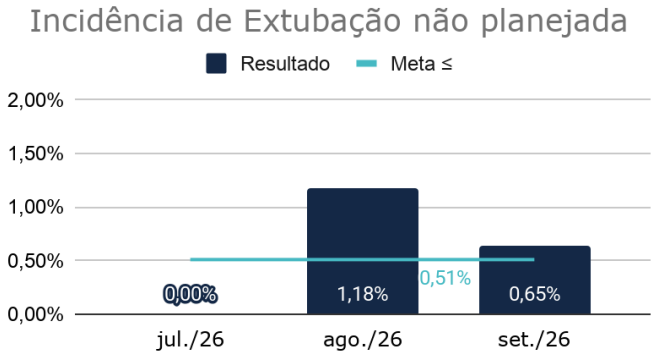
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
1	356

Análise crítica: No mês de Setembro, houve 01 caso de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora, o que representou uma densidade de 2,81% acima da meta contratual. Paciente C. M. S., 63 anos, sexo feminino, internada na UTI desde ás 08/07/2026, com hipótese diagnóstica de ICC, Insuficiêencia Cardíaca, antecedente HAS, DM, que utilizava cateter vesical de demora desde 13/08/2026 devido a diminuição do débito urinário. Em 01/09/2026, 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 06/10/2026.

5.2.8 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal

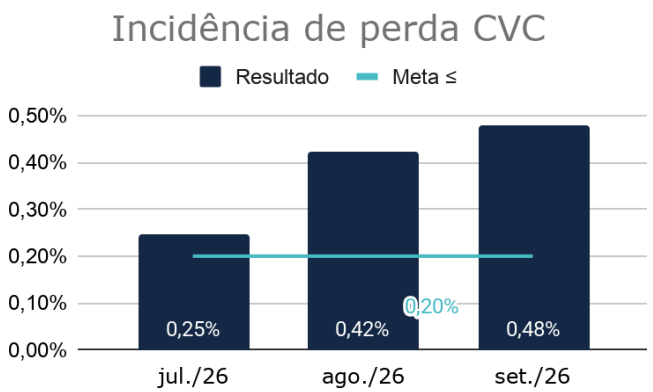


Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
1	155

Análise crítica: No mês de Setembro ocorreu 01 caso de extubação não planejadas. Paciente A. S. C, internado em 07/09/2026 HD: Pneumonia , teve retirada abrupta de sedação e devido a agitação, extubou-se em 11/09/2026, sendo necessário reitubação orotraqueal.

Plano de ação: Após os ocorridos, a equipe foram orientadas 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.

5.2.9 Incidência de perda de CVC

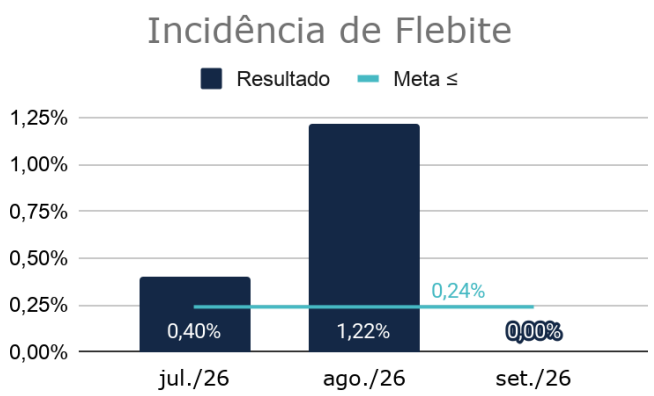


Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
2	418

Análise crítica: No mês de Setembro, houveram 02 novos casos de perda de cateter venoso central, que representou uma incidência de 0,48%, acima da meta contratual. O primeiro caso ocorreu no dia 10/09/2026, com a paciente R. J. S., 86 anos, sexo masculino, que estava internado por BAVT, retirou acidentalmente por crise de ansiedade da paciente. Foi realizada uma nova passagem de acesso periférico. O segundo caso ocorreu no dia 13/09/2026 com paciente V. S. B. F, 62 anos, sexo feminino, que estava internado por Laparotomia, apresentou agitação psicomotora, não foi necessário uma nova passagem de cateter venoso central.

Plano de ação: Após os ocorridos, a equipe foram orientadas quanto à necessidade de reforçar a avaliação diária do risco de Perda de cateter venoso central, considerando o nível de consciência, agitação psicomotora, sedação e capacidade de manipulação do dispositivo,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 dos dispositivos e condutas diante de intercorrências.

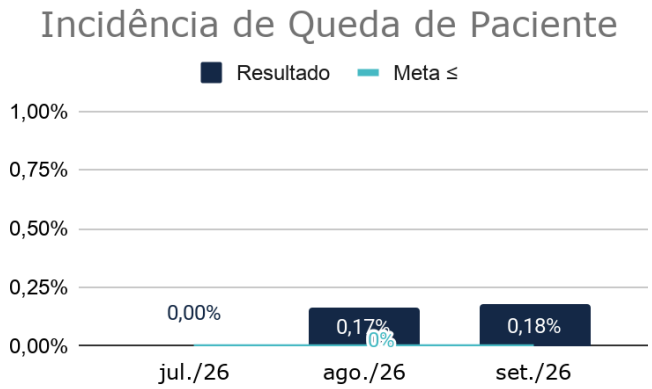
5.2.10 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	177

Análise crítica: No mês de setembro não houve incidência de flebite.

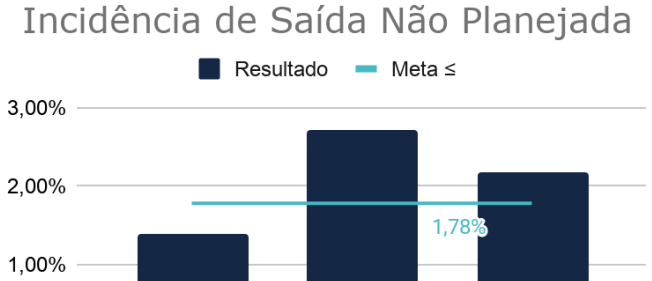
5.2.11 Incidência de Queda



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	570

Análise crítica: No mês de Setembro ocorreu um caso de incidência de queda, que representou uma incidência de 0,18% acima da meta contratual. O caso ocorreu no dia 23/09/2026 com o paciente F. S. M, 35 anos, sexo feminino, que estava internada por Debridamento do Pé Direito, foi encontrada sentada no chão, o qual relata que tentou levantar para ir ao banheiro. Aberto protocolo de queda e avaliação médica que optou por não realizar a tomografia. Paciente permaneceu em observação e alta hospitalar no dia 24/09/2026.

5.2.12 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

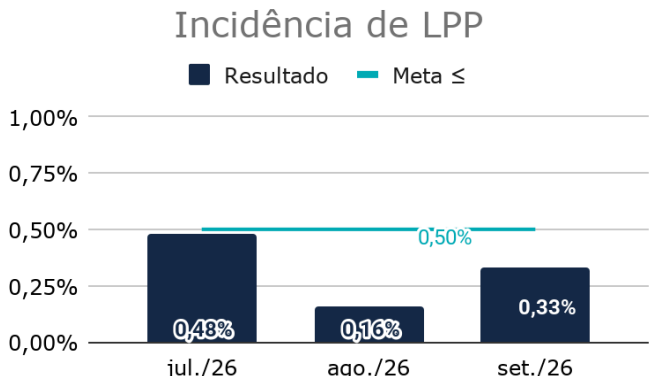


Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
7	321

Análise crítica: No período analisado, foram registradas 321 sondas em uso, com 07 saídas não planejadas, correspondendo a uma taxa aproximada de 2,18%. 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.

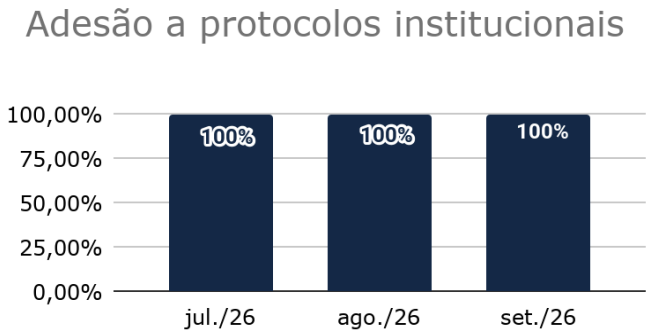
5.2.13 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
2	599

Análise crítica: No mês de Setembro , houveram 02 novos casos de lesão por pressão, o que significou uma incidência de 0,33%, abaixo da meta contratual. O caso ocorreu com o paciente C. M. S, 62 anos, sexo feminino, admissão na UTI em 16/09/2026 com hipótese diagnóstico Amputação Transfemoral Direita, antecedentes de HAS, DM. Paciente TQT, submetido a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, uso e drogas vasoativas, em uso de CNE recebendo dietoterapia, escala de alto risco de braden , foi identificado uma lesão por pressão em região do trocanter esquerdo grau II , acompanhada pelo grupo e intensificado mudança de decúbito. O segundo caso ocorreu em 22/09/2026 com o paciente A. S. C, 46 anos, sexo masculino, admissão UTI 08/09/2026 com hipótese diagnóstico Pneumonia e retirada de corpo estranho, paciente submetido a ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, escala de braden alto risco, apresentou lesão em região sacra grau I.

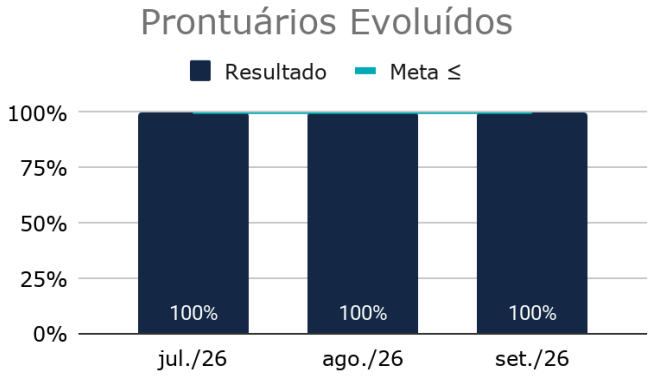
5.2.14 Adesão a protocolos institucionais



Procedimentos conforme protocolo	Procedimentos avaliados
599	599

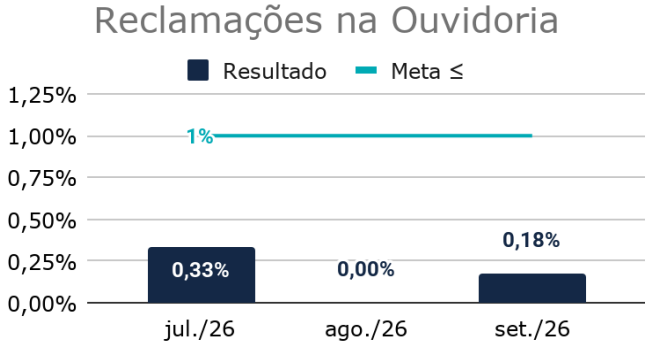
Análise crítica: No período analisado, foi mantida a adesão de 100% aos protocolos institucionais vigentes, conforme preconizado pelo hospital. As condutas assistenciais seguiram diretrizes estabelecidas, garantindo conformidade com os padrões de qualidade e segurança do paciente.

5.2.15 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.

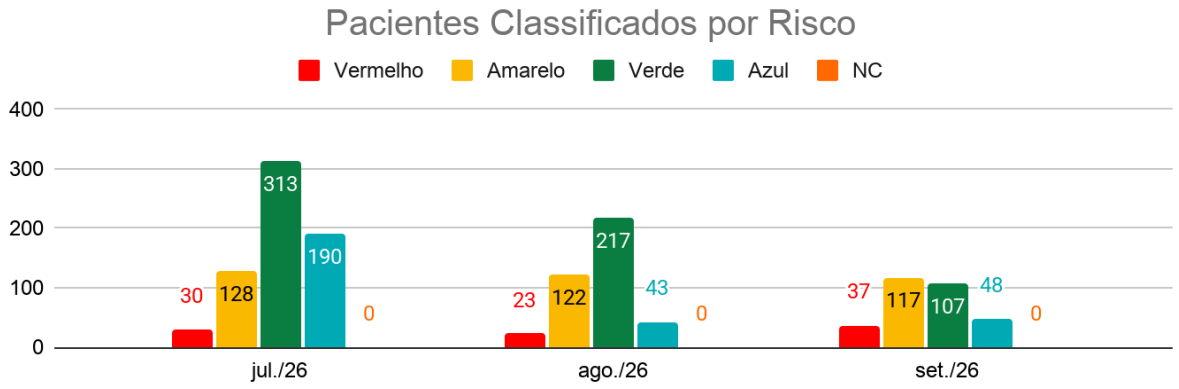
5.2.16 Reclamações na Ouvidoria Interna



Análise crítica: Em setembro de 2026, foi registrada 01 manifestação de Ouvidoria Interna **(0,18%)**, foi realizado acolhimento, 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.

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

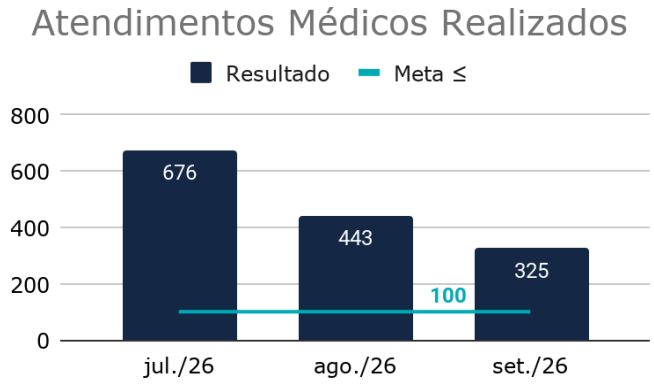
5.3.1 Nº atendimento enfermagem de Classificação de Risco



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

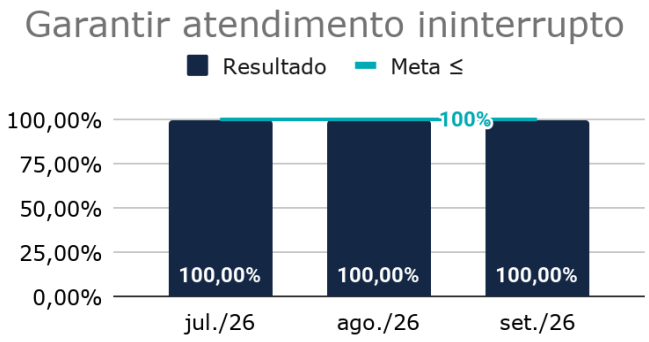


Análise crítica: No período analisado, foram registrados 325 atendimentos médicos. Entre os registros apresentados na figura, houve predominância da classificação amarela (36,00%; 117 pacientes), seguida da verde (32,92%; 107 pacientes), azul (14,77%; 58 pacientes) e vermelha (11,38%; 42 pacientes). As categorias amarela e vermelha totalizaram 154 pacientes, correspondendo a

47,38% do total de atendimentos, indicando proporção relevante 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 325 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

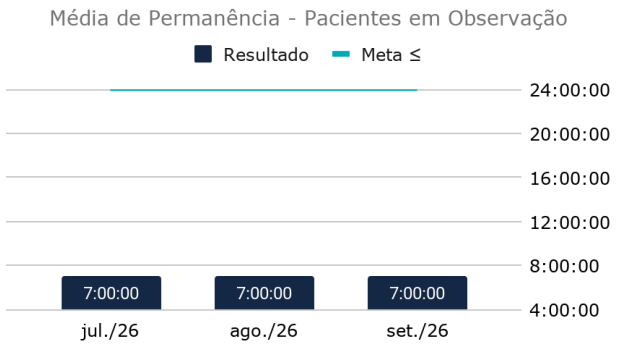
Análise crítica: Pacientes amarelos são encaminhados para Retaguarda 2, local onde o médico especialista faz o atendimento e faz o desfecho dos casos referenciados no tempo estimado preconizado em classificação que é de até 30 minutos.

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

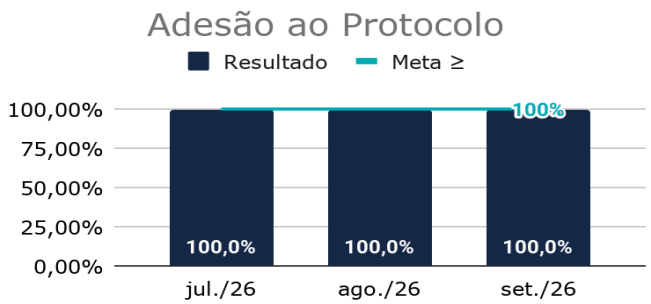
no fluxo inicial e contribuindo para a organização e a segurança assistencial. Observou-se predominância de pacientes classificados como verde (pouco urgentes), caracterizando um perfil de demanda majoritariamente de menor gravidade clínica. Esse cenário reforça a importância da manutenção de fluxos 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



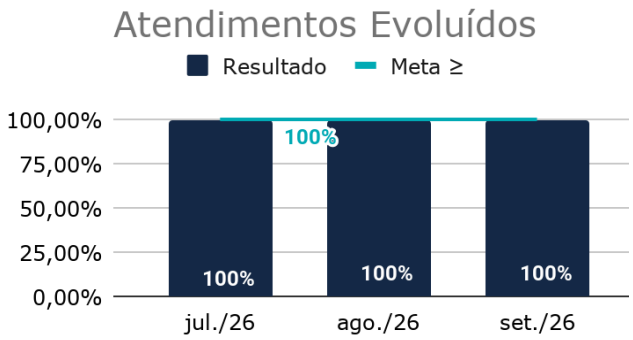
Análise crítica: O tempo médio de permanência na Unidade de Observação é de 7,0 horas, resultado significativamente inferior à meta estabelecida de menos de 24 horas, evidenciando eficiência no fluxo assistencial, agilidade na tomada de decisões clínicas e boa articulação da equipe multiprofissional.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

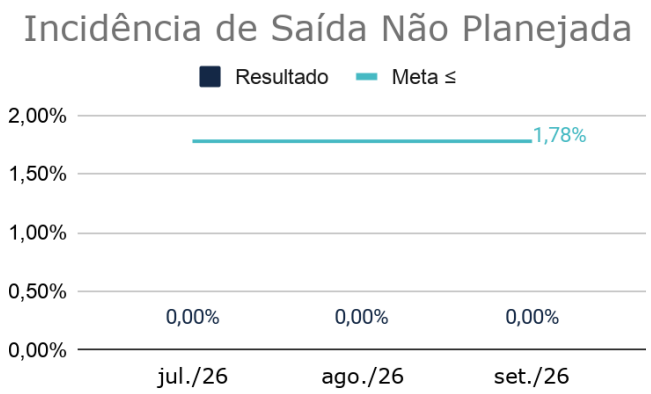
5.4.7 Atendimentos evoluídos e registrados



Atendimentos Médicos Realizados	FA
0	0

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.

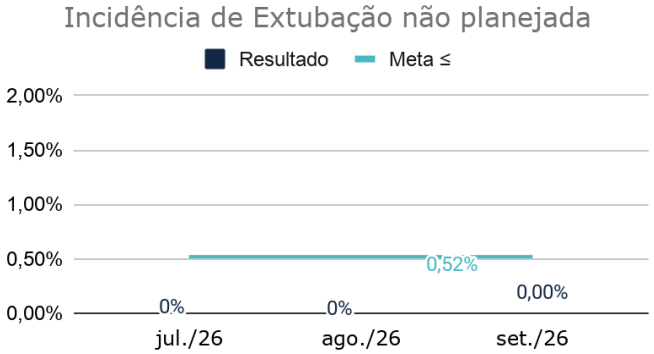
5.4.8 Índice de perda de sonda nasoenteral



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

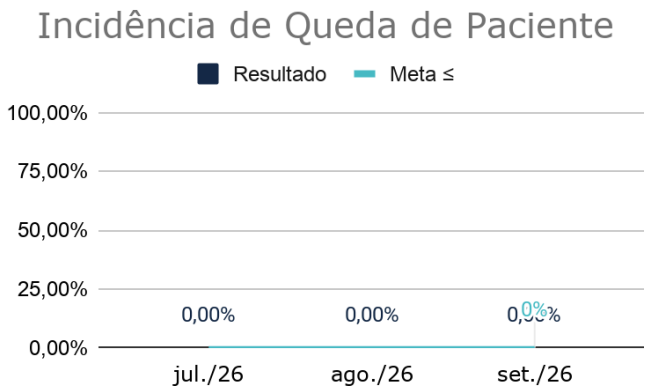
Análise crítica: Não houve incidência de perda de sonda oro/nasogastroenteral no período apurado.

5.4.9 Taxa de extubação acidental



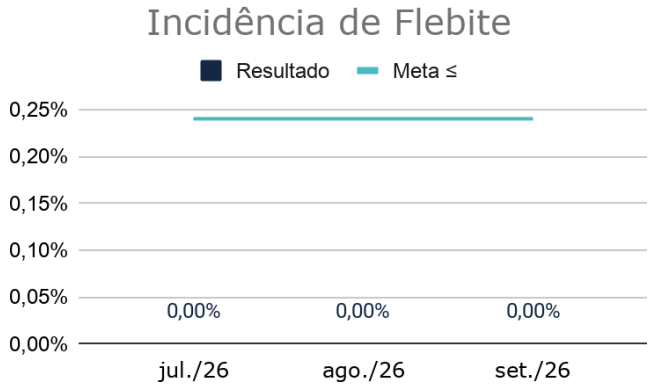
Análise crítica: No mês de Setembro, não houve registro de incidência de extubação não planejada no pronto socorro.

5.4.10 Queda de Paciente



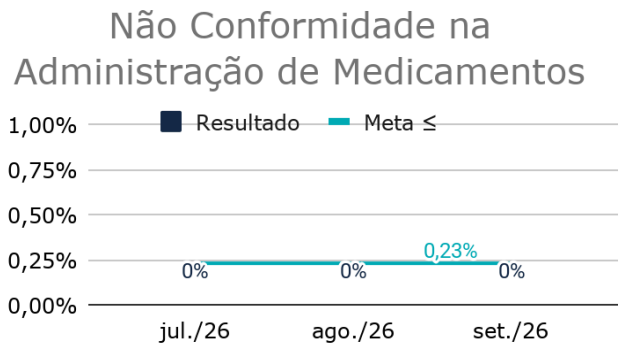
Análise crítica: No mês de Setembro não houve incidência de Queda.

5.4.11 Incidência de Flebite



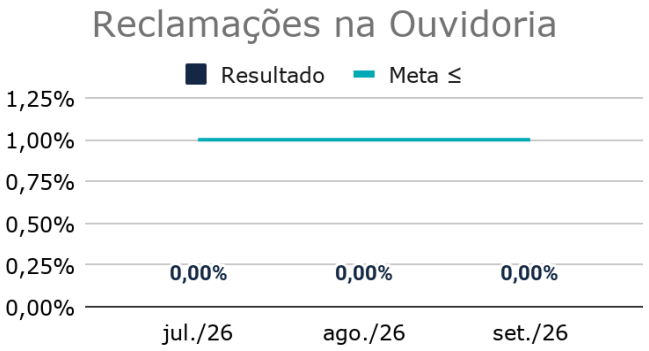
Análise crítica: No mês de Setembro não houve incidência de Flebite.

5.4.12 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos



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

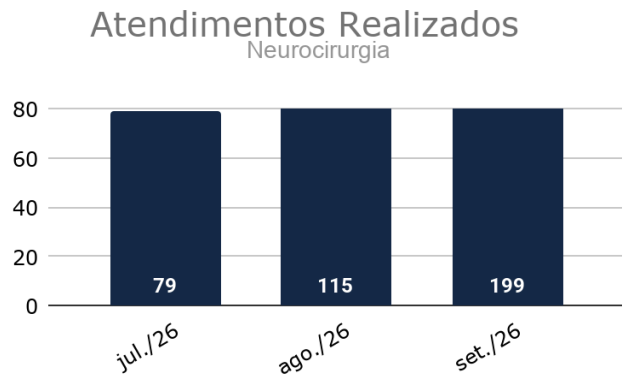
5.4.13 Reclamação na Ouvidoria



Análise crítica: Não houve reclamações na ouvidoria.

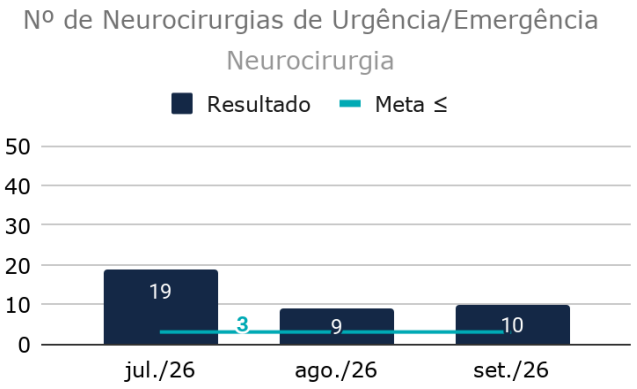
5.5 Indicadores Quantitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.5.1 Número de atendimentos



Análise Crítica: Foram realizados 199 atendimentos de neurocirurgia no Hospital Regional Sul (Pronto Socorro Adulto e unidades de internação) no mês de setembro.

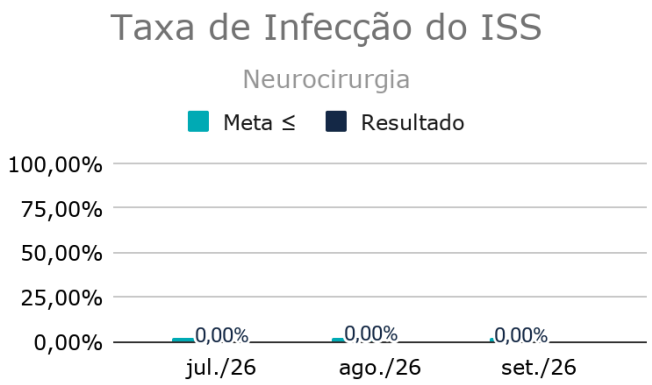
5.5.2 Nº de Neurocirurgias de Urgência/Emergência



Análise Crítica: Foram realizadas 10 neurocirurgias de urgência no mês de setembro.

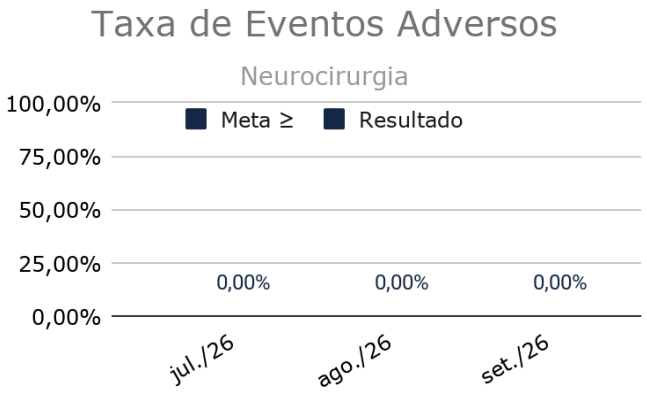
5.6 Indicadores Qualitativos - Neurocirurgia Urgência Adulto e Pediátrica (Neuro)

5.6.1 Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISS)



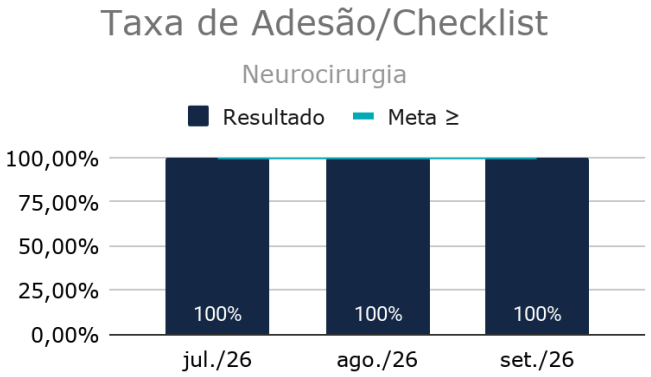
Análise crítica: Não houveram casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISS).

5.6.2 Taxa de eventos adversos intraoperatórios (sentinelas)



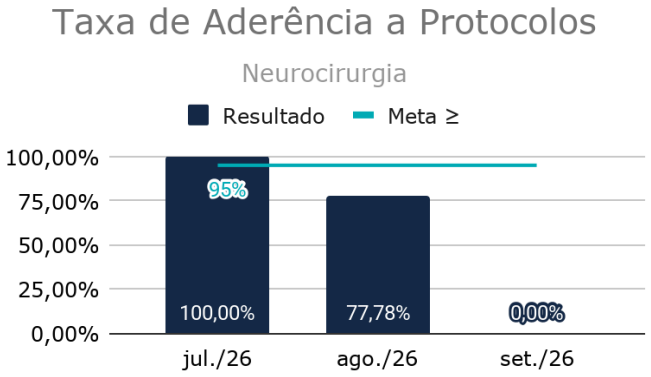
Análise crítica: Não houveram eventos sentinelas intraoperatórios no período apurado.

5.6.3 Taxa de adesão/conformidade com checklists cirúrgicos



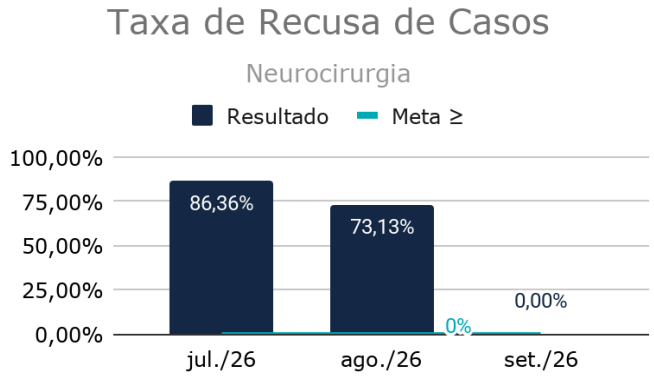
Análise crítica: Durante o período analisado, não foi registrada nenhuma taxa de não conformidade relacionada ao checklist dos pacientes da neurocirurgia. Esse resultado evidencia a adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

5.6.4 Taxa de aderência a protocolos de profilaxia antibiótica



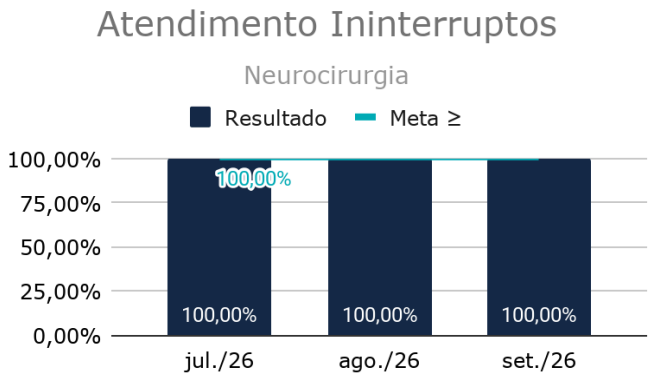
Análise crítica: Durante o período analisado, não foi registrada nenhuma taxa de não conformidade relacionada ao checklist dos pacientes da neurocirurgia. Esse resultado evidencia a adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

5.6.5 Taxa de recusa de casos referenciados de neurocirurgia



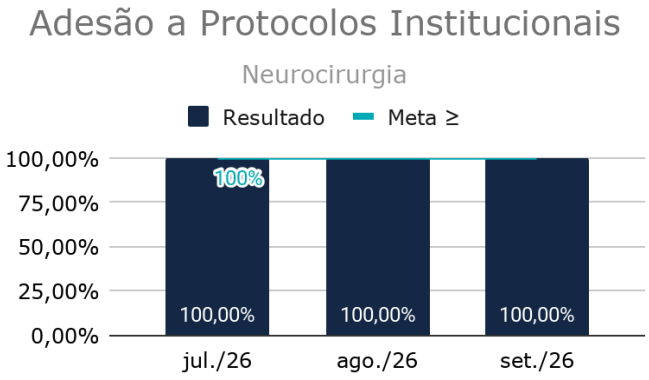
Análise crítica: No mês de Setembro o resultado indica melhora em relação aos meses anteriores, sendo importante manter o monitoramento das solicitações via CROSS, avaliar os motivos das recusas e reforçar o alinhamento entre as equipes envolvidas na regulação e na assistência. Recomenda-se a continuidade da análise dos casos, visando à qualificação dos encaminhamentos, à adequação dos critérios de elegibilidade e à otimização da disponibilidade de vagas, garantindo o atendimento oportuno aos pacientes com indicação de avaliação neurocirúrgica.

5.6.6 Garantir atendimento ininterrupto das demandas de urgência



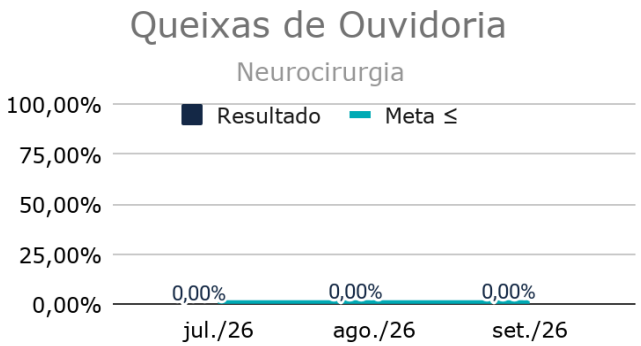
Análise crítica: Foi garantido atendimento ininterrupto da neurocirurgia no período, com melhoria na organização dos processos e no alinhamento da comunicação entre as equipes, contribuindo para maior segurança e continuidade da assistência prestada.

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.

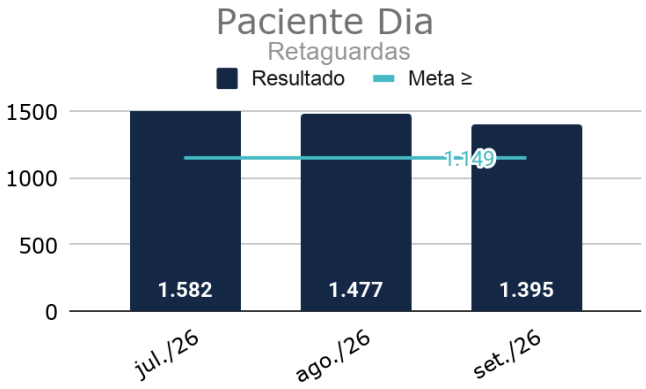
5.6.8 Queixa Ouvidoria



Análise crítica: No mês de Setembro não houve reclamação de ouvidoria.

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

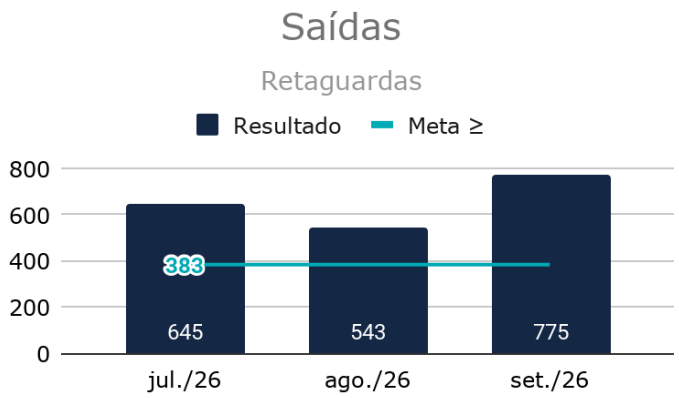
5.7.1 Paciente dia



Análise crítica: No mês de Setembro, 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 2º 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.

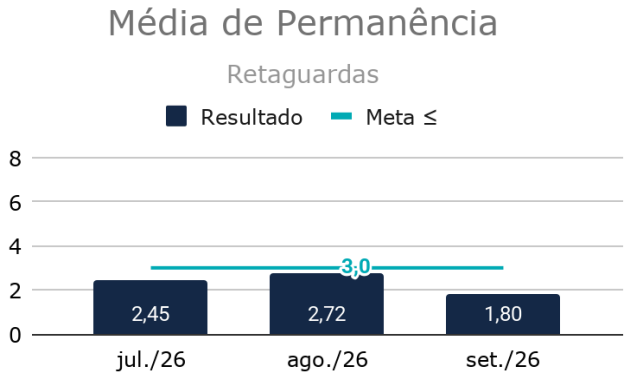
5.7.2 Saídas



Análise crítica: No mês de setembro, foram registradas 775 saídas da unidade, evidenciando elevada movimentação assistencial é importante rotatividade dos leitos. Destas saídas, 87 corresponderam a altas hospitalares, 406 transferências internas, 4 a transferências externas, 08 a óbitos (sendo 4 após 24 horas de internação e 2 com menos de 24 horas) e 08 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.

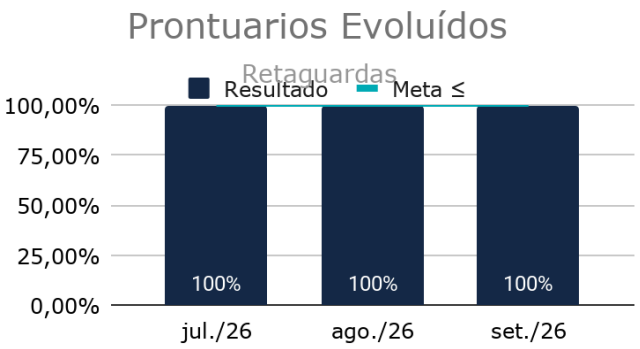
5.8 Indicadores Qualitativos - Enfermaria Retaguarda Pronto Socorro - 42 leitos (Enf)

5.8.1 Média de Permanência (dias)



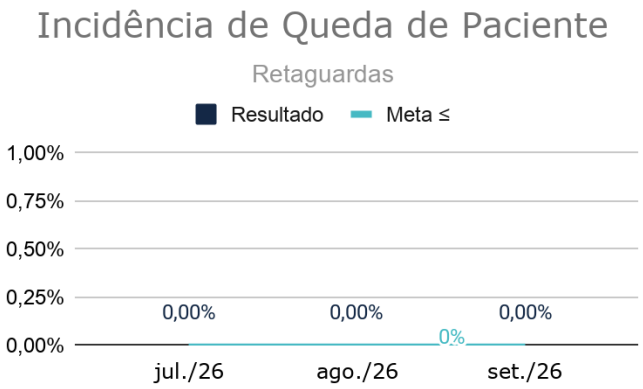
Análise crítica: Em setembro, a média de permanência foi de 1,80 dias, resultado inferior à meta institucional de 3,0 dias, demonstrando desempenho satisfatório. O indicador reflete maior eficiência na gestão do fluxo assistencial, com otimização do processo de internação, definição terapêutica e alta hospitalar, mantendo a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

5.8.2 Prontuários evoluídos



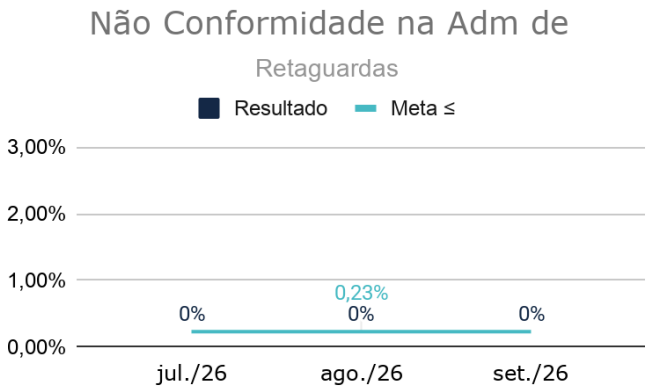
Análise crítica: Foram evoluídos 100% dos prontuários pelo INPUT.

5.8.3 Incidência de queda de paciente



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

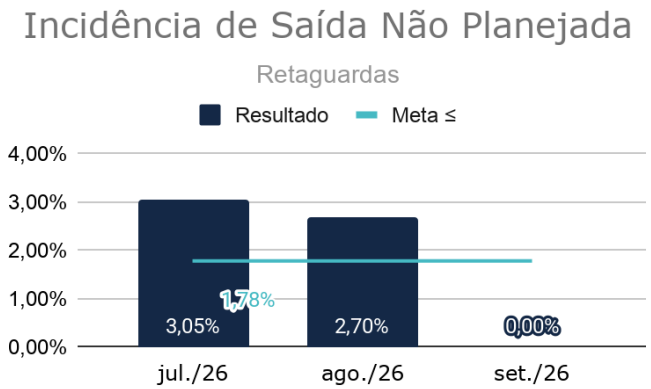
5.8.4 Incidência de erro de medicação



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

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

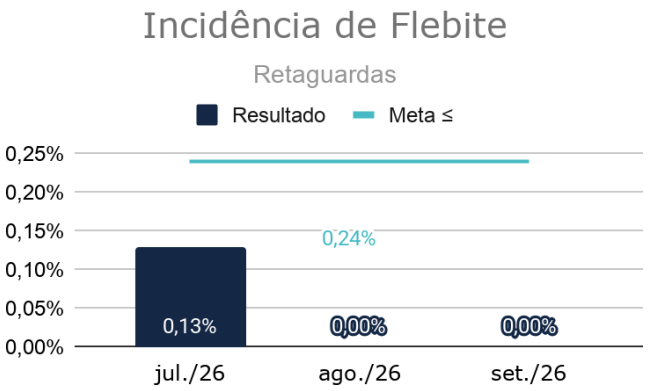
5.8.5 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral



Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	135

Análise Crítica: Em setembro, a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi de 0%, abaixo da meta institucional de 1,78%, indicando que o fortalecimento das medidas preventivas foi efetivo. Da mesma forma, serão mantidos a capacitação da equipe quanto à fixação e manejo das sondas e intensificação de avaliação diária dos dispositivos com monitoramento dos pacientes com maior risco de retirada inadvertida.

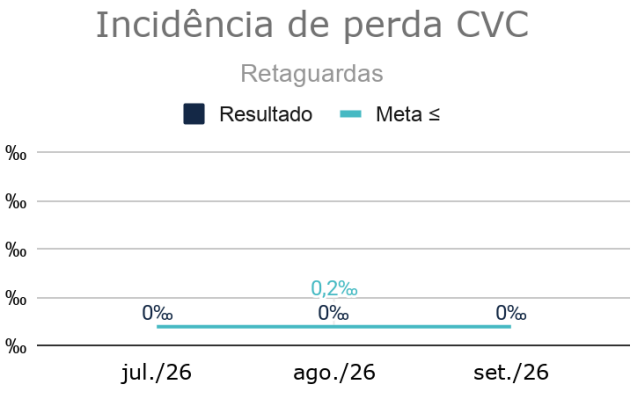
5.8.6 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	1077

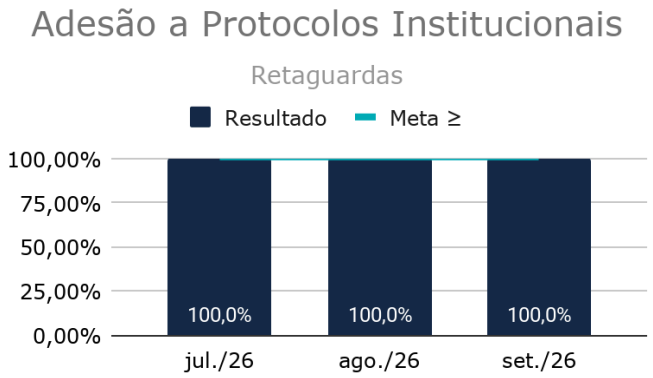
Análise Crítica: No mês de Setembro não houve incidência de flebite.

5.8.7 Incidência de perda de cateter venoso central



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

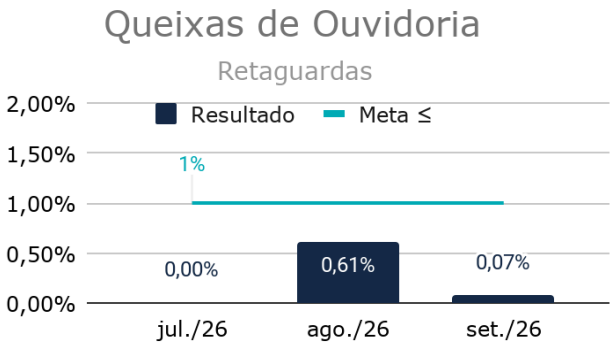
5.8.8 Adesão a protocolos institucionais



Nº condutas em conformidades	Nº total de condutas analisadas
954	954

Análise Crítica: Em setembro, 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 Setembro de 2026, foi registrada 01 manifestação na Ouvidoria Interna **(0,07%)**, o qual houve o acolhimento e resposta em tempo. A ocorrência foi tratada 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.

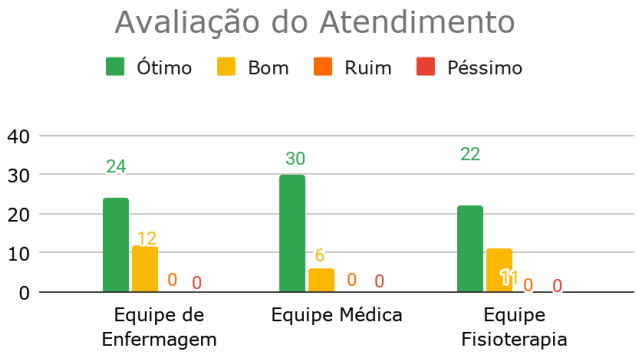
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

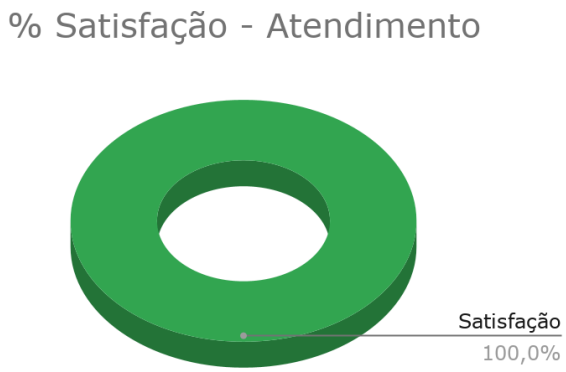
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como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

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de **89 pesquisas respondidas**, sendo **36** preenchidos na UTI adulto e **53** preenchidos no Pronto Socorro Adulto - Atendimentos Clínicos e Leitos de Observação (PSA).

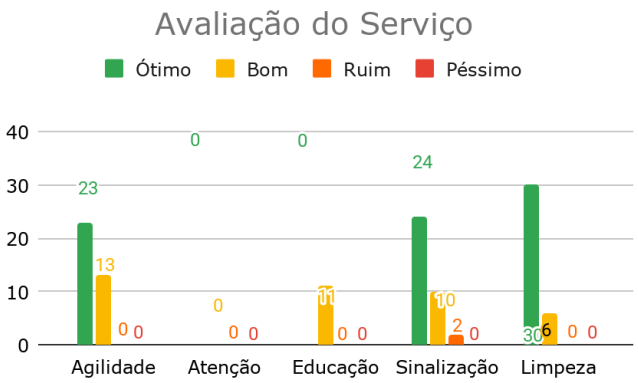
6.1.1 Avaliação do Atendimento - UTI

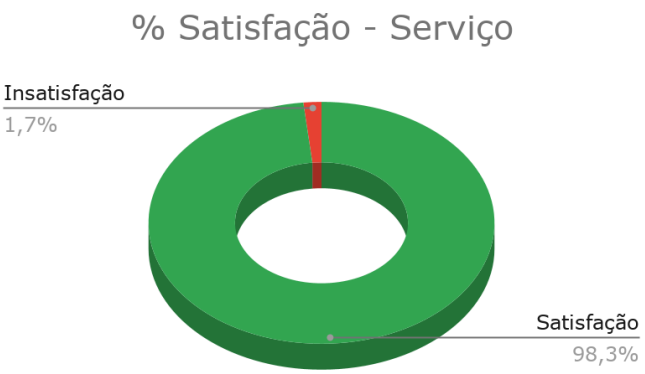




Análise crítica: O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos **satisfação de 100%,** demonstrando uma percepção

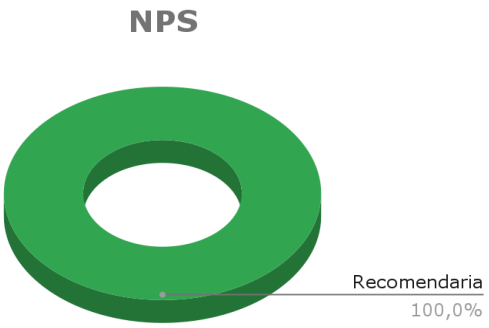
6.1.2 Avaliação do Serviço - UTI





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 **98,3 %** 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 Setembro, semana da SIPAT com os seguintes temas: Prevenção ao Suícidio e Campanha Boa Visão.











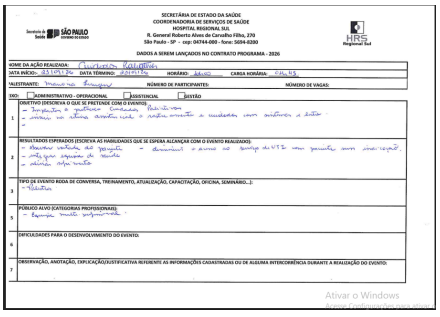


Realizado treinamento de cuidados com cateter venoso central para equipe assistencial das UTIs.





Realizado Treinamento Instituição referente aos Cuidados Paliativos:Equipe multidisciplinar das UTI e Pronto Socorro.



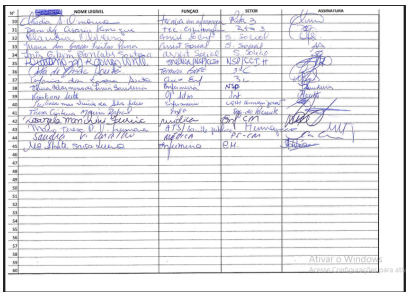
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL
R. General Roberto Alves de Carvalho Filho, 270
São Paulo - SP - cep: 04744-080 - fone: 5694-8200

DADOS A SEREM LANÇADOS NO CONTRATO PROGRAMA - 2026

NOME DA AÇÃO REALIZADA:
DATA INÍCIO:
DATA TÉRMINO:
HORÁRIO:
CARGA HORÁRIA:
FACILITADOR(ES):
NÚMERO DE PARTICIPANTES:
NÚMERO DE VAGAS:

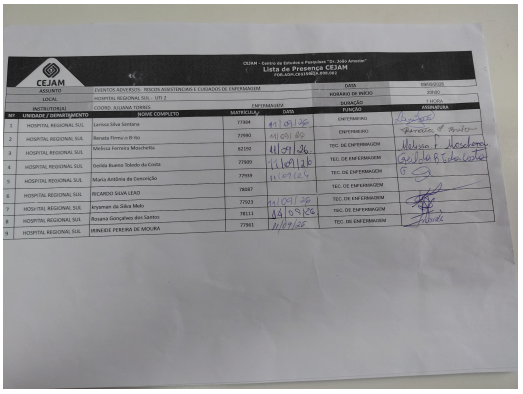
TIPO: ☐ ADMINISTRATIVO - OPERACIONAL ☐ ASSISTENCIAL ☐ ENSINO

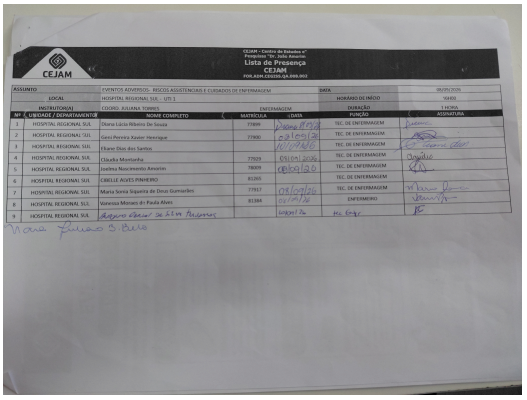
1 OBJETIVO (DESCREVA O QUE SE PRETENDE COM O EVENTO):
2 RESULTADOS ESPERADOS (DESCREVA AS MUDANÇAS QUE SE ESPERA ALCANÇAR COM O EVENTO REALIZADO):
3 TIPO (A EVENTO RODA DE CONVERSA, TREINAMENTO, ATUALIZAÇÃO, CAPACITAÇÃO, OFICINA, SEMINÁRIO,...):
5 PÚBLICO ALVO (CATEGORIAS PROFISSIONAIS):
6 DIFICULDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO EVENTO:
7 OBSERVAÇÃO, ANOTAÇÃO, EXPLICAÇÃO/JUSTIFICATIVA REFERENTE AS INFORMAÇÕES CADASTRADAS OU DE ALGUMA INTERCORRÊNCIA DURANTE A REALIZAÇÃO DO EVENTO:



Nº | NOME LEGÍVEL | FUNÇÃO | SETOR | ASSINATURA

Realizado treinamento referentes aos riscos gerenciados e eventos adversos- UTI Adulto



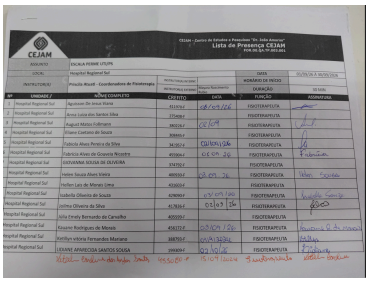


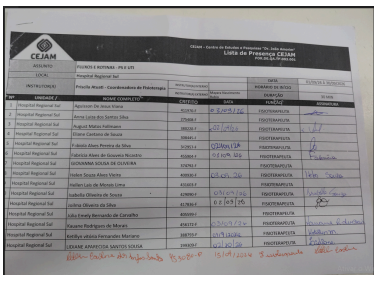
Realizado treinamento meta 03 internacional , fortalecendo a segurança do paciente para equipe assistencial do Pronto Socorro Adulto.



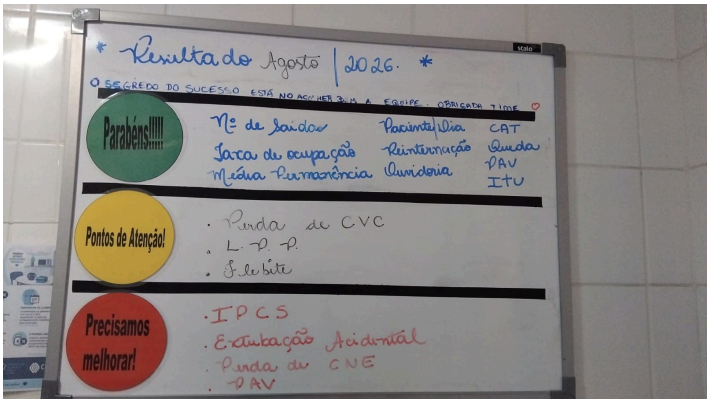


Realizado Treinamento sobre fluxo de rotinas e escala Perme.





Apresentação Mensal dos Indicadores da UTI



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



São Paulo, 09 de Outubro de 2026.

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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional