

RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES

AGOSTO/2026

INSTITUTO Mais Saúde

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

HRMJ
HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ
MENINO JESUS

Contratante: Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES-PA)

Governador: Hana Ghassan

Secretário Estadual de Saúde: Ualame Fialho Machado

Unidade: Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ

CNPJ: 18.963.002/0015-47

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 3288, Santa Terezinha, Oriximiná, PA.

Diretora Geral: Josef Katiuscya Braga dos Santos

A Diretora Geral do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, HRMJ, unidade administrada pelo Instituto Social Mais Saúde – ISMS que este subscreve, DECLARA, para fins de direito, sob as penas de lei, que as informações prestadas e documentos apresentados neste Relatório Mensal de Agosto de 2026, são verdadeiras e autênticas (fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época).

Oriximiná, PA, 15/09/2026

_____

Josef Katiuscya Braga dos Santos
Diretora Geral
Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ
Instituto Social Mais Saúde – ISMS

SUMÁRIO

SIGLAS E DEFINIÇÕES 5
LISTA DE TABELAS 7
LISTA DE GRÁFICOS 9
LISTA DE FIGURAS 11
INTRODUÇÃO 12
ORGANOGRAMA HRMJ 13
DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE – HRMJ 14
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E IDENTIDADE ORGANIZACIONAL 17
CAPACIDADE INSTALADA 19
PRODUÇÃO 26
SAÍDAS HOSPITALARES 26
DIÁRIAS DE UTI 29
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT (EXTERNO) 32
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS POR ESPECIALIDADE 36
CONSULTAS AMBULATORIAIS – ESPECIALIDADES MÉDICAS 39
CONSULTA AMBULATORIAL DE NÍVEL SUPERIOR – EXCETO MÉDICO 41
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU 43
COMISSÕES 63
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH 63
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO – CVO 90
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO – CARP 99
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM 109
COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM – CEE 110
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT 110
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA 116
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS – PGR 126
COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE – CIHDOTT 126
COMITÊ TRANSFUSIONAL 127
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP 132
COMITÊ DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR – CHH 147
COMITÊ DE MELHORIAS CONTÍNUAS – CMC 156
COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE – SUST 167
COMISSÃO TÉCNICA DRG – DRG 172
SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL 181
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO 186

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP 187
TEMPO DE RESPOSTA A REGULAÇÃO DE LEITOS 208
ROTATIVIDADE DE COLABORADORES 216
SERVIÇOS 219
UNIDADES DE INTERNAÇÃO – UI 219
PRONTO ATENDIMENTO / OBSERVAÇÃO – PA 234
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI 249
CENTRO CIRÚRGICO – CC 260
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME 277
AMBULATÓRIO 289
CONSULTAS AMBULATORIAIS – ESPECIALIDADES MÉDICAS 292
SERVIÇO DE APOIO E DIAGNOSTICO TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO 296
AMBULATORIO DE ENFERMAGEM ASSISTENCIAL 303
SERVIÇO SOCIAL 308
FISIOTERAPIA 312
PSICOLOGIA 318
FONOAUDIOLOGIA 323
NUTRIÇÃO CLÍNICA 327
SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT 333
PLANEJAMENTO DE MELHORIAS - HRMJ 339
ANEXOS 340

SIGLAS E DEFINIÇÕES

AT: Agência Transfusional.

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CEENF: Comissão de Ética em Enfermagem

CEM: Comissão de Ética Médica.

CER: Central Estadual de Regulação.

CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica.

CIHDOTT: Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

CIPAA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio.

CIR: Comissão Intergestores Regional.

CLT: Consolidação das leis do trabalho.

CME: Central de Material e Esterilização.

CRO: Comissão de Revisão de Óbito.

CRP: Comissão de Revisão de Prontuário.

CVC: Cateter Venoso Central.

DDS: Diálogo Diário de Segurança.

DP: Departamento Pessoal.

HUM: Comissão de Humanização

HRMJ: Hospital regional Menino Jesus.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IML: Instituto Médico Legal.

IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

ISC: Infecções em Sítio Cirúrgico.

ISMS: Instituto Social Mais Saúde.

LPP: Lesão Por Pressão.

NEP: Núcleo de Educação Permanente.

NQSP: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

NR: Norma Regulamentadora.

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PAT: Planejamento Anual de Treinamentos.

PGR: Programa de Gerenciamento de Risco.

RASS: Escala de Richmond de Agitação-Sedação.

SADT: Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapêutico.

SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário.

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

SER: Sistema Estadual de Regulação.

SESMT: Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho.

SESPA: Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.

SHL: Serviço de Higienização Hospitalar.

SND: Serviço de Nutrição e Dietética.

SVO: Serviço de Verificação de Óbito.

UI: Unidade de Internação.

USG: Ultrassonografia.

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

NHE: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

SUST: Comissão de Sustentabilidade

CMC: Comitê de Melhorias Contínuas

CHH: Comitê De Humanização Hospitalar

DRG: DIAGNOSIS RELATED GROUPS

LISTA DE TABELAS

Tabela – Produção – Saídas Hospitalares
Tabela – Produção – Diárias de UTI
Tabela – Produção SADT EXTERNO
Tabela – Produção total ambulatorial de exames SADT (EXTERNO)
Tabela – Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade
Tabela – Consultas Ambulatoriais - Especialidade Médicas
Tabela – Produção Ambulatorial de Consultas em Especialidades Médicas
Tabela – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico
Tabela – Atividades realizadas pelo SAU
Tabela – Pesquisa de Satisfação por Setor
Tabela – Classificação das Manifestações
Tabela – Registro de Manifestações (Reclamações e Sugestões)
Tabela – Demonstrativo de Resultados Alcançados nas Manifestações
Tabela – Pesquisa de satisfação por setor
Tabela – Monitoramento do Indicador de Taxa de Satisfação Global
Tabela – Levantamento de Necessidade de Treinamento (LNT) do SAU
Tabela – Classificação das Cirurgias por Potencial de Contaminação
Tabela – Percentual de Pacientes em Uso de Antimicrobianos Terapêuticos
Tabela – Percentual de pacientes em uso de antimicrobianos profiláticos
Tabela – Percentual de pacientes em uso de antimicrobianos sem informação
Tabela – Itens de Verificação do Prontuário
Tabela – Taxa de Conformidade e não conformidade por item Avaliado
Tabela – Classificação dos Registros
Tabela – Ações Realizadas
Tabela – Manifestações registradas no período
Tabela – Consumo de papel por Unidade
Tabela – Consumo de Energia mensal
Tabela – Parâmetros De Avaliação Do Indicador
Tabela – Tipos de Treinamento
Tabela – Treinamentos agendados e executados por Diretorias e Gerência
Tabela – Treinamentos Diretoria Geral
Tabela – Treinamentos Gerência Assistencial

Tabela – Treinamentos Diretoria Técnica
Tabela – Treinamentos Realizados do PAT no mês
Tabela – Total de carga horária período diurno e noturno
Tabela – Comparativo da Carga Horária
Tabela – Resultado das Avaliações de Reação realizadas no HRMJ
Tabela – Treinamentos conduzidos pelas Empresas de Apoio no HRMJ
Tabela – Demonstrativo do Fluxo Regulatório
Tabela – Tempo de resposta à Regulação SADT
Tabela – Produção – Saídas Hospitalares
Tabela – Distribuição das Transferências Internas por Especialidade e Setor de Destino
Tabela – Distribuição das Transferências Internas por Especialidade e Setor de Destino
Tabela – Produção – Diárias de UTI
Tabela – Tabela de acompanhamento de metas centro cirúrgico
Tabela – Perfil e Comportamento etário
Tabela – Ciclos abortado por turno
Tabela – Manutenção realizada na autoclave por turno
Tabela – Reprocessamento de materiais por turno
Tabela – Dados de produção das metas contratualizadas de SADT
Tabela – Produção Total Ambulatorial de Exames SADT do Ano
Tabela – Metas Físicas Exames Externos Realizados SADT/RDI
Tabela – Metas Físicas Exames Internos Realizados SADT/RDI
Tabela – Produção de metas contratualizadas de consultas médicas
Tabela – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico
Tabela – Atendimento por tipo e por Unidade

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – Histórico de Saídas Hospitalares
Gráfico – Histórico de Diárias de UTI
Gráfico – Histórico de SADT EXTERNO
Gráfico – Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade
Gráfico – Cirurgias de Urgência e Eletiva
Gráfico – Taxa de Cirurgia Cancelada
Gráfico – Consultas Ambulatoriais – Especialidades Médicas
Gráfico – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior– Exceto Médico
Gráfico – Série histórica das manifestações – 2025.
Gráfico – Monitoramento de IRAS relacionado à infecção do sítio cirúrgico (ISC).
Gráfico – Taxa de ISC.
Gráfico – Monitoramento de IRAS em cirurgias ortopédicas
Gráfico – Monitoramento de IRAS na UTI HRMJ
Gráfico –Taxa Global de IRAS
Gráfico –Taxa de Utilização de Catéter Venoso Central
Gráfico –Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica
Gráfico–Taxa de Utilização de Catéter Vesical no HRMJ
Gráfico –Taxa Global de Higienização das Mãos
Gráfico – Quantitativo de Prontuários Revisados – 2025
Gráfico – Série histórica de óbitos no HRMJ em 2025
Gráfico – Taxa de Mortalidade Global
Gráfico – Acompanhamento De Itens Prescritos Não Padronizados
Gráfico – Atendimento De Medicamentos Não Padronizados
Gráfico – Atividade Farmacêutica
Gráfico – Total De Intervenção Farmacêuticas Realizada
Gráfico – Número de Medicamentos Faltantes
Gráfico – Taxa de Erro de Dispensação
Gráfico – Consumo Global de Antimicrobianos
Gráfico – Setor Notificador
Gráfico – Setores Notificados
Gráfico – Ações Executadas X Ações Planejadas
Gráfico – Impacto emocional das ações do Comitê de Humanização Hospitalar HRMJ

Gráfico – Prontuários de Alta x AIHs Apresentadas x Prontuários
Gráfico – Desempenho do PAT.
Gráfico – Monitoramento do Indicador Hora-Homem.
Gráfico – Número de pacientes direcionados
Gráfico – Número de Pacientes Aceitos
Gráfico – Número de Pacientes Internados
Gráfico – Taxa de Ocupação de Leitos Operacionais HRMJ
Gráfico – Taxa de Recusa de Leitos HRMJ
Gráfico – Número de Saídas Hospitalar HRMJ (Série histórica)
Gráfico – Tempo de Resposta à Central Estadual de Regulação – CER.
Gráfico – Variação do Índice de Rotatividade
Gráfico – Indicadores Epidemiológicos
Gráfico – Acompanhamento de Resíduos Químicos Gerados da Unidade
Gráfico – Manifestações analisadas no período
Gráfico – Classificação das Manifestações (Reclamação)
Gráfico – Classificação das Manifestações (Sugestão)
Gráfico– Taxa de Satisfação Geral de Respostas Positivas.
Gráfico – Taxa de reação transfusional.

LISTA DE FIGURAS

Figura – Plano Estratégico 2026 – 2027

Figuras – Ambulatório HRMJ

Figuras – Espera Ambulatório

Figuras – Sala de Espera Ambulatório

Figuras – Recepção do Pronto Atendimento

Figuras – Espera do Pronto Atendimento

Figuras – Recepção Unidade de Internação

Figuras – Posto de Enfermagem do Pronto atendimento

Figuras – Posto de Enfermagem da Unidade de Internação

Figuras – Centro Cirúrgico HRMJ

Figuras – Recepção UTI HRMJ

Figuras – Leitos de UTI

INTRODUÇÃO

O Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus entregue em 01 de outubro de 2024, é uma unidade de referência regional voltada ao atendimento de urgência e emergência e à realização de procedimentos de média e alta complexidade, com funcionamento ininterrupto 24 horas. O hospital possui capacidade instalada de 42 leitos, sendo 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI adulta e 32 leitos destinados às demais especialidades.

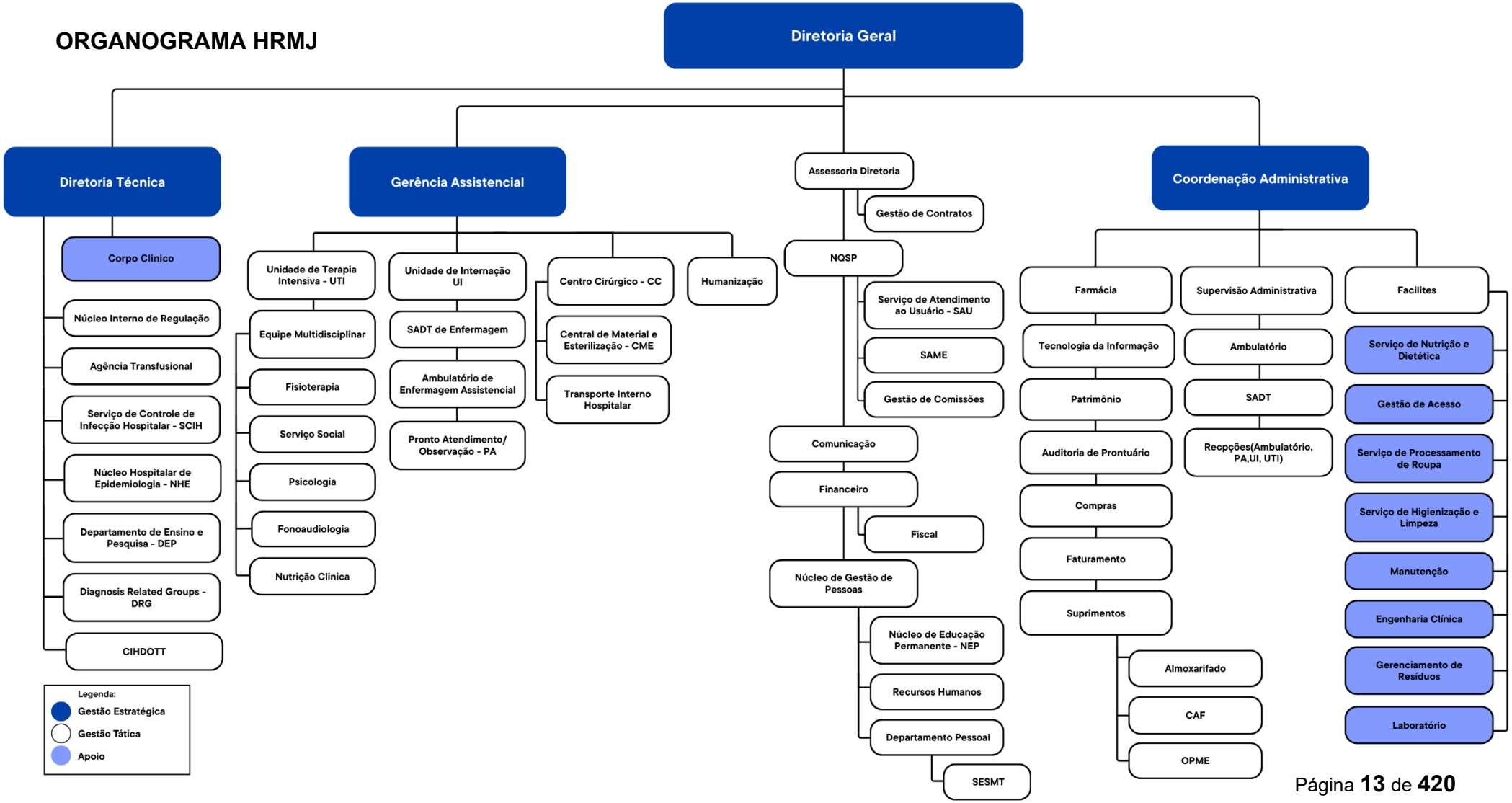
A unidade tem como finalidade garantir assistência integral, humanizada e resolutiva à população, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os contratos de gestão vigentes e os padrões de qualidade assistencial preconizados por modelos avaliativos como a Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O HRMJ realiza atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais nas especialidades de ortopedia e traumatologia, ginecologia, cardiologia, anestesiologia e cirurgia geral, contando com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social, entre outros. Dispõe ainda de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo tomografia, anatomopatológico, eletrocardiograma, ultrassonografia, endoscopia digestiva, radiografia geral e análises clínicas.

O acesso dos usuários ocorre por meio da Regulação Estadual (SER), bem como por encaminhamentos do SAMU, Corpo de Bombeiros e Polícia, seguindo fluxos assistenciais e protocolos institucionais definidos.

O presente Relatório Mensal de atividades tem como objetivo apresentar, de forma sintética e analítica, as atividades desenvolvidas no HRMJ durante o mês de **Agosto/2026,** subsidiando o acompanhamento do desempenho, da produtividade e da qualidade assistencial, bem como a avaliação do cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão nº 008/SESPA/2024 – Processo nº 2023/450009, firmado entre o Instituto Social Mais Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA).

ORGANOGRAMA HRMJ



INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE – HRMJ

O Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus (HRMJ) conta com equipe dimensionada de forma a garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços assistenciais e administrativos, em consonância com sua capacidade instalada, perfil assistencial e complexidade dos atendimentos. A estrutura organizacional está distribuída em níveis estratégico, tático e operacional, conforme organograma institucional vigente.

No nível estratégico, a unidade é conduzida pela Diretoria Geral, responsável pela governança institucional, pela tomada de decisões estratégicas, pela articulação com os entes reguladores e pelo acompanhamento do Contrato de Gestão. A Diretoria Geral conta com o apoio direto da Diretoria Técnica, da Gerência Assistencial e da Coordenação Administrativa, que atuam de forma integrada no planejamento, na execução e no monitoramento das ações institucionais.

No nível Tático, integrando o time da Diretoria Geral, encontram-se as áreas responsáveis pela governança institucional, planejamento estratégico, monitoramento do Contrato de Gestão, garantia da segurança do paciente, gestão de pessoas, comunicação, controle administrativo-financeiro e suporte técnico-operacional, atuando de forma articulada para assegurar a eficiência, a conformidade normativa e a qualidade dos serviços prestados.

Compõem este nível:

- Assessoria da Diretoria;
- Gestão de Contratos;
- Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
  - Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)
  - Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)
  - Gestão de Comissões;
- Comunicação;
- Financeiro;
  - Fiscal
- Núcleo de Gestão de Pessoas;
- Núcleo de Educação Permanente (NEP)

- Recursos Humanos
- Departamento Pessoal
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

Compondo a Diretoria Técnica, encontram-se os setores e núcleos responsáveis pela condução técnico-assistencial da unidade, pela coordenação do corpo clínico, pela segurança do paciente, pelo controle epidemiológico, pela regulação interna e pela conformidade dos processos assistenciais com as normativas vigentes. A Diretoria Técnica atua de forma integrada com as demais instâncias de gestão, assegurando a qualidade, a resolutividade e a segurança da assistência prestada.

Compõem a Diretoria Técnica:

- Corpo Clínico;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Agência Transfusional;
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE);
- Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP);
- Diagnoses Related Groups (DRG);
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

A Gerência Assistencial é responsável pela organização, coordenação e supervisão direta das áreas assistenciais do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, assegurando a integralidade do cuidado, a continuidade da assistência e o cumprimento dos protocolos institucionais e normativos. Atua no gerenciamento das equipes multiprofissionais, na alocação adequada dos recursos humanos e no monitoramento da qualidade e segurança da assistência prestada aos usuários.

Compõem a Gerência Assistencial:

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulta);
- Unidades de Internação (UI);
- Pronto Atendimento (PA);
- Sala Vermelha;

- Centro Cirúrgico (CC);
- Central de Material e Esterilização (CME);
- Ambulatórios;
- Enfermagem Assistencial;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);
- Transporte Interno Hospitalar;
- Humanização;
- Equipe Multiprofissional, composta por:
    - Fisioterapia;
    - Serviço Social;
    - Psicologia;
    - Fonoaudiologia;
    - Nutrição Clínica.

A Coordenação Administrativa é responsável pelo gerenciamento das áreas de apoio, logística e suporte operacional do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, garantindo as condições adequadas para o pleno funcionamento dos serviços assistenciais. Atua de forma integrada com a Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Gerência Assistencial, assegurando eficiência administrativa, controle de recursos, continuidade operacional e conformidade com as normas institucionais e legais vigentes.

Compõem a Coordenação Administrativa:

- Farmácia;
- Tecnologia da Informação;
- Patrimônio;
- Compras;
- Faturamento;
- Suprimentos;
    - Almoxarifado;
    - Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF);
    - Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);
- Supervisão Administrativa;
    - Ambulatório

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);
- Recepções (Ambulatório, Pronto Atendimento, Unidades de Internação e UTI);
- Facilites
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Gestão de Acesso;
- Serviço de Processamento de Roupa;
- Higienização e Limpeza;
- Manutenção Predial;
- Engenharia Clínica;
- Gerenciamento de Resíduos;
- Laboratório.

O dimensionamento das equipes é realizado com base na demanda assistencial, parâmetros legais e normativos vigentes, perfil epidemiológico da região e diretrizes institucionais, garantindo qualidade, segurança do paciente, eficiência operacional e atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde SUS.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

O Mapa Estratégico 2026-2027 do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus foi estruturado com base em sua Identidade Organizacional, contemplando a missão de cuidar das pessoas com excelência e humanização, em integração com a comunidade, a visão de ser reconhecido até 2029 como referência em assistência e gestão sustentável em saúde na Região Norte.

A construção do Mapa Estratégico está fundamentada nos valores institucionais de diversidade, excelência, humanização, integridade, responsabilidade social, sustentabilidade e transparência, orientando as ações e decisões em todos os níveis da organização.

Os objetivos estratégicos foram organizados em quatro perspectivas integradas. Na perspectiva financeira, destacam-se as iniciativas voltadas à garantia do faturamento, manutenção da sustentabilidade financeira, consolidação do equilíbrio contratual com

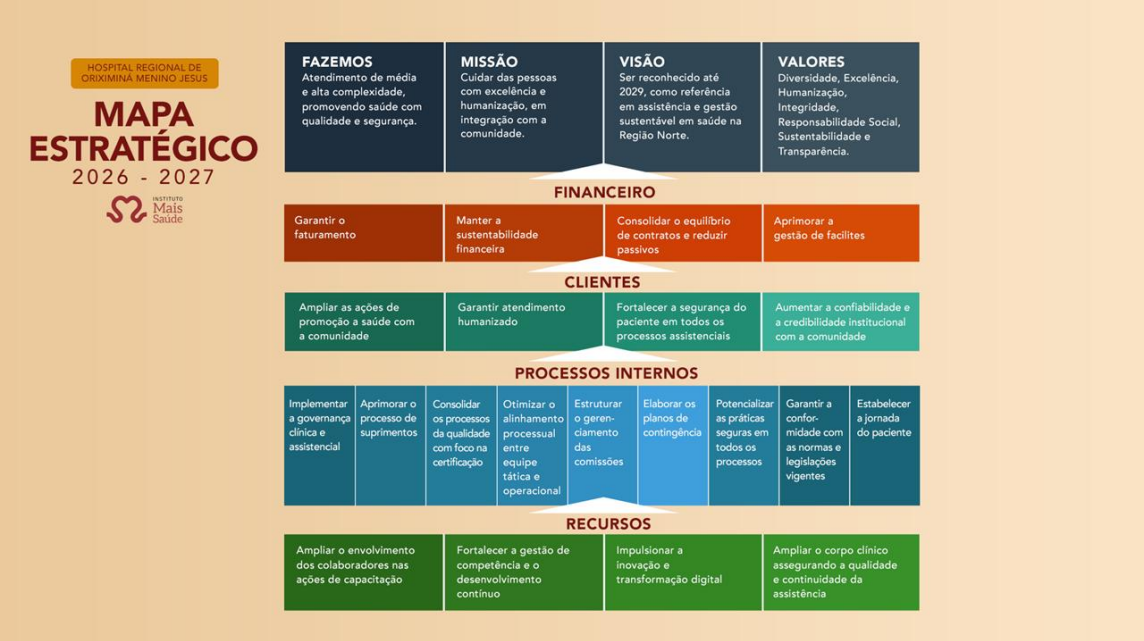
redução de passivos e aprimoramento da gestão de facilities. Na perspectiva clientes, os esforços concentram-se na ampliação das ações de promoção à saúde junto à comunidade, garantia de atendimento humanizado, fortalecimento da segurança do paciente e aumento da confiabilidade institucional perante a população.

Na perspectiva de processos internos, o hospital busca aprimorar sua governança clínica e assistencial, fortalecer os processos de suprimentos e de qualidade, promover maior alinhamento entre as equipes, estruturar a atuação das comissões, desenvolver planos de contingência, ampliar a cultura de práticas seguras, assegurar conformidade com normas e legislações vigentes e consolidar a jornada do paciente como eixo central da assistência. Já na perspectiva de recursos, as estratégias contemplam o desenvolvimento e capacitação dos colaboradores, fortalecimento da gestão de competências, incentivo à inovação e transformação digital e ampliação do corpo clínico para garantir qualidade e continuidade assistencial.

O novo Mapa Estratégico representa o compromisso institucional com a melhoria contínua dos processos, a excelência na assistência prestada à população e a sustentabilidade da organização, servindo como instrumento norteador para o alcance dos resultados e das metas estabelecidas para os próximos anos. Sua implementação reforça o alinhamento entre as equipes e fortalece a cultura de planejamento, monitoramento e avaliação permanente dos resultados institucionais.

Figura – Mapa Estratégico 2026 – 2027





CAPACIDADE INSTALADA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
• Recepção (61 Lugares Para Espera); • Classificação de Risco Adulto; • Sala de Espera dos Classificados; • Sala do Serviço Social; • Sala Vermelha (4 Leitos); • Sala Amarela (10 Macas); • Sala Azul Adulto (8 Poltronas); • Leitos de Isolamento (2 Salas); • Sala de Gesso; • Sala de Sutura; • Farmácia Satélite; • Posto de Enfermagem.
INTERNAÇÃO
• Cirurgia geral (9 leitos); • Ortopedia/Traumatologia (6 leitos); • Isolamento (1 leito); • Posto de Enfermagem; • Sala de Curativos; • UTI-Adulto tipo II (9 leitos); • Isolamento da UTI (1 leito); • Farmácia Satélite; • Posto de Enfermagem.

AMBULATÓRIO

- Recepção (72 Lugares de Espera);
- 5 Consultórios (Anestesiologia, Cardiologia, Ginecologia, Ortopedista/Traumatologista e Cirurgia Geral);
- 2 Box de Coleta de Exames com Poltrona e 1 Sala de Coleta com Maca;
- Sala de Repouso Pós Anestesia da Endoscopia (4 Poltronas);
- 1 Sala de Recuperação Pós Tomografia Com Sedação;
- Posto de Enfermagem.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

- Análises clínicas;
- Sala de eletrocardiograma;
- Sala de Endoscopia Digestiva Alta;
- Sala de Raio – X;
- Sala de Tomografia Computadorizada;
- Sala de Ultrassonografias.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- 1 Sala de Estocagem de Hemocomponentes;
- Realizar todos os processos necessário de hemoterapia - transfusão de hemocomponentes e derivados de acordo com resolução - RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010.

CENTRO CIRÚRGICO

- 02 Salas de Cirurgias;
- 01 Sala de Recuperação Pós-anestésica com 3 Macas;
- 01 Posto de Enfermagem;
- Farmácia Satélite;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Serviço de Processamento de Roupas Hospitalares.

DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS

Setor	Ala	Isolamento	Leitos	Total de Leitos
Pronto Atendimento / Observação	Sala Vermelho (Leito)	0	4	4
	Sala Amarela	2	10	12
	Sala Azul (Poltrona)	0	8	8
Total de Leitos Observação		**2**	**22**	**24**
Leitos de Internação	Clínica Cirúrgica	1	9	10
	Clínica Ortopédica	0	6	6
Leitos de UTI/Internação	Unidade de Terapia Intensiva	1	9	10
Total de Leitos Internação		**2**	**24**	**26**
Total de Leitos Geral		**4**	**46**	**50**

Figuras – Ambulatório HRMJ



Figuras – Recepção do Pronto Atendimento



Figuras – Espera do Pronto Atendimento



Figuras – Recepção Unidade de Internação



Figuras – Posto de Enfermagem do Pronto atendimento



Figuras – Posto de Enfermagem da Unidade de Internação



Figuras – Centro Cirúrgico HRMJ



Figuras – Centro Cirúrgico HRMJ



Figuras – Recepção UTI HRMJ





Figuras – Leitos de UTI



PRODUÇÃO

A produção assistencial referente ao mês de **Agosto de 2026** no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus caracteriza a continuidade das atividades assistenciais e administrativas desenvolvidas pela unidade, mantendo o acompanhamento sistemático dos serviços ofertados, a organização dos fluxos internos e o monitoramento dos indicadores institucionais.

O presente relatório tem como objetivo apresentar os dados de produção referentes ao mês, analisar o desempenho dos serviços e subsidiar o acompanhamento da gestão hospitalar, contribuindo para o planejamento, avaliação e aprimoramento contínuo dos processos assistenciais e administrativos.

SAÍDAS HOSPITALARES

Em agosto de 2026, o Hospital Regional Menino Jesus registrou 124 saídas hospitalares, alcançando 43,21% da meta mensal contratada de 287 saídas. Em comparação com julho de 2026, quando foram contabilizadas 145 saídas, observou-se redução de 14,48%, correspondente a 21 saídas a menos no período.

A especialidade de Ortopedia e Traumatologia manteve desempenho acima da meta mensal, mesmo apresentando redução em relação ao mês anterior. Os Leitos Cirúrgicos registraram a maior redução do período, impactando diretamente o resultado global do indicador, enquanto os Leitos Complementares apresentaram discreto crescimento, porém sem impacto significativo no alcance da meta institucional.

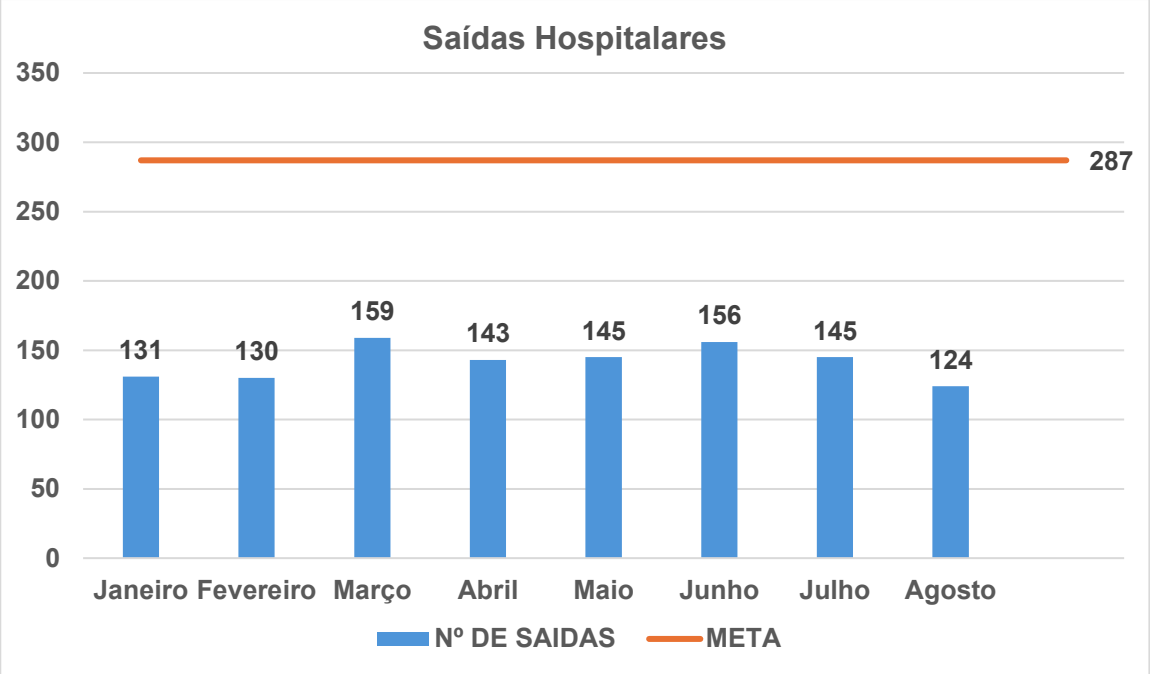
De forma geral, o resultado de agosto demonstra redução da movimentação hospitalar em comparação ao mês anterior, refletindo menor volume de saídas hospitalares e consequente redução do percentual de alcance da meta contratada. Apesar da manutenção do desempenho positivo da Ortopedia e Traumatologia, o indicador permaneceu abaixo do pactuado para o período, evidenciando a necessidade de fortalecimento das estratégias voltadas à otimização da ocupação dos leitos e ao aumento da produção assistencial.

Tabela – Produção – Saídas Hospitalares

Saídas Hospitalares	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Ortopedia / Traumatologia	**41**	45	36	47	46	47	52	54	47
Leitos Cirúrgicos	**123**	68	74	88	84	85	89	76	61
Leitos Complementares	**123**	18	20	24	13	13	15	15	16
Total	**287**	**131**	**130**	**159**	**143**	**145**	**156**	**145**	**124**
% Atingido da Meta Mensal		**45,64%**	**45,30%**	**55,40%**	**49,83%**	**50,52%**	**54,36%**	**50,52%**	**43,21%**

Fonte: Estatística HRMJ

Gráfico – Histórico de Saídas Hospitalares



Fonte: Estatística HRMJ

- **Taxa de Ocupação**

Em agosto de 2026, o Hospital Regional Menino Jesus apresentou taxa de ocupação de 75,88%, considerando o total de 988 pacientes-dia registrados no período. O resultado demonstra adequada utilização da capacidade instalada, evidenciando manutenção do fluxo assistencial e bom aproveitamento dos leitos disponíveis para atendimento da demanda hospitalar.

Na comparação com julho de 2026, quando a taxa de ocupação foi de 74,19%, observa-se aumento de 1,69 ponto percentual, acompanhado do crescimento do número de pacientes-dia, que passou de 966 para 988. O resultado indica ampliação da utilização dos leitos e fortalecimento da produção assistencial no período.

O desempenho registrado em agosto representa o melhor resultado dos últimos meses analisados, reforçando a capacidade da instituição em manter elevado nível de ocupação hospitalar de forma equilibrada e sustentável. A permanência do indicador acima de 75% demonstra adequada gestão dos leitos, contribuindo para a otimização dos recursos hospitalares e para a ampliação do acesso aos serviços ofertados.

- **Média de Permanência**

Em agosto de 2026, a média de permanência hospitalar foi de 8,0 dias, representando o tempo médio de internação dos pacientes atendidos no período. O indicador demonstra aumento do tempo de permanência em relação aos meses anteriores, refletindo características assistenciais e clínicas dos pacientes internados, bem como a necessidade de acompanhamento hospitalar por períodos mais prolongados.

Na comparação com julho de 2026, quando a média de permanência foi de 6,7 dias, observa-se um aumento de 1,3 dia, correspondente a um crescimento de aproximadamente 19,40%. O resultado evidencia maior permanência dos pacientes nos leitos hospitalares durante o período analisado.

Apesar do aumento da média de permanência, a instituição registrou elevação da taxa de ocupação hospitalar para 75,88% e aumento do número de pacientes-dia para

988, demonstrando manutenção da demanda assistencial e utilização efetiva da capacidade instalada.

De forma geral, o resultado de agosto sugere atendimento de pacientes com maior complexidade clínica e necessidade de internações mais prolongadas. O comportamento do indicador reforça a importância do monitoramento contínuo dos processos assistenciais e da gestão de leitos, visando manter o equilíbrio entre qualidade da assistência, rotatividade hospitalar e disponibilidade de vagas para novos atendimentos.

DIÁRIAS DE UTI

Em agosto de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva registrou 253 diárias, correspondendo a 93,70% da meta mensal contratada de 270 diárias. O resultado representa o melhor desempenho do ano até o momento e demonstra aumento da utilização dos leitos intensivos no período.

Na comparação com julho de 2026, quando foram contabilizadas 239 diárias, observa-se crescimento de 5,86%, equivalente a 14 diárias a mais. Consequentemente, o percentual de atingimento da meta evoluiu de 88,52% para 93,70%, registrando incremento de 5,18 pontos percentuais.

O desempenho observado em agosto evidencia fortalecimento da assistência aos pacientes de maior complexidade e maior aproveitamento da capacidade instalada da unidade. O resultado também demonstra manutenção da tendência de crescimento iniciada após junho, quando foram registradas 218 diárias, consolidando evolução consecutiva nos dois meses subsequentes.

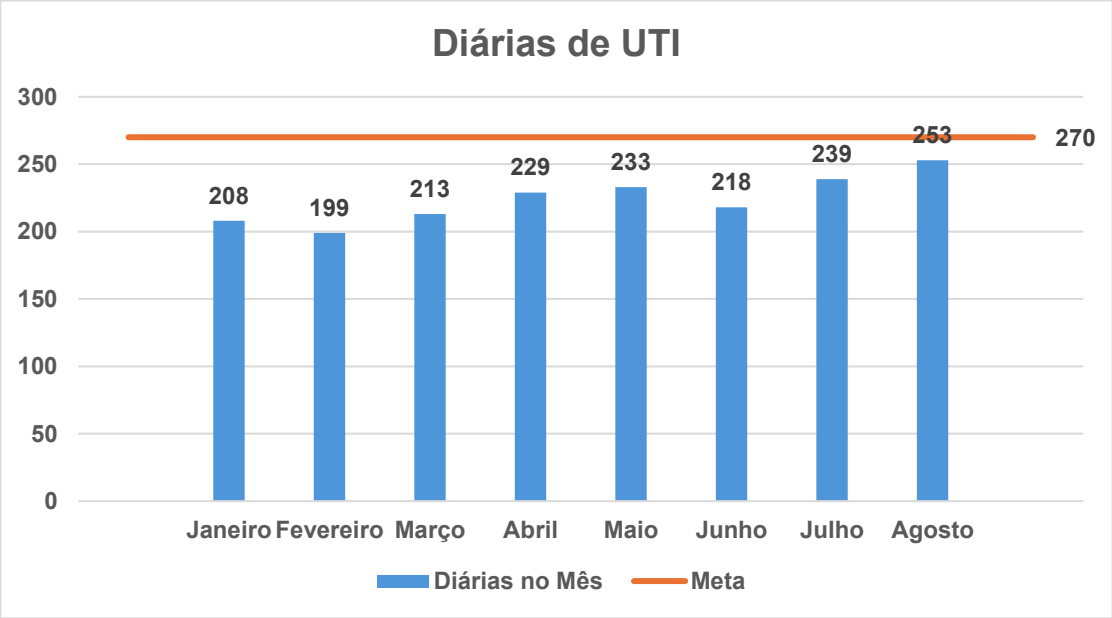
De forma geral, a produção de diárias da UTI apresentou desempenho satisfatório no período, aproximando-se da meta contratada e reforçando a importância da unidade no atendimento dos pacientes críticos. O resultado demonstra estabilidade operacional, ampliação da utilização dos leitos intensivos e continuidade da assistência especializada ofertada pelo Hospital Regional Menino Jesus.

Tabela – Produção – Diárias de UTI

Diárias Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Unidade de Terapia Intensiva	**270**	208	199	213	229	233	218	239	253
Total	**270**	**208**	**199**	**213**	**229**	**233**	**218**	**239**	**253**
% Atingido da Meta Mensal		**77,04%**	**73,70%**	**78,89%**	**84,81%**	**86,30%**	**80,74%**	**88,52%**	**93,70%**

Fonte: Estatística HRMJ

Gráfico – Histórico de Diárias de UTI



Fonte: Estatística HRMJ

- **Taxa de Ocupação – UTI**

Em agosto de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva apresentou taxa de ocupação de 81,61%, evidenciando elevada utilização dos leitos destinados aos pacientes de maior complexidade assistencial. O resultado demonstra fortalecimento da demanda pelos serviços intensivos e melhor aproveitamento da capacidade instalada da unidade.

Na comparação com julho de 2026, quando a taxa de ocupação foi de 77,10%, observa-se aumento de 4,51 pontos percentuais. Esse crescimento acompanha a elevação do número de diárias de UTI registradas no período, que passou de 239 para 253 diárias, refletindo maior utilização dos leitos intensivos e ampliação da assistência prestada aos pacientes críticos.

O resultado de agosto representa o melhor desempenho dos últimos meses analisados e supera os percentuais observados em junho e julho, demonstrando tendência de crescimento na ocupação da unidade. A manutenção da taxa acima de 80% indica adequada utilização dos recursos disponíveis, sem evidências de ociosidade significativa dos leitos.

De forma geral, o indicador evidencia fortalecimento da capacidade operacional da UTI, manutenção da demanda assistencial e efetividade da gestão dos leitos intensivos. O resultado reforça a importância da unidade na assistência aos pacientes de maior complexidade e demonstra a continuidade da oferta de cuidados intensivos com elevado nível de utilização da estrutura disponível.

- **Média de Permanência – UTI**

Em agosto de 2026, a média de permanência na Unidade de Terapia Intensiva foi de 5,8 dias, considerando 44 saídas registradas no período. O indicador representa o tempo médio de internação dos pacientes críticos atendidos na unidade e demonstra permanência compatível com o perfil assistencial e a complexidade dos casos acompanhados.

Na comparação com julho de 2026, quando a média de permanência foi de 5,6 dias, observa-se aumento de 0,2 dia, correspondente a um crescimento de aproximadamente 3,57%. O resultado indica estabilidade do indicador, com discreta elevação do tempo médio de permanência dos pacientes internados na UTI.

O comportamento da média de permanência acompanha o aumento das diárias de UTI, que passaram de 239 em julho para 253 em agosto, bem como o crescimento da taxa de ocupação, que evoluiu de 77,10% para 81,61% no mesmo período. Esses resultados evidenciam maior utilização dos leitos intensivos e manutenção da demanda pelos serviços de alta complexidade.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT (EXTERNO)

Em agosto de 2026, o SADT Externo realizou 14.229 procedimentos, alcançando 120,58% da meta mensal contratada de 11.800 procedimentos. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 12.661 procedimentos, observou-se crescimento de 12,38%, representando acréscimo de 1.568 procedimentos.

Ao analisar individualmente os exames realizados, observa-se o seguinte desempenho:

Análises Clínicas

Em agosto de 2026, o serviço de Análises Clínicas realizou 12.730 exames, alcançando 127,30% da meta mensal contratada de 10.000 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 11.218 exames, observou-se crescimento de 13,48%. O resultado manteve a especialidade acima da meta contratada e consolidou o maior volume de produção entre todos os exames realizados pelo SADT Externo.

Anatomopatologia

A Anatomopatologia realizou 80 exames em agosto de 2026, atingindo 80,00% da meta mensal contratada de 100 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram registrados 88 exames, observou-se redução de 9,09%. Apesar da redução, a produção manteve-se superior à registrada em junho e próxima à meta estabelecida.

Eletrocardiograma

Em agosto de 2026, foram realizados 216 eletrocardiogramas, correspondendo a 72,00% da meta contratada de 300 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 225 exames, observou-se redução de 4,00%. Apesar da diminuição, a especialidade manteve produção elevada no período.

Endoscopia Digestiva Alta

A especialidade realizou 72 procedimentos em agosto de 2026, alcançando 72,00% da meta mensal contratada de 100 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 75 procedimentos, observou-se discreta redução de 4,00%. O resultado demonstra estabilidade da produção, permanecendo abaixo da meta pactuada.

Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia

Em agosto de 2026, foram realizados 35 procedimentos, atingindo 70,00% da meta mensal contratada de 50 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram registrados 29 procedimentos, houve crescimento de 20,69%. O resultado demonstra evolução da produção, embora a meta ainda não tenha sido alcançada.

Radiografia Geral

A Radiografia Geral realizou 443 exames em agosto de 2026, correspondendo a 88,60% da meta contratada de 500 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 430 exames, observou-se crescimento de 3,02%. O serviço manteve tendência de crescimento e desempenho próximo da meta mensal.

Tomografia Computadorizada com Contraste

Em agosto de 2026, foram realizados 82 exames, alcançando 82,00% da meta mensal contratada de 100 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 71 exames, observou-se crescimento de 15,49%. O resultado demonstra recuperação da produção e maior aproximação da meta contratada.

Tomografia Computadorizada sem Contraste

A especialidade realizou 285 exames em agosto de 2026, atingindo 95,00% da meta contratada de 300 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 284 exames, observou-se estabilidade da produção, com crescimento de 0,35%. O resultado mantém a especialidade como uma das mais próximas do alcance integral da meta.

Ultrassonografia com Doppler

Em agosto de 2026, foram realizados 34 exames, correspondendo a 68,00% da meta mensal contratada de 50 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram registrados 26 exames, observou-se crescimento de 30,77%. O resultado demonstra recuperação da produção em relação ao mês anterior.

Ultrassonografia Geral

A Ultrassonografia Geral realizou 252 exames em agosto de 2026, alcançando 84,00% da meta mensal contratada de 300 exames. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 215 exames, observou-se crescimento de 17,21%. O resultado demonstra incremento importante da produção e aproximação da meta estabelecida.

Destacaram-se positivamente Análises Clínicas, que superaram significativamente a meta contratada, além da Tomografia Computadorizada sem Contraste, Radiografia Geral e Ultrassonografia Geral, que apresentaram crescimento da produção e desempenho próximo ao pactuado. Também registraram evolução importante a Tomografia Computadorizada com Contraste, a Ultrassonografia com Doppler e a Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia.

De forma geral, o serviço apresentou expressivo crescimento da produção em agosto de 2026, superando a meta contratada em 20,58% e alcançando o melhor resultado do ano. O desempenho evidencia fortalecimento da capacidade diagnóstica institucional, ampliação do acesso aos exames e aumento da oferta assistencial à população atendida pelo Hospital Regional Menino Jesus.

Nota de Revisão dos Dados

No mês de agosto de 2026, os dados institucionais passaram por um processo de revisão semestral das bases históricas e dos consolidados de produção, com o objetivo de garantir maior consistência, confiabilidade e rastreabilidade das informações utilizadas nos relatórios institucionais e indicadores assistenciais.

Durante a conferência dos registros históricos, foram identificadas divergências pontuais relacionadas à produção de janeiro de 2026, que demandaram correção e validação junto aos setores responsáveis. Entre as adequações realizadas, destacam-se:

- Correção de 04 procedimentos lançados indevidamente a mais em Análises Clínicas;
- Revisão da classificação dos exames de Anatomopatologia, cuja produção total permaneceu em 100 exames, porém verificou-se inconsistência na distribuição entre exames internos e externos. Inicialmente, os 35 exames externos e os 65 exames internos foram consolidados integralmente como exames externos. Após a validação dos registros, a classificação foi corrigida de acordo com a produção efetivamente realizada.

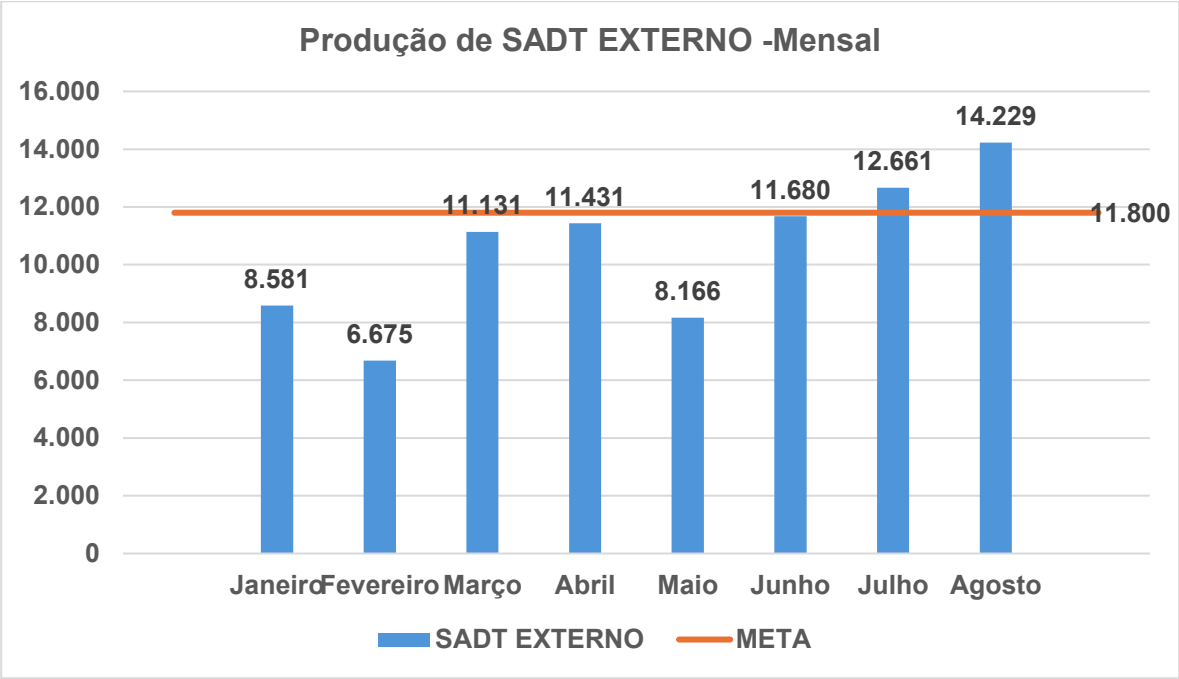
As correções efetuadas não alteram a produção assistencial executada pela instituição, mas asseguram maior precisão na classificação e no registro das informações apresentadas. Dessa forma, os indicadores e séries históricas apresentados a partir da competência de agosto de 2026 refletem os dados revisados e validados, em conformidade com os princípios de transparência, governança da informação e melhoria contínua dos processos institucionais.

Tabela – Produção SADT EXTERNO

SADT	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Análises Clínicas	**10.000**	7.510	5.646	9.889	10.245	7.031	10.527	11.218	12.730
Anatomopatologia	**100**	35	80	81	47	106	39	88	80
Eletrocardiograma	**300**	172	117	117	163	94	170	225	216
Endoscopia Digestiva Alta	**100**	30	57	74	45	78	32	75	72
Endoscopia Digestiva Alta- Colonoscopia	**50**	10	15	35	22	25	17	29	35
Radiografia geral	**500**	379	340	345	402	363	383	430	443
Tomografia Computadorizada com Contraste	**100**	51	74	95	67	94	63	71	82
Tomografia Computadorizada sem Contraste	**300**	82	104	247	165	108	193	284	285
Ultrassonografia com Doppler	**50**	41	36	33	36	34	34	26	34
Ultrassonografia Geral	**300**	202	206	215	239	233	222	215	252
Total	**11.800**	**8.512**	**6.675**	**11.131**	**11.431**	**8.166**	**11.680**	**12.661**	**14.229**
% Atingido da Meta Mensal		**72,14%**	**56,57%**	**94,33%**	**96,87%**	**69,20%**	**98,98%**	**107,30%**	**120,58%**

Fonte: Estatística HRMJ

Gráfico – Produção de SADT EXTERNO



Fonte: Estatística HRMJ

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS POR ESPECIALIDADE

Em agosto de 2026, o Hospital Regional Menino Jesus realizou 126 procedimentos cirúrgicos, alcançando 66,32% da meta mensal contratada de 190 cirurgias. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 137 procedimentos, observou-se redução de 8,03%, correspondente a 11 procedimentos a menos no período.

Ao analisar os procedimentos por especialidade o seguinte desempenho:

Cirurgia Ortopédica e Traumatologia, Adulto e Pediátrica

Em agosto de 2026, a especialidade realizou 61 procedimentos cirúrgicos, alcançando 76,25% da meta mensal contratada de 80 cirurgias. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 60 procedimentos, observou-se crescimento de 1,67%, mantendo a tendência de estabilidade observada nos últimos meses. A

especialidade apresentou o maior volume de procedimentos cirúrgicos realizados no período, permanecendo como principal componente da produção cirúrgica institucional.

Cirurgia Geral

A especialidade realizou 36 procedimentos cirúrgicos em agosto de 2026, correspondendo a 42,35% da meta mensal contratada de 85 cirurgias. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 52 procedimentos, observou-se redução de 30,77%, equivalente a 16 cirurgias a menos no período. O resultado representa a menor produção registrada pela especialidade no ano, impactando diretamente o desempenho global do indicador.

Cirurgia Ginecológica

Em agosto de 2026, a especialidade realizou 29 procedimentos cirúrgicos, atingindo 116,00% da meta mensal contratada de 25 cirurgias. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizadas 25 cirurgias, observou-se crescimento de 16,00%. O resultado posiciona a especialidade como a única a superar a meta contratada no período, apresentando o melhor desempenho proporcional entre as especialidades avaliadas.

A Cirurgia Ginecológica destacou-se pelo cumprimento e superação da meta contratada, enquanto a Cirurgia Ortopédica e Traumatologia manteve produção estável e continuou apresentando o maior volume de procedimentos realizados. Já a Cirurgia Geral registrou redução expressiva da produção, influenciando diretamente o resultado global do indicador.

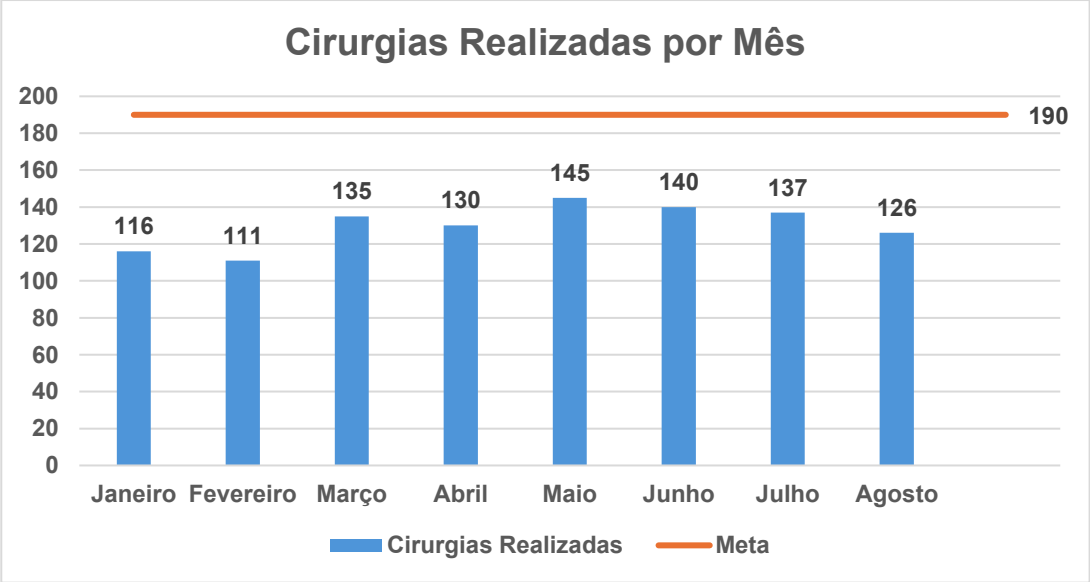
De forma geral, a produção cirúrgica apresentou retração em relação ao mês anterior, permanecendo abaixo da meta pactuada. Apesar disso, a manutenção da produção em Ortopedia e o desempenho positivo da Cirurgia Ginecológica demonstram a continuidade da assistência cirúrgica e a capacidade operacional do Centro Cirúrgico na oferta dos procedimentos à população atendida pela instituição.

Tabela – Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade

Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Cirurgia Ortopédica /Traumatologia (Adulto e Pediátrico)	**80**	46	40	51	50	58	54	60	61
Cirurgia Geral	**85**	47	47	59	57	61	61	52	36
Cirurgia Ginecológica	**25**	23	24	25	23	26	25	25	29
Total	**190**	**116**	**111**	**135**	**130**	**145**	**140**	**137**	**126**
% Atingido da Meta Mensal		**61,05%**	**58,42%**	**71,05%**	**68,42%**	**76,32%**	**73,68%**	**72,11%**	**66,32%**

Fonte: Estatística HRMJ

Gráfico – Cirurgias Realizadas por Mês



Fonte: Estatística HRMJ

CONSULTAS AMBULATORIAIS – ESPECIALIDADES MÉDICAS

Em agosto de 2026, foram realizadas 778 consultas ambulatoriais de especialidades médicas, alcançando 72,71% da meta mensal contratada de 1.070 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizadas 807 consultas, observou-se redução de 3,59%, correspondente a 29 consultas a menos no período.

Ao analisar por especialidade destacam-se os seguintes resultados:

Anestesiologia

Em agosto de 2026, a especialidade realizou 104 consultas, alcançando 47,27% da meta mensal contratada de 220 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizadas 140 consultas, observou-se redução de 25,71%, correspondente a 36 atendimentos a menos no período. O resultado representa o menor quantitativo registrado pela especialidade nos últimos três meses e permaneceu abaixo da meta estabelecida.

Cardiologia

A especialidade realizou 187 consultas em agosto de 2026, correspondendo a 93,50% da meta mensal contratada de 200 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram registradas 176 consultas, observou-se crescimento de 6,25%. A especialidade apresentou um dos melhores desempenhos do período, mantendo-se próxima do alcance integral da meta contratada.

Cirurgia Geral

Em agosto de 2026, a especialidade realizou 183 consultas, alcançando 61,00% da meta mensal contratada de 300 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizadas 196 consultas, observou-se redução de 6,63%, equivalente a 13 consultas a menos. Apesar da redução, a especialidade manteve volume expressivo de atendimentos no período.

Cirurgia Ginecológica

A especialidade realizou 126 consultas em agosto de 2026, atingindo 84,00% da meta mensal contratada de 150 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizadas 130 consultas, observou-se discreta redução de 3,08%. O resultado

demonstra estabilidade da produção, mantendo desempenho próximo ao observado nos meses anteriores.

Ortopedia e Traumatologia, Adulto e Pediátrica

Em agosto de 2026, a especialidade realizou 178 consultas, correspondendo a 89,00% da meta mensal contratada de 200 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram registradas 165 consultas, observou-se crescimento de 7,88%. O resultado evidencia recuperação da produção e manutenção de desempenho próximo à meta contratada.

Destacaram-se positivamente as especialidades de Cardiologia e Ortopedia e Traumatologia, que apresentaram crescimento da produção e mantiveram os melhores percentuais de cumprimento da meta contratada. A Cirurgia Ginecológica apresentou estabilidade no período, enquanto Cirurgia Geral e, principalmente, Anestesiologia registraram redução da produção em relação ao mês anterior.

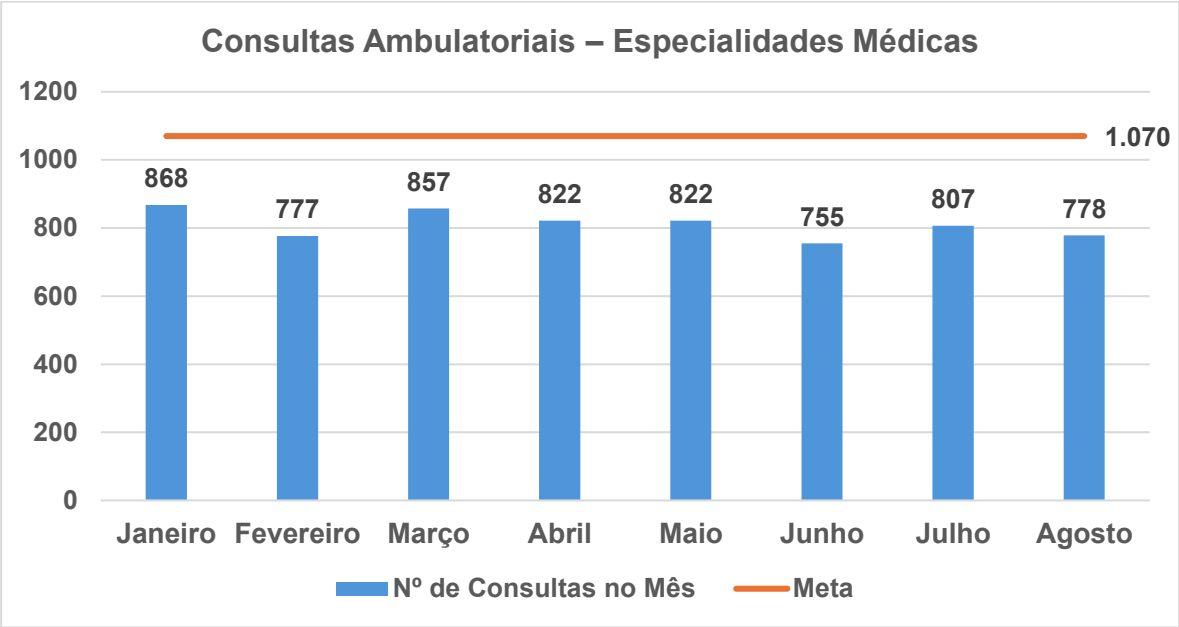
De forma geral, o resultado demonstra manutenção da assistência ambulatorial especializada, com desempenho semelhante ao observado nos meses anteriores. Apesar de a meta global não ter sido alcançada, a produção manteve-se estável, garantindo a continuidade da oferta de consultas especializadas à população assistida pelo Hospital Regional Menino Jesus.

Tabela – Consultas Ambulatoriais - Especialidade Médicas

Consultas Ambulatoriais - Especialidade Médicas	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Anestesiologia	**220**	194	132	150	126	123	109	140	104
Cardiologia	**200**	188	181	192	182	194	180	176	187
Cirurgia Geral	**300**	186	163	202	197	181	172	196	183
Cirurgia Ginecológica	**150**	147	134	134	141	140	120	130	126
Ortopédica / Traumatologia (Adulto e Pediátrico)	**200**	153	167	179	176	184	174	165	178
Total	**1.070**	**868**	**777**	**857**	**822**	**822**	**755**	**807**	**778**
% Atingido da Meta Mensal		**81,12%**	**72,62%**	**80,09%**	**76,82%**	**76,82%**	**70,56%**	**75,42%**	**72,71%**

Fonte: Estatística HRMJ

Gráfico – Consultas Ambulatoriais – Especialidades Médicas



Fonte: Estatística HRMJ

CONSULTA AMBULATORIAL DE NÍVEL SUPERIOR – EXCETO MÉDICO

Em agosto de 2026, foram realizadas 410 consultas ambulatoriais de nível superior, exceto médico, correspondendo a 117,14% da meta mensal contratada de 350 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram registrados 424 atendimentos, observou-se discreta redução de 3,30%, equivalente a 14 consultas a menos no período.

Quanto à produção por serviço, destacam-se os seguintes resultados:

Enfermagem

Em agosto de 2026, o serviço de Enfermagem realizou 288 consultas, alcançando 115,20% da meta mensal contratada de 250 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 314 atendimentos, observou-se redução de 8,28%, correspondente a 26 consultas a menos no período. Apesar da redução, o serviço manteve desempenho acima da meta estabelecida, demonstrando continuidade da assistência e manutenção da capacidade de atendimento.

Assistente Social

O serviço de Assistência Social realizou 122 consultas em agosto de 2026, atingindo 122,00% da meta mensal contratada de 100 consultas. Em comparação com julho de 2026, quando foram registradas 110 consultas, observou-se crescimento de 10,91%, equivalente a 12 atendimentos a mais no período. O resultado demonstra fortalecimento da atuação do serviço e manutenção do desempenho acima da meta.

O serviço de Enfermagem apresentou redução da produção em relação ao mês anterior, porém manteve desempenho superior à meta contratada. Já a Assistência Social registrou crescimento da produção e ampliou o percentual de alcance da meta, consolidando resultado positivo no período.

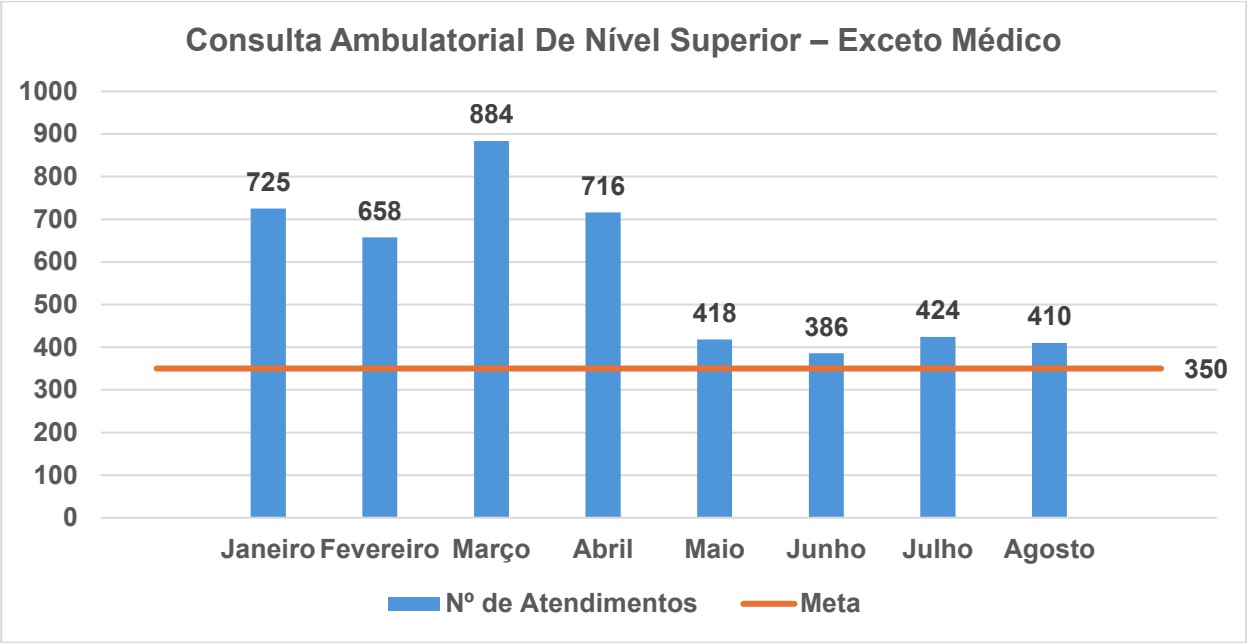
De forma geral, o indicador manteve desempenho acima do pactuado, evidenciando a continuidade e a efetividade da assistência multiprofissional prestada pela instituição. Os resultados demonstram a importância das equipes não médicas na integralidade do cuidado, contribuindo para o acompanhamento dos usuários e para o fortalecimento da assistência ambulatorial ofertada pelo Hospital Regional Menino Jesus.

Tabela – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico

Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Enfermagem	**250**	581	538	712	607	316	277	314	288
Assistente Social	**100**	144	120	172	109	102	109	110	122
Total	**350**	**725**	**658**	**884**	**716**	**418**	**386**	**424**	**410**
% Atingido da Meta Mensal		**207,14%**	**188,00%**	**252,57%**	**204,57%**	**119,43%**	**110,29%**	**121,14%**	**117,14%**

Fonte: Estatística HRMJ

Gráfico – Consulta Ambulatorial De Nível Superior – Exceto Médico



Fonte: Estatística HRMJ

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU/Ouvidoria) iniciou suas atividades no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, em 24 de janeiro de 2025, com a realização de pesquisas de satisfação in loco nas áreas de Ambulatório, Internação, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Alta Hospitalar. O serviço foi implantado como um canal institucional de escuta qualificada, diálogo e mediação entre os usuários e o hospital, contribuindo para a transparência, o fortalecimento do vínculo com a comunidade e a melhoria contínua da assistência.

No contexto hospitalar, o SAU/Ouvidoria exerce papel estratégico ao captar a percepção dos usuários quanto à qualidade dos serviços prestados, valorizando um atendimento humanizado, ético e resolutivo, pautado no acolhimento, na orientação adequada e na busca de soluções efetivas às manifestações recebidas, incluindo sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias.

Conforme disposto no Contrato de Gestão nº 008/SESPA/2024, o indicador SAU tem como objetivo avaliar a percepção dos usuários em relação à qualidade do serviço ofertado e mensurar o índice de satisfação quanto aos serviços pactuados em contrato, correspondendo a 20% do valor estimado da parte variável mensal do referido contrato. Dessa forma, o SAU/Ouvidoria também se consolida como uma importante ferramenta de apoio à gestão, fornecendo informações relevantes para o aprimoramento dos processos assistenciais e administrativos.

Destaca-se, ainda, a atuação integrada do SAU/Ouvidoria com as lideranças assistenciais e administrativas do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, uma vez que são essas áreas responsáveis pela análise e resposta às manifestações encaminhadas pelo serviço. Esse alinhamento institucional é essencial para garantir respostas tempestivas, qualificadas e alinhadas aos princípios da humanização, da segurança do paciente e da melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

O Serviço de Atendimento ao Usuário SAU/Ouvidoria funciona de segunda à sexta-feira, de 8:00 às 18:00 com atendimento presencial em sala pelo endereço **Rua Barão do Rio Branco, nº 3288, bairro Santa Terezinha**, sendo ofertado também outros canais como, telefone fixo **(93) 3191-0688 ramal 04**, e e-mail sau@hrmj.ismsaude.org.br. Quanto Ouvidoria, destacamos ainda os canais de atendimento da Ouvidoria Estadual SESPA: Presencialmente na **Travessa Lomas Valentina 2190, bairro Marco CEP 66093-667 Belém PA,** Fone **(91) 32125000,** e-mail **ouvidoria@sespa.pa.gov.br,** site **www.saude.pa.gov.br/ouvidoria** .

Dimensionamento da Equipe

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) encontra-se estruturado de forma hierarquizada, vinculado diretamente à Diretoria Geral por meio da Supervisão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

A equipe é composta por:

- 01 Coordenador do NQSP, responsável pela coordenação das atividades relacionadas à qualidade, segurança do paciente e acompanhamento das demandas do SAU;
- 01 Auxiliar Administrativo, que atua no suporte operacional, registro, organização documental e acompanhamento das manifestações;

- 01 Jovem Aprendiz, com função de apoio às atividades administrativas e rotinas do setor.

Trata-se de uma equipe enxuta, com estrutura funcional voltada à organização, registro, monitoramento e encaminhamento das demandas dos usuários, garantindo fluxo adequado de comunicação entre assistência, gestão e pacientes.

O dimensionamento atual atende ao perfil institucional da unidade, considerando o porte hospitalar e o volume de atendimentos, com supervisão técnica centralizada e apoio administrativo para execução das rotinas operacionais.

Estrutura Física

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU/Ouvidoria) dispõe de uma sala própria e exclusiva para o desenvolvimento de suas atividades.

A sala é de uso exclusivo do SAU/Ouvidoria, assegurando a privacidade, a confidencialidade das informações, bem como a manutenção da qualidade, do conforto e do acolhimento humanizado nos atendimentos aos usuários.

O ambiente encontra-se adequadamente estruturado, contando com mesa de trabalho equipada com computador, centro de custo próprio, materiais de escritório, cadeiras destinadas aos colaboradores do serviço e aos usuários, além de armário para arquivamento de documentos, tais como folders institucionais, pastas, formulários e relatórios. O espaço também dispõe de armário de ferro com chave, utilizado para atender ao fluxo de Achados e Perdidos, atividade que passou a ser de responsabilidade do SAU/Ouvidoria.

O fluxo de Achados e Perdidos consiste no recebimento, registro, guarda segura e devolução de pertences esquecidos ou encontrados nas dependências do hospital, garantindo rastreabilidade, organização e devolução adequada aos seus respectivos proprietários, em conformidade com os princípios de ética, transparência e responsabilidade institucional.

Atividades Realizadas Pelo SAU/OUVIDORIA

No mês de agosto de 2026, o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU/Ouvidoria) realizou um total de 509 atendimentos, evidenciando atuação expressiva junto aos usuários e acompanhantes da instituição. Observa-se que a maior demanda esteve

relacionada às pesquisas de satisfação, com destaque para a busca ativa no SADT que concentrou (174), seguido pelo atendimento por folder (caixa de sugestão) que somou (129) e do Ambulatório (83), demonstrando boa adesão dos usuários aos instrumentos de avaliação institucional.

As pesquisas de satisfação relacionadas à internação (24), alta hospitalar (29) e acompanhantes de pacientes internados (24) também registraram participação significativa, evidenciando a relevância do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU/Ouvidoria) como instrumento estratégico no acompanhamento da experiência do usuário ao longo de toda a linha de cuidado. A pesquisa de satisfação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com (6) segue incorporada às rotinas do SAU/Ouvidoria, contribuindo para o fortalecimento das ações de escuta qualificada e para o monitoramento da experiência de pacientes e familiares. Entretanto, por se tratar de um setor com dinâmica assistencial própria, caracterizado por elevada complexidade clínica, alta rotatividade e particularidades no fluxo de internações e altas, a rotina de aplicação das pesquisas apresenta especificidades que influenciam diretamente o quantitativo de avaliações realizadas.

Além disso, os registros de atendimentos telefônicos, atendimentos presenciais, orientações e participação em reuniões e treinamentos demonstram o compromisso ativo do serviço no suporte aos usuários e na integração com os setores assistenciais e administrativos da instituição.

De forma geral, os dados apontam para um serviço atuante, acessível e alinhado às práticas de escuta qualificada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários.

De forma geral, os dados apontam para um serviço atuante, acessível e alinhado às práticas de escuta qualificada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários

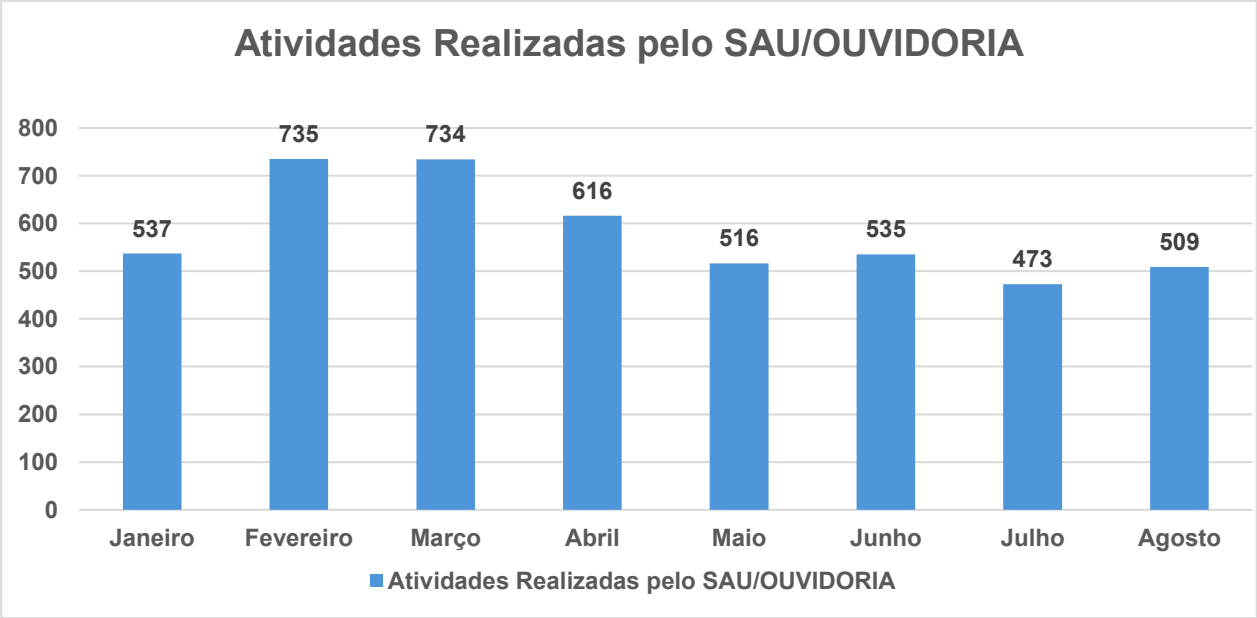
Tabela – Atividades realizadas pelo SAU

ATIVIDADES REALIZADAS PELO SAU/OUVIDORIA	
AGOSTO/2026	
Locais	**Quantidade**
Pesquisa de satisfação Internação	24

Pesquisa de satisfação Acompanhante de paciente internado	24
Pesquisa de satisfação Alta Hospitalar	29
Pesquisa de satisfação Ambulatório	83
Pesquisa de satisfação SADT	174
Pesquisa de satisfação UTI	06
Contato telefônico	00
Atendimento em sala	19
Atendimento por folder (urna/caixa)	129
Orientações e informações	16
Encaminhamentos internos	00
Participação em reuniões internas	00
Participação em Treinamentos	05
TOTAL	**509**

Fonte: Planilha de produção diária do SAU

Gráfico – Atividades realizadas pelo SAU



Pesquisa de Satisfação por Setor

No mês de agosto de 2026, foram realizadas 340 pesquisas de satisfação, distribuídas entre os principais setores assistenciais do hospital. Observa-se maior concentração de registros no SADT, com 174 pesquisas, seguido do Ambulatório, com 83, evidenciando maior fluxo de usuários nesses setores e, consequentemente, maior volume de avaliações coletadas.

Os setores de Internação (24), Alta Hospitalar (29) e UTI (06) também apresentaram participação significativa, possibilitando a análise da experiência do paciente durante a permanência e no momento de transição do cuidado. A pesquisa de satisfação com acompanhantes de pacientes internados (24) complementa a escuta qualificada, ampliando a visão institucional sobre o atendimento prestado.

De forma geral, os dados demonstram boa cobertura das pesquisas de satisfação, contribuindo para o monitoramento contínuo da qualidade assistencial e subsidiando ações de melhoria nos diferentes pontos da jornada do paciente.

Tabela – Pesquisa de Satisfação por Setor

PESQUISA DE SATISFAÇÃO POR SETOR	
AGOSTO/2026	
Locais	**Quantidade**
Alta Hospitalar	29
Ambulatório	83
Internação	24
Unidade de Terapia Intensiva	06
SADT	174
Pesquisa de satisfação Acompanhante de paciente internado	24
TOTAL	**340**

Fonte: Planilha de produção diária do SAU

Classificação das Manifestações

No mês de agosto de 2026, foram registradas 519 manifestações, todas provenientes do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), não havendo registros no sistema Ouvidor SUS no período analisado. Observa-se predominância expressiva de elogios, totalizando 471 manifestações, o que evidencia elevada percepção positiva dos usuários em relação aos serviços prestados pela instituição.

Neste período, foram registradas 27 reclamações e 04 sugestões, evidenciando um aumento significativo em relação ao mês anterior. Esse crescimento não representa, necessariamente, uma piora na qualidade dos serviços prestados, mas reforça a importância dos canais de escuta ativa e do fortalecimento da cultura de participação dos usuários. As manifestações recebidas representam importantes oportunidades de identificação de fragilidades, subsidiando a implementação de ações de melhoria nos

processos assistenciais e administrativos. Não foram registradas manifestações do tipo denúncia no período.

De forma geral, as manifestações recebidas contribuíram para o monitoramento da experiência dos usuários e forneceram informações estratégicas à gestão, possibilitando a manutenção das boas práticas existentes e o direcionamento de ações voltadas ao aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

Tabela – Classificação das Manifestações

CLASSIFICAÇÃO DAS DEMANDAS REGISTRADAS NO SISTEMA OUVIDOR SUS E SAU			
AGOSTO/2026			
Demanda	**Ouvidor SUS**	**SAU**	**Total**
Denúncia	00	00	00
Reclamação	00	27	27
Sugestão	00	04	04
Solicitação	00	01	01
Elogio	00	471	471
Informação	00	16	16
TOTAL	**00**	**519**	**519**

Fonte: Planilha de acompanhamento e monitoramento do SAU.

Registro de Manifestações - Reclamações e Sugestões

Neste período, foram registradas 27 reclamações e 04 sugestões. Observa-se aumento no número de reclamações em relação ao mês anterior, enquanto as sugestões apresentaram redução.

O tempo médio de retorno das reclamações foi de 5 dias, apresentando aumento em relação ao período anterior, que registrou média de 4 dias. Apesar do acréscimo, o resultado permanece dentro do prazo estabelecido de até 5 dias para resposta, reforçando a importância do acompanhamento contínuo do fluxo de tratativas pelo SAU.

O indicador de desempenho alcançou 100% da meta estabelecida, superando a meta contratual de 80%, o que reforça o compromisso institucional com a qualidade do atendimento, a resolutividade das manifestações e o fortalecimento da relação com os usuários.

Tabela – Registro de Manifestações (Reclamações e Sugestões)

Agosto 2026

N° registro	Data da Reclamação	Descrição da Reclamação	Resposta
Reclamações registradas por Folders: 25 manifestações com autores identificados			
SR/0209	11/08/2026	“Porém ao ir no banheiro e utilizar o papel para enxugar a mão, senti um cheiro forte odor.”	“Agradecemos sua manifestação. Informamos que a situação relacionada ao odor no papel-toalha já foi identificada e comunicada ao fornecedor, e estamos acompanhando as providências para regularização do material. Lamentamos o ocorrido e agradecemos sua contribuição para a melhoria contínua dos nossos serviços.”
SR/0210	11/08/2026	"O papeldo banheiro estácom mau cheiro."	“Agradecemos sua manifestação. Informamos que a situação relacionada ao odor no papel toalha já foi identificada e comunicada ao fornecedor, e estamos acompanhando as providências para regularização do material. Lamentamos o ocorrido e agradecemos sua contribuição para a melhoria contínua dos nossos serviços.”
SR/0211	11/08/2026	“Já o dr Alan posso relatar que ele precisa melhorar mas, hoje ele veio até nós não disse nem o seu nome, nem olhou o caso do meu espoço direito nós estamos com mais de 45 dias esperando a hora de ir pra casa, só aqui no regional faz mas de 16 dias. E ele vem mim dizer que não tem previsão da cirurgia do Pabulo sendo que já tá cicatrizando.”	“Em atenção à manifestação registrada, informo que a situação foi analisada pela Coordenação do Serviço de Ortopedia. Reforçamos que a equipe médica busca prestar atendimento de forma ética, respeitosa e humanizada, compreendendo que o período de espera por um procedimento cirúrgico pode gerar ansiedade, insegurança e preocupação ao paciente. Após ciência da manifestação, foram realizados os devidos alinhamentos com o profissional envolvido, reforçando a importância de uma comunicação clara, respeitosa e acolhedora durante o atendimento, especialmente em situações que envolvam dúvidas ou expectativas relacionadas ao tratamento e à programação cirúrgica. A Coordenação de Ortopedia lamenta qualquer situação que possa ter causado desconforto ou tenha sido percebida pelo paciente como inadequada. Ao paciente, apresentamos nossas sinceras desculpas e nossa retratação pelo ocorrido, reafirmando o compromisso da equipe com um atendimento humanizado, respeitoso e de qualidade. “
SR/0212	11/08/2026	“Dr Alan: Eu não gostei dele sobre ele me trata duma forma muito ruim, eu to esperando uma cirurgia e as dores desse que era pra cicatrizar ai o doutor Alan mim olhar de jeito pra mim e disse que não tenho previsão pra minha cirurgia brabo mais eu não tenho culpa e ta aqui pra atender os pacientes bem e não vim brabo, é isso.”	“Inicialmente, ressaltamos que todo paciente internado sob responsabilidade da Ortopedia permanece em acompanhamento médico pela equipe assistencial, sendo sua evolução, indicação de tratamento e programação cirúrgica definidas conforme critérios técnicos, condições clínicas, características da lesão e disponibilidade dos recursos necessários para realização segura do procedimento. A definição da data de uma cirurgia não depende exclusivamente do médico que realiza a visita ou presta informações ao paciente e seus familiares. A programação cirúrgica hospitalar envolve, entre outros fatores, disponibilidade de sala operatória, equipe médica e anestésica, profissionais auxiliares, materiais e OPME, leitos adequados para o período pós-operatório e

			priorização dos casos conforme gravidade e urgência. Dessa forma, quando informado ao familiar que ainda não existia previsão definida para o procedimento, tal informação não deve ser interpretada como ausência de assistência ou de acompanhamento, mas como a inexistência, naquele momento, de uma data cirúrgica que pudesse ser confirmada com segurança. O Serviço de Ortopedia reconhece que períodos prolongados de internação geram ansiedade, preocupação e desgaste para o paciente e seus familiares. Entretanto, a equipe médica deve transmitir informações que correspondam à real possibilidade operacional do hospital, evitando estabelecer datas ou expectativas que posteriormente não possam ser cumpridas. Quanto à manifestação referente à forma de abordagem do profissional citado na reclamação, esclarecemos que a percepção do usuário é relevante e deve ser considerada. A equipe será novamente orientada quanto à necessidade de comunicação clara, respeitosa e adequada com pacientes e familiares, especialmente diante de internações prolongadas. Ressaltamos, entretanto, que eventual avaliação individual da conduta profissional deverá ser realizada mediante análise específica do atendimento e dos respectivos registros em prontuário, não sendo adequado estabelecer conclusão apenas a partir do relato apresentado. O Serviço de Ortopedia permanece empenhado em realizar os procedimentos indicados no menor prazo possível, respeitando os critérios de segurança, prioridade médica e as condições operacionais disponibilizadas pela instituição. Eventuais atrasos decorrentes de limitações de materiais, logística, disponibilidade de sala, equipe ou outros fatores institucionais não representam abandono assistencial e não devem ser atribuídos isoladamente ao médico responsável pela visita ao paciente. Reforçamos, por fim, o compromisso do Serviço de Ortopedia com uma assistência técnica, ética, humanizada e segura, bem como com a adequada orientação dos pacientes e de seus familiares durante todo o período de internação.”
SR/0213	12/08/2026	“Gostaria de colocar minha indignação a respeito a cirurgia de femo do meu esposo que estou aguardando a 18 dias pela chegada de 2 ortopedistas para realizado, pois o mesmo não pode se locomover, pois o mesmo faz suas necessidades fisiológicas tudo no leito e isso esta nos consumindo muito, estou pagando 46 reais para lavarem minhas roupas pois não conheço	“Em resposta à manifestação apresentada pelo familiar do paciente, o Serviço de Ortopedia informa que o paciente encontra-se devidamente assistido pela equipe médica, permanecendo sob acompanhamento clínico e ortopédico durante todo o período de internação. Esclarecemos que a programação dos procedimentos cirúrgicos ortopédicos ocorre conforme critérios técnicos, gravidade clínica, complexidade do trauma e prioridade assistencial, não sendo determinada exclusivamente pela ordem cronológica de internação. Ressaltamos ainda que a realização das cirurgias de maior complexidade depende de condições estruturais e operacionais indispensáveis à segurança do paciente, incluindo: - Disponibilidade de dois médicos ortopedistas, quando

		ninguém nesta cidade. Hoje o doutor me garantio que Apartir de segunda feira estará chegando dois ortopedistas para realizarem esse tipo de cirurgia, por favor me ajudem a resolver essa situação. Obs: o doutor nos disse que será realizada por ordem de chegada e prioridade, pois entre os pacientes que aqui estão somos o primeiro de quebradura de femo.”	a complexidade do procedimento assim exigir; - Disponibilidade de sala cirúrgica; - Disponibilidade da equipe anestésica e demais profissionais envolvidos; - Disponibilidade e reposição dos materiais e equipamentos necessários ao procedimento, incluindo OPME e equipamentos cirúrgicos, como perfuradores; - Condições clínicas adequadas do paciente para realização do procedimento; - Organização do mapa cirúrgico de acordo com a prioridade dos pacientes internados. Informamos que as cirurgias ortopédicas já se encontram devidamente programadas pelos médicos plantonistas, seguindo o planejamento e a disponibilidade operacional do hospital. O Serviço de Ortopedia permanece empenhado em realizar os procedimentos dentro do menor prazo possível, respeitando os critérios técnicos e de segurança assistencial, ressaltando que eventuais alterações ou adiamentos podem ocorrer em razão de intercorrências, urgências, indisponibilidade temporária de sala, equipamentos, materiais ou composição da equipe necessária. Dessa forma, o paciente permanecerá em acompanhamento e seguirá a programação cirúrgica estabelecida pelo Serviço de Ortopedia, observando-se a prioridade clínica e as condições necessárias para a realização segura do procedimento.”
SR/0214	11/08/2026	“Nos últimos dias a alimentação dos acompanhantes ficou ruim, pois o café é fraco e sem gosto, o macarrão é muito mole, o arroz é dura (mal cozido). A cozinheira é ignorante.”	“Agradecemos por compartilhar sua percepção a respeito da alimentação oferecida durante sua permanência no Hospital Regional de Oriximiná - Menino Jesus. Informamos que, ao tomarmos conhecimento da manifestação, por trabalharmos com grandes quantidades de preparo os percaptas individuais são alterados. Por procedimento padrão as quantidades para o preparo do café da manhã são liberadas no dia anterior, conforme a manifestação recebida, aumentamos o percapta oferecido no café produzido para a rampa no serviço de café da manhã. Quanto ao macarrão e arroz, a quantidade de água e tempo de cozimento foram ajustadas em ambas as preparações, seguimos a melhorar constantemente para melhor lhe atender. Lamentamos que sua experiência com nossa equipe não tenha sido positiva. Prezamos pelo respeito e pela excelência no atendimento, por isso repassamos sua observação à gestão do setor de Nutrição e Dietética para que a conduta seja devidamente alinhada. Estamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários.”
SR/0215	11/08/2026	“Nos últimos dias a alimentação dos acompanhantes Não está agradável pois: o café é fraco (não tem gosto) o arroz duro, o macarrão	“Agradecemos por compartilhar sua percepção a respeito da alimentação oferecida durante sua permanência no Hospital Regional de Oriximiná - Menino Jesus. Informamos que, ao tomarmos conhecimento da manifestação, por trabalharmos com grandes quantidades de preparo os percaptas individuais são alterados. Por procedimento padrão as

		(muito mole) quase mingal. “	quantidades para o preparo do café da manhã são liberadas no dia anterior, conforme a manifestação recebida, aumentamos o percapta oferecido no café produzido para a rampa no serviço de café da manhã. Quanto ao macarrão e arroz, a quantidade de água e tempo de cozimento foram ajustadas em ambas as preparações, seguimos a melhorar constantemente para melhor lhe atender. Estamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários.”
SR/0216	11/08/2026	“As cozinheiras (algumas) são mal educadas.”	“Agradecemos por compartilhar seu retorno a respeito dos nossos serviços ofertados durante sua permanência no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus. Sentimos muito pelo ocorrido. A cortesia e o bom atendimento são pilares fundamentais do nosso serviço. Seu relato já foi encaminhado à coordenação do setor para apuração e orientação da equipe, garantindo que situações como essa não voltem a acontecer. Agradecemos por nos alertar. Estamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários.”
SR/0217	11/08/2026	“Os recepcionistas não são amigáveis inclusive os que trabalham a noite.”	“Agradecemos por compartilhar sua percepção sobre o atendimento prestado em nossa unidade. Lamentamos que a experiência não tenha atendido às suas expectativas. Sua manifestação foi registrada e será avaliada, visando o fortalecimento das práticas de acolhimento e atendimento humanizado por parte das equipes, incluindo os profissionais que atuam no período noturno. Ressaltamos que o Hospital Regional Menino Jesus busca prestar um atendimento pautado no respeito, cordialidade e qualidade, e as contribuições dos usuários são fundamentais para a melhoria contínua dos serviços. Agradecemos seu relato e permanecemos à disposição por meio dos canais de atendimento da instituição.”
SR/0218	Não identificado	“A questão da toalha falta muito, as vezes somos obrigados a nos enxugar com batas, e isso não é bom.”	“Agradecemos por compartilhar sua manifestação conosco. Informamos que a oferta de enxoval para pacientes é realizada de forma planejada, buscando garantir quantidade suficiente de toalhas e demais itens necessários para atender à demanda com conforto e qualidade durante todo o período de permanência. O abastecimento é monitorado continuamente para evitar indisponibilidades e assegurar o atendimento adequado às necessidades dos usuários. Ressalto ainda que o fornecimento de enxoval e destinado exclusivamente ao (USUARIO) conforme normas internas e institucionais. Ainda assim, sua manisfestação será considerada e analisada juntamente com a direção do hospital e gerencia assistencial com o obejetivo de avaliar possiveis alternativas que possam atender a essa necessidade dentro das possibilidades e das normas vigentes.

			Reforçamos nosso compromisso com a humanização do atendimento e com a busca continua por melhorias nos serviços prestados.”
SR/0219	12/08/2026	“ E sobre a limpeza, demorava limparem o banheiro, as vezes esqueciam de limpar o quarto.”	“Agradecemos por compartilhar sua experiencia e lamentamos a sua percepção de demora ou ausência de limpeza relatada. O serviço de higiene e limpeza possui rotinas e horários estabelecidos para a limpeza dos quartos e banheiros, com registros das atividades realizadas em cadernos próprios. Além da rotina programada, a equipe permanece disponível para realizar novas higienizações sempre que identifica a necessidade ou mediante a acionamento. A manifestação será reforçada com a equipe para que sejam mantidas as regularidades das atividades e a atenção as solicitações, visando proporcionar um ambiente limpo, seguro e confortável para usuários e acompanhantes.”
SR/0220	Não identificado	“Critica: as assistentes sociais que no meu ver não tem nada de social peço que melhore os seus atendimentos.”	“Agradecemos sua manifestação. No entanto, a reclamação apresentada não contém informações suficientes para identificação da situação e análise do atendimento realizado. Caso deseje, pedimos que informe mais detalhes sobre o ocorrido, como data, local e circunstâncias do atendimento, para que possamos realizar a devida apuração.”
SR/0221	14/08/2026	“Resultado de exame de tomografia, já faz mais de 30 dias úteis que não consigo receber. A explicação é que já foi solicitado, mas toda vez que venho buscar, ainda não foi liberado. Inclusive no 15°dia útil, quando eu vim receber, imprimiram o laudo com o nome de outra pessoa. Não quero prejudicar ninguem , só preciso do laudo da minha mãe, pois a mesma está precisando pra ter o retorno com o médico, ela está com dores no peito e precisamos receber com urgencia o resultado desse exame. “	“Informamos que, devido a problemas técnicos operacionais, o laudo do exame de Tomografia da senhora D. P. S, não foi disponibilizado na data previamente prevista. No entanto, comunicamos que o mesmo já se encontra disponível para retirada no setor de entrega, bem como para acesso digital por meio de QR Code. Agradecemos pela compreensão e paciência durante o processo. Reforçamos que nosso compromisso é oferecer um atendimento ágil, seguro e humanizado, especialmente em situações que envolvem a continuidade do tratamento e conte sempre com nossa equipe.
SR/0222	Não identificado	“Pedimos que a equipe do refeitório chame a atenção de alguns acompanhantes. Porque eles tem costumes de ficar horas conversando ocupando espaço na mesa sendo que já terminaram as suas refeições, e tem mas pessoas pra comer”	“Agradecemos o envio da sua manifestação. A boa convivência e o conforto de todos no refeitório são prioridades para o nosso serviço de Nutrição e Dietética. A liderança do setor já foi informada para instruir a equipe a gerenciar o fluxo das mesas de forma respeitosa e eficiente nos horários de maior movimento. Permanecemos à disposição para qualquer dúvida.

SR/0223	14/08/2026	“O que foi demorado foi o medicamento a paciente tava com dor de cabeça e dor de cólicas, até meia noite não tinha tomado nem um medicamento.”	“Agradecemos por compartilhar a situação referente à paciente. Informamos que a coordenação já está acompanhando o caso e em tratativas para ajustar o fluxo de atendimento, de modo a evitar atrasos semelhantes e garantir maior agilidade na assistência. Sua observação é fundamental para o aprimoramento contínuo dos nossos serviços.”
SR/0224	14/08/2026	“Não gostei do atendimento da Amanda porque ela erra muito a veia do paciente.”	Agradecemos pelo relato referente ao atendimento realizado pela colaboradora. Informamos que a coordenação já está em tratativas sobre o assunto, acompanhando a situação e adotando as medidas necessárias para garantir a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes. Sua colaboração é importante para o aprimoramento contínuo dos nossos serviços.
SR/0225	18/08/2026	“O chuveiro do banheiro masculino precisa de reparo, pois caí pouca água, dando a impressão que talvez esteja intupido.”	“Informamos que a coordenação já está em tratativas para solucionar o problema identificado no chuveiro do banheiro masculino. A equipe responsável está acompanhando a situação e adotando as medidas necessárias para o reparo.”
SR/0226	17/08/2026	“ No que se trata da equipe de limpeza o horário da noite fico meio complicado, passamos o dia sem poder socegar e a noite o barulho da equipe de limpeza encomoda quem quer descansar.”	“Informamos que o Serviço de Higiene e Limpeza possui rotinas e horários programados para a realização das atividades, incluindo o período noturno, com atividades previstas até as 22h. Além disso, em emergências, a equipe é acionada conforme a necessidade, a fim de garantir a limpeza e as condições adequadas do ambiente. Ressaltamos que, para a execução de algumas atividades, pode ser necessário movimentar ou afastar equipamentos e outros itens presentes no local, o que pode ocasionar ruídos durante a realização do serviço. Compreendemos a importância do descanso dos pacientes e acompanhantes e destacamos que as atividades realizadas pela equipe são necessárias para garantir a higiene, a organização e a segurança do ambiente hospitalar.”
SR/0227	20/08/2026	“Não trouxeram toalhas pra me secar após o banho, sendo que eu trouxe e não deixaram entrar, dizendo que o hospital fornecia e não forneceu.”	“Agradecemos pelo feedback enviado. Informamos que a coordenação do setor já está em tratativas com a equipe da lavanderia para normalizar o fluxo e garantir que o serviço seja restabelecido o mais breve possível. Estamos acompanhando de perto a situação e adotando as medidas necessárias para evitar novos transtornos.”
SR/0230	Não identificado	“Após o atendimento com o medico precisei marcar alguns exames e tinham somente 2 atendentes na recepção para atender uma demanda de atendimento altíssima. E as atendentes no horário de 12 horas não foram atenciosas. “	“Agradecemos seu feedback e lamentamos a percepção em relação ao atendimento recebido. Gostaríamos de esclarecer que o horário mencionado coincide com o período de almoço da equipe, momento em que o quadro de colaboradores na recepção fica temporariamente reduzido para que os atendentes possam realizar suas refeições, mantendo, ainda assim, o atendimento em funcionamento. Devido à alta demanda de pacientes naquele momento, o tempo de espera e a dinâmica do atendimento podem ter sido impactados. No entanto, reforçamos junto à equipe a importância de manter a cordialidade, atenção e acolhimento em todos os atendimentos, independentemente do fluxo de trabalho.”

SR/0231	21/08/2026	“A qualidade das fraldas muito ruim não dá pra absorver nada.”	“Olá! Lamentamos muito pelo ocorrido e agradecemos por nos informar sobre a qualidade das fraldas utilizadas. Entendemos a importância de que o material oferecido pelo hospital tenha boa capacidade de absorção, proporcionando conforto, higiene e segurança durante o atendimento. Informamos que sua reclamação foi registrada e será encaminhada para avaliação da equipe responsável. Caso seja identificada alguma irregularidade, serão tomadas as providências necessárias junto ao fornecedor para correção do problema. Nosso compromisso é garantir que os materiais disponibilizados aos pacientes atendam aos padrões de qualidade necessários. Agradecemos por seu relato, pois ele nos ajuda a identificar oportunidades de melhoria e aperfeiçoar continuamente nossos serviços.”
SR/0232	27/08/2026	“ Vim no retorno com o Dr. Leonardo Guedes, fui muito mal atendido, não respondeu nenhuma pergunta, não me passou nenhum medicamento sendo que minha perna se encontra saindo uma secreção de “agua amarela”, sinto muitas dores, minha perna parece estar amortecida com frequência. Falei pra ele que precisaria de um laudo pois não consigo trabalhar, porque a minha profissão é operador de roçadeira, estou com uma perícia marcada... quando eu falei pra ele sobre, ele me disse que eu estava bom da mão, meu problema é “só” a perna. Não gostei, parece não se importar com minha dor. Achei pouco humanizado, inclusive, se possível, meu retorno não quero fazer com ele”	**“**O Serviço de Ortopedia esclarece que todos os profissionais médicos possuem autonomia técnica para definição da conduta assistencial, incluindo indicação de exames, prescrição de medicamentos e demais medidas terapêuticas, sempre de acordo com a avaliação clínica realizada no momento do atendimento. Em relação à necessidade de documentação para fins laborais e periciais, esclarecemos que foram devidamente emitidos ao paciente tanto o atestado médico quanto o laudo médico, conforme avaliação realizada pelo profissional assistente. Quanto às demais queixas apresentadas, especialmente dor persistente, alteração recorrente da coloração do membro e presença de secreção, orienta-se nova avaliação médica, com exame físico e análise da evolução clínica, para definição da necessidade de investigação complementar e/ou eventual modificação da conduta terapêutica. Quanto à insatisfação relacionada à comunicação durante a consulta, o Serviço de Ortopedia reforça junto aos profissionais da equipe a importância da escuta qualificada, comunicação clara, respeito e humanização durante o atendimento, preservando-se, entretanto, a autonomia técnica e profissional do médico responsável. Em relação à solicitação do usuário para que seu próximo atendimento seja realizado por outro profissional, não há objeção por parte do Serviço de Ortopedia, podendo o retorno ser organizado conforme disponibilidade da escala médica e fluxo assistencial da instituição. O Serviço de Ortopedia permanece à disposição da Direção Técnica e do Serviço de Atendimento ao Usuário para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.”
SR/0233	30/08/2026	“ Bom dia primeiramente, vou me manifestar aqui, depois de 13 dias aqui com minha mãe internada, hoje fui no refeitório tomar café da manhã o leite e o café estava só uma água de	“Informamos que, ao tomarmos conhecimento da manifestação, por trabalharmos com grandes quantidades de preparo os percaptas individuais são alterados. Por procedimento padrão as quantidades para o preparo do café da manhã são liberadas no dia anterior, conforme a manifestação recebida, aumentamos o percapta oferecido no café produzido

		lavagem, muito ruim. Todos que foram hoje tomar seu café saíram falando que o café estava muito ruim. Tava ruim que eles jogaram o café fora, tomaram só um pouco e depois jogaram.”	para a rampa no serviço de café da manhã. Seguimos a melhorar constantemente para melhor lhe atender. Estamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários. “
SR/0234	Não identificado	“ 30/08 hoje o café da manhã estava muito ruim, café ralo e leite também, um dia desses o macarrão não estava bom , muito empapado. “	“Agradecemos por compartilhar sua percepção a respeito da alimentação oferecida durante sua permanência no Hospital Regional de Oriximiná - Menino Jesus. Informamos que, ao tomarmos conhecimento da manifestação, por trabalharmos com grandes quantidades de preparo os percaptas individuais são alterados. Por procedimento padrão as quantidades para o preparo do café da manhã são liberadas no dia anterior, conforme a manifestação recebida, aumentamos o percapta oferecido no café produzido para a rampa no serviço de café da manhã. A correção foi feita de imediato para o próximo preparo. Quanto ao macarrão, a quantidade de água e tempo de cozimento foram ajustadas na preparação citada. Estamos à disposição para mais esclarecimentos.”
SR/0235	Não identificado	“ Estou precisando do laudo pois já perdir a consulta do meu filho varias vezes por conta desse laudo que não liberar, venho aqui toda semana e nada pois meu filho faz um acompanhamento serio so que não liberam esse laudo do exame.”	Agradecemos a oportunidade de esclarecer a situação. Informamos que, devido a problemas técnicos operacionais, o laudo do exame de Raio-x do senhor J. G. S, não foi disponibilizado na data previamente prevista. No entanto, comunicamos que o mesmo já se encontra disponível para retirada no setor de entrega, bem como para acesso digital por meio de QR Code. Agradecemos pela compreensão e paciência durante o processo. Reforçamos que nosso compromisso é oferecer um atendimento ágil, seguro e humanizado, especialmente em situações que envolvem a continuidade do tratamento e conte sempre com nossa equipe. “
Sugestões registradas por Folders: 04 manifestações com autores identificados			
SR/085	12/08/2026	“Gostaria de colocar minha sujestão a respeito a equipe de enfermeiros são maravilhosos, mas oque percebemos que a demanda de paciente está muito, se dessi de contratar mais profissionais seria um atendimentode exelencia. O que se percebe que estãocom uma demanda alta e falta mas profissionais.”	“Agradecemos imensamente o reconhecimento à equipe de enfermagem, que se dedica diariamente para oferecer o melhor cuidado possível aos nossos pacientes. Entendemos sua observação quanto à alta demanda de atendimentos e que pode impactar a experiência assistencial. Sua sugestão sobre a necessidade de ampliar o quadro de profissionais será avaliada, pois nosso compromisso é garantir um atendimento seguro, humanizado e de excelência. Reforçamos que o feedback dos pacientes e acompanhantes é fundamental para aprimorar continuamente nossos serviços.”
SR/086	Não identificado	“ Eu acho que esse hospital deveria ser mais revisado pois ainda falta muito para	“Compreendemos a importância do acesso ao exame de ressonância magnética, especialmente considerando as dificuldades que muitos pacientes enfrentam para realizá-lo fora do município.

		que ele se torne um hospital completo no sentido de resonancia ainda não tem aqui e é um exame no qual tem muitas pessoas que não tem condiçoes de realiza-lo.”	Informamos que o Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ possui seus serviços estruturados de acordo com o perfil assistencial e a capacidade instalada definidos para a unidade. Atualmente, o exame de ressonância magnética não integra os serviços disponibilizados pelo Hospital. Sua manifestação é pertinente e será registrada como sugestão de melhoria, contribuindo para o conhecimento das necessidades apresentadas pelos usuários e para futuras avaliações relacionadas à ampliação dos serviços ofertados.
SR/087	17/08/2026	“Melhorar a reposição e troca de materiais de uso dos pacientes, como toalha, lençol e bata.”	“Agradecemos pelo feedback enviado. Informamos que a coordenação do setor já está em tratativas com a equipe da lavanderia para normalizar o fluxo e garantir que o serviço seja restabelecido o mais breve possível. Estamos acompanhando de perto a situação e adotando as medidas necessárias para evitar novos transtornos.”
SR/088		“Melhorar a qualidade das fraldas.”	“A sugestão foi recebida e será considerada na avaliação dos materiais utilizados pela instituição. O Suprimentos realizará o acompanhamento da qualidade das fraldas, em conjunto com as áreas assistenciais, visando identificar possíveis inadequações e buscar alternativas que atendam melhor às necessidades dos pacientes.”
Reclamações registradas por e-mail e/ou whatsapp: 0 manifestações com autores identificados			
Reclamações Anônimas: 2 manifestações com autor não identificado			
SR/0228	Não identificado	“Ficou a desejar a questão de vestuário hospitalar, seria que na entrada do paciente já estivesse a bata p/ vestir, pois o paciente fica quase dois dias c/ a mesma roupa. E a falta de lençóis e toalhas para trocas.”	“Agradecemos pelo feedback enviado. Informamos que a coordenação do setor já está em tratativas com a equipe da lavanderia para normalizar o fluxo e garantir que o serviço seja restabelecido o mais breve possível. Estamos acompanhando de perto a situação e adotando as medidas necessárias para evitar novos transtornos.”
SR/0229	Não identificado	“A questão de banheiros, que o chuveiro se encontra com problemas e é só um banheiro p/ vários pacientes.”	“Informamos que a coordenação já está em tratativas para solucionar o problema identificado no chuveiro do banheiro masculino. A equipe responsável está acompanhando a situação e adotando as medidas necessárias para o reparo.”

Tabela – Demonstrativo de Resultados Alcançados nas Manifestações

RESULTADOS ALCANÇADOS	
AGOSTO - 2026	
Sugestões registradas	04
Reclamações registradas	27
Reclamações solucionadas (tratativas/retorno ao usuário)	27
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES TRATADAS	**31**
Meta Contratual	**80%**

Tempo Médio de retorno das reclamações (≤ 5 dias)	05 dias
% da Meta Alcançada	**100%**

Fonte: Planilhas de acompanhamento e monitoramento de respostas do SAU

Pesquisa de satisfação por setor

No período analisado, observou-se boa participação dos usuários nas pesquisas de satisfação, especialmente nos setores de internação (32,4%) e alta hospitalar (20%), indicando maior adesão dos pacientes nesses momentos do atendimento.

Nos setores de ambulatório (10,03%) e SADT (10%), observou-se uma evolução na aplicação das pesquisas de satisfação em relação ao mês anterior, demonstrando um aumento na participação dos usuários e na coleta de suas percepções sobre os serviços prestados. Esse resultado reforça a importância da continuidade das estratégias adotadas pelo SAU para incentivar a participação dos usuários e ampliar a coleta de opiniões. De modo geral, a taxa global de satisfação do usuário foi de 97,92% demonstrando elevado nível de satisfação com os serviços prestados pela instituição.

Tabela – Pesquisa de satisfação por setor

PESQUISA DE SATISFAÇÃO POR SETOR	
AGOSTO/2026	
N° atendimentos e internações	145
N° de pesquisas aplicadas na internação	48
% Avaliação na Internação	**32,4%**
N° de atendimentos no Ambulatório	807
N° de pesquisas aplicadas no Ambulatório	83
% Avaliação no Ambulatório	**10,03%**
N° de atendimentos no SADT (s/laboratório)	1.443
N° de pesquisas aplicadas no SADT	145
% Avaliação no SADT	**10%**
N° de Saídas hospitalar - Alta	145
N° de pesquisas aplicadas na Alta	29
% Avaliação na Alta	**20%**
Taxa de satisfação Global do Usuário	**97,92%**

Fonte: Planilhas de acompanhamento e monitoramento de respostas do SAL

Taxa de satisfação Global

A Taxa de Satisfação Global é um dos principais indicadores institucionais sob responsabilidade do SAU/Ouvidoria, por refletir de forma direta a percepção do usuário em relação à qualidade da assistência, ao acolhimento e aos serviços prestados pelo Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus (HRMJ).

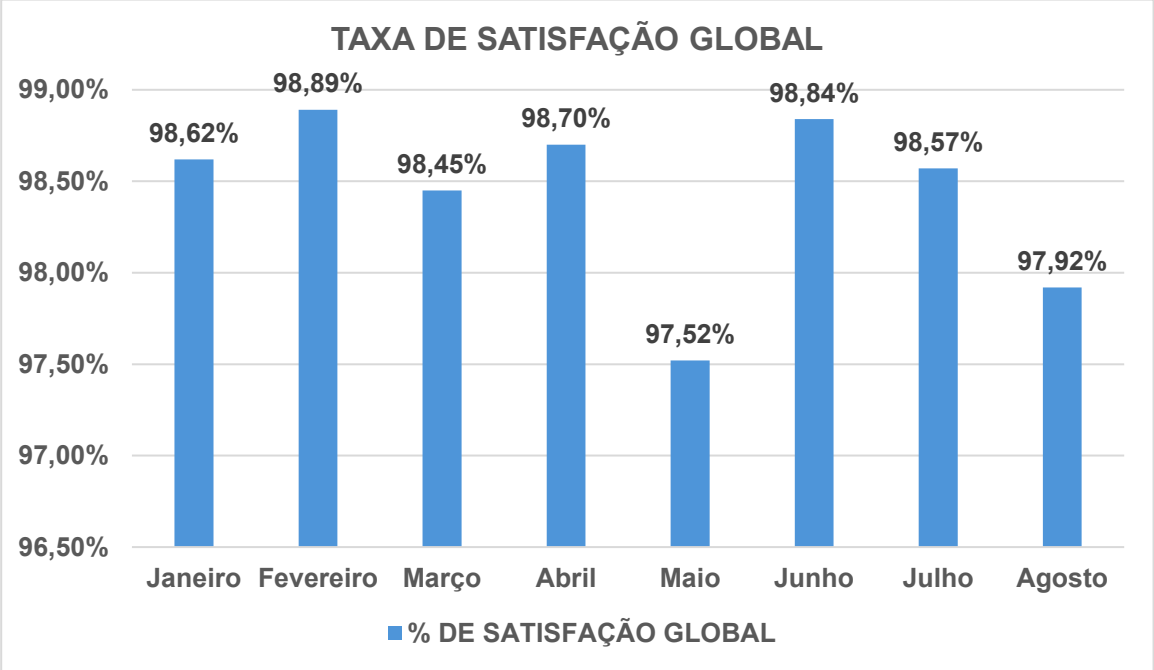
No mês de agosto de 2026, a taxa de satisfação global alcançou 97,92%, mantendo-se acima da meta institucional de 95% ao mês. O resultado permanece em patamar elevado, demonstrando a continuidade da qualidade dos serviços, o compromisso com a satisfação dos usuários e melhoria contínua.

Tabela – Monitoramento do Indicador de Taxa de Satisfação Global

Nº	Indicador	Fórmula	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
1	Taxa de Satisfação dos Usuários	(Nº de clientes satisfeitos) / (número total de pessoas que responderam a pesquisa) x 100	**≥95%**	**98,62%**	**98,89%**	**98,45%**	**98,70%**	**97,52%**	**98,84%**	**98,57%**	**97,92%**

Fonte: Indicadores NQSP 2026

Gráfico – Taxa de Satisfação Global



Ações Realizadas

O presente LNT abaixo exposto, servirá como base prioritária para que o serviço adentre de forma educativa em todo o contexto hospitalar, onde será compromisso do SAU fazer cumprir os treinamentos e demais ações envolvidas.

O SAU durante o ano de 2026 tem por prerrogativa fazer interfaces com outras comissões além do Comitê de Melhorias Contínuas (atual), mas também com o Comitê de Humanização, e Núcleo de Segurança do Paciente, comissões estratégicas que o SAU se insere no contexto.

Tabela – Levantamento de Necessidade de Treinamento (LNT) 2026 do SAU

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTO												
Aprendizado e Crescimento intelectual e de serviços: Fortalecer o desenvolvimento e a qualificação das pessoas												
DIRETORIA: Diretoria Geral									**VIGÊNCIA: 2026**			
SETOR: Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU									**GESTOR:**			
TREINAMENTO	**Objetivo**	**VINCULADO**							**PREVISÃO**	**LOCAL**	**PÚBLICO ALVO**	
		Planejamento Estratégico				**Indicador**	**Avaliação de Eficácia**		**(DATA E HORÁRIO)**			
		Recursos	**Processos**	**Clientes**	**Financeiro**	**Qual?**	**Sim**	**Não**				
Conheça o SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário.	Ensinar o usuário a utilizar a Ouvidoria de forma estratégica, esclarecendo seu papel e fluxos.			x				x	24/02/2026 / 15:00	Ambulatório e Unidades de Internação	Usuários, Pacientes e seus Acompanhantes	
Carta de Direitos e Deveres do Paciente			x					x	12/03/2026 / 15:00	Auditório HRMJ	Assistência de Enfermagem / Equipe Multiprofissional / Atendimento /	

											Acesso
Navegando no Hospital: Conhecendo os Canais de Comunicação Além da Ouvidoria, SAU/NOTIFICAÇÕES/COMPLIACE.	Orientar o colaborador a direcionar suas necessidades ao canal de comunicação correto, agilizando a solução.		x				x		30/06/2026 / 15:00	Auditório HRMJ	Colaboradores HRMJ
Cultura do Acolhimento e o Impacto da Escuta Ativa.	Sensibilizar colaboradores sobre a importância do acolhimento e da escuta ativa para melhorar a experiência do paciente e prevenir manifestações.	x				Taxa de manifestações/mês de reclamações e sugestões referentes à falta de escuta ativa e acolhimento.	x		16/09/2026 / 15:00	Auditório HRMJ	Lideranças (ISMS e Apoio)
Gerenciamento de Crises e Elaboração de Respostas de Alta Qualidade	Treinar os responsáveis a elaborar comunicações finais (respostas) técnicas, claras e juridicamente seguras.	x				Taxa de respostas validadas pelo SAU	x		13/11/2026 / 15:00	Auditório HRMJ	Lideranças (ISMS e Apoio)

Considerações Finais

Com base nos dados analisados no período, os indicadores demonstram evolução positiva no desempenho do setor, evidenciando maior eficiência nos processos e no atendimento prestado aos usuários do hospital. Os resultados obtidos refletem o

comprometimento das equipes com a qualidade, a segurança e a humanização da assistência.

O monitoramento contínuo realizado pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) possibilita a identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo para o fortalecimento das práticas institucionais e para o aprimoramento constante dos serviços ofertados.

Além disso, as ações desenvolvidas ao longo do período reforçam a importância da capacitação das equipes e do acompanhamento sistemático dos indicadores, promovendo maior integração entre os setores e garantindo respostas mais eficazes às demandas apresentadas pelos usuários.

COMISSÕES

Em conformidade com as exigências contratuais, normativas legais vigentes e o perfil assistencial do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus - HRMJ, a unidade dispõe e mantém em pleno funcionamento as comissões obrigatórias e assessoras, assegurando suporte técnico, governança clínica, segurança do paciente, qualidade assistencial e conformidade regulatória.

As comissões atuam de forma integrada às diretorias, gerências e núcleos institucionais, com composição multiprofissional, reuniões periódicas, registros formais de deliberações e acompanhamento de planos de ação, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos processos assistenciais e administrativos.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

- **Data da Constituição:** 17 de março de 2025
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.CCIH.001, Versão 003
- **Termo de Nomeação:** Retificado Novo Ato de Convocação nº005 de 30 de janeiro de 2026
- **Ata de reunião:** Ver em anexos
- **Lista de presença:** Ver em anexos

A CCIH constitui-se como um órgão de assessoria técnica à Direção, sendo responsável pela execução de ações deliberativas e normativas destinadas à redução da incidência e da gravidade das IRAS. No exercício de 2025, a atuação da CCIH fundamentou-se nas diretrizes estabelecidas pela legislação vigente, priorizando a segurança do paciente e a qualidade dos processos assistenciais por meio da implementação do PPCIRAS.

Como instância multidisciplinar, a CCIH operou de forma integrada às diversas unidades da instituição, atuando na elaboração e atualização de protocolos clínicos, no monitoramento do perfil microbiológico e na supervisão direta das práticas de cuidado. A atuação da comissão foi pautada pela análise sistemática de dados epidemiológicos, que serviram de base para a tomada de decisões estratégicas e para a mitigação de riscos inerentes ao ambiente hospitalar.

Dimensionamento da Equipe

A Comissão é composta por membros recomendados, representantes de áreas estratégicas da instituição, garantindo atuação multiprofissional e integrada, desta forma esta composta por:

- Médica Infectologista – SCIH
- Enfermeiro(a) – SCIH
- Técnica em Enfermagem – SCIH
- Coordenadora Farmacêutica
- Coordenadora da UTI
- Enfermeira – DRG
- Biomédico – Laboratório
- Médico – Diretor Técnico
- Supervisora – NQSP
- Coordenação de Hotelaria – SHL
- Enfermeiro – NVE
- Fisioterapeuta
- Coordenadora do CC
- Coordenadora do CME
- Coordenadora das UIs

A composição multiprofissional fortalece a análise dos processos assistenciais, a tomada de decisão e a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e à qualidade do cuidado.

Atendimento à Portaria nº 2.616/1998

O hospital mantém a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) estruturada e em funcionamento, desenvolvendo ações de monitoramento, vigilância epidemiológica, análise de indicadores e implementação de protocolos de prevenção e controle das IRAS, em conformidade com a Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde.

Indicadores

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar realiza o monitoramento contínuo dos Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, com o objetivo de acompanhar a ocorrência de infecções e fortalecer as ações de prevenção e controle.

Entre os indicadores monitorados estão as infecções de sítio cirúrgico (ISC), a taxa global de IRAS, além do acompanhamento de infecções relacionadas a dispositivos invasivos na UTI, como cateter venoso central, ventilação mecânica e cateter vesical.

Também são monitorados indicadores do uso racional de antimicrobianos e a adesão ao protocolo de higienização das mãos, fundamentais para a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

MÊS	DATA DA REUNIÃO	HORA DA REUNIÃO	Justificativa para Reagendamento
JULHO	24/07/2026	15:30 H	Reunião ordinária reagendada para 04/08/2026 em razão da reestruturação dos processos e da revisão das rotinas institucionais conduzidas pelo SCIH, permitindo que as atualizações fossem apresentadas e discutidas de forma consolidada junto à Comissão.
AGOSTO	21/08/2026	15:30 H	Reunião ordinária reagendada para 03/09/2026 em razão da realização de treinamento e ajuste documental realizado pelo SCIH.
SETEMBRO	25/09/2026	15:30 H	
OUTUBRO	23/10/2026	15:30 H	
NOVEMBRO.	25/11/2026	15:30 H	
DEZEMBRO	18/12/2026	15:30 H	

Reuniões realizadas

No dia 03 de setembro de 2026, foi realizada reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para apresentação e análise dos indicadores referentes ao mês de julho. Durante a reunião, foram discutidos o caso de Infecção do Trato Urinário identificado no período, os resultados de adesão à higiene das mãos, o consumo de preparação alcoólica e a adesão das unidades aos bundles de prevenção das IRAS. Também foram apresentados o andamento da implementação das culturas de vigilância, do Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica e do Protocolo de Precauções Padrão e Isolamentos, além da programação de treinamentos para setembro. Foram ainda abordados o acompanhamento dos planos de ação decorrentes das visitas técnicas, as melhorias solicitadas no sistema Tasy e as demandas assistenciais encaminhadas pelos membros da comissão.

Monitoramento de Iras Relacionadas À Infecção Do Sítio Cirúrgico – ISC

No mês de referência foram realizados 126 procedimentos cirúrgicos na instituição, distribuídos da seguinte forma: 36 cirurgias gerais, 29 ginecológicas e 61 ortopédicas.

A classificação das cirurgias, conforme potencial de contaminação, apresentou a seguinte distribuição:

Tabela – Classificação das Cirurgias por Potencial de Contaminação

Classificação da Cirurgia	Ortopedia	Cirurgia Geral	Ginecologia	Total
Limpa	55	23	1	79
Potencialmente Contaminada	2	9	28	39
Contaminada	0	3	0	3
Infectada	4	1	0	5
Total por Especialidade	**61**	**36**	**29**	**126**

- **Taxa de ISC**

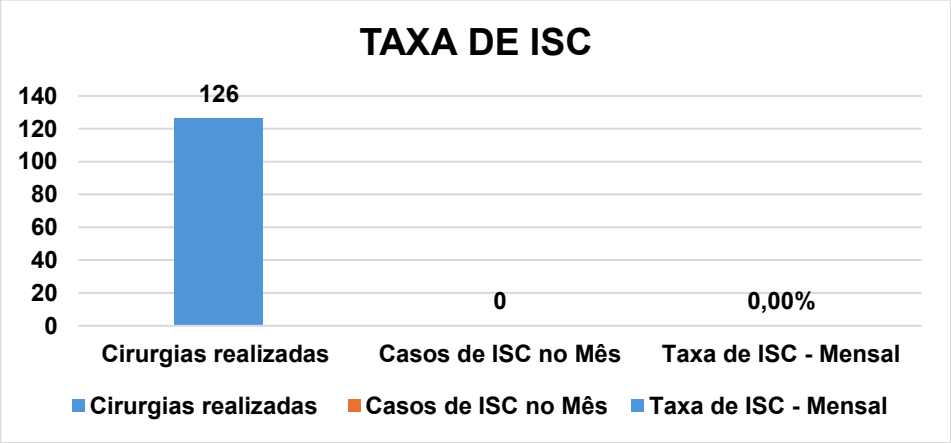
No mês de referência, foram realizados 126 procedimentos cirúrgicos, com 0 casos de ISC durante o período de vigilância. Sendo a taxa de ISC no período de 0%.

O resultado demonstra desempenho favorável das ações de prevenção e controle de infecções relacionadas ao procedimento cirúrgico, sugerindo boa adesão às práticas de segurança do paciente, incluindo a realização adequada da antibioticoprofilaxia quando

indicada, preparo pré-operatório do paciente, técnica asséptica durante o ato cirúrgico, processamento adequado dos produtos para saúde e cumprimento das medidas de prevenção recomendadas para redução do risco de ISC.

Entretanto, considerando que a ausência de casos em um único período não elimina o risco de ocorrência futura, recomenda-se a manutenção da vigilância epidemiológica sistemática, do monitoramento pós-operatório conforme critérios institucionais, das auditorias de adesão ao protocolo de cirurgia segura e antibioticoprofilaxia, bem como das ações de educação permanente junto às equipes assistenciais. A continuidade dessas estratégias é fundamental para sustentar os resultados alcançados e garantir a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Gráfico – Taxa de ISC



- **Número De Cirurgia Limpa**

No mês analisado, dos 126 procedimentos cirúrgicos realizados, 79 foram classificados como cirurgias limpas.

A distribuição por especialidade foi a seguinte:

- Ortopedia: 55 procedimentos;
- Cirurgia Geral: 23 procedimentos;
- Ginecologia: 1 procedimentos.

Observa-se que a maior parte do volume cirúrgico institucional é composta por procedimentos de baixo risco para Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), com predominância da especialidade de Ortopedia. Esse perfil epidemiológico é favorável à manutenção de baixas taxas de ISC, desde que sejam mantidas as medidas de prevenção recomendadas,

incluindo a adequada preparação pré-operatória, antibioticoprofilaxia quando indicada, técnica asséptica, adesão ao protocolo de cirurgia segura e monitoramento contínuo dos indicadores de infecção.

- **Número de ISC em cirurgia limpa**

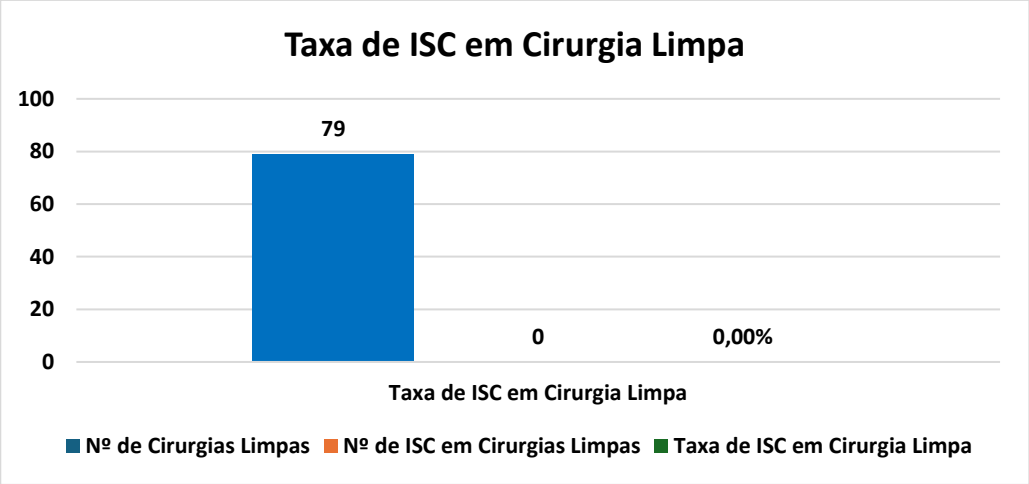
No período analisado, não foram registrados casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em cirurgias classificadas como limpas, demonstrando resultado favorável quanto à prevenção de infecções nesse grupo de procedimentos, que apresenta menor risco intrínseco de contaminação.

A ausência de casos sugere adequada execução das medidas preventivas ao longo do processo perioperatório, incluindo preparo adequado do paciente, antissepsia da pele, técnica cirúrgica asséptica, processamento correto dos produtos para saúde, controle ambiental do Centro Cirúrgico e cumprimento dos protocolos institucionais de prevenção de ISC.

- **Taxa de ISC em cirurgia limpa**

No período analisado, foram realizadas 79 cirurgias classificadas como limpas, com registro de 0 caso de ISC, resultando em uma taxa de 0% de ISC em cirurgias limpas. Cirurgias limpas apresentam risco esperado de ISC geralmente inferior a 2%, conforme parâmetros técnicos utilizados na vigilância epidemiológica hospitalar e diretrizes da ANVISA.

Gráfico – Taxa de ISC em Cirurgia Limpa



Fonte: Controle SCIH HRMJ

- **Monitoramento de Iras em Cirurgia Ortopédica**

No período analisado, foram realizados 61 procedimentos ortopédicos. Quanto à classificação, 55 foram cirurgias limpas, 2 potencialmente contaminadas, 0 contaminadas e 4 infectadas.

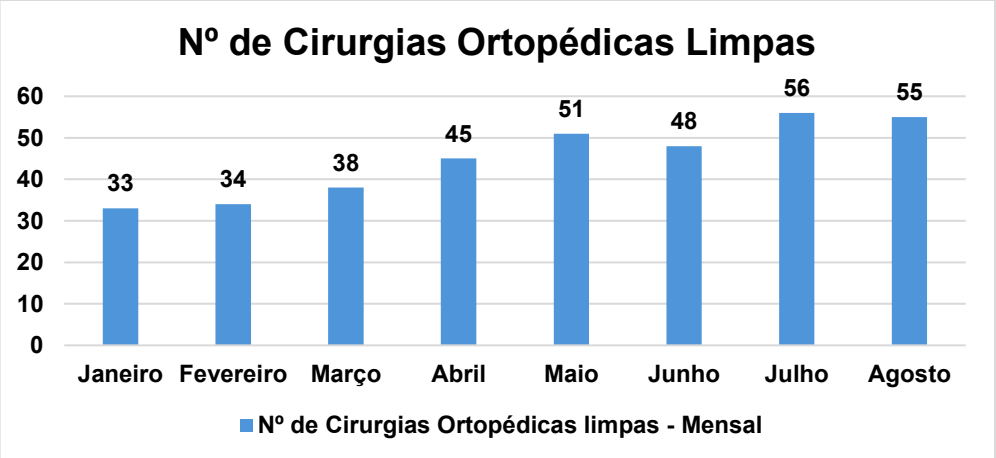
A vigilância epidemiológica conduzida pela CCIH incluiu acompanhamento pós-operatório, avaliação de exames laboratoriais, monitoramento do uso de antimicrobianos e verificação da adesão à antibioticoprofilaxia e aos protocolos de prevenção de ISC.

- **Número de cirurgia ortopédica limpa**

No período analisado foram realizados 126 procedimentos cirúrgicos, dos quais 61 corresponderam à especialidade de Ortopedia. Dentre esses, 55 foram classificados como cirurgias ortopédicas limpas.

Os dados demonstram que a Ortopedia permanece entre as especialidades com maior volume cirúrgico da instituição, com predomínio de procedimentos limpos. Embora essa classificação esteja associada a menor risco de infecção do sítio cirúrgico, a elevada frequência de cirurgias com utilização de implantes e próteses exige rigor na adoção das medidas de prevenção recomendadas. Nesse contexto, torna-se fundamental manter o monitoramento contínuo desses procedimentos, reforçando a adesão aos protocolos institucionais, especialmente quanto à antibioticoprofilaxia, técnica cirúrgica, preparo pré-operatório e vigilância pós-operatória, visando reduzir a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico e preservar a segurança do paciente.

Gráfico – Nº de Cirurgias Ortopédicas Limpas



- **Taxa de ISC em cirurgia ortopédica limpa**

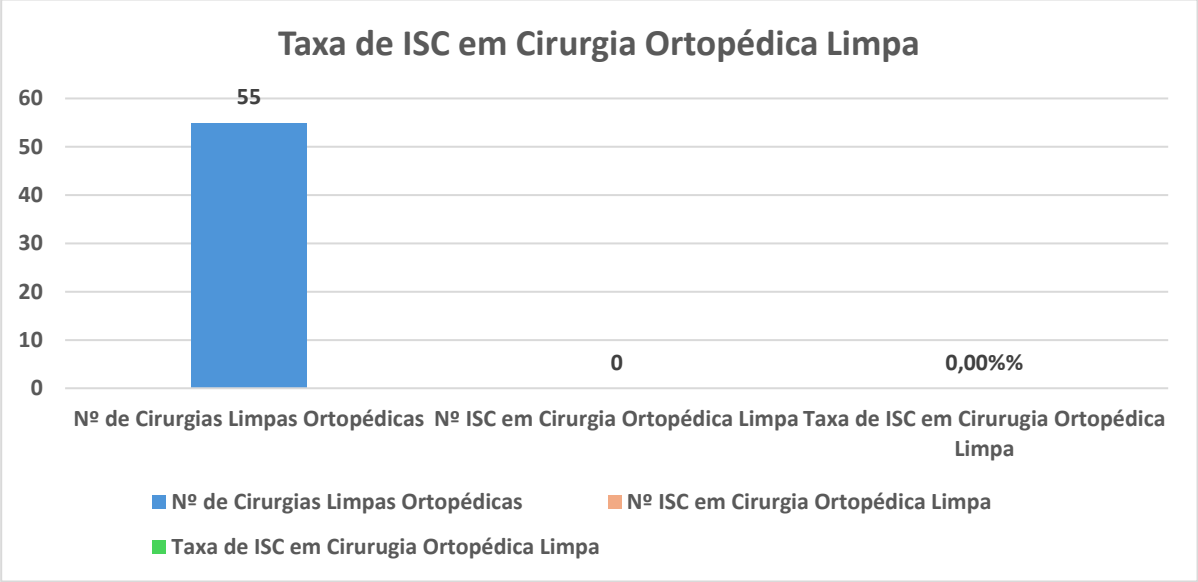
No período analisado, foram realizadas 55 cirurgias ortopédicas classificadas como limpas, sem registro de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), resultando em uma taxa de ISC de 0%.

O indicador demonstra desempenho assistencial satisfatório na prevenção de infecções em procedimentos ortopédicos, especialmente considerando que muitos desses procedimentos envolvem implantes e materiais de síntese, situações em que a ocorrência de ISC pode acarretar importantes repercussões clínicas, prolongamento da internação e necessidade de reintervenções cirúrgicas.

O resultado sugere adequada adesão às medidas de prevenção, incluindo preparo pré-operatório do paciente, antibioticoprofilaxia realizada conforme protocolo institucional, técnica cirúrgica asséptica, controle das condições do ambiente cirúrgico, processamento adequado dos produtos para saúde e cumprimento das boas práticas de inserção e manipulação de implantes.

Recomenda-se a manutenção da vigilância epidemiológica específica para cirurgias ortopédicas, do acompanhamento pós-operatório dos pacientes, das auditorias de adesão aos protocolos de prevenção de ISC e das ações de educação permanente, visando manter os resultados alcançados e assegurar elevados padrões de qualidade e segurança na assistência cirúrgica.

Gráfico – Taxa de ISC em Cirurgia Ortopédica Limpa



- **Número de cirurgia ortopédica limpa com colocação de implante**

No período analisado, foram realizadas 55 cirurgias ortopédicas limpas com colocação de implante. Observa-se, portanto, que uma boa parte do volume cirúrgico institucional envolve procedimentos ortopédicos limpos com implante, caracterizando perfil assistencial que exige rigor elevado nas medidas de prevenção de ISC.

- **Número de Infecções de Sítio Cirúrgico em cirurgia ortopédica limpa com colocação de implante**

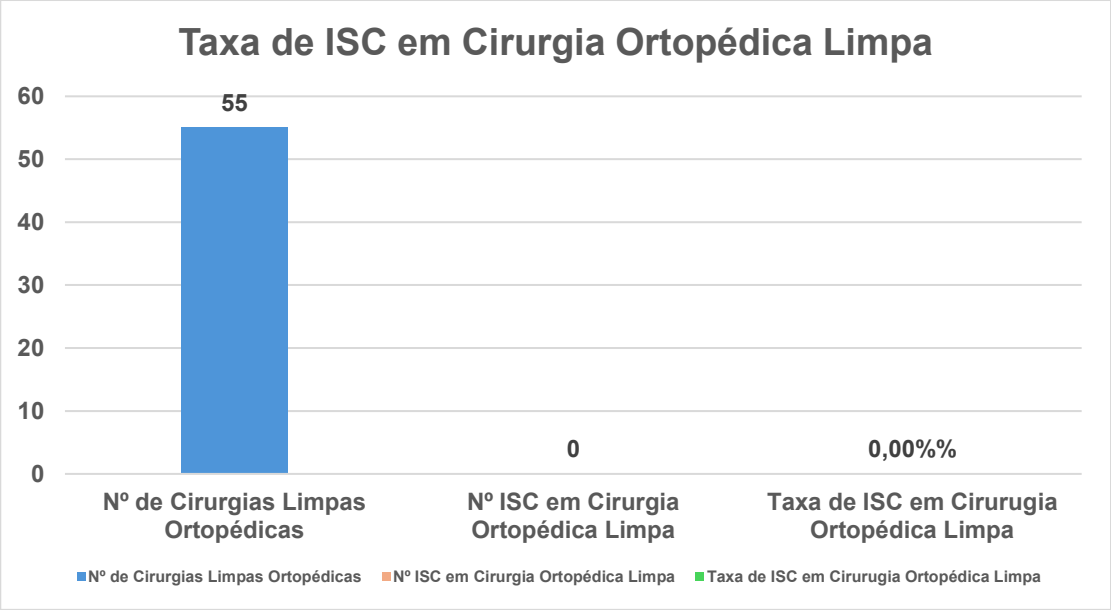
No período analisado, foram realizadas 55 cirurgias ortopédicas limpas com colocação de implante, sem registro de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), totalizando 0 caso de ISC nesse grupo de procedimentos.

O resultado evidencia desempenho favorável das medidas de prevenção de infecção em cirurgias ortopédicas com implantes, consideradas procedimentos de maior relevância para a vigilância epidemiológica devido ao elevado impacto clínico que uma infecção pode ocasionar, incluindo necessidade de reabordagem cirúrgica, remoção do implante, prolongamento da internação e aumento dos custos assistenciais.

- **Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico Em Cirurgias Ortopédicas Limpa Com Colocação de Implante**

No período analisado, foram realizadas 55 cirurgias ortopédicas limpas com colocação de implante, sem registro ISC, correspondendo a uma taxa de 0%. Embora se trate de cirurgia classificada como limpa, procedimentos com implantes apresentam maior impacto clínico quando ocorre infecção, devido ao risco de formação de biofilme e possibilidade de reabordagem cirúrgica.

Gráfico – Taxa de ISC em Cirurgia Ortopédica Limpa Com Colocação De Implante



MONITORAMENTO DA TAXA GLOBAL DE IRAS

O monitoramento global de IRAS é realizado de forma contínua pelo SCIH, por meio de busca ativa, análise de prontuários e acompanhamento dos pacientes internados, considerando critério diagnósticos padronizados.

- **Número de Pacientes com IRAS**

No período analisado, foi identificado 1 caso de IRAS, enquanto no mês anterior não haviam sido registrados casos.

O caso ocorreu em paciente com tempo prolongado de internação, condição que aumenta a exposição aos fatores de risco relacionados à assistência, incluindo maior contato com o ambiente hospitalar, realização de procedimentos, utilização de dispositivos invasivos e exposição cumulativa às intervenções assistenciais. Dessa forma, a longa permanência deve ser considerada como um fator relevante na análise epidemiológica do caso, embora, isoladamente, não permita estabelecer relação causal direta com a ocorrência da infecção.

Apesar do registro de um caso no período, o cenário permanece sob monitoramento, não sendo possível caracterizar tendência de aumento das IRAS com base em uma ocorrência isolada. O SCIH mantém a busca ativa diária, vigilância epidemiológica, investigação dos casos, monitoramento dos dispositivos invasivos e acompanhamento das medidas de prevenção e controle de infecções.

Recomenda-se a continuidade da vigilância sistemática, com atenção especial aos pacientes de longa permanência e maior exposição a fatores de risco, bem como o fortalecimento das auditorias de processo, bundles assistenciais e ações de educação permanente, visando à prevenção de novas ocorrências e à manutenção da segurança da assistência.

- **Número de óbitos de pacientes por IRAS**

No período, foi identificado 1 paciente com IRAS, não havendo registro de óbitos associados, resultando em uma taxa de mortalidade por IRAS de 0%.

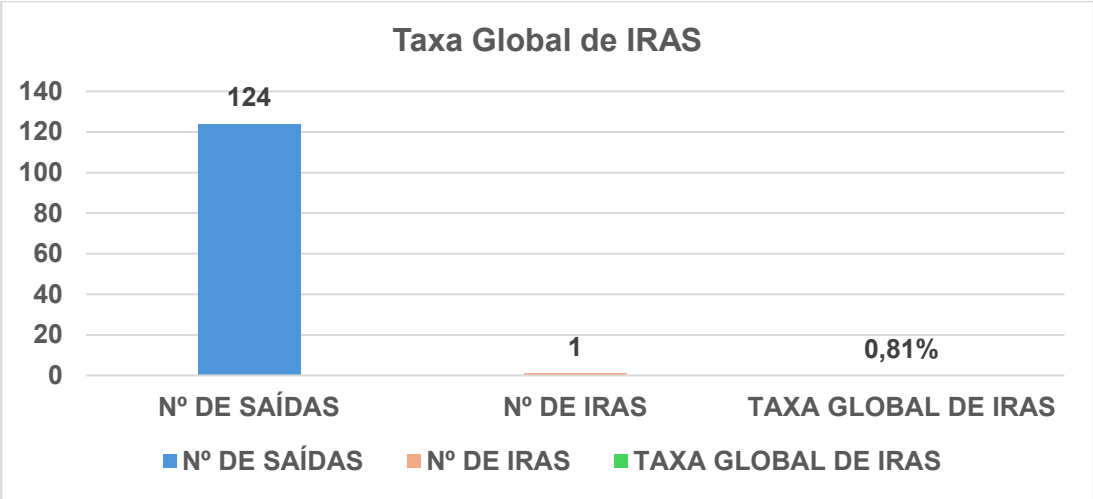
Taxa de IRAS

No período analisado, a taxa global de IRAS foi de 0,81%, correspondente à ocorrência de 1 caso, enquanto no mês anterior o indicador permaneceu em 0, sem registro de infecções.

Observa-se, portanto, aumento pontual do indicador em relação ao período anterior. Entretanto, a ocorrência de um único caso não permite, isoladamente, caracterizar tendência de piora do cenário epidemiológico. O caso identificado esteve relacionado a paciente com longa permanência hospitalar, condição que amplia o tempo de exposição aos riscos assistenciais, procedimentos e dispositivos invasivos, devendo ser considerada na análise epidemiológica.

Diante do resultado, recomenda-se a manutenção da vigilância epidemiológica contínua, da busca ativa de casos, do monitoramento dos dispositivos invasivos, da análise sistemática dos indicadores e das auditorias das medidas preventivas. Deve-se ainda manter atenção especial aos pacientes de longa permanência e maior exposição a fatores de risco, com o objetivo de prevenir novas ocorrências e identificar precocemente possíveis alterações no perfil epidemiológico institucional.

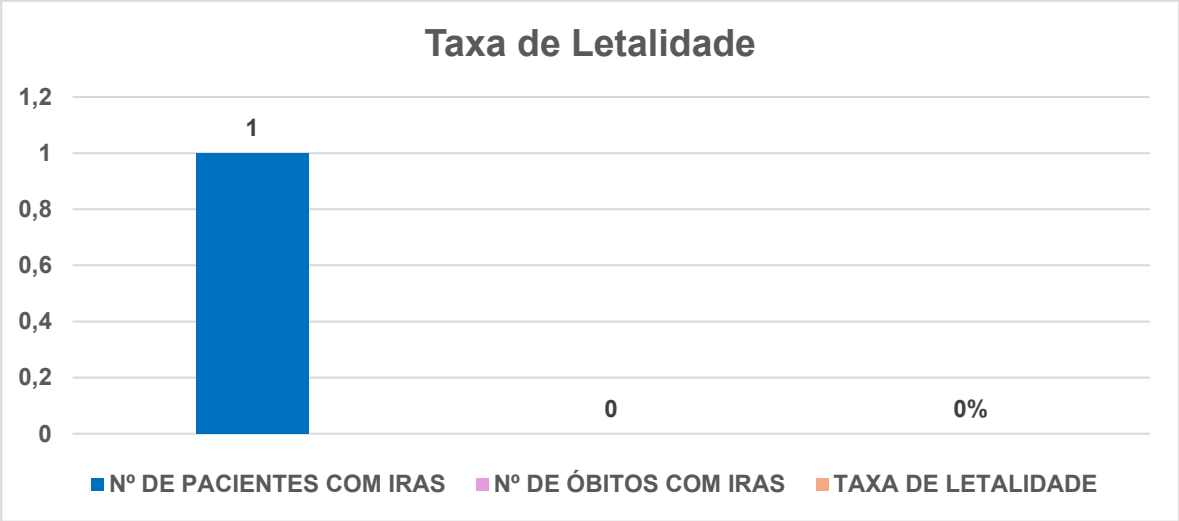
Gráfico – Taxa Global de IRAS



- **Taxa de Letalidade**

A ausência de óbitos relacionados às IRAS no período é um resultado favorável, sugerindo adequada condução dos casos identificados. Ressalta-se a importância da manutenção das ações de vigilância ativa, diagnóstico precoce e adesão aos protocolos assistenciais, visando não apenas a redução da ocorrência de IRAS, mas também a prevenção de desfechos desfavoráveis.

Gráfico – Taxa de Letalidade



- **MONITORAMENTO IRAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI**

No período analisado, não foram registrados casos de IRAS na UTI.

Apesar da ausência de casos no período, a UTI permanece como setor de maior risco para o desenvolvimento de IRAS em virtude da gravidade clínica dos pacientes e da elevada utilização de dispositivos invasivos. Dessa forma, torna-se indispensável a manutenção da vigilância epidemiológica contínua, do monitoramento dos indicadores, das auditorias periódicas e das ações de educação permanente, visando preservar os resultados alcançados, identificar precocemente possíveis eventos e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

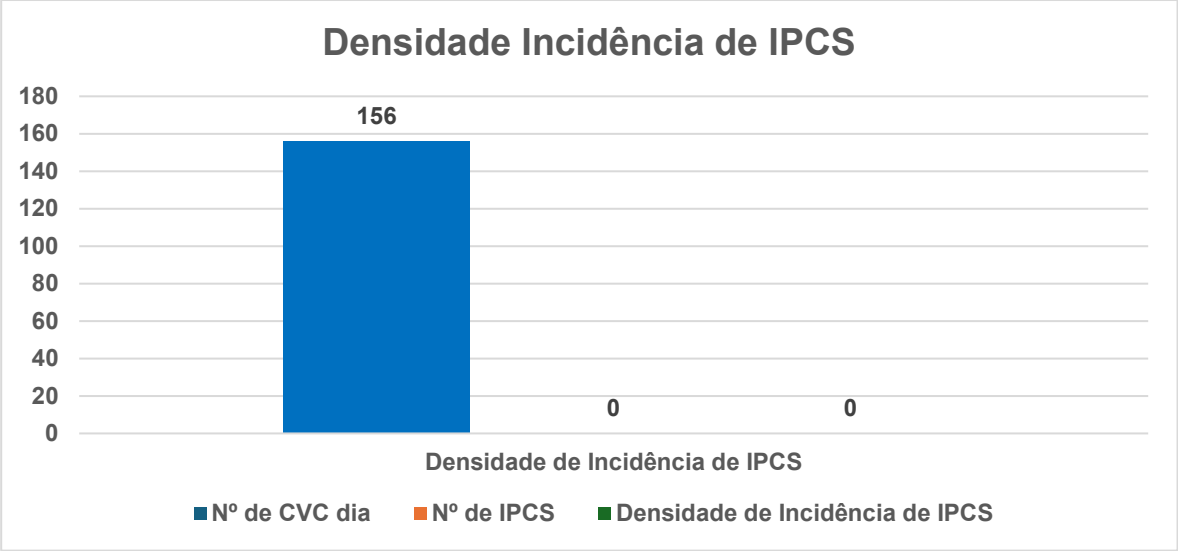
- **Infecção primária de corrente sanguínea confirmada laboratorialmente**

No período analisado, foram registrados 156 CVC-dia e nenhum caso de IPCS, resultando em densidade de incidência de 0,0 IPCS**.** O resultado demonstra desempenho favorável quanto à prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

O resultado evidencia a efetividade das medidas de prevenção adotadas pela equipe assistencial, refletindo a adequada adesão às boas práticas relacionadas à inserção, manutenção e manipulação do cateter venoso central.

Apesar da ausência de casos, recomenda-se a manutenção da vigilância epidemiológica ativa e do cumprimento rigoroso dos bundles de prevenção, com ênfase na higiene das mãos, técnica asséptica durante os procedimentos, avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo e educação permanente das equipes, visando manter o indicador em conformidade e reduzir o risco de eventos futuros.

Gráfico – Densidade Incidência de IPCS



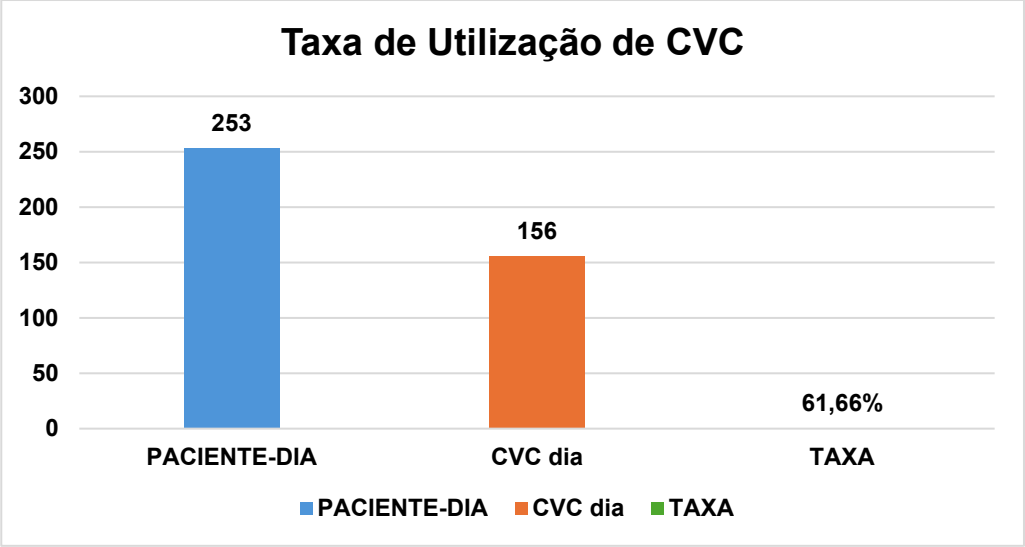
Fonte: Controle SCIH HRMJ

- **Taxa de utilização de cateter venoso central**

No período analisado, foram registrados 253 pacientes-dia e 156 CVC-dia, resultando em uma taxa de utilização de CVC de 61,66%. O indicador demonstra elevada utilização do dispositivo, compatível com o perfil de pacientes críticos atendidos na UTI, que frequentemente necessitam de acesso venoso central para administração de drogas vasoativas, terapias intravenosas prolongadas, monitorização hemodinâmica e outras intervenções de maior complexidade.

Diante desse cenário, reforça-se a importância da avaliação diária da necessidade de permanência do cateter, com retirada imediata quando não houver mais indicação clínica, bem como da rigorosa adesão ao bundle de inserção e manutenção do CVC, visando reduzir o risco de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) e promover maior segurança ao paciente.

Gráfico – Taxa de Utilização de CVC



Fonte: Controle SCIH HRMJ

- **Taxa de aplicação de ckeck-list de cateter venoso central implantado na UTI**

No período analisado, foram realizadas 22 inserções de cateter venoso central (CVC) na UTI, das quais 6 foram acompanhadas pelo checklist de inserção, resultando em uma taxa de aplicação de 27,27%.

Em comparação ao período anterior, observa-se aumento de 2,27 pontos percentuais na aplicação do checklist, demonstrando discreta melhora na adesão ao instrumento. Apesar da evolução, o resultado permanece abaixo do esperado, evidenciando a necessidade de reforçar a utilização do checklist em todas as inserções de CVC.

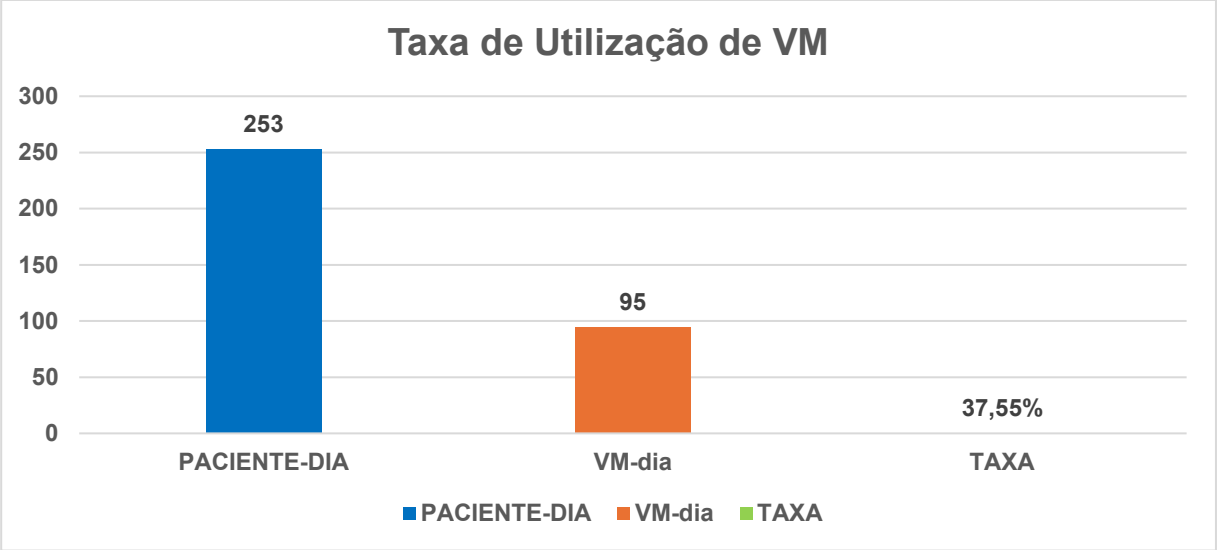
Recomenda-se manter o acompanhamento sistemático do indicador, reforçar as orientações junto às equipes e identificar possíveis barreiras para a aplicação do checklist, visando ampliar progressivamente a adesão e fortalecer a segurança do processo de inserção do cateter.

- **Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica – VM**

No período analisado, foram registrados 253 pacientes-dia e 95 VM-dia, resultando em uma taxa de utilização de ventilação mecânica de 37,55%**.** O indicador demonstra utilização do dispositivo compatível com o perfil assistencial da UTI e a necessidade de suporte ventilatório em pacientes críticos.

Considerando que a ventilação mecânica constitui um dos principais fatores de risco para PAV, é imprescindível manter a adesão ao bundle de prevenção, com ênfase na elevação da cabeceira do leito, higiene oral com antisséptico conforme protocolo institucional, avaliação diária da interrupção da sedação e da possibilidade de extubação, além da manutenção adequada da pressão do cuff e do manejo seguro das vias aéreas. O monitoramento contínuo deste indicador permite avaliar a exposição ao dispositivo e direcionar ações para reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência.

Gráfico – Taxa de Utilização de VM



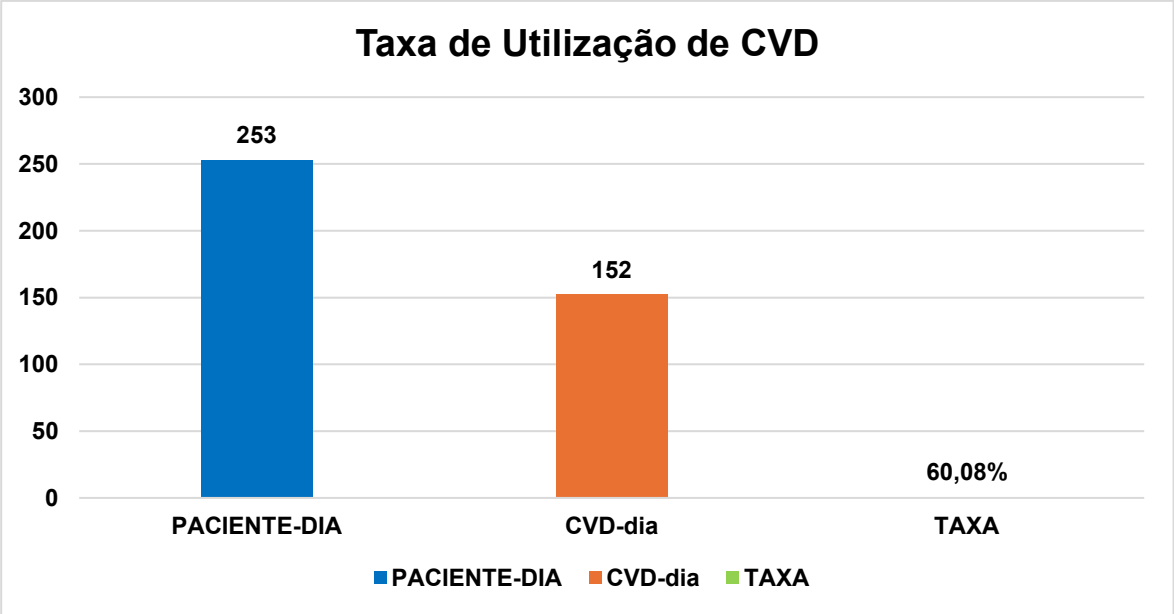
- **Taxa de Utilização de Cateter Vesical de Demora – CVD**

No período analisado, foram registrados 253 pacientes-dia e 152 SVD-dia, resultando em uma taxa de utilização de sonda vesical de demora de 60,08%**.** O indicador demonstra elevada utilização do dispositivo, compatível com o perfil clínico dos pacientes internados na UTI, que frequentemente necessitam de monitorização rigorosa do débito urinário e de cuidados intensivos.

Embora esperada em UTI, a elevada exposição ao dispositivo requer vigilância contínua, considerando o aumento do risco para ITU-AC. Recomenda-se manter a avaliação diária da necessidade de permanência da sonda, promover sua retirada o mais precocemente possível quando não houver indicação clínica e reforçar a adesão às

medidas de inserção e manutenção preconizadas nos bundles de prevenção, visando reduzir os riscos relacionados à assistência.

Gráfico – Taxa de Utilização de CVD



Fonte: Controle SCIH HRMJ

- **Monitoramento de IRAS para o Serviço de Hemodialise**

Na instituição, a terapia de hemodiálise é ofertada exclusivamente aos pacientes internados, não sendo disponibilizado atendimento em regime ambulatorial. Em razão dessa característica assistencial, o monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) integra a vigilância epidemiológica hospitalar e contempla todos os pacientes submetidos à terapia dialítica durante a internação. O acompanhamento é direcionado à identificação precoce de eventos infecciosos relacionados ao acesso vascular, ao procedimento dialítico e às demais condições inerentes à assistência, subsidiando a adoção de medidas de prevenção e controle de infecções, a melhoria contínua dos processos assistenciais e a promoção da segurança do paciente.

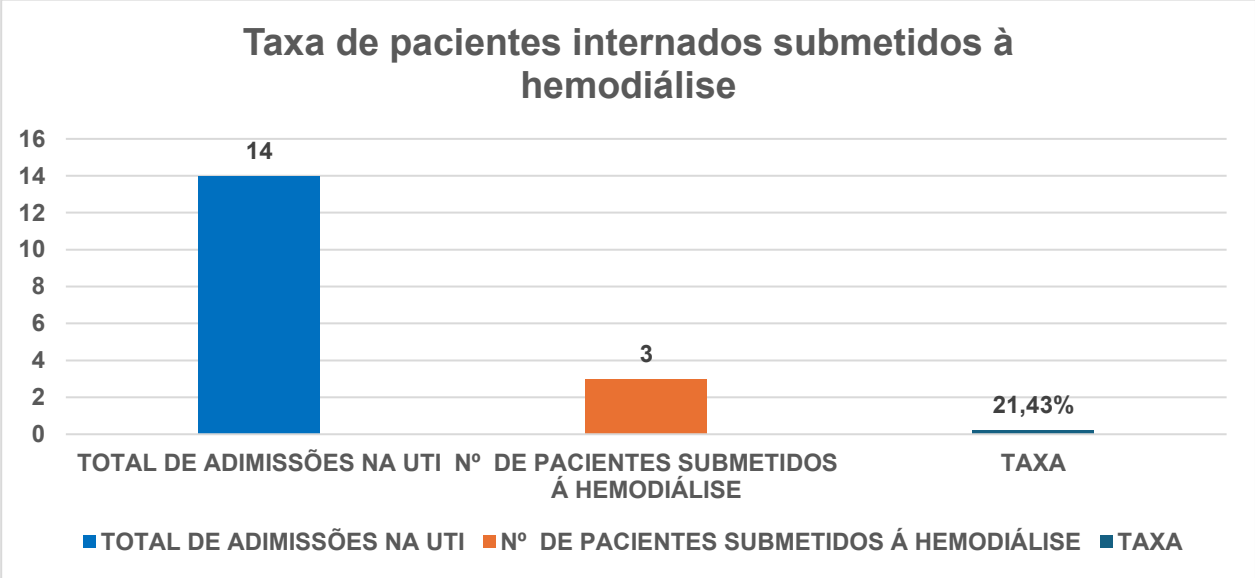
- **Taxa de hospitalização em hemodiálise**

No período analisado, foram registradas 14 internações, das quais 3 pacientes (21,43%) necessitaram de terapia renal substitutiva por hemodiálise durante a internação.

Ao todo, foram realizadas 12 sessões de hemodiálise, evidenciando que os pacientes submetidos ao procedimento demandaram acompanhamento dialítico contínuo ao longo da hospitalização.

O percentual observado demonstra que a terapia dialítica foi necessária para uma parcela reduzida dos pacientes internados, compatível com sua indicação em situações específicas, como lesão renal aguda ou doença renal crônica descompensada. O monitoramento desse indicador permite acompanhar a demanda institucional pelo procedimento, subsidiar o planejamento assistencial e direcionar as ações de vigilância epidemiológica voltadas aos pacientes submetidos à hemodiálise, considerando o maior risco de complicações associadas ao uso de acessos vasculares e à gravidade clínica desses pacientes.

Gráfico – Taxa de pacientes internados submetidos à hemodiálise



Fonte: Controle SCIH HRMJ

Taxa de utilização de cateter venoso central não tunelizado por mais de 3 meses

No período analisado, não foram identificados pacientes utilizando cateter venoso central (CVC) não tunelizado por período superior a 3 meses, resultando em taxa de utilização de 0%.

A CCIH manterá o monitoramento contínuo desse indicador, acompanhando o tempo de permanência dos acessos vasculares e promovendo a avaliação periódica da

necessidade de manutenção do dispositivo, visando reduzir riscos assistenciais e assegurar a adesão às recomendações vigentes para prevenção de infecções relacionadas ao acesso vascular.

Infecção de acesso vascular (IAV) associada ao cateter temporário não tunelizado

No período analisado, não foram registrados casos de Infecção de Acesso Vascular (IAV) associados ao uso de cateter venoso central temporário não tunelizado, resultando em taxa de 0%.

Considerando que os pacientes submetidos à hemodiálise apresentam maior risco para infecções em virtude da utilização de dispositivos invasivos e da gravidade clínica, a CCIH manterá a vigilância epidemiológica contínua, o monitoramento dos acessos vasculares, as auditorias de conformidade e as ações de educação permanente, com o objetivo de preservar os resultados alcançados, identificar precocemente possíveis eventos infecciosos e fortalecer a segurança do paciente.

Infecção de acasso vascular (IAV) associada ao cateter permanente tunelizado

No período analisado, não foram registrados casos de Infecção de Acesso Vascular (IAV) associados ao uso de cateter venoso central permanente tunelizado, resultando em taxa de 0%.

Na instituição, considerando que a terapia dialítica é realizada exclusivamente em pacientes internados e que o uso de cateteres permanentes tunelizados é pouco frequente, a CCIH mantém a vigilância epidemiológica desses dispositivos sempre que utilizados. O monitoramento contínuo, aliado às auditorias de processo e às ações de educação permanente, tem como objetivo identificar precocemente possíveis eventos infecciosos, garantir a conformidade com os protocolos institucionais e promover a segurança do paciente.

Taxa de hospitalização em diálise peritoneal; taxa de peritonite em diálise peritoneal.

No período analisado, não houve pacientes submetidos à diálise peritoneal, não sendo registrados eventos de hospitalização relacionados a essa modalidade terapêutica.

Dessa forma, o indicador não foi aplicável no período, não sendo possível calcular a taxa de hospitalização em diálise peritoneal.

A CCIH manterá o monitoramento desse indicador sempre que houver pacientes em diálise peritoneal, com o objetivo de acompanhar possíveis internações relacionadas ao tratamento, subsidiando a avaliação da qualidade assistencial e a implementação de medidas de prevenção e controle de infecções.

- **MONITORAMENTO DO USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS**

O monitoramento do uso racional de antimicrobianos tem como objetivo avaliar a indicação terapêutica (tratamento de infecção instalada) e profilática (prevenção de infecção), permitindo identificar padrões de prescrição, possíveis inadequações e oportunidades de intervenção pela CCIH.

No período analisado, foram monitoradas prescrições nas seguintes unidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Ortopedia.

Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (profilático e terapêutico) por unidade de internação e período

No mês de referência, de forma geral, os dados demonstram coerência com o perfil assistencial de cada setor, porém reforçam a importância do monitoramento contínuo, auditoria de prescrição, estímulo à cultura microbiológica e fortalecimento do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos, visando uso racional e prevenção de resistência bacteriana.

Tabela – Percentual De Pacientes Em Uso De Antimicrobianos Terapêuticos

Setor	Pacientes-dia	Prescrições monitoradas	Terapêutico	% Terapêutico
Clínica Médica	330	17	13	3,94%
Clínica Cirúrgica	88	2	1	1,14%
Ginecologia	44	0	0	0%
Ortopedia	526	26	15	2,85%
Total Hospitalar	**988**	**45**	**29**	**2,94%**

Fonte: Controle SCIH HRMJ

Tabela – Percentual de pacientes em uso de antimicrobianos profiláticos

Setor	Pacientes-dia	Prescrições monitoradas	Profilático	% Profilático
Clínica Médica	330	17	4	1,21%
Clínica Cirúrgica	88	2	1	1,14%
Ginecologia	44	0	0	0%
Ortopedia	526	26	11	2,09%
Total Hospitalar	**988**	**45**	**16**	**1,62%**

Fonte: Controle SCIH HRMJ

No período analisado, foram monitoradas 45 prescrições de antimicrobianos, considerando 988 pacientes-dia. Destas, 29 foram classificadas como terapêuticas, correspondendo a 2,94% em relação aos pacientes-dia e a 64,44% das prescrições monitoradas, enquanto 16 foram classificadas como profiláticas, correspondendo a 1,62% em relação aos pacientes-dia e a 35,56% das prescrições monitoradas. Não foram identificadas prescrições sem informação quanto à indicação, demonstrando 100% de classificação das prescrições avaliadas e favorecendo a rastreabilidade do uso de antimicrobianos no período.

Na análise por unidade, a Clínica Médica apresentou 17 prescrições monitoradas, sendo 13 terapêuticas e 4 profiláticas. O uso terapêutico correspondeu a 3,94% em relação aos 330 pacientes-dia, representando a maior proporção terapêutica entre os setores quando considerado esse denominador. Na Clínica Cirúrgica, foram monitoradas 2 prescrições, distribuídas igualmente entre uso terapêutico e profilático, ambas correspondendo a 1,14% em relação aos 88 pacientes-dia. Na Ginecologia, não foram registradas prescrições de antimicrobianos no período avaliado.

A Ortopedia concentrou o maior número absoluto de prescrições monitoradas, com 26 registros, sendo 15 terapêuticos e 11 profiláticos. O uso terapêutico correspondeu a 2,85% e o profilático a 2,09% em relação aos 526 pacientes-dia. Das 16 prescrições profiláticas registradas no hospital, 11 ocorreram na Ortopedia, representando 68,75% do total de profilaxias monitoradas. Esse resultado é compatível com o volume de procedimentos ortopédicos acompanhado no período e reforça a importância da implantação e do monitoramento do Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica,

especialmente quanto à indicação, escolha do antimicrobiano, momento de administração, necessidade de redose e duração da profilaxia.

De forma geral, observou-se predominância do uso terapêutico sobre o profilático, sem registros de prescrições sem indicação documentada. Os resultados demonstram melhora na rastreabilidade das prescrições e possibilitam direcionar as ações do SCIH para avaliação da adequação do uso de antimicrobianos. Recomenda-se a manutenção do monitoramento sistemático, das auditorias prospectivas, da reavaliação periódica das terapias, do estímulo à realização de culturas quando clinicamente indicadas e das ações de educação permanente, associadas à implantação do Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica. O acompanhamento continuado desses indicadores permitirá identificar variações no perfil de utilização, oportunidades de intervenção e medidas voltadas ao uso racional de antimicrobianos e à prevenção da resistência microbiana.

Tabela – Percentual de pacientes em uso de antimicrobianos sem informação

Setor	Pacientes-dia	Prescrições monitoradas	Sem informação	% Sem informação
Clínica Médica	330	17	0	0%
Clínica Cirúrgica	88	2	0	0%
Ginecologia	44	0	0	0%
Ortopedia	526	26	0	0%
Total Hospitalar	**988**	**45**	**0**	**0%**

Fonte: Controle SCIH HRMJ

- **Estratégias Adotadas Para Melhorar A Adesão Ao Protocolo.**

Durante o período, a CCIH manteve o monitoramento sistemático das prescrições de antimicrobianos, com revisão dos protocolos institucionais, padronização dos formulários e realização de treinamentos junto às equipes assistenciais.

Os resultados demonstram adequada identificação da indicação terapêutica e profilática nas prescrições, permitindo maior rastreabilidade e qualificação das auditorias. Permanecem como estratégias prioritárias a manutenção das auditorias prospectivas, a reavaliação periódica das terapias antimicrobianas, o acompanhamento dos indicadores

de consumo e o fortalecimento da educação permanente, com o objetivo de promover o uso racional dos antimicrobianos, reduzir a pressão seletiva para microrganismos resistentes e aumentar a segurança do paciente

MONITORAMENTO DE ADESÃO AO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

O acompanhamento é realizado por meio de observação direta, auditoria estruturada ou ferramenta padronizada da CCIH/NQSP, considerando os “5 Momentos para Higienização das Mãos”.

A análise do indicador permite identificar fragilidades na adesão ao protocolo, direcionar ações educativas, reforçar a cultura de segurança do paciente e reduzir o risco de transmissão cruzada e infecções hospitalares.

- **Taxa global de higienização das mãos.**

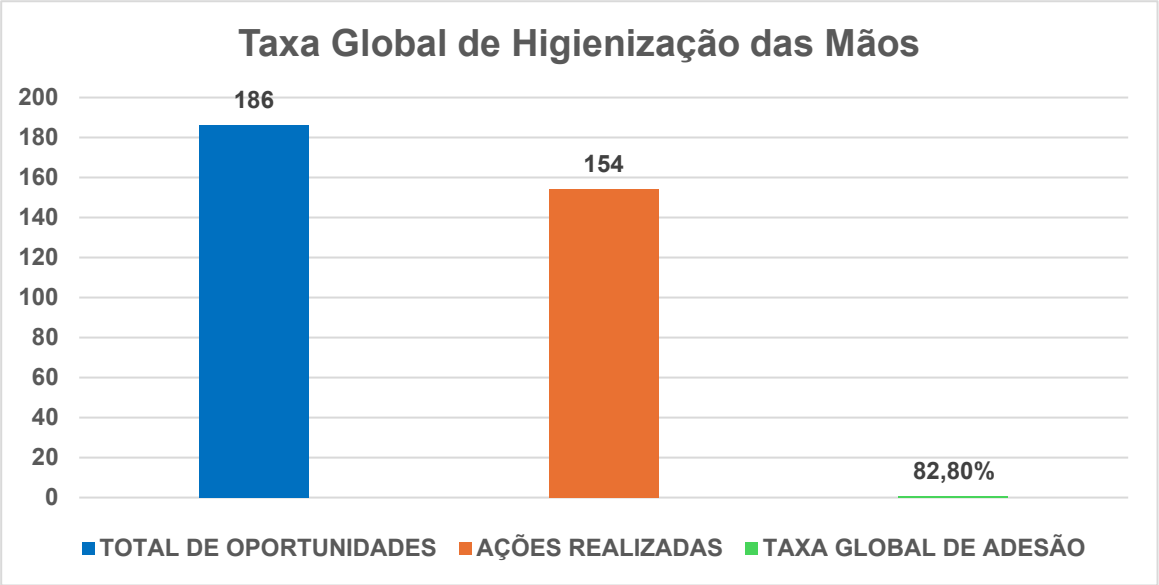
No mês de referência, o SCIH realizou a observação direta das práticas de HM no HRMJ. A coleta seguiu rigorosamente a metodologia dos "Cinco Momentos para a Higienização das Mãos" estabelecida pela OMS, com os seguintes resultados consolidados:

- Oportunidades Observadas: 186
- Adesões (Ações Realizadas): 154
- Taxa Global de Adesão: 82,8%

O indicador apresentou evolução significativa em relação ao período anterior, demonstrando melhora na adesão dos profissionais às práticas de higienização das mãos. O resultado pode estar relacionado ao fortalecimento das ações educativas, reestruturação dos processos, atualização dos materiais institucionais e intensificação do acompanhamento das práticas assistenciais.

Recomenda-se a manutenção das auditorias observacionais, das devolutivas às equipes e das ações de educação permanente, visando consolidar o resultado alcançado, ampliar a adesão e fortalecer continuamente a segurança do paciente e a prevenção das IRAS.

Gráfico – Taxa Global de Higienização das Mãos



Fonte: Controle SCIH HRMJ

- **Estratégias Adotadas para Melhorar a Adesão ao Protocolo de HM**

Com o objetivo de ampliar a adesão às práticas de higienização das mãos, o SCIH desenvolveu ações contínuas de educação e sensibilização junto às equipes assistenciais, incluindo orientações durante as visitas de busca ativa, reforço imediato das práticas quando identificadas oportunidades de melhoria, divulgação dos Cinco Momentos para a Higienização das Mãos.

As ações implementadas buscam fortalecer a cultura de segurança do paciente, promover maior adesão ao protocolo institucional e contribuir para a prevenção das IRAS.

Projetos e Demais Ações Realizadas

Ao longo do período, a CCIH/SCIH desenvolveu ações voltadas ao fortalecimento das práticas de prevenção e controle das IRAS, com ênfase na higienização das mãos, implementação dos bundles assistenciais e aplicação do Protocolo de Precauções Padrão e Isolamentos.

Foram realizadas atividades educativas e treinamentos direcionados às equipes assistenciais, abordando a importância da higienização das mãos nos momentos recomendados, as medidas de prevenção relacionadas à inserção e manutenção de dispositivos invasivos e as condutas previstas nos bundles institucionais.

Também foram reforçadas as orientações referentes às Precauções Padrão e aos diferentes tipos de isolamento, contemplando indicação, uso adequado de EPIs, paramentação e desparamentação, higiene das mãos e medidas para prevenção da transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar.

As ações desenvolvidas contribuíram para a padronização das práticas assistenciais, fortalecimento da educação permanente e ampliação da adesão às medidas de prevenção, promovendo maior segurança para pacientes e profissionais e contribuindo para a redução dos riscos relacionados às IRAS.

Planejamento de Melhorias

Para o próximo período, o SCIH dará continuidade às ações de fortalecimento da prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, com foco na implantação e consolidação de novos protocolos e ferramentas de monitoramento assistencial.

Entre as principais ações planejadas, destaca-se a implementação do Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica, com padronização das condutas relacionadas à indicação, escolha do antimicrobiano, momento de administração, necessidade de redose e duração da profilaxia, favorecendo maior segurança no uso de antimicrobianos e prevenção de infecções do sítio cirúrgico.

Também está prevista a implantação do protocolo de culturas de vigilância, com definição dos critérios de elegibilidade, sítios de coleta, periodicidade, registro e acompanhamento dos resultados pelo SCIH, fortalecendo a identificação precoce de pacientes colonizados por microrganismos de importância epidemiológica e o direcionamento oportuno das medidas de prevenção e isolamento.

Outra melhoria prevista será a implantação do bundle de Higienização das Mãos diretamente no sistema Tasy, permitindo o registro estruturado das auditorias, melhor rastreabilidade das avaliações, consolidação dos dados e acompanhamento dos indicadores de adesão de forma mais sistemática.

Essas ações serão acompanhadas por treinamentos das equipes, auditorias de adesão e monitoramento dos resultados, buscando ampliar a padronização dos processos, fortalecer a vigilância epidemiológica e melhorar continuamente a segurança assistencial.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Realizar busca ativa para identificação de IRAS e controle de dispositivos invasivos nas unidades críticas e semicríticas	Membros executores / SCIH	Diário	Atingir 100% dos usuários nas unidades críticas	Consolidar os dados em relatório mensal	Em andamento
Realizar vigilância pós-alta para identificação de Infecção do Sítio Cirúrgico	Membros executores / SCIH	2026	Implantação e manutenção do acompanhamento pós-alta dos pacientes cirúrgicos elegíveis	Registrar e consolidar os resultados para análise epidemiológica	A iniciar
Implantar o Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica	SCIH / Membros executores	2026	Protocolo implantado e profissionais envolvidos capacitados	Monitorar posteriormente a adesão aos critérios estabelecidos no protocolo	A iniciar
Implantar o protocolo de culturas de vigilância	SCIH / Membros executores	2026	Fluxo de culturas de vigilância implantado e pacientes elegíveis acompanhados conforme critérios	Monitorar coleta, resultados microbiológicos e necessidade de medidas de precaução	A iniciar
Implantar o bundle de Higienização das Mãos diretamente no sistema Tasy	SCIH	2026	Ferramenta disponível no sistema e utilizada para registro das auditorias de HM	Utilizar os registros para consolidação e acompanhamento do indicador de adesão	A iniciar

Considerações Finais

No período analisado, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), por meio do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), manteve a vigilância epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com realização de busca ativa, monitoramento dos indicadores assistenciais, acompanhamento dos dispositivos invasivos, auditorias de processo e ações de educação permanente voltadas à prevenção e ao controle de infecções.

Em agosto de 2026, foi identificado 1 caso de IRAS na instituição, correspondente a uma taxa global de 0,81%, sem registro de óbito associado. Na Unidade de Terapia Intensiva não foram identificados casos de IRAS, e a densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea permaneceu em 0,0, diante de 156 CVC-dia. No

acompanhamento das Infecções de Sítio Cirúrgico, não foram registrados casos entre os 126 procedimentos realizados, mantendo-se taxa de ISC de 0% no período, inclusive nas 79 cirurgias limpas e nas 55 cirurgias ortopédicas limpas com colocação de implante.

Quanto aos processos preventivos, a adesão global à higienização das mãos alcançou 82,8%, com 154 ações realizadas em 186 oportunidades observadas, demonstrando evolução em relação ao período anterior. Em contrapartida, a aplicação do checklist de inserção de CVC ocorreu em 6 das 22 inserções realizadas na UTI, correspondendo a 27,27%. Embora tenha ocorrido aumento de 2,27 pontos percentuais em comparação ao período anterior, o resultado permanece abaixo do esperado e constitui ponto prioritário para intervenção, com necessidade de reforço junto às equipes e acompanhamento sistemático da adesão.

O monitoramento do uso de antimicrobianos contemplou 45 prescrições, sendo 29 terapêuticas e 16 profiláticas, sem registros de prescrições sem informação quanto à indicação. O resultado favorece a rastreabilidade e o direcionamento das auditorias, devendo ser mantidas a reavaliação periódica das terapias, a análise da adequação das prescrições e as ações relacionadas à implantação do Protocolo de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica. Também permanecem como prioridades a implantação do protocolo de culturas de vigilância, o fortalecimento da vigilância pós-alta e a estruturação do registro das auditorias de higienização das mãos no sistema Tasy.

De forma geral, os indicadores do período apresentaram resultados favoráveis em diferentes áreas da vigilância, especialmente pela ausência de ISC e de IRAS na UTI. Entretanto, a ocorrência de um caso global de IRAS e a baixa adesão ao checklist de inserção de CVC demonstram a necessidade de manutenção e fortalecimento das medidas preventivas. Considerando que os resultados de um único mês não permitem estabelecer tendência epidemiológica ou atribuir causalidade direta às intervenções realizadas, recomenda-se a continuidade da vigilância ativa, das auditorias de conformidade, do acompanhamento dos indicadores e da educação permanente, com análise periódica da evolução dos resultados e direcionamento das ações de melhoria conforme os riscos identificados.

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO – CVO

- **Data da Constituição:** 27/02/2025
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.CRO.001, Versão 001 – Regimento Interno da Comissão.
- **Termo de Nomeação:** Ato de Convocação Nº 004 – Direção Técnica.
- **Ata de reunião:** Ver em anexos
- **Lista de presença:** Ver em anexos

Tendo sua abertura em 27 de fevereiro de 2025 conforme ata 001 e código FO.HRMJ.NQSP.014 , a Comissão de Verificação de Óbito tem como finalidade analisar, revisar e monitorar todos os óbitos ocorridos no âmbito hospitalar, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada, a adequação das condutas adotadas pelas equipes envolvidas e a conformidade dos registros assistenciais.

Compete à CVO examinar detalhadamente os prontuários, verificar a coerência entre diagnóstico, evolução clínica e causa básica do óbito, bem como avaliar o correto preenchimento da Declaração de Óbito, em consonância com as normativas vigentes.

A atuação da Comissão visa identificar possíveis fragilidades nos processos assistenciais, propor medidas corretivas e preventivas, fortalecer a segurança do paciente e contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência hospitalar.

Além disso, a CVO realiza o monitoramento de indicadores relacionados à mortalidade hospitalar e mortalidade operatória, incluindo análise estratificada por classes ASA, subsidiando a gestão na tomada de decisões estratégicas

Dimensionamento da Comissão

A Comissão CVO é composta por equipe multiprofissional dimensionada de forma estratégica, garantindo análise técnica qualificada e abordagem integrada dos casos avaliados. Sua composição contempla:

2 médicos, sendo 1 médico assistente como presidente (corpo clínico) e 1 médico como integrante (diretor técnico HRMJ);

5 enfermeiros, sendo 1 gerente assistencial, 2 coordenadores assistenciais, 1 analista DRG e 1 da Qualidade.

Participantes da equipe multiprofissional (nutricionistas, psicólogos).

Esse dimensionamento favorece análise multiprofissional dos casos, identificação de oportunidades de melhoria, fortalecimento da segurança do paciente e aprimoramento contínuo da qualidade assistencial no âmbito do Hospital Regional de Oriximiná Menino.

Fundamentação normativa (Resolução nº 2.400/2007 e Resolução CFM nº 2.171/2017)

A Comissão de Verificação de Óbito (CVO) fundamenta-se na necessidade de assegurar a qualidade da assistência prestada, a segurança do paciente e a fidedignidade das informações relacionadas aos óbitos ocorridos na unidade hospitalar.

Sua atuação encontra respaldo nas normativas vigentes, especialmente na Resolução nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, bem como na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.171/2017, que dispõem sobre as atribuições médicas relacionadas à declaração de óbito e à responsabilidade técnica quanto ao adequado preenchimento e veracidade das informações.

A Comissão também se fundamenta nos princípios da gestão da qualidade e da melhoria contínua, promovendo análise sistemática dos óbitos, avaliação da mortalidade operatória estratificada por classe ASA, investigação de possíveis falhas assistenciais e proposição de medidas corretivas.

No âmbito do Contrato de Gestão, o funcionamento regular da CVO constitui indicador de desempenho institucional, sendo requisito obrigatório para cumprimento das metas relacionadas ao monitoramento da mortalidade hospitalar e operatória.

Reuniões realizadas no período

Aos três dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às 14h, na Sala de Reunião da Diretoria do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, reuniu-se a Comissão de Verificação de Óbito (CVO) com a finalidade de realizar a análise dos óbitos ocorridos na instituição durante o mês de agosto de 2026, considerando as condições clínicas de admissão, evolução durante a internação, causas dos óbitos e complexidade dos casos.

Primeiramente, o presidente da Comissão, Wilke Menezes, realizou a leitura da ata da última reunião. Após, debatemos sobre possíveis planos de ação pendentes, os quais não constavam, e demos procedimento à análise dos óbitos de agosto/2026.

No período analisado, foram registradas 124 saídas hospitalares, das quais 10 corresponderam a óbitos, representando uma taxa de mortalidade hospitalar de 8,06%. Durante a reunião, os dez casos foram avaliados individualmente, considerando-se as informações disponíveis nos registros assistenciais e as respectivas causas de óbito. A análise evidenciou predomínio de condições clínicas graves e de elevada complexidade, destacando-se casos de choque séptico de diferentes focos, choque neurogênico, choque circulatório, insuficiência respiratória, acidose metabólica grave, insuficiência renal e processos infecciosos graves. Também foram observadas importantes condições associadas e doenças de base, incluindo Parkinson avançado, doença renal crônica em estágio avançado, DPOC, pneumonia grave e doença neoplásica.

A Comissão verificou que todos os pacientes analisados já deram entrada na instituição apresentando quadros clínicos graves, alguns associados a doenças crônicas avançadas, comprometimento de sistemas vitais e importante instabilidade clínica. Após discussão individual dos casos, as causas dos óbitos foram caracterizadas como irreversíveis, estando os desfechos fortemente relacionados à gravidade apresentada pelos pacientes desde a admissão e à evolução das respectivas condições clínicas. Destacou-se ainda a participação expressiva dos quadros sépticos e dos diferentes tipos de choque entre os casos avaliados, reforçando a necessidade de manutenção das estratégias institucionais voltadas ao reconhecimento precoce da deterioração clínica, identificação e manejo oportuno da sepse, prevenção e controle das infecções e acompanhamento dos pacientes de maior risco assistencial.

Após a análise, a Comissão concluiu que os óbitos ocorridos no mês devem ser interpretados considerando o perfil de elevada complexidade e gravidade dos pacientes atendidos, não sendo adequado avaliar o indicador de mortalidade de forma isolada, sem considerar as condições clínicas de entrada, comorbidades, doenças de base e possibilidade de reversibilidade dos quadros. Como encaminhamento, ficou estabelecida a continuidade da análise sistemática e individualizada dos óbitos, com acompanhamento mensal do indicador de mortalidade, identificação de possíveis oportunidades de melhoria e articulação com os setores assistenciais sempre que forem identificadas necessidades

de adequação dos processos. Reforçou-se também a importância da qualidade dos registros em prontuário e da documentação adequada da condição clínica apresentada pelo paciente desde sua admissão até o desfecho.

Não havendo outros assuntos a serem tratados, o presidente Wilk Menezes deu a reunião por encerrada, sendo lavrada a ata que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros presentes da Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, e encontra-se anexada ao final deste relatório.

Medidas Adotadas e Resolutividade

Não foram identificadas ausências de preenchimento de campos obrigatórios nas Declarações de Óbito, resultado das buscas ativas e notificação aos médicos, e em todos os casos havia evolução de óbito. Observou-se a manutenção do número de óbitos, porém houve registro de sepse novamente, visto o perfil dos pacientes admitidos, com infecções graves, e tratamento imediato ao serem detectados os sinais. O impacto do protocolo de SEPSE será monitorado a cada mês para garantir a eficácia, de acordo com seus indicadores, em conjunto com o SCIH.

Monitoramento de indicadores relacionados a taxa de mortalidade operatória e taxa de cirurgia de urgência

- **Taxa de Mortalidade Operatória:** Durante o período analisado, a taxa de mortalidade operatória foi de 0 pacientes em sua totalidade, mantendo como nos meses anteriores. Este indicador foi comparado com a média nacional/internacional e com as metas da unidade, resultando como excelente.

- **Taxa de Cirurgia de Urgência:** O número de cirurgias de urgência realizadas foi de 56 em sua totalidade. A comissão observou que no mês de agosto esse quantitativo de cirurgias de urgência/emergência alcançou 44,44%, se observado a totalidade de cirurgias/mês 126 procedimentos versus a quantidade de cirurgias de urgência/mês.

Ações adotadas para redução de mortalidade

- Melhoria nos protocolos de triagem e avaliação do risco, buscando manter taxa 0 de mortalidade.
- Atuação da SCIH no serviço evitando complicações por infecções, seguindo protocolos obrigatórios.

Óbitos ocorridos no Mês

A comissão investigou 10 óbitos ocorridos no período, com foco nos seguintes aspectos:

- Análise das causas clínicas e/ou cirúrgicas dos óbitos:
- Verificação da assistência prestada durante o atendimento;
- Identificação de falhas sistêmicas ou procedimentos que possam ter contribuído para o óbito.

Tabela – Óbitos Ocorridos/Mês

PACIENTE	CAUSA DE ÓBITO
M.A.P.	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA - PARKINSON AVANÇADO
M. DE L.F.	CHOQUE SÉPTICO DE FOCO CUTÂNEO
G.N. DA S.	CHOQUE SÉPTICO DE FOCO RENAL E PULMONAR – INSUFICIÊNCIA RENAL
M.R.B.G.	ACIDOSE METABÓLICA GRAVE – CHOQUE SÉPTICO
D.S.R.	CHOQUE NEUROGÊNICO – ACIDOSE METABÓLICA
A.P.P. DA S.	CHOQUE SÉPTICO – TUMOR DE TIREÓIDE
I.C. DA C.	CHOQUE NEUROGÊNICO COM HAS ESSENCIAL ASSOCIADA
I.A. DE S.	CHOQUE CIRCULATÓRIO – DOENÇA RENAL CRÔNICA DE ESTADO AVANÇADO
A.DE J. DOS S.	CHOQUE SÉPTICO – DPOC ATRELADA A PNEUMONIA GRAVE
R.C. DE S.	CHOQUE SÉPTICO E SEPSE DE FOCO PULMONAR ASSOCIADO A PNEUMONIA COMUNITÁRIA

Fonte: acervo pessoal CVO.

No mês de agosto de 2026, foram registradas 124 saídas hospitalares, sendo 10 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade hospitalar de 8,06%. A análise individual das causas demonstra predomínio expressivo de condições clínicas graves,

caracterizadas principalmente por choques, sepse, disfunções orgânicas e doenças crônicas ou de base em estágio avançado.

Dos 10 óbitos analisados, cinco (50%) apresentaram choque séptico diretamente descrito entre as causas de óbito. Destes, foram identificados diferentes focos infecciosos, incluindo cutâneo, renal e pulmonar, além de casos associados à pneumonia comunitária e pneumonia grave. Em um dos pacientes, o choque séptico esteve associado à insuficiência renal, enquanto outro apresentou acidose metabólica grave concomitante. Esse perfil demonstra que sepse e choque séptico constituíram o principal agrupamento de causas entre os óbitos de agosto, reforçando a relevância da identificação precoce de sinais de infecção e deterioração clínica.

Também foram registrados dois casos (20%) envolvendo choque neurogênico, um associado à acidose metabólica e outro à hipertensão arterial sistêmica essencial. Houve ainda um caso de choque circulatório associado à doença renal crônica em estágio avançado. Dessa forma, considerando os diferentes mecanismos, 8 dos 10 óbitos (80%) apresentaram algum tipo de choque descrito na cadeia causal, evidenciando a elevada gravidade clínica dos pacientes que evoluíram a óbito.

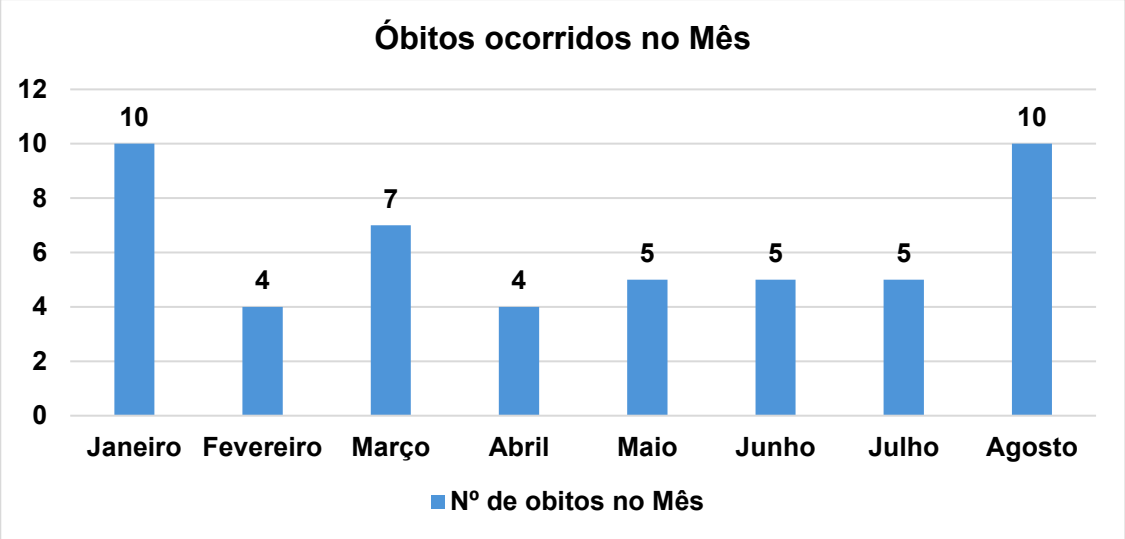
As alterações renais e metabólicas também apresentaram participação relevante. Foram observadas insuficiência renal, doença renal crônica avançada e acidose metabólica grave, demonstrando a presença de importante comprometimento sistêmico e disfunção orgânica em parte dos pacientes. Da mesma forma, as condições respiratórias tiveram destaque, com registros envolvendo insuficiência respiratória, foco pulmonar de sepse, DPOC associada à pneumonia grave e pneumonia comunitária.

Além dos quadros agudos, foram identificadas condições de base de elevada complexidade, como Parkinson avançado, tumor de tireoide, doença renal crônica em estágio avançado e DPOC, indicando que parte dos óbitos ocorreu em pacientes com importante carga de comorbidades e comprometimento clínico prévio. Por esse motivo, a taxa de mortalidade isoladamente não deve ser interpretada como medida direta da qualidade assistencial, sendo necessária sua análise em conjunto com gravidade, perfil clínico, comorbidades, procedência e risco esperado dos pacientes.

Sendo assim, em agosto de 2026, o perfil dos óbitos caracterizou-se pelo predomínio de pacientes em condições clínicas críticas e de elevada complexidade, destacando-se o choque séptico e os processos infecciosos, seguidos pelos choques de

outras etiologias, comprometimento respiratório, renal e metabólico. Os achados apontam para a importância da manutenção e do fortalecimento dos protocolos institucionais de reconhecimento precoce e manejo da sepse, prevenção e controle de infecções, monitoramento da deterioração clínica e abordagem precoce das disfunções orgânicas, especialmente nos pacientes portadores de doenças crônicas avançadas. Recomenda-se ainda o acompanhamento mensal do indicador e a análise individual dos óbitos, buscando identificar oportunidades de melhoria e diferenciar eventos potencialmente evitáveis daqueles relacionados predominantemente à gravidade e evolução natural da doença.

Gráfico – Óbitos por mês



Fonte: arquivos da C.V.O.

Taxa de Mortalidade

A análise dos óbitos registrados no mês de agosto de 2026 evidencia um perfil assistencial de elevada complexidade e gravidade clínica. Os 10 pacientes que evoluíram a óbito apresentavam condições críticas, sendo identificado que todos deram entrada na instituição já com quadros graves e importante comprometimento do estado geral, associados, em diversos casos, a doenças crônicas avançadas, disfunções orgânicas e condições clínicas de difícil reversibilidade.

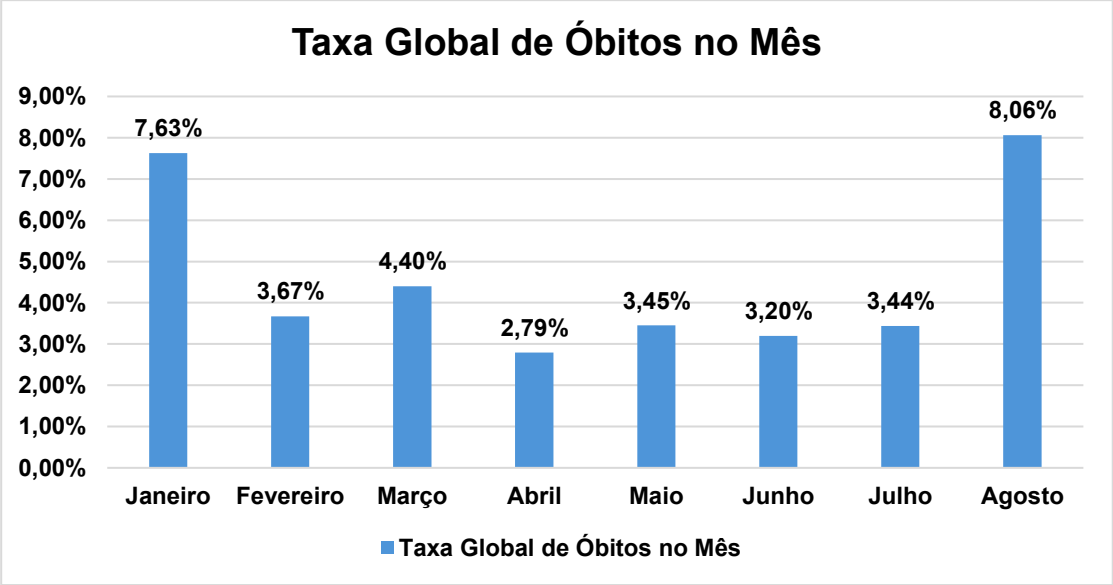
Após avaliação dos casos, verificou-se que as causas relacionadas aos óbitos foram caracterizadas como irreversíveis, apesar das medidas terapêuticas e do suporte assistencial instituídos durante a internação. Destacaram-se quadros de choque séptico,

choque neurogênico, choque circulatório, insuficiência respiratória, acidose metabólica grave, insuficiência renal e processos infecciosos graves, além da presença de condições de base relevantes, como doença renal crônica avançada, Parkinson avançado, DPOC e doença neoplásica.

Ressalta-se que o perfil observado demonstra que os desfechos estiveram fortemente relacionados à gravidade clínica apresentada desde a admissão e à evolução de condições de alta complexidade, com comprometimento de sistemas vitais e reduzida possibilidade de reversão clínica. A presença de choque em grande parte dos casos reforça o elevado grau de instabilidade hemodinâmica e de deterioração orgânica apresentado por esses pacientes.

Dessa forma, os óbitos ocorridos no período devem ser analisados considerando não apenas o indicador quantitativo de mortalidade, mas principalmente o perfil de risco e a complexidade dos pacientes atendidos. Os achados reforçam a importância da continuidade do monitoramento sistemático dos óbitos e da avaliação individualizada dos casos, permitindo correlacionar os desfechos com a condição clínica de entrada, a gravidade das doenças de base e a resposta às intervenções realizadas, bem como identificar eventuais oportunidades de aprimoramento dos processos assistenciais.

Gráfico – Taxa Global de Mortalidade



A análise da taxa de mortalidade operatória estratificada pela classificação ASA revelou os seguintes resultados:

- **Classe ASA I:** NÃO HOUVE.
- **Classe ASA II:** NÃO HOUVE.
- **Classe ASA III:** NÃO HOUVE.
- **Classe ASA IV:** 10 ÓBITOS.

Como é descrito, pacientes ASA IV são aqueles com doença sistêmica grave, cujos exemplos incluem (mas não se limitam a): infarto do miocárdio, acidente vascular, isquemia cardíaca contínua ou disfunção valvar grave, redução grave da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, doença renal aguda ou em estágio terminal não submetidos a diálise regularmente programada.

Essa estratificação permite uma compreensão mais detalhada da mortalidade operatória, permitindo ações mais direcionadas para cada grupo de risco.

Considerações Finais

A análise dos óbitos ocorridos em agosto de 2026 demonstra que os desfechos estiveram predominantemente relacionados à elevada gravidade e complexidade clínica dos pacientes, que já ingressaram na instituição apresentando condições críticas e importante comprometimento sistêmico. No período, foram registradas 124 saídas hospitalares, incluindo 10 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 8,06%.

A avaliação dos casos evidenciou que todos os pacientes apresentaram causas de óbito caracterizadas como irreversíveis, associadas a quadros graves, como choque séptico, choque neurogênico, insuficiência respiratória, disfunções renais e metabólicas, além de doenças crônicas e condições de base avançadas. Dessa forma, os desfechos observados refletem, sobretudo, o perfil de alta complexidade e o elevado risco clínico apresentado pelos pacientes desde a admissão hospitalar.

Apesar da gravidade dos casos, permanece fundamental a continuidade do monitoramento sistemático dos óbitos, da análise individualizada dos desfechos e do fortalecimento dos protocolos assistenciais, especialmente aqueles relacionados à identificação precoce da deterioração clínica, manejo da sepse e prevenção de infecções. Essas ações contribuem para a identificação contínua de oportunidades de melhoria, o

fortalecimento da segurança do paciente e a qualificação da assistência prestada pelo Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ.

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO – CARP

- **Data da Constituição:** 27/02/2025
- **Regimento Interno**: RI.HRMJ.CRP.001, Versão 001. Regimento Interno da Comissão.
- **Termo de Nomeação:** Ato de Convocação Nº 003
- **Ata de reunião:** Ver em anexos
- **Lista de presença:** Ver em anexos

Tendo sua abertura em 27 de fevereiro de 2025 conforme ata de reunião e Ato de convocação número 001. A Comissão tem como objetivo realizar a análise dos prontuários de pacientes com alta hospitalar mensalmente, avaliando a conformidade com os requisitos e documentação necessária para a finalização do atendimento hospitalar. Esta análise é feita com base na verificação dos prontuários das altas hospitalares do período especificado, utilizando os critérios estabelecidos pela comissão para garantir a qualidade e legalidade do atendimento.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem como objetivo garantir a qualidade, integridade, conformidade legal e fidedignidade das informações registradas nos prontuários dos pacientes, assegurando respaldo assistencial, ético e jurídico à instituição e aos profissionais de saúde.

A Comissão tem como objetivos avaliar a conformidade dos registros multiprofissionais, verificar o adequado preenchimento dos documentos obrigatórios (evoluções, prescrições, AIH, termos, carimbos e assinaturas), identificar não conformidades com proposição de ações corretivas, monitorar indicadores de qualidade documental e contribuir para a melhoria contínua da assistência e dos processos institucionais.

A atuação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários está fundamentada na Resolução CFM nº 1.638/2002, que torna obrigatória sua constituição nas instituições de saúde, na Resolução CFM nº 2.217/2018, que estabelece deveres éticos relacionados

ao adequado registro em prontuário, na Resolução COFEN nº 545/2017, que normatiza a obrigatoriedade e a padronização dos registros de enfermagem e no seu Regimento Interno RI.HRMJ.CRP.001, Versão 004. Regimento Interno da Comissão.

A Comissão é fundamental para a instituição por promover a segurança do paciente, garantir transparência e rastreabilidade das informações, reduzir glosas e inconsistências em AIH, oferecer suporte às auditorias internas e externas e assegurar respaldo jurídico e ético aos profissionais.

A Comissão atua por meio de auditorias periódicas por amostragem ou demanda, utilizando checklist padronizado, com emissão de relatórios técnicos, devolutiva às coordenações e à gestão médica e acompanhamento dos planos de ação para correção das não conformidades identificadas.

Dimensionamento da Comissão

A Comissão é composta por equipe multiprofissional dimensionada de forma estratégica, visando garantir representação técnica, assistencial e administrativa nas deliberações e no acompanhamento das ações institucionais.

A composição contempla:

- 2 médicos (diretor técnico) e 1 médico do corpo clínico assistencial;
- 6 enfermeiras, sendo 1 do setor Auditoria de Prontuários (presidente) 1 gerente assistencial, 2 coordenações assistencial, 1 da assistência e 1 enfermeira diarista;
- 1 administrador, sendo o coordenador administrativo (vice-presidente);
- 1 administrativo do setor SAME/ Estatística;
- 1 auxiliar administrativo do setor Auditoria de Prontuários (secretaria);
- 1 supervisor TI;
- 1 coordenadora de Farmácia;
- 1 nutricionista;
- 1 fisioterapeuta;
- 1 assistente social;
- 1 psicólogo;
- 1 coordenador qualidade e NSP

Esse dimensionamento favorece atuação integrada, tomada de decisão colegiada e monitoramento sistemático das ações, contribuindo para a segurança do paciente, melhoria dos processos assistenciais e fortalecimento da governança institucional.

Reuniões Realizadas no Período

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP) realizou, no dia 03 de setembro de 2026, reunião para análise dos resultados referentes ao mês de agosto, conforme ata anexa. Na ocasião, foram apresentados e discutidos os resultados da auditoria dos prontuários de alta hospitalar do período.

Durante a reunião, a Comissão analisou as principais não conformidades identificadas nas auditorias, com destaque para a Prescrição de Enfermagem, em processo de implantação, a Ficha de Recuperação Pós-Anestésica, em fase de elaboração, e as ocorrências relacionadas à ausência de assinatura e carimbo dos profissionais. Também foram discutidos os encaminhamentos necessários para o acompanhamento das ações de melhoria e a continuidade das auditorias diárias dos prontuários.

As deliberações e os encaminhamentos definidos pela Comissão estão registrados na ata da reunião, apresentada em anexo.

Análise de Prontuários de Saídas Hospitalares (Alta)

No mês de agosto de 2026, a auditoria dos 47 prontuários evidenciou 398 avaliações conformes e 99 não conformes, totalizando 497 avaliações aplicáveis nos 11 critérios assistenciais. O índice geral de conformidade foi de 80,08%.

Os melhores desempenhos foram observados na Letra Legível do Profissional e no Resumo de Alta Hospitalar, ambos com 98% de conformidade, seguidos pela Evolução Multiprofissional (96%), Prescrição Médica (94%) e Relatório Operatório (94%). A Identificação do Paciente e a Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional apresentaram 91% de conformidade.

Na Solicitação de Exames, foram registradas 36 avaliações conformes e 11 classificadas como não aplicáveis, sem ocorrência de não conformidade.

As principais fragilidades foram identificadas na Prescrição de Enfermagem, com 6 avaliações conformes e 41 não conformes, correspondendo a 13% de conformidade. A

Ficha de Recuperação Pós-Anestésica apresentou 5 avaliações conformes, 35 não conformes e 7 não aplicáveis, representando 11% de conformidade, 74% de não conformidade e 15% de não aplicabilidade.

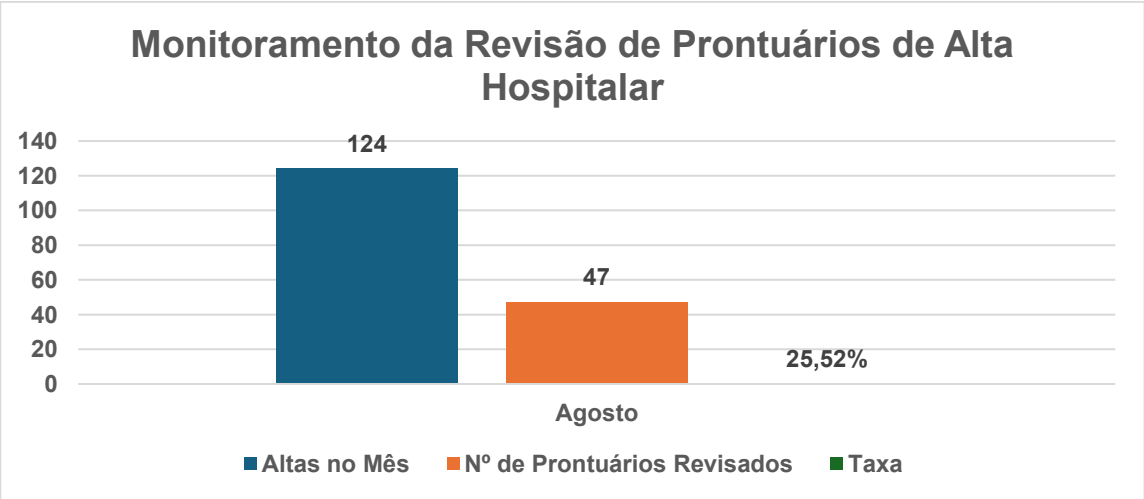
Também foram identificadas 7 não conformidades na Assinatura e Carimbo Médico, 4 na Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional, 3 na Prescrição Médica, 2 na Evolução Multiprofissional e 1 no Resumo de Alta Hospitalar.

Em relação à AIH, foram registradas 41 avaliações conformes e 6 não conformes, correspondendo a 87% de conformidade.

A concentração de não conformidades na Prescrição de Enfermagem e na Ficha de Recuperação Pós-Anestésica deve ser interpretada considerando que esses instrumentos estão, respectivamente, em processo de implantação e elaboração no prontuário institucional. Dessa forma, os resultados apontam para a necessidade de acompanhamento da consolidação desses documentos, juntamente com o reforço das orientações relacionadas à identificação profissional e ao preenchimento adequado dos registros.

Como encaminhamento, a CARP deverá manter o acompanhamento dos planos de ação relacionados aos instrumentos em implantação e elaboração, reforçar as orientações às equipes quanto às assinaturas e carimbos e manter o monitoramento periódico dos resultados, utilizando os achados da auditoria para direcionar as ações de melhoria da qualidade documental.

Gráfico – Monitoramento da Revisão de Prontuários de Alta Hospitalar



Fonte: Acervo da Presidente da Comissão.

Itens Avaliados

Para a realização da auditoria, foi utilizado um instrumento padronizado de verificação dos prontuários, contendo itens essenciais relacionados à qualidade e à completude dos registros assistenciais. Entre os aspectos avaliados estão a correta identificação do paciente, a legibilidade das informações registradas pelos profissionais, a presença de evoluções multiprofissionais, solicitações de exames, prescrições médicas e de enfermagem, bem como documentos específicos quando aplicáveis, como relatório operatório e ficha de recuperação pós-anestésica.

Também foram verificados elementos formais obrigatórios, como a presença de assinaturas e carimbos dos profissionais responsáveis, além do registro do resumo de alta hospitalar. Esses itens são fundamentais para garantir a rastreabilidade das informações, a segurança do paciente e a conformidade dos registros com as normas institucionais e regulamentações vigentes

Tabela – Itens de Verificação do Prontuário

Item avaliado	Sim	Não	Observações
1. Identificação do Paciente	[x]	[ ]	
2. Letra legível do Profissional	[x]	[ ]	
3. Evolução Multiprofissional	[x]	[ ]	
4. Solicitação de Exames	[x]	[ ]	
5. Relatório Operatório	[x]	[ ]	
6. Ficha de Recuperação Pós-Anestésica	[ ]	[ ]	Em elaboração
7. Prescrição Médica	[x]	[ ]	
8. Prescrição de Enfermagem	[ ]	[ ]	Em implantação no prontuário HRMJ
9. Assinatura e Carimbo do Médico	[x]	[ ]	
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	[x]	[ ]	
11. Resumo de Alta Hospitalar	[x]	[ ]	

Taxa de Conformidade e não conformidade por Item Avaliado

A análise dos 47 prontuários auditados em agosto de 2026 demonstrou resultados favoráveis em grande parte dos critérios avaliados. Os maiores índices de conformidade foram observados na Letra Legível do Profissional e no Resumo de Alta Hospitalar, ambos com 98%, seguidos pela Evolução Multiprofissional, com 96%, e pela Prescrição Médica e Relatório Operatório, ambos com 94% de conformidade. A Identificação do Paciente e a Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional apresentaram 91% de conformidade.

Na Solicitação de Exames, foram registrados 36 casos conformes e 11 classificados como não se aplica, correspondendo, na apresentação da pesquisa, a 77% de conformidade e 23% de não aplicabilidade, sem ocorrência de não conformidade. Considerando somente os casos em que o critério foi aplicável, houve 100% de conformidade.

As principais oportunidades de melhoria foram identificadas na Prescrição de Enfermagem, que apresentou 6 casos conformes e 41 não conformes, correspondendo a 13% de conformidade e 87% de não conformidade. Na Ficha de Recuperação Pós-Anestésica, foram registrados 5 casos conformes, 35 não conformes e 7 não aplicáveis, representando, conforme os percentuais apresentados na pesquisa, 11% de conformidade, 74% de não conformidade e 15% de não aplicabilidade.

Em relação à Assinatura e Carimbo Médico, foram identificados 40 casos conformes e 7 não conformes, correspondendo a 85% de conformidade e 15% de não conformidade. A Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional apresentou 43 casos conformes e 4 não conformes, resultando em 91% de conformidade e 9% de não conformidade.

O Resumo de Alta Hospitalar apresentou 46 casos conformes e 1 não conforme, mantendo 98% de conformidade. O Relatório Operatório registrou 44 casos conformes, 1 não conforme e 2 não aplicáveis, com 94% de conformidade, conforme apresentado na pesquisa.

Considerando os 11 critérios assistenciais, foram contabilizadas 497 avaliações aplicáveis, sendo 398 conformes e 99 não conformes, resultando em índice geral de conformidade de 80,08%. Esse resultado demonstra desempenho satisfatório em diversos componentes do prontuário, embora evidencie maior concentração de não conformidades

nos instrumentos que estão em processo de implantação ou elaboração e nos registros relacionados à identificação profissional.

A Prescrição de Enfermagem encontra-se em processo de implantação, enquanto a Ficha de Recuperação Pós-Anestésica está em processo de elaboração no prontuário institucional. Dessa forma, os resultados desses dois critérios devem ser acompanhados considerando o estágio atual de implementação dos respectivos instrumentos.

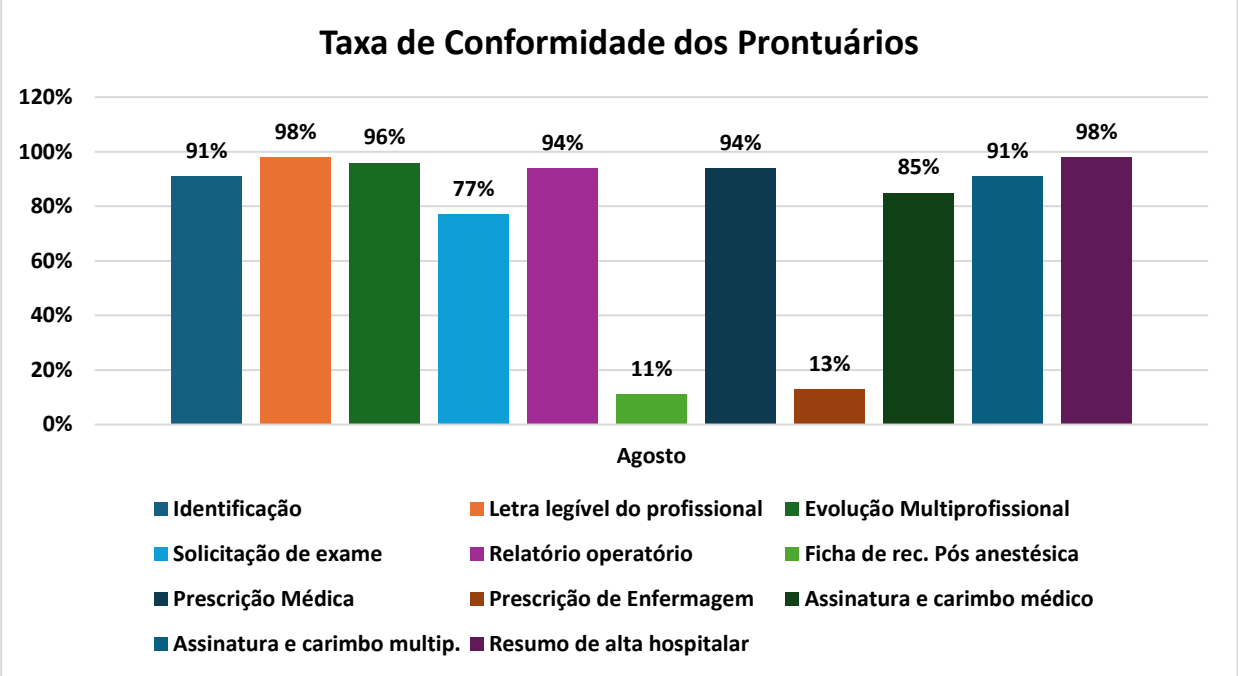
Quanto à AIH, foram registrados 41 casos conformes e 6 não conformes, correspondendo a 87% de conformidade e 13% de não conformidade. Esse resultado reforça a necessidade de manter a conferência do documento como parte do acompanhamento da qualidade e regularidade dos prontuários.

Diante dos resultados, recomenda-se a continuidade das ações de monitoramento, orientação e educação permanente das equipes, com atenção prioritária à implantação da Prescrição de Enfermagem, à elaboração da Ficha de Recuperação Pós-Anestésica e ao cumprimento dos requisitos relacionados à assinatura e ao carimbo dos profissionais. O acompanhamento mensal dos indicadores permitirá verificar a evolução dos resultados e subsidiar a definição de novas medidas de melhoria pela CARP.

Tabela – Taxa de Conformidade e não conformidade por Item Avaliado

Item avaliado	Taxa de Conformidade	Taxa de não Conformidade	Não se aplica
1. Identificação do Paciente	91%	9%	-
2. Letra legível do Profissional	98%	2%	-
3. Evolução Multiprofissional	96%	4%	-
4. Solicitação de Exames	77%	-	23%
5. Relatório Operatório	94%	2%	4%
6. Ficha de Recuperação Pós-Anestésica	11%	74%	15%
7. Prescrição Médica	94%	6%	-
8. Prescrição de Enfermagem	13%	87%	-
9. Assinatura e Carimbo do Médico	85%	15%	-
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	91%	9%	-
11. Resumo de Alta Hospitalar	98%	2%	-

Gráfico – Taxa de Conformidade dos Prontuários



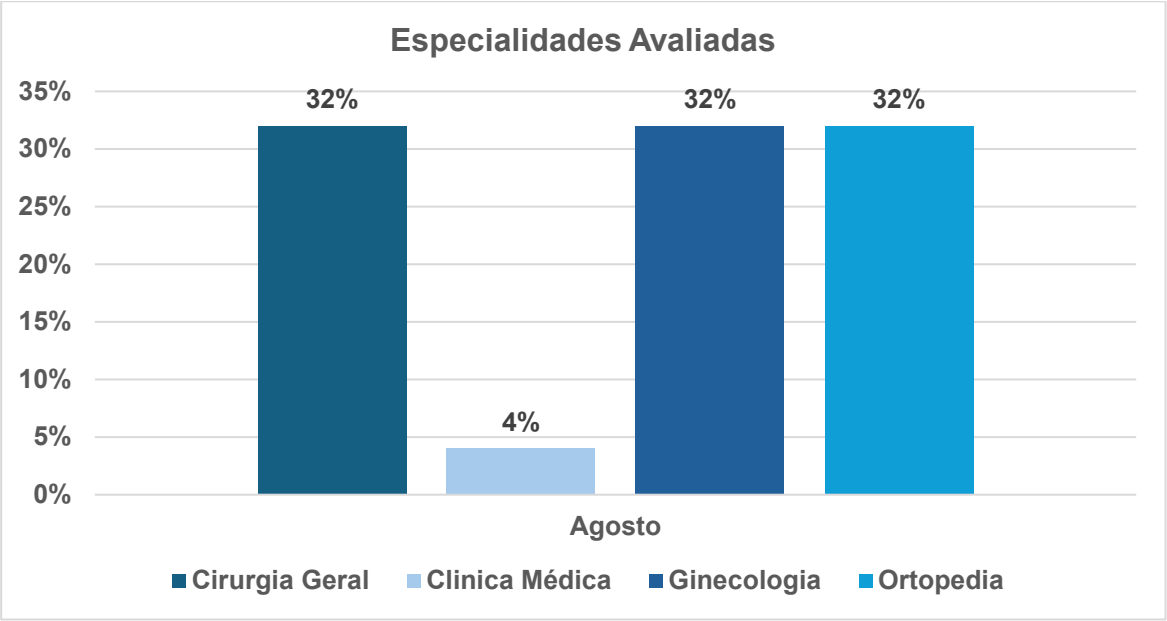
Fonte: Acervo da Presidente da Comissão.

Especialidades Avaliadas

A análise dos prontuários auditados no mês de agosto de 2026 contemplou uma amostra de 47 prontuários de pacientes com alta hospitalar, abrangendo as principais especialidades assistenciais da instituição. Observou-se predominância dos prontuários provenientes das especialidades de Ginecologia, Ortopedia e Cirurgia Geral, com 15 prontuários cada, correspondendo individualmente a 32% da amostra avaliada. A Clínica Médica representou 4% da amostra, com 2 prontuários auditados.

A distribuição da amostra demonstra que a auditoria contemplou as principais linhas assistenciais da instituição, possibilitando uma avaliação abrangente da qualidade e conformidade dos registros assistenciais nas diferentes especialidades. Os resultados obtidos subsidiam o planejamento de ações de educação permanente, o aprimoramento dos processos de documentação clínica e o fortalecimento das estratégias de auditoria concorrente e retrospectiva, contribuindo para a melhoria contínua da conformidade dos prontuários, da segurança do paciente e da qualidade da assistência prestada.

Gráfico – Especialidades Avaliadas

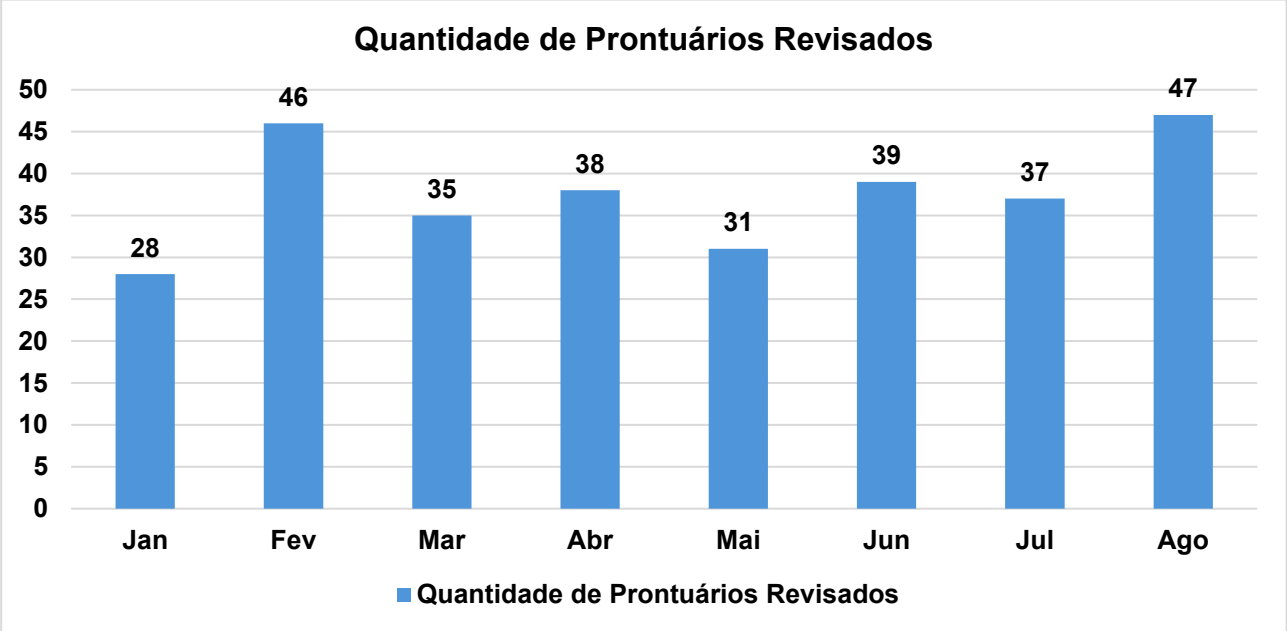


Fonte: Acervo da Presidente da Comissão.

Prontuários Revisados

Em agosto de 2026, foram revisados 47 prontuários de altas hospitalares. O quantitativo será utilizado para o acompanhamento da série histórica do indicador de revisão de prontuários e da cobertura das auditorias ao longo do exercício.

Gráfico – Quantitativo de Prontuários Revisados



Fonte: Acervo da Presidente da Comissão.

Planejamento e melhorias

O plano de ação tem como objetivo fortalecer a qualidade da assistência e a conformidade dos registros hospitalares por meio da melhoria dos processos de auditoria, monitoramento e adequação dos prontuários. Entre as ações previstas estão a implantação da Prescrição de Enfermagem e da Ficha de Recuperação Pós-Anestésica (FRPA) no prontuário institucional, a realização de treinamentos periódicos sobre o preenchimento correto dos registros e a intensificação da auditoria concorrente, com conferência diária dos prontuários antes da alta. Também será reforçada a orientação às equipes quanto à obrigatoriedade de assinaturas e carimbos. As atividades envolvem acompanhamento contínuo, educação permanente, correção das não conformidades ainda durante a internação e monitoramento sistemático dos indicadores, visando reduzir inconsistências documentais, aumentar a conformidade dos registros e contribuir para a segurança e a qualidade da assistência prestada.

Plano de Ação

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	INDICADOR DE SUCESSO	OBSERVAÇÕES	STATUS
Prescrição de Enfermagem	Gerência Assistencial e Coordenação de Enfermagem	Contínuo	Aumento da conformidade e adesão ao preenchimento	Acompanhar a implantação e orientar as equipes	Em implantação
Ficha de Recuperação Pós-Anestésica	Diretoria Técnica	Contínuo	Documento elaborado, implementado e inserido no prontuário	Adequação do prontuário institucional	Em Elaboração
Assinaturas e Carimbos	Setor de Auditoria / Equipes assistenciais	Contínuo	Redução das não conformidades relacionadas à identificação profissional	Educação permanente	Acompanhamento contínuo
AIH não conforme	Setor de Auditoria / Setores envolvidos	Contínuo	Redução das AIHs não conformes	Correção durante a internação	Acompanhamento contínuo

Auditorias Diárias	Setor de Auditoria de Prontuários	Diário	Identificação e correção precoce das não conformidades	Monitoramento pela CARP	Acompanhamento contínuo

Considerações Finais

A análise realizada pela CARP no mês de agosto de 2026 evidenciou 80,08% de conformidade geral nos 47 prontuários auditados. Entre os critérios avaliados, destacaram-se a Letra Legível do Profissional (98%), o Resumo de Alta Hospitalar (98%), a Evolução Multiprofissional (96%), a Prescrição Médica (94%) e o Relatório Operatório (94%), demonstrando bom desempenho na maioria dos registros assistenciais.

As principais oportunidades de melhoria concentraram-se na Prescrição de Enfermagem (13% de conformidade) e na Ficha de Recuperação Pós-Anestésica (11% de conformidade), considerando que esses instrumentos estão, respectivamente, em processo de implantação e elaboração. Também foram identificadas não conformidades relacionadas à assinatura e ao carimbo dos profissionais, além de ocorrências nas AIHs, que apresentaram 87% de conformidade.

Diante dos resultados, a CARP reforça a necessidade de manter o monitoramento contínuo dos prontuários, fortalecer as orientações às equipes e acompanhar os planos de ação, com atenção prioritária à implantação da Prescrição de Enfermagem, elaboração da Ficha de Recuperação Pós-Anestésica, identificação profissional e conferência das AIHs. A continuidade das auditorias diárias e o acompanhamento mensal dos indicadores contribuirão para a redução das não conformidades e para o aprimoramento da qualidade e segurança dos registros assistenciais.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

Até a data de elaboração deste relatório, a Comissão de Ética Médica ainda não se encontra em funcionamento no hospital. No entanto, o Diretor Técnico já iniciou os trâmites necessários para sua implantação, conforme prevê a Resolução CFM nº 2.152/2016. O processo inclui a elaboração do regimento interno, a definição de critérios para composição da comissão, e a organização do processo eleitoral entre os médicos da instituição. Essas etapas visam garantir a constituição de uma comissão representativa,

ética e alinhada com os princípios do exercício profissional, assegurando apoio à Direção Técnica na análise de condutas e fortalecimento da ética médica na unidade.

COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM – CEE

Até a data de elaboração deste relatório, a Comissão de Ética em Enfermagem ainda não se encontra em funcionamento. No entanto, destaca-se que a Gerente Assistencial já iniciou os trâmites para sua implantação, que envolvem a análise das normativas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), definição do regimento interno, composição dos membros representantes da equipe de enfermagem e posterior envio da documentação para homologação junto ao COREN. Esse processo é essencial para fortalecer a conduta ética e profissional no exercício da enfermagem dentro da instituição.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

- **Data da Constituição:** 06/01/2025
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.CFT.001, Versão 001.
- **Termo de Nomeação:** Ato de Nomeação dos Membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica: FO.HRMJ.CFT.001
- **Ata de reunião:** Ver em anexos
- **Lista de presença:** Ver em anexos

A Comissão de Farmácia e Terapêutica -CFT é um órgão consultivo e deliberativo composto por profissionais vinculados a áreas estratégicas da instituição, com atuação voltada à promoção do uso racional de medicamentos, à segurança do paciente e à qualificação da assistência em saúde.

No Hospital Regional Menino Jesus- HRMJ, a CFT foi constituída em 06 de janeiro de 2025, conforme Ata de Constituição devidamente aprovada por seus membros e validada pela Direção Geral da unidade. Suas atividades são norteadas pela Resolução

nº 619, de 27 de novembro de 2015, do Conselho Federal de Farmácia, que estabelece diretrizes para a organização e funcionamento das CFTs nas instituições de saúde.

As reuniões da Comissão ocorrem de forma ordinária, com periodicidade mensal, obedecendo a cronograma previamente definido, possibilitando a análise sistemática de demandas relacionadas à padronização de medicamentos, avaliação de tecnologias em saúde e monitoramento do uso de medicamentos no âmbito institucional.

Dimensionamento da Comissão

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) possui caráter multidisciplinar, sendo composta por membros estratégicos da instituição, com o objetivo de garantir análise técnica qualificada, padronização racional de medicamentos e fortalecimento das práticas seguras relacionadas à farmacoterapia.

A Comissão é constituída por:

- Presidente – Coordenação de Farmácia;
- Vice-Presidente – Supervisão de Suprimentos;
- Secretária – Farmacêutico(a);
- Diretor Técnico;
- Gerente Assistencial;
- Coordenadores Assistenciais;
- Nutricionista;
- Enfermeiro(a) da CCIH.

Essa composição assegura participação integrada das áreas assistenciais, técnicas e administrativas, favorecendo decisões colegiadas quanto à padronização, avaliação, uso racional de medicamentos, análise de eventos adversos, protocolos terapêuticos e segurança do paciente.

Indicadores e Performance

Os indicadores de performance da Farmácia Hospitalar são ferramentas estratégicas para o monitoramento, avaliação e aprimoramento contínuo dos processos assistenciais e logísticos relacionados ao uso de medicamentos e materiais médico-hospitalares. Por meio da análise sistemática desses indicadores, torna-se possível

identificar oportunidades de melhoria, fortalecer a segurança do paciente e garantir maior eficiência na gestão dos recursos.

Reuniões Realizadas

A reunião ordinária da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT não foi realizada no período em questão, em razão das férias da presidente da Comissão e de ausência de vice-presidente designado, impossibilitando a condução formal da reunião. A realização das próximas reuniões será retomada após a regularização da composição da Comissão.

Acompanhamento De Medicamentos Prescritos Não Padronizados

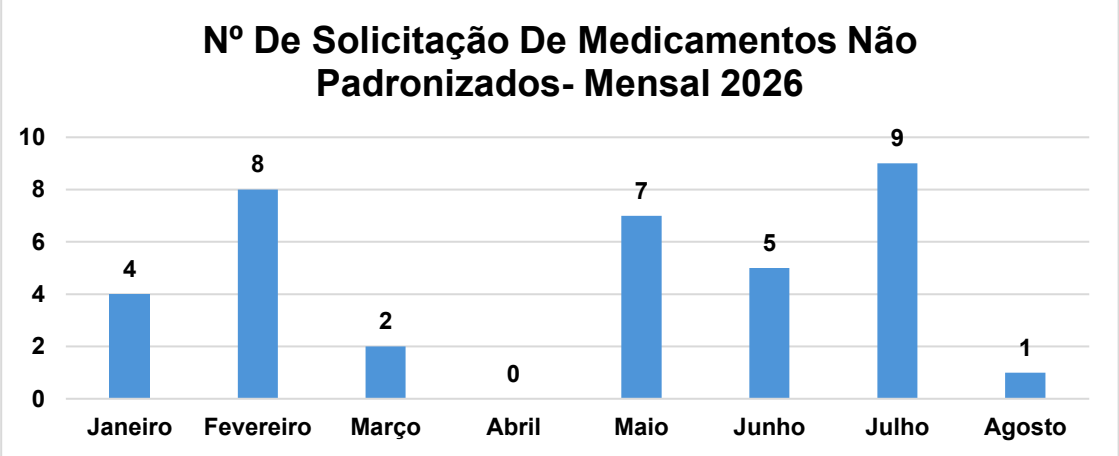
No mês de agosto de 2026, houve uma (neomicina+ bacitracina creme) solicitação de medicamentos não padronizados, representando uma redução significativa, isso principalmente em razão da alta de pacientes que faziam de tratamento com medicamentos de uso contínuo, como levodopa 100mg + Benserazida 25mg.

Quando solicitados, os medicamentos não padronizados caracterizam uma demanda pontual por terapias fora da padronização institucional, geralmente associada a necessidades clínicas específicas ou à continuidade de tratamentos previamente instituídos.

As solicitações de medicamentos não padronizados são submetidas à análise criteriosa, considerando a justificativa da conduta terapêutica, o tempo estimado de tratamento, a possibilidade de substituição por medicamento equivalente padronizado, a previsão de alta hospitalar e a avaliação de custo-benefício. As fichas correspondentes passam por avaliação técnica e, posteriormente, são encaminhadas para deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica -CFT, Diretoria Técnica e Diretoria Geral.

O monitoramento contínuo desse indicador é fundamental para subsidiar as decisões da CFT, identificar oportunidades de revisão da padronização institucional e fortalecer o uso racional de medicamentos, assegurando a segurança do paciente e a sustentabilidade do estoque hospitalar.

Gráfico – Número De Solicitações De Medicamentos Não Padronizados - 2026



Fonte: HRMJ, 2026

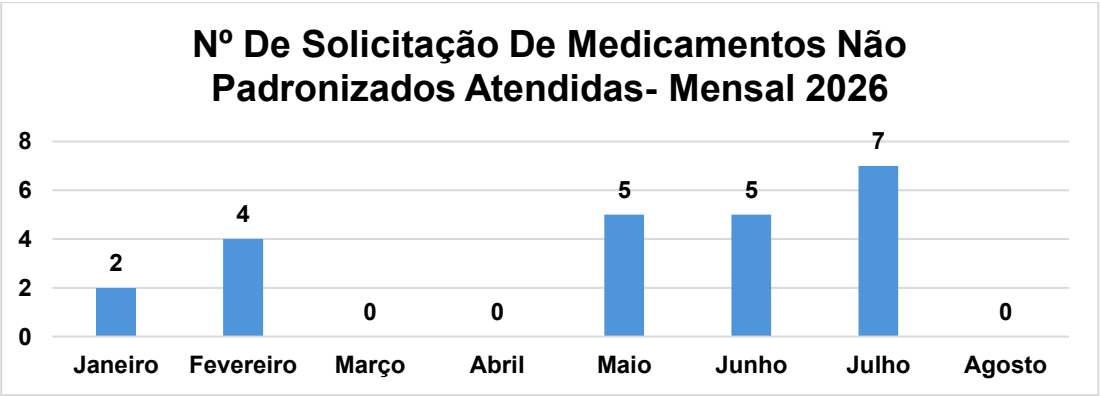
Atendimento De Medicamentos Não Padronizados

No mês de agosto de 2026, não houve o atendimento da solicitação recebida, em virtude da substituição do medicamento por outro padronizado, sem prejuízo para o tratamento.

O cenário reforça a relevância da atuação integrada entre suprimentos, farmácia clínica e equipe médica, evidenciando o compromisso institucional com a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a sustentabilidade dos recursos hospitalares.

O monitoramento contínuo desse indicador permite avaliar tendências assistenciais, subsidiar decisões da Comissão de Farmácia e Terapêutica -CFT e fortalecer as estratégias de padronização institucional.

Gráfico – Número de solicitações de medicamentos não padronizados atendidas mensalmente em 2026



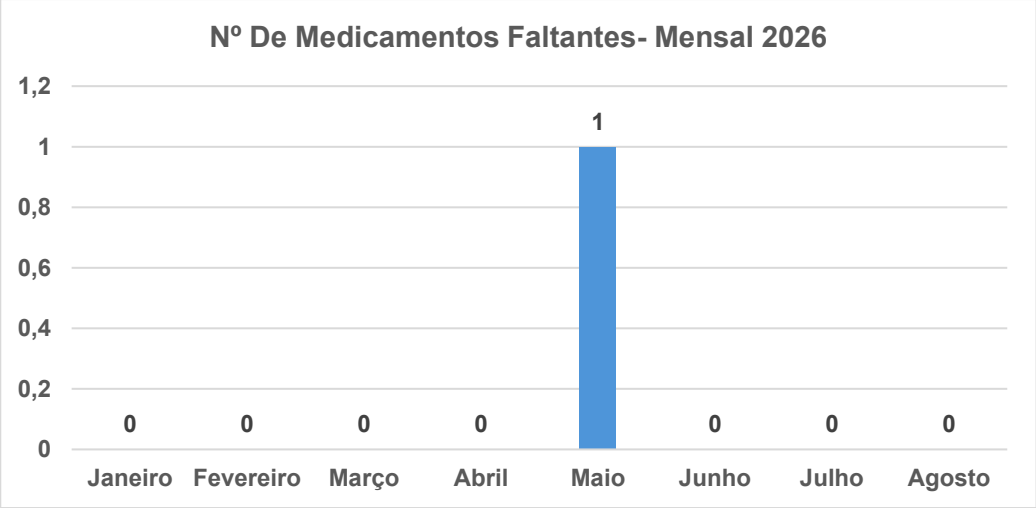
Fonte: HRMJ, 2026

Número De Medicamentos Faltantes

No mês de agosto de 2026, não houve o registro de uma falta de medicamento, esse resultado reflete a atuação integrada entre a gestão de estoque das farmácias satélites, a Farmácia Clínica e o setor de Suprimentos, fortalecendo o planejamento, o monitoramento e a reposição oportuna dos medicamentos.

A comunicação contínua entre as farmácias satélites e a equipe de Farmácia Clínica possibilita o acompanhamento do perfil assistencial e da demanda real de consumo, enquanto a interface direta com o setor de Suprimentos garante maior previsibilidade, agilidade nos processos de compra e alinhamento com o consumo institucional. Essa integração contribui para a manutenção de níveis adequados de estoque, redução de riscos de desabastecimento e assegura a continuidade da assistência, com impacto direto na segurança do paciente e na eficiência dos processos assistenciais.

Gráfico- Número de medicamentos faltantes - 2026



Fonte: HRMJ, 2026

Projetos e Demais Ações Realizadas

Treinamento de Farmacovigilância: Foi realizado treinamento de Farmacovigilância com a equipe assistencial, com foco na identificação, prevenção e manejo de Reações Adversas a Medicamentos (RAMs), além do estímulo à notificação de eventos relacionados a medicamentos. A ação teve como objetivo fortalecer a cultura de segurança, ampliar a participação da equipe assistencial na farmacovigilância e

contribuir para a identificação precoce de possíveis riscos relacionados ao uso de medicamentos.

Atualização do Manual de Padronização de Medicamentos: Foi realizada a atualização do Manual e este segue em processo de validação.

Atualização do Manual de diluição de Medicamentos: O manual passou por atualização, conforme a nova padronização de medicamentos e rotinas assistenciais.

Planejamento de Melhorias

Para o próximo período, está previsto o Treinamento sobre Medicamentos de Alta Vigilância, sob responsabilidade do Serviço de Farmácia, com participação das equipes assistenciais da instituição. A ação tem como objetivo reforçar as boas práticas relacionadas ao uso seguro desses medicamentos, promovendo maior conhecimento dos profissionais, redução de riscos assistenciais e fortalecimento da segurança do paciente.

A capacitação integra as estratégias de melhoria contínua da instituição, contribuindo para o fortalecimento dos protocolos assistenciais, prevenção de eventos relacionados à medicação e qualificação da assistência prestada aos usuários do Hospital Regional Menino Jesus.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Treinamento de Medicamentos de Alta Vigilância	Farmácia	08/2026	-	Realizar com toda a equipe assistencial	Não iniciado

Fonte: HRMJ, 2025

Considerações Finais

Os resultados do período demonstram alinhamento entre assistência, gestão de estoque e avaliação clínica, contribuindo para maior segurança do paciente, eficiência dos processos e sustentabilidade institucional. Dessa forma, a análise contínua desses indicadores permanece essencial para apoiar as deliberações da CFT e direcionar ações de melhoria contínua no âmbito da farmacoterapia hospitalar.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

- **Data da Constituição:** 24/02/2025
- **Regimento Interno:** REG.HRMJ.CIPA.001, versão 001.
- **Termo de Nomeação:** Retificado Novo Ato de Convocação de 5 de Fevereiro de 2026.
- **Ata de reunião:** Ver anexos
- **Lista da última reunião:** Ver anexos

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA) do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ é uma comissão legalmente constituída, composta por colaboradores eleitos por meio de processo eleitoral participativo e democrático, em conformidade com a legislação vigente. Atendendo aos preceitos da Lei Federal nº 6.514/77 e às normas regulamentadoras aplicáveis, especialmente a NR-05.

A CIPA tem como finalidade atuar na prevenção de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e situações de assédio, contribuindo para a promoção da saúde, da segurança e do bem-estar dos colaboradores. Entre suas principais atribuições destacam-se a identificação e análise de riscos, a realização de reuniões periódicas, o acompanhamento de ocorrências, a proposição de ações preventivas, orientações aos trabalhadores e o apoio às campanhas educativas voltadas à construção de um ambiente laboral seguro, ético e saudável.

O funcionamento da comissão ocorre por meio de reuniões ordinárias e extraordinárias, inspeções nos ambientes de trabalho e articulação com os setores institucionais, conforme fluxos internos estabelecidos em seu regimento RI.HRMJ.CIPA.001 V.001 Comissão Interna De Prevenção De Acidentes E Assédio, e nas atas de reuniões, devidamente registradas nos instrumentos de gestão documental.

Dimensionamento da Equipe

A estrutura organizacional da CIPA é composta por Presidência, Vice-Presidência e membros titulares, conforme organograma institucional, atuando de forma integrada na coordenação, execução e acompanhamento das ações de prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e situações de assédio no ambiente de trabalho.

A CIPA 2026 do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ após eleições, será composta por 05 membros, distribuídos da seguinte forma:

01 Presidente, exercido por profissional da área administrativa (Coordenação Administrativa);

01 Vice-Presidente, exercido por profissional da área assistencial (Gerência Assistencial);

03 Membros Titulares, representados pelas seguintes áreas:

01 Assessoria Jurídica;

01 Fisioterapeuta;

01 Coordenação UTI.

02 Membros suplentes representantes do emppregado, representados pelas seguintes áreas:

Enfermeira DEP

Enfermeira NIR

03 Membros representantes do empregador, representados pelas seguintes áreas:

Departamento pessoal

Contratos

Fisioterapia

02 Membros suplentes representantes do empregador, representados pelas seguintes áreas:

Faturamento

Centro Cirúrgico

Em 06 de março de 2026, foi formalizado o pedido de desligamento de colaboradora integrante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), na condição de membro titular eleita.

Diante da vacância, e em conformidade com as normas vigentes aplicáveis à CIPA, procedeu-se à reestruturação da composição dos representantes dos empregados, obedecendo à ordem de classificação do processo eleitoral.

Entretanto, verificou-se que o colaborador subsequente na ordem de votação encontrava-se, atualmente, na condição de membro indicado para representação do

empregador. Em razão disso, foi necessária também a readequação dessa representação.

Dessa forma, ficam estabelecidas as seguintes movimentações:

Representação dos Empregados (eleitos):

O 1º suplente passa a ocupar a função de membro titular;

O 2º suplente passa a ocupar a função de 1º suplente;

O colaborador seguinte na ordem de votação assume como 2º suplente.

Representação do Empregador (indicados):

O colaborador que passa a integrar a representação dos empregados deixa a função de membro titular indicado pelo empregador;

O 1º suplente indicado pelo empregador assume como membro titular;

O 2º suplente indicado pelo empregador passa a ocupar a função de 1º suplente;

Caberá à Direção da unidade a indicação de um novo colaborador para a função de 2º suplente representante do empregador, conforme previsto nas normas vigentes.

Assim, a nova distribuição da CIPA fica definida conforme atualização abaixo, garantindo a recomposição integral da comissão e a manutenção da sua regularidade.

01 Presidente, exercido por profissional da área administrativa (Coordenação Administrativa);

01 Vice-Presidente, exercido por profissional da área assistencial (Gerência Assistencial);

03 Membros Titulares, representados pelas seguintes áreas:

01 Assessoria Jurídica;

01 Fisioterapeuta;

01 Coordenação UTI.

02 Membros suplentes representantes do empregado, representados pelas seguintes áreas:

Enfermeira NIR

Fisioterapeuta

03 Membros representantes do empregador, representados pelas seguintes áreas:

Departamento pessoal

Contratos

Faturamento

02 Membros suplentes representantes do empregador, representados pelas seguintes áreas:

Centro Cirúrgico

TI

Cronograma Anual das Reuniões da CIPA 2026

O presente Cronograma Anual de Reuniões da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA. (CIPA) para o exercício de 2026 foi elaborado com o objetivo de garantir a regularidade dos encontros mensais da comissão, assegurando o cumprimento das atribuições previstas na NR-05 e demais normativas aplicáveis.

A definição prévia das datas, horários e locais das reuniões ordinárias visa promover organização, previsibilidade e participação efetiva dos membros titulares e suplentes, fortalecendo o planejamento das ações preventivas, o acompanhamento dos indicadores de saúde e segurança do trabalho e a análise sistemática das demandas relacionadas à prevenção de acidentes e situações de assédio no ambiente laboral.

Destaca-se que este cronograma foi aprovado pelos cipeiros no dia 24/02/2026, podendo sofrer ajustes mediante deliberação colegiada, conforme necessidade institucional.

Indicadores e Performance

Os indicadores da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA. – CIPA. (CIPA) do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus constituem ferramentas essenciais para o monitoramento e avaliação das ações voltadas à promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho. Por meio do acompanhamento sistemático de dados relacionados às inspeções realizadas, ações educativas executadas, participação dos colaboradores e cumprimento do cronograma de atividades, torna-se possível analisar o desempenho das iniciativas da comissão, identificar oportunidades de melhoria e direcionar estratégias preventivas de forma mais efetiva. Dessa forma, os indicadores contribuem para o fortalecimento da cultura de prevenção, para a redução de riscos ocupacionais e para o aprimoramento contínuo das condições de trabalho na instituição.

Tabela – Cronograma Anual das Reuniões da CIPA 2026

Mês	Data	Horário	Local	Status
Janeiro	22/02/2026	08:30	PA	Realizado
Fevereiro	24/02/2026	16:00	AUDITÓRIO	Realizado
Março	19/03/2026	17:00	AUDITÓRIO	Realizado
Abril	~~20/04/2026~~	16:00	AUDITÓRIO	Realizado
	29/04/2026			
Maio	20/05/2026	17:00	AUDITÓRIO	Realizado
Junho	~~19/06/2026~~	16:00	AUDITÓRIO	Realizado
	25/06/2026			
Julho	31/07/2026	11:00	AUDITÓRIO	Realizado
Agosto	11/08/2026	17:00	AUDITÓRIO	Realizado
Setembro	20/09/2026	17:00	AUDITÓRIO	
Outubro	20/10/2026	17:00	AUDITÓRIO	
Novembro	03/11/2026	17:00	AUDITÓRIO	
Dezembro	14/12/2026	17:00	AUDITÓRIO	

Fonte: Cronograma de reunião CIPA/HRMJ ano 2026

Reuniões Realizadas

Reunião da CIPA foi realizada em agosto para alinhamento e planejamento das ações do período, contemplando a programação da campanha Agosto Lilás, com proposta de palestra educativa sobre prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, bem como a continuidade das visitas preventivas aos setores da unidade. Também foi reforçada a importância do acompanhamento das condições de saúde e segurança dos trabalhadores, incluindo a avaliação de riscos ocupacionais e a realização de ações conjuntas com o SESMT quando necessário.

Ações Realizadas

Palestra educativa em alusão à campanha Agosto Lilás – prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher.

Foi realizado contato prévio com profissional convidada para participação em palestra educativa alusiva à campanha Agosto Lilás, sendo orientada a formalização do convite por meio de ofício. O documento foi devidamente encaminhado; contudo, não houve retorno formal quanto à confirmação da participação até a data prevista para realização da atividade. Dessa forma, a palestra não foi realizada conforme planejado.

Considerando a relevância da temática, a CIPA avaliará a reprogramação da atividade ou a realização de nova ação educativa, de modo a assegurar a abordagem do tema junto aos colaboradores.

Ações CIPA 2026/2027

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?	Status
01	Apuração dos resultados da eleição	Cumprimento da legislação vigente	Reunião	Comissão Eleiroral/ Direção HRMJ	Janeiro 2026	Realizado
02	Posse da Gestão 2026	Cumprimento da legislação vigente	Reunião	Direção HRMJ	Fevereiro 2026	Realizado
03	Treinamento para cipeiros	Cumprimento da legislação vigente	Treinamento	SESMT	Março 2026	Realizado
04	Abril Verde	Promover a conscientização sobre a saúde e segurança no trabalho	Apresentação com stand na 2º Feira de Segurança do Paciente HRMJ	Membros da CIPA	Abril 2026	Realizado
05	Treinamento: Movimentação e Transportes de Pacientes.	Ensinar técnicas seguras, para evitar lesões(lombalgia)	Treinamento in loco	Membros da CIPA	Maio 2026	Adiado
06	Preenchimento de CAT por médicos	Capacitar os profissionais médicos quanto ao correto preenchimento da CAT, visando reduzir inconsistências nos registros, fortalecer a segurança jurídica da instituição e assegurar o cumprimento das obrigações legais relacionadas à notificação de acidentes de trabalho.	Treinamento Online	SESMT/Membros da CIPA	Junho 2026	Realizado
07	Treinamento: NR32	Capacitar os profissionais quanto à identificação de riscos, uso correto de dispositivos de segurança, manejo e descarte adequado de perfurocortantes, em conformidade com a NR-32, com o objetivo de reduzir a incidência de acidentes de trabalho, minimizar riscos biológicos e fortalecer a cultura de segurança institucional.	Treinamento Presencial	Sesmt/Membros da Cipa	Julho 2026	Adiado
08	Violência contra mulher / combate ao assédio	Sensibilizar e capacitar os profissionais sobre violência contra a mulher e combate ao assédio, em conformidade com a legislação vigente, visando prevenir condutas inadequadas, assegurar a proteção das vítimas e garantir o cumprimento das diretrizes institucionais.	Palestra com especialista na área	Palestrante Convidado/Humanização/CIPA	Agosto 2026	Não Realizado
09	GESTÃO DE ESTRESSE	Capacitar os colaboradores para identificar fatores desencadeantes do estresse ocupacional e adotar estratégias de gerenciamento emocional e autocuidado,	Abordagem didática/dinâmica	Sesmt/ Membros da Cipa	Setembro 2026	

		promovendo bem-estar e qualidade no ambiente de trabalho.				
10	Outubro Rosa	Estimular a cultura de prevenção e cuidado com a saúde da mulher no ambiente institucional, por meio de ações educativas relacionadas ao câncer de mama, fortalecendo o autocuidado e a busca por acompanhamento regular.	Ação Combinada	SESMT/COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO/MEMBROS DA CIPA	Outubro 2026	
11	SIPAT	Desenvolver ações educativas durante a SIPAT que estimulem a adoção de comportamentos seguros, a redução de riscos ocupacionais e a promoção da saúde física e mental dos colaboradores, contribuindo para um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.	Conjunto de ações	SESMT/MEMBROS DA CIPA	Novembro 2026	
12	Treinamento: NR32	Capacitar os profissionais quanto à identificação de riscos, uso correto de dispositivos de segurança, manejo e descarte adequado de perfurocortantes, em conformidade com a NR-32, com o objetivo de reduzir a incidência de acidentes de trabalho, minimizar riscos biológicos e fortalecer a cultura de segurança institucional.	Treinamento Presencial	Sesmt/Membros da Cipa	Dezembro 2026	
13	Visitas setoriais da CIPA	Identificar situações de risco nos setores, promover orientações preventivas aos colaboradores e fortalecer a cultura de segurança no ambiente de trabalho.	Inspeções e orientações in loco	Membros da CIPA	Periodicamente durante 2026	

Indicador de Taxa de Acidente de Trabalho

O indicador de acidentes de trabalho tem como objetivo monitorar a ocorrência de eventos relacionados à segurança ocupacional na instituição, permitindo avaliar a efetividade das ações preventivas adotadas e subsidiar a implementação de medidas voltadas à promoção de um ambiente de trabalho seguro.

Conforme acompanhamento realizado no mês de agosto de 2026, a instituição contou com um total de 226 colaboradores ativos. Durante o período, foram registrados 3 acidentes de trabalho.

O indicador é calculado por meio da seguinte fórmula:

Taxa de Acidentes de Trabalho = (Número de acidentes de trabalho / Número total de colaboradores) × 100.

Taxa = (3 / 226) × 100 = 1,33%

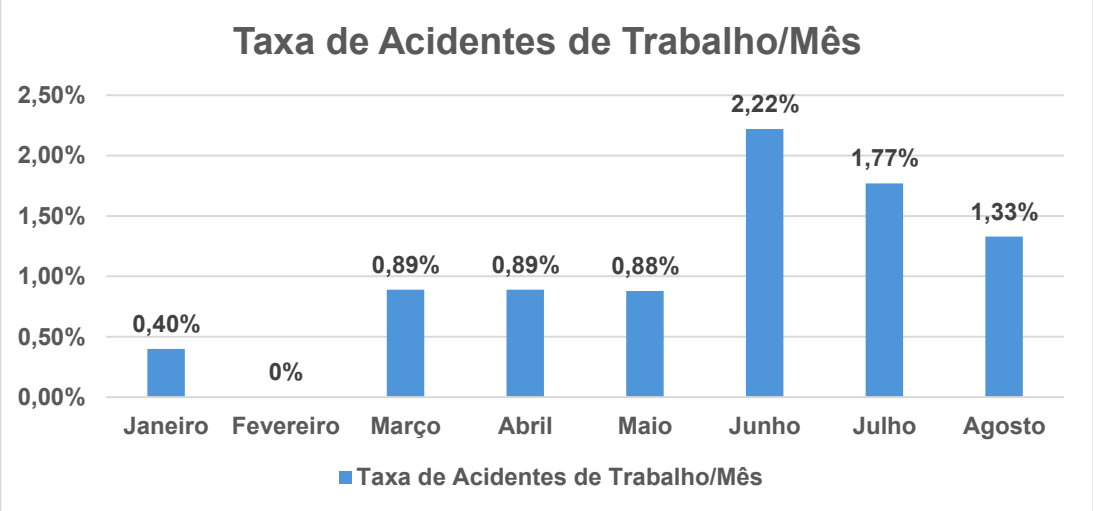
Dessa forma, o indicador de acidentes de trabalho referente ao mês de agosto de 2026 apresentou taxa de 1,33%.

O resultado demonstra a ocorrência de eventos relacionados à segurança ocupacional no período analisado, reforçando a necessidade de manutenção e fortalecimento das ações de prevenção desenvolvidas pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA, pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT e pelas lideranças setoriais.

Os acidentes registrados foram devidamente comunicados aos setores responsáveis, com realização das notificações pertinentes, emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando aplicável, investigação das ocorrências e definição de medidas corretivas e preventivas, com o objetivo de atuar sobre as causas identificadas e reduzir a probabilidade de recorrência.

O indicador permanecerá sendo acompanhado mensalmente, em conjunto com a análise das causas dos acidentes e a efetividade das ações implementadas, possibilitando a identificação de tendências e a adoção de medidas preventivas direcionadas aos riscos ocupacionais identificados.

Gráfico – Taxa de Acidentes de trabalho



Fonte: Planilha Controle de investigação de acidente/SESMT

Planejamento de Melhorias

O Plano de Ação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ foi elaborado a partir da

análise das atividades desenvolvidas ao longo de 2025, com o objetivo de fortalecer as ações de prevenção, padronizar os fluxos de atuação da comissão e ampliar as estratégias de promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho. As ações previstas contemplam a organização dos processos de inspeção, melhoria dos registros e monitoramento das atividades, fortalecimento da integração com os setores institucionais e ampliação das ações educativas. Dessa forma, o plano busca consolidar a atuação da CIPA como instrumento de apoio à gestão, contribuindo para a melhoria contínua das condições de trabalho, prevenção de riscos ocupacionais e promoção de um ambiente laboral mais seguro e saudável.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Consolidação e implementação do Regimento Interno da CIPA	CIPA / Direção	2026	Regimento formalizado e divulgado institucionalmente	Base normativa para padronização das ações	Concluído
Padronização dos instrumentos de inspeção setorial, mapa de risco e registro de ações corretivas	CIPA	2026	100% das inspeções registradas em instrumento padronizado	Garantir rastreabilidade e organização documental	Em execução
Implantação de cronograma anual fixo de inspeções e ações educativas	CIPA	2026	Cumprimento ≥ 90% do cronograma anual	Reavaliação periódica dos riscos identificados	Concluído
Fortalecimento da integração da CIPA com setores assistenciais, administrativos, SESMT e áreas estratégicas	CIPA / SESMT	2026	Registro de reuniões e ações conjuntas realizadas	Ampliação da resolutividade das demandas	Em execução
Ampliação das campanhas internas e ações educativas (perfurocortantes, EPI, saúde mental, combate ao assédio)	CIPA	2026	Número de campanhas realizadas e participação dos colaboradores	Alinhamento com campanhas nacionais de SST	Iniciado
Implantação de indicadores de monitoramento das ações da CIPA	CIPA	2026	Relatório periódico com indicadores (inspeções, ações educativas, participação,	Avaliação contínua da efetividade das ações	Em execução

			cumprimento de cronograma)		
Diversificação das estratégias de comunicação interna	CIPA	2026	Utilização de múltiplos canais (materiais impressos, ações presenciais, campanhas)	Fortalecimento da cultura preventiva	Não iniciado
Implantação de indicadores de monitoramento das ações da CIPA	CIPA	2026	Relatório periódico com indicadores (inspeções, ações educativas, participação, cumprimento de cronograma)	Avaliação contínua da efetividade das ações	Em execução

Considerações Finais

A atuação da CIPA no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus reforça o compromisso institucional com a saúde, a segurança e a valorização de seus colaboradores. Ao aplicar metodologias preventivas, promover treinamentos, identificar riscos e propor soluções, a comissão não apenas cumpre as exigências legais, mas também fortalece uma cultura organizacional voltada para o cuidado com as pessoas.

Os esforços contínuos da CIPA contribuem para a construção de um ambiente de trabalho mais seguro, saudável e eficiente, beneficiando não apenas os trabalhadores, mas também os pacientes e toda a comunidade atendida pelo hospital. Assim, a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais torna-se um valor central, essencial para o desenvolvimento sustentável e para a excelência nos serviços prestados.

Durante o mês de agosto de 2026, observou-se a continuidade das ações previstas no planejamento da CIPA, com a realização de reunião ordinária, visita técnica ao Centro de Material e Esterilização - CME, em conjunto com o SESMT, e acompanhamento dos indicadores de acidentes de trabalho. Também foram desenvolvidas ações de planejamento relacionadas à campanha Agosto Lilás, cuja palestra prevista não foi realizada em razão da ausência de confirmação da palestrante convidada. As atividades desenvolvidas no período demonstram a atuação contínua da comissão na identificação e prevenção de riscos ocupacionais, no acompanhamento das condições de saúde e segurança dos trabalhadores e no fortalecimento da cultura de segurança no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS – PGR

Até a data de elaboração deste relatório, a Comissão de Gerenciamento de Riscos ainda não está em funcionamento. Contudo, a Direção Geral do hospital já iniciou os processos para sua implantação, que envolvem a definição dos objetivos da comissão, identificação e convite dos membros representantes de diferentes setores, elaboração do regimento interno e planejamento das ações voltadas à identificação, análise e mitigação de riscos assistenciais e administrativos, conforme diretrizes da política de segurança do paciente.

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE – CIHDOTT

Até a data de elaboração deste relatório, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) ainda não se encontra implantada no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus. Considerando o perfil assistencial da unidade e o processo gradual de consolidação dos serviços, a implantação da comissão encontra-se em fase de avaliação e planejamento institucional.

A gestão hospitalar acompanha as normativas vigentes e realizará os encaminhamentos necessários para a constituição da CIHDOTT no momento oportuno, observando os critérios legais, a disponibilidade de recursos humanos capacitados e a maturidade dos processos assistenciais relacionados ao tema. Tal iniciativa visa assegurar a conformidade regulatória e o fortalecimento das práticas institucionais, alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Transplantes, quando aplicável à realidade da unidade.

COMITÊ TRANSFUSIONAL

- **Data da Constituição:** 25 de outubro de 2025.
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.CT.001, Versão 001.
- **Termo de Nomeação:** Retificado Novo Ato de Convocação de 10 de fevereiro de 2026.
- **Ata de reunião:** Ver anexos
- **Lista da última reunião:** Ver anexos

O Comitê Transfusional constitui-se como uma instância multiprofissional com caráter consultivo, normativo e educativo, instituída com a finalidade de assegurar a utilização segura, criteriosa e eficaz do sangue e de seus hemocomponentes no ambiente hospitalar. Sua atuação está direcionada à promoção da qualidade da assistência, à segurança do paciente e ao cumprimento das legislações vigentes, normas técnicas e diretrizes internas da instituição.

Entre suas atribuições estão a supervisão e o aperfeiçoamento contínuo das práticas relacionadas à terapia transfusional, abrangendo desde a adequada indicação clínica até o acompanhamento pós-transfusional. Compete ainda ao Comitê a avaliação de processos, a garantia da rastreabilidade dos hemocomponentes, a análise e investigação de eventos adversos, bem como a proposição e implementação de ações preventivas e corretivas.

Além disso, o Comitê desempenha papel fundamental na Hemovigilância e na capacitação permanente das equipes assistenciais, por meio da elaboração de protocolos, padronização de fluxos e realização de treinamentos. Sua atuação contempla todos os setores que fazem uso de hemocomponentes, promovendo integração entre as áreas, eficiência nos processos assistenciais e conformidade regulatória.

Organograma e Dimensionamento da Equipe

O Comitê Transfusional é composto por equipe multiprofissional, com representantes das áreas assistenciais e de apoio diretamente envolvidas no processo transfusional, conforme preconizado pelas normas vigentes, assegurando a integração dos serviços, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos.

- Presidente: Enfermeiro da Hemovigilância
- Vice-presidente: Biomédica da Agência Transfusional
- Membros:
- Representante do Pronto Atendimento
- Representante das Unidades de Internação
- Representante da Equipe Médica
- Representante da UTI Adulto
- Representante da Farmácia
- Representante da SCIH
- Representante do Laboratório
- Representante do NSP
- Representante do NQSP

Indicadores e Performance

O Comitê Transfusional realiza o monitoramento da Taxa de Reação Transfusional, indicador utilizado para acompanhar possíveis eventos adversos relacionados às transfusões realizadas na instituição.

A análise periódica desse indicador permite avaliar a segurança do processo transfusional, identificar ocorrências e subsidiar ações de melhoria, contribuindo para o fortalecimento das práticas assistenciais e para a segurança do paciente.

Reuniões Realizadas

Status: Não realizada – reunião ordinária.

No mês de agosto, não foi realizada a reunião ordinária do Comitê Transfusional, em decorrência da reorganização do cronograma anual de reuniões, considerando a dinâmica das atividades relacionadas à hemoterapia, à hemovigilância e à implantação e operacionalização da Agência Transfusional.

Deliberações do Comitê:

- Estabelecer a realização das reuniões ordinárias do Comitê Transfusional em periodicidade trimestral;

- Manter a possibilidade de convocação de reuniões extraordinárias, sempre que identificadas demandas que necessitem de avaliação, discussão e deliberação do Comitê;

- Considerar como critérios para convocação extraordinária a ocorrência de eventos ou reações transfusionais, não conformidades relevantes, alterações nos indicadores transfusionais, falhas de rastreabilidade, demandas relacionadas à segurança transfusional ou outras situações que possam comprometer a qualidade do processo transfusional;

- Manter o acompanhamento contínuo dos indicadores de hemoterapia e hemovigilância, mesmo nos períodos sem reunião ordinária;

- Registrar e acompanhar as ações corretivas e preventivas decorrentes das não conformidades e dos eventos identificados no processo transfusional;

- Reavaliar periodicamente o cronograma de reuniões, conforme as necessidades institucionais e o volume de demandas relacionadas à assistência transfusional.

Status das ações**:** As atividades de monitoramento e acompanhamento relacionadas à hemovigilância e à segurança transfusional permanecem em andamento, sendo as demandas identificadas registradas e encaminhadas conforme sua natureza e prioridade. As deliberações pendentes serão apresentadas na próxima reunião ordinária ou em reunião extraordinária, caso haja necessidade de intervenção imediata.

Reações Transfusional

No mês de agosto, foram realizadas 21 transfusões, não sendo identificados e confirmados registros de reações transfusionais no período, resultando em uma taxa de reações transfusionais de 0%.

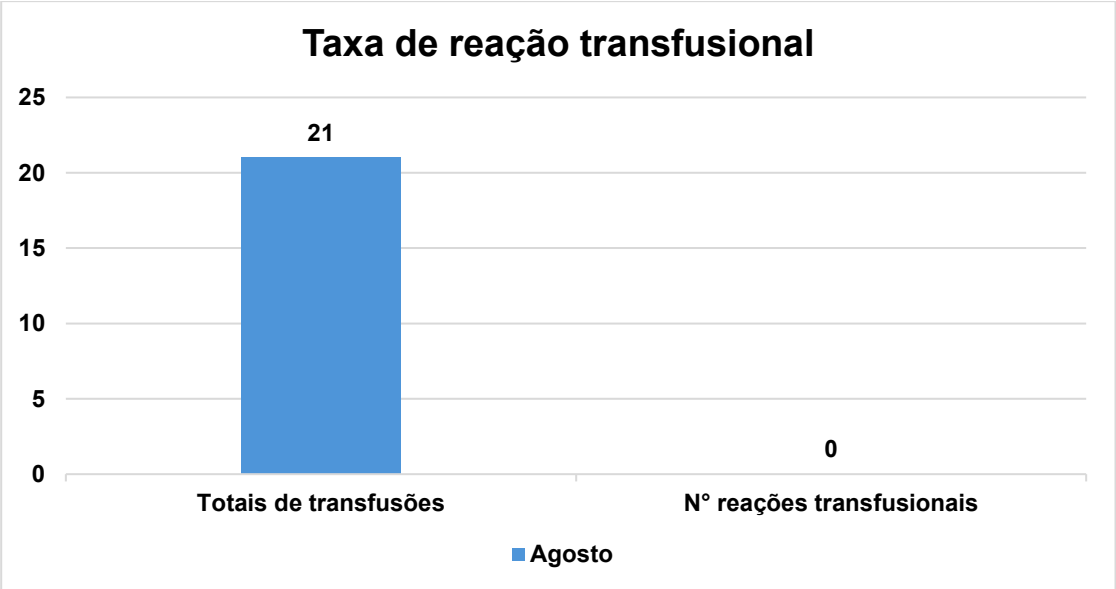
O resultado apresenta-se favorável sob a perspectiva da segurança transfusional, podendo estar relacionado à adoção de medidas de prevenção e ao cumprimento das etapas estabelecidas no processo transfusional, incluindo identificação e conferência do paciente, avaliação da indicação transfusional, preparo, instalação e monitoramento da transfusão, bem como acompanhamento pós-transfusional.

Entretanto, a ausência de reações transfusionais registradas no período deve ser interpretada com cautela, uma vez que a ocorrência de eventos adversos, especialmente manifestações leves ou de início tardio, pode não ser reconhecida ou notificada. Dessa forma, o indicador de 0% não deve ser analisado isoladamente como evidência de ausência de eventos, sendo necessária sua correlação com os registros de Hemovigilância, auditorias transfusionais, notificações assistenciais e demais mecanismos de busca ativa.

Deliberação/encaminhamento: manter o monitoramento sistemático das transfusões realizadas e dos indicadores de Hemovigilância, reforçando junto às equipes assistenciais a necessidade de reconhecimento, comunicação e notificação imediata de sinais e sintomas sugestivos de reação transfusional, conforme os fluxos institucionais estabelecidos.

Recomenda-se, ainda, a capacitação permanente dos profissionais envolvidos no processo transfusional, com ênfase na identificação precoce de eventos adversos, condutas diante de suspeitas de reação transfusional, preenchimento adequado dos registros e garantia da rastreabilidade. Essas ações têm como finalidade qualificar a vigilância, reduzir a possibilidade de subnotificação e promover a melhoria contínua da segurança e qualidade da assistência transfusional.

Gráfico – Taxa de reação transfusional



Fonte: Hemovigilância do Hospital Regional Menino Jesus

Ações Realizadas

Durante o mês de agosto, foram realizadas adequações no cronograma anual de reuniões do Comitê Transfusional, com definição da periodicidade das reuniões ordinárias e manutenção da possibilidade de convocação de reuniões extraordinárias conforme a necessidade institucional.

Em decorrência da inclusão de novos membros, também foram revisadas e estabelecidas as atribuições e responsabilidades dos integrantes do Comitê, visando garantir a adequada distribuição das funções e o fortalecimento das ações relacionadas à hemoterapia, à Hemovigilância e à segurança transfusional.

Paralelamente, foi iniciada a reorganização e atualização da documentação institucional do Comitê, em articulação com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com o objetivo de padronizar os registros, fluxos, protocolos e demais documentos relacionados às atividades do Comitê Transfusional.

Planejamento de Melhorias

Para 2026, o planejamento voltado à melhoria contínua tem como foco o fortalecimento do Comitê Transfusional no ambiente hospitalar. As ações serão cuidadosamente elaboradas e colocadas em prática de forma sistemática, visando aprimorar processos, promover a integração das equipes e consolidar uma cultura de qualidade, segurança e responsabilidade nas atividades transfusionais.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Planejamento e execução de ações relacionadas à campanha Junho Vermelho	CT / Agência Transfusional (AT)	Junho 2026	Promoção da conscientização sobre a importância da doação voluntária de sangue	Ações educativas institucionais	Finalizado
Criação e implementação do protocolo de uso racional de hemocomponentes	Comitê Transfusional (CT)	Agosto 2026	Redução da utilização de hemocomponentes com foco em alternativas terapêuticas	Alinhamento com áreas assistenciais diretas e indiretas	Em andamento

Estabelecer e fortalecer ações do CT dentro do processo transfusional	Comitê Transfusional (CT)	Setembro 2026	Monitoramento da redução de riscos e eventos adversos transfusionais	Fortalecimento do elo entre CT e equipe assistencial	Em andamento
Implementação do indicador de taxa de desperdício/perda de hemocomponentes	Enf. Hemovigilância	Outubro 2026	Redução da taxa de desperdício/ perda de bolsas de hemocomponentes	Consonância entre equipe da Agência Transfusional e equipe assistencial	Em andamento

Considerações Finais

Durante o mês de agosto, observou-se a continuidade das ações de Hemovigilância e o fortalecimento dos processos relacionados à segurança transfusional. A ausência de reações transfusionais registradas e a reorganização das atividades do Comitê Transfusional demonstram avanços na estruturação e no acompanhamento dos processos, mantendo-se a necessidade de monitoramento contínuo, capacitação das equipes e aprimoramento dos registros e documentos institucionais, visando à melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP

- **Data da Constituição:** 1ª Constituição em 13/01/2025. 2ª Constituição em 11 de abril de 2025. 3ª Constituição vigente de 12/08/2025.
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.NSP.001, versão 002.
- **Termo de Nomeação:** Retificado o novo ato Nº 005 30/01/2026
- **Lista de reunião:** Ver em Anexos
- **Ata de Reunião:** ver em Anexos

A Comissão Técnica do Núcleo de Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Este Núcleo, vincula-se à Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 - Lei da Segurança do Paciente; Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Política Nacional

de Segurança do Paciente; Resolução CFM nº 1.658/2002 - Diretrizes de Boas Práticas para Segurança do Paciente; Resolução Cofen nº 358/2009 - Norma Regulamentadora sobre Segurança no Cuidado ao Paciente; Resolução ANVISA RDC nº 36/2013 - Diretrizes de Boas Práticas de Segurança do Paciente.

O NSP tem por finalidade assessorar a Diretoria estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Entre os principais objetivos do NSP, destacam-se:

- **Identificar riscos e promover a cultura de segurança:** O NSP realiza a análise de riscos e promove uma cultura organizacional focada na segurança do paciente, incentivando a comunicação aberta sobre erros e quase-erros.
- **Estabelecer protocolos e melhores práticas:** Responsável por criar e revisar protocolos de segurança, como checklist de cirurgias, prevenção de infecções, manuseio de medicamentos etc.
- **Treinamento e capacitação:** O NSP coordena treinamentos regulares para todos os profissionais de saúde sobre segurança, assegurando que as práticas mais atualizadas sejam seguidas.
- **Monitoramento e auditoria:** Realiza o monitoramento contínuo dos incidentes e quase-incidentes para garantir a eficácia das estratégias implementadas, além de buscar melhorias contínuas.

O Núcleo de Segurança do Paciente foi formalmente instituído no dia 13 de janeiro de 2025, em Ato de Convocação 001 de 15 de janeiro de 2025, criação do Regimento Interno (RI.HRMJ.NSP.001), elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) 2025, e primeira reunião registrada em Ata (FO.HRMJ.NQSP.004) de 27 de fevereiro de 2025, para falarmos sobre as perspectivas de Segurança do Paciente esperada para o Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus (HRMJ), leitura do Regimento Interno, e apresentação do PSP aos membros, conforme evidências apresentadas em anexos ao final deste relatório.

Atualmente, o NSP encontra-se com nova composição de membros, tendo por Ato de Convocação nº 005 de 30 de janeiro de 2026.

Dimensionamento da Equipe

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ está estruturado de forma multidisciplinar e hierarquicamente vinculado à Direção Geral da instituição, atuando como instância consultiva, estratégica e operacional na promoção da segurança do paciente.

A coordenação do NSP é exercida pela Presidência, responsável por conduzir as atividades do Núcleo, articular as ações institucionais e representar o NSP junto à Direção. A Vice-Presidência atua de forma complementar, apoiando a condução estratégica e garantindo alinhamento com as áreas assistenciais e apoio estratégico em treinamentos e educação continuada e permanente. O Secretário do NSP é responsável pela organização administrativa, registros, atas e acompanhamento das deliberações.

O Núcleo conta com a participação de membros titulares representantes das principais áreas assistenciais, administrativas e de apoio diagnóstico e terapêutico, assegurando uma abordagem integrada e transversal da segurança do paciente. Essa composição permite a identificação de riscos em diferentes processos, a análise de incidentes e eventos adversos e a proposição de ações de melhoria alinhadas às diretrizes da ANVISA, do Ministério da Saúde e às políticas institucionais.

O NSP atua de forma articulada com os demais setores do hospital, promovendo a cultura de segurança, o monitoramento dos indicadores assistenciais, a implementação do Plano de Segurança do Paciente e o fortalecimento das práticas seguras em todos os níveis da organização.

Indicadores e Performance

Os indicadores monitorados pela Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente permitem acompanhar o desempenho das ações relacionadas à qualidade assistencial, gestão de riscos e segurança do paciente. Seu monitoramento contínuo auxilia na identificação de oportunidades de melhoria, na prevenção de incidentes e no fortalecimento da cultura de segurança institucional, contribuindo para a qualificação dos processos e para a melhoria contínua da assistência prestada.

Reuniões Realizadas

Aos dois dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às 14h, reuniu-se a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, com a finalidade de discutir, alinhar e estabelecer os planos de ação prioritários para o mês de setembro de 2026, com foco no fortalecimento da segurança do paciente, na melhoria contínua dos processos assistenciais e institucionais e na preparação da instituição para o processo de Acreditação Hospitalar ONA Nível 1.

Inicialmente, foi definido que uma das prioridades do mês será o monitoramento da atuação dos auditores internos, com o objetivo de qualificar os profissionais envolvidos e promover a padronização da metodologia utilizada durante as auditorias internas. O acompanhamento contemplará a adequada identificação das conformidades e não conformidades, o registro das evidências encontradas, a elaboração dos respectivos planos de ação e o monitoramento das medidas corretivas estabelecidas. A ação visa fortalecer o processo de auditoria interna como ferramenta de avaliação, prevenção de riscos e melhoria contínua.

Na sequência, foi discutida a implantação do novo checklist de auditorias internas das Metas de Segurança do Paciente, que será disponibilizado por meio de link direto na intranet do HRMJ. A nova ferramenta possibilitará o registro imediato das auditorias realizadas e a alimentação de um dashboard com gráficos e informações em tempo real, permitindo maior agilidade na análise dos resultados, identificação de oportunidades de melhoria e acompanhamento da adesão às práticas relacionadas às metas de segurança. A implantação deverá contribuir para a consolidação de um processo contínuo, sistemático e rastreável de monitoramento.

Como parte das ações alusivas ao Dia Mundial da Segurança do Paciente, ficou estabelecida a realização da SEMANA LARANJA HRMJ, no período de 14 a 18 de setembro de 2026, tendo como referência o tema selecionado pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS para a campanha. A programação incluirá Diálogos Diários de Segurança – DDS, abordando o tema da campanha; dinâmicas educativas relacionadas à segurança do paciente, com participação de colaboradores e acompanhantes; além da realização de oficina sobre Notificações, buscando ampliar o

conhecimento dos profissionais acerca da importância da notificação de incidentes, eventos adversos e demais situações relacionadas à segurança assistencial.

Também foi deliberada a continuidade do acompanhamento dos Planos DOGMAIS, mediante reuniões presenciais com a equipe do NQSP e acompanhamento on-line com a gestora Luciane De Falchi. Durante os encontros serão revisadas as ações já executadas, identificadas as pendências existentes e estabelecidas as prioridades necessárias ao atendimento dos requisitos relacionados ao processo de Acreditação ONA Nível 1. Para cada ação deverão ser definidos responsáveis, prazos e respectivas evidências de execução, proporcionando maior controle, organização e rastreabilidade das atividades desenvolvidas. Ficou definido que o acompanhamento das ações deverá ocorrer de forma sistemática durante o mês, possibilitando a identificação precoce de atrasos, dificuldades e não conformidades, bem como a implementação das medidas necessárias para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Dessa forma, o planejamento da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente para setembro de 2026 permanece direcionado à consolidação dos processos de auditoria interna, ao fortalecimento das Metas de Segurança do Paciente, à promoção da cultura de segurança e à evolução dos Planos DOGMAIS, buscando reduzir não conformidades, aprimorar os processos internos e preparar a instituição de maneira estruturada para o alcance da Acreditação Hospitalar ONA Nível 1. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, sendo lavrada a presente ata que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros presentes, e encontra-se anexada ao final deste relatório.

Gestão das Notificações de Ocorrências

Paralelamente ao desenvolvimento dos indicadores, o NSP atua de forma ativa na gestão das notificações de ocorrências, entendidas como ferramenta essencial para o fortalecimento da cultura de segurança, identificação de riscos e melhoria contínua dos processos assistenciais.

Durante o período avaliado Agosto de 2026, as notificações de ocorrências foram realizadas por meio de:

- Formulário físico de notificação (FO.HRMJ.NQSP.005), disponibilizado e depositado em caixinhas estrategicamente distribuídas nas áreas assistenciais e administrativas do hospital;
- Notificação via QR Code, ampliando o acesso e facilitando o registro pelos colaboradores.

Em novembro de 2025, foi implantado o sistema Interact (SAS Interact) como ferramenta institucional para o registro, gerenciamento e análise das notificações de ocorrências. Como estratégia de transição e adaptação das equipes, definiu-se o período de convivência entre os métodos físico e eletrônico, sendo estabelecida como data de corte 01/02/2026, a partir da qual as notificações passam a ser realizadas exclusivamente pelo sistema Interact, mantendo-se o formulário físico apenas como contingência.

Essa padronização do processo de notificação permite:

- Maior rastreabilidade das informações;
- Melhor classificação e análise das ocorrências;
- Otimização do gerenciamento de riscos;
- Apoio à tomada de decisão e à definição de ações corretivas e preventivas;
- Fortalecimento da cultura de notificação não punitiva.

Tabela – Classificação dos Registros

Agosto/2026		
Registros de Não Conformidades	**Registros de Incidentes e Eventos Adversos**	**Total**
57	22	79

Fonte: Planilha de Acompanhamento e classificação de Notificações (PLA.HRMJ.NQSP.004)

Análise dos registros

O fluxo institucional de notificação de ocorrências no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus foi implantado oficialmente em agosto de 2025, como parte das estratégias iniciais de estruturação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP, e do fortalecimento da cultura de segurança. Desde a implantação, as notificações passaram a ser compreendidas como instrumento fundamental para a identificação de

falhas de processo, quebras de acordos estabelecidos nas interações de processos, riscos associados à assistência à saúde, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, em consonância com a taxonomia da ANVISA. As ocorrências registradas no período foram classificadas pelo NQSP de acordo com a taxonomia preconizada pela ANVISA, contemplando as seguintes categorias:

- Não Conformidade
- Evento Adverso
- Never Events
- Quase Evento
- Circunstância de Risco

No mês de agosto de 2026, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) registrou 79 notificações de ocorrências. Observou-se predominância de Não Conformidades (57 registros), evidenciando a identificação de falhas de processo e oportunidades de melhoria, reforçando a utilização do sistema de notificação como ferramenta de gestão da qualidade e prevenção de riscos assistenciais.

Os Eventos Adversos totalizaram 22 notificações, demandando análise sistemática das causas e acompanhamento dos planos de ação junto aos setores envolvidos, com foco na mitigação de riscos e na prevenção de recorrências. Não houve registro de Never Events no período mencionado.

O processo de notificação inicia-se quando o notificador, ao identificar qualquer situação relacionada a:

- falha de processo;
- descumprimento de fluxos ou acordos estabelecidos nas interações de processos;
- risco potencial à assistência;
- quase evento;
- evento adverso;
- ou outra situação passível de análise,

realiza o registro da ocorrência por meio de:

- Registro em sistema (SAS Interact), OU
- formulário físico FO.HRMJ.NQSP.005, depositado nas caixinhas de notificação distribuídas pelo hospital.

Diariamente, no período da manhã, o NQSP realiza a pré-análise dos relatos recebidos, procedendo à classificação da ocorrência conforme a taxonomia da ANVISA. Nesta etapa, avalia-se se o registro contém os elementos essenciais para a análise, tais como:

- descrição clara do ocorrido;
- local e setor;
- data e horário aproximado;
- processos envolvidos;
- profissionais ou categorias envolvidas (quando aplicável);
- desfecho imediato e medidas adotadas;
- fatores contribuintes percebidos.

O enriquecimento dos relatos com informações detalhadas é considerado fundamental para a efetividade da análise, uma vez que possibilita a adequada identificação das causas, a correlação com processos institucionais e a definição de ações corretivas e preventivas mais assertivas. Quando a notificação apresenta os elementos necessários, o NQSP encaminha a ocorrência ao gestor da área envolvida por meio do Sistema SAS Interact, seguindo workflow definido pelo NQSP (aceite, análise, aprovação, execução e verificação). Os prazos para resposta dos gestores seguem critérios definidos conforme a classificação da ocorrência:

- Não conformidade: até 7 dias
- Evento adverso: até 48 horas.
- Never Events: até 7 dias

Em situações que envolvam eventos adversos graves ou de maior complexidade, o caso é avaliado de forma integrada entre o NQSP e o NSP, garantindo uma abordagem colegiada e alinhada às diretrizes institucionais. Todo o fluxo de notificação, análise e tratativa possui caráter estritamente educativo e não punitivo, com foco no aprendizado organizacional, na prevenção de reincidências e no aprimoramento contínuo dos processos assistenciais e administrativos. Como forma de prestação de contas e devolutiva institucional, o NQSP encaminhará trimestralmente às áreas notificadoras os protocolos de análise efetiva, permitindo que os setores acompanhem os resultados, compreendam as fragilidades identificadas e participem ativamente do processo de melhoria. Esse modelo de gestão das notificações contribui diretamente para:

- o fortalecimento da cultura de segurança;
- a transparência dos processos;
- a corresponsabilização das áreas;
- e a consolidação de um ambiente organizacional orientado à aprendizagem e à qualidade assistencial.

Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA

As notificações de eventos adversos considerados graves estão sendo devidamente inseridas na plataforma NOTIVISA, para registro e acompanhamento dos casos.

Ações Realizadas

- **Avaliação de Planos DOGMAIS com a equipe HRMJ – 03 a 08/08/2026**

Foi realizada a avaliação dos Planos DOGMAIS junto à equipe HRMJ, com o objetivo de acompanhar a execução das ações planejadas, verificar os resultados alcançados e identificar oportunidades de melhoria nos processos.

- **Oficina de Orientação para Auditores Internos – 11/08/2026**

Foi realizada oficina de orientação destinada aos auditores internos, abordando conceitos, critérios e diretrizes para a realização das auditorias, visando à padronização das avaliações e ao fortalecimento do processo de auditoria interna.

- **Oficina e Construção de Mapeamentos de Risco – 12/08/2026**

Foi realizada oficina para orientação e construção dos mapeamentos de risco, com participação das equipes envolvidas na identificação de riscos, avaliação de possíveis impactos e definição de medidas de controle e prevenção.

- **Auditorias Internas – 18 a 25/08/2026**

Foram realizadas auditorias internas nos setores, com o objetivo de verificar a conformidade dos processos, identificar não conformidades e oportunidades de melhoria, contribuindo para o aprimoramento da qualidade e da segurança institucional.

- **Fechamento de SIPOC's e Alinhamento DOGMAIS com a Gestora Luciane De Falchi – 25 a 28/08/2026**

Foi realizado o fechamento dos SIPOC's e o alinhamento dos Planos DOGMAIS junto à gestora Luciane De Falchi, visando consolidar os processos mapeados, alinhar responsabilidades e acompanhar as ações de melhoria estabelecidas.

Planejamento e Melhorias

Para o mês de setembro de 2026, a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) estabeleceu como prioridade o fortalecimento das ações relacionadas à segurança do paciente, à melhoria contínua dos processos e à preparação da instituição para o processo de acreditação hospitalar nível ONA 1. Nesse período, serão monitoradas as atuações dos auditores internos, com o objetivo de qualificar os profissionais envolvidos e padronizar a metodologia de realização das auditorias, incluindo identificação de conformidades e não conformidades, registro de evidências e elaboração e acompanhamento dos planos de ação.

Também será implantado o novo checklist de auditorias internas de metas de segurança, com link direto na intranet HRMJ, gerando registro imediato e dashboard com gráficos em tempo real das auditorias realizadas, configurando um processo contínuo de melhoria neste quesito.

Como parte do planejamento para setembro, será realizada a SEMANA LARANJA HRMJ, em alusão ao Dia Mundial da Segurança do Paciente, pautada no tema selecionado pela OPAS, que realizar-se-á entre os dias 14 a 18 de setembro. A mesma incluirá DDS's envolvendo o tema selecionado, dinâmicas envolvendo a segurança do paciente e atuação de acompanhantes e colaboradores, além de uma oficina sobre Notificações.

Além destes, o acompanhamento dos planos DOGMAIS terão continuidade, em forma presencial com a equipe NQSP e de forma on-line com a gestora Luciane De Falchi, com revisão das ações já executadas, identificação das pendências e definição das prioridades necessárias para o atendimento aos requisitos relacionados à acreditação

ONA 1, estabelecendo responsáveis, prazos e evidências para cada ação, permitindo maior controle e rastreabilidade do processo.

Dessa forma, o planejamento de setembro segue direcionado à consolidação dos processos de auditoria, ao fortalecimento das metas de segurança do paciente e à evolução do plano DOGMAIS, buscando reduzir não conformidades, aprimorar os processos internos e preparar a instituição de forma estruturada para o alcance do nível ONA 1 de acreditação hospitalar.

Plano de Segurança do Paciente – PSP 2026

Título: Plano de Segurança do Paciente – PSP 2026 **Data:** 30/01/2026

Objetivo: Planejar, implementar e monitorar ações sistemáticas voltadas à prevenção, identificação, análise e mitigação de riscos assistenciais, promovendo a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade do cuidado.

Setor: NQSP / NSP

Responsável: Supervisora NQSP / Presidente NSP

Ação	Para Quê?	Quem?	Como?	Quando?		Onde?	Custo?	Obs.:	Status*
				Início	Fim				
Promover campanha de medicamento sem danos.	Treinar farmacêuticos na utilização da IA como facilitador na avaliação de prescrição (duplicidade, doses, interação e alergias)	CFT / Time de Meta 3	Treinamento técnico-operacional com os farmacêuticos HRMJ	15/01/2026	15/01/2026	Em Loco			Concluído
Promover campanha de alusão a semana de segurança do paciente.	Engajar os colaboradores na cultura de segurança e reforçar as práticas seguras durante o Abril pela segurança do paciente.	NSP	Feira de Segurança do Paciente com estações para cada meta de segurança	28/04/2026	29/04/2026	Recepção do PA			Concluído
Gerenciamento de Protocolos Clínicos – Promover a formalização dos procedimentos assistencias a fim de assegur a prestação do cuidado seguro com a equpe multiprofissional.	Garantir conformidade, continuidade, qualidade e segurança nos processos clínicos e assistenciais.	DT / GERAS / NQSP	Através de comunicação efetiva nas reuniões de alta gestão, Safety Huddle, Comunicados Internos, Reuniões de Metas, e Treinamentos.	Jan/26	Dez/26	HRMJ			Contínuo
FUNDAMENTOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE – Implantar metodologia de adesão as Metas de Segurança do Paciente.	Apresentar os conceitos essenciais da Segurança do Paciente, destacando princípios, responsabilidades e práticas básicas para prevenir incidentes e promover um cuidado mais seguro.	NSP	Treinamento normativo para todos os colaboradores HRMJ com metodologia ativa, e relatos reais de notificações de ocorrência registradas em 2025.	11/02	12/02	Recepção PA			Concluído
FUNDAMENTOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE – Disseminar e esclarecer a importância das metas de segurança aos familiares, para auxiliar na execução das medidas preventivas dos riscos identificados do paciente durante o cuidado prestado ao paciente.	Promover o engajamento dos familiares no cuidado ao paciente, fortalecendo a prevenção de riscos e contribuindo para a efetividade das metas de segurança durante a assistência.	NSP / Enfermagem	Elaboração de informativo de fácil leitura para os familiares, e abordagem verbal da enfermagem à cada admissão e passagem de plantão quanto à importância da pulseira de identificação, grades elevadas, mudanças de decúbito, participação do familiar em perguntas no momento de administração de medicamentos e procedimentos na importância da lavagem e	Jan/26	Dez/26	Unidades de Internação			Contínuo

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

			higienização das mãos.						
Implantar rondas da alta liderança nas áreas assistenciais para troca de informações táticas e operacionais a fim de se subsidiar ações de melhorias no setor.	Fortalecer a tomada de decisão da alta liderança por meio da escuta ativa nas áreas assistenciais, subsidiando ações de melhoria contínua e aprimorando a segurança e a qualidade da assistência.	GAT – Grupo de Apio Técnico da Diretoria	Cronograma consolidado de visitas quinzenais do Grupo de Apoio Técnico da Direção (NQSP / SCIH / NEP / DRG / Auditoria de Prontuários) nos setores de internações, com relatório final de apresentação dos pontos observados para as Direções e Gerências, e criação de Planos de Ação.	Fev/26	Dez/26				A iniciar
Acompanhar aplicação e adesão do plano terapêutico nas áreas assistenciais.	Assegurar a adequada execução do plano terapêutico nas áreas assistenciais, promovendo a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e melhores desfechos assistenciais.	GAT – Grupo de Apio Técnico da Diretoria	Parte das ações propostas em cronograma consolidado de visitas quinzenais do Grupo de Apoio Técnico da Direção (NQSP / SCIH / NEP / DRG / Auditoria de Prontuários) nos setores de internações, com relatório final de apresentação dos pontos observados para as Direções e Gerências, e criação de Planos de Ação.	Fev/26	Mai/26				A iniciar
Reavaliar a metodologia de orientação de mudança de decúbito a beira leito para os pacientes com risco de lesão por pressão	Aprimorar a efetividade das orientações à beira leito, assegurando a correta mudança de decúbito e reduzindo o risco de lesão por pressão em pacientes suscetíveis.	NSP / DRG / Time meta 6	Através de incidências de LPP em registros do Sistema DRG e Notificações de Eventos.	Jan/26	Dez/26			Apresentar as evidências nas Reuniões Setoriais e de Indicadores com elaboração de planos de ação.	Iniciado.
Disseminar os processos de Farmacovigilância/ Tecnovigilância/ Hemovigilância.	Garantir o conhecimento e a adesão aos processos de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância, fortalecendo a identificação, notificação e prevenção de eventos adversos e riscos assistenciais.	Farmácia (CFT) / Suprimentos / Agência Transfusional	Treinamentos normativos, práticos e simulados dos serviços e colaboradores envolvidos nos processos.	Fev/26	Jun/26				A iniciar.

Realizar oficina de análise de causa raiz dos incidentes de segurança do paciente – Investigação de Incidentes.	Capacitar os colaboradores a aplicar métodos estruturados de investigação, como Análise de Causa Raiz, Diagrama de Ishikawa e 5 Porquês, para identificar fatores contribuintes e propor ações eficazes de prevenção de novos incidentes.	NQSP	Oficina de análise de causa e raiz (Ishikawa) com as lideranças HRMJ.	29/05/2026	29/05/2026				A iniciar
Promover capacitação a todos os colaboradores do HRMJ, relacionada a melhoria na adesão às normas de prevenção de infecção.	Fomentar a redução das infecções relacionadas a IRAS. Disseminar as medidas específicas para prevenir sua disseminação de germes MDR.	SCIH / Time de Meta 5	Workshop interno para colaboradores referente à temática, com grande engajamento e adesão.	05/05/2026	06/05/26			Alusão à Campanha Nacional de Higienização das Mãos.	Iniciado
Implantar informativos de boas práticas no manuseio dos equipamentos médicos.	Orientar os profissionais quanto ao uso seguro e adequado dos equipamentos médicos, prevenindo falhas operacionais, eventos adversos e danos ao paciente.	Engenharia clínica / Enfermagem / SADT / NQSP	Treinamento prático com material didático para todas as equipes que manuseiam equipamentos médicos.	Mar/26	Jun/26				A iniciar.
Simulado de Trilha de Cuidado	Testar e aprimorar a efetividade da trilha de cuidado, identificando fragilidades nos fluxos assistenciais e fortalecendo a segurança do paciente e a integração entre as equipes.	NSP	Simulado prático do trajeto do paciente dentro do hospital, desde sua admissão à sua alta melhorada	27/05/26	27/05/2026				A iniciar.
Avaliadores Internos – Contexto, importância, responsabilidade e implantação nas auditorias internas de Segurança do Paciente	Capacitar os colaboradores para atuarem como avaliadores internos, compreendendo seu papel na verificação da adesão aos Protocolos de Segurança, identificando não conformidades e contribuindo para melhorias contínuas nos processos assistenciais.	NQSP/Qualidade Coorporativo	Dar continuidade no Curso de Avaliadores Internos do HRMJ para capacitar os colaboradores inscritos aos tipos de auditoria, uso das ferramentas institucionais, com foco na segurança do paciente e processos.	Jan/26	Mar/26				Iniciado
Gestão da Mudança e Cultura Não Punitiva	Capacitar os profissionais para aplicar princípios de gestão da mudança e fortalecer uma cultura não punitiva, favorecendo a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua da segurança do paciente.	NSP	Treinamento com metodologia ativa para sensibilização das lideranças quanto à cultura não punitiva.	13/03/26	13/03/26				A iniciar
GARANTIR APLICAÇÃO DAS METAS DE SEGURANÇA DE FORMA INTEGRAL ATRAVÉS DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Assegurar a aplicação integral das metas de segurança do paciente por meio da adesão aos protocolos institucionais, promovendo cuidado seguro e padronizado.	NSP e Time de Metas	Treinamentos vinculados ao Plano Anual de Treinamento / Workshop / Oficinas / Rodas de Conversa / Campanhas etc.	Fev/26	Dez/26				Iniciado/Contínuo

Considerações Finais

Considerando as deliberações estabelecidas pela Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para o mês de setembro de 2026, observa-se a continuidade de ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança, à qualificação dos processos institucionais e à preparação do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ para o processo de Acreditação Hospitalar ONA Nível 1.

O monitoramento da atuação dos auditores internos constitui uma importante estratégia para aprimorar a efetividade das auditorias como instrumento de identificação de riscos, avaliação de conformidades e não conformidades e promoção da melhoria contínua. O acompanhamento sistemático desses profissionais permitirá maior padronização das avaliações, qualificação dos registros das evidências e melhor direcionamento dos planos de ação decorrentes dos achados identificados.

A implantação do novo checklist de auditorias internas das Metas de Segurança do Paciente representa também um avanço no processo de monitoramento institucional, especialmente pela possibilidade de registro imediato das informações e acompanhamento dos resultados por meio de dashboard. A utilização de uma ferramenta padronizada, rastreável e integrada à intranet tende a favorecer maior agilidade na análise dos dados, permitindo à instituição identificar fragilidades de forma mais oportuna e implementar ações corretivas e preventivas de maneira direcionada.

As ações previstas para a Semana Laranja HRMJ, alusivas ao Dia Mundial da Segurança do Paciente, reforçam o compromisso institucional com a disseminação da cultura de segurança entre profissionais, pacientes e acompanhantes. A realização de DDS, dinâmicas educativas e oficina sobre notificações contribuirá para ampliar o conhecimento acerca da prevenção de incidentes e eventos adversos, bem como para estimular a participação dos diferentes atores envolvidos no cuidado. Ressalta-se, nesse contexto, a importância de fortalecer uma cultura não punitiva de notificação, favorecendo a identificação das oportunidades de melhoria e o aprendizado organizacional.

No que se refere aos Planos DOGMAIS, a continuidade do acompanhamento presencial e on-line demonstra a necessidade de manter uma gestão sistemática das

ações relacionadas aos requisitos da Acreditação ONA Nível 1. A definição de responsáveis, prazos e evidências de execução possibilitará maior controle sobre o cumprimento das atividades e permitirá o acompanhamento da evolução dos planos, contribuindo para a redução de pendências e para a maior organização dos processos institucionais.

Diante do exposto, considera-se que as ações planejadas para setembro de 2026 estão alinhadas aos objetivos do NSP e às necessidades institucionais identificadas, priorizando o fortalecimento dos mecanismos de monitoramento, a prevenção e gestão de riscos, a qualificação dos profissionais e a consolidação de práticas seguras. Recomenda-se a manutenção do acompanhamento periódico das ações pactuadas, com registro das evidências, avaliação dos resultados alcançados e adoção de medidas corretivas sempre que identificadas situações que possam comprometer a segurança do paciente ou o cumprimento dos objetivos institucionais.

Assim, a atuação integrada do NSP, das equipes assistenciais e dos demais setores envolvidos permanece fundamental para transformar os resultados das auditorias, notificações e planos de ação em melhorias efetivas e sustentáveis, fortalecendo os processos internos e contribuindo para a preparação estruturada do HRMJ para a Acreditação Hospitalar ONA Nível 1

COMITÊ DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR – CHH

- **Data da Constituição:** 07/03/2025
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.CHH.001, versão 001.
- **Termo de Nomeação:** Retificado o novo ato Nº 002, em :30/01/2026
- **Lista de reunião:** Ver Anexos
- **Ata da reunião:** Ver Anexos

O Comitê de Humanização Hospitalar, tem a finalidade de qualificar a atenção aos usuários e colaboradores, promovendo iniciativas de humanização, fortalecendo ações existentes e estimulando parcerias para o intercâmbio de conhecimentos e boas práticas.

Para planejar, liderar e coordenar as ações de humanização no HRMJ, definindo diretrizes, aprovando planos, promovendo a comunicação e integração entre setores, apoiando e avaliando iniciativas conforme os princípios do SUS, e estimulando a participação de trabalhadores, usuários e comunidade.

Este Comitê foi constituído em março de 2025 pela ata da reunião de abertura do CHH no dia 07/03/2025, estando atualmente em sua segunda constituição.

Dimensionamento da Equipe

O Comitê possui membros recomendados:

- Gerente Assistencial do HRMJ
- Coordenadora Assistencial da Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Ambulatório e Serviço Atendimento Diagnóstico e Terapêutico
- Coordenadora Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva e Equipe Multiprofissional
- Coordenadora Assistencial do Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização
- Enfermeira do Departamento de Ensino e Pesquisa
- Supervisor de Radiodiagnóstico
- Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente
- Psicólogas do Serviço de Psicologia Clínica
- Encarregada do Serviço de Lavanderia e Rouparia
- Assistente Social
- Auxiliares administrativo
- Coordenador Administrativo
- Analista de Comunicação

Indicadores e Performance

Os indicadores do Comitê de Humanização refletem as ações desenvolvidas com foco na promoção do acolhimento, fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e familiares, e melhoria da experiência assistencial no ambiente hospitalar.

As atividades monitoradas contemplam iniciativas voltadas à humanização do cuidado, suporte emocional, rodas de conversa, ações educativas e intervenções junto às equipes multiprofissionais, contribuindo para um atendimento mais sensível, ético e centrado no paciente. O acompanhamento sistemático desses indicadores permite avaliar o impacto das ações implementadas e fortalecer a cultura institucional de cuidado humanizado.

Reuniões Mensais

Na reunião de agosto, o comitê de Humanização se reuniu para apresentar os resultados das ações de julho e organizar o calendário do mês de agosto. O balanço foi bastante positivo: conseguimos colocar em prática 6 das 7 atividades planejadas, atingindo 86% das metas do cronograma. O destaque ficou para o impacto emocional, que alcançou 98,7% de avaliações positivas, mostrando o quanto essas iniciativas têm feito a diferença no dia a dia do hospital.

Aproveitamos o encontro para formar os grupos de trabalho que vão tocar as atividades do mês, como a Tarde Alegre nas unidades de internação, a palestra sobre aleitamento no Agosto Dourado, o Culto Ecumênico, o Grupo Terapêutico e os parabéns aos aniversariantes. Também aprovamos a criação do Projeto Educação em Saúde, que vai trazer palestras quinzenais sobre as campanhas de conscientização, e já deixamos definidos os responsáveis por convidar os palestrantes dos próximos meses.

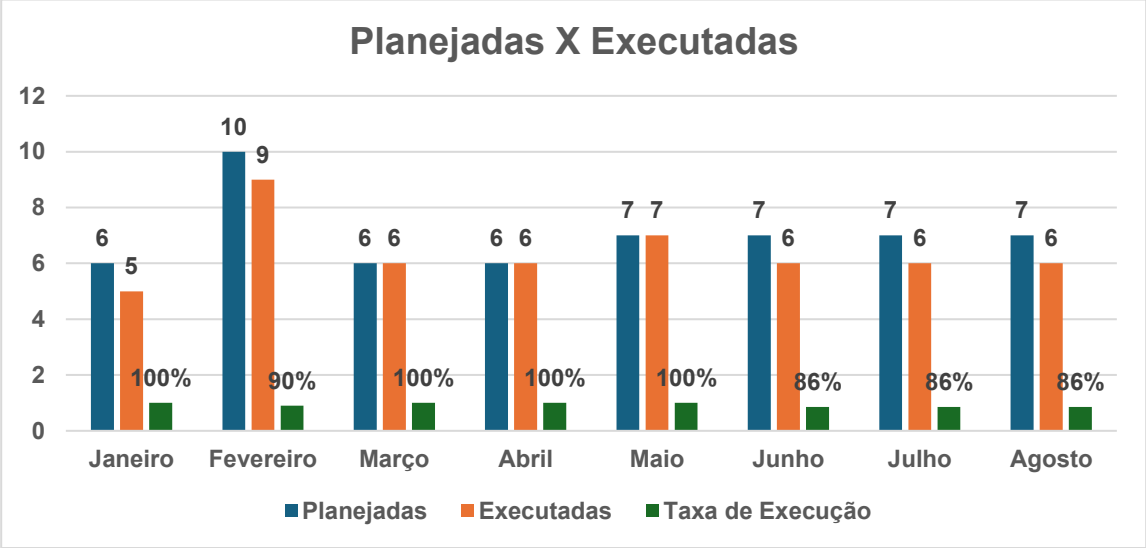
Para fechar, alinhamos todos os detalhes da Tarde Alegre dos Pais, um momento especial pensado para acolher pacientes, acompanhantes e colaboradores com corte de cabelo, jogos de mesa e música ao vivo. A comissão dividiu as tarefas entre a criação dos convites, a organização do espaço, os serviços de barbearia e a atração musical para garantir que o evento aconteça da melhor forma.

Ações planejadas X Executadas

Em relação ao mês de agosto, foram previstas 7 ações, das quais 6 foram devidamente realizadas, resultando em um percentual de 86% de execução do cronograma.

O indicador demonstrou estabilidade ao manter o patamar do mês anterior. A meta de 100% não foi atingida devido à não realização da ação Tarde Alegre, motivada pela ausência de público no momento, embora a equipe multiprofissional tenha realizado a devida divulgação prévia junto aos pacientes e acompanhantes; garantiu-se, contudo, a efetivação de todas as demais propostas do período.

Gráfico – Indicador executado X Planejados



Fonte: CHH, 2026.

Impacto Emocional das Ações do CHH

O Comitê de Humanização manteve a realização de suas ações permanentes e desenvolveu iniciativas de grande relevância para colaboradores, pacientes e acompanhantes, alcançando 99% de avaliações classificadas como significativas, conforme demonstra o gráfico. O resultado evidencia que as ações continuaram gerando um impacto altamente positivo e fortalecendo a cultura da humanização no Hospital Regional Menino Jesus.

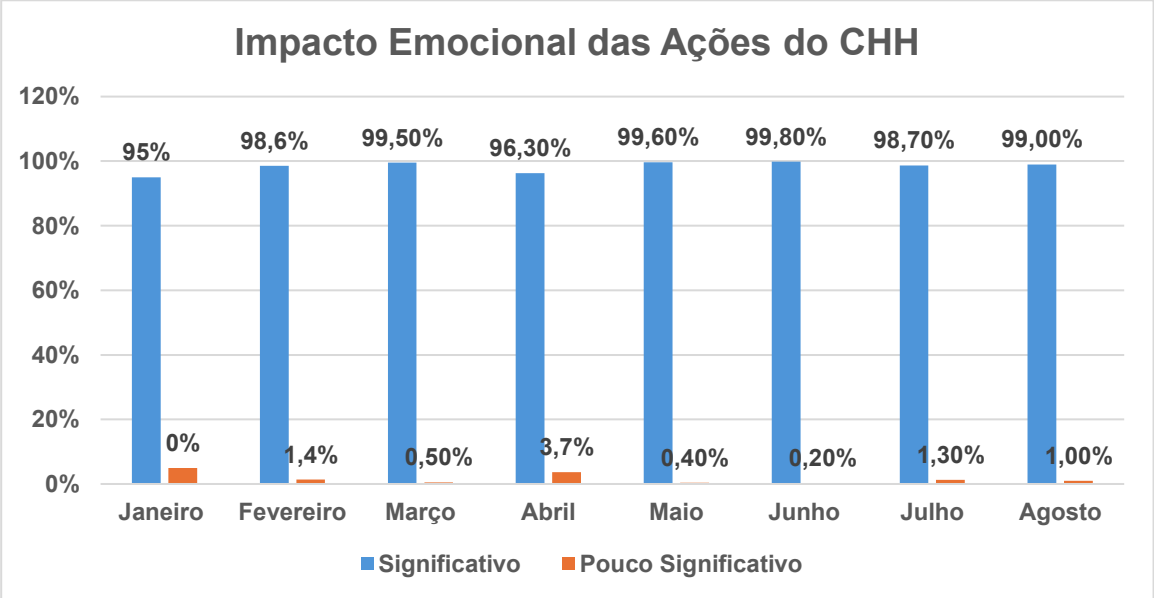
Entre os destaques do período esteve a campanha do Agosto Dourado, voltada à conscientização e ao incentivo ao aleitamento materno. A iniciativa proporcionou momentos de aprendizado, orientação e troca de experiências, reafirmando o compromisso institucional com a promoção da educação em saúde e o apoio às mães e famílias.

Outro momento de grande importância foi a realização da Tarde Alegre dos Pais, uma programação especial dedicada ao acolhimento e valorização dos usuários, acompanhantes e colaboradores. A ação contou com momentos de recreação, música ao vivo e serviços de barbearia, promovendo integração entre as equipes, leveza no ambiente hospitalar e o fortalecimento do vínculo humanizado.

Assim como no indicador de execução, a única ação não realizada no período foi a Tarde Alegre nas unidades de internação, devido à ausência de público no momento da atividade — situação que não comprometeu o excelente desempenho e a receptividade das demais propostas programadas.

De forma geral, os resultados de agosto demonstram a continuidade do compromisso do CHH com a promoção de um ambiente acolhedor, humano e participativo. O índice de 99% de avaliações significativas, aliado ao engajamento observado nas ações desenvolvidas, confirma que as iniciativas continuam sendo amplamente aprovadas e gerando um impacto emocional transformador entre os participantes.

Gráfico – Impacto Emocional das Ações do CHH



Fonte: CHH, 2026.

Pessoas alcançadas por ação

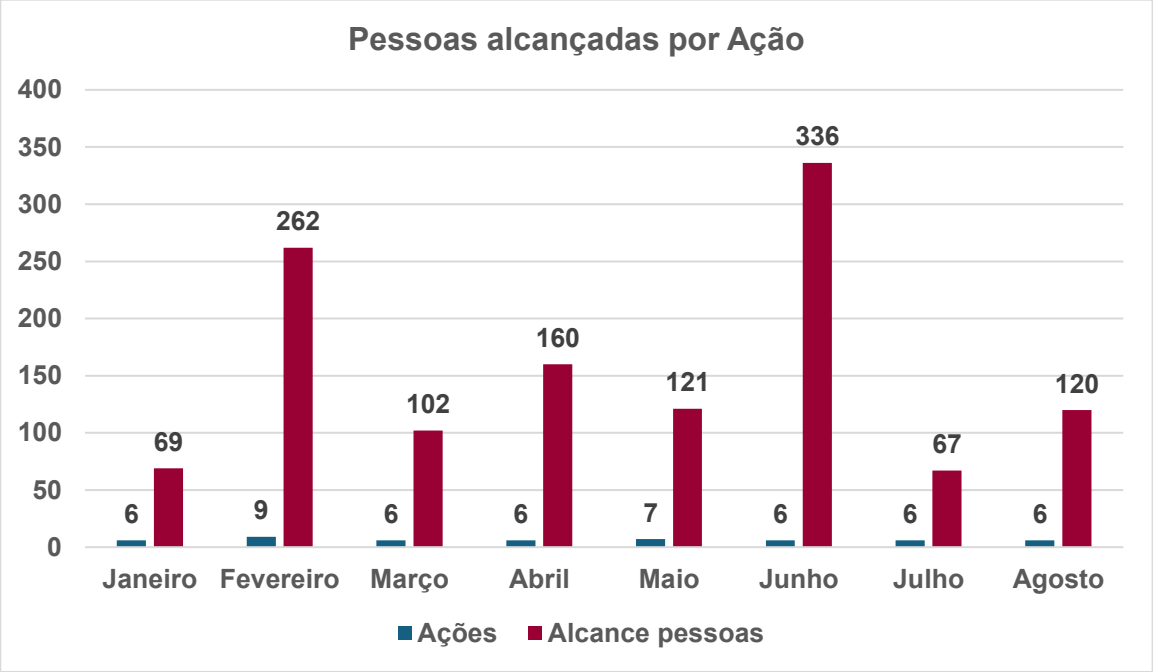
Em agosto, o Comitê de Humanização registrou uma importante recuperação no volume de público participante, alcançando 120 pessoas nas 6 ações executadas — um

aumento expressivo em comparação às 67 pessoas alcançadas no mês de julho. Esse avanço demonstra a grande adesão e a relevância das temáticas trabalhadas durante o período nas dependências do hospital.

Enquanto julho teve um formato voltado a grupos mais restritos e específicos, o mês de agosto foi impulsionado por eventos de maior mobilização e alcance institucional. Entre os principais destaques estiveram à Tarde Alegre dos Pais, que promoveu um momento de integração, acolhimento e recreação para usuários, acompanhantes e colaboradores, além das ações do Agosto Dourado, dedicadas à conscientização e incentivo ao aleitamento materno.

Esse crescimento no quantitativo de pessoas alcançadas reforça a efetividade do planejamento e o poder de engajamento das campanhas do período. As iniciativas de agosto contribuíram diretamente para a promoção da educação em saúde, o fortalecimento de vínculos afetivos e a valorização das pessoas, reafirmando o compromisso do CHH em levar a cultura da humanização a um público cada vez mais amplo e diversificado.

Gráfico – Pessoas alcançadas por ação – Condensado



Fonte: CHH, 2026.

Ações Desenvolvidas

O cronograma do Comitê de Humanização deu andamento às suas atividades estratégicas por meio de programações bem direcionadas aos colaboradores, pacientes e acompanhantes. O principal destaque do período no âmbito das programações temáticas foi a realização da Tarde Alegre dos Pais, promovida no dia 13 de agosto na Recepção do PA, voltada especialmente aos pacientes, acompanhantes e colaboradores pais do HRMJ.

Paralelamente, as ações fixas mensais mantiveram o suporte contínuo e o acolhimento na rotina hospitalar. Entre elas, destaca-se a inclusão da ação de Educação em Saúde, realizada no dia 27 de agosto no Ambulatório HRMJ para o público presente na recepção, e o Culto Ecumênico, ocorrido no mesmo dia (27/08), reunindo colaboradores, pacientes e acompanhantes de pacientes internados. Encerrando a agenda do mês, no dia 31 de agosto celebrou-se a comemoração dos Aniversariantes do Mês para os colaboradores, somada ao acompanhamento contínuo dos Pacientes Aniversariantes (conforme triagem da Nutrição) e às reuniões do Grupo Terapêutico, que aconteceram todas as quintas-feiras com foco no suporte emocional aos acompanhantes.

Tabela – Ações Realizadas

Título da ação de humanização	Tipo de programação	Local / Data	Público-alvo
Educação em Saúde	Fixa	Ambulatório HRMJ – 27/08/2026	Público presente na recepção do Ambulatório.
Tarde Alegre dos Pais	Programada	Recepção do PA – 13/08/2026	Pacientes, acompanhantes e Colaboradores Pais HRMJ
Culto ecumênico	Fixa	27/08/2026	Colaboradores, pacientes e acompanhantes de pacientes internados
Aniversariante do Mês	Fixa	31/08/2026	Colaboradores HRMJ
Grupo Terapêutico	Fixa	Todas as quintas	Acompanhantes de pacientes internados
Paciente Aniversariante	Fixa	Conforme Triagem da Nutrição	Pacientes internados

Fonte: CHH, 2026.

Planejamento de Melhorias

O cronograma do Comitê de Humanização deu andamento às suas atividades estratégicas por meio de programações bem direcionadas aos colaboradores, pacientes e acompanhantes. O principal destaque do período foi a manutenção do bom desempenho do cronograma, no qual foram planejadas 7 ações e 6 foram executadas (86% de cumprimento), sendo a execução impactada apenas pela ação Tarde Alegre nas unidades de internação por falta de público no momento, embora devidamente divulgada pela equipe multiprofissional.

Paralelamente, as ações do comitê mantiveram excelente recepção por parte do público, alcançando 99% de avaliações significativas no indicador de impacto emocional e um público total de 120 pessoas alcançadas. Esses resultados fundamentam importantes propostas de melhoria contínua, como a implantação do Projeto Educação em Saúde com palestras quinzenais integradas às campanhas mensais e o alinhamento antecipado dos responsáveis pelo convite aos palestrantes ao longo de todo o segundo semestre.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações
Nova constituição do CHH	Gerente Assistencial	Fevereiro/2026	Ata de reunião e nova constituição entregues à qualidade	Concluída
Entrada de um analista da Humanização	Gerente Assistencial / Diretoria Geral	Fevereiro/2026	Efetivação do Analista	Concluída
Criação do Manual da Humanização do HRMJ	Analista da Humanização e Gerente Assistencial	Março de 2026	Documento inserido no Interact e devidamente divulgado entre às áreas.	Concluída
Programação em alusão ao calendário de cores – Ministério da Saúde	CHH, GERASS DT e DG	Janeiro, outubro, novembro.	Planejados x executados	Em andamento
Programação Dia Mundial da Saúde	CHH, GERASS, DT e DG	Abril	Planejados x executados	Concluída
Capacitação Lei Lucas	CHH	Maio/Agosto	Planejados x executados	Ação em andamento. 1ª turma realizada em junho; 2ª turma prevista para agosto.

Capacitação Cuidador de Idosos	CHH	Junho/Novembro	Planejados x executados	Ação em andamento. 1ª turma realizada em junho; 2ª turma prevista para novembro.
Implantação do curso de Atendimento humanizado	CHH, GERASS	Maio	Planejados x executados	-
Implantação do projeto de musicoterapia na experiência cirúrgica	CHH, Coordenações assistenciais	Março	Planejados x executados	Em andamento

Fonte: CHH, 2026.

Considerações Finais

As atividades desenvolvidas ao longo do mês de agosto reafirmaram o papel fundamental do Comitê de Humanização na construção de um ambiente hospitalar acolhedor, promovendo a integração entre pacientes, acompanhantes e colaboradores do HRMJ. A realização de campanhas expressivas, como o agosto Dourado e a Tarde Alegre dos Pais, associada à retomada das ações fixas, fortaleceu os laços interpessoais e contribuiu significativamente para a melhoria do clima institucional.

A expressiva recuperação no volume de pessoas alcançadas e o alto índice de aprovação verificado nos indicadores demonstram a efetividade do planejamento e o engajamento de toda a comunidade hospitalar. Esses resultados confirmam a maturidade das ações do comitê e reforçam o compromisso de manter o cuidado centrado na pessoa como pilar essencial da assistência.

Diante do cenário positivo consolidado neste período, o Comitê de Humanização encerra a programação de agosto direcionando seus esforços para o aprimoramento contínuo das próximas etapas. O foco permanece na busca por estratégias inovadoras e integrativas que continuem gerando impacto emocional transformador e promovendo a excelência no acolhimento de todos os usuários do HRMJ.

COMITÊ DE MELHORIAS CONTÍNUAS – CMC

- **Data da Constituição:** 22/08/2025.
- **Regimento Interno:** REG.HRMJ.CMC.001, versão 001.
- **Termo de Nomeação:** Ato de Convocação Agosto de 2025.
- **Ata de reunião:** Ver anexos
- **Lista da última reunião:** Ver anexos

O Comitê de Melhoria Contínua – CMC do Hospital Regional Menino Jesus – HRMJ foi instituído em 22 de agosto de 2025, com o objetivo de fortalecer a humanização da assistência à saúde e promover a melhoria contínua dos serviços prestados, com base no acompanhamento sistemático das demandas dos usuários. Sua criação fundamenta-se principalmente na Política Nacional de Humanização – PNH/2003, instituída pelo Ministério da Saúde, que estabelece como princípios norteadores a valorização do trabalho em saúde, a participação social, a corresponsabilidade e a defesa dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

O CMC atua como um órgão colegiado permanente, propositivo e consultivo, com o papel central de alinhar, acompanhar e implementar ações decorrentes das reclamações, sugestões e elogios registrados no Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e na Avaliação de Experiência do Usuário. Essas informações são tratadas por meio do instrumento da escuta qualificada, prática recomendada pela PNH para garantir a escuta ativa e respeitosa dos usuários, promovendo uma gestão participativa e voltada para a qualidade do acolhimento e da atenção em saúde.

A primeira reunião formal do CMC, realizada em 22 de agosto de 2025, marcou um avanço institucional significativo, com a aprovação do Regimento Interno – RI. HRMJ. CMC.001, versão 001, do CMC dos quais fazem partes como membros efetivos os colaboradores

Dimensionamento da Comissão

Supervisor – SADT, responsável pelo serviço de tomografia, radiografia e ultrassonografia.

Auxiliar administrativo do S.A.U.

Enfermeira Supervisora – NQSP.

Enfermeira do NIR.

Coordenadora assistencial do Centro cirúrgico e CME.

Coordenadora Assistencial da UTI e Equipe Multe.

Coordenador Assistencial da UI e Pronto Atendimento.

Encarregada da Lavanderia

Supervisora de Atendimento, responsável pelas recepções e ambulatórios.

Encarregado da manutenção predial, responsável pela manutenção da infraestrutura do HRMJ.

Supervisora de Produção de Cozinha.

Assistente Administrativo do Recursos Humanos

Analista de Humanização.

Cronograma Anual das Reuniões 2026

Mês	Data	Horário	Local
Janeiro	30/01/2026	10:00	Auditório HRMJ
Fevereiro	23/02/2026	10:00	Auditório HRMJ
Março	23/03/2026	10:00	Auditório HRMJ
Abril	23/04/2026	10:00	Auditório HRMJ
Maio	29/05/2026	10:00	Auditório HRMJ
Junho	30/06/2026	10:00	Auditório HRMJ
Julho	31/07/2026	10:00	Auditório HRMJ
Agosto	28/08/2026	10:00	Auditório HRMJ
Setembro	30/09/2026	10:00	Auditório HRMJ
Outubro	30/10/2026	10:00	Auditório HRMJ
Novembro	30/11/2026	10:00	Auditório HRMJ
Dezembro	31/12/2026	10:00	Auditório HRMJ

Fonte: Cronograma de reunião CMC/HRMJ ano 2026

Reuniões Realizadas

Em 1º de setembro de 2026, o Comitê de Melhoria Contínua (CMC) reuniu-se com representantes dos diversos setores do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ) para a leitura e aprovação da ata da reunião anterior, acompanhamento das ações pendentes e análise das manifestações registradas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) referente ao período de 1º a 31 de agosto de 2026.

Ao todo, foram avaliadas 31 manifestações, sendo 27 reclamações e 4 sugestões, cujos registros subsidiaram a identificação de oportunidades de aprimoramento nos processos assistenciais e administrativos. As análises evidenciaram o compromisso institucional com a escuta qualificada, direcionando o planejamento de ações voltadas ao fortalecimento do acolhimento, da comunicação e da experiência do paciente.

O Comitê concluiu que a instituição mantém uma evolução consistente na integração intersetorial, no engajamento das equipes e no uso estratégico das manifestações dos usuários para a gestão. Essa atuação consolida a cultura de melhoria contínua, a humanização do cuidado, a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

A seguir, apresenta-se a tabela consolidada das manifestações analisadas no período.

Indicadores e Performance

O Comitê de Melhoria Contínua tem como objetivo monitorar indicadores institucionais, avaliar o desempenho dos processos assistenciais e administrativos e propor ações de aprimoramento contínuo, alinhadas às diretrizes de qualidade e segurança do paciente do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus.

Por meio do acompanhamento sistemático dos indicadores, o comitê realiza a análise dos resultados obtidos, identificação de oportunidades de melhoria e definição de estratégias para fortalecimento dos processos institucionais. Esse monitoramento permite avaliar a efetividade das ações implementadas e apoiar a tomada de decisão baseada em dados.

A análise da performance do comitê considera o cumprimento das ações planejadas, a evolução dos indicadores monitorados e a implementação dos planos de melhoria, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo das práticas institucionais, fortalecimento da cultura de qualidade e melhoria da assistência prestada aos usuários.

Manifestações registradas no período

A análise comparativa entre julho e agosto de 2026 evidencia a manutenção do expressivo volume de manifestações registradas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). Em julho, contabilizaram-se 29 registros (19 reclamações e 10 sugestões); em agosto, esse total subiu para 31 (27 reclamações e 4 sugestões).

Esse acréscimo de duas manifestações representa um crescimento de aproximadamente 6,9%. O avanço é positivo, pois demonstra que os usuários reconhecem e utilizam os canais institucionais para expressar suas percepções, fortalecendo o processo de aprimoramento dos serviços.

O aumento dos registros em agosto consolida uma valiosa fonte de dados para o mapeamento e a otimização das rotinas internas. Cada manifestação permite identificar pontos de melhoria nos processos, promovendo uma cultura institucional pautada na escuta ativa, na transparência e na evolução contínua.

No recorte das reclamações, houve uma elevação de 19 para 27 ocorrências. Essa expansão reflete maior visibilidade e capacidade de captação das demandas dos usuários, fornecendo subsídios concretos para que as áreas responsáveis implementem ações corretivas.

As sugestões, por sua vez, registraram 10 apontamentos em julho e 4 em agosto. Longe de representar um desinteresse, essa variação reflete a resolução progressiva de demandas anteriores e o direcionamento dos usuários para contribuições cada vez mais pontuais, que continuam a impulsionar a inovação e o aprimoramento das rotinas assistenciais e administrativas.

Em suma, o comparativo entre os dois meses consolida a eficiência do canal de escuta e reflete a crescente confiança da comunidade na instituição. Esse engajamento qualificado reforça a atuação estratégica do Comitê de Melhoria Contínua (CMC) no acompanhamento, na análise e no encaminhamento célere das demandas aos setores competentes.

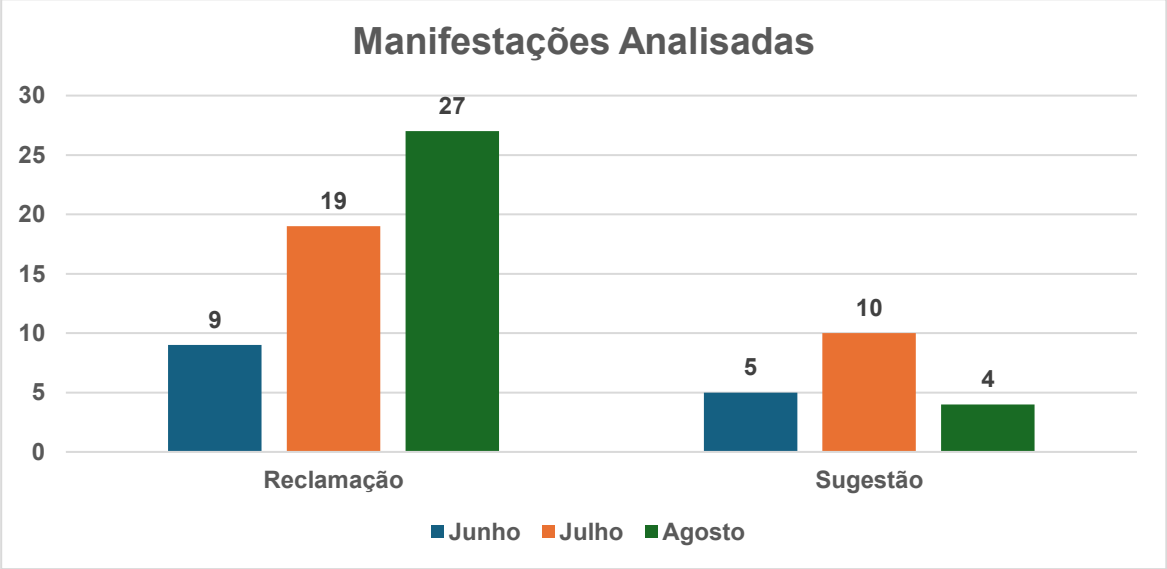
Diante disso, os dados reiteram o SAU como uma ponte indispensável entre o usuário e o hospital, capaz de converter percepções em evoluções operacionais concretas. O monitoramento contínuo dessas manifestações fortalece o acolhimento, otimiza a experiência do paciente e eleva constantemente os padrões de qualidade do Hospital Regional Menino Jesus.

Tabela – Manifestações registradas no período

Manifestações registradas no período	Julho
Manifestação Reclamação	27
Manifestação Sugestão	04

Fonte: Planilha de manifestações SAU-CMC/HRMJ

Gráfico – Manifestações analisadas no período



Fonte: Manifestações Reclamação SAU-CMC/HRMJ

Reclamações Registradas

O gráfico apresenta a distribuição das 27 reclamações registradas no período, categorizadas por área temática. Observa-se que o tema de maior ocorrência foi a Alimentação Adequada, com 4 registros sendo14,8% do total. Esse dado orienta um olhar atento sobre o acompanhamento nutricional e os processos de produção, preparo e distribuição das refeições, permitindo elevar a satisfação dos usuários nesse quesito.

As categorias Higiene e Limpeza, Rouparia/Enxoval, Atendimento Médico e Infraestrutura contabilizaram 3 ocorrências cada, representando, individualmente, 11,1% do montante. Os apontamentos fornecem subsídios pontuais para o aprimoramento dos serviços de apoio, da estrutura física e da assistência médica, aspectos mantidos sob acompanhamento institucional contínuo para garantir padrões elevados de conforto e cuidado.

Já as frentes de Atendimento de Recepção e Atraso de Laudos registraram 2 ocorrências cada com 7,4% individualmente. O monitoramento do tempo de emissão de laudos reforça o compromisso com a celeridade e a continuidade do tratamento, enquanto a atenção aos fluxos de recepção favorece uma comunicação fluida e acolhedora desde o primeiro contato do paciente com o hospital.

Por fim, demora na Medicação, Atendimento de Copeiro, Atendimento de Enfermagem, Qualidade de Material, Demora para Cirurgia, Convivência e Serviço Social apresentaram apenas 1 ocorrência cada, correspondendo 3,7% individualmente. O baixo volume de registros nesses itens reflete a estabilidade desses fluxos assistenciais, que permanecem no radar da instituição para a manutenção da segurança e da qualidade.

Em síntese, a ampla distribuição dos dados indica a ausência de falhas estruturais concentradas, evidenciando que os serviços operam de forma equilibrada. Essa diversificação das demandas permite que o Comitê de Melhoria Contínua atue de maneira cirúrgica: otimizando os temas com maior volume e, simultaneamente, aperfeiçoando os detalhes das manifestações pontuais.

Esses resultados reafirmam a utilidade das manifestações como recurso estratégico para o diagnóstico e a melhoria contínua. O acompanhamento sistemático desses indicadores fortalece a cultura de prevenção de inconsistências, refinando os fluxos internos e consolidando a excelência dos serviços prestados pelo Hospital Regional Menino Jesus.

Gráfico – Manifestações – Reclamação analisadas no período



Fonte: Planilha de reclamação SAU-CMC/HRMJ

Sugestões no Período

O gráfico apresenta a distribuição das 4 sugestões registradas no período, organizadas por área temática. Verifica-se um cenário de perfeito equilíbrio, com uma contribuição em cada uma das seguintes frentes: Dimensionamento de Equipe, Infraestrutura, Enxoval/Rouparia e Higiene e Limpeza, representando individualmente, 25% do volume analisado.

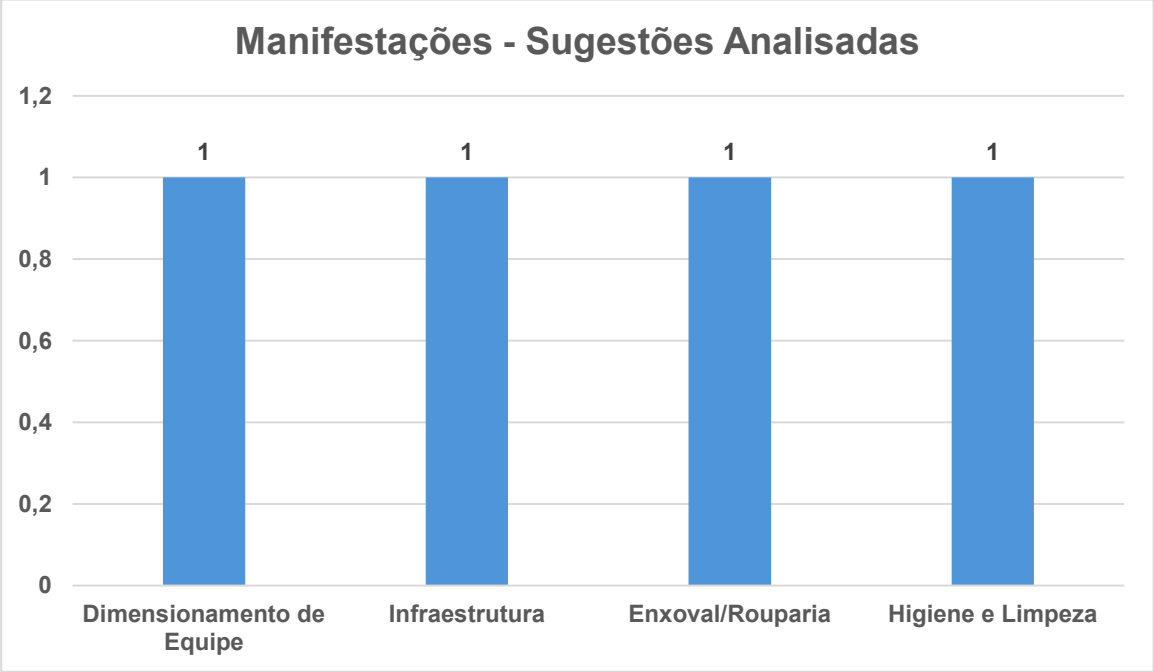
O apontamento voltado ao Dimensionamento de Equipe reflete a sensibilidade dos usuários em relação à carga assistencial, reforçando a importância do dimensionamento adequado para assegurar a excelência no atendimento. Já a contribuição em Infraestrutura sinaliza caminhos para a modernização e aprimoramento das instalações físicas postas à disposição de pacientes e acompanhantes.

Na frente de Enxoval/Rouparia, a manifestação ratifica a relevância da agilidade na reposição e no fluxo de insumos do enxoval. Por sua vez, o registro em Higiene e Limpeza fornece subsídios práticos para a manutenção contínua dos padrões de segurança, conforto e higienização dos ambientes hospitalares.

Assim, a distribuição uniforme das sugestões abrange múltiplas dimensões da jornada do usuário, demonstrando um engajamento construtivo e diversificado. Essa pluralidade de visões consolida a participação da comunidade como um ativo valioso para o mapeamento preventivo de necessidades.

Essas contribuições fornecem insumos estratégicos para que o Comitê de Melhoria Contínua oriente ações alinhadas com as áreas responsáveis. Assim, o monitoramento constante dessas ideias fortalece a cultura de escuta ativa, favorece a inovação dos processos institucionais e eleva a qualidade da experiência vivenciada no Hospital Regional Menino Jesus.

Gráfico – Manifestações – Sugestões analisadas no período



Fonte: Planilha de sugestão SAU-CMC/HRMJ

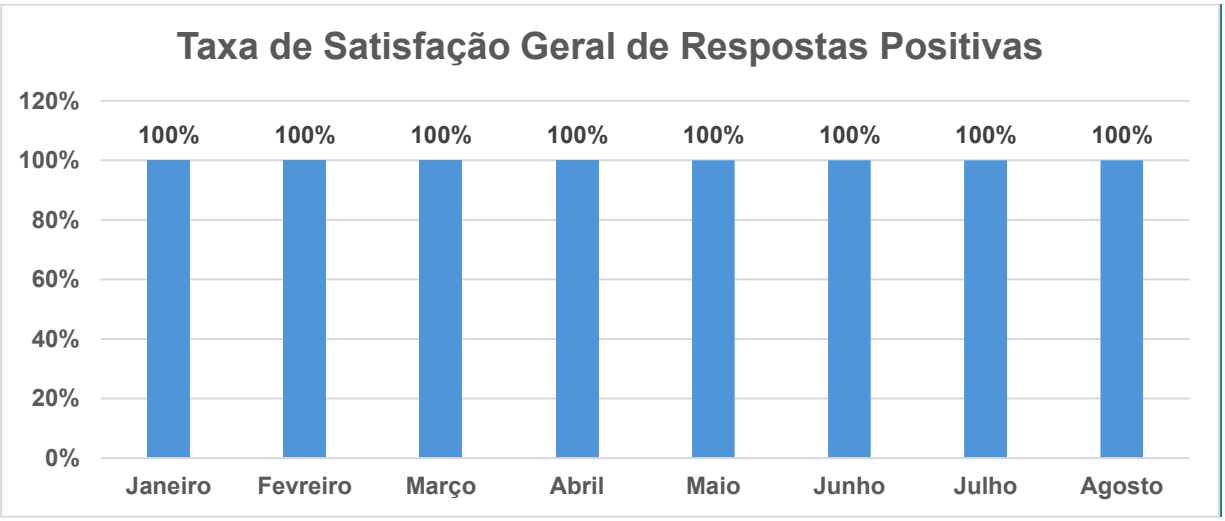
Taxa de Satisfação

O gráfico apresenta o índice de satisfação relativo aos retornos dados às manifestações, destacando a manutenção da marca de 100% de avaliações positivas no período de janeiro a julho. O resultado comprova que todas as demandas registradas obtiveram resoluções consideradas plenamente satisfatórias pelos usuários.

Essa constância operacional reflete a eficácia e o rigor no acompanhamento e no tratamento dos registros, assegurando que cada solicitação seja acolhida, examinada e devolvida com a celeridade e a clareza adequadas. O desempenho evidencia o valor da escuta ativa de pacientes e acompanhantes como ferramenta essencial para o aperfeiçoamento dos serviços.

Dessa forma, o alcance do patamar máximo de aprovação consolida a credibilidade dos canais de comunicação do hospital e renova a confiança da comunidade na instituição. Ademais, esses dados oferecem um respaldo consistente para o direcionamento de melhorias contínuas nas dinâmicas assistenciais e administrativas do Hospital Regional Menino Jesus.

Gráfico – Taxa de Satisfação Geral de Respostas Positivas no período



Fonte: Planilha de Retorno de reclamação SAU-CMC/HRMJ 2026

Ações Adotadas

As análises das manifestações fundamentaram a implementação de ações corretivas e preventivas, impulsionando avanços expressivos nos processos assistenciais e operacionais. Essas intervenções refletiram-se na redução do volume de reclamações ao longo do período, ratificando o compromisso institucional com a qualidade contínua e com o aprimoramento da experiência dos usuários, conforme detalhado na tabela a seguir.

Planejamento de Melhorias

Para o próximo ciclo de acompanhamento, o Comitê de Melhoria Contínua (CMC) manterá o monitoramento sistemático das manifestações dos usuários, utilizando os dados obtidos como subsídio para identificar oportunidades e aprimorar os fluxos institucionais.

Com base nas demandas registradas em agosto de 2026, as prioridades estarão concentradas na humanização e qualidade do atendimento, na comunicação com

pacientes e acompanhantes, na agilidade dos processos assistenciais, na celeridade dos resultados de exames, na infraestrutura, bem como na adequação dos serviços de apoio (alimentação, higiene, limpeza e rouparia).

O planejamento das intervenções ocorrerá de forma integrada com as áreas envolvidas, considerando a recorrência das demandas, o impacto na experiência do paciente e a mitigação de riscos assistenciais ou operacionais.

Entre as frentes estratégicas, destacam-se o acompanhamento rigoroso dos prazos de liberação dos laudos diagnósticos com monitoramento de pendências e reforço nas etapas de checagem e identificação do paciente, o aprimoramento do acolhimento prestado pelas equipes, a gestão da qualidade dos serviços terceirizados e de apoio, e a celeridade nas demandas de manutenção predial.

O CMC realizará o acompanhamento desses planos junto às chefias responsáveis, avaliando o cumprimento do cronograma e a eficácia das entregas. Caso identificada a necessidade, as medidas serão revisadas ou complementadas, adotando-se ações preventivas e corretivas para evitar reincidências.

Além disso, os consolidados das manifestações e o status das tratativas subsidiarão as reuniões ordinárias do comitê, permitindo a análise de tendências, a evolução dos indicadores e o reconhecimento dos avanços decorrentes da escuta ativa do usuário.

Assim, o planejamento para os próximos períodos consolida o compromisso com a cultura de melhoria contínua, a segurança do paciente e a humanização do cuidado, convertendo manifestações em ações estruturadas, mensuráveis e alinhadas à excelência dos serviços prestados.

Plano de ações a serem realizadas pelo CMC

Ação	Responsável	Prazo	Status (Concluído/Em andamento)
Revisar o fluxo de emissão de laudos, identificar gargalos e acompanhar diariamente os exames pendentes até sua conclusão.	Supervisão SADT	Agosto 2026	Em Andamento
Implantar padronização da chamada utilizando senha ou painel eletrônico, garantindo maior organização e privacidade.	Supervisão Atendimento	Agosto 2026	Em Andamento

Divulgar amplamente os canais do SAU e apresentar aos setores os resultados das manifestações e ações implementadas.	CMC e SAU	Agosto 2026	Em Andamento
Encaminhar a manifestação à empresa **CSMED**, por meio do setor de Contratos, solicitando a indicação de um representante para acompanhar as demandas relacionadas ao atendimento ambulatorial, avaliar o fluxo de chamada dos pacientes, implementar as adequações necessárias e apresentar plano de melhoria ao Comitê de Melhoria Contínua.	Supervisão de Atendimento e Supervisão Facilites/Contratos	Agosto 2026	Em Andamento
A Diretoria Técnica e a Diretoria Assistencial deverão revisar o fluxo de acompanhamento dos pacientes cirúrgicos do ambulatório de ortopedia, promovendo a implantação do prontuário físico ambulatorial como instrumento de continuidade assistencial, rastreabilidade das informações clínicas e apoio à tomada de decisão médica, reduzindo retrabalhos, repetição de consultas e atrasos na definição da conduta cirúrgica.	Diretoria Técnica e Gerência Assistencial	Setembro 2026	Em Andamento
Reavaliar o dimensionamento da recepção nos horários de maior demanda e reforçar treinamento em acolhimento, comunicação e atendimento humanizado.	Supervisão de Atendimento	Setembro 2026	Pendente
Realizar inspeção técnica dos banheiros, priorizando reparo dos chuveiros e demais pontos hidráulicos. Avaliar a capacidade instalada e necessidade de adequações	Supervisão Engenharia Hospitalar	Setembro 2026	Pendente
Revisar e reforçar o checklist de limpeza, incluindo verificação de odor, reposição de insumos e frequência de higienização. Orientar a equipe quanto à execução das atividades no período noturno, priorizando redução de ruídos nas áreas de internação.	Supervisão de Facilites e Supervisão de Higiene e Limpeza.	Setembro 2026	Pendente

Fonte: Planilha de ações do CMC/HRMJ 2026

Considerações finais

O CMC reforçou que as manifestações devem ser compreendidas como instrumentos de aprimoramento institucional e não apenas como críticas.

O acompanhamento periódico fortalece a governança institucional, a gestão por indicadores e a consolidação de uma cultura sólida de qualidade, humanização e segurança do paciente.

COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE – SUST

- **Data da Constituição:** 30/06/2025
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.SUST.001, Versão 001 – Regimento Interno da Comissão.
- **Termo de Nomeação:** Ato de Convocação Nº 001.
- **Ata da última reunião:** Ver em anexos.
- **Ato Convocatório:** Ver em anexos.

A Comissão de Sustentabilidade do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus atua com o objetivo de promover práticas ambientalmente responsáveis, fortalecer a cultura de responsabilidade socioambiental e assegurar o cumprimento das normativas relacionadas ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Sua atuação está direcionada ao planejamento, monitoramento e implementação de ações voltadas à redução de impactos ambientais, melhoria dos processos de segregação de resíduos e promoção de iniciativas educativas junto aos colaboradores. A Comissão trabalha de forma integrada com setores assistenciais, administrativos e de apoio, buscando alinhar sustentabilidade, eficiência operacional e responsabilidade institucional.

Para o exercício de 2026, a Comissão estruturou Plano de Ação com foco na ampliação de parcerias estratégicas para destinação adequada de resíduos orgânicos e no fortalecimento de ações educativas que promovam maior engajamento dos setores na correta segregação e manejo dos resíduos.

Dimensionamento da Comissão

A Comissão de Sustentabilidade do HRMJ é composta por membros representantes de áreas estratégicas, garantindo atuação multidisciplinar e integração entre os setores assistenciais, administrativos e de apoio.

Integram a Comissão representantes dos seguintes serviços e núcleos:

- Serviço de Processamento de Roupa;
- Serviço de Higiene e Limpeza -SHL;

- Núcleo de Educação Permanente -NEP;
- Comunicação;
- Manutenção;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho- SESMT;
- Serviço de Nutrição e Dietética- SND;
- Farmácia.

A estrutura organizacional da Comissão é composta por Presidente, Vice-Presidente e Secretário, representados, respectivamente, pelos cargos de Supervisão de Facilities e Contratos, Coordenação Administrativa e Comunicação.

Esse dimensionamento assegura representatividade técnica, suporte operacional e alinhamento estratégico das ações voltadas à sustentabilidade institucional, fortalecendo a governança ambiental do hospital.

Indicadores e Performance

A Comissão de Sustentabilidade realiza o monitoramento sistemático dos indicadores institucionais relacionados ao uso responsável de recursos e à gestão ambiental, com o objetivo de acompanhar o desempenho das práticas sustentáveis no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus.

Entre os indicadores monitorados destacam-se a geração de resíduos hospitalares, o consumo de papel e o consumo de energia elétrica, permitindo avaliar o impacto das atividades institucionais no meio ambiente e identificar oportunidades de melhoria nos processos internos.

O acompanhamento contínuo desses indicadores possibilita subsidiar ações de conscientização, promover o uso racional dos recursos e fortalecer as práticas de sustentabilidade no ambiente hospitalar, contribuindo para a responsabilidade ambiental e para a melhoria da gestão institucional.

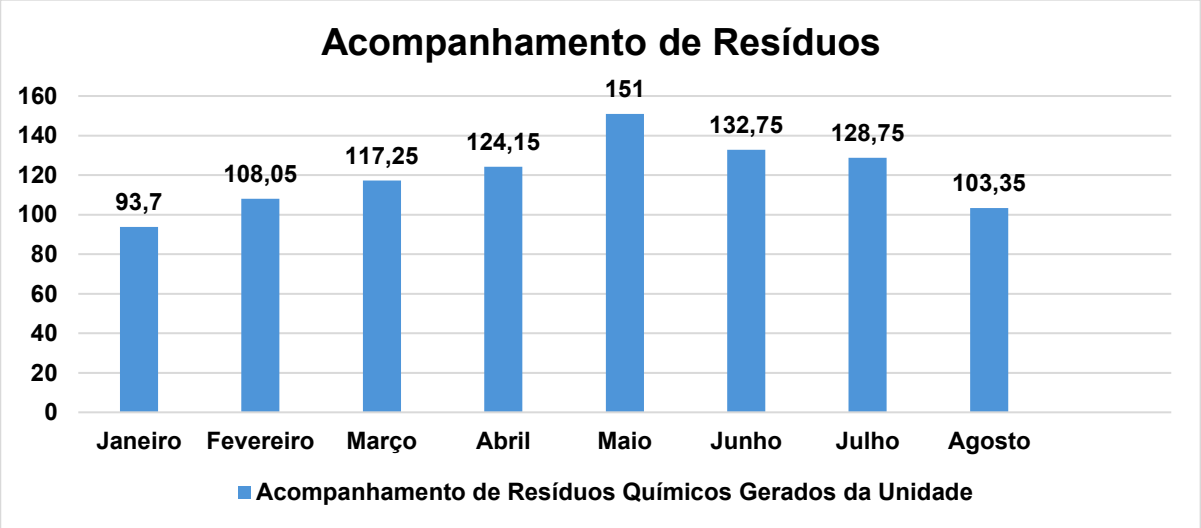
Reuniões Realizadas

A reunião referente ao período não foi realizada dentro da competência por ajustes de agenda dos participantes, permanecendo mantido o acompanhamento das rotinas do setor. A realização do encontro foi remanejada para o mês subsequente.

Acompanhamento Resíduos Químicos

Durante o mês de agosto de 2026, o gerenciamento de Resíduos Químicos (Grupo B) manteve-se em estrita conformidade com a RDC ANVISA nº 222/2018 e com as diretrizes do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade. A partir de junho, verificou-se uma trajetória favorável de redução gradual na geração desse resíduo de 132,75 kg em junho, 128,75 kg em julho e 103,35 kg em agosto, aproximando os valores mensais aos níveis registrados no início do período. Essa queda demonstra maior eficiência no manejo e controle do descarte de substâncias químicas na unidade. Destaca-se a atuação consultiva e operacional do setor de Higiene e Limpeza (SHL), que garantiu a execução da coleta interna e da pesagem sem intercorrências, assegurando a conformidade regulatória e a mitigação de riscos ambientais.

Gráfico – Acompanhamento de Resíduos Químicos Gerados da Unidade



Fonte: Comissão de Sustentabilidade, 2026

Consumo de Papel (A4)

Na competência analisada, a unidade registrou um volume total de 78.315 impressões. Identificou-se que os setores assistenciais lideram o ranking de

consumo, o que reflete diretamente o perfil operacional do hospital e a alta demanda por emissão de guias, prontuários e laudos físicos. Em consonância com as práticas de ESG e com a meta institucional de sustentabilidade, estamos atuando em conjunto com o setor de Tecnologia da Informação no mapeamento de estratégias de digitalização. O objetivo é promover um consumo de papel mais consciente, visando o equilíbrio entre a eficiência operacional, a preservação ambiental e a economicidade dos contratos.

Tabela – Consumo de papel por Unidade

SETOR	AGOSTO	
	TOTAL IMPRESSO	TOTAL DISPENSADO (RESMAS/PACOTES)
Recepção Ambulatório	10.580	
Unidade de Terapia Intensiva	11.308	
Centro Cirúrgico	10.837	

Fonte: Comissão de Sustentabilidade, 2026

Consumo de Energia Elétrica

Até o fechamento deste relatório a conferência do consumo energético da unidade ainda não consta encerrado pela concessionária local, visto que a partir de agosto o modelo de emissão sofreu alteração na programação. Porém, podemos analisar a compra de energia no Mercado Livre de Energia fechou no volume total de 108,492 MWh. Tal montante reflete a demanda demandada pelas rotinas da infraestrutura hospitalar no período de referência.

Tabela – Consumo de Energia mensal

MÊS	CONSUMO KWH	VALOR
Janeiro	95.611,60	R$ 52.308,46
Fevereiro	84.541,10	R$ 46.477,29
Março	95.754,40	R$ 50.678,25
Abril	91.641,20	R$ 47.414,01
Maio	97.752,90	R$ 49.946,17

Junho	98.614,60	R$ 55.664,00
Julho	103.942,10	R$ 56.927,83

Fonte: Comissão de Sustentabilidade, 2026

Ações realizadas

Planejamento de Melhorias

O planejamento para 2026 visa consolidar as iniciativas iniciadas em 2025, como a gestão de resíduos e parcerias externas, elevando o patamar de ecoeficiência da unidade, além de integrar a sustentabilidade como cultura na unidade, com foco também na governança e nas certificações nacionais voltadas para esse tema.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Iniciar operação com a Escola Estadual de Educação Tecnológica do Pará para destinação de resíduos orgânicos	Comissão de Sustentabilidade / SND / Engenharia	Junho/2026	Formalização da parceria e início efetivo da destinação dos resíduos orgânicos	Contribuição para redução de resíduos enviados ao aterro	Realizado
Realizar Gincana da Sustentabilidade entre setores para engajamento na segregação de resíduos	NEP / Comunicação	Outubro/2026	Participação ≥ 80% dos setores e melhoria nos índices de segregação correta	Estratégia educativa e motivacional	Não iniciado

Considerações Finais

Na competência de julho de 2026, a comissão reforçou o compromisso do HRMJ com a sustentabilidade ativa e participativa. Mais do que o monitoramento rigoroso dos indicadores físicos e financeiros de energia, resíduos e papel, este mês foi marcado por uma intensa mobilização voltada a integrar e sensibilizar nossos colaboradores acerca da responsabilidade socioambiental.

.

COMISSÃO TÉCNICA DRG – DRG

- **Data da Constituição:** 13 de outubro de 2025.
- **Regimento Interno:** RI.HRMJ.DRG.001, Versão 001.
- **Termo de Nomeação:** Primeiro Ato de Convocação de 13 de outubro de 2025.
- **Ata da última reunião:** Ver em anexos
- **Lista de presença da última reunião:** Ver em anexos

A Comissão de DRG do HRMJ é responsável pelo monitoramento e análise dos indicadores de eficiência assistencial por meio da metodologia dos Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG). Sua atuação tem como finalidade avaliar o desempenho hospitalar com base na complexidade clínica dos pacientes, tempo de permanência, taxa de readmissão, mortalidade ajustada por risco e condições adquiridas durante a internação.

A comissão analisa mensalmente os dados codificados, identifica inconsistências nos registros assistenciais e propõe ações corretivas e educativas junto às equipes multiprofissionais. O trabalho desenvolvido contribui para o aprimoramento da qualidade do prontuário, maior precisão na codificação diagnóstica e melhor utilização dos recursos hospitalares.

Por meio dessa estrutura de governança clínica, o HRMJ fortalece a gestão baseada em dados, promovendo eficiência operacional, segurança do paciente e alinhamento entre assistência, faturamento e desempenho institucional.

Dimensionamento da Comissão

A Comissão de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus é composta por equipe multiprofissional, com representantes de áreas assistenciais e administrativas, com o objetivo de apoiar a análise dos indicadores, qualificação dos registros assistenciais e melhoria dos processos institucionais.

Membros da Comissão DRG:

- Médico – Presidente da Comissão
- Enfermeira Analista DRG – Vice-presidente da Comissão

- Enfermeira Analista e Codificadora DRG – Secretária da Comissão
- Diretora Médica do Instituto Social Mais Saúde
- Supervisora do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
- Coordenadora de Farmácia
- Enfermeira Auditora de Prontuários
- Supervisora do Núcleo Interno de Regulação (NIR)
- Enfermeira Supervisora do Núcleo de Educação Permanente (NEP)
- Auxiliar Administrativo do setor de Faturamento
- Analista de Estatística e SAME
- Coordenadora da UTI e equipe multiprofissional
- Gerente Assistencial
- Diretor Técnico

Essa composição garante integração entre os setores estratégicos do hospital, favorecendo a análise qualificada dos dados assistenciais e o acompanhamento dos indicadores institucionais.

Cronograma de Reuniões da Comissão DRG – primeiro semestre de 2026

Mês de Referência	Data	Horário	Local	Status
Janeiro	*	*	*	Não houve.
Fevereiro	06/02/2026	16:00h	Auditório HRMJ	Realizada.
Março	03/03/2026	16:00h	Auditório HRMJ	Realizada.
Abril	02/04/2026	16:00h	Auditório HRMJ	Realizada.
Maio	04/05/2026	14:00h	Auditório HRMJ	Realizada
Junho	03/06/2026	16:00h	Auditório HRMJ	Realizada.
Julho	03/07/2026	15h00	Auditório HRMJ	Realizada.
Agosto	04/08/2026	14h00	Auditório HRMJ	Realizada.
Setembro	04/09/2026	15h00	Auditório HRMJ	PENDENTE- No aguardo da nova Data
Outubro	02/10/2026	14h00	Auditório HRMJ	PENDENTE

Novembro	03/11/2026	16h00	Auditório HRMJ	PENDENTE
Dezembro	03/12/2026	16h00	Auditório HRMJ	PENDENTE

Fonte: arquivo e organização do setor DRG.

Indicadores e Performance

A Comissão de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) realiza o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à codificação dos diagnósticos e à análise dos dados assistenciais, com o objetivo de avaliar o desempenho dos processos hospitalares e identificar oportunidades de melhoria na qualidade dos registros clínicos.

Os indicadores acompanhados permitem analisar aspectos como tempo de internação, eficiência operacional, qualidade da codificação dos diagnósticos e ocorrência de inconsistências nos registros assistenciais, contribuindo para a identificação de possíveis falhas de processo e para o aprimoramento da gestão hospitalar.

O acompanhamento periódico desses indicadores possibilita subsidiar a tomada de decisões, fortalecer a padronização dos registros no sistema e apoiar a implementação de ações de melhoria, contribuindo para maior confiabilidade das informações assistenciais e para o aperfeiçoamento contínuo dos processos institucionais.

Reuniões Realizadas

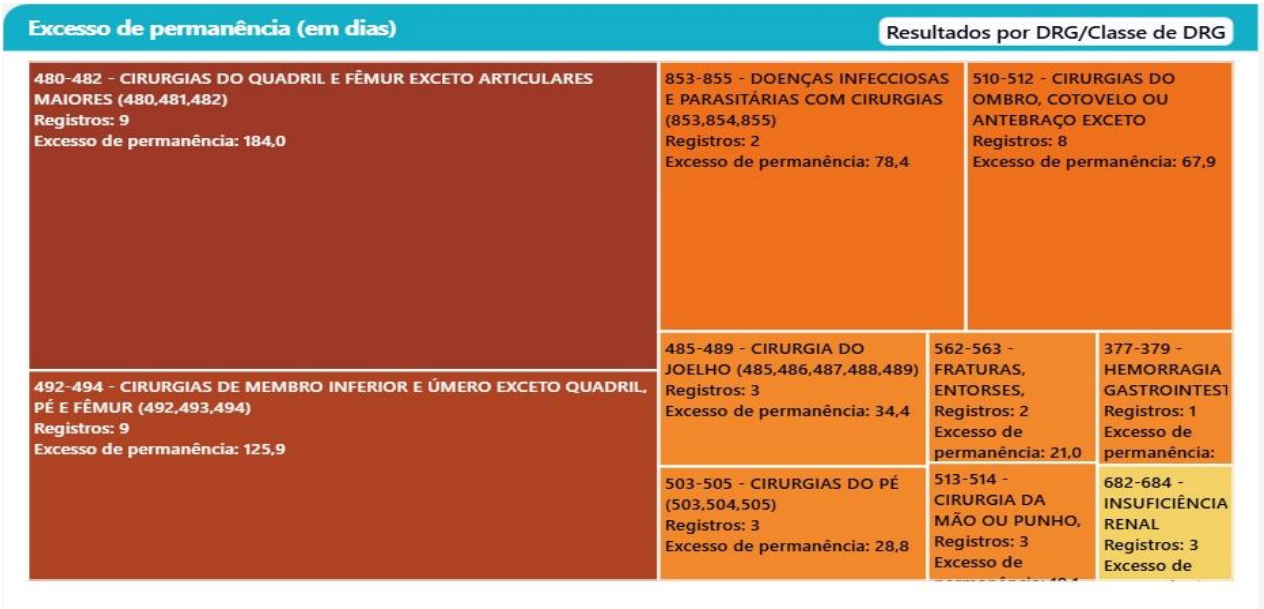
Devido a seleção de novo enfermeiro/enfermeira para o cargo de analista a partir de setembro, a reunião de comissão foi postergada. Os dados do mês de agosto/2026 serão repassados no relatório mensal do programa para o Diretor Técnico.

Eficiência Operacional

No mês de agosto de dois mil e vinte e seis, de acordo com a aba Analytics do sistema DRG, que é um ramo do business intelligence, que é um campo abrangente e multidimensional, que utiliza técnicas matemáticas, estatísticas, machine learning e modelagem preditiva, dentre outros, para encontrar padrões e interpretar dados, registrou-se um percentual de 194,1% de eficiência operacional, com um total de 1.105,3 diárias realizadas dentro de um total de 124 altas codificadas no mês, o que expressa o aumento na rotatividade de leitos no HRMJ, e a manutenção na eficiência. Abaixo está a imagem da aba Analytics, demonstrando as classes de DRG que mais representaram aumento na

permanência hospitalar em março, sendo que a maior taxa de permanência ficou a cargo das cirurgias de quadril e fêmur exceto articulares maiores com 9 casos divididos entre 184,0 diárias. Em segundo lugar temos as cirurgias de membro inferior e úmero exceto quadril, pé e fêmur, também com 9 registros que totalizaram 125,9 diárias. E em terceiro lugar temos as doenças infecciosas e parasitárias com cirurgias, com 2 casos que atingiram 78,4 diárias.

Figura – Análise da Aba Analytics do Índice Eficiência Operacional



Fonte: Plataforma DRG

Altas Codificadas

Das 124 altas codificadas pela plataforma no mês de agosto/2026, 55 pacientes (44,35%) obtiveram permanência = ou > 4 dias, representando um aumento se comparada ao mês de julho, mesmo que a rotatividade de leitos de julho tenha sido menor que a do mês anterior, que demonstra a melhoria dos processos hospitalares no HRMJ. Dentro do total de altas codificadas/mês, 7 pacientes tiveram falha de estrutura e processo (5,64%), 3 destes com permanência = ou > 4 dias (42,85%). Dentro do total de altas codificadas/mês, um total de 106 pacientes tem registro de uso de antibioticoterapia (85,48%). Dentro deste total de 106 pacientes: 86 utilizaram ATB profilático (81,13%) e 20 utilizaram ATB terapêutico (18,87%). E dentro do total de pacientes com permanência = ou > 4 dias (55 pacientes), 53 utilizaram antibioticoterapia (96,36%). Dentro deste total de

pacientes: 35 utilizaram ATB terapêutico (66,03%) e 18 utilizaram ATB profilático (33,97%).

Em relação às falhas na estrutura e processo, 7 pacientes foram codificados e expressados na tabela a seguir, reforçando que o mesmo paciente pode ter mais de uma falha de processo:

Tabela – Falhas de Estrutura e Processo de Julho/2026

Falha	Quantidade De Casos
Falha do carrinho anestésico – cirurgia cancelada	3
Cirurgia cancelada por falta de material essencial no cc	1
Negativa do órgão responsável e atraso na transferência de paciente	1 (ÓBITO)
Cirurgia cancelada devido manutenção no CC	1
Cirurgia cancelada devido ausência de 2° cirurgião	1

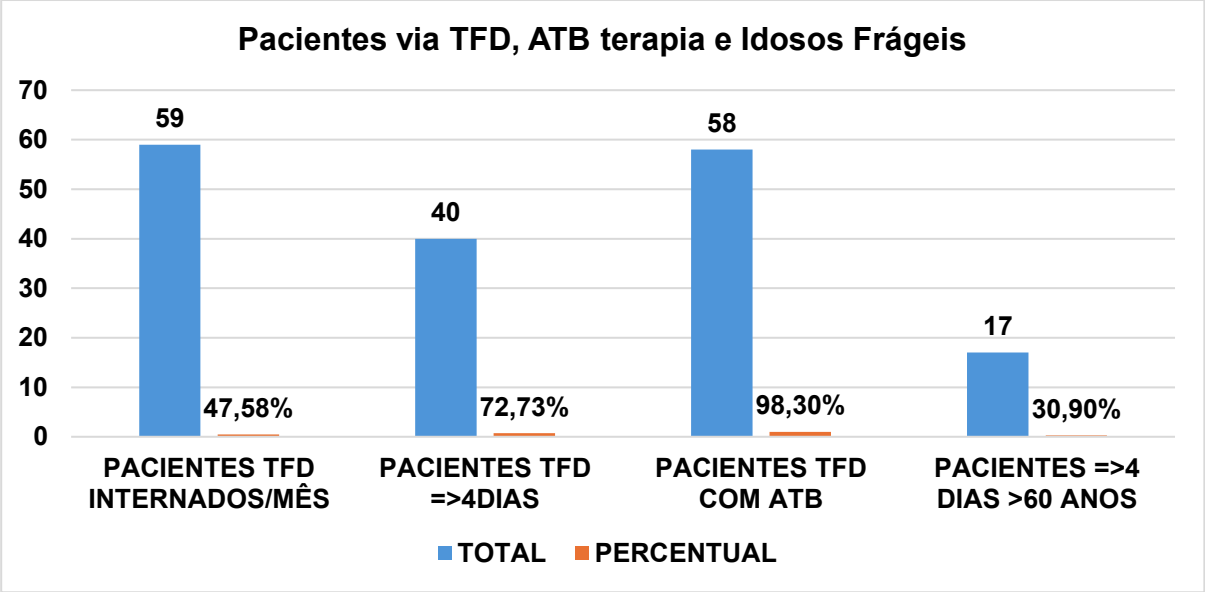
Fonte: tabelas de análise do setor DRG.

Pacientes via TFD

Em se tratando de pacientes encaminhados via Tratamento Fora de Domicílio, que não sejam de Oriximiná, tivemos um total de 59 pacientes, representando 47,58% sobre o total de pacientes codificados/mês (124 pacientes). Do total de pacientes codificados/mês que tiveram uma permanência = ou > 4 dias (55 pacientes), 40 destes eram pacientes via TFD (72,73%).

Dos pacientes encaminhados via TFD (59 pacientes), um total de 58 realizaram uso de antibioticoterapia (98,30%), ou seja, novamente tivemos uma parcela expressiva de pacientes encaminhados que vieram com algum tipo de infecção do município de origem que exigiu tratamento, justificando o aumento dos dias de sua permanência nesta unidade. Outra informação relevante é que cerca de 17 pacientes com permanência = ou >4 dias estavam acima de 60 anos (30,90%) representando um aumento no perfil destes pacientes, se comparados ao mês anterior.

Gráfico – Pacientes via TFD, ATB terapia e Idosos Frágeis

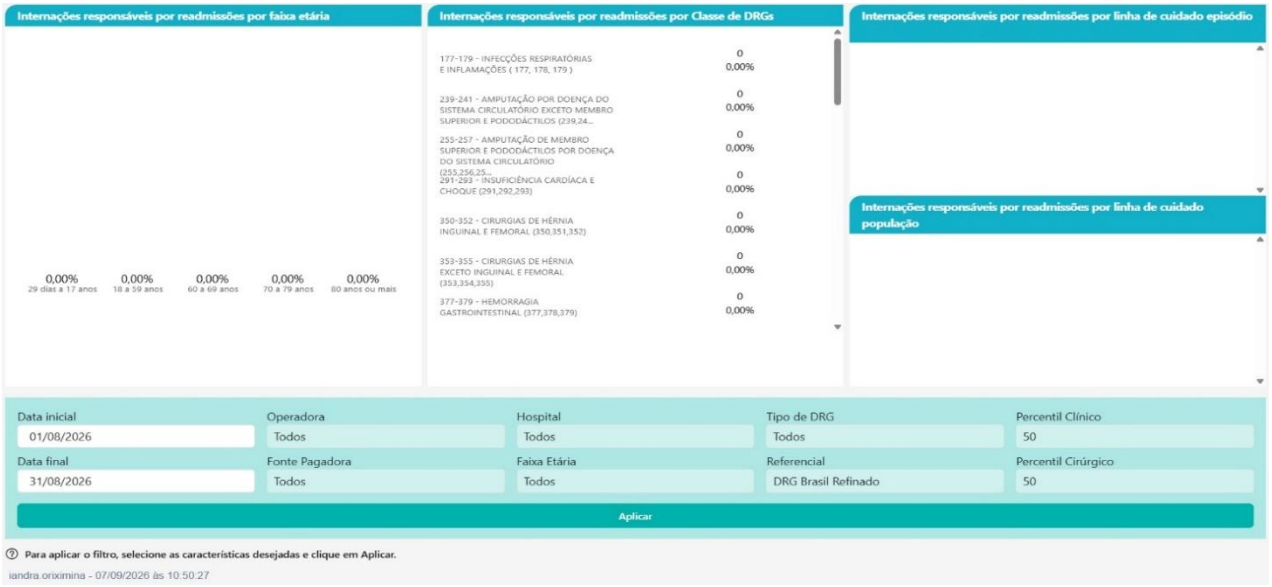


Fonte: tabelas de análise do setor DRG.

Readmissões Não Planejadas Em Até Menos De 30 Dias

Através da análise realizada na aba Analytics, observou-se que os dados de agosto de dois mil e vinte e seis indicou um total de 0 readmissões não-planejadas em menos de 30 dias, indicando a manutenção da melhoria dos processos hospitalares adotados. Anexo abaixo a imagem da aba do sistema Analytics referente ao índice analisado:

Figura – Análise da Aba Analytics do Índice Readmissões Não-planejadas



Fonte: Plataforma DRG.

Taxa De Mortalidade Em Pacientes De Muito Baixo Risco

Com base na análise dos indicadores extraídos do módulo Analytics, registraram-se 10 óbitos no período correspondente a agosto 2026. Observou-se que 7 das ocorrências possuem classificação clínica, e 3 possuem classificação cirúrgica pela plataforma DRG, devido a procedimentos como traqueostomia e gastrostomia realizados nesses pacientes, e não a óbitos ocorridos durante os procedimentos. Adicionalmente, todos os pacientes foram codificados com níveis de severidade superiores a 3, refletindo a complexidade e a gravidade da progressão dos respectivos quadros patológicos.

Tabela – Mortalidade de Pacientes Plataforma DRG

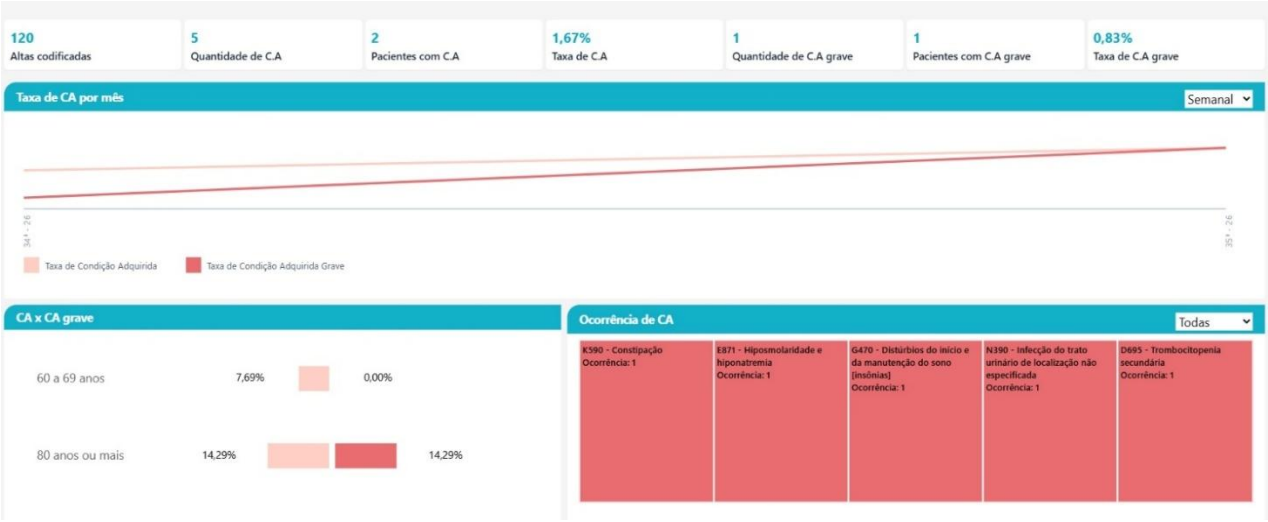
Atendimento	Classe de DRG	Nível de Severidade	Tipo de DRG	Faixa etária	Paciente de muito baixo risco
43211	853-855 - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS (853,854,855)	4	Cirúrgico	60 a 69 anos	Não
46520	094-096 - INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO (94,95,96)	4	Clínico	18 a 59 anos	Não
51980	207-208 - DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA (207, 208)	3	Clínico	60 a 69 anos	Não
51848	003-003 - ECMO OU TRAQUEOSTOMIA COM VM 96+ HS E OUTRO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (3)	4	Cirúrgico	18 a 59 anos	Não
51962	853-855 - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS (853,854,855)	3	Cirúrgico	80 anos ou mais	Não
53284	291-293 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE (291,292,293)	4	Clínico	18 a 59 anos	Não
53223	291-293 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE (291,292,293)	4	Clínico	80 anos ou mais	Não
53381	682-684 - INSUFICIÊNCIA RENAL (682,683,684)	3	Clínico	60 a 69 anos	Não
55120	682-684 - INSUFICIÊNCIA RENAL (682,683,684)	3	Clínico	18 a 59 anos	Não
55403	291-293 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE (291,292,293)	4	Clínico	70 a 79 anos	Não

Fonte: Plataforma DRG.

Taxa De Condições Adquiridas Graves

Os dados referentes a agosto de 2026 apontam um total de 5 condições adquiridas, distribuídas entre 2 pacientes, sendo que somente uma destas condições foi considerada grave, tratando-se de uma ITU em uma paciente de longa permanência, o que já era esperado pelo quadro da mesma. Este desempenho demonstra a melhoria contínua dos fluxos internos e valida as intervenções estratégicas adotadas a partir da instalação da metodologia DRG, que permitiu um monitoramento mais rigoroso da severidade e dos desfechos clínicos.

Tabela – Condições Adquiridas Graves por Paciente



Fonte: Plataforma DRG

Planejamento E Melhorias

O planejamento das melhorias definido pela Comissão DRG contempla ações voltadas ao fortalecimento da governança clínica, qualificação dos registros assistenciais e aprimoramento dos processos institucionais. Entre as prioridades estabelecidas no mês de junho estão:

- Otimização das linhas de cuidado cirúrgico;
- Mitigação de falhas de estrutura e processo;
- Gestão eficiente do uso de antibióticos;
- Fortalecimento da governança clínica via DRG;
- Alinhamento com a regulação e municípios de origem (Barreira de Entrada);

- Protocolo de Transição de Cuidados e Desospitalização Segura (fortalecimento de um Plano de Alta e Telemonitoramento Pós-Alta).

As medidas propostas pela Comissão visam reduzir fragilidades identificadas nos indicadores, promover maior alinhamento entre as equipes assistenciais e fortalecer a cultura de qualidade e segurança do paciente no HRMJ.

Considerações Finais

A análise dos dados do Programa DRG referente ao mês de agosto de 2026, considerando as 124 altas codificadas, demonstra um cenário assistencial globalmente favorável, apesar do aumento observado no número de pacientes com permanência igual ou superior a quatro dias. O perfil dos pacientes atendidos, especialmente aqueles encaminhados via Tratamento Fora de Domicílio (TFD), associado à elevada utilização de antibioticoterapia e à presença de pacientes idosos, contribuiu de forma significativa para a maior complexidade e necessidade de permanência prolongada na instituição.

Em relação às falhas de estrutura e processo, foram identificados 7 casos, sendo que parte deles esteve relacionada a cancelamentos cirúrgicos por falhas no carrinho anestésico, indisponibilidade de material essencial, manutenção do centro cirúrgico e ausência de segundo cirurgião. Esses achados reforçam a necessidade de manutenção do monitoramento sistemático desses eventos e de atuação integrada entre as áreas envolvidas, com foco na prevenção de recorrências e na melhoria contínua dos processos assistenciais e operacionais.

No que se refere à segurança e aos desfechos assistenciais, destaca-se positivamente a ocorrência de apenas uma condição adquirida grave durante o período analisado, bem como a ausência de readmissões não planejadas, indicadores que sugerem adequada qualidade da assistência e continuidade do cuidado após a alta. Foram registrados 10 óbitos, todos de caráter clínico, envolvendo pacientes com condições irreversíveis, não sendo identificada, na análise apresentada, relação desses desfechos com eventos adversos evitáveis ou falhas assistenciais.

Dessa forma, os resultados de agosto de 2026 demonstram que, embora permaneçam oportunidades de melhoria relacionadas à redução da permanência hospitalar e, principalmente, à prevenção de falhas de estrutura e processo que podem interferir na programação cirúrgica e no fluxo assistencial, os indicadores de segurança e

desfecho permanecem favoráveis. A atuação do Programa DRG deve continuar direcionada à análise individualizada dos casos de maior permanência, ao acompanhamento dos pacientes provenientes de TFD e daqueles com maior complexidade clínica, bem como ao monitoramento das causas de cancelamento cirúrgico e demais falhas identificadas.

Em síntese, o cenário observado reforça a importância da utilização dos dados do DRG como ferramenta de gestão, permitindo identificar oportunidades de melhoria, apoiar a tomada de decisão e promover maior eficiência dos processos hospitalares, sem perder de vista a qualidade, a segurança e a resolutividade da assistência prestada.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL

O Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial constitui indicador previsto no Contrato de Gestão, com a finalidade de monitorar a regularidade, integridade e tempestividade da alimentação dos sistemas oficiais do DATASUS.

O indicador contempla o registro, processamento e validação das informações referentes à produção hospitalar e ambulatorial da competência analisada, incluindo dados dos sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e demais registros assistenciais obrigatórios.

A adequada alimentação desses sistemas permite o monitoramento da produção assistencial, a avaliação do desempenho institucional e a verificação do cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão, possuindo impacto direto na validação dos resultados apresentados pela unidade.

Análise dos Indicadores

A avaliação dos parâmetros demonstra que a maior parte dos itens relacionados ao processamento da produção assistencial encontra-se em conformidade, especialmente no que se refere aos procedimentos aprovados na competência, AIHs rejeitadas e BPA individualizado/APAC processados no SIA/SUS.

O indicador referente às diárias de UTI/UCI aprovadas foi classificado como não conforme, devido à ausência de habilitação específica da unidade. Já o item relacionado às sessões de hemodiálise não se aplica à realidade assistencial do hospital.

De forma geral, os resultados indicam adequação no registro e processamento das informações assistenciais nos sistemas oficiais.

Tabela – Parâmetros De Avaliação Do Indicador

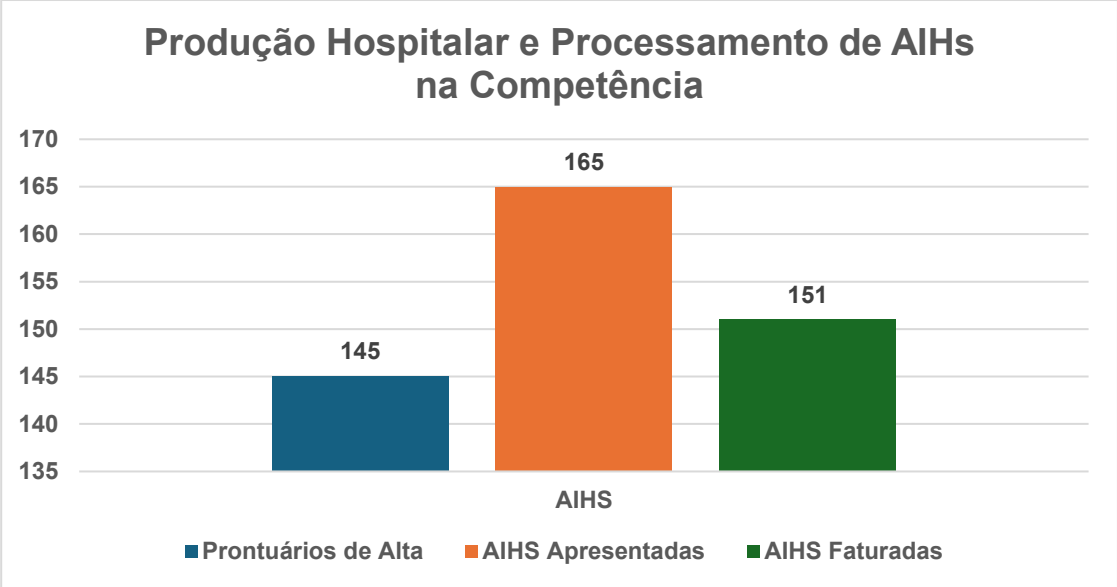
Consultas	Conformidade	Justificativa
Nº de Procedimentos aprovados na competência.	Sim	Em conformidade
Nº de AIHs rejeitadas na competência.	Sim	Em conformidade
Nº de diárias de UTI/UCI aprovadas (competência real – SHID)	NÃO SE APLICA	Por falta de habilitação não está em conformidade.
Nº de Sessões de Hemodiálise – SIA/SUS APROVADAS	NÃO SE APLICA	Não se aplica, não são realizadas sessões de hemodiálise ambulatoriais no HRMJ.

Fonte: SISSAIH01/BPA/DATASUS

Número de Procedimentos Aprovados (AIH) na Competência

No mês de julho, foram apresentadas 165 Autorizações de Internação Hospitalar Ais para análise, das quais 151 foram aprovadas, resultando em uma taxa de aprovação de 91,52%. O resultado demonstra aumento de Ais conformes no processo de envio e análise, ainda assim indicando a necessidade de revisão dos fluxos e processos, para que tais inconformidades possam ser corrigidas.

Gráfico – Prontuários x AIHS Apresentadas x Prontuários Faturados



Número de AIHS Rejeitadas na Competência

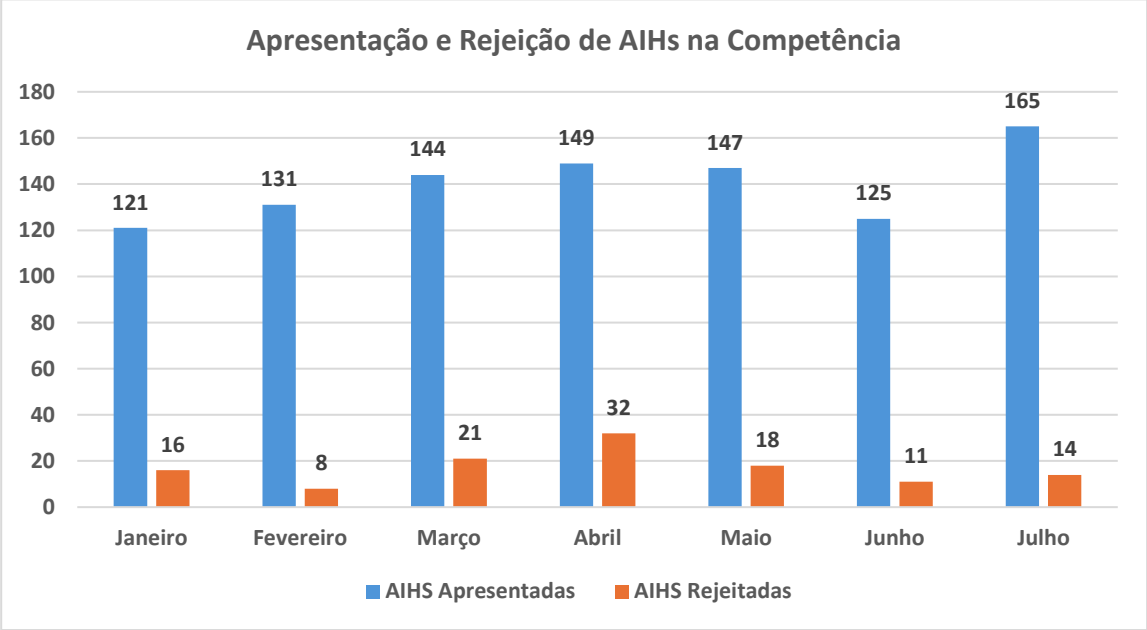
No mês de julho de 2026, foram rejeitadas 14 AIHs, correspondendo a 8,48% do total apresentado, o que representa uma redução de 0,32 ponto percentual em relação ao mês anterior, que apresentou taxa de 8,80% de AIHs rejeitadas. Entre as principais causas identificadas, destacaram-se as AIHs bloqueadas por períodos de internação sobrepostos no movimento, seguidas pelas rejeições relacionadas à quantidade de diárias superior à capacidade instalada. Também foram identificadas inconsistências relacionadas ao vínculo de profissionais ao CNES com o CBO informado, além de ocorrência envolvendo procedimento realizado que exige habilitação e AIH bloqueada por solicitação de liberação.

Como pontos de melhoria contínua, destacam-se:

- Monitoramento diário do tempo de internação, com acompanhamento conjunto entre assistência, regulação e faturamento;
- Solicitação oportuna de prorrogação de diárias, conforme critérios estabelecidos pelo SUS, evitando extrapolações não justificadas no momento do faturamento;
- Fortalecimento da comunicação entre as equipes assistenciais e o setor de faturamento, garantindo alinhamento quanto aos limites de diárias autorizadas;
- Capacitação contínua das equipes assistenciais quanto aos impactos da extrapolação de diárias no faturamento hospitalar;

- Atuação integrada com a regulação, visando maior agilidade nos processos de alta, transferência ou continuidade do cuidado;
- Verificação prévia de períodos de internação sobrepostos, visando identificar e corrigir inconsistências antes do processamento das AIHs;
- Verificação e atualização regular do cadastro dos profissionais no CNES, incluindo vínculo e CBO;
- Verificação da habilitação necessária para os procedimentos realizados antes do processamento da AIH;
- Acompanhamento das AIHs bloqueadas por solicitação de liberação, garantindo a adoção tempestiva das providências necessárias ao desbloqueio.

Gráfico – Número de AIHS Rejeitadas na Competência



Número de BPA – Individualizado/APAC

Conforme a Ficha de Programação Orçamentária (FPO), a meta mensal do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus (HRMJ) é de 13.682 procedimentos registrados ou orçados por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

No mês de Julho de 2026, foram apresentados e aprovados 13.062 procedimentos, correspondentes ao montante de R$ 104.792,12. No período, a produção ambulatorial apresentou resultado satisfatório, com 13.062 procedimentos apresentados e aprovados,

demonstrando desempenho positivo no processamento da produção registrada na competência. Considerando a meta mensal estabelecida na Ficha de Programação Orçamentária - FPO, de 13.682 procedimentos, o resultado alcançado corresponde a 95,47% da meta prevista, com diferença de 620 procedimentos para o alcance integral da programação mensal.

O resultado de julho demonstra evolução no desempenho da produção ambulatorial, especialmente quanto ao volume de procedimentos efetivamente apresentados e aprovados, indicando maior efetividade no processamento das informações e no aproveitamento da produção realizada. O montante aprovado na competência foi de R$ 104.792,12, reforçando o resultado positivo observado no período.

Como medida de melhoria contínua, a instituição manterá o monitoramento sistemático da produção ambulatorial, com acompanhamento dos procedimentos realizados, apresentados e aprovados, buscando identificar antecipadamente eventuais inconsistências que possam impactar o processamento da produção. As ações permanecerão direcionadas ao alcance integral da meta estabelecida na FPO, à redução de perdas de produção e à melhoria contínua dos resultados quantitativos e financeiros do faturamento ambulatorial.

Considerações Finais

O acompanhamento do indicador relacionado ao Sistema de Informação Ambulatorial demonstra a importância do monitoramento contínuo dos registros e do processamento da produção ambulatorial realizada na instituição. A análise dos parâmetros avaliados permite verificar a consistência das informações enviadas aos sistemas oficiais e apoiar a gestão no acompanhamento da produção assistencial.

De modo geral, os resultados evidenciam adequação no registro e processamento dos procedimentos ambulatoriais, contribuindo para a confiabilidade das informações utilizadas para fins de monitoramento, avaliação e planejamento institucional.

O acompanhamento periódico desse indicador permanece essencial para garantir a qualidade dos dados assistenciais, fortalecer os processos de faturamento e apoiar a tomada de decisão baseada em informações fidedignas.

QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

O indicador Qualidade da Informação tem como finalidade avaliar a confiabilidade, organização, clareza e tempestividade das informações encaminhadas pelo hospital, assegurando que os dados quantitativos e qualitativos reflitam fielmente a produção assistencial e administrativa da instituição.

Para a avaliação desse indicador, são considerados parâmetros relacionados ao repasse das informações quantitativas, à análise dos relatórios emitidos pelo hospital e à qualidade das atividades desenvolvidas, abrangendo tanto indicadores valorados quanto não valorados no Contrato de Gestão. Esses critérios garantem padronização, transparência e alinhamento das informações com as exigências contratuais e normativas.

Os relatórios avaliados devem apresentar organização adequada, padronização de layout, clareza na apresentação dos dados e validação formal por meio da assinatura dos gestores responsáveis, além do cumprimento rigoroso dos prazos de envio estabelecidos em contrato. O atendimento a esses requisitos assegura consistência dos registros, rastreabilidade das informações e suporte adequado aos processos de avaliação e auditoria.

Dessa forma, o acompanhamento sistemático do indicador Qualidade da Informação contribui para o fortalecimento da gestão, a melhoria contínua dos processos de registro e análise de dados e a garantia de transparência, confiabilidade e conformidade das informações produzidas pelo hospital no âmbito do Contrato de Gestão.

Indicadores e Performance

No que tange ao indicador de Qualidade da Informação, o Hospital Regional Menino Jesus demonstra pleno atendimento aos parâmetros de tempestividade estabelecidos no Contrato de Gestão.

Abaixo, detalha-se o cumprimento do prazo contratual referente ao protocolo do relatório de atividade de maio de 2026:

-Julho 2026 PAE nº 2026/3233174 – protocolado em 14/08/2026.

Dito isso, as evidências confirmam que o envio do relatório ocorreu dentro do prazo pactuado, assegurando a conformidade técnica da unidade.

Considerações Finais

No período analisado, o indicador Qualidade da Informação apresentou desempenho plenamente satisfatório, com atendimento integral aos parâmetros de avaliação estabelecidos no Contrato de Gestão. O Hospital Regional Menino Jesus demonstrou conformidade quanto à tempestividade, organização e confiabilidade das informações encaminhadas, assegurando a qualidade técnica dos relatórios produzidos.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

O Núcleo de Educação Permanente – NEP é o setor responsável pelo planejamento, organização, execução e monitoramento das ações educativas desenvolvidas no Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus - HRMJ, tendo como finalidade a qualificação contínua dos processos de trabalho, o desenvolvimento dos profissionais e o fortalecimento do cuidado seguro e humanizado, por meio da promoção da educação permanente, em consonância com as necessidades institucionais e as práticas adotadas no cotidiano dos serviços.

No exercício de suas atribuições, promove treinamentos institucionais, capacitações obrigatórias e ações educativas vinculadas a campanhas e programas estratégicos, além de prestar apoio técnico-pedagógico aos setores, acompanhar e monitorar indicadores educacionais, realizar a avaliação de satisfação dos participantes e consolidar os dados referentes ao Programa Anual de Treinamentos - PAT. Atua de forma transversal junto aos setores assistenciais e administrativos, contribuindo para a padronização de processos, o fortalecimento da comunicação institucional e a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

O NEP funciona de segunda-feira a sexta-feira, no horário das 08h às 12h e das 13h às 18h, desenvolvendo suas atividades de forma integrada à rotina hospitalar. As ações educativas são planejadas e executadas conforme as demandas institucionais, fluxos internos e calendário estratégico, com articulação direta junto às lideranças e equipes, utilizando metodologias presenciais e/ou remotas, de acordo com a complexidade dos conteúdos e a realidade dos serviços, assegurando o cumprimento de suas finalidades e o alinhamento às diretrizes institucionais vigentes.

Dimensionamento da Equipe

O NEP está inserido na estrutura organizacional do HRMJ, subordinado diretamente à Direção Geral, compondo a linha tática de apoio à gestão e à qualificação dos processos assistenciais e administrativos.

O Núcleo de Educação Permanente conta, atualmente, com equipe unipessoal, composta por:

- 01 Enfermeira, responsável pela coordenação, planejamento, execução e monitoramento das ações de educação permanente no âmbito institucional.

A profissional atua de forma transversal junto aos setores assistenciais e administrativos, sendo responsável pela promoção de treinamentos institucionais, capacitações obrigatórias, oficinas e projetos educativos, bem como pelo apoio técnico-pedagógico às equipes, pelo monitoramento, tabulação e análise dos dados dos indicadores educacionais, pela avaliação da satisfação dos participantes e pela elaboração de relatórios mensais e trimestrais, além da consolidação do PAT, em articulação direta com a Direção Geral e as lideranças setoriais.

Estrutura Física

Dispõe de estrutura física administrativa, composta por sala compartilhada com o Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP), e o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), destinada ao planejamento, organização, coordenação e execução das atividades do setor. O espaço está localizado nas dependências da Unidade de Internação, proporcionando suporte às ações administrativas e educacionais desenvolvidas pelo núcleo.

O setor conta com 1 computador de uso exclusivo, utilizado para elaboração de materiais educativos, organização e arquivamento documental, tabulação e análise de indicadores, gerenciamento das atividades administrativas e elaboração de relatórios técnicos. As impressões são realizadas por meio de impressora institucional compartilhada com a equipe da Unidade de Internação, garantindo o apoio necessário às demandas operacionais e administrativas do serviço.

Para o desenvolvimento das ações de educação permanente, o NEP utiliza espaços institucionais compartilhados, conforme disponibilidade e programação prévia. Entre os principais ambientes utilizados está o auditório institucional, instalado em espaço anteriormente destinado à sala de convivência dos acompanhantes e posteriormente adaptado para atividades de ensino. Também são utilizados a recepção do Pronto Atendimento e outros setores assistenciais, quando as capacitações ocorrem no próprio ambiente de trabalho.

Essa organização permite a realização de treinamentos, oficinas, reuniões técnicas e demais atividades educativas de forma integrada à rotina institucional, favorecendo a participação das equipes, fortalecendo a educação em serviço e promovendo o alinhamento das ações às necessidades institucionais.

Indicadores e Performance

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) realiza o acompanhamento de indicadores relacionados às ações formativas destinadas aos colaboradores do serviço de saúde, com o objetivo de fortalecer o desenvolvimento profissional, qualificar os processos de trabalho e atender às necessidades institucionais de capacitação.

Entre os indicadores monitorados destacam-se o percentual de horas destinadas às ações formativas, o número de atividades educativas realizadas com participação dos colaboradores, bem como o registro da carga horária de capacitação por profissional. Também compõem o monitoramento a elaboração e execução do Plano de Ação de Educação Permanente, aprovado pela Diretoria e registrado em ata, além da atualização periódica dessas atividades.

O acompanhamento desses indicadores permite avaliar a efetividade das ações educativas promovidas pela instituição, bem como monitorar o desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos em serviço e programas de residência, contribuindo para o fortalecimento da qualificação profissional e da qualidade da assistência prestada.

Hora-Homem de Treinamento

No mês de agosto de 2026, o indicador de Hora-Homem de Treinamento apresentou média de 4 horas e 06 minutos por colaborador, representando um aumento

em relação ao mês de julho, cuja média foi de 3 horas e 35 minutos. O resultado permaneceu acima da meta institucional estabelecida, evidenciando o compromisso da instituição com a continuidade e o fortalecimento das ações de capacitação desenvolvidas no período, bem como com o investimento contínuo no desenvolvimento de seus colaboradores.

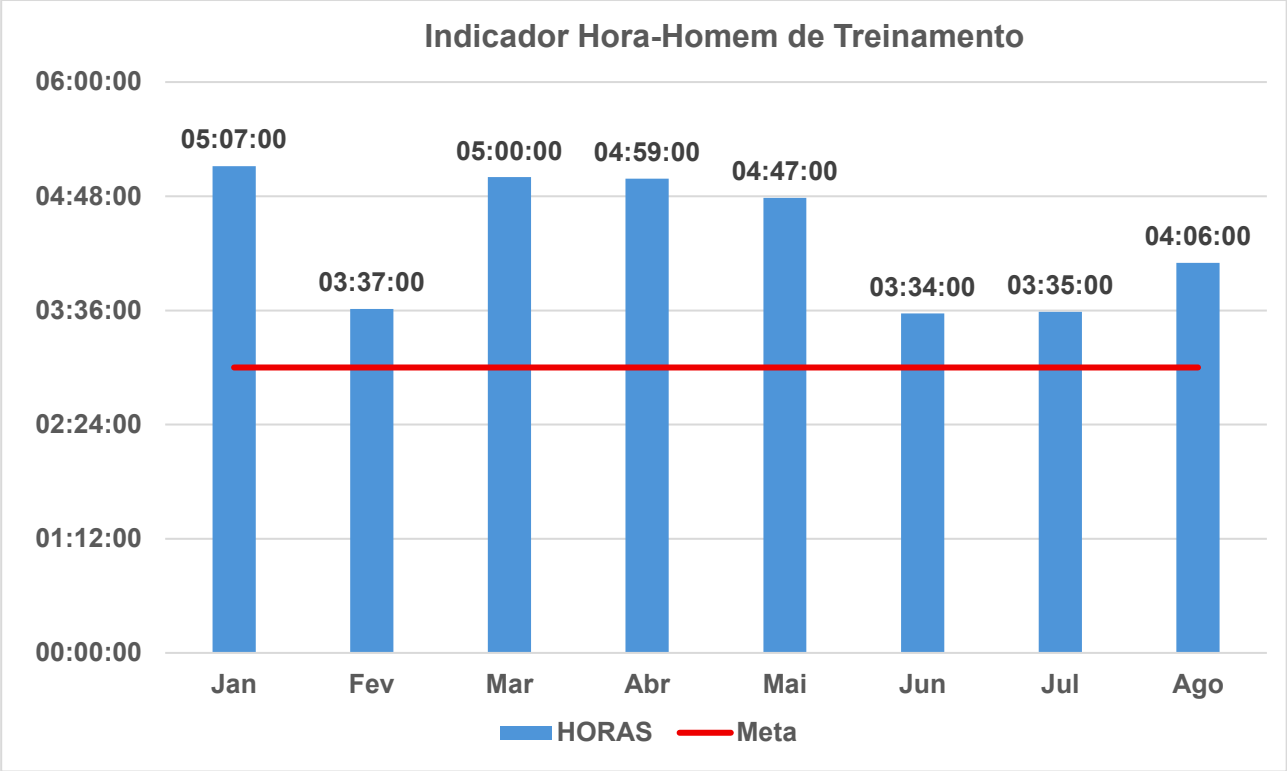
Embora os indicadores quantitativos tenham permanecido satisfatórios, observa-se que a ampliação da oferta de ações educativas não resulta, necessariamente, em maior adesão dos colaboradores às atividades de capacitação. Nesse contexto, foram identificadas oportunidades de melhoria relacionadas à participação nos treinamentos estratégicos, evidenciadas pela baixa adesão em algumas capacitações consideradas prioritárias durante o período analisado.

Diante da necessidade de ampliar o monitoramento e a avaliação dos resultados das ações de Educação Permanente, foi implantado, a partir de janeiro de 2026, o Indicador de Taxa de Adesão aos Treinamentos. Além de considerar a carga horária de treinamentos ofertada, o indicador passou a mensurar a participação efetiva dos colaboradores nas capacitações, permitindo uma análise mais abrangente do alcance das ações educativas e do engajamento das equipes.

Após sua implementação e aplicação institucional, verificou-se que, embora tenha fornecido informações relevantes sobre a participação dos colaboradores, o indicador não contemplou, de forma integral, todas as necessidades de monitoramento das ações de Educação Permanente.

Nesse contexto, a experiência com a utilização desse indicador reforça a importância da avaliação e revisão contínua dos indicadores institucionais, de modo a aperfeiçoar o monitoramento das ações educativas, fortalecer o engajamento dos colaboradores, consolidar a cultura de aprendizagem organizacional e contribuir para a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

Gráfico – Indicador Hora-Homem de Treinamento



Fonte: Planilhas do NEP

Percentual de Execução do PAT

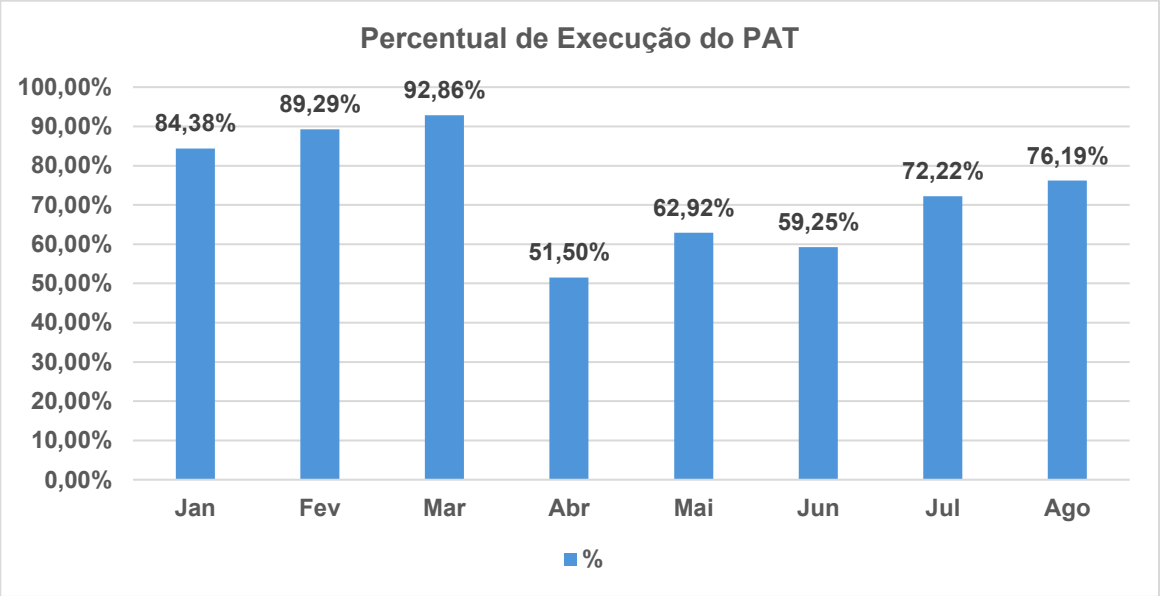
No mês de agosto de 2026, o percentual de execução do PAT apresentou índice de 76,19%, correspondendo à realização de 16 dos 21 treinamentos programados para o período. Cinco capacitações previstas não foram executadas, resultando em cumprimento parcial do planejamento mensal e evidenciando a necessidade de reprogramação dessas ações.

Apesar da execução parcial, a maior parte das atividades planejadas foi realizada, demonstrando a continuidade das ações de Educação Permanente e o compromisso institucional com a qualificação dos colaboradores. O acompanhamento sistemático do PAT possibilita identificar desvios em relação ao planejamento, subsidiando a adoção de medidas para otimizar o cumprimento da programação e garantir o atendimento às demandas institucionais.

As ações de Educação Permanente desempenham papel estratégico no desenvolvimento institucional, promovendo a atualização contínua dos profissionais, o fortalecimento das práticas assistenciais e administrativas e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Além disso, contribuem para a consolidação de uma cultura

organizacional orientada à segurança do paciente, à eficiência dos processos e à excelência na assistência.

Gráfico – Desempenho do PAT



Fonte: NEP/Planilhas de Controle

Índice de Satisfação dos Treinamentos

No mês de agosto de 2026, foram realizados 53 treinamentos, sendo 16 na modalidade Plano Anual de Treinamentos (PAT), 36 na modalidade Extra-PAT e 1 de Integração Institucional e Assistencial. Dentre essas ações, 13 treinamentos foram submetidos à avaliação de satisfação, totalizando 201 respostas dos participantes.

O Índice de Satisfação em Treinamentos atingiu 99,54%, resultado superior à meta institucional estabelecida (≥ 85%), evidenciando elevado nível de satisfação dos colaboradores em relação às ações educativas promovidas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP).

As avaliações contemplaram aspectos relacionados à qualidade do conteúdo ministrado, metodologia de ensino, comunicação do facilitador, aplicabilidade prática dos conhecimentos e organização das atividades, demonstrando percepção positiva quanto à condução das capacitações e à relevância dos temas abordados.

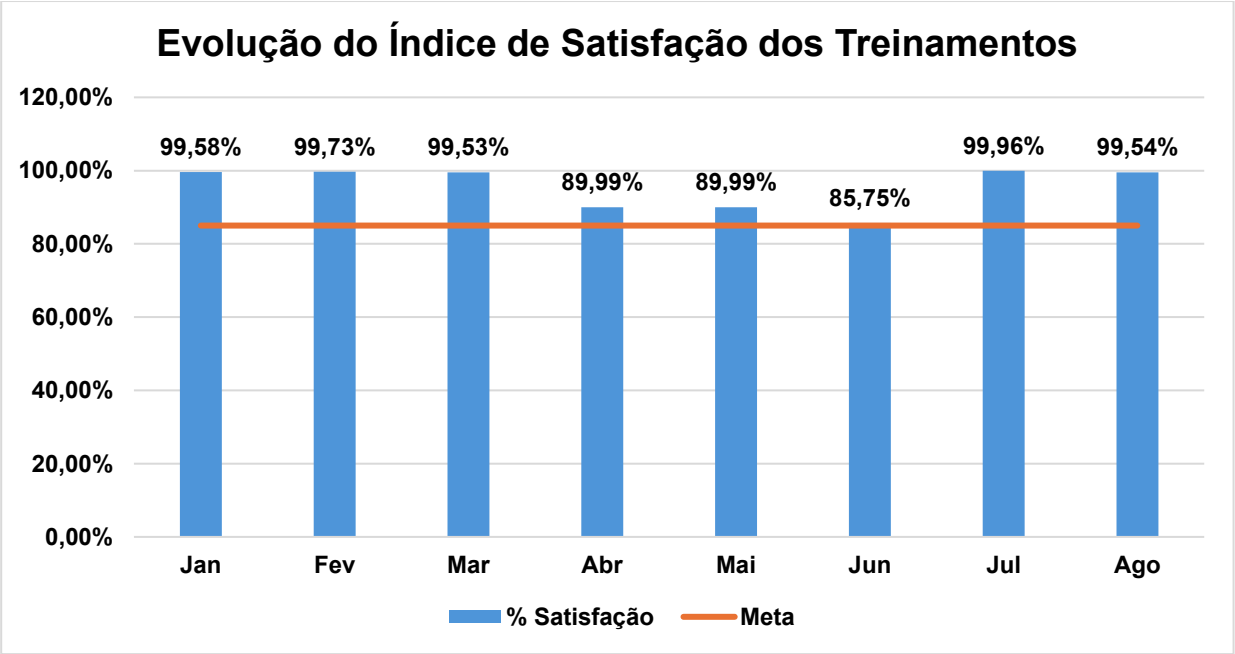
Os resultados obtidos evidenciam a efetividade das ações de Educação Permanente e reforçam o compromisso institucional com a qualificação contínua dos

colaboradores. Além disso, destacam a importância da manutenção e do aprimoramento das estratégias pedagógicas adotadas, visando fortalecer a cultura de aprendizagem organizacional e contribuir para a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

Com o objetivo de ampliar a participação dos colaboradores nas avaliações e aprimorar a qualidade das informações coletadas, foram implementadas ações voltadas à otimização do processo de coleta de dados, incluindo a disponibilização de QR Code impresso aos gestores e facilitadores para aplicação dos formulários eletrônicos ao término dos treinamentos. Essa iniciativa busca facilitar o acesso às avaliações, ampliar a adesão dos participantes e fortalecer o monitoramento da qualidade das ações desenvolvidas pelo NEP.

Tais iniciativas visam consolidar a cultura avaliativa institucional, ampliando a participação dos colaboradores e proporcionando maior confiabilidade à análise dos indicadores relacionados às ações de Educação Permanente.

Gráfico – Evolução do Índice de Satisfação dos Treinamentos Institucionais (%) – 2026



Fonte: NEP/Planilhas de Controle

Dados Totais de Treinamentos

No mês de agosto, foram realizados 53 treinamentos, contemplando diferentes áreas de atuação e atendendo às demandas institucionais identificadas no período. Desses, 1 treinamento foi destinado ao acolhimento de novos colaboradores, contemplando a integração institucional, assistencial e a ambientação nos respectivos setores. Do total de treinamentos realizados, 16 foram executados conforme o Planejamento Anual de Treinamentos (PAT), enquanto 36 foram desenvolvidos como ações Extra-PAT, em atendimento a demandas específicas. As atividades realizadas totalizaram uma carga horária de 852 horas e 10 minutos, com registro de 827 participações.

Na tabela a seguir, são apresentados os tipos de treinamentos realizados e seus respectivos quantitativos.

Tabela – Tipos de Treinamento

Tipos de Treinamentos	Nº de Treinamentos	Carga-horária	Nº de Participações
Integração	01	23:50:00	10
PAT	16	240:41:00	320
Extra-PAT	36	587:39:00	497
TOTAL	**53**	**852:10:00**	**827**

Fonte: Planilhas do NEP

Processo de Integração

No mês de agosto de 2026, foram admitidos 5 novos colaboradores, todos submetidos ao processo de integração institucional. Os participantes concluíram integralmente as etapas previstas, contemplando a Integração Institucional, a Integração Assistencial e a Ambientação Setorial, alcançando 100% de adesão em todas as fases do processo.

Esse resultado evidencia a efetividade das ações de acolhimento e integração promovidas pela instituição, assegurando que os novos colaboradores iniciem suas atividades devidamente alinhados aos princípios organizacionais, aos fluxos assistenciais e administrativos, bem como às normas, protocolos e práticas institucionais. Além de favorecer a adaptação ao ambiente de trabalho, o processo de integração contribui para

o fortalecimento da cultura organizacional, o desenvolvimento das competências iniciais e a prestação de uma assistência segura, qualificada e alinhada aos padrões de qualidade estabelecidos pela instituição.

Treinamentos Agendados e Executados por Diretorias e Gerência Assistencial

Tabela – Treinamentos agendados e executados por Diretorias e Gerência

Treinamentos por Diretoria/ Gerência	Agendados	Executados
Diretoria Geral	11	11
Diretoria Técnica	03	03
Gerência Assistencial	38	38
DT/DG/GA	00	00

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Treinamentos PAT e Extra – PAT

No mês de agosto de 2026, foram desenvolvidas ações de capacitação interna vinculadas ao Plano Anual de Treinamentos (PAT) e às demandas Extra-PAT, contemplando diferentes setores e áreas de atuação da instituição. As atividades tiveram como finalidade promover a qualificação contínua dos colaboradores, favorecer a atualização e o aprimoramento dos conhecimentos e contribuir para o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, administrativos e organizacionais.

As tabelas a seguir apresentam o quantitativo de treinamentos realizados e a distribuição das unidades participantes, organizadas por diretoria, gerência e sede, possibilitando uma análise consolidada da abrangência e do alcance das ações de Educação Permanente desenvolvidas no período.

Os resultados demonstram a continuidade das ações de capacitação institucional e reforçam o compromisso da organização com o desenvolvimento profissional e a qualificação de seus colaboradores. Além disso, evidenciam o fortalecimento da cultura de aprendizagem organizacional e a contribuição contínua para a melhoria da qualidade, da segurança e da eficiência dos processos e serviços prestados.

Tabela – Treinamentos Diretoria Geral

Setor	Nº de Treinamentos por Setor	PAT	Extra-PAT
Farmácia	01	01	00
TI	04	01	03
DP/RH	01	01	00
Núcleo de Educação Permanente	01	01	00
Recepção	01	01	00
Suprimentos	01	01	00
NQSP	02	00	02

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Tabela – Treinamentos Gerência Assistencial

Setor	Nº de Treinamentospor Setor	PAT	Extra-PAT
UTI	04	01	03
Maqueiros	01	01	00
CME	01	01	10
CC	12	02	10
UTI/PA/UI	01	00	01
Ambulatório/SADT	04	01	03
Fisioterapia	01	01	00
SESO/PSIC/PA/UI/UTI	01	01	00
UTI/PA/AMB	01	01	00
UI	01	00	01
UI/PA/UTI/CC/CME	01	00	01

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Tabela – Treinamentos Diretoria Técnica

Setor	Nº de Treinamentos por Setor	PAT	Extra-PAT
AT	02	01	01
SCIH	02	00	02

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Relação dos treinamentos realizados

As tabelas a seguir apresentam os dados consolidados dos treinamentos realizados no mês de agosto de 2026, contemplando as ações previstas no Planejamento Anual de Treinamentos (PAT) e as capacitações desenvolvidas na modalidade Extra-PAT. No período, as atividades educativas totalizaram uma carga horária de 852 horas e 10 minutos, com registro de 827 participações.

Os resultados demonstram a abrangência das ações promovidas pelo Núcleo de Educação Permanente, evidenciando o compromisso institucional com a qualificação contínua dos colaboradores, o aprimoramento dos processos assistenciais e administrativos e o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde como estratégia para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos serviços prestados.

Tabela – Treinamentos Realizados do PAT

Nº	Data	Status	Justificativa
1	06 e 07/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto as boas práticas de identificação acondicionamento, armazenamento, transporte e rastreabilidade dos materiais biológicos, visando reduzir perdas, extravios, descartes inadequados e recoletadas desnecessárias.
2	11 e 12/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto às boas práticas corretas de segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos gerados no setor, visando prevenir acidentes, reduzir riscos de contaminação, garantir a segurança dos profissionais e assegurar o cumprimento das normas de biossegurança e da legislação vigente.
3	11 e 12/08/2026	Realizado	Capacitar os profissionais do centro cirúrgico para mitigar riscos, prevenir dados evitáveis, garantir a conformidade com as normativas sanitárias vigentes e promover uma cultura de segurança institucional sólida e transparente.
4	13 e 20/08/2026	Realizado	Promover segurança ao paciente durante todo o processo de transfusão sanguínea, minimizando os riscos de eventos adversos.
5	17/08/2026	Realizado	Fortalecer os processos que envolvam os fluxos de TFD junto à equipe.
6	18 e 19/08/2026	Realizado	Reforçar a importância do preenchimento correto e utilidade de cada um.
7	20/08/2026	Realizado	Capacitar o serviço de fisioterapia quanto a interpretação de gasometria para intervenções.
8	21/08/2026	Realizado	Capacitar a equipe quanto à prevenção e intervenções relacionadas ao extravasamento de contraste.
9	21/08/2026	Realizado	Disseminar as boas práticas relacionadas a nutrição comportamental.
10	24 e 25/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores no uso das principais ferramentas do Office para criar e editar documentos, planilhas e apresentações,

			usando modelos e salvando em PDF, promovendo autonomia, padronização e produtividade.
11	25 e 26/08/2026	Realizado	Divulgar a cultura organizacional baseada no respeito à diversidade, equidade e inclusão, abordando temas relacionados à pluralidade de identidades, culturas, gêneros, crenças e contextos sociais.
12	26/08/2026	Realizado	O treinamento tem como objetivo promover a compreensão da importância dos fluxos hospitalares, incentivando sua aplicação consciente, para garantir um atendimento mais seguro, ágil, padronizado e eficiente, reduzindo erros, retrabalhos e melhorando a experiencia do paciente.
13	26/08/2026	Realizado	Este treinamento tem como objetivo capacitar os profissionais para reconhecer, avaliar e atuar de forma rápida, segura e padronizada diante de emergências, assegurando a aplicação dos protocolos institucionais.
14	26 e 28/08/2026	Realizado	Capacitar a equipe quanto a instalação e manuseio de imobilização ortopédica.
15	28 e 29/08/2026	Realizado	Capacitar o olhar logístico dos colaborados quanta falta de insumos.
16	31/08/2026	Realizado	Apresentar e implementar os conceitos nas rotinas do almoxarifado.

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Tabela – Treinamentos Realizados Extra PAT no mês

Nº	Data	Status	Justificativa
1	28, 29/07/2026 e 10/08/2026	Realizado	Atualizar os colaboradores sobre as revisões dos bundles institucionais e capacitar as equipes quanto à técnica correta de aplicação, visando padronizar as práticas assistenciais, fortalecer a adesão aos protocolos institucionais e contribuir para a prevenção das IRAS.
2	07/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto à utilização dos formulários de monitoramento e rastreabilidade da lavadora ultrassônica, garantindo o registro sistemático dos parâmetros de equipamento, o controle do detergente enzimático, a identificação dos lotes processados e o acompanhamento dos ciclos de lavagem. A padronização desses registros contribui para a segurança e qualidade do processamento dos produtos para saúde, permitindo maior controle, rastreabilidade e identificação de possíveis não conformidades
3	07/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto ao correto preenchimento dos formulários FO.032 e FO.033, garantindo a padronização, rastreabilidade e segurança no processo de limpeza manual dos produtos para saúde.
4	07/08/2026	Realizado	Capacitar a equipe da CME quanto ao correto manuseio e utilização da lavadora ultrassônica e da termodesinfectora, garantindo a execução adequada dos ciclos, a segurança dos

			profissionais e a padronização do processo de limpeza dos produtos para saúde.
5	07/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto a utilização dos novos formulários de monitoramento e rastreabilidade da termodesinfectora, garantindo o controle sistemático dos parâmetros do equipamento, a gestão do detergente enzimático, o registro dos lotes processados e o acompanhamento dos ciclos de lavagem. A implantação destes controles visa fortalecer a segurança do processamento dos produtos para saúde, atender ás exigências da RDC nº 15/2012 e assegurar a rastreabilidade das etapas de limpeza automatizada realizadas no CME.
6	07/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores para a correta utilização dos novos formulários implantados no CME, visando fortalecer a rastreabilidade dos processos, a segurança do paciente, o cumprimento dos requisitos legais e normativos, bem como a padronização dos registros relacionados ao gerenciamento de explantes, à liberação de materiais OPME para processamento e ao controle da higienização dos carros de transporte de materiais.
7	07/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto às atualizações implementadas nos formulários operacionais do CME, visando aprimorar a rastreabilidade dos instrumentais e integridade, padronizar a comunicação entre os turnos de trabalho e otimizar o fluxo de recolhimento e distribuição de produtos para a saúde. A atualização dos registros contribui para a segurança do paciente, a organização dos processos e a melhoria da qualidade assistencial.
8	08 e 09/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto aos manejos, trocas, preenchimento do formulário adequado da cal sodada.
9	10/08/2026	Realizado	Atualizar os colaboradores sobre o protocolo institucional de precauções padrão e isolamentos, capacitando as equipes quanto à correta aplicação das medidas de prevenção, paramentação e desparamentação, visando padronizar as práticas assistenciais, reduzir o risco de transmissão de microrganismos e contribuir para a prevenção das IRAS.
10	10 e 11/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto aos fluxos de agendamento cirúrgico, rotinas pré, trans e pós-operatórias, além dos protocolos de segurança no transporte e movimentação segura do paciente.
11	10 e 12/08/2026	Realizado	Capacitar os enfermeiros para realização do processo de enfermagem conforme a SAE do HRMJ.
12	11/08/2026	Realizado	Necessidade de alinhamento e construção do mapeamento de risco das áreas.
13	11/08/2026	Realizado	Necessidade de alinhamento das auditorias internas.

14	12/08/2026	Realizado	Orientar os colaboradores as atividades de rotina dentro do Tasy.
15	12 e 13/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores quanto às boas práticas de identificação, acondicionamento, armazenamento, transporte e rastreabilidade dos materiais biológicos, visando reduzir perdas, extravios, descartes inadequados e recoletas desnecessárias.
16	13/08/2026	Realizado	Fortalecer a boas práticas relacionadas a prevenção de broncoaspiração.
17	13/08/2026	Realizado	Capacitar o serviço de fonoaudiologia quanto ao manejo de pacientes críticos.
18	14 e 15/08/2026	Realizado	Capacitar a equipe quanto aos procedimentos de anestesia, segurança transoperatória, monitorização de conformidades perioperatória, uso correto de equipamentos (como placa de cautério e aquecimento de soluções), manuseio de OPME, além dos fluxos normativos para encaminhamento de anatomopatológico e destinação de membros amputados, visando a segurança do paciente e o rigor documental.
19	14 e 15/08/2026	Realizado	Capacitar e conscientiza a equipe do centro cirúrgico quanto à implantação e correta utilização do FOM 01, garantindo a padronização, o preenchimento adequado do teste de funcionalidades das informações.
20	16 e 17/08/2026	Realizado	Capacitar a equipe quanto aos processos de admissão e alta na recuperação pós-anestésica (SRPA), além do registro para alimentar indicadores.
21	17/08/2026	Realizado	Capacitar o colaborador para atuação em hemodiálise, visando o desenvolvimento de competências técnicas especificas e ampliação da equipe habilitada para execução segura do procedimento.
22	18 e 19/08/2026	Realizado	Capacitar a equipes nos procedimentos de limpeza de salas cirúrgicas, manejo da cal sodada e cumprimento da escala de desinfecção de equipamentos, visando a segurança ambiental, a prevenção de infecções e a continuidade operacional.
23	20 e 21/08/2026	Realizado	Orientar os colaboradores as atividades de rotina dentro do Tasy.
24	21/08/2026	Realizado	Capacitar equipe quanto ao manual da endoscopia quanto aos fluxos.
25	21/08/2026	Realizado	Capacitar equipe quanto ao manual do ambulatório quanto aos fluxos.
26	21/08/2026	Realizado	Capacitar equipe quanto ao manual da endoscopia quanto aos fluxos.
27	22 e 23/08/2026	Realizado	Capacitar os profissionais do centro cirúrgico para mitigar risco, prevenir danos evitáveis, garantir a conformidade com as normativas sanitárias vigentes e promover uma cultura de segurança institucional sólida e transparente.
28	23 e 24/08/2026	Realizado	Abranger a visão geral do setor do centro cirúrgico, considerando o fluxo assistencial e

			operacional que envolve a rotina da equipe de enfermagem e o atendimento cirúrgico (eletivo e de urgência).
29	28/08/2026	Realizado	Capacitação para manuseio dos equipamentos do setor.
30	26 e 27/08/2026	Realizado	Orientar como realizar a impressão das pulseiras de identificação.
31	28 e 29/08/2026	Realizado	Padronizar a conduta da equipe de enfermagem no preparo, checagem e operação de equipamentos críticos no centro cirúrgico, garantindo a segurança do paciente e a resposta adequada tanto em cenários eletivos quanto de urgência/emergência.
32	28 e 29/08/2026	Realizado	Orientar os colaboradores quanto ao correto preenchimento e registro do Formulário- FO. HRMJ.NQSP.014, visando garantir a padronização, rastreabilidade e segurança das informações.
33	28 e 29/08/2026	Realizado	Conhecimento e aplicação do protocolo na unidade de internação.
34	28 e 29/08/2026	Realizado	Orientar os colaboradores quanto à correta notificação de não conformidades no sistema Interact, contribuindo para a identificação de riscos, melhoria dos processos e segurança do paciente.
35	28 e 29/08/2026	Realizado	Capacitar os colaboradores para o correto registro e notificação de eventos relacionados à tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância no Interact, contribuindo para a segurança e qualidade dos processos institucionais.
36	30 e 31/08/2026	Realizado	Capacitar a equipe a diferenciar e conduzir os atendimentos conforme o tempo-resposta exigido com foco na agilidade e suporte rápido em situações de risco iminente à vida, além de planejamento minucioso, protocolos de cirurgia segura e prevenção de complicações.

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Total de carga-horária período diurno e noturno

A comparação entre os resultados dos meses de julho e agosto de 2026 demonstra aumento da carga horária total dos treinamentos realizados. Em julho, as ações educativas totalizaram 778 horas e 75 minutos, considerando os períodos diurno e noturno, enquanto em agosto foram registradas 852 horas e 10 minutos, representando um acréscimo de 73 horas e 35 minutos no período analisado.

No período diurno, a carga horária executada passou de 649 horas e 50 minutos, em julho, para 752 horas e 26 minutos, em agosto, evidenciando ampliação das ações de capacitação desenvolvidas nesse turno. Em contrapartida, no período noturno, a carga horária apresentou redução, passando de 129 horas e 25 minutos, em julho, para 100

horas e 44 minutos, em agosto, indicando menor volume de atividades educativas realizadas nesse período.

De modo geral, os resultados evidenciam ampliação da carga horária destinada às ações de Educação Permanente, refletindo o fortalecimento das estratégias de capacitação e o compromisso institucional com o desenvolvimento contínuo dos colaboradores. O aumento das atividades educativas contribui para o aprimoramento das competências profissionais, favorecendo a qualificação da assistência, a segurança dos processos e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Tabela – Total de carga-horária período diurno e noturno

Mês	Carga-horária
Julho	778:75:00
Agosto	852:10:00

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Orientações Técnicas Educativas

No mês de agosto de 2026, foram realizadas 18 Orientações Técnicas Educativas, totalizando 109 participações e uma carga horária acumulada de 53 horas e 27 minutos, conforme demonstrado na tabela a seguir.

As orientações técnicas tiveram como finalidade promover a atualização dos colaboradores, contribuir para a padronização das práticas institucionais e fortalecer os processos assistenciais e administrativos. Essas ações favoreceram o desenvolvimento contínuo das equipes, contribuindo para a consolidação de competências, a disseminação de boas práticas e o alinhamento das atividades aos protocolos e diretrizes institucionais. Como resultado, reforçaram o compromisso da instituição com a melhoria contínua da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços prestados.

Tabela – Orientações Técnicas Educativas HRMJ

Nº	Data	Status	Justificativa
1	31/07 e 01/08/2026	Realizado	O.T.E – Cronograma de abastecimento setorial do almoxarifado.
2	04/08/2026	Realizado	O.T.E – Preenchimento correto da planilha das não conformidades.

3	04/08/2026	Realizado	O.T.E – Funções no Tasy.
4	06/08/2026	Realizado	DDS – Agosto Dourado: Aleitamento Materno.
5	07 e 08/08/2026	Realizado	O.T.E – Preenchimento correto do SAEP e Time Out.
6	10/08/2026	Realizado	DDS – Agosto Lilás: Violência contra mulher.
7	13/08/2026	Realizado	O.T.E – Preenchimento correto do checklist do prontuário.
8	14/08/2026	Realizado	O.T.E - Compartilhamento de arquivos via e-mail.
9	18/08/2026	Realizado	O.T.E – Exame físico no Tasy.
10	18/08/2026	Realizado	O.T.E – SIPOC: Mapa estratégico e cadeia de valor.
11	20/08/2026	Realizado	DDS – Importância da proteção dos olhos.
12	20/08/2026	Realizado	O.T.E – Procedimento audiovisual PEPO.
13	21/08/2026	Realizado	O.T.E – Alteração do status da cirurgia.
14	21 e 22/08/2026	Realizado	O.T.E – Checagem da torre de vídeo.
15	24/08/2026	Realizado	DDS - Segurança nas inspeções de ferramentas.
16	27/08/2026	Realizado	O.T.E – Acompanhamento de metas.
17	27/08/2026	Realizado	DDS – Prevenção de princípio de incêndio.
18	31/08/2026	Realizado	DDS – Apanhado geral mês de agosto.

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Resultado Geral das Capacitações

As ações de capacitação institucional, compreendendo treinamentos e Orientações Técnicas Educativas, foram realizadas no Auditório, na Recepção do Pronto Atendimento (PA) e in loco, conforme as necessidades específicas e o planejamento de cada setor.

No mês de agosto de 2026, foram registradas 827 participações nas ações educativas promovidas pela instituição. Desse total, os treinamentos corresponderam a uma carga horária de 852 horas e 10 minutos, enquanto as Orientações Técnicas Educativas totalizaram 53 horas e 27 minutos. No mesmo período, a instituição contabilizou 223 colaboradores ativos.

Considerando a relação entre a carga horária total das ações de capacitação e o

quantitativo de colaboradores ativos, obteve-se uma média de 4 horas e 06 minutos de capacitação por colaborador (hora-homem), evidenciando o investimento institucional na qualificação contínua das equipes e no fortalecimento dos processos assistenciais e administrativos.

Os resultados reforçam o compromisso da instituição com a Educação Permanente em Saúde, por meio da promoção da atualização profissional, do desenvolvimento de competências e do aprimoramento contínuo da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços prestados.

Tabela – Comparativo da Carga Horária

Mês	Carga-horária	Hora-homem
Julho	778:75:00	03:35:00
Agosto	905:37:00	04:06:00

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Resultado das Avaliações de Reação dos Treinamentos

Com o objetivo de promover a melhoria contínua das ações de capacitação e do desenvolvimento profissional, a instituição realiza o monitoramento do nível de satisfação dos colaboradores em relação aos treinamentos ofertados, por meio da Avaliação de Reação, disponibilizada via QR Code. O instrumento contempla critérios relacionados ao desempenho do facilitador, à qualidade e relevância do conteúdo, à aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos e à organização das atividades educativas.

No mês de agosto de 2026, foram consolidados os resultados das Avaliações de Reação referentes aos 52 treinamentos realizados no período, dos quais 13 foram avaliados. Aplicada ao término de cada capacitação, a avaliação tem como finalidade mensurar a percepção dos participantes quanto à qualidade das ações educativas, além de gerar indicadores quantitativos e percentuais que subsidiam a análise da participação, da satisfação e da efetividade dos treinamentos, conforme demonstrado na tabela a seguir.

O monitoramento sistemático desses indicadores fornece subsídios para o aperfeiçoamento contínuo das estratégias de Educação Permanente, contribuindo para o fortalecimento das práticas pedagógicas, a qualificação dos processos assistenciais e administrativos e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Tabela – Resultado das Avaliações de Reação realizadas no HRMJ

Nº	NOME DO TREINAMENTO	Nº participantes avaliação de reação	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
1	Prevenção de perda de materiais biológicos	12	0,00%	0,00%	24,36%	75,64%
2	Formulários do DP	49	0,00%	0,16%	19,75%	80,09%
3	Fluxo de TFD	36	0,00%	0,00%	21,46%	78,54%
4	Gerenciamento de resíduos	8	0,00%	3,26%	41,30%	55,43%
5	Segurança transfusional	12	0,00%	0,00%	9,62%	90,38%
6	Precaução padrão- Isolamento	29	0,00%	0,00%	17,51%	82,49%
7	Seminário da Pluralidade	19	0,00%	0,00%	29,15%	70,85%
8	Fluxos hospitalares	4	0,00%	0,00%	3,85%	96,15%
9	Atualização das Instruções de trabalho	10	0,00%	0,00%	30,00%	70,00%
10	Farmacovigilância e Tecnovigilância	4	0,00%	0,00%	7,69%	92,31%
11	Prevenção de desabastecimento: identificação precoce	4	0,00%	0,00%	39,22%	60,78%
	MÉDIA	**201**	**0,00%**	**0,46%**	**21,93%**	**77,61%**

Fonte: NEP/Planilha de Controle

Treinamentos das Empresas de Apoio

No mês de agosto de 2026, as empresas prestadoras de serviços participaram de oito capacitações institucionais, envolvendo colaboradores das empresas DIGITAL VIDA, ARAUTOS, LABVIE, EXPRESS e ORBIS, além da participação em treinamentos promovidos pela instituição.

No período, as ações educativas totalizaram 119 horas e 25 minutos, com 111 participações registradas. Considerando que os colaboradores dessas empresas não integram o quadro celetista do Hospital Regional Menino Jesus, sua participação é analisada de forma qualitativa e não é considerada no cálculo do indicador institucional de Hora-Homem de Treinamento. Ainda assim, a inclusão desses profissionais nas atividades de Educação Permanente contribui para o alinhamento dos processos, a padronização das práticas e o fortalecimento da integração entre as equipes assistenciais

e de apoio. A tabela a seguir apresenta as capacitações realizadas no período, evidenciando a participação das empresas parceiras nas ações de Educação Permanente e reafirmando o compromisso institucional com a qualificação integrada dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços.

Tabela – Treinamentos conduzidos pelas Empresas de Apoio no HRMJ

Nº	Data	Status	Justificativa
1	15 e 16/08/2026	Realizado	Orientar sobre tratamento seguro de dados pessoais.
2	17 e 18/08/2026	Realizado	Reforçar práticas que evitam a contaminação cruzada nos serviços de higiene.
3	19/08/2026	Realizado	Aprimorar o olhar nas análises bioquímicas.
4	25/08/2026	Realizado	Garantir praticidade, agilidade e segurança, organizando o ambiente de trabalho de forma que as tarefas diárias fluam sem esforço evitando cruzamento desnecessários.
5	26/08/2026	Realizado	Garantir que todos os profissionais que manipulam equipamentos emissores de radiação ionizante utilizem tais tecnologias de forma padronizada, eficiente e dentro dos limites de segurança definidos pela legislação.
6	26 e 27/08/2026	Realizado	Treinamento para a operação segura dos equipamentos.
7	27/08/2026	Realizado	Promover a melhoria contínua dos processos.
8	28 e 29/08/2026	Realizado	Apresentar o programa de alimentação do trabalhador e sua importância do serviço dentro do SND.

Fonte: NEP/Planilhas de Controle

Análise Geral

No mês de agosto de 2026, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) manteve a execução das ações de Educação Permanente previstas no planejamento institucional, com foco na qualificação contínua dos colaboradores e no fortalecimento dos processos assistenciais e administrativos. Destaca-se a realização da Integração de Novos Colaboradores, em 10 de agosto de 2026, conforme fluxo institucional estabelecido pelo NEP.

No período, foram realizados 53 treinamentos, sendo 16 vinculados ao PAT, 36 na modalidade Extra-PAT e 1 de Integração Institucional, totalizando 827 participações e

852 horas e 10 minutos de carga horária. Também foram realizadas 18 Orientações Técnicas Educativas, com 109 participações e 53 horas e 27 minutos de carga horária.

Os indicadores apresentaram resultados satisfatórios, com Hora-Homem de Treinamento de 4 horas e 06 minutos por colaborador, acima da meta institucional de 3 horas. O percentual de execução do PAT alcançou 76,19%, correspondente à realização de 16 dos 21 treinamentos programados, enquanto o Índice de Satisfação dos Treinamentos atingiu 99,54%, demonstrando elevada satisfação dos participantes.

Embora os resultados quantitativos tenham sido satisfatórios, identificou-se oportunidade de melhoria relacionada à adesão dos colaboradores em algumas capacitações estratégicas. De maneira geral, os resultados evidenciam o compromisso institucional com a qualificação contínua, a consolidação da Educação Permanente e o fortalecimento da cultura de aprendizagem, contribuindo para o aprimoramento dos processos e para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos serviços prestados pelo Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus.

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, o Núcleo de Educação Permanente manteve as ações alinhadas às diretrizes institucionais, com destaque para a continuidade dos treinamentos, das Orientações Técnicas Educativas e da Integração de Novos Colaboradores. Os indicadores apresentaram resultados satisfatórios, com destaque para o elevado índice de satisfação e o alcance da meta de Hora-Homem de Treinamento. Como oportunidade de melhoria, destaca-se a necessidade de ampliar a execução do Plano Anual de Treinamentos e a adesão dos colaboradores às capacitações estratégicas. De forma geral, as ações contribuíram para o fortalecimento da cultura de aprendizagem, da qualidade dos serviços e da qualificação contínua das equipes.

TEMPO DE RESPOSTA A REGULAÇÃO DE LEITOS

O indicador Tempo de Resposta à Regulação de Leitos tem como objetivo monitorar a eficiência do processo de regulação do acesso à assistência, conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que organiza e gerencia os fluxos assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O acompanhamento desse indicador permite avaliar a agilidade e efetividade no atendimento às solicitações de regulação de leitos, contribuindo para a organização do acesso, priorização adequada dos pacientes e melhor gerenciamento da capacidade assistencial da unidade.

Dessa forma, o monitoramento contínuo desse indicador é fundamental para assegurar a eficiência dos fluxos de regulação, fortalecer a gestão do acesso aos leitos hospitalares e garantir a conformidade com os critérios estabelecidos pelo órgão gestor estadual.

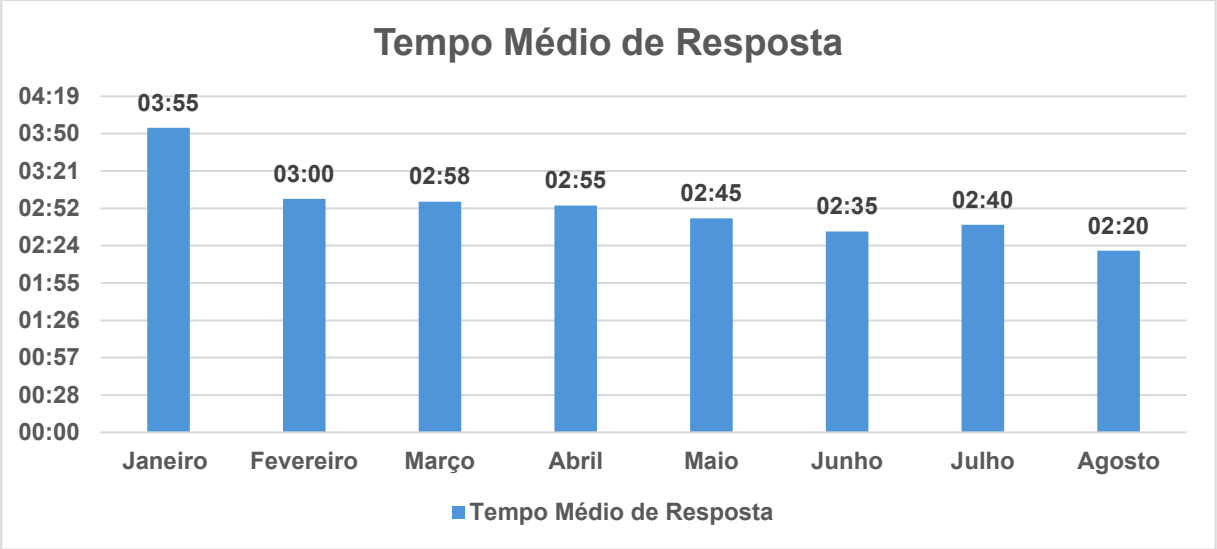
Tempo de Resposta à Central de Regulação Estadual

No mês de agosto de 2026, o tempo médio de resposta do HRMJ à Central de Regulação Estadual (CER) foi de 02h20min, considerando o somatório do tempo de espera em tela para definição da conduta médica regulatória.

O indicador reflete a agilidade do processo interno de análise clínica, disponibilidade de leitos e tomada de decisão regulatória. O tempo registrado demonstra atuação estruturada do Núcleo Interno de Regulação, com resposta dentro de parâmetro operacional compatível com a complexidade assistencial da unidade.

O monitoramento mensal desse indicador é essencial para avaliação da eficiência do fluxo regulatório, identificação de possíveis gargalos e fortalecimento da comunicação entre a instituição e a CER, contribuindo para maior celeridade no acesso ao leito hospitalar.

Gráfico – Tempo de Resposta à Central de Regulação Estadual



Fonte de Coleta: Planilha NIR HRMJ – Pacientes Regulados

Taxa de Recusa de Leito

No período analisado, foram registradas 115 recusas de leitos, sendo a principal justificativa a indisponibilidade de leito em decorrência de cirurgias programadas (79 casos), classificada como crítica.

Observam-se ainda recusas relacionadas à indisponibilidade de serviços especializados não contemplados no perfil assistencial da unidade, neurocirurgia, cardiologia, paciente com perfil ambulatorial, reumatologia, hematologia, além de limitações estruturais específicas, como UTI pediátrica.

Parte das recusas classificadas como críticas esteve associada à ausência de leitos disponíveis, falta de retorno de informações pela unidade solicitante e indisponibilidade de serviços de alta complexidade, como cardiologia intervencionista e gastroenterologia diagnóstica.

A análise demonstra que as recusas estão majoritariamente relacionadas à capacidade instalada e ao perfil assistencial contratual da instituição, não configurando falhas operacionais do fluxo regulatório, mas refletindo limites estruturais e assistenciais previamente definidos.

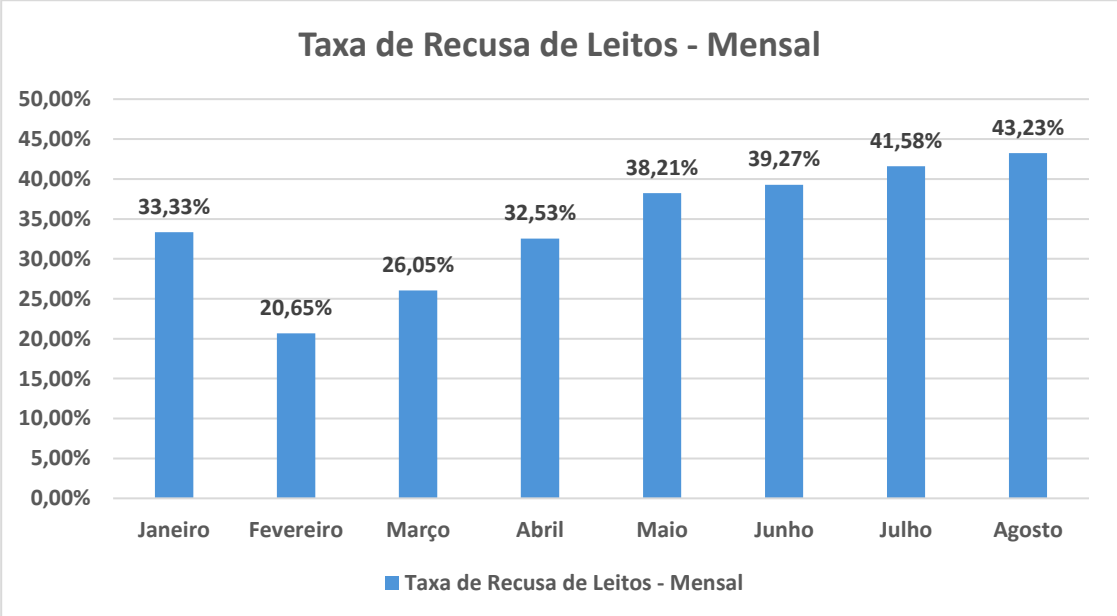
INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Tabela – Demonstrativo do Fluxo Regulatório

Demonstrativo do Fluxo Regulatório – 2026					
Mês	**Pacientes Direcionados**	**Pacientes Aceitos**	**Pacientes Recusados**	**Pacientes Aceitos Sem a efetiva internação**	**Pacientes Internados**
Janeiro	237	158	79	36	122
Fevereiro	213	169	44	32	137
Março	261	193	68	37	156
Abril	249	168	81	25	150
Maio	280	173	107	27	146
Junho	275	163	108	15	148
Julho	303	177	126	21	148
Agosto	266	151	115	28	123

Fonte de Coleta: Planilha NIR HRMJ – Pacientes Regulados

Gráfico – Taxa de Recusa de leitos



Fonte de Coleta: Planilha NIR HRMJ

Tabela – Estratificação da Recusa de Leitos.

ESTRATIFICAÇÃO DA RECUSA DE LEITOS E SUA CRITICIDADE		
JUSTIFICATIVA	**RECUSA**	**CRITICIDADE**
Sem leito disponível por cirurgia programada.	63	Crítico
Sem leito de isolamento disponível na UTI.	05	Não Crítico
Não contamos com serviço de pediatria	04	Não Crítico
Não contamos com neurocirurgião.	04	Crítico
Não contamos com serviço de Cardiologia intervencionista (Hemodinâmica)	05	Crítico
Oncologia	04	Crítico
Paciente com perfil ambulatorial	05	Não Crítico
CPRE	03	Crítico
Nefrologia	02	Crítico
Melhora Clínica	05	Não crítico
Hematologia	01	Crítico
Não é perfil	09	
Melhoras de partes molhes	05	
Total	**115**	

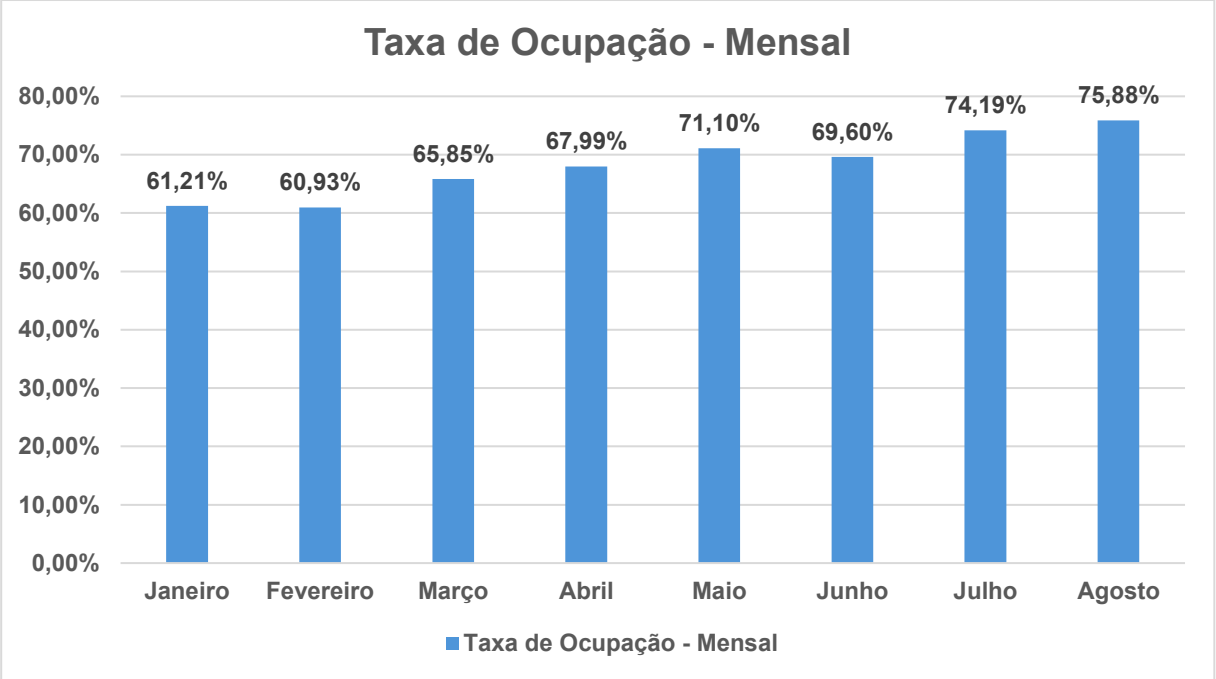
Fonte: Núcleo Interno de Regulação HRMJ.

Taxa de Ocupação de Leitos

No mês de agosto de 2026, a taxa de ocupação dos leitos operacionais foi de 75,88%

O indicador demonstra utilização moderada da capacidade instalada, refletindo equilíbrio entre oferta de leitos e demanda assistencial no período. O monitoramento contínuo desse percentual é fundamental para subsidiar o planejamento da ocupação hospitalar, otimizar a gestão da capacidade instalada e orientar estratégias voltadas ao aprimoramento do fluxo regulatório e assistencial.

Gráfico – Taxa de Ocupação de Leitos



Fonte Planilha de Acompanhamento Diário NIR / HRMJ

Tempo de Resposta a Regulação Ambulatorial e SADT

O indicador de Tempo de Resposta à Regulação-Ambulatório e SADT tem como objetivo monitorar a conformidade da disponibilização das agendas de consultas e exames ofertados pela unidade no Sistema Estadual de Regulação (SER). Esse indicador avalia a organização do processo de oferta de vagas, garantindo que as agendas sejam inseridas dentro do prazo estabelecido e em alinhamento com as metas contratuais pactuadas.

Para o seu acompanhamento, considera-se o percentual de consultas e exames ofertados mensalmente em conformidade com o contrato, bem como a proporção de agendamentos confirmados no sistema. Além disso, verifica-se a regularidade da disponibilização das agendas no SER/AMBULATORIAL/DDASS/SESPA até décimo dia útil do mês anterior, assegurando previsibilidade e organização do fluxo regulatório.

O monitoramento desse indicador contribui para a transparência do processo de regulação, fortalecimento da articulação entre a unidade hospitalar e a rede estadual de saúde, além de possibilitar maior eficiência na distribuição das vagas e no acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais e exames de SADT.

As agendas são ofertadas mensalmente conforme estabelecido em contrato, sendo a oferta de vagas divididas entre primeira vez (60%) e retorno (40%) das vagas.

Tempo de resposta à regulação ambulatorial de consultas médicas ambulatoriais

A análise do Tempo de Resposta à Regulação Ambulatorial demonstra que todas as especialidades apresentaram lançamento das vagas dentro do prazo estabelecido, alcançando 100% de conformidade no período analisado. Esse resultado evidencia organização no processo de disponibilização das agendas para a regulação, garantindo que as vagas sejam ofertadas de forma oportuna para atendimento da demanda ambulatorial.

No total, foram ofertadas 1.070 vagas entre as especialidades analisadas. A especialidade de Cirurgia Geral apresentou a maior oferta, com 300 vagas, sendo 180 destinadas à primeira consulta e 120 para retorno. As especialidades de Cardiologia e Ortopedia e Traumatologia correspondem 200 vagas cada, distribuídas em 120 vagas de primeira vez e 80 vagas de retorno.

A especialidade de Ginecologia disponibilizou 150 vagas, sendo 90 de primeira consulta e 60 de retorno, já Anestesiologia ofertou 220 vagas, todas destinadas a retorno, uma vez que os atendimentos nessa especialidade estão voltados principalmente ao acompanhamento de pacientes previamente avaliados, relacionados a processos cirúrgicos ou avaliações pré-operatórias já iniciadas.

De forma geral, observa-se uma distribuição correta entre vagas de primeira consulta e vagas de retorno, garantindo tanto o acesso de novos pacientes quanto a continuidade do cuidado assistencial. Assim, os dados evidenciam eficiência no processo de gestão das agendas e cumprimento dos prazos de lançamento, contribuindo para a organização do fluxo de atendimento ambulatorial e para a melhoria do acesso dos usuários aos serviços especializados.

Tabela –Tempo de resposta à regulação ambulatorial

Consultas	Ofertas	Vagas primeira vez	Vagas retorno	Lançamento no prazo	Conformidade
Anestesiologia	220	0	220	Sim	Sim
Cardiologia	200	120	80	Sim	Sim
Cirurgia geral	300	180	120	Sim	Sim
Ginecologia	150	90	60	Sim	Sim
Ortopedia e traumatologia	200	120	80	Sim	Sim

Fonte: Planilha de oferta de vagas/Sistema SER

Tempo de resposta à regulação ambulatorial de SADT

A análise do indicador Tempo de resposta à regulação SADT demonstra que todos os exames apresentaram lançamento das vagas dentro do prazo estabelecido, alcançando 100% de conformidade no período avaliado. Esse resultado evidencia organização e cumprimento adequado do processo de disponibilização das agendas de exames para a regulação, contribuindo para maior eficiência no acesso dos usuários aos serviços diagnósticos.

No total, são disponibilizados 11.800 exames, sendo 2.800 vagas ofertadas para regulação. Destaca-se que, no caso de Análises Clínicas, são realizados 10.000 exames, correspondendo a 1.000 vagas na regulação, considerando que cada vaga pode contemplar a realização de mais de um exame laboratorial. Dentre essas vagas ofertadas para Análises Clínicas, 600 são destinadas à primeira vez e 400 para retorno, garantindo acesso tanto para novos pacientes quanto para aqueles que necessitam de acompanhamento.

Entre os exames de diagnóstico por imagem, Radiografia apresentou 500 vagas ofertadas, distribuídas em 300 vagas de primeira vez e 200 de retorno, os exames de Tomografia sem contraste e Ultrassom geral também apresentaram oferta relevante, com 300 vagas cada, sendo respectivamente 200 e 180 vagas para primeira vez, além de 100 e 120 vagas de retorno.

O Eletrocardiograma registrou 300 vagas ofertadas, com 180 destinadas à primeira vez e 120 para retorno. Já Endoscopia apresentou 100 vagas, sendo 60 de primeira vez e 40 de retorno, enquanto Colonoscopia ofertou 50 vagas, com 30 de primeira vez e 20 de retorno, exames essenciais para investigação do trato gastrointestinal.

Os exames de Tomografia com contraste e Ultrassom Doppler apresentaram 100 e 50 vagas ofertadas, respectivamente, mantendo também distribuição entre primeira consulta e retorno. Em relação à Anatomopatologia, não há oferta de vagas na regulação, uma vez que esses exames são realizados internamente e estão vinculados aos procedimentos endoscópicos, como endoscopias e colonoscopias.

Dessa forma, sua realização ocorre de maneira derivada, dependendo diretamente da execução desses procedimentos e da coleta prévia de material para análise, não sendo necessário disponibilizar agenda específica para regulação ambulatorial.

De forma geral, os dados demonstram adequada organização na oferta e disponibilização das vagas para exames SADT, com equilíbrio entre atendimentos iniciais e retornos, além do cumprimento integral dos prazos de lançamento das agendas. Esses resultados indicam eficiência na gestão do acesso aos serviços diagnósticos e contribuem para maior agilidade na investigação clínica e continuidade do cuidado aos pacientes.

Tabela – Tempo de resposta à regulação SADT

Exames	Ofertas	Vagas primeira vez	Vagas retorno	Lançamento no prazo	Conformidade
Análises clínicas	10.000	600	400	Sim	Sim
Anatomopatologia	100	0	0	Sim	Sim
Eletrocardiograma	300	180	120	Sim	Sim
Endoscopia	100	60	40	Sim	Sim
Colonoscopia	50	30	20	Sim	Sim
Radiografia	500	300	200	Sim	Sim
Tomografia com contraste	100	60	40	Sim	Sim
Tomografia sem contraste	300	200	100	Sim	Sim
Ultrassom doppler	50	30	20	Sim	Sim
Ultrassom geral	300	180	120	Sim	Sim

Fonte: Planilha de oferta de vagas/Sistema SER

Considerações finais

O indicador Tempo de Resposta à Regulação SADT apresentou resultado satisfatório no período avaliado, com 100% de conformidade no lançamento das vagas dentro do prazo estabelecido. O resultado demonstra organização do processo regulatório e adequada disponibilização das agendas, contribuindo para maior agilidade no acesso aos exames e continuidade do cuidado.

Destaca-se a importância da manutenção do monitoramento do indicador, visando assegurar o cumprimento dos prazos, identificar possíveis gargalos e promover o aprimoramento contínuo da regulação e do acesso aos serviços diagnósticos.

ROTATIVIDADE DE COLABORADORES

Os indicadores de Rotatividade de Colaboradores (Turnover) e Clima Organizacional são utilizados para acompanhar aspectos relacionados à gestão de pessoas e ao ambiente de trabalho na instituição.

O indicador de turnover permite monitorar o quantitativo de colaboradores que se desligaram da instituição e aqueles que foram substituídos no período avaliado, contemplando a análise da taxa de turnover recente, turnover geral e número de desligamentos, apresentados mensalmente e consolidados de forma trimestral.

Já o indicador de clima organizacional é acompanhado por meio de pesquisa aplicada trimestralmente, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação dos colaboradores em relação ao ambiente de trabalho, às condições institucionais e às relações profissionais.

O monitoramento desses indicadores possibilita avaliar a estabilidade das equipes, identificar fatores que impactam o ambiente organizacional e subsidiar ações voltadas à melhoria das condições de trabalho, contribuindo para o fortalecimento da gestão institucional e da qualidade dos serviços prestados.

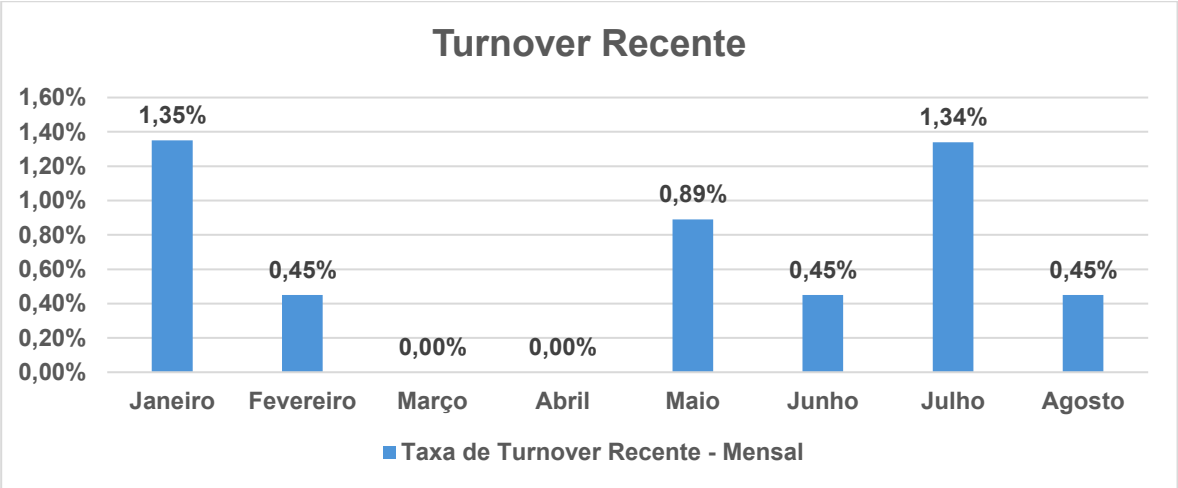
Turnover

O turnover do HRMJ é monitorado mensalmente como indicador estratégico da gestão de pessoas, permitindo avaliar a estabilidade do quadro funcional e seus impactos na continuidade assistencial. A análise contempla o turnover geral, o turnover de desligados e o turnover recente, possibilitando visão ampla da movimentação de colaboradores.

Turnover Recente

No mês de agosto/2026, a unidade registrou turnover recente de 0,45%, correspondente a 1 desligamento durante o período de experiência de 90 dias. Em comparação ao período anterior, quando o indicador foi de 1,34%, houve redução, sinalizando uma melhora na retenção dos novos colaboradores. A unidade mantém o acompanhamento das causas dos desligamentos, visando fortalecer as ações de adaptação e retenção.

Gráfico – Taxa de Turnover Recente

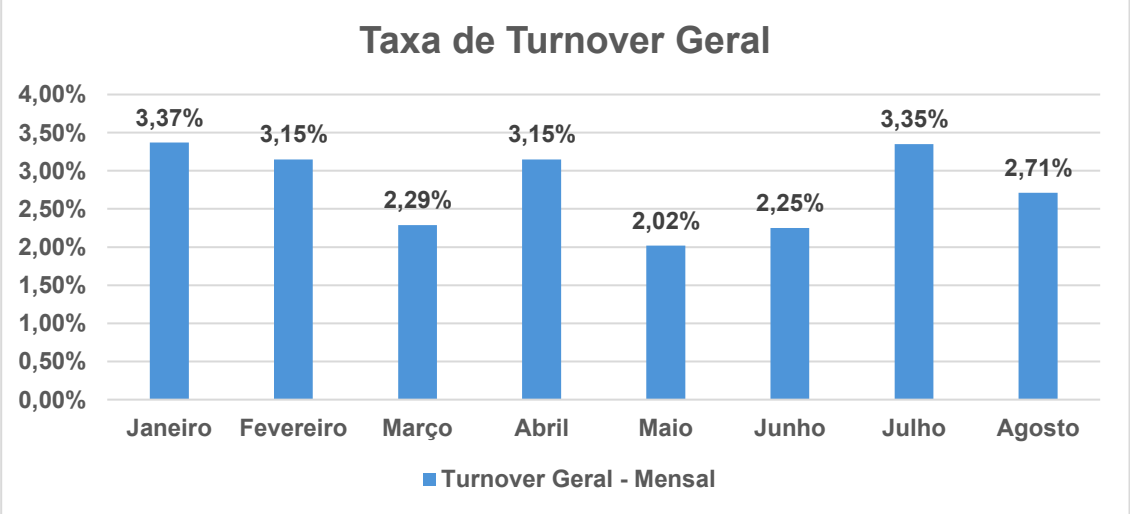


Fonte: Departamento pessoal

Turnover Geral

Em agosto/2026, a unidade registrou turnover geral de 2,71%, apresentando uma redução em relação ao mês anterior, quando o índice foi de 3,35%. A diminuição demonstra uma evolução positiva no indicador e maior estabilidade do quadro de colaboradores no período. O resultado reforça a importância do acompanhamento contínuo das causas dos desligamentos e da manutenção das ações de retenção, contribuindo para a estabilidade das equipes e a continuidade da assistência.

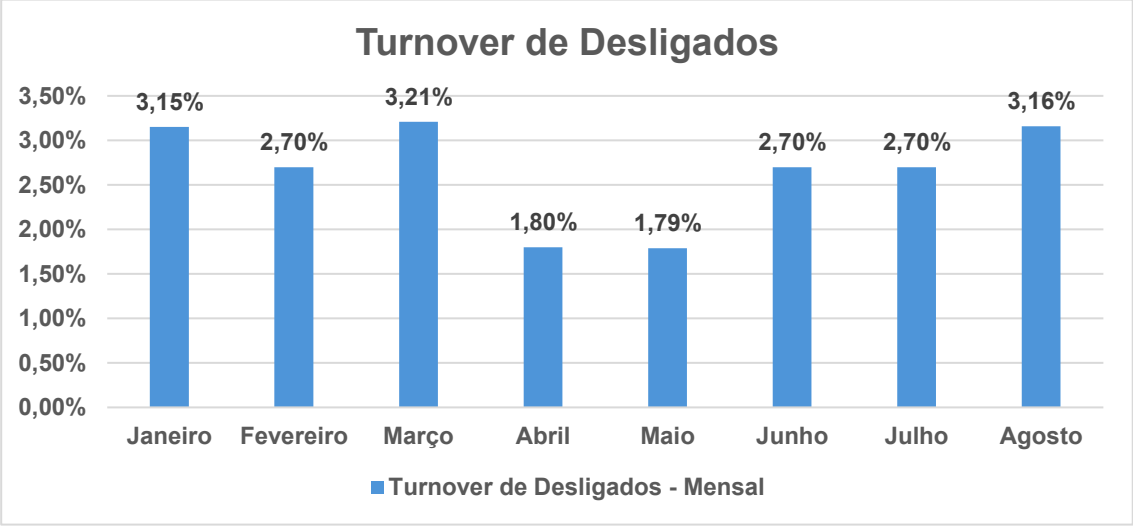
Gráfico – Taxa de Turnover Geral



Turnover de Desligados

No mês de agosto/2026, a unidade registrou turnover de desligados de 3,16%, correspondente a 7 desligamentos em um quadro de 221 colaboradores, apresentando um leve aumento em relação ao mês anterior. Dos desligamentos realizados, 03 foram pedidos de demissão, 01 ocorreu durante o período de experiência de 90 dias e 03 foram desligamentos programados para adequação do quadro de pessoal. O resultado reforça a importância do acompanhamento das movimentações e das causas dos desligamentos, contribuindo para o planejamento e a estabilidade das equipes.

Gráfico – Turnover de Desligados



Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional constitui ferramenta estratégica para a promoção da escuta ativa dos colaboradores, possibilitando a identificação de percepções, necessidades e oportunidades de melhoria no ambiente laboral. No período de 27/11/2025 a 30/12/2025, foi realizada a primeira aplicação da pesquisa, estando o setor no aguardo da consolidação e divulgação dos resultados para posterior análise e definição de plano de ação.

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, o HRMJ apresentou redução do turnover recente e do turnover geral, demonstrando maior estabilidade do quadro funcional e melhora na

retenção de novos colaboradores. Embora o turnover de desligados tenha apresentado leve aumento, a maior parte dos desligamentos ocorreu por pedido do colaborador ou adequação planejada do quadro de pessoal.

A unidade manterá o monitoramento dos indicadores e das causas de desligamento, fortalecendo as ações de integração, retenção e desenvolvimento das equipes, com foco na continuidade da assistência e na qualidade dos serviços prestados.

SERVIÇOS

Os Serviços do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus constituem estruturas organizacionais formalmente instituídas, responsáveis pela execução das atividades assistenciais, técnicas e de apoio que sustentam o funcionamento da unidade.

Organizados de acordo com a natureza de suas atribuições, os serviços abrangem tanto a assistência direta ao paciente quanto o suporte técnico-administrativo necessário à continuidade do cuidado, à segurança assistencial e ao cumprimento das metas institucionais.

Cada serviço possui finalidade específica, atribuições definidas e papel estratégico na consolidação da qualidade da assistência prestada, contribuindo para a organização dos fluxos internos, monitoramento de indicadores e atendimento às exigências normativas e contratuais.

A seguir, são apresentados os serviços estruturados na unidade, organizados por área de atuação.

UNIDADES DE INTERNAÇÃO – UI

A Unidade de Internação é destinada, majoritariamente, ao acolhimento de pacientes cirúrgicos, com destaque para as especialidades de ortopedia, ginecologia e cirurgia geral. Os pacientes clínicos atendidos neste setor correspondem apenas àqueles transferidos da UTI para acompanhamento e continuidade do cuidado. Sua razão de existir está diretamente vinculada à missão institucional de oferecer assistência integral, segura e humanizada, garantindo suporte contínuo às necessidades de saúde dos pacientes durante sua permanência hospitalar.

Entre suas principais atribuições, destacam-se o monitoramento clínico sistemático, a administração de terapias e medicamentos prescritos, a realização de curativos e procedimentos de enfermagem, o apoio às atividades básicas de vida diária, além da comunicação constante com familiares e equipe médica. A unidade também desempenha papel essencial na prevenção de complicações, na promoção da recuperação e na preparação para alta hospitalar, assegurando que o paciente receba cuidados completos e coordenados.

O funcionamento da Unidade de Internação ocorre em regime de atendimento ininterrupto, 24 horas por dia, com fluxos organizados entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipes de apoio. A rotina inclui visitas médicas regulares, rondas de enfermagem, administração de terapias, acompanhamento da evolução clínica e suporte às demandas individuais dos pacientes. O setor segue protocolos assistenciais e de segurança definidos pela instituição, priorizando casos de maior gravidade e garantindo que todas as condutas sejam registradas em prontuário. A comunicação intersetorial é contínua, envolvendo enfermagem, corpo clínico e serviços de apoio, de modo a assegurar resolutividade imediata diante de intercorrências.

Assim, a Unidade de Internação consolida-se como espaço fundamental para a manutenção da qualidade assistencial, atuando na linha de frente do cuidado hospitalar e contribuindo diretamente para os resultados clínicos e organizacionais da instituição.

Dimensionamento da Equipe

A Unidade de Internação conta com uma equipe de enfermagem completa, estruturada para garantir assistência integral e segura aos pacientes. A composição atual é a seguinte:

- **Enfermeiros:** 6 enfermeiros, sendo 4 plantonistas, 1 folguista e 1 ferista;
- **Técnicos de enfermagem:** 16 técnicos de enfermagem, todos em função assistencial direta.

Todos em função assistencial direta, garantindo suporte contínuo e seguro aos pacientes internados. Essa equipe é responsável por acompanhar de forma integral as necessidades clínicas e cirúrgicas, consolidando o papel da enfermagem como fundamental para a recuperação e bem-estar dos pacientes.

Estrutura Física e Capacidade Instalada – Unidade de Internação

A Unidade de Internação dispõe de 6 enfermarias, sendo 5 coletivas com 3 leitos cada e 1 enfermaria de isolamento com 1 leito exclusivo, totalizando 16 leitos.

No que se refere à infraestrutura de apoio, a Unidade de Internação possui:

1 sala de DML - Depósito de Material de Limpeza

1 sala de expurgo

1 posto de enfermagem

1 sala de guarda-volumes

1 sala de arsenal

1 estar multiprofissional

1 farmácia

1 sala de medicação

1 sala de rouparia

1 copa

2 banheiros

6 enfermarias

Essa estrutura física garante suporte adequado às demandas assistenciais, oferecendo ambientes preparados tanto para internação quanto para atendimentos emergenciais, com áreas específicas para procedimentos, apoio multiprofissional e gestão de insumos.

Indicadores de Produção

Saídas Externas na Unidade de Internação

A meta mensal pactuada para saídas hospitalares é de 287. No mês de agosto de 2026, foram registradas 124 saídas hospitalares, correspondendo a 43,21% da meta estabelecida.

Do total realizado no período, 35 saídas 8,22% foram provenientes da Unidade de Internação, demonstrando a participação relevante da unidade na produção hospitalar do período.

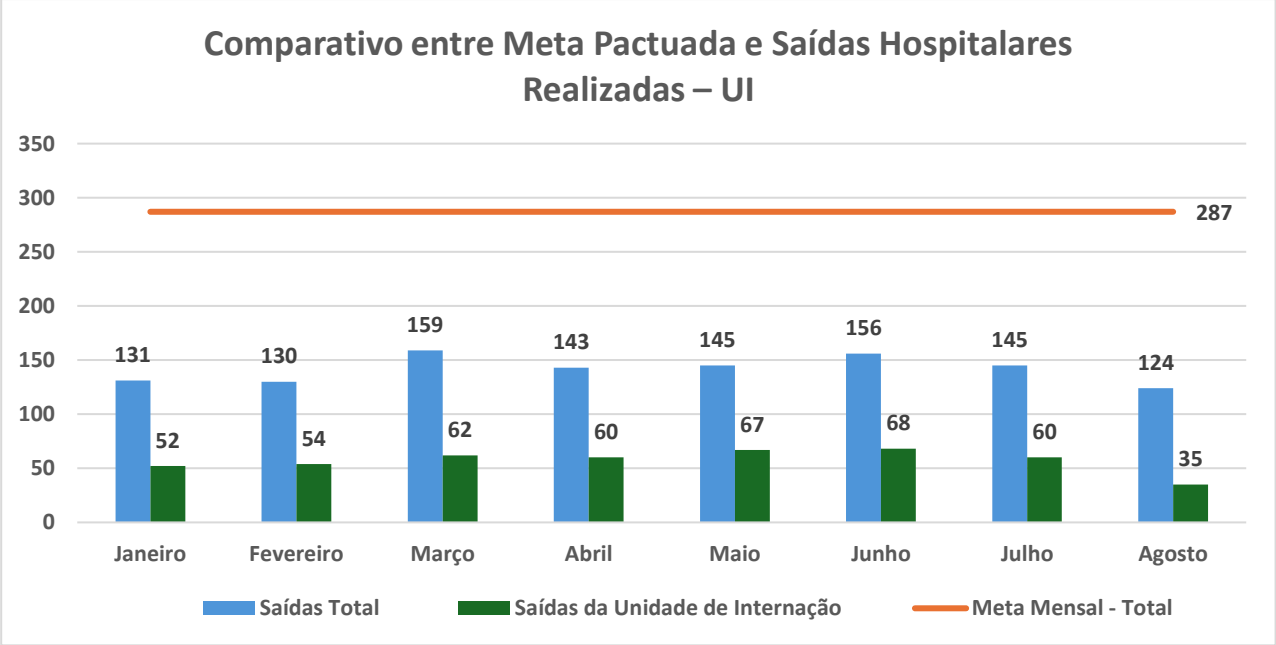
A análise crítica mostra que, embora a meta global não tenha sido atingida, a Unidade de Internação manteve papel expressivo na contribuição para os resultados, reforçando sua importância estratégica.

Tabela – Produção – Saídas Hospitalares

Saídas Hospitalares	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Ortopedia / Traumatologia	41	45	36	47	46	47	52	54	47
Leitos Cirúrgicos	123	68	74	88	84	85	89	76	61
Leitos Complementares	123	18	20	24	13	13	15	15	16
Total	**287**	**131**	**130**	**159**	**143**	**145**	**156**	**145**	**124**
% Atingido da Meta Mensal	**>90%**	**45,64%**	**45,30%**	**55,40%**	**49,83%**	**50,52%**	**54,36%**	**50,52%**	**43,21%**

Fonte: Plano Estatística HRMJ

Gráfico – Comparativo entre Meta Pactuada e Saídas Hospitalares Realizadas – UI



- **Saídas por especialidade**

No mês de agosto das 124 saídas hospitalares do 2026, a Unidade de Internação registrou 35 saídas hospitalares externas, distribuídas entre as especialidades assistenciais:

Ortopedia

O setor obteve 27 saídas, correspondendo a 68,85% da meta pactuada, reforçando a forte articulação com o Centro Cirúrgico e a característica assistencial voltada para procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade.

Cirurgia Geral

Foram registradas apenas 4 saídas, o que corresponde a 3,25% da meta pactuada. O resultado evidencia desempenho muito abaixo do esperado, com baixa rotatividade de leitos e necessidade de revisão dos fatores que impactaram a produção hospitalar no período.

Ginecologia

O setor apresentou 1 saída, correspondendo a 0,81% da meta pactuada, mantendo participação na produção da unidade, relacionada principalmente a procedimentos cirúrgicos específicos da especialidade.

Clínica Médica

O setor totalizou 3 saídas, correspondendo a 2,43% da meta pactuada, representando participação de pacientes desta especialidade que recebe alta da Unidade de Terapia Intensa.

Transferências Internas

No mês de agosto de 2026, foram registradas 25 transferências internas, relacionadas a clínica médica, ortopedia, cirurgia geral.

As transferências ocorreram após procedimentos cirúrgicos, indicando necessidade de monitoramento intensivo no pós-operatório imediato. O quantitativo

evidencia perfil assistencial cirúrgico relevante da unidade, especialmente no atendimento ortopédico, com casos que demandaram suporte intensivo temporário.

Tabela – Distribuição das Transferências Internas por Especialidade e Setor de Destino

Distribuição das Transferências Internas por Especialidade e Setor de Destino – Agosto/2026			
Setor origem	**Setor de transferência**	**Especialidade**	**Nº de transferências**
Unidade de Internação	Pronto Atendimento	Ortopedia e Traumatologia	7
		Cirurgia Geral	0
		Ginecologia	0
		Clínica Médica	0
	UTI	Ortopedia e Traumatologia	16
		Cirurgia Geral	1
		Ginecologia	0
		Clínica Médica	1
Total	**-**		**25**

- **Óbitos na Unidade e Taxa de mortalidade – UI**

No mês de agosto de 2026, foi registrado 1 óbito no setor, representando 1,67%. A paciente estava sob cuidados paliativos. A análise evidencia que o cuidado foi direcionado à manutenção do conforto e dignidade, respeitando o curso natural da doença e os princípios dos cuidados paliativos, diante de um quadro não reversível.

Saídas Totais na Unidade – UI

No mês de agosto de 2026, a Unidade de Internação registrou um total de 60 saídas, considerando 34 saídas externas - altas hospitalares, 1 óbito, e 25 transferências internas para a UTI e PA.

Taxa de ocupação – UI

No mês de agosto de 2026, a Unidade de Internação apresentou taxa de ocupação de 85,25%, considerando os 16 leitos disponíveis e os 423 pacientes/dia registrados. Embora o resultado demonstre uma utilização adequada da capacidade

instalada, dentro do intervalo considerado ideal para unidades hospitalares, a análise crítica evidencia que o desempenho ficou abaixo da meta contratual mensal, que exige ocupação superior a 90%.

Gráfico – Taxa de Ocupação – UI

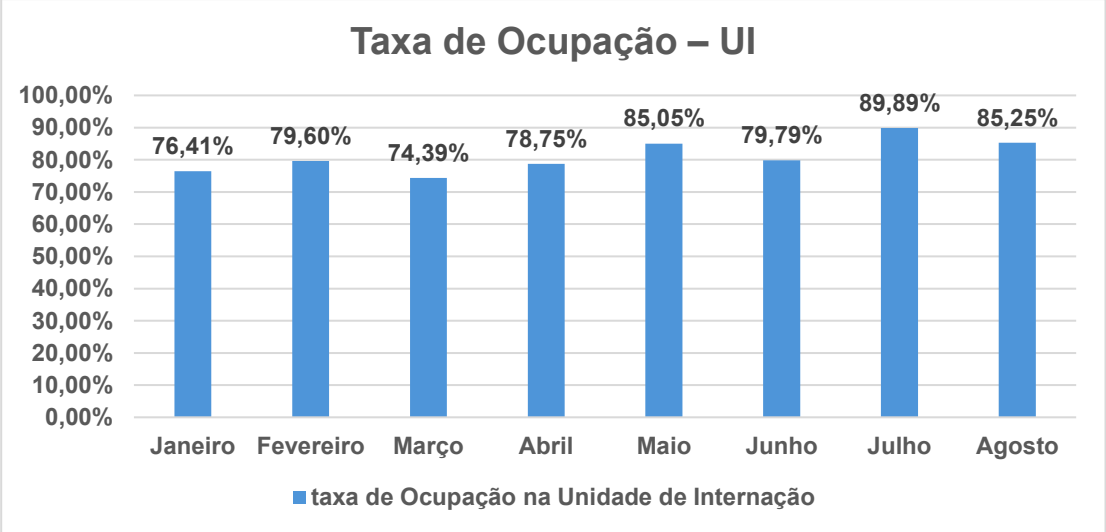
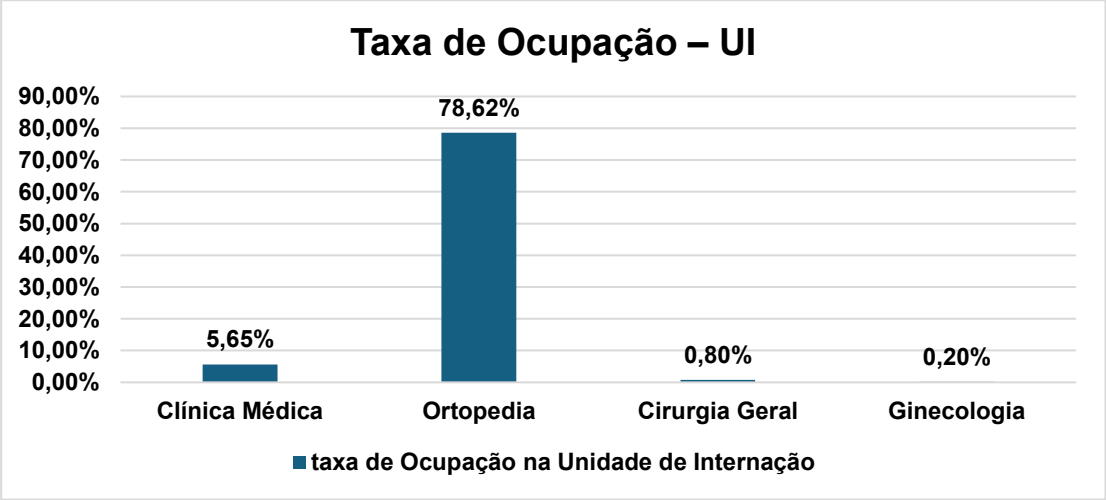


Gráfico – Taxa de Ocupação por especialidade – UI



Fonte: Unidade de Internação HRMJ

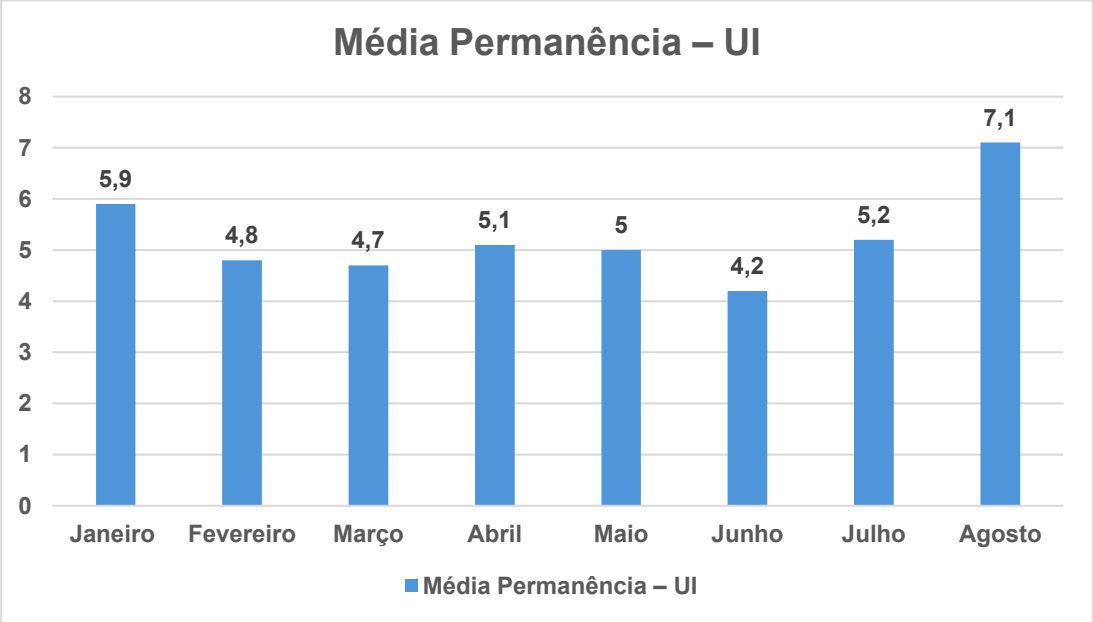
Média permanência – UI

No mês de agosto de 2026, a Unidade de Internação apresentou tempo médio de permanência de 7,1 dias, superior ao mês anterior – 5,2 dias. Esse resultado indica que o

setor não conseguiu atingir o parâmetro estabelecido, revelando persistência de internações mais longas do que o esperado.

A análise crítica mostra que o perfil assistencial cirúrgico, especialmente ortopédico, contribuiu para permanências prolongadas.

Gráfico – Média Permanência – UI



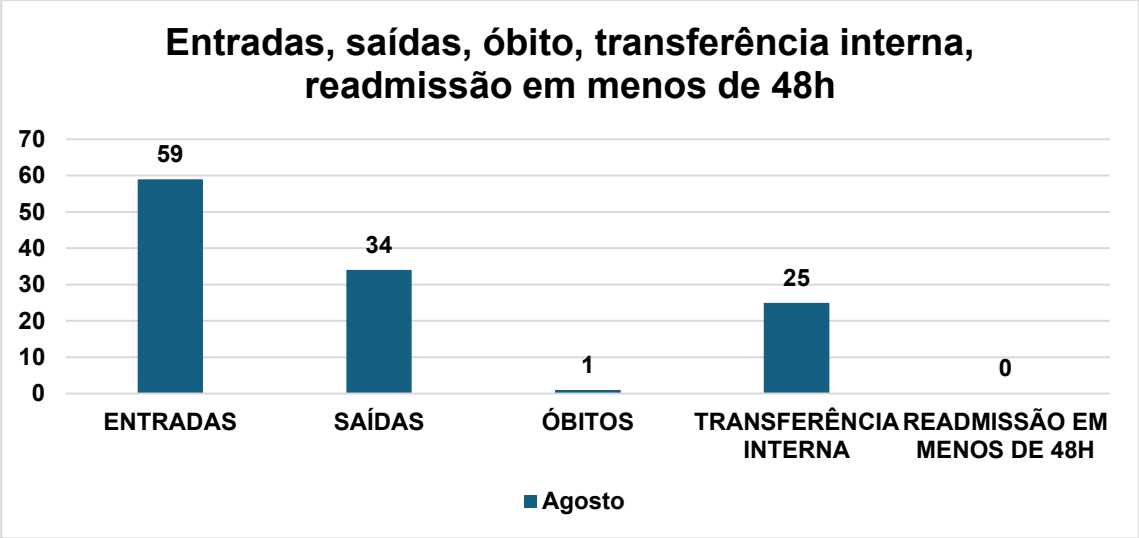
Internações por Especialidade

No mês de agosto de 2026, a Unidade de Internação registrou internações, considerando admissões diretas e transferências internas provenientes de outros setores da unidade hospitalar.

Do total:

- 27 internações corresponderam a admissões diretas na unidade;
- 32 internações foram decorrentes de transferências internas.

Gráfico – Entradas, saídas, óbito, transferência interna, readmissão em menos de 48h.



Fonte: Plano Estatístico HRMJ

Distribuição por Especialidade

Ortopedia

A unidade totalizou 47 admissões, correspondendo a 79,66% do total de 59 internações registradas no período, sendo 23 provenientes de admissões externas e 24 de transferências internas. A especialidade manteve predominância na ocupação da unidade, reforçando o perfil assistencial cirúrgico ortopédico.

Cirurgia Geral

Foram registradas 6 internações, correspondendo a 10,16% do total de 59 internações da unidade no período, sendo 3 provenientes de admissões externas e 3 de transferências internas. O resultado demonstra fluxo vinculado à programação cirúrgica, com participação da especialidade de cirurgia geral na composição das internações.

Ginecologia

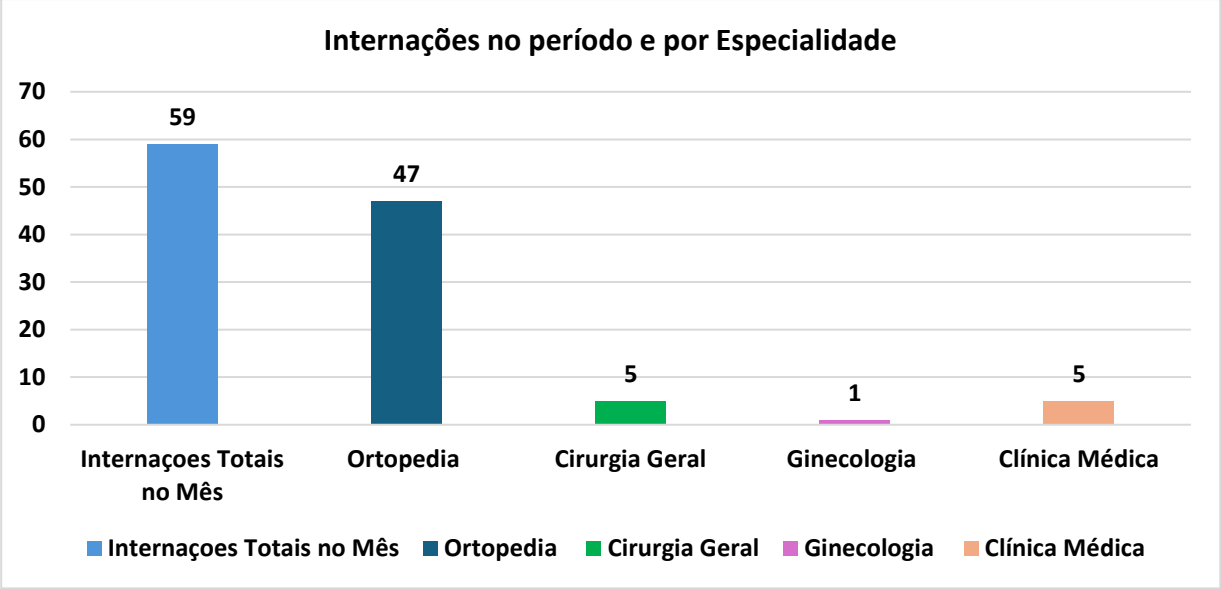
A unidade apresentou 1 internação, correspondendo a 1,69% do total de 59 internações no período, sendo 1 admissão interna.

Clínica Médica

A unidade totalizou 5 internações, correspondendo a 8,47% do total de 59 internações no período, sendo 1 proveniente de admissões externas e 4 de transferências

internas. O resultado indica predominância de casos que demandaram continuidade do cuidado clínico após atendimento inicial em outros setores, mantendo participação estável da especialidade na composição das internações.

Gráfico – Internações no Período e por Especialidade – UI



Fonte: Plano Estatístico HRMJ

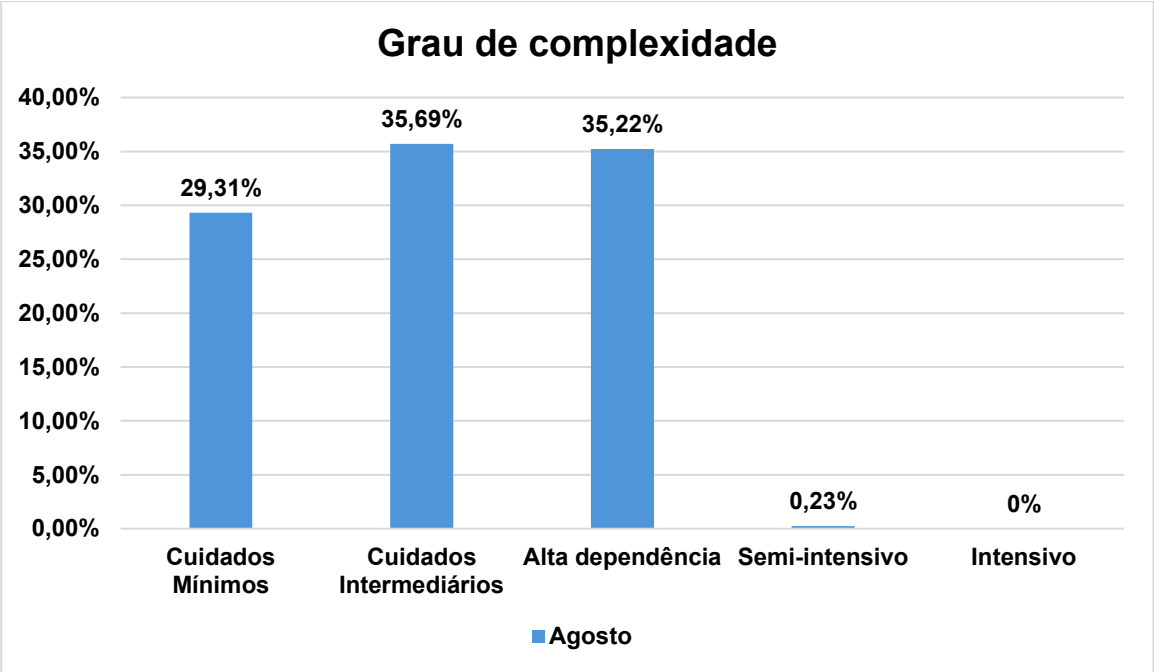
Grau De Complexidade

Referindo-se ao grau de complexidade dos pacientes atendidos na unidade de internação/HRMJ, no total de 423 pacientes/dia atendidos no mês de agosto. Distribuídos em:

- Cuidados mínimos: 121
- Cuidados intermediários: 151
- Alta dependência: 149
- Semi-intensivo: 2
- Intensivo: 0

Como rotina hospitalar todos os pacientes avaliados pela equipe de enfermagem no momento da admissão e diariamente, atualmente, utilizamos a escala de Braden, MEWS, Fugulin, Maddox e Braden Q e PEWS para pacientes pediátricos. Os dados são estratificados para cada grau de complexidade conforme gráfico abaixo.

Gráfico – Grau de complexidade de pacientes



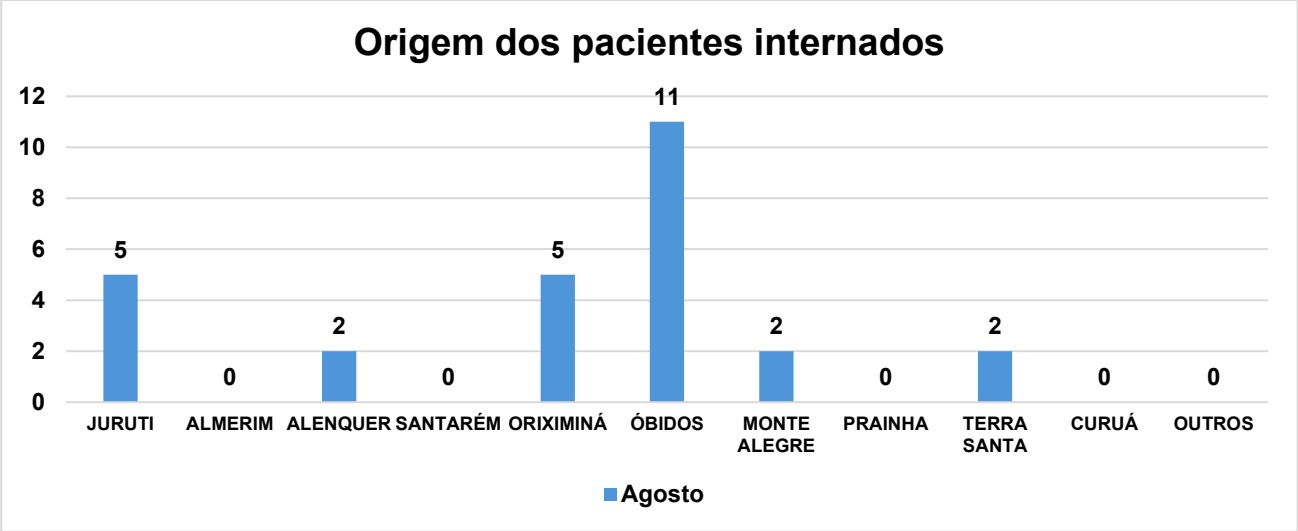
Fonte: Unidade de Internação HRMJ

Perfil Epidemiológico

Origem dos pacientes internados

O perfil epidemiológico referente às internações do mês de agosto de 2026 demonstra que a maior parte dos pacientes admitidos teve origem no município vizinho de Óbidos, totalizando 11 casos. Os municípios de Oriximiná e Juruti apresentaram o mesmo número de internações, com 5 pacientes cada. Já os municípios de Alenquer, Monte Alegre e Terra Santa registraram 2 internações cada. Em resumo, o hospital atua como referência principalmente para Oriximiná e cidades vizinhas.

Gráfico – Origem dos pacientes internados

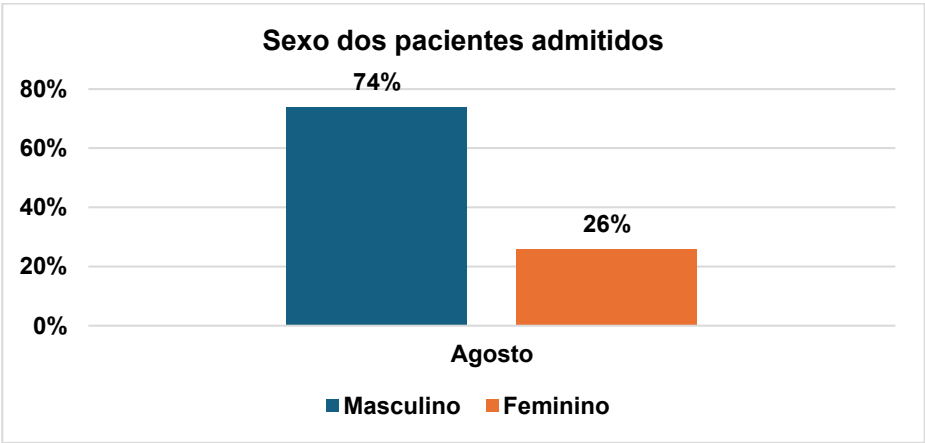


Fonte: NIR/ HRMJ.

Sexo dos pacientes internados

O perfil epidemiológico da unidade mostra leve predominância de pacientes do sexo masculino 20 em relação ao feminino 7, entre os 27 pacientes externos admitidos. Essa diferença está diretamente relacionada à maior demanda pela ortopedia, especialidade que historicamente concentra internações masculinas devido à natureza dos traumas e patologias atendidas.

Gráfico – Sexo dos pacientes internados



Fonte: Tasy

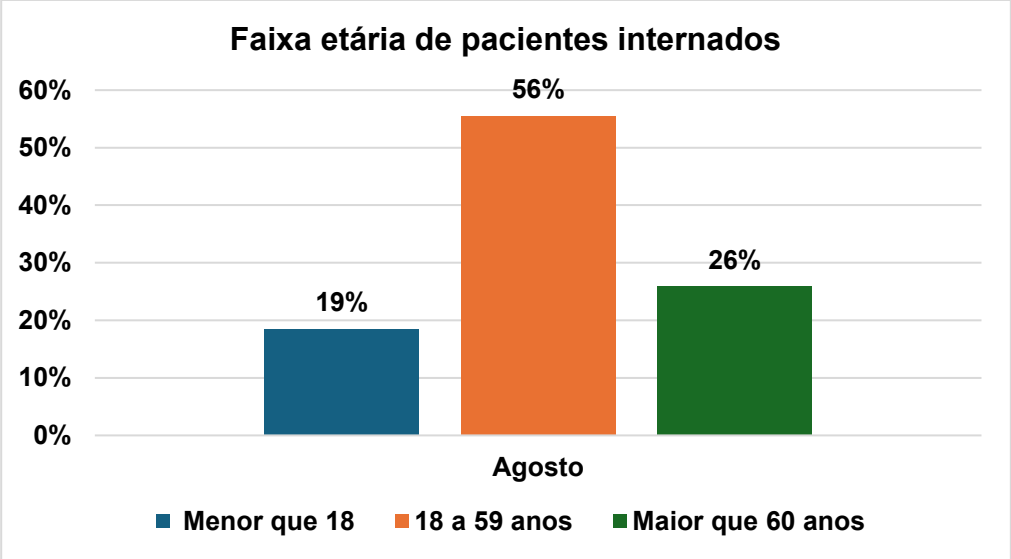
Faixa etária de pacientes internados

O perfil de internação deste mês apresenta uma distribuição multimodal - três picos idênticos de 18,5% nas faixas: Menor que 20 anos, 30 a 39 anos e 70 a 79 anos.

Esse perfil evidencia que a demanda hospitalar está concentrada na população economicamente ativa e em pacientes idosos admitidos por quadros de fraturas, o que se relaciona diretamente ao tipo de especialidade mais demandada, especialmente a ortopedia, marcada por traumas e patologias.

Em síntese, a distribuição etária confirma que o hospital atende majoritariamente adultos, refletindo o perfil epidemiológico vinculado às especialidades cirúrgicas predominantes.

Gráfico – Faixa etária dos pacientes internados

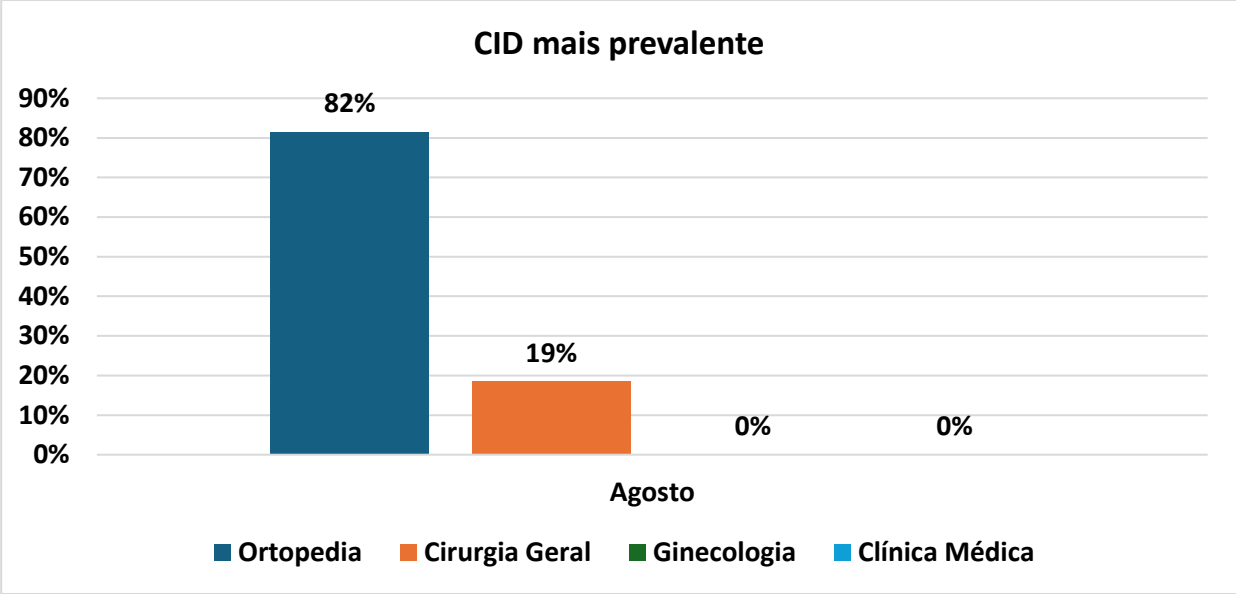


Fonte: Tasy

CID - Diagnóstico dos pacientes internados

Dos 27 pacientes internados na unidade HRMJ, o setor teve predominância ortopédica. A maioria dos casos envolve fraturas e traumas musculoesqueléticos, como fraturas de tíbia, fêmur, rádio, úmero, patela, escápula, metatarso, entorses e luxações, refletindo forte associação com acidentes e quedas. Também se destacam cirurgias da especialidade de cirurgia geral, como hérnias abdominal e inguinal, e calculose da vesícula biliar.

Gráfico – CID dos pacientes internados



Fonte: Estatística/ HRMJ.

Medidas Adotadas e Resolutividade

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Realização de reunião setorial mensal para análise de indicadores e tratativa de problemáticas	Coordenação da Unidade / Gestão Assistencial	Mensal	Reuniões realizadas com registro em ata	Discussão de indicadores assistenciais e plano de melhoria	Em execução
Realização diária de Safety Huddle junto à Gerência Assistencial	Coordenação da Unidade / Gerência Assistencial	Contínuo	Safety Huddle realizado diariamente com registro das demandas	Alinhamento entre setores assistenciais e resolução de pendências	Em execução
Realização de Round Multiprofissional com visita beira leito	Equipe Multiprofissional / Coordenação Assistencial	Contínuo	Visitas realizadas e registro de intervenções para alta hospitalar	Identificação de barreiras à alta e definição de condutas	Em execução
Elaboração e implantação do Protocolo de Gerenciamento do Tempo de Permanência	Gestão Assistencial / Equipe Multiprofissional	2026	Protocolo estruturado e aplicado aos pacientes com permanência >4 dias	Foco na alta segura e redução de permanência prolongada	Em execução
Implantação e monitoramento de protocolos assistenciais	Gestão Assistencial / NQSP	2026	Protocolos formalizados e adesão da equipe assistencial	Padronização da assistência com foco em segurança	Em execução

Utilização da ferramenta 5W2H para gestão de processos e melhorias	Gestão Assistencial	Contínuo	Planos estruturados e acompanhados com definição de prazos	Organização e acompanhamento visual das ações	Em execução
Monitoramento e notificação de eventos adversos e não conformidades	NQSP / Gestão Assistencial	Contínuo	Eventos notificados, analisados e com plano de ação definido	Análise de causa e aplicação de medidas corretivas	Em execução

Ações Realizadas

Como prática institucional de fortalecimento da cultura de segurança do paciente e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde - IRAS, a unidade executa a estratégia denominada “Hora D” de Higienização das Mãos, realizada a cada duas horas. Nesse momento, há interrupção programada das atividades para higienização das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica, envolvendo toda a equipe assistencial. A ação também contempla pacientes e acompanhantes, que recebem orientação educativa, reforçando a corresponsabilidade na prevenção de riscos e promoção do cuidado seguro.

Adicionalmente, foi instituída a “Hora D” de Prontuários, realizada duas vezes por plantão de 12 horas, com a finalidade de promover auditoria interna preventiva dos registros assistenciais. A equipe multiprofissional revisa sistematicamente os prontuários, identificando pendências de checagem, assinatura ou evolução clínica, assegurando a completude documental e reduzindo não conformidades. A prática fortalece a rastreabilidade das informações, a comunicação entre equipes e a conformidade com os padrões de qualidade e segurança assistencial.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações
Monitorar continuamente os indicadores de processo	Coordenação assistencial de enfermagem	Ano 2026	Média de permanência, Grau de complexidade, Taxa de perda de dispositivo, broncoaspiração, Lesão por Pressão, Queda.	Análise crítica do relatório mensal
Otimizar os fluxos de internação e alta	Coordenação assistencial de enfermagem	Ano 2026	Acompanhamento diário da rotina da equipe de enfermagem do setor	-

Considerações Finais

O presente relatório traz dados analisados do mês de agosto e apresenta os resultados do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, onde a gestão é realizada pelo Instituto Social Mais Saúde em parceria com a Secretária de Saúde do Estado do Pará - SESPA.

A gestão desenvolvida busca sempre o planejamento e as realizações das ações dos serviços públicos de saúde, por meio da organização, desenvolvimento e acompanhamento contínuo dos instrumentos e das ferramentas, que constituem e são utilizadas como diretrizes para as práticas de atendimento e de atenção à saúde desenvolvidas a nível de média e alta complexidade.

PRONTO ATENDIMENTO / OBSERVAÇÃO – PA

O Pronto Atendimento, atualmente utilizado como unidade de internação para pacientes clínicos e cirúrgicos, desempenha papel estratégico na ampliação da capacidade assistencial do HRMJ. Embora originalmente concebido para atendimento de urgência e emergência, o setor encontra-se adaptado para suporte contínuo a pacientes internados, mantendo alinhamento com a missão institucional de ofertar assistência integral, segura e humanizada.

Nesse contexto, o PA atua no monitoramento clínico sistemático dos pacientes, administração de terapias e medicamentos prescritos, realização de curativos e demais procedimentos de enfermagem, além do suporte às atividades básicas de vida diária. A comunicação permanente com o corpo clínico e familiares integra a rotina assistencial, garantindo cuidado coordenado e continuidade terapêutica.

O funcionamento ocorre em regime ininterrupto, 24 horas por dia, com fluxos organizados entre equipe médica, enfermagem e serviços de apoio. São realizadas visitas médicas regulares, rondas de enfermagem, acompanhamento da evolução clínica e registro sistemático em prontuário, assegurando rastreabilidade das condutas e conformidade com protocolos institucionais de segurança do paciente.

Mesmo diante da adaptação de sua função original, o Pronto Atendimento consolida-se como unidade essencial na manutenção da assistência hospitalar, contribuindo para a prevenção de complicações, promoção da recuperação clínica e

adequada preparação para alta hospitalar, reforçando o compromisso institucional com a qualidade e eficiência assistencial.

Dimensionamento da Equipe

O Pronto Atendimento conta com uma equipe de enfermagem completa, estruturada para garantir assistência integral e segura aos pacientes. A composição atual é a seguinte:

- **Enfermeiros:** 6 enfermeiros, sendo 4 plantonistas, 1 folguista e 1 diarista
- **Técnicos de enfermagem:** 8 técnicos de enfermagem, todos em função assistencial direta.

Todos em função assistencial direta, garantindo suporte contínuo e seguro aos pacientes internados. Essa equipe é responsável por acompanhar de forma integral as necessidades clínicas e cirúrgicas, consolidando o papel da enfermagem como fundamental para a recuperação e bem-estar dos pacientes.

Estrutura Física e Capacidade Instalada

O Pronto Atendimento conta com 16 leitos distribuídos entre 12 leitos, sendo 10 box e 2 de isolamento no pronto atendimento, e 4 leitos na sala vermelha, ampliando a capacidade de acolhimento dos pacientes.

No que se refere à infraestrutura de apoio, o PA possui:

10 box de atendimento

2 enfermarias de isolamento

1 posto de enfermagem

2 salas de reidratação (adulto e pediátrico)

1 expurgo

1 sala de DML

1 estar multiprofissional

1 sala de sutura

1 sala de gesso

1 farmácia

1 sala vermelha

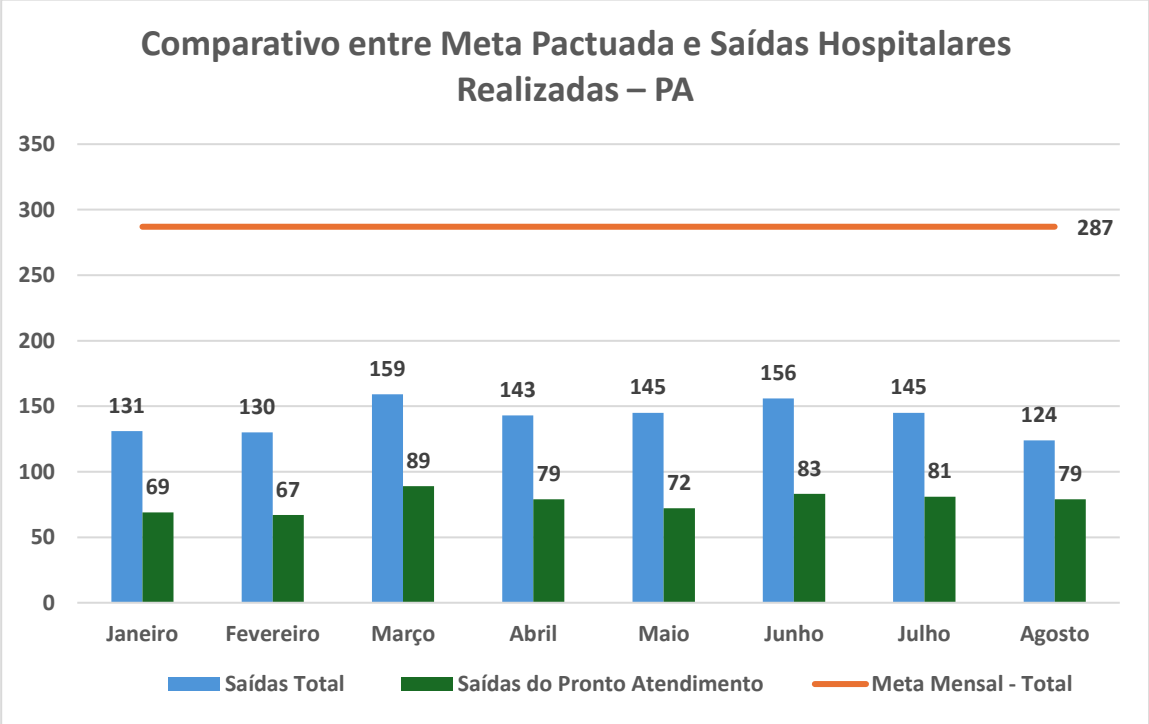
Essa estrutura física garante suporte adequado às demandas assistenciais, oferecendo ambientes preparados tanto para internação quanto para atendimentos emergenciais, com áreas específicas para procedimentos, apoio multiprofissional e gestão de insumos.

Indicadores de Produção

Saídas Externas no Pronto Atendimento

A meta mensal pactuada para saídas hospitalares é de 287. No mês de agosto de 2026, foram registradas 124 saídas, correspondendo a 43,21 da meta estabelecida. Desse total, o Pronto Atendimento foi responsável por 79 saídas 63,70%, configurando-se como o setor com maior participação na produção hospitalar do mês. O Pronto Atendimento registrou 79 saídas hospitalares, distribuídas entre as especialidades assistenciais.

Gráfico – Comparativo entre Meta Pactuada e Saídas Hospitalares Realizadas – PA



- **Saídas por especialidade**

No mês de agosto das 124 saídas hospitalares do 2026, o Pronto atendimento registrou 79 saídas hospitalares externas, distribuídas entre as especialidades assistenciais:

Ortopedia

Registrou 20 saídas 48,78% da meta pactuada, reforçando a integração com o Centro Cirúrgico e a Unidade de Internação.

Cirurgia Geral

Com 31 saídas 25,20% da meta pactuada, esta foi a especialidade de maior representatividade no setor em números absolutos, demonstrando forte predominância de casos cirúrgicos, contribuindo significativamente para a produção hospitalar do período.

Ginecologia

O setor apresentou 25 saídas 20,32% da meta pactuada, mantendo participação relevante na dinâmica assistencial. O resultado reflete o fluxo regular de internações vinculadas à saúde da mulher, com resolutividade adequada dentro do setor.

Clínica Médica

Totalizou 3 saídas 2,43%, indicando participação pouco significativa no período. O resultado evidencia baixa representatividade da especialidade na composição das altas hospitalares, não configurando predomínio assistencial, visto que o setor recebe principalmente pacientes de clínica médica provenientes de outros setores para continuidade do tratamento.

A distribuição das saídas confirma o perfil assistencial predominantemente cirúrgico do setor no mês, com contribuição expressiva para o volume global de altas hospitalares da instituição.

Transferências Internas

No mês de agosto de 2026, o Pronto Atendimento registrou 24 transferências internas, demonstrando movimentação assistencial relevante entre os setores da unidade hospitalar.

Distribuição por Especialidade:

- Ortopedia: 18 transferências
- Ginecológica: 2 transferências

- Cirurgia Geral: 4 transferências
- Clínica Médica: 0 transferências

A maior parte das transferências esteve relacionada às especialidades cirúrgicas, especialmente em cirurgia geral e ortopedia.

Destino das Transferências

- 11 pacientes foram transferidos para a Unidade de Internação
- 13 pacientes foram transferidos para a UTI

As transferências para a UI refletem reorganização do fluxo assistencial e continuidade do cuidado em ambiente mais adequado à permanência hospitalar. Já os encaminhamentos para a UTI indicam necessidade de suporte intensivo pós-operatório, demonstrando adequada avaliação clínica e articulação entre os níveis assistenciais. O quantitativo registrado evidencia integração entre setores e capacidade de resposta frente à evolução dos casos, assegurando continuidade terapêutica e segurança assistencial.

Tabela – Distribuição das Transferências Internas por Especialidade e Setor de Destino

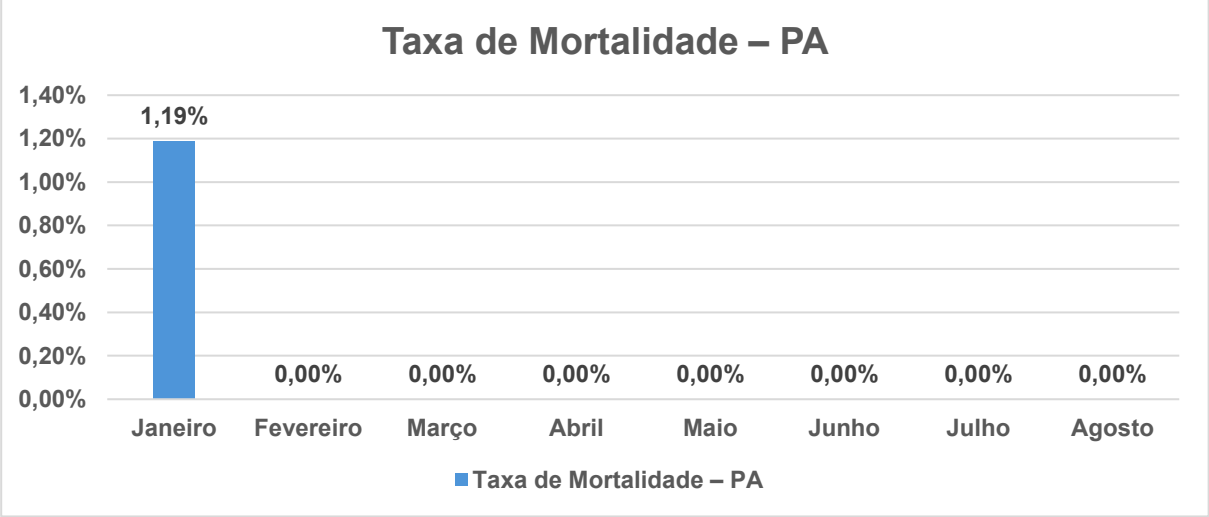
Distribuição das Transferências Internas por Especialidade e Setor de Destino – Agosto/2026			
Setor origem	**Setor de transferência**	**Especialidade**	**Nº de transferências**
Pronto Atendimento	Unidade de Internação	Ortopedia e Traumatologia	10
		Cirurgia Geral	0
		Ginecologia	1
		Clínica Médica	0
	UTI	Ortopedia e Traumatologia	8
		Cirurgia Geral	4
		Ginecologia	1
		Clínica Médica	0
Total	**-**		**24**

Fonte: Planilha de acompanhamento do Pronto Atendimento HRMJ

- **Óbitos na Unidade e Taxa de mortalidade – PA**

No mês de agosto de 2026, não houve registro de óbitos no Pronto Atendimento, mantendo taxa de mortalidade igual a zero no período analisado. O resultado evidencia desfecho assistencial favorável e adequada condução clínica dos pacientes internados.

Gráfico – Taxa de Mortalidade – PA



Fonte: Planilha de acompanhamento do Pronto Atendimento HRMJ

- **Saídas Totais no Pronto Atendimento**

No mês de agosto de 2026, o Pronto Atendimento registrou 103 saídas totais, considerando 79 altas hospitalares e 24 transferências internas para outros setores da unidade. A movimentação evidencia dinâmica assistencial ativa do setor, com importante contribuição para o fluxo hospitalar. As altas externas demonstram resolutividade assistencial, enquanto as transferências internas refletem adequação do nível de cuidado conforme a evolução clínica dos pacientes.

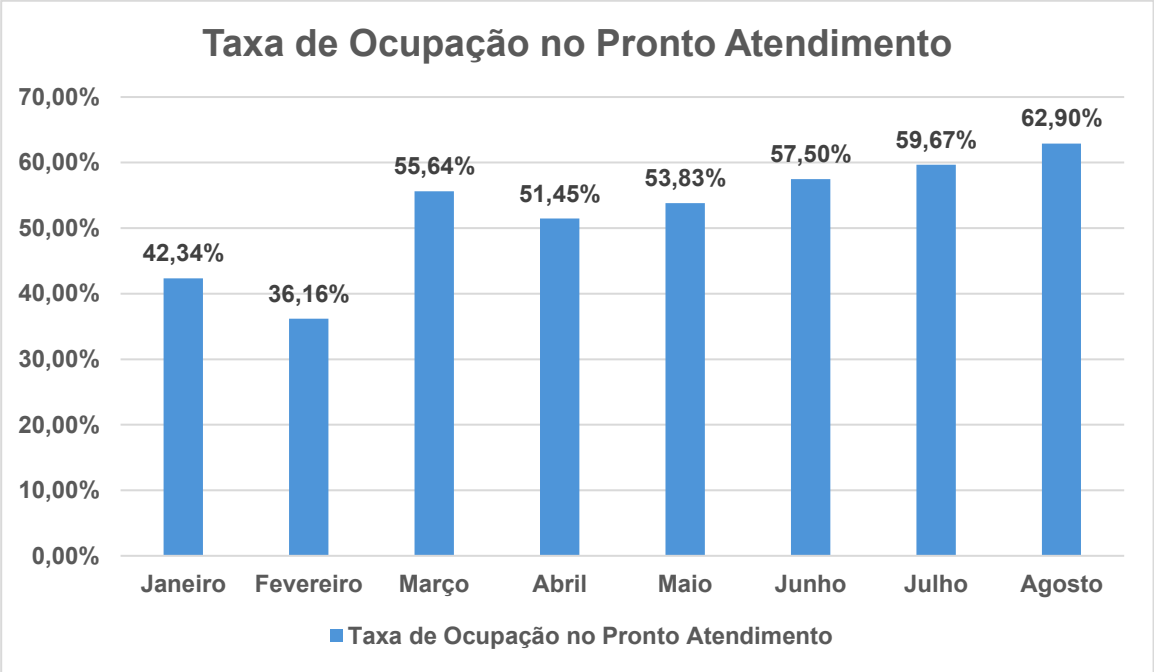
O quantitativo total de saídas reforça o papel estratégico do Pronto Atendimento, atualmente utilizado como unidade de internação, contribuindo de forma significativa para a produção hospitalar e organização do fluxo entre UI e UTI. A análise consolidada das saídas permite melhor compreensão da rotatividade de leitos, suporte à gestão da capacidade instalada e alinhamento com as metas institucionais.

Taxa de ocupação – PA

No mês de agosto de 2026, o Pronto Atendimento apresentou taxa de ocupação de 62,90%, considerando 16 leitos disponíveis e 312 pacientes-dia registrados no período.

O resultado demonstra utilização moderada da capacidade instalada do setor, indicando disponibilidade de leitos ao longo do mês. A taxa observada pode estar relacionada à dinâmica das internações e transferências internas, bem como ao perfil assistencial do período.

Gráfico – Taxa de Ocupação – PA



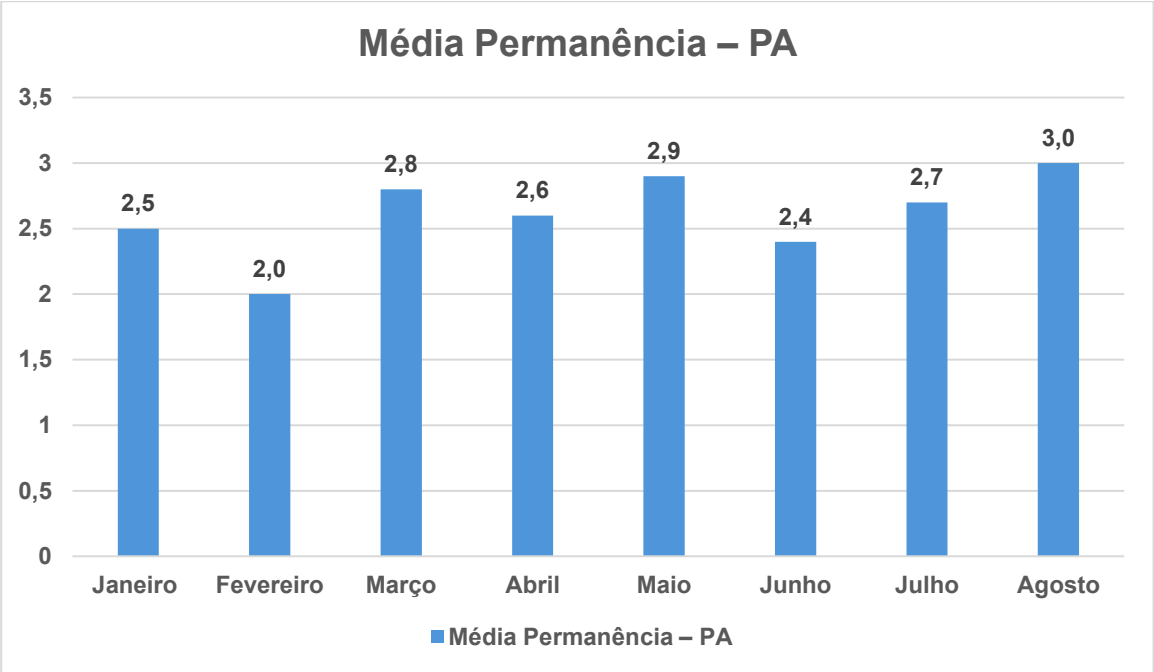
Fonte: Planilha de acompanhamento do Pronto Atendimento HRMJ

Média permanência – PA

No mês de agosto de 2026, o Pronto Atendimento apresentou média de permanência de 3,0 dias, considerando 312 pacientes-dia e 103 saídas totais, entre altas hospitalares e transferências internas.

O resultado indica permanência curta, compatível com o perfil assistencial do setor, que atua na estabilização clínica, acompanhamento pós-operatório inicial e reorganização do fluxo para outros níveis de cuidado, quando necessário. A média observada demonstra boa rotatividade de leitos, contribuindo para manutenção da disponibilidade assistencial e organização do fluxo hospitalar.

Gráfico – Média Permanência – PA



Internações por Especialidade

No mês de agosto de 2026, o Pronto Atendimento registrou 102 admissões, sendo 82 externas e 20 internas provenientes de outros setores.

Do total:

- 82 internações corresponderam a admissões diretas na unidade;
- 20 internações foram decorrentes de transferências internas.

Integrações por Especialidade

Ortopedia

O setor registrou 34 admissões de um total de 102 no período analisado, correspondendo a 38,23% do total. Destas, 25 foram provenientes de demanda externa e 14 de origem interna, evidenciando participação discreta no volume global de admissões, com predominância de encaminhamentos externos.

Cirurgia Geral

Totalizou 34 admissões de um total de 102 no período, correspondendo a 33,33% do volume geral, sendo 30 de origem externa e 4 internas. O resultado evidencia elevada

representatividade da especialidade no conjunto das admissões, com predominância de encaminhamentos externos e forte demanda assistencial.

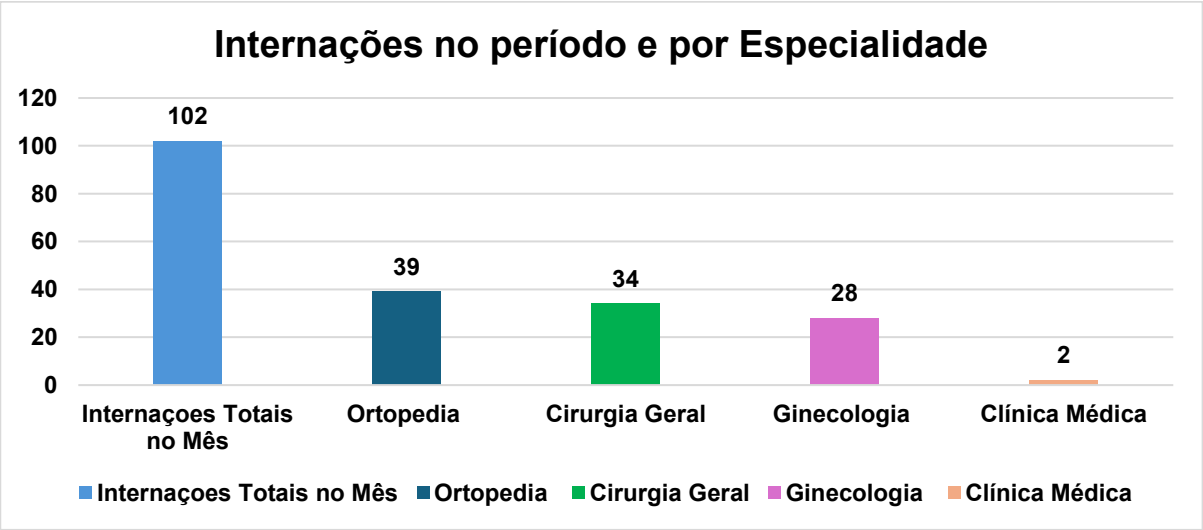
Ginecologia

Apresentou 28 admissões de um total de 102 no período, correspondendo a 27,45% do volume geral, sendo 26 de origem externa e 2 internas. O resultado indica manutenção de fluxo assistencial regular, vinculado à atenção à saúde da mulher, com predominância de encaminhamentos externos.

Clínica Médica

Contabilizou 2 admissões de um total de 102 no período, correspondendo a 1,96% do volume geral, sendo 1 de origem externa e 1 internas. O resultado evidencia baixa representatividade no fluxo assistencial do período, com predominância de encaminhamento externo, sem indicação de continuidade de cuidado proveniente de outros setores internos.

Gráfico – Internações no Período e por Especialidade – PA



Fonte: Plano Estatístico HRMJ

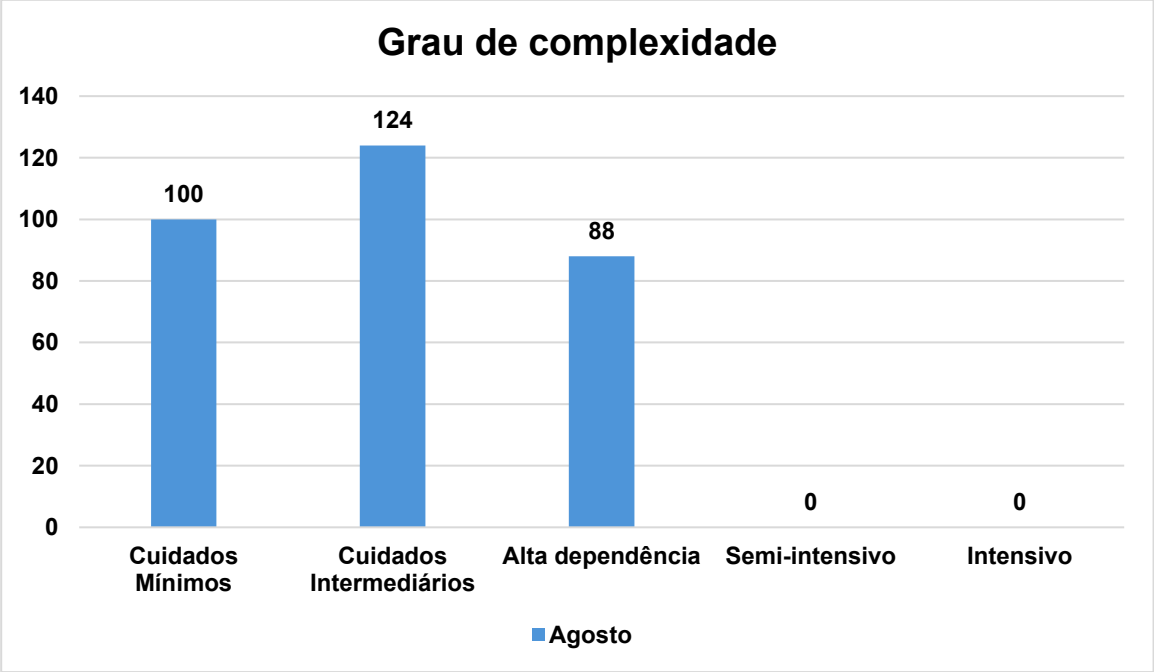
Grau De Complexidade

Referindo-se ao grau de complexidade dos pacientes atendidos No Pronto Atendimento/HRMJ, no total de 312 pacientes/dia atendidos no mês de agosto. Distribuídos em:

- Cuidados mínimos: 100
- Cuidados intermediários: 124
- Alta dependência: 88
- Semi-intensivo: 0
- Intensivo: 0

Como rotina hospitalar todos os pacientes avaliados pela equipe de enfermagem no momento da admissão e diariamente, atualmente, utilizamos a escala de Braden, MEWS, Fugulin, Maddox e Braden Q e PEWS para pacientes pediátricos. Os dados são estratificados para cada grau de complexidade conforme gráfico abaixo.

Gráfico – Grau de complexidade de pacientes

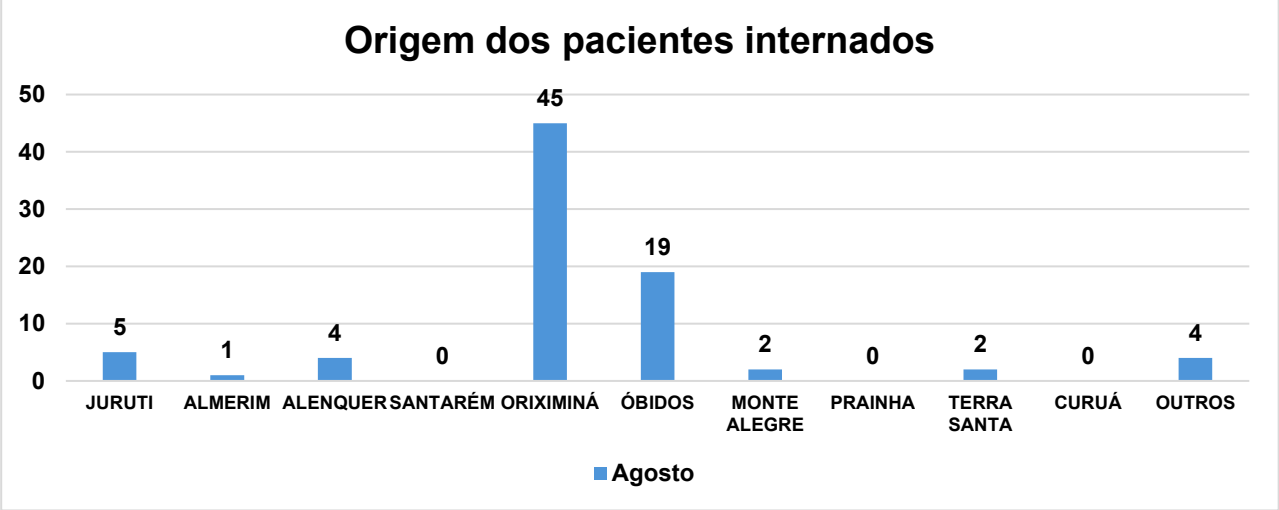


Fonte: Pronto atendimento HRMJ

Origem Dos Pacientes Internados

No que tange a origem dos usuários internados, o Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus é um ponto regional de referência em cirurgia ortopédica adulto/pediátrica, cirurgia ginecológica e cirurgia geral.

Gráfico – Origem dos pacientes internados



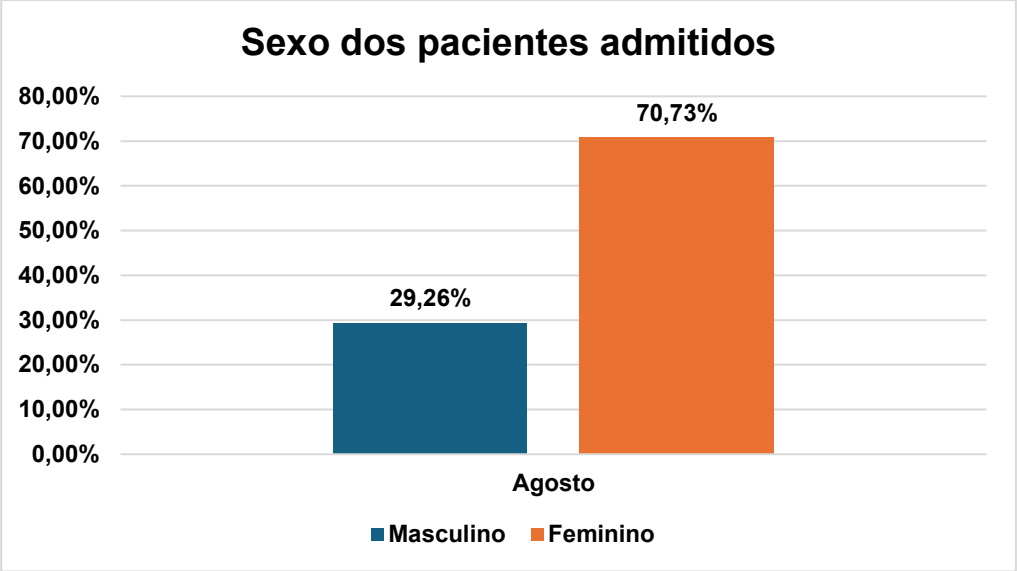
Fonte: Tasy

Sexo dos pacientes internados

Dos 82 pacientes admitidos no Pronto Atendimento no período analisado, 58 são do sexo feminino e 24 do sexo masculino, evidenciando predominância do sexo feminino, correspondente a 70,73% das admissões. Esse perfil está diretamente relacionado à linha de cuidado da unidade, com predominância de atendimentos e admissões vinculados à cirurgia ginecológica.

Tal característica assistencial justifica a maior representatividade do sexo feminino, uma vez que a especialidade atende, majoritariamente, condições clínicas e cirúrgicas relacionadas à saúde da mulher. Essa distribuição reforça a influência do perfil cirúrgico ginecológico sobre o padrão de demanda do setor, contribuindo para o planejamento de recursos, organização do fluxo assistencial e adequação da estrutura às necessidades específicas da população atendida.

Gráfico – Sexo dos pacientes internados

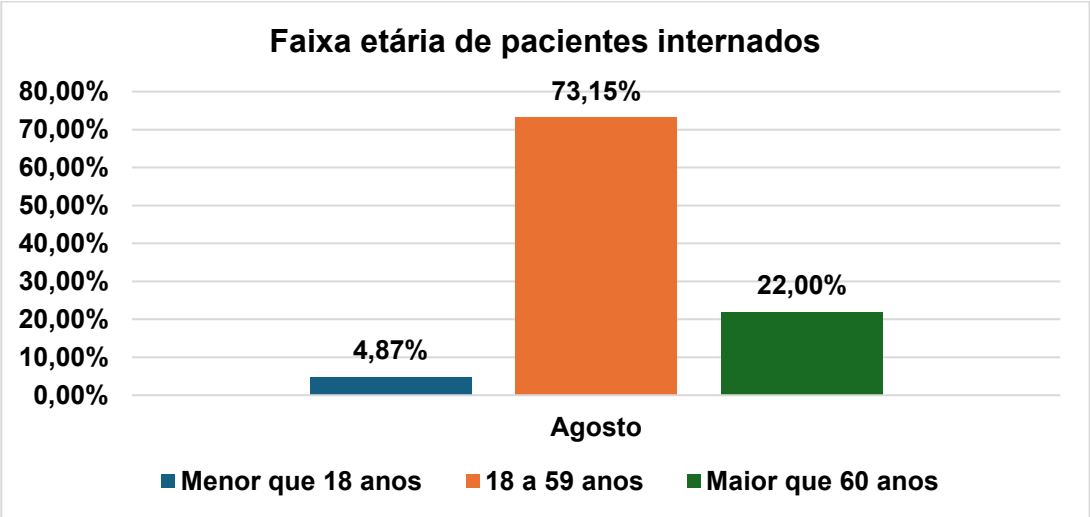


Fonte: Estatística/ HRMJ

Faixa etária de pacientes internados

A maior concentração de pacientes situa-se na faixa etária de 30 anos, evidenciando predominância de adultos no perfil assistencial da unidade. Observa-se, ainda, a presença relevante de pacientes adultos em faixa etária superior a 28 e 59 anos, e a presença de pacientes idosos acima de 60 anos, demonstrando diversidade etária entre os atendimentos realizados.

Gráfico – Faixa etária dos pacientes internados



Fonte: Estatísticas/ HRMJ

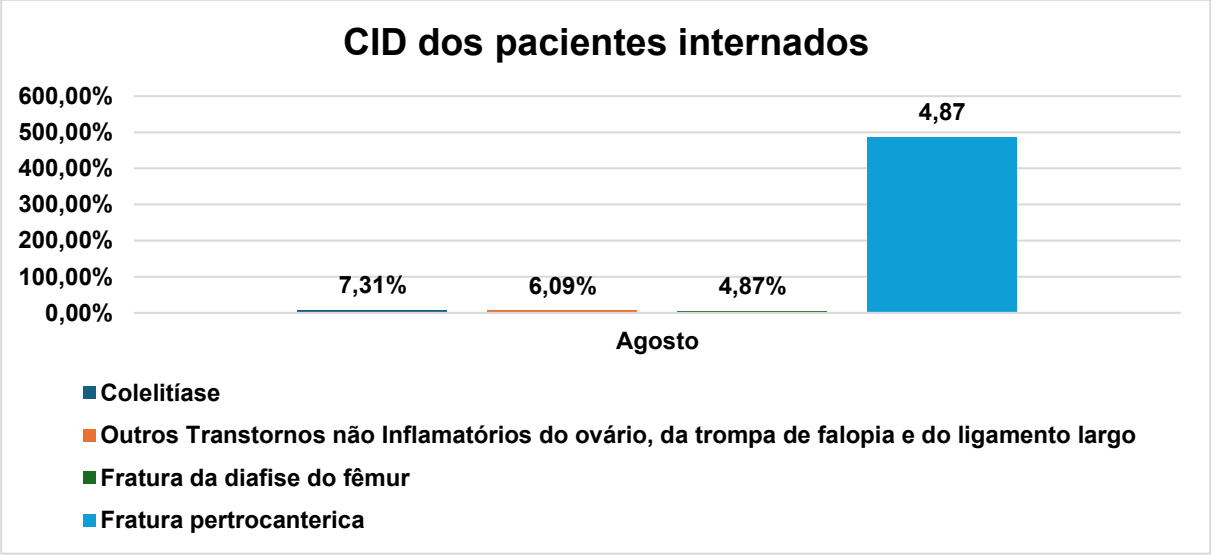
CID – Diagnóstico dos pacientes internados

Dos 82 pacientes internados, observou-se como diagnósticos mais prevalentes 6 casos de colelitíase, 5 casos de outros transtornos não inflamatórios do ovário, da trompa de falópio e do ligamento largo, 4 casos de fratura da diáfise da tíbia e 4 casos de fratura pertrocanterica.

Essa distribuição evidencia a predominância de condições cirúrgicas, com destaque para patologias do trato gastrointestinal e transtornos do ovário, refletindo o perfil assistencial da unidade.

Destaca-se que a concentração desses diagnósticos reforça a necessidade de recursos especializados para o manejo dessas condições, além de subsidiar o planejamento assistencial conforme o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, contribuindo para a organização dos fluxos e otimização da capacidade instalada.

Gráfico – CID dos pacientes internados



Fonte: Estatística/ HRMJ

Medidas Adotadas e Resolutividade

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Realização de reunião setorial mensal para análise de indicadores e tratativa de problemáticas	Coordenação da Unidade / Gestão Assistencial	Mensal	Reuniões realizadas com registro em ata	Discussão de indicadores assistenciais e plano de melhoria	Em execução

Realização diária de Safety Huddle junto à Gerência Assistencial	Coordenação da Unidade / Gerência Assistencial	Contínuo	Safety Huddle realizado diariamente com registro das demandas	Alinhamento entre setores assistenciais e resolução de pendências	Em execução
Realização de Round Multiprofissional com visita beira leito	Equipe Multiprofissional / Coordenação Assistencial	Contínuo	Visitas realizadas e registro de intervenções para alta hospitalar	Identificação de barreiras à alta e definição de condutas	Em execução
Elaboração e implantação do Protocolo de Gerenciamento do Tempo de Permanência	Gestão Assistencial / Equipe Multiprofissional	2026	Protocolo estruturado e aplicado aos pacientes com permanência >4 dias	Foco na alta segura e redução de permanência prolongada	Em execução
Implantação e monitoramento de protocolos assistenciais	Gestão Assistencial / NQSP	2026	Protocolos formalizados e adesão da equipe assistencial	Padronização da assistência com foco em segurança	Em execução
Utilização da ferramenta 5W2H para gestão de processos e melhorias	Gestão Assistencial	Contínuo	Planos estruturados e acompanhados com definição de prazos	Organização e acompanhamento visual das ações	Em execução
Monitoramento e notificação de eventos adversos e não conformidades	NQSP / Gestão Assistencial	Contínuo	Eventos notificados, analisados e com plano de ação definido	Análise de causa e aplicação de medidas corretivas	Em execução

Ações Realizadas

Uma estratégia de gerenciamento da redução do risco de infecção é a hora “D” de lavagem das mãos, momento no qual toda a equipe pausa a rotina para higienizar as mãos seja com água e sabão ou com álcool gel, ocorre no intervalo de 2h em 2h. Além dos colaboradores, os pacientes e acompanhantes também participam desse momento e recebem orientação sobre a importância da lavagem das mãos.

A hora “D” de Prontuários, realizada duas vezes a cada plantão de 12h, é um momento destinado a toda a equipe multiprofissional para que verifiquem todos os prontuários dos pacientes buscando itens pendentes de checagem ou assinatura, prevenindo que algum processo assistencial seja esquecido além de reduzir as não conformidades em prontuário.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Monitorar continuamente os indicadores assistenciais e de processo	Coordenação Assistencial de Enfermagem	2026	Monitoramento mensal da média de permanência, grau de complexidade, taxa de perda de dispositivo, broncoaspiração, lesão por pressão e queda	Realização de análise crítica em relatório mensal	Em execução
Otimizar os fluxos de internação e alta hospitalar	Coordenação Assistencial de Enfermagem	2026	Acompanhamento diário da rotina assistencial e redução de barreiras para alta segura	Monitoramento contínuo da dinâmica do setor	Em execução

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, o Pronto Atendimento apresentou atuação expressiva na dinâmica assistencial da unidade, contribuindo significativamente para o volume global de saídas hospitalares e absorção da demanda cirúrgica. Observou-se predominância das especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia, reafirmando o perfil assistencial do setor, atualmente utilizado como unidade de internação.

A movimentação interna de pacientes, tanto para a Unidade de Internação quanto para a UTI, demonstrou adequada articulação entre os níveis de cuidado e organização do fluxo hospitalar. A taxa de ocupação e a média de permanência apresentaram comportamento compatível com o perfil do setor, evidenciando rotatividade adequada de leitos e suporte à continuidade assistencial.

O Pronto Atendimento mantém monitoramento sistemático dos indicadores e alinhamento com os fluxos institucionais, reforçando seu papel estratégico na manutenção da capacidade instalada e no cumprimento das metas assistenciais da unidade.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto é composta por 10 leitos, sendo 01 leito destinado ao isolamento, garantindo maior segurança assistencial e controle de infecções. O setor dispõe ainda de serviço de hemodiálise, possibilitando suporte avançado ao paciente crítico e ampliando a capacidade de atendimento a casos de elevada complexidade clínica.

A UTI Adulto funciona em regime ininterrupto, 24 horas por dia, assegurando assistência contínua e monitoramento intensivo aos pacientes internados. A unidade está ativa desde outubro de 2024 e presta assistência a pacientes provenientes de diferentes municípios, atendendo demandas de todo o estado do Pará.

A equipe é composta por médico plantonista, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe multiprofissional, atuando de forma integrada e permanente, com profissionais capacitados para a complexidade do setor, assegurando cuidado seguro, qualificado e resolutivo.

Os dados apresentados subsidiam o monitoramento da qualidade assistencial, permitindo a identificação de tendências, fragilidades e oportunidades de melhoria nos processos assistenciais e operacionais da unidade.

Dimensionamento da Equipe

A UTI Adulto conta com equipe multiprofissional dimensionada conforme normativas vigentes e adequada à complexidade assistencial do setor. A composição da equipe é a seguinte:

- 01 Coordenadora Assistencial,
- 23 Técnicos de Enfermagem, com dimensionamento conforme preconizado pela RDC vigente, mantendo a proporção de 01 técnico para cada 02 pacientes;
- 05 Enfermeiros Assistenciais, atuando em regime de escala 12x36, garantindo supervisão contínua da assistência;
- 07 Fisioterapeutas
- 03 Nutricionista Clínica
- 02 Farmacêutico Clínico

- 02 Psicólogos
- 01 Fonoaudiólogo
- 1 médico plantonista em regime de escala.)
- 01 Auxiliar Administrativo

A estrutura da equipe assegura assistência ininterrupta, qualificada e alinhada aos padrões de segurança do paciente e às normativas aplicáveis à terapia intensiva.

Metas Contratadas Realizadas

Diárias de UTI

No comparativo entre os meses de julho e agosto de 2026, observa-se um aumento no número de diárias da UTI, passando de 239 diárias para 253 diárias, o que representa crescimento de 5,86% no período. O resultado manteve-se acima de 80% da meta contratada, alcançando 93,70% do indicador.

Os resultados demonstram a manutenção de um elevado nível de ocupação dos leitos intensivos e refletem a estabilidade dos processos assistenciais e da gestão de leitos. No mês de agosto indicador permanece dentro de um patamar satisfatório, evidenciando a capacidade da equipe em manter a regularidade operacional e a qualidade da assistência prestada, com perspectivas positivas para a continuidade do alcance das metas institucionais.

Tabela – Produção – Diárias de UTI

Diárias Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Unidade de Terapia Intensiva	270	208	199	213	229	233	218	239	253
Total	**270**	**208**	**199**	**213**	**229**	**233**	**218**	**239**	**253**
% Atingido da Meta Mensal	**>90%**	**77,04%**	**73,70%**	**78,89%**	**84,81%**	**86,30%**	**80,74%**	**88,52%**	**93,70%**

Fonte: Estatística HRMJ

Internações no Período – UTI

No mês de agosto de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva registrou 45 admissões no período, sendo 31 admissões internas e 14 admissões externas. Do total

de 123 admissões externas do hospital, 14 foram direcionadas para a UTI, evidenciando a participação do setor no acolhimento de pacientes provenientes de demanda externa.

Observa-se predominância das admissões internas na UTI, refletindo a continuidade do cuidado de pacientes já internados que evoluem para necessidade de suporte intensivo. As admissões externas, por sua vez, demonstram a inserção da unidade no fluxo regulatório e na assistência a casos de maior complexidade.

De forma geral, o resultado evidencia o papel estratégico da UTI na assistência hospitalar, tanto no suporte aos pacientes internos quanto no atendimento à demanda externa, contribuindo para a organização dos fluxos assistenciais e para a garantia de cuidado adequado aos pacientes críticos.

- **Internações por especialidade**

No mês de agosto de 2026, foram registradas 45 admissões na UTI, evidenciando o volume assistencial por especialidade no período. Ao analisar por especialidade, observa-se o seguinte desempenho:

Clínica Cirúrgica

No mês de agosto de 2026, a clínica cirúrgica registrou 8 internações, demonstrando participação no volume assistencial, com atendimentos voltados a procedimentos cirúrgicos e suporte aos pacientes no período perioperatório.

Clínica Médica

No mês de agosto de 2026, a clínica médica registrou 17 internações, representando participação entre as especialidades, refletindo a demanda por atendimentos de pacientes críticos.

Ginecologia

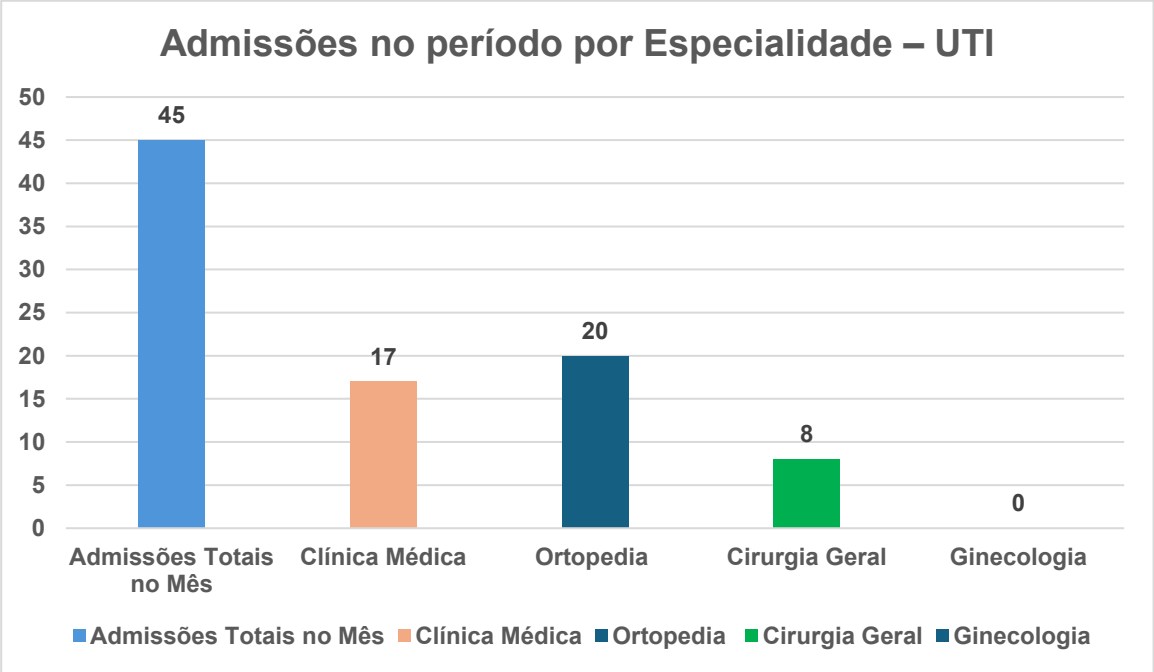
No mês de agosto, não houve registros de internação nessa especialidade.

Clínica Ortopédica

No mês de agosto de 2026, a clínica ortopédica registrou 20 internações, evidenciando maior volume assistencial da unidade, com atendimentos relacionados a condições traumáticas e ortopédicas.

De forma geral, observa-se predominância das internações na clínica ortopédica, seguida pela clínica médica, refletindo a demanda assistencial da região e o papel da unidade no atendimento a casos de média e alta complexidade.

Gráfico – Admissões no período por Especialidade – UTI



Fonte: Estatística - HRMJ

Saídas – UTI

No mês de agosto de 2026, foram registradas 44 saídas na Unidade de Terapia Intensiva, considerando 34 transferências internas e 10 saídas hospitalares classificadas em altas, óbitos e transferências externas, evidenciando o fluxo de desfecho dos pacientes críticos no período.

Ao analisar por especialidade, observa-se o seguinte desempenho:

Clínica Cirúrgica

No mês de agosto de 2026, a clínica cirúrgica registrou 6 saídas na UTI, refletindo a evolução de pacientes no pós-operatório e a transferência para unidades de menor complexidade ou desfecho hospitalar, demonstrando adequada condução dos casos.

Clínica Médica

No mês de agosto de 2026, a clínica médica registrou 9 saídas na UTI, demonstrando participação entre as especialidades, evidenciando pacientes clínicos críticos e a efetividade na estabilização e desfecho dos casos.

Ortopedia

No mês de agosto de 2026, a ortopedia registrou 19 saídas na UTI, demonstrando maior volume no fluxo assistencial, especialmente em casos traumáticos, com evolução para continuidade do cuidado ou alta hospitalar.

De forma geral, o total de 44 saídas evidência adequada rotatividade dos leitos de terapia intensiva, com predominância da clínica ortopédica, seguida pela clínica médica e clínica cirúrgica, refletindo o perfil assistencial da unidade e contribuindo para a otimização da capacidade operacional e continuidade do cuidado aos pacientes.

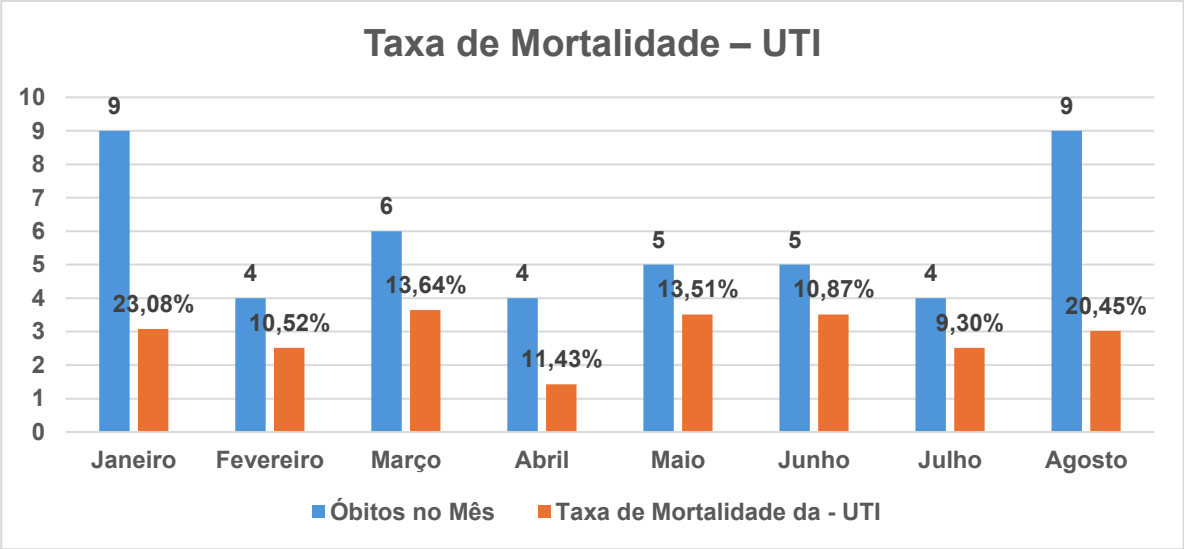
Óbitos e Taxa de Mortalidade

No mês de agosto de 2026, foram registrados 9 óbitos na Unidade de Terapia Intensiva, refletindo o perfil de pacientes críticos atendidos no período.

A taxa de mortalidade da UTI foi de 20,45% evidenciando o desfecho clínico dos pacientes assistidos na unidade intensiva. O indicador está relacionado à complexidade dos casos atendidos, ao perfil clínico dos pacientes e à gravidade das condições de saúde no momento da admissão.

De forma geral, o resultado demonstra comportamento compatível com o perfil assistencial da UTI, reforçando a importância do monitoramento contínuo do indicador, da qualificação dos processos assistenciais e do fortalecimento das estratégias de cuidado intensivo, com foco na segurança do paciente e na melhoria dos desfechos clínicos.

Gráfico – Taxa de mortalidade – UTI

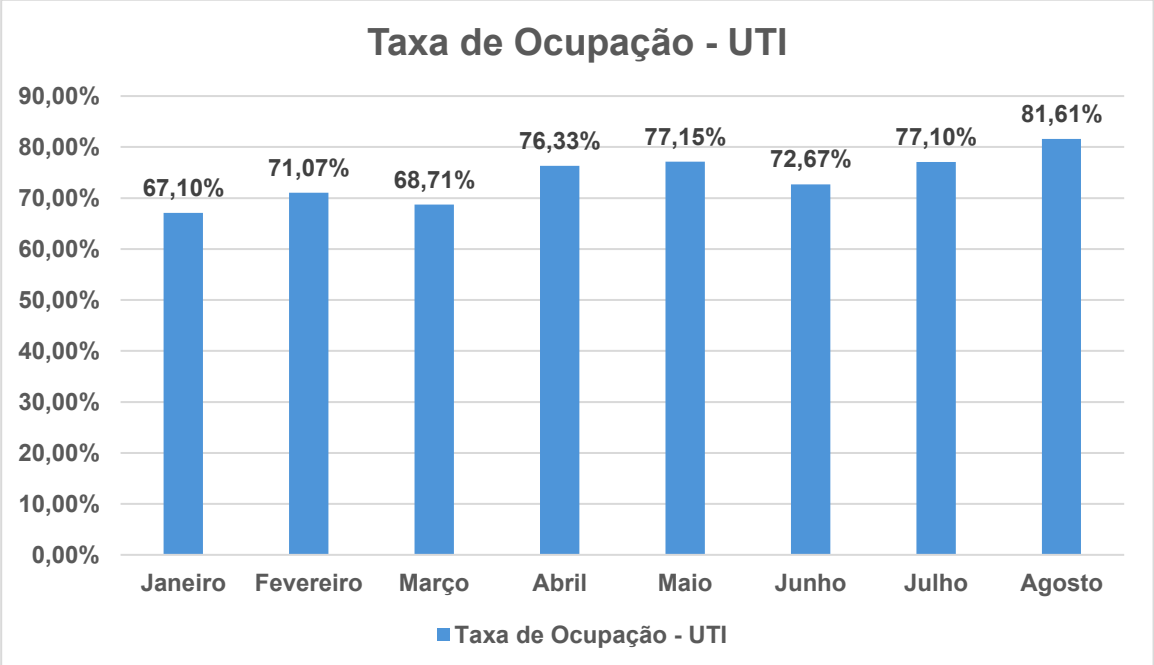


Fonte: Estatística/HRMJ

Taxa de Ocupação – UTI

No mês de agosto de 2026, a taxa de ocupação da Unidade de Terapia Intensiva foi de 81,61%. Observa-se aumento em relação ao mês de julho, quando a taxa de ocupação foi de 77,10%, evidenciando maior utilização dos leitos intensivos no período.

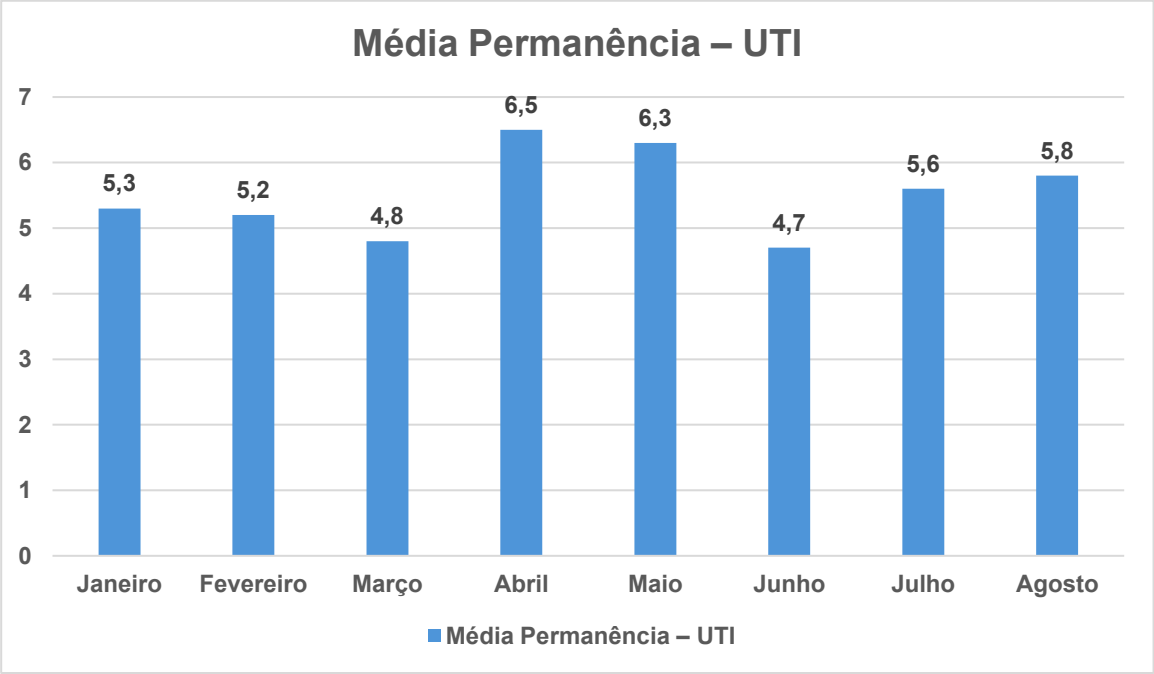
Gráfico – Taxa de Ocupação – UTI



Média permanência – UTI

No mês de agosto de 2026, a média de permanência foi de 5,8 dias, representando aumento em relação ao mês anterior 5,6 dias. O resultado está relacionado ao perfil clínico e à complexidade dos pacientes assistidos no período, demandando acompanhamento contínuo do indicador para avaliação de tendências e impactos sobre a disponibilidade de leitos.

Gráfico – Média Permanência – UTI



Taxa de Reinternação <24h (%)

A taxa de readmissão em menos de 24 horas é um indicador sensível de qualidade assistencial, pois reflete a segurança dos processos de alta, a efetividade das condutas clínicas adotadas e a continuidade do cuidado prestado ao paciente. Conforme demonstrado no gráfico apresentado, observa-se que, ao longo dos meses de janeiro à agosto de 2026, a taxa de readmissão em menos de 24 horas manteve-se em 0% em todos os períodos avaliados.

Esse resultado evidencia que não houve necessidade de retorno precoce dos pacientes ao serviço dentro do intervalo crítico de até 24 horas após a alta, o que aponta para decisões de alta bem fundamentadas, adequada estabilização clínica e planejamento assistencial eficaz. Tal desempenho sugere alinhamento entre as equipes

multiprofissionais, incluindo avaliação criteriosa do estado clínico, orientação adequada aos pacientes e familiares e correta definição do momento oportuno para alta ou transferência de nível de cuidado.

Taxa de Ventilação Mecânica (%)

No mês de agosto de 2026, foram registrados 95 ventiladores mecânicos/dia para um total de 253 pacientes-dia, resultando em uma taxa de utilização de ventilação mecânica de 37,55%. O indicador demonstra a assistência prestada a pacientes com maior gravidade clínica e necessidade de suporte ventilatório invasivo, mantendo-se compatível com o perfil de complexidade assistencial atendido pela Unidade de Terapia Intensiva.

Taxa de Lesão por Pressão (%)

No mês de agosto de 2026, foi registrado 1 caso de lesão por pressão, resultando em uma taxa de 0,40%, calculada com base em 253 pacientes-dia. Em comparação ao mês de julho de 2026, quando foram registrados 5 casos e taxa de 2,09%, observa-se redução de 80,9% do indicador. O resultado demonstra a efetividade das medidas preventivas adotadas pela equipe multiprofissional, incluindo avaliação sistemática de risco, mudanças de decúbito, monitoramento da integridade da pele e implementação de cuidados individualizados aos pacientes com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de lesões.

Taxa de Uso de Cateter Venoso Central (%)

Em agosto de 2026, a taxa de utilização de cateter venoso central foi de 61,66%, calculada a partir de 156 dispositivos-dia para 253 pacientes-dia. Em comparação a julho de 2026, quando a taxa foi de 60,25%, observou-se discreto aumento de 1,41 ponto percentual. O resultado está relacionado ao perfil de gravidade dos pacientes internados, que demandaram acesso venoso central para administração de drogas vasoativas, antibioticoterapia, monitorização hemodinâmica e terapia renal substitutiva. O indicador permaneceu compatível com a complexidade assistencial atendida pela Unidade de Terapia Intensiva.

.

Taxa de Incidência de Queda (%)

Em agosto de 2026, não foram registrados eventos de queda na UTI, resultando em taxa de 0,00%. Em comparação a julho de 2026, quando houve 1 queda sem dano (0,42%), observou-se redução do indicador, demonstrando a efetividade das medidas de prevenção e segurança do paciente adotadas pela equipe assistencial.

Perda de Dispositivos (%)

Em agosto de 2026, a taxa de perda de dispositivos foi de 0,74%, superior à registrada em julho foi de 0,16%. As ocorrências incluíram perdas de acesso venoso periférico, obstrução de cateter venoso central e perdas de sonda nasoenteral. Os eventos foram avaliados pela equipe, sendo reforçadas as ações de prevenção e monitoramento dos dispositivos invasivos.

Grau de Complexidade

Em agosto de 2026, observou-se predominância de pacientes classificados como intensivos 29,53% e de alta dependência 29,13%, correspondendo conjuntamente a 58,66% das classificações realizadas. Os dados evidenciam o elevado grau de complexidade assistencial dos pacientes internados na UTI, demandando monitorização contínua, suporte avançado e atuação integrada da equipe multiprofissional. Não houve registro de pacientes classificados em cuidados mínimos durante o período.

Ações Realizadas

Hora “D” de prontuário

A ação Hora “D” do Prontuário, implantada na UTI em setembro de 2025, consiste em uma rotina diária realizada duas vezes ao dia, com técnico responsável previamente dimensionado em escala de serviço, que aciona toda a equipe assistencial para a pausa temporária das atividades e revisão sistemática dos prontuários do setor. Essa estratégia tem como objetivo reduzir não conformidades nos registros assistenciais, fortalecer a rastreabilidade das informações, promover a segurança do paciente e assegurar a conformidade legal e institucional dos prontuários, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Hora “D” de Lavagem das mãos

A ação Hora “D” de Lavagem das Mãos, implantada na UTI desde setembro de 2025, é realizada a cada 2 horas, com técnico responsável previamente dimensionado em escala de serviço, que aciona toda a equipe para pausa das atividades e execução da higienização das mãos com água e sabão, conforme a técnica recomendada pelo Ministério da Saúde. A iniciativa tem como objetivo reforçar a adesão às práticas de prevenção e controle de infecções, promover a cultura de segurança do paciente e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Briefing de comunicação

A realização do briefing de comunicação com a equipe assistencial da UTI, implementada desde setembro de 2025, ocorre no início de cada plantão e sempre que necessário ao longo do turno, com o objetivo de alinhar informações críticas do setor. Essa prática fortalece a comunicação efetiva, melhora a integração da equipe multiprofissional, antecipa riscos assistenciais, padroniza condutas e contribui para a segurança do paciente, além de apoiar a tomada de decisão, a continuidade do cuidado e a redução de falhas de comunicação

Round Multiprofissional UTI

A realização do round multiprofissional na UTI, implantada desde junho de 2025, ocorre duas vezes por semana ou sempre que necessário, reunindo os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente crítico. Essa prática promove a integração da equipe multiprofissional, o alinhamento das condutas assistenciais, a discussão clínica compartilhada e o planejamento individualizado do cuidado, contribuindo para maior segurança do paciente, tomada de decisão mais assertiva, otimização de recursos e melhoria dos desfechos clínicos.

Processo de alta segura UTI

A alta segura na UTI é um processo estruturado que visa garantir a transição adequada do paciente da Unidade de Terapia Intensiva para outra unidade de internação, reduzindo riscos, prevenindo eventos adversos e assegurando a continuidade do cuidado.

Trata-se de uma etapa crítica da assistência, pois envolve pacientes que, embora estáveis, ainda demandam acompanhamento clínico rigoroso. Por isso, a alta não deve ser baseada apenas na disponibilidade de leito, mas principalmente em critérios clínicos bem definidos.

Objetivos da alta segura:

- Reduzir reinternações na UTI
- Minimizar eventos adversos
- Promover continuidade e qualidade assistencial
- Garantir segurança do paciente

Em síntese, a alta segura na UTI é um processo sistematizado, multiprofissional e baseado em critérios clínicos e organizacionais, fundamental para manter a qualidade da assistência e a segurança do paciente durante a transição do cuidado.

Planejamento de Melhorias

O Plano de Melhoria foi estruturado a partir da análise dos indicadores assistenciais da unidade, com foco na qualificação dos processos e fortalecimento da segurança do paciente.

As ações contemplam a melhoria da articulação com a Regulação, ampliação da atuação multiprofissional, incentivo às notificações de eventos e capacitação contínua da equipe. O acompanhamento será realizado de forma permanente, por meio de indicadores definidos, visando aprimoramento contínuo da assistência.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Fortalecer a articulação com a Regulação para pacientes em P.O completarem diária na UTI	Núcleo Interno de Regulação / Diretoria Técnica	Contínuo	Aumento de diárias UTI	Alinhamento com o Núcleo de Regulação do hospital	Em andamento

Fomentar as notificações de eventos no setor	Enfermagem	Contínuo	Incidência de eventos	Segurança do paciente	Em andamento

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, a Unidade de Terapia Intensiva apresentou desempenho assistencial satisfatório, evidenciado pelo aumento da produção de diárias, que alcançou 253 diárias e 93,70% da meta contratual. Observou-se aumento da taxa de ocupação dos leitos, manutenção da média de permanência compatível com o perfil clínico dos pacientes e ausência de reinternações em até 24 horas.

No âmbito da segurança do paciente, destacam-se a redução da taxa de lesão por pressão, a ausência de eventos de queda e a manutenção das ações de monitoramento e prevenção de eventos adversos. O perfil assistencial permaneceu caracterizado por elevada complexidade clínica, com predominância de pacientes classificados como intensivos e de alta dependência.

CENTRO CIRÚRGICO – CC

O Centro Cirúrgico do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ) constitui unidade estratégica de apoio assistencial, operando em regime contínuo, 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo suporte permanente às cirurgias eletivas programadas e às demandas de urgência e emergência.

O serviço é responsável pela organização, execução e monitoramento dos procedimentos cirúrgicos realizados na unidade, assegurando conformidade com protocolos institucionais, normas de segurança do paciente e diretrizes técnicas vigentes. Sua atuação envolve planejamento das agendas, controle da ocupação das salas cirúrgicas, gestão do fluxo operatório e articulação com as equipes multiprofissionais.

A consolidação da produção cirúrgica fundamenta-se nas planilhas institucionais de controle, seguindo metodologia padronizada que garante consistência dos dados, conformidade com exigências de auditoria e transparência no monitoramento da qualidade assistencial.

O acompanhamento sistemático dos indicadores do Centro Cirúrgico permite avaliar desempenho operacional, eficiência das equipes, utilização das salas e

cumprimento do planejamento estratégico institucional, contribuindo para identificação de oportunidades de melhoria e otimização dos processos assistenciais.

Dessa forma, o Centro Cirúrgico consolida-se como componente essencial da assistência hospitalar, assegurando atendimento resolutivo, seguro e contínuo à população assistida.

recursos e a tomada de decisão ágil, visando sempre a excelência no cuidado perioperatório e a segurança dos usuários.

Dimensionamento da equipe

- 11 técnicos de enfermagem, distribuído nos plantões;
- 4 Enfermeiros assistenciais 12x36;
- 1 Técnico administrativo;

Estrutura física

O Centro Cirúrgico do Hospital Regional Menino Jesus dispõe de 2 salas cirúrgicas e 1 SRPA com 3 leitos, operando em regime contínuo, 24 horas por dia e 7 dias por semana. Esse funcionamento garante suporte às cirurgias eletivas programadas e às demandas de urgência e emergência, em conformidade com o perfil assistencial da unidade e com as diretrizes do SUS.

Produção e Indicadores

No mês de agosto de 2026, o volume global de procedimentos cirúrgicos totalizou 126 cirurgias, realizadas alcançando um percentual de atendimento de 66,32% frente à meta mensal contratada de 190 procedimentos. Quando comparado ao mês de julho — que registrou 137 procedimentos ,observa-se uma variação de -8,03%, equivalente a 11 procedimentos a menos. Esta flutuação permanece estritamente dentro da estabilidade operacional e da sazonalidade assistencial esperada para o período, mantendo a unidade em patamar plenamente alinhado com a média produtiva e a capacidade instalada do bloco cirúrgico.

No tocante à segurança assistencial e à gestão de riscos, o setor manteve excelente desempenho: em 18 dos 19 indicadores de eventos avaliados, o setor obteve

taxa zero de ocorrências ou eventos adversos, com destaque absoluto para a preservação de protocolos críticos de segurança do paciente. No quesito reoperações cirúrgicas, registrou-se um total de 2 procedimentos de reoperação; contudo, 100% das reoperações foram planejadas, tratando-se de etapas pré-programadas e estruturadas do plano terapêutico dos pacientes, com taxa zero de retornos não planejados ao bloco .

Em suma, o balanço de agosto reflete um ambiente cirúrgico altamente seguro, auditável e consolidado nos mais rígidos padrões institucionais de qualidade e segurança assistencial.

Demonstrativos de Metas Físicas Contratadas Realizadas

No mês de agosto de 2026, foram realizados 126 procedimentos cirúrgicos, correspondendo a 66,32% da meta mensal contratada de 190 procedimentos. Em comparação a julho, houve redução de 8,03% na produção. Destacou-se a Cirurgia Ginecológica, com 116% da meta atingida, enquanto Ortopedia/Traumatologia alcançou 76,25% e Cirurgia Geral 42,35%. De forma geral, o resultado demonstra a continuidade da assistência cirúrgica, porém permanece abaixo da meta global estabelecida para o período.

Tabela – Tabela de acompanhamento de metas centro cirúrgico

Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Cirurgia Ortopédica /Traumatologia (Adulto e Pediátrico)	80	46	40	51	50	58	54	60	61
Cirurgia Geral	85	47	47	59	57	61	61	52	36
Cirurgia Ginecológica	25	23	24	25	23	26	25	25	29
Total	**190**	**116**	**111**	**135**	**130**	**145**	**140**	**137**	**126**
% Atingido da Meta Mensal	**>90%**	**61,05%**	**58,42%**	**71,05%**	**68,42%**	**76,32%**	**73,68%**	**72,11%**	**66,32%**

Fonte –Estatística HRMJ

Produção por especialidade

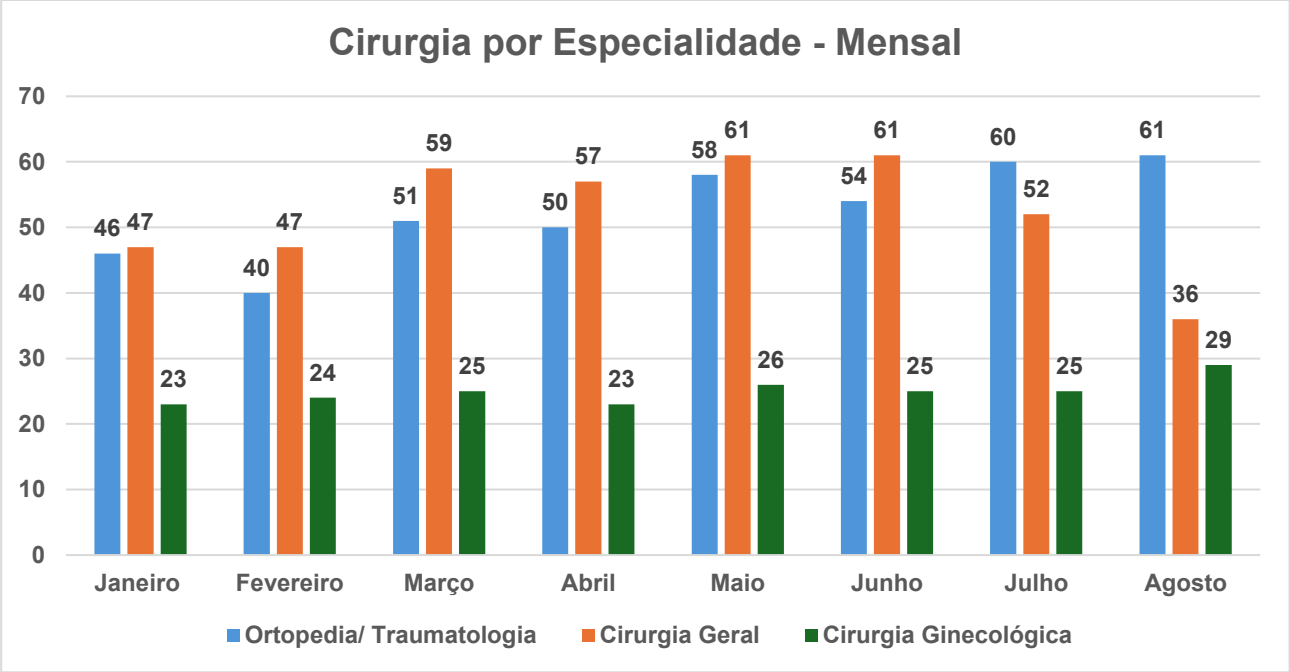
A análise de especificidade dos dados de agosto de 2026 revela a distribuição do perfil cirúrgico e o comportamento das especialidades no bloco operatório:

- Ortopedia / Traumatologia – 61 procedimentos: Consolidou-se como o principal motor de volume do setor no mês, apresentando expressiva resolutividade em cirurgias de trauma e reconstrução de alta complexidade. As principais destaques do período foram a Retirada de Fixador Externo (6 casos) e o Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise do Fêmur (6 casos), seguidas de perto pelo Tratamento Cirúrgico de Fratura do Planalto Tibial (5 casos).
- Cirurgia Geral – 36 procedimentos: Manteve sua relevância estratégica com foco em procedimentos minimamente invasivos e cirurgias de parede abdominal. A Colecistectomia Videolaparoscópica liderou o volume com 9 casos, seguida pela Exerese de Cisto Dermoide (5 casos) e Hernioplastia Umbilical (4 casos).
- Ginecologia – 29 procedimentos: Demonstrou consistência assistencial em cirurgias ginecológicas de médio e grande porte. A linha de Salpingectomia Uni / Bilateral liderou a produção com 10 casos, seguida pela Histerectomia Total (7 casos), reafirmando o compromisso com a saúde da mulher.

Em um comparativo direto com o mês de julho de 137 procedimentos totais: 60 de Ortopedia, 52 de Geral e 25 de Ginecologia, verificamos as seguintes movimentações do perfil cirúrgico:

- Ortopedia / Traumatologia: Apresentou estabilidade com leve expansão volumétrica, evoluindo de 60 procedimentos em julho para 61 em agosto - +1,67%. O perfil produtivo manteve o foco robusto na resolutividade de traumas, fixações e cirurgias ortopédicas de alta demanda.
- Cirurgia Geral: Registrou uma adequação de pauta e volume, passando de 52 procedimentos em julho para 36 em agosto. A especialidade concentrou seus esforços nos procedimentos de maior impacto eletivo, destacando-se na via videolaparoscópica para patologia biliar e cirurgias de parede abdominal.
- Ginecologia: Apresentou um incremento relevante de volume, evoluindo de 25 procedimentos em julho para 29 em agosto - +16%, demonstrando maior captação e atendimento focado nas salpingectomias e histerectomias na linha de cuidado da saúde feminina.

Gráfico – Número de cirurgia por Especialidade



Fonte: Planilha de Acompanhamento de metas /Tasy

Procedimentos Por Faixa Etária Atendida

A análise do perfil demográfico dos pacientes atendidos no Centro Cirúrgico do HRMJ no mês de agosto revela a manutenção de um fluxo expressivo na população adulta, com a consolidação da maturidade como principal pico de demanda e a preservação do atendimento contínuo às faixas pediátricas e geriátricas.

A concentração do perfil principal manteve-se na faixa de 46 a 55 anos, que se firmou, de forma isolada, como a de maior demanda individual absoluta do período, respondendo por 19,84% dos procedimentos com 25 pacientes. O grupo maduro de 36 a 55 anos continuou representando o grande motor produtivo do setor, somando 38,09% do volume cirúrgico global com 48 pacientes, sendo 23 na faixa de 36 a 45 anos , 18,25% e 25 na faixa de 46 a 55 anos com 19,84%. Logo em seguida, a população jovem-adulta de 26 a 35 anos registrou participação bastante expressiva, respondendo por 15,87% dos casos com 20 pacientes.

A população geriátrica e em processo de envelhecimento manteve alta relevância assistencial: os pacientes com 65 anos ou mais corresponderam a 13,49% do volume total 17 pacientes. Ao somar este grupo à faixa de 56 a 65 anos com 14,29% / 18 pacientes, constata-se que 27,78% de todos os atendimentos do mês 35 pacientes foram direcionados à população acima de 55 anos. Por fim, a faixa de 16 a 25 anos representou

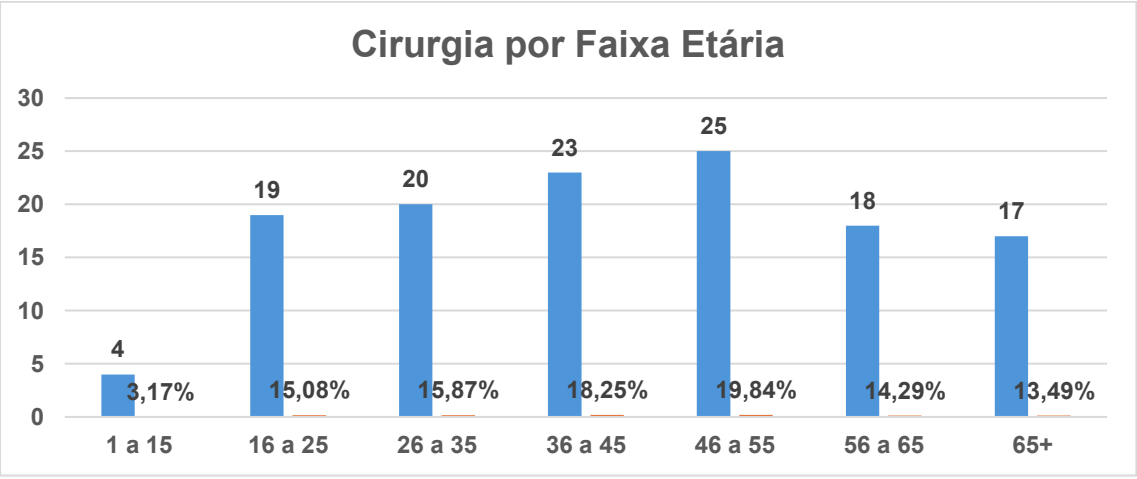
15,08% /19 pacientes, enquanto a faixa pediátrica/adolescente de 1 a 15 anos registrou 3,17% dos atendimentos 4 pacientes.

Esse desenho demográfico reflete uma distribuição contínua ao longo de todas as fases da vida, demandando planejamento permanente da equipe perioperatória quanto ao manejo anestésico-cirúrgico específico, que varia desde as particularidades do atendimento pediátrico até o rigoroso controle de comorbidades pré-operatórias na população idosa.

Em uma comparação com o mês de julho:

- Manutenção do Pico de Demanda na Maturidade: Tanto em julho quanto em agosto, o principal motor individual de volume concentrou-se na faixa de 46 a 55 anos liderando com 22,63% / 31 pacientes em julho e mantendo a liderança isolada em agosto com 19,84% / 25 pacientes.
- Comportamento da População Jovem-Adulta 26 a 35 anos: O grupo apresentou uma leve adequação proporcional, passando de 19,71% / 27 pacientes em julho para 15,87% / 20 pacientes em agosto, mantendo um patamar sólido de atendimento.
- Elevação na Proporção de Idosos e Pacientes Acima de 55 Anos: A faixa de pacientes com mais de 55 anos apresentou expansão expressiva na representatividade do setor, evoluindo de 23,36% (32 pacientes em julho) para 27,78% / 35 pacientes em agosto, refletindo a alta resolutividade cirúrgica voltada para a população geriátrica no período.

Gráfico – Perfil por faixa etária



Fonte: Planilha de Controle de Produção do Centro Cirúrgico 2026

Produção por Caráter de Cirurgia

O mês de agosto trouxe um cenário de forte prontidão assistencial e equilíbrio entre as demandas programadas e de urgência, evidenciado pela capacidade de resposta imediata do bloco cirúrgico diante das oscilações de demanda da rede:

A realização de 70 cirurgias eletivas garantiu o andamento e a manutenção do fluxo de procedimentos agendados, enquanto o setor registrou um volume expressivo de atendimento às demandas não programadas, totalizando 56 procedimentos de urgência.

Esse comportamento demonstra a elevada elasticidade e capacidade de absorção do Centro Cirúrgico do HRMJ, que manteve uma resposta ágil, priorizando a segurança do paciente e o suporte imediato aos casos críticos e traumatológicos que deram entrada na unidade.

Em agosto, as cirurgias eletivas responderam por 55,56% do total, enquanto as urgências alcançaram 44,44% do volume global. Esta distribuição evidencia o perfil dinâmico e resolutivo da unidade, que se adapta prontamente à demanda reprimida ou ao pico de urgências reguladas sem comprometer a eficiência dos fluxos nem a segurança assistencial no perioperatório.

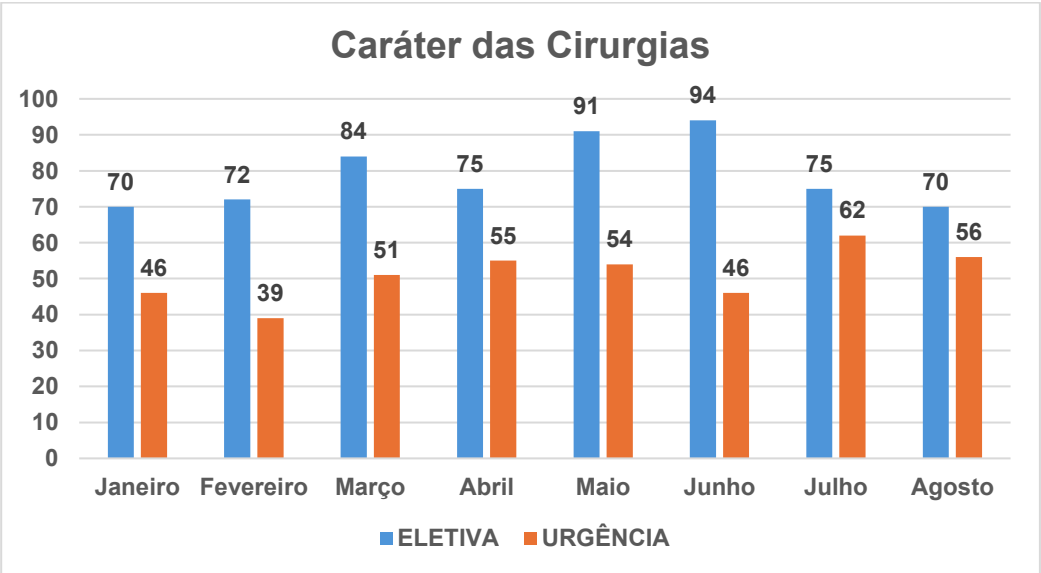
A análise cruzada entre os status assistenciais e as especialidades médicas em agosto demonstra vocações operatórias bastante claras e distintas dentro do bloco cirúrgico do HRMJ:

- Ortopedia e Traumatologia - 61 procedimentos no total: Manteve-se de forma expressiva como o principal pilar de urgência da unidade, registrando 53 procedimentos de urgência contra apenas 8 cirurgias eletivas. Esse perfil reflete a forte demanda do hospital no suporte a traumas ortopédicos agudos, fraturas e acidentes na região.
- Cirurgia Geral - 36 procedimentos no total: Apresentou um perfil inverso e altamente focado na pauta programada, com 33 cirurgias eletivas e apenas 3 procedimentos de urgência. Isso evidencia a eficiência do setor em direcionar a capacidade instalada para a redução de filas de espera em cirurgias gerais como colecistectomias e hernioplastias.
- Ginecologia - 29 procedimentos no total: Consolidou-se com atendimento eletivo integral, registrando 29 cirurgias eletivas e nenhum procedimento de urgência no período. Esse comportamento demonstra a previsibilidade e a organização da linha de cuidado voltada à saúde da mulher na unidade.

O dado de agosto é altamente positivo sob a ótica da gestão hospitalar, pois atesta que o setor opera como um pilar de retaguarda extremamente confiável para a região. O hospital demonstrou flexibilidade pactual ao alocar tempo de sala e recursos humanos com agilidade para responder à alta demanda de urgências 56 casos no mês, preservando um patamar sólido de produção global com 126 procedimentos, perfeitamente alinhado com a média mantida ao longo de todo o ano de 2026.

- Comportamento e Equilíbrio entre Eletivas e Urgências: Enquanto em julho a proporção foi de 75 eletivas, 54,74% e 62 urgências, 45,26%, em agosto o cenário manteve um patamar muito próximo de estabilidade proporcional, registrando 70 eletivas ,55,56%) e 56 urgências ,44,44%, consolidando a constância no atendimento misto.
- Ajuste Moderado no Volume Absoluto: O total de cirurgias eletivas passou de 75 em julho para 70 em agosto, enquanto as urgências oscilaram de 62 para 56 procedimentos, refletindo pequenas variações na entrada de demandas reguladas da rede.
- Resiliência e Flexibilidade Operacional: Enquanto julho ratificou a capacidade de suporte imediato a um pico maior de urgências, agosto consolidou a produtividade interna direcionada ao reequilíbrio das pautas eletivas e de urgência, mantendo o setor em patamar de alta resolutividade com 126 procedimentos globais com total segurança assistencial.

Gráfico – Produção por Caráter de Cirurgia



Fonte: Tasy

Produção por Complexidade

A avaliação da complexidade assistencial reflete a capacidade técnica e operacional do Centro Cirúrgico do HRMJ em absorver diferentes graduações de risco cirúrgico com segurança e precisão. A análise dos dados de agosto demonstra a versatilidade da equipe médica e multidisciplinar na condução de pautas que exigem desde a alta resolutividade em intervenções de média complexidade até o suporte adequado a casos de maior densidade tecnológica, evidenciando a maturidade dos fluxos perioperatórios da unidade.

Neste mês, o setor registrou uma demanda focada fortemente em procedimentos de média complexidade, contando também com uma retomada nos atendimentos de alta complexidade 2,38% / 3 procedimentos. Esse resultado reflete a capacidade de adaptação da pauta cirúrgica frente à demanda regulada do período, mantendo o giro ágil de sala e a máxima resolutividade na assistência perioperatória sem gerar gargalos logísticos.

Em agosto, a Ortopedia / Traumatologia manteve a liderança do volume cirúrgico da unidade, apresentando um total de 61 atendimentos, sendo 60 concentrados na média complexidade e 1 na alta complexidade. Esse resultado demonstra que o alinhamento no fluxo de materiais e a estabilidade de insumos seguem fortalecendo a atuação da equipe em procedimentos traumatológicos de alta resolutividade.

A Cirurgia Geral destacou-se com 36 procedimentos no total sendo 34 de média complexidade e 2 de alta complexidade, mantendo seu papel fundamental de sustentação do volume cirúrgico e suporte a casos de maior exigência técnica.

Por fim, a Ginecologia apresentou estabilidade linear absoluta no Centro Cirúrgico, mantendo seu fluxo contínuo, seguro e altamente resolutivo focado integralmente na média complexidade, com a realização de 29 procedimentos.

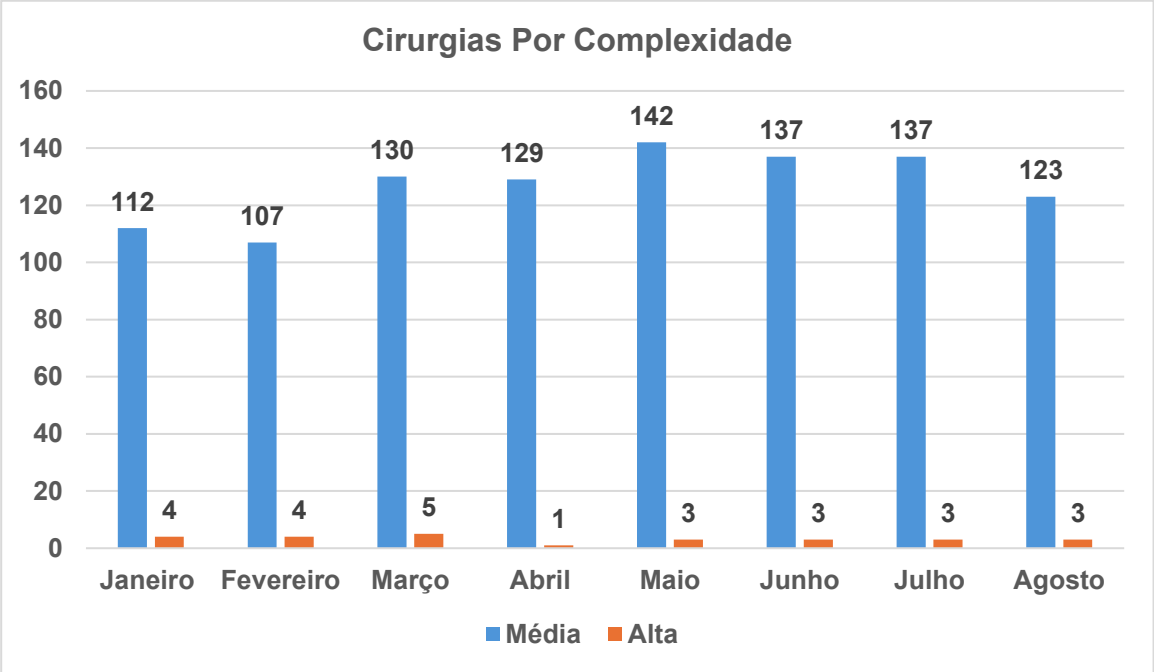
O hospital não apenas sustentou o patamar produtivo, como também consolidou um cenário de maturidade e eficiência com foco estrito na segurança do paciente em agosto.

Em uma visão do volume global, agosto registrou um total de 126 procedimentos, mantendo a consistência e o alinhamento com a média operatória da unidade.

- Média Complexidade: Apresentou leve variação no quantitativo e na proporção, passando de 137 procedimentos 100,00% em julho para 123 procedimentos 97,62% em agosto, absorvendo a pauta predominante do setor com total eficiência.

- Alta Complexidade: Registrou o retorno de procedimentos de maior densidade tecnológica na pauta, passando de 0 procedimentos em julho para 3 procedimentos em agosto 2,38% do total do mês, divididos entre Cirurgia Geral e Ortopedia . Essa flutuação confirma a flexibilidade operacional do bloco em adequar a alocação de tempo de sala e leitos de retaguarda conforme o perfil epidemiológico e a tipologia dos casos recebidos da rede.

Gráfico – Cirurgias Por Complexidade



Fonte: planilha de controle do centro cirúrgico

Perfil anestésico

O Centro Cirúrgico registrou a consolidação da sua produtividade global, totalizando 126 procedimentos executados no mês de agosto . A distribuição das condutas anestésicas reafirma a prevalência das técnicas regionais e o controle efetivo na escolha das abordagens pela equipe de anestesiologia, apresentando a seguinte configuração de dados:

- Sedação + Raquianestesia: 76 procedimentos / 59,84%
- Anestesia Geral: 30 procedimentos / 23,62%
- Anestesia Local (grupos combinados/específicos): 9 procedimentos / 7,09%

(sendo 3 de Geral + Local e 6 em categorias locais/específicas)

- Sedação (pura): 6 procedimentos / 4,72%
- Raquianestesia (pura): 1 procedimento / 0,79%
- Sedação + Geral: 1 procedimento / 0,79%

A comparação dos dados consolidados de agosto com o cenário de julho revela a manutenção estratégica na escolha das técnicas anestésicas da unidade. A associação de Sedação + Raquianestesia manteve-se como a conduta majoritária absoluta na unidade, alcançando 59,84% ,76 procedimentos da pauta de agosto. Esse comportamento ratifica a segurança e a fluidez no fluxo de cirurgias eletivas e de urgência de médio porte nas especialidades ginecológica, cirúrgica geral e ortopédica.

A Anestesia Geral apresentou uma participação controlada, fixando-se em 23,62%, 30 procedimentos em agosto. A manutenção desse indicador em patamares estáveis continua aliviando a demanda por suporte de monitorização intensiva de alta complexidade na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), favorecendo o giro dinâmico de leitos e prevenindo gargalos na retaguarda do bloco.

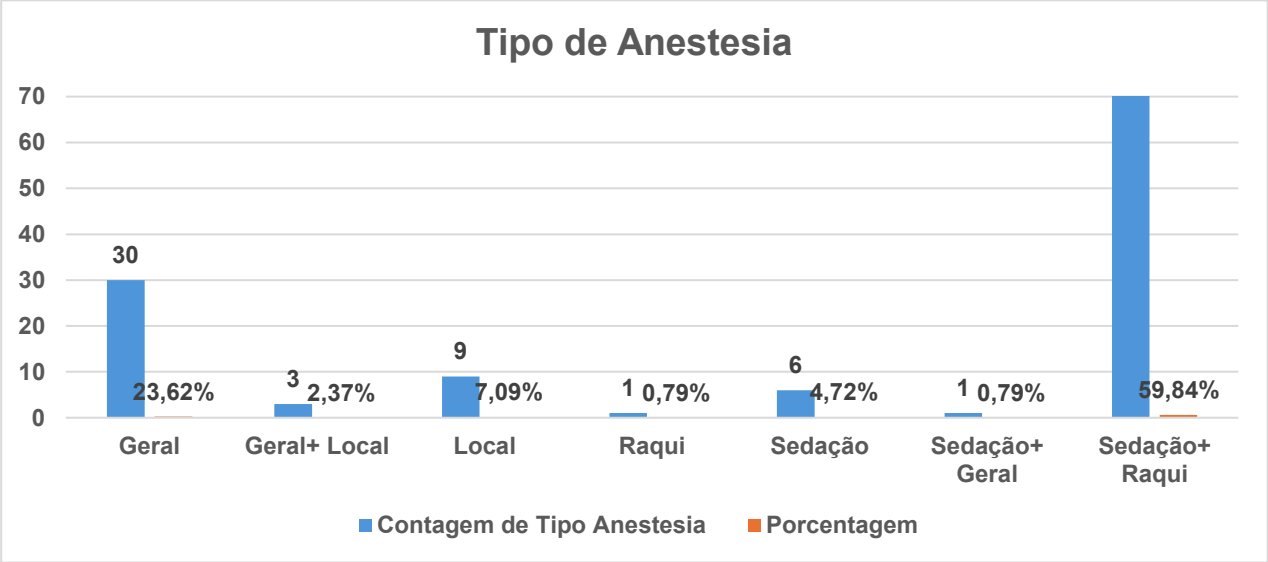
O mês de agosto destacou-se pela versatilidade nas abordagens para o manejo preventivo da dor e conforto do paciente, mantendo o uso de técnicas combinadas como Geral + Local e Sedação + Geral e abordagens local/sedação pura, essenciais para otimizar a analgesia e favorecer a recuperação ágil do paciente.

O arranjo técnico verificado em agosto comprova a maturidade da equipe de anestesiologia no direcionamento da melhor conduta para cada perfil cirúrgico. A forte presença das técnicas regionais aliada ao controle da Anestesia Geral permitiu ao Centro Cirúrgico sustentar o volume de procedimentos, assegurando um tempo de permanência perfeitamente otimizado na SRPA e garantindo a continuidade do cumprimento das metas institucionais de segurança e qualidade.

- Sedação + Raquianestesia: Manteve o papel de pilar central do bloco cirúrgico, registrando 49,64% ,68 casos em julho e elevando sua representatividade para 59,84% 76 casos em agosto, preservando com ampla margem a liderança absoluta das rotinas do setor.
- Anestesia Geral: Apresentou estabilidade proporcional de volume, registrando 20,44% 28 casos em julho e 23,62% ,30 casos em agosto, o que manteve o controle e a previsibilidade do tempo de recuperação imediata na SRPA.

- Dinâmica das Abordagens Ambulatoriais e Multimodais: Enquanto julho registrou um pico expressivo de anestesia local pura 10,95%, agosto diversificou a pauta com maior concentração nas técnicas combinadas regionais/sedação e flexibilidade no uso de bloqueios e anestesia local associada.

Gráfico – Tipo de Anestesia

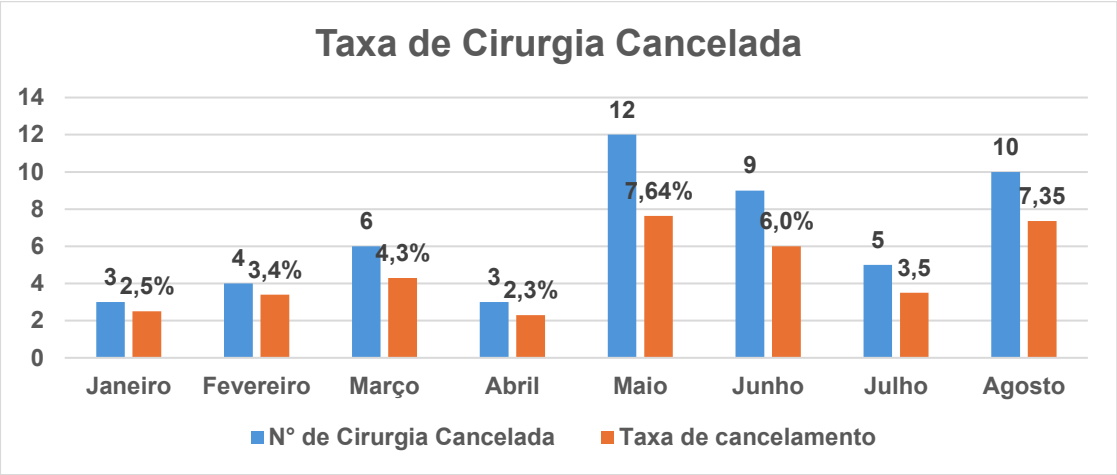


Fonte: Planilha de Controle de Produção do Centro Cirúrgico 2026

Taxa de Cancelamento Cirúrgico

No mês de referência do Centro Cirúrgico, apresentou-se um volume total de 136 procedimentos agendados, dos quais 126 foram efetivamente realizados e 10 foram cancelados. Isso resultou em uma taxa de suspensão cirúrgica de 7,35% e um índice de realização assistencial de 92,65%. O cenário indica a necessidade de monitoramento contínuo dos processos logísticos e operatórios, com foco na melhoria da eficiência assistencial e no fortalecimento dos protocolos institucionais de segurança e infraestrutura da unidade.

Gráfico- Taxa de Cancelamento Cirúrgico



Fonte: Planilha de Controle de Produção do Centro Cirúrgico

Motivo do Cancelamento

O detalhamento dos 10 cancelamentos registrados em agosto segue abaixo:

No mês de referência do Centro Cirúrgico, apresentou-se um volume total de 136 procedimentos agendados, dos quais 126 foram efetivamente realizados e 10 foram cancelados. Isso resultou em uma taxa de suspensão cirúrgica de 7,35% e um índice de realização assistencial de 92,65%. O cenário indica a necessidade de monitoramento contínuo dos processos logísticos e operatórios, com foco na melhoria da eficiência assistencial e no fortalecimento dos protocolos institucionais de segurança e infraestrutura da unidade.

O detalhamento dos 10 cancelamentos registrados segue abaixo:

1 – 10/08 – E. F. da S. (Prontuário 27674) – Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária Única do Rádio/ da Ulna – Ortopedia

- Motivo: Falha no aparelho anestésico e falta de perfurador (ainda estava em esterilização). / Cancelamento por intercorrência de equipamentos e suporte estéril.
- Efetivamente realizada no dia 14/08.

2 – 10/07 – I. S. dos S. (Prontuário 25019) – Colecistectomia Videolaparoscópica – Cirurgia Geral

- Motivo: Falha técnica no aparelho anestésico, caracterizado por vazamento no circuito. / Cancelamento por barreira de segurança de equipamentos.
- Efetivamente realizada no dia 11/08.

3 – 10/08 – N. da S. S. (Prontuário 7404) – Hernioplastia Incisional – Cirurgia Geral

- Motivo: Falha técnica no aparelho anestésico, caracterizado por vazamento no circuito. / Cancelamento por barreira de segurança de equipamentos.
- Efetivamente realizada no dia 11/08.

4 – 11/08 – F. T. de S. (Prontuário 27631) – Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária Única do Rádio/ da Ulna – Ortopedia

- Motivo: Falha técnica no aparelho anestésico, caracterizado por vazamento no circuito. /Cancelamento por barreira de segurança de equipamentos.
- Efetivamente realizada no dia 15/08.

5 – 12/08 – E. D. de A. P. (Prontuário 15184) – Colecistectomia Videolaparoscópica – Cirurgia Geral

- Motivo: Bloqueio do centro cirúrgico para manutenção da rede de gases e carrinho de emergência. / Cancelamento por indisponibilidade estrutural/utilidades.
- Efetivamente realizada no dia 12/07.

6 – 12/07 – J. de O. M (Prontuário 27859) – Tratamento Cirúrgico de Fratura do Tornozelo Unimaleolar – Ortopedia

- Motivo: Bloqueio do centro cirúrgico para manutenção da rede de gases e carrinho de emergência. / Cancelamento por indisponibilidade estrutural/utilidades.
- Efetivamente realizada no dia 14/07.

7 – 12/07 – E. F. da S. (Prontuário 27674) – Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária Umero e Radio – Ortopedia

- Motivo: Bloqueio do centro cirúrgico para manutenção da rede de gases e carrinho de emergência. Cancelamento por indisponibilidade estrutural/utilidades.
- Efetivamente realizada no dia 14/08.

8 – 17/08 – M. de F. F. M. (Prontuário 20671) – Histerectomia (por via vaginal) – Ginecologia

- Motivo: Paciente apresentou pico hipertensivo durante a avaliação pré-anestésica. / Cancelamento por barreira clínica de segurança (instabilidade pressórica).
- Não realizada.

9 – 31/08 – M. das G. de F. D. (Prontuário 22181) – Hernioplastia Incisional – Cirurgia Geral

- Motivo: Paciente apresentou pico hipertensivo na avaliação imediata./ Cancelamento temporário por barreira clínica de segurança.

- Efetivamente realizada no próprio dia 31/07 após estabilização.

10 – 31/08 – A. N. P. (Prontuário 28659) – Tratamento Cirúrgico de Fratura/ Lesão Fisária da Extremidade Proximal do Úmero – Ortopedia

- Motivo: Paciente apresentou pico hipertensivo e pendência de ecocardiograma./ Cancelamento por barreira clínica e pendência diagnóstica.
- Efetivamente realizada no próprio dia 31/08 após a resolução das pendências.

O período evidenciou desafios operacionais importantes relacionados à infraestrutura predial/gases e a falhas pontuais em equipamentos de anestesia, além de barreiras clínicas por instabilidade pressórica. Contudo, destaca-se a alta resolutividade e agilidade no reagendamento e na execução célere dos procedimentos que haviam sido suspensos por questões técnicas ou logísticas.

Tempo de Uso de Sala

No mês de agosto, o Centro Cirúrgico apresentou um volume total de tempo de uso de sala de 263 horas e 07 minutos, o que representa uma retração em comparação com as 274 horas e 48 minutos registradas em julho. Essa variação demonstra um ajuste no ritmo de utilização do bloco operatório ao longo do mês.

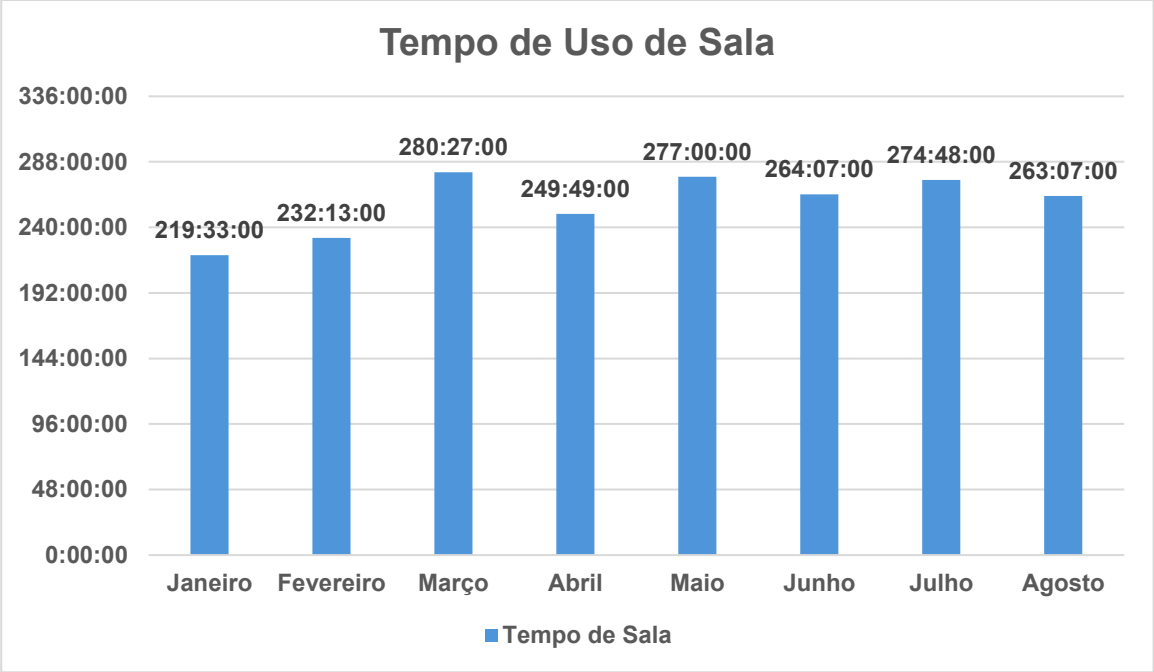
A taxa de ocupação real acompanhou essa tendência de recuo, passando de 37,70% em julho para 35,04% em agosto, calculada sobre a linha de base de referência padrão da unidade.

Esse patamar operacional evidencia os seguintes aspectos:

- Variação Produtiva: Houve uma diminuição de 11 horas e 41 minutos no tempo cirúrgico efetivo de sala em agosto na comparação direta com julho.
- Comportamento do Indicador: A taxa de ocupação apresentou uma queda de 2,66 pontos percentuais entre um mês e outro.

A manutenção da ociosidade programada preserva a flexibilidade necessária para absorver demandas de urgência e emergência da região com segurança e sem sobrecarga estrutural.

Gráfico – Tempo de Uso de Sala



Fonte: Planilha de Controle de Produção do Centro Cirúrgico

Panejamento E Melhorias

Dando continuidade ao Plano Anual de Treinamento e em alinhamento com as diretrizes de segurança do paciente do Centro Cirúrgico para agosto , a unidade direcionou o foco da especialização técnica para a atualização das instruções de trabalho, o refinamento dos processos operacionais, a vigilância ambiental e o aprimoramento da linha de cuidado transoperatória. Se no mês anterior os esforços concentraram-se na rastreabilidade de amostras e na checagem clínica, o mês de agosto dedicou-se a consolidar a conformidade sistêmica, a gestão de equipamentos críticos e a biossegurança ambiental do bloco operatório:

Atualização das Instruções de Trabalho e Processos: Capacitação focada na revisão das diretrizes operacionais padrão e alinhamento do fluxo de atendimento e manuseio de equipamentos, englobando o reforço do mapa de processo e das instruções normativas de atendimento cirúrgico.

Vigilância em Saúde e Limpeza Ambiental: Treinamento voltado para o rigor nas rotinas de vigilância, limpeza e continuidade ambiental, incluindo o manejo adequado de cal soldada e o controle de desinfecção para assegurar a biossegurança das salas operatórias.

Linha de Cuidado Cirúrgico e Transoperatório: Instrução operacional cobrindo todo o ciclo do paciente, desde a pré-admissão e agendamento até o preparo pré-operatório, passando pela assistência especializada em anestesia, cirurgia transoperatória e recuperação pós-anestésica.

Prevenção de Perdas e Gestão de Insumos: Reciclagem operacional focada na prevenção de perdas de materiais biológicos, garantindo a integridade dos processos e a padronização na manipulação de insumos críticos da unidade.

A execução dessas capacitações foi determinante para os resultados observados no mês:

Padronização e Conformidade Normativa: A atualização sistemática das instruções de trabalho atuou como barreira preventiva contra desvios de processo, garantindo o alinhamento de toda a equipe com os padrões técnicos institucionais.

Segurança Ambiental e Biossegurança: O rigor nos treinamentos de limpeza, continuidade ambiental e manejo de cal soldada fortaleceu a barreira contra infecções e assegurou a estabilidade e salubridade do ambiente cirúrgico.

Eficiência e Linha de Cuidado Integrada: A padronização dos fluxos desde a pré-admissão até a recuperação pós-anestésica otimizou o giro de sala, promovendo uma transição segura e fluida entre as etapas do atendimento.

Qualidade Assistencial e Confiabilidade: O domínio técnico no manuseio de equipamentos críticos e na prevenção de perdas biológicas consolidou o compromisso do Hospital Regional Menino Jesus com a excelência operacional e a segurança integral do paciente.

Considerações finais

A análise integrada dos indicadores do Centro Cirúrgico do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ) no encerramento de agosto de 2026 consolida um ciclo de ajuste operacional, mantendo a estabilidade assistencial, a eficiência nos processos e o contínuo fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

O mês de agosto registrou 263 horas e 07 minutos de tempo total de uso de sala, representando uma retração em relação ao mês anterior. A taxa de ocupação real base padrão de referência, recuou de 37,70% em julho para 35,04% em agosto, evidenciando um ajuste programado no ritmo de utilização e na densidade da pauta operatória do bloco.

Sob a ótica da gestão dos processos e da governança assistencial, o Plano Anual de Treinamento avançou com a atualização sistemática das instruções de trabalho, o refinamento dos fluxos operacionais, o rigor nas rotinas de vigilância em saúde, limpeza e continuidade ambiental — incluindo o manejo adequado de cal soldada —, além da instrução abrangente na linha de cuidado transoperatória desde a pré-admissão e agendamento, preparo pré-operatório, anestesia e cirurgia transoperatória até a recuperação pós-anestésica e a reciclagem na prevenção de perdas de materiais biológicos. Essa abordagem integrada garantiu a conformidade normativa e a biossegurança contínua das salas operatórias.

Em suma, o Centro Cirúrgico encerra o mês de agosto operando com forte adesão às boas práticas institucionais e preservando uma margem de ociosidade estratégica dimensionada na casa dos 35%. Essa estrutura permite à unidade absorver prontamente as demandas espontâneas e os traumas de urgência regional sem gerar gargalos ou sobrecarga estrutural, apresentando evidências consistentes de maturidade operacional e segurança integral ao paciente.

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME

A Central de Material e Esterilização (CME) é serviço essencial para a segurança do paciente e para a qualidade da assistência hospitalar, atuando diretamente na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e na garantia de suporte seguro às atividades assistenciais.

No Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ), a CME opera em regime contínuo, 24 horas por dia, 7 dias por semana, assegurando disponibilidade permanente para atendimento das demandas eletivas, de urgência e emergência.

O serviço é responsável pelo processamento de artigos hospitalares por meio de rigorosos padrões de limpeza, desinfecção e esterilização, em conformidade com a RDC nº 15/2012 da ANVISA e demais normativas vigentes. Sua atuação é estratégica para o funcionamento do Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva e demais áreas críticas, garantindo rastreabilidade, controle de qualidade e segurança dos materiais disponibilizados.

Dessa forma, a CME consolida-se como pilar técnico-operacional da instituição, contribuindo diretamente para a sustentabilidade assistencial, redução de riscos infecciosos e fortalecimento da qualidade dos serviços prestados pelo HRMJ.

Dimensionamento da equipe

Na Central de material e esterilização, possui uma equipe composta:

10 técnicos de enfermagem, distribuído nos plantões;

2 Enfermeiros assistencial 12x36;

1 Enfermeira diarista

A distribuição da equipe considera o funcionamento ininterrupto do setor, organizado para cobertura assistencial em regime 24h.

Estrutura física

A Central de Material e Esterilização do Hospital Regional Menino Jesus opera em regime contínuo, 24 horas por dia e 7 dias por semana, garantindo suporte ininterrupto às demandas assistenciais e cirúrgicas da instituição, é composto por 1 Sala de esterilização, 1 sala de desinfecção, 1 sala de higienização, 1 sala arsenal.

Produção e Indicadores

A produção e os indicadores da Central de Material e Esterilização (CME) refletem o desempenho operacional do serviço no processamento, controle e disponibilização de materiais hospitalares às unidades assistenciais.

O monitoramento sistemático contempla o volume de artigos processados, ciclos de esterilização, rastreabilidade dos materiais e conformidade com os protocolos estabelecidos, assegurando controle de qualidade e segurança dos insumos disponibilizados.

O acompanhamento desses indicadores permite avaliar a eficiência dos fluxos internos, a aderência às normativas vigentes e a capacidade de suporte às áreas críticas da instituição, fortalecendo a segurança do paciente e a sustentabilidade operacional do HRMJ.

Produção Por Turno E Método

No mês de agosto de 2026, a Central de Material e Esterilização (CME) processou 28.290 produtos para saúde, contemplando os processos de esterilização e desinfecção. O desempenho operacional manteve a capacidade de atendimento às demandas institucionais, assegurando o abastecimento contínuo das unidades assistenciais e do Centro Cirúrgico.

Turno Diurno

16.672 produtos processados

- Esterilização por vapor: 13.128 itens
- Desinfecção com álcool 70%: 525 itens
- Desinfecção com ácido peracético: 3.019 itens

O turno diurno foi responsável por 58,9% da produção mensal, mantendo a esterilização por vapor como principal atividade operacional. A distribuição dos métodos demonstra predominância do processamento de materiais críticos por meio da esterilização, com participação complementar dos processos de desinfecção.

Turno Noturno

11.618 produtos processados

- Esterilização por vapor: 8.843 itens
- Desinfecção com álcool 70%: 177 itens
- Desinfecção com ácido peracético: 2.598 itens

O turno noturno concentrou 41,1% da produção total, destacando-se pelo volume expressivo de materiais submetidos aos processos de esterilização e desinfecção. Esse resultado evidencia a capilaridade e a constância do processamento de materiais termossensíveis e de maior complexidade técnica durante esse período.

Produção total por método

- Esterilização por vapor: 21.971 itens (77,7%)
- Desinfecção com ácido peracético: 5.617 itens (19,8%)
- Desinfecção com álcool 70%: 702 itens (2,5%)

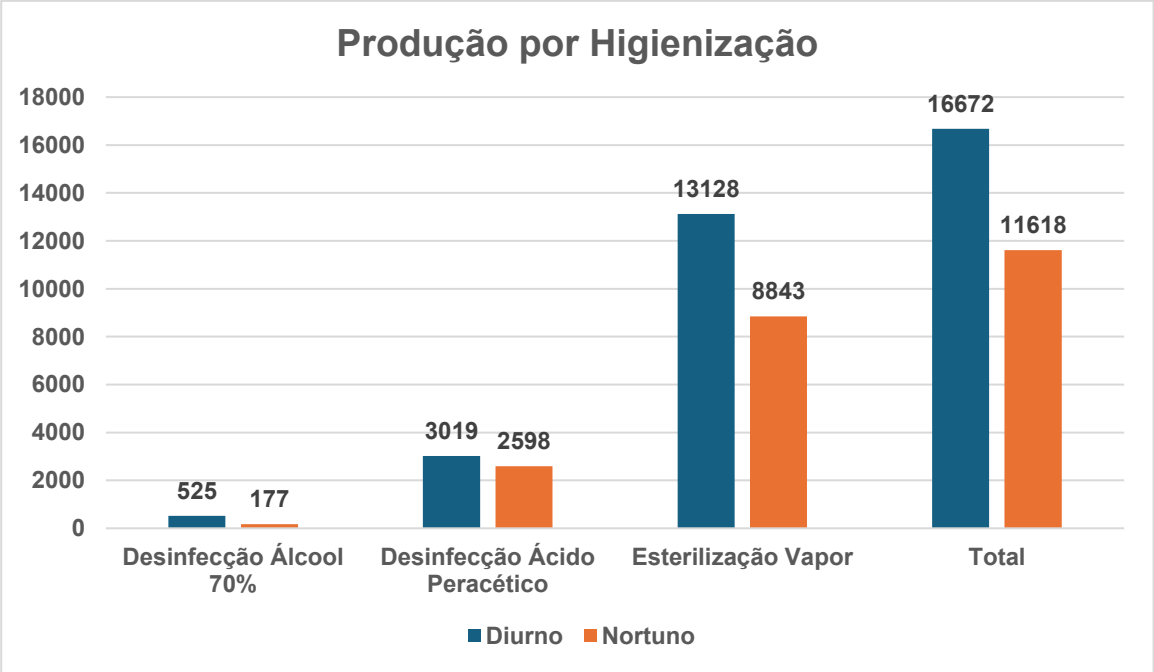
A esterilização por vapor permaneceu como o principal método de processamento da CME, representando a maior parte dos produtos processados no mês. Esse resultado

demonstra a predominância de materiais críticos provenientes das unidades consumidoras e do Centro Cirúrgico, reforçando a importância da capacidade operacional do setor para atendimento das demandas institucionais.

Em agosto de 2026, a CME processou 28.290 produtos para saúde, em comparação aos 23.693 processados em julho, representando um aumento de 4.597 itens e crescimento de 19,4% na produção total.

O resultado demonstra aumento expressivo da demanda atendida pelo setor, com destaque para a esterilização por vapor, que permaneceu como principal método de processamento, além de um incremento expressivo na desinfecção por ácido peracético. A variação positiva evidencia a expansão da capacidade operacional da CME, garantindo o abastecimento seguro e contínuo das unidades assistenciais.

Gráfico – Produção Por Esterilização E Desinfecção Por Turno



Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME

Distribuição de Materiais Processados

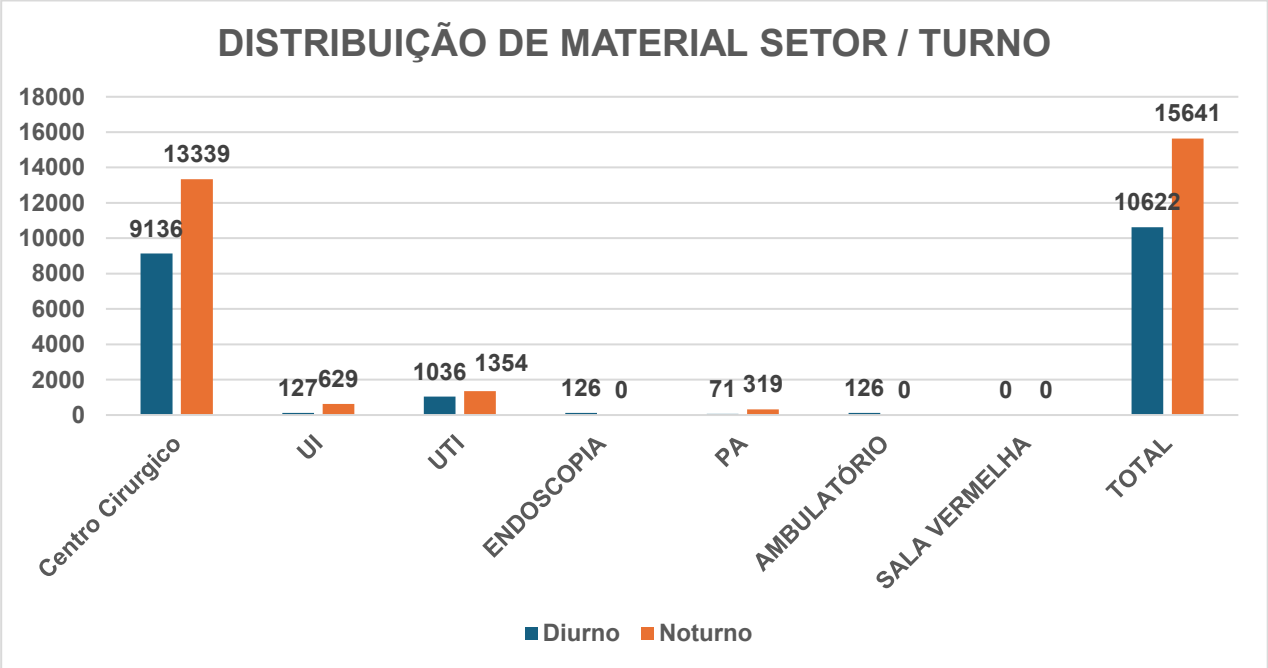
No mês de agosto de 2026, a Central de Material e Esterilização (CME) realizou 26.263 distribuições de materiais processados, sendo 15.641 (59,6%) no turno noturno e 10.622 (40,4%) no turno diurno, mantendo a predominância das atividades de distribuição no período noturno.

- O Centro Cirúrgico permaneceu como principal setor consumidor, totalizando 22.475 distribuições, correspondendo a 85,6% do total mensal.
- UTI, com 2.390 distribuições (9,1%),
- Unidade de Internação (UI), com 756 distribuições (2,9%).
- O Pronto Atendimento (PA) registrou 390 distribuições (1,5%),
- Ambulatório e Endoscopia contabilizaram 126 distribuições cada (0,5%).
- A Sala Vermelha não apresentou registros de distribuição no período analisado.

Em comparação com julho de 2026, quando foram registradas 27.892 distribuições, agosto apresentou 26.263 distribuições, representando uma redução de 1.629 itens e queda de 5,8% no volume total distribuído.

Os resultados demonstram a manutenção da capacidade operacional da CME, assegurando o abastecimento contínuo das unidades assistenciais e do Centro Cirúrgico, com eficiência, segurança e disponibilidade dos produtos para saúde.

Gráfico – Distribuição de material por setor e turno



Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME

Ciclos realizados nos equipamentos

No mês de agosto de 2026, foram registrados 185 ciclos de esterilização com carga na Autoclave 1, distribuídos da seguinte forma:

- 83 ciclos no turno diurno;
- 102 ciclos no turno noturno.

Observa-se predominância do turno noturno, responsável por 55,1% do total de ciclos realizados, enquanto o turno diurno concentrou 44,9% das operações. Esse resultado reforça a importância do período noturno no processamento dos materiais, garantindo a disponibilidade dos produtos esterilizados para atendimento das demandas assistenciais.

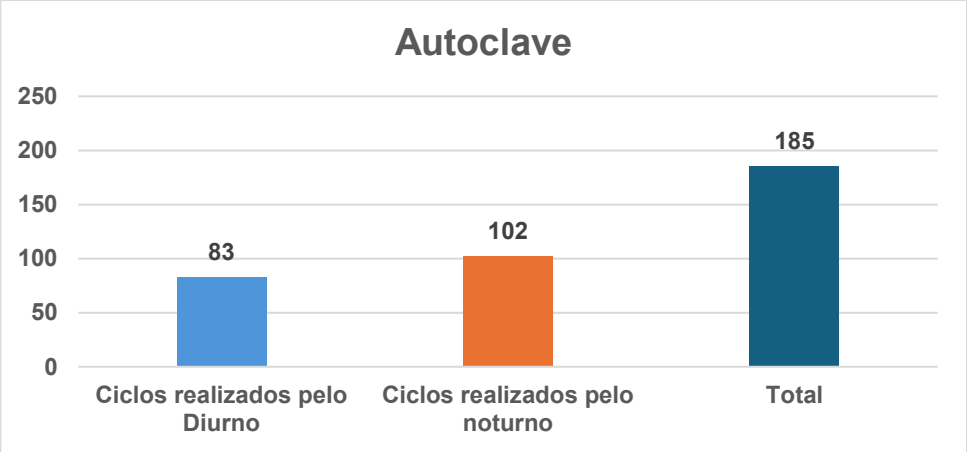
A distribuição dos ciclos demonstra utilização contínua da capacidade operacional do equipamento, contribuindo para a eficiência do fluxo de processamento e para a manutenção do abastecimento das unidades consumidoras.

Em comparação com julho de 2026, quando foram realizados 200 ciclos com carga, agosto registrou 185 ciclos, representando uma redução de 15 ciclos e queda de 7,5%.

O turno diurno apresentou leve variação de 1 ciclo a menos, passando de 84 para 83 ciclos realizados. O turno noturno registrou uma redução de 14 ciclos, passando de 116 para 102 ciclos.

Os resultados demonstram a adequação da utilização da Autoclave 1 durante o mês de agosto frente à flutuação da demanda de processamento de materiais, mantendo a capacidade operacional da CME para atendimento seguro e oportuno das necessidades assistenciais.

Gráfico – Ciclos com carga na autoclave por turno



Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME

Controle De Ciclos Abortados Ao Final Da Esterilização

No mês de agosto de 2026, foram registrados 2 ciclos abortados durante o processo de esterilização na Autoclave 1, ambos ocorridos no turno diurno, não havendo registros no período noturno.

Considerando o total de 185 ciclos realizados com carga, a taxa de ciclos abortados foi de 1,1%, permanecendo dentro da meta institucional de ≤ 2%, o que evidencia a manutenção da estabilidade operacional e da qualidade dos processos desenvolvidos pela Central de Material e Esterilização (CME).

As ocorrências estiveram relacionadas a uma queda de energia e à necessidade de esterilização de outro material para cirurgia, sem impactos significativos no abastecimento das unidades assistenciais. Os materiais envolvidos foram reprocessados conforme os protocolos institucionais, garantindo a segurança e a conformidade do processamento.

Em comparação com julho de 2026, quando foram registrados 2 ciclos abortados, agosto manteve o mesmo quantitativo de 2 ocorrências, representando estabilidade no número absoluto e uma variação proporcional na taxa de ciclos abortados de 1,0% para 1,1%, mantendo-se dentro da meta institucional estabelecida. Os registros permaneceram concentrados no turno diurno, não havendo ocorrências no período noturno.

Os resultados demonstram a consistência no desempenho operacional do processo de esterilização, contribuindo para a confiabilidade dos equipamentos e para a manutenção da qualidade do processamento dos produtos para saúde.

Tabela – Ciclos abortado por turno

CICLOS ABORTADO POR TURNO	
DIURNO	2
NOTURNO	0

Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME

Manutenções Realizados nos Equipamentos

No mês de agosto de 2026, foi registrada 1 manutenção corretiva na Autoclave 1, motivada pela demora para atingir a pressão necessária durante o ciclo de esterilização.

A intervenção técnica foi realizada com prontidão, restabelecendo a plena disponibilidade operacional do equipamento e assegurando a continuidade dos processos sem comprometer o abastecimento das unidades assistenciais.

Em comparação com julho de 2026, quando não foram registradas manutenções preventivas ou corretivas, agosto apresentou 1 intervenção técnica decorrente da necessidade de ajuste operacional no sistema de pressurização.

Os resultados evidenciam a eficácia da assistência técnica e a rápida recuperação da confiabilidade da Autoclave 1, garantindo a segurança, a qualidade e a continuidade dos processos de esterilização realizados na Central de Material e Esterilização (CME).

Tabela – Manutenção realizada na autoclave por turno

MANUTENÇÃO REALIZADA NA AUTOCLAVE		
TURNO	PREVENTIVA	CORRETIVA
DIURNO	0	1
NOTURNO	0	0

Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME

Recebimento/ coleta de material por setor

No mês de agosto de 2026, foram registrados 19.819 recolhimentos de materiais contaminados realizados pela equipe da Central de Material e Esterilização (CME), considerando os turnos diurno e noturno.

O turno diurno concentrou a maior parte das atividades, com 15.135 recolhimentos (76,4%), enquanto o turno noturno contabilizou 4.684 recolhimentos (23,6%), mantendo a predominância das coletas durante o período diurno.

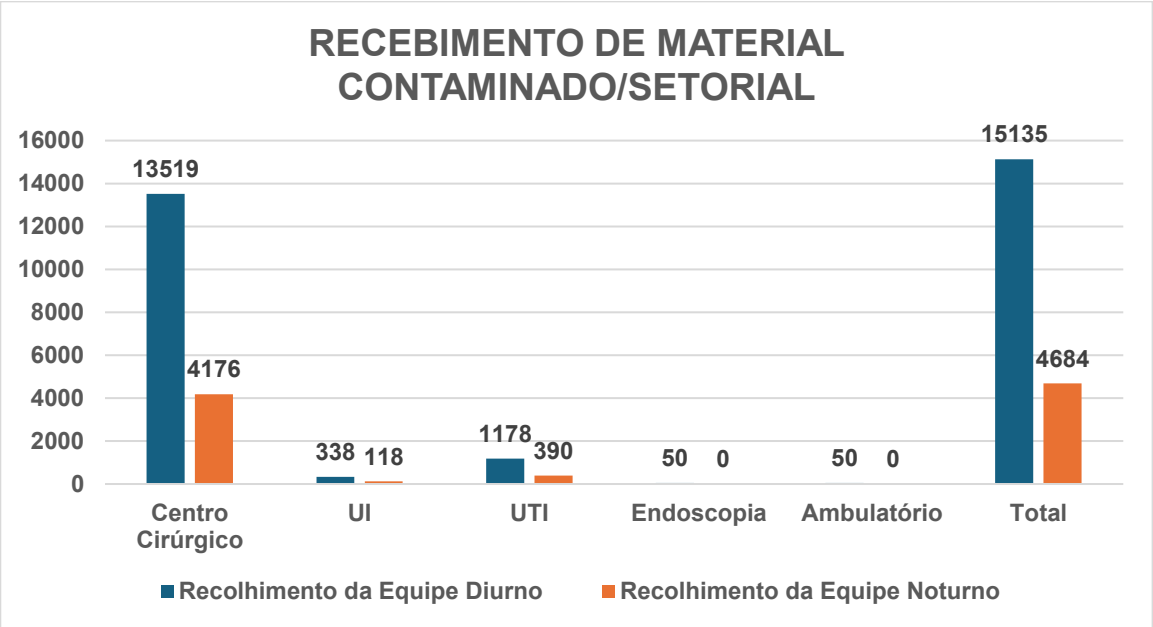
Entre os setores geradores de materiais contaminados,

- destaca-se o Centro Cirúrgico, com 17.695 recolhimentos, correspondendo a 89,3% do total geral, consolidando-se como principal origem dos materiais encaminhados para processamento.
- A UTI registrou 1.568 recolhimentos (7,9%),
- a Unidade de Internação (UI) contabilizou 456 recolhimentos (2,3%),
- A Endoscopia e o Ambulatório registraram 50 recolhimentos cada (0,3% cada).

Em comparação com julho de 2026, quando foram registrados 16.059 recolhimentos, agosto apresentou 19.819 recolhimentos, representando um aumento de 3.760 materiais e uma variação positiva de 23,4%.

O resultado demonstra um crescimento expressivo na demanda atendida pelo setor, impulsionado principalmente pelo aumento do volume de materiais provenientes das unidades consumidoras, com destaque para o Centro Cirúrgico e a UTI. A variação positiva evidencia a adaptação e a manutenção da capacidade operacional da CME, assegurando o fluxo regular de recolhimento e processamento com segurança e eficiência.

Gráfico – Recebimento/coleta de materiais contaminados por setor pela equipe da CME



Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME

Reprocessamento de materiais

No mês de agosto de 2026, a Central de Material e Esterilização (CME) contabilizou um total de 182 reprocessamentos de produtos para saúde (PPS). Este indicador reflete o rigor contínuo nos processos de inspeção, controle de qualidade e gestão de riscos, assegurando que nenhum item em desconformidade seja direcionado aos setores assistenciais.

O levantamento analítico das causas que motivaram o reprocessamento no período apresenta a seguinte distribuição:

- Material Vencido: Representou a principal causa de reprocessamento, com 68 ocorrências, correspondendo a 37,4% do total mensal. Esse índice aponta a necessidade de intensificar o monitoramento da rotatividade dos estoques ,critérios de validade e controle de permanência nas unidades consumidoras e na própria CME.
- Material sem Identificação ou com Rasura: Configurou-se como a segunda principal causa, com 53 ocorrências ,29,1%. O dado evidencia oportunidades de melhoria na padronização da rotulagem, clareza das informações e rigor na rastreabilidade dos pacotes.
- Material de Ciclo Abortado: Registrou 30 ocorrências ,16,5%, associadas a intercorrências técnicas ou operacionais durante os ciclos de esterilização nas autoclaves, exigindo pronta checagem dos parâmetros e manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos.
- Montagem Incompleta: Também registrou 30 ocorrências (16,5%), refletindo falhas pontuais na conferência prévia e na composição dos kits e instrumentais cirúrgicos antes do acondicionamento.
- Embalagem Violada: Apresentou apenas 1 ocorrência (0,5%), evidenciando excelente preservação da integridade da barreira estéril durante o manuseio, transporte e armazenamento, mantendo esse índice sob controle rigoroso.
- Itens Não Registrados: Não houve registros de material condensado nem de material em excesso, o que demonstra o controle adequado da umidade nas cargas e o dimensionamento correto dos volumes nos ciclos de esterilização.

Em comparação com o mês de julho de 2026, quando foram registrados 236 reprocessamentos, o mês de agosto apresentou 182 ocorrências, representando uma redução de 54 registros e uma variação negativa de 22,9%.

- Evolução do Perfil: Houve uma mudança significativa na distribuição das causas. Enquanto em meses anteriores observavam-se volumes expressivos de excessos de materiais, em agosto o foco das ações corretivas direcionou-se para o controle rigoroso de prazos de validade, exatidão na identificação e conferência de montagem.
- Impacto Operacional: A queda nos números globais demonstra a eficácia das orientações operacionais e das barreiras de checagem implementadas pela equipe, otimizando insumos, reduzindo o desperdício de tempo operacional e mitigando retrabalhos.

Planejamento e Melhorias

No mês de agosto de 2026, a equipe da Central de Material e Esterilização (CME) participou de diversas ações educativas voltadas ao fortalecimento das competências técnicas, da segurança assistencial e da qualidade dos processos desenvolvidos no setor, abrangendo os seguintes temas:

- Atualização e Implantação de Formulários: Treinamento destinado à padronização e ao correto preenchimento dos registros operacionais da CME como FO.001, FO.013, FO.018, FO.021, FO.024, FO.028, FO.029, FO.034, FO.036, FO.037 e FO.038), assegurando a rastreabilidade e a conformidade dos processos.
- Controle e Monitoramento da Lavagem Manual e Uso do Detergente Enzimático: Capacitação focada na execução correta da limpeza de instrumentais cirúrgicos e na correta utilização dos insumos, reforçando as Instruções de Trabalho (IT.HRMJ.CME.006 e IT.HRMJ.CME.008) para garantir a eficácia do processamento inicial dos artigos.
- Manuseio de Equipamentos e Processos de Esterilização: Abordagem técnica sobre a operação da lavadora ultrassônica, da termodesinfetora, além do preparo, empacotamento (IT.HRMJ.CME.004) e confecção de pacotes cirúrgicos (IT.HRMJ.CME.002), visando à integridade dos materiais esterilizados.
- Desinfecção e Gestão de Artigos: Instruções sobre desinfecção química com ácido peracético (IT.HRMJ.CME.010), desinfecção terminal (IT.HRMJ.CME.009), além de orientações sobre reparo, substituição (IT.HRMJ.CME.007) e inventário de instrumentais (IT.HRMJ.CME.005).

- Gerenciamento de Resíduos: Capacitação sobre o manejo seguro, descarte adequado e conformidade com as normativas vigentes referentes aos resíduos gerados na unidade.
- Segurança do Paciente, Notificações e Rotinas Assistenciais: Treinamentos sobre a rotina da enfermagem na CME (IT.HRMJ.CME.001), passagem de plantão (IT.HRMJ.CME.003), registro de telefone *read back*, além da utilização do sistema Interact para notificações de segurança do paciente, tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância.

De forma geral, os treinamentos realizados contribuíram para o aperfeiçoamento técnico da equipe, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos da CME, promovendo maior qualidade, conformidade e eficiência nas atividades desenvolvidas pelo setor.

Considerações finais

Em suma, os resultados consolidados no mês de agosto de 2026 evidenciam a solidez operacional, a eficiência e o rigor técnico da Central de Material e Esterilização (CME) do Hospital Regional Menino Jesus. A capacidade de atendimento à alta demanda gerada pelo Centro Cirúrgico e demais unidades consumidoras demonstra o alinhamento estratégico entre a gestão de fluxos, a manutenção da disponibilidade dos equipamentos críticos — como exemplificado pelo desempenho estável da Autoclave 1 dentro das metas institucionais — e o estrito cumprimento das normativas de segurança sanitária.

Apesar dos desafios identificados nos indicadores de reprocessamento, o monitoramento sistemático e transparente dessas ocorrências permitiu à equipe adotar barreiras de checagem mais efetivas, transformando dados em oportunidades de melhoria contínua. Aliado a isso, o investimento constante em educação permanente, por meio dos programas de treinamento e revisão de instruções de trabalho, fortaleceu a competência técnica, a padronização das rotinas e a cultura de segurança do paciente.

Dessa forma, a CME reafirma seu compromisso com a excelência assistencial, garantindo que o processamento de produtos para saúde ocorra com total confiabilidade, rastreabilidade e segurança, suprindo adequadamente as necessidades cirúrgicas e assistenciais da instituição.

AMBULATÓRIO

O ambulatório do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus é responsável pela organização e execução dos atendimentos eletivos, contemplando consultas em especialidades médicas e exames de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, atendendo tanto usuários egressos da unidade hospitalar quanto pacientes encaminhados por meio do Sistema Estadual de Regulação. A gestão da oferta de vagas é realizada pela própria unidade, respeitando a distribuição entre demanda interna e externa, de forma a garantir acesso equitativo e continuidade do cuidado assistencial.

O serviço contempla as especialidades de Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Ginecológica e Ortopedia e Traumatologia, compondo um portfólio assistencial voltado ao acompanhamento ambulatorial e ao suporte pré e pós-operatório dos pacientes.

Além das consultas médicas, o ambulatório oferta exames de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, incluindo análises clínicas, anatomopatologia, eletrocardiograma, endoscopia digestiva alta e colonoscopia, radiografia, tomografia computadorizada com e sem contraste e ultrassonografias, incluindo exames com Doppler, garantindo suporte diagnóstico às diversas linhas de cuidado da instituição.

O funcionamento do ambulatório ocorre de segunda-feira a quinta-feira em horário administrativo das 8h às 18h e às sextas-feiras das 8h às 17h, contando com equipe administrativa responsável pelo acolhimento, organização dos fluxos e agendamentos. Os serviços de diagnóstico operam diariamente, com agendas distribuídas entre os turnos, assegurando a realização dos exames conforme a demanda assistencial.

As consultas médicas são organizadas conforme as escalas profissionais, distribuídas ao longo da semana, garantindo cobertura das especialidades ofertadas e atendimento contínuo aos usuários. O setor também desempenha papel fundamental no gerenciamento de demandas internas, incluindo retornos ambulatoriais, acompanhamentos pré e pós-operatórios, interconsultas e agendamento de exames.

A estrutura do ambulatório conta com recepção unificada para atendimentos médicos e exames, com organização dos agendamentos de forma estratégica, visando maior fluidez no atendimento e redução de sobrecarga nos períodos de maior demanda. A entrega dos resultados dos exames é realizada em ambiente específico no próprio

ambulatório, sob responsabilidade da empresa prestadora de serviços, garantindo acesso seguro e organizado às informações diagnósticas.

Dessa forma, o ambulatório configura-se como um importante ponto de atenção na rede assistencial do hospital, promovendo integração entre os níveis de cuidado, ampliação do acesso aos serviços e continuidade da assistência aos usuários.

Organograma e Dimensionamento da Equipe

O ambulatório conta com uma equipe administrativa composta por:

- 1 Coordenador Administrativo
- 1 Supervisor Administrativo de Atendimento
- 5 Auxiliares Administrativos na recepção do Ambulatório

O ambulatório do HRMJ conta com uma equipe administrativa na recepção, responsáveis pelo atendimento direto aos usuários do Sistema Único de Saúde regulados via Sistema Estadual de Regulação-SER. A equipe atua como porta de entrada administrativa do Ambulatório, desempenhando papel fundamental na organização do acesso aos serviços ambulatoriais e no suporte aos fluxos assistenciais da unidade.

O SADT conta com uma equipe de enfermagem sendo a composição atual:

- Enfermeira: 1 enfermeira;
- Técnica de enfermagem: 4 técnicos de enfermagem;

A equipe de enfermagem atua diretamente em procedimentos que exigem acompanhamento especializado, como endoscopia, colonoscopia, tomografia com contraste e eletrocardiograma. Nessas atividades, os profissionais são responsáveis pelo preparo adequado dos pacientes, pela orientação prévia, pelo monitoramento de sinais vitais durante os exames e pela assistência imediata após a realização dos procedimentos. A presença da enfermagem garante segurança, humanização e qualidade em cada etapa, assegurando que os exames sejam conduzidos de forma eficaz e que os pacientes recebam suporte integral. Dessa forma, mesmo com atuação direcionada a exames específicos, a enfermagem consolida-se como parte essencial do SADT, contribuindo para diagnósticos precisos, prevenção de complicações e continuidade do cuidado clínico.

Estrutura Física

A estrutura física do ambulatório incluí:

- 1 recepção geral
- 5 consultórios médicos;
- 2 boxes de coleta de exames;
- 1 Sala de Endoscopia Digestiva alta e Colonoscopia;
- 1 Sala de repouso pós anestesia da Endoscopia;
- 1 Sala de Raio-x;
- 1 Sala de Tomografia computadorizada;
- 1 sala de ultrassonografia e eletrocardiograma.

Essa estrutura física garante suporte adequado às demandas assistenciais, oferecendo ambientes preparados para a realização de exames diagnósticos e acompanhamento clínico, com áreas específicas destinadas a procedimentos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, como tomografia, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, eletrocardiograma, exames laboratoriais e raio-X. Além disso, contempla espaços voltados ao apoio multiprofissional e à gestão de insumos, assegurando que os pacientes recebam atendimento seguro, eficiente e humanizado, com suporte integral às necessidades diagnósticas e terapêuticas.

Indicadores e performance

Os indicadores de produção do Ambulatório do HRMJ têm como finalidade acompanhar e avaliar o desempenho dos atendimentos eletivos regulados, contemplando tanto as consultas em especialidades médicas quanto os exames do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Esses indicadores permitem monitorar a oferta de vagas, o aproveitamento das agendas, a realização dos atendimentos e possíveis perdas no processo assistencial.

O acompanhamento sistemático dessas informações possibilita analisar o comportamento da demanda regulada, identificar oportunidades de melhoria na organização das agendas e fortalecer a articulação entre o ambulatório, a regulação e os demais setores assistenciais. Dessa forma, os indicadores contribuem para a qualificação do acesso, otimização da capacidade instalada e melhoria contínua do desempenho assistencial do serviço.

CONSULTAS AMBULATORIAIS – ESPECIALIDADES MÉDICAS

As Consultas Ambulatoriais do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus constituem eixo estratégico da assistência eletiva, sendo responsáveis pelo atendimento especializado regulado, acompanhamento clínico e seguimento pós-internação dos usuários do Sistema Único de Saúde.

O serviço integra a linha de cuidado hospitalar, garantindo continuidade assistencial entre internação, procedimento cirúrgico e acompanhamento ambulatorial, além de atender pacientes encaminhados pela Regulação Estadual. Atua de forma articulada com a Gerência Assistencial, Diretoria Técnica e áreas de apoio, assegurando organização das agendas, registro adequado em prontuário e monitoramento de indicadores assistenciais.

As consultas ambulatoriais contribuem para:

- Avaliação especializada e definição diagnóstica;
- Estratificação de risco e preparo pré-operatório;
- Acompanhamento pós-cirúrgico;
- Seguimento clínico contínuo;
- Redução de reinternações evitáveis;
- Organização do fluxo assistencial da unidade.

Dessa forma, o ambulatório consolida-se como componente essencial da resolutividade hospitalar, promovendo cuidado humanizado, seguro e alinhado às metas contratuais e às diretrizes do SUS.

Produção Consultas Ambulatoriais - Especialidade Médicas

No mês de agosto de 2026 foram ofertadas 1.070 vagas de consultas médicas ambulatoriais para regulação. Do total disponibilizado, 888 consultas foram agendadas, enquanto 202 vagas foram perdidas, indicando que uma boa parte da oferta de vagas de consultas não foi ocupada.

Do total de pacientes agendados, 778 consultas foram efetivamente realizadas, enquanto 111 pacientes não compareceram nas consultas marcadas, configurando casos de absenteísmo. Esses dados demonstram que, apesar da disponibilidade de vagas, houve impacto tanto da perda primária de vagas quanto do não comparecimento dos

pacientes, fatores que influenciam diretamente no aproveitamento da capacidade de atendimento da unidade e no alcance das metas assistenciais estabelecidas.

Tabela – Dados de produção geral de consultas médicas ambulatoriais do mês de agosto de 2026

Ambulatório Agosto / 2025		Demanda Ambulatorial					
Especialidades	Meta Contratual	Ofertado	Agenda Extra	Perda Primária	Agendado	Realizado	Absenteísmo
Anestesiologia	220	220	0	105	115	104	11
Cardiologia	200	200	6	0	206	187	20
Cirurgia Geral	300	300	0	93	207	183	24
Ginecologia	150	150	3	3	150	126	24
Ortopedia e Traumatologia	200	200	11	1	210	178	32
Total Geral	**1.070**	**1.070**	**20**	**202**	**888**	**778**	**111**

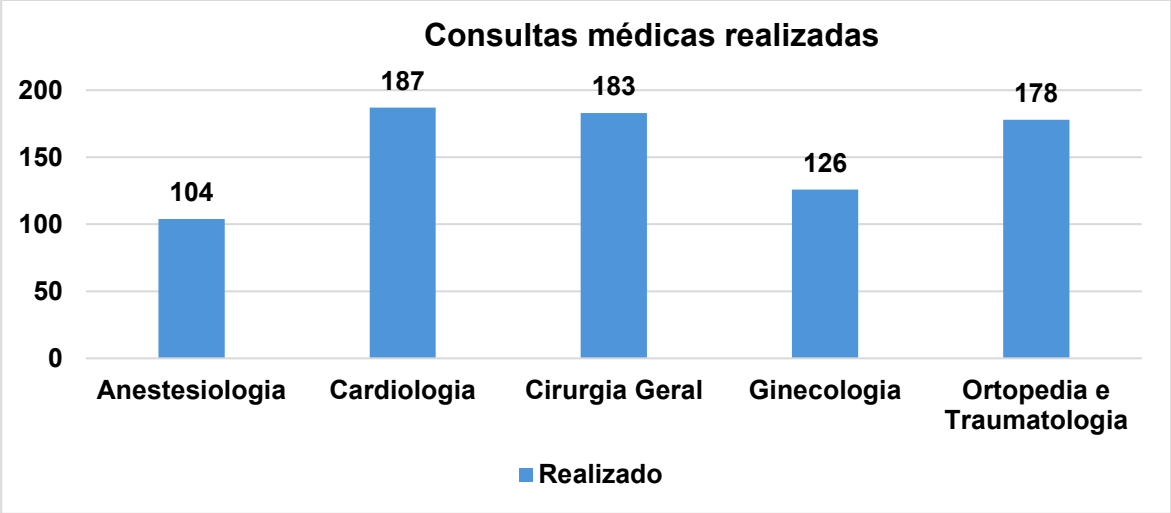
Fonte: Planilha de Acompanhamento Ambulatório/SADT e Sistema SER

Consultas por Especialidade

No período analisado, foram realizadas 778 consultas médicas, distribuídas entre cinco especialidades ambulatoriais ofertadas. Observa-se que a maior produção ocorreu na Cardiologia, com 187 consultas realizadas, representando aproximadamente 24,0% do total de atendimentos. Em seguida, destaca-se a especialidade de Cirurgia Geral, com 183 consultas, correspondendo a cerca de 23,5% da produção total.

A especialidade de Ortopedia e Traumatologia apresentou 178 consultas realizadas, mantendo volume assistencial semelhante às especialidades de Cardiologia e Cirurgia Geral e representando aproximadamente 22,9% do total de consultas. Juntas, essas três especialidades responderam por cerca de 70% de toda a produção ambulatorial médica do período. A Ginecologia registrou 126 consultas realizadas, correspondendo a 16,2% do total, enquanto a Anestesiologia apresentou 104 consultas, representando aproximadamente 13,4% da produção ambulatorial.

Gráfico – Consultas médicas ambulatoriais realizadas



Fonte: Planilha de Acompanhamento Ambulatório/SADT e Sistema SER

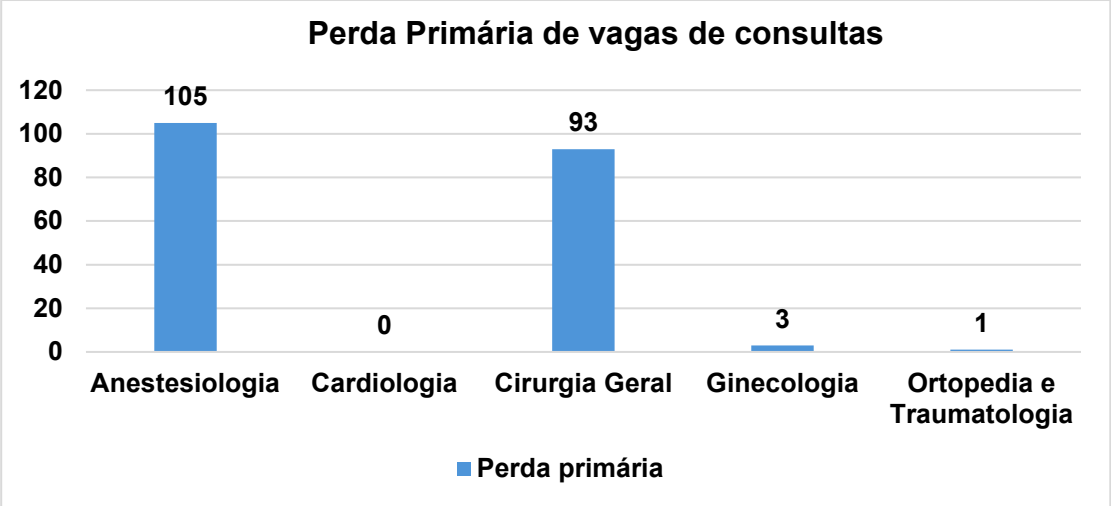
Perda Primária de Consultas Médicas Ambulatoriais-Especialidades Médicas

No período analisado, foram registradas 202 vagas de consultas perdidas por perda primária, observando-se concentração significativa em duas especialidades. A Anestesiologia apresentou o maior quantitativo de vagas não ocupadas, com 105 perdas, representando aproximadamente 52% do total, seguida pela Cirurgia Geral, com 93 vagas perdidas, correspondendo a cerca de 46% das perdas registradas.

As especialidades de Ginecologia e Ortopedia e Traumatologia apresentaram perdas pouco expressivas, com 3 e 1 vaga perdida, respectivamente, demonstrando melhor aproveitamento das agendas disponibilizadas. Já a Cardiologia não registrou perda primária no período analisado, evidenciando ocupação integral das vagas ofertadas.

Os dados demonstram que a perda primária está fortemente concentrada em Anestesiologia e Cirurgia Geral, especialidades que, juntas, representam aproximadamente 98% de todas as vagas não ocupadas. Esse cenário sugere a necessidade de avaliação dos processos de regulação e agendamento, bem como do comportamento da demanda nessas especialidades, com o objetivo de identificar fatores que possam estar contribuindo para o não preenchimento das vagas disponibilizadas.

Gráfico – Perda Primária de consultas no mês



Fonte: Sistema SER

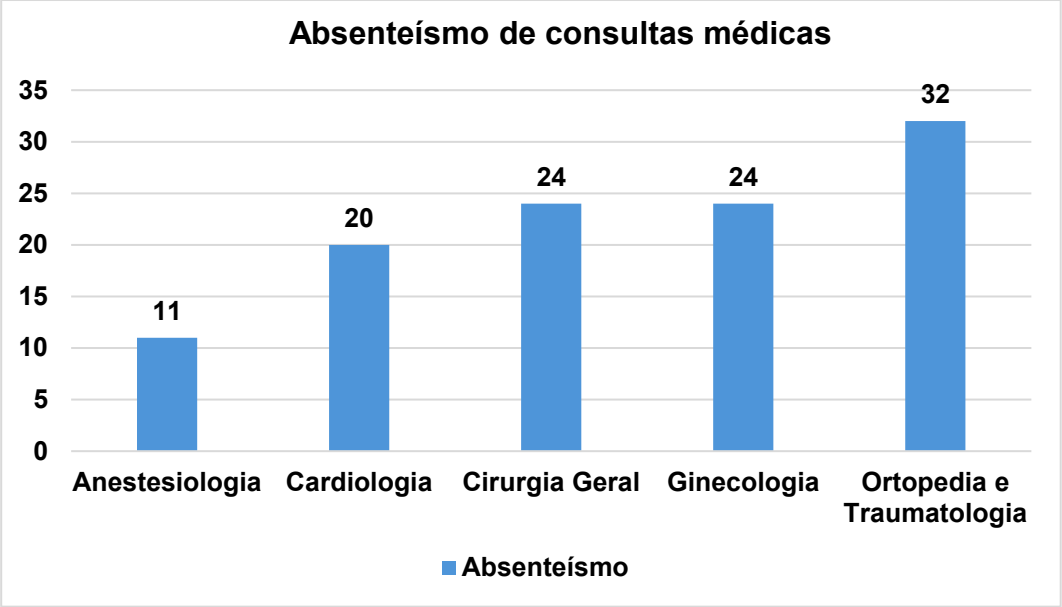
Absenteísmo de Consultas Médicas Ambulatoriais-Especialidades Médicas

No período analisado, foram registrados 111 casos de absenteísmo nas consultas médicas ambulatoriais. A especialidade com maior número de faltas foi Ortopedia e Traumatologia, com 32 pacientes ausentes, representando aproximadamente 28,8% do total de absenteísmo. Esse resultado evidencia a necessidade de monitoramento contínuo da especialidade, em virtude do impacto direto que as faltas ocasionam na utilização das agendas e no acesso de outros pacientes que aguardam atendimento.

As especialidades de Cirurgia Geral e Ginecologia apresentaram 24 faltas cada, correspondendo individualmente a cerca de 21,6% do total de ausências registradas. A Cardiologia contabilizou 20 faltas, enquanto a Anestesiologia registrou o menor quantitativo de absenteísmo, com 11 ausências.

Ao relacionar o absenteísmo com a produção realizada, observa-se que especialidades com elevado volume de consultas, como Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral e Cardiologia, também concentraram maior número absoluto de faltas, demonstrando que o absenteísmo continua sendo um fator que impacta diretamente o aproveitamento das vagas ofertadas e a produtividade ambulatorial.

Gráfico – Absenteísmo de consultas médicas ambulatoriais



Fonte: Sistema SER

SERVIÇO DE APOIO E DIAGNOSTICO TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) do Hospital Regional Menino Jesus atua como pilar estratégico para a assistência, oferecendo suporte diagnóstico essencial à tomada de decisão clínica e à condução terapêutica dos pacientes internados e ambulatoriais. Sua gestão é compartilhada entre a Coordenação Administrativa, Coordenação Assistencial e Coordenação de RDI/SADT, garantindo integração entre os fluxos técnicos, assistenciais e operacionais.

O funcionamento do SADT ocorre de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com encerramento às 17h nas sextas-feiras. Os fluxos organizados entre médicos, técnicos, equipe de enfermagem e profissionais de apoio asseguram resolutividade, priorização de casos conforme grau de complexidade e registro adequado de todos os exames realizados. Os resultados são devidamente lançados e disponibilizados em prontuário, promovendo rastreabilidade e segurança da informação.

A rotina do setor contempla a realização de exames diagnósticos, acompanhamento da evolução clínica em interface com as equipes assistenciais e atendimento às demandas específicas dos pacientes. O SADT segue protocolos assistenciais e de segurança institucionalmente estabelecidos, mantendo comunicação

intersetorial contínua com o corpo clínico, enfermagem e demais serviços de apoio, assegurando resposta ágil diante de intercorrências.

Dessa forma, o SADT consolida-se como serviço essencial à qualidade assistencial, atuando na linha de frente do suporte diagnóstico e contribuindo diretamente para a efetividade clínica, segurança do paciente e resultados organizacionais do hospital.

Produção

A produção do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) compreende atendimentos realizados para pacientes internos da unidade hospitalar e para demanda externa regulada.

A produção interna garante suporte diagnóstico às unidades assistenciais, contribuindo para maior resolutividade clínica. Já a produção externa amplia o acesso da população aos serviços ofertados.

O acompanhamento sistemático desses dados permite avaliar a capacidade operacional do serviço e subsidiar o planejamento institucional, assegurando eficiência e qualidade assistencial.

Produção de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

No mês de agosto de 2026, foram realizados 14.229 exames SADT, correspondendo a 120,58% da meta contratada. O resultado foi significativamente superior ao registrado no mês anterior, ultrapassando a meta contratada, refletindo principalmente o impacto das ações desenvolvidas durante o projeto “Saúde ao Alcance de Todos”, realizado no referido mês. A iniciativa promoveu a ampliação do agendamento de pacientes para exames SADT, com destaque para os exames laboratoriais, contribuindo diretamente para o aumento da produção e para o alcance da meta contratual no período.

Tabela – Dados de produção das metas contratualizadas de SADT

SADT	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Análises Clínicas	**10.000**	7.510	5.646	9.889	10.245	7.031	10.527	11.218	12.730
Anatomopatologia	**100**	35	80	81	47	106	39	88	80
Eletrocardiograma	**300**	172	117	117	163	94	170	225	216
Endoscopia Digestiva Alta	**100**	30	57	74	45	78	32	75	72
Endoscopia Digestiva Alta- Colonoscopia	**50**	10	15	35	22	25	17	29	35
Radiografia geral	**500**	379	340	345	402	363	383	430	443
Tomografia Computadorizada com Contraste	**100**	51	74	95	67	94	63	71	82
Tomografia Computadorizada sem Contraste	**300**	82	104	247	165	108	193	284	285
Ultrassonografia com Doppler	**50**	41	36	33	36	34	34	26	34
Ultrassonografia Geral	**300**	202	206	215	239	233	222	215	252
Total	**11.800**	**8.512**	**6.675**	**11.131**	**11.431**	**8.166**	**11.680**	**12.661**	**14.229**
% Atingido da Meta Mensal		**72,14%**	**56,57%**	**94,33%**	**96,87%**	**69,20%**	**98,98%**	**107,30%**	**120,58%**

Fonte: Relatório de Acompanhamento de Metas-SAME

SADT por Tipo de Exame

No período analisado, foram realizados 14.229 exames SADT, distribuídos entre diferentes exames diagnósticos. Observa-se uma concentração expressiva da produção em Análises Clínicas, que totalizaram 12.730 exames, representando aproximadamente 89,5% de toda a produção diagnóstica, demonstrando a elevada demanda pelos serviços laboratoriais e sua relevância na assistência prestada pela unidade.

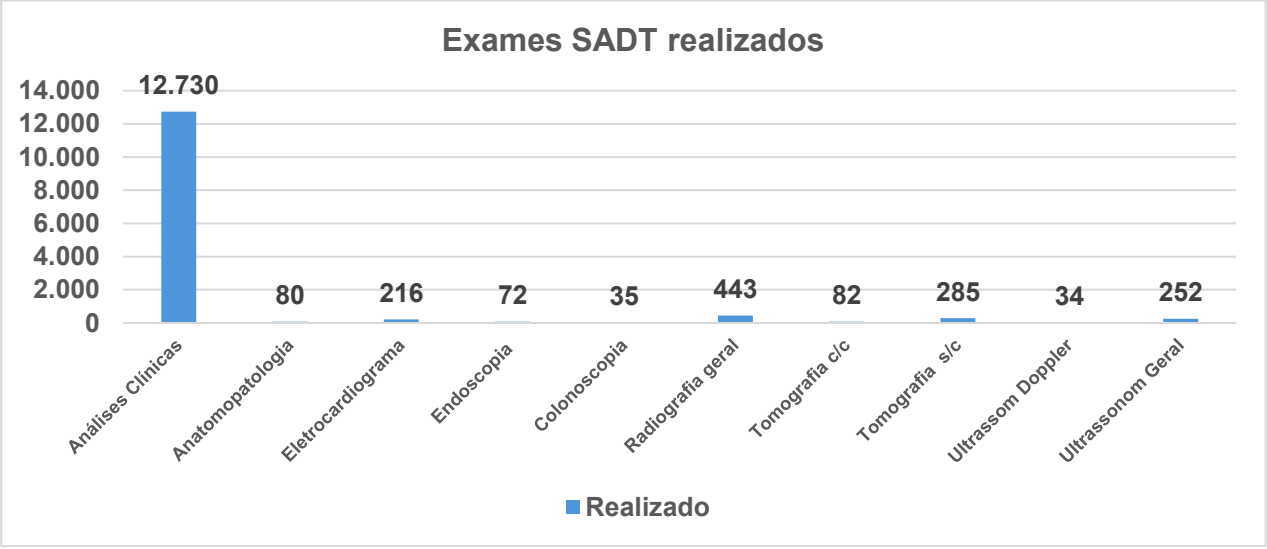
Entre os demais exames, destacam-se a Radiografia Geral com 443 procedimentos, seguida da Tomografia sem contraste com 285 exames e do Ultrassom

Geral com 252 exames. O Eletrocardiograma apresentou produção de 216 exames, evidenciando importante participação no suporte diagnóstico cardiovascular.

Os exames de Tomografia com contraste, com 82 procedimentos realizados, Anatomopatologia, com 80 procedimentos realizados, e Endoscopia, com 72 procedimentos realizados, apresentaram produção intermediária no período analisado. Por sua vez, a Colonoscopia, com 35 procedimentos realizados, e o Ultrassom Doppler, com 34 procedimentos realizados, registraram os menores volumes de produção, de acordo com o ofertado.

Na data de 29 de agosto foi realizado Mutirão Estadual no HRMJ com a oferta de 30 vagas de exames de raio-x no geral, 30 vagas de exames de eletrocardiograma e 30 vagas de exames de tomografias computadorizadas sem contraste, as agendas foram criadas como agendas extras e disponibilizadas vagas na proporção de 60% para os municípios e 40% para os retornos da unidade, os resultados do mutirão foram oficializados à SESPA via PAE e contabilizados na produção mensal de agosto.

Gráfico – Exames SADT realizados



Fonte: Relatório de Acompanhamento de Metas Contratadas - Ano 2026

Produção total ambulatorial de exames SADT (EXTERNO)

No mês de agosto de 2026, foram realizados no total 14.229 exames SADT, foram ofertadas para regulação 2.800 vagas de exames SADT. Desse total, 247 vagas não foram utilizadas, caracterizando-se como perda primária, houve uma diminuição bastante

significativa em relação ao mês anterior, refletindo o impacto positivo da realização das ações mensais. A diminuição significante da perda primária foi resultado da realização de ações do projeto “Saúde ao Alcance de Todos” realizada no mês vigente.

Do total ofertado foram agendados 2.543 exames, demonstrando uma adesão significativa à oferta disponibilizada. Dentre os pacientes agendados, registraram-se 398 ausências, esse quantitvo de faltas é inferior ao registrado no mês anterior em que ococrreram 449 ausências. Os resultados obtidos evidenciam que os mecanismos adotados para a redução do absenteísmo estão produzindo efeitos positivos, refletindo na melhoria dos índices de comparecimento dos pacientes.

No entanto, mesmo com a redução observada, a permanência de ocorrências de absenteísmo continua impactando diretamente a produção assistencial da unidade, ocasionando ociosidade de vagas e comprometendo o pleno aproveitamento da capacidade instalada.

Tabela – Produção Total Ambulatorial De Exames SADT Do Ano De 2026

AGOSTO/ 2025		Demanda SADT					
SADT	Meta Mensal Contratada	Ofertado	Agenda Extra	Perda Primária	Agendado	Realizado	Absenteísmo
Análises Clínicas	**10.000**	1.000	0	150	850	12.730	111
Anatomopatologia	**100**	100	0	0	0	80	0
Eletrocardiograma	**300**	300	30	74	256	216	40
Endoscopia Digestiva Alta	**100**	100	0	2	98	72	26
Endoscopia Digestiva Alta-Colonoscopia	**50**	50	0	7	43	35	8
Radiografia geral	**500**	500	30	3	527	443	90
Tomografia Computadorizada com Contraste	**100**	100	0	3	97	82	24
Tomografia Computadorizada sem Contraste	**300**	300	30	6	324	285	42
Ultrassonografia com Doppler	**50**	50	0	2	48	34	11
Ultrassonografia Geral	**300**	300	0	0	300	252	46
Total	**11.800**	**2.800**	**90**	**247**	**2.543**	**14.226**	**398**

Fonte: Planilha de Acompanhamento Ambulatório/SADT e Sistema SER

Perda Primária do Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico-SADT

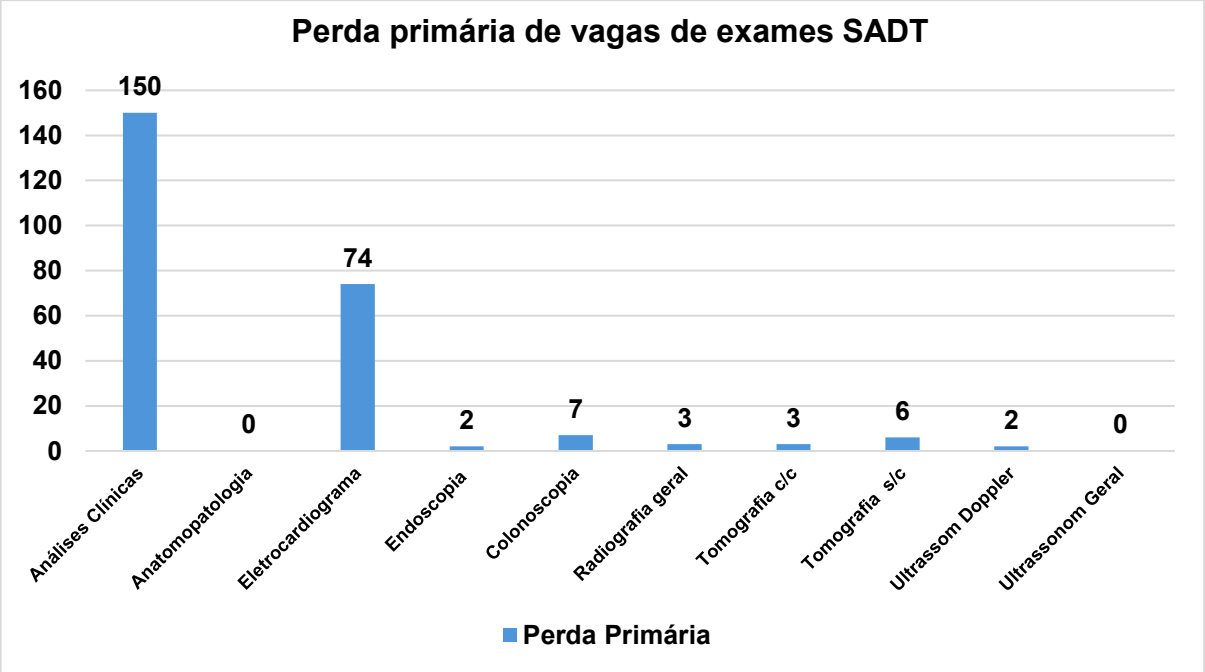
No mês de agosto, a perda primária de vagas de exames SADT totalizou 247 vagas, distribuídas entre os diferentes exames diagnósticos ofertados. Observa-se que a maior perda ocorreu em Análises Clínicas, com 150 vagas não utilizadas, representando aproximadamente 60,7% de toda a perda primária registrada no período.

A segunda maior perda foi observada nos Eletrocardiogramas, que registraram 74 vagas perdidas, correspondendo a cerca de 30% do total de perdas. Os demais exames apresentaram perdas pouco expressivas, destacando-se Colonoscopia, com 7 vagas perdidas, e Tomografia sem contraste, com 6 vagas perdidas. Já a Radiografia Geral e a Tomografia com contraste registraram 3 vagas perdidas cada, enquanto Endoscopia e Ultrassom Doppler apresentaram 2 vagas perdidas cada.

Por outro lado, as especialidades de Anatomopatologia e Ultrassom Geral não apresentaram perda primária de vagas no período analisado, evidenciando um adequado aproveitamento da oferta disponibilizada para esses procedimentos.

De modo geral, os dados demonstram que a perda primária está concentrada principalmente em Análises Clínicas e Eletrocardiogramas, que juntas representam cerca de 90,7% de todas as vagas não preenchidas.

Gráfico – Perda primária de exames SADT do mês



Fonte: Relatório de Acompanhamento de Metas Contratadas - Ano 2026

Absenteísmo do Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico-SADT

No mês de agosto, foram registrados 398 casos de absenteísmo nos exames SADT. A análise dos dados demonstra que as maiores ocorrências de faltas se concentraram em Análises Clínicas, com 111 pacientes ausentes, correspondendo a aproximadamente 27,9% do total de absenteísmo, seguida pela Radiografia Geral, com 90 faltas, representando cerca de 22,6% do total.

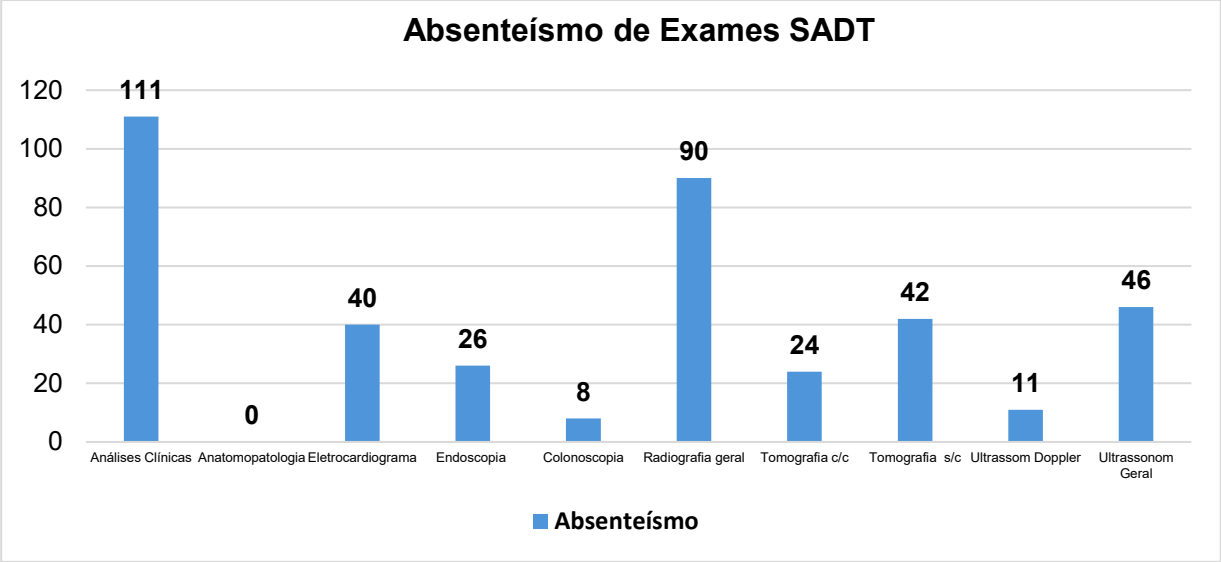
Também apresentaram índices relevantes de absenteísmo o Ultrassom Geral, com 46 faltas, a Tomografia sem contraste, com 42 faltas, e o Eletrocardiograma, com 40 faltas.

Os exames de Endoscopia registraram 26 faltas, enquanto a Tomografia com contraste apresentou 24 ausências. Já os exames de Ultrassom Doppler, com 11 faltas, e Colonoscopia, com 8 faltas, apresentaram menores registros de absenteísmo no período analisado.

Ao comparar os dados de produção com os índices de absenteísmo, observa-se que as especialidades com maior volume de exames realizados também apresentam maior quantidade absoluta de faltas, evidenciando o impacto direto do absenteísmo sobre a utilização das agendas e a produção assistencial da unidade. Além de gerar ociosidade de vagas, as ausências comprometem o acesso de outros usuários que aguardam atendimento em fila de espera.

Dessa forma, torna-se fundamental a manutenção e o fortalecimento das estratégias já implementadas para redução do absenteísmo, como confirmação prévia dos agendamentos, busca ativa dos pacientes, atualização cadastral periódica e monitoramento contínuo das filas de espera. Essas ações contribuem para o melhor aproveitamento da capacidade instalada, aumento da produção ambulatorial e ampliação do acesso dos usuários aos serviços diagnósticos ofertados pela unidade.

Gráfico – Absenteísmo de exames SADT do mês



Fonte: Sistema Estadual de Regulação

AMBULATORIO DE ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

O Ambulatório de Enfermagem Assistencial do HRMJ é responsável pela organização do fluxo de atendimentos ambulatoriais, atuando na triagem e na realização de consultas de enfermagem que antecedem as consultas especializadas. O serviço desempenha papel estratégico na qualificação do acesso, garantindo que os pacientes sejam avaliados, direcionados adequadamente às especialidades e orientados quanto aos procedimentos e exames necessários, contribuindo para o cumprimento das metas assistenciais e para a organização da agenda ambulatorial. Entre suas atribuições estão a avaliação clínica inicial, aferição de sinais vitais, coleta de dados assistenciais, orientações pré e pós-consulta, além do registro sistemático das informações em prontuário.

O setor funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com encerramento às 17h nas sextas-feiras, mantendo fluxos organizados entre enfermagem, corpo clínico e setores de apoio, assegurando continuidade do cuidado, resolutividade das demandas e conformidade com os protocolos institucionais de segurança e qualidade. Dessa forma, o Ambulatório de Enfermagem consolida-se como elemento fundamental na estrutura assistencial do hospital, promovendo organização, eficiência e cuidado humanizado aos usuários.

Dimensionamento da Equipe

O Ambulatório conta com uma equipe de enfermagem sendo a composição atual:

Enfermeira: 1 enfermeira;

Técnica de enfermagem: 1 técnico de enfermagem;

Todos atuam em função assistencial direta, garantindo suporte contínuo e seguro aos pacientes atendidos no ambulatório. Essa equipe é responsável por acompanhar de forma integral as necessidades clínicas nas diferentes especialidades, consolidando o papel da enfermagem como fundamental para a promoção da saúde, prevenção de complicações e bem-estar dos pacientes.

Estrutura Física

Estrutura Física e Capacidade Instalada – Ambulatório

O setor dispõe:

5 consultórios médicos,

1 sala de triagem

1 sala de curativo

1 sala de DML

Essa estrutura física garante suporte adequado às demandas assistenciais, oferecendo ambientes preparados para consultas especializadas e acompanhamento clínico, com áreas específicas destinadas a procedimentos ambulatoriais, apoio multiprofissional e gestão de insumos.

Produção

No mês de agosto de 2026, os serviços de Enfermagem Ambulatorial e Assistência Social desenvolveram suas atividades no âmbito das consultas ambulatoriais de nível superior, conforme organização assistencial da unidade. Ambos os serviços desempenham papel fundamental no acolhimento, triagem, orientação e acompanhamento dos usuários, contribuindo para a organização do fluxo assistencial, continuidade do cuidado e qualificação da assistência prestada.

Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico

Em agosto de 2026, foram realizadas 410 consultas ambulatoriais de nível superior, exceto médico, correspondendo a 117,14% da meta mensal contratada de 350 atendimentos. Desse total, 288 consultas foram realizadas pela Enfermagem e 122 pela Assistência Social.

O resultado representa um desempenho 17,14% acima da meta pactuada, demonstrando o cumprimento do indicador no período e a manutenção de um volume de atendimentos superior ao parâmetro contratual.

Tabela – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico

Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Enfermagem	**250**	581	538	712	607	316	277	314	288
Assistente Social	**100**	144	120	172	109	102	109	110	122
Total	**350**	**725**	**658**	**884**	**716**	**418**	**386**	**424**	**410**
% Atingido da Meta Mensal		**207,14%**	**188,00%**	**252,57%**	**204,57%**	**119,43%**	**110,29%**	**121,14%**	**117,14%**

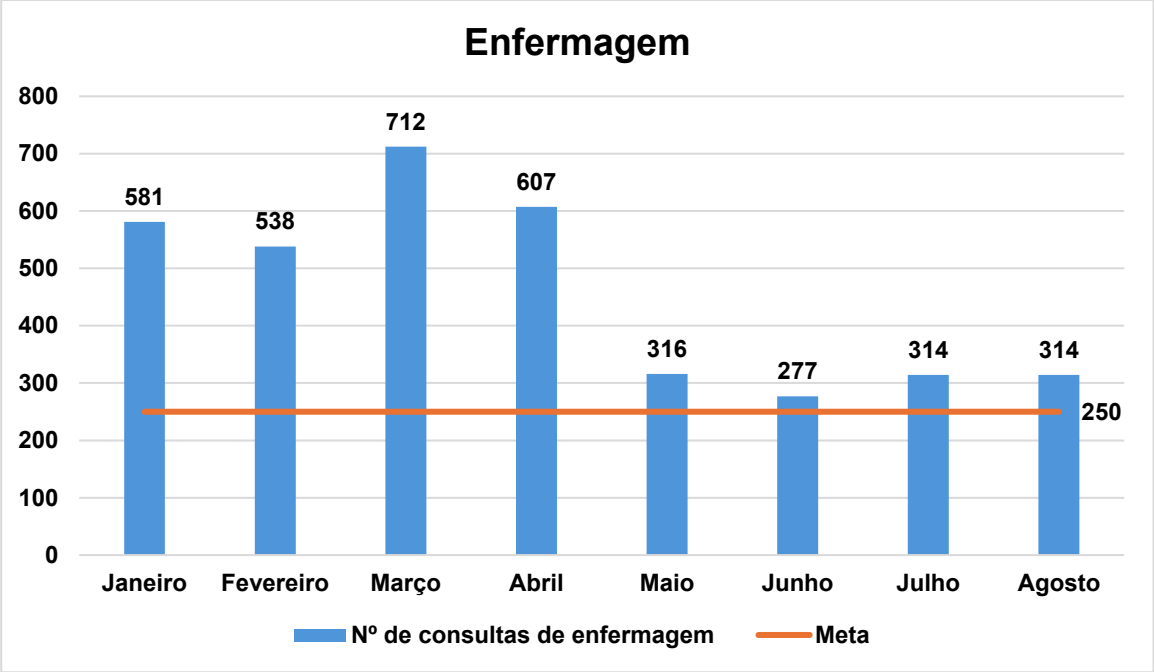
Fonte: Estatística/HRMJ

Consultas Ambulatoriais de Nível Superior – Enfermagem

A meta estabelecida para o setor de ambulatório é de 250 consultas de enfermagem por mês. No mês de agosto foi realizado 288. Esse desempenho corresponde a 115,2% da meta pactuada.

.

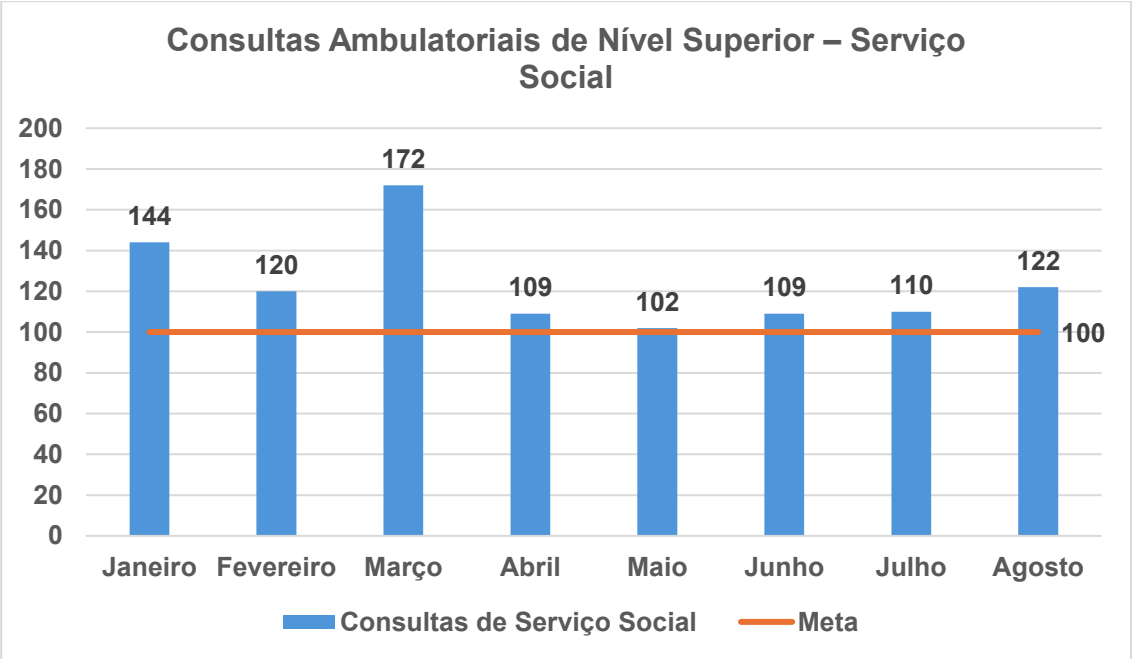
Gráfico – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior – Enfermagem



Consultas Ambulatoriais de Nível Superior – Serviço Social

No mês de agosto de 2026, o setor de Serviço Social manteve bom desempenho. A meta definida era de 100 atendimentos, e foram realizados 122 registros de acompanhamento e orientação, equivalente a 122%.

Gráfico – Consultas Ambulatoriais de Nível Superior – Serviço Social



Planejamento e Melhorias

O plano de ação do ambulatório do HRMJ busca fortalecer a organização e a qualidade assistencial por meio da implementação de instruções de trabalho setoriais, que padronizam rotinas e garantem maior eficiência; da interação de processos com outros setores, assegurando continuidade do cuidado e comunicação integrada; da criação de indicadores de processos, permitindo monitorar produtividade, acesso e qualidade; da adoção de manuais assistenciais, que uniformizam condutas e reforçam a segurança do paciente; e da consolidação da cultura de notificação, estimulando o registro de ocorrências e oportunidades de melhoria como prática cotidiana. Essas medidas, em conjunto, estruturam o ambulatório para oferecer atendimento resolutivo, seguro e humanizado, alinhado às diretrizes institucionais e às necessidades da população.

Considerações Finais

O presente relatório apresenta os resultados do Ambulatório do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, sob gestão do Instituto Social Mais Saúde em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Pará – SESPA. A gestão do ambulatório prioriza o planejamento e execução das ações assistenciais, organizando fluxos de atendimento e garantindo consultas especializadas em ortopedia, cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia e ginecologia.

O setor consolida-se como espaço estratégico de atenção à saúde, atuando na promoção, prevenção e acompanhamento clínico, assegurando qualidade, resolutividade e humanização no cuidado prestado à população.

O setor consolida-se como espaço estratégico de atenção à saúde, atuando na promoção, prevenção e acompanhamento clínico, assegurando qualidade, resolutividade e humanização no cuidado prestado à população.

SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social Hospitalar integra a estrutura assistencial da unidade, atuando de forma articulada com a equipe multiprofissional nas áreas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Pronto Atendimento, Unidade de Internação e Ambulatório.

Sua atuação tem como finalidade prestar suporte psicossocial aos pacientes e familiares, realizar orientações quanto a direitos sociais, benefícios assistenciais e acesso à rede de serviços, bem como promover encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado.

No contexto hospitalar, o Serviço Social desenvolve ações de acolhimento, avaliação social, mediação de demandas familiares, articulação com a rede socioassistencial e apoio à equipe assistencial na organização de altas hospitalares, especialmente em situações de maior vulnerabilidade.

O serviço funciona diariamente, em regime de plantão assistencial, das 7h às 13h e das 13h às 19h, garantindo cobertura contínua às demandas sociais da unidade e suporte às equipes assistenciais nos diferentes setores hospitalares.

A atuação do setor contribui para a integralidade da assistência, fortalecendo o acesso aos serviços de saúde e garantindo suporte social adequado durante o processo de internação, atendimento de urgência e acompanhamento ambulatorial.

Dessa forma, o Serviço Social consolida-se como componente essencial da assistência hospitalar, assegurando atendimento humanizado, qualificado e alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Dimensionamento da Equipe

O Serviço Social é composto por equipe estruturada da seguinte forma:

- 01 Coordenação da Equipe Multiprofissional;
- 04 Assistentes Sociais.

Produção

Ressalta-se que a meta contratada e a produção de consultas ambulatoriais do Serviço Social já foram apresentadas anteriormente no item referente ao Ambulatório, em conjunto com a análise das evoluções de Enfermagem, não sendo novamente detalhadas neste tópico para evitar duplicidade de informações.

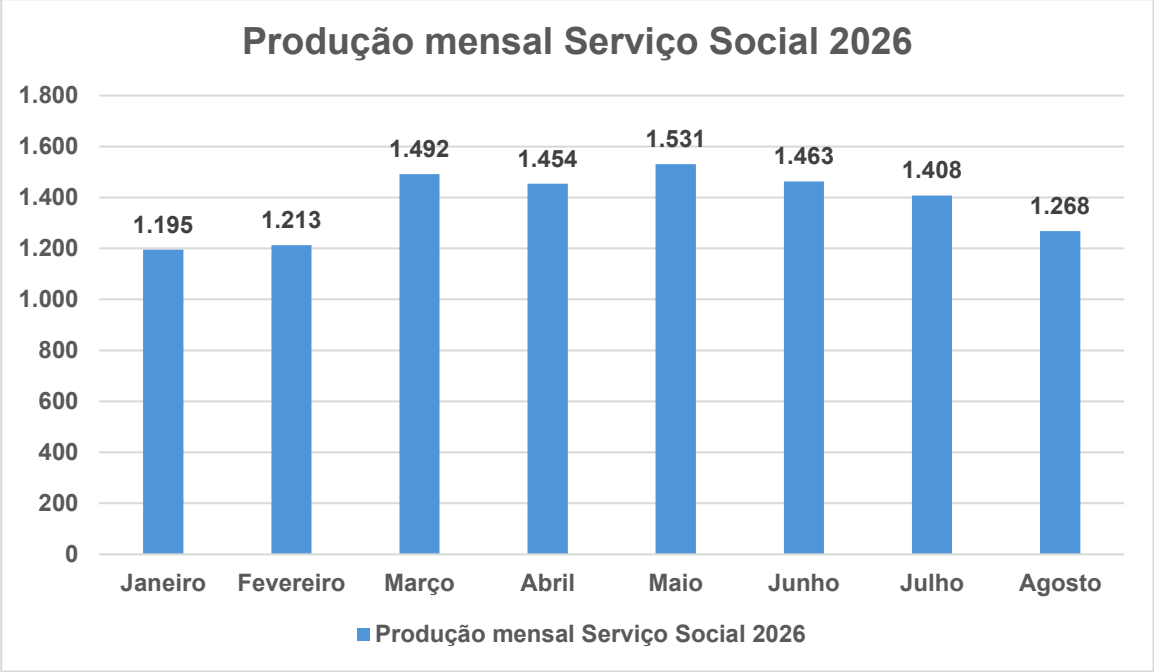
Nos tópicos subsequentes, serão apresentadas as metodologias e as demais produções do Serviço Social, detalhando quantitativamente e qualitativamente as atividades desenvolvidas no período, a fim de evidenciar de forma sistematizada a contribuição do setor para a integralidade da assistência prestada pela unidade.

Total de Atendimentos Realizados

No mês de agosto, foram registrados 1.268 atendimentos, em comparação a julho, que registrou 1.408 atendimentos, representando uma redução de 140 atendimentos, equivalente aproximadamente 9,9% na produção do Serviço Social.

Apesar da redução observada, o serviço manteve sua capacidade operacional e a continuidade da assistência aos usuários e familiares.

Gráfico – Atendimentos Realizados



Atuação na Unidade de Terapia Intensiva – UTI

A abordagem focou em:

Acolhimento familiar e escuta ativa: atendimentos diários às famílias dos pacientes internados, oferecendo um espaço seguro para que familiares expressem suas

necessidades e vulnerabilidades, e ainda orientações sobre o processo de internação proporcionando suporte emocional.

Orientações e acesso a direitos: orientações sobre direitos sociais e acesso às políticas públicas, como programas de saúde, benefícios previstos na Previdência Social, benefícios eventuais (município) serviços socioassistenciais, dentre outros direcionados a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social.

Planejamento de alta e continuidade de cuidados: Identificação das necessidades sociais e assistenciais após a alta da UTI, colaborando ativamente no planejamento da alta responsável, visando a continuidade dos cuidados domiciliares e encaminhamentos a outras unidades de saúde, conforme necessário.

Humanização do atendimento: contribui para a humanização da internação e do cuidado, aliviando a dor e o sofrimento do paciente e sua família, contribuindo em rodas de conversas e grupo de humanização com familiares.

Acolhimento e intervenções em caso de óbito: oferece suporte e orientação aos familiares enlutados, auxiliando nas providências e documentação necessárias, e intervenções junto ao município encaminhador em caso de Tratamento Fora Domicílio-TFD.

Atuação na Unidade de Internação – UI

Na unidade de internação, o Assistente Social, focou em garantir o apoio contínuo aos pacientes internados e às suas famílias. Age como um elo entre o paciente, contribui para a integralidade do cuidado, garantindo que, além do tratamento médico, sejam consideradas as dimensões psicossociais do paciente e sua família, elementos essenciais para uma recuperação completa e um retorno seguro ao ambiente familiar e comunitário.

Atendimento Ambulatorial

No mês de agosto, foram realizados 122 atendimentos ambulatoriais, em comparação aos 110 atendimentos registrados em julho, representando um aumento de atendimento ao mês anterior, correspondente a aproximadamente 10,9%.

Esse resultado demonstra estabilidade da demanda, evidenciando a manutenção da procura pelos serviços ambulatoriais e a continuidade da assistência prestada aos usuários.

Ações realizadas

Durante o mês de agosto de 2026, o Serviço Social, em parceria com o Serviço de Psicologia, realizou treinamento para a equipe assistencial com o tema Fluxo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A ação teve como objetivo fortalecer o conhecimento dos profissionais acerca dos fluxos institucionais, critérios de elegibilidade, documentação necessária e responsabilidades dos setores envolvidos, promovendo maior padronização dos processos e qualificação da assistência aos usuários que necessitam de tratamento fora do município.

Planejamento e Melhorias

Com o objetivo de dar continuidade às ações de organização dos fluxos internos, fortalecer a atuação multiprofissional e qualificar a assistência prestada, o Serviço Social dará prosseguimento às ações planejadas, com foco na humanização, segurança do paciente, acompanhamento das demandas sociais e integração com a equipe assistencial. As ações buscam aprimorar os processos de trabalho e contribuir para a integralidade e qualidade do cuidado ofertado pela unidade hospitalar.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações
Grupo terapêutico	Equipe Multi	Contínuo	Humanização do serviço	
Fomentar as notificações de eventos no setor	Todos	Contínuo	Incidência de eventos	Segurança do paciente
Visita multiprofissional	SESO	Sob demanda	-	-
Ações humanizadas	SESO / Psicologia	Mensal	-	-
Plano Educacional	Equipe Multi	Contínuo	-	-

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, o Serviço Social manteve atuação efetiva junto aos pacientes e familiares, desenvolvendo ações de acolhimento, orientação social, garantia

de direitos e articulação com a rede de apoio e serviços de saúde. Os resultados alcançados demonstram o compromisso do setor com a humanização da assistência e a continuidade do cuidado. Destaca-se a realização do treinamento sobre o Fluxo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), em parceria com o Serviço de Psicologia, fortalecendo os processos institucionais e contribuindo para uma assistência mais integrada, qualificada e centrada nas necessidades dos usuários.

FISIOTERAPIA

O Serviço de Fisioterapia do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ) integra a estrutura assistencial da unidade, atuando de forma articulada com a equipe multiprofissional nas áreas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Internação (UI).

Sua atuação é direcionada à prevenção de complicações, reabilitação funcional e suporte respiratório e motor aos pacientes hospitalizados, contribuindo diretamente para a melhoria dos desfechos clínicos, redução do tempo de internação e promoção da recuperação segura e eficaz.

Na UTI, o serviço desempenha papel fundamental no manejo de pacientes críticos, especialmente no suporte ventilatório, desmame da ventilação mecânica, mobilização precoce e prevenção de complicações decorrentes da imobilidade prolongada.

Na Unidades de Internação, a atuação concentra-se na reabilitação funcional, fortalecimento muscular, prevenção de perdas funcionais e preparação do paciente para alta hospitalar com maior autonomia.

O Serviço de Fisioterapia atua com base em protocolos técnicos e evidências científicas, garantindo assistência qualificada, humanizada e alinhada aos princípios da integralidade e segurança do paciente, consolidando-se como componente essencial da assistência hospitalar.

Dimensionamento da Equipe

O Serviço de Fisioterapia está inserido na estrutura organizacional do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ), vinculado à Gerência Assistencial e à Coordenação da Equipe Multiprofissional, mantendo alinhamento técnico-administrativo com a Direção Geral.

A equipe é composta por:

• Direção Geral;

• Gerência Assistencial;

• Coordenação da Equipe Multiprofissional;

• 10 Fisioterapeutas assistenciais;

• 01 Fisioterapeuta Responsável Técnico (RT) do serviço.

O dimensionamento atual possibilita cobertura assistencial nas Unidades de Terapia Intensiva e Unidade de Internação, garantindo atendimento contínuo aos pacientes hospitalizados, participação nas visitas multiprofissionais, execução de condutas respiratórias e motoras, além de acompanhamento sistemático da evolução funcional.

Indicadores e Performance

Os indicadores apresentados demonstram a relevância da Fisioterapia na prevenção de agravos decorrentes da imobilidade, no suporte ventilatório, na mobilização precoce e na preparação do paciente para alta hospitalar com maior autonomia funcional. A ausência de eventos adversos relacionados à extubação reforça a qualidade e segurança da assistência prestada.

A produção consolidada evidencia a contribuição direta do serviço para a melhoria dos desfechos clínicos, organização do fluxo assistencial e fortalecimento da integralidade do cuidado hospitalar.

Atendimentos Realizados

Em agosto, o Serviço de Fisioterapia manteve atuação assistencial consistente nas Unidades de Terapia Intensiva e de Internação, garantindo acompanhamento contínuo e qualificado aos pacientes. Na UTI, foram realizados 1.550 procedimentos, representando aumento de 6,6% em relação a julho e o maior volume registrado no ano.

Destacou-se o crescimento das avaliações fisioterapêuticas, além da manutenção de elevado número de atendimentos respiratórios e suporte ventilatório.

Os indicadores ventilatórios apresentaram resultados favoráveis, com 1 intubação, 5 extubações programadas e ausência de extubações acidentais, reforçando a segurança e a efetividade das ações voltadas ao desmame ventilatório e à recuperação dos pacientes críticos.

Na Unidade de Internação, foram realizados 585 atendimentos fisioterapêuticos. Apesar da redução nas admissões em relação ao mês anterior, o serviço manteve cobertura assistencial adequada, com intervenções motoras e respiratórias direcionadas à prevenção de complicações, recuperação funcional e redução dos impactos decorrentes da hospitalização.

De forma geral, os resultados demonstram uma atuação fisioterapêutica qualificada, segura e contínua, adaptada ao perfil clínico e à demanda assistencial, contribuindo para a recuperação funcional, prevenção de complicações e alta hospitalar segura.

Tabela – Atendimento por tipo e por Unidade

ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA	SETOR		AGOSTO
Tipo de Atendimento	**UTI**	**UI**	**TOTAL**
Admissão	47	51	98
Avaliação Fisioterapêutica	541	389	930
Fisioterapia Respiratória	479	65	544
Fisioterapia Motora	431	76	507
Intubação	1	0	1
Extubação Programada	5	0	5
Extubação Acidental	0	0	0
Oxigenoterapia	46	4	50
TOTAL	**1550**	**585**	**2.135**

Fonte: Planilha de acompanhamento do serviço de fisioterapia/HRMJ

Atendimentos Fisioterapia Unidade de Terapia Intensiva

A equipe de fisioterapia desempenha um papel essencial na recuperação dos pacientes internados na UTI, bem como foco principal voltada à fisioterapia motora e respiratória por meio de:

- **Mobilização Precoce:** Pacientes graves intubados e em pós-operatório, fazendo-se necessário e eficaz o trabalho com exercícios e movimentos passivos/assistidos, trazendo um bom resultado na melhoria do quadro e diminuindo o tempo de permanência dos pacientes na UTI.

- **Ventilação mecânica invasiva e não invasiva:** conservação das vias aéreas inferiores e superiores, desmame ventilatório, manobras de higiene brônquica e treinamento e fortalecimento da musculatura respiratória.

I. **Prevenção de complicações:** Redução do risco de trombose venosa profunda, hipotonia muscular e possíveis complicações cardiorespiratórias.

II. **Reabilitação funcional:** intervenções voltadas ao retorno das atividades de vida diária com ganho de amplitude de movimento, força muscular para retorno de sua rotina.

No mês de agosto, a UTI manteve elevada demanda assistencial, caracterizada pela permanência de pacientes críticos com necessidade de suporte ventilatório, monitorização contínua e assistência multiprofissional intensiva. O perfil clínico dos pacientes exigiu atuação fisioterapêutica contínua e direcionada à prevenção de complicações, reabilitação funcional e suporte ventilatório.

Atendimentos fisioterapia Unidade de Internação

Na unidade de internação, a equipe de fisioterapia desencadeou um trabalho importante e significativo na recuperação dos pacientes internados no setor, sempre propondo um atendimento especificado voltados a:

- Reabilitação motora e respiratória para pacientes pré, pós cirúrgicos, ortopédicos e cirurgias gerais.
- Prevenção de complicações como: pneumonia associada ao tempo de internação por complicações respiratórias e síndrome do imobilismo.
- Acompanhamento beira leito com avaliações diárias dos pacientes internos, seguido de avaliações minuciosas desses pacientes.

Com a recente operacionalização da nossa Sala Vermelha, a fisioterapia assumiu um papel estratégico imediato na estabilização e no suporte ventilatório de pacientes

críticos dentro deste novo fluxo.

A presença ativa da equipe neste setor permitiu uma resposta mais ágil a intercorrências, garantindo que o suporte fisioterapêutico seja essencial para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e para o suporte ventilatório invasivo e não invasivo fosse oferecido de forma contínua e qualificada desde o primeiro momento da abertura da unidade.

Este novo campo de atuação não apenas amplia a nossa capacidade de assistência, mas também reforça a integração da fisioterapia com a equipe médica e de enfermagem em momentos de alta complexidade.

Taxa de extubação programada

No mês de agosto foram realizadas cinco extubações programadas entre 74 pacientes submetidos à ventilação mecânica, correspondendo a uma taxa de 6,76%. O resultado demonstra a manutenção das práticas de avaliação clínica e acompanhamento multiprofissional no processo de desmame ventilatório, assegurando que a retirada da ventilação mecânica ocorra de forma planejada e segura.

Taxa de extubação acidental

Não houve registro de extubação acidental no período avaliado, mantendo o indicador em zero ocorrência. O resultado reflete a efetividade das medidas de prevenção de eventos adversos, a vigilância contínua da equipe assistencial e a adesão aos protocolos institucionais de segurança do paciente.

Ações realizadas

As ações desenvolvidas durante o mês de agosto fortaleceram a qualificação técnica da equipe e contribuíram para a melhoria dos processos assistenciais. O treinamento em Gasometria Arterial ampliou o conhecimento clínico dos profissionais envolvidos no manejo respiratório dos pacientes críticos, favorecendo decisões mais assertivas relacionadas à ventilação mecânica e oxigenoterapia.

A implantação do Protocolo de Prevenção Broncopulmonar representa um avanço importante na integração multiprofissional e na prevenção de eventos respiratórios,

promovendo maior padronização das condutas e fortalecimento das práticas voltadas à segurança do paciente.

Já a implementação do Formulário de Passagem de Plantão da Fisioterapia contribui para a comunicação efetiva entre os profissionais, reduzindo a possibilidade de perdas de informação, fortalecendo a continuidade do cuidado e aumentando a confiabilidade dos registros assistenciais. Essas iniciativas evidenciam o compromisso do serviço com a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

Planejamento de Melhorias

Embora prevista no planejamento do serviço, a implantação dos novos indicadores assistenciais não foi concluída durante o período avaliado em virtude da necessidade de adequações nos fluxos de registro, monitoramento e consolidação dos dados. Considerando a importância desses indicadores para a análise dos desfechos clínicos, permanece o compromisso institucional de estruturar a metodologia de coleta e monitoramento, visando sua implementação gradual e sustentável nos próximos ciclos de avaliação.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Treinamento sobre Técnicas de Facilitação Neuromuscular(FNP)	Serviço de Fisioterapia	Setembro 2026	-	-	Treinamento sobre Técnicas de Facilitação Neuromuscular(FNP)

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, o Serviço de Fisioterapia manteve atuação efetiva na assistência aos pacientes internados, contribuindo para a recuperação funcional, suporte ventilatório e segurança do paciente. Destacam-se a implantação do Protocolo de Prevenção Broncopulmonar, o treinamento em Gasometria Arterial e a implementação do Formulário de Passagem de Plantão da Fisioterapia, ações que fortaleceram a padronização dos processos, a integração multiprofissional e a qualidade da assistência prestada.

PSICOLOGIA

O Serviço de Psicologia do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus integra a equipe multiprofissional da unidade, atuando de forma articulada nas áreas assistenciais com foco no cuidado emocional, psicológico e psicossocial dos pacientes e seus familiares.

Sua atuação abrange a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Internação, Pronto Atendimento e Ambulatório, oferecendo suporte psicológico diante de situações de adoecimento agudo ou crônico, internações prolongadas, diagnósticos complexos e eventos críticos. O serviço funciona em regime 12x36, das 7h às 19h, garantindo cobertura assistencial contínua e suporte especializado durante os períodos de maior demanda institucional.

O Serviço de Psicologia desenvolve atendimentos individuais, intervenções breves, escuta qualificada, acolhimento familiar, manejo de sofrimento psíquico, apoio em processos de luto e participação em discussões multiprofissionais, contribuindo diretamente para a humanização da assistência e o fortalecimento da integralidade do cuidado.

A presença da Psicologia no ambiente hospitalar favorece a adesão ao tratamento, auxilia na compreensão do processo de adoecimento, reduz impactos emocionais decorrentes da hospitalização e promove suporte qualificado tanto ao paciente quanto à família durante todo o percurso assistencial.

Dessa forma, o Serviço de Psicologia consolida-se como componente essencial da assistência hospitalar, atuando com base em princípios éticos, técnicos e humanizados, alinhados às diretrizes institucionais e aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Dimensionamento da Equipe

O Serviço de Psicologia está inserido na estrutura organizacional do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ), vinculado à Coordenação da Equipe Multiprofissional e à Gerência Assistencial, mantendo alinhamento técnico-administrativo com a Direção Geral.

A equipe é composta por:

• 01 Coordenação da Equipe Multiprofissional;

• 02 Psicólogos Clínicos.

O dimensionamento atual permite a cobertura assistencial nos setores da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Internação e Ambulatório, garantindo atendimento aos pacientes internados, acompanhamento de familiares e suporte psicológico diante de situações de maior complexidade emocional.

Indicadores e Performance

Os indicadores do Serviço de Psicologia demonstram que a atuação junto aos pacientes esteve voltada à escuta qualificada, manejo do sofrimento psíquico relacionado ao adoecimento e hospitalização, bem como ao apoio às famílias em contextos de maior complexidade clínica. Paralelamente, os atendimentos direcionados aos colaboradores contribuíram para a promoção da saúde mental e enfrentamento do estresse ocupacional.

O volume apresentado evidencia a importância da Psicologia Hospitalar na consolidação de um cuidado integral, humanizado e multiprofissional.

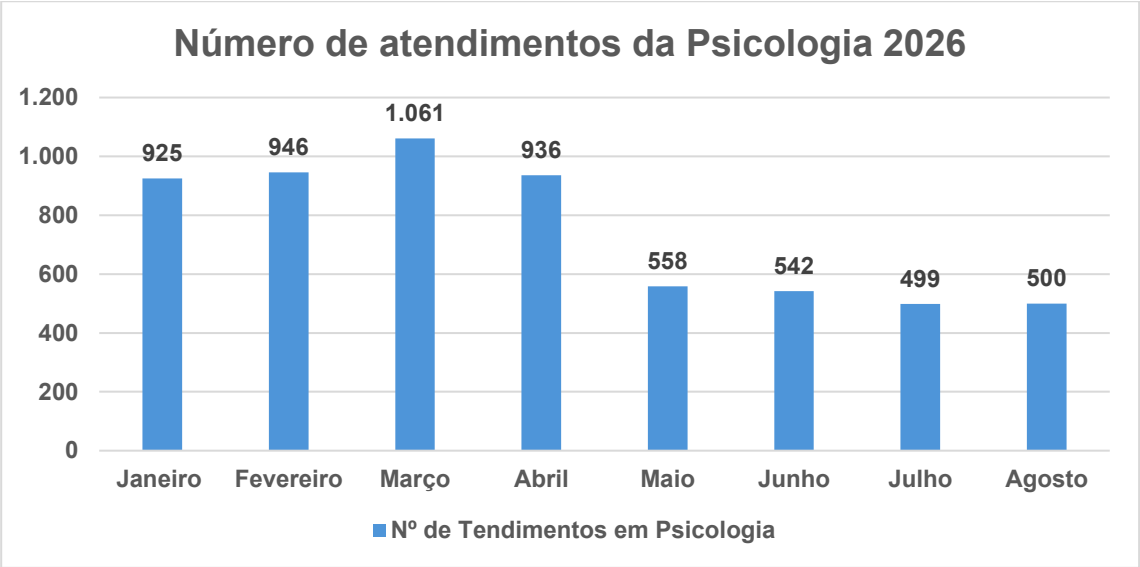
Atendimentos Realizados

No mês de agosto, o Serviço de Psicologia realizou um total de 458 atendimentos, demonstrando atuação contínua e abrangente junto aos pacientes, familiares, acompanhantes e colaboradores da instituição. Do total de atendimentos realizados 169 corresponderam a intervenções direcionadas a pacientes, colaboradores e acompanhamento em situações de óbito, evidenciando o suporte emocional e psicossocial prestado em diferentes contextos assistenciais.

Adicionalmente, foram realizados 287 atendimentos na UTI destinados a familiares e/ou acompanhantes, reforçando a importância do acolhimento psicológico em um ambiente de alta complexidade, contribuindo para a redução da ansiedade, fortalecimento dos vínculos familiares e apoio durante o processo de internação do paciente crítico. Na Unidade de Internação foram registrados 2 atendimentos.

A redução do volume de atendimentos observada ao longo dos últimos meses está relacionada à adequação dos critérios de registro estatístico e à reestruturação das atividades assistenciais, mantendo-se, contudo, a continuidade da assistência psicológica aos usuários e familiares.

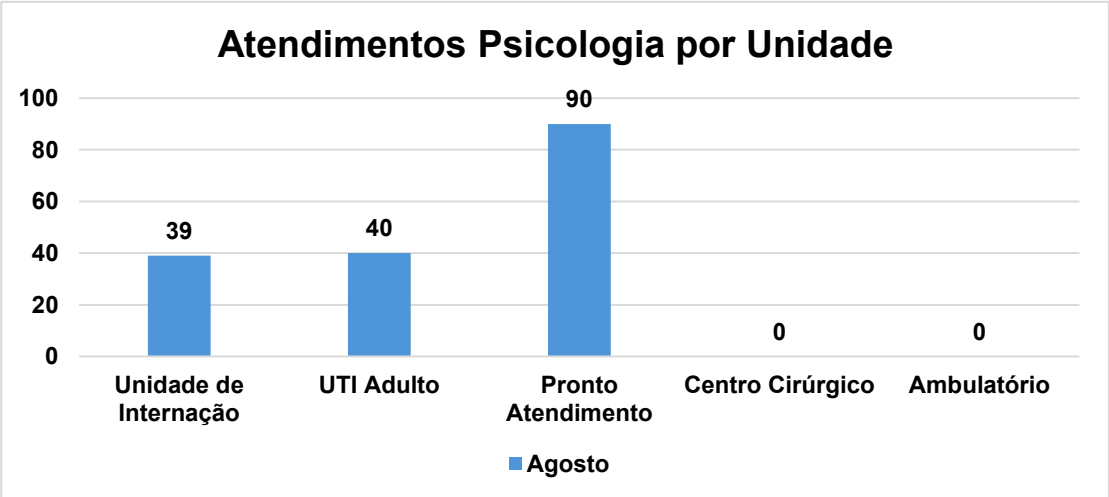
Gráfico – Atendimentos em Psicologia Mensal



Atendimentos por Unidades

Destaca-se que a atuação da Psicologia permaneceu contínua e abrangente, com assistência distribuída entre os setores da instituição, incluindo Unidade de Internação com 39 atendimentos, UTI Adulto com 40 atendimentos, Pronto Atendimentos com 90 atendimentos e no Ambulatório não houve demanda, além do acompanhamento sistemático aos familiares e acompanhantes, atividade que representou parcela significativa das intervenções realizadas no período.

Gráfico – Atendimentos Psicologia por Unidade



Fonte: Estatística/HRMJ

Produção Assistencial – Serviço de Psicologia

Além dos indicadores assistenciais monitorados, o Serviço de Psicologia desenvolveu um conjunto de intervenções especializadas voltadas ao cuidado integral ao paciente e seus familiares, contribuindo para a humanização da assistência e para o fortalecimento da atenção multiprofissional.

Durante o mês de agosto destacaram-se:

- 61 intervenções psicológicas, incluindo 14 ações de psicoterapêuticas e 47 avaliações psicológicas breves;
- 244 acompanhamentos durante visitas humanizadas, contemplando acolhimento a familiares e participação em boletins médicos;
- 8 atendimentos relacionados a situações difíceis, envolvendo comunicação de notícias sensíveis, prognósticos reservados, cuidados paliativos e suporte em situações de óbito;
- 13 pessoas acolhidas em grupos terapêuticos;
- 6 ações de humanização, incluindo passeio terapêutico, chamadas de vídeo em rede de apoio, celebração de datas especiais e participações em altas multiprofissionais.

Esses resultados demonstram a atuação contínua da Psicologia além dos atendimentos individualizados, evidenciando sua contribuição para a redução do sofrimento emocional, fortalecimento dos vínculos familiares, apoio às equipes assistenciais e promoção da assistência humanizada, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização..

Ações Realizadas

Em agosto de 2026, o Serviço de Psicologia, em parceria com o Serviço Social, promoveu treinamento direcionado à equipe assistencial sobre o tema Fluxo de TFD, com o objetivo de fortalecer o conhecimento e a adesão aos processos relacionados ao Tratamento Fora do Domicílio, contribuindo para a padronização e maior efetividade do fluxo assistencial. No mesmo período, foi implantado o Prontuário Afetivo, em conjunto

com o Comitê de Humanização, visando fortalecer o cuidado centrado no paciente e a humanização da assistência.

.

Planejamento e Melhorias

Com o objetivo de fortalecer a qualidade da assistência psicológica, aprimorar os fluxos internos e promover a humanização do atendimento, o Serviço de Psicologia estruturou o presente Plano de Ação. As iniciativas propostas visam consolidar práticas assistenciais, padronizar protocolos, ampliar intervenções terapêuticas e reforçar a cultura de segurança do paciente, contribuindo para a integralidade e excelência do cuidado prestado pela unidade hospitalar.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações
Grupo terapêutico	Psicologia	Contínuo	Humanização do serviço	
Fomentar as notificações de eventos no setor	Todos	Contínuo	Incidência de eventos	Segurança do paciente
Verificar junto a alta liderança espaço para notícias de situações difíceis	Coordenação Assistencial e Equipe Multi	Em andamento	-	-
Treinamento do Protocolo de Prevenção de Autoextermínio	Psicologia	Agosto/2026	-	-

Considerações Finais

O Serviço de Psicologia manteve atuação contínua e estratégica junto aos pacientes, familiares, acompanhantes e colaboradores, contribuindo para a humanização da assistência, fortalecimento do suporte emocional e qualificação do cuidado multiprofissional. As ações desenvolvidas no período, associadas à implantação do Prontuário Afetivo e ao treinamento sobre o Fluxo de TFD, reforçam o compromisso institucional com a excelência assistencial, a segurança do paciente e o cuidado centrado na pessoa.

FONOAUDIOLOGIA

O Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ) atua de forma integrada à equipe multiprofissional, com foco no manejo das disfagias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI Adulto). Sua atuação é direcionada à avaliação, prevenção e reabilitação dos distúrbios da deglutição em pacientes críticos, contribuindo diretamente para a segurança alimentar, prevenção de broncoaspiração e organização do cuidado clínico.

A assistência fonoaudiológica envolve avaliação clínica da deglutição, intervenções terapêuticas específicas, ajustes de conduta quanto à via e consistência alimentar, acompanhamento evolutivo e orientação à equipe assistencial e familiares, conforme necessidade identificada.

A atuação sistemática do serviço contribui para a redução de riscos associados à disfagia, otimização do tempo de internação, prevenção de complicações respiratórias e fortalecimento da segurança do paciente crítico.

Dimensionamento da Equipe

O Serviço de Fonoaudiologia está inserido na estrutura organizacional do HRMJ, vinculado à Gerência Assistencial e à Coordenação da Equipe Multiprofissional, com alinhamento técnico-administrativo à Direção Geral.

A equipe é composta por:

- 01 Direção Geral
- 01 Gerência Assistencial
- 01 Coordenação da Equipe Multiprofissional
- 01 Fonoaudiólogo assistencial

O dimensionamento atual contempla a cobertura das demandas assistenciais na UTI Adulto, garantindo avaliação e acompanhamento dos pacientes com risco ou diagnóstico de disfagia, participação nas discussões multiprofissionais e intervenções oportunas voltadas à segurança da deglutição.

Indicadores e Performance

Os indicadores do Serviço de Fonoaudiologia referentes ao mês de agosto de 2026 demonstram atuação direcionada à avaliação, acompanhamento e intervenção em

pacientes com risco ou presença de alterações da deglutição, com foco na segurança alimentar, prevenção de broncoaspiração e suporte ao processo de reabilitação funcional. As atividades concentraram-se predominantemente na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, perfil compatível com a demanda assistencial da instituição.

Destaca-se que os dados apresentados neste relatório foram obtidos por meio da nova Planilha de Acompanhamento da Fonoaudiologia, padronizada institucionalmente pelo Setor de Estatística/SAME e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. A implantação desse instrumento promoveu a uniformização dos critérios de registro e consolidação das informações assistenciais, possibilitando maior rastreabilidade e confiabilidade dos indicadores monitorados.

Assim, eventuais diferenças quantitativas observadas em comparação aos períodos anteriores estão relacionadas à mudança metodológica do processo de coleta e registro das atividades, não representando necessariamente redução da assistência prestada pelo serviço. A assistência fonoaudiológica manteve-se ativa e alinhada às necessidades dos pacientes internados, especialmente daqueles em cuidados intensivos.

Número de atendimentos

No mês de agosto de 2026, o Serviço de Fonoaudiologia manteve atuação contínua no acompanhamento dos pacientes internados, com foco na avaliação, reabilitação funcional, segurança da deglutição e promoção da assistência multiprofissional. Durante o período, foram registradas 30 admissões acompanhadas pelo serviço, 62 avaliações fonoaudiológicas, 60 orientações assistenciais, 130 intervenções terapêuticas, 3 testes de consistência alimentar, 8 altas acompanhadas.

O quantitativo de intervenções supera o número de atendimentos registrados em razão da realização de múltiplas intervenções terapêuticas durante um mesmo acompanhamento assistencial. Os resultados demonstram participação efetiva da Fonoaudiologia no cuidado hospitalar, a relação entre admissões, avaliações e intervenções reforça o papel do serviço na identificação precoce dos riscos relacionados à disfagia, na definição de condutas seguras para alimentação e na reabilitação das funções estomatognáticas.

As orientações realizadas junto aos pacientes, familiares e equipes assistenciais contribuíram para o fortalecimento das práticas seguras de cuidado, favorecendo a

prevenção de broncoaspiração, a continuidade da assistência e o alinhamento das condutas multiprofissionais. Os testes de consistência alimentar realizados demonstram atuação criteriosa na avaliação da segurança da via oral, subsidiando decisões clínicas e nutricionais com foco na redução de riscos e na recuperação do paciente.

Destaca-se que os indicadores apresentados refletem a implementação da nova Planilha Institucional de Acompanhamento da Fonoaudiologia, padronizada pelo Setor de Estatística/SAME e pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. Dessa forma, eventuais reduções quantitativas em comparação a períodos anteriores estão relacionadas à padronização dos critérios de registro e monitoramento das atividades, conferindo maior precisão, rastreabilidade e confiabilidade aos dados assistenciais apresentados, sem representar necessariamente redução da assistência prestada pelo serviço.

De maneira geral, os resultados obtidos evidenciam a consolidação da atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar, com acompanhamento sistemático dos pacientes, fortalecimento das ações de segurança assistencial e geração de indicadores mais fidedignos para subsidiar o planejamento e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Desfechos Assistenciais

No período analisado foram registradas intervenções relacionadas ao processo de alta hospitalar, contemplando orientações necessárias para a continuidade do tratamento e manutenção da segurança do paciente após a alta. Os desfechos observados refletem o acompanhamento contínuo dos pacientes assistidos e a participação da Fonoaudiologia na condução do plano terapêutico multiprofissional.

Tabela – Produção de Atendimentos

PRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS - PACIENTES	Total
ADMISSÕES	30
ALTA	8
AVALIAÇÕES	62
ATENDIMENTOS FONOAUDIOLÓGICOS	38

ENCAMINHAMENTO	0
INTERVENÇÕES FONOAUDIÓLOGICAS	130
ORIENTAÇÕES	60
TESTE CONSISTÊNCIA ALIMENTAR	3
TOTAL	**331**

Fonte: Fonoaudiologia/HRMJ

Ações realizadas

Durante o mês de agosto foi realizado treinamento Extra-PAT com o tema "Manejo do Paciente Crítico", direcionado à equipe assistencial da UTI. A ação teve como objetivo fortalecer o conhecimento técnico dos profissionais quanto às boas práticas assistenciais, contribuindo para maior segurança no cuidado, padronização das condutas e qualificação da assistência prestada aos pacientes críticos.

Ainda no mês de agosto de 2026, foi implantado o Protocolo de Prevenção Broncopulmonar, disponibilizado na plataforma Interact, envolvendo toda a equipe multiprofissional na adoção de medidas voltadas à prevenção de complicações respiratórias. O Serviço de Fonoaudiologia participa ativamente do protocolo por meio da avaliação dos pacientes com risco para disfagia e broncoaspiração.

Como parte da implantação, foi realizado treinamento com a equipe assistencial para alinhamento das condutas e fortalecimento das ações preventivas. Além disso, foi instituído um checklist de avaliação de disfagia, de preenchimento pelo fonoaudiólogo, com o objetivo de padronizar a identificação dos fatores de risco, qualificar o processo de avaliação e subsidiar intervenções precoces e seguras.

Planejamento de Melhorias

Com o objetivo de fortalecer a organização dos fluxos assistenciais, padronizar condutas clínicas e promover maior segurança no manejo das disfagias na UTI Adulto, o Serviço de Fonoaudiologia estruturou o presente Plano de Ação. As iniciativas propostas visam consolidar protocolos técnicos, aprimorar a qualidade da assistência e reforçar a cultura de segurança do paciente, contribuindo para a integralidade e excelência do cuidado prestado pela unidade hospitalar.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Fomentar as notificações de eventos no setor	Todos	Contínuo	Incidência de eventos registrados	Fortalecimento da cultura de segurança do paciente	Em execução
Fortalecer o monitoramento dos atendimentos e indicadores assistenciais	Fonoaudiologia	Contínuo	Relatório mensal mais detalhado e analítico	Subsidiar ações de melhoria contínua e planejamento assistencial	Em execução

Considerações Finais

No mês de agosto de 2026, o Serviço de Fonoaudiologia manteve atuação contínua e qualificada junto aos pacientes internados, por meio de avaliações, intervenções terapêuticas e orientações especializadas. Destaca-se a implantação do Protocolo de Prevenção Broncopulmonar e do checklist de avaliação de disfagia, iniciativas que fortaleceram a segurança assistencial, a integração multiprofissional e a prevenção de complicações relacionadas à deglutição, reafirmando o compromisso do serviço com a qualidade e a melhoria contínua da assistência.

NUTRIÇÃO CLÍNICA

O Serviço de Nutrição Clínica do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ) integra a equipe multiprofissional da unidade, atuando de forma sistematizada na assistência nutricional aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Internação e Pronto Atendimento. A atuação do serviço está voltada à avaliação nutricional, diagnóstico, prescrição dietoterápica e acompanhamento clínico dos pacientes, com ênfase na prevenção e tratamento da desnutrição hospitalar, no suporte nutricional ao paciente crítico e na adequação das condutas alimentares às condições clínicas apresentadas.

O Serviço de Nutrição Clínica desenvolve suas atividades alinhado às diretrizes institucionais, legislações vigentes e boas práticas em terapia nutricional, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos, redução de complicações associadas ao estado nutricional e fortalecimento da segurança do paciente.

Além da assistência direta ao paciente, o setor atua na orientação às equipes de saúde quanto às condutas nutricionais, monitoramento das condições clínicas

relacionadas à terapia nutricional e participação nas discussões multiprofissionais, consolidando-se como componente essencial da assistência hospitalar.

Dimensionamento da Equipe

O Serviço de Nutrição Clínica está inserido na estrutura organizacional do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ), vinculado à Gerência Assistencial e à Coordenação da Equipe Multiprofissional, mantendo alinhamento técnico-administrativo com a Direção Geral.

A equipe é composta por:

• Direção Geral
• Gerência Assistencial
• Coordenação da Equipe Multiprofissional
• 02 Nutricionistas Clínicas
• 01 Nutricionista Responsável Técnico (RT) do serviço

O dimensionamento atual permite cobertura assistencial nas unidades de UTI, Unidade de Internação e Pronto Atendimento (extensão da internação), garantindo avaliação nutricional sistemática, prescrição dietoterápica individualizada, monitoramento clínico e participação ativa nas discussões multiprofissionais.

Indicadores e Performance

Os indicadores do Serviço de Nutrição Clínica evidenciam atuação sistemática e contínua nas unidades assistenciais, contemplando admissões, avaliações nutricionais, triagens de risco, acompanhamento de terapias nutricionais e altas hospitalares.

A produção demonstra monitoramento permanente do estado nutricional dos pacientes internados, com foco na adequação das condutas dietoterápicas às condições clínicas, prevenção de complicações e suporte à equipe multiprofissional. A atuação do serviço contribui diretamente para a segurança do paciente, organização do cuidado e melhoria dos desfechos assistenciais.

Número de atendimentos

No mês de agosto a equipe de Nutrição Clínica realizou 1.389 atendimentos

nutricionais, contemplando atividades de avaliação, acompanhamento e monitoramento dos pacientes internados na instituição.

Dentre os atendimentos realizados, foram registradas 118 admissões hospitalares, que demandaram avaliação nutricional inicial, identificação do risco nutricional e elaboração de condutas dietoterápicas individualizadas. No mesmo período, ocorreram 76 altas hospitalares, com realização das orientações nutricionais pertinentes para continuidade do cuidado após a internação, quando necessário.

Observou-se uma redução de 57 atendimentos, correspondendo a uma variação de aproximadamente 3,94% em relação ao mês anterior onde foram realizados 1.446 atendimentos. A redução não representa, isoladamente, diminuição da atuação assistencial da Nutrição Clínica, uma vez que a produção está diretamente relacionada à dinâmica hospitalar, incluindo perfil e quantidade de pacientes internados, admissões, altas, tempo de permanência e necessidade de acompanhamento nutricional.

Os dados demonstram o comprometimento da Nutrição Clínica com a qualidade da assistência prestada, garantindo acompanhamento nutricional oportuno e contribuindo para melhores desfechos clínicos, redução de complicações relacionadas ao estado nutricional e promoção da segurança do paciente.

Tabela – Quantidade de Atendimentos de Nutrição

QUANTIDADES DE ATENDIMENTOS DE NUTRIÇÃO - PA; UI; UTI								
MESES	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**Jun**	**Jul**	**Ago**
ADMISSÃO	116	130	157	145	136	135	148	118
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	852	726	821	821	866	848	148	118
TRIAGEM DE RISCO	116	129	157	145	136	135	148	118
DIETA. ENTERAL	80	48	45	57	70	102	151	130
DIETA PARENTERAL	1	0	0	17	1	2	0	6
TOLERANCIA DA DIETA	0	3	3	0	0	0	0	0
DIETA ZERO	15	3	8	16	11	10	19	60
NUTRIÇÃO ORAL	764	662	766	726	799	744	732	763
ALTAS	112	120	123	113	87	88	100	76
TOTAL	**2.056**	**1.821**	**2.080**	**2.040**	**2.106**	**2.064**	**1.446**	**1.389**

Acompanhamento de Pacientes Internados

Durante o mês de agosto de 2026, foram realizados atendimentos individuais para avaliação nutricional de pacientes internados nas diversas unidades do hospital. O atendimento incluiu:

- Avaliação nutricional inicial para todos os pacientes internados, levando em consideração as condições clínicas e necessidades específicas de cada um.
- Triagem de risco nutricional, a fim de identificar pacientes em risco de desnutrição.
- Reavaliações periódicas.
- Conduta dietética de acordo com as condições clínicas, com monitoramento constante para ajustes conforme a evolução do quadro dos pacientes.
- Acompanhamento diário dos pacientes críticos nas unidades de UTI, com ajustes nas dietas orais, enterais e parenterais, conforme as necessidades nutricionais dinâmicas.

Ao longo do mês de agosto, também foram desenvolvidas as seguintes atividades técnicas:

- Realização de sessões educativas para pacientes e acompanhantes sobre a importância da alimentação para a recuperação clínica e a manutenção de um bom estado nutricional.
- Orientações nutricionais específicas para famílias e pacientes em relação a dietas pós-alta, especialmente para pacientes com doenças crónicas ou condições que exigem cuidados especiais com a alimentação.
- Participação em visitas multiprofissional.
- Aplicação do plano educacional aos pacientes e acompanhantes.

Interação com a Equipe Multidisciplinar

As nutricionistas atuaram de forma integrada com as equipes médicas, de enfermagem e outros profissionais de saúde para garantir o acompanhamento completo dos pacientes. As principais ações foram:

- Discussão de casos clínicos em equipe multidisciplinar para adequação das estratégias de nutrição oral, enteral e parenteral.
- Participação nas visitas em equipe multidisciplinar, fornecendo parecer nutricional para otimizar o cuidado com os pacientes.
- Visitas clínicas diárias, para maior resolutividade e segurança do cuidado.
- Palestra no Ambulatório em conjunto ao Comitê de Humanização: Agosto Dourado – Conscientização ao incentivo e a proteção do aleitamento materno.
- Treinamento PAT: Psiconutrição
- Consolidação dos Protocolos Assistenciais – Manual de Assistência Nutricional, Protocolo de Abreviação de Jejum.

Ações realizadas

Em agosto, foram realizadas ações de acompanhamento e melhoria dos processos assistenciais, com participação da Nutrição Clínica em visitas multiprofissionais, discussões de casos e alinhamentos com as equipes assistenciais, visando aprimorar as condutas nutricionais, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. Também foram realizadas ações educativas para pacientes, acompanhantes e profissionais, além da atualização dos registros de produção, contribuindo para maior controle e confiabilidade dos indicadores do serviço.

Planejamento de Melhorias

As oportunidades de melhoria são verificadas diariamente por meio das visitas multiprofissionais e as práticas assistenciais ofertadas pelo serviço, bem como em parceria com o Comitê de Humanização Hospitalar, nas reuniões mensais.

Plano de Ação

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso	Observações	Status
Ampliar a cobertura da triagem nutricional	Nutrição Clínica	Imediato	Número de atendimentos e percentual de pacientes triados	Fortalecer identificação precoce de risco nutricional	Em execução
Fomentar as notificações de eventos no setor	Todos	Contínuo	Incidência de eventos registrados	Fortalecimento da cultura de segurança do paciente	Em execução
Implantar protocolo de jejum	Nutrição Clínica	Até set/2026	Assistencial		
Implantar manual de assistência nutricional	Nutrição Clínica	Até set/2026	Assistencial		

Considerações Finais

A produção registrada em agosto de 2026 confirma a relevância do Serviço de Nutrição Clínica no contexto hospitalar, marcado pelo desempenho satisfatório do serviço, refletindo o compromisso da equipe com a assistência nutricional e a continuidade do cuidado aos pacientes internados. O resultado demonstra a capacidade do setor em atender à demanda institucional de forma eficiente, garantindo acompanhamento nutricional sistemático desde a admissão até a alta hospitalar.

Destaca-se que, visando o aprimoramento dos indicadores assistenciais, foi realizada a atualização da planilha de acompanhamento da produção mensal, permitindo maior rastreabilidade dos registros e garantindo mais precisão na consolidação dos dados apresentados.

A Nutrição Clínica permanece empenhada no monitoramento contínuo de seus indicadores, buscando aperfeiçoar os processos de trabalho e fortalecer sua contribuição junto à equipe multiprofissional, em conformidade com os objetivos institucionais de promoção da qualidade assistencial.

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) é responsável pela promoção e preservação da saúde e da integridade física dos colaboradores do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ).

O setor atua na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, monitoramento das condições de trabalho, investigação de incidentes, elaboração de medidas corretivas e preventivas, além de acompanhamento dos programas legais de saúde e segurança, em conformidade com as Normas Regulamentadoras (NRs) vigentes.

Entre suas atribuições, destacam-se a análise e registro de acidentes de trabalho, emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), realização de inspeções, orientação técnica às equipes e desenvolvimento de ações educativas voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança.

O SESMT consolida-se como área estratégica na gestão institucional, contribuindo para a redução de riscos ocupacionais, melhoria das condições de trabalho e promoção de ambiente seguro e saudável no HRMJ.

Dimensionamento da Equipe

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) está inserido na estrutura do Núcleo de Gestão de Pessoas, atuando de forma integrada com os setores assistenciais e administrativos da instituição.

O serviço conta com 01 Técnico em Segurança do Trabalho, responsável pelo acompanhamento das condições de segurança laboral, investigação de acidentes, emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), desenvolvimento de ações preventivas, orientação às equipes e monitoramento das normas regulamentadoras aplicáveis.

A vinculação ao Núcleo de Gestão de Pessoas fortalece o alinhamento das ações de saúde e segurança ocupacional com a política institucional de gestão de pessoas, assegurando atuação estratégica na prevenção de riscos e promoção de ambiente de trabalho seguro no HRMJ.

Estrutura Física

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) dispõe de sala própria, localizada junto ao Núcleo de Gestão de Pessoas, destinada ao atendimento dos colaboradores, organização documental e desenvolvimento das atividades administrativas do setor.

O ambiente é equipado com computador, mobiliário administrativo e aparatos necessários ao desempenho das atividades técnicas, incluindo armazenamento de documentos, registros de ocorrências, controle de programas ocupacionais e elaboração de relatórios.

A estrutura física permite atendimento reservado aos colaboradores, organização dos processos internos e suporte adequado às ações de prevenção, investigação de acidentes e monitoramento das condições de segurança no ambiente de trabalho.

Produção e Indicadores

A produção do SESMT compreende o registro, acompanhamento e investigação de acidentes de trabalho, emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), realização de inspeções de segurança, orientações técnicas aos colaboradores e monitoramento das condições laborais da unidade.

O setor também desenvolve ações preventivas, participa de análises de riscos e promove orientações educativas voltadas à redução de acidentes e fortalecimento da cultura de segurança.

O acompanhamento sistemático dessas atividades permite avaliar a ocorrência de eventos ocupacionais, subsidiar medidas corretivas e apoiar a gestão institucional na promoção de ambiente de trabalho seguro e conforme as normativas vigentes.

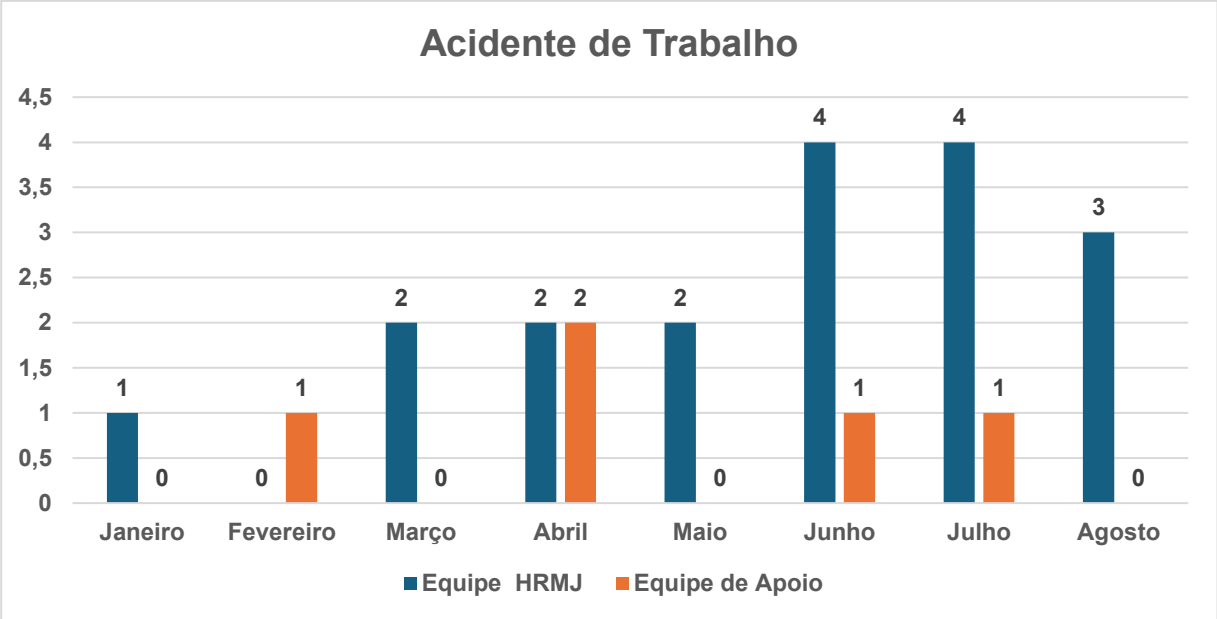
Acidentes de Trabalho

No mês de agosto a unidade registrou três 3 acidentes, no HRMJ sendo 2 com perfurocortantes e 1 com queda de objeto causando corte no dedo indicador esquerdo.

Foram realizados os procedimentos de acolhimento no Pronto Atendimento seguindo as orientações do fluxograma de acidentes com preenchimento da CAT, formulário de pronto atendimento, formulário do SINAN (quando cabível), emissão CAT no E-Social e realização da investigação de acidente.

Garantindo assim o cumprimento dos requisitos legais e amparo para o colaborador que sofreu o acidente de trabalho.

Gráfico – Acidente de Trabalho mensal



DDS - Diálogo Diário de Segurança

No mês de agosto/2026, foi realizado na recepção do Pronto Atendimento os Diálogos de Segurança com orientações aos colaboradores sobre os temas agosto Dourado- Aleitamento Materno, agosto Lilás- Violência Contra a Mulher, agosto Azul/ Verde Claro- Foco na Saúde, Importância da Proteção dos olhos, segurança nas inspeções de ferramentas e Prevenção de Princípio de incêndio.

Para a realização dos DDS foram buscados temas referentes ao mês, e como facilitadores contamos com ajuda e apoio dos nossos colaboradores de diferentes setores.

Ginastica Laboral

A ginástica laboral é uma prática simples que ajuda a preparar nosso corpo para as atividades diárias, reduzindo o risco de lesões, melhorando a postura, a concentração e a disposição. Além de cuidar da saúde, ela contribui diretamente para a prevenção de acidentes e para um ambiente de trabalho mais seguro e produtivo. Prática adota e realizada após os nossos DDS.

Como base os princípios da NR-17 (Ergonomia), que busca adaptar o trabalho ao colaborador, prevenindo fadiga, dores musculares e doenças ocupacionais, a prática da ginastica laboral é uma importante ferramenta para promover saúde, bem-estar e segurança no ambiente de trabalho.

Inspeção dos extintores e hidrantes da unidade

Durante o mês de agosto, foram realizadas as inspeções dos extintores e hidrantes da unidade, com o objetivo de garantir que todos os equipamentos de combate a incêndio permaneçam em condições adequadas de uso. A atividade é fundamental para assegurar uma resposta rápida e eficiente em emergências, contribuindo para a proteção dos colaboradores, das instalações e do patrimônio do HRMJ.

As inspeções incluíram a verificação das condições de carga dos extintores, manômetro (se está pressurizado), lacre intacto, acessibilidade, sinalização, validade das cargas dos extintores e integridade dos componentes dos hidrantes. A identificação preventiva de não conformidades permite a adoção de ações corretivas, reduzindo riscos e aumentando a confiabilidade dos sistemas de proteção contra incêndio.,

A atividade está fundamentada na **NR-23 (Proteção Contra Incêndios)**, que estabelece medidas de prevenção e combate a incêndios nos ambientes de trabalho, e nas normas técnicas aplicáveis aos sistemas de hidrantes e extintores.

A inspeção periódica de extintores e hidrantes é uma ação preventiva essencial para manter a segurança das instalações e garantir a prontidão dos equipamentos em caso de emergência.

Participação em reuniões e treinamentos

No período de cinco dias, foi realizado treinamento e integração do SESMT HRMJ junto ao SESMT do Hospital Regional Baixo Amazonas (HRBA), com o objetivo de ampliar os conhecimentos sobre os processos, rotinas e ferramentas de gestão em Segurança e Saúde no Trabalho.

As atividades desenvolvidas incluíram o acompanhamento das rotinas do setor, participação em inspeções de segurança nos equipamentos de incêndio, e visitas técnicas, incluindo visita e inspeção ao Centro Cirúrgico para conhecimento dos riscos ocupacionais e medidas de controle adotadas. Também foi realizado acompanhamento

dos processos de investigação e monitoramento da evolução dos acidentes de trabalho, bem como participação em treinamentos voltados à prevenção de riscos e promoção da segurança.

Foram recebidas orientações sobre gestão e controle de documentos de SST, abrangendo Fichas com Dados de Segurança (FDS), Atestados de Saúde Ocupacional (ASO), fluxograma de acidentes, Ordem de Serviço e documentação setorial. Houve ainda capacitação nos processos de controle de vacinação ocupacional e acompanhamento de colaboradoras gestantes com movimentação de áreas insalubres.

Na área de gestão de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), foi realizado acompanhamento dos procedimentos de preenchimento e controle de fichas de EPI, distribuição e monitoramento do uso dos equipamentos pelos colaboradores.

Também foram desenvolvidos conhecimentos relacionados à gestão da qualidade e melhoria de processos, com orientações para elaboração e aplicação das ferramentas SIPOC e FMEA, utilizadas para mapeamento de processos, identificação de falhas e proposição de melhorias.

Além disso, houve acompanhamento das atividades executadas por empresas de apoio, utilização das planilhas de controle setorial no sistema SAIS e participação na elaboração do Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT), contribuindo para o planejamento das ações de capacitação da instituição.

O treinamento proporcionou uma visão ampla dos processos de Segurança e Saúde no Trabalho desenvolvidos pelo HRBA, contribuindo para o aprimoramento técnico, fortalecimento das práticas preventivas e desenvolvimento das competências necessárias para atuação no SESMT.

Planejamento De Melhorias

Com base nas ocorrências registradas o SESMT direcionará suas ações ao fortalecimento das medidas preventivas, com foco na redução de acidentes típicos e no aprimoramento dos protocolos de segurança durante procedimentos assistenciais de maior risco, como contenção de pacientes agitados.

As estratégias incluem intensificação de orientações técnicas às equipes, reforço dos Diálogos Diários de Segurança (DDS), acompanhamento sistemático dos setores com

maior exposição a riscos ocupacionais e articulação com lideranças para revisão de fluxos operacionais quando necessário.

Será mantido o monitoramento estatístico dos acidentes, com análise de causas e implementação de medidas corretivas e preventivas, visando reduzir reincidências e fortalecer a cultura de segurança no ambiente hospitalar.

Considerações Finais

Durante o mês de agosto, o SESMT desenvolveu ações voltadas à prevenção de acidentes, promoção da saúde ocupacional e fortalecimento da cultura de segurança no HRMJ, incluindo o acompanhamento de três acidentes de trabalho, realização de DDS com prática de ginástica laboral, inspeções em extintores e hidrantes, além de atividades de capacitação e integração junto ao SESMT do HRBA. As ações executadas contribuíram para o aprimoramento dos processos de Segurança e Saúde no Trabalho, o fortalecimento das medidas preventivas, o cumprimento dos requisitos legais e a ampliação dos conhecimentos técnicos da equipe, reafirmando o compromisso institucional com a proteção da saúde dos colaboradores e a manutenção de um ambiente de trabalho seguro, saudável e eficiente.

PLANEJAMENTO DE MELHORIAS - HRMJ

Para o mês de setembro de 2026, serão intensificadas as ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da qualidade assistencial, da cultura de segurança e da preparação institucional para o processo de acreditação hospitalar nível ONA 1. As iniciativas estarão direcionadas ao alinhamento dos fluxos assistenciais e administrativos, atualização documental, monitoramento dos planos de ação e fortalecimento da governança dos processos institucionais.

Será mantido o acompanhamento dos Planos DOGMAIS, dos mapeamentos de processos, da gestão de riscos e das auditorias internas, com foco na identificação de oportunidades de melhoria, correção de não conformidades e fortalecimento da conformidade com os requisitos de acreditação.

No âmbito da segurança do paciente, serão reforçadas as ações de monitoramento das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, acompanhamento dos planos de ação, incentivo à notificação de incidentes e desenvolvimento de atividades educativas voltadas à cultura de segurança.

Destaca-se ainda a realização da Semana Laranja, em alusão ao Dia Mundial da Segurança do Paciente, promovendo ações de sensibilização, atividades educativas, dinâmicas institucionais e fortalecimento da participação de colaboradores, pacientes e acompanhantes nas práticas de cuidado seguro.

Paralelamente, serão fortalecidas as ações de humanização, com foco no acolhimento, escuta qualificada, comunicação efetiva entre equipes e usuários, valorização da experiência do paciente e promoção de práticas assistenciais centradas no cuidado humanizado.

Também terá continuidade a ação Saúde ao Alcance de Todos, contribuindo para ampliação do acesso aos serviços assistenciais, redução da demanda reprimida e fortalecimento da assistência oferecida à população.

De forma geral, o planejamento para setembro está direcionado à consolidação das ações de qualidade, segurança do paciente, humanização e acreditação hospitalar, fortalecendo a melhoria contínua dos processos e a excelência da assistência prestada pelo Hospital Regional Menino Jesus.

ANEXOS

Planilha de acompanhamento de metas

Atualizado até 31/08/2026

Consultas Ambulatoriais - Especialidade Médicas	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Anestesiologia	**220**	194	132	150	126	123	109	140	104
Cardiologia	**200**	188	181	192	182	194	180	176	187
Cirurgia Geral	**300**	186	163	202	197	181	172	196	183
Cirurgia Ginecológica	**150**	147	134	134	141	140	120	130	126
Ortopédica / Traumatologia (Adulto e Pediátrico)	**200**	153	167	179	176	184	174	165	178
Total	**1.070**	**868**	**777**	**857**	**822**	**822**	**755**	**807**	**778**
% Atingido da Meta Mensal		**81,12%**	**72,62%**	**80,09%**	**76,82%**	**76,82%**	**70,56%**	**75,42%**	**72,71%**
Consultas Ambulatoriais de Nível Superior - Exceto Médico	**Meta Mensal Contratada**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**
Enfermagem	**250**	581	538	712	607	316	277	314	288
Assistente Social	**100**	144	120	172	109	102	109	110	122
Total	**350**	**725**	**658**	**884**	**716**	**418**	**386**	**424**	**410**
% Atingido da Meta Mensal		**207,14%**	**188,00%**	**252,57%**	**204,57%**	**119,43%**	**110,29%**	**121,14%**	**117,14%**

SADT	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago

Análises Clínicas	**10.000**	7.510	5.646	9.889	10.245	7.031	10.527	11.218	12.730
Anatomopatologia	**100**	35	80	81	47	106	39	88	80
Eletrocardiograma	**300**	172	117	117	163	94	170	225	216
Endoscopia Digestiva Alta	**100**	30	57	74	45	78	32	75	72
Endoscopia Digestiva Alta- Colonoscopia	**50**	10	15	35	22	25	17	29	35
Radiografia geral	**500**	379	340	345	402	363	383	430	443
Tomografia Computadorizada com Contraste	**100**	51	74	95	67	94	63	71	82
Tomografia Computadorizada sem Contraste	**300**	82	104	247	165	108	193	284	285
Ultrassonografia com Doppler	**50**	41	36	33	36	34	34	26	34
Ultrassonografia Geral	**300**	202	206	215	239	233	222	215	252
Total	**11.800**	**8.512**	**6.675**	**11.131**	**11.431**	**8.166**	**11.680**	**12.661**	**14.229**
% Atingido da Meta Mensal		**72,14%**	**56,57%**	**94,33%**	**96,87%**	**69,20%**	**98,98%**	**107,30%**	**120,58%**

Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Cirurgia Ortopédica /Traumatologia (Adulto e Pediátrico)	**80**	46	40	51	50	58	54	60	61
Cirurgia Geral	**85**	47	47	59	57	61	61	52	36
Cirurgia Ginecológica	**25**	23	24	25	23	26	25	25	29
Total	**190**	**116**	**111**	**135**	**130**	**145**	**140**	**137**	**126**
% Atingido da Meta Mensal		**61,05%**	**58,42%**	**71,05%**	**68,42%**	**76,32%**	**73,68%**	**72,11%**	**66,32%**

Saídas Hospitalares	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Ortopedia / Traumatologia	**41**	45	36	47	46	47	52	54	47
Leitos Cirúrgicos	**123**	68	74	88	84	85	89	76	61
Leitos Complementares	**123**	18	20	24	13	13	15	15	16
Total	**287**	**131**	**130**	**159**	**143**	**145**	**156**	**145**	**124**
% Atingido da Meta Mensal		**45,64%**	**45,30%**	**55,40%**	**49,83%**	**50,52%**	**54,36%**	**50,52%**	**43,21%**

Diárias Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Meta Mensal Contratada	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Unidade de Terapia Intensiva	**270**	208	199	213	229	233	218	239	253
Total	**270**	**208**	**199**	**213**	**229**	**233**	**218**	**239**	**253**
% Atingido da Meta Mensal		**77,04%**	**73,70%**	**78,89%**	**84,81%**	**86,30%**	**80,74%**	**88,52%**	**93,70%**

Metas físicas – HRMJ Agosto de 2026

Saídas Hospitalares

SAÍDAS HOSPITALARES - AGOSTO/2026											
SAÍDAS CONTRATUALIZADAS POR CLÍNICA	META MENSAL	IDENTIFICAÇÃO DA CER	CLÍNICA	N° DO PRONTUÁRIO	DATA DE INTERNAÇÃO	Data para contagem de diárias	DATA DA ALTA ou Data do Fechamento do Mês	TEMPO DE PERMANÊNCIA (EM DIAS)	TOTAL DE SAÍDAS REALIZADAS	% DE SAÍDAS REAIZADAS	MÉDIA DE PERMANÊNCIA
Alta melhorado	**287**	**27493179**	Cirurgia Geral	21.884	30/07/2026	01/08/2026	01/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado		**27227026**	Cirurgia Geral	26.430	06/07/2026	01/08/2026	03/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado		**27970727**	Ortopedia e Traumatologia	27.253	26/07/2026	01/08/2026	03/08/2026	3	1	0,348%	

Alta melhorado	**27338117**	Ortopedia e Traumatologia	26.834	28/07/2026	01/08/2026	03/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27311251**	Cirurgia Geral	24.700	30/07/2026	01/08/2026	03/08/2026	3	1	0,348%	
Alta Óbito	**25844616**	Clínica Médica	24.268	30/04/2026	01/08/2026	03/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27645023**	Ortopedia e Traumatologia	26.690	12/07/2026	01/08/2026	04/08/2026	4	1	0,348%	
Alta melhorado	**27677318**	Ortopedia e Traumatologia	27.285	29/07/2026	01/08/2026	04/08/2026	4	1	0,348%	
Transferência Inter-Hospitalar	**27567218**	Clínica Médica	26.578	09/07/2026	01/08/2026	04/08/2026	4	1	0,348%	
Alta melhorado	**27850092**	Ortopedia e Traumatologia	27.307	28/07/2026	01/08/2026	05/08/2026	5	1	0,348%	
Alta melhorado	**23668245**	Cirurgia Geral	18.825	05/08/2026	05/08/2026	06/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27945112**	Cirurgia Geral	27.120	05/08/2026	05/08/2026	06/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27620660**	Cirurgia Geral	11.471	05/08/2026	05/08/2026	06/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27886652**	Ortopedia e Traumatologia	27.431	30/07/2026	01/08/2026	06/08/2026	5	1	0,348%	
Alta melhorado	**27974241**	Clínica Médica	27.263	27/07/2026	01/08/2026	07/08/2026	6	1	0,348%	
Alta melhorado	**27539588**	Ortopedia e Traumatologia	26.556	08/07/2026	01/08/2026	07/08/2026	6	1	0,348%	
Alta melhorado	**28003744**	Ortopedia e Traumatologia	27.381	29/07/2026	01/08/2026	07/08/2026	6	1	0,348%	
Alta Óbito	**27950364**	Clínica Médica	27.226	25/07/2026	01/08/2026	07/08/2026	6	1	0,348%	
Alta melhorado	**27886240**	Ortopedia e Traumatologia	27.180	24/07/2026	01/08/2026	08/08/2026	7	1	0,348%	
Alta melhorado	**27880524**	Cirurgia Geral	24.185	06/08/2026	06/08/2026	08/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28237020**	Ortopedia e Traumatologia	3.962	06/08/2026	06/08/2026	08/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27963859**	Cirurgia Geral	15.523	06/08/2026	06/08/2026	09/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27347857**	Ortopedia e Traumatologia	26.248	01/07/2026	01/08/2026	09/08/2026	8	1	0,348%	
Alta melhorado	**28122315**	Clínica Médica	27.545	01/08/2026	01/08/2026	09/08/2026	8	1	0,348%	
Alta Óbito	**27975106**	Clínica Médica	27.716	07/08/2026	07/08/2026	09/08/2026	2	1	0,348%	
Alta Óbito	**28238795**	Clínica Médica	18.549	08/08/2026	08/08/2026	09/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**28066249**	Cirurgia Geral	21.734	09/08/2026	09/08/2026	11/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28031344**	Cirurgia Geral	7.221	09/08/2026	09/08/2026	11/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27914380**	Ortopedia e Traumatologia	7.749	06/08/2026	06/08/2026	11/08/2026	5	1	0,348%	
Alta melhorado	**28030737**	Cirurgia Geral	25.019	09/08/2026	09/08/2026	12/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**28054364**	Cirurgia Geral	24.171	10/08/2026	10/08/2026	12/08/2026	2	1	0,348%	

Alta por Desistência/Evasão	**27970179**	Clínica Médica	27.265	26/07/2026	01/08/2026	12/08/2026	11	1	0,348%	
Alta melhorado	**27916945**	Cirurgia Geral	7.404	09/08/2026	09/08/2026	12/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**28052905**	Cirurgia Geral	25.466	10/08/2026	10/08/2026	12/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28050730**	Ortopedia e Traumatologia	11.584	01/08/2026	01/08/2026	13/08/2026	12	1	0,348%	
Alta melhorado	**28053840**	Cirurgia Geral	24.247	10/08/2026	10/08/2026	13/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**26170369**	Cirurgia Geral	15.184	10/08/2026	10/08/2026	13/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**28030467**	Cirurgia Geral	23.713	11/08/2026	11/08/2026	13/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28003033**	Cirurgia Geral	13.487	28/07/2026	01/08/2026	13/08/2026	12	1	0,348%	
Alta melhorado	**28068165**	Cirurgia Geral	20.841	11/08/2026	11/08/2026	13/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27918683**	Ortopedia e Traumatologia	27.284	29/07/2026	01/08/2026	13/08/2026	12	1	0,348%	
Alta melhorado	**27783104**	Ortopedia e Traumatologia	27.632	05/08/2026	05/08/2026	14/08/2026	9	1	0,348%	
Alta melhorado	**28031001**	Cirurgia Geral	24.703	13/08/2026	13/08/2026	14/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**28107453**	Cirurgia Geral	23.682	11/08/2026	11/08/2026	15/08/2026	4	1	0,348%	
Alta melhorado	**28065933**	Cirurgia Geral	15.803	13/08/2026	13/08/2026	15/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**25319503**	Cirurgia Geral	20.906	13/08/2026	13/08/2026	15/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27843227**	Cirurgia Geral	24.512	13/08/2026	13/08/2026	15/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28189430**	Ortopedia e Traumatologia	27.674	05/08/2026	05/08/2026	16/08/2026	11	1	0,348%	
Alta melhorado	**28101487**	Ortopedia e Traumatologia	27.631	05/08/2026	05/08/2026	16/08/2026	11	1	0,348%	
Alta melhorado	**27057668**	Cirurgia Geral	20.671	16/08/2026	16/08/2026	17/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**26624015**	Cirurgia Geral	20.740	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27025474**	Cirurgia Geral	22.886	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**26483769**	Cirurgia Geral	24.526	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27586106**	Cirurgia Geral	20.764	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27048636**	Cirurgia Geral	16.515	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27168254**	Cirurgia Geral	23.540	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28102741**	Cirurgia Geral	22.686	16/08/2026	16/08/2026	18/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27799365**	Cirurgia Geral	14.796	18/08/2026	18/08/2026	18/08/2026	1	1	0,348%	
Alta Óbito	**28253848**	Clínica Médica	27.866	10/08/2026	10/08/2026	18/08/2026	9	1	0,348%	
Alta melhorado	**26248125**	Cirurgia Geral	19.799	17/08/2026	17/08/2026	19/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27091143**	Cirurgia Geral	11.525	17/08/2026	17/08/2026	19/08/2026	3	1	0,348%	

Alta melhorado	**27605991**	Cirurgia Geral	25.580	17/08/2026	17/08/2026	19/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27048317**	Cirurgia Geral	20.466	19/08/2026	19/08/2026	19/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27122954**	Cirurgia Geral	17.106	19/08/2026	19/08/2026	19/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**25608921**	Cirurgia Geral	20.699	19/08/2026	19/08/2026	19/08/2026	1	1	0,348%	
Transferência Inter-Hospitalar	**28437129**	Cirurgia Geral	18.778	15/08/2026	15/08/2026	19/08/2026	4	1	0,348%	
Alta melhorado	**27008904**	Cirurgia Geral	18.653	17/08/2026	17/08/2026	19/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**26988958**	Cirurgia Geral	20.678	17/08/2026	17/08/2026	19/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27407939**	Cirurgia Geral	15.620	17/08/2026	17/08/2026	19/08/2026	2	1	0,348%	
Alta Óbito	**27799120**	Clínica Médica	27.249	26/07/2026	01/08/2026	19/08/2026	18	1	0,348%	
Alta melhorado	**27777059**	Cirurgia Geral	3.937	17/08/2026	17/08/2026	20/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27799557**	Cirurgia Geral	22.899	18/08/2026	18/08/2026	20/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27050529**	Cirurgia Geral	21.056	18/08/2026	18/08/2026	20/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27565923**	Cirurgia Geral	24.233	19/08/2026	19/08/2026	20/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27807924**	Ortopedia e Traumatologia	26.990	21/07/2026	01/08/2026	20/08/2026	19	1	0,348%	
Alta melhorado	**28128667**	Ortopedia e Traumatologia	27.633	05/08/2026	05/08/2026	20/08/2026	15	1	0,348%	
Alta melhorado	**27996584**	Cirurgia Geral	20.783	19/08/2026	19/08/2026	20/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**28159316**	Ortopedia e Traumatologia	27.865	10/08/2026	10/08/2026	20/08/2026	10	1	0,348%	
Alta melhorado	**26094049**	Cirurgia Geral	11.763	18/08/2026	18/08/2026	21/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**26988789**	Cirurgia Geral	17.645	18/08/2026	18/08/2026	21/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**28534157**	Cirurgia Geral	24.515	19/08/2026	19/08/2026	21/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**26200662**	Cirurgia Geral	23.414	19/08/2026	19/08/2026	21/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27966131**	Ortopedia e Traumatologia	27.240	25/07/2026	01/08/2026	22/08/2026	21	1	0,348%	
Alta melhorado	**28217747**	Ortopedia e Traumatologia	27.864	10/08/2026	10/08/2026	22/08/2026	12	1	0,348%	
Alta melhorado	**27352272**	Ortopedia e Traumatologia	27.133	22/07/2026	01/08/2026	22/08/2026	21	1	0,348%	
Alta melhorado	**28127156**	Ortopedia e Traumatologia	27.563	06/08/2026	06/08/2026	23/08/2026	17	1	0,348%	
Alta melhorado	**28070678**	Ortopedia e Traumatologia	14.603	09/08/2026	09/08/2026	23/08/2026	14	1	0,348%	
Alta melhorado	**24428336**	Ortopedia e Traumatologia	19.561	16/08/2026	16/08/2026	23/08/2026	7	1	0,348%	
Alta Óbito	**27868635**	Clínica Médica	7.765	24/07/2026	01/08/2026	23/08/2026	22	1	0,348%	

Alta melhorado	**28127535**	Clínica Médica	24.363	04/08/2026	04/08/2026	24/08/2026	20	1	0,348%	
Alta melhorado	**28126625**	Ortopedia e Traumatologia	27.635	06/08/2026	06/08/2026	24/08/2026	18	1	0,348%	
Alta melhorado	**28229803**	Ortopedia e Traumatologia	27.836	08/08/2026	08/08/2026	24/08/2026	16	1	0,348%	
Alta melhorado	**28275888**	Ortopedia e Traumatologia	27.859	10/08/2026	10/08/2026	25/08/2026	15	1	0,348%	
Alta por Desistência/Evasão	**28373357**	Clínica Médica	19.168	13/08/2026	13/08/2026	25/08/2026	12	1	0,348%	
Alta melhorado	**28127664**	Ortopedia e Traumatologia	27.560	03/08/2026	03/08/2026	26/08/2026	23	1	0,348%	
Alta melhorado	**28037883**	Ortopedia e Traumatologia	27.634	05/08/2026	05/08/2026	26/08/2026	21	1	0,348%	
Alta melhorado	**28592292**	Ortopedia e Traumatologia	28.522	24/08/2026	24/08/2026	26/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28393444**	Ortopedia e Traumatologia	28.217	15/08/2026	15/08/2026	27/08/2026	12	1	0,348%	
Alta melhorado	**28487249**	Ortopedia e Traumatologia	28.521	24/08/2026	24/08/2026	27/08/2026	3	1	0,348%	
Alta melhorado	**27920801**	Ortopedia e Traumatologia	27.561	03/08/2026	03/08/2026	27/08/2026	24	1	0,348%	
Alta melhorado	**28280770**	Ortopedia e Traumatologia	28.192	14/08/2026	14/08/2026	27/08/2026	13	1	0,348%	
Alta Óbito	**28551234**	Clínica Médica	28.523	23/08/2026	23/08/2026	27/08/2026	4	1	0,348%	
Alta melhorado	**28269884**	Ortopedia e Traumatologia	23.815	09/08/2026	09/08/2026	28/08/2026	19	1	0,348%	
Alta melhorado	**27817100**	Ortopedia e Traumatologia	27.156	24/07/2026	01/08/2026	28/08/2026	27	1	0,348%	
Alta melhorado	**28038227**	Ortopedia e Traumatologia	27.499	31/07/2026	01/08/2026	28/08/2026	27	1	0,348%	
Alta melhorado	**27901186**	Ortopedia e Traumatologia	3.047	27/08/2026	27/08/2026	29/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**27973482**	Ortopedia e Traumatologia	23.484	28/08/2026	28/08/2026	30/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28611815**	Cirurgia Geral	7.760	29/08/2026	29/08/2026	30/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**28611591**	Cirurgia Geral	26.937	29/08/2026	29/08/2026	30/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**28216789**	Cirurgia Geral	27.480	29/08/2026	29/08/2026	30/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27475048**	Ortopedia e Traumatologia	19.840	29/08/2026	29/08/2026	30/08/2026	1	1	0,348%	
Alta melhorado	**27049174**	Ortopedia e Traumatologia	23.934	28/08/2026	28/08/2026	30/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**26058560**	Ortopedia e Traumatologia	24.203	27/08/2026	27/08/2026	30/08/2026	3	1	0,348%	

Alta Óbito	**26751250**	Clínica Médica	25.297	02/06/2026	01/08/2026	30/08/2026	29	1	0,348%	
Alta Óbito	**28499054**	Clínica Médica	28.568	25/08/2026	25/08/2026	30/08/2026	5	1	0,348%	
Alta melhorado	**28624785**	Ortopedia e Traumatologia	28.534	24/08/2026	24/08/2026	31/08/2026	7	1	0,348%	
Alta melhorado	**28763359**	Cirurgia Geral	27.733	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28275931**	Cirurgia Geral	11.786	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28789490**	Ortopedia e Traumatologia	20.957	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28215856**	Cirurgia Geral	24.463	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28215569**	Cirurgia Geral	22.652	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28654989**	Cirurgia Geral	25.140	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28276008**	Cirurgia Geral	25.148	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Alta melhorado	**28276008**	Ortopedia e Traumatologia	26.136	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	1	0,348%	
Internado	**27248141**	Clínica Médica	26.162	26/06/2026	01/08/2026	31/08/2026	30	0	0,000%	
Internado	**28125600**	Ortopedia e Traumatologia	27.566	04/08/2026	04/08/2026	31/08/2026	27	0	0,000%	
Internado	**28268043**	Clínica Médica	27.828	08/08/2026	08/08/2026	31/08/2026	23	0	0,000%	
Internado	**28408985**	Clínica Médica	3.803	14/08/2026	14/08/2026	31/08/2026	17	0	0,000%	
Internado	**28055067**	Cirurgia Geral	24.241	30/08/2026	30/08/2026	31/08/2026	1	0	0,000%	
Internado	**27265244**	Ortopedia e Traumatologia	6.136	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	0	0,000%	
Internado	**28623614**	Clínica Médica	28.532	24/08/2026	24/08/2026	31/08/2026	8	0	0,000%	
Internado	**27493046**	Cirurgia Geral	25.378	31/08/2026	31/08/2026	31/08/2026	1	0	0,000%	
Internado	**28299679**	Ortopedia e Traumatologia	28.656	26/08/2026	27/08/2026	31/08/2026	5	0	0,000%	
Internado	**28587656**	Ortopedia e Traumatologia	28.510	21/08/2026	21/08/2026	31/08/2026	10	0	0,000%	
Internado	**28513909**	Clínica Médica	23.021	21/08/2026	21/08/2026	31/08/2026	10	0	0,000%	
Internado	**28619396**	Clínica Médica	27.158	21/08/2026	21/08/2026	31/08/2026	10	0	0,000%	
Internado	**28449955**	Clínica Médica	28.495	22/08/2026	22/08/2026	31/08/2026	9	0	0,000%	
Internado	**28669080**	Clínica Médica	28.659	26/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	5	0	0,000%	
Internado	**28441754**	Ortopedia e Traumatologia	28.641	26/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	6	0	0,000%	
Internado	**28703347**	Ortopedia e Traumatologia	28.723	26/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	5	0	0,000%	
Internado	**28515290**	Ortopedia e Traumatologia	28.658	26/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	5	0	0,000%	
Internado	**28311311**	Ortopedia e Traumatologia	28.657	26/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	5	0	0,000%	
Internado	**28516098**	Ortopedia e Traumatologia	28.660	26/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	6	0	0,000%	

Internado		**28768191**	Clínica Médica	28.820	28/08/2026	28/08/2026	31/08/2026	3	0	0,000%	
Internado		**28685602**	Clínica Médica	28.773	28/08/2026	28/08/2026	31/08/2026	4	0	0,000%	
Internado		**28217119**	Cirurgia Geral	22.181	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	0	0,000%	
Internado		**28708863**	Clínica Médica	28.821	29/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	2	0	0,000%	
Internado		**26878719**	Cirurgia Geral	25.416	30/08/2026	30/08/2026	31/08/2026	2	0	0,000%	
Internado		**28400344**	Ortopedia e Traumatologia	28.860	30/08/2026	30/08/2026	31/08/2026	2	0	0,000%	
Internado		**26099440**	Ortopedia e Traumatologia	16.356	31/08/2026	31/08/2026	31/08/2026	1	0	0,000%	
Internado		**28066391**	Ortopedia e Traumatologia	12.722	31/08/2026	31/08/2026	31/08/2026	1	0	0,000%	
Internado		**28764076**	Ortopedia e Traumatologia	28.885	31/08/2026	31/08/2026	31/08/2026	1	0	0,000%	
TOTAL	**287**							**988**	**124**	**43,21%**	**8,0**

Diárias de UTI

DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - AGOSTO/2026											
DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	**META MENSAL**	**IDENTIFICAÇÃO DA CER**	**N° DO PRONTUÁRIO**	**DATA PARA CONT. DE DIÁRIAS**	**DATA DE INTERNAÇÃO**	**DATA DA ALTA ou Data do Fechamento do Mês**	**DATA PARA CONT. DE DIÁRIAS**	**TEMPO DE PERMANÊNCIA (EM DIAS)**	**TOTAL DE DIÁRIAS REALIZADAS**	**% DE DIÁRIAS REALIZADAS**	**MÉDIA DE PERMANÊNCIA**
UTI ADULTO											
Internado		**27248141**	26162	01/08/2026	04/07/2026	31/08/2026	01/08/2026	58	30	11,11%	30,0
Transferência Inter-Hospitalar		**27567218**	26578	01/08/2026	09/07/2026	04/08/2026	01/08/2026	26	3	1,11%	3,0
Transferência Interna		**26751250**	25297	01/08/2026	15/07/2026	06/08/2026	01/08/2026	22	5	1,85%	5,0
Alta Óbito		**27868635**	7765	01/08/2026	24/07/2026	23/08/2026	01/08/2026	30	22	8,15%	22,0
Transferência Interna		**27950364**	27226	01/08/2026	26/07/2026	02/08/2026	01/08/2026	8	2	0,74%	2,0
Alta Óbito		**27799120**	27249	01/08/2026	27/07/2026	19/08/2026	01/08/2026	24	19	7,04%	19,0
Transferência Interna		**27227026**	26430	01/08/2026	31/07/2026	01/08/2026	01/08/2026	2	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28122315**	27545	01/08/2026	01/08/2026	08/08/2026	01/08/2026	8	8	2,96%	8,0
Transferência Interna	**270**	**27347857**	26248	03/08/2026	03/08/2026	05/08/2026	03/08/2026	2	2	0,74%	2,0
Alta Óbito		**27950364**	27226	04/08/2026	04/08/2026	07/08/2026	04/08/2026	3	3	1,11%	3,0
Transferência Interna		**27539588**	26556	04/08/2026	04/08/2026	05/08/2026	04/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28127535**	24363	04/08/2026	04/08/2026	20/08/2026	04/08/2026	16	16	5,93%	16,0
Transferência Interna		**27886240**	27180	06/08/2026	06/08/2026	07/08/2026	06/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Alta Óbito		**27975106**	27716	07/08/2026	07/08/2026	09/08/2026	07/08/2026	2	2	0,74%	2,0
Transferência Interna		**27914380**	7749	07/08/2026	07/08/2026	09/08/2026	07/08/2026	2	2	0,74%	2,0
Transferência Interna		**27963859**	15523	07/08/2026	07/08/2026	08/08/2026	07/08/2026	1	1	0,37%	1,0

Alta Óbito		**28238795**	18549	08/08/2026	08/08/2026	09/08/2026	08/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**27916945**	7404	10/08/2026	10/08/2026	12/08/2026	10/08/2026	2	2	0,74%	2,0
Transferência Interna		**28050730**	11584	10/08/2026	10/08/2026	11/08/2026	10/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Alta Óbito		**28253848**	27866	10/08/2026	10/08/2026	18/08/2026	10/08/2026	8	8	2,96%	8,0
Transferência Interna		**27918683**	27284	10/08/2026	10/08/2026	11/08/2026	10/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**27783104**	27632	11/08/2026	11/08/2026	13/08/2026	11/08/2026	2	2	0,74%	2,0
Transferência Interna		**28054364**	24171	11/08/2026	11/08/2026	12/08/2026	11/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28068165**	20841	12/08/2026	12/08/2026	13/08/2026	12/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Alta Óbito		**26751250**	25297	12/08/2026	12/08/2026	30/08/2026	12/08/2026	18	18	6,67%	18,0
Transferência Interna		**28373357**	19168	13/08/2026	13/08/2026	23/08/2026	13/08/2026	10	10	3,70%	10,0
Transferência Interna		**28408985**	3803	14/08/2026	14/08/2026	23/08/2026	14/08/2026	9	9	3,33%	9,0
Transferência Interna		**28065933**	15803	14/08/2026	14/08/2026	15/08/2026	14/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**27807924**	26990	17/08/2026	17/08/2026	18/08/2026	17/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**26248125**	19799	18/08/2026	18/08/2026	19/08/2026	18/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**24428336**	19561	20/08/2026	20/08/2026	21/08/2026	20/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28126625**	27635	21/08/2026	21/08/2026	22/08/2026	21/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28619396**	27158	21/08/2026	21/08/2026	25/08/2026	21/08/2026	4	4	1,48%	4,0
Transferência Interna		**28127156**	27563	21/08/2026	21/08/2026	22/08/2026	21/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Internado		**28449955**	28495	22/08/2026	22/08/2026	31/08/2026	22/08/2026	9	9	3,33%	9,0
Alta Óbito		**28551234**	28523	23/08/2026	23/08/2026	27/08/2026	23/08/2026	4	4	1,48%	4,0
Transferência Interna		**27920801**	27561	24/08/2026	24/08/2026	25/08/2026	24/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Internado		**28623614**	28532	24/08/2026	24/08/2026	31/08/2026	24/08/2026	7	7	2,59%	7,0
Transferência Interna		**28037883**	27634	24/08/2026	24/08/2026	25/08/2026	24/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28393444**	28217	25/08/2026	25/08/2026	26/08/2026	25/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28038227**	27499	25/08/2026	25/08/2026	26/08/2026	25/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**28280770**	28192	25/08/2026	25/08/2026	26/08/2026	25/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Alta Óbito		**28499054**	28568	25/08/2026	25/08/2026	30/08/2026	25/08/2026	5	5	1,85%	5,0
Transferência Interna		**28269884**	23815	26/08/2026	26/08/2026	27/08/2026	26/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**27817100**	27156	26/08/2026	26/08/2026	27/08/2026	26/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Internado		**28768191**	28820	28/08/2026	28/08/2026	31/08/2026	28/08/2026	3	3	1,11%	3,0
Transferência Interna		**26058560**	24203	28/08/2026	28/08/2026	29/08/2026	28/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Transferência Interna		**27265244**	6136	30/08/2026	30/08/2026	31/08/2026	30/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Internado		**26878719**	25416	31/08/2026	31/08/2026	31/08/2026	31/08/2026	1	1	0,37%	1,0
Internado		**28268043**	27828	31/08/2026	08/08/2026	31/08/2026	08/08/2026	24	24	8,89%	24,0
Internado		**28708863**	28821	31/08/2026	29/08/2026	31/08/2026	29/08/2026	3	3	1,11%	3,0

Internado		**28619396**	27158	31/08/2026	26/08/2026	31/08/2026	26/08/2026	6	6	2,22%	6,0
TOTAL	**270**							**341**	**253**	**93,70%**	**5,8**

SADT

SERVIÇO DE SADT EXTERNO - AGOSTO/2026 (DEMANDA EXTERNA)					
SADT	**META EXTERNA MENSAL**	**TOTAL REALIZADO**	**% REALIZADO**	**TOTAL DE ABSENTEÍSMO**	**% ABSENTEÍSMO**
Análises Clínicas	10.000	12.730	127,30%	111	1,11%
Anatomopatologia	100	80	80,00%	0	0,00%
Eletrocardiograma	300	216	72,00%	40	13,33%
Endoscopia	100	72	72,00%	26	26,00%
Colonoscopia	50	35	70,00%	8	16,00%
Raio X	500	443	88,60%	90	18,00%
Tomografia Computadorizada c/ contraste	100	82	82,00%	24	24,00%
Tomografia Computadorizada S/ contraste	300	285	95,00%	42	14,00%
Ultrassonografia com Doppler	50	34	68,00%	11	22,00%
Ultrassonografia Geral	300	252	84,00%	46	15,33%
TOTAL	**11.800**	**14.229**	**120,58%**	**398**	**3,37%**

SERVIÇO DE SADT INTERNO - AGOSTO / 2026 (DEMANDA INTERNA: AMBULATÓRIO E INTERNADO)	
SADT	**TOTAL REALIZADO**
Análises Clínicas	3.282
Anatomopatologia	68
Eletrocardiograma	8
Endoscopia	1
Colonoscopia	0
Raio X	188
Tomografia Computadorizada c/ contraste	8
Tomografia Computadorizada S/ contraste	31
Ultrassonografia com Doppler	3
Ultrassonografia Geral	6
TOTAL	**3.595**

SADT TOTAL - AGOSTO / 2026 (DEMANDA EXTERNA + INTERNA)	
SADT	**TOTAL REALIZADO**
Análises Clínicas	16.012
Anatomopatologia	148
Eletrocardiograma	224
Tomografia Computadorizada c/ contraste	73
Tomografia Computadorizada s/ contraste	35
Ultrassonografia com Doppler	631
Ultrassonografia Geral	90
Endoscopia	316
Colonoscopia	37
Raio X	258
TOTAL	**17.824**

CIRURGIAS

SERVIÇO DE CIRURGIAS - AGOSTO/ 2026														
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONTRATUALIZADOS	META MENSAL	DATA DA CIRURGIA	Nº DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SIGTAP	* COMPLEXIDADE DA CIRURGIA	** CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA	TOTAL DE CIRURGIAS REALIZADAS	% DE CIRURGIAS REALIZADAS (METAS EXECUTADAS)	TOTAL DE CIRURGIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE	TOTAL DE CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	TOTAL DE CIRURGIAS DE ALTA COMPLEXIDADE	TOTAL DE CIRURGIAS POR COMPLEXIDADE	ELETIVA	URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL														
EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE	85	06/08/2026	11.471	04.01.02.007-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE		06/08/2026	18.825	04.01.02.007-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE COM PLASTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO EM ONCOLOGIA		06/08/2026	27.120	04.16.08.003-0	ALTA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	0	1	1	1	0
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO		07/08/2026	13.487	04.08.06.004-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,18%	0	1	0	1	0	1
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA		07/08/2026	15.523	04.07.04.006-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE		07/08/2026	24.185	04.01.02.007-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA		09/08/2026	7.765	04.12.01.010-0	ALTA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	0	1	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA		10/08/2026	21.734	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA UMBILICAL		10/08/2026	21.734	04.07.04.012-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	10/08/2026	7.221	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	11/08/2026	24.171	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	11/08/2026	25.019	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	11/08/2026	25.466	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	11/08/2026	25.466	04.07.04.012-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	11/08/2026	7.404	04.07.04.008-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA	12/08/2026	20.841	04.07.03.002-6	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,18%	0	1	0	1	0	1
COLECISTECTOMIA	12/08/2026	23.713	04.07.03.002-6	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,18%	0	1	0	1	0	1
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	12/08/2026	24.247	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	14/08/2026	15.803	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	14/08/2026	20.906	04.07.04.008-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	14/08/2026	23.682	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	14/08/2026	24.512	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	14/08/2026	24.703	04.01.02.005-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	20/08/2026	24.515	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0

EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE		29/08/2026	26.937	04.01.02.007-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE		29/08/2026	27.480	04.01.02.007-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXTIRPAÇÃOE SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO		29/08/2026	7.760	04.01.02.010-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO		30/08/2026	11.786	04.01.02.005-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA UMBILICAL		30/08/2026	22.652	04.07.04.012-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)		30/08/2026	24.463	04.07.04.010-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA UMBILICAL		30/08/2026	24.463	04.07.04.012-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)		30/08/2026	25.140	04.07.04.010-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)		30/08/2026	25.148	04.07.04.010-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO		30/08/2026	27.733	04.01.02.005-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)		31/08/2026	24.241	04.07.04.009-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA		31/08/2026	25.416	04.07.03.003-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,18%	0	1	0	1	1	0
	85						**36**	**42,35%**	**0**	**34**	**2**	**36**	**33**	**3**

ORTOPEDICA/TRAUMOTOLOGIA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		01/08/2026	26.834	04.08.02.044-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL		01/08/2026	27.253	04.08.05.055-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA		01/08/2026	27.431	04.08.02.053-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR		01/08/2026	27.499	04.08.05.051-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL		02/08/2026	27.285	04.08.05.055-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA		02/08/2026	27.307	04.08.02.043-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA		03/08/2026	26.248	04.08.05.063-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	**80**	04/08/2026	26.556	04.08.05.062-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)		04/08/2026	27.307	04.08.02.042-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA		05/08/2026	27.381	04.08.02.043-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA		05/08/2026	27.560	04.08.05.052-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL		05/08/2026	27.561	04.08.05.055-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO		06/08/2026	27.180	04.08.02.033-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
RECONSTRUÇÃOLIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)		07/08/2026	3.962	04.08.05.016-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0

ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	07/08/2026	7.749	04.08.05.006-3	ALTA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	0	1	1	1	0
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	08/08/2026	27.631	04.08.06.004-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	09/08/2026	27.560	04.01.01.001-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	09/08/2026	27.633	04.01.01.001-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	09/08/2026	27.633	04.08.06.063-8	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	10/08/2026	11.584	04.08.05.063-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	10/08/2026	27.284	04.08.05.055-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	11/08/2026	27.632	04.08.05.049-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	14/08/2026	27.674	04.08.02.043-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	14/08/2026	27.859	04.08.05.057-8	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	15/08/2026	27.133	04.08.06.036-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	15/08/2026	27.240	04.08.06.036-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	15/08/2026	27.631	04.08.02.043-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	17/08/2026	26.990	04.08.05.061-6	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	17/08/2026	27.133	04.08.05.054-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	18/08/2026	27.836	04.08.05.071-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	18/08/2026	27.865	04.08.02.042-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	19/08/2026	27.240	04.08.05.051-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	20/08/2026	19.561	04.08.01.018-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	20/08/2026	27.864	04.08.05.052-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	21/08/2026	14.603	04.08.01.015-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	21/08/2026	27.563	04.08.05.063-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	21/08/2026	27.635	04.08.05.051-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	23/08/2026	27.859	04.08.05.057-8	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	24/08/2026	27.560	04.08.05.052-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	24/08/2026	27.561	04.08.05.055-1	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	24/08/2026	27.561	04.08.06.036-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TENOMIORRAFIA	24/08/2026	27.634	04.08.06.045-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	25/08/2026	27.499	04.08.05.051-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	25/08/2026	27.499	04.08.06.036-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	25/08/2026	28.192	04.08.01.015-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO	25/08/2026	28.217	04.08.02.064-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	26/08/2026	23.815	04.08.05.051-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	26/08/2026	27.156	04.08.05.048-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO	26/08/2026	28.521	04.08.02.064-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	27/08/2026	28.660	04.08.05.050-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0
RECONSTRUÇÃOLIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	28/08/2026	24.203	04.08.05.016-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	28/08/2026	28.534	04.08.05.050-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	28/08/2026	28.641	04.08.05.050-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	28/08/2026	28.657	04.08.02.040-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	28/08/2026	3.047	04.08.06.036-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	29/08/2026	19.840	04.08.06.036-0	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0

MANIPULAÇÃO ARTICULAR		30/08/2026	20.957	04.08.06.015-8	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0
RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS		30/08/2026	26.136	04.08.06.037-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0
RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS		30/08/2026	6.136	04.08.06.037-9	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	1,25%	0	1	0	1	1	0
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)		31/08/2026	28.656	04.08.02.042-3	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS		31/08/2026	28.656	04.08.02.037-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Urgência	1	1,25%	0	1	0	1	0	1
TOTAL	**80**						**61**	**76,25%**	**0**	**60**	**1**	**61**	**8**	**53**

GINECOLOGIA														
TRATAMENTO CIRÚRGICO DEINCONTINÊNCIA URINÁRIA		18/08/2026	11.525	04.09.02.011-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		17/08/2026	16.515	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		17/08/2026	16.515	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO	**25**	17/08/2026	20.740	04.09.06.004-6	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		17/08/2026	20.764	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		17/08/2026	20.764	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO		17/08/2026	22.686	04.09.06.003-8	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0

HISTERECTOMIA TOTAL		17/08/2026	22.886	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		17/08/2026	22.886	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		17/08/2026	23.540	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		17/08/2026	23.540	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		17/08/2026	24.526	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		18/08/2026	15.620	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO		18/08/2026	18.653	04.09.06.004-6	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
COLPOPLASTIA ANTERIOR		18/08/2026	19.799	04.09.07.008-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR		18/08/2026	19.799	04.09.07.006-8	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
TRATAMENTO CIRÚRGICO DEINCONTINÊNCIA URINÁRIA		18/08/2026	20.678	04.09.02.011-7	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
COLPOPLASTIA ANTERIOR		18/08/2026	20.678	04.09.07.008-4	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		18/08/2026	25.580	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		18/08/2026	3.937	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		18/08/2026	3.937	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0

HISTERECTOMIA TOTAL		19/08/2026	11.763	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		19/08/2026	17.645	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		19/08/2026	20.783	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		19/08/2026	21.056	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		19/08/2026	22.899	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
HISTERECTOMIA TOTAL		19/08/2026	23.414	04.09.06.013-5	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		19/08/2026	23.414	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL		19/08/2026	24.233	04.09.06.023-2	MÉDIA COMPLEXIDADE	Eletiva	1	4,00%	0	1	0	1	1	0
TOTAL	**25**						**29**	**116%**	**0**	**29**	**0**	**29**	**29**	**0**

TOTAL GERAL DE CIRURGIAS REALIZADAS	**METAS**		**Nº DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**	**CÓDIGO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SIGTAP**	*** COMPLEXIDADE DA CIRURGIA**	****CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA**	**REALIZADO**	**% GERAL ALCANÇADO**	**BAIXA**	**MÉDIA**	**ALTA**	**TOTAL**	**ELETIVA**	**URGÊNCIA**
	190						**126**	**66,32%**	**0**	**123**	**3**	**126**	**70**	**56**

AMBULATÓRIO

SERVIÇO DE AMBULATÓRIO - CONSULTA MÉDICA - AGOSTO / 2026									
CONSULTA MÉDICA	**META MENSAL CONTRATO**	**Nº PRONTUÁRIO**	**TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)**	**TOTAL CONSULTA 1ª VEZ**	**TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS**	**TOTAL CONSULTAS REALIZADAS**	**% REALIZADO**	**TOTAL DE ABSENTEÍSMO**	**% DE ABSENTEÍSMO**
ORTOPEDIA/TRAUMOTOLOGIA									
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		5.796	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		3.743	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		18.241	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		23.785	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		25.059	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		12.229	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		17.544	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.070	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		3.992	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		17.429	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.076	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		23.281	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.667	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		4.837	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		3.710	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.670	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	**200**	7.118	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.671	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.665	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.668	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		3.399	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.666	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.667	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		23.815	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		24.579	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		21.305	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		22.103	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		5.417	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		22.709	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.741	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		21.004	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.743	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.742	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	27.740	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.484	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	12.581	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.139	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	24.454	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.565	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	13.677	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.030	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	27.738	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	17.644	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	18.505	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	24.092	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	27.984	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	19.375	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	23.455	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	19.609	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	23.966	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	27.982	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	7.492	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.300	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	18.879	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	23.279	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	15.820	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.078	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	23.305	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.096	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	6.871	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	10.431	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.097	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	19.632	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	20.798	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	21.648	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	4.025	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	18.316	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.214	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.820	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.263	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.161	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.568	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.156	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	15.899	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.159	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.160	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.158	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	24.011	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	16.893	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.689	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.137	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	13.927	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	5.423	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.326	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.759	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.327	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	23.021	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	12.285	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.325	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.448	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.261	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.206	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	15.437	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.528	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.916	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	18.776	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	8.748	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.375	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.387	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.103	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	6.633	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.386	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	10.417	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.007	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.275	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	22.135	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	2.579	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.632	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.443	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	9.804	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.891	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.928	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.632	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.445	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.448	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	21.298	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.203	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	22.258	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	4.766	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.930	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	22.766	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.621	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.624	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.616	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.614	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.917	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	9.795	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.783	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.618	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.698	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	22.924	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	14.404	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	23.381	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	7.669	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	19.008	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.069	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	24.657	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	10.655	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.151	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.426	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	10.601	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	15.403	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.688	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28.684	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	27.296	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	21.208	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	15.822	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25.362	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.829	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	22.841	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	9.152	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	26.075	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	21.964	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	19.007	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	4.006	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	18.148	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.063	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		25.376	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		28.757	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		27.531	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		3.876	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		20.635	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.566	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.277	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		22.010	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		25.955	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.073	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		20.820	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.848	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.689	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		24.505	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.873	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		24.576	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		26.261	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		16.995	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		3.962	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		20.191	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		7.391	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
TOTAL DE ABSENTEÍSMO DE ORTOPEDIA/TRAUMOTOLOGIA								**32**	
TOTAL	**200**			**98**	**80**	**178**	**89,00%**	**32**	**16,00%**

ANESTESIOLOGIA	META MENSAL CONTRATO	Nº PRONTUÁRIO	TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)	TOTAL CONSULTA 1ª VEZ	TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS	TOTAL CONSULTAS REALIZADAS	% REALIZADO	TOTAL DE ABSENTEÍSMO	% DE ABSENTEÍSMO
ANESTESIOLOGIA		24.092	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		9.205	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		26.544	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		22.800	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		26.291	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	**220**	25.773	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		25.741	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		6.460	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		19.622	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		25.579	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%

ANESTESIOLOGIA	4.158	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	2.388	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	12.400	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	11.926	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	24.551	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	27.066	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.690	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.400	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	27.291	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	14.301	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.497	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	19.105	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	19.346	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.771	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.140	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.234	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.766	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	21.556	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	21.651	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	21.671	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.877	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	21.676	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	15.899	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	23.484	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	19.316	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	17.707	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	15.597	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.773	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.029	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.356	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.570	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.544	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.898	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	16.221	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	11.669	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	16.429	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	15.836	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	16.421	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	23.164	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	6.460	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	11.135	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%

ANESTESIOLOGIA	9.124	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.766	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	23.251	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.260	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	23.911	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	17.623	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	18.973	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	23.164	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	28.566	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	27.362	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.411	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	19.629	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.339	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	21.195	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	27.223	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	24.340	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	23.821	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	22.792	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.083	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	16.512	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	28.615	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	24.907	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	15.352	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.771	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	15.597	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	10.041	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	22.327	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	21.556	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	28.602	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	3.047	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.379	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	18.973	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	12.722	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	27.047	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	27.301	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	18.097	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	16.282	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	25.758	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	26.654	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	24.964	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA	22.792	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%

ANESTESIOLOGIA		12.977	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		24.500	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		23.712	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		26.282	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		15.169	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		25.765	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		17.384	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		27.597	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		23.454	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		380	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		23.512	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
ANESTESIOLOGIA		16.422	RETORNO		1	1	0,45%		0,00%
TOTAL DE ABSENTEÍSMO DE ANESTESIOLOGIA								11	
TOTAL	**220**			**0**	**104**	**104**	**47,27%**	**11**	**5,00%**

CARDIOLOGIA	**META MENSAL CONTRATO**	**Nº PRONTUÁRIO**	**TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)**	**TOTAL CONSULTA 1ª VEZ**	**TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS**	**TOTAL CONSULTAS REALIZADAS**	**% REALIZADO**	**TOTAL DE ABSENTEÍSMO**	**% DE ABSENTEÍSMO**
CARDIOLOGIA		5.948	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		12.302	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		27.105	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		23.096	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		5.318	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		26.533	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		12.147	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		12.163	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		16.985	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		11.669	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		21.719	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	**200**	3.581	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		24.907	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		11.135	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		19.105	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		21.007	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		11.220	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		25.771	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		21.556	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		8.028	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		4.158	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA		27.824	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%

CARDIOLOGIA	17.524	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.818	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	16.421	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.817	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	4.697	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.066	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.690	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.400	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.497	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	2.309	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	13.012	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.020	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	2.388	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.570	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.656	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	11.279	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	11.926	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	14.301	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	19.346	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	15.597	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.234	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.766	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	12.141	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.901	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.594	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.610	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.599	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.649	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.598	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.666	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.665	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.593	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	18.385	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.020	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.888	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.092	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	2.703	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.911	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.946	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	17.319	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	10.041	Retorno		1	1	0,50%		0,00%

CARDIOLOGIA	24.967	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.853	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	5.948	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	20.717	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	9.063	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.981	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	7.576	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.502	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	16.124	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.650	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.784	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	4.605	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	16.859	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.692	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.251	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	18.973	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	18.097	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.505	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	15.352	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	3.493	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.819	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	9.128	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.362	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.551	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.301	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	16.206	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.821	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.017	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.563	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	5.183	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.792	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.936	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.548	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.710	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.941	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	12.915	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.364	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.074	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.293	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.175	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.308	Retorno		1	1	0,50%		0,00%

CARDIOLOGIA	24.500	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.559	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	4.342	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.880	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	12.110	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.575	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	8.306	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.565	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	4.027	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	8.262	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.566	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	4.365	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	19.800	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.411	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.223	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.219	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.304	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.984	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	14.458	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.378	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.379	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	19.629	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.758	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.083	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.712	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	17.384	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	380	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.018	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	19.329	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.602	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.747	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	13.468	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.058	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.018	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	12.722	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.496	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.144	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.089	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	16.512	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.454	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.217	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%

CARDIOLOGIA	16.995	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.146	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	5.177	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.151	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	10.155	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	24.961	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	16.282	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	13.952	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	10.467	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	21.400	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.815	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	9.061	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	12.895	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	9.615	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.251	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.631	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.654	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	2.365	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.953	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.632	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	8.739	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	19.900	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.597	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	18.967	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	28.629	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	14.422	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.443	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	2.368	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	12.977	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.282	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	15.169	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	26.147	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	9.056	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.707	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	25.977	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	22.810	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	27.231	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	5.437	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.661	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	23.512	Retorno		1	1	0,50%		0,00%
CARDIOLOGIA	7.391	Retorno		1	1	0,50%		0,00%

CARDIOLOGIA		25.415	1ª Vez	1		1	0,50%		0,00%
TOTAL DE ABSENTEÍSMO DE CARDIOLOGIA								20	
TOTAL	**200**			**106**	**81**	**187**	**93,50%**	**20**	**10,00%**
CIRURGIA GERAL	**META MENSAL CONTRATO**	**Nº PRONTUÁRIO**	**TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)**	**TOTAL CONSULTA 1ª VEZ**	**TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS**	**TOTAL CONSULTAS REALIZADAS**	**% REALIZADO**	**TOTAL DE ABSENTEÍSMO**	**% DE ABSENTEÍSMO**
CIRURGIA GERAL		27.623	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.626	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.616	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.617	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.627	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.618	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.624	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		15.742	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		2.762	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		22.835	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		15.937	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		25.148	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		22.181	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		25.815	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		2.909	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.678	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	**300**	11.786	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.679	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		15.277	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		6.460	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.682	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		14.402	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		4.361	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		21.680	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.758	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		26.339	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		4.128	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.767	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.759	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		15.773	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		16.941	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		3.989	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		24.515	Retorno		1	1	0,33%		0,00%

CIRURGIA GERAL	27.766	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.761	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.681	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.606	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.237	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.821	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	13.012	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	14.205	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.297	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	22.323	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	23.291	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.166	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	436	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	9.446	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.370	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.296	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.413	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	25.150	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.937	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	25.421	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.650	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	19.910	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	14.103	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	7.886	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.817	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	25.879	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.696	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.891	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.105	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.152	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.956	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.694	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	16.208	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	6.947	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.068	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.176	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	14.418	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.170	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	18.390	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.172	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	8.219	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%

CIRURGIA GERAL	28.174	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.173	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.178	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.471	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	23.429	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	19.659	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	22.646	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.501	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	19.004	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.870	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	7.760	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.216	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	16.823	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	5.017	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.059	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	14.424	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	19.666	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	23.463	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.339	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	6.625	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.340	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	8.108	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.405	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	11.036	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	22.374	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.632	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	19.042	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	446	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	23.235	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.464	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.396	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.240	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	22.242	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.974	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	25.721	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.700	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	20.624	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.239	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.449	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	18.298	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.716	Retorno		1	1	0,33%		0,00%

CIRURGIA GERAL	27.733	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.450	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	17.944	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.241	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.496	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.494	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.500	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.499	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.671	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.675	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	4.158	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.551	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.066	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	24.161	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	25.140	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.501	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	18.828	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.662	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.291	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	11.471	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	7.404	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.362	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.120	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	26.898	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.590	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	10.377	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	15.523	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	4.935	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	5.852	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.066	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	6.460	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	27.987	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.734	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	11.135	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	23.973	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	21.669	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.450	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	2.663	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	18.825	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	11.293	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL	28.815	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%

CIRURGIA GERAL		26.066	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		23.394	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.814	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		3.856	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.956	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		23.911	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		26.411	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		26.443	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		17.377	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		6.947	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.920	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.925	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.927	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.924	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.919	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.929	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.922	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.926	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.921	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.930	1ª Vez	1		1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		27.501	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.897	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		25.150	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		25.019	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		19.346	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		25.234	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
CIRURGIA GERAL		28.145	Retorno		1	1	0,33%		0,00%
TOTAL DE ABSENTEÍSMO DE CIRURGIA GERAL								**24**	
TOTAL	**300**			**75**	**108**	**183**	**61,00%**	**24**	**8,00%**

CIRURGIA GINECOLÓGICA	META MENSAL CONTRATO	Nº PRONTUÁRIO	TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)	TOTAL CONSULTA 1ª VEZ	TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS	TOTAL CONSULTAS REALIZADAS	% REALIZADO	TOTAL DE ABSENTEÍSMO	% DE ABSENTEÍSMO
GINECOLOGIA		28.446	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		19.285	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.442	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	**150**	28.440	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.435	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		16.753	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.433	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%

GINECOLOGIA	17.096	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	18.979	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.434	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	25.569	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	5.059	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	20.465	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	24.546	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	2.459	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	15.419	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	22.170	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.455	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.462	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	19.156	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.452	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	21.466	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.461	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.463	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.457	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.459	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.451	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	13.883	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	20.459	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	22.663	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	14.804	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	22.419	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	19.270	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	3.418	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	12.922	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.489	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.484	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	24.892	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	19.324	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	10.732	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	22.422	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	23.840	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	22.529	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	6.262	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	25.747	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	12.659	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	22.896	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	21.663	Retorno		1	1	0,67%		0,00%

GINECOLOGIA	19.526	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	26.303	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	23.590	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	25.923	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	21.652	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	25.442	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.503	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.497	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	13.796	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.504	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	8.199	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	14.636	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	24.040	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	3.917	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	23.486	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	26.897	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	23.789	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	8.112	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	9.200	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	24.908	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.668	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	25.834	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	15.364	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	24.963	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	3.956	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	15.242	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	10.048	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	11.724	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	21.533	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	16.223	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	26.529	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	23.476	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	24.518	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.696	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	6.409	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	17.216	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.698	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.699	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.708	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.700	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA	28.703	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%

GINECOLOGIA		28.710	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		23.499	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		11.793	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		27.087	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		24.501	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		2.585	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		17.902	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		20.468	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.748	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		22.682	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.741	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.750	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.744	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		9.410	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.739	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		26.572	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		27.722	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		3.419	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		25.029	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		19.811	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		25.768	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		24.569	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		27.276	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.760	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		16.492	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.766	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.763	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		28.761	1ª Vez	1		1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		25.608	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		16.351	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		23.480	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		27.521	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		20.713	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		25.573	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		12.330	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		17.227	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
GINECOLOGIA		22.792	Retorno		1	1	0,67%		0,00%
TOTAL DE ABSENTEÍSMO DE GINECOLOGIA								24	
TOTAL	**150**			**65**	**61**	**126**	**84,00%**	**24**	**16,00%**

SERVIÇO DE AMBULATÓRIO - CONSULTA DE PROFISSIONAL NÃO MÉDICO									
ENFERMAGEM	META MENSAL CONTRATO	Nº PRONTUÁRIO	TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)	TOTAL CONSULTA 1ª VEZ	TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS	TOTAL CONSULTAS REALIZADAS	% REALIZADO	TOTAL DE ABSENTEÍSMO	% DE ABSENTEÍSMO
ENFERMAGEM		22.800	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.092	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.544	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.291	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.773	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.205	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.622	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		6.460	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.741	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.579	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.220	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.421	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.163	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.690	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.302	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.719	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.985	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM	**250**	26.533	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		5.318	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.771	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.551	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.096	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		5.948	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.669	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.147	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.007	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		3.581	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.556	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.135	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.105	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.907	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.105	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.570	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.766	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.400	Retorno		1	1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		27.817	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		8.028	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.818	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.066	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.497	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.020	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		2.309	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.158	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.597	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		13.012	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		17.524	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.697	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.859	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.824	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		7.391	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		14.301	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.346	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		2.388	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.234	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.279	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.926	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.656	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		2.388	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.690	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		14.301	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.291	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.234	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.346	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.551	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.066	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.400	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.771	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.597	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.556	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.926	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.158	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.766	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.497	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.400	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.140	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.105	Retorno		1	1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		21.676	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.316	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.899	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.671	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.651	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.484	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.877	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		17.707	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.773	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.029	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.429	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.669	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.356	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.570	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.221	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.898	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.544	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		11.135	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.421	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.124	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		6.460	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.766	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.836	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.164	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.020	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.610	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.901	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.598	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.593	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		18.385	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.665	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.141	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.599	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.666	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.649	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.594	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.946	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.911	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.888	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		2.703	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.092	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		24.967	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		17.319	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		10.041	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		7.576	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		18.973	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.161	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.784	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.650	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.853	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.352	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		20.717	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.605	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.502	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		3.493	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.981	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		5.948	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.810	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.692	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		18.097	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.124	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.505	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.819	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.063	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.251	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.565	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.379	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.559	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.915	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.017	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.551	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.707	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.758	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.128	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.415	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.293	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.984	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.378	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.629	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.223	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		17.384	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		5.437	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		25.936	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.206	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.018	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.027	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.304	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.792	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.575	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.083	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.500	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.880	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.411	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.800	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.941	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.342	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		14.458	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.563	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.712	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		8.306	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		380	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.512	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.364	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.308	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.301	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.710	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.219	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.821	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.362	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		4.365	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.074	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		8.262	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		5.183	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.566	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.110	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.548	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.175	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		10.041	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.566	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.961	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.329	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		17.623	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.018	Retorno		1	1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		26.260	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.411	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.953	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.362	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.147	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.977	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.615	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.443	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.223	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.895	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.654	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.629	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		2.365	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.615	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.083	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.602	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.340	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.907	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.911	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.995	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.631	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		18.973	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.512	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.496	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.556	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.977	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.327	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.089	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.792	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.597	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.251	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		2.368	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.722	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.282	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.144	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.217	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		10.155	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.815	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.195	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		18.967	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		14.422	Retorno		1	1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		13.468	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		21.400	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.058	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.821	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.632	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.771	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.454	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.146	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.629	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.512	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.151	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		5.177	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.339	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		10.467	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		19.900	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.164	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.352	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.056	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		9.061	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.747	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		8.739	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.169	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.282	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		13.952	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.977	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.712	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.597	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		12.722	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.301	1ª Vez	1		1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.765	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.422	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		28.602	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		27.047	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		3.047	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		380	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		18.097	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		15.169	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		22.792	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.500	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.654	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		25.758	Retorno		1	1	0,40%		0,00%

ENFERMAGEM		17.384	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		16.282	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.512	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.379	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		26.282	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		23.454	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
ENFERMAGEM		24.964	Retorno		1	1	0,40%		0,00%
TOTAL	**250**			**72**	**216**	**288**	**115,20 %**	**0**	**0,00%**

ASSISTENTE SOCIAL	META MENSAL CONTRATO	Nº PRONTUÁRIO	TIPO DE CONSULTA (1° VEZ OU EGRESSO)	TOTAL CONSULTA 1ª VEZ	TOTAL CONSULTA DE EGRESSOS	TOTAL CONSULTAS REALIZADAS	% REALIZADO	TOTAL DE ABSENTEÍSMO	% DE ABSENTEÍSMO
ASSISTENTE SOCIAL		27.622	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		25.809	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.578	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.601	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.574	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		10.383	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		25.773	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.042	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		9.205	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.619	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.677	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		24.579	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.676	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.641	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	**100**	3.034	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.653	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.636	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.760	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		12.272	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		16.941	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.733	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.737	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		21.879	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		24.515	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		13.012	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		14.455	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.818	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		23.916	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%

ASSISTENTE SOCIAL	23.096	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.400	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	12.302	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.776	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.817	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	9.446	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.881	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.918	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.413	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	21.302	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.918	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.150	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	21.296	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.885	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.876	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.944	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.650	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.766	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	14.004	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	4.930	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	4.158	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	20.539	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	12.400	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.497	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	9.325	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	7.847	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.956	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	24.694	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.049	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	24.894	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.773	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.029	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	17.707	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	24.471	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	18.390	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	23.484	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.186	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	12.468	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.339	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.028	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	4.931	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%

ASSISTENTE SOCIAL	27.869	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	15.620	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	3.937	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.305	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.319	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.198	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.327	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.326	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	24.289	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.261	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.621	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.362	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	23.235	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.721	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.429	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	27.733	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.241	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	8.614	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.420	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	5.418	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	20.873	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.471	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.494	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.472	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	25.265	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	24.092	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.496	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	7.576	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	18.973	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.470	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.476	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	9.748	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.537	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	5.420	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.538	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.291	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	21.219	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	26.476	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	15.523	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	28.626	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL	9.787	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%

ASSISTENTE SOCIAL		26.898	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		16.694	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		28.695	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		27.089	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		28.661	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		26.565	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		23.480	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		28.759	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		28.760	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		28.800	Retorno		1	1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		28.776	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
ASSISTENTE SOCIAL		9.922	1ª Vez	1		1	1,00%		0,00%
TOTAL	**100**			**87**	**35**	**122**	**122,00 %**	**0**	**0%**

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - AGOSTO/2026		
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	**ATENDIMENTOS REALIZADOS**	**META MENSAL**
PRONTO SOCORRO INFANTIL	0	-
PRONTO SOCORRO ADULTO	15	-
PRONTO SOCORRO GINECO/OBSTÉTRICO	0	-
TOTAL	**15**	-

Metas Qualitativas

DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	CONFORME (C) NÃO CONFORME (NC) PACIAL CONFORME (PC)
Serviço de Atenção ao Usuário – SAU/Ouvidoria	1. Espaço físico de fácil acesso	Conforme (C)
	2. Uniforme diferenciado pelos colaboradores do SAU	
	3. Pesquisa de Satisfação	
	4. Índice de Satisfação do Usuário (ISU)	
	5. Motivos de Reclamação	
	6. Resolutividade das Reclamações	
Comissão de Controle da Infecção Hospitalar	**Parâmetros de Avaliação da CCIH:**	Parcial Conforme (PC)
	1. Comissão instituída em ata com nome e cargo dos membros	
	2. Registro de reuniões realizadas no período em ata	
	3. Registro detalhado das atividades da SCIH e as medidas adotas quando for o caso e resolutividade	
	4. Atender integralmente a Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, quanto as ações de monitoramento e avaliação; número de colaboradores, dentre outros requisitos da portaria	
	5. Realizar busca ativa e fonada.	
	PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE IRAS:	
	1. Monitoramento de IRAS relacionadas à infecção do sítio cirúrgico (ISC)	
	2. Monitoramento de IRAS em cirurgia ortopédica	
	3. Monitoramento da Taxa Global de IRAS	
	4. Monitoramento IRAS na unidade de terapia intensiva (UTI) – Apresentar dados por tipo de UTI	
	5. Monitoramento de IRAS para o serviço de Hemodiálise	
	6. Monitoramento do Uso Racional de Antimicrobianos	
	7. Monitoramento de Adesão ao Protocolo de Higienização das mãos.	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuário	1. Comissão instituída em ata com nome e cargo dos membros	Conforme (C)
	2. Registro de reuniões realizadas no período em ata	
	3. Análise de prontuários saídas hospitalares (alta) do mês	
	4. Envio de relatório mensal e trimestral das atividades da comissão	
	5. Atender aos 11 itens de verificação do prontuário	
	6. Os prontuários podem apresentar o limite máximo de até 10% de não conformidades nos 11 itens de avaliação dos prontuários mensalmente.	
Comissão de Análise e Revisão de Óbito	1. Comissão instituída em ata com nome e cargo dos membros	Conforme (C)
	2. Registro de reuniões realizadas no período em ata	

	3. Envio de relatório mensal e trimestral das atividades da comissão	
	4. Registro detalhado das atividades da comissão, medidas adotadas e resolutividade	
	5. Monitoramento de indicadores relacionados a taxa de mortalidade operatória e taxa de cirurgia de urgência	
	6. Atender a resolução N° 2.400 de 02/10/2007 e Resolução do CFM N° 2. 171/2017	
	7. Investigar todos os óbitos ocorridos no mês	
	8. Envio de relatório mensal contendo a análise da taxa de mortalidade operatória estratificada por classes ASA.	
Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial	1. Número de Procedimentos Aprovados (AIH) na competência	Parcial Conforme (PC)
	2. Número de AIHs rejeitadas na competência	
	3. Número Diárias de UTI/UCI aprovadas (competência real - SIHD)	
	4. Número de BPA – Individualizado/APAC (comp. processamento – SIA/SUS)	
	5. Número de sessões de hemodiálise– SIA/SUS aprovadas.	
Qualidade da Informação	1. Repasse das informações quantitativas obedecendo os prazos estipulados em contrato	Conforme (C)
	2. Relatórios organizados, em fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 e assinado pelos gestores do hospital	
	3. Cumprir aos prazos de envio dos relatórios no prazo estabelecido em Contrato de Gestão.	
Prontidão das Informações de Prestação de Conta	1. Repasse das informações quantitativas obedecendo os prazos estipulados em contrato	Conforme (C)
	2. Relatórios organizados, em fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 e assinado pelos gestores do hospital	
	3. Cumprir aos prazos de envio dos relatórios no prazo estabelecido em Contrato de Gestão	
Horas de Educação Permanente	1. Percentual de horas destinadas para ações formativas que considerem as necessidades dos trabalhadores no serviço de saúde	Conforme (C)
	2. Apresentar o número de ações/atividades formativas com participação do colaborador. Apresentar o número de horas por colaborador	
	3. Núcleo de Educação Permanente Ativo (NEP)	
	4. O hospital deve apresentar o Plano de Ação de atividades formativas para os trabalhadores do serviço aprovado pela Diretoria e registrado em ATA	
	5. Apresentar o Plano de Ação de atividades formativas para os trabalhadores do serviço aprovado pela Diretoria e registrado em ATA, com atualização semestral	
	6. Relatório de monitoramento de estágios curriculares e treinamento em serviço (Residências em Saúde) no Hospital.	
Tempo Resposta à Regulação de Leitos	1. Tempo de Resposta à Central de Regulação Estadual	Conforme (C)
	2. Taxa de recusa de leito	
	3. Taxa de Ocupação de Leitos Operacionais	
	4. Tempo de Resposta a Regulação Ambulatorial e SADT	
Rotatividade de Colaboradores (Índice de Turnover) e Clima Organizacional	1. Turnover recente, geral, desligados	Conforme (C)
	2. Clima Organizacional.	

Atas das Comissões

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

HRMJ	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO			
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 1 de 5	

ATA – REUNIÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALR				
Tema da reunião: Apresentação de Indicadores	**DATA** 03/09/2026	**HORA INÍCIO:** 11h00	**HORA TÉRMINO:** 11h30	**DURAÇÃO TOTAL** 00h30

Tipo de Reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria (X) Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros

Nº Ata : 008/2026

Objetivo: Avaliar os indicadores do controle de infecção hospitalar, acompanhar os planos de ação em andamento e deliberar sobre novas ações de melhoria.

Local da Reunião: Auditório – HRMJ

Responsável da Reunião: Dmyttri Kussov Lobato Azevedo

PAUTA

1. Apresentação dos indicadores de Controle de Infecção Hospitalar referentes ao mês de agosto/2026.
2. Atualizações institucionais relacionadas ao SCIH.
3. Demandas encaminhadas pelos setores assistenciais.

STATUS PLANOS DE AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDENCIAS)	
PLANOS DE AÇÕES	**STATUS DISCUTIDOS**
Implementar Protocolos de antibioticoprofilaxia e precações padrões.	Em andamento. Faze de treinamento.
Manter o acompanhamento da investigação do possível surto de ITU na Unidade de Internação até sua conclusão epidemiológica.	Concluído
Finalizar a revisão dos indicadores assistenciais do SCIH para implantação da nova metodologia de monitoramento	Em andamento.
Prosseguir com a elaboração e validação dos Protocolos Institucionais de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica, PAV, ITU e IRAS	Concluído.

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

Aos três dias do mês de setembro de 2026, foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conduzida pelo Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Dmyttri Kussov Lobato Azevedo, com a participação dos membros da comissão. Após a abertura, foram apresentados os assuntos constantes na pauta, com o objetivo de acompanhar o cenário epidemiológico institucional, avaliar os indicadores de prevenção e controle de infecções, apresentar as ações desenvolvidas pelo SCIH e deliberar sobre as demandas relacionadas à segurança assistencial.

Assunto 1 – Vigilância das IRAS e indicadores assistenciais

Inicialmente, foi apresentada a situação epidemiológica institucional, com o registro de um caso de Infecção do Trato Urinário (ITU). O caso envolveu paciente idosa, do sexo feminino, com longa

permanência hospitalar, sem utilização de cateter vesical de demora e em uso de fralda, que apresentou sinais e sintomas compatíveis com infecção, associados a resultado positivo de urocultura. Foram discutidos os fatores de risco envolvidos e reforçada a importância da vigilância epidemiológica, da avaliação criteriosa dos casos e da manutenção das medidas preventivas relacionadas às infecções do trato urinário.

Na sequência, foram apresentados os resultados do monitoramento da adesão à higiene das mãos. No período avaliado, foram registradas 186 oportunidades de higiene das mãos, das quais 154 foram realizadas em conformidade, correspondendo a uma adesão de 82,80%. A comissão reconheceu a evolução do indicador, ressaltando a necessidade de continuidade das ações educativas, auditorias e devolutivas às equipes.

Também foi apresentada melhora no consumo institucional de preparação alcoólica para higiene das mãos, bem como elevada adesão das unidades assistenciais aos bundles de prevenção das IRAS. Foi destacada a importância da manutenção do acompanhamento sistemático desses indicadores, visando consolidar as boas práticas e identificar possíveis oportunidades de melhoria.

Assunto 2 – Implementação de protocolos e rotinas institucionais

Foi apresentada a implementação da rotina de culturas de vigilância nas unidades assistenciais, com padronização dos sítios de coleta axilar e anal/retal ou perianal. A medida tem como objetivo fortalecer o monitoramento epidemiológico de microrganismos multirresistentes (MDR), possibilitando a identificação precoce de pacientes colonizados, a adoção oportuna das precauções indicadas e o acompanhamento do perfil microbiológico institucional.

Em seguida, foi comunicada a implementação do Protocolo Institucional de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica. Durante a discussão, o Dr. Cláudio sugeriu que fosse avaliada, juntamente com Emily, a possibilidade de agendamento de treinamento conduzido pela médica infectologista para apresentação e alinhamento do protocolo com o corpo clínico. A proposta deverá ser articulada com os responsáveis para definição de data e organização da atividade.

Também foi apresentado o andamento da implementação do Protocolo de Precauções Padrão e Isolamentos. Os treinamentos com as equipes já foram iniciados, permanecendo pendente a liberação, pelo setor da Qualidade, das placas de identificação das precauções e isolamentos. O SCIH continuará acompanhando a tramitação para que o material seja disponibilizado e implantado nas unidades.

Assunto 3 – Programação de treinamentos para setembro

Foi apresentada a programação de treinamentos prevista para o mês de setembro de 2026. Entre as atividades planejadas, está a conclusão dos treinamentos sobre Precauções Padrão e

Isolamentos com as equipes da Unidade de Terapia Intensiva, Serviço de Higienização e Limpeza, Centro Cirúrgico, maqueiros e profissionais do setor de Acesso.

Em alusão ao mês de conscientização sobre a sepse, serão realizadas ações educativas voltadas à identificação precoce dos sinais de sepse e à apresentação do novo formulário institucional de acompanhamento e registro dos casos.

Também será realizado treinamento sobre culturas de vigilância, contemplando os critérios institucionais, os sítios padronizados e os métodos adequados de coleta, com o objetivo de garantir a qualidade das amostras e a uniformidade do processo nas unidades assistenciais.

Assunto 4 – Visitas técnicas e planos de ação

Foi comunicada a entrega dos relatórios das visitas técnicas realizadas no Serviço de Higienização e Limpeza (SHL), Serviço de Processamento de Roupas (SPR) e Serviço de Nutrição e Dietética (SND). Também foram criados, no sistema Interact, os respectivos planos de ação referentes às não conformidades e oportunidades de melhoria identificadas.

O SCIH realizará o acompanhamento periódico das ações cadastradas, verificando o cumprimento dos prazos, as evidências apresentadas pelos setores responsáveis e a efetividade das medidas adotadas.

Assunto 5 – Planejamentos e melhorias no sistema Tasy

Foram apresentados os planejamentos relacionados à criação de uma agenda de retorno ambulatorial para acompanhamento dos pacientes após procedimentos cirúrgicos. Foi informado que a solicitação para criação da agenda já foi formalizada e se encontra em andamento.

Também foi discutida a proposta de criação, no sistema Tasy, de um bundle para monitoramento da higiene das mãos, possibilitando maior padronização dos registros, consolidação dos dados e acompanhamento dos indicadores institucionais.

Foi apresentada, ainda, a proposta de inclusão de mensagem de alerta no Tasy sobre precauções e isolamentos, visando facilitar a identificação dos pacientes que necessitam de medidas específicas e fortalecer a comunicação entre as equipes assistenciais.

Assunto 6 – Solicitações dos membros e deliberações

Os membros da comissão relataram dificuldades relacionadas à adesão de alguns profissionais médicos ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) na Unidade de Terapia Intensiva.

O SCIH realizará o acompanhamento da situação e avaliará, juntamente com as lideranças envolvidas, estratégias educativas e de monitoramento para ampliar a adesão às medidas de proteção.

Também foi relatado o uso de roupa privativa do Centro Cirúrgico fora das áreas destinadas, seguido do retorno ao setor sem a realização da troca da vestimenta. O SCIH acompanhará os casos relatados, orientará as equipes e buscará, com as lideranças responsáveis, medidas para adequação da conduta e fortalecimento do cumprimento das normas institucionais.

Em relação à Endoscopia, foi relatada a ocorrência de perfuração ou dano às vedações dos endoscópios durante sua manipulação por profissional médica. Diante do risco de comprometimento da integridade e do adequado processamento dos equipamentos, ficou definido que o SCIH acompanhará especificamente a agenda de procedimentos da Endoscopia para observar o processo e subsidiar as tratativas necessárias junto aos profissionais e setores envolvidos.

Foi discutido o processo de análise e liberação de antimicrobianos pelo SCIH no sistema Tasy. Considerando as dificuldades relatadas e a necessidade de compreender melhor o funcionamento atual do fluxo, foi deliberada a realização de reunião com o suporte do Tasy, a fim de identificar as causas dos problemas e avaliar as adequações necessárias.

Por fim, foi relatado que o dispositivo plástico do tipo abraçadeira, conhecido como “enforca-gato”, utilizado na fixação do tubo orotraqueal, estaria causando lesões em pacientes submetidos à ventilação mecânica. Ficou alinhado que o responsável técnico do setor deverá formalizar o relato da situação e solicitar a substituição do material, apresentando as especificações de um dispositivo mais adequado e seguro para a finalidade pretendida.

Nada mais havendo a tratar, o Enfermeiro Dmyttri Kussov Lobato Azevedo agradeceu a presença e a participação de todos, reforçando a importância do comprometimento dos membros da comissão e das equipes assistenciais com as ações de prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Ficou registrada a realização da próxima reunião conforme o cronograma anual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sendo a presente ata encerrada e, após lida e aprovada, assinada pelos participantes presentes.

Inseridos no sistema Interact: ( ) Sim (X) Não

NOVO PLANO DE AÇÃO PROPOSTO				
PLANO DE AÇÃO PROPOSTO	**RESPONSAVEL**	**ONDE**	**DATA INICIO**	**DATA FINAL**
Concluir os treinamentos sobre Precauções Padrão e Isolamentos com as equipes da UTI, SHL, Centro Cirúrgico, maqueiros e profissionais do Acesso.	Enfermeira do SCIH	Unidade de internação setores envolvidos	08/09/2026	30/09/2026
Realizar treinamento sobre culturas de vigilância, contemplando critérios, sítios padronizados e métodos adequados de coleta.	Enfermeira do SCIH	Unidade de internação UTI	08/09/2026	30/09/2026

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 5 de 5

Concluir a revisão dos bundles institucionais e programar os treinamentos das equipes assistenciais..	SCIH	Unidades Assistenciais	08/09/2026	Ação continua
Realizar ação educativa sobre identificação precoce da sepse e apresentar o novo formulário institucional de acompanhamento dos casos.	SCIH	Unidades Assistenciais	08/09/2026	30/09/2026
Acompanhar o processo de criação da agenda de retorno ambulatorial, do bundle de higiene das mãos e da mensagem de alerta sobre precauções e isolamentos no Tasy.	SCIH	TI	08/09/2026	30/09/2026
Incluir treinamento do Protocolo de PAV para a equipe de Fisioterapia após sua aprovação.	SCIH	Unidades Assistenciais	25/08/2026	Ação continua
Acompanhar a agenda da Endoscopia para avaliar o manuseio dos endoscópios e adotar tratativas relacionadas aos danos identificados nas vedações.	SCIH	SADT	08/09/2026	30/09/2026

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Dmyttri Kussov Lobato Azevedo	Vice-Presidente	
Maria Isaulina dos Santos Monteiro de Oliveira	Membro	
Sâmily Karine Souza Gemaque	Membro	
Claudio Victor L. de Almeida	Membro	
Késley Cristina Lima de Souza	Membro	
Ellen Juliane da Silva	Membro	
Mara Lúcia da Silva Ferreira	Membro	
Sharla Nara Cardoso Neves	Membro	

Comissão de Verificação de Óbito – CVO

HRMJ	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 1 de 3

ATA – REUNIAO COMISSAO DE VERIFICAÇAO DE OBITO

Tema da reunião: Análise de Óbitos Agosto/2026	DATA 03/09/2026	HORA INICIO: 14h	HORA TERMINO: 15:30h	DURAÇAO TOTAL 01h30

Tipo de Reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria
(X) Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros

Comissão Obrigatória: (x) Sim ( ) Não Contrato: 008/SESPA/2024, subitem 2.1.41.B.

Nº Ata: 007/2026

Objetivo: Análise de Óbitos referentes ao mês de Agosto/2026

Local da Reunião: Sala de Reuniões da Diretoria HRMJ

Responsável da Reunião: Wilke Souza Menezes

PAUTA

1. Leitura da Ata da última reunião.
2. Finalização de planos de ação pendentes.
3. Análise de óbitos referentes a agosto/2026.
4. Formalização de planos de ação para mitigação de falhas de processo encontradas.
5. Data para a próxima reunião estabelecida.

STATUS PLANOS DE AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDENCIAS)

PLANOS DE AÇÕES	STATUS DISCUTIDOS

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

Aos três dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às 14h, na Sala de Reunião da Diretoria do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, reuniu-se a Comissão de Verificação de Óbito (CVO) com a finalidade de realizar a análise dos óbitos ocorridos na instituição durante o mês de agosto de 2026, considerando as condições clínicas de admissão, evolução durante a internação, causas dos óbitos e complexidade dos casos.

Primeiramente, o presidente da Comissão, Wilke Menezes, realizou a leitura da ata da última reunião. Após, debatemos sobre possíveis planos de ação pendentes, os quais não constavam, e demos procedimento à análise dos óbitos de agosto/2026.

No período analisado, foram registradas 124 saídas hospitalares, das quais 10 corresponderam a óbitos, representando uma taxa de mortalidade hospitalar de 8,06%. Durante a reunião, os dez casos foram avaliados individualmente, considerando-se as informações disponíveis nos registros

assistenciais e as respectivas causas de óbito. A análise evidenciou predomínio de condições clínicas graves e de elevada complexidade, destacando-se casos de choque séptico de diferentes focos, choque neurogênico, choque circulatório, insuficiência respiratória, acidose metabólica grave, insuficiência renal e processos infecciosos graves. Também foram observadas importantes condições associadas e doenças de base, incluindo Parkinson avançado, doença renal crônica em estágio avançado, DPOC, pneumonia grave e doença neoplásica.

A Comissão verificou que todos os pacientes analisados já deram entrada na instituição apresentando quadros clínicos graves, alguns associados a doenças crônicas avançadas, comprometimento de sistemas vitais e importante instabilidade clínica. Após discussão individual dos casos, as causas dos óbitos foram caracterizadas como irreversíveis, estando os desfechos fortemente relacionados à gravidade apresentada pelos pacientes desde a admissão e à evolução das respectivas condições clínicas. Destacou-se ainda a participação expressiva dos quadros sépticos e dos diferentes tipos de choque entre os casos avaliados, reforçando a necessidade de manutenção das estratégias institucionais voltadas ao reconhecimento precoce da deterioração clínica, identificação e manejo oportuno da sepse, prevenção e controle das infecções e acompanhamento dos pacientes de maior risco assistencial.

Após a análise, a Comissão concluiu que os óbitos ocorridos no mês devem ser interpretados considerando o perfil de elevada complexidade e gravidade dos pacientes atendidos, não sendo adequado avaliar o indicador de mortalidade de forma isolada, sem considerar as condições clínicas de entrada, comorbidades, doenças de base e possibilidade de reversibilidade dos quadros. Como encaminhamento, ficou estabelecida a continuidade da análise sistemática e individualizada dos óbitos, com acompanhamento mensal do indicador de mortalidade, identificação de possíveis oportunidades de melhoria e articulação com os setores assistenciais sempre que forem identificadas necessidades de adequação dos processos. Reforçou-se também a importância da qualidade dos registros em prontuário e da documentação adequada da condição clínica apresentada pelo paciente desde sua admissão até o desfecho.

Não havendo outros assuntos a serem tratados, o presidente Wilk Menezes deu a reunião por encerrada, sendo lavrada a presente ata que, após lida e aprovada, será assinada pelos membros presentes da Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ.

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO			
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 3 de 3	

Inseridos no sistema Interact: (X) Sim ( ) Não

NOVO PLANO DE AÇÃO PROPOSTO

PLANO DE AÇÃO PROPOSTO	RESPONSAVEL	ONDE	DATA INÍCIO	DATA FINAL
Mitigação de possíveis falhas em processos assistenciais	Lideranças e Assistencia	UI, UTI, PA.	Setembro/26	Setembro/26

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Wilke Souza Menezes	Clínico Geral/Presidente	Wilke Souza Menezes
Thiago José Diniz Gemaque	Supervisor NHE/Vice-presidente	Thiago
Iandra Joice Batista Pinheiro	Enfermeira Supervisora NQSP/Secretária	Iandra Joice Batista Pinheiro
Cláudio Victor Lima de Almeida	Diretor Técnico	
Anniele de Souza Gato Roman	Supervisora do Setor de Prontuários	Anniele de S. G. Roman.
Bruna Letícia de Sousa Costa	Farmacêutica	Bruna Letícia de Sousa Costa
Naomy Moura Barros Galvão da Silva	Responsável Técnica LABVIE	Em viagem.
Marcione Pinto de Almeida	Supervisora da Equipe de Psicologia	Marcione Pinto de Almeida
Késley Cristina Lima de Souza	Coordenadora UTI	Késley Cristina Lima de Souza
Ila Maira Silva Farias	Supervisora SND	Ila Maira Silva Farias
Dmyttri Kussov Lobato Azevedo	Coordenador SCIH	—

Comissão de Análise e Revisão de Prontuário – CARP

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 002	Página: 1 de 3

ATA – REUNIÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO E ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS				
Tema da reunião: Apresentação dos Resultados da Auditoria de Prontuários – Agosto de 2026	**DATA** 03/09/2026	**HORA INÍCIO:** 10:00 H	**HORA TÉRMINO:** 11:02 H	**DURAÇÃO TOTAL** 1 HORA E 2 MINUTOS

Tipo de Reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria (X) Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros

Comissão Obrigatória : (X) Sim ( ) Não Contrato: Nº 008/SESPA/2024 – Item 2.1.41. c) Comissão de Análise e Revisão de Prontuário

Nº Ata 08

Objetivo: Apresentar os resultados das auditorias de prontuários referentes ao mês de agosto de 2026, analisar as principais não conformidades identificadas, acompanhar o cumprimento dos planos de ação pactuados, definir novas estratégias para melhoria da qualidade dos registros assistenciais e apresentar e deliberar as solicitações de alterações no sistema Tasy

Local da Reunião: Auditório do HRMJ

Responsável da Reunião: Enf. Anniele Roman – Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP).

PAUTA

OBJETIVOS DA REUNIÃO

- Apresentar os resultados das auditorias;
- Identificar principais não conformidades;
- Planos de ação;
- Apresentar e deliberar as solicitações de alterações no sistema Tasy.

STATUS PLANOS DE AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDENCIAS)	
PLANOS DE AÇÕES	**STATUS DISCUTIDOS**
Implantar a Prescrição de Enfermagem no prontuário institucional	Em fase de implantação
Implantar a Ficha de Recuperação Pós-Anestésica (FRPA)	Elaboração concluída
Realizar treinamento sobre preenchimento correto dos prontuários	Realizado
Intensificar a auditoria concorrente dos prontuários	Em andamento

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 002	Página: 2 de 3

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

Aos três dias do mês de setembro de dois mil e vinte e seis, foi realizada a 6ª Reunião da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP) do Hospital Regional Menino Jesus – HRMJ, referente à análise dos resultados das auditorias dos prontuários de alta hospitalar do mês de agosto de 2026. Inicialmente, foram apresentados e discutidos os resultados das auditorias realizadas no período, sendo registradas 124 altas hospitalares, das quais 47 prontuários foram auditados, correspondendo a uma amostragem de 37,9%, mediante aplicação de checklist institucional. Foram analisados os principais resultados de conformidade e não conformidade, com destaque para as ocorrências relacionadas à Prescrição de Enfermagem, Ficha de Recuperação Pós-Anestésica, assinaturas e carimbos profissionais e AIH, sendo discutidas as respectivas medidas de acompanhamento e melhoria. Em relação à Prescrição de Enfermagem, foi informado que o documento se encontra em fase de implantação, permanecendo sob acompanhamento da Comissão, com orientação às equipes quanto ao seu preenchimento e monitoramento da adesão durante as auditorias. Quanto à Ficha de Recuperação Pós-Anestésica, que anteriormente se encontrava em fase de elaboração, o Diretor Técnico, Dr. Claudio, informou durante a reunião que o documento já está pronto, devendo seguir para as etapas necessárias à sua implantação e utilização no prontuário institucional. Na sequência, foram apresentadas à CARP as solicitações de alterações no sistema Tasy, para análise, discussão e deliberação da Comissão, conforme os formulários institucionais de Solicitação e Validação de Alterações no Tasy. Os solicitantes, Enfermeiro Dimitry, do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), e a Gerente Assistencial Nayana, apresentaram suas respectivas propostas, explicando e defendendo as solicitações perante os membros da Comissão, bem como esclarecendo seus objetivos, justificativas, impactos nos processos de trabalho, benefícios esperados e setores envolvidos. Entre as solicitações apresentadas pelo Enfermeiro Dimitry, destacou-se a criação de uma agenda para retorno ambulatorial de pacientes pós-cirúrgicos, associada à criação de uma aba no prontuário para registro da evolução do enfermeiro do SCIH, acompanhamento dos pacientes e consolidação do quantitativo de pacientes atendidos. A proposta tem como finalidade aprimorar o acompanhamento dos pacientes no período pós-operatório, ampliar a rastreabilidade das informações e possibilitar a identificação precoce de possíveis Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), envolvendo o Ambulatório, as recepções das unidades de internação e o SCIH. Também foram apresentadas solicitações relacionadas à criação de tela de alerta no Tasy para pacientes em precaução ou isolamento, com o objetivo de garantir que os profissionais tenham ciência do status de precaução do paciente antes de prossequir com o atendimento, contribuindo para a segurança dos profissionais, prevenção da disseminação de patógenos e melhoria da rastreabilidade das informações. Foi ainda apresentada proposta para criação de uma aba específica denominada "Bundle de Higienização das Mãos", destinada ao registro das auditorias relacionadas à higienização das mãos e à geração de informações para acompanhamento dos respectivos indicadores. Por sua vez, a Gerente Assistencial apresentou solicitação de alteração no sistema Tasy contemplando a migração das escalas assistenciais à evolução diária dos enfermeiros, bem como a criação de um alerta de previsão de alta hospitalar para as equipes de enfermagem. Durante a apresentação, a solicitante explicou e defendeu a proposta perante a Comissão, destacando que a alteração tem como finalidade proporcionar à equipe de enfermagem ciência antecipada da previsão de alta do paciente, possibilitando tempo hábil para a organização do processo de alta e para o preenchimento, conferência e providenciamento dos documentos e registros necessários antes da retirada do paciente do sistema Tasy. A proposta foi discutida pelos membros da CARP, considerando seus impactos no processo de trabalho, na organização dos registros assistenciais, na rastreabilidade e na segurança das informações. Após a apresentação, os esclarecimentos prestados pelos solicitantes e as devidas deliberações, a CARP aprovou as solicitações de alteração apresentadas, observando-se, entretanto, que a proposta referente à agenda de retorno ambulatorial dos pacientes pós-cirúrgicos deverá passar previamente por teste e validação, a fim de verificar seu funcionamento e adequação ao fluxo institucional antes da consolidação da mudança e disponibilização definitiva em ambiente de produção. A Comissão ressaltou também a necessidade de alinhamento e orientação dos setores envolvidos quanto às alterações aprovadas e aos respectivos fluxos de utilização. Por fim, foram reforçadas as ações de acompanhamento dos planos de melhoria definidos pela Comissão, incluindo a continuidade das auditorias diárias dos prontuários, o monitoramento da implantação da Prescrição de Enfermagem, o acompanhamento da implantação da Ficha de Recuperação Pós-Anestésica e o reforço junto às equipes quanto à correta identificação profissional nos registros assistenciais e à conferência das AIHs, visando à identificação e correção precoce das não conformidades e à melhoria contínua da qualidade dos registros e da segurança do paciente. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, sendo lavrada a presente ata para registro das discussões, deliberações e encaminhamentos realizados pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP.

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 002	Página: 3 de 3

Inseridos no sistema Interact: (x) Sim ( ) Não

NOVO PLANO DE AÇÃO PROPOSTO

PLANO DE AÇÃO PROPOSTO	RESPONSAVEL	ONDE	DATA INÍCIO	DATA FINAL
Acompanhar a implantação da Prescrição de Enfermagem, orientar as equipes quanto ao preenchimento adequado e monitorar a adesão nas auditorias.	CARP / Coordenação de Enfermagem	Setores assistenciais – HRMJ	03/09/2026	Contínuo
Acompanhar a elaboração e posterior implementação da Ficha de Recuperação Pós-Anestésica, visando padronizar o registro e garantir sua inclusão no prontuário.	CARP / Diretoria Técnica	Centro Cirúrgico – HRMJ	03/09/2026	Contínuo
Reforçar junto às equipes a obrigatoriedade da identificação profissional nos registros assistenciais, com assinatura e carimbo.	CARP / Coordenações dos setores	Setores assistenciais – HRMJ	03/09/2026	Contínuo
Intensificar a conferência da AIH desde a admissão e direcionar as inconsistências para regularização.	Auditoria de Prontuários / Faturamento	Admissão / setores assistenciais – HRMJ	03/09/2026	Contínuo
Manter o acompanhamento mensal das não conformidades, com devolutiva aos setores responsáveis e avaliação da efetividade das ações implementadas.	CARP / Auditoria de Prontuários	HRMJ	03/09/2026	Contínuo
Continuar com as auditorias diárias dos prontuários, visando identificar e corrigir precocemente as não conformidades.	Auditoria de Prontuários	Setores assistenciais – HRMJ	03/09/2026	Contínuo

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO			
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 3 de 3	

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES		
NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Leonardo B. de Lima	Coord. Administrativo	
Cassiane Tavares da Silva	Auxiliar Administrativo	Cassiane
Milena Almeida Farias	Enfermeira	Milena
Thaís Juliane da Silva	Coord. Farmácia	
Anniele de S. G. Ferreira	Enfermeira	
Luciana da Silva Gomes	Analista Estatística	
Marcus Lobo Ferreira	Supervisor de TI	
Karine Andrade do Santo	Enf. Sanitarista PA	
Kérlegy Cristina Ro. de Sousa	Coord. Assistencial	Kérlegy Roma
SÂMILY KARINE S. AMARAL	Coord. assist.	
DAMYTRA HUGO LOBATO AZEVEDO	ENF. SCIH	
MARCIONE PINTO DE MENEZES	Psicólogo	
DAYANA LOBATO AZEVEDO	Gerente Assistencial	
Sandra Maria Batista Pinheiro	Supervisora NQSP	
CLÁUDIO VICTOR L. DE ALMEIDA	DIRETOR TÉCNICO	

CIPA

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FO.HRMJ. NQSP.003	Versão:003	Página: 1 de 2

1. Identificação:

Tipo de reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria (X)Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros: Alinhamento Setorial

Objetivo: Planejamento das Ações da CIPA Agosto 2026

Local da Reunião: Auditório

Responsável pela reunião: Leonardo Barbosa de Lima

Data: 11/08/2026 Hora de início: 17:00 Duração total: 1h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1	Planejamento de Ações
2	Progamação de Visitas Preventivas nos Setores
3	Ações Conjunta com o SESMT

3. Assuntos discutidos/Decisões:

Aos 11 dias do mês de agosto de 2026, às 17:00 horas, nas dependências do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, reuniu-se a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA, para tratar do planejamento das ações preventivas e educativas a serem desenvolvidas no período subsequente. Inicialmente, foram discutidas as ações referentes à campanha Agosto Lilás, voltada à conscientização, prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher. Considerando a relevância da temática para o ambiente de trabalho e para a sociedade, ficou definida a realização de uma palestra educativa destinada aos colaboradores da unidade, mediante convite a profissional com experiência na área. Ficou estabelecido que seriam realizados os contatos necessários para verificar a disponibilidade da profissional convidada e, posteriormente, proceder à formalização do convite por meio de ofício institucional, conforme os trâmites aplicáveis. A CIPA ficará responsável pelo acompanhamento da articulação, definição da data e organização da atividade após a confirmação da participação.

Na sequência, foi discutida a continuidade das visitas da CIPA aos setores da unidade, com o objetivo de identificar situações que possam representar riscos à saúde e à segurança dos trabalhadores, verificar condições do ambiente laboral e reforçar junto às equipes as medidas de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Foi ressaltada a importância de direcionar atenção aos setores que desenvolvem atividades com exposição a riscos específicos, incluindo aqueles que realizam manuseio de produtos químicos, observando-se a disponibilidade e utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual – EPIs, as práticas seguras de manipulação, as condições do ambiente e o cumprimento das orientações institucionais de segurança.

Ficou definido que, sempre que necessário, as visitas poderão contar com o acompanhamento do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, possibilitando avaliação conjunta das situações identificadas, orientação aos colaboradores e definição de medidas preventivas e corretivas.

Também foi reforçada a necessidade de que as lideranças dos setores comuniquem à CIPA e ao SESMT situações de risco, intercorrências, acidentes ou relatos relacionados às condições de saúde e segurança no trabalho, permitindo o acompanhamento e a adoção tempestiva das providências cabíveis.

Como encaminhamentos, ficaram estabelecidos: articulação e formalização do convite para a palestra alusiva ao Agosto Lilás; organização da programação das visitas aos setores; realização de visitas em conjunto com o SESMT quando pertinente; e acompanhamento das situações identificadas, com registro das orientações e providências adotadas.

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FO.HRMJ. NQSP.003	Versão:003	Página: 2 de 2

4. Inseridos no Sistema Interact*: ( ) Sim ( )Não

5. Plano de Ação:

Item de Ação	Responsável	Prazo	Status (Concluído/Em andamento)

6. Participantes*: (Registrar nome completo e setor)

1. DYANA DE SOUZA PRINTES – SAST
2. GABRIELE PRINTES LOPES – NIR
3. DEBORAH PATERNOSTRO DE ARAUJO - DIRETÇÃO
4. POLIANNA CANTÉ SILVA - CONTRATOS E FACILITIES
5. JACIANE DA CRUZ VALÉRIO - DP/RH
6. JESSICA CUNHA DOS ANJOS - SND
7. MARCUS LOPES FERREIRA – TI
8. EMILY MAYANNE DA SILVA FARIAS - DEP
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.

*Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR - e registrar seu setor. Se maior que 17 participantes utilizar lista de presença e anexar.

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NSP

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 1 de 4

ATA – REUNIÃO COMISSÃO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Tema da reunião: Análise de Ações do Mês de Agosto/26 e Planejamento Setembro/26	DATA 02/09/2026	HORA INÍCIO: 16h	HORA TÉRMINO: 17:30h	DURAÇÃO TOTAL 01h30

Tipo de Reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria
(X) Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros

Comissão Obrigatória : (x) Sim ( ) Não Contrato : 008/SESPA/2024, subitem 2.1.41.1 alínea J

Nº Ata : 006/2026

Objetivo: Análise de Ações do Mês de Agosto/26 e Planejamento Setembro/26

Local da Reunião: Auditório HRMJ

Responsável da Reunião: Iandra Joice Batista Pinheiro

PAUTA

1. Auditorias Internas de Metas de Segurança Agosto/26
2. Treinamentos e Oficinas realizados em Agosto/26
3. Alinhamento DOGMAIS/ONA
4. Planejamento Setembro Laranja 2026
5. Oficinas e Treinamento para Setembro/26

STATUS PLANOS DE AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDENCIAS)

PLANOS DE AÇÕES	STATUS DISCUTIDOS

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

Aos dois dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às 14h, reuniu-se a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus – HRMJ, com a finalidade de discutir, alinhar e estabelecer os planos de ação prioritários para o mês de setembro de 2026, com foco no fortalecimento da segurança do paciente, na melhoria contínua dos processos assistenciais e institucionais e na preparação da instituição para o processo de Acreditação Hospitalar ONA Nível 1.

Inicialmente, foi definido que uma das prioridades do mês será o monitoramento da atuação dos auditores internos, com o objetivo de qualificar os profissionais envolvidos e promover a padronização da metodologia utilizada durante as auditorias internas. O acompanhamento contemplará a adequada identificação das conformidades e não conformidades, o registro das evidências encontradas, a elaboração dos respectivos planos de ação e o monitoramento das

medidas corretivas estabelecidas. A ação visa fortalecer o processo de auditoria interna como ferramenta de avaliação, prevenção de riscos e melhoria contínua.

Na sequência, foi discutida a implantação do novo checklist de auditorias internas das Metas de Segurança do Paciente, que será disponibilizado por meio de link direto na intranet do HRMJ. A nova ferramenta possibilitará o registro imediato das auditorias realizadas e a alimentação de um dashboard com gráficos e informações em tempo real, permitindo maior agilidade na análise dos resultados, identificação de oportunidades de melhoria e acompanhamento da adesão às práticas relacionadas às metas de segurança. A implantação deverá contribuir para a consolidação de um processo contínuo, sistemático e rastreável de monitoramento.

Como parte das ações alusivas ao *Dia Mundial da Segurança do Paciente*, ficou estabelecida a realização da SEMANA LARANJA HRMJ, no período de 14 a 18 de setembro de 2026, tendo como referência o tema selecionado pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS para a campanha. A programação incluirá Diálogos Diários de Segurança – DDS, abordando o tema da campanha; dinâmicas educativas relacionadas à segurança do paciente, com participação de colaboradores e acompanhantes; além da realização de oficina sobre Notificações, buscando ampliar o conhecimento dos profissionais acerca da importância da notificação de incidentes, eventos adversos e demais situações relacionadas à segurança assistencial.

Também foi deliberada a continuidade do acompanhamento dos Planos DOGMAIS, mediante reuniões presenciais com a equipe do NQSP e acompanhamento on-line com a gestora Luciane De Falchi. Durante os encontros serão revisadas as ações já executadas, identificadas as pendências existentes e estabelecidas as prioridades necessárias ao atendimento dos requisitos relacionados ao processo de Acreditação ONA Nível 1. Para cada ação deverão ser definidos responsáveis, prazos e respectivas evidências de execução, proporcionando maior controle, organização e rastreabilidade das atividades desenvolvidas. Ficou definido que o acompanhamento das ações deverá ocorrer de forma sistemática durante o mês, possibilitando a identificação precoce de atrasos, dificuldades e não conformidades, bem como a implementação das medidas necessárias para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Dessa forma, o planejamento da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente para setembro de 2026 permanece direcionado à consolidação dos processos de auditoria interna, ao fortalecimento das Metas de Segurança do Paciente, à promoção da cultura de segurança e à evolução dos Planos

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 3 de 4	

DOGMAIS, buscando reduzir não conformidades, aprimorar os processos internos e preparar a instituição de maneira estruturada para o alcance da Acreditação Hospitalar ONA Nível 1.

Nada mais havendo a tratar, Iandra Joice Batista Pinheiro, Presidente da Comissão de Segurança do Paciente, agradeceu a participação e as contribuições de todos os presentes, reforçando a importância do cumprimento dos encaminhamentos e das ações deliberadas durante a reunião para o fortalecimento dos processos institucionais e da qualidade assistencial. Fica registrada a previsão de realização da próxima reunião conforme cronograma anual da comissão para o dia 05/10/2026, sendo a presente ata encerrada e, após lida e aprovada, assinada pelos participantes presentes.

Inseridos no sistema Interact: (X) Sim ( ) Não

NOVO PLANO DE AÇÃO PROPOSTO

PLANO DE AÇÃO PROPOSTO	RESPONSAVEL	ONDE	DATA INÍCIO	DATA FINAL
Alinhamento de Auditorias Setembro/26	Iandra Pinheiro (NQSP)	Setores HRMJ	10/09/2026	25/09/2026
Realização da Semana Laranja	NQSP/NSP	Recepção do PA	14/09/2026	18/09/2026
Continuação do Acompanhamento e Alimentação dos planos DOGMAIS	NQSP/Setores HRMJ	Setores HRMJ	01/09/2026	30/09/2026
Oficina de Notificações	Iandra Pinheiro (NQSP)	Auditório HRMJ	24/09/2026	25/09/2026

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Iandra Joice Batista Pinheiro	Enfermeira Supervisora NQSP	Iandra Joice Batista Pinheiro
Louise Marie de Souza Monteiro	Enfermeira NEP	Louise Marie de Souza Monteiro
Moisés Fernandes dos Santos	Auxiliar Administrativo NQSP	Moisés Fernandes
Josef Katiuscya Braga dos Santos	Diretora Geral	
Karine Andrade dos Santos	Enfermeira Diarista do Pronto *Atendimento*	Karine Andrade dos Santos
Glenda Araújo Printes	Supervisora SND	
Antônio Douglas Leonardo Silva	Supervisor Administrativo SADT	
Nielson José dos Santos Silva	Auxiliar Administrativo Recepção	Nielson José dos Santos Silva
Álvaro Vinícius dos Santos Barros	Engenheiro Clínico ORBIS	Álvaro Vinícius dos S. Barros
Mayara Keilen Melo Alves	Assistente Facilities	Mayara Keilen Melo Alves
Ana Karina Rodrigues Coelho	Enfermeira do NIR	Ana Karina R. Coelho
Thamires Gemaque Diniz	Assistente Administrativo do Patrimônio	Thamires Gemaque Diniz
Suelen Vinente dos Santos	Auxiliar Administrativo LABVIE	Suelen Vinente dos Santos

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Comitê de Humanização Hospitalar – CHH

HRMJ	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FO.HRMJ. NQSP.004	Versão:002	Página: 1 de 4

1. Identificação: Reunião mensal Comissão de Humanização CHH - Agosto

Tipo de reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria (X)Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros:

Objetivo: realizar reunião mensal da comissão de Humanização referente ao mês de julho, planejamento das ações para agosto /2026, alinhamentos com os grupos de trabalho.

Local da Reunião: **Auditório do HRMJ**

Responsável pela reunião: **Jacimara da Cruz Valério**

Data: **07/08/2026** Hora de início: 14:00 Duração total: 1 H

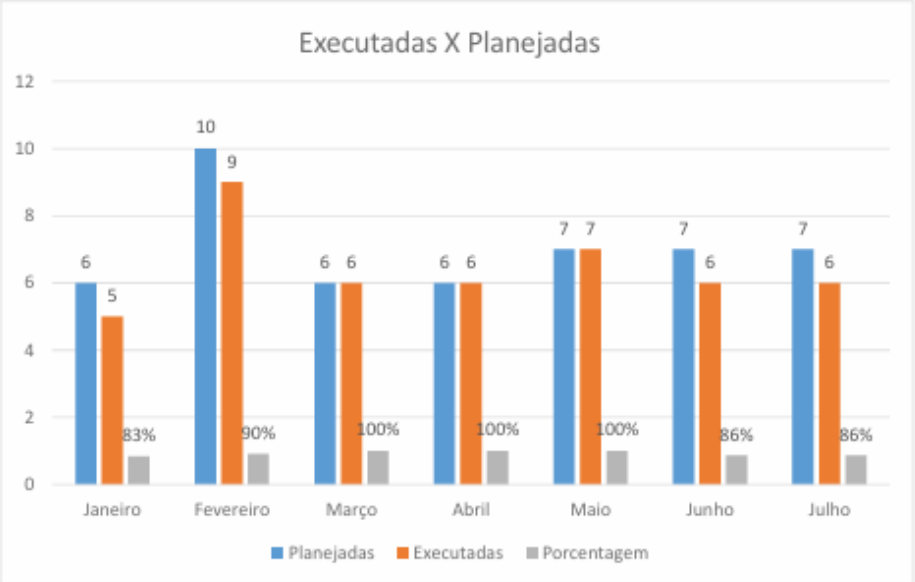
2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1.	Apresentação dos resultados das ações do mês de julho - indicador de desempenho / Impacto emocional
2.	Ações propostas para o mês de agosto/2026 - Divisão de grupos de trabalho

3. Assuntos discutidos/Decisões:

Conforme previsto no cronograma anual do CHH, a reunião foi reagendada em razão do período de elaboração e entrega dos relatórios, visando não impactar as demais demandas e atividades dos membros do Comitê. Dessa forma, a reunião foi realizada no dia 07/08/2026, às 14h00, com a presença dos membros constantes na lista de frequência anexada a este documento. Os assuntos pautados foram discutidos conforme descrito a seguir:

Apresentação dos resultados/ discussão das ações do mês de julho - indicador de desempenho:



Fonte: CHH,2026

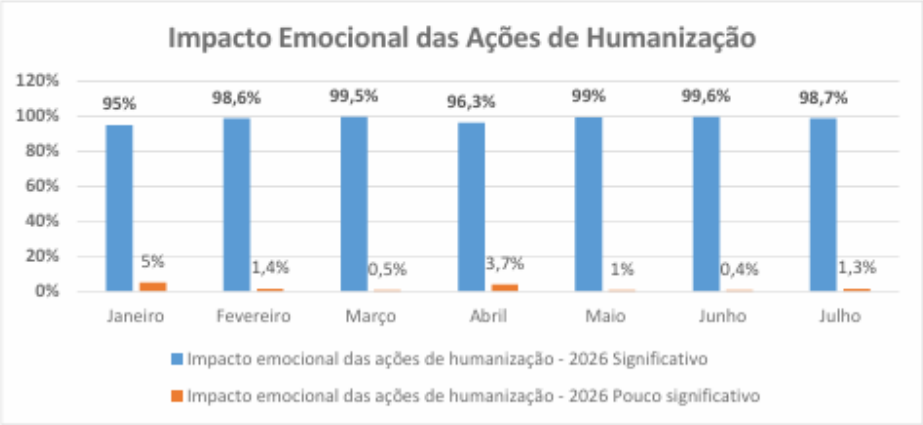
Foram planejadas 7 ações, das quais **6 foram executadas**, resultando em **86% de cumprimento do cronograma**. O resultado demonstra a manutenção de um bom nível de execução das ações previstas pelo CHH, embora uma das atividades planejadas não tenha sido realizada no período. Em comparação ao mês anterior, o percentual de cumprimento permaneceu em **86%**, indicando estabilidade na execução do planejamento mensal.

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- **Indicador de impacto emocional:**

A comissão deu continuidade ao cronograma rotineiro e atingiu um expressivo patamar de aceitação: 98,7% dos feedbacks registraram impacto positivo relevante. Tal desempenho evidencia o elevado engajamento dos profissionais junto às iniciativas aplicadas no ciclo.

Os resultados se apresentam no gráfico abaixo:



Fonte: CHH,2026

1. **Ações propostas para o mês de agosto** - Aberto espaço para sugestão de ações para o mês de agosto, na oportunidade, foram propostas as seguintes ações:

I. **Tarde Alegre Unidades de internação** – 28/08/2026 – Cuidado Humanizado
   - Grupo de trabalho: Sâmily – Coordenadora UI / Equipe multiprofissional, Deborah – Jurídico / Rayra – Enfermeira / Barbara – SAU

II. **Campanha agosto dourado** – 26/08/2026 – Palestra Sobre Amamentação – Conscientização e ao Incentivo ao Aleitamento Materno.
   - Grupo de Trabalho: CHH

III. **Tarde Alegre dos Pais** – 13/08/2026 – Especial Dia Dos Pais Cuidado humanizado
   - Grupo de trabalho: CHH

IV. **Culto Ecumênico** – 27/08/2026 - Cuidado humanizado:
   - Grupo de trabalho: Uéliton – Comunicação, Êmily – DEP, Késley – Coordenadora UTI.

V. **Grupo terapêutico** – 08/2026 - Cuidado humanizado – atenção ao usuário:
   - Grupo de trabalho: Kácia e Márcio – Psicologia, Serviço Social.

VI. **Aniversariantes do mês** – 31/08/2026 – Atenção ao colaborador:

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- Grupo de trabalho – Sharla - Coordenadora Assistencial, Dyana / Douglas – Digital Vida – Facilities / Cátia – Faturamento / Juciana - NIR

VII. Paciente Aniversariante – 08/2026 – Atenção ao Paciente

- Grupo de trabalho: Ila / Ingra – Nutrição, Serviço Social e Psicologia.

2. Propostas de Melhorias

- Implantação do Projeto Educação em Saúde (Previsão para Agosto): Aprovou-se a inclusão de palestras quinzenais (duas ao mês), cujas temáticas acompanharão as campanhas de conscientização de cada período. A definição e o convite aos palestrantes ficarão sob a responsabilidade de um integrante designado a cada edição.

3. Planejamento das Ações de agosto

- Alinhamento e Organização da Ação: Foram definidos os alinhamentos operacionais para a realização da Tarde Alegre dos Pais, iniciativa dedicada ao acolhimento e valorização de pacientes, acompanhantes e colaboradores. A programação contará com serviços de corte de cabelo, tarde de jogos recreativos (dominó, dama e baralho) e apresentação musical ao vivo. Para garantir a execução do evento, as responsabilidades foram distribuídas entre os membros do Comitê, conforme o detalhamento abaixo:
  - Criação e Design dos Convites: Sharla Nara
  - Coordenação da Tarde de Jogos: Equipe de Humanização
  - Serviços de Barbearia: Josafá Lima
  - Organização e Ambientação do Espaço: Karine, Rayra Maia, Késley Lima e Barbara Printes
  - Atração Musical: Marcos (Digital Vida)
- Divisão dos responsáveis para o convite aos palestrantes de cada mês.
  - **Agosto Dourado e Agosto Lilás:** Ila Maira e Leonardo Barbosa
  - **Setembro Amarelo / Setembro Vermelho:** Marcio e Rayra Maia
  - **Outubro Rosa:** Sâmily
  - **Novembro Azul:** Ila Maira / Márcio
  - **Dezembro:** Thiago Gemaque /Sthephany (Fisioterapeuta)

HRMJ	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FO.HRMJ. NQSP.004	Versão:002	Página: 4 de 4

4. Participantes*: (Registrar nome completo e setor)

HRMJ	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	LISTA DE FREQUÊNCIA ATÉ 30 PARTICIPANTES		
	Código: FO.HRMJ.NEP.017	Versão: 003	Página: 1 de 1

( ) Treinamento ( ) Palestra ( ) Oficina (X) Reunião ( ) Orientação ( ) Outros

Tema/Assunto: Reunião Mensal - CHH
Data: 07 DE 2026 Local: Auditório
Horário de início: 14h Horário de término: 15h Carga horária: 1 hora
Responsável: Jacimara Valério Formação: —
Instrutor/facilitador: —
Setores envolvidos: —

Nº	NOME COMPLETO (LETRA DE FORMA)	FUNÇÃO	SETOR	MATRÍCULA	ASSINATURA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Jacimara Valério
Responsável

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Comitê de Melhorias Contínuas – CMC

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 1 de 4

ATA – REUNIÃO ORDINARIA COMITÊ DE MELHORIA CONTINUA

Tema da reunião: Reunião Ordinária CMC	DATA	HORA INÍCIO:	HORA TÉRMINO:	DURAÇÃO TOTAL
	01/09/2026	10:00H	11:00H	01:00H

Tipo de Reunião: ( ) Planejamento ( ) Acompanhamento ( ) Análise Crítica ( ) Diretoria
(x) Comissão ( ) Plano de Ação ( ) Outros

Nº Ata 08

Objetivo: Validar os alinhamentos anteriores, monitorar o status das medidas de aprimoramento em execução e analisar as manifestações do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) referentes a agosto de 2026, com o propósito de direcionar ações corretivas e preventivas para a elevação contínua da qualidade assistencial e operacional do hospital.

Local da Reunião: Auditório do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ).

Responsável da Reunião: Antônio Douglas Leonardo Silva

PAUTA

1. Leitura da Ata Anterior;
2. Andamento das Ações Existentes;
3. Análise dos Registros de agosto de 2026.

STATUS PLANOS DE AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDENCIAS)

PLANOS DE AÇÕES	STATUS DISCUTIDOS
Revisar o fluxo de emissão de laudos, identificar inconsistências operacionais e acompanhar diariamente os exames pendentes até a sua conclusão	**Em andamento.** O fluxo encontra-se em revisão pelas áreas responsáveis, acompanhado do monitoramento da disponibilidade de enxoval e adoção de medidas para a otimização abastecimento.
Divulgar amplamente os canais do SAU e apresentar aos setores os resultados das manifestações e ações implementadas:	**Em andamento.** Definida a padronização das orientações prestadas aos usuários, visando fortalecer a comunicação e sanar dúvidas durante o atendimento.
Encaminhar a manifestação à empresa CSMED, por meio do setor de Contratos, solicitando a indicação de um representante para acompanhar as demandas do atendimento ambulatorial, avaliar o fluxo de chamada dos pacientes, implementar as adequações necessárias e apresentar plano de melhoria ao Comitê de Melhoria Contínua:	**Em andamento.** As lideranças foram orientadas a reforçar a padronização das informações repassadas aos usuários, promovendo maior uniformidade na comunicação intersetorial.
Diretoria Técnica e Diretoria Assistencial: revisar o fluxo de acompanhamento dos pacientes cirúrgicos do ambulatório de ortopedia, promovendo a implantação do prontuário físico ambulatorial como instrumento de continuidade assistencial,	**Em andamento.** Alinhamento inicial estabelecido entre as diretorias envolvidas para o mapeamento dos fluxos, a estruturação do modelo de prontuário e a

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Antonio Douglas Leonardo Silva
Serviço de Atendimento ao Usuário SAU
Supervisão SADT
Hospital Regional de Oriximiná

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Auxiliar Administrativo
DEPARTAMENTO PESSOAL

HRMJ HOSPITAL REGIONAL DE ORIXIMINÁ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO			
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 2 de 4	

rastreabilidade das informações clínicas e apoio à tomada de decisão médica, reduzindo retrabalhos, repetição de consultas e atrasos na definição da conduta cirúrgica:	definição do cronograma de implantação no ambulatório.

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

Aos 01 (um) dia do mês de setembro de 2026, às 10h00, no Auditório do Hospital Regional Menino Jesus (HRMJ), foi realizada a reunião ordinária do Comitê de Melhoria Contínua (CMC), sob a condução do Presidente do Comitê, Sr. Antônio Douglas Leonardo Silva, com a participação dos representantes dos setores designados.

Inicialmente, foi realizada a abertura da reunião e retomados os principais encaminhamentos definidos nas reuniões anteriores, com destaque para o acompanhamento das ações de melhoria contínua em desenvolvimento nos diferentes setores da instituição. Ressaltou-se a importância da atuação integrada entre as áreas, do acompanhamento sistemático das ações e da utilização das manifestações dos usuários como fonte de informação para o aprimoramento dos processos institucionais.

Na sequência, procedeu-se à leitura e aprovação da ata da reunião anterior, sem ressalvas pelos participantes. Posteriormente, foram apresentados os resultados do acompanhamento dos planos de ação pactuados anteriormente, sendo reforçada a necessidade de manutenção do monitoramento das ações relacionadas à comunicação com pacientes e acompanhantes, organização dos fluxos assistenciais, disponibilidade de enxoval, qualidade dos serviços de apoio, humanização do atendimento e acompanhamento das demandas identificadas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

Dando prosseguimento à pauta, o Comitê realizou a análise das manifestações registradas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) durante o mês de agosto de 2026. No período, foram registradas 31 manifestações, sendo 27 reclamações e 4 sugestões, demonstrando a utilização dos canais institucionais pelos pacientes e acompanhantes como importante mecanismo de participação e comunicação com a instituição.

Durante a análise das reclamações, observou-se maior frequência de manifestações relacionadas à alimentação, higiene e limpeza, rouparia/enxoval, atendimento médico e infraestrutura, além de registros relacionados ao atendimento de recepção, atraso na disponibilização de laudos, demora na administração de medicamentos, qualidade de materiais, processo cirúrgico, convivência e Serviço Social.

O Comitê destacou que a diversidade dos temas apresentados possibilita uma visão ampliada da experiência dos usuários, permitindo que diferentes áreas da instituição sejam envolvidas na identificação de oportunidades de melhoria. Também foi ressaltada a importância de considerar, além da frequência dos registros, o potencial impacto de cada manifestação sobre a qualidade, a segurança, a continuidade do cuidado e a experiência do paciente.

Entre as manifestações analisadas, foram identificadas situações que já receberam providências pelas áreas responsáveis. Destacaram-se ajustes relacionados à alimentação, reparo de infraestrutura, orientações às equipes, realização de treinamento, acompanhamento da disponibilidade de materiais, ações relacionadas ao enxoval e limpeza e acompanhamento de condutas assistenciais. O Comitê reforçou a necessidade de verificar a efetividade das medidas adotadas e registrar os resultados dos acompanhamentos.

Foi dada atenção especial às manifestações relacionadas à disponibilização de resultados de exames, considerando registros referentes a atrasos na liberação de laudos. O Comitê reforçou a importância do acompanhamento dos prazos de emissão e disponibilização dos resultados diagnósticos, bem como da conferência da identificação do paciente antes

Antonio Douglas Leonardo Silva
Supervisor SADT

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Setor de Atendimento ao Usuário-SAU
Hospital Regional de Oriximiná
Menino Jesus - HRMJ

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Sharla Nara Cardoso Neves
COREN-PA 184529-ENFª
GERENTE ASSISTENCIAL HRMJ

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Assistente Administrativo
DEPARTAMENTO PESSOAL

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Nayana Lobato Azevedo
COREN-PA 617506-ENF
GERENTE ASSISTENCIAL - HRMJ

da entrega ou impressão dos documentos, fortalecendo as práticas de segurança da informação e continuidade do cuidado.

Também foram discutidas as manifestações relacionadas à humanização e comunicação durante o atendimento médico e administrativo. Como oportunidade de melhoria, foi reforçada a importância da comunicação clara, identificação profissional, escuta qualificada, acolhimento e tratamento respeitoso aos pacientes e acompanhantes. Foram consideradas as ações educativas e de treinamento já realizadas ou encaminhadas, mantendo-se o acompanhamento das manifestações relacionadas ao tema.

Em relação às condições de alimentação, foram analisadas manifestações referentes principalmente à qualidade do café, preparo dos alimentos e percepção dos usuários quanto ao atendimento da equipe. O Comitê registrou que foram realizados ajustes relacionados à alimentação e reforçou a necessidade de monitoramento da aceitação dos usuários, de modo a avaliar a efetividade das medidas implementadas e prevenir a recorrência de manifestações.

Quanto às manifestações relacionadas à rouparia e enxoval, foram discutidas as demandas referentes à disponibilidade de toalhas, lençóis, batas e demais itens utilizados pelos pacientes. Foi reforçada a importância do acompanhamento dos estoques, reposição e fluxo de distribuição, considerando o impacto desses itens no conforto e na experiência dos pacientes e acompanhantes.

Também foram avaliadas manifestações referentes à higiene e limpeza, incluindo disponibilidade de materiais, limpeza de ambientes e organização das rotinas. O Comitê reconheceu a existência de cronogramas e ações já estabelecidas e reforçou a importância do acompanhamento da execução e da adequação das rotinas às necessidades dos usuários, especialmente nos períodos de maior utilização dos ambientes.

Na análise das 4 sugestões recebidas no mês, verificou-se distribuição entre as categorias Dimensionamento de Equipe, Infraestrutura, Enxoval/Rouparia e Higiene e Limpeza, com uma manifestação em cada categoria. O Comitê considerou as sugestões como contribuições relevantes dos usuários para identificação de necessidades e oportunidades de aperfeiçoamento dos serviços.

Entre as sugestões, foram discutidas a percepção dos usuários sobre a demanda assistencial e o dimensionamento das equipes, a ampliação de recursos e serviços de apoio diagnóstico, a melhoria da reposição de itens de enxoval e a qualidade dos materiais disponibilizados aos pacientes. As demandas foram avaliadas conforme a competência de cada área, sendo mantido o acompanhamento das possibilidades de melhoria e das providências cabíveis.

Ao longo das discussões, foi reforçado que as manifestações recebidas pelo SAU devem ser analisadas de forma individualizada, considerando frequência, causa, impacto e possibilidade de recorrência, e posteriormente encaminhadas às áreas competentes para tratamento e acompanhamento. O Comitê destacou que esse processo fortalece a escuta ativa dos usuários e possibilita transformar as manifestações em oportunidades concretas de melhoria.

Como encaminhamento, o Comitê deliberou pela continuidade do monitoramento das ações relacionadas à alimentação, rouparia/enxoval, higiene e limpeza, atendimento e humanização, infraestrutura e disponibilização de resultados diagnósticos, com atenção especial às manifestações que apresentem recorrência ou maior impacto sobre a experiência e a segurança do paciente.

De forma geral, a análise das manifestações de agosto demonstrou a participação ativa dos pacientes e acompanhantes nos canais institucionais de comunicação e possibilitou ao Comitê identificar diferentes oportunidades de aprimoramento. O CMC destacou que o tratamento sistemático dessas manifestações contribui para o fortalecimento da cultura institucional de qualidade, segurança, humanização, escuta do usuário e melhoria contínua.

Antonio Douglas Leandro Nascimento Silva
Supervisor SADT

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Serviço de Atendimento ao Usuário-SAU
Hospital Regional de Oriximiná
Menino Jesus - HRMJ

Jacimara Valério

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Sharla Nara Cardoso Neves
ENFª

INSTITUTO MAIS SAÚDE
Assistente Administrativo
DEPARTAMENTO PESSOAL

Jessica Cunha

INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

HRMJ MENINO JESUS	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO		
	Código: FO. HRMJ.NQSP.023	Versão: 001	Página: 4 de 4

Nada mais havendo a tratar, o Presidente agradeceu a participação e o comprometimento dos membros presentes, destacando que a atuação integrada do Comitê de Melhoria Contínua constitui importante ferramenta de governança institucional e contribui para o aprimoramento permanente dos processos e serviços prestados pelo Hospital Regional Menino Jesus.

A reunião foi encerrada às 11h00, sendo a presente ata lavrada e, após lida e aprovada, assinada pelos participantes

Inseridos no sistema Interact: ( ) Sim (x) Não

NOVO PLANO DE AÇÃO PROPOSTO

PLANO DE AÇÃO PROPOSTO	RESPONSAVEL	ONDE	DATA INÍCIO	DATA FINAL
Reavaliar o dimensionamento da recepção nos horários de maior demanda e reforçar treinamento em acolhimento, comunicação e atendimento humanizado.	Supervisão de Atendimento	Recepção Ambulatório	15/09/20266	30/09/2026
Realizar inspeção técnica dos banheiros, priorizando reparo dos chuveiros e demais pontos hidráulicos. Avaliar a capacidade instalada e necessidade de adequações	Supervisão Engenharia Hospitalar	Banheiros da UI, PA e UTI	15/09/20266	30/09/2026
Revisar e reforçar o checklist de limpeza, incluindo verificação de odor, reposição de insumos e frequência de higienização. Orientar a equipe quanto à execução das atividades no período noturno, priorizando redução de ruídos nas áreas de internação.	Supervisão de Facilites e Supervisão de Higiene e Limpeza.	Nas dependências do HRMJ.	15/09/20266	30/09/2026

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Antonio Douglas Leonardo Silva	Presidente	Antonio Douglas Leonardo Silva Supervisor SADT
Bárbara de Souza Printes	Vice-Presidente	Bárbara de Souza Printes
Jacimara da Cruz Valério	Secretária	Jacimara Valério
Sharla Nara Cardoso Neves	Membro efetivo	
Glenda Araújo Printes	Membro efetivo	Por: Jessica Cunha
Janaina Tavares de Oliveira Teixeira	Membro efetivo	
Emilza karolay Barbosa Bentes	Membro efetivo	INSTITUTO MAIS SAÚDE
Samily Karine Souza	Membro efetivo	
Késley Cristina Lima de Souza	Membro efetivo	
Gabriele Printes Lopes	Membro efetivo	
Poliana Cante Silva	Membro efetivo	
Marivaldo Printes Batista	Membro efetivo	
Antonia Geane Almeida Batista	Membro efetivo	**Ausente por motivo de força maior.**
Karine Andrade dos Santos	Convidada (Enfermeira Diarista)	
Nayana Lobato Azevedo	Convidada (Gerente Assistencial)	INSTITUTO MAIS SAÚDE Nayana Lobato Azevedo COREN - PA 417505 - ENF GERENTE ASSISTENCIAL - HRMJ