

Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes

Relatório de Gestão Assistencial de julho/2025

Contrato Nº 054/24

Ibatiba-ES

01 de agosto de 2025

Da: Gerência Administrativa e Assistencial

Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação

Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de julho/2025

A par de cumprimentá-los, o **INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como organização social sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 26.227.882/0006-20, com filial no endereço Rua Davi Gomes de Oliveira, nº 120, Novo Horizonte, Ibatiba – ES. CEP: 29.395-000, neste ato representado pelo Sr. **MICAEL THAUS DE ALMEIDA MACHADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº: 138.577.797-48, e portador do RG nº: 3084143 SSP/ES, Diretor Administrativo, em observância ao estabelecido no contrato supramencionado, submete à aprovação desta Comissão de Monitoramento e Avaliação, o Relatório Geral de Atividades de indicadores de qualidade referente ao mês de julho de 2025. Atendendo além do preceito contratual, a apresentação dos Relatórios de Atividades de indicadores de qualidade traduz a preocupação desta Organização de Serviço com a transparência das informações repassadas mensalmente em cumprimento dos dispositivos legais disposto no contrato de Gestão nº 054/2024.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 INDICADORES de acompanhamento e avaliação de qualidade.....	4
2. INDICADORES QUALITATIVOS.....	5
2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	5
2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA	6
2.3. REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	8
2.4. TAXA DE CESÁREA	9
2.5. ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	10
2.6. RESOLUÇÕES DAS RECLAMAÇÕES	13
2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	13
2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	14
3. ESTATISTICA GERAL DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	16
3.1. INDICADORES QUANTITATIVOS	16
4. RELATÓRIO DE DESISTÊNCIAS CIRÚRGICAS E AMBULATORIAIS	31
5. RELATÓRIO DE COMISSÕES.....	35
5.1 Comissão Segurança do Paciente.....	35
5.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	35
5.3 Comissão Prontuário	36
5.4 Comissão de Óbito	36
5.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado	37
5.6 Comissão Ética Médica.....	37
5.7 Comissão Ética de Enfermagem	38
6. RELATÓRIO DE MELHORIAS / acolhimento.....	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de julho de 2025, referente aos Indicadores Assistenciais de Qualidade do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes – Ibatiba-ES, de acordo com o Contrato de Gestão nº 054/2024.

- Do objetivo: análise anual dos Indicadores Assistenciais de Qualidade, conforme metas pactuadas no Contrato de Gestão;
- Da metodologia: realizar centralização de dados de acordo com as Cláusulas do Contrato de Gestão nº 054/2024;

1.1 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE.

Os indicadores estão vinculados à excelência do atendimento prestado aos pacientes do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes, e avaliam fatores ligados à eficácia da administração e ao rendimento da unidade.

O pagamento da parte variável relacionada a cada indicador será estabelecido conforme os critérios definidos nas seguintes tabelas: 1. Resultado Observado, 2. Tabela de Pontuação Global, 3. Tabela de Indicadores Qualitativos e 4. Taxa de cesárea;

Tabela 1 – Tabela de resultados observados.

Resultados observados	
Resultado observado	Pontos
Acima de 95%	10
Acima de 90% a 95%	9,5
Acima de 80% a 90%	9
Acima de 65% a 80%	8,5
De 50% a 65%	8
< 50%	0

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 2 - Tabela de pontuação global

Tabela de Pontuação Global		
Pontuação Global	Conceito	Valor a receber da variável
9 a 10 pontos	A – Muito bom	100%
7,1 a 8,9 pontos	B- Bom	80%
6,1 a 7,0 pontos	C- Regular	60%
5 a 6 pontos	D- Ruim	30%
< 5 pontos	E- Insuficiente	Zero

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 3 - Tabela de indicadores qualitativos.

Tabela de Indicadores Qualitativos	
Taxa de ocupação hospitalar	>55%
Média de permanência (em dias)	< 5
Taxa de mortalidade	< 5%
Taxa de cesárea	< 45%
Taxa de satisfação	>80%

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 4 - Taxa de cesárea.

Taxa de cesárea	
Taxa de cesárea	Resultado observado
46% a 50%	Resultado observado será 90%
51% a 60%	Resultado observado será 80%
61% a 70%	Resultado observado será 70%
71% a 80%	Resultado observado será 60%
81% a 90%	Resultado observado será 50%
91% a 100%	Resultado observado será 40%

Fonte: O autor, 2025.

2. INDICADORES QUALITATIVOS

2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

O indicador recomendado é que esta taxa seja igual ou maior que 55%. Logo, para cálculo deste indicador, deve ser efetuado regra de três, onde a taxa recomendada de 55% está para 100% do resultado observado, e a taxa efetiva do mês estará para X. Após o cálculo, chegar-se-á ao efetivo resultado observado (valor apurado de X).

Tabela 5 - Taxa de ocupação hospitalar.

Taxa de ocupação hospitalar	
Mês	Julho
Metas de pacientes internados	45
Meta de ocupação	>55%
Total de pacientes internados	55
Média atingida	122%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Representa o tempo médio em dias que o paciente permanece internado na instituição. Está relacionado as boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado a gestão eficiente do leito operacional.

Numerador: número de pacientes – dia – somatória de pacientes – dia no período de 01 (um) mês.

Denominador: número de saídas – somatório das altas, transferências externas e óbitos, no período de 01 (um) mês.

Tabela 6 - Média de permanência hospitalar.

Média de permanência hospitalar	
Mês	Julho
Meta de permanência (em dia)	< 5
Total de pacientes internados	55
Média em dias que os pacientes ficaram internados	2,05
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 7 - Pacientes internados no mês de julho.

Registro de pacientes internados no mês de julho					
Nº de paciente	Iniciais dos pacientes	Leito	Data da internação	Data da alta	Quantidade de dias internados
1	M. G. S. S	MAT	01/07/2025	03/07/2025	02
2	A. J. R	ENF – M	01/07/2025	04/07/2025	03
3	R. T. P	SEMI	03/07/2025	04/07/2025	01
4	Y. L. M. P	MAT	04/07/2025	06/07/2025	02
5	A. C. M	ENF – F	04/07/2025	06/07/2025	02
6	A. P. C	ENF – F	06/07/2025	08/07/2025	02
7	D. A. P	ENF – M	06/07/2025	07/07/2025	01
8	M. M. S	ENF – M	06/07/2025	08/07/2025	02
9	J. L. L	ENF – M	06/07/2025	08/07/2025	02
10	G. R. O	ENF – M	06/07/2025	07/07/2025	01
11	F. Q. P	MAT	08/07/2025	09/07/2025	01
12	E. M. F. K	ENF – F	08/07/2025	10/07/2025	02
13	M. J. O. S	ENF – F	08/07/2025	10/07/2025	02
14	J. A. F	ENF – F	08/07/2025	10/07/2025	02
15	M. C. D	PO – F	08/07/2025	10/07/2025	02
16	M. P. M. C	PO – F	08/07/2025	10/07/2025	02
17	M. A. S. R	PO – F	08/07/2025	10/07/2025	02

18	K. F. R	PPP	08/07/2025	10/07/2025	02
19	S. P. P	MAT	10/07/2025	11/07/2025	01
20	F. M. B	MAT	13/07/2025	15/07/2025	02
21	D. A. S	ENF – M	13/07/2025	15/07/2025	02
22	D. A. P	ENF – M	13/07/2025	15/07/2025	02
23	A. S. M. F	ENF – F	13/07/2025	15/07/2025	02
24	T. J. B. F	MAT	14/07/2025	15/07/2025	01
25	L. A	ENF – M	14/07/2025	17/07/2025	03
26	Y. A. A. D	PPP	15/07/2025	16/07/2025	01
27	RN DE T. J. B. F	MAT	15/07/2025	26/07/2025	11
28	N. C. S	ENF – F	15/07/2025	17/07/2025	02
29	K. B. C. F. V	ENF – F	15/07/2025	17/07/2025	02
30	R. M. S	ENF – F	16/07/2025	17/07/2025	01
31	S. D. C	ENF – F	16/07/2025	17/07/2025	01
32	B. G. S	ENF – F	16/07/2025	16/07/2025	01
33	J. V. C. M	PO – F	17/07/2025	18/07/2025	01
34	M. C. S. P	MAT	18/07/2025	19/07/2025	01
35	K. S. P	MAT	18/07/2025	21/07/2025	03
36	G. A. T	ENF – M	20/07/2025	23/07/2025	03
37	S. R. A. S	PPP	21/07/2025	22/07/2025	01
38	V. M. G	ENF – F	22/07/2025	29/07/2025	07
39	A. S. A. S	ENF – F	22/07/2025	24/07/2025	02
40	N. J. C. G	ENF – F	22/07/2025	24/07/2025	02
41	A. A. F	PO – F	22/07/2025	24/07/2025	02
42	E. J. V	PO – F	22/07/2025	24/07/2025	02
43	G. S. S	PO – F	22/07/2025	24/07/2025	02
44	M. S. S. A	PO – F	22/07/2025	24/07/2025	02
45	S. S. S	MAT	24/07/2025	25/07/2025	01
46	J. A. S	PPP	24/07/2025	26/07/2025	02
47	A. O. F	ENF – F	25/07/2025	26/07/2025	01
48	L. F. S. S	ENF – F	29/07/2025	31/07/2025	02
49	L. A. C	ENF – F	29/07/2025	31/07/2025	02
50	A. S. S	ENF – F	29/07/2025	31/07/2025	02
51	D. P. S	MAT	30/07/2025	01/07/2025	02
52	J. T. G	ENF – M	30/07/2025	01/08/2022	02
53	R. C. C	ENF – F	31/07/2025	01/08/2025	02
54	J. R. F	ENF – M	31/07/2025	-	-
55	E. F. S	ENF – M	31/07/2025	02/08/2025	02

Fonte: O autor 2025.

2.3. REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

A taxa de mortalidade é um índice demográfico obtido pela relação entre o número de mortos de uma população em um determinado espaço de tempo, normalmente anualmente. Frequentemente a taxa é representada como o número de óbitos por cada 1000 habitantes.

Método de cálculo: (nº de óbitos $\geq$ 24h de internação no período / nº de saídas hospitalares no período) x 100.

Numerador: número de óbitos decorridos pelo menos 24h da admissão do paciente em um mês;

Denominador: número de saída da instituição (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito), em um mês.

Tabela 8 - Taxa de mortalidade hospitalar.

Taxa de mortalidade hospitalar	
Mês	Julho
Nº de óbitos ocorridos $>24h$ da admissão do paciente	00
Nº de óbitos ocorridos $< 24h$ da admissão do paciente ou óbito domiciliar	00
Nº de saída	00
Taxa %	00
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 9 - Identificação de óbito.

Identificação de óbito		
Nº da DO	Data do óbito	Paciente
-	-	-

Fonte: O autor 2025. Nota: O percentual de mortalidade considera apenas os óbitos ocorridos superior a 24h conforme orientação da ANS/CQH.D.

2.4. TAXA DE CESÁREA

A taxa é apurada pela equipe assistencial demonstrando a quantidade de cesárea realizadas quando comparada com o número total de partos. Considerando que a meta é que a taxa de cesárea seja sempre igual ou menor que 45%, sempre que for atingida a meta, o resultado observado será de 100%. Já para os casos em que a meta não for atingida, o resultado observado será apurado conforme tabela em anexo IV:

Tabela 10 - Taxa de cesárea.

Taxa de cesárea	
Mês	Julho
Partos realizados no mês	16
Partos cesárea	07
Meta	< 45%
Taxa de cesárea	44%
Resultado observado	100%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: A cesariana é indicada quando o parto vaginal pode colocar em risco a saúde da mãe ou do bebê, entretanto, existe uma enorme frente que defende a autonomia da mulher em todos os momentos do parto. A Resolução CFM nº 2.144/2016 também garante o direito da gestante de optar por cesariana, desde que ela receba informações detalhadas sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. A decisão deve ser registrada em um termo de consentimento livre e esclarecido. No mesmo sentido, Lei Ordinária Nº 12194, de 30 de julho de 2024, dispõe sobre a autonomia e os direitos da gestante e da parturiente no período do parto até o período do puerpério, e dá outras providências no estado do Espírito Santo. Deste modo, apesar de todas as orientações dadas pelos profissionais envolvidos, em especial, os obstetras, muitas das gestantes optam pelo parto cesárea. Por fim, apesar de todos os esforços aplicados pelos profissionais da unidade, este indicador é grandemente afetado pelas legislações supramencionadas e outras.

2.5. ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário até o dia 20 do mês subsequente.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução da queixa o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A Política Nacional de Humanização, entre outras políticas do Sistema Único de Saúde tem exigido de nós gestores a adoção de modelos de gestão que ampliem a sua capacidade de atender, com eficácia e efetividade, as novas e crescentes demandas da sociedade. Simplificar a vida do cidadão e ampliar a capacidade de atendimento às demandas da sociedade em geral, com qualidade e eficácia.

Desta maneira, a organização dos Serviços do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes, em cumprimento ao contrato de gestão de 054/2024, realizou a implantação do Sistema de Pesquisa de Satisfação do usuário. Até o momento não foi recebido nenhuma reclamação formal, ou seja, descritas, todas as solicitações foram informais, diante destas atendidas e resolvidas.

O indicador recomendado é que esta taxa seja igual ou maior que 80%. Logo, para cálculo deste indicador, deve ser efetuado regra de três, onde a taxa recomendada de 80% está para 100% está para 100% do Resultado Observado, e a taxa efetiva do mês estará para X. Após o cálculo, chegar-se-á ao efetivo Resultado Observado (valor apurado de X).

Tabela 11 - Avaliação de satisfação.

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO						
	01 RUIM	02 REGULAR	03 MÉDIO	04 BOM	05 EXCELENTE	TAXA DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO			1		37	97
CONTROLADOR DE ACESSO				1	37	100
ENFERMAGEM				1	37	100
CLINICO GERAL				1	2	100
SERVIÇO SOCIAL				1	37	100
PEDIATRA					12	100
OBSTETRA					12	100
CIRURGIÃO GERAL				1	5	100
CIRURGIÃO VASCULAR					12	100
GINECOLOGISTA					6	100
ANESTESIA				2	26	100
ALIMENTAÇÃO			4	2	32	89
ESTRUTURA FÍSICA				4	34	100
HIGIENIZAÇÃO				3	34	100
Média de Resultado Observado			99%			

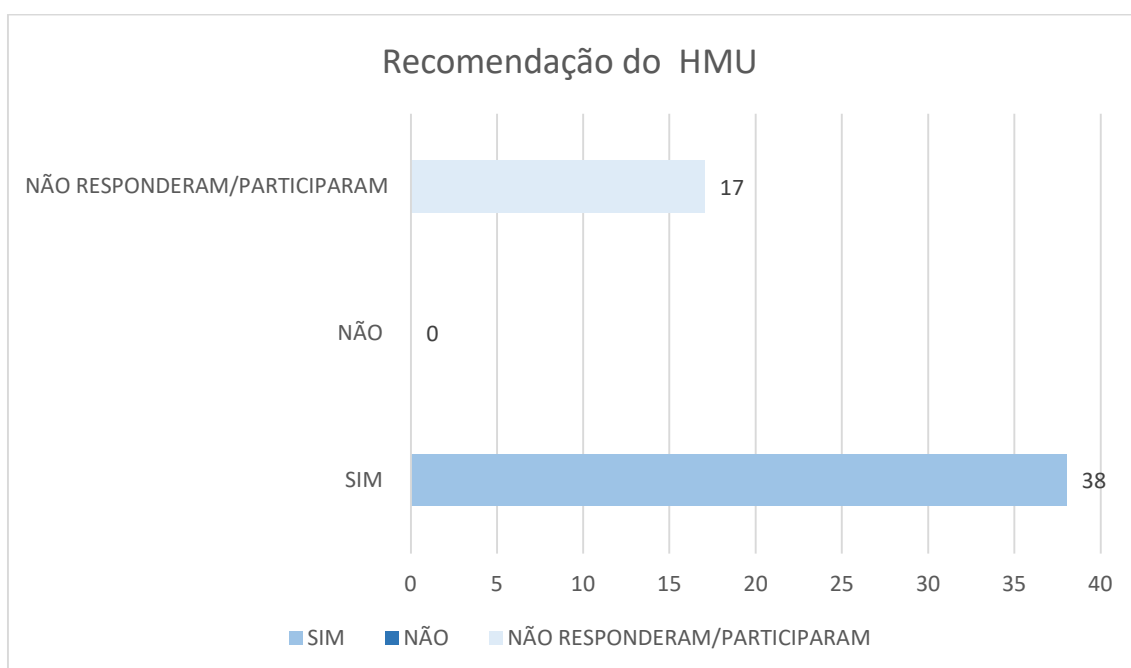
O relatório de satisfação é avaliado por pontuações de 01 – 05, sendo 01 (ruim); 02 (regular); 03 (médio); 04 (bom); 05 (excelente). A pesquisa foi realizada por 38 pacientes. A taxa de porcentagem tem por indicador os índices de bom e excelente. Fonte: O autor 2025.

Tabela 12 - Taxa de satisfação.

Taxa de satisfação	
Mês	Julho
Meta de satisfação	>80%
Resultado observado	99%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Com base nos dados recolhidos durante o mês de julho, observamos que 100% dos pacientes que participaram da pesquisa de satisfação, recomendariam o HMU para um familiar ou amigo. Este indicador demonstra a confiança depositada na instituição e no empenho da equipe em proporcionar um acolhimento humanizado e eficaz, promovendo bem-estar aos nossos clientes.



2.6. RESOLUÇÕES DAS RECLAMAÇÕES

Conforme alinhado com a gestão municipal, o Instituto Nacional de Gestão em Educação e Saúde – INGES, realizou a confecção de um e-mail (hmu.ouvidoria@inges.org.br), como ferramenta para realizar as críticas. Nesse sentido, no mês de fevereiro não houve reclamações formalizadas via e-mail, entretanto todas as queixas informais foram apuradas junto a Gestão Municipal.

2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A meta é a entrega de relatório de acolhimento e classificação de risco com a estratificação dos volumes por risco de atendimento.

Acolhimento: é o modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir o acesso à eficácia desses encaminhamentos. Deverá ser incluído no atendimento a política de humanização do SUS.

Classificação de risco: é a implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, tendo como objetivo a classificação dos pacientes que chegam ao serviço de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, da maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidas, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica.

Numerador: é o número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência do **HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES** com base no sistema, escalas ou protocolos estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco reconhecido, em um mês.

Denominador: é o número de pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, em um mês. Tempo de Espera na Urgência e Emergência Fonte: (ANS/CQH), o Tempo de Espera na Urgência e Emergência é o tempo decorrido entre a chegada do paciente no HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco. É um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência.

Observação: Conforme os indicadores classificação de risco, numerador e denominador, não são implementados no nosso hospital, todavia, o serviço não é abrangido pelo contrato de gestão 054/2024. À vista disso, solicito que desconsidere os devidos indicadores para análise.

2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do Hospital e Maternidade Municipal Drº Ubirajara Faria Lopes, por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos.

O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código IBGE, obrigatórios no Sistema Informações (SIH/SUS) e atendimento ambulatorial do paciente.

A meta é atingir 95% de CEP válido, onde corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico, e 95% de CEP compatíveis com o código IBGE.

Numerador: número de CEP válido;

Denominador: número total de CEP apresentado;

Resultado da divisão multiplicado por 100

CEP compatível: é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um

número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

Numerador: número de CEP compatíveis com código de IBGE;

Denominador: número total de CEP apresentado;

Resultado da divisão multiplicado por 100.

Tabela 13 - Atendimentos por bairro.

Número de atendimentos por bairro realizados no mês de julho		
Número	Bairro	Quantidade de atendimento
01	Bela Vista	05
02	Boa Esperança	33
03	Brasil Novo	63
04	Cambráia	02
05	Centro	53
06	Chácara Alvarino	03
07	Chácara Soniter	10
08	Floresta	95
09	Ipê	70
10	Lacerda	21
11	Novo Horizonte	109
12	Pro Morar 02	01
13	Rural	402
14	São José	37
15	São Sebastião	13
16	Toledo	09
17	Trocate	09
18	Vila nova	35
19	Municípios vizinhos	27
TOTAL		997

Fonte: O autor, 2025.

Justificativa 1: O número de consultas por bairro mencionado refere-se às consultas efetivamente realizadas. Considerando as discrepâncias da *tabela de PRODUÇÃO MENSAL*, em relação ao número de acolhimento especializado, onde o resultado é registrado por meio de agendamento de consultas.

3. ESTATÍSTICA GERAL DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

3.1. INDICADORES QUANTITATIVOS

Os processos de produção de registros e dados que irão se constituir na informação produzida no hospital, dizem respeito a todos aqueles que ali trabalham, fazendo parte de processos de trabalho técnicos e organizacionais.

Serão abordados nesse tópico somente dados relativos aos registros clínicos, as estatísticas hospitalares e os processos de informatização, face à sua importância para a produção de informações essenciais para o desenvolvimento de indicadores assistenciais.

Para cálculo dos indicadores quantitativos, deve ser efetuado regra de três para se determinar o Resultado Observado, seguindo os seguintes critérios: A meta pactuada está para 100%, e o indicador atingido está para X. Após o cálculo, chegar-se-á ao efetivo Resultado Observado (valor de X) do indicador para fins de pontuar de acordo com a Tabela de Referência de Pontos para Resultados Observados.

Tabela 15 - Produção mensal.

INDICADORES QUANTITATIVOS		
DESCRIÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
Atendimento Pediátrico	500	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.
Atendimento Obstétrico	-	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.
Atendimento clínico/ cirúrgico - Ginecológico	48	-
Atendimento clínico/ cirúrgico - Dermatológico	60	-
Atendimento clínico/ cirúrgico - Vascular	30	-

Atendimento clínico/ cirúrgico - Cirurgia Geral	30	-
Cirurgia vascular	16	-
Doppler vascular	28	-
Cirurgia geral	16	-
Partos	18	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.
Exames laboratoriais	1500	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 16 - Produção mensal.

PRODUÇÃO MENSAL	
Consultas (eletivas/ pediátricas/ obstétricas)	952
Doppler	48
Internações	55
Partos	16
Cirurgias (dermatológica/ ginecológica/ vascular/ geral)	52

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 17 - Atendimento pediátrico.

ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	
Mês	Julho
Meta	500
Atendimento realizado	671
Média	134%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratadas do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a

inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

Tabela 18 - Atendimento obstétrico.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO	
Mês	Julho
Meta	-
Atendimento realizado	138
Média	100%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 19 - Atendimento clínico e cirúrgico - ginecológico.

ATENDIMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO GINECOLÓGICO	
Mês	Julho
Meta	48
Atendimento realizado	54
Média	113%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 20 - Atendimento dermatológico.

ATENDIMENTO DERMATOLÓGICO	
Mês	Julho
Meta	60
Atendimento realizado	61
Média	102%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 21 - Atendimento clínico - vascular.

ATENDIMENTO CLÍNICO - VASCULAR	
Mês	Julho
Meta	30
Atendimento realizado	39
Média	130%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 22 - Atendimento cirúrgico - vascular.

ATENDIMENTO CIRÚRGICO – VASCULAR	
Mês	Julho
Meta	16
Cirurgias Realizadas	17
Média	106%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 23 - Doppler vascular.

DOPPLER VASCULAR	
Mês	Julho
Meta	28
Exame realizado	24/48
Média	143%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: Os agendamentos de doppler são por quantidade de pacientes, no entanto, esses exames são contabilizados pela unidade (1 paciente = 2 exames), essa discrepância ocorre porque o exame de doppler, são realizados de forma bilateral, conforme as necessidades clínicas.

Por tanto, as descrições citadas acima (exames realizados: 24/48), são referentes a quantidade de paciente e a quantidade de exame doppler realizados.

Tabela 24 - Atendimento clínico - Cirurgia Geral.

ATENDIMENTO CLÍNICO – CIRURGIA GERAL	
Mês	Julho
Meta	30
Atendimento Realizado	16
Média	53%
Pontuação	8

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 25 - Atendimento cirúrgico - cirurgia geral.

ATENDIMENTO CIRÚRGICO – CIRURGIA GERAL	
Mês	Julho
Meta	16
Cirurgia Realizada	08
Média	50%
Pontuação	8

Fonte: O autor, 2025.

Justificativa 2: As metas de procedimentos cirúrgicos não foram alcançadas devido a dificuldades no envio de documentações e exames, frequentemente decorrentes de atrasos nas unidades de PSF. Dentre os documentos pendentes, destacam-se o risco cirúrgico, exames laboratoriais e exames de imagem, cuja ausência inviabiliza o cumprimento do fluxo assistencial e afeta diretamente a efetivação das agendas cirúrgicas, com reflexos negativos nos indicadores operacionais da unidade.

Tabela 26 - Partos realiza

PARTOS REALIZADOS (VAGINAIS E CESÁREAS)	
Mês	Julho
Meta	18
Total de partos	16
Partos vaginais	09
Partos cesarianos	07
Média	89%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratadas do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

Tabela 27 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA VASCULAR			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	A. A. F	VARICECTOMIA	
2	G. S. S	VARICECTOMIA	
3	M. S. S. A	VARICECTOMIA	

4	E. J. V	VARICECTOMIA	
5	N. J. C. G	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
6	A. S. A. A	VARICECTOMIA	
7	E. M. F. K	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
8	M. C. D	VARICECTOMIA	
9	M. P. M. C	VARICECTOMIA	
10	M. A. S. R	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
11	J. A. F	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
12	M. J. O. S	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
TOTAL		12 PROCEDIMENTO	5 PROCEDIMENTOS
17 CIRURGIAS REALIZADAS			

Fonte: O autor, 2025.

JUSTIFICATIVA 3: A divergência observada entre os valores referentes às cirurgias agendadas e as cirurgias realizadas decorre da apuração com base nos procedimentos efetivamente executados em cada paciente. Conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o faturamento é realizado considerando apenas os procedimentos concluídos, independentemente da quantidade inicialmente agendada, uma vez que podem ocorrer variações conforme as necessidades clínicas identificadas no ato cirúrgico.

Tabela 28 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA GERAL			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	D. A. P	CISTO PILONIDAL	
2	D. A. S	HERNIOPLASTIA INGUINAL	
3	A. S. M	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	
4	D. A. P	LIPOMA	
5	M. M. S	CISTO PILONIDAL	
6	J. L. L	HERNIPLASTIA INCISIONAL	
7	G. R. O	BIOPSIA DE PELE	
8	A. P. C	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	
08 CIRURGIAS REALIZADAS			

Tabela 29 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	S. D. C	PERINEORRAFIA	
2	N. C. S	PERINEORRAFIA	
3	K. B. C. F	NINFOPLASTIA	
4	V. A. S	NINFOPLASTIA	
5	B. G. S	NINFOPLASTIA	
6	L. F. S	OOFORECTOMIA	
06 CIRURGIAS REALIZADAS			

Tabela 30 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA DERMATOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	E. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
2	R. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
3	E. M. C	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
4	S. P. S	BIÓPSIA	
5	A. R. C	CERATOSE ACTÍNICA	
6	G. D. C. R	BIÓPSIA	
7	M. A. M. A	BIÓPSIA	
8	M. P. R	EXERESE DE LESÃO	
9	E. J. P	BIÓPSIA	
10	W. G. S	CERATOSE ACTÍNICA	
11	V. S. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
12	L. G. O	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
13	F. M. G. V	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
14	J. S. S	CERATOSE ACTÍNICA	
15	N. C. B	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
16	N. F. A	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
17	J. L. M	BIÓPSIA	
18	S. H. P. C	LOBULOPLASTIA	
19	E. M. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
20	J. M. D	LIPOMA	
21	S. M. B. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
21 CIRURGIAS REALIZADAS			

Tabela 31 - Procedimentos avulsos.

PROCEDIMENTOS AVULSOS	
Procedimento	Quantidade
Coleta de material para exame laboratorial	737
Eletrocardiograma	05
Cardiotocografia	68
Glicemia capilar	328
Teste rápido para detecção de IST	16
Teste do coraçãozinho	15
Teste do olhinho	15
Consulta de profissionais na atenção especializada	952
Retirada de dispositivo intrauterino (DIU)	02
Inserção de dispositivo intrauterino (DIU)	00
Aferição de pressão arterial	996
Cateterismo vesical de alívio	04
Cateterismo vesical de demora	24
Sondagem gástrica	01
Inalação/nebulização	198
Administração de medicamentos por via endovenosa	1813
Administração de medicamentos por via intramuscular	72
Administração de medicamentos por via oral	432
Administração tópica de medicamentos	31
Administração de medicamentos subcutâneo	97
Radiografia de crânio	00
Radiografia de tórax	07
Radiografia abdominal	00
Curativo especial	17
Curativo simples	87
Ultrassonografia obstétrica	03
Ultrassonografia transvaginal	00
Ultrassonografia de vias urinárias	00
Ultrassonografia de mama	00
Tomografia de pélvica	00
Tomografia abdômen total	00
Total	5.920

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 32 - Teste do coraçãozinho.

TESTE DO CORAÇÃOZINHO						
DN	RN DE	Dados do recém-nascido				
		Peso (kg)	Apgar 5'	Spo2 % Mão D	Spo2 % Pé E	Resultado
01/07/2025	M. G. S. S	3,760	09	98%	97%	Normal
04/07/2025	Y. L. M. P	2,980	09	98%	97%	Normal
08/07/2025	F. Q. P	3,000	09	98%	97%	Normal
09/07/2025	K. F. R	3,570	09	97%	99%	Normal
10/07/2025	S. P. P	2,960	09	96%	97%	Normal
13/07/2025	F. M. B	2,530	09	97%	98%	Normal
14/07/2025	T. J. B. F	3,650	09	97%	98%	Normal
15/07/2025	Y. A. A. D	3,160	09	97%	97%	Normal
19/07/2025	K. S. P	3,620	10	99%	98%	Normal
22/07/2025	S. R. A. S	3,810	09	98%	97%	Normal
24/07/2025	S. S. S	3,480	09	97%	98%	Normal
25/07/2025	J. A. S	3,370	09	98%	98%	Normal
29/07/2025	L. A. C	2,660	09	97%	98%	Normal
30/07/2025	A. S. S	2,970	09	98%	97%	Normal
30/07/2025	D. P. S	1,850	08	97%	96%	Normal
Total			15			

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 33 – Teste do olhinho.

TESTE DO OLHINHO				
DN	RN DE	Dados do recém-nascido		
		TRV	UNILATERAL	BILATERAL
01/07/2025	M. G. S. S	Normal		X
04/07/2025	Y. L. M. P	Normal		X
08/07/2025	F. Q. P	Normal		X
09/07/2025	K. F. R	Normal		X
10/07/2025	S. P. P	Normal		X
13/07/2025	F. M. B	Normal		X
14/07/2025	T. J. B. F	Normal		X
15/07/2025	Y. A. A. D	Normal		X
19/07/2025	K. S. P	Normal		X
22/07/2025	S. R. A. S	Normal		X
24/07/2025	S. S. S	Normal		X
25/07/2025	J. A. S	Normal		X
29/07/2025	L. A. C	Normal		X
30/07/2025	A. S. S	Normal		X
30/07/2025	D. P. S	Normal		X
TOTAL		15		

Fonte: O autor 2025.

Tabela 34 - Nascidos vivos.

NASCIDOS VIVOS EM JULHO					
DNV	DN	Nome da mãe	Parto	Médico	CRM
30-95024294-4	01/07/2025	M. G. S. S	Cesárea	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024325-8	04/07/2025	Y. L. M. P	Cesárea	Drº Gustavo Abreu	94828 – MG
30-95024326-6	08/07/2025	F. Q. P	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024327-4	09/07/2025	K. F. R	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024328-2	10/07/2025	S. P. P	Vaginal	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024329-0	13/07/2025	F. M. B	Cesárea	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024330-4	14/07/2025	T. J. B. F	Vaginal	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024331-2	15/07/2025	Y. A. A. D	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024332-0	18/07/2025	M. C. S. P	Cesárea	Drª Acacia Maria	45668 – MG
30-95024320-7	19/07/2025	K. S. P	Cesárea	Drº Gustavo Abreu	94828 – MG
30-95024321-5	21/07/2025	S. R. A. S	Vaginal	Drº Gustavo Abreu	94828 – MG
30-95024322-3	24/07/2025	S. S. S	Vaginal	Drº Gustavo Abreu	94828 – MG
30-95024333-9	25/07/2025	J. A. S	Vaginal	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024323-1	29/07/2025	L. A. C	Cesárea	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024324-0	30/07/2025	A. S. S	Cesárea	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024334-7	30/07/2025	D. P. S	Vaginal	Drª Acacia Maria	45668 – MG
Total		16			

Fonte: O autor, 2025

Tabela 35 - Número de transferência.

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
Mês	Julho
Ambulância do município	04
Removida	02
SAMU	00
Total	06

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 36 - Exames laboratoriais.

EXAMES LABORATORIAIS	
Mês	Julho
Meta	1500
Exames realizados	737
Média	49%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratadas do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

Tabela 37 – Treinamento.

TREINAMENTO	
Mês	Julho
Enfermagem	10
Nutrição	00
Farmácia	00
Higienização	00
Recepção	00
Controlador de acesso	00
Total	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 38 - Indicadores quantitativos / qualitativos – Pontuação Global.

Acompanhamento de Indicadores de Metas - Pontuação Global			
JULHO			
	Meta estabelecida	Meta cumprida	Pontuação global
Média de permanência hospitalar	< 5%	2,05%	10 (A)
Taxa de ocupação hospitalar	>55%	122%	10 (A)
Taxa de mortalidade	< 5%	0%	10 (A)
Taxa de cesárea	< 45%	44%	10 (A)
Taxa de satisfação	>80%	99%	10 (A)
Atendimento pediátrico	500	671	10 (A)
Atendimento obstétrico	-	138	10 (A)
Atendimento clínico/ cirúrgico - ginecológico	48	54	10 (A)
Atendimento clínico/ cirúrgico - dermatológico	60	61	10 (A)

Atendimento clínico/ cirúrgico - vascular	30	39	10 (A)
Cirurgia vascular	16	17	10 (A)
Doppler vascular	28	48	10 (A)
Atendimento clínico/ cirúrgico - cirurgia geral	30	16	8 (B)
Cirurgia geral	16	08	8 (B)
Partos	18	16	10 (A)
Exames laboratoriais	1500	737	10 (A)
156/16 = 9,75			
MÉDIA DE PONTUAÇÃO GLOBAL		9,75 (A)	

Tabela 40 – Tabela de Pontuação Global.

Tabela de Pontuação Global		
Pontuação Global	Conceito	Valor a receber da variável
9 a 10 pontos	A – Muito bom	100%
7,1 a 8,9 pontos	B- Bom	80%
6,1 a 7,0 pontos	C- Regular	60%
5 a 6 pontos	D- Ruim	30%
< 5 pontos	E- Insuficiente	Zero

Tabela 41– Relatório consolidado.

RELATÓRIO CONSOLIDADO HMU / 2025	
JULHO	
Consultas	
Ginecologia	48
Cirurgia geral	16
Vascular	39
Dermatológico	40
Pediatria	671
Obstétrico	138
Total de Consultas	952
Cirurgias	
Ginecológica	6
Cirurgia geral	8
Dermatológica	21
Vascular	17
Parto vaginal/cesárea	16
Total de Cirurgias	68
Internação	
Feminino/ masculino	55
Total de Internações	55
Exames	
Doppler	48
Exames laboratoriais	737
Total de Exames	785
Procedimentos	
Procedimentos avulsos	5920
Teste do coraçãozinho	15
Total de Procedimentos	5935

Fonte: O autor, 2025.

4. RELATÓRIO DE DESISTÊNCIAS CIRÚRGICAS E AMBULATORIAIS

O Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes (HMU) dispõe de equipe técnica qualificada, estrutura operacional ativa e plena capacidade instalada para atendimento das demandas assistenciais previstas. Contudo, o cumprimento integral das metas estabelecidas tem sido comprometido por fatores externos à gestão dessa instituição.

Um dos principais fatores limitantes é o volume expressivo de demandas encaminhadas pela gestão municipal para instituições de referência estadual. A priorização de encaminhamentos externos, sem a devida centralização e aproveitamento da capacidade local do HMU, gera impactos nos indicadores da unidade. Essa dinâmica resulta em aumento das filas de espera, desgaste dos usuários que precisam se deslocar para outros municípios e maior custo operacional para o município, além de comprometer a produção assistencial do hospital e sua performance nos indicadores pactuados.

Adicionalmente, o acesso restrito ao Sistema RG Cidadão, dificulta o fluxo adequado de encaminhamentos ao HMU, impossibilitando o planejamento assertivo dos atendimentos.

Outro fator agravante refere-se ao elevado índice de ausências e desistências em consultas e procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais previamente agendados. Essa situação gera ociosidade na capacidade instalada e impede o aproveitamento pleno dos recursos públicos disponibilizados, além de reduzir a eficiência dos serviços e retardar o acesso da população aos cuidados de saúde.

Frente a esse cenário, o HMU tem adotado medidas contínuas para minimizar os prejuízos operacionais, destacando-se: **Contato telefônico ativo; Fluxo ágil de reagendamento e Monitoramento contínuo das faltas.**

Por fim, é importante reiterar que o HMU mantém sua estrutura, equipes e agendas assistenciais disponíveis para atendimento da população, sendo imprescindível o fortalecimento dos fluxos de regulação e o aproveitamento integral da capacidade instalada da unidade, de modo a assegurar o cumprimento das metas pactuadas, otimizar os recursos públicos e garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma eficiente e resolutiva.

Tabela 41 - Desistência ambulatorial - ginecologia.

DESISTÊNCIAS AMBULATORIAIS					
GINECOLOGIA					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	16/07/2025	08:30	E.R.O	ESTAVA PASSANDO MAL	REAGENDADO
2	16/07/2025	08:30	N.O.P.S	IMPREVISTO	REAGENDADO
3	16/07/2025	08:30	M.F.F	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
4	16/07/2025	08:30	M.G.S.M	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
5	16/07/2025	09:00	S.B.S	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
6	16/07/2025	09:00	C.O.S.M	IMPREVISTO	REAGENDADO
7	30/07/2025	09:00	R.G.M	PERDEU O HORÁRIO	REAGENDADO
8	30/07/2025	09:00	O.R.C	IMPREVISTO	REAGENDADO
9	30/07/2025	09:30	K.B.C.F.V	PERDEU O HORÁRIO	REAGENDADO
10	30/07/2025	09:30	B.G	IMPREVISTO	REAGENDADO
11	30/07/2025	09:30	C.P.M.S	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
12	30/07/2025	09:30	M.D.C.S	IMPREVISTO	REAGENDADO

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 43 - Desistência ambulatorial - vascular.

DESISTÊNCIAS AMBULATORIAIS					
VASCULAR					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	09/07/2025	09:00	E.D.A	IMPREVISTO	REAGENDADO
2	09/07/2025	09:00	M.P.V	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
3	23/07/2025	09:30	N.M.G	PERDEU O HORÁRIO	REAGENDADO
4	23/07/2025	09:30	C.S.O	IMPREVISTO	REAGENDADO
EXAME DOPPLER					
1	09/07/2025	09:00	E.F.C.S	COMPROMISSO INESPERADO	REAGENDADO
2	23/07/2025	09:30	R.C.M	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 44 - Desistência ambulatorial - cirurgia geral.

DESISTÊNCIAS AMBULATORIAIS					
CIRURGIA GERAL					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	07/07/2025	08:30	C.H.S	DESISTIU	REAGENDADO
2	14/07/2025	09:00	L.F.M	IMPREVISTO EM CASA	REAGENDADO

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 45 – Desistência ambulatorial - dermatologia

DESISTÊNCIAS AMBULATORIAIS					
DERMATOLOGIA					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	07/07/2025	08:30	M.X	NÃO CONSEGUIU TRANSPORTE	REAGENDADO
2	07/07/2025	08:30	A.C.S	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
3	07/07/2025	08:30	E.S.S.A	IMPREVISTO	REAGENDADO
4	07/07/2025	08:30	E.D.C	NÃO QUER CONSULTAR	REAGENDADO
5	07/07/2025	09:00	A.G.V.C	IMPREVISTO	REAGENDADO
6	07/07/2025	09:30	W.B.	IMPREVISTO	REAGENDADO
7	14/07/2025	08:30	T.F.R.G	PASSOU MAL	REAGENDADO
8	14/07/2025	08:30	C.P.M	IMPREVISTO	REAGENDADO
9	14/07/2025	08:30	G.S.S	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
10	14/07/2025	08:30	R.C.A	PERDEU O HORARIO	REAGENDADO
11	14/07/2025	09:00	A.J	ESTAVA PASSANDO MAL	REAGENDADO
12	21/07/2025	08:00	M.G.H	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
13	21/07/2025	08:00	L.F.M	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO
14	21/07/2025	08:30	R.S.N	PERDEU O HORARIO	REAGENDADO
15	28/07/2025	08:00	J.M.A	IMPREVISTO	REAGENDADO
16	28/07/2025	08:00	M.F.C.F	PASSOU MAL	REAGENDADO
17	28/07/2025	08:00	R.C.S	PERDEU O HORARIO	REAGENDADO
18	28/07/2025	08:30	T.A	HORÁRIO DE TRABALHO	REAGENDADO

Fonte: O autor, 2025.

DESISTÊNCIAS CIRÚRGICA

DERMATOLOGIA

ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	21/07/2025	09:00	E.F.O	EXERESE LESÃO	IMPREVISTO
2	21/07/2025	09:00	S.E.S.F	EXERESE LESÃO	IMPREVISTO
3	21/07/2025	09:30	H.A.S	EXERESE LESÃO	DESISTIU DE REALIZAR O PROCEDIMENTO
4	21/07/2025	09:30	E.F.O	EXERESE LESÃO	DESISTIU DE REALIZAR O PROCEDIMENTO
5	28/07/2025	08:00	R.B.S.S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	IMPREVISTO
6	28/07/2025	08:30	J.F.S	EXERESE DE LIMPOMA	IMPREVISTO
7	28/07/2025	08:30	C.A.C	BARTOINILE	IMPREVISTO

5. RELATÓRIO DE COMISSÕES

5.1 Comissão Segurança do Paciente



ATO Nº 05 DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No dia 15/07/2025, foi realizada uma reunião no Hospital e Maternidade Dr. Ubirajara Faria Lopes, com o objetivo de implementar melhorias e fortalecer as ações relacionadas à Segurança do Paciente.

Durante a reunião, foram discutidos os seguintes temas:

- Prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde;
- Protocolos para identificação e manejo de riscos;
- Intoxicações e interações medicamentosas;
- Práticas seguras para prevenção de eventos adversos.

Aproveitando a ocasião, foi formalizada a constituição da Comissão de Segurança do Paciente, responsável por promover práticas seguras, identificar riscos e propor medidas de prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde.

A comissão se compromete a realizar reuniões periódicas, desenvolver ações educativas e preventivas, além de monitorar continuamente a qualidade e segurança do atendimento prestado aos pacientes.

Ibatiba, 15 de julho de 2025.

Thaís Barbosa Ferreira
Enfermeira RT
Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes

5.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



ATO Nº 06 DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

No dia 21/07/2025, foi realizada uma reunião no Hospital e Maternidade Dr. Ubirajara Faria Lopes com o objetivo de implementar melhorias e fortalecer as ações relacionadas à prevenção e controle das infecções associadas à assistência à saúde.

Durante a reunião, foram discutidos os seguintes temas:

- Prevenção e controle de infecções hospitalares;
- Protocolos de higiene e assepsia;
- Monitoramento e vigilância epidemiológica;
- Ações educativas para profissionais de saúde.

Aproveitando a ocasião, foi formalizada a constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, responsável por planejar, executar e avaliar medidas que visem à redução da incidência de infecções no ambiente hospitalar, bem como garantir a segurança de pacientes, visitantes e profissionais.

A comissão se compromete a realizar reuniões periódicas, manter registros atualizados, promover treinamentos e propor medidas preventivas que contribuam para a melhoria contínua da qualidade e segurança na assistência prestada.

Ibatiba, 21 de julho de 2025.

Thaís Barbosa Ferreira
Enfermeira RT
Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes

5.3 Comissão Prontuário



5.4 Comissão de Óbito

ATA nº 14 ATA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Data da reunião: 28/07/2025

Inicialmente, estavam presente na reunião os seguintes membros da comissão:

- Karla Eliza da Costa (médico e diretora clínica)
- Ana Carolina Leonardo (faturista)
- Thais Barbosa (enfermeira RT)
- Mara Siqueira (nutricionista)
- Camila Celi de Lima (assistente social)
- Cintia Karla de Oliveira (farmacêutica RT)

Reunião com o objetivo de conferência do índice de óbitos referente ao mês de julho de 2025, durante o mês analisado, nosso hospital registrou zero óbito. Embora a ausência de óbitos seja um indicador positivo, continuaremos a monitorar e a avaliar constantemente nossos processos e a buscar melhorias contínuas para garantir a melhor qualidade de atendimento possível. Análise realizada pela Dra. Karla Eliza da Costa (médica e diretora clínica), CRM-MG nº 60976. Por fim, por não haver nada mais para se tratar, a senhora Ana Carolina Leonardo deu por encerrada esta reunião, registrada neste ato. Estavam presente na reunião os seguintes membros da comissão.

(médico e diretor clínico) _____
(faturista) _____
(nutricionista) _____
(enfermeira RT) _____
(assistente social) _____
(farmacêutica RT) _____

5.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado

ATA DA REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH

No dia 03 de julho de 2025, reuniram-se na sala, Micael Thaus de Almeida Machado, Camila Celli de Lima, Myllena Florindo Leocádio Amorim, Thais Barbosa Ferreira, Ana Carolina Leonardo Souza, Hérica Cristina dos Santos Silveira e Cintia Karla de Oliveira.

Pauta: Comemorações do mês de julho

Camila inicia a reunião comunicando que, no mês de julho, são celebradas diversas datas importantes:

- Julho amarelo: mês focado na prevenção e combate às hepatites virais;
- Julho verde: mês dedicado a conscientização sobre o câncer de cabeça e pescoço;
- 14 de julho: Dia do administrador hospitalar;
- 26 de julho: Dia do recepcionista;
- 27 de julho: Dia do pediatra;
- 30 de julho: Dia do cirurgião geral.

Após a apresentação das pautas, ficou decidido que:

- Para a comemoração do julho amarelo e julho verde, serão elaborados posts no Instagram institucional;
- Para o dia do administrador hospitalar, dia do recepcionista, dia do pediatra e dia do cirurgião geral, será entregue uma caixinha com chocolate de lembrancinha.

Todos concordaram com as propostas.

Sem mais diligências, termina-se a reunião.

Micael Thaus de Almeida Machado _____
 Camila Celli de Lima _____
 Myllena Florindo Leocádio Amorim _____
 Ana Carolina Leonardo Souza _____
 Thais Barbosa Ferreira _____
 Hérica Cristina Dos Santos Silveira _____
 Cintia Karla de Oliveira _____

5.6 Comissão Ética Médica

Conforme a Resolução CFM n.º 2.152/2016, publicada no Diário Oficial da União, pelo Conselho Federal de Medicina, onde estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. A resolução, que traz todo o regulamento das Comissões de Ética, revoga a n.º 1.657, que estava em vigência desde 2002.

A nova resolução estabelece como facultativa a formação de uma Comissão de Ética Médica em instituições com até 30 médicos. Nesses casos, cabe ao diretor clínico, encaminhar as questões éticas ao Conselho Regional de Medicina.

5.7 Comissão Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes (HMU) segue um conjunto de etapas essenciais para sua constituição. Essas etapas incluem a nomeação da comissão eleitoral, a convocação para a eleição da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), a realização da eleição e, por fim, a divulgação do resultado.

Informamos que os documentos referentes à constituição da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) foram devidamente encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo (Coren-ES) e, no momento, encontram-se em fase de análise. Paralelamente, está em andamento o processo de convocação para a eleição da referida comissão, conduzido em estrita observância aos trâmites e exigências estabelecidos pelas normativas vigentes. Reforçamos que todas as etapas estão sendo executadas com o compromisso de assegurar a transparência e a plena conformidade legal do processo.

O procedimento segue as diretrizes estabelecidas pela Resolução Cofen nº 593/2018, que regulamenta a criação e o funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem. Dessa forma, a realização do processo eleitoral deve ocorrer em conformidade com as orientações do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), assegurando a representatividade e a legitimidade dos membros eleitos.

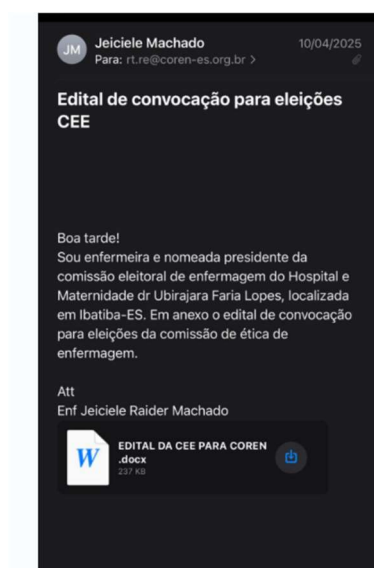
Cabe ressaltar que, conforme o artigo 4º da Resolução Cofen nº 593/2018, a criação e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem são exigidos para instituições que possuam, no mínimo, 50 profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores. **Para aquelas com um número inferior a esse quantitativo, a constituição da comissão torna-se opcional.**

Atualmente, o quadro de servidores da área de enfermagem do HMU conta com 20 profissionais, número inferior ao exigido para a necessidade da CEE. No entanto, a implementação da comissão está sendo conduzida de acordo com as orientações do Manual das Comissões de Ética de Enfermagem do Estado do Espírito Santo, dando sequência ao processo de seleção.

Adicionalmente, a Lei nº 5.905/1973, que regulamenta o funcionamento dos Conselhos de Enfermagem, reforça a relevância das comissões de ética na fiscalização e orientação do exercício profissional, bem como na garantia da conduta ética dos profissionais da área.

Ressaltamos que, até o presente momento, seguimos no aguardo do retorno do COREN-ES para darmos prosseguimento ao processo. Concluída a etapa de análise documental por parte do COREN-ES, daremos continuidade ao cronograma estabelecido, com o objetivo de efetivar a instalação da Comissão.

Dessa forma, a CEE estará apta a desempenhar seu papel essencial de orientação e fiscalização ética no HMU, contribuindo diretamente para o fortalecimento e a qualificação das práticas profissionais em nossa instituição.



6. RELATÓRIO DE MELHORIAS / ACOLHIMENTO

Durante o mês de julho, a unidade hospitalar realizou algumas melhorias estruturais e operacionais, mesmo diante de significativas limitações financeiras. Entre as ações executadas, destaca-se a instalação de ar-condicionado no setor da Central de Material e Esterilização (CME), em conformidade com as exigências da RDC nº 15/2012. Também foi realizada a substituição do bebedouro localizado no corredor principal e a aquisição de um novo bebedouro e um exaustor para a área da nutrição. Importa esclarecer que esses equipamentos foram realocados de outros setores, justamente para evitar novos investimentos, considerando a atual indisponibilidade de recursos.

Outras melhorias não puderam ser executadas em razão da inadimplência da contratante, decorrente da ausência de repasse dos valores referentes às prestações variáveis e as diversas glosas indevidas. O que tem causado grandes desafios para a gestão da unidade hospitalar. A análise e deliberação desses repasses são de competência exclusiva da Comissão de Monitoramento do Contrato da atual gestão, a qual, até o presente momento, tem se omitido quanto à sua responsabilidade legal e contratual.

É fundamental destacar que a situação de inadimplência enfrentada não resulta de falhas da unidade hospitalar, tampouco de descumprimento das obrigações previstas em contrato. Todos os documentos comprobatórios, relatórios e prestações de contas foram protocolados rigorosamente dentro dos prazos estabelecidos. No entanto, a recusa da Comissão em realizar a devida análise

técnica das prestações gerou um bloqueio administrativo, que vem inviabilizando o repasse dos recursos financeiros à unidade.

Apesar da gravidade da situação, nos meses anteriores, a equipe local conseguiu executar pequenas melhorias, exclusivamente por mobilização interna, utilizando a força de trabalho voluntária dos próprios colaboradores, sem qualquer aporte financeiro adicional. Tais ações, embora limitadas, demonstram o empenho da gestão e dos servidores em manter o ambiente de trabalho adequado e o atendimento à população com dignidade.

Todavia, a crescente inadimplência somada à ausência de posicionamento oficial da Comissão tornou insustentável a continuidade dessas iniciativas. Ressaltamos que, até o momento, não obtivemos qualquer resposta formal por parte da Gestão municipal quanto à regularização dessa pendência.

Mesmo diante dos desafios e das limitações de recursos, o compromisso e o empenho dos colaboradores tornaram possível a realização de um momento especial neste mês: os Aniversariantes do mês de Julho, uma ação simples, mas carregada de significado, reforça o propósito da equipe em construir um ambiente acolhedor, humano e de valorização mútua, fortalecendo os laços entre os colaboradores.

Diante do exposto, esta gestão formaliza, para fins de prestação de contas, a impossibilidade técnica e financeira de execução de melhorias estruturais, aquisição de insumos e ampliação das ações assistenciais no período mencionado, **reiterando a necessidade urgente de regularização do montante em aberto e a atuação imediata da Comissão de Monitoramento do Contrato, de modo a restaurar a funcionalidade contratual e permitir a retomada das ações assistenciais, em respeito aos princípios da continuidade, eficiência e qualidade dos serviços públicos de saúde.**

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações expostas, reafirmamos nosso compromisso sólido com a excelência na gestão hospitalar, conduzindo aprimoramentos estruturais e operacionais alinhados às demandas da população e às normativas vigentes. Nosso trabalho é pautado na transparência, na eficiência e na busca contínua pela qualificação dos serviços, assegurando um atendimento de qualidade e o fortalecimento da saúde pública.

Reiteramos nossos mais elevados votos de consideração e apreço, colocando-nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais, sempre com o propósito de fomentar uma gestão hospitalar cada vez mais eficiente, ética e humanizada.

Thaís Barbosa Ferreira
Responsável Técnica de Enfermagem
COREN-ES 666.216

Melhorias:

