

Relatório de Gestão Assistencial Fevereiro/2026
Contrato N° 054/24

04 de março de 2026

Da: Gerência Administrativa e Assistencial

Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação

Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de fevereiro/2026

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 Sra. **THAÍS BARBOSA FERREIRA**, brasileira, solteira, inscrito no CPF nº: 168.998.407-40, e portador do RG nº: 20.944.501 SSP/MG, Responsável Técnica de Enfermagem, 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 janeiro de 2026. 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	5
1.1 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE	5
2.INDICADORES QUALITATIVOS.....	5
2.1 ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	6
2.1.1 RESOLUÇÕES DAS RECLAMAÇÕES.....	8
2.2 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	8
2.2.1 – TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	9
2.3 – TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	10
2.4 – REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL.....	13
2.5 – MÉDIA DE PERMANENCIA HOSPITALAR	14
2.6 – PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	16
2.7 – PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS	17
2.8 – TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	18
2.9 – TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE SADT NO PRONTO SOCORRO... 19	
3 - INDICADORES QUANTITATIVOS	19
3.1 – PRONTO SOCORRO	19
3.1.1 – RESULTADO OBSERVADO – PRONTO SOCORRO.....	19
3.2 – HOSPITAL	20
3.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – INTERNAÇÃO	20
3.2.1.1 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CLINICA ADULTA	20
3.2.1.2 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – OBSTÉTRICO	21
3.2.1.3 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CIRURGICO	22
3.2.2 – MATERNIDADE – NÚMERO DE PARTOS	22
3.2.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – NÚMERO DE PARTOS	22
3.2.2.2 – TESTE DO CORAÇÃOZINHO	22
3.2.2.3 – TESTE DO OLHINHO	23
3.2.2.4 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS	23
3.2.3 – CENTRO CIRÚRGICO	24
3.2.3.1 – RESULTADO OBSERVADO – CENTRO CIRÚRGICO	24
3.2.3.2 – CIRURGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS.....	25
3.2.3.3 – INSERÇÃO DE DIU.....	25
3.2.3.4 – CIRURGIAS GERAL REALIZADAS	25
3.2.3.5 – CIRURGIAS VASCULARES REALIZADAS	25

3.2.3.6 – CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS	26
3.2.4 – ASSITÊNCIA AMBULATORIAL	26
3.2.4.1 – RESULTADO OBSERVADO – ASSITÊNCIA AMBULATORIAL.....	27
4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES	28
5 – NÚMERO DE TRASNFERÊNCIAS	28
6 - TREINAMENTOS.....	28
7 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS	29
7.1 – PONTUAÇÃO GLOBAL.....	29
8 - RELATÓRIO DE COMISSÕES	30
8.1 Comissão Segurança do Paciente.....	30
8.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	31
8.3 Comissão Prontuário	31
8.4 Comissão de Óbito	31
8.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado	32
8.6 Comissão Ética Médica	32
8.7 Comissão Ética de Enfermagem.....	32
9. RELATÓRIO DE MELHORIAS/ ACOLHIMENTO.....	34
10 – JUSTIFICATIVAS.....	36
11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	38

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de fevereiro de 2026, 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 na Tabela 1 – Pontuação global.

Tabela 1: Pontuação Global

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, 2026.

2. INDICADORES QUALITATIVOS

Tabela 2: indicadores Qualitativos (metas)

INDICADORES QUALITATIVOS	
ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	> 90%
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	> 90%
TEMPO DE ESPERA	Conforme Protocolo Manchester
TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	> 80%

REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	< 1%
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	< 5%
PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	< 2%
PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS	> 65%
TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	< 1%
NÚMERO DE ATENDIMENTO NO SADT:	
RAIO X	> 1000
LABORATORIAL	> 2000
ECG	> 120
TOTAL DE 95%	

Fonte: O autor, 2026.

indicadores Qualitativos (meta atingida)

INDICADORES QUALITATIVOS		
	Meta Atingida	Pontuação
ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	100%	10
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	93%	10
TEMPO DE ESPERA	1 min	10
TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	100%	10
REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	0%	10
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	3,81%	10
PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	0	10
PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS	60%	10
TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	0	10
NÚMERO DE ATENDIMENTO NO SADT:		
RAIO X	190	10
LABORATORIAL	3544	10
ECG	110	10

2.1 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.

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.

O método de cálculo para queixas recebidas e resolvidas é:

Nº DE QUEIXAS RESOLVIDAS/ Nº DE QUEIXAS RECEBIDAS X 100

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos na unidade, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consultas e outros.

A Política Nacional de Humanização, entre outras políticas do Sistema Único de Saúde tem exigido a adoção de modelos de gestão que ampliem a sua capacidade de atender, com eficácia e efetividade, as novas e crescentes demandas da sociedade.

Desta maneira, a organização dos Serviços do Hospital Maternidade e Pronto Socorro 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 para simplificar e ampliar a capacidade de atendimento às demandas da sociedade em geral, com qualidade e eficácia.

Tabela 3: Avaliação de Satisfação

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO						
	01 RUIM	02 REGULAR	03 MÉDIO	04 BOM	05 EXCELENTE	TAXA DE SATISFAÇÃO
Recepção			02		30	94
Controlador de Acesso			03		15	83
Serviço Social				01	31	100
Enfermagem				01	31	94
Clinico Geral			01		15	100
Pediatria				01	07	100
Obstetra					09	100
Cirurgião Geral					04	100
Cirurgião Vascular					06	100
Cirurgião Ginecológico					03	100
Anestesiista				01	16	100
Nutrição			01	07	24	97

Estrutura Física				03	29	100
Higienização				01	31	100
MÉDIA ATINGIDA						97%
PONTUAÇÃO						10

Fonte: O autor, 2026.

CÁLCULO DE SATISFAÇÃO:

$$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

2.1.1 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, além do contato com a ouvidoria municipal. Nesse sentido, no mês de fevereiro houveram 04 reclamações formalizadas via e-mail, entretanto todas as queixas foram apuradas e resolvidas.

2.2 – 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, horários, demonstrando as evasões e desistências.

A Classificação de Risco é a implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram o serviço 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 paciente com maior risco de morte ou evolução para serias complicações, que não podem esperar para serem atendidas, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidas pela equipe médica.

O método de cálculo é:

Nº DE PACIENTE CLASSIFICADO POR RISCO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA X 100

Onde:

Numerador: é o número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência, 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.

CÁLCULO DE CLASSIFICAÇÃO:

$$\frac{3223}{3447} \times 100 = 93\%$$

2.2.1 – TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O tempo de espera na urgência e emergência é o tempo decorrido entre a chegada do paciente no pronto atendimento e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco. É um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência.

O método de cálculo é:

TEMPO (MIN) DA CHEGADA À AVALIAÇÃO MÉDICA POR RISCO / Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA X 100

Numerador: é a somatória do tempo em minutos transcorridos entre a chegada de cada paciente a urgência e emergência até a avaliação médica inicial, incluindo o tempo despendido na recepção e triagem/acolhimento e classificação de risco, em um mês.

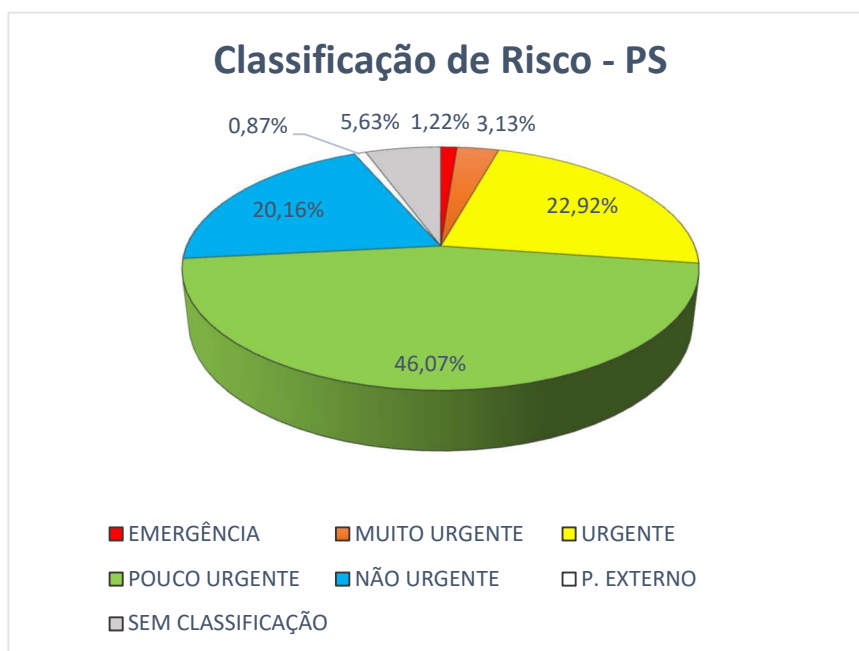
Denominador: é o número de pacientes admitido na urgência e emergência, em um mês.

Atendimento - Classificação de Risco



CÁLCULO DE TEMPO DE ESPERA:

$$\frac{42}{3447} \times 100 = 1 \text{ min}$$



2.3 – TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional da unidade, 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 e 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.

TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE			
MUNICÍPIO	BAIRRO	QUANTIDADE	CEP
BREJETUBA - ES	Bairro NOBRE	1	29630-000
	Bairro ZONA RURAL	2	
	Total do município:	3	
CONCEICAO DO CASTELO - ES	Bairro PEDRO RIGO	1	29370-000
Total do município:		1	
IBATIBA - ES	Bairro ALVARINO	48	29395-000
	Bairro BELA VISTA	30	
	Bairro BOA ESPERANÇA	155	
	Bairro BOA VISTA	5	
	Bairro BRASIL NOVO	243	
	Bairro CAMBRAIA	8	
	Bairro CENTRO	427	
	Bairro CHACARA	39	
	Bairro FLORESTA	350	
	Bairro IPE	255	
	Bairro LACERDA	75	
	Bairro NOVO HORIZONTE	478	
	Bairro PIMENTEL	1	
	Bairro PRO MORAR 1	39	
	Bairro PRO-MORAR 2	17	
	Bairro RURAL	92	
	Bairro SANTA CLARA	12	
	Bairro SAO JOSE	110	
	Bairro SAO SEBASTIAO	39	
	Bairro TOLEDO	12	
Bairro TROCATE	48		
Bairro VILA NOVA	183		
Bairro ZONA RURAL	1606		
Total do município:		4272	
ICONHA - ES	Bairro CENTRO	1	29280-000
Total do município:		1	
IRUPI - ES	Bairro SAO JOSE DO IRUPI	2	29398-000
	Bairro ZONA RURAL	2	
Total do município:		4	

IUNA - ES	Bairro PITO	1	29390-000
	Bairro ZONA RURAL	2	
Total do município:		3	
JAGUARE - ES	Bairro IRMÃ TEREZA	1	29950-000
Total do município:		1	
LAJINHA - MG	Bairro CENTRO	1	36980-000
	Bairro RURAL	13	
Total do município:		14	
MUNIZ FREIRE - ES	Bairro ZONA RURAL	12	29380-000
Total do município:		12	
MUTUM - MG	Bairro IMBIRUÇU	12	36955-000
	Bairro MUTUM	1	
	Bairro ZONA RURAL	37	
Total do município:		50	
VITORIA - ES	Bairro CUATUPAN	1	29000-000
Total do município:		1	

CÁLCULO DE CEP:

$$\frac{11}{11} \times 100 = 100\%$$

2.4 – 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 ≥ 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.

TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	
FEVEREIRO	
Nº de óbitos > 24h da admissão do paciente	0
Nº de óbitos < 24h da admissão do paciente	1
Nº de óbitos em cuidados paliativos	0
Nº de saída	0
Taxa de mortalidade	< 1%
Taxa atingida %	0%
PONTUAÇÃO	10

2.5 – MÉDIA DE PERMANENCIA HOSPITALAR

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.

MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR			
Nome do Paciente	Internação	Saída	Dias Permanência
A. M. B	04/02/2026	14/02/2026	11
A. N. B	13/02/2026	16/02/2026	4
A. C. L. F	09/02/2026	11/02/2026	3

A. C. F. S	26/02/2026	28/02/2026	3
A. L. M	03/02/2026	07/02/2026	5
A. L. M	14/02/2026	18/02/2026	5
A. M. S	15/02/2026	17/02/2026	3
A. C. M	27/02/2026		5
A. C. S	09/02/2026	12/02/2026	4
A. V. D	05/02/2026	08/02/2026	4
A. A. O. F	27/02/2026	02/03/2026	4
B. M. V. F	24/02/2026	26/02/2026	3
B. T. S	05/02/2026	07/02/2026	3
C. V. F	13/02/2026	15/02/2026	3
C. B. R	26/02/2026	01/03/2026	4
D. H. S	16/02/2026	17/02/2026	2
D. C. S	05/02/2026	07/02/2026	3
G. R. M	25/02/2026	02/03/2026	6
G. C. T	20/02/2026	25/02/2026	6
G. S. F	24/02/2026	25/02/2026	2
H. L. S	06/02/2026	07/02/2026	2
I. R. V. N	17/02/2026	19/02/2026	3
I. H. P. L	17/02/2026	19/02/2026	3
I. A. N	06/02/2026	06/02/2026	1
J. E. N	08/02/2026	10/02/2026	3
J. E. S	16/02/2026	20/02/2026	5
J. L. S	08/02/2026	12/02/2026	5
J. M. S. C	08/02/2026	13/02/2026	6
L. C. S	11/02/2026	14/02/2026	4
L. S. P. S	05/02/2026	09/02/2026	5
L. F. V	17/02/2026	19/02/2026	3
M. A. M. S	17/02/2026	19/02/2026	3
M. C. A. C	23/02/2026	26/02/2026	4
M. E. P. V	16/02/2026	19/02/2026	4
M. L. S	02/02/2026	08/02/2026	7
M. L. F. A	26/02/2026		6
M. M. J	20/02/2026	21/02/2026	2
M. R. S	17/02/2026	19/02/2026	3

M. S. A. C	17/02/2026	19/02/2026	3
M. B. O	25/02/2026	28/02/2026	4
N. P. F	11/02/2026	12/02/2026	2
O. L. B. B	06/02/2026	08/02/2026	3
O. R	11/02/2026	12/02/2026	2
P. S. C	26/02/2026	27/02/2026	2
P. A. C. T	12/02/2026	13/02/2026	2
P. F. O	11/02/2026	12/02/2026	2
R. K. Z	25/02/2026	26/02/2026	2
R. P. L	16/02/2026	17/02/2026	2
R. O. S	16/02/2026	03/03/2026	16
R. S. D	21/02/2026	26/02/2026	6
R. R. A. O	14/02/2026	16/02/2026	3
S. E. O. S	24/02/2026	25/02/2026	2
T. A. S	09/02/2026	10/02/2026	2
W. P. F	24/02/2026	25/02/2026	2
Y. J. V	11/02/2026	13/02/2026	3
MÉDIA DE PERMANÊNCIA			3,81%

2.6 – PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR

Mensuração da proporção de reinternação de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período.

Método de cálculo:

TOTAL DE INTERNAÇÕES QUE OCORRERAM EM ATÉ 30 DIAS A PARTIR DAS SAÍDAS QUE CONSTAM NO DENOMINADOR / TOTAL DE SAÍDA NO MÊS ANTERIOR AO MÊS DE COMPETENCIA X 100

Numerador: total de internações que ocorreram em até 30 dias (≤ 30 dias) de pacientes que tiveram saídas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência).

Critérios de inclusão:

- Pacientes que tiveram uma saída (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram dentro do período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias).

Critérios de exclusão:

- Pacientes oncológicos;
- Obstétricos;
- Pediátricos.

Denominador: total de saída de internação no mês anterior ao mês de competência.

Critérios de inclusão:

- Todas as saídas da instituição.

Critérios de exclusão:

- Óbito;
- Pacientes oncológicos;
- Obstétricos;
- Psiquiátricos.

2.7 – PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS

Avaliação da proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados.

Numerador: total de partos vaginais realizados na instituição em um determinado período de tempo.

Critério de inclusão:

- Nascidos vivos de parto vaginal;

Critério de exclusão:

- Nascimento que ocorrem fora do hospital;
- Abortos.

Denominador:

Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados na instituição em um determinado período de tempo.

Critério de inclusão:

- Todos nascidos vivos na instituição (independente da via de parto).

Critério de exclusão:

- Nascimentos que ocorreram fora do hospital;
- Abortos.

2.8 – TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentam infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionado ao procedimento dentro do período de 30 dias.

Numerador: total de casos de infecção de sítio cirúrgico que ocorrem em até 30 dias (≤ 30 dias) em pacientes submetidos a cirurgias limpas que constam no denominador (cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência).

Critérios de inclusão:

- Pacientes que apresentam infecção de sítio cirúrgico superficial ou profundo associado a cirurgia limpa dentro de um período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias).

Critério de exclusão:

- Pacientes sem indícios clínicos de infecção de sítio cirúrgico e com cultura positiva quando material for coletado através de SWAB (haste flexível com ponta de algodão).

Denominador:

Total de cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência.

Critérios de inclusão:

- Pacientes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico limpo.

2.9 – TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE SADT NO PRONTO SOCORRO

Mede o tempo médio de espera dos pacientes desde o registro do pedido do exame até o início da sua realização. O indicador deve apresentar o tempo total e, separadamente, os tempos de espera e de processo, permitindo análise detalhada do fluxo.

- Tempo de espera para SADT (principal indicador);
- Tempo médio de espera (min) = (hora do início do exame – hora do pedido).

3. INDICADORES QUANTITATIVOS

Serão abordados dados relativos aos registros clínicos, ambulatorial, atendimento de urgência e emergência, 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).

3.1 – PRONTO SOCORRO

O Pronto Socorro do Hospital e Maternidade Municipal Dr^o Ubirajara Faria Lopes, tem por objetivo realizar um número de atendimento de Urgência e Emergência conforme a tabela abaixo:

PRONTO SOCORRO	
ATENDIMENTOS	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS
CLÍNICO E OBSTÉTRICO	2500 A 3500
PEDIÁTRICO	500
ORTOPÉDICO	LIVRE DEMANDA

3.1.1 – RESULTADO OBSERVADO – PRONTO SOCORRO

PRONTO SOCORRO		
ATENDIMENTOS	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	PONTOS
CLÍNICO E OBSTÉTRICO	3020	10
PEDIÁTRICO	427	10
ORTOPÉDICO	07	10

3.2 – HOSPITAL

A assistência hospitalar no Hospital e Maternidade Municipal Dr^o Ubirajara Faria Lopes tem por objetivo realizar um número de internações clínica adulto e pediátrico conforme a tabela abaixo:

HOSPITAL	
INTERNAÇÃO	NÚMERO DE PACIENTES INTERNADOS
CLÍNICA E PEDIÁTRICO	35 A 55

3.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – INTERNAÇÃO

HOSPITAL		
INTERNAÇÃO	NÚMERO DE PACIENTES INTERNADOS	PONTOS
CLÍNICA E PEDIÁTRICO	25	0

3.2.1.1 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CLINICA ADULTA

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
CLÍNICA ADULTO			
01	A. M. B	04/02/2026	
02	A. N. B	13/02/2026	
03	A. L. M	03/02/2026	
04	A. L. M	14/02/2026	
05	A. C. M	27/02/2026	
06	A. C. S	09/02/2026	
07	A. V. D	05/02/2026	
08	A. A. O. F	27/02/2026	

09	C. B. R	26/02/2026	
10	G. R. M	25/02/2026	
11	G. C. T	20/02/2026	
12	H. L. S	06/02/2026	
13	J. E. S	16/02/2026	
14	J. L. S	08/02/2026	
15	J. M. S. C	08/02/2026	
16	L. S. P. S	05/02/2026	
17	M. E. P. V	16/02/2026	
18	M. L. S	02/02/2026	
19	M. L. F. A	26/02/2026	
20	M. M. J	20/02/2026	
21	O. L. B. B	06/02/2026	
22	R. O. S	16/02/2026	
23	R. S. D	21/02/2026	
24	M. C. A. C	23/02/2026	
25	N. P. F	11/02/2026	

3.2.1.2 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – OBSTÉTRICO

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
OBSTÉTRICO			
01	A. C. L. F	09/02/2026	
02	A. C. F. S	26/02/2026	
03	A. M. S	15/02/2026	
04	B. M. V. F	24/02/2026	
05	B. T. S	05/02/2026	
06	C. V. F	13/02/2026	
07	D. H. S	16/02/2026	
08	D. C. S	05/02/2026	
09	I. A. N	06/02/2026	
10	J. E. N	08/02/2026	
11	L. C. S	11/02/2026	
12	M. B. O	25/02/2026	
13	P. S. C	26/02/2026	
14	R. K. Z	25/02/2026	
15	R. P. L	16/02/2026	
16	R. R. A. O	14/02/2026	
17	T. A. S	09/02/2026	
18	Y. J. V	11/02/2026	

3.2.1.3 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CIRURGICO

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
CIRURGICO			
01	G. S. F	24/02/2026	
02	I. R. V. N	17/02/2026	
03	I. H. P. L	17/02/2026	
04	L. F. V	17/02/2026	
05	M. A. M. S	17/02/2026	
06	M. R. S	17/02/2026	
07	M. S. A. C	17/02/2026	
08	O. R	11/02/2026	
09	P. A. C. T	12/02/2026	
10	P. F. O	11/02/2026	
11	S. E. O. S	24/02/2026	
12	W P. F	24/02/2026	

3.2.2 – MATERNIDADE – NÚMERO DE PARTOS

MATERNIDADE – NÚMERO DE PARTOS	
INTERNAÇÃO	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS
NÚMERO DE PARTOS	18

3.2.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – NÚMERO DE PARTOS

MATERNIDADE – NÚMERO DE PARTOS	
INTERNAÇÃO	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS
NÚMERO DE PARTOS	15
RESULTADO OBSERVADO	10

3.2.2.2 – TESTE DO CORAÇÃOZINHO

TESTE DO CORAÇÃOZINHO						
DN	RN DE	DADOS DO RECÉM-NASCIDO				RESULTADO
		Peso (kg)	APGAR	SpO2 Mão D	SpO2 Pé E	
05/02/2026	D. C. S	3560	10	98%	99%	Normal
06/02/2026	I. A. N	2480	09	97%	96%	Normal
08/02/2026	J. E. N	3650	09	98%	98%	Normal
09/02/2026	T. A. S	2970	09	96%	96%	Normal

09/02/2026	A. C. L. F	3070	10	96%	97%	Normal
13/02/2026	C. V. F	2420	09	97%	96%	Normal
14/02/2026	R. R. A. O	4210	08	95%	95%	Normal
15/02/2026	A. M. S	3410	10	98%	99%	Normal
16/02/2026	R. P. L	3020	09	97%	96%	Normal
16/02/2026	D. H. S	3550	09	98%	97%	Normal
24/02/2026	B. M. V. F	3230	07	95%	97%	Normal
25/02/2026	R. K. Z	2990				
26/02/2026	P. S. C	2920	10	97%	98%	Normal
26/02/2026	M. B. O	3050	09	98%	99%	Normal
26/02/2026	A. C. F. S	3480	09	97%	96%	Normal
Total			14			

3.2.2.3 – TESTE DO OLHINHO

TESTE DO OLHINHO				
DN	RN DE	TRV	UNILATERAL	BILATERAL
05/02/2026	D. C. S	Normal		X
06/02/2026	I. A. N	Normal		X
08/02/2026	J. E. N	Normal		X
09/02/2026	T. A. S	Normal		X
09/02/2026	A. C. L. F	Normal		X
13/02/2026	C. V. F	Normal		X
14/02/2026	R. R. A. O	Normal		X
15/02/2026	A. M. S	Normal		X
16/02/2026	R. P. L	Normal		X
16/02/2026	D. H. S	Normal		X
24/02/2026	B. M. V. F	Normal		X
25/02/2026	R. K. Z			
26/02/2026	P. S. C	Normal		X
26/02/2026	M. B. O	Normal		X
26/02/2026	A. C. F. S	Normal		X
Total				14

3.2.2.4 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO				
QUANT.	NOME DA MÃE	DNV	VIA DE PARTO	OBSTETRA
01	D. C. S	3095024426-2	Vaginal	Acácia Maria – 45668/MG
02	I. A. N	3095024425-4	Vaginal	Djair Maziole - 3655/ES
03	J. E. N	3095024427-0	Cesário	Shamara Wayne – 21317/ES
04	T. A. S	3095024428-9	Vaginal	Shamara Wayne –

				21317/ES
05	A. C. L. F	3095024429-7	Cesário	Djair Maziole - 3655/ES
06	C. V. F	3095024430-0	Cesário	Djair Maziole - 3655/ES
07	R. R. A. O	3095024432-7	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
08	A. M. S	3095024431-9	Cesário	Shamara Wayne – 21317/ES
09	R. P. L	3095024433-5	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
10	D. H. S	3095024434-3	Vaginal	Djair Maziole - 3655/ES
11	B. M. V. F	3095024435-1	Vaginal	Djair Maziole - 3655/ES
12	R. K. Z	3095024437-8	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
13	P. S. C	3095024436-0	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
14	M. B. O	3095024439-4	Cesário	Shamara Wayne – 21317/ES
15	A. C. F. S	3095024438-6	Cesário	Shamara Wayne – 21317/ES
Total				15

3.2.3 – CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRÚRGICO	
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS
GINECOLÓGICA	12
INSERÇÃO DE DIU	06
CIRURGA GERAL	10
VASCULAR	10
ORTOPÉDICA SEM OPME	> 16

3.2.3.1 – RESULTADO OBSERVADO – CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRÚRGICO		
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS	PONTUAÇÃO
GINECOLÓGICA	04	0

INSERÇÃO DE DIU	01	0
CIRURGA GERAL	04	0
VASCULAR	06	7
ORTOPÉDICA SEM OPME	01	0

3.2.3.2 – CIRURGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	P. F. O	LAQUEADURA TUBÁRIA	
02	O. R	PERINEORRAFIA	

3.2.3.3 – INSERÇÃO DE DIU

INSERÇÃO DE DIU			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	V. A. M	INSERÇÃO DE DIU	

3.2.3.4 – CIRURGIAS GERAL REALIZADAS

CIRURGIA GERAL			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	P. A. C	COLECISTECTOMIA	
02	S. E. O	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	
03	W. P. F	CISTO SACRO-COCCIGEO	
04	G. S. F	HERNIOPLASTIA INGUINAL	

3.2.3.5 – CIRURGIAS VASCULARES REALIZADAS

CIRURGIA VASCULAR			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	I. R. V. N	VARICECTOMIA	

02	M. S. A. C	VARICECTOMIA	
03	M. A. M	VARICECTOMIA	
04	I. H. P. L	VARICECTOMIA	
05	M. R. S	VARICECTOMIA	
06	L. F. V	VARICECTOMIA	

3.2.3.6 – CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS

CIRURGIA ORTOPÉDICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	A. M. C	DRENAGEM DE ABSCESSO	

3.2.4 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

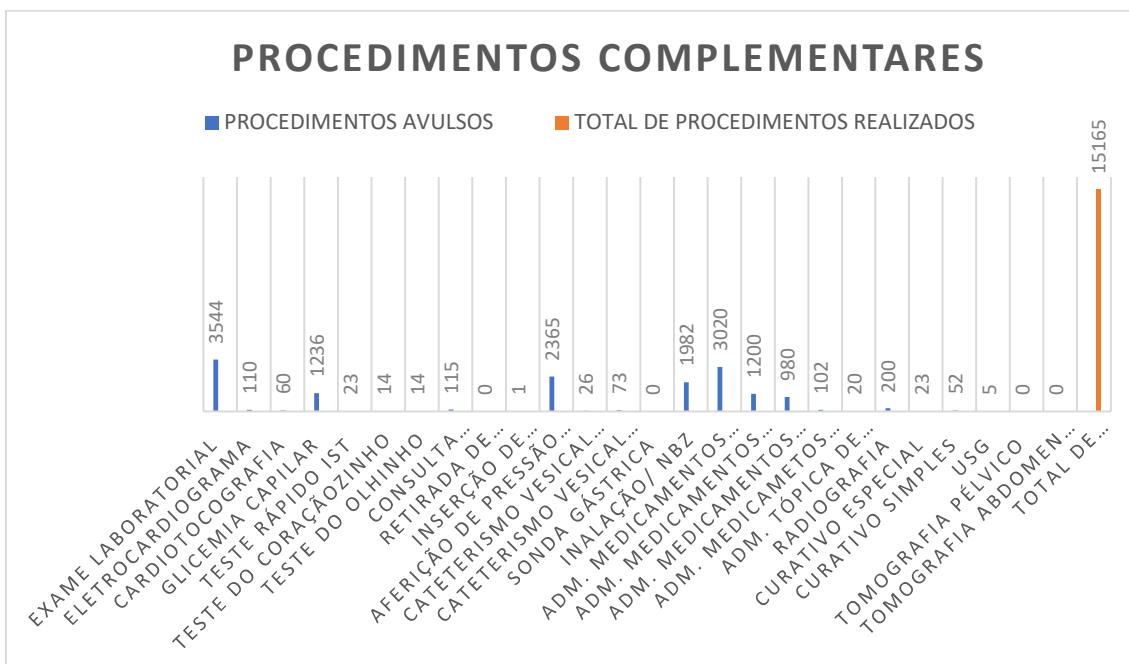
A assistência ambulatorial tem por objetivo realizar um número de procedimentos eletivos mensal conforme a tabela abaixo:

AMBULATORIAL	
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS
CONSULTA OBSTÉTRICA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)	LIVRE DEMANDA
PEQUENA CIRURGIA/ CONSULTA	60
CONSULTA EM ORTOPEDIA	120
MEDICAÇÃO EXTERNA (INJETÁVEL) EXCETO MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO E/OU MEDICAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	LIVRE DEMANDA
CONSULTA GINECOLÓGICA	36
CONSULTA GERAL	30
CONSULTA VASCULAR	30
EXAME DOPPLER	25

3.2.4.1 – RESULTADO OBSERVADO – ASSITÊNCIA AMBULATORIAL

AMBULATORIAL		
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS	PONTUAÇÃO
CONSULTA OBSTÉTRICA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)	-	-
PEQUENA CIRURGIA/CONSULTA	58	10
CONSULTA EM ORTOPEDIA	92	9
MEDICAÇÃO EXTERNA (INJETÁVEL) EXCETO MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO E/OU MEDICAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	459	10
CONSULTA GINECOLÓGICA	13	0
CONSULTA GERAL	24	9
CONSULTA VASCULAR	52	10
EXAME DOPPLER	58	10

4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES



5 – NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO	23
REMOVIDAS	07
SAMU	13
TOTAL	43

6 - TREINAMENTOS

TREINAMENTO	
ENFERMAGEM	-
NUTRIÇÃO	-
FARMÁCIA	-
HIGIENIZAÇÃO	-
RECEPÇÃO	-
CONTROLADOR DE ACESSO	-
TI	60
TOTAL	60

7 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS
7.1 – PONTUAÇÃO GLOBAL

ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS – PONTUAÇÃO GLOBAL				
ITEM	INDICADORES	META ESTABELECIDADA	META CUMPRIDA	PONTUAÇÃO GLOBAL
QUALITATIVOS				
01	Atenção ao usuário de pesquisa de satisfação	> 90%	100%	10
02	Acolhimento e classificação de risco	> 90%	93%	10
03	Tempo de espera na urgência	Conforme protocolo Manchester	1 min	10
04	Taxa de identificação da origem do paciente	> 80%	100%	10
05	Redução da taxa de mortalidade	< 1%	0%	10
06	Média de permanência	< 5%	3,81%	10
07	Proporção de reinternação em até 30 dias da saída hospitalar	< 2%	0%	10
08	Proporção de partos vaginais	> 65%	60%	10
09	Taxa de infecção de sítio cirúrgico	< 1%	0%	10
10	Nº de atendimentos no SADT	> 95%	100%	10
QUANTITATIVOS				
11	Atendimento clínico e obstétrico	2500 a 3500	3020	10
12	Atendimento pediátrico	500	427	10
13	Atendimento ortopédico	Livre demanda	07	10
14	Internação clínica/ pediátrica	35 a 55	25	00
15	Número de partos	18	15	10
16	Cirurgia ginecológica	12	04	00
17	Inserção de DIU	06	01	00
18	Cirurgia Geral	10	04	00
19	Cirurgia Vascular	10	06	07
20	Cirurgia Ortopédica	> 16	01	00

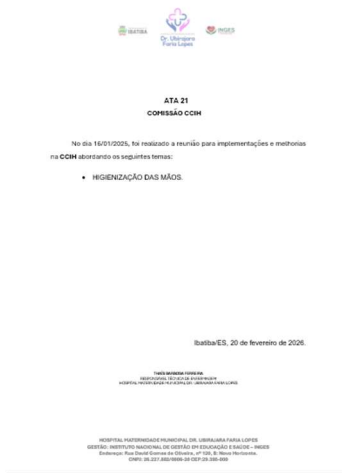
	sem OPME			
21	Consulta obstétrica (pré-natal de alto risco)	Livre demanda	-	10
22	Pequena cirurgia/ consulta	60	58	10
23	Consulta em ortopedia	120	92	9
24	Medicação externa (injetável) exceto medicação de alto custo e/ou medicação de atenção especializada	Livre demanda	459	10
25	Consulta ginecológica	36	13	00
26	Consulta geral	30	24	9
27	Consulta vascular	30	52	10
28	Exame doppler	25	58	10
215/28 = 7,65				
PONTUAÇÃO GLOBAL				70%

8 - RELATÓRIO DE COMISSÕES

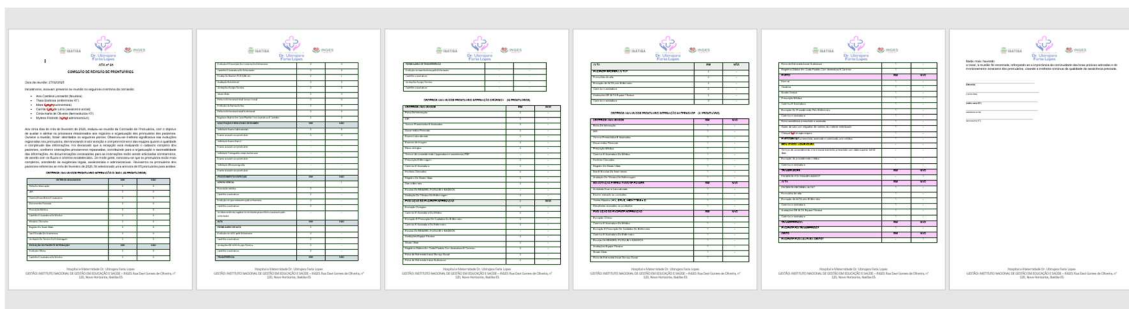
8.1 Comissão Segurança do Paciente



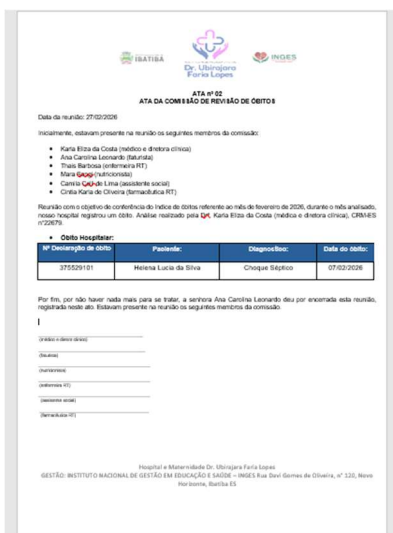
8.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



8.3 Comissão Prontuário



8.4 Comissão de Óbito



8.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado



8.6 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.

8.7 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.

9. RELATÓRIO DE MELHORIAS/ ACOLHIMENTO

No mês de fevereiro, ao assumir a responsabilidade técnica pelo então Pronto Socorro Municipal de Ibatiba, que passa oficialmente a denominar-se Pronto Socorro Dr. Ubirajara Faria Lopes – Bloco de Emergência Eliana Saraiva Trindade, foi possível iniciar um amplo processo de reestruturação física, organizacional e assistencial da unidade. A transição de gestão permitiu a realização de um diagnóstico situacional detalhado, identificando fragilidades estruturais, não conformidades sanitárias e necessidades organizacionais que exigiam intervenções imediatas para adequação às Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs), normas do Ministério da Saúde e demais legislações vigentes.

Como primeira medida estratégica, foi solicitada a presença do técnico de segurança do trabalho, que realizou inspeção minuciosa na unidade e pontuou todas as adequações necessárias para que o serviço passasse a operar dentro das normativas sanitárias e de segurança. A partir desse levantamento técnico, foram adotadas providências imediatas, dentre elas a fixação adequada de todos os cilindros de oxigênio, eliminando risco de tombamento e acidentes, garantindo maior segurança para pacientes e profissionais. Também foram realizados reparos na porta da emergência e no portão de acesso, com reinstalação do sistema elétrico, promovendo melhor controle de fluxo, segurança dos profissionais e organização da entrada e saída da unidade.

Ainda no setor de emergência, foi realizada a retirada de medicamentos controlados que se encontravam armazenados de forma avulsa, promovendo reorganização conforme exigências sanitárias e fortalecendo o controle interno e a rastreabilidade. Os carrinhos de emergência foram completamente padronizados e organizados, garantindo maior agilidade nas situações críticas e redução de riscos assistenciais. Paralelamente, foi executada higienização terminal em todo o ambiente, além de organização criteriosa dos armários e revisão dos estoques, contribuindo para um espaço mais seguro, funcional e adequado à assistência.

No que se refere à estrutura física, foram iniciadas reformas nos setores de pediatria, isolamento e soroterapia. As intervenções incluíram raspagem das paredes, correção de infiltrações, aplicação de massa niveladora e pintura completa dos ambientes. Foram também realizados reparos em vasos sanitários que se encontravam inutilizáveis, conserto de torneiras quebradas e substituição de telas de proteção. Essas melhorias estruturais visam garantir condições sanitárias apropriadas, prevenir riscos ambientais e oferecer maior dignidade à população atendida.

O pronto atendimento como um todo passou por higienização terminal abrangente em todos os setores, com o objetivo de manter um ambiente mais adequado, humanizado e confortável para pacientes, acompanhantes e colaboradores. Dentro dessa perspectiva de valorização da ambiência, já foram iniciadas as reformas das poltronas da unidade.

Outro avanço significativo foi a implantação da informatização da unidade. Atualmente, todo o atendimento é realizado por meio de sistema informatizado, modernizando o processo assistencial, garantindo melhor organização documental, rastreabilidade das informações e maior segurança no registro dos dados, além de facilitar o acesso às informações clínicas.

Por fim, foi implementado o Protocolo de Classificação de Risco, adotando-se o Protocolo de Manchester como instrumento de organização do fluxo assistencial.

A classificação dos pacientes passou a ser realizada conforme critérios técnicos de gravidade, garantindo priorização adequada dos casos mais críticos, maior eficiência no atendimento e melhoria significativa na qualidade da assistência prestada à população.

O mês de fevereiro representou, portanto, um marco na reorganização do pronto socorro, consolidando ações estruturais, administrativas e assistenciais que fortalecem a segurança do paciente, a conformidade normativa e a humanização do atendimento, demonstrando compromisso técnico e responsabilidade na gestão do serviço público de saúde.

10 – JUSTIFICATIVAS

No período correspondente à transição administrativa e à repactuação de metas assistenciais, constatou-se que os quantitativos previamente pactuados não foram integralmente atingidos em razão da inexistência de demanda reprimida apta a suprir as agendas disponibilizadas pelo serviço.

Ressalta-se que foi realizada consulta formal ao Setor de Regulação Municipal, responsável pelo gerenciamento da fila assistencial e encaminhamento dos pacientes, sendo informado que, no período avaliado, não havia quantitativo de pacientes aguardando atendimento suficiente para preenchimento das vagas ofertadas. Tal circunstância configura fator externo à governabilidade da gestão local, impactando diretamente na produção assistencial e no cumprimento dos indicadores pactuados.

Importante destacar que o alcance das metas assistenciais está diretamente condicionado à existência de fluxo regulado ativo e demanda devidamente encaminhada pelo órgão competente, não sendo possível produzir quantitativos sem pacientes referenciados e inseridos no sistema oficial de regulação.

Diante do cenário identificado, estabelece-se o prazo técnico de até três meses como período necessário para reorganização estrutural do fluxo assistencial, reestruturação da captação de demanda, alinhamento com a Atenção Primária e

com o Setor de Regulação, bem como implementação de estratégias de busca ativa, comunicação institucional e fortalecimento da rede de encaminhamento. Trata-se de período operacional indispensável para recomposição progressiva da produção e retomada sustentável do alcance das metas pactuadas.

Salienta-se que, durante esse intervalo técnico de reestruturação e reconstrução da demanda, não se mostra razoável nem proporcional a atribuição de pontuação zerada aos indicadores afetados, uma vez que a baixa produção decorreu de ausência comprovada de demanda regulada e não de falha operacional ou omissão da gestão. A avaliação dos indicadores deve considerar o contexto de transição, a inexistência de fila reprimida e as limitações externas à capacidade de execução do serviço.

A gestão reafirma seu compromisso com os princípios da eficiência, planejamento, razoabilidade e responsabilidade administrativa, atuando de forma técnica e estratégica para restabelecer o fluxo assistencial e assegurar o atendimento adequado à população, com retomada gradual e consistente dos resultados pactuados.

11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, reafirma-se o compromisso com uma gestão responsável, transparente e alinhada aos preceitos éticos, legais e técnicos que regem a saúde pública. Todas as ações aqui apresentadas foram conduzidas com base em critérios de eficiência, segurança assistencial e melhoria contínua dos processos, em estrita conformidade com as normativas vigentes e com foco na qualificação dos serviços prestados à população.

Colocamo-nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, reiterando o compromisso institucional com a excelência, a legalidade e a construção de uma assistência cada vez mais resolutiva, equânime e humanizada.

INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO p/
Thaís Barbosa Ferreira
Responsável Técnica de Enfermagem - HMU
COREN-ES 666.216

11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, reafirma-se o compromisso com uma gestão responsável, transparente e alinhada aos preceitos éticos, legais e técnicos que regem a saúde pública. Todas as ações aqui apresentadas foram conduzidas com base em critérios de eficiência, segurança assistencial e melhoria contínua dos processos, em estrita conformidade com as normativas vigentes e com foco na qualificação dos serviços prestados à população.

Colocamo-nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, reiterando o compromisso institucional com a excelência, a legalidade e a construção de uma assistência cada vez mais resolutiva, equânime e humanizada.

Thais Barbosa Ferreira
Enfermeira RT
COREN Nº 666.216 - ES
Hospital Maternidade Municipal
Dr. Ubirajara Faria Lopes

INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO p/
Thais Barbosa Ferreira
Responsável Técnica de Enfermagem - HMU
COREN-ES 666.216