

**Relatório de Gestão Assistencial Abril/2026**  
**Contrato Nº 054/24**

**05 de maio de 2026**

**Da: Gerência Administrativa e Assistencial**

**Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação**

**Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de abril/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, Gerente Assistencial, 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 abril 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 .....	11
2.4 – REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL .....	14
2.5 – MÉDIA DE PERMANENCIA HOSPITALAR .....	15
2.6 – PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR .....	18
2.7 – PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS .....	19
2.8 – TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO .....	19
2.9 – TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE SADT NO PRONTO SOCORRO... 20	
3. INDICADORES QUANTITATIVOS .....	21
3.1 – PRONTO SOCORRO .....	21
3.1.1 – RESULTADO OBSERVADO – PRONTO SOCORRO .....	21
3.2 – HOSPITAL .....	22
3.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – INTERNAÇÃO .....	22
3.2.1.1 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CLINICA ADULTA .....	22
3.2.1.2 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – OBSTÉTRICO .....	23
3.2.1.3 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CIRÚRGICO .....	24
3.2.2 – MATERNIDADE – NÚMERO DE PARTOS .....	25
3.2.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – NÚMERO DE PARTOS .....	25
3.2.2.2 – TESTE DO CORAÇÃOZINHO .....	25
3.2.2.3 – TESTE DO OLHINHO .....	26
3.2.2.4 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS .....	26
3.2.3 – CENTRO CIRÚRGICO .....	28
3.2.3.1 – RESULTADO OBSERVADO – CENTRO CIRÚRGICO .....	28
3.2.3.2 – CIRURGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS .....	28
3.2.3.3 – INSERÇÃO DE DIU .....	29
3.2.3.4 – CIRURGIAS GERAL REALIZADAS .....	29
3.2.3.5 – CIRURGIAS VASCULARES REALIZADAS .....	30

3.2.3.6 – CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS .....	30
3.2.4 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL .....	31
3.2.4.1 – RESULTADO OBSERVADO – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL .....	31
4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES .....	32
5 – NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS .....	32
6 - TREINAMENTOS.....	33
7 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS .....	33
7.1 – PONTUAÇÃO GLOBAL.....	33
8 - RELATÓRIO DE COMISSÕES .....	35
8.1 Comissão Segurança do Paciente.....	35
8.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar .....	35
8.3 Comissão Prontuário .....	36
8.4 Comissão de Óbito .....	36
8.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado .....	37
8.6 Comissão Ética Médica .....	37
8.7 Comissão Ética de Enfermagem.....	37
9. RELATÓRIO DE MELHORIAS/ ACOLHIMENTO.....	39
10 – JUSTIFICATIVAS.....	39
11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de abril 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.

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

## 2. INDICADORES QUALITATIVOS

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 SITIO CIRÚRGICO	< 1%
<b>NÚMERO DE ATENDIMENTO NO SADT:</b>	
RAIO X	> 1000
LABORATORIAL	> 2000
ECG	> 120
<b>TOTAL DE 95%</b>	

INDICADORES QUALITATIVOS		
	Meta Atingida	Pontuação
ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	100%	10
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	99,85%	10
TEMPO DE ESPERA	0,52 min	10
TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	100%	10
REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	0%	10
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	3,31%	10
PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	0	10
PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS	42%	10
TAXA DE INFECÇÃO DE SITIO CIRÚRGICO	0	10
<b>NÚMERO DE ATENDIMENTO NO SADT:</b>		
RAIO X	1050	10
LABORATORIAL	2929	10
ECG	199	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:

$$\frac{\text{Nº DE QUEIXAS RESOLVIDAS}}{\text{Nº DE QUEIXAS RECEBIDAS}} \times 100$$

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
<b>Recepção</b>		04	03	08	32	85%
<b>Controlador de Acesso</b>				01	03	100%
<b>Serviço Social</b>					47	100%
<b>Enfermagem</b>			01	01	45	98%
<b>Clinico Geral</b>					29	100%
<b>Pediatra</b>	02			03	06	82%
<b>Obstetra</b>					11	100%
<b>Cirurgião Geral</b>					10	100%
<b>Cirurgião Vascular</b>					09	100%
<b>Cirurgião Ginecológico</b>				03	04	100%
<b>Anestesiata</b>					30	100%
<b>Nutrição</b>		02	03	07	35	89%
<b>Estrutura Física</b>				07	40	100%
<b>Higienização</b>					47	100%

<b>MÉDIA ATINGIDA</b>	<b>97%</b>
<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>10</b>

Fonte: O autor, 2026.

### **CÁLCULO DE SATISFAÇÃO:**

$$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

#### **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](mailto:hmu.ouvidoria@inges.org.br)), como ferramenta para realizar as críticas, além do contato com a ouvidoria municipal. No período avaliado, foram registradas **duas** reclamações formais, ambas realizadas por escrito pelos usuários do serviço. As manifestações foram devidamente analisadas pela gestão, com apuração dos fatos relatados. Após a análise, foram realizadas reuniões individuais com os colaboradores envolvidos, com o objetivo de esclarecimento, orientação e alinhamento das condutas assistenciais.

#### **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:**

$$\frac{4037}{4043} \times 100 = 99,85\%$$

### **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.

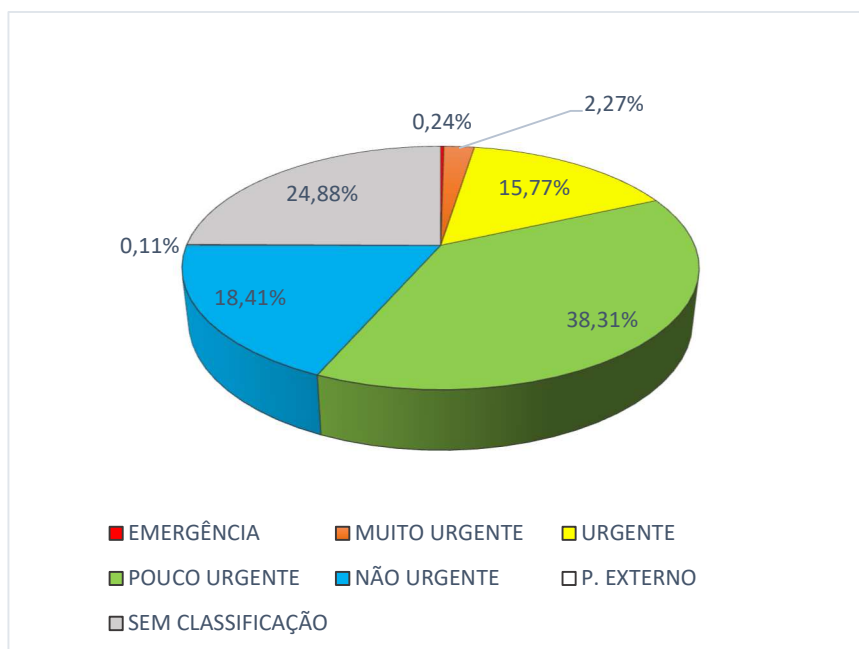
**Denominador:** é o número de pacientes admitido na urgência e emergência, em um mês.

### Atendimento - Classificação de Risco



#### CÁLCULO DE TEMPO DE ESPERA:

$$\frac{24}{4043} \times 100 = 0,59 \text{ min}$$



### **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.

<b>TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE</b>			
MUNICIPIO	BAIRRO	QUANTIDADE	CEP
<b>AFONSO CLAUDIO - ES</b>	Bairro FORTALEZA	1	29600-000
<b>Total do município:</b>		<b>1</b>	
<b>ALEGRE - ES</b>	Bairro CENTRO	1	29500-000
<b>Total do município:</b>		<b>1</b>	
<b>ANGRA DOS REIS - RJ</b>	Bairro FRADE	1	23946-000
<b>Total do município:</b>		<b>1</b>	
<b>BREJETUBA – ES</b>	Bairro NOBRE	1	29630-000
	Bairro ZONA RURAL	5	
<b>Total do município:</b>		<b>6</b>	
<b>CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES</b>	Bairro FE DE RACA	1	29300-000
<b>Total do município:</b>		<b>1</b>	
<b>CONCEIÇÃO DO CASTELO – ES</b>	Bairro PEDRO RIGA	2	29370-00
	Bairro ZONA RURAL	1	
<b>Total do município:</b>		<b>3</b>	
<b>DURANDE - MG</b>	Bairro ZONA RURAL	2	36974-000
<b>Total do município:</b>		<b>2</b>	
<b>IBATIBA - ES</b>	Bairro ALVARINO	65	29395-000
	Bairro BELA VISTA	27	
	Bairro BOA ESPERANÇA	215	
	Bairro BOA VISTA	2	
	Bairro BRASIL NOVO	274	
	Bairro CAMBRAIA	12	
	Bairro CENTRO	481	
	Bairro CHACARA	23	
	Bairro FLORESTA	404	
	Bairro IPE	337	
	Bairro LACERDA	77	
	Bairro NOVO HORIZONTE	565	
	Bairro PRO MORAR 1	40	
	Bairro PRO-MORAR 2	22	
Bairro RURAL	137		
Bairro SANTA CLARA	11		

	Bairro SAO JOSE	139	
	Bairro SAO SEBASTIAO	63	
	Bairro TOLEDO	29	
	Bairro TROCATE	46	
	Bairro VILA NOVA	187	
	Bairro ZONA RURAL	2029	
<b>Total do município:</b>		<b>5185</b>	
<b>IRUPI - ES</b>	Bairro SANTA CRUZ	3	29398-000
	Bairro SÃO JOSÉ DO IRUPI	3	
	Bairro ZONA RURAL	11	
<b>Total do município:</b>		<b>17</b>	
<b>IUNA - ES</b>	Bairro CENTRO	2	29390-000
	Bairro PITO	8	
	Bairro QUILOMBO	3	
	Bairro ZONA RUAL	6	
<b>Total do município:</b>		<b>19</b>	
<b>LAJINHA - MG</b>	Bairro CENTRO	3	36980-000
	Bairro PRATA	2	
	Bairro ZONA RURAL	15	
	Bairro SÃO DOMINGOS	1	
<b>Total do município:</b>		<b>21</b>	
<b>MANHUAÇU-MG</b>	Bairro SIPRIANO LOPES DE CARVALHO	1	36900-00
	Bairro PONTE DA ALDEIA	1	36906-443
<b>Total do município:</b>		<b>2</b>	
<b>MUNIZ FREIRE - ES</b>	Bairro ALTO NORTE	5	29380-000
	Bairro ZONA RURAL	23	
<b>Total do município:</b>		<b>28</b>	
<b>MUTUM - MG</b>	Bairro CENTRO	2	36955-000
	Bairro IMBIRUÇU	2	
	Bairro ZONA RURAL	86	
<b>Total do município:</b>		<b>90</b>	
<b>SERRA - ES</b>	Bairro PLANALTO SERRANO	1	29164-000
<b>Total do município:</b>		<b>1</b>	

VILA VELHA – ES	Bairro VALE ENCANTADO	2	29118-000
<b>Total do município:</b>		<b>2</b>	
VITORIA – ES	Bairro VALADARES	1	29000-000
<b>Total do município:</b>		<b>1</b>	
<b>TOTAL DE ATENDIMENTO:</b>		<b>5382</b>	

### CÁLCULO DE CEP:

$$\frac{18}{18} \times 100 = 100\%$$

### 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:

$$\text{Nº DE ÓBITOS} \geq 24\text{H DE INTERNAÇÃO NO PERÍODO} / \text{Nº DE SAÍDAS HOSPITALARES NO PERÍODO} \times 100$$

**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	
ABRIL	
Nº de óbitos > 24h da admissão do paciente	0
Nº de óbitos < 24h da admissão do paciente	0
Nº de óbitos em cuidados paliativos	3
Nº de saída	0
Taxa de mortalidade	< 1%
Taxa atingida %	0%

<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>10</b>
------------------	-----------

## 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.

<b>MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR</b>			
<b>Nome do Paciente</b>	<b>Internação</b>	<b>Saída</b>	<b>Dias Permanência</b>
<b>A. P. S</b>	23/04/2026	24/04/2026	2
<b>A. L. S</b>	03/04/2026	04/04/2026	2
<b>A. M</b>	09/04/2026	10/04/2026	2
<b>A. K. S. M</b>	08/04/2026	09/04/2026	2
<b>A. L. M</b>	24/04/2026	26/04/2026	3
<b>A. P. C</b>	03/04/2026	04/04/2026	2
<b>A. S. R</b>	28/04/2026	30/04/2026	3
<b>A. C. S</b>	16/04/2026	18/04/2026	3
<b>A. L. S</b>	26/04/2026	28/04/2026	3
<b>A. P. F</b>	07/04/2026	09/04/2026	3
<b>B. P. O</b>	18/04/2026	20/04/2026	3
<b>C. V. C</b>	03/04/2026	04/04/2026	2
<b>C. M. G</b>	23/04/2026	25/04/2026	3
<b>C. R. M</b>	03/04/2026	04/04/2026	2
<b>D. C. A. F</b>	29/04/2026	02/05/2026	4
<b>D. G. L</b>	03/04/2026	05/04/2026	3
<b>E. S. A</b>	19/04/2026	20/04/2026	2
<b>E. M</b>	27/04/2026	28/04/2026	2

<b>E. S. D</b>	20/04/2026	30/04/2026	11
<b>E. S. S</b>	14/04/2026	16/04/2026	3
<b>E. F. G. P</b>	14/04/2026	16/04/2026	3
<b>E. C. J. M</b>	08/04/2026	10/04/2026	3
<b>E. R. S</b>	06/04/2026	07/04/2026	2
<b>E. P. O. B</b>	04/04/2026	06/04/2026	3
<b>E. A. F</b>	10/04/2026	12/04/2026	3
<b>F. A. C</b>	09/04/2026	10/04/2026	2
<b>G. V. P. S</b>	18/04/2026	20/04/2026	3
<b>G. T. A</b>	14/04/2026	16/04/2026	3
<b>H. M. A. D</b>	23/04/2026	24/04/2026	2
<b>H. D. G. S</b>	13/04/2026	15/04/2026	3
<b>I. G. P. S</b>	21/04/2026	23/04/2026	3
<b>I. A. C</b>	06/04/2026	07/04/2026	2
<b>I. L. L</b>	09/04/2026	10/04/2026	2
<b>J. V. S</b>	12/04/2026	15/04/2026	4
<b>J. S. N</b>	30/04/2026	02/05/2026	3
<b>J. M. A. A</b>	25/04/2026	03/05/2026	9
<b>J. C. C. T</b>	23/04/2026	24/04/2026	2
<b>J. S. M</b>	23/04/2026	24/04/2026	2
<b>J. A. A</b>	09/04/2026	12/04/2026	4
<b>J. R. O</b>	28/04/2026	01/05/2026	4
<b>J. M. J</b>	06/04/2026	09/04/2026	4
<b>J. A. S</b>	23/04/2026	25/04/2026	3
<b>J. A. S</b>	16/04/2026	17/04/2026	2
<b>K. B. O</b>	29/04/2026	01/05/2026	3
<b>K. F. H</b>	21/04/2026	23/04/2026	3
<b>K. C. A. P</b>	03/04/2026	04/04/2026	2
<b>L. P. A. M</b>	28/04/2026	30/04/2026	3
<b>L. G. M. P</b>	09/04/2026	11/04/2026	3
<b>L. S. S</b>	07/04/2026	09/04/2026	3
<b>L. S. S</b>	16/04/2026	18/04/2026	3
<b>L. D. S</b>	24/04/2026	25/04/2026	2
<b>L. I. S. S. D</b>	27/04/2026	30/04/2026	4
<b>L. C</b>	09/04/2026	11/04/2026	3

<b>L. J. J. S</b>	10/04/2026	12/04/2026	3
<b>M. C. S</b>	21/04/2026	22/04/2026	2
<b>M. A. S</b>	14/04/2026	16/04/2026	3
<b>M. A. A. S</b>	09/04/2026	10/04/2026	2
<b>M. A. R. C</b>	16/04/2026	21/04/2026	6
<b>M. C. P. N</b>	14/04/2026	17/04/2026	4
<b>M. P. S</b>	28/04/2026		7
<b>M. G. S. Z</b>	14/04/2026	16/04/2026	3
<b>M. E. S. M</b>	21/04/2026	23/04/2026	3
<b>M. P. A. M</b>	06/04/2026	07/04/2026	2
<b>M. M. S</b>	17/04/2026	18/04/2026	2
<b>M. M. S</b>	06/04/2026	07/04/2026	2
<b>M. F. F</b>	03/04/2026	04/04/2026	2
<b>M. F. F</b>	07/04/2026	10/04/2026	4
<b>M. F. F</b>	30/04/2026	02/05/2026	3
<b>M. C. C</b>	23/04/2026	24/04/2026	2
<b>N. D. S</b>	24/04/2026	25/04/2026	2
<b>N. V. A</b>	19/04/2026	22/04/2026	4
<b>N. C. C</b>	24/04/2026	03/05/2026	10
<b>N. S. F</b>	30/04/2026	04/05/2026	5
<b>O. C. A</b>	17/04/2026	23/04/2026	7
<b>P. H. X. S</b>	24/04/2026	27/04/2026	4
<b>R. G. C</b>	21/04/2026	23/04/2026	3
<b>R. C. M. F</b>	28/04/2026	30/04/2026	3
<b>R. S. O</b>	01/04/2026	03/04/2026	3
<b>R. S. O</b>	05/04/2026	06/04/2026	2
<b>R. A. S</b>	10/04/2026	12/04/2026	3
<b>R. A. M. C</b>	14/04/2026	16/04/2026	3
<b>R. B. F</b>	27/04/2026	30/04/2026	4
<b>S. M. S</b>	06/04/2026	07/04/2026	2
<b>S. E. S. A</b>	23/04/2026	24/04/2026	2
<b>T. D. C. A. S</b>	02/04/2026	04/04/2026	3
<b>T. A. M</b>	22/04/2026	24/04/2026	3
<b>T. E. A</b>	06/04/2026	23/04/2026	18
<b>V. V. V</b>	28/04/2026	30/04/2026	3

<b>V. R. C</b>	16/04/2026	18/04/2026	3
<b>V. F. S</b>	21/04/2026	23/04/2026	3
<b>V. S. S</b>	25/04/2026	26/04/2026	2
<b>W. G. S. F</b>	06/04/2026	08/04/2026	3
<b>MÉDIA DE PERMANÊNCIA</b>			<b>3,31%</b>

## 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 COMPETÊNCIA X 100**

**Numerador:** total de internações que ocorreram em até 30 dias ( $\leq 30$  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 ( $\leq 30$  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:**

- Nascimentos 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 ( $\leq 30$  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 ( $\leq 30$  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<sup>o</sup> 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	3857	10
PEDIÁTRICO	723	10
ORTOPÉDICO	45	10

### 3.2 – HOSPITAL

A assistência hospitalar no Hospital e Maternidade Municipal Drº 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	33	9

#### 3.2.1.1 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CLINICA ADULTA

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
<b>CLÍNICA ADULTO</b>			
01	A. P. S	23/04/2026	
02	A. M	09/04/2026	
03	A. L. M	24/04/2026	
04	D. C. A. F	29/04/2026	
05	E. M	27/04/2026	
06	E. S. D	20/04/2026	
07	E. A. F	10/04/2026	
08	J. V. S	12/04/2026	
09	J. M. A. A	25/04/2026	
10	J. C. C. T	23/04/2026	
11	J. A. A	09/04/2026	
12	J. R. O	28/04/2026	
13	J. M. J	06/04/2026	
14	J. A. S	16/04/2026	
15	L. I. S. S. D	27/04/2026	
16	L. J. J. S	10/04/2026	
17	M. A. R. C	16/04/2026	

18	M. C. P. N	14/04/2026	
19	M. P. S	28/04/2026	
20	M. P. A. M	06/04/2026	
21	M. F. F	07/04/2026	
22	M. F. F	30/04/2026	
23	N. D. S	24/04/2026	
24	N. V. A	19/04/2026	
25	N. C. C	24/04/2026	
26	N. S. F	30/04/2026	
27	O. C. A	17/04/2026	
28	P. H. X. S	24/04/2026	
29	R. A. S	10/04/2026	
30	R. B. F	27/04/2026	
31	T. E. A	06/04/2026	
32	W. G. S. F	06/04/2026	
33	R. S. O	05/04/2026	

### 3.2.1.2 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – OBSTÉTRICO

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
<b>OBSTÉTRICO</b>			
01	R. S. O	01/04/2026	
02	T. D. C. A. S	02/04/2026	
03	D. G. L	03/04/2026	
04	E. P. O. B	04/04/2026	
05	A. P. F	07/04/2026	
06	L. S. S	07/04/2026	
07	A. K. S. M	08/04/2026	
08	E. C. J. M	08/04/2026	
09	L. G. M. P	09/04/2026	
10	H. D. G. S	13/04/2026	
11	V. R. C	16/04/2026	
12	L. S. S	16/04/2026	
13	A. C. S	16/04/2026	
14	G. V. P. S	18/04/2026	
15	B. P. O	18/04/2026	
16	E. S. A	19/04/2026	
17	T. A. M	22/04/2026	
18	J. A. S	23/04/2026	
19	L. D. S	24/04/2026	
20	V. S. S	25/04/2026	
21	A. L. S	26/04/2026	
22	R. C. M. F	28/04/2026	

23	K. B. O	29/04/2026	
24	J. S. N	30/04/2026	
25	M. M. S	17/04/2026	

### 3.2.1.3 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CIRÚRGICO

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
<b>CIRÚRGICO</b>			
01	A. L. S	03/04/2026	
02	A. P. C	03/04/2026	
03	A. S. R	28/04/2026	
04	C. V. C	03/04/2026	
05	C. M. G	23/04/2026	
06	C. R. M	03/04/2026	
07	E. S. S	14/04/2026	
08	E. F. G. P	14/04/2026	
09	E. R. S	06/04/2026	
10	F. A. C	09/04/2026	
11	G. T. A	14/04/2026	
12	H. M. A. D	23/04/2026	
13	I. G. P. S	21/04/2026	
14	I. A. C	06/04/2026	
15	I. L. L	09/04/2026	
16	J. S. M	23/04/2026	
17	K. F. H	21/04/2026	
18	K. C. A. P	03/04/2026	
19	L. P. A. M	28/04/2026	
20	L. C	09/04/2026	
21	M. C. S	21/04/2026	
22	M. A. S	14/04/2026	
23	M. A. A. S	09/04/2026	
24	M. G. S. Z	14/04/2026	
25	M. E. S. M	21/04/2026	
26	M. M. S	06/04/2026	
27	M. F. F	03/04/2026	
28	M. C. C	23/04/2026	
29	R. G. C	21/04/2026	
30	R. A. M. C	14/04/2026	
31	S. M. S	06/04/2026	
32	S. E. S. A	23/04/2026	
33	V. V. V	28/04/2026	
34	V. F. S	21/04/2026	

**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	24
<b>RESULTADO OBSERVADO</b>	<b>10</b>

**3.2.2.2 – TESTE DO CORAÇÃOZINHO**

TESTE DO CORAÇÃOZINHO						
DN	RN DE	DADOS DO RECÉM-NASCIDO				
		Peso (kg)	APGAR	SpO2 Mão D	SpO2 Pé E	Resultado
01/04/2026	R. S. O	3380	10	98%	99%	Normal
02/04/2026	T. D. C. A. S	3070	09	97%	96%	Normal
03/04/2026	D. G. L	2880	09	98%	98%	Normal
04/04/2026	E. P. O. B	3560	09	96%	96%	Normal
07/04/2026	A. P. F	3320	10	96%	97%	Normal
07/04/2026	L. S. S	3150	09	97%	96%	Normal
08/04/2026	A. K. S. M	3610	08	95%	95%	Normal
08/04/2026	E. C. J. M	3470	10	98%	99%	Normal
09/04/2026	L. G. M. P	3010	09	97%	96%	Normal
13/04/2026	H. D. G. S	3100	09	98%	97%	Normal
16/04/2026	V. R. C	4250	09	95%	97%	Normal
16/04/2026	L. S. S	3790	10	96%	97%	Normal
16/04/2026	A. C. S	2810	09	97%	96%	Normal
18/04/2026	G. V. P. S	2920	08	95%	95%	Normal
18/04/2026	B. P. O	3610	10	98%	99%	Normal
19/04/2026	E. S. A	3010	10	96%	97%	Normal
22/04/2026	T. A. M	2910	09	97%	96%	Normal
23/04/2026	J. A. S	3170	10	96%	97%	Normal
24/04/2026	L. D. S	3140	10	97%	96%	Normal
25/04/2026	V. S. S	2970	08	96%	97%	Normal
26/04/2026	A. L. S	2920	09	97%	96%	Normal
28/04/2026	R. C. M. F	3560	09	97%	98%	Normal
29/04/2026	K. B. O	2310	10	98%	97%	Normal
30/04/2026	J. S. N	3540	10	96%	98%	Normal

<b>Total</b>	<b>24</b>
--------------	-----------

### 3.2.2.3 – TESTE DO OLHINHO

<b>TESTE DO OLHINHO</b>				
<b>DN</b>	<b>RN DE</b>	<b>TRV</b>	<b>UNILATERAL</b>	<b>BILATERAL</b>
01/04/2026	R. S. O	Normal		X
02/04/2026	T. D. C. A. S	Normal		X
03/04/2026	D. G. L	Normal		X
04/04/2026	E. P. O. B	Normal		X
07/04/2026	A. P. F	Normal		X
07/04/2026	L. S. S	Normal		X
08/04/2026	A. K. S. M	Normal		X
08/04/2026	E. C. J. M	Normal		X
09/04/2026	L. G. M. P	Normal		X
13/04/2026	H. D. G. S	Normal		X
16/04/2026	V. R. C	Normal		X
16/04/2026	L. S. S	Normal		X
16/04/2026	A. C. S	Normal		X
18/04/2026	G. V. P. S	Normal		X
18/04/2026	B. P. O	Normal		X
19/04/2026	E. S. A	Normal		X
22/04/2026	T. A. M	Normal		X
23/04/2026	J. A. S	Normal		X
24/04/2026	L. D. S	Normal		X
25/04/2026	V. S. S	Normal		X
26/04/2026	A. L. S	Normal		X
28/04/2026	R. C. M. F	Normal		X
29/04/2026	K. B. O	Normal		X
30/04/2026	J. S. N	Normal		X
<b>Total</b>				<b>24</b>

### 3.2.2.4 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

<b>DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO</b>				
<b>QUANT.</b>	<b>NOME DA MÃE</b>	<b>DNV</b>	<b>VIA DE PARTO</b>	<b>OBSTETRA</b>
<b>01</b>	R. S. O	3095024451-3	Cesário	DR <sup>a</sup> THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
<b>02</b>	T. D. C. A. S	3095024453-0	Cesário	DR <sup>o</sup> GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>03</b>	D. G. L	3095024454-8	Vaginal	DR <sup>o</sup> DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES

<b>04</b>	E. P. O. B	3095024455-6	Vaginal	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>05</b>	A. P. F	3095024456-4	Vaginal	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>06</b>	L. S. S	3095024457-2	Vaginal	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>07</b>	A. K. S. M	3095024458-0	Vaginal	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>08</b>	E. C. J. M	3095024459-9	Vaginal	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>09</b>	L. G. M. P	3095024460-2	Cesário	DRº GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>10</b>	H. D. G. S	3095024461-0	Vaginal	DRª VALERIA PEROZINI INACIO – CRM: 10986/ES
<b>11</b>	V. R. C	3095024462-9	Cesário	DRº GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>12</b>	L. S. S	3095024463-7	Cesário	DRº GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>13</b>	A. C. S	3095024464-5	Cesário	DRº GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>14</b>	G. V. P. S	3095024465-3	Cesário	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>15</b>	B. P. O	3095024466-1	Cesário	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>16</b>	E. S. A	3095024467-0	Cesário	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
<b>17</b>	T. A. M	3095024468-8	Cesário	DRª THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
<b>18</b>	J. A. S	3095024469-6	Cesário	DRº GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>19</b>	L. D. S	3095024470-0	Vaginal	DRª ACACIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA – CRM: 28667/MG
<b>20</b>	V. S. S	3095024471-8	Vaginal	DRª LARISSA GONCALVES SILVA – CRM: 20557/ES
<b>21</b>	A. L. S	3095024472-6	Vaginal	DRª LARISSA GONCALVES SILVA – CRM: 20557/ES

22	R. C. M. F	3095024473-4	Cesário	DRº DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
23	K. B. O	3095024474-2	Cesário	DRª THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
24	J. S. N	3095024475-0	Cesário	DRº GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
<b>Total</b>				<b>24</b>

### 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	15	10
INSERÇÃO DE DIU	11	10
CIRURGA GERAL	16	10
VASCULAR	12	10
ORTOPÉDICA SEM OPME	02	0

#### 3.2.3.2 – CIRURGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	A. P. C	COLPOPLASTIA POSTERIOR	

02	A. L. S	COLPOPLASTIA ANTERIOR	
03	C. V. C	NINFOPLASTIA	
04	K. C. A. P	CURETAGEM SEMIOTICA	
05	M. F. F	MIOMECTOMIA	
06	C. R. M	LAQUEADURA TUBARIA	
07	I. L. L	LAQUEADURA TUBARIA	
08	F. A. C	CURETAGEM SEMIOTICA	
09	F. A. C	PERINEORRAFIA	
10	M. A. A. S	PERINEORRAFIA	
11	J. S. M	COLPOPLASTIA	
12	H. M. A. D	OOFORRECTOMIA	
13	S. E. S. A	PERINEOPLASTIA	
14	M. C. C	MARSUPIALIZAÇÃO DA GLANDULA DE BARTHOLIN	
15	C. M. G	COLPOPLASTIA ANTERIOR	

### 3.2.3.3 – INSERÇÃO DE DIU

INSERÇÃO DE DIU			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	R. P. V	INSERÇÃO DE DIU	
02	R. A. F	INSERÇÃO DE DIU	
03	B. R. A. F	INSERÇÃO DE DIU	
04	T. A. B	INSERÇÃO DE DIU	
05	K. C. B. S	INSERÇÃO DE DIU	
06	L. R. G	INSERÇÃO DE DIU	
07	M. M. G. F	INSERÇÃO DE DIU	
08	E. V. O	INSERÇÃO DE DIU	
09	A. R. T	INSERÇÃO DE DIU	
10	K. X. P	INSERÇÃO DE DIU	
11	E. D. S	INSERÇÃO DE DIU	

### 3.2.3.4 – CIRURGIAS GERAL REALIZADAS

CIRURGIA GERAL
----------------

ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	E. R. S	COLECISTECTOMIA	
02	I. A. C	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	
03	I. O	EXERESE DE LIPOMA	
04	M. M. S	COLECISTECTOMIA	
05	S. M. S	VASECTOMIA BILATERAL	
06	G. A. S	LESÃO DE PELE DORSAL	
07	G. A. S	LESÃO DE PELE REGIÃO CLAVICULAR	
08	V. F. S	VASECTOMIA BILATERAL	
09	R. G. C	VASECTOMIA BILATERAL	
10	K. F. H	COLECISTECTOMIA	
11	I. G. P. S	POSTECTOMIA	
12	M. E. S. M	CISTO SACRO-COCCIGEO	

### 3.2.3.5 – CIRURGIAS VASCULARES REALIZADAS

CIRURGIA VASCULAR			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	P. F. B	VARICECTOMIA	
02	R. N. S	VARICECTOMIA	
03	I. S. P	VARICECTOMIA	
04	G. T. A	VARICECTOMIA	
05	I. R. S	VARICECTOMIA	
06	M. A. S	VARICECTOMIA	
07	E. S. S	VARICECTOMIA	
08	E. F. G. P	VARICECTOMIA	
09	M. G. S. Z	VARICECTOMIA	
10	A. S. R	VARICECTOMIA	
11	L. P. A. M	VARICECTOMIA	
12	V. V. V	VARICECTOMIA	

### 3.2.3.6 – CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS

CIRURGIA ORTOPÉDICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	M. C. S	TUNEL DO CARPO	
02	L. C	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA	

### 3.2.4 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

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

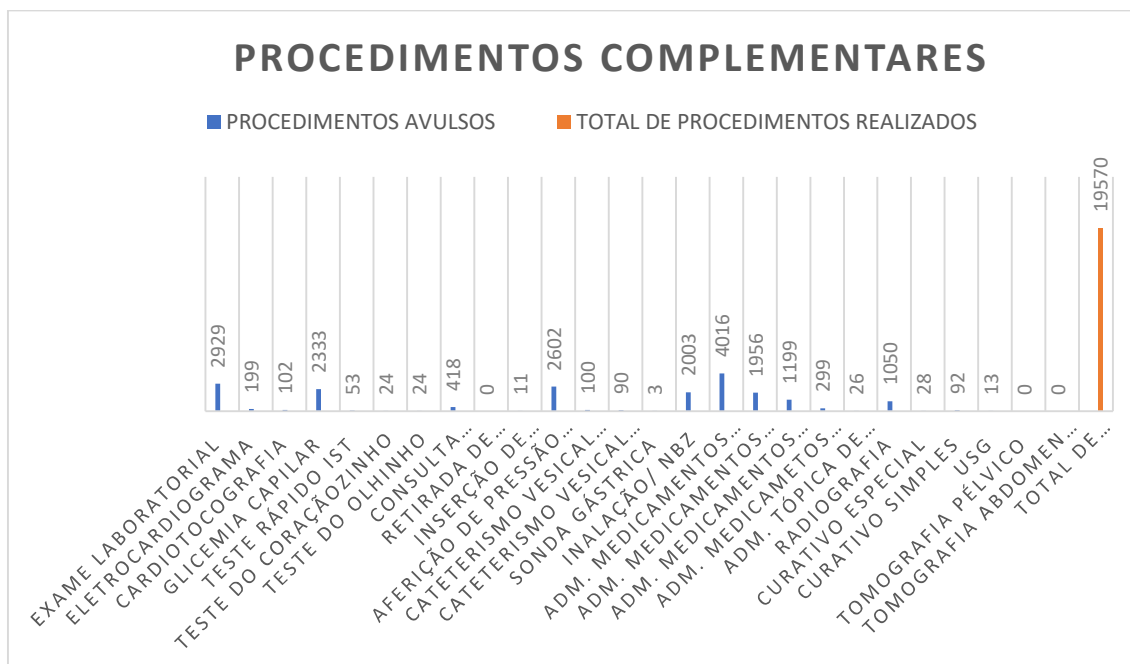
AMBULATORIAL	
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS
CONSULTA OBSTÉTRICA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)	LIVRE DEMANDA
PEQUENA CIRURGIA/ CONSULTA	60
CONSULTA EM ORTOPEDIA	120
MEDICAÇÃO EXTERNA (INJETÁVEL) EXCETO MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO E/OU MEDICAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	LIVRE DEMANDA
CONSULTA GINECOLÓGICA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

#### 3.2.4.1 – RESULTADO OBSERVADO – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

AMBULATORIAL		
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS	PONTUAÇÃO
CONSULTA OBSTÉTRICA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)	20	10

PEQUENA CIRURGIA/ CONSULTA	51	09
CONSULTA EM ORTOPEDIA	167	10
MEDICAÇÃO EXTERNA (INJETÁVEL) EXCETO MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO E/OU MEDICAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	553	10
CONSULTA GINECOLÓGICA	37	10
CONSULTA GERAL	59	10
CONSULTA VASCULAR	64	10
EXAME DOPPLER	72	10

#### 4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES



#### 5 – NÚMERO DE TRASNFERÊNCIAS

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO	50

<b>REMOVIDAS</b>	<b>11</b>
<b>SAMU</b>	<b>19</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>

## 6 - TREINAMENTOS

<b>TREINAMENTO</b>	
<b>ENFERMAGEM</b>	<b>05</b>
<b>NUTRIÇÃO</b>	<b>-</b>
<b>FARMÁCIA</b>	<b>-</b>
<b>HIGIENIZAÇÃO</b>	<b>-</b>
<b>RECEPÇÃO</b>	<b>-</b>
<b>CONTROLADOR DE ACESSO</b>	<b>-</b>
<b>CONDUTOR SOCORRISTA</b>	<b>07</b>
<b>TI</b>	<b>04</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

## 7 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS

### 7.1 – PONTUAÇÃO GLOBAL

<b>ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS – PONTUAÇÃO GLOBAL</b>				
<b>ITEM</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>META ESTABELECIDADA</b>	<b>META CUMPRIDA</b>	<b>PONTUAÇÃO GLOBAL</b>
<b>QUALITATIVOS</b>				
<b>01</b>	Atenção ao usuário de pesquisa de satisfação	> 90%	100%	10
<b>02</b>	Acolhimento e classificação de risco	> 90%	99,85%	10
<b>03</b>	Tempo de espera na urgência	Conforme protocolo Manchester	0,59 min	10
<b>04</b>	Taxa de identificação da origem do paciente	> 80%	100%	10
<b>05</b>	Redução da taxa de mortalidade	< 1%	0%	10
<b>06</b>	Média de permanência	< 5%	3,31%	10

<b>07</b>	Proporção de reinternação em até 30 dias da saída hospitalar	< 2%	0%	10
<b>08</b>	Proporção de partos vaginais	> 65%	42%	10
<b>09</b>	Taxa de infecção de sítio cirúrgico	< 1%	0%	10
<b>10</b>	Nº de atendimentos no SADT	> 95%	100%	10
<b>QUANTITATIVOS</b>				
<b>11</b>	Atendimento clínico e obstétrico	2500 a 3500	3857	10
<b>12</b>	Atendimento pediátrico	500	723	10
<b>13</b>	Atendimento ortopédico	Livre demanda	45	10
<b>14</b>	Internação clínica/ pediátrica	35 a 55	33	09
<b>15</b>	Número de partos	18	11	10
<b>16</b>	Cirurgia ginecológica	12	15	10
<b>17</b>	Inserção de DIU	06	11	10
<b>18</b>	Cirurgia Geral	10	16	10
<b>19</b>	Cirurgia Vascular	10	12	10
<b>20</b>	Cirurgia Ortopédica sem OPME	> 16	02	00
<b>21</b>	Consulta obstétrica (pré-natal de alto risco)	Livre demanda	20	10
<b>22</b>	Pequena cirurgia/ consulta	60	51	09
<b>23</b>	Consulta em ortopedia	120	167	10
<b>24</b>	Medicação externa (injetável) exceto medicação de alto custo e/ou medicação de atenção especializada	Livre demanda	529	10
<b>25</b>	Consulta ginecológica	36	37	10
<b>26</b>	Consulta geral	30	59	10
<b>27</b>	Consulta vascular	30	64	10
<b>28</b>	Exame doppler	25	72	10
<b>268/28 = 9,57</b>				

**PONTUAÇÃO GLOBAL****100%**

## 8 - RELATÓRIO DE COMISSÕES

### 8.1 Comissão Segurança do Paciente



**ATO 23**  
**COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

No dia 24/04/2025, foi realizada a reunião para implementações e melhorias de **Segurança do Paciente**, abordando os seguintes temas:

- META 09;

Ibatiba, 24 de abril de 2026.

Thais Barbosa Ferreira  
Responsável Técnico de Enfermagem  
Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes

### 8.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



**ATA 23**  
**COMISSÃO CCIH**

No dia 24/04/2026, foi realizada a reunião para implementações e melhorias na **CCIH** abordando os seguintes temas:

- LAVAGEM DAS MÃOS.

Ibatiba/ES, 24 de abril de 2026.

THAIS BARBOSA FERREIRA  
RESPONSÁVEL TÉCNICA DE ENFERMAGEM  
HOSPITAL/MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FÁRIA LOPES

HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FÁRIA LOPES  
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES  
Endereço: Rua David Gomes de Oliveira, nº 120, B. Novo Horizonte.  
CNPJ: 26.227.882/0006-20 CEP: 25.396-000

### 8.3 Comissão Prontuário



### 8.4 Comissão de Óbito



**ATA Nº 22  
ATA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**

Data da reunião: 20/03/2026

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

- Karla Eliza da Costa (médico e diretora clínica)
- Ana Carolina Leonardo (farmista)
- Thais Barbosa (enfermeira RT)
- Maria Giangi (nutricionista)
- Camila Cely de Lima (assistente social)
- Cintia Karla de Oliveira (farmacêutica RT)

Reunião com o objetivo de conferência do índice de óbitos referente ao mês de fevereiro de 2026, durante o mês analisado, nosso hospital registrou um óbito. Análise realizada pela Q<sup>a</sup>. Karla Eliza da Costa (médica e diretora clínica), CRM-ES nº 22675.

• **Óbito Hospitalar:**

Nº Declaração de óbito	Paciente:	Diagnóstico:	Data do óbito:
37552926-8	W. G. S. F	CA DE UTERO	08/04/2026
37552925-0	D. P	SEPSIS EM FOCO URINARIO	09/04/2026

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) \_\_\_\_\_  
 (Farmista) \_\_\_\_\_  
 (Enfermeira) \_\_\_\_\_  
 (Nutricionista) \_\_\_\_\_  
 (Assistente social) \_\_\_\_\_  
 (Farmacêutica RT) \_\_\_\_\_

Hospital e Maternidade Dr. Ubirajara Faria Lopes  
 GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES Rua Davi Gomes de Oliveira, nº 120, Novo Horizonte, Ibatiba ES

## 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**

As ações desenvolvidas ao longo do período demonstram avanços significativos na organização dos serviços e na qualidade da assistência ofertada, refletindo diretamente na melhoria dos processos de trabalho, na integração entre os setores e no fortalecimento do acolhimento institucional.

Ressalta-se que as melhorias implementadas possuem caráter contínuo e serão permanentemente monitoradas pela gestão, com vistas à consolidação das práticas adotadas e ao alcance das metas pactuadas.

Dessa forma, o presente Relatório de Melhorias será formalmente apresentado pelo Diretor Administrativo desta unidade, evidenciando os avanços alcançados na qualificação da assistência, no fortalecimento da gestão e no cumprimento integral das obrigações pactuadas no Contrato de Gestão nº 54/2024, em observância às diretrizes estabelecidas por esta Comissão de Monitoramento.

## **10 – JUSTIFICATIVAS**

A não realização das metas de internações clínicas e pediátricas no período avaliado está relacionado à característica da demanda assistencial atendida pela unidade.

As internações decorrem exclusivamente de indicação médica, baseada na avaliação clínica dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento, não sendo passíveis de previsão, controle ou indução por parte da gestão. Assim, o volume de internações reflete diretamente o perfil dos casos atendidos no período.

Ressalta-se que a unidade possui perfil assistencial de pequeno porte, voltado à baixa e média complexidade. Casos que demandam maior suporte são estabilizados e encaminhados para serviços de referência, o que reduz o quantitativo de internações locais.

Dessa forma, o resultado apresentado não está relacionado a falhas operacionais, mas à natureza da demanda assistencial.

Em relação às cirurgias ortopédicas, o não alcance das metas decorre da insuficiência de pacientes encaminhados pelo setor de regulação municipal, responsável pela distribuição da demanda cirúrgica.

Apesar da disponibilidade de agenda por parte da unidade, o número de encaminhamentos no período foi inferior ao necessário para o cumprimento integral das metas. Foram realizados contatos formais com o setor competente, bem como ações de alinhamento com a rede municipal, visando otimizar o fluxo de pacientes.

Portanto, o desempenho observado está diretamente relacionado a fatores externos (perfil da demanda e regulação de pacientes), não sendo decorrente de limitações assistenciais ou de gestão interna.

## 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  
GERENTE ASSISTÊNCIA - HMU  
COREN-ES 666.216

## ANEXO I – EXAMES LABORATORIAIS

Qtd. Pacientes: 544

Qtd. Exames : 2929

Valor do Convênio: ██████████

Total Final: ██████████

## ANEXO III – FOTOS DOS TREINAMENTOS



## 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.

Thaís Barbosa Ferreira  
Gerente Assistencial  
Coren n° 666.216-ES  
Hospital e Maternidade Municipal  
Dr. Ubirajara Faria Lopes

---

INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO p/  
Thaís Barbosa Ferreira  
GERENTE ASSISTENCIAL - HMU  
COREN-ES 666.216