

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

01 de junho de 2026

Da: Gerência Administrativa e Assistencial

Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação

Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de maio/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 maio 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	17
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	20
3.1 – PRONTO SOCORRO	21
3.1.1 – RESULTADO OBSERVADO – PRONTO SOCORRO	21
3.2 – HOSPITAL	21
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	24
3.2.2.1 – RESULTADO OBSERVADO – NÚMERO DE PARTOS	24
3.2.2.2 – TESTE DO CORAÇÃOZINHO	25
3.2.2.3 – TESTE DO OLHINHO	25
3.2.2.4 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS	26
3.2.3 – CENTRO CIRÚRGICO	27
3.2.3.1 – RESULTADO OBSERVADO – CENTRO CIRÚRGICO	28
3.2.3.2 – CIRURGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS	28
3.2.3.3 – INSERÇÃO DE DIU	28
3.2.3.4 – CIRURGIAS GERAL REALIZADAS	28
3.2.3.5 – CIRURGIAS VASCULARES REALIZADAS	29

3.2.3.6 – CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS	29
3.2.4 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	29
3.2.4.1 – RESULTADO OBSERVADO – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	30
4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES	31
5 – NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS	31
6 - TREINAMENTOS.....	32
7 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS	32
7.1 – PONTUAÇÃO GLOBAL.....	32
8 - RELATÓRIO DE COMISSÕES	34
8.1 Comissão Segurança do Paciente.....	34
8.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	35
8.3 Comissão Prontuário	35
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.....	40
11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	41

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de maio 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 SÍTIO CIRÚRGICO	< 1%
NÚMERO DE ATENDIMENTO NO SADT:	
RAIO X	> 1000
LABORATORIAL	> 2000
ECG	> 120
TOTAL DE 95%	

INDICADORES QUALITATIVOS		
	Meta Atingida	Pontuação
ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	100%	10
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	94,50%	10
TEMPO DE ESPERA	0,56 min	10
TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	100%	10
REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	0%	10
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	3,77%	10
PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	2%	10
PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS	36%	10
TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	0	10
NÚMERO DE ATENDIMENTO NO SADT:		
RAIO X	1050	10
LABORATORIAL	1756	10
ECG	143	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
Recepção			01	04	36	98%
Controlador de Acesso		01	01	04	16	91%
Serviço Social					41	100%
Enfermagem				02	39	100%
Clinico Geral			01	02	25	96%
Pediatra				02	11	100%
Obstetra					13	100%
Cirurgião Geral					02	100%
Cirurgião Vascular					09	100%
Cirurgião Ginecológico					01	100%
Anestesiata				01	21	100%
Nutrição			05	02	34	88%
Estrutura Física				03	38	100%
Higienização					41	100%

MÉDIA ATINGIDA	98%
PONTUAÇÃO	10

Fonte: O autor, 2026.

CÁLCULO DE SATISFAÇÃO:

$$\frac{0}{0} \times 100 = 100\%$$

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. No período avaliado, não foram registradas reclamações formais.

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:

$$\frac{4177}{4420} \times 100 = 99,85\%$$

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.

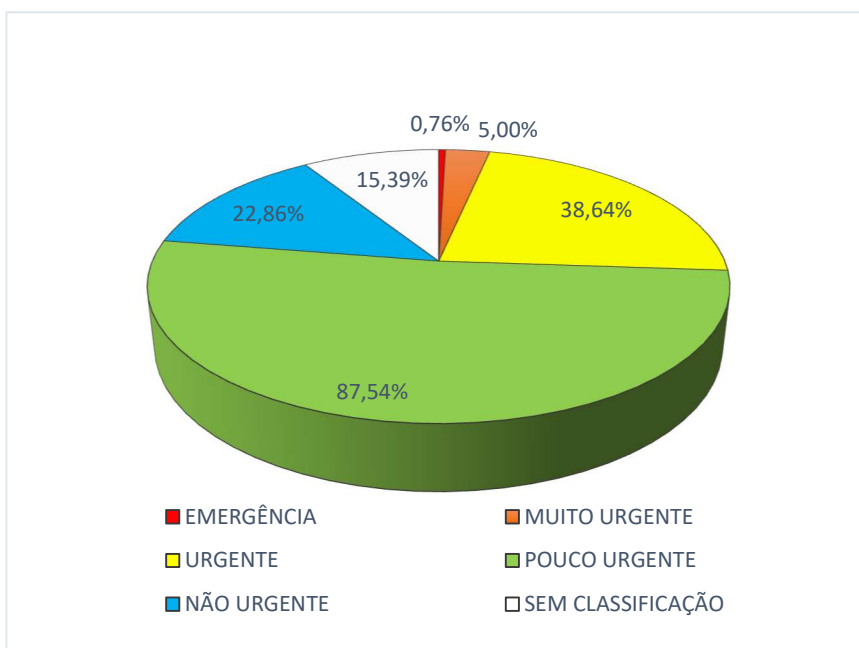
Denominador: é o número de pacientes admitido na urgência e emergência, em um mês.

Atendimento - Classificação de Risco



CÁLCULO DE TEMPO DE ESPERA:

$$\frac{25}{4420} \times 100 = 0,56 \text{ min}$$



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			
MUNICIPIO	BAIRRO	QUANTIDADE	CEP
BREJETUBA – ES	Bairro ZONA RURAL	5	29630-000
Total do município:		5	
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES	Bairro PEDRO RIGO	1	29300-000
Total do município:		1	
CONTAGEM – MG	Bairro TIJUCA	2	32180-300
Total do município:		2	
GUAÇUI	Bairro RURAL	1	29560-000
Total do município:		1	
IBATIBA - ES	Bairro ALVARINO	78	29395-000
	Bairro BELA VISTA	31	
	Bairro BOA ESPERANÇA	225	
	Bairro BOA VISTA	4	
	Bairro BOA VISTA	129	
	Bairro BRASIL NOVO	321	
	Bairro CARANGOLAS	13	
	Bairro CAMBRAIA	14	
	Bairro CENTRO	422	
	Bairro CHACARA	52	
	Bairro CRICIUMA	34	
	Bairro DAURI TOLEDO	3	
	Bairro FLORESTA	505	
	Bairro IPE	338	
	Bairro LACERDA	86	
	Bairro NOVO HORIZONTE	613	
	Bairro PARAISO	237	
Bairro PRO MORAR 1	25		
Bairro PRO-MORAR 2	16		
Bairro RURAL	97		

	Bairro SANTA CLARA	76	
	Bairro SAO JOSE	147	
	Bairro SANTA MARIA	62	
	Bairro SAO SEBASTIAO	74	
	Bairro TOLEDO	12	
	Bairro TROCATE	66	
	Bairro VILA NOVA	265	
	Bairro ZONA RURAL	1418	
	Total do município:	5363	
	<hr/>		
IRUPI - ES	Bairro SANTA CRUZ	18	29398-000
	Bairro SÃO JOSÉ DO IRUPI	14	
	Bairro ZONA RURAL	50	
	Total do município:	82	
	<hr/>		
IUNA - ES	Bairro CENTRO	1	29390-000
	Bairro PITO	4	
	Bairro FERREIRA VALE	1	
	Bairro QUILOMBO	3	
	Bairro PEQUIA	1	
	Bairro QUILOMBO	1	
	Bairro ZONA RUAL	3	
	Total do município:	11	
	<hr/>		
LAJINHA - MG	Bairro CENTRO	1	36980-000
	Bairro PRATA	2	
	Bairro ZONA RURAL	15	
	Bairro SAGRADA FAMILIA	1	
	Total do município:	19	
	<hr/>		
MUNIZ FREIRE - ES	Bairro ALTO NORTE	1	29380-000
	Bairro CENTRO	1	
	Bairro ZONA RURAL	18	
	Total do município:	20	
	<hr/>		
MUTUM - MG	Bairro CENTRO	1	36955-000
	Bairro ZONA RURAL	74	
	Bairro ZONA RURAL 1	1	
	Total do município:	76	
	<hr/>		
PADRE PARAISO – MG	Bairro JOAO DE LINO	1	39818-000
	Total do município:	1	

TIMOTEO – MG	Bairro PRIMAVERA	1	35182-442
Total do município:		1	
VENDA NOVA DO IMIGRANTE – ES	Bairro ZONA RURAL	1	29118-000
Total do município:		1	
VILA VELHA – ES	Bairro VALE ENCANTADO	1	29113-100
Total do município:		1	
TOTAL DE ATENDIMENTO:		5583	

CÁLCULO DE CEP:

$$\frac{13}{13} \times 100 = 100\%$$

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	
MAIO	
Nº de óbitos > 24h da admissão do paciente	0
Nº de óbitos < 24h da admissão do paciente	0

Nº de óbitos em cuidados paliativos	03
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. P. S	03/05/2026	06/05/2026	4
A. A. C	12/05/2026	14/05/2026	3
A. J. R	07/05/2026	12/05/2026	6
A. L. S. S	20/05/2026	22/05/2026	3
A. S	17/05/2026	19/05/2026	3
A. F. A	05/05/2026	08/05/2026	4
A. M. C. F	05/05/2026	08/05/2026	4
A. J. S	12/05/2026	14/05/2026	3
C. S. S	18/05/2026	27/05/2026	10
C. R. F	27/05/2026	30/05/2026	4
D. R. T	18/05/2026	20/05/2026	3
D. C. A. L	18/05/2026	20/05/2026	3
D. L. O	05/05/2026	12/05/2026	8
E. R. S	07/05/2026	10/05/2026	4

E. S. S	28/05/2026	29/05/2026	2
E. R. S. C	14/05/2026	16/05/2026	3
F. R. M	24/05/2026	26/05/2026	3
F. G. S. C	27/05/2026	28/05/2026	2
F. R. S	21/05/2026	23/05/2026	3
G. P. A. C	05/05/2026	09/05/2026	5
G. S. P	24/05/2026	26/05/2026	3
G. F. S. S	08/05/2026	11/05/2026	4
G. C. M	11/05/2026	12/05/2026	2
H. M. B	29/05/2026		4
H. P	28/05/2026		5
I. C. S	11/05/2026	12/05/2026	2
I. T. C	18/05/2026	25/05/2026	8
J. A. S. S	27/05/2026	28/05/2026	2
J. F. G. S	05/05/2026	08/05/2026	4
J. B. S	04/05/2026	04/05/2026	1
J. M. M	11/05/2026	13/05/2026	3
J. S. F	10/05/2026	12/05/2026	3
J. C. S. V	20/05/2026	22/05/2026	3
L. R. O	21/05/2026	25/05/2026	5
L. V. B. B	01/05/2026	03/05/2026	3
L. C. L	24/05/2026	26/05/2026	3
L. J. D	12/05/2026	16/05/2026	5
L. M	08/05/2026	09/05/2026	2
L. V. P	25/05/2026	31/05/2026	7
L. V. P	31/05/2026		2
M. L. S	25/05/2026	29/05/2026	5
M. A. S. R	12/05/2026	17/05/2026	6
M. A. M. S	12/05/2026	14/05/2026	3
M. D. L. O	12/05/2026	14/05/2026	3
M. L. S. S	28/05/2026	30/05/2026	3
M. L. V. S	24/05/2026	26/05/2026	3
M. L. M	24/05/2026	26/05/2026	3
M. N. V	16/05/2026	19/05/2026	4
M. O. C	24/05/2026	26/05/2026	3

M. T. S. F	19/05/2026	23/05/2026	5
M. R. B	25/05/2026	26/05/2026	2
M. A. S	14/05/2026	17/05/2026	4
M. F. F	26/05/2026	31/05/2026	6
M. D. A. F	16/05/2026	17/05/2026	2
M. R. B. O	15/05/2026	17/05/2026	3
N. R. S	16/05/2026	18/05/2026	3
N. D. S	15/05/2026	28/05/2026	14
O. L. B. B	10/05/2026	17/05/2026	8
P. F. O	14/05/2026	17/05/2026	4
R. B. S	11/05/2026	12/05/2026	2
R. L. D. A	31/05/2026		2
R. R. C. C	04/05/2026	05/05/2026	2
R. O	04/05/2026	07/05/2026	4
R. F. S	06/05/2026	08/05/2026	3
S. L. P	12/05/2026	14/05/2026	3
S. R. A	15/05/2026	15/05/2026	1
T. B	18/05/2026	19/05/2026	2
T. R. J	04/05/2026	09/05/2026	6
T. R. J	12/05/2026	17/05/2026	6
T. A. S	26/05/2026	31/05/2026	6
T. C. O. C	20/05/2026	21/05/2026	2
T. S. M	28/05/2026	30/05/2026	3
V. F. S	29/05/2026		4
V. F. A	12/05/2026	14/05/2026	3
L. C. M	07/05/2026	09/05/2026	3
F. R. O	29/05/2026	30/05/2026	1
M. M. J	12/05/2026	14/05/2026	3
MÉDIA DE PERMANÊNCIA			3,77%

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 (≤ 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.

$$\frac{2}{92} \times 100 = 2\%$$

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 (≤ 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	4174	10
PEDIÁTRICO	773	10
ORTOPÉDICO	14	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	37	10

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. P. S	03/05/2026	
02	A. J. R	07/05/2026	
03	A. F. A	05/05/2026	
04	A. M. C. F	05/05/2026	
05	C. S. S	18/05/2026	
06	C. R. F	27/05/2026	
07	D. R. T	18/05/2026	
08	D. L. O	05/05/2026	
09	G. P. A. C	05/05/2026	
10	G. F. S. S	08/05/2026	
11	H. M. B	29/05/2026	
12	H. P	28/05/2026	
13	I. T. C	18/05/2026	
14	J. F. G. S	05/05/2026	
15	J. S. F	10/05/2026	
16	L. R. O	21/05/2026	
17	L. J. D	12/05/2026	
18	L. M	08/05/2026	
19	L. V. P	25/05/2026	
20	L. V. P	31/05/2026	
21	M. L. S	25/05/2026	
22	M. A. S. R	12/05/2026	
23	M. N. V	16/05/2026	
24	M. T. S. F	19/05/2026	
25	M. R. B	25/05/2026	
26	M. A. S	14/05/2026	
27	M. F. F	26/05/2026	
28	N. D. S	15/05/2026	
29	O. L. B. B	10/05/2026	

30	P. F. O	14/05/2026	
31	R. O	04/05/2026	
32	T. R. J	04/05/2026	
33	T. R. J	12/05/2026	
34	T. A. S	26/05/2026	
35	V. F. S	29/05/2026	
36	F. R. O	29/05/2026	
37	M. M. J	12/05/2026	

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	L. V. B. B	01/05/2026	
02	R. F. S	06/05/2026	
03	L. C. M	07/05/2026	
04	E. R. S	07/05/2026	
05	S. L. P	12/05/2026	
06	V. F. A	12/05/2026	
07	E. R. S. C	14/05/2026	
08	M. R. B. O	15/05/2026	
09	M. D. A. F	16/05/2026	
10	N. R. S	16/05/2026	
11	A. S	17/05/2026	
12	T. B	18/05/2026	
13	D. C. A. L	18/05/2026	
14	J. C. S. V	20/05/2026	
15	F. R. S	21/05/2026	
16	M. L. V. S	24/05/2026	
17	F. G. S. C	27/05/2026	
18	J. A. S. S	27/05/2026	
19	E. S. S	28/05/2026	
20	T. S. M	28/05/2026	
21	M. L. S. S	29/05/2026	
22	R. L. D. A	31/05/2026	
23	S. R. N	15/05/2026	
24	T. C. O. C	20/05/2026	

3.2.1.3 – NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – CIRÚRGICO

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
CIRÚRGICO			
01	A. A. C	12/05/2026	
02	A. J. S	12/05/2026	
03	F. R. M	24/05/2026	
04	G. S. P	24/05/2026	
05	G. C. M	11/05/2026	
06	I. C. S	11/05/2026	
07	J. B. S	04/05/2026	
08	J. M. M	11/05/2026	
09	L. C. L	24/05/2026	
10	M. A. M. S	12/05/2026	
11	M. D. L. O	12/05/2026	
12	M. L. M	24/05/2026	
13	M. O. C	24/05/2026	
14	R. B. S	11/05/2026	
15	R. R. C. C	04/05/2026	
16	A. L. S. S	20/05/2026	

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	22
RESULTADO OBSERVADO	10

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
01/05/2026	L. V. B. B	3480	10	98%	99%	Normal
06/05/2026	R. F. S	2850	09	97%	96%	Normal
07/05/2026	L. C. M	2830	09	98%	98%	Normal
07/05/2026	E. R. S	3450	09	96%	96%	Normal
12/05/2026	S. L. P	3490	10	96%	97%	Normal
12/05/2026	V. F. A	4030	09	97%	96%	Normal
14/05/2026	E. R. S. C	3840	08	95%	95%	Normal
15/05/2026	M. R. B. O	3140	10	98%	99%	Normal
16/05/2026	M. D. A. F	3360	09	97%	96%	Normal
16/05/2026	N. R. S	3440	09	98%	97%	Normal
17/05/2026	A. S	3350	09	95%	97%	Normal
18/05/2026	T. B	3280	10	96%	97%	Normal
18/05/2026	D. C. A. L	3560	09	97%	96%	Normal
20/05/2026	J. C. S. V	3090	08	95%	95%	Normal
21/05/2026	F. R. S	3090	10	98%	99%	Normal
24/05/2026	M. L. V. S	2740	10	96%	97%	Normal
27/05/2026	F. G. S. C	3270	09	97%	96%	Normal
27/05/2026	J. A. S. S	3040	10	96%	97%	Normal
28/05/2026	E. S. S	2600	10	97%	96%	Normal
28/05/2026	T. S. M	3460	08	96%	97%	Normal
29/05/2026	M. L. S. S	2900	09	97%	96%	Normal
31/05/2026	R. L. D. A	3390	09	97%	98%	Normal
Total		22				

3.2.2.3 – TESTE DO OLHINHO

TESTE DO OLHINHO				
DN	RN DE	TRV	UNILATERAL	BILATERAL
01/05/2026	L. V. B. B	Normal		X
06/05/2026	R. F. S	Normal		X
07/05/2026	L. C. M	Normal		X
07/05/2026	E. R. S	Normal		X
12/05/2026	S. L. P	Normal		X
12/05/2026	V. F. A	Normal		X
14/05/2026	E. R. S. C	Normal		X
15/05/2026	M. R. B. O	Normal		X
16/05/2026	M. D. A. F	Normal		X
16/05/2026	N. R. S	Normal		X
17/05/2026	A. S	Normal		X
18/05/2026	T. B	Normal		X

18/05/2026	D. C. A. L	Normal		X
20/05/2026	J. C. S. V	Normal		X
21/05/2026	F. R. S	Normal		X
24/05/2026	M. L. V. S	Normal		X
27/05/2026	F. G. S. C	Normal		X
27/05/2026	J. A. S. S	Normal		X
28/05/2026	E. S. S	Normal		X
28/05/2026	T. S. M	Normal		X
29/05/2026	M. L. S. S	Normal		X
31/05/2026	R. L. D. A	Normal		X
Total				22

3.2.2.4 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO				
QUANT.	NOME DA MÃE	DNV	VIA DE PARTO	OBSTETRA
01	L. V. B. B	3095024476-9	Cesário	DR ^a ACACIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA – CRM: 28667/MG
02	R. F. S	3095024477-7	Cesário	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
03	L. C. M	3095024479-3	Cesário	DR ^o GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
04	E. R. S	3095024478-5	Cesário	DR ^o GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
05	S. L. P	3095024480-7	Cesário	DR ^o DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
06	V. F. A	3095024481-5	Cesário	DR ^o DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
07	E. R. S. C	3095024482-3	Cesário	DR ^o GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
08	M. R. B. O	3095024483-1	Cesário	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
09	M. D. A. F	3095024484-0	Vaginal	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
10	N. R. S	3095024485-8	Vaginal	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
11	A. S	3095024486-6	Cesário	DR ^a VALERIA PEROZINI INACIO – CRM: 10986/ES

12	T. B	3095024487-4	Vaginal	DR ^a VALERIA PEROZINI INACIO – CRM: 10986/ES
13	D. C. A. L	3095024488-2	Cesário	DR ^o DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
14	J. C. S. V	3095024489-0	Cesário	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
15	F. R. S	3095024491-2	Cesário	DR ^o GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
16	M. L. V. S	3095024492-0	Cesário	DR ^a VALERIA PEROZINI INACIO – CRM: 10986/ES
17	F. G. S. C	3095024494-7	Vaginal	DR ^o DJAIR MAZIOLE CHAGAS - CRM: 3655/ES
18	J. A. S. S	3095024493-9	Vaginal	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
19	E. S. S	3095024490-4	Vaginal	DR ^a THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA – CRM: 95595/MG
20	T. S. M	309504495-5	Cesário	DR ^o GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
21	M. L. S. S	3095024496-3	Vaginal	DR ^o GALDINO JOÃO NOBRE – CRM: 1088/ES
22	R. L. D. A	3095024497-1	Vaginal	DR ^a VALERIA PEROZINI INACIO – CRM: 10986/ES
Total				22

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	01	0
INSERÇÃO DE DIU	04	07
CIRURGA GERAL	11	10
VASCULAR	09	10
ORTOPÉDICA SEM OPME	00	0

3.2.3.2 – CIRURGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	A. L. S. S	LAQUEADURA TUBARIA	

3.2.3.3 – INSERÇÃO DE DIU

INSERÇÃO DE DIU			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	T. L. D	INSERÇÃO DE DIU	
02	J. S. R	INSERÇÃO DE DIU	
03	F. M. S	INSERÇÃO DE DIU	
04	T. L. D	INSERÇÃO DE DIU	

3.2.3.4 – CIRURGIAS GERAL REALIZADAS

CIRURGIA GERAL			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	R. B. S	COLECISTECTOMIA	

02	I. C. S	HERNIOPLASTIA INGUINAL – UNILATERAL	
03	J. M. M	HERNIOPLASTIA INGUINAL – BILATERAL	
04	G. C. M	VASECTOMIA BILATERAL	
05	D. L. C	PLASTICA EM Z OU W	
06	S. O. V. R	COLECISTECTOMIA	
07	L. C. S. L	ABSCESSO	
08	W. M. M	EXERESE DE LIPOMA	
09	R. R. C. C	COLECISTECTOMIA	

3.2.3.5 – CIRURGIAS VASCULARES REALIZADAS

CIRURGIA VASCULAR			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	A. J. S	VARICECTOMIA	
02	A. A. C	VARICECTOMIA	
03	M. A. M. S	VARICECTOMIA	
04	M. D. L. O	VARICECTOMIA	
05	M. O. C	VARICECTOMIA	
06	F. R. M	VARICECTOMIA	
07	M. L. M	VARICECTOMIA	
08	G. S. P	VARICECTOMIA	
09	L. C. L	VARICECTOMIA	

3.2.3.6 – CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS

CIRURGIA ORTOPÉDICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO

3.2.4 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

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

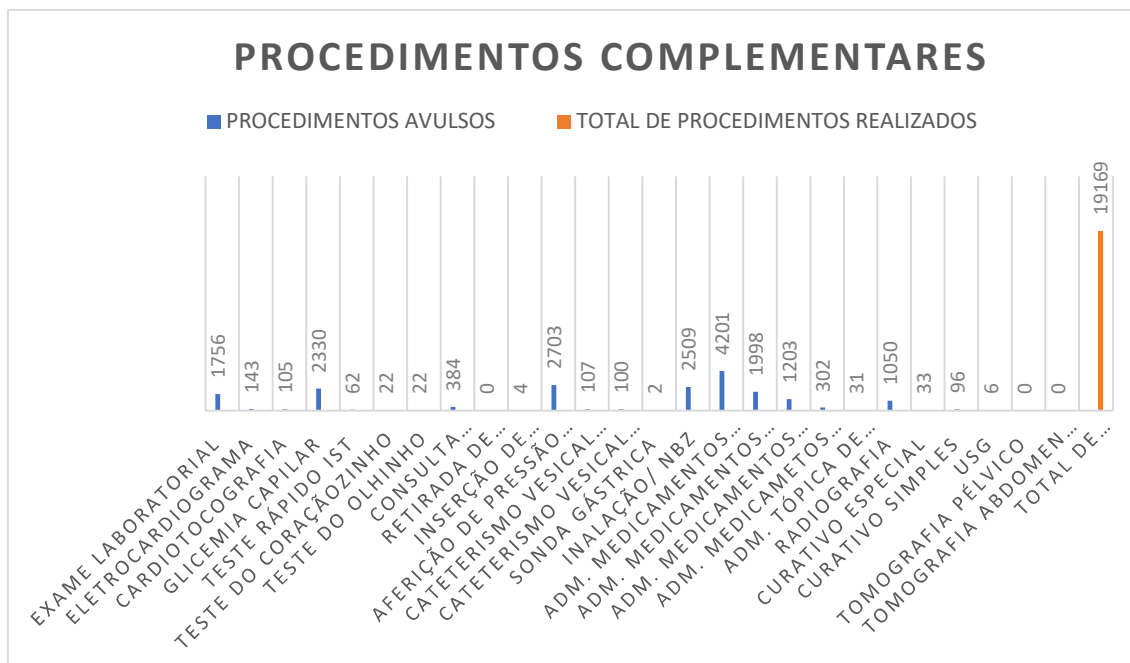
AMBULATORIAL	
CIRURGIAS	NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS
CONSULTA OBSTÉTRICA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)	LIVRE DEMANDA
PEQUENA CIRURGIA/ CONSULTA	60
CONSULTA EM ORTOPEDIA	120
MEDICAÇÃO EXTERNA (INJETÁVEL) EXCETO MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO E/OU MEDICAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	LIVRE DEMANDA
CONSULTA GINECOLÓGICA	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)	48	10
PEQUENA CIRURGIA/ CONSULTA	53	09
CONSULTA EM ORTOPEDIA	167	10
MEDICAÇÃO EXTERNA (INJETÁVEL) EXCETO MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO E/OU MEDICAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	495	10

CONSULTA GINECOLÓGICA	41	10
CONSULTA GERAL	37	10
CONSULTA VASCULAR	38	10
EXAME DOPPLER	60	10

4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES



5 – NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO	62
REMOVIDAS	10
SAMU	06
TOTAL	78

6 - TREINAMENTOS

TREINAMENTO	
ENFERMAGEM	03
NUTRIÇÃO	05
FARMÁCIA	-
HIGIENIZAÇÃO	01
RECEPÇÃO	-
CONTROLADOR DE ACESSO	-
CONDUTOR SOCORRISTA	-
TI	60
TOTAL	69

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%	94,50%	10
03	Tempo de espera na urgência	Conforme protocolo Manchester	0,56 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%	3,77%	10
07	Proporção de reinternação em até 30 dias da saída hospitalar	< 2%	2%	10

08	Proporção de partos vaginais	> 65%	36%	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	4174	10
12	Atendimento pediátrico	500	773	10
13	Atendimento ortopédico	Livre demanda	14	10
14	Internação clínica/ pediátrica	35 a 55	37	09
15	Número de partos	18	22	10
16	Cirurgia ginecológica	12	01	00
17	Inserção de DIU	06	04	07
18	Cirurgia Geral	10	11	10
19	Cirurgia Vascular	10	09	10
20	Cirurgia Ortopédica sem OPME	> 16	00	00
21	Consulta obstétrica (pré-natal de alto risco)	Livre demanda	48	10
22	Pequena cirurgia/ consulta	60	53	09
23	Consulta em ortopedia	120	167	10
24	Medicação externa (injetável) exceto medicação de alto custo e/ou medicação de atenção especializada	Livre demanda	495	10
25	Consulta ginecológica	36	41	10
26	Consulta geral	30	37	10
27	Consulta vascular	30	38	10
28	Exame doppler	25	60	10
268/28 = 9,10				
PONTUAÇÃO GLOBAL				100%

8 - RELATÓRIO DE COMISSÕES

8.1 Comissão Segurança do Paciente



ATO 24
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No dia 22/05/2025, foi realizado a reunião para implementações e melhorias de **Segurança do Paciente**, abordando os seguintes temas:

- META 03:

Ibatiba, 22 de maio de 2026.

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

8.4 Comissão de Óbito

ATA nº 03
ATA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Data da reunião: 28/05/2028

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

- Karla Elza da Costa (médico e diretora clínica)
- Ana Carolina Leonardo (farmácia)
- Raquel Alves (enfermeira RT)
- Caroline de Oliveira Freitas (nutricionista)
- Camilla ~~de~~ Lima (assistente social)
- Cintia Karla de Oliveira (farmacêutica RT)

Reunião com o objetivo de conferência do índice de óbitos referente ao mês de maio de 2026, durante o mês analisado, nosso hospital registrou um óbito. Análise realizado pela ~~Dr.~~ Karla Elza da Costa (médica e diretora clínica), CRM-ES nº22879.

• **Óbito Hospitalar:**

Nº Declaração de óbito	Paciente:	Diagnóstico:	Data do óbito:
375529357	Tereza Bosa de Jesus	Pneumonia	18/05/2028
375529330	Giulio Freitas Silva de Souza	Insuficiência Respiratória	10/05/2028
375529349	Alvaro Jose Ribeiro	Sepse do Foco Urinário	12/05/2028

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)

(farmácia)

(nutricionista)

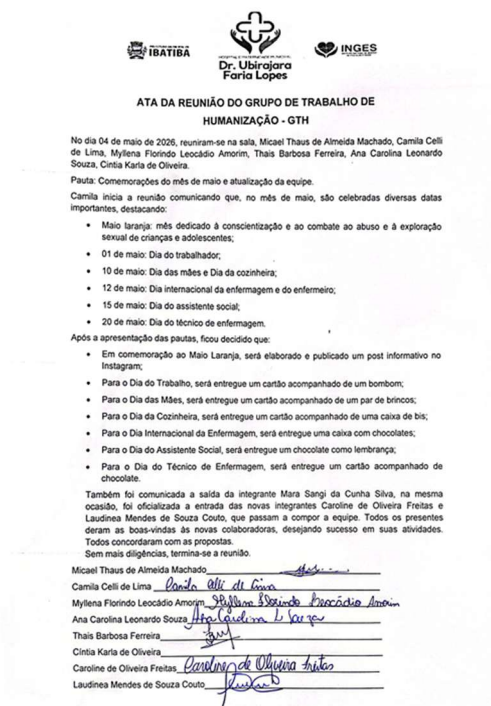
(enfermeira RT)

(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 meta de cirurgias ortopédicas não fora alcançada, devido à falta de demanda encaminhada pelo município por meio do sistema de regulação. Embora haja disponibilidade de agenda, infraestrutura e equipe especializada para realização dos procedimentos, não houveram pacientes regulados, assim, impossibilitando o cumprimento das metas estabelecidas.

Em relação às cirurgias ginecológicas e aos procedimentos de inserção de DIU, observou-se uma redução da demanda efetivamente atendida em decorrência de solicitações de remarcação realizadas pelas próprias pacientes. Considerando que o período avaliado coincidiu com a safra de café, atividade econômica de grande relevância para o município e região, diversas pacientes optaram pelo adiamento dos procedimentos para datas futuras, visando conciliar o tratamento com suas atividades laborais.

A unidade hospitalar manteve sua capacidade operacional integralmente disponível durante todo o período, com oferta regular de vagas, equipe assistencial habilitada, insumos e estrutura adequados para a execução dos procedimentos pactuados. Foram realizados os agendamentos conforme a disponibilidade institucional, entretanto, fatores externos relacionados ao perfil da demanda e às solicitações de remarcação impactaram diretamente o alcance das metas estabelecidas.

Dessa forma, o desempenho observado não decorre de limitações assistenciais, administrativas ou estruturais da instituição, mas de circunstâncias externas que influenciaram o comparecimento e a adesão dos pacientes aos procedimentos programados.

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 ASSISTENCIAL - HMU
COREN-ES 666.216

ANEXO I – TREINAMENTO TI

				Código: IT.TECIN.01
Título: Treinamento de Profissional de Saúde		Revisão: 000	Página 1 de 1	
Elaborado por: Geasi E. Felipe	Análise Crítica: Argemiro	Aprovado por: Micael Thäus		

RG SYSTEM

**TERMO DE PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTO
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. UBIRAJARA FARIA LOPES**

Declaro que participei do treinamento referente às atividades e rotinas do meu setor, realizado pelo Setor de Tecnologia da Informação e Gestão Hospitalar desta instituição.

O treinamento teve como objetivo capacitar os profissionais quanto à correta utilização dos sistemas, processos e fluxos de trabalho adotados pelo Hospital e Maternidade Dr. Ubirajara Faria Lopes, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes, a segurança das informações, a correta produção dos atendimentos e a eficiência dos serviços hospitalares.

Declaro que recebi orientações relacionadas ao meu módulo específico de atuação, compreendendo as informações apresentadas e estando ciente da importância da aplicação dos conhecimentos adquiridos em minhas atividades diárias.

Estou ciente de que a correta utilização dos procedimentos e sistemas institucionais contribui para a qualidade do atendimento, para o adequado registro das informações assistenciais e administrativas, bem como para o correto faturamento dos serviços prestados pela instituição.

Módulo/Setor Treinado:

- Recepção
- Triagem
- Corpo Clínico (Médicos)
- Enfermagem
- Técnico de Enfermagem
- Faturamento
- Outro: _____

Assinatura do Colaborador

Assinatura do Responsável pelo Treinamento

Ibatiba/Es de 2026

É proibida a reprodução parcial ou total deste documento.
Cópias impressas somente serão válidas quando carimbadas como "Cópia Controlada".