

ABRIL/2025



INSTITUTO NACIONAL  
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



**UNIDADE: Hospital Municipal  
Guarapiranga**

**CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 – SMS.G/AHM**

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES** prestadas nas competências de **Abril de 2025**, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga, São Paulo/SP**, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

### **CONTRATANTE**

Prefeitura do Município de São Paulo por meio da sua Secretaria Municipal de Saúde e interveniência da Autarquia Hospitalar Municipal.

### **Nº CHAMAMENTO PÚBLICO**

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

### **Nº CONTRATO DE GESTÃO**

001/2020 - SMS.G / AHM.

### **OBJETO CONTRATUAL**

Prestação de serviços especializados na implementação, gestão, monitoramento e avaliação de 120 (cento e vinte) leitos de cuidados prolongados, em atendimento à demanda de hospitais municipais desta cidade, consoante Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.809/2012.

Prorrogação do Contrato de Gestão Emergencial pelo período de 01 (um) mês, a partir de 01 a 31/05/2022 com 186 leitos (cento e oitenta seis leitos), conforme Plano de Trabalho.

### **CNES**

0161438.

### **ENDEREÇO**

Estrada da Riviera, 4742 - Riviera Paulista – São Paulo/SP CEP - 04916000.

## FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



### EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem

Daniele de Mello Martorano – Coordenação de Enfermagem

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos

Paulo Henrique Ferreira Lopes – Coordenação Financeira

Robert da Silva – Coordenação de Prestação de Contas

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia

### COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Larissa de Jesus Ferreira – Analista de Recursos Humanos

Paulo Rodrigo de Souza Barbosa – Analista de Qualidade

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade

## SUMÁRIO

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE.....	16
2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA .....	17
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	18
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS .....	19
2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS .....	21
3. ESTRUTURA DO SERVIÇO .....	23
3.1. RECURSOS HUMANOS.....	23
3.1.1. Recursos Humanos.....	27
3.1.2. Departamento Pessoal.....	31
3.1.3. Medicina Ocupacional .....	34
3.1.4. Segurança Do Trabalho .....	38
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO .....	43
3.2.1. Radiologia.....	43
3.2.2. Laboratório .....	49
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS .....	52
3.3.1. Nutrição.....	61
3.3.2. Fisioterapia .....	67
3.3.3. Serviço Social.....	74
3.3.4. Psicologia .....	85
3.3.5. Fonoaudiologia.....	97
3.3.6. Terapia Ocupacional .....	101
3.3.7. Terapias Alternativas .....	102
3.3.8. Estomaterapia .....	105
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	108
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) .....	108
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) .....	119
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	124
3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação .....	128
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente .....	132
3.5. SUPRIMENTOS .....	137



3.5.1. Farmácia .....	138
3.6. Compras .....	141
3.7. INFRAESTRUTURA .....	144
3.7.1. Engenharia Clínica .....	145
3.7.2. Manutenção Predial .....	149
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO .....	153
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	156
3.9.1. Qualidade .....	156
3.9.2. Faturamento .....	162
3.9.3. Prestação De Contas .....	164
3.9.4. Financeiro .....	168
3.9.5. Patrimônio .....	170
3.9.6. Contratos .....	175
3.9.7. Hotelaria.....	177
3.9.8. Recepção .....	184
3.9.9. Portaria.....	185
3.9.10. Jurídico .....	186
3.9.11. Ouvidoria .....	189
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	195
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	196
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS.....	196
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS .....	199
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES .....	202
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos .....	202
5.3.2. Hemodiálise .....	204
5.3.3. Hemocomponentes .....	205
6. COMISSÕES .....	206
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	208
8. AÇÕES DE DESTAQUE .....	223
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	225
10. ANEXOS .....	226

<b>Atas das Comissões .....</b>	<b>226</b>
---------------------------------	------------

### SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária .....	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero .....	22
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.....	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) .....	23
Tabela 05 – Serviços Médicos .....	25
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados .....	26
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	28
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	32
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional.....	34
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar) .....	43
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica) .....	44
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor) .....	44
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	45
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	45
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	46
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	49
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar) .....	53
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica) .....	53
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	54
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	55
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados) ..	55
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria) .....	56
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar) .....	61

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	62
Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor) .....	63
Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi).....	63
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados) ....	63
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria) .....	64
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar) .....	68
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica) .....	69
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .....	69
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	70
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados) .....	71
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria).....	71
ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA .....	72
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar) .....	75
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica) .....	76
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	77
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi) .....	78
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	79
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	80
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar) .....	86
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	87
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .....	88
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	90
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos).....	91
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria) .....	92
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia .....	97

Tabela 49 – Indicadores de Terapias Alternativas .....	103
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia.....	106
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) .....	109
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .....	110
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .....	111
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	112
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados).....	113
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ...	114
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar) .....	119
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	120
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .....	120
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-vi) .....	121
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos) .....	122
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria) .....	123
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde .....	125
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global) .....	129
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	133
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP .....	134
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia .....	138
Tabela 68 – Indicadores de Compras .....	142
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	145
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial .....	150
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	154
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	157
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	163

Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas.....	165
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro .....	168
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio.....	170
Tabela 77 – Indicadores do Contratos .....	176
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia .....	178
Tabela 79 – Indicadores de Higienização .....	182
Tabela 80 – Indicadores de Recepção.....	184
Tabela 81 – Indicadores de Portaria .....	185
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos .....	187
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	189
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas .....	190
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos .....	196
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos.....	199
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	202
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	204
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes .....	205
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	207

## SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos .....	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos .....	20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária .....	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero.....	22
Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas .....	23
Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem .....	29
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH .....	29
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos .....	30
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	30
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	31
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo .....	32
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem .....	33

Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem .....	33
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias.....	34
Gráfico 15 – Taxa de Exames.....	35
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho .....	36
Gráfico 17 – Relação de atestados .....	36
Gráfico 18 – Relação de afastados .....	37
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados).....	37
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros .....	39
Gráfico 21 – Taxa de inspeções.....	40
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes.....	40
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos.....	41
Gráfico 24 – Relação de treinamentos .....	41
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas .....	42
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas .....	42
Gráfico 27 – Relação de acidentes .....	43
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames (Geral Hospitalar).....	47
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar) .....	47
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar).....	48
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar).....	48
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta.....	50
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos .....	50
Gráfico 34 –Total geral de resultados críticos .....	51
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT) .....	51
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo.....	52
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar) .....	57
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar).....	57
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar) .....	58
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar).....	58
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar).....	59



Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar).....	59
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar) .....	60
Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar) ...	60
Gráfico 45 – Número de Atendimentos .....	65
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional .....	65
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional .....	66
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	66
Gráfico 49 – Índice de IMC.....	67
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	72
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar) .....	73
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica.....	73
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas .....	74
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	82
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	82
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	83
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito.....	83
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento .....	84
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento .....	84
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais .....	85
Gráfico 61 – Índice de intervenções .....	93
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	94
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica .....	94
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	95
Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos .....	95
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social .....	96
Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias .....	96
ANÁLISE CRÍTICA.....	98

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial.....	98
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	99
Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração ...	99
Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações .....	100
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala .....	100
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral .....	101
Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia .....	104
Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar .	104
Gráfico 76 – Número de Ozoterapia.....	105
Gráfico 77 – Consumo de cilindro o <sup>2</sup> .....	105
Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão .....	107
Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP.....	107
Gráfico 80 – Número total de lesões .....	108
Gráfico 81 – Taxa de não conformidades .....	116
Gráfico 82 – Número de não conformidades.....	117
Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano .....	117
Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades .....	118
Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades .....	118
Gráfico 86 – Número de visitas técnicas .....	119
Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global .....	124
Gráfico 89 - Densidade Incidência .....	124
Gráfico 90 – Número de notificações realizadas .....	126
Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG.....	126
Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID.....	127
Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose .....	127
Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). .....	128
Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS .....	130
Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos.....	130

Gráfico 97 – Serviço de Remoções .....	131
Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias) .....	131
Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos .....	132
Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões .....	132
Gráfico 101 – Taxa de treinamentos .....	135
Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento .....	135
Gráfico 103 – Homem hora .....	136
Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos... ..	139
Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	140
Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	140
Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica .....	141
ANÁLISE CRÍTICA.....	142
Gráfico 108 – Lançamentos de cotações .....	143
Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas .....	143
Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	144
Gráfico 110 – Número de compras emergencial .....	144
Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados .....	147
Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado.....	147
Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva .....	148
Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	148
Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega .....	149
Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção .....	149
ANÁLISE CRÍTICA.....	151
Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados .....	151
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos).....	152
Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.....	152
Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.....	153
Gráfico 121 – Quantidade de chamados.....	154

Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução .....	155
Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras .....	155
Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados.....	156
Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	159
Gráfico 126 – Comissões .....	159
Gráfico 127 – Número de documentos retroativos .....	160
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações .....	160
Gráfico 129 – Documentos.....	161
Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas .....	161
Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	162
Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais .....	163
Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados .....	164
Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão .....	165
Gráfico 135 – Número de auditorias externas .....	166
Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades .....	166
Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado .....	167
Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da sms .....	167
Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas .....	168
Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês.....	169
Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	172
Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas .....	172
Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações.....	173
Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso .....	173
Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços.....	174
Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	174
Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados .....	175
Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas .....	175
Gráfico 151 – Número de aditivos .....	177
Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos .....	177
Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval) .....	179

Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI.....	179
Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados .....	180
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	180
Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas) .....	181
Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição .....	181
Gráfico 159 – Enxoval Dispensado .....	182
Gráfico 160 – Índices de higienização.....	183
Gráfico 161 – Terminais .....	183
Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes.....	184
Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos .....	185
Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança .....	186
Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança .....	186
Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais .....	187
Gráfico 167 – Notificações de fornecedores .....	188
Gráfico 168 – Produção Jurídico .....	188
Gráfico 169 – Taxa de resoluções.....	190
Gráfico 170 – Taxa de reincidência.....	191
Gráfico 171 – Taxa de devolutivas .....	191
Gráfico 172 – Tempo médio de resposta .....	192
Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas .....	192
Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas .....	193
Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação .....	193
Gráfico 176 – Total de pesquisas internas .....	194
Gráfico 177 – Total de manifestações internas .....	194
Gráfico 178 – Taxa de ocupação .....	197
Gráfico 179 – Índice de queda .....	197
Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão .....	198
Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria .....	198
Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH.....	199
Gráfico 183 – Número paciente e leito dia .....	200

Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão .....	200
Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria.....	201
Gráfico 186 – Número de AIH's.....	201
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo .....	203
Gráfico 188 - Produção De Resíduos.....	203
Gráfico 189 - Hemodiálises .....	204
Gráfico 190 - Hemocomponentes.....	205
Gráfico 191 – Bolsas transfundidas.....	206

## 1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) é uma organização social sem fins lucrativos, certificada pelo CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades nas áreas de saúde no Brasil.

Ao longo de quinze anos, o INTS já contribuiu para a gestão de diversos municípios brasileiros nos estados da Bahia, São Paulo, Goiás, Espírito Santo, Ceará, Sergipe e Minas Gerais aplicando as melhores práticas tecnológicas e de inovação. O INTS concentra sua base corporativa e de operações na cidade de Salvador – BA, onde conta com uma equipe extremamente qualificada para atender as necessidades do setor público brasileiro nas áreas da Saúde, Educação e da Assistência Social. Além da estrutura administrativa, o INTS é registrado em todos os conselhos de classes de suas áreas de atuação.

A estrutura organizativa do INTS é composta por um Conselho Administrativo; Presidência; Superintendências Geral, de Planejamento e de Relações Institucionais; Diretorias Geral, de Projetos, de Contratos, Administrativa, Financeira, de Tecnologia, Infraestrutura e Jurídica que, juntos com a equipe, atuam diretamente na organização, execução, avaliação e auditoria dos contratos vigentes, bem como na busca de novos contratos com vistas a ampliação do rol de unidades geridas pelo INTS.



O INTS recebeu, em 2021, o Certificado que garante a manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001, versão 2015. Isto valida as atividades do Instituto junto à gestão dos contratos com órgãos públicos relativos à prestação de serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social. O certificado agora tem validade até fevereiro de 2024, com auditorias de manutenção anual.

O INTS assume o compromisso com a qualidade dos produtos e serviços, com a eficiência operacional e com a satisfação dos usuários. No campo da saúde, o INTS visa o gerenciamento, operacionalização e organização dos serviços de saúde, prestando assistência seguindo os princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de ser líder atuante, empenhado no desenvolvimento e implantação de melhoria contínua dos requisitos do Sistema de Gestão de Qualidade.

## 2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

O Hospital Municipal Guarapiranga deu início às suas atividades em junho de 2020 com a ativação de 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 20 leitos de Enfermaria para pacientes acometidos pelo COVID-19. Em seu primeiro ano de atuação, a unidade ampliou seus leitos para 190 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 69 de enfermaria.

Com a redução dos casos de SARS COVID-19, a partir de maio de 2022 o Hospital Municipal Guarapiranga passou a tornar um equipamento de saúde de 186 leitos, atuando em duas frentes:

- ▶ Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.
- ▶ Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou

adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

A unidade atua em busca da satisfação de seus pacientes assistidos se comprometendo com o atendimento humanizado. Preza pela participação social na gestão, para o desenvolvimento e melhoria da assistência prestada.

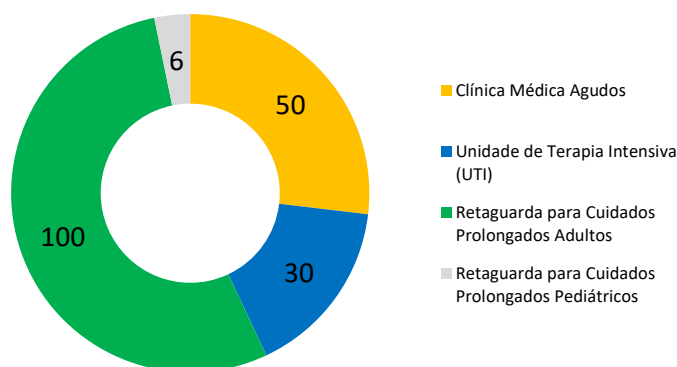
## 2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O Hospital Municipal Guarapiranga, como uma unidade de saúde de "porta fechada", atende a pacientes encaminhados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). A seguir, apresento um perfil epidemiológico baseado nas informações conhecidas sobre os serviços prestados e a população atendida.

### Distribuição de Leitos

- Clínica Médica Agudos: 50 leitos;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI): 30 leitos;
- Retaguarda para Cuidados Prolongados Adultos: 100 leitos;
- Retaguarda para Cuidados Prolongados Pediátricos: 6 leitos.

**Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos**

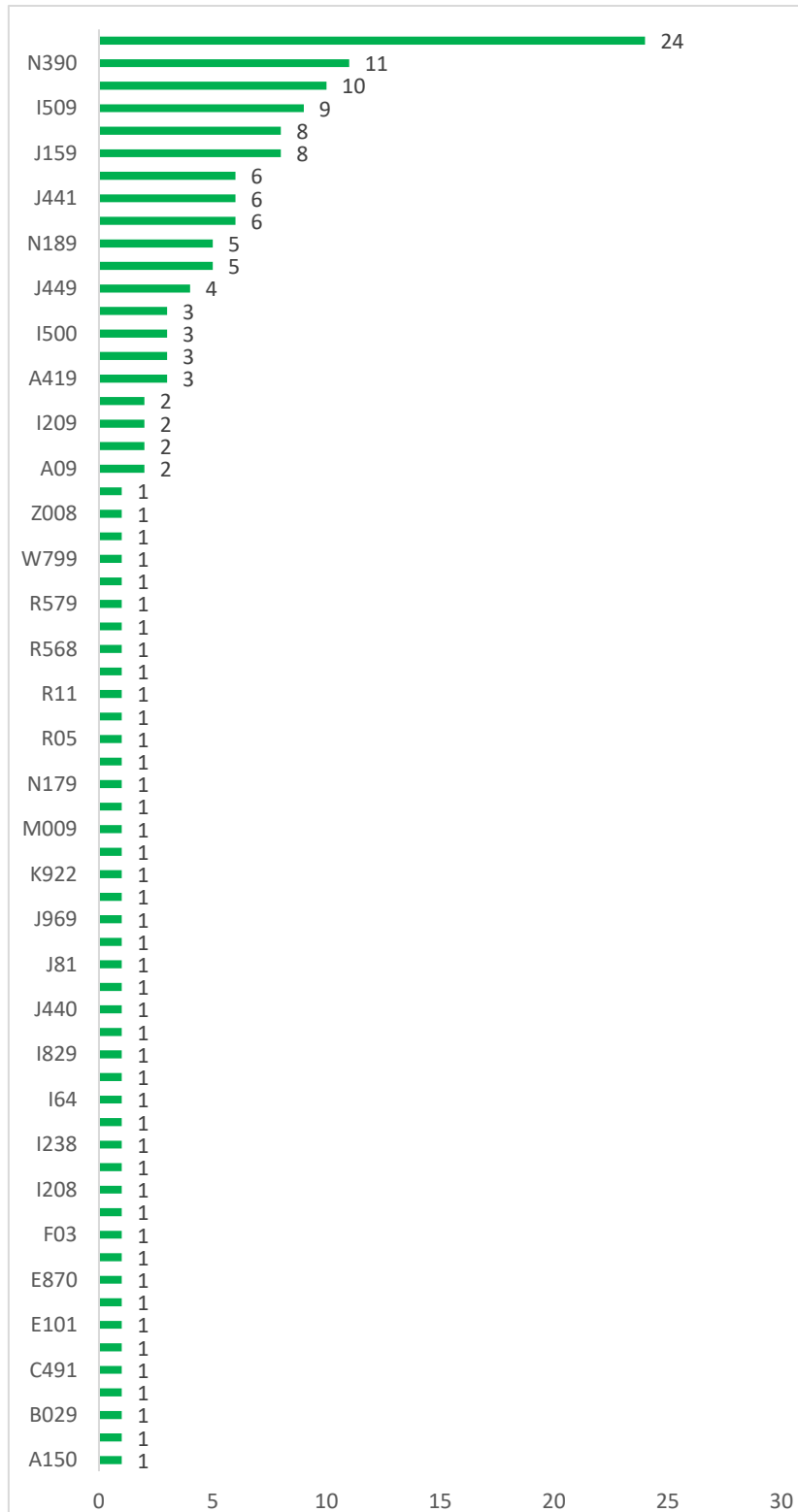


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

## 2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. Doenças Respiratórias: Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças Infeciosas: Infecções urinárias, gastroenterites.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Cuidados Críticos: Pacientes com insuficiência respiratória aguda, sepse, choque séptico. Pós-operatório de Alta Complexidade: Pacientes que necessitam de vigilância intensiva após cirurgias complexas. Trauma: Tratamento de pacientes com traumas graves, acidentes de trânsito, quedas.
- **Cuidados Prolongados Adultos:** Reabilitação e Cuidados Paliativos: Pacientes com necessidade de reabilitação após eventos agudos ou doenças crônicas em fase avançada. Doenças Neurodegenerativas: Alzheimer, Parkinson, esclerose múltipla.
- **Cuidados Prolongados Pediátricos:** Condições Crônicas Pediátricas: Paralisia cerebral, distrofia muscular, doenças metabólicas.

### Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos



Fonte: SMPEP.

### 2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

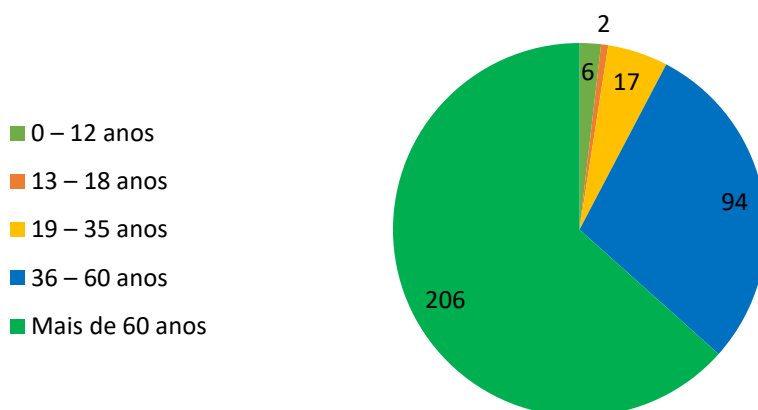
**Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.**

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
0 – 12 anos	8	6	6	6
13 – 18 anos	0	0	1	2
19 – 35 anos	21	12	20	17
36 – 60 anos	94	89	99	94
Mais de 60 anos	205	184	186	206

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária**

#### ABRIL



Fonte: SMPEP.

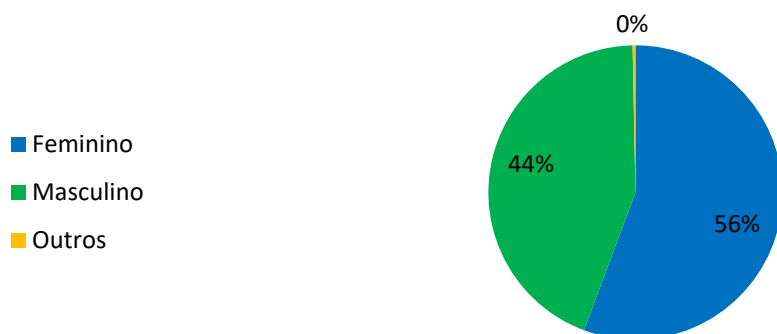
**Tabela 02 – Atendimento por Gênero**

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Feminino	143	130	126	181
Masculino	185	161	185	143
Outros	0	0	1	1

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 04 – Atendimento por Gênero**

**ABRIL**



Fonte: SMPEP.

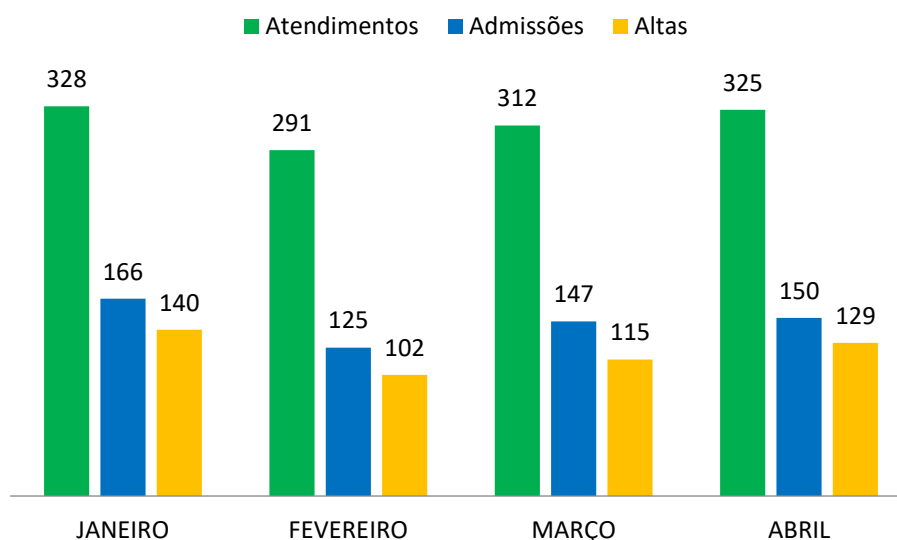
**Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.**

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Atendimentos	328	291	312	325
Admissões	166	125	147	150
Altas	140	102	115	129

Fonte: SMPEP.



### Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

## 3. ESTRUTURA DO SERVIÇO

### 3.1. RECURSOS HUMANOS

O Hospital Municipal Guarapiranga é composto por uma força de trabalho robusta, com aproximadamente 900 profissionais distribuídos em várias frentes de atuação, conforme quadro abaixo. Esses profissionais incluem equipes administrativas, assistenciais e de apoio. Contamos com uma equipe diversificada e especializada para atender as necessidades de saúde da população, garantindo um atendimento de qualidade. A integração e a colaboração entre as equipes administrativas, assistenciais e de apoio são fundamentais para o bom funcionamento da unidade.

**Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT)**

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	8
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3

ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	1
ANALISTA DE RH	3
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	9
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	6
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL	1
AUXILIAR ADM PLENO	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JR	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	15
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	14
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	1
AUXILIAR FARMACIA	27
AUXILIAR LAVANDERIA	10
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	97
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCACÃO CONTINUADA	1

ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	9
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	71
FONOAUDIOLOGO	2
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	2
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	9
PSICOLOGO HOSPITALAR	5
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAÚDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	3
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMÁTICA	4
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1
TECNICO ENFERMAGEM	279
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
<b>Total Geral</b>	<b>663</b>

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Tabela 05 – Serviços Médicos

ESPECIALIDADES	TOTAL
CIRURGIA GERAL	1
CLÍNICO GERAL	75
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1

PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>87</b>

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

### Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	2
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE LIMPEZA	68
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	4
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	3
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	14
COZINHEIRO	4
DENTISTA	3
ELETRICISTA	4
ENCARREGADO	4
ENFERMEIRA	2
ENGENHEIRO SUPERVISOR	1
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	3
LIMPADOR DE VIDROS	1
MÉDICOS	85
MOTORISTA	6
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO	1
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	2
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1

TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	2
VIGILANTE	20
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>275</b>

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### 3.1.1. Recursos Humanos

O setor de Recursos Humanos, ou RH, é responsável por gerenciar o capital humano de uma organização. Suas principais atribuições incluem:

- Recrutamento e Seleção;
- Engajamento;
- Treinamento e Desenvolvimento;
- Benefícios;
- Planos de Carreira;
- Remuneração.

O RH desempenha um papel estratégico, não apenas lidando com questões operacionais relacionadas aos funcionários, mas também influenciando diretamente o desempenho organizacional e a cultura corporativa.

Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

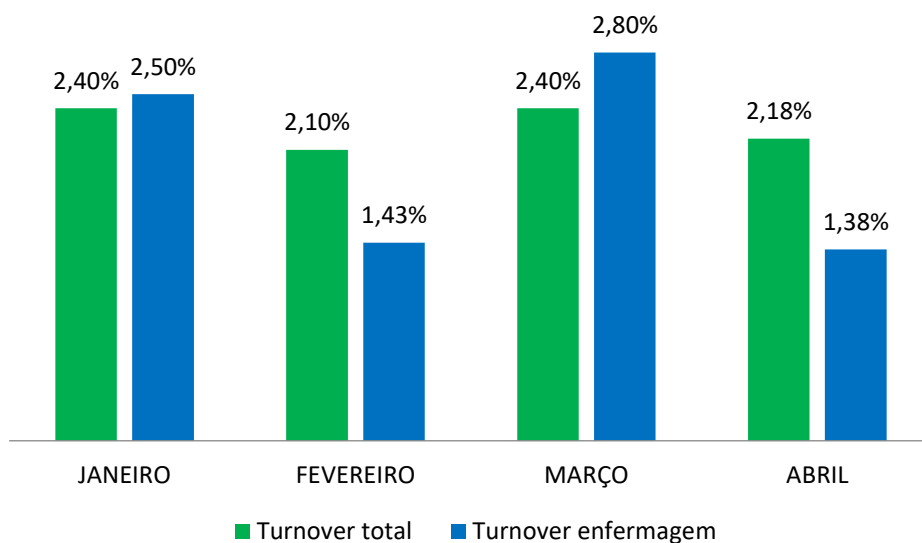
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Turnover total	<5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%
Turnover enfermagem	<5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

\*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

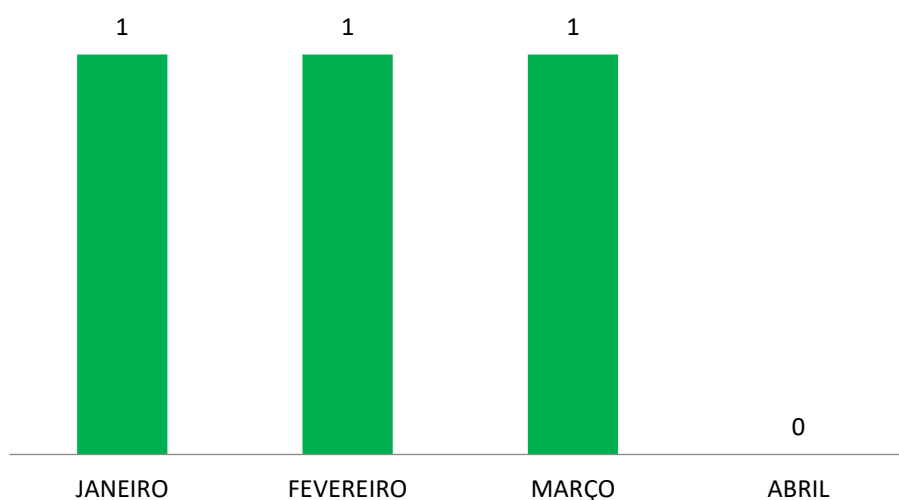


### Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem



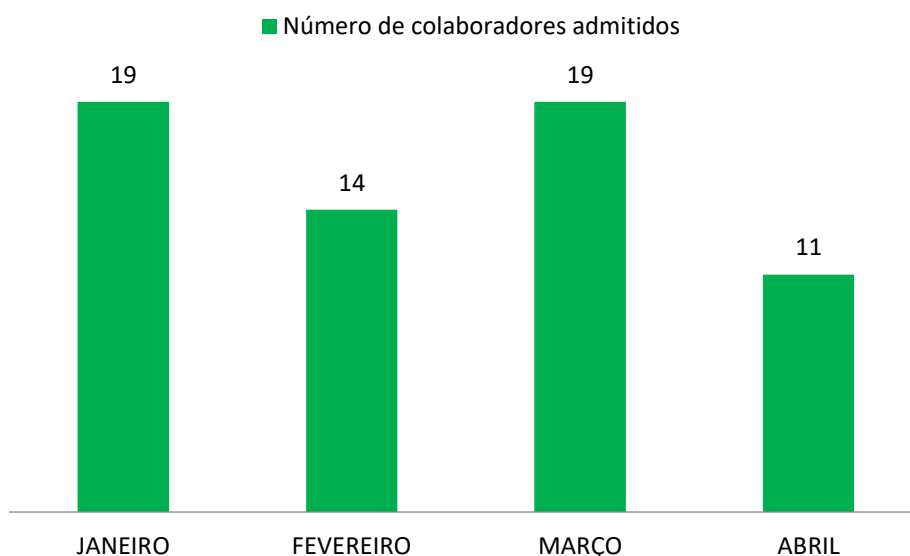
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



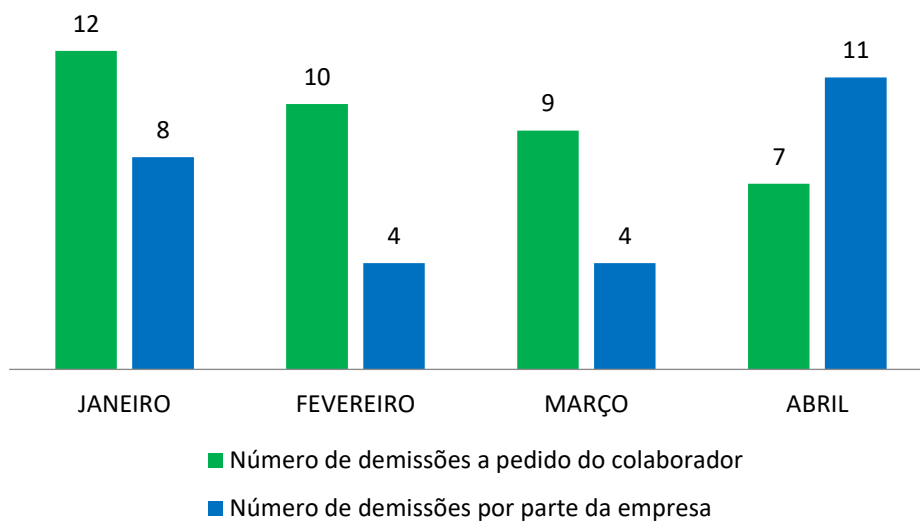
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



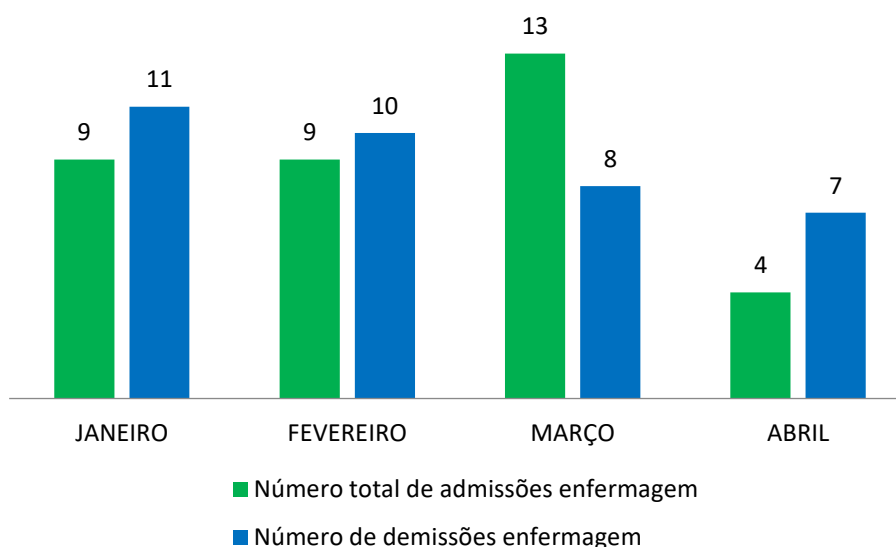
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 09 – Relação de demissões



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### 3.1.2. Departamento Pessoal

O Departamento Pessoal garante que todas as questões administrativas e legais relacionadas aos colaboradores sejam tratadas de forma eficiente e conforme as normativas vigentes. Algumas das principais funções e responsabilidades do Departamento Pessoal:

- Administração de Pessoal;
- Folha de Pagamento;
- Benefícios e Compensações;
- Relações Trabalhistas;
- Cumprimento Legal;
- Treinamento e Desenvolvimento;
- Saúde e Segurança do Trabalho;
- Gestão de Conflitos.

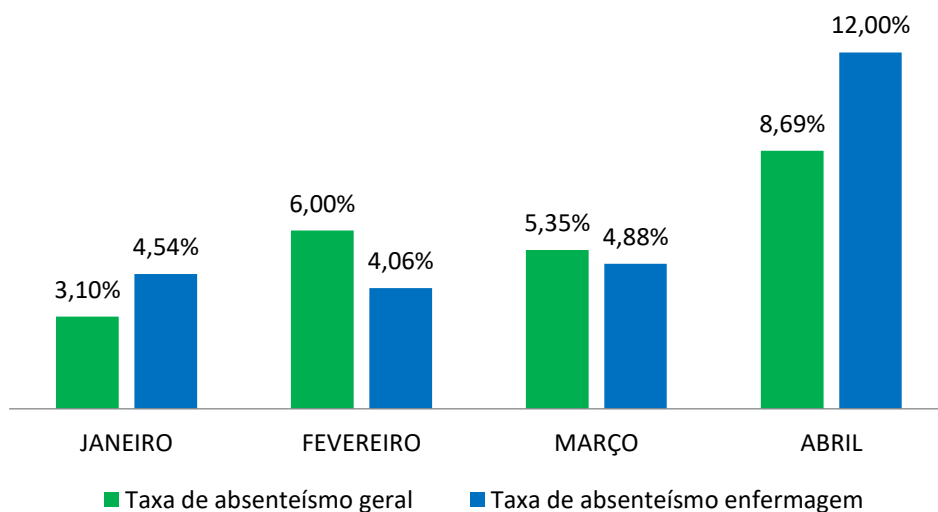
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

**Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de absenteísmo geral	Meta em revisão	3,10%	6%	5,35%	8,69%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Meta em revisão	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%
Número de horas trabalhadas enfermagem	51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39

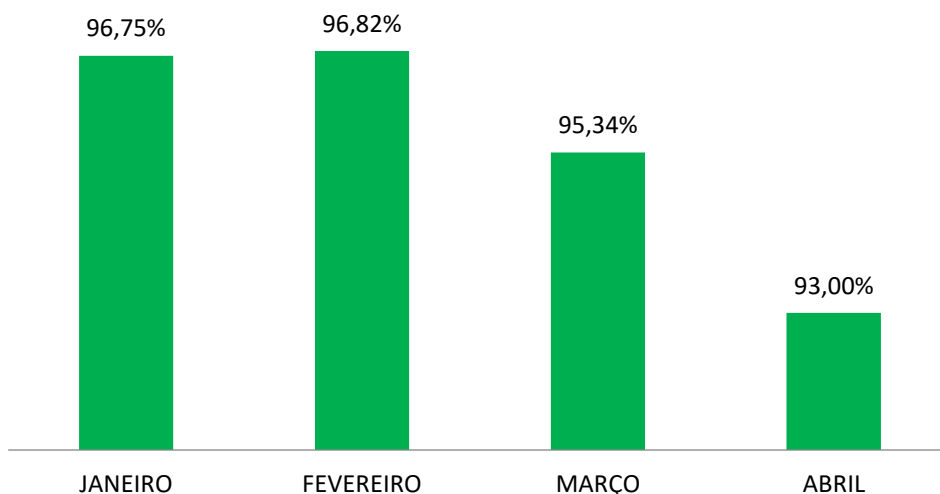
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 11 – Relação de absenteísmo**



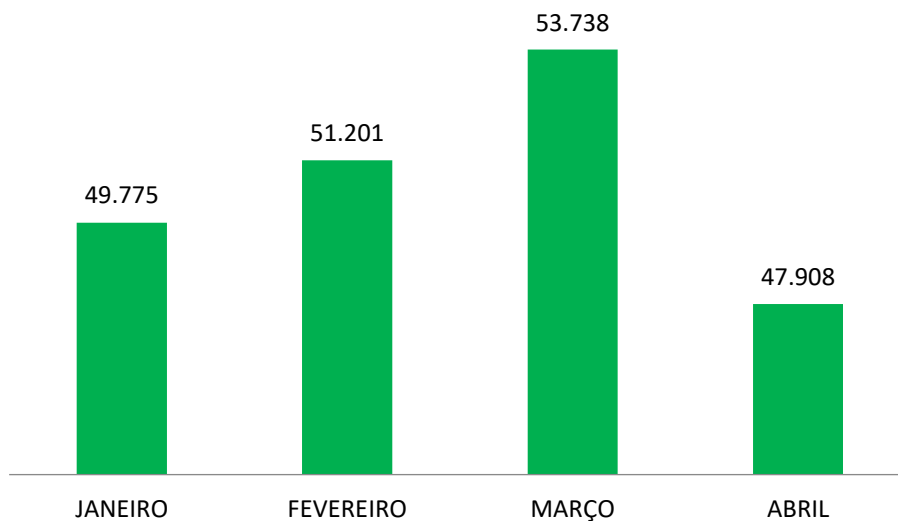
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



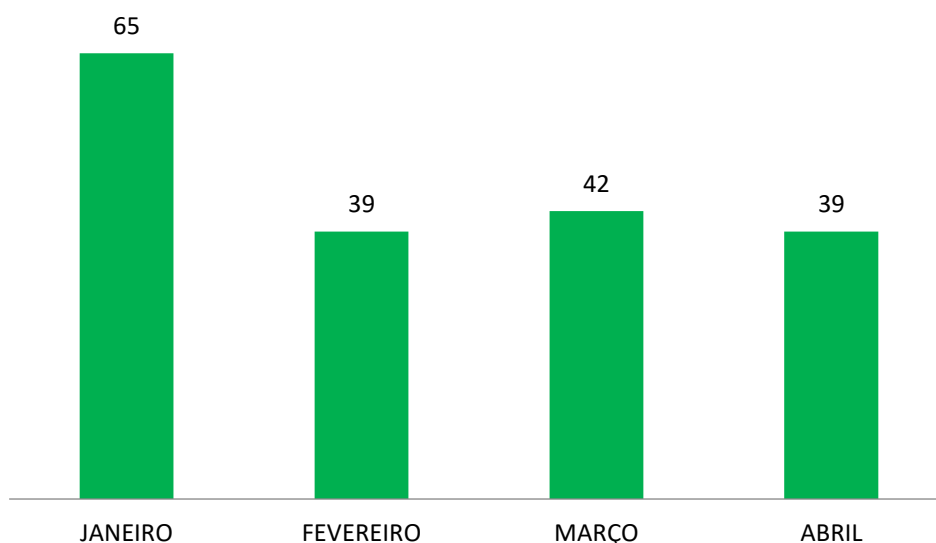
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### 3.1.3. Medicina Ocupacional

A Medicina Ocupacional é uma área especializada dentro do campo da saúde ocupacional que se dedica à proteção da saúde dos colaboradores no ambiente de trabalho. Aqui estão alguns pontos importantes sobre a Medicina Ocupacional:

- Prevenção e Assistência;
- Vigilância da Saúde Ocupacional;
- Avaliações Ambientais;
- Aspectos Psicossociais;
- Normas e Legislação.

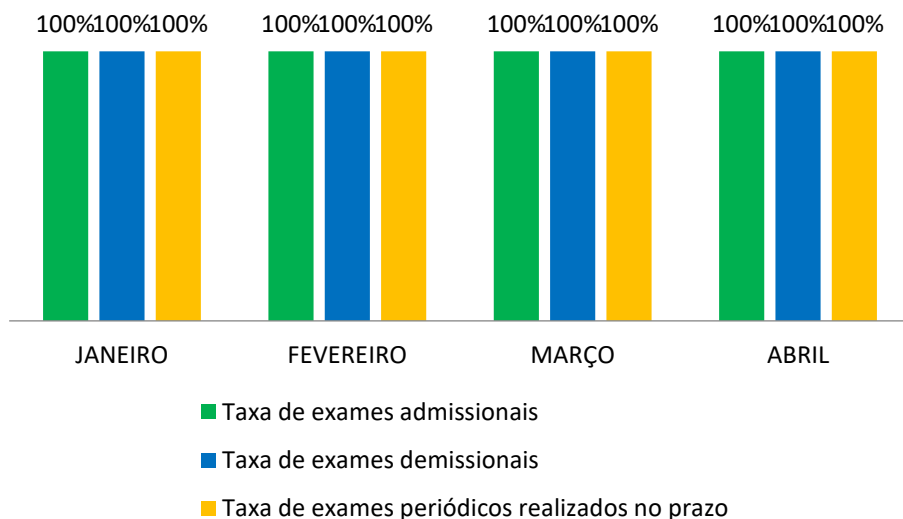
**Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	85%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames periódicos	85%	100%	100%	100%	100%

realizados no prazo					
Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	1%	1%
Número de atestados no mês	0	223	270	304	302
Número de afastados (inss)	0	31	24	21	58
Número de afastados (gestantes)	0	13	5	15	24
Número de afastados (licença a maternidade)	0	8	9	8	16
Número de atestados por síndrome gripal	0	22	51	55	10
Número de dias perdidos	0	516	666	755	764

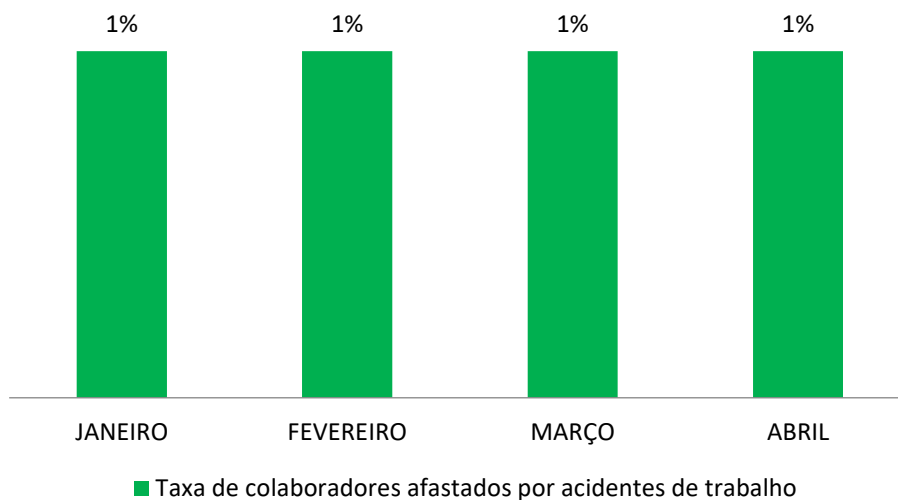
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 15 – Taxa de Exames



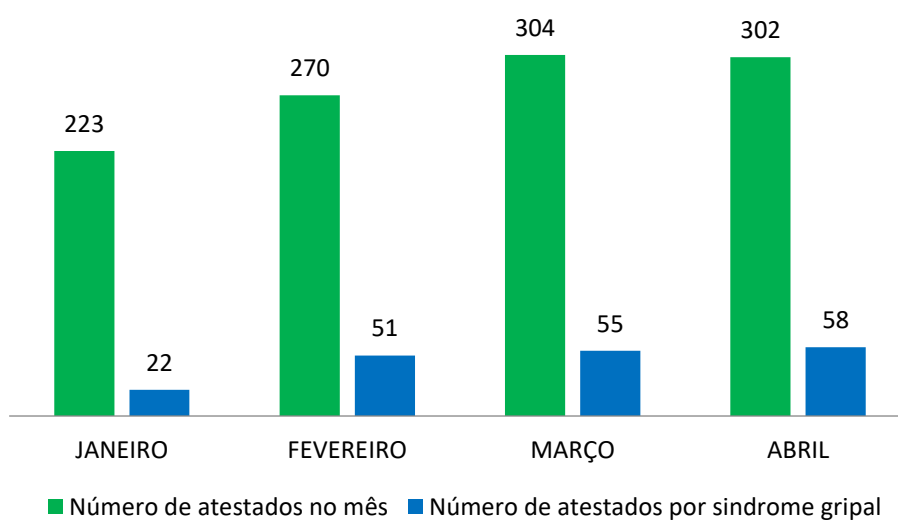
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

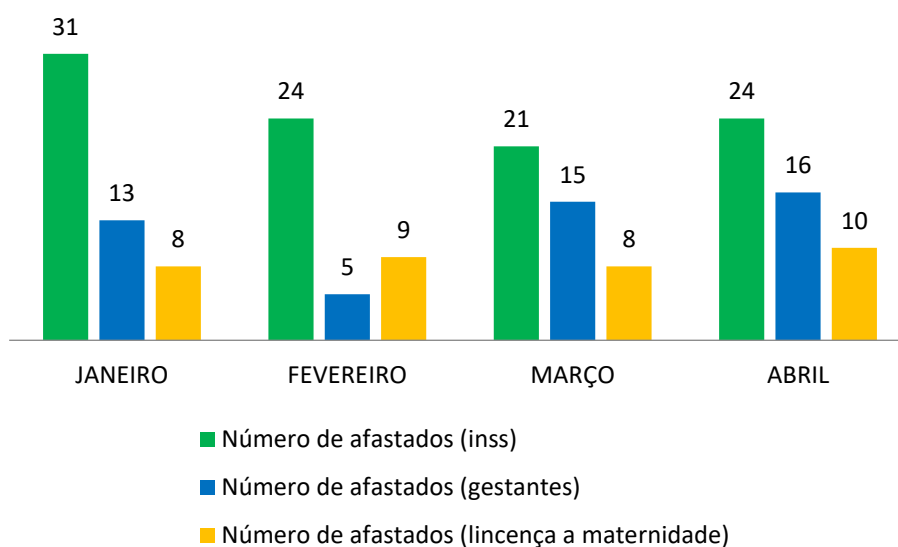
### Gráfico 17 – Relação de atestados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

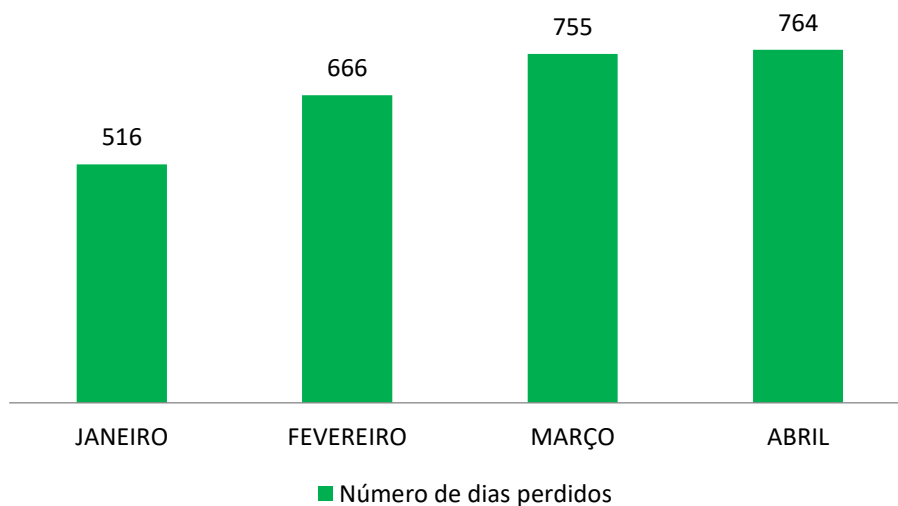


**Gráfico 18 – Relação de afastados**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### 3.1.4. Segurança Do Trabalho

A Segurança do Trabalho é essencial para garantir um ambiente seguro e saudável para os trabalhadores, além de contribuir significativamente para o bom funcionamento e a produtividade das organizações. Aqui estão alguns pontos importantes sobre a Segurança do Trabalho:

- Normas e Regulamentações;
- Prevenção de Acidentes e Doenças Ocupacionais;
- Redução de Custos;
- Gestão de Riscos;
- Cultura de Segurança.

**Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%
Taxa de inspeções	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0.15%	0.29%	0,29%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451
Número total de acidentes	0	1	1	2	2

Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1
--	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

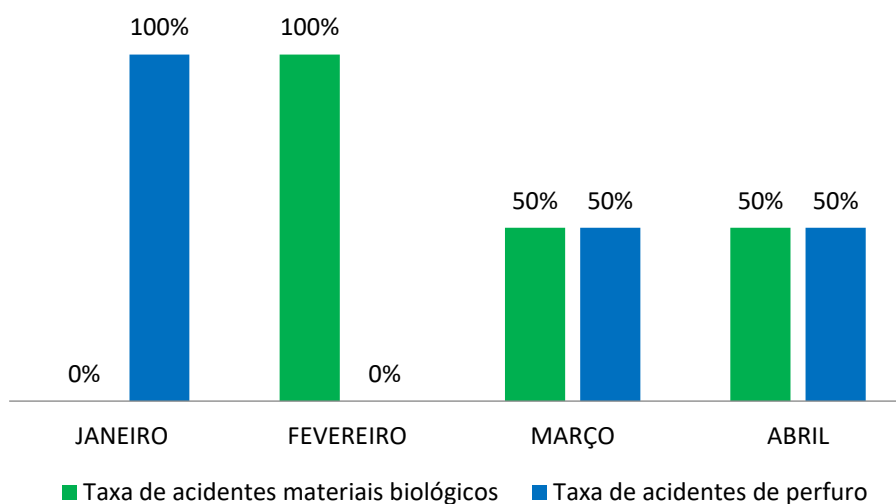
### ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

Houve um acidente por descarte errôneo e outro por mordida de paciente. Acionado Plano de Ação em conjunto com a supervisão.

Contamos com a intervenção da CIPA como multiplicadores, justificando o aumento das intervenções.

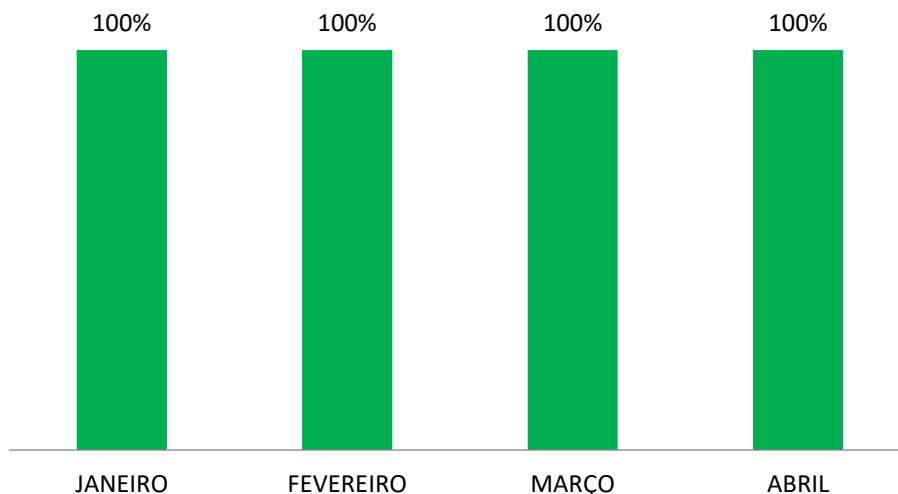
No primeiro trimestre intensificamos a entrega dos EPI's para aqueles colaboradores que não retiravam regularmente, ocorrendo a diminuição da distribuição. Quanto ao número de treinamentos houveram menos temas.

**Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros**



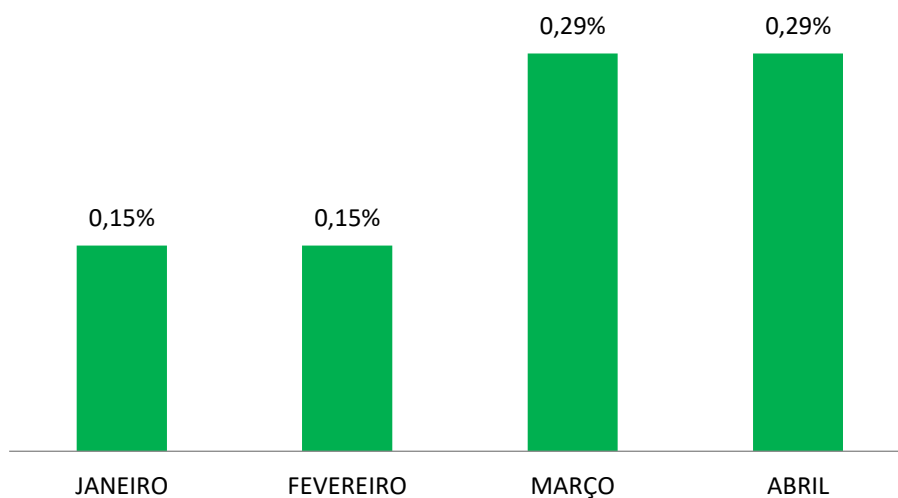
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 21 – Taxa de inspeções



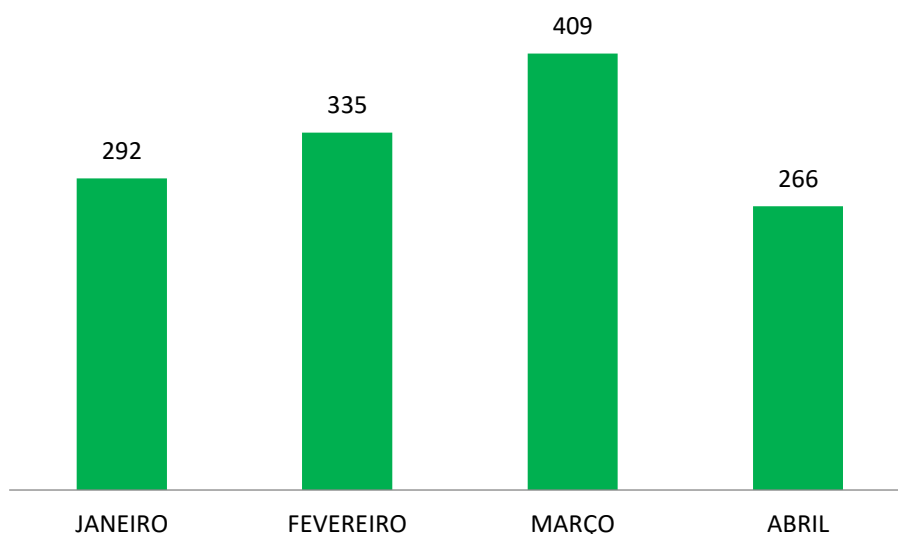
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



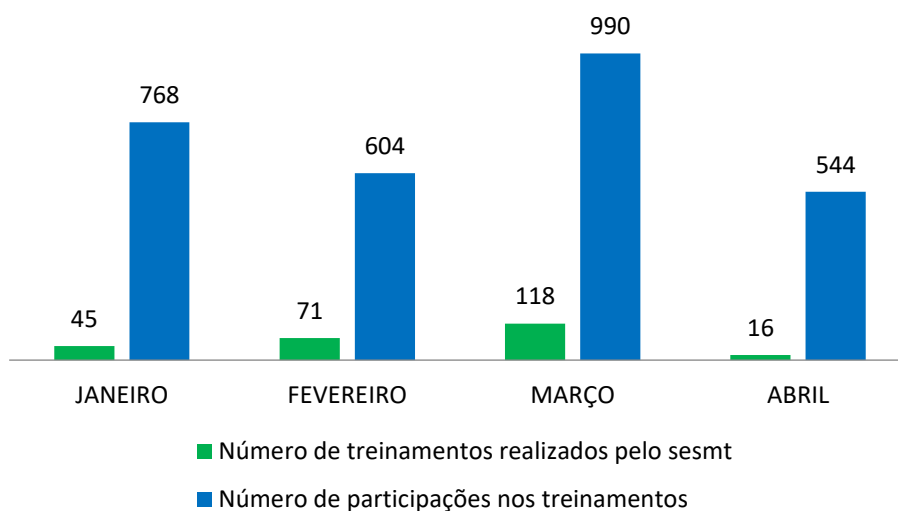
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos**



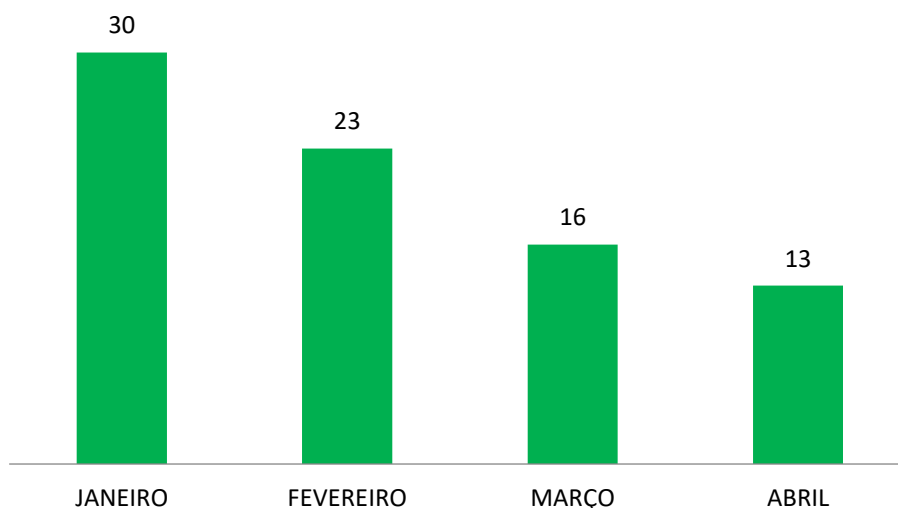
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 24 – Relação de treinamentos**



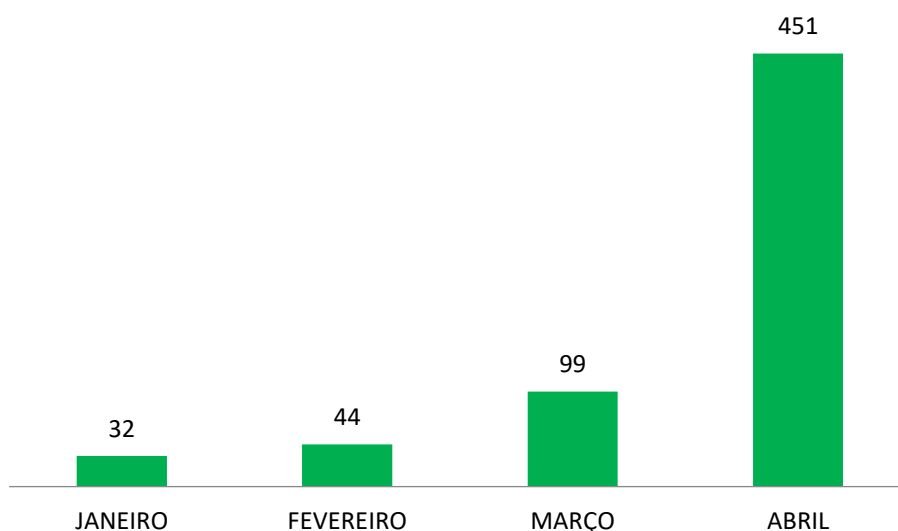
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



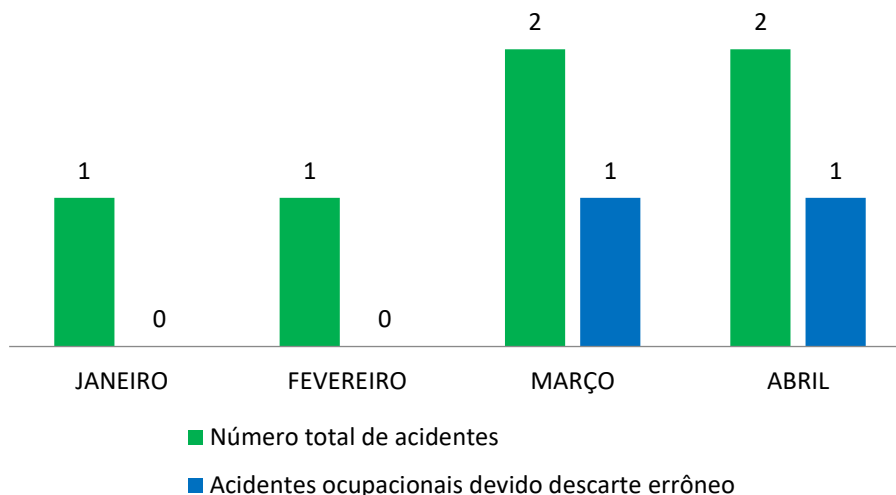
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 27 – Relação de acidentes**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### 3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

O principal objetivo do SADT é fornecer suporte aos profissionais de saúde no processo de diagnóstico dos pacientes. Isso significa que os exames realizados no SADT ajudam a confirmar ou descartar diagnósticos, monitorar o progresso das doenças, orientar tratamentos adequados e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

No contexto específico do Hospital Municipal Guarapiranga, o SADT é composto pelo laboratório de análises clínicas, serviço de imagem (Raio x e USG), e métodos gráficos como o eletrocardiograma.

#### 3.2.1. Radiologia

**Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%	0,70%

Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%
Número de exames	neutro	327	334	333	428
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Observação: Falhas são os exames que não foram realizados devido a algum erro ou imprevisto. Já os exames repetidos são aqueles que precisam ser refeitos, geralmente devido a falhas no procedimento anterior, como, por exemplo, quando é necessário colocar uma sonda e o exame precisa ser repetido.

**Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0,00%	0,00%	0,62%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%
Número de exames	neutro	109	114	87	161
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%



Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%
Número de exames	neutro	101	108	112	111
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%
Número de exames	neutro	64	47	67	64
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%
Número de exames	neutro	41	50	50	80

Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%	35%	0%
Número de exames	neutro	12	15	17	12
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5	6	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA - RADIOLOGIA

Os números de exames repetidos são contabilizados quando há mais de um RX no mesmo paciente em menos de 24 horas.

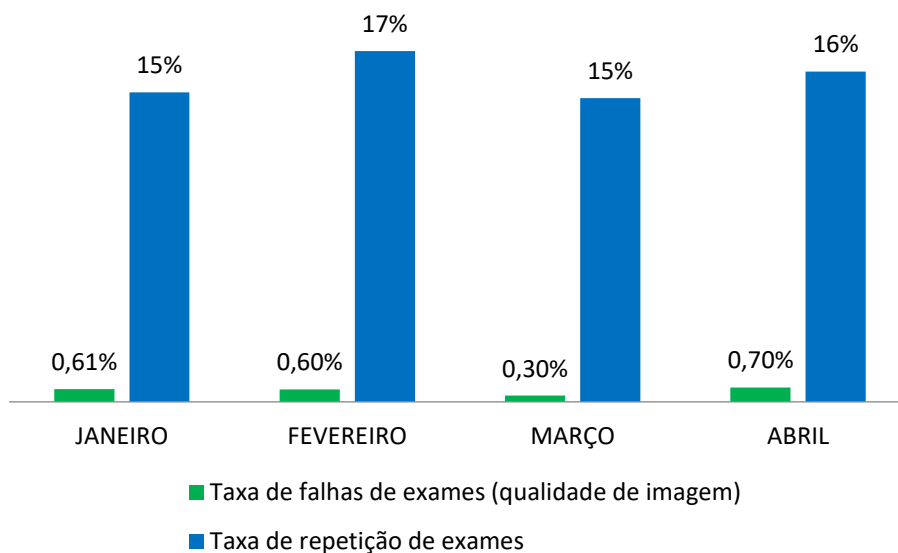
Em análise, fora identificado três situações em que isso pode acontecer:

- Múltiplos procedimentos: IOT, passagem de cateter central
- Tracionamento de SNE: passagem de SNE, reposicionamento da SNE após tração.
- Falha na realização do exame

Com o aumento do número de admissões, poderá haver um aumento natural do número de exames repetidos, já que existe a possibilidade de múltiplos procedimentos a serem realizados no momento da admissão.

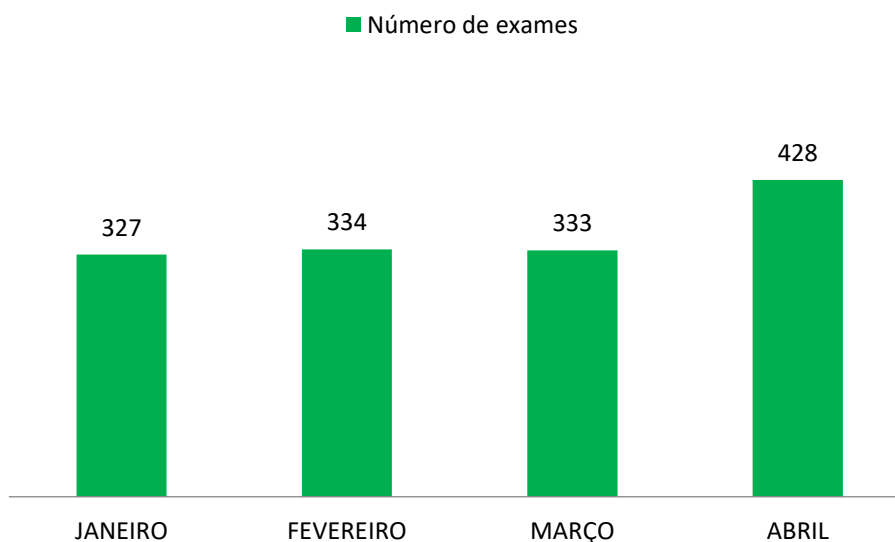
Mas em análise aos dados discriminados, identificamos que no mês de abril houve um aumento de exames por tracionamento de SNE.

**Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames (Geral Hospitalar)**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)**



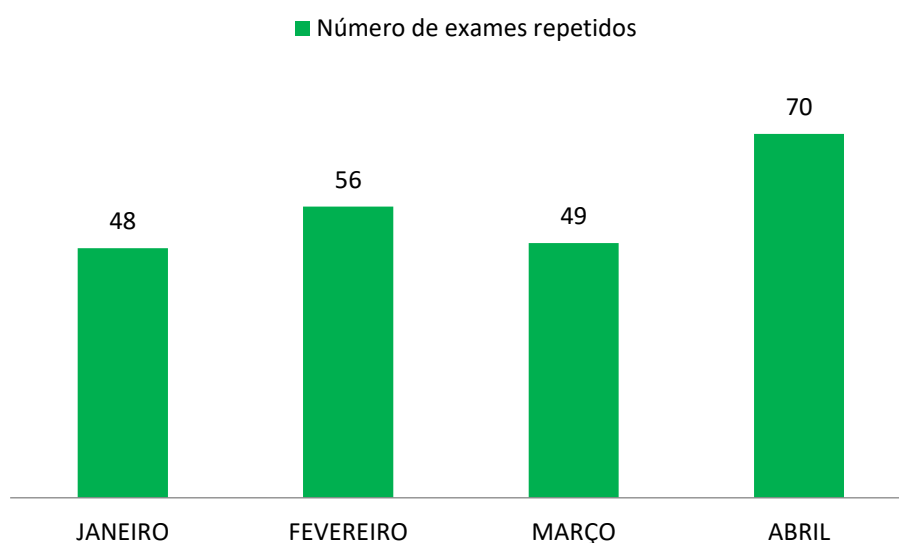
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### 3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	0%	0%
Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6%	5%	5,61%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	100%	100%	100%	100%
Eficiência na emissão de relatórios (tat)	> 90%	99,43%	99,66%	99,57%	99,67%
Número de exames realizados	neutro	12166	11082	12072	11548
Número de exames realizados na unidade	neutro	10350	9374	10348	10141

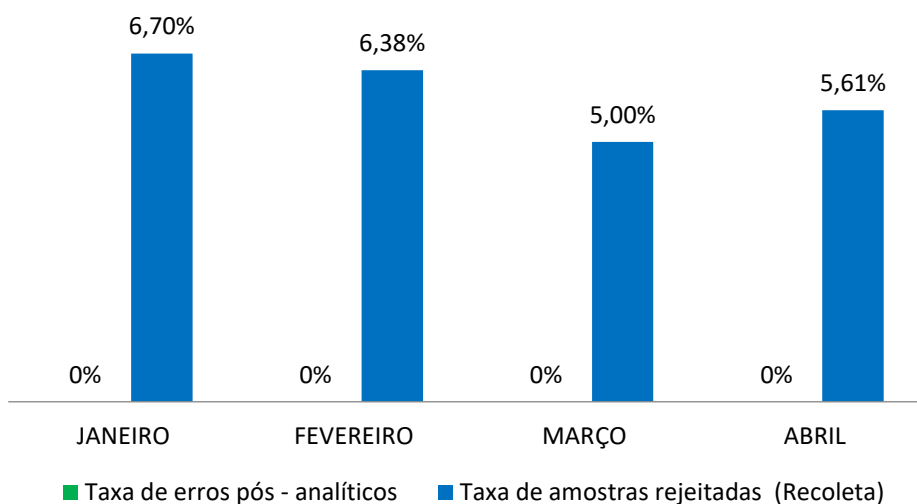
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

\*Houve alteração da nomenclatura de indicador de resposta resultados críticos.

### ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Em relação aos indicadores do Laboratório, os indicadores estão em processo de estruturação. Após a devida estruturação dos indicadores, serão incluídas as informações setoriais posteriormente.

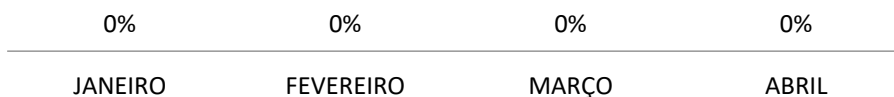
### Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

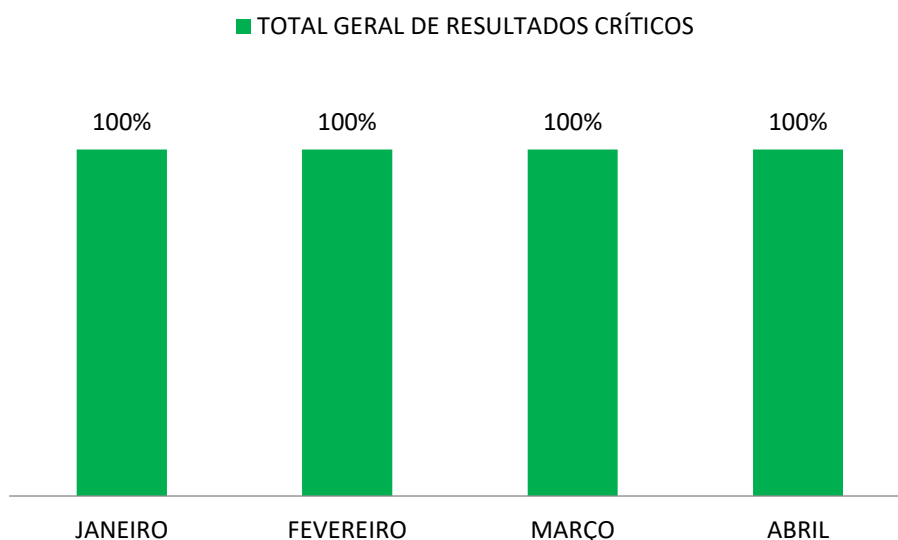
### Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos

■ Sobras de tubos



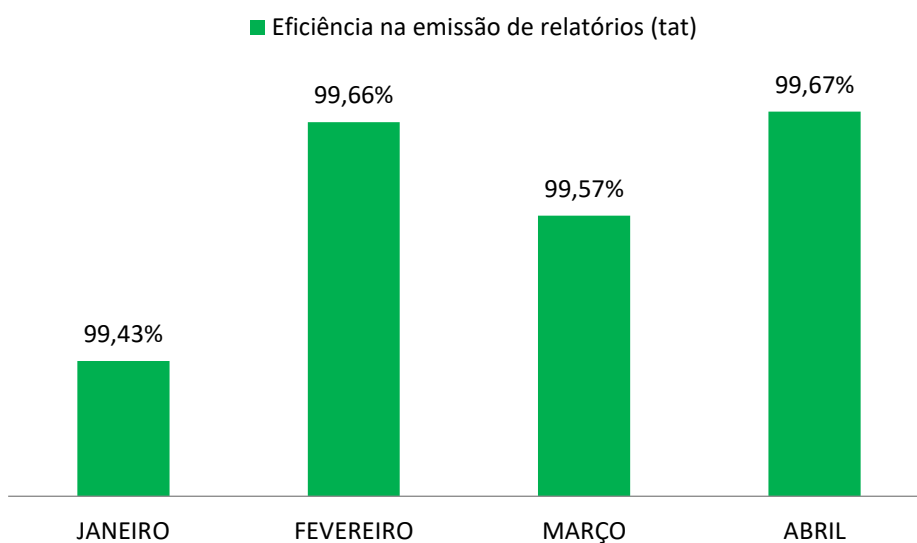
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



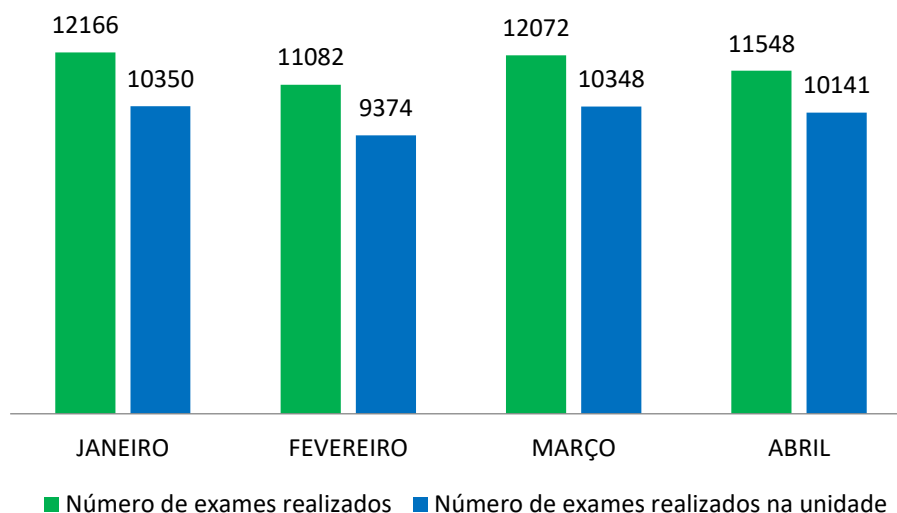
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### 3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

O Serviço Assistencial em saúde desempenha um papel crucial na garantia da qualidade e eficácia dos cuidados de saúde, buscando sempre melhorar a experiência do paciente e os resultados clínicos. Aqui estão alguns pontos importantes sobre o Serviço Assistencial:

**Atendimento ao Paciente:** Oferece suporte hospitalar, garantindo que os pacientes recebam o cuidado necessário em todas as fases de seu tratamento.

**Qualidade no Atendimento:** Visa assegurar uma maior qualidade no atendimento, focando na eficiência, segurança e bem-estar dos pacientes durante sua estadia no hospital.

**Indicadores Assistenciais:** São ferramentas utilizadas para medir e analisar a qualidade dos serviços assistenciais oferecidos. Eles ajudam na identificação de áreas que precisam de melhoria e na implementação de estratégias para aprimorar o cuidado prestado.

**Cuidado Integral:** Promove o cuidado integral ao paciente, considerando não apenas o aspecto clínico, mas também o emocional e psicossocial. Isso envolve o trabalho interdisciplinar entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.



**Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%	1,88%
Giro leito institucional	5	0,89	0,67	0,75	0,86
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

### ANÁLISE CRÍTICA – ASSISTENCIA GLOBAL

Abril tivemos uma menor quantidade de óbitos de pacientes em cuidados paliativos e tivemos um aumento de óbitos de pacientes com maior gravidade

**Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79
Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63

Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais  
(Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais  
(Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	1,79%	0%	6,0%	3,85%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais  
(Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	33,33%	62,50%	40,00%	57,14%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	11,11%	0%	1,05%	0%

Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10	0,14
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

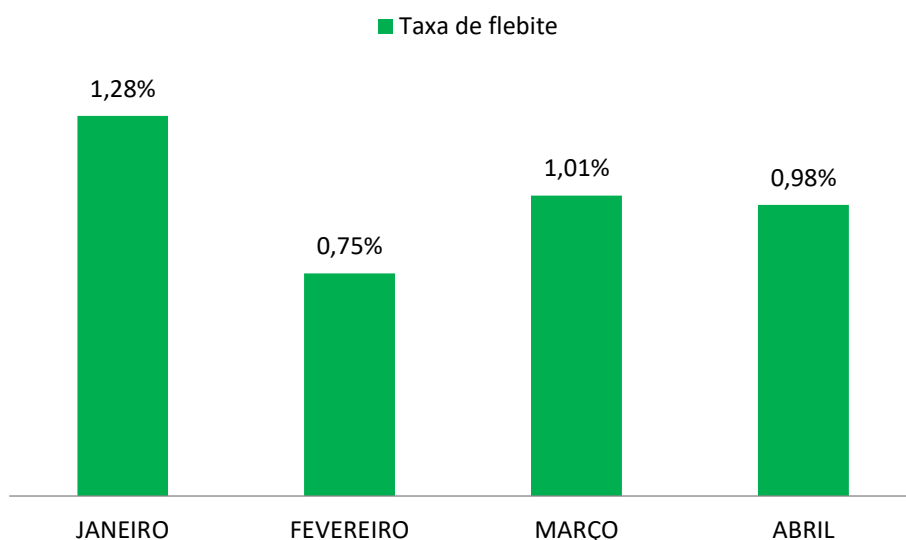
**Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	442,00	462,00
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	100%	0%	0%	0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	100%	0%	1,05%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0
Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180
Número de leito dia	neutro	186	168	186	180
Número de saídas	Quanto maior, melhor	2	0	0	0
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	0	0	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

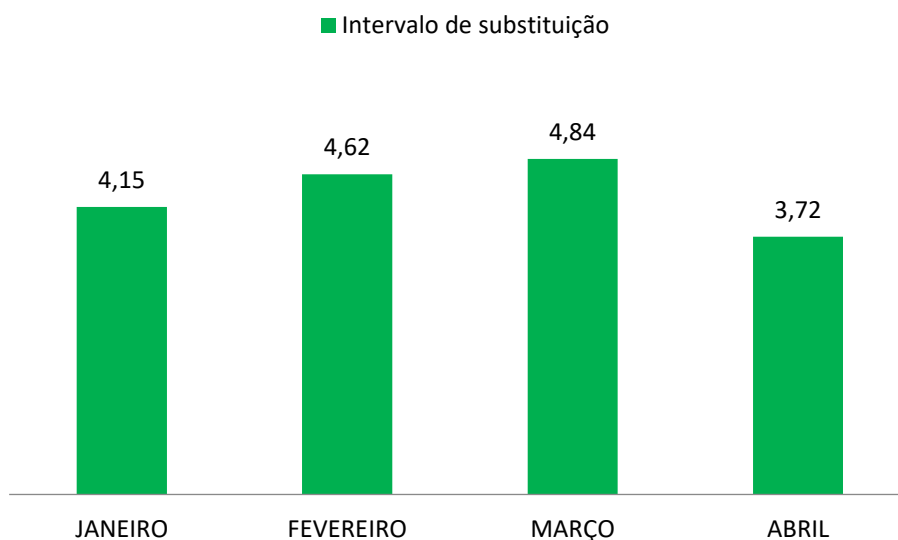
Observação: O setor apresenta um alto tempo de permanência devido ao atendimento a pacientes em cuidados prolongados, que não possuem giro de leito e nem intervalo de substituição.

### Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



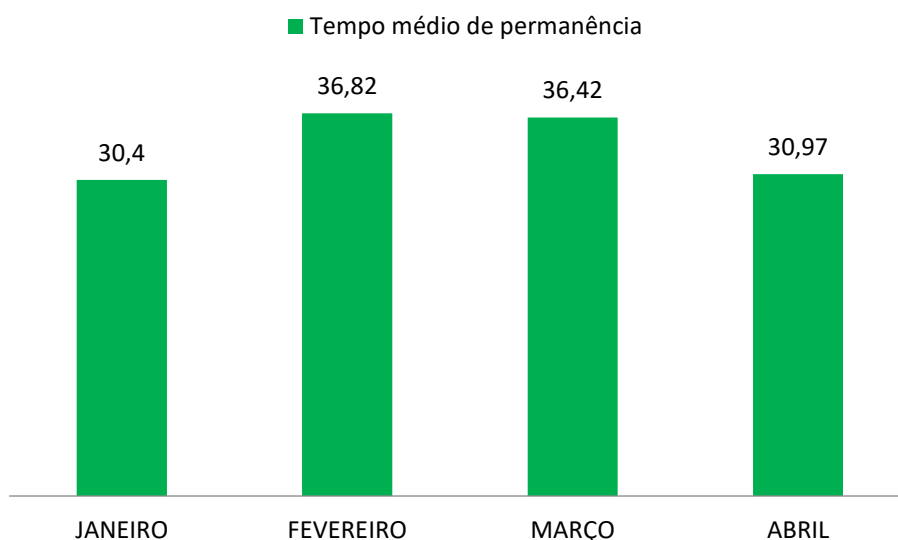
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



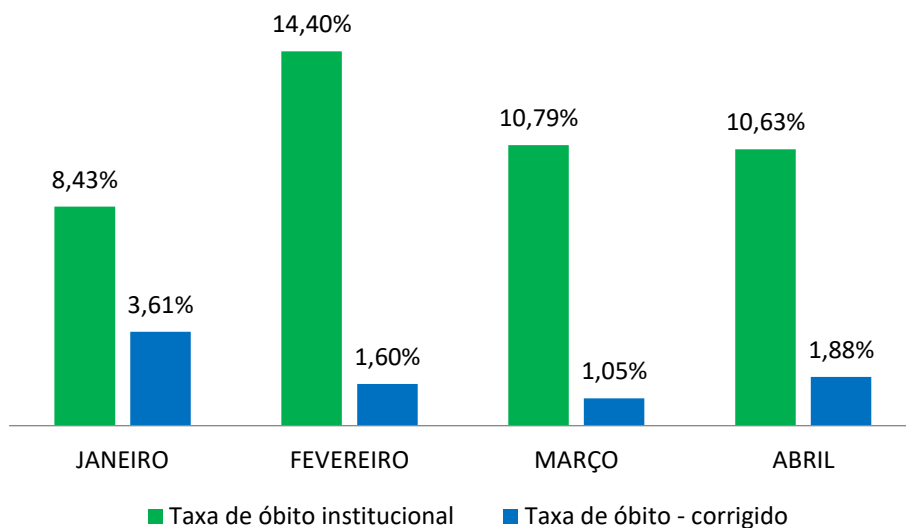
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

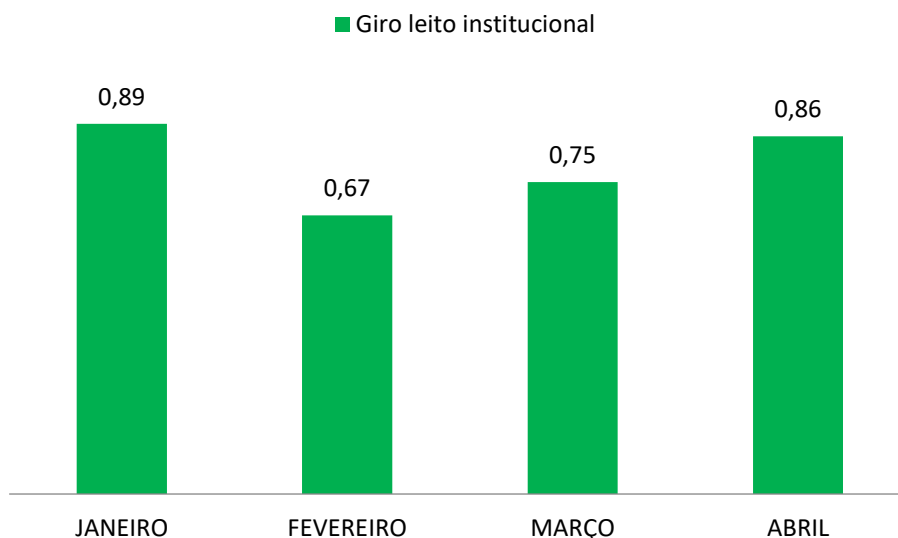
### Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

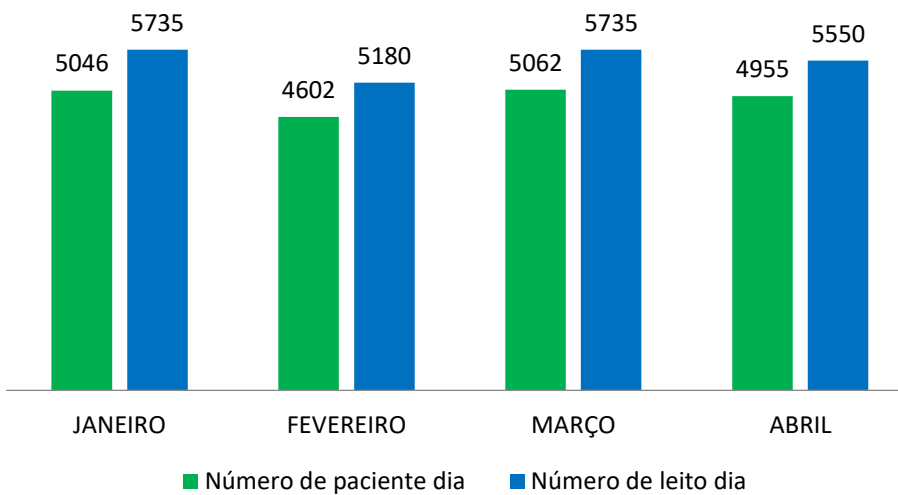
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

### Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



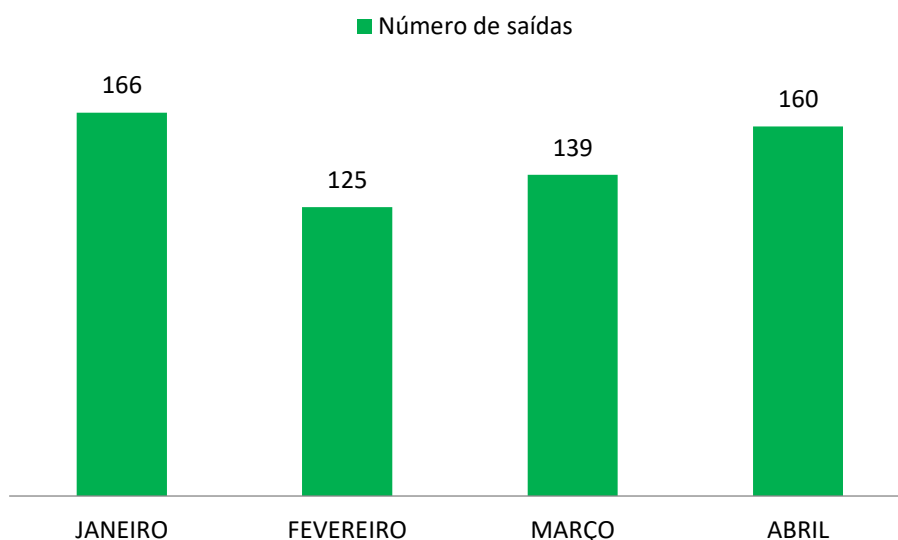
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar)



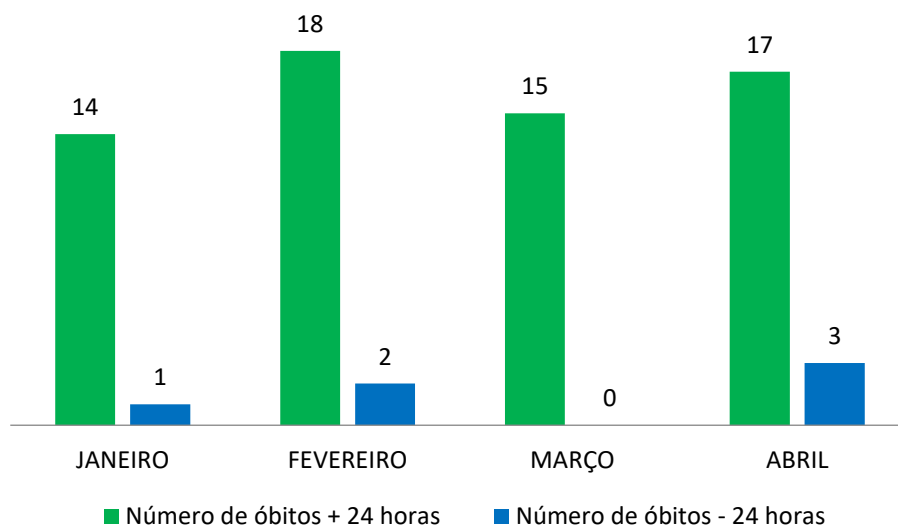
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.



### 3.3.1. Nutrição

O serviço nutricional hospitalar é uma parte essencial da equipe de saúde em um hospital, com a missão de garantir que os pacientes recebam a nutrição adequada para apoiar sua recuperação e manter sua saúde geral.

- **Avaliação Nutricional:** Nutricionistas hospitalares realizam avaliações detalhadas do estado nutricional dos pacientes. Isso pode incluir a revisão dos históricos médicos, a análise de exames laboratoriais e a avaliação de hábitos alimentares e necessidades específicas.
- **Plano de Dieta Individualizado:** Com base na avaliação, os nutricionistas elaboram planos de dieta personalizados para atender às necessidades específicas de cada paciente. Isso pode envolver dietas especiais para condições como diabetes, hipertensão, insuficiência renal, entre outras.
- **Colaboração Multidisciplinar:** Nutricionistas hospitalares frequentemente trabalham em colaboração com médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde para garantir uma abordagem integrada e eficaz ao cuidado do paciente.
- **Gestão de Nutrição Enteral e Parenteral:** Para pacientes que não podem se alimentar pela via oral, os nutricionistas hospitalares gerenciam a nutrição enteral (alimentação por sonda) e a nutrição parenteral (administração de nutrientes diretamente na corrente sanguínea).

**Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660
Número de triagem nutricional	M/R	148	124	138	136

(geral) - triagem realizada na uti					
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%
Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

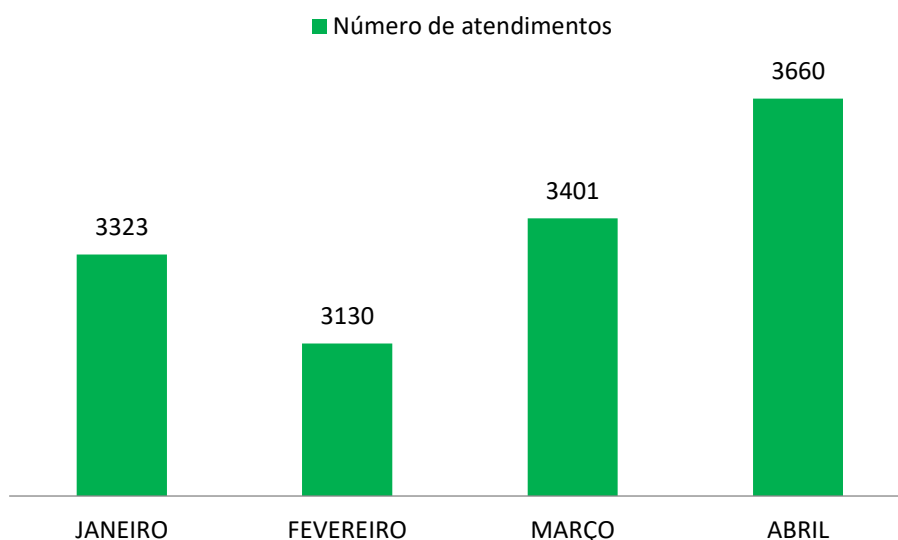
### ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

**Taxa de orientações de alta:** Observou-se uma redução nesse indicador devido à ausência de registros completos no kanban durante o período, o que comprometeu a continuidade das orientações de alta e gerou perda de informações importantes.

**Taxa de triagem nutricional:** A meta não foi alcançada este mês em razão de fatores como admissões noturnas seguidas de alta precoce, óbitos e realização de procedimentos externos em menos de 24 horas após a admissão. Também houve um aumento nas admissões de colaboradores para atendimentos de urgência, especialmente relacionados a acidentes de trabalho (ex: perfurocortantes), nos quais não se fez necessário o fornecimento de refeição ou atendimento nutricional.

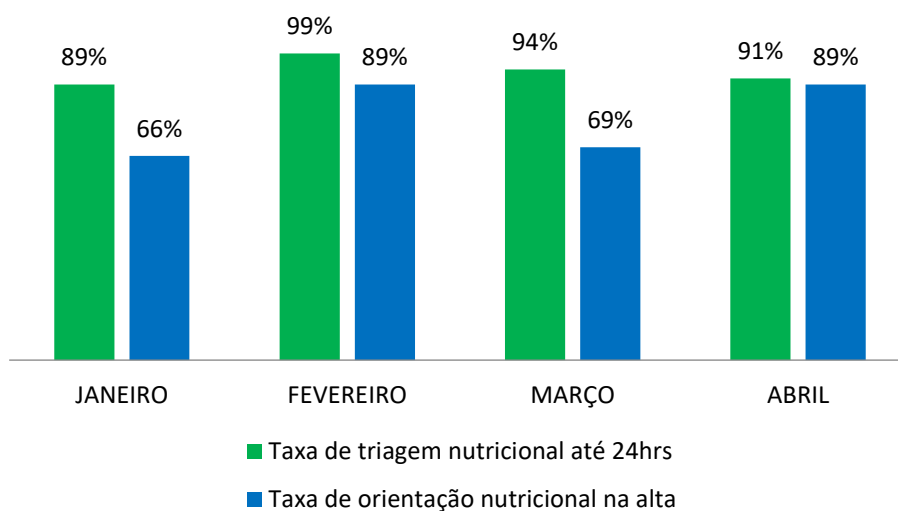
**Desnutrição:** Não alcançamos a meta de desnutrição devido a taxa de internação que é estável e alguns pacientes já chegam na unidade com quadro de desnutrição e risco nutricional.

### Gráfico 45 – Número de Atendimentos



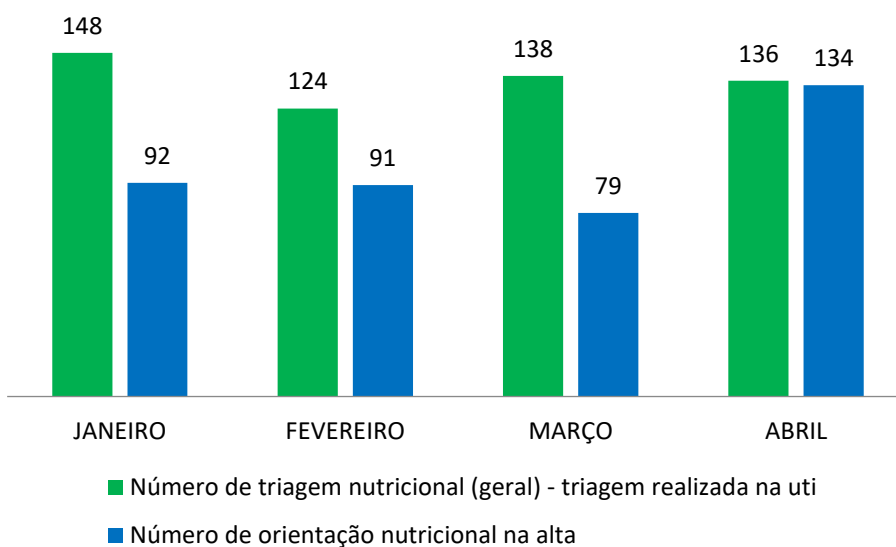
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

### Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



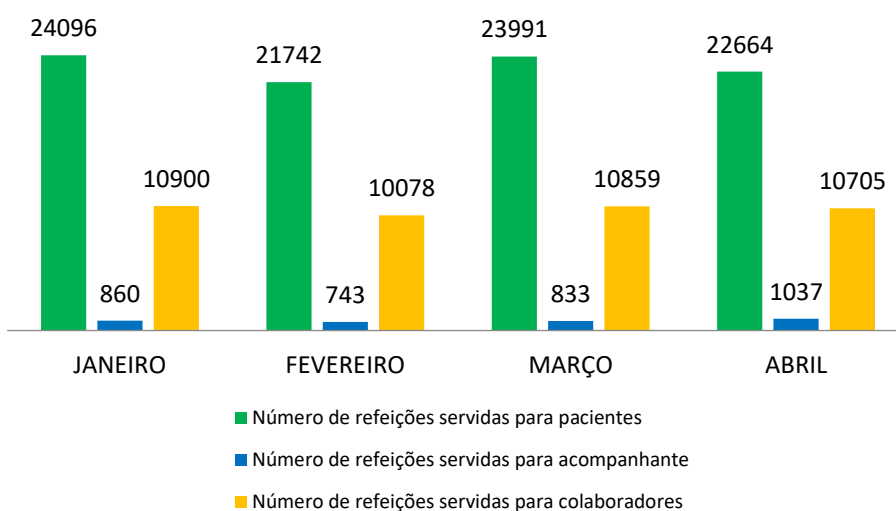
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

**Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

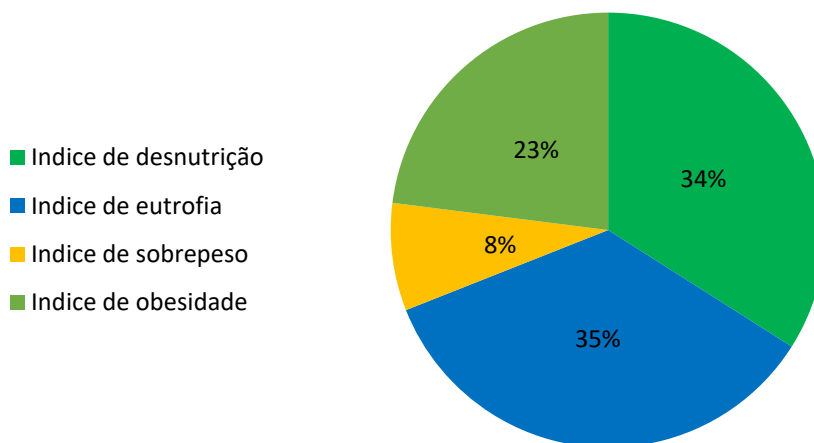
**Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores)**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

### Gráfico 49 – Índice de IMC

#### ABRIL



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

#### 3.3.2. Fisioterapia

O setor de fisioterapia hospitalar desempenha um papel crucial na recuperação e reabilitação de pacientes em ambiente hospitalar. Os fisioterapeutas hospitalares trabalham para melhorar a mobilidade, reduzir a dor e otimizar a função física dos pacientes.

- **Avaliação Inicial:** Fisioterapeutas hospitalares realizam uma avaliação inicial detalhada para entender o estado físico do paciente. Isso inclui a análise da força muscular, mobilidade articular, postura, equilíbrio e capacidade funcional, além de considerar a condição médica específica do paciente.
- **Plano de Tratamento Individualizado:** Com base na avaliação, os fisioterapeutas desenvolvem um plano de tratamento personalizado. Esse plano pode incluir exercícios de reabilitação, técnicas de mobilização, terapias manuais e modalidades físicas, como calor, frio ou eletroterapia.
- **Controle da Dor:** A fisioterapia também ajuda no controle da dor através de técnicas não farmacológicas, como massagens, alongamentos e

exercícios de fortalecimento. Isso é especialmente importante para pacientes com dor crônica ou dor pós-operatória.

- **Prevenção de Complicações:** Em pacientes imobilizados ou com mobilidade reduzida, os fisioterapeutas trabalham para prevenir complicações secundárias, como úlceras de pressão, trombose venosa profunda e atrofia muscular. Técnicas de mobilização precoce e exercícios de prevenção são frequentemente utilizados.
- **Reabilitação Funcional e Reinserção Social:** Além de tratar problemas imediatos, os fisioterapeutas trabalham para restaurar a capacidade funcional do paciente, facilitando a reintegração nas atividades diárias e sociais, quando possível.
- **Apoio Em Situações Críticas:** Em pacientes com condições graves ou críticos, a fisioterapia pode ser adaptada para incluir técnicas de suporte respiratório e de posicionamento para melhorar a função pulmonar e a circulação.

**Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374	21714
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873	13311
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501	8260
Número de intubações	M/R	3	5	3	7



Número de extubações	M/R	2	4	0	3
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	> 15%	16,53%	14%	9,64%	16%
Média de pacientes em cno2	> 15%	18,27%	14,02%	16,07%	16%
Média de pacientes nebulizados	> 5%	6,82%	4,05%	6,8%	4,72%
Média de pacientes em mnr	> 2%	3%	1,02%	2%	2,13%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	1
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,13%	1%	0%	1%
Média de pacientes em cno2	M/R	6,19%	6,05%	8,60%	6,20%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	1%	1,03%
Média de pacientes em mnr	M/R	1%	1%	1%	1%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%

Número de intubações	M/R	2	5	3	5
Número de extubações	M/R	1	4	0	3
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,19%	2%	1%	3%
Média de pacientes em cno2	M/R	2,4%	2,07%	1,60%	2,12%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	0%	1%
Média de pacientes em mnr	M/R	1%	1%	1%	1%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos  
(Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1
Número de extubações	M/R	1	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	0%	0%	1%	1%
Média de pacientes em cno2	M/R	1,78%	2,01%	1,50%	2,19%
Média de pacientes nebulizados	M/R	0%	0%	1%	0%
Média de pacientes em mnr	M/R	1%	0%	1%	1%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos  
(Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	8,76%	5%	10%	6%
Média de pacientes em cno2	M/R	6,52%	4,20%	6,75%	4,69%
Média de pacientes nebulizados	M/R	4,82%	4,80%	4,78%	3%
Média de pacientes em mnr	M/R	0%	1%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)**

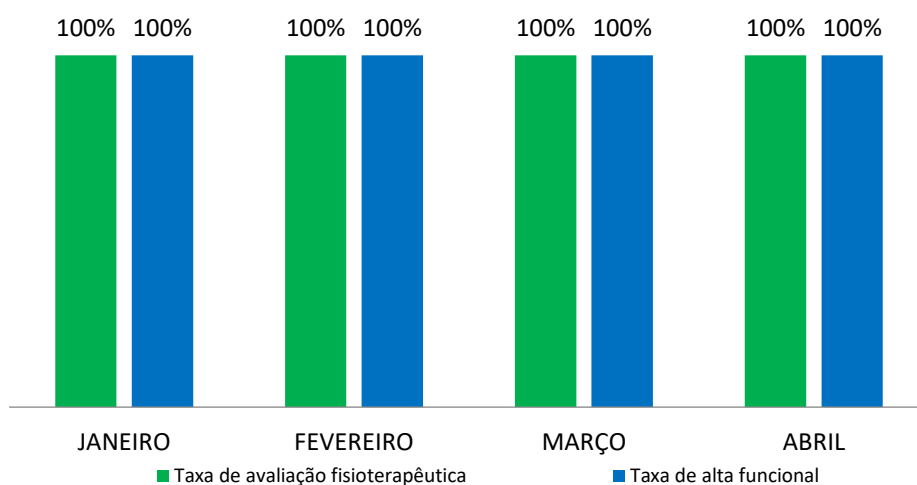
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	0%	0%
Número de intubações	M/R	3	0	0	0
Número de extubações	M/R	2	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	5,19%	5%	5%	5%
Média de pacientes em cno2	M/R	0%	1%	0%	1%
Média de pacientes nebulizados	M/R	0%	0%	0%	0%
Média de pacientes em mnr	M/R	0%	1%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

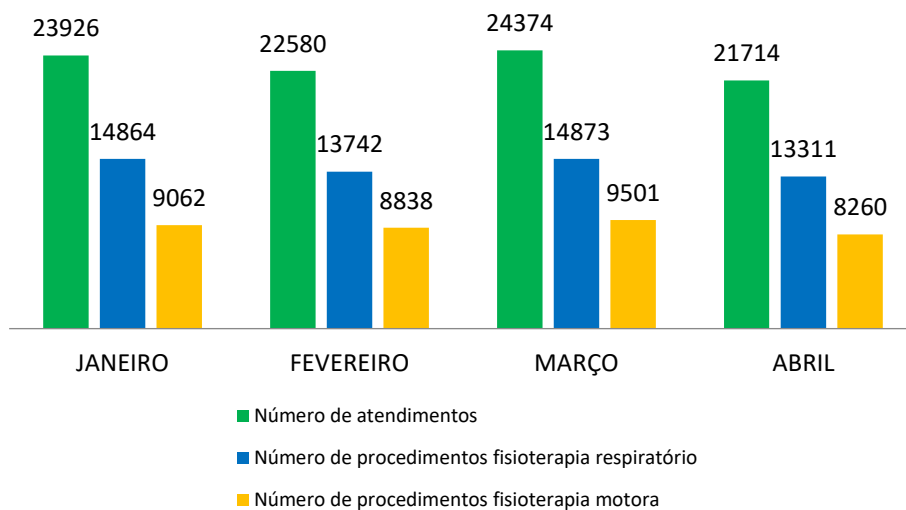
Média de Pacientes em MNR: A média de pacientes se manteve em 16, superando o preconizado de 15. Isso ocorreu devido a um aumento de casos de doenças respiratórias graves.

**Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar)**



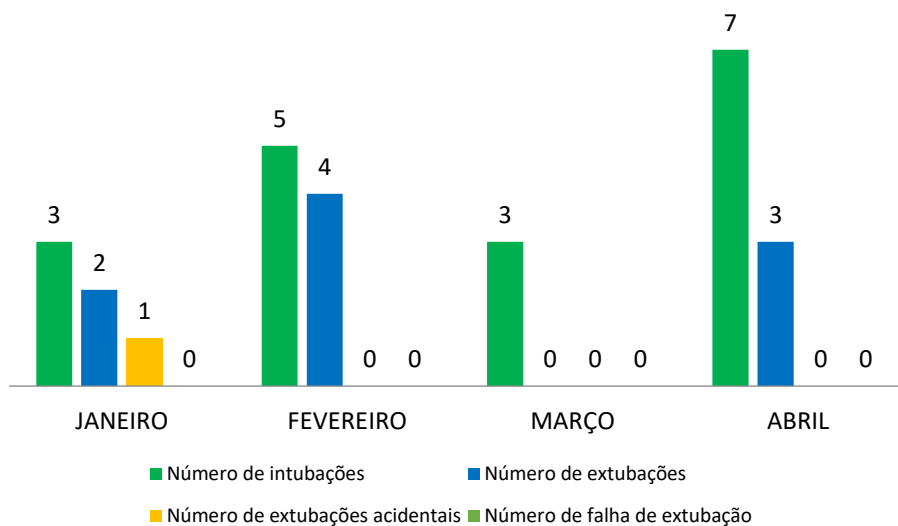
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)**



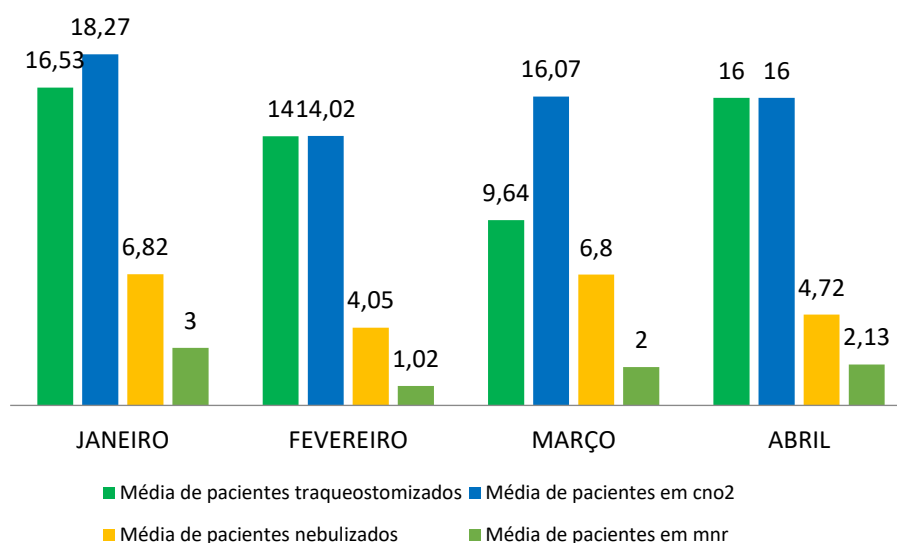
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 52 – Ventilação Mecânica**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.3. Serviço Social

O setor de serviço social hospitalar é fundamental para assegurar que os pacientes recebam o apoio necessário para lidar com os aspectos emocionais, sociais e práticos da hospitalização e da recuperação. Através de uma abordagem integrada e centrada no paciente, os assistentes sociais ajudam a melhorar a experiência hospitalar e a promover um retorno bem-sucedido à vida cotidiana.

- ▶ **Planejamento de Alta e Transição:** Trabalham no planejamento da alta hospitalar, garantindo que o paciente tenha um plano de continuidade de cuidados apropriado. Isso pode envolver a coordenação com serviços de saúde domiciliar, reabilitação, ou instituições de cuidados prolongados.
- ▶ **Acesso a Recursos e Benefícios:** Facilitam o acesso a recursos e serviços externos, como programas de assistência financeira, benefícios governamentais, e serviços comunitários. Ajudam a navegar pelo

sistema de seguridade social e a preencher a papelada necessária para obter assistência.

- ▶ Suporte para Famílias e Cuidadoras: Oferecem apoio e recursos para familiares e cuidadores, ajudando-os a entender melhor a condição do paciente e a lidar com as responsabilidades do cuidado. Isso pode incluir grupos de apoio e treinamento sobre cuidados especiais.

**Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	11	8	4
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2

Taxa de evasão	<3%	1,20%	2,06%	0,00%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	1
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0



Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social  
(Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	6%	0%	0%
Número de solicitações de O2	M/R	0	0	0	0

Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social  
(Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	9%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0

Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0,10%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0

Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	0%	0%	0%	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	17%	0%	0%	0%

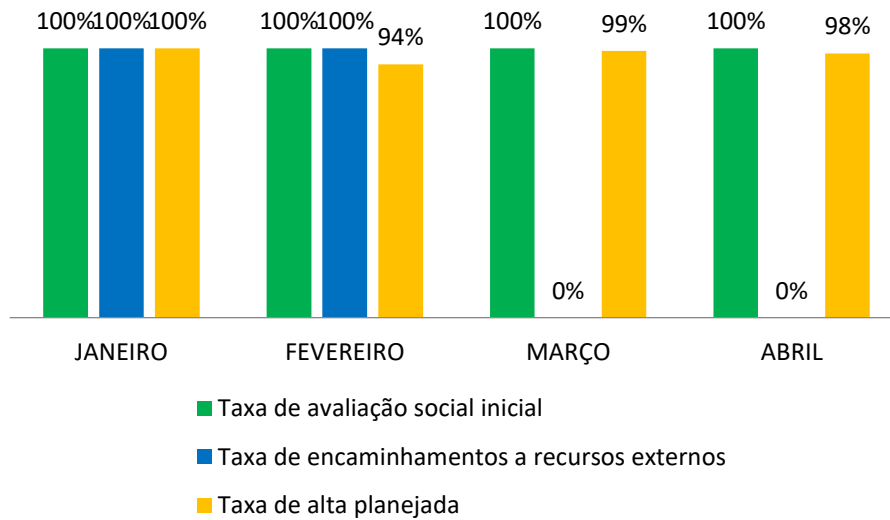
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	0	0	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

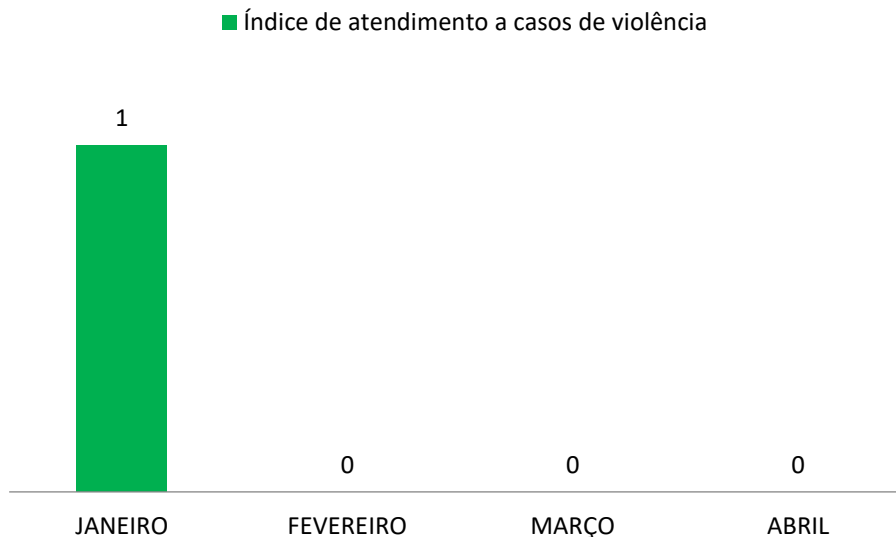
Taxa de Alta Planejada: Não foi possível realizar a orientação adequada, pois o paciente deixou o hospital durante a noite sem receber as orientações necessárias da equipe social.

**Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)**



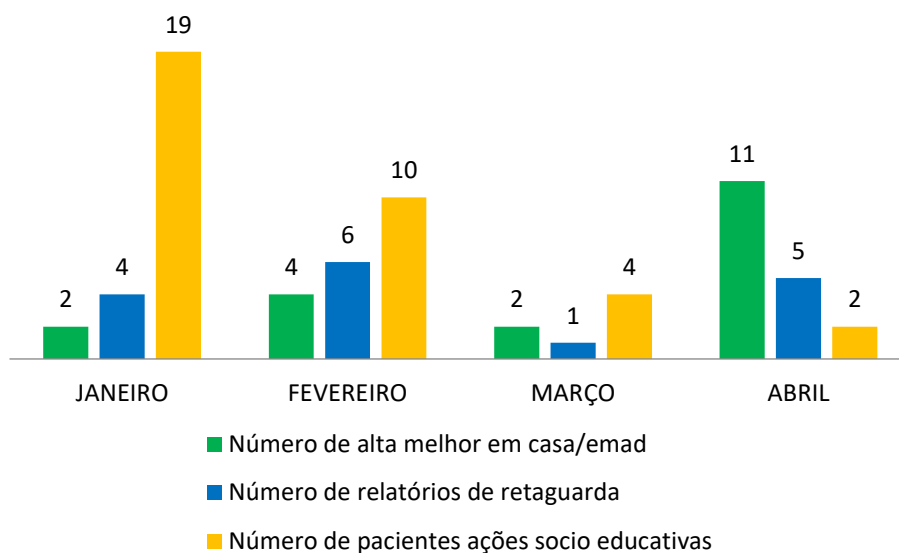
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 55 – índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar)**



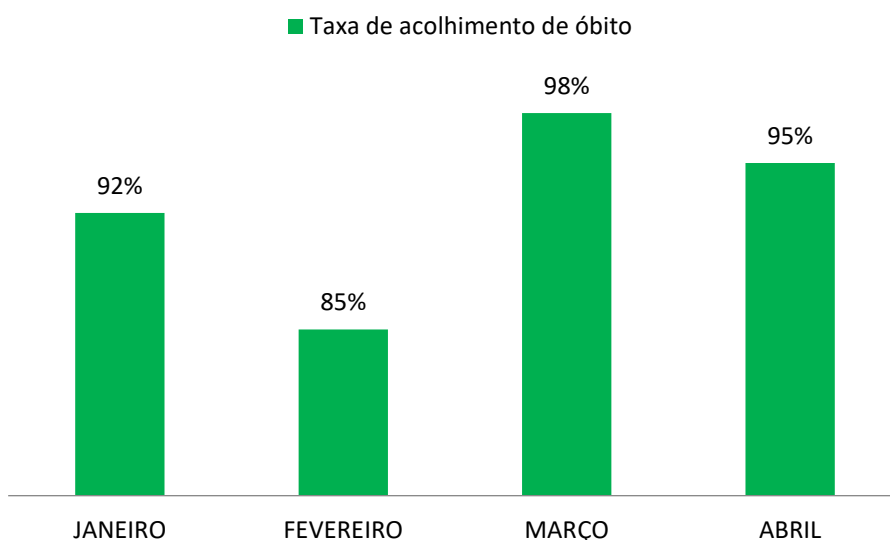
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)**



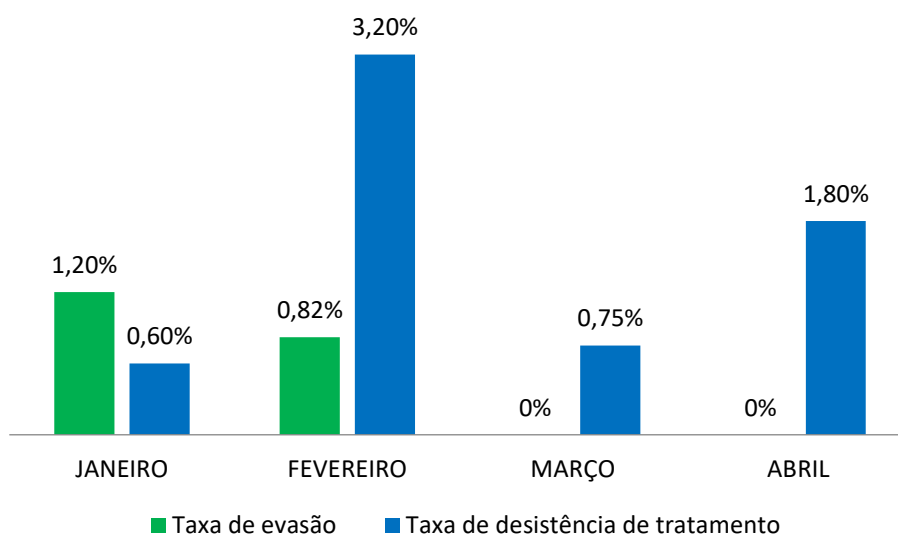
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito**



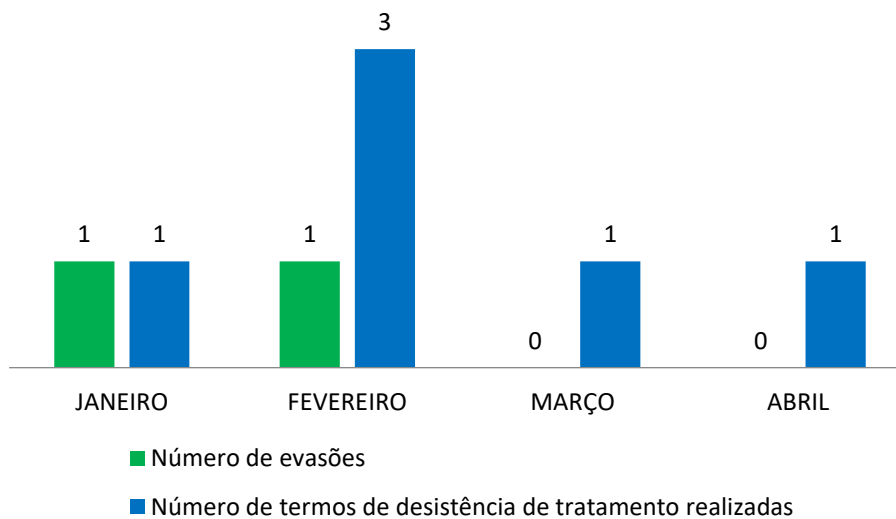
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

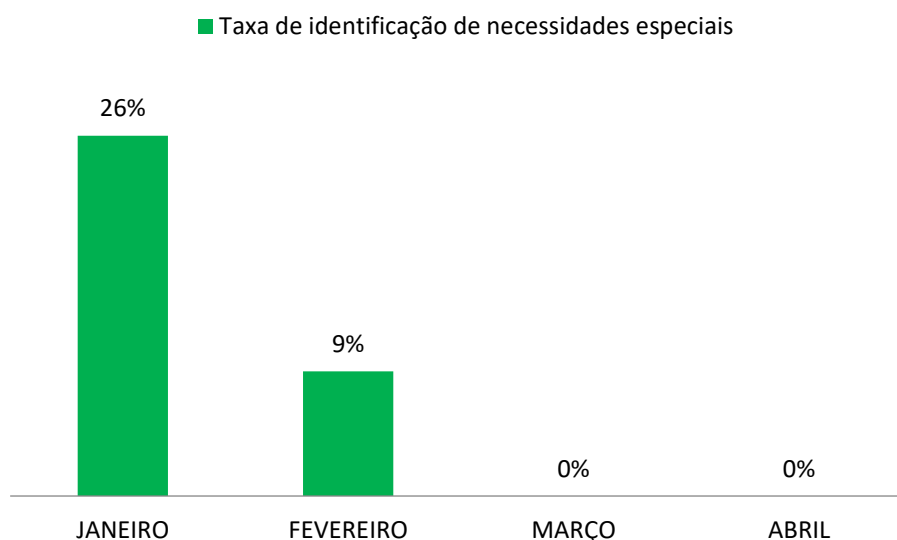
**Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.



### Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

#### 3.3.4. Psicologia

O setor de psicologia hospitalar é fundamental para proporcionar um cuidado mais completo e humanizado aos pacientes, ajudando a abordar e tratar os aspectos emocionais e psicológicos da doença e do tratamento. Através de suporte e intervenções especializadas, os psicólogos hospitalares contribuem significativamente para a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes.

- **Avaliação Psicológica:** Psicólogos hospitalares realizam avaliações detalhadas para entender o estado emocional e psicológico dos pacientes. Isso pode incluir a análise de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos, além de avaliar o impacto psicológico da doença e do tratamento.
- **Apoio ao Luto e Perda:** Oferecem suporte a pacientes e famílias que estão lidando com a perda de entes queridos ou com o luto relacionado ao processo de morte e morrer. Isso pode incluir intervenções para ajudar a processar o luto e encontrar formas saudáveis de lidar com a perda.

- **Promoção da Adaptação ao Tratamento:** Ajudam os pacientes a lidar com os desafios emocionais relacionados ao tratamento médico, como efeitos colaterais, mudanças na autoimagem e a adaptação a novas realidades de vida. Trabalham para melhorar a adesão ao tratamento e apoiar a resiliência emocional.
- **Suporte a Familiares e Cuidadores:** Oferecem apoio psicológico a familiares e cuidadores, ajudando-os a lidar com o estresse e os desafios emocionais associados ao cuidado de um ente querido no hospital. Isso pode incluir estratégias para lidar com o desgaste emocional e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

**Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	18	56	24
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4
Número de pacientes inseridos no protocolo de	M/R	10	1	7	9

cuidados paliativos mês					
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%

Número de atendimentos familiares	> 50	32	8	12	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3	2	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 44 – Indicadores de Psicologia  
(Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2

Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 45 – Indicadores de Psicologia  
(Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	3	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para	M/R	2	1	3	0

fechamento de cuidados paliativos					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%

Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0%	0%	0%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1	2	0
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%	0%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1	0
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0



Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%	0%	0%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	2	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	0	0

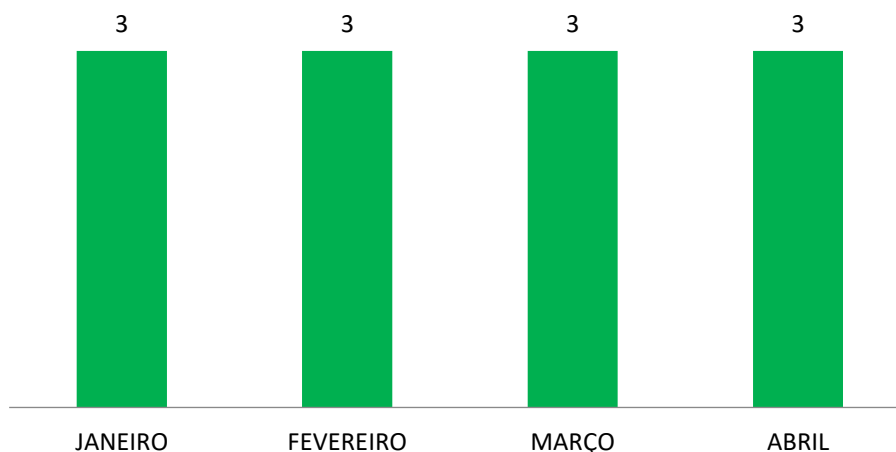
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Número de Atendimentos Familiares: O número de atendimentos ficou abaixo do esperado. A razão foi a falta de acompanhantes suficientes para intervenções necessárias. Será reavaliada a meta desse indicador com a equipe de qualidade.

### Gráfico 61 – Índice de intervenções

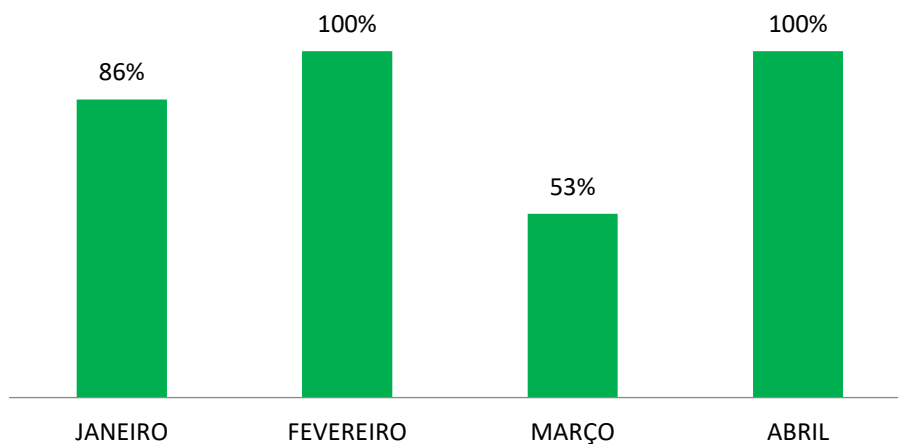
■ Índice de intervenções psicológicas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 62 – Taxa de intervenções

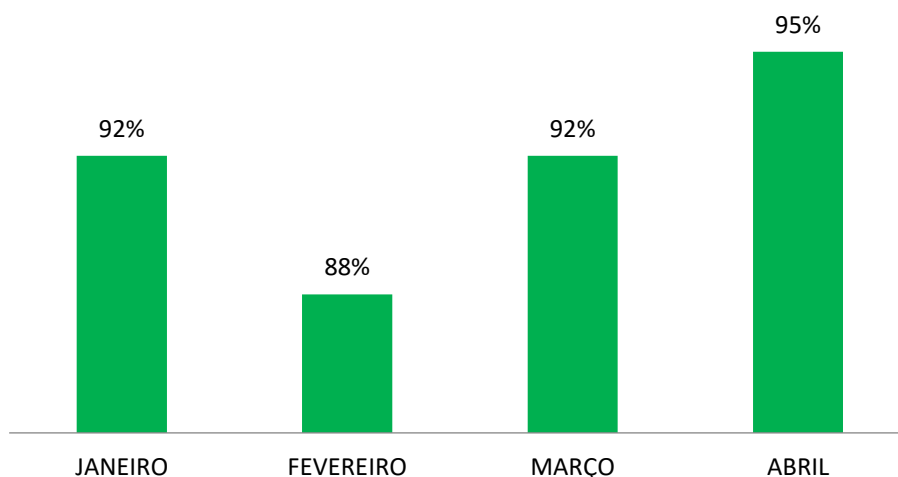
■ Taxa de intervenção em cuidados paliativos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

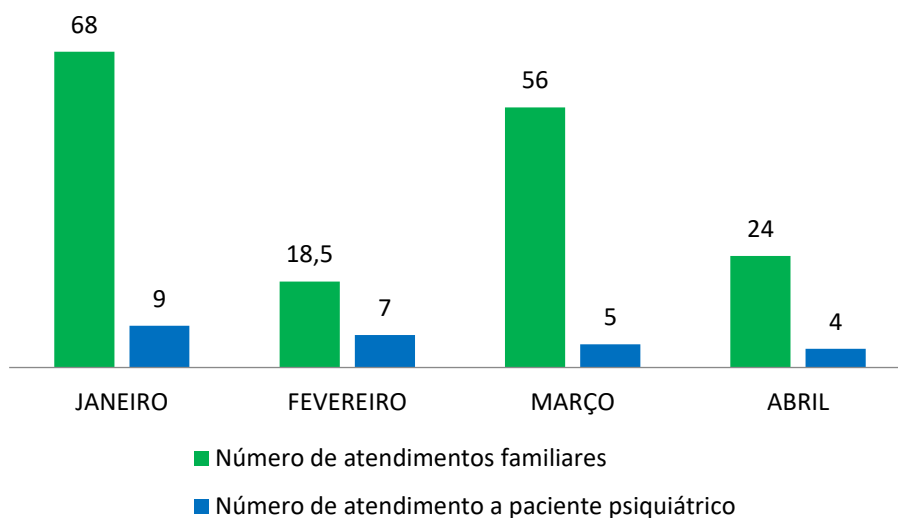
### Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica

■ Taxa de alta terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 64 – Número de atendimentos**



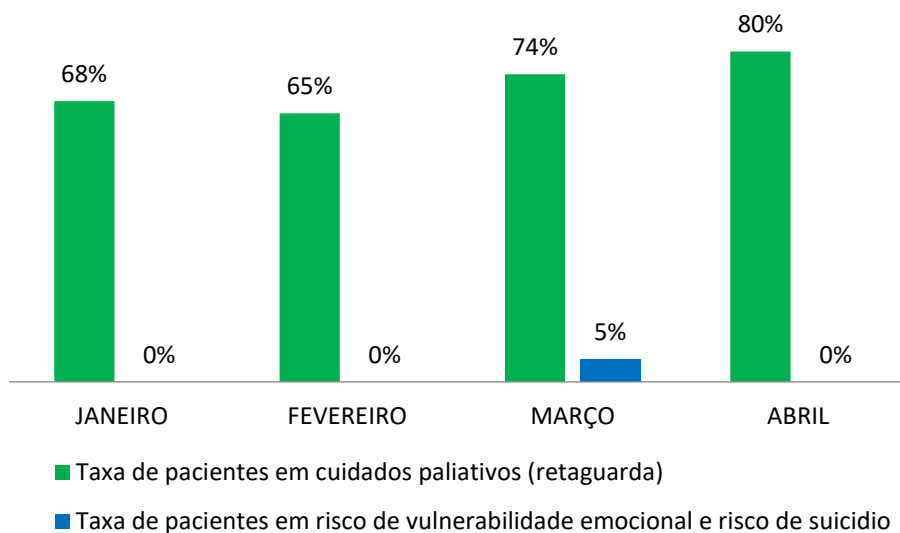
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos**



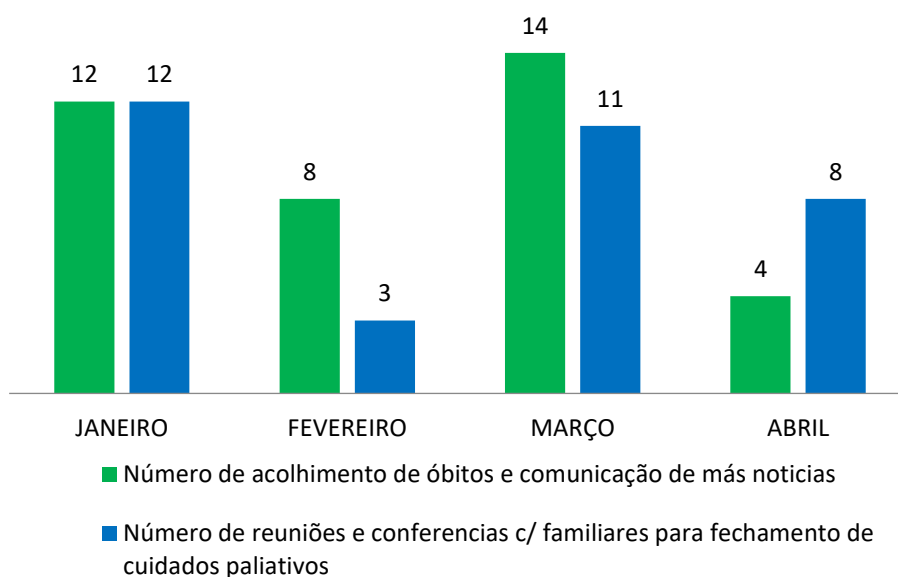
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.5. Fonoaudiologia

O fonoaudiólogo hospitalar precisa ter uma compreensão profunda das condições médicas e como elas impactam as funções de comunicação e deglutição. A prática é bastante dinâmica, exigindo habilidades para lidar com situações complexas e interagir com uma equipe multidisciplinar para proporcionar o melhor cuidado possível ao paciente.

- **Avaliação de Funções:** Realiza a avaliação de habilidades de comunicação, deglutição e voz para identificar deficiências e estabelecer planos de tratamento personalizados.
- **Reabilitação da Deglutição:** Trabalha com pacientes que têm dificuldades para engolir devido a condições médicas, ajudando a prevenir aspirações e melhorar a segurança alimentar.
- **Intervenção na Comunicação:** Oferece terapia para melhorar a fala e a linguagem, ajustando técnicas e estratégias conforme as necessidades do paciente.

**Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de avaliação fonodiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%	34%	23%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111

Número de avaliações	M/R	89	40	103	119
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

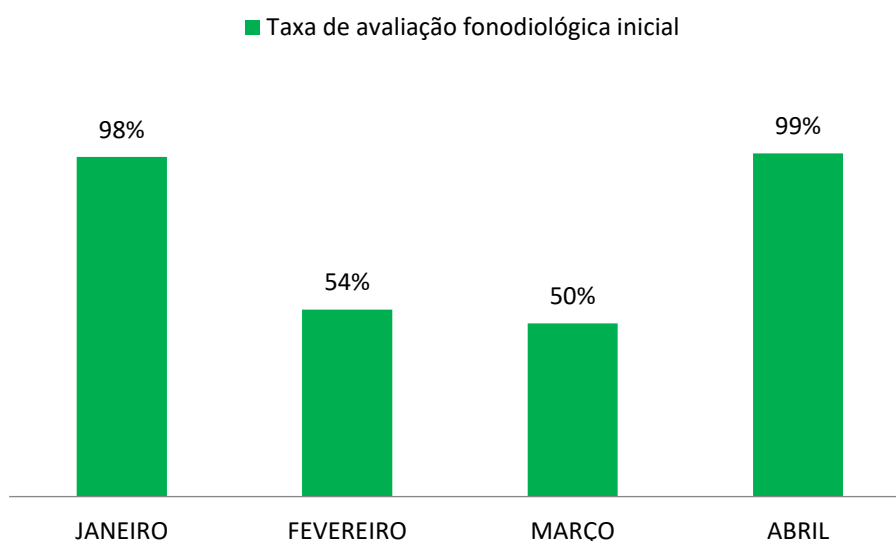
O número de altas não atingiu a meta planejada porque muitas altas ocorreram nos finais de semana. Como a equipe de fonoaudiologia trabalha apenas de segunda a sexta-feira, não houve possibilidade de intervenção durante o final de semana, impactando o resultado esperado.

O número de atendimentos foi influenciado pela carga de trabalho e o horário restrito da fonoaudiologia, limitando a quantidade de pacientes atendidos dentro da semana.

A Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração Justificativa foi afetada porque certos pacientes entraram e saíram sem avaliação apropriada e não foram incluídos no protocolo de broncoaspiração. Isso ocorreu devido a fatores como idade.

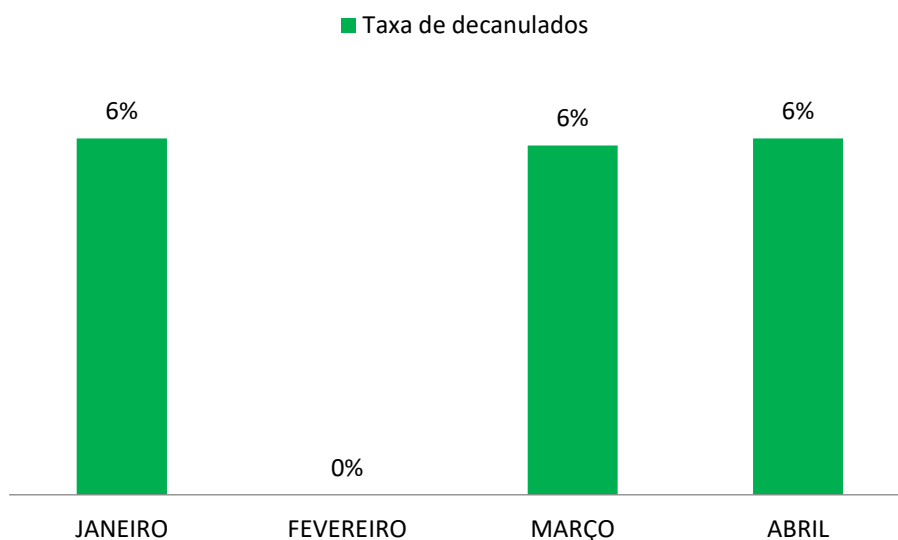
A taxa de oclusão inadequada ou uso de válvula de fala. Não houve pacientes traqueostomizados que atendessem aos critérios necessários para uso de válvula de fala ou oclusão de traqueostomia.

### Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



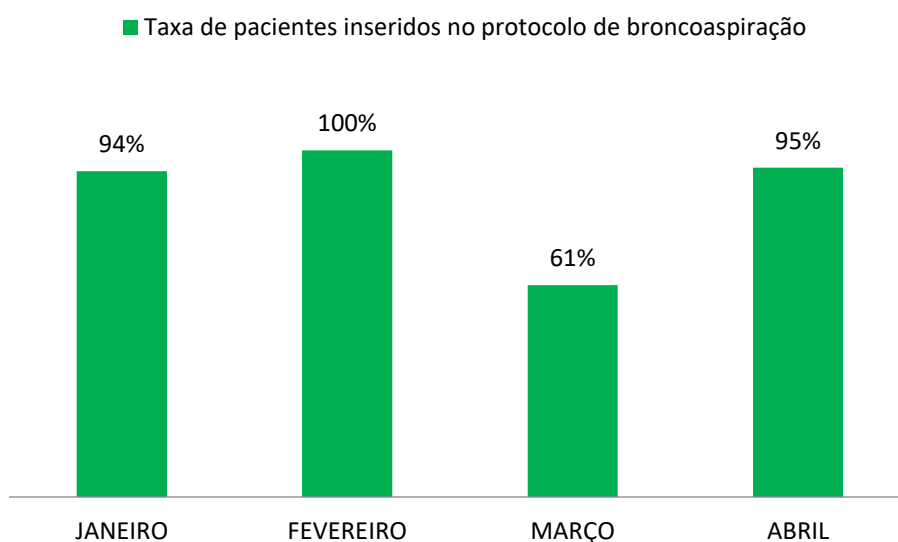
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 69 – Taxa de decanulados



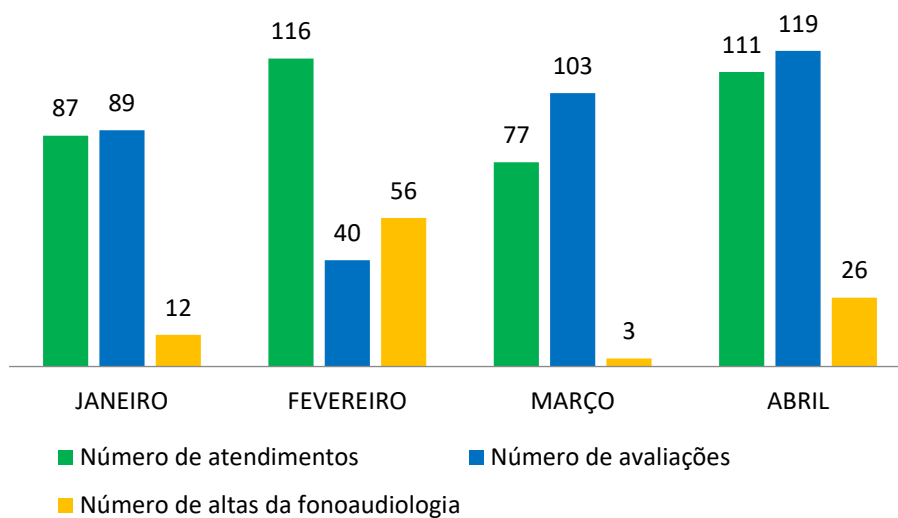
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



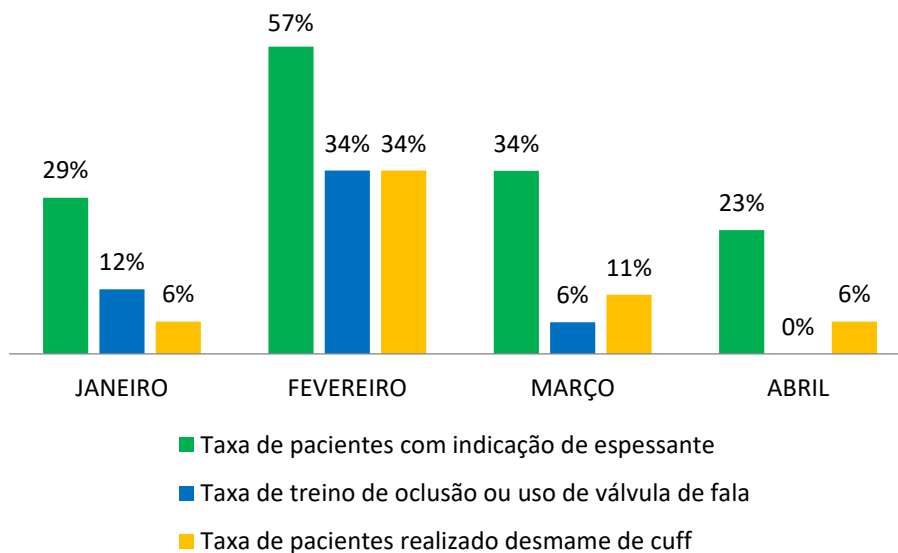
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

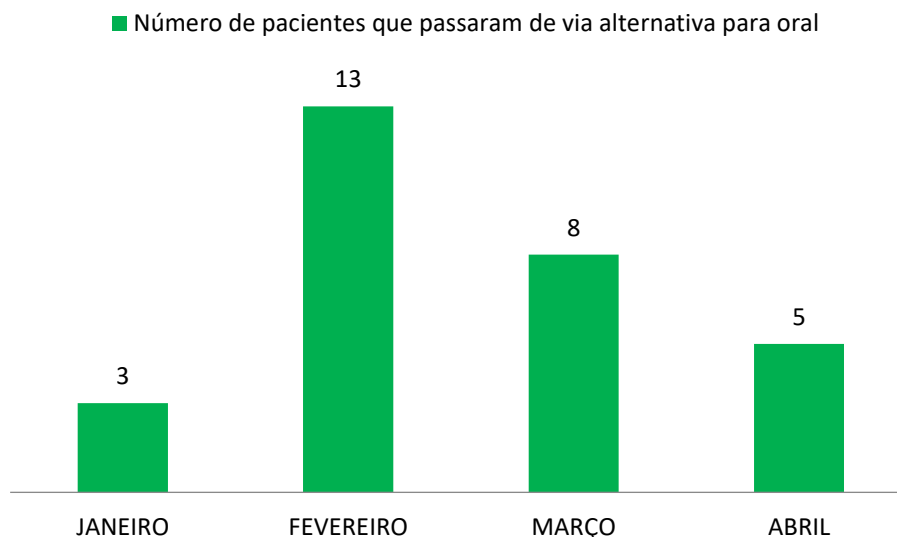
**Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.



### Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

#### 3.3.6. Terapia Ocupacional

No setor de terapia ocupacional em um hospital, os profissionais desempenham uma série de atividades essenciais para promover a recuperação e a independência dos pacientes. Aqui estão algumas das principais atividades realizadas:

- **Avaliação e Diagnóstico:** Os terapeutas ocupacionais avaliam as habilidades funcionais dos pacientes, identificando déficits e limitações que afetam suas atividades diárias. Isso pode incluir a análise de habilidades motoras, cognitivas e sociais.
- **Reabilitação Funcional:** Trabalham com os pacientes para melhorar suas habilidades motoras finas e grossas, coordenação, força e resistência. Isso pode envolver exercícios específicos, treinamento em atividades de vida diária e técnicas de adaptação.

- **Reabilitação Cognitiva:** Para pacientes com comprometimento cognitivo, trabalham para melhorar habilidades como memória, atenção e resolução de problemas, utilizando atividades e exercícios específicos.
- **Intervenção em Casos de Lesões ou Doenças Neurológicas:** Oferecem suporte a pacientes com condições neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões na medula espinhal, para melhorar a recuperação funcional.

### **ANÁLISE CRÍTICA – TERAPIA OCUPACIONAL**

Indicadores não foram mensurados devido ao treinamento da nova colaboradora, que ainda está se adaptando ao ambiente hospitalar. Espera-se que, em junho, todos os indicadores necessários estejam disponíveis para a continuidade das melhorias no serviço.

#### **3.3.7. Terapias Alternativas**

As terapias integrativas no contexto hospitalar são abordagens complementares que visam apoiar a saúde e o bem-estar dos pacientes de maneira holística. Aqui estão algumas das principais atividades realizadas dentro desse campo:

- **Aromaterapia:** Envolve o uso de óleos essenciais para promover o relaxamento, melhorar o humor e aliviar sintomas como ansiedade e dor. Os óleos podem ser aplicados por meio de massagem, difusão no ar ou em banhos.
- **Musicoterapia:** Utiliza a música para promover a saúde mental e emocional dos pacientes. Pode envolver a escuta de música, a participação em atividades musicais ou a criação de música para melhorar o estado emocional e a qualidade de vida.
- **Hipnoterapia:** Abordagem terapêutica que utiliza a hipnose como uma ferramenta para tratar uma variedade de condições psicológicas e emocionais.
- **Cromoterapia:** Abordagem alternativa que utiliza cores e luzes para promover a saúde e o bem-estar. A ideia é que diferentes cores e

comprimentos de onda da luz têm efeitos específicos no corpo e na mente, ajudando a restaurar o equilíbrio e melhorar a saúde.

- **Ozonioterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio (O<sub>3</sub>) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonioterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

**Tabela 49 – Indicadores de Terapias Alternativas**

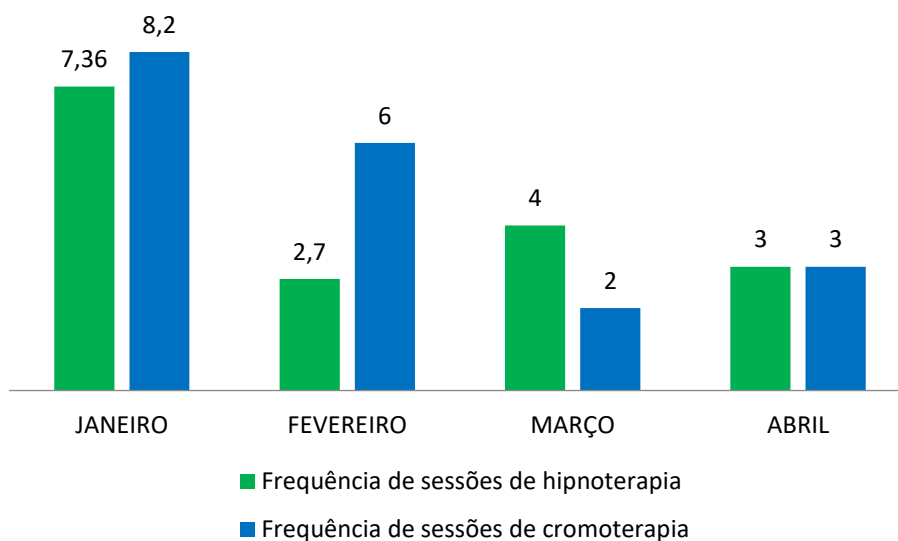
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Frequência de sessões de hipnoterapia	100%	7,36%	2,7%	4%	3%
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8,2	6	2	3
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	6	4	7	7	3
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101
Consumo de cilindro o <sup>2</sup>	M/R	1	1	1	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA - TERAPIAS ALTERNATIVAS

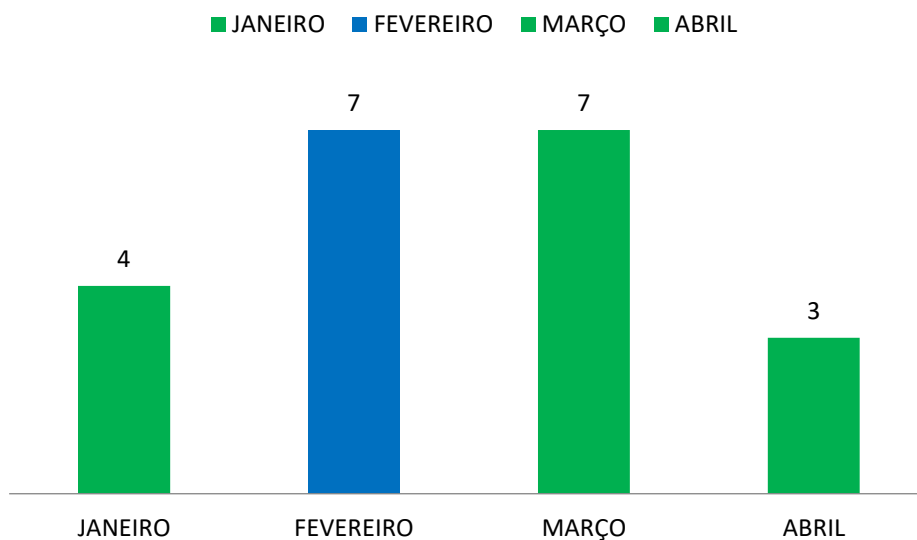
Frequência de Sessões de Hipnoterapia: Houve um reforço com a colaboradora sobre a importância da hipnoterapia, que foi menos priorizada em favor da cromoterapia.

**Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia**



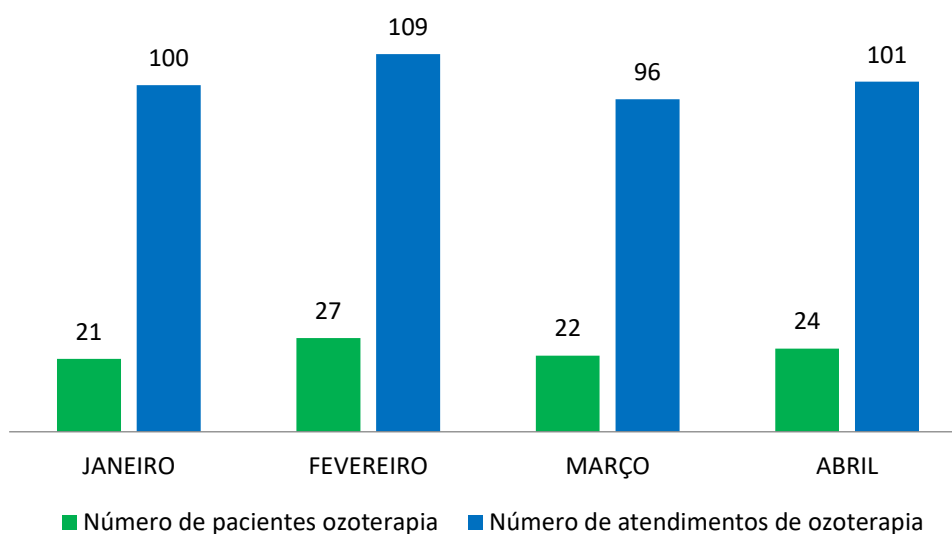
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar**



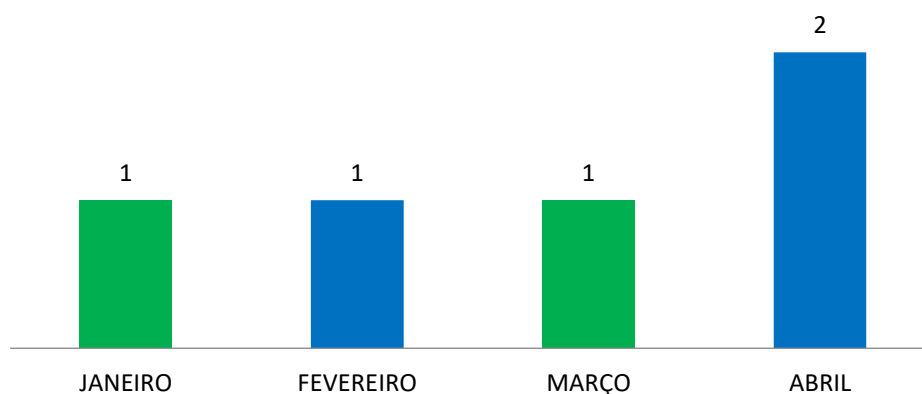
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 76 – Número de Ozoterapia**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 77 – Consumo de cilindro o<sup>2</sup>**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.8. Estomaterapia

O setor de estomaterapia em um hospital é responsável pelo cuidado e acompanhamento de pacientes com estomas (aberturas cirúrgicas no corpo, como colostomias e ileostomias), lesões de pele e feridas. A equipe de estomaterapia oferece orientações sobre o uso de dispositivos, cuidados com a pele e promove a reabilitação dos pacientes, visando melhorar sua qualidade de vida.

- **Apoio ao paciente com estomas** (como colostomias, ileostomias e urostomias), oferecendo cuidados e orientações sobre o uso correto dos dispositivos.
- **Prevenção e tratamento de lesões de pele** associadas a estomas, como irritações ou escoriações.
- **Cuidados com feridas** (agudas ou crônicas), promovendo a cicatrização e controle de infecções.
- **Orientações sobre cuidados domiciliares**, capacitando pacientes e familiares para o manejo adequado dos estomas e cuidados com a pele.
- **Aconselhamento psicológico** e apoio emocional para pacientes em processo de adaptação ao uso de estomas.

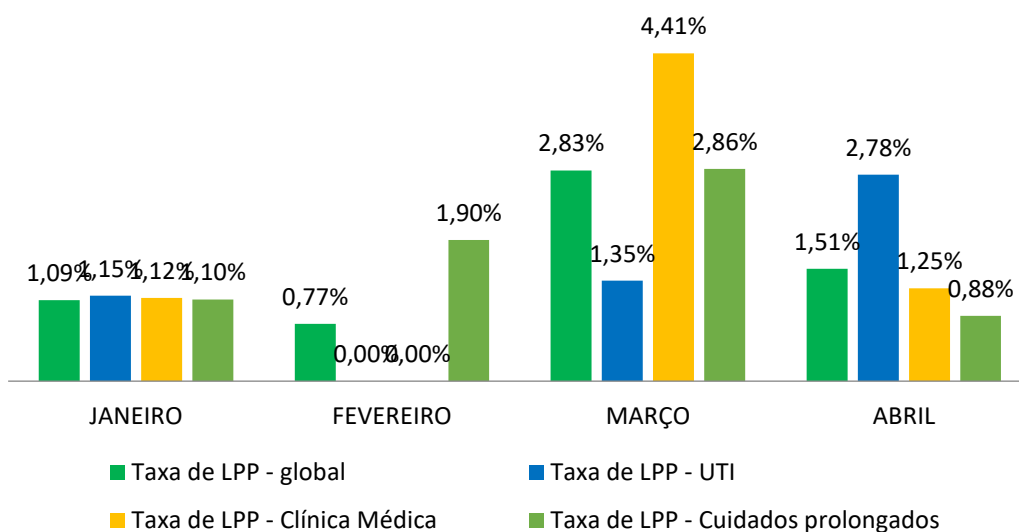
**Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de LPP - global	15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%
Taxa de LPP - UTI	5%	1,10%	0%	1%	2,78%
Taxa de LPP - Clínica Médica	5%	1,12%	0%	4%	1,25%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19

Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4
---	----------------------	---	---	---	---

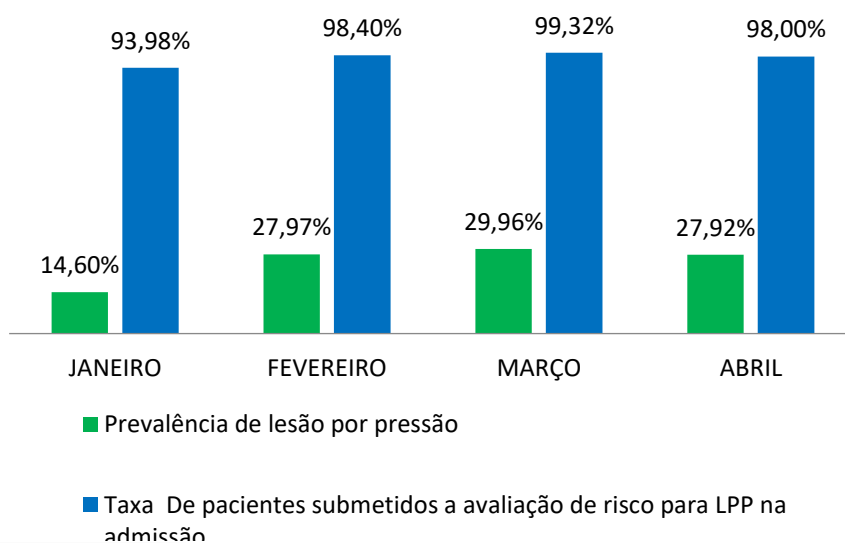
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão



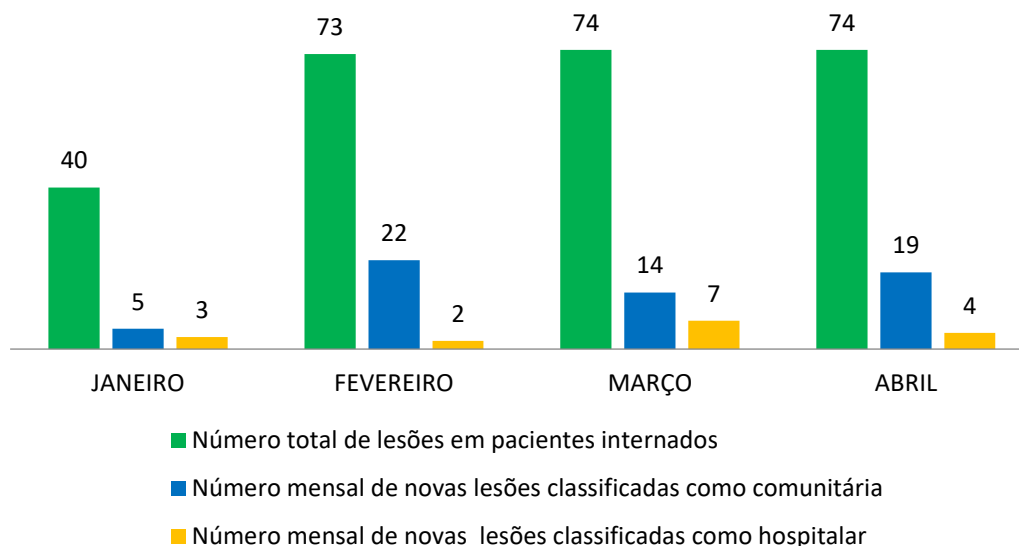
Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

### Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP



Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

**Gráfico 80 – Número total de lesões**



Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

### 3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

Os serviços auxiliares à assistência desempenham papéis fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes em ambiente hospitalar. Aqui estão detalhados os serviços mencionados:

#### 3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

- Responsável por implementar e monitorar estratégias destinadas a promover a segurança dos pacientes durante sua permanência no hospital.
- Foca na prevenção de eventos adversos, como quedas, erros de medicação e infecções hospitalares.
- Desenvolve políticas, protocolos e treinamentos para melhorar a segurança e o bem-estar dos pacientes.



Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46

Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente  
(Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8

Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente  
(Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6

Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente  
(Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16

Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente  
(Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de nc tratada total	>85%	100%	95%	93%	73%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%
Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%

Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%

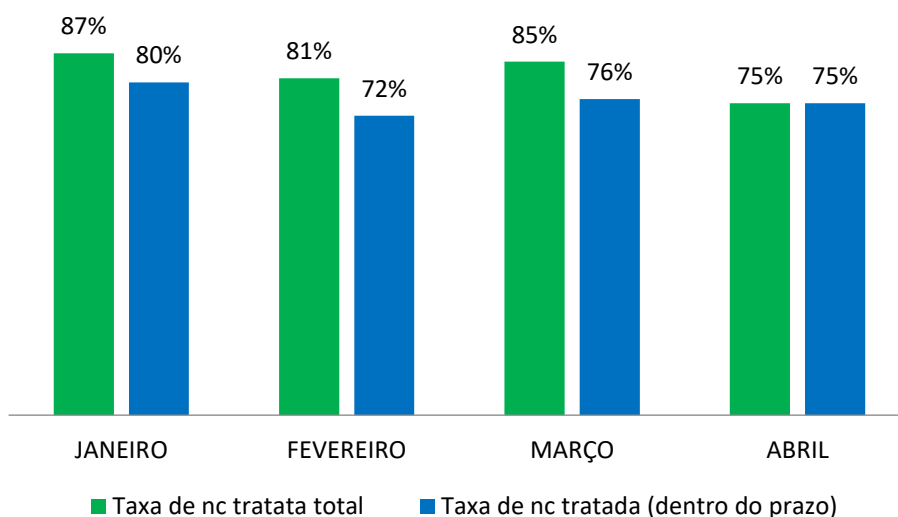
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As taxas de Não Conformidades (NCs) tratadas dentro do prazo, ainda não atingiram os níveis esperados. Apesar da implementação do novo fluxo de tratativas há algum tempo, o processo segue em fase de consolidação e aperfeiçoamento institucional. Têm sido promovidas ações contínuas de alinhamento com as lideranças, por meio de reuniões regulares e reforço das orientações quanto à importância do cumprimento dos prazos e da qualidade nas resoluções. Ressalta-se, contudo, que já são visíveis avanços na adesão dos gestores ao novo modelo e uma evolução gradual dos indicadores associados. Em relação aos eventos adversos, permanece o acompanhamento sistemático dos planos de ação conduzidos pelos supervisores das áreas, com foco na redução de riscos e na prevenção de recorrências. Também nesse aspecto, os resultados têm sido positivos, demonstrando maior envolvimento das equipes e consolidação da cultura de segurança do paciente. Agendamos uma reunião com a liderança para a próxima semana para reforçar as diretrizes do processo, avaliar os pontos críticos e propor ajustes que contribuam para a melhoria contínua dos resultados.

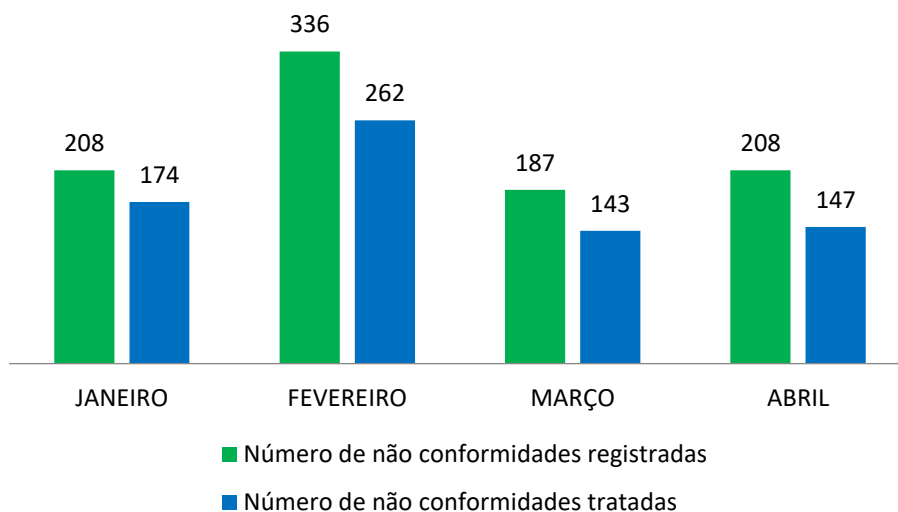
**Gráfico 81 – Taxa de não conformidades**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

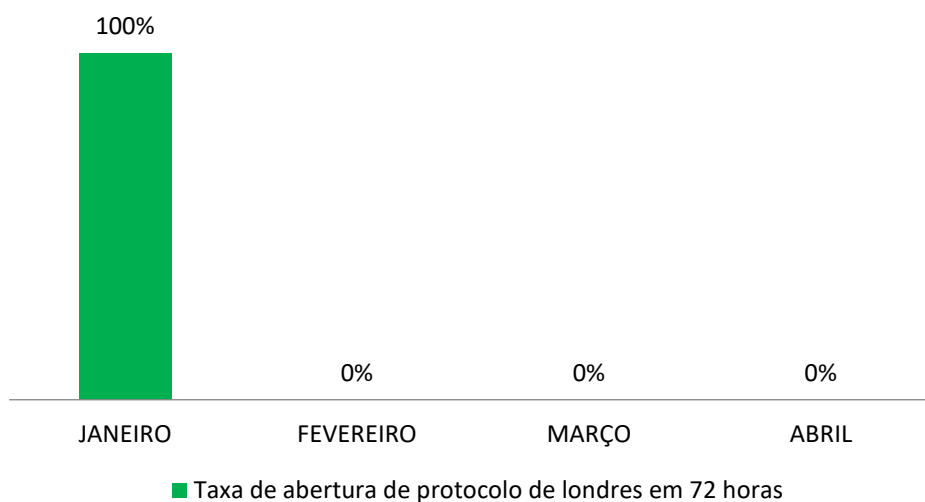


**Gráfico 82 – Número de não conformidades**



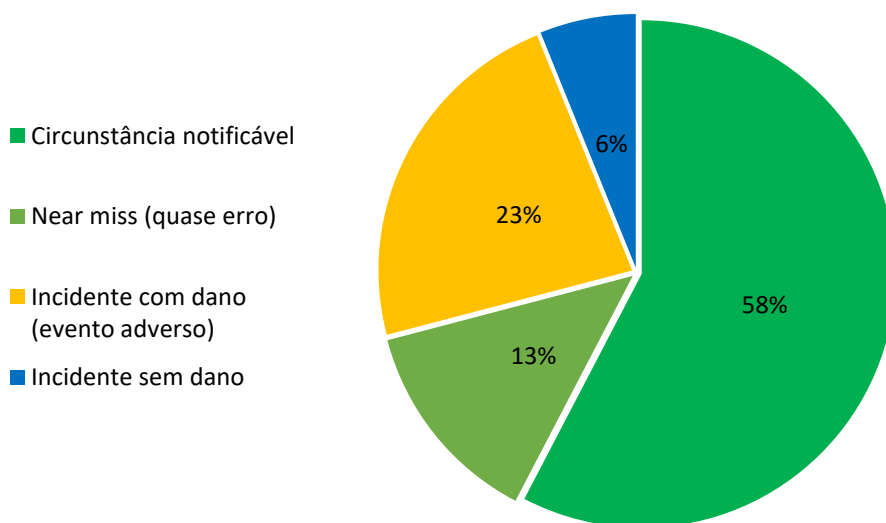
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano**



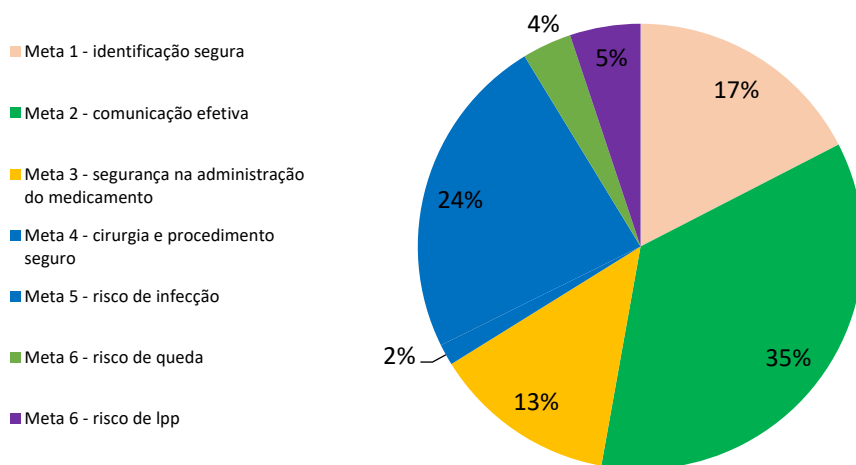
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades



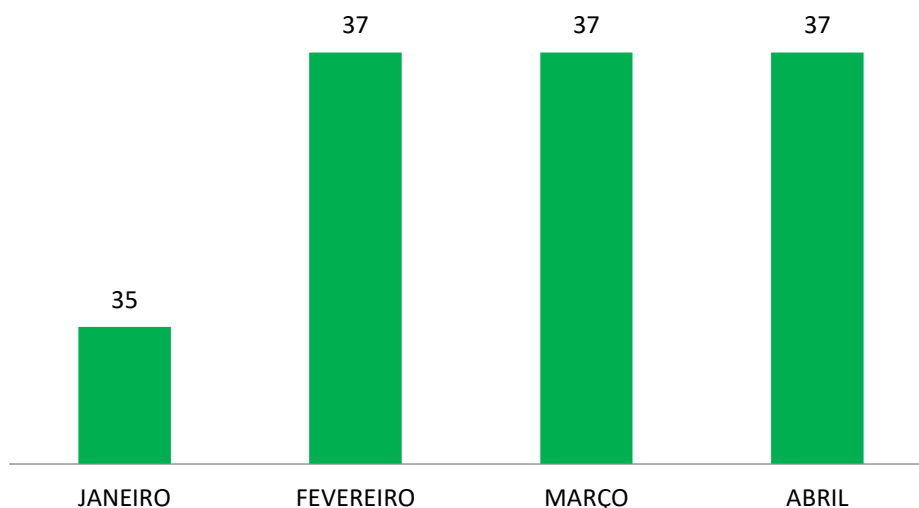
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 86 – Número de visitas técnicas**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### 3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)

**Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número total de iras	0	8	6	12	8
Taxa de infecção hospitalar	0%	4,82%	4,80%	3%	5,0%
Densidade incidência de iras	0%	1,6%	1,30%	4,69%	1,61%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	13,16%	7,02%	2,37%	4,42%
Densidade incidência pav	3,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%
Densidade incidência itu	1,04%	0%	4,85%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar  
(Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número total de iras	0	5	5	7	4
Densidade incidência de iras	0%	3,57%	3.75%	4,61%	2,72%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	15,15%	9.07%	7,68%	7,68%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22.11 ml	35,18 ml	22,3 ml

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar  
(Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número total de iras	0	0	0	1	2
Densidade incidência de iras	0%	6,69%	0%	3,30%	6,69%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	18,18%	0%	12,50%	0%
Densidade incidência pav	0%	36,26%	0%	0%	22,22%
Densidade incidência itu	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	0%	10,37%	11.76%	5,61%	14,38%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	0%	18,39%	34.12%	26,40%	15,65%

Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	0%	15,72%	23,92%	10,56%	15,65%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	0%	53,33%	88,2%	88,24%	93,33%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	0%	100%	100%	97,50%	69,35%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67.63 ml	76.14 ml	44,16 ml	53,1ml

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar  
(Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número total de iras	0	0	0	2	0
Densidade incidência de iras	0%	0%	0%	9,43%	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência pav	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	0%	0%	0%	74,07%	0%
Taxa de utilização de	0%	1,52%	0%	7,08%	0%

ventilação mecânica					
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	0%	14,21%	3,68%	13,21%	0%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	0%	12,18%	15,34%	12,74%	0%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	0%	100%	50%	50%	100%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	0%	91,07%	100%	80,36%	70%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	26,50 ml	40,61 ml	4,91 ml	28,08 ml

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número total de iras	0	1	1	2	2
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)**

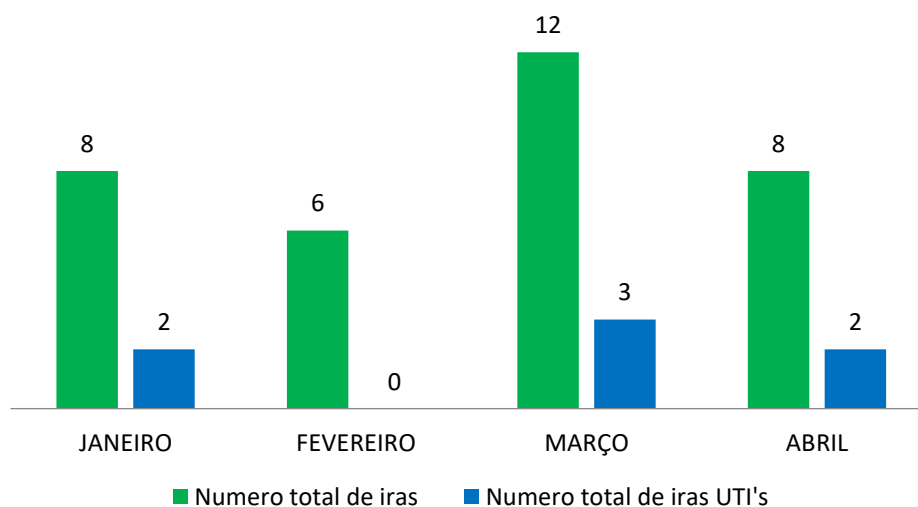
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número total de iras	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP

### ANALISE CRÍTICA – SCIH

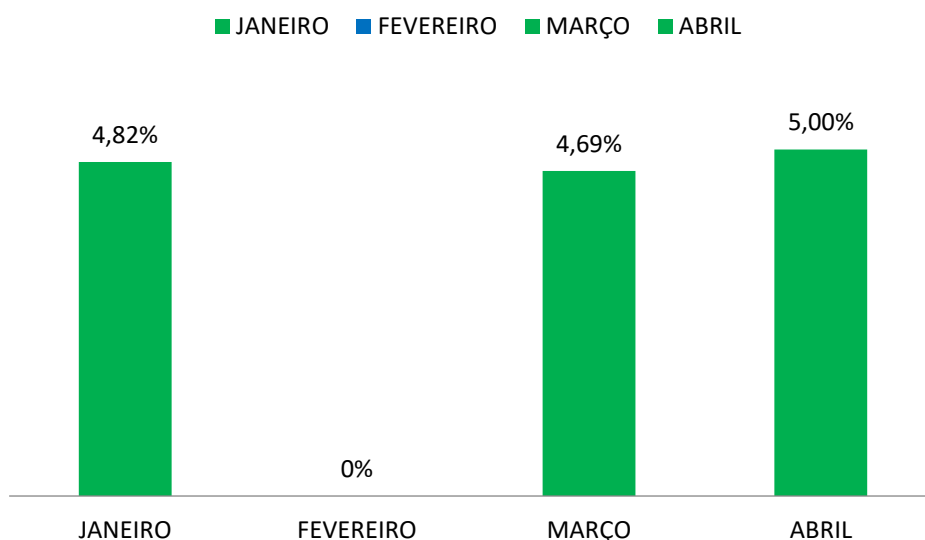
Total de infecções referente ao mês de Abril/2025 8 casos, sendo: Clostridium difficile: 4 casos. Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS): 2 casos. Endocardite: 1 caso. PAV - Pneumonia Associada à Ventilação mecânica: 1 caso. Realizado oficina de problematização com o objetivo de definir diagnóstico epidemiológico de IPCS segundo critério COVISA com médicos, enfermeiros e supervisores de enfermagem. Após a definição diagnóstica discutiu-se os pilares de prevenção pautados em quatro eixos centrais: Indicação de permanência dos cateteres, técnica asséptica do manuseio de cateter, técnica correta de curativo e manutenção do sistema de infusão.

**Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI**



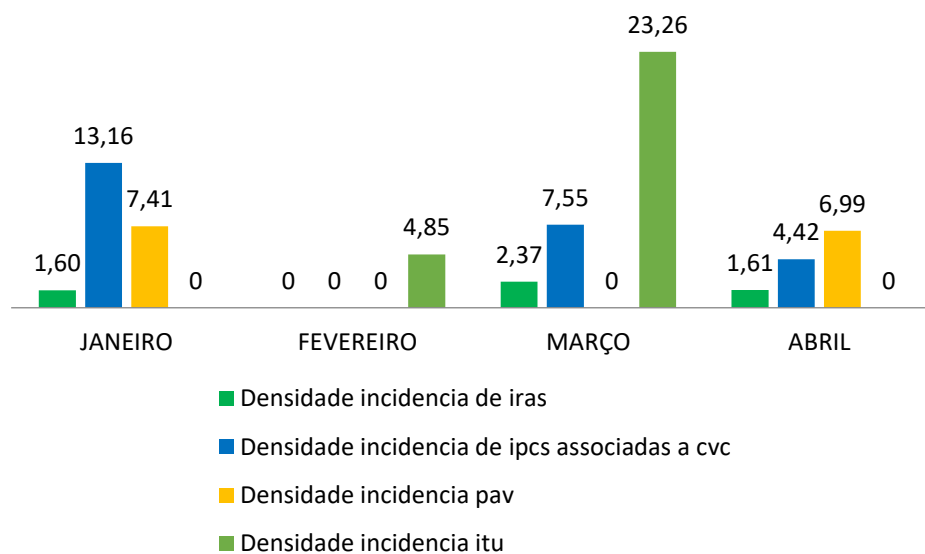
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 89 - Densidade Incidência



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### 3.4.3. Vigilância em Saúde

- ▶ Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.



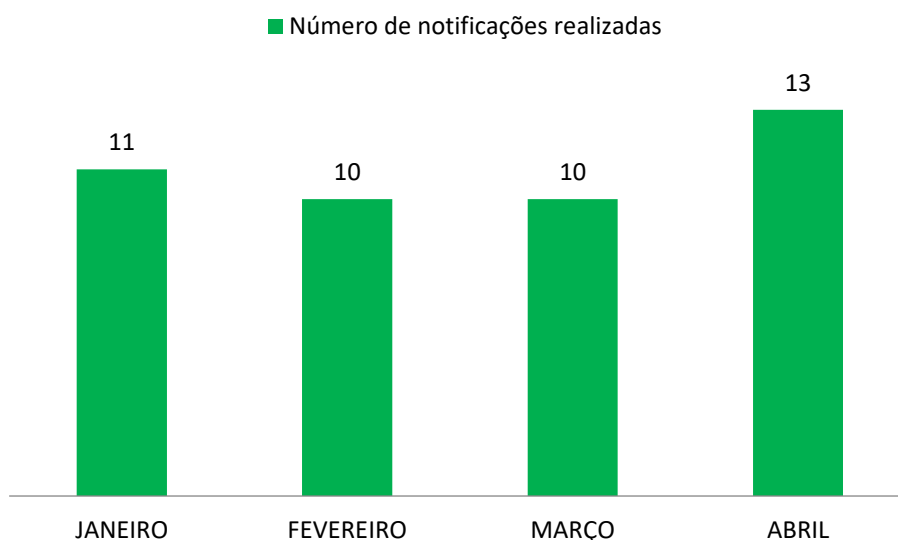
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos de saúde pública para garantir a segurança sanitária da população atendida pela instituição hospitalar.

**Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2
Quantidade de paciente com dengue-proveniente do hmg	M/R	0	2	6	3
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1

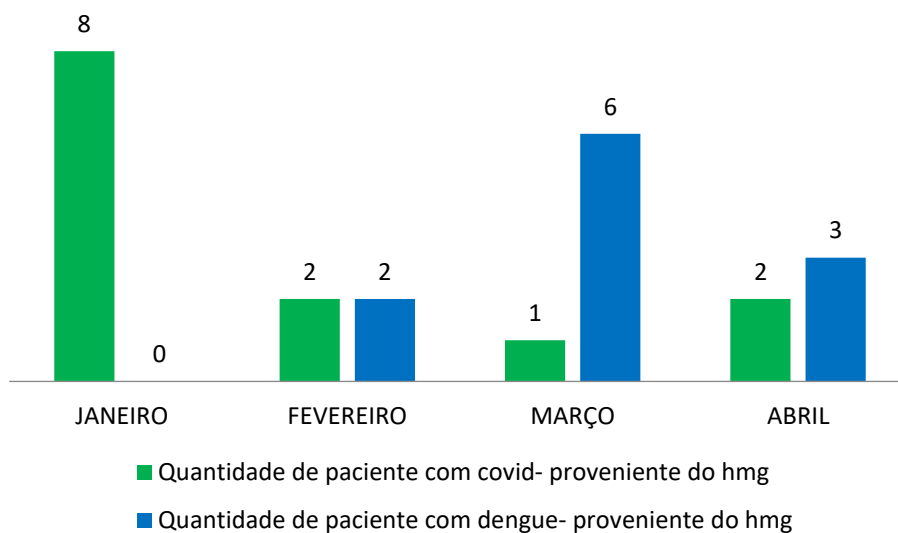
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 90 – Número de notificações realizadas



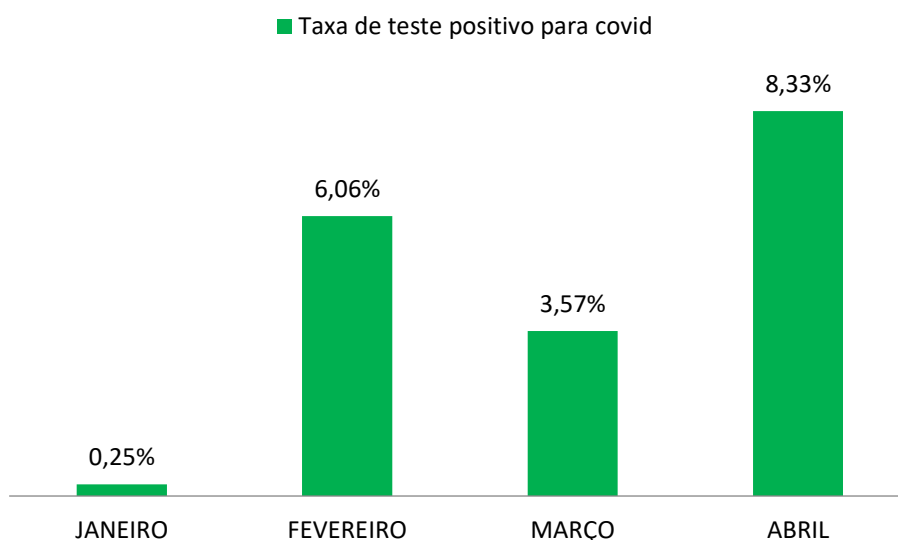
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG



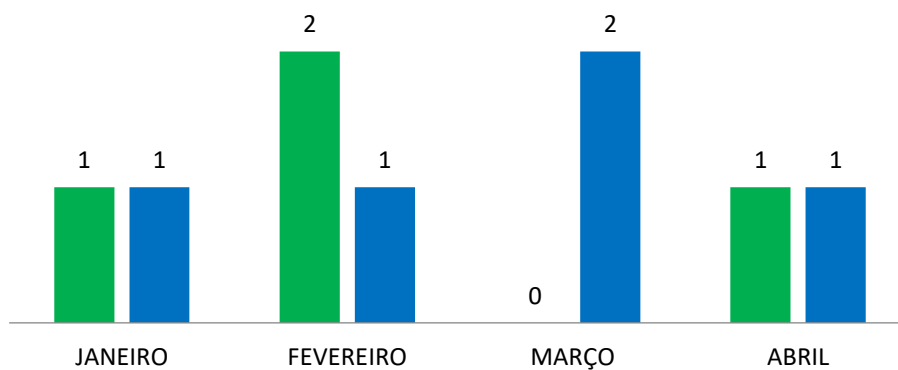
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose

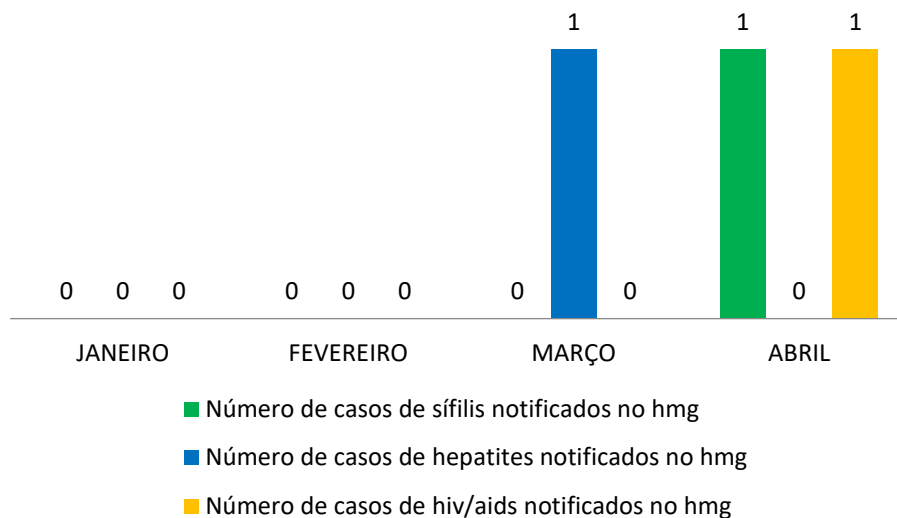


■ Número de casos de tuberculose notificados no hmg

■ Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).**



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

#### 3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação

O Núcleo Interno de Regulação desempenha um papel crucial no gerenciamento e na análise das solicitações de vagas vindas de outras instituições de saúde. Aqui estão os principais pontos envolvidos nesse processo:

- Gerenciamento de Vagas: Responsável por receber e analisar as solicitações de vagas de outras instituições de saúde, como hospitais e clínicas.
- Critérios de Complexidade: Utiliza critérios específicos de complexidade da unidade para determinar a viabilidade e prioridade das solicitações de vaga.
- Confirmação de Vagas: Após análise, o Núcleo Interno de Regulação confirma a disponibilidade da vaga utilizando o sistema interno da instituição, assegurando que as decisões sejam baseadas em critérios objetivos e transparentes.
- Encaminhamento do Paciente: Uma vez confirmada a vaga, a unidade de origem do paciente é responsável por realizar o encaminhamento

adequado até o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG). Isso pode envolver logística de transporte médico e suporte necessário durante o deslocamento.

- Central de Regulação: Todas as admissões no HMG são realizadas exclusivamente através da Central de Regulação, garantindo que os recursos sejam alocados de maneira eficiente e que os pacientes sejam direcionados para o atendimento adequado conforme suas necessidades.

**Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)**

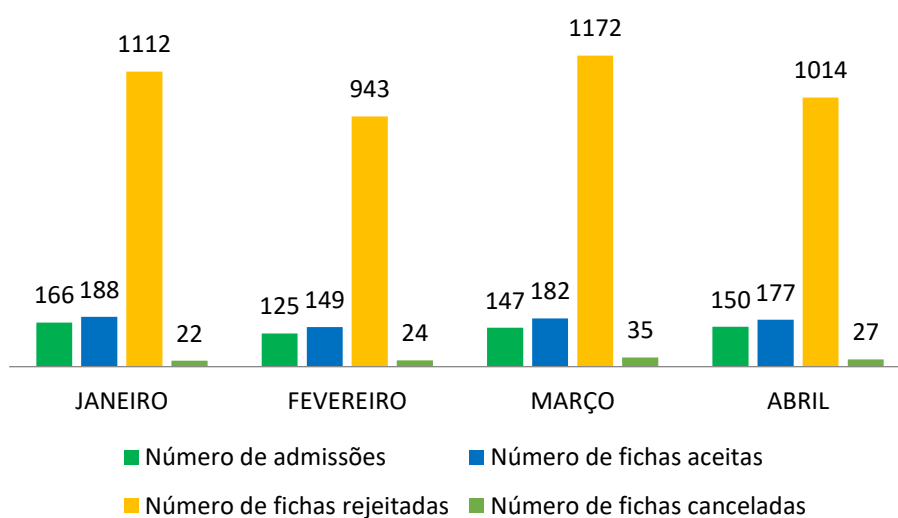
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5	8	5
Número de admissões	M/R	166	125	147	150
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166
Número de remoções	M/R	138	132	134	191
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

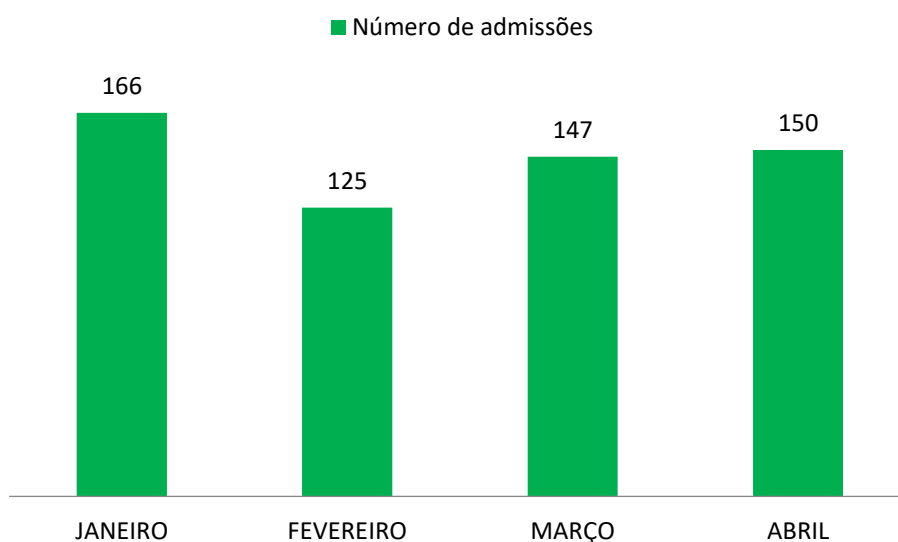
Em abril de 2025, o Núcleo Interno de Regulação do Hospital Municipal Guarapiranga revisou o fluxo de enfermagem e realizou orientações aos colaboradores sobre as não conformidades (NCs) identificadas.

**Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS**



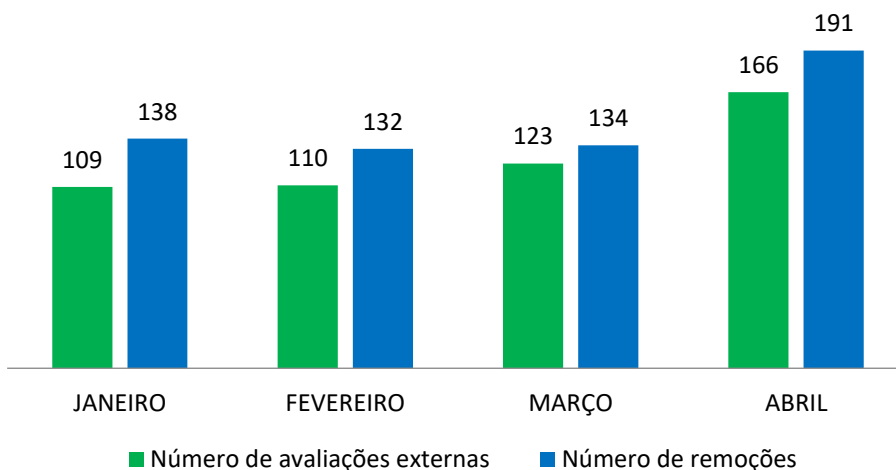
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos**



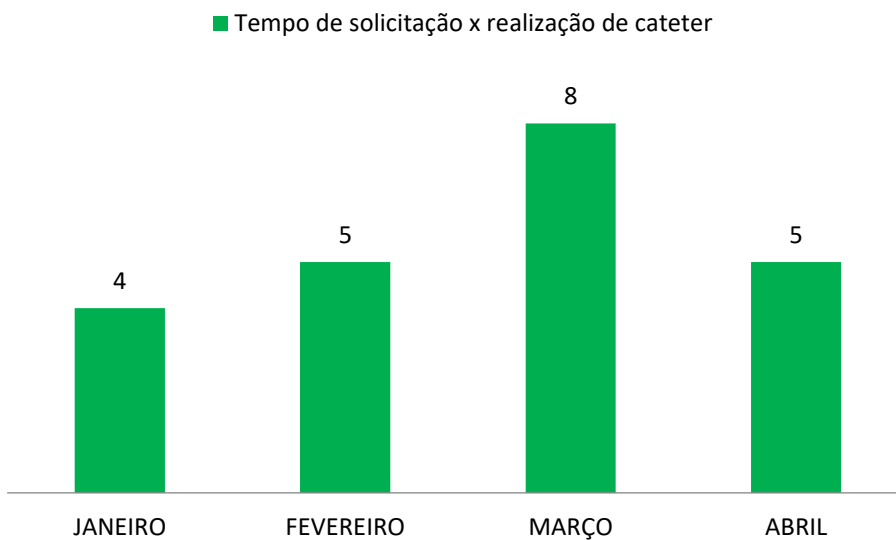
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

### Gráfico 97 – Serviço de Remoções



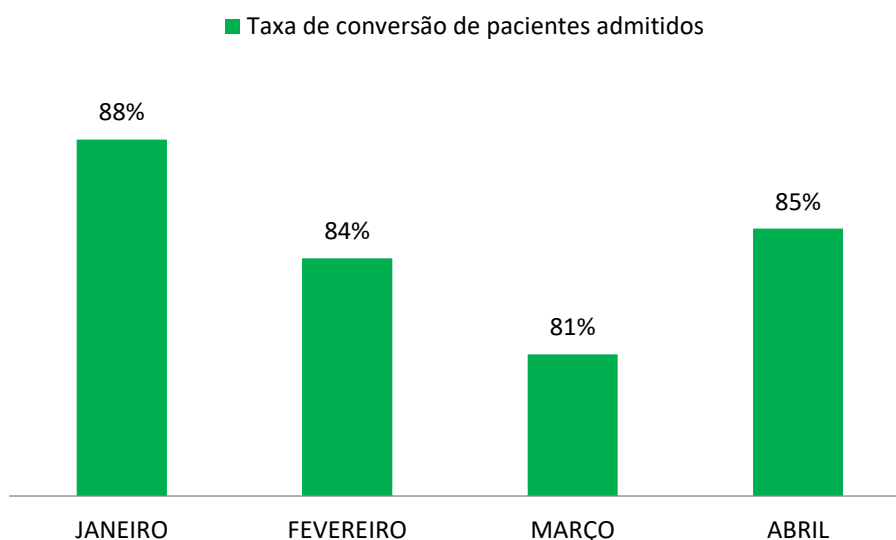
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

### Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)



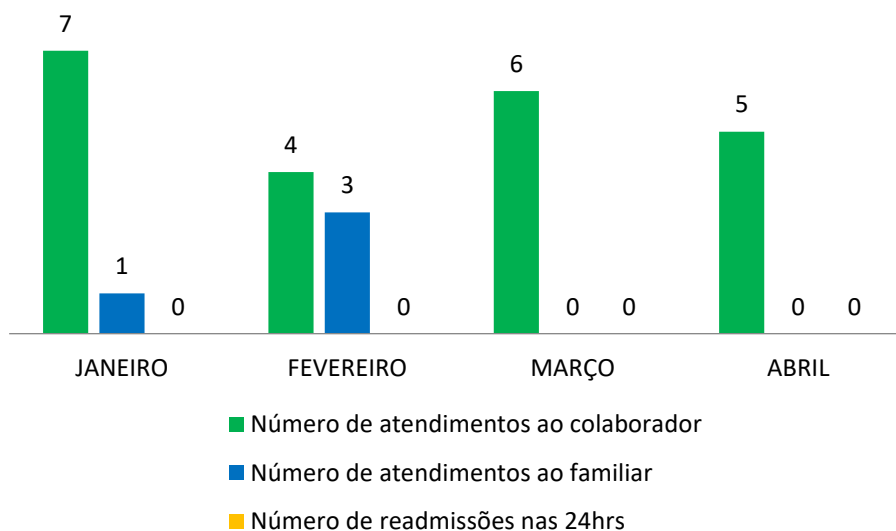
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

### Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

### Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

#### 3.4.5. Núcleo De Educação Permanente

Unidade crucial para a formação contínua e o desenvolvimento profissional da equipe do hospital. Com o objetivo de aprimorar a qualidade dos cuidados



prestados e promover a atualização constante dos conhecimentos e habilidades dos colaboradores, o núcleo desempenha um papel fundamental na capacitação e no crescimento profissional dentro da instituição.

- **Desenvolvimento de Programas de Formação:** Elaborar e coordenar programas de educação e treinamento contínuo para todas as categorias profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos.
- **Capacitação e Treinamento:** Organizar cursos, workshops, seminários e treinamentos práticos para promover a atualização de conhecimentos e habilidades técnicas.
- **Gestão de Recursos:** Administrar recursos educacionais, como materiais didáticos, plataformas de e-learning e equipamentos de treinamento.
- **Estágio/internato:** O Hospital Municipal Guarapiranga mantém parceria com a Escola Municipal de Saúde e com diversas instituições de ensino, oferecendo campo de prática para estudantes de cursos técnicos e de nível superior na área da saúde. Essa iniciativa contribui significativamente para a formação profissional e para o fortalecimento do vínculo entre ensino e serviço. As atividades ocorrem de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã, tarde ou integral, conforme o planejamento de cada curso.

**Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%
Taxa de avaliação do pós teste*	50%	0%	0%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18
Número total de participações	624	755	967	2399	835
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP

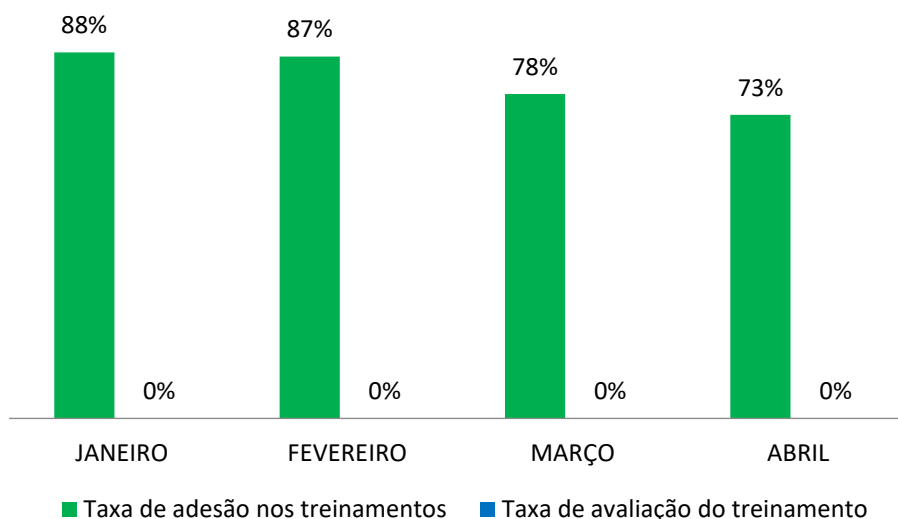
MÊS	CURSO	ESCOLA PARCEIRA	NÚMERO DE TURMAS	QUANTIDADE DE ALUNOS POR TURMA	NÚMERO DE PRECEPTORES
JANEIRO	MEDICINA	UNISA	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM E AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SEQUENCIAL	5	30	2
FEVEREIRO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	17	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	13	1
MARÇO	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	10	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	2	9	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ETEC	1	6	1
	NUTRIÇÃO	UNIP	2	7	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	1
ABRIL	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	11	2
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	3	22	2

### ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Ressalto que em 03/2025 tivemos muitos treinamentos de demanda além da LNT, isso ocasiono um número alto de horas de treinamentos.

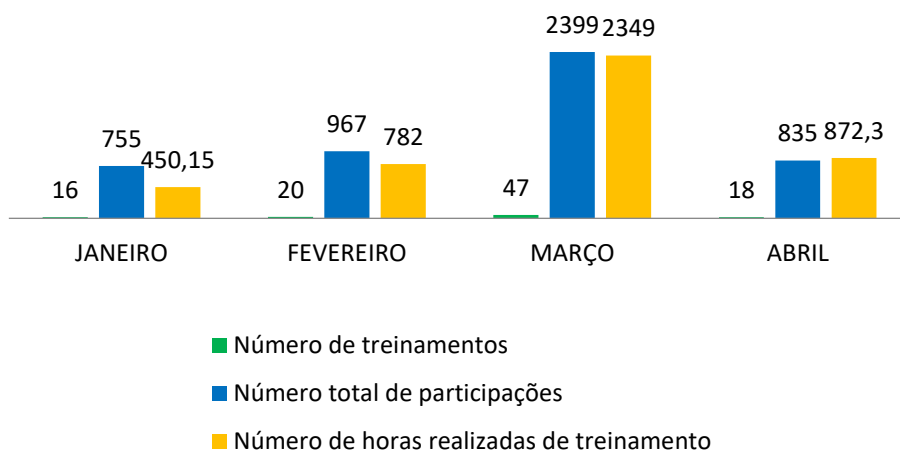
No entanto em 04/2025 foi realizado basicamente o que estava dentro da programação porem não tivemos uma boa taxa de adesão, isso impactando diretamente no fechamento de horas de treinamento.

**Gráfico 101 – Taxa de treinamentos**



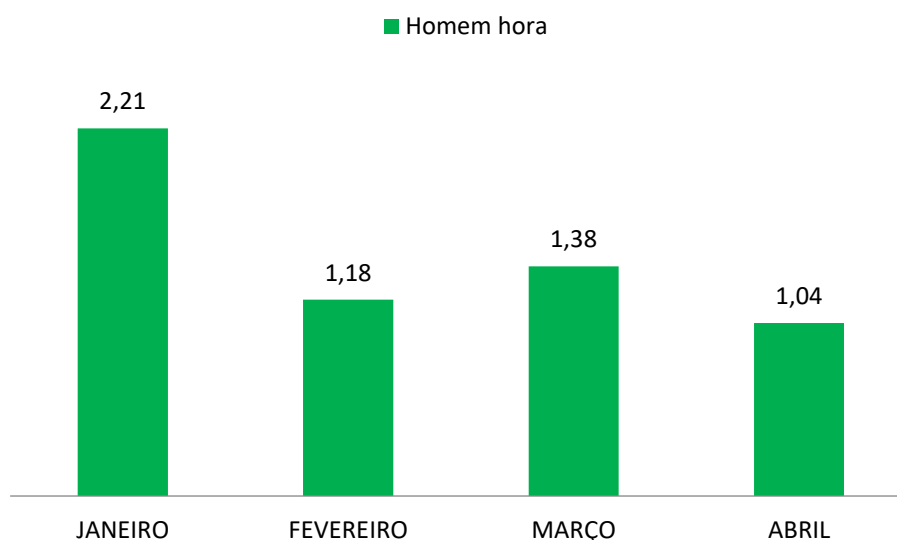
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

### Gráfico 103 – Homem hora



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

### LISTA DE TREINAMENTO (NEP)

- DSS - NR 17 - ergonomia nas atividades laborativas
- DSS - NR 23 - prevenção e combate ao princípio de incêndio
- DSS - PGRSS - boas práticas e disseminação do programa e política ambiental
- DSS - NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde
- Treinamento - simulado de abandono e combate a incêndio
- Round de segurança do trabalho
- Treinamento nr 17 - ergonomia nas atividades laborativas
- DSS - gro - gerenciamento de riscos ocupacionais
- Treinamento de técnica de curativo e coberturas e cuidados com gtt (novos colaboradores)
- Treinamento de oficina de diagnósticos e prevenção de iras
- Treinamento de contagem de medicamentos controlados pela portaria 344/98
- Treinamento sobre o armazenamento dos insumos no caf, farmácia satélites e almoxarifado

- Treinamento sobre devolução de itens dos setores de internação nas farmácias satélites
- Treinamento novo checklist rota sepse
- Treinamento aspectos legais e administrativos na atuação da equipe multidisciplinar
- Treinamento capacitação de curativos
- Treinamento sobre aprazamento
- Treinamento sobre padronização de aprazamento dos medicamentos em prescrição médica
- Treinamento escuta ativa das equipes, reforço das regras sobre o horário de janta e descanso
- Treinamento referente ao mau uso equipamento dos equipamentos
- Treinamento sobre entrega de atestados médicos

### 3.5. SUPRIMENTOS

Aqui estão os principais pontos que destacam a importância e as responsabilidades desse setor:

- Planejamento: O Setor de Suprimentos planeja a aquisição de insumos e materiais de acordo com as necessidades do hospital, considerando tanto o estoque atual quanto as demandas futuras previstas.
- Administração: Responsável pela gestão diária das atividades relacionadas aos suprimentos, incluindo o recebimento, armazenamento e distribuição dos materiais de forma eficiente e organizada.
- Controle: Monitora constantemente os níveis de estoque para evitar excessos ou faltas, garantindo que os insumos estejam disponíveis conforme necessidade e minimizando desperdícios.
- Dispensação Estratégica: Realiza a dispensação dos insumos de maneira estratégica, assegurando que cada departamento ou unidade do hospital

receba o que é necessário para manter o atendimento aos pacientes e o funcionamento adequado das operações hospitalares.

- **Garantia de Atendimento:** Assegura que os recursos estejam disponíveis para atender às demandas do serviço de saúde, contribuindo para a continuidade dos cuidados aos pacientes sem interrupções por falta de materiais essenciais.
- **Eficiência e Racionalidade:** Promove o uso racional dos recursos, buscando otimizar custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

### 3.5.1. Farmácia

A atuação do farmacêutico na gestão de suprimentos hospitalares não apenas assegura a qualidade e segurança dos produtos utilizados, mas também promove o uso racional de medicamentos e contribui para a eficiência operacional e econômica do hospital. Essa integração é essencial para o cuidado integral e seguro dos pacientes.

**Tabela 67 – Indicadores de Farmácia**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%	0,30%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 1,5%	5%	6,3%	6,20%	7%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%
Intervenções farmacêuticas realizadas	A DEFINIR COM A SEDE	21%	23%	28%	22%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%

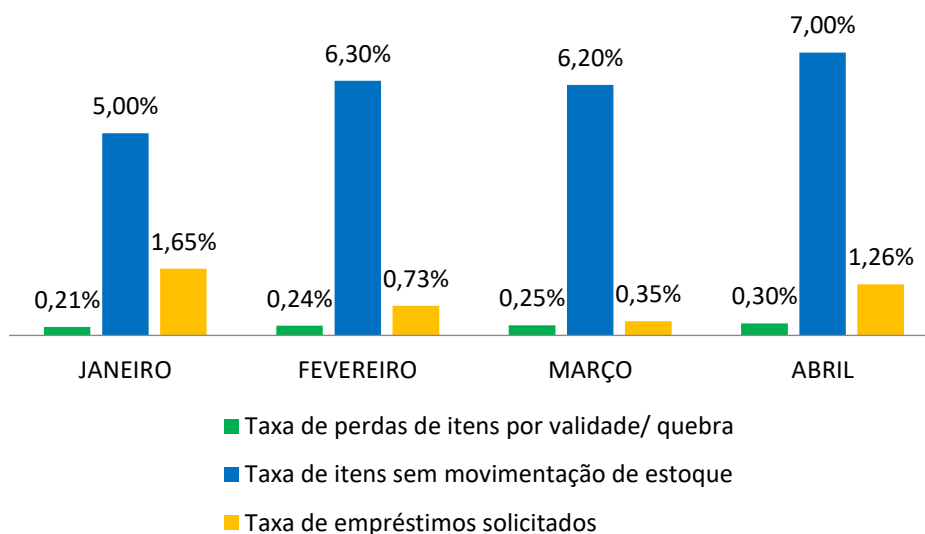
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%
---	------	------	------	------	------

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

## ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

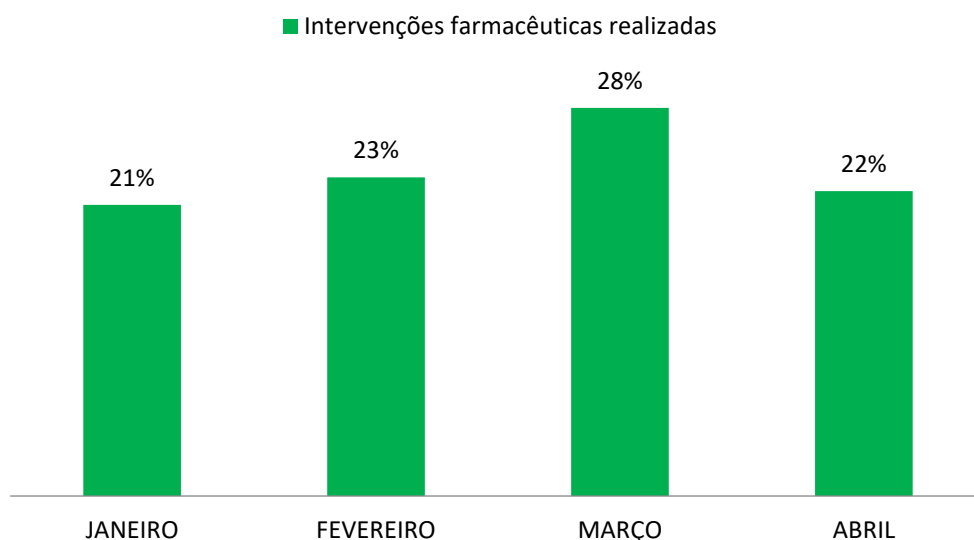
Indicador taxa de perdas de itens por validade/ quebra: houve perda de adaptador de equipo lifemed (item que já estava parado no estoque, houve tentativa de troca em unidades parceiras, porém sem sucesso) / indicador taxa de empréstimos solicitados: a empresa lifemed atrasou sua entrega e solicitou empréstimo de outra unidade para suprir nosso estoque até sua entrega efetiva, o que fez com que a meta ultrapassasse o valor (empréstimo: R\$ 8.050,00).

### Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos



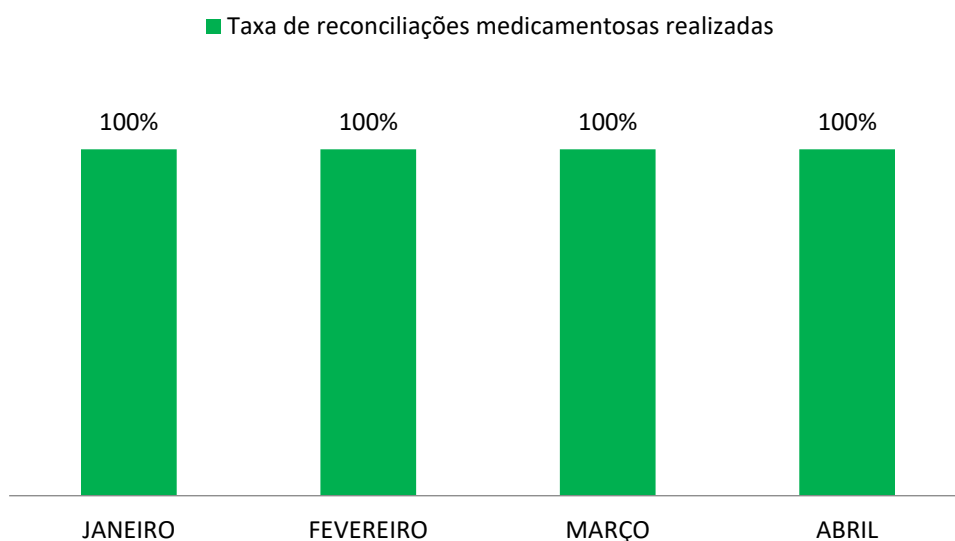
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

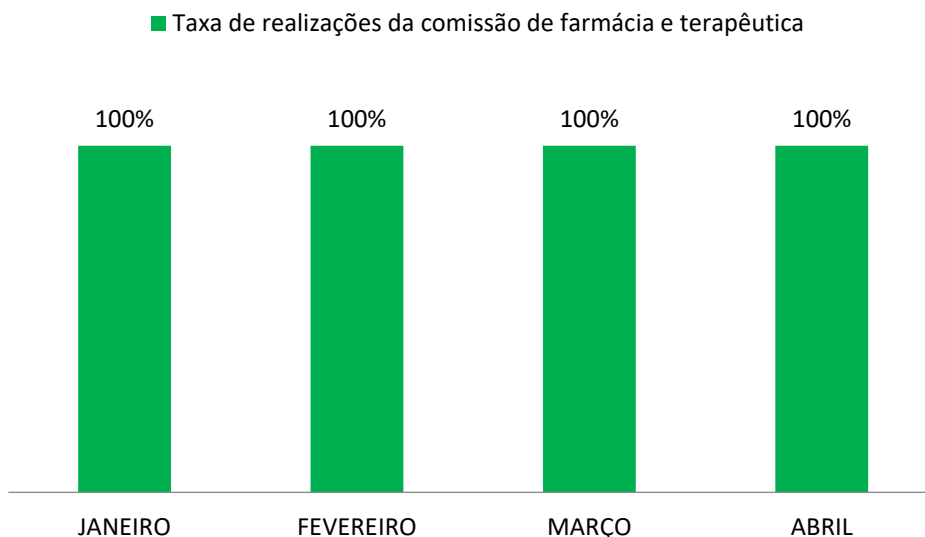
### Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.



### Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### 3.6. Compras

O setor de Compras na gestão de suprimentos dentro de uma Unidade de Saúde é multifacetado e essencial para o funcionamento eficiente da instituição. Principais aspectos do setor:

- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 68 – Indicadores de Compras

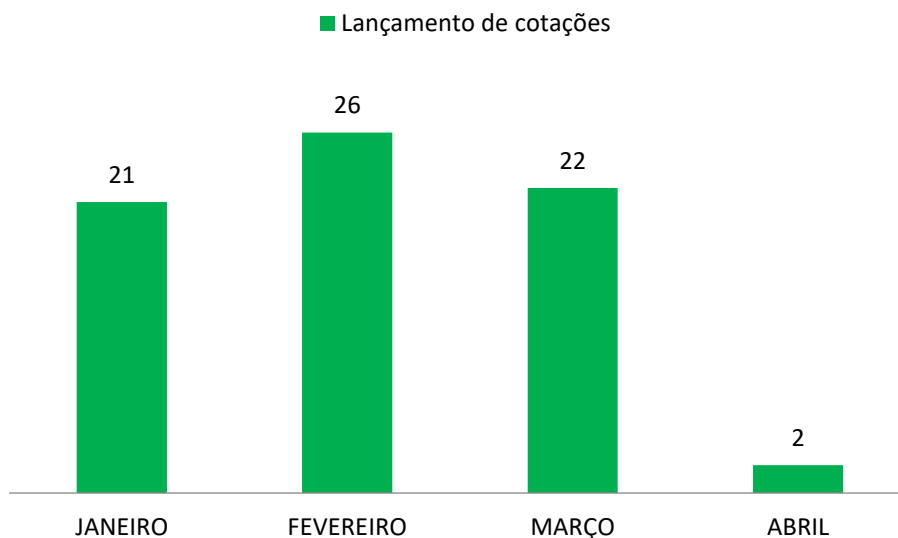
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%
Percentual de entrega parcial	<15%	10%	5%	3%	5%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### ANÁLISE CRÍTICA – COMPRAS

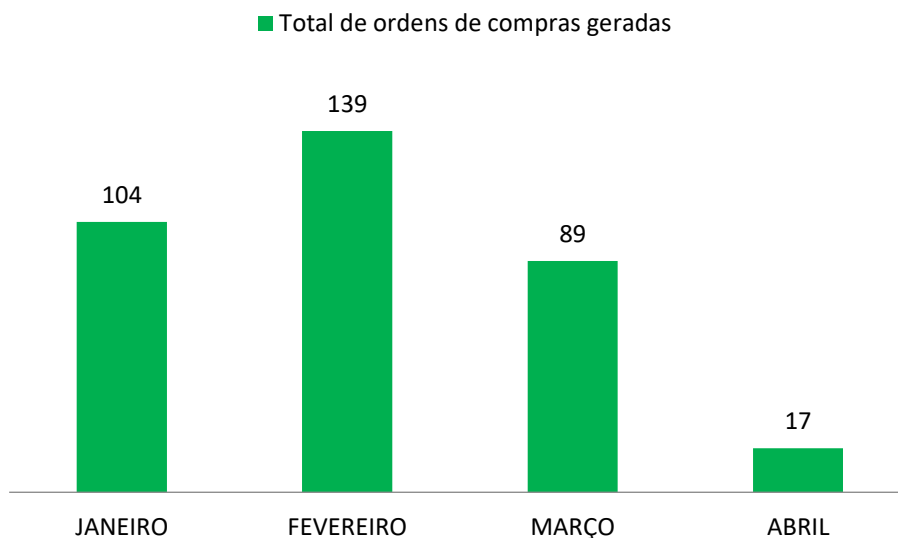
Referente ao LANÇAMENTO DE COTAÇÕES e TOTAL DE ORDENS GERADAS, no caso específico de abril, realizamos apenas uma compra no mês, enquanto nos demais meses as compras foram feitas quinzenalmente. Dessa forma, quanto mais as compras são distribuídas ao longo do mês, maior é o número de cotações e ordens de compra geradas. Por outro lado, quanto menos compras realizamos no mês, menor é a quantidade de cotações e ordens de compra emitidas.

### Gráfico 108 – Lançamentos de cotações



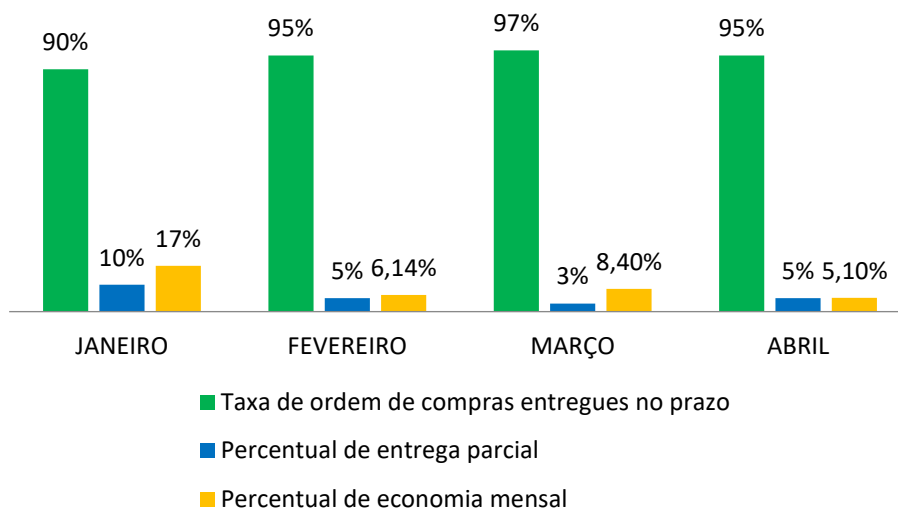
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas



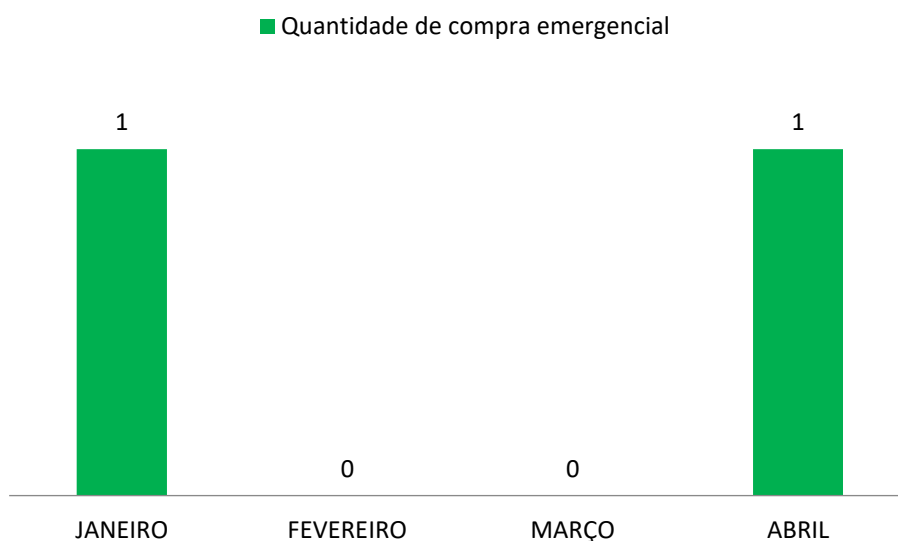
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 110 – Número de compras emergenciais**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### 3.7. INFRAESTRUTURA

A infraestrutura hospitalar não se limita apenas aos edifícios e equipamentos físicos, mas também engloba sistemas de tecnologia da

informação, recursos humanos bem treinados e processos operacionais eficazes. Uma infraestrutura bem projetada e mantida não só contribui para a segurança dos pacientes, mas também melhora a eficiência dos serviços prestados, facilita o fluxo de trabalho dos profissionais de saúde e ajuda na prevenção de eventos adversos, como infecções hospitalares e erros médicos. É um componente vital para o funcionamento seguro e eficaz de qualquer unidade de saúde.

### 3.7.1. Engenharia Clínica

A Engenharia Clínica se concentra na aplicação de princípios de engenharia para garantir que todos os equipamentos médicos estejam funcionando corretamente, seguros para uso e atendam aos padrões de qualidade e regulamentações específicas. As principais responsabilidades da Engenharia Clínica incluem:

- Manutenção Preventiva e Corretiva;
- Gestão de Equipamentos Médicos;
- Segurança do Paciente;
- Treinamento e Suporte;
- Integração de Tecnologia.

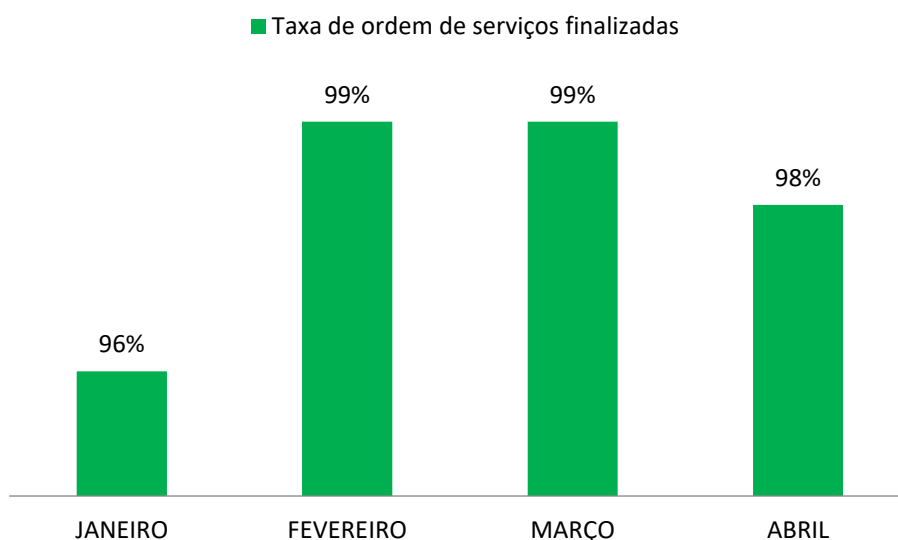
**Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51	07:58
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%

Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1
Número de inspeção de de rotina	M/R	341	315	315	322
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79

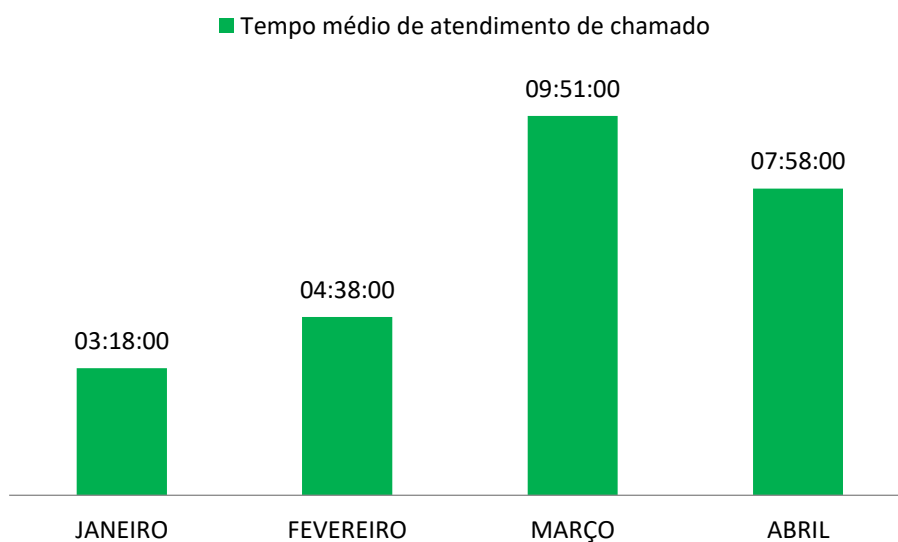
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados



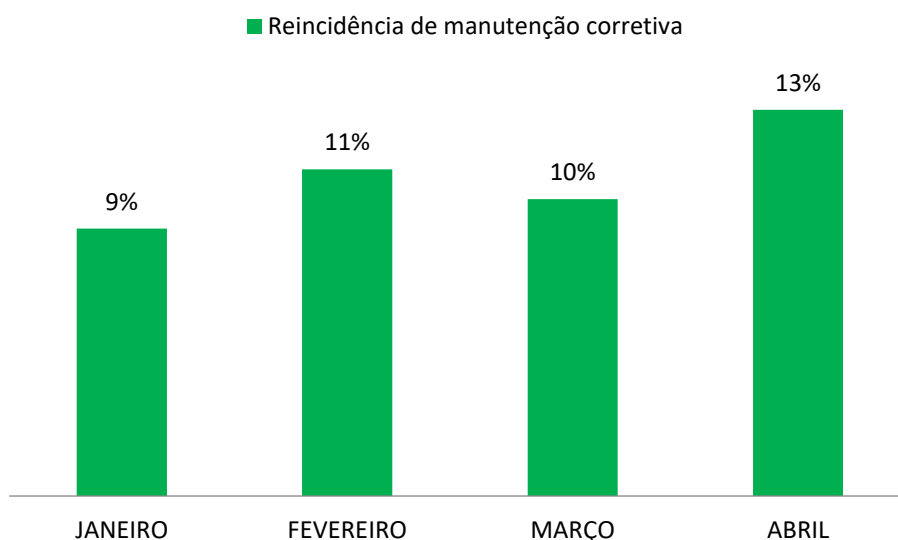
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado



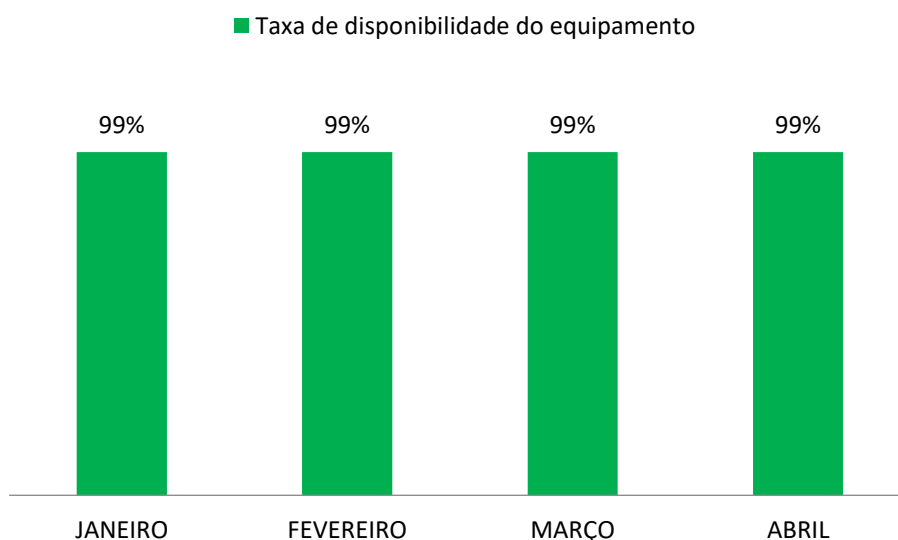
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

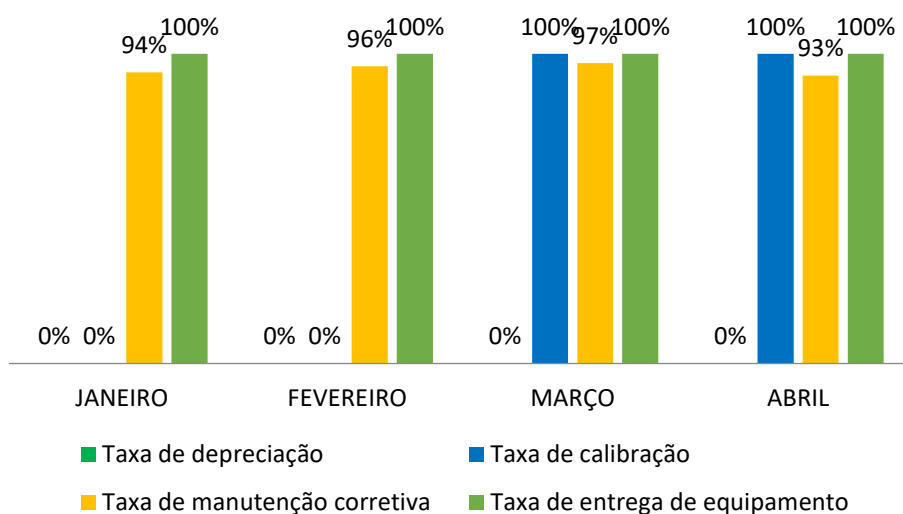
### Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

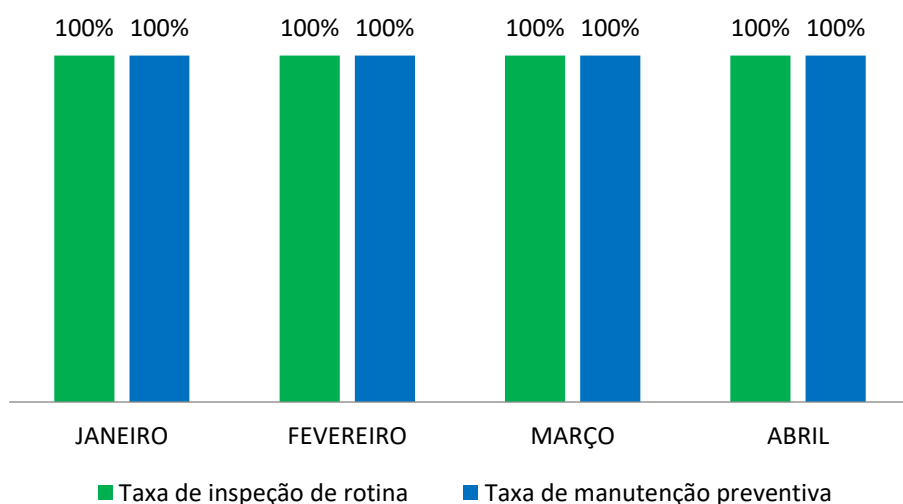


**Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

**Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### 3.7.2. Manutenção Predial

A manutenção predial garante que todas as instalações físicas estejam em condições adequadas para suportar as operações clínicas e administrativas.

Alguns aspectos importantes da manutenção predial dentro do contexto hospitalar:

- Preservação das Instalações;
- Segurança e Conformidade;
- Operação Eficiente de Equipamentos;
- Gestão de Emergências;
- Sustentabilidade e Eficiência Energética.

**Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	69,63 min	95,21 min	23 min	12min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300

Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

## ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

Segue o plano de ação para a diminuição no tempo médio de atendimentos de chamados

### Diagnóstico da Situação Atual

- **Ação:** Levantar e analisar os tempos médios atuais por tipo de serviço.

### Manutenção Preventiva

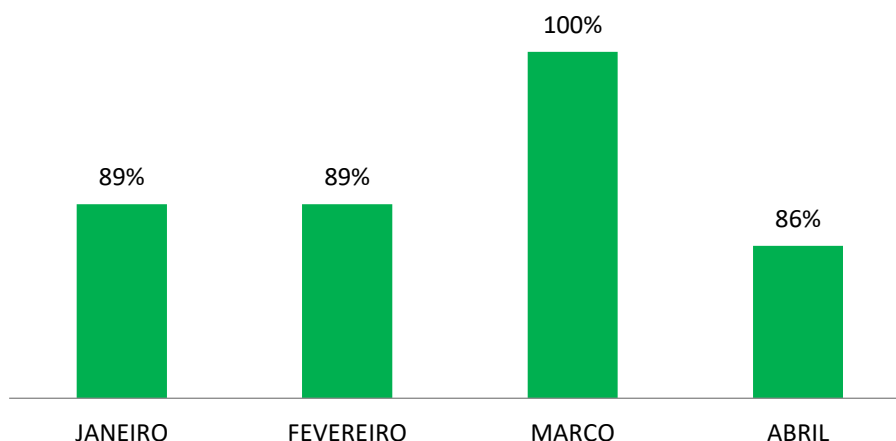
- **Ação:** Reforçar as manutenções preventivas para reduzir chamadas reativas.

### Comunicação e Treinamento

- **Ação:** Orientar setores quanto à abertura correta de chamados (detalhes, urgência, local exato).

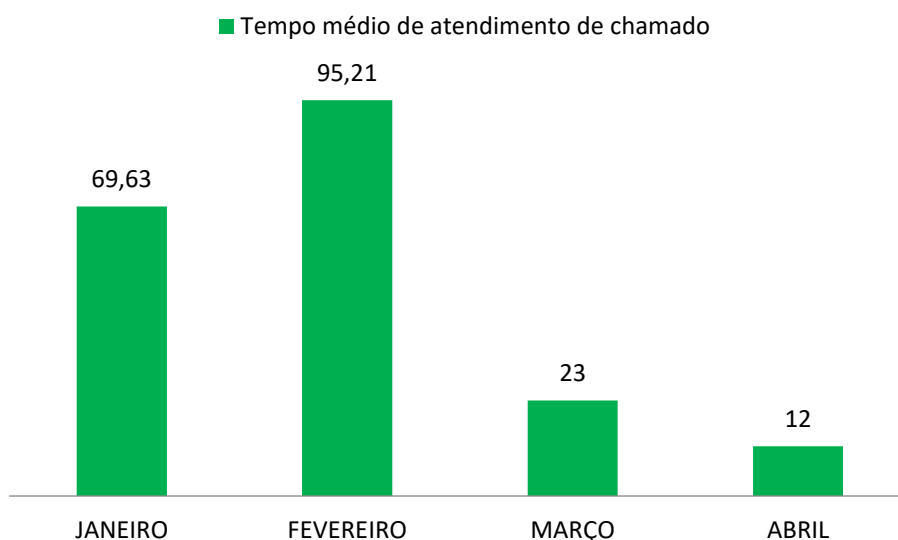
## Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados

■ Taxa de ordem de serviços finalizadas



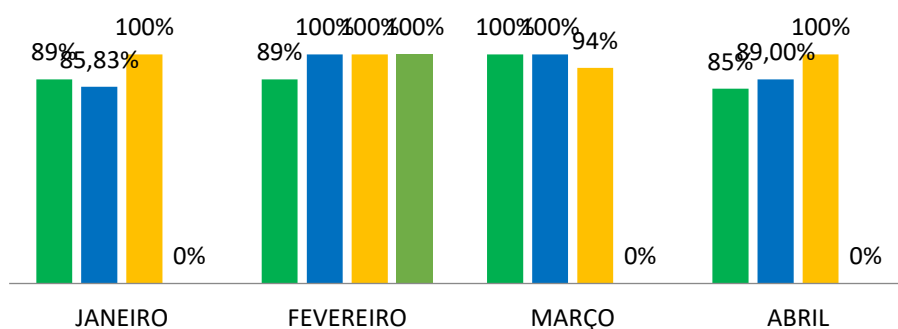
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

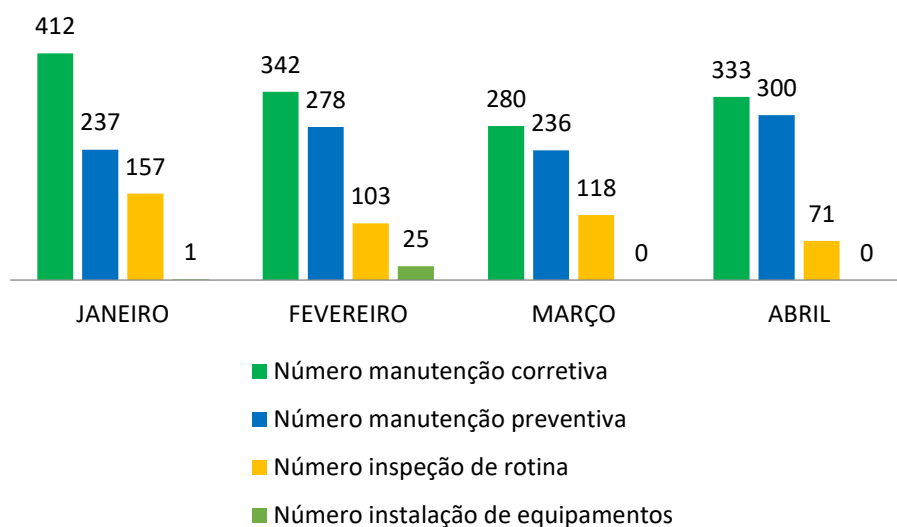
### Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



- Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)
- Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)
- Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)
- Taxa de instalação de equipamentos

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### 3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O setor de Tecnologia da Informação (TI), fornecendo suporte crítico tanto para as operações administrativas quanto para a assistência ao paciente. Algumas das responsabilidades chave incluem:

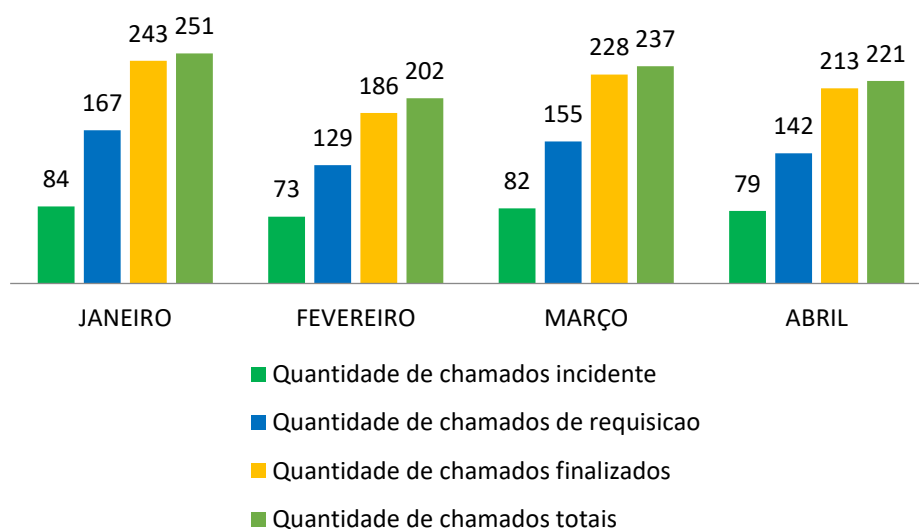
- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas;
- Suporte à Assistência ao Paciente;
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

**Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h
Indisponibilidade de internet	1h	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Indisponibilidade do sistema	00:30	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%

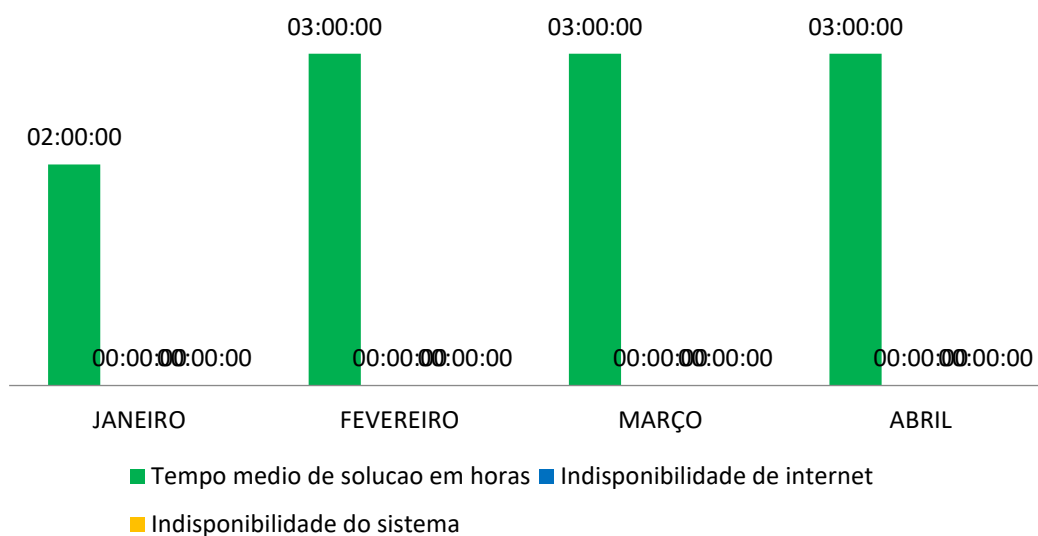
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP

**Gráfico 121 – Quantidade de chamados**



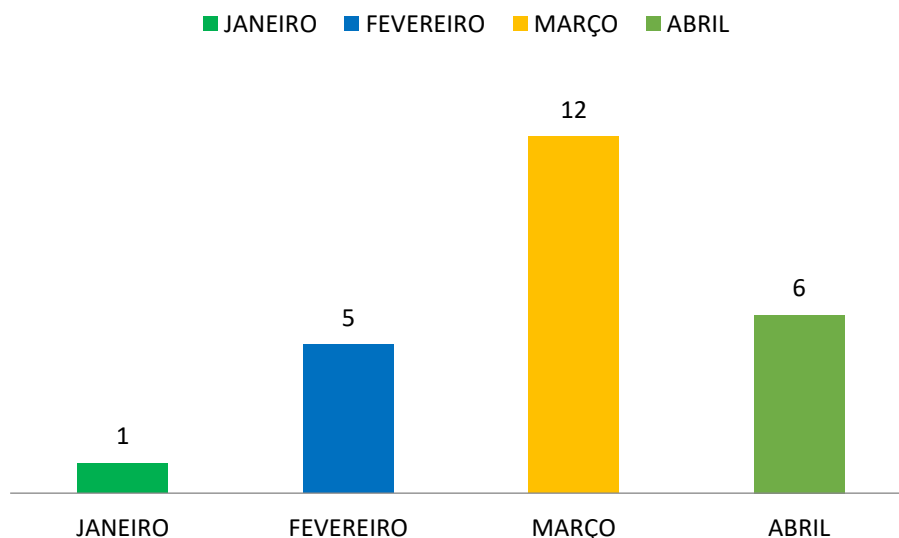
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



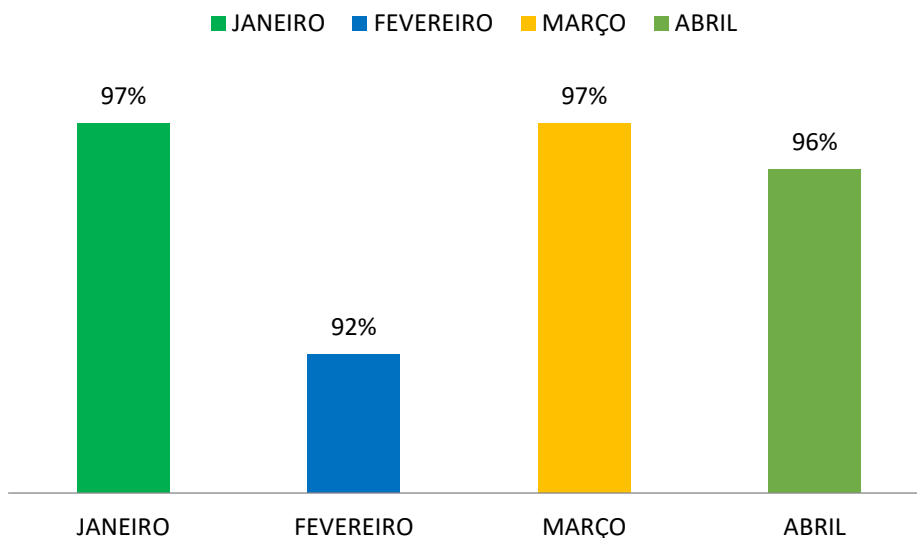
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

**Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### 3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

#### 3.9.1. Qualidade

O setor de qualidade é responsável por garantir a excelência nos serviços prestados, monitorando e aprimorando os processos assistenciais e administrativos. Ele implementa e avalia protocolos de atendimento, realiza auditorias internas, promove treinamentos para os profissionais e assegura a conformidade com normas e regulamentos de saúde. Além disso, busca melhorar a segurança do paciente, reduzir riscos e garantir a satisfação dos pacientes e familiares. O setor de qualidade também pode envolver o gerenciamento de indicadores de desempenho e a implementação de certificações de qualidade, como a acreditação hospitalar e comissões internas.

➤ Gestão de Documentos;



- Indicadores;
- Comissões;
- Doações;
- Auditorias Internas e Externas.

**Tabela 72 – Indicadores de Qualidade**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto maior, melhor	0	63	27	8
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	0
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1	1	2
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%

Fonte: Relatório de Qualidade.

## ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Em relação a Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo, dos 19 indicadores previstos para serem entregues até o dia 08/05/2025, apenas 13 foram entregues pontualmente.

Quanto a Taxa de reuniões realizadas pelas comissões, observou-se que, das comissões programadas, somente 1 não foi realizada no mês.

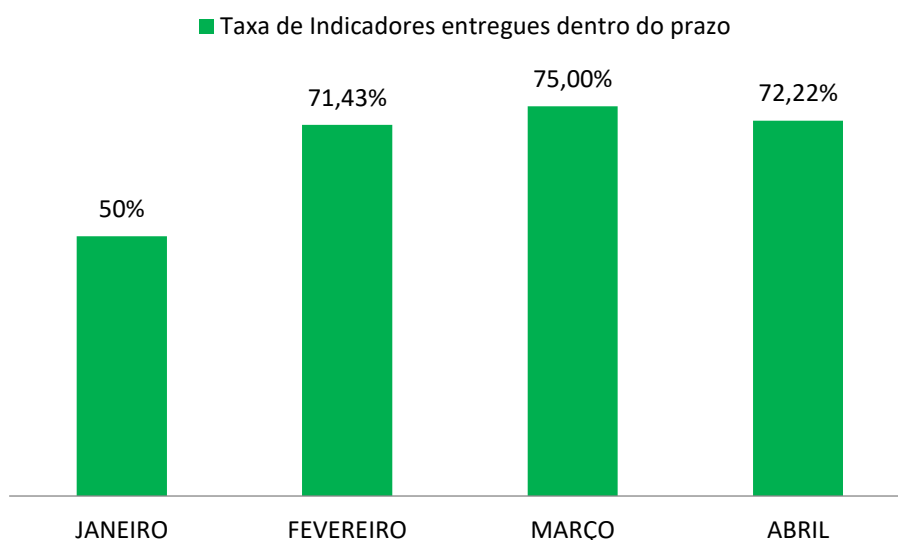
Em relação a Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo, 6 atas foram entregues após a data limite de 05/05/2025, comprometendo o cumprimento da meta estabelecida.

No que tange ao Numero de Visistas Tecnicas/Auditorias Externas Recebidas, foi realizada a seguinte visita: visita da Prefeitura (DR. Carlos Hamada). Auditorias Internas, foram realizadas 2 auditorias da Sede Berrini e uma da Taneide Qualidade Sede.

Em relação ao Número de orientações/treinamentos/reuniões, Ronda para checar os novos ícones da área de trabalho (Portal HMG e gestão de documentos) e instalação dos painéis Gestão a Vista. Foi realizado uma reunião de análise crítica dos Indicadores.

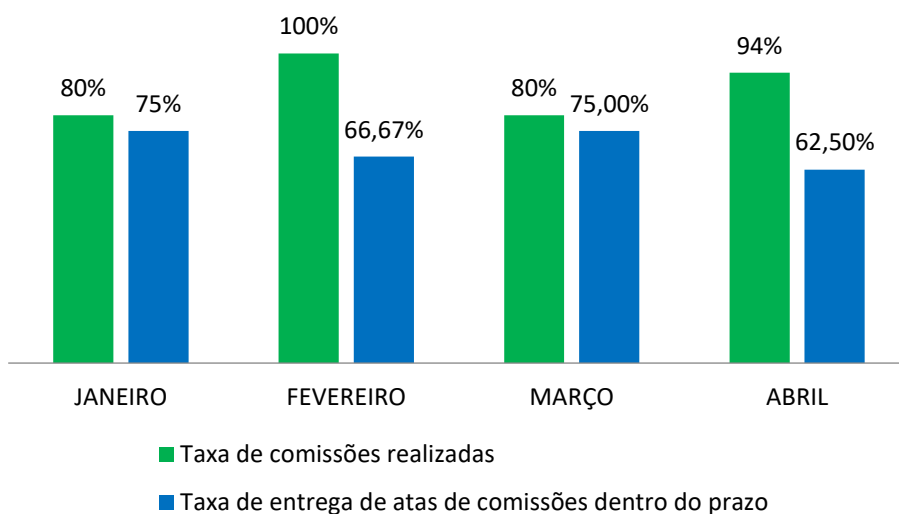
Em relação aos Documentos Retroativos de 2024, esta sendo feito o tratamento periodicamente sem uma meta mensal estabelecida, mas focada em maior quantidade.

### Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



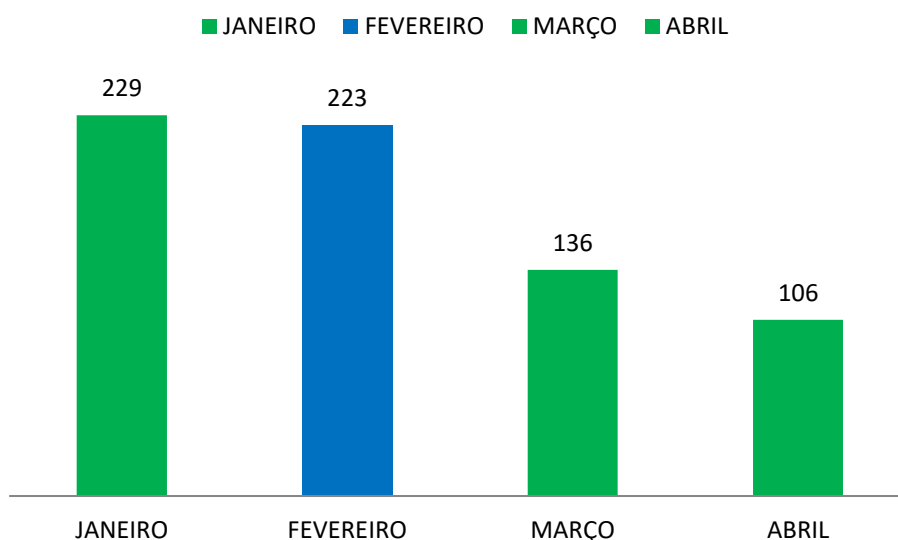
Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 126 – Comissões



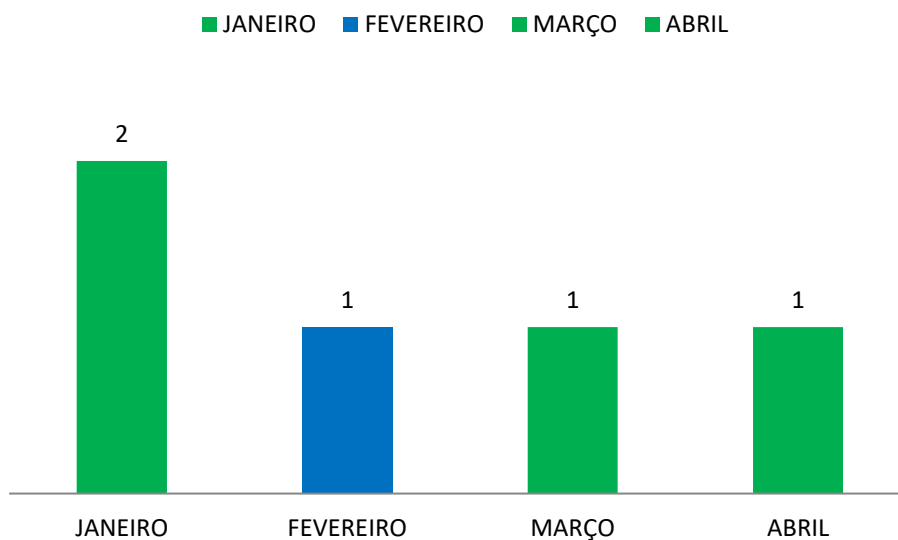
Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 127 – Número de documentos retroativos



Fonte: Relatório de Qualidade.

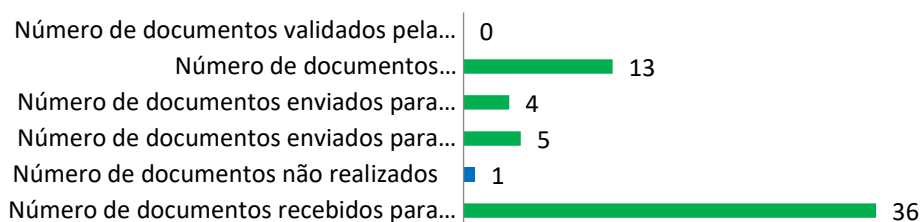
### Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações



Fonte: Relatório de Qualidade.

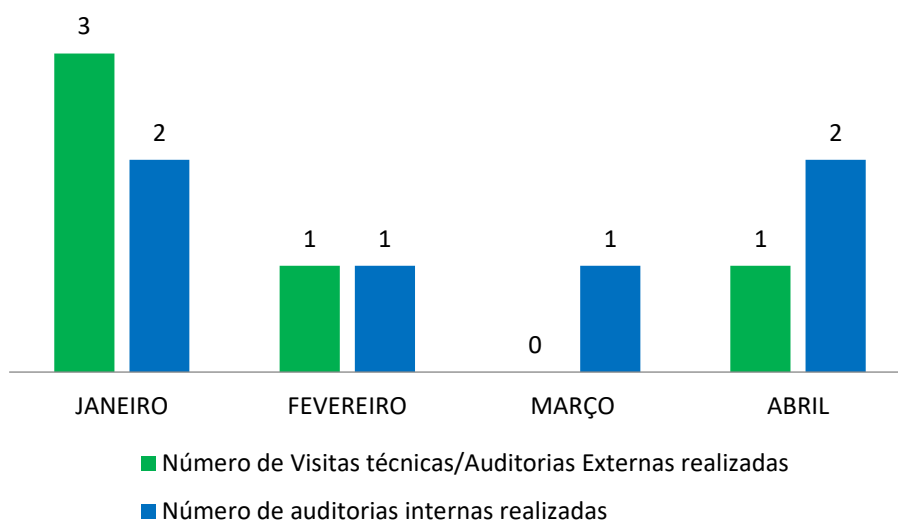
### Gráfico 129 – Documentos

- Número de documentos recebidos para validação
- Número de documentos não realizados
- Número de documentos enviados para terceiros
- Número de documentos enviados para DMAIS
- Número de documentos disponibilizados na REDE
- Número de documentos validados pela DMAIS



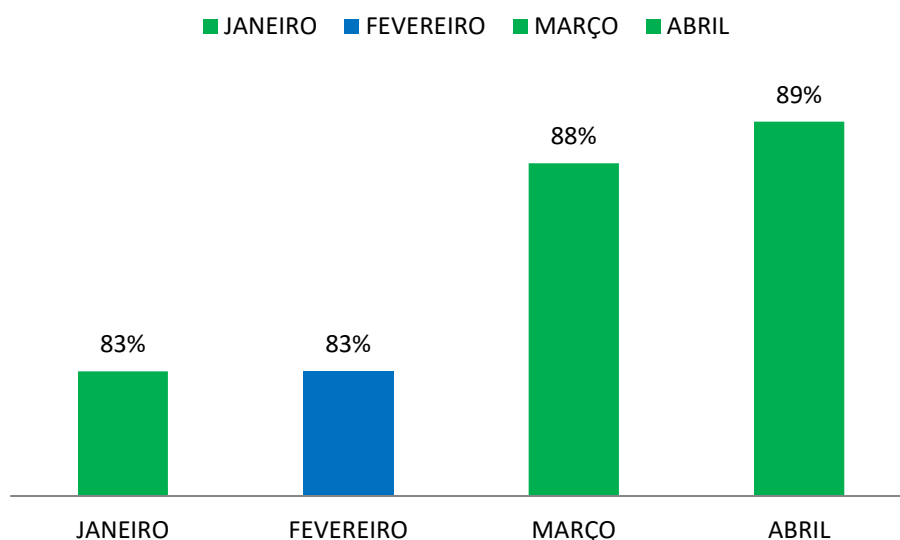
Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA



Fonte: Relatório de Qualidade.

#### 3.9.2. Faturamento

O papel do faturamento na gestão hospitalar é assegurar a sustentabilidade financeira da instituição e garantir a precisão e conformidade nas transações financeiras relacionadas aos serviços de saúde prestados. Aqui estão alguns aspectos importantes do papel do faturamento:

- Gestão das Contas Médicas;
- Conformidade Regulatória;
- Integração com Sistemas de Informação;
- Análise e Auditoria;
- Suporte à Gestão Financeira;
- Relacionamento com Clientes.

**Tabela 73 – Indicadores de Faturamento**

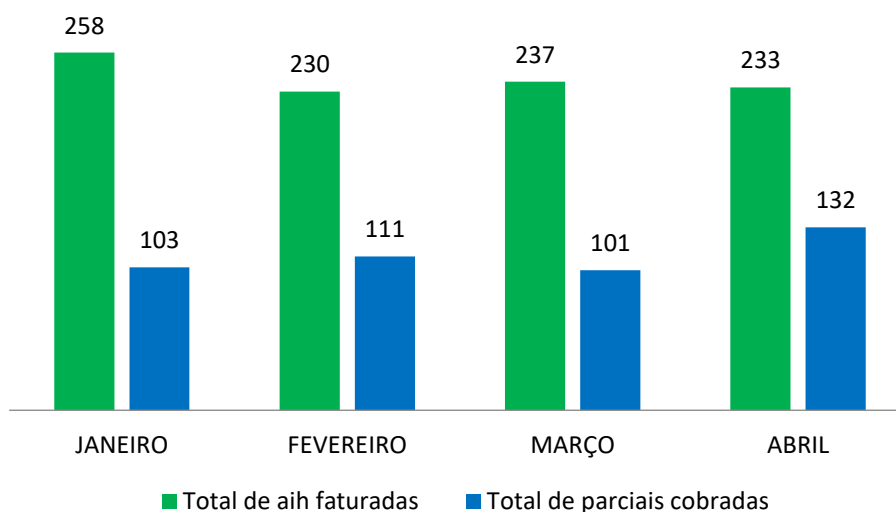
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Total de aih faturadas	M/R	258	230	237	266
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

\*As devolutivas para correções enviadas pela SMS terão um aumento considerável a partir do mês abril (2024), devido ao lançamento da diária de UTI, como não temos habilitação dos leitos as contas voltam para retirada das diárias; a quantidade de autorização de internação hospitalar (AIH) faturadas corresponde aos casos de alta/óbito e as contas de paciente de longa permanência encerradas parcialmente. As devolutivas e glosas são enviadas pela SMS após o envio do faturamento.

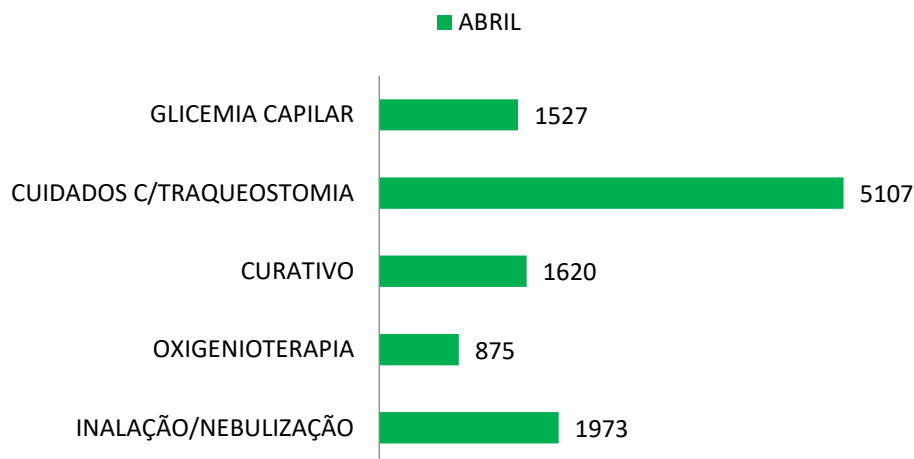
\* Os indicadores relativos ao mês de fevereiro foram atualizados após devolutiva da Secretaria.

**Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais**



Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados



Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

#### 3.9.3. Prestação De Contas

A prestação de contas engloba diversos aspectos que são essenciais para a transparência, eficiência e conformidade da instituição. Aqui estão alguns dos principais pontos que destacam o papel da prestação de contas na gestão hospitalar:

- Transparência e Prestação de Contas;
- Conformidade e Regulamentação;
- Avaliação de Desempenho;
- Melhoria Contínua;
- Gestão de Riscos;
- Imagem Institucional.



**Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas**

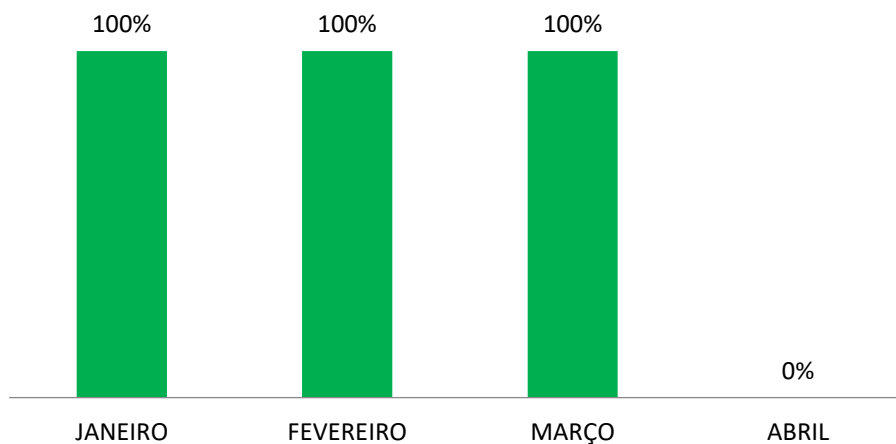
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da sms	N/A	4521	4589	4555	4606
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0
Índice de orçado x realizado	N/A	9%	10%	26%	6,00%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

\*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês de março foi incluído retroativo, a porcentagem relativa ao mês de abril será enviada no próximo mês.

**Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão**

■ Índice de conformidade com o contrato de gestão



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 135 – Número de auditorias externas

■ Número de auditorias externas

0	0	0	0
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL

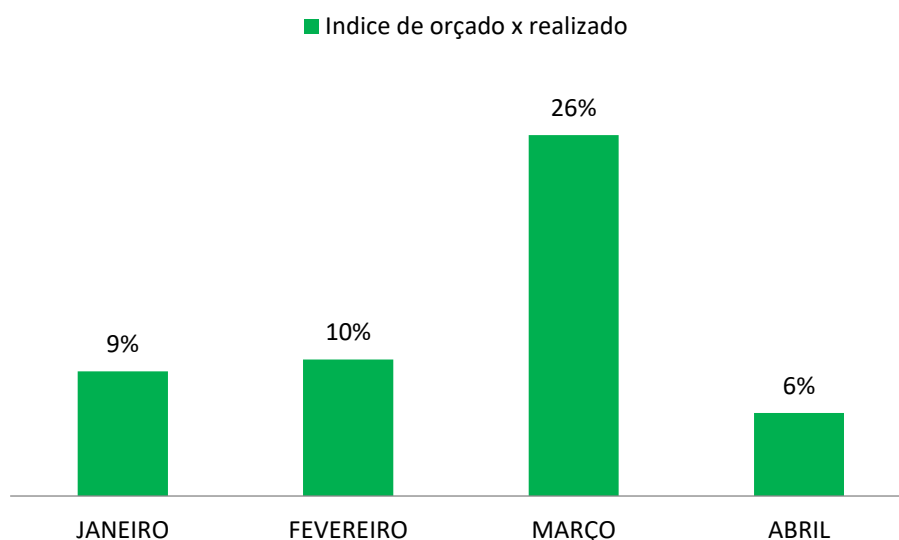
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades

0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL				
■ Taxa de não conformidades				■ Taxa de retenções de contrato			

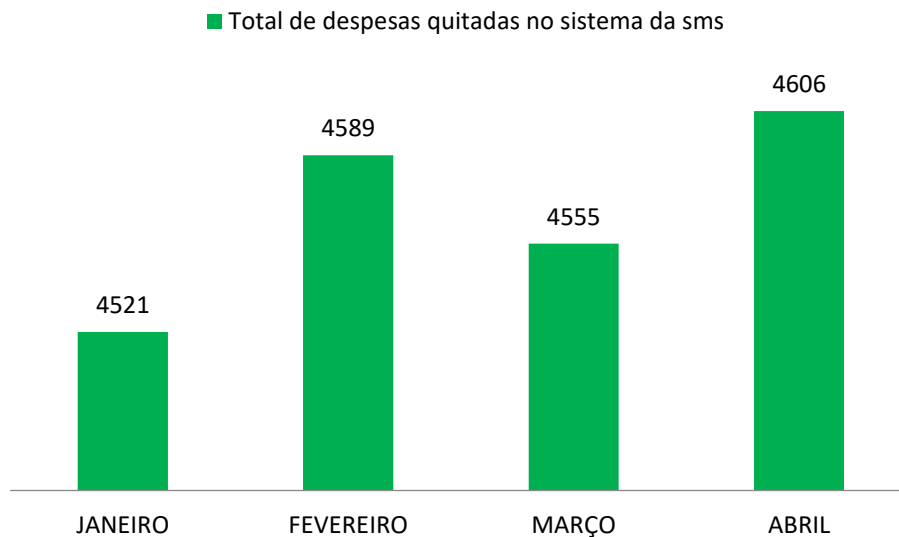
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

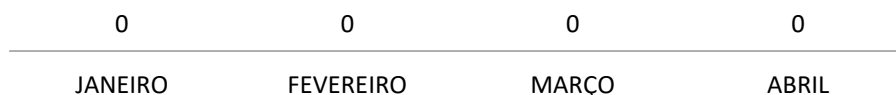
### Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas

■ Número apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

#### 3.9.4. Financeiro

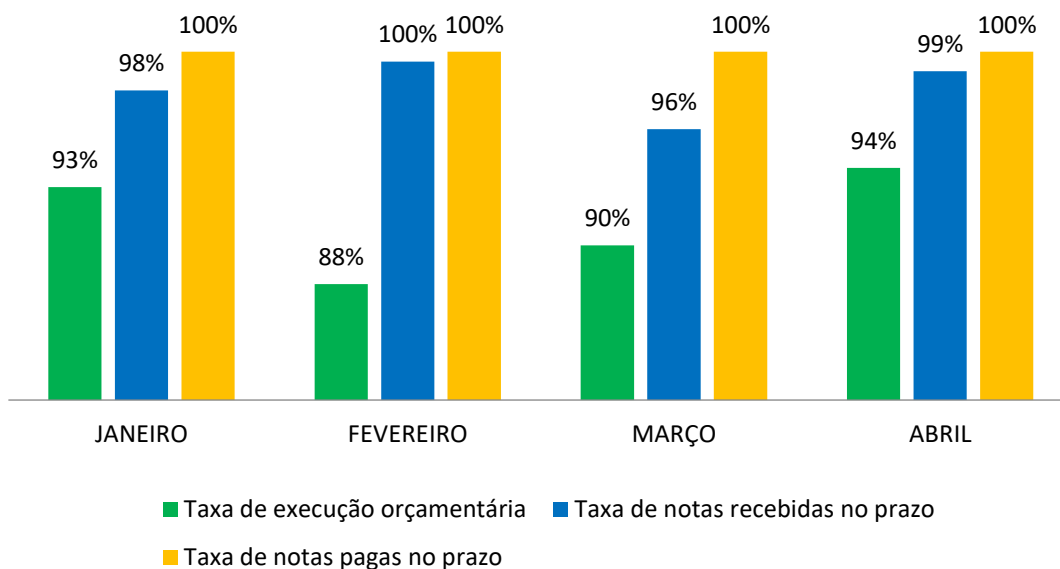
O departamento financeiro na gestão hospitalar de contrato de gestão garante uma gestão eficiente dos recursos financeiros, o cumprimento das obrigações contratuais e regulatórias, e o suporte à governança e tomada de decisão estratégica da instituição de saúde.

Tabela 75 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1

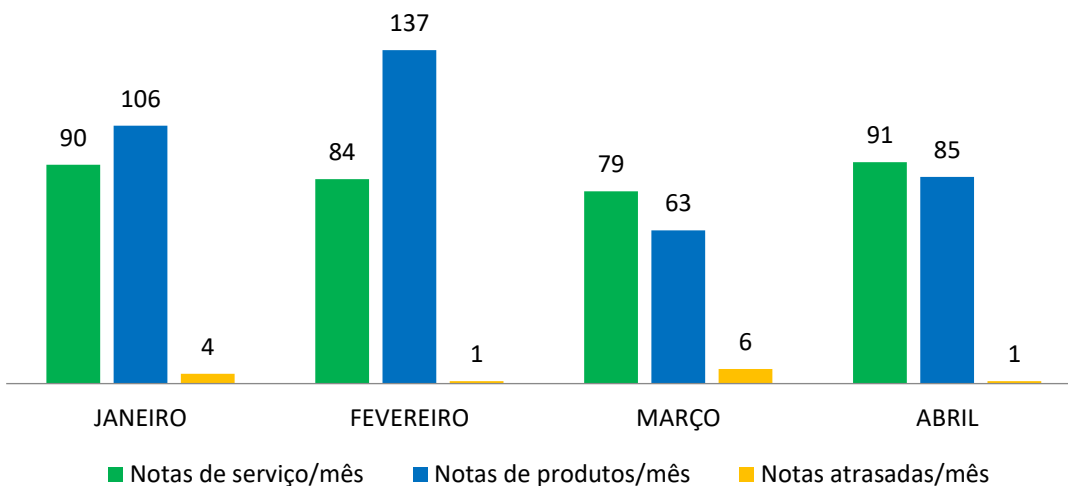
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 140 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### 3.9.5. Patrimônio

O patrimônio refere-se ao conjunto de bens e direitos que pertencem à instituição e são utilizados para o funcionamento adequado e prestação de serviços de saúde. Gerenciar o patrimônio hospitalar de forma eficaz é fundamental para garantir a sustentabilidade financeira, operacional e a qualidade dos serviços prestados. Aqui estão alguns aspectos importantes relacionados ao patrimônio na gestão hospitalar:

- Ativos Fixos;
- Inventário e Registro;
- Manutenção Preventiva;
- Avaliação e Depreciação;
- Segurança Patrimonial;
- Gestão de Contratos de Locação e Compra;
- Regularização e Documentação;
- Desativação e Descarte;
- Controle de Uso e Apropriação;
- Auditoria e Transparência.

**Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de utilização de equipamentos	100%	99%	100%	100%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156
Número de o.s abertas para	M/R	154	150	146	156

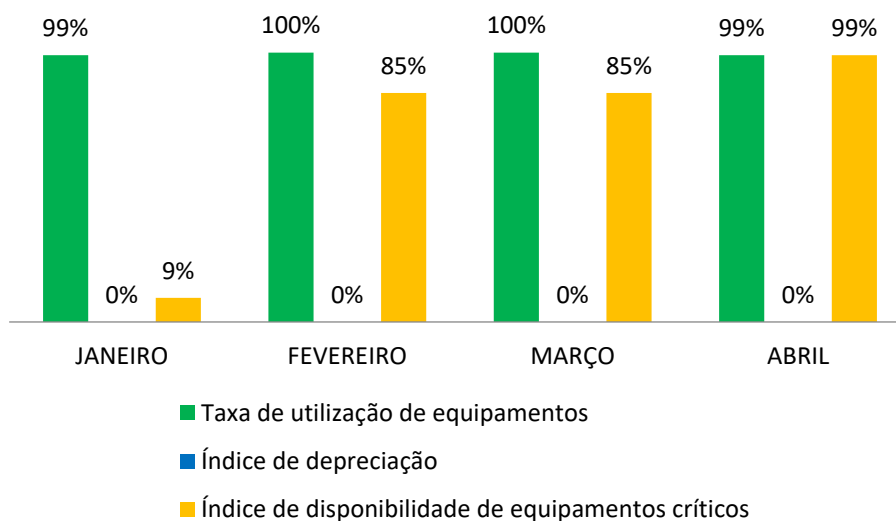
corretivas atendidas					
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

## ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

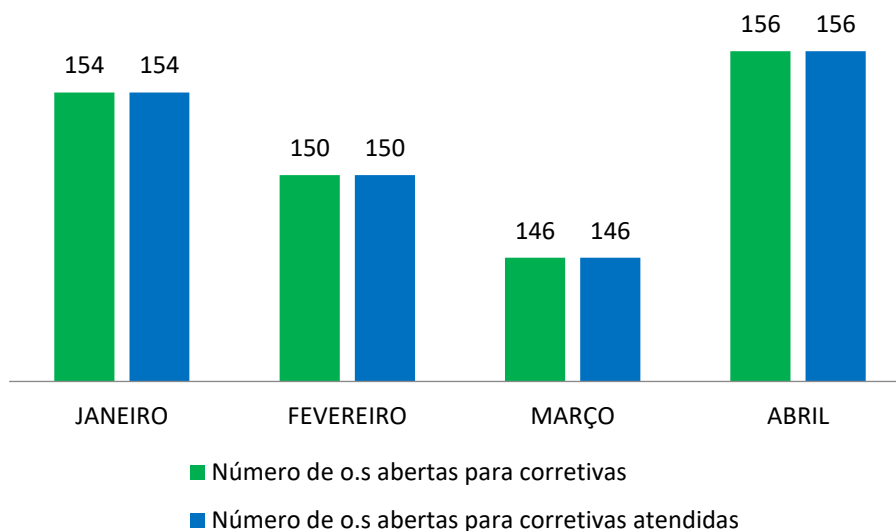
Não atingimos a meta relacionada a taxa de utilização de equipamentos pois tivemos três equipamentos retirados da operação para a manutenção que não foi finalizada antes de finda o mês.

### Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

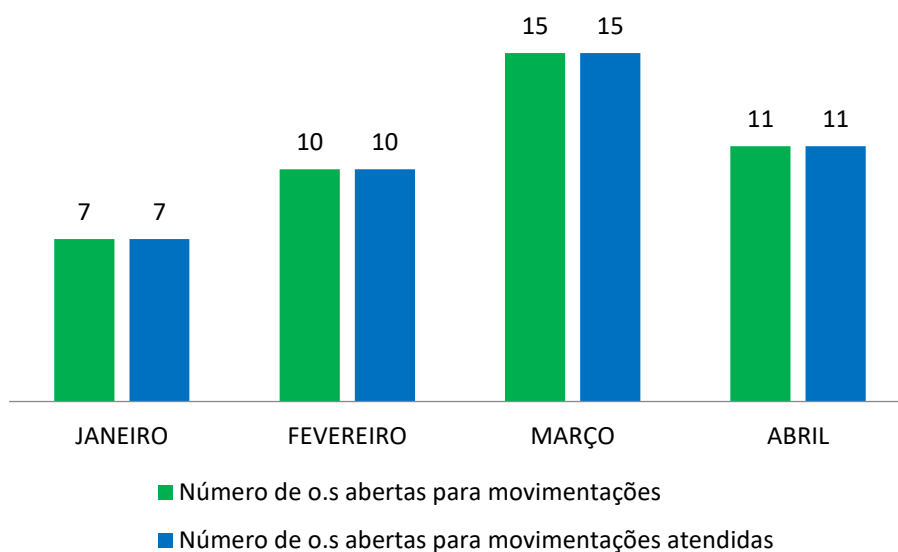
### Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

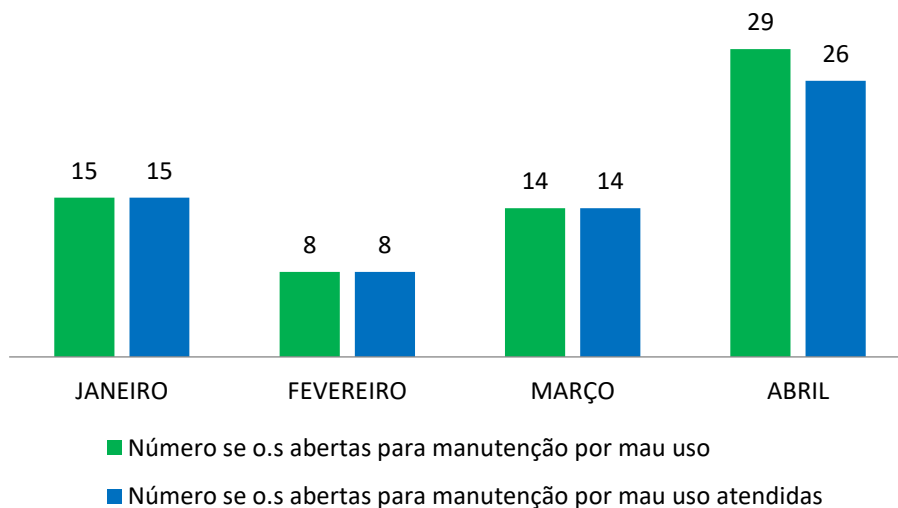


**Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações**



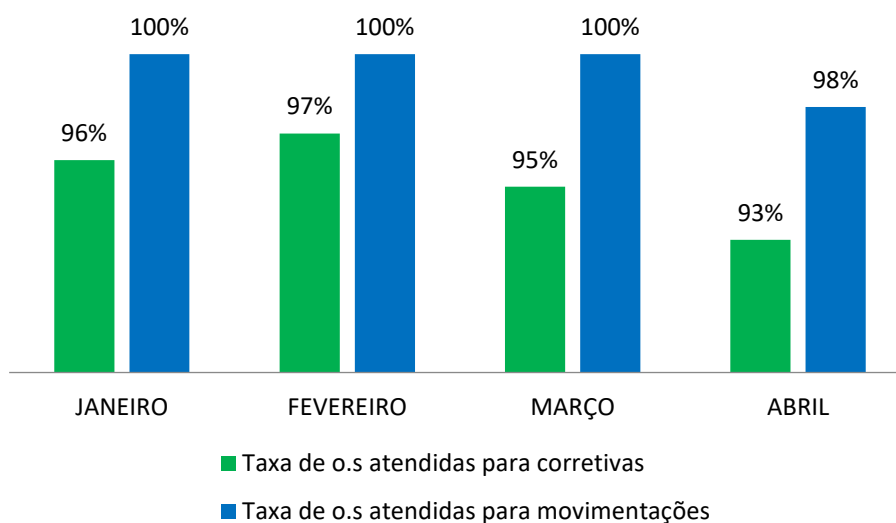
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso**



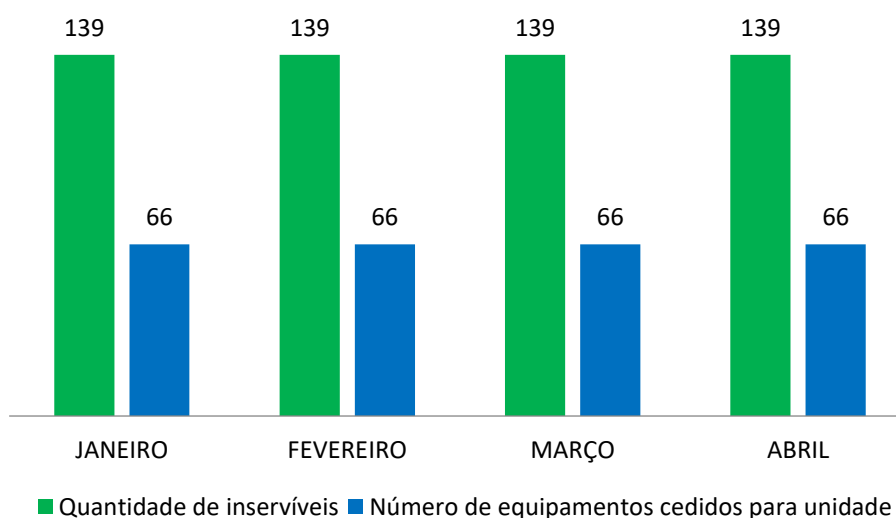
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços**



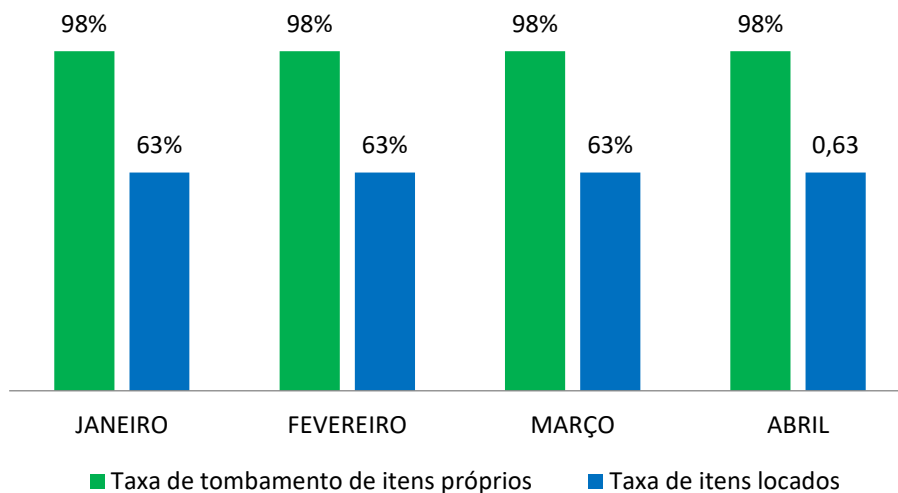
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos**



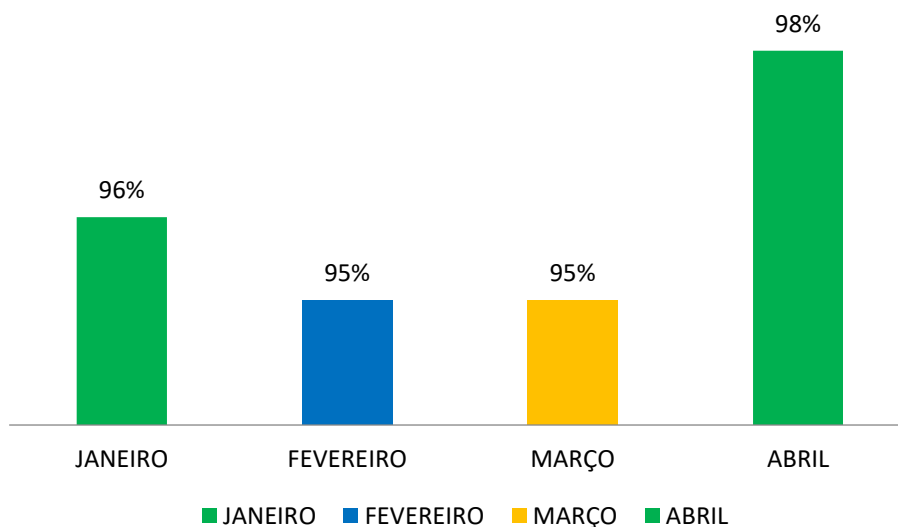
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

## 3.9.6. Contratos

Tabela 77 – Indicadores do Contratos

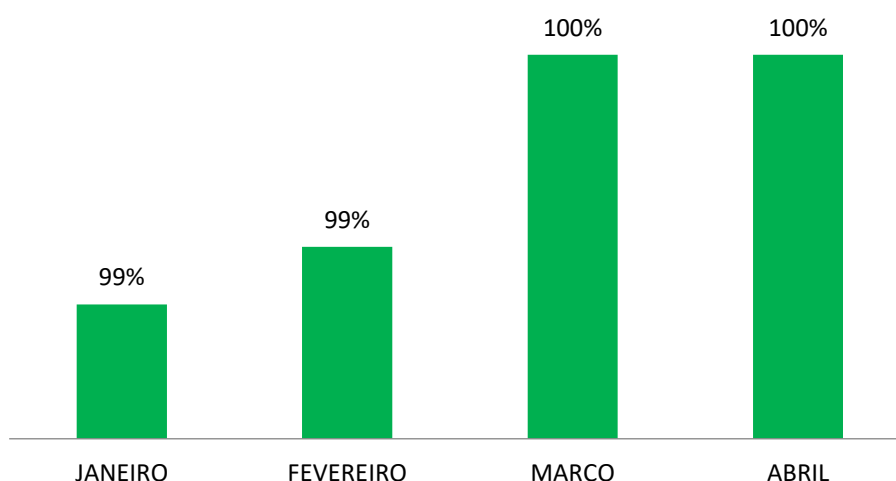
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	92%	92%	92%	92%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

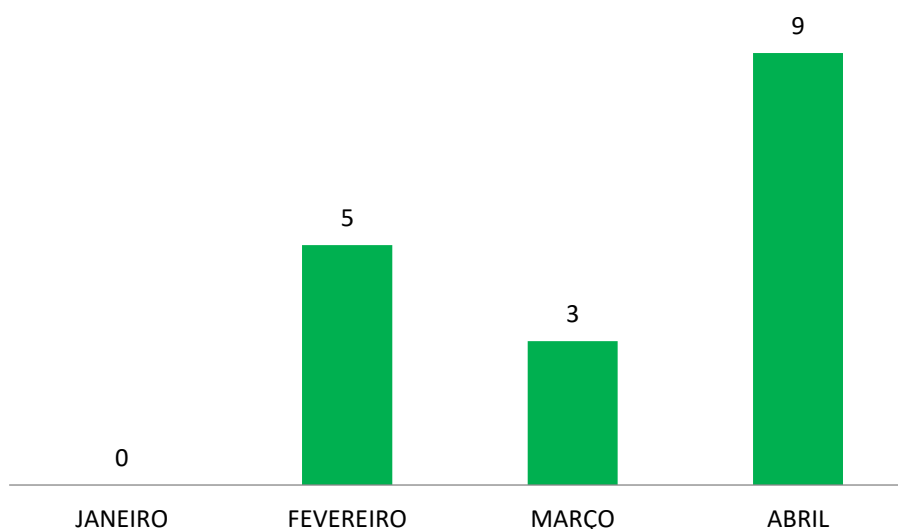
O indicador de VALOR DE ADITIVOS CONTRATUAIS está elevado devido dois novos contratos. O indicador de QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS está com a nota de 92% devido a um dos contratos auditados ter obtido uma nota abaixo de 81%, o que resultou em uma avaliação do fornecedor como "bom", mas abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse fato impactou negativamente a média do indicador, refletindo a necessidade de melhoria no atendimento aos critérios da auditoria, apesar de o prestador ainda ser considerado qualificado.

Gráfico 150 - Índice de exatidão nos serviços prestados



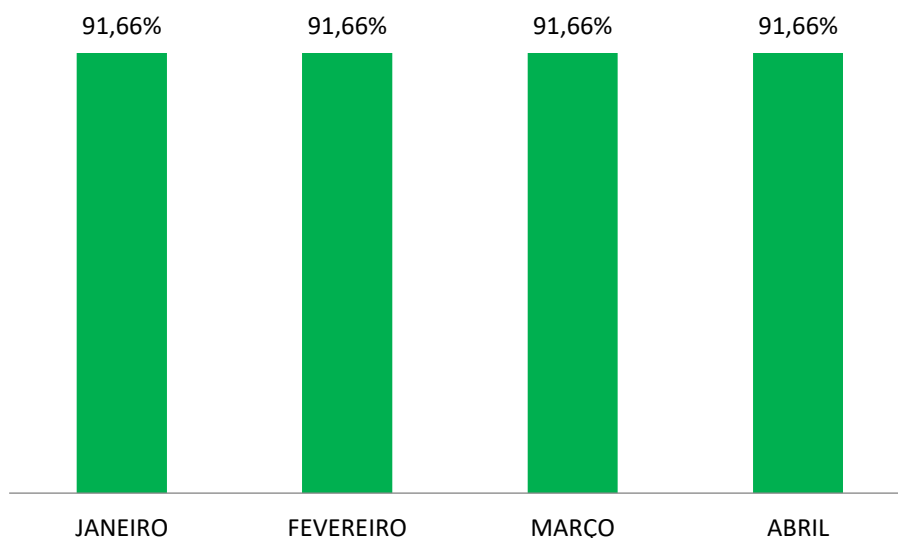
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 151 – Número de aditivos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### 3.9.7. Hotelaria

Na gestão hospitalar, o termo "hotelaria" refere-se aos serviços e estratégias voltados para garantir o conforto, bem-estar e segurança dos pacientes durante sua estadia no hospital. Esses serviços não apenas melhoram a experiência do

paciente, mas também têm um impacto significativo na eficiência operacional e na imagem institucional. Aspectos importantes da hotelaria:

- Acolhimento e Atendimento ao Paciente;
- Conforto e Infraestrutura Hospitalar;
- Limpeza e Higienização;
- Gestão de Enxoval e Rouparia;
- Comunicação e Educação ao Paciente;
- Gestão de Resíduos Hospitalares.

**Tabela 78 – Indicadores da Rouparia**

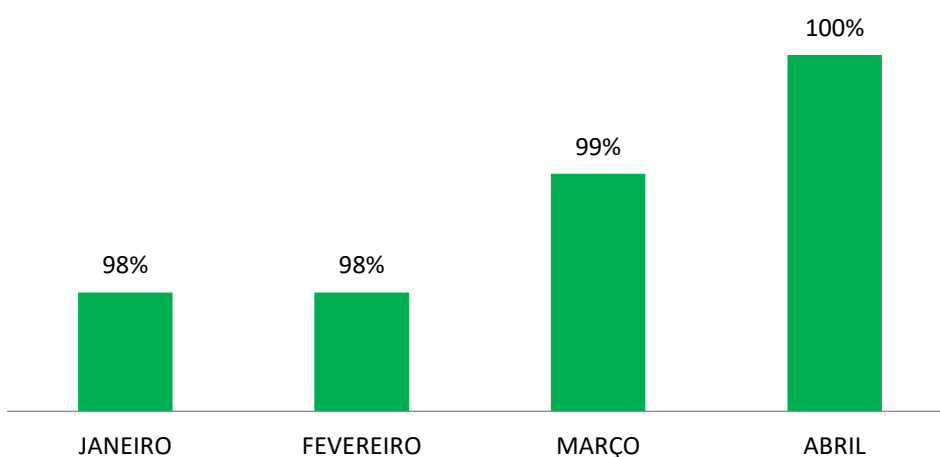
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%
Taxa de enxovais recebidos com sujidade	0%	0%	0%	0%	0%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a roupa (Solicitação Interna)	0	0	0	1	1
Índice de evasão de roupas	0%	0%	3,80%	3,80%	7,50%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%
Taxa de conformidade com	100%	100%	100%	100%	100%

padrões de higienização					
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)

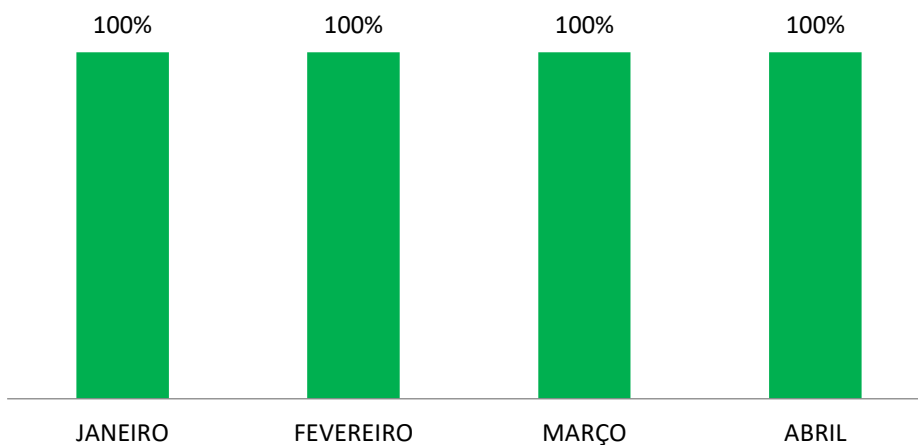
■ Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

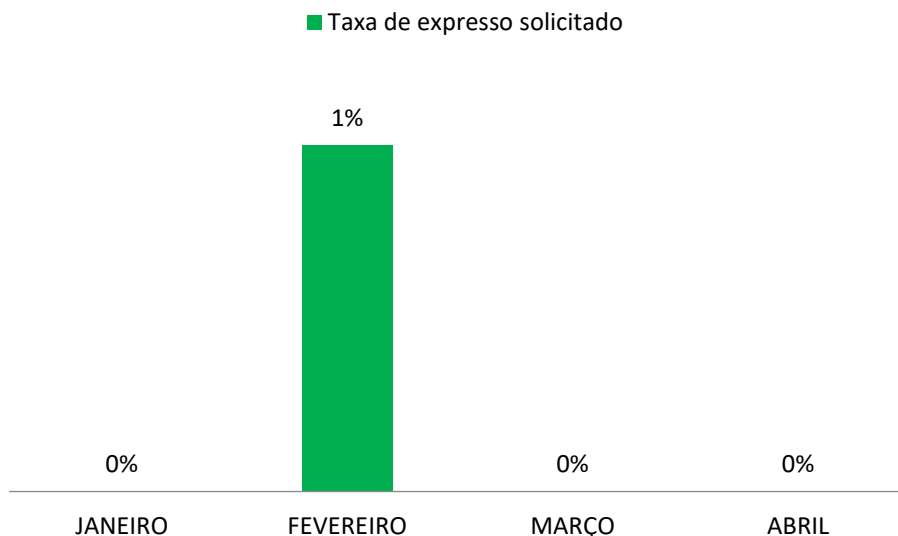
### Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI

■ Taxa de privativos dispensados na uti



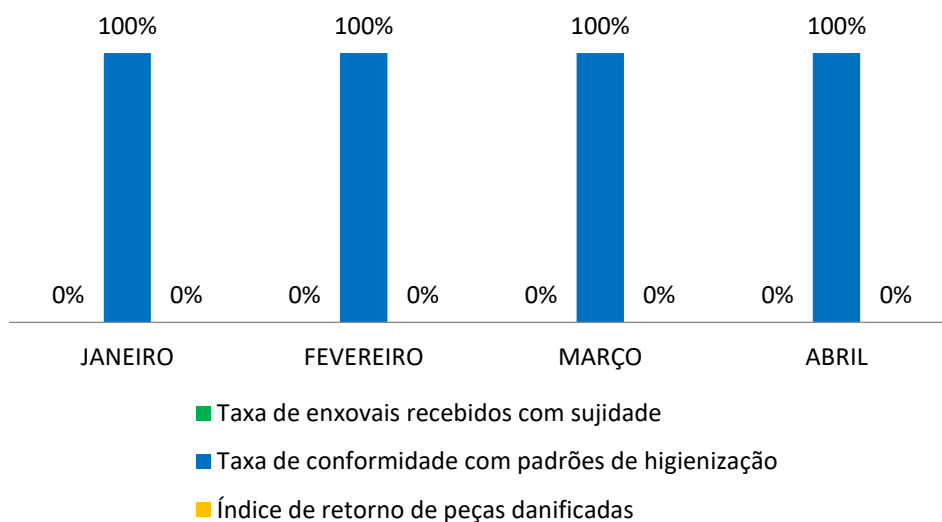
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

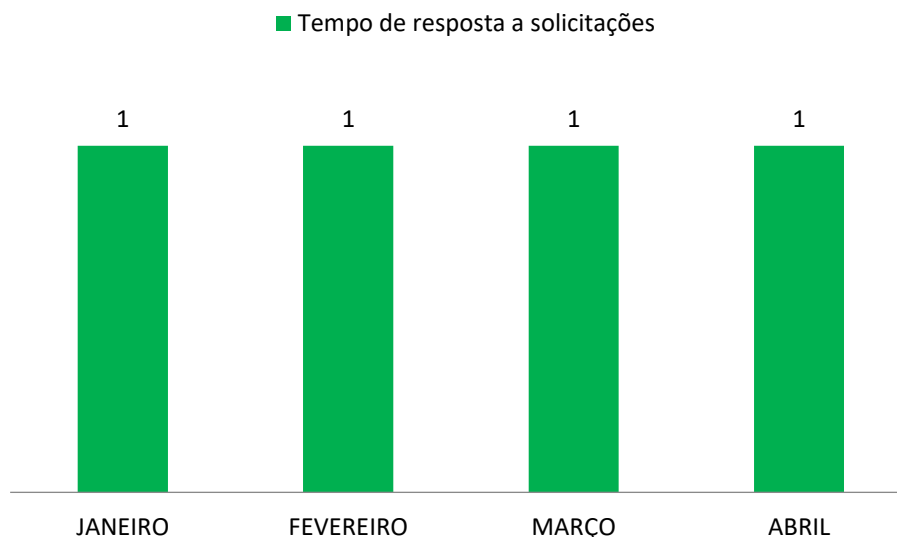
### Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

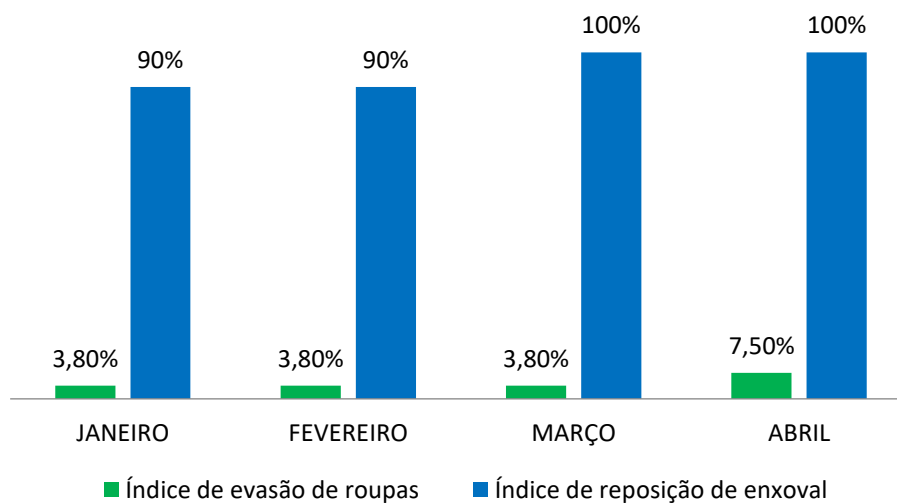


### Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)



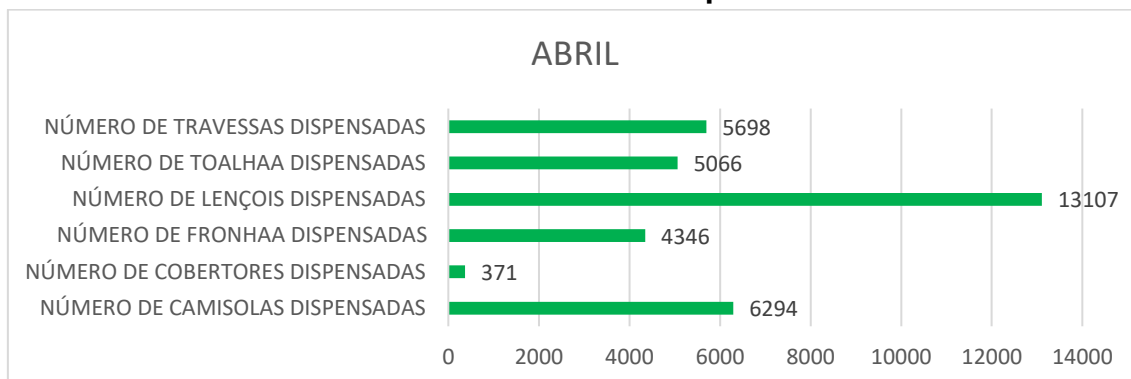
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 159 – Enxoval Dispensado**



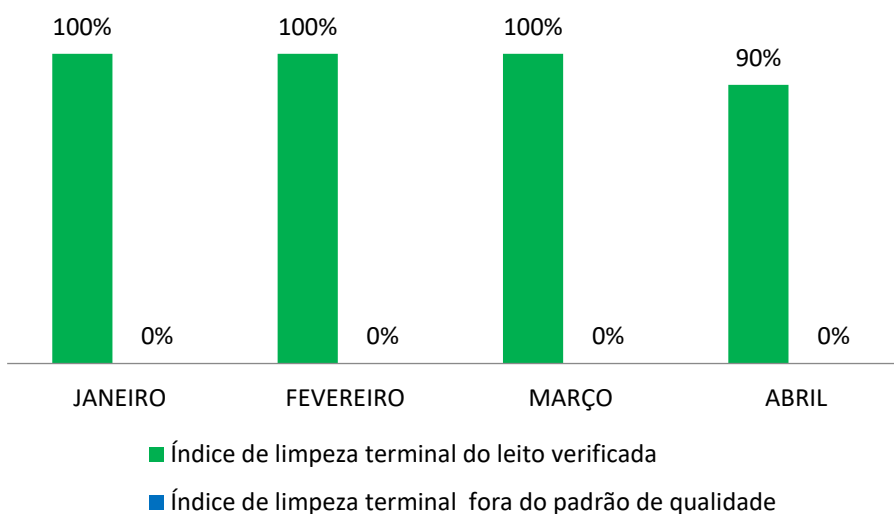
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Tabela 79 – Indicadores de Higienização**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%
Índice de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%

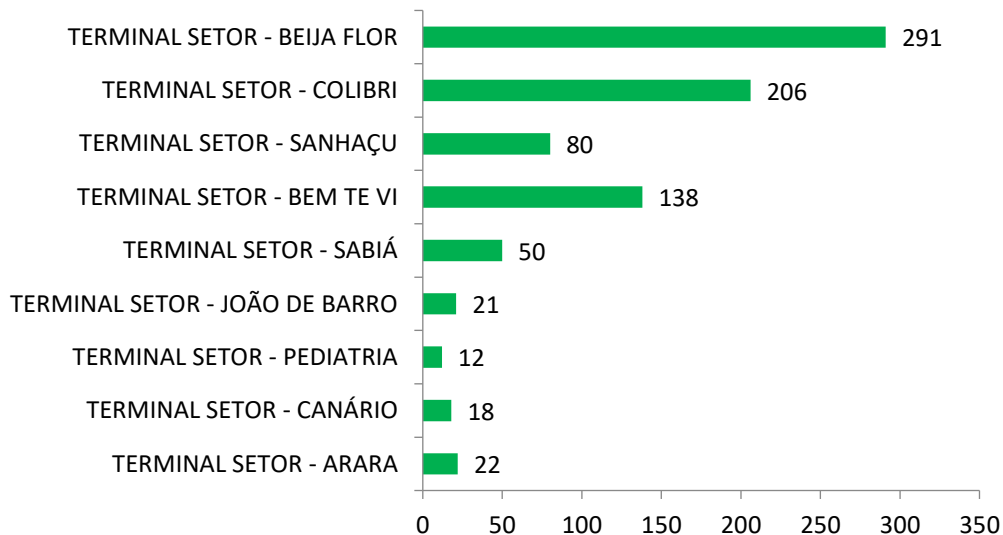
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 160 – Índices de higienização



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 161 – Terminais



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

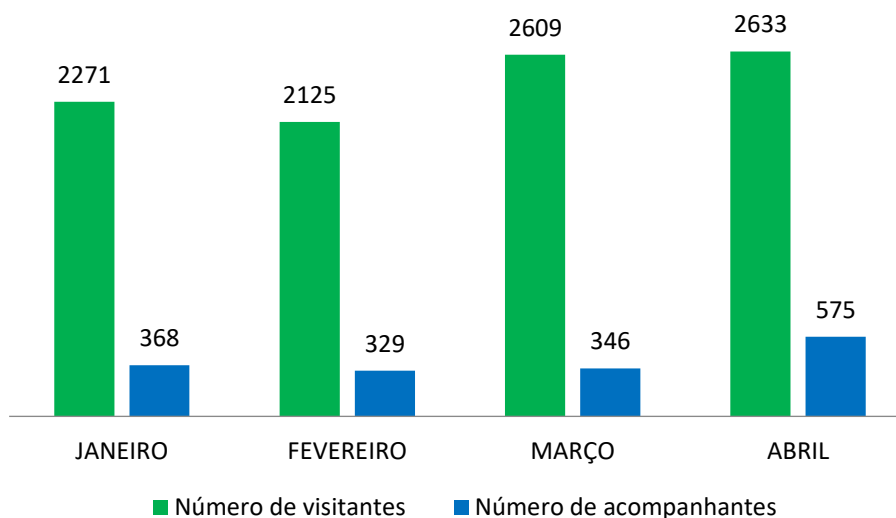
### 3.9.8. Recepção

Tabela 80 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18

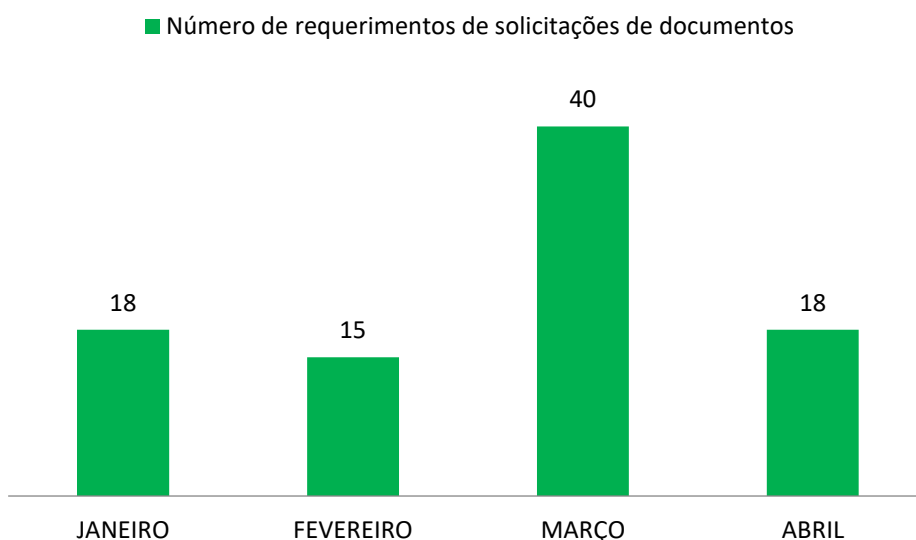
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

### Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

### 3.9.9. Portaria

Tabela 81 – Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0	0	0
Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	> 80%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança

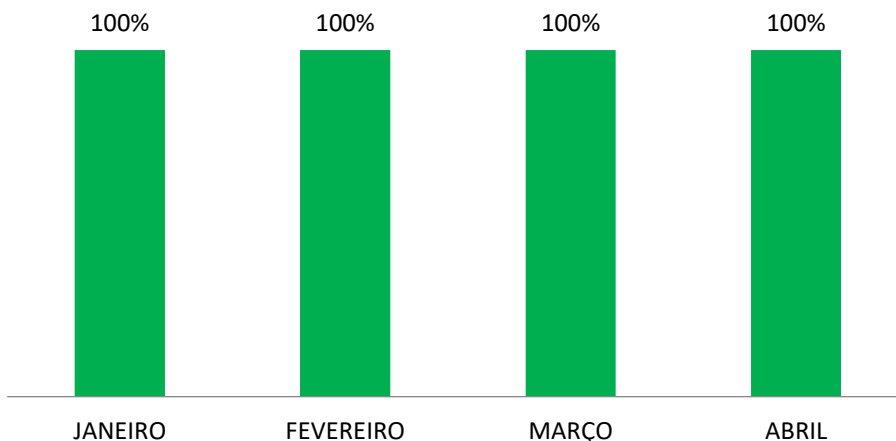
■ Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

### Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança

■ Taxa de conformidade com procedimentos de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

#### 3.9.10. Jurídico

O auxiliar jurídico apoia a Gestão, garantindo o suporte operacional e técnico ao departamento jurídico, contribuindo para a conformidade legal, segurança

jurídica e eficiência na gestão das atividades administrativas e clínicas da instituição.

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

- Suporte na elaboração e revisão de documentos;
- Pesquisa e análise jurídica;
- Gestão de documentação legal;
- Apoio em processos administrativos;
- Assessoria em questões trabalhistas;
- Monitoramento de prazos e audiências;
- Compliance e auditoria interna;
- Suporte na gestão de contratos;
- Treinamento e educação;
- Gestão de demandas do setor jurídico.

**Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%	*	*
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0	*	*
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0	*	*

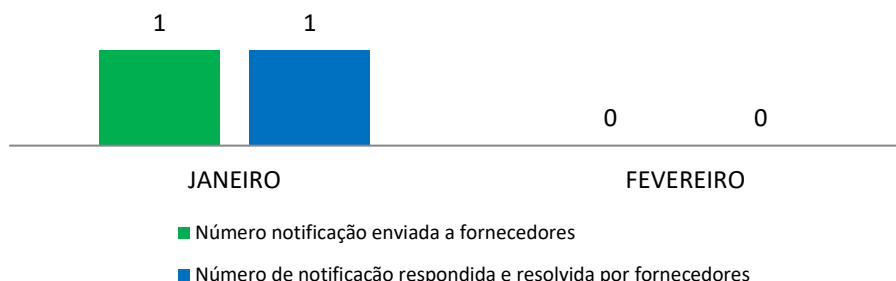
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais**



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

### Gráfico 167 – Notificações de fornecedores



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

### Gráfico 168 – Produção Jurídico



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

## ANÁLISE CRÍTICA - JURÍDICO

Excepcionalmente no mês de abril, a análise crítica dos indicadores do setor jurídico não foi realizada em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas. A equipe está trabalhando na regularização do cronograma de acompanhamento dos indicadores, de forma a garantir a continuidade das análises e assegurar a efetividade na tomada de decisões.



### 3.9.11. Ouvidoria

A Ouvidoria do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) foi implantada em agosto de 2020 com o objetivo de ser um canal de comunicação eficaz entre a instituição e os cidadãos, promovendo um espaço de acolhimento e resolução das demandas da comunidade. Seu papel é ouvir atentamente todas as manifestações dos usuários, sejam elas elogios, críticas, sugestões ou reclamações, compreendendo suas necessidades e garantindo que cada manifestação seja tratada com seriedade e transparência.

Além de ser um ponto de escuta ativa, a Ouvidoria também se propõe a qualificar essas manifestações, realizando uma análise cuidadosa para identificar padrões, melhorias possíveis e ações corretivas. O acompanhamento contínuo das demandas é um dos pilares da atuação da Ouvidoria, buscando sempre dar respostas claras e eficazes aos cidadãos, respeitando os direitos e assegurando a participação ativa na melhoria dos serviços oferecidos pelo hospital.

**Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de resolução	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%	2%	0%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%	100%	100%
Tempo médio de resposta	5	1	3	2	1
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32
Número de elogios	M/R	42	15	51	29

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas**

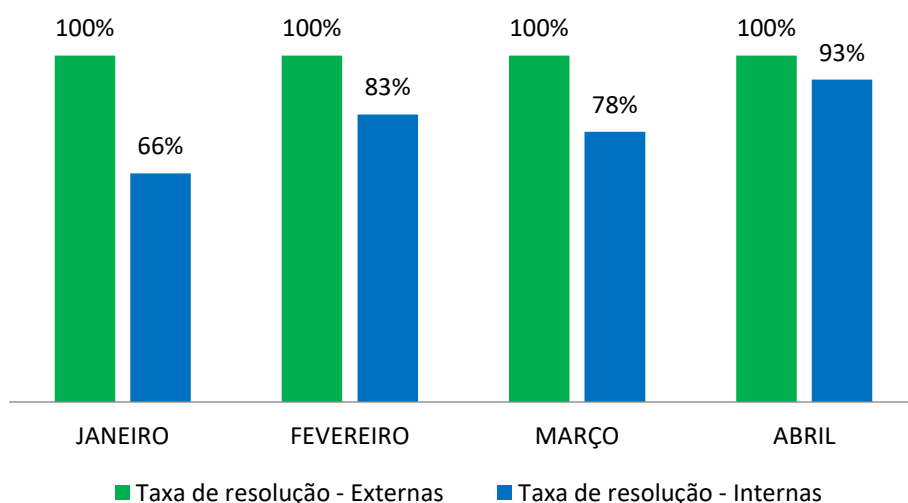
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%
Taxa de reincidência	< 5%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

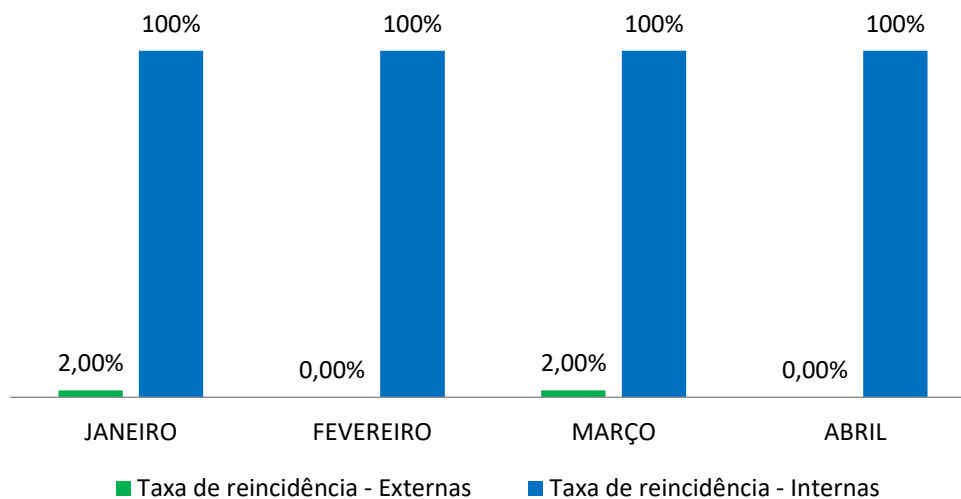
Em abril, a taxa de reincidência alcançou 100%, evidenciando que todas as ocorrências registradas no período foram repetitivas. Não foram observadas mudanças significativas nas situações analisadas, mantendo-se as mesmas classificações, sem novas variações ou evoluções. Esse cenário reflete a continuidade dos problemas previamente identificados, sem o surgimento de novos fatores ou ocorrências fora do padrão estabelecido.

**Gráfico 169 – Taxa de resoluções**



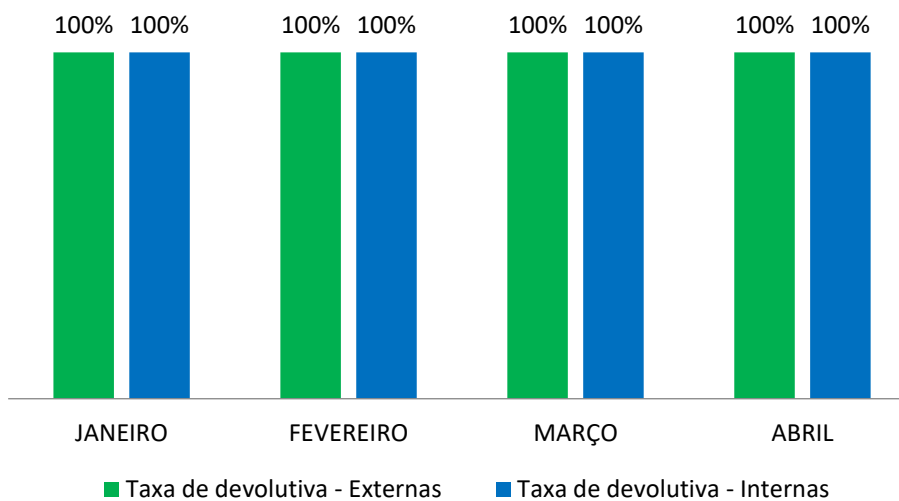
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 170 – Taxa de reincidência



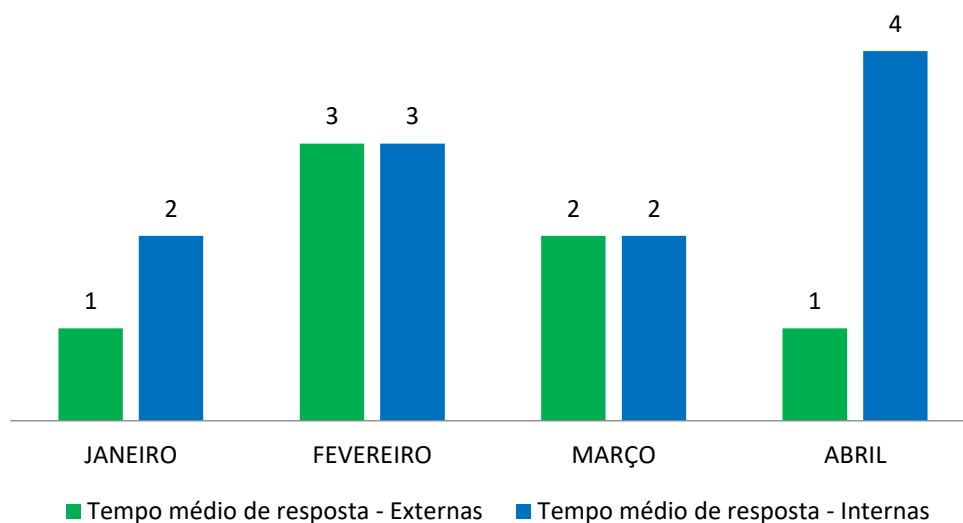
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 171 – Taxa de devolutivas



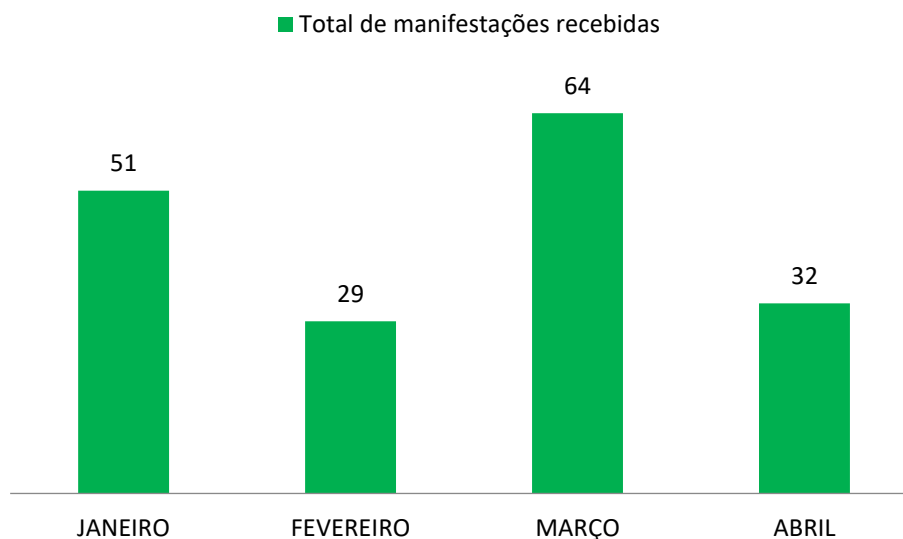
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 172 – Tempo médio de resposta**



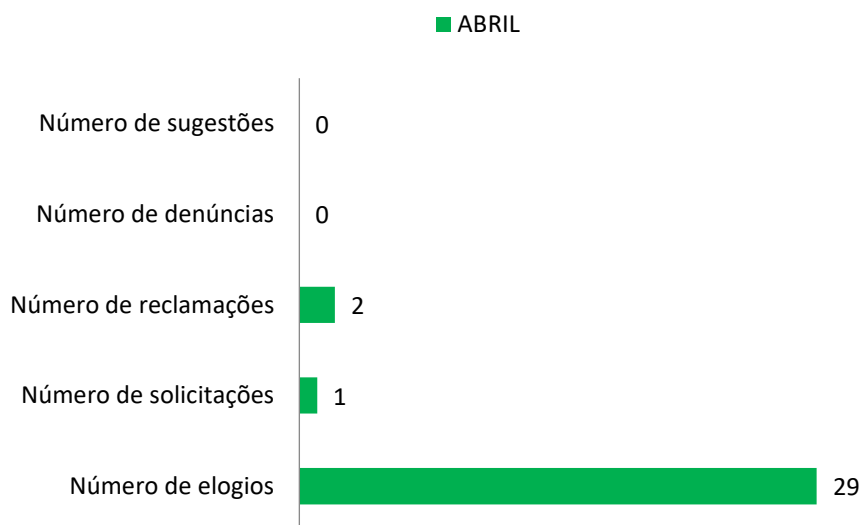
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas**



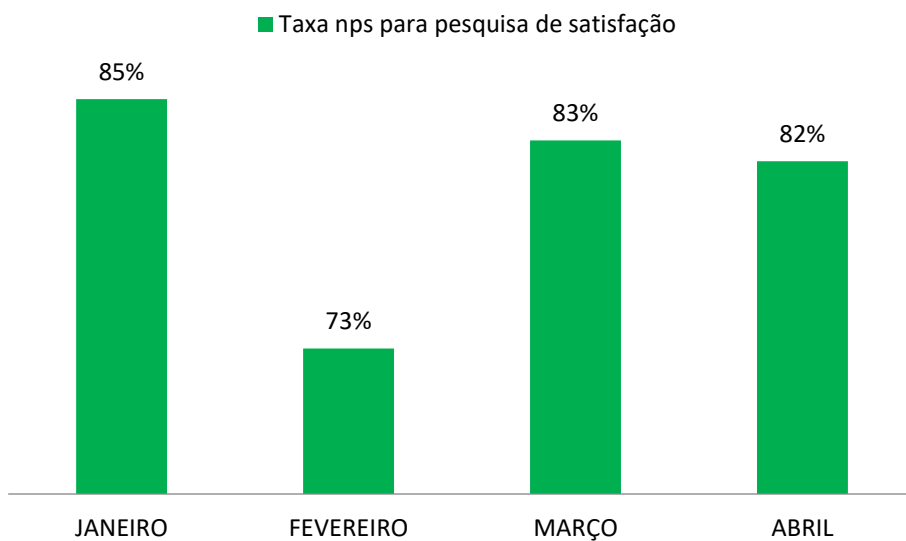
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas



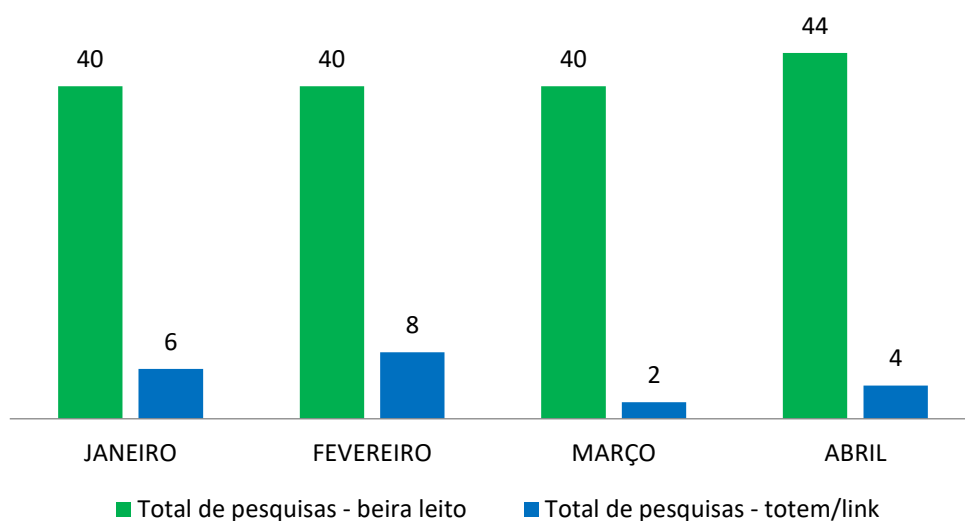
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



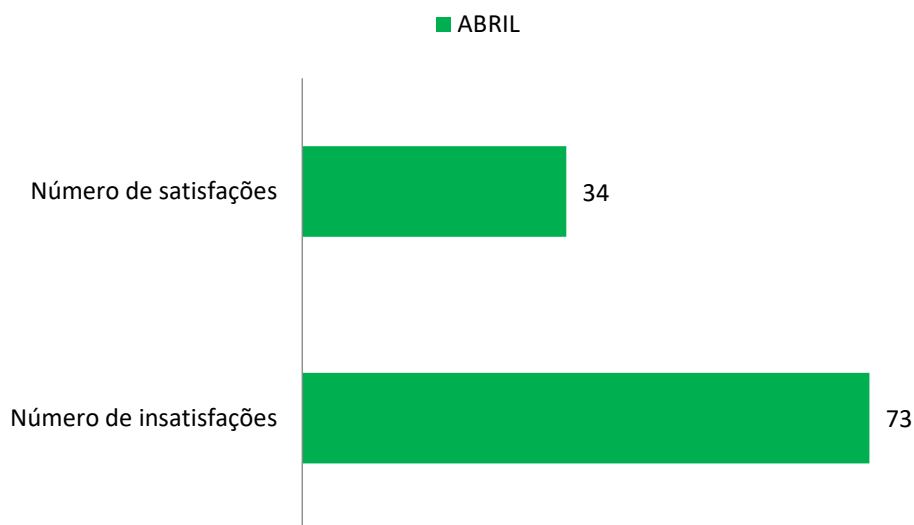
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 176 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 177 – Total de manifestações internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

#### 4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

O INTS desenvolve ferramentas que possibilitam acompanhar mensalmente os resultados alcançados pela unidade. Desta forma, é realizado o monitoramento dos indicadores contratuais e custos do projeto, visando a eficiência contratual, através do equilíbrio entre o cumprimento das metas e orçamento proposto, bem como a eficácia operacional, através de acompanhamento permanente da qualidade dos serviços prestados.

O monitoramento contratual é realizado através de controles internos compartilhados com as lideranças, assim como os arquivos comprobatórios necessários. A direção local da unidade, a alta gestão do INTS e a equipe corporativa de monitoramento contratual avaliam mensalmente a efetividade e qualidade dos serviços ofertados, buscando e implementando melhorias para as ocorrências externas ao planejamento.

A Prefeitura, por meio da Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS), tem adotado medidas para aprimorar a gestão e monitoramento das parcerias, utilizando sistemas de informação para otimizar os fluxos de trabalho e garantir a qualidade no processo de avaliação.

Com o intuito de melhorar a avaliação das suas unidades de saúde, a SMS está desenvolvendo o Sistema de Informação SICAP (Sistema Integrado de Controle e Avaliação de Parcerias). Este sistema visa aprimorar os processos internos e permitir um monitoramento mais eficaz das parcerias realizadas sob a Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – CPCS.

Atualmente, o sistema "WebSAASS" está sendo operado simultaneamente ao novo sistema SICAP, com o objetivo de garantir que o processo de prestação de contas e a inserção de planos de trabalho não sejam interrompidos.

Mensalmente, o Departamento de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realiza a elaboração de um relatório preliminar. Este relatório contém o demonstrativo de repasses e despesas, bem como os apontamentos referentes ao desempenho das unidades de saúde.

O relatório é enviado por e-mail à unidade, contendo as observações que devem ser analisadas.

Para garantir a eficiência e a transparência no processo de resposta aos apontamentos feitos nos relatórios, foi criada no HMG uma Comissão de Acompanhamento Contratual – CAC.

O principal objetivo desta comissão é receber os apontamentos mensais, analisar as observações e elaborar as respostas adequadas, sempre em parceria com o setor Jurídico do INTS Sede. A comissão se reúne regularmente ao receber o e-mail com os apontamentos e, com base nas discussões internas, elabora a melhor resposta, priorizando a clareza e a transparência nas informações prestadas.

## 5. INDICADORES CONTRATUAIS

### 5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

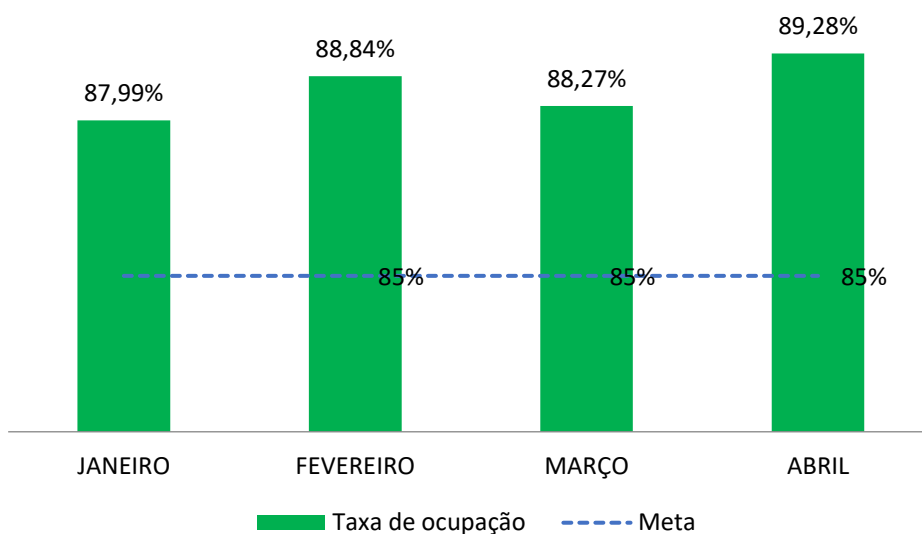
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de apresentação de AIH	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

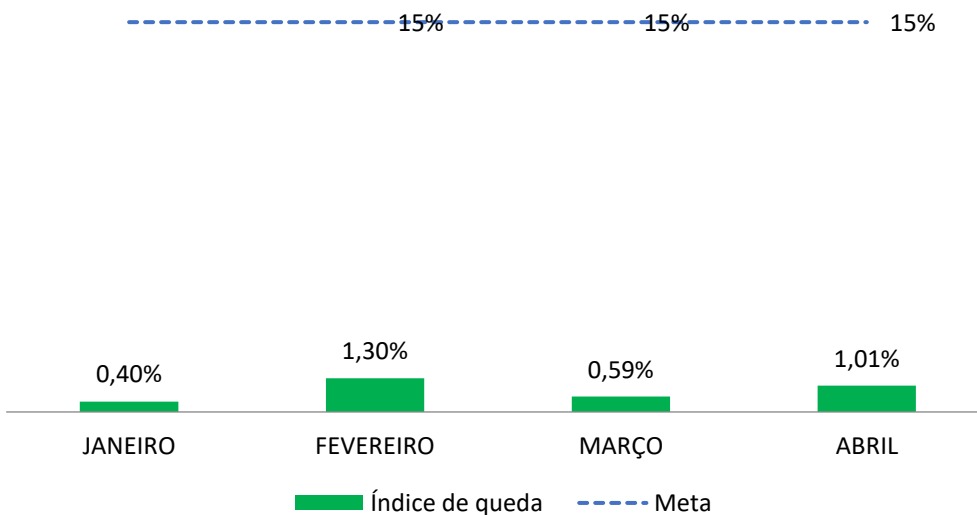


**Gráfico 178 – Taxa de ocupação**



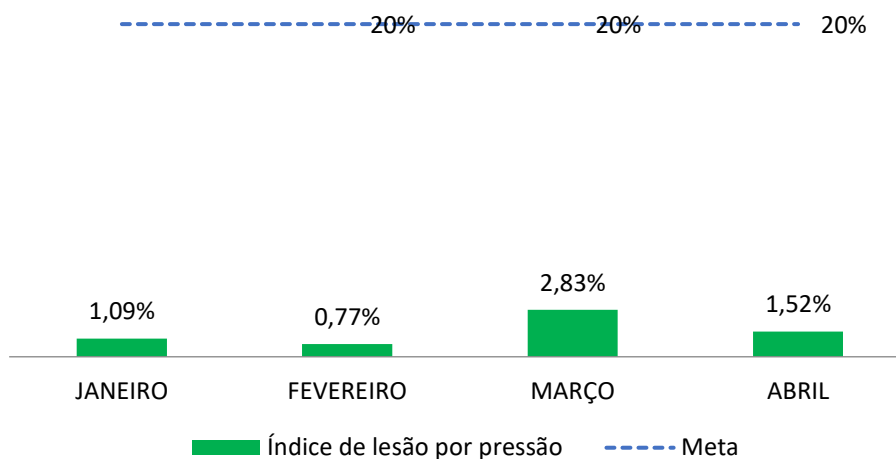
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 179 – Índice de queda**



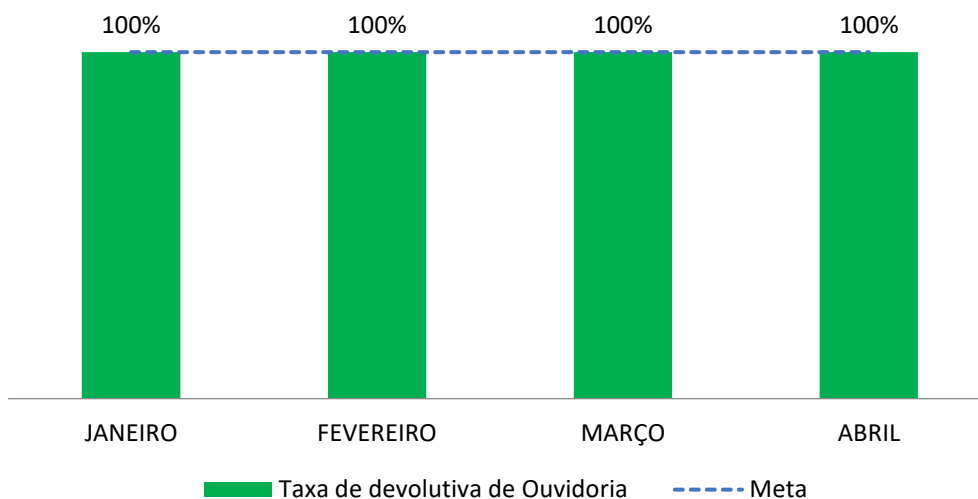
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão



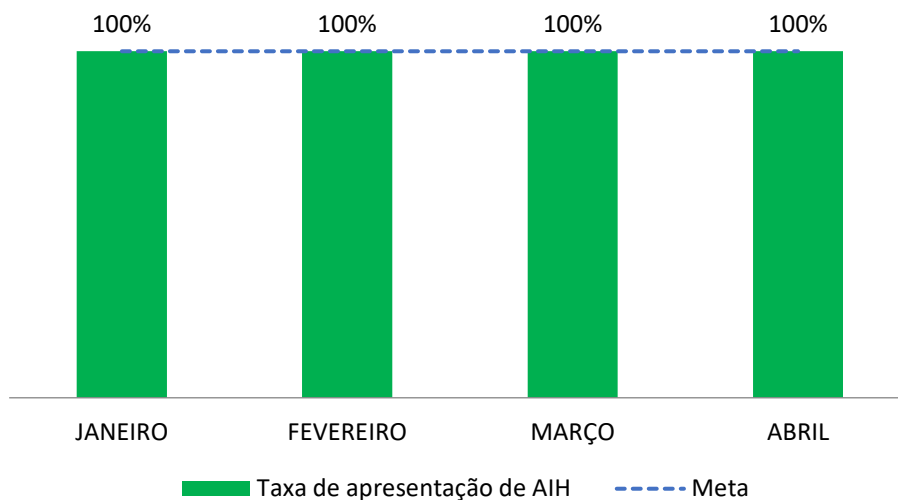
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

### Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH**



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

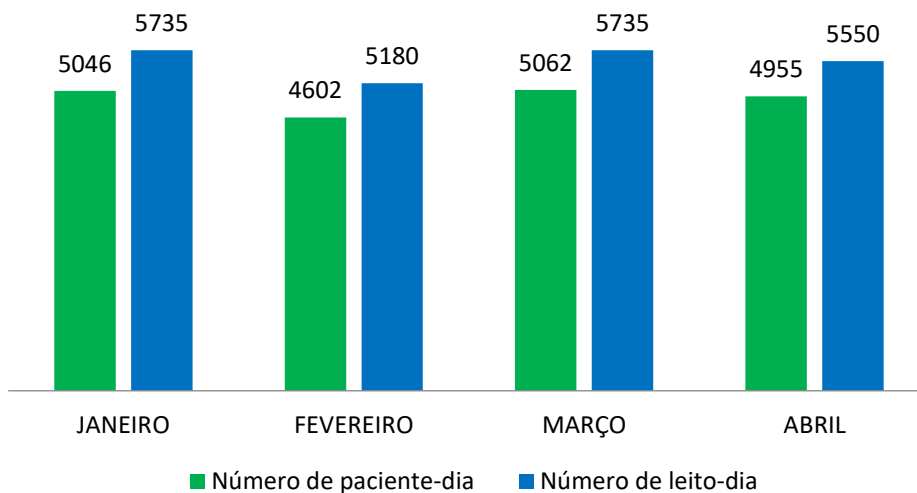
## 5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

**Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos**

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de paciente-dia	5046	4602	5062	4955
Número de leito-dia	5735	5180	5735	5550
Número de quedas	2	6	3	5
Casos de lesão por pressão	3	2	7	4
Devolutivas de ouvidoria	51	29	64	32
Número de AIH's	258	230	237	266

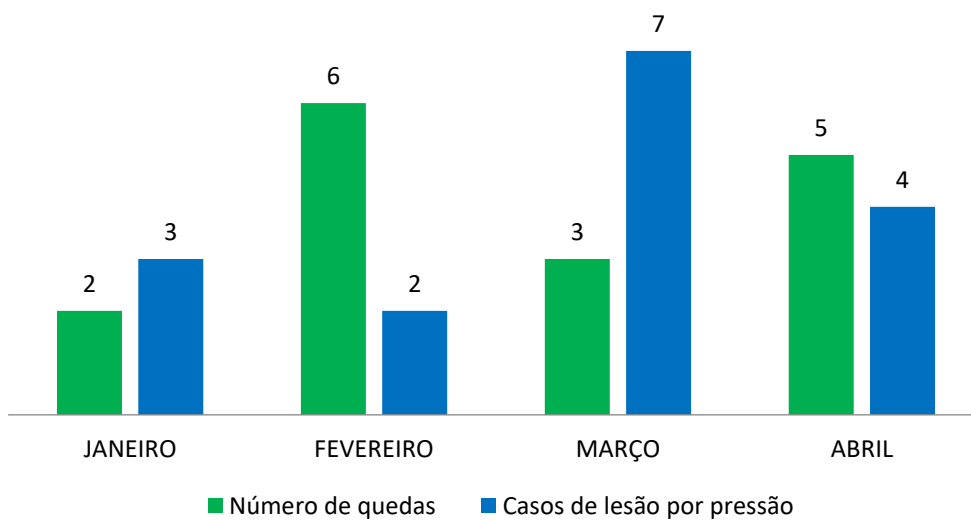
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 183 – Número paciente e leito dia**



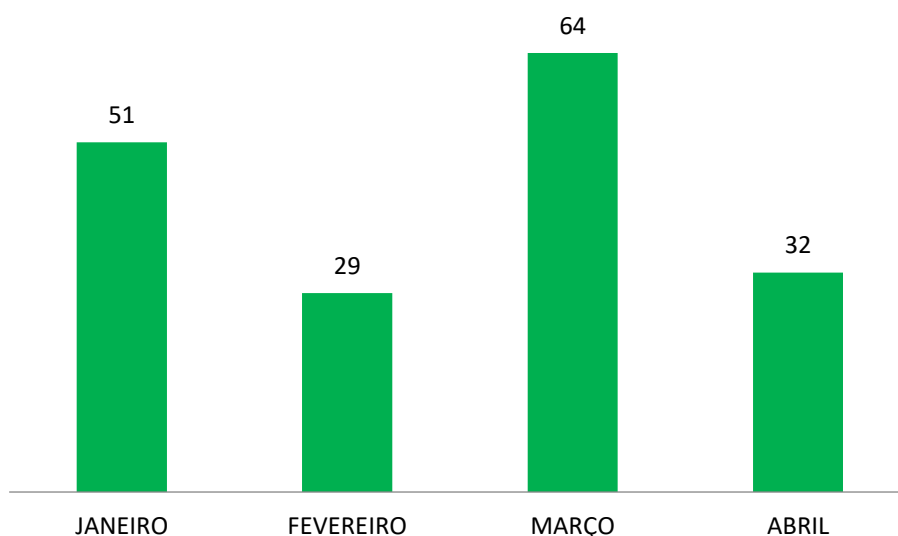
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão**



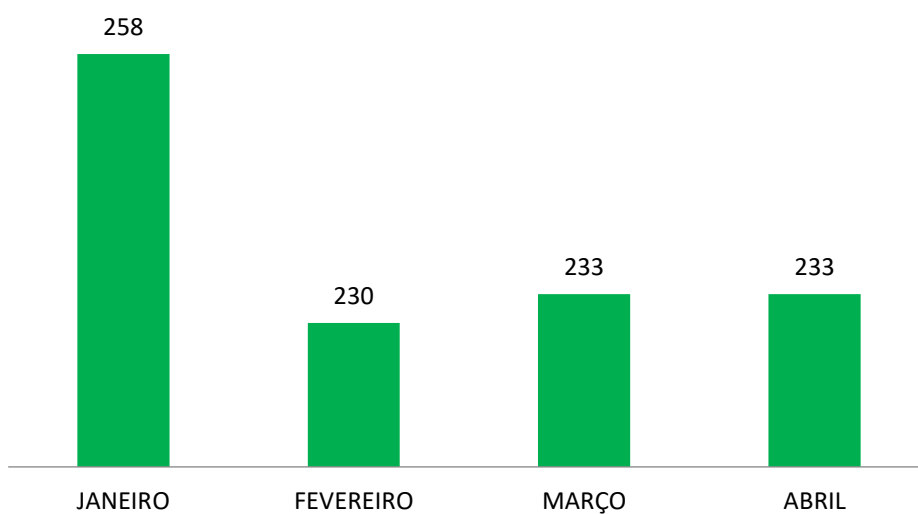
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 186 – Número de AIH's



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### 5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

#### 5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

O gerenciamento de resíduos hospitalares é uma parte crítica da gestão de saúde, garantindo que os resíduos gerados sejam manipulados e descartados de maneira segura e conforme a legislação vigente.

**Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos**

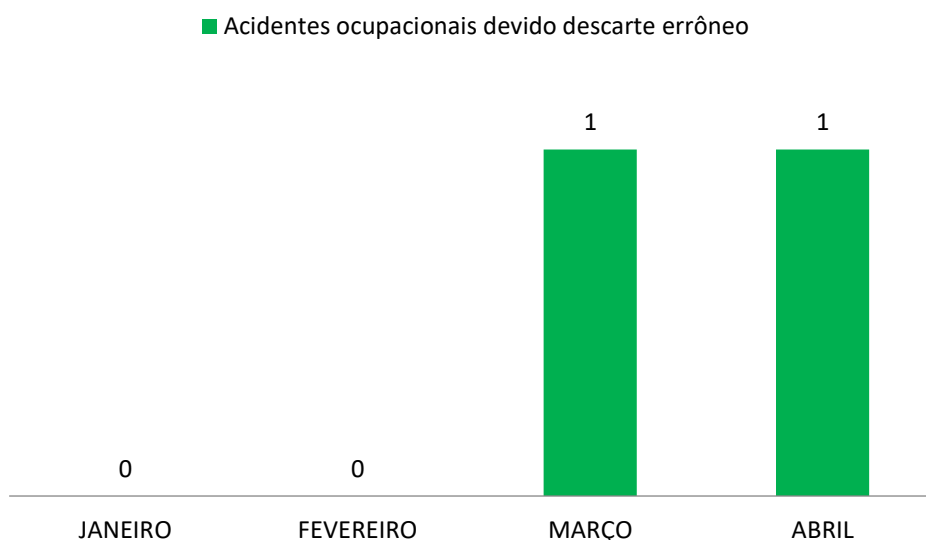
INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1
Produção de resíduos infectantes	12.500 kg	14.684 kg	12.590 kg	14.691 kg	14.113 kg
Produção de resíduos comum	16.500 kg	21.409 kg	19.803 kg	18.930 kg	21.873 kg
Produção de resíduos químicos	300 Kg	224 kg	38 kg	61 kg	59 kg
Produção de resíduos recicláveis	1.600 Kg	3.510 kg	3.523 kg	3.994 kg	3.709 kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0	0	0	0

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### ANÁLISE CRÍTICA – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

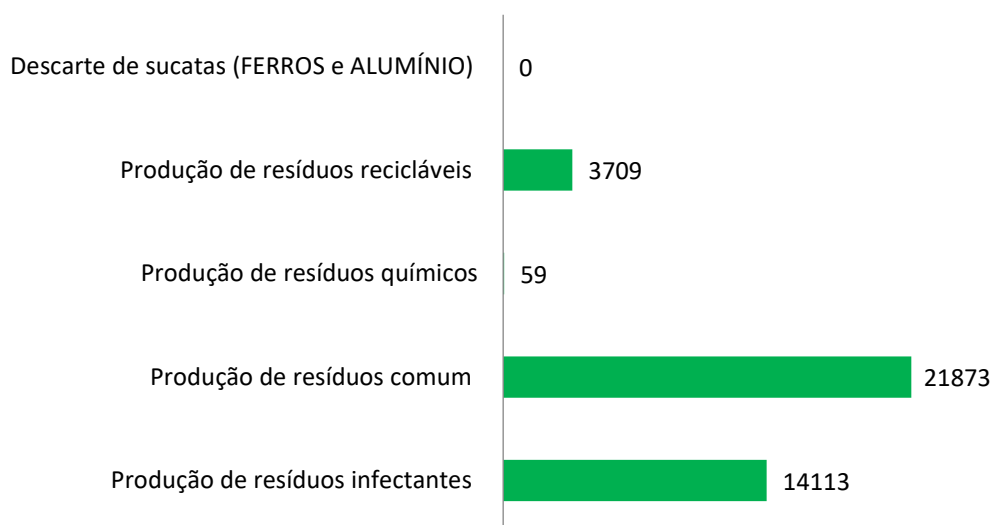
As metas serão ajustadas para se adequarem ao cenário atual (houve um aumento na rotatividade dos pacientes aumentando a geração dos resíduos).

### Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### Gráfico 188 - Produção De Resíduos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### 5.3.2. Hemodiálise

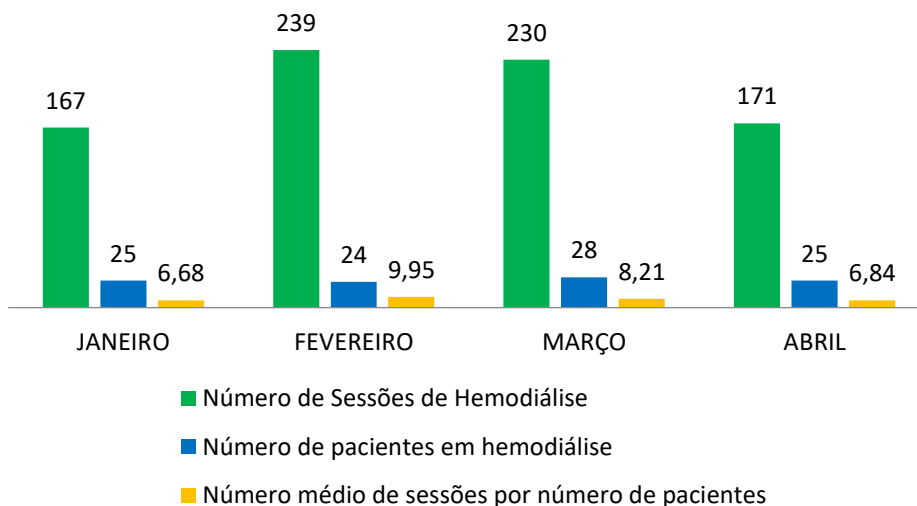
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

**Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise**

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25
Número médio de sessões por número de pacientes	M/R	6,68	9,95	8,21	6,84

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

**Gráfico 189 - Hemodiálises**



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.



### 5.3.3. Hemocomponentes

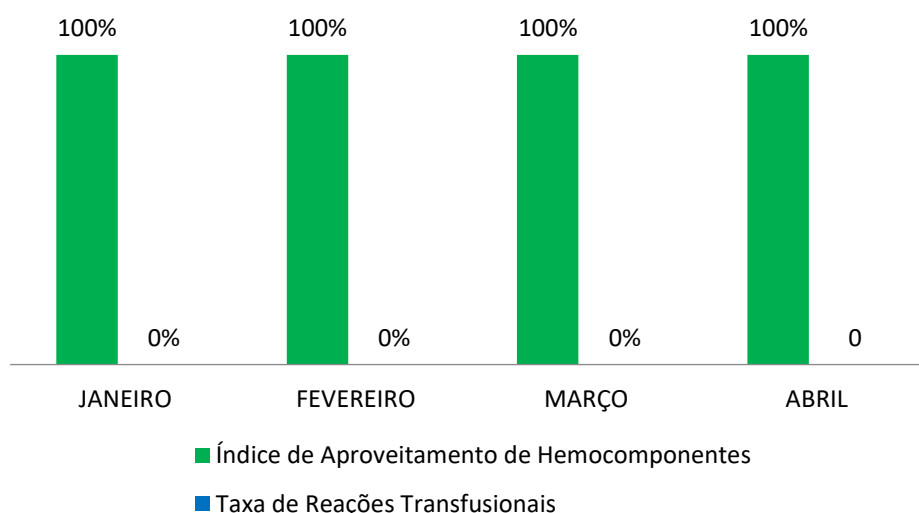
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

**Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes**

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70

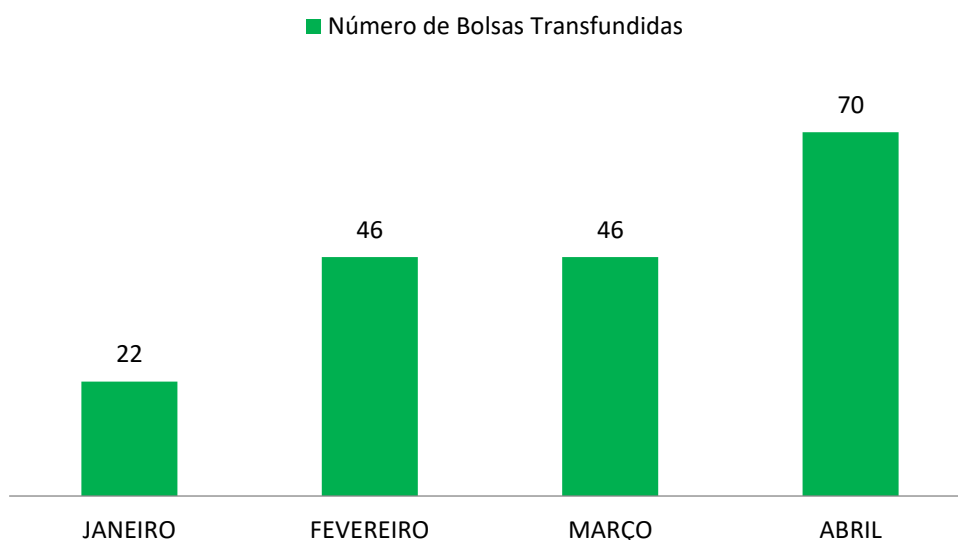
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

**Gráfico 190 - Hemocomponentes**



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

### Gráfico 191 – Bolsas transfundidas



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

## 6. COMISSÕES

Conforme o contrato de gestão firmado com a extinta Autarquia Hospitalar Municipal, é citada sobre a exigência de pleno funcionamento as Comissões Obrigatórias e aquelas exigidas pelos Conselhos de Classe. Em cumprimento ao citado, a unidade possui as seguintes comissões implantadas:

**Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga**

COMISSÃO	PERIODICIDADE	BASE REGULATÓRIA
Revisão de Óbitos	Mensal	Resolução CFM nº 2.171/2017.
Revisão de Prontuários	Mensal	Resolução CFM nº. 1.638/2002.
Ética de Enfermagem	Mensal	Resolução COFEN nº 593/2018.
Ética Médica	Mensal	Resolução CFM 2.152/2016, e Resolução CREMESP 161/2007.
Farmácia Terapêutica	Mensal	A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004.
Controle de Infecção Hospitalar	Mensal	Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
Segurança do Paciente	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
Proteção Radiológica	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
Humanização	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
Prevenção de Acidentes – CIPA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
Cuidados Pele	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
Gerenciamento de Resíduos de Saúde	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
Terapia Nutricional	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
Educação Permanente	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
Perfurocortantes	Trimestral	NR: 32 / ANEXO III Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA.
Acompanhamento contratual – CAC	Trimestral	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
Controle de animais Sinantrópicos	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
Prevenção da violência	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde

Medicina integrativa	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
Cuidados Paliativos	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Fonte: Qualidade - Comissões.

Evidências: Ata das reuniões no tópico **10. ANEXO.**

## 7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

O setor de comunicação desempenha um papel estratégico na gestão da comunicação interna e externa da unidade, promovendo a integração e o engajamento dos colaboradores. Oferece suporte às comissões e núcleos atuantes no hospital. Com apoio da Assessoria de Imprensa, atua como intermediador entre a instituição e órgãos públicos, veículos de imprensa e terceiros, quando necessário. Suas principais funções incluem:

- **Planejamento e Organização de Eventos:** Responsável pela idealização, organização e execução de eventos internos, celebrações de datas especiais e atividades temáticas.
- **Execução de Campanhas Institucionais:** Organiza e executa campanhas de humanização, reforço de identidade, conscientização dos valores, missão e visão da marca do INTS e do HMG.
- **Produção de Conteúdos e Materiais:** Elabora textos, registros áudio visuais, matérias e outros materiais informativos para boletins, murais e comunicados internos, contribuindo para manter todos os colaboradores informados e engajados nas atividades do hospital.
- **Gestão da Comunicação Interna:** Facilita a comunicação entre diferentes setores, fortalecendo o vínculo dos colaboradores com a instituição e promovendo a cultura organizacional.
- **Desenvolvimento de Ações de Humanização:** Apoia a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.

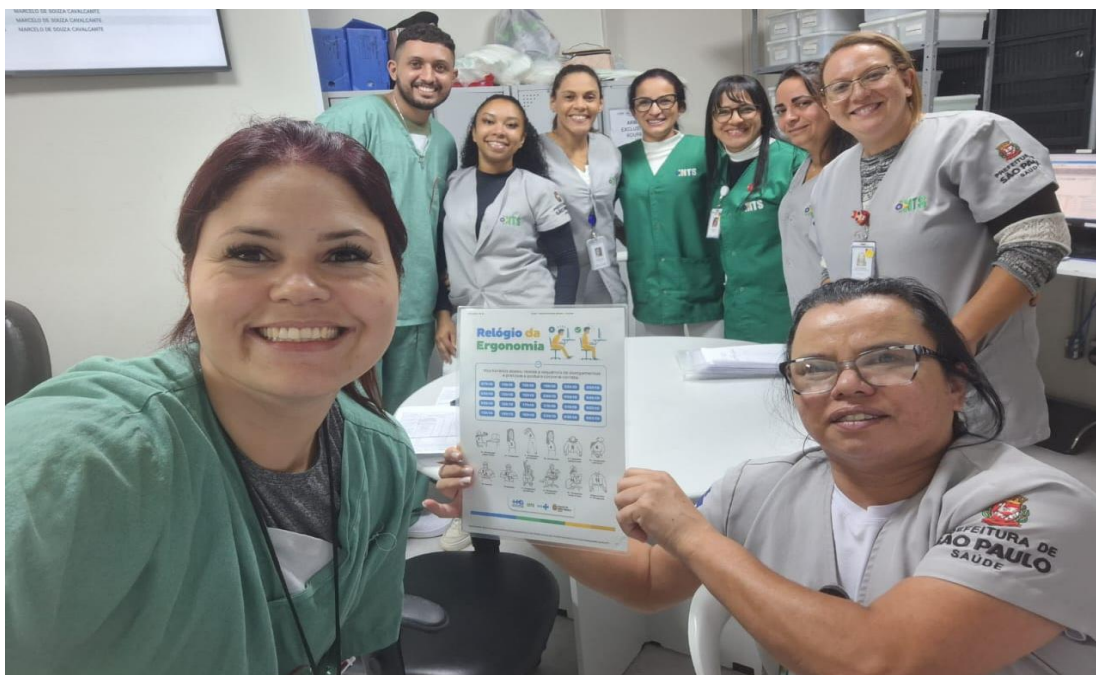
- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

**SESMT | CIPA – ABRIL VERDE – 28 e 29 e abril – abril Verde** é uma campanha de conscientização anual no Brasil, dedicada à segurança e saúde no trabalho, promovida por entidades governamentais, instituições e empresas. O objetivo é reforçar a importância de prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de criar ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis. Pensando nisso criamos a ação Abril Verde onde o colaborador faz teste de glicemia e aferição de pressão arterial nos colaboradores, com orientações sobre prevenções de doenças e acidentes do trabalho.





**SESMT | CIPA - Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas 03, 04, 14 e 15 de abril - Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).**



**SESMT | Diálogo de Segurança – NR 01 - Gerenciamento de Riscos Ocupacionais| Atualização – 03, 07 e 09 de abril:** Orientação sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual guarda conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões).



**SESMT | Diálogo de segurança – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS 01, 08, 10 de abril -** O Diálogo Semanal do PGRSS tem com objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



**SESMT | Diálogo de Segurança – Round de Segurança do trabalho (Fractal)**  
**01 de Abril:** Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho na execução das atividades laborais, alinhamento dos serviços a ser realizados para o acompanhamento da segurança do trabalho.





**SESMT | Diálogo de Segurança NR 23 - Prevenção e Combate ao princípio de incêndio - 02, 03 e 09 de abril** - Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



**SESMT | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde| Atualização – 02, 03 e 11 de abril:** Boas práticas no manuseio de perfurocortantes, utilização e descarte seguro. Higienização das mãos, cuidados nas atividades assistenciais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões), cuidados com mordidas dos pacientes.



**SESMT | LNT – Levantamento de Necessidades de Treinamento NR 17 –**  
Realizado treinamento com atividade sobre NR17 sobre Ergonomia que visa garantir que o ambiente de trabalho seja projetado e organizado de forma a promover o conforto, a segurança, a saúde e o desempenho eficiente do trabalhador.





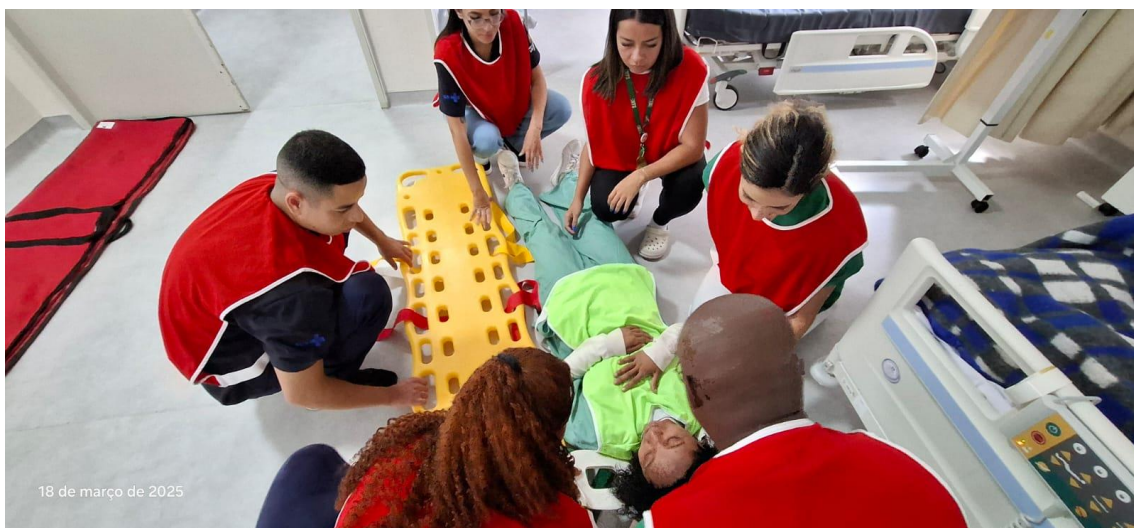
**MEDICINA DO TRABALHO** – A Enfermeira do Trabalho Eliene organizou a campanha de vacinação contra a Influenza em parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima ao hospital, que disponibilizou 300 doses da vacina para imunização dos colaboradores, incluindo os profissionais terceirizados. A

equipe da UBS esteve presente na unidade para realizar a aplicação das vacinas, garantindo praticidade e ampliando a cobertura vacinal entre os trabalhadores.



**SESMT | Simulado de princípio de incêndio 19 e 21 de abril:** Em uma atividade realizada periodicamente a Brigada de Incêndio promoveu o simulado de combate e evacuação de pacientes nas alas Arara e Canário. Equipamentos de socorro e combate às chamas foram utilizados pela equipe de brigadistas





**Treinamento para segurança jurídica de médicos e enfermeiros da unidade – 02 e 03 de abril:** O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou um treinamento para médicos e enfermeiros com o tema “Aspectos Legais e Administrativos na Atuação de Médicos e Enfermeiros”. Com duração de 2 horas, o objetivo foi esclarecer as responsabilidades jurídicas e administrativas desses profissionais, além de discutir boas práticas e condutas éticas no ambiente hospitalar. O treinamento, ministrado por especialistas, abordou temas como responsabilidades civis, criminais e administrativas, e a aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) na saúde. Os participantes também analisaram casos reais de erro médico e de enfermagem e discutiram decisões judiciais.

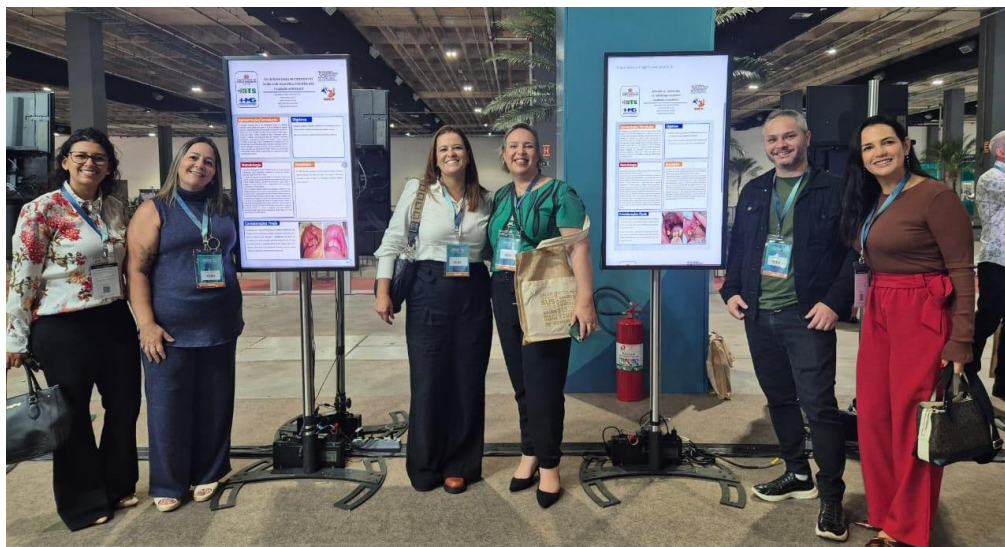
Foram enfatizados conceitos como negligência, imprudência e imperícia, e as consequências legais de cada infração, além da importância do manejo seguro dos dados dos pacientes, conforme a LGPD. O treinamento também abordou os deveres éticos e administrativos previstos nos códigos de ética dos conselhos profissionais, com foco em responsabilidades em cargos de chefia e na gestão de equipes. Ao final, uma rodada de discussões permitiu o esclarecimento de dúvidas e o compartilhamento de experiências, reforçando o compromisso do HMG com a capacitação de seus profissionais e a qualidade no atendimento à população.





**COSESMS - 38º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo:** O Hospital Municipal de Guarapiranga (HMG) participou do 38º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, promovido pelo COSEMS/SP, que aconteceu de 09 a 11 de abril de 2025, na cidade de Santos. O evento, considerado um dos mais importantes da saúde pública no Brasil, teve como tema central “A nova gestão municipal na era digital” e reuniu profissionais de todo o país para debates, oficinas e a tradicional Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios. Representando o HMG, 13 casos de Experiências Exitosas foram apresentados, demonstrando a força da produção técnica das equipes assistenciais e administrativas do hospital. As iniciativas abordaram temas relevantes para a melhoria do cuidado, inovação em processos e valorização dos profissionais de saúde.





**Oficina de diagnóstico de IRAS – 09 e 10 de abril:** O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG), realizou uma importante oficina de diagnóstico de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) nos dias 09 e 10 de abril. O evento teve como público-alvo médicos e enfermeiros assistenciais dos quatro plantões, com o objetivo principal de alinhar conhecimentos e compartilhar os desafios na identificação e confirmação diagnóstica de IRAS, em consonância com os critérios estabelecidos pela COVISA para o ano de 2025. Durante a oficina, foram apresentados e debatidos casos práticos vivenciados no próprio serviço, proporcionando um ambiente rico para a troca de experiências e a discussão de condutas. A iniciativa buscou aprimorar a aplicação dos critérios diagnósticos, visando a qualificação dos dados epidemiológicos e, conseqüentemente, a implementação de estratégias de prevenção e controle de infecções mais eficazes. O aproveitamento da oficina foi considerado altamente satisfatório pelos organizadores. Os participantes demonstraram grande engajamento, com expressiva participação na discussão dos casos e um número significativo de dúvidas esclarecidas. O impacto positivo da oficina já é perceptível no cotidiano do HMG. Observa-se uma comunicação mais assertiva e ágil entre os profissionais assistenciais e o SCIH, refletindo o fortalecimento do fluxo de informações e a maior segurança na identificação e notificação de IRAS.





**FARMÁCIA** – Treinamento ministrado pelos farmacêuticos para os enfermeiros sobre "Apreçamento de medicamentos em prescrição médica" realizado no período diurno e noturno.



**Núcleo de Vigilância** - O Hospital reafirma seu compromisso com a saúde de seus colaboradores, pacientes e da comunidade ao promover uma importante ação de combate à dengue. A iniciativa foi conduzida pela enfermeira Vera, do Núcleo de Vigilância, em parceria com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A ação teve como objetivo reforçar a conscientização e a prevenção da doença, por meio de orientações educativas e de um painel informativo e interativo, acessível a todos os colaboradores.



## 8. AÇÕES DE DESTAQUE

**Missa de Páscoa 08 de abril** – Próximo a páscoa, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) promoveu uma celebração especial para pacientes, familiares e colaboradores, com uma missa em homenagem à Ressurreição de Cristo. A cerimônia, marcada pela fé e esperança, teve o objetivo de levar conforto espiritual e fortalecer os laços de solidariedade entre todos os presentes, em um momento de renovação e reflexão.



**Entrega de lembrança de páscoa para os colaboradores:** A Comissão de Humanização, promoveu uma ação especial para celebrar a Páscoa junto aos pacientes, seus acompanhantes e visitantes. Em parceria com o setor de Nutrição, foram distribuídas caixas de bombons e potinhos de creme de avelã para todos os internados nas alas assistenciais. Com música, carinho e muita empolgação, a equipe percorreu todos os leitos — incluindo as UTIs — levando mensagens de esperança e o sabor doce da solidariedade. A grande estrela do dia foi o colaborador Paulo Rodrigo, que incorporou o espírito da data ao se vestir de Coelho da Páscoa, arrancando sorrisos e emocionando a todos por onde passava, principalmente crianças e idosos.





## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de abril de 2025 e divulga os resultados do Hospital Municipal Guarapiranga, cuja gestão é realizada pelo INTS em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

A gestão busca constantemente o planejamento eficaz e a execução das ações nos serviços públicos de saúde, por meio da organização, desenvolvimento e monitoramento contínuo dos instrumentos e ferramentas que orientam as práticas de atendimento e atenção à saúde na Unidade de Saúde.

Os resultados aqui apresentados têm como objetivo proporcionar aos usuários um atendimento de qualidade, fundamentado em uma política de humanização, com a atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a excelência, ética e a humanização do cuidado.

São Paulo, 16 de maio de 2025.

---

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS

Hospital Municipal Guarapiranga

**Simone Araújo**

**Diretora Geral**

## 10. ANEXOS

### Atas das Comissões

FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/1
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Animais Sinantrópicos	Bruno Freitas	09/04/2025	15:00	15:30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências da última reunião;</li> <li>• Apresentação dos indicadores.</li> </ul>				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro de Segurança do Trabalho)</li> <li>• Felipe Martins Guedes (Técnico de Segurança do Trabalho)</li> <li>• Raul Tessi Nunes (Técnico de Segurança do Trabalho)</li> </ul>				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia nove de abril de dois mil e vinte e cinco na sala dos SESMT reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:</p> <p>O manejo de animais sinantrópicos como serpentes estará com o SESMT e o setor de manutenção (provisoriamente).</p> <p>Nenhuma nova determinação até o momento desta reunião.</p>				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem pendências.</li> </ul>				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Perfurocortantes	<b>REDATOR</b> Bruno Freitas	<b>DATA</b> 04/04/2025	<b>INÍCIO</b> 14:00	<b>TÉRMINO</b> 14:30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos indicadores de acidentes</li> <li>• Apresentação dos Planos de Ações</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro de Segurança do Trabalho)</li> <li>• Wíkaro Carvalho André da Silva (Técnico de Informática)</li> <li>• Felipe Martins Guedes (Técnico de Segurança do Trabalho)</li> <li>• Raul Tessi Nunes (Técnico de Segurança do Trabalho)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>O Senhor Bruno Freitas deu início a reunião ordinária apresentando os acidentes ocorridos no primeiro trimestre do ano de 2025.</p> <p>O acidente de janeiro ocorreu devido a reencape de agulha, procedimento indevido. Foi aplicado plano de ação para correção (evidência: S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\001. Geral\001 - Acidentes\2025\01. Jan\Paloma Paula Atanasio Santos).</p> <p>Não houve acidente no mês de fevereiro.</p> <p>O acidente de março foi por conta de descarte inadequado do perfurocortantes, aplicado plano de ação (evidências S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\001. Geral\001 - Acidentes\2025\03. Mar\Jaqueline Munhoz Braga).</p> <p>Ademais, todas as ações continuadas preventivas estão sendo realizadas durante o ano.</p> <p>S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\NR 01 - DISPOSIÇÕES GERAIS e GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS\03. Treinamentos\2025</p> <p>S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\NR 05 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO\Gestão 2024_2025\08. Ações</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção



	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Prevenção da Violência	<b>REDATOR</b> Vera Lúcia Macedo	<b>DATA</b> 25/04/2025	<b>INÍCIO</b> 09h00	<b>TÉRMINO</b> 10h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos membros da comissão estruturada;</li> <li>• Requisitos da ONA – Protocolo de atendimento à segunda vítima;</li> <li>• Números de Notificações de violência.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vera Lúcia dos Santos (Enfermeira da Vig. Epidemiológica)</li> <li>• Viviane do Prado Lemos (Assistente Social)</li> <li>• Shirley Schunk (Enfermeira de Gestão de Altas)</li> <li>• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira)</li> <li>• Rosana de Campos Moreira (Psicóloga)</li> <li>• Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem)</li> <li>• Dário Pedro Santos (Coordenador de RH/DP)</li> <li>• Eliana Cristina Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)</li> <li>• Andreia Silva Santos (Psicóloga)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>A reunião foi iniciada com a exposição da Vera, que apresentou os membros oficialmente designados para compor a Comissão de Violência da instituição. Informou que os nomes já foram enviados para a Supervisão Técnica de Saúde da M'Boi Mirim, conforme solicitado.</p> <p>Na sequência, foi feito um convite a todos os presentes para participarem das reuniões mensais realizadas pela Supervisão, com o objetivo de promover o alinhamento dos fluxos e diretrizes regionais relacionados à notificação e ao enfrentamento das diversas formas de violência. Ressaltou-se a importância do engajamento institucional nesse espaço intersetorial.</p> <p>Foi abordada a temática das notificações de violência registradas por colaboradores em relação a pacientes, especialmente em situações de agressões verbais, físicas ou ameaças. Após discussão, ficou pactuado que é necessário orientar os colaboradores quanto ao perfil clínico e comportamental do paciente, sempre que possível, e garantir acolhimento e suporte adequado ao profissional envolvido. O objetivo é prevenir interpretações equivocadas e promover o cuidado com o trabalhador.</p> <p>A Vera também destacou que, nos casos em que os pacientes chegam à unidade em condições sugestivas de negligência, abandono ou violência por parte da família ou responsáveis, deve-se proceder à notificação compulsória da suspeita, mesmo que não haja confirmação dos fatos, conforme orientações do Ministério da Saúde.</p> <p>Dando continuidade, foi feita a apresentação e abertura do Protocolo de Violência à Segunda Vítima.</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção



	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Cuidados Paliativos	<b>REDATOR</b> Juliana Carvalho	<b>DATA</b> 16/04/2025	<b>INÍCIO</b> 10h00	<b>TÉRMINO</b> 11h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alinhamento do projeto <i>Pílula do conhecimento</i>;</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juliana Carvalho (Psicóloga/Presidente)</li> <li>• André Gasparoto (Médico/Vice-presidente)</li> <li>• Aline Pereira dos Santos (Psicóloga / 2ª Secretária)</li> <li>• Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro)</li> <li>• Rayane Amaro (Farmácia/ membro)</li> <li>• Raquel Macena (Coord. de Enfermagem / membro)</li> <li>• Renan Pereira de Sousa (Médico / convidado)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p><b>Abertura da Reunião</b></p> <p>A reunião teve início com a comunicação acerca da alteração na composição de alguns membros da Comissão, conforme registrado em memorando encaminhado ao setor de Qualidade. Raquel (Supervisora de Enfermagem) pontuou que a nova formação não contempla representantes da equipe de enfermagem. Destacou-se, então, a relevância da participação de profissionais de enfermagem de diferentes setores — como UTI, Clínica Médica e Retaguarda —, preferencialmente aqueles que demonstrem afinidade com o tema. Raquel se responsabilizou por identificar profissionais que atendam a esse perfil e realizar os respectivos convites. Ficou acordado que, após a definição dos novos integrantes, será elaborado e encaminhado um novo memorando oficializando a composição atualizada da Comissão.</p> <p><b><i>Pílula do conhecimento</i></b></p> <p>Dr. André informa que já realizou 2 vídeos, com os seguintes temas: “Breve história dos cuidados paliativos” e “Diagnóstico, controle de sintomas e qualidade de vida: O tripé dos cuidados paliativos”. Os vídeos já foram enviados para a coordenação Multi. Os demais temas levantados e definidos foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Para quem indicar?</li> <li>➤ Escores de avaliação para inserir e acompanhar.</li> <li>➤ Definição de DAVs. Como fazer?</li> <li>➤ Cuidados diferenciados.</li> </ul>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/5
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão do SCIH	Bárbara Santos	16/04/2025	11h30	12h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro de Pendências;</li> <li>• Descritivo das IRAS;</li> <li>• Gráficos dos indicadores do NEH;</li> <li>• Quadro da rota Sepse.</li> <li>• Auditorias;</li> <li>• Ações realizadas.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira do NSP)				
• Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem)				
• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. De Enfermagem do NSP)				
• Barbara Santos (Téc. De Enfermagem SCIH)				
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
• Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas)				
• Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT)				
• Michael Wodzik (Supervisor Administrativo)				
• Fernanda Vilarim (Supervisora de Enfermagem)				
• Carmen Souza Domingues (Gerente de Enfermagem)				
• Maria Cristina Souza Santos (Enf. de Segurança do paciente)				
• Raquel Macena (Coordenadora de Enfermagem)				
• Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)				
• Fernanda Pitombo (Supervisora de Enfermagem)				
• Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)				
• Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade)				
• Juliana Borges (Supervisora de Manutenção)				
• Alex Sandro Moraes (Supervisor de Enfermagem)				
• Maria Gilvanete Goncalves (Enfermeira)				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	30/04/2025	14h30	15h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências das reuniões anteriores;</li> <li>• Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de março pelo GACAP;</li> <li>• Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em março de 2025;</li> <li>• Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento;</li> <li>• Controle dos colchões pneumáticos;</li> <li>• Nova régua para mensuração de lesões;</li> <li>• Treinamentos realizados;</li> <li>• Oficina de coxins artesanais;</li> <li>• Discussão de casos nos setores.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)</li> <li>• Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista – SCIH)</li> <li>• Vera Lucia Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica)</li> <li>• Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH)</li> <li>• Jocineide Santos da Silva Soares (Nutricionista)</li> <li>• Thamara Derencio (Supervisora de Enfermagem)</li> <li>• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. Enfermagem NSP)</li> <li>• Yngrid Sabrina Souza (Téc. de Enfermagem)</li> <li>• Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente)</li> <li>• Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade)</li> <li>• Alana Raquel Rocha (Nutricionista)</li> <li>• Fabiane Evol (Enfermeira do NSP)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Às 14h30 do dia 30 de abril de 2025, reuniram-se os citados acima, na sala dos núcleos, para discutirem os resultados obtidos no mês de março. A enfermeira Eliana iniciou a reunião apresentando os resultados de pendências da reunião anterior, informando que foi solicitada a atualização da placa de termômetro de lesões, que está em andamento, e que a compra de fraldas tamanho XXL está momentaneamente adiada.</p> <p>Foram apresentados os resultados dos indicadores de qualidade referentes a lesões de pele, incluindo a taxa de lesões global e setorial, os números absolutos de lesões por setor e o</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	22/04/2025	14h00	16h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apuração de denúncias recebidas na Comissão.</li> <li>• Andamento dos processos sindicantes.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arlindo Alves Vieira (Enfermeiro – Secretário da Comissão)</li> <li>• Eliane Palma (Enfermeira)</li> <li>• Lucineia Rodrigues (Téc. de Enfermagem)</li> <li>• Willian Ferreira (Téc. de Enfermagem)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Aos vinte e dois dias do abril do ano de dois mil e vinte e cinco, foi realizada uma reunião da Comissão de Ética de Enfermagem, com o objetivo de discutir e alinhar as atividades em andamento. Durante a reunião, foram abordados diversos temas relacionados ao trabalho da comissão.</p> <p>Primeiramente, discutiram-se os casos que estão em apuração, destacando-se a importância do engajamento de todos os membros da comissão na apuração dos fatos. Foi enfatizado que o processo de investigação deve ser conduzido de maneira diligente e criteriosa, com o compromisso de entregar os resultados esperados.</p> <p>Também foi tratado o tema dos colaboradores que foram desligados, sendo ressaltada a necessidade de avaliar esses casos com rigor ético, a fim de garantir que todos os procedimentos tenham sido realizados de acordo com as normas e princípios estabelecidos pela comissão.</p> <p>Outro ponto importante da reunião foi a decisão de realizar treinamentos <i>in loco</i> para promover o aprimoramento contínuo da equipe dentro do ambiente hospitalar. Esses cursos visam não apenas o desenvolvimento técnico, mas também o fortalecimento da cultura ética no hospital, com foco na educação e na prática responsável de todos os envolvidos.</p> <p>Por fim, foi reiterada a importância do comprometimento de todos os membros da Comissão de Ética de Enfermagem. A comissão deve manter um esforço conjunto para garantir a qualidade e a transparência em todas as ações realizadas, promovendo, assim, um ambiente ético e profissional dentro da instituição.</p> <p>Nada mais havendo a registrar, foi encerrada a reunião, lavrando-se a presente ata para fins de registro e acompanhamento das atividades da comissão.</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção



	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Ética Médica	Caroline Ramos Barreto	15/04/2025	10:00h	11:00h
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo IX - Sigilo profissional</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. Lorena Paiva Barreto Miranda – CRM 197.320</li> <li>• Dra. Caroline Ramos Barreto – CRM 213.118</li> <li>• Dra. Isabelle Menezes Maciel – CRM 222.390</li> <li>• Dra. Luna Macedo de Oliveira Campos – CRM 251.301</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Aos quinze dias do mês de abril do ano de 2025, foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a coordenação da presidente Dra. Lorena Paiva Miranda, com a participação presencial e on-line, dos membros listados acima. A reunião teve como pauta principal a discussão sobre o <b>Capítulo IX do Código de Ética Médica – Sigilo Profissional</b>, abordando os limites éticos e legais da confidencialidade na prática médica.</p> <p>O tema foi escolhido diante da crescente complexidade dos fluxos de informação dentro da instituição, especialmente com a ampliação dos registros eletrônicos e a maior integração entre setores clínicos e administrativos. Durante a reunião, foram lidos e analisados os artigos contidos no referido capítulo, com destaque para o artigo 73, que proíbe o médico de revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. Também foi discutido o artigo 74, que orienta o médico a manter o sigilo mesmo após a morte do paciente.</p> <p>A comissão refletiu sobre situações do cotidiano hospitalar em que o sigilo pode ser inadvertidamente quebrado, como conversas em locais públicos da instituição, uso inadequado de mensagens eletrônicas ou compartilhamento de informações clínicas com profissionais não diretamente envolvidos no cuidado. Também foi citado o desafio ético frente à solicitação de informações por familiares, sem consentimento prévio do paciente.</p> <p>Diante disso, a comissão deliberou pela elaboração de um informativo interno, voltado a todos os médicos da unidade, reforçando os princípios do sigilo profissional, com exemplos práticos e orientações claras, além de se comprometerem a disseminar essas informações e a promover discussões contínuas sobre ética médica em futuras reuniões.</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/5
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	16/04/2025	09:30h	11:30h
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pendências da última reunião</li> <li>❖ Internação / Hemodiálise no período</li> <li>❖ Consumo de itens por categoria (Curva A)</li> <li>❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares</li> <li>❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A</li> <li>❖ Consumo anticoagulantes</li> <li>❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda</li> <li>❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento</li> <li>❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados</li> <li>❖ Consumo total por categoria</li> <li>❖ Valor orçado x realizado x consumo</li> <li>❖ Queixa Técnica</li> <li>❖ Pedidos de padronização</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• Daniela Scavone				
• Luciana Carboni				
• Carmem I. D. de Souza				
• Paulo Rodrigo				
• Vera Lucia dos Santos Pereira				
• Gustavo G. Paiva				
• Jamile Renata Oliveira dos Reis				
• Robert da Silva				
• Fabiane Eval				
• Raquel Macena Mauro				
• Maria Cristina Souza Santos				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos	<b>REDATOR</b> Bruno Freitas	<b>DATA</b> 16/04/2025	<b>INÍCIO</b> 15h30	<b>TÉRMINO</b> 16h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências da última reunião;</li> <li>• Apresentação dos indicadores.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro do Trabalho)</li> <li>• Agnaldo Allace Melo de Souza (Auxiliar Administrativo)</li> <li>• Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente)</li> <li>• Michael Gustavo Vieira Wodzik (Supervisor Administrativo)</li> <li>• Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista – SCIH)</li> <li>• Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>No dia dezesseis de abril de dois mil e vinte e cinco no auditório do “Aquário” reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:</p> <p>O senhor Bruno Freitas iniciou com a apresentação das pendências da última reunião (conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo), Michael informa que foi aprovado o orçamento para realização do conserto.</p> <p>Houve um acidente por descarte errôneo no mês de março, por conta de caixa coletora de perfurocortante acima do limite e por descarte errôneo da colaboradora, aplicado Plano de Ação em conjunto com a Supervisão de Enfermagem.</p> <p>A geração de resíduos infectantes apresentou aumento em sua geração se comparado ao mês de fevereiro, mantendo uma tendência de geração acima de 13 mil kg. Iremos ajustar as metas de acordo com a nova realidade e geração de resíduos do hospital.</p> <p>O resíduo comum apresentou uma queda em sua geração, porem a tendência de geração de resíduos acima da meta de 2023, onde será ajustada para melhor enquadramento do cenário atual do contrato.</p> <p>O resíduo reciclável apresentou aumento em sua geração, demonstrando uma melhor segregação.</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Humanização	<b>REDATOR</b> Ana Luiza Oliveira/ Nicole Teófilo	<b>DATA</b> 04/04/2025	<b>INÍCIO</b> 10h00	<b>TÉRMINO</b> 11h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semana da Enfermagem;</li> <li>• Prontuário Afetivo;</li> <li>• Desejo Paciente;</li> <li>• Páscoa;</li> <li>• Apresentação das novas secretarias e saída de membros;</li> <li>• Celebração ecumênica.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi)				
• Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem)				
• Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação)				
• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
• Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade)				
• Ana Luiza Oliveira (Auxiliar Adm)				
• Fabiane Evol (Enfermeira)				
• Kênia Oliveira (Superv. De Enfermagem)				
• Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria)				
• Paula Hiratsuka (Analista de Saúde)				
• Yasira Ramirez (Auxiliar Adm)				
• Izadora Mariani (Secretária Executiva)				
• Caio Moreira (Auxiliar Adm do RH)				
• Jamile Renata de Oliveira (Supervisora de Nutrição)				
• Larissa Ferreira (Analista de RH)				
• Wilma Correia (Assistente Social)				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção



	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Medicina Integrativa	<b>REDATOR</b> Nicole Teófilo	<b>DATA</b> 16/04/2025	<b>INÍCIO</b> 13h30	<b>TÉRMINO</b> 14h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores do mês de março de 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia.</li> <li>• Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia.</li> <li>• PICs: Apiterapia.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edson Ono (Médico Integrativista)</li> <li>• Paula Hiratsuka (Analista de Saúde)</li> <li>• Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)</li> <li>• Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria)</li> <li>• Aginaldo Allace Melo de Souza (Auxiliar Adm da Qualidade)</li> <li>• Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação)</li> <li>• Vanda Dias (Ouvidora)</li> <li>• Dário Pedro Santos (Coordenador de RH-DP)</li> <li>• Juliana Borges (Supervisora de Manutenção)</li> <li>• Shirley Schunck (Enfermeira de Gestão de Alta)</li> <li>• Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Nesta reunião foram apresentados em forma de gráfico e numerais o total de pacientes atendidos, total de atendimentos, altas hospitalares, óbitos, solicitado pela enfermagem, alta por lesão, número de lesões por pressão, número de não lesões por pressão, frequência de sessões de o3, taxa de complicação relacionada o3, taxa de melhora na qualidade de vida-dor-odor, taxa de eficácia da o3 –dor-odor, busca ativa (taxa de avaliação inicial o3), taxa de avaliação inicial de ozônioterapia e número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar dentro do mês de fevereiro.</p> <p>Exibidos os comparativos dos últimos três meses entre o número de pacientes, atendimentos, lesão por pressão, lesão por não pressão e consumo de cilindros de oxigênio.</p> <p>Apresentadas também as imagens que mostram a evolução na redução de lesões em pacientes.</p> <p>Doutor Edson Ono dá início a explicação a respeito apiterapia: prática terapêutica que utiliza produtos derivados da abelha. Abordou o tema da extinção das abelhas e a relação com o uso dos agrotóxicos e suas consequências para nossa alimentação, saúde e bem-estar. Apresentado a implantação da Apiterapia ao SUS e os experimentos no tratamento de enfermidades e</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	16/04/2025	14h00	14h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações e melhorias;</li> <li>• Planilha de indicadores e treinamentos;</li> <li>• Resultados dos indicadores;</li> <li>• Gráfico de resultados do NEP;</li> <li>• Controle dos estágios.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH)</li> <li>• Maria Cristina Souza santos (Enf. de Segurança do paciente)</li> <li>• Vera Lucia dos Santos (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica)</li> <li>• Monique Evelyn Aparecida de Souza (Auxiliar Administrativo)</li> <li>• Agnaldo Allace Melo de Souza (Auxiliar Administrativo)</li> <li>• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. de Enfermagem do NSP)</li> <li>• Lucas Teixeira (Médico Infectologista – SCIH)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>No dia 16 de abril de 2025, às 14h, iniciou-se a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) para a apresentação dos dados e resultados referentes ao mês de março. A reunião foi conduzida pelo Coordenador de RH, Dario Pedro, representante do NEP, que apresentou a pauta, abordando as pendências e as ações desenvolvidas durante o mês.</p> <p>Além disso, discutiu-se a implantação do formulário de reação aos treinamentos, uma exigência da sede para capacitações com duração superior a duas horas. Este formulário ainda está em fase de desenvolvimento para aplicação em treinamentos futuros. Dario ressaltou que, na última auditoria da sede, foi identificado que é necessário um protocolo específico para os multiplicadores, bem como um plano para disseminação desses treinamentos dentro da instituição. Ele informou que a equipe está trabalhando na elaboração desse protocolo para dar continuidade ao projeto.</p> <p>Outro tema importante discutido foi a aquisição de equipamentos para a sala realística, localizada na Sala de Treinamento 2. Atualmente, está sendo realizada uma verificação junto ao setor de patrimônio. Também foi debatida a questão da inclusão dos certificados de participação dos colaboradores nos prontuários e os próximos passos para a implementação desse processo.</p> <p>Em março, foram realizados 47 treinamentos, totalizando 2.399 participantes e 2.349 horas de treinamento. Isso equivale a uma média de 0,98 hora por colaborador, correspondendo a</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Segurança do Paciente	<b>REDATOR</b> Gustavo Paiva	<b>DATA</b> 16/04/2025	<b>INÍCIO</b> 08:30	<b>TÉRMINO</b> 09:30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências da última reunião;</li> <li>• Rotinas implementadas;</li> <li>• Planilha de NC's;</li> <li>• Registros de Não Conformidades;</li> <li>• Conformes (visita técnica);</li> <li>• Ações realizadas.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• Fabiane Evol (Enfermeira do NSP)				
• Gustavo Guimarães (Téc. de Enfermagem do NSP)				
• Luciana de Oliveira (Supervisora de Farmácia)				
• Vera Lucia de Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica)				
• Allace Melo de Souza (Auxiliar Adm. da Qualidade)				
• Paulo Rodrigo Barbosa (Analista da Qualidade)				
• Jamile Renata (Supervisora de Nutrição)				
• Joana Ithauane Romeu (Jovem Aprendiz da Qualidade)				
• Karen Cristina Pereira Macedo (Téc. de Enfermagem)				
• Elisa Bomtempo Roasio Madeira (Enfermeira Auditora)				
• Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem BTV/BJF)				
• Erick Marcelo (Enfermeiro da Sanhaçu)				
• Ana Paula Alves (Enfermeira da Canarinho)				
• Eduarda Fonseca (Enfermeira da Colibri)				
• Fernanda Vilarim (Supervisora de Enfermagem)				
• Alex Sandro Ramos de morais (Supervisora de Enfermagem )				
• Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem)				
• Maria Cristina (Enfermeira de Segurança do Paciente)				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Revisão de Óbitos	Fabiane Evol	08/05/2025	15h20	16h20
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualização membros comissão.</li> <li>• Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de março/2025.</li> <li>• Plano de ação.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista)</li> <li>• Fabiane Souza (Enfermeira do NSP)</li> <li>• Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente)</li> <li>• Fernanda Pitombo Demichili (Supervisora de Enfermagem)</li> <li>• Vera Lucia Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica)</li> <li>• Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p><b>Objetivo da Reunião:</b> Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em março de 2025 com foco em análise crítica dos casos e ações a serem tomadas para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes e apresentação membros da comissão.</p> <p><b>Dados de Óbito: março</b>  <b>Total de óbitos: 15</b>  <b>Óbitos em cuidados paliativos: 9</b>  <b>Óbito não paliativo: 6</b></p> <p>A reunião foi iniciada às 15h20 de forma online. Estavam presentes na sala da coordenação de enfermagem: Fabiane, Maria Cristina, Fernanda, Vera e Daniela. Participaram remotamente o Dr. João Paulo e o coordenador da equipe multidisciplinar, Anderson. Contudo, foi solicitado que Anderson se desconectasse da chamada, pois estava dirigindo no momento, visando garantir sua segurança.</p> <p>A supervisora de enfermagem Fernanda Pitombo foi apresentada como nova integrante da comissão. Foi mencionado que Fernanda já havia participado da comissão anteriormente.</p> <p>Em relação aos dados do mês de março, foram registrados 15 óbitos: 4 na enfermaria, 4 na retaguarda e 7 no setor de terapia intensiva. Todos os pacientes eram adultos, sendo 4 com idade entre 40 e 59 anos, e 11 com mais de 60 anos. Destes, 9 foram classificados como casos paliativos e 6 como não paliativos. O Dr. João Paulo informou que tem orientado continuamente a equipe médica quanto ao preenchimento correto dos prontuários e ao encaminhamento adequado dos</p>				

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção



FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE					
	ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01
					PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO	
Comissão de Revisão de Prontuários	Patrícia Castro	24/04/2025	11h00	11h30	
PAUTAS					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário rol de pertences;</li> <li>• Reformular questões Forms;</li> <li>• Documentação em Prontuários;</li> <li>• Plano de ação junto a recepção.</li> </ul>					
PARTICIPANTES					
• Dr. André Gasparoto (Médico Diarista)					
• Dr. André Panont (Coordenador Médico)					
• Juliana Santos (Fisioterapeuta RT)					
• Elisa Bontempi (Enfermeira Auditora)					
• Raquel Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem)					
• Patrícia Castro (Assistente de Faturamento)					
• Michael Wodzick (Encarregado Administrativo)					
• Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira de Gestão de Altas)					
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO					
<p>Michael deu início a reunião compartilhando uma iniciativa desenvolvida junto a recepção. Foi realizado um treinamento e criada uma ferramenta no Forms para a passagem de plantão, com o objetivo de reduzir a recorrência de prontuários com documentação incompleta ou com erros.</p> <p>Em seguida, Raquel levantou a necessidade de revisar alguns pontos do Forms na aba da enfermagem, especialmente os itens 26 (administração) e 28 (procedimentos). Ela destacou que esses campos precisam ser mais específicos, para que todos os profissionais possam preencher com clareza e seguindo a mesma lógica.</p> <p>Dr. Gasparoto complementou o tema, reforçando a ideia de que seria melhor detalhar os procedimentos invasivos. Como exemplo os que envolvem práticas de assepsia.</p> <p>Shirley trouxe para discussão a questão do rol de pertences dos pacientes. Durante uma análise, ela encontrou formulários preenchidos apenas com o nome do paciente, sem informações sobre a existência ou não de pertences. Sugeriu que seja alinhado com a equipe de enfermagem se o</p>					

Anexo do Procedimento PG.SGQ.003 Análise crítica pela direção