

JULHO/2025



INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 – SMS.G/ALM

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **julho 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 e 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

Ana Patrícia Barreto Palma – Gerente Administrativo

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica

Gabriela Nunes Dos Santos – Coordenação de Enfermagem

Eliane Fernandes Ribeiro – 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

Bárbara Cristina Silvério Marciano – 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	22
3.1. RECURSOS HUMANOS.....	22
3.1.1. Recursos Humanos.....	26
3.1.2. Departamento Pessoal.....	29
3.1.3. Medicina Ocupacional	32
3.1.4. Segurança Do Trabalho	35
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	40
3.2.1. Radiologia.....	40
3.2.2. Laboratório	45
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	47
3.3.1. Nutrição.....	55
3.3.2. Fisioterapia.....	60
3.3.3. Serviço Social.....	67
3.3.4. Psicologia	75
3.3.5. Fonoaudiologia.....	83
3.3.6. Terapia Ocupacional	88
3.3.7. Terapias Alternativas	90
3.3.8. Estomaterapia	93
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	95
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	95
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	103
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	107
3.4.4. Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	109

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP	113
3.5. SUPRIMENTOS	117
3.5.1. Farmácia	118
3.6. Compras	121
3.7. INFRAESTRUTURA	123
3.7.1. Engenharia Clínica	123
3.7.2. Manutenção Predial	127
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	129
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	132
3.9.1. Qualidade	132
3.9.2. Faturamento	136
3.9.3. Prestação De Contas	138
3.9.4. Financeiro	141
3.9.5. Patrimônio	142
3.9.6. Contratos	147
3.9.7. Hotelaria.....	149
3.9.8. Recepção	154
3.9.9. Portaria.....	155
3.9.10. Jurídico	157
3.9.11. Ouvidoria	159
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	163
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	164
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	164
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	166
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	168
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos	168
5.3.2. Hemodiálise	170
5.3.3. Hemocomponentes	170
6. COMISSÕES	172
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	173

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
9. ANEXOS.....	184

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero	21
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	25
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	27
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	30
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional.....	32
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	35
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)	40
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	41
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor)	41
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	42
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	42
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	43
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	45
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	48
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	49
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	49
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	50
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados) ..	51
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	51
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	56

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	56
Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	57
Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi).....	57
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	57
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)	58
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	62
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	62
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	63
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	63
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	64
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria).....	64
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	67
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	68
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	69
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	70
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	70
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	71
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	76
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	76
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	77
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	78
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	78
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	79
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	84
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	88

Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	91
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia.....	93
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	95
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	96
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	97
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	98
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados).....	99
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ...	100
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	103
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	103
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	104
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	104
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	105
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	105
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	107
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	110
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	114
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP.....	114
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	118
Tabela 68 – Indicadores de Compras	121
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	124
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	127
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	130
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	132

Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	136
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas.....	138
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	141
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio.....	143
Tabela 77 – Indicadores do Contratos	147
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia	149
Tabela 79 – Indicadores de Higienização	152
Tabela 80 – Indicadores de Recepção.....	154
Tabela 81 – Indicadores de Portaria	155
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	157
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	159
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	159
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	164
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos.....	166
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	168
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	170
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	171
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	172

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos	19
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos no mês de Julho/2025.....	20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero.....	22
Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas	22
Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem	27
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	28
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	28
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	29
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	29

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	30
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	31
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem	31
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias.....	32
Gráfico 15 – Taxa de Exames	33
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	34
Gráfico 17 – Relação de atestados	34
Gráfico 18 – Relação de afastados	34
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)	35
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	37
Gráfico 21 – Taxa de inspeções.....	37
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	38
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos.....	38
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	39
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	39
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	39
Gráfico 27 – Relação de acidentes	40
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames	43
(Geral Hospitalar)	43
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)	44
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)	44
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar).....	44
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta.....	46
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	46
Gráfico 34 –Total geral de resultados críticos	46
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)	47
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo.....	47
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	52
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar).....	52
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	53

Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar).....	53
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar).....	54
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar).....	54
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar).....	54
Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar) ...	55
Gráfico 45 – Número de Atendimentos	59
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	59
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	59
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	60
Gráfico 49 – Índice de IMC.....	60
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	65
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	66
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica.....	66
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	66
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	73
Gráfico 55 – índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	73
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	73
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito.....	74
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento	74
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento	74
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais	75
Gráfico 61 – Índice de intervenções	81
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	81
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica	82
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	82
Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos	82
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	83

Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias	83
Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	86
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	86
Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração ...	86
Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações	87
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala	87
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	87
Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O	89
Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia	89
Gráfico 76 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	91
Gráfico 77 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar ...	92
Gráfico 78 – Número de Ozonioterapia.....	92
Gráfico 79 – Consumo de cilindro o ²	92
Gráfico 80 – Taxa de lesão por pressão	94
Gráfico 81 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	94
Gráfico 82 – Número total de lesões	95
Gráfico 83 – Taxa de não conformidades	101
Gráfico 84 – Número de não conformidades.....	101
Gráfico 85 – Taxa de abertura de protocolo de Londres e taxa de incidente com dano	102
Gráfico 86 – Classificação de Não Conformidades	102
Gráfico 87 – Meta Acometida de Não Conformidades	102
Gráfico 88 – Número de visitas técnicas	103
Gráfico 89 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	106
Gráfico 90 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	106
Gráfico 91 - Densidade Incidência	106
Gráfico 92 – Número de notificações realizadas.....	108
Gráfico 93 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	108
Gráfico 94 – Taxa de teste positivo para COVID.....	108

Gráfico 95 – Número de casos de tuberculose	109
Gráfico 96 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	109
Gráfico 97 – Análise das Fichas CROSS	111
Gráfico 98 – Número de Pacientes Admitidos.....	112
Gráfico 99 – Serviço de Remoções.....	112
Gráfico 100 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias).....	112
Gráfico 101 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos.....	113
Gráfico 102 – Número de atendimentos e readmissões	113
Gráfico 103 – Taxa de treinamentos	116
Gráfico 104 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	116
Gráfico 105 – Homem hora	116
Gráfico 106 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos... 119	
Gráfico 107 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	120
Gráfico 108 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	120
Gráfico 109 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica	120
Gráfico 110 – Lançamentos de cotações	122
Gráfico 111 - Total de ordens de compras geradas	122
Gráfico 112 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	122
Gráfico 113 – Número de compras emergencial	123
Gráfico 114 – Taxa de ordem de serviços finalizados.....	125
Gráfico 115 – Tempo médio de atendimento de chamado.....	125
Gráfico 116 – Reincidência de manutenção corretiva	126
Gráfico 117 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	126
Gráfico 118 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega	126
Gráfico 119 – Taxa de inspeção e manutenção	127
Gráfico 120 – Taxa de ordem de serviços finalizados.....	128
Gráfico 121 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)	128

Gráfico 122 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.....	129
Gráfico 123 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	129
Gráfico 124 – Quantidade de chamados.....	130
Gráfico 125 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	131
Gráfico 126 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras.....	131
Gráfico 127 – Chamados abertos x chamados fechados.....	131
Gráfico 128 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	134
Gráfico 129 – Comissões	134
Gráfico 130 – Número de documentos retroativos	134
Gráfico 131 – Número de treinamentos e orientações	135
Gráfico 132 – Documentos.....	135
Gráfico 133 – Visitas, auditorias internas e externas	135
Gráfico 134 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	136
Gráfico 135 – Total de AIH Faturadas x Parciais	137
Gráfico 136 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados	137
Gráfico 137 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	139
Gráfico 138 – Número de auditorias externas.....	139
Gráfico 139 – Taxa de retenções e não conformidades.....	139
Gráfico 140 – Índice de orçado x realizado	140
Gráfico 141 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	140
Gráfico 142 – Número apontamentos na prestação de contas	140
Gráfico 143 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas	141
Gráfico 145 – Número de Notas de Produtos/Mês.....	142
Gráfico 146 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	144
Gráfico 147 – Ordem de serviços para corretivas	144
Gráfico 148 – Ordem de serviços de movimentações.....	145
Gráfico 149 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	145
Gráfico 150 – Taxa de ordem de serviços.....	145
Gráfico 151 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	146

Gráfico 152 – Taxa de tombamento e itens locados	146
Gráfico 153 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	146
Gráfico 154 - Índice de exatidão nos serviços prestados	148
Gráfico 155 – Número de aditivos	148
Gráfico 156 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	148
Gráfico 157 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	150
Gráfico 158 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	150
Gráfico 159 – Taxa De Expresso Solicitados	150
Gráfico 160 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	151
Gráfico 161 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	151
Gráfico 162 – Índice de evasão e reposição	152
Gráfico 163 – Enxoval Dispensado	152
Gráfico 164 – Índices de higienização.....	153
Gráfico 165 – índice de satisfação com a limpeza	153
Gráfico 166 – Terminais	153
Gráfico 167 – Taxa de satisfação com a Recepção	154
Gráfico 168 – Número de visitantes e acompanhantes.....	154
Gráfico 169 – Número de requerimentos de solicitações de documentos	155
Gráfico 170 – Taxa de satisfação de portaria.....	156
Gráfico 171 – Número de ocorrências de segurança	156
Gráfico 172 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	156
Gráfico 173 – Cumprimento de prazos legais	158
Gráfico 174 – Notificações de fornecedores	158
Gráfico 175 – Produção Jurídico em Fevereiro/2025	158
Gráfico 176 – Taxa de resoluções.....	160
Gráfico 177 – Taxa de reincidência.....	160
Gráfico 178 – Taxa de devolutivas	161
Gráfico 179 – Tempo médio de resposta	161
Gráfico 180 – Total de manifestações recebidas	161
Gráfico 181 – Tipos de manifestações externas	162

Gráfico 182 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	162
Gráfico 183 – Total de pesquisas internas	162
Gráfico 184 – Total de manifestações internas	163
Gráfico 185 – Taxa de ocupação	165
Gráfico 186 – Índice de queda	165
Gráfico 187 – Índice de Lesão por Pressão	165
Gráfico 188 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	166
Gráfico 189 – Taxa de Apresentação de AIH	166
Gráfico 190 – Número paciente e leito dia	167
Gráfico 191 – Número de quedas e lesões por pressão	167
Gráfico 192 – Devolutivas de ouvidoria.....	167
Gráfico 193 – Número de AIH's.....	168
Gráfico 194 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	169
Gráfico 195 - Produção De Resíduos.....	169
Gráfico 196 - Hemodiálises	170
Gráfico 197 - Hemocomponentes.....	171
Gráfico 198 – Bolsas transfundidas.....	171

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 Benéficas 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.

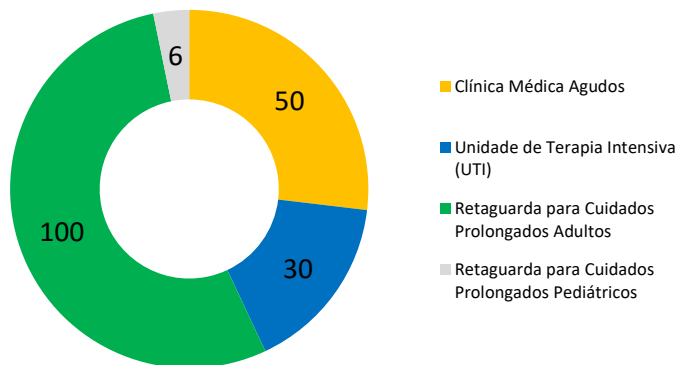
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

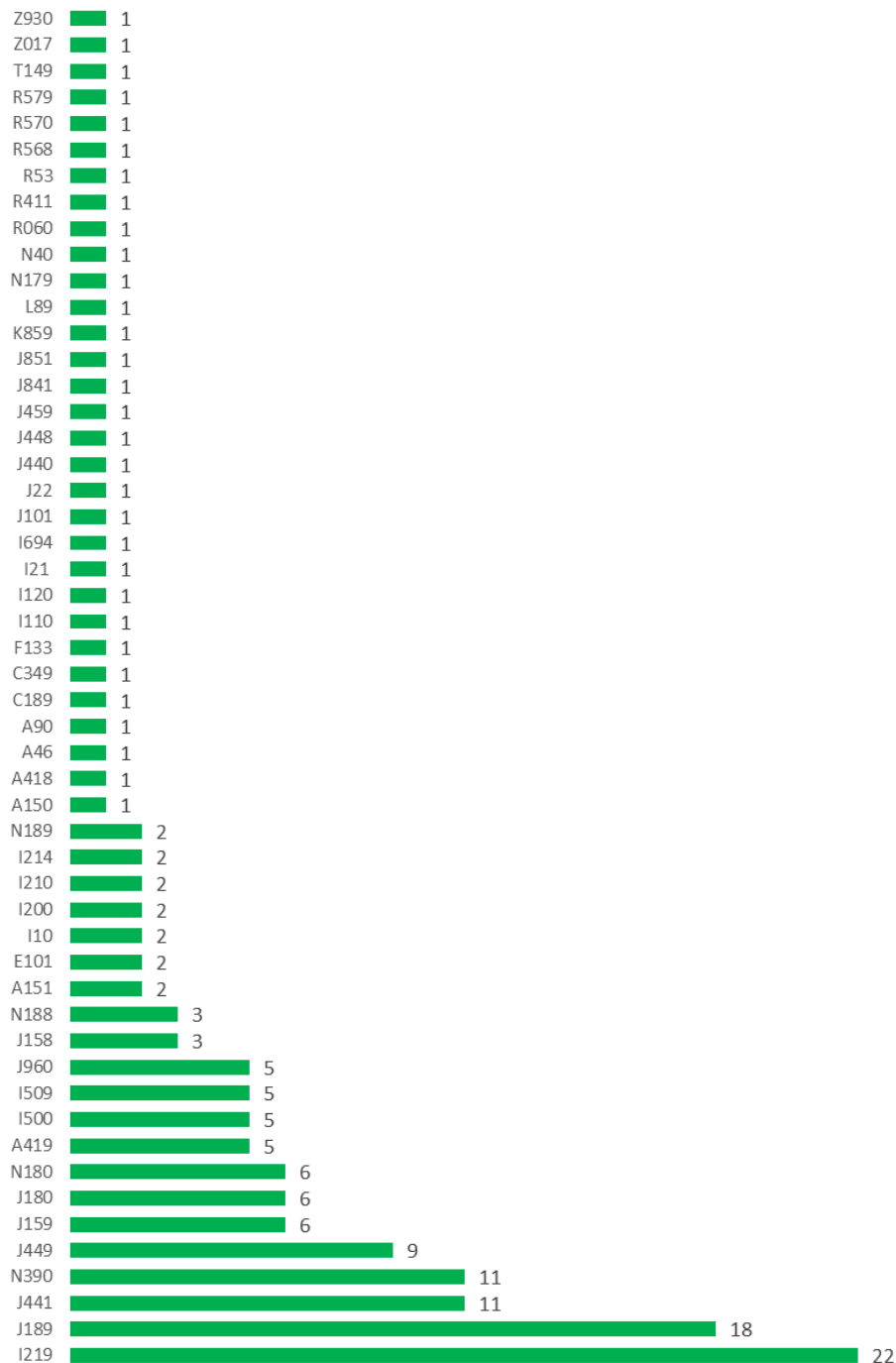


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

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 Infecciosas: 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 no mês de Julho/2025



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

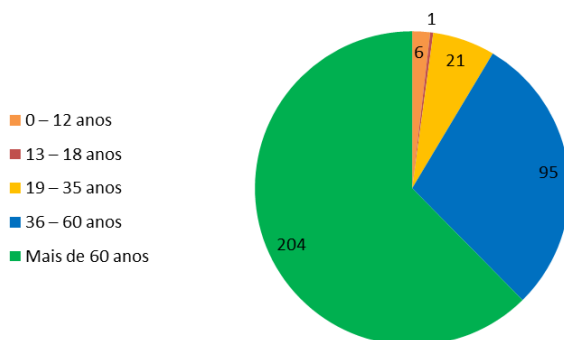
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
0 – 12 anos	8	6	6	6	6	6	6
13 – 18 anos	0	0	1	2	2	1	1
19 – 35 anos	21	12	20	17	18	17	21
36 – 60 anos	94	89	99	94	104	92	95
Mais de 60 anos	205	184	186	206	192	183	204

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária



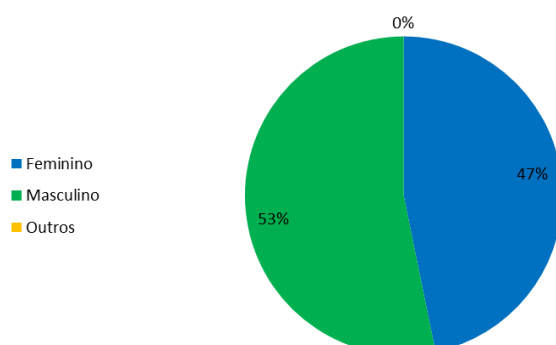
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Feminino	143	130	126	181	144	139	153
Masculino	185	161	185	143	177	159	174
Outros	0	0	1	1	1	1	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



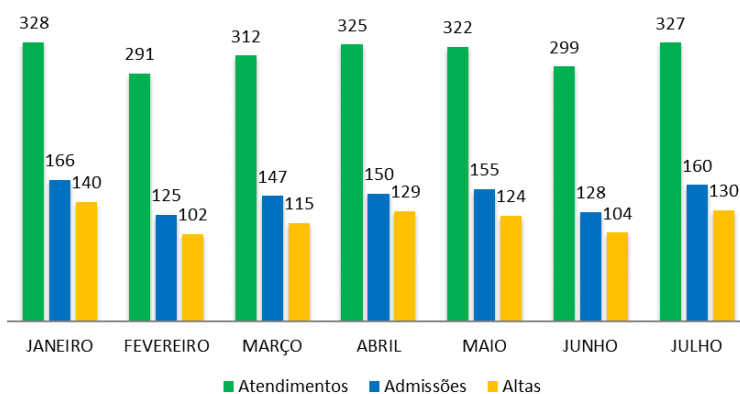
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Atendimentos	328	291	312	325	322	299	327
Admissões	166	125	147	150	155	128	160
Altas	140	102	115	129	124	104	130

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	7
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	1
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	7
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	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	14
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	14
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR FARMACIA	28
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	100
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	3
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	9
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	65
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	10
PSICOLOGO HOSPITALAR	5
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	3
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMATICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1

TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	3
TECNICO ENFERMAGEM	284
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
Total Geral	666
FUNÇÃO	QTD COLABORADORES

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

Tabela 05 – Serviços Médicos

ESPECIALIDADES	TOTAL
CIRURGIA GERAL	1
CLÍNICO GERAL	70
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	82

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	6
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	82
MOTORISTA	7
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
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
TOTAL GERAL	277

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.

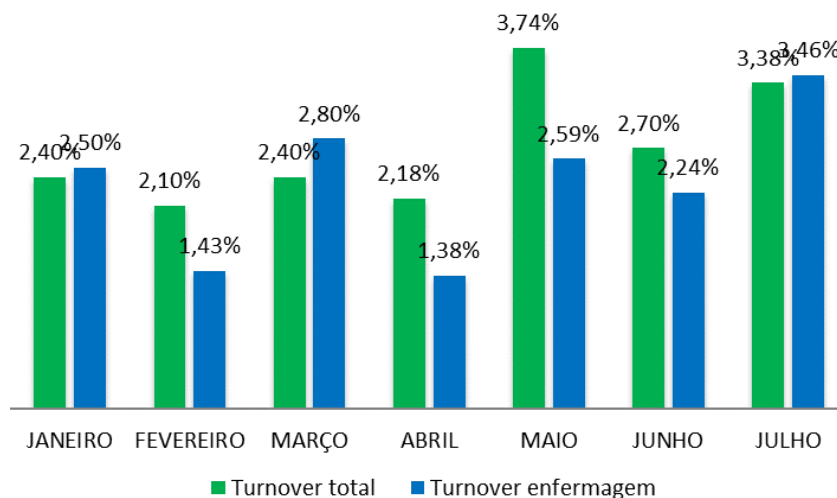
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Turnover total	<5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%	3,38%
Turnover enfermagem	<5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%	3,46%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13	24
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681	666	666
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7	8
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16	13
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23	21
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6	17
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12	11

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

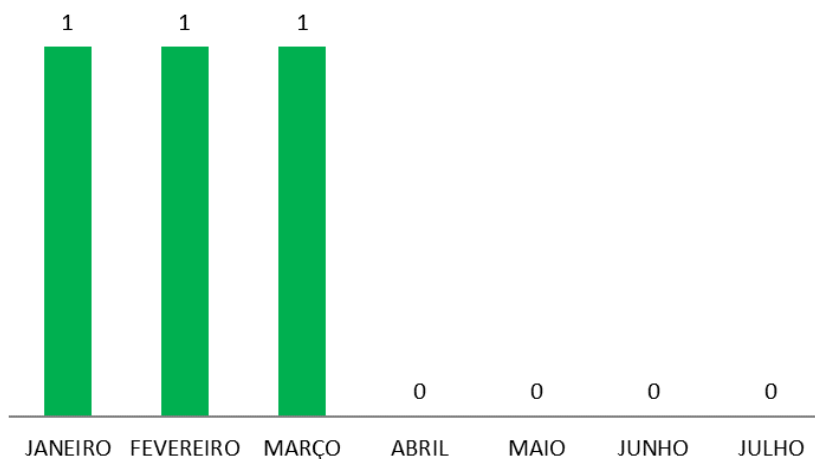
*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



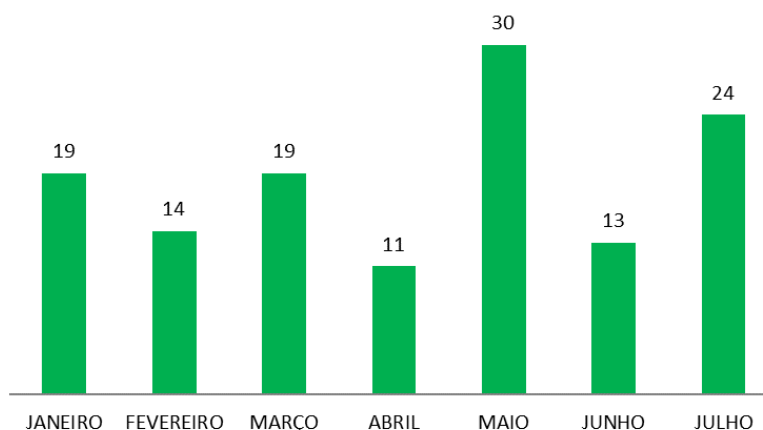
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



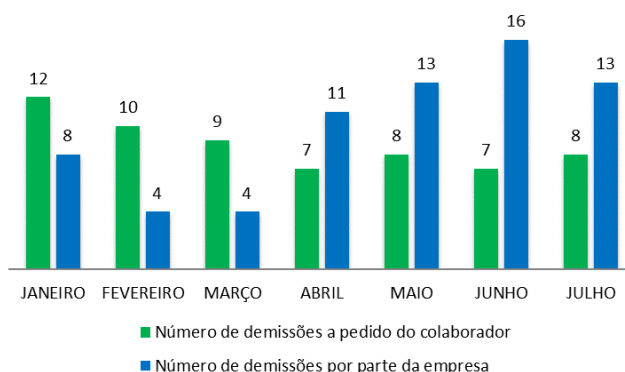
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



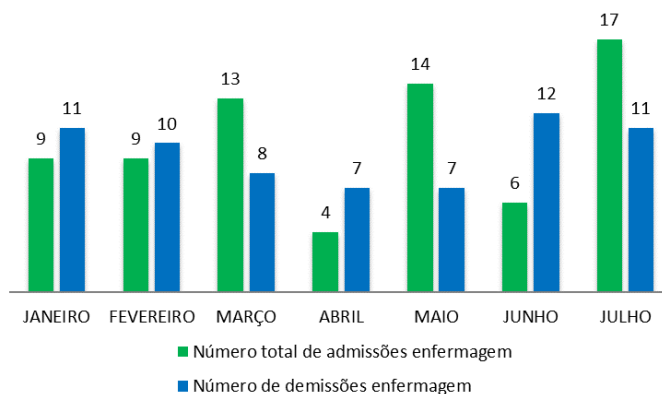
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

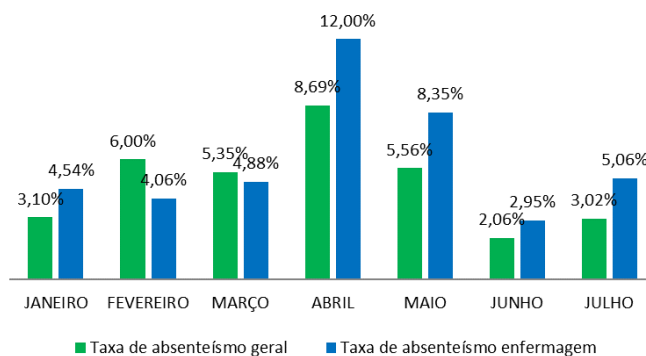
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de absenteísmo geral	Quanto menor, melhor	3,10%	6%	5,35%	8,69%	5,56%	2,06%	3,02%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Quanto menor, melhor	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%	8,35%	2,95%	5,06%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%	92,29%	97,13%	95,18%
Número de horas trabalhadas enfermagem	51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h	51.564h	55.789h	54.984h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42	52

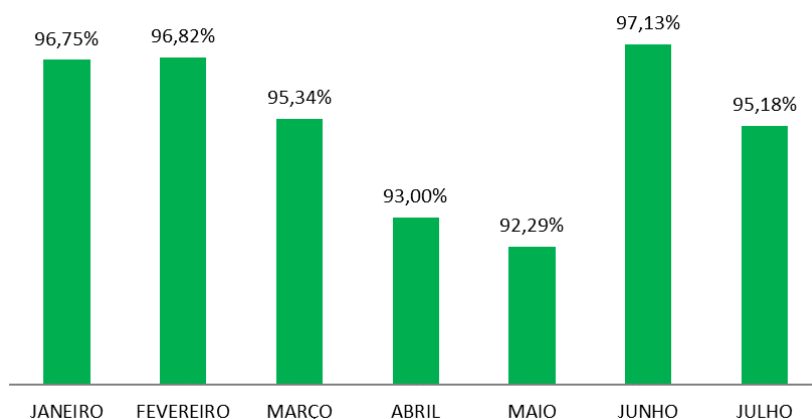
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



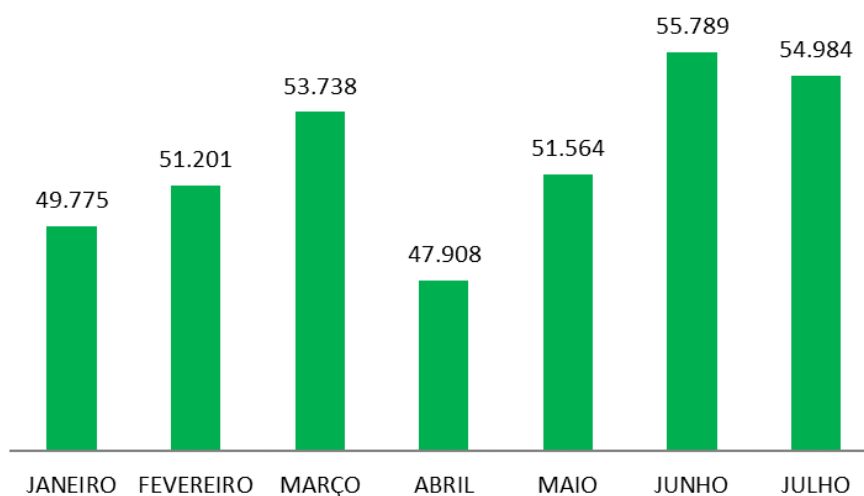
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



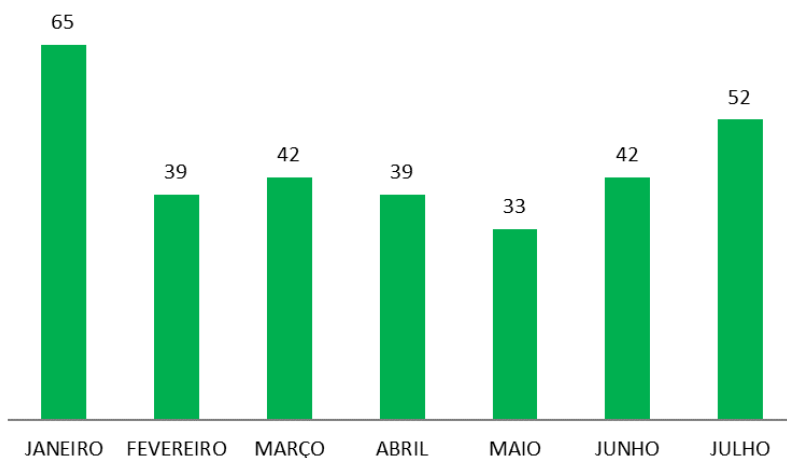
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

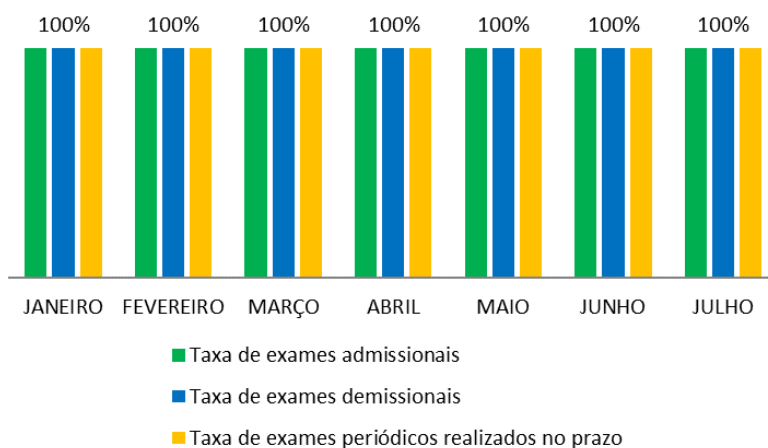
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames periódicos realizados no prazo	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Número de atestados no mês	0	223	270	304	302	266	280	287
Número de afastados (inss)	0	31	24	21	24	31	19	23
Número de afastados (gestantes)	0	13	5	15	16	17	12	18
Número de afastados (licença a maternidade)	0	8	9	8	10	8	8	8
Número de atestados por síndrome gripal	0	22	51	55	58	52	48	61
Número de dias perdidos	0	516	666	755	764	582	580	663

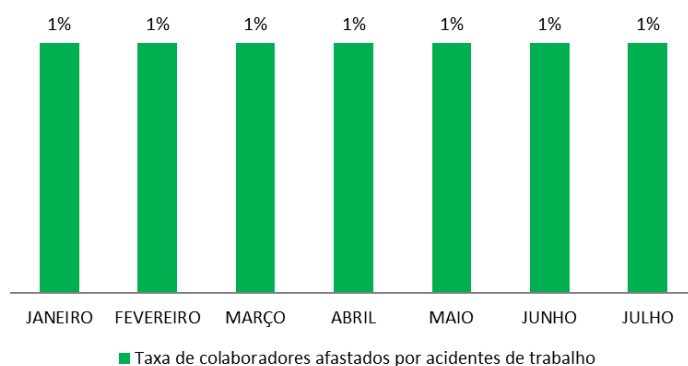
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



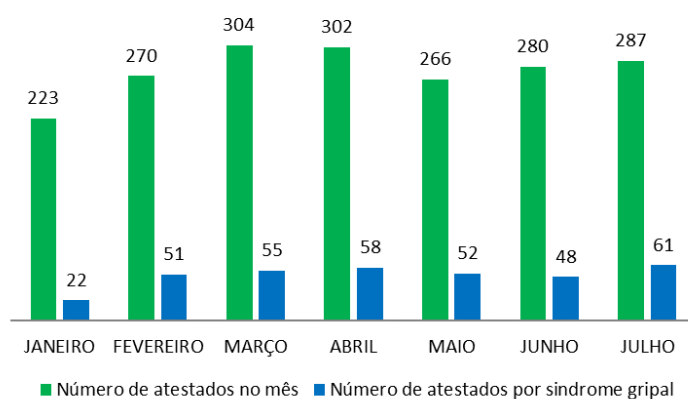
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



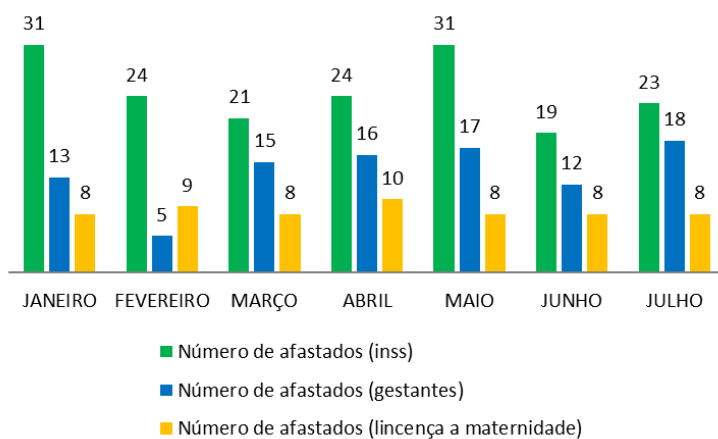
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



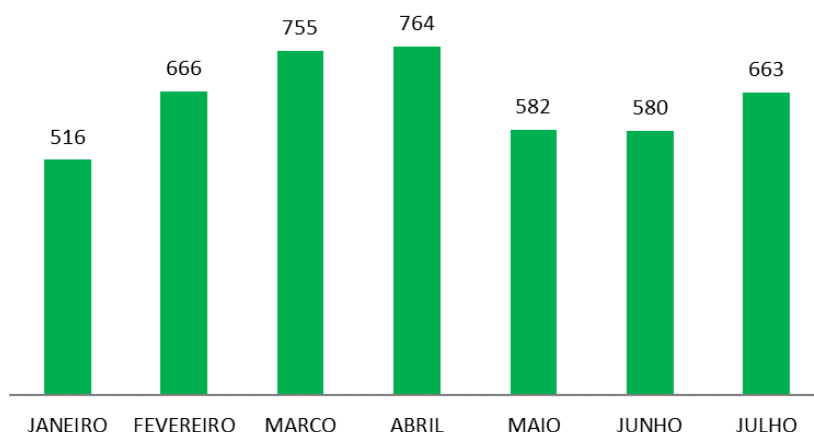
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	25%

Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%	25%
Taxa de inspeções	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0.15%	0.29%	0,29%	0,15%	0,00%	0,59%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73	289
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39	27
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272	709
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20	10
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105	229
Número total de acidentes	0	1	1	2	2	1	1	4
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

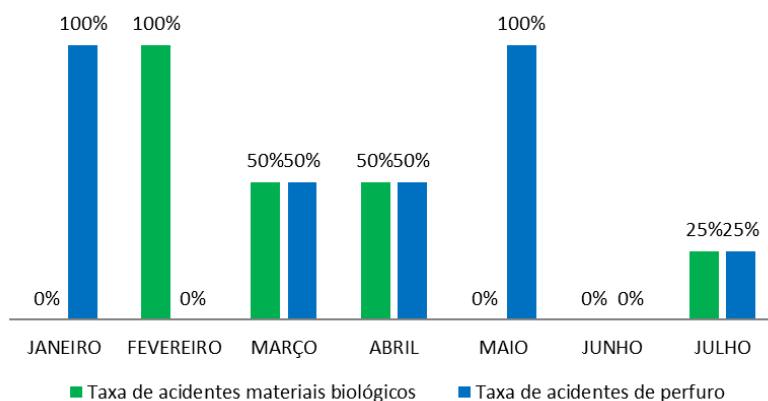
No mês de julho, foram registrados quatro acidentes de trabalho. O primeiro envolveu risco biológico, quando uma colaboradora foi mordida por um paciente. O segundo foi um acidente com perfurocortante, ocorrido durante a administração de medicação, em que o paciente, por estar agitado, movimentou-se bruscamente, ocasionando o incidente. Os outros dois casos foram quedas, sem maiores complicações relatadas.

Como plano de ação, foram adotadas medidas corretivas imediatas para os colaboradores envolvidos, além da realização de orientações e reforço na conscientização sobre as boas práticas previstas na NR-32, que trata da

segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, com ênfase na prevenção de acidentes com material biológico.

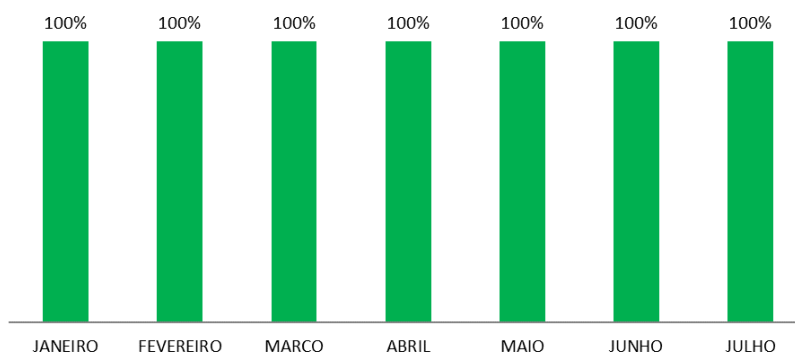
O aumento dos indicadores reflete a retomada do quadro completo do SESMT, evidenciando a eficácia de suas ações no fortalecimento do diálogo de segurança ao longo do mês de julho. Destaca-se, ainda, a realização da SIPAT 2025, com a participação ativa dos membros da CIPA, cujas iniciativas contribuíram significativamente para a promoção da cultura de prevenção e conscientização no ambiente de trabalho.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



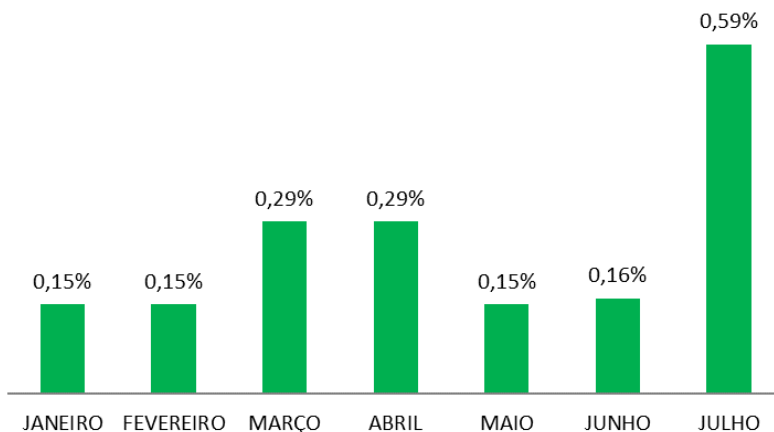
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



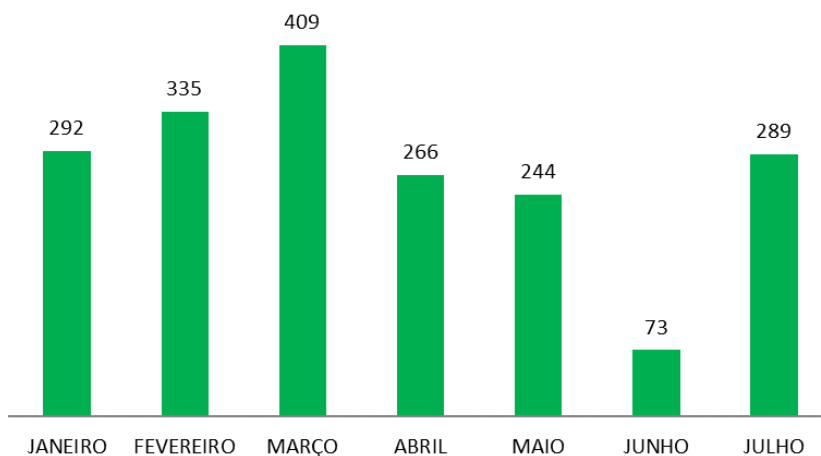
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



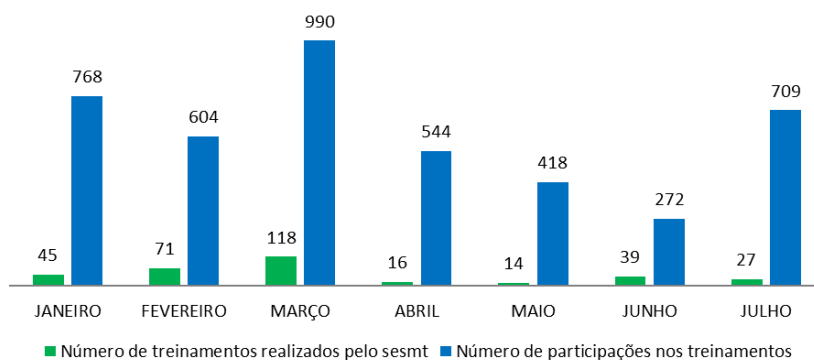
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



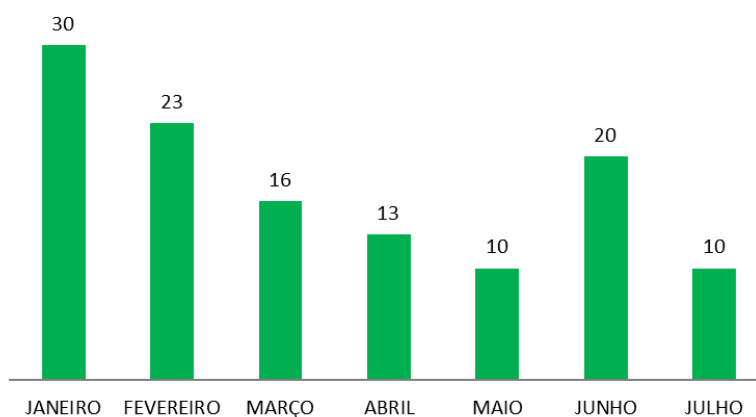
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



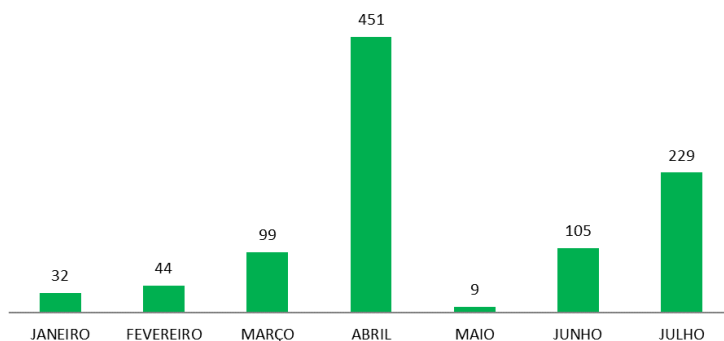
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



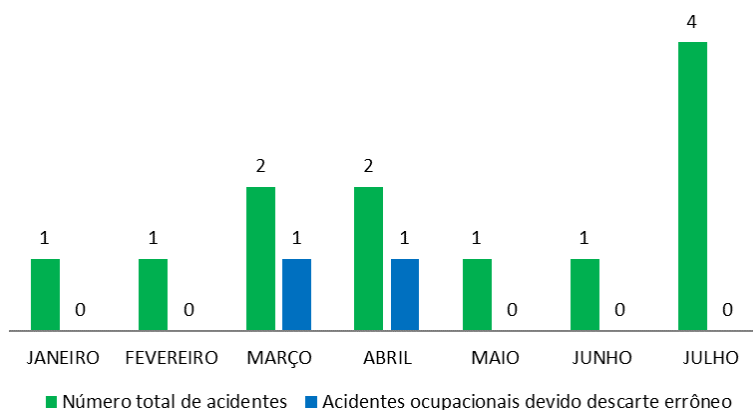
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%	0,70%	1,32%	0,50%	0,97%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%	14%
Número de exames	neutro	327	334	333	428	379	378	414

Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2	4
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49	57

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0%	0%	0,62%	0%	0%	1,27%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%	13%	9%	15%
Número de exames	neutro	109	114	87	161	128	113	157
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1	0	0	2
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10	23

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%	7%
Número de exames	neutro	101	108	112	111	120	136	138
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2	0

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21	10
----------------------------	----------------------	---	----	----	----	----	----	----

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

Houveram correções retroativas do indicador Taxa de falas de exames (qualidade de imagem).

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	2%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%	5%	6%	15%
Número de exames	neutro	64	47	67	64	57	48	53
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1	0	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2	3	3	8

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

Houveram correções retroativas do indicador Taxa de falas de exames (qualidade de imagem).

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4,00%	0,00%	0,00%	4,76%	0,00%	1,69%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%	24%
Número de exames	neutro	41	50	50	80	63	64	59
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13	14

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

Houveram correções retroativas do indicador Taxa de falas de exames (qualidade de imagem).

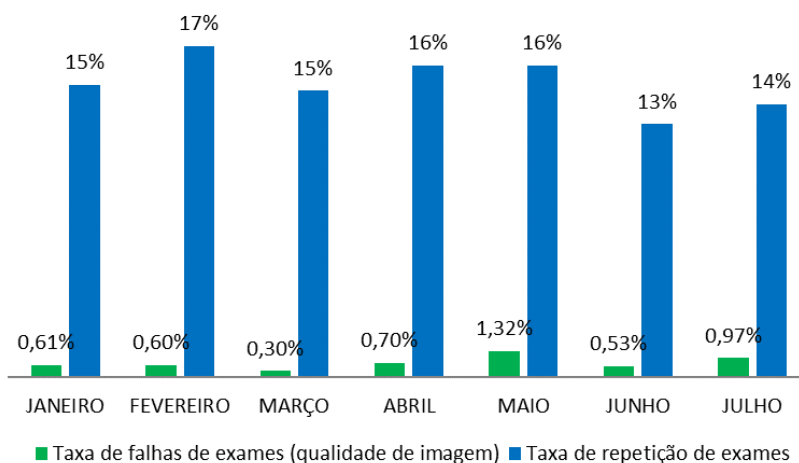
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%	35%	0%	0%	12%	29%
Número de exames	neutro	12	15	17	12	11	17	7
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5	6	0	0	2	2

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

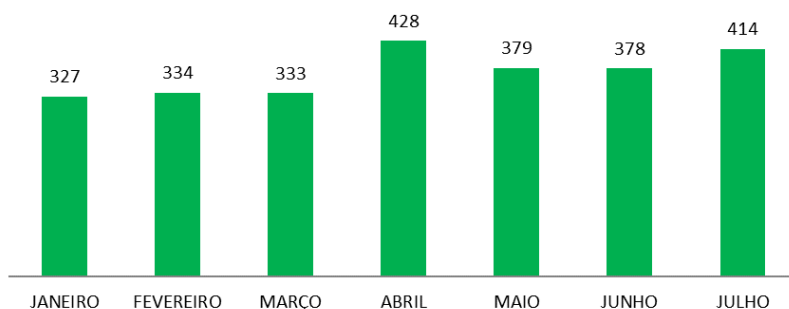
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames

(Geral Hospitalar)



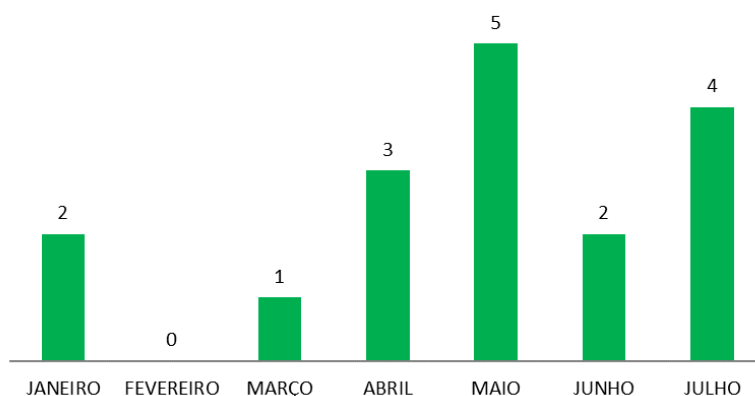
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



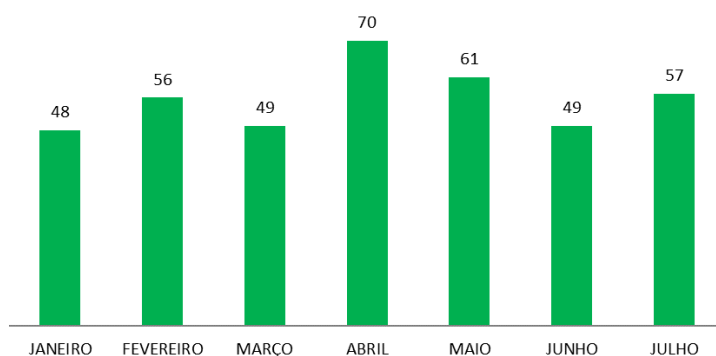
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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.

ANALISE CRÍTICA RADIOLOGIA

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6%	5%	5,61%	4%	4%	3%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Eficiência na emissão de relatórios (tat)	> 90%	99,43%	99,66%	99,57%	99,67%	99,72%	99,72%	99,89%
Número de exames realizados	neutro	12.166	11.030	12.065	13.296	12.223	12.324	12.421
Número de exames realizados na unidade	neutro	10.413	9.374	10.348	11.946	10.713	10.318	11.113

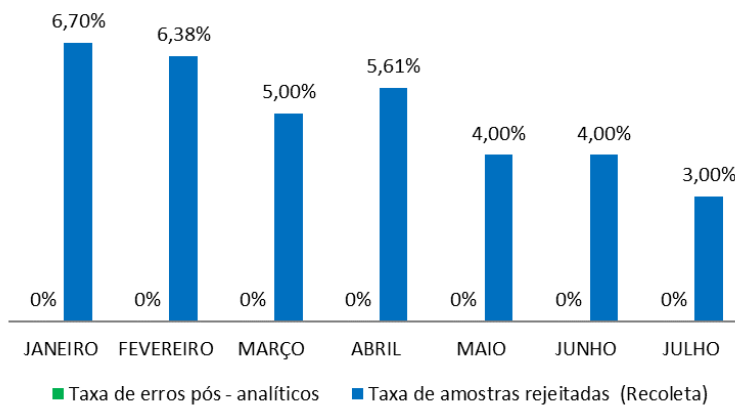
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

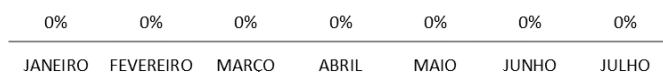
Após a delimitação da equipe responsável pela coleta e o acompanhamento contínuo, observou-se melhora significativa na qualidade das amostras coletadas pelos auxiliares de enfermagem. As coletas arteriais, realizadas por enfermeiros, ainda apresentam dificuldades, sendo mantidas em observação para ações, caso necessário.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



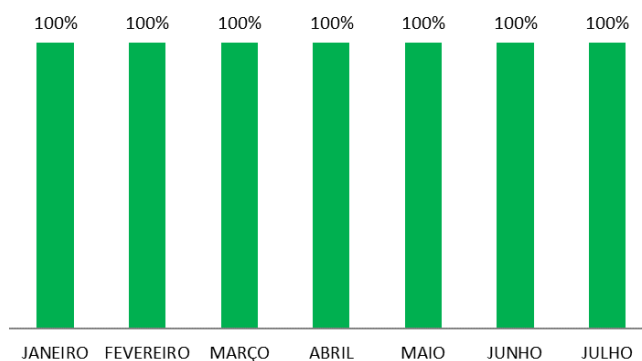
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



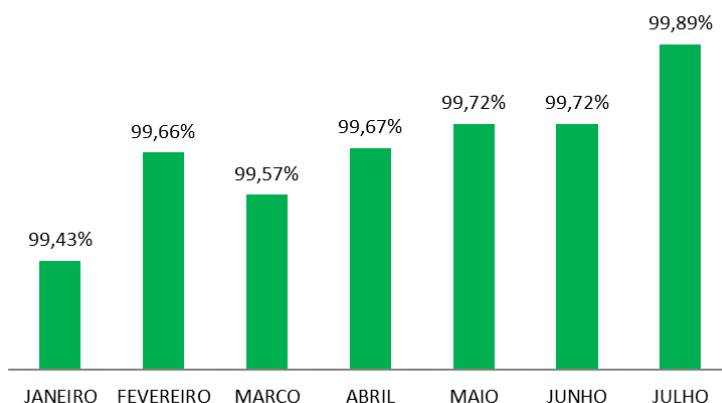
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



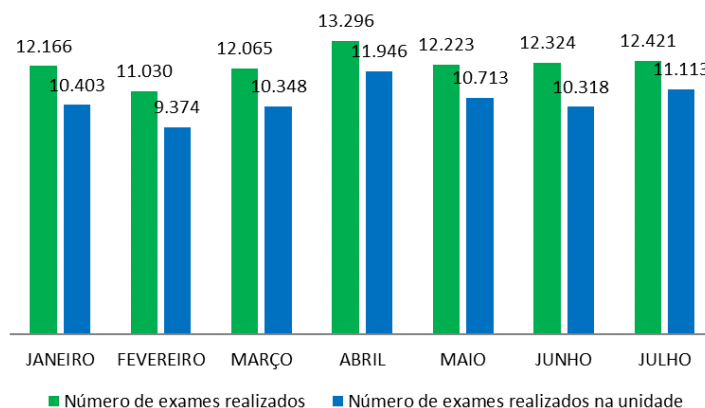
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%	0,36%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92	3,88
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97	33,66	38,21	33,36
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%	11,69%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%	1,88%	3,95%	3,00%	2,60%
Giro leito institucional	5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70	0,83
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520	5735
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131	154
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18	18
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0	2

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

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

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%	0,26%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21	1,07
Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61	9,06
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%	6,84%	7,19%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%	0%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34	3,06
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358	1386
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500	1550
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117	153
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8	11
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%	0,36%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52	3,01
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17	3,88
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%	4,35%	4,44%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%	2,31%	2,65%	3,33%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45	4,50

Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357	349
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600	620
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69	90
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1	0	0

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%	1,16%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16	2,80
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78	4,66	4,76
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%	2,44%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%	2,44%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10	4,40	4,10%
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205	195
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300	310
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44	41
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2	2	1
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	0	0	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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%	2,65%	0%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64	7,89	5,57	2,47
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71	159,05
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	33,33%	62,50%	40,00%	57,14%	44,44%	71,43%	10,53%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	11,11%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10	0,14	0,09	0,07	0,19
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931	3022
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970	3069
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7	19
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1	2
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0	0	0	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	466,50	496,50	527,50	527,5	588,50
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	100%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0	0	0	0

Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180	186	180	186
Número de leito dia	neutro	186	168	186	180	186	180	186
Número de saídas	Quanto maior, melhor	2	0	0	0	0	0	0
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	0	0	0	0	0	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0

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

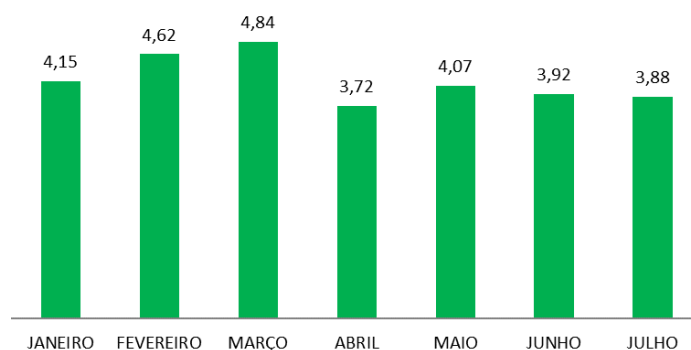
Observação: O setor apresenta um alto tempo de permanência devido ao atendimento a pacientes em cuidados prolongados, que não possuem giro de leito e nem intervalo de substituição.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



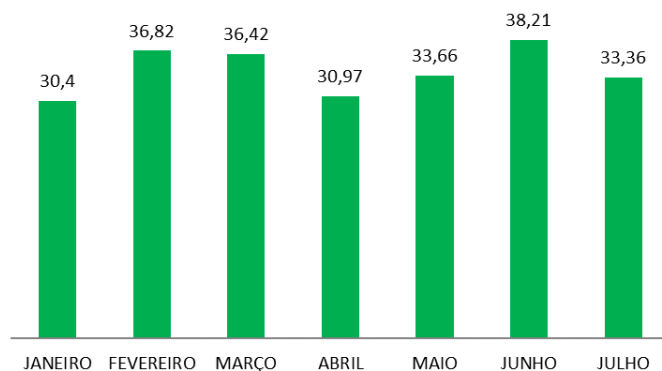
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



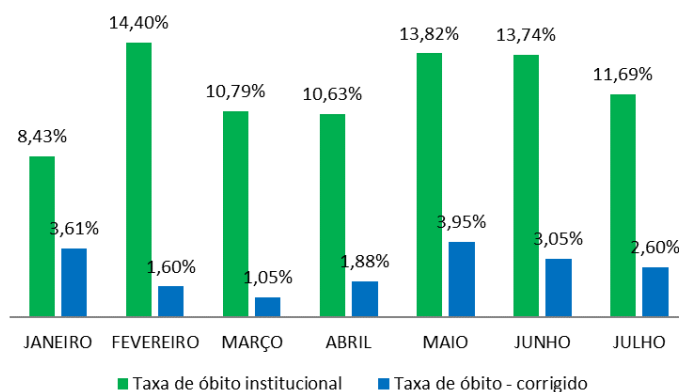
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

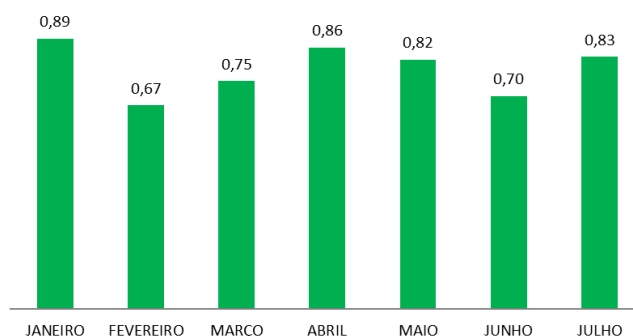
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

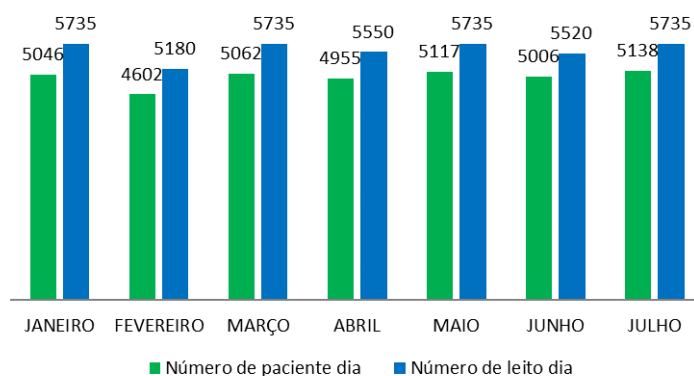
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



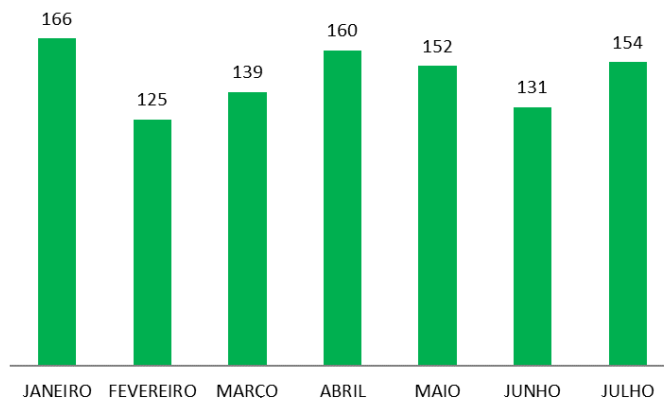
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



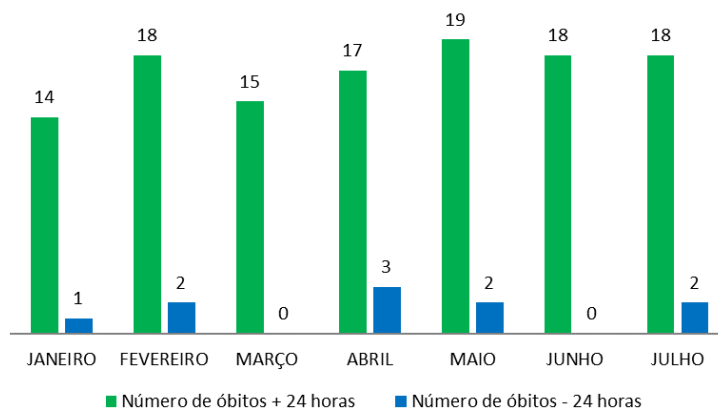
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%	95%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%	90%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361	3480
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125	152
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95	117
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378	23965
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013	1255
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482	11140
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%	31%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%	37%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%	9%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%	23%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732	7707
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%	36%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%	34%

Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%	12%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%	18%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	734	1477	1452	1463	1437
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%	22%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%	43%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%	21%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%	14%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	1674	1186	1019	863	966
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%	19%	38%	41%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%	34%	38%	32%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%	19%	9%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%	28%	15%	18%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140	13669
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%	30%

Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%	37%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%	6%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%	27%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

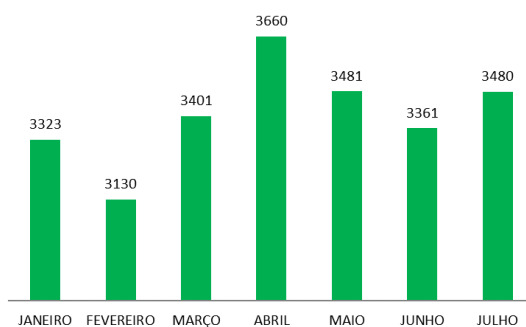
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180	186
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%	19%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%	60%
Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%	3%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%	18%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

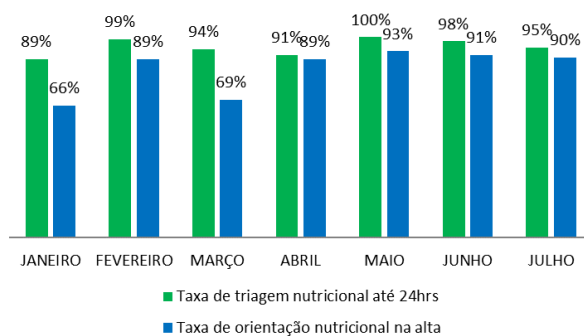
Não alcançamos a meta de orientação nutricional, por situações de alta de colaborador que precisou de atendimento na unidade, e pacientes que receberam alta e não estavam no KABAM, e assim a informação da alta não chega para a equipe em tempo hábil, e ao dirigir-se ao leito, o paciente já não se encontra. Não alcançamos a meta de obesidade geral devido ao perfil do paciente com mobilidade reduzida, impossibilitando o gasto energético, e as admissões de pacientes que já chegam na nossa unidade apresentando obesidade. Quanto à taxa de triagem nutricional, a justificativa de não bater a meta este mês pode ser atribuída a fatores como admissões noturnas seguidas de altas, óbitos, ou procedimentos externos realizados em menos de 24 horas após a admissão, esse mês houve muita admissão de colaboradores, para atendimento de urgência/acidente de trabalho (ex: com perfuro cortante), não sendo disponibilizado refeição/atendimento nutricional.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



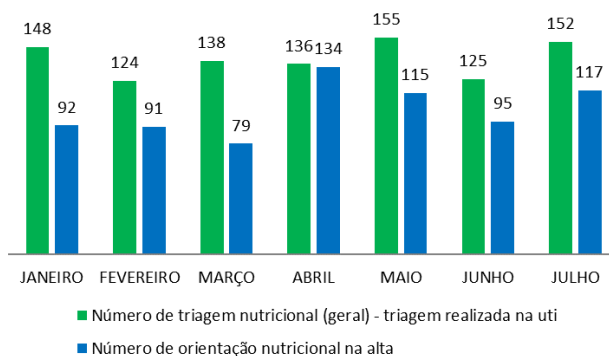
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



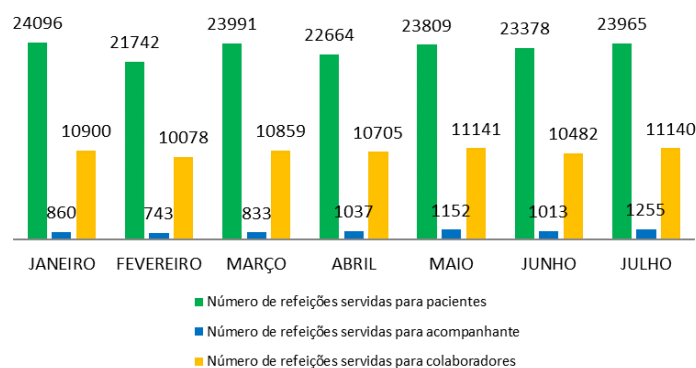
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



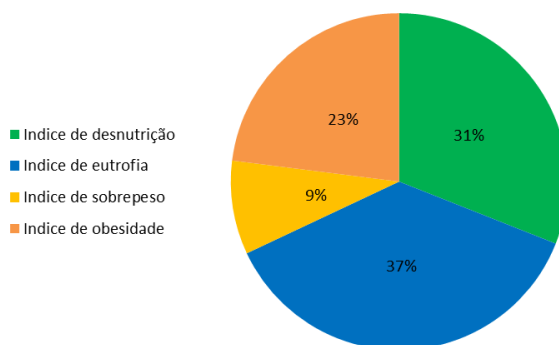
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC



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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	97%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%	95%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%	96%
Número de atendimentos	7000	23.926	22.580	24.374	21.714	23.784	21.259	22019
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14.864	13.742	14.873	13.311	14.626	13.040	13334
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9.062	8.838	9.501	8.260	9.158	8.219	8685
Número de intubações	M/R	3	5	3	7	5	7	8
Número de extubações	M/R	2	4	0	3	5	2	2
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	> 15%	16,53	14	9,64	16	11,29	16	18
Média de pacientes em cno2	> 15%	18,27	14,02	16,07	16	18,67	17,79	11,5
Média de pacientes nebulizados	> 5%	6,82	4,05	6,8	4,72	2,7	6,66	5,37
Média de pacientes em mn	> 2%	3	1,02	2	2,13	1	4	1,66

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	92%	96%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94%
Número de intubações	M/R	0	0	0	1	0	1	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,13	1	0	1,00	2,00	2,00	2,00
Média de pacientes em cno2	M/R	6,19	6,05	8,60	6,20	9,70	9,63	5,90
Média de pacientes nebulizados	M/R	1	0,00	1,00	1,03	1,00	1,26	1,13

Média de pacientes em mn	M/R	1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,66
--------------------------	-----	---	------	------	------	------	------	------

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	100%
Número de intubações	M/R	2	5	3	5	10	4	6
Número de extubações	M/R	1	4	0	3	5	0	1
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,19	2	1	3	3	2	3
Média de pacientes em cno2	M/R	2,4	2,07	1,6	2,12	2,64	2,68	1,58
Média de pacientes nebulizados	M/R	1	0	0	1	1	1,27	1,05
Média de pacientes em mn	M/R	1	1	1	1	1	1	0

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	84%	100%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1	1	1
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0	0

Média de pacientes traqueostomizados	M/R	0	0	1	1	1	1	2
Média de pacientes em cno2	M/R	1,78	2,01	1,50	2,19	2,58	1,48	1,28
Média de pacientes nebulizados	M/R	0	0	1	0	0	1	1
Média de pacientes em mnr	M/R	1	0	1	1	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0	0	0	
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes em cno2	M/R	8,76	5,00	10,00	6,00	4,00	6,00	6,00
Média de pacientes nebulizados	M/R	6,52	4,20	6,75	4,69	6,00	3,00	1,74
Média de pacientes em mnr	M/R	4,82	4,80	4,78	3,00	2,00	3,13	2,19

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de intubações	M/R	3	0	0	0	0	1	1
Número de extubações	M/R	2	0	0	0	0	1	1
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	5	5	5	5	5	5	5

Média de pacientes em cno2	M/R	0	1	0	1	1	1	1
Média de pacientes nebulizados	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes em mn	M/R	0	1	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

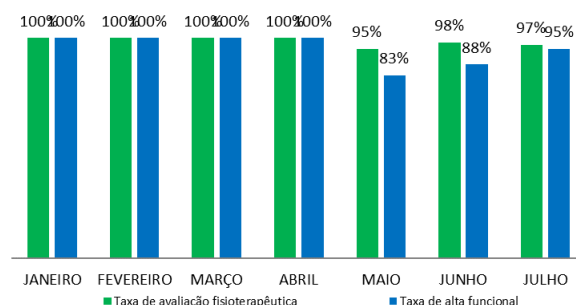
ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

No setor de Fisioterapia, o indicador de desempenho relacionado à Avaliação e Alta (Bem-te-vi - Alta) apresentou um resultado de 82%, abaixo da meta estabelecida de 100%. Essa discrepância revela um desempenho aquém do esperado no cumprimento das avaliações e altas programadas para os pacientes da unidade.

O principal problema identificado foi a falta de atenção dos colaboradores no cumprimento dos protocolos estabelecidos, o que pode impactar negativamente a qualidade do atendimento e a eficiência na alta dos pacientes. A consequência disso é uma possível desorganização no fluxo de trabalho e prejuízo à continuidade do cuidado.

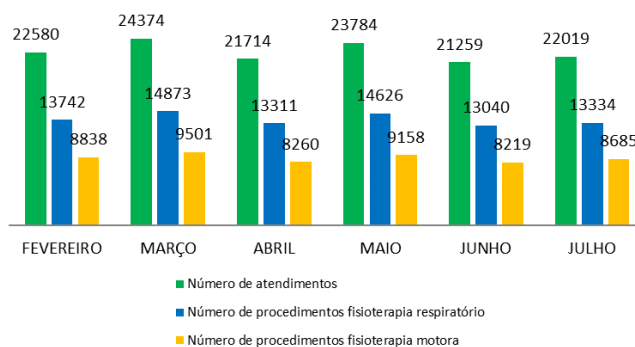
Como ação corretiva, foi proposta a reforço dos protocolos e a realização de treinamentos com a equipe, visando melhorar a aderência às diretrizes institucionais e aumentar a consciência sobre a importância da avaliação e alta no tempo adequado. A expectativa é que, com esse reforço, o desempenho volte a atingir os 100% propostos como meta, garantindo maior segurança e eficiência no atendimento fisioterapêutico.

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



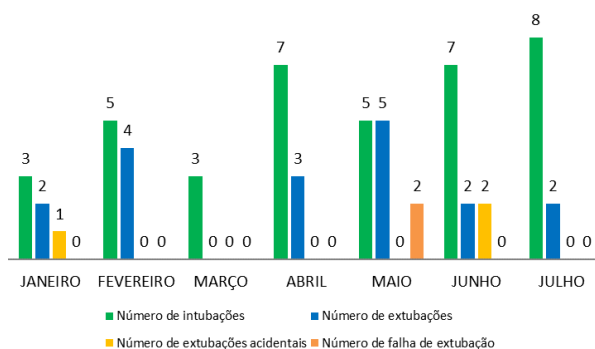
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



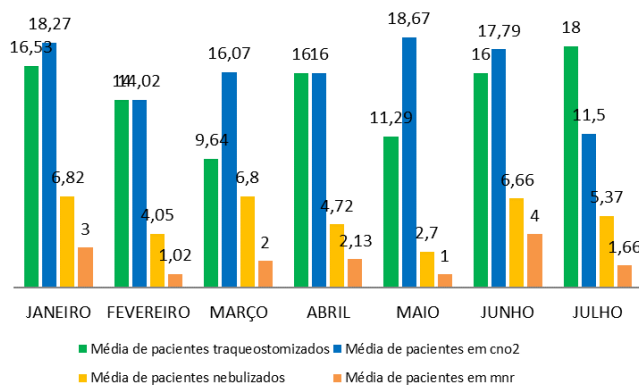
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52 – Ventilação Mecânica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas



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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%	94%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	1,25%

Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%	93%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de O2	M/R	3	11	8	4	7	9	4
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7	5
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60	28
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8	5
Taxa de evasão	<3%	1,20%	2,06%	0,00%	0%	0%	0,76%	1%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%	93%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1	2
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%	98%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0,83%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86 %	93%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%	0%	0%	0%	0%	0%

Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6	3
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3	3
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0	1
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0,83%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%	89%	82%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	1	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	94%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%	91%	86%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	1	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	1	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1	2	1	0
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%	0%	0%	3%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%	88%	90%

Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	0	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	0	0	0	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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	97%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	2	1
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0	1
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0	1	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0	2	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%	80%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	10%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0,10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1	1
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60	15
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2	3
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%	100%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	0	0	0	0	0	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0	0	0	1
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	1	2	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

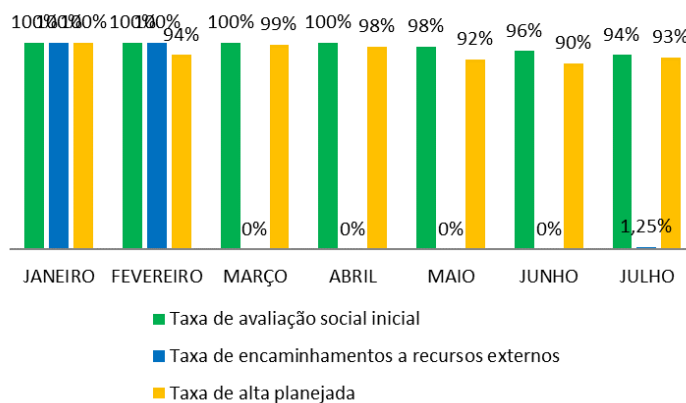
ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

O setor de Serviço Social apresentou desempenho abaixo das metas estabelecidas em dois de seus principais indicadores: Acolhimento de Óbito e Alta Planejada.

- Acolhimento de Óbito: A meta para este indicador é de 100%, porém o resultado obtido foi de 81%. O principal fator que contribuiu para essa não conformidade foi a ausência de profissional do Serviço Social durante o período noturno, o que compromete o acolhimento adequado das famílias em momentos de falecimento. Essa lacuna pode gerar impactos negativos tanto no suporte emocional oferecido quanto nos trâmites administrativos e legais relacionados ao óbito.
- Alta Planejada: A meta também era de 100%, com um resultado de 92%.
- A principal dificuldade identificada está nas saídas antecipadas dos pacientes, que ocorrem antes da finalização do processo de alta planejada com o Serviço Social. Esse problema compromete a articulação com a rede de apoio e pode resultar em descontinuidade do cuidado pós-alta. Como ação corretiva, foi proposto o reforço na monitoração das saídas, buscando antecipar possíveis altas não previstas e melhorar a comunicação entre as equipes multiprofissionais para garantir um encaminhamento mais estruturado dos pacientes.

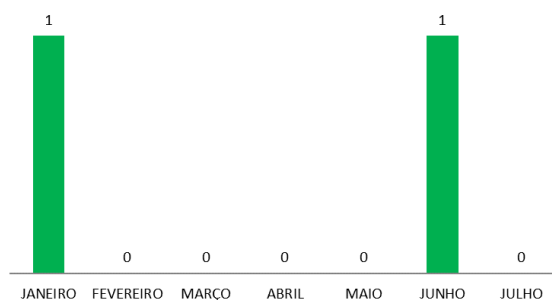
Ambos os indicadores refletem desafios operacionais e de cobertura assistencial que precisam ser enfrentados para garantir um Serviço Social mais resolutivo e presente. As ações propostas devem ser acompanhadas de perto e, no caso do acolhimento de óbito, é fundamental estabelecer uma medida prática e efetiva para cobrir os períodos atualmente descobertos.

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



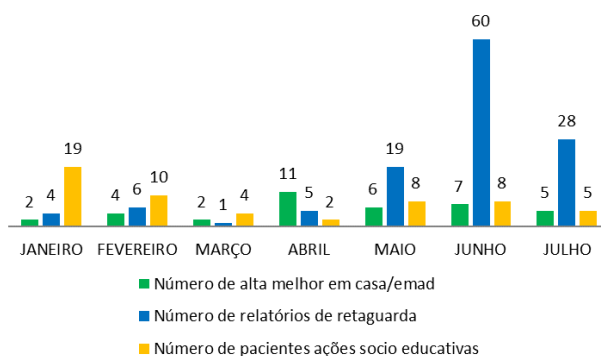
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



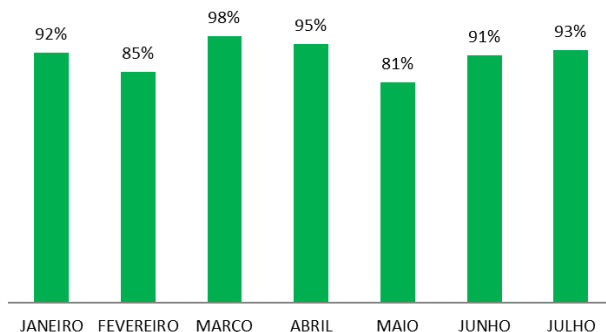
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



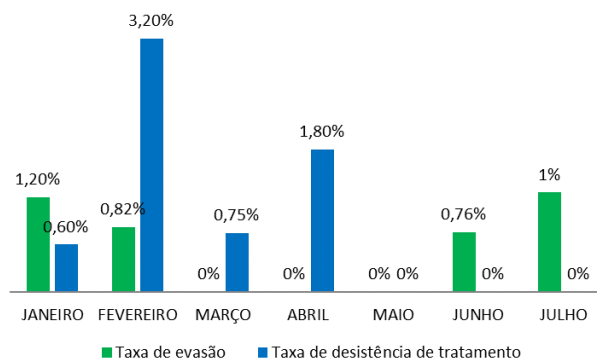
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito



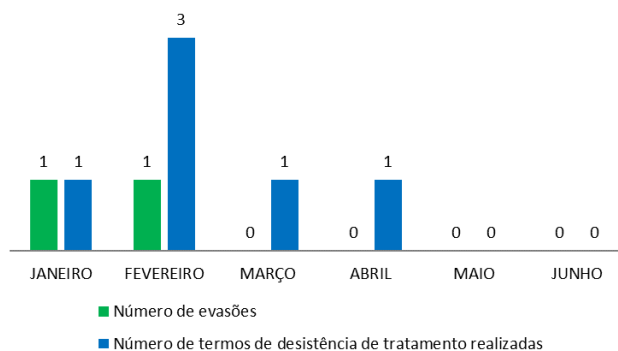
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento



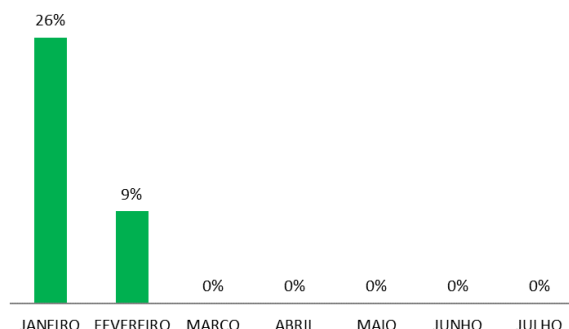
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%	71%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2	3	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%	100%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%	87%	82%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	18	56	24	17	14	28
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5	10	20
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9	1	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7	9	16	11	25
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%	84%	85%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4	11	8	6
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5	11	5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%	65%

Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%	86%	85%
Número de atendimentos familiares	> 50	32	8	12	3	9	12	12
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4	9	13
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8	8	10
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3	2	0	6	3	4
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2	3	6	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%	68%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%	79%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5	5	10
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2	2
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2	2	10
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0	1	1	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares	M/R	2	0	2	5	2	1	1

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%	56%	71%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	0	4
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%	75%	60%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2	4	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0	1	3
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2	2	3
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	3	3	1	1	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3	0	0	3	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%	80%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%	50%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1	1	1

Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1	2
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1	0,00
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4	2	2
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%	84%	85%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2	1	3	3	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0	1	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1	2	0	0	0	0
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%	0%	0%	0%	0%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1	0	1	1	2
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	0	0	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	0	0	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0

Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	2	0	0	0	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	0	0	0	0	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

A avaliação dos indicadores da área de Psicologia revela importantes desafios operacionais que impactam diretamente os resultados alcançados no período.

Avaliação Inicial: A meta estabelecida era de 100%, porém o resultado atingido foi de apenas 70%. O principal problema identificado foi o desfalque nas equipes, o que comprometeu a capacidade de atendimento e avaliação dos pacientes. Como ação corretiva, está prevista a contratação de novos profissionais para recompor as equipes e restabelecer a cobertura necessária.

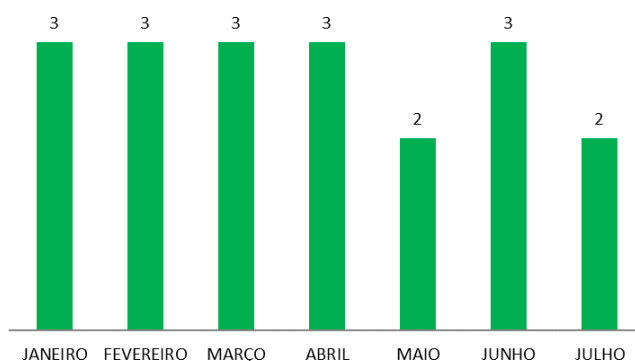
➤ **Alta Terapêutica:** Embora o desempenho tenha sido superior ao da avaliação inicial, com 87% de alcance da meta (que também era de 100%), ainda há uma lacuna significativa. A principal causa apontada foi a falta de colaboradores para atender à demanda crescente, o que pode estar relacionado ao mesmo desfalque mencionado anteriormente. A medida proposta é a reposição das vagas abertas, o que deverá contribuir para a melhoria dos fluxos de atendimento e conclusão dos processos terapêuticos.

➤ **Atendimentos Familiares:** Este indicador apresentou uma queda geral sem meta definida para o período. A justificativa para essa redução está relacionada a uma mudança no perfil dos pacientes, o que resultou em menor necessidade de articulação com os familiares. Nesse caso, a ação indicada é a revisão das metas, para que elas estejam mais alinhadas com a nova realidade e necessidades do público atendido.

A análise evidencia que os principais desafios da área estão relacionados à insuficiência de recursos humanos, o que afeta diretamente a capacidade de execução das atividades planejadas. A adoção de medidas estruturais, como

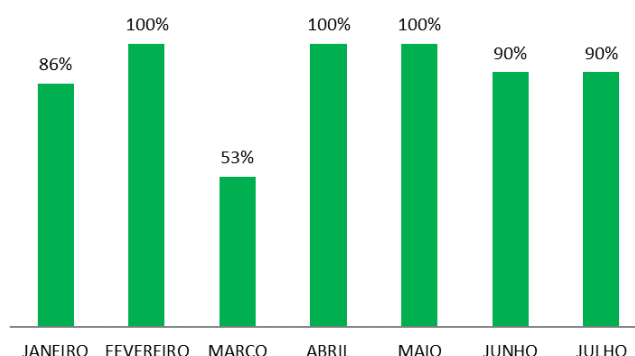
contratação e reposição de vagas, além da reavaliação de metas à luz do contexto atual, são fundamentais para a recuperação dos indicadores e melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos.

Gráfico 61 – Índice de intervenções



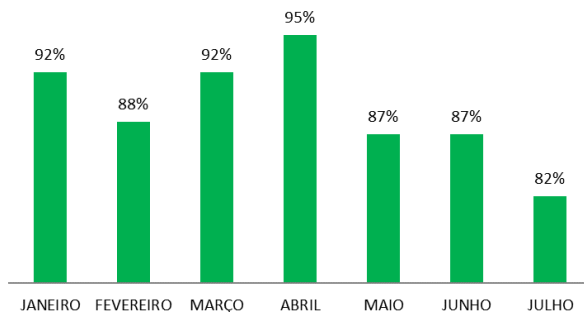
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de intervenções



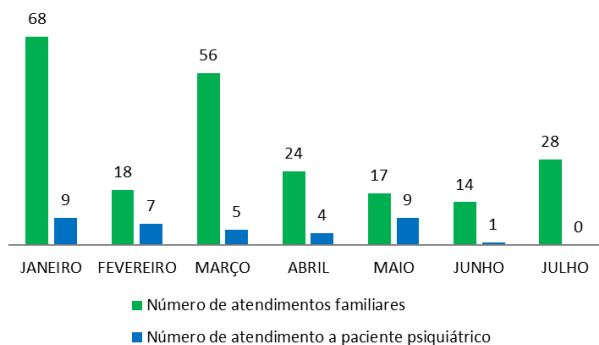
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica



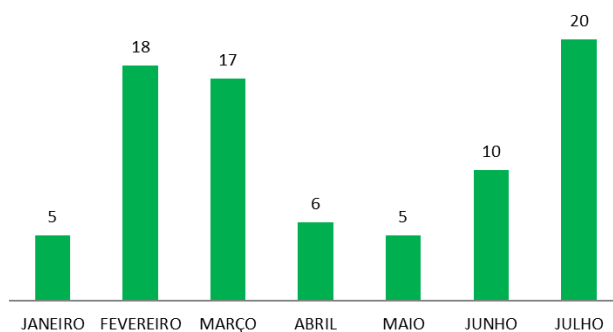
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de atendimentos



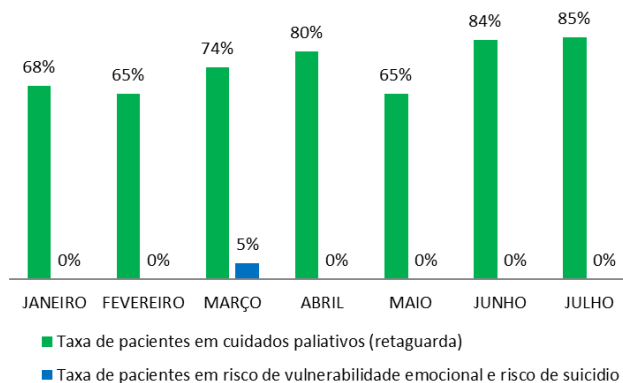
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos



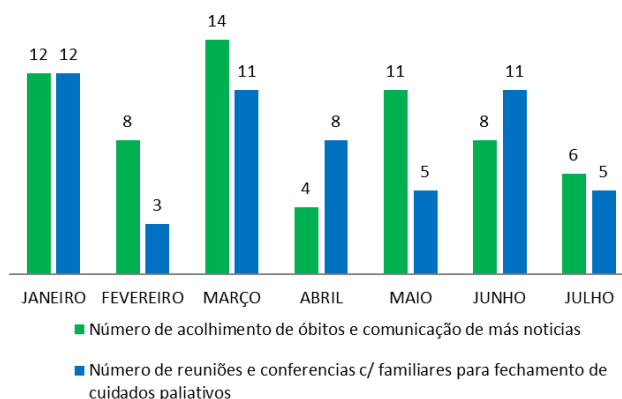
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%	65%
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%	0%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%	100%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%	34%	23%	36%	15%	54%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%	0%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%	11%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111	84
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46	37
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3	7
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

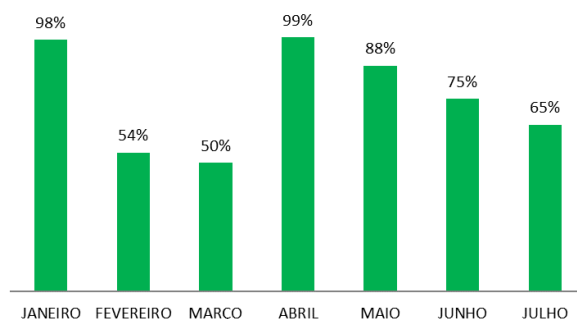
ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

A área de Fonoaudiologia apresentou resultados abaixo das metas estabelecidas, refletindo limitações estruturais que comprometem a execução integral das atividades planejadas.

- **Avaliação Inicial:** A meta era de 100%, e o resultado obtido foi de 88%. Embora o desempenho esteja relativamente próximo do esperado, ainda revela um déficit que precisa ser considerado. O principal fator apontado foi a existência de apenas uma colaboradora atuando na área, o que naturalmente restringe a capacidade de atendimento e avaliação dos pacientes. Como ação corretiva, está indicada a contratação de mais profissionais, a fim de ampliar a cobertura e garantir maior agilidade nas avaliações.
- **Protocolo de Broncoaspiração:** Neste indicador, o desempenho foi mais comprometido, com apenas 77% da meta alcançada (meta: 100%). O problema central identificado foi a indisponibilidade de profissionais, o que prejudica diretamente a execução adequada e oportuna do protocolo, essencial para a segurança alimentar e respiratória dos pacientes. Apesar de não haver ação diretamente registrada na tabela, entende-se que a mesma medida de reforço da equipe também se aplica a este caso.

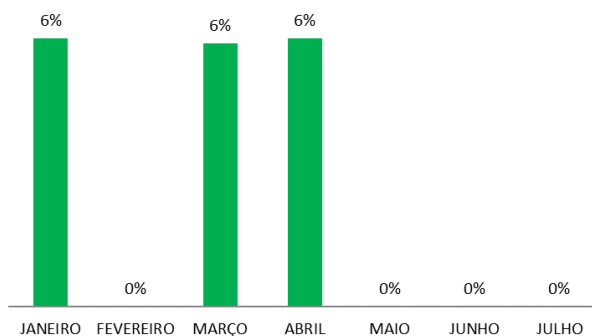
A análise evidencia que a escassez de profissionais é o principal entrave para o cumprimento pleno dos indicadores da Fonoaudiologia. A atuação limitada de uma única colaboradora e a ausência de profissionais suficientes comprometem tanto as avaliações iniciais quanto protocolos críticos como o de broncoaspiração. A contratação de novos profissionais é, portanto, uma ação urgente e essencial para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados oferecidos nessa especialidade.

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



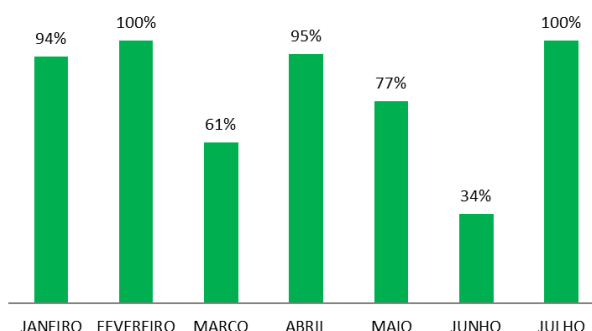
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de decanulados



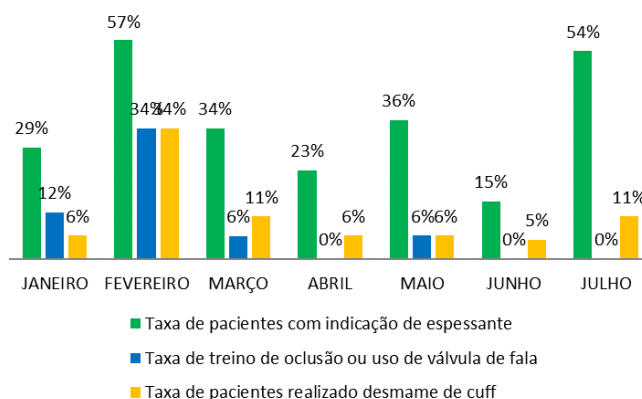
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



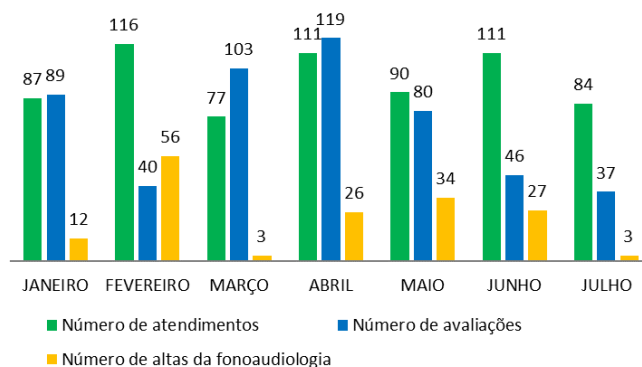
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações



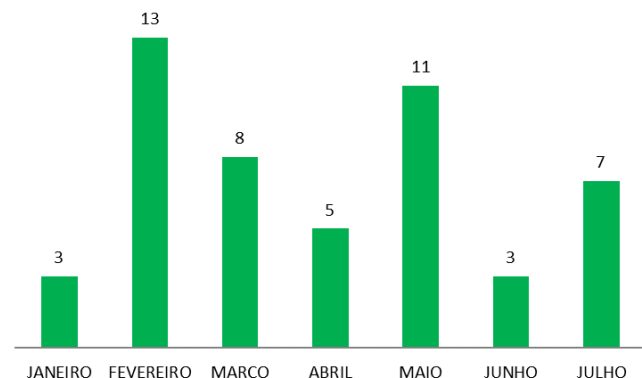
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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.

Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	6	3
Taxa de melhora na independência funcional	M/R	*	*	*	*	0%	0%	0%
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	*	*	*	*	0%	0%	0%
Taxa de melhora na qualidade de vida	M/R	*	*	*	*	0%	0%	0%
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	106	59
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4	4

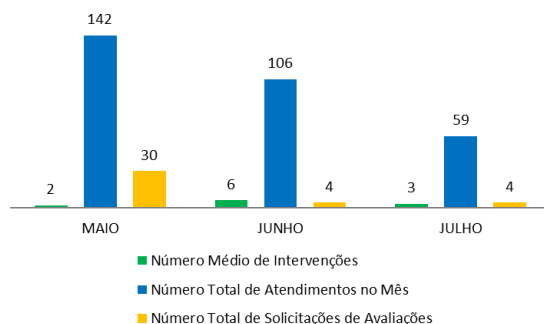
Número de altas da terapia ocupacional	M/R	*	*	*	*	0	0	0
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	6	2
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado	M/R	*	*	*	*	116	117	62
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	98	52
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	M/R	*	*	*	*	134	125	65

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Os dados do setor começaram a ser mensurados a partir de maio de 2025.

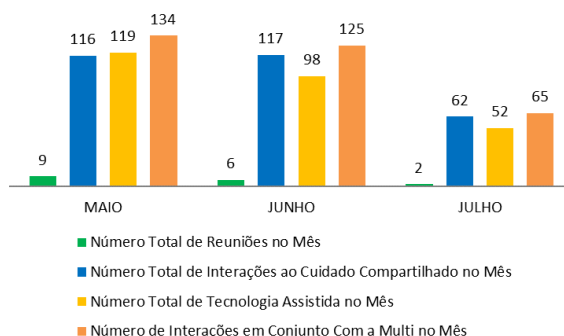
No mês de julho houveram alterações nos dados retroativos de junho/2025.

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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:

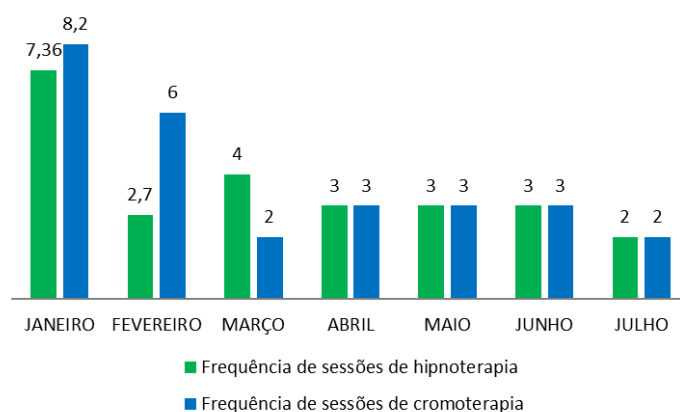
- **Aromaterapia:** Envolve o uso de óleos essenciais para promover o relaxamento, melhorar o humor e aliviar sintomas como ansiedade e dor. Os óleos podem ser aplicados por meio de massagem, difusão no ar ou em banhos.
- **Musicoterapia:** Utiliza a música para promover a saúde mental e emocional dos 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 (O₃) 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 50 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Frequência de sessões de hipnoterapia	8	7,36	7	4	3	3	3	2
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8,2	6	2	3	3	3	2
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	6	4	7	7	3	2	3	8
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27	31
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94	105	106
Consumo de cilindro O ₂	M/R	1	1	1	2	1,5	2	2

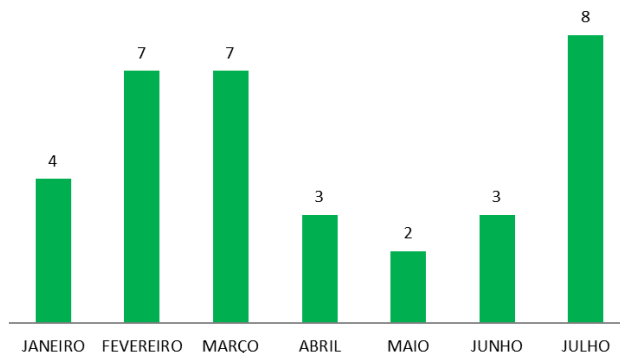
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



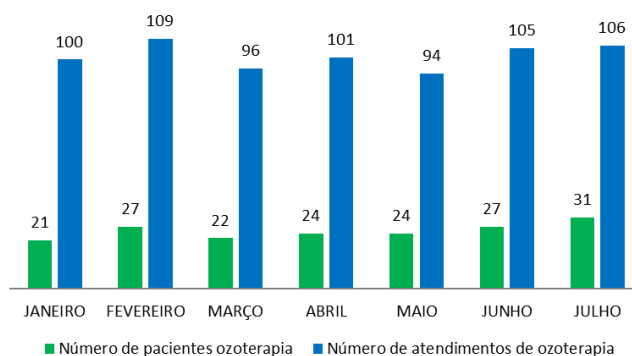
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 77 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



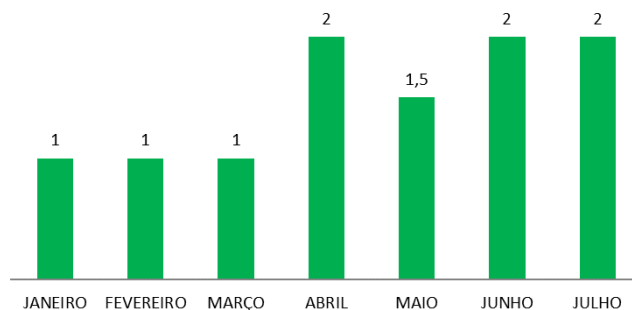
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Número de Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 79 – Consumo de cilindro o²



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.
- **Encaminhamento para atendimento psicológico** e apoio emocional para pacientes em processo de adaptação ao uso de estomas.

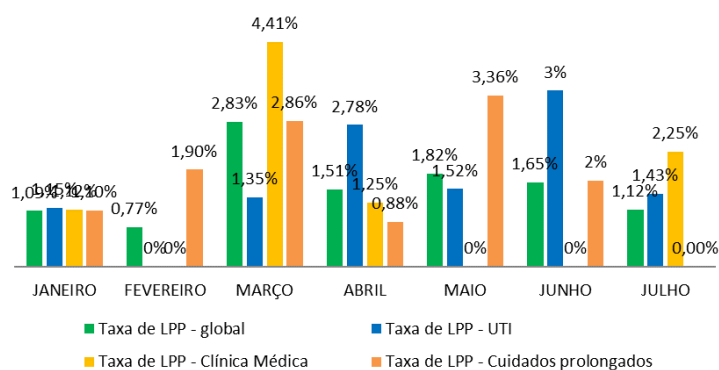
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%	3,45%	1,43%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%	0%	2,25%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%	0,00%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%	28,81%	28,73%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%	98,71%	99,22%	99,00%

Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69	70	77
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19	9	13	19
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6	4	3

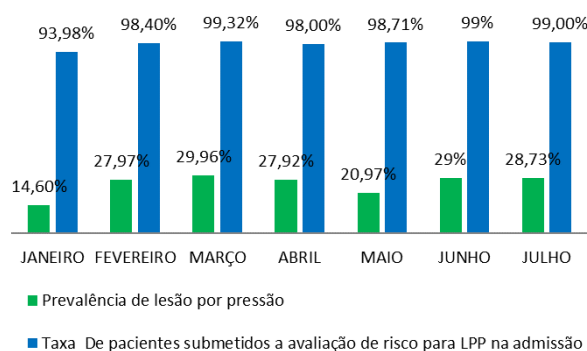
Fonte: Relatório Interno – Estomatoterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 80 – Taxa de lesão por pressão



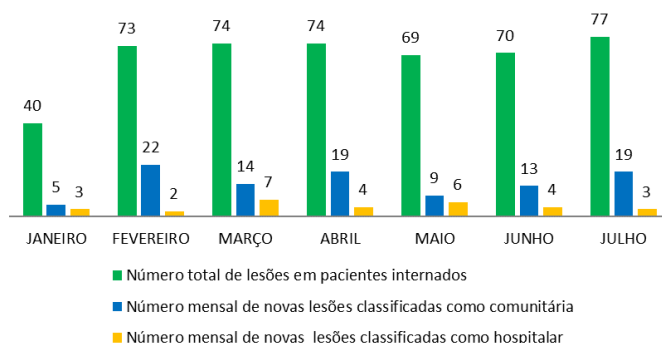
Fonte: Relatório Interno – Estomatoterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 81 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP



Fonte: Relatório Interno – Estomatoterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 82 – Número total de lesões



Fonte: Relatório Interno – Estomatologia e Enfermagem/ SMPEP.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%	78%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%	63%

Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%	20%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128	114	110
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88	86
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40	32
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24	28
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28	22
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21	28
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12	4	15
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23	19	15
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23	18	17
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3	3	4	3
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40	39	38
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4	8	2
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10	8	6	9

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%	60%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%	43%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%	15%	20%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33	18	35

Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17	21
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4	12
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7	6
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3	7
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5	10
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0	3
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6	4
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4	6
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5	13
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1	2
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	0	2

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%	83%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%	17%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21	15	24
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15	24
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3	8
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6	8
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6	4

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

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%	92%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%	60%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%	33%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9	9	12
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7	9	11
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0	5	2
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2	1	5
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6	2	4
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1	1	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0	0	4
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0	0	0

Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1	1	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6	7	4
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1	2	0	0

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%	85%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%	17%	25%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21	35	17
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20	17
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15	3
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6	3
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11	9
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7	3
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14	8
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4	0

Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1	3
-----------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%	88%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%	66%	20%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15	0	6	5
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0	6	5
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0	5	0
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0	1	1
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0	0	1
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0	1	3
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0	0	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2	0	2	2
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0	2	2

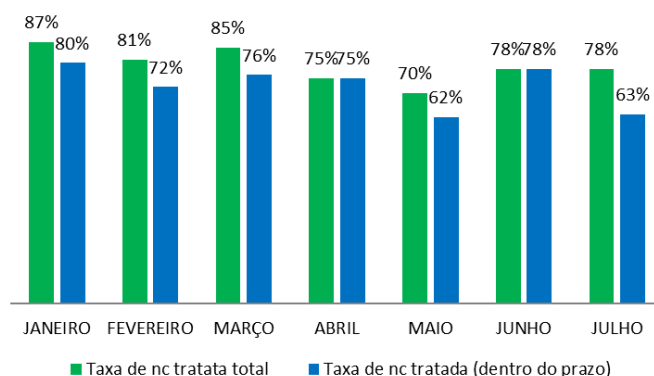
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Foi possível observar que a taxa de respostas e o total de NC's tratadas dentro do prazo, ficou abaixo do esperado. Recentemente houve uma reestruturação

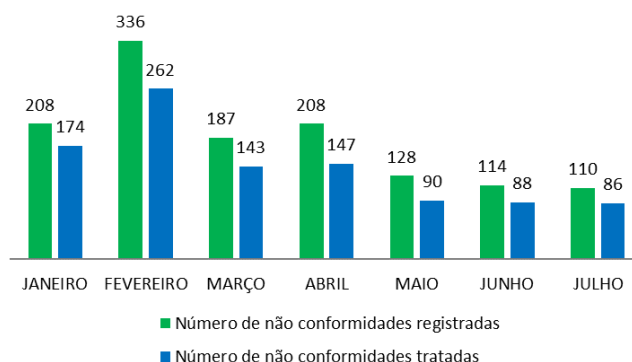
da supervisão e coordenação de enfermagem, mas realizamos um alinhamento e um momento para sanar dúvidas. Seguimos com a rotina de passar nos setores diariamente e incentivar a importância das metas internacionais.

Gráfico 83 – Taxa de não conformidades



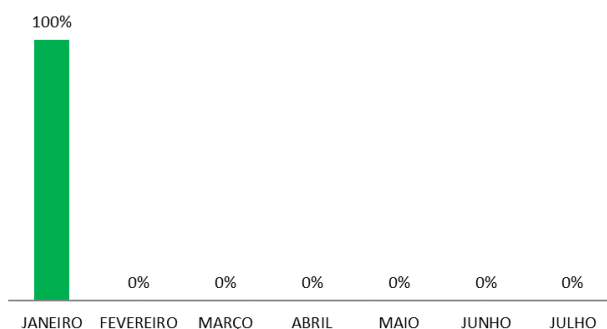
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 84 – Número de não conformidades



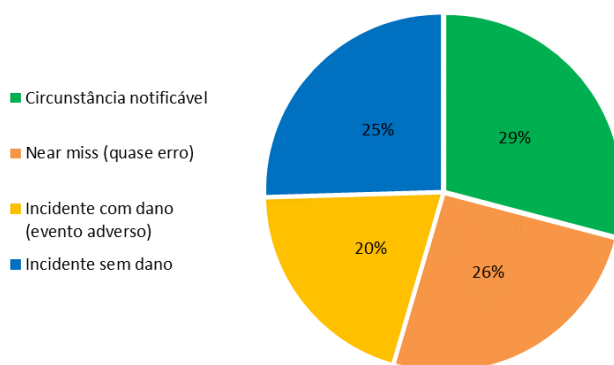
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 85 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano



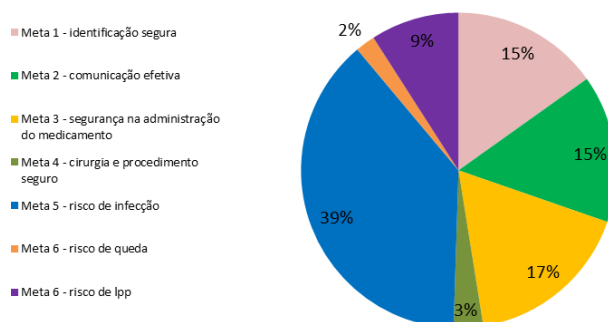
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 86 – Classificação de Não Conformidades



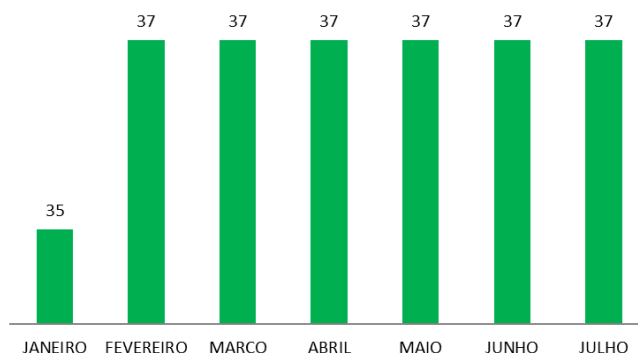
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 87 – Meta Acometida de Não Conformidades



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

Gráfico 88 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10	6
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4,80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%	3,90%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1,30%	2%	1,61%	1,17%	2%	1,17%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	< 4,05%	13,16%	7,02%	7,55%	4,42%	2,6%	6,91%	9,69%
Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%	4,31%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	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	MAIO	JUNHO	JULHO
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0	5	1
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3,75%	4,61%	2,72%	0%	3,47%	0,72%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9,07%	7,68%	7,68%	0%	8,77%	0%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22,11 ml	35,18 ml	22,3 ml	25 ml	31,92 ml	20,30 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1	3
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%	8,60%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%	5,35%	16,48%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	10,37%	11,76%	5,61%	14,38%	19%	18,49%	18,05%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34,12%	26,40%	39,62%	48%	52,38%	52,15%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	15,72%	23,92%	10,56%	15,65%	19%	25,77%	31,52%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	53,33%	88,2%	88,24%	93,33%	80%	87,50%	85,71%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%	77,54%	85,71%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67,63 ml	76,14 ml	44,16 ml	53,1ml	52,55 ml	65,83 ml	61,78ml

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0	1
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%	5,13%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33,33%
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%	6,34%	10,77%

Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	14,21%	3,68%	13,21%	0%	3,63%	2,44%	15,38%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	12,18%	15,34%	12,74%	0%	7,25%	12,20%	9,23%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%	0,00%	100%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	91,07%	100%	80,36%	70%	57,14%	50%	78,33%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	26,50 ml	40,61 ml	4,91 ml	28,08 ml	69,02 ml	69,76 ml	35,69ml

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4	1
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%	1,30%	0,31%

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

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

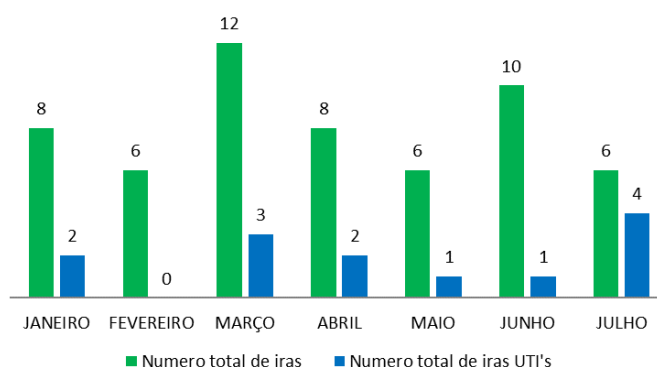
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número total de iras	0	0	0	0	0	0	0	0
Densidade incidência de iras	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

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

ANALISE CRÍTICA – SCIH

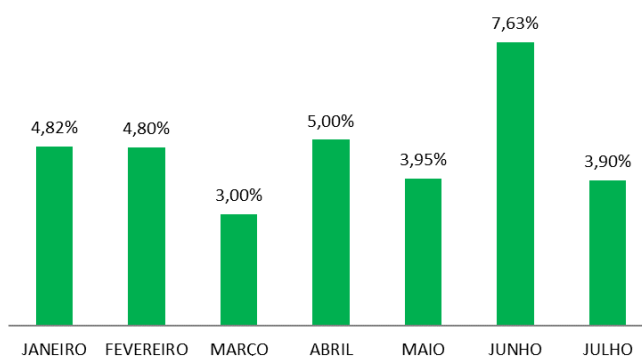
Total de infecções referente ao mês de Julho/2025: 06 IRAS, sendo 05 IPCS e 01 PAV. Plano de ação: Fortalecimento do QG das IPCS em todos os períodos, mudança no lançamento do bundle de manutenção, alinhamento e rotomada de ações do SCIH, focando na prevenção de IRAS e boas práticas assistenciais.

Gráfico 89 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



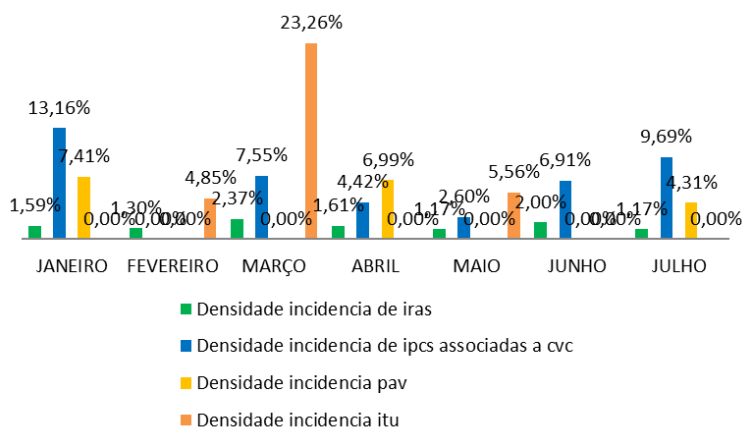
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 90 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



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

Gráfico 91 - Densidade Incidência



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

3.4.3. Vigilância em Saúde

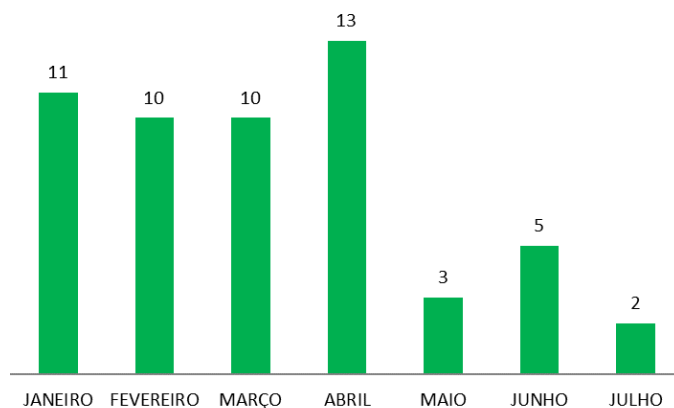
- Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3	5	2
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0	0	0
Quantidade de paciente com dengue- proveniente do hmg	M/R	0	2	6	3	0	0	0
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%	0%	0%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2	0
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1	2
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1	0
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	0	0	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	0	0

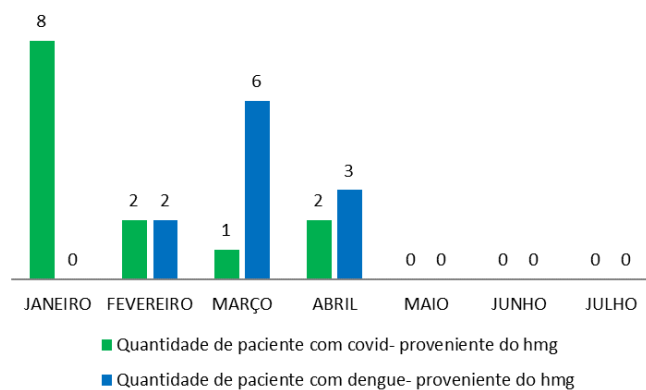
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 92 – Número de notificações realizadas



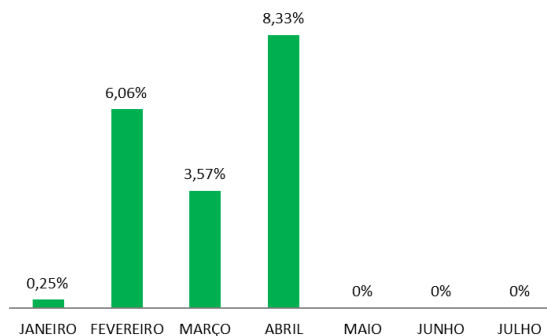
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 93 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG



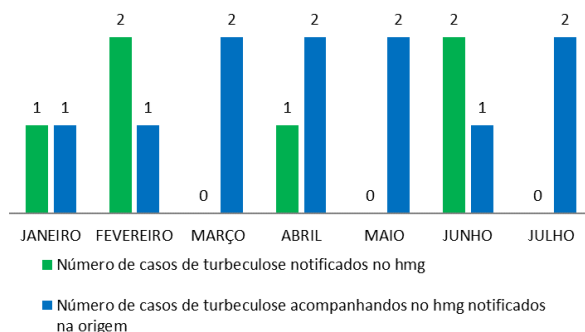
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 94 – Taxa de teste positivo para COVID



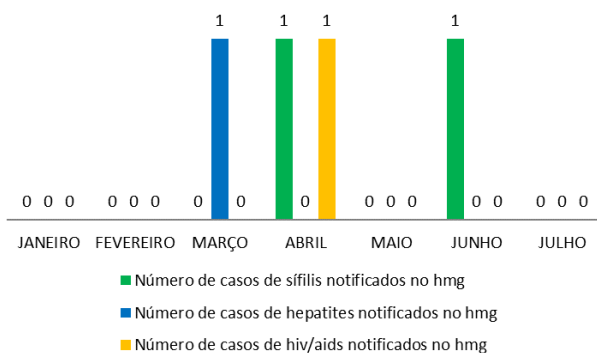
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 95 – Número de casos de tuberculose



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

Gráfico 96 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).



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

3.4.4. Núcleo Interno de Regulação - NIR

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.

- **Crêterios de Complexidade:** Utiliza crêterios 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 crêterios 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%	88%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5	8	5	4	4	5
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155	128	160
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170	149	182
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004	770
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21	22
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13	12

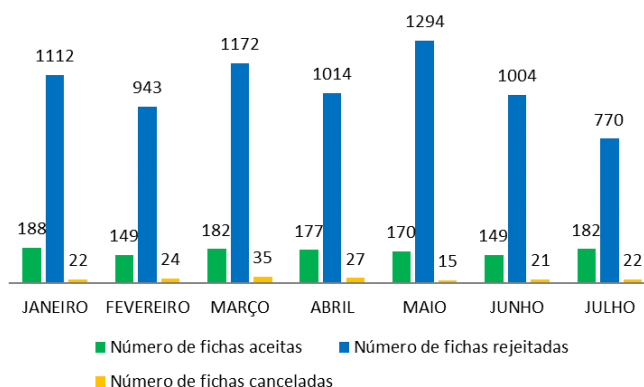
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126	129
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139	141
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5	8	2	2
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0	2	1	2
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Em julho de 2025, o Núcleo Interno de Regulação do Hospital Municipal Guarapiranga realizou a revisão dos protocolos institucionais, em conformidade com os requisitos estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), visando o fortalecimento da segurança assistencial e a padronização dos processos.

Gráfico 97 – Análise das Fichas CROSS



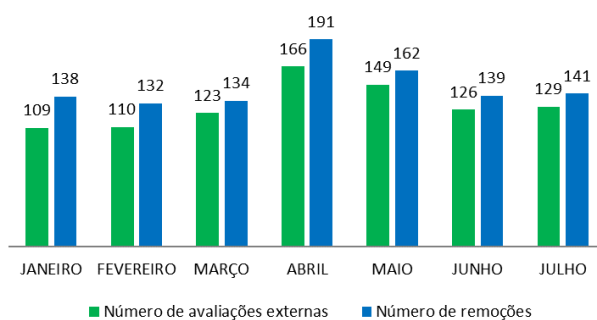
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 98 – Número de Pacientes Admitidos



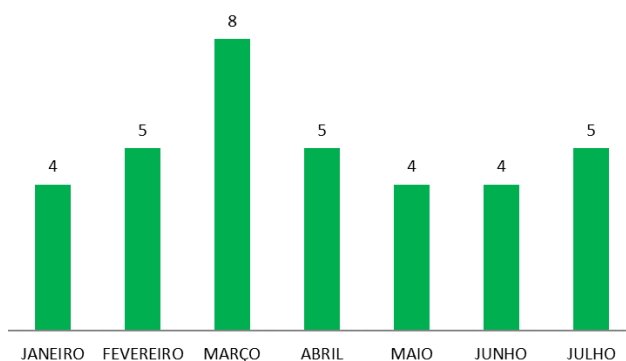
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 99 – Serviço de Remoções



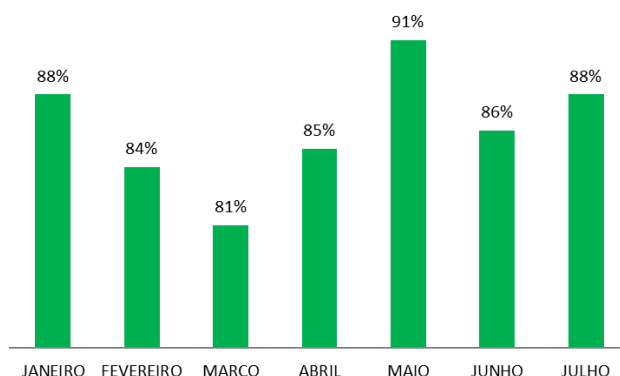
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 100 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)



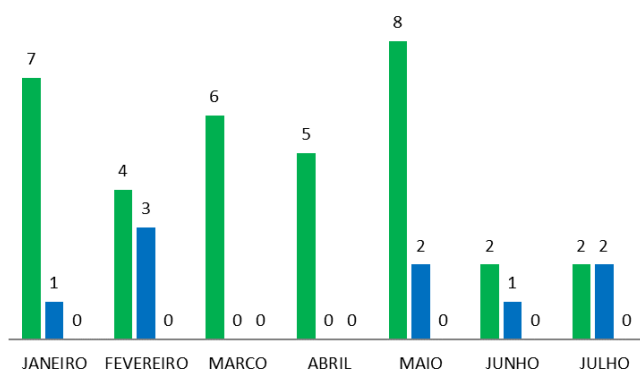
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

Gráfico 102 – Número de atendimentos e readmissões



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

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%	94%
Taxa de avaliação do pós teste*	> 50%	0%	0%	0%	0%	88%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12	24	22
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594	1093
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32	657,10	1087
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11	1,39

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

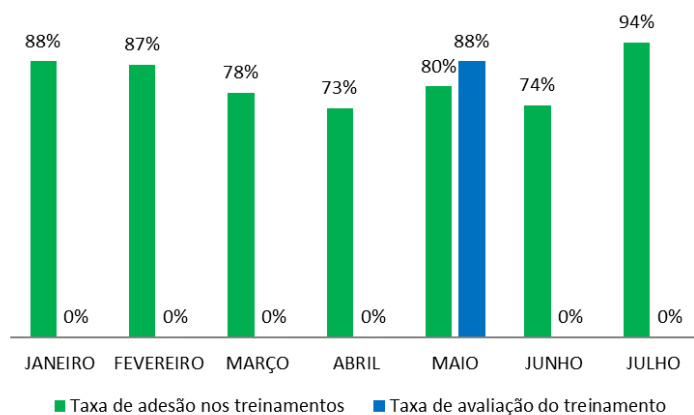
FEVEREIRO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	17	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	13	1
MARÇO	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	10	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	2	9	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ETEC	1	6	1
	NUTRIÇÃO	UNIP	2	7	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
ABRIL	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	11	2
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	3	22	2
MAIO	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	14	2
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	3	29	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	2
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
JUNHO	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	10	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	16	2
	MEDICINA	UNISA	1	1	3
JULHO	MEDICINA	UNISA	1	3	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM	CRUZ VERMELHA	1	4	1

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

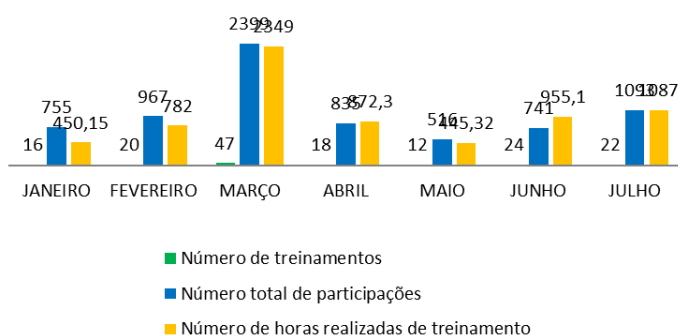
Taxa de avaliação de eficácia está em análise, e a taxa de avaliação de reação do treinamento não foi contabilizada, porque não houve nenhum treinamento para o critério da reação, pré e pós teste não teve treinamento elegível.

Gráfico 103 – Taxa de treinamentos



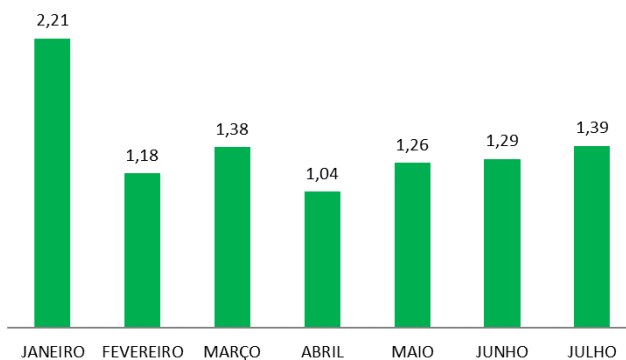
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 104 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 105 – Homem hora



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

LISTA DE TREINAMENTO (NEP) EM JULHO/2025

- Treinamento de cuidados com sonda enteral, estomas, LPP, coberturas de curativos;
- Montagem e dispensação de kits;
- Metas internacionais (segurança do paciente);
- Orientação – Pulseiras institucionais HMG;
- Integração novos colaboradores;
- SIPAT – Semana Interna de prevenções a acidentes de trabalho;
- NR 17 – Ergonomia nas atividades laborativas;
- Fluxo de acidente de trabalho (SESMT);
- DSS - PGRSS
- DSS – Gerenciamento de Riscos;
- DSS – NR 23
- DSS – NR 32;
- Gamificação sobre IAM/Dor Torácica;
- Padronização de aprazamentos de medicações em prescrição médica
- Julho Amarelo – Prevenção contra hepatites virais;
- Importância da respiração na saúde mental;
- Ginastica laboral;
- Palestra sobre saúde mental;
- Primeiros socorros;
- Round de segurança do trabalho;
- Brigada de Incêndio.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%	0,30%	0,29%	0,17%	0,15%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 1,5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%	6%	6,40%

Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%	0,23%
Intervenções farmacêuticas realizadas	A DEFINIR COM A SEDE	21%	23%	28%	22%	22%	16%	14%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

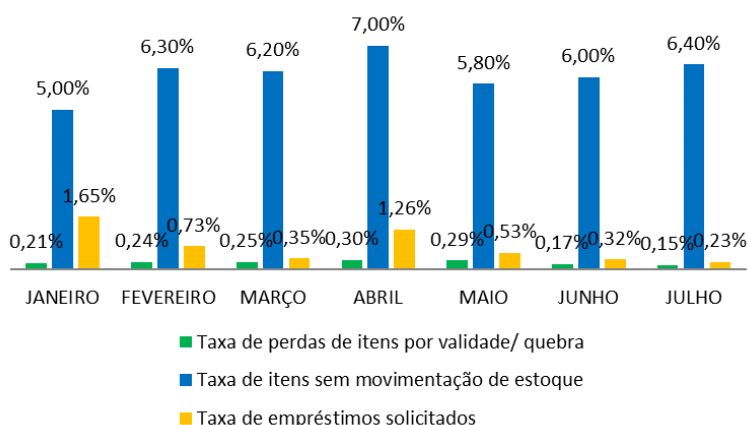
ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

O Indicador de Reconciliação Medicamentosa não atingiu a meta estabelecida, o que resultou na implementação de uma ação corretiva.

A ação consiste em realizar orientação para a equipe de farmacêuticos, destacando a importância da reconciliação medicamentosa após a admissão do paciente, bem como o acompanhamento das pendências de reconciliação no sistema.

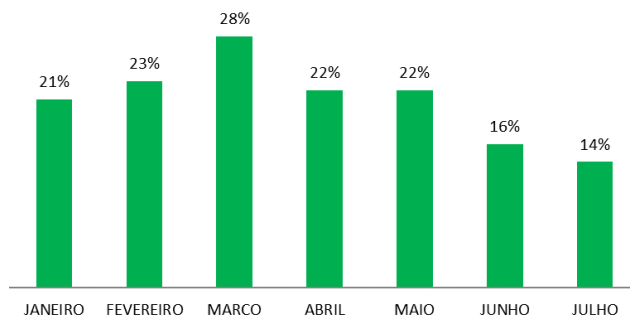
O acompanhamento do indicador será realizado pela supervisão farmacêutica juntamente com a equipe, visando melhorar os resultados e garantir o cumprimento da meta.

Gráfico 106 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos



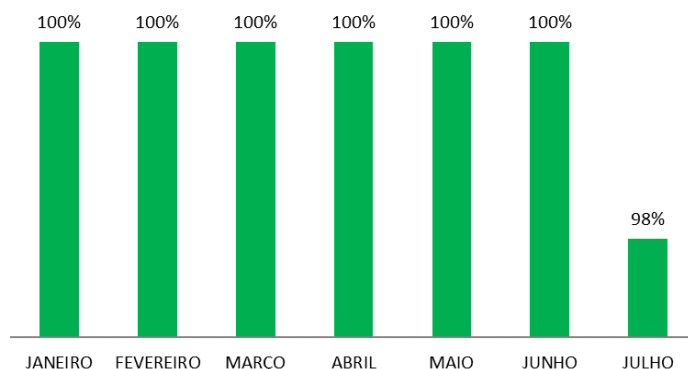
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 107 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



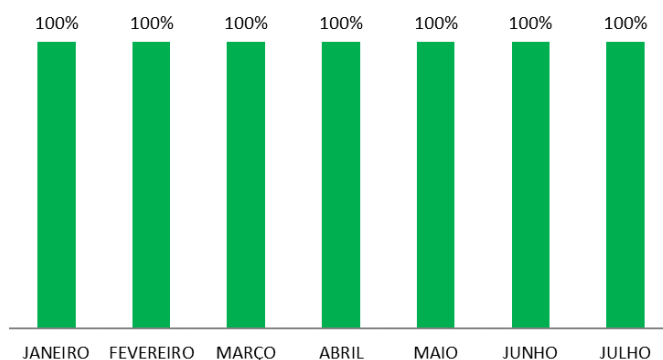
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 108 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 109 – 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:

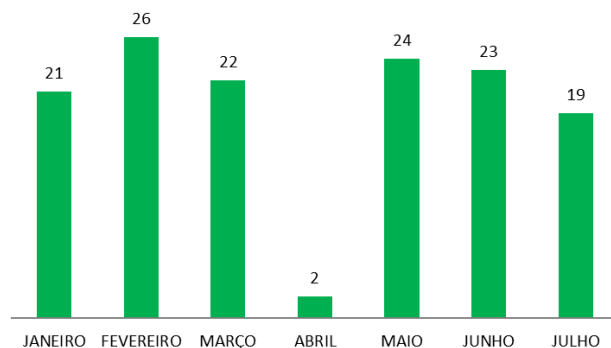
- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 68 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23	19
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103	96
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%	97%
Percentual de entrega parcial	<15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%	3%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%	5,86%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1	0	2	0

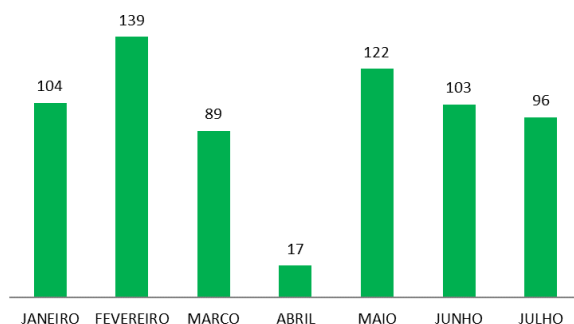
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 110 – Lançamentos de cotações



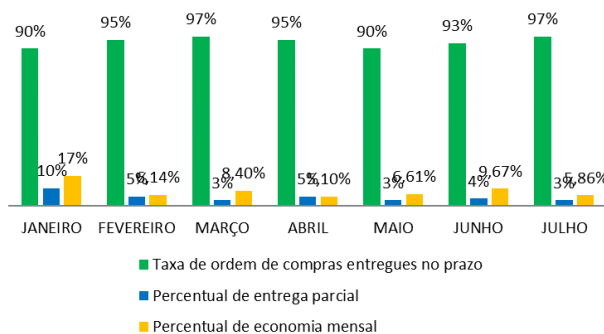
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 111 - Total de ordens de compras geradas



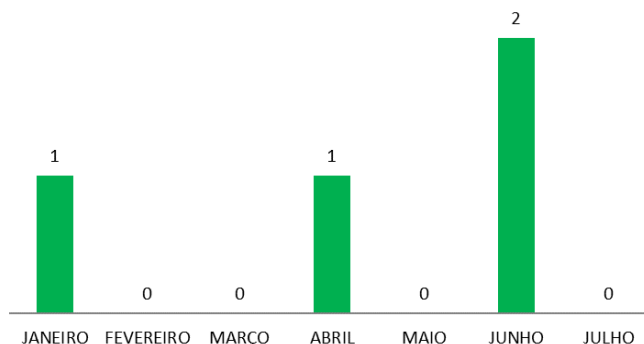
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 112 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 113 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%	96%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51	07:58	10:51	07:45	15:21
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%	12%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%	96%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15	0	0	0
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126	103
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3	0
Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294	328
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16	5
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137	61

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

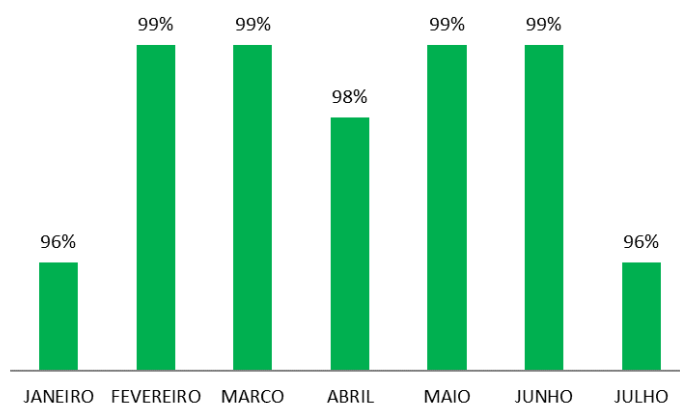
ANALISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

O aumento observado nos indicadores está relacionado, principalmente, à morosidade no atendimento por parte dos fornecedores terceiros Suprimix (camas hospitalares) e WJ (aparelho de hemodiálise). Essa demora impactou diretamente os resultados do período.

Como evidência, destacamos a pendência envolvendo duas camas eletrônicas e um aparelho de hemodiálise, cuja entrega e/ou manutenção sofreram atrasos relevantes.

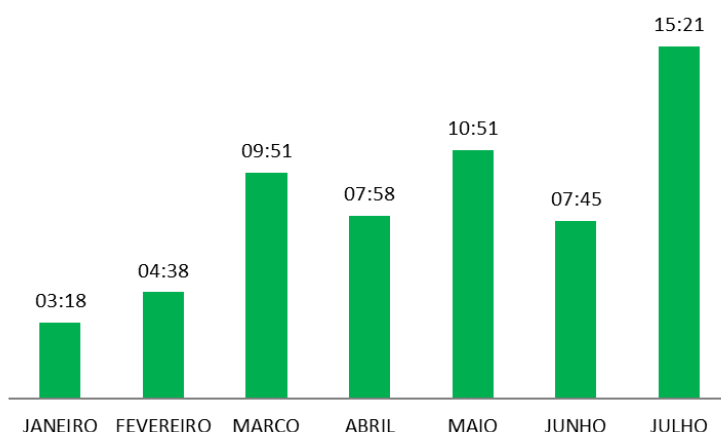
Estamos acompanhando de perto essas ocorrências e seguimos em tratativas com os respectivos fornecedores, com o objetivo de mitigar os impactos nos nossos indicadores e garantir maior agilidade nos atendimentos futuros.

Gráfico 114 – Taxa de ordem de serviços finalizados



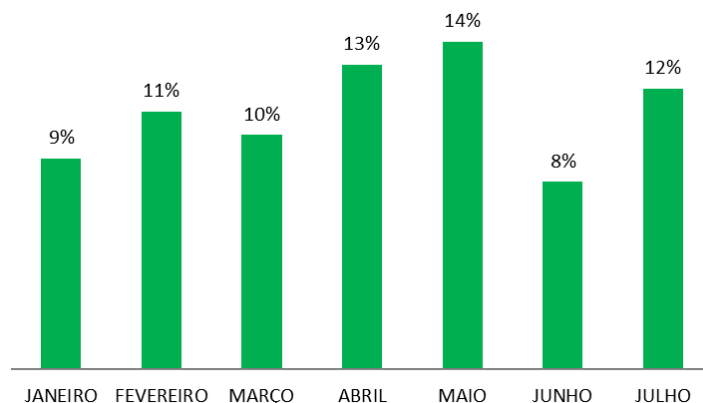
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 115 – Tempo médio de atendimento de chamado



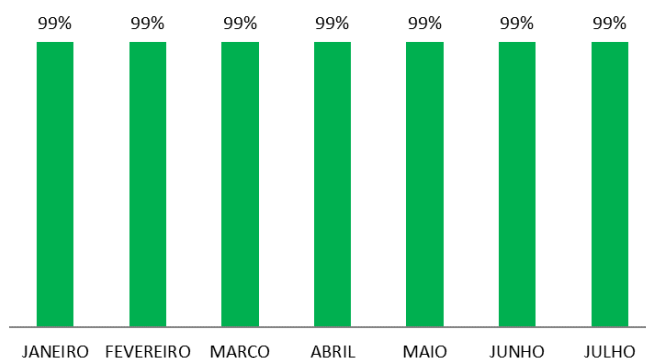
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 116 – Reincidência de manutenção corretiva



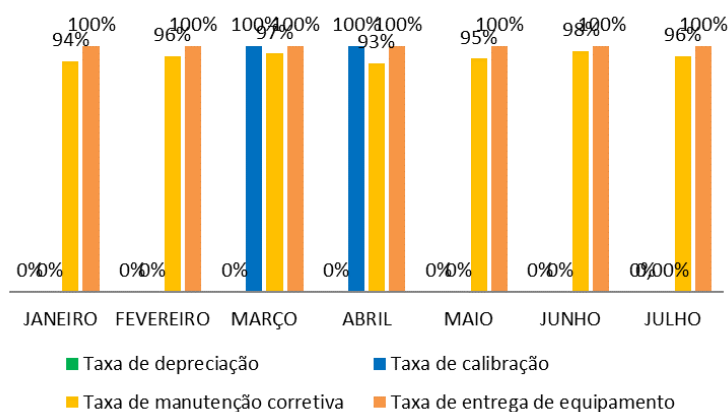
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 117 – Taxa de disponibilidade do equipamento



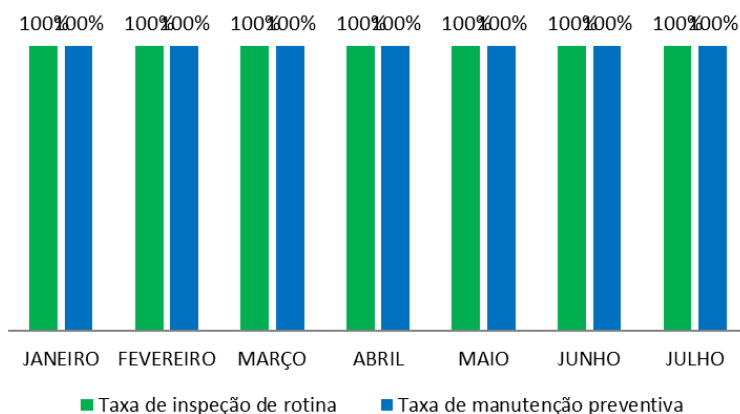
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 118 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 119 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%	100%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	69,63 min	95,21 min	23 min	12 min	7,1 min	10,72 min	2,12 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%	100%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%	100%	100%

Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239	185
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172	188
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95	58
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

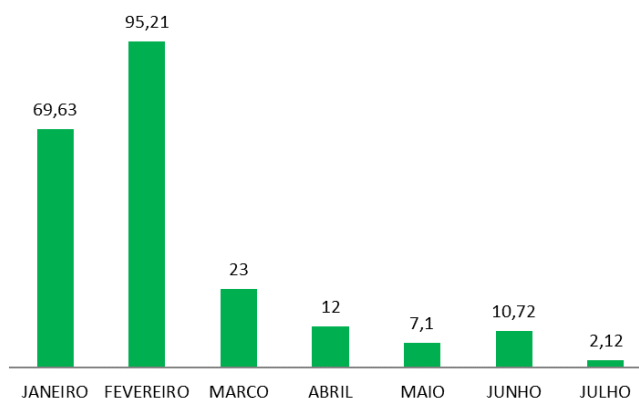
Não houve instalação de equipamentos, o que justifica a porcentagem 0%.

Gráfico 120 – Taxa de ordem de serviços finalizados



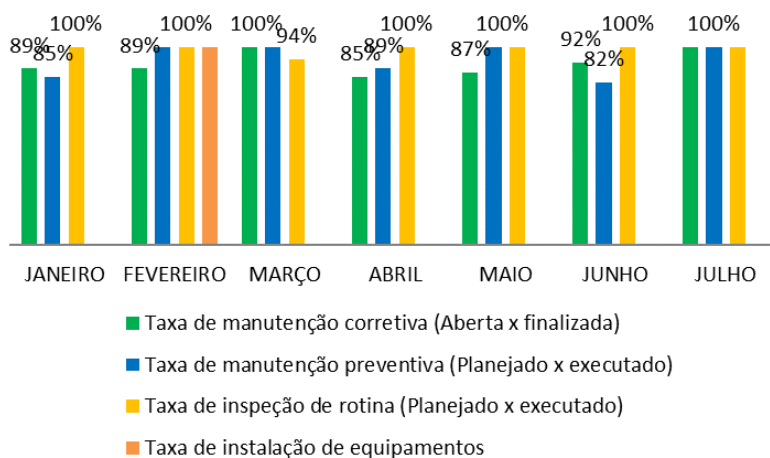
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 121 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)



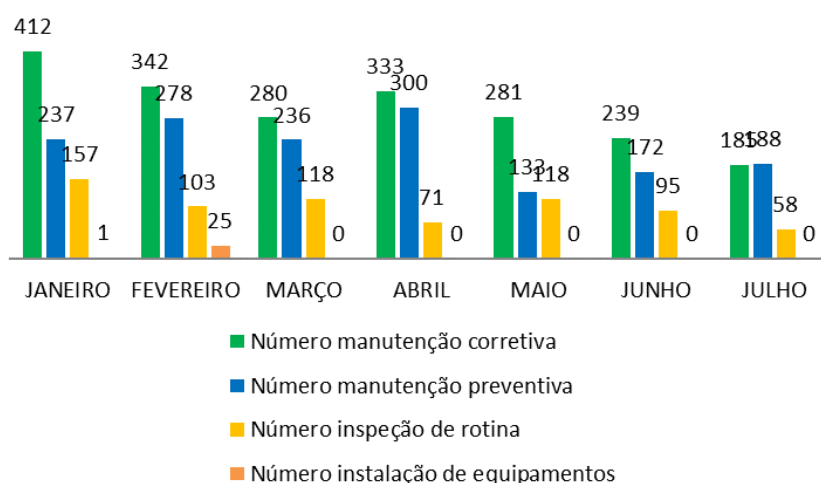
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 122 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 123 – 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;

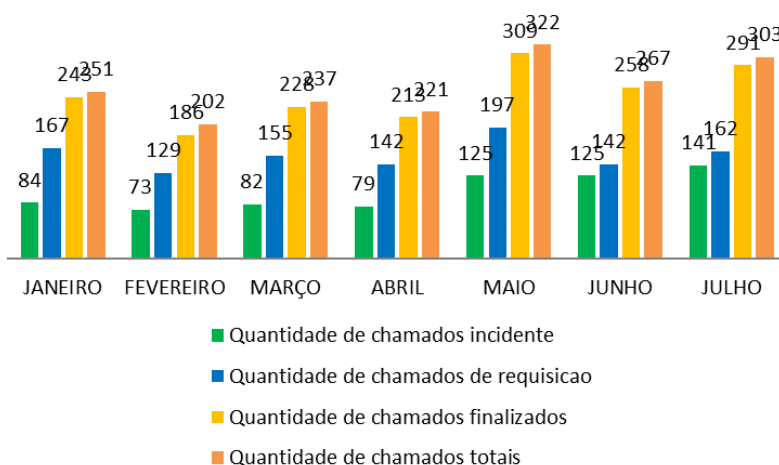
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125	141
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142	162
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258	291
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267	303
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h	2h
Indisponibilidade de internet	1h	00:00:00	00:00:00	00:00:00	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	00:00:00	04:00:00	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4	5
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%	98%	97%	98%

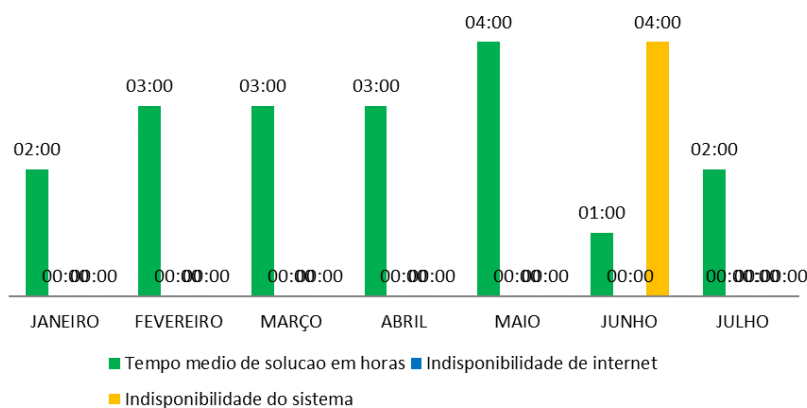
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

Gráfico 124 – Quantidade de chamados



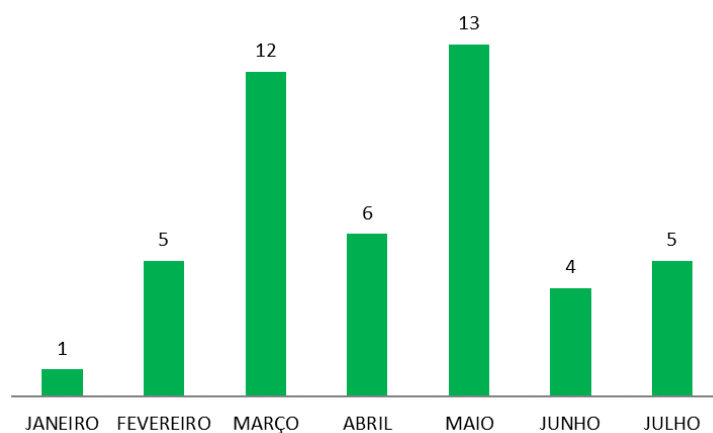
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 125 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



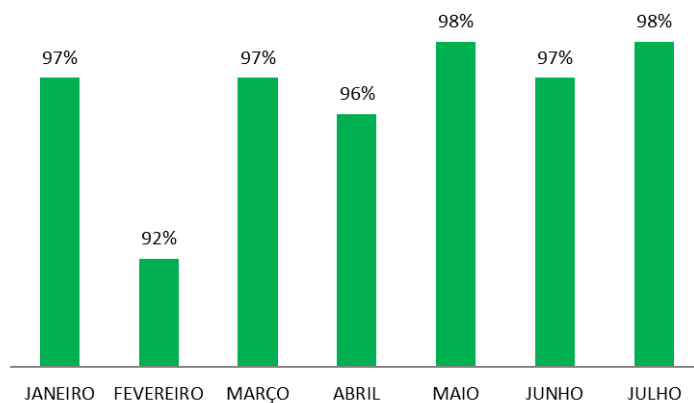
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 126 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 127 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%	60,00%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%	82,36%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%	66,66%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto maior, melhor	0	63	27	8	37	17	5
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78	46
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3	5
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5	1	6	5
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22	0

Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62	34
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1	5
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1	1	1
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1	1	2	2	1	1
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11	2	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%	93%	93%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Em relação a Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo, dos 20 indicadores previstos para serem entregues até o dia 05/08/2025, apenas 12 foram entregues pontualmente.

Quanto a Taxa de reuniões realizadas pelas comissões, observou-se que, das comissões programadas, somente 3 não foi realizada no mês.

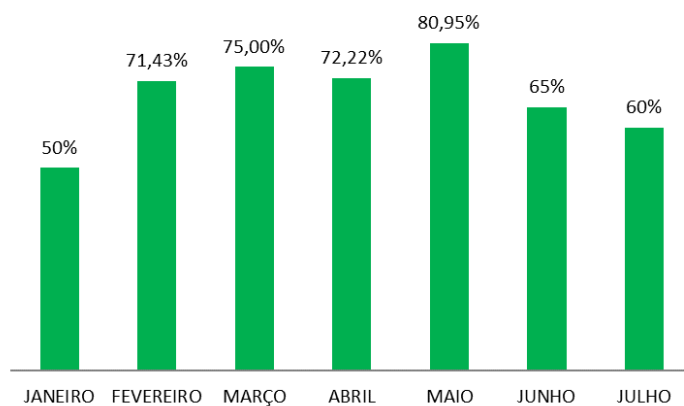
Em relação a Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo, 1 atas foram entregues após a data limite de 05/08/2025, comprometendo o cumprimento da meta estabelecida.

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 1 auditorias da Sede Berrin.

Em relação ao Número de orientações/treinamentos/reuniões, foram realizadas 1 reuniões para alinhamento da Gestão a Vista.

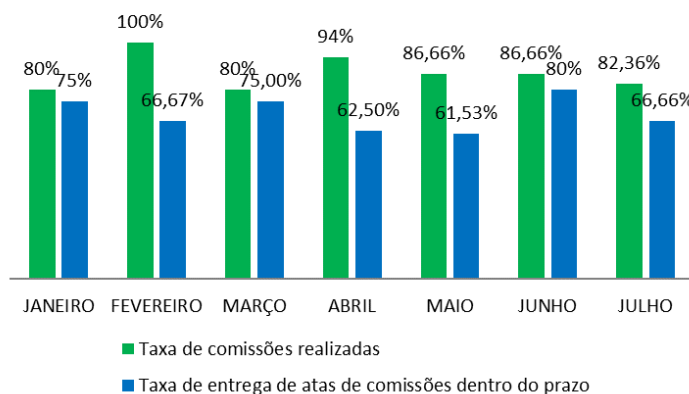
Em relação aos Documentos Retroativos de 2024, esta sendo feito o tratamento periodicamente sem uma meta mensal estabelecida, mas focada em maior quantidade.

Gráfico 128 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



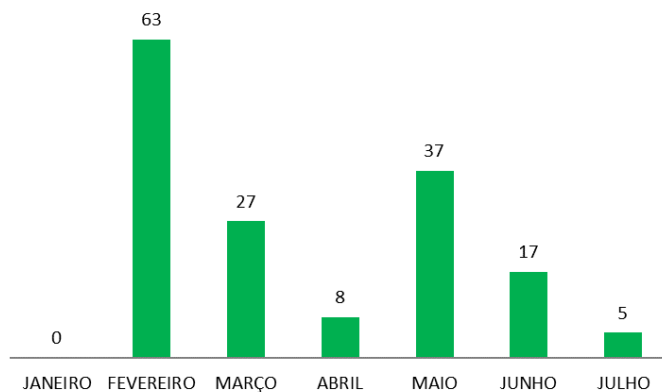
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 129 – Comissões



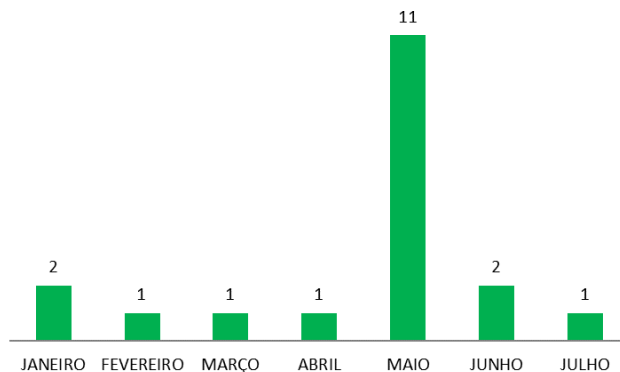
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 130 – Número de documentos retroativos



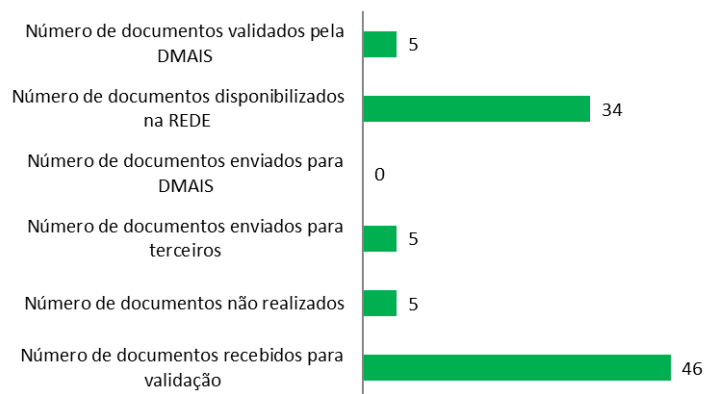
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 131 – Número de treinamentos e orientações



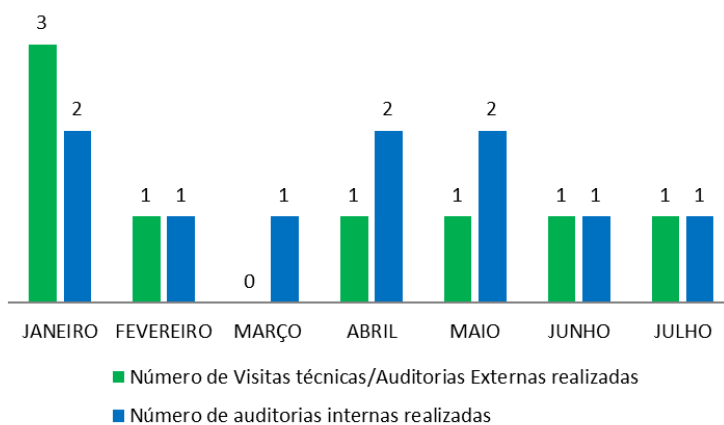
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 132 – Documentos



Fonte: Relatório de Qualidade.

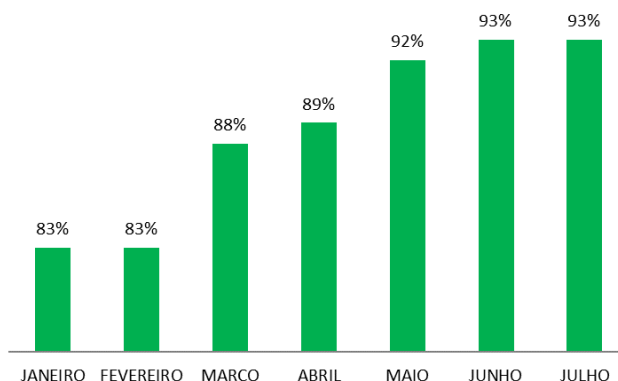
Gráfico 133 – Visitas, auditorias internas e externas



■ Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas
■ Número de auditorias internas realizadas

Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 134 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Total de aih faturadas	M/R	258	230	237	258	246	240	255
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102	112	105
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	24	10	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	270	250	*

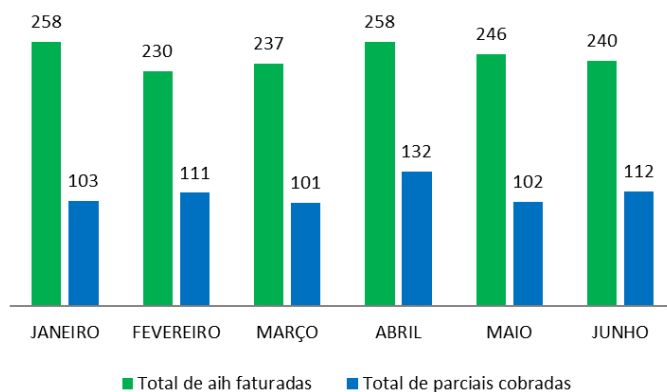
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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.

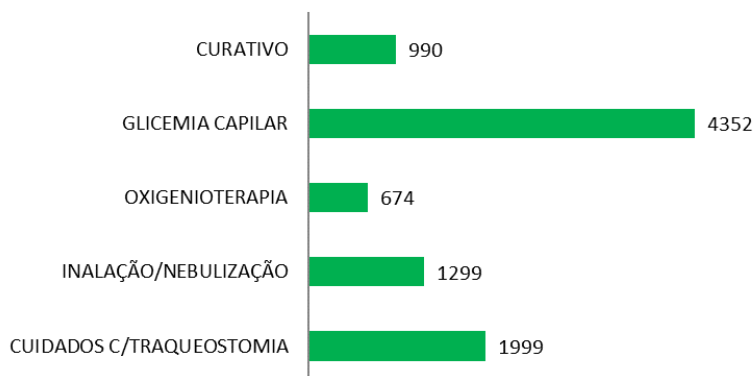
*Os indicadores relativos ao mês serão atualizados após devolutiva da Secretaria.

Gráfico 135 – Total de AIH Faturadas x Parciais



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

Gráfico 136 – 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

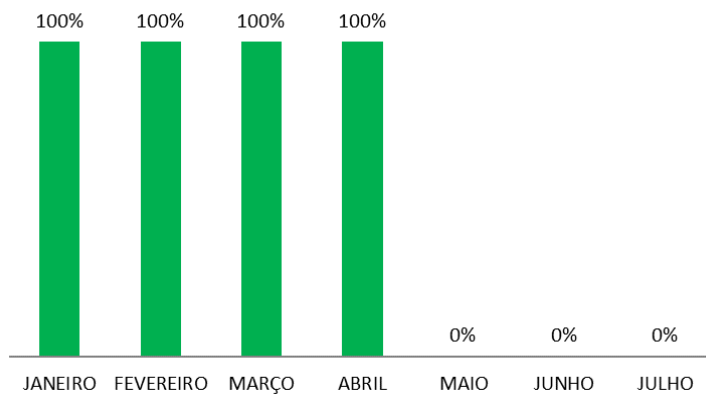
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581	4590
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0	0
Índice de orçado x realizado	N/A	9%	10%	26%	6%	9%	8%	4%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

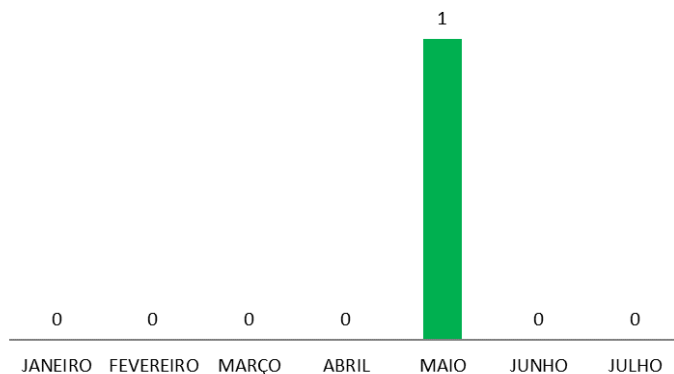
Realizado alterações retroativas do indicador Índice de orçado x realizado.

Gráfico 137 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



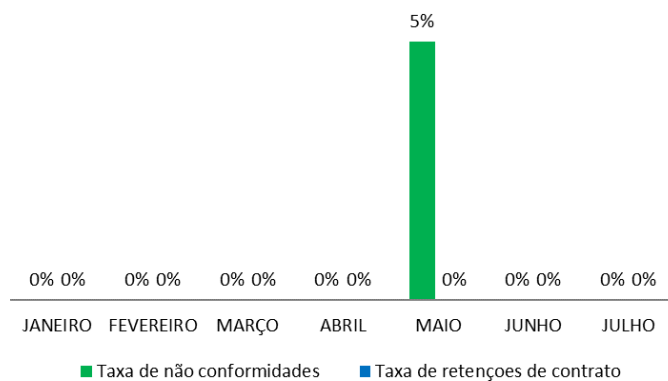
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 138 – Número de auditorias externas



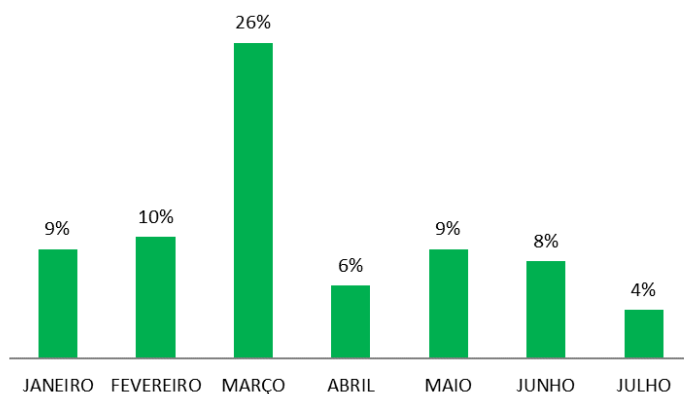
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 139 – Taxa de retenções e não conformidades



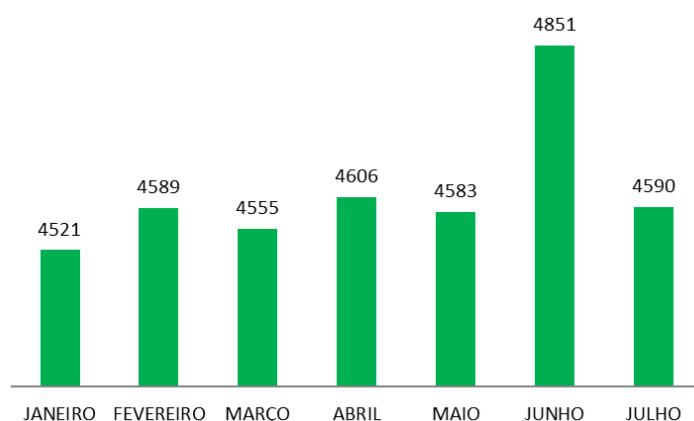
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 140 – Índice de orçado x realizado



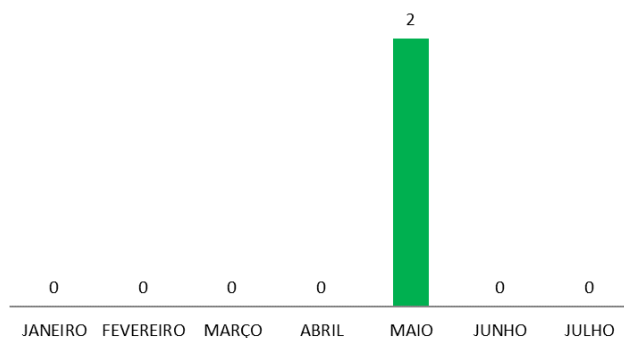
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 141 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 142 – 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.

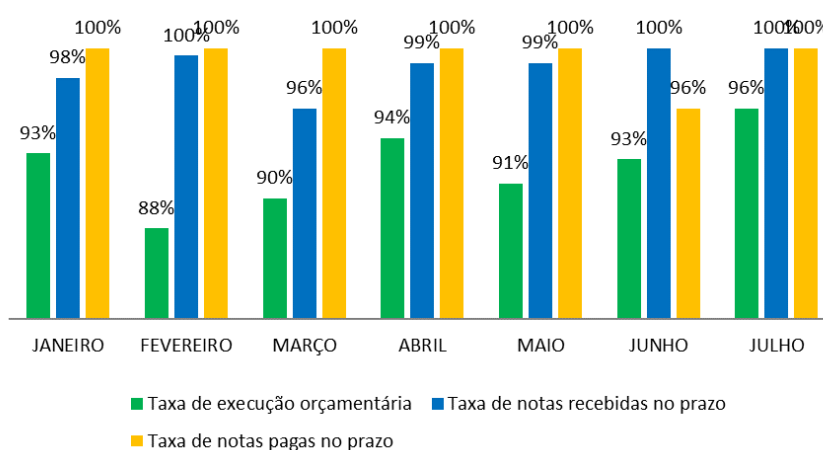
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	93%	96%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%	100%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81	87
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97	133
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

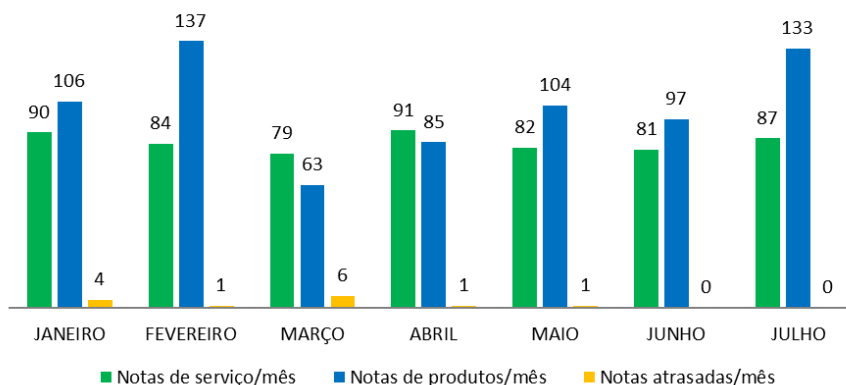
A taxa de execução orçamentária de mês de junho foi ajustada saindo de 99% para 93%.

Gráfico 143 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Financeira.

Gráfico 145 – 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:

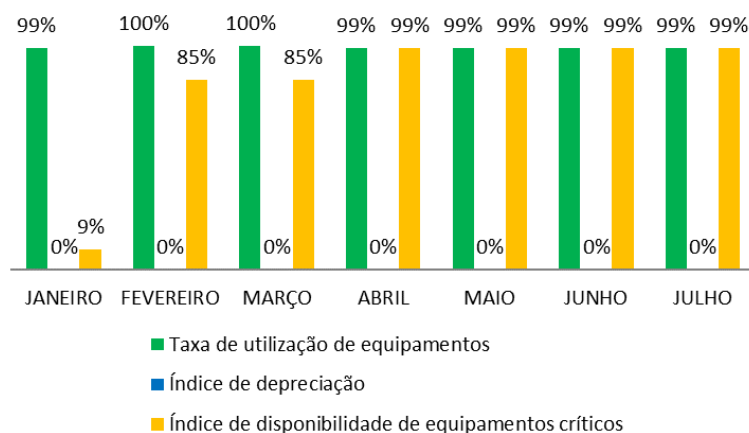
- Ativos Fixos;
- Inventário e Registro;
- Manutenção Preventiva;
- Avaliação e Depreciação;
- Segurança Patrimonial;
- Gestão de Contratos de Locação e Compra;
- Regularização e Documentação;
- Desativação e Descarte;
- Controle de Uso e Apropriação;
- Auditoria e Transparência.

Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de utilização de equipamentos	95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141	105
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136	100
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14	17
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23	14	17
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9	19
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6	16
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%	96%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139	139
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66	66,00
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%	96%

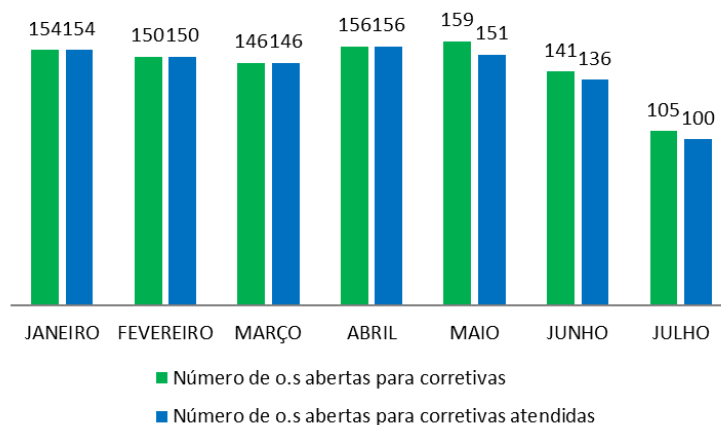
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos



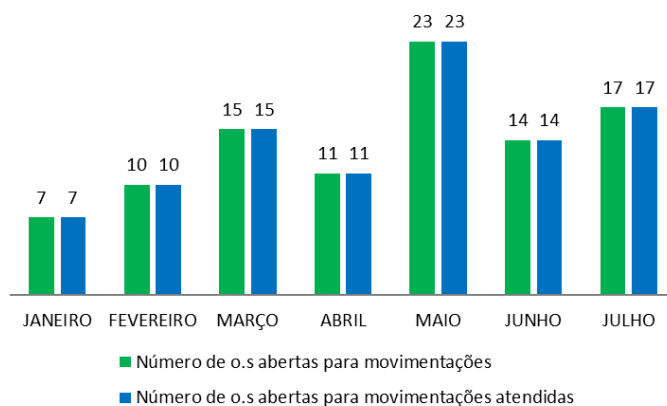
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Ordem de serviços para corretivas



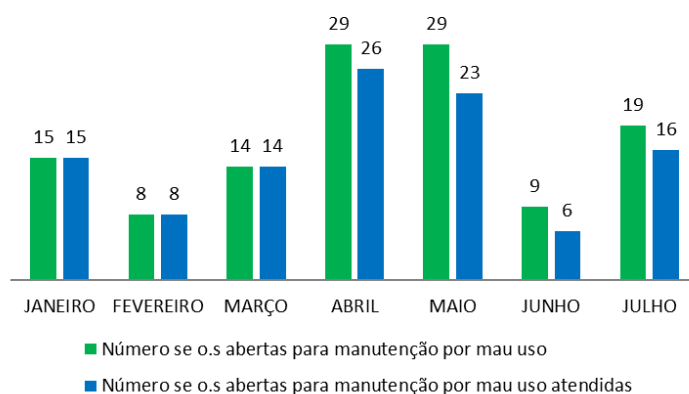
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 148 – Ordem de serviços de movimentações



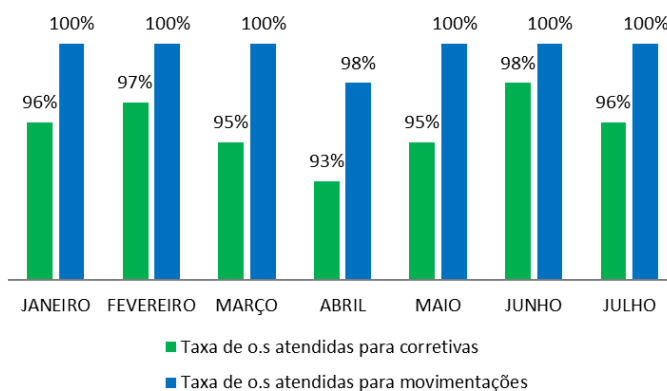
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 149 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



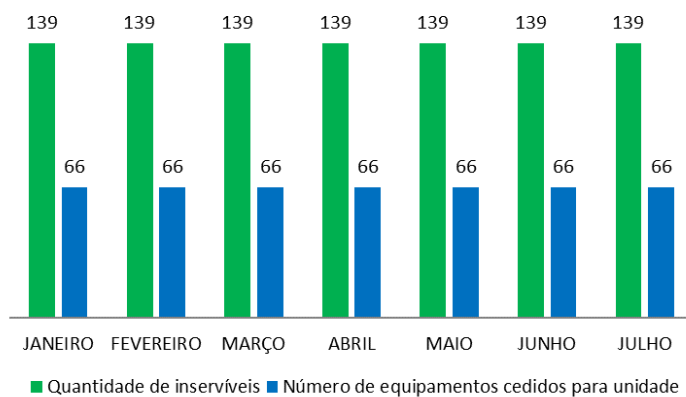
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 150 – Taxa de ordem de serviços



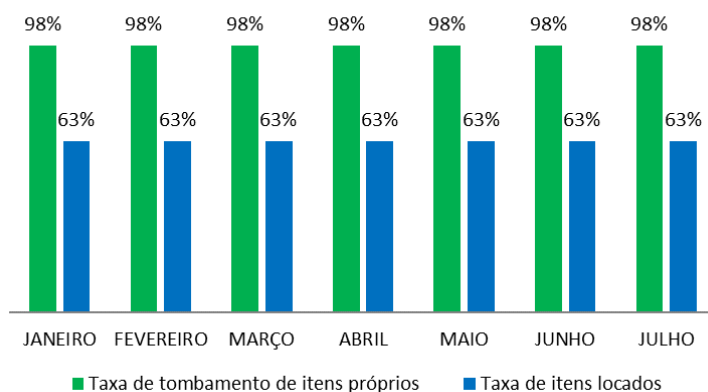
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 151 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



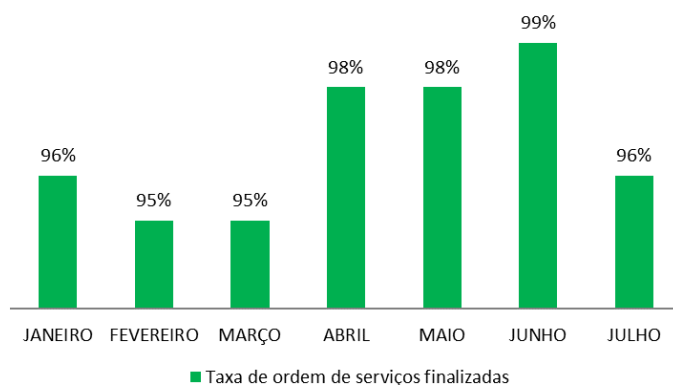
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 153 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%	98%	98%	99%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9	9	6	15
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	94,11%	94,11%	94,11%	94,44%	94,44%	94,44%	88,88%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

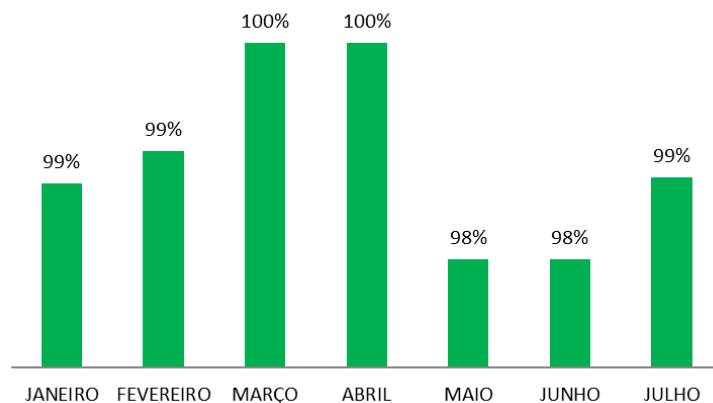
ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador de ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS não atingiu a meta de 100% pois um dos contratos vigentes no mês de julho não cumpriu as cláusulas dos contratos. A empresa em questão foi notificada em 14/07 e recebemos a devolutiva em 18/07.

O indicador de QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS está com a nota de 94% devido a dois 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.

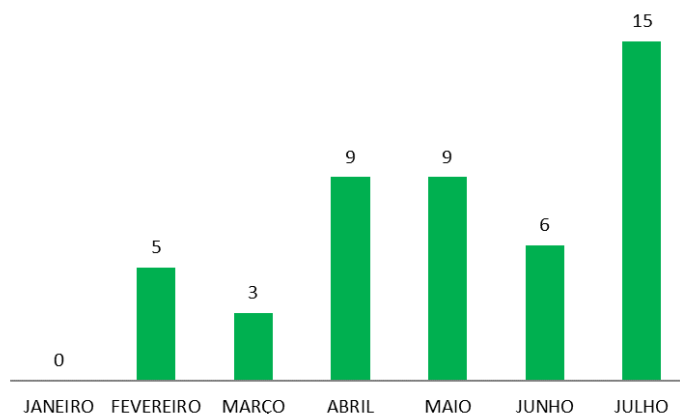
Ressalta-se que a porcentagem referente ao indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos foi retificada, uma vez que o valor anteriormente apresentado não refletia com exatidão a realidade, devido a um equívoco no cálculo. A correção foi realizada para assegurar a fidedignidade das informações reportadas.

Gráfico 154 - Índice de exatidão nos serviços prestados



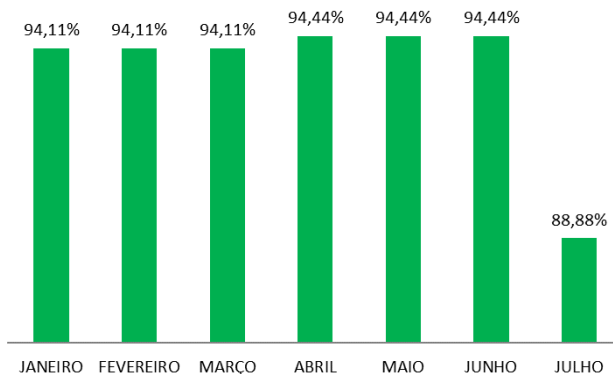
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 155 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 156 – 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.

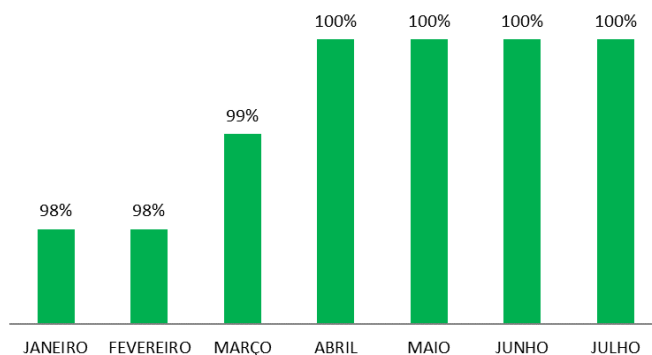
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de enxovais recebidos com sujidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna)	0	0	0	1	1	1	1	1
Índice de evasão de roupas	0%	0%	3,80%	3,80%	7,50%	0%	4,35%	0%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%	100%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

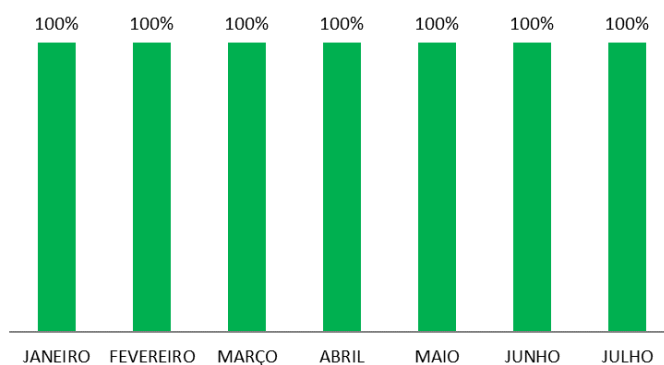
*Índice de Evasão - Foi realizado o inventário nesta competência e estamos aguardando o resultado que será referenciado no próximo mês.

Gráfico 157 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)



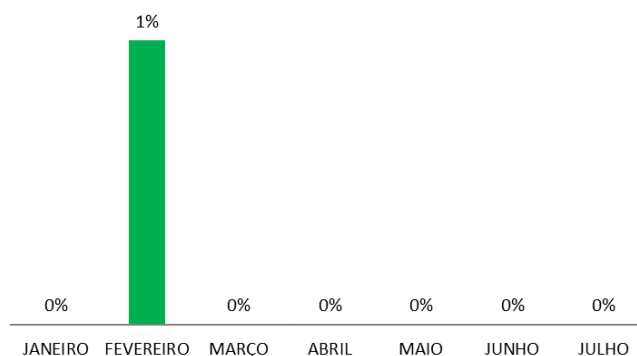
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 158 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



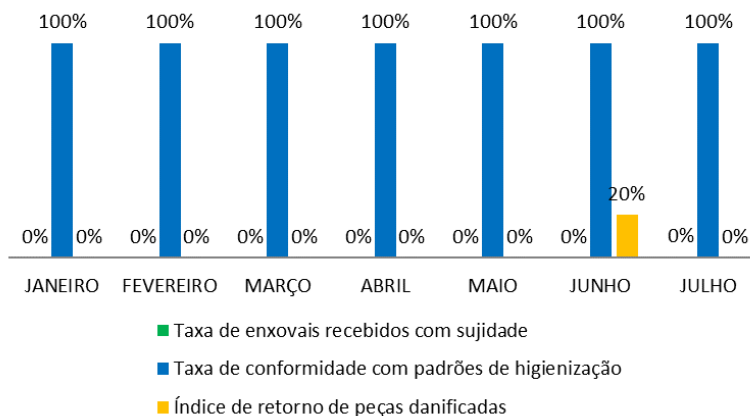
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 159 – Taxa De Expresso Solicitados



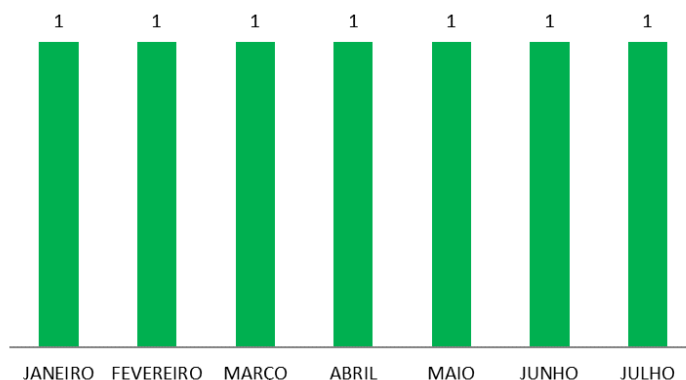
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 160 – Taxa sujeidade, conformidades e retorno de peças danificadas



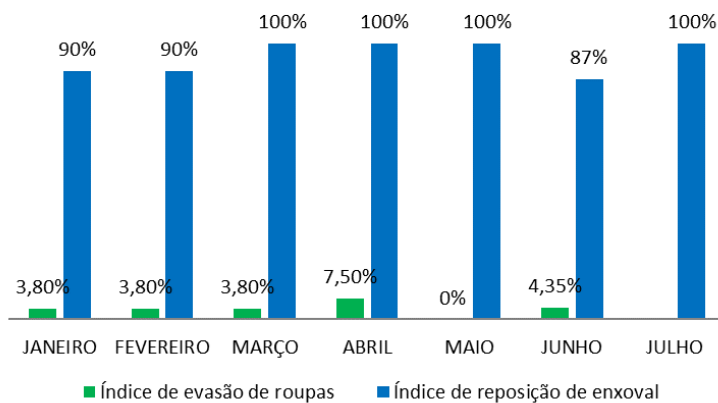
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 161 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)



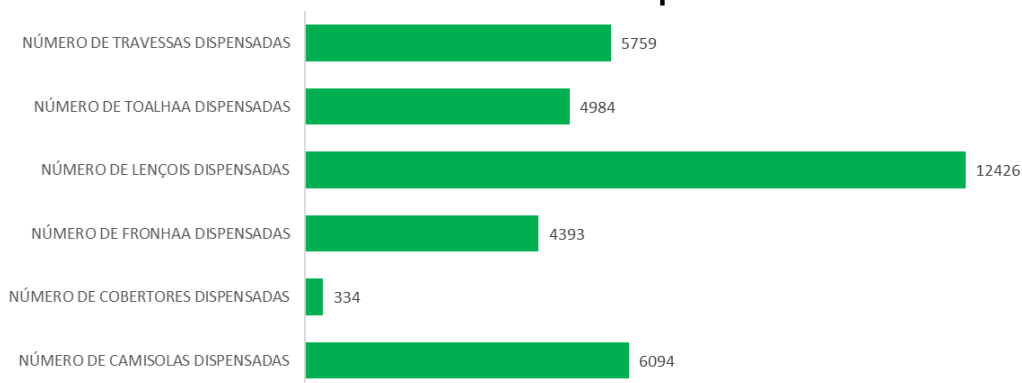
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 162 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 163 – Enxoval Dispensado



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

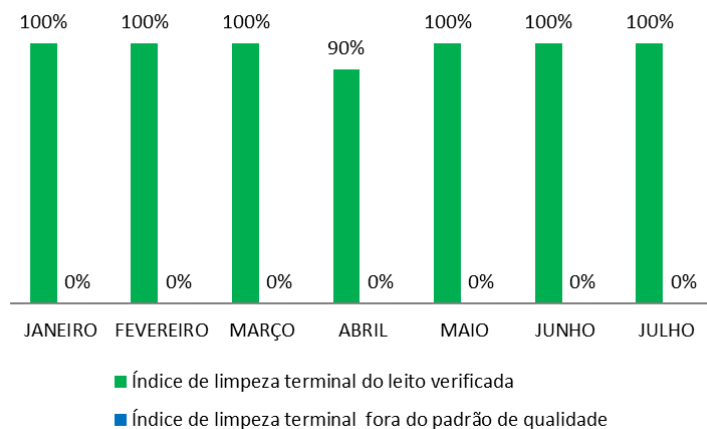
Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%
Índice de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de satisfação com a limpeza	> 80%	*	*	*	90%	90%	90%	90%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

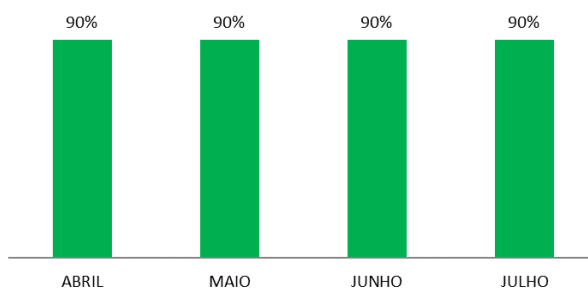
*O indicador de índice de satisfação com a limpeza começou a ser mensurado a partir de Abril de 2025.

Gráfico 164 – Índices de higienização



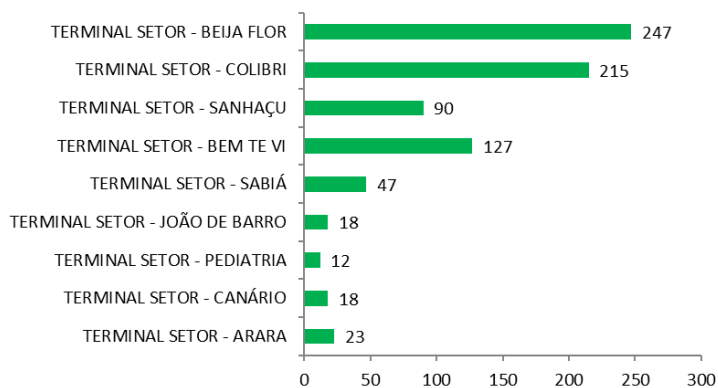
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 165 – índice de satisfação com a limpeza



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 166 – Terminais



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.8. Recepção

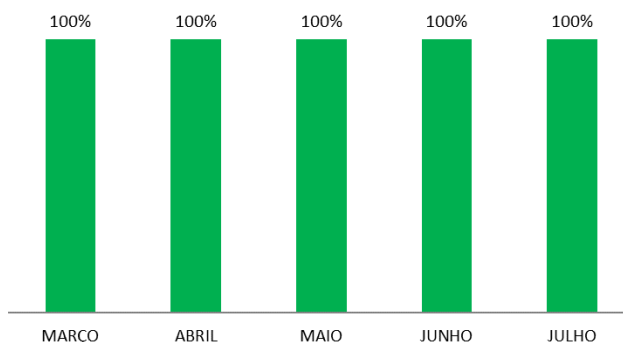
Tabela 80 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de satisfação com a Recepção	> 80%	*	*	100%	100%	100%	100%	100%
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210	2625
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391	479
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26	23

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

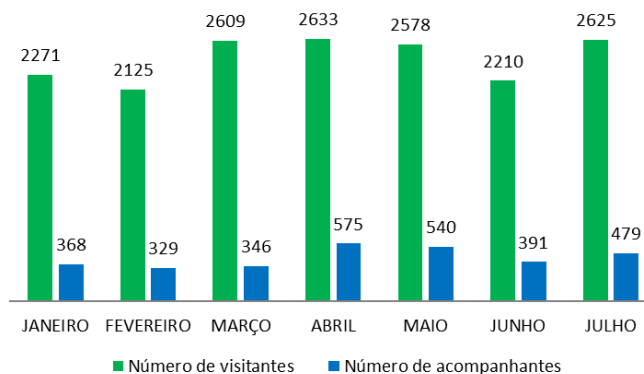
*O indicador de Taxa de satisfação com a recepção começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

Gráfico 167 – Taxa de satisfação com a Recepção



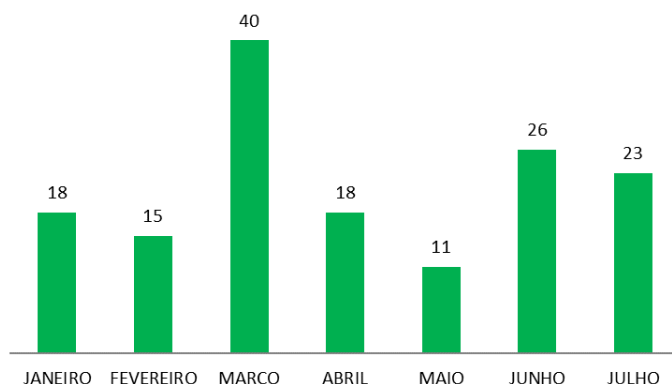
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 168 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 169 – Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

3.9.9. Portaria

Tabela 81 – Indicadores de Portaria

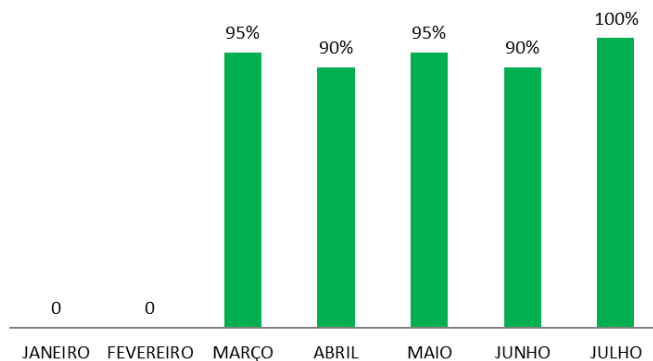
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de satisfação de portaria	> 80%	*	*	95%	90%	95%	90%	100%
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

*O indicador de Taxa de satisfação com a portaria começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

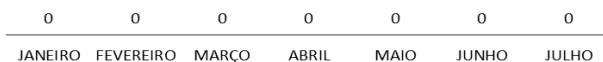
Durante o período avaliado, houve uma situação pontual envolvendo a equipe de segurança, que foi prontamente identificada e resolvida. Apesar da rápida atuação para mitigar o impacto, o ocorrido influenciou diretamente na queda de desempenho observada no período. As devidas providências corretivas foram tomadas a fim de evitar recorrências.

Gráfico 170 – Taxa de satisfação de portaria



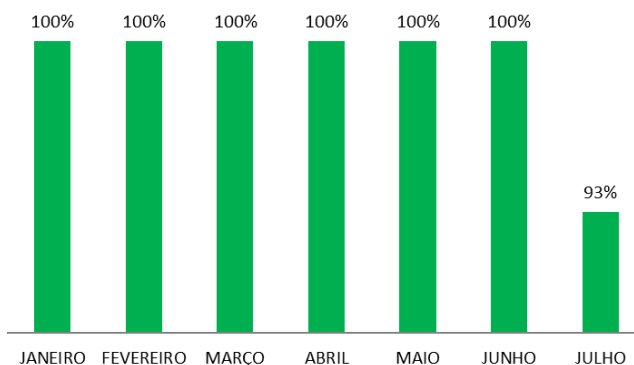
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 171 – Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 172 – 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	MAIO	JUNHO	JULHO
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.

ANÁLISE CRÍTICA - JURÍDICO

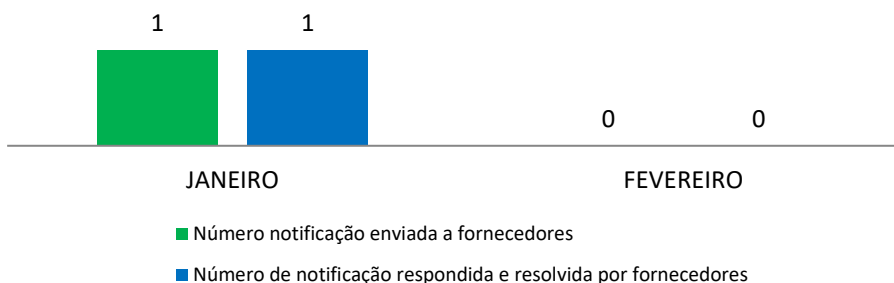
Excepcionalmente, os indicadores do setor jurídico não estão sendo realizados em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas. A equipe está trabalhando na regularização do cronograma de acompanhamento dos indicadores, de forma a garantir a continuidade das análises e assegurar a efetividade na tomada de decisões.

Gráfico 173 – Cumprimento de prazos legais



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 174 – Notificações de fornecedores



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 175 – Produção Jurídico em Fevereiro/2025



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

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	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de resolução	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	5%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tempo médio de resposta	5	1	3	2	1	1	3	3
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32	40	37	19
Número de elogios	M/R	42	15	51	29	35	28	15

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

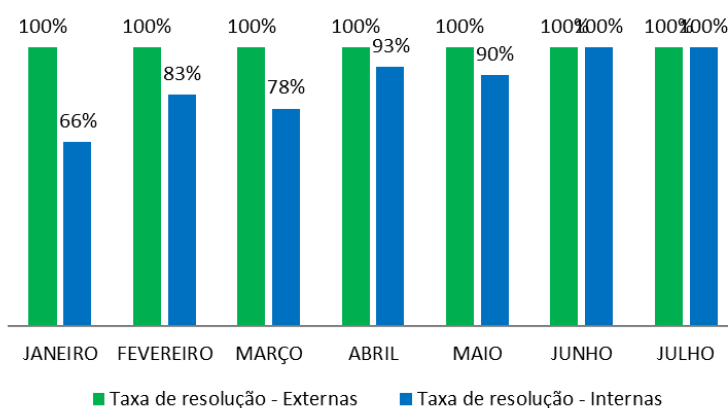
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%	70%	78%	90%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1	2	4	2
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40	40	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16	7	5

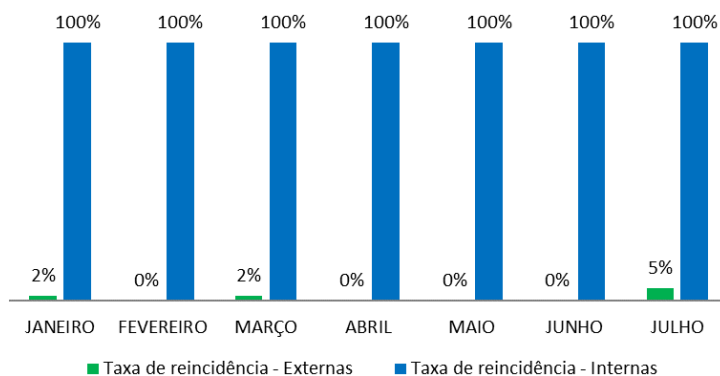
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 176 – Taxa de resoluções



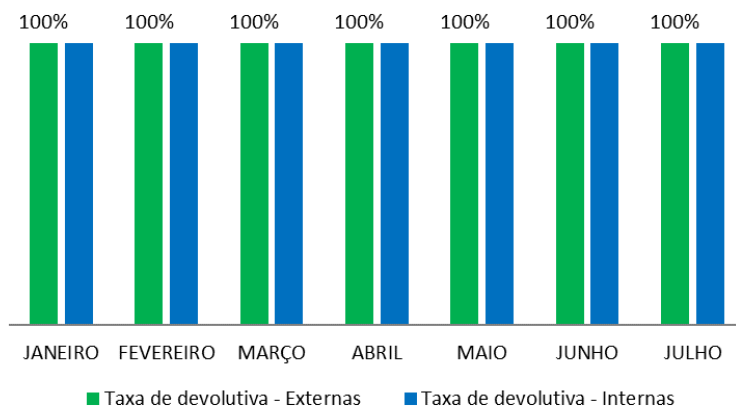
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 177 – Taxa de reincidência



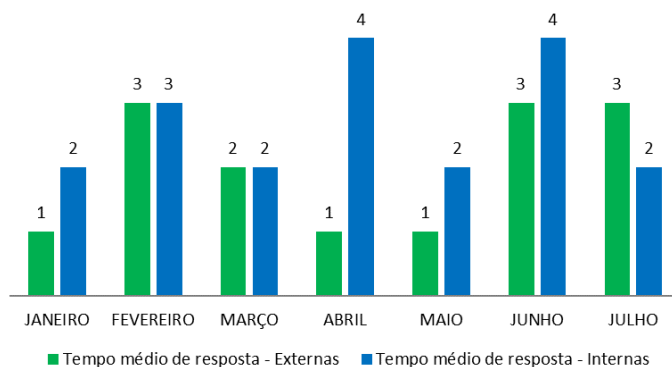
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 178 – Taxa de devolutivas



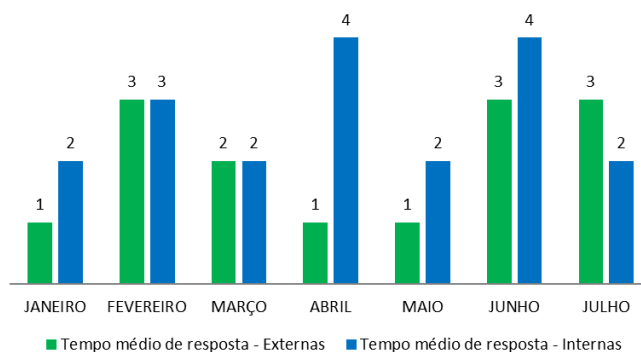
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 179 – Tempo médio de resposta



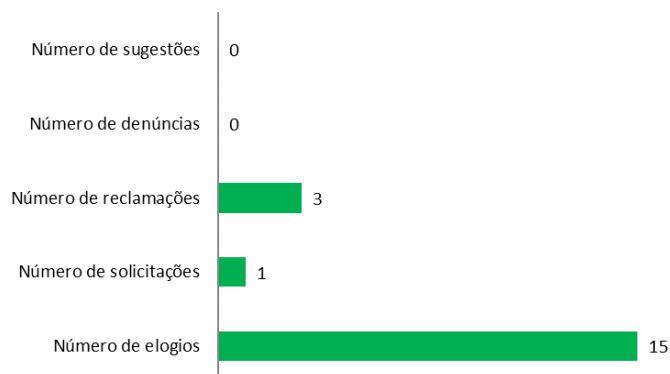
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 180 – Total de manifestações recebidas



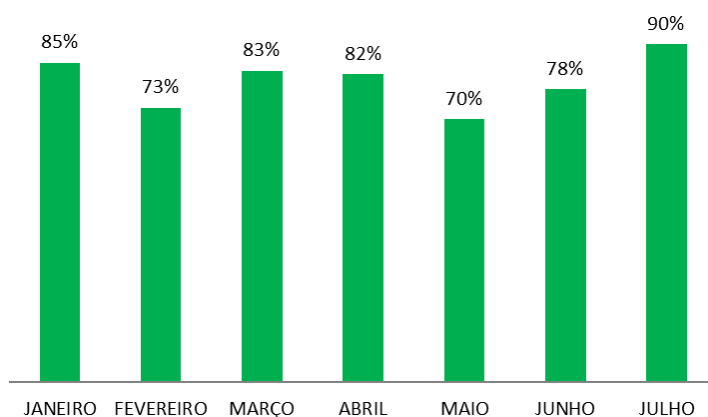
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 181 – Tipos de manifestações externas



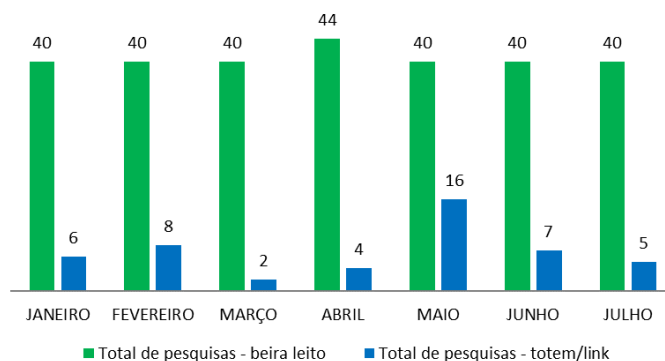
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 182 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



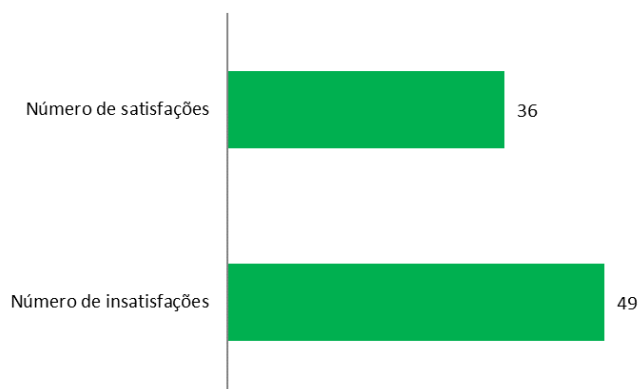
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 183 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 184 – 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

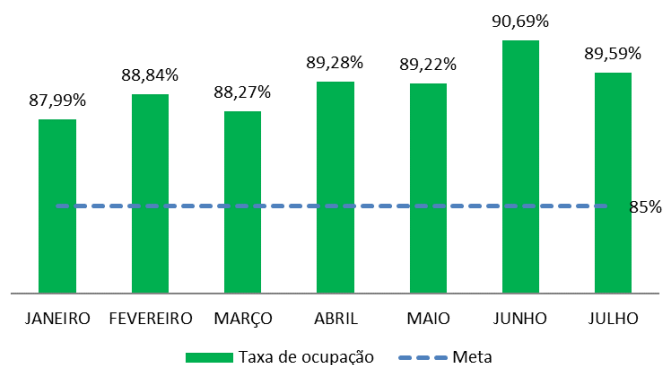
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%	89,59%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%	0,20%	1%	0,19%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de apresentação de AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

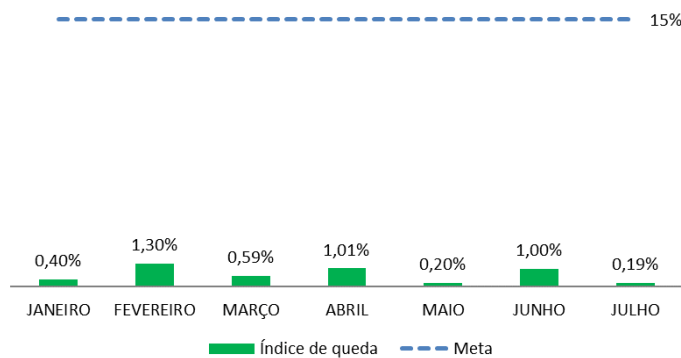
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 185 – Taxa de ocupação



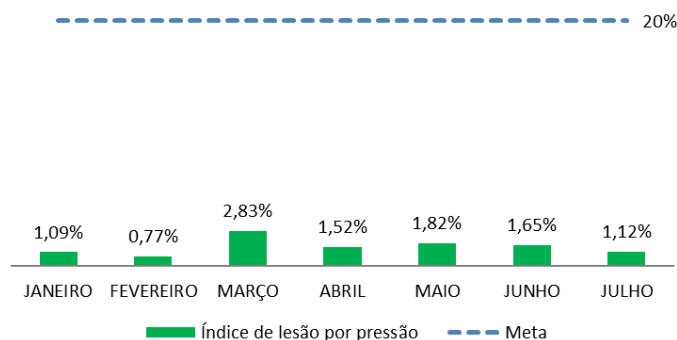
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 186 – Índice de queda



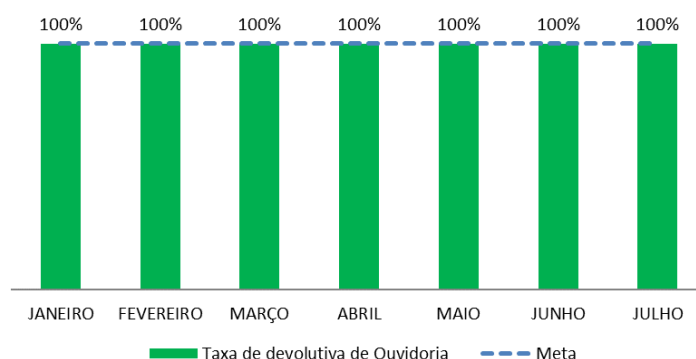
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 187 – Índice de Lesão por Pressão



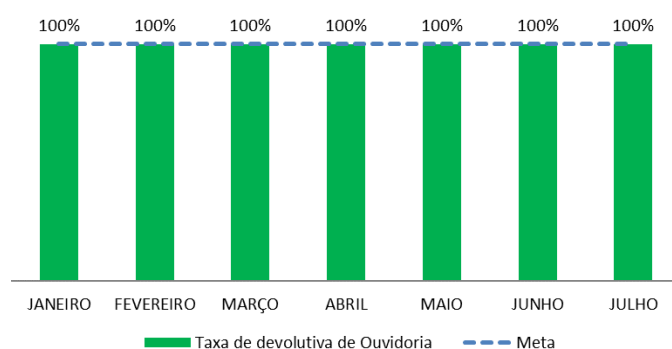
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 188 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 189 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

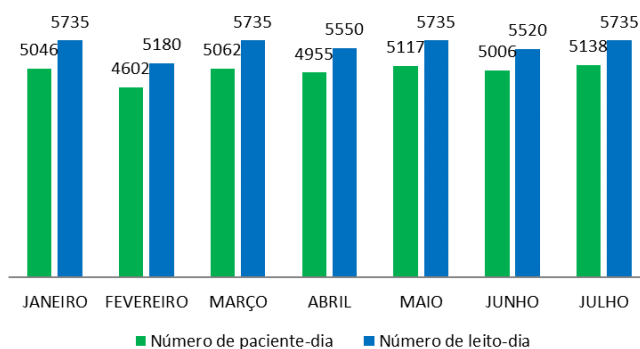
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220	5735
Número de quedas	0	2	6	3	5	1	5	1
Casos de lesão por pressão	0	3	2	7	4	6	4	3
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37	19
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240	255

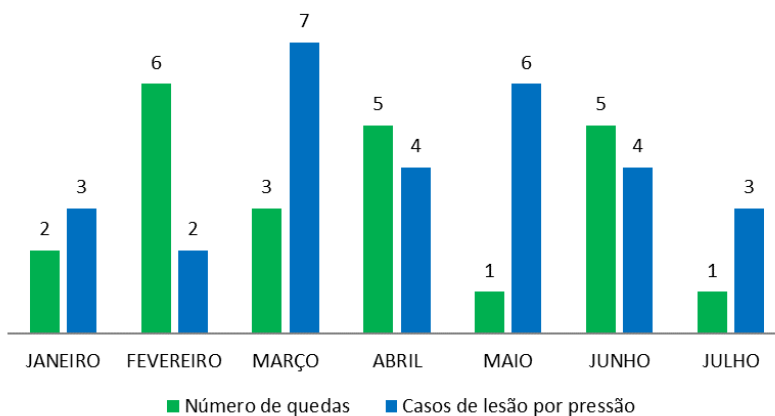
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 190 – Número paciente e leito dia



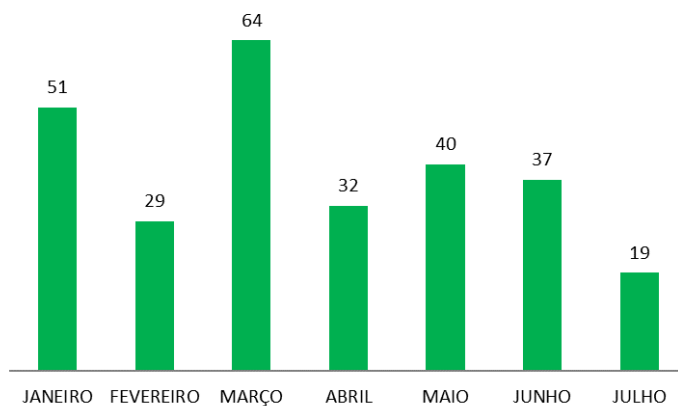
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 191 – Número de quedas e lesões por pressão



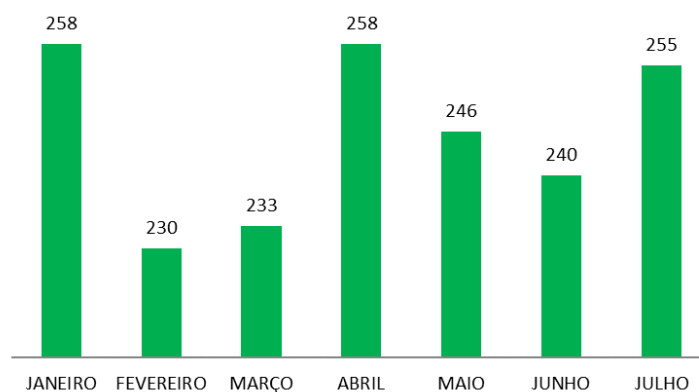
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 192 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 193 – 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

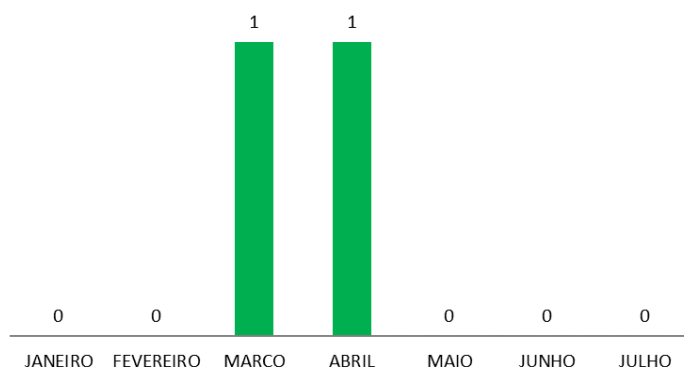
INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0	0
Produção de resíduos infectantes	12.500 kg	14.684 kg	12.590 kg	14.691 kg	14.113 kg	13.044 kg	13.119 kg	13712 kg
Produção de resíduos comum	16.500 kg	21.409 kg	19.803 kg	18.930 kg	21.873 kg	19.799 kg	23.247 kg	24091 kg
Produção de resíduos químicos	300 Kg	224 kg	38 kg	61 kg	59 kg	52 kg	155 kg	58 kg
Produção de resíduos recicláveis	1.600 Kg	3.510 kg	3.523 kg	3.994 kg	3.709 kg	4.073 kg	3.852 kg	3667 kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0	0	0	0	0	0	0 kg

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

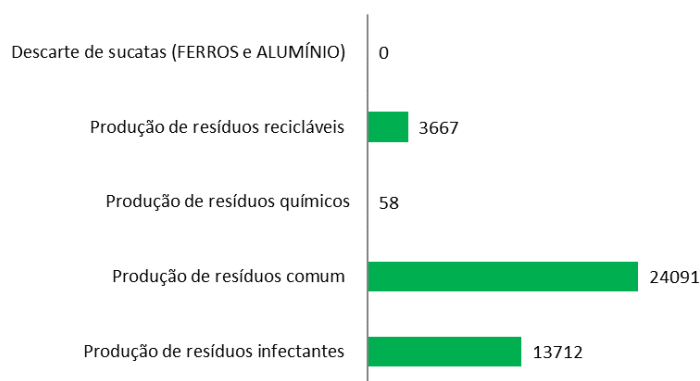
Foi identificado um aumento nos descartes de produtos químicos no mês de junho de 2025, destoando da média dos demais períodos. Em resposta, está prevista a implementação de um plano de ação corretivo no mês de agosto, com foco na redução e no controle mais eficaz desses resíduos. Nos demais meses, os indicadores de descarte mantiveram-se dentro da média esperada.

Gráfico 194 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 195 - Produção De Resíduos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

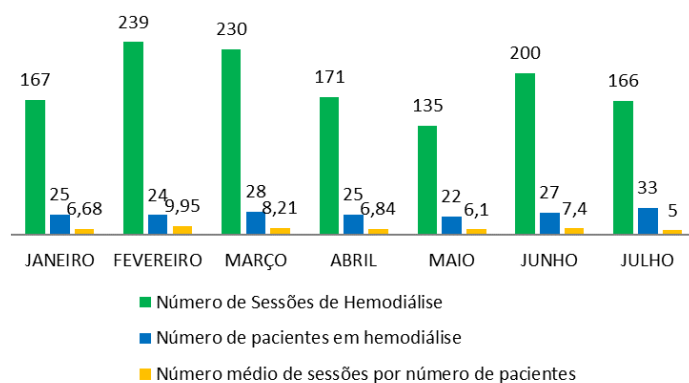
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200	166
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27	33
Número médio de sessões por número de pacientes	M/R	6,68	9,95	8,21	6,84	6,1	7,4	5

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 196 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

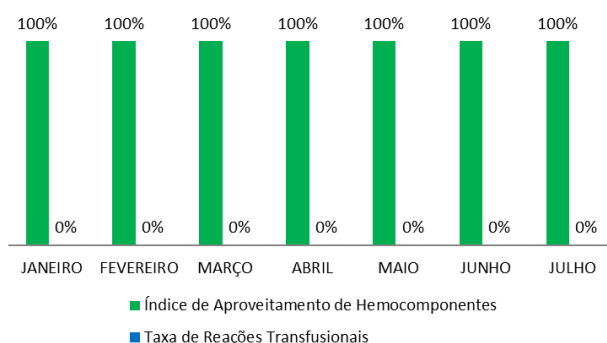
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70	60	38	28

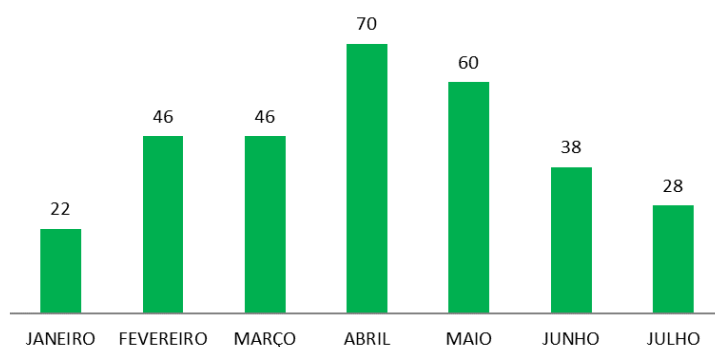
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 197 - Hemocomponentes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 198 – 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 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 **9. 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:** Apoiar 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.

AÇÕES DE JULHO DE 2025

SESMT |Diálogo de segurança - Plano de gerenciamento de resíduos – 24/07: O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem com objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade. Diálogo de segurança realizada com a equipe multiprofissionais.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Diálogo de segurança NR 17 - 11/07 - Ergonomia nas atividades laborativas: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e desconpressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Diálogo de segurança NR 23 -Prevenção e combate ao princípio de incêndio – 17/07: Orinetação sobre a utilização dos equipamentos de combate a incendio, procedimento de respostas aos cenarios de emergencia e para abandono dos locais de trabalho com segurança bem como a utilização do ramal de emeregencia em caso de princípio de incendio.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde 11/07-16/07 e 22/07: 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.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Campanha do Agasalho: No mês de julho, o Hospital Guarapiranga realizou a Campanha do Agasalho para arrecadar roupas, cobertores e calçados. A iniciativa, apoiada pela Comissão de Humanização, contou com a participação dos colaboradores. As doações ficaram na instituição com a finalidade de oferecer roupas para os pacientes que recebem alta, garantindo que possam ir para casa aquecidos e com dignidade.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia do Administrador – 14/07: Em comemoração ao Dia do Administrador, a Comissão de Humanização do Hospital Guarapiranga entregou uma cesta de chocolates aos diretores e à gerência administrativa. A ação teve como objetivo reconhecer e valorizar o trabalho de excelência realizado por esses profissionais na gestão da unidade, reforçando a importância da liderança comprometida com a qualidade e o cuidado no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Café acolhedor – 29/07: A Comissão de humanização realizou na última terça-feira do mês de maio o café acolhedor. Um ambiente de escuta e acolhimento para os familiares. Uma oportunidade para conversar, trocar experiências, esclarecer dúvidas e fortalecer vínculos. Em um ambiente tranquilo e respeitoso, a equipe se dedica a ouvir e compartilhar, sempre com empatia e atenção.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO |Dia do Amigo – 24/07 a 28/07: Em comemoração ao Dia do Amigo, o Hospital Guarapiranga participou da ação "Juntos somos mais fortes", promovendo o Correio do Amigo. Foi montado um painel decorativo na área de convivência, onde os colaboradores puderam escrever mensagens para seus colegas. As mensagens foram recolhidas e

entregues aos destinatários, acompanhadas de um mimo simbólico: um pirulito, como forma de carinho e valorização dos laços entre a equipe.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Culto Ecumênico -22/07: Foi realizado um culto, voltado para pacientes, acompanhantes e colaboradores. O momento foi marcado por muita reflexão, fé e acolhimento, proporcionando conforto espiritual e renovação de esperança a todos os presentes. A iniciativa reforçou o cuidado integral com o ser humano, valorizando não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e espiritual.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Aniversário do paciente: A Comissão de Humanização realizou, com muito carinho e atenção, a comemoração dos pacientes aniversariantes do mês de julho. E tem como objetivo proporcionar um momento de acolhimento, afeto e valorização, tornando a passagem pelo hospital mais leve e humanizada.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Dia da Beleza-Tranças 23/07: Recebemos a visita de uma voluntária, que realizou tranças nos cabelos das pacientes mulheres, promovendo um momento especial de cuidado e elevação da autoestima. A ação foi acompanhada por músicas e karaokê, criando um ambiente de alegria, leveza e descontração. Foi um dia incrível, que proporcionou às pacientes uma experiência diferente da rotina hospitalar, repleta de carinho e acolhimento.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

AÇÕES DE DESTAQUE

SESMT | SIPAT - Semana interna de Prevenção a Acidentes de Trabalho 2025 com foco em segurança no trabalho e saúde mental- 28/07 a 31/07:

A programação da SIPAT 2025 foi voltada à conscientização dos colaboradores sobre segurança e cuidados com a saúde física e mental no ambiente de trabalho. Durante três dias, aconteceram atividades como ginástica laboral, palestras, teatro e treinamentos de primeiros socorros, reforçando a importância do bem-estar e da prevenção de acidentes. A SIPAT 2025 reafirmou o compromisso do Hospital Guarapiranga com a saúde, segurança e qualidade de vida dos seus colaboradores, incentivando práticas para um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de julho 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, 25 de agosto de 2025.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 25/08/2025 15:15:50 -03:00

MUNDO DIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha Panont
CPF: ***.518.032-**
Data: 26/08/2025 14:06:37 -03:00

MUNDO DIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

9. ANEXOS

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão da CCIH	REDATOR Bárbara S. Conceição	DATA 16/07/2025	INÍCIO 11:30hs	TÉRMINO 12:30hs
PAUTAS				
• Quadro de Pendências • Apresentação dos indicadores do NEH • Descritivo das IRAS • Gráficos dos indicadores • Quadro da rota Sepsis • Auditorias • Ações				
PARTICIPANTES				
• Andreia Toshie Yamaguti de Sales				
• Lucas Teixeira Vieira				
• Loraine Aparecida Costa Ferreira				
• Carmen Isabel Domingues de Souza				
• Gustavo Guimaraes Paiva				
• Bárbara Santos da Conceição				
• Alex de Jesus				
• Fabiana Teles de Oliveira				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza				
• Monique Evelyn				
• Eliane Ferreira Ribeiro				
• Eduardo Moreira Pinheiro				
• Juliana Silva Santos				
• Miriam Fernando de Souza				
• Gabriela Nunes da Silva				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	25/07/2025	10:00	10:30
PAUTAS				
- Pendências das reuniões anteriores. - Apresentação de Resultados dos tratamentos das feridas no mês de junho pelo GACAP. - Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em junho de 2025. - Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento. - Controle dos colhões pneumáticos. - Integração realizada. - Auditoria SMS – evidências e não conformidades. - Integração de novos colaboradores. - Projeto Guardiões. - Treinamentos in loco e análise crítica das práticas assistenciais.				
PARTICIPANTES				
- Eliana Cristina da Silva - Gustavo Guimarães Paiva - Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo - Arlene Damasceno - Maria Cristina Souza Santos - Allace Melo de Souza - Alex de Jesus - Fabiane Evol C. Souza - Gabriela Nunes dos Santos				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Cuidados Paliativos	REDATOR Juliana Carvalho	DATA 23/07/2025	INÍCIO 11h10min	TÉRMINO 12h10min
PAUTAS				
- Dinâmica “De mim para mim...” - Discussão de caso clínico				
PARTICIPANTES				
- Juliana Carvalho (psicóloga/presidente) - André Gasparoto (Médico/Vice-presidente) - Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro) - Patrícia Sodré de Oliveira (Nutrição/membro) - Rayane Amaro (Farmácia/ membro)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Dinâmica “De mim para mim...” Juliana (psicóloga) solicitou a utilização de metade do tempo da reunião para condução de uma dinâmica de grupo com os membros da comissão, com o objetivo de promover sensibilização acerca das implicações emocionais de doenças progressivas e ameaçadoras à vida, bem como das perdas associadas a esses processos. A atividade teve caráter introspectivo, visando à autorreflexão e ao contato com emoções profundas. A mensagem final buscou fomentar um olhar mais empático e compassivo no cuidado aos pacientes em cuidados paliativos da nossa unidade, os quais, frequentemente, se encontram em estágio avançado e de terminalidade da doença. Destaca-se o envolvimento significativo dos participantes na dinâmica, que compartilharam experiências e sentimentos difíceis, demonstrando vínculo e um ambiente de segurança psicológica. Pílula do conhecimento Na sequência, foram retomadas as discussões referentes ao projeto Pílula do Conhecimento, com atualização sobre o andamento das gravações. Juliana (Fisioterapeuta RT) informou que os vídeos relacionados à fisioterapia precisarão ser regravados. Juliana (psicóloga) sinalizou que os vídeos da				

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/1
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética de Enfermagem	REDATOR Arlindo	DATA 27/07/2025	INÍCIO 14h00	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
• Andamento dos processos sindicantes • Atualização dos membros da comissão. • Restituição da nova equipe do conselho de ética				
PARTICIPANTES				
Arlindo Alves Vieira				
Willian Ferreira				
Lucineia Rodrigues				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Ao dia 1 de julho das 2025 às 09:00hs neste mês realizamos uma vídeo conferência com a conselheira do Coren SP Jane Bezerra para alinharmos e tirarmos algumas dúvidas sobre processos deixados pela última gestão foi alinhado em livre consenso que os casos dos colaboradores que foram desligados haverá a necessidade de realizar um sucinto relatório e enviar para o Coren foi nomeado também ao cargo de secretaria a enfermeira Edileia Alves dos Santos				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
• Construção do cronograma de ações e treinamentos para o ano de 2025. • Treinamentos in loco para a equipe de enfermagem. • Distribuição dos casos entre os membros da equipe				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	
Apresentação da Comissão para todo hospital.	Novembro	Membros da Comissão	Realizado	
Cronograma de ações e treinamentos.	Janeiro	Membros da Comissão	Realizado	
Treinamento in loco para a equipe de enfermagem.	Março	Membros da Comissão	Pendente	

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética Médica	REDATOR Caroline Ramos Barreto	DATA 14/07/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 11:00h
PAUTAS				
Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo XI – Publicidade Médica				
PARTICIPANTES				
- Dra. Lorena Paiva Barreto Miranda – CRM 197.320 - Dra. Caroline Ramos Barreto – CRM 213.118 - Dra. Isabelle Menezes Maciel – CRM 222.390 - Dra. Luna Macedo de Oliveira Campos – CRM 251.301				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Aos quatorze dias do mês de julho do ano de 2025, foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, conduzida pela presidente Dra. Lorena Paiva Miranda, com a presença dos membros da comissão. O tema central da pauta foi o Capítulo XI do Código de Ética Médica – Publicidade Médica, com o objetivo de orientar e conscientizar os profissionais da instituição sobre os limites éticos e legais da divulgação de informações relacionadas à prática médica. Durante a reunião, foram lidos e analisados os artigos que compõem o referido capítulo, com ênfase nos dispositivos que proíbem a autopromoção, a promessa de resultados, o sensacionalismo e o uso de imagens de pacientes com fins promocionais. Foram destacados o artigo 111, que veda ao médico divulgar informação que caracterize sensacionalismo ou autopromoção, e o artigo 113, que impede o uso de imagens de pacientes em redes sociais ou materiais de divulgação, mesmo com autorização, quando houver risco de exposição ou de mercantilização da medicina. A comissão discutiu a crescente presença de médicos da instituição em redes sociais e outras plataformas digitais, ressaltando a importância da conformidade com o Código de Ética Médica e as resoluções do CFM, especialmente a Resolução CFM nº 2.336/2023, que trata de forma específica da publicidade médica. Foram abordados casos observados nacionalmente e situações hipotéticas que poderiam ocorrer no ambiente hospitalar, como divulgação de atendimentos em pronto-socorro, exibição de imagens de pacientes, ou anúncio de tratamentos com promessas de eficácia garantida. Como encaminhamento prático, a comissão deliberou pela criação de um informativo eletrônico com orientações resumidas sobre publicidade médica, a ser enviado ao corpo clínico. Foi também sugerido à Direção Técnica que seja incluída uma abordagem específica sobre o tema na integração				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
	ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/4
TIPO DE REUNIÃO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	REDATOR LUCIANA CARBONI	DATA 16/07/2025	INÍCIO 09:30H	TÉRMINO 10:30H	
PAUTAS					
❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Consumo de itens por categoria (Curva A) ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A ❖ Consumo anticoagulantes ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Queixa Técnica ❖ Pedidos de padronização					
PARTICIPANTES					
• Arlene Damasceno Ferreira					
• Luciana Carboni					
• Daniela Scavone					
• Gabriela Nunes dos Santos					
• Jamile Renata Oliveira dos Reis					
• Kamila Oliveira					
• Gustavo Guimaraes Paiva					
• Flavio Damasceno					
• Fabiane Evol					
• Andreia T. Yamaguti de Sales					
• Allace Souza					
• Eliane Ribeiro					

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão do plano de gerenciamento de resíduos (PGRSS)	REDATOR Raul Tessi	DATA 16/07/2025	INÍCIO 11:30	TÉRMINO 12:30
PAUTAS				
1. Pendências da última reunião. 2. Apresentação dos indicadores.				
PARTICIPANTES				
• MILTON LOPES FERREIRA				
• MICHAEL NASCIMENTO DAS CHAGAS				
• ANDREIA TOSHIE YAMAGUTI DE SALES				
• GABRIELA NUNES DOS SANTOS				
• FERNANDA DANIELE DEMICHILI PITOMBO				
• EDUARDO MOREIRA PINHEIRO				
• DARIO PEDRO DOS SANTOS FILHO				
• JAMILE RENATA OLIVEIRA DOS REIS				
• MIRIAM FERNANDO DE SOUZA				
• AGNALDO ALLACE MELO DE SOUZA				
• GUSTAVO GUIMARAES PAIVA				
• MONIQUE EVELYN APARECIDA DE SOUZA				
• MARISTELA CIMINO				
• MICHAEL GUSTAVO VIEIRA WODZIK				
• LORAINÉ APARECIDA COSTA FERREIRA				
• CELIANE FERNANDES RIBEIRO				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia dezesseis de julho 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:				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Humanização	REDATOR Dayanne Laís Oliveira	DATA 04/07/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 10:30h
PAUTAS				
Festa Junina				
PARTICIPANTES				
- Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi) - Izadora Mariani (Secretária Executiva) - Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) - Ana Luiza Oliveira (Auxiliar Adm) - Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) - Larissa Ferreira (Analista de RH) - Caio Moreira (Auxiliar Adm do RH) - Kênia Oliveira (Superv. De Enfermagem) - Dayanne Laís Oliveira (Aux. Adm. Humanização) - Patricia Castro (Assistente Adm. Faturamento) - Wilma Correia (Assistente Social) - Victor Amado (Assistente Adm. Faturamento)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Festa Junina Ficou definido que a festa junina será comemorada em conjunto com o aniversário do HMG que ocorrerá nos dias 05 e 06/06 das 15:30 as 17:30 e 20:00 as 22:00. Informado que barraca de hot-dog e mini pizza, e a decoração serão realizados por terceiros, haverá quadrilha e música ao vivo.				

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: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão Medicina Integrativa	Nicole Teófilo	16/07/2025	13:30	14:00
PAUTAS				
- Indicadores do mês de junho 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia. - Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia. - PICs: Meditação.				
PARTICIPANTES				
- Edson Ono (Médico Integrativista) - Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) - Monique Evelyn (Auxiliar Adm do NEP) - Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) - Wellington Stambarowisk (Técnico de Enfermagem) - Miriam Souza (Enfermeira de Educação Permanente) - Vanda Dias (Encarregada Ouvidoria) - Elisa Roasio (Enfermeira Auditora) - Carmen Souza (Gerente de Enfermagem) - Loraine Ferreira (Supervisora de Enfermagem) - Gabriela Nunes (Coordenadora de Enfermagem) - Eliane Ribeiro Coordenadora de Enfermagem) - Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem) - Andreia Sales (Supervisora de Enfermagem) - Allace Souza (Auxiliar Adm Qualidade)				

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:1/4

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão núcleo de educação permanente	Monique Evelyn aparecida de Souza	16/07/2025	10:00	10:30
PAUTAS				
- Ações e melhorias - Planilha de indicadores e treinamentos - Resultados dos indicadores - Gráfico de resultados do NEP - Controle dos estagio				
PARTICIPANTES				
- Michael Nascimento das Chagas - Jamile Renata Oliveira dos reis (Supervisora de nutrição) - Dario Pedro dos santos filho (Coord. De RH) - Monique Evelyn Aparecida de Souza (Aux. Adm. Junior) - Loraine Aparecida costa Ferreira (sup. De enfermagem) - Miriam Fernando de Souza (Enfermeira núcleo de educação permanente) - Andreia Toshie Yamaguti de Sales (sup. De enfermagem) - Gabriela Nunes dos santos (coord. De enfermagem) - Eliane Fernandes Ribeiro (coord. De enfermagem) - Raul Tessi (tec. De Seg. Do Trabalho) - Milton Lopes Ferreira (Engenheiro do trabalho) - Agnaldo Allace Melo de Souza (Aux. Administrativo júnior) - Gustavo Guimarães Paiva (Técnico de enfermagem)				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Segurança do Paciente	REDATOR Fabiane Evol	DATA 16/07/2025	INÍCIO 08:30	TÉRMINO 08:50
PAUTAS				
• Pendências da última reunião • Rotinas implementadas • Planilha de NC • Registros de Não Conformidades • Registro semestral • Conformes (visita técnica) • Ações				
PARTICIPANTES				
• Gustavo Guimarães (Técnico enfermagem NSP) • Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira NSP) • Allace Melo de Souza (Auxiliar administrativo qualidade) • Daniela Scavone (Coordenadora farmácia) • Elisa Bontempo Roasio Madeira (Enfermeira auditora) • Bárbara Santos (Técnica enfermagem SCIH) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora Enfermagem) • Monique Aparecida de Souza (Auxiliar administrativo NEP) • Miriam Fernandes Souza (Enfermeira NEP) • Roberta Aparecida (Técnica enfermagem assistencial) • Luciana Carboni (Supervisora farmácia) • Eliane Fernandes Ribeiro (Coordenadora Enfermagem) • Andreia Toshi (Supervisora enfermagem)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Revisão de Óbitos	REDATOR Fabiane Evol Cavalcante de Souza	DATA 23/07/2025	INÍCIO 15:30	TÉRMINO 16:40
PAUTAS				
- Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de Junho /2025. - Plano de ação.				
PARTICIPANTES				
- João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) - Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira do NSP) - Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) - Vera Lucia Macedo (Enfermeira Vigilância) - Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira Segurança do Paciente) - Lucas Teixeira (Médico Infectologista)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em Junho 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. O Dr. João Paulo Milesi Pimentel iniciou a reunião, agradecendo a presença de todos e apresentando a pauta para a análise dos óbitos registrados no mês de junho de 2025. Foi informado que, do total de óbitos no período, 13 foram classificados como paliativos e 5 como não paliativos, totalizando 18 óbitos. Paciente R.C.S., 56 anos, portador de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com suspeita de tuberculose miliar. Evoluiu com hipotensão, piora clínica progressiva e choque séptico. Como oportunidades de melhoria no caso, destacam-se: a necessidade de maior agilidade na solicitação de vaga em UTI, aprimoramento na descrição da declaração de óbito e abertura do rota sepse diante dos primeiros sinais de deterioração clínica. Solicitado para reforçar novamente a descrição das declarações de óbito. Paciente S.L.S, 79 anos, SAPS elevado, em declaração de óbito consta insuficiência respiratória aguda relacionada a broncoaspiração, como oportunidade de melhoria foi discutido a efetividade do treinamento referente ao protocolo de broncoaspiração que ocorreu em maio. Os casos de pacientes paliativos foram previamente discutidos. Paciente J.G.C.J, 76 anos, cardiopata, internado com quadro de IAM E DPOC, CATE triarterial, evolui com piora clínica, oportunidade de melhoria fica a serviço terciário, onde o mesmo foi encaminhado e depois retornou para nossa unidade. Paciente E.M.C, 88 anos, renal crônica não dialítica, SAPS e SOFA elevados, evolui com choque refratário, contraindicado manobras de RCP, oportunidade de melhoria destacada é reforçar a interface do hospital com a unidade de origem para alinhar a clínica do paciente. Paciente M.A.S consta na evolução como cuidados paliativos mas não se encontra na aba direcionada, ficando como oportunidade de melhoria.				

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: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Revisão de Prontuários	Patrícia Castro	22/07/2025	11:00	12:30
PAUTAS				
- Problemas Técnicos e Rastreabilidade. - Elaboração do Siglário. - Prontuários Auditados. - Não conformidades (NCs) - Lançamentos e registro				
PARTICIPANTES				
- Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) - Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) - Elisa Bontempi (Enfermeira Auditora) - Patrícia Castro (Ass. Faturamento) - Eliana Cristina da Silva (Estomaterapeuta) - Maria Cristina Souza (Enfermeira Qualidade) - Grabriela Nunes Dos Santos (coordenadora de enfermagem) - Shirley Ferreira Schunck (Enfermeire)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Elisa deu início à reunião pautando a criação do Siglário. Ficou alinhado que cada responsável de área deverá enviar as informações para que Elisa elabore o documento em conjunto com o setor da Qualidade. Juliana abordou novamente o tema dos procedimentos, explicando que os fisioterapeutas realizam aspiração nos pacientes durante o atendimento. Após o banho, a troca de fixação e a aspiração são realizadas pela equipe de Enfermagem, em apoio à Fisioterapia, porém sem lançamento no faturamento. Enfermeiros podem executar a técnica de aspiração, e os técnicos atuam como auxiliares. Na sequência, Juliana comentou sobre os prontuários auditados. Na internação 10716, tudo estava em conformidade. No dia 03/05, foi constatada a ausência de prescrição de Enfermagem, e em 31/05, verificou-se que as aplicações de insulina não apresentavam dupla checagem. Shirley ressaltou que todos os profissionais envolvidos no cuidado devem lançar informações na aba "Previsão de Alta", incluindo as orientações ao paciente. O registro pode ser feito com até 48 horas de				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Terapia Nutricional	REDATOR Jamile Renata Oliveira dos Reis	DATA 01/07/2025	INÍCIO 15:00	TÉRMINO 16:00
PAUTAS				
• Apresentação dos indicadores semestrais de 2025. • Apresentação da taxa de desperdício anual de 2025.				
PARTICIPANTES				
• Ana Carolina da Silva Souza (Nutricionista) • Ionete Gomes Prates (Nutricionista) • Juliana Garcia (Nutricionista) • Jocineide Soares (Nutricionista) • Patrícia Sodré Oliveira (Nutricionista) • Emilio Lopez (Médico Nutrólogo) • Alanna Raquel Meneses (Nutricionista)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Jamile iniciou a reunião apresentando os indicadores da nutrição e a taxa de desperdício de refeições do primeiro semestre de 2025, junto com a análise dos resultados apresentados. Foi informado para a equipe que os dois protocolos que estavam parados, já foram encaminhados para o setor da qualidade para aprovação e padronização. Assim como o protocolo de Vol prescrito x Vol infundido já está sob autorização também. Foi discutido com Dr. Emílio sobre se haveria complicações em utilizar o suplemento alimentar hipercalórico e hiperproteico com sacarose para pacientes diabéticos. O mesmo informou que é uma questão de equilíbrio no plano alimentar do paciente, e que poderia ser utilizado se não ultrapassasse a quantidade de 5% de açúcares simples da dieta, ficando assim acordado o uso do suplemento. Reunião Encerrada.				

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



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 8CXVK-CB4YY-P3U4D-3BNNM

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 25/08/2025 15:15 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
179.209.140.72	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
KhLNKC3i0ydLXhOOQ/q5xJxpIS+deT0xQK/j25c3kAY=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF ***.518.032-**) em 26/08/2025 14:06 - Assinado
eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
146.75.191.27	Não disponível
Autenticação	victorpanont@ints.org.br
Email verificado	
XnHTNCuRYaNyq6TbtZy0FpPogDNHfOMXRz9R0P/ytcc=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/8CXVK-CB4YY-P3U4D-3BNNM>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate>