

AGOSTO/2025



INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

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

Este documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validar/4FXXD-ZR5P4-4FPX-Z2VGB>

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **agosto 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

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade

SUMÁRIO

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE	16
2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA	17
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	18
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS.....	19
2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS	21
3. ESTRUTURA DO SERVIÇO	23
3.1. RECURSOS HUMANOS	23
3.1.1. Recursos Humanos.....	27
3.1.2. Departamento Pessoal.....	31
3.1.3. Medicina Ocupacional.....	34
3.1.4. Segurança Do Trabalho	37
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	43
3.2.1. Radiologia	43
3.2.2. Laboratório	49
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	51
3.3.1. Nutrição	61
3.3.2. Fisioterapia	67
3.3.3. Serviço Social	75
3.3.4. Psicologia	84
3.3.5. Fonoaudiologia.....	94
3.3.6. Terapia Ocupacional	99
3.3.7. Terapias Alternativas	102
3.3.8. Estomaterapia.....	105
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	108
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	108
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	118
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	123
3.4.4. Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	128
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP	132

3.5. SUPRIMENTOS	138
3.5.1. Farmácia.....	139
3.6. Compras	141
3.7. INFRAESTRUTURA.....	144
3.7.1. Engenharia Clínica	145
3.7.2. Manutenção Predial	150
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	153
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	155
3.9.1. Qualidade	155
3.9.2. Faturamento.....	160
3.9.3. Prestação De Contas	162
3.9.4. Financeiro	166
3.9.5. Patrimônio.....	168
3.9.6. Contratos	174
3.9.7. Hotelaria	176
3.9.8. Recepção	183
3.9.9. Portaria.....	185
3.9.10. Jurídico	186
3.9.11. Ouvidoria	189
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	195
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	197
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	197
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	200
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	202
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos.....	202
5.3.2. Hemodiálise	204
5.3.3. Hemocomponentes	205
6. COMISSÕES	207
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	208
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	218

9. ANEXOS..... 219

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero	22
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.....	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT)	23
Tabela 05 – Serviços Médicos	25
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados.....	26
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	27
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	32
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional	34
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	43
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	44
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor)	44
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	45
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	45
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	46
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	49
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar).....	52
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	53
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	53
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	54
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados) ..	55
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	56
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	62
Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	62

Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	63
Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi)	63
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	63
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)	64
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	68
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	69
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	70
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	70
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados) 71	
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)	72
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	76
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	77
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	77
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	78
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)	79
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)	80
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	85
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)	86
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	87
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	87
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	88
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	89
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	94
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	100
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	103
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia	106

Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	109
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica).....	110
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	111
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	112
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados).....	113
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ...	114
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar).....	118
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	119
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	119
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	120
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	121
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	121
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	123
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	128
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	133
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP	134
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	139
Tabela 68 – Indicadores de Compras.....	142
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica	145
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	150
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	153
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	156
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	161
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas	163
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	167
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio	169

Tabela 77 – Indicadores do Contratos.....	174
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia.....	177
Tabela 79 – Indicadores de Higienização.....	181
Tabela 80 – Indicadores de Recepção	183
Tabela 81 – Indicadores de Portaria.....	185
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	187
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	190
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	190
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	197
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos	200
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	202
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	204
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	205
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga	207

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos.....	19
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos no mês de Agosto/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	29
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	29
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	30
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	30
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	31
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	32
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	33
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem.....	33
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias	34

Gráfico 15 – Taxa de Exames	35
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	36
Gráfico 17 – Relação de atestados	36
Gráfico 18 – Relação de afastados	37
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)	37
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	39
Gráfico 21 – Taxa de inspeções	40
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	40
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos	41
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	41
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	42
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	42
Gráfico 27 – Relação de acidentes	43
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames	47
(Geral Hospitalar)	47
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)	48
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)	48
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta	49
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	50
Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos	50
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)	51
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo	51
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	57
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)	58
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	58
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)	59
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)	59
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar)	60
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)	60

Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar) ...	61
Gráfico 45 – Número de Atendimentos	65
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	66
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	66
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	67
Gráfico 49 – Índice de IMC	67
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar)	73
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	74
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica	74
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	75
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)	81
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	82
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)	82
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar)	83
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar)	83
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar)	84
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais	84
Gráfico 61 – Índice de intervenções	90
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	91
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica.....	91
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	92
Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos.....	92
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	93
Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias	93
Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	96
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	96

Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração ...	97
Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações	97
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala	98
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	98
Gráfico 74 - Índice de intervenções fonodiaulógicas realizadas.....	99
Gráfico 75 – Quantitativo de produção da T.O	101
Gráfico 76 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia	101
Gráfico 77 – Qualitativo de produção da T.O	102
Gráfico 78 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	104
Gráfico 79 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar .	104
Gráfico 80 – Número de Ozonioterapia	105
Gráfico 81 – Consumo de cilindro o ²	105
Gráfico 82 – Taxa de lesão por pressão.....	107
Gráfico 83 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	107
Gráfico 84 – Número total de lesões	108
Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)	115
Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar).....	116
Gráfico 87 – Taxa de abertura de protocolo de Londres e taxa de incidente com dano (Geral Hospitalar)	116
Gráfico 88 – Classificação de Não Conformidades em Agosto/2025 (Geral Hospitalar)	117
Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em Agosto/2025 (Geral Hospitalar)	117
Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar)	118
Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	121
Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	122
Gráfico 93 - Densidade Incidência	123
Gráfico 94 – Número de notificações realizadas	125
Gráfico 95 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	125
Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID.....	126

Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose	126
Gráfico 98 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	127
Gráfico 99 – Notificações de Violência	127
Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS	129
Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos	130
Gráfico 102 – Serviço de Remoções	130
Gráfico 103 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)	131
Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos	131
Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões.....	132
Gráfico 106 – Taxa de treinamentos	136
Gráfico 107 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	136
Gráfico 108 – Homem hora	137
Gráfico 109 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos...	140
Gráfico 110 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	140
Gráfico 111 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	141
Gráfico 112 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica	141
Gráfico 113 – Lançamentos de cotações	143
Gráfico 114 - Total de ordens de compras geradas	143
Gráfico 115 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	144
Gráfico 116 – Número de compras emergencial	144
Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados	147
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado	147
Gráfico 119 – Reincidência de manutenção corretiva	148
Gráfico 120 – Taxa de disponibilidade do equipamento	148
Gráfico 121 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega.....	149
Gráfico 122 – Taxa de inspeção e manutenção	149
Gráfico 123 – Taxa de ordem de serviços finalizados	151
Gráfico 124 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)	151
Gráfico 125 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.....	152

Gráfico 126 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	152
Gráfico 127 – Quantidade de chamados	154
Gráfico 128 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	154
Gráfico 130 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	155
Gráfico 131 – Chamados abertos x chamados fechados	155
Gráfico 132 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo	157
Gráfico 133 – Comissões	158
Gráfico 134 – Número de documentos retroativos	158
Gráfico 136 – Número de treinamentos e orientações	159
Gráfico 137 – Documentos	159
Gráfico 138 – Visitas, auditorias internas e externas.....	160
Gráfico 139 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	160
Gráfico 140 – Total de AIH Faturadas x Parciais	162
Gráfico 141 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (Agosto de 2025).....	162
Gráfico 142 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	164
Gráfico 143 – Número de auditorias externas	164
Gráfico 144 – Taxa de retenções e não conformidades	165
Gráfico 145 – Índice de orçado x realizado	165
Gráfico 146 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	166
Gráfico 147 – Número apontamentos na prestação de contas	166
Gráfico 148 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas.....	168
Gráfico 149 – Número de Notas de Produtos/Mês	168
Gráfico 150 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	170
Gráfico 151 – Ordem de serviços para corretivas	171
Gráfico 152 – Ordem de serviços de movimentações	171
Gráfico 153 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	172
Gráfico 154 – Taxa de ordem de serviços.....	172
Gráfico 155 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	173
Gráfico 156 – Taxa de tombamento e itens locados	173
Gráfico 157 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	174

Gráfico 158 - Índice de exatidão nos serviços prestados	175
Gráfico 159 – Número de aditivos	175
Gráfico 160 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	176
Gráfico 161 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	177
Gráfico 162 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	178
Gráfico 163 – Taxa De Expresso Solicitados	178
Gráfico 164 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	179
Gráfico 165 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	179
Gráfico 166 – Índice de evasão e reposição	180
Gráfico 167 – Enxoval Dispensado em Agosto de 2025	180
Gráfico 168 – Índices de higienização	181
Gráfico 169 – Índice de satisfação com a limpeza	182
Gráfico 170 – Terminais em Agosto de 2025	182
Gráfico 171 – Taxa de satisfação com a Recepção	183
Gráfico 172 – Número de visitantes e acompanhantes	184
Gráfico 173 – Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	184
Gráfico 174 – Taxa de satisfação de portaria	185
Gráfico 174 – Número de ocorrências de segurança	186
Gráfico 175 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança.....	186
Gráfico 176 – Cumprimento de prazos legais	188
Gráfico 177 – Notificações de fornecedores.....	188
Gráfico 178 – Produção Jurídico em Agosto de 2025	189
Gráfico 179 – Taxa de resoluções.....	191
Gráfico 180 – Taxa de reincidência	191
Gráfico 181 – Taxa de devolutivas	192
Gráfico 182 – Tempo médio de resposta	192
Gráfico 183 – Total de manifestações recebidas	193
Gráfico 184 – Tipos de manifestações externas em Agosto de 2025	193
Gráfico 185 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	194
Gráfico 186 – Total de pesquisas internas	194

Gráfico 187 – Total de manifestações internas em Agosto de 2025	195
Gráfico 188 – Taxa de ocupação	197
Gráfico 189 – Índice de queda	198
Gráfico 190 – Índice de Lesão por Pressão	198
Gráfico 191 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	199
Gráfico 192 – Taxa de Apresentação de AIH	199
Gráfico 193 – Número paciente e leito dia	200
Gráfico 194 – Número de quedas e lesões por pressão	201
Gráfico 195 – Devolutivas de ouvidoria	201
Gráfico 196 – Número de AIH's	202
Gráfico 197 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	203
Gráfico 198 - Produção De Resíduos	204
Gráfico 199 - Hemodiálises	205
Gráfico 200 - Hemocomponentes	206
Gráfico 201 – Bolsas transfundidas	206

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) é uma organização social sem fins lucrativos, certificada pelo CEBAS – Certificação de Entidades 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.

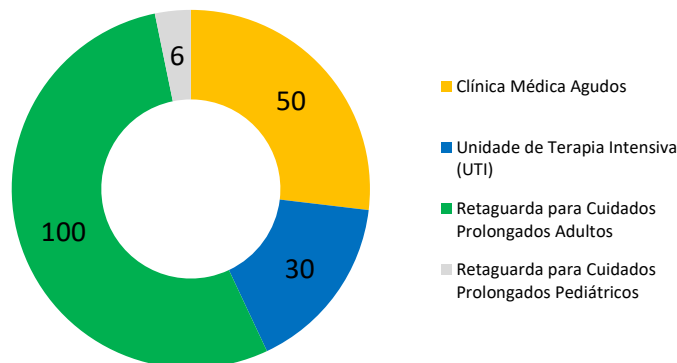
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

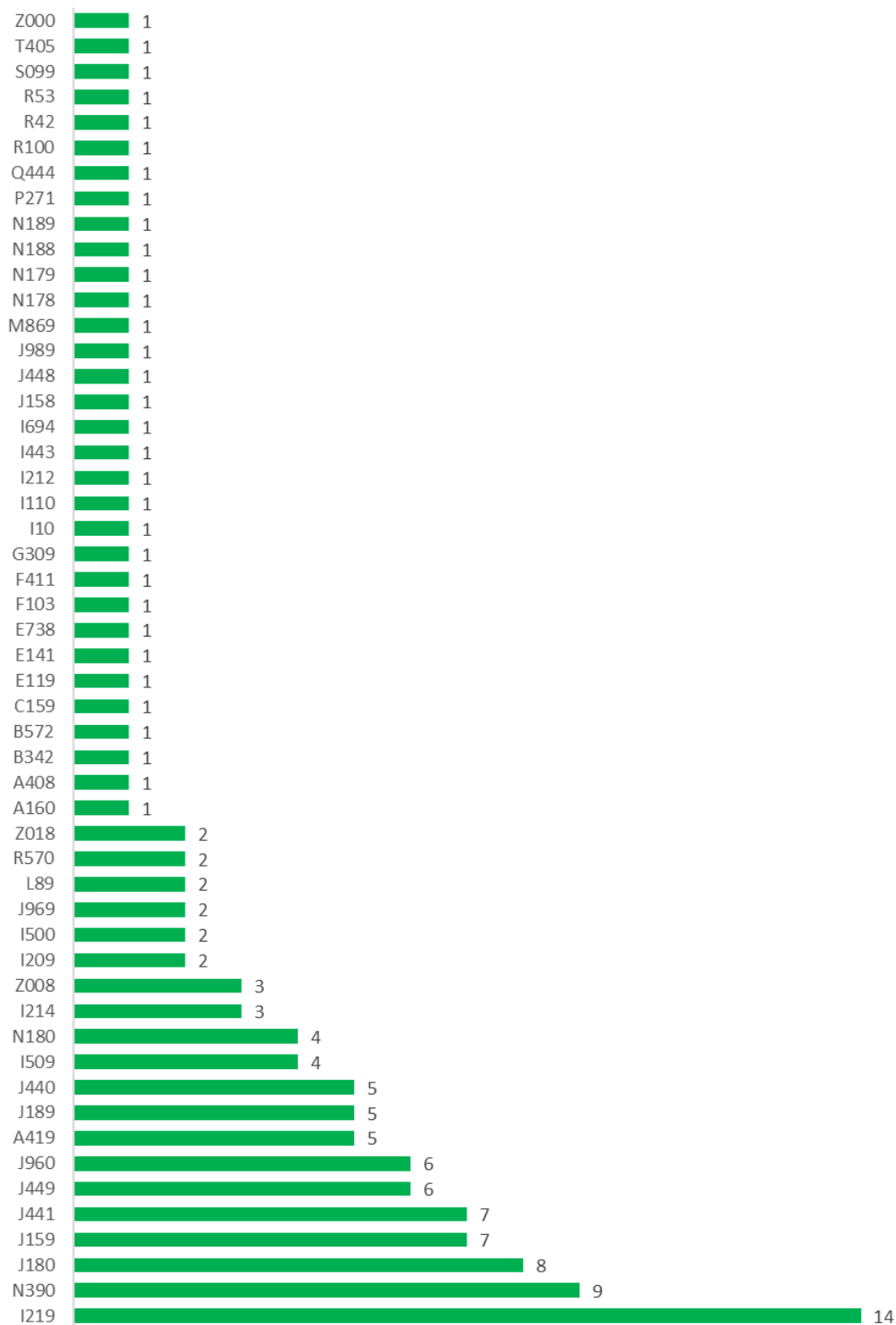


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

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 Agosto/2025



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

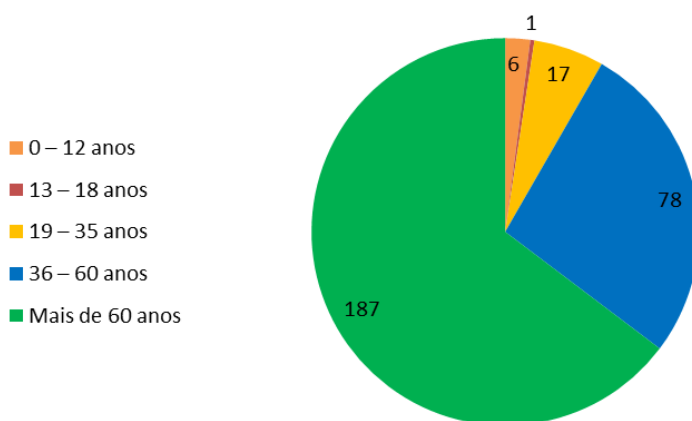
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
0 – 12 anos	8	6	6	6	6	6	6	6
13 – 18 anos	0	0	1	2	2	1	1	1
19 – 35 anos	21	12	20	17	18	17	21	17
36 – 60 anos	94	89	99	94	104	92	95	78
Mais de 60 anos	205	184	186	206	192	183	204	187

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária



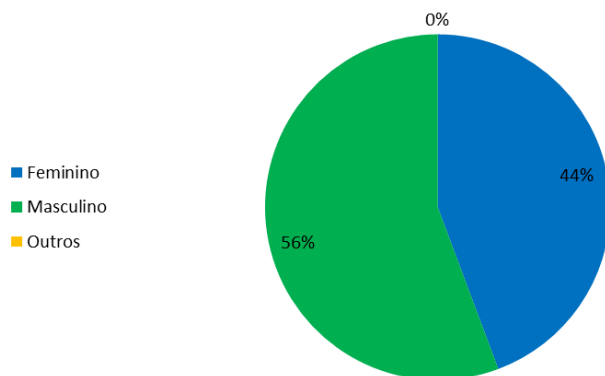
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Feminino	143	130	126	181	144	139	153	128
Masculino	185	161	185	143	177	159	174	161
Outros	0	0	1	1	1	1	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.

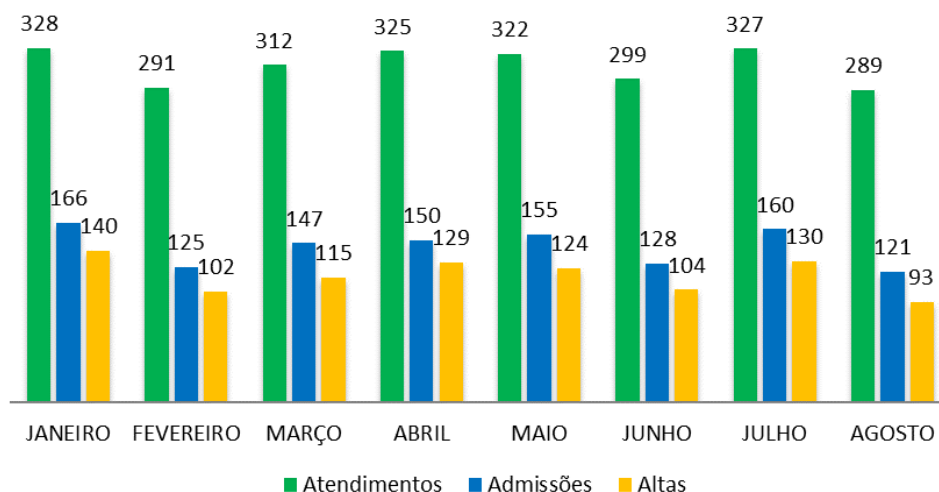
INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Atendimentos	328	291	312	325	322	299	327	289
Admissões	166	125	147	150	155	128	160	121
Altas	140	102	115	129	124	104	130	93

Fonte: SMPEP.

No mês de agosto, a rotatividade dos leitos foi menor em razão do perfil clínico mais complexo dos pacientes internados, o que demandou permanências mais prolongadas. Esse cenário resultou em um número reduzido de altas e, consequentemente, em menor volume de admissões, já que os leitos

permaneceram ocupados por mais tempo. A menor rotatividade impactou diretamente também a redução de atendimentos no período, refletindo a maior complexidade assistencial da unidade.

Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

3. ESTRUTURA DO SERVIÇO

3.1. RECURSOS HUMANOS

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

Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados)

CLT)

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	8
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	9
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	7
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	14
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	14
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR FARMACIA	30
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	12
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	98
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2

ENFERMEIRO CCIH	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	10
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	6
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAÚDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	3
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMATICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	3
TECNICO ENFERMAGEM	283
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
Total Geral	674

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	AGOSTO
Turnover total	< 5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%	3,38%	3,26%
Turnover enfermagem	< 5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%	3,46%	2,87%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0	0	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13	24	26
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681	666	666	674

Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7	8	10
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16	13	8
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23	21	18
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6	17	10
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12	11	13

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

Houve impacto no cumprimento do cronograma de treinamentos devido a fatores como:

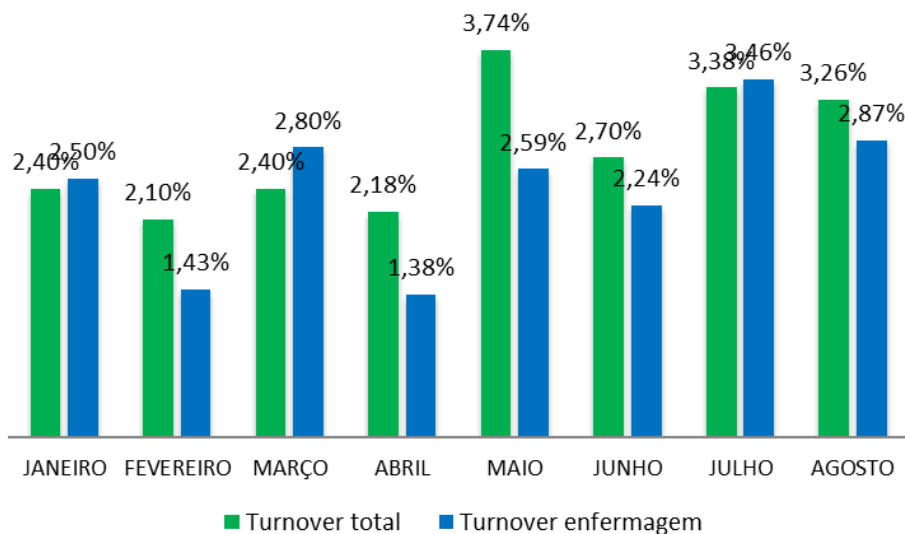
Demandas de contratação e desligamento, que exigiram priorização da equipe de RH e DP em processos seletivos e administrativos;

Foco na implementação e alimentação da plataforma LMS, que demandou tempo para adaptação e ajustes;

Conflitos de agenda com treinamentos previstos na LNT, que dificultaram a viabilização de dados disponíveis para agendamento dos treinamentos.

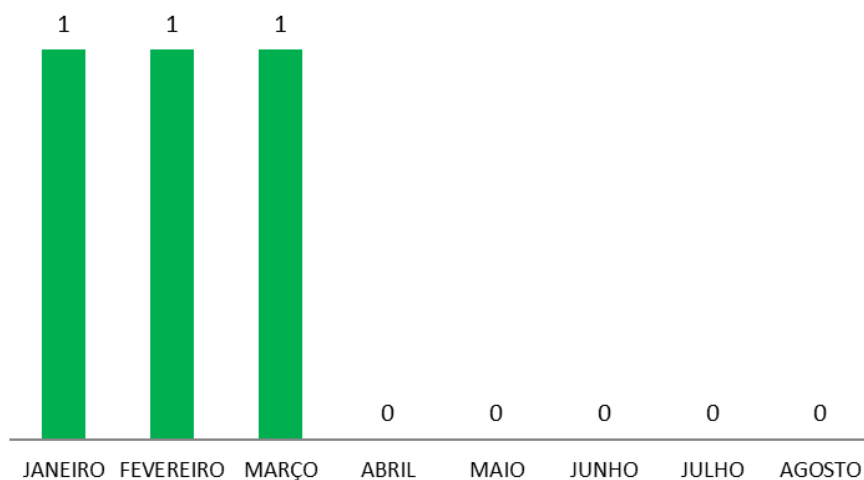
Plano de Ação: Estamos trabalhando na elaboração de novos treinamentos específicos para a equipe de gestores e inseri-los na LNT do próximo ano.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



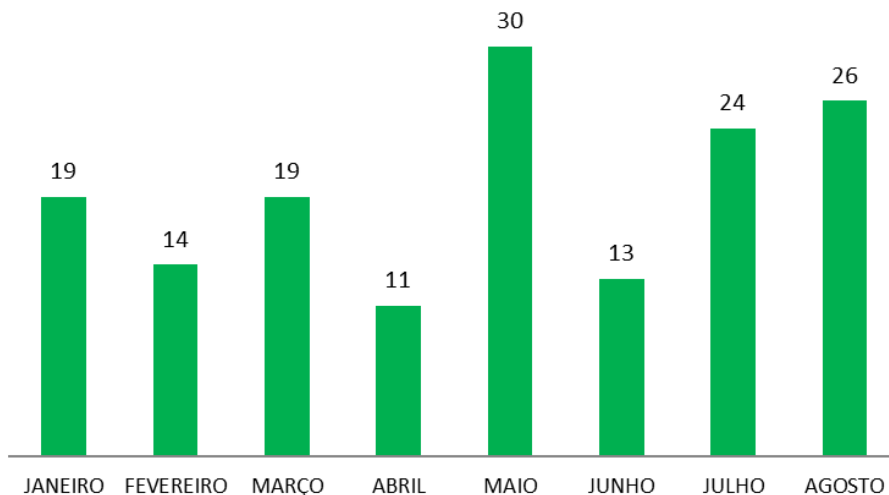
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



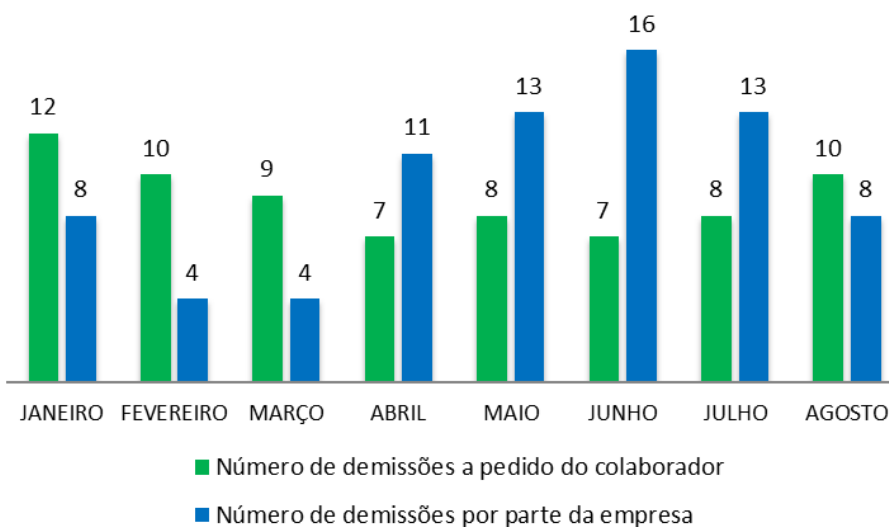
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



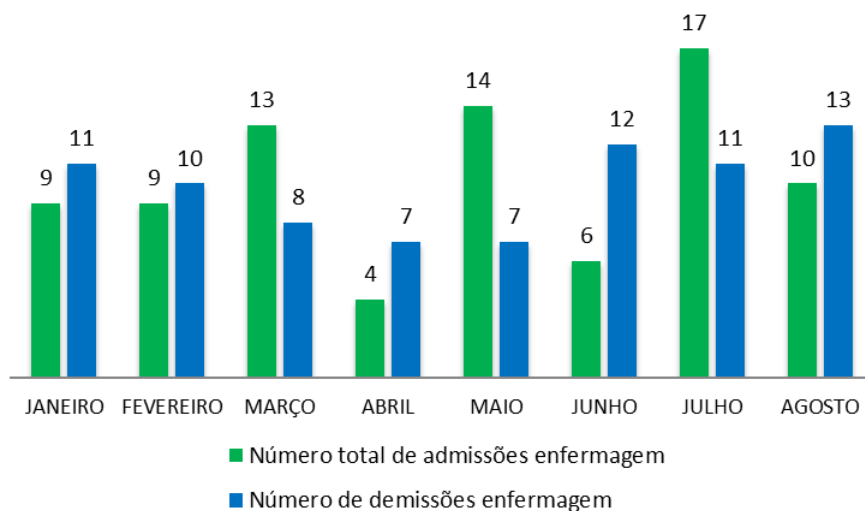
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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

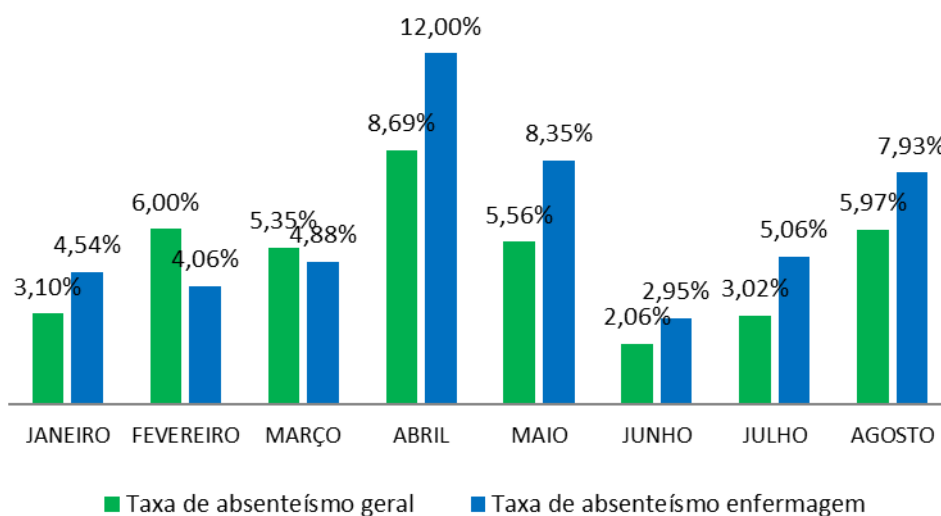
	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de absenteísmo geral	Quanto menor, melhor	3,10%	6%	5,35%	8,69%	5,56%	2,06%	3,02%	5,97%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Quanto menor, melhor	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%	8,35%	2,95%	5,06%	7,93%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	>85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%	92,29%	97,13%	95,18%	92,10%
Número de horas trabalhadas enfermagem	>51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h	51.564h	55.789h	54.984h	52.372h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42	52	38

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

ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

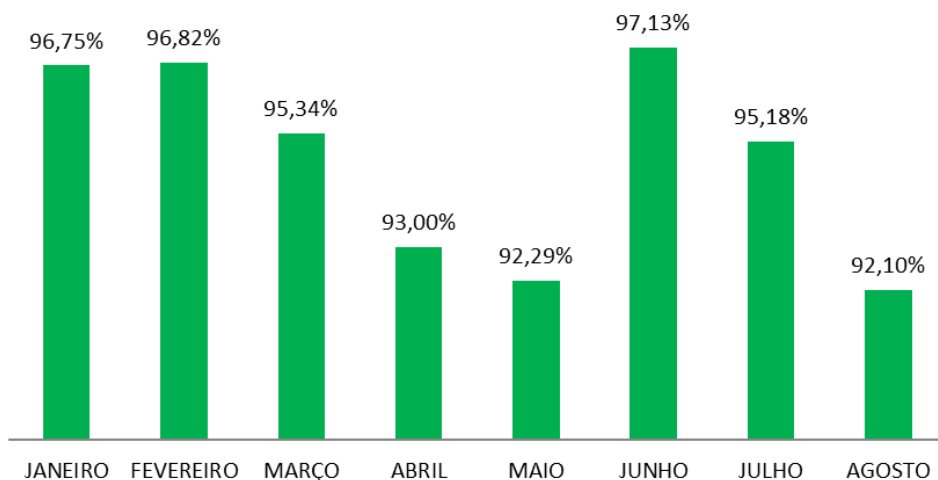
No mês de agosto, observamos um aumento significativo no índice de absenteísmo, em especial entre os colaboradores da equipe de enfermagem e administrativo. O principal fator identificado foi a elevação no número de atestados médicos apresentados, refletindo diretamente nas horas de afastamento.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



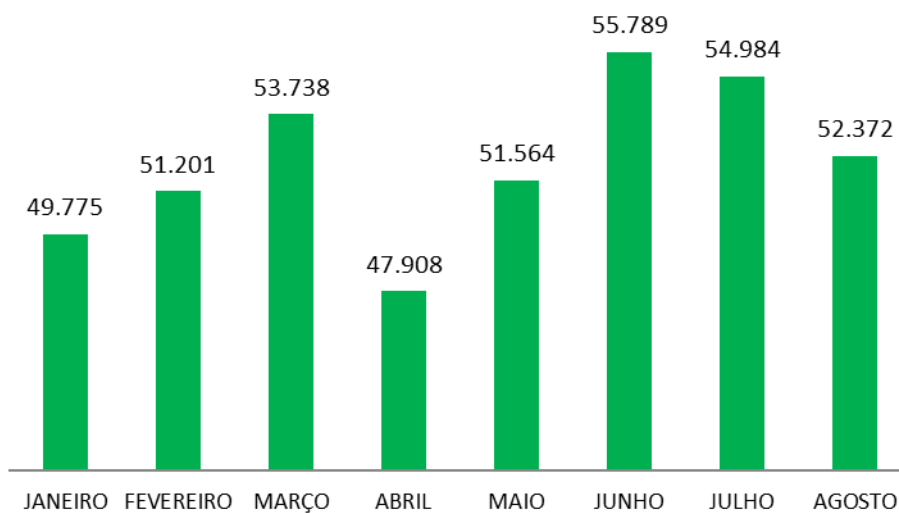
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



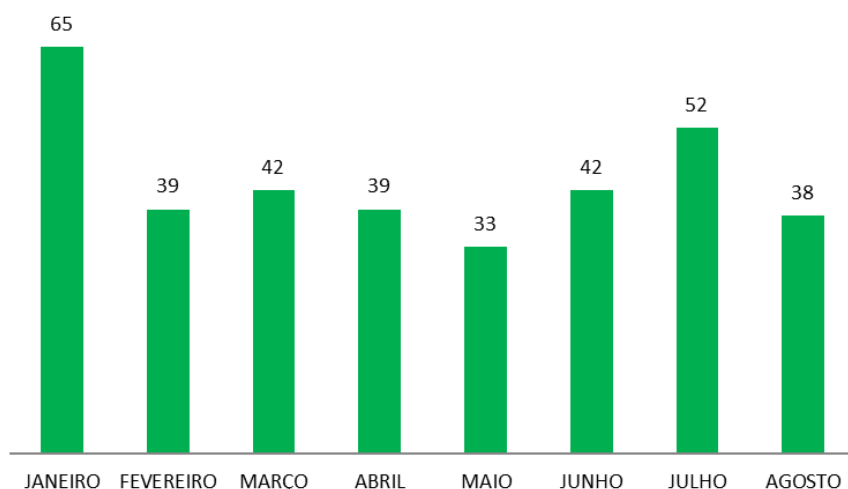
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

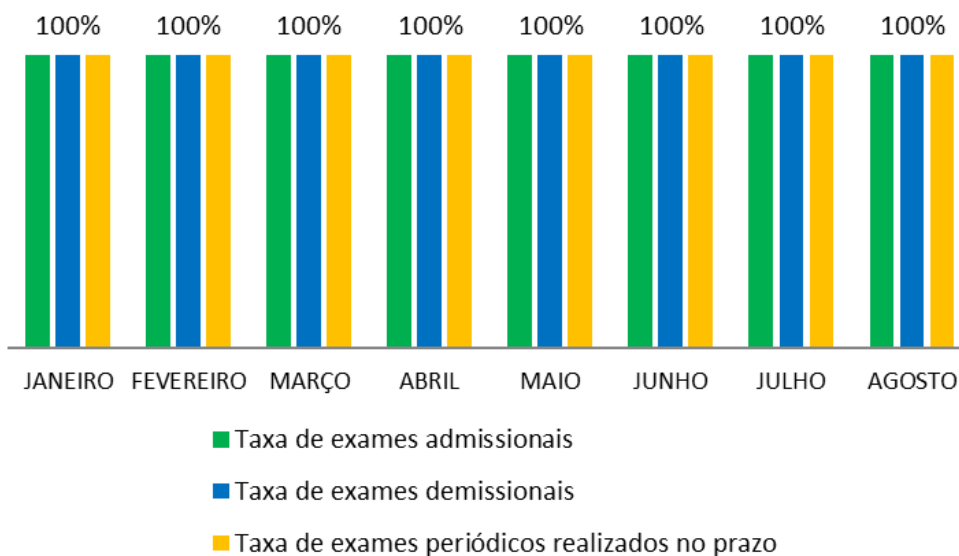
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

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

Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Número de atestados no mês	quanto menor, melhor	223	270	304	302	266	280	287	322
Número de afastados (inss)	quanto menor, melhor	31	24	21	24	31	19	23	24
Número de afastados (gestantes)	quanto menor, melhor	13	5	15	16	17	12	18	20
Número de afastados (licença a maternidade)	quanto menor, melhor	8	9	8	10	8	8	8	5
Número de atestados por síndrome gripal	quanto menor, melhor	22	51	55	58	52	48	61	63
Número de dias perdidos	quanto menor, melhor	516	666	755	764	582	580	663	665

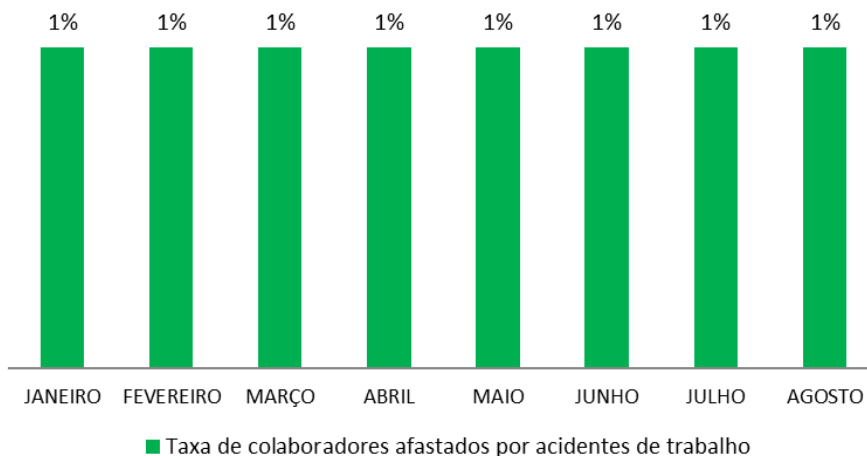
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



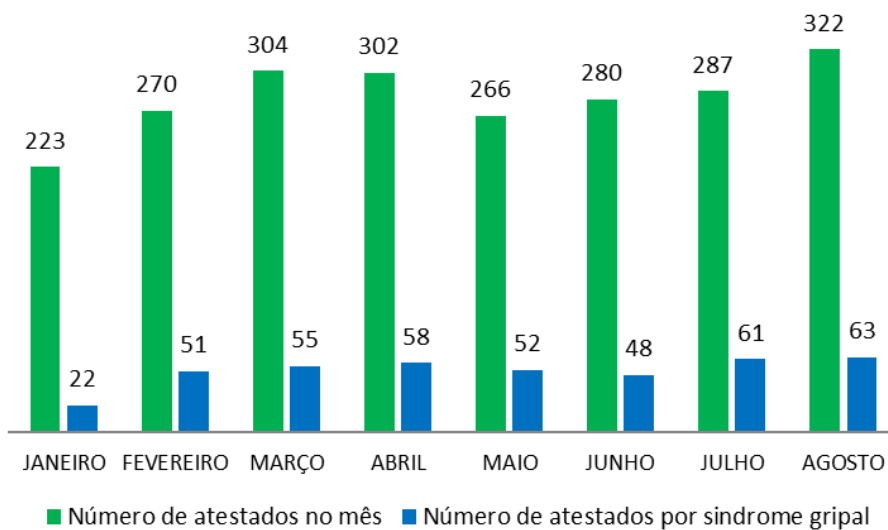
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



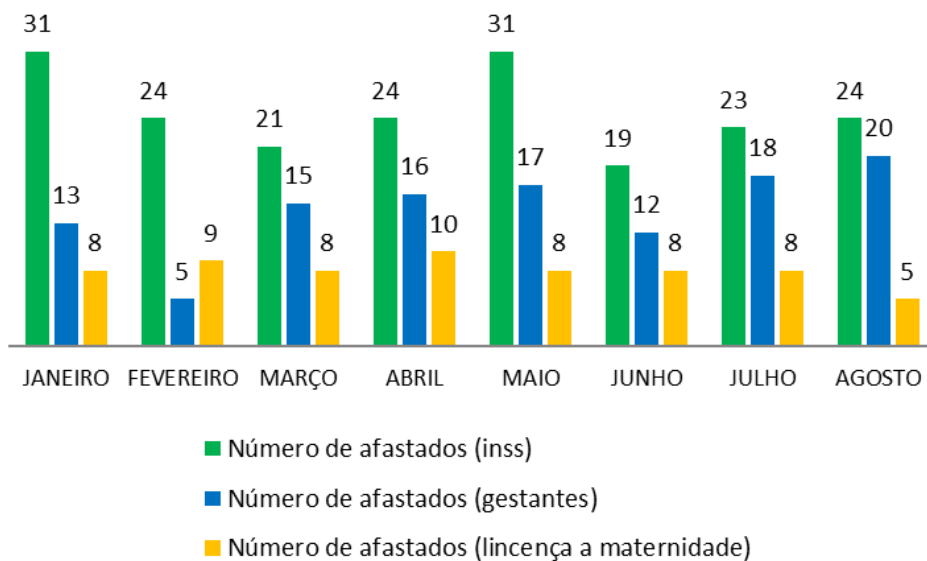
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	AGOSTO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	25%	14%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%	25%	50%
Taxa de inspeções	100%	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%	0,59%	0,29%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73	289	135
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39	27	36
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272	709	999
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20	10	10
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105	229	23
Número total de acidentes	quanto menor, melhor	1	1	2	2	1	1	4	2
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	0	0	0

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

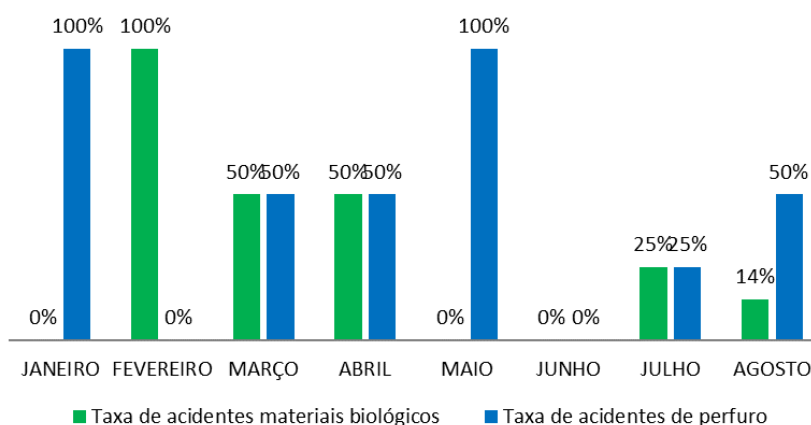
ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

No período, ocorreram dois acidentes de trabalho: um com material perfurocortante, devido ao transporte inadequado de seringa após administração de insulina, e outro por queda em mesmo nível, ao tentar socorrer uma acompanhante, resultando em escorregão.

Foram elaborados planos de ação individualizados para as colaboradoras envolvidas. Além disso, foram realizados treinamentos com maior abrangência, incluindo mais participantes e abordando práticas seguras, ergonomia e prevenção de acidentes.

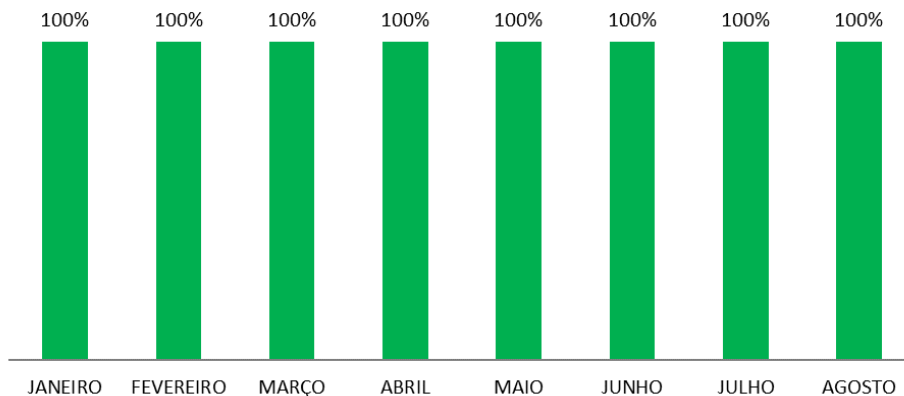
Como resultado, observou-se uma redução nas intervenções ergonômicas, refletindo maior adesão às orientações e melhoria nos indicadores de segurança.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



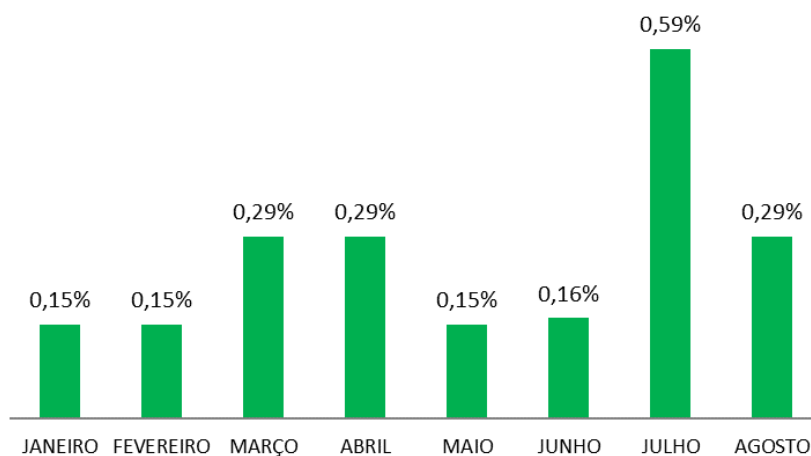
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



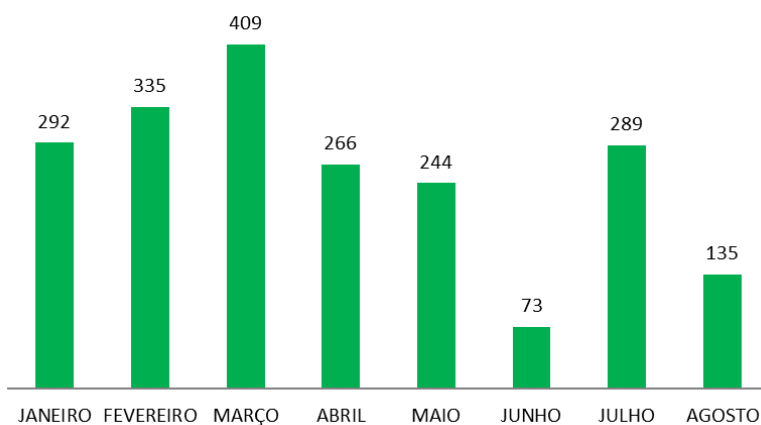
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



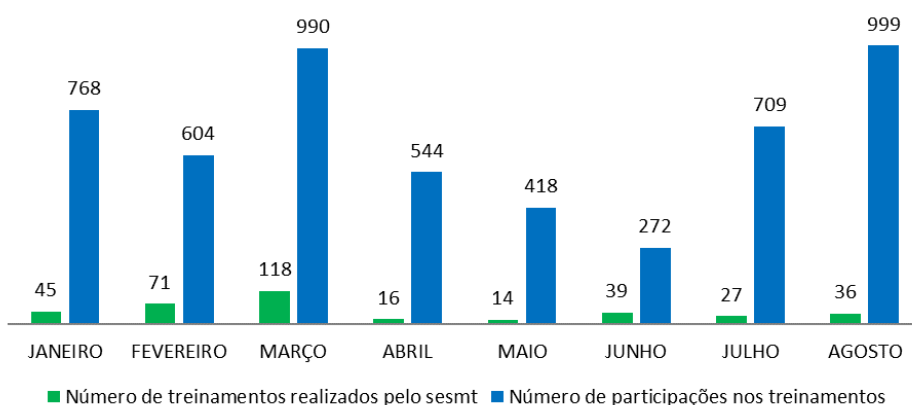
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



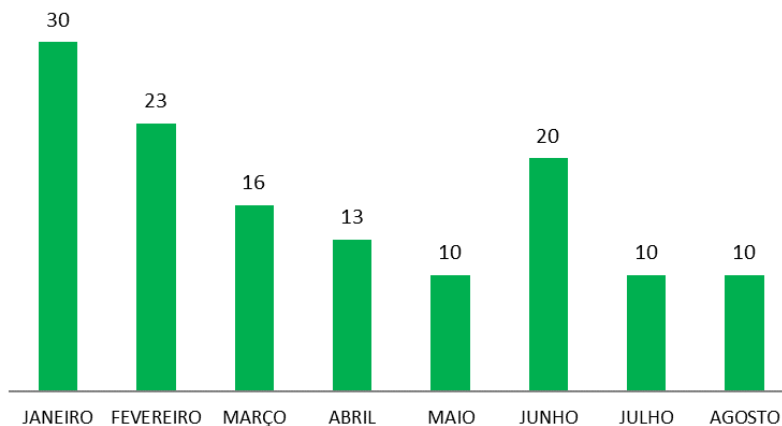
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



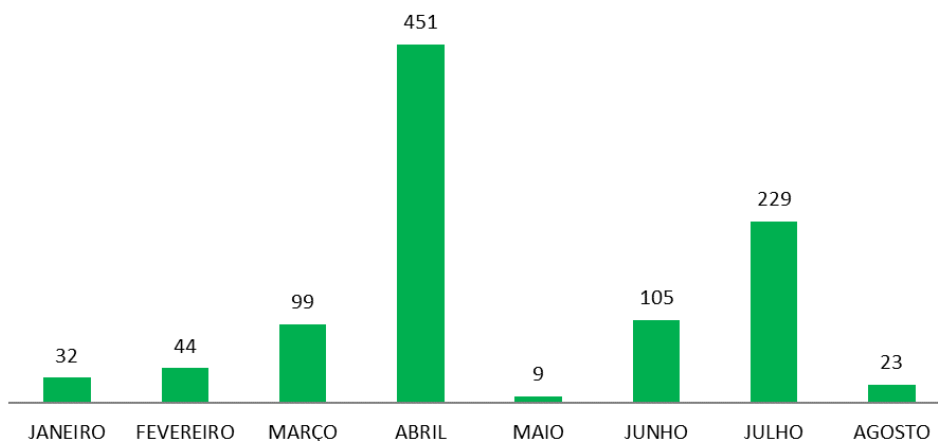
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



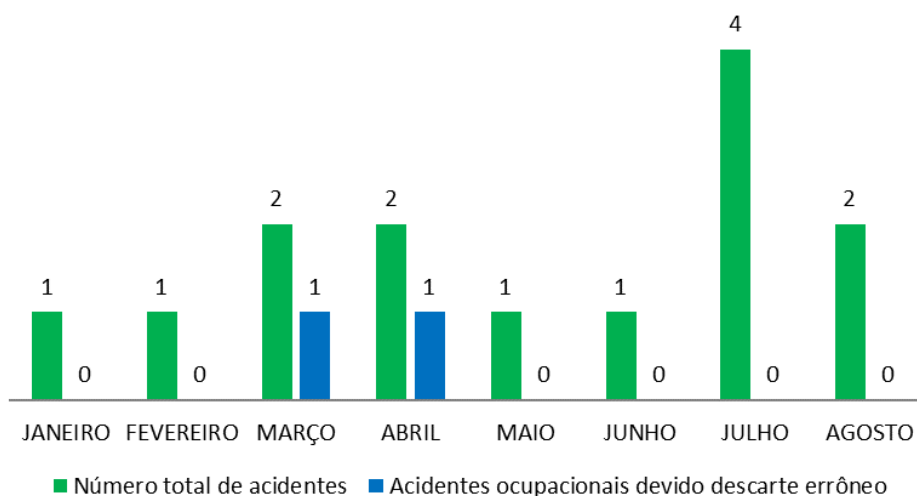
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	AGOSTO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%	0,70%	1,32%	0,50%	0,97%	1,61%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%	14%	19%

Número de exames	M/R	327	334	333	428	379	378	414	372
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2	4	6
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49	57	69

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	AGOSTO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0%	0%	0,62%	0%	0%	1,27%	2,31%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%	13%	9%	15%	25%
Número de exames	M/R	109	114	87	161	128	113	157	130
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1	0	0	2	3
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10	23	33

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	AGOSTO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	0,74%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%	7%	11%
Número de exames	M/R	101	108	112	111	120	136	138	136
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2	0	1

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21	10	15
----------------------------	----------------------	---	----	----	----	----	----	----	----

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

Houve 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	AGOSTO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%	5%	6%	15%	16%
Número de exames	M/R	64	47	67	64	57	48	53	50
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1	0	0	1	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2	3	3	8	8

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

Houve 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	AGOSTO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	4,76%	0%	1,69%	2,56%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%	24%	13%
Número de exames	M/R	41	50	50	80	63	64	59	39
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0	1	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13	14	5

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

Houve 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	AGOSTO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5,88%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%	35%	0%	0%	12%	29%	47%
Número de exames	M/R	12	15	17	12	11	17	7	17
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5	6	0	0	2	2	8

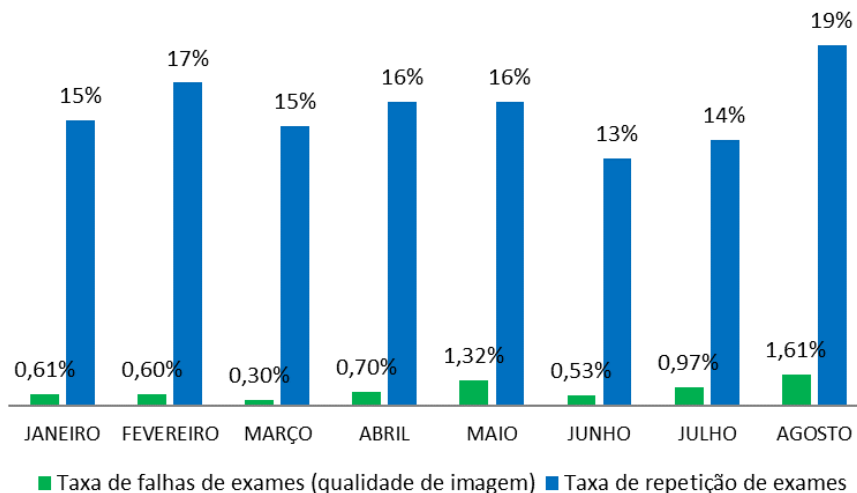
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No mês de agosto foram registradas seis falhas em exames radiológicos, todas relacionadas à movimentação do paciente durante a execução do procedimento. Destas, quatro ocorreram devido ao deslocamento no momento do disparo, resultando em imagens tremidas, e duas por movimentação que ocasionou o corte da região de interesse, comprometendo a qualidade diagnóstica.

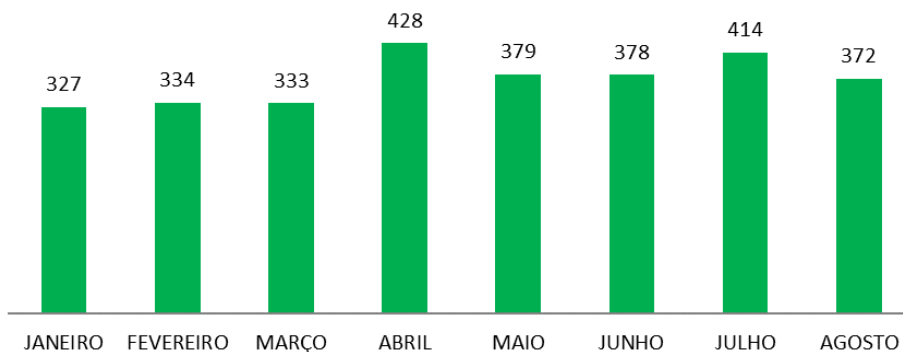
Adicionalmente, verificou-se um aumento no número de exames repetidos, principalmente associado à realização de múltiplos procedimentos em um mesmo atendimento. Esse cenário demonstra que o crescimento não está vinculado a falhas técnicas, mas sim à maior complexidade assistencial dos casos atendidos.

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



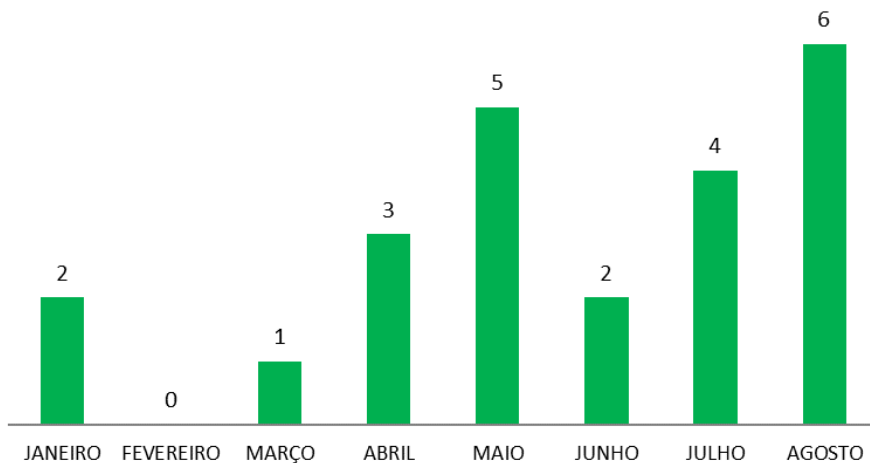
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



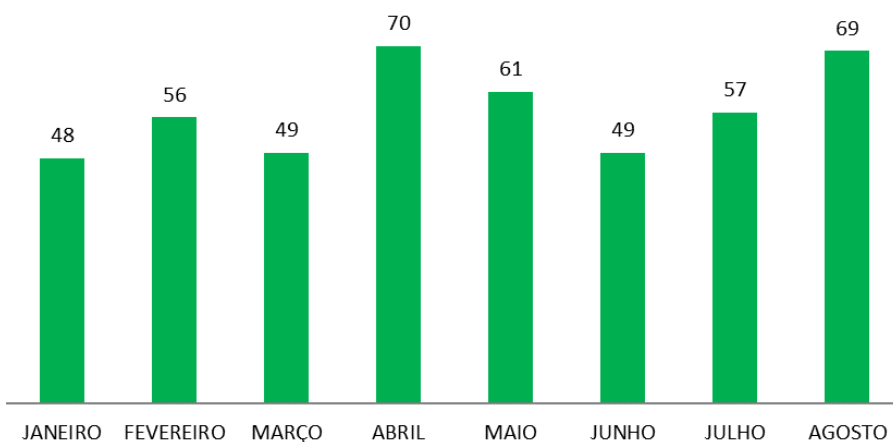
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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



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

Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6,38%	5%	5,61%	3,66%	4%	3,12%	2%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	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%	99,00%
Número de exames realizados	neutro	12.166	11.030	12.065	13.296	12.223	12.324	12.421	10.623
Número de exames realizados na unidade	neutro	10.413	9.374	10.348	11.946	10.713	10.318	11.113	9.397

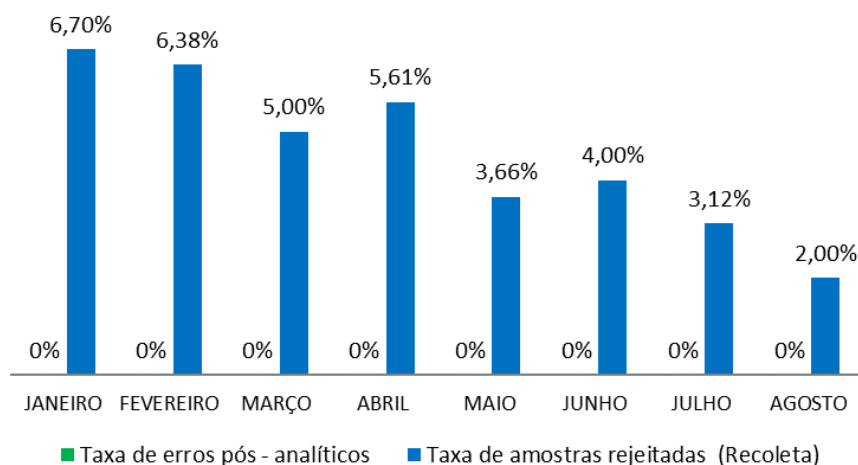
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

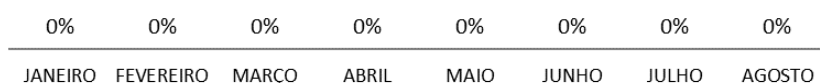
Os indicadores "Taxa de Repetição" e "Número de Exames Repetidos" serão descontinuados, por não apresentarem relevância prática frente às particularidades e ao perfil assistencial da unidade.

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



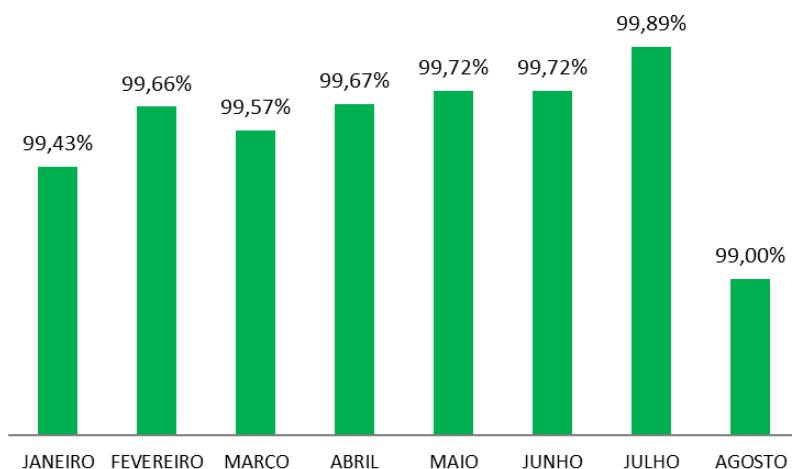
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 –Total geral de resultados críticos



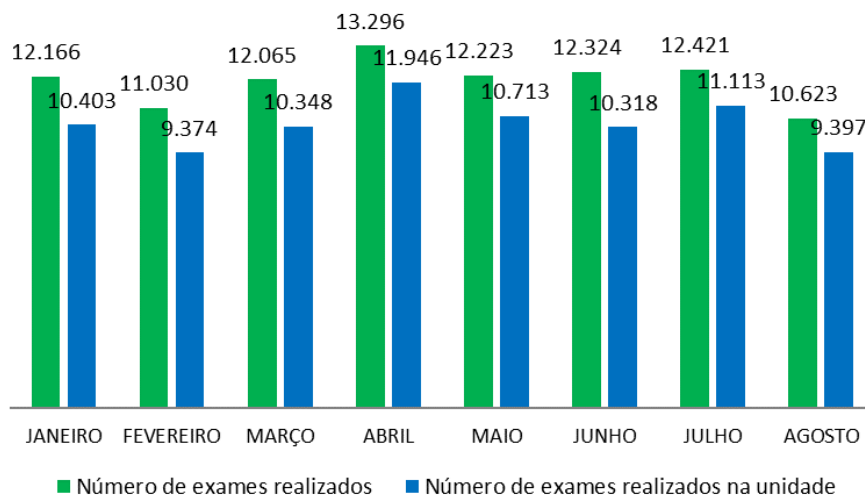
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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	AGOSTO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%	0,36%	0,50%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92	3,88	4,64
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97	33,66	38,21	33,36	41,61
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%	11,69%	19,35%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%	1,88%	3,95%	3,00%	2,60%	4,03%
Giro leito institucional	<5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70	0,83	0,67
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520	5735	5735
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131	154	124

Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18	18	24
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0	2	0

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	AGOSTO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%	0,26%	0,48%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21	1,07	0,90
Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61	9,06	13,86
Taxa de óbito institucional	< 15%	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%	6,84%	7,19%	6,67%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%	0%	0,95%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34	3,06	2,10
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358	1386	1455
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500	1550	1550
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117	153	105
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8	11	3
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1	0	2	0

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	AGOSTO
-----------	-------	---------	-----------	-------	-------	------	-------	-------	--------

Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%	0,36%	0,41%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52	3,01	3,84
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17	3,88	4,21
Taxa de óbito institucional	< 15%	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%	4,35%	4,44%	6,49%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%	2,31%	2,65%	3,33%	3,90%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45	4,50	3,85
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357	349	324
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600	620	620
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69	90	77
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3	4	5
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1	0	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	AGOSTO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%	1,16%	1,12%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16	2,80	2,73
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78	4,66	4,76	5,03
Taxa de óbito institucional	< 15%	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%	2,44%	12,50%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%	2,44%	2,50%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10	4,40	4,10	4,00
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205	195	201

Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300	310	310
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44	41	40
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2	2	1	5
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	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	AGOSTO
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%	2,65%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64	7,89	5,57	7,83	6,80
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71	503,67	300,10
Taxa de óbito institucional	< 70 %	33,33%	62,50%	40,00%	57,14%	44,44%	71,43%	33,33%	60,00%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	11,11%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10	0,14	0,09	0,07	0,06	0,10
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931	3022	3001
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970	3069	3069
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7	19	10
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1	2	6
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Dados de Julho/2025 passaram por correções.

Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0	0	0	0	20,73
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	466,50	496,50	527,50	527,5	588,50	530,00
Taxa de óbito institucional	<100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	100%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0	0	0	0	0,17
Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180	186	180	186	179
Número de leito dia	neutro	186	168	186	180	186	180	186	186
Número de saídas	Quanto maior, melhor	2	0	0	0	0	0	0	1
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	0	0	0	0	0	0	1
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	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.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

No mês analisado, alguns indicadores assistenciais não atingiram as metas estabelecidas. A taxa de óbito e óbito corrigido global hospitalar apresentou resultado acima do parâmetro esperado (15% e 4,03%, respectivamente), reflexo do perfil de maior complexidade clínica dos pacientes admitidos, muitos em estado crítico e portadores de múltiplas comorbidades, o que impactou diretamente os desfechos assistenciais.

Na Clínica Médica, a média de permanência apresentou resultado superior à meta devido à maior gravidade dos casos atendidos, exigindo internações prolongadas para

estabilização, tratamento contínuo e reabilitação. Essa situação resultou também em menor rotatividade de leitos.

Nas UTIs, a taxa de óbito corrigido da Beija-Flor e da Bem-te-vi ficou acima da meta em razão do perfil crítico dos pacientes admitidos, em sua maioria com prognóstico reservado e necessidade de suporte intensivo prolongado, o que impactou diretamente nos desfechos clínicos.

O indicador de intervalo de substituição em cuidados prolongados também não alcançou a meta estabelecida, justificado pela permanência estendida dos pacientes, decorrente da complexidade clínica e da necessidade de continuidade de tratamento e estabilização, reduzindo a velocidade de substituição dos leitos.

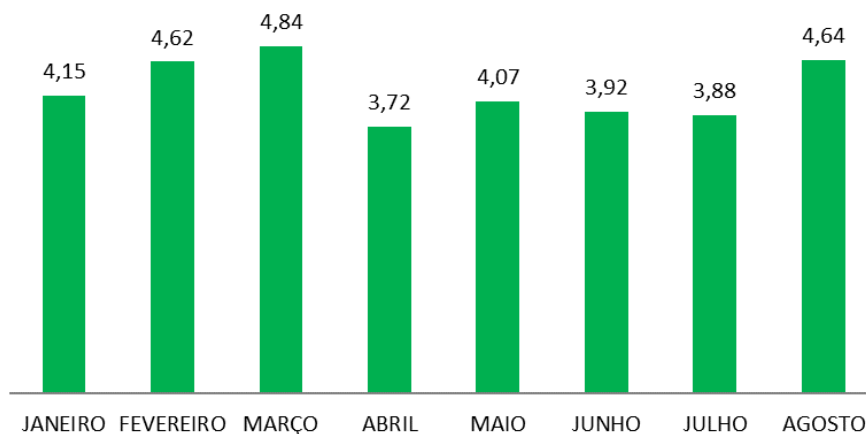
Por fim, a taxa de óbito institucional da Pediatria foi de 100%, uma vez que a única saída do setor no período analisado correspondeu a um óbito.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



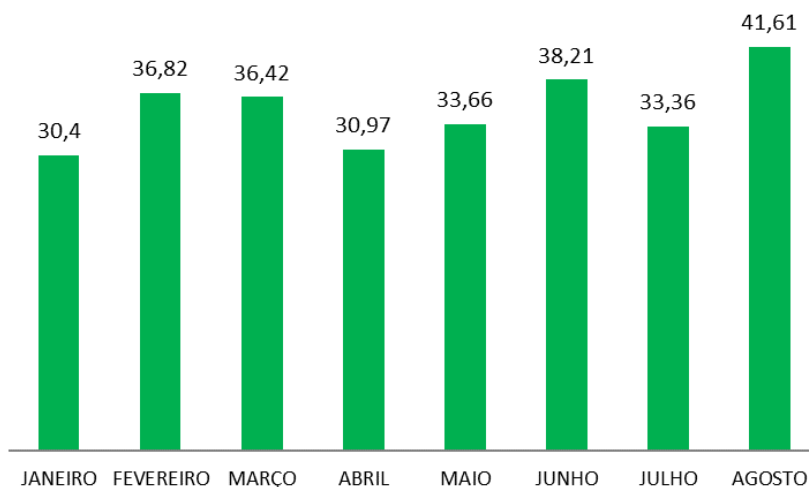
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



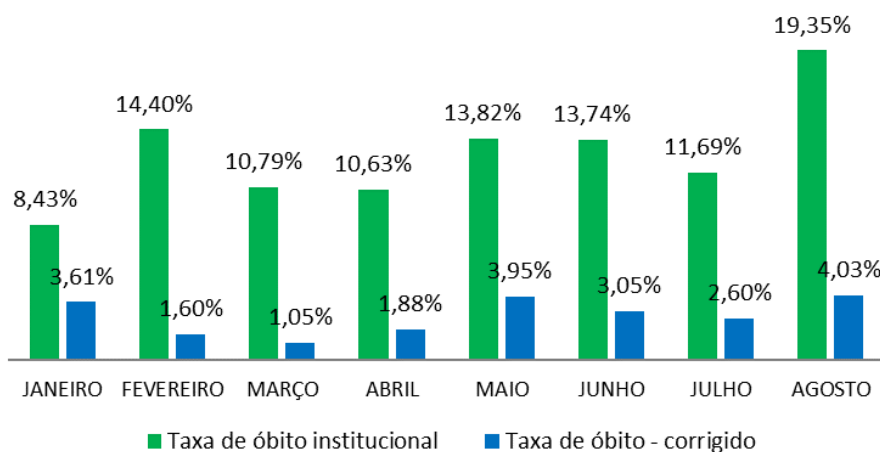
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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.

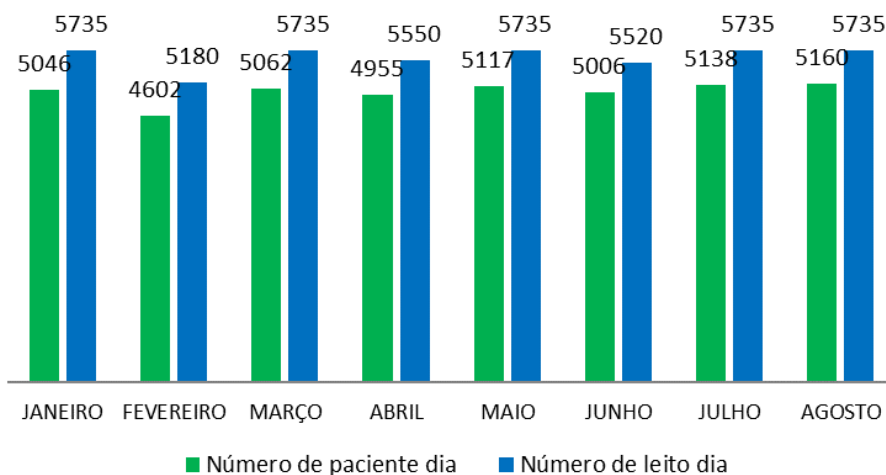
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



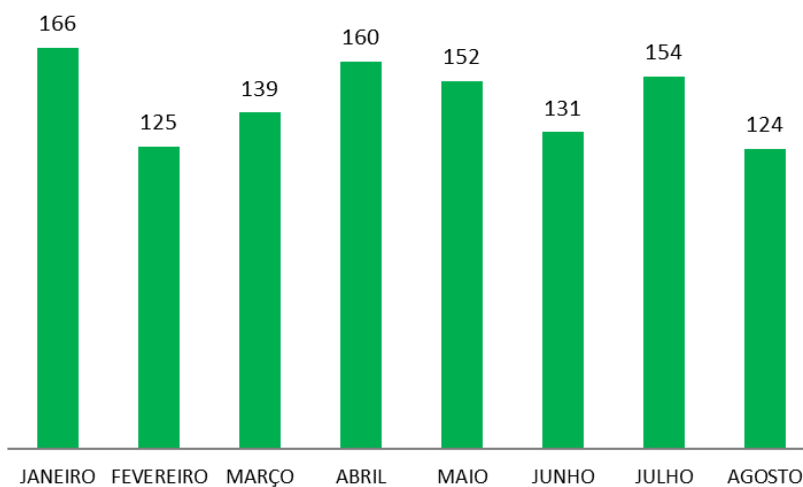
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



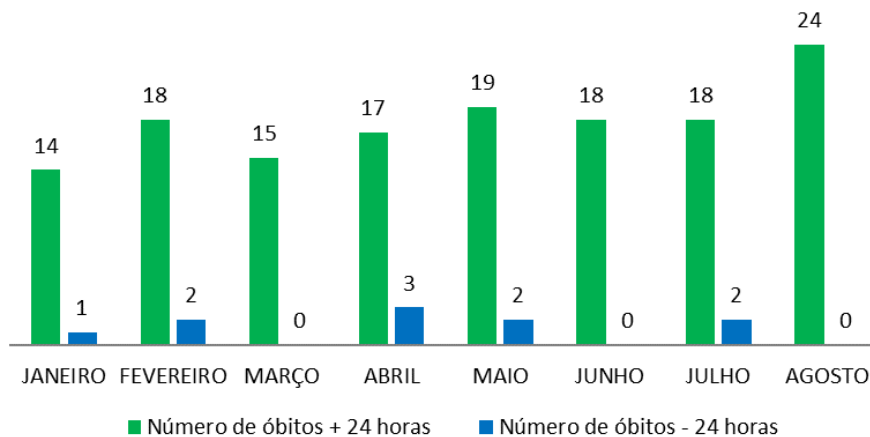
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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	AGOSTO
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%	95%	98%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%	90%	100%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361	3480	3620
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125	152	118
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95	117	102
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378	23965	23945
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013	1255	975
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482	11140	11246
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%	31%	31%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%	37%	36%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%	9%	10%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%	23%	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	AGOSTO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732	7707	7880
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%	36%	40%

Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%	34%	31%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%	12%	10%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%	18%	19%

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	AGOSTO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	734	1477	1452	1463	1437	1348
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%	22%	33%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%	43%	32%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%	21%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%	14%	26%

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	AGOSTO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	1674	1186	1019	863	966	919
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%	19%	38%	41%	42%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%	34%	38%	32%	28%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%	19%	9%	9%	7%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%	28%	15%	18%	23%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140	13669	13612
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%	30%	30%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%	37%	36%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%	6%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%	27%	25%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180	186	186
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%	19%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%	60%	64%
Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%	3%	2%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%	18%	17%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

Não alcançamos a meta de obesidade geral devido ao perfil dos pacientes admitidos, em sua maioria com mobilidade reduzida, o que limita o gasto energético, além de já ingressarem na unidade apresentando obesidade.

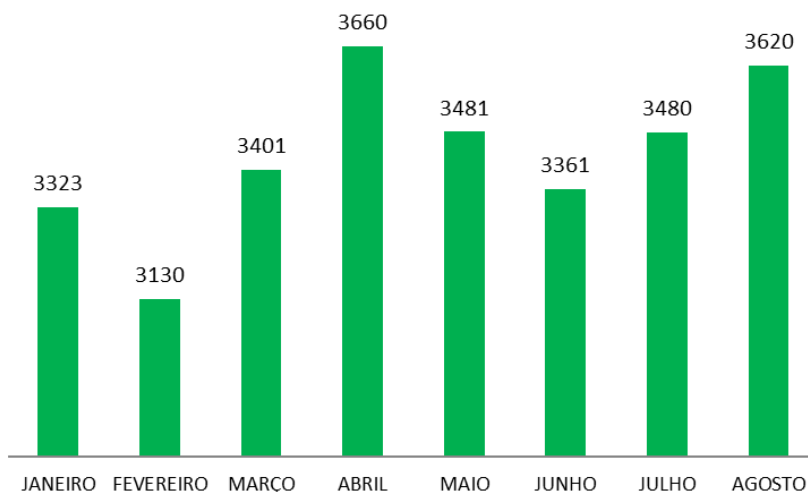
Em relação a eutrofia não alcançar a meta se deve a admissão de pacientes em condições clínicas graves ou crônicas, que geralmente já apresentam alteração do estado nutricional e a alta proporção de pacientes idosos, grupo mais suscetível a alterações nutricionais relacionadas a perda de massa muscular, fragilidade ou doenças associadas.

A alta taxa de destruição na UTI e na Clínica Médica está relacionada ao perfil dos pacientes admitidos nesses setores, que em sua maioria apresentam quadros clínicos graves, crônicos

e descompensados, com necessidade de suporte intensivo e maiores riscos de complicações. A gravidade das doenças de base, dependência funcional contribuem diretamente para o comprometimento do prognóstico, impactando negativamente nos desfechos clínicos e refletindo nos indicadores de destruição.

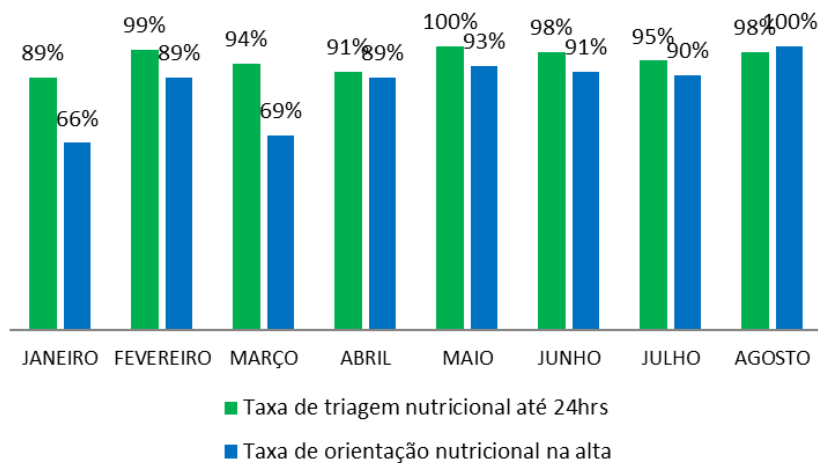
Quanto à taxa de triagem nutricional, o não cumprimento da meta neste mês está relacionado a fatores como: admissões noturnas com altas ou óbitos em menos de 24 horas, realização de procedimentos externos logo após a admissão e grande número de atendimentos de colaboradores em casos de urgência/acidente de trabalho, situações em que não há disponibilização de refeição ou atendimento nutricional.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



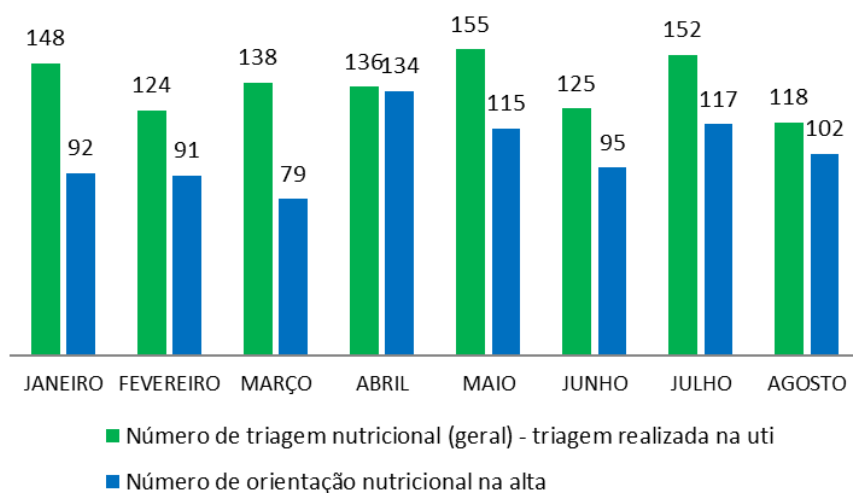
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



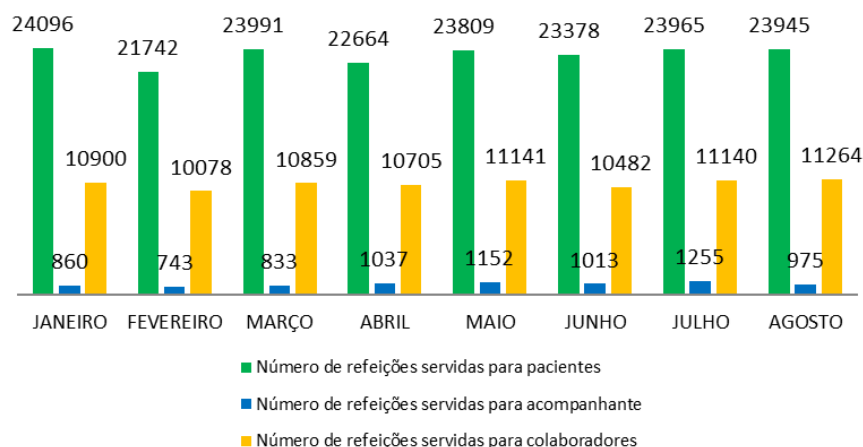
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



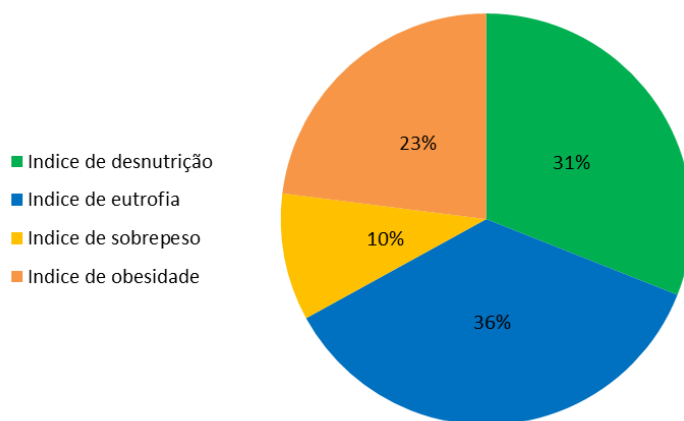
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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	AGOSTO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	97%	97%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%	95%	96%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%	96%	97%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374	21714	23784	21259	22019	20431
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873	13311	14626	13040	13334	12409
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501	8260	9158	8219	8685	8022
Número de intubações	M/R	3	5	3	7	5	7	8	7
Número de extubações	M/R	2	4	0	3	5	2	2	2
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	> 15%	17	14	0	16	11	16	18	19
Média de pacientes em cno2*	> 15%	18	14	16	16	19	18	12	14
Média de pacientes nebulizados*	> 5%	7	4	7	5	3	7	5	6
Média de pacientes em mnir*	> 2%	3	1	2	2	1	4	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Feito o arredondamento dos valores dos indicadores de média de paciente.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	92%	96%	86%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94%	96%

Número de intubações	M/R	0	0	0	1	0	1	0	1
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	2	1	0	1	2	2	2	4
Média de pacientes em cno2*	M/R	6	6	9	6	10	10	6	5
Média de pacientes nebulizados*	M/R	1	0	1	1	1	1	1	1
Média de pacientes em mnir*	M/R	1	1	1	1	1	1	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Feito o arredondamento dos valores dos indicadores de média de paciente.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	99%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	97%
Número de intubações	M/R	2	5	3	5	10	4	6	6
Número de extubações	M/R	1	4	0	3	5	0	1	2
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	2	2	1	3	3	2	3	1
Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	3	2	4
Média de pacientes nebulizados*	M/R	1	0	0	1	1	1	1	0
Média de pacientes em mnir*	M/R	1	1	1	1	1	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Feito o arredondamento dos valores dos indicadores de média de paciente.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	84%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1	1	1	0
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	0	0	1	1	1	1	2	1
Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	1	1	2
Média de pacientes nebulizados*	M/R	0	0	1	0	0	1	1	1
Média de pacientes em mnir*	M/R	1	0	1	1	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Feito o arredondamento dos valores dos indicadores de média de paciente.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	9	5	10	6	4	6	6	8
Média de pacientes em cno2*	M/R	7	4	7	5	6	3	2	2
Média de pacientes nebulizados*	M/R	5	5	5	3	2	3	2	4

Média de pacientes em mn ^r *	M/R	0	1	0	0	0	2	0	0
---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Feito o arredondamento dos valores dos indicadores de média de paciente.

Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	98%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de intubações	M/R	3	0	0	0	0	1	1	0
Número de extubações	M/R	2	0	0	0	0	1	1	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	5	5	5	5	5	5	5	5
Média de pacientes em cno2	M/R	0	1	0	1	1	1	1	1
Média de pacientes nebulizados	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes em mn ^r	M/R	0	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

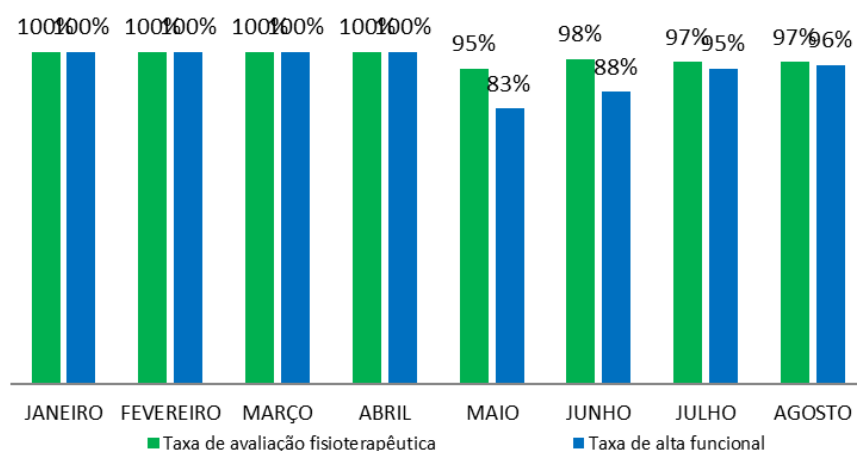
ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

Em agosto, a taxa de avaliação fisioterapêutica atingiu 97%, ficando ligeiramente abaixo da meta de 100%. Embora um atraso tenha sido justificado devido à instabilidade mental de um paciente no dia 1º, três admissões ocorreram fora do prazo e sem justificativas, concentradas em um único plantão. Essa inadequação compromete tanto a qualidade do atendimento inicial quanto a rastreabilidade das admissões.

A taxa de avaliação respiratória inicial também ficou em 97%, 3% abaixo da meta, devido a falha durante a admissão, o que pode impactar negativamente o planejamento do tratamento. Observou-se um aumento significativo na média de pacientes traqueostomizados, refletindo um perfil mais grave e crônico dos casos atendidos, o que eleva a demanda da equipe. Consequentemente, a média de pacientes nebulizados também aumentou, acompanhando o crescimento do número de traqueostomizados e ampliando o volume de procedimentos realizados.

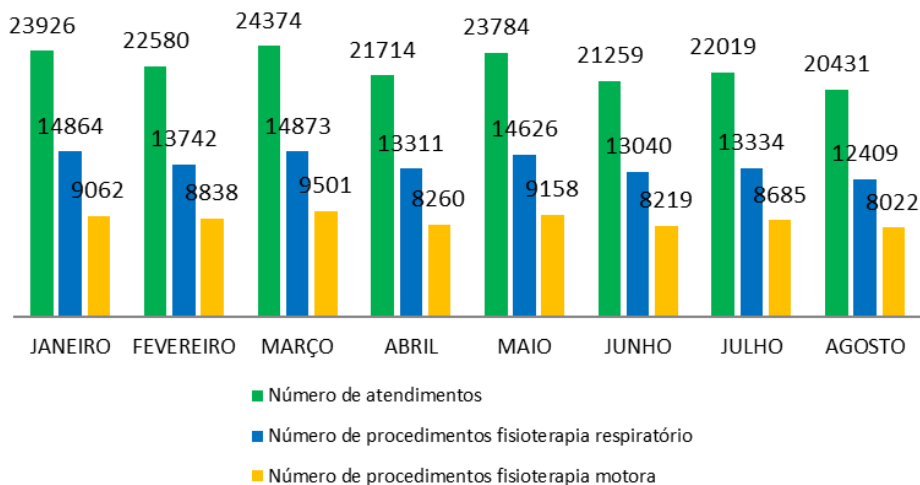
Vale destacar que as taxas de avaliação terapêutica, alta funcional e avaliação respiratória inicial no setor de Pediatria permaneceram em 0%, pois não houve admissões durante o período analisado. Como plano de ação, será reforçado o treinamento da equipe para o cumprimento rigoroso dos prazos e promovidas reuniões de alinhamento para assegurar avaliações abrangentes desde o início do atendimento.

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



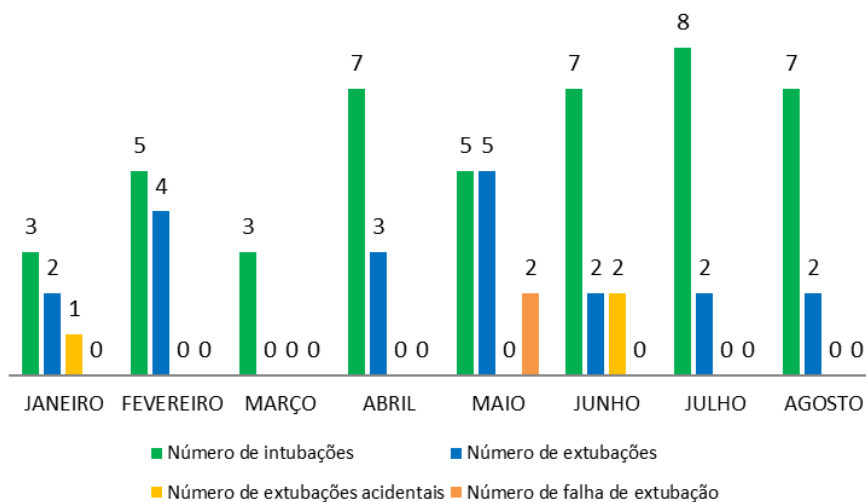
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



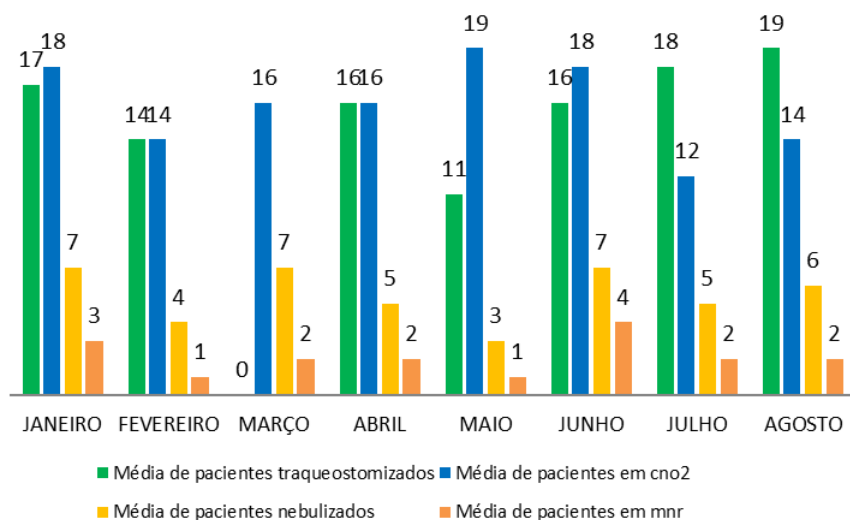
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52 – Ventilação Mecânica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

- **Planejamento de Alta e Transição:** Trabalham no planejamento da alta hospitalar, garantindo que o paciente tenha um plano de continuidade de cuidados apropriado. Isso pode envolver a coordenação com serviços de saúde domiciliar, reabilitação, ou instituições de cuidados prolongados.
- **Acesso a Recursos e Benefícios:** Facilitam o acesso a recursos e serviços externos, como programas de assistência financeira, benefícios governamentais, e serviços comunitários. Ajudam a navegar pelo sistema de seguridade social e a preencher a papelada necessária para obter assistência.
- **Suporte para Famílias e Cuidadoras:** Oferecem apoio e recursos para familiares e cuidadores, ajudando-os a entender melhor a condição do

paciente e a lidar com as responsabilidades do cuidado. Isso pode incluir grupos de apoio e treinamento sobre cuidados especiais.

Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%	94%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	1,25%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%	93%	98%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	11	8	4	7	9	4	7
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7	5	13
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60	28	16
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8	5	6
Taxa de evasão	<3%	1,20%	0,80%*	0%	0%	0%	0,76%*	1,30%	0,81%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%	93%	67%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1	2	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Dados retroativos alterados conforme formula de revisão.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%	98%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0,83%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86 %	93%	99%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6	3	5
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3	3	11
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0	1	2
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3	1	4
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0,83%	1,25%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%	89%	82%	57%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	1	1	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1	0	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	AGOSTO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	94%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%	91%	86%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	1	0	1
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	1	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1	2	1	0	0
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%	0%	0%	3%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%	88%	90%	60%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	0	1	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	0	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	AGOSTO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	97%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	2	1	1

Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0	1	1
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0	1	1	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%	100%	60%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0	2	0	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	AGOSTO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%	80%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	10%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	67%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0,10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1	1	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60	15	0
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2	3	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%	100%	100%	90%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	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	AGOSTO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0	0	0	1	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	1	2	0	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

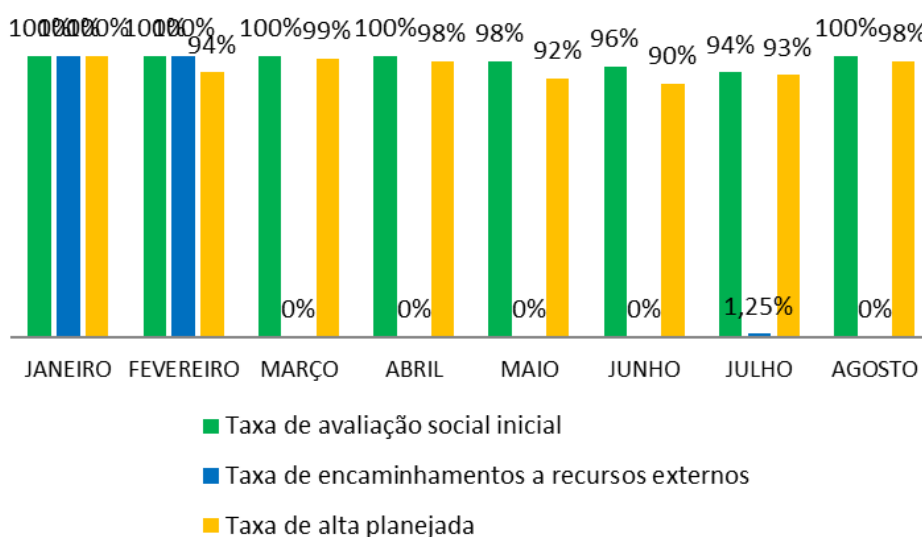
A taxa de encaminhamentos a recursos externos apresentou 0% no período, indicando que não houve necessidade de encaminhamentos, uma vez que todos os casos foram resolvidos internamente. Em alinhamento com a gestão multiprofissional, ficou definido que este indicador será descontinuado a partir do próximo mês, considerando sua baixa relevância operacional e a inexistência de demanda.

Em agosto, a taxa de acolhimento de óbito apresentou um desafio, pois, dos 11 óbitos registrados entre os dias 03 e 09/08, apenas 4 foram oficialmente registrados. Os demais ocorreram fora do horário de cobertura da equipe, ou seja, durante a madrugada ou após as 19h. A ausência desses registros compromete tanto o atendimento às famílias quanto a documentação administrativa do hospital.

Em relação à taxa de evasão, ocorreu um único caso isolado, de um paciente que se recusou a tratar uma broncopneumonia após três dias internado. Esse episódio não representa um problema sistêmico, mas reforça a importância de ações contínuas de conscientização com os pacientes sobre a relevância de aderir ao tratamento proposto, contribuindo para reduzir a evasão no futuro.

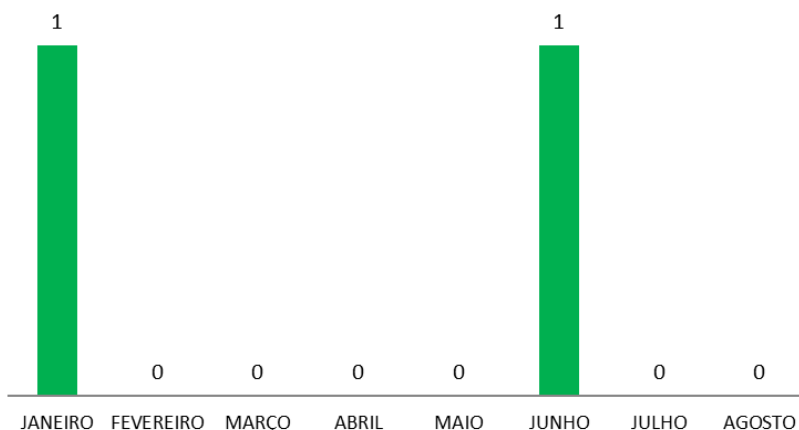
Plano de ação para falha no registro de óbito: Não há plano de ação efetivo para o momento, uma vez que não há assistente social disponível no período noturno.

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



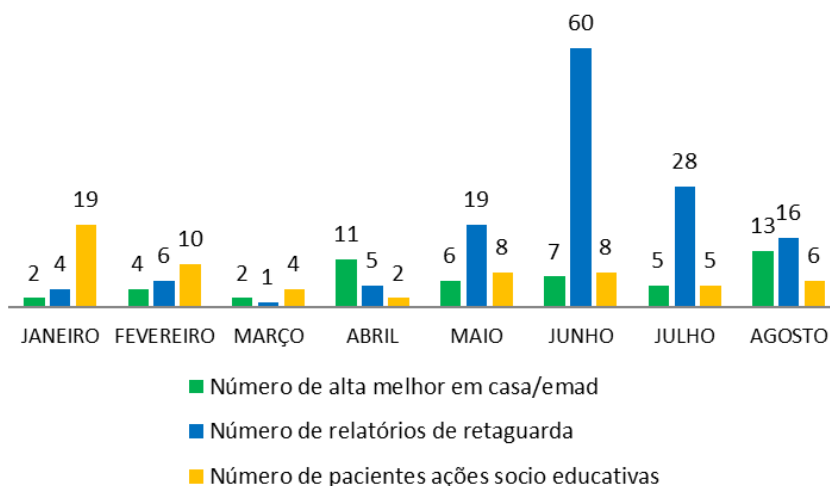
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



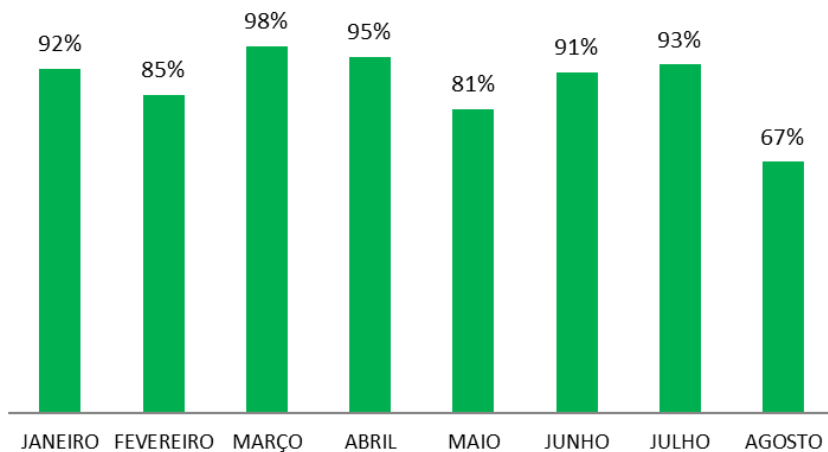
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



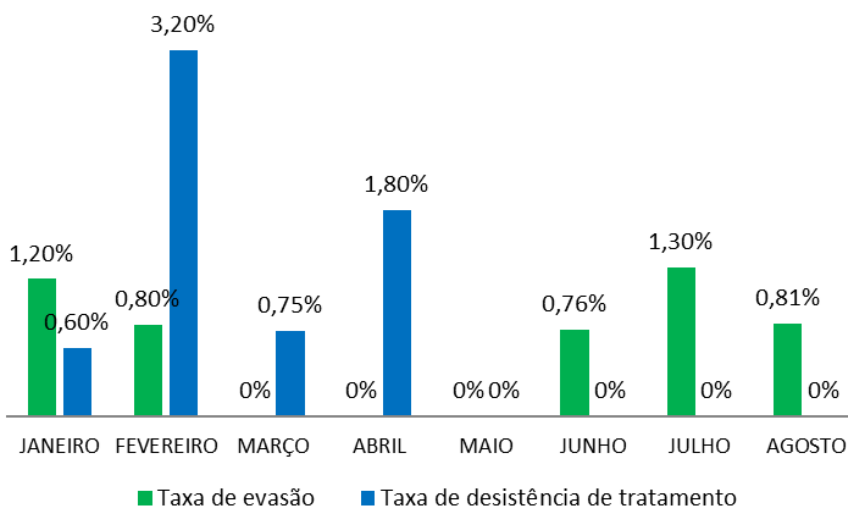
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar)



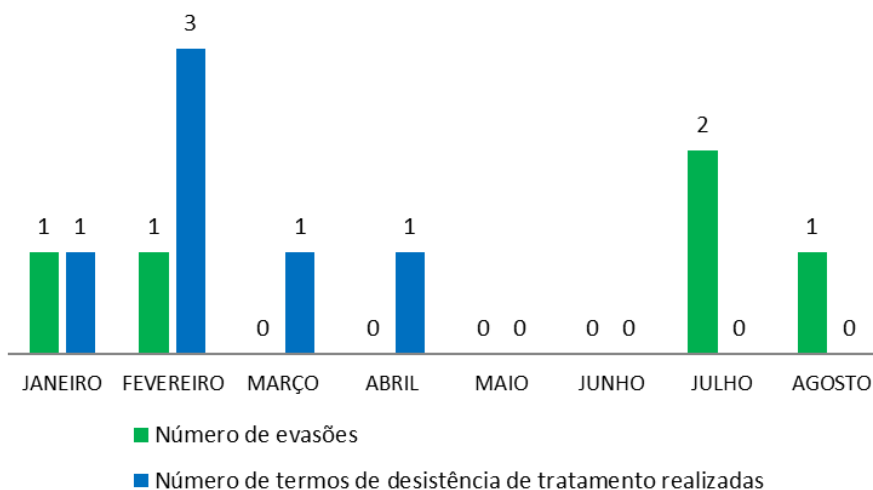
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar)



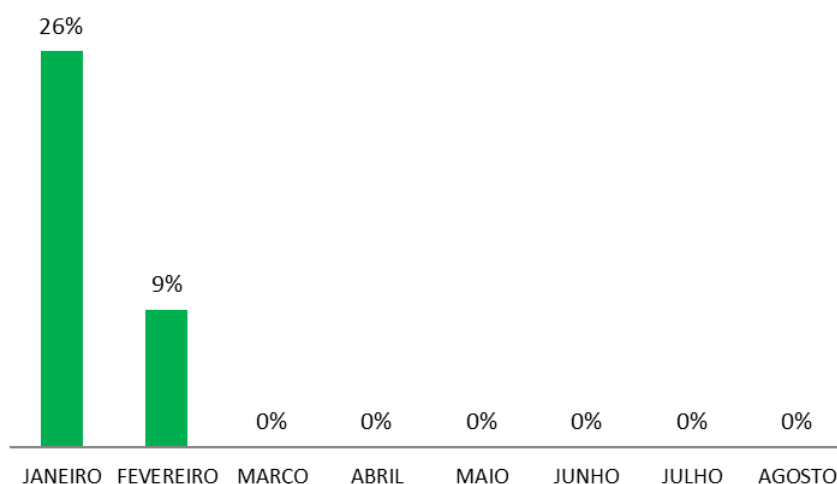
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar)



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	AGOSTO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%	71%	84%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2	3	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%	100%	90%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%	87%	82%	90,80%

Número de atendimentos familiares	> 50	68	18	56	24	17	14	28	35
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5	10	20	17
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9	1	0	3
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7	9	16	11	25	13
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4	11	8	6	10
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5	11	5	18

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%	65%	79%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%	86%	85%	87%
Número de atendimentos familiares	> 50	32	8	12	3	9	12	12	15
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4	9	13	15
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4	0	0	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8	8	10	9
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	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	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2	3	6	1	3

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	AGOSTO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%	68%	85%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2	2	11
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%	79%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5	5	10	12
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2	2	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2	2	10	1
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	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	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5	2	1	1	0

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	AGOSTO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%	56%	71%	85%

Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	0	4	7
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%	75%	60%	86%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2	4	3	5
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0	1	3	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2	2	3	3
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	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	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3	0	0	3	0	15

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%	80%	67%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8	1	25
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%	50%	67%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1	1	1	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1	2	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1	0,00	2

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1	2	0	0	0	0	0
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1	0	1	1	2	0
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	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	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%	0%	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%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	2	0	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	0
--	-----	---	---	---	---	---	---	---	---

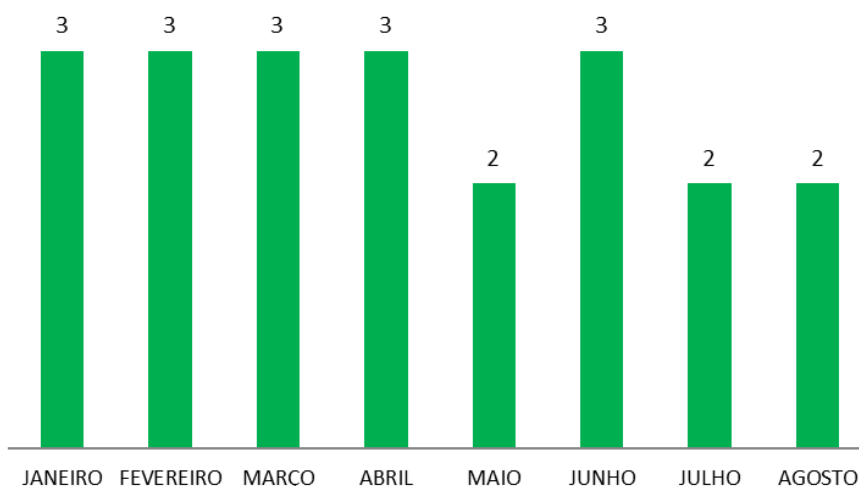
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

No mês de agosto, foram identificadas 15 admissões sem avaliação psicológica inicial ou realizadas fora do prazo, sendo uma em dia sem cobertura profissional. Apesar disso, observa-se evolução positiva no trabalho das novas psicólogas, que seguem em fase de aprendizado. A ausência de avaliação inicial pode comprometer o acompanhamento precoce, motivo pelo qual será avaliado o ajuste da escala em horários de maior demanda, bem como a continuidade dos treinamentos.

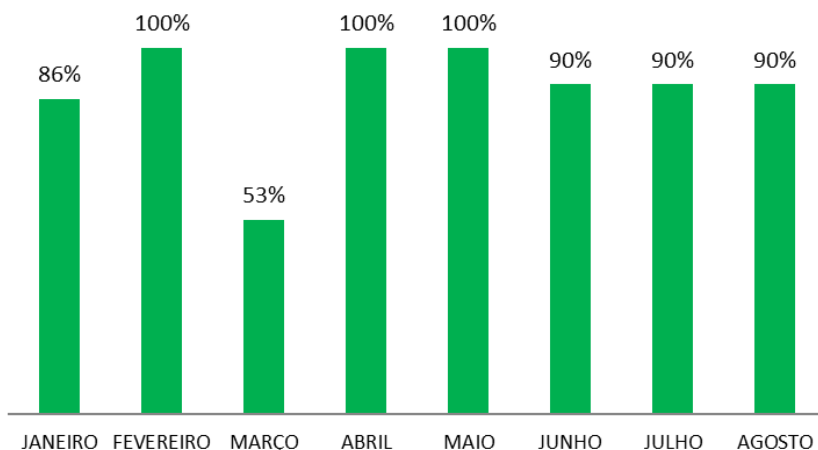
Em relação aos atendimentos familiares, constatou-se redução significativa ao longo do ano, decorrente da baixa demanda de suporte emocional por parte dos familiares. Recomenda-se a revisão das metas estabelecidas para verificar sua adequação à realidade atual.

Gráfico 61 – Índice de intervenções



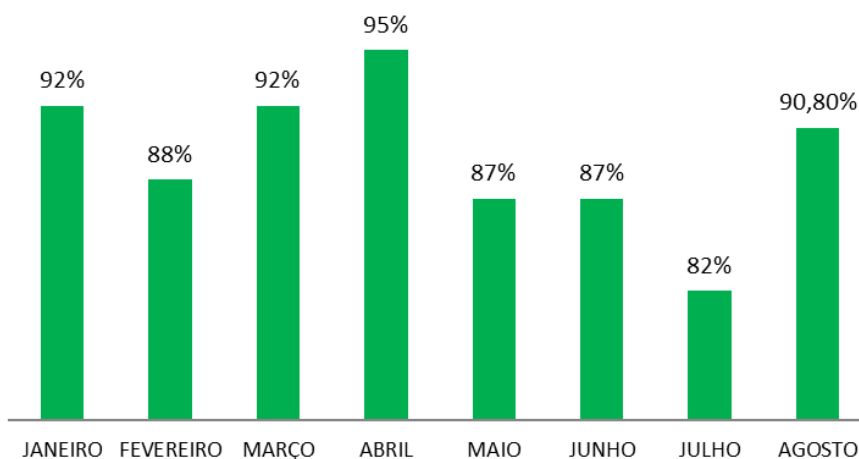
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de intervenções



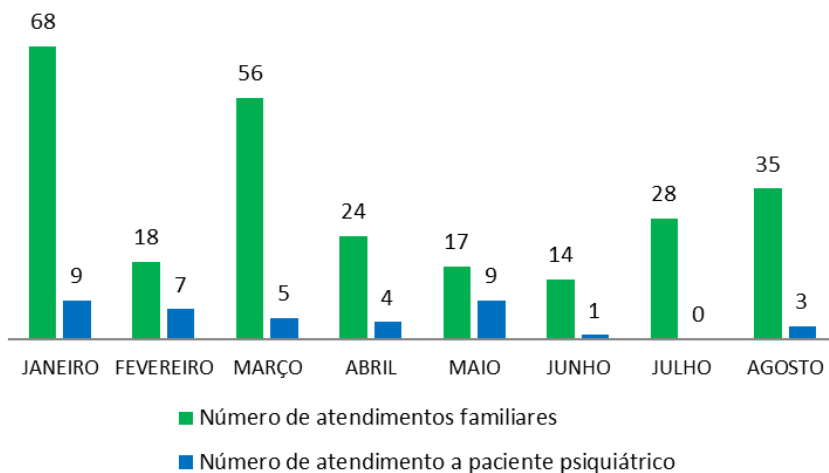
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica



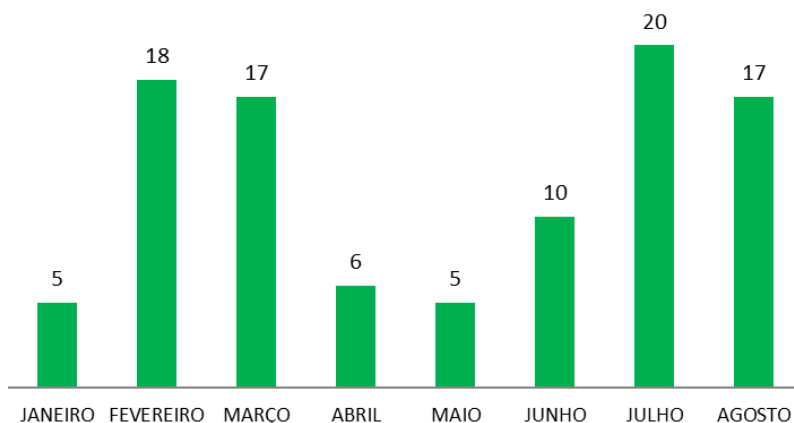
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de atendimentos



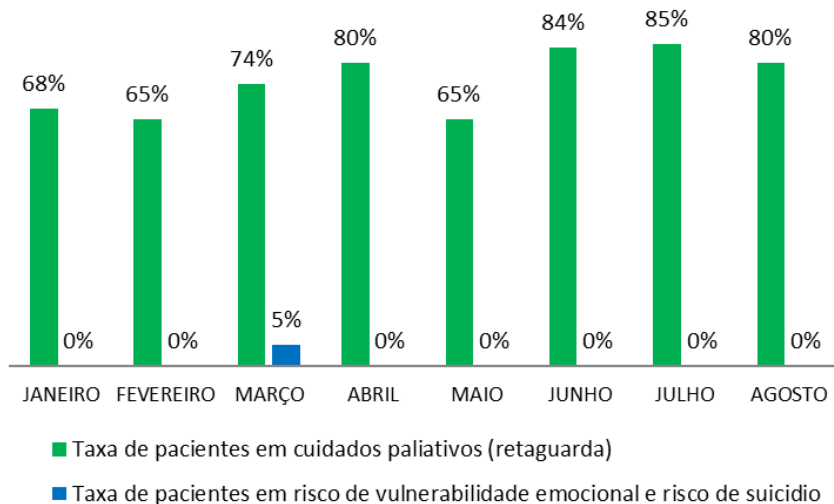
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos



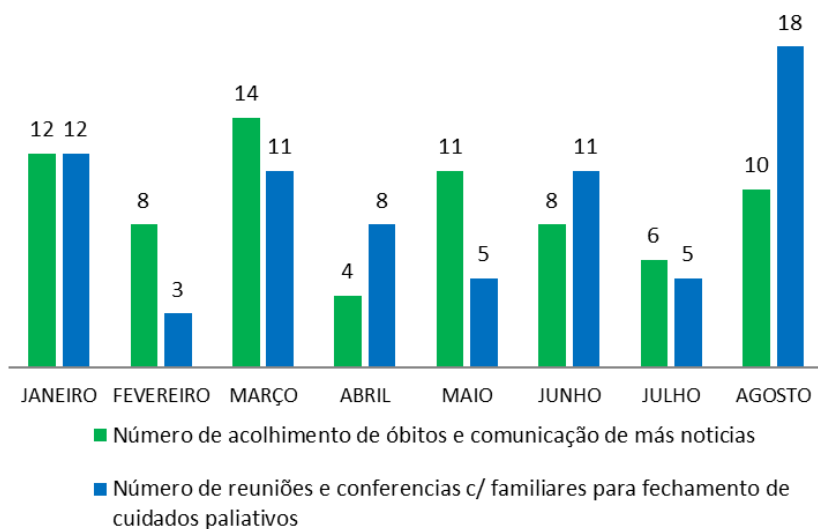
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	AGOSTO
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%	65%	64%
Índice de intervenções fonodiológicas realizada*	M/R	2	2	2	2	2	2	1	1
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%	0%	21,05%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%	100%	96.15%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%	34%	23%	36%	15%	54%	65%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%	0%	15,78%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%	11%	21%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111	84	76

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/4FLPX-Z2VGB>

Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46	37	36
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3	7	7
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27	3	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

***Indicador inserido nesta competência.**

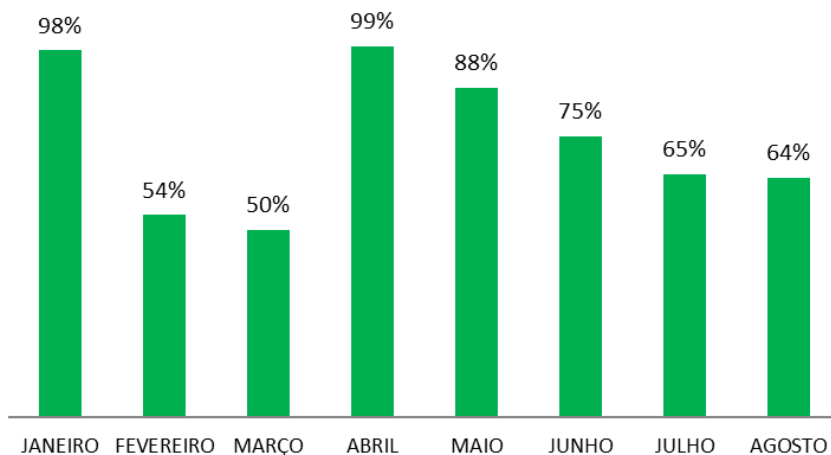
ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

Em agosto, a taxa de avaliação fonoaudiológica inicial não atingiu a meta devido à equipe reduzida, com apenas uma profissional disponível, comprometendo a realização das avaliações no prazo adequado. Como ação, recomenda-se planejar a contratação de novos profissionais e, no curto prazo, otimizar esforços da equipe atual priorizando atendimentos.

Da mesma forma, o número de atendimentos e avaliações ficou abaixo do esperado, o que pode impactar a evolução clínica dos pacientes. Para mitigar, sugere-se redistribuição de tarefas e implantação de protocolos que favoreçam avaliações mais ágeis.

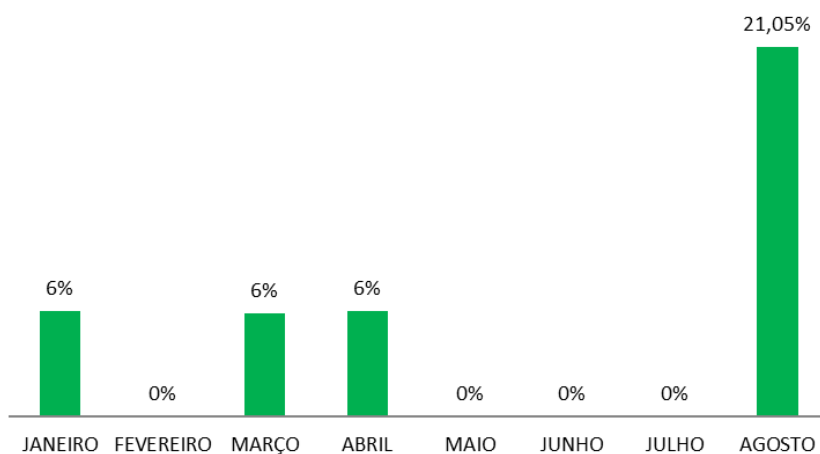
Por outro lado, houve aumento nos treinamentos de oclusão e uso de válvula de fala, com três pacientes alcançando a decanulação, resultado considerado positivo. Além disso, registrou-se maior número de pacientes desmamados do cuff, reflexo da permanência prolongada e do aumento de casos com traqueostomia, indicando bom andamento do processo terapêutico. O acompanhamento e a manutenção das estratégias atuais são recomendados para garantir a continuidade dos resultados.

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



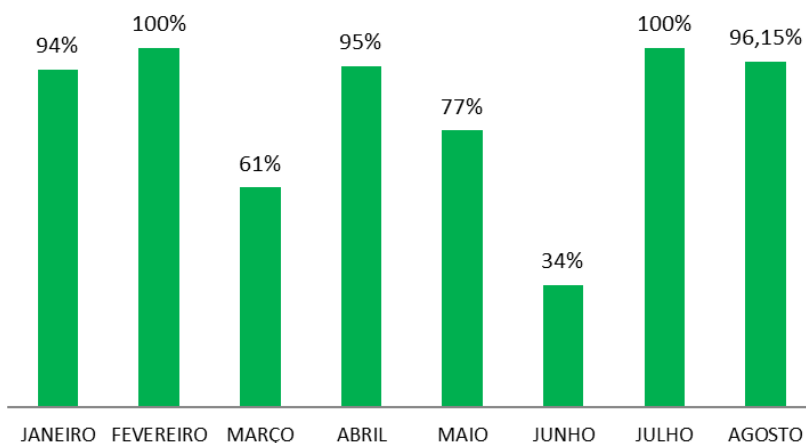
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de decanulados



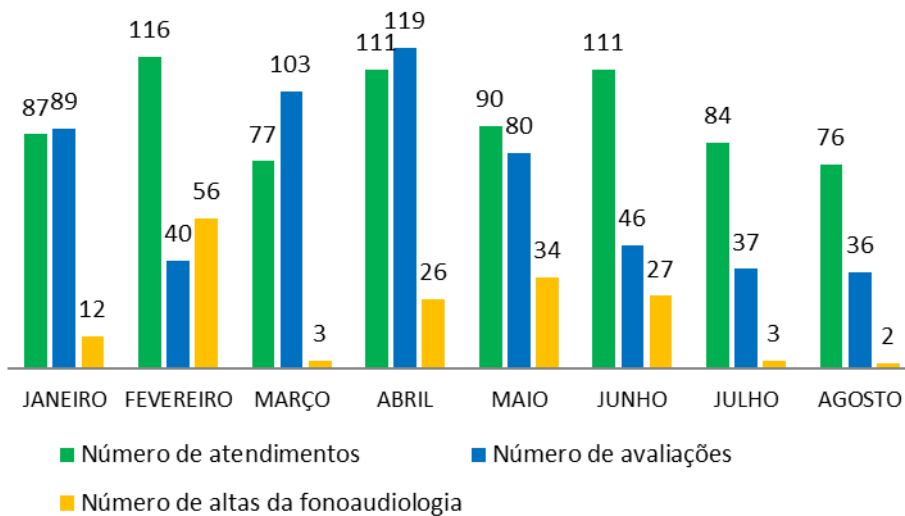
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



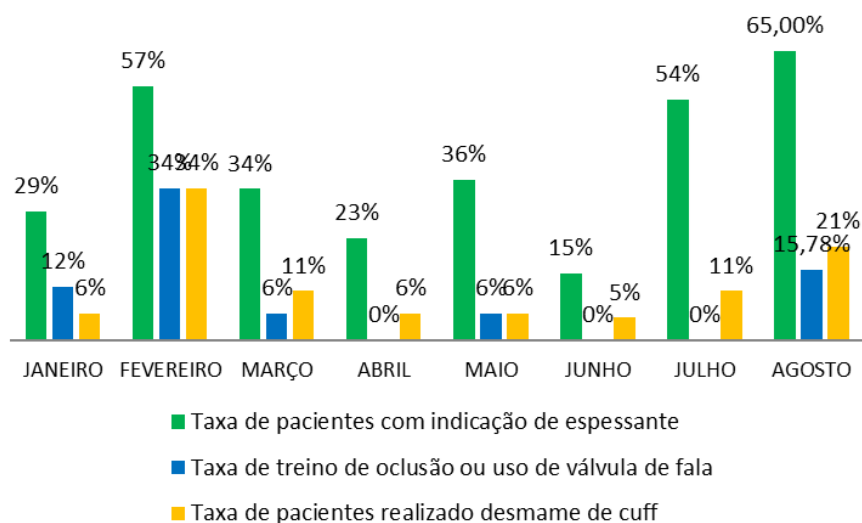
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



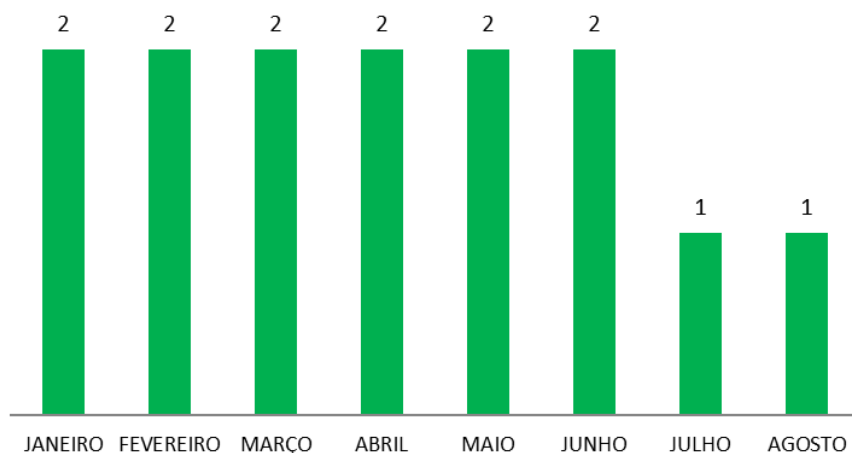
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

Gráfico 74 - Índice de intervenções fonodiaológicas realizadas.



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	AGOSTO
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	6	3	2
Taxa de melhora na independência funcional	M/R	*	*	*	*	0%	0%	0%	0%
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	*	*	*	*	0%	0%	0%	0%
Taxa de melhora na qualidade de vida	M/R	*	*	*	*	0%	0%	0%	0%
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	106	59	183
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4	4	12
Número de altas da terapia ocupacional	M/R	*	*	*	*	0	0	0	0
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	6	2	9
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado	M/R	*	*	*	*	116	117	62	170
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	98	52	187
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	M/R	*	*	*	*	134	125	65	173

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

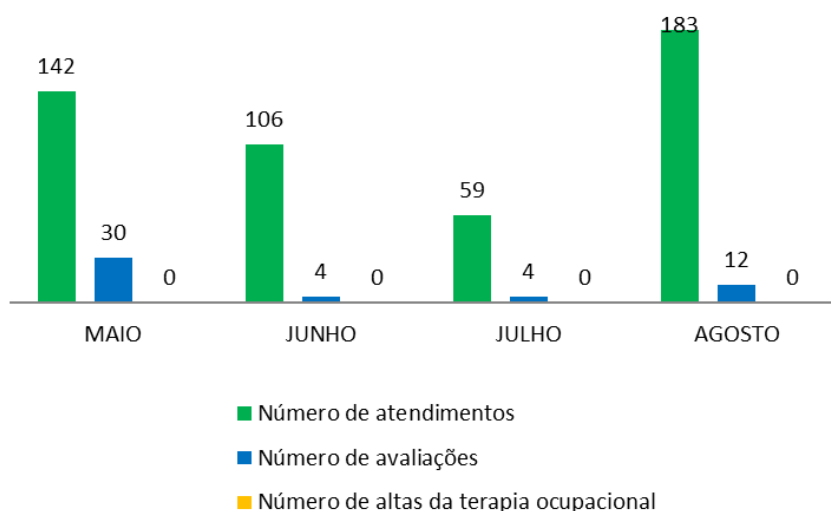
No mês de julho houve alterações nos dados retroativos de junho/2025.

ANÁLISE CRÍTICA – TERAPIA OCUPACIONAL

A profissional de Terapia Ocupacional tem apresentado resultados significativos no cuidado aos pacientes, promovendo melhorias reais na funcionalidade e no bem-estar, tanto nos setores de retaguarda quanto nos atendimentos a pacientes agudos da Clínica Médica e UTI. No entanto, os indicadores atualmente utilizados não conseguem capturar

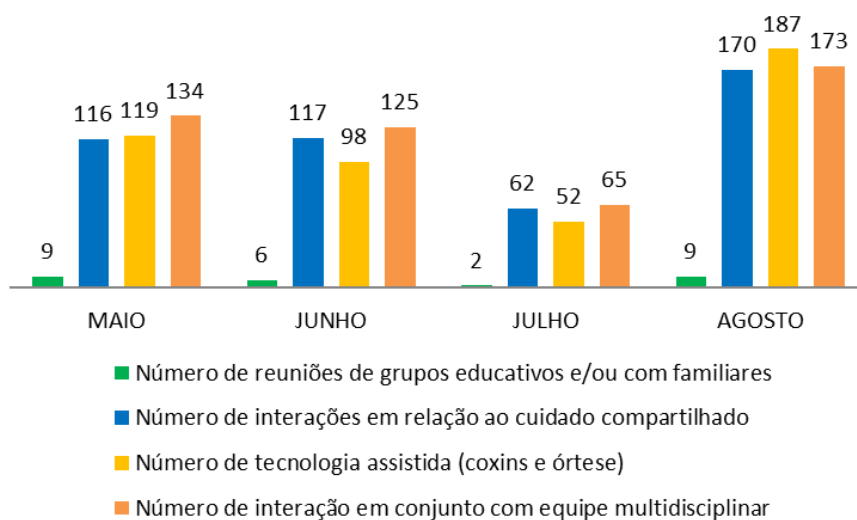
totalmente esses impactos positivos. Em alinhamento com a gestão multiprofissional, será realizada uma reestruturação dos indicadores a partir do próximo mês, garantindo que os resultados efetivos do atendimento sejam refletidos de forma clara e precisa.

Gráfico 75 – Quantitativo de produção da T.O



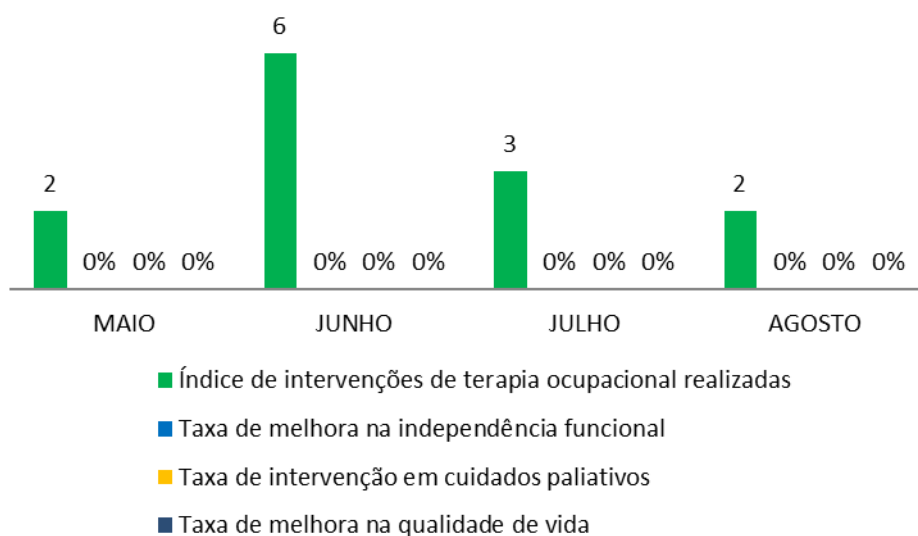
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 77 – Qualitativo de produção da T.O



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	AGOSTO
Frequência de sessões de hipnoterapia	8	7*	7*	4	3	3	3	2	3
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8*	6*	2	3	3	3	2	3
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar**	6	4	0	0	0	2	3	8	2
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94	105	106	129
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27	31	29
Consumo de cilindro o ²	M/R	1	1	1	2	1,5	2	2	2,5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Em agosto de 2025, os dados foram arredondados para ficar mais fidedigno o indicador.

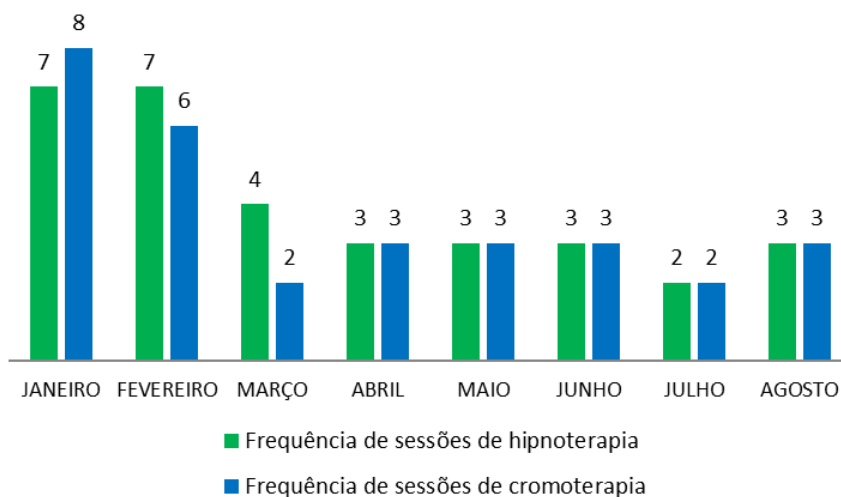
** Dados corrigidos retroativamente.

ANALISE CRÍTICA – TERAPIAS ALTERNATIVAS

Os indicadores de frequência de sessões de hipnoterapia, cromoterapia e número de interações em conjunto com a equipe multidisciplinar não atingiram a meta no período analisado. Esses indicadores refletem, por exemplo, o número médio de sessões de hipnoterapia realizadas por

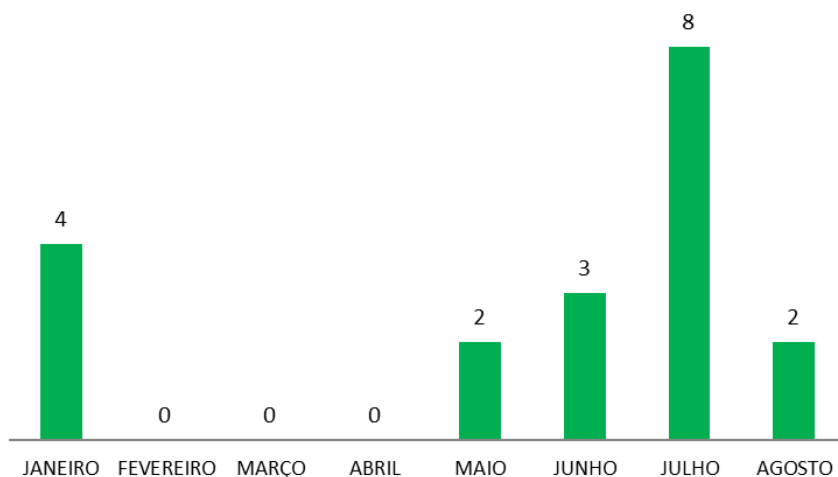
paciente durante a internação. A partir do próximo mês, será realizada uma estruturação desses indicadores e revisão das metas, com o objetivo de melhor evidenciar o trabalho da profissional e o impacto real das intervenções no cuidado aos pacientes.

Gráfico 78 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



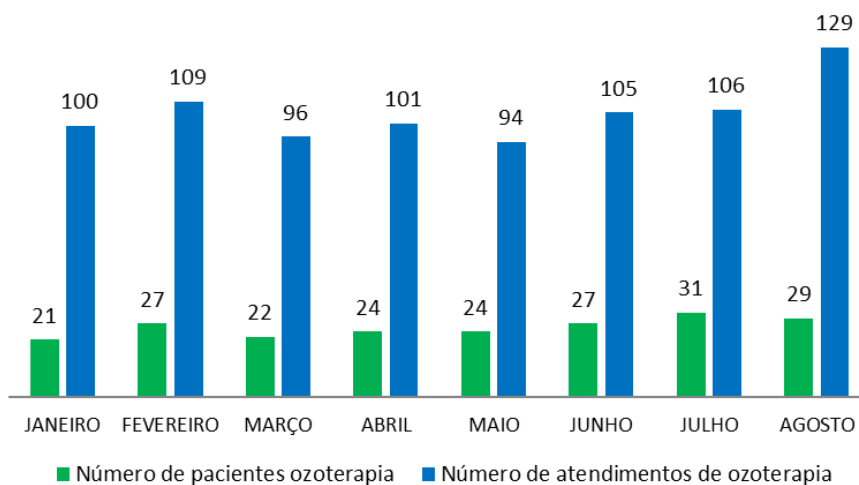
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 79 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 80 – Número de Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 81 – 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.

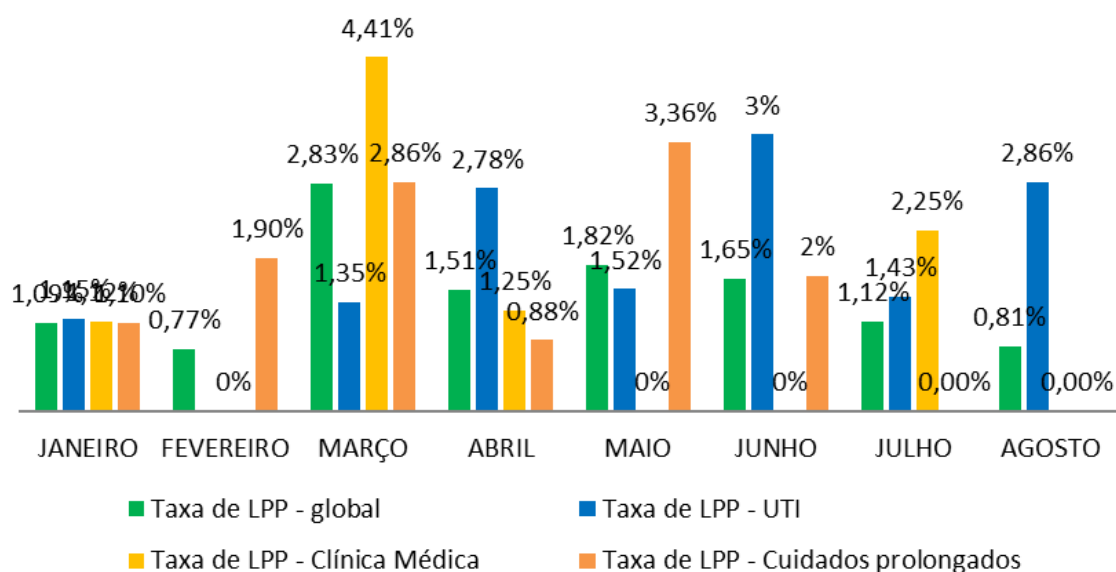
- **Apoio ao paciente com estomas** (como colostomias, ileostomias e urostomias), oferecendo cuidados e orientações sobre o uso correto dos dispositivos.
- **Prevenção e tratamento de lesões de pele** associadas a estomas, como irritações ou escoriações.
- **Cuidados com feridas** (agudas ou crônicas), 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	AGOSTO
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,41%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%	3,45%	1,43%	2,16%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%	0%	2,25%	1,10%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%	0%	1,10%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%	28,81%	28,73%	33,33%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%	98,71%	99,22%	99%	99,17%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69	70	77	72
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19	9	13	19	9
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6	4	3	3

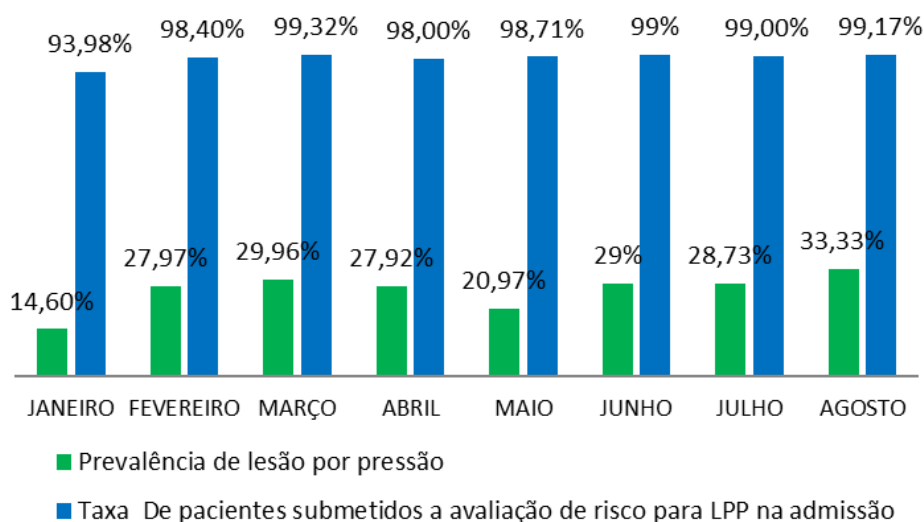
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 82 – Taxa de lesão por pressão



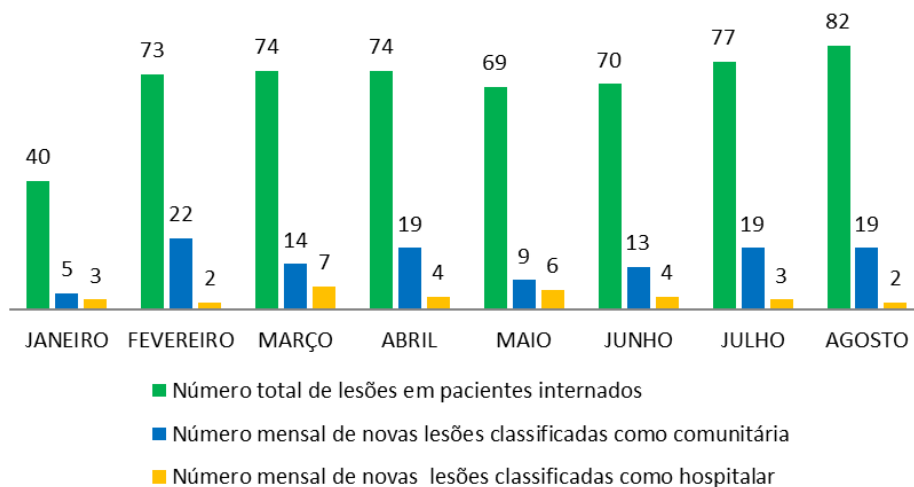
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 83 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 84 – Número total de lesões



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia 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	AGOSTO
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%	78%	70%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%	63%	74%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%	20%	25%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128	114	110	132
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88	86	93
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40	32	45
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24	28	20
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28	22	34
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21	28	33
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12	4	15	10
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23	19	15	23
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23	18	17	20
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3	3	4	3	3
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40	39	38	47
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4	8	2	5
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10	8	6	9	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	AGOSTO
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%	60%	90%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%	43%	76%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%	15%	20%	24%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33	18	35	33
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17	21	30
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4	12	13
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7	6	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3	7	8
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5	10	10
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0	3	2
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6	4	5
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4	6	7
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1	0	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5	13	13
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1	2	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	0	2	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%	100%	93%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%	83%	75%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%	17%	57%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21	15	24	14
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15	24	13
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3	8	3
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6	8	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6	4	8
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3	0	4	3
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4	0	7	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2	3	3	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5	1	4	2
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0	0	0	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6	6	6	5
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1	1	1	2	3

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	AGOSTO
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%	92%	80%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%	60%	70%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%	33%	80%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9	9	12	5
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7	9	11	4
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0	5	2	0
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2	1	5	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6	2	4	4
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1	1	1	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0	0	4	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0	0	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1	1	0	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	1	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6	7	4	5
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1	2	0	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	AGOSTO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%	100%	86%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%	85%	86%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%	17%	25%	25%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21	35	17	28
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20	17	24
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15	3	4
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3	2	5
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6	3	7
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11	9	8
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3	1	4
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2	1	2
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7	3	4
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1	1	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14	8	11
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4	0	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1	3	4

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

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

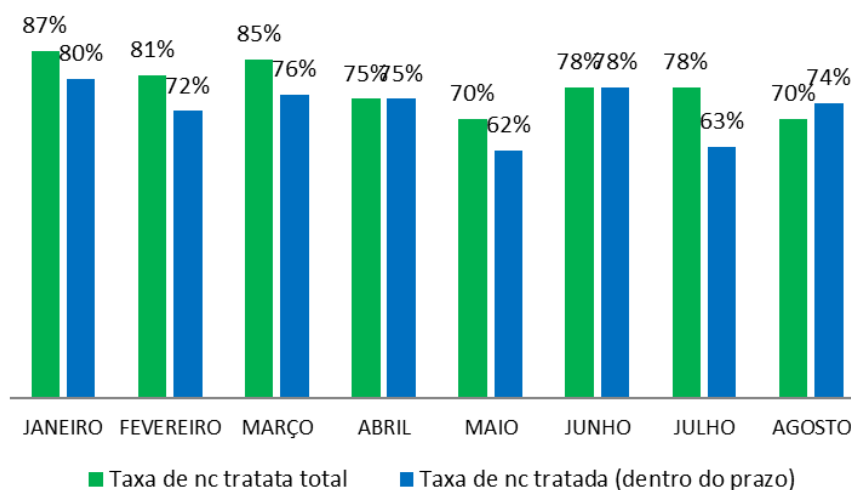
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%	100%	60%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%	88%	63%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%	66%	20%	20%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15	0	6	5	3
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0	6	5	2
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0	5	0	0
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0	1	1	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0	0	1	1
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0	1	3	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0	0	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0	0	1	3
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2	0	2	2	0
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0	2	2	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

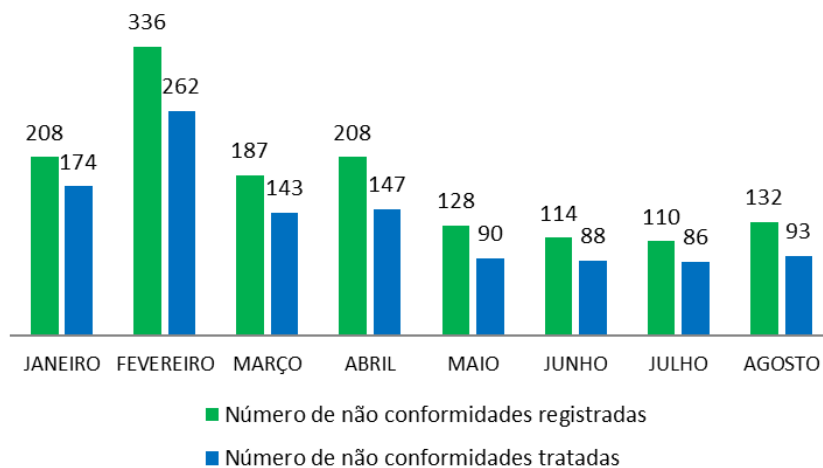
No mês de agosto, observou-se aumento no número de NCs de incidentes com dano, principalmente nas UTIs. Foram realizadas reuniões com gestores e equipes assistenciais para reforçar a cultura de segurança do paciente, enaltecer o trabalho desenvolvido e fortalecer os processos assistenciais. Nessas ocasiões, também foram discutidas a importância do acompanhamento das aberturas e das tratativas das NCs, promovendo alinhamento e orientação contínua.

Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)



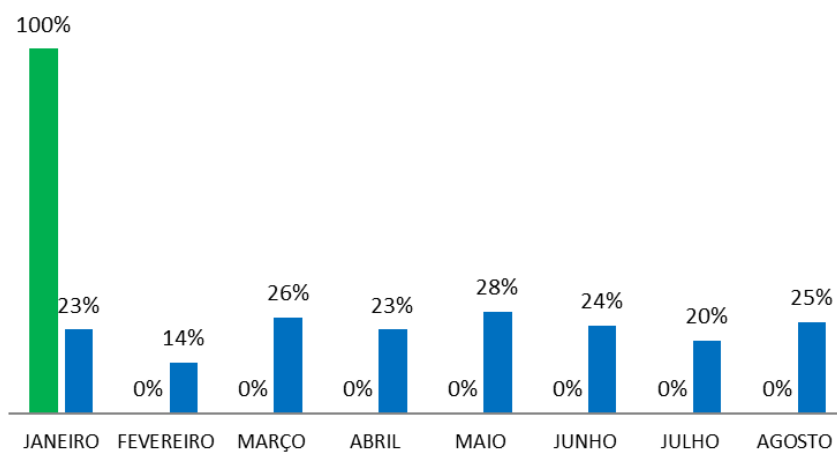
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar)



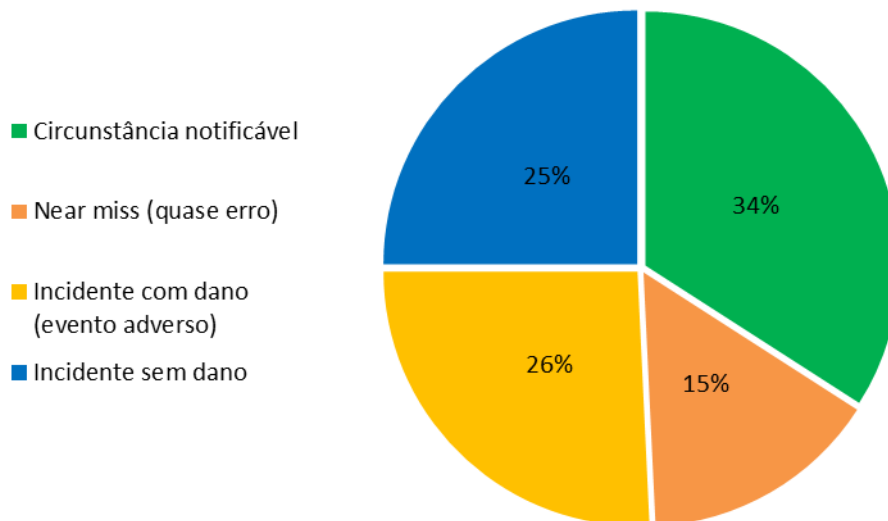
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 87 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano (Geral Hospitalar)



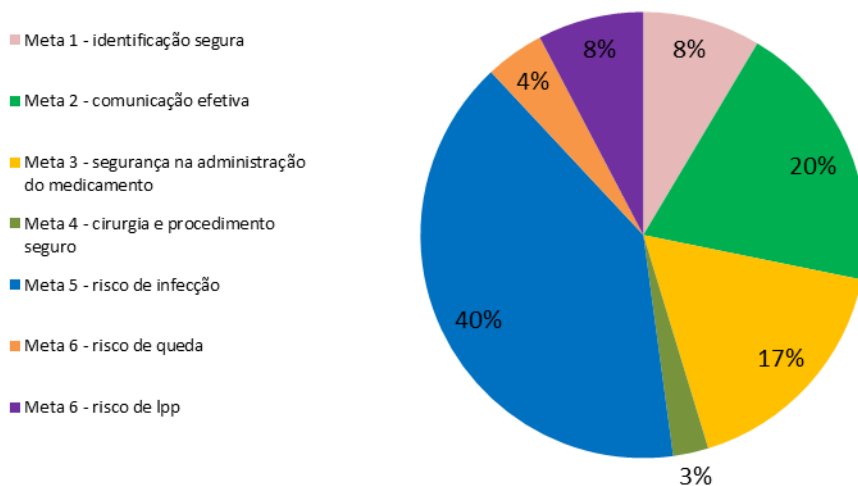
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 88 – Classificação de Não Conformidades em Agosto/2025 (Geral Hospitalar)



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

Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em Agosto/2025 (Geral Hospitalar)



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

Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar)



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	AGOSTO
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10	6	8
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4,80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%	3,90%	8,89%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1,30%	2%	1,61%	1,17%	2%	1,17%	2,22%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	< 4,05%	13,16%	7,02%	7,55%	4,42%	2,6%	6,91%	9,69%	7,99%
Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%	4,31%	5,56%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0	5	1	0
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3.75%	4,61%	2,72%	0%	3,47%	0,72%	0,09%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9.07%	7,68%	7,68%	0%	8,77%	0%	1,15%
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	6,44 ml

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1	3	15
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%	8,60%	15,33%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%	5,35%	16,48%	26,82%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%	0%	18,52%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	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%	16,67%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34.12%	26,40%	39,62%	48%	52,38%	52,15%	46,51%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	15,72%	23.92%	10,56%	15,65%	19%	25,77%	31,52%	25,52%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	53,33%	88.2%	88,24%	93,33%	80%	87,50%	85,71%	88,24%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%	77,54%	85,71%	48,68%
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	44,22 ml

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ 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	AGOSTO
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0	1	0
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%	5,13%	4,91%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33,33%	0%
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%	6,34%	10,77%	1,99%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	14,21%	3,68%	13,21%	0%	3,63%	2,44%	15,38%	3,98%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	12,18%	15,34%	12,74%	0%	7,25%	12,20%	9,23%	12,91%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%	0,00%	100%	100%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	91,07%	100%	80,36%	70%	57,14%	50%	78,33%	50%
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	45,77 ml

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4	1	5
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%	1,30%	0,31%	1,23%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número total de iras	0	0	0	0	0	1*	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

*Alterado dado retroativo de número de IRAS no setor da pediatria.

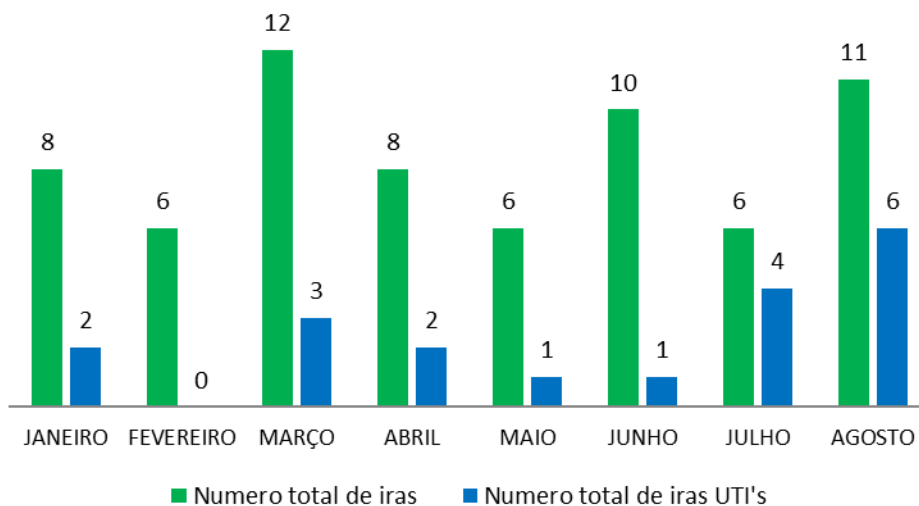
ANALISE CRÍTICA – SCIH

No mês de agosto, foram registrados 11 casos de IRAS, sendo 4 casos de IPCS, 1 caso de PAV e 6 casos de clostridium difficile. Referente aos casos de clostridium, foram adotadas as seguintes medidas: entrega de kits individuais para aferição de sinais vitais, com monitoramento realizado pelo setor SCIH, orientações in loco à equipe assistencial sobre a atualização dos pacientes em isolamento com precauções específicas, reforço das medidas de prevenção para clostridium, com ênfase na higienização das mãos com sabonete, realizada uma parceria com a coordenação supervisão de enfermagem para reforçar as orientações e fortalecer a adesão às boas práticas.

Referente aos casos de IPCS: em parceria com coordenação de enfermagem e estomaterapia, foi realizado o protocolo institucional para técnica correta dos curativos, temos como objetivo treinar e validar os enfermeiros focando nas melhores práticas.

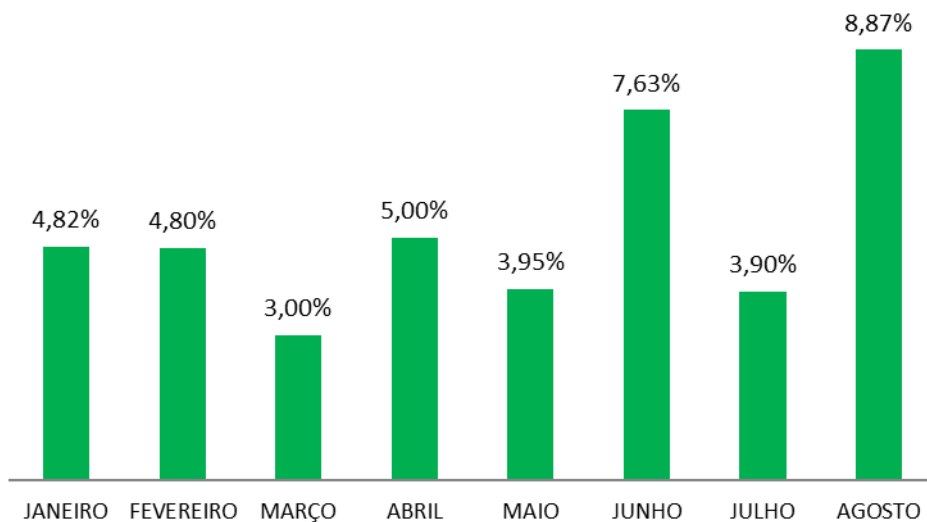
Quanto ao caso de PAV, será realizada busca ativa de pacientes com risco potencial, além da intensificação das orientações à equipe multiprofissional e engajamento para o preenchimento dos bundles, reforçando os cuidados preventivos específicos para esse tipo de infecção.

Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



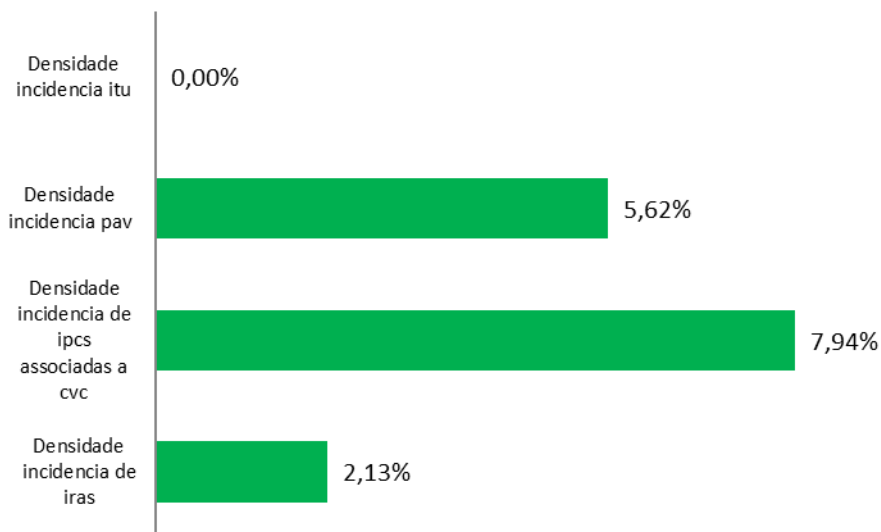
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

Gráfico 93 - Densidade Incidência em Agosto de 2025



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ 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	AGOSTO
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%	8,33%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2	0	1
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1	2	1
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1	0	1
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0
Notificações de violência *	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

*Novo indicador do setor.

ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O setor realiza busca ativa de forma sistemática, assegurando que todos os pacientes elegíveis sejam devidamente notificados. Dessa maneira, a taxa de notificação atinge 100%, demonstrando eficiência no processo e garantindo a rastreabilidade dos casos.

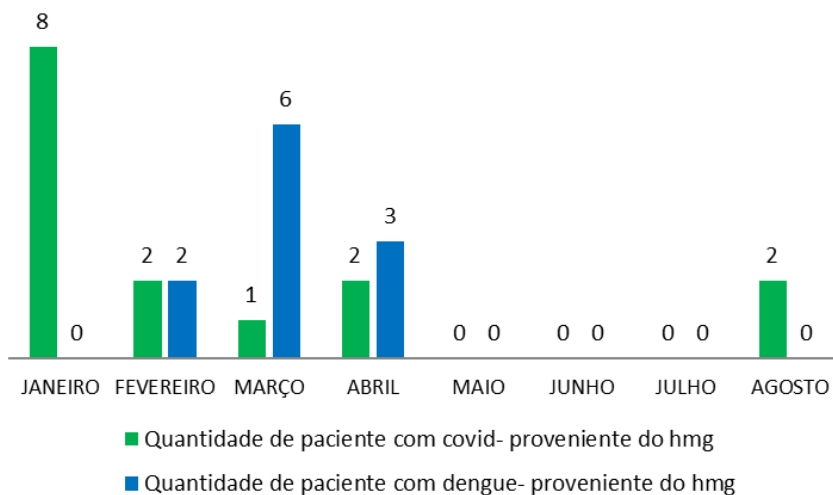
Esse resultado reflete a efetividade da equipe em manter o indicador em conformidade, sem perdas de oportunidades de notificação, o que contribui diretamente para a qualidade da informação, fortalecimento da vigilância em saúde e apoio à tomada de decisão clínica e gerencial. Além disso, o desempenho contínuo de 100% evidencia a consistência do processo e reforça a segurança do paciente como prioridade institucional.

Gráfico 94 – Número de notificações realizadas



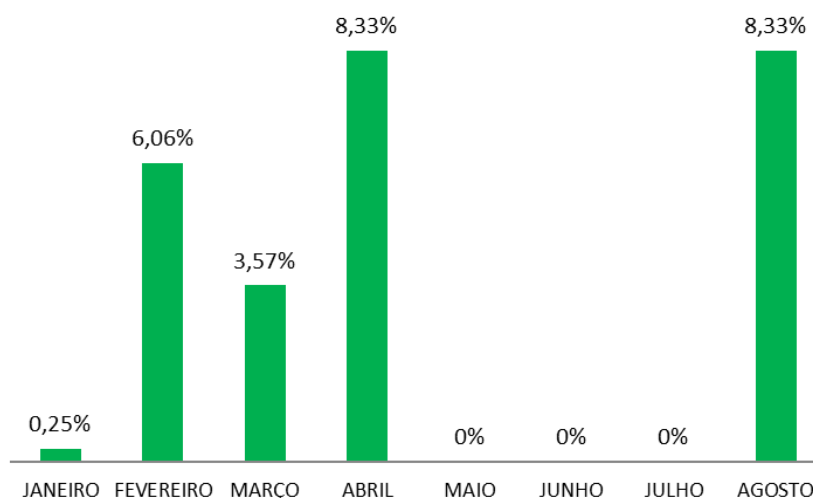
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 95 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG



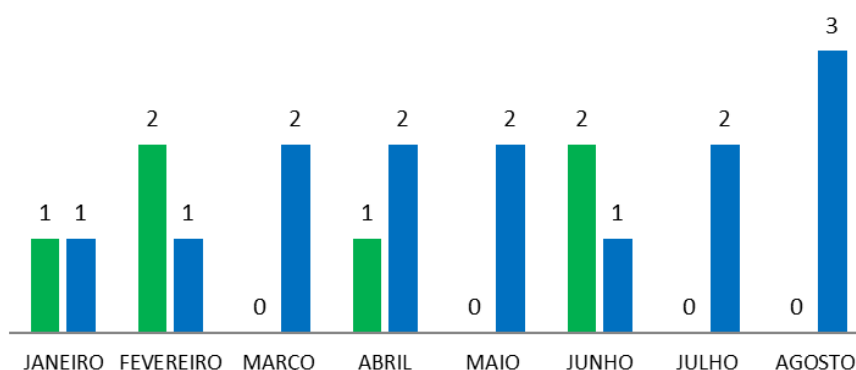
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID



Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose

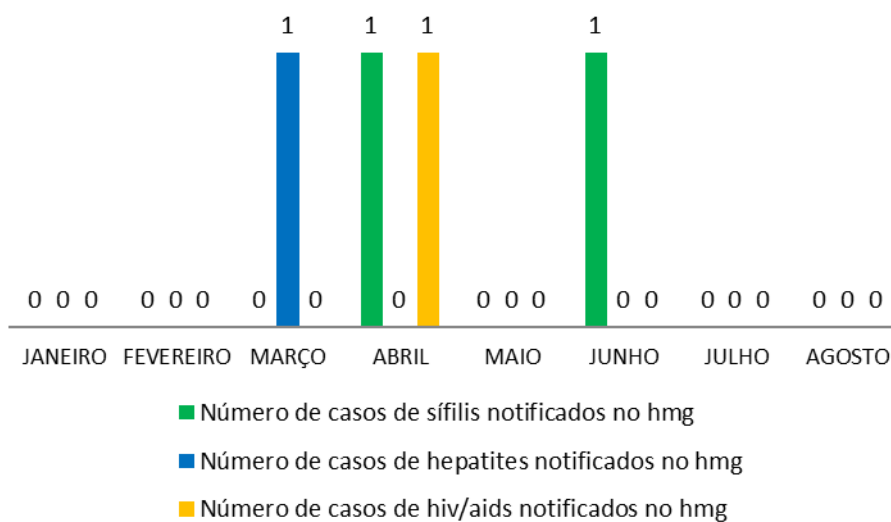


■ Número de casos de tuberculose notificados no hmg

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

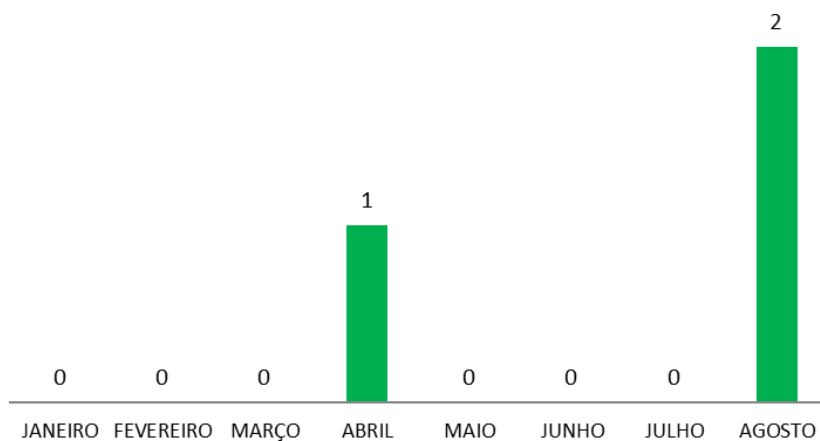
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 98 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).



Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 99 – Notificações de Violência



Fonte: Relatório Interno – 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.
- Critérios de Complexidade: Utiliza critérios específicos de complexidade da unidade para determinar a viabilidade e prioridade das solicitações de vaga.
- Confirmação de Vagas: Após análise, o Núcleo Interno de Regulação confirma a disponibilidade da vaga utilizando o sistema interno da instituição, assegurando que as decisões sejam baseadas em critérios objetivos e transparentes.
- Encaminhamento do Paciente: Uma vez confirmada a vaga, a unidade de origem do paciente é responsável por realizar o encaminhamento adequado até o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG). Isso pode envolver logística de transporte médico e suporte necessário durante o deslocamento.
- Central de Regulação: Todas as admissões no HMG são realizadas exclusivamente através da Central de Regulação, garantindo que os recursos sejam alocados de maneira eficiente e que os pacientes sejam direcionados para o atendimento adequado conforme suas necessidades.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%	88%	85%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5	8	5	4	4	5	3
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155	128	160	121
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170	149	182	142

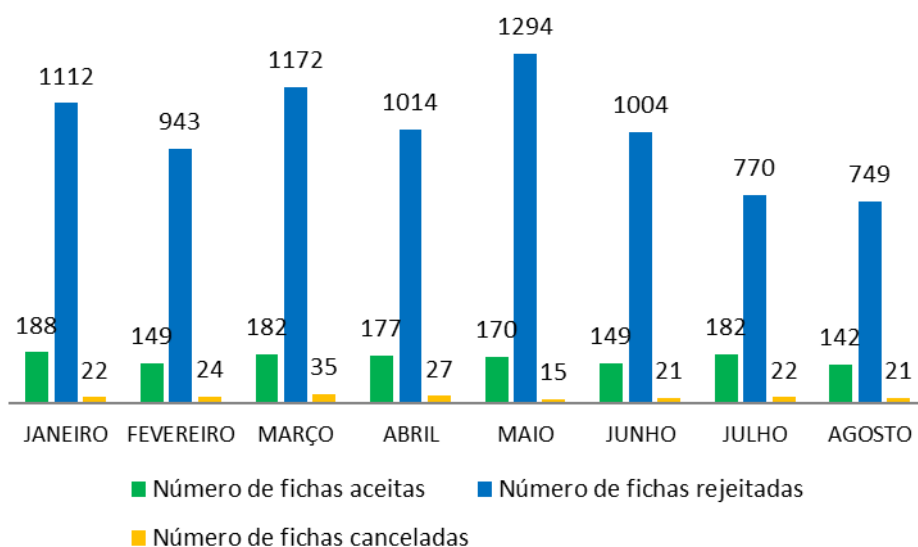
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004	770	749
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21	22	21
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13	12	11
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126	129	88
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139	141	99
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5	8	2	2	1
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0	2	1	2	2
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

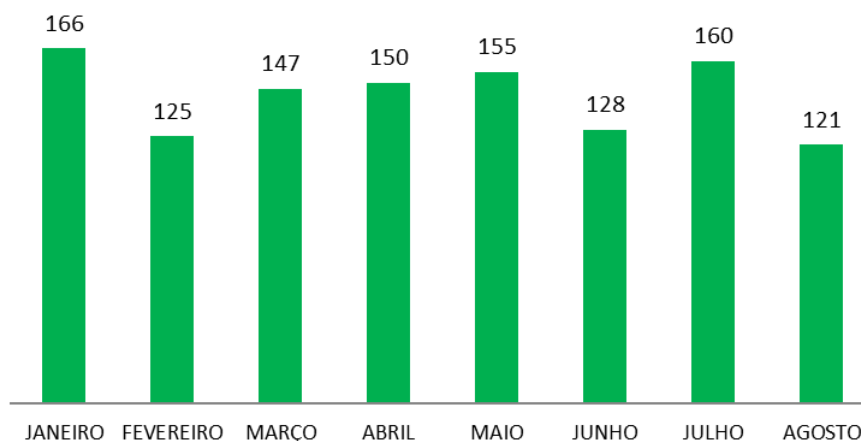
Em agosto de 2025, o Núcleo Interno de Regulação manteve o acompanhamento diário dos fluxos e remoções, assegurando a continuidade e qualidade dos serviços.

Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS



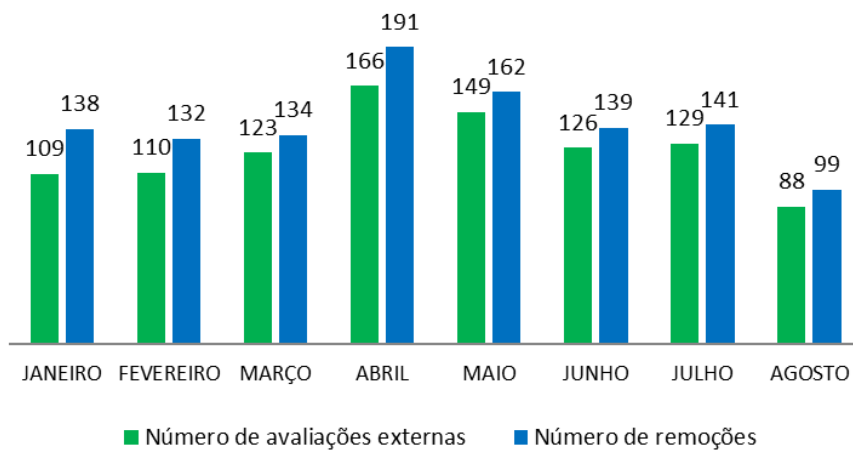
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos



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

Gráfico 102 – Serviço de Remoções



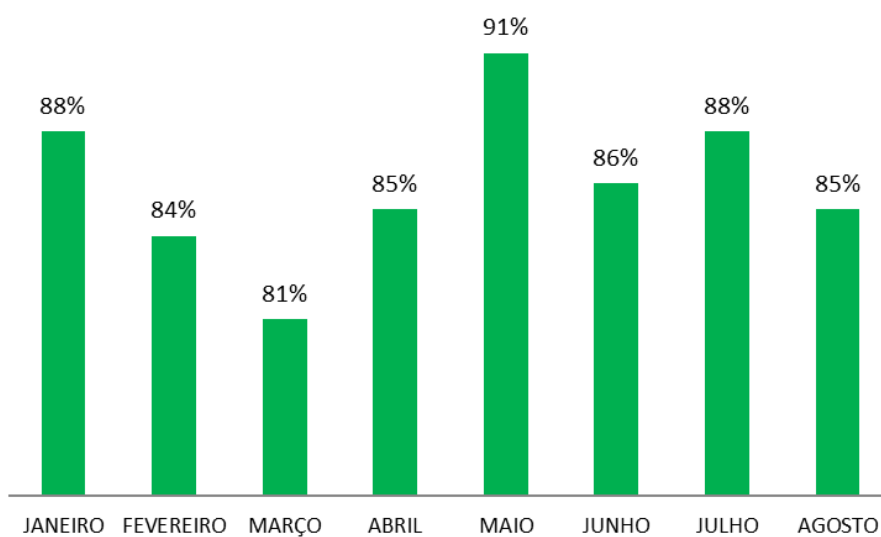
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 103 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)



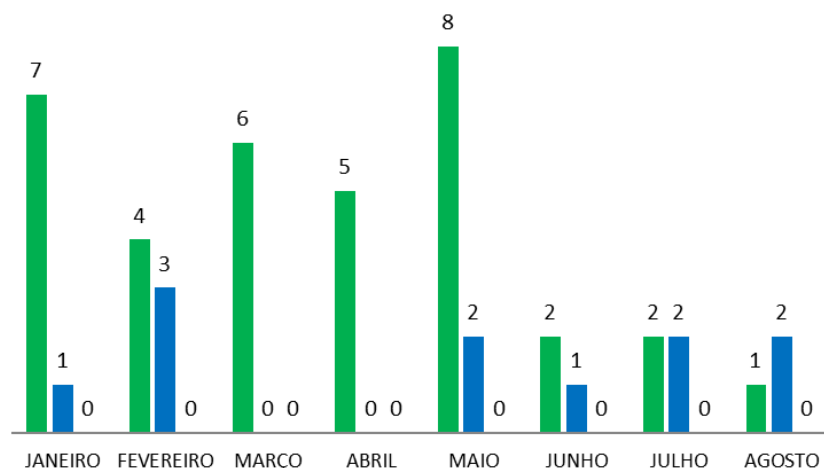
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

Gráfico 105 – 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	AGOSTO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%	94%	78%
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	24
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594	1093	1567
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32	657,10	1087	1484
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11	1,39	1,35

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CLÍNICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A taxa de avaliação de eficácia encontra-se em análise. A taxa de avaliação de reação não foi contabilizada, pois não houve treinamentos aplicáveis a esse critério no período. O pré-teste já foi computado e o pós-teste segue em andamento, visto que o treinamento ainda está em fase de finalização.

A taxa de adesão de treinamentos não atingiu a meta estabelecida de 80%, registrando 78%. Esse resultado se deve a fatores como afastamentos e férias de colaboradores durante o período, sobrecarga assistencial em determinados setores, além de conflitos de agenda que impossibilitaram a participação integral nas capacitações.

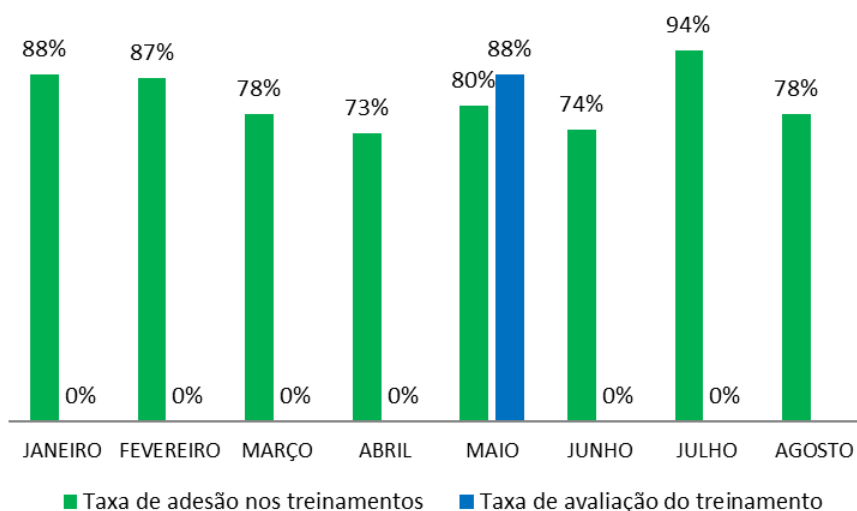
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP

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
AGOSTO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	5	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	2
	TECNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	1	11	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	1	6	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	5	2
	TECNICO DE ENFERMAGEM	ETEC	1	5	1

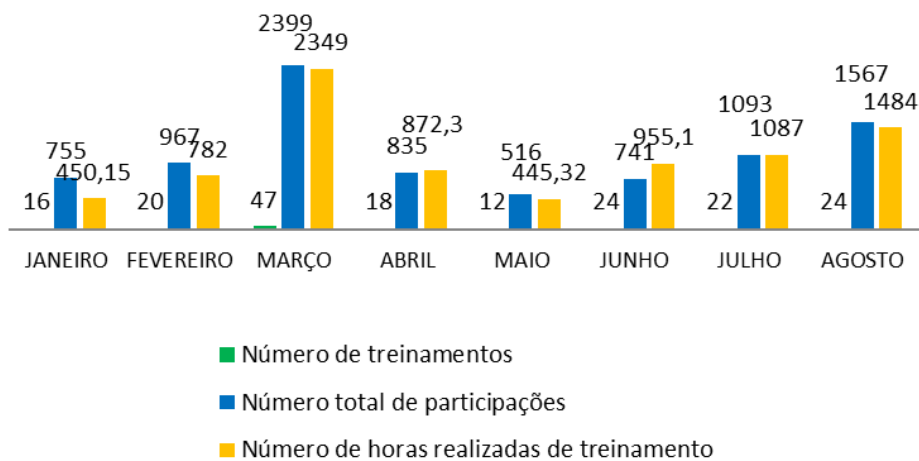
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 106 – Taxa de treinamentos



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 107 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 108 – Homem hora



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

LISTA DE TREINAMENTO (NEP) EM AGOSTO/2025

- DSS – Gerenciamento de riscos ocupacionais;
- DSS NR17 – Ergonomia nas atividades laborativas;
- DSS NR23 – Prevenção e combate ao princípio de incêndio;
- DSS sobre PGRSS;
- Treinamento projeto madrugada situações e urgência e emergência;
- Protocolos e rotinas assistenciais;
- Rotinas assistenciais e protocolos institucionais;
- Treinamento coleta e exame laboratorial;
- Treinamento de faturamento;
- Treinamento de punção venosa periférica ou acesso venoso;
- Treinamento prático de suporte básico e avançado de vida;
- Treinamento referente a anotação de enfermagem e lançamento de procedimentos;
- Treinamento sobre checagem da pulseira de identificação do paciente;
- Treinamento de cuidados com acesso venoso periférico;
- Treinamento sobre cuidados com o coletor de urina e sistema fechado;

- Treinamento NR 32;
- Treinamento sobre os riscos psicossociais;
- Treinamento sobre protocolo assistencial;
- Treinamento sobre troca de fixação de dispositivos;
- Treinamento capacitação de enfermeiros no tratamento de lesões;
- Treinamento capacitação de enfermeiros no tratamento de lesões avaliação prática;
- Combate ao racismo nas unidades hospitalares;
- Treinamento de PGRSS;
- DSS NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

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	AGOSTO
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%	0,30%	0,29%	0,17%	0,15%	0,28%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%	6%	6,40%	5,86%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%	0,23%	0,38%
Intervenções farmacêuticas realizadas	M/R	21%	23%	28%	22%	22%	16%	14%	17%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

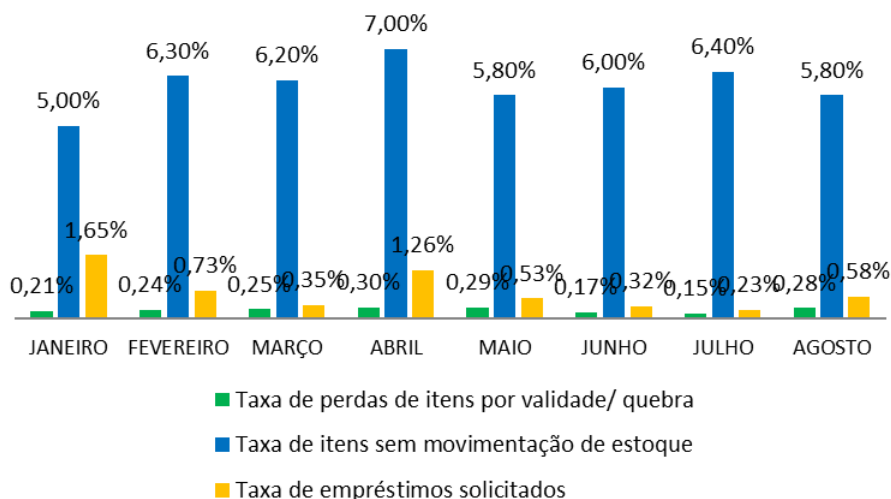
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

A meta de empréstimos foi ultrapassada devido à solicitação de um antimicrobiano não padronizado na Unidade. Em relação aos itens sem movimentação de estoque, após alinhamento com a superintendência corporativa, definiu-se a nova meta em 5%, considerando a presença de estoque antigo proveniente do período da COVID. Alguns materiais médicos sem movimentação seguem em avaliação para possível

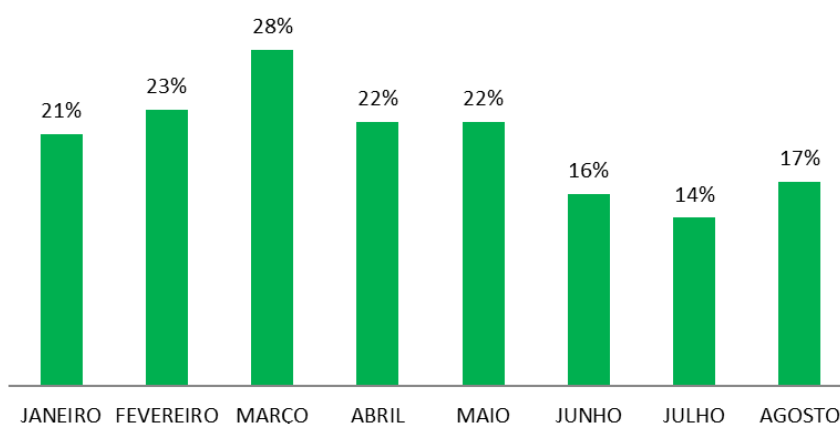
despadronização. Ficou também acordado com a Sede que não será definida meta para intervenções farmacêuticas, uma vez que este indicador possui caráter qualitativo, e não quantitativo.

Gráfico 109 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos



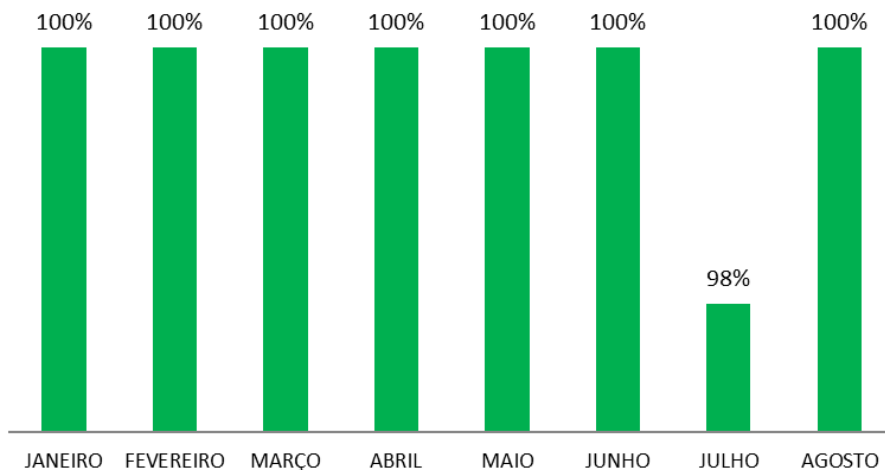
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 110 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



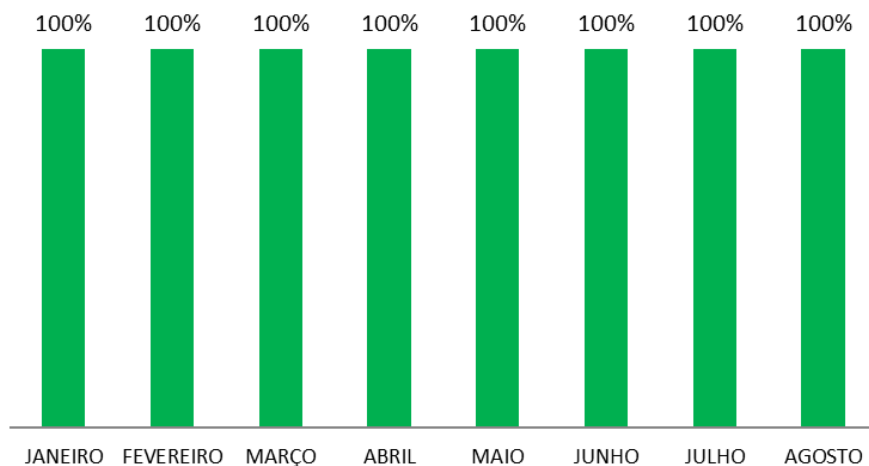
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 111 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 112 – 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:

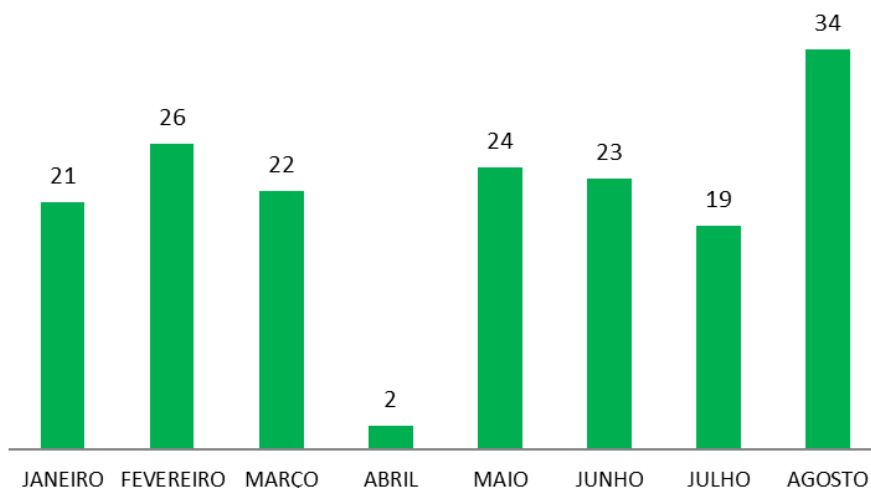
- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 68 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23	19	34
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103	96	103
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%	97%	98%
Percentual de entrega parcial	>15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%	3%	5%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%	5,86%	6,72%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1	0	2	0	1

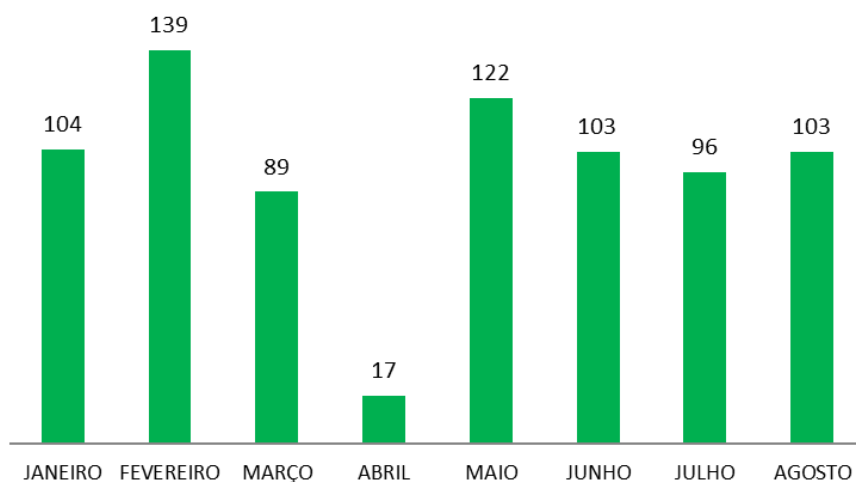
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 113 – Lançamentos de cotações



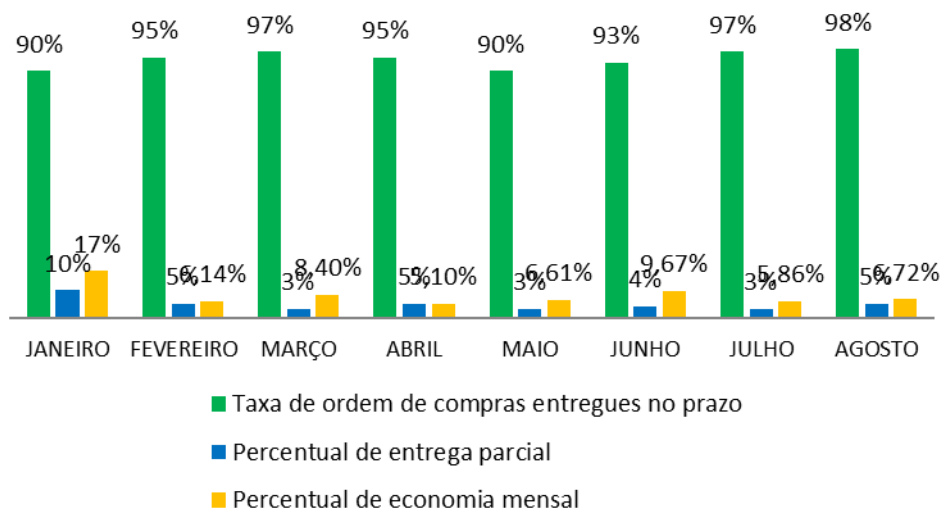
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 114 - Total de ordens de compras geradas



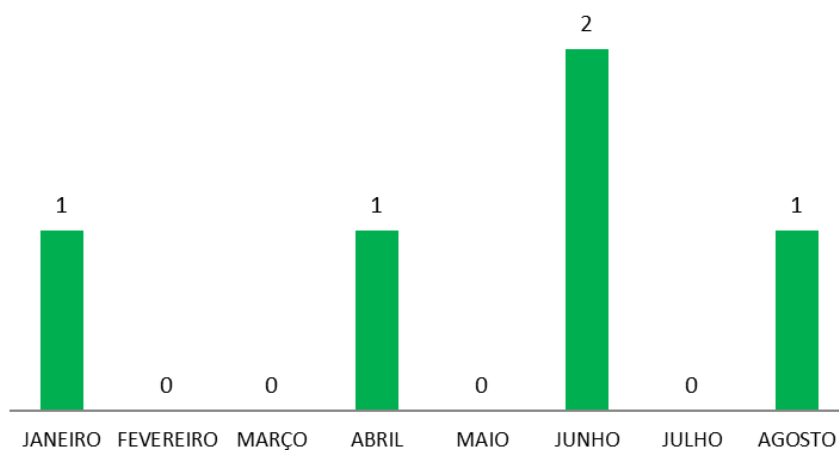
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 115 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 116 – 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	AGOSTO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%	96%	90%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51	07:58	10:51	07:45	15:21	14:17
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%	12%	10%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%

Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%	96%	90%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15	0	0	0	0
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126	103	122
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3	0	0
Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294	328	295
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16	5	4
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137	61	113

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

Tempo Médio de Atendimento de Chamados: Atualmente, ainda não há meta definida para este indicador. Está em estudo junto ao setor a definição de um parâmetro adequado. Observa-se que os maiores tempos registrados estão relacionados a chamados que dependem de atendimento de empresas terceiras, o que impacta diretamente no resultado.

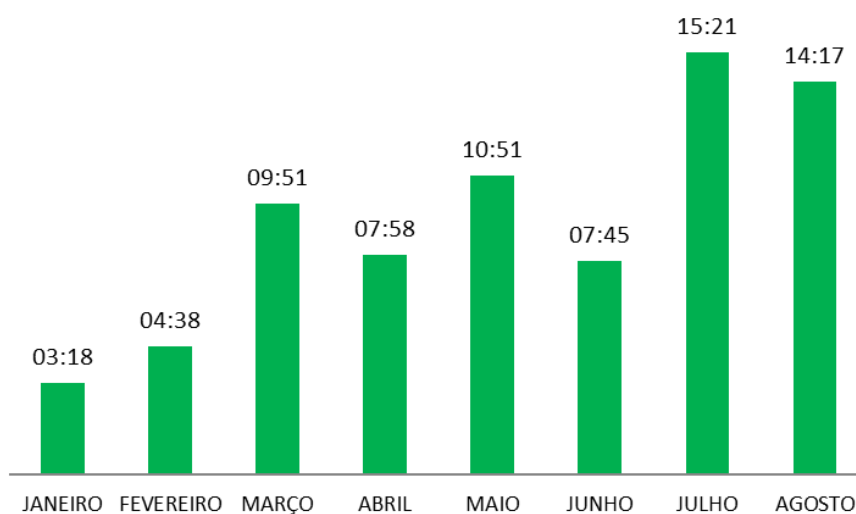
Taxa de Calibração: O resultado de 0% no mês não representa falha do processo, mas sim a ausência de demanda para equipamentos que necessitavam de calibração no período.

Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados



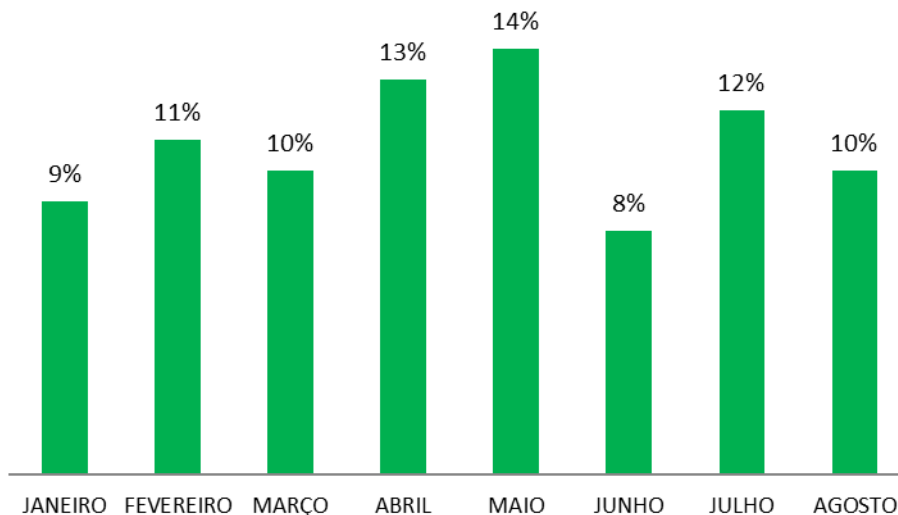
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado



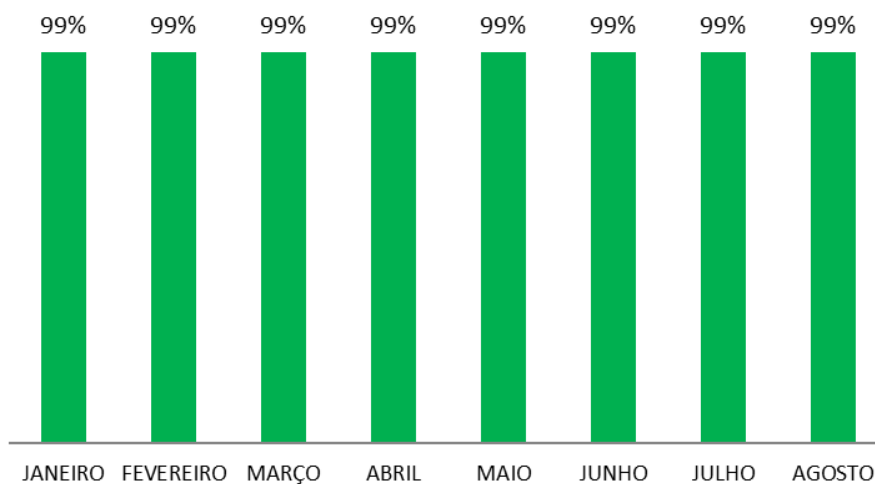
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 119 – Reincidência de manutenção corretiva



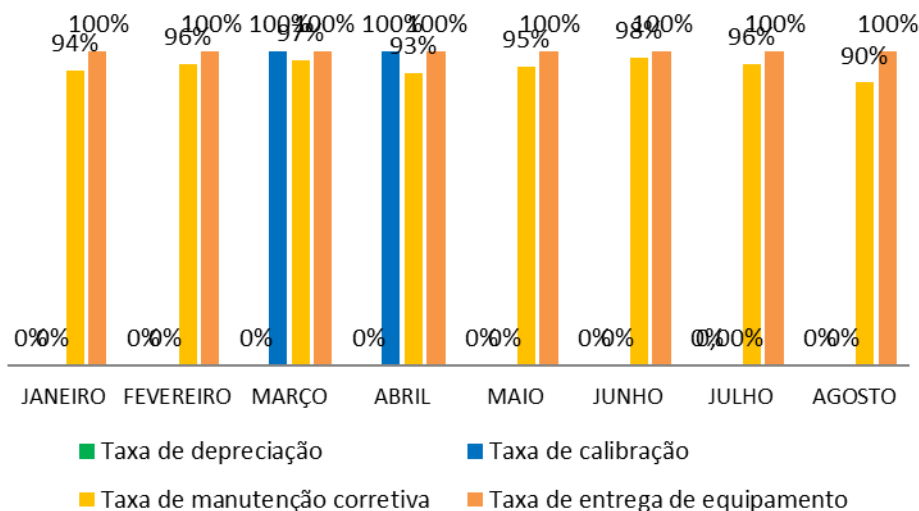
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 120 – Taxa de disponibilidade do equipamento



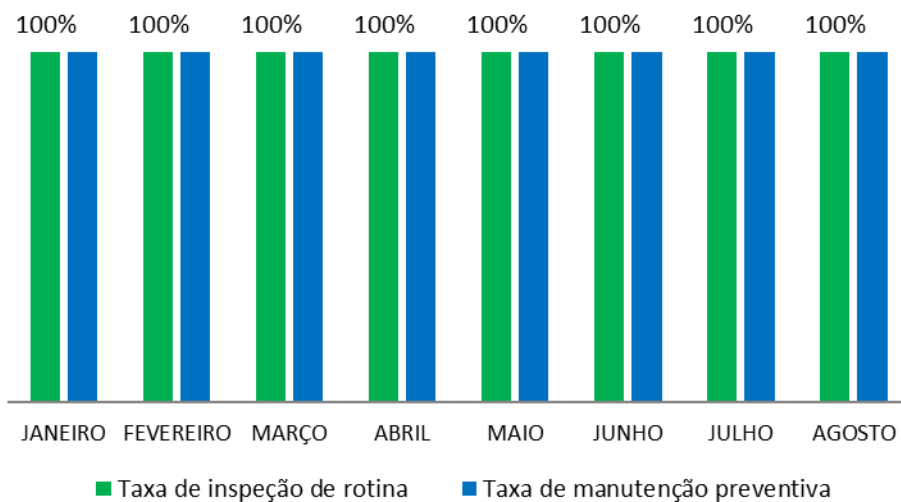
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 121 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 122 – 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	AGOSTO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%	100%	80%
Tempo médio de atendimento de chamado	120 minutos	69,63 min	95,21 min	23 min	12 min	7,1 min	10,72 min	2,12 min	21,40 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%	100%	80%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239	185	179
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172	188	187
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95	58	78
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

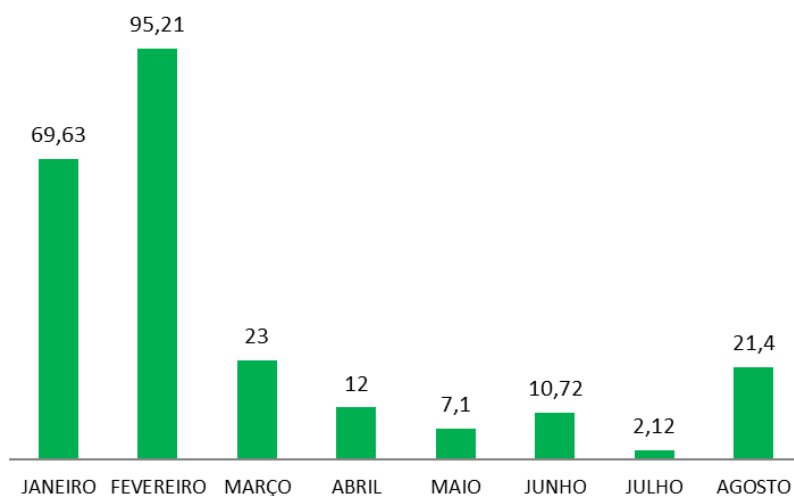
O aumento do tempo médio de atendimento ocorreu em função de demandas que demandaram maior tempo para conclusão, impactando diretamente o indicador. A meta de manutenção corretiva e preventiva não foi atingida devido à execução de serviços mais complexos, que exigiram maior tempo, comprometendo o cumprimento dentro do prazo esperado. Já a taxa de instalação de equipamentos apresentou 0%, pois não houve demanda no período.

Gráfico 123 – Taxa de ordem de serviços finalizados



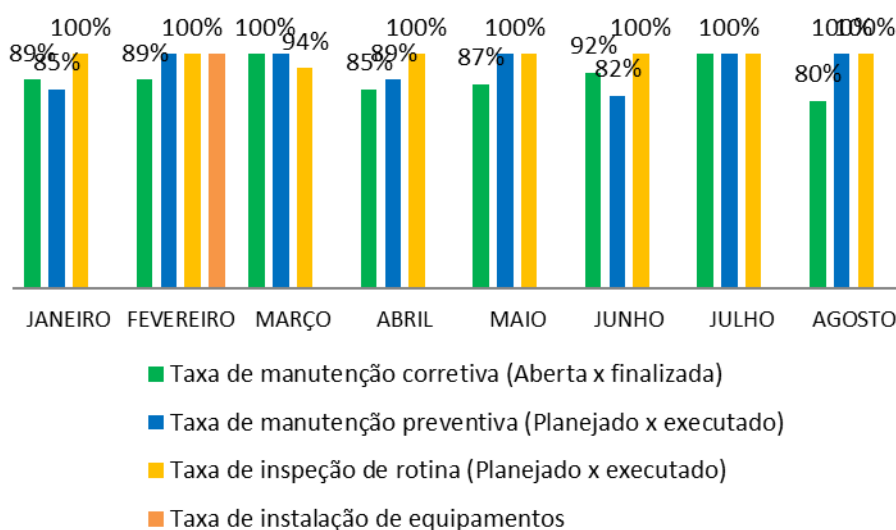
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 124 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)



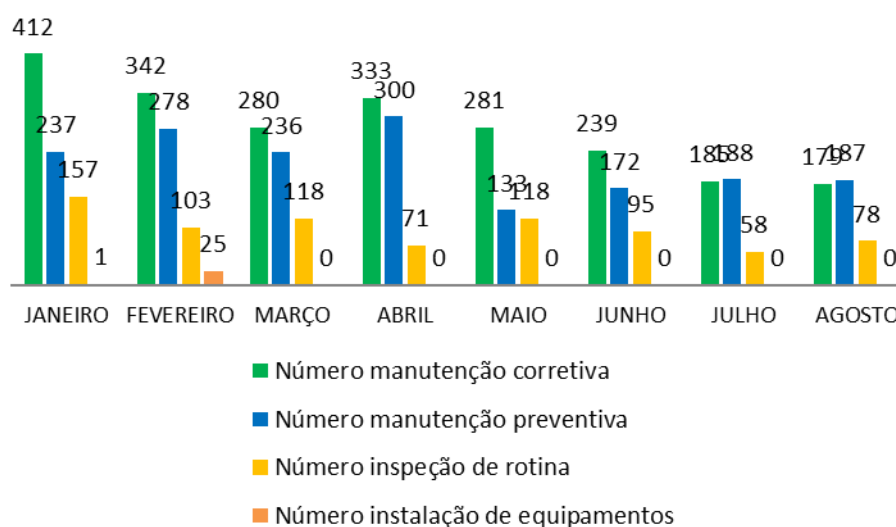
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 125 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 126 – 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:

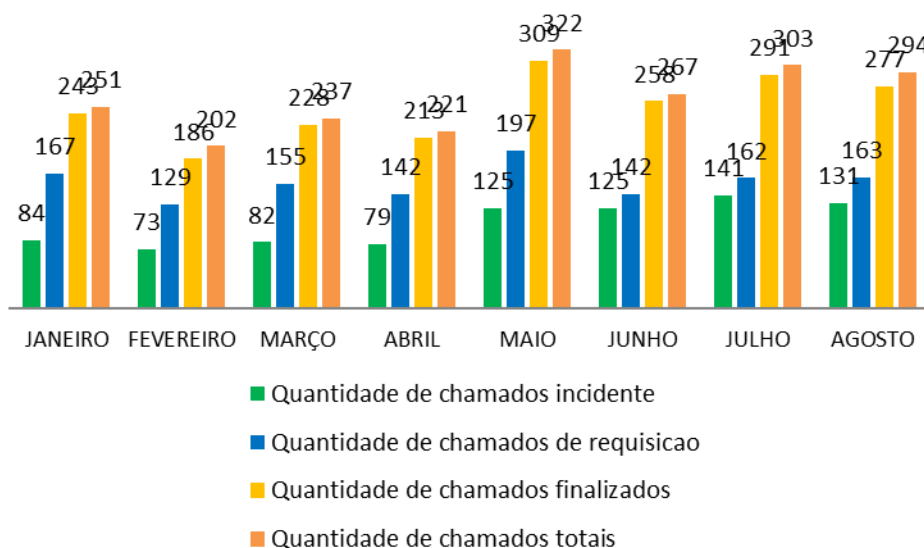
- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas;
- Suporte à Assistência ao Paciente;
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125	141	131
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142	162	163
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258	291	277
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267	303	294
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h	2h	3h
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	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	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4	5	5
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%	98%	97%	98%	96%

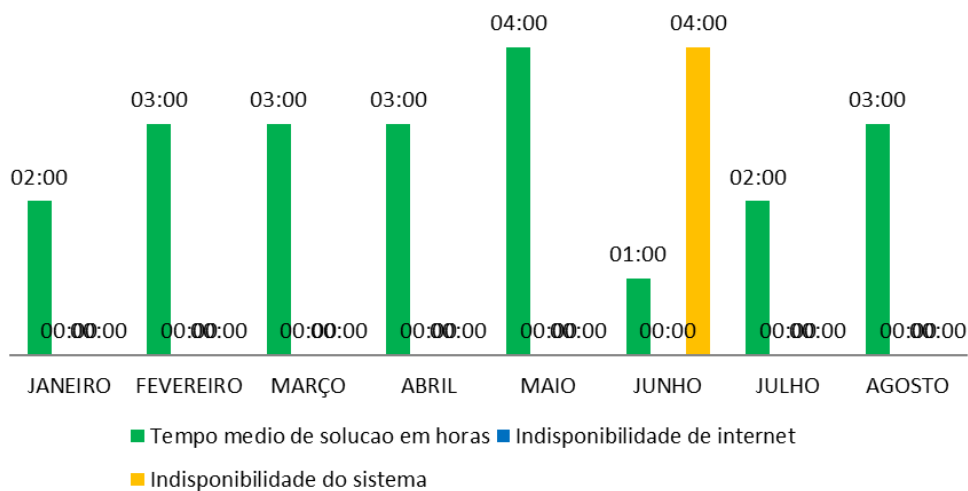
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

Gráfico 127 – Quantidade de chamados



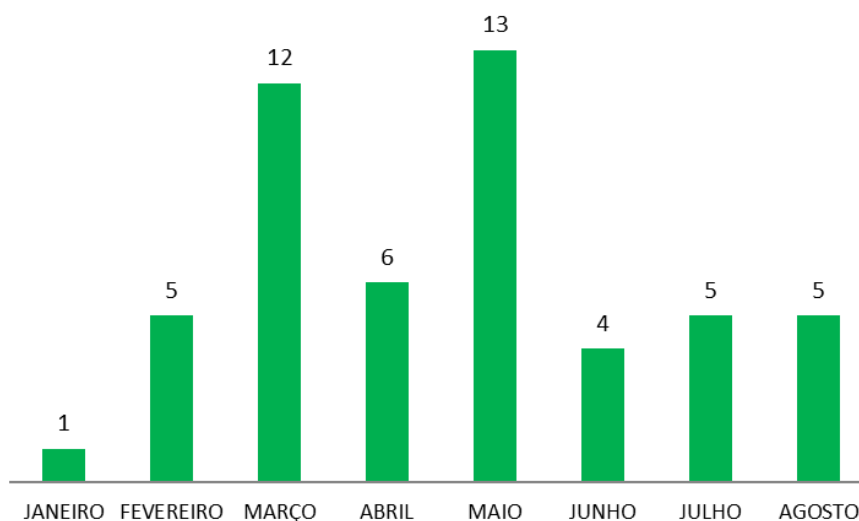
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 128 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



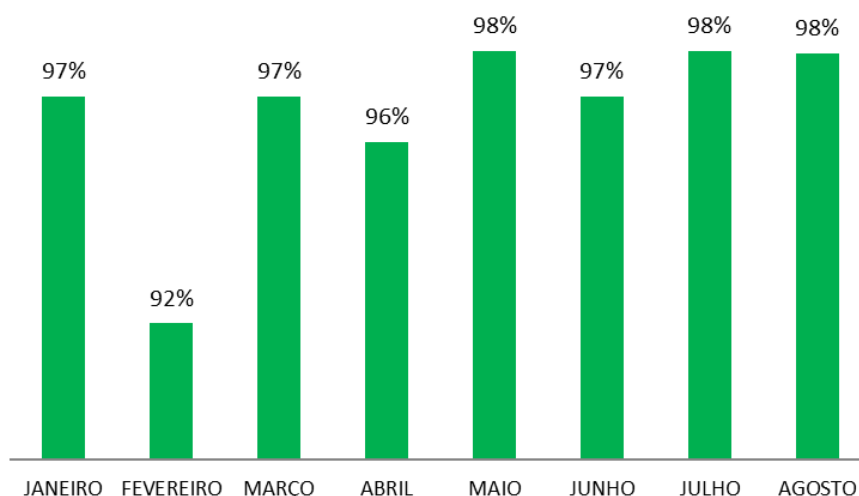
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 130 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 131 – 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	AGOSTO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%	60%	80%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%	82,36%	88,89%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%	66,66%	75%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto maior, melhor	0	63	27	8	37	17	5	0
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78	46	2
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3	5	0
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5	1	6	5	0
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22	0	10
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62	34	2
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1	5	1

Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1	1	1	1
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1	1	2	2	1	1	0
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11	2	1	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%	93%	93%	93%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Dos 20 indicadores previstos para entrega até 04/09/2025, 16 foram entregues dentro do prazo. Em relação às reuniões de comissões, apenas duas (Terapia Nutricional e Transplante de órgãos e tecidos) não foram realizadas no mês. Quanto à entrega das atas, quatro foram encaminhadas após a data limite, impactando a meta estabelecida.

No que se refere às visitas técnicas e auditorias externas, houve visita da Prefeitura (Dr. Carlos Hamada), sem registro de auditorias internas. Foi realizada ainda uma reunião para alinhamento da nova logomarca.

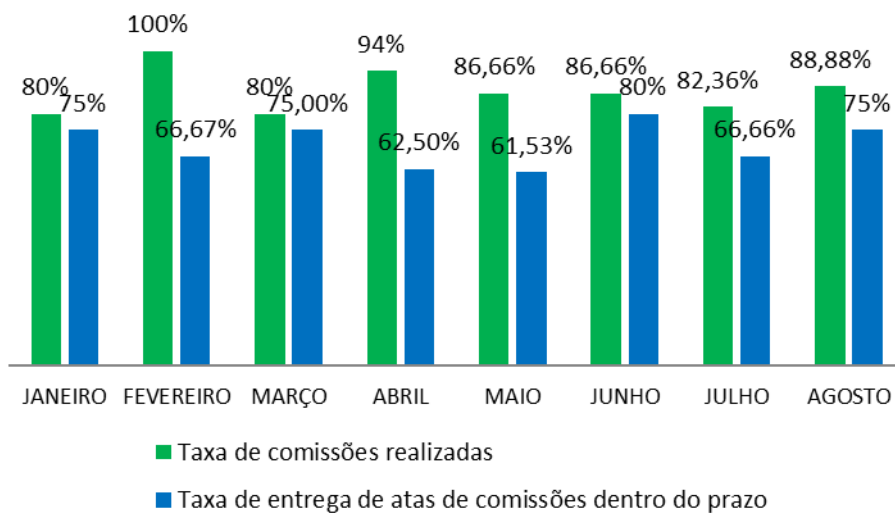
Sobre os documentos retroativos de 2024, o tratamento segue em andamento de forma periódica, sem meta mensal definida, mas priorizando maior volume de regularização.

Gráfico 132 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



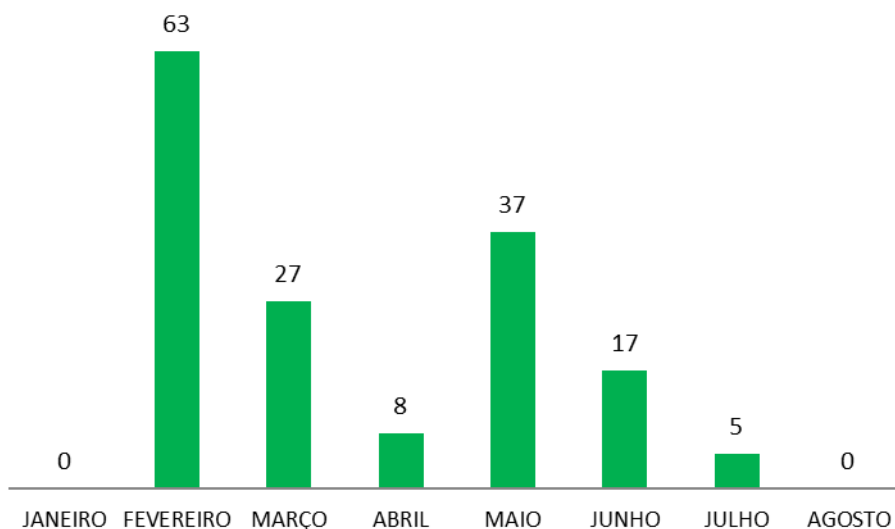
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 133 – Comissões



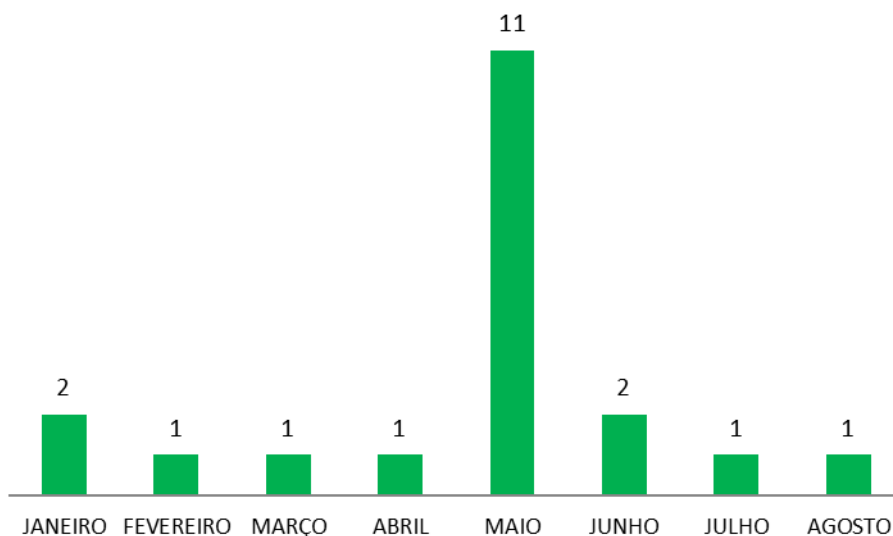
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 134 – Número de documentos retroativos



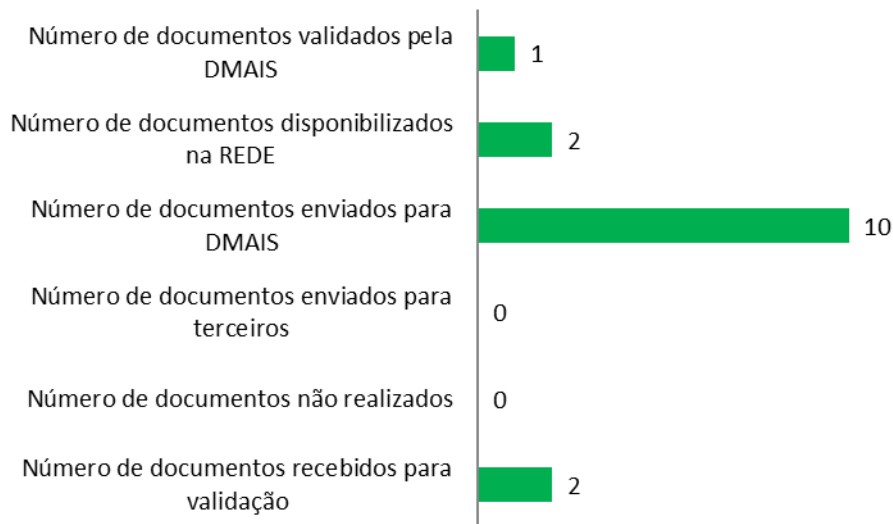
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 136 – Número de treinamentos e orientações



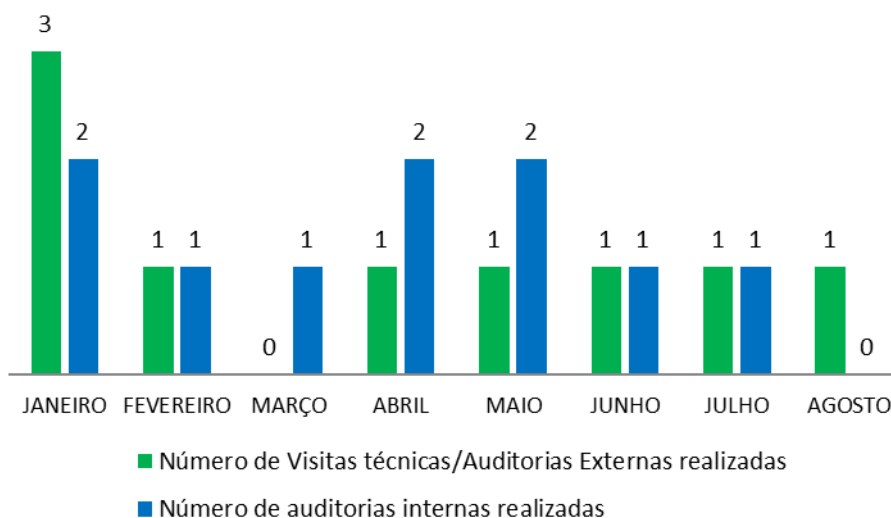
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 137 – Documentos



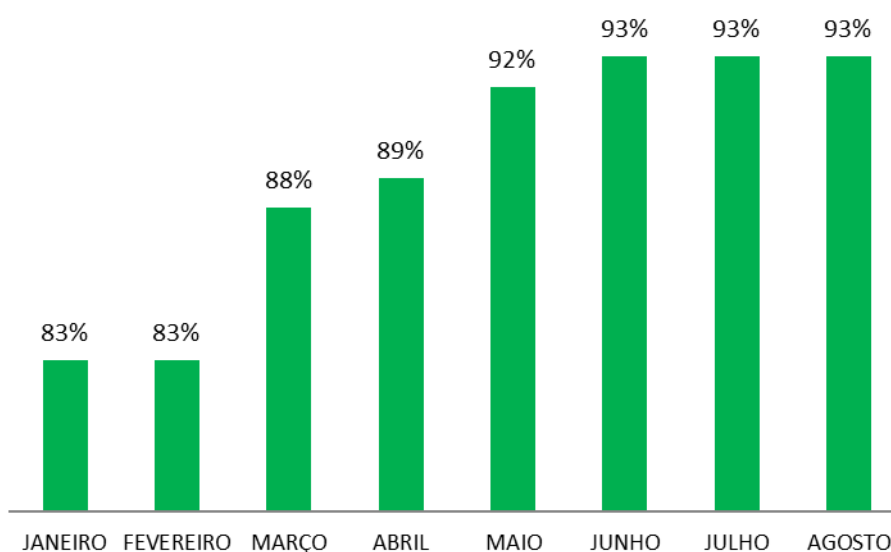
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 138 – Visitas, auditorias internas e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 139 – 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

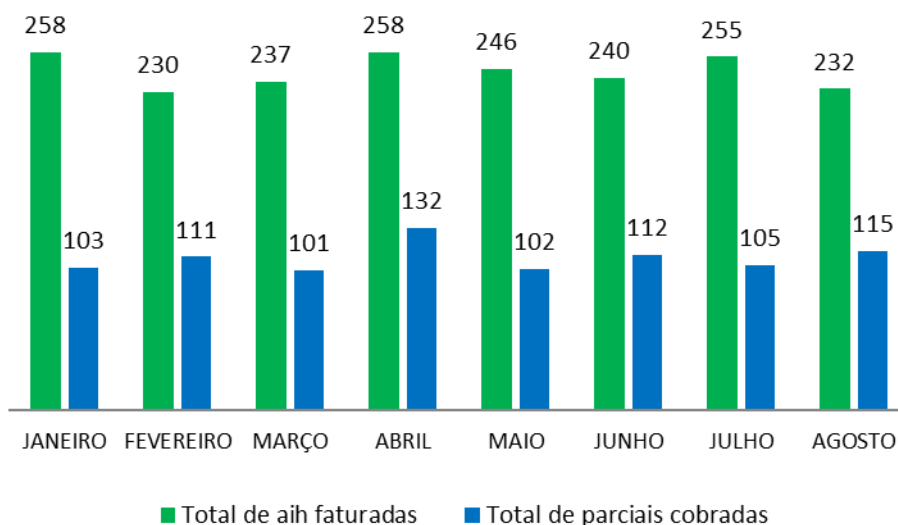
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Total de aih faturadas	M/R	258	230	237	258	246	240	255	232
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102	112	105	111
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	24	10	74	4
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	270	250	302	*
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%	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.

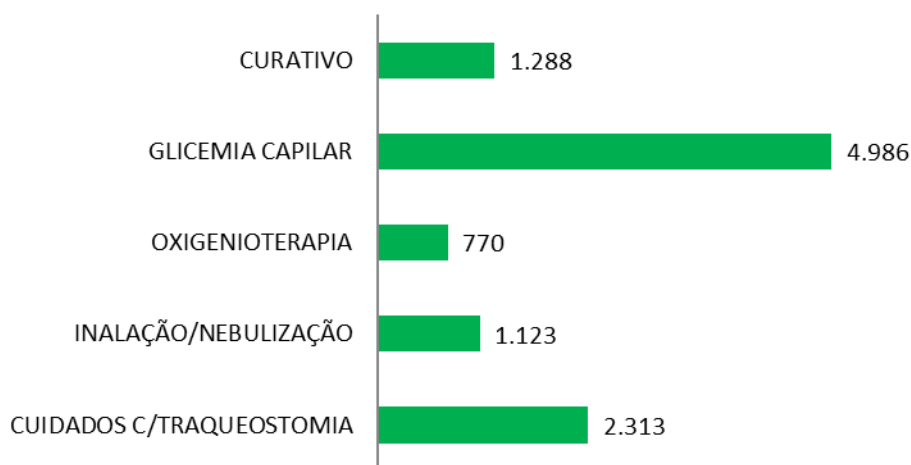
*Os indicadores relativos ao mês serão atualizados após devolutiva da Secretaria.

Gráfico 140 – Total de AIH Faturadas x Parciais



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

Gráfico 141 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (Agosto de 2025)



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	AGOSTO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1	0	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	89%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581	4590	4571
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0	0	0
Índice de orçado x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%	92%	96%	90%

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.

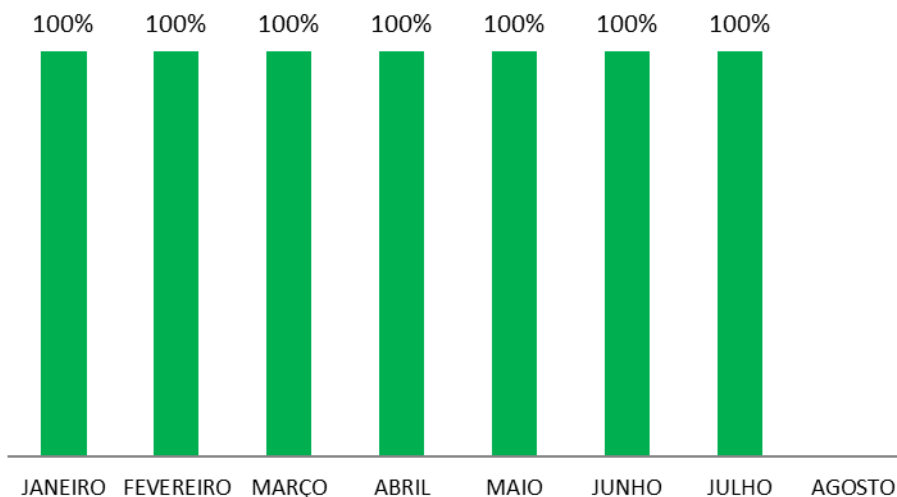
ANÁLISE CRÍTICA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Valor e Taxa de Retenções do Contrato: O valor apurado no período apresentou divergência em razão do repasse recebido a menor, determinado pelo chefe de gabinete em função do saldo bancário disponível. Essa medida impactou diretamente no indicador, refletindo a necessidade de ajustes financeiros para manter o equilíbrio contratual.

Índice de Orçado versus Realizado: O indicador mede o uso total do recurso financeiro (valor realizado / valor orçado). As alterações realizadas nos dados tiveram como objetivo melhorar a

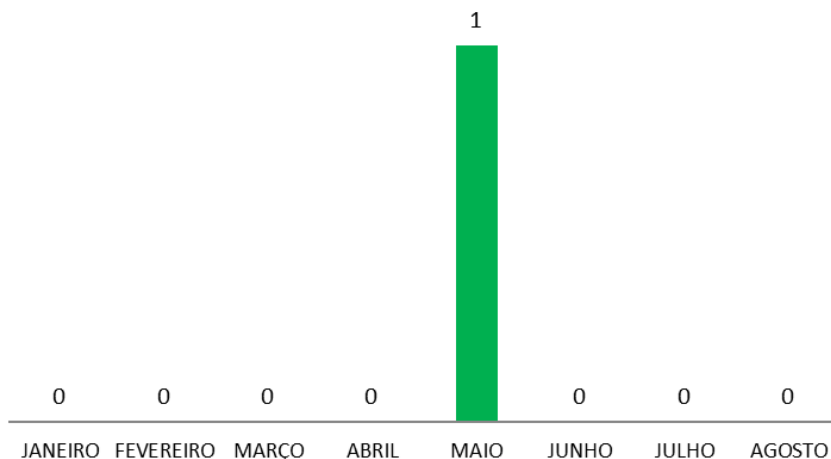
compreensão e transparência da análise, permitindo visualizar de forma mais clara a relação entre planejamento e execução.

Gráfico 142 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



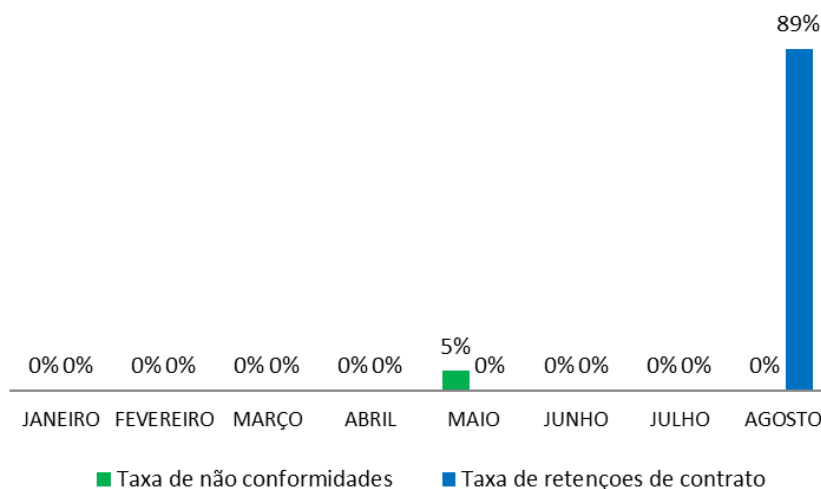
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 143 – Número de auditorias externas



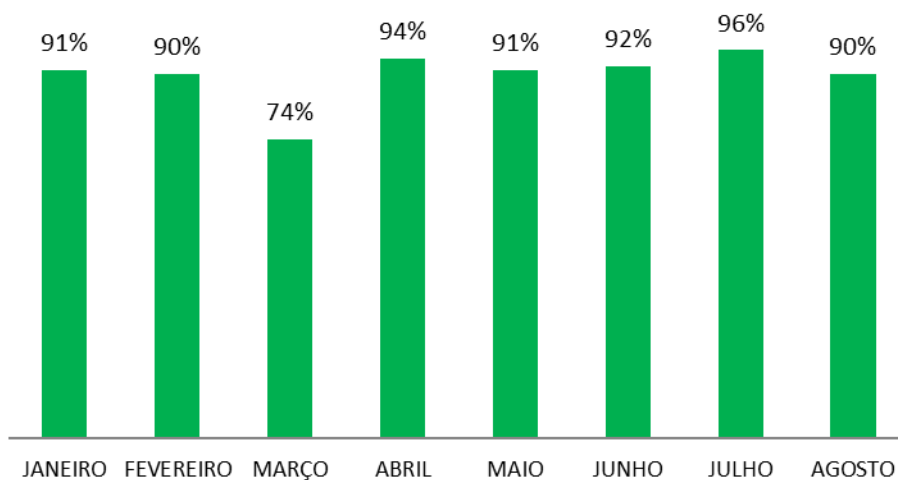
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 144 – Taxa de retenções e não conformidades



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Índice de orçado x realizado



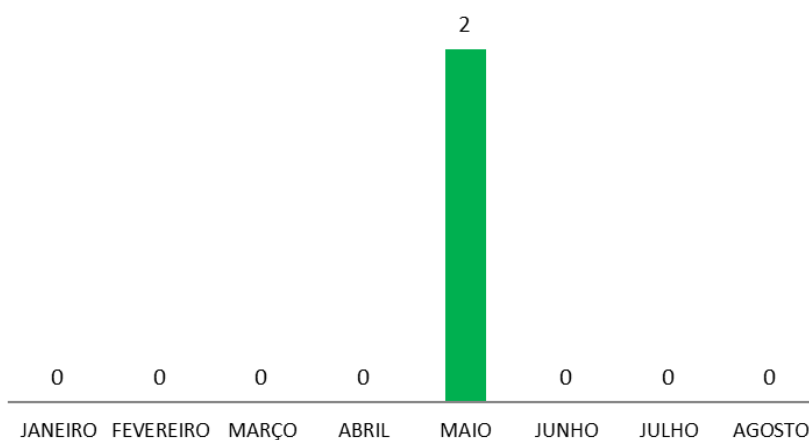
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – 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	AGOSTO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	93%*	96%	99%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%	100%	99%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81	87	82
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97	133	12
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0	0	

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

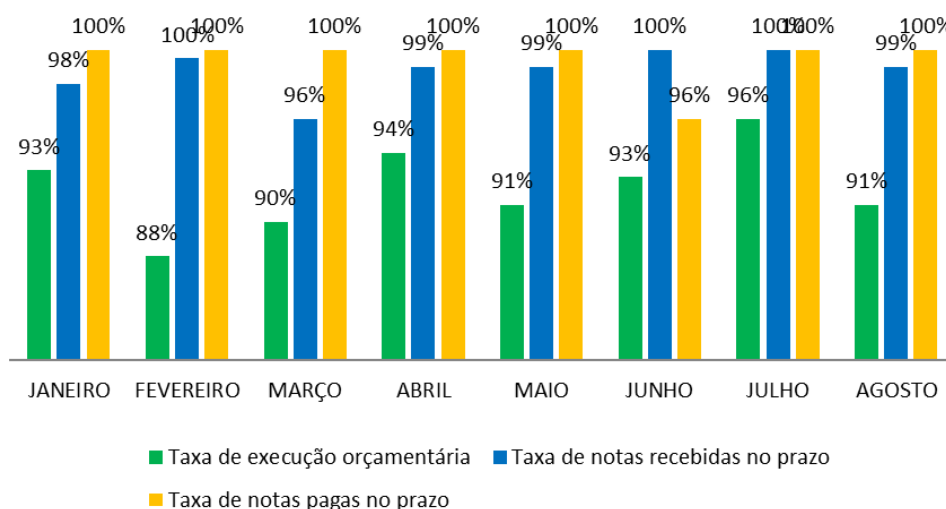
*A taxa de execução orçamentária de mês de junho foi ajustada saindo de 99% para 93%.

ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

A Taxa de Notas Recebidas no Prazo não atingiu 100% neste período, tendo como única pendência a nota do prestador Total Clean, devido a uma divergência de valores identificada na fatura apresentada.

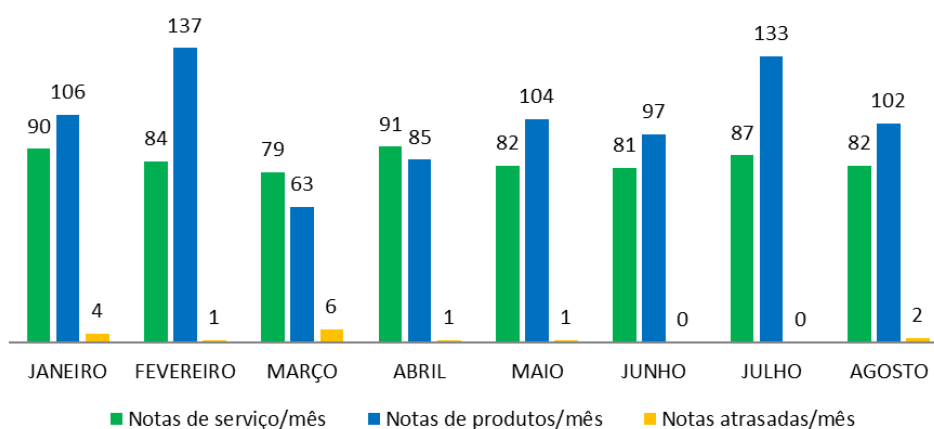
Já em relação à Taxa de Execução Orçamentária, observa-se que este indicador não alcançará 100%, uma vez que não é permitido utilizar a totalidade do orçamento disponível. Diante desse cenário, a meta está sendo revista para o próximo mês, de modo a se adequar melhor à realidade financeira da instituição e garantir maior coerência na análise dos resultados.

Gráfico 148 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Financeira.

Gráfico 149 – 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	AGOSTO
Taxa de utilização de equipamentos	>95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%	99%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141	105	179
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136	100	170
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9	19	17
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6	16	15
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%	96%	80%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

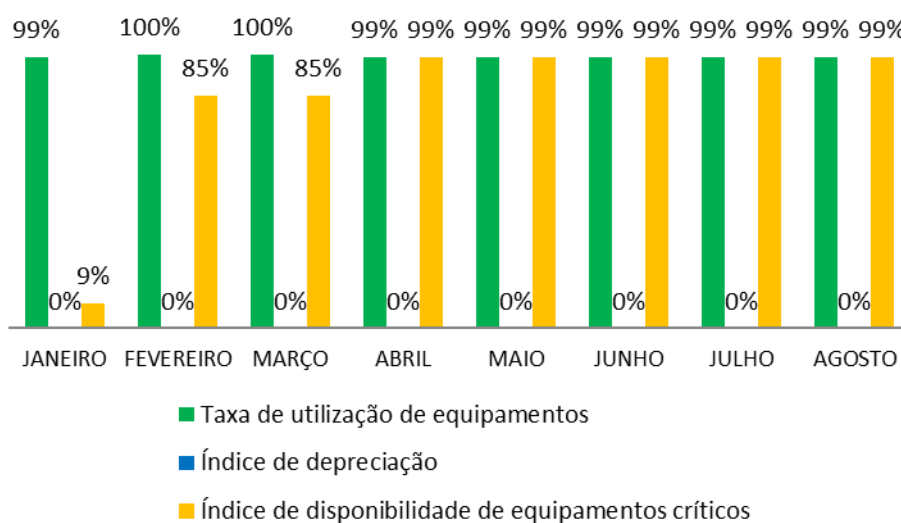
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139	139	139
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66	66	32
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%	96%	80%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

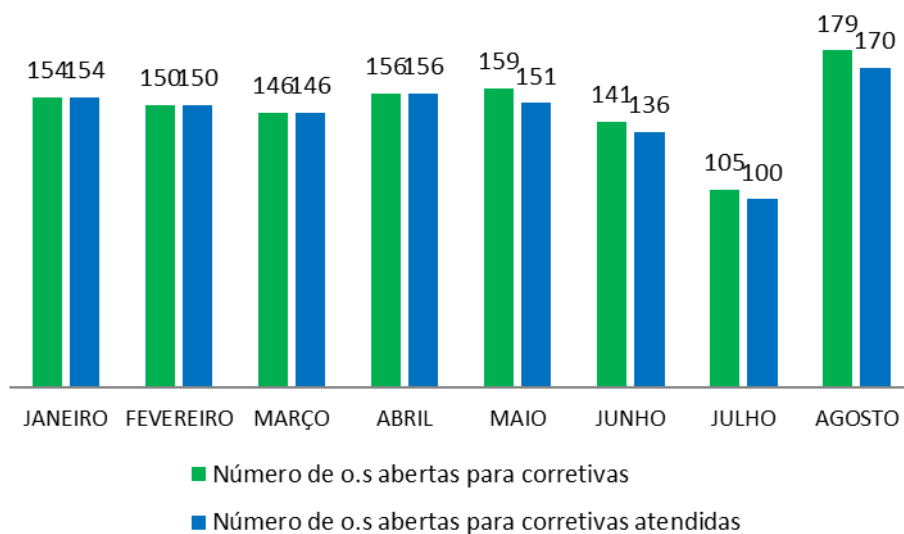
A Taxa de Ordens de Serviços Finalizadas apresentou, no mês de agosto, resultado inferior à meta estabelecida. Esse desempenho está relacionado, principalmente, ao aumento da demanda de chamados concentrados em curto período, aliado à complexidade de algumas solicitações que exigiram maior tempo para execução. Além disso, parte das ordens dependia de fornecedores terceirizados para conclusão, o que impactou diretamente no prazo de finalização.

Gráfico 150 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos



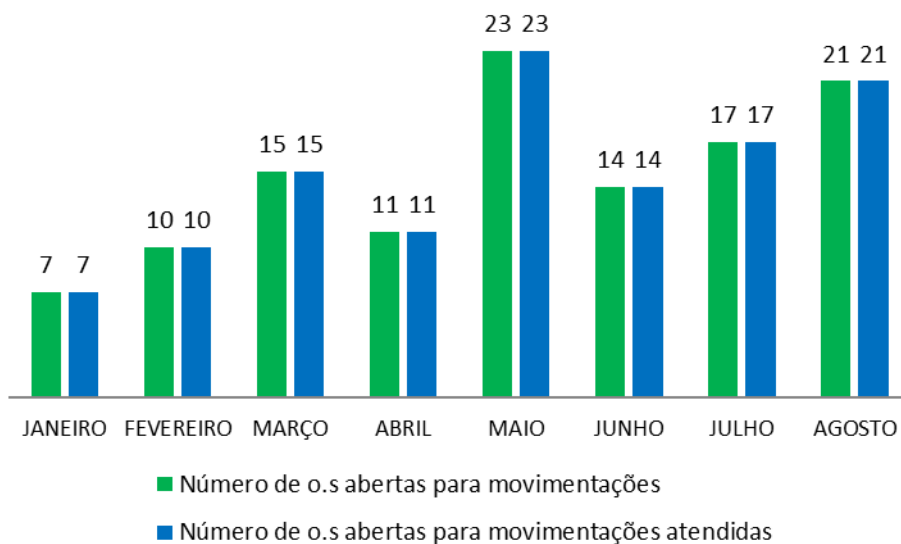
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 151 – Ordem de serviços para corretivas



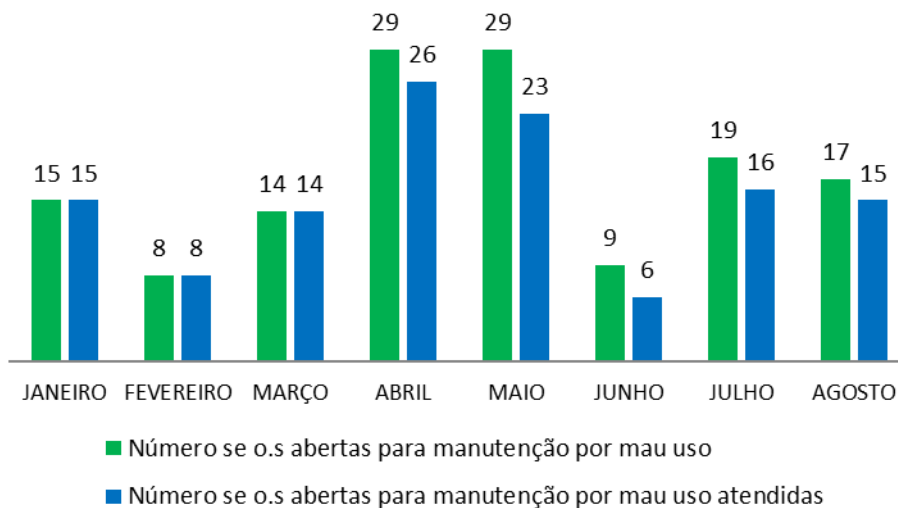
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Ordem de serviços de movimentações



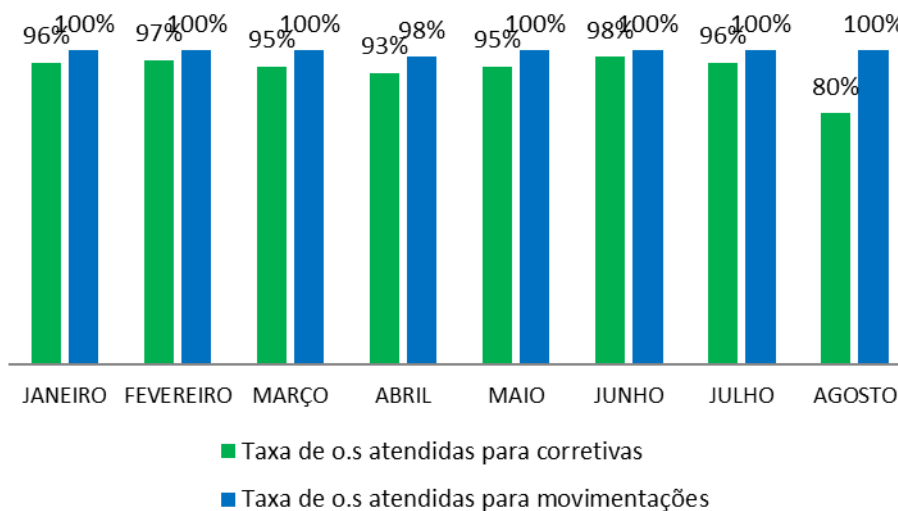
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 153 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



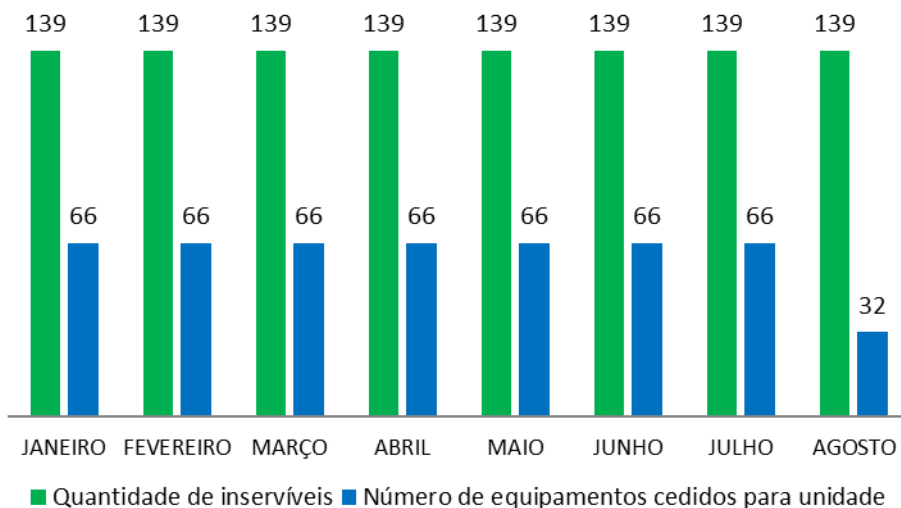
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 154 – Taxa de ordem de serviços



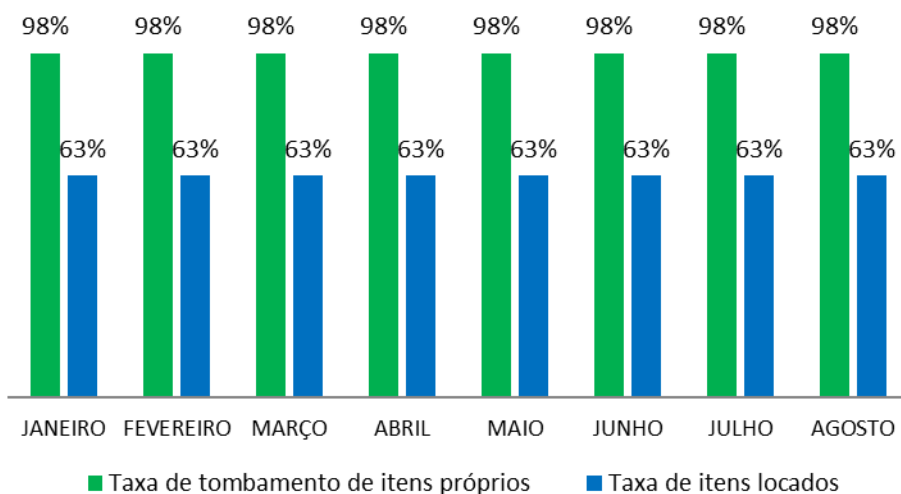
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 155 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



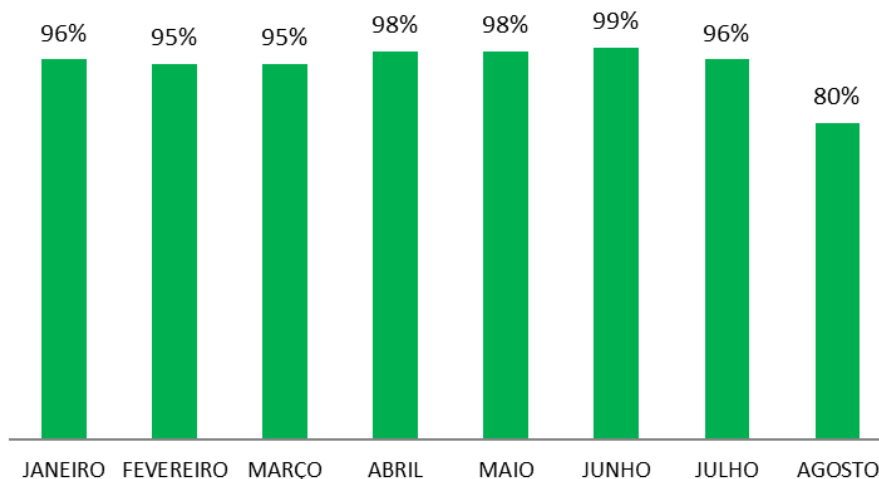
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 156 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 157 – 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	AGOSTO
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%	98%	98%	99%	96%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9	9	6	15	0
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	94,11%	94,11%	94,11%	94,44%	94,44%	94,44%	88,88%	88,24%

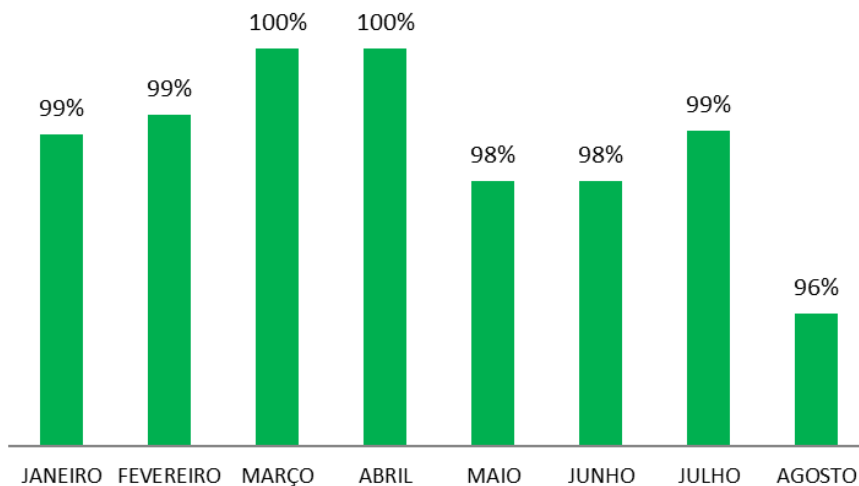
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador de Índice de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100%, pois três contratos vigentes em agosto não cumpriram integralmente suas cláusulas, e as empresas foram notificadas.

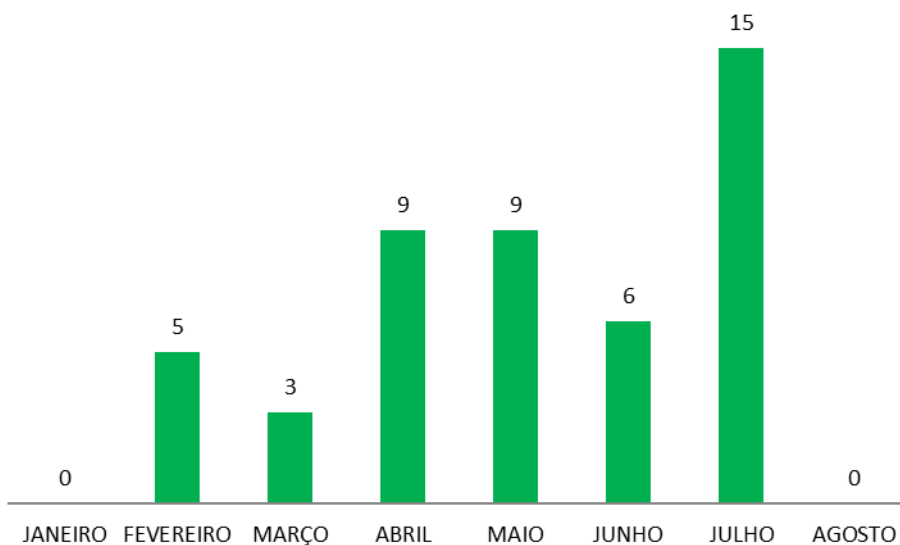
O indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos apresentou nota de 88%, impactado por dois contratos auditados que obtiveram notas abaixo de 81%. Apesar dos prestadores ainda serem considerados qualificados, a avaliação ficou abaixo do padrão esperado, evidenciando a necessidade de melhorias no atendimento aos critérios da auditoria.

Gráfico 158 - Índice de exatidão nos serviços prestados



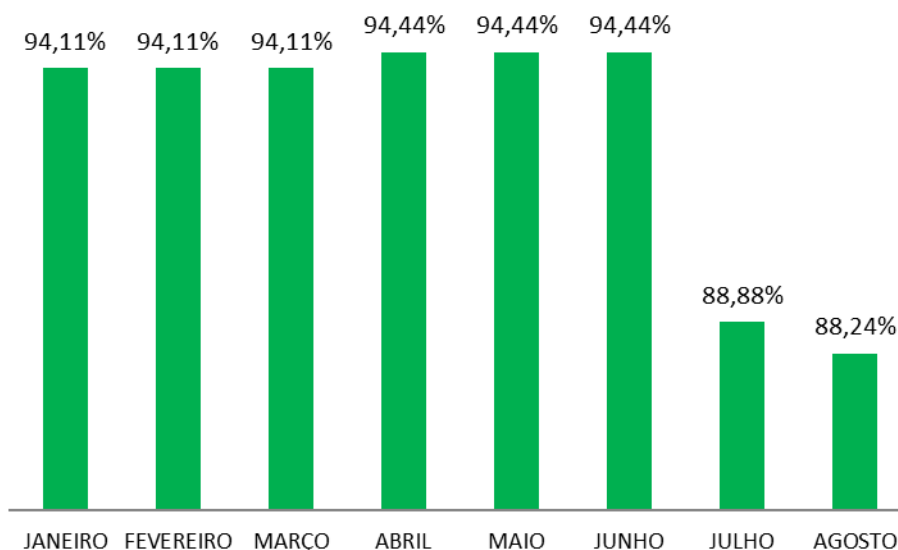
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 159 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 160 – 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.

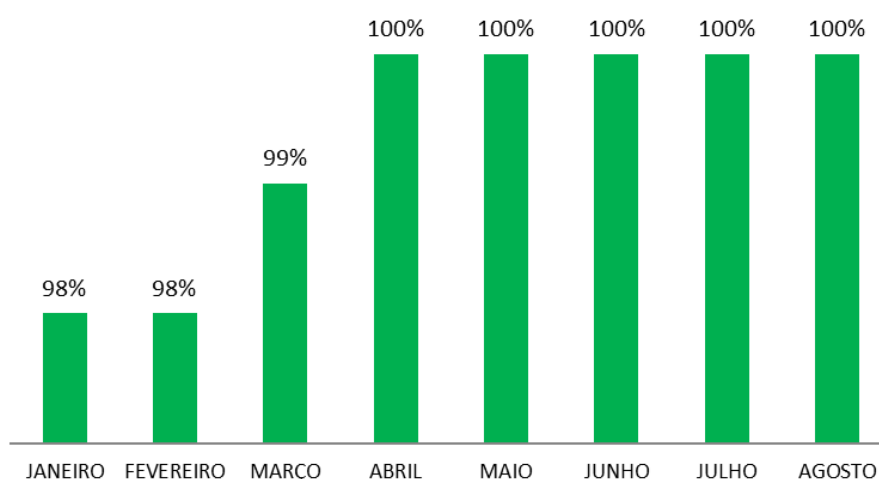
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de enxovais recebidos com sujidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna)	< 2 horas*	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00
Índice de evasão de roupas	< 2%*	0%	3,80%	3,80%	7,50%	0%	4,35%	2,37%	1,40%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%	100%	100%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

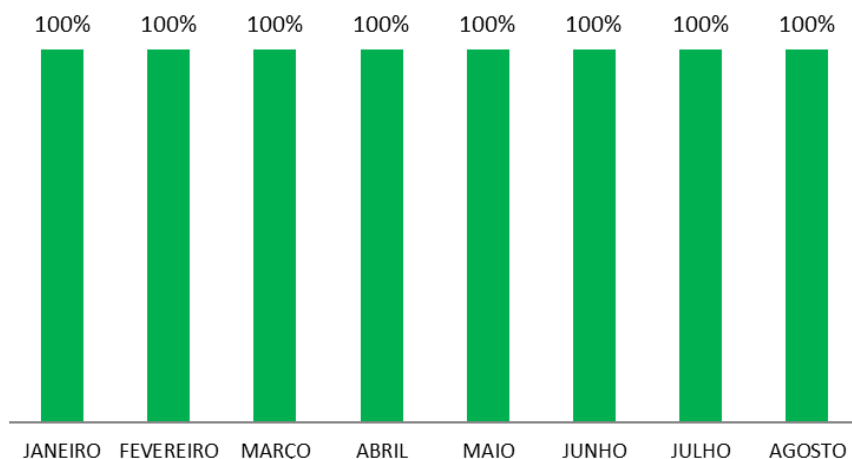
*Alterados metas dos indicadores.

Gráfico 161 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)



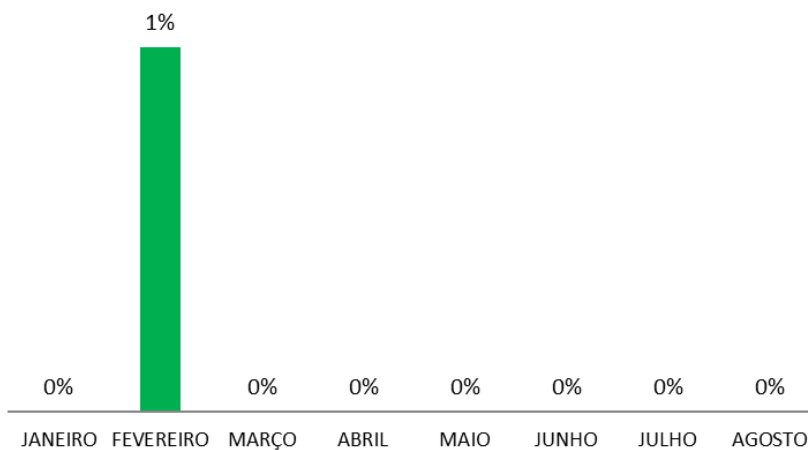
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 162 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



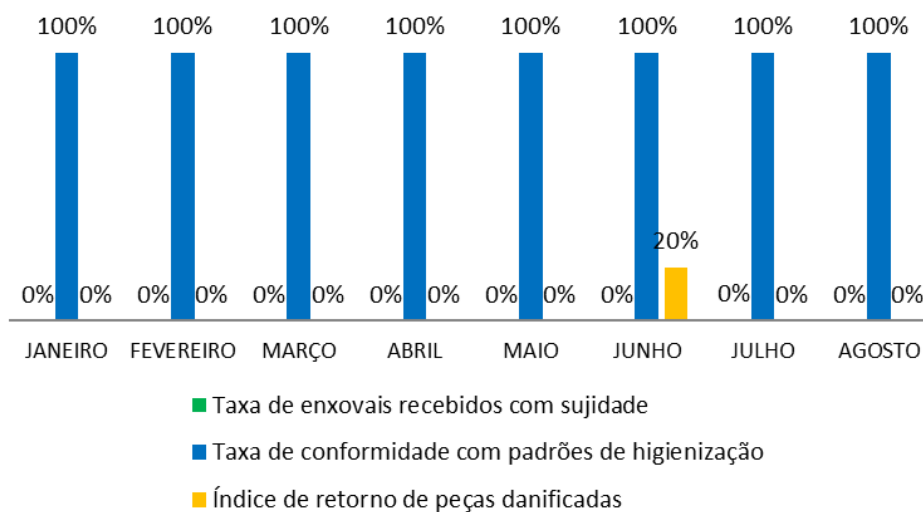
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 163 – Taxa De Expresso Solicitados



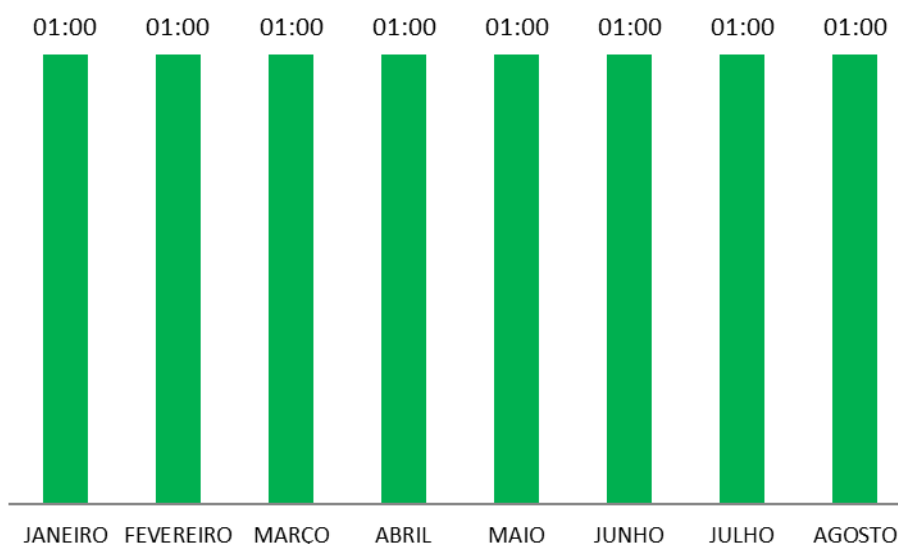
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas



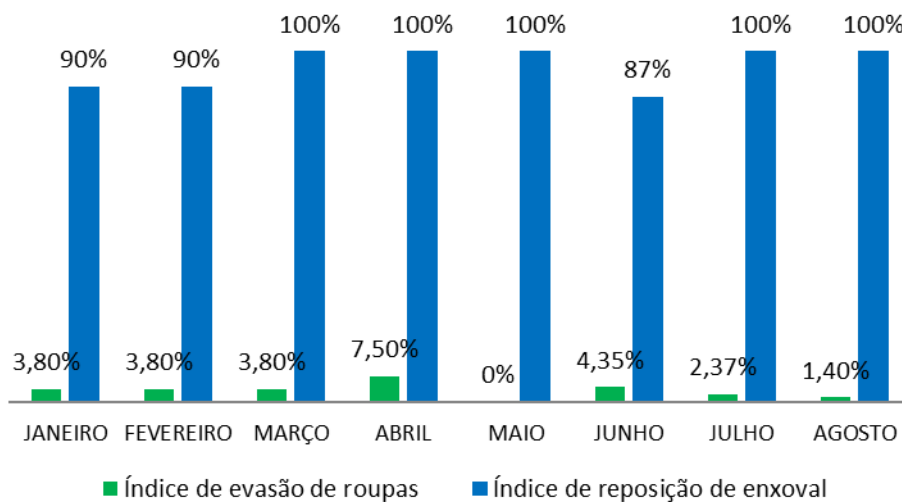
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 165 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)



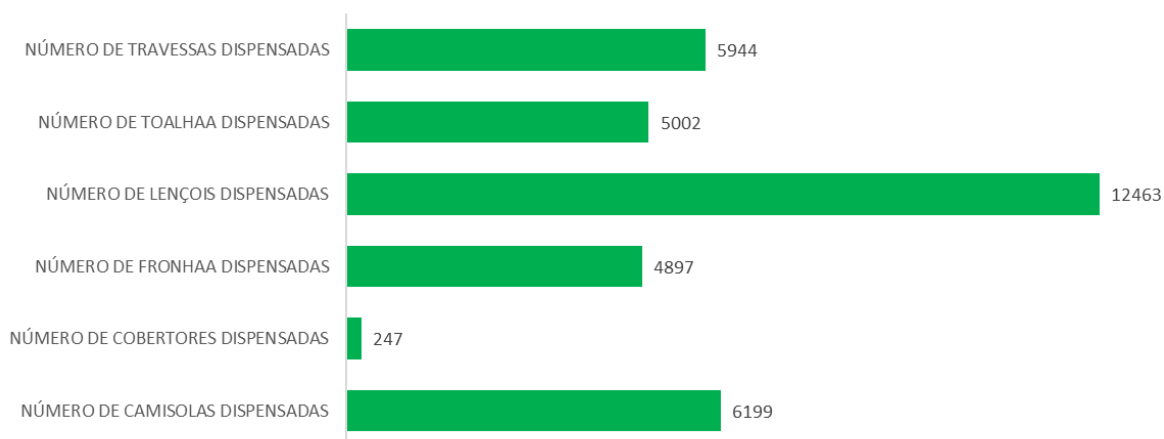
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 166 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 167 – Enxoval Dispensado em Agosto de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%
Taxa de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,13%
Índice de satisfação com a limpeza*	> 80%	*	*	*	90%	90%	90%	90%	85%

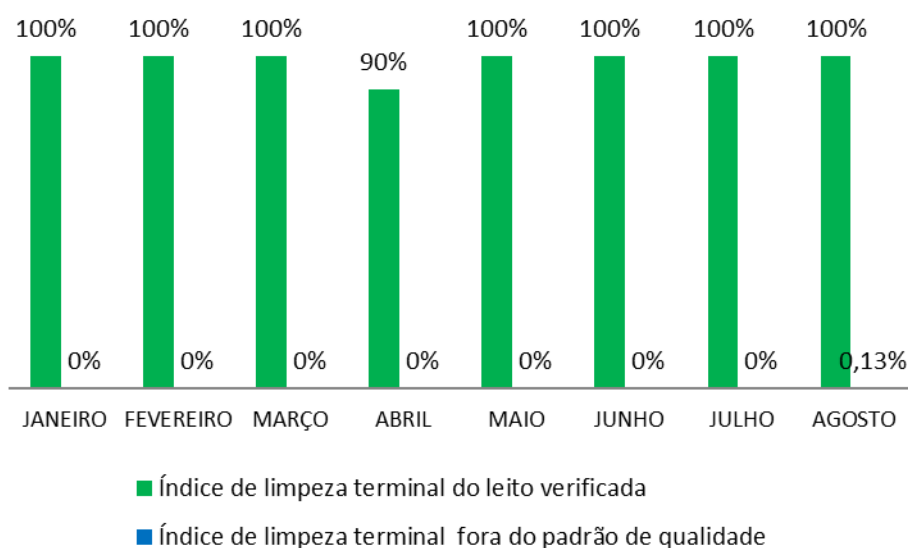
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

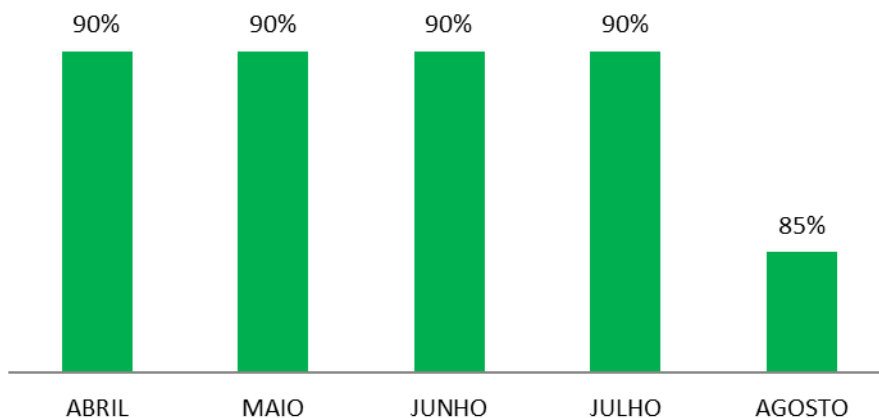
O indicador de limpeza terminal em leito apresentou resultado de 100%, uma vez que todas as limpezas realizadas são verificadas e acompanhadas não apenas pela equipe de higiene, mas também pela supervisão responsável, sendo devidamente registradas e assinadas. A pendência identificada, que resultou em 0,13% fora do padrão, ocorreu em um caso específico, impactando diretamente o índice de satisfação com a limpeza, que reduziu para 85%.

Gráfico 168 – Índices de higienização



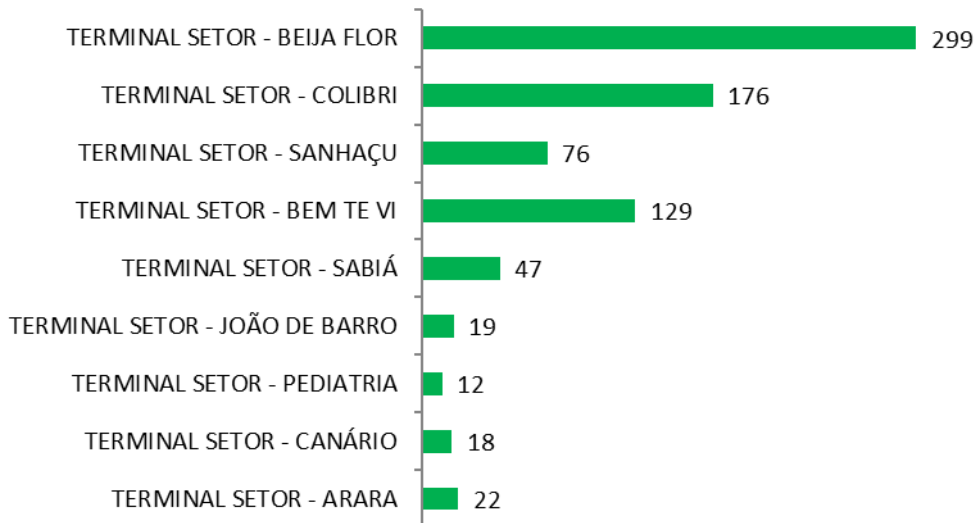
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 169 – Taxa de satisfação com a limpeza



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 170 – Terminais em Agosto de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.8. Recepção

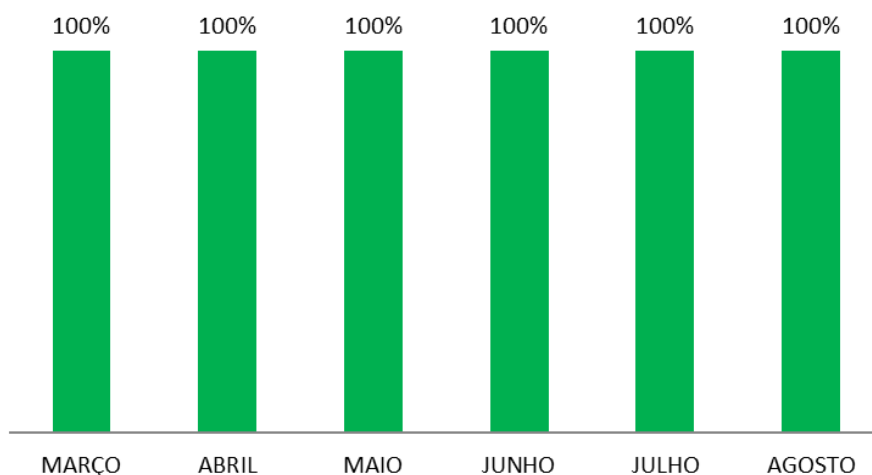
Tabela 80 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de satisfação com a Recepção	> 80%	*	*	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210	2625	2249
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391	479	409
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26	23	21

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

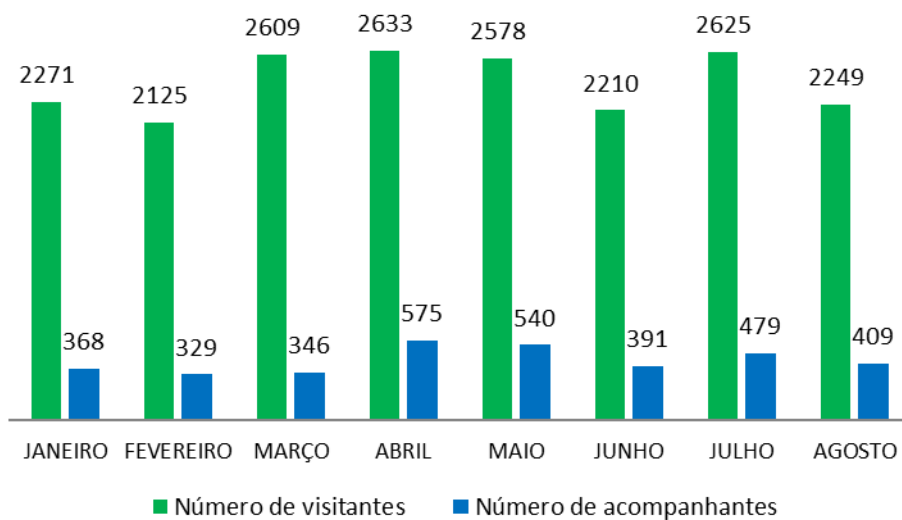
*O indicador de Taxa de satisfação com a recepção começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

Gráfico 171 – Taxa de satisfação com a Recepção



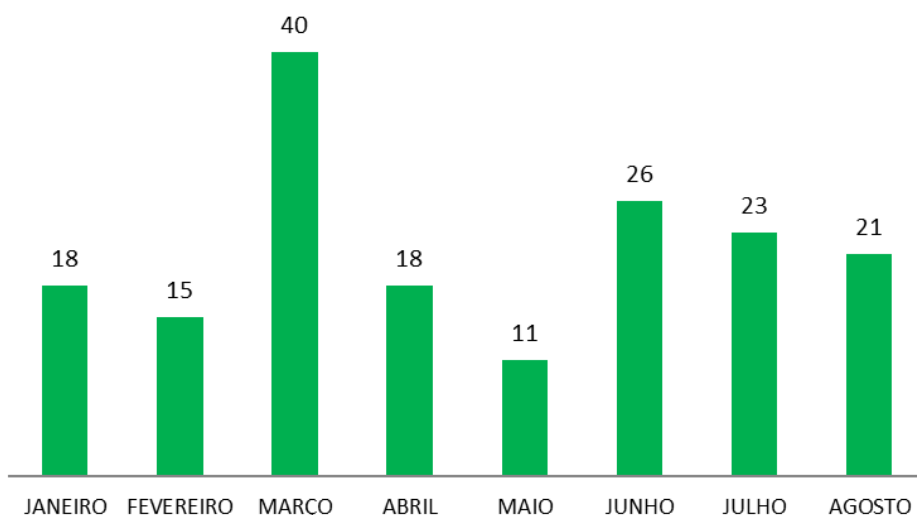
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 172 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 173 – 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	AGOSTO
Taxa de satisfação de portaria	> 80%	*	*	95%	90%	95%	90%	100%	100%
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	94%

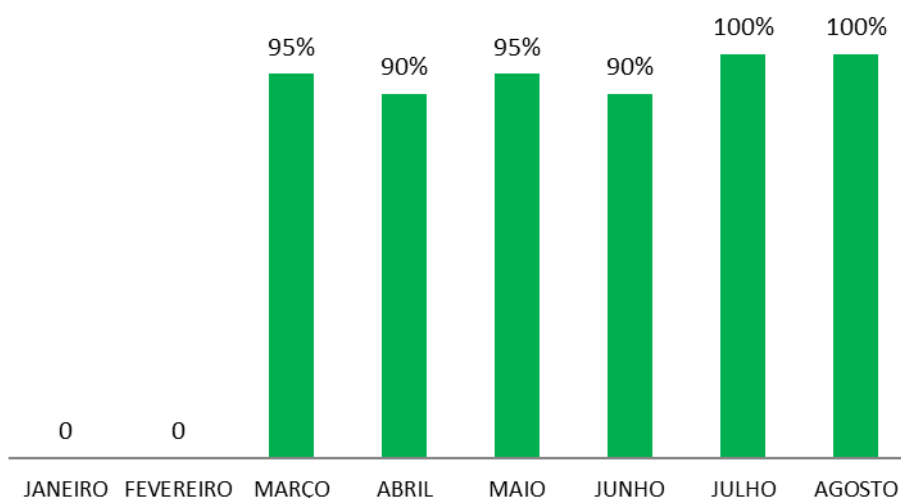
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

ANÁLISE CRÍTICA - PORTARIA

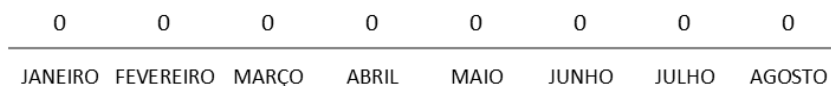
Durante o período avaliado, houve uma situação pontual envolvendo a equipe de segurança, que foi prontamente identificada e resolvida. Apesar da rápida atuação para mitigar o impacto, o ocorrido influenciou diretamente na queda de desempenho observada no período. As devidas providências corretivas foram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

Gráfico 174 – Taxa de satisfação de portaria



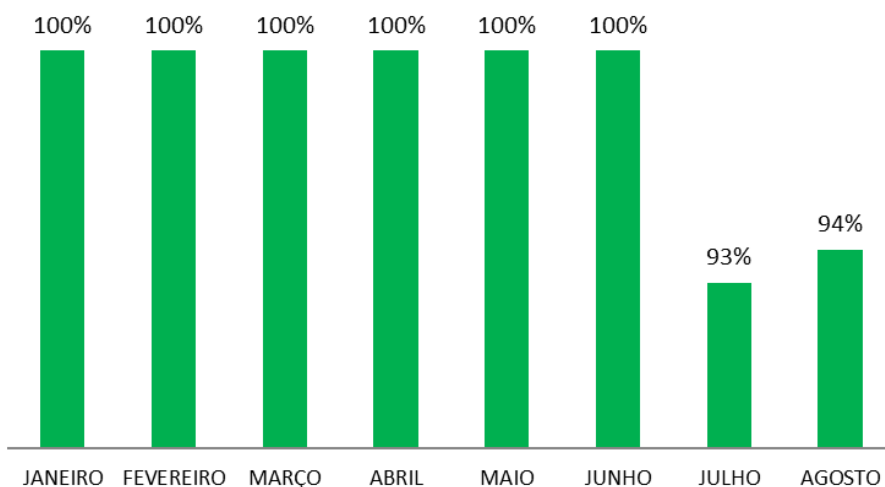
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 174 – Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 175 – 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	AGOSTO
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%	*	*	*	*	*	100%
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3
Número de processos trabalhistas anos anteriores (2020/2024)	M/R	4	4	*	*	*	*	*	18
Número de processos trabalhistas (2025)	M/R	0	0	*	*	*	*	*	7

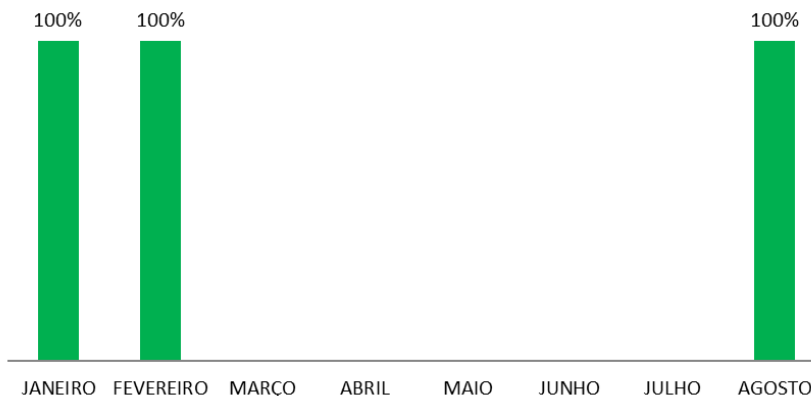
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

* Durante março a julho, os indicadores do setor jurídico não foram realizados em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas.

ANÁLISE CRÍTICA - JURÍDICO

O aumento identificado nos dados de processos trabalhistas de anos anteriores decorre da revisão realizada a partir da planilha encaminhada pelo jurídico da Sede Bahia. Para os demais indicadores, foram consideradas apenas as informações referentes ao mês vigente.

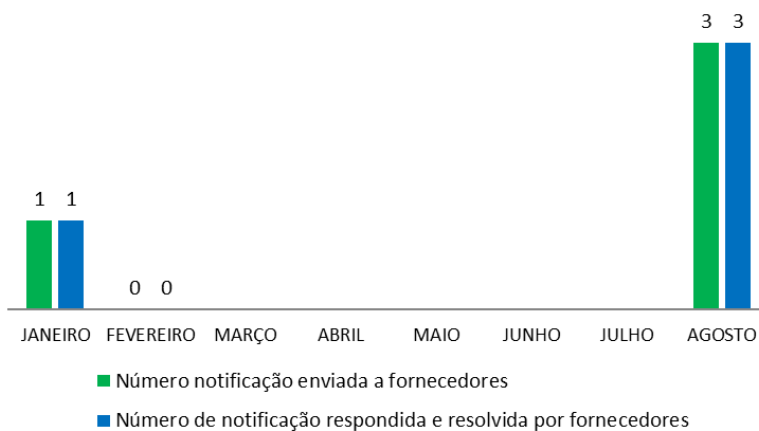
Gráfico 176 – Cumprimento de prazos legais



* Durante março a julho, os indicadores do setor jurídico não foram realizados em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas.

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

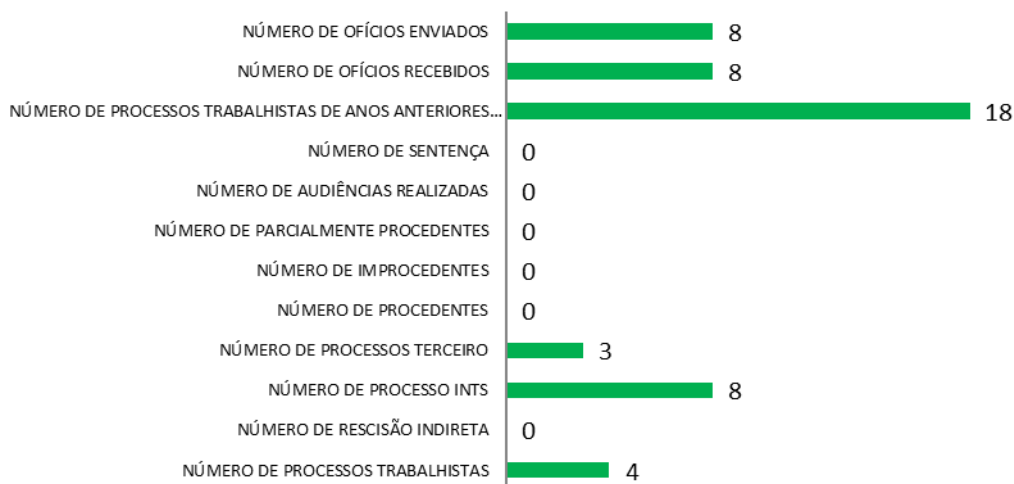
Gráfico 177 – Notificações de fornecedores



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

* Durante março a julho, os indicadores do setor jurídico não foram realizados em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas.

Gráfico 178 – Produção Jurídico em Agosto de 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	AGOSTO
Taxa de resolução	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	5%	0%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tempo médio de resposta (em dias)	5 dias	1	3	2	1	1	3	3	4
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32	40	37	19	21
Número de elogios	M/R	42	15	51	29	35	28	15	28

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%	70%	78%	90%	83%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1	2	4	2	4
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40	40	40	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16	7	5	7

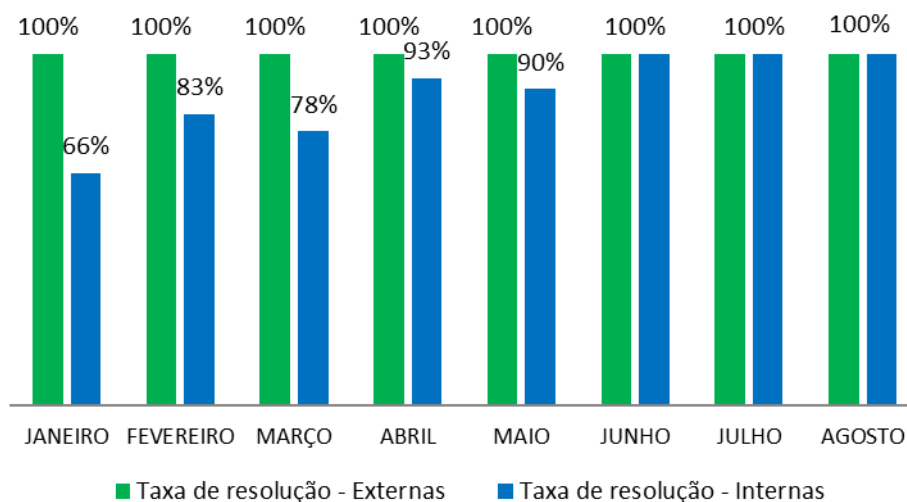
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

A taxa de reincidência de manifestações internas permaneceu em 100% no período analisado. Esse resultado ocorre porque todas as ouvidorias internas registradas se referem a demandas relacionadas

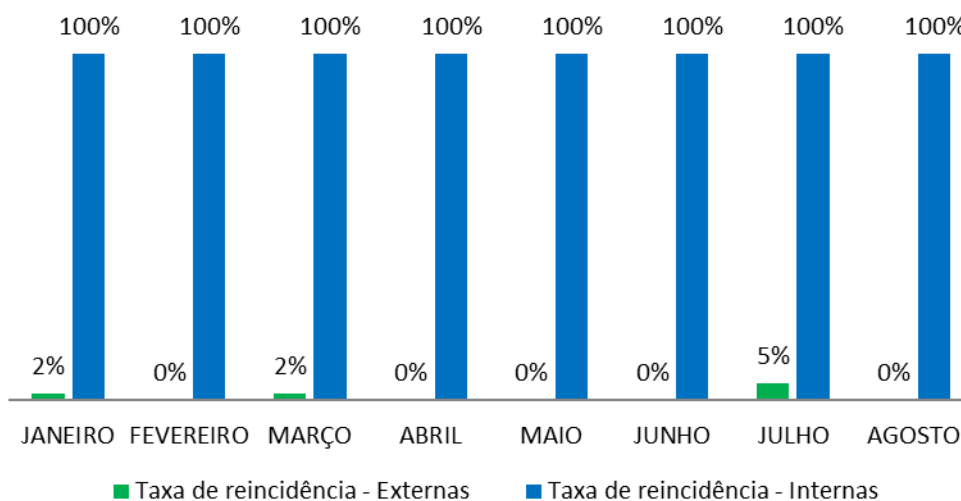
ao relacionamento interpessoal, que naturalmente geram registros repetidos ou acompanhamentos adicionais.

Gráfico 179 – Taxa de resoluções



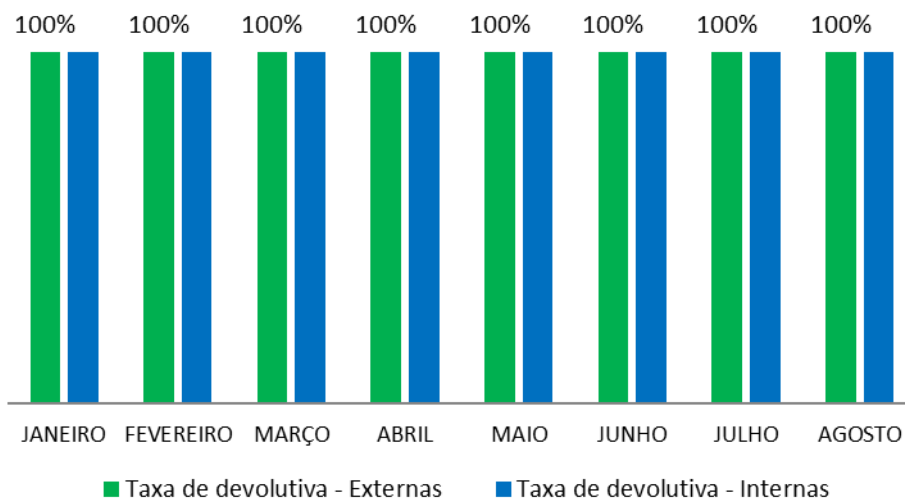
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 180 – Taxa de reincidência



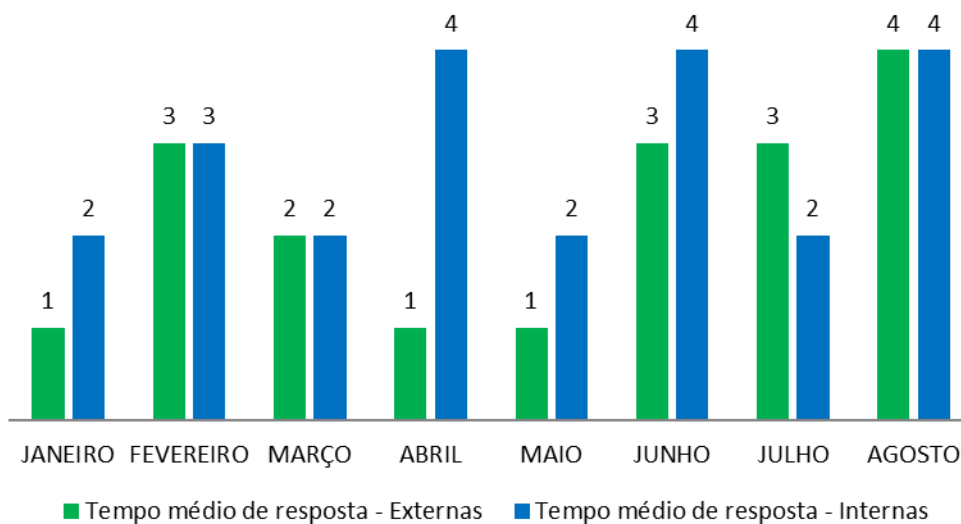
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 181 – Taxa de devolutivas



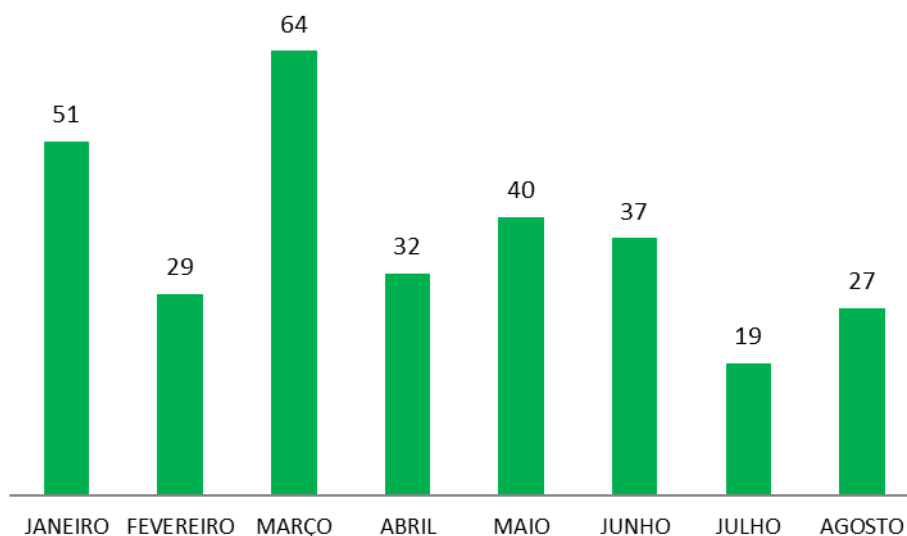
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 182 – Tempo médio de resposta



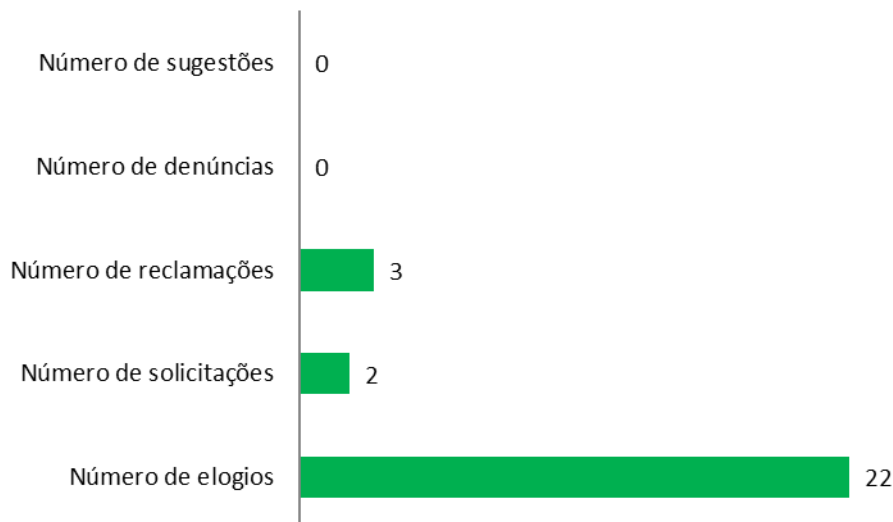
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 183 – Total de manifestações recebidas



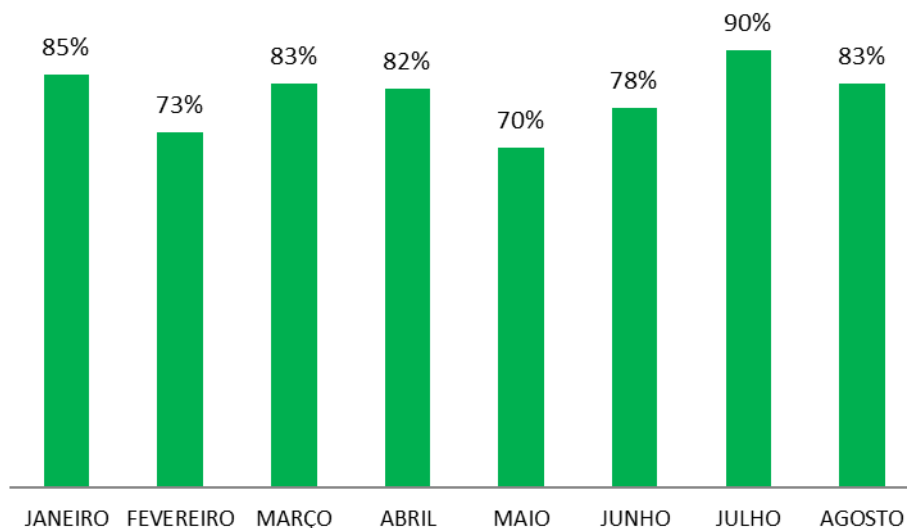
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 184 – Tipos de manifestações externas em Agosto de 2025



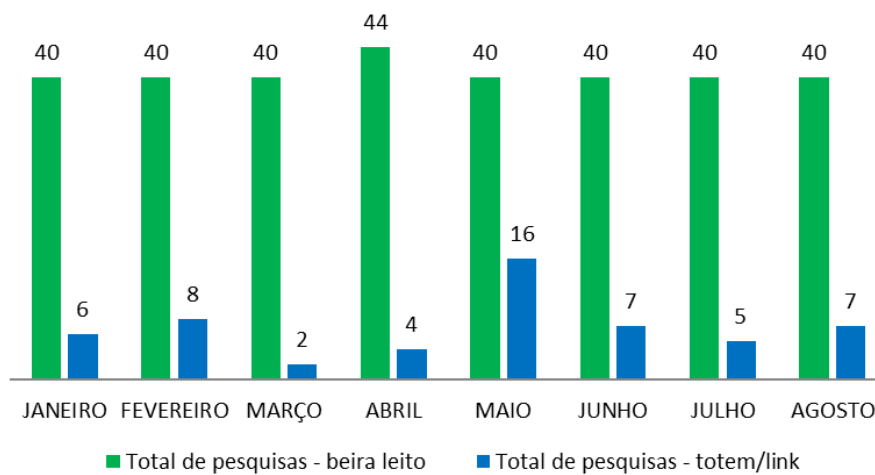
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 185 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



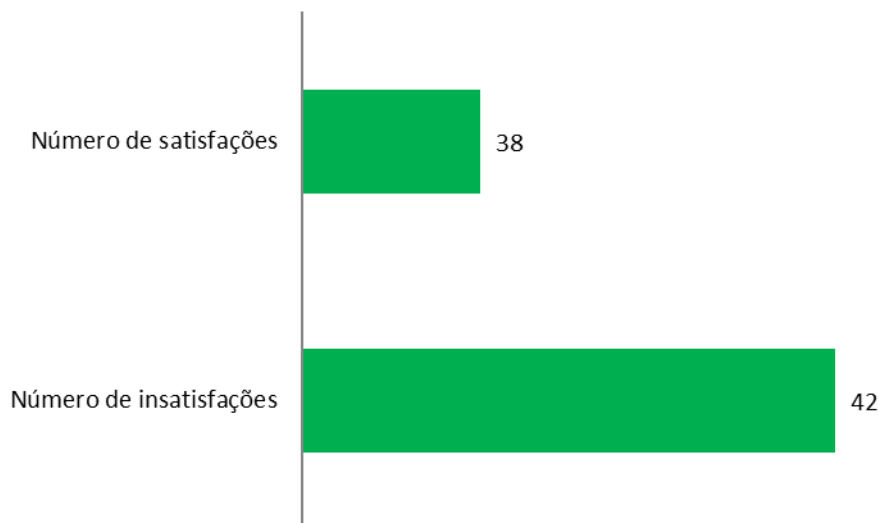
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 186 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 187 – Total de manifestações internas em Agosto de 2025



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

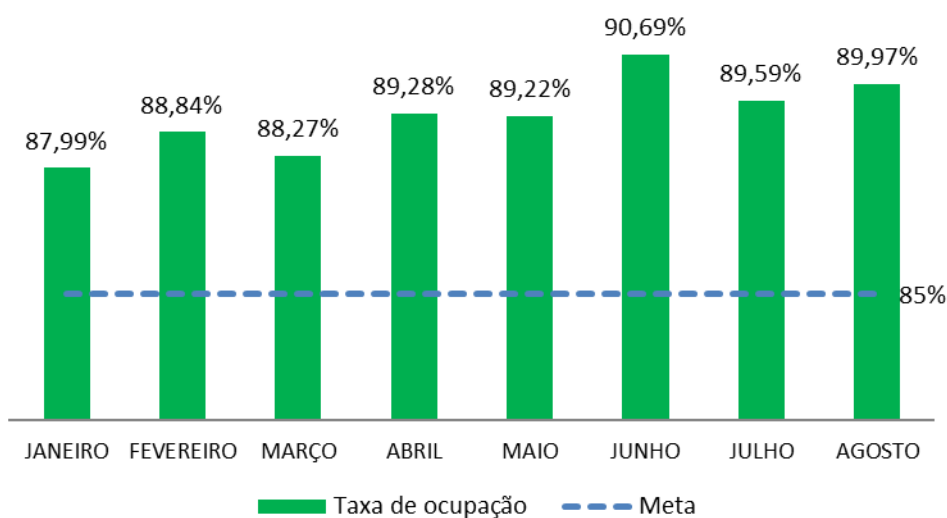
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%	89,59%	89,97%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%	0,20%	1,00%	0,19%	0,78%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de apresentação de AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

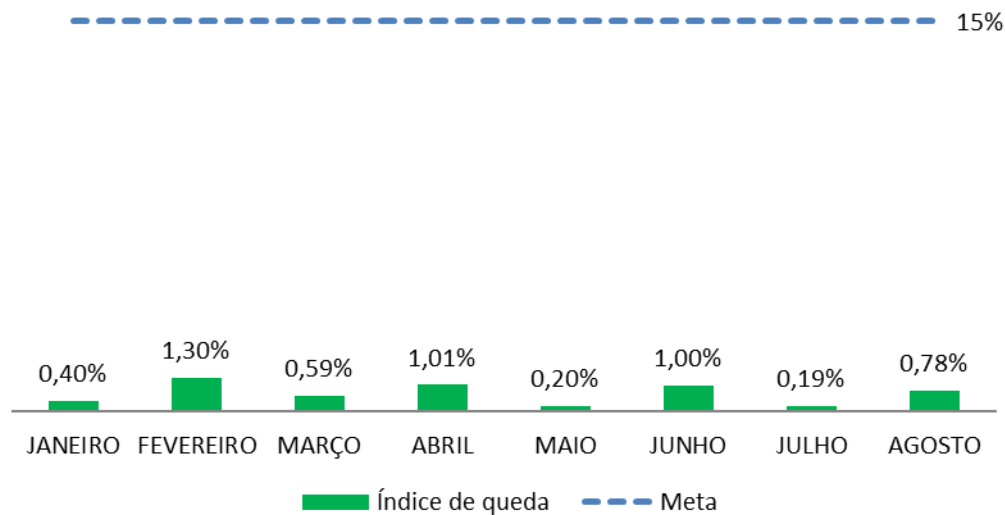
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 188 – Taxa de ocupação



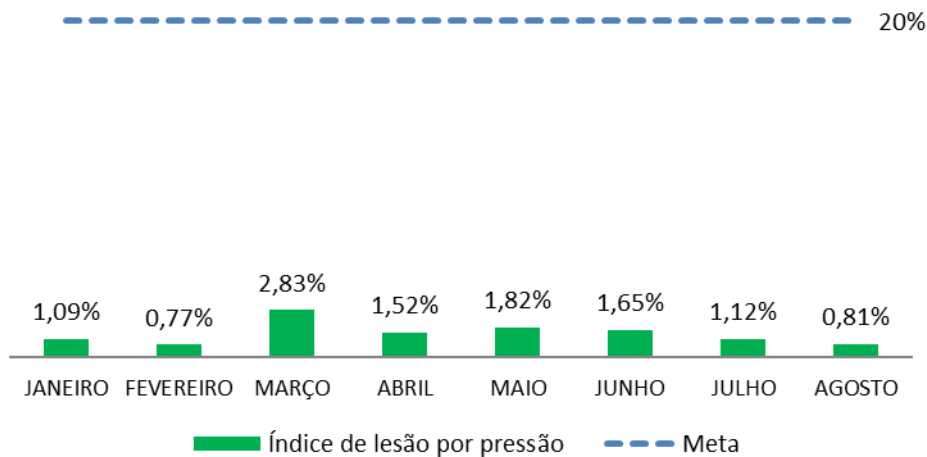
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 189 – Índice de queda



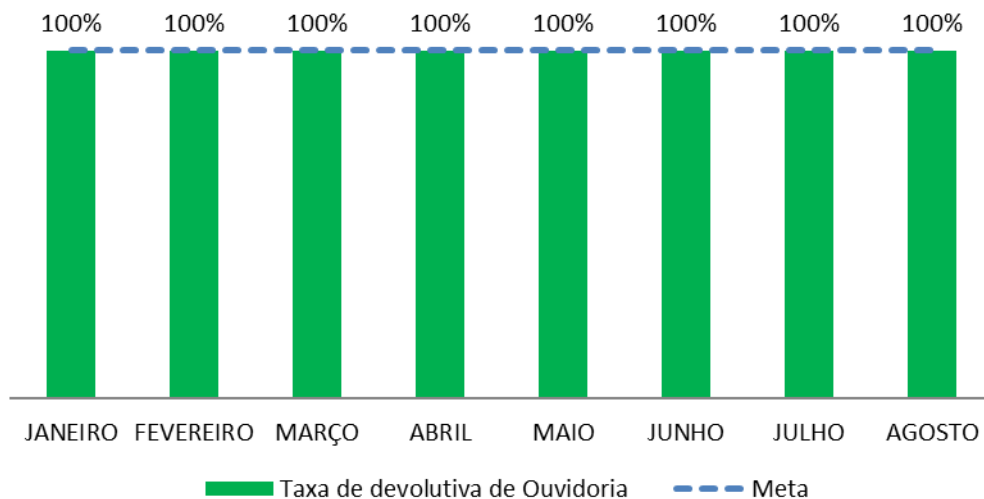
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 190 – Índice de Lesão por Pressão



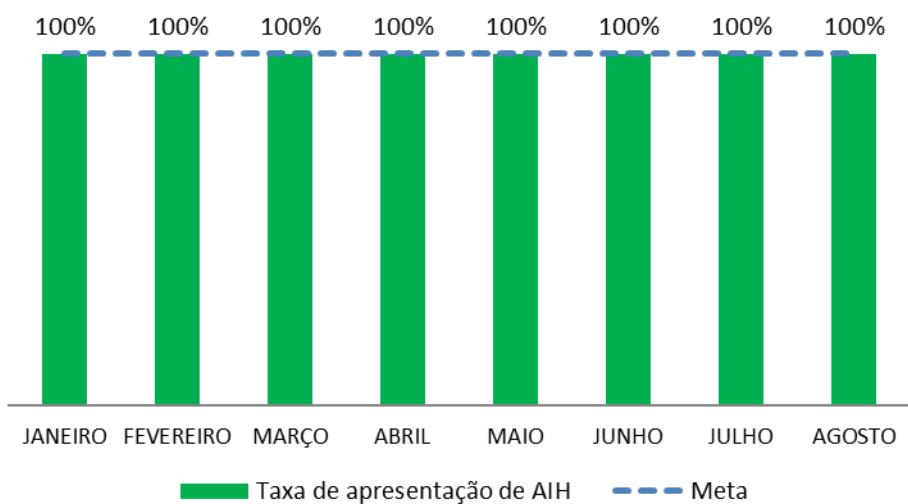
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 191 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 192 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

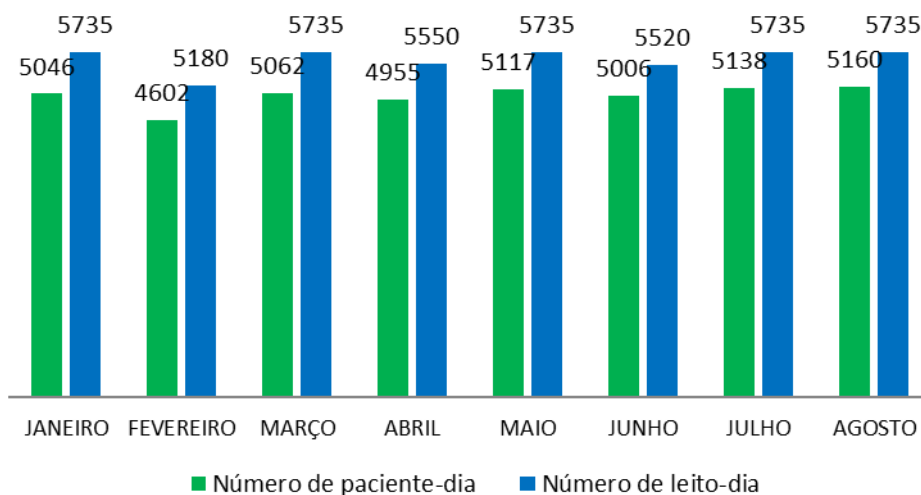
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220	5735	5735
Número de quedas	<10	2	6	3	5	1	5	1	4
Casos de lesão por pressão	< 10	3	2	7	4	6	4	3	2
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240	255	232

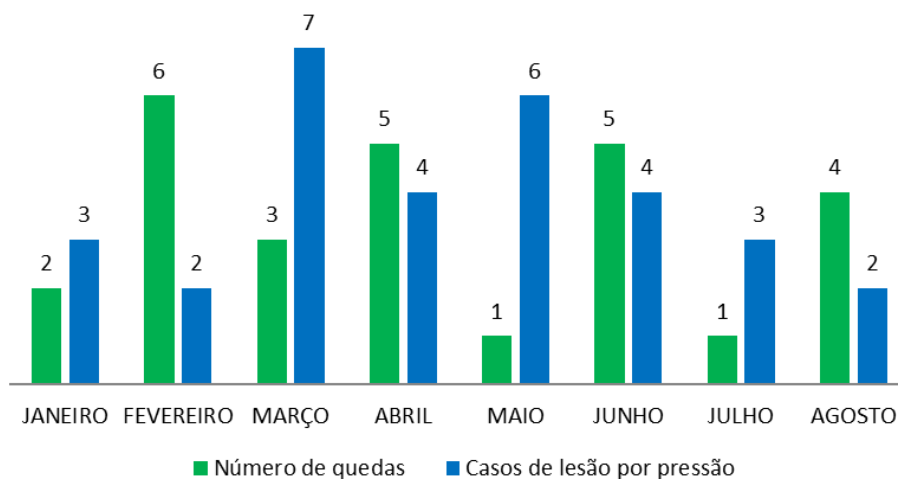
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 193 – Número paciente e leito dia



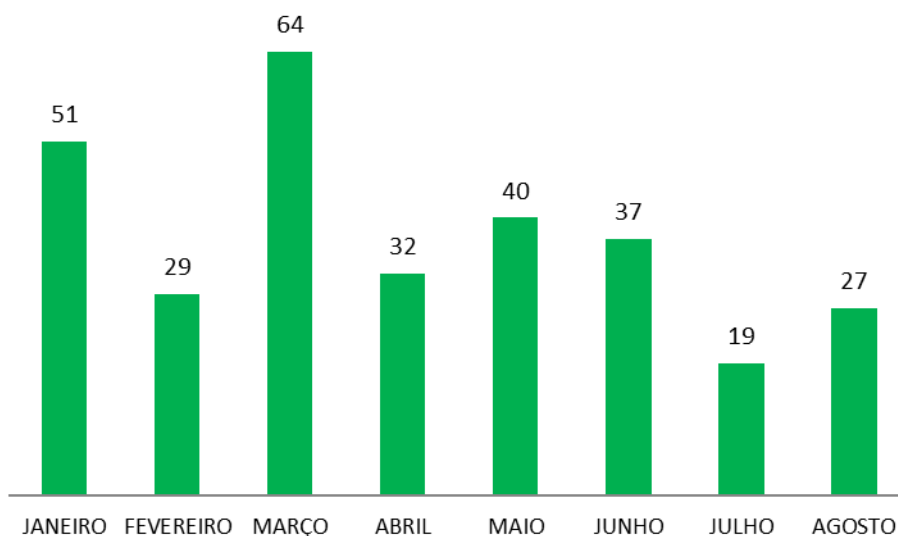
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 194 – Número de quedas e lesões por pressão



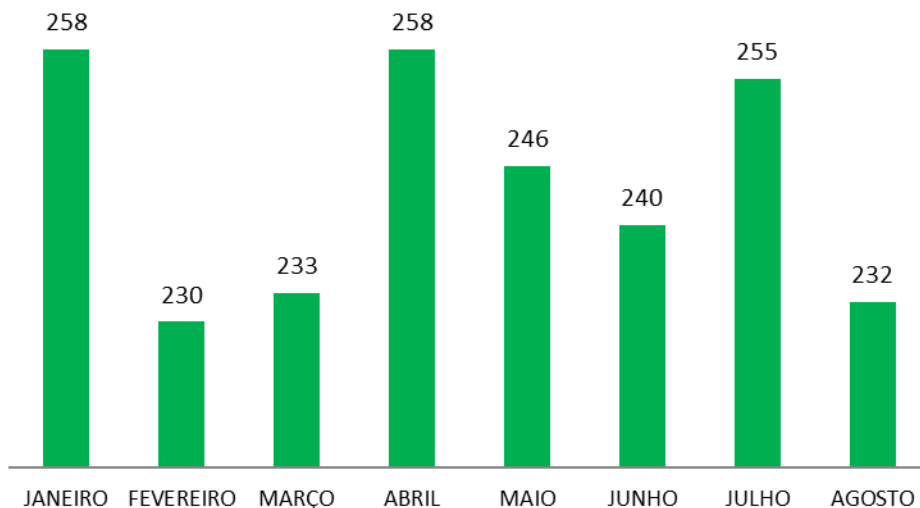
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 195 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 196 – 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	AGOSTO
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	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	13.150 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	24.002 kg
Produção de resíduos químicos	> 300 Kg	224 kg	38 kg	61 kg	59 kg	52 kg	155 kg	58 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	3240 kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0 kg	0 kg	0 kg	0 kg	0 kg	0 kg	0 kg	0 kg

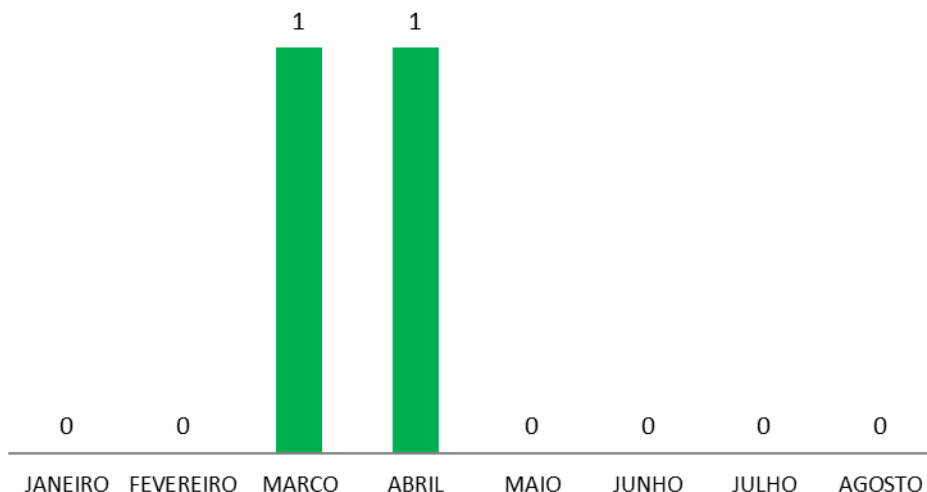
Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

No mês de agosto foi identificado aumento na geração de resíduos provenientes da área de Nutrição/Cozinha quando comparado ao mesmo período de 2024. Esse crescimento pode estar relacionado ao maior volume de refeições preparadas e à variação no perfil do consumo alimentar dos pacientes e colaboradores.

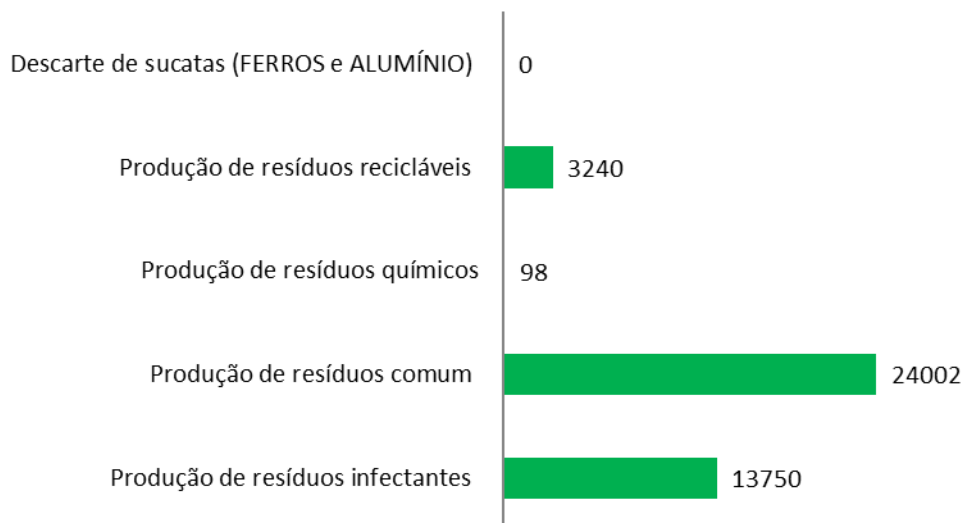
A equipe continua fortalecendo a separação e a importância do uso das caixinhas no descarte de resíduos químicos.

Gráfico 197 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 198 - 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.

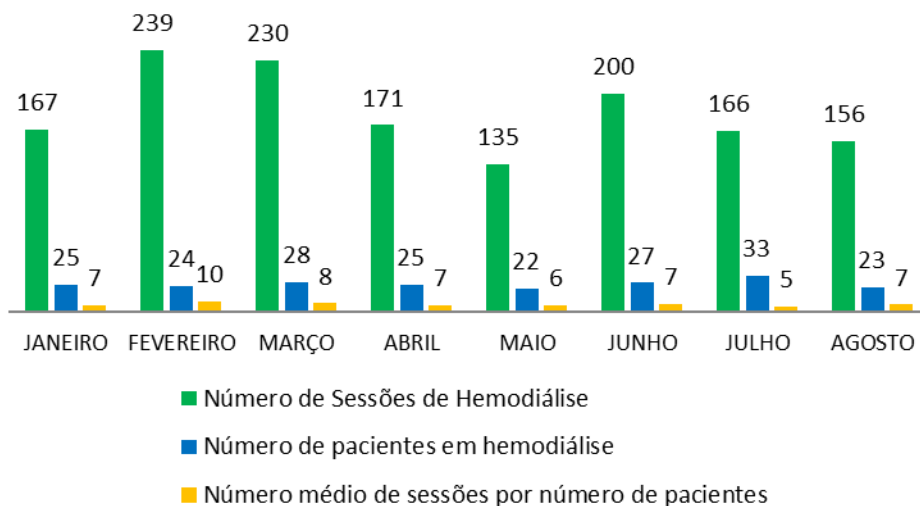
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200	166	156
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27	33	23
Número médio de sessões por número de pacientes*	M/R	7	10	8	7	6	7	5	7

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

*Dados arredondados.

Gráfico 199 - 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	AGOSTO
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	>90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70	60	38	28	20

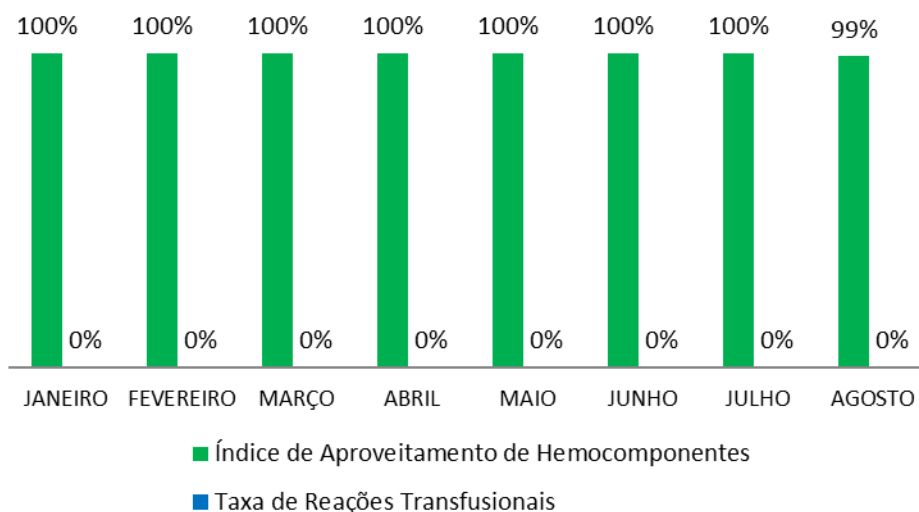
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – HEMOCOMPONENTES

O índice de aproveitamento de hemocomponentes apresentou 99% em agosto, não atingindo a meta de 100%. A redução ocorreu devido a uma intercorrência com o paciente durante a transfusão, que

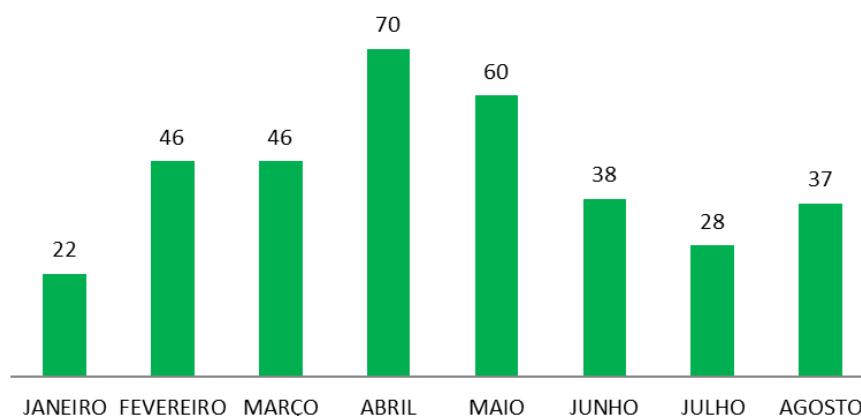
exigiu a interrupção do procedimento e o descarte da bolsa de sangue. Não se tratou de uma reação adversa; o paciente estabilizou posteriormente, porém o procedimento já havia ultrapassado o período preconizado para a infusão, impossibilitando o aproveitamento total do hemocomponente

Gráfico 200 - Hemocomponentes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 201 – 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 e 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.
Terapia Nutricional	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
Humanização	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
Educação Permanente	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPAA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
Cuidados com a Pele	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
Acompanhamento contratual – CAC	Por demanda	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo

Gerenciamento de Resíduos de Saúde	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
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.
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.
Transplante de Órgãos e Tecidos - CIHDOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, 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:** Apoia a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.
- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

AÇÕES DE AGOSTO DE 2025

Humanização | Evento Ecumênico | Missa – 07/08:

No dia **07 de agosto**, o espaço religioso do Hospital Municipal Guarapiranga recebeu uma **missa celebrada pelo Padre Wilson**. O momento foi marcado por orações, cânticos e mensagens de fé, proporcionando espiritualidade, conforto e união entre os participantes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – 13/08:

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.

Humanização | Evento Ecumênico | Culto – 14/08:

No dia **14 de agosto às 10h**, o espaço religioso do Hospital Municipal Guarapiranga recebeu um **culto evangélico especial** conduzido pelo **Pastor Jonathan**. O encontro foi marcado por momentos de fé, reflexão e comunhão entre os presentes. A colaboradora Yasira Ramirez cantou louvores ao final da cerimônia. Os participantes interessados receberam **livros gratuitamente**, reforçando a proposta de partilha e espiritualidade no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 23 - Prevenção e Combate ao princípio de incêndio – 15/08:

Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 01 - Gerenciamento de Riscos Ocupacionais – 15/08:

Orientações sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual, guarda, conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões).



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS – 15/08:

O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem como objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas – 15/08:

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.

Estomaterapia | Treinamento | Capacitação de enfermeiros no tratamento de lesões – 18, 19 e 20/08:

Em agosto, com o apoio da Coordenação e da Gerência de Enfermagem, foi realizado um treinamento direcionado para os enfermeiros, com foco na avaliação, cuidados e manutenção de feridas, integrando teoria e prática simulada.

O conteúdo teórico foi enriquecido pelo acompanhamento da especialista em estomaterapia, enquanto a prática com peças em 3D aproximou os profissionais da realidade assistencial. O projeto tem como objetivo validar os enfermeiros para a avaliação de lesões, promovendo o aprimoramento da técnica e garantindo maior segurança durante o processo.

Trata-se de um passo fundamental para fortalecer a segurança do paciente, sustentabilidade e a excelência no cuidado prestado.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Humanização e Equipe Multi | Ação HMG | Café Acolhedor – 26/08: Evento

No dia 26 de agosto, o Hospital Municipal Guarapiranga promoveu mais uma edição do Café Acolhedor, iniciativa da Comissão de Humanização que busca oferecer um espaço de escuta, troca e cuidado coletivo.

Desta vez, o encontro aconteceu na Capela do hospital e reuniu um número significativo de participantes, fortalecendo a proposta de proximidade e valorização das pessoas que visitam o hospital com frequência.

A atividade contou com a condução de Juliana Carvalho, psicóloga. Em seguida, Paula Hiratsuka, orientou um exercício de respiração e relaxamento, proporcionando momentos de tranquilidade e bem-estar aos presentes. Ao final, o espaço de fala foi aberto ao público, permitindo que cada participante pudesse se expressar livremente, compartilhar experiências e refletir sobre o cotidiano. Servimos um café para todos os participantes no final do evento.

O Café Acolhedor reafirma o compromisso do HMG com a humanização do ambiente hospitalar, incentivando a escuta ativa, o acolhimento e o fortalecimento dos vínculos entre colaboradores e público externo.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Humanização e Comissão de Prevenção da Violência | Ação institucional | Agosto Lilás – 27,28/08: Palestra e Atividade

O Hospital Municipal Guarapiranga promoveu, nos dias 27 e 28 de agosto, atividades especiais em celebração ao Agosto Lilás, mês dedicado à conscientização e enfrentamento da violência contra a mulher. A ação teve como objetivo valorizar a vida, dar visibilidade ao tema e orientar colaboradores, terceirizados e comunidade sobre os caminhos de apoio às vítimas.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

7.1 AÇÕES DE DESTAQUE

AGOSTO LILÁS

As palestrantes Rosana Campos e Juliana Carvalho compartilharam informações essenciais para a identificação dos cinco tipos de violência contra a mulher – física, psicológica, sexual, patrimonial e moral – previstos pela Lei Maria da Penha. Também apresentaram os principais canais de denúncia e apoio, como o Ligue 180, o Disque 100, além das Delegacias de Defesa da Mulher. Durante a atividade, foi demonstrado o sinal de pedido de ajuda, gesto simples feito com a mão que pode ser usado discretamente por vítimas em situação de risco para alertar outras pessoas sobre a violência.

O encontro também abriu espaço de escuta e acolhimento, onde surgiram relatos legítimos de experiências pessoais vindos dos participantes, reforçando a importância da discussão aberta e do apoio coletivo.

Na sequência, a profissional Paula Hiratsuka conduziu uma dinâmica de concentração e alívio mental, convidando os presentes a refletirem e simbolicamente “descartarem” as energias ligadas a experiências de violência, promovendo um momento de fortalecimento emocional e autocuidado.

O Agosto Lilás no HMG reafirma o compromisso da instituição em valorizar a vida e promover um ambiente de conscientização e apoio, reforçando que o enfrentamento à violência contra a mulher é uma responsabilidade de toda a sociedade.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de agosto 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 setembro de 2025.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 26/09/2025 11:49:07 -03:00

MUNDO DIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha
CPF: ***.518.032-**
Data: 26/09/2025 11:56:52 -03:00

MUNDO DIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

9. ANEXOS

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/1
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Animais Sinantrópicos	REDATOR Milton Ferreira	DATA 28/08/2025	INÍCIO 13:30h	TÉRMINO 14:30h
PAUTAS				
- Pendências da última reunião; - Apresentação dos indicadores; - Fluxo de acidente animais peçonhentos; - Cronograma de reunião.				
PARTICIPANTES				
- Eliene Pereira Mendes (Enfermeira do Trabalho) - Michael Nascimento das Chagas (Técnico de Segurança do Trabalho) - Michael Gustavo Vieira Wodzick (Supervisor Operacional) - Milton Lopes Ferreira (Engenheiro de Segurança do Trabalho) - Raul Tessi Nunes (Técnico de Segurança do Trabalho) - Rosana Maria de Souza Reis (Técnico de Segurança do Trabalho) - Vera Lucia dos Santos P. Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Ao vigésimo segundo dia de agosto de dois mil e vinte e cinco na sala dos SESMT reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo: O manejo de animais sinantrópicos como serpentes estará com o SESMT e o setor de manutenção (provisoriamente). Apresentação dos indicadores, apresentação dos novos membros, fluxo de animais peçonhentos e cronograma de reuniões. Nenhuma nova determinação até o momento desta reunião.				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
Sem pendências.				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	

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 Comissão de Perfurocortantes	REDATOR Milton Lopes Ferreira	DATA 28/08/2025	INÍCIO 10:30	TÉRMINO 11:30
PAUTAS				
• Apresentação dos indicadores de acidentes; • Apresentação dos membros; • Apresentação dos Planos de Ações; • Fluxo de acidente do trabalho.				
PARTICIPANTES				
• Eliene Pereira Mendes (Enfermeira do Trabalho) • Eliane Fernandes Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Maria Jakeline Barbosa (Analista de Humanização) • Maristela – Antomari (Coordenadora de Higiene) • Michael Gustavo Vieira Wodzik (Supervisor Operacional) • Milton Lopes Ferreira (Engenheiro de Segurança do Trabalho) • Michael Nascimento das Chagas (Técnico de Segurança do Trabalho) • Raul Tessi Nunes (Técnico de Segurança do Trabalho) • Rosana Maria de Souza Reis (Técnico de Segurança do Trabalho) • Tamires - Antomari (Supervisora de Higiene) • Wíkaro Carvalho André da Silva (Técnico de Informática) • Vera Lucia dos Santos Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
O Senhor Milton Lopes Ferreira iniciou a reunião ordinária apresentando os seguintes tópicos: 01. Acidentes ocorridos até julho de 2025: O acidente de janeiro ocorreu devido a reencape de agulha, procedimento indevido. Foi aplicado plano de ação para correção (evidência: S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\001. Geral\001 - Acidentes\2025\01. Jan) Colaboradora P.P.A.S. Não houve acidentes no mês de fevereiro.				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão Prevenção de Violência	REDATOR Fabiane Evol Cavalcante de Souza	DATA 20/08/2025	INÍCIO 10h20	TÉRMINO 11h30
PAUTAS				
• Notificações internas; • Reunião externa; • Ação roda de conversa sobre violência contra mulher.				
PARTICIPANTES				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira NSP) • Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira Vigilância) • Wilma Correia do Nascimento (RT Assistência Social) • Eliene Pereira Mendes (Enfermeira do Trabalho) • Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira do E.G.A.) • Dário Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH) • Gabriela Alencar (Médica) • Rosana de Campos Moreira (Psicóloga) • Maria Lelia Santos De Jesus (Assistente Social) • Micaellen Santos (Psicóloga)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
A reunião ocorreu no espaço Aquário do Hospital Municipal Guarapiranga, a enfermeira Vera comunica sobre as notificações de violência, reforçando a sua importância na instituição. Dário informa que o RH recebeu uma “denúncia” referente a maus tratos com paciente, informa que já foi aberta investigação e que está acompanhando o caso por se tratar de uma colaboradora. Shirley aborda que ao acompanhar uma paciente, o filho dela gritou com a familiar e com a colaboradora, foi realizado o registro em prontuário e aberto boletim de ocorrência, e que agora será aberto uma ficha de notificação de violência. A assistente social Maria Lelia traz o relato da reunião externa que participou, onde pode observar como funciona o fluxo em outras unidades.				

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 Cuidados Paliativos	REDATOR Juliana Carvalho	DATA 18/08/2025	INÍCIO 10h30	TÉRMINO 12h00
PAUTAS				
• Apresentação de dados e indicadores da Comissão; • Discussão de caso clínico.				
PARTICIPANTES				
• Juliana Carvalho (Psicóloga/Presidente) • André Gasparoto (Médico/Vice-presidente) • Anderson Tomas Oliveira (Coord Equipe Multi/membro) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro) • Rayane Amaro (Farmacêutica / membro) • Wilma Correia (Assistente Social/membro) • Carla Cristina da S. Ferrari (Fisioterapeuta/membro) • Melissa Domingos (Psicóloga/convidado) • Micaellen Santos (Psicóloga/convidado) • Joice Bissoni (Farmacêutica/convidado) • Paulo Rodrigo Souza (Analista-Qualidade/convidado) • Fabiane Evol Cavalcante (Enfermeira-SCIH/convidado) • Victor Hugo Panont (Diretor Técnico /convidado)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Apresentação dos dados e indicadores da comissão A reunião teve início com a apresentação de dados e indicadores da Comissão de Cuidados Paliativos, referente ao período de janeiro a julho de 2025. Os dados estão detalhados no documento anexo. Destaco abaixo os pontos que mais geraram discussões relevantes por originar a identificação de oportunidades de melhorias: 1) Média de pacientes em cuidados paliativos por mês: número de paciente varia diariamente, por isso contabiliza-se a média mensal. Atualmente, acompanhamos a quantidade de pacientes internados nas unidades de retaguarda, visto que são internamentos mais prolongados. Em decorrência do elevado número de pacientes em cuidados paliativos internados nas unidades de retaguarda, o Dr. Victor (Diretor Técnico) sugeriu a implementação de uma ala exclusiva para pacientes em cuidados paliativos, visando otimizar o acompanhamento e a gestão desse grupo específico de pacientes. A proposta foi amplamente discutida, destacando-se a necessidade de				

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 CCIH	REDATOR Bárbara Conceição	DATA 13/08/2025	INÍCIO 11:30hs	TÉRMINO 12:30hs
PAUTAS				
• Quadro de Pendências; • Apresentação dos indicadores do NEH; • Descritivo das IRAS; • Gráficos dos indicadores; • Quadro da rota Sepse; • Ações.				
PARTICIPANTES				
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
• Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista)				
• Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional)				
• Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem)				
• Fabiana Teles de Oliveira (Auxiliar Adm)				
• Bárbara Santos da Conceição (Auxiliar Adm)				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira do CCIH)				
• Daniela Scavone (Coordenadora de Enfermagem)				
• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
• Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente)				
• Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT)				
• Fernanda Danielle Demichilli Pitombo (Supervisora de Enfermagem)				
• Gabriela Nunes da Silva (Coordenadora de Enfermagem)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Ata De Reunião Da Comissão De Controle De Infecção Hospitalar (CCIH). Referente aos dados do mês de Julho de 2025. A apresentação iniciou-se com o Dr Lucas informando sobre andamento do novo protocolo de vancocinemia. Em seguida fez uma breve apresentação dos dados epidemiológicos sobre o processo de busca ativa e a notificação compulsória de agravos de notificação obrigatória. Foram 185 buscas ativas realizadas no mês de julho, e dessas buscas ativas tivemos 2 notificações compulsórias.				

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 Comissão de Cuidados com a Pele	REDATOR Eliana Cristina da Silva	DATA 13/08/2025	INÍCIO 14h30	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
• Pendências das reuniões anteriores; • Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de julho pelo GACAP; • Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em julho de 2025; • Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento; • Controle dos colchões pneumáticos; • Oficina de coxins artesanais; • Discussão de casos nos setores.				
PARTICIPANTES				
• Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. Enfermagem NSP) • Alana Raquel Rocha (Nutricionista) • Arilene Damasceno (Almoxarife) • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Allace Melo de Souza (Aux. Adm da Qualidade) • Francisco José Paulino (Enfermeiro) • Wellyngton Stamborovisk (Téc. de Enfermagem) • Miriam F. Souza (Enfermeira de Educação Permanente) • Fabiane Evol C. Souza (Enfermeira do SCIH) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Eliane Fernandes Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem) • Dário Pedro Filho dos Santos (Coordenador de RH) • Inajá Nogueira da Silva (Enfermeira) • Fabiana de Castro Clé (Enfermeira) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Lucas Teixeira Vieira (médico Infectologista) • Carmem Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Gleydson Vieira (Supervisor de Saúde) • Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem) • Lorraine A.C. Ferreira (Supervisora de Enfermagem)				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
	ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética de Enfermagem	REDATOR Arlindo Vieira	DATA 16/08/2025	INÍCIO 14h00	TÉRMINO 16h00	
PAUTAS					
Andamento dos processos sindicantes.					
PARTICIPANTES					
- Arlindo Alves Vieira - Lucineia Rodrigues					
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO					
Aos dezesesseis dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e cinco, reuniu-se a Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga, conduzida pelo presidente da Comissão Sr. Arlindo Alves Vieira. A reunião teve como pauta principal a elaboração de um relatório sucinto sobre os casos que ainda não foram solucionados, conforme alinhado previamente com a Sra. Jane Bezerra, conselheira do Coren. Foram discutidos e distribuídos entre os membros os seguintes casos: Caso 01: Técnica de Enfermagem <i>Ana Cláudia</i> – administração de medicamento não prescrito. Responsável pelo relatório: <i>Willian</i>. Caso 02: Técnico de Enfermagem <i>Allan Ribeiro</i> – suposta imprudência pelo uso de gás lacrimogêneo nas dependências do hospital. Responsável: <i>Lucinéia</i>. Caso 03: Técnica de Enfermagem <i>Ketlyn da Silva</i> – realização de teste de COVID-19 em si mesma, sem prescrição médica. Responsável: <i>Edleia</i>. Caso 04: Técnica de Enfermagem <i>Débora Cristina</i> – realização de teste de COVID-19 em si mesma, sem prescrição médica. Responsável: <i>Edleia</i>. Caso 05: Técnica de Enfermagem <i>Dayanne Cristina</i> – suposto caso de maus-tratos. Responsável: <i>Shirley</i>. Caso 06: Técnica de Enfermagem <i>Shirley da Paixão</i> – suposto caso de maus-tratos. Responsável: <i>Shirley</i>. Caso 07: Técnica de Enfermagem <i>Josélia Gouveia</i> – suposto desentendimento entre membros da equipe. Responsável: <i>Roseli</i>. Caso 08: Técnico de Enfermagem <i>Flávio Monsinho</i> – desentendimento entre membros da equipe. Responsável: <i>Arlindo</i>. Após análise e divisão das responsabilidades, deliberou-se que cada membro designado ficará encarregado de produzir o relatório específico do caso que lhe coube, a fim de consolidar o documento final da Comissão. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata e arquivada para fins de registro e acompanhamento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga.					

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética Médica	REDATOR Caroline Ramos Barreto	DATA 12/08/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 11:00h
PAUTAS				
Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo II – Direitos dos Médicos				
PARTICIPANTES				
- Dra. Lorena Paiva Barreto Miranda – CRM 197.320 - Dra. Caroline Ramos Barreto – CRM 213.118 - Dra. Isabelle Menezes Maciel – CRM 222.390				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Aos doze dias do mês de agosto do ano de 2025, foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a presidência da Dra. Lorena Paiva Miranda, contando com a presença dos membros mencionados acima. O tema principal tratado foi o Capítulo II do Código de Ética Médica – Direitos dos Médicos, com ênfase no reconhecimento das prerrogativas que asseguram condições éticas e seguras para o exercício profissional. Durante a reunião, foram destacados os artigos referentes ao direito do médico de exercer a profissão com autonomia, sem sofrer qualquer tipo de discriminação ou interferência de ordem administrativa, política ou institucional que comprometa sua atuação técnica e científica. Foi discutida a relevância do artigo que garante ao médico o direito de recusar-se a exercer sua profissão em instituições que não ofereçam condições dignas de trabalho ou que desrespeitem os preceitos éticos. Também foi mencionada a prerrogativa de denunciar situações em que faltem recursos mínimos para um atendimento adequado e seguro aos pacientes. O debate ressaltou a importância de equilibrar os deveres éticos e responsabilidades médicas com a valorização dos direitos assegurados pelo Código de Ética. Os membros da comissão observaram que, em alguns setores da instituição, existem desafios relacionados a sobrecarga de trabalho, limitações de infraestrutura e pressões administrativas que podem, em determinadas circunstâncias, comprometer a plena autonomia médica. Foi consenso que a defesa desses direitos não deve ser entendida como benefício individual, mas sim como garantia de melhores condições assistenciais para a população atendida. Visando conscientizar o corpo clínico sobre seus direitos e estimular a defesa responsável desses princípios, a comissão deliberou pela criação de um informativo eletrônico com orientações resumidas para ser compartilhado com os médicos da unidade esclarecendo sobre o tema “Direitos				

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 de Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	13/08/2025	09:30H	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				
• Arilene Damasceno Ferreira (Almoxarife) • Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora de Nutrição) • Gustavo Guimaraes Paiva (Técnico de Enfermagem do NSP) • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Flavio Damasceno (Analista de Compras) • Fabiane Evol (Enfermeira do SCIH) • Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) • Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Eliane Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem) • Carmen I. D. de Souza (Gerente de Enfermagem) • Lorraine A. C Ferreira (Supervisora de Enfermagem) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem)				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos	REDATOR Raul Tessi	DATA 13/08/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 11h30
PAUTAS				
- Pendências da última reunião; - Apresentação dos indicadores.				
PARTICIPANTES				
- Raul Tessi Nunes (Téc. de Segurança do Trabalho) - Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) - Gustavo Guimaraes Paiva (Técnico de Enfermagem do NSP) - Gleydson Vieira da Silva (Supervisor de Saúde) - Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) - Dário Pedro Santos Filho (Coordenador de RH) - Milton Lopes Ferreira (Engenheiro de Segurança do Trabalho) - Daniela Scavone de Souza (Coordenadora de Enfermagem) - Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista – SCIH) - Lorraine Aparecida Costa Ferreira (Supervisora de Enfermagem) - Fabiane Evol Cavalcante De Souza (Enfermeira de SCIH) - Michael Gustavo Vieira Wodzik (Supervisor Operacional) - Eliana Cristina da Silva (Estomaterapeuta) - Eduardo Moreira Pinheiro (Supervisor de Enfermagem)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia décimo terceiro dia de agosto 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: O Téc. Seg. Raul Tessi iniciou com a apresentação das pendências da última reunião, conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo que foram resolvidas e a instalação de um novo abrigo para os resíduos que ainda está sendo verificada a disponibilidade. Em seguida, o eng. Seg. Milton Ferreira apresentou o fluxo de acidente do trabalho (típico, trajeto, e material biológico), reforçando sobre a importância de seguir imediatamente o passo-a-passo, o apoio das lideranças em casos de acidente com material biológico com intuito de agilidade para seguir com o atendimento médico de referência. Houve o apontamento de reforçar com os médicos plantonistas a fim de rubricarem a carta 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: 1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Humanização	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 04/08/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 11:00h
PAUTAS				
• Prontuário Afetivo; • Desejo do Paciente; • Caixa da Gentileza; • Ações para Saúde Mental e Bem-Estar; • Dia dos pais; • Celebração Ecumênica: Missa e Culto; • Aniversário do Paciente; • Café Acolhedor; • Entrega dos Folders.				
PARTICIPANTES				
• Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi) • Izadora Mariani (Secretária Executiva) • Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) • Ana Luiza Santos (Auxiliar Adm)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Prontuário Afetivo: A ideia é iniciar a colocação das placas pelos setores de retaguarda, começando pelo setor João de Barros. Faremos os mapeamentos das camas, após isso iremos alinhar com a manutenção os furos das placas. As psicólogas assistenciais ficarão responsáveis por fazer esse levantamento e preenchimentos das informações, enquanto a equipe de humanização ficará encarregada da instalação da placa e acompanhar o preenchimento, manutenção irá colocar as placas nos leitos de retaguarda. Desejo do Paciente Durante a reunião, foi acordado que, após a instalação das placas do prontuário afetivo, a equipe de psicologia ficará responsável por preenchê-las, sendo que há um espaço onde o paciente poderá registrar três desejos. Com base nesses desejos, iniciaremos o projeto Desejo do Paciente, começando pela alimentação. Caixa da Gentileza Foi apresentado o projeto, cuja proposta consiste em estimular a troca de mensagens positivas e encorajadoras aos colaboradores. Foi explicado como será feita a entrega das mensagens, bem como solicitado o apoio da equipe na elaboração dos conteúdos, que deverão seguir um modelo padronizado, previamente alinhado à gestão, a fim de manter a coerência com os valores institucionais.				

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 Comissão de Medicina Integrativa	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 13/08/2025	INÍCIO 13h30	TÉRMINO 14h00
PAUTAS				
- Indicadores do mês de julho de 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia; - Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia; - PICs: Vitamina D.				
PARTICIPANTES				
- Edson Ono (Médico Integrativista) - Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) - Eliana Cristina Da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) - Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) - Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) - Vanda Dias (Ouvidora) - Dário Santos (Coordenador de RH) - Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) - Shirley Schunck (Enfermeira do E.G.A) - Jamile Renata Oliveira Reis (Supervisora de Nutrição) - Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) - Wellington Stambarowisk (Técnico de Enfermagem) - Aniliam Silva (Fisioterapeuta) - Beatriz Santos (Fisioterapeuta) - Miriam Souza (Enfermeira de Educação Permanente) - Elisa Roasio (Enfermeira Auditora) - Juliana Borges (Coordenadora de Manutenção) - Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) - Allace Souza (Auxiliar Adm da Qualidade) - Robert Silva (Coordenador de Prestação de Contas) - Gabriela Nunes (Coordenadora de Enfermagem) - Eliane Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem)				

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 Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	13/08/2025	10h55	11h20
PAUTAS				
• Ações e melhorias; • Planilha de indicadores e treinamentos; • Resultados dos indicadores; • Gráfico de resultados do NEP; • Controle dos estágios.				
PARTICIPANTES				
• Maria Cristina Souza Santos (Enf. Seg. do paciente) • Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora de Nutrição) • Dario Pedro dos Santos Filho (Coord. de RH) • Monique Evelyn Aparecida de Souza (Aux. Adm. Junior) • Lorraine Aparecida Costa Ferreira (Sup. de Enfermagem) • Miriam Fernando de Souza (Enfermeira Núcleo de Educação Permanente) • Gabriela Nunes dos Santos (Coord. de Enfermagem) • Eliane Fernandes Ribeiro (Coord. de Enfermagem) • Gustavo Guimarães Paiva (Técnico de Enfermagem) • Fernanda Danielle Demichili Pitombo (Sup. de Enfermagem) • Gleydson Vieira da Silva (Supervisor de Saúde) • Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Eduardo Moreira Pinheiro (Sup. de Enfermagem)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia 13 de agosto de 2025, às 10h55, foi iniciada a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP). A abertura ocorreu com a apresentação do novo Supervisor de Saúde, Sr. Gleydson Vieira. Foram tratadas as seguintes pautas: pendências, apresentação dos indicadores do mês de julho, treinamentos e ações, escolas e graduações. Na apresentação dos indicadores de julho, foi informada a meta de 20 treinamentos previstos, tendo sido realizados 22 no total. A taxa de aderência apresentou crescimento, passando de 80%				

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 Segurança do Paciente	REDATOR Gustavo Paiva	DATA 13/08/2025	INÍCIO 08:30	TÉRMINO 09:20
PAUTAS				
• Pendências da última reunião; • Rotinas implementadas; • Planilha de NC; • Registros de Não Conformidades; • Conformes (visita técnica); • Ações realizadas.				
PARTICIPANTES				
• Maria Cristina (Enfermeira Qualidade e Segurança do Paciente)				
• Gustavo Guimarães (Téc. de Enfermagem do NSP)				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira do SCIH)				
• Allace Melo de Souza (Auxiliar Administrativo da Qualidade)				
• Anderson Tomas de oliveira (Coord. Equipe Multidisciplinar)				
• Kamila Tamara de oliveira Sales (Supervisora de Qualidade)				
• Bárbara Cristina (Analista de Qualidade)				
• Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora Enfermagem)				
• Paulo Rodrigo Barbosa (Analista da Qualidade)				
• Lorraine Ferreira (Supervisora de Enfermagem)				
• Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia)				
• Eliane Fernandes Ribeiro (Coordenadora Enfermagem)				
• Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem)				
• Gleydson Vieira (Supervisor dos Núcleos Assistenciais)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
A reunião iniciou-se às 8h30, sob a condução da enfermeira Maria Cristina e do técnico de enfermagem Gustavo. Informado que a pulseira de cor cinza será utilizada para pacientes homônimos, que a pulseira laranja foi despadronizada e a pulseira de cor rosa será padronizada para restrição de membros na unidade.				

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 Revisão de Óbitos	REDATOR Fabiane Evol Cavalcante	DATA 28/08/2025	INÍCIO 14:30	TÉRMINO 15:30
PAUTAS				
- Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de julho /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 de Vigilância Epidemiológica) - Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira Segurança do Paciente)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
1. Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em julho de 2025 com foco na análise crítica dos casos e ações a serem tomadas para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes. 2. Abertura e Introdução: A reunião se inicia com a leitura das ações que estão pendentes, com esclarecimentos sobre quem será o responsável de cada ação. Dr. João informa que irá reforçar as solicitações pendentes com o Dr. André. No mês de julho ocorreram 20 óbitos na instituição, sendo 17 em cuidados paliativos. A reunião se dedicou à análise detalhada de 5 casos selecionados, com foco em identificar oportunidades de melhoria no processo assistencial e nos protocolos internos. 3. Análise dos Casos de Óbito A seguir, foram apresentados e discutidos os detalhes de cada caso selecionado: 3.1. Paciente E.M.S., 61 anos: paciente com diagnóstico de DPOC, idosa frágil, admitida entubada proveniente de outro serviço. Em uso de piperacilina/tazobactam e drogas vasoativas. Internada em UTI, com escalonamento de antibioticoterapia para meropenem e vancomicina. Evoluiu com choque refratário, SOFA elevado, indo a óbito. Na avaliação do prontuário, não foram identificadas oportunidades de melhoria para discussão.				

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 Prontuários	REDATOR Patrícia Castro	DATA 21/08/2025	INÍCIO 11h30	TÉRMINO 12h00
PAUTAS				
• Prontuários Auditados; • Importância de registrar pendências e propor melhorias para o novo sistema; • Não conformidades (NCs).				
PARTICIPANTES				
• Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) • Patrícia Castro (Assistente de Faturamento) • Maria Cristina Souza (Enfermeira Qualidade) • Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira de Gestão de Altas)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Juliana inicia a reunião falando sobre seus prontuários auditados, sendo o prontuário 10642 considerado ok. O prontuário 10828, após verificação na aba de altas, também estava ok. Maria Cristina continua o assunto pontuando que não há aba de alergia em seu perfil. Dr. André ressalta que é importante já anotar essas pendências e sinalizar como melhoria para o próximo sistema que será implantado. Shirley comenta sobre seu prontuário auditado 1091, que estava quase todo correto, mas faltou o plano de alta multidisciplinar. No prontuário 10940 faltava o comprovante de residência. Maria Cristina fala sobre o prontuário 10865, que não tinha evolução e nem prescrição de enfermagem no dia 08/07, além de estar sem dupla checagem de heparina. No prontuário 10876 não havia evolução no dia 12/07 e também faltavam prescrições de enfermagem em diversos dias (05, 07, 10, 11 e 14). Dr. Gasparoto informa que seus prontuários estavam todos ok, Dr. André, pontua que faltava comprovante de residência em seu prontuário. Juliana traz as NC's: no prontuário 1086, do setor Colibri, em 05/07 às 23h26 o profissional relatou que em nenhuma evolução anterior do colega constava a ocorrência de hematúria e que a ficha do CROSS não havia sido atualizada. Juliana pontua que realizou a checagem e constatou que havia, sim, prescrição referente à hematúria.				

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



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 4FXXD-ZR5P4-4FLPX-Z2VGB

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 26/09/2025 11:49 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
200.247.99.234	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
X+CwMKiQ72NSWRdgY2fvTtDq8r7zzePGOrcH/lgZ0Yc=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF ***.518.032-**) em 26/09/2025 11:56 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
146.75.191.26	Lat: -23,705818 Long: -46,742691
	Precisão: 25 (metros)
Autenticação	victorpanont@ints.org.br
Email verificado	
PjjesofPB2J28a2swyUKIz9nwPkMIAeWPrbFCfZpQWw=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/4FXXD-ZR5P4-4FLPX-Z2VGB>

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

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