

SETEMBRO/2025



INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

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

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

CONTRATANTE

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

Nº CHAMAMENTO PÚBLICO

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

Nº CONTRATO DE GESTÃO

001/2020 - SMS.G / AHM.

OBJETO CONTRATUAL

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

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

CNES

0161438.

ENDEREÇO

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

FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico

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

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	38
3.2.	APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	43
3.2.1.	Radiologia	44
3.2.2.	Laboratório	49
3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	52
3.3.1.	Nutrição	61
3.3.2.	Fisioterapia	68
3.3.3.	Serviço Social	76
3.3.4.	Psicologia	85
3.3.5.	Fonoaudiologia.....	95
3.3.6.	Terapia Ocupacional	101
3.3.7.	Terapias Alternativas	104
3.3.8.	Estomaterapia.....	108
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	111
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	111
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	121
3.4.3.	Vigilância em Saúde.....	126
3.4.4.	Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	131
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente - NEP	136

3.5. SUPRIMENTOS	142
3.5.1. Farmácia.....	143
3.6. Compras	146
3.7. INFRAESTRUTURA.....	149
3.7.1. Engenharia Clínica	150
3.7.2. Manutenção Predial	155
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	159
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	162
3.9.1. Qualidade	162
3.9.2. Faturamento.....	167
3.9.3. Prestação De Contas	169
3.9.4. Financeiro	174
3.9.5. Patrimônio.....	176
3.9.6. Contratos	182
3.9.7. Hotelaria	184
3.9.8. Recepção	192
3.9.9. Portaria.....	194
3.9.10. Jurídico	196
3.9.11. Ouvidoria	199
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL	206
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	207
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	207
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	210
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	213
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos.....	213
5.3.2. Hemodiálise	215
5.3.3. Hemocomponentes	216
6. COMISSÕES.....	217
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE	219
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	236

9. ANEXOS 2

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)	24
Tabela 05 – Serviços Médicos	26
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	35
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	44
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	44
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor).....	45
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	45
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	46
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	46
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	49
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	53
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	53
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	54
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	55
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)	55
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	56
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	62
Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	63

Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	63
Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi)	64
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	64
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)	64
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	69
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica).....	70
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)	71
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)...	72
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)	78
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	79
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)	88
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	89
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	90
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia.....	96
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	102
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	105
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia	109
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	112

Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .	113
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	114
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	115
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	116
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	117
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	121
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica).....	122
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	122
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	123
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	124
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	124
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	126
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	131
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	136
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP	138
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	143
Tabela 68 – Indicadores de Compras.....	146
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica	150
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	156
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação	159
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	163
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	168
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas	170
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	174
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio	177
Tabela 77 – Indicadores do Contratos.....	182

Tabela 78 – Indicadores da Rouparia.....	185
Tabela 79 – Indicadores de Higienização.....	190
Tabela 80 – Indicadores de Recepção	192
Tabela 81 – Indicadores de Portaria.....	194
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	197
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	200
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	200
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	207
Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos	210
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	213
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	215
Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	216
Tabela 90 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga	218

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos.....	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos no mês de Setembro/2025.....	20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária.....	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero.....	22
Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas	23
Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem	29
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	29
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	30
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	30
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	31
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	33
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	33
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem.....	34
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias	34
Gráfico 15 – Taxa de Exames	36

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho.....	36
Gráfico 17 – Relação de atestados	37
Gráfico 18 – Relação de afastados	37
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)	38
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	40
Gráfico 21 – Taxa de inspeções	40
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	41
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos	41
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	42
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	42
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	43
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)	48
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)	48
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)	49
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta	50
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	50
Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos	51
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT).....	51
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo	52
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	58
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)	58
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	59
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)	59
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar).....	60
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar).....	60
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)	61
Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar)	61

Gráfico 45 – Número de Atendimentos	66
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	66
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	67
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	67
Gráfico 49 – Índice de IMC	68
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	74
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	74
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica	75
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	75
Gráfico 54 – Taxa de avaliação e altas planejadas (Geral Hospitalar).....	82
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar)	82
Gráfico 56 – Número de altas , relatórios de retaguarda e ações socio educativas (Geral Hospitalar)	83
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar).....	83
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	84
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	84
Gráfico 60 – Índice de intervenções	92
Gráfico 61 – Taxa de intervenções.....	92
Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica.....	93
Gráfico 63 – Número de atendimentos.....	93
Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos.....	94
Gráfico 65 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	94
Gráfico 66 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias.....	95
Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	98
Gráfico 68 – Taxa de decanulados.....	98
Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	99
Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações	99
Gráfico 71 – Taxa de pacientes: Cuff e Válvula de fala.....	100
Gráfico 72 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	100
Gráfico 73 - Índice de intervenções fonodiaulógicas realizadas.....	101

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O	103
Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia	104
Gráfico 76 – Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	104
Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	106
Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	107
Gráfico 79 – Número de Ozonioterapia	107
Gráfico 80 – Consumo de cilindro o ²	108
Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão.....	110
Gráfico 83 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	110
Gráfico 84 – Número total de lesões	111
Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)	118
Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar).....	119
Gráfico 87 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano (Geral Hospitalar)	119
Gráfico 88 – Classificação de Não Conformidades em Setembro/2025 (Geral Hospitalar).....	120
Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em Setembro/2025 (Geral Hospitalar).....	120
Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar).....	121
Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	125
Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	125
Gráfico 93 - Densidade Incidência em Setembro de 2025	126
Gráfico 94 – Número de notificações realizadas	128
Gráfico 95 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	128
Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID	129
Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose	129
Gráfico 98 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	130
Gráfico 99 – Notificações de Violência	130
Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS	133
Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos	133

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias.....	134
Gráfico 103 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)	134
Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos	135
Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões.....	135
Gráfico 106 – Taxa de treinamentos	140
Gráfico 107 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	140
Gráfico 108 – Homem hora	141
Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT	141
Gráfico 110 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos.....	144
Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	145
Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	145
Gráfico 113 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica.....	146
Gráfico 114 – Lançamentos de cotações	148
Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas	148
Gráfico 116 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	149
Gráfico 117 – Número de compras emergencial	149
Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados	152
Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado	152
Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva	153
Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	153
Gráfico 122 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega.....	154
Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção	154
Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica.....	155
Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados	157
Gráfico 126 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos).....	157
Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.....	158
Gráfico 128 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	158
Gráfico 129 – Quantidade de chamados	160
Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	161
Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	161

Gráfico 132 – Chamados abertos x chamados fechados	162
Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo	164
Gráfico 134 – Comissões	165
Gráfico 135 – Número de documentos retroativos	165
Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações	166
Gráfico 138 – Documentos	166
Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas	167
Gráfico 140 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	167
Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais	169
Gráfico 142 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (Setembro de 2025) ..	169
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	171
Gráfico 144 – Número de auditorias externas	172
Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades	172
Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado	173
Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	173
Gráfico 148 – Número apontamentos na prestação de contas	174
Gráfico 149 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas ..	175
Gráfico 150 – Número de Notas de Produtos/Mês	176
Gráfico 151 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	178
Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas	179
Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações	179
Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	180
Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços.....	180
Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	181
Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados	181
Gráfico 158 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	182
Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados	183
Gráfico 160 – Número de aditivos	184
Gráfico 161 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	184
Gráfico 162 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	186

Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	187
Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados	187
Gráfico 165 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	188
Gráfico 166 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	188
Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição	189
Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em setembro de 2025.....	189
Gráfico 169 – Índices de higienização	190
Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza	191
Gráfico 171 – Terminais em Setembro de 2025	191
Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção	193
Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes	193
Gráfico 174 – Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	194
Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria	195
Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança	195
Gráfico 177 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança.....	196
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais	198
Gráfico 179 – Notificações de fornecedores.....	199
Gráfico 180 – Produção Jurídico em Setembro de 2025.....	199
Gráfico 181 – Taxa de resoluções.....	202
Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa	202
Gráfico 183 – Taxa de devolutivas	203
Gráfico 184 – Tempo médio de resposta	203
Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas	204
Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em Setembro de 2025	204
Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	205
Gráfico 188 – Total de pesquisas internas	205
Gráfico 189 – Total de manifestações internas em Setembro de 2025.....	206
Gráfico 190 – Taxa de ocupação	208
Gráfico 191 – Índice de queda	208
Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão	209

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	209
Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH	210
Gráfico 195 – Número paciente e leito dia	211
Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão	211
Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria	212
Gráfico 198 – Número de AIH's	212
Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	214
Gráfico 200 - Produção De Resíduos	214
Gráfico 201 - Hemodiálises	216
Gráfico 202 - Hemocomponentes	217
Gráfico 203 – Bolsas transfundidas	217

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

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

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

A estrutura organizativa do INTS é composta por um Conselho Administrativo; Presidência; Superintendências Geral, de Planejamento e de Relações Institucionais; Diretorias Geral, de Projetos, de Contratos, Administrativa, Financeira, de Tecnologia, Infraestrutura e Jurídica que, juntos com a equipe, atuam diretamente

na organização, execução, avaliação e auditoria dos contratos vigentes, bem como na busca de novos contratos com vistas a ampliação do rol de unidades geridas pelo INTS.

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

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

2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

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

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

- Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.

➤ Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

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

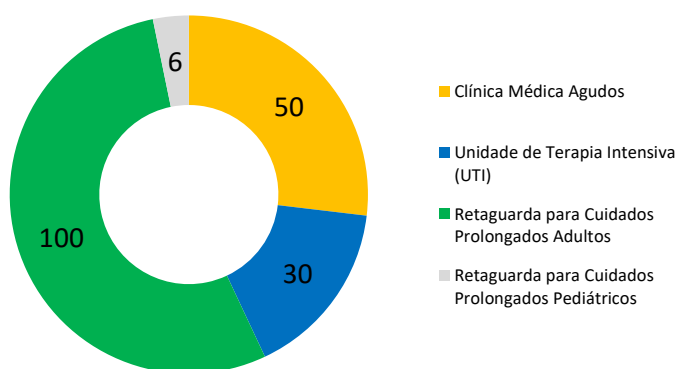
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

Distribuição de Leitos

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

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos

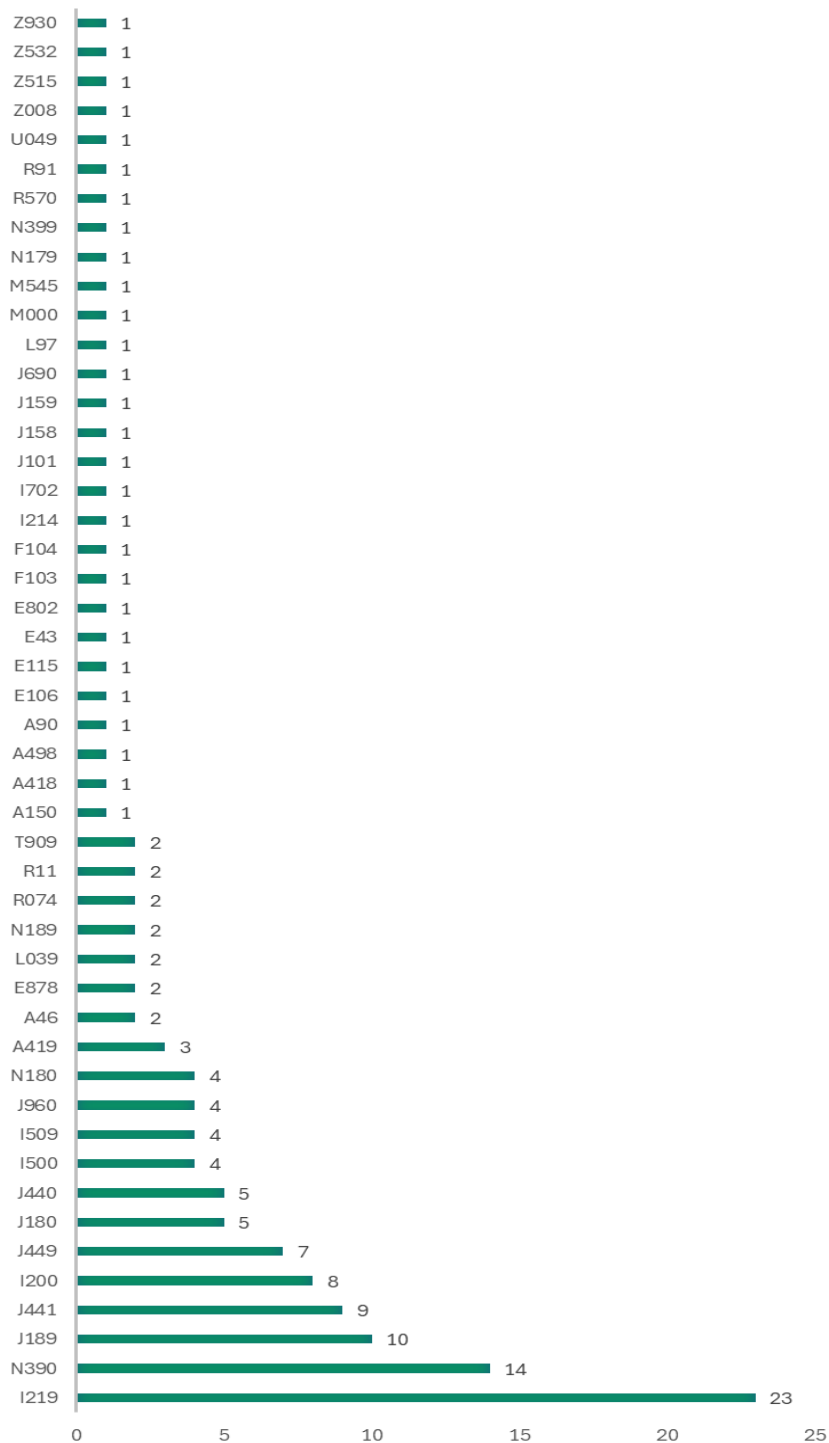


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. Doenças Respiratórias: Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças 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 Setembro/2025



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

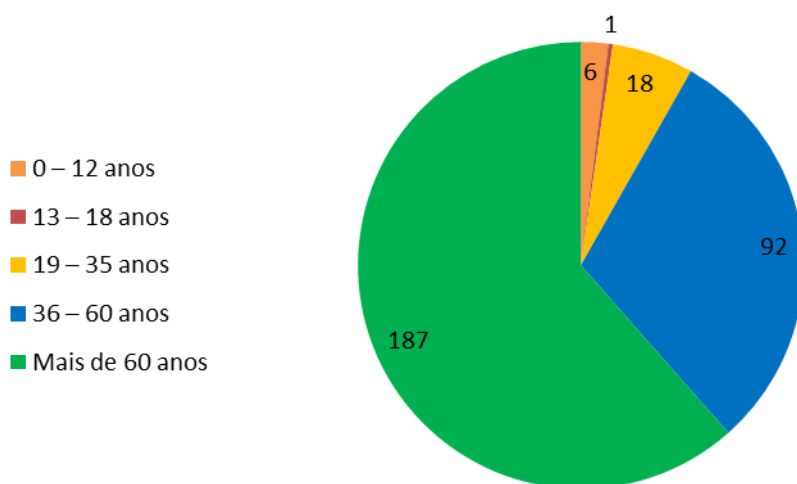
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

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

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária



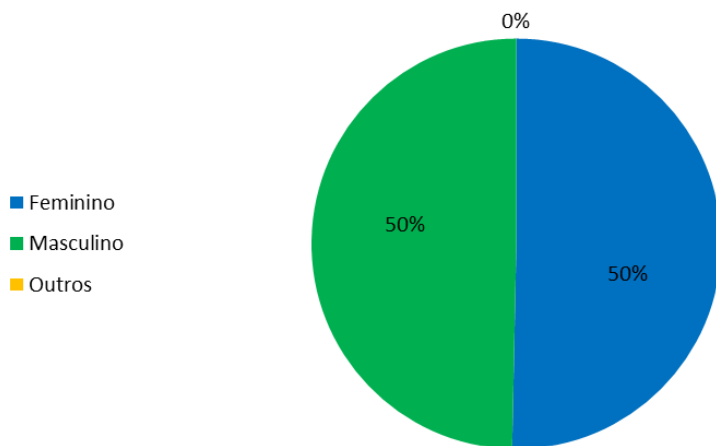
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Feminino	143	130	126	181	144	139	153	128	153
Masculino	185	161	185	143	177	159	174	161	151
Outros	0	0	1	1	1	1	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



Fonte: SMPEP.

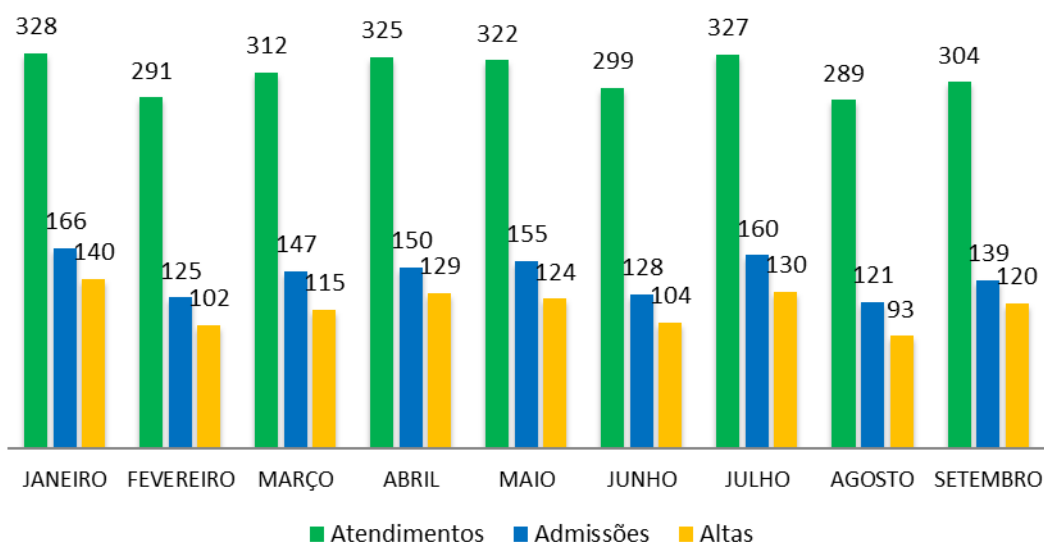
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Atendimentos	328	291	312	325	322	299	327	289	304
Admissões	166	125	147	150	155	128	160	121	139
Altas	140	102	115	129	124	104	130	93	120

Fonte: SMPEP.

Em setembro, observou-se uma retomada positiva em todos os indicadores assistenciais — atendimentos, admissões e altas — após a queda registrada em agosto. Esse desempenho demonstra uma recuperação do fluxo operacional e uma boa capacidade de adaptação da equipe frente às variações da demanda. O equilíbrio entre o número de admissões e altas reflete uma gestão eficiente de leitos e resolutividade nos casos clínicos, evitando superlotação e garantindo a continuidade do cuidado. De forma geral, o período evidencia melhora no desempenho assistencial e estabilidade nos processos, resultado do trabalho integrado entre as equipes multiprofissionais e do monitoramento constante dos indicadores pela gestão.

Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

3. ESTRUTURA DO SERVIÇO

3.1. RECURSOS HUMANOS

O Hospital Municipal Guarapiranga é composto por uma força de trabalho robusta, com aproximadamente 900 profissionais distribuídos em várias frentes de atuação, conforme quadro abaixo. Esses profissionais incluem equipes administrativas, assistenciais e de apoio. Contamos com uma equipe diversificada e especializada para atender as necessidades de saúde da população, garantindo um

atendimento de qualidade. A integração e a colaboração entre as equipes administrativas, assistenciais e de apoio são fundamentais para o bom funcionamento da unidade.

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

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	7
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	8
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	7
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	10
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	12
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR FARMACIA	27
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	12
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	103
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	58
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	278
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
Total Geral	651

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

Tabela 05 – Serviços Médicos

ESPECIALIDADES	TOTAL
CIRURGIA GERAL	1
CLÍNICO GERAL	75
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	87

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	87
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	283

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	SETEMBRO
Turnover total	< 5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%	3,38%	3,26%	3,84%
Turnover enfermagem	< 5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%	3,46%	2,87%	2,24%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0	0	0	0

Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13	24	26	14
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681	666	666	674	651
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7	8	10	8
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16	13	8	31
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23	21	18	39
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6	17	10	9
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12	11	13	9

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

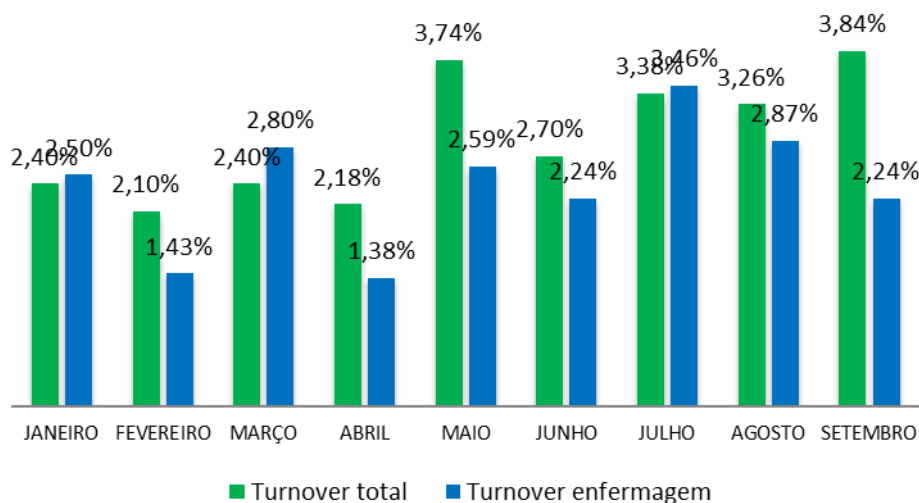
Houve impacto no cumprimento do cronograma de treinamentos em decorrência de diversos fatores. Entre eles, destacam-se as demandas relacionadas aos processos de contratação e desligamento, que exigiram priorização das equipes de Recursos Humanos e Departamento Pessoal em atividades seletivas e administrativas. Além disso, o foco na implementação e alimentação da plataforma LMS demandou tempo para ajustes e adaptação dos usuários, impactando temporariamente na execução dos treinamentos previstos.

Outro ponto relevante foi o conflito de agendas com os treinamentos estabelecidos na LNT, o que dificultou a conciliação de datas e a viabilização das capacitações dentro do período planejado.

Observou-se também um aumento no número de demissões por parte da empresa, motivado tanto por desligamentos pontuais que ocorrem mensalmente quanto pela necessidade de adequação do quadro de pessoal ao plano de trabalho vigente. Consequentemente, houve redução nas admissões, o que influenciou o dimensionamento das equipes e o andamento das atividades de capacitação.

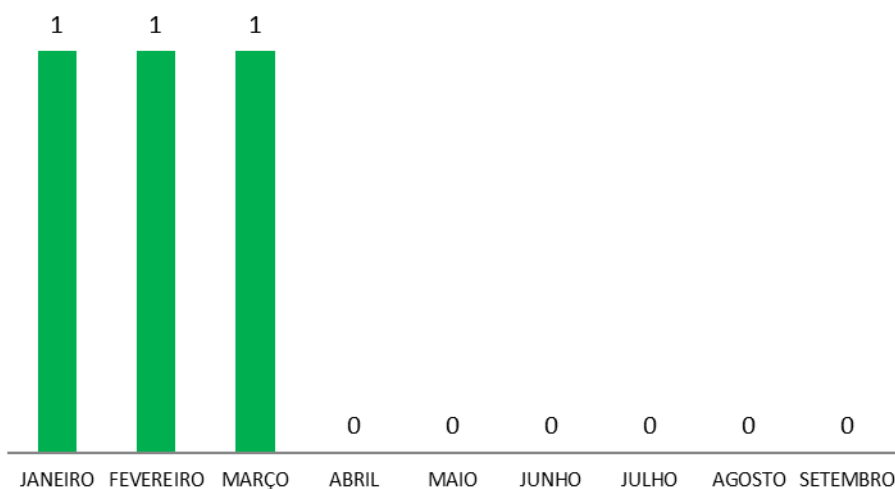
Plano de Ação: Está em elaboração um novo cronograma de treinamentos específicos voltados à equipe de gestores, que serão incorporados à LNT do próximo ano, visando fortalecer o desenvolvimento de competências e garantir maior alinhamento às necessidades institucionais.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



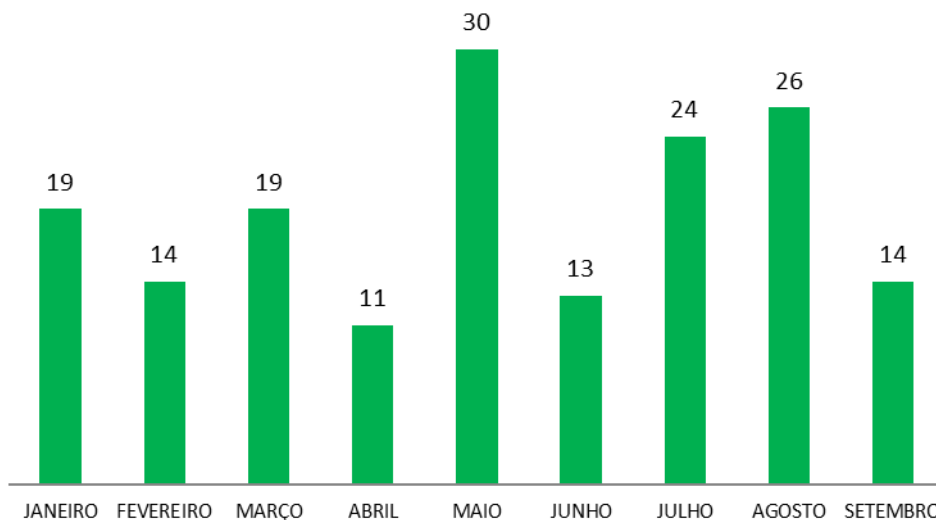
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



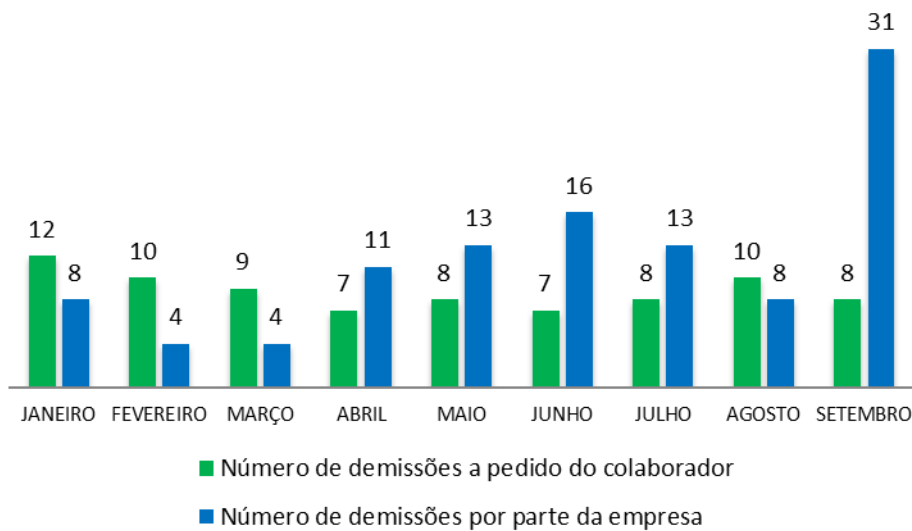
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



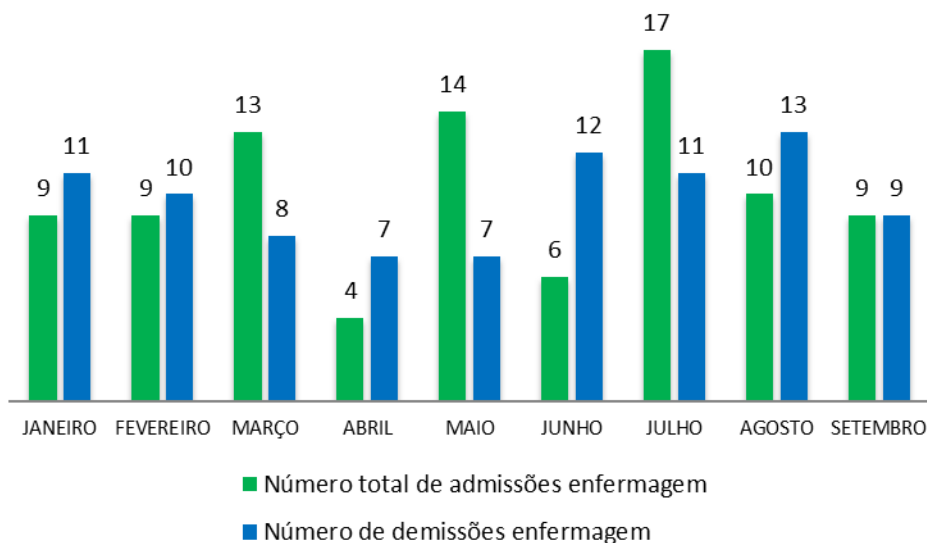
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 09 – Relação de demissões



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

Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem



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

3.1.2. Departamento Pessoal

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

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

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

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

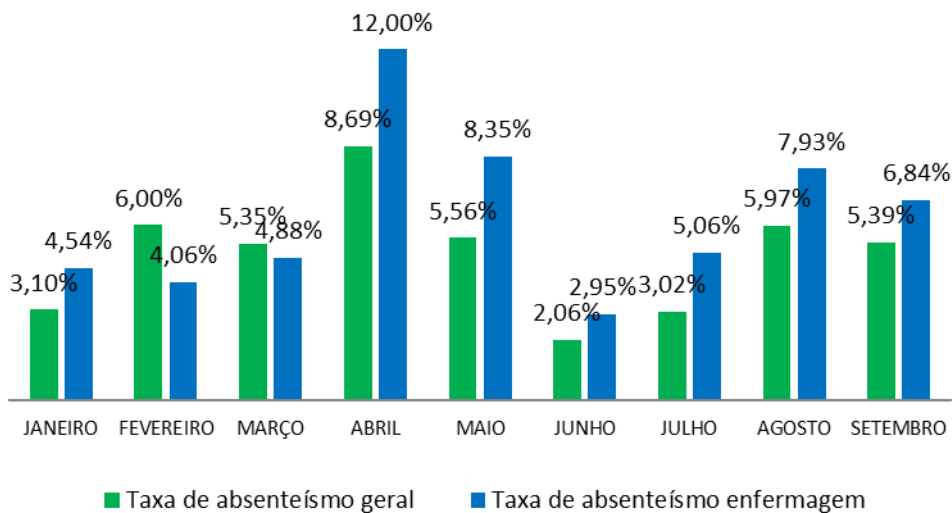
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de absenteísmo geral	Quanto menor, melhor	3,10%	6%	5,35%	8,69%	5,56%	2,06%	3,02%	5,97%	5,39%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Quanto menor, melhor	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%	8,35%	2,95%	5,06%	7,93%	6,84%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	>85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%	92,29%	97,13%	95,18%	92,10%	96,21%
Número de horas trabalhadas enfermagem	>51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h	51.564h	55.789h	54.984h	52.372h	53.431h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42	52	38	47

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

ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

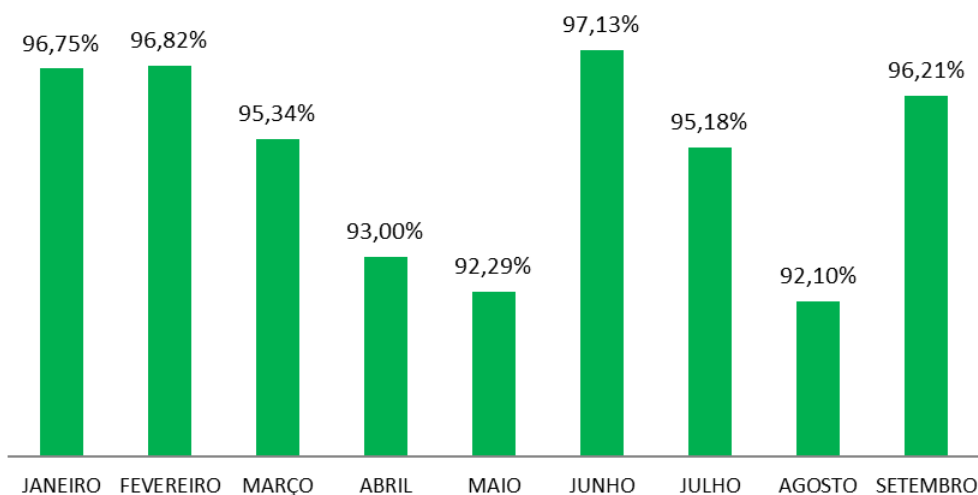
No mês anterior, observou-se um aumento significativo no índice de absenteísmo, especialmente entre os colaboradores das equipes de Enfermagem e Administrativa. O principal fator identificado foi o aumento no número de atestados médicos apresentados, impactando diretamente nas horas de afastamento. Em setembro, esses indicadores permaneceram em patamar elevado, mantendo a tendência observada no mês anterior e demandando acompanhamento contínuo por parte das lideranças e da área de Recursos Humanos.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



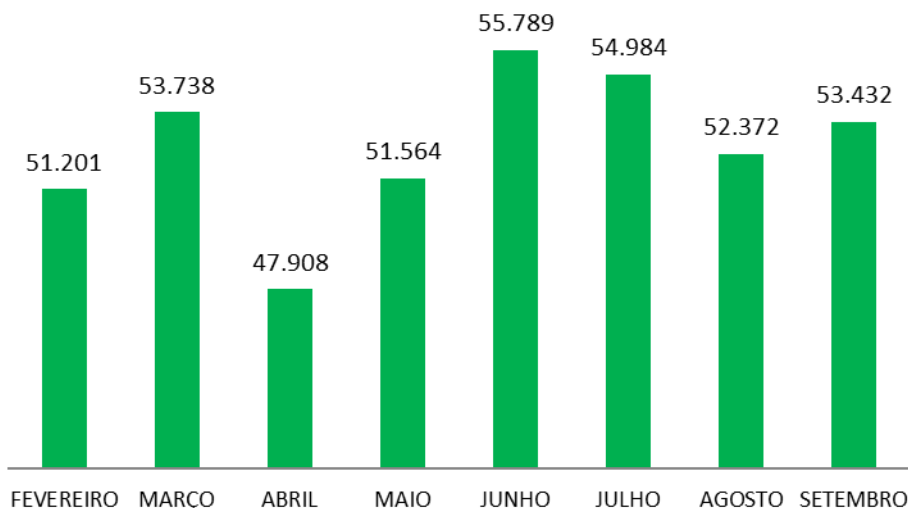
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



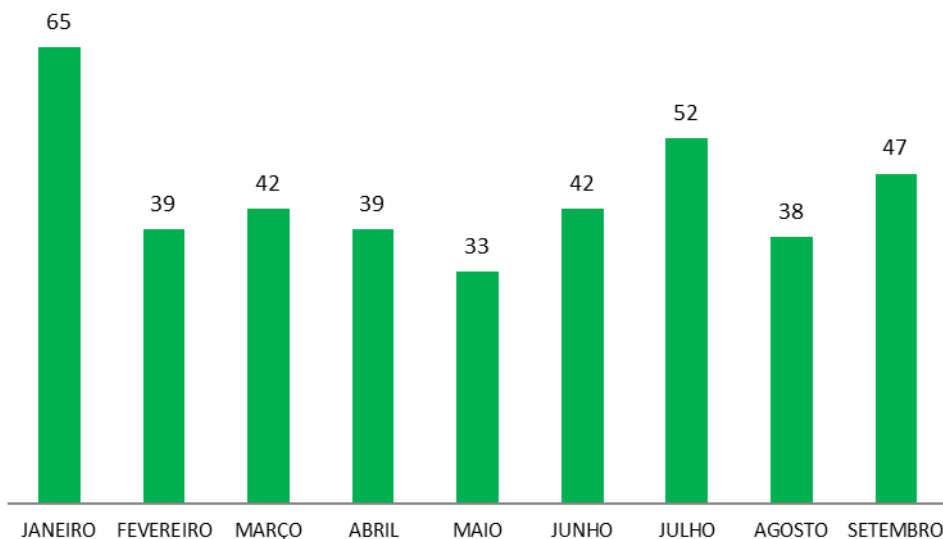
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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:

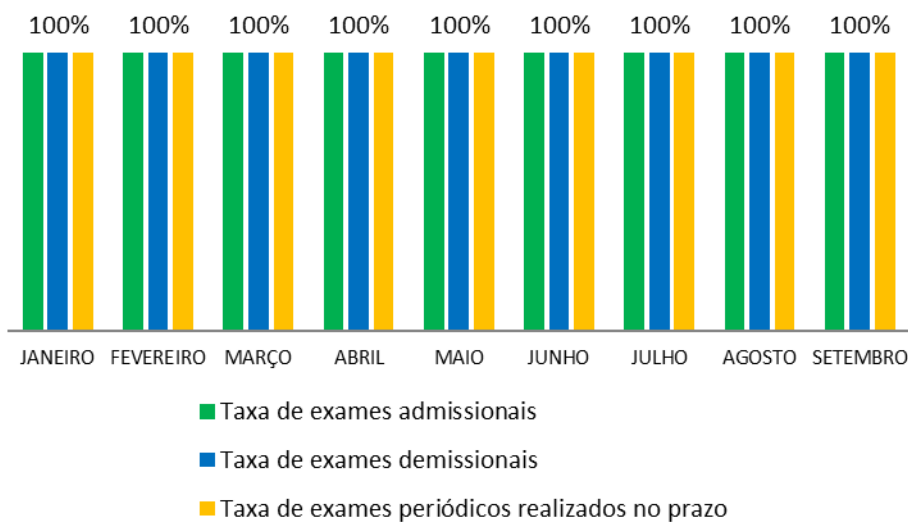
- Prevenção e Assistência;
- Vigilância da Saúde Ocupacional;
- Avaliações Ambientais;
- Aspectos Psicossociais;
- Normas e Legislação.

Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	>85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames periódicos realizados no prazo	>85%	100%	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%	1%
Número de atestados no mês	quanto menor, melhor	223	270	304	302	266	280	287	322	294
Número de afastados (inss)	quanto menor, melhor	31	24	21	24	31	19	23	24	21
Número de afastados (gestantes)	quanto menor, melhor	13	5	15	16	17	12	18	20	13
Número de afastados (licença a maternidade)	quanto menor, melhor	8	9	8	10	8	8	8	5	5
Número de atestados por síndrome gripal	quanto menor, melhor	22	51	55	58	52	48	61	63	51
Número de dias perdidos	quanto menor, melhor	516	666	755	764	582	580	663	665	598

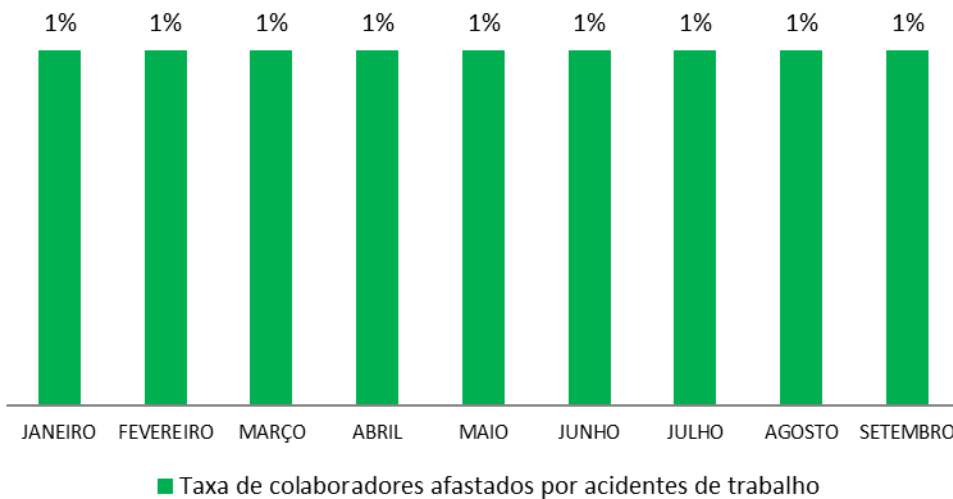
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



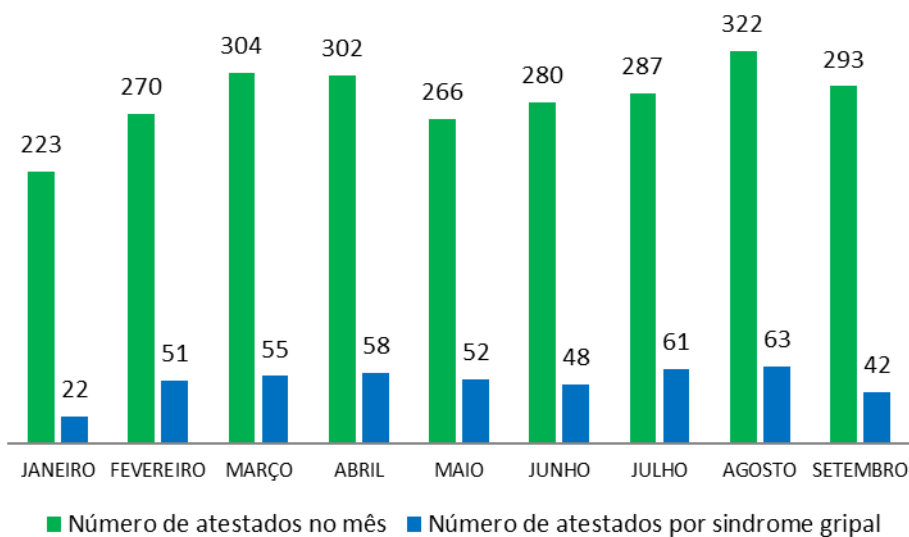
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



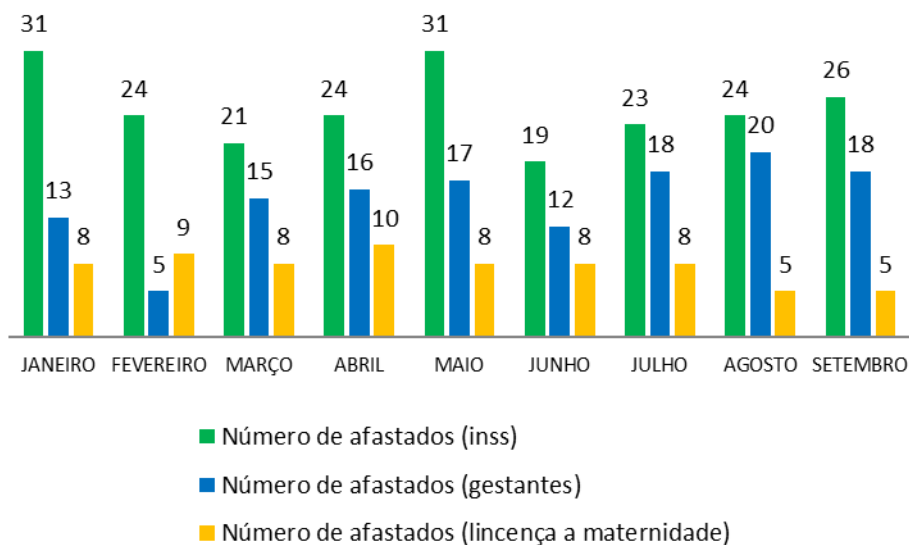
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



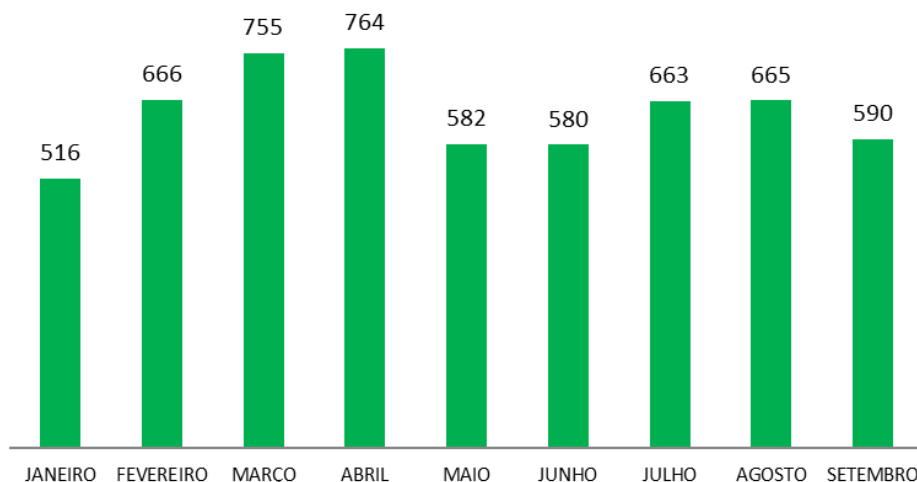
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	SETEMBRO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	25%	14%	0%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%	25%	50%	0%

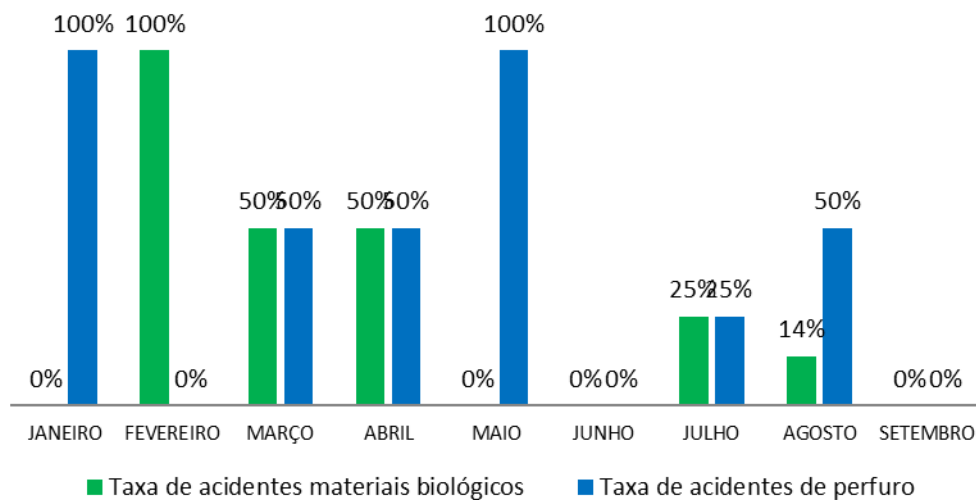
Taxa de inspeções	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0,15%	0,29%	0,29%	0,15%	0%	0,59%	0,29%	0,45%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73	289	135	249
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39	27	36	29
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272	709	999	947
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20	10	10	10
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105	229	23	19
Número total de acidentes	quanto menor, melhor	1	1	2	2	1	1	4	2	3
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

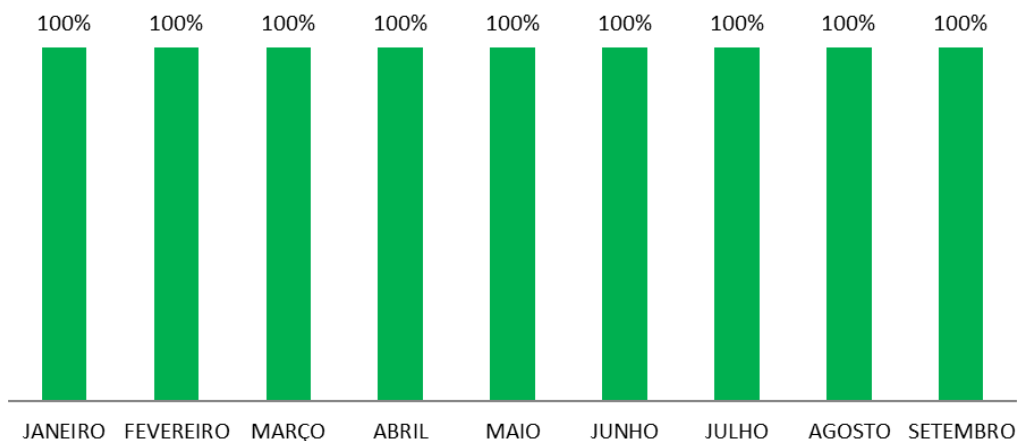
Em setembro, foram registrados três acidentes de trabalho: um por queda em mesmo nível, devido a escorregamento em poça de água, e dois por contusão lombar durante o manuseio de pacientes no leito. Destaca-se que a taxa de acidentes com materiais biológicos e perfurocortantes manteve-se em 0%, não havendo ocorrências nesse período. Observou-se ainda um aumento na distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), reforçando o compromisso da instituição com a segurança e a prevenção de acidentes entre os colaboradores.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



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

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



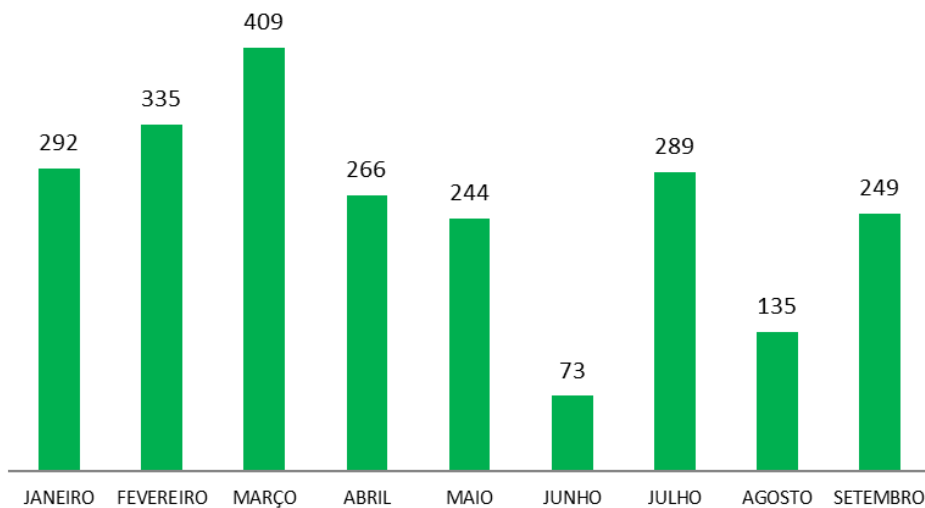
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



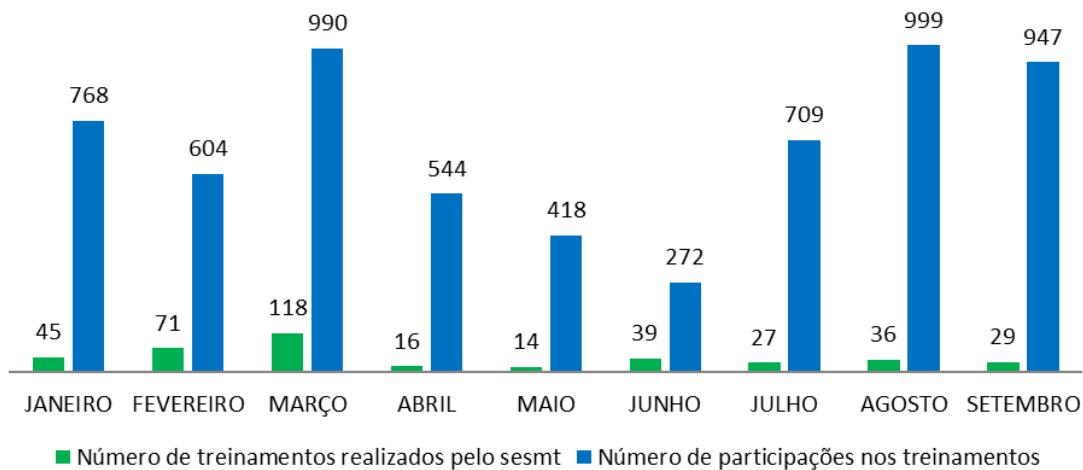
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



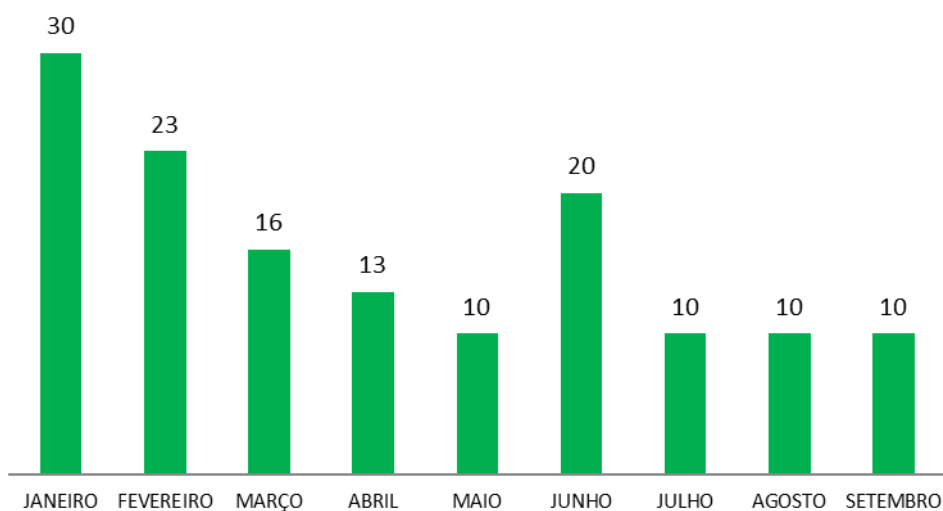
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



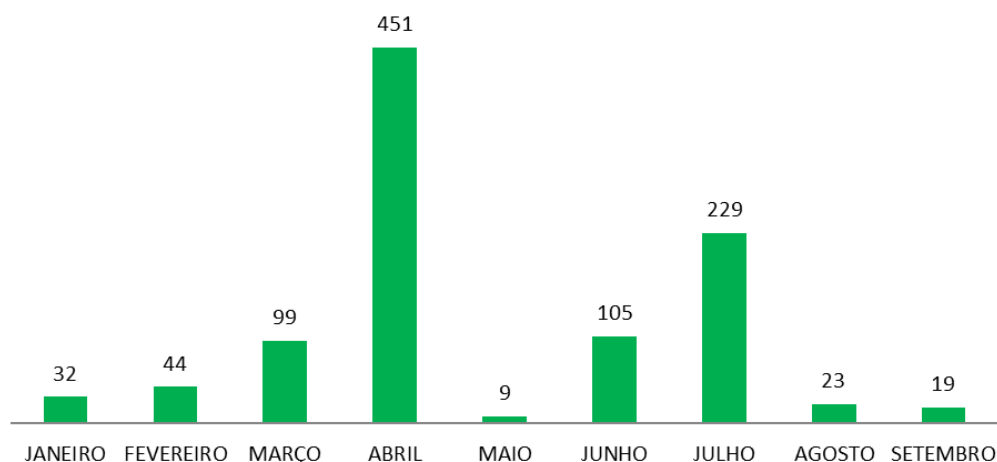
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



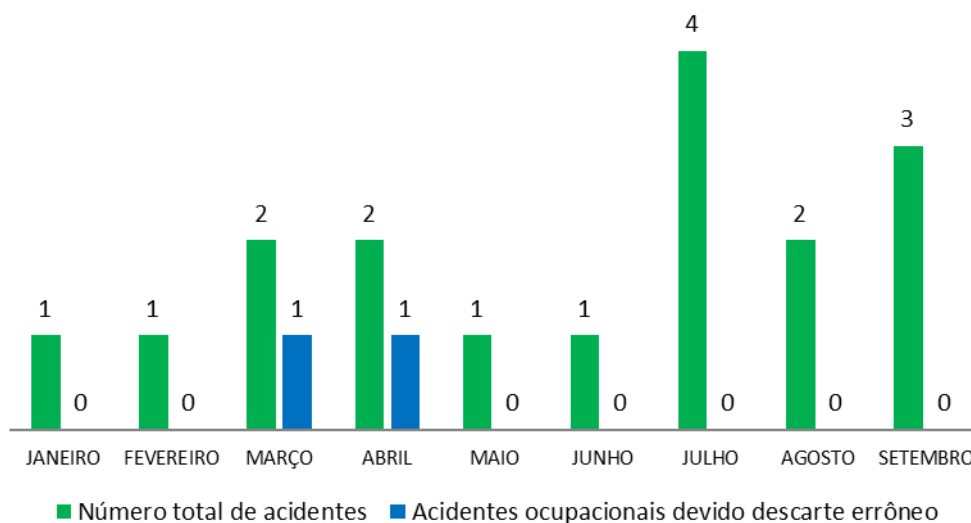
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	SETEMBRO
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%	1,44%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%	14%	19%	21%
Número de exames	M/R	327	334	333	428	379	378	414	372	348
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2	4	6	5
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49	57	69	72

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	SETEMBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0%	0%	0,62%	0%	0%	1,27%	2,31%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%	13%	9%	15%	25%	25%
Número de exames	M/R	109	114	87	161	128	113	157	130	138
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1	0	0	2	3	0

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10	23	33	34
----------------------------	----------------------	----	----	---	----	----	----	----	----	----

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	SETEMBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	0,74%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%	7%	11%	13%
Número de exames	M/R	101	108	112	111	120	136	138	136	119
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2	0	1	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21	10	15	16

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

Houve correções retroativas do indicador Taxa de falhas 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	SETEMBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	0%	8,93%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%	5%	6%	15%	16%	16%
Número de exames	M/R	64	47	67	64	57	48	53	50	56
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1	0	0	1	0	5
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2	3	3	8	8	9

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

Houve correções retroativas do indicador Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem).

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	4,76%	0%	1,69%	2,56%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%	24%	13%	35%
Número de exames	M/R	41	50	50	80	63	64	59	39	31
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0	1	1	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13	14	5	11

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

Houve correções retroativas do indicador Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem).

Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5,88%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%	35%	0%	0%	12%	29%	47%	50%
Número de exames	M/R	12	15	17	12	11	17	7	17	4
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5	6	0	0	2	2	8	2

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

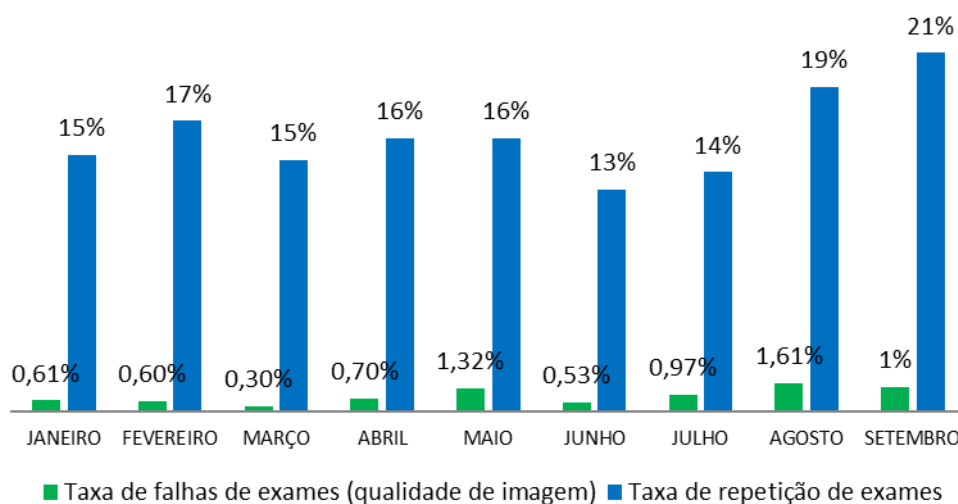
ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

Os números de exames repetidos são contabilizados quando há mais de um exame de raio-X realizado no mesmo paciente em um intervalo inferior a 24 horas. Em análise, foram identificadas três situações principais que podem justificar essa ocorrência:

- Múltiplos procedimentos, como intubação orotraqueal (IOT) e passagem de cateter central;
- Tracionamento de SNE, envolvendo a passagem e o reposicionamento da sonda após tração;
- Falhas técnicas na realização do exame.

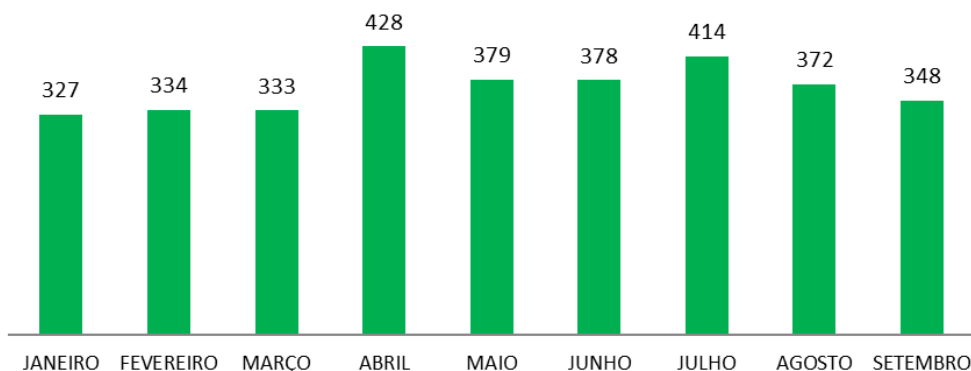
Com o aumento do número de admissões, é esperado um acréscimo natural na quantidade de exames repetidos, considerando a necessidade de múltiplos procedimentos durante a admissão dos pacientes. Entretanto, na análise detalhada dos dados de setembro, verificou-se que o principal motivo para o aumento foi a realização de exames decorrentes da passagem de SNE.

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



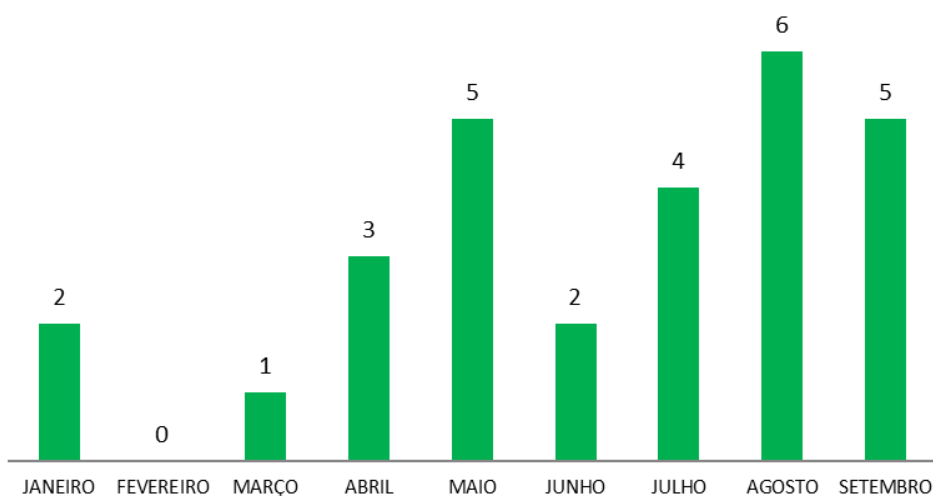
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



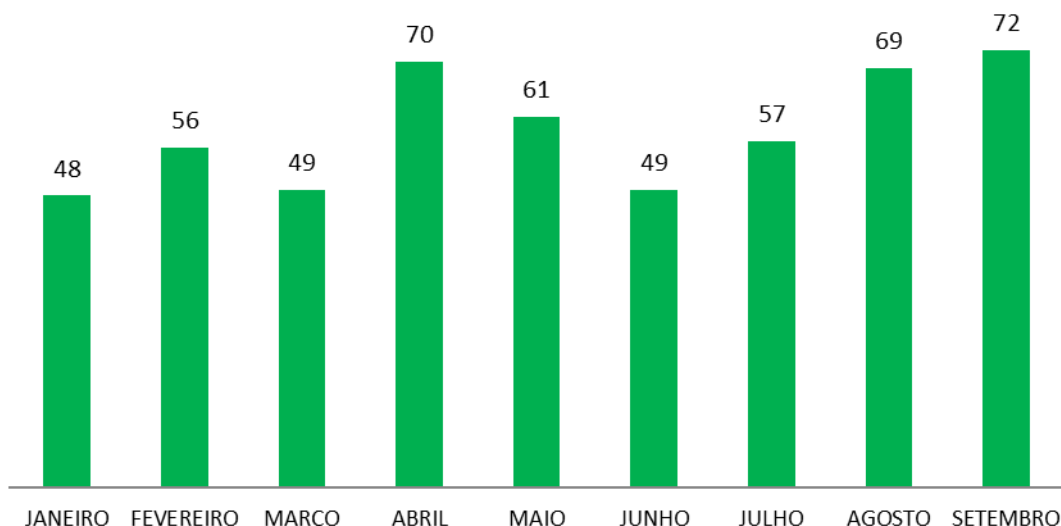
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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



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

Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	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%	2%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	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%	99%
Número de exames realizados	neutro	12.166	11.030	12.065	13.296	12.223	12.324	12.421	10.623	10.331
Número de exames realizados na unidade	neutro	10.413	9.374	10.348	11.946	10.713	10.318	11.113	9.397	9.800

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

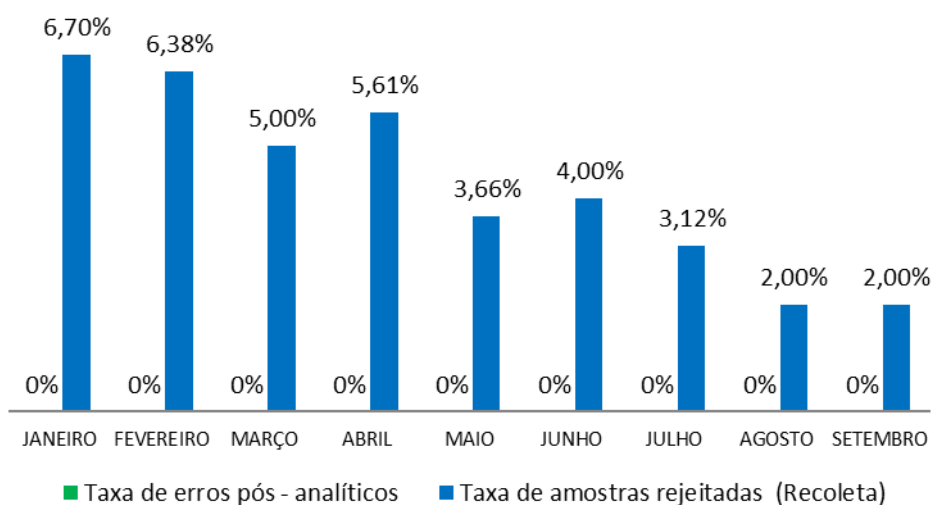
*Houve alteração da nomenclatura de indicador de resposta resultados críticos.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Em setembro observou-se elevação do percentual de recoletas em determinados procedimentos. Foram implementadas ações de delimitação de coletoras e realização de reciclagem da equipe. As coletas realizadas pelas auxiliares têm

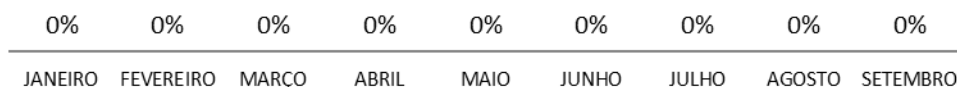
demonstrado eficiência e qualidade; entretanto, o aumento está relacionado às coletas realizadas pela equipe de assistência. O indicador permanece em observação, e um novo treinamento poderá ser solicitado caso o percentual apresente nova elevação.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



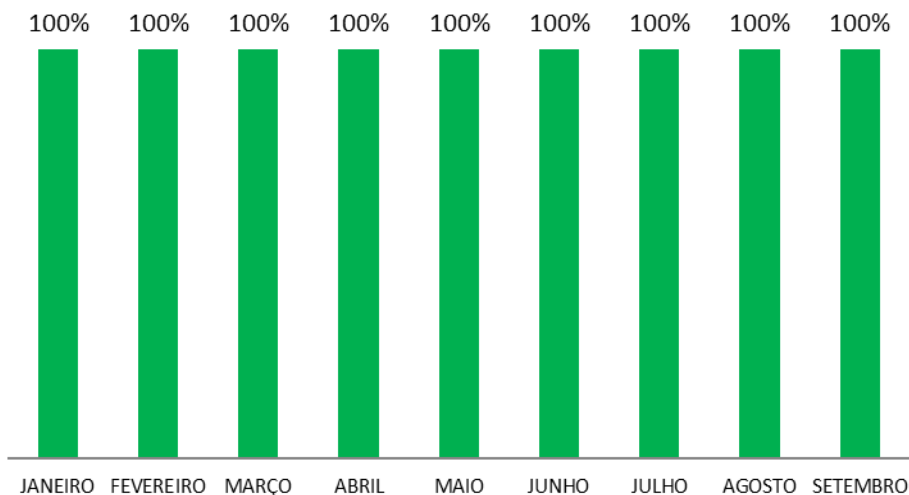
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



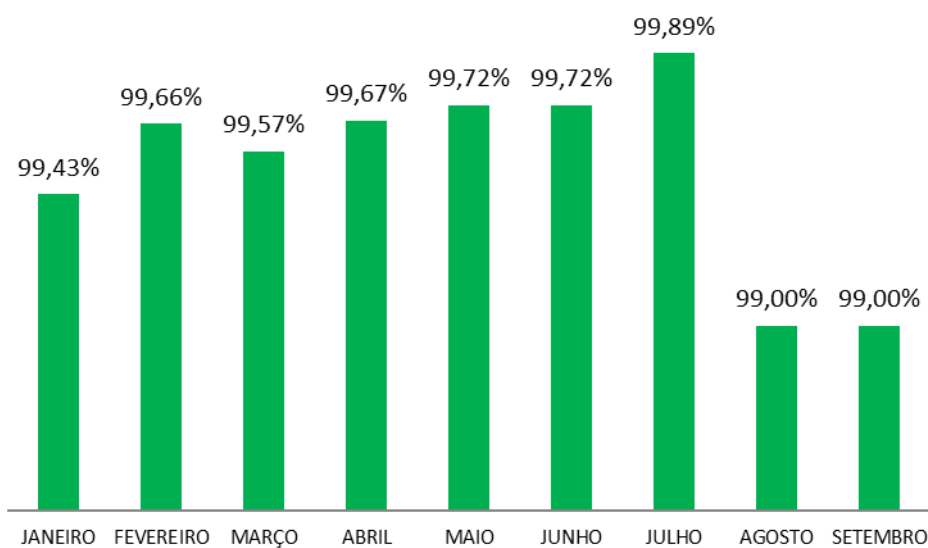
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



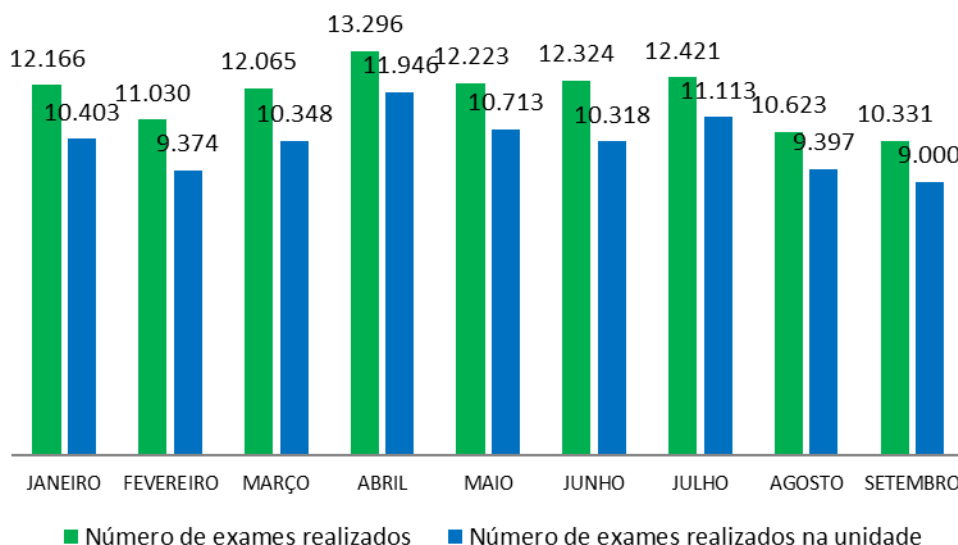
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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	SETEMBRO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%	0,36%	0,50%	0,25%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92	3,88	4,64	3,96
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97	33,66	38,21	33,36	41,61	35,87
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%	11,69%	19,35%	8,57%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%	1,88%	3,95%	3,00%	2,60%	4,03%	1,43%
Giro leito institucional	<5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70	0,83	0,67	0,75
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520	5735	5735	5576
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131	154	124	140
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18	18	24	12
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0	2	0	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	SETEMBRO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%	0,26%	0,48%	0,13%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21	1,07	0,90	1,11

Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61	9,06	13,86	10,89
Taxa de óbito institucional	< 15%	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%	6,84%	7,19%	6,67%	4,80%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%	0%	0,95%	0%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34	3,06	2,10	2,50
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358	1386	1455	1361
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500	1550	1550	1500
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117	153	105	125
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8	11	3	6
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1	0	2	0	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	SETEMBRO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%	0,36%	0,41%	0,41%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52	3,01	3,84	2,75
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17	3,88	4,21	3,85
Taxa de óbito institucional	< 15%	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%	4,35%	4,44%	6,49%	4,40%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%	2,31%	2,65%	3,33%	3,90%	2,20%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45	4,50	3,85	4,55
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357	349	324	350
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600	620	620	600
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69	90	77	91

Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3	4	5	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1	0	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	SETEMBRO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%	1,16%	1,12%	0,68%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16	2,80	2,73	2,48
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78	4,66	4,76	5,03	3,52
Taxa de óbito institucional	< 15%	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%	2,44%	12,50%	2%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%	2,44%	2,50%	0%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10	4,40	4,10	4,00	5,00
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205	195	201	176
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300	310	310	300
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44	41	40	50
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2	2	1	5	1
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	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	SETEMBRO
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%	2,65%	0%	0%	0%

Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64	7,89	5,57	7,83	6,80	8,20
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71	503,67	300,10	591,00
Taxa de óbito institucional	< 70 %	33,33%	62,50%	40,00%	57,14%	44,44%	71,43%	33,33%	60,00%	20,00%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	11,11%	0%	1,05%	0%	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	0,05
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931	3022	3001	2955
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970	3069	3069	2996
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7	19	10	5
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1	2	6	1
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	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	SETEMBRO
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0	0	0	0	20,73	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	466,50	496,50	527,50	527,5	588,50	530,00	614,17
Taxa de óbito institucional	<100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	100%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0	0	0	0	0,17	0
Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180	186	180	186	179	180

Número de leito dia	neutro	186	168	186	180	186	180	186	186	180
Número de saídas	Quant o maior, melhor	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Número de óbitos + 24 horas	Quant o menor, melhor	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Número de óbitos - 24 horas	Quant o menor, melhor	0	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

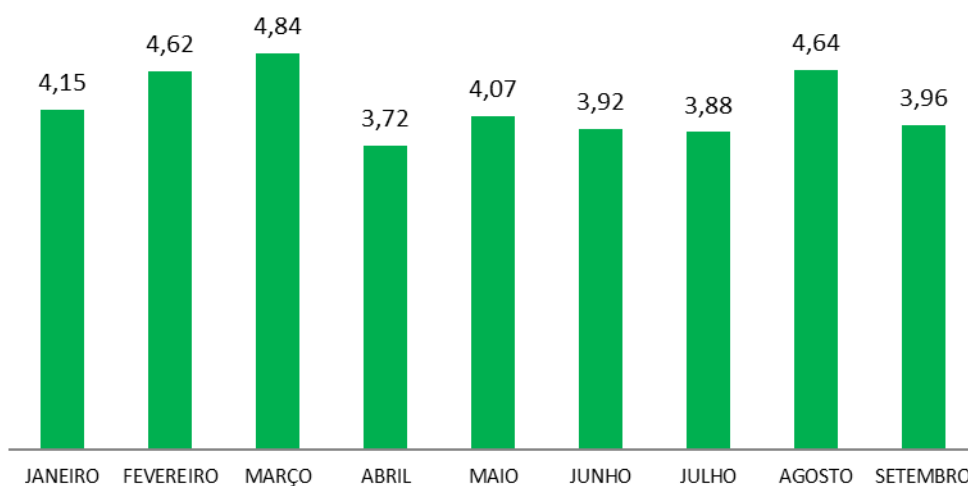
A redução do número de óbitos está relacionada à maior adesão da equipe multiprofissional aos protocolos institucionais, ao fortalecimento das ações de segurança do paciente, ao acompanhamento rigoroso dos indicadores assistenciais e à capacitação contínua das equipes, fatores que contribuíram para a melhoria da qualidade assistencial e para desfechos clínicos mais favoráveis. Observou-se também a diminuição do intervalo de substituição de leitos, a redução do tempo médio de permanência dos pacientes e o aumento do giro de leitos, refletindo maior eficiência na gestão hospitalar e na organização do fluxo de atendimento.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



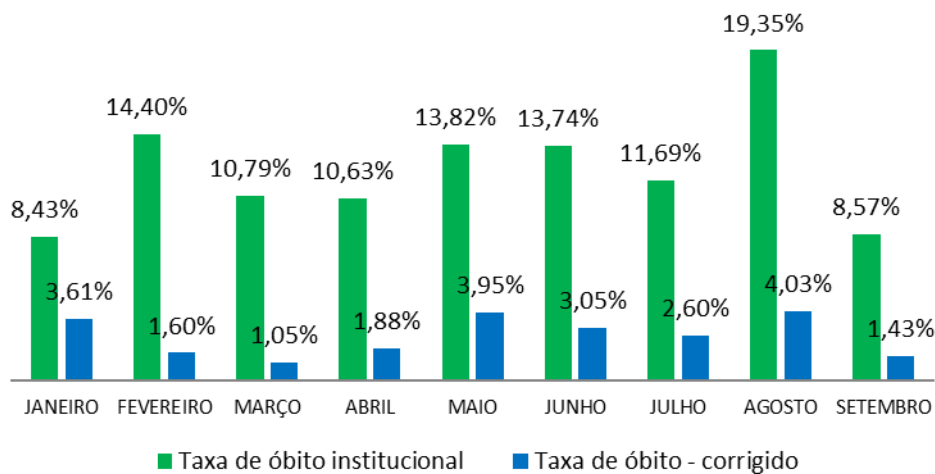
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

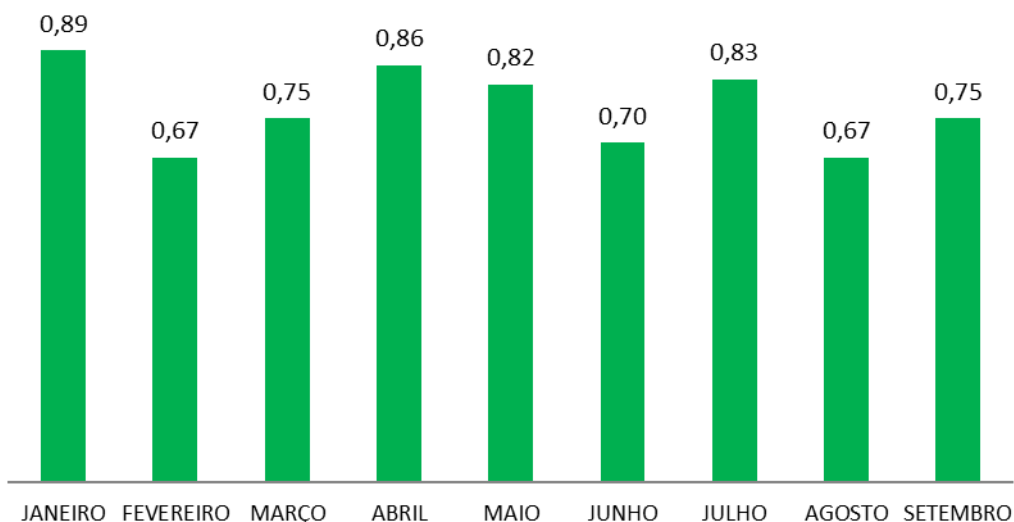
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

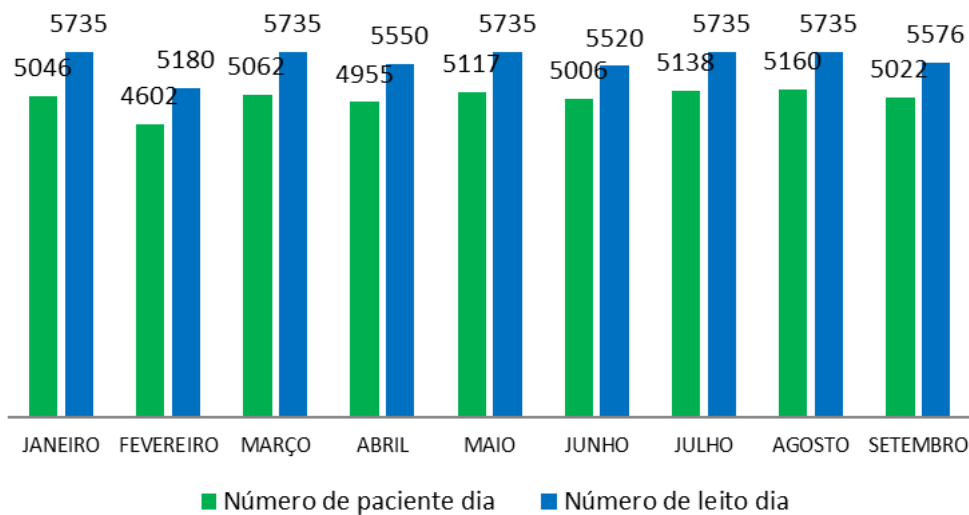
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



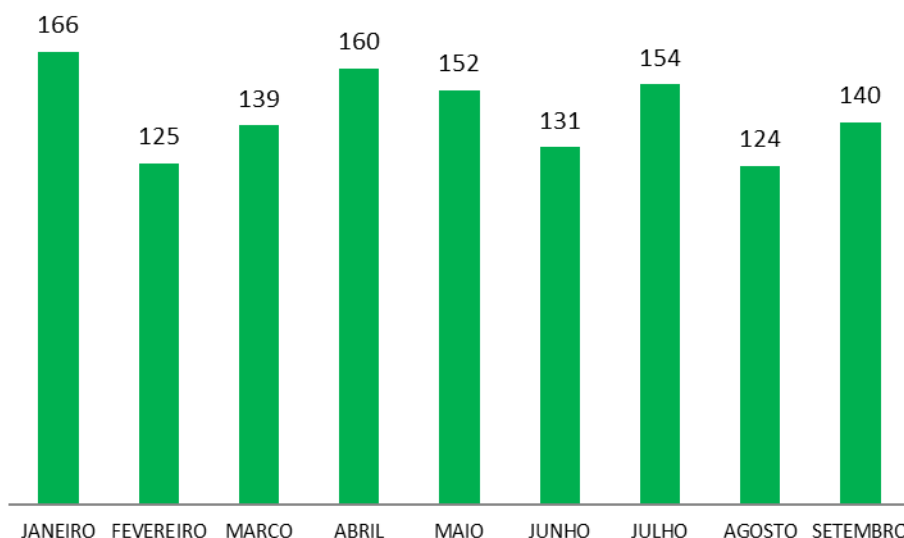
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



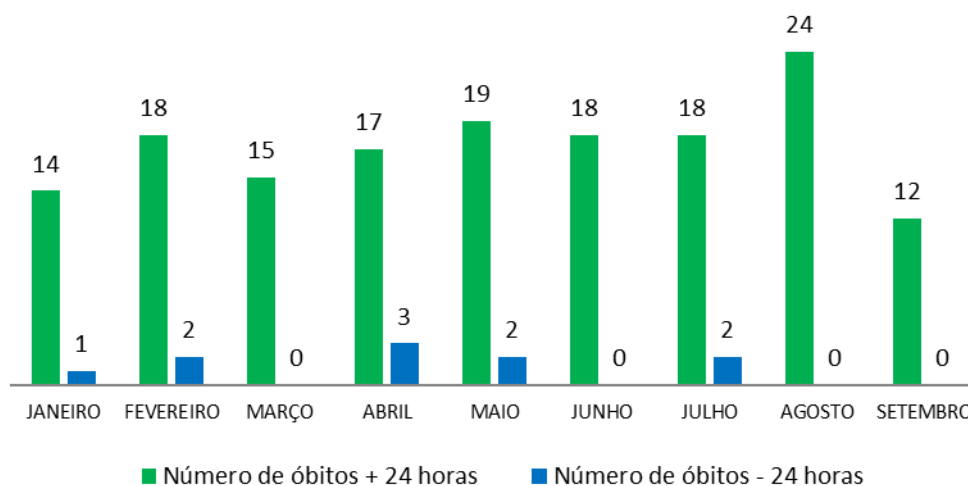
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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	SETEMBRO
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%	95%	98%	93%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%	90%	100%	97%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361	3480	3620	3211
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125	152	118	129
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95	117	102	139
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378	23965	23945	24291
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013	1255	975	839

Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482	11140	11246	10709
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%	31%	31%	30%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%	37%	36%	34%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%	9%	10%	10%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%	23%	23%	26%

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	SETEMBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732	7707	7880	7934
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%	36%	40%	31%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%	34%	31%	30%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%	12%	10%	13%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%	18%	19%	26%

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	SETEMBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	734	1477	1452	1463	1437	1348	1566
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%	22%	33%	38%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%	43%	32%	28%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%	21%	9%	5%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%	14%	26%	29%

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	SETEMBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	1674	1186	1019	863	966	919	906
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%	19%	38%	41%	42%	26%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%	34%	38%	32%	28%	16%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%	19%	9%	9%	7%	14%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%	28%	15%	18%	23%	44%

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	SETEMBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140	13669	13612	13727
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%	30%	30%	30%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%	37%	36%	35%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%	6%	9%	10%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%	27%	25%	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	SETEMBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180	186	186	186
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%	19%	17%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%	60%	64%	77%

Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%	3%	2%	0%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%	18%	17%	6%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

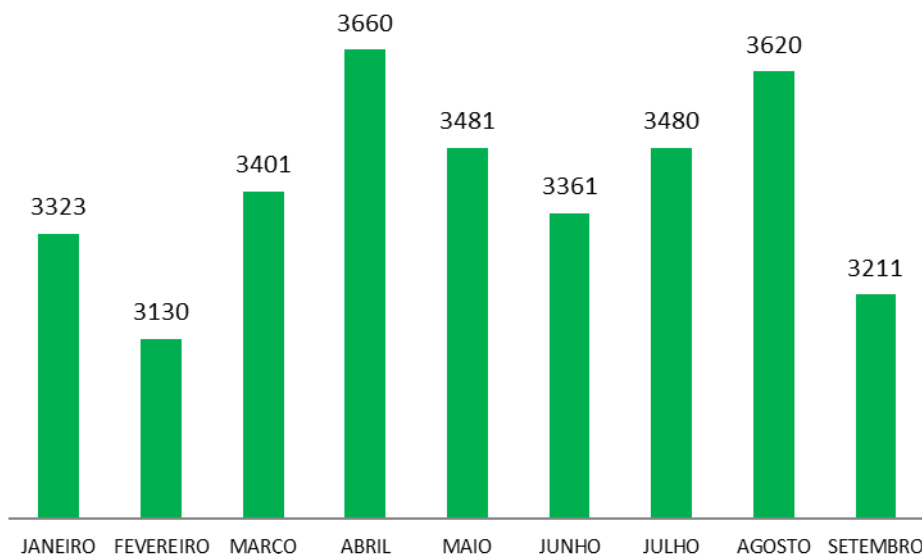
Em setembro não alcançamos a meta de obesidade geral devido ao perfil dos pacientes admitidos, em sua maioria com mobilidade reduzida, o que limita o gasto energético, além de já ingressarem na unidade apresentando obesidade.

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 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.

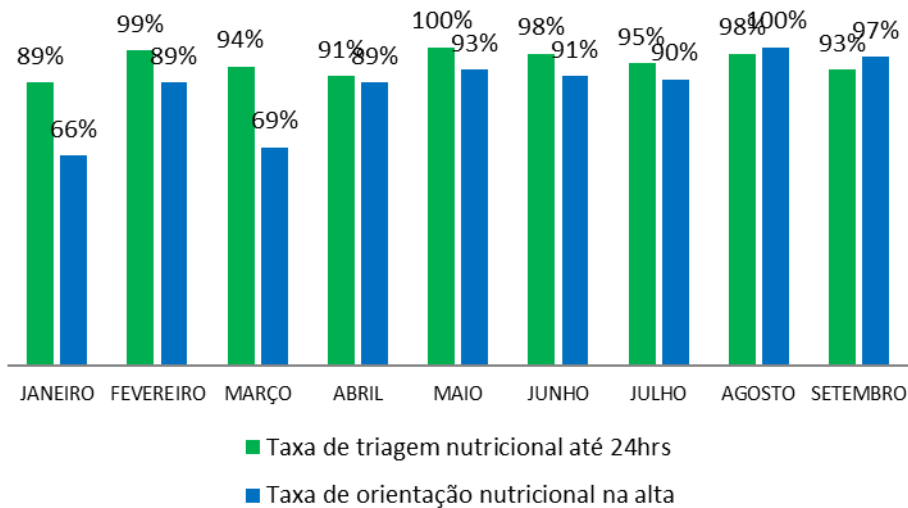
Quanto à taxa de triagem nutricional, o não cumprimento da meta neste mês está relacionado a fatores como: admissões noturnas com altas ou óbitos em menos de 24 horas, realização de procedimentos externos logo após a admissão e grande número de atendimentos de colaboradores em casos de urgência/acidente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

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



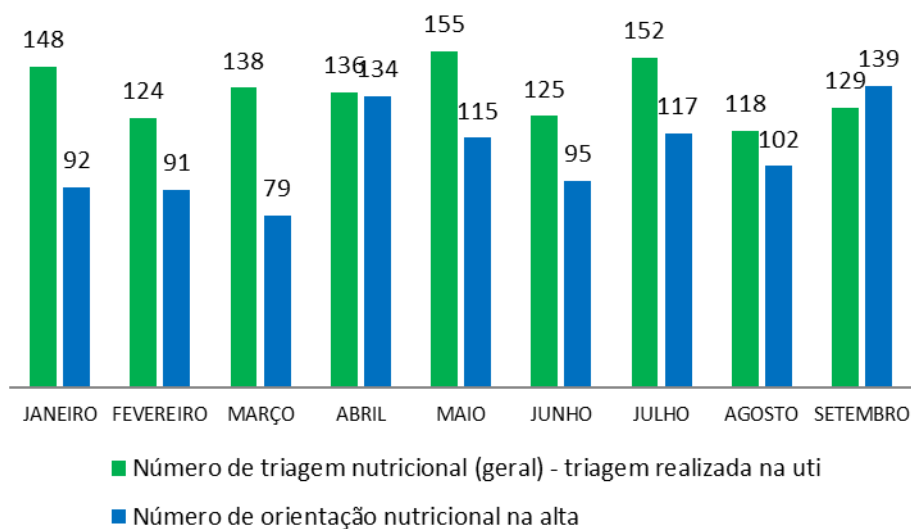
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



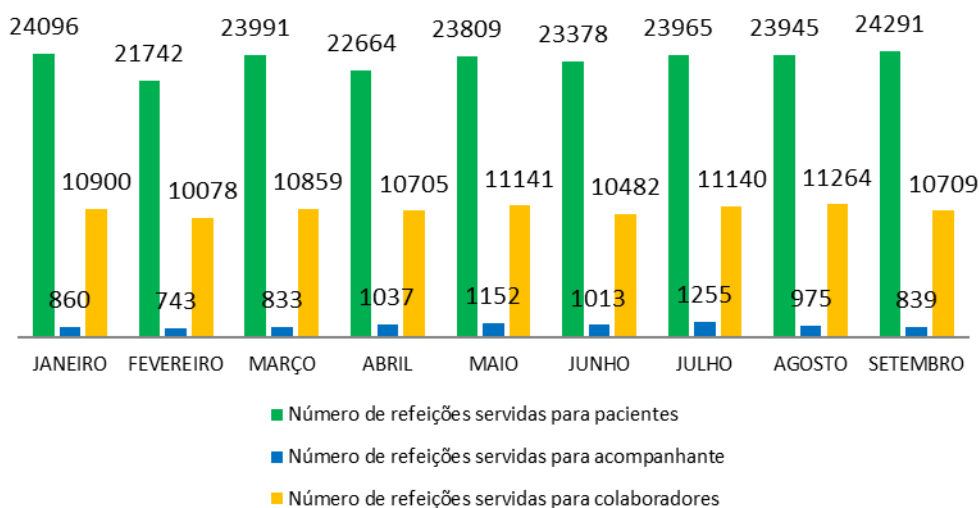
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



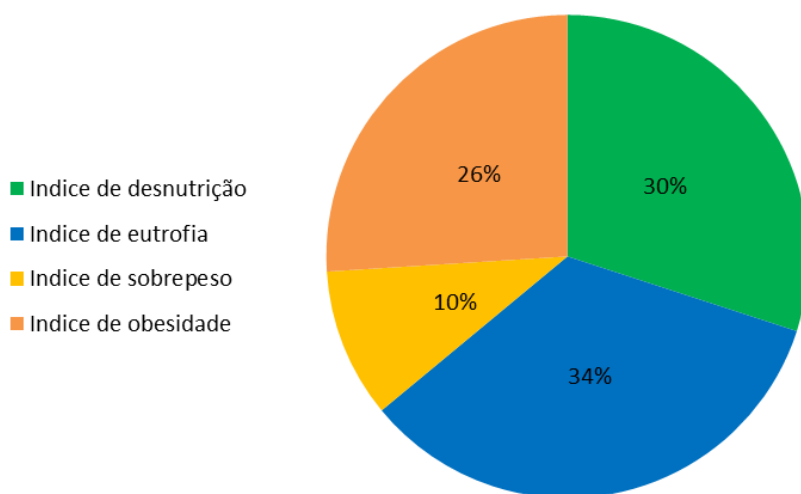
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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	SETEMBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	97%	97%	98%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%	95%	96%	98%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%	96%	97%	98%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374	21714	23784	21259	22019	20431	20083
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873	13311	14626	13040	13334	12409	12095
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501	8260	9158	8219	8685	8022	7888
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 mnrr*	> 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	SETEMBRO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	92%	96%	86%	95%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94%	96%	94%
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 mnrr*	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	SETEMBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	99%	100%

Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	97%	100%
Número de intubações	M/R	2	5	3	5	10	4	6	6	6
Número de extubações	M/R	1	4	0	3	5	0	1	2	5
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	2	2	1	3	3	2	3	1	1
Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	3	2	4	2
Média de pacientes nebulizados*	M/R	1	0	0	1	1	1	1	0	1
Média de pacientes em mnir*	M/R	1	1	1	1	1	1	0	0	1

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	SETEMBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%	98%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	84%	100%	100%	93%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%	98%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1	1	1	0	1
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	0	0	1	1	1	1	2	1	0

Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	1	1	2	1
Média de pacientes nebulizados*	M/R	0	0	1	0	0	1	1	1	0
Média de pacientes em mnrr*	M/R	1	0	1	1	1	0	0	1	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	SETEMBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	9	5	10	6	4	6	6	8	7
Média de pacientes em cno2*	M/R	7	4	7	5	6	3	2	2	4
Média de pacientes nebulizados*	M/R	5	5	5	3	2	3	2	4	3
Média de pacientes em mnrr*	M/R	0	1	0	0	0	2	0	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	SETEMBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	98%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de intubações	M/R	3	0	0	0	0	1	1	0	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 mnr	M/R	0	1	0	0	0	0	0	0	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

No mês de setembro, o setor de Fisioterapia apresentou variação nos indicadores analisados. De forma geral, a taxa de alta funcional manteve-se acima da média, porém alguns pontos específicos requerem atenção e ações corretivas para assegurar a melhoria contínua dos resultados.

A Taxa de Avaliação Fisioterapêutica atingiu 98%, ficando 2% abaixo da meta estabelecida de 100%. Esse resultado decorreu da não realização de uma admissão na unidade Colibri e outra na unidade Bem-te-vi dentro do prazo previsto.

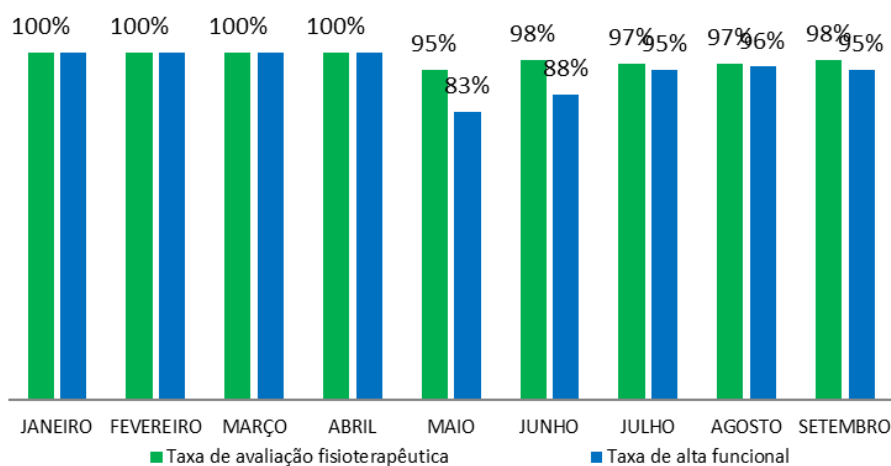
A Taxa de Alta Funcional foi de 95%, 5% abaixo da meta. Esse desempenho foi impactado pelo esquecimento de duas orientações de alta por parte dos colaboradores responsáveis, o que comprometeu a qualidade do processo. Para corrigir essa situação, os colaboradores receberam orientações individuais reforçando a importância de seguir todas as etapas da alta de forma criteriosa.

A média de pacientes traqueostomizados ficou 1 ponto acima da média habitual, em razão do aumento de casos tanto na pediatria quanto no setor adulto. Essa demanda elevada exige maior atenção e adequada alocação de recursos da equipe, podendo comprometer a disponibilidade para outros atendimentos. Como ação corretiva, foi realizada uma revisão da distribuição de recursos, além da consideração de ajustes

no quadro de profissionais, garantindo que a demanda crescente seja atendida sem prejuízo da qualidade do atendimento.

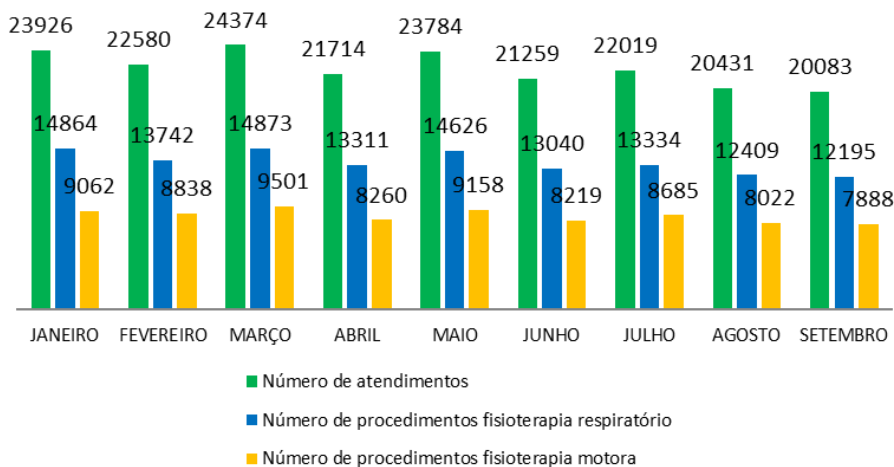
Apesar da taxa de alta geral estar acima da média, os indicadores evidenciam oportunidades para aprimorar processos e corrigir falhas pontuais. As ações implementadas têm demonstrado eficiência nos atendimentos, promovendo segurança no cuidado ao paciente e fortalecendo a qualidade assistencial do setor.

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



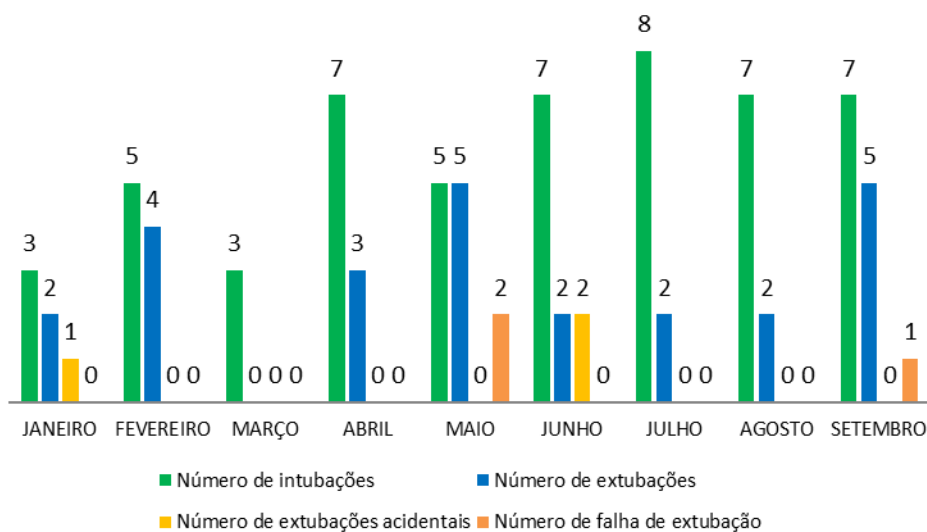
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



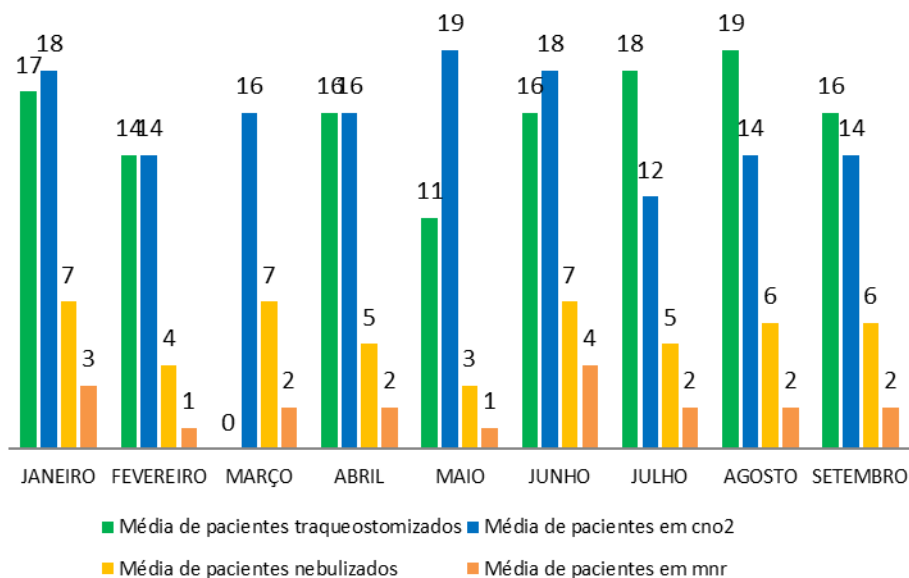
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	SETEMBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%	94%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%	93%	98%	99%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	3	11	8	4	7	9	4	7	5
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7	5	13	10

Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60	28	28	100%
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8	5	6	100%
Taxa de evasão	<3%	1,20%	0,80%*	0%	0%	0%	0,76%*	1,30%	0,81%	100%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%	0%	0%	2,19%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%	93%	67%	100%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1	2	1	100%
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0	0	0	100%

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	SETEMBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%	98%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86 %	93%	99%	99%
Índice de atendimento a casos de violência	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6	3	5	2
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3	3	11	10
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0	1	2	1
Número de ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3	1	4	3
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0,83%	1,25%	0%

Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3,08%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%	89%	82%	57%	100%
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	SETEMBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	94%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%	91%	86%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	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%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%	88%	90%	60%	100%
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	SETEMBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	97%	100%	93%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	2	1	1	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0	1	1	0	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%	100%	60%	100%
Número de evasões	< 4	0	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	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	SETEMBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%	80%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	67%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1	1	1	12

Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60	15	15	12
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2	3	2	28
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%	100%	100%	86%	0%
Número de evasões	< 4	0	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	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

No mês de setembro, o desempenho do setor de Serviço Social foi altamente positivo, refletindo elevados níveis de eficiência e qualidade nos processos de admissão e alta planejada. Os resultados demonstram o comprometimento da equipe com o cumprimento das metas e a realização de um trabalho detalhado e minucioso.

A Taxa de Admissão atingiu 100%, com todas as admissões realizadas de forma completa e precisa. As descrições foram elaboradas de maneira detalhada, evidenciando a atenção e o cuidado da equipe. Todas as admissões, incluindo as duas reinternações, foram acompanhadas dentro dos prazos estabelecidos, sem registros significativos de atrasos além da tolerância permitida. Esse indicador reflete a excelência no processo de admissão, assegurando um atendimento integrado e de qualidade desde o início do acompanhamento do paciente.

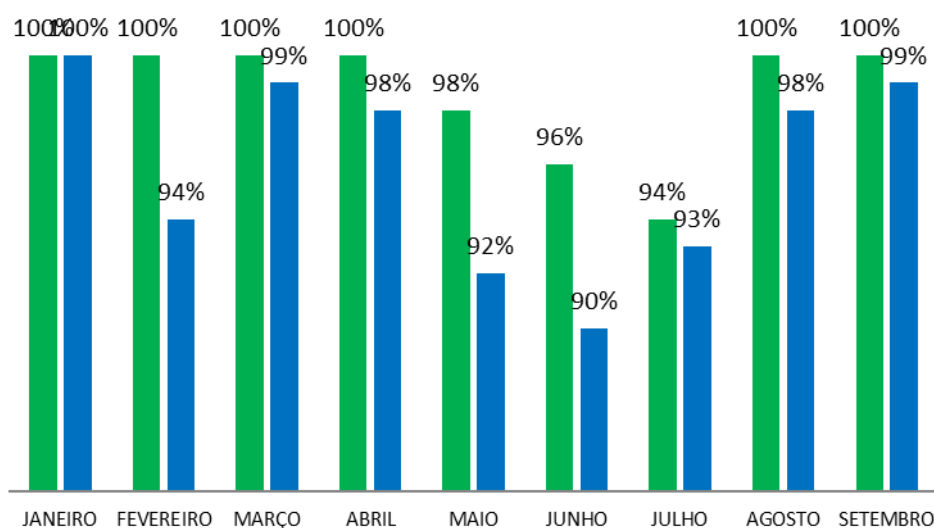
A Taxa de Alta Planejada apresentou desempenho de 99%, ligeiramente abaixo da meta de 100%, em razão de apenas uma alta não realizada. As razões para essa ocorrência não foram claramente identificadas, e os horários de saída das altas ocorreram por volta das 10 horas da manhã. Apesar de ser um desvio pequeno, ele será analisado para evitar recorrências futuras, garantindo que todos os casos sejam tratados com o mesmo rigor e eficiência.

Vale destacar que os indicadores de Taxa de Encaminhamentos a Recursos Externos e Taxa de Identificação de Necessidades Especiais foram descontinuados a partir de setembro de 2025, devido ao perfil dos pacientes atendidos pelo setor, sendo removidos do relatório a partir desta data.

De maneira geral, o Serviço Social demonstrou desempenho exemplar em setembro. O acompanhamento rigoroso das admissões e o cuidado meticuloso nos processos

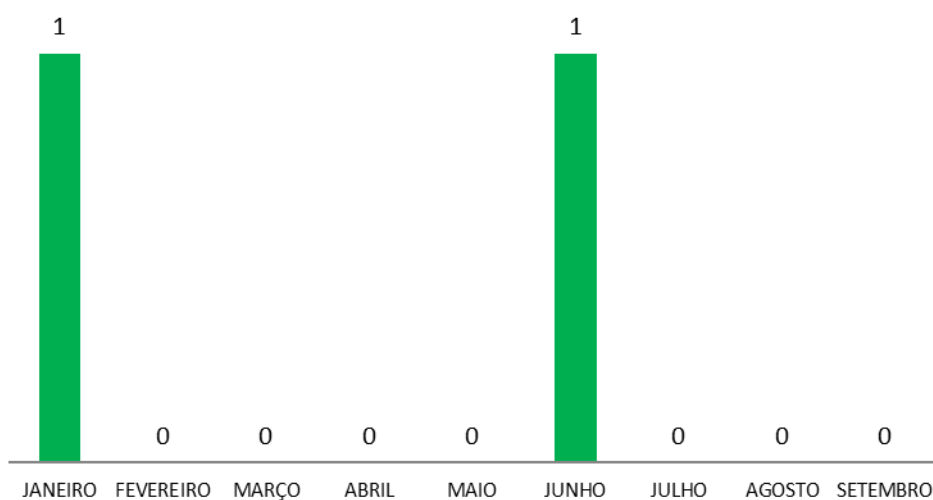
de alta refletem a dedicação e competência da equipe. Para o próximo período, o foco será manter os altos padrões atingidos e implementar melhorias pontuais, eliminando pequenos desvios e consolidando ainda mais a qualidade do atendimento prestado.

Gráfico 54 – Taxa de avaliação e altas planejadas (Geral Hospitalar)



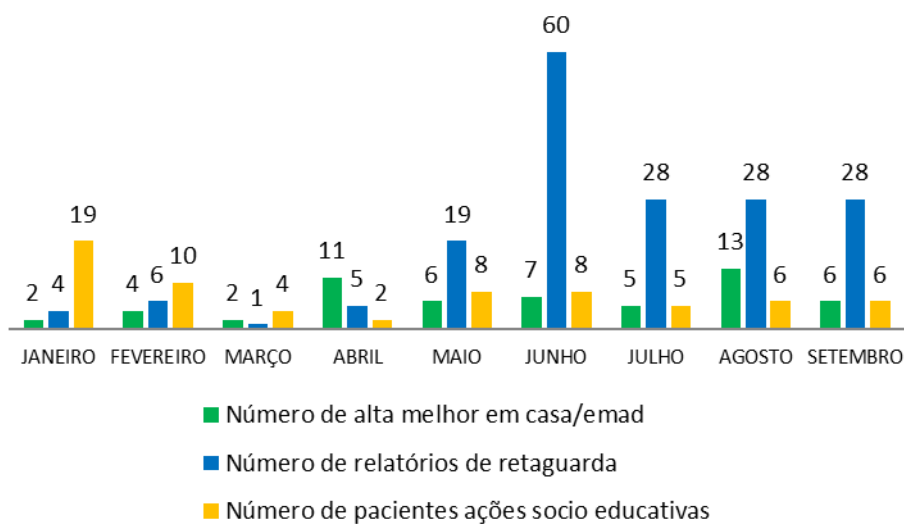
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



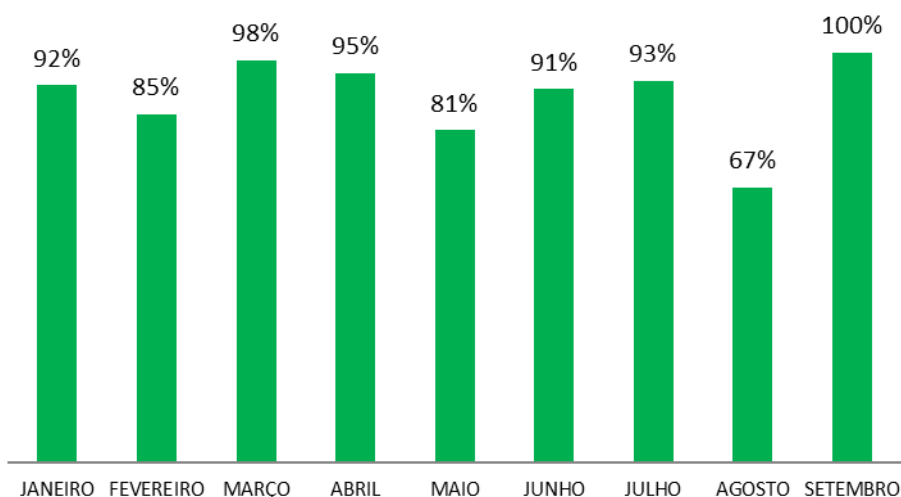
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 56 – Número de altas , relatórios de retaguarda e ações socio educativas (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

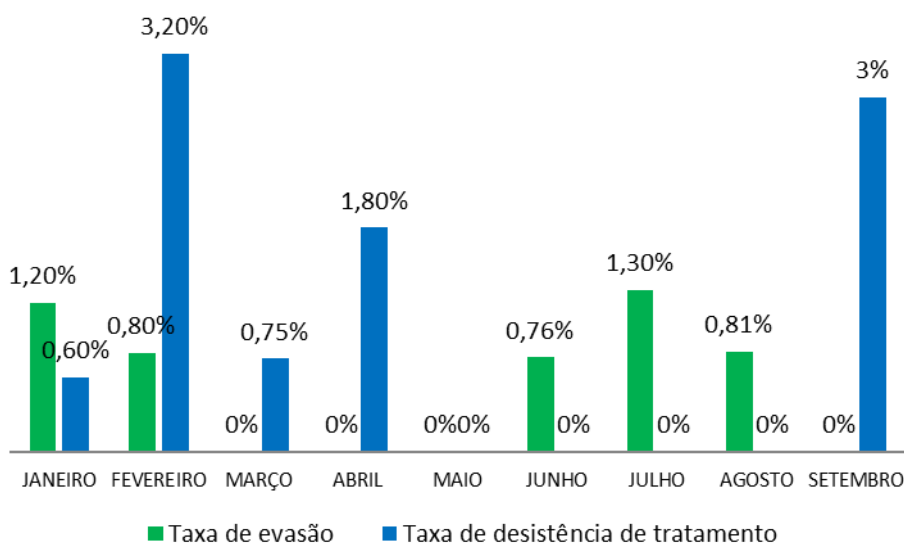
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

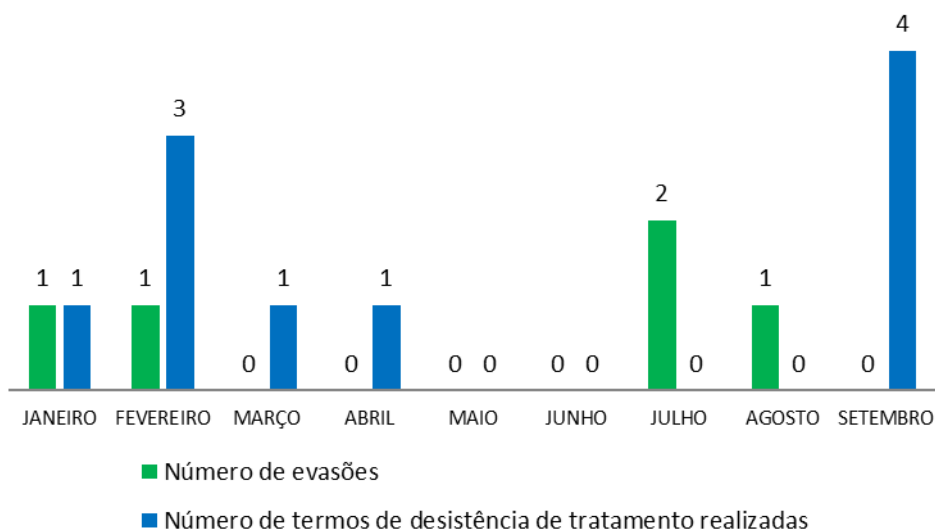
Período de atendimento (07 as 19hrs)

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.

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	SETEMBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%	71%	84%	86%

Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2	3	2	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%	100%	90%	90%	90%	80%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%	87%	82%	90,80%	94,50%
Número de atendimentos familiares	> 25	68	18	56	24	17	14	28	35	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5	10	20	17	9
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9	1	0	3	2
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7	9	16	11	25	13	9
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,50%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	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	5
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5	11	5	18	10

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Meta do indicador número de atendimentos familiares alterada conforme produção e análise do setor.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%	65%	79%	89%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40	2	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%	86%	85%	87%	85%
Número de atendimentos familiares	> 25	32	8	12	3	9	12	12	15	12
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4	9	13	15	6
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4	0	0	1	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8	8	10	9	4
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	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	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2	3	6	1	3	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%	68%	85%	87%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2	2	11	14
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%	79%	100%	80%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5	5	10	12	14
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2	2	1	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0	0	0	1

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	SETEMBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%	56%	71%	85%	98%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	0	4	7	6
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%	75%	60%	86%	80%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2	4	3	5	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0	1	3	1	2
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1	0	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2	2	3	3	3
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	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	1

Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3	0	0	3	0	15	1
--	-----	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%	80%	67%	63%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8	1	25	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%	50%	67%	75%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1	1	1	3	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1	2	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1	0,00	2	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4	2	2	0	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,58%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%	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	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0	1	3	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

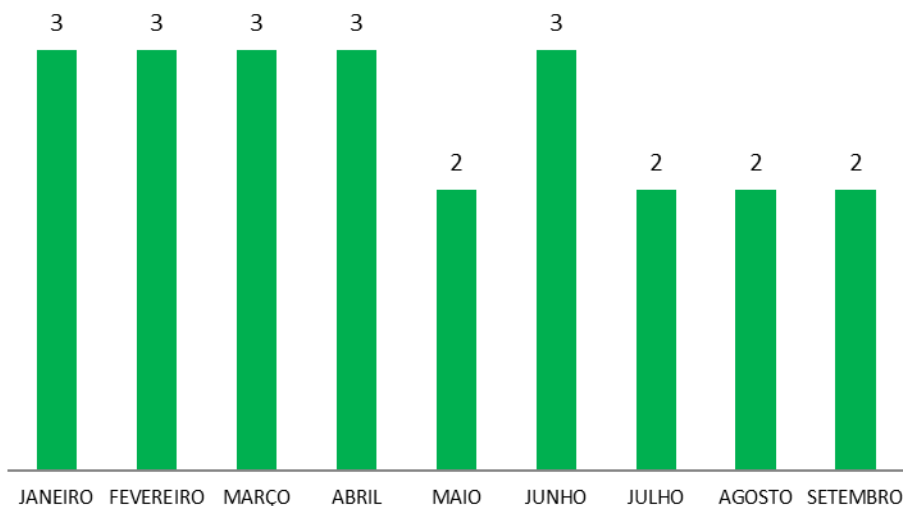
Em setembro, o setor de Psicologia apresentou melhora em relação ao mês anterior, embora alguns desafios ainda precisem ser tratados para alcançar plenamente as metas estabelecidas.

A Taxa de Avaliação Psicológica Inicial atingiu 86%, abaixo da meta de 100%. Apesar de algumas admissões terem sido consideradas dentro da margem de tolerância, 19 avaliações não foram realizadas dentro do prazo, distribuídas da seguinte forma: 2 na unidade Colibri, 1 na unidade Sabiá, 1 na unidade Retaguarda, 9 na unidade Beija-Flor e 6 na unidade Bem-te-vi. Esses atrasos podem comprometer o início adequado do acompanhamento psicológico, impactando a eficácia das intervenções terapêuticas. Para corrigir a situação, foi realizada uma reunião com a equipe, na qual foram discutidas as principais dificuldades e propostas de melhorias, visando maior organização e pontualidade nas avaliações futuras.

A Taxa de Alta Terapêutica alcançou 94,5%, acima da meta estabelecida de 90%. Foram identificados atrasos em 14 altas, distribuídas da seguinte forma: 2 na unidade Beija-Flor, 2 na unidade Bem-te-vi, 4 na unidade Colibri, 1 na unidade Sanhaçu e 5 na unidade Colibri. Esses atrasos podem afetar a continuidade do cuidado e a satisfação dos pacientes, já que o encerramento adequado e no tempo correto é parte essencial da qualidade do atendimento. Durante a reunião com a equipe, reforçou-se a importância do cumprimento dos prazos para altas, com o objetivo de otimizar os processos relacionados a esse procedimento.

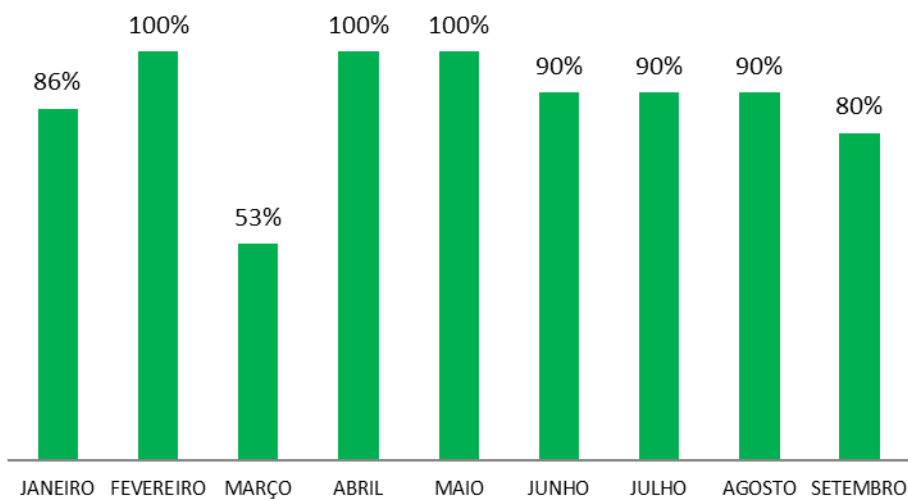
De forma geral, o setor demonstra empenho na melhoria contínua, com ações voltadas para aumentar a pontualidade nas avaliações e assegurar a excelência no cuidado psicológico prestado aos pacientes.

Gráfico 60 – Índice de intervenções



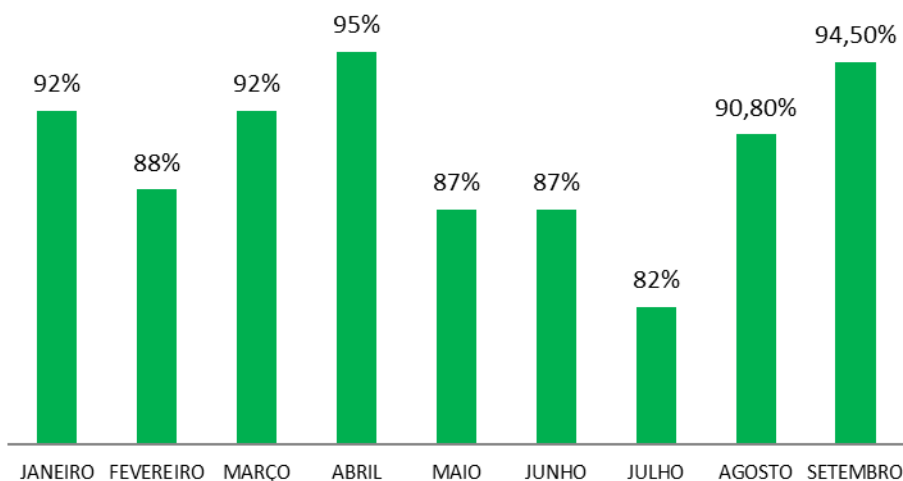
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61 – Taxa de intervenções



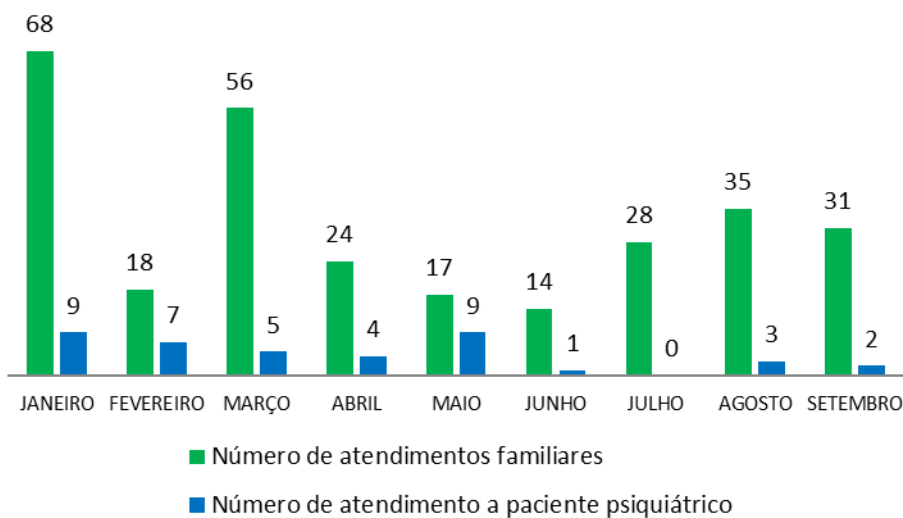
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica



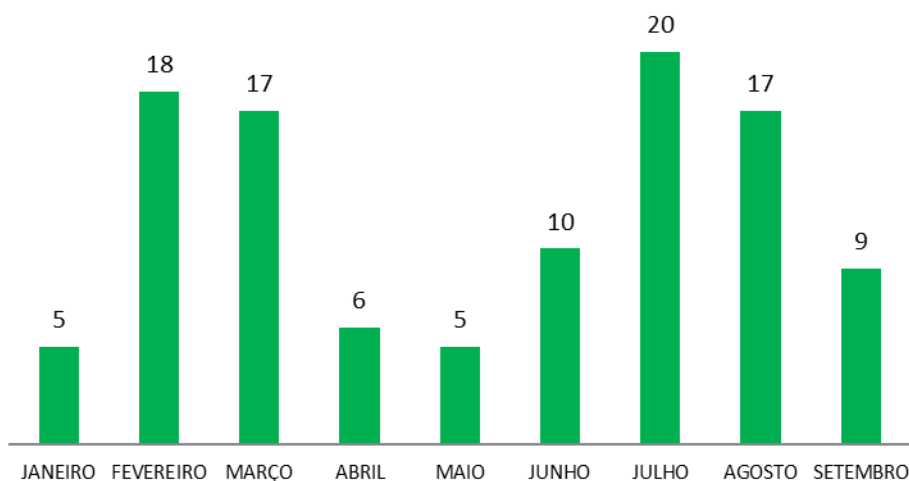
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Número de atendimentos



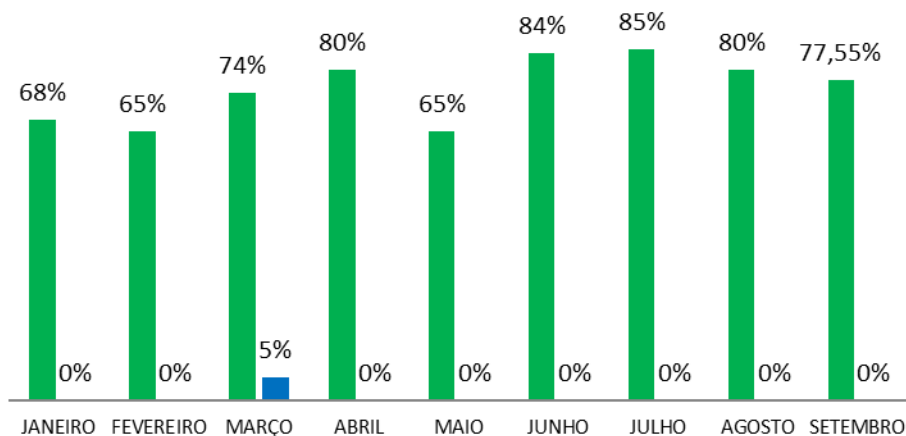
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

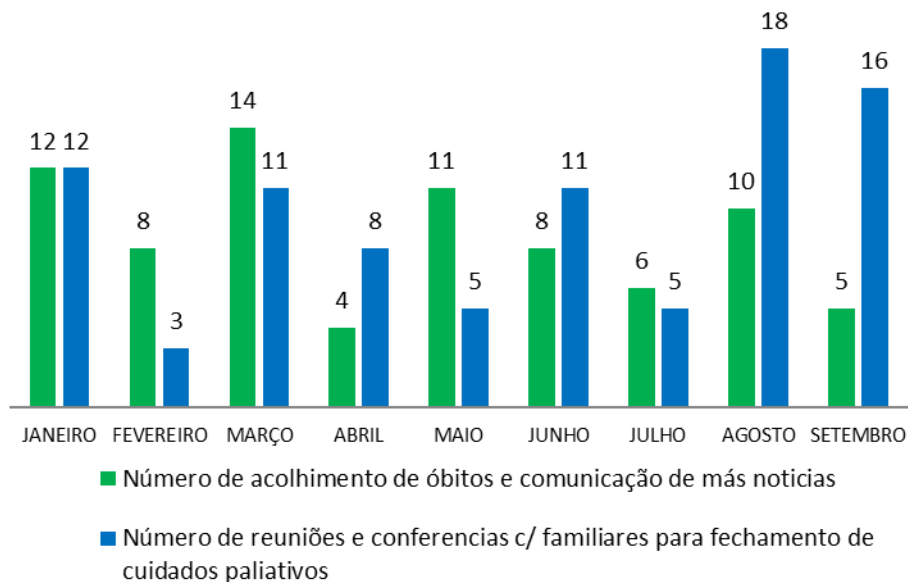
Gráfico 65 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social



■ Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)
■ Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 66 – 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	SETEMBRO
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%	65%	64%	50%
Índice de intervenções fonodiológicas realizada*	M/R	2	2	2	2	2	2	1	1	1
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%	0%	21,05%	0%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%	100%	96.15%	68,20%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%	0%	15,78%	12,50%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%	11%	21%	7,14%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111	84	76	41
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46	37	36	29
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3	7	7	3
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27	3	2	7

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Indicador inserido nesta competência.

ANÁLISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

No mês de setembro, o setor de Fonoaudiologia apresentou desempenho abaixo das metas estabelecidas, refletindo limitações operacionais e sobrecarga de trabalho.

A Taxa de Avaliação Fonoaudiológica Inicial ficou em 50%, significativamente abaixo da meta esperada. Esse resultado decorreu do número reduzido de admissões realizadas e de 8 admissões fora do prazo, com atrasos de aproximadamente 1 dia, consequência da alta demanda e da sobrecarga da única profissional disponível. Como ação corretiva, recomenda-se a contratação de um segundo fonoaudiólogo para aumentar a eficiência do setor.

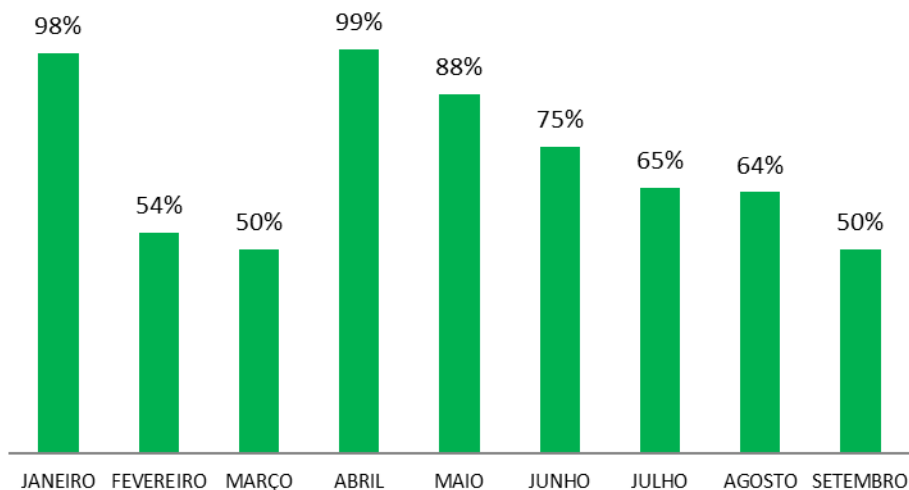
A Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração atingiu 68%, enquanto a meta prevista era de 90%. Esse desempenho insatisfatório foi impactado pela ausência da profissional titular em alguns plantões, sem cobertura adequada para dar continuidade ao atendimento. A contratação de outro profissional é essencial para corrigir essa situação.

Os registros de atendimentos e avaliações também ficaram abaixo do esperado, diretamente relacionados à indisponibilidade da profissional em determinados plantões. Apesar dessas limitações, a fonoaudióloga realizou 8 altas de pacientes entre as 46 obrigatórias previstas; porém, 4 desses pacientes tinham menos de 70 anos e não foram considerados no cálculo da Taxa de Alta Funcional.

Vale destacar que o indicador de Taxa de Pacientes com Indicação de Espessante foi descontinuado a partir de setembro de 2025, uma vez que a profissional não avalia todos os pacientes, tornando os dados não fidedignos e inadequados para mensuração.

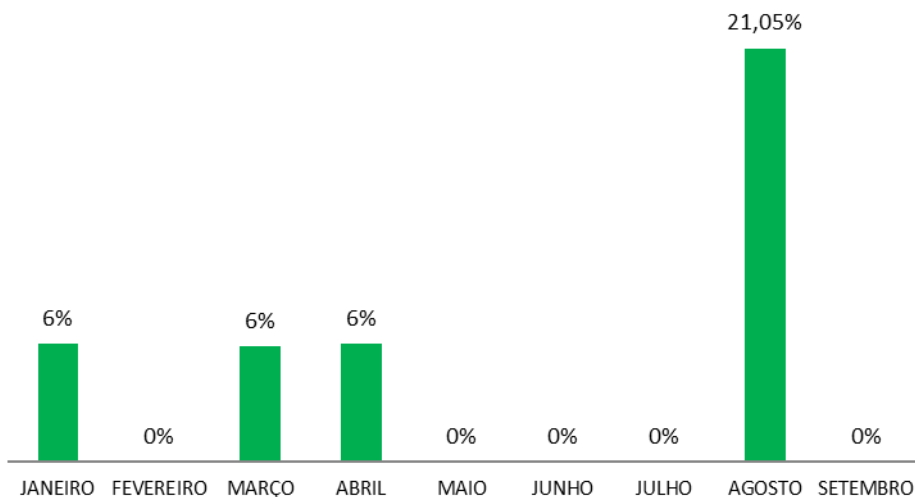
Em síntese, os desafios enfrentados reforçam a urgência de medidas estruturais para aprimorar a capacidade operacional e a qualidade do atendimento. A implementação das ações propostas, como a contratação de um segundo fonoaudiólogo, é essencial para garantir eficiência, segurança e continuidade dos cuidados prestados.

Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



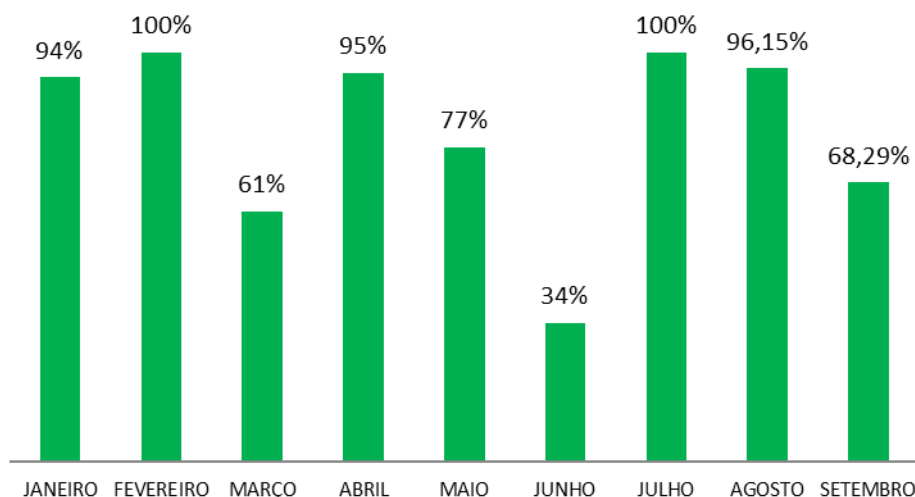
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 68 – Taxa de decanulados



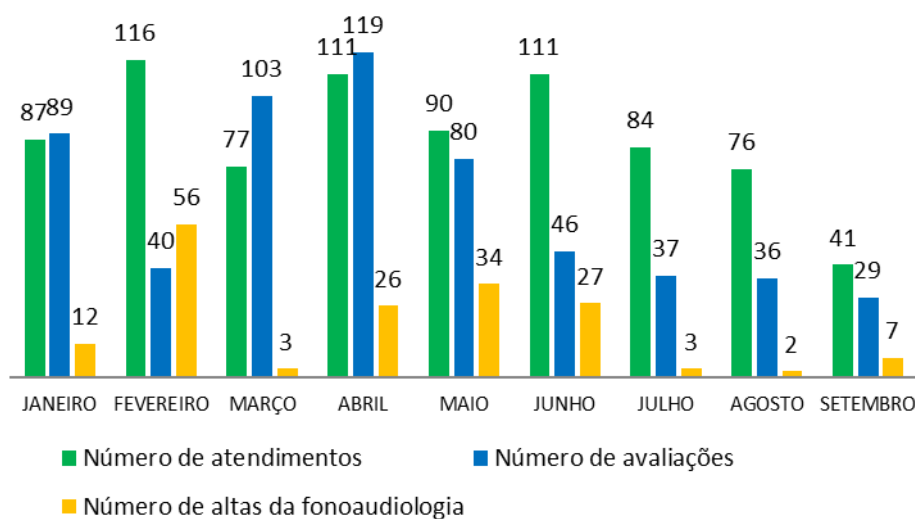
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



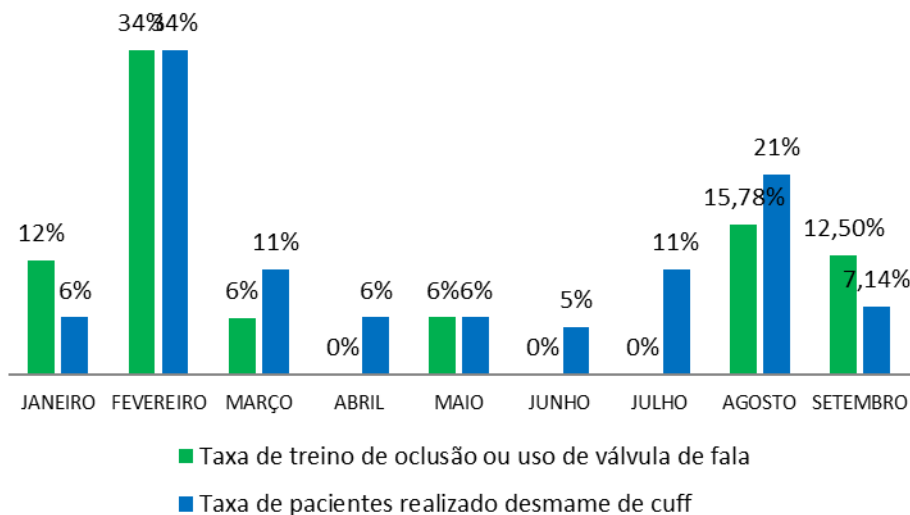
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações



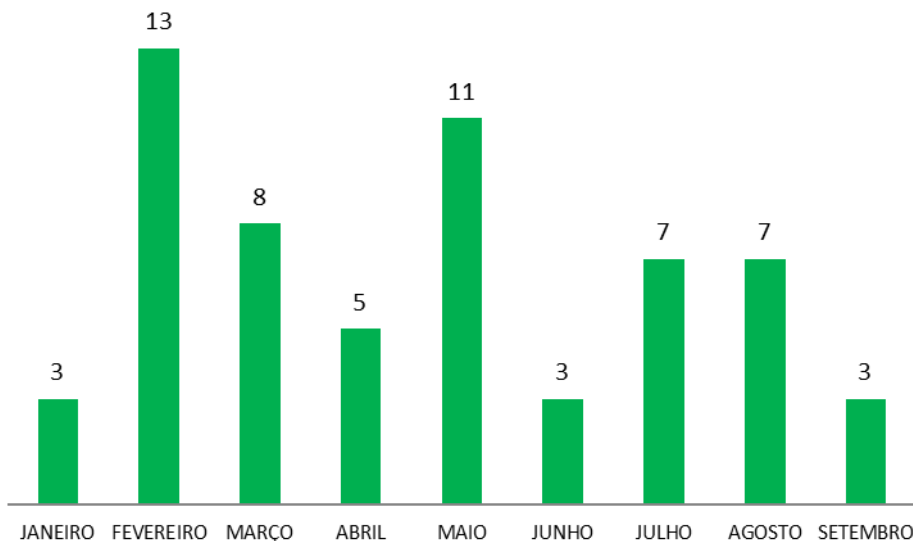
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71 – Taxa de pacientes: Cuff e Válvula de fala



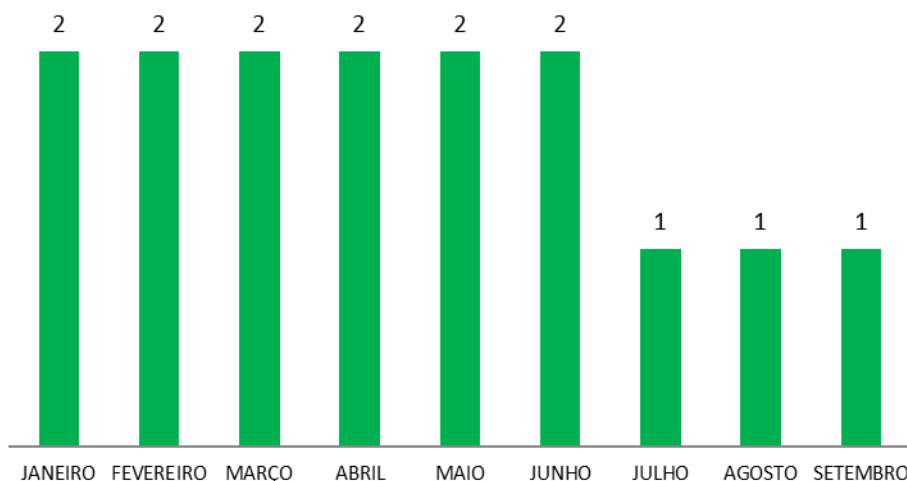
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 72 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

Gráfico 73 - 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	SETEMBRO
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	6	3	2	2
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	106	59	183	176
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4	4	12	6
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	6	2	9	5
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado em conjunto com a equipe multiprofissional	M/R	*	*	*	*	116	117	62	170	184
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	98	52	187	237

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

Durante o período analisado, os indicadores do setor de Terapia Ocupacional passaram por uma reestruturação, que será implementada a partir do próximo mês. O objetivo dessa mudança é garantir que os resultados efetivos do atendimento sejam refletidos de forma mais clara, objetiva e precisa, proporcionando uma visão realista da performance do setor.

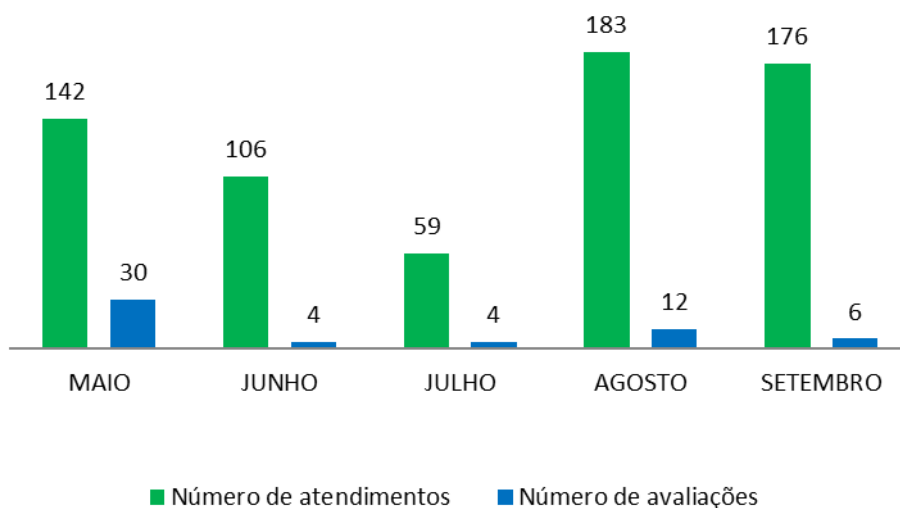
Em razão dessa reestruturação, os seguintes indicadores foram descontinuados:

- Taxa de Melhora na Independência Funcional
- Taxa de Intervenção em Cuidados Paliativos
- Taxa de Melhora na Qualidade de Vida
- Número de Altas da Terapia Ocupacional
- Número de Interações em conjunto com a equipe multidisciplinar

A decisão de descontinuar esses indicadores se deu porque os dados coletados não refletiam de forma fidedigna a efetividade do atendimento prestado, dificultando a análise precisa do desempenho do setor. Com a nova estrutura, espera-se que os indicadores remanescentes forneçam informações mais confiáveis e consistentes, permitindo uma avaliação objetiva da qualidade do cuidado, das intervenções terapêuticas e do impacto das ações da equipe de Terapia Ocupacional.

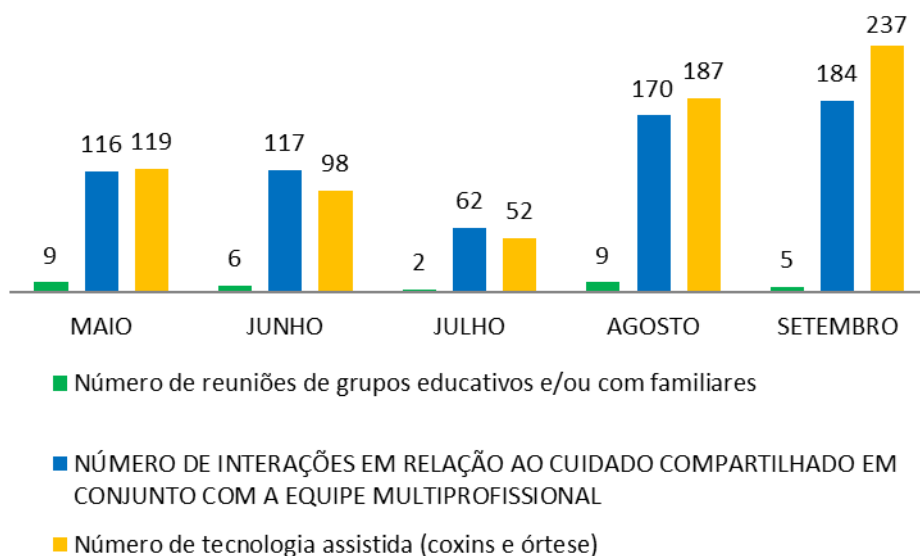
De forma geral, a reestruturação representa um avanço na gestão de indicadores, ao alinhar as métricas aos resultados reais e assegurar que os processos de monitoramento e avaliação apoiem efetivamente a melhoria contínua do serviço.

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O



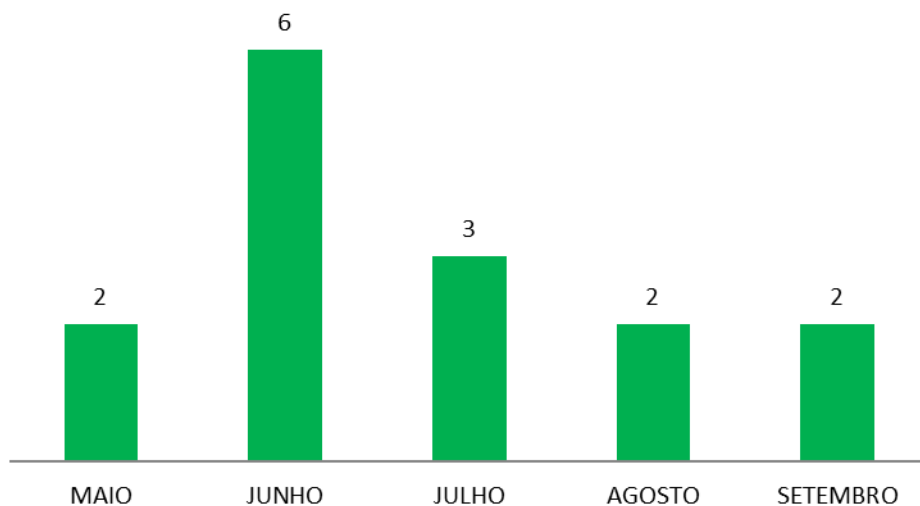
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas



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	SETEMBRO
Frequência de sessões de hipnoterapia	8	7*	7*	4	3	3	3	2	3	1
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8*	6*	2	3	3	3	2	3	2
Número de interação em conjunto com	6	4	0	0	0	2	3	8	2	3

equipe multidisciplinar**										
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94	105	106	125	120
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27	31	29	24
Consumo de cilindro o ²	M/R	1	1	1	2	1,5	2	2	2,5	2,4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

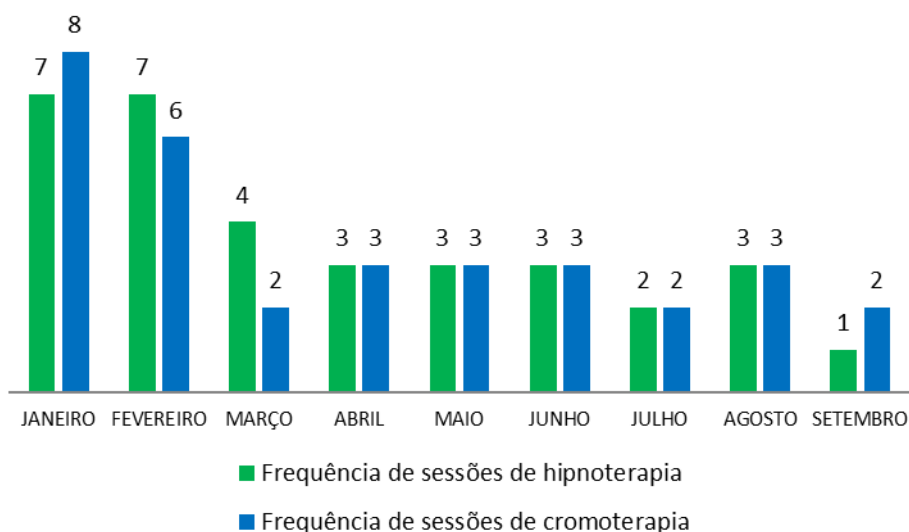
*Em agosto de 2025, os dados foram arredondados para ficar mais fidedigno o indicador.

** Dados corrigidos retroativamente.

ANALISE CRÍTICA – TERAPIAS ALTERNATIVAS

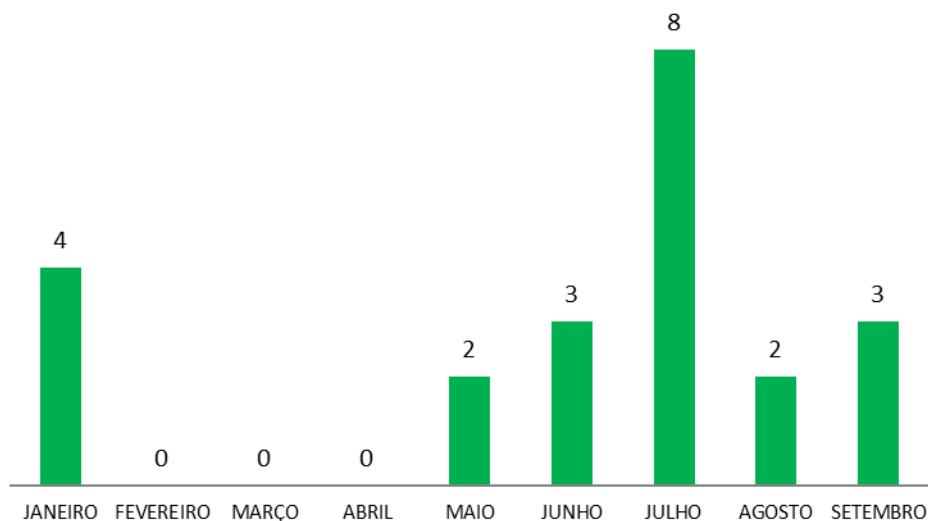
Em setembro, os atendimentos de ozonioterapia mantiveram-se estáveis e dentro da expectativa. Porém, a frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia ficou abaixo da meta, e o número de interações com a equipe multidisciplinar permaneceu baixo, indicando necessidade de reforço na alocação de recursos e maior integração entre os profissionais.

Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



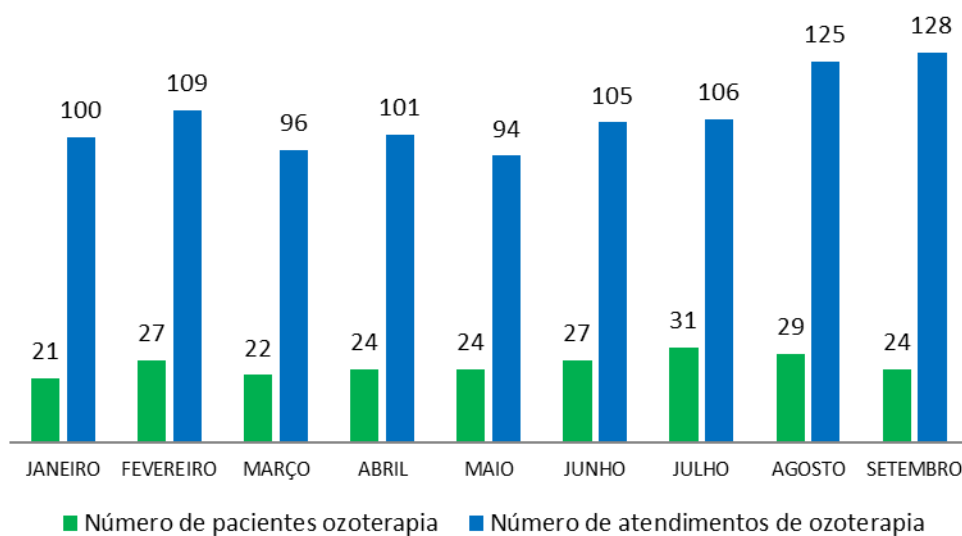
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 79 – Número de Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 80 – 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	SETEMBRO
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%	2,98%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%	3,45%	1,43%	2,86%	5,88%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%	0%	2,25%	0%	2,98%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%	0%	0%	1,00%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%	28,81%	28,73%	33,33%	30,41%
% 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%	97,44%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69	70	77	82	
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19	9	13	19	19	
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6	4	3	2	

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

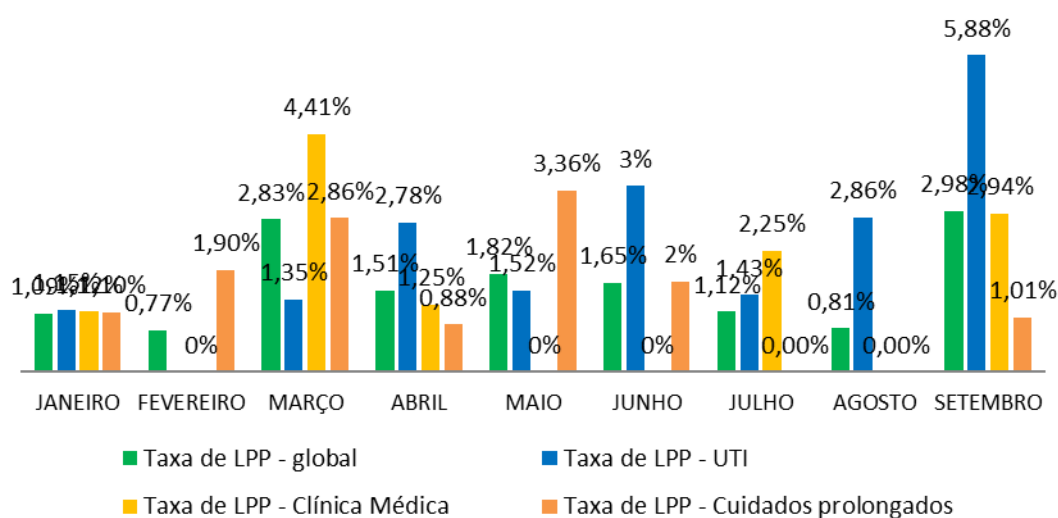
ANALISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

No mês de setembro, foram identificadas LPPs em estágio 2 em quatro pacientes da UTI, todos em ventilação mecânica invasiva, com dieta enteral e em estado clínico grave. Três apresentavam alto risco segundo a Escala de Braden, e um paciente apresentou epitелização total antes da alta.

Na Clínica Médica, duas pacientes sob cuidados paliativos desenvolveram LPP de pequena extensão, mantendo-se em estágio 2 até o óbito. No setor Sabiá, houve uma lesão sacral em paciente de risco médio, acamada e resistente à mudança de decúbito.

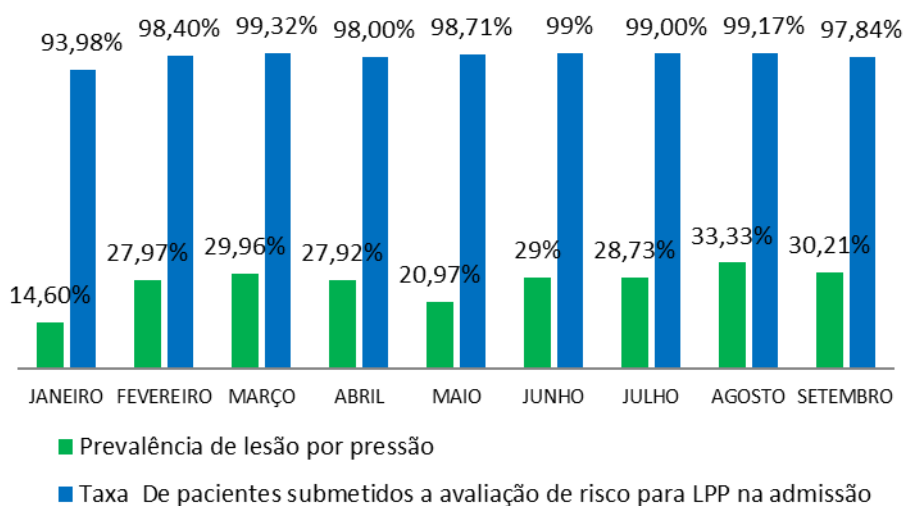
Em síntese, as LPPs estiveram associadas principalmente à imobilidade, estado crítico e nutrição enteral. Ressalta-se a importância do reforço contínuo das medidas preventivas, da avaliação diária de risco e da adesão rigorosa aos protocolos institucionais de prevenção.

Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão



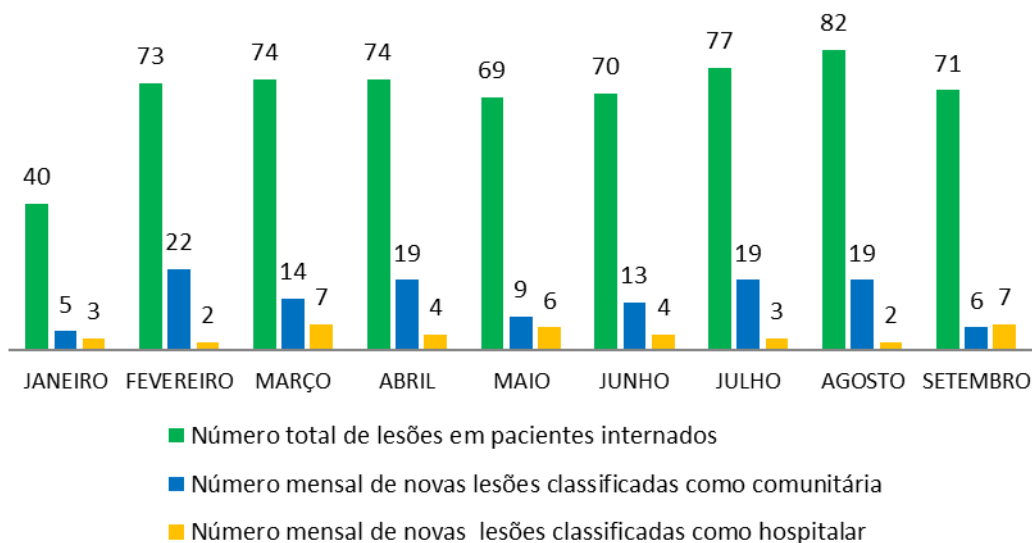
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

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	SETEMBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%	78%	70%	82%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%	63%	74%	72%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%	20%	25%	22%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37	37	37	37	35
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128	114	110	132	111
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88	86	93	88
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40	32	45	22
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24	28	20	33
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28	22	34	21
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21	28	33	20
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	SETEMBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%	60%	90%	95%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%	43%	76%	67%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%	15%	20%	24%	19%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33	18	35	33	21
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17	21	30	21
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4	12	13	4
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7	6	2	5
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3	7	8	5
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5	10	10	5
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0	3	2	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6	4	5	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4	6	7	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1	0	1	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5	13	13	0
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1	2	4	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	0	2	0	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%	100%	93%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%	83%	75%	68%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%	17%	57%	3%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21	15	24	14	1
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15	24	13	1
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3	8	3	4
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6	8	0	4
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6	4	8	6
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3	0	4	3	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4	0	7	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2	3	3	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5	1	4	2	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0	0	0	1	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6	6	6	5	0
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1	1	1	2	3	0

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	SETEMBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%	92%	80%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%	60%	70%	78%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%	33%	80%	66%
Número de visitas técnicas	30	5	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	SETEMBRO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%	100%	86%	88%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%	85%	86%	92%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%	17%	25%	25%	29%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12	12	12	12	15
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21	35	17	28	17
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20	17	24	20
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15	3	4	1
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3	2	5	1
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6	3	7	6
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11	9	8	10
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3	1	4	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2	1	2	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7	3	4	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1	1	0	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14	8	11	1
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4	0	1	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1	3	4	1

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	SETEMBRO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%	100%	60%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%	88%	63%	89%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%	66%	20%	20%	0%
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	

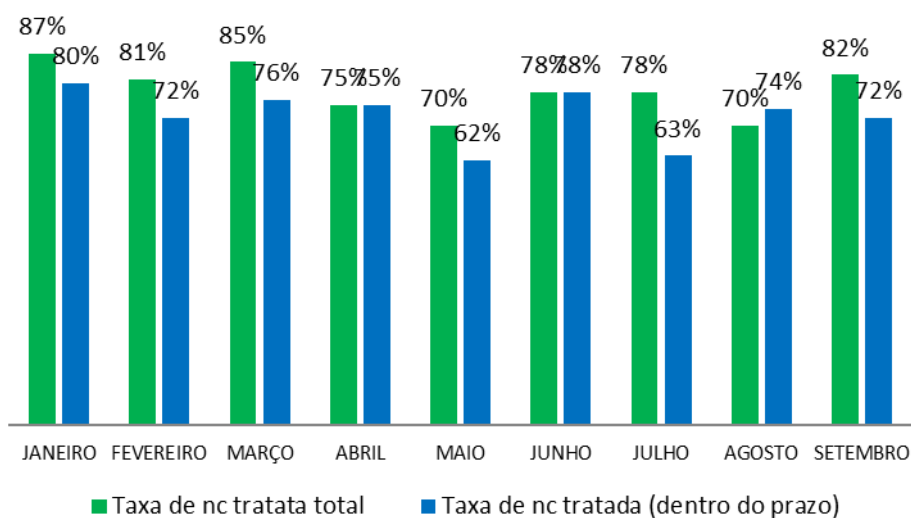
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Em setembro, observou-se aumento no número de Não Conformidades (NCs) não respondidas dentro do prazo. Para mitigar essa situação, estão sendo realizadas cobranças semanais aos gestores por e-mail, o que tem promovido evolução gradual no processo. Houve também aumento de NCs relacionadas a incidentes com dano, especialmente nos setores de Clínica Médica e Retaguarda.

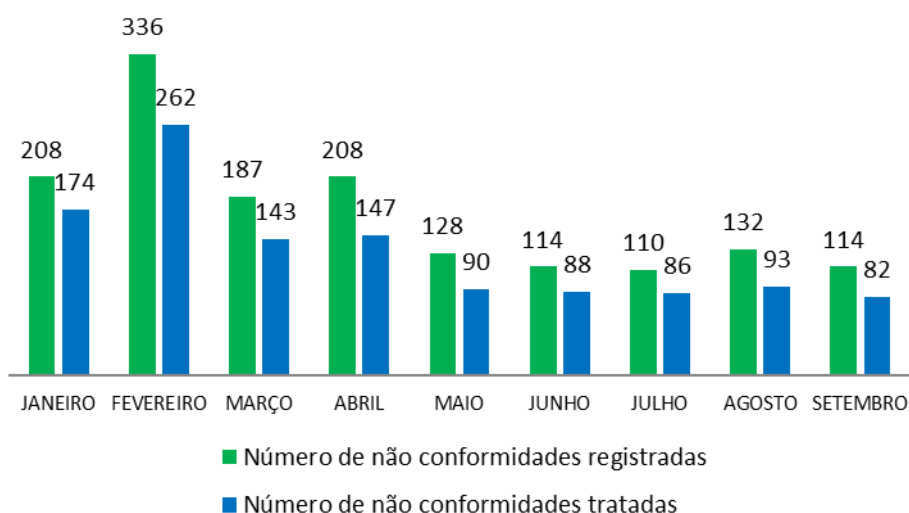
Foi promovido a Semana de Segurança do Paciente, na qual foi realizado reforço das metas internacionais voltadas aos processos assistenciais. O Núcleo participou ativamente dos Safety Huddles, promovendo orientações periódicas baseadas em eventos adversos, fortalecendo a cultura de segurança e a qualidade do cuidado prestado.

Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)



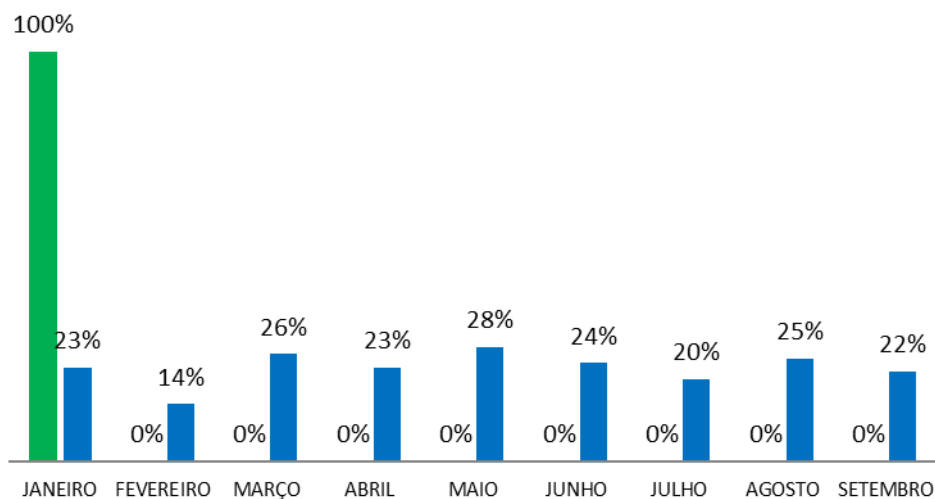
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar)



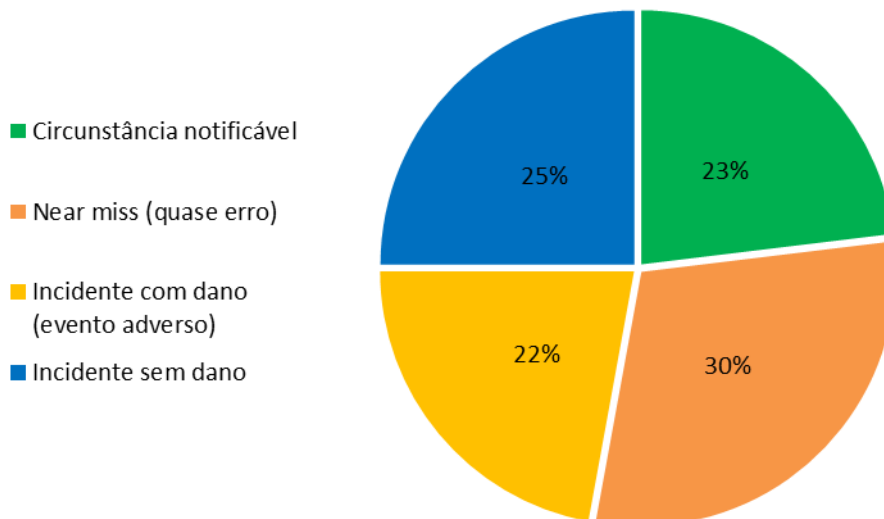
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



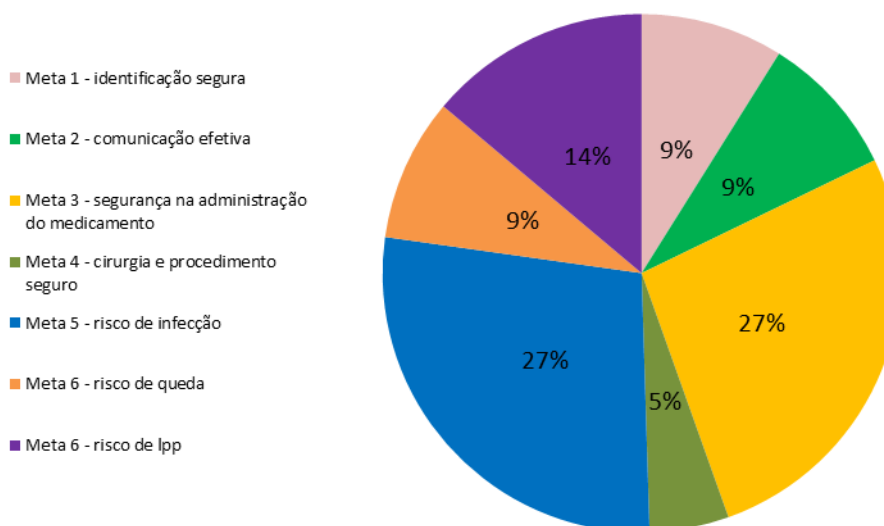
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



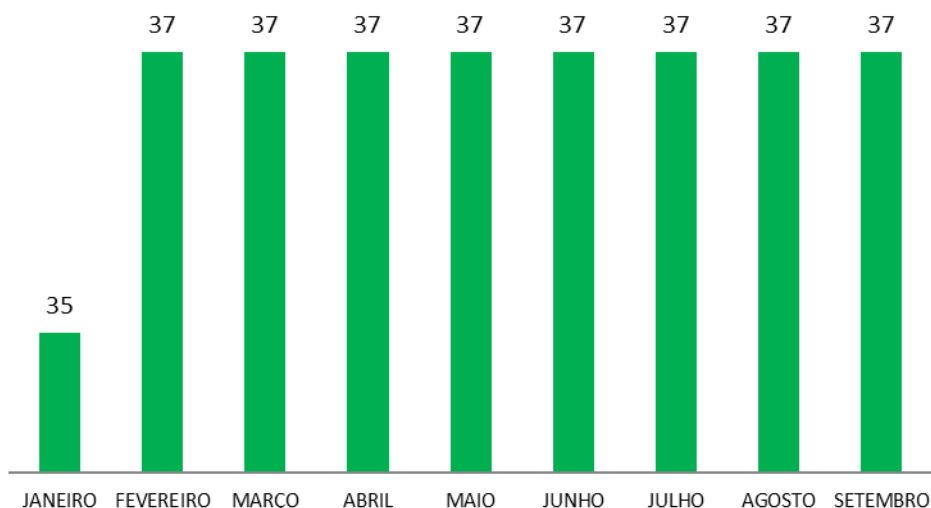
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em Setembro/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	SETEMBRO
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10	6	11	10
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4.80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%	3,90%	8,87%	4,29%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1.30%	2%	1,61%	1,17%	2%	1,17%	2,13%	1,14%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	< 4,05%	13,16%	7.02%	7,55%	4,42%	2,6%	6,91%	9,69%	7,94%	6,99%
Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%	4,31%	5,62%	0%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	0%	0%	0%	3,71%

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	SETEMBRO
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%	0,69%	1,41%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9.07%	7,68%	7,68%	0%	8,77%	0%	0%	2,76%
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	6,54 ml	11,46 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	SETEMBRO
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1	3	5	3
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%	8,60%	15,43%	8,57%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%	5,35%	16,48%	26,32%	10,26%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%	0%	18,52%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,44%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	10,37%	11.76%	5,61%	14,38%	19%	18,49%	18,05%	16,57%	14,09%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34.12%	26,40%	39,62%	48%	52,38%	52,15%	46,91%	55,77%
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%	19,77%
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%	89,47%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%	77,54%	85,71%	48,68%	96,49%

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	44,20 ml	59,4 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	SETEMBRO
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0	1	1	
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%	5,13%	4,98%	
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%	12,94%	
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	SETEMBRO
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4	1	5	0
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%	1,30%	0,31%	1,23%	0%

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	SETEMBRO
Número total de iras	0	0	0	0	0	1*	0	0	0	0

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

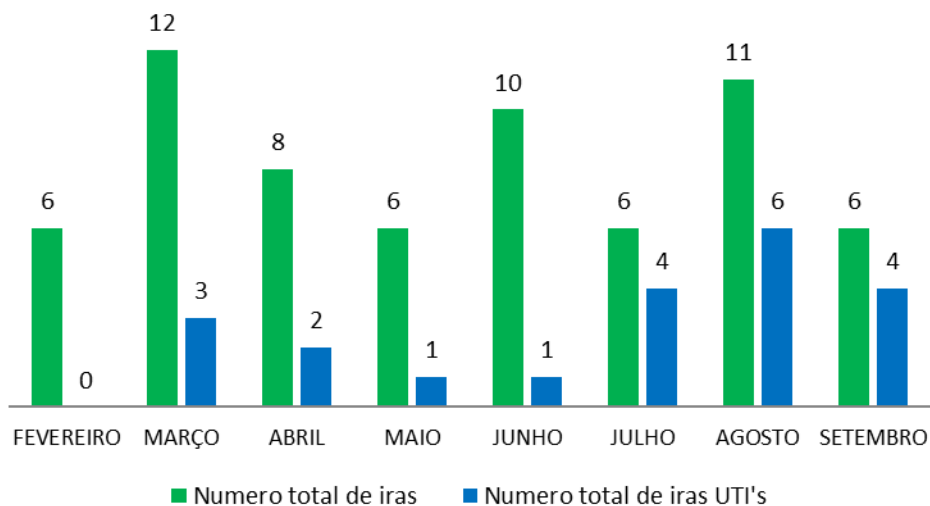
*Alterado dado retroativo de número de IRAS no setor da pediatria.

ANALISE CRÍTICA – SCIH

Em setembro, foram registrados 6 casos de IRAS: 1 caso de Clostridium difficile, 1 de ITU e 4 de IPCS. As medidas implementadas no mês anterior para prevenção de Clostridium difficile mostraram-se efetivas. O setor segue reforçando cuidados com dispositivos de CVC, ITU e IOT + VM, intensificando buscas ativas e fortalecendo a utilização dos bundles como estratégia essencial para prevenção de infecções.

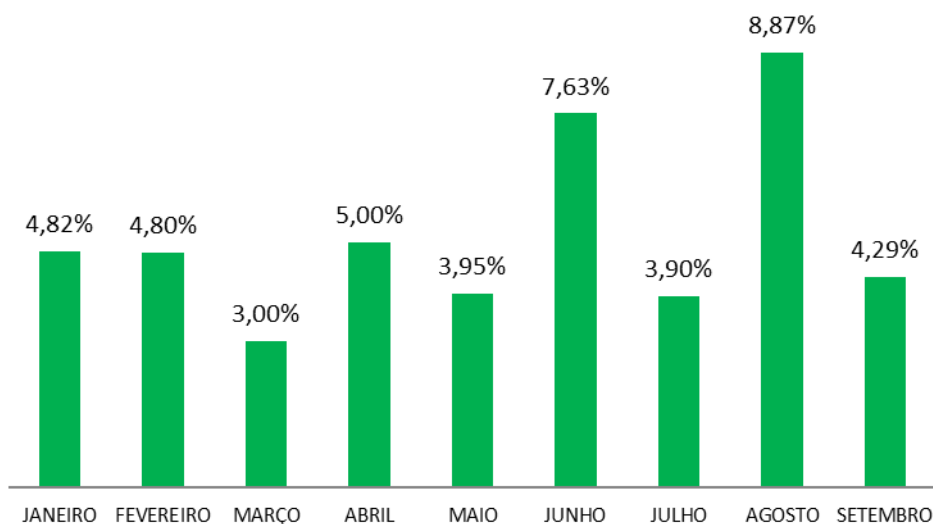
Durante o mês, também foram realizadas ações de higienização das mãos, prevenção da sepse e higiene ambiental, visando consolidar boas práticas junto à equipe assistencial.

Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



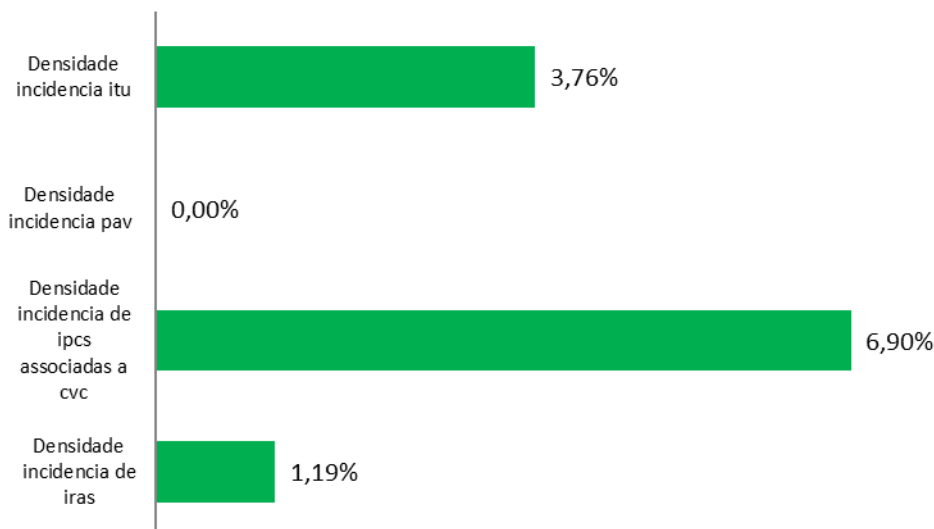
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



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

Gráfico 93 - Densidade Incidência em Setembro 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	SETEMBRO
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3	5	2	4	
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0	0	0	2	
Quantidade de paciente com dengue-proveniente do hmg	M/R	0	2	6	3	0	0	0	0	

Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%	0%	0%	8,33%	0
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2	0	0	0
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1	2	3	0
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Notificações de violência *	M/R	0	0	0	1	0	0	0	2	0

Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

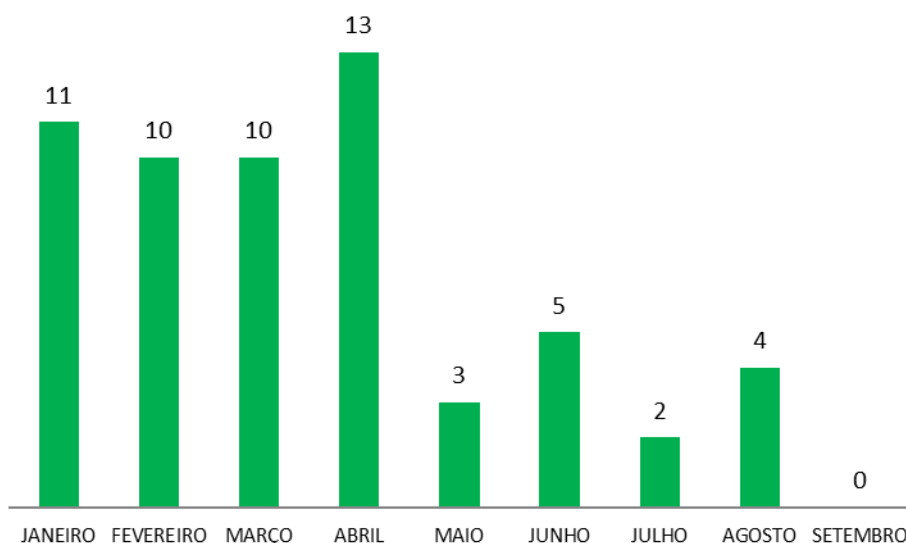
*Novo indicador do setor.

ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em setembro, não foram registradas notificações de casos de COVID-19, dengue, sífilis, hepatites, HIV/AIDS ou violência, refletindo estabilidade no perfil epidemiológico do hospital. O número de notificações realizadas também foi zero, demonstrando ausência de novos eventos reportáveis no período.

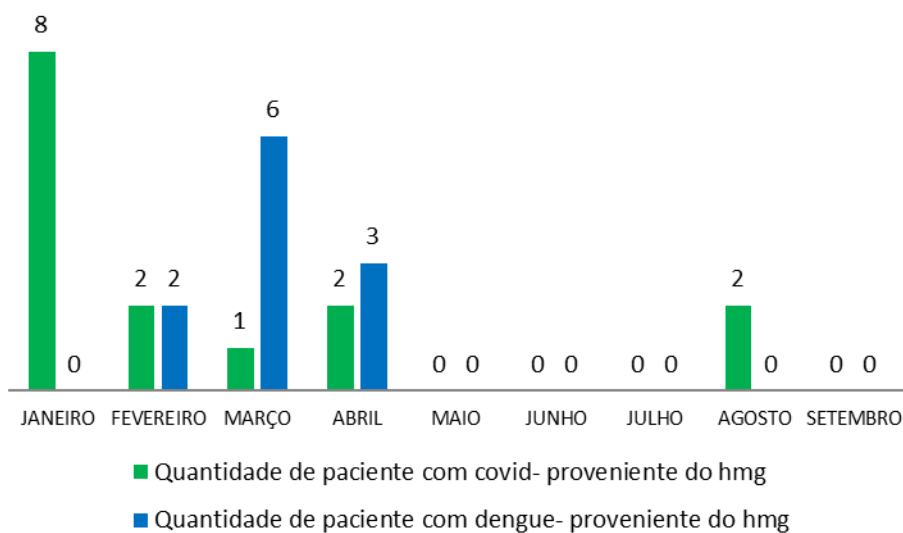
Quanto à tuberculose, houve 1 caso acompanhado no HMG, mantendo acompanhamento contínuo e monitoramento adequado dos pacientes notificados na origem. A taxa de teste positivo para COVID permaneceu em 0%, indicando controle efetivo das infecções no hospital.

Gráfico 94 – Número de notificações realizadas



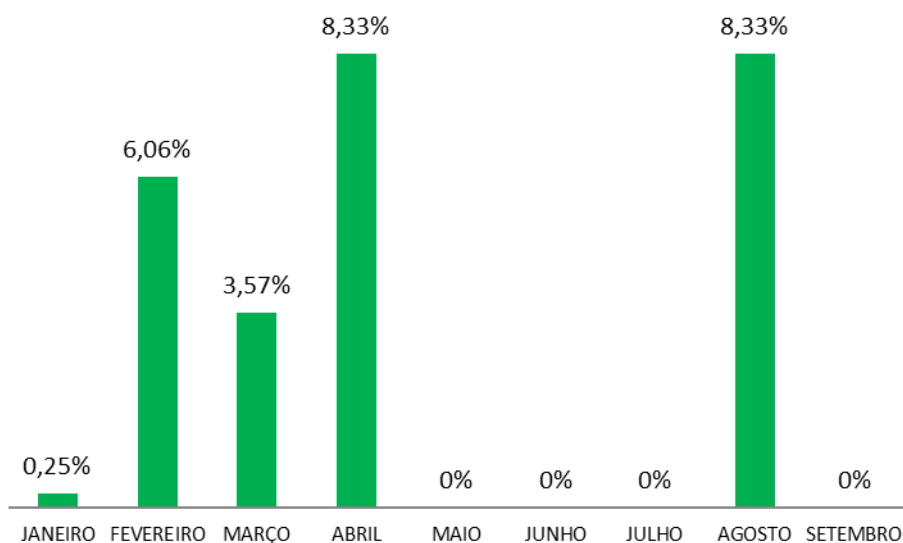
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



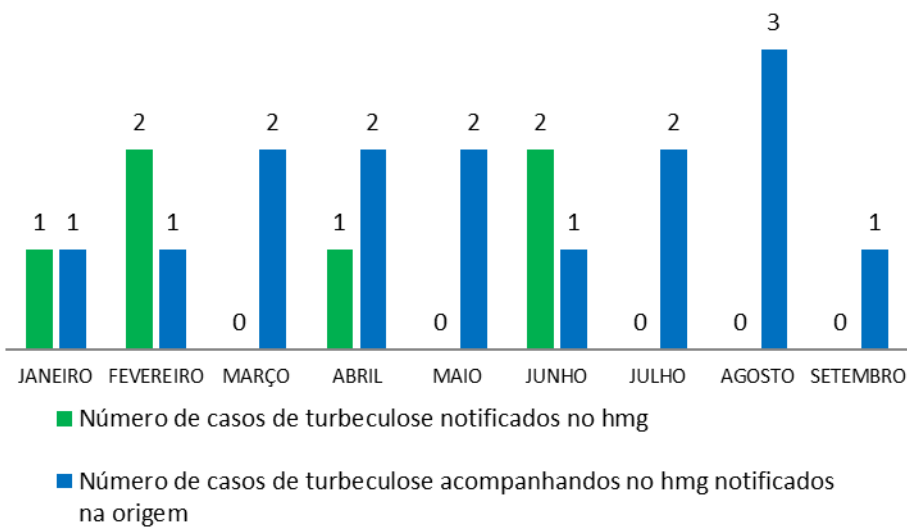
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID



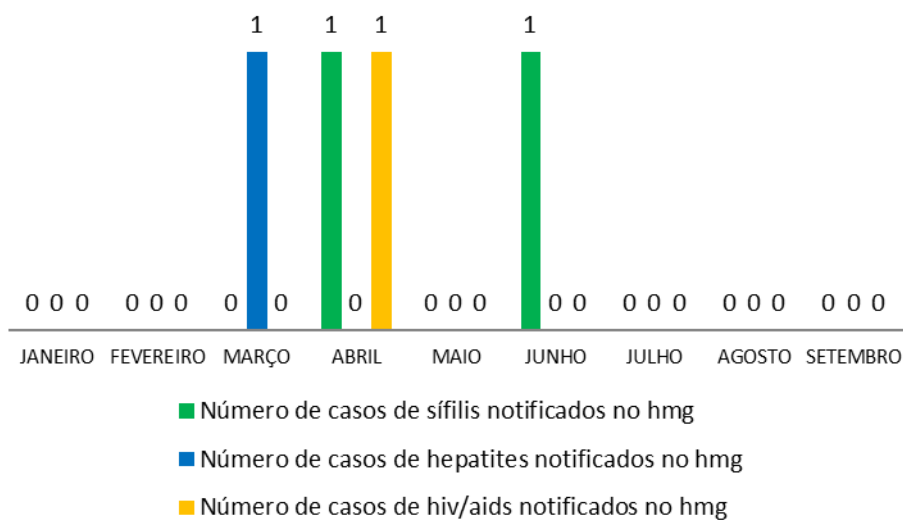
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose



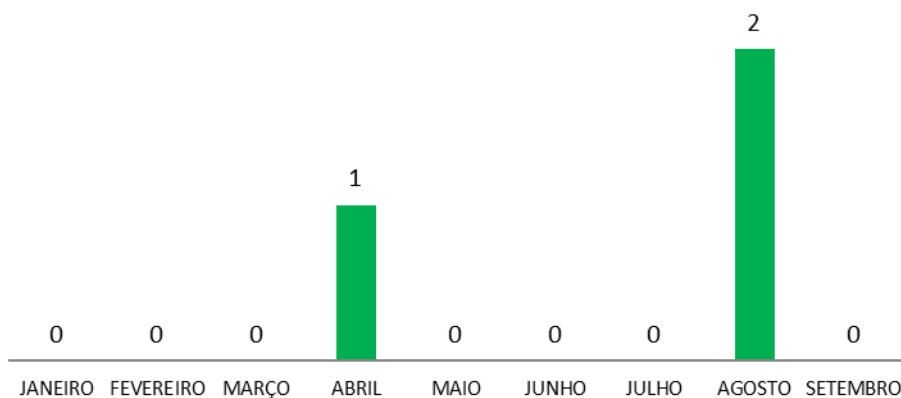
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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.
- **Crítérios 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	SETEMBRO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%	88%	85%	90%
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	

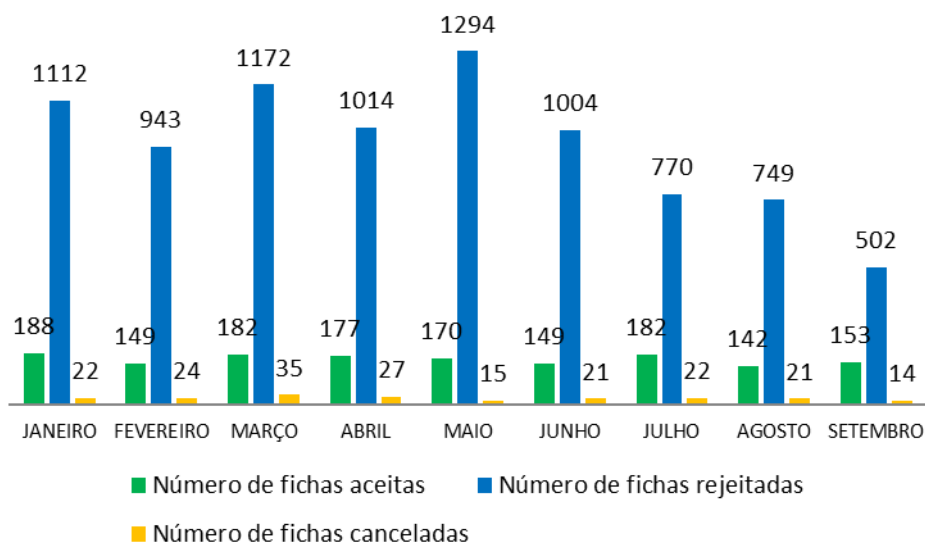
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004	770	749	
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21	22	21	
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13	12	11	
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126	129	88	
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139	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

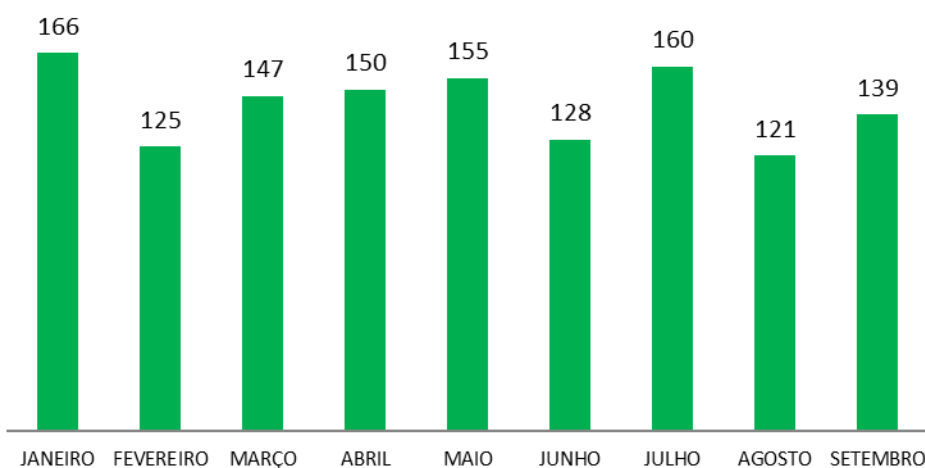
Em setembro de 2025, observou-se um aumento significativo nas remoções e avaliações externas em setembro, refletindo maior demanda por suporte diagnóstico e terapêutico fora da unidade, bem como intensificação do fluxo de pacientes entre os serviços de referência. O exame de cateterismo apresentou o maior número de saídas no mês, com 37 remoções, em comparação a 16 em agosto. Também foi identificado aumento nas remoções para GTT (de 2 para 5) e ultrassonografia (de 2 para 6), evidenciando crescimento da demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos no período analisado.

Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS



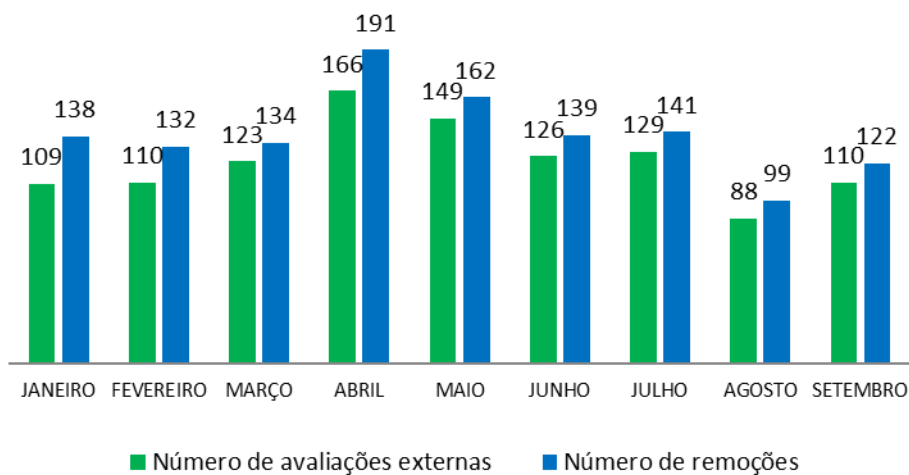
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos



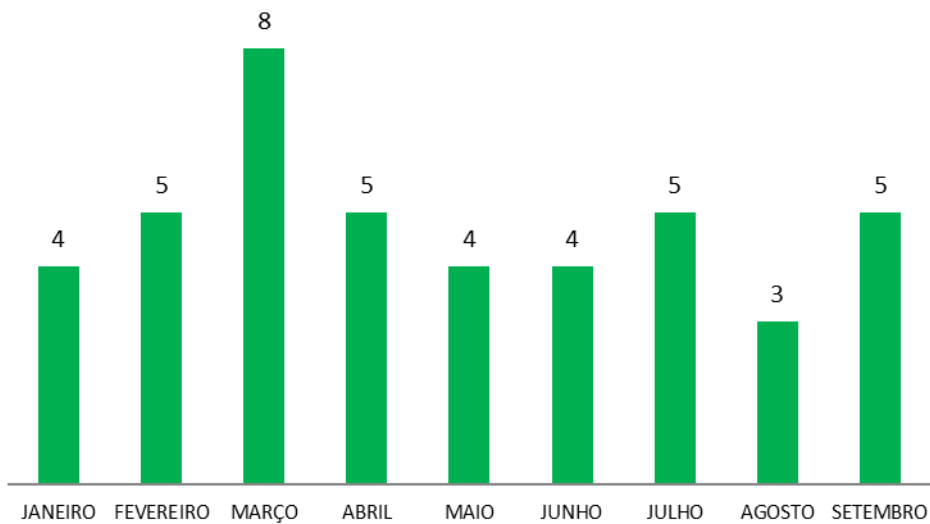
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias



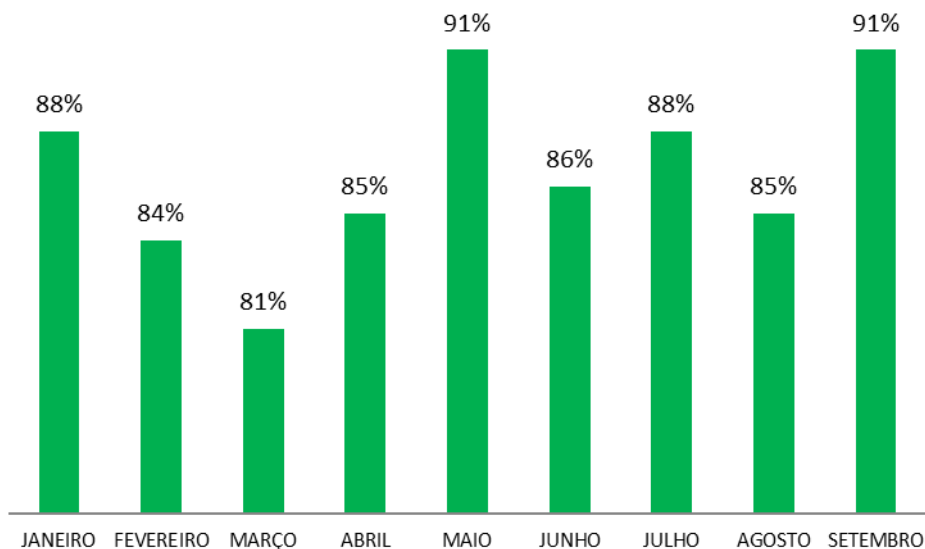
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



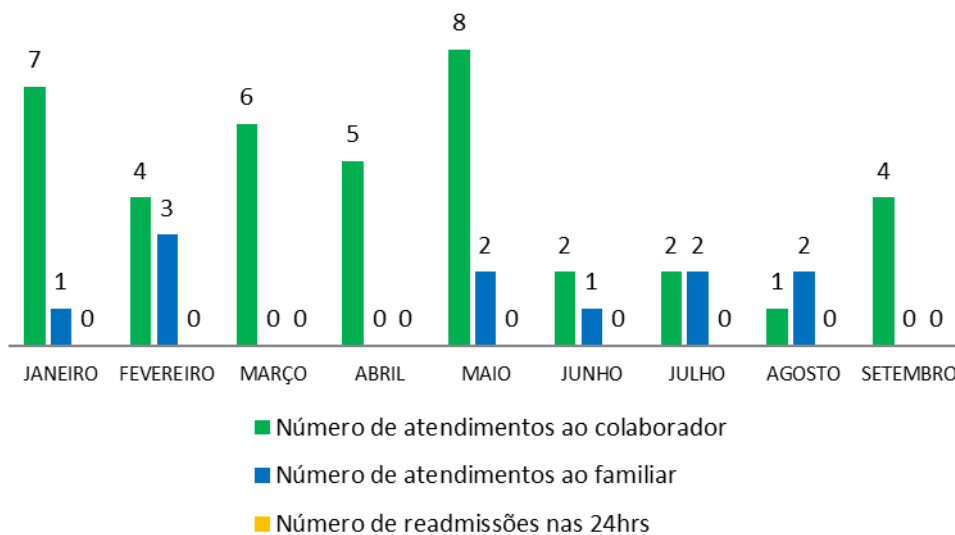
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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	SETEMBRO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%	94%	78%	92%
Taxa de avaliação do pós teste*	> 50%	0%	0%	0%	0%	88%	0%	0%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12	24	22	24	21
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594	1093	1567	2032

Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32	657,10	1087	1484	1403,3
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11	1,39	1,35	1,09
Taxa de treinamentos previstos em LNT	M/R	*	*	*	*	*	*	*	20,83%	19,05%

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CLÍNICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Em setembro, observou-se melhora expressiva na taxa de adesão aos treinamentos, que atingiu 92%, superando a meta estipulada (>80%) e representando uma evolução em relação ao mês anterior (78%). Foram realizados 21 treinamentos, totalizando 2.032 participações e 1.403,3 horas de capacitação, evidenciando forte engajamento das equipes assistenciais e administrativas nas ações educativas.

A Taxa de Treinamentos previstos em LNT foi de 19,05%, permanecendo abaixo do esperado. Esse indicador passou a ser mensurado a partir de setembro, conforme solicitação da SEDE, com o objetivo de monitorar a execução das ações previstas no Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e alinhar o plano anual de capacitações às demandas institucionais.

Por estar em fase inicial de implantação e consolidação, o indicador permanece com meta relativa. O NEP continuará o monitoramento nos próximos quatro meses, com o intuito de estabelecer uma base histórica sólida que permita avaliar o padrão de adesão e a efetividade dos treinamentos, subsidiando a definição de uma meta fixa a partir da LNT 2026.

Destaca-se ainda que não houve registro de avaliação de pós-teste no período, reforçando a necessidade de retomar esse monitoramento para mensurar a efetividade dos treinamentos realizados e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem institucional.

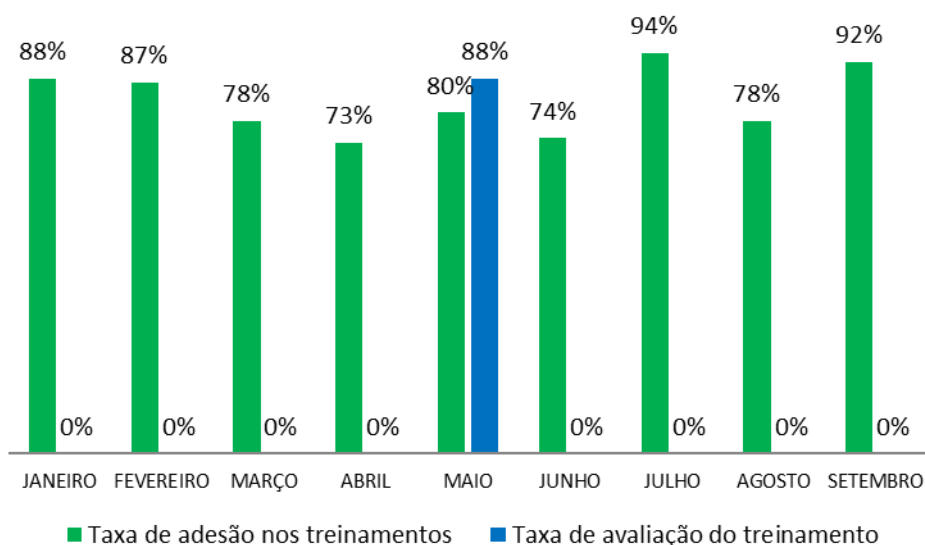
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP

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
SETEMBRO	TECNICO DE ENFERMAGEM	CRUZ VERMELHA	1	3	1
	MEDICINA	UNISA	1	3	2
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	2	13	2
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	5	1
	ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	1	3	1

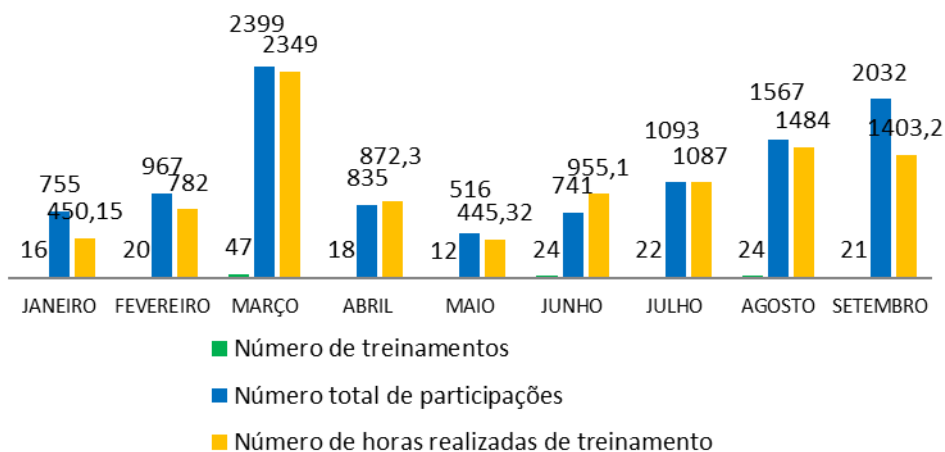
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 106 – Taxa de treinamentos



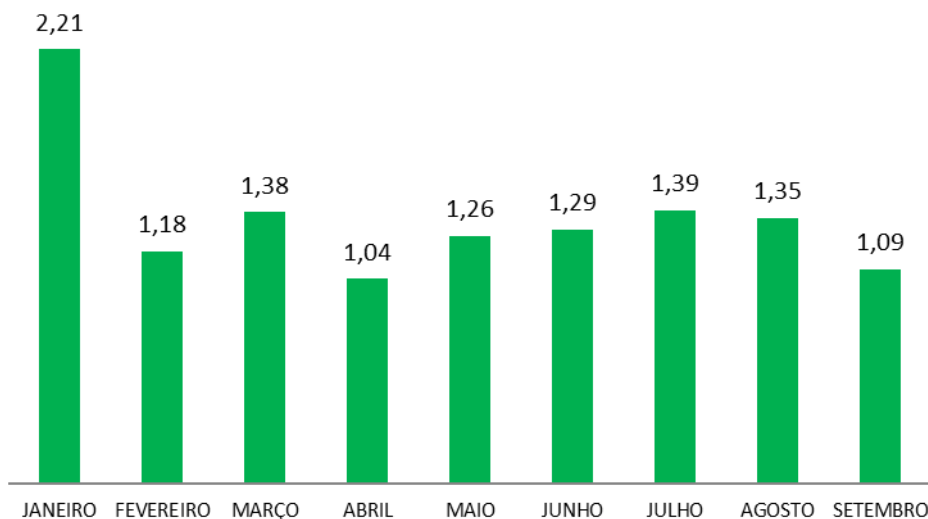
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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



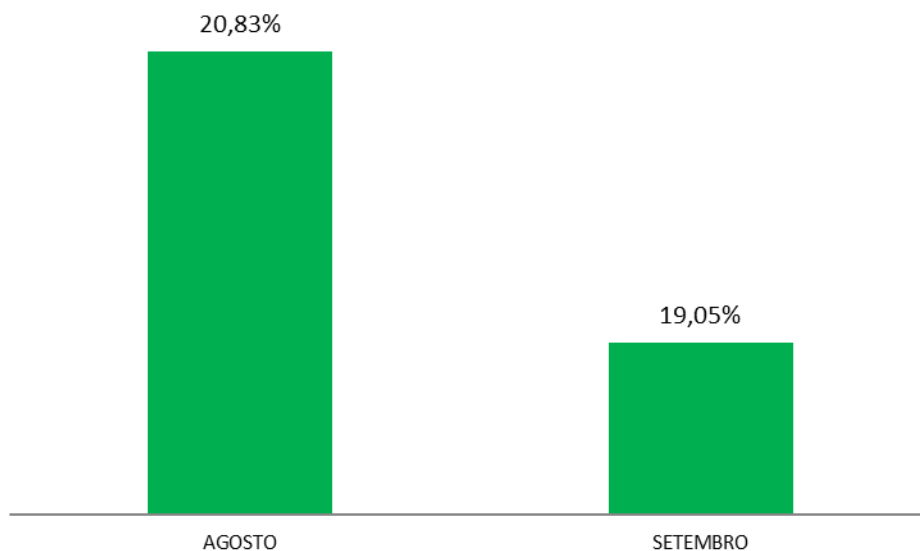
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 108 – Homem hora



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT



LISTA DE TREINAMENTO (NEP) EM SETEMBRO/2025

- Treinamento do dia mundial Sepse
- Semana segurança do paciente
- DSS sobre PGRSS

- DSS - gerenciamento de riscos ocupacionais
- DSS - NR 23 prevenção e combate ao princípio de incêndio
- Treinamento de higiene ambiental
- Treinamento sobre carrinho de emergência noturno 2
- Treinamento NR 01 - riscos psicossociais
- Treinamento de bomba de infusão (Life Med)
- DSS NR 06 - equipamentos de proteção individual - epi
- DSS NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde
- DSS NR 17 - ergonomia nas atividades laborativas
- DSS NR 23 - prevenção e combate ao princípio de incêndio
- DSS NR 35 - trabalhos em altura
- DSS SOBRE GRO
- DSS SOBRE GRO - animais sinantrópicos
- DSS SOBRE GRO faixas de isolamento em obras citada na nr26
- DSS SOBRE PGRSS
- Round de segurança do trabalho
- DSS NR 17 - ergonomia nas atividades laborativas
- DSS NR 23 - prevenção e combate ao princípio de incêndio

3.5. SUPRIMENTOS

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

- Planejamento: O Setor de Suprimentos planeja a aquisição de insumos e materiais de acordo com as necessidades do hospital, considerando tanto o estoque atual quanto as demandas futuras previstas.
- Administração: Responsável pela gestão diária das atividades relacionadas aos suprimentos, incluindo o recebimento, armazenamento e distribuição dos materiais de forma eficiente e organizada.

- **Controle:** Monitora constantemente os níveis de estoque para evitar excessos ou faltas, garantindo que os insumos estejam disponíveis conforme necessidade e minimizando desperdícios.
- **Dispensação Estratégica:** Realiza a dispensação dos insumos de maneira estratégica, assegurando que cada departamento ou unidade do hospital receba o que é necessário para manter o atendimento aos pacientes e o funcionamento adequado das operações hospitalares.
- **Garantia de Atendimento:** Assegura que os recursos estejam disponíveis para atender às demandas do serviço de saúde, contribuindo para a continuidade dos cuidados aos pacientes sem interrupções por falta de materiais essenciais.
- **Eficiência e Racionalidade:** Promove o uso racional dos recursos, buscando otimizar custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

3.5.1. Farmácia

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

Tabela 67 – Indicadores de Farmácia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
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%	0,18%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%	6%	6,40%	5,80%	5,30%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%	0,23%	0,58%	0,26%
Intervenções farmacêuticas realizadas	M/R	21%	23%	28%	22%	22%	16%	14%	17%	13%

Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

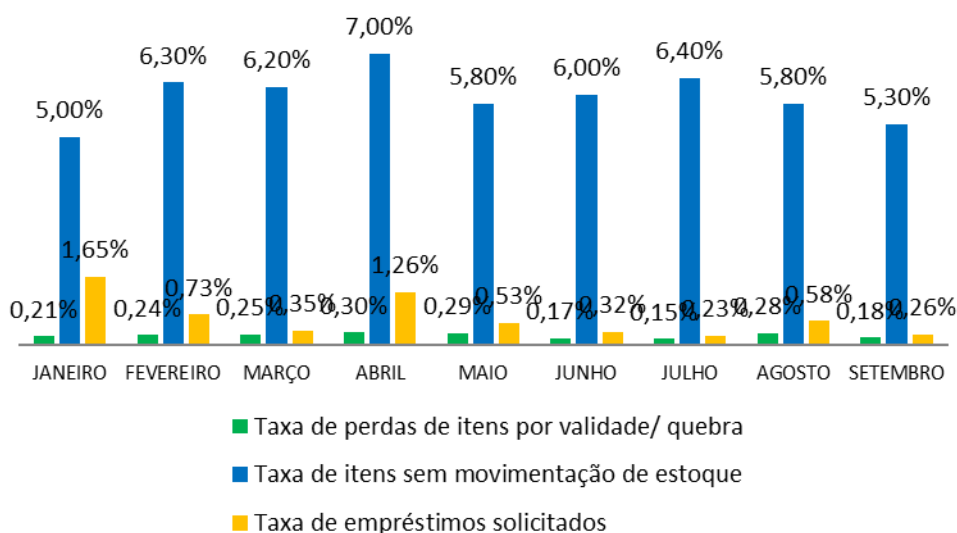
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

Em setembro a meta de itens sem movimentação de estoque foi ultrapassada, contudo o setor alcançou o melhor desempenho dos últimos nove meses. Esses itens estão sendo avaliados em conjunto pela gestão de farmácia, gestores assistenciais e diretoria técnica, com foco na otimização do estoque e na redução de desperdícios.

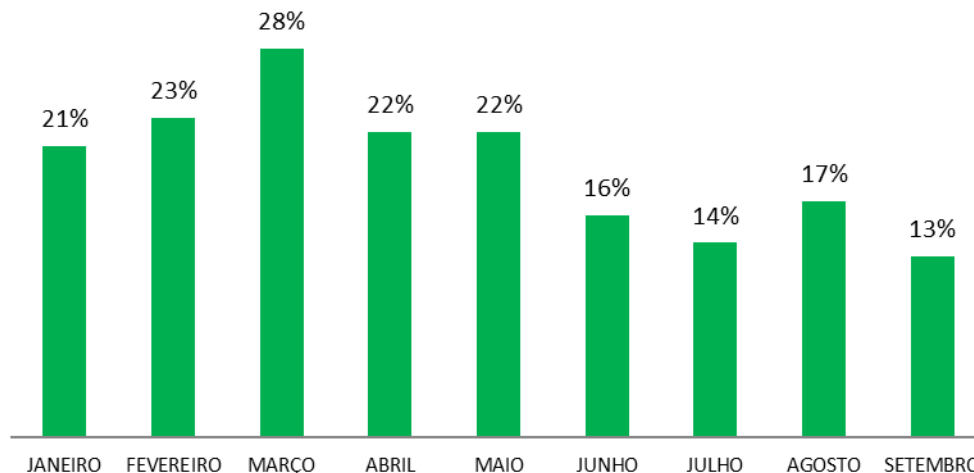
Quanto ao indicador de reconciliação medicamentosa, a meta de 100% não foi atingida, pois 3 dos 137 pacientes não foram reconciliados pelo profissional farmacêutico. A equipe segue atuando para aperfeiçoar o processo e garantir a integralidade da assistência farmacêutica.

Gráfico 110 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos



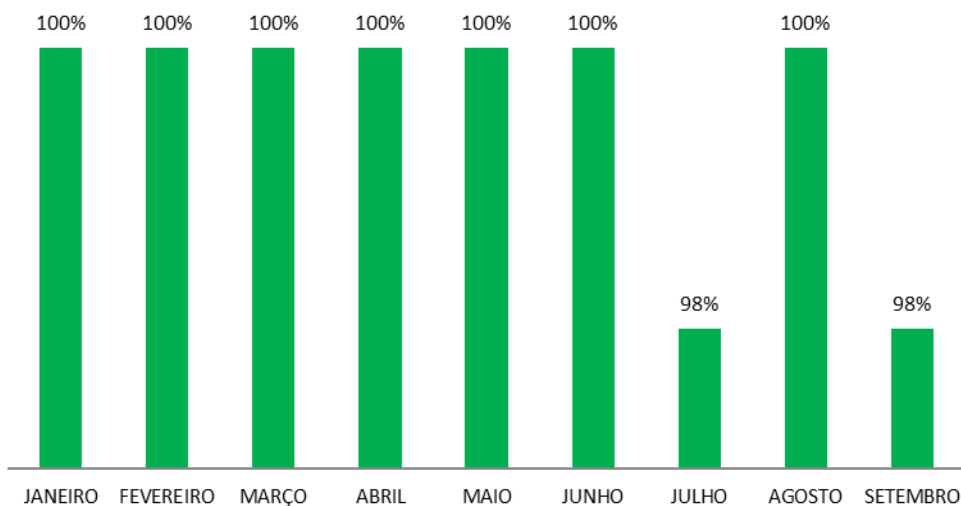
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 113 – 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	SETEMBRO
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23	19	34	28

Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103	96	103	104
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%	97%	98%	96%
Percentual de entrega parcial	>15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%	3%	5%	4%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%	5,86%	6,72%	4,70%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1	0	2	0	1	0

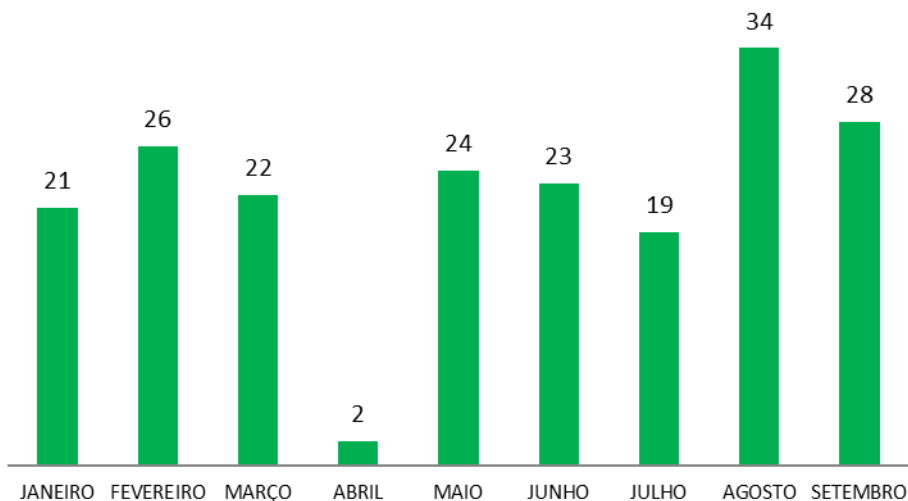
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – COMPRAS

Setembro: O indicador de economia apresentou resultado abaixo da meta devido à ausência da documentação necessária para a prorrogação do contrato de gestão, em especial o termo aditivo, que deveria ter sido assinado dentro do mês da compra. Essa pendência impediu aquisições junto a fornecedores habituais, exigindo negociações com outras empresas que aceitaram fornecer os materiais, ainda que mediante questionamentos sobre a documentação.

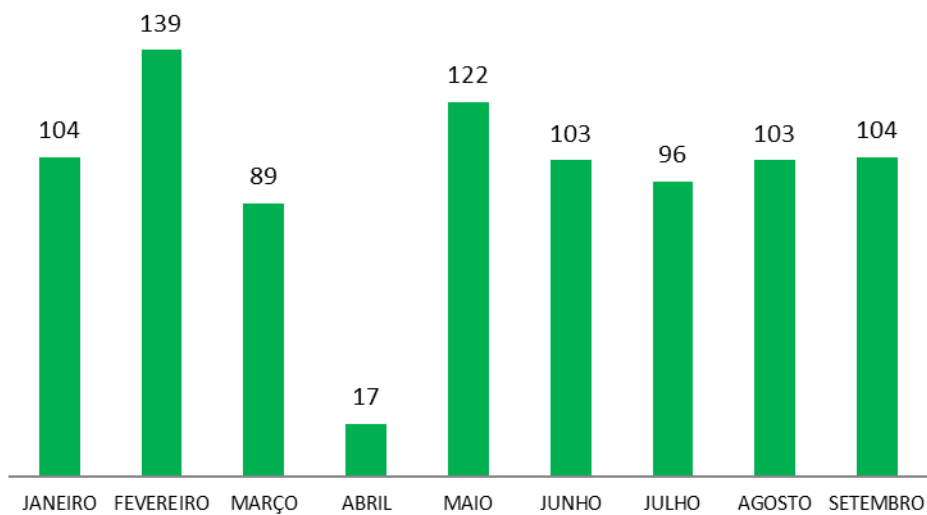
Situações semelhantes ocorreram com outros itens, impactando diretamente o desempenho do indicador. O problema será corrigido com a regularização documental, garantindo maior eficiência e controle nas próximas aquisições.

Gráfico 114 – Lançamentos de cotações



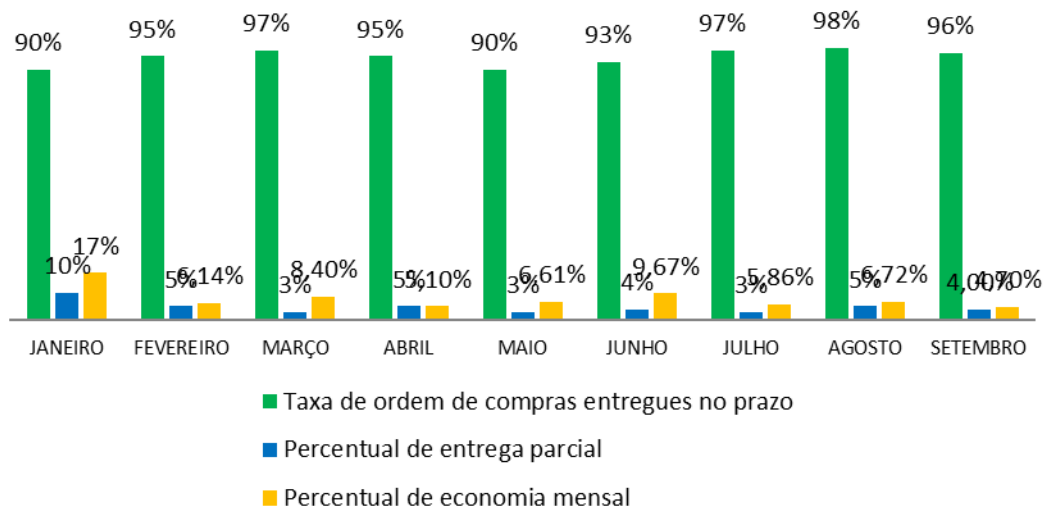
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas



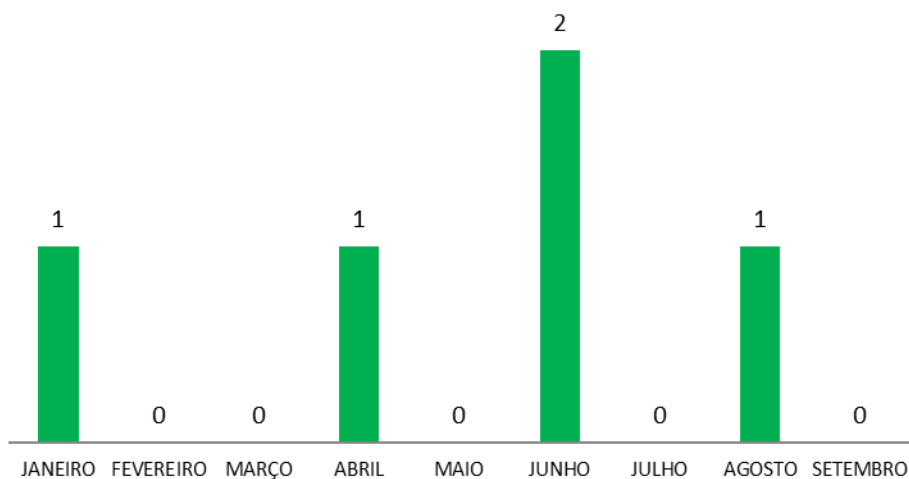
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 116 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 117 – 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	SETEMBRO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%	96%	90%	93%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51	07:58	10:51	07:45	15:21	14:17	17:09
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%	12%	10%	11%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

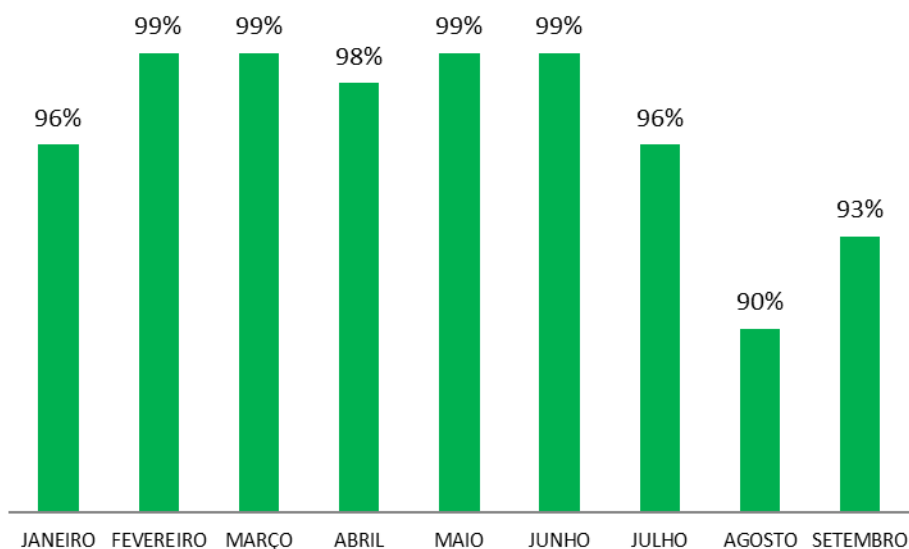
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%	96%	90%	93%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15	0	0	0	0	50
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126	103	122	200
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3	0	0	0
Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294	328	295	290
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16	5	4	5
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137	61	113	59

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

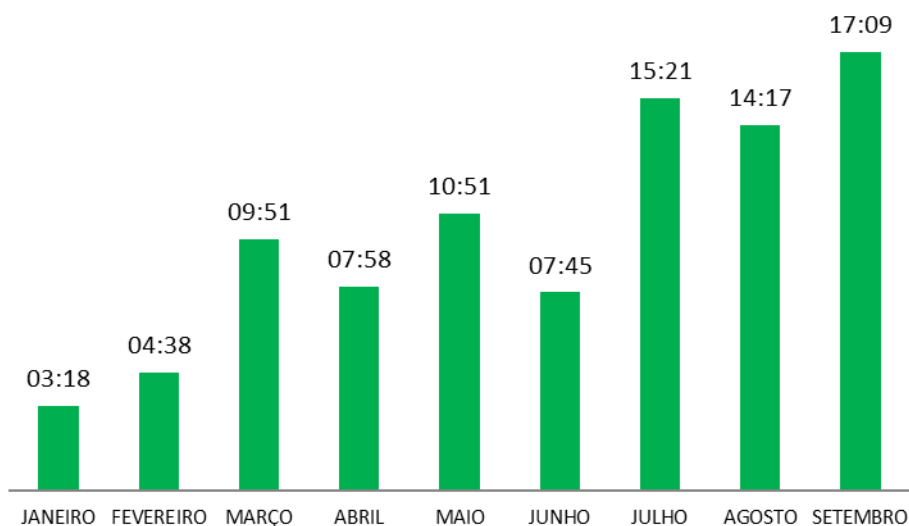
O tempo médio de atendimento de chamados apresentou impacto significativo devido à soma dos atendimentos internos e externos (realizados por empresas terceirizadas). Essa unificação afetou o resultado, pois o tempo de espera por atendimento e pela chegada de insumos para as manutenções corretivas prolonga o fechamento dos chamados, que só ocorre após a conclusão total do serviço.

Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados



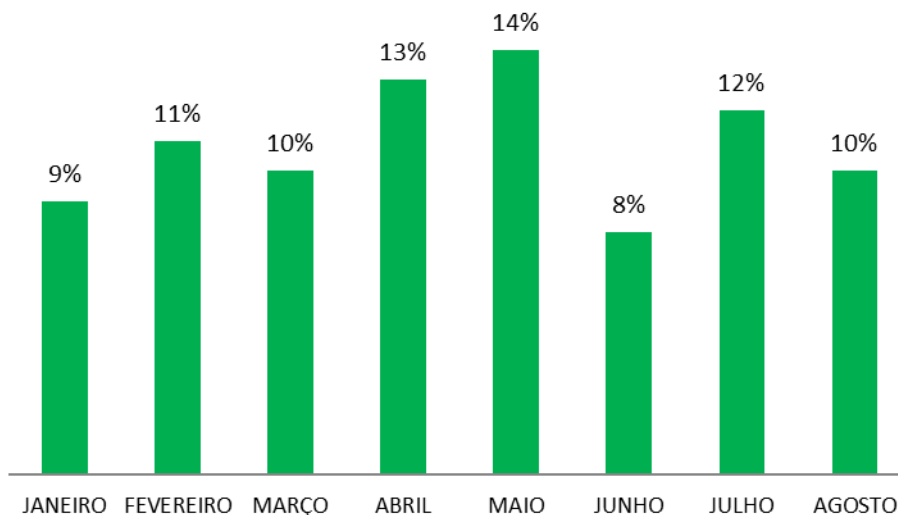
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado



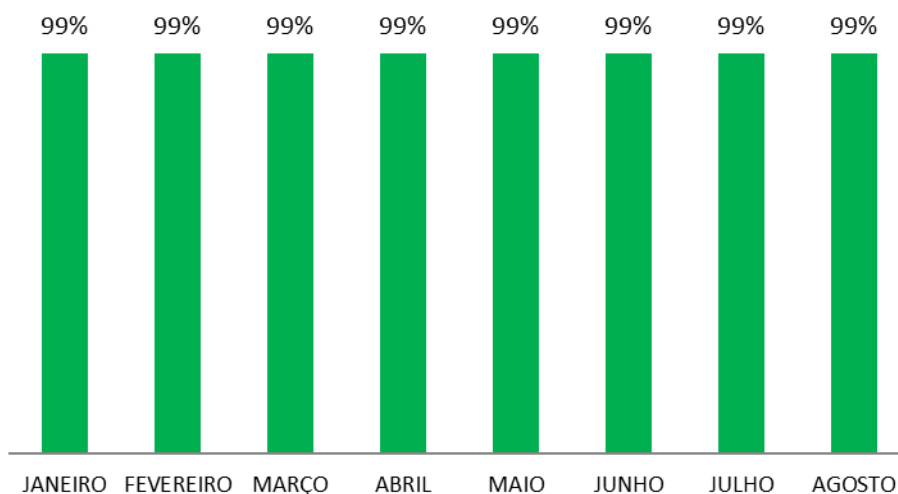
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva



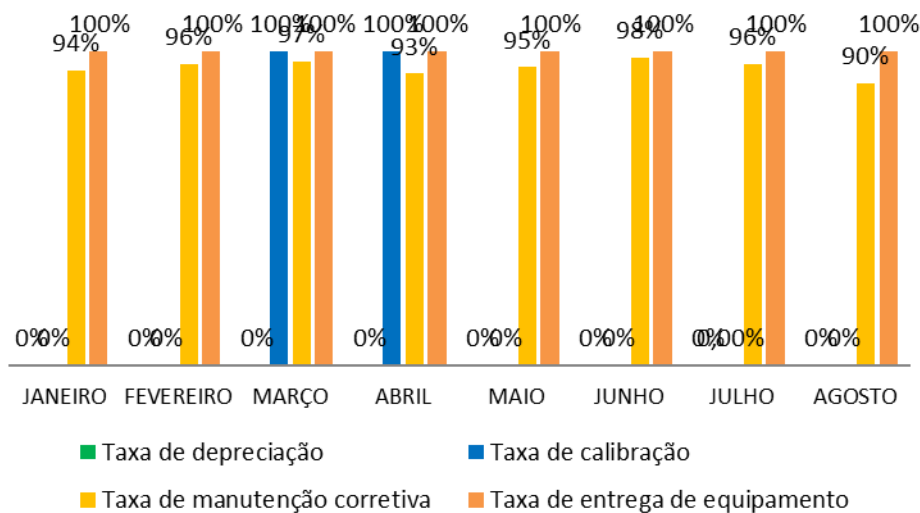
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento



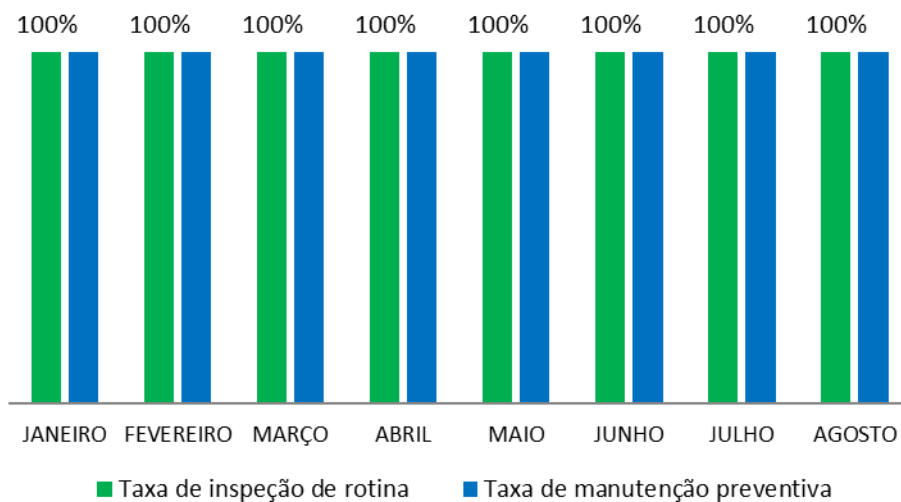
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 122 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega



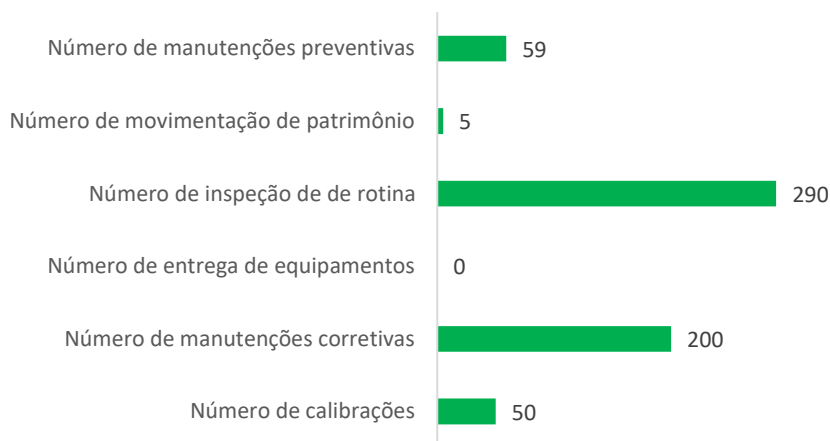
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica



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	SETEMBRO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%	100%	80%	88%
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	21,40min	37,34 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%	100%	80%	88%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239	185	179	188
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172	188	187	188
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95	58	78	103
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

O aumento no número de inspeções de rotina está dentro da média histórica e reflete a demanda operacional do período, evidenciando atenção contínua à manutenção preventiva.

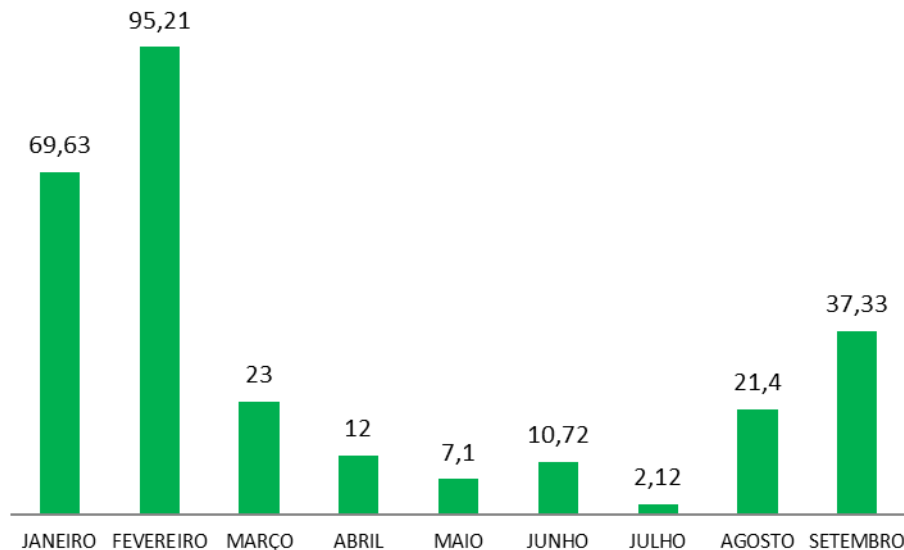
Embora o tempo médio de atendimento de chamados permaneça dentro da meta estabelecida, observou-se elevação nos últimos dois meses, decorrente da execução de outros serviços, como obras, que impactam temporariamente a disponibilidade da equipe. Acompanhamentos periódicos estão sendo realizados para garantir que o indicador permaneça dentro dos padrões esperados e para planejar ações corretivas, se necessário.

Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados



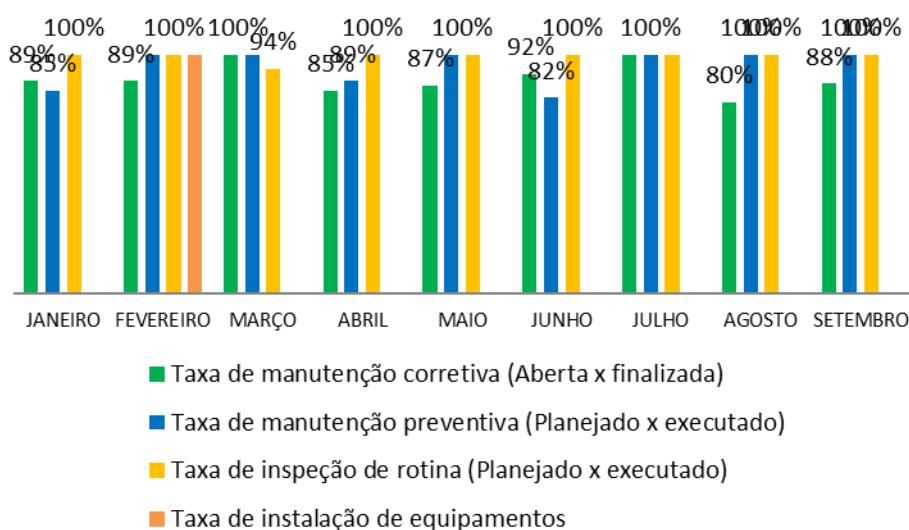
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 126 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)



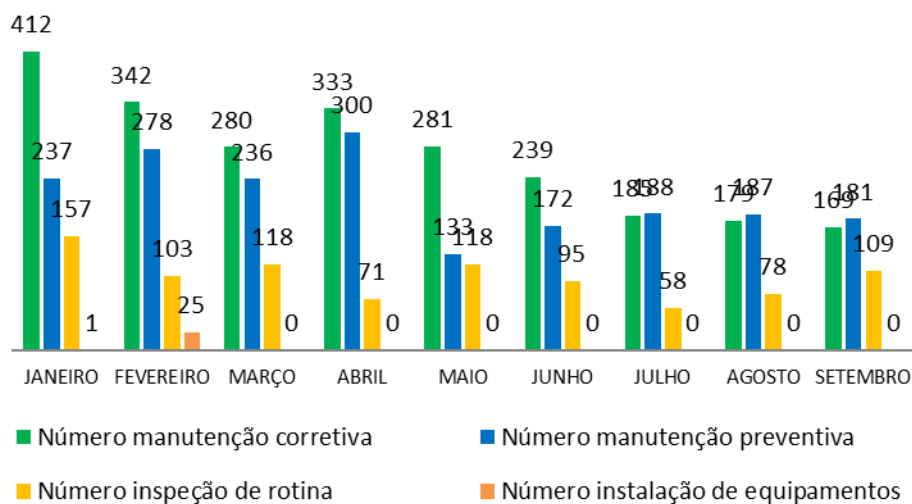
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 128 – 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	SETEMBRO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125	141	131	140
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142	162	163	148
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258	291	277	283
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267	303	294	258
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h	2h	03h	04h
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	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	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4	5	5	5
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%	98%	97%	98%	97,96%	97,96%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

ANÁLISE CRÍTICA – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

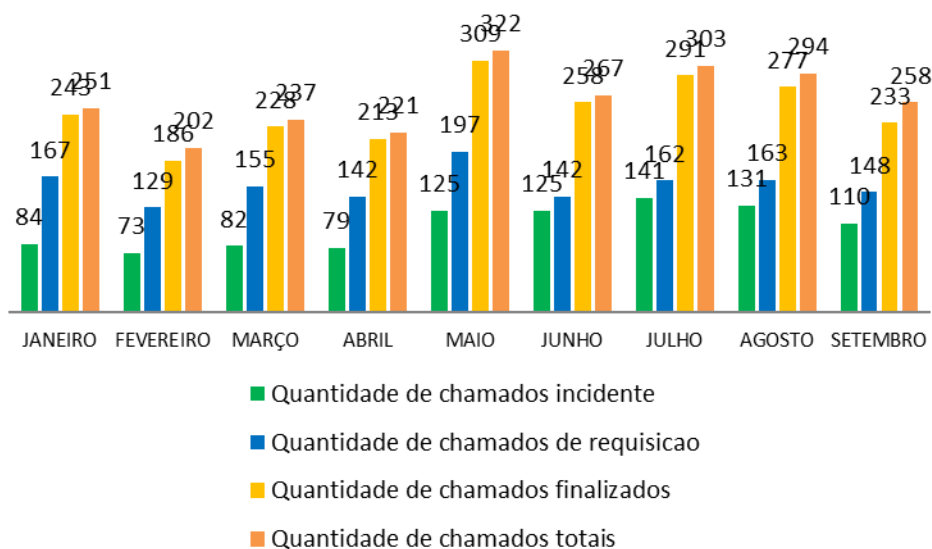
Em setembro, o tempo médio de solução aumentou para 2:00, comparado com 1:00 em agosto, o que pode ser devido a chamados mais complexos ou menor

disponibilidade de equipe. Embora a meta de tempo tenha sido cumprida, esse aumento deve ser investigado para identificar a causa exata.

A taxa de chamados abertos x fechados caiu para 96% (de 98% em agosto), indicando que nem todos os chamados foram fechados no mês, possivelmente devido ao aumento do volume de chamados (322 em agosto para 258 em setembro). Isso pode ter gerado uma sobrecarga na equipe, impactando o fechamento de chamados.

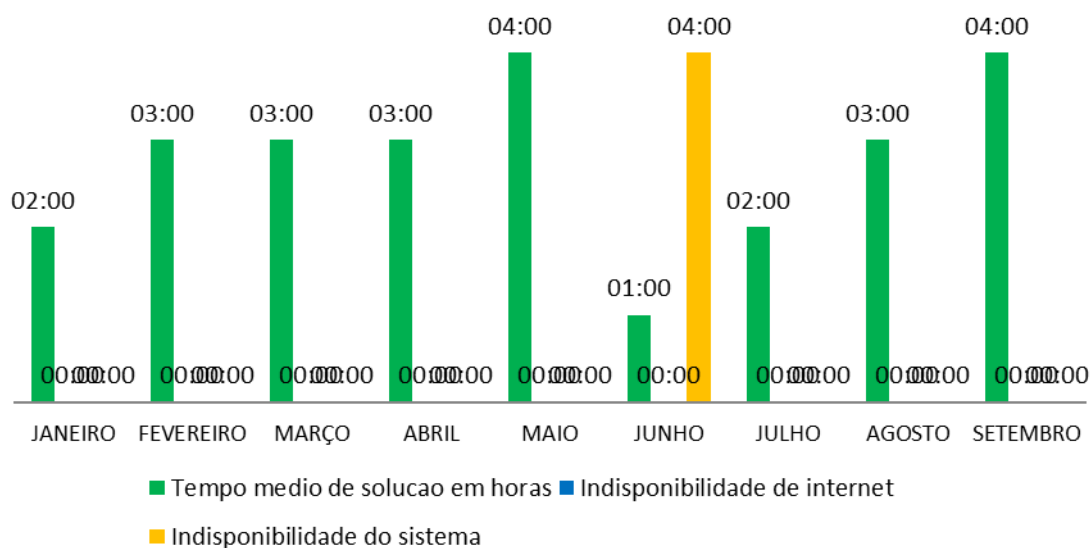
Conclusão: O aumento do tempo de solução e a leve queda na taxa de chamados fechados podem estar relacionados ao aumento do volume de chamados ou à maior complexidade dos problemas. A equipe pode precisar de ajustes para melhorar a capacidade de resposta.

Gráfico 129 – Quantidade de chamados



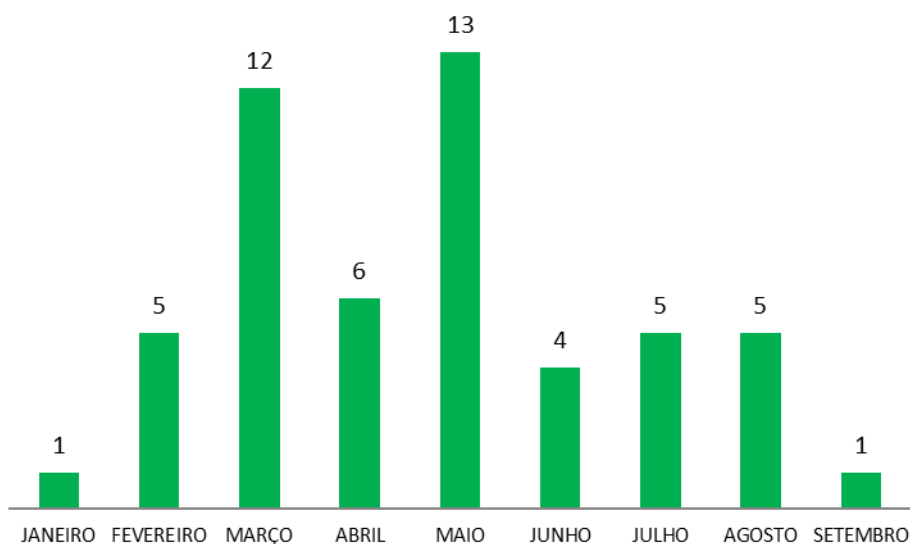
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



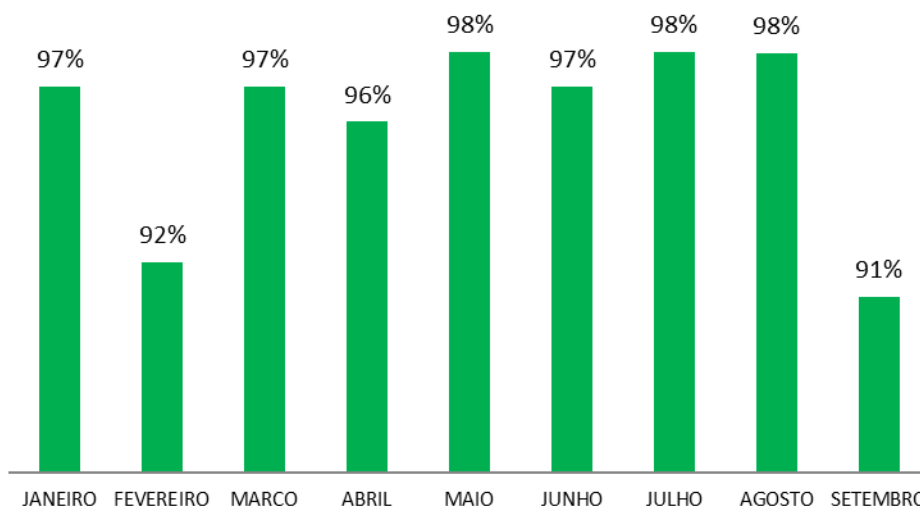
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 132 – 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	SETEMBRO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%	60%	80%	95%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%	82,36%	88,88%	94,12%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%	66,66%	75%	41,18%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto menor, melhor	220	157	130	122	85	68	62	62	62
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78	46	2	21
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3	5	0	0
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5	1	6	5	0	1
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22	0	10	0
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62	34	2	17
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1	5	1	0
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11	2	1	1	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%	93%	93%	93%	93%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Dos 20 indicadores previstos para entrega até 06/10/2025, 19 foram entregues dentro do prazo, ficando pendente apenas o da SCIH. Em relação às reuniões de comissões, apenas a reunião de Prevenção de Violência não foi realizada no mês. Quanto à entrega das atas, 10 foram encaminhadas após a data limite, impactando a meta estabelecida. O plano de ação para indicadores de comissões será a

implantação do documento de acordo interno entre o setor da Qualidade e os presidentes de cada comissão com o objetivo de minimizar a entrega de atas após a data acordada.

No que se refere às visitas técnicas e auditorias externas, houve visita da Prefeitura (Dr. Carlos Hamada). O indicador de auditorias internas foi descontinuado devido a reestruturação e será substituído por rondas internas da qualidade, previstas para 2026.

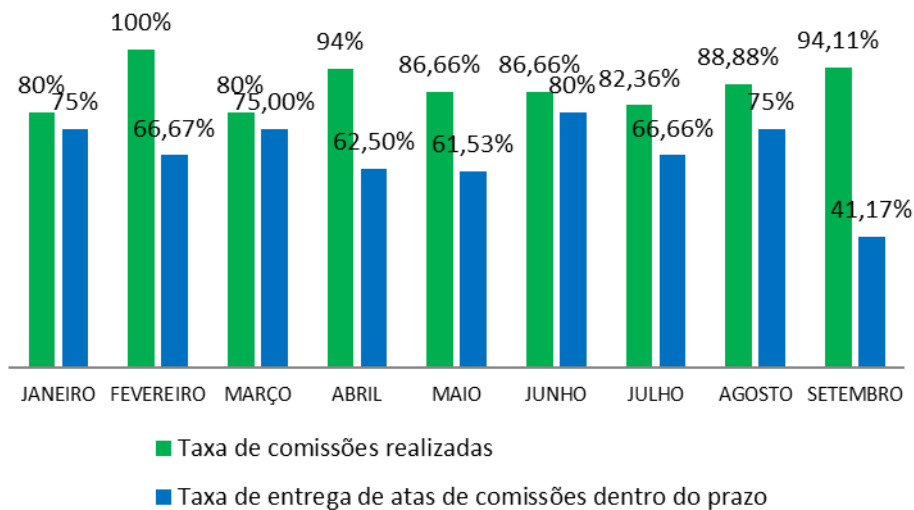
Quanto aos documentos retroativos de 2024, o tratamento segue em andamento de forma periódica, priorizando a regularização do maior volume possível, sem meta mensal definida.

Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 134 – Comissões



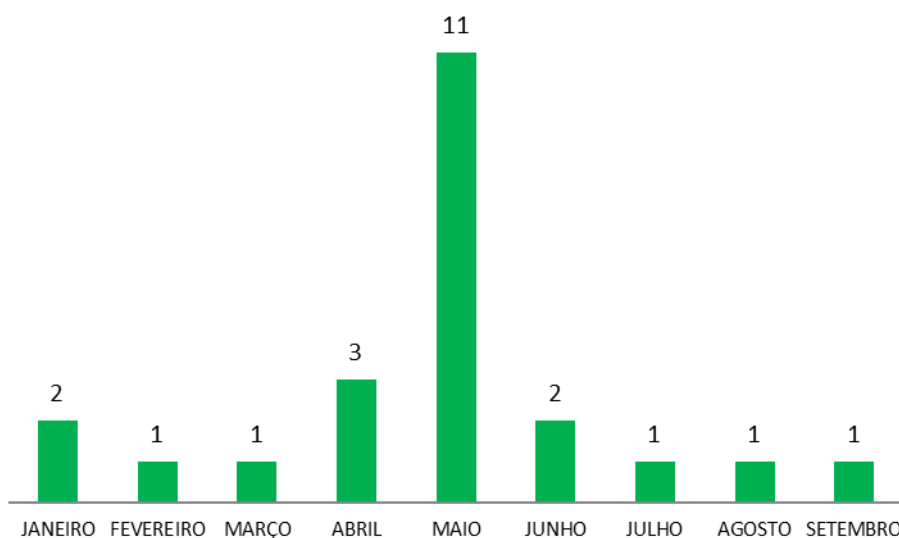
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 135 – Número de documentos retroativos



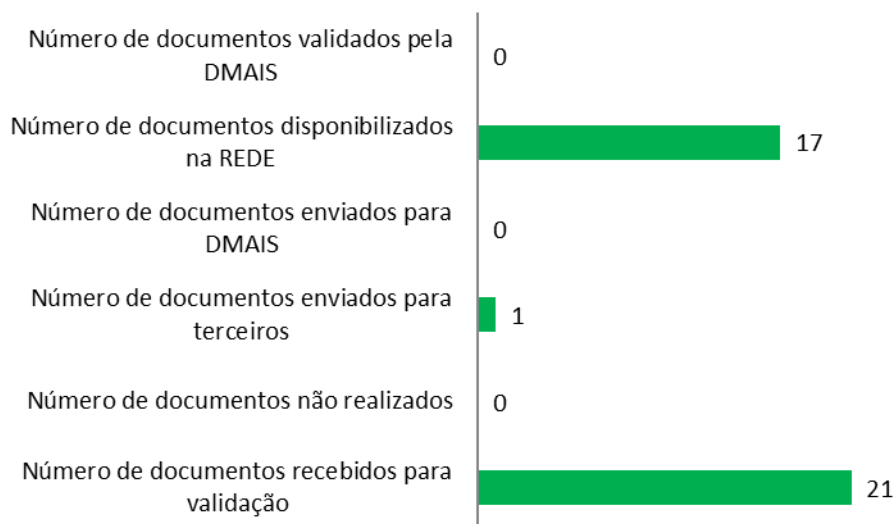
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações



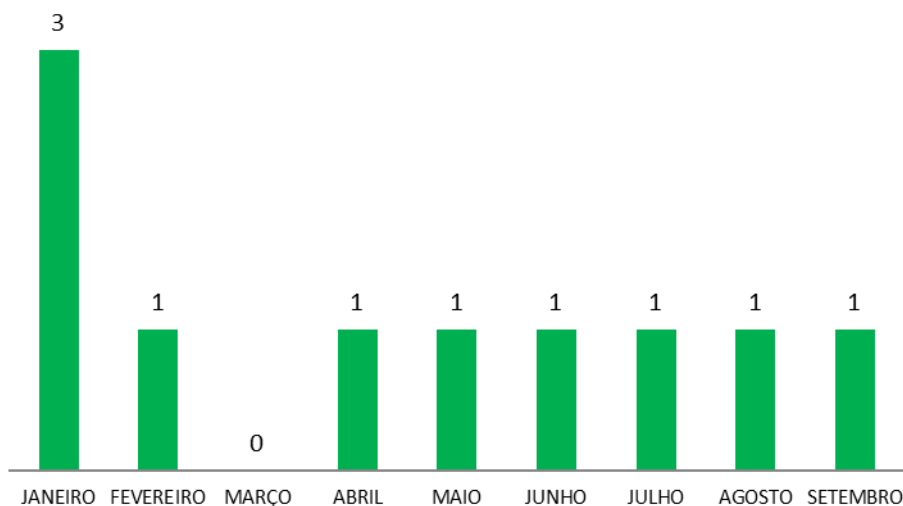
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 138 – Documentos



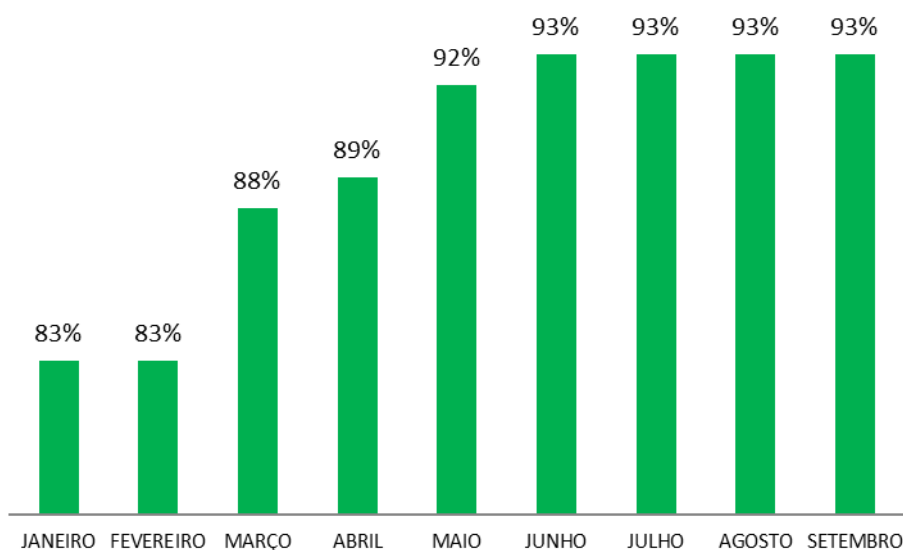
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 140 – 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	SETEMBRO
Total de aih faturadas	M/R	258	230	233	258	246	240	255	236	246
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102	112	105	117	111
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	24	10	74	18	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	270	250	228	128	*
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%	100%

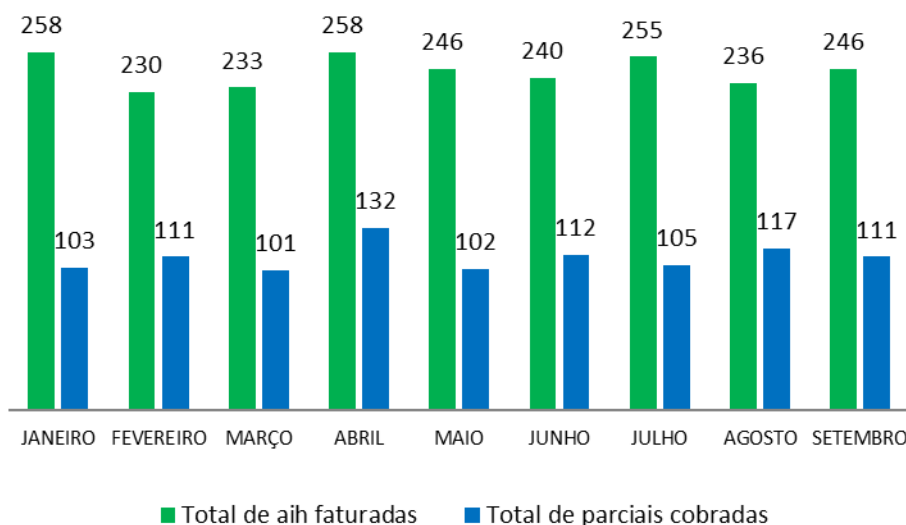
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

*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.

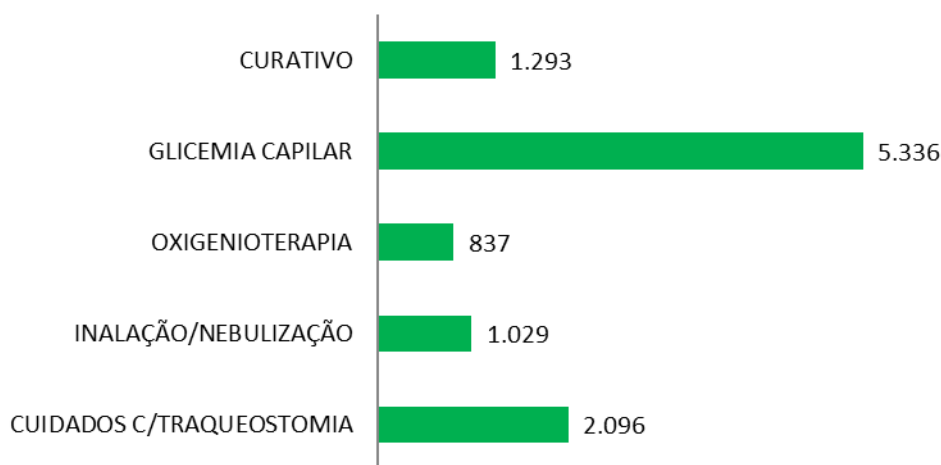
**Houveram correções nos dados do faturamento de dados retroativos.

Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais



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

Gráfico 142 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (Setembro 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	SETEMBRO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	89%	20%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581	4590	4572	4581
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0	0	0	0
Índice de orçado x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%	92%	96%	90%	77%

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

O valor e a taxa de retenções do contrato foram impactados pelo repasse financeiro recebido a menor, conforme determinação do chefe de gabinete, em função do saldo bancário da unidade. Em relação ao indicador Índice Orçado x Realizado, ainda não foi estabelecida uma meta, visto que o valor é variável e depende de fatores externos e internos à execução orçamentária. Está prevista uma reunião com o setor

responsável para definição futura dessa meta, de modo a garantir maior previsibilidade e controle financeiro.

A baixa no resultado do mês está associada ao atraso pontual em pagamentos de prestadores de serviços de alto valor, como a empresa Global Médicos, cujos repasses ocorreram apenas após a virada da competência devido a ajustes e alinhamentos internos. Essa situação gerou impacto temporário no desempenho do indicador, mas não representa um desvio recorrente, devendo ser normalizada nos próximos ciclos financeiros.

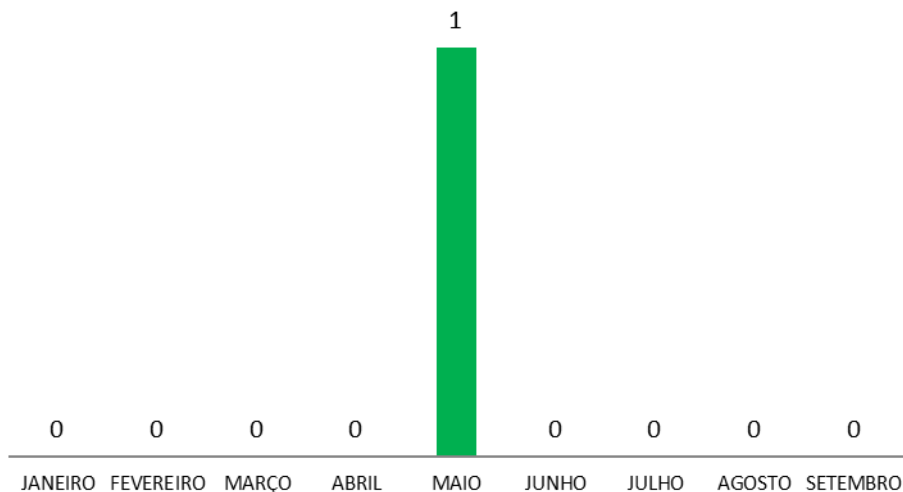
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

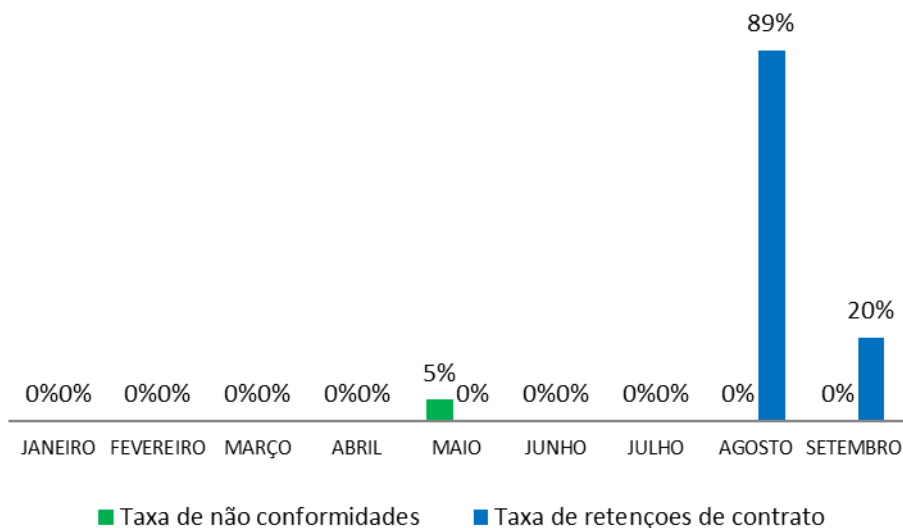
*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

Gráfico 144 – Número de auditorias externas



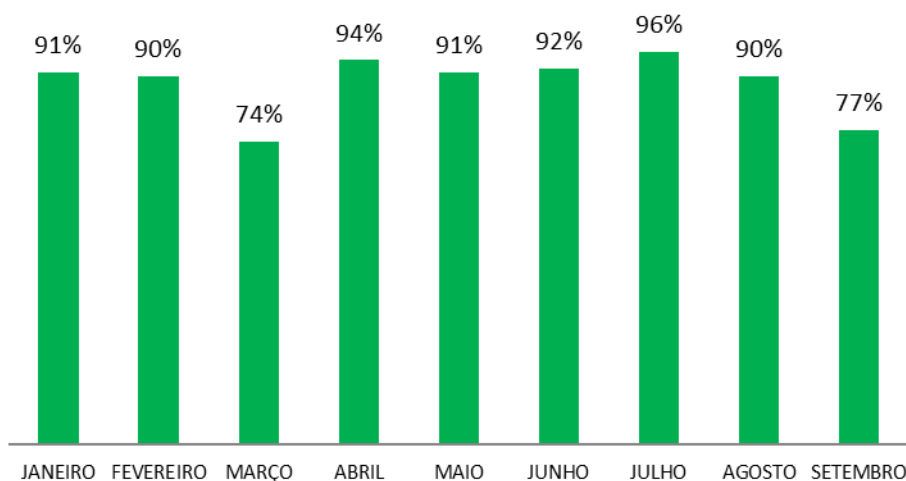
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades



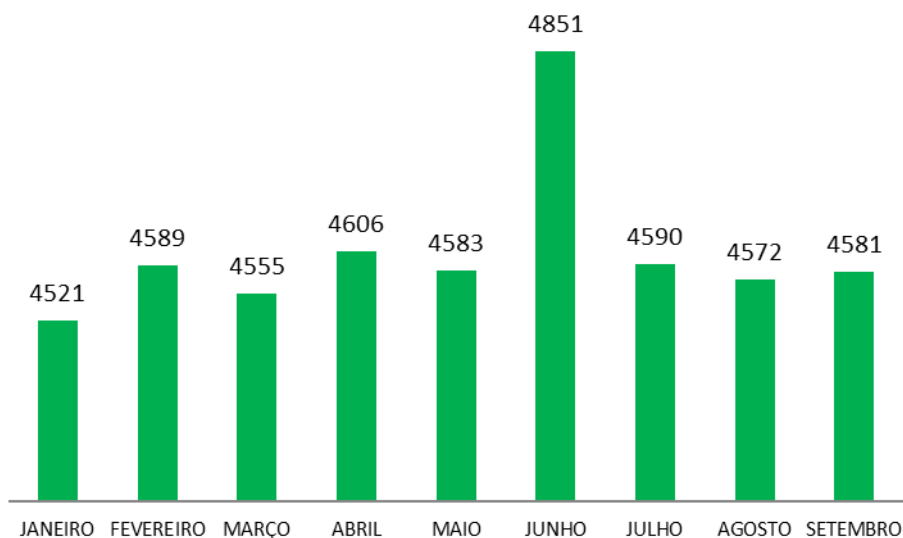
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado



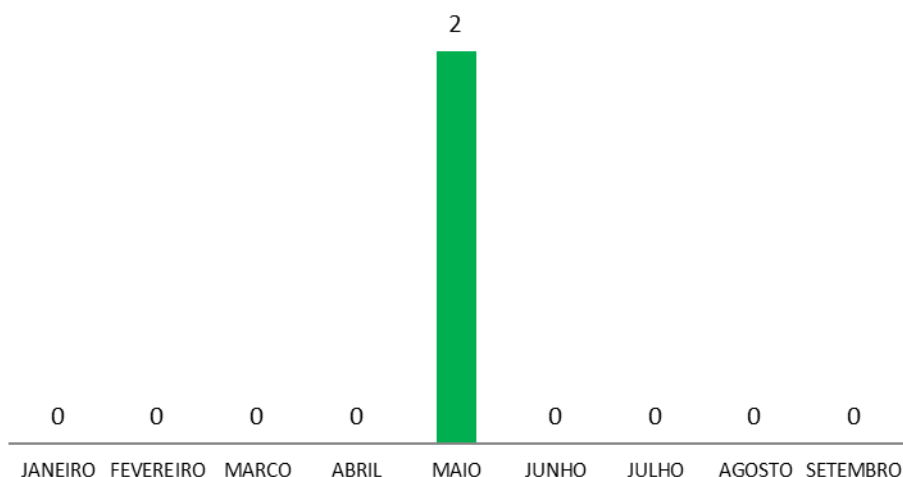
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 148 – 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	SETEMBRO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	93%*	96%	91%	97%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%	100%	99%	99%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81	87	82	83
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97	133	102	106
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0	0	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

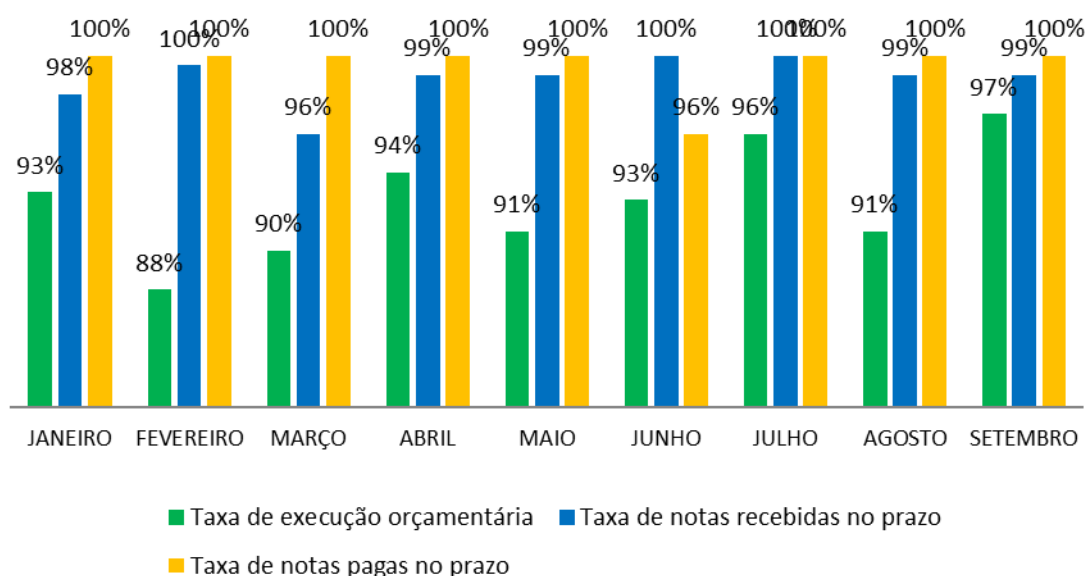
*A taxa de execução orçamentária de mês de junho foi ajustada saindo de 99% para 93%.

ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

A Taxa de Notas Recebidas não atingiu 100% neste período devido à pendência da nota fiscal da empresa Evoque, cuja emissão foi impactada pelo fato de o contrato ainda estar em processo de assinatura.

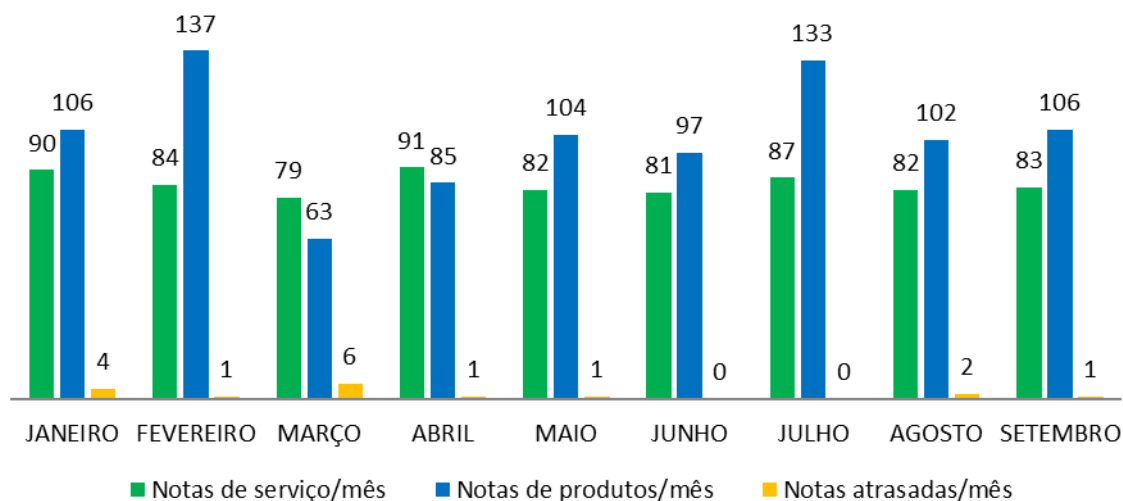
Em relação ao indicador de Execução Orçamentária, o percentual também ficou abaixo da meta, uma vez que não houve utilização integral do orçamento disponível no período analisado.

Gráfico 149 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Financeira.

Gráfico 150 – 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	SETEMBRO
Taxa de utilização de equipamentos	>95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,15%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141	105	179	140
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136	100	170	122
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	22
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	20
Número de o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9	19	17	18
Número de o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6	16	15	17
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%	96%	80%	96%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139	139	139	135
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66	66	32	12
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%	96%	80%	99%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

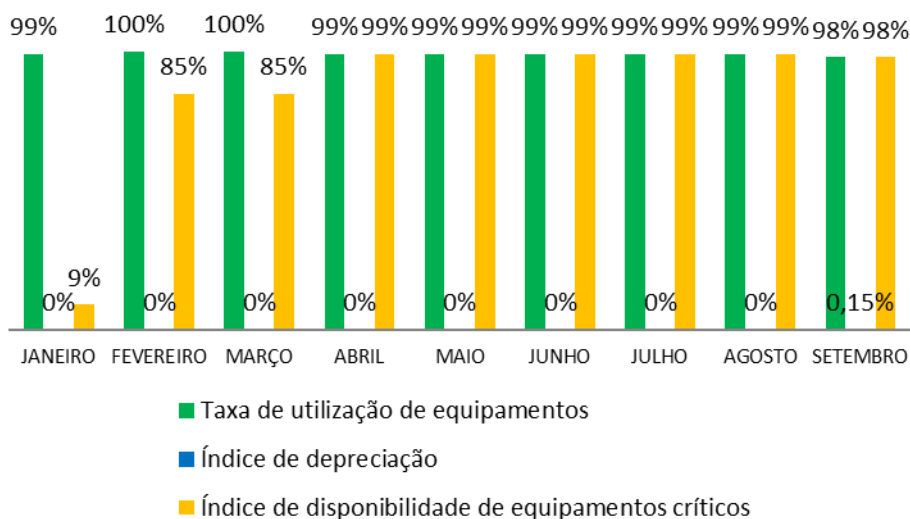
ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

O índice de depreciação foi de 0,15%, decorrente da baixa de um micro-ondas classificado como inservível durante o período.

Em relação à taxa de movimentação, o resultado não atingiu 100% devido à abertura de ordens de serviço na última semana do mês, que não puderam ser concluídas dentro do prazo, sendo finalizadas apenas na primeira semana de outubro.

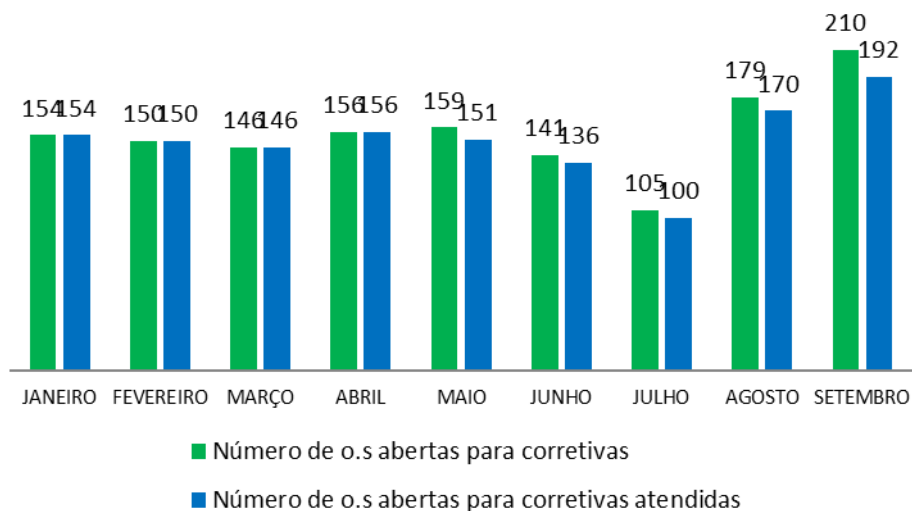
Observou-se também um aumento na quantidade de bens inservíveis, que passou de 139 para 225 itens. Essa variação ocorreu porque foi realizada uma nova contagem de inservíveis, em razão do processo de baixa patrimonial em andamento junto à SMS. Em anexo, segue o relatório atualizado com as informações detalhadas.

Gráfico 151 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos



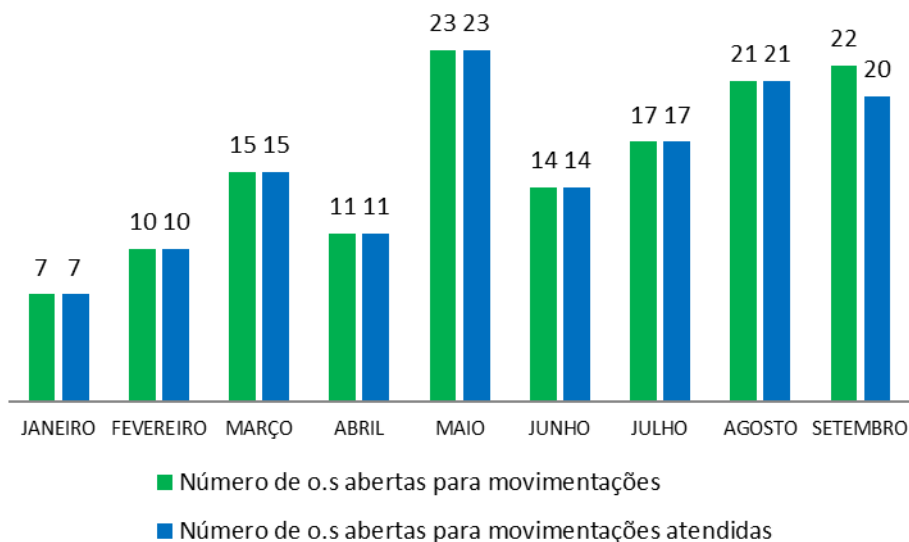
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas



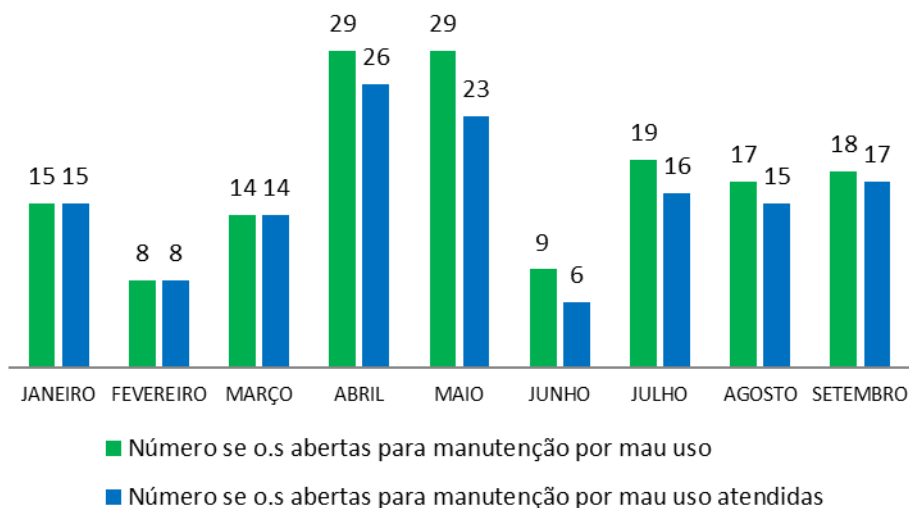
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações



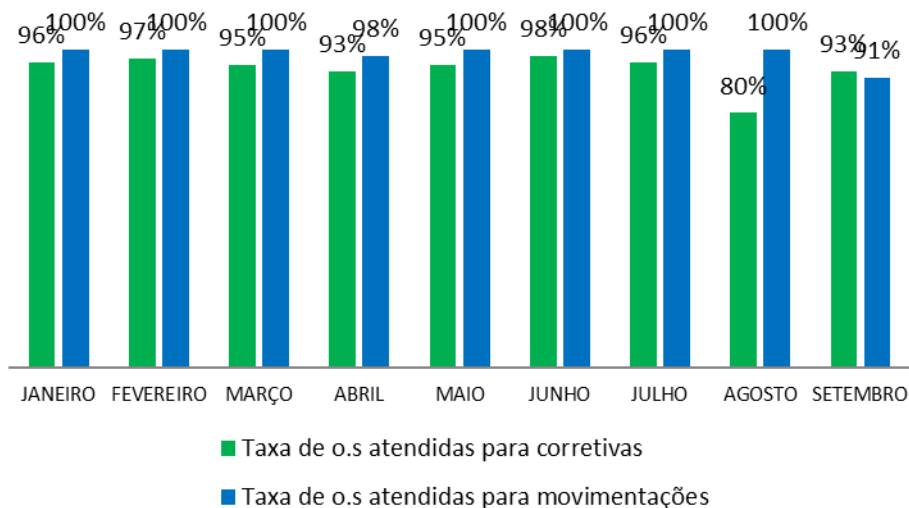
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



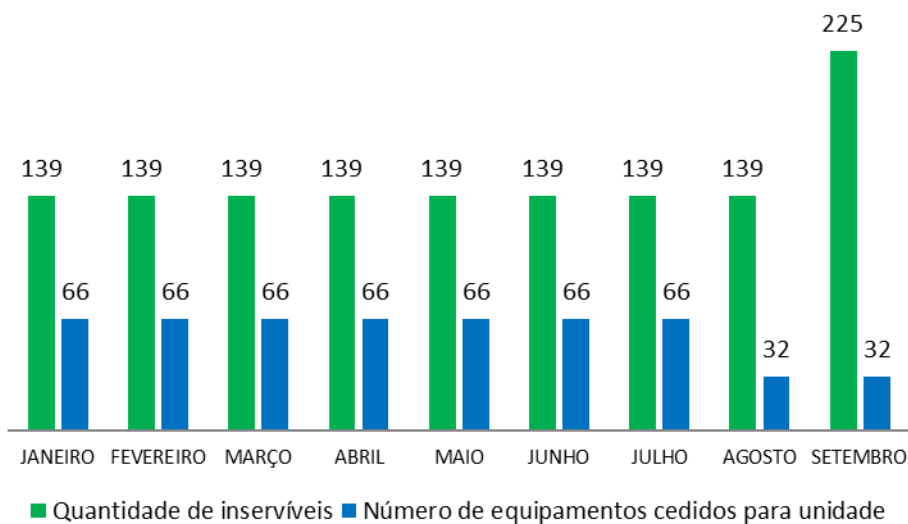
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços



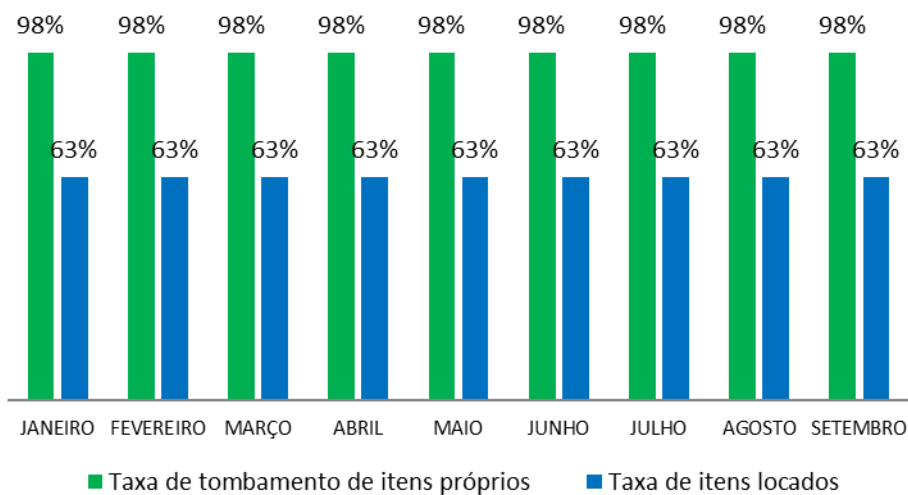
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



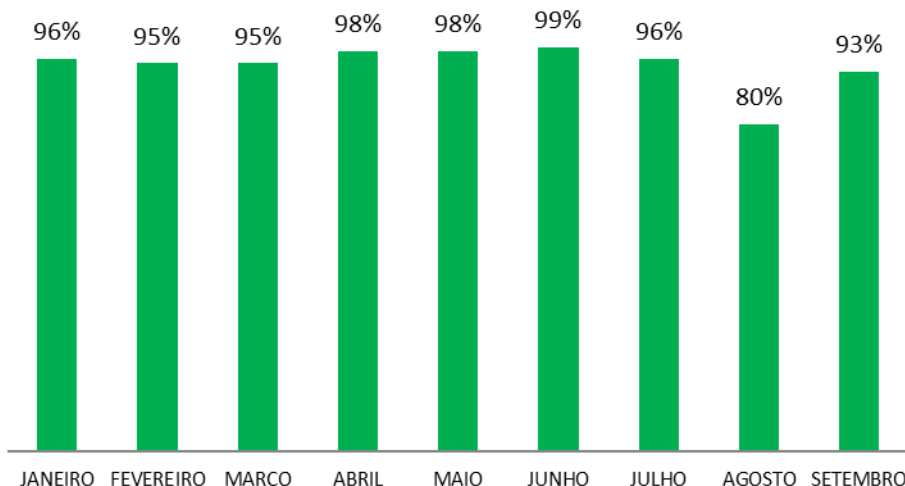
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 158 – 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	SETEMBRO
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%	98%	98%	99%	96%	98%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9	9	6	15	0	0
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	94,11%	94,11%	94,11%	94,44%	94,44%	94,44%	88,88%	88,24%	72,22%

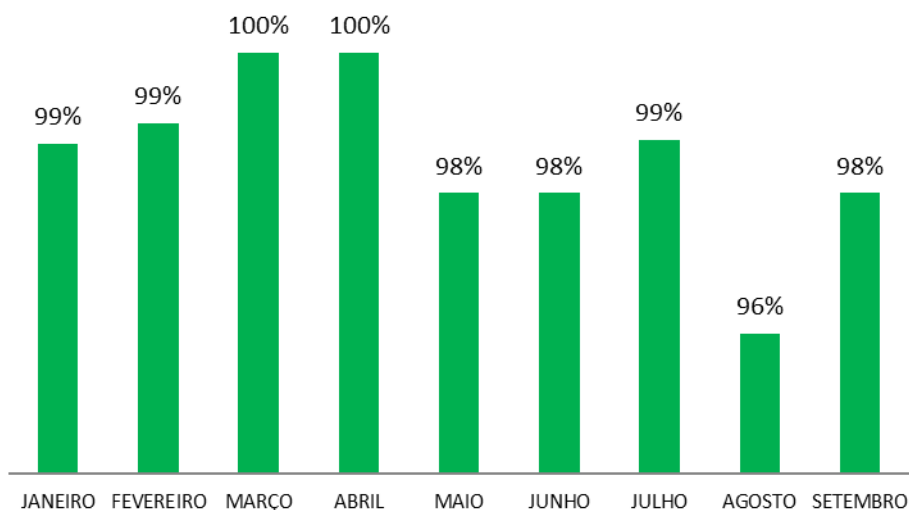
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador de Índice de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100%, pois dois dos contratos vigentes no mês de setembro apresentaram descumprimento de cláusulas contratuais. As empresas envolvidas foram devidamente notificadas: a primeira em 08/09/2025, com devolutiva recebida em 12/09/2025, e a segunda em 23/09/2025, sem devolutiva até o momento.

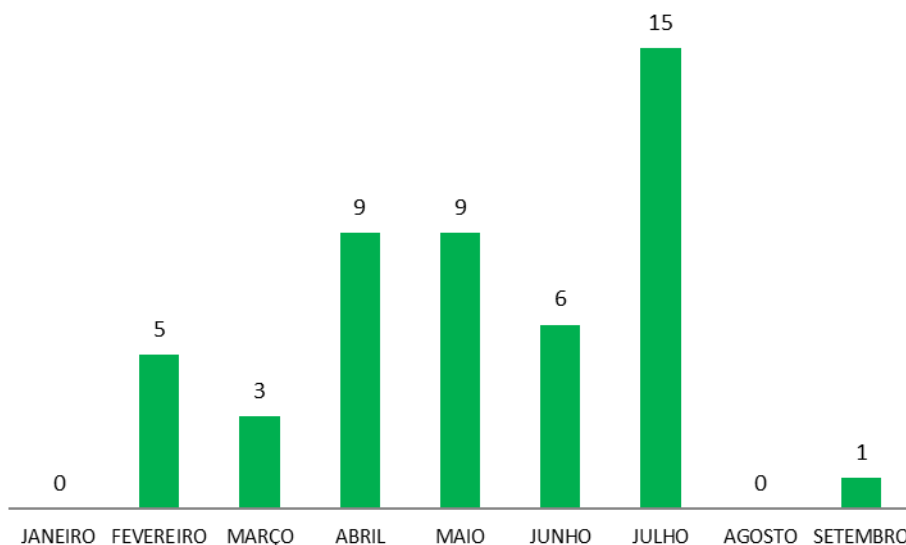
O indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos apresentou resultado de 72,22%, devido a cinco contratos auditados obterem pontuação inferior a 81%, classificando-se como “bom”, porém abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse desempenho impactou negativamente a média geral do indicador, evidenciando a necessidade de aprimoramento no atendimento aos critérios de qualificação, ainda que os prestadores permaneçam considerados qualificados.

Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados



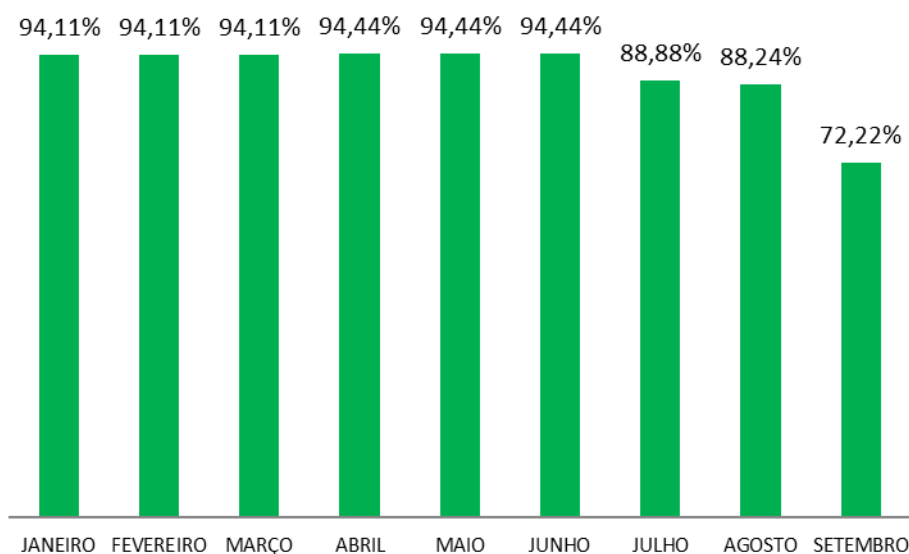
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 160 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 161 – 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	SETEMBRO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de enxovais recebidos com sujeira	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,25%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a roupa (Solicitação Interna)	< 2 horas*	01:00	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%	1,40%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%	100%	100%	99%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,90%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

*Alterados metas dos indicadores.

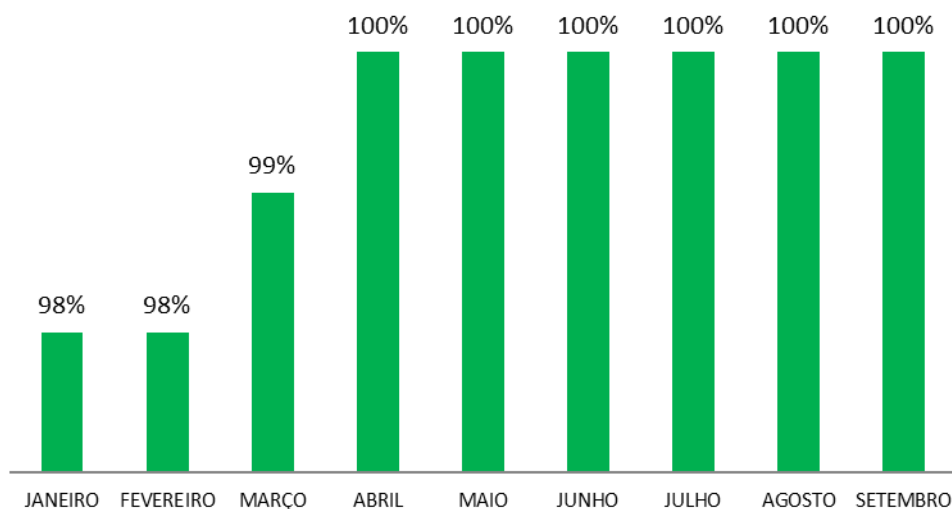
ANÁLISE CRÍTICA – ROUPARIA

No mês de setembro, a Taxa de Conformidade com Padrões de Higienização apresentou resultado satisfatório de 99,8%, mantendo-se dentro da meta estabelecida. O índice de 0,2% de sujidade representa uma baixa ocorrência e demonstra a efetividade dos processos de higienização e do monitoramento contínuo realizados pela equipe responsável.

O Índice de Reposição de Enxoval apresentou divergência no retorno de camisolas infantis, situação já tratada com o fornecedor, que foi notificado para regularização. O acompanhamento será mantido até a normalização completa do processo.

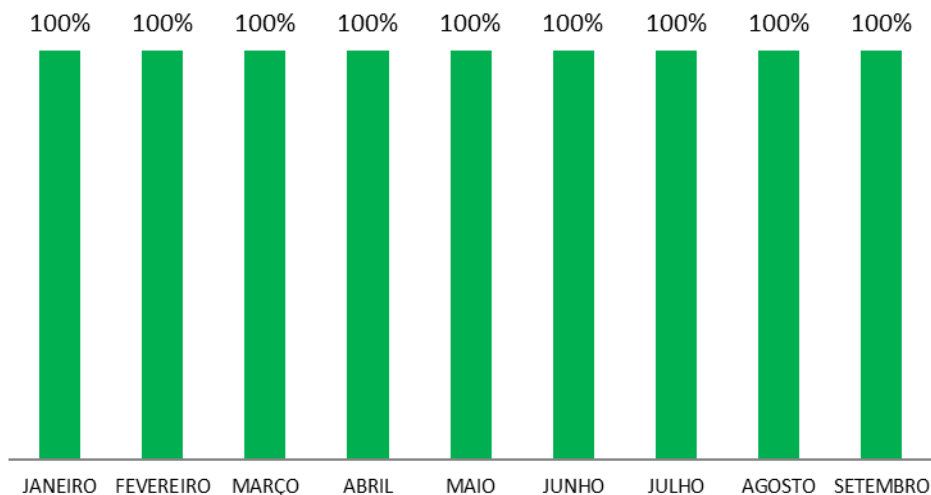
A Taxa de Evasão manteve-se estável em relação ao mês anterior, sem variações significativas, em razão da alteração do inventário de mensal para bimestral, medida aprovada pela Direção Geral. Essa mudança visa otimizar os processos de controle e gestão do enxoval, sem prejuízo à acuracidade das informações.

Gráfico 162 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)



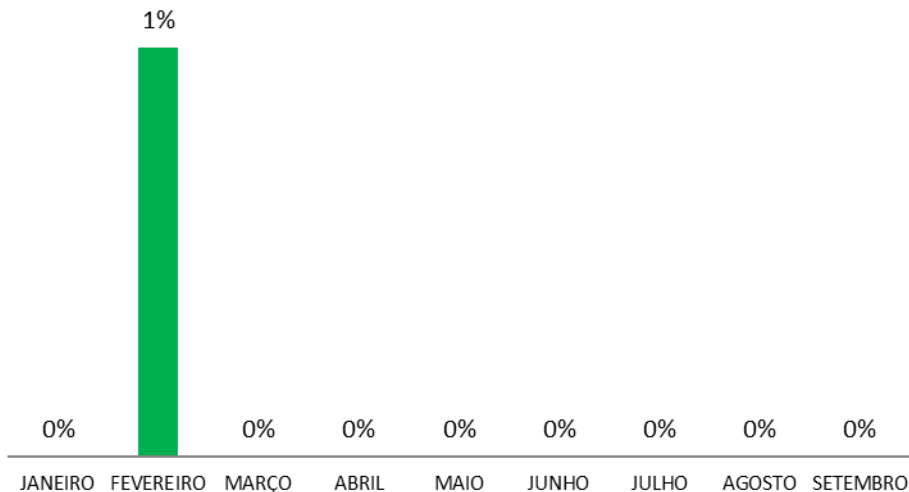
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



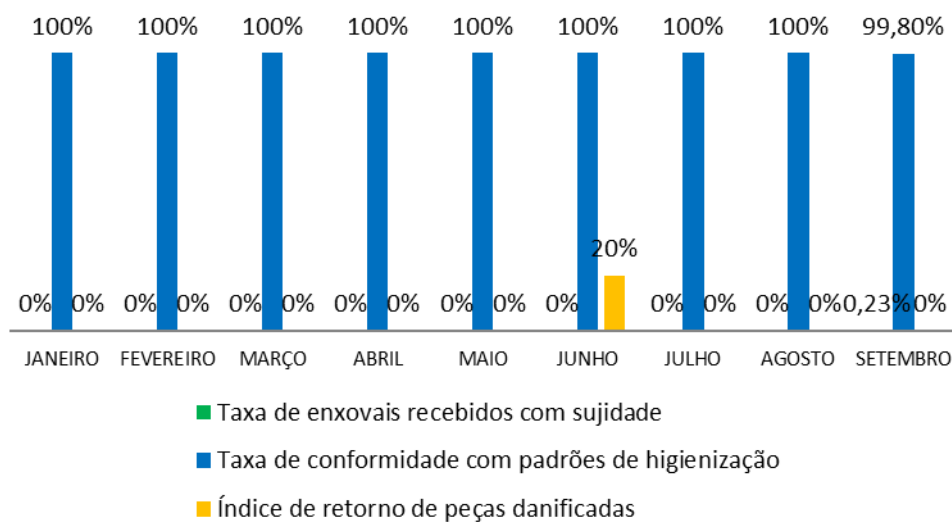
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados



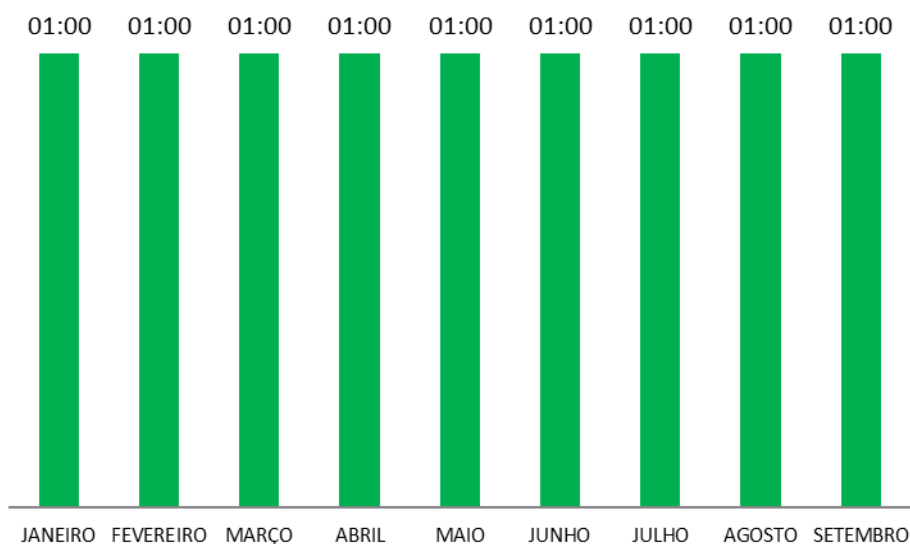
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 165 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas



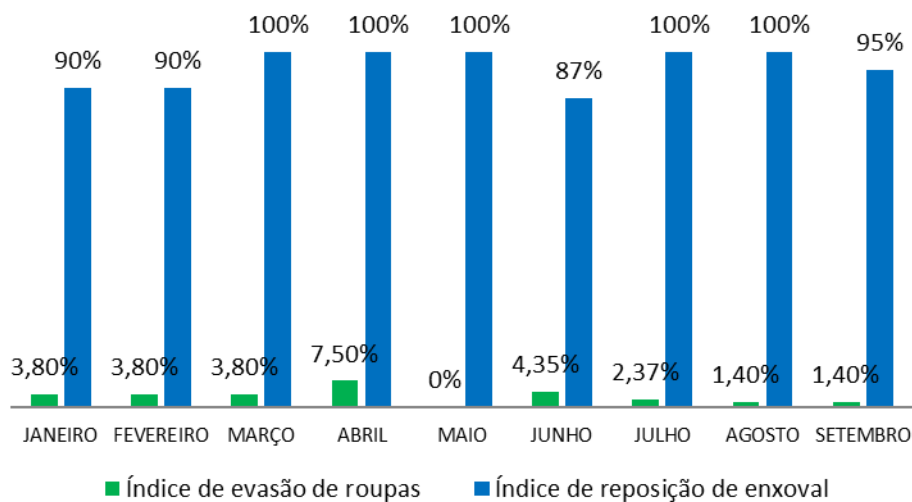
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 166 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)



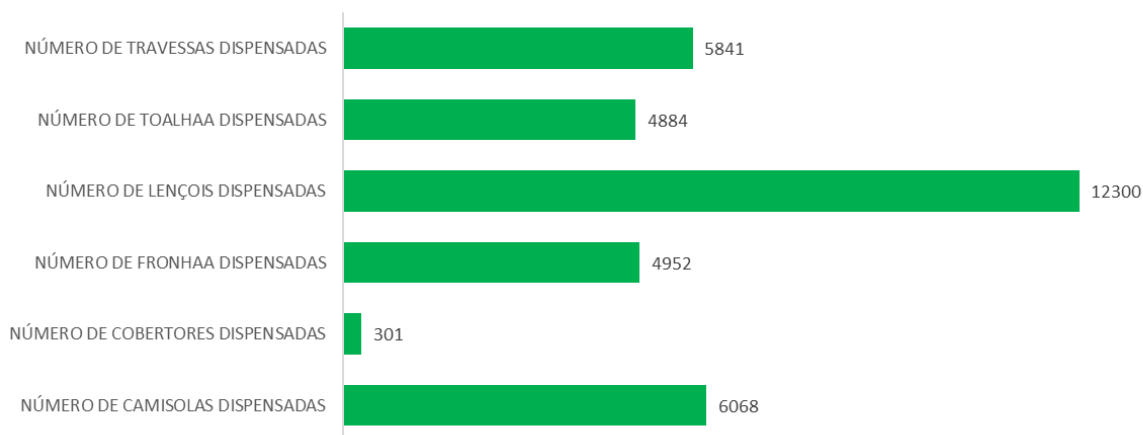
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em setembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,13%	10%
Índice de satisfação com a limpeza*	> 80%	*	*	*	90%	90%	90%	90%	85%	90%

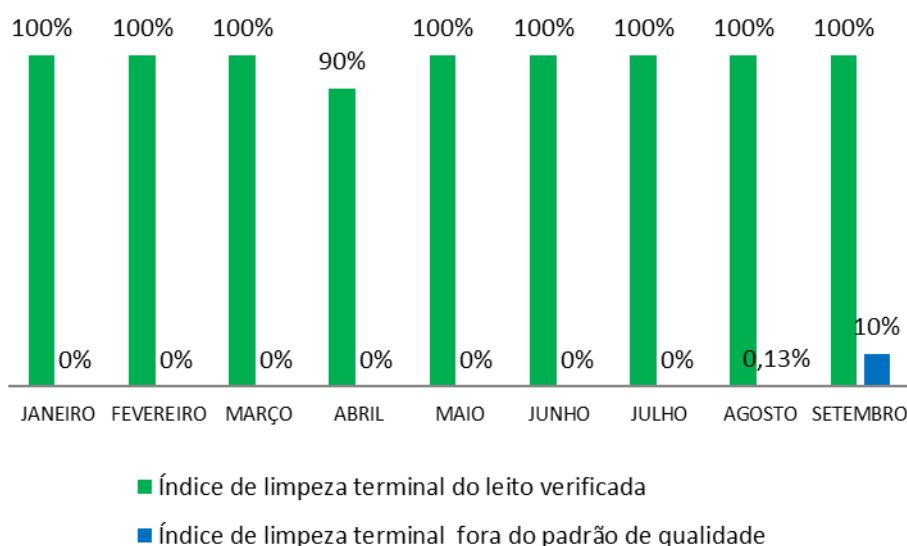
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

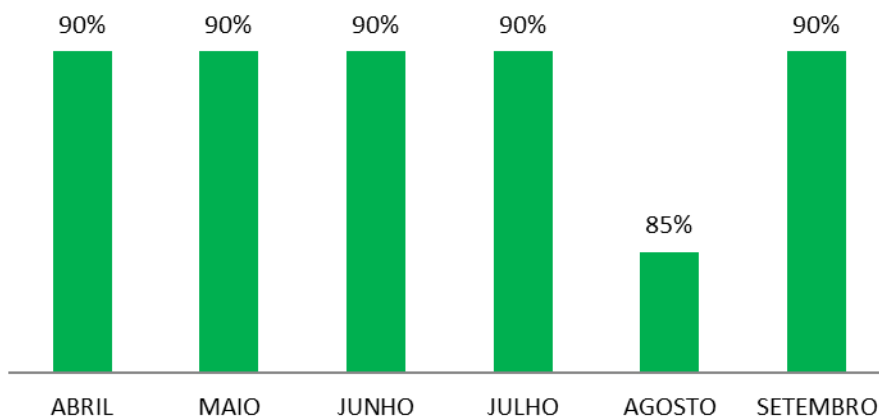
O aumento para 10% no mês de setembro está relacionado às dificuldades operacionais enfrentadas pela equipe na execução das limpezas terminais no setor Colibri, decorrentes de fatores que impactaram diretamente o cumprimento dos padrões de qualidade estabelecidos.

Gráfico 169 – Índices de higienização



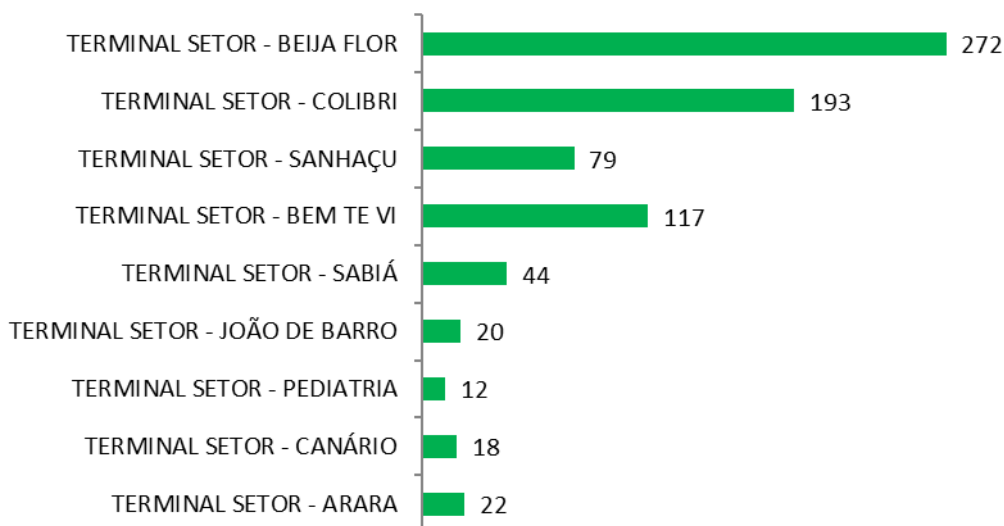
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 171 – Terminais em Setembro 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	SETEMBRO
Taxa de satisfação com a Recepção	> 80%	*	*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210	2625	2249	2331
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391	479	409	445
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26	23	21	28

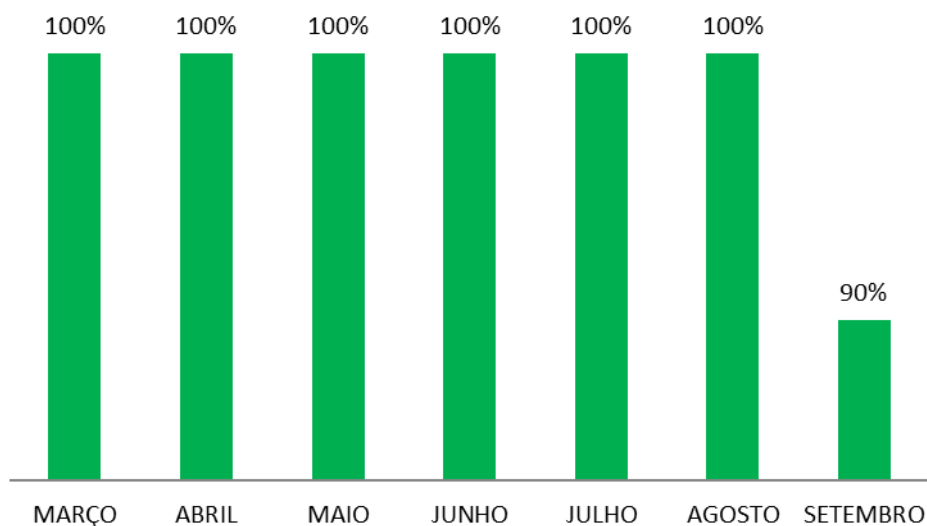
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

ANÁLISE CRÍTICA – RECEPÇÃO

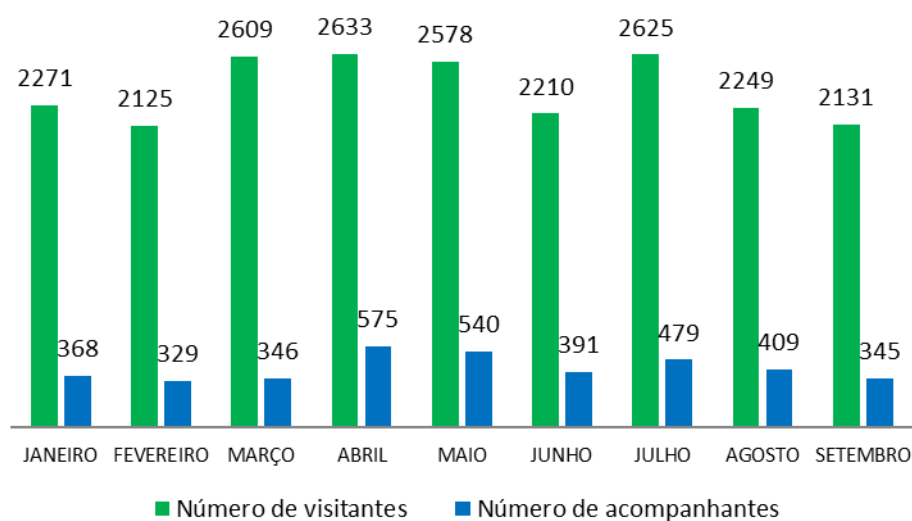
Embora o indicador de satisfação com a recepção tenha permanecido dentro da meta estabelecida, observou-se um declínio em relação ao histórico desde o início da mensuração. A variação ocorreu em decorrência de uma manifestação de insatisfação registrada por um familiar, o que resultou no percentual de 90% de satisfação. No entanto, a manifestação não apresentou informações claras ou detalhadas, impossibilitando a identificação da causa raiz e, consequentemente, a elaboração de um plano de ação específico.

Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção



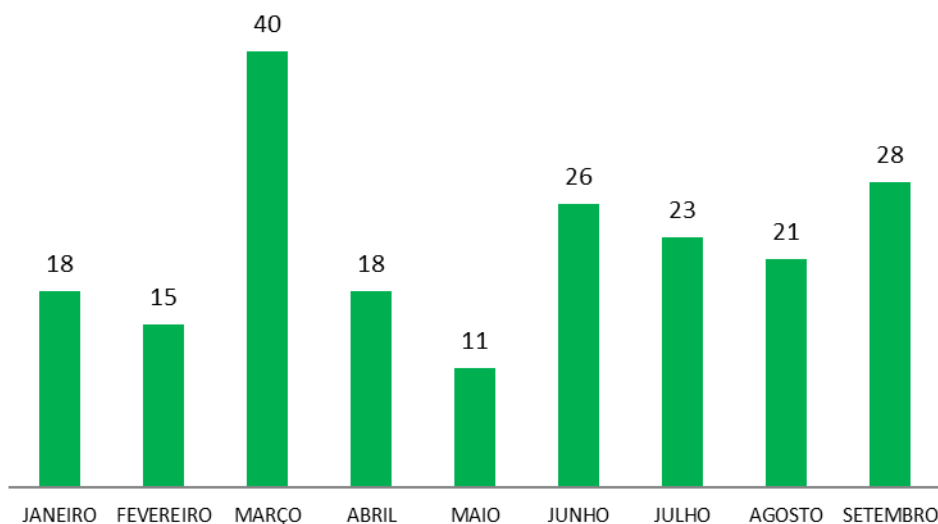
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 174 – Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

3.9.9. Portaria

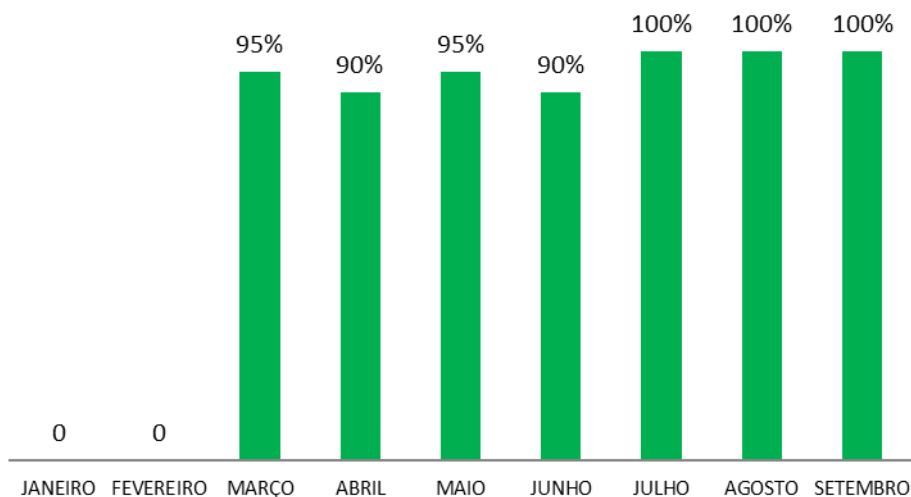
Tabela 81 – Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de satisfação de portaria	> 80%	*	*	95%	90%	95%	90%	100%	100%	100%
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	94%	96%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

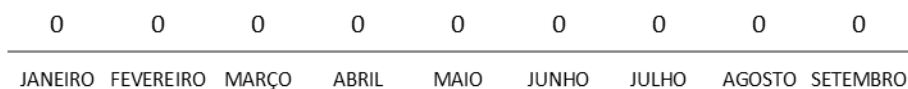
*O indicador de Taxa de satisfação com a portaria começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 177 – 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	SETEMBRO
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%	*	*	*	*	*	100%	100%
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	1
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	1
Número de processos trabalhistas anos anteriores (2020/2024)	M/R	4	4	*	*	*	*	*	18	1
Número de processos trabalhistas (2025)	M/R	0	0	*	*	*	*	*	4	1

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 número de processos de terceiros (2025) apresentou zero registros no mês de setembro. O dado de três processos em agosto está relacionado ao período em que não houve preenchimento regular dos indicadores. A partir deste mês, o indicador passou a mensurar o número de processos abertos por ex-colaboradores de fornecedores no mês vigente, o que justifica a ausência de novos registros.

Da mesma forma, o número de processos INTS (2025) apresentou ajuste metodológico. O dado de oito processos em agosto também se refere ao período em que não houve mensuração dos dados. A partir de setembro, o indicador passou a refletir os processos abertos por ex-colaboradores do INTS no mês vigente.

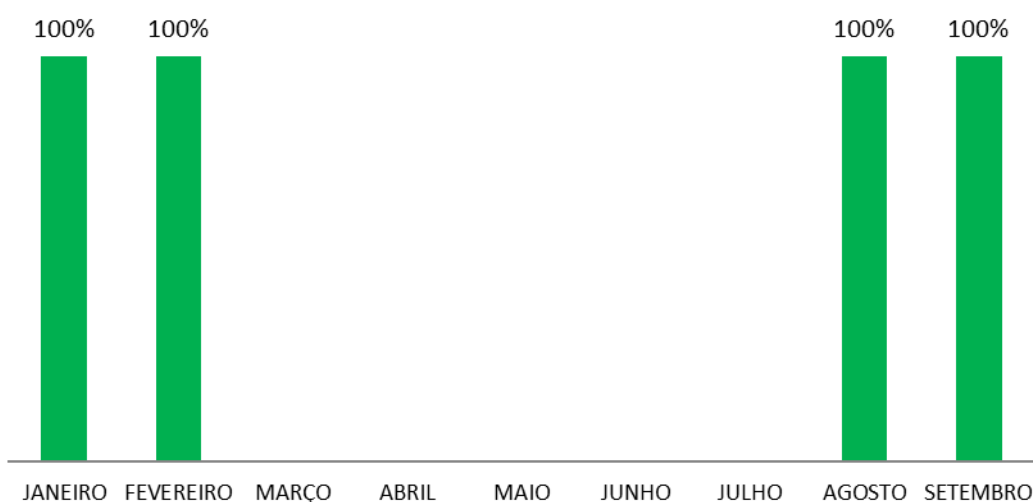
Foram acompanhadas cinco audiências pelo profissional jurídico do HMG, representando um aumento em relação aos meses anteriores. Tal elevação ocorreu devido à atuação direta do jurídico institucional, uma vez que, anteriormente, as audiências eram acompanhadas por outros departamentos, sem registro formal nos indicadores.

Em relação ao número de ações trabalhistas dos anos de 2022 a 2024 ainda em andamento, destaca-se que um dos processos teve o HMG excluído, deixando, portanto, de ser acompanhado pela INTS.

Durante o mês de setembro, foi recebido um ofício, cuja resposta está prevista para o mês de outubro.

Permanece pendente a devolutiva de um fornecedor para a finalização de uma notificação emitida, o que está sendo monitorado pelo setor.

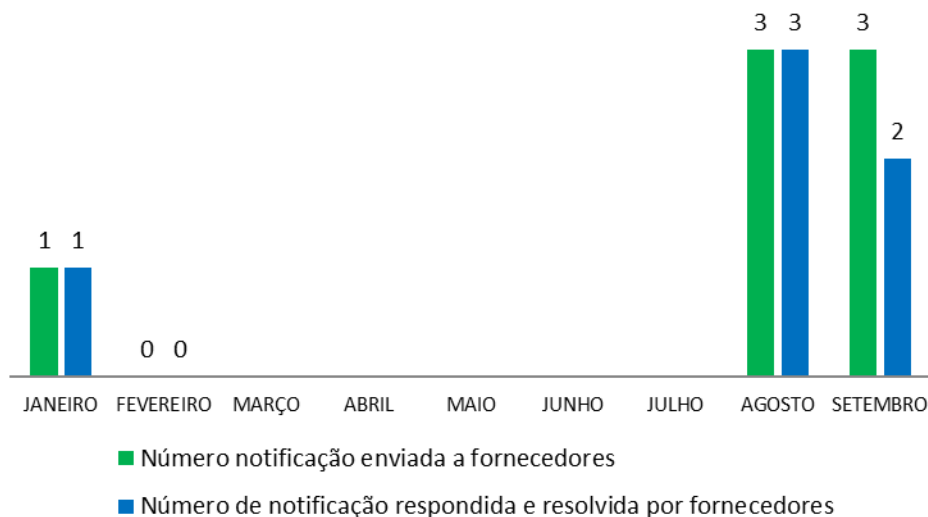
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais



* 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 179 – 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 180 – Produção Jurídico em Setembro 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

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.

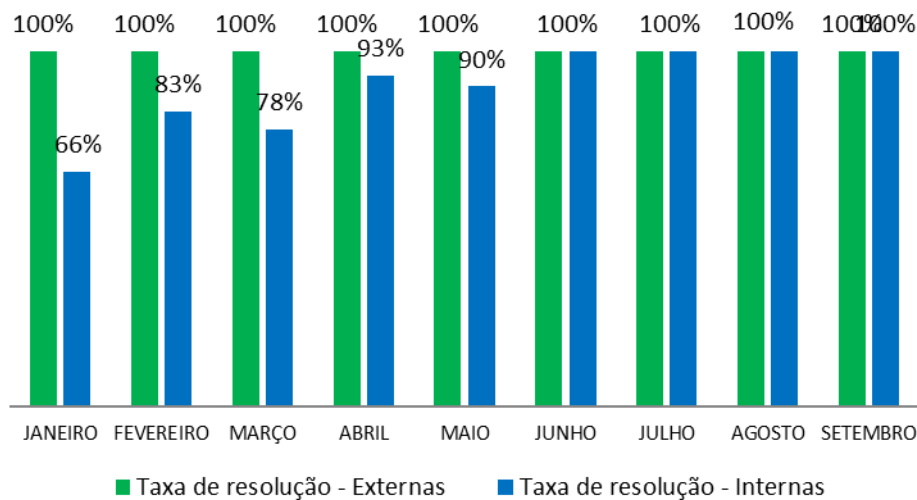
ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

Em alinhamento com a coordenação (Simone), foi acordada a remoção do indicador de reincidência da planilha da Ouvidoria Interna, uma vez que este item não é considerado prioritário para o acompanhamento neste momento. A decisão visa otimizar a análise dos indicadores, concentrando esforços nos parâmetros mais relevantes para a avaliação da qualidade das manifestações e da efetividade das ações corretivas.

No período, foram registradas apenas duas manifestações externas, número reduzido em decorrência da troca de sistemas na Ouvidoria, o que impactou temporariamente o volume de registros.

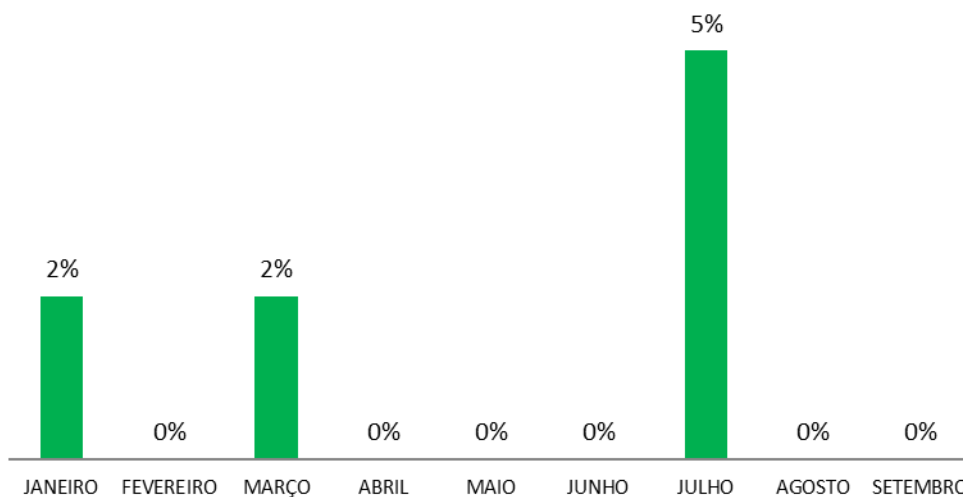
A redução da taxa de NPS se deve às notas detratoras atribuídas por pacientes em relação ao atendimento prestado por outras áreas. Estamos colaborando na análise e qualificação das demandas, repassando as informações pertinentes para os gestores responsáveis. Nesse contexto, não temos autoridade direta para implementar ações, mas seguimos apoiando na estruturação e direcionamento das demandas.

Gráfico 181 – Taxa de resoluções



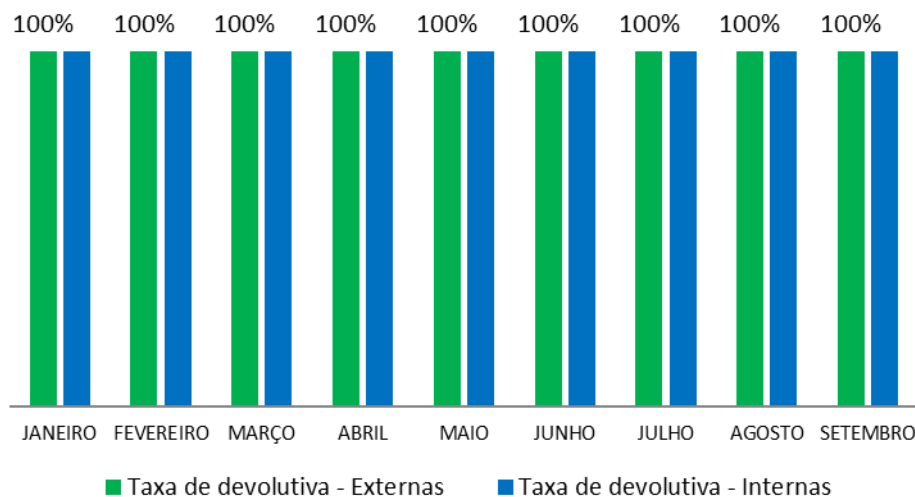
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa



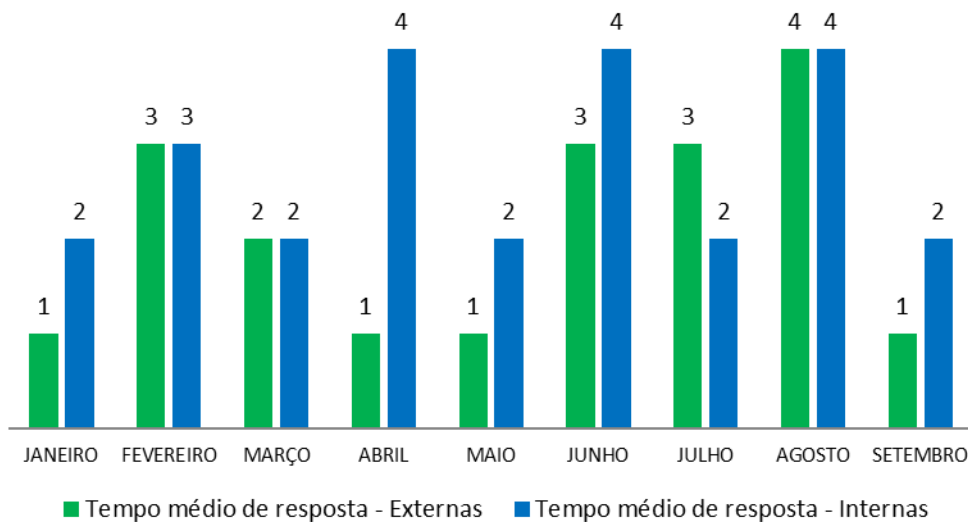
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 183 – Taxa de devolutivas



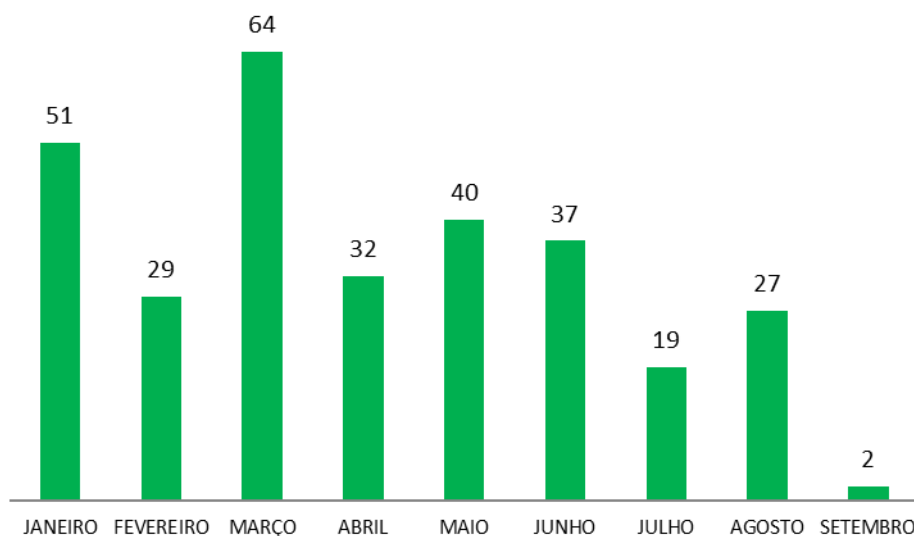
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 184 – Tempo médio de resposta



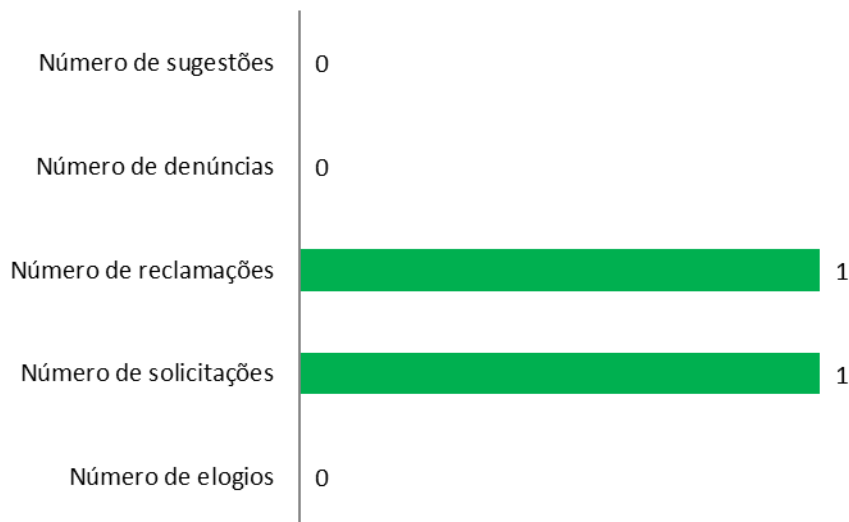
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas



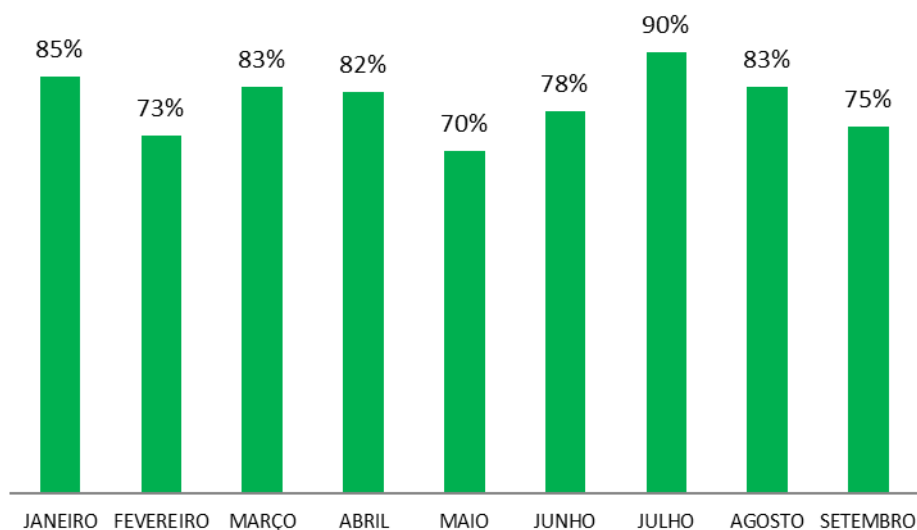
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em Setembro de 2025



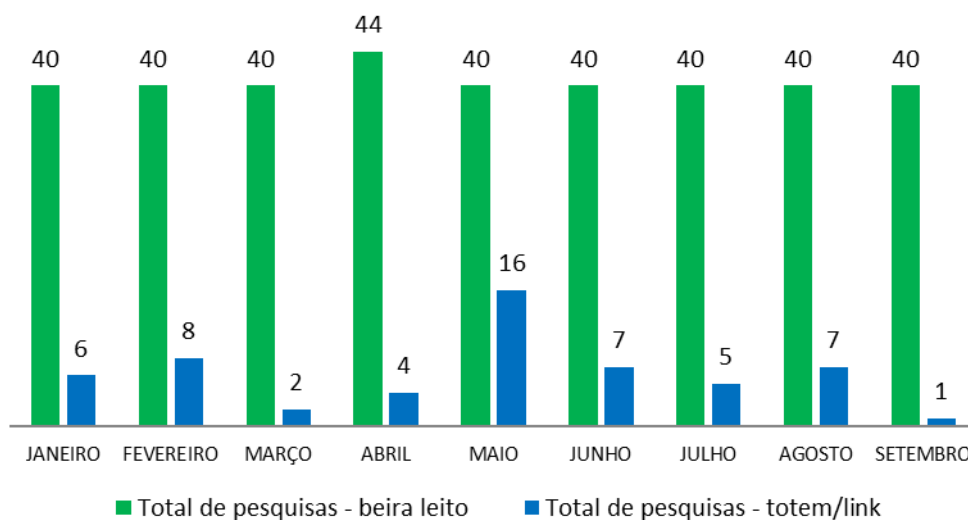
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



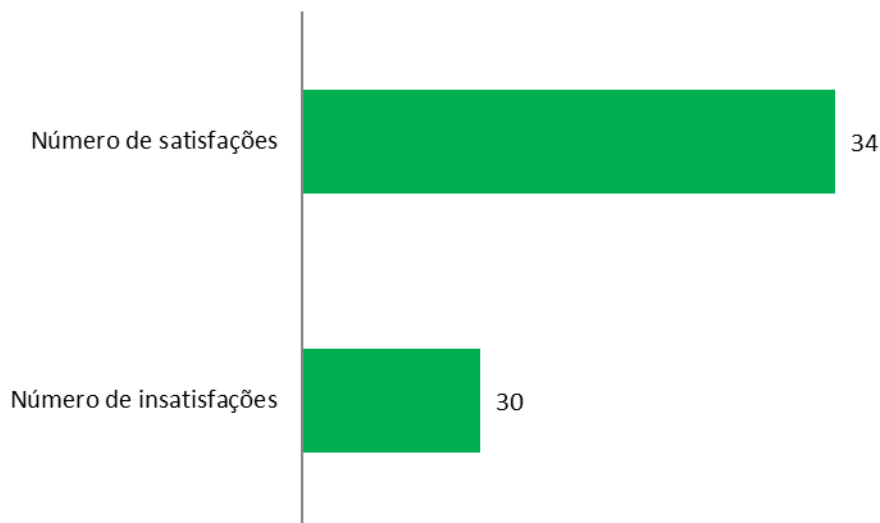
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 188 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 189 – Total de manifestações internas em Setembro 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

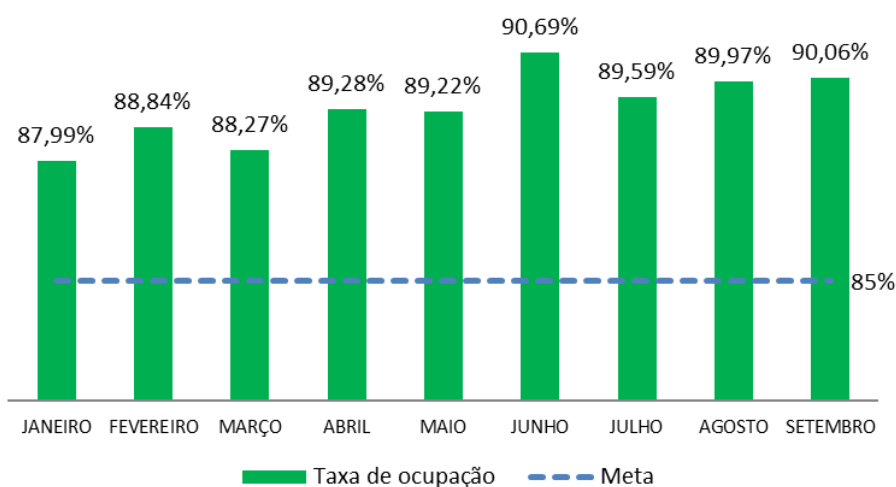
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%	89,59%	89,97%	90,00%

Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%	0,20%	1,00%	0,19%	0,78%	1,39%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%	2,98%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de apresentação de AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

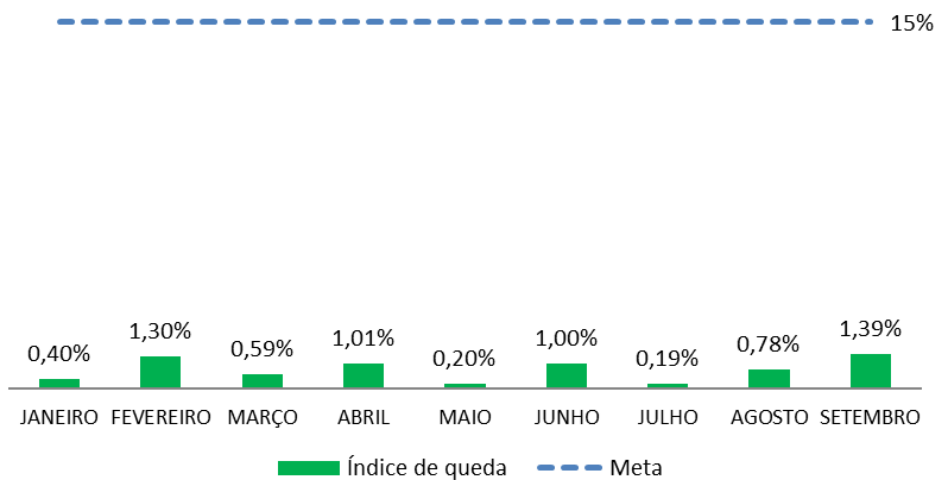
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 190 – Taxa de ocupação



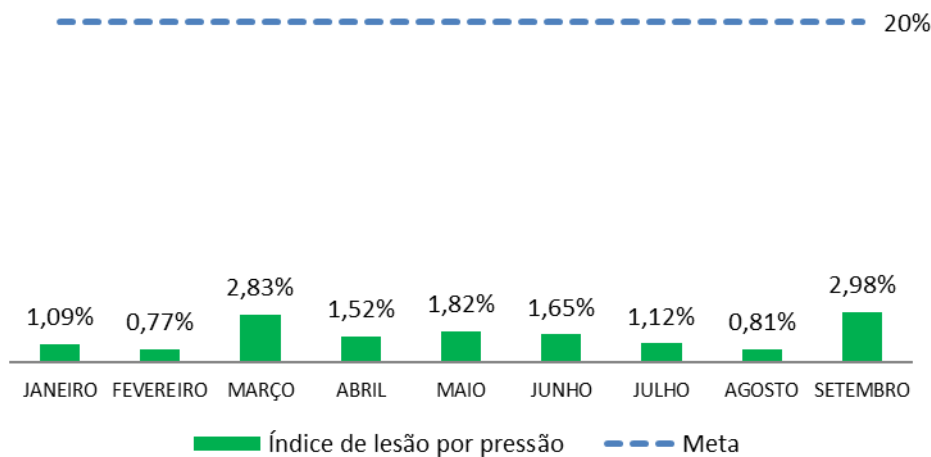
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 191 – Índice de queda



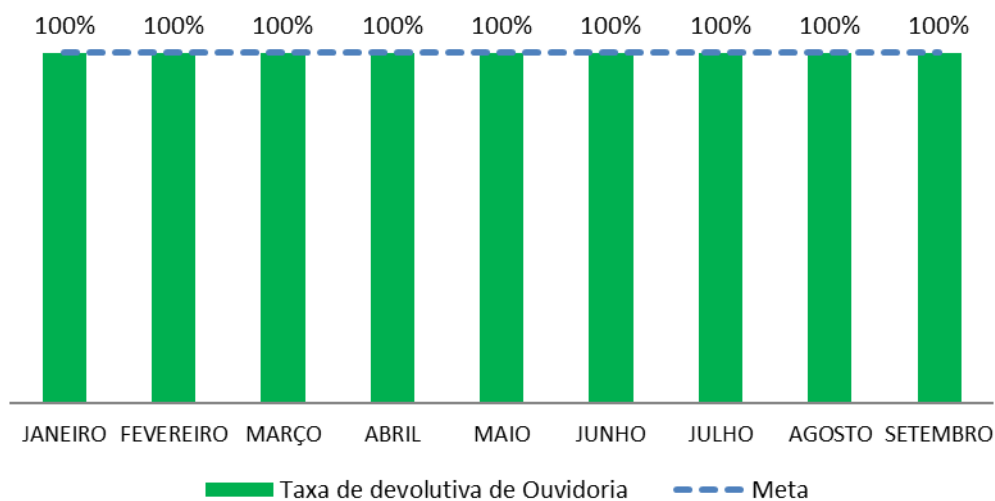
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão



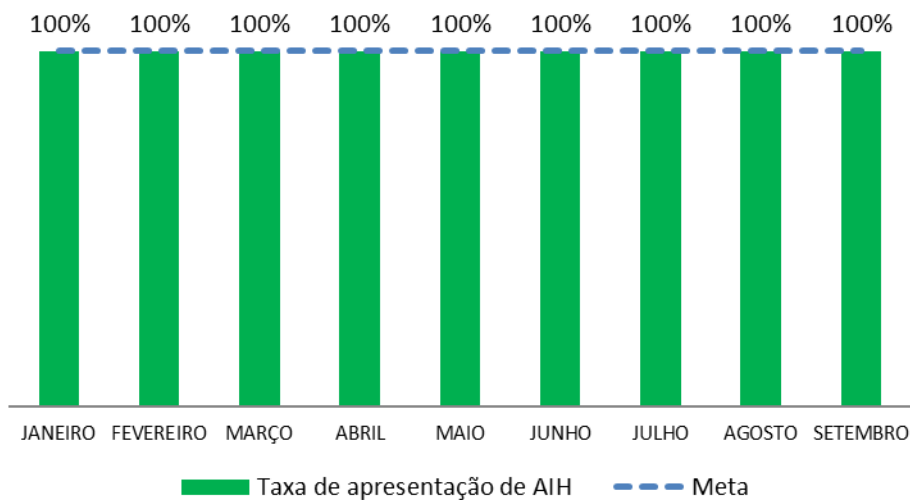
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

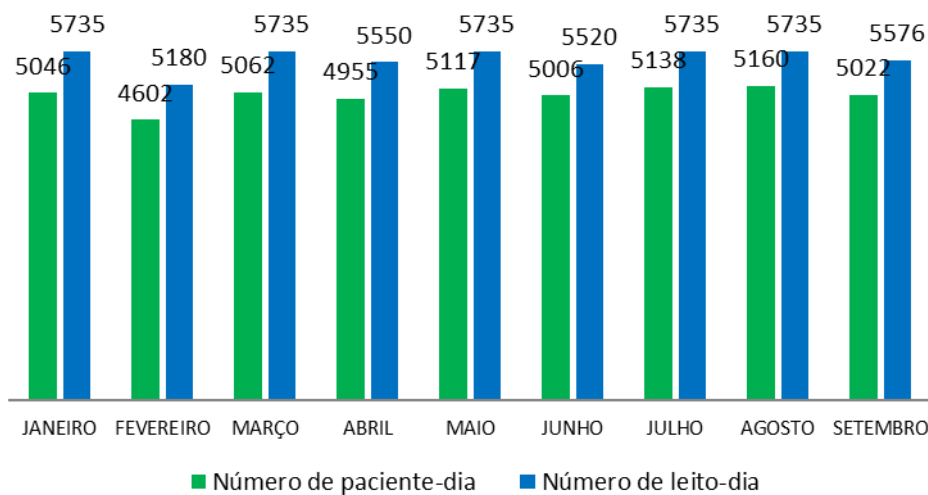
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5028
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220	5735	5735	5576
Número de quedas	<10	2	6	3	5	1	5	1	4	7
Casos de lesão por pressão	< 10	3	2	7	4	6	4	3	2	7
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27	2
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240	255	232	246

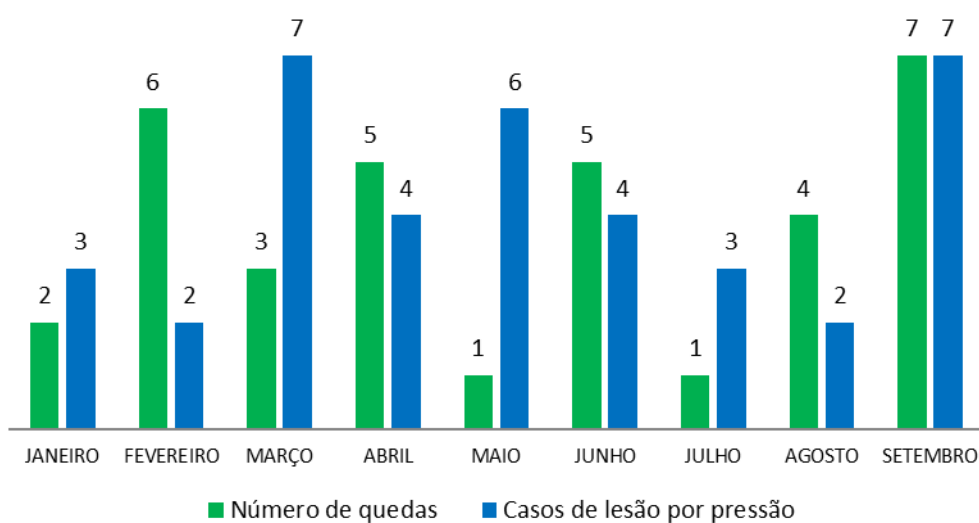
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 195 – Número paciente e leito dia



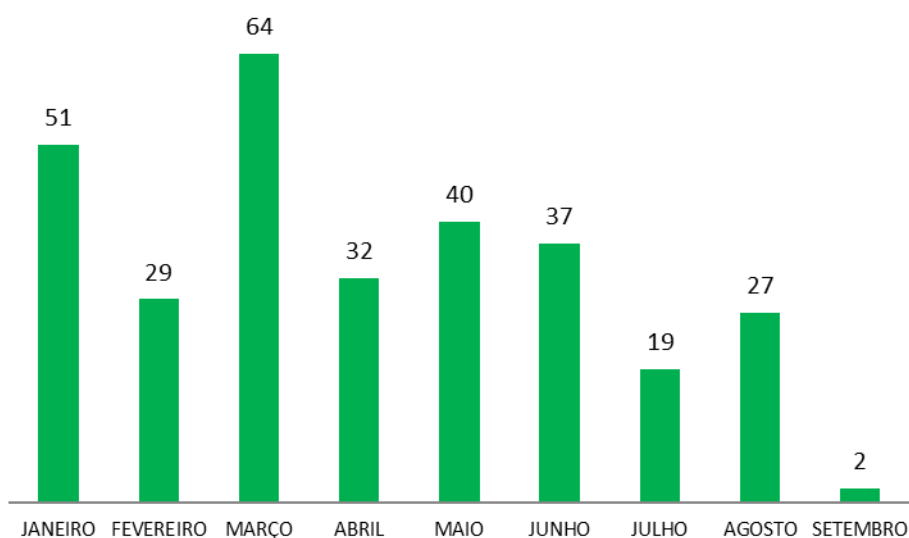
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão



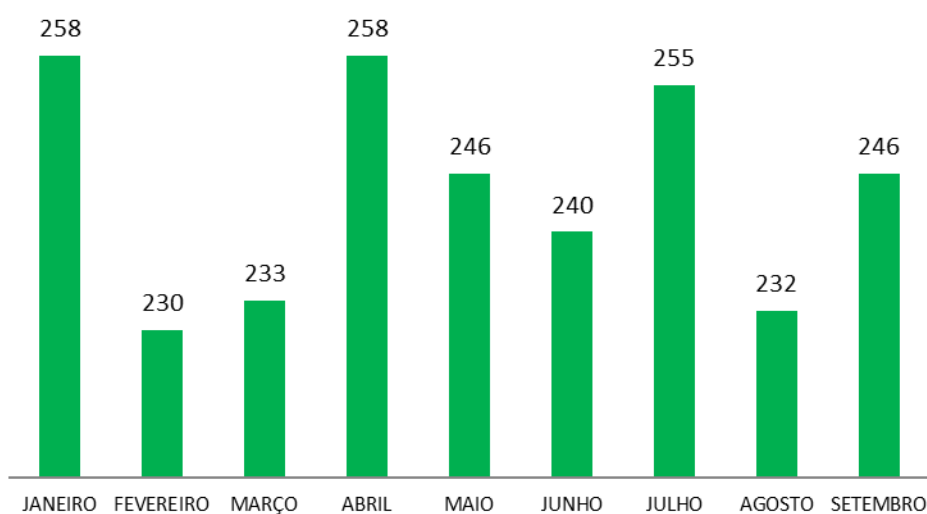
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 198 – 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 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	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	13750 kg	14.653 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	24.091 kg	24.002 kg	23.002 kg
Produção de resíduos químicos	> 300 Kg	224 kg	38 kg	61 kg	59 kg	52 kg	155 kg	58 kg	98 kg	71 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	2.991 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	0 kg

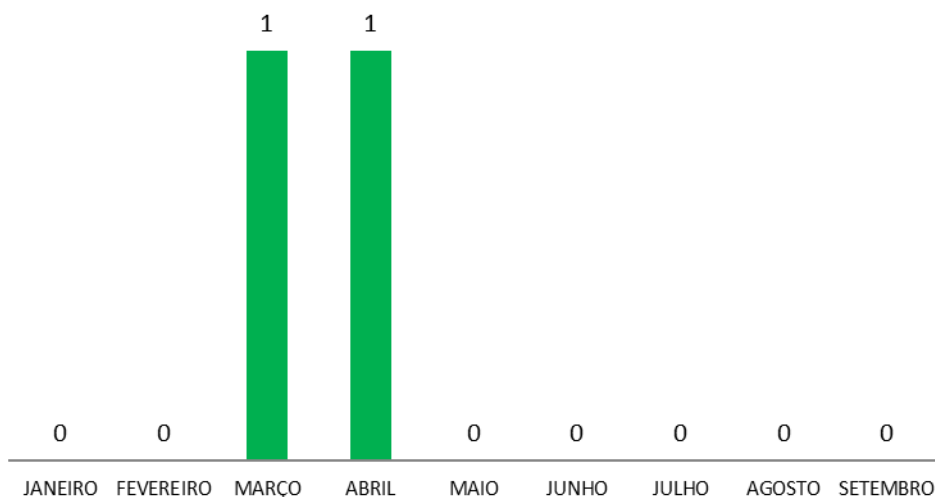
Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

Foi possível observar que a geração de resíduos provenientes da área de Nutrição/Cozinha apresentou uma discreta redução no volume total em relação ao mês anterior (agosto/2025). No entanto, ao comparar os dados com o mesmo período de 2024, identifica-se uma elevação significativa na geração de resíduos, o que indica a necessidade de reavaliação dos processos operacionais e de descarte no setor, especialmente quanto ao consumo e ao manejo dos insumos utilizados na produção. Essa análise reforça a importância da sensibilização contínua das equipes

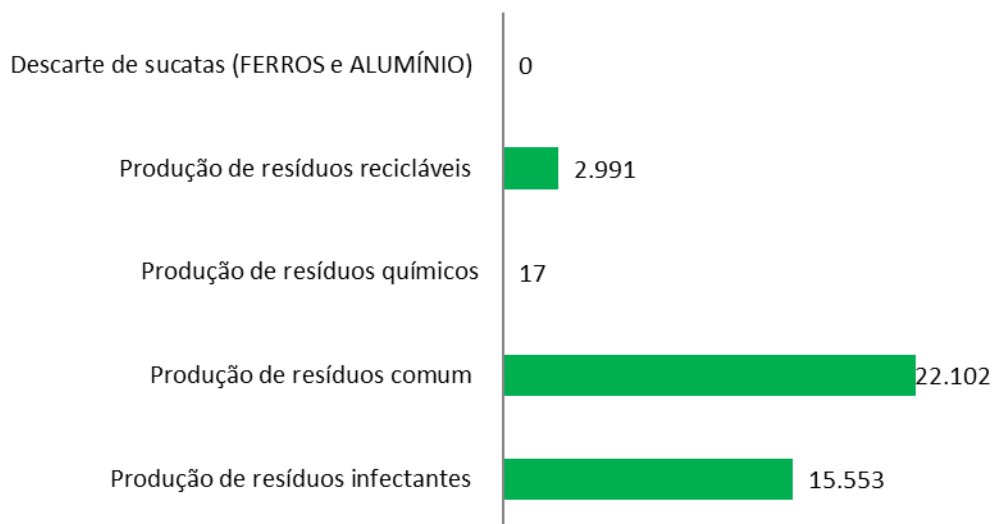
envolvidas quanto às boas práticas de segregação e redução de resíduos, alinhadas à Política de Sustentabilidade e Gestão Ambiental da unidade.

Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 200 - 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 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200	166	156	210
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27	33	23	24
Número médio de sessões por número de pacientes*	M/R	7	10	8	7	6	7	5	7	8,75

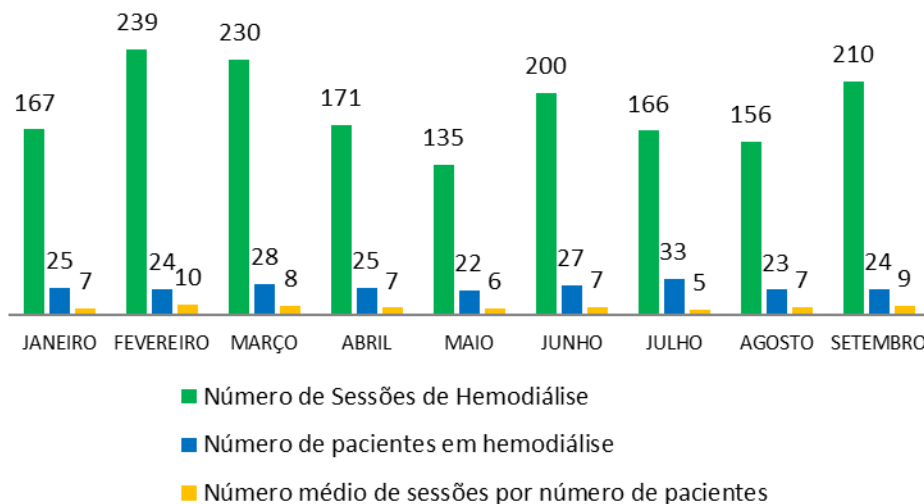
Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

*Dados arredondados.

ANÁLISE CRÍTICA – HEMODIÁLISE

Em setembro, observou-se aumento no número de sessões de hemodiálise (210) em comparação ao mês anterior (156), mesmo com estabilidade no número de pacientes atendidos (24). Esse crescimento pode estar relacionado à maior frequência de sessões por paciente, reflexo de quadros clínicos mais graves ou instabilidade hemodinâmica, exigindo monitoramento e tratamento mais intensivos.

Gráfico 201 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

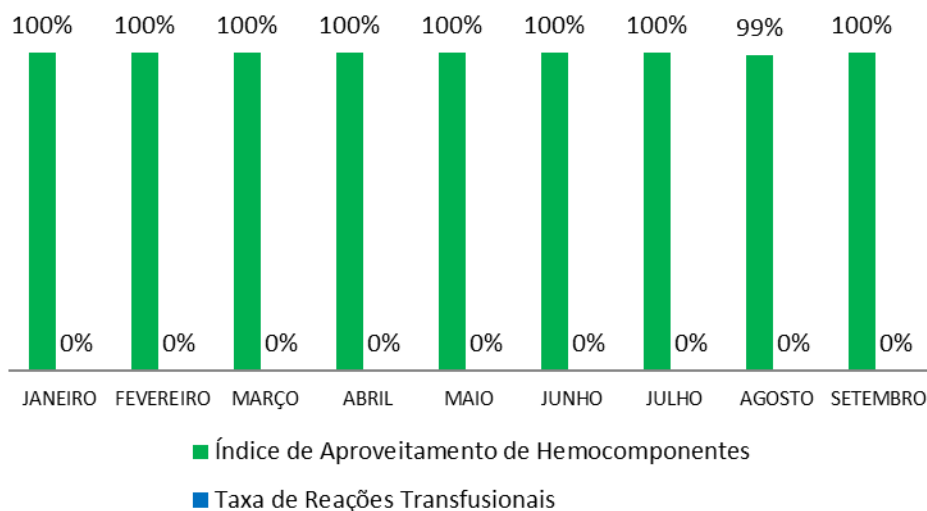
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	>90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70	60	38	28	37	41

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 202 - Hemocomponentes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 203 – 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 90 – 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 - CIHOTT	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 SETEMBRO DE 2025

SESMT | Integração de novos Colaboradores | 01 de setembro:

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.

NQSP | DOAÇÃO de alimentos para ONG ANJOS DA SUL | 04 de setembro:

Como parte do 4º Torneio Assistencial de Segurança do Paciente, o HMG realizou uma campanha de arrecadação de alimentos, que envolveu colaboradores, equipes multiprofissionais e parceiros da comunidade. A iniciativa contou com o apoio da ONG Anjos da Sul, que atua em projetos sociais voltados ao combate à fome e à assistência a famílias em situação de vulnerabilidade.

Durante o período da campanha, colaboradores do hospital se mobilizaram para doar itens essenciais como arroz, feijão, macarrão, óleo, açúcar e leite, entre outros. As doações não só somaram pontos importantes para a participação das equipes no torneio, mas também reforçaram o compromisso do INTS com a responsabilidade social e o cuidado integral às pessoas.

A parceria com a ONG Anjos da Sul foi fundamental para garantir que todos os alimentos arrecadados fossem destinados a famílias que realmente precisam de

apoio. Essa união fortalece a rede de solidariedade e amplia o impacto positivo da ação, promovendo mais dignidade e bem-estar para a comunidade local.

A finalização desta ação se deu no último dia 04 de setembro, com a entrega dos alimentos arrecadados a ONG Anjos da Sul, que há mais de 20 anos luta para o combate da desigualdade social e a fome entre moradores em situação de rua e famílias em vulnerabilidade social, a ONG ainda mantém uma escolinha de futebol para crianças e adolescentes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Humanização | Evento ecumênico | 05 de setembro:

No dia 05 de setembro, o espaço religioso do Hospital Municipal Guarapiranga recebeu um culto celebrado pelo Pastor Jhonatan. O momento foi marcado por orações, cânticos e mensagens de fé, proporcionando espiritualidade, conforto e união entre os participantes. Além da celebração, também foi realizado o trabalho de capelania junto aos pacientes que expressaram o desejo de receber orações e apoio espiritual em seus leitos, levando acolhimento e esperança a quem mais precisava.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Discussão sobre a NR 32 | 09, 10 e 11 de setembro:

O SESMT do HMG promoveu uma discussão sobre a NR 32, norma que estabelece diretrizes de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. O encontro abordou medidas essenciais de prevenção de incêndios, além de reforçar a importância do uso correto de EPIs, da vacinação atualizada e da adoção de boas práticas no ambiente hospitalar. A ação teve como objetivo conscientizar os colaboradores e fortalecer a cultura de segurança no cuidado com a vida.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Discussão sobre GRO | 09 de setembro:

O SESMT do HMG promoveu uma discussão sobre o GRO (Gerenciamento de Riscos Ocupacionais), com o objetivo de identificar, avaliar e controlar os riscos presentes no ambiente de trabalho. A atividade abordou estratégias para prevenção de acidentes, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, além da importância de treinamentos, EPIs e procedimentos de segurança. A ação reforçou a cultura de segurança, saúde e cuidado com os colaboradores, contribuindo para um ambiente hospitalar mais seguro e eficiente.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH| Dia do Nutricionista | 12 de setembro:

O nutricionista tem papel fundamental na promoção da saúde e na recuperação dos pacientes. No HMG, celebramos este dia reconhecendo a importância de sua atuação técnica e humanizada na oferta de uma alimentação segura e equilibrada.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

NEP, NQSP, SCIH, Global | Integração médica | 12 de setembro

Hospital Municipal Guarapiranga realizou, a primeira integração voltada exclusivamente para médicos, marcando um novo passo na acolhida e alinhamento dos profissionais que chegam à instituição.

A abertura do encontro foi conduzida pelo diretor técnico, Dr. Victor Panont, que iniciou com as boas-vindas aos participantes e destacou a importância da integração como um momento de alinhamento entre a prática médica e os valores do hospital. Em seguida, uma representante da Global, empresa parceira responsável pela gestão dos contratos médicos, apresentou as regras de trabalho e as condições específicas para a atuação no HMG.

O treinamento contou ainda com a participação dos principais núcleos de cuidado assistencial, que apresentaram seus fluxos e rotinas. O Núcleo de Educação Permanente (NEP) mostrou os programas de capacitação e a LNT – Levantamento de Necessidades de Treinamento; a equipe de Estomaterapia apresentou os cuidados com a pele e tratamento de lesões; o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) abordou os diferentes tipos de isolamento, cuidados técnicos nas

principais intervenções e estratégias no combate às infecções; e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) apresentou as metas internacionais de segurança, essenciais para a qualidade assistencial.

Participaram médicos que já atuam no hospital e os recém-chegados, que receberam um brinde de boas-vindas. A partir de agora, todos os médicos que ingressarem na instituição terão um dia dedicado à integração antes de iniciar os plantões, fortalecendo vínculos, alinhando práticas e garantindo ainda mais qualidade no cuidado aos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SCIH | DIA MUNDIAL SEPSE | 15 de setembro

HMG promove campanha de conscientização no Dia Mundial da Seps

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou, no dia 15 de setembro, uma importante campanha de conscientização em alusão ao Dia Mundial da Seps, celebrado no dia 13 de setembro. A ação teve como objetivo alertar colaboradores e pacientes sobre a

importância da prevenção, identificação precoce e tratamento adequado dessa condição que é considerada uma das principais causas de morte evitáveis no mundo.

No ambiente hospitalar, a sepse é uma das principais causas de internação em UTI, mas pode ser prevenida com medidas simples, como a higienização adequada das mãos, vacinação em dia e cuidados com feridas e infecções.

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.

RH| Dia do Comprador| 19 de setembro

Planejamento, estratégia e eficiência definem o trabalho do comprador, peça-chave na gestão dos recursos e no abastecimento do hospital. Hoje, nosso agradecimento vai para quem garante que nada falte no cuidado com a vida.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH| Dia da Secretária| 19 de setembro

No HMG, celebramos o Dia da Secretária com carinho e gratidão a essas profissionais que tornam o dia a dia mais organizado, ágil e acolhedor. Com dedicação e eficiência, elas são peças fundamentais no suporte às equipes e no bom funcionamento dos processos. Nesta data especial, reconhecemos e agradecemos por todo o trabalho e contribuição que fazem a diferença em nossa instituição.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH| Dia do almoxarife| 19 de setembro

No HMG, celebramos o Dia do Almoxarife com gratidão a esses profissionais que garantem a organização e o abastecimento dos materiais essenciais ao nosso dia a dia. Com responsabilidade e eficiência, eles contribuem diretamente para a qualidade do atendimento e o bom funcionamento de toda a instituição.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

HUMANIZAÇÃO| CAFÉ ACOLHEDOR | 23 de setembro

O Café Acolhedor é realizado mensalmente. O encontro cria um espaço leve e acolhedor dentro do ambiente hospitalar, onde os familiares podem compartilhar experiências, refletir sobre o cotidiano do trabalho em saúde e trocar ideias sobre bem-estar, empatia e humanização no cuidado.

Durante o evento, os participantes foram recebidos com um café especial e participaram de uma dinâmica e uma atividade reflexiva para aliviar o estresse da rotina entre o público e os colaboradores, reforçando o sentimento de contribuição nos objetivos da equipe.

Mais do que um simples encontro, o Café Acolhedor representa o compromisso do HMG com a valorização das pessoas que precisam, reforçando que o cuidado com o outro começa também com as famílias dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Humanização | Setembro Amarelo – Campanha institucional | 24,25 e 26/09

Durante o mês de setembro, o HMG reforçou seu compromisso com a valorização da vida e a saúde mental por meio de uma série de ações voltadas aos colaboradores, em alusão ao setembro amarelo, campanha mundial dedicada à conscientização e prevenção ao suicídio. Com o tema “Valorize a vida: cuide de você e de quem está ao seu lado”, a programação especial teve como objetivo promover momentos de reflexão, bem-estar e fortalecimento dos laços de cuidado coletivo no ambiente de trabalho.

- **24 e 25/09 | Caminhada pela Vida: um convite para respirar e desacelerar**

Nos dias 24 e 25 de setembro, o HMG realizou a “Caminhada pela Vida”, uma experiência sensorial livre criada para proporcionar desconpressão da rotina, acolhimento e conexão com o presente.

A ação convidou os colaboradores a fazer uma pausa no dia a dia, respirar fundo e refletir sobre a importância do autocuidado e do olhar atento ao próximo. O trajeto, com cerca de 20 metros, se transformou em um espaço sensorial de reflexão

lembrando a todos que cada passo dado também pode ser um gesto de valorização da vida.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Os participantes foram divididos em duplas e Paula Hiratsuka os conduziu em uma meditação de relaxamento e convidou os participantes a recordações positivas, em seguida os convidou a compartilhar com seus parceiros os momentos felizes de suas vidas.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Um informativo divulgando outros canais externos de apoio foi distribuído. Também fez parte dessa atividade, a Caixa da Esperança, onde o colaborador podia retirar uma mensagem para levar de recordação. Uma mensagem de encorajamento, positividade e valorização da vida.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

- **26/09 Foto institucional: união em prol da vida**

Ainda no dia 26 de setembro, os colaboradores foram convidados a vestir roupas amarelas e participar da tradicional foto institucional no Estacionamento I, representando a união de todos na luta contra o suicídio e na defesa da saúde mental.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

• 26/09 Palestra – 12 Passos para Amar a Si Mesmo

A palestrante Mari Malta, concluiu os eventos do setembro amarelo com a palestra baseada no método **Heal Your Life®**, criado por Louise Hay, a atividade propôs aos participantes uma reflexão sobre **crenças limitantes, autoconhecimento e bem-estar emocional**, pilares essenciais para uma vida mais saudável e equilibrada.

Durante o encontro, foram apresentadas técnicas práticas e acessíveis, como **afirmações positivas, visualizações e exercícios de presença consciente**, que contribuem para:

- Redução do estresse e da ansiedade
- Melhora da autoestima e das relações interpessoais
- Presença consciente no trabalho e na vida pessoal
- Criação de ambientes mais leves e colaborativos

A palestra reforçou a importância de reconhecer e valorizar a si mesmo como parte fundamental na construção de uma rotina emocionalmente saudável e produtiva.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Discussão sobre a NR 17 | 25 de setembro

O SESMT do HMG realizou uma discussão sobre a NR 17, norma que trata da ergonomia no ambiente de trabalho. O objetivo foi orientar os colaboradores sobre a importância de adequar as condições de trabalho às características físicas e psicológicas de cada pessoa, promovendo mais conforto, segurança e eficiência nas atividades diárias. Durante o encontro, foram abordados temas como postura correta, organização do espaço, pausas e cuidados com a saúde ocupacional, reforçando a prevenção de doenças e lesões relacionadas ao trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

7.1 AÇÕES DE DESTAQUE

NQSP| Torneio Núcleo de segurança do Paciente | 09 de setembro

Campeões do Torneio de Segurança do Paciente – HMG

O Torneio de Segurança do Paciente é uma iniciativa promovida pelo INTS e tem como principal objetivo estimular a cultura de segurança, incentivar boas práticas assistenciais e valorizar projetos inovadores desenvolvidos pelas equipes multiprofissionais em todas as unidades de saúde da instituição.

Durante o torneio, os participantes apresentaram ações, projetos e estratégias voltadas à prevenção de eventos adversos, melhoria da qualidade do cuidado e promoção da segurança dos pacientes. Os projetos foram avaliados por uma comissão técnica e as melhores práticas avançaram para representar a unidade na fase final de apresentações para banca avaliadora.

Além de promover troca de experiências e aprendizado coletivo, o torneio é também um momento de reconhecimento e valorização dos profissionais, que recebem certificados, premiações simbólicas e têm seus projetos divulgados internamente e em outras unidades.

A vencedora do torneio foi a enfermeira do NSP, **Maria Cristina**, do HMG.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de setembro 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, 21 de outubro de 2025.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 21/10/2025 17:00:38 -03:00

MUNDO DIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha Panont
CPF: ***.518.032-**
Data: 22/10/2025 09:16:41 -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: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Gestão de Altas	REDATOR Shirley Ferreira Schunck	DATA 26/09/2025	INÍCIO 09h00	TÉRMINO 09h30	
PAUTAS					
• Apresentação do Time EGA (Escritório Gestão de Altas); • Indicadores do EGA; • Melhoria de Processos (garantir a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes em sua alta).					
PARTICIPANTES					
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Carmem Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Eliane Fernandes Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Daniela Scavone de Souza (Coordenadora de Farmácia) • Wilma Correia do Nascimento (RT de Serviço Social) • Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora de Qualidade) • Andreia Toshie Yamagitide (Supervisora de Enfermagem) • Paulo Rodrigo Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Barbara Cristina Silvério Marciano (Analista de Qualidade) • Miriam Fernando de Souza (Enfermeira de Educação Permanente)					
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO					
Apresentação da Equipe do EGA A reunião foi iniciada por Shirley, enfermeira responsável pela Gestão de Altas, que apresentou os integrantes da Equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA): ela própria, Dr. André, coordenador médico, e Wilma, responsável técnica do Serviço Social. Ela fala sobre o trabalho da equipe de gestão de altas que faz a articulação entre as equipes multidisciplinares do hospital, família e a rede de atenção à saúde. Esse trabalho busca evitar falhas de comunicação, melhorar o trabalho em equipe e garantir que as necessidades do paciente para alta sejam organizadas durante a internação e tenham continuidade após a alta, trazendo com evidência a importância das atas e o trabalho articulado com todas as equipes dentro do hospital. Na sequência, apresentou indicadores de desempenho que se destacaram ao longo desse um ano do escritório de gestão de alta, no aspecto das altas, tempo de permanência do paciente por setor.					

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 Proteção Radiológica	REDATOR Paulo Rodrigo Souza	DATA 09/09/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 10:30h
PAUTAS				
• Apresentação dos relatórios de produtividade e desempenho do setor de Radiologia; • Análise das repetições de exames e causas identificadas; • Acompanhamento técnico dos equipamentos e EPIs; • Discussão sobre o contrato com a empresa WCM (armazenamento de imagens); • Evidências de treinamentos e registros de ações educativas; • Organização de rotinas entre períodos e integração da equipe técnica; • Manutenção da periodicidade das reuniões da comissão.				
PARTICIPANTES				
• Nilton Dálsico (Técnico de Radiologia RT) • James Marciano Camilo (Técnico de Radiologia) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) • Loraine Aparecida Costa Ferreira (Supervisora de Enfermagem) • Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia 9 de setembro de 2025, foi realizada a reunião trimestral da Comissão de Proteção Radiológica do Hospital Municipal Guarapiranga, considerada uma das comissões de rotina mais estáveis e de andamento tranquilo, conforme destacado na abertura. O encontro contou com a presença dos profissionais da equipe de radiologia, técnicos responsáveis e membros convidados, incluindo novos participantes integrados à equipe. A reunião iniciou-se com a apresentação do relatório de produtividade e acompanhamento do setor, referente aos últimos três meses. Foi relatado que o volume mensal de exames permaneceu dentro da média habitual de 350 a 450 procedimentos, com variações normais entre os meses, registrando 378 exames em junho, 414 em julho e 372 em agosto. No entanto, chamou atenção o aumento do número de repetições em agosto, totalizando 99 repetições, das quais 24 foram decorrentes de sondas tracionadas ou mal posicionadas, representando um aumento de mais de 80% em relação ao mês anterior. Durante a análise, foi identificado um paciente em específico, de comportamento mais agitado e colaborativo de forma limitada, que tem contribuído para um número elevado de repetições por movimentação durante os exames. Foi discutida a necessidade de reforçar a contenção adequada dos membros inferiores em pacientes com esse perfil, bem como de reforçar a parceria com a equipe de enfermagem e fisioterapia para garantir a segurança e qualidade na execução dos exames.				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Terapia Nutricional	REDATOR Jamile Renata Reis	DATA 24/09/2025	INÍCIO 15:00	TÉRMINO 15:00
PAUTAS				
• Apresentação dos indicadores da nutrição clínica dos meses de Julho e Agosto; • Apresentação da taxa de desperdício atualizada com dados do segundo semestre; • Padronização da dieta enteral sistema fechado para pacientes portadores de Diabetes Mellitus.				
PARTICIPANTES				
• Jamile Renata Reis • Ana Carolina da Silva Souza • Ionete Gomes Prates • Amanda Pires Chemite • Jocineide Soares • Raquel Pires Soares • Maysa Santos Gomes • Emilio Lopez • Alanna Raquel Meneses				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Carol e Jamile iniciaram a reunião apresentando os indicadores da nutrição e a taxa de desperdício de refeições do segundo semestre dos meses de julho e agosto, junto com a análise dos resultados apresentados. Foi apresentado a taxa de desperdício de alimentos onde houve um aumento significativo, e Jamile informou que retomou o fluxo com o DP sobre os envios dos colaboradores que estarão de férias no mês subsequente. Foi discutido com Dr. Emilio sobre a padronização de uma nova dieta enteral sistema fechado que seria específica para pacientes portadores de diabetes <i>mellitus</i>, todos da comissão concordaram e Jamile deu continuidade a solicitação. Reunião Encerrada.				

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: 1/1
TIPO DE REUNIÃO Comissão Prevenção de Violência	REDATOR Vera Lucia Santos Macedo	DATA 30/09/2025	INÍCIO 09h00	TÉRMINO 09h00
PAUTAS				
Monitoramento mensal da ocorrência de casos de violência.				
PARTICIPANTES				
Não houve participantes.				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No mês de setembro de 2025, não foi realizada a reunião da Comissão de Prevenção de Violência, uma vez que não houve notificações de casos relacionados à violência no período e não foram identificadas pautas específicas a serem discutidas. Ressalta-se, contudo, que o monitoramento das notificações permanece ativo e contínuo, sendo as equipes assistenciais orientadas a manter a vigilância e o registro imediato de qualquer ocorrência que envolva situações de violência (física, psicológica, sexual, institucional ou autoprovocada). A comissão retomará suas reuniões regulares no próximo mês, conforme o calendário institucional, ou de forma extraordinária, caso surjam demandas ou notificações que justifiquem discussão imediata.				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
Sem pendências.				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	
Reforçar informações nos setores	Contínuo	Comissão de Prevenção da Violência	Contínuo	
Treinamento do Protocolo de Prevenção ao Suicídio	Março	Comissão de Prevenção da Violência	Concluído	
Treinamento do Protocolo da Violência	Abril	Comissão de Prevenção da Violência	Concluído	
Ação roda de conversa sobre violência contra mulher.	27 e 28 de agosto	Psicologia HMG	Concluído	
Treinamento protocolo atendimento a segunda vítima	A definir	Comissão de Prevenção da Violência	Aguardando retorno da Sede	

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 Cuidados Paliativos	REDATOR Melissa Domingos	DATA 25/09/2025	INÍCIO 14h00	TÉRMINO 15h00
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) • Samara Beatriz Rodrigues (Fisioterapeuta/membro) • Patricia Sodré (Nutricionista/membro) • Melissa Domingos (Psicóloga/convidado) • Loraine A. Costa Ferreira (Sup. Enfermagem/membro) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira estomaterapeuta/membro) • Eduardo Moreira Pinheiro (Sup. Enfermagem/membro) • Gabriela Nunes dos Santos (Coord. Enfermagem/convidada) • Andrea Toshi Yamaguti de Sales (Sup. Enfermagem/membro) • Paulo Rodrigo Souza (Analista-Qualidade/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 anuais da Comissão de Cuidados Paliativos, destacando o mês de Agosto de 2025. Os dados estão detalhados no documento anexo. Menciono abaixo os pontos que mais geraram discussões relevantes visando melhorias. Unidade exclusiva de cuidados paliativos Foi retomada a discussão sobre o projeto de estabelecimento de uma ala exclusiva para cuidados paliativos, visando otimizar acompanhamento e cuidado destes pacientes. Para dar base a proposta, realizou-se o levantamento do quantitativo total de pacientes em cuidados paliativos e a				

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 da SCIH	Vera Lúcia Macedo	26/09/2025	11:30hs	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					
• Lucas Teixeira Vieira					
• Anderson Tomas de Oliveira					
• Michael Gustavo Vieira Wodzik					
• Andreia Toshie Yamaguti de Sales					
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza					
• Daniela Scavone					
• Paulo Rodrigo					
• Maria Cristina Souza Santos					
• Juliana Silva Santos					
• Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo					
• Gabriela Nunes da Silva					
• Gustavo Guimarães Paiva					
• Barbara Cristina Silvério					
• Lorraine Aparecida Costa Ferreira					
• Guilherme Crossi					
• Eduardo Pinheiro					
• Arilene Ferreira					
• Eliana Cristina da Silva					

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Cuidados com a Pele	REDATOR Eliana Cristina da Silva	DATA 26/09/2025	INÍCIO 11h30	TÉRMINO 12h00
PAUTAS				
• Pendências das reuniões anteriores; • Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de agosto pelo GACAP; • Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em agosto de 2025; • Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento; • Controle dos colchões pneumáticos; • Treinamento Modular de enfermeiros no tratamento de feridas.				
PARTICIPANTES				
• Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. Enfermagem NSP) • Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo • Arilene Damasceno (Almoxarife) • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem) • Francisco José Paulino (Enfermeiro Assistencial) • Carmem Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Miriam Fernando de Souza (Enfermeira de Educação Permanente) • Eliane Fernandes Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Guilherme Crossi (Enfermeiro Administrativo do NSP) • Barbara Cristina Silveira (Analista de Qualidade) • Fabiana de Castro Clé (Enfermeira) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) • Victor Hugo P. Panont (Diretor Técnico) • Lorraine A.C. Ferreira (Supervisora de Enfermagem) • Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) • Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas)				

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: 1/1
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética de Enfermagem	REDATOR Arlindo Vieira	DATA 27/09/2025	INÍCIO 14h00	TÉRMINO 16h00
PAUTAS				
- Pendências de fechamento de casos; - Comunicação sobre notificação do Coren-SP; - Deliberação quanto à possibilidade de reconciliação entre colaboradores.				
PARTICIPANTES				
- Arlindo Alves Vieira - Lucineia Rodrigues - Wiliam Ferreira Batista Pinto				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Aos dezesesseis dias do mês de setembro de dois mil e vinte e cinco, reuniu-se a Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga para dar continuidade às tratativas referentes aos casos em andamento e às pendências relacionadas ao fechamento de seus respectivos resumos. Durante a reunião, foi relatado o contato da colaboradora H.S.G., que informou ter recebido notificação do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), referente ao processo sindicante nº 6651/2024, relacionado ao caso do técnico de enfermagem F.M.S., cujo processo encontra-se arquivado. Diante da comunicação, a comissão deliberou aguardar o retorno do colaborador citado para manifestar-se quanto ao interesse em realizar uma reconciliação com a referida colaboradora, conforme os princípios éticos e conciliatórios que norteiam as ações da comissão. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada e lavrada a presente ata.				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
- Resumo dos processos restantes; - Treinamentos in loco para a equipe de enfermagem.				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	
Apresentação da Comissão para todo hospital.	Novembro	Membros da Comissão	Realizado	
Cronograma de ações e treinamentos.	Janeiro	Membros da Comissão	Pendente	
Treinamento in loco para a equipe de enfermagem.	2025	Membros da Comissão	Pendente	
Relatório sobre os casos não solucionados	Outubro	Membros da Comissão	Pendente	

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 16/09/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 11:00h
PAUTAS				
Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo VIII – Remuneração Profissional				
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 dezesseis dias do mês de setembro do ano de 2025, reuniu-se a Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a presidência da Dra. Lorena Paiva Miranda, com a participação presencial e on-line, dos membros listados acima. O tema central da reunião foi o Capítulo VIII do Código de Ética Médica – Remuneração Profissional, que trata dos princípios éticos relacionados à justa valorização do trabalho médico e à conduta profissional nas relações contratuais e financeiras. A reunião teve início com a leitura dos artigos que compõem o referido capítulo, os quais destacam que a remuneração do médico deve refletir a dignidade da profissão, ser compatível com a complexidade do ato médico e não se vincular a práticas mercantilistas. Foram discutidos os artigos que proíbem o médico de receber ou oferecer vantagens que possam influenciar sua conduta profissional, bem como aqueles que vedam a participação em esquemas de intermediação de honorários ou de concorrência desleal entre colegas. Durante o debate, a comissão refletiu sobre o impacto ético das condições de remuneração impostas por contratos de trabalho e convênios, especialmente em instituições públicas e privadas onde a sobrecarga de atendimentos pode comprometer a qualidade do serviço prestado. Os membros ressaltaram que a justa remuneração é parte essencial do respeito à dignidade do profissional e está diretamente relacionada à segurança do paciente, à motivação das equipes e à sustentabilidade da prática médica. Foi também abordada a importância da transparência nas relações institucionais e na definição dos critérios de remuneração, evitando situações que possam gerar conflito de interesses ou prejuízo à imagem da profissão. A comissão destacou que, ainda que a negociação de honorários seja um direito legítimo, o médico deve pautar-se sempre pelos princípios da ética, da moderação e do				

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: 1/5
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Farmácia e Terapêutica	REDATOR Luciana Carboni	DATA 25/09/2025	INÍCIO 09:30h	TÉRMINO 10:30h
PAUTAS				
❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Consumo de itens por categoria (Curva A) ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A ❖ Consumo anticoagulantes ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Queixa Técnica ❖ Pedidos de padronização				
PARTICIPANTES				
• 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)				
• Kamila Tamara Oliveira Sales (Supervisora de Qualidade)				
• Vera Lucia dos Santos Pereira (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica)				

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos	REDATOR Raul Tessi	DATA 26/09/2025	INÍCIO 10h30	TÉRMINO 11h30
PAUTAS				
• Pendências da última reunião; • Apresentação dos indicadores.				
PARTICIPANTES				
• Raul Tessi Nunes (Téc. de Segurança do Trabalho) • Barbara Cristina Silveira Marciano (Analista de Qualidade) • Carmem Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Daniela Scavone de Souza (Coordenadora de Enfermagem) • Fabiane Evol Cavalcante De Souza (Enfermeira de SCIH) • Guilherme Domingos Crossi Barros (Enfermeiro Administrativo do NSP) • Gustavo Guimaraes Paiva (Técnico de Enfermagem do NSP) • Luciana Guedes De Oliveira Carboni (Supervisora de Farmácia) • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Maristela Cirino (Coordenadora de Higiene) • Michael Gustavo Vieira Wodzik (Supervisor Operacional) • Miriam Fernando de Souza (Enfermeira de Educação Permanente) • Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas) • Thamires Diniz Santos (Supervisora de Higiene) • Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia vinte e seis de setembro de dois mil e vinte e cinco, no espaço de convivência da quadra 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, apresentamos o fluxo de acidente do trabalho (típico, trajeto, e material biológico), reforçando sobre a importância de seguir imediatamente o passo-a-passo.				

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 Comissão de Humanização	REDATOR Dayanne Laís Oliveira	DATA 01/09/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 11:00h
PAUTAS				
• Prontuário Afetivo; • Desejo do Paciente; • Caixa da Gentileza; • Ações para Saúde Mental e Bem-Estar; • Celebração Ecumênica: Culto; • Aniversário do Paciente; • Projeto Dia das Crianças; • Setembro Amarelo; • Café Acolhedor.				
PARTICIPANTES				
• Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi)				
• Izadora Mariani (Secretária Executiva)				
• Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria)				
• Dayanne Laís Oliveira (Aux. Adm. Humanização)				
• Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação)				
• Yasira Ramirez (Auxiliar Administrativo da Enfermagem)				
• Patrícia Castro (Assistente Adm. Faturamento)				
• Fabiane Evol (Enfermeira do SCIH)				
• Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade)				
• Uberlândia dos Santos Nascimento (Técnica de Enfermagem)				
• Priscila Araujo (Técnica de Enfermagem)				
• Kênia Oliveira (Superv. De Enfermagem)				
• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
• Larissa Ferreira (Analista de RH)				

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 Carmen Isabel Domingues	DATA 26/09/2025	INÍCIO 11h30	TÉRMINO 12h00
PAUTAS				
- Resultados obtidos no mês de agosto; - Evolução da lesão e registro de imagens; - Estudo de casos com linha do tempo; - Registro no SMPEP; - Materiais utilizados; - Resultados de Hipnoterapia e cromoterapia; - Congresso de Práticas Integrativas; - Ações do Agosto lilás; - Café acolhedor.				
PARTICIPANTES				
- Eliana Cristina Da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) - Gustavo Guimarães Paiva (Técnico de Enfermagem do NSP) - Bárbara Cristina Silvério Marciano (Analista de Qualidade) - Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) - Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) - Wellington Stambarowisk (Técnico de Enfermagem) - Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) - Vanda Dias (Ouvidora) - Edson Ono (Médico Integrativista) - Andrea Yamaguti (Supervisora de Enfermagem) - Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) - Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) - Guilherme Crossi (Técnico de Enfermagem Administrativo do NSP) - Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) - Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) - Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas) - Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem) - Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				

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	Miriam Fernando de Souza	26/09/2025	10h15	10h45
PAUTAS				
• Ações e melhorias; • Planilha de indicadores e treinamentos; • Resultados dos indicadores; • Gráfico de resultados do NEP; • Controle dos estágios.				
PARTICIPANTES				
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor técnico) • Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica) • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Kamila Tamara de Oliveira (Supervisora de Qualidade) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. de Enfermagem do NSP) • Eliana Cristina Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Loraine Aparecida Costa Ferreira (Supervisora de Enfermagem) • Eduardo Pinheiro (Supervisor de Enfermagem) • Guilherme Crossi (Enfermeiro Administrativo do NSP) • Barbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Eliane Ribeiro (Coordenadora de Enfermagem) • Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas) • Fabiane Evol C. Souza (Enfermeira do SCIH) • Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Andreia Toshie Yamaguti Sales (Supervisora 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: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Segurança do Paciente	REDATOR Gustavo Paiva	DATA 25/09/2025	INÍCIO 10:00	TÉRMINO 10:40
PAUTAS				
• Pendências da última reunião; • Rotinas implementadas; • Planilha de NC; • Registros de Não Conformidades; • Conformes (visita técnica); • Ações.				
PARTICIPANTES				
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
• Gleydson Vieira (Supervisor de Saúde)				
• Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira NSP)				
• Guilherme Crossi (Enfermeiro Administrativo)				
• Gustavo Paiva (Técnico de Enfermagem)				
• Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)				
• Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora de Enfermagem)				
• Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (vigilância Epidemiológica)				
• Loraine Ferreira (Supervisor de Enfermagem)				
• Luciana Carboni (Supervisora de farmácia)				
• Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora de qualidade)				
• Bárbara Cristina (Analista de qualidade)				
• Paulo Rodrigo Barbosa (Analista de qualidade)				
• Michael Gustavo Vieira Wodzik (Supervisor Administrativo)				
• Anderson Tomas Oliveira (Coordenador multiprofissional)				

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 Revisão de Óbitos	REDATOR Anderson Tomas de Oliveira	DATA 01/10/2025	INÍCIO 15:30	TÉRMINO 16:30																		
PAUTAS																						
- Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de setembro de 2025; - Plano de ação.																						
PARTICIPANTES																						
- João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) - Lucas Teixeira (Médico CCIH) - Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) - Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira do NSP) - Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) - Vera Lucia Macedo (Enfermeira Vigilância) - Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira Segurança do Paciente)																						
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO																						
Data: 01 de outubro de 2025. Local: Sala da coordenação multiprofissional Pauta: Análise dos óbitos ocorridos em setembro de 2025, com um total de 24 óbitos registrados, sendo 6 não paliativos e 18 paliativos A reunião foi iniciada pelo presidente Dr. João Paulo Pimentel, onde foi iniciada a discussão dos casos, onde foi trago inamente os pacientes em cuidados paliativos: Lista de Pacientes em Cuidados Paliativos que foram 18 óbitos durante o mês de setembro. Os pacientes incluídos neste grupo são: <table border="1"> <tr> <td>A.B.T. (Prontuário 10928)</td> <td>J.V.S. (Prontuário 11030)</td> </tr> <tr> <td>E.M.S. (Prontuário 10908)</td> <td>C.L.R. (Prontuário 10425)</td> </tr> <tr> <td>J.V.S.D. (Prontuário 10982)</td> <td>M.R. (Prontuário 9562)</td> </tr> <tr> <td>D.F.S. (Prontuário 10915)</td> <td>V.A. (Prontuário 11016)</td> </tr> <tr> <td>R.V.S. (Prontuário 11002)</td> <td>H.K.K. (Prontuário 7880)</td> </tr> <tr> <td>L.M.G. (Prontuário 10924)</td> <td>V.L.M. (Prontuário 9143)</td> </tr> <tr> <td>P.M.G.S.B. (Prontuário 10838)</td> <td>P.P.N. (Prontuário 10880)</td> </tr> <tr> <td>A.F.S. (Prontuário 10112)</td> <td>N.A. (Prontuário 11076)</td> </tr> <tr> <td>U.L. (Prontuário 10627)</td> <td>M.L.S.S. (Prontuário 11068)</td> </tr> </table> Durante a reunião o Lucas Teixeira (Médico CCIH), cita que os medicos continuam a colocar CID. J960. Insuficiência respiratória aguda para obitos, o que não e recomendado pel conselho regional					A.B.T. (Prontuário 10928)	J.V.S. (Prontuário 11030)	E.M.S. (Prontuário 10908)	C.L.R. (Prontuário 10425)	J.V.S.D. (Prontuário 10982)	M.R. (Prontuário 9562)	D.F.S. (Prontuário 10915)	V.A. (Prontuário 11016)	R.V.S. (Prontuário 11002)	H.K.K. (Prontuário 7880)	L.M.G. (Prontuário 10924)	V.L.M. (Prontuário 9143)	P.M.G.S.B. (Prontuário 10838)	P.P.N. (Prontuário 10880)	A.F.S. (Prontuário 10112)	N.A. (Prontuário 11076)	U.L. (Prontuário 10627)	M.L.S.S. (Prontuário 11068)
A.B.T. (Prontuário 10928)	J.V.S. (Prontuário 11030)																					
E.M.S. (Prontuário 10908)	C.L.R. (Prontuário 10425)																					
J.V.S.D. (Prontuário 10982)	M.R. (Prontuário 9562)																					
D.F.S. (Prontuário 10915)	V.A. (Prontuário 11016)																					
R.V.S. (Prontuário 11002)	H.K.K. (Prontuário 7880)																					
L.M.G. (Prontuário 10924)	V.L.M. (Prontuário 9143)																					
P.M.G.S.B. (Prontuário 10838)	P.P.N. (Prontuário 10880)																					
A.F.S. (Prontuário 10112)	N.A. (Prontuário 11076)																					
U.L. (Prontuário 10627)	M.L.S.S. (Prontuário 11068)																					

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 Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR Gabriela Figueira	DATA 23/09/2025	INÍCIO 11:00	TÉRMINO 12:30
PAUTAS				
• Problemas Técnicos e Rastreabilidade; • Elaboração do Siglário; • Prontuários Auditados; • Não conformidades (NCs); • Lançamentos e registro.				
PARTICIPANTES				
• André Gasparoto (Médico Diarista) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) • Gabriela Figueira (Faturista) • Ana Patrícia (Gerente Administrativo) • Luciana Guedes (Supervisora de Farmácia) • Maria Cristina Souza (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Eliane Fernandes (Coordenadora de Enfermagem) • Gabriela Nunes Dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) • Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira de Gestão de Altas)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Maria Cristina, que iniciou a reunião realizando a leitura da ata anterior para ciência de todos os presentes. Juliana apresentou os prontuários auditados por ela, informando a ausência de comprovantes de residência e ausência de documento de transferência. Shirley relatou que o prontuário auditado por ela não continha evoluções nem anotações, embora o paciente tenha permanecido internado por cinco dias. Ana Patrícia questionou como foi possível a liberação de medicamentos pela farmácia sem prescrição médica. Luciana reforçou que a orientação vigente é de que a medicação só deve ser liberada mediante prescrição médica.				

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



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: FTHXJ-SVHQ3-Y44KN-MW6WC

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 21/10/2025 17:00 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
200.247.99.234	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
I6u40Fbtj470x/tB8UbmHc0es2Y15O3DtdHFbksYrUo=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF ***.518.032-**) em 22/10/2025 09:16 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
146.75.191.26	Lat: -23,687597 Long: -46,692519
	Precisão: 9 (metros)
Autenticação	victorpanont@ints.org.br
Email verificado	
1M0Vc+MsBlwRbXgZbIdWRUOMU+a/Y5bD303nJT2Kd9Y=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/FTHXJ-SVHQ3-Y44KN-MW6WC>

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

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