

NOVEMBRO/2025



INSTITUTO NACIONAL  
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



**UNIDADE: Hospital Municipal  
Guarapiranga**

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

Este documento foi assinado por Victor Hugo Parrilha e Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/X7KNN-KJFCL-H56ZB-W7XG9>

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

Raquel Francisca de Macena Mauro – 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 .....	24
3.1.	RECURSOS HUMANOS .....	24
3.1.1.	Recursos Humanos.....	27
3.1.2.	Departamento Pessoal.....	31
3.1.3.	Medicina Ocupacional.....	34
3.1.4.	Segurança Do Trabalho .....	37
3.2.	APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO .....	43
3.2.1.	Radiologia .....	43
3.2.2.	Laboratório .....	49
3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS .....	52
3.3.1.	Nutrição .....	61
3.3.2.	Fisioterapia .....	68
3.3.3.	Serviço Social .....	76
3.3.4.	Psicologia .....	84
3.3.5.	Fonoaudiologia.....	93
3.3.6.	Terapia Ocupacional .....	98
3.3.7.	Terapias Alternativas .....	101
3.3.8.	Estomaterapia.....	104
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA .....	108
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente - NSP .....	108
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	118
3.4.3.	Vigilância em Saúde.....	123
3.4.4.	Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	127
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente - NEP .....	131



<b>3.5. SUPRIMENTOS .....</b>	<b>137</b>
3.5.1. Farmácia.....	139
<b>3.6. Compras .....</b>	<b>142</b>
<b>3.7. INFRAESTRUTURA.....</b>	<b>145</b>
3.7.1. Engenharia Clínica .....	145
3.7.2. Manutenção Predial .....	150
<b>3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO .....</b>	<b>153</b>
<b>3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>156</b>
3.9.1. Qualidade .....	156
3.9.2. Faturamento.....	161
3.9.3. Prestação De Contas .....	163
3.9.4. Financeiro .....	167
3.9.5. Patrimônio.....	169
3.9.6. Contratos .....	175
3.9.7. Hotelaria.....	177
3.9.8. Recepção .....	184
3.9.9. Portaria.....	186
3.9.10. Jurídico .....	188
3.9.11. Ouvidoria .....	191
<b>4. MONITORAMENTO CONTRATUAL .....</b>	<b>197</b>
<b>5. INDICADORES CONTRATUAIS.....</b>	<b>199</b>
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS .....	199
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS .....	202
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES .....	205
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos.....	205
5.3.2. Hemodiálise .....	206
5.3.3. Hemocomponentes .....	208
<b>6. COMISSÕES.....</b>	<b>209</b>
<b>7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE .....</b>	<b>211</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>222</b>

## 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.....	28
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	32
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional .....	34
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	43
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica) .....	44
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor).....	44
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi) .....	45
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	45
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	46
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	49
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar) .....	53
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica) .....	53
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	54
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	55
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados) .....	55
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria) .....	56
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar) .....	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).....	78
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	79
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	80
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar).....	85
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	85
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .	86
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	87
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos).....	88
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria) .....	88
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia.....	94
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional .....	99
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas .....	102
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia .....	105
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) .....	109

Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .	110
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	111
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	112
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados) .....	113
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) .....	114
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar) ....	118
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica).....	119
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	119
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	120
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos) .....	120
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria) .....	121
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde .....	123
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global) .....	128
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	132
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP .....	133
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia .....	139
Tabela 68 – Indicadores de Compras.....	142
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica .....	146
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial .....	150
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação .....	153
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	157
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	161
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas .....	163
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro .....	168
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio .....	170
Tabela 77 – Indicadores do Contratos.....	175

Tabela 78 – Indicadores da Rouparia.....	178
Tabela 79 – Indicadores de Higienização.....	182
Tabela 80 – Indicadores de Recepção .....	184
Tabela 81 – Indicadores de Portaria.....	186
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos .....	189
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas .....	192
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas .....	192
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos .....	199
Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos .....	202
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos .....	205
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	207
Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes .....	208
Tabela 90 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga .....	210

## SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos.....	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos no mês de outubro/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 .....	32
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem .....	33
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem.....	33
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias .....	34
Gráfico 15 – Taxa de Exames .....	35



Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho.....	36
Gráfico 17 – Relação de atestados .....	36
Gráfico 18 – Relação de afastados .....	37
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados) .....	37
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros .....	39
Gráfico 21 – Taxa de inspeções .....	40
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes .....	40
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos .....	41
Gráfico 24 – Relação de treinamentos .....	41
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas .....	42
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas .....	42
Gráfico 27 – Relação de acidentes .....	43
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames .....	47
(Geral Hospitalar) .....	47
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar) .....	47
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar) .....	48
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar) .....	48
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta .....	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 .....	65
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).....	81
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) .....	81
Gráfico 56 – Número de altas , relatórios de retaguarda e ações socio educativas (Geral Hospitalar) .....	82
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar).....	82
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	83
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	83
Gráfico 60 – Índice de intervenções .....	90
Gráfico 61 – Taxa de intervenções.....	90
Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica.....	91
Gráfico 63 – Número de atendimentos.....	91
Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos.....	92
Gráfico 65 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social .....	92
Gráfico 66 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias.....	93
Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial .....	95
Gráfico 68 – Taxa de decanulados.....	95
Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração .....	96
Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações .....	96
Gráfico 71 – Taxa de pacientes: Cuff e Válvula de fala.....	97
Gráfico 72 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral .....	97
Gráfico 73 - Índice de intervenções fonodiaulógicas realizadas.....	98

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O .....	100
Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia .....	100
Gráfico 76 – Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas .....	101
Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia .....	103
Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar .....	103
Gráfico 79 – Número de Ozonioterapia .....	104
Gráfico 80 – Consumo de cilindro o <sup>2</sup> .....	104
Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão.....	106
Gráfico 83 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP .....	107
Gráfico 84 – Número total de lesões .....	108
Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar) .....	115
Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar).....	116
Gráfico 87 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano (Geral Hospitalar) .....	116
Gráfico 88 – Classificação de Não Conformidades em outubro/2025 (Geral Hospitalar).....	117
Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em outubro/2025 (Geral Hospitalar).....	117
Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar).....	118
Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI .....	122
Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global .....	122
Gráfico 93 - Densidade Incidência em outubro de 2025.....	123
Gráfico 94 – Número de notificações realizadas .....	124
Gráfico 95 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG .....	125
Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID .....	125
Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose .....	126
Gráfico 98 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). .....	126
Gráfico 99 – Notificações de Violência .....	127
Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS .....	129
Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos .....	129

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias.....	130
Gráfico 103 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias) .....	130
Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos .....	131
Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões.....	131
Gráfico 106 – Taxa de treinamentos .....	136
Gráfico 107 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento ....	136
Gráfico 108 – Homem hora .....	137
Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT .....	137
Gráfico 110 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos.....	140
Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	141
Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	141
Gráfico 113 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica.....	142
Gráfico 114 – Lançamentos de cotações .....	143
Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas .....	144
Gráfico 116 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	144
Gráfico 117 – Número de compras emergencial .....	145
Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados .....	147
Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado .....	147
Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva .....	148
Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	148
Gráfico 122 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega.....	149
Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção .....	149
Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica.....	150
Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados .....	151
Gráfico 126 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos) .....	152
Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação. ....	152
Gráfico 128 – Número de manutenção, inspeção e instalação. ....	153
Gráfico 129 – Quantidade de chamados .....	154
Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução .....	155
Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras .....	155

Gráfico 132 – Chamados abertos x chamados fechados .....	156
Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo .....	157
Gráfico 134 – Comissões .....	158
Gráfico 135 – Número de documentos retroativos .....	159
Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações .....	159
Gráfico 138 – Documentos .....	160
Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas .....	160
Gráfico 140 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	161
Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais .....	162
Gráfico 142 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (outubro de 2025) .....	163
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão .....	165
Gráfico 144 – Número de auditorias externas .....	165
Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades .....	166
Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado .....	166
Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS .....	167
Gráfico 148 – Número apontamentos na prestação de contas .....	167
Gráfico 149 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas ..	168
Gráfico 150 – Número de Notas de Produtos/Mês .....	169
Gráfico 151 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	171
Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas .....	172
Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações .....	172
Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso .....	173
Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços.....	173
Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	174
Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados .....	174
Gráfico 158 – Taxa de ordem de serviços finalizadas .....	175
Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados .....	176
Gráfico 160 – Número de aditivos .....	176
Gráfico 161 – Qualificação de prestadores de serviços críticos .....	177
Gráfico 162 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval) .....	179



Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI .....	179
Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados .....	180
Gráfico 165 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas .....	180
Gráfico 166 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas) .....	181
Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição .....	181
Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em outubro de 2025 .....	182
Gráfico 169 – Índices de higienização .....	183
Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza .....	183
Gráfico 171 – Terminais em outubro de 2025 .....	184
Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção .....	185
Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes .....	185
Gráfico 174 – Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	186
Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria.....	187
Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança .....	187
Gráfico 177 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança.....	188
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais .....	189
Gráfico 179 – Notificações de fornecedores.....	190
Gráfico 180 – Produção Jurídico em outubro de 2025 .....	191
Gráfico 181 – Taxa de resoluções.....	192
Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa .....	194
Gráfico 183 – Taxa de devolutivas .....	194
Gráfico 184 – Tempo médio de resposta .....	195
Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas .....	195
Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em outubro de 2025 .....	196
Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação .....	196
Gráfico 188 – Total de pesquisas internas .....	197
Gráfico 189 – Total de manifestações internas em outubro de 2025 .....	197
Gráfico 190 – Taxa de ocupação .....	200
Gráfico 191 – Índice de queda .....	200
Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão .....	201

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria .....	201
Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH .....	202
Gráfico 195 – Número paciente e leito dia .....	203
Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão .....	203
Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria .....	204
Gráfico 198 – Número de AIH's .....	204
Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo .....	205
Gráfico 200 - Produção De Resíduos .....	206
Gráfico 201 - Hemodiálises .....	208
Gráfico 202 - Hemocomponentes .....	209
Gráfico 203 – Bolsas transfundidas .....	209

## 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.

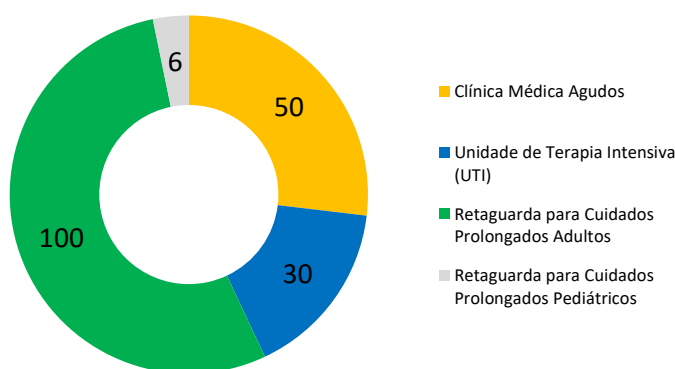
## 2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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**



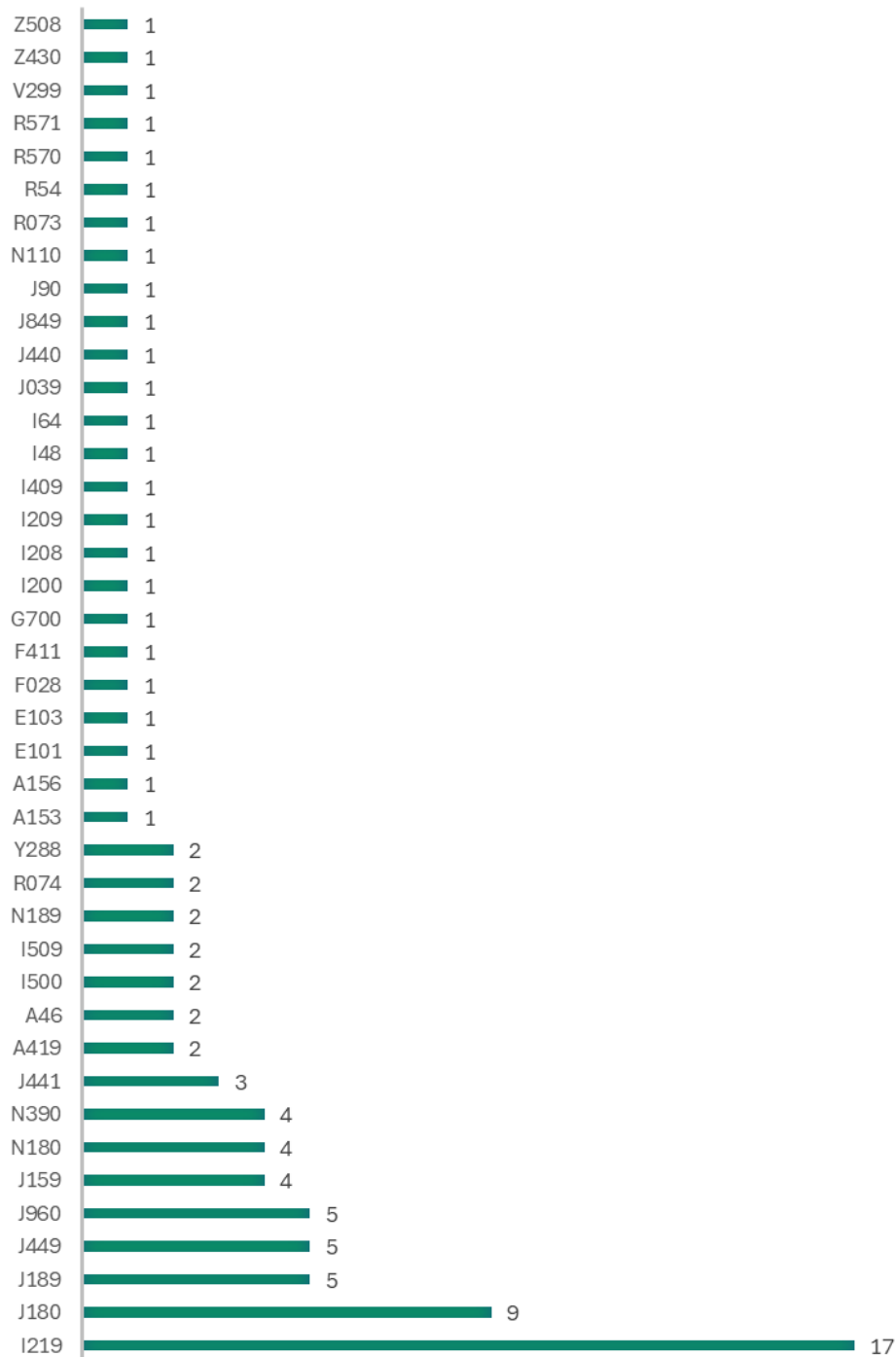
Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

## 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 novembro/2025



Fonte: SMPEP.

### 2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

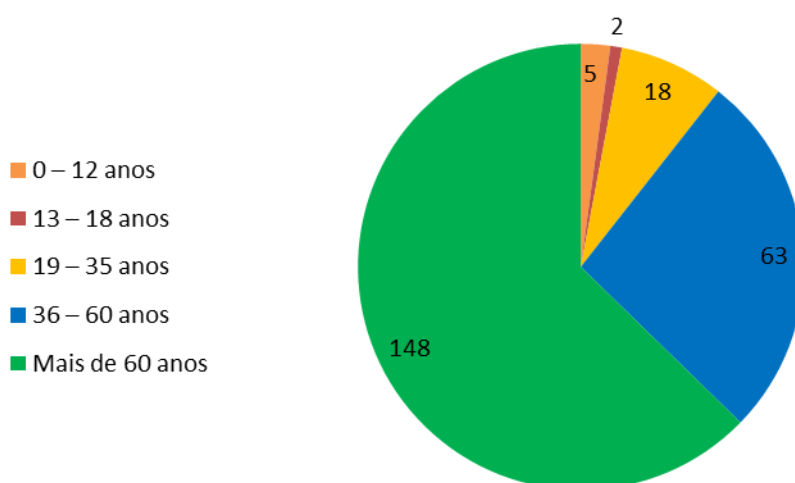
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

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

FAIXA ETÁRIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
0 – 12 anos	8	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5
13 – 18 anos	0	0	1	2	2	1	1	1	2	2	2
19 – 35 anos	21	12	20	17	18	17	21	17	18	25	18
36 – 60 anos	94	89	99	94	104	92	95	78	92	94	63
Mais de 60 anos	205	184	186	206	192	183	204	187	187	186	148

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária**



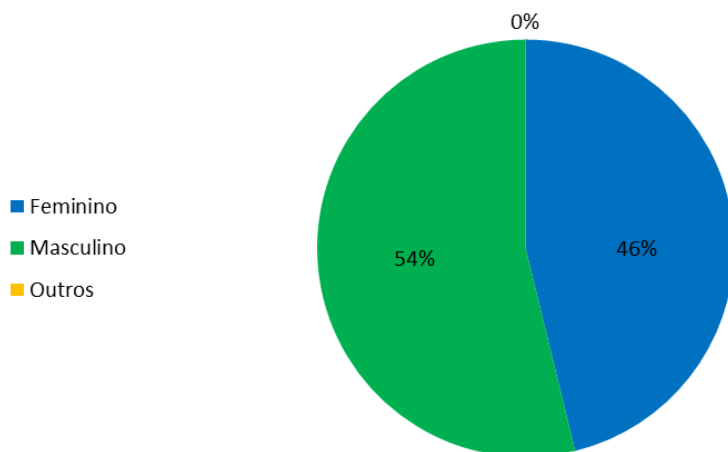
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Feminino	143	130	126	181	144	139	153	128	153	153	109
Masculino	185	161	185	143	177	159	174	161	151	159	127
Outros	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



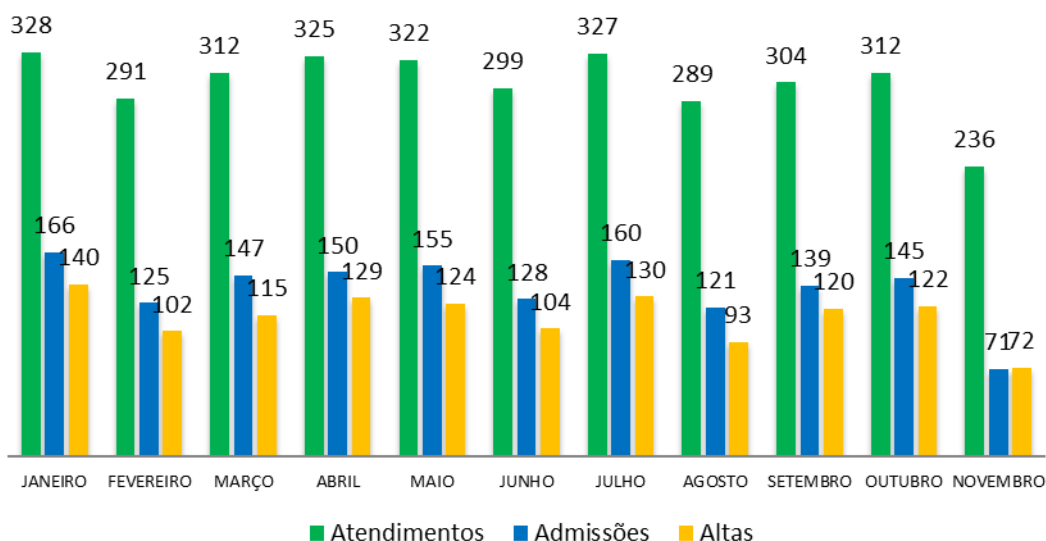
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Atendimentos	328	291	312	325	322	299	327	289	304	312	236
Admissões	166	125	147	150	155	128	160	121	139	145	71
Altas	140	102	115	129	124	104	130	93	120	122	72

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas**



Fonte: Relatório SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA

No período analisado, observou-se uma redução significativa nos indicadores de admissões, altas e atendimentos na unidade, com maior impacto na UTI. Essa diminuição está diretamente relacionada às adequações estruturais realizadas no hospital, especialmente devido às obras de manutenção, que demandaram a unificação das duas UTIs, concentrando a operação em 30 leitos na UTI Beija-Flor. Além disso, a reorganização assistencial necessária para garantir a segurança dos pacientes resultou em redução temporária da capacidade operacional, com bloqueio técnico de leitos e redistribuição das equipes e fluxos internos.

Dessa forma, a queda simultânea nos números de admissões, altas e atendimentos é coerente com o cenário institucional. A menor oferta de leitos disponíveis reduziu o giro de internações, impactando diretamente a produção assistencial do período. A tendência é de retomada gradual e progressiva desses indicadores à medida que os setores forem normalizados, as obras forem concluídas e as unidades recuperarem sua capacidade plena de funcionamento, restabelecendo o fluxo assistencial habitual.

### 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 SAÚDE 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 FARMÁCIA	27
AUXILIAR JURÍDICO	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 EDUCACAO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANCA 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) NUTRICAO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAUDE	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
<b>Total Geral</b>	<b>651</b>

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

### Tabela 05 – Serviços Médicos

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

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

### Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	6
AUXILIAR DE LIMPEZA	68
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	4
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	3
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	14
COZINHEIRO	4
DENTISTA	3

ELETRICISTA	4
ENCARREGADO	4
ENFERMEIRA	2
ENGENHEIRO SUPERVISOR	1
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	3
LIMPADOR DE VIDROS	1
MÉDICOS	82
MOTORISTA	7
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	2
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	2
VIGILANTE	20
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>277</b>

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

### 3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

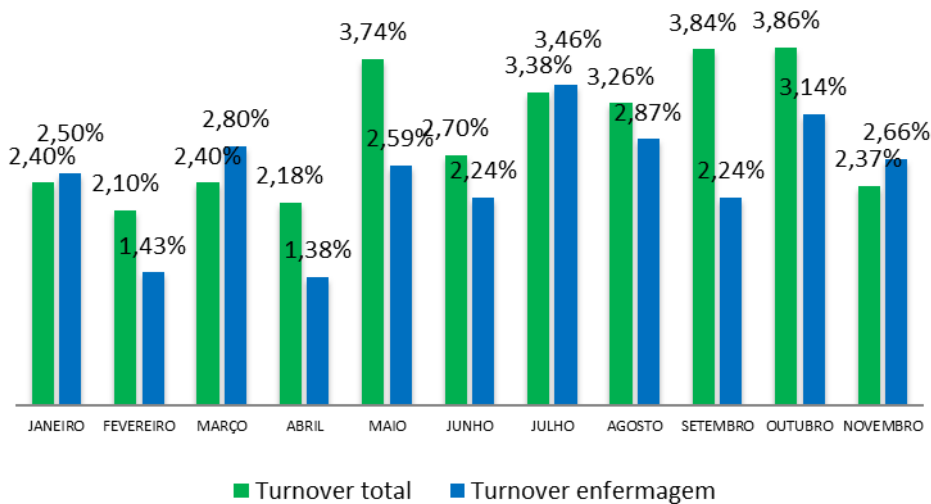
**Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Turnover total	< 5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%	3,38%	3,26%	3,84%	3,86%	2,37%
Turnover enfermagem	< 5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%	3,46%	2,87%	2,24%	3,14%	2,36%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13	24	26	14	23	17
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681	666	666	674	651	648	653
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7	8	10	8	14	6
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16	13	8	31	23	8
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23	21	18	39	27	14
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6	17	10	9	11	13
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12	11	13	9	14	6

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

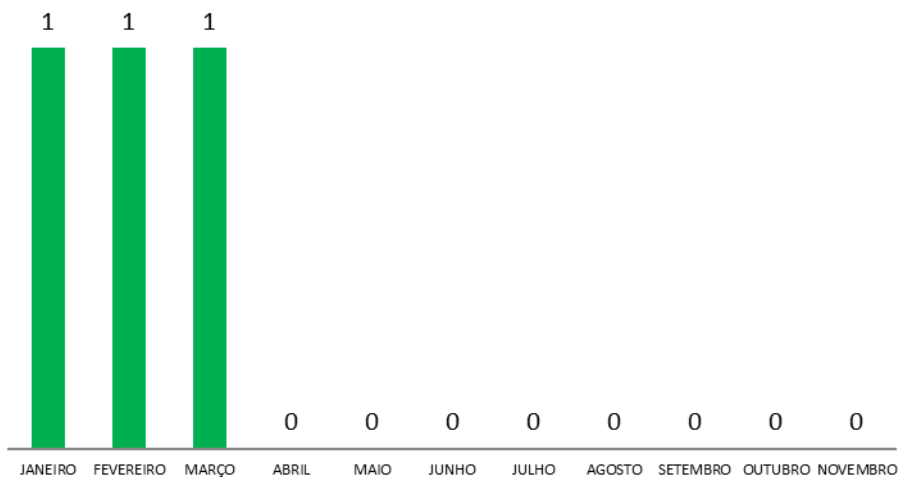
\*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

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



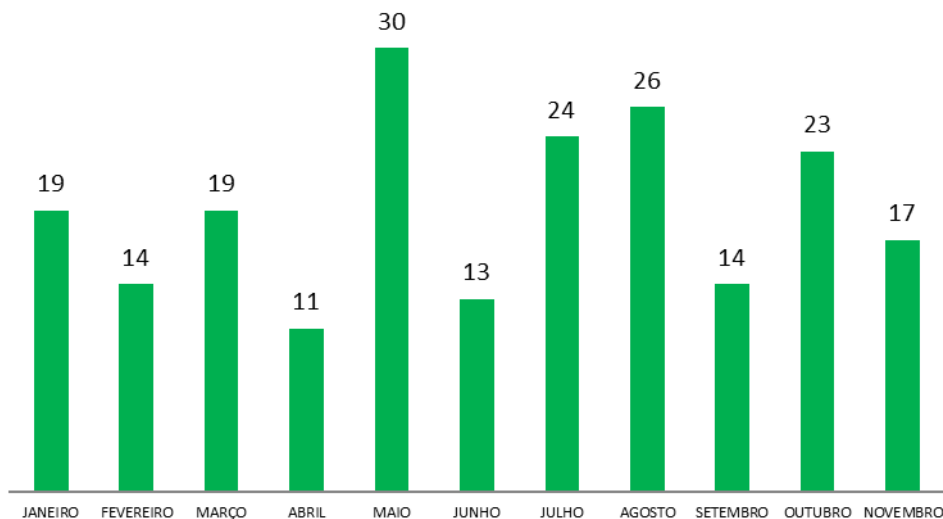
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



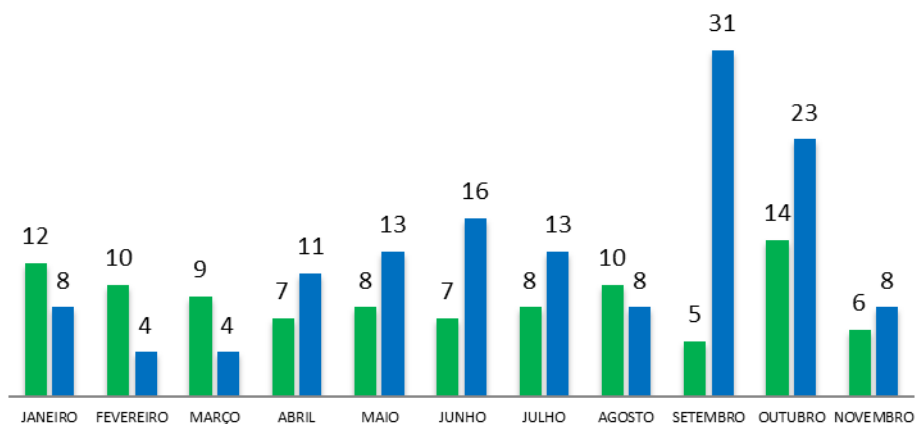
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



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

### Gráfico 09 – Relação de demissões



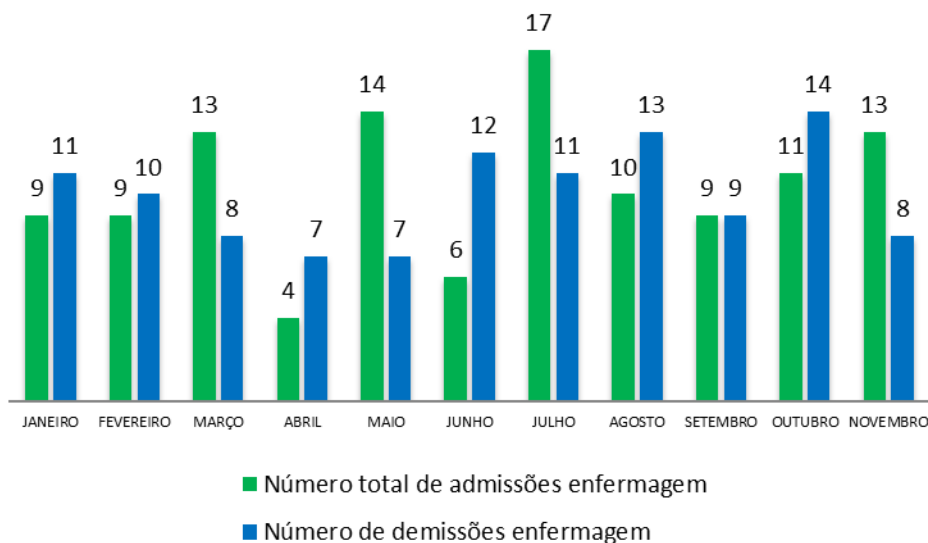
■ Número de demissões a pedido do colaborador

■ Número de demissões por parte da empresa

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

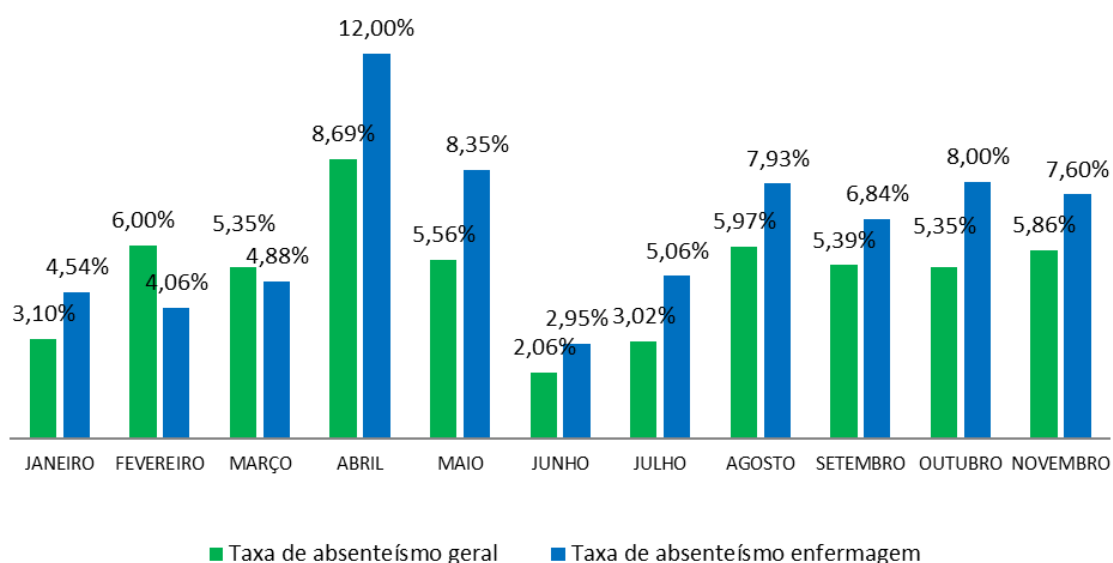
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de absenteísmo geral	Quanto menor, melhor	3,10%	6%	5,35%	8,69%	5,56%	2,06%	3,02%	5,97%	5,39%	5,35%	5,86%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Quanto menor, melhor	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%	8,35%	2,95%	5,06%	7,93%	6,84%	8,00%	7,60%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	>85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%	92,29%	97,13%	95,18%	92,10%	96,21%	94,57%	94,35%
Número de horas trabalhadas enfermagem	>51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h	51.564h	55.789h	54.984h	52.372h	53.432h	51.636h	52.302h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42	52	38	47	37	44

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

## ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

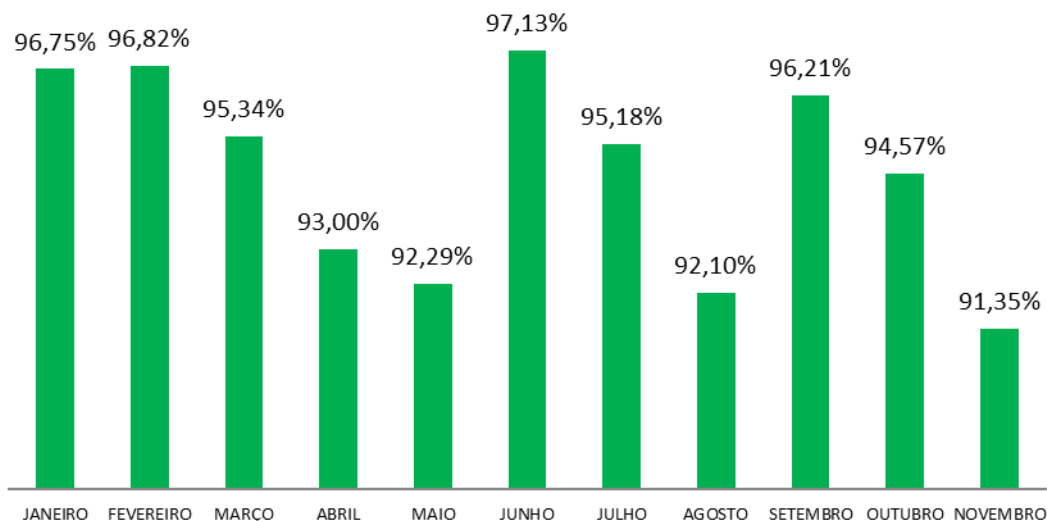
Nos últimos 3 meses, o setor observou um aumento significativo no índice de absenteísmo, em especial entre os colaboradores da equipe de enfermagem e administrativo. O principal fator identificado foi a elevação no número de atestados médicos apresentados, refletindo diretamente nas horas de afastamento.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



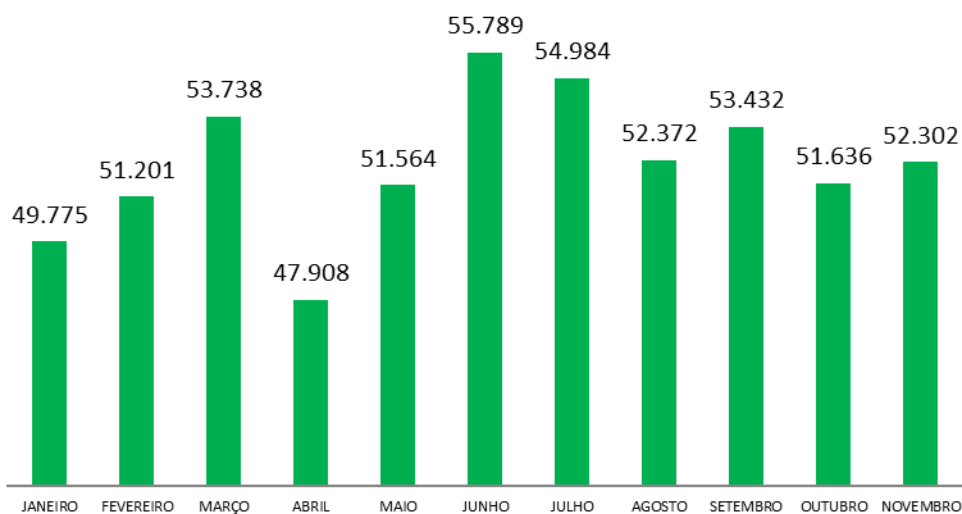
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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



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

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



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

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



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

### 3.1.3. Medicina Ocupacional

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

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

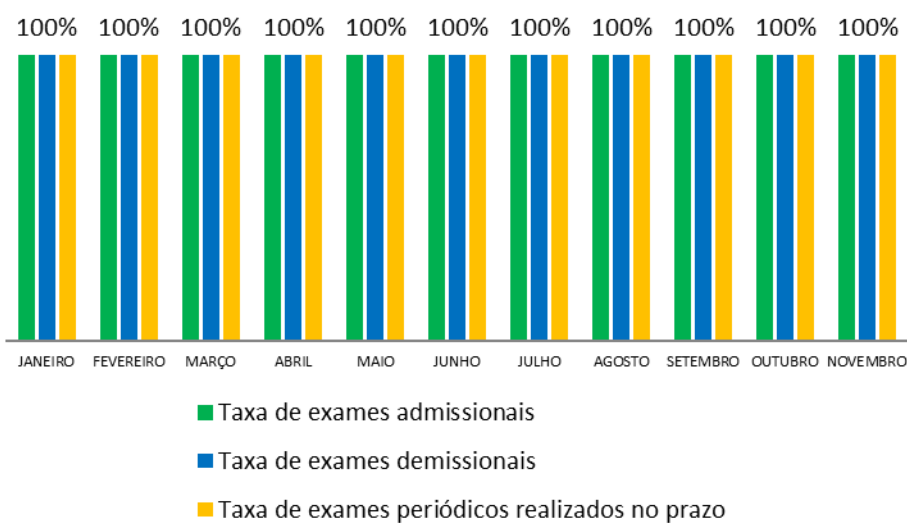
**Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	>85%	100%	100%	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%	100%	100%

Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	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	293	312	345
Número de afastados (inss)	quanto menor, melhor	31	24	21	24	31	19	23	24	26	20	25
Número de afastados (gestantes)	quanto menor, melhor	13	5	15	16	17	12	18	20	18	16	7
Número de afastados (licença a maternidade)	quanto menor, melhor	8	9	8	10	8	8	8	5	5	5	9
Número de atestados por síndrome gripal	quanto menor, melhor	22	51	55	58	52	48	61	63	42	32	34
Número de dias perdidos	quanto menor, melhor	516	666	755	764	582	580	663	665	590	458	659

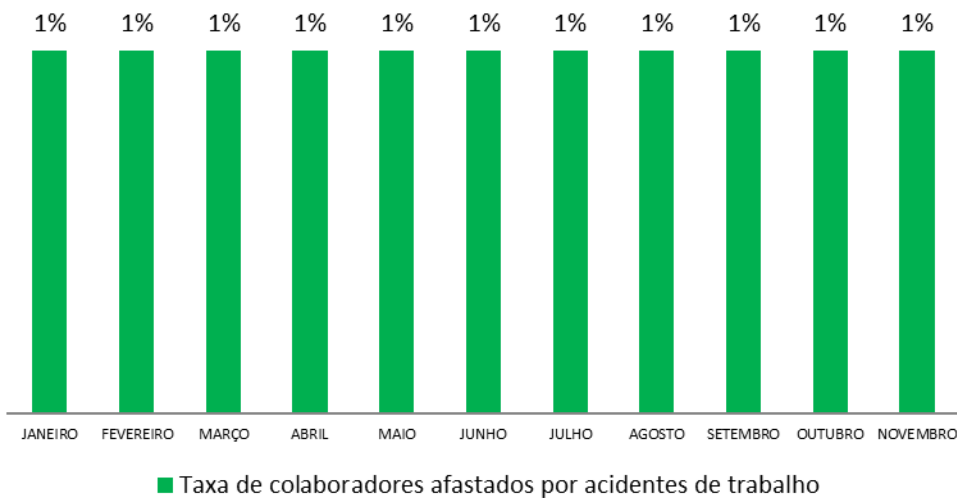
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 15 – Taxa de Exames



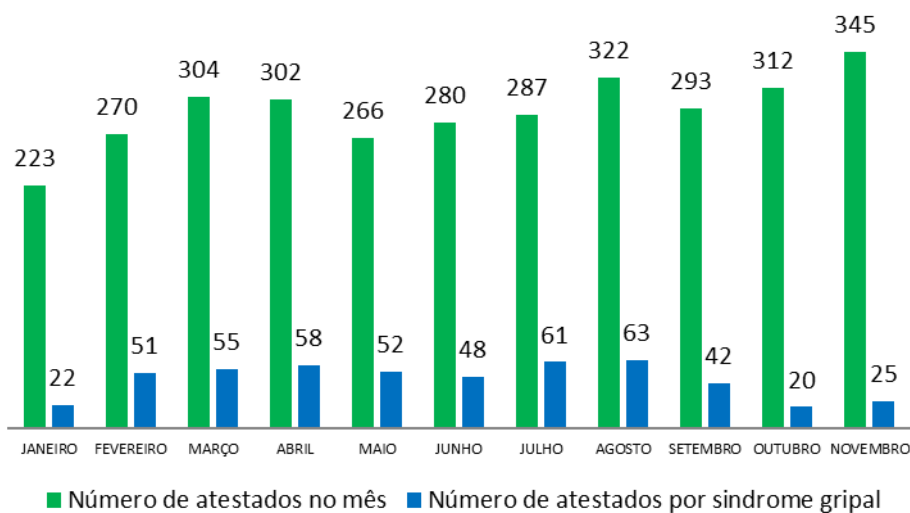
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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



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

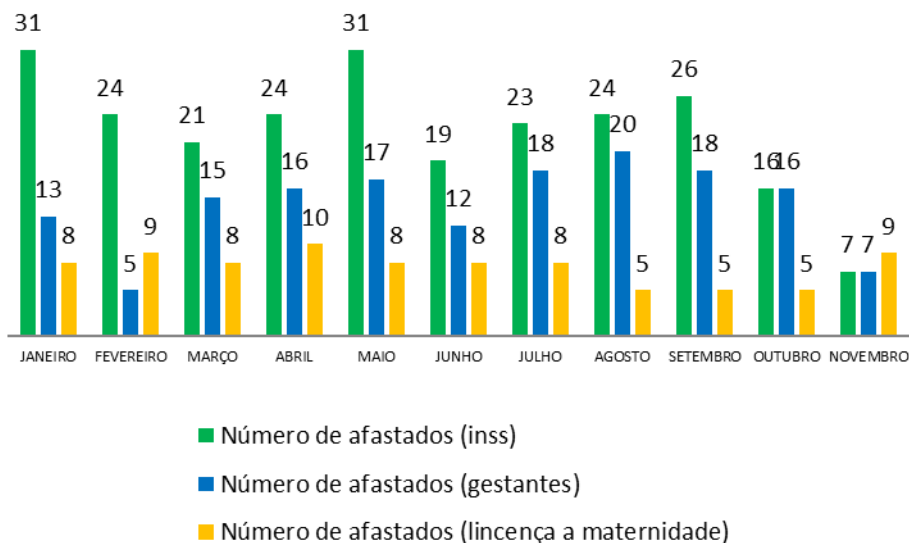
### Gráfico 17 – Relação de atestados



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

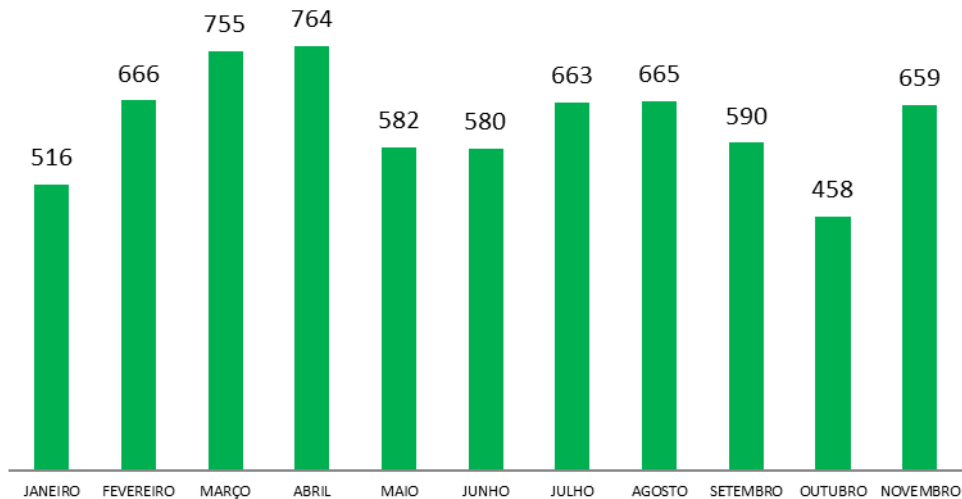


**Gráfico 18 – Relação de afastados**



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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	25%	14%	0%	100%	0%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%	25%	50%	0%	0%	0%
Taxa de inspeções	100%	100%	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%	0,16%	0,59%	0,29%	0,45%	0,15%	0%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73	289	135	249	177	176
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39	27	36	29	26	32
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272	709	818	906	708	611
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20	10	10	10	10	10
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105	229	23	19	64	26
Número total de acidentes	quanto menor, melhor	1	1	2	2	1	1	4	2	3	1	0
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1

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

## ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

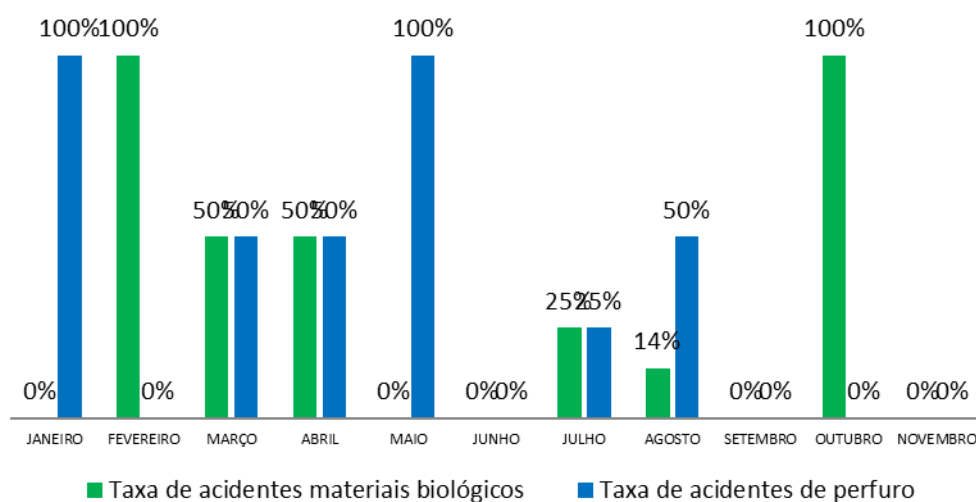
No mês de novembro, foi registrado um acidente por descarte inadequado, envolvendo a equipe de Higienização. A ocorrência teve causa raiz identificada e contou com a elaboração e execução de um plano de ação corretivo e preventivo, conforme protocolo institucional.

Apesar disso, ao analisar os indicadores do SESMT, constatou-se que tanto a Taxa de Frequência de Acidentes quanto o indicador de Acidentes Perfurocortantes constam como 0% no período. Essa divergência ocorreu porque não houve registro de acidente INTS no sistema referente a novembro, motivo pelo qual os indicadores permaneceram zerados.

Além disso, a CIPA apresentou número de inspeções abaixo da meta, em comparação ao mês de outubro/2025, tendo sido registrada apenas uma inspeção no período.

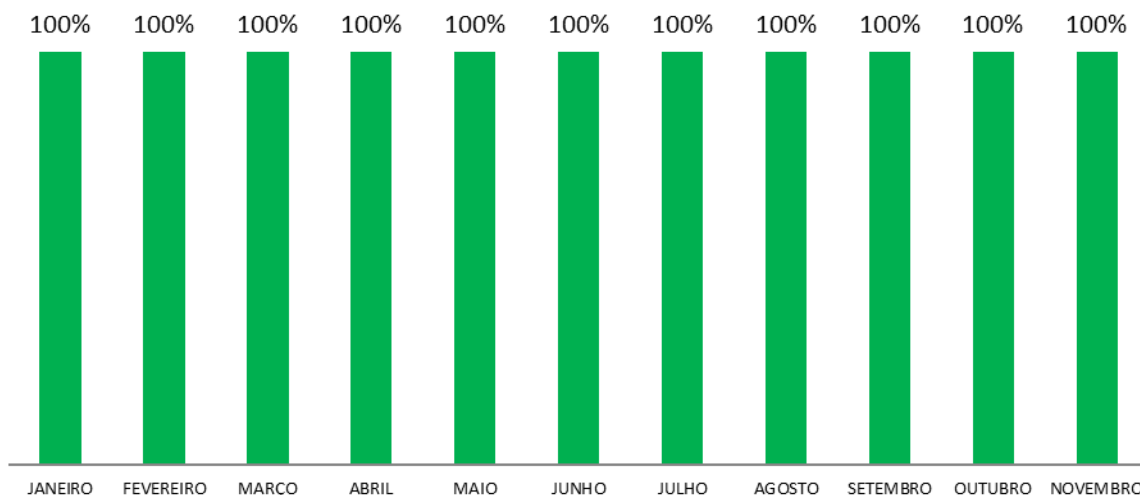
O setor realizou a atualização da planilha de indicadores dos meses de agosto, setembro e outubro, corrigindo lançamentos feitos de forma equivocada, como inclusão indevida de reuniões da CIPA, Brigada e SSO, além de registros duplicados.

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



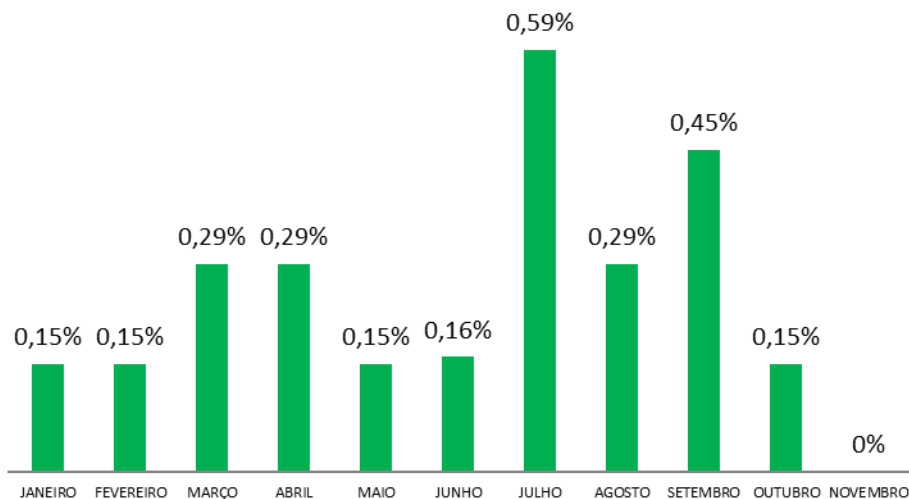
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 21 – Taxa de inspeções**



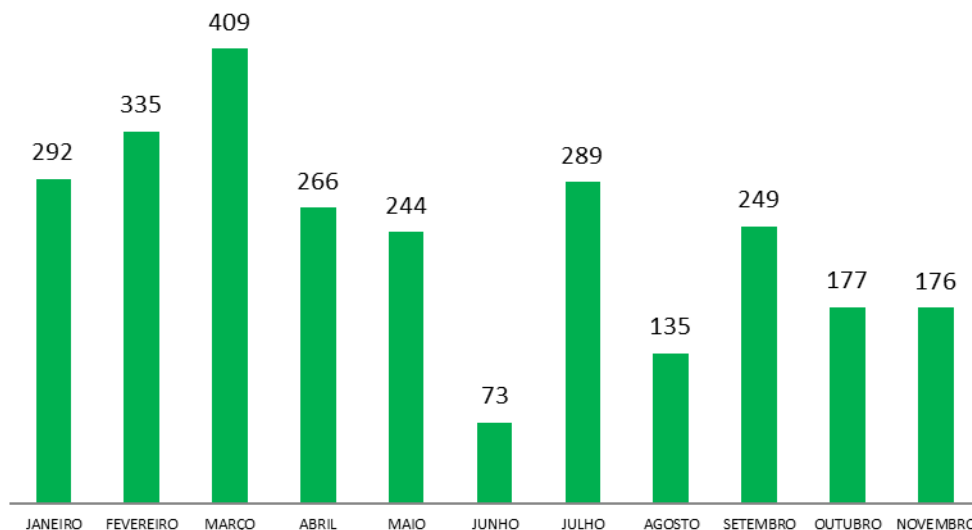
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes**



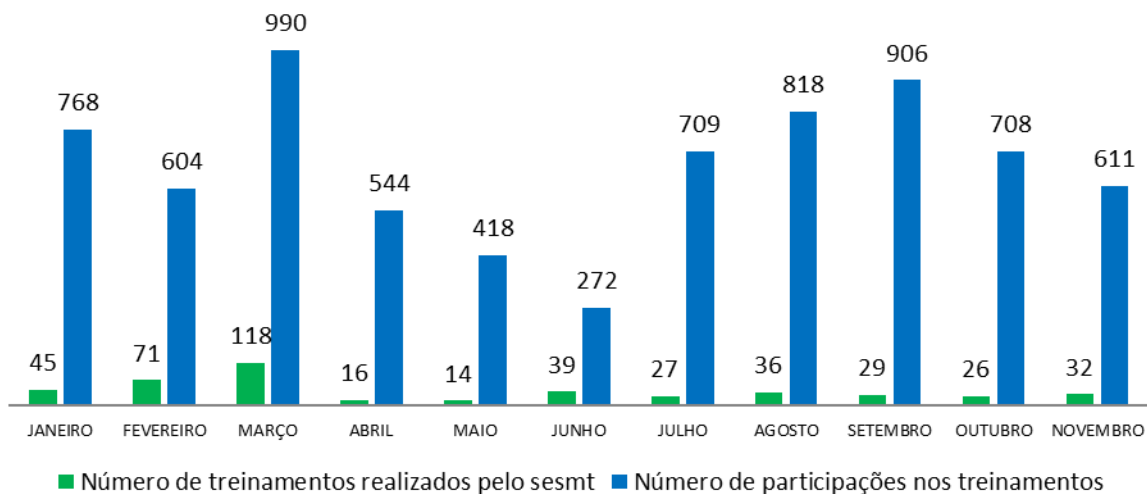
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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



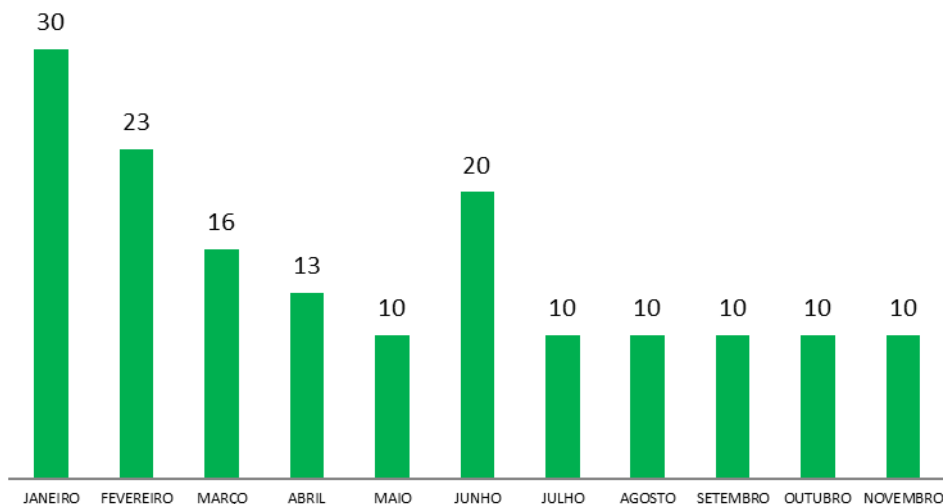
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 24 – Relação de treinamentos**



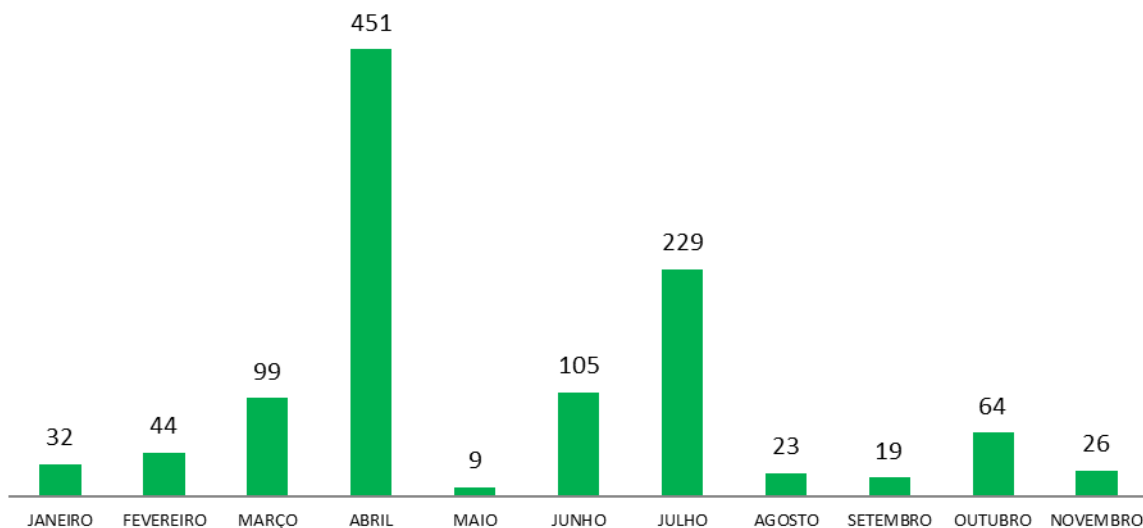
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas**



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

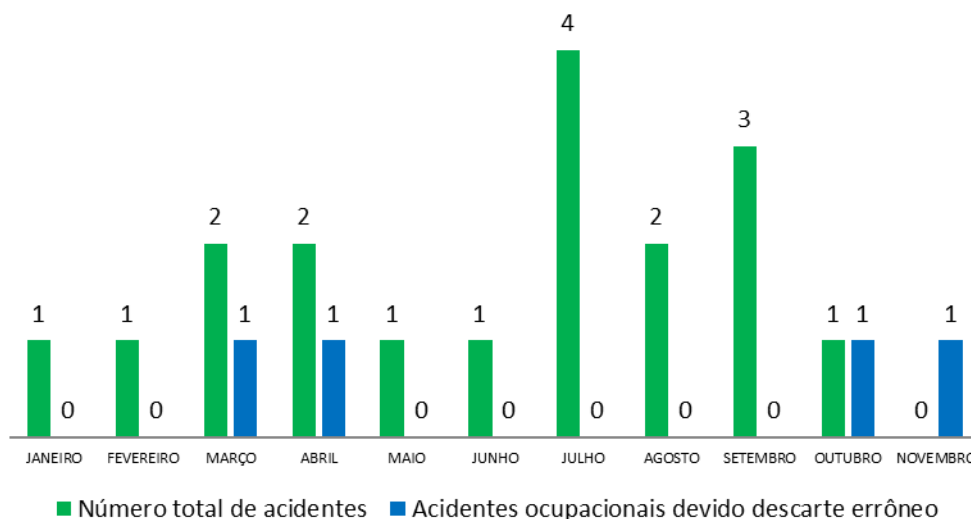
**Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas**



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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
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%	0,30%	2,09%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%	14%	19%	21%	16%	27%

Número de exames	M/R	327	334	333	428	379	378	414	372	348	332	287
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2	4	6	5	1	6
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49	57	69	72	52	78

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0%	0%	0,62%	0%	0%	1,27%	2,31%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%	13%	9%	15%	25%	25%	11%	16%
Número de exames	M/R	109	114	87	161	128	113	157	130	138	128	81
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1	0	0	2	3	0	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10	23	33	34	14	13

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	0,74%	0%	0,85%	1,40%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%	7%	11%	13%	18%	29%
Número de exames	M/R	101	108	112	111	120	136	138	136	119	118	143
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2	0	1	0	1	2

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21	10	15	16	21	42
----------------------------	----------------------	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	0%	8,93%	0%	7,89%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%	5%	6%	15%	16%	16%	22%	39%
Número de exames	M/R	64	47	67	64	57	48	53	50	56	58	38
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1	0	0	1	0	5	0	3
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2	3	3	8	8	9	13	15

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	4,76%	0%	1,69%	2,56%	0%	0%	4,17%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%	24%	13%	35%	15%	33%
Número de exames	M/R	41	50	50	80	63	64	59	39	31	26	24
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0	1	1	0	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13	14	5	11	4	8

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)**

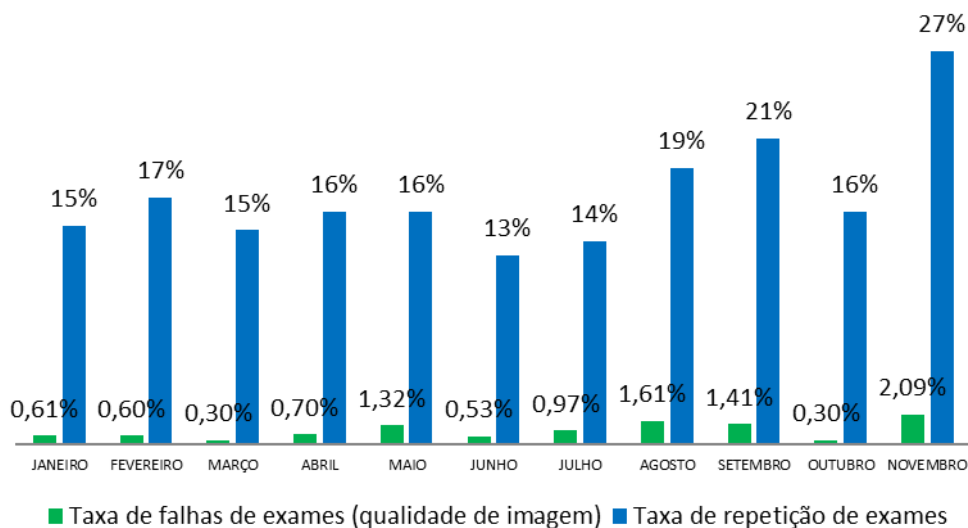
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5,88%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%	35%	0%	0%	12%	29%	47%	50%	0%	0%
Número de exames	M/R	12	15	17	12	11	17	7	17	4	2	1
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5	6	0	0	2	2	8	2	0	0

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

## ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

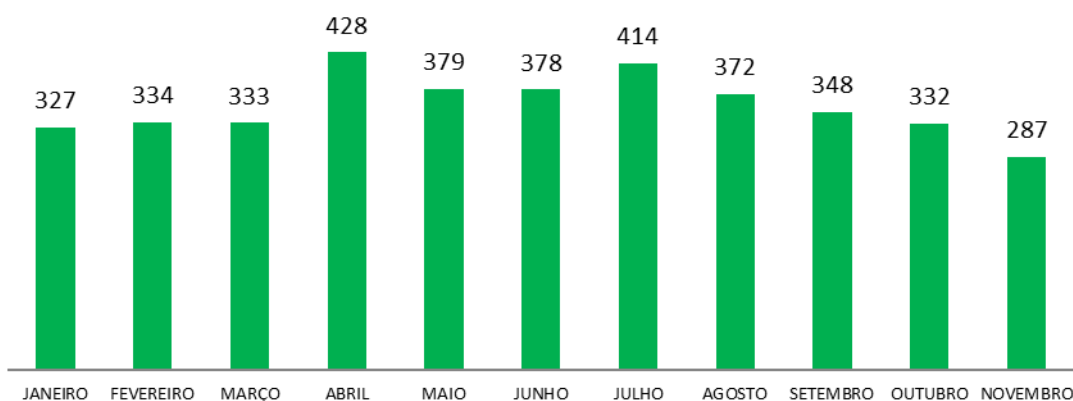
Observou-se um aumento significativo no número de repetições de exames, principalmente em função da realização de exames ortopédicos, que não fazem parte da rotina da unidade, mas foram necessários diante do quadro clínico de alguns pacientes. Além disso, houve admissões de pacientes já portadores de sonda nasoenteral (SNE), o que naturalmente eleva a demanda por exames específicos. Na análise detalhada dos dados, identificou-se que o principal fator para o aumento registrado foi o maior número de exames relacionados à passagem de SNE no período.

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



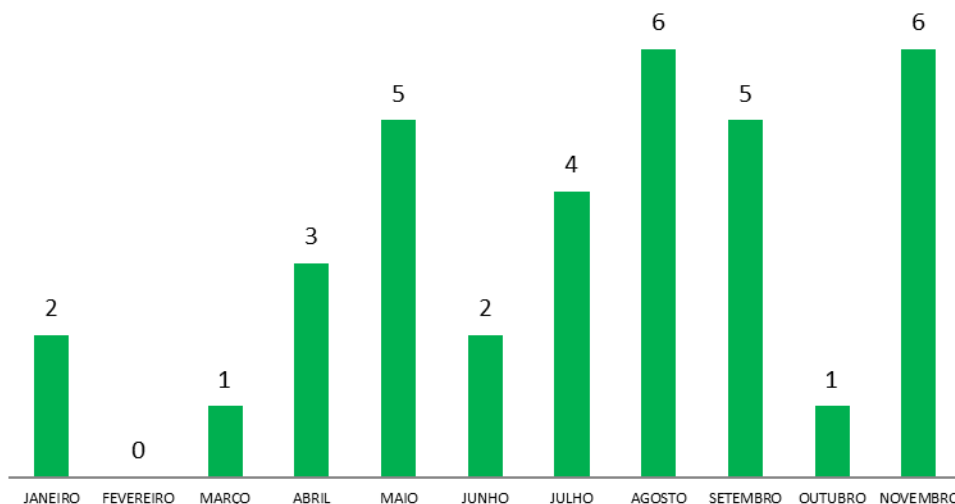
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	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%	2,23%	2,84%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	100%	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%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%
Número de exames realizados	neutro	12.166	11.030	12.065	13.296	12.223	12.324	12.421	10.623	10.331	10.945	8.227
Número de exames realizados na unidade	neutro	10.413	9.374	10.348	11.946	10.713	10.318	11.113	9.397	9.000	9.421	6.912

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

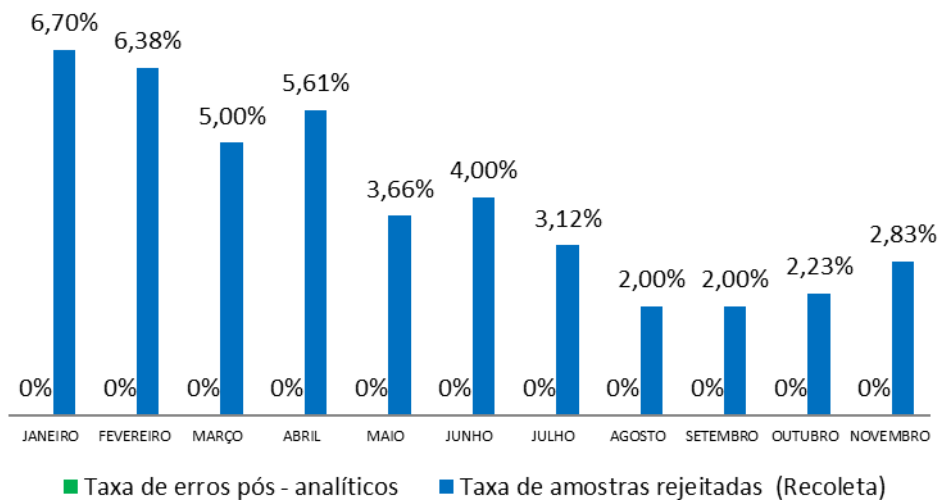
\*Houve alteração da nomenclatura de indicador de resposta resultados críticos.

### ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Em novembro observou-se uma pequena elevação no percentual de recoletas, tendo como principal causa o **volume inadequado das amostras**. O setor segue em acompanhamento junto à **INTS**, adotando tratativas e reforçando orientações às equipes para reduzir a ocorrência desse tipo de inconformidade.

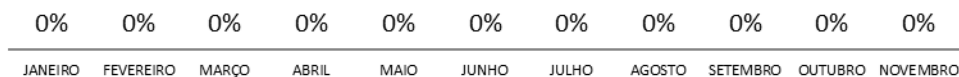


### Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



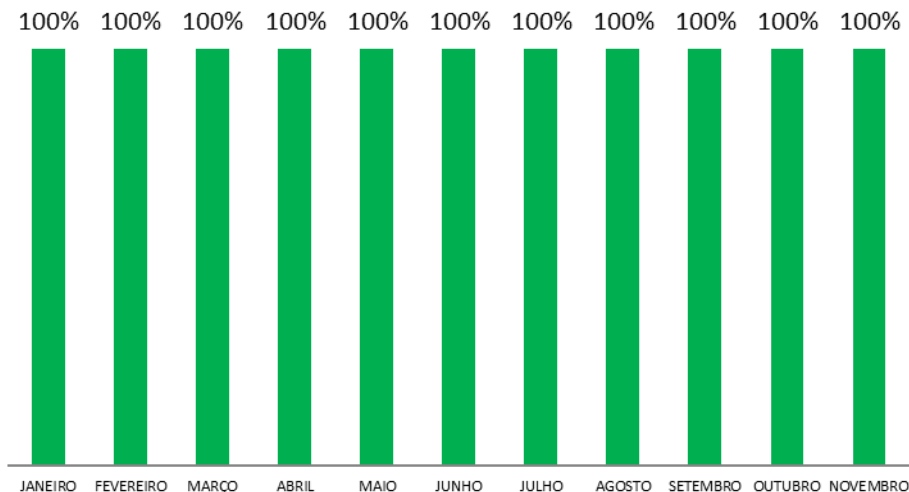
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



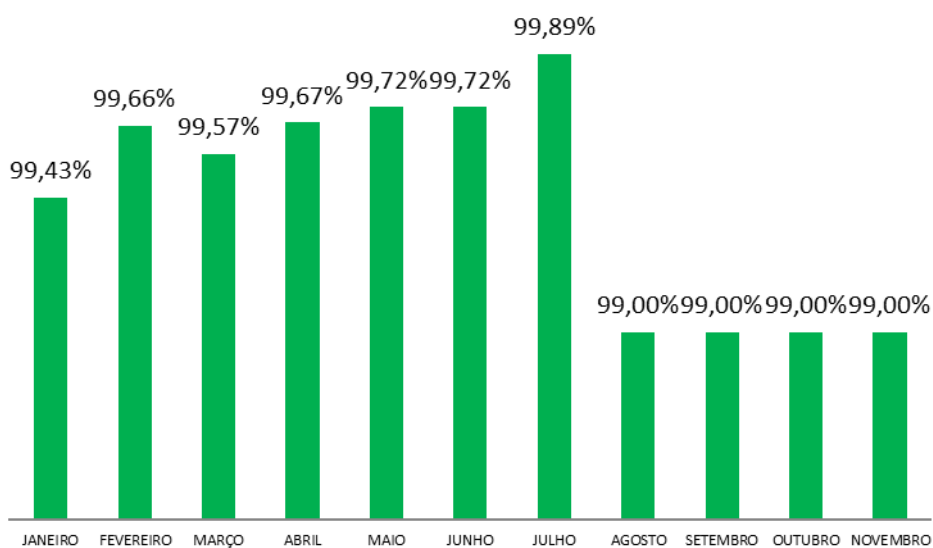
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



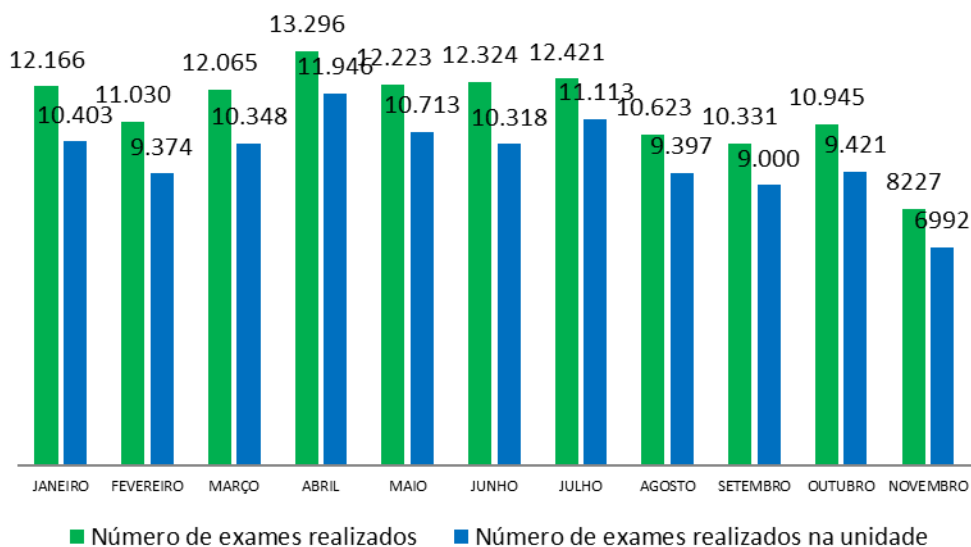
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%	0,36%	0,50%	0,25%	1,43%	0,41%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92	3,88	4,64	3,96	4,61	10,47
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97	33,66	38,21	33,36	41,61	35,87	34,32	49,38
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%	11,69%	19,35%	8,57%	10,81%	15,05%
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%	2,03%	8,66%
Giro leito institucional	<5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70	0,83	0,67	0,75	0,80	0,70
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022	5080	4523
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520	5735	5735	5576	5762	5528
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131	154	124	140	148	99
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18	18	24	12	16	11
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0	2	0	0	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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%	0,26%	0,48%	0,13%	1,40%	0,21%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21	1,07	0,90	1,11	1,30	5,11

Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61	9,06	13,86	10,89	9,93	9,72
Taxa de óbito institucional	< 15%	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%	6,84%	7,19%	6,67%	4,80%	5,80%	6,73%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%	0%	0,95%	0%	0%	2,80%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34	3,06	2,10	2,50	2,76	2,60
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358	1386	1455	1361	1370	966
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500	1550	1550	1500	1549	1499
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117	153	105	125	138	109
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8	11	3	6	8	7
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1	0	2	0	0	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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%	0,36%	0,41%	0,41%	1,09%	0,30%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52	3,01	3,84	2,75	3,74	5,40
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17	3,88	4,21	3,85	4,01	8,88
Taxa de óbito institucional	< 15%	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%	4,35%	4,44%	6,49%	4,40%	6,25%	8,77%
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%	3,75%	7,12%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45	4,50	3,85	4,55	4,00	2,85
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357	349	324	350	321	412
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600	620	620	600	620	620
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69	90	77	91	80	87

Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3	4	5	4	5	
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1	0	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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%	1,16%	1,12%	0,68%	1,34%	6,07%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16	2,80	2,73	2,48	2,89	4,42
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78	4,66	4,76	5,03	3,52	3,70	3,89
Taxa de óbito institucional	< 15%	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%	2,44%	12,50%	2%	0%	5,06%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%	2,44%	2,50%	0%	0%	1,09%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10	4,40	4,10	4,00	5,00	4,70	4,90
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205	195	201	176	174	144
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300	310	310	300	310	300
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44	41	40	50	47	49
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2	2	1	5	1	0	
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%	2,65%	0%	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	13,60	10,83
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71	503,67	300,10	591,00	605,80	489,17
Taxa de óbito institucional	< 70 %	33,33%	62,50%	40%	57,14%	44,44%	71,43%	33,33%	60%	20%	60%	16,67%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	11,11%	0%	1,05%	0%	0%	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	0,05	0,06
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931	3022	3001	2955	3029	2893
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970	3069	3069	2996	3097	3000
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7	19	10	5	3	3
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1	2	6	1	5	5
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0	0	0	0	20,73	0	0	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	645,17	675,17
Taxa de óbito institucional	<100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	100%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0	0	0	0	0,17	0	0	0
Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180	186	180	186	179	180	186	186

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

No período analisado, verificou-se um aumento do Tempo Médio de Permanência (TMP) e uma redução do Giro de Leitos na unidade. Esses resultados estão diretamente relacionados às obras de manutenção estrutural realizadas no hospital, que impactaram a capacidade operacional e a dinâmica assistencial.

A necessidade de desativação temporária de áreas e remanejamento de pacientes e equipes reduziu a disponibilidade de leitos e limitou a capacidade de novas admissões. Com menos leitos ativos, houve diminuição significativa no fluxo de entrada e saída de pacientes, refletindo diretamente no indicador de giro.

Esse cenário também contribuiu para o aumento do TMP, já que:

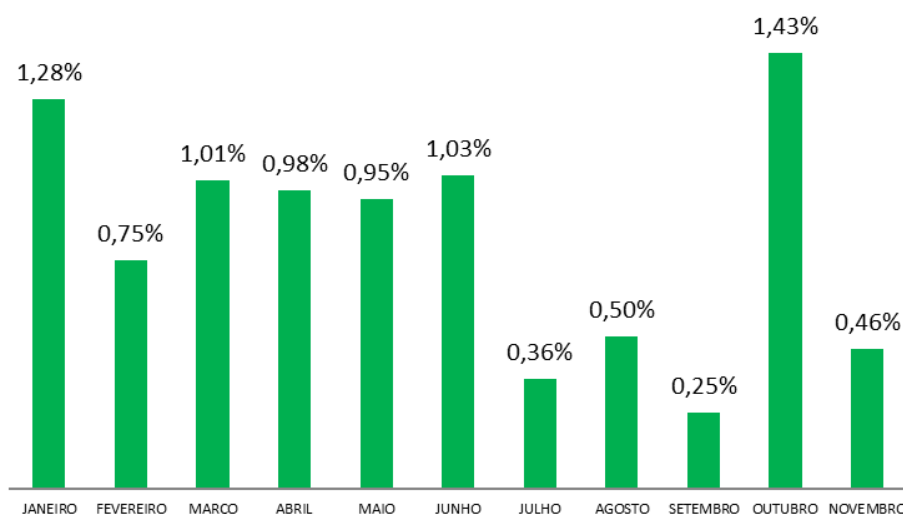
- A menor rotatividade de leitos resulta em intervalos mais longos de internação, especialmente nos pacientes que permaneceram na unidade durante a obra;
- O remanejamento estrutural pode ter impactado a velocidade dos processos assistenciais, com ajustes necessários na logística interna, deslocamento de equipes e reorganização dos fluxos.

Além disso, devido à redução temporária de leitos e à reorganização dos ambientes, observou-se um intervalo de substituição maior entre as altas e a disponibilização do leito para novos pacientes, uma vez que os processos de limpeza, preparo e liberação também foram influenciados pela estrutura reduzida e pela redistribuição das equipes.



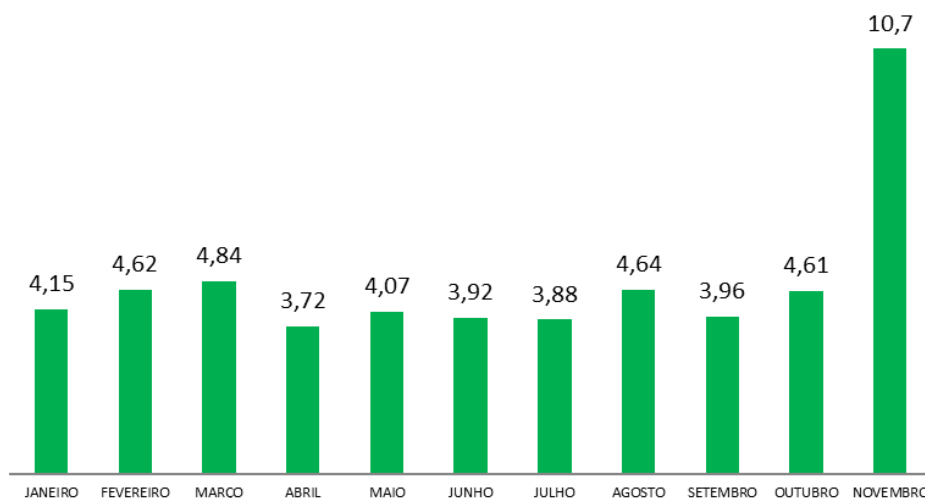
Portanto, tanto o aumento do TMP quanto a redução do Giro de Leitos são coerentes com a realidade operacional do período, representando consequências diretas das intervenções estruturais. A expectativa é de normalização gradual desses indicadores com a conclusão das obras e retomada plena da capacidade de atendimento.

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



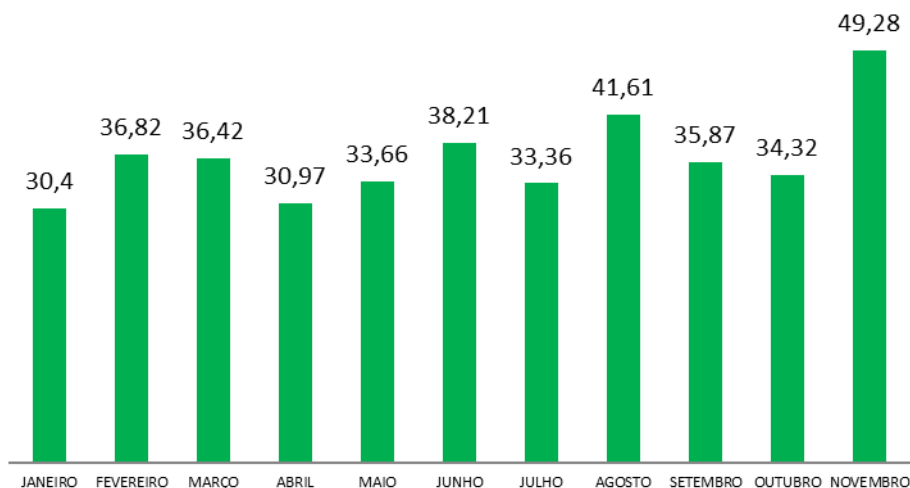
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



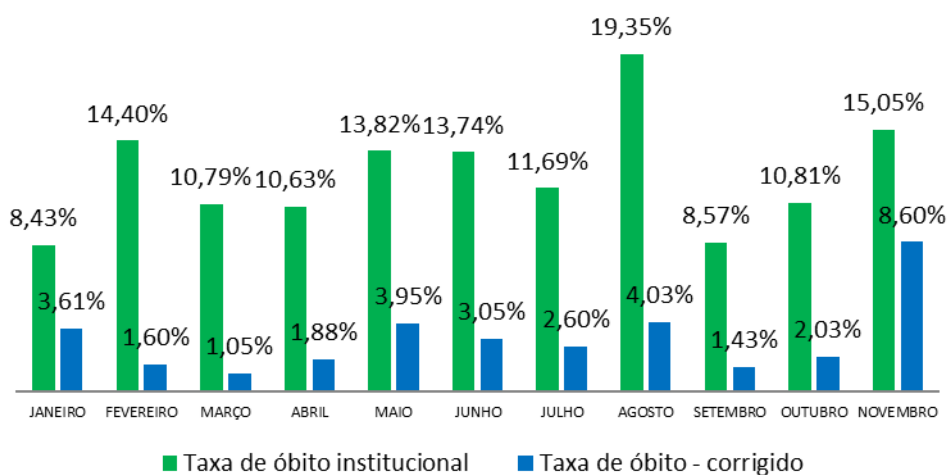
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

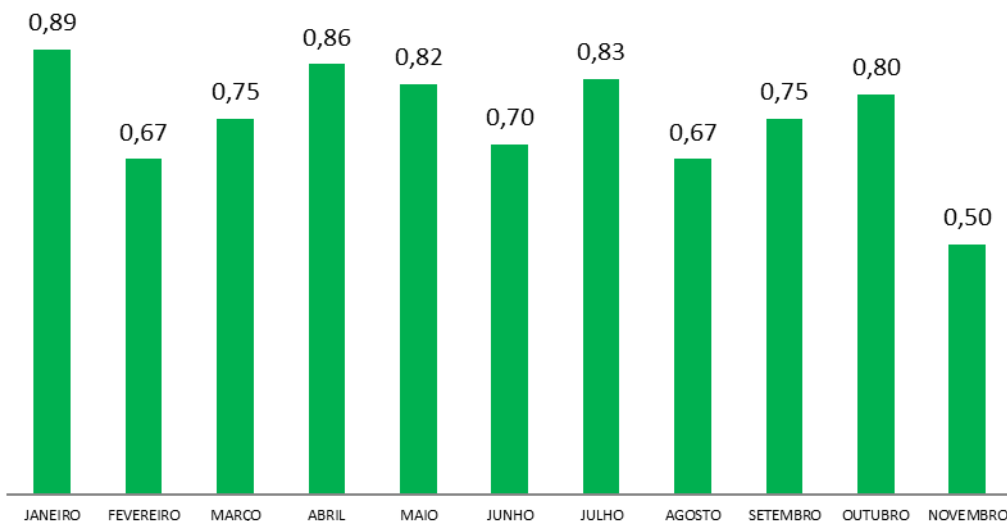
**Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)**



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

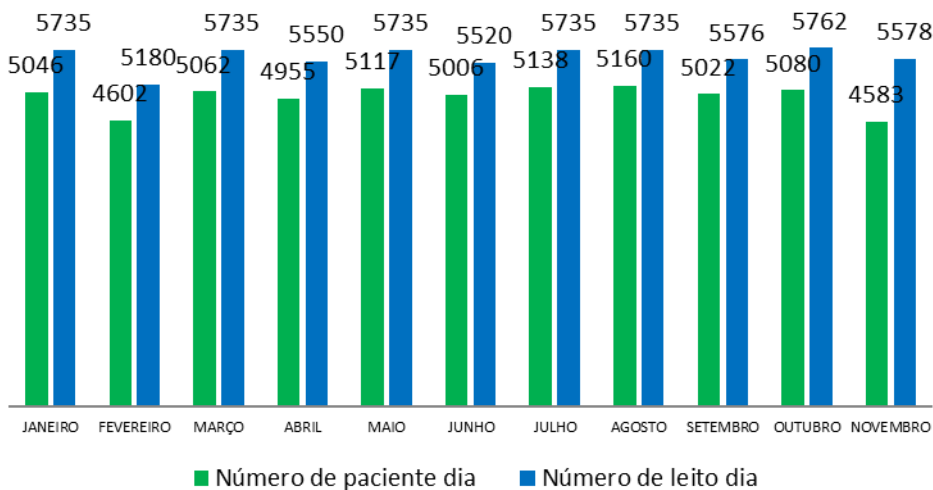
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

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



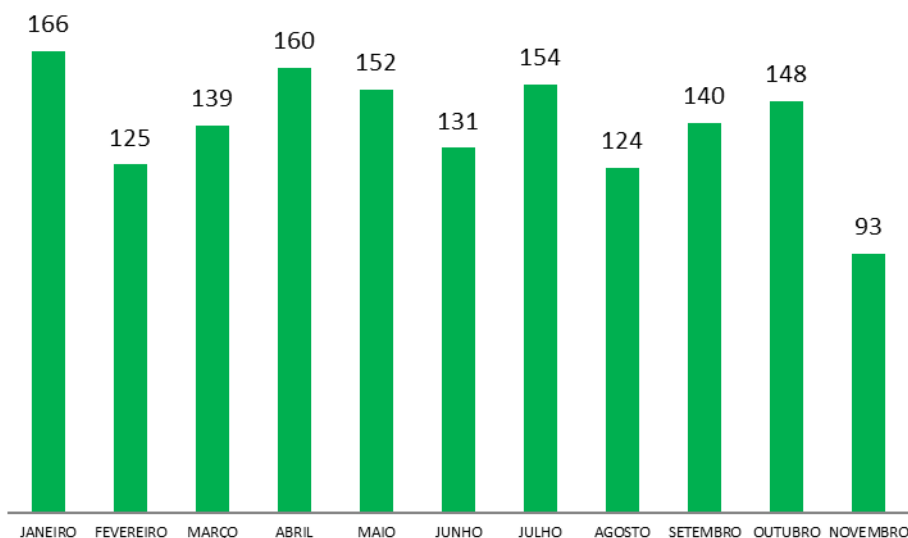
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



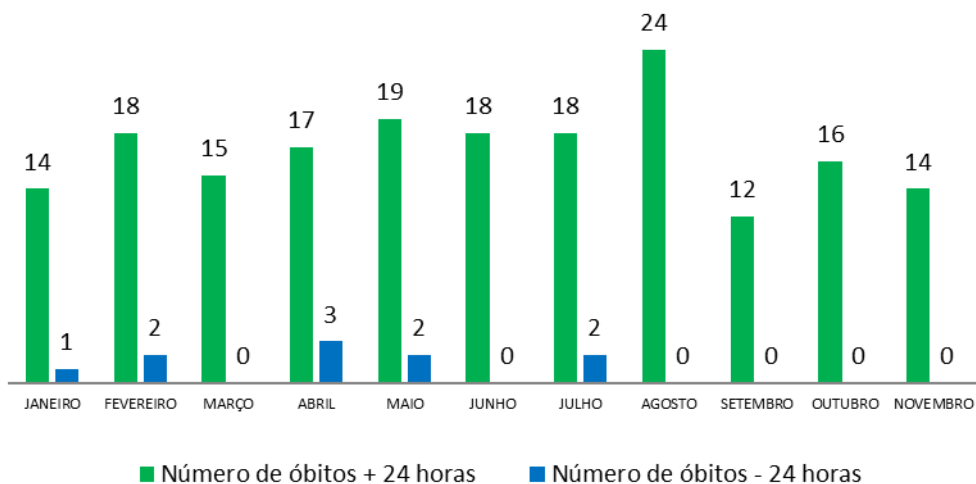
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%	95%	98%	93%	92%	99%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%	90%	100%	97%	84%	121%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361	3480	3620	3211	3319	3379
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125	152	118	129	134	71
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95	117	102	139	145	72
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378	23965	23945	24291	23917	20945
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013	1255	975	839	994	839

Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482	11140	11246	10709	11105	10733
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%	31%	31%	30%	29%	32%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%	37%	36%	34%	37%	38%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%	9%	10%	10%	9%	9%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%	23%	23%	26%	25%	21%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732	7707	7880	7934	7931	3928
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%	36%	40%	31%	27%	35%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%	34%	31%	30%	34%	39%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%	12%	10%	13%	10%	11%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%	18%	19%	26%	29%	15%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	734	1477	1452	1463	1437	1348	1566	1023	1820
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%	22%	33%	38%	33%	41%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%	43%	32%	28%	37%	32%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%	21%	9%	5%	13%	17%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%	14%	26%	29%	17%	10%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	1674	1186	1019	863	966	919	906	871	1689
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%	19%	38%	41%	42%	26%	18%	42%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%	34%	38%	32%	28%	16%	43%	37%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%	19%	9%	9%	7%	14%	10%	8%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%	28%	15%	18%	23%	44%	29%	13%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140	13669	13612	13727	13906	3928
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%	30%	30%	30%	31%	35%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%	37%	36%	35%	34%	39%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%	6%	9%	10%	9%	11%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%	27%	25%	25%	26%	15%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180	186	186	180	186	180
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%	19%	17%	17%	17%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%	60%	64%	77%	83%	82%

Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%	3%	2%	0%	0%	1%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%	18%	17%	6%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

Não alcançamos a meta de obesidade geral devido ao perfil dos pacientes admitidos no período, que, em sua maioria, apresentavam mobilidade reduzida. Essa limitação impacta diretamente o gasto energético diário, contribuindo para a manutenção ou agravamento do quadro de obesidade já presente no momento da admissão.

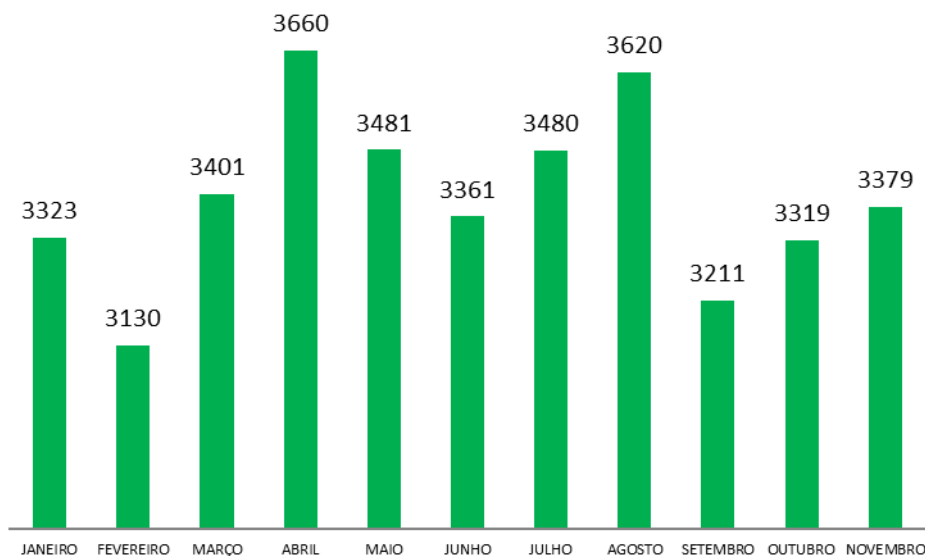
Além disso, observou-se diminuição no número de refeições servidas na unidade Colibri, decorrente da remoção dos pacientes para outras áreas em função das obras estruturais. Consequentemente, houve aumento da demanda de refeições nas unidades Bem-Te-Vi e Beija-Flor, que absorveram o remanejamento dos pacientes durante o período.

O indicador apresentou resultado de 127%, ultrapassando o valor esperado. Esse desempenho se deve às reavaliações nutricionais de pacientes que já estavam classificados como alta no Kamban, porém permaneceram na unidade por motivos assistenciais ou administrativos, sendo novamente orientados em uma nova data de alta.

Esse cenário gerou dupla contabilização das orientações, elevando o percentual final do indicador. Ainda assim, o resultado demonstra aderência da equipe de Nutrição ao protocolo de orientação na alta, reforçando a qualidade do acompanhamento prestado.

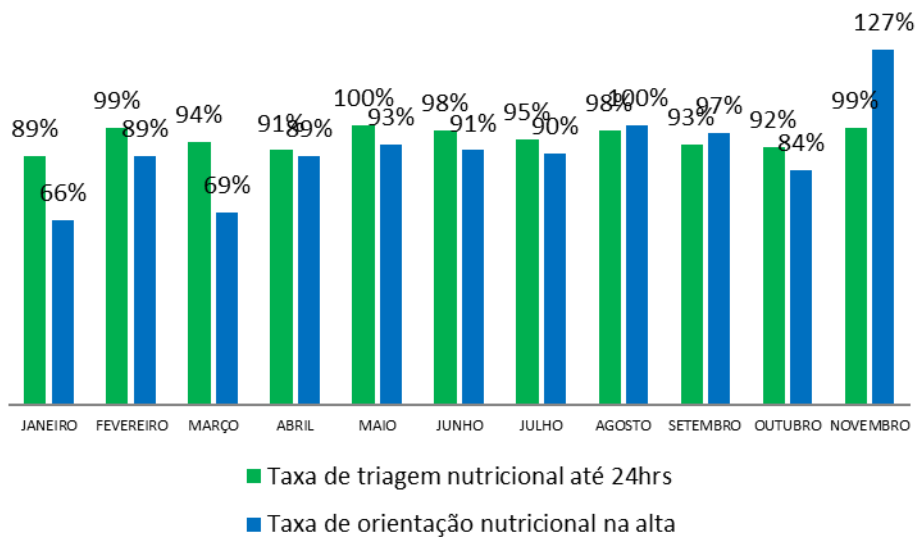


**Gráfico 45 – Número de Atendimentos**



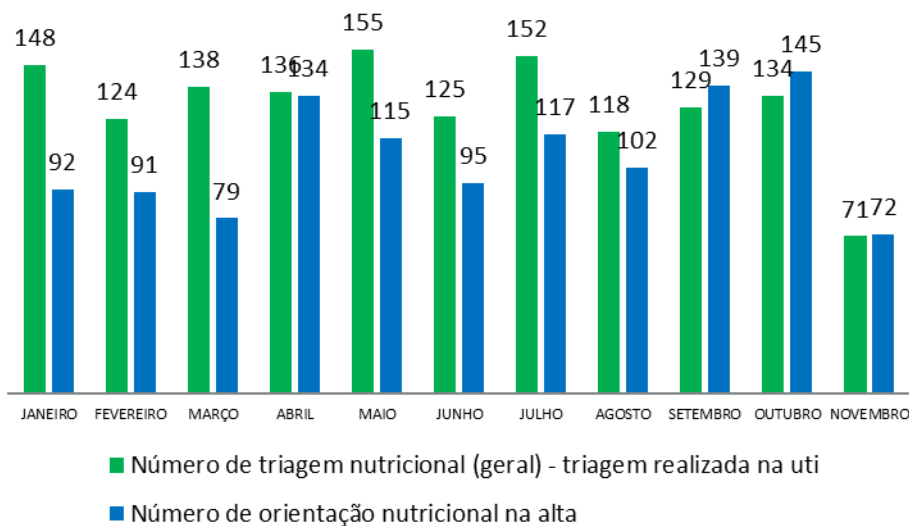
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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



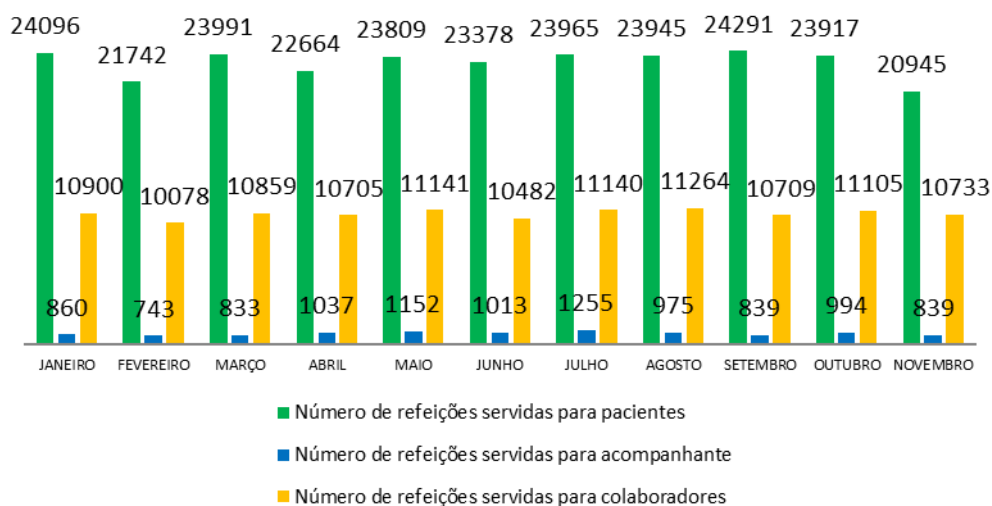
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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



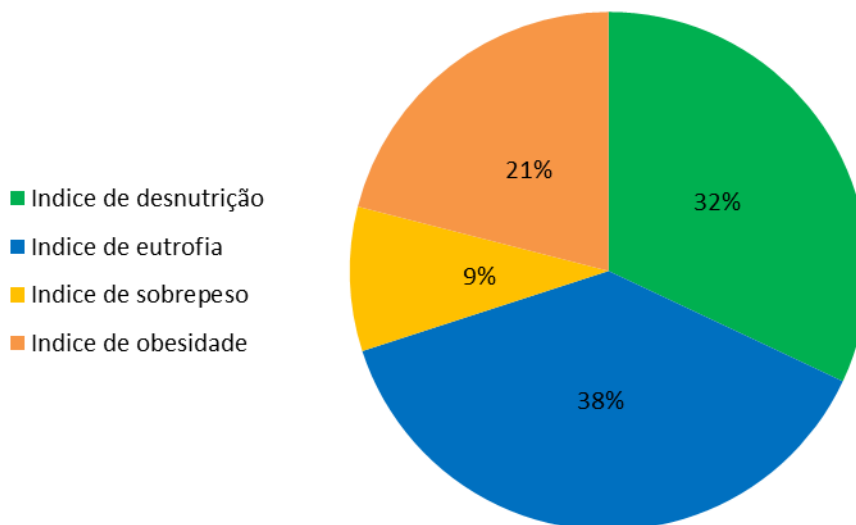
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	97%	97%	98%	99%	98%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%	95%	96%	95%	95%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%	96%	97%	98%	99%	98%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374	21714	23784	21259	22019	20431	20083	18013	17614
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873	13311	14626	13040	13334	12409	12195	11182	10938
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501	8260	9158	8219	8685	8022	7888	6831	6678
Número de intubações	M/R	3	5	3	7	5	7	8	7	7	9	7
Número de extubações	M/R	2	4	0	3	5	2	2	2	5	4	3
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1

Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	> 15%	17	14	0	16	11	16	18	19	16	16	18
Média de pacientes em cno2*	> 15%	18	14	16	16	19	18	12	14	14	10	16
Média de pacientes nebulizados*	> 5%	7	4	7	5	3	7	5	6	6	4	8
Média de pacientes em mnir*	> 2%	3	1	2	2	1	4	2	2	2	2	4

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	92%	96%	86%	95%	98%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94%	96%	94%	96%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	2	1	0	1	2	2	2	4	3	3	2
Média de pacientes em cno2*	M/R	6	6	9	6	10	10	6	5	6	2	6
Média de pacientes nebulizados*	M/R	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Média de pacientes em mnir*	M/R	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	2

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	99%	100%	100%	97%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%

Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	97%	100%	100%	97%
Número de intubações	M/R	2	5	3	5	10	4	6	6	6	7	5
Número de extubações	M/R	1	4	0	3	5	0	1	2	5	3	1
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	2	2	1	3	3	2	3	1	1	2	4
Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	3	2	4	2	3	3
Média de pacientes nebulizados*	M/R	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	3
Média de pacientes em mnrr*	M/R	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	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-Tudo-Vi)**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%	98%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	84%	100%	100%	93%	89%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%	98%	100%	100%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Número de falha de extubação	0	0	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	0	1
Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1

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

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	9	5	10	6	4	6	6	8	7	6	6
Média de pacientes em cno2*	M/R	7	4	7	5	6	3	2	2	4	3	4
Média de pacientes nebulizados*	M/R	5	5	5	3	2	3	2	4	3	2	1
Média de pacientes em mn*	M/R	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	98%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de intubações	M/R	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Número de extubações	M/R	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0

Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Média de pacientes em cno2	M/R	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
Média de pacientes nebulizados	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Média de pacientes em mnr	M/R	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

## ANALISE CRÍTICA – FISIOTERAPIA

**Taxa de Avaliação Respiratória Inicial**, foi constatado que a mesma paciente não passou por uma avaliação respiratória imediata ao retornar à unidade. Essa demora retardou na avaliação do paciente. Para corrigir essa falha, os colaboradores foram devidamente orientados..

**Número de Procedimentos de Fisioterapia Motora** apresentou uma redução devido à diminuição no quadro de colaboradores, que afeta nos indicadores preconizados no início do ano.

**Média de Pacientes Traqueostomizados**, houve um aumento significativo devido a complicações respiratórias graves.

**Média de Pacientes em CNO2 (Cânula Nasal de Oxigênio)** refletiu um aumento de pacientes com patologias respiratórias graves necessitando de suporte ventilatório contínuo. Esse aumento alerta para a necessidade de estratégias eficazes de desmame progressivo do oxigênio com a equipe e o acompanhamento por que monitoram o tempo médio de uso.

**Média de Pacientes Nebulizados** também apresentou crescimento, mesmo com tentativas de adaptação ao uso de ar comprimido e oxigênio misturado. Isso indica a necessidade do uso de oxigenio pelos pacientes mesmo a equipe promovendo desmame de oxigenio para redução do tempo de uso de oxigenio.

**Média de Pacientes em MNR (Máscara Nasal de Respiração)** aumentou significativamente, apontando para uma maior incidência de doenças respiratórias



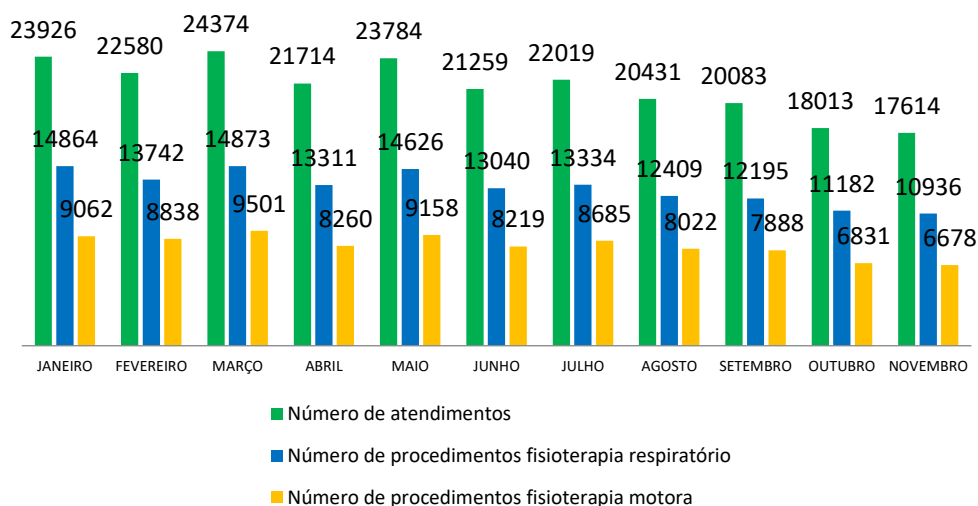
que exigem atenção imediata e acompanhamento constante. Para evitar o prolongamento ou uso inadequado do recurso, estamos monitorando e reforçando a integração interdisciplinar, assegurando que o suporte respiratório seja a melhor alternativa para cada caso específico.

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



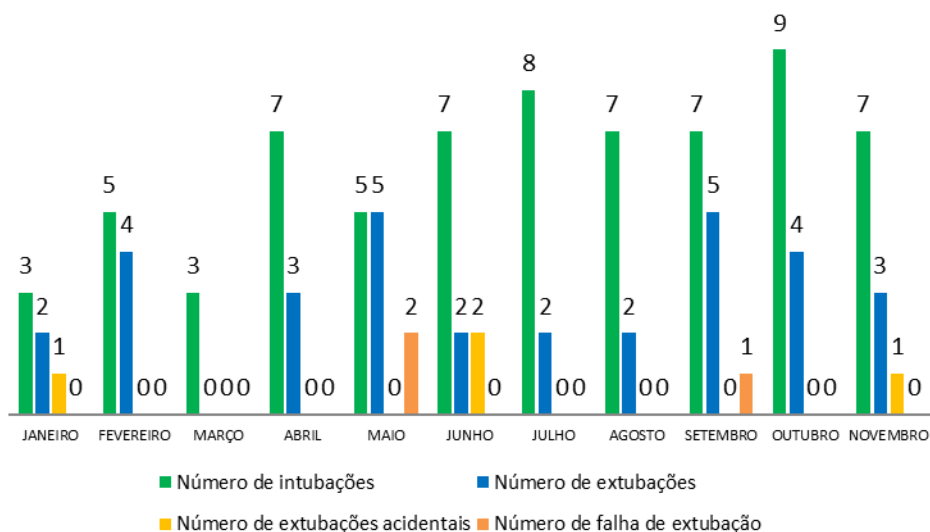
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



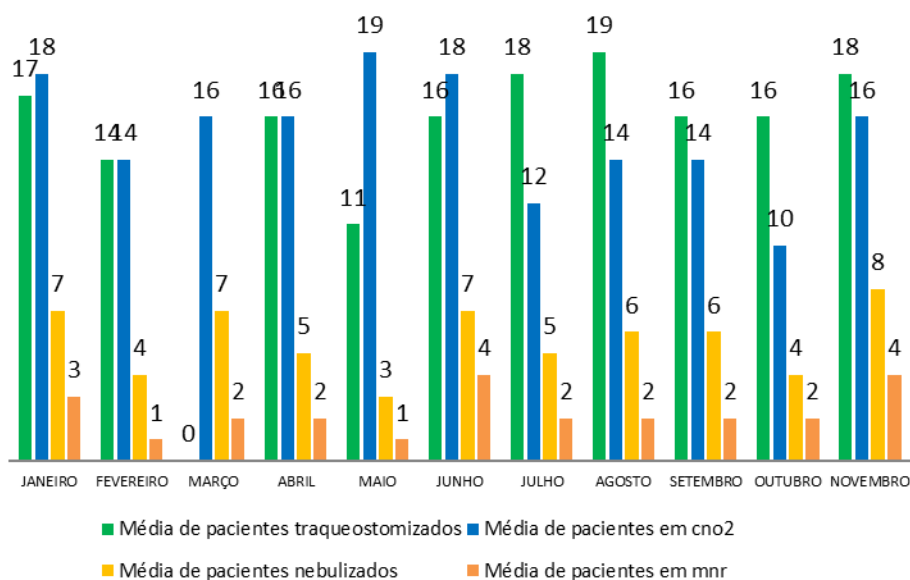
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%	94%	100%	100%	99%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%	93%	98%	99%	94%	97%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	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	7	8	2
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7	5	13	6	3	5

Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60	28	28	28	19	18
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8	5	6	6	8	15
Taxa de evasão	<3%	1,20%	0,80%*	0%	0%	0%	0,76%*	1,30%	0,81%	0%	0,87%	1,08%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%	0%	0%	2,85%	1,75%	3,15%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%	93%	67%	100%	81%	100%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0	0	0	4	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

\*Dados retroativos alterados conforme formula de revisão.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%	98%	100%	100%	98%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86%	93%	99%	99%	94%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6	3	5	8	6	2
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3	3	11	0	1	1
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0	1	2	1	0	15
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3	1	4	5	5	3
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0,83%	1,25%	0%	0,87%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3,06%	1,75%	1,96%

Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%	89%	82%	57%	100%	75%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1	0	0	0	0	3	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	94%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%	91%	86%	100%	100%	100%	88%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1	2	1	0	0	1	2	3
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	5%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%	88%	90%	60%	100%	80%	100%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	97%	100%	93%	100%	100%

Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	89%	92%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	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	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%	100%	60%	100%	0%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	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	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%	80%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	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	1	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1	1	1	12	2	1
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60	15	15	12	19	18
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2	3	2	28	0	5
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	17%

Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%	100%	100%	86%	0%	100%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	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	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	0%	0%	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	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	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	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	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	0	0

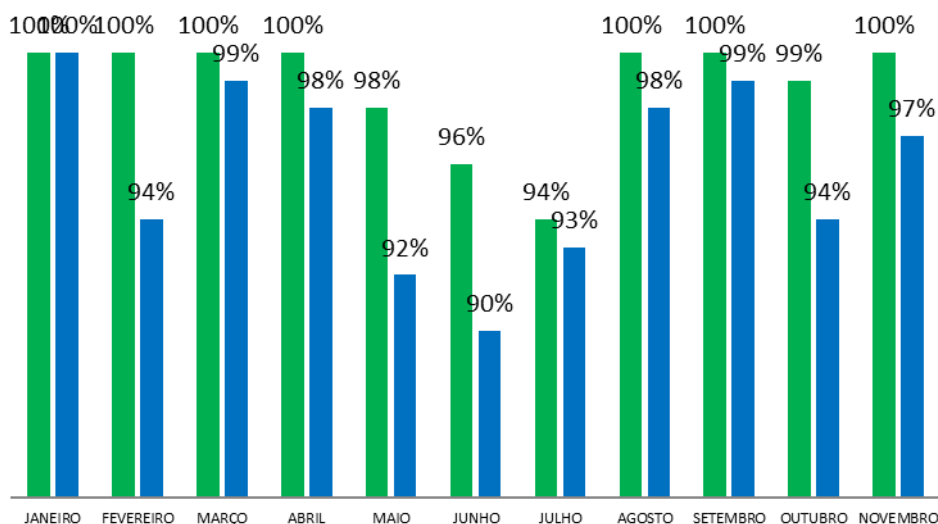
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

## ANALISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

Taxa de Alta Planejada atingiu 97%, ficando abaixo da meta devido à ausência de registro do plano de alta na aba de alta terapêutica para dois pacientes, embora a orientação tenha sido registrada na evolução clínica. A colaboradora responsável foi

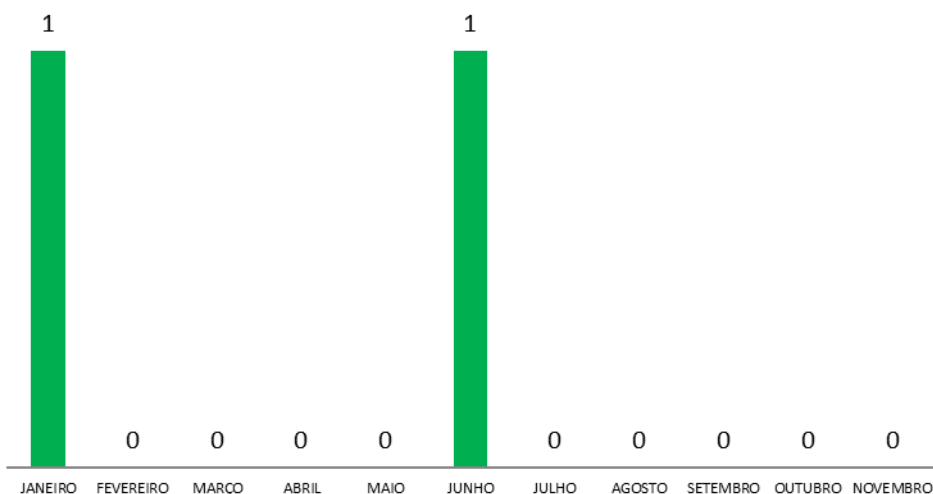
orientada sobre a importância de realizar o registro adequado no sistema, garantindo que todos os pacientes recebam alta com um plano devidamente documentado e conforme a rotina estabelecida.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

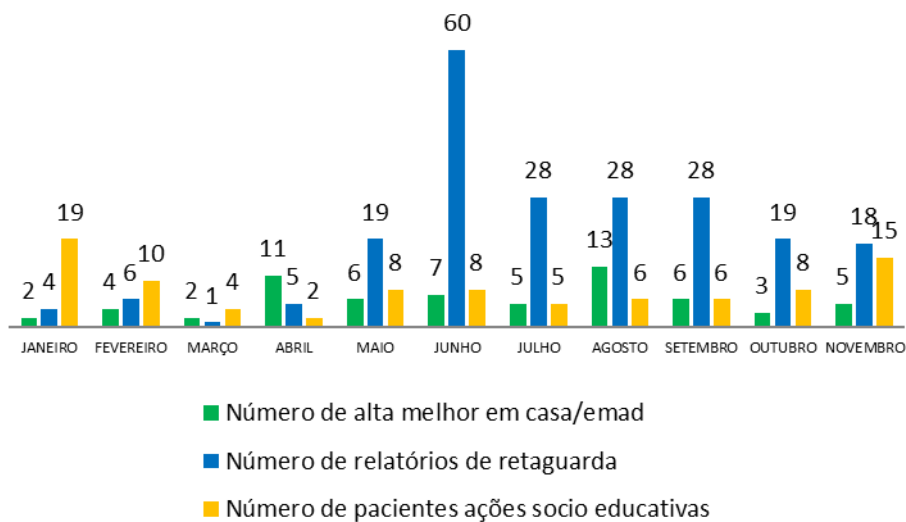
**Gráfico 55 – índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar)**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

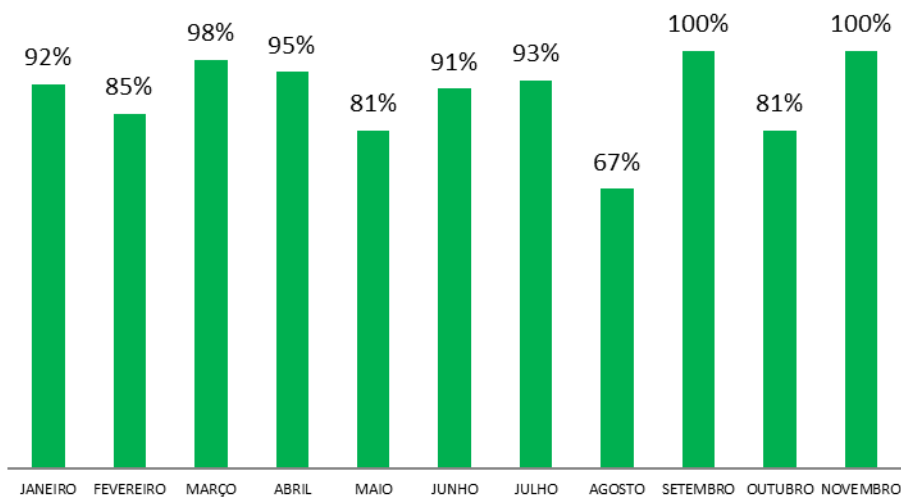


**Gráfico 56 – Número de altas , relatórios de retaguarda e ações socio educativas (Geral Hospitalar)**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

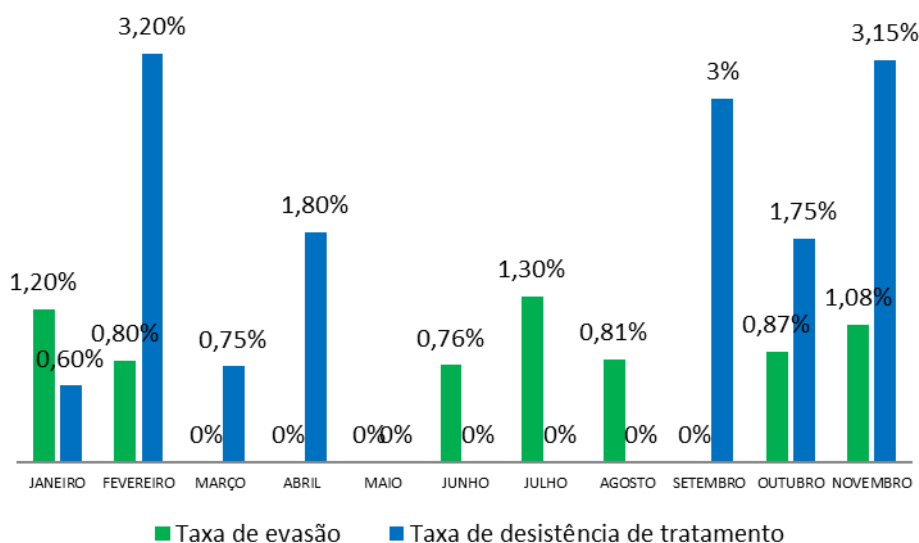
**Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar)**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

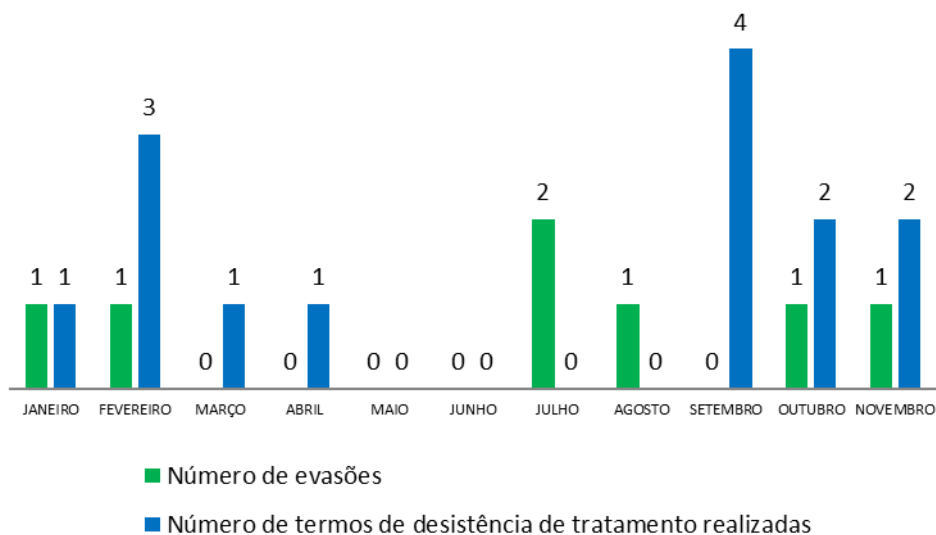
Período de atendimento (07 as 19hrs)

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%	71%	84%	86%	97%	97%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%	100%	90%	90%	90%	80%	21,70%	31,63%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%	87%	82%	90,80%	94,50%	90%	98%
Número de atendimentos familiares	> 25	68	18	56	24	17	14	28	35	31	64	43
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5	10	20	17	9	26	7
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9	1	0	3	2	8	3
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7	9	16	11	25	13	9	13	14
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,55%	73,29%	82%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3,75%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4	11	8	6	10	5	8	6
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5	11	5	18	16	17	8

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%	65%	79%	89 %	98%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40	2	2	2	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	100%	100%

Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%	86%	85%	87%	85%	90%	100%
Número de atendimentos familiares	> 25	32	8	12	3	9	12	12	15	12	31	16
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4	9	13	15	6	14	3
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4	0	0	1	1	3	2
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8	8	10	9	4	7	6
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6,80%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3	2	0	6	3	4	3	2	2	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2	3	6	1	3	13	6	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%	68%	85%	87%	96%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2	2	11	13	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%	79%	100%	80%	100%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5	5	10	12	15	22	20
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2	2	1	1	9	3
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2	2	10	1	2	2	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	0%

Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0	1	1	1	2	2	5	4
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5	2	1	1	0	2	6	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%	56%	71%	85%	98%	97%	92%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	0	4	7	6	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%	75%	60%	86%	80%	78%	92%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2	4	3	5	3	7	6
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0	1	3	1	2	2	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1	0	0	0	0	1	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	5
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	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	0	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3	0	0	3	0	15	1	4	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%	80%	67%	63%	100%	50%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8	1	25	2	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	12%	14%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%	50%	67%	75%	100%	50%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1	1	1	3	1	1	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1	2	0	0	1	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1	0	2	0	1	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4	2	2	0	0	1	1
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,55%	73,29%	82%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%	0%	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	1	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0	1	3	0	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1	0	1	1	2	0	0	3	0
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	0	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	0	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%	0%	0%	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%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	2	0	0	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	0	0

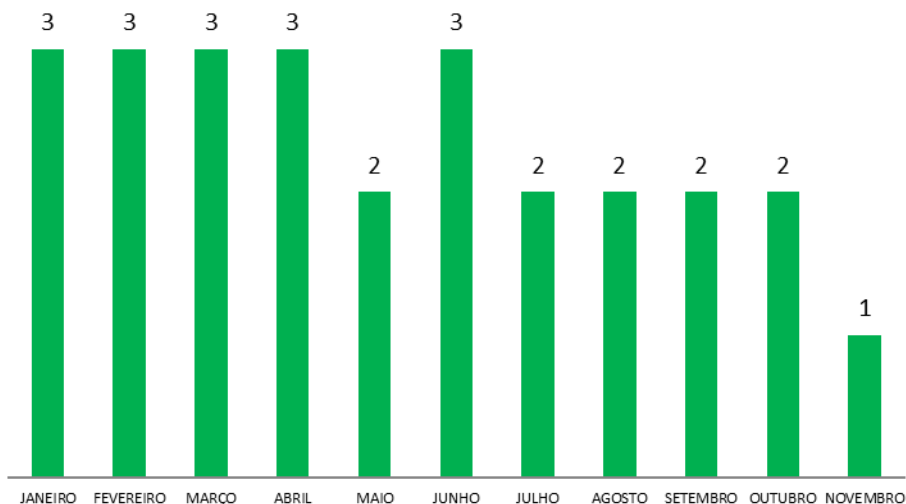
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

## ANALISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Taxa de Intervenção em Cuidados Paliativos foi baixa devido à gravidade dos pacientes, que muitas vezes não interagem, dificultando o suporte psicológico. Taxa de Avaliação Psicológica Inicial alcançou 97%, ficando 3% abaixo da meta, pois a paciente Maria Patrícia dos Santos foi avaliada fora do prazo ideal (após 48 horas). Quanto à Taxa de Alta Terapêutica, atingiu 98%, mas houve uma falha no registro da orientação após melhora clínica da paciente Maria Diana Nunes Alves Silva. A equipe foi orientada para corrigir essas falhas, reforçando a importância do cumprimento dos prazos e da documentação adequada para garantir a qualidade do atendimento psicológico.

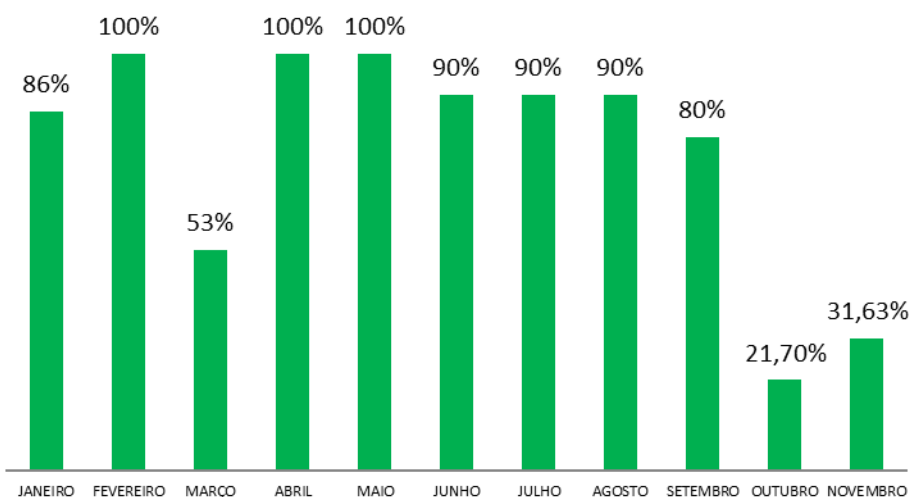


Gráfico 60 – Índice de intervenções



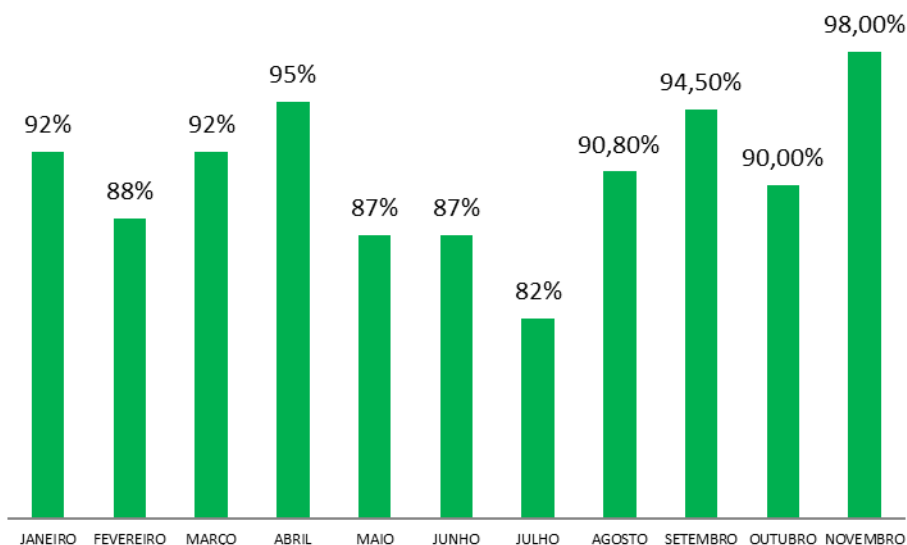
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61 – Taxa de intervenções



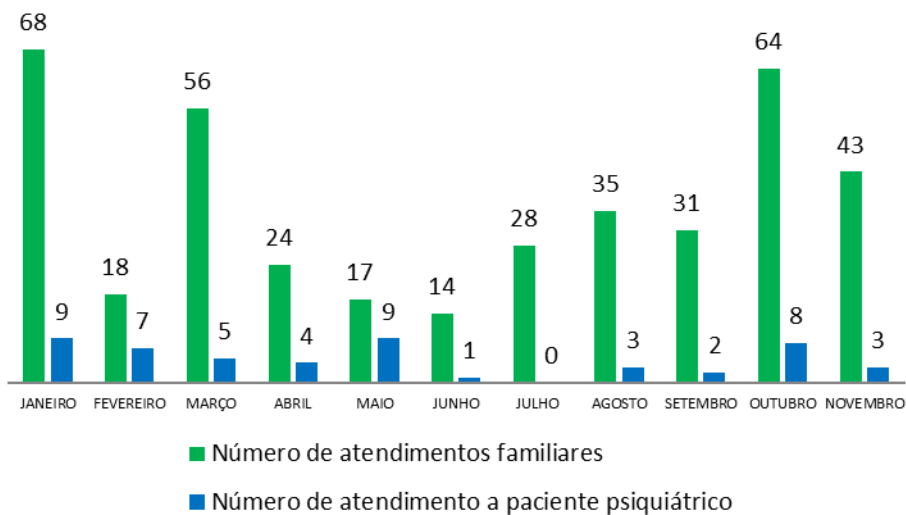
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica



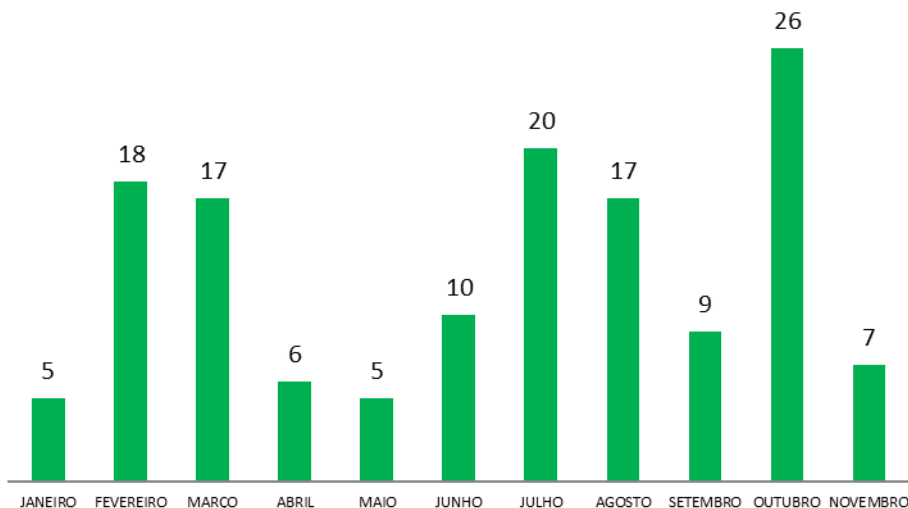
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 63 – Número de atendimentos



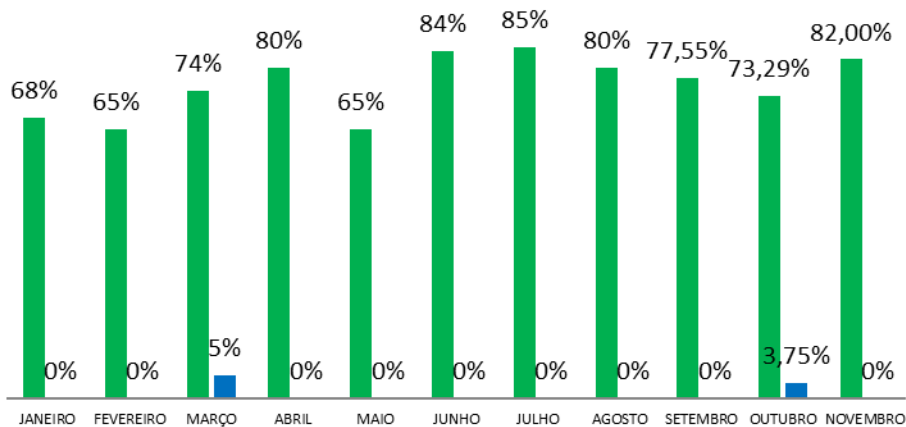
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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**

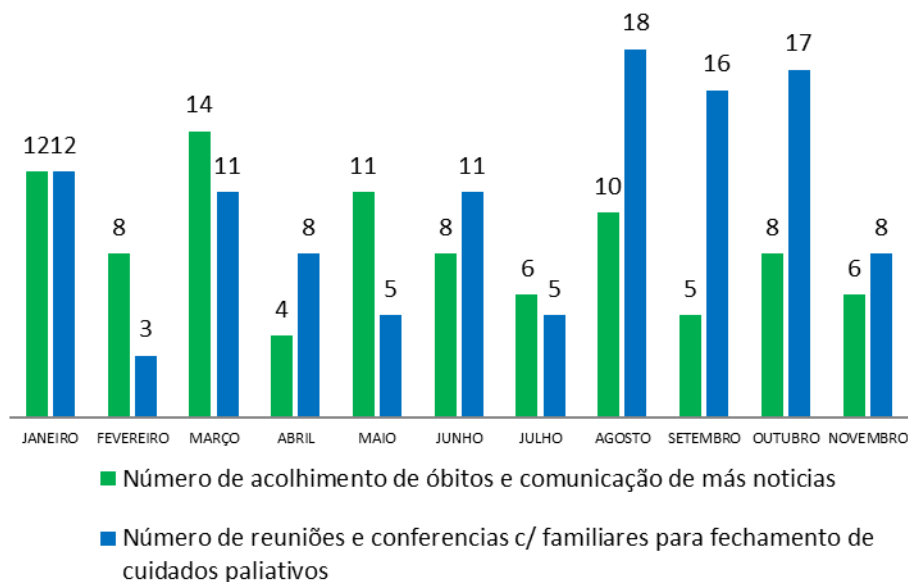


■ Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)

■ 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**

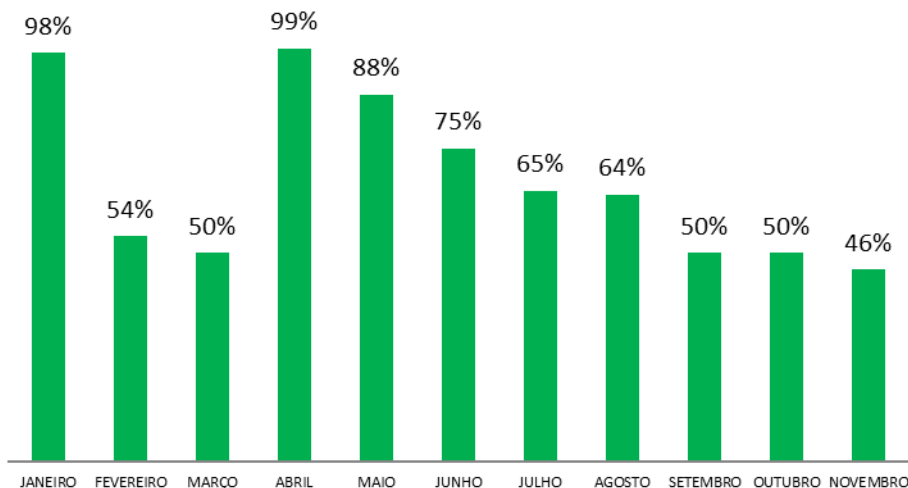
INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%	65%	64%	50%	50%	46%
Índice de intervenções fonodiológicas realizada	M/R	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%	0%	21,05%	0%	6,66%	5,55%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%	100%	96,15%	68,29%	94%	83%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%	0%	15,78%	12,50%	13%	27%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%	11%	21%	7,14%	13%	38%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111	84	76	41	66	77
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46	37	36	29	27	56
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3	7	7	3	5	8
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27	3	2	7	13	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

## ANALISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

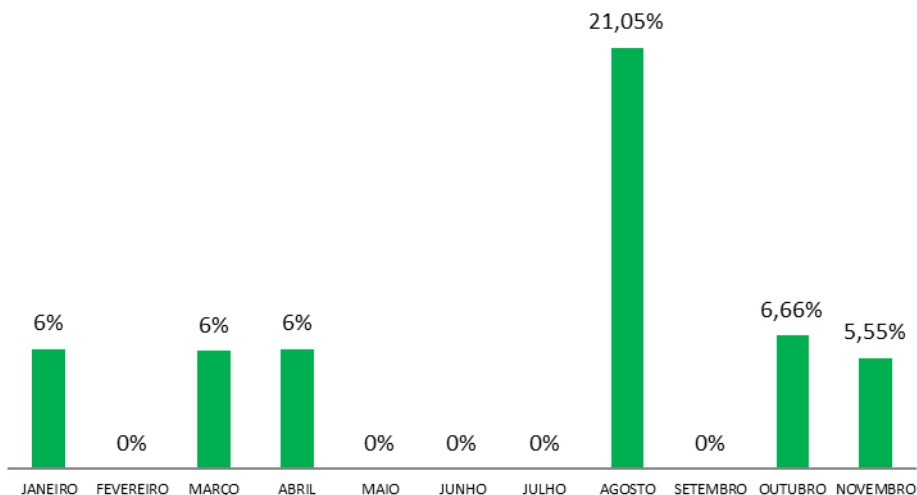
Taxa de Avaliação Fonoaudiológica Inicial não atingiu a meta de avaliação em 24 a 48 horas devido à equipe limitada a uma profissional, mas foram priorizados os casos mais críticos. Estamos tentando junto ao RH melhorar o dimensionamento da equipe. Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração ficou 8% abaixo da meta, pois apenas pacientes com critérios de maior risco, como doenças neurológicas, disfagia, idade acima de 70 anos, trauma de face ou traqueostomizados foram avaliados. A priorização garantiu qualidade nos casos críticos, mas restringiu a abrangência. Para melhorar os resultados, é necessário revisar os critérios, ampliar a equipe e otimizar recursos para incluir mais pacientes no protocolo.

### Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



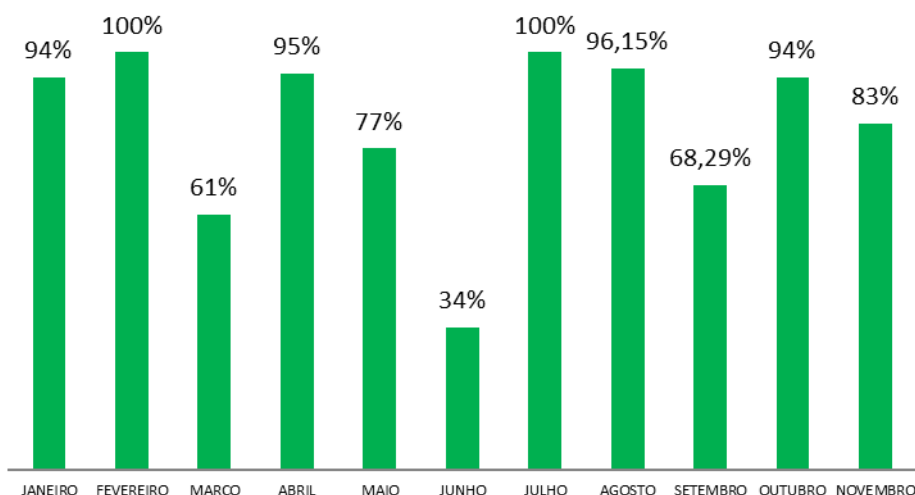
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 68 – Taxa de decanulados



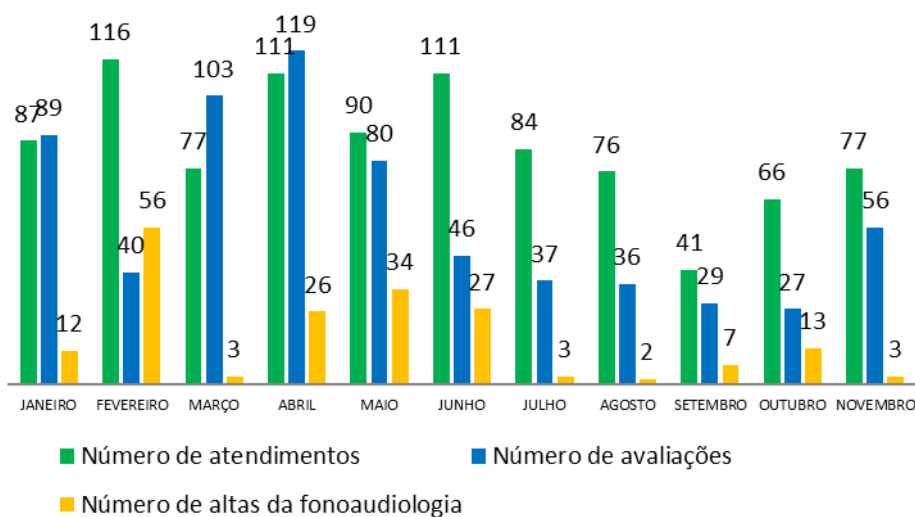
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração**



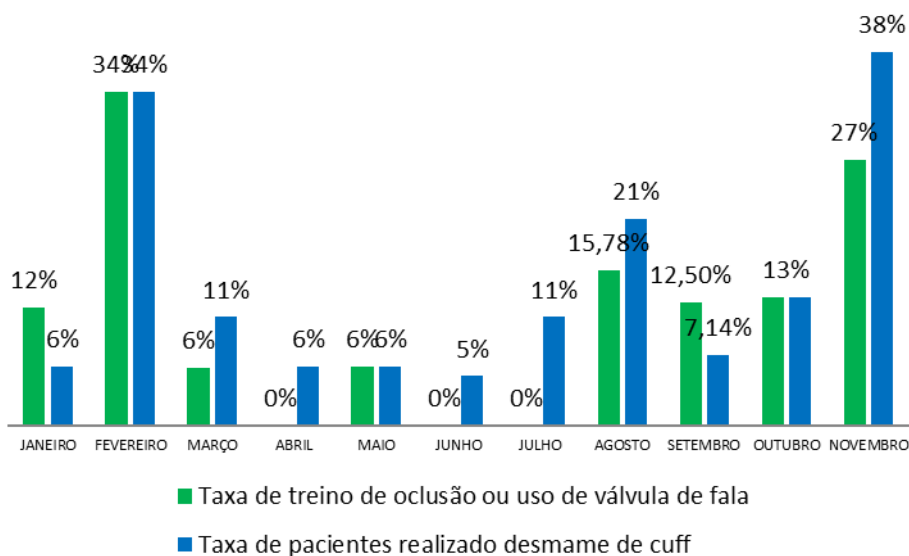
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações**



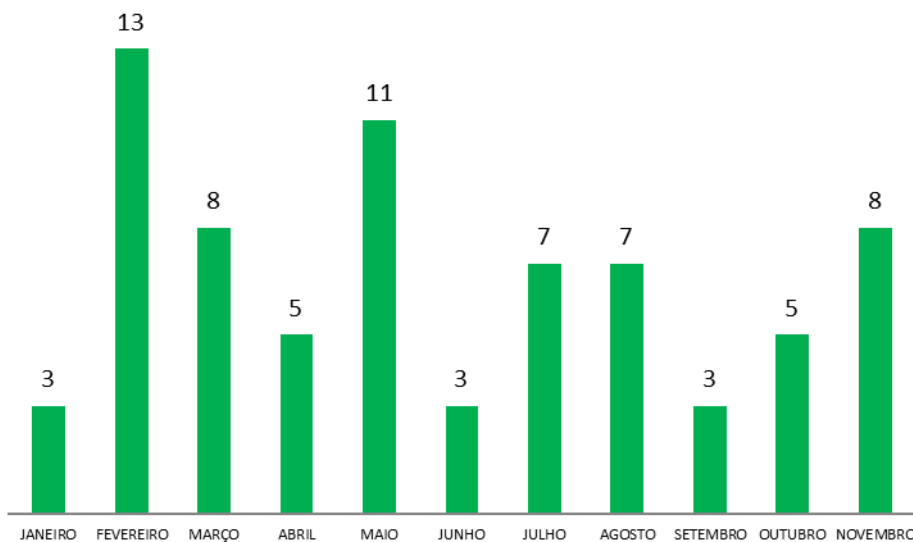
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

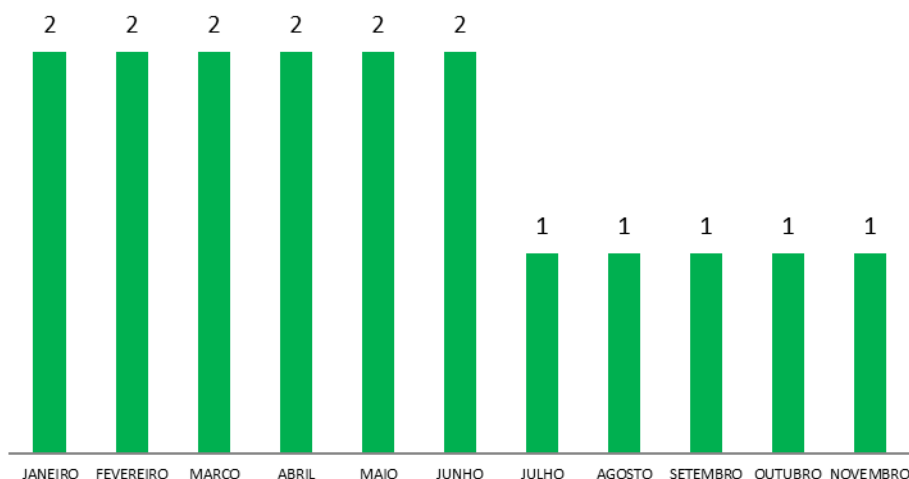
**Gráfico 72 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral**



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**

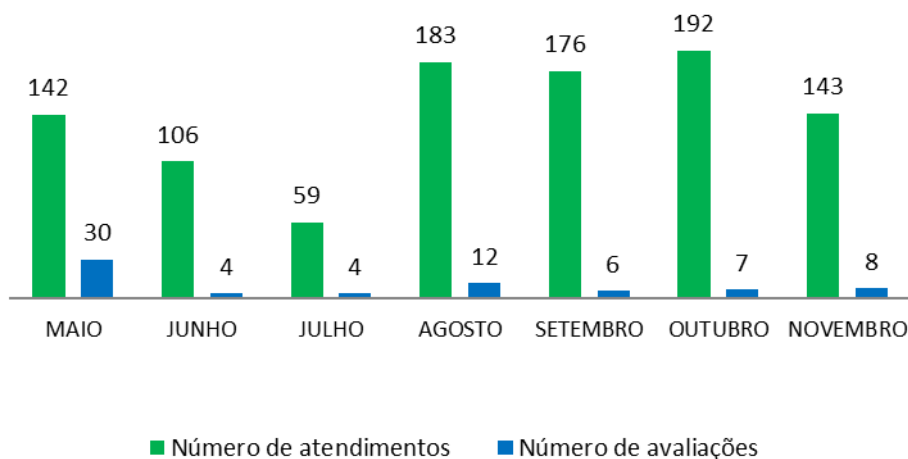
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	6	3	2	2	2	2
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	106	59	183	176	192	143
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4	4	12	6	7	8
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	6	2	9	5	8	5
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado em conjunto com a equipe multiprofissional	M/R	*	*	*	*	116	117	62	170	184	200	142
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	98	52	187	237	235	194

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

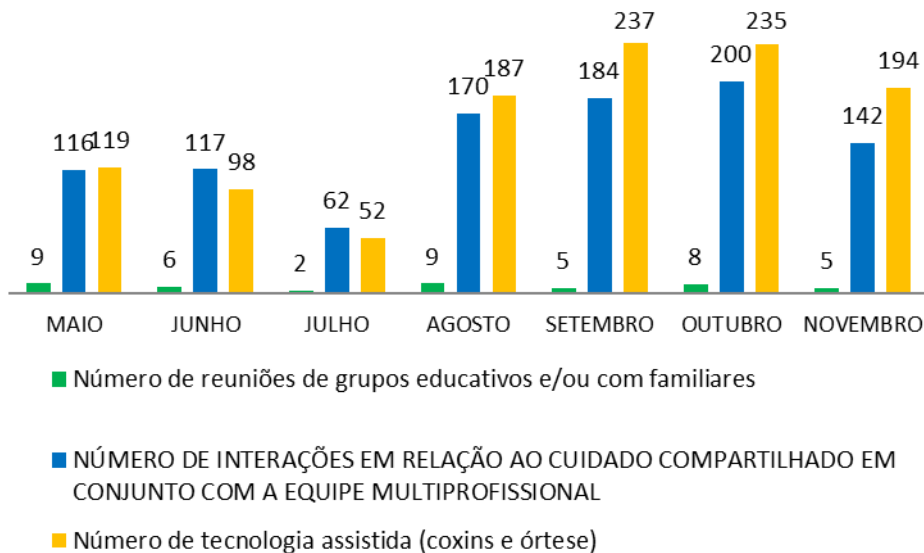
No mês de julho houve alterações nos dados retroativos de junho/2025.

**Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O**



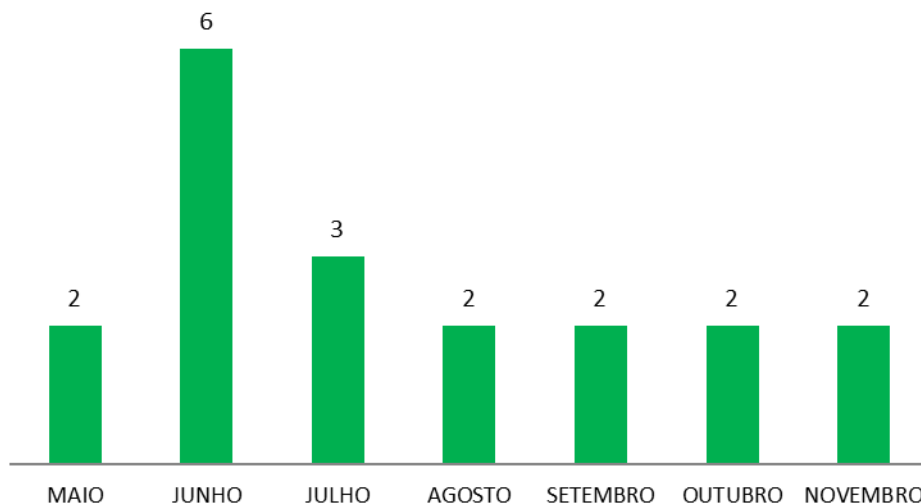
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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 ( $O_3$ ) 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Frequência de sessões de hipnoterapia	8	7*	7*	4	3	3	3	2	3	1	2	1
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8*	6*	2	3	3	3	2	3	2	4	1
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar**	6	4	0	0	0	2	3	8	2	3	3	1
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94	105	106	125	128	113	24
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27	31	29	24	24	3
Consumo de cilindro $O_2$	M/R	1	1	1	2	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

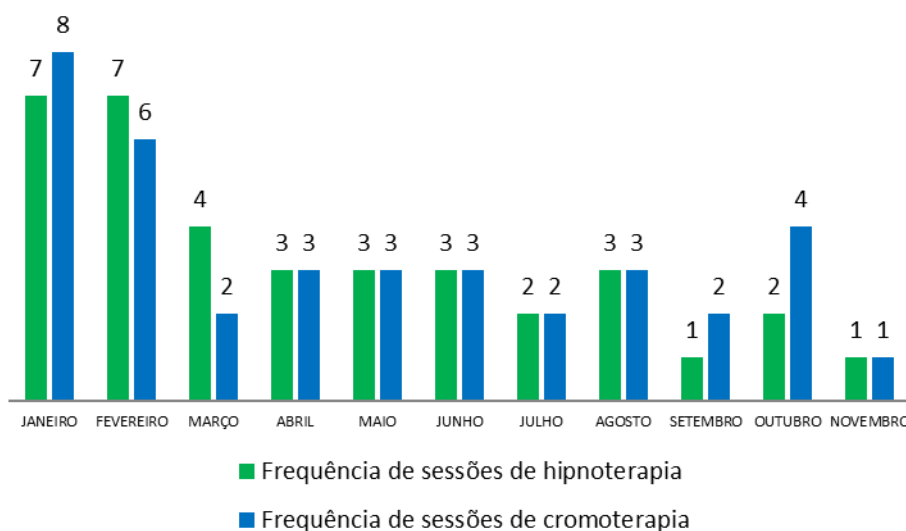
## ANALISE CRÍTICA – TERAPIAS ALTERNATIVAS

O número de sessões de hipnoterapia e cromoterapia ficou abaixo do esperado devido a ajustes na disponibilidade operacional do serviço durante o período, influenciados pelo feriado e pela reorganização das agendas internas. Essa condição reduziu temporariamente a oferta das terapias, evidenciando a necessidade de estratégias que assegurem maior continuidade assistencial. Como medida preventiva, recomenda-se o fortalecimento do planejamento de recursos humanos e a capacitação de outros profissionais para realizar as sessões, garantindo

substituição adequada sempre que necessário e evitando impactos futuros no indicador.

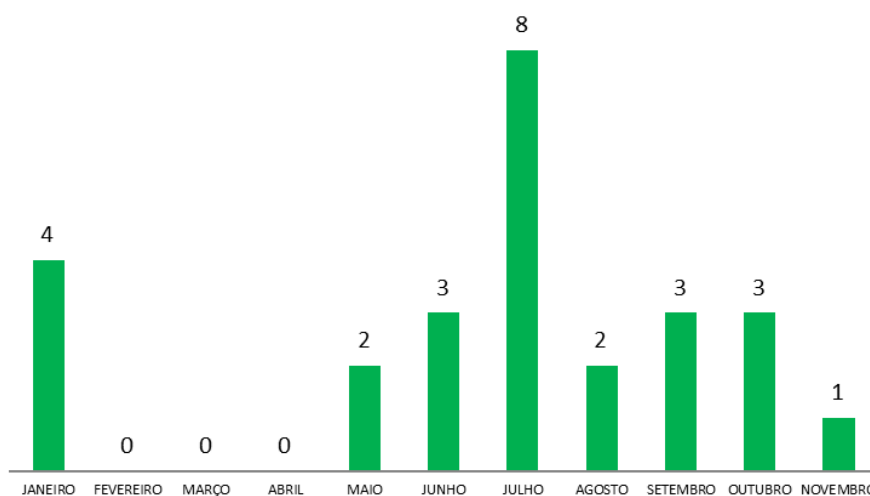
Devido às férias do colaborador responsável pela realização das sessões de ozonioterapia, houve uma queda no número de atendimentos. Contudo, o serviço está sendo retomado em dezembro, garantindo a continuidade da assistência.

**Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia**



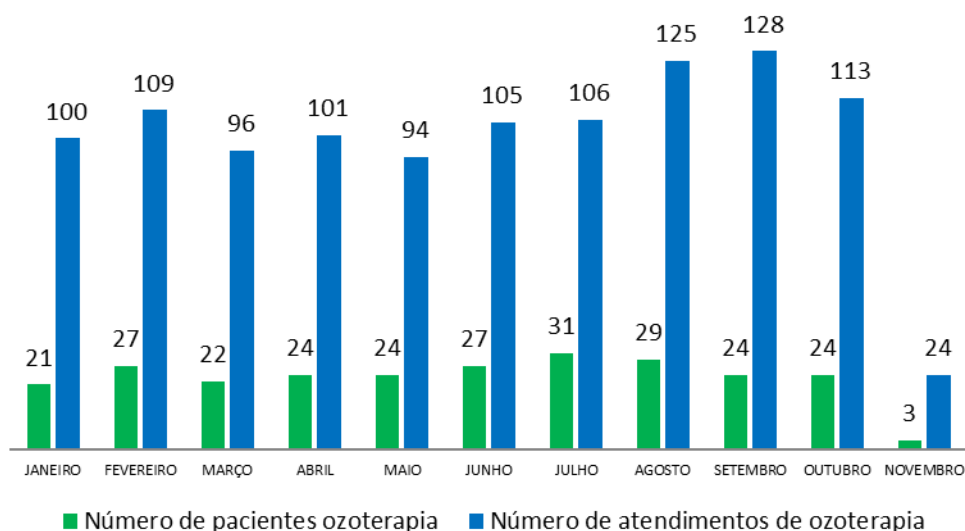
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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 O<sub>2</sub>**



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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%	2,98%	3,19%	2,59%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0,00%	1%	2,78%	1,52%	3,45%	1,43%	2,86%	5,88%	4,29%	3,70%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0,00%	4%	1,25%	0,00%	0,00%	2,25%	0,00%	2,94%	2,47%	0,00%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%	0,00%	0,00%	1,01%	3,19%	2,86%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%	28,81%	28,73%	33,33%	30,21%	34,66%	35,78%
% 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%	97,84%	97,24%	98,59%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69	70	77	82	71	87	83
Número mensal de novas lesões classificadas	M/R	5	22	14	19	9	13	19	19	6	7	4



como comunitária												
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6	4	3	2	7	8	6

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

## ANALISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): No mês de novembro, dois pacientes internados na UTI apresentaram lesões por pressão (LPP) em região sacra, todas classificadas como estágio 2 ambos do sexo masculino. Todos foram avaliados diariamente pela Escala de Braden, apresentando alto risco para o desenvolvimento de LPP. Os pacientes encontravam-se em ventilação mecânica invasiva (IOT), recebendo dieta enteral por sonda nasointestinal (SNE) e apresentavam estado clínico grave, sob cuidados intensivos e evoluiu a óbito durante o período.

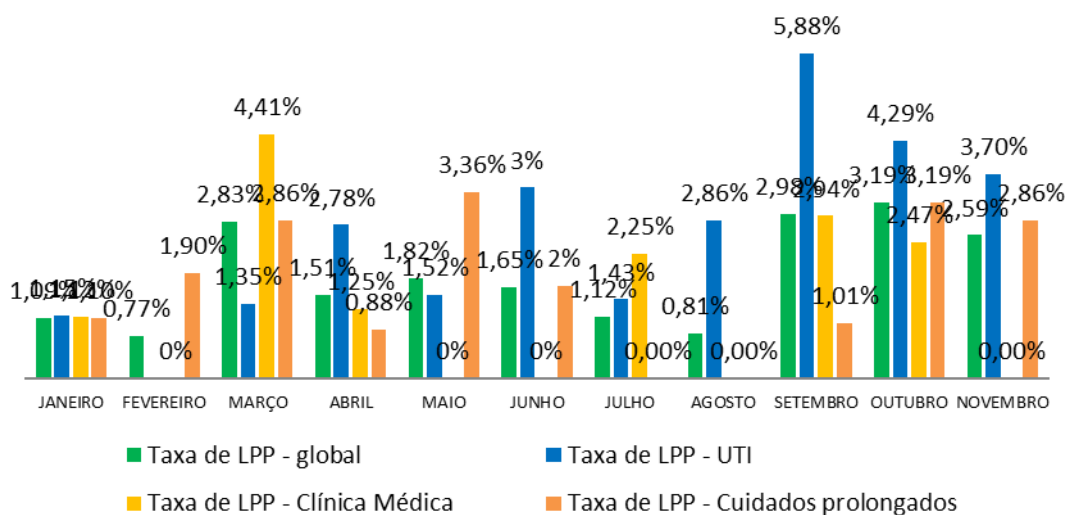
Cuidados prolongados: Foram identificadas 4 pacientes com LPP em estágio 2, dois do sexo masculino e duas pacientes do sexo feminino, classificadas como alto risco para desenvolver lesão por pressão pela Escala de Braden. Os pacientes estão em uso de dieta enteral por GTT, sob cuidados paliativos, e permanecem internados e apresentam melhora do quadro, foram revistas as dietas em conjunto com a nutricionista para adequar aporte calórico e inserir módulo de proteína para auxiliara na cicatrização.

Conclusão: Durante o mês de novembro, observou-se a ocorrência de LPPs em pacientes com alto risco, conforme classificação pela Escala de Braden, com predomínio de lesões em região sacra e estágio 2. Dois dos casos estavam associados a condições clínicas graves, imobilidade prolongada e dependência total de cuidados.

As equipes assistenciais mantêm monitoramento contínuo, avaliação diária de risco, implementação de medidas preventivas e reforço das ações educativas junto às equipes de enfermagem, com o objetivo de reduzir a incidência e promover a segurança do paciente. Foi realizada análise de causa raiz de todos os casos e iniciado as auditorias diárias para levantamento de dados e verificar não conformidades. Os enfermeiros foram orientados a incentivar os técnicos e se

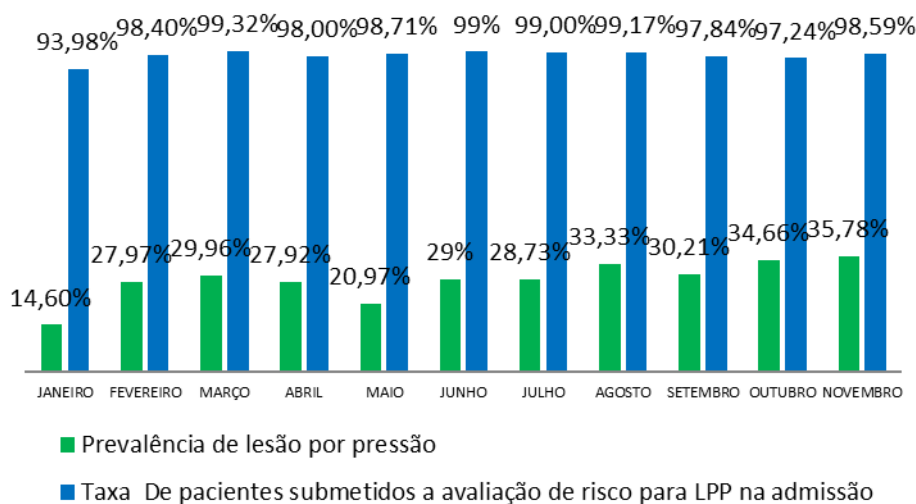
certificarem que os pacientes se mantem no decúbito sinalizado no relógio da placa de identificação.

**Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão**



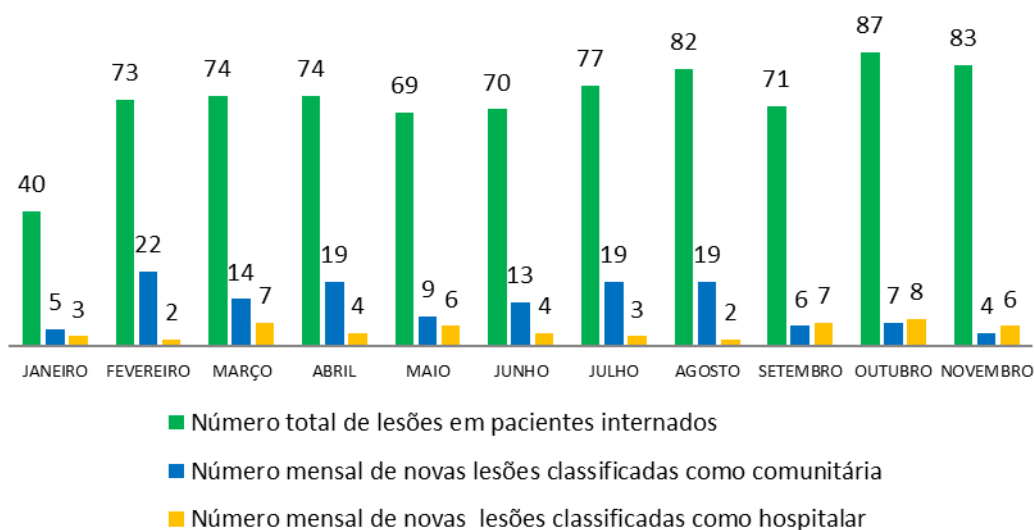
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%	78%	70%	82%	73%	71%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%	63%	74%	72%	65%	67%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%	20%	25%	22%	18%	25%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128	114	110	132	114	242	201
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88	86	93	82	169	140
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40	32	45	24	124	103
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24	28	20	31	25	17
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28	22	34	23	44	41
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21	28	33	26	39	23
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12	4	15	10	9	24	10
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23	19	15	23	9	31	11
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23	18	17	20	27	34	17
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3	3	4	3	3	5	2	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40	39	38	47	28	99	9
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4	8	2	5	9	7	3
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10	8	6	9	9	14	26	4

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%	60%	90%	95%	77%	95%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%	43%	76%	67%	58%	95%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%	15%	20%	24%	19%	22%	22%
Número de visitas técnicas	30	10	10	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	85	83
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17	21	30	20	66	66
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4	12	13	4	39	33
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7	6	2	5	11	11
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3	7	8	5	19	19
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5	10	10	7	16	16
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0	3	2	3	12	12
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6	4	5	1	7	7
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4	6	7	5	5	5
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1	0	1	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5	13	13	6	47	47
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1	2	4	4	4	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	0	2	0	2	6	6

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%	100%	93%	100%	72%	58%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%	83%	75%	68%	64%	58%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%	17%	57%	31%	10%	17%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21	15	24	14	16	40	12
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15	24	13	16	29	9
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3	8	3	4	23	10
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6	8	0	4	4	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6	4	8	5	4	2
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3	0	4	3	3	9	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4	0	7	0	0	2	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2	3	3	0	0	10	3
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5	1	4	2	6	13	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6	6	6	5	6	7	7
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1	1	1	2	3	4	3	1

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%	92%	80%	100%	100%	86%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%	60%	70%	73%	71%	78%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%	33%	80%	67%	50%	43%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9	9	12	5	3	6	14
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7	9	11	4	3	6	12
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0	5	2	0	1	3	8
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2	1	5	0	0	0	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6	2	4	4	2	3	6
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0	0	4	0	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0	0	0	0	0	1	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1	1	0	0	0	1	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6	7	4	5	1	3	1
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1	2	0	0	0	1	1	0

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NCV
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%	100%	86%	88%	80%	88%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%	85%	86%	92%	79%	88%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%	17%	25%	25%	29%	28%	30%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21	35	17	28	17	45	30
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20	17	24	15	36	30
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15	3	4	1	19	19
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3	2	5	7	5	5
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6	3	7	5	13	13
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11	9	8	4	8	8
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3	1	4	5	8	8
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2	1	2	1	2	2
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7	3	4	4	7	7
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14	8	11	2	15	15
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4	0	1	2	1	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1	3	4	2	11	11

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



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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%	100%	60%	100%	0%	50%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%	88%	63%	89%	0%	50%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%	66%	20%	20%	0%	0%	63%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15	0	6	5	3	6	0	8
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0	6	5	2	6	0	4
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0	5	0	0	1	0	3
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0	1	1	2	4	0	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	5
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0	1	3	0	1	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0	0	1	3	3	0	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2	0	2	2	0	2	0	3
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	5

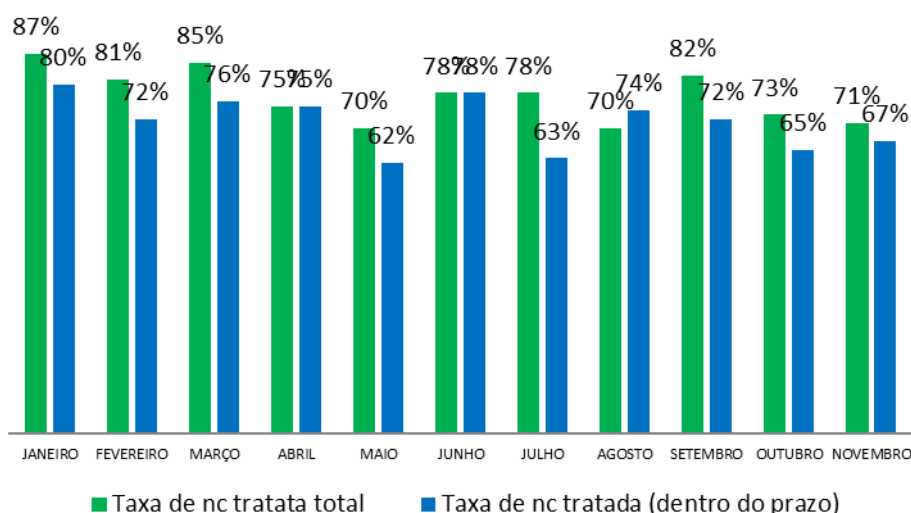
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

NOVEMBRO: Houve um aumento significativo no índice de Não Conformidades (NCs) relacionadas a eventos adversos, bem como um crescimento relevante das NCs associadas a risco de infecção. Esses achados reforçam a necessidade de intensificação das ações de segurança do paciente e de prevenção de infecções.

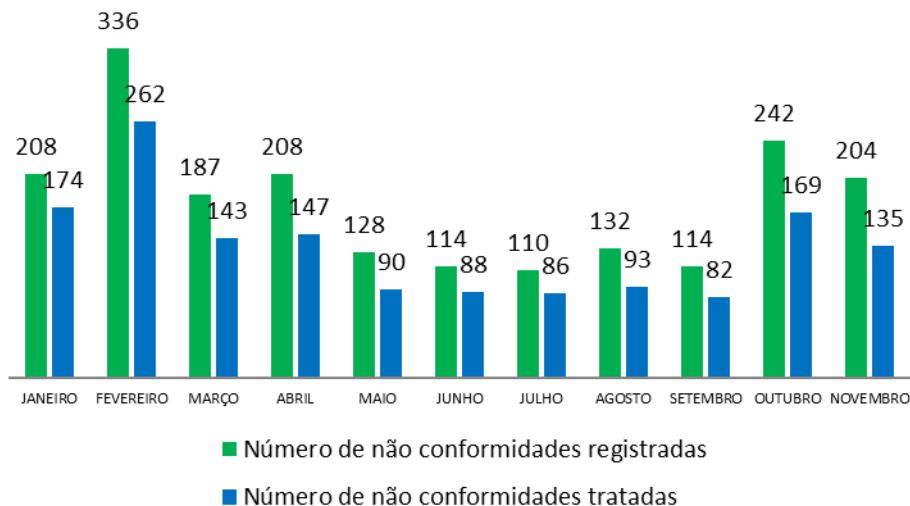
Plano de ação: O NSP e o SCIH estão executando ações direcionadas, incluindo reforço das práticas de higienização das mãos, orientações sobre abertura correta da rota seps e auditorias com devolutivas às equipes. As iniciativas visam corrigir as falhas identificadas, fortalecer a adesão aos protocolos e reduzir a recorrência dessas NCs.

**Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)**



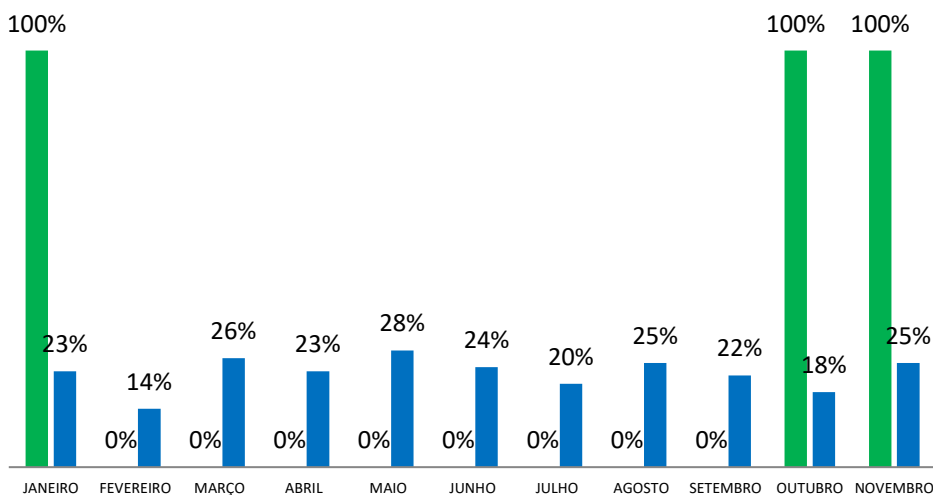
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar)**



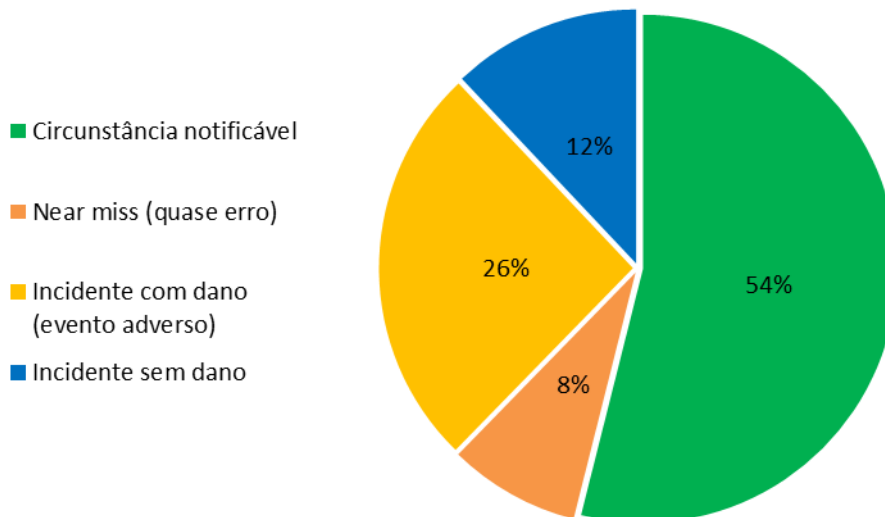
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



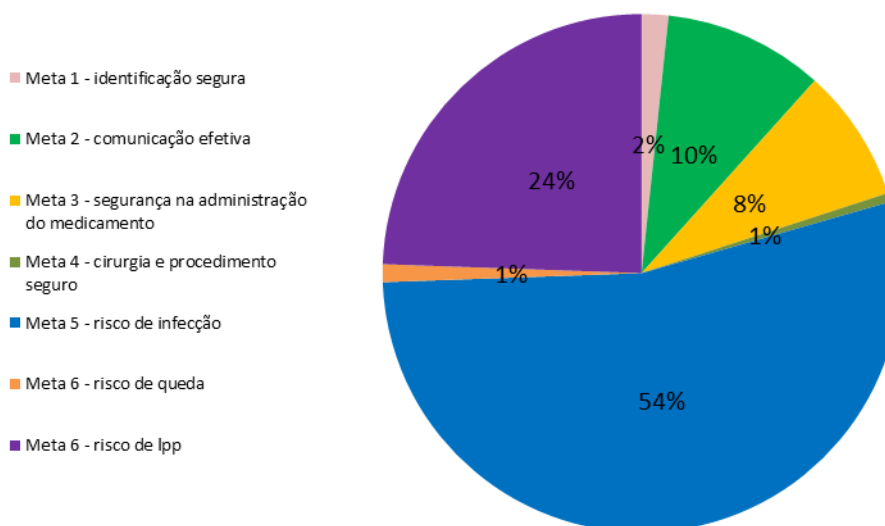
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



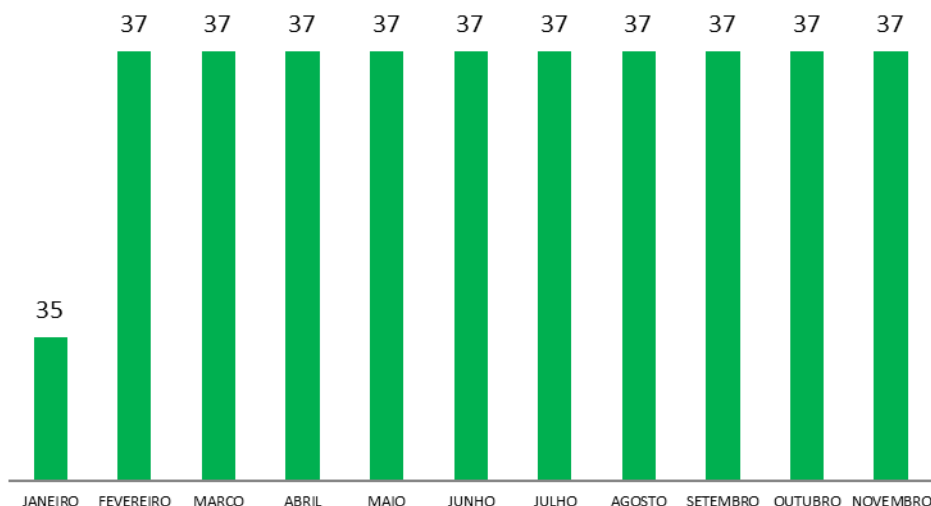
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em novembro/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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10	6	11	6	2	3
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4,80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%	3,90%	8,87%	4,29%	1,35%	3,23%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1,30%	2%	1,61%	1,17%	2%	1,17%	2,13%	1,19%	0,39%	0,65%
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%	6,90%	0%	2,23%
Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%	4,31%	5,62%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	0%	0%	0%	3,76%	3,48%	3,53%

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0	5	1	0	2	1	0
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3.75%	4,61%	2,72%	0%	3,47%	0,72%	0,69%	1,47%	0,73%	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9.07%	7,68%	7,68%	0%	8,77%	0%	0%	2,70%	0%	0%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22.11 ml	35,18 ml	22,3 ml	25 ml	31,92 ml	20,30 ml	6,54 ml	11,49 ml	32,12ml	32,45ml

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1	3	5	3	0	0
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%	8,60%	15,43%	8,57%	0%	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%	5,35%	16,48%	26,32%	10,26%	0%	0%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%	0%	18,52%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,49%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	10,37%	11.76%	5,61%	14,38%	19%	18,49%	18,05%	16,57%	14,00%	28,29%	4,41%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34.12%	26,40%	39,62%	48%	52,38%	52,15%	46,91%	55,71%	63,86%	4,42%
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%	19,71%	30,53%	2,25%
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%	92,31%	2,31%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%	77,54%	85,71%	48,68%	96,41%	99,51%	2,31%
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	59,43 ml	47,91ml	4,43ml

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	2
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%	5,13%	4,98%	5,68%	0%	20,03%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33,33%	0%	71,43%	0%	0%
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%	0%	0%	0%	0%	0%	20,41%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%	6,34%	10,77%	1,99%	5,68%	4,02%	10,58%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	14,21%	3,68%	13,21%	0%	3,63%	2,44%	15,38%	3,98%	7,95%	18,39%	5,61%
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%	16,48%	13,22%	4,95%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%	0,00%	100%	100%	100,00%	100%	75,00%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	91,07%	100%	80,36%	70%	57,14%	50%	78,33%	50%	92,86%	96,88%	90,67%
Consumo de produto alcoólico em ml	20ml	26,50ml	40,61ml	4,91ml	28,08ml	69,02ml	69,76ml	35,69ml	45,77ml	18,07ml	17,70ml	13,48ml

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4	1	5	0	1	1

Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%	1,30%	0,31%	1,23%	0%	0,3%	0,33%
------------------------------	----	-------	-------	-------	-------	----	-------	-------	-------	----	------	-------

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número total de iras	0	0	0	0	0	1*	0	0	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

Novembro: Foram registrados 1 caso de Clostridioides difficile (CDI) e 1 caso de ITU, ambos no setor de UTI, além de 1 caso de IPCS no setor de Retaguarda.

Plano de ação: implementação da distribuição de kit individual para aferição de sinais vitais para pacientes com CDI positivo, reforço com as equipes durante o safety huddle sobre orientações de manejo seguro e acompanhamento dos dispositivos invasivos, e envio para validação do documento de padronização do curativo dos cateteres centrais.

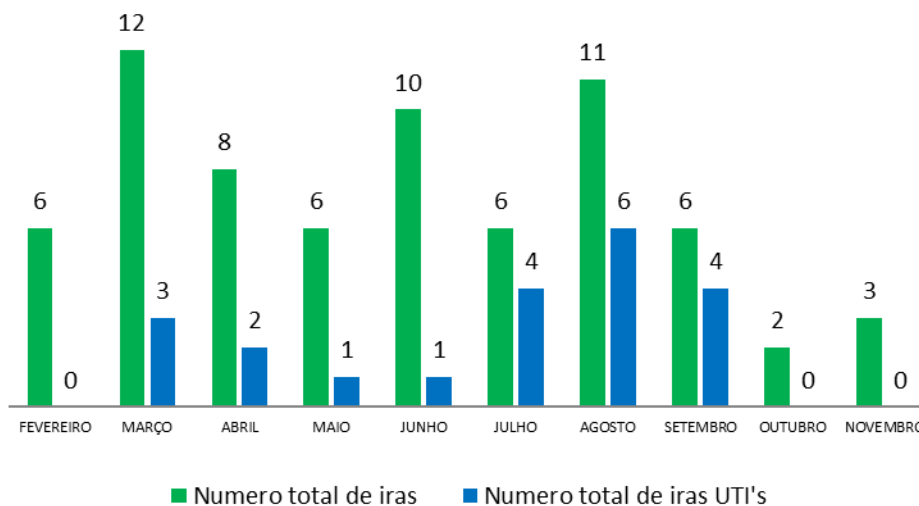
O valor de 132,48 mL/paciente corresponde a uma projeção de consumo calculada no mês de novembro, considerando o período até 19/11, com base nos dados assistenciais dos pacientes internados sob o perfil UTI Bem-Te-Vi.

Em alinhamento com a Maristela (Enfermeira RT) do Grupo Antomary, responsável pela dispensação de álcool e sabonete para a UTI/HMG, foi identificado que parte do consumo registrado em novembro decorre da utilização de saldo remanescente dos insumos dispensados no mês de outubro, os quais foram incorporados ao consumo de novembro, juntamente com a dispensação regular de 6.200 mL no período.

Destaca-se que, a partir de 19/11, houve alteração do perfil assistencial da unidade para Clínica Médica Bem-te-Vi, com ampliação para 20 leitos ativos e taxa de ocupação de 100%, fator que impacta diretamente no aumento do consumo dos insumos analisados durante o mês de novembro.

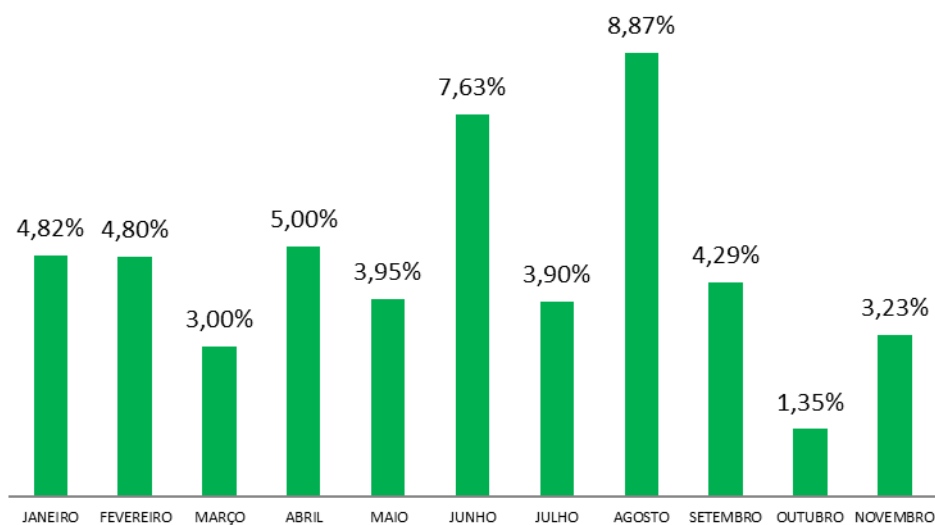


**Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI**



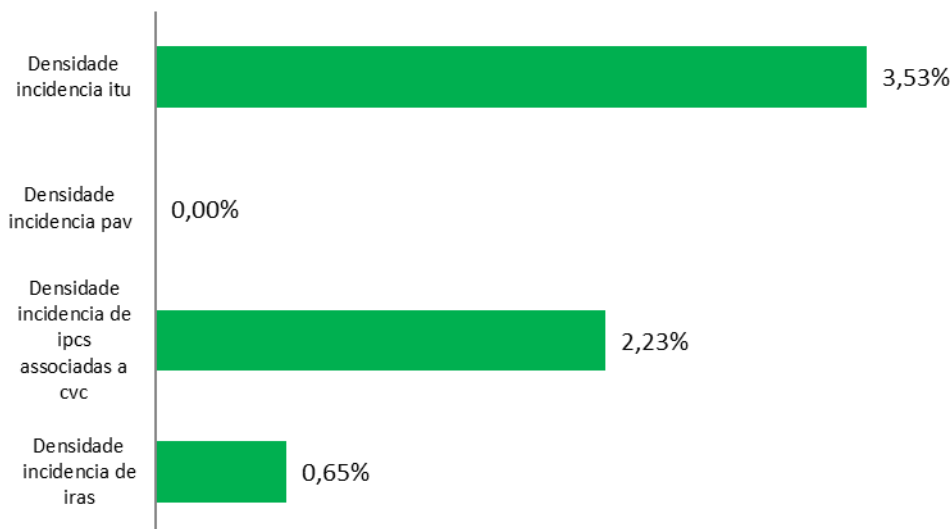
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

**Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global**



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

**Gráfico 93 - Densidade Incidência em novembro 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**

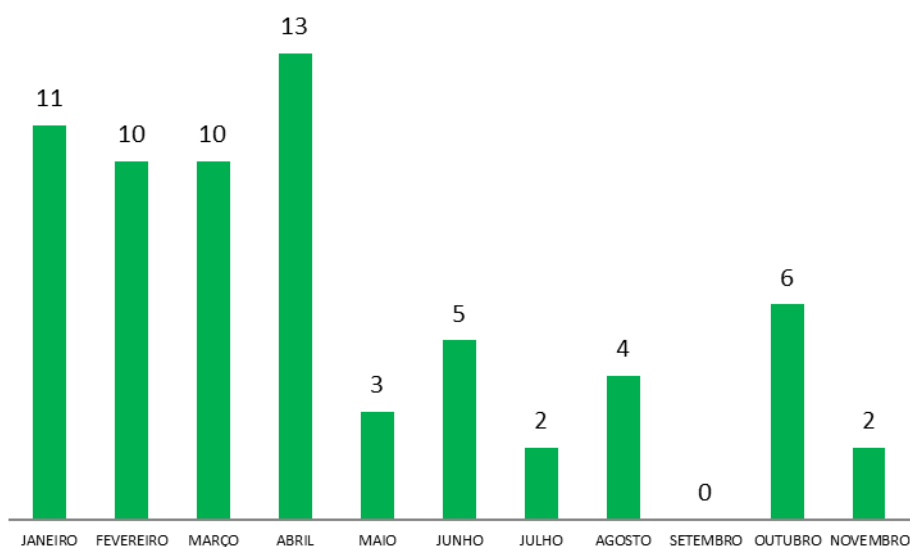
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3	5	2	4	0	6	1
Quantidade de paciente com covid- proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0	0	0	2	0	1	0
Quantidade de paciente com dengue- proveniente do hmg	M/R	0	2	6	3	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%	0%	0%	8,33%	0%	5,55%	0%

Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2	0	0	0	1	
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1	2	3	1	2	
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	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	0	
Notificações de violência *	M/R	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	

Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

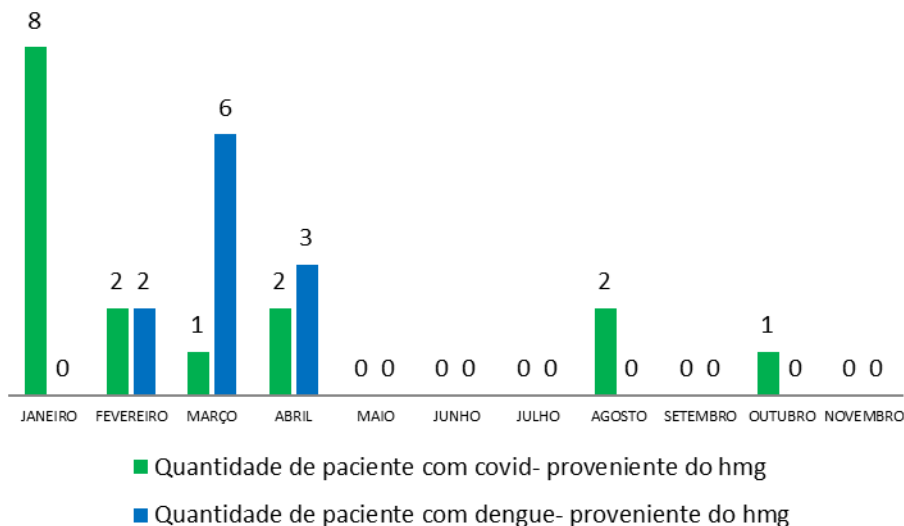
\*Novo indicador do setor.

**Gráfico 94 – Número de notificações realizadas**



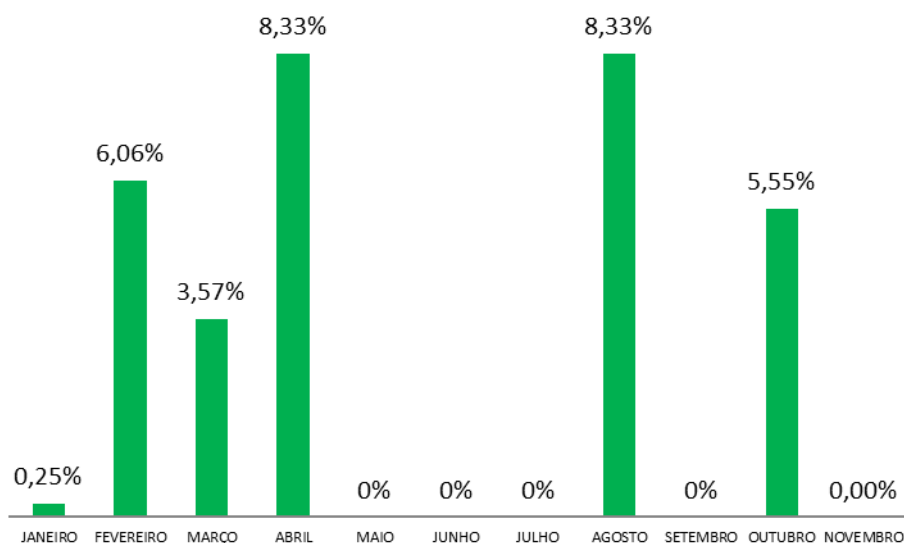
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



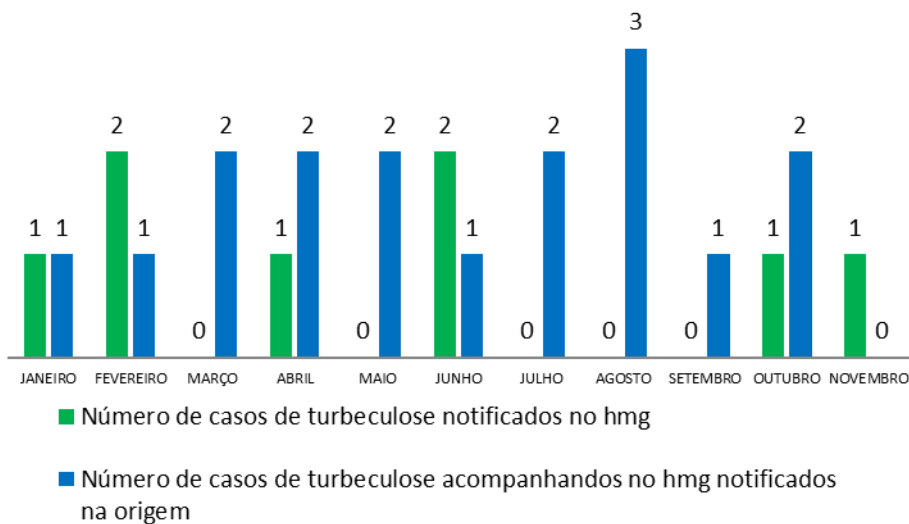
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID**



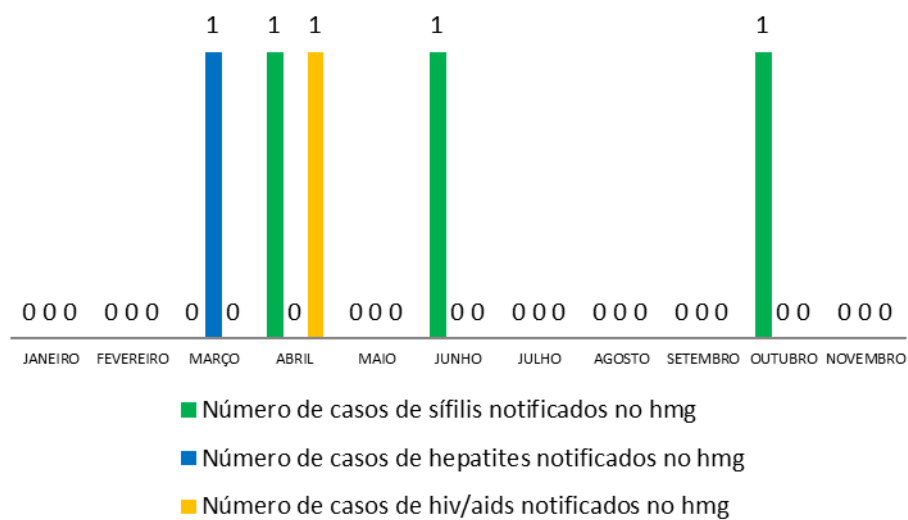
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose**



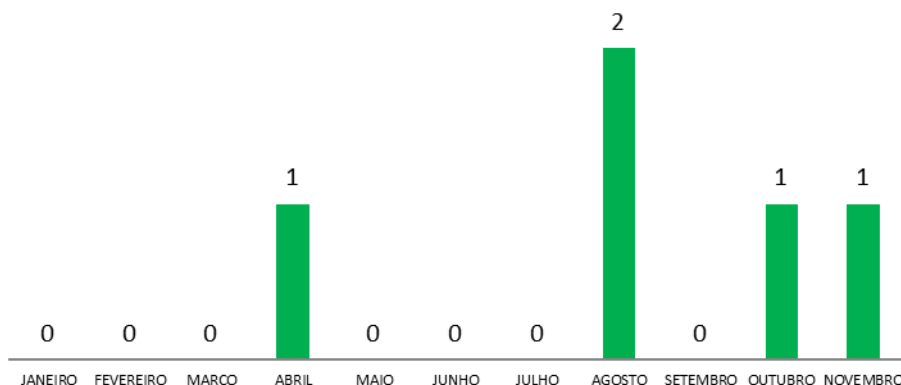
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**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.
- **CrITÉrios de Complexidade:** Utiliza critérios específicos de complexidade da unidade para determinar a viabilidade e prioridade das solicitações de vaga.
- **Confirmação de Vagas:** Após análise, o Núcleo Interno de Regulação confirma a disponibilidade da vaga utilizando o sistema interno da instituição, assegurando que as decisões sejam baseadas em critérios objetivos e transparentes.
- **Encaminhamento do Paciente:** Uma vez confirmada a vaga, a unidade de origem do paciente é responsável por realizar o encaminhamento adequado.

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

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%	88%	85%	91%	85%	88%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5	8	5	4	4	5	3	5	6	5
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155	128	160	121	139	145	145
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170	149	182	142	153	170	168
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004	770	749	502	450	443
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21	22	21	14	25	27
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13	12	11	12	21	21
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126	129	88	110	129	129
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139	141	99	122	150	148
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5	8	2	2	1	4	5	5
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0	2	1	2	2	0	0	0
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

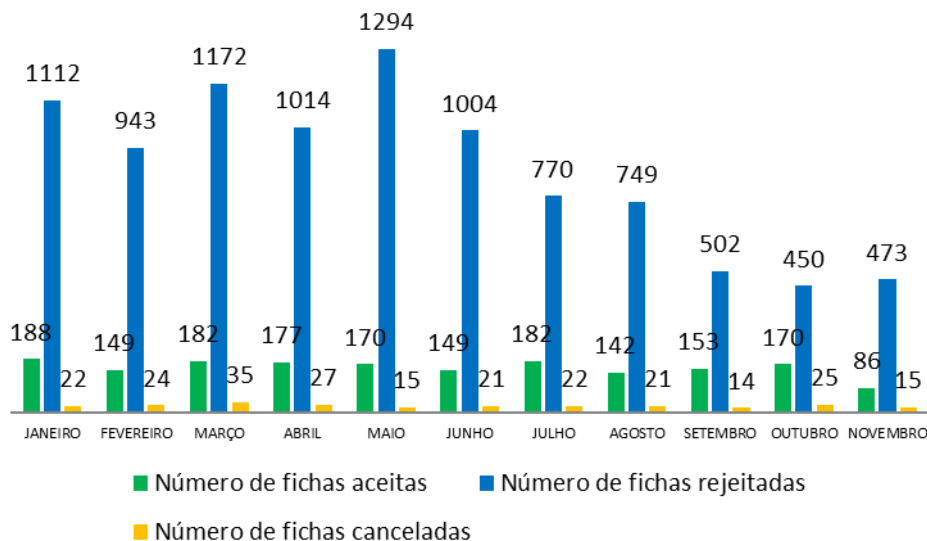
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

A redução no número de admissões e remoções no período está diretamente relacionada às obras em andamento no setor da Clínica Médica (Colibri), que impactaram a disponibilidade de

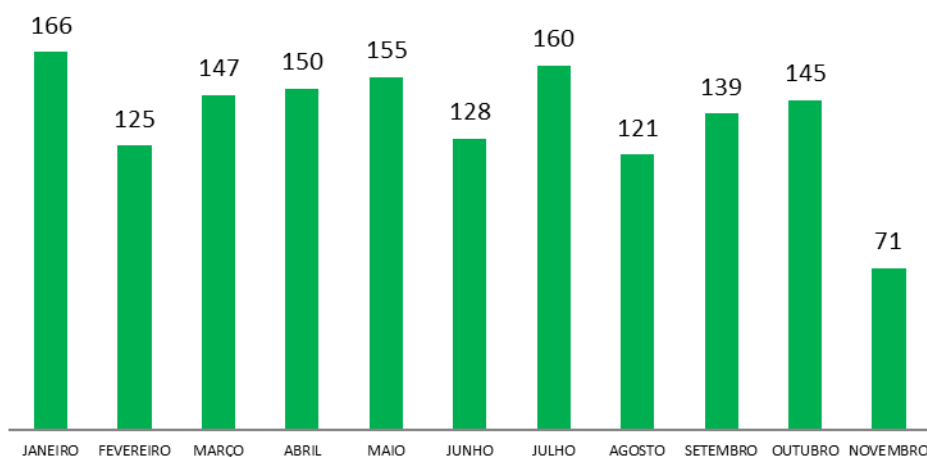
leitos e a capacidade operacional, resultando em menor fluxo de entrada e saída de pacientes

**Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS**



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

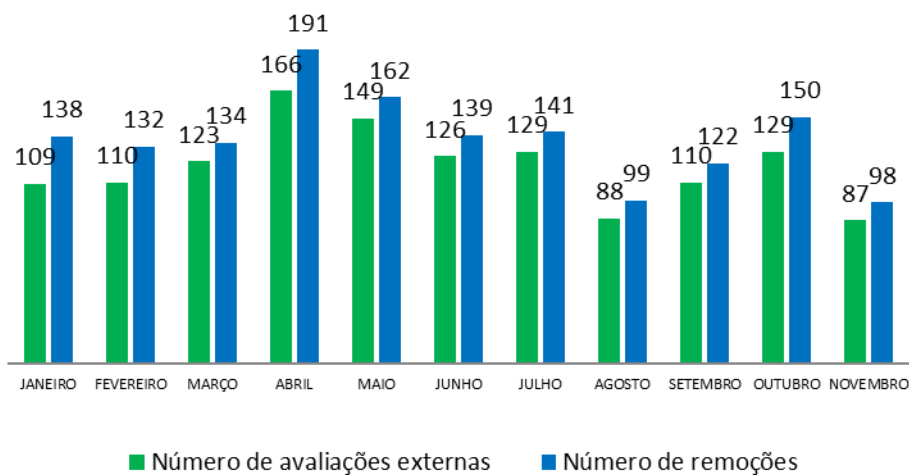
**Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos**



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

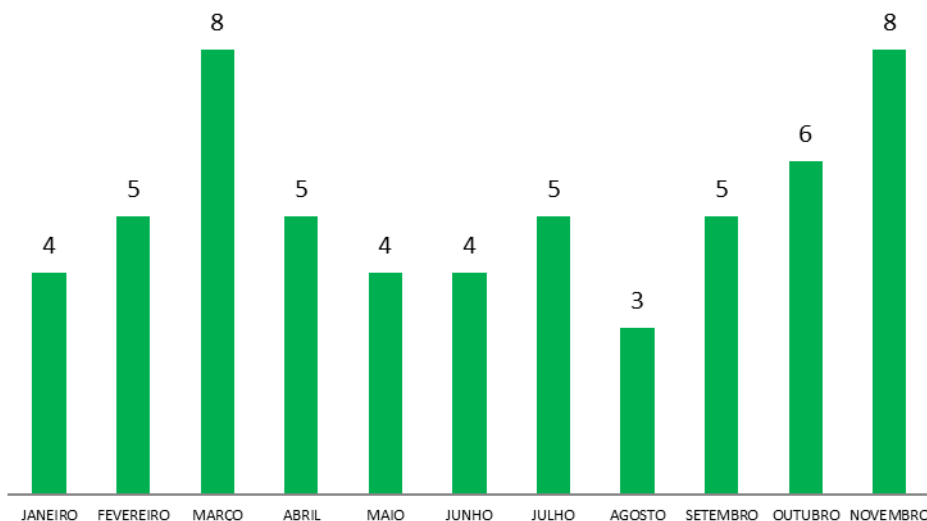


**Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias**



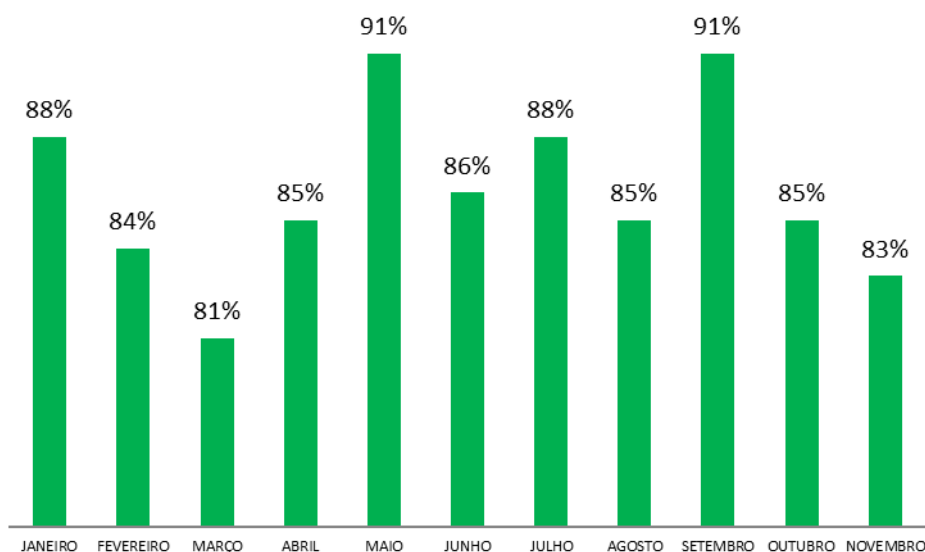
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



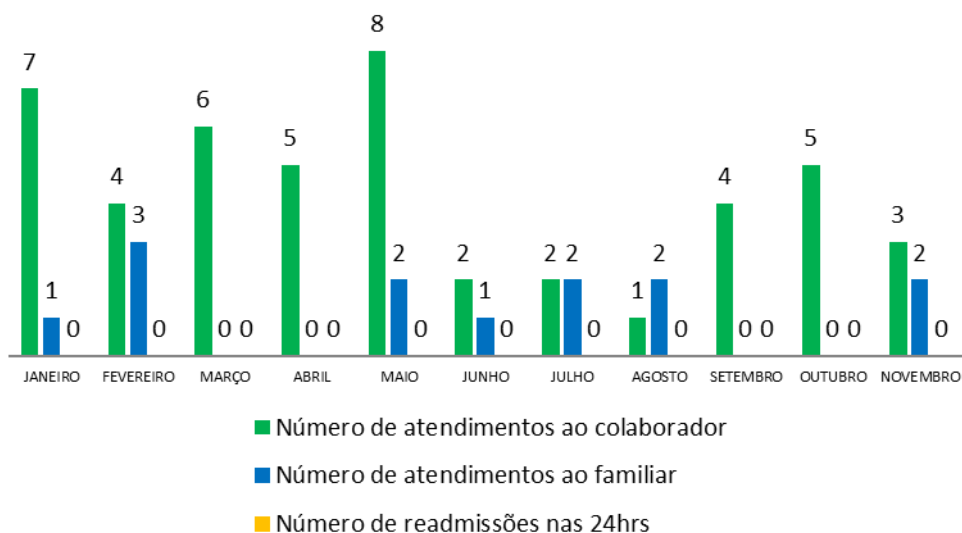
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%	94%	78%	92%	83%	84%
Taxa de avaliação do pós teste*	> 50%	0%	0%	0%	0%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12	24	22	24	21	22	19
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594	1093	1567	2032	1099	969
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32	657,10	1087	1484	1403,3	909	606
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11	1,39	1,35	1,09	1,23	1,03

Taxa de treinamentos previstos em LNT	M/R	*	*	*	*	*	*	*	20,83%	19,05%	19%	27,78%
---------------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---	--------	--------	-----	--------

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

## ANÁLISE CLÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Pesquisa de reação e pré e pós teste não teve treinamento elegível, não tivemos treinamentos elegível a taxa de eficácia, A meta de treinamentos não foi atingida devido à ausência de um planejamento estruturado, o que impactou diretamente na organização das ações proposta.

**Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP**

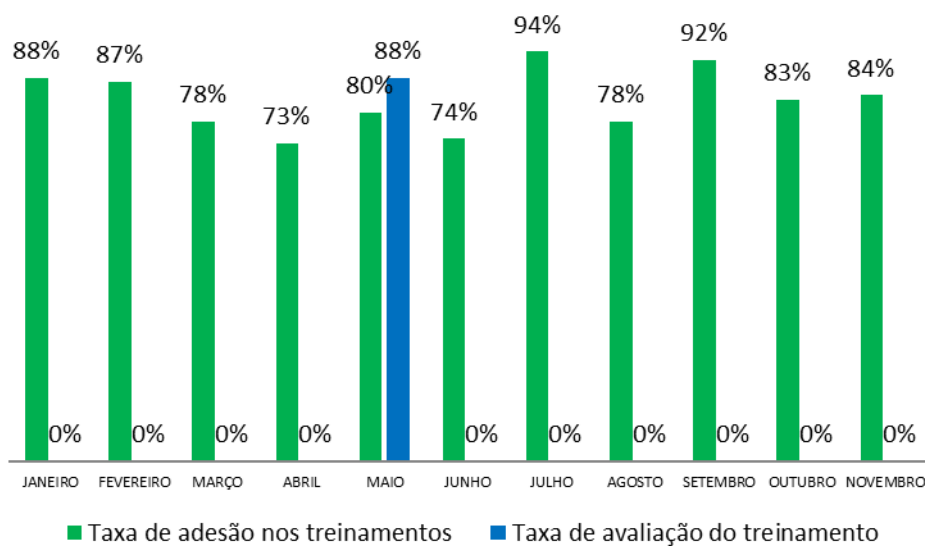
MÊS	CURSO	ESCOLA PARCEIRA	NÚMERO DE TURMAS	QUANTIDADE DE ALUNOS POR TURMA	NÚMERO DE PRECEPTORES
JANEIRO	MEDICINA	UNISA	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM E AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SEQUENCIAL	5	30	2
FEVEREIRO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	17	1
	MEDICINA	UNISA	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
OUTUBRO	ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	18	2
	ENFERMAGEM	VELEIRO	1	3	1
	MEDICINA	UNISA	1	3	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	8	2
	UNIP	NUTRIÇÃO	2	6	2
NOVEMBRO	MEDICINA	UNISA	1	3	2
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	1	6	1
	ENFERMAGEM	AFE VELEIROS	1	5	1
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	5	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1

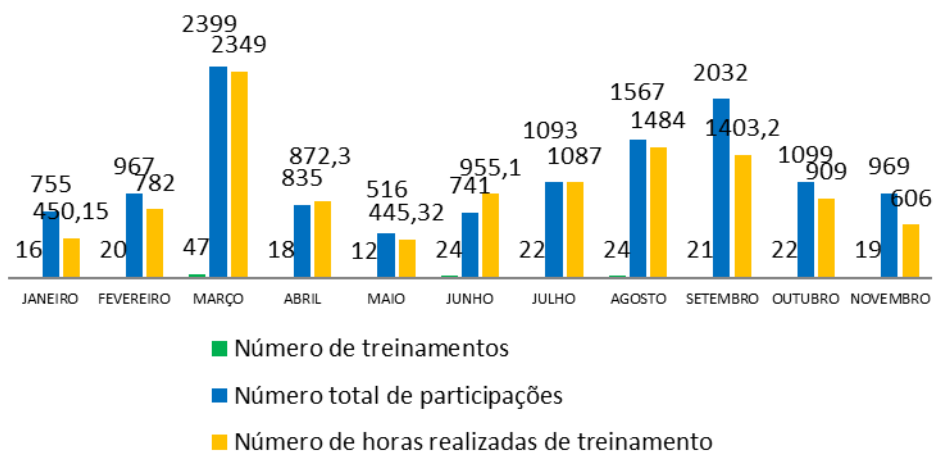
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 106 – Taxa de treinamentos**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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



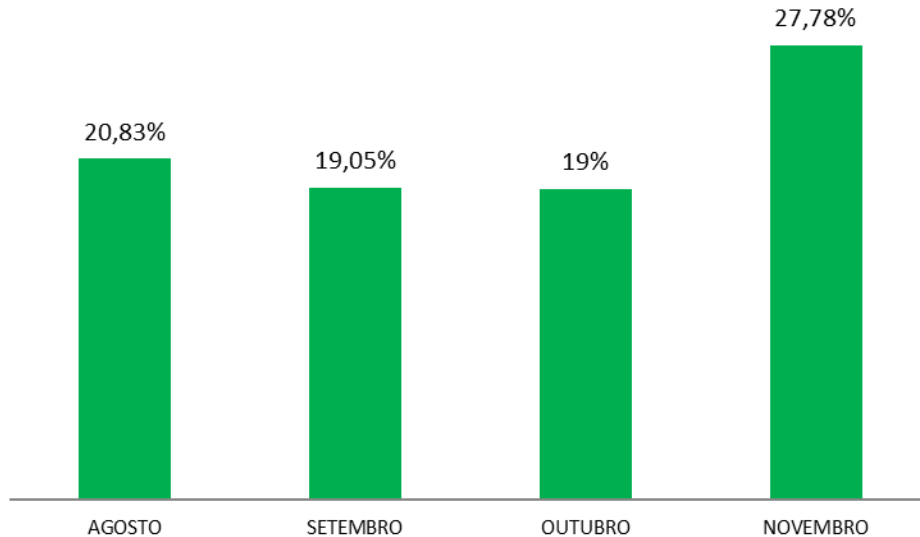
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 108 – Homem hora**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

## LISTA DE TREINAMENTOS EM NOVEMBRO DE 2025

- ➡ DSS gerenciamento de risco ocupacional;



- DSS NR 23 - prevenção e combate ao princípio de incêndio;
- DSS NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- DSS sobre fluxo de acidente de trabalho;
- DSS sobre gro animais sinantrópicos;
- NR 17 - ergonomia na atividades laborais;
- Projeto treinamento da madrugada;
- Tecnicas de curativos e coberturas e sondagem nasoenteral;
- Semana de prevenção de lesões;
- Treinamento rota seps e meta 5 - higienização das mãos;
- Semana da qualidade;
- Principios de antibioticoterapia;
- Protocolos institucionais relacionado a SCIH;
- Protocolos institucionais relacionado a assistência de enfermagem;
- Cuidados com descarte de perfuro cortantes noturno 2;
- Dimensionamento fugulin;
- DSS - orientação troca do telhado;
- Protocolo londres – hemoderivado;
- Protocolos institucionais relacionado a segurança do paciente.

### 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
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%	0,46%	0,12%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%	6%	6,40%	5,80%	5,30%	5,50%	6,50%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%	0,23%	0,58%	0,26%	0,47%	0,10%
Intervenções farmacêuticas realizadas	M/R	21%	23%	28%	22%	22%	16%	14%	17%	13%	14%	8%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	99%	100%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

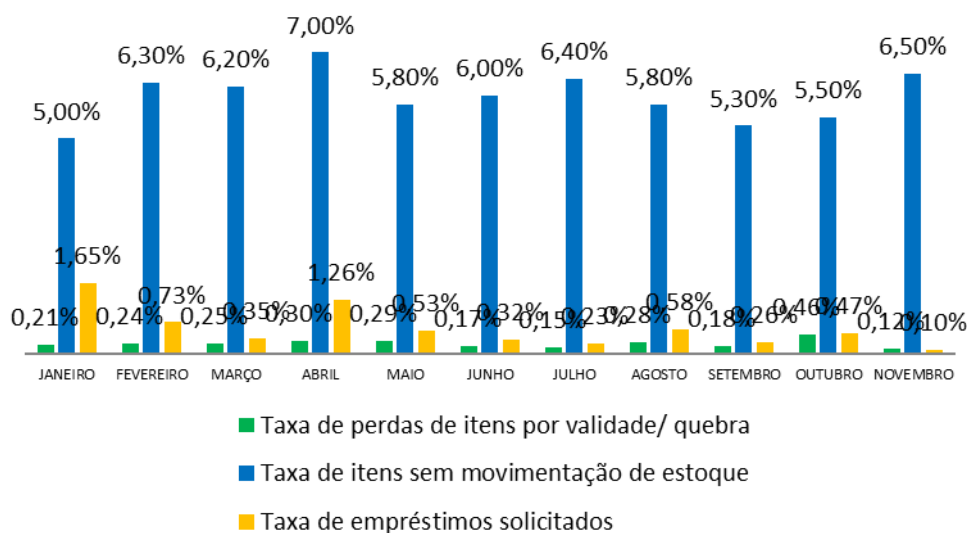
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

## ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

O indicador de itens sem movimentação apresentou aumento em relação ao mês anterior devido à permanência de um medicamento de alto custo em estoque, que elevou o resultado do mês.

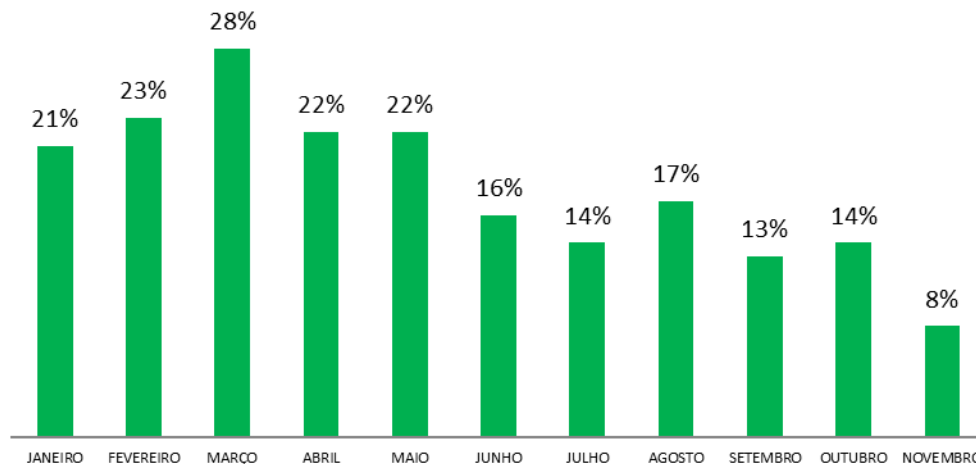
O indicador de intervenção farmacêutica apresentou redução percentual, justificada pela diminuição do número de leitos clínicos disponíveis na unidade (30 leitos durante o período), o que reduziu o volume de pacientes acompanhados e impactou diretamente o desempenho do indicador.

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



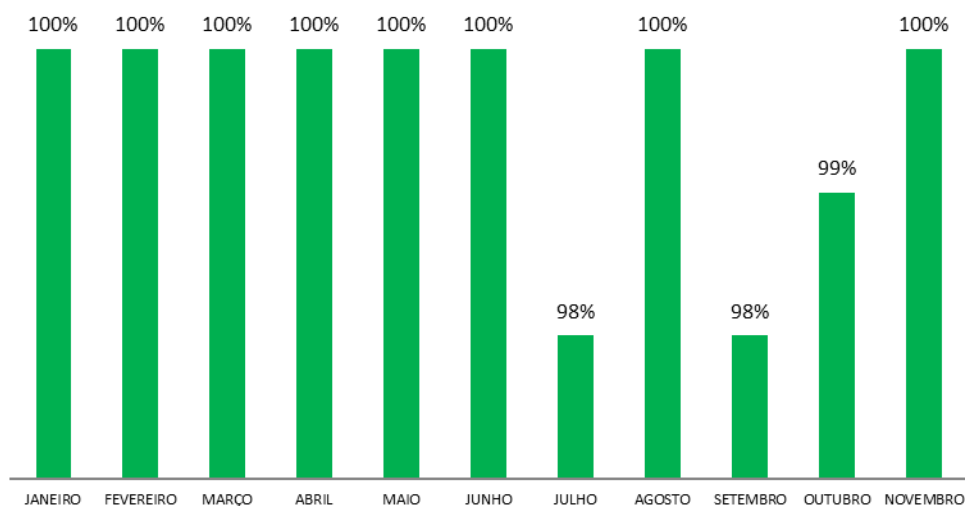
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



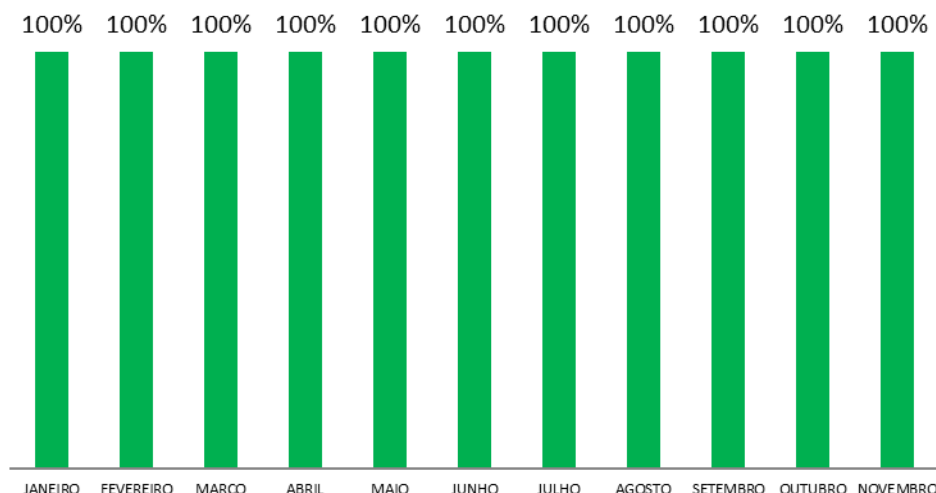
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### 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.

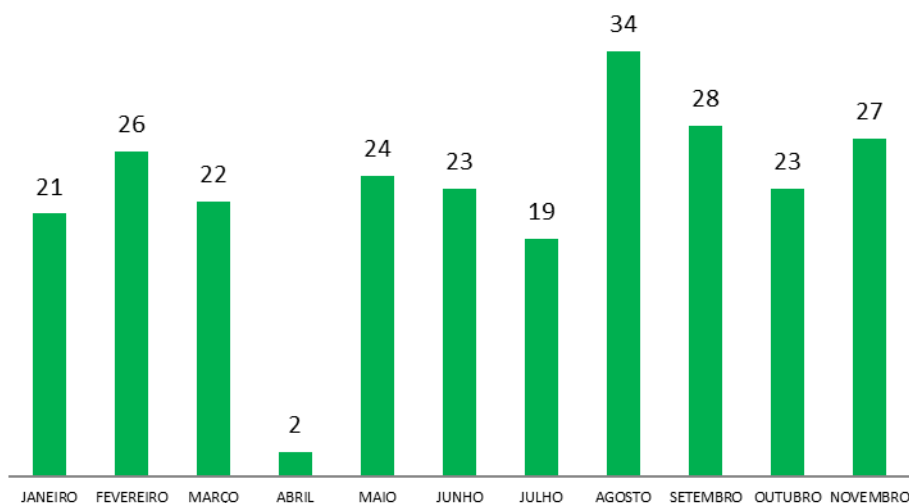
**Tabela 68 – Indicadores de Compras**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23	19	34	28	23	27

Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103	96	103	104	93	98
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%	97%	98%	96%	93%	95%
Percentual de entrega parcial	>15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%	3%	5%	4%	7,00%	5%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%	5,86%	6,72%	4,70%	6,21%	5,79%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1	0	2	0	1	0	2	1

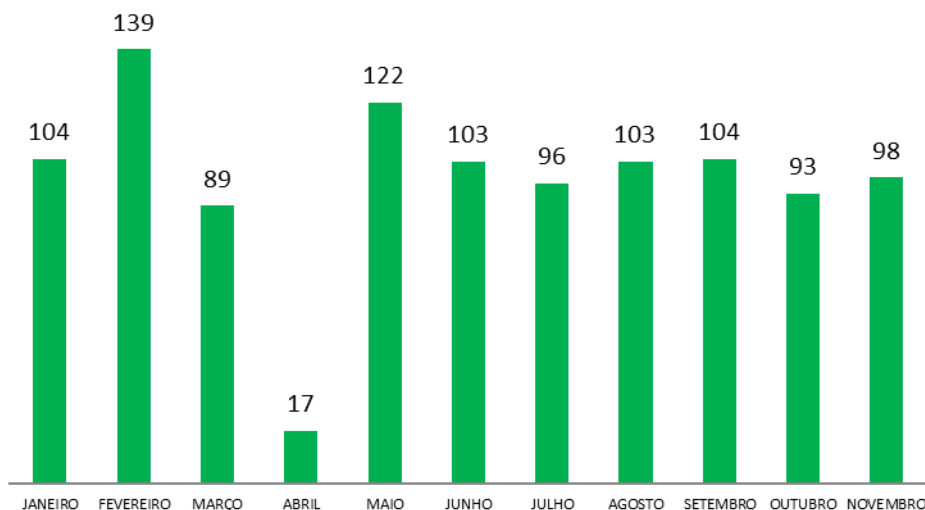
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 114 – Lançamentos de cotações



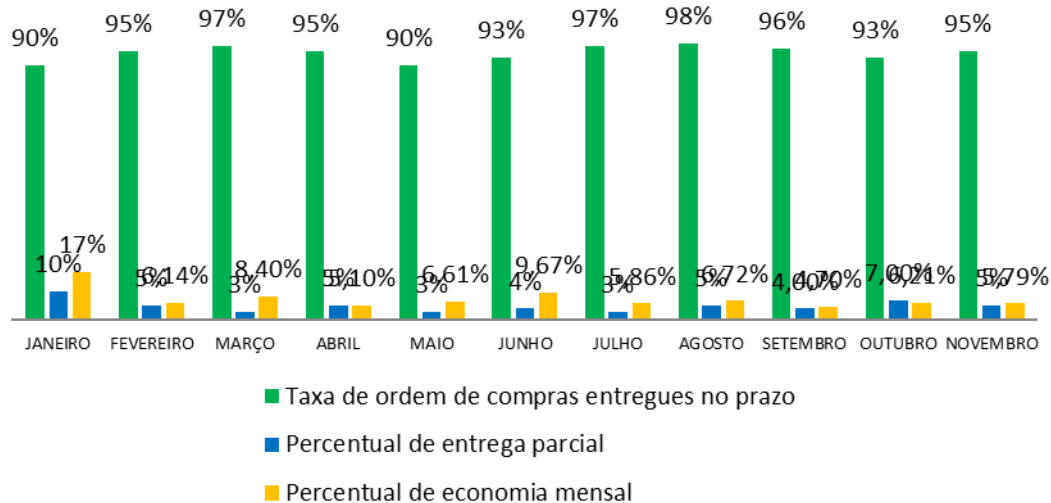
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas**



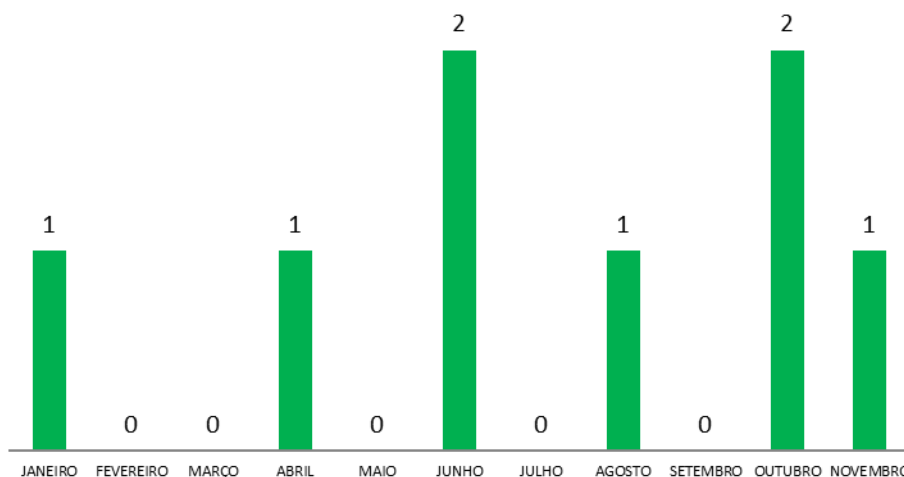
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**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.

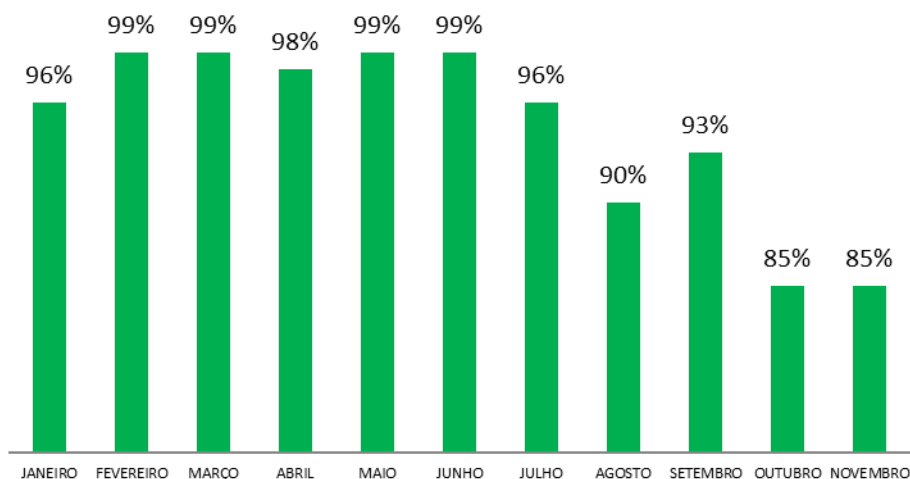
**Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%	96%	90%	93%	85%	85%
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	15:11	17:42
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%	12%	10%	11%	9%	6%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	98%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%	96%	90%	93%	85%	85%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	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%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15	0	0	0	0	50	25	25
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126	103	122	200	136	116
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3	0	0	0	2	2
Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294	328	295	290	280	200
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16	5	4	5	34	4

Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137	61	113	59	67	9
-----------------------------------	-----	----	-----	----	----	-----	-----	----	-----	----	----	---

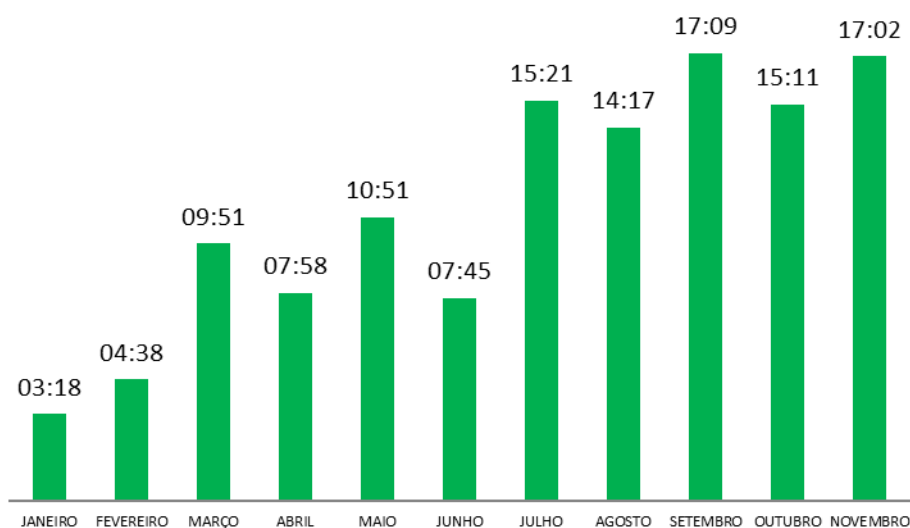
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados



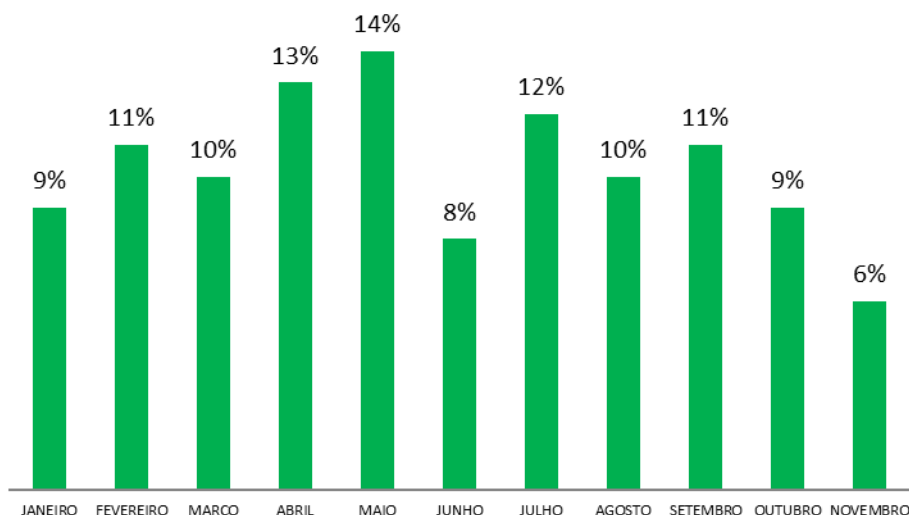
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado



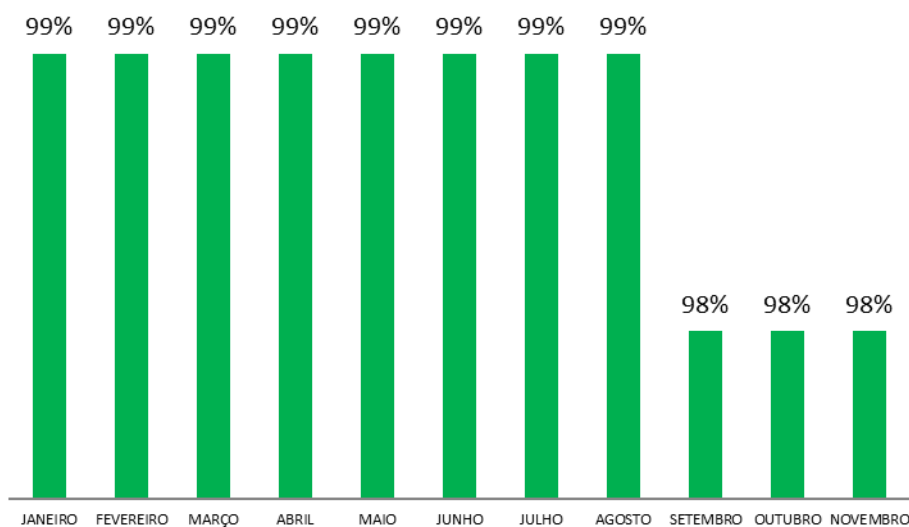
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva



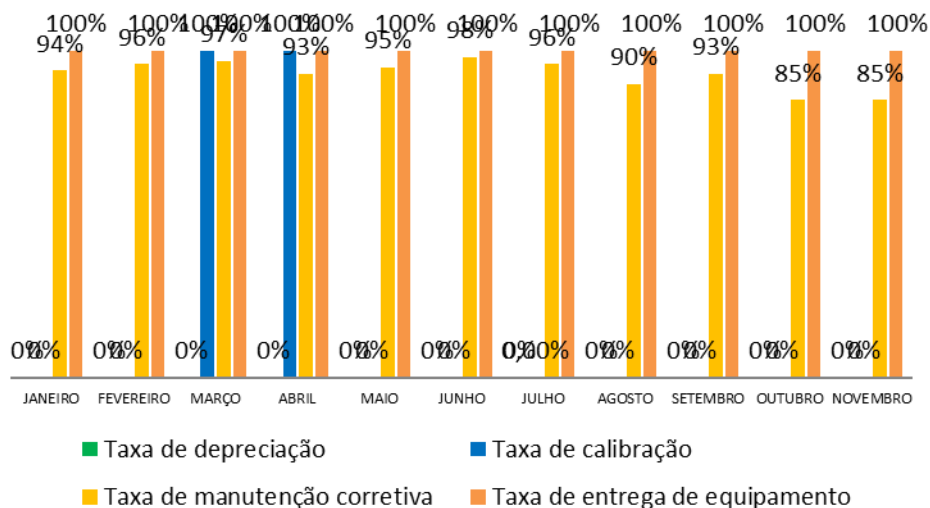
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

### Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento



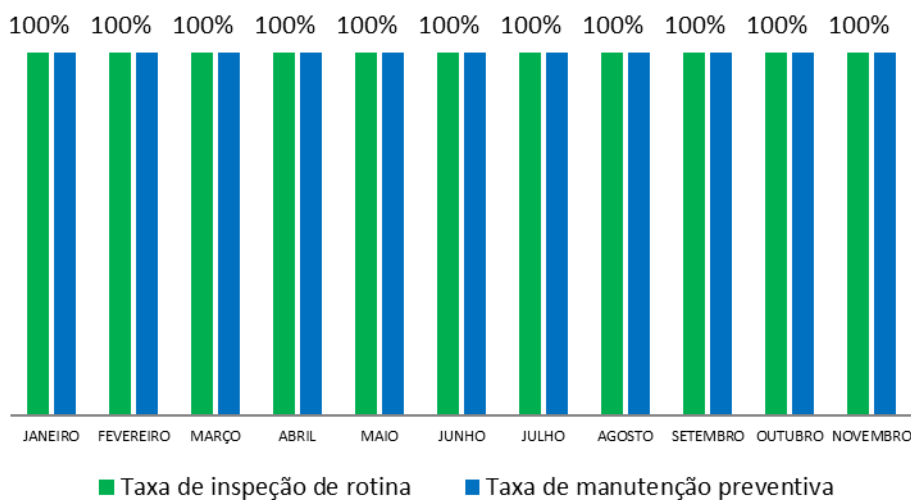
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

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



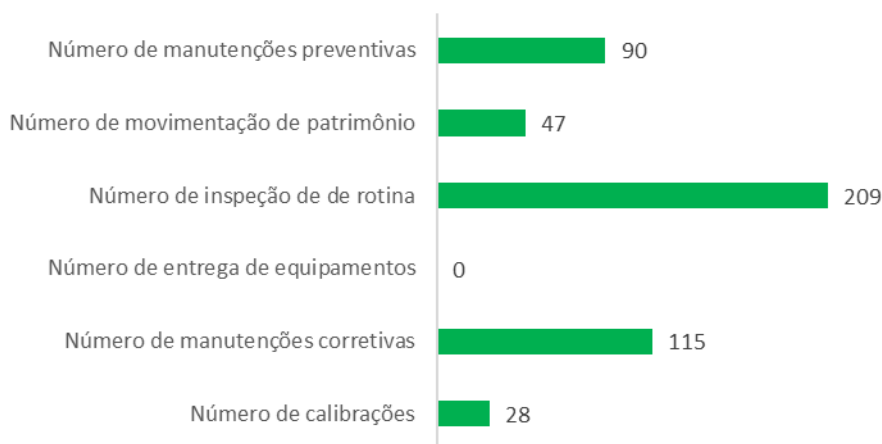
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

## 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.

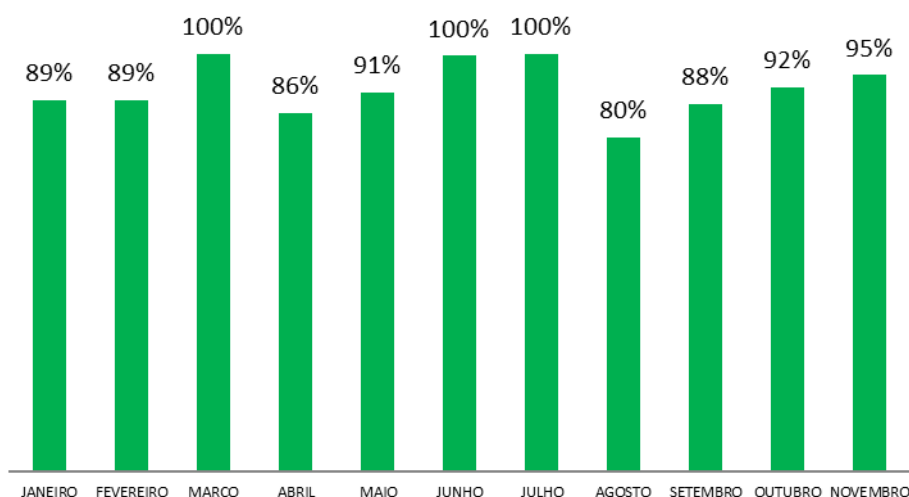
**Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%	100%	80%	88%	92%	90%

Tempo médio de atendimento de chamado	120min	69,63 min	95,21min	23min	12 min	7,1min	10,72min	2,12min	21,40min	37,33min	31,84min	23,98min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%	100%	80%	88%	92%	85%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239	185	179	169	197	124
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172	188	187	181	214	193
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95	58	78	109	134	128
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0

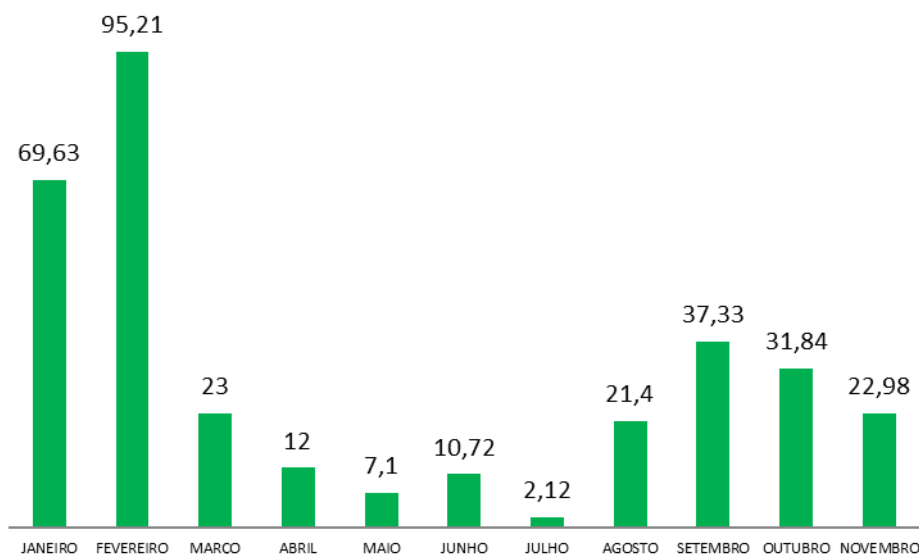
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados



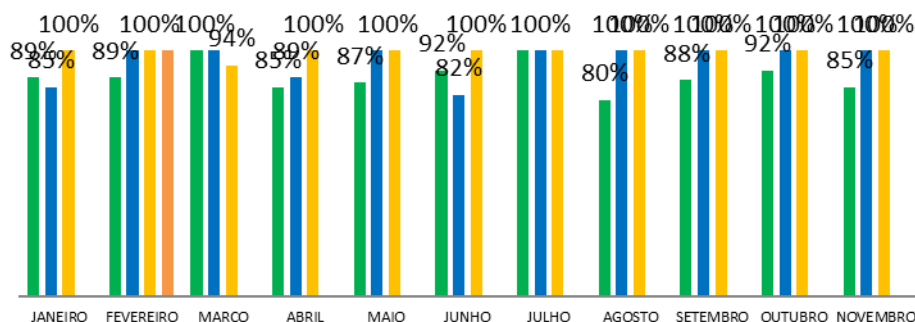
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

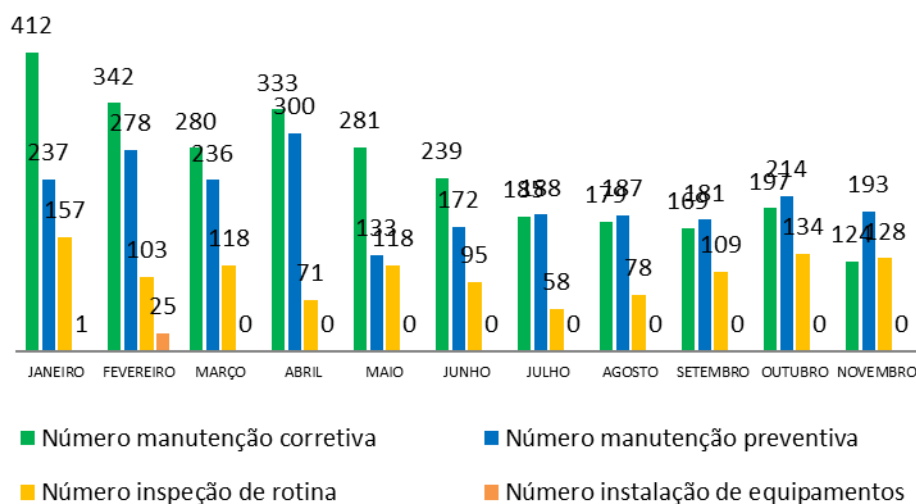
**Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.**



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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 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**

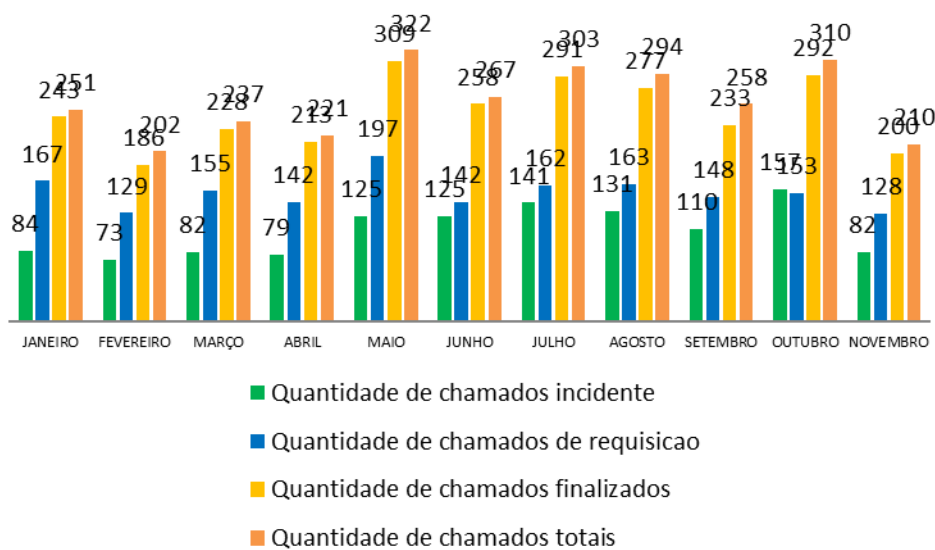
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125	141	131	110	157	157



Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142	162	163	148	153	128
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258	291	277	233	292	200
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267	303	294	258	310	210
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h	2h	03h	04h	02h	02h
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	00:30:00	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	06:00:00	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4	5	5	1	1	1
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%	98%	97%	98%	97,96%	91%	95%	98,57%

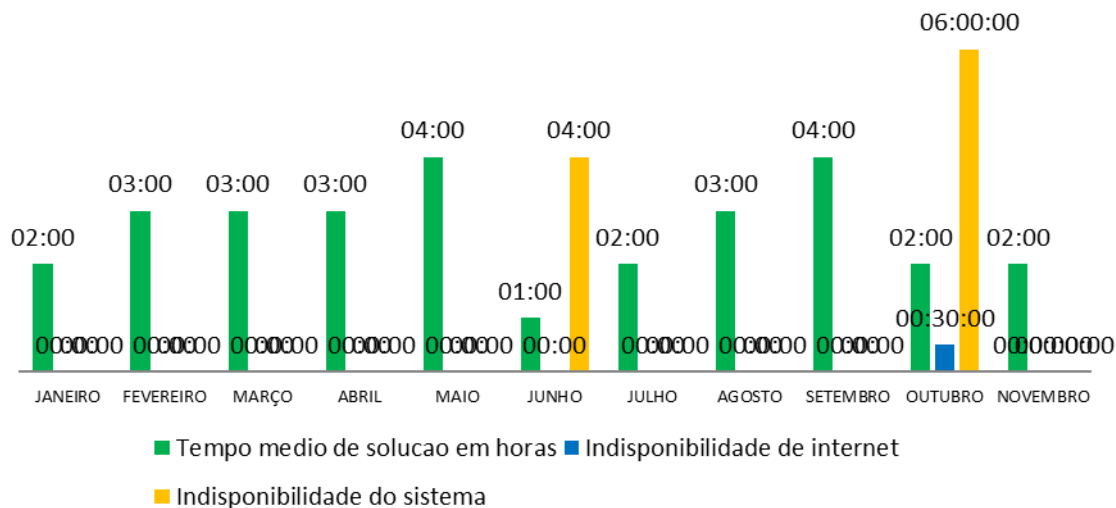
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

**Gráfico 129 – Quantidade de chamados**



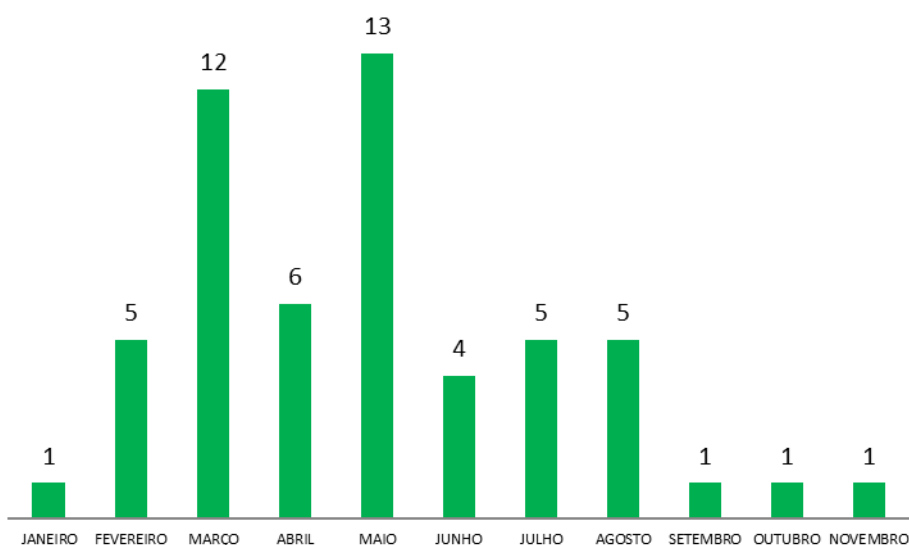
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



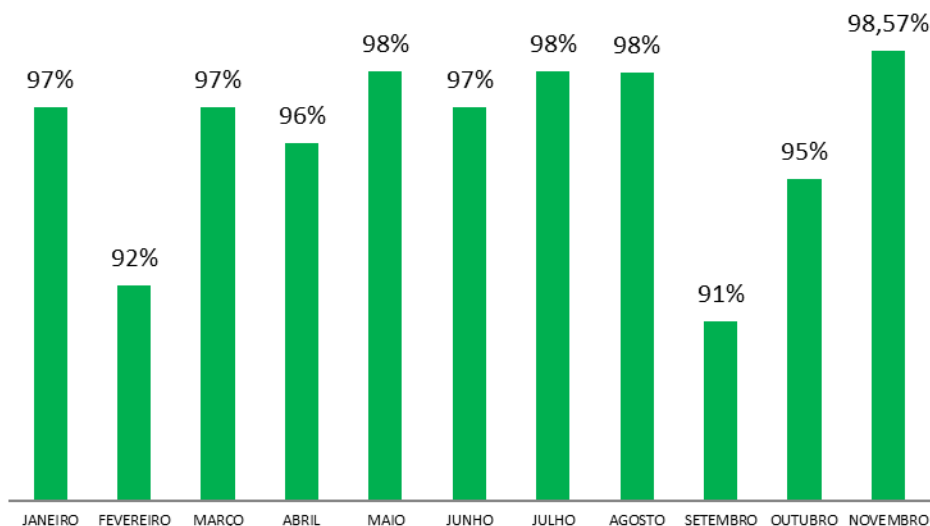
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%	60%	80%	95%	89,47%	86%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%	82,36%	88,88%	94,11%	89%	86%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%	66,66%	75%	41,17%	58%	70%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto menor, melhor	220	157	130	122	85	68	62	62	62	62	62
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78	46	2	21	13	88
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3	5	0	0	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	0	0
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22	0	10	0	3	3
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62	34	2	17	3	13
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1	5	1	0	1	1
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11	2	1	1	1	5	5
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%	93%	93%	93%	93%	93%	93%

Fonte: Relatório de Qualidade.

## ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

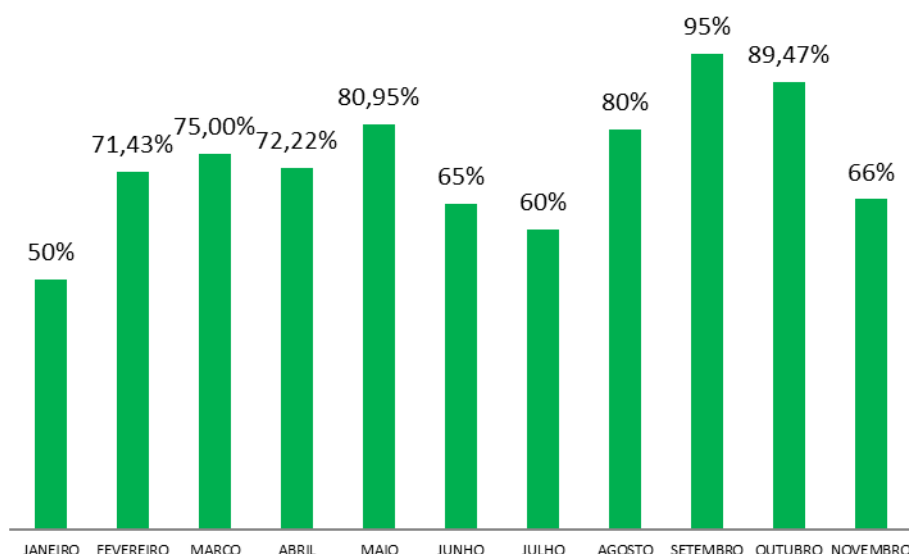
Dos indicadores previstos para entrega até 04/12/2025, observou-se que 18 foram concluídos dentro do prazo.

No que se refere às reuniões de comissões planejadas para novembro, 2 não foram realizadas. Entre as reuniões efetivamente ocorridas, 13 no total, constatou-se que

10 atas foram entregues após o prazo estabelecido, demonstrando a necessidade de reforçar o cumprimento dos prazos institucionais.

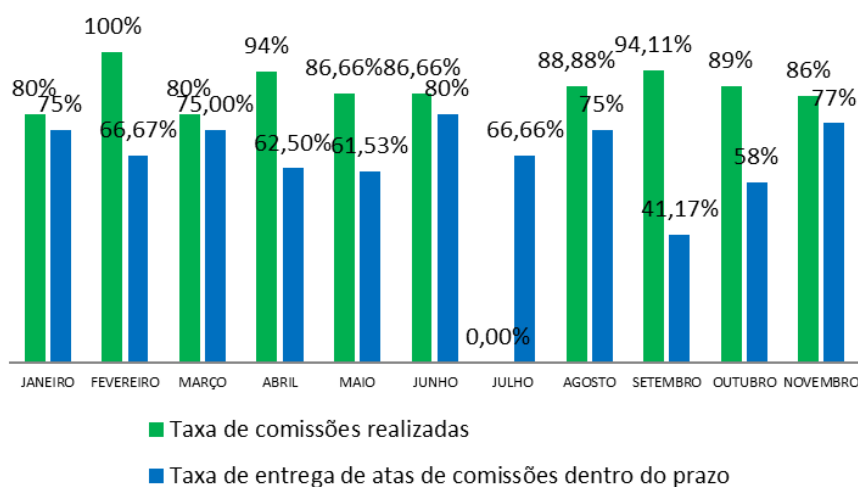
Quanto às visitas técnicas e auditorias externas, registrou-se a presença da Prefeitura (Dr. Carlos Hamada), mantendo o acompanhamento das condições assistenciais e estruturais da unidade.

**Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo**



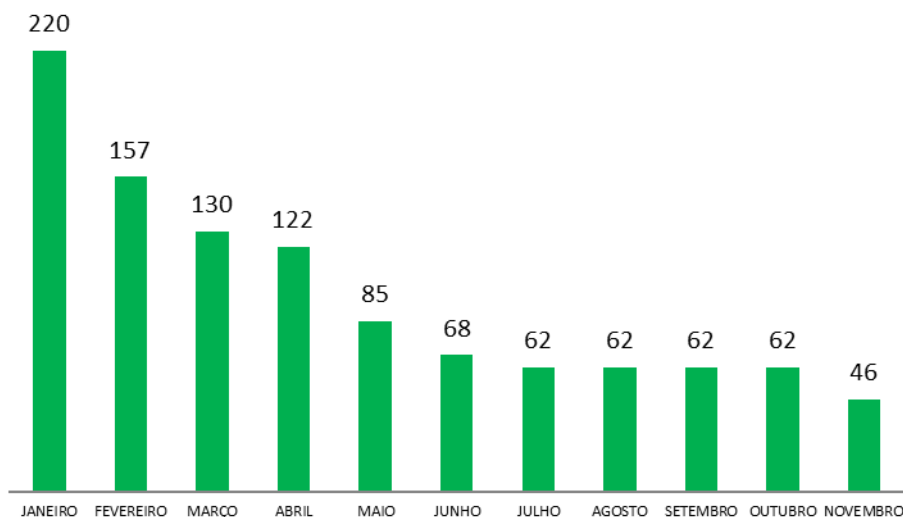
Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 134 – Comissões**



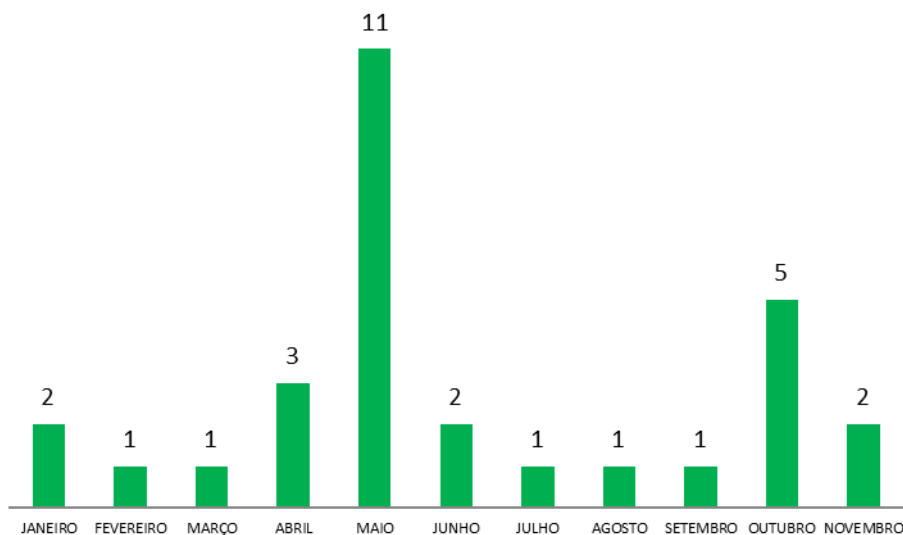
Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 135 – Número de documentos retroativos



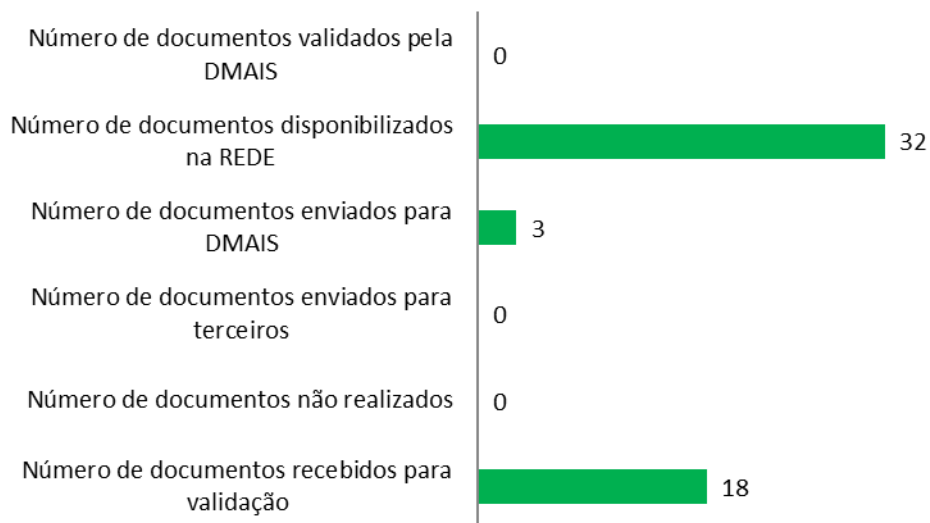
Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações



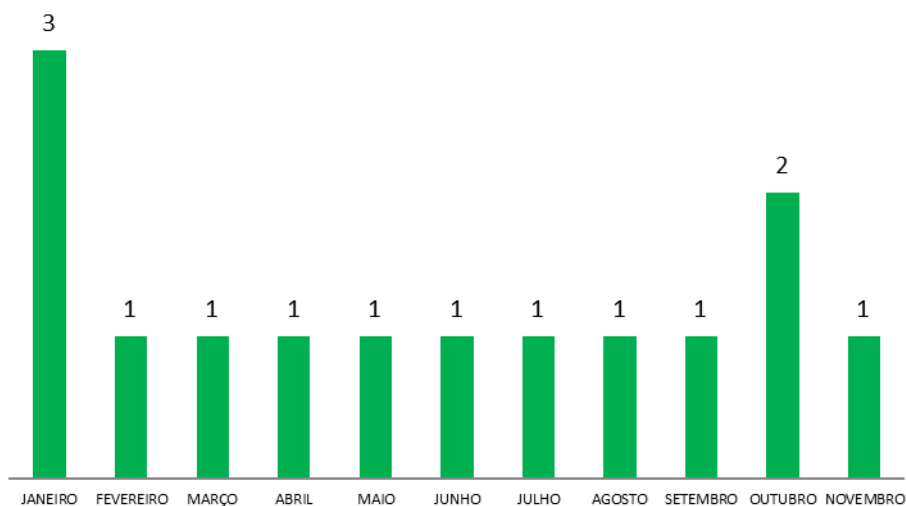
Fonte: Relatório de Qualidade.

### Gráfico 138 – Documentos



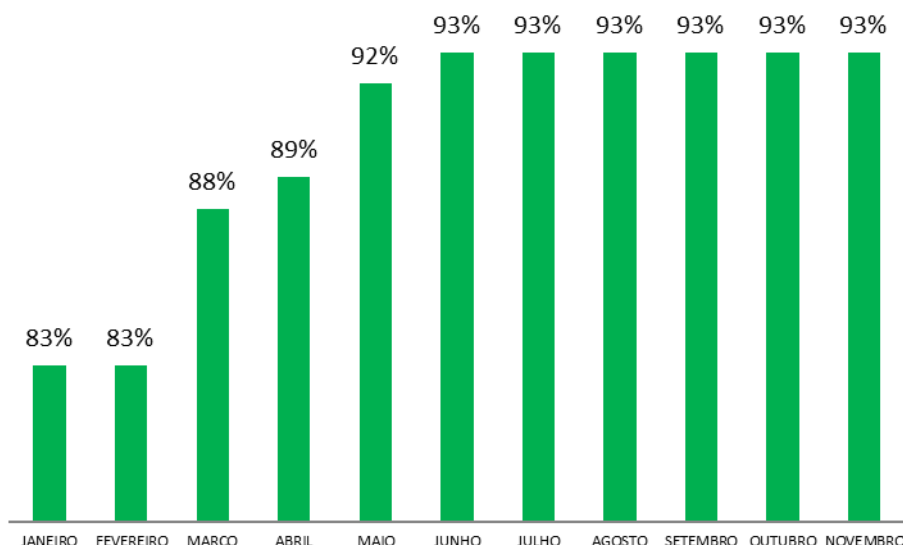
Fonte: Relatório de Qualidade.

### 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Total de aih faturadas	M/R	258	230	233	258	246	240	255	236	246	248	199



Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102	112	105	117	111	109	111
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	24	10	74	18	71	125	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	270	250	228	128	242	125	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0	0	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%	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.

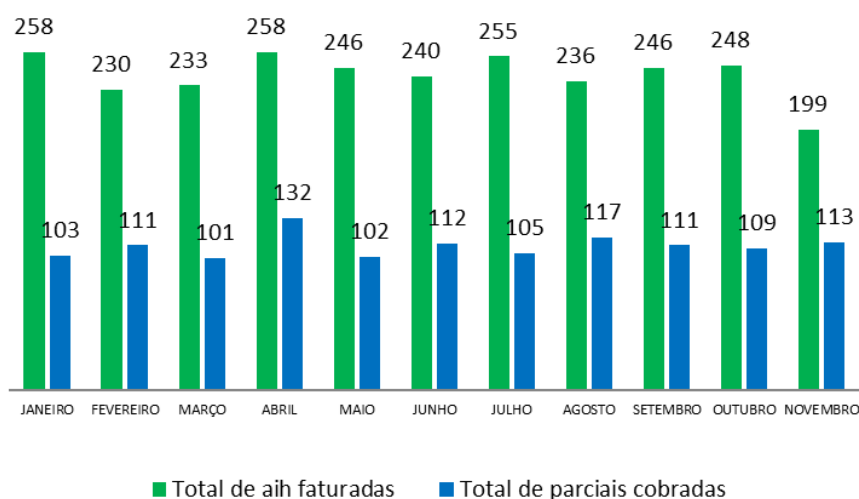
\*Os indicadores relativos ao mês serão atualizados após devolutiva da Secretaria.

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

## ANÁLISE CRÍTICA – FATURAMENTO

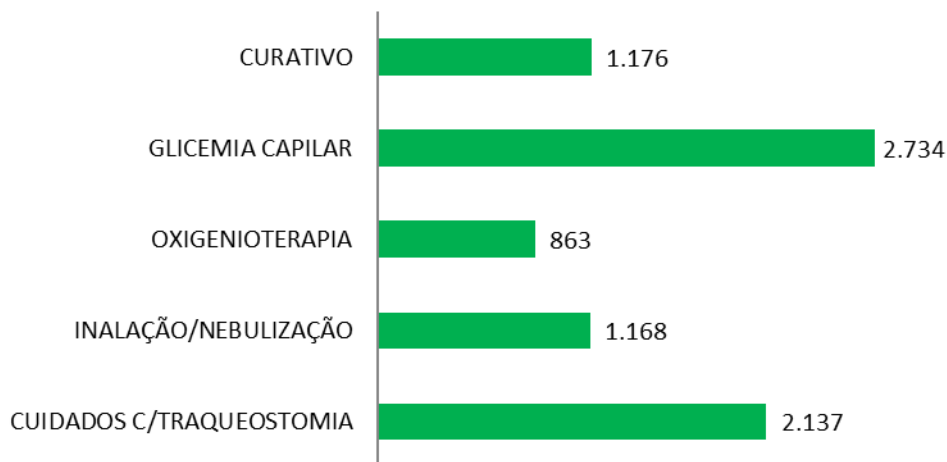
No mês em referência, registramos uma baixa demanda de altas e admissões, em decorrência das reformas realizadas nas alas.

**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 (novembro 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	89%	20%	5%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581	4590	4572	4581	4583	4526
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0	0	0	0	2	0
Índice de orçado x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%	92%	96%	90%	77%	88%	91%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

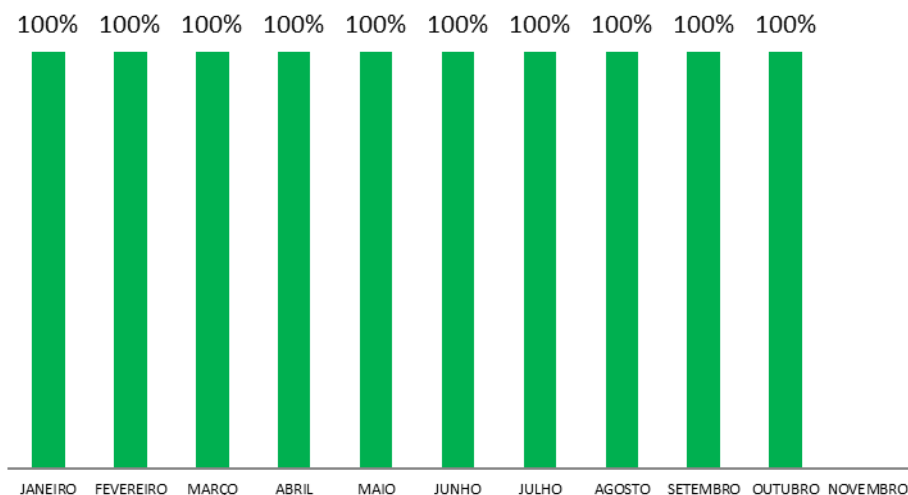
\*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

## ANÁLISE CRÍTICA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Índice de Conformidade com o Contrato de Gestão – A apuração deste indicador ainda não está concluída. Assim, o resultado será informado de forma retroativa no próximo mês.

Valor e Taxa de Retenções do Contrato – A retenção registrada no período ocorreu devido ao repasse recebido em valor inferior ao previsto, conforme determinação do chefe de gabinete, em função do saldo bancário da unidade. Além disso, quanto ao Valor e Taxa de Retenções do Contrato, o resultado apresentado no mês foi consequência do repasse recebido a menor, conforme determinação do chefe de gabinete, considerando o saldo bancário disponível.

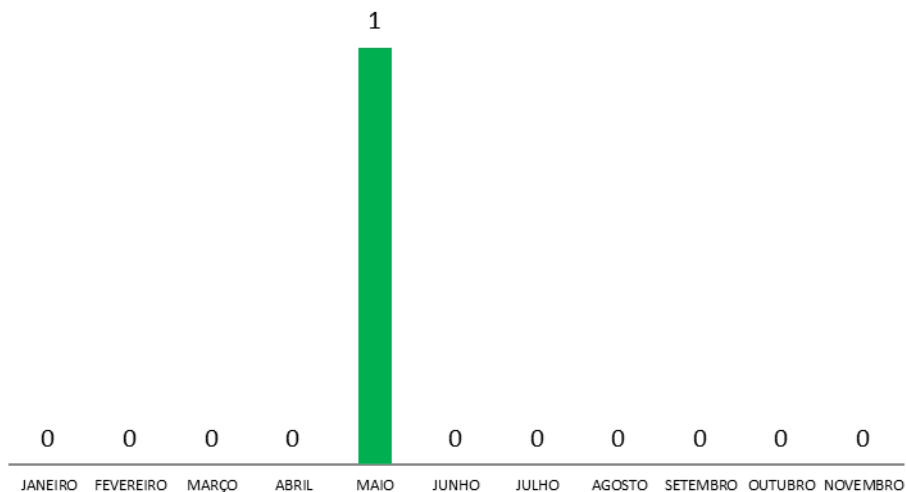
### Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

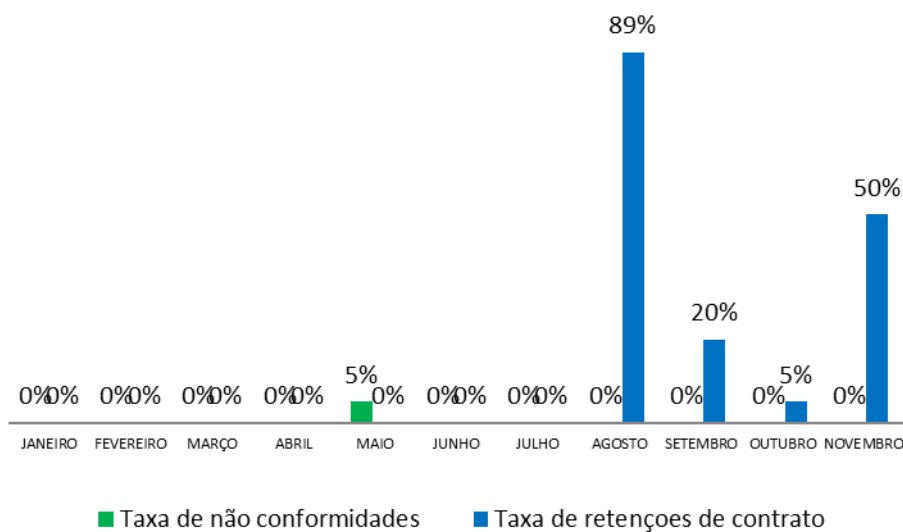
\*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

### Gráfico 144 – Número de auditorias externas



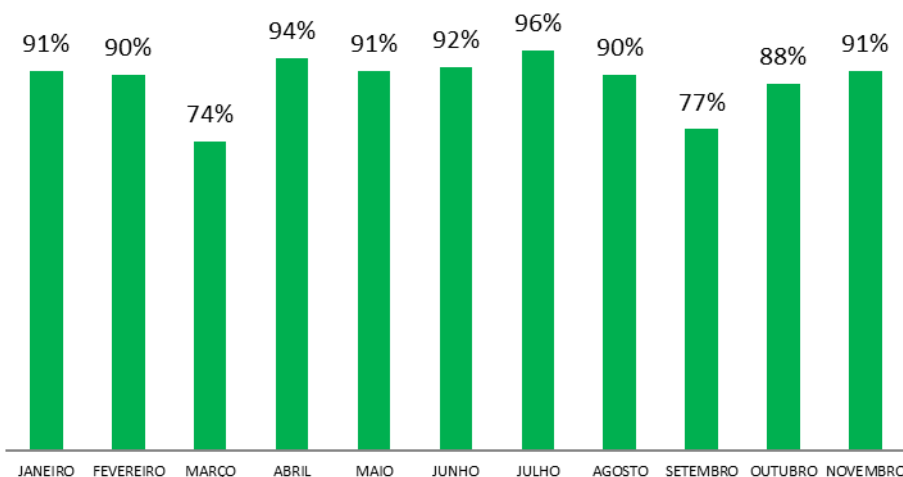
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades



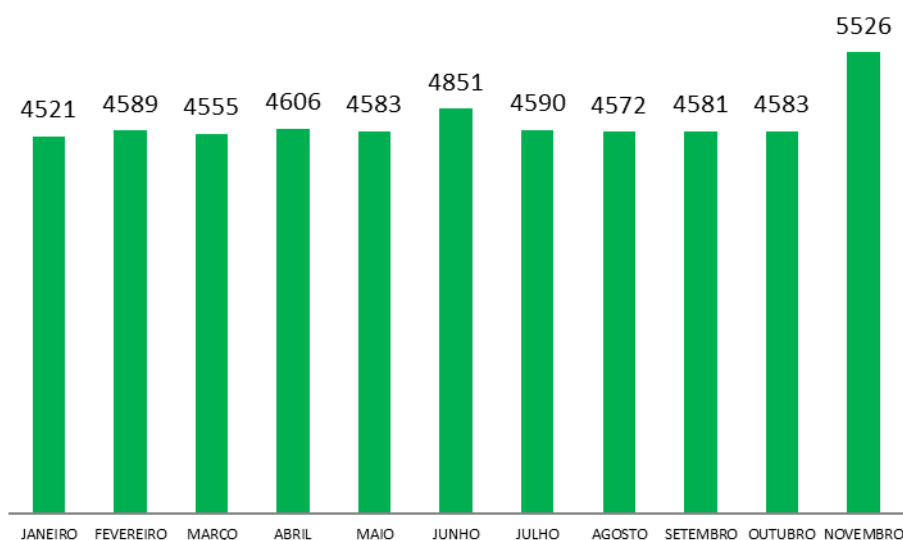
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado



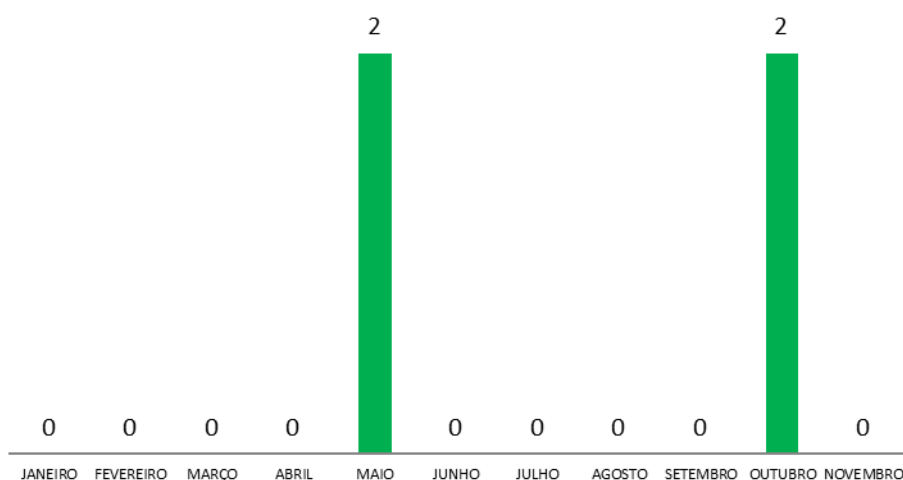
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	93%*	96%	91%	97%	95%	96%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%	100%	99%	99%	98%	97%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81	87	82	83	76	74
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97	133	102	106	112	111
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0	0	2	1	3	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

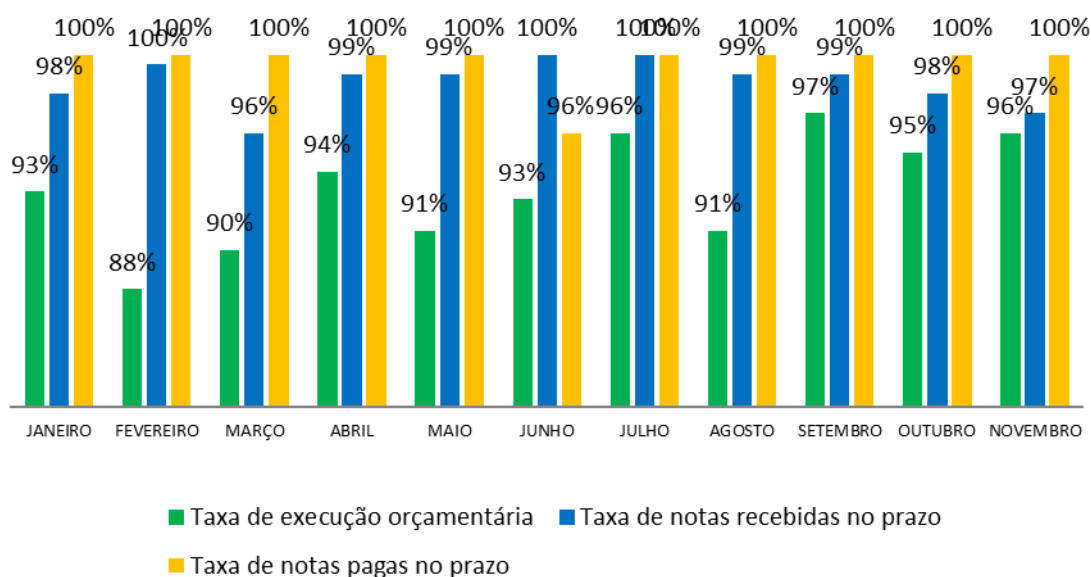
\*A taxa de execução orçamentária de mês de junho foi ajustada saindo de 99% para 93%.

## ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

Permanece pendente a emissão de três notas da Evoque, uma vez que o contrato ainda está em processo de formalização. Também seguem pendentes duas faturas da LOHO, devido à necessidade de correção no relatório de evidências.

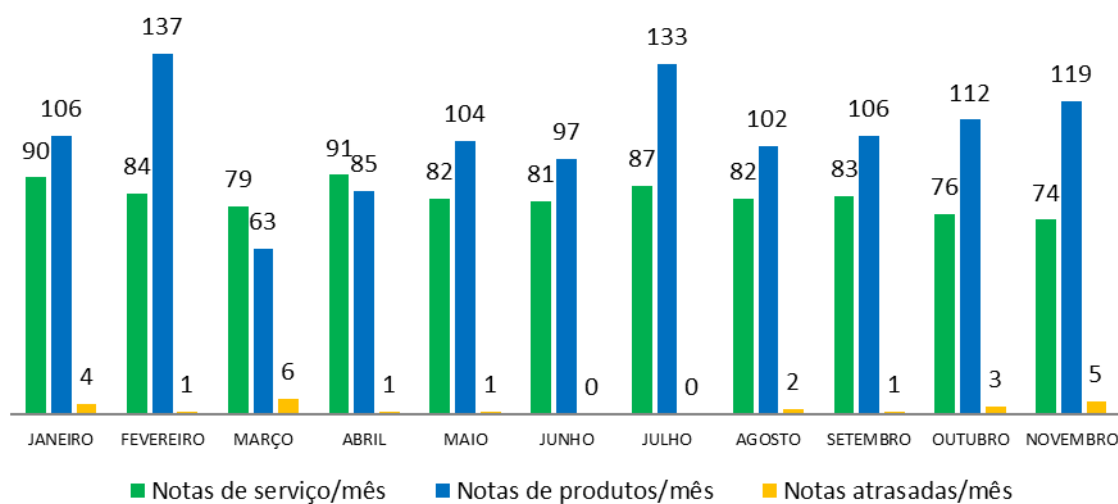
Além disso, o indicador de Execução Orçamentária não atingiu 100%, pois o orçamento disponível no período não foi totalmente utilizado.

**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.

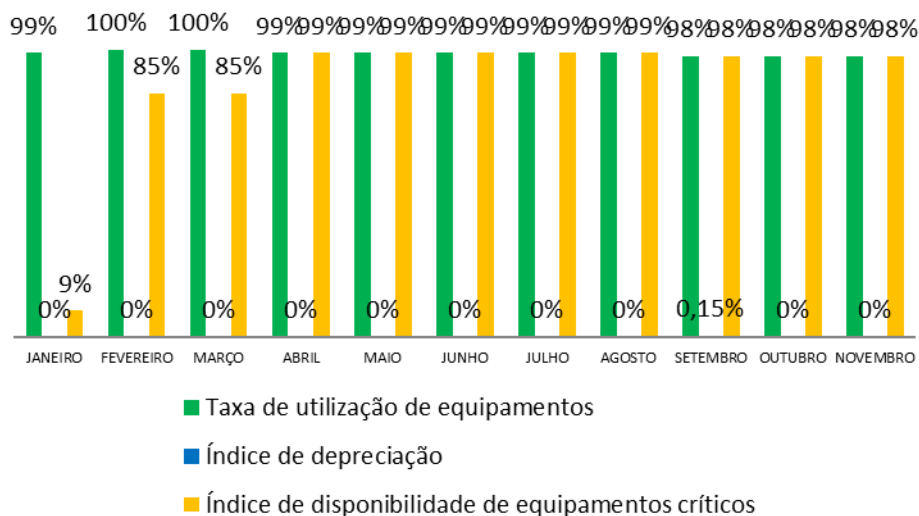
**Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de utilização de equipamentos	>95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,15%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141	105	179	210	136	147
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136	100	170	192	116	147
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	22	34	34
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	20	34	34
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9	19	17	18	15	15
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6	16	15	17	15	15

Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%	96%	80%	93%	85%	85%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139	139	139	225	225	225
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	32%	32%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	98%	98%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66	66	32	32	63	63
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%	96%	80%	93%	98%	98%

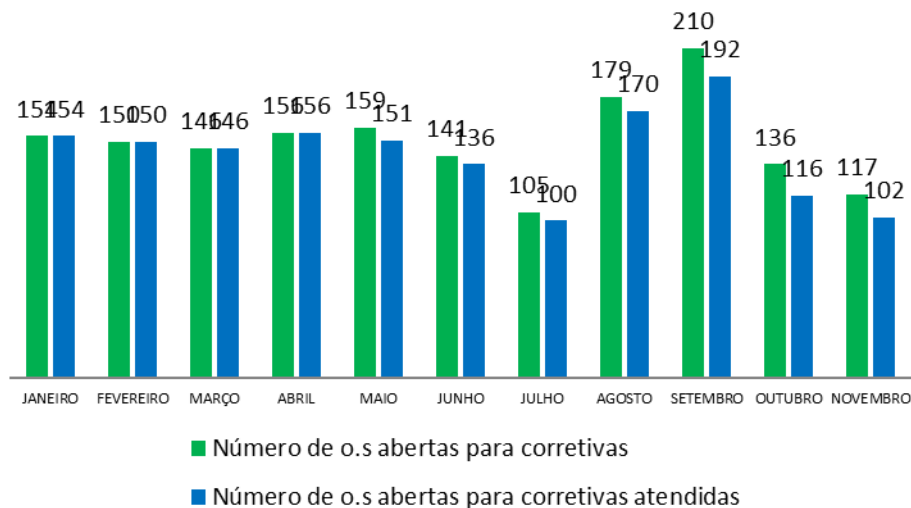
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



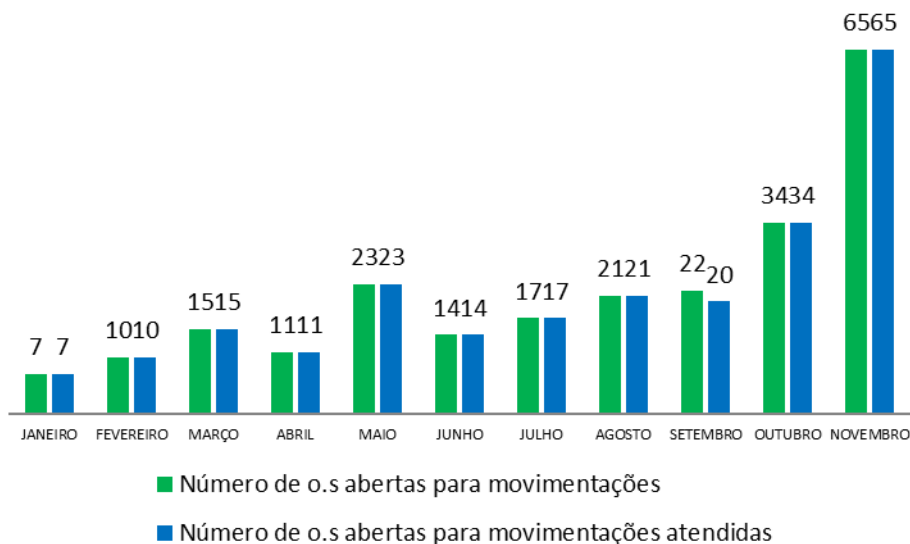
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas



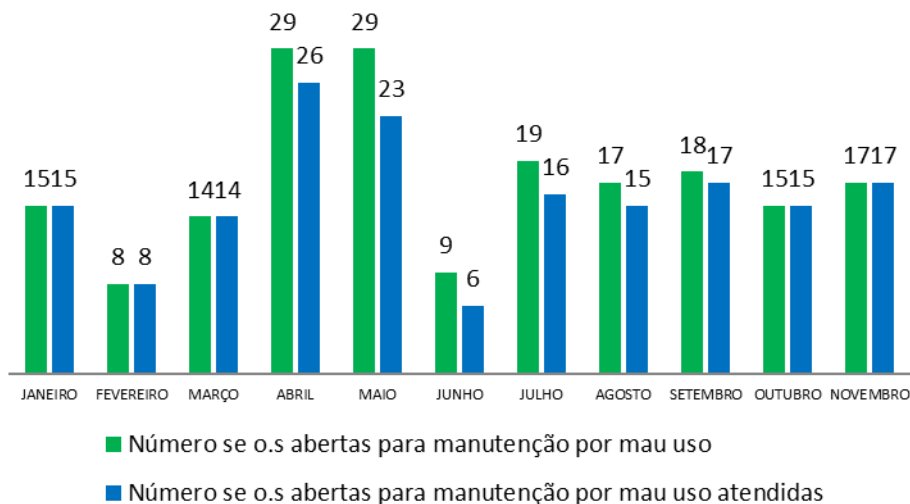
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações



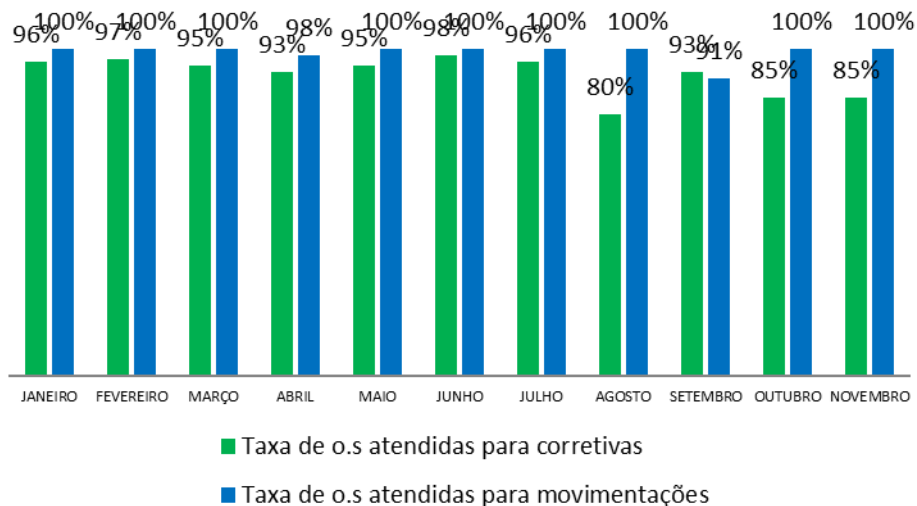
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso**



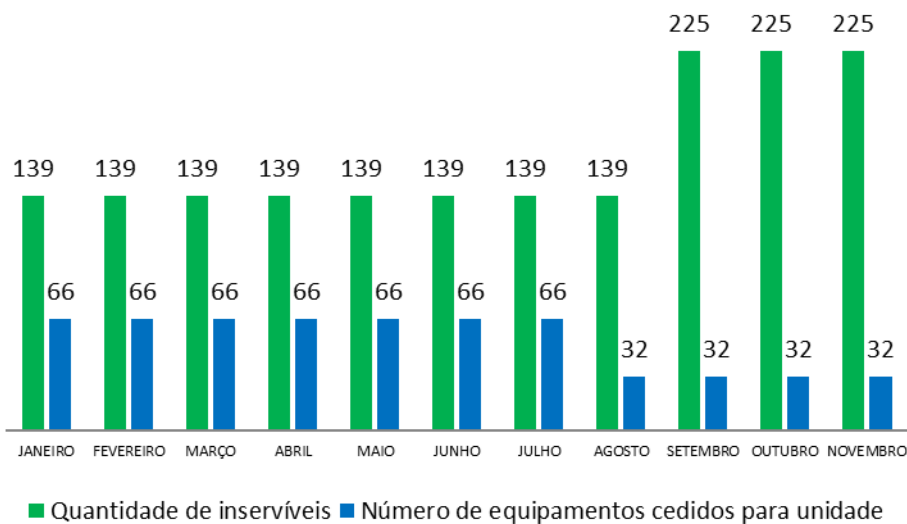
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços**



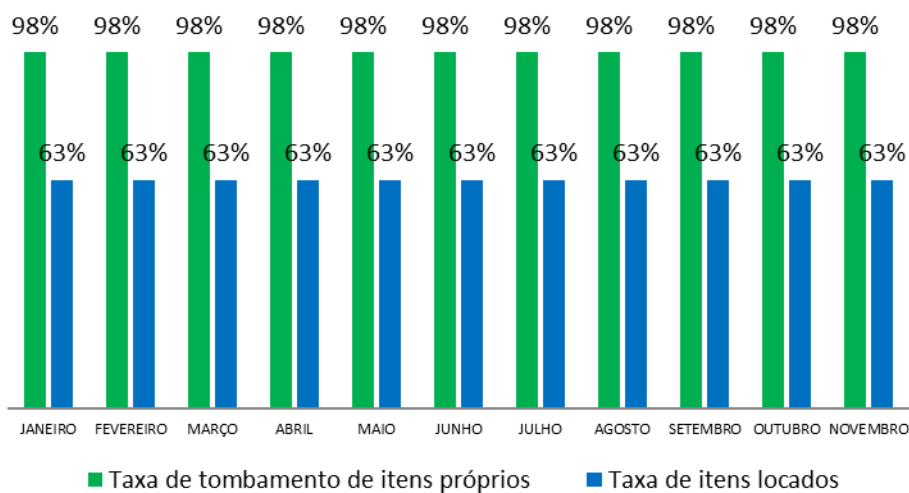
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados

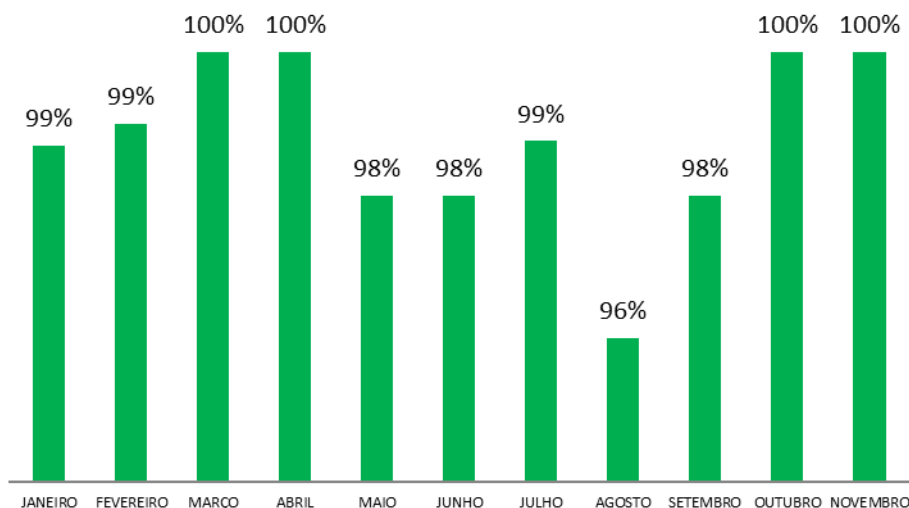


Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.



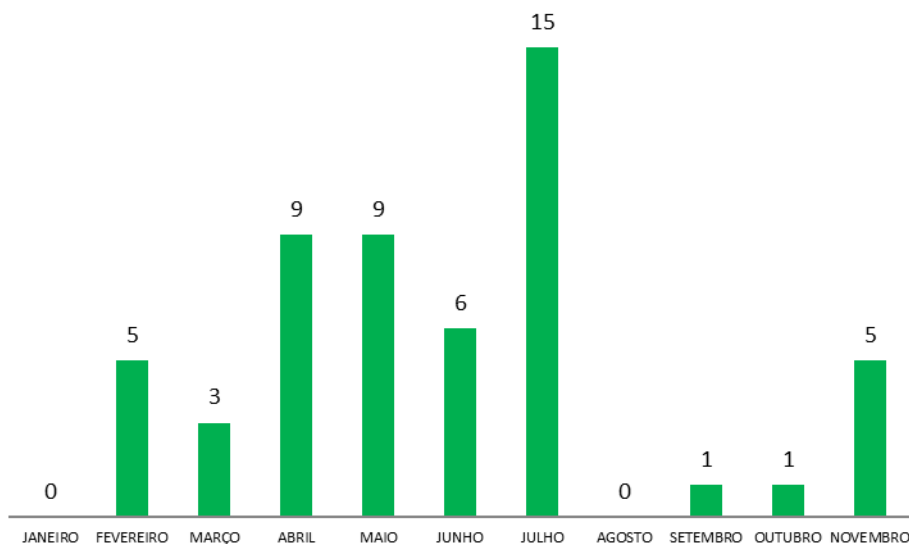
aprimoramento no atendimento aos critérios estabelecidos, ainda que os prestadores continuem considerados qualificados.

**Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados**



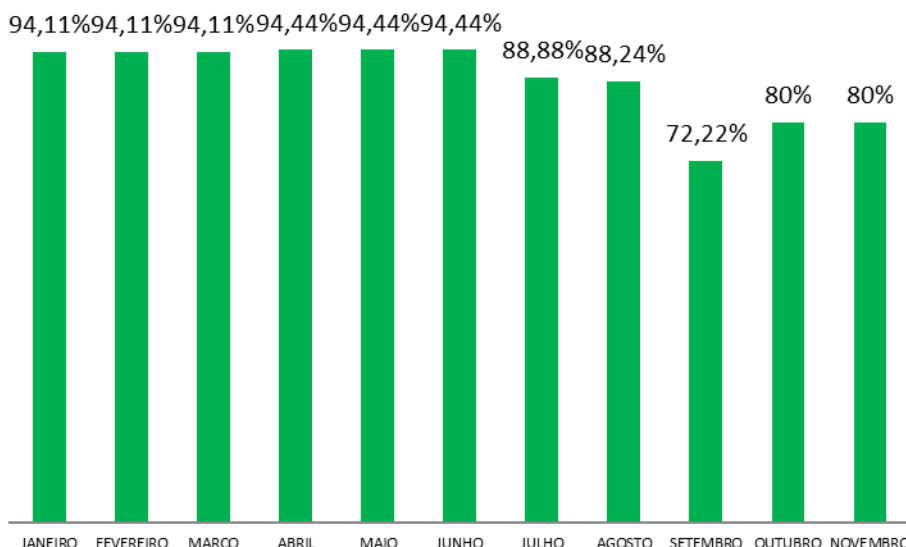
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**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.



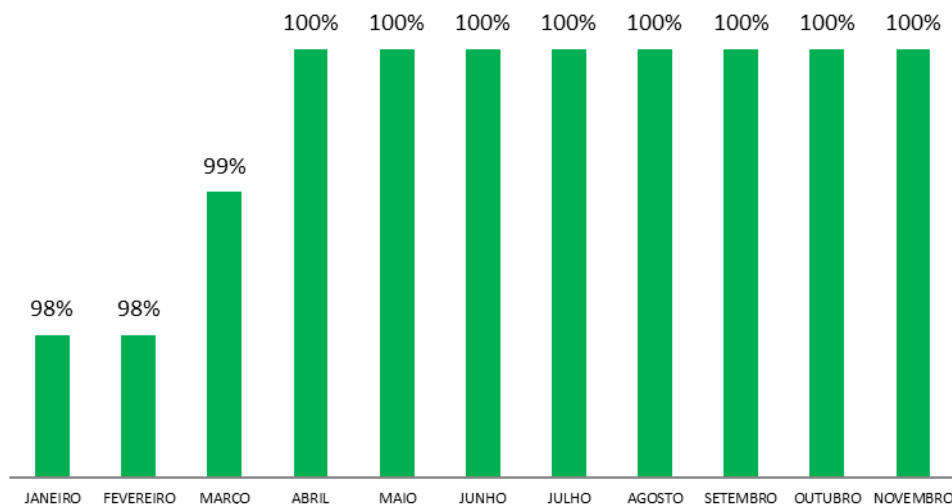
**Tabela 78 – Indicadores da Rouparia**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de envois recebidos com sujidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,23%	0,07%	0,16%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna)	< 2 horas*	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	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%	1,40%	1,75%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%	100%	100%	95%	90%	90%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,80%	100%	99,8%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

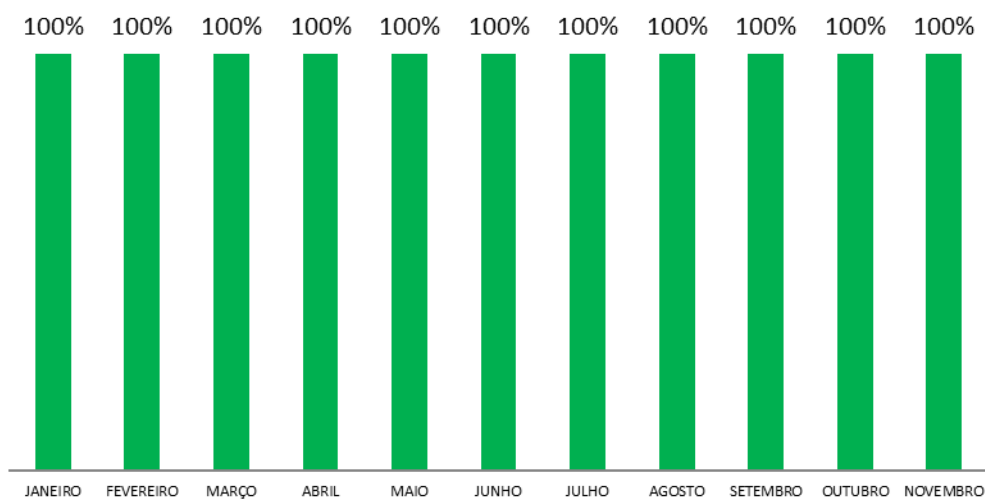
\*Alterados metas dos indicadores.

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



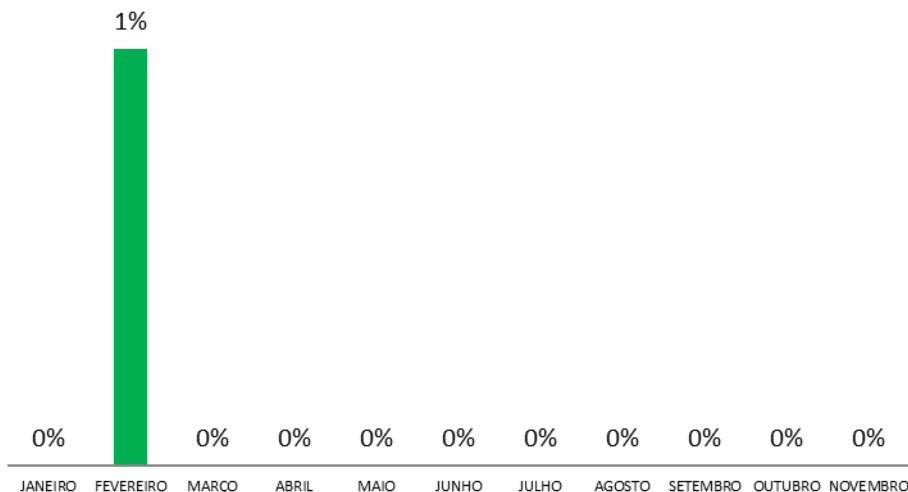
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



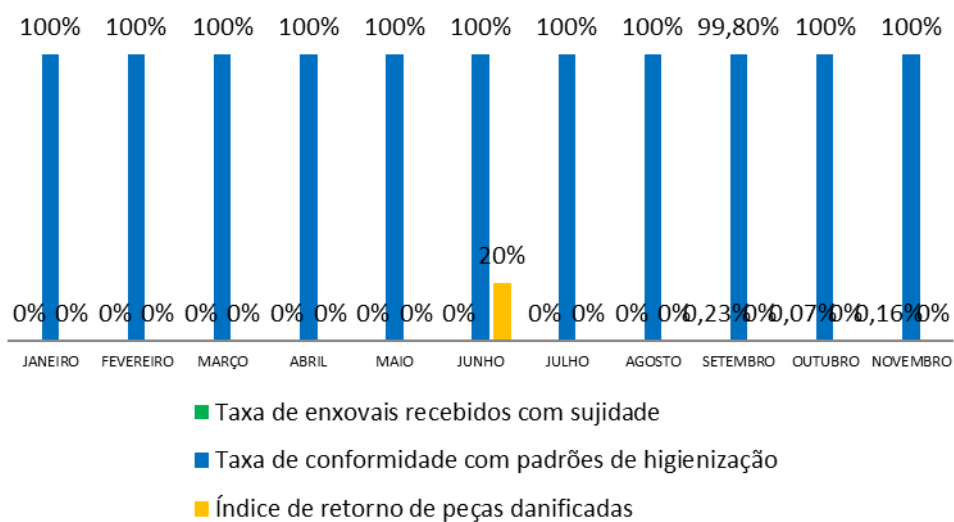
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados



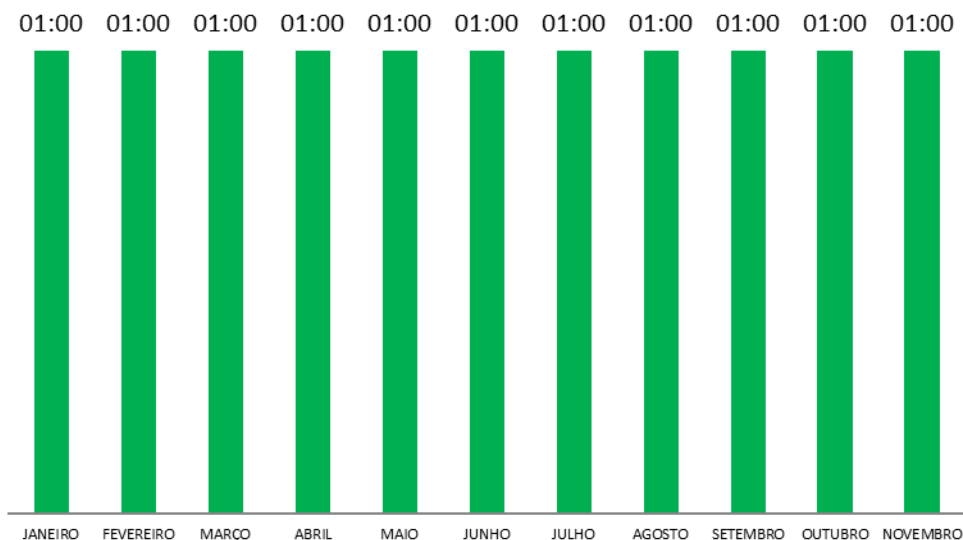
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 165 – Taxa sujeidade, conformidades e retorno de peças danificadas



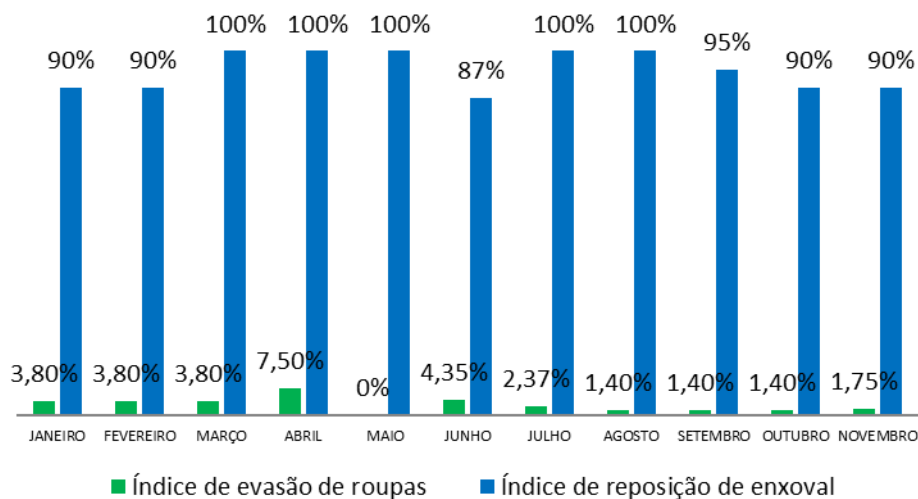
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



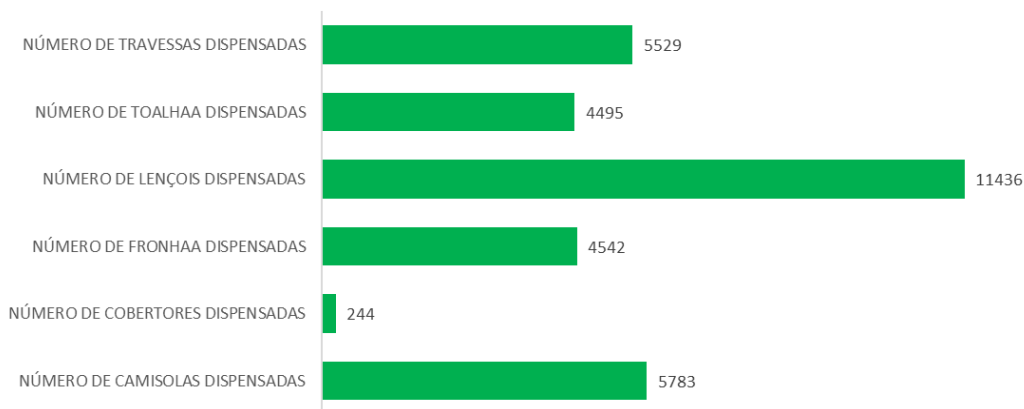
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em novembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

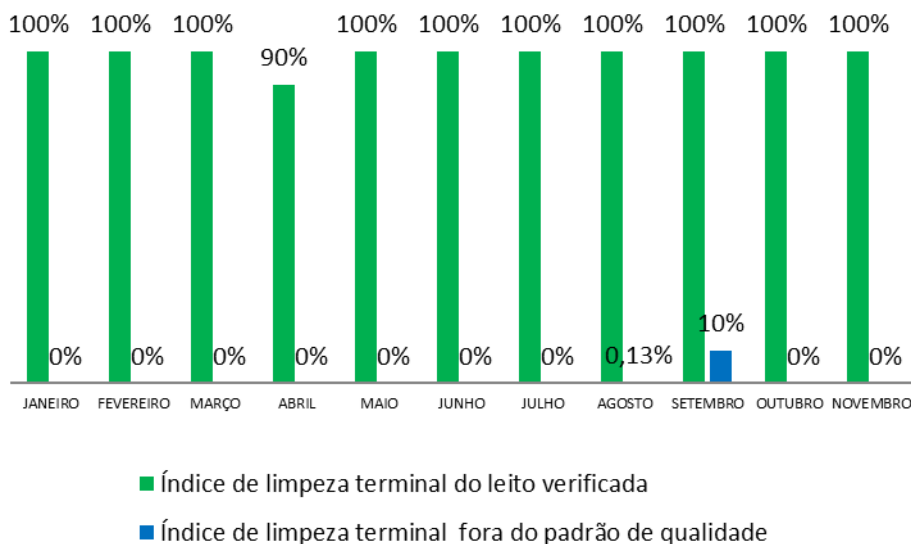
### Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	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%	0%	0%
Índice de satisfação com a limpeza*	> 80%	*	*	*	90%	90%	90%	90%	85%	90%	100%	90%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

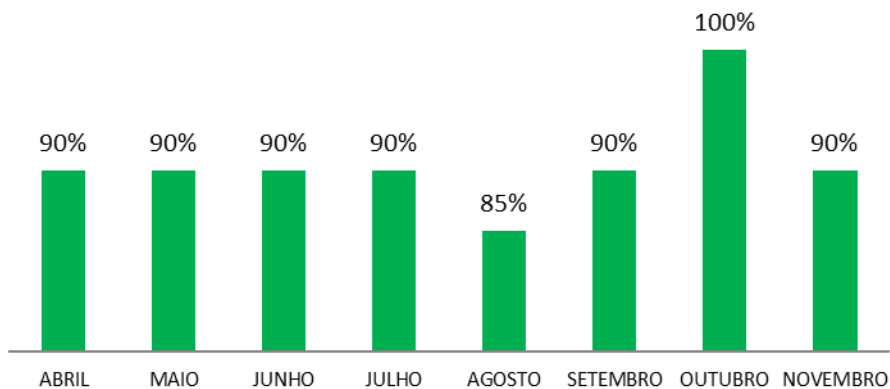
\*O indicador de Índice de satisfação com a limpeza começou a ser mensurado a partir de Abril de 2025.

**Gráfico 169 – Índices de higienização**



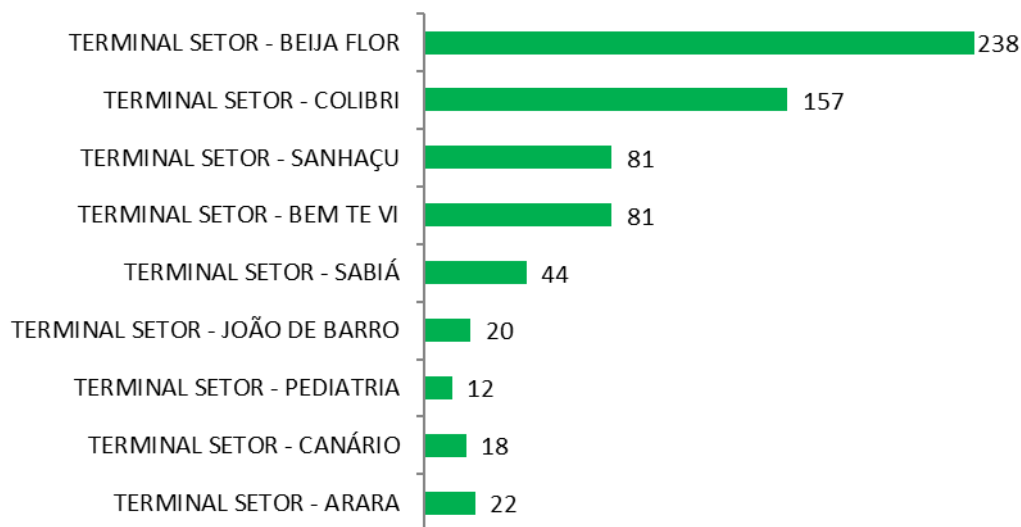
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 171 – Terminais em novembro de 2025**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### 3.9.8. Recepção

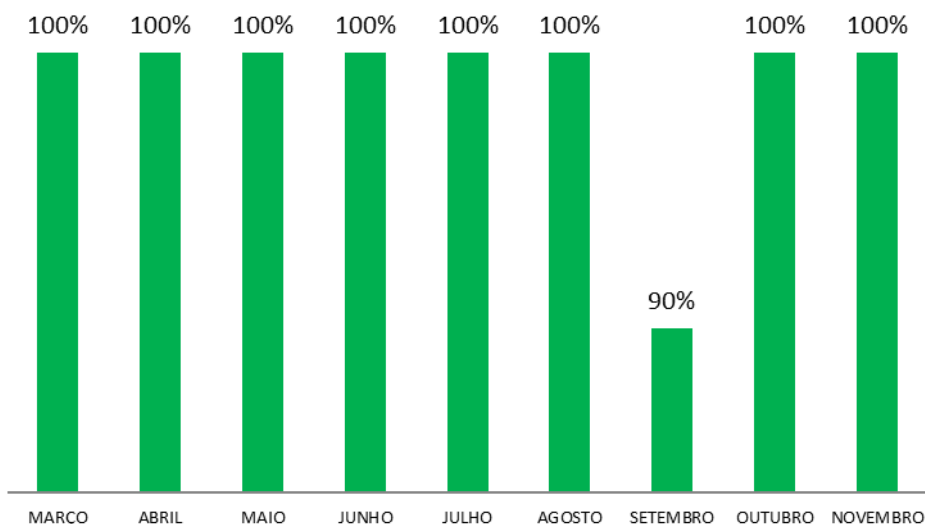
**Tabela 80 – Indicadores de Recepção**

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de satisfação com a Recepção	> 80%	*	*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210	2625	2249	2131	2107	1517
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391	479	409	345	405	358
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26	23	21	28	25	13

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

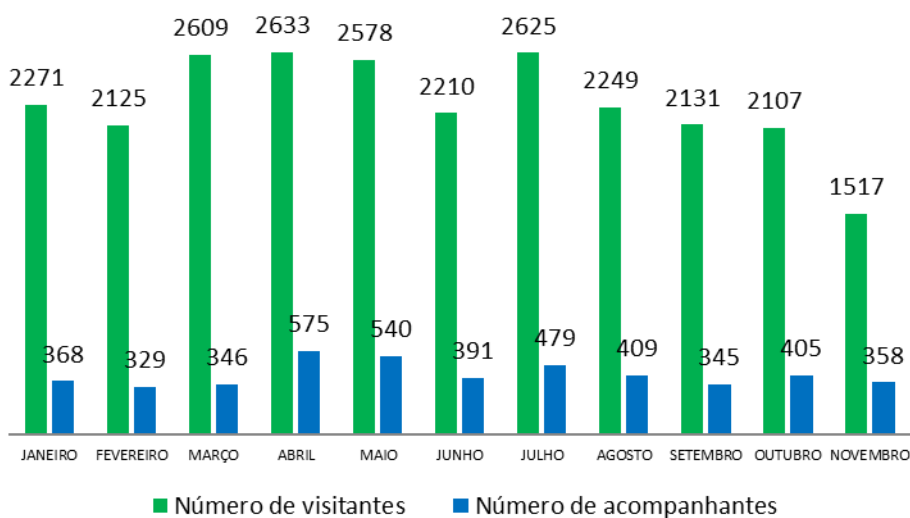
\*O indicador de Taxa de satisfação com a recepção começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

**Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

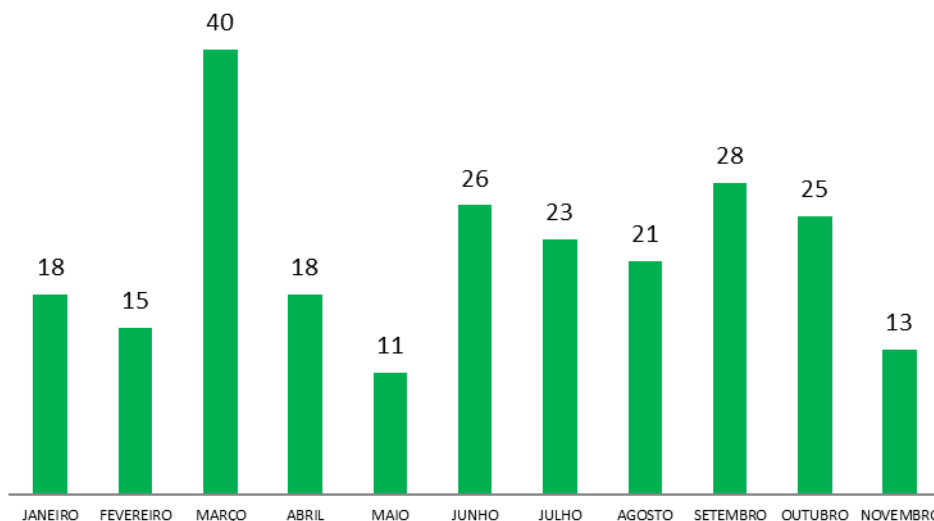
**Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes**



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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de satisfação de portaria	> 80%	*	*	95%	90%	95%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0	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%	96%	98%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

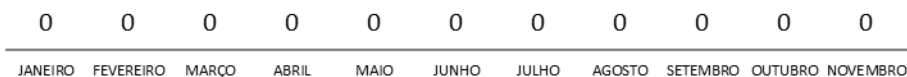
\*O indicador de Taxa de satisfação com a portaria começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

### Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria



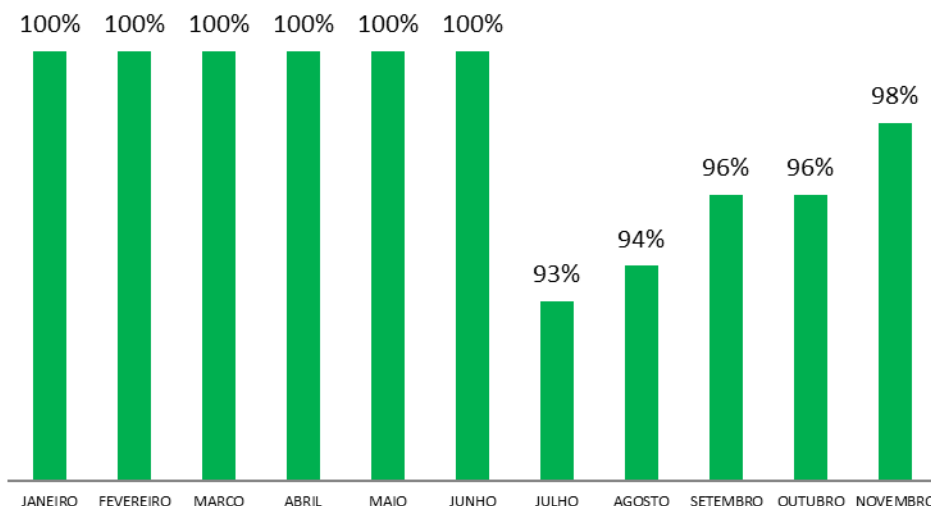
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%	*	*	*	*	*	100%	100%	100%	100%
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	3	2	1
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	2	1	1
Número de processos trabalhistas anos anteriores (2020/2024)	M/R	4	4	*	*	*	*	*	18	17	17	16
Número de processos trabalhistas (2025)	M/R	0	0	*	*	*	*	*	4	4	5	8

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.

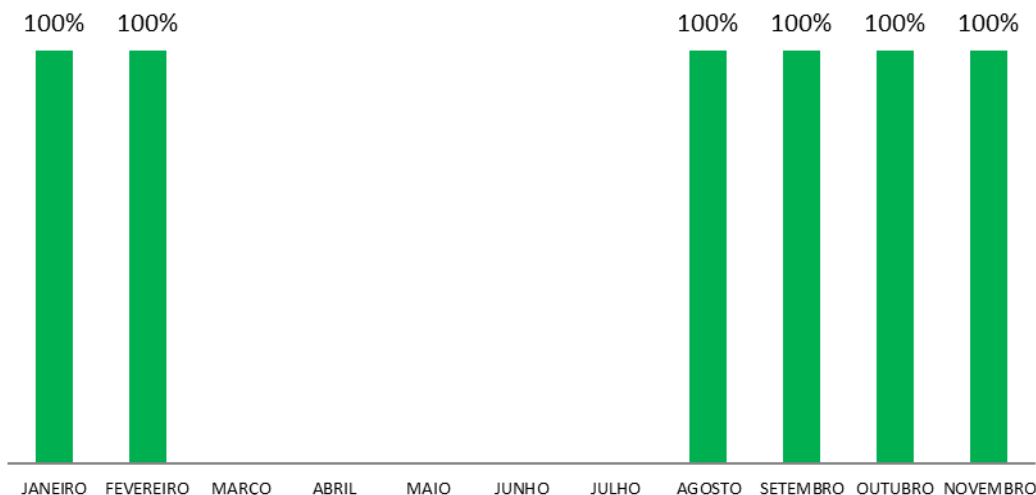
## ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

A redução do Número de Processos Trabalhistas de anos anteriores (2020–2024) ocorreu porque a INTS foi excluída de algumas ações, nas quais figurava apenas como segunda reclamada.

Observou-se aumento no Número de Ofícios Enviados, devido à necessidade de formalizar a solicitação de adequações na cozinha.

Já a elevação no Número de Processos Trabalhistas de 2025 reflete o crescimento do quantitativo de ações registradas no mês de novembro.

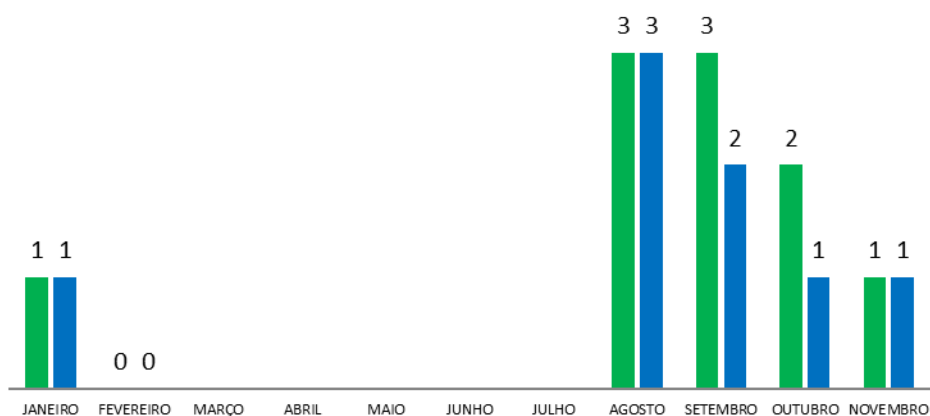
### Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais



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 179 – Notificações de fornecedores



■ Número notificação enviada a fornecedores  
■ Número de notificação respondida e resolvida por 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 novembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

#### 3.9.11. Ouvidoria

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

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de resolução	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tempo médio de resposta (em dias)	5 dias	1	3	2	1	1	3	3	4	1	13	7
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27	2	66	18
Número de elogios	M/R	42	15	51	29	35	28	15	22	0	66	20

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%	70%	78%	90%	83%	75%	73%	80%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1	2	4	2	4	2	2	4
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40	40	40	40	40	40	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16	7	5	7	1	2	2

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

## ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

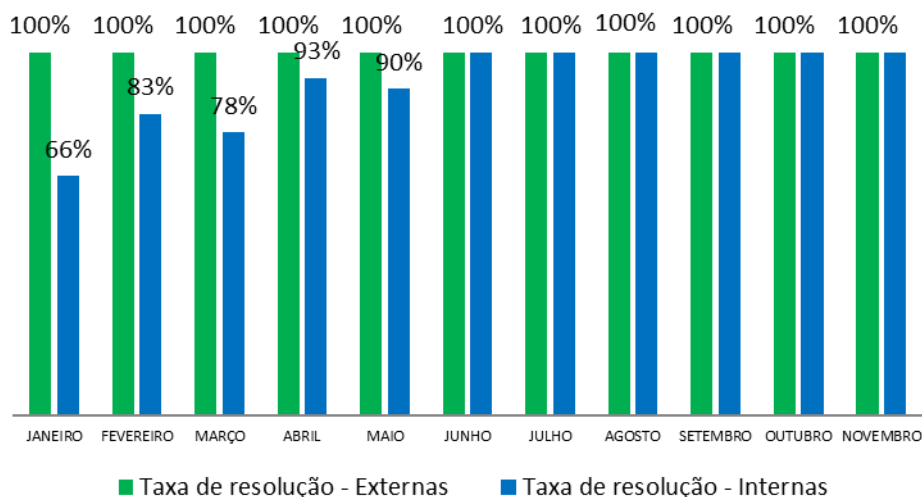
A redução da taxa de NPS ocorreu devido às notas detratoras atribuídas por pacientes referentes ao atendimento de outras áreas. A equipe segue apoiando na análise e qualificação das demandas, repassando aos gestores responsáveis as informações necessárias. Ressalta-se que não temos autonomia para executar

ações diretas, porém atuamos no alinhamento e direcionamento adequado das ocorrências.

O período também foi marcado pela adaptação ao novo sistema SIGRC, o que impactou o indicador de Tempo Médio de Resposta Externo. Algumas funcionalidades ainda estão em fase de implementação, e a equipe permanece em articulação com o suporte técnico para aprimorar o desempenho do sistema e estabilizar os indicadores nos próximos meses.

Quanto ao aumento expressivo das insatisfações internas, todas as manifestações foram encaminhadas às áreas competentes, que estão adotando as medidas necessárias para os ajustes e melhorias identificadas.

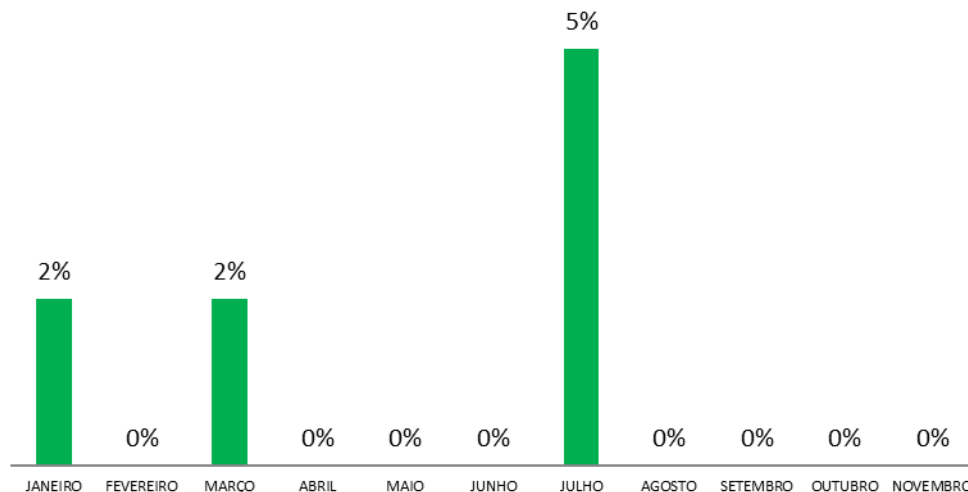
**Gráfico 181 – Taxa de resoluções**



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

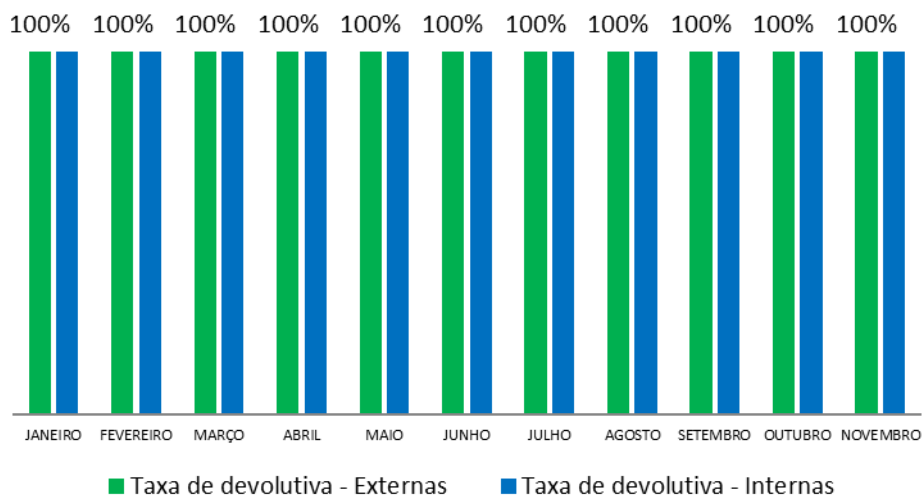


### Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa



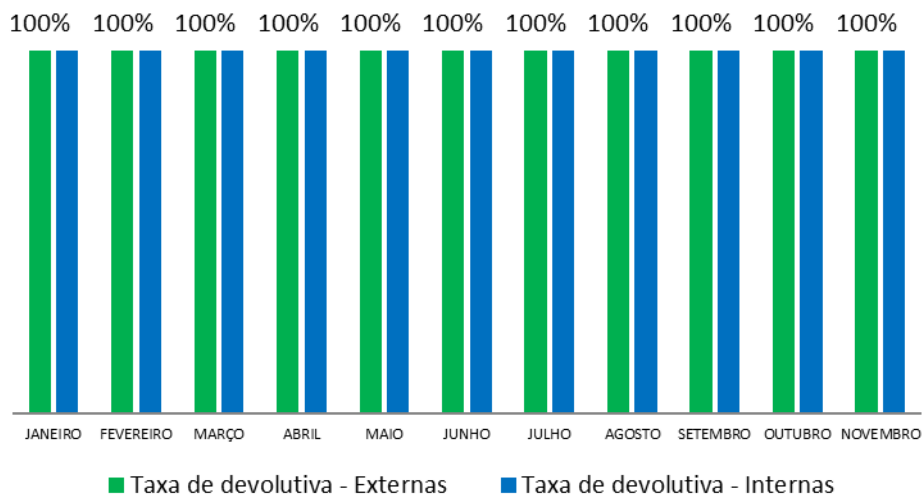
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 183 – Taxa de devolutivas



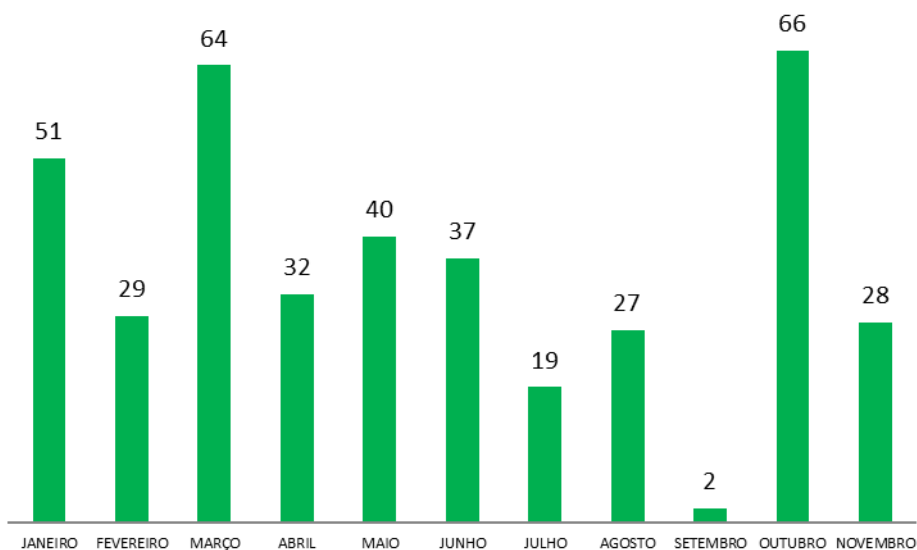
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 184 – Tempo médio de resposta



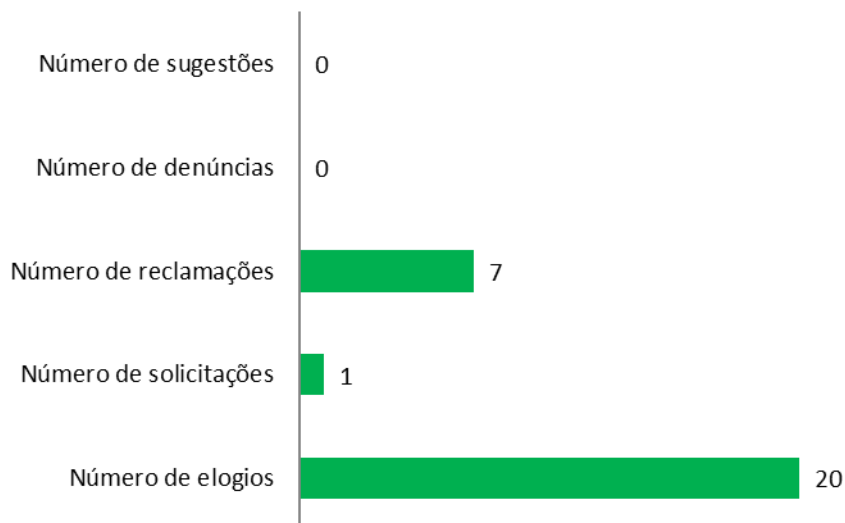
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas



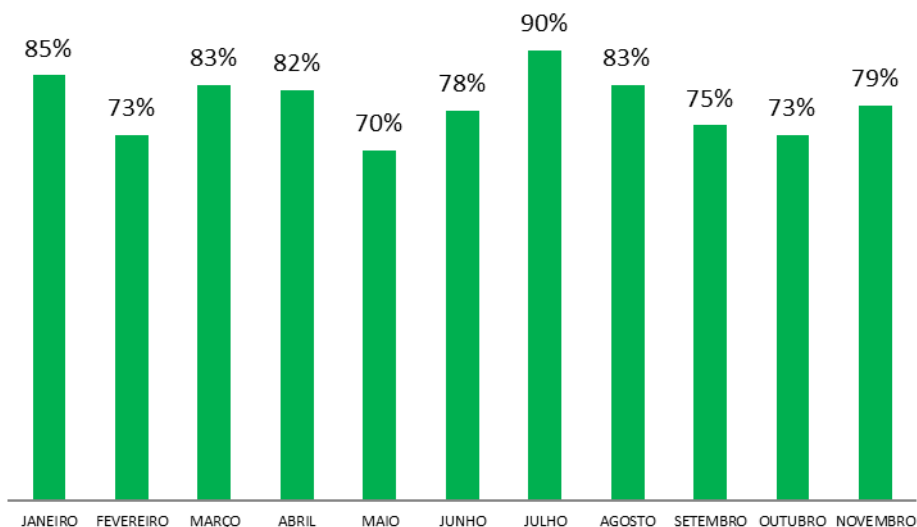
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em novembro de 2025



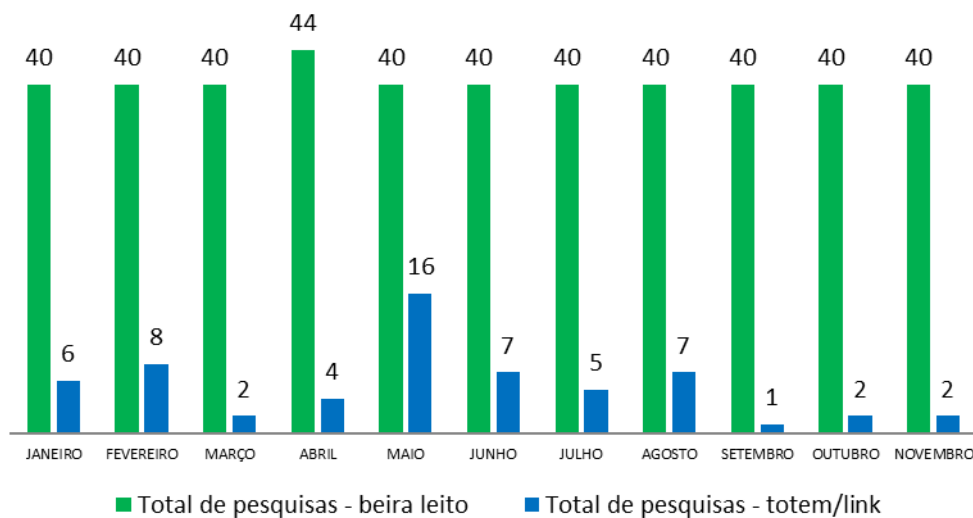
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



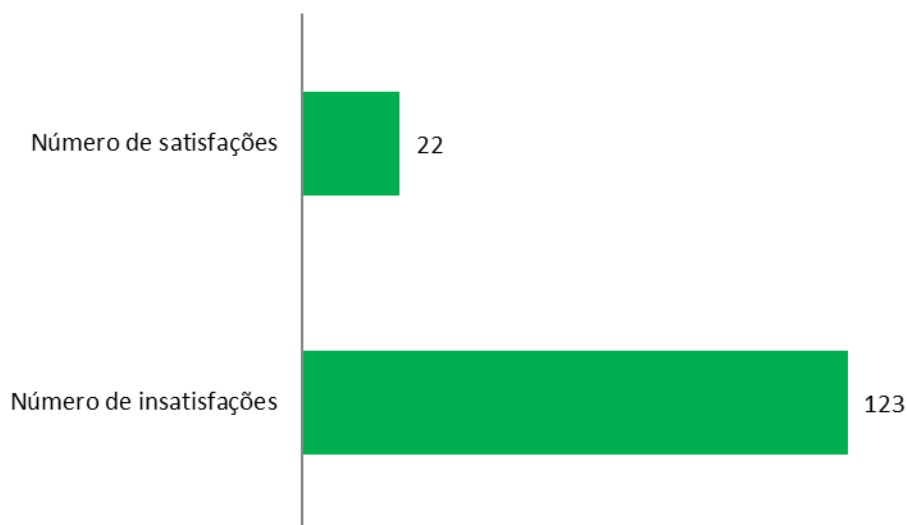
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 188 – Total de pesquisas internas**



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 189 – Total de manifestações internas em novembro 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%	89,59%	89,97%	90,06%	88,16%	82,16%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%	0,20%	1,00%	0,19%	0,78%	1,39%	0,98%	0,00%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%	2,98%	3,19%	2,00%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	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%	100%	100%

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

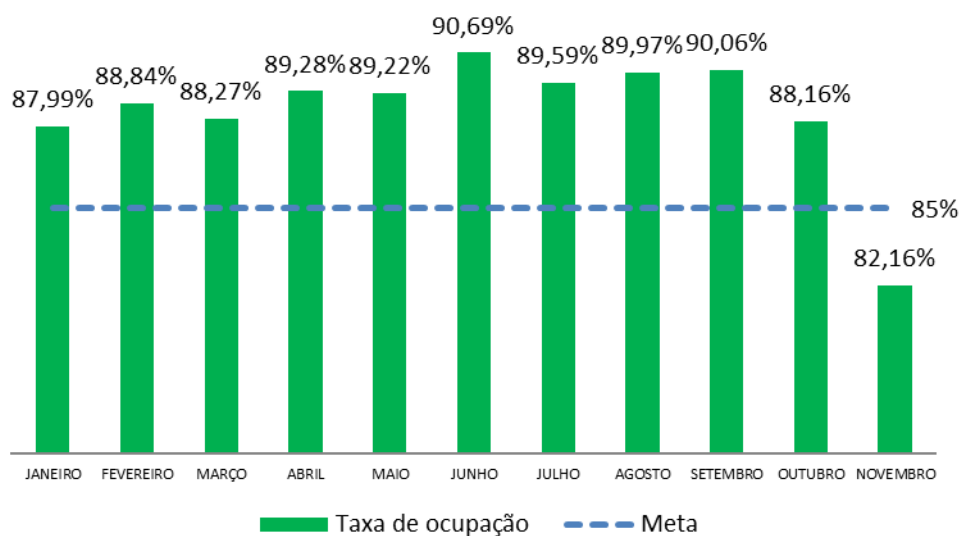
## ANÁLISE CRÍTICA – INDICADORES CONTRATUAIS

Em novembro, houve redução da taxa de ocupação hospitalar tanto na Clínica Médica quanto na UTI, diretamente influenciada pelas obras de manutenção iniciadas em 18/11/2025. A interdição parcial do setor da Clínica Médica e a necessidade de remanejamento de pacientes diminuíram a capacidade operacional de leitos-dia, afetando o resultado do indicador.

Na UTI, as manutenções estruturais levaram à unificação temporária das duas unidades, concentrando os pacientes na UTI Beija-Flor com 30 leitos ativos. Esse ajuste reduziu a disponibilidade da UTI Bem-te-Vi e gerou períodos com leitos vagos. Além disso, a presença de leitos destinados à diálise, que podem ser bloqueados conforme necessidade, também impactou o número total de pacientes-dia.

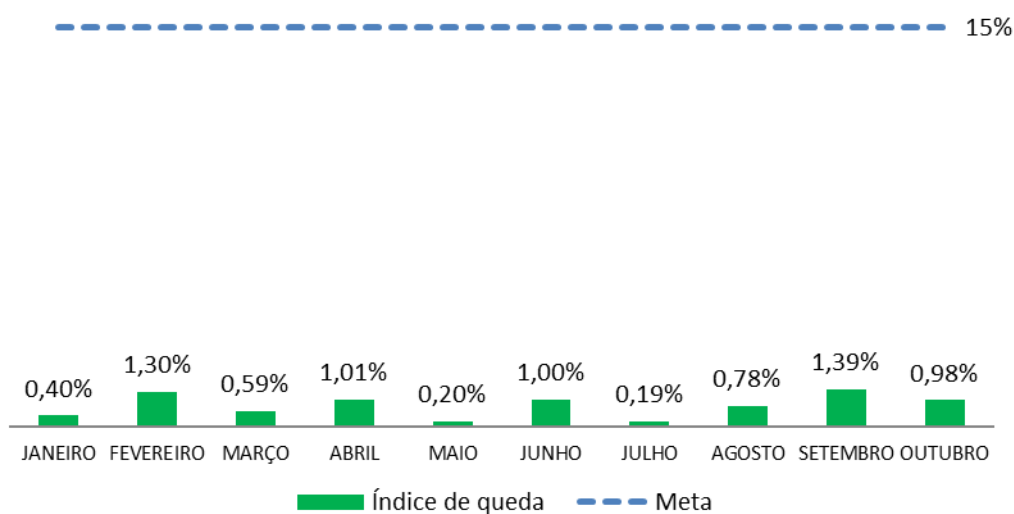
Mesmo com as limitações estruturais, as equipes organizaram os fluxos assistenciais para garantir segurança e continuidade do cuidado. A expectativa é de que, com a conclusão das obras e a normalização dos setores, a taxa de ocupação volte gradualmente aos níveis habituais.

**Gráfico 190 – Taxa de ocupação**



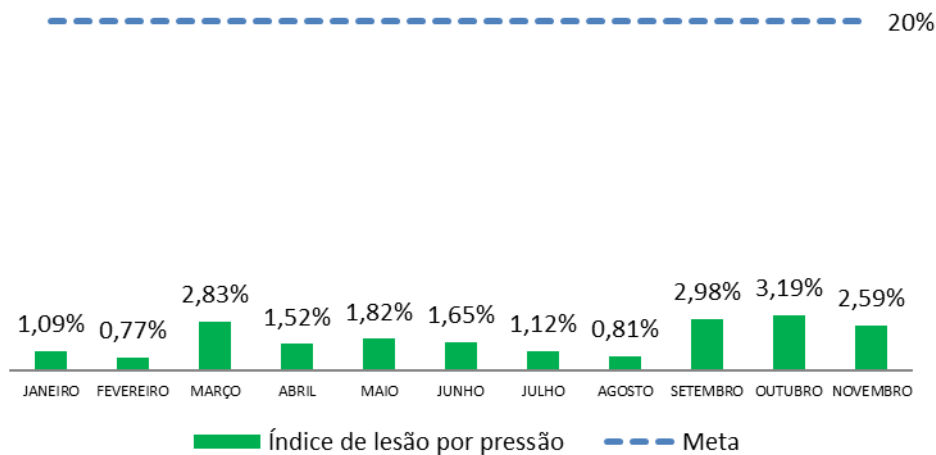
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 191 – Índice de queda**



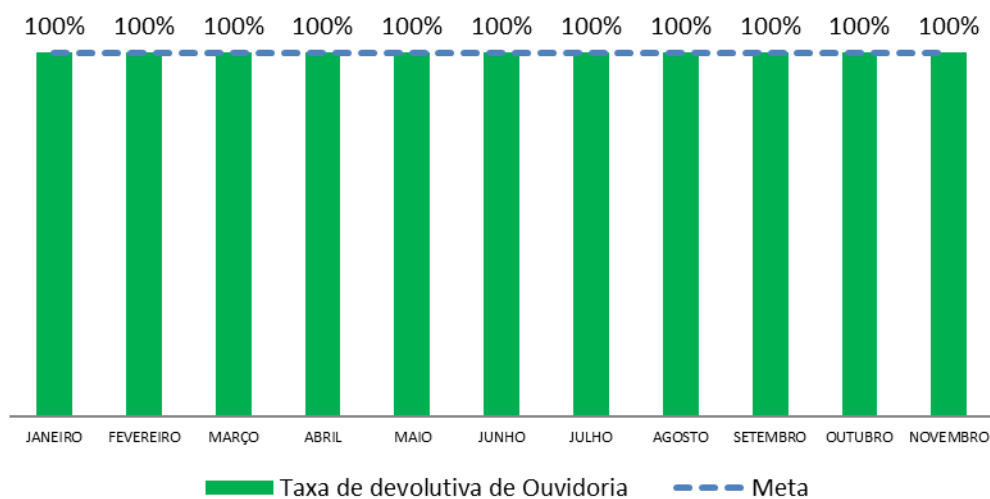
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

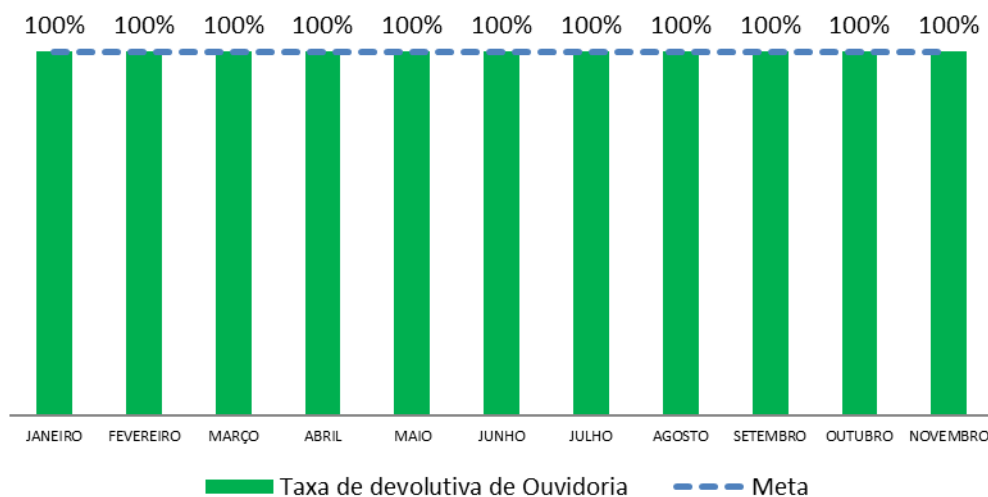
### Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.



Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

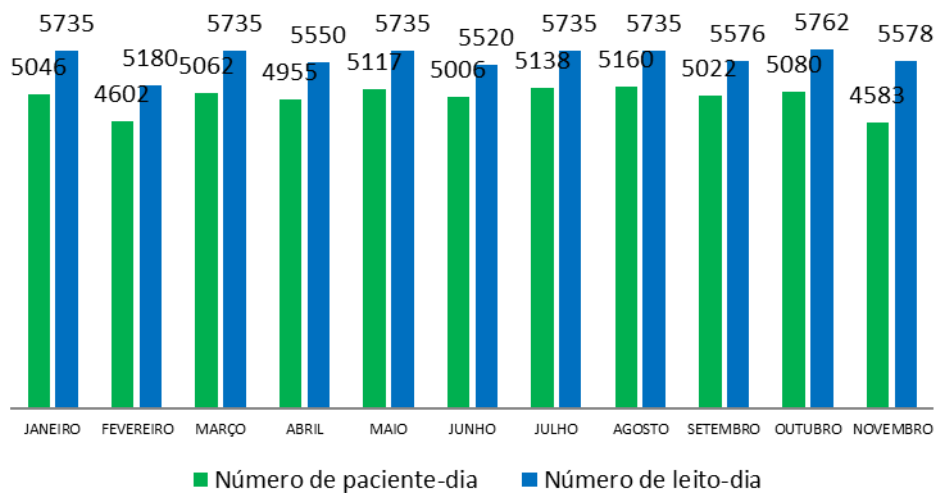
## 5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022	5080	4583
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220	5735	5735	5576	5762	5528
Número de quedas	<10	2	6	3	5	1	5	1	4	7	5	5
Casos de lesão por pressão	< 10	3	2	7	4	6	4	3	2	7	8	8
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27	2	66	21
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240	255	232	246	248	198

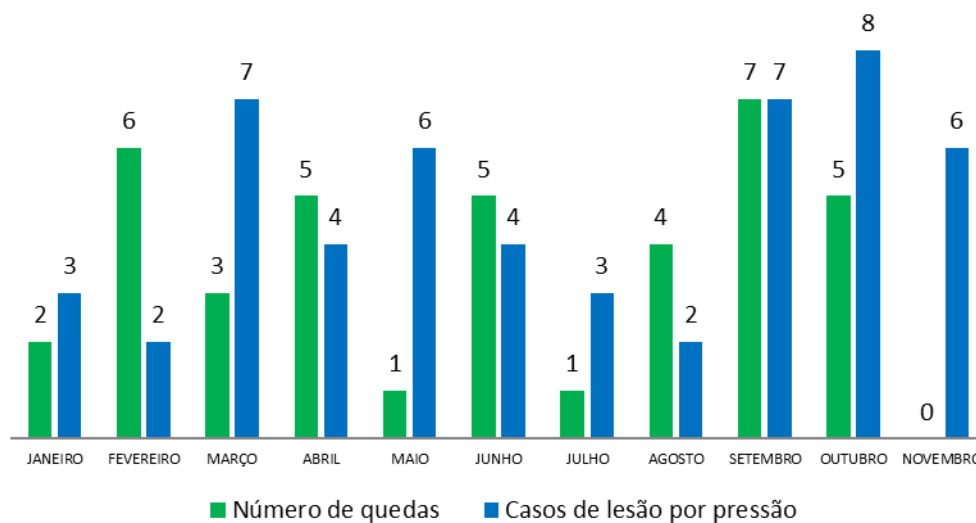
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 195 – Número paciente e leito dia**



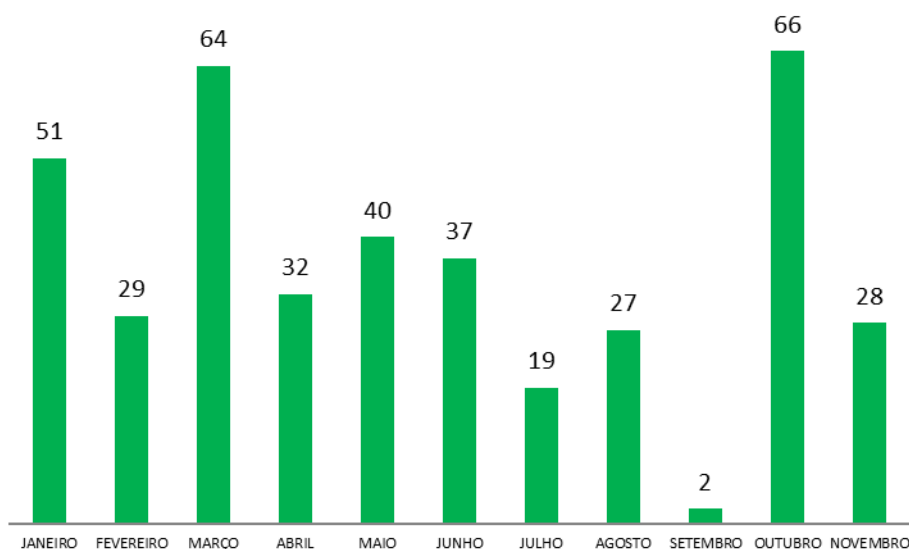
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão**



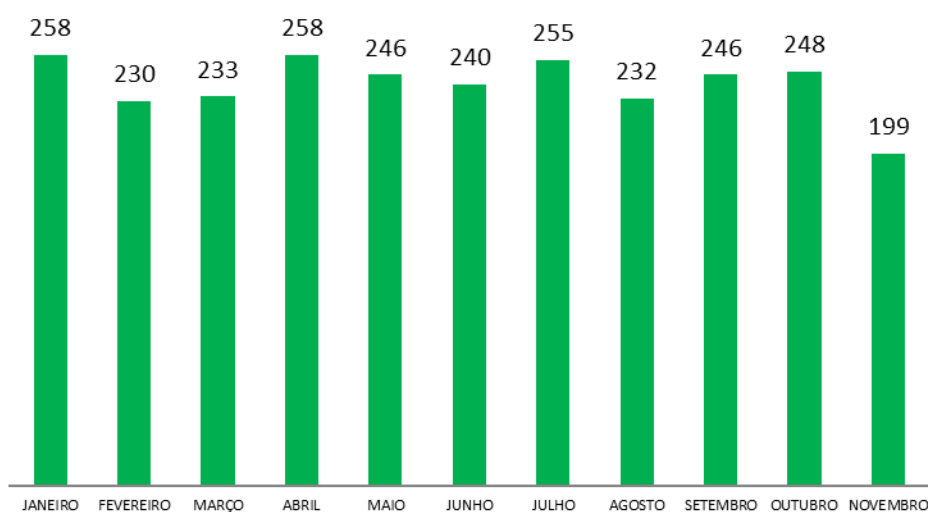
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**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**

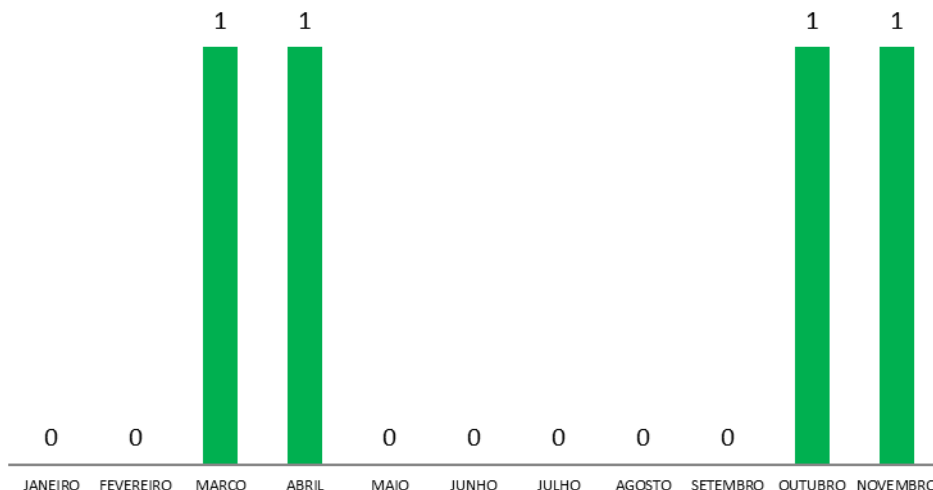
INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
Produção de resíduos infectantes	> 12500kg	14684kg	12590kg	14691kg	14113kg	13044kg	13119kg	13712kg	13750kg	15553kg	11.581kg	12.003kg
Produção de resíduos comum	> 16500kg	21409kg	19803kg	18930kg	21873kg	19799kg	23247kg	24091kg	24002kg	22102kg	21.073kg	20.003kg
Produção de resíduos químicos	> 300Kg	224 kg	38kg	61kg	59kg	52kg	155kg	58kg	98kg	17kg	14kg	14kg
Produção de resíduos recicláveis	> 1600Kg	3.510kg	3.523kg	3.994kg	3.709kg	4.073kg	3.852kg	3667kg	3240kg	2991kg	2.540kg	1.465kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

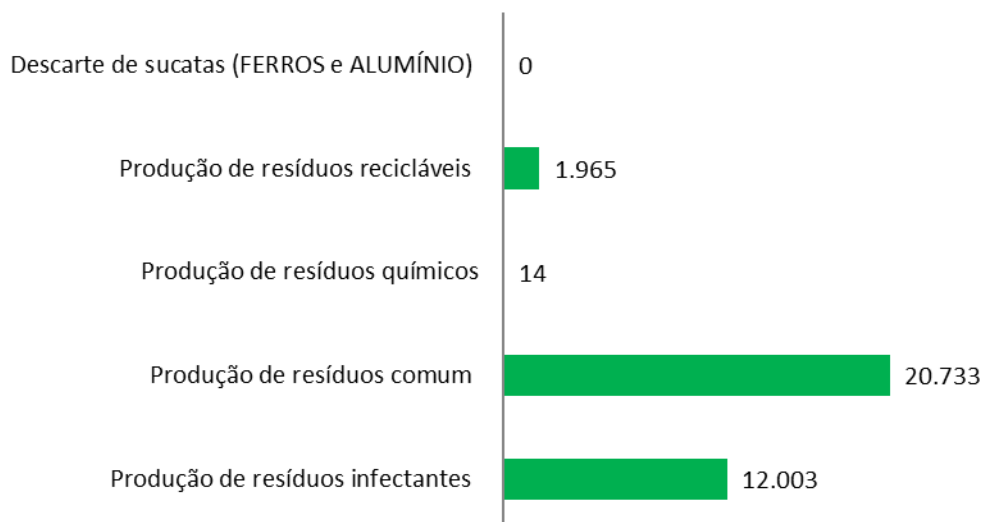
A Nutrição/Cozinha apresentou uma queda significativa na geração de resíduos em comparação a outubro de 2025. Esse resultado está associado à mudança temporária do local do refeitório, o que impactou diretamente o fluxo de produção e distribuição das refeições. Além disso, a empresa responsável pelo serviço realizou ajustes operacionais durante o período, contribuindo para a redução do volume de resíduos gerados. A tendência é de estabilização do indicador após a normalização do espaço e dos processos internos.

### 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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200	166	156	210	153	198
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27	33	23	24	20	20
Número médio de sessões por número de pacientes*	M/R	7	10	8	7	6	7	5	7	9	8	5

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

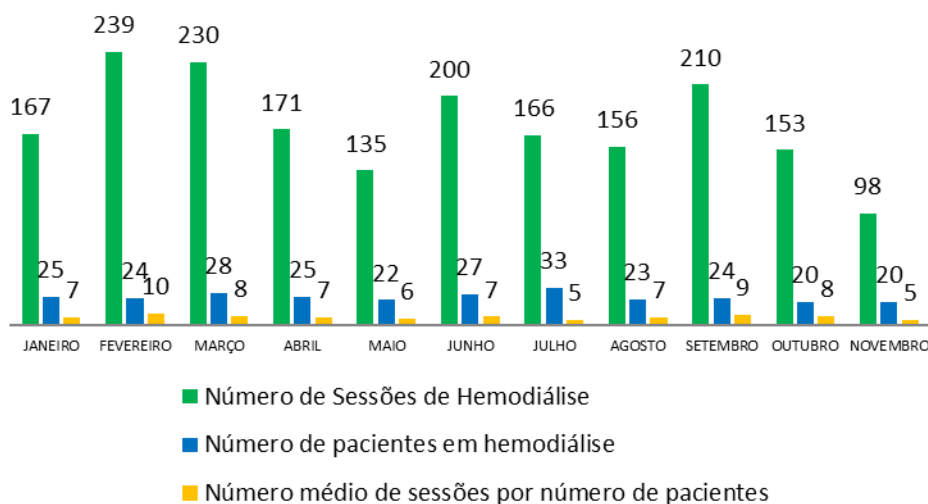
\*Dados arredondados.

## ANÁLISE CRÍTICA – HEMODIÁLISE

A redução no número de sessões de hemodiálise observada no período não está relacionada à queda no número de pacientes acompanhados, mas sim à menor necessidade clínica de realização do procedimento. Conforme os resultados laboratoriais e a estabilidade clínica dos pacientes, alguns deles passaram a exigir menos sessões semanais — por exemplo, mantendo o acompanhamento, porém com indicação de apenas uma sessão semanal, em vez de três ou mais.

Dessa forma, mesmo com o volume de pacientes estável, houve redução na quantidade total de sessões, respeitando a indicação médica e o protocolo assistencial vigente.

**Gráfico 201 - Hemodiálises**



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

### 5.3.3. Hemocomponentes

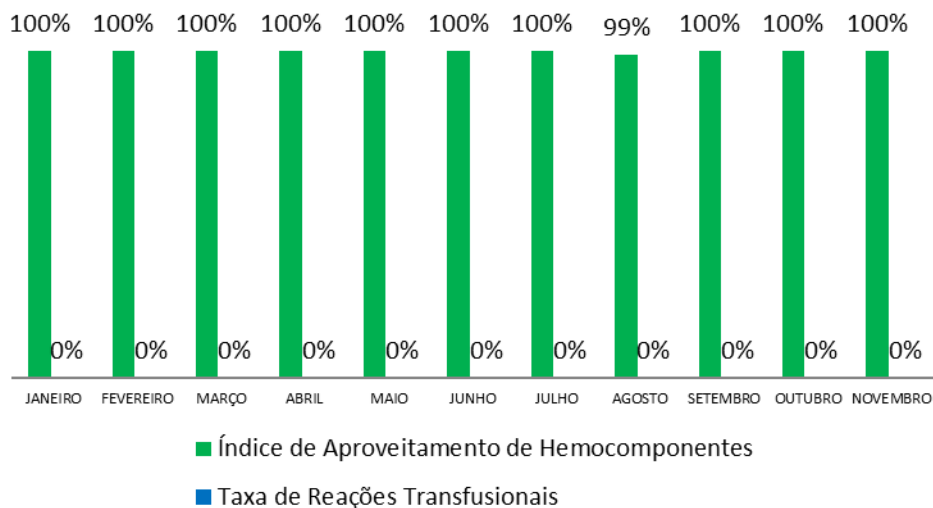
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

**Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes**

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	100%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70	60	38	28	37	34	22	34

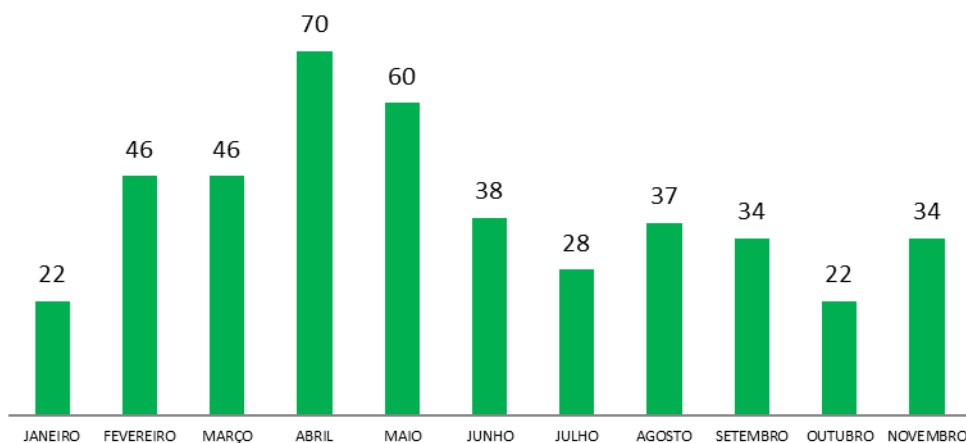
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

### 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 - CIHDOIT	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 NOVEMBRO DE 2025**

### **SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 01 - Gerenciamento de Riscos Ocupacionais – 03, 05, 06, 07, 13, 14, 17, 24 e 25/11:**

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## **SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 23 - Prevenção e Combate ao princípio de incêndio - 04, 07 e 12/11:**

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.



## **SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – 05, 06, 07, 11, 12, 13, 17, 19, 24 e 28/11:**

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.

## **SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS – 07 e 12/11:**

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## **SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança - Round de Segurança do Trabalho (Fractal) – 07 e 18/11:**

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho na execução das atividades laborais, alinhamento dos serviços a serem realizados para o acompanhamento da segurança do trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## **SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas – 07, 12, 13 E 14/11:**

Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e desconpressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## **HUMANIZAÇÃO| evento | CAFÉ ACOLHEDOR – 25/11**

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.

### **Equipe médica e Global Med | treinamento | Diretrizes AHA 2025 - 25/11**

O HMG recebeu um treinamento de Suporte Básico de Vida (SBV) para médicos, ministrado pela Global Med e baseado nas diretrizes AHA 2025. A capacitação abordou compressões e ventilações de alta qualidade com bolsa-válvula-máscara, manejo completo da parada cardiorrespiratória (PCR) e uso do DEA para reconhecimento de ritmos e desfibrilação rápida.

Também foram atualizadas as técnicas de desobstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) em adultos e crianças. Os participantes praticaram as habilidades de forma ativa, demonstrando entusiasmo e satisfação com o aprendizado.

A infraestrutura oferecida contribuiu para o sucesso do treinamento, com espaço adequado para teoria e prática, incluindo manequins e materiais realísticos. O evento reforçou o compromisso do HMG e da Global Med com a qualificação contínua e a excelência no atendimento de emergências.





Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## Humanização | evento |Dia da Humanização | 28/11

Em reconhecimento ao empenho, à criatividade e ao envolvimento de cada integrante da Comissão de Humanização nas ações desenvolvidas ao longo do ano, o Hospital Municipal Guarapiranga preparou um brinde personalizado, entregue junto a chocolates e uma mensagem de gratidão. O gesto simboliza o impacto positivo do trabalho da comissão, que busca transformar o ambiente hospitalar em um espaço mais acolhedor, sensível e humano — tanto para pacientes quanto para colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## 7.1 AÇÕES DE DESTAQUE

### Qualidade | Ação | SEMANA DA QUALIDADE - 11 e 12/11

O Hospital Guarapiranga realizou um evento especial que uniu emoção, criatividade e aprendizado. Inspirada no universo do filme *Divertidamente*, a iniciativa — batizada de “Divertidamente Qualidade” — mobilizou colaboradores de diferentes setores em atividades dinâmicas voltadas ao trabalho em equipe, à agilidade de raciocínio e ao fortalecimento da qualidade na saúde pública, bem como reforçar o conhecimento sobre processos internos, boas práticas hospitalares e estratégias de aprimoramento contínuo, estimulando cooperação, rapidez na tomada de decisão, padronização de processos, organização dos materiais e o uso correto da rede interna do hospital.

Organizado pelo Setor da Qualidade, o encontro contou com duas atividades principais, ambas desenvolvidas para aproximar colaboradores dos conceitos de cultura da qualidade, melhoria contínua e gestão hospitalar de maneira lúdica e envolvente.





Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

### Institucional| campanha Novembro Azul | 24, 25, 26, 27 e 28/11

A campanha Novembro Azul mobilizou colaboradores, terceirizados e diversos setores do Hospital Municipal Guarapiranga reforçando a importância da prevenção e do diagnóstico precoce.

**Coleta de PSA em parceria com a Atenção Básica:** A programação iniciou com dois dias (24 e 25) de coleta do exame de PSA, realizados em parceria com a UBS Jardim Herculano, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde do território. Colaboradores e terceirizados aproveitaram a oportunidade para cuidar da própria saúde durante o expediente.

**Futebol masculino anima a unidade:** Nos dias 26 e 27 de novembro, o clima foi de festa e competição saudável com o futebol masculino. Os jogos ocorreram nos dois plantões (par e ímpar), garantindo que todos tivessem a chance de participar. Medalhas foram entregues às equipes campeãs, em um momento de integração e celebração. O destaque do torneio a equipe formada por profissionais da manutenção e limpeza, arrancando aplausos e boas risadas dos colegas.

Foto institucional reforça compromisso com a saúde do homem

Fechando a programação, no dia 28 de novembro, o HMG promoveu a tradicional foto institucional do Novembro Azul, reunindo colaboradores em um gesto simbólico de apoio à conscientização sobre os cuidados integrais à saúde masculina.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.





Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A gestão busca constantemente o planejamento eficaz e a execução das ações nos serviços públicos de saúde, por meio da organização, desenvolvimento e

monitoramento contínuo dos instrumentos e ferramentas que orientam as práticas de atendimento e atenção à saúde na Unidade de Saúde.

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

São Paulo, 16 de dezembro de 2025.

Assinado eletronicamente por:  
Simone da Silva de Araújo  
CPF: \*\*\*.009.575-\*\*  
Data: 18/12/2025 14:01:25 -03:00

 MUNDODIGITAL

---

**Simone da Silva Araújo**  
**Diretora Geral**

Assinado eletronicamente por:  
Victor Hugo Parrilha Panont  
CPF: \*\*\*.518.032-\*\*  
Data: 17/12/2025 14:42:26 -03:00


 MUNDODIGITAL

---

**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: 02 PÁGINA: 1/3


Data:	18/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Cuidados Paliativos
Início	14:00
Fim	15:00

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Média de Pacientes em Cuidados Paliativos no Mês**  
 Apresentada a média de pacientes em Cuidados Paliativos (CP) no mês de outubro de 2025 (73%) internados nas unidades de retaguarda, acompanhada do retrospecto anual. No referido mês, treze (13) pacientes foram incluídos em CP.
- Relação de PPS no mês de outubro**  
 Como rotina, também foi apresentada a tabela com as taxas do Palliative Performance Scale (PPS), atualmente a principal escala utilizada pela Comissão de Cuidados Paliativos (CCP), com foco nos dados referentes ao mês de outubro. Foi debatido sobre a ausência frequente da aplicação da escala por parte da equipe médica.
- Relação de óbito e alta hospitalar.**  
 Apresentado os dados referentes aos desfechos dos pacientes em CP no mês de outubro. Este mês, o número de óbitos voltou a ser ligeiramente maior que o número de altas (13 e 12, respectivamente). Pelo segundo mês consecutivo, tivemos uma taxa superior a 80% de óbitos de pacientes em cuidados paliativos comparada aos óbitos de pacientes em cuidados plenos. Essa taxa, juntamente com outros indicadores, pode reforçar nosso entendimento sobre qual o perfil de pacientes do nosso hospital.
- Proporção de altas e óbitos**  
 Exposto proporção aproximada de óbitos e altas no ano de 2025. Até outubro, a cada 10 pacientes em Cuidados Paliativos com desfecho nesta internação, cerca de 4 receberam alta e 6 foram a óbito.
- Perfil e indicadores de óbitos e altas**  
 Detalhado informações sobre os pacientes que tiveram alta e os que evoluíram a óbito, descrito unidade de internamento, gênero e faixa etária. Calculado tempo em CP, da data de definição dos cuidados até o óbito do paciente, evidenciando que 30% dos pacientes foram a óbito em menos de 24h da definição de CP. Porém, esse dado não é alarmante pois foi identificado justificativas coerentes para a definição tardia. Também foi apresentado a taxa de cinco indicadores de práticas de boa morte: Ambiente adequado (85%); Reconhecimento técnico do processo ativo de morte (54%); Ausência de medidas fúteis – suporte avançado de vida (100%); Atuação multiprofissional (100%), e; Presença de familiares nas 24h-48h anteriores ao óbito (54%).

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: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	17/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito (X) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Indicadores SCIH mês 10/2025.
Início	10 hrs
Fim	11 hrs

#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Doenças de notificação compulsórias
- IRAS
- Rota Seps
- Higiene Ambiental
- Ações

A reunião iniciou-se com a apresentação realizada por Vera, que apresentou os indicadores do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NEH). Durante o mês de outubro foram realizadas 134 buscas ativas, onde tivemos 06 notificações compulsória abertas.

Que foram 02 acidentes de trabalho, 01 covid19, 01 violência, 01 tuberculose e 01 sífilis.

Foram ainda identificados 9 pacientes com suspeita de tuberculose, dos quais 2 teve confirmação diagnóstica, permanecendo em acompanhamento.

Vera também trouxe informações sobre diferença entre Tuberculose pleural e tuberculose pulmonar. A tuberculose pleural atinge a membrana que envolve os pulmões e é a forma extrapulmonar mais comum. Ela não é contagiosa, pois o bacilo não é eliminado pelas secreções respiratórias, não sendo transmitido por tosse ou espirros.

A tuberculose pulmonar é transmitida pelo ar, por meio de gotículas liberadas quando uma pessoa com tuberculose pulmonar ou laringea ativa tosse, fala ou espirra. Com essa explicação tirou a dúvida sobre os isolamentos de aerossóis.

A Fabiane prosseguiu com a apresentação dos dados referentes às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), consumo de insumos, adesão aos bundles, uso de antimicrobianos, check list Rota Seps, dados dos bundles, adesão a higienização das mãos e plano de ação referente as IRAS.

A análise apontou que tivemos um grande avanço ao combate das infecções. Foram registrados 2 casos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), distribuídos da seguinte forma:

1 caso de clostridium difficile, e 1 ITU.


Apresentou uma análise crítica rápida sobre os casos apresentados, tendo como intervenção da SCIH, acompanhamento e solicitação de troca da bolsa SVD.

Em relação aos indicadores apresentados, observou-se o seguinte desempenho:

Taxa de infecção geral: 3,57 %, resultado abaixo da meta estabelecida.

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



 <small>Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde</small>	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	18/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito    ( X ) Gestão    ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Pele
Início	15:00min
Fim	15:30min

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

• Apresentação dos Indicadores: A reunião da Comissão de Pele referente ao mês de outubro de 2025 iniciou-se com a apresentação dos indicadores institucionais, incluindo taxas de incidência global e da UTI, prevalência de LPP e resultados da avaliação de risco com avaliação tendo como instrumento a escala de Braden. Foi apresentado também o panorama das lesões em acompanhamento e a relação entre risco e LPP adquirida. Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento, registrando 1597 lançamentos de curativos e 2110 lançamentos CBO no período.

• O monitoramento dos colchões pneumáticos apontou um total de 147 unidades distribuídas entre setores assistenciais e apoio, todas em condições adequadas de uso.


• As metas em desenvolvimento foram revisadas, com destaque para a redução das LPP adquiridas, avaliação de risco 100%, auditorias quinzenais passarão a ser diárias e revisão dos protocolos.

• Também foram relatadas as orientações in loco realizadas para a equipe de enfermagem ao longo do mês. Na análise de causa raiz, utilizando a técnica dos 5 Porquês, foram identificados pontos críticos nos setores Colibri, UTI BJT e Sanhaçu, relacionados ao nível de consciência, deterioração clínica e necessidade de intensificação das mudanças de decúbito.

A partir dessa análise, foi estruturado um plano de ação no setor Colibri com início em 06/11/2025, contemplando a criação do time de mudança de decúbito que irão incentivar a equipe nos horários de realizar o procedimento, atualização da Escala de Braden no quadro de identificação do paciente e no sistema SMPEP, supervisão de práticas preventivas, aplicação da escala de dor, uso adequado do colchão pneumático e ações educativas semanais no Safety. O objetivo é fortalecer a prevenção, supervisionar as condutas de acordo com o PO e garantir segurança ao paciente.

• Por fim, foram apresentadas as integrações realizadas com equipes de enfermagem e médica, abordando protocolos institucionais de prevenção e tratamento de LPP e manejo de SNE, com momentos teóricos e práticos para padronização das práticas assistenciais.

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	24/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Ética de Enfermagem
Início	15:00
Fim	16:00

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

### • Resumos dos casos

A Presidência da Comissão de Ética de Enfermagem, por meio desta ata, registra a desfecho dos casos do conselho de ética foram tratadas algumas denúncias.

Procedimento sindicante 01 Tec. de enf. Ana Claudia Alves Brito Coren SP 1781673 que supostamente administrou medicamento indevido causando rebaixamento de nível de consciência caso encaminhado ao Coren SP.

Procedimento sindicante 02 Tec. de enf. Allan Ribeiro Alves Dos Santos Coren SP 1771931 que supostamente espirrou um spray, cuja natureza (se de pimenta ou gás lacrimogêneo) ainda não foi determinada. Não há registro em prontuário de mal-estar do paciente ou seja não descrito em anotação de enfermagem o téc. de enfermagem Allan Ribeiro Alves dos santos foi desligado.

Procedimento sindicante 03 aux. de enf. Ketlyn da Silva de Lima No dia 19/09/2024, a colaboradora realizou um teste de COVID em si mesma, sem a devida autorização médica, dentro do seu horário de trabalho, A colaboradora sofreu medida punitiva advertência e em seguida solicitou o desligamento da empresa.


Procedimento sindicante 04 aux. enf. Debora Cristina Azevedo da Silva Taba realizou no dia 19/09/2024 um teste de COVID em outra colaboradora, sem a devida autorização médica, durante seu horário. Colaboradora foi desligada.

Procedimento sindicante 05 Dayanne Cristine Silva Monteiro Coren SP 1770099 por maus tratos Convocado enfermeiro André Luiz Santos Coren SP 617913 para depoimento o mesmo afirma que não presenciou os fatos. A tec. de enfermagem Verônica afirma o ocorrido porém não há nada descrito em prontuários e as tec. de enfermagem Dayanne Cristine Silva Monteiro foi desligada.

Procedimento sindicante 06 Shirley da Paixão Macedo Coren SP 1693727 por maus tratos Convocado enfermeiro André Luiz Santos Coren SP 617913 para depoimento o mesmo afirma que não presenciou os fatos. A tec. de enfermagem Verônica afirma o ocorrido porém não há nada descrito em prontuários e as tec. de enfermagem Shirley da Paixão Macedo foi desligada.

Procedimento sindicante 07 denúncia contra “enfermeira Ana” sem mais informações na denúncia Falta de ética na passagem de plantão questionando o nosso dimensionamento a denunciante não comunicou quem estaria denunciando se identifica com enfermeiras do noturno 1 como não definiu

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: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	03/11/2025		
Tipo da Reunião:	( ) Requisito	( x ) Gestão	( ) Validação
Assunto:	Comissão de Humanização		
Início	10:00		
Fim	11:00		

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Cronograma Reunião Humanização:**  
 Foi sugerido e acordado com os membros presentes da comissão de humanização que datas das reuniões de 2026 mudara para o final de cada mês para que todos consiga participar.
- Prontuário Afetivo:**  
 A ideia é iniciar a colocação das placas pelos setores de retaguarda, começando pelo setor João de Barros. Faremos os mapeamentos das camas, após isso iremos alinhar com a manutenção os furos das placas. As psicólogas assistenciais ficarão responsáveis por fazer esse levantamento e preenchimentos das informações, enquanto a equipe de humanização ficará encarregada da instalação da placa e acompanhar o preenchimento, manutenção irá colocar as placas nos leitos de retaguarda.
- Desejo do Paciente:**  
 Durante a reunião, foi acordado que, após a instalação das placas do prontuário afetivo, a equipe de psicologia ficará responsável por preenchê-las, sendo que há um espaço onde o paciente poderá registrar três desejos. Com base nesses desejos, iniciaremos o projeto Desejo do Paciente, começando pela alimentação.
- Caixa da Gentileza:**  
 Foi apresentado o projeto, cuja proposta consiste em estimular a troca de mensagens positivas e encorajadoras aos colaboradores. Foi explicado como será feita a entrega das mensagens, bem como solicitado o apoio da equipe na elaboração dos conteúdos, que deverão seguir um modelo padronizado, previamente alinhado à gestão, a fim de manter a coerência com os valores institucionais.
- Ações para Saúde Mental e Bem-Estar:**  
 Com o objetivo de promover a qualidade de vida no ambiente profissional, serão iniciadas ações voltadas à saúde mental e ao bem-estar dos colaboradores. As atividades acontecerão, inicialmente, com foco na equipe administrativa. A proposta será, posteriormente, ampliada para contemplar também as equipes assistenciais, garantindo que todos os profissionais sejam incluídos nesse processo de cuidado e valorização. Para orientar e padronizar as atividades, será elaborado um protocolo específico para a condução dessas dinâmicas.

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	18/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Práticas Integrativas
Início	14:00min
Fim	14:30min


#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Resultados obtidos no mês de novembro a supervisora Andréia apresentou ao grupo os resultados alcançados com a aplicação da ozonioterapia em pacientes portadores de lesões por pressão, demonstrando evolução positiva após o início do tratamento. Foi realizado um comparativo entre a data de admissão dos pacientes e o último atendimento do mês. Como instrumentos de avaliação, foram utilizados os registros diários de evolução das lesões e o acompanhamento fotográfico.
- Durante a apresentação também foi abordado os materiais necessários para os atendimentos, bem como o quantitativo de cilindros de O<sub>2</sub> utilizados.
- A terapeuta Paula realizou apresentação sobre Hipnoterapia e Cromoterapia, explicando as técnicas aplicadas e relatando a evolução observada nos pacientes em atendimento.
- Por fim, foram mencionados os avanços obtidos durante o “Café Acolhedor” e ressaltada a importância do apoio dos supervisores de enfermagem para a continuidade e fortalecimento dessa ação.

#### ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data

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

 <small>Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde</small>	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012 REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	17/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito (X) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	14:30
Fim	15:00

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Conformidade e Processos internos
- Estrutura e Recursos para Treinamento
- Prazos de Solicitação
- Gestão e Controle de Participação
- Reconvocação profissionais ausentes em treinamentos
- Levantamento de Necessidades (LNT) e Multiplicação
- Adesão de Treinamentos
- Integração (avaliação de reação)
- Processo de Integração (Avaliação de Reação)
- Planejamento e Logística de Treinamentos
- Parcerias externas

A reunião iniciou-se sob a condução do Supervisor de Saúde, Gleydson Vieira, apresentando a nova colaboradora do Núcleo de Educação Permanente, Ana Lúcia aos presentes. Foram apresentados os indicadores de desempenho referentes ao mês de outubro, revisando as pendências da reunião anterior e alinhando as estratégias relacionadas aos treinamentos, ações educativas e fluxo de estudantes das instituições de ensino.

Na pauta seguinte, foram apresentados os indicadores consolidados: **Homem-hora: 1,23 / Meta Mensal de Treinamentos: 20 treinamentos e Taxa de Adesão:** indicador exposto em apresentação, reforçando a importância de estratégias para incremento da participação.


A apresentado o comparativo entre treinamentos planejados e executados no mês anterior, destacando-se que apenas **19%** dos treinamentos realizados constavam na LNT e que a ausência de planejamento adequado impacta negativamente na gestão, gerando desperdício de recursos, decisões operacionais imprecisas, redução da eficiência assistencial e administrativa, dificuldade na mensuração de resultados, sobrecarga, estresse e desmotivação das equipes.

Gleydson reitera a necessidade de observância dos prazos institucionais para solicitações fora da LNT (demanda espontânea):

#### 1. Setores com facilitador próprio:

- Solicitação com mínimo de 10 dias úteis de antecedência, para avaliação de viabilidade logística e operacional.

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	17/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Reunião Comissão Segurança do Paciente
Início	10:00
Fim	10:36


#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Pendências da última reunião
- Rotinas implementadas
- Planilha de NC
- Registros de Não Conformidades
- Conformes (visita técnica)
- Ações

A reunião iniciou-se às 10:00, sob a condução da enfermeira Maria Cristina. Foram apresentadas as rotinas implementadas do NSP, são elas: integração, recebimento e monitoramento das NC's, visitas nos setores para análise de NC's, visita técnica nos setores, rondas diárias e participação em comissões. Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 242 não conformidades, sendo 232 válidas no mês, 0 compartilhada pela ouvidoria, 05 encaminhadas para ouvidoria, 01 arquivada, 01 desclassificadas e 03 duplicadas. Informado que foram respondidas 172 não conformidades. Em relação à origem (dado que o colaborador preenche na abertura do formulário) das Não Conformidades, obtivemos os seguintes dados: Quebra de processo: 69, Procedimento Assistencial: 26, Flebite: 20, Medicação: 28, LPP: 18, Nutrição: 04, Queda: 06, Comunicação Efetiva: 12, Identificação do Paciente: 22, Risco de Infecção: 22, Outros: 13, Remoção não programada de dispositivos: 01. Em relação às metas internacionais (indicador realizado pelos membros do núcleo), foram apresentados os seguintes números de registro de Não Conformidades: Risco de Infecção: 99, Comunicação Efetiva: 31, Uso Seguro de Medicamentos: 34, Outros: 10, LPP: 26, Queda: 07, Identificação do Paciente: 24. Os setores que mais tiveram notificação foram: UTI Beija-flor (40) e Colibri (85). No mês de outubro, o conforme de visita técnica foi a meta 1 (identificação do paciente). Apresentadas as participações em reuniões internas e externas, além de ações realizadas pelos membros do NSP no mês de outubro. Foi trazido pela equipe do núcleo tópicos para alinhamento junto com a comissão, são elas: Abertura de chamados para equipamentos danificados permanecem pendentes de alinhamento com o Supervisor Administrativo Michael. O Supervisor Gleydson destacou o aumento no registro de Não Conformidades, atribuído ao fortalecimento da cultura de notificação após o treinamento de Segurança do Paciente. A enfermeira Maria Cristina reforçou a importância das notificações como ferramenta para melhoria dos processos e comunicação entre equipes, esclarecendo que as NCs compartilhadas com a Ouvidoria geralmente envolvem questões pessoais ou exposição de colaboradores. Informou ainda que, na LNT de 2026, foram incluídos dois treinamentos voltados à conscientização e capacitação na abertura de NCs.

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



 <small>Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde</small>	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	28/11/2025
Tipo da Reunião:	( X ) Requisito    (   ) Gestão    (   ) Validação
Assunto:	Comissão de Revisão de Óbitos
Início	14:00
Fim	15:00

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

A reunião ocorreu de forma online para análise dos óbitos ocorridos em outubro de 2025, com um total de 16 óbitos registrados, sendo 3 não paliativos.

- (G.J.) 80 anos, em cuidados paliativos.
- (J.A.M.O.) 86 anos, em cuidados paliativos.
- (I.C.S.) 84 anos, em cuidados paliativos.
- (J.R.G.) 70 anos, em cuidados paliativos.
- (L.M.G.) 91 anos, idosa frágil, ex-tabagista, portadora de DPOC, apresentou descompensação respiratória com piora clínica progressiva. No momento da admissão, não houve consenso inicial da família quanto à adesão aos cuidados paliativos. A equipe manifestou intenção de retomar o assunto para alinhamento de condutas, porém a paciente evoluiu a óbito antes que a conversa pudesse ser realizada. Oportunidade de melhoria: Realizar a abordagem com a família sobre cuidados paliativos já na admissão, reforçando a importância do alinhamento precoce. O tema já está em discussão com a Comissão de Cuidados Paliativos para esclarecimento da diretriz de conforto com os familiares.
- (J.B.V.) 58 anos, em cuidados paliativos.
- (M.R.F.) 87 anos, em cuidados paliativos.
- (S.G.) 90 anos, em cuidados paliativos.
- (R.F.) 73 anos, em cuidados paliativos.
- (O.C.) 91 anos, em cuidados paliativos.
- (C.L.G.) 80 anos, idoso frágil, portador de DPOC em exacerbação, evoluiu com piora clínica significativa, apresentando valores elevados de SAPS e SOFA, culminando em óbito. Durante a internação prolongada, houve tentativa de extubação sem sucesso, evoluindo posteriormente para necessidade de traqueostomia.

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: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	18/11/2025
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de revisão de prontuário
Início	11:00 min
Fim	12:11 min

#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Não conformidades
- Revisão de prontuário
- Assinatura eletrônica

A reunião foi iniciada por Juliana, que realizou a leitura das pautas gerais previamente estabelecidas, destacando os seguintes pontos:

- Plano de ação para a auto checagem de medicamentos.
- Plano de ação para o lançamento adequado de dispositivos invasivos.
- Prontuários contendo siglas e abreviações que dificultam a interpretação das informações.
- Ausência de padronização nas evoluções de enfermagem e demais registros.
- Assinaturas pendentes e recorrentes problemas relacionados a login e assinatura digital.

Em seguida, a reunião prosseguiu com a apresentação das pendências identificadas nos prontuários auditados. Em todos os documentos avaliados foram identificados os seguintes tipos de inconsistências:

- Falta de prescrição e ausência de checagem de enfermagem em diversos dias.
- Dispositivos invasivos não registrados no sistema.
- Procedimentos não documentados pela equipe de enfermagem.
- Interconsultas iniciadas, porém não finalizadas.
- Documentos obrigatórios pendentes (ex.: comprovante de residência).
- Ausência de registros assistenciais em dias específicos.
- Altas e encaminhamentos incompletos.

Durante a comissão, foi enfatizada a falta de participação da equipe de Enfermagem na reunião. Não houve representante presente, o que prejudica o processo decisório, considerando que a maioria das pendências está diretamente relacionada às atividades da enfermagem. Foi reforçada a necessidade de que um supervisor participe das próximas reuniões, uma vez que colaboradores assistenciais não possuem autonomia suficiente para determinadas deliberações.

A pedido de Ana Patrícia, solicitou-se que Beatriz, enfermeira da auditoria, encaminhe um e-mail à gerência e à coordenação da área contendo as ações pendentes referentes à enfermagem, bem como a solicitação formal para o envio de um representante da equipe nas próximas reuniões.

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





# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: X7KNN-KJFCL-HD6ZB-W7XG9

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

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF \*\*\*.518.032-\*\*) em 17/12/2025 14:42 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	victorpanont@ints.org.br
Email verificado	
HA9q4nesakgKJjhFR0WsfFP61yMIGFrjs2jrde68gEs=	
SHA-256	

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF \*\*\*.009.575-\*\*) em 18/12/2025 14:01 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
QZKYtY6RAt2vwkycmxLozwpP1qVrwYmGgGjqnngfT4l=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/X7KNN-KJFCL-HD6ZB-W7XG9>

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

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