

OUTUBRO/2025



INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

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

Este documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validar/B56TQ-KK4T7-V5E3-PGDHU>

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **outubro 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	23
3.1.	RECURSOS HUMANOS	23
3.1.1.	Recursos Humanos	27
3.1.2.	Departamento Pessoal	30
3.1.3.	Medicina Ocupacional	33
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	86
3.3.5.	Fonoaudiologia	97
3.3.6.	Terapia Ocupacional	103
3.3.7.	Terapias Alternativas	106
3.3.8.	Estomaterapia	109
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	114
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	114
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH	125
3.4.3.	Vigilância em Saúde	130
3.4.4.	Núcleo Interno de Regulação - NIR	135
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente - NEP	140

3.5. SUPRIMENTOS	146
3.5.1. Farmácia.....	147
3.6. Compras	150
3.7. INFRAESTRUTURA.....	153
3.7.1. Engenharia Clínica	153
3.7.2. Manutenção Predial	159
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	162
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	165
3.9.1. Qualidade	165
3.9.2. Faturamento.....	171
3.9.3. Prestação De Contas	173
3.9.4. Financeiro	177
3.9.5. Patrimônio.....	179
3.9.6. Contratos	185
3.9.7. Hotelaria	187
3.9.8. Recepção	194
3.9.9. Portaria.....	196
3.9.10. Jurídico	198
3.9.11. Ouvidoria	201
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL	207
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	209
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	209
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	212
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	214
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos.....	214
5.3.2. Hemodiálise	216
5.3.3. Hemocomponentes	217
6. COMISSÕES.....	219
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE	220
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	236

9. ANEXOS 2

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero	22
Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.....	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT)	23
Tabela 05 – Serviços Médicos	25
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados.....	26
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	27
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	31
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional	34
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	37
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)	56
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)	65
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	69
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica).....	70
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	70
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	71
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)...	72
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria).....	72
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	76
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica).....	77
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	78
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	79
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	80
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	81
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar).....	86
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	88
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .	89
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	90
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos).....	91
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	92
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia.....	98
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	104
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	107
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia	110
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	114

Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .	115
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	116
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	118
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	119
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	120
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	125
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica).....	125
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	126
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	127
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	128
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	128
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	130
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	135
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	140
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP	141
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	147
Tabela 68 – Indicadores de Compras.....	150
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica	154
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	159
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação	162
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	166
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	171
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas	173
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	178
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio	180
Tabela 77 – Indicadores do Contratos.....	185

Tabela 78 – Indicadores da Rouparia.....	188
Tabela 79 – Indicadores de Higienização.....	192
Tabela 80 – Indicadores de Recepção	194
Tabela 81 – Indicadores de Portaria.....	196
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	199
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	202
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	202
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	209
Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos	212
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	214
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	216
Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	218
Tabela 90 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga	219

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	28
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	29
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	29
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	30
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	30
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	32
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	32
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem.....	33
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias	33
Gráfico 15 – Taxa de Exames	35

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho.....	35
Gráfico 17 – Relação de atestados	36
Gráfico 18 – Relação de afastados	36
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	66
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	66
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	67
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	67
Gráfico 49 – Índice de IMC	68
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	74
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	74
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica	75
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	75
Gráfico 54 – Taxa de avaliação e altas planejadas (Geral Hospitalar).....	83
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar)	83
Gráfico 56 – Número de altas , relatórios de retaguarda e ações socio educativas (Geral Hospitalar)	84
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar).....	84
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	85
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	85
Gráfico 60 – Índice de intervenções	94
Gráfico 61 – Taxa de intervenções.....	94
Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica.....	95
Gráfico 63 – Número de atendimentos.....	95
Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos.....	96
Gráfico 65 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	96
Gráfico 66 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias.....	97
Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	100
Gráfico 68 – Taxa de decanulados.....	100
Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	101
Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações	101
Gráfico 71 – Taxa de pacientes: Cuff e Válvula de fala.....	102
Gráfico 72 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	102
Gráfico 73 - Índice de intervenções fonodiaulógicas realizadas.....	103

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O	105
Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia	105
Gráfico 76 – Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	106
Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	108
Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	108
Gráfico 79 – Número de Ozonioterapia	109
Gráfico 80 – Consumo de cilindro o ²	109
Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão.....	112
Gráfico 83 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	113
Gráfico 84 – Número total de lesões	113
Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)	122
Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar).....	122
Gráfico 87 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano (Geral Hospitalar)	123
Gráfico 88 – Classificação de Não Conformidades em outubro/2025 (Geral Hospitalar).....	123
Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em outubro/2025 (Geral Hospitalar).....	124
Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar).....	124
Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	129
Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	129
Gráfico 93 - Densidade Incidência em outubro de 2025.....	130
Gráfico 94 – Número de notificações realizadas	132
Gráfico 95 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	132
Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID	133
Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose	133
Gráfico 98 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	134
Gráfico 99 – Notificações de Violência	134
Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS	137
Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos	137

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias.....	138
Gráfico 103 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)	138
Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos	139
Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões.....	139
Gráfico 106 – Taxa de treinamentos	143
Gráfico 107 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	144
Gráfico 108 – Homem hora	144
Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT	145
Gráfico 110 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos.....	148
Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	149
Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	149
Gráfico 113 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica.....	150
Gráfico 114 – Lançamentos de cotações	151
Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas	152
Gráfico 116 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	152
Gráfico 117 – Número de compras emergencial	153
Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados	155
Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado	156
Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva	156
Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	157
Gráfico 122 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega.....	157
Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção	158
Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica.....	158
Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados	160
Gráfico 126 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)	160
Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.	161
Gráfico 128 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	161
Gráfico 129 – Quantidade de chamados	163
Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	164
Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	164

Gráfico 132 – Chamados abertos x chamados fechados	165
Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo	168
Gráfico 134 – Comissões	168
Gráfico 135 – Número de documentos retroativos	169
Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações	169
Gráfico 138 – Documentos	170
Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas	170
Gráfico 140 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	171
Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais	172
Gráfico 142 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (outubro de 2025)	173
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	175
Gráfico 144 – Número de auditorias externas	175
Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades	176
Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado	176
Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	177
Gráfico 148 – Número apontamentos na prestação de contas	177
Gráfico 149 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas ..	179
Gráfico 150 – Número de Notas de Produtos/Mês	179
Gráfico 151 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	181
Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas	182
Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações	182
Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	183
Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços.....	183
Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	184
Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados	184
Gráfico 158 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	185
Gráfico 159 – Índice de exatidão nos serviços prestados	186
Gráfico 160 – Número de aditivos	186
Gráfico 161 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	187
Gráfico 162 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	189

Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	189
Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados	190
Gráfico 165 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	190
Gráfico 166 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	191
Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição	191
Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em outubro de 2025	192
Gráfico 169 – Índices de higienização	193
Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza	193
Gráfico 171 – Terminais em outubro de 2025	194
Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção	195
Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes	195
Gráfico 174 – Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	196
Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria.....	197
Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança	197
Gráfico 177 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança.....	198
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais	200
Gráfico 179 – Notificações de fornecedores.....	200
Gráfico 180 – Produção Jurídico em outubro de 2025	201
Gráfico 181 – Taxa de resoluções.....	203
Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa	204
Gráfico 183 – Taxa de devolutivas	204
Gráfico 184 – Tempo médio de resposta	205
Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas	205
Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em outubro de 2025	206
Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	206
Gráfico 188 – Total de pesquisas internas	207
Gráfico 189 – Total de manifestações internas em outubro de 2025	207
Gráfico 190 – Taxa de ocupação	209
Gráfico 191 – Índice de queda	210
Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão	210

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	211
Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH	211
Gráfico 195 – Número paciente e leito dia	212
Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão	213
Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria	213
Gráfico 198 – Número de AIH's	214
Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	215
Gráfico 200 - Produção De Resíduos	216
Gráfico 201 - Hemodiálises	217
Gráfico 202 - Hemocomponentes	218
Gráfico 203 – Bolsas transfundidas	219

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.

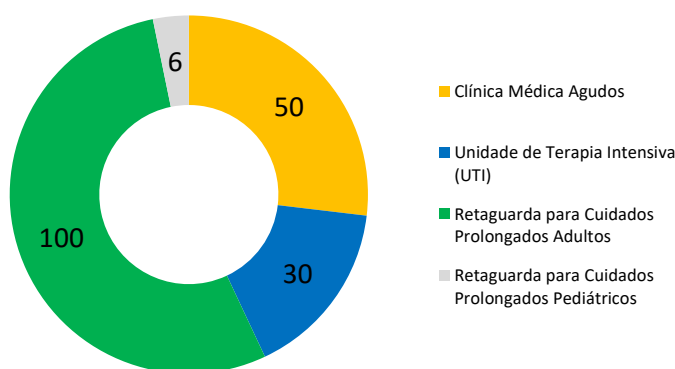
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

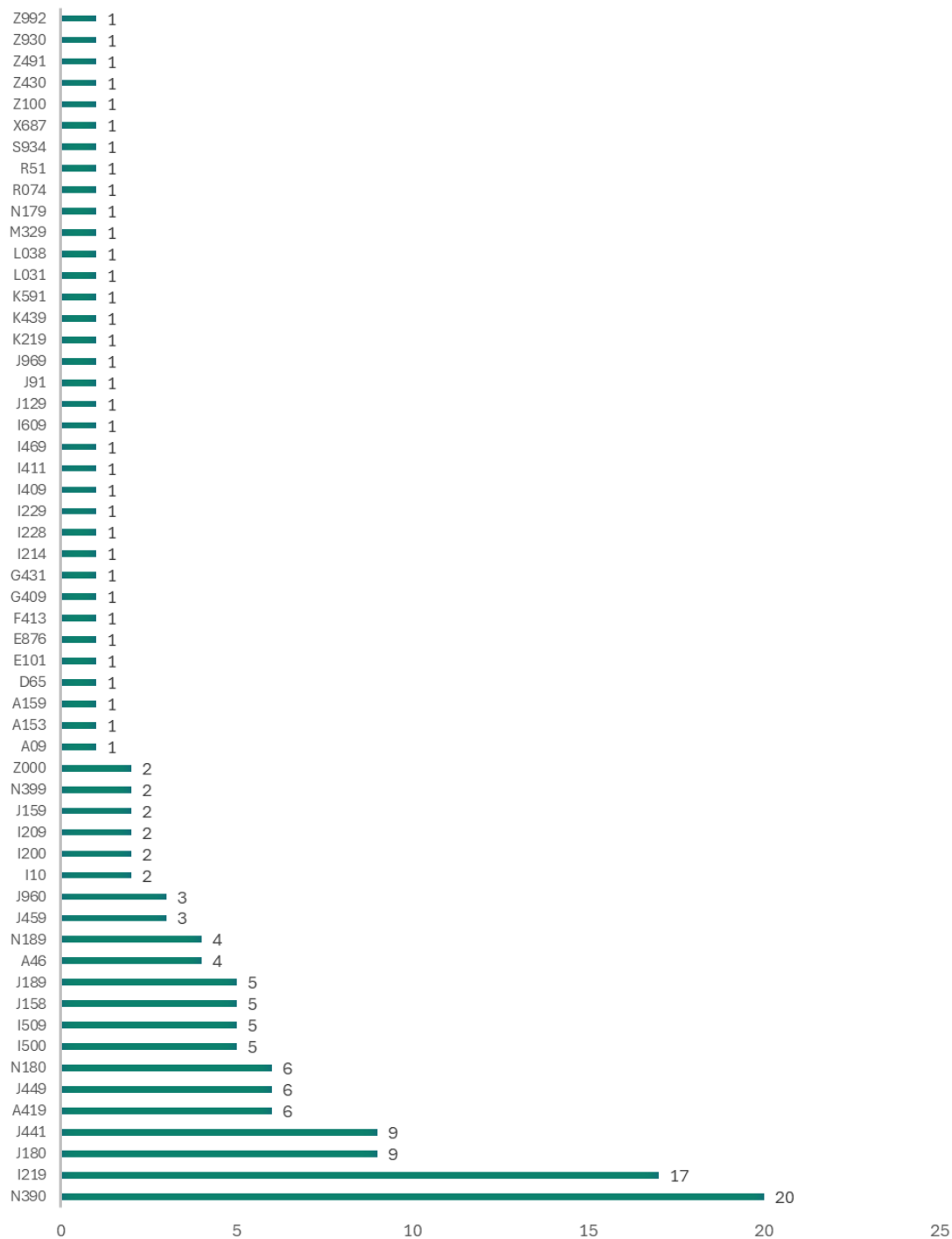


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

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 outubro/2025



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

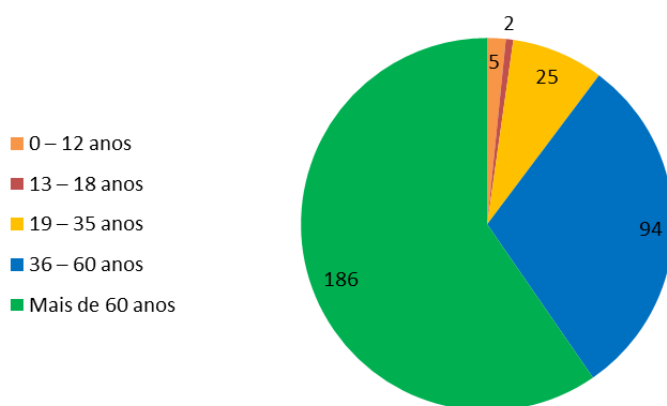
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
0 – 12 anos	8	6	6	6	6	6	6	6	5	5
13 – 18 anos	0	0	1	2	2	1	1	1	2	2
19 – 35 anos	21	12	20	17	18	17	21	17	18	25
36 – 60 anos	94	89	99	94	104	92	95	78	92	94
Mais de 60 anos	205	184	186	206	192	183	204	187	187	186

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária



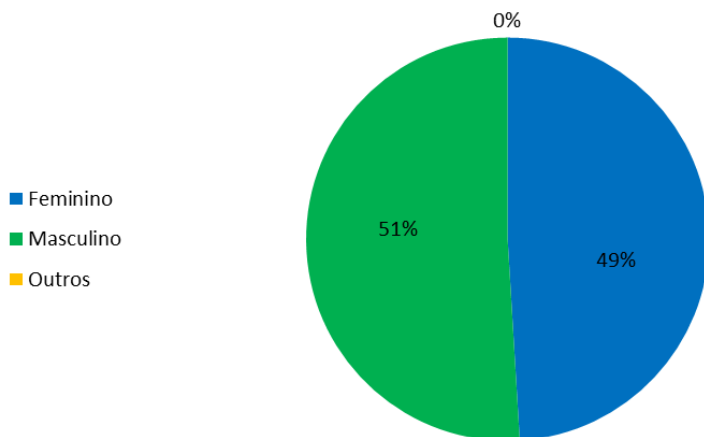
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

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

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



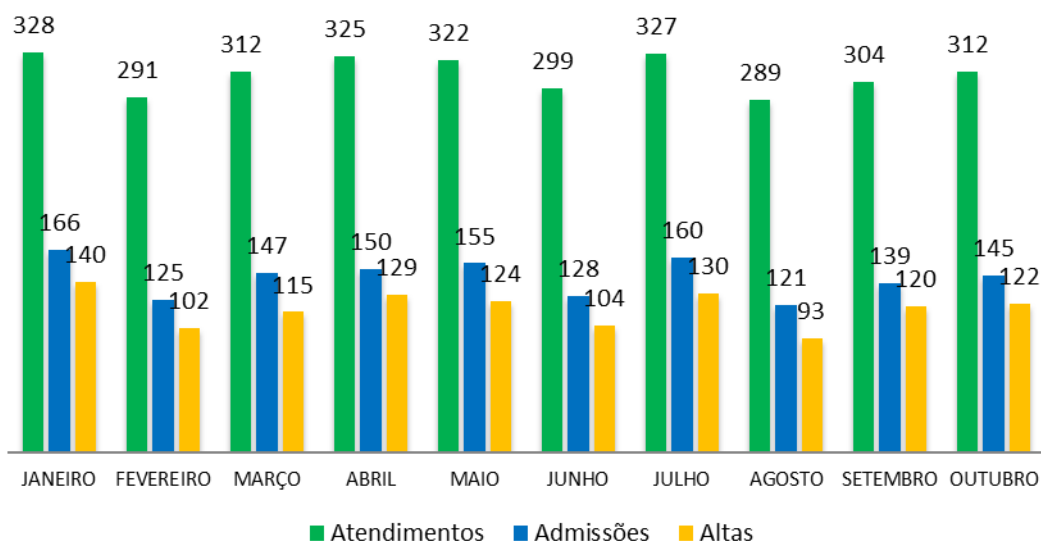
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Atendimentos	328	291	312	325	322	299	327	289	304	312
Admissões	166	125	147	150	155	128	160	121	139	145
Altas	140	102	115	129	124	104	130	93	120	122

Fonte: SMPEP.

Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

3. ESTRUTURA DO SERVIÇO

3.1. RECURSOS HUMANOS

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

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

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	7
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2

ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	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 FARMÁCIA	1
COORDENADOR DE PRESTAÇÃO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TÉCNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	1
ENFERMEIRO	103
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACÊUTICO	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
Total Geral	651

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

Tabela 05 – Serviços Médicos

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

INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	82

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	6
AUXILIAR DE LIMPEZA	68
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	4
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	3
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	14
COZINHEIRO	4
DENTISTA	3
ELETRICISTA	4
ENCARREGADO	4
ENFERMEIRA	2
ENGENHEIRO SUPERVISOR	1
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	3
LIMPADOR DE VIDROS	1
MÉDICOS	82
MOTORISTA	7
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	2
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	2
VIGILANTE	20
TOTAL GERAL	277

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

3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

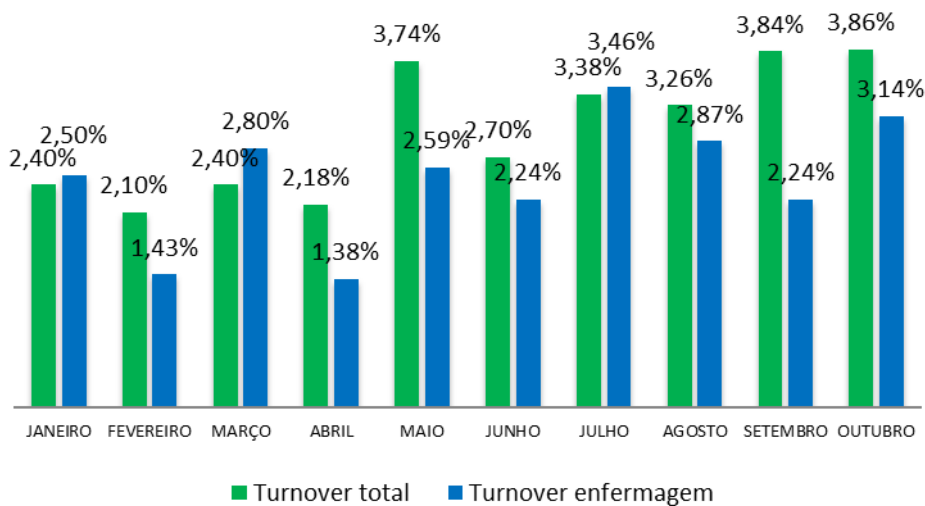
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Turnover total	< 5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%	3,38%	3,26%	3,84%	3,86%
Turnover enfermagem	< 5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%	3,46%	2,87%	2,24%	2,14%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13	24	26	14	13
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681	666	666	674	651	648
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7	8	10	8	14
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16	13	8	31	31

Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23	21	18	39	27
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6	17	10	9	11
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12	11	13	9	14

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

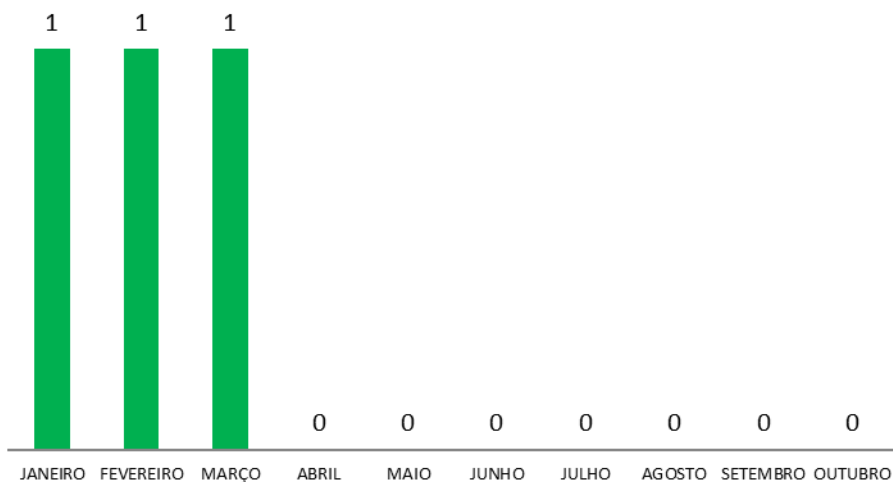
*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



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

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



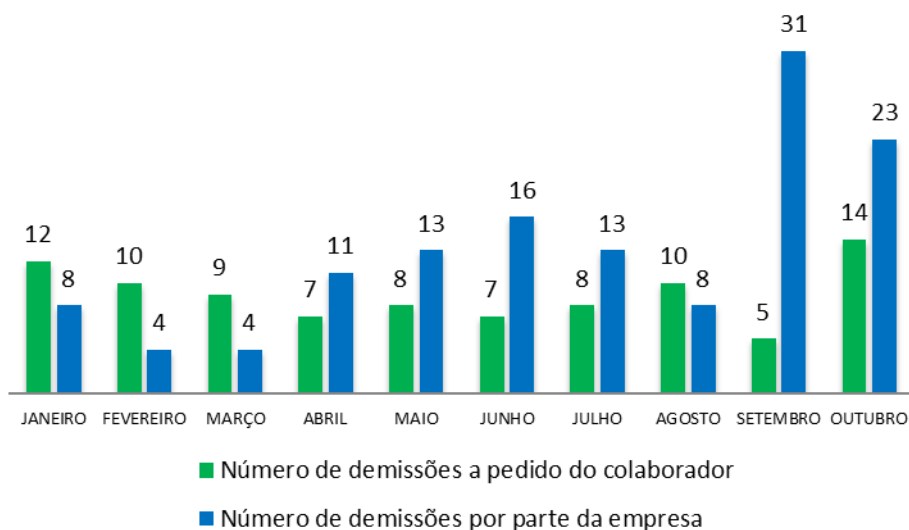
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



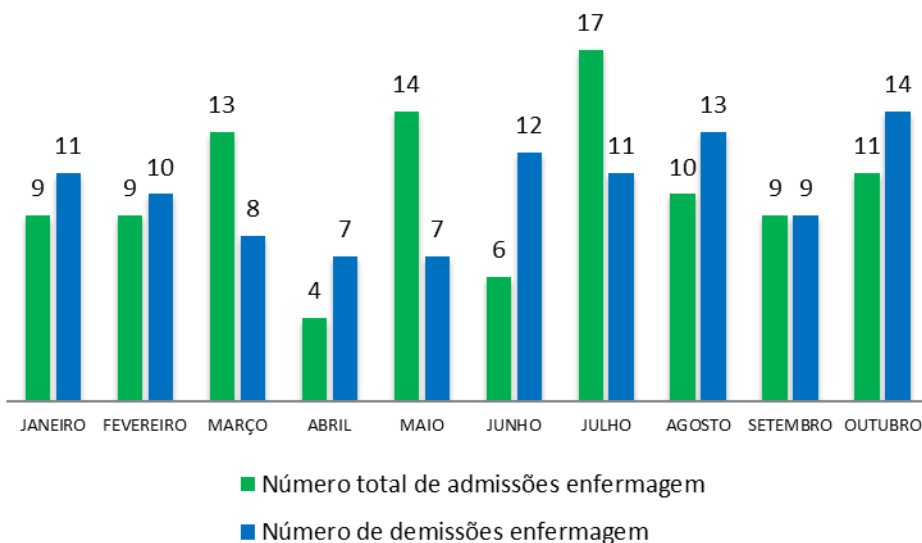
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 09 – Relação de demissões



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

Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem



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

3.1.2. Departamento Pessoal

O Departamento Pessoal garante que todas as questões administrativas e legais relacionadas aos colaboradores sejam tratadas de forma eficiente e conforme

as normativas vigentes. Algumas das principais funções e responsabilidades do Departamento Pessoal:

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

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

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
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%
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%
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%	95,57%
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	50.636h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42	52	38	47	37

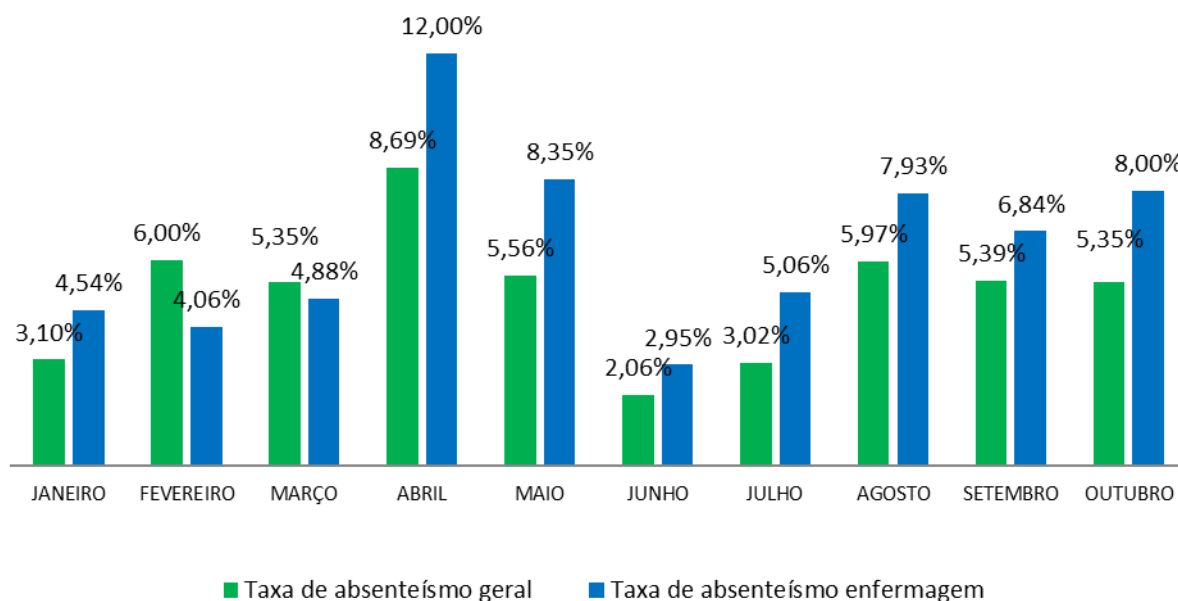
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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

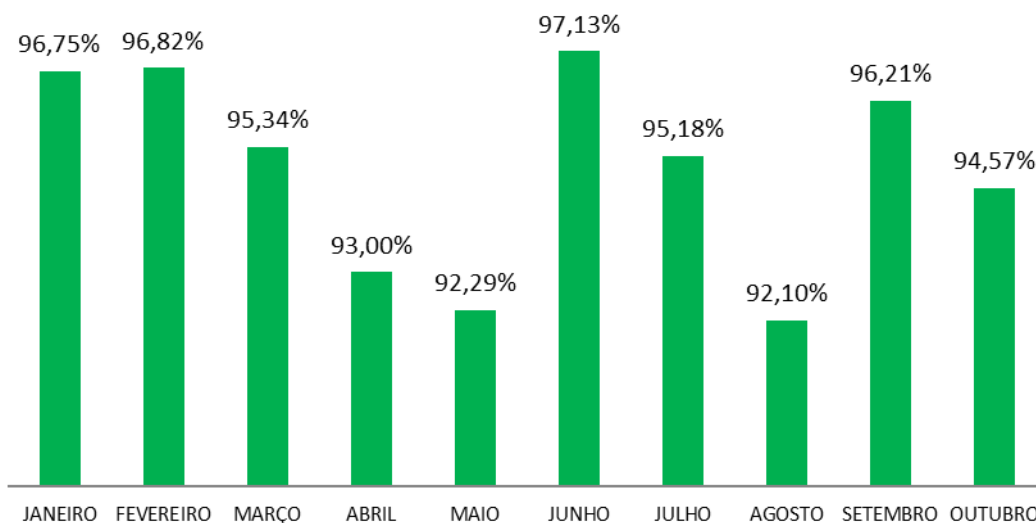
administrativo. O principal fator identificado foi a elevação no número de atestados médicos apresentados, refletindo diretamente nas horas de afastamento.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



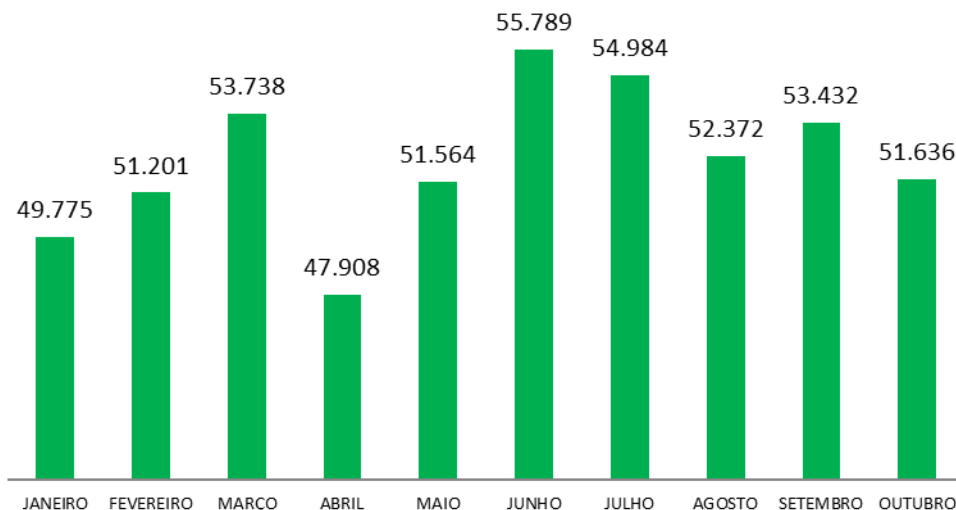
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



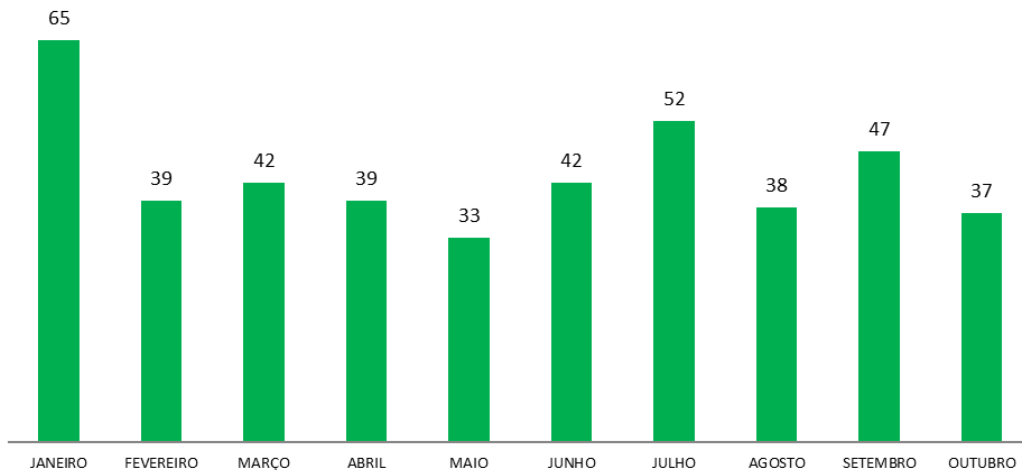
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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;

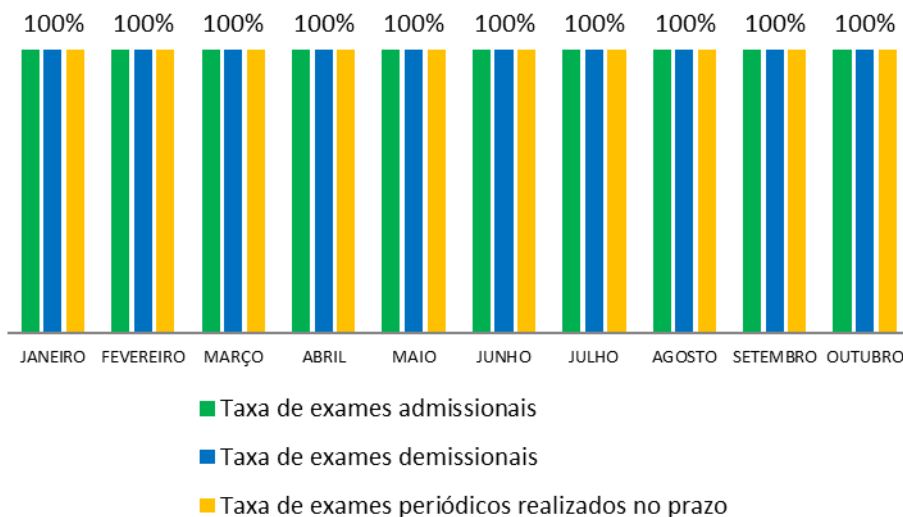
- Vigilância da Saúde Ocupacional;
- Avaliações Ambientais;
- Aspectos Psicossociais;
- Normas e Legislação.

Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de exames admissionais	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%
Taxa de exames periódicos realizados no prazo	>85%	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%
Número de atestados no mês	quanto menor, melhor	223	270	304	302	266	280	287	322	293	212
Número de afastados (inss)	quanto menor, melhor	31	24	21	24	31	19	23	24	26	22
Número de afastados (gestantes)	quanto menor, melhor	13	5	15	16	17	12	18	20	18	20
Número de afastados (licença a maternidade)	quanto menor, melhor	8	9	8	10	8	8	8	5	5	6
Número de atestados por síndrome gripal	quanto menor, melhor	22	51	55	58	52	48	61	63	42	5
Número de dias perdidos	quanto menor, melhor	516	666	755	764	582	580	663	665	590	458

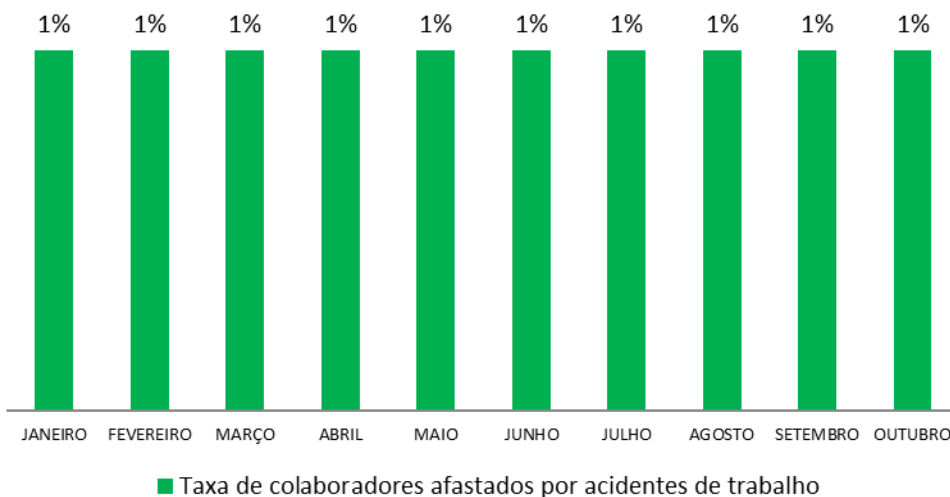
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



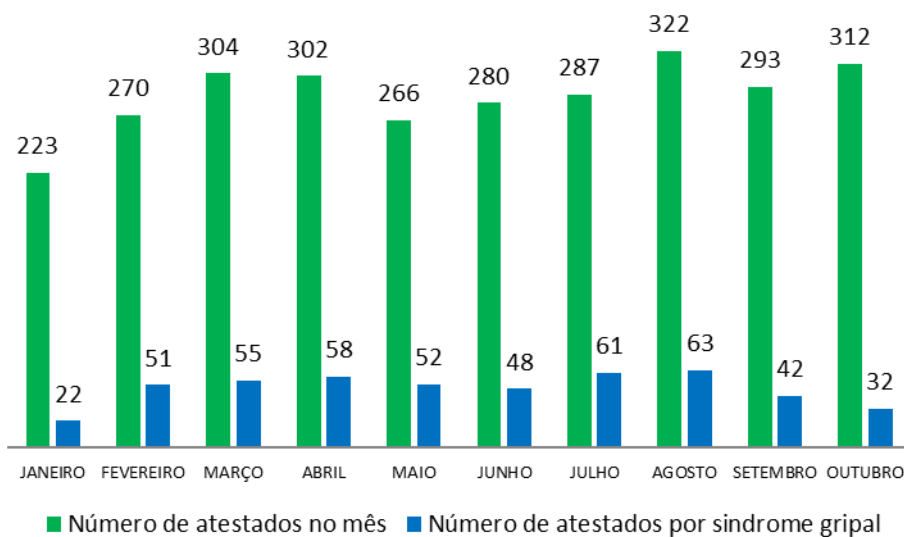
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



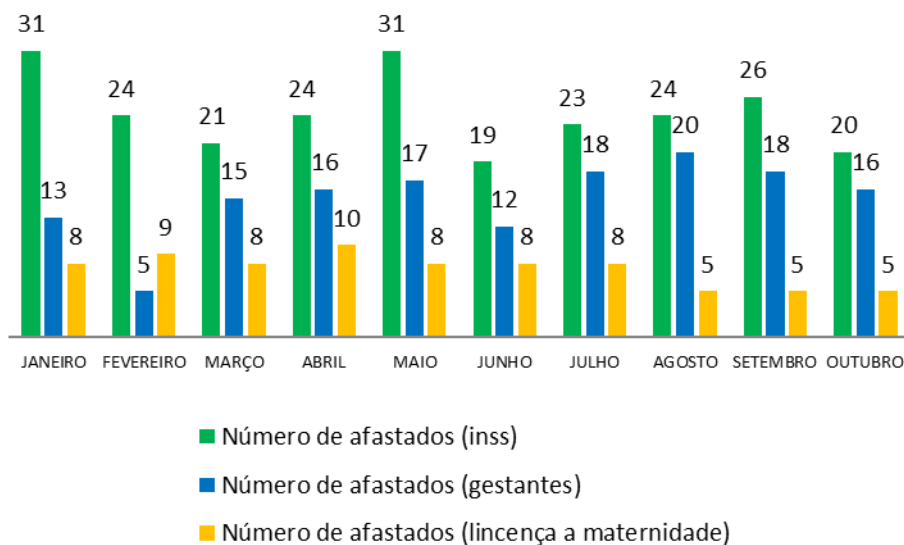
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



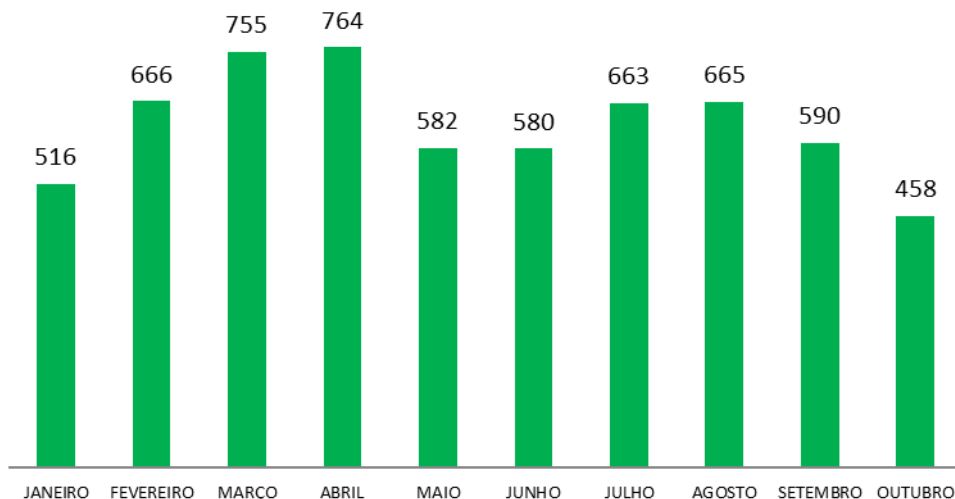
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 18 – Relação de afastados



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

Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)



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

3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	25%	14%	0%	100%

Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%	25%	50%	0%	100%
Taxa de inspeções	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%	0,59%	0,29%	0,45%	0,15%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73	289	135	249	117
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39	27	36	29	17
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272	709	999	947	613
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20	10	10	10	15
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105	229	23	19	20
Número total de acidentes	quanto menor, melhor	1	1	2	2	1	1	4	2	3	1
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

No mês de outubro, foi registrado um acidente envolvendo exposição a material biológico. Durante a realização de um procedimento de punção, houve entupimento da seringa ocasionando o espirramento da medicação e de material biológico no rosto da colaboradora. Constatou-se que, no momento do procedimento, a profissional não utilizava os EPIs obrigatórios. Imediatamente, foi realizado o plano de ação com a colaboradora, reforçando as orientações sobre o uso correto e obrigatório dos EPIs, além da revisão do procedimento para prevenção de recorrências.

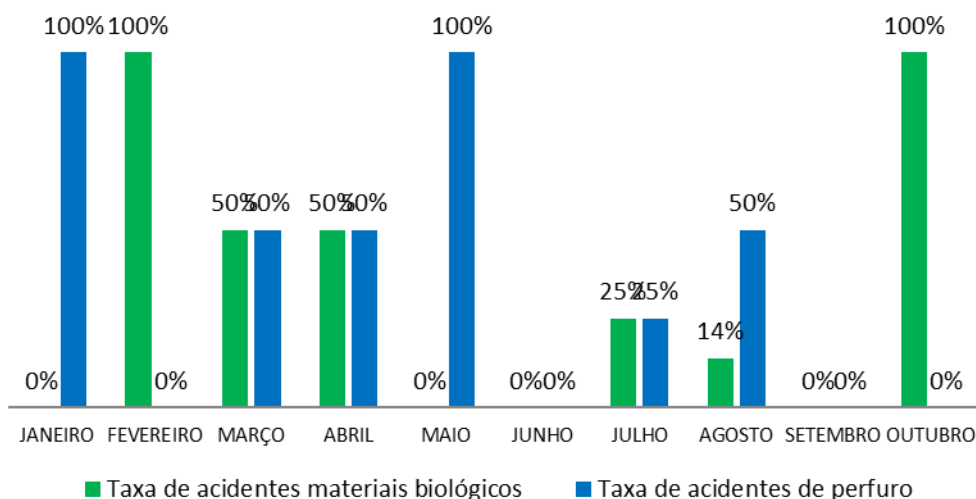
Número de EPI's distribuídos – diminuição significativa:

O SESMT segue a diretriz de reposição de EPI em ciclos de até 3 meses. Dessa forma, em outubro houve menor necessidade de redistribuição, resultando na queda do número de EPI's entregues no período.

Número de participações em treinamentos – diminuição significativa: Apesar de o SESMT manter sua agenda regular e o número de treinamentos ofertados permanecer dentro da média, observou-se baixa adesão dos participantes. Além disso, eventos simultâneos realizados em outubro impactaram diretamente a disponibilidade das equipes, reduzindo a participação nas capacitações.

Número de intervenções ergonômicas – aumento significativo: O SESMT intensificou as ações de orientação e os Diálogos Semanais de Segurança (DSS) ao longo de outubro, em resposta aos acidentes registrados em setembro relacionados à ergonomia. Essa ampliação preventiva resultou no aumento do número de intervenções ergonômicas no mês.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



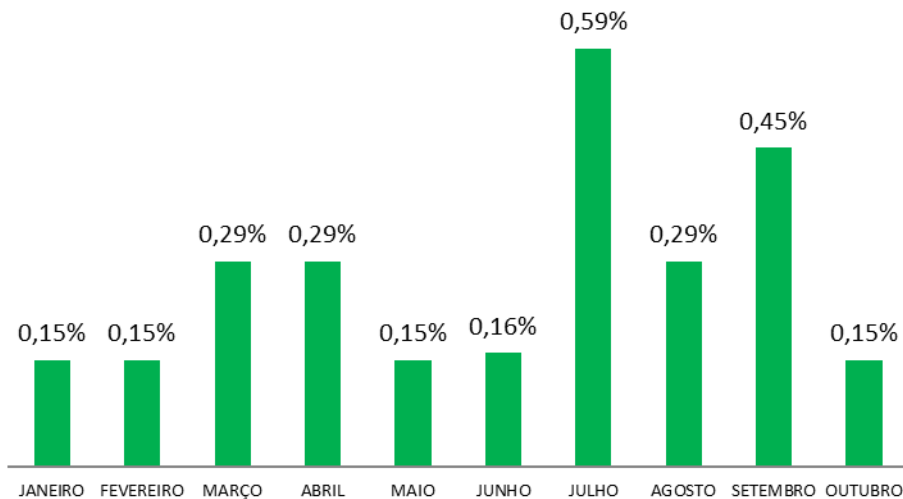
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



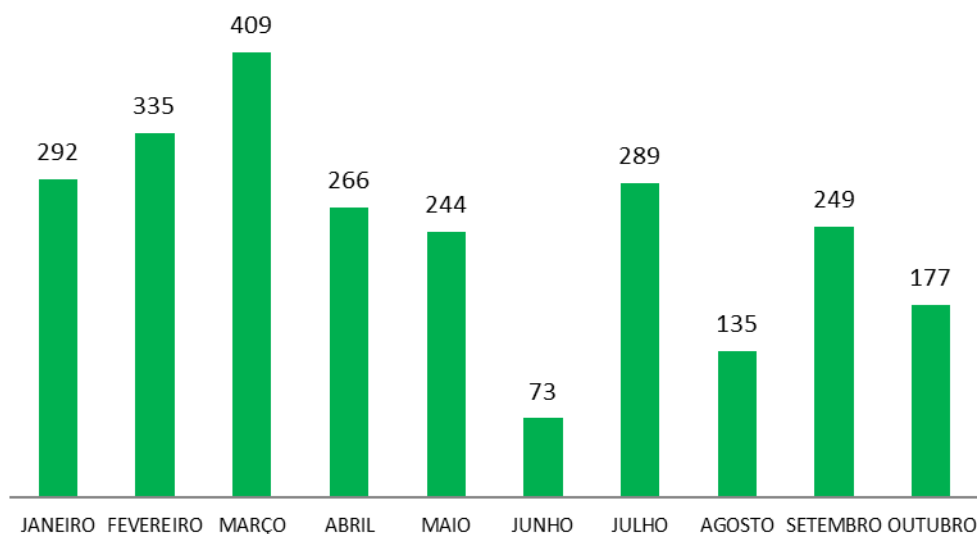
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



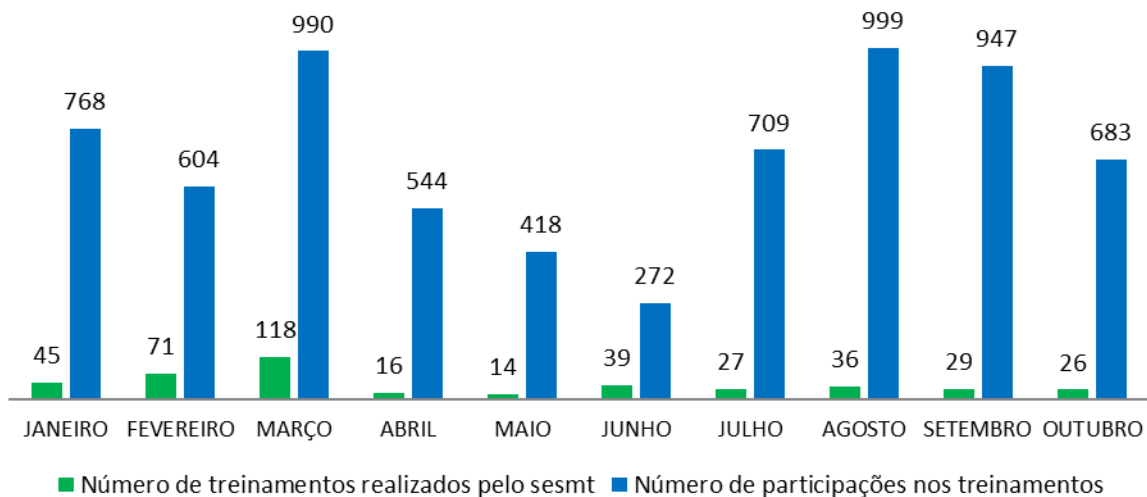
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



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

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



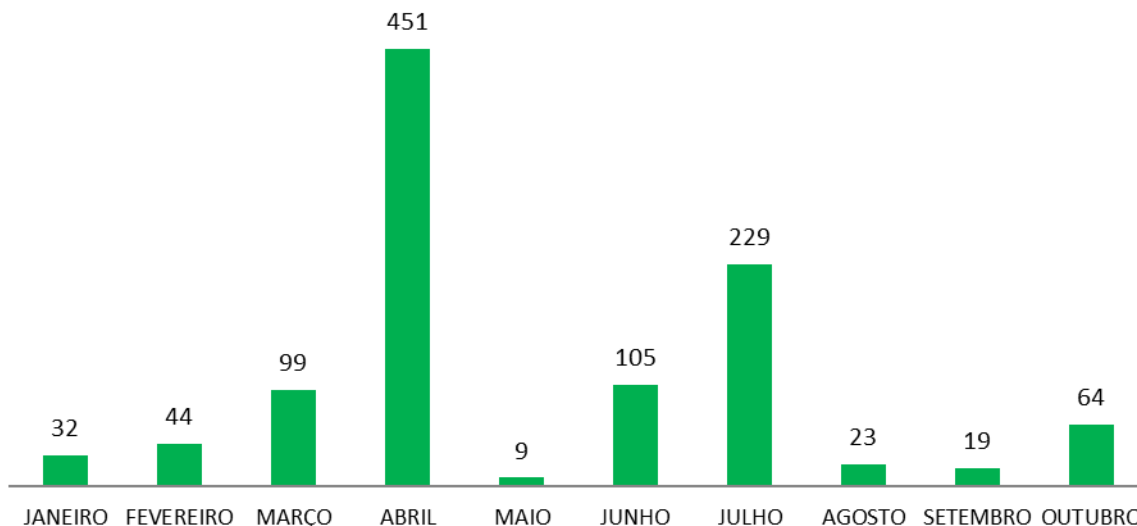
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



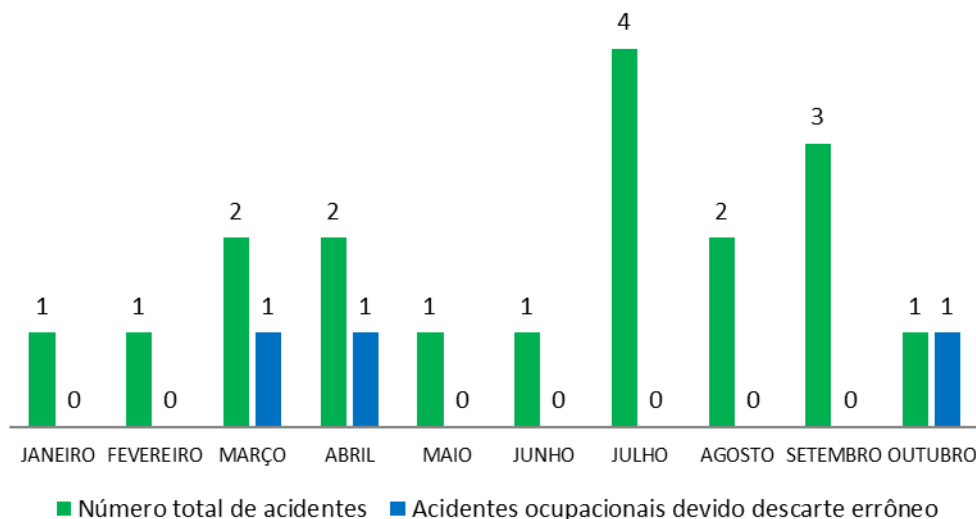
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 27 – Relação de acidentes



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

3.2.1. Radiologia

Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
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%	0,97%

Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%	14%	19%	21%	16%
Número de exames	M/R	327	334	333	428	379	378	414	372	348	332
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2	4	6	5	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49	57	69	72	92

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

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

Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0%	0%	0,62%	0%	0%	1,27%	2,31%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%	13%	9%	15%	25%	25%	1%
Número de exames	M/R	109	114	87	161	128	113	157	130	138	128
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1	0	0	2	3	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10	23	33	34	14

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	0,74%	0%	0,88%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%	7%	11%	13%	18%

Número de exames	M/R	101	108	112	111	120	136	138	136	119	138
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2	0	1	0	
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21	10	15	16	

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	0%	8,93%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%	5%	6%	15%	16%	16%	20%
Número de exames	M/R	64	47	67	64	57	48	53	50	56	66
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1	0	0	1	0	5	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2	3	3	8	8	9	10

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

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	4,76%	0%	1,69%	2,56%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%	24%	13%	35%	15%
Número de exames	M/R	41	50	50	80	63	64	59	39	31	20
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0	1	1	0	0

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13	14	5	11	
----------------------------	----------------------	----	---	---	----	----	----	----	---	----	--

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

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

Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

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

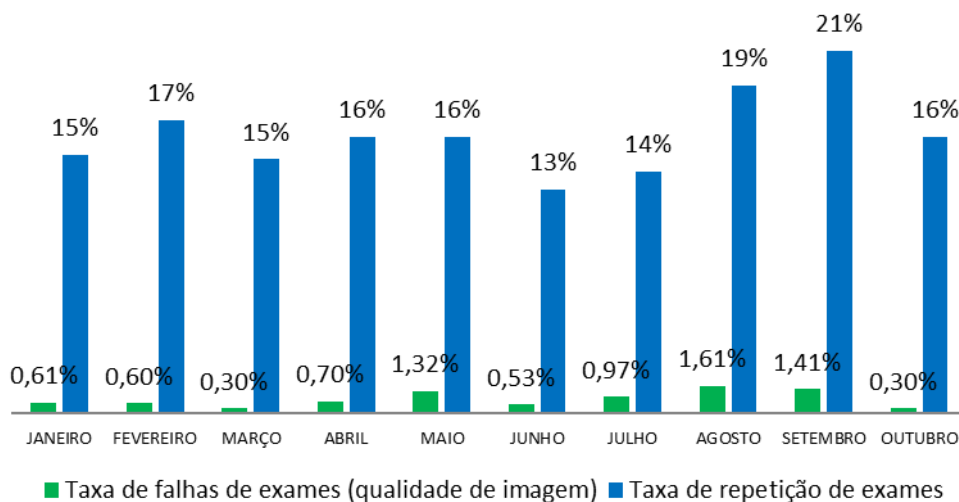
ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

"OUTUBRO: Os números de exames repetidos são contabilizados quando há mais de um RX no mesmo paciente em menos de 24 horas. Em análise, fora identificado três situações em que isso pode acontecer:

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

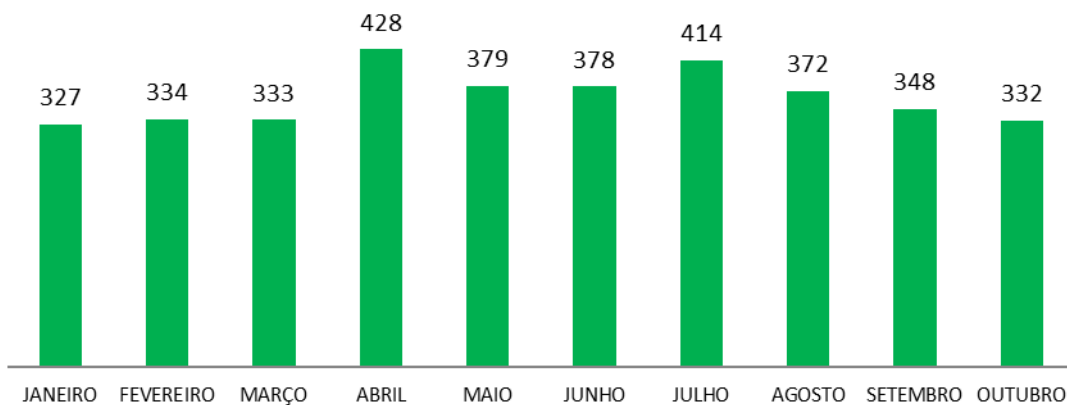
Com o aumento do número de admissões, poderá haver um aumento natural do número de exames repetidos, já que existe a possibilidade de múltiplos procedimentos a serem realizados no momento da admissão. Mas em análise aos dados discriminados, identificamos que no mês de outubro houve um aumento de exames por passagem de cateter central."

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



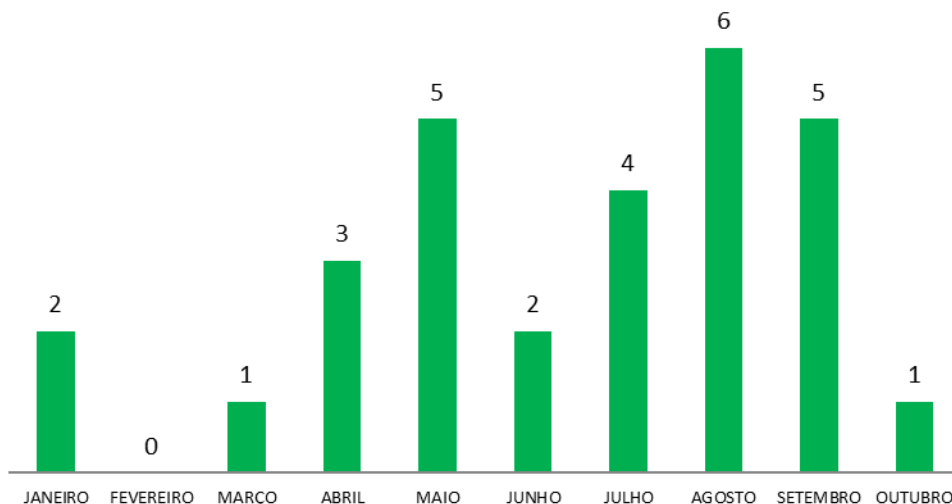
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



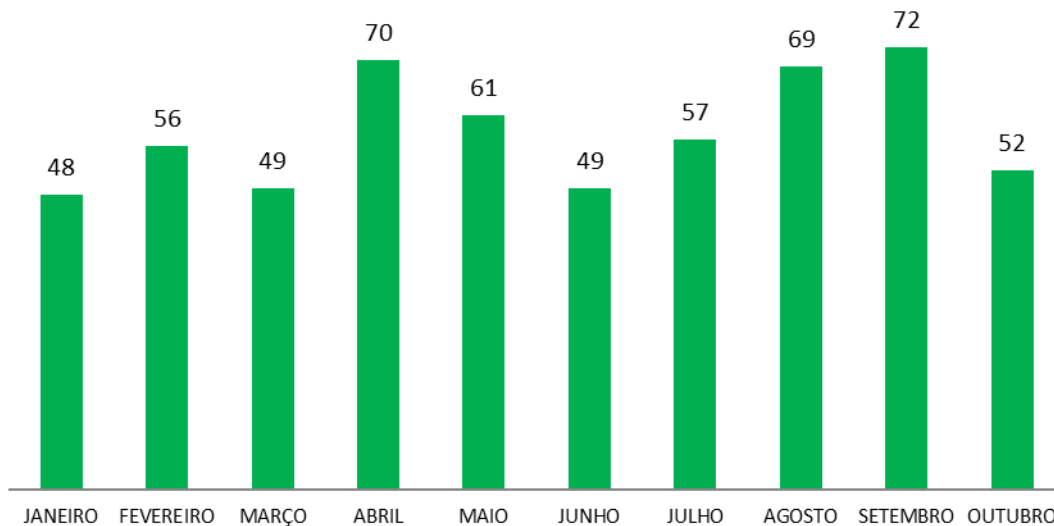
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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



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

Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	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%	23%
Sobras de tubos	< 1%	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%
Eficiência na emissão de relatórios (tat)	> 90%	99,43%	99,66%	99,57%	99,67%	99,72%	99,72%	99,89%	99%	99%	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
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

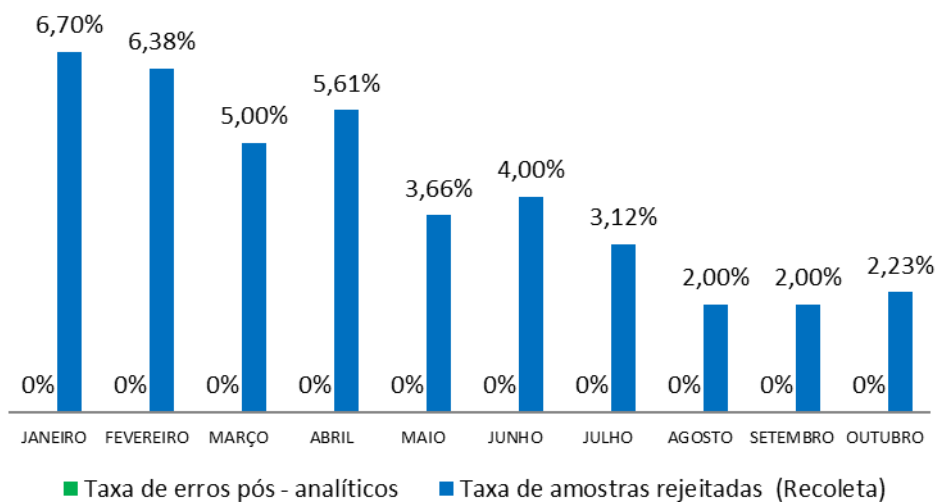
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

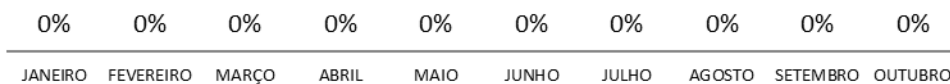
Em outubro observou-se Percentual de recoletas em estabilidade, delimitação de coletores e acompanhamento em coletas tem demonstrado melhora significativa nas amostras recebidas, mantemos orientações e observação referente as coletas, visando melhoria contínua nos processos.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



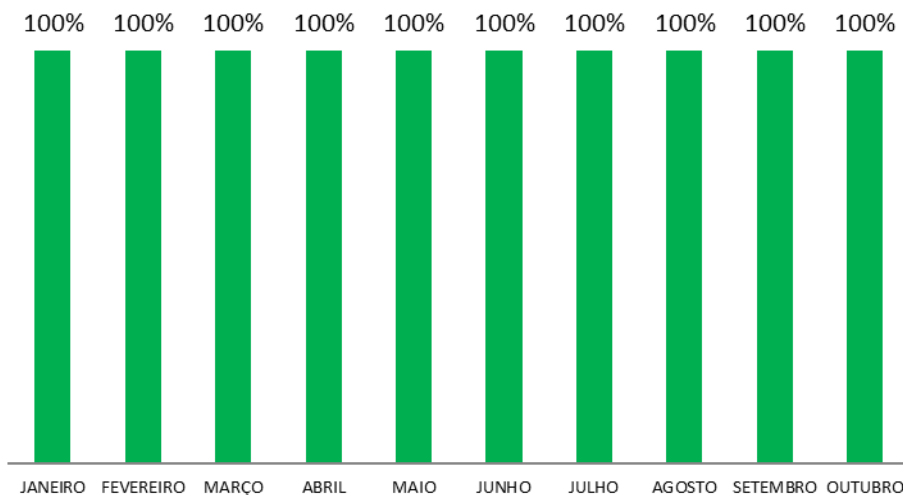
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



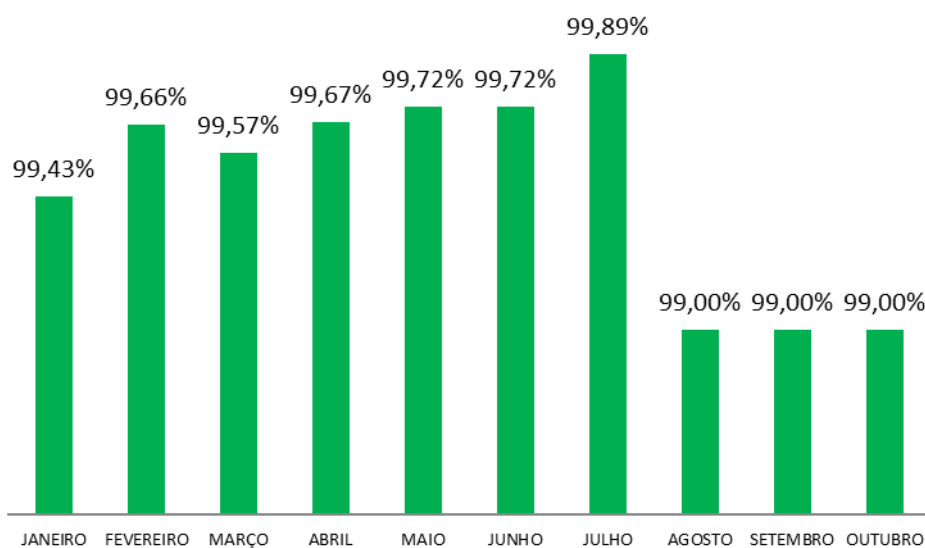
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



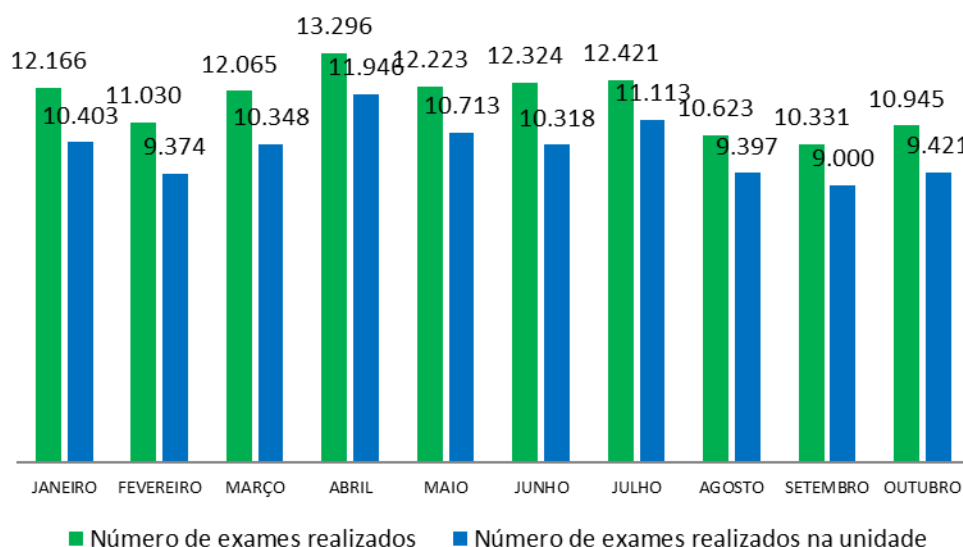
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



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

Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

Cuidado Integral: Promove o cuidado integral ao paciente, considerando não apenas o aspecto clínico, mas também o emocional e psicossocial. Isso envolve o

trabalho interdisciplinar entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%	0,36%	0,50%	0,25%	1,01%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92	3,88	4,64	3,96	4,01
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
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%	11,69%	19,35%	8,57%	10,01%
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%	2,00%
Giro leito institucional	<5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70	0,83	0,67	0,75	0,80
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022	5080
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520	5735	5735	5576	5782
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131	154	124	140	148
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18	18	24	12	14
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0	2	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	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%	0,26%	0,48%	0,13%	1,40%

Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21	1,07	0,90	1,11	1,38
Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61	9,06	13,86	10,89	9,99
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%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%	0%	0,95%	0%	0%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34	3,06	2,10	2,50	2,77
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358	1386	1455	1361	1377
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500	1550	1550	1500	1549
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117	153	105	125	137
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8	11	3	6	8
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1	0	2	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	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%	0,36%	0,41%	0,41%	1,09%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52	3,01	3,84	2,75	3,72
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17	3,88	4,21	3,85	4,04
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%
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%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45	4,50	3,85	4,55	4,00
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357	349	324	350	324
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600	620	620	600	620

Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69	90	77	91	80
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3	4	5	4	4
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	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de febite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%	1,16%	1,12%	0,68%	1,34%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16	2,80	2,73	2,48	2,89
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
Taxa de óbito institucional	< 15%	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%	2,44%	12,50%	2%	0%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%	2,44%	2,50%	0%	0%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10	4,40	4,10	4,00	5,00	4,70
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205	195	201	176	174
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300	310	310	300	310
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44	41	40	50	47
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	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
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	13,00
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71	503,67	300,10	591,00	605,00
Taxa de óbito institucional	< 70 %	33,33%	62,50%	40%	57,14%	44,44%	71,43%	33,33%	60%	20%	60%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	11,11%	0%	1,05%	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	0,00
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931	3022	3001	2955	3020
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970	3069	3069	2996	3000
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7	19	10	5	3
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1	2	6	1	5
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	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	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de flebite	<15%	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
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	645,00

Taxa de óbito institucional	<100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	100%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,05%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0	0	0	0	0,17	0	0
Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180	186	180	186	179	180	186
Número de leito dia	neutro	186	168	186	180	186	180	186	186	180	186
Número de saídas	Quant o maior, melhor	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Número de óbitos + 24 horas	Quant o menor, melhor	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Número de óbitos - 24 horas	Quant o menor, melhor	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

O aumento do número de óbitos no período pode estar relacionado ao perfil de complexidade dos pacientes admitidos, com maior gravidade clínica e necessidade de cuidados intensivos, além de casos de difícil prognóstico. Ressalta-se que a instituição mantém acompanhamento rigoroso do indicador, reforçando a adesão aos protocolos assistenciais e de segurança do paciente, bem como a atuação multiprofissional voltada para a mitigação de riscos e a melhoria contínua da qualidade do cuidado.

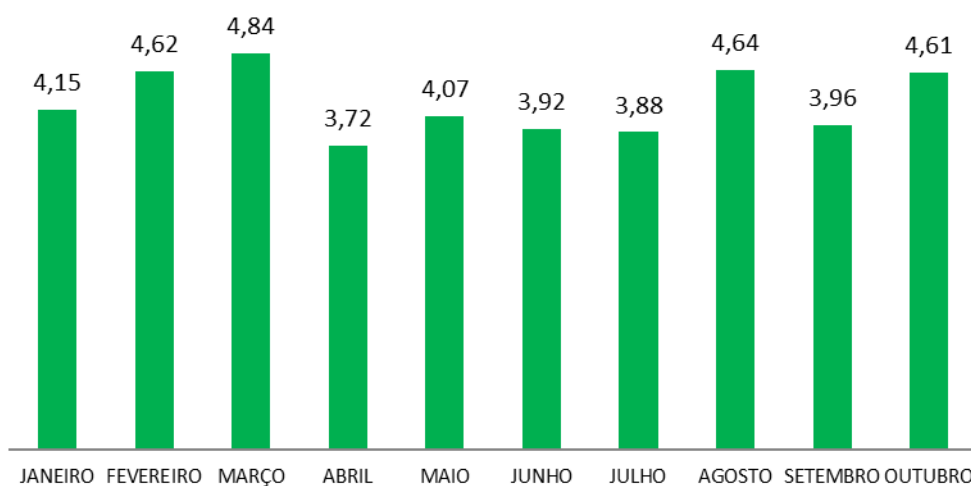
O aumento de taxa de flebite se deve a variações na adesão aos protocolos de inserção, manutenção e monitoramento dos cateteres podem contribuir para esse resultado. O indicador permanecerá em acompanhamento, com reforço das orientações às equipes assistenciais e monitoramento contínuo das práticas de punção e manutenção dos dispositivos.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



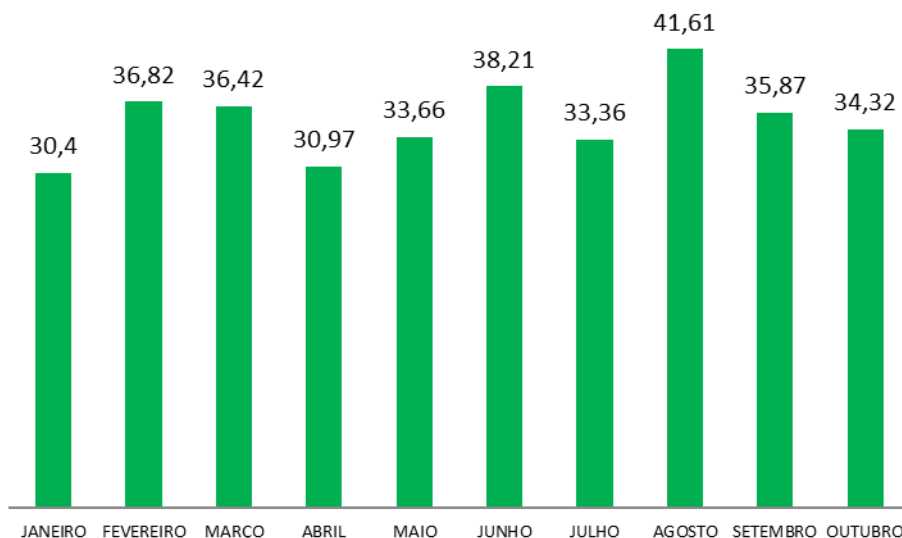
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



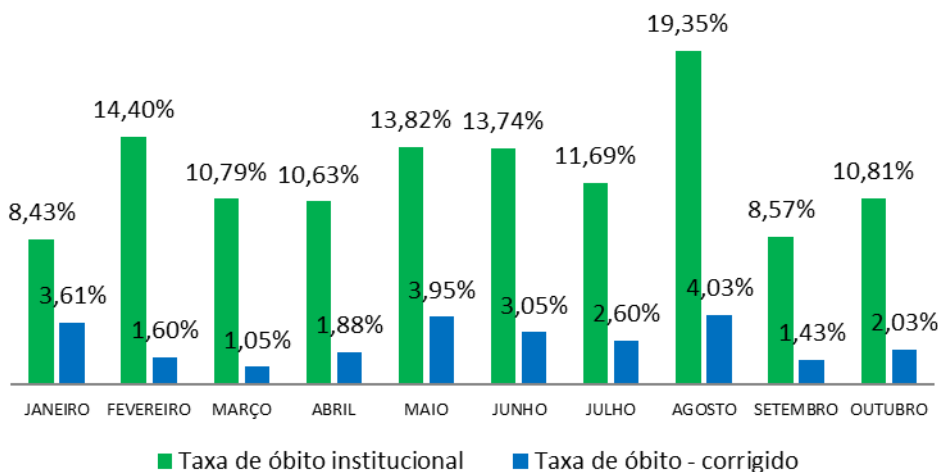
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

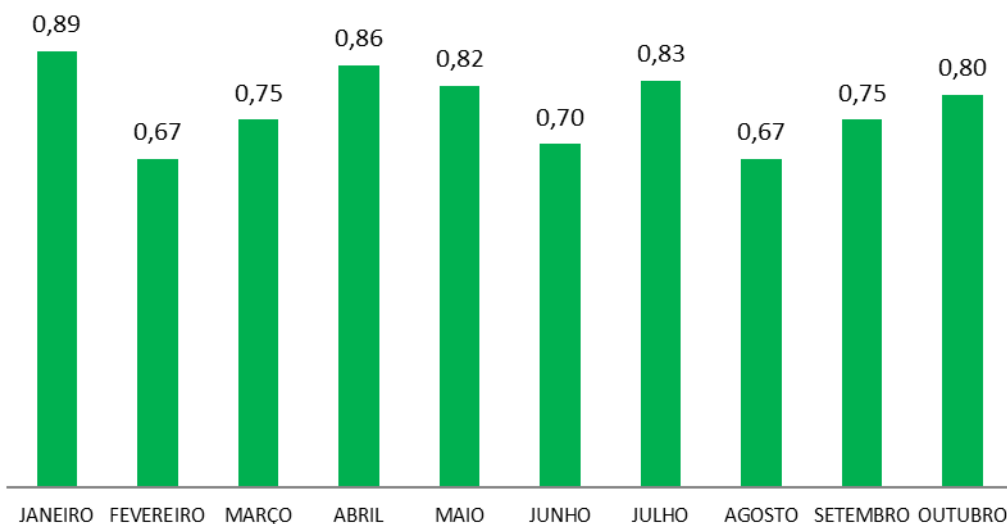
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

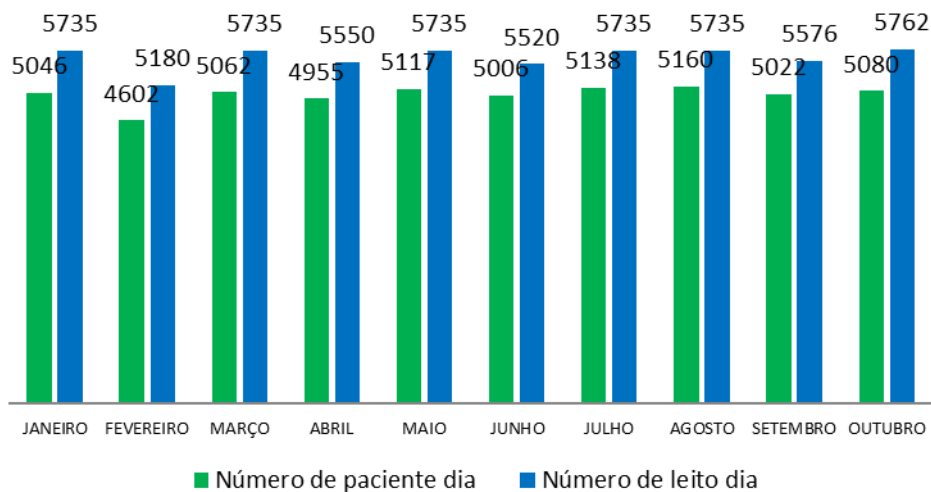
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



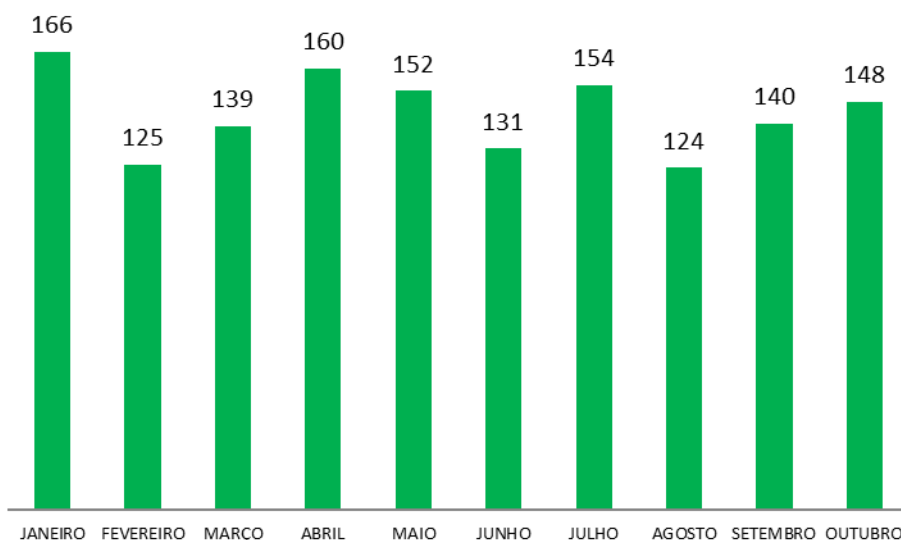
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



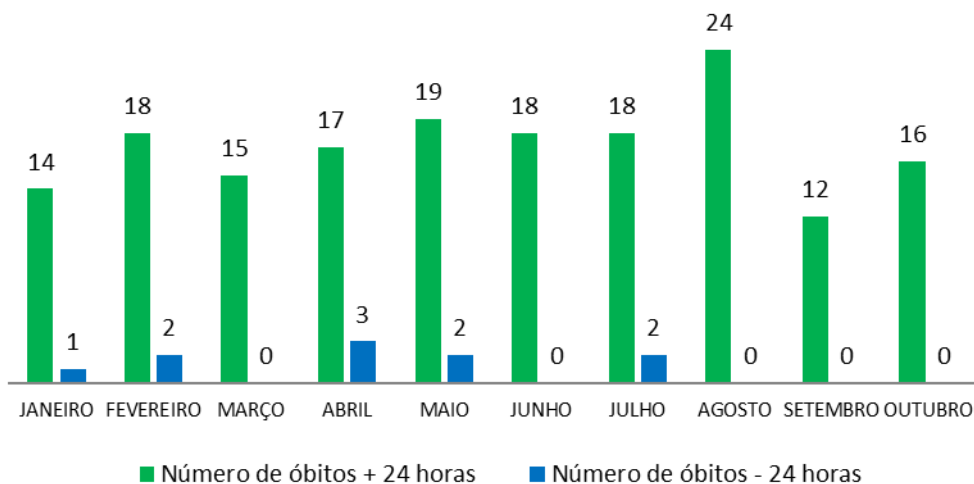
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

3.3.1. Nutrição

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

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

Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%	95%	98%	93%	98%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%	90%	100%	97%	98%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361	3480	3620	3211	3019
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125	152	118	129	144
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95	117	102	139	105
Número de refeições	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378	23965	23945	24291	23917

serviços para pacientes											
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013	1255	975	839	1034
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482	11140	11246	10709	11005
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%	31%	31%	30%	29%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%	37%	36%	34%	38%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%	9%	10%	10%	9%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%	23%	23%	26%	26%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732	7707	7880	7934	7984
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%	36%	40%	31%	27%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%	34%	31%	30%	34%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%	12%	10%	13%	16%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%	18%	19%	26%	29%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	734	1477	1452	1463	1437	1348	1566	1023

Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%	22%	33%	38%	32%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%	43%	32%	28%	37%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%	21%	9%	5%	15%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%	14%	26%	29%	15%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	1674	1186	1019	863	966	919	906	831
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%	19%	38%	41%	42%	26%	18%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%	34%	38%	32%	28%	16%	41%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%	19%	9%	9%	7%	14%	10%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%	28%	15%	18%	23%	44%	29%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140	13669	13612	13727	13506
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%	30%	30%	30%	30%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%	37%	36%	35%	34%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%	6%	9%	10%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%	27%	25%	25%	26%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180	186	186	180	186
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%	19%	17%	17%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%	60%	64%	77%	83%
Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%	3%	2%	0%	0%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%	18%	17%	6%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

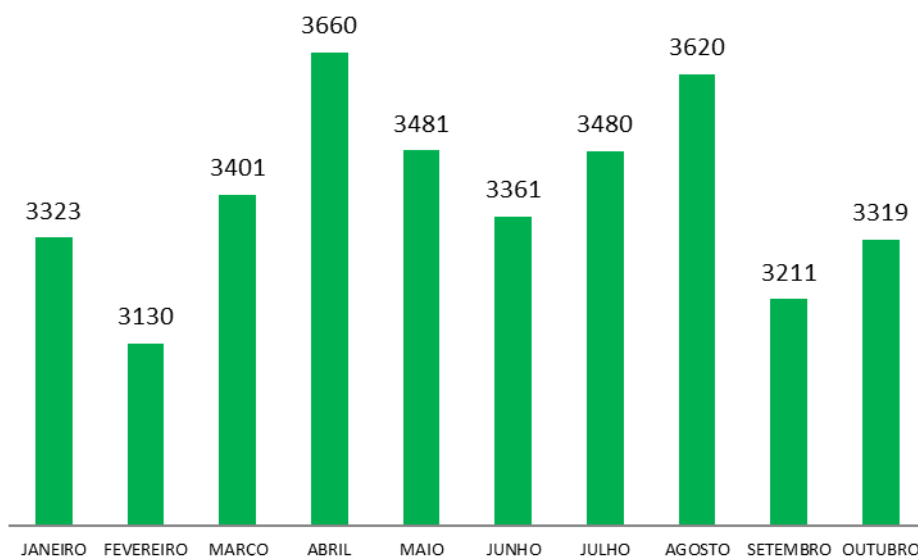
ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

A meta de obesidade geral não foi alcançada em razão do perfil dos pacientes admitidos no período, a maioria com mobilidade reduzida, o que limita o gasto energético. Além disso, muitos já chegam à unidade apresentando quadro prévio de obesidade, o que impacta diretamente o indicador.

Quanto à taxa de triagem nutricional, o não cumprimento da meta no mês está associado a diversos fatores: admissões noturnas com altas ou óbitos em menos de 24 horas; realização de procedimentos externos logo após a admissão, impossibilitando a avaliação inicial; e o aumento de atendimentos nutricionais a colaboradores em situações de urgência ou acidentes de trabalho, nos quais não há disponibilização de refeição ou atendimento nutricional formal.

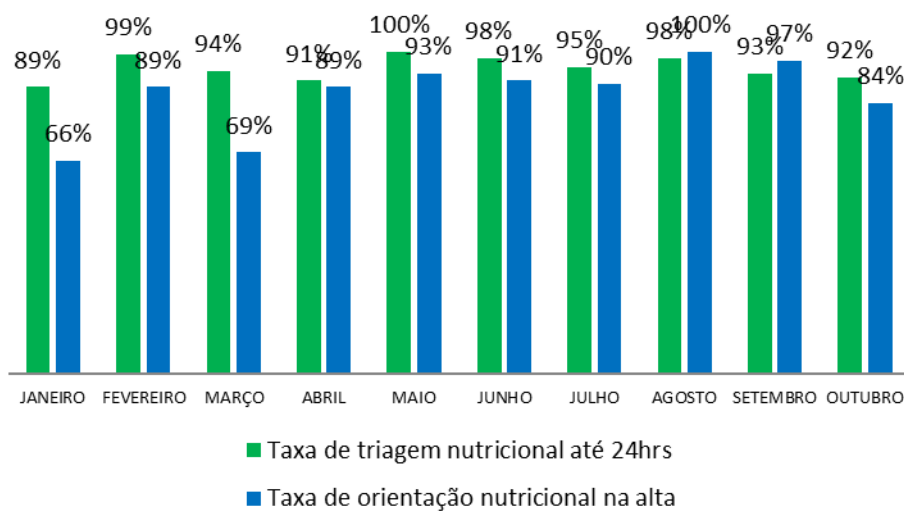
Em relação às altas, alguns pacientes receberam alta hospitalar sem estarem inseridos no sistema KABAM, o que impediu a realização oportuna da orientação nutricional, comprometendo o indicador.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



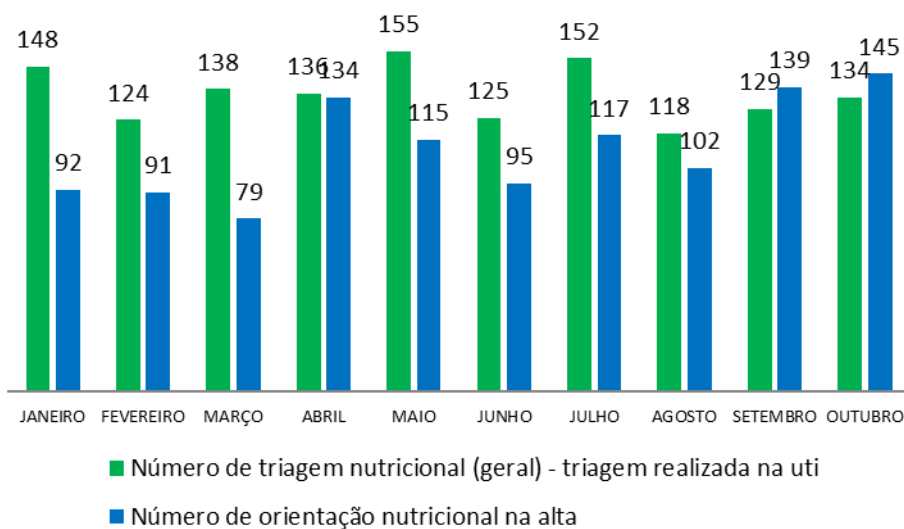
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



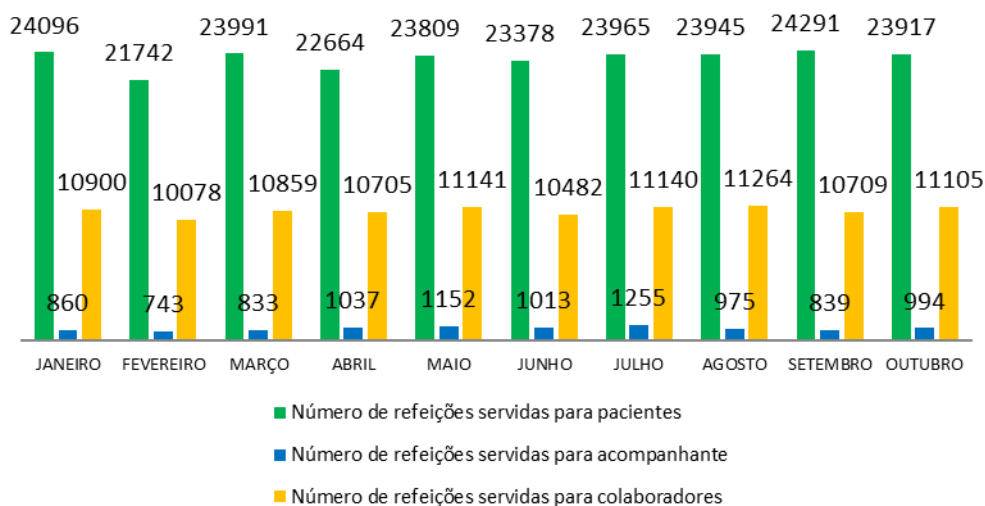
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



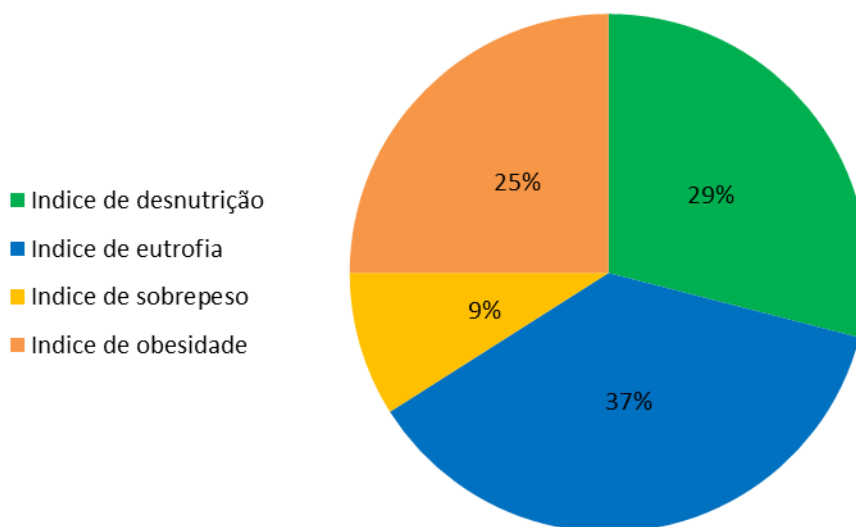
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

3.3.2. Fisioterapia

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

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

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

Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	97%	97%	98%	98%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%	95%	96%	95%	95%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%	96%	97%	98%	98%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374	21714	23784	21259	22019	20431	20083	18113
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873	13311	14626	13040	13334	12409	12195	11182
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501	8260	9158	8219	8685	8022	7888	6131
Número de intubações	M/R	3	5	3	7	5	7	8	7	7	
Número de extubações	M/R	2	4	0	3	5	2	2	2	5	
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	92%	96%	86%	95%	98%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94%	96%	94%	98%
Número de intubações	M/R	0	0	0	1	0	1	0	1	0	
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	2	1	0	1	2	2	2	4	3	
Média de pacientes em cno2*	M/R	6	6	9	6	10	10	6	5	6	
Média de pacientes nebulizados*	M/R	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
Média de pacientes em mnr*	M/R	1	1	1	1	1	1	2	1	0	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	96%	99%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	100%	100%	100%	100%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%	98%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	84%	100%	100%	93%	93%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%	97%	100%	98%	100%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	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
Média de pacientes traqueostomizados*	M/R	0	0	1	1	1	1	2	1	0	0
Média de pacientes em cno2*	M/R	2	2	2	2	3	1	1	2	1	1

Média de pacientes nebulizados*	M/R	0	0	1	0	0	1	1	1	0	md.com.br/valida
Média de pacientes em mnir*	M/R	1	0	1	1	1	0	0	1	1	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

Indicador	Metas	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	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	7
Média de pacientes em cno2*	M/R	7	4	7	5	6	3	2	2	4	4
Média de pacientes nebulizados*	M/R	5	5	5	3	2	3	2	4	3	3
Média de pacientes em mnir*	M/R	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	98%	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%
Número de intubações	M/R	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Número de extubações	M/R	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

No mês de outubro de 2025, a Taxa de Avaliação Fisioterapêutica atingiu 99%, ficando 1% abaixo da meta de 100%. O resultado deve-se a uma admissão na unidade Colibri que não foi avaliada dentro do tempo estabelecido.

A Taxa de Alta Funcional encerrou o mês em 95%, abaixo da meta de 100%, devido à ausência de orientação de alta funcional para um paciente da UTI Bem-te-vi e seis pacientes da unidade Colibri.

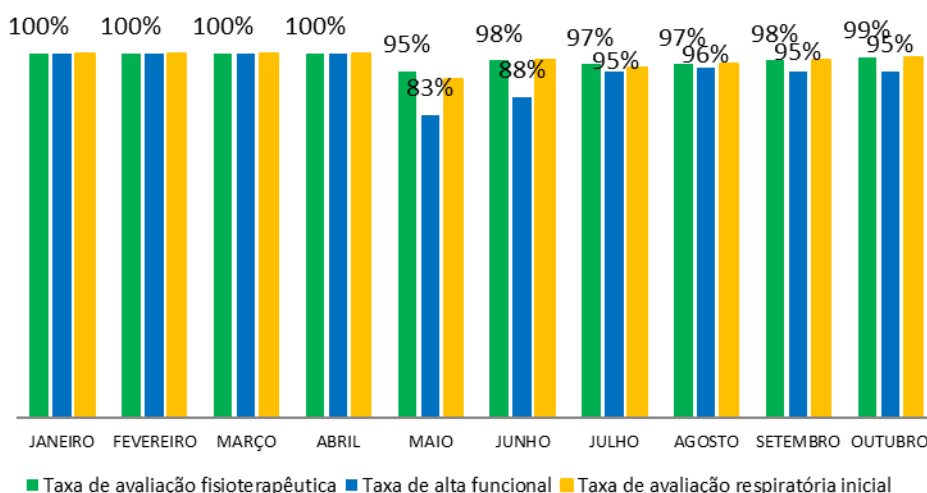
Em relação ao Número de Procedimentos de Fisioterapia Motora, observou-se impacto direto decorrente da redução no quadro de colaboradores, o que influenciou a capacidade de atendimento e execução dos procedimentos no volume esperado.

A média de pacientes traqueostomizados manteve-se em 16 no mês de outubro, refletindo o perfil clínico da instituição, caracterizado por pacientes crônicos e de maior complexidade. Esse cenário dificulta uma redução acelerada desse indicador, exigindo monitoramento contínuo e intervenções específicas.

De forma geral, as taxas de Avaliação Fisioterapêutica, Alta Funcional e o Número de Procedimentos de Fisioterapia Motora apresentaram desempenho inferior às metas estabelecidas, indicando a necessidade de ajustes nos processos internos e maior atenção às rotinas assistenciais. Adicionalmente, a redução do quadro de colaboradores influenciou diretamente os resultados, reforçando a importância de reavaliar metas, equipes e fluxos, a fim de assegurar qualidade e segurança no

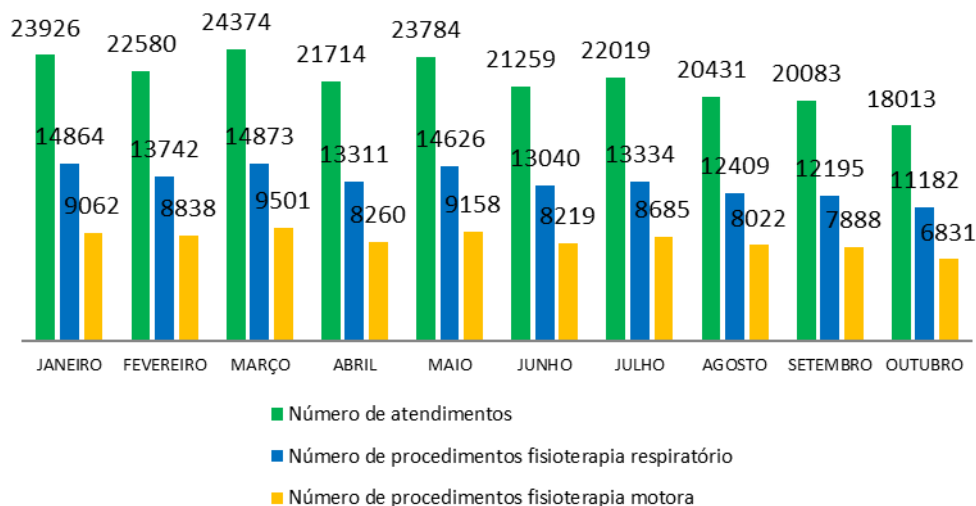
cuidado prestado. Apesar da taxa de alta geral estar acima da média, os indicadores evidenciam oportunidades para aprimorar processos e corrigir falhas pontuais. As ações implementadas têm demonstrado eficiência nos atendimentos, promovendo segurança no cuidado ao paciente e fortalecendo a qualidade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

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



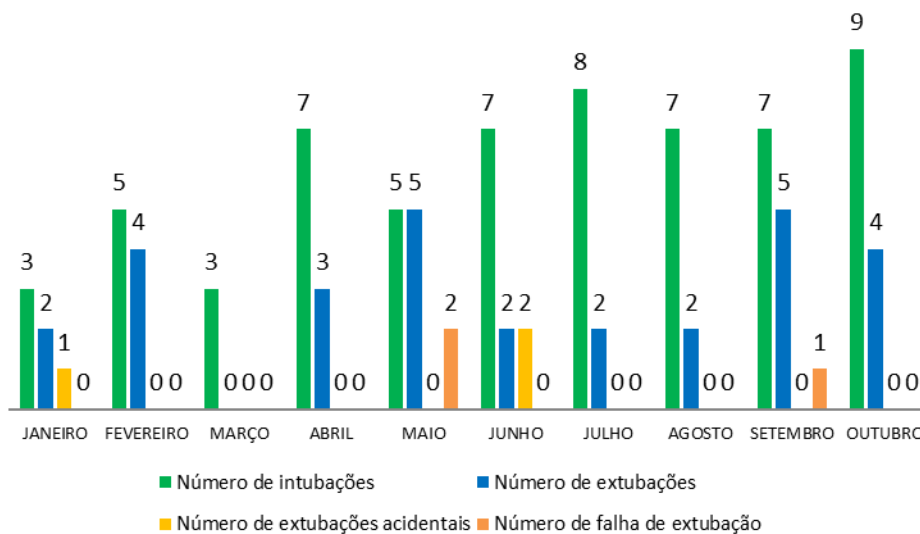
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



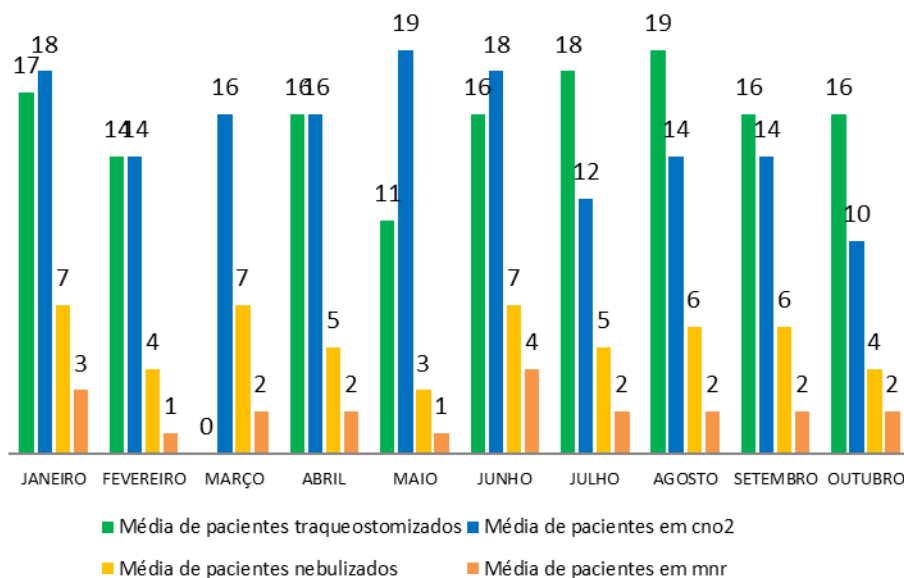
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52 – Ventilação Mecânica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

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

Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%	94%	100%	100%	99%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%	93%	98%	99%	94%
Índice de atendimento a casos de violência	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
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7	5	13	6	3
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60	28	28	28	19
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8	5	6	6	8
Taxa de evasão	<3%	1,20%	0,80%*	0%	0%	0%	0,76%*	1,30%	0,81%	0%	87%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%	0%	0%	2,85%	75%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%	93%	67%	100%	11%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0	0	0	4	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Dados retroativos alterados conforme formula de revisão.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%	98%	100%	100%	98%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86 %	93%	99%	99%	94%
Índice de atendimento	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0

a casos de violência											
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6	3	5	8	
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3	3	11	0	
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0	1	2	1	
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3	1	4	5	
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0,83%	1,25%	0%	0,83%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3,06%	1,75%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%	89%	82%	57%	100%	79%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1	0	0	0	0	3	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	94%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%	91%	86%	100%	100%	100%
Índice de atendimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

a casos de violência											
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	1	0	1	3	
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1	2	1	0	0	1	
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%	88%	90%	60%	100%	
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	0	0	0	0	0	1	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	97%	100%	93%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	89%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	2	1	1	0	
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
Número de pacientes	> 15	2	0	1	0	0	1	1	0	0	

ações sócio educativas											
Taxa de evasão	<3%	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%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%	100%	60%	100%	0%
Número de evasões	< 4	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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%	80%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	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	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1	1	1	12	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60	15	15	12	0
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2	3	2	28	0
Taxa de evasão	<3%	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%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	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
Número de solicitações de o2	M/R	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
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0
Taxa de evasão	<3%	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%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundoeasydocuments.com.br/validade/B56TQ-KK4T7-VUJE3PGDHU>

tratamento realizado											
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

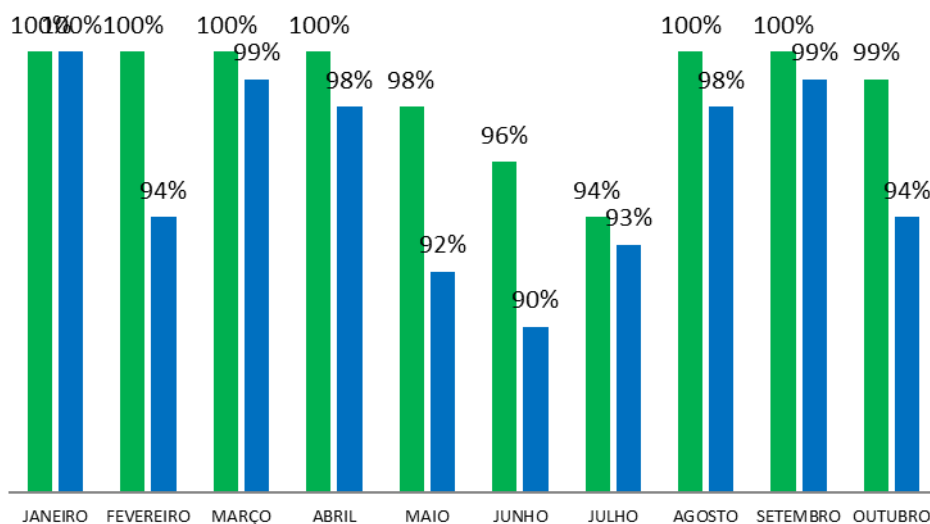
No mês de outubro de 2025, o setor de Serviço Social apresentou resultados positivos, porém com falhas pontuais que demandam ajustes. A Taxa de Avaliação Social Inicial, realizada dentro de 24 horas, atingiu 99%, ficando 1% abaixo da meta, devido a uma avaliação não concluída no prazo na unidade Colibri.

A Taxa de Alta Planejada registrou 94%, permanecendo 6% abaixo do esperado. Esse resultado foi impactado por seis altas não planejadas na unidade Colibri e uma na UTI Bem-te-vi.

Foram realizadas 8 ações socioeducativas (Conferências com a Família); entretanto, identificou-se necessidade de aprimorar o registro dessas atividades nos prontuários, garantindo maior segurança, rastreabilidade e qualidade das informações.

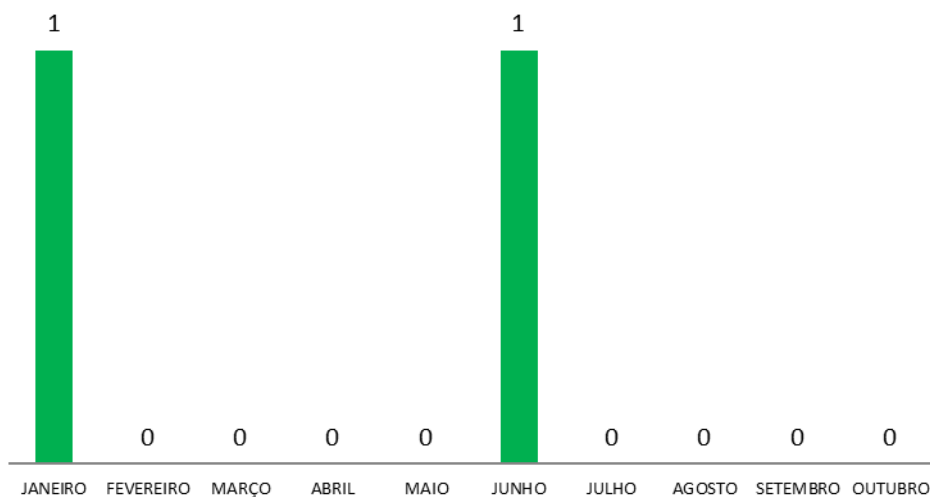
Diante desses desafios, serão reforçados os protocolos internos, intensificada a capacitação da equipe e aprimorado o acompanhamento do planejamento de altas e dos registros assistenciais, com foco na recuperação dos indicadores e na continuidade da qualidade do atendimento.

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



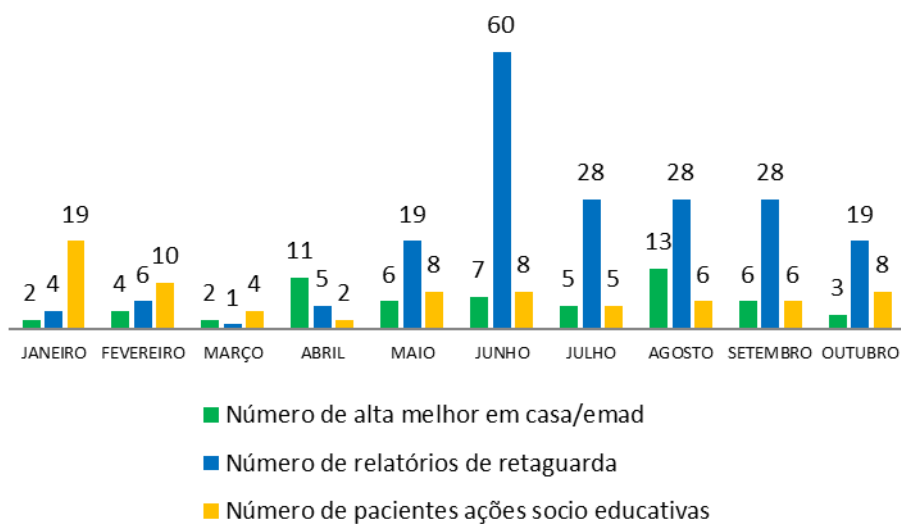
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



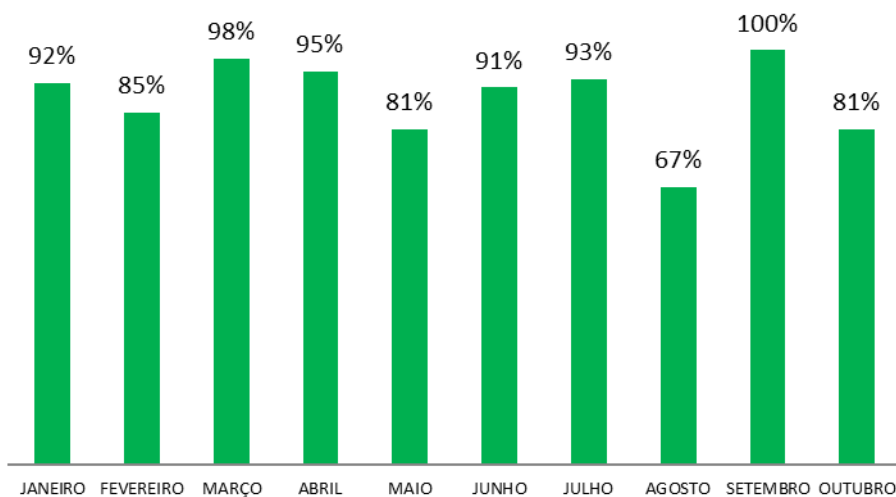
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

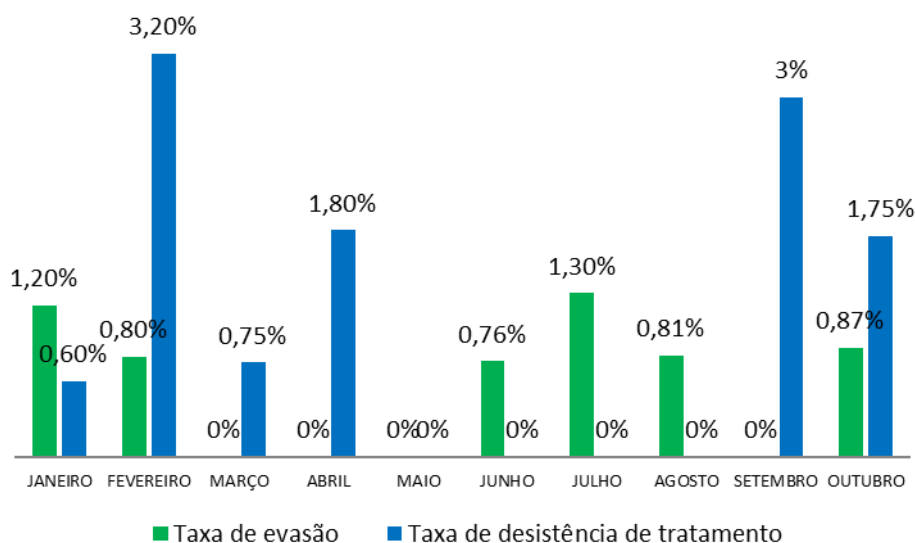
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

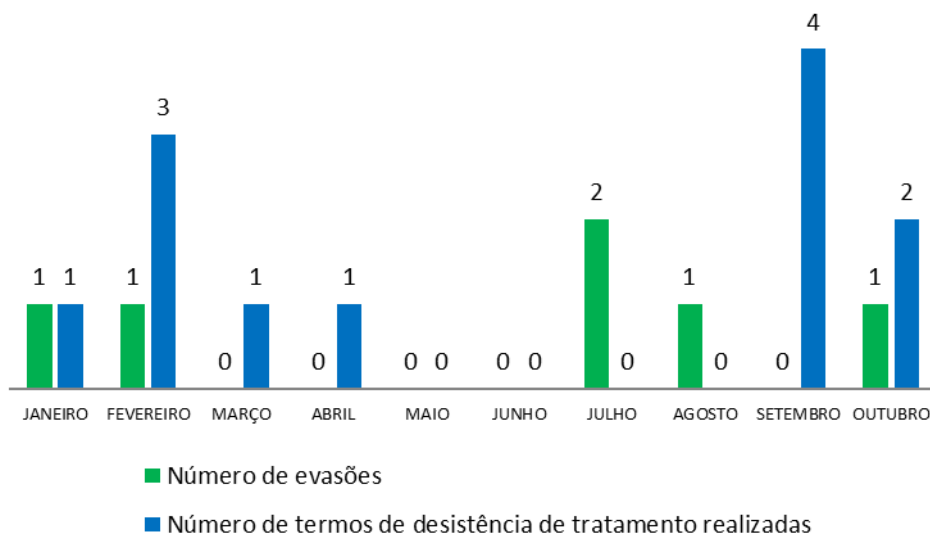
Período de atendimento (07 as 19hrs)

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.4. Psicologia

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

- **Avaliação Psicológica:** Psicólogos hospitalares realizam avaliações detalhadas para entender o estado emocional e psicológico dos pacientes. Isso pode incluir a análise de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos, além de avaliar o impacto psicológico da doença e do tratamento.
- **Apoio ao Luto e Perda:** Oferecem suporte a pacientes e famílias que estão lidando com a perda de entes queridos ou com o luto relacionado ao processo de morte e morrer. Isso pode incluir intervenções para ajudar a processar o luto e encontrar formas saudáveis de lidar com a perda.
- **Promoção da Adaptação ao Tratamento:** Ajudam os pacientes a lidar com os desafios emocionais relacionados ao tratamento médico, como efeitos colaterais, mudanças na autoimagem e a adaptação a novas realidades de vida. Trabalham para melhorar a adesão ao tratamento e apoiar a resiliência emocional.
- **Suporte a Familiares e Cuidadores:** Oferecem apoio psicológico a familiares e cuidadores, ajudando-os a lidar com o estresse e os desafios emocionais associados ao cuidado de um ente querido no hospital. Isso pode incluir estratégias para lidar com o desgaste emocional e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%	71%	84%	86%	97%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%	65%	79%	89 %	90%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40	2	2	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%	86%	85%	87%	85%	90%
Número de atendimentos familiares	> 25	32	8	12	3	9	12	12	15	12	12
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4	9	13	15	6	6
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4	0	0	1	1	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8	8	10	9	4	4
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6,66%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3	2	0	6	3	4	3	2	2
Número de reuniões e conferências c/	M/R	5	1	1	2	3	6	1	3	13	13

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e acessar as assinaturas acesse o link: <https://mundoeasydocmd.com.br/validate/B56TQ-KK4T7-VUJE3-PGDHU>

familiares para
fechamento de
cuidados
paliativos

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%	68%	85%	87%	96%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2	2	11	13	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%	79%	100%	80%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5	5	10	12	15	22
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2	2	1	1	9
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2	2	10	1	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%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0	1	1	1	2	2	5

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar os documentos e suas assinaturas acesse <http://mundo.easydocmd.com.br/validate/B56TQ-KK4T7-VUJE3-PGDHU>

Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5	2	1	1	0	2	6
--	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%	56%	71%	85%	98%	99%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	0	4	7	6	9
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%	75%	60%	86%	80%	78%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2	4	3	5	3	4
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0	1	3	1	2	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1	0	0	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2	2	3	3	3	3
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação	M/R	2	0	3	3	1	1	0	3	1	1

Este documento foi assinado por Simone da Silva de Araujo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://mundo.easydocmd.com.br/validate/B56TQ-KK4T7-VUJE3-PGDHU

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%	80%	67%	63%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8	1	25	2	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	2%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%	50%	67%	75%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1	1	1	3	1	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1	2	0	0	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1	0,00	2	0	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4	2	2	0	0	1
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,55%	72,29%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Para acessar este documento e suas alterações, acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/B56TQ-KK4T7->

emocional e risco de suicídio											
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2	1	3	3	1	2	0	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0	1	3	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	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
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	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%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1	0	1	1	2	0	0	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	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
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	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%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	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
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

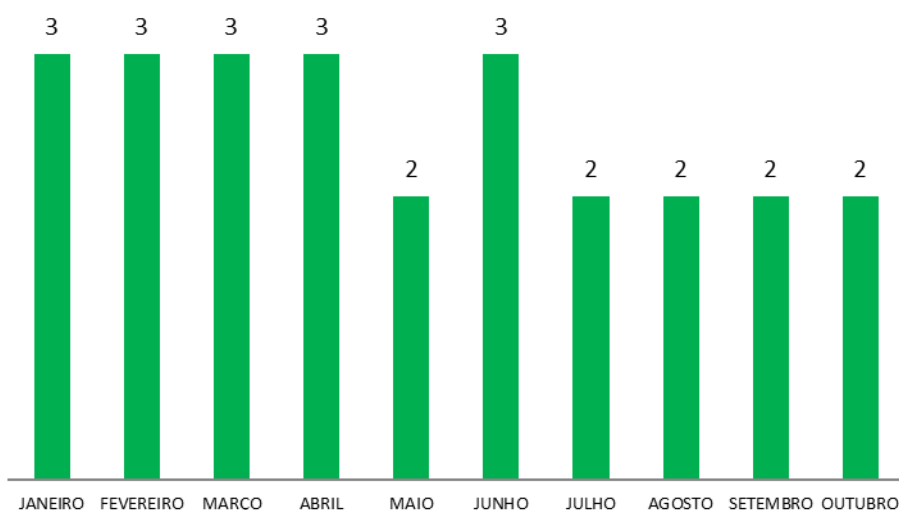
No mês de outubro de 2025, a Taxa de Avaliação Psicológica Inicial atingiu 98%, apresentando melhora significativa em comparação ao mês anterior, reflexo direto do treinamento realizado pela equipe. Ainda assim, o indicador ficou 2% abaixo da meta de 100% devido à não realização de quatro avaliações dentro do tempo hábil: uma na unidade Colibri, uma na UTI Bem-te-vi e duas na UTI Beija-flor. Essas falhas pontuais comprometeram a integralidade do cuidado em alguns casos. Como medida corretiva, será reforçada a importância da realização da avaliação psicológica inicial dentro do prazo estabelecido, garantindo a qualidade do atendimento e a efetividade dos planos terapêuticos.

Em relação à taxa de intervenções em cuidados paliativos, houve diminuição, pois não foram identificados pacientes com critérios para novas intervenções no período.

Observou-se aumento da taxa de pacientes com risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio, decorrente da identificação de um caso que impactou diretamente o indicador.

Quanto ao aumento no número de visitas de menores de 12 anos, este foi motivado por solicitações específicas dos pacientes e de seus familiares, considerando aspectos emocionais, vínculos afetivos e necessidades de suporte durante a internação.

Gráfico 60 – Índice de intervenções



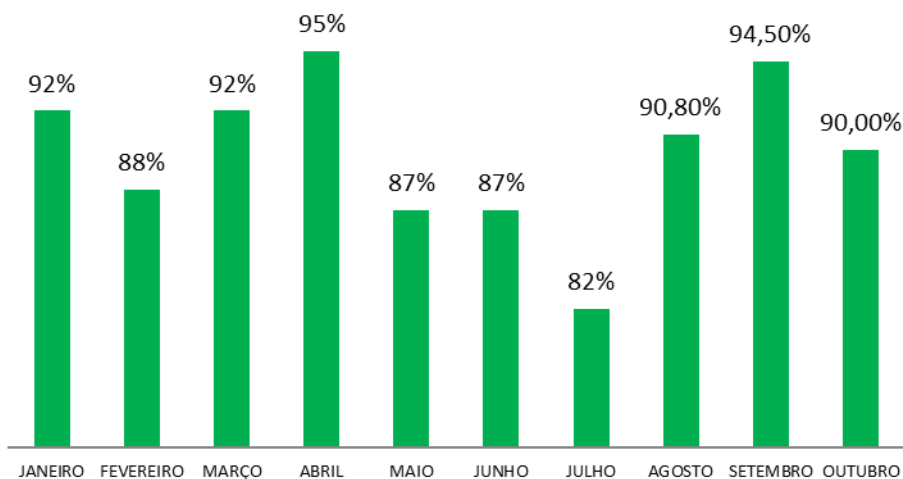
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61 – Taxa de intervenções



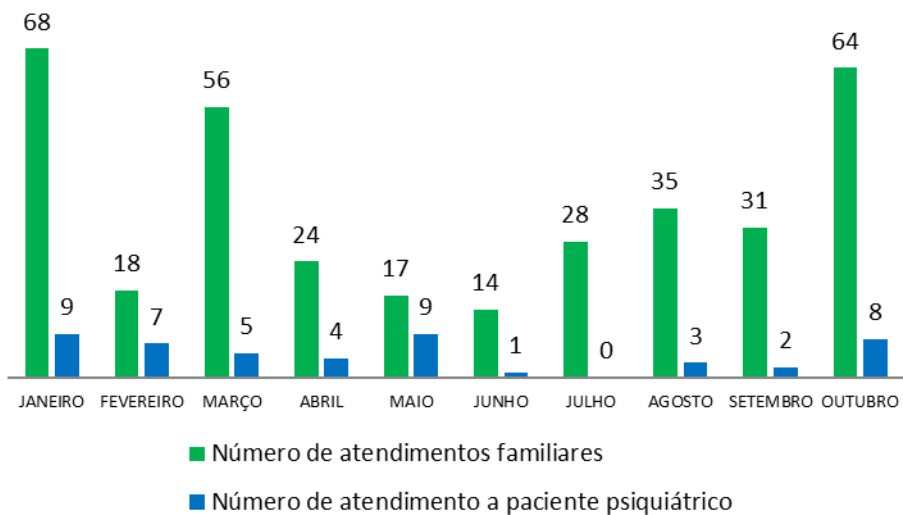
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica



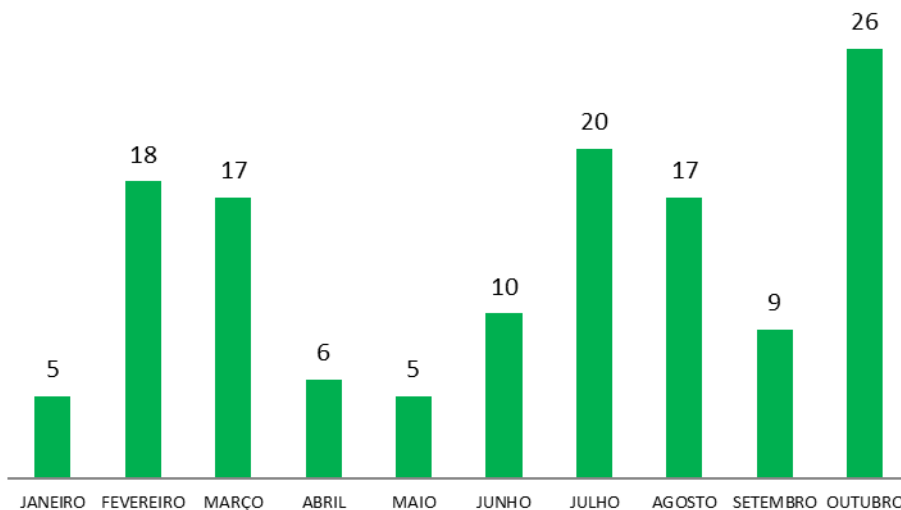
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Número de atendimentos



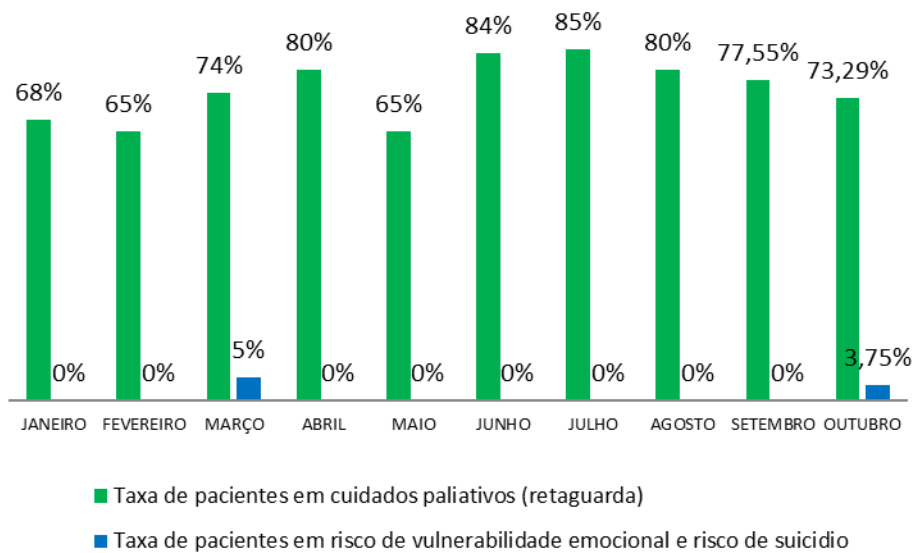
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos



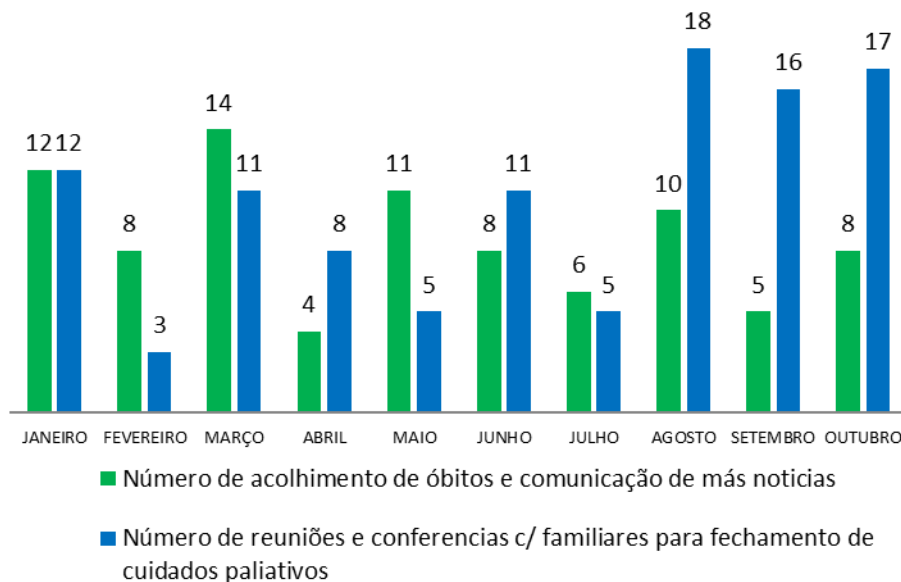
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 66 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.5. Fonoaudiologia

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

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

Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%	65%	64%	50%	58%
Índice de intervenções fonodiológicas realizada*	M/R	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%	0%	21,05%	0%	6,86%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%	100%	96,15%	68,29%	94,44%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%	0%	15,78%	12,50%	1,67%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%	11%	21%	7,14%	1,67%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111	84	76	41	88
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46	37	36	29	17
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3	7	7	3	3
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27	3	2	7	8

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Indicador inserido nesta competência.

ANÁLISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

No mês de outubro de 2025, o setor de Fonoaudiologia enfrentou desafios significativos decorrentes da limitação de recursos humanos, operando com apenas uma colaboradora, que ainda esteve ausente em alguns dias. Essa redução da capacidade operacional impactou diretamente os resultados do período. A Taxa de

Avaliação Fonoaudiológica Inicial alcançou apenas 50%, ficando abaixo da meta estabelecida, o que reflete a sobrecarga de trabalho e a impossibilidade de atender a todas as demandas. O número de atendimentos totalizou 66 pacientes, ficando 12 abaixo do previsto, enquanto o número de avaliações realizadas foi de 27, também inferior ao esperado por eles.

Apesar das limitações, observou-se um aumento na taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração, resultado favorecido pela redução no número de pacientes que apresentavam critérios de risco, o que permitiu à fonoaudiologia realizar um volume adequado de avaliações nessa linha de cuidado. Da mesma forma, houve aumento na taxa de pacientes em desmame de cuff, influenciado pelo maior número de pacientes traqueostomizados. Mesmo diante desse cenário, a equipe conseguiu conduzir o processo de desmame e promover a decanulação com sucesso nos casos acompanhados.

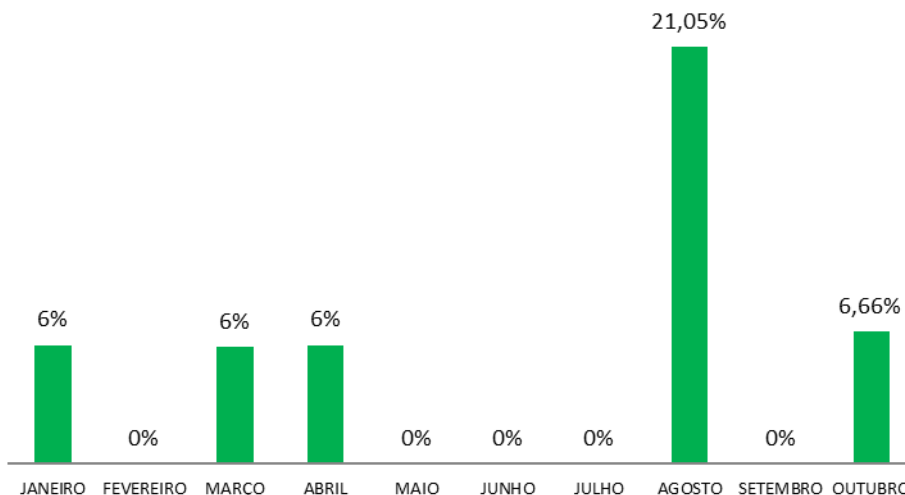
Diante desse contexto, torna-se necessário revisar as metas dos indicadores, alinhando-as à capacidade operacional atual, além de priorizar ações estruturais, como a contratação de um segundo fonoaudiólogo. A organização interna e a reestruturação das prioridades também serão fundamentais para reduzir o impacto da sobrecarga e assegurar a manutenção da qualidade no atendimento oferecido aos pacientes.

Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 68 – Taxa de decanulados



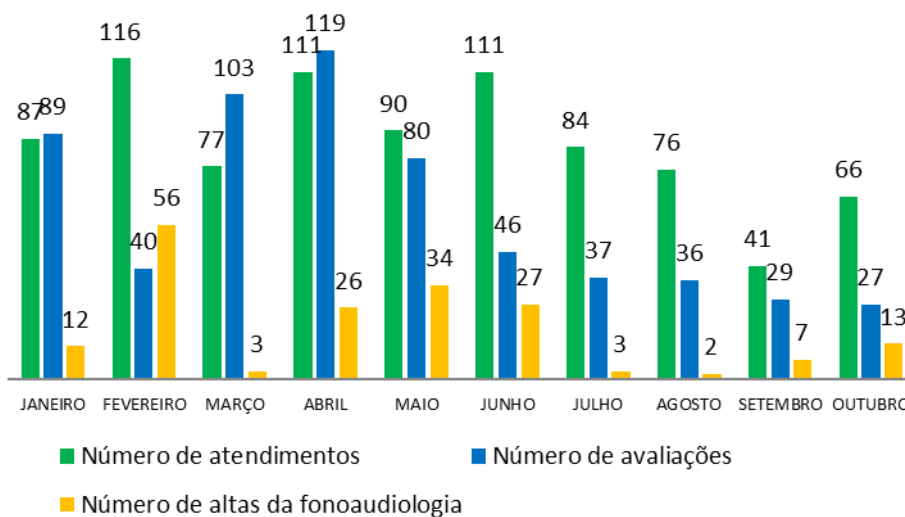
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



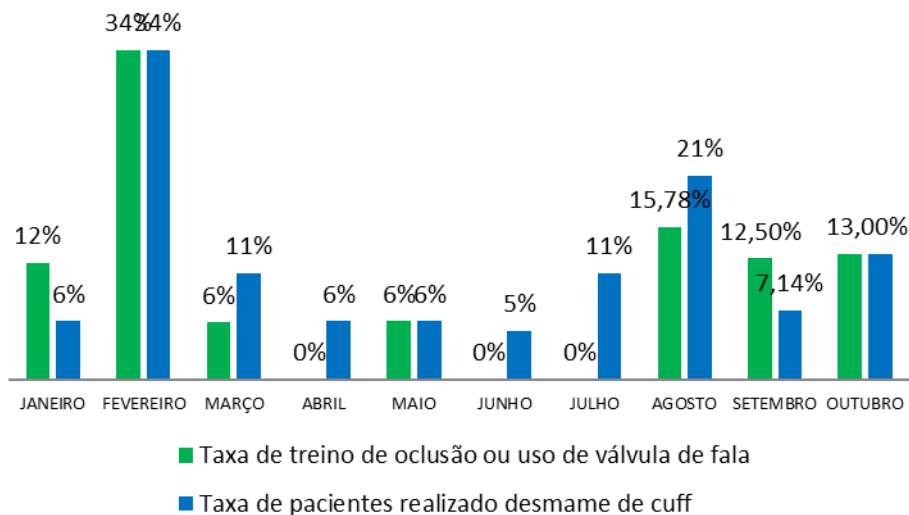
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações



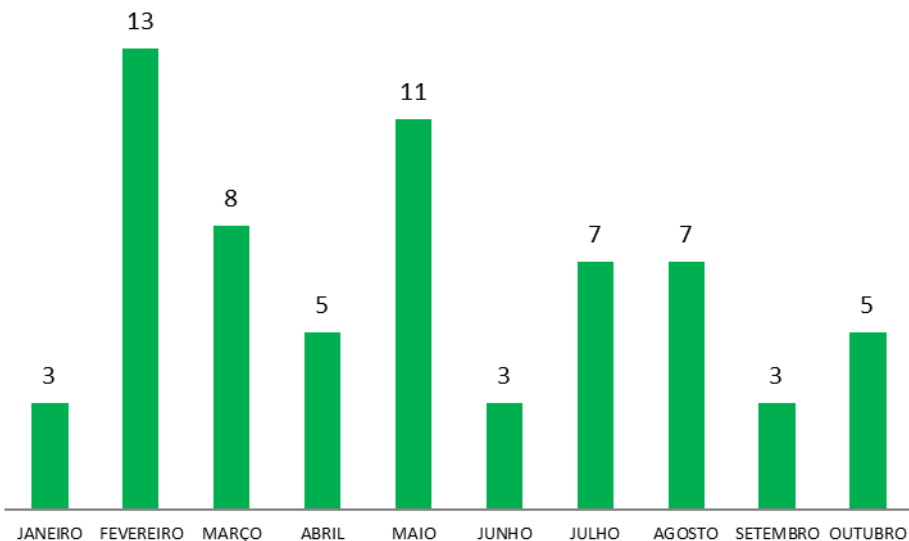
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

Gráfico 73 - Índice de intervenções fonodiaológicas realizadas.



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

3.3.6. Terapia Ocupacional

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

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

- **Intervenção em Casos de Lesões ou Doenças Neurológicas:** Oferecem suporte a pacientes com condições neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões na medula espinhal, para melhorar a recuperação funcional.

Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional

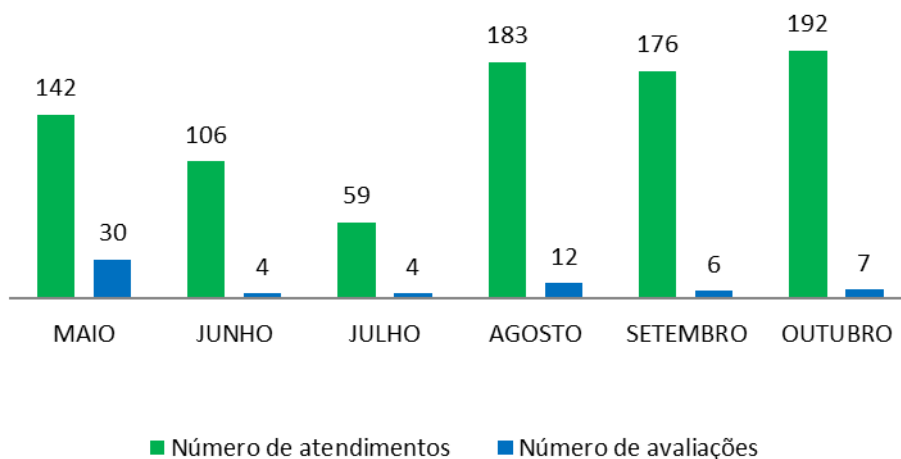
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	6	3	2	2	2
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	106	59	183	176	192
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4	4	12	6	7
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	6	2	9	5	8
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado em conjunto com a equipe multiprofissional	M/R	*	*	*	*	116	117	62	170	184	200
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	98	52	187	237	235

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

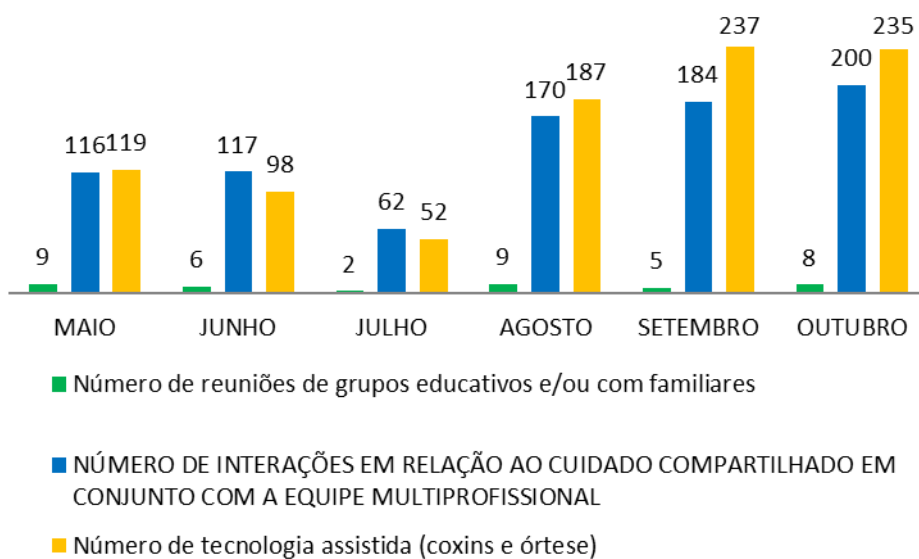
No mês de julho houve alterações nos dados retroativos de junho/2025.

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O



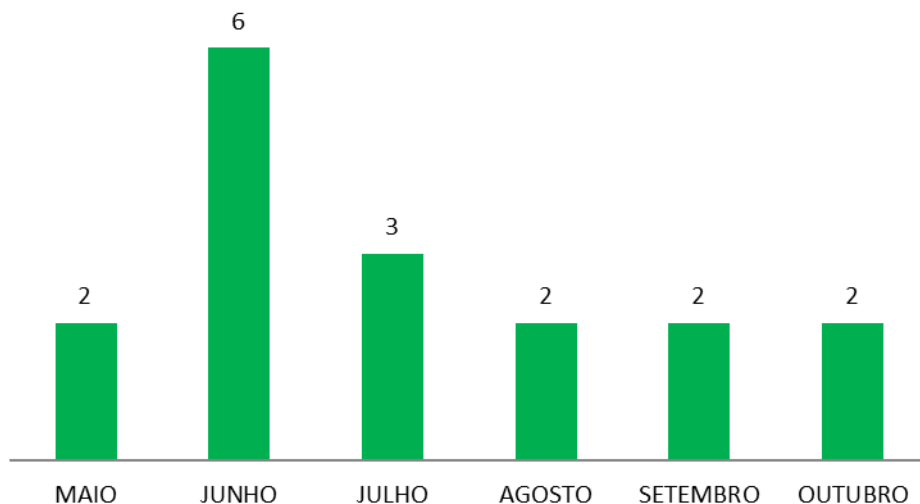
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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 (O₃) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonioterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Frequência de sessões de hipnoterapia	8	7*	7*	4	3	3	3	2	3	1	2
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8*	6*	2	3	3	3	2	3	2	4
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar**	6	4	0	0	0	2	3	8	2	3	3
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94	105	106	125	128	113
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27	31	29	24	24
Consumo de cilindro O ₂	M/R	1	1	1	2	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

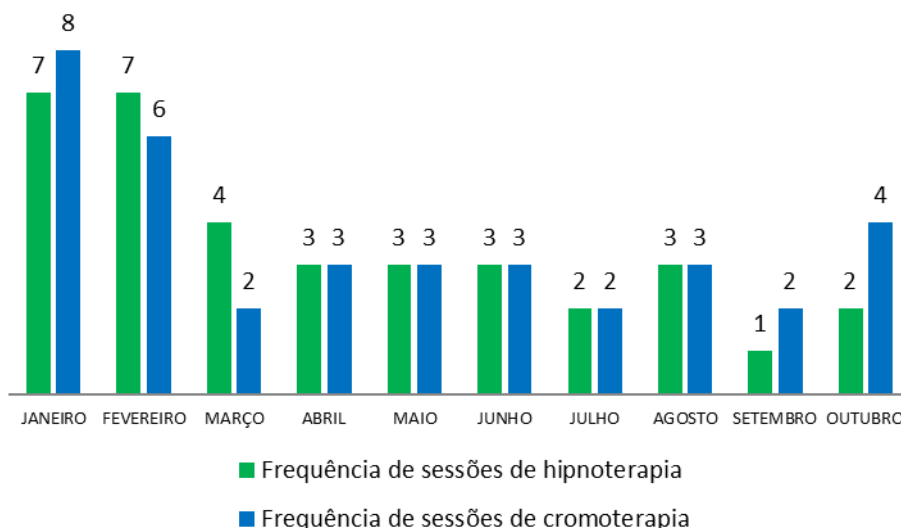
** Dados corrigidos retroativamente.

ANALISE CRÍTICA – TERAPIAS ALTERNATIVAS

No mês de outubro de 2025, observou-se um número elevado de atendimentos em hipnoterapia, resultado das ações realizadas durante o Outubro Rosa, que foram registradas como sessões de hipnoterapia. Para aprimorar o monitoramento e a análise desses atendimentos, será desenvolvido um indicador específico que

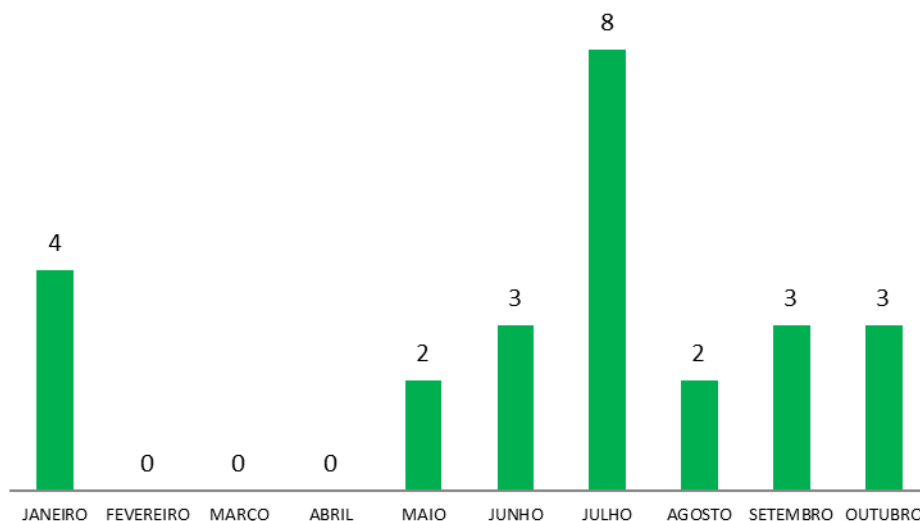
permita contextualizar melhor essas ações, garantindo uma avaliação mais precisa do seu impacto e contribuindo para a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



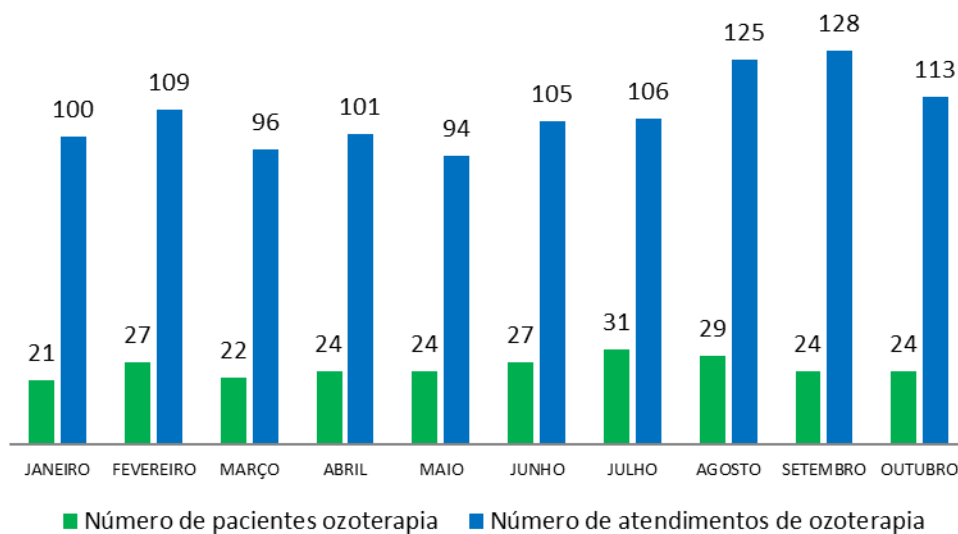
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 79 – Número de Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 80 – Consumo de cilindro o²



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.8. Estomaterapia

O setor de estomaterapia em um hospital é responsável pelo cuidado e acompanhamento de pacientes com estomas (aberturas cirúrgicas no corpo, como colostomias e ileostomias), lesões de pele e feridas. A equipe de estomaterapia

oferece orientações sobre o uso de dispositivos, cuidados com a pele e promove a reabilitação dos pacientes, visando melhorar sua qualidade de vida.

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

Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%	2,98%	1,19%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%	3,45%	1,43%	2,86%	5,88%	2,29%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%	0%	2,25%	0%	2,94%	2,47%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%	0%	0%	1,01%	1,19%
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%	30,66%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%	98,71%	99,22%	99%	99,17%	97,84%	97,20%

para lpp na admissão											
Número total de lesões em pacientes internados	Quant o menor ,melho r	40	73	74	74	69	70	77	82	71	87
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19	9	13	19	19	6	7
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quant o menor ,melho r	3	2	7	4	6	4	3	2	7	8

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

No mês de outubro, três pacientes internados na UTI apresentaram lesões por pressão (LPP) em região sacra, todas classificadas como estágio 2. Desses, dois eram do sexo masculino e uma do sexo feminino. 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 nasoesfaginal (SNE) e apresentavam estado clínico grave, sob cuidados intensivos. Um dos pacientes evoluiu a óbito durante o período. Clínica Médica: Foram identificadas duas pacientes com LPP em estágio 2, ambas de pequena extensão e classificadas como alto risco pela Escala de Braden. As pacientes estavam em uso de dieta enteral por SNE, sob cuidados paliativos, e receberam alta hospitalar com encaminhamento para acompanhamento pela EMAD/UBS.

Setor de Retaguarda: Identificaram-se três lesões por pressão neste setor: uma em região sacra, uma em orelha esquerda (pequena extensão) e uma em membro inferior, todas estágio 2.

Os pacientes apresentaram alto risco para desenvolvimento de LPP (10 pontos na

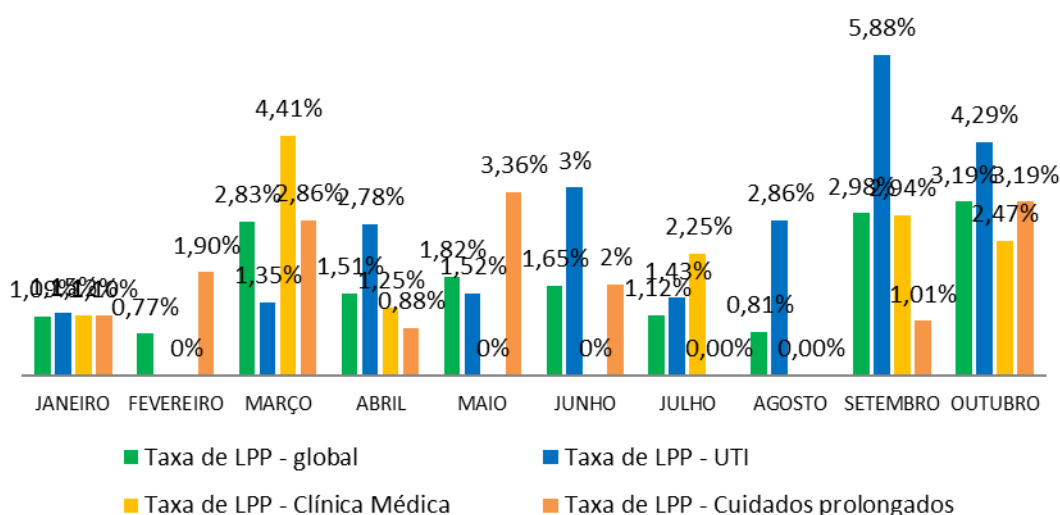
Escala de Braden). Dois deles estavam acamados, desorientados e resistentes à mudança de decúbito.

O paciente com lesão em membro inferior possui histórico de Paraplegia Crural Flácida com nível sensitivo em T4, Obesidade Grau III e LPPs múltiplas (estágios 3 e 4), realizando descompressão a cada 1 hora conforme protocolo institucional.

Conclusão

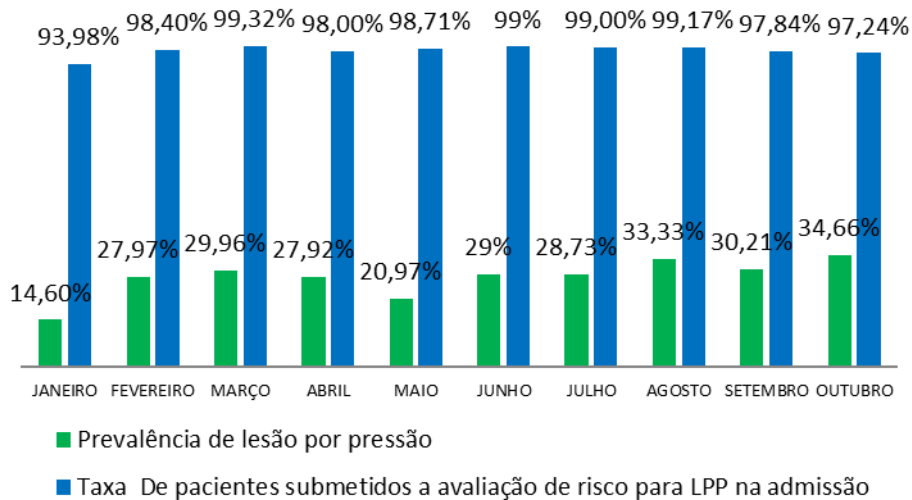
Durante o mês de outubro, observou-se a ocorrência de LPPs em pacientes com alto risco, conforme classificação pela Escala de Braden, com predomínio de lesões em região sacra e estágio 2. Todos os casos estavam associados a condições clínicas graves, imobilidade prolongada e dependência total de cuidados. 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 criado o time de mudança de decúbito, onde um grupo de enfermeiros e técnicos de enfermagem que irá mobilizar as equipes de cada setor para realizar a mudança de decúbito de acordo com o relógio presente com a placa de identificação do paciente.

Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão



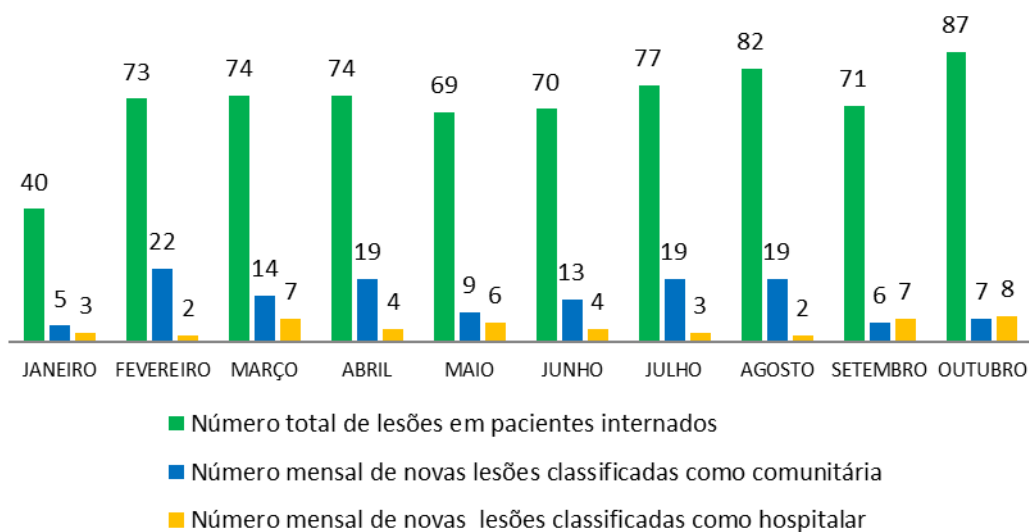
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

Gráfico 84 – Número total de lesões



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

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

3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente - NSP

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%	78%	70%	82%	78%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%	63%	74%	72%	68%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%	20%	25%	22%	18%
Número de visitas técnicas	30	35	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	249
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88	86	93	82	180

Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40	32	45	24	12
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24	28	20	31	20
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28	22	34	23	44
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21	28	33	26	30
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12	4	15	10	9	21
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23	19	15	23	9	30
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23	18	17	20	27	30
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3	3	4	3	3	5	10
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40	39	38	47	28	90
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4	8	2	5	9	20
Meta 6 - risco de Ipp	M/R	8	8	5	10	8	6	9	9	14	20

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%	60%	90%	95%	77%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%	43%	76%	67%	58%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	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%

Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10	10	10	10	10	1
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33	18	35	33	21	8
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17	21	30	20	6
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4	12	13	4	3
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7	6	2	5	1
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3	7	8	5	1
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5	10	10	7	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0	3	2	3	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6	4	5	1	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4	6	7	5	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1	0	1	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5	13	13	6	4
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1	2	4	4	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%	100%	93%	100%	72%

Taxa de não tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%	83%	75%	68%	64%
Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%	17%	57%	31%	10%
Número de visitas técnicas	30	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
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15	24	13	16	29
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3	8	3	4	23
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6	8	0	4	4
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6	4	8	5	4
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3	0	4	3	3	9
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4	0	7	0	0	2
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2	3	3	0	0	10
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5	1	4	2	6	13
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6	6	6	5	6	7
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1	1	1	2	3	4	3

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%	92%	80%	100%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%	60%	70%	73%	71%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%	33%	80%	67%	50%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9	9	12	5	3	6
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7	9	11	4	3	6
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0	5	2	0	1	3
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2	1	5	0	0	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6	2	4	4	2	3
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1	1	1	1	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0	0	4	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0	0	0	0	0	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1	1	0	0	0	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://municipioeas.com.br/validate/B56TQ-KK4T7-VUJE3-PGDHU>

Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6	7	4	5	1	3
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%	100%	86%	88%	80%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%	85%	86%	92%	79%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	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%
Número de visitas técnicas	30	10	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
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20	17	24	15	30
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15	3	4	1	19
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3	2	5	7	5
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6	3	7	5	10
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11	9	8	4	8
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3	1	4	5	8

Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2	1	2	1	2
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7	3	4	4	7
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14	8	11	2	15
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4	0	1	2	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1	3	4	2	1

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de nc tratada total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%	100%	60%	100%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%	88%	63%	89%	100%
Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72 horas	100%	100%	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%
Número de visitas técnicas	30	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	6
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0	6	5	2	6	6
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0	5	0	0	1	1
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0	1	1	2	4	4

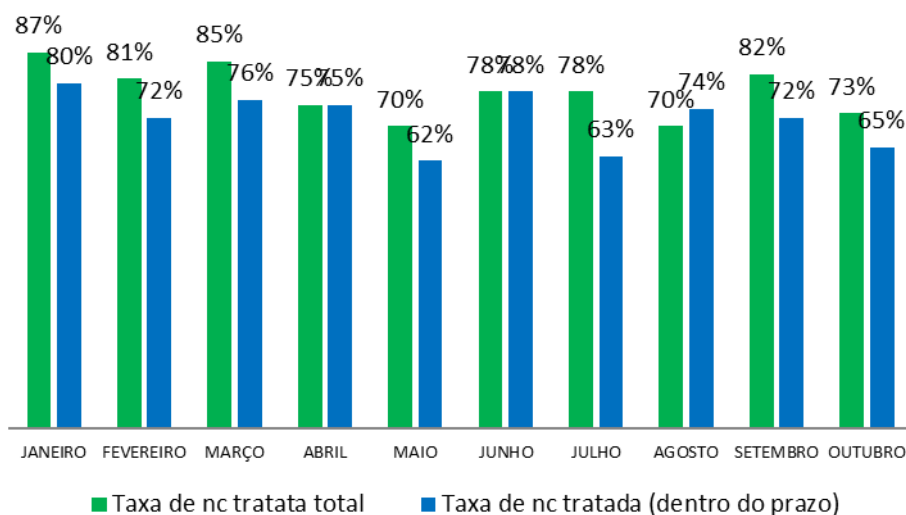
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0	0	1	1	0	
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0	1	3	0	1	
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0	0	0	0	0	
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0	0	1	3	3	
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	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	
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0	0	0	0	1	
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0	2	2	0	0	

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

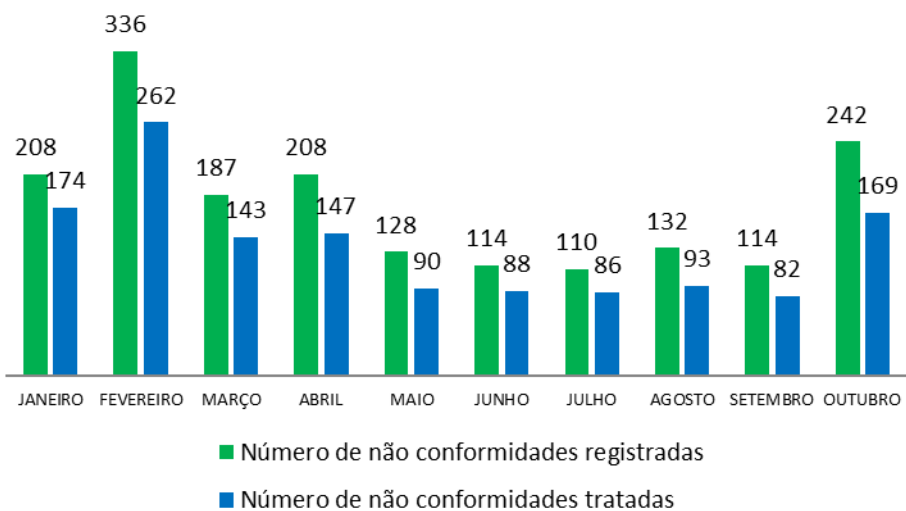
Em outubro evidenciou-se um aumento significativo no índice de Não Conformidades (NCs) não respondidas dentro do prazo. No entanto, estão sendo realizadas cobranças semanais aos gestores por meio de e-mails, o que tem contribuído para uma evolução gradual nesse processo. Verificou-se também um aumento relevante de NCs relacionada risco de infecção. Plano de ação: Está sendo realizadas ações pelo NSP e SCIH sobre higienização das mãos e rota sepsis. Além disso, o núcleo continua participando ativamente dos Safety Huddle, realizando orientações periódicas com base no aumento do risco de infecção, com o intuito de fortalecer as boas práticas e garantir a efetividade no atendimento.

Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)



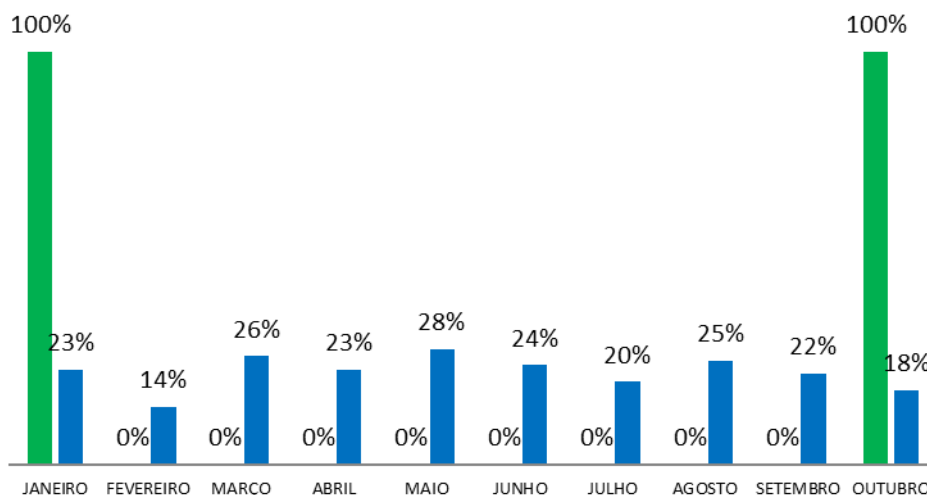
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar)



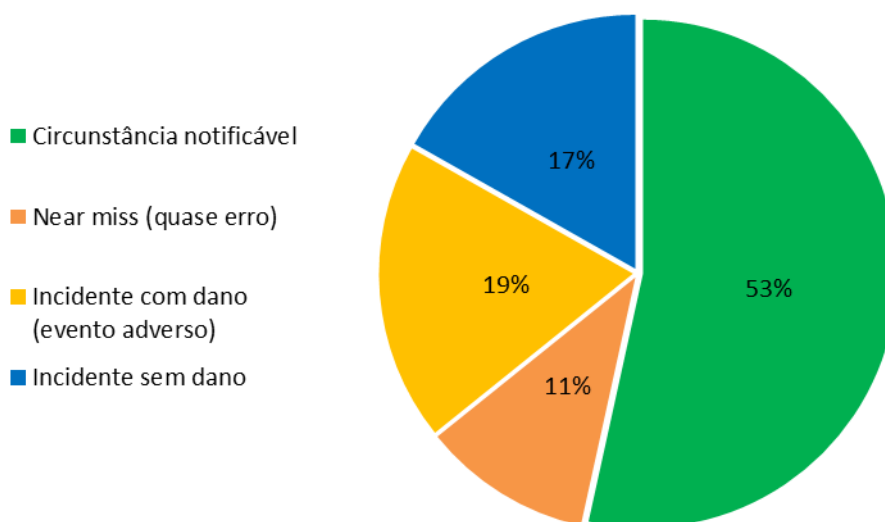
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



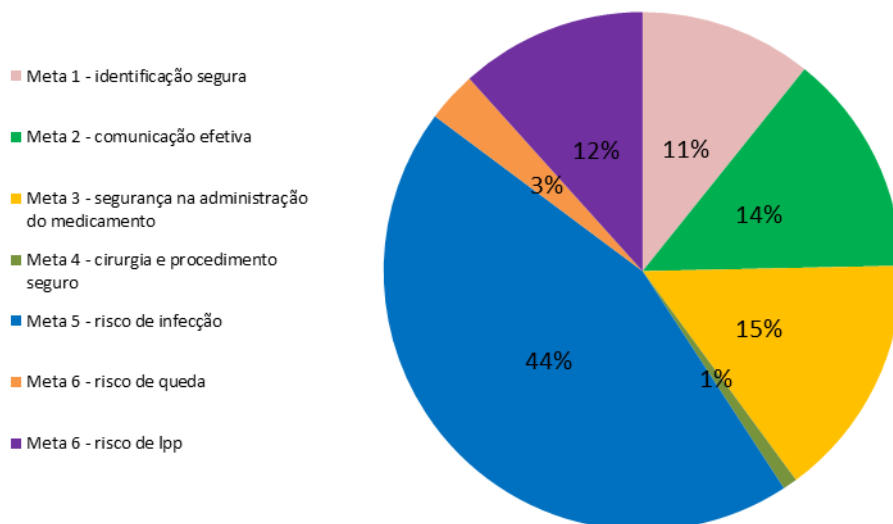
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



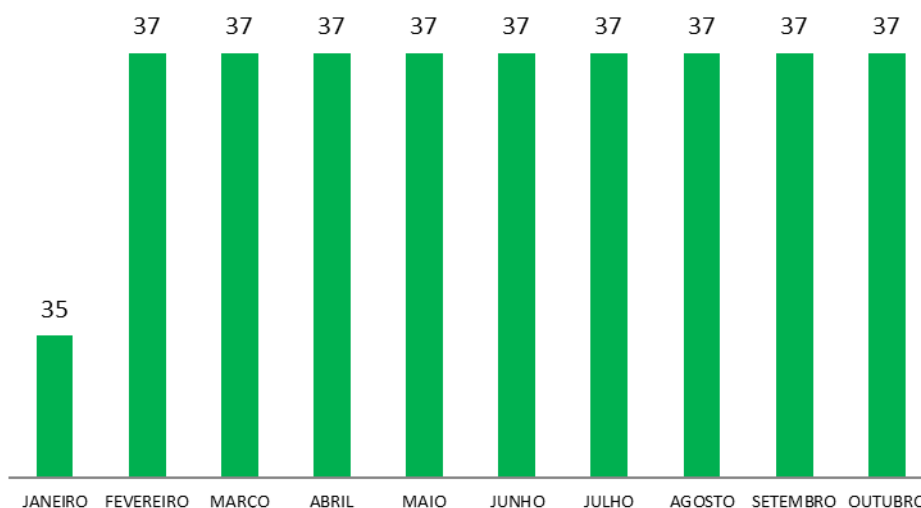
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



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

Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar)



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

3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10	6	11	6	2
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4.80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%	3,90%	8,87%	4,29%	35%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1.30%	2%	1,61%	1,17%	2%	1,17%	2,13%	1,19%	39%
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%
Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%	4,31%	5,62%	0%	0%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	0%	0%	0%	3,76%	48%

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0	5	1	0	2	1
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3.75%	4,61%	2,72%	0%	3,47%	0,72%	0,69%	1,47%	73%
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%
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	12ml

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1	3	5	3	0
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%	8,60%	15,43%	8,57%	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%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%	0%	18,52%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,49%	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%	18,29%
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%	58,86%
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%	20,53%
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%	93,31%
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%	98,51%
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	91,91ml

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0	1	1	1	
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%	5,13%	4,98%	5,68	
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33,33%	0%	71,43	
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,00	
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%	0%	0%	0%	0,00	
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%	6,34%	10,77%	1,99%	5,68%	4,00%
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%	18,18%
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%	13,12%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%	0,00%	100%	100%	100,00%	100%
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%

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	17,49ml
------------------------------------	------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4	1	5	0	1
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%	1,30%	0,31%	1,23%	0%	0,33%

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

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

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

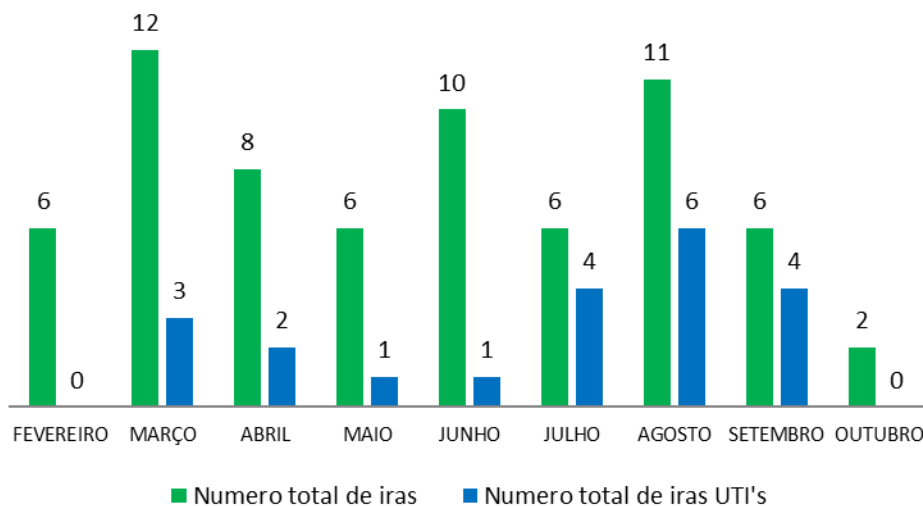
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

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

ANALISE CRÍTICA – SCIH

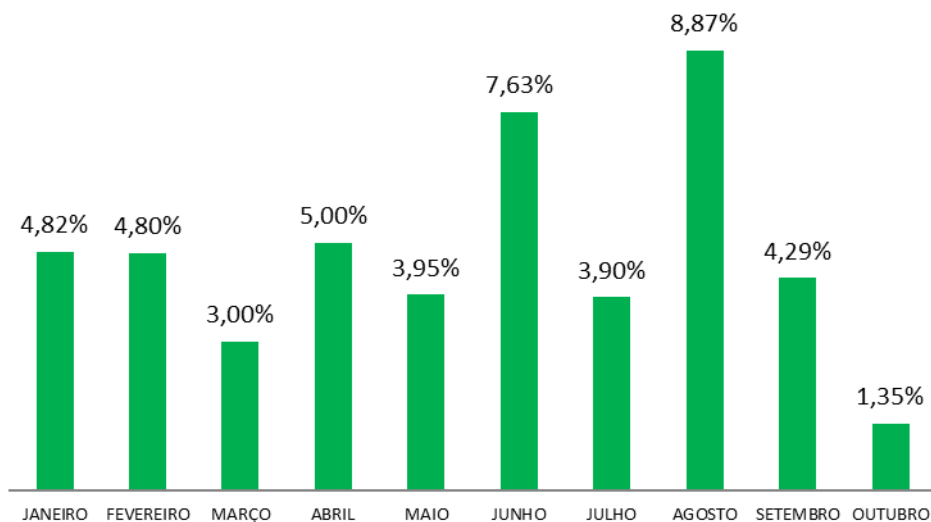
No mês de outubro, foram registrados 2 casos de IRAS, sendo 1 caso de ITU e 1 caso de Clostridium Difficile. Podemos observar que houve um fortalecimento das boas práticas assistenciais em nosso hospital. Treinamentos foram realizados ao longo do mês, principalmente referentes a higienização das mãos, onde segundo a OMS é a medida mais efetiva para prevenção de IRAS.

Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



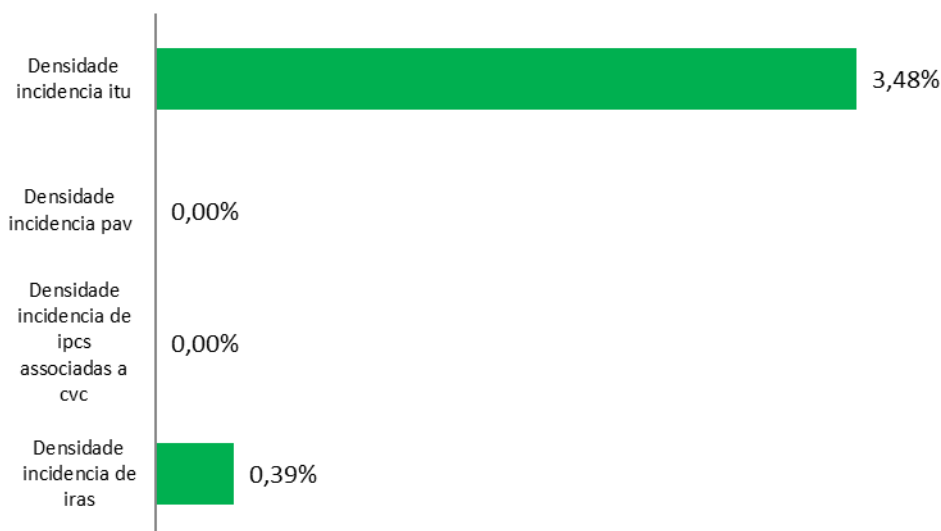
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



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

Gráfico 93 - Densidade Incidência em outubro de 2025



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

3.4.3. Vigilância em Saúde

- Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos de saúde pública para garantir a segurança sanitária da população atendida pela instituição hospitalar.

Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3	5	2	4	0	
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0	0	0	2	0	
Quantidade de paciente com dengue-	M/R	0	2	6	3	0	0	0	0	0	

proveniente do hmg											
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%	0%	0%	8,33%	0%	5,56%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2	0	0	0	
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1	2	3	1	
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Notificações de violência *	M/R	0	0	0	1	0	0	0	2	0	

Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

*Novo indicador do setor.

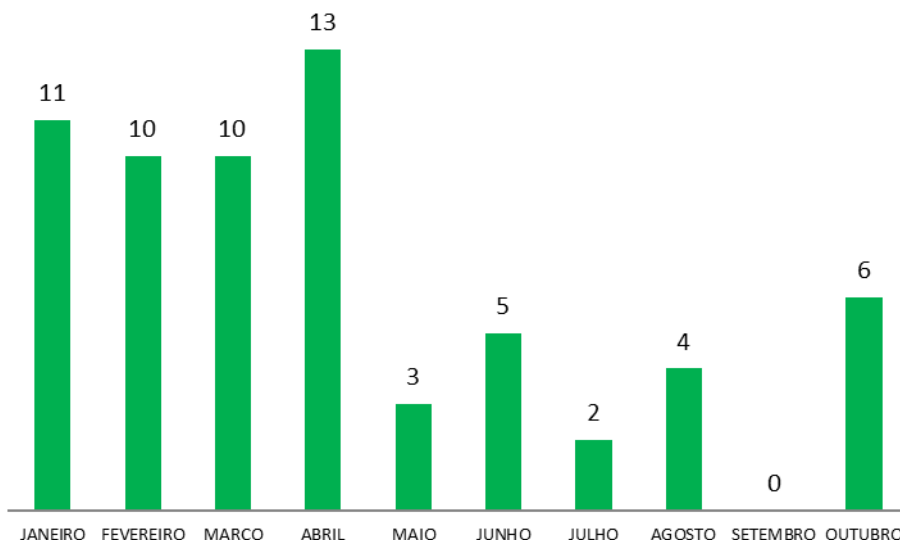
ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Após a análise dos indicadores de outubro de 2025, informo que os resultados se apresentam adequados. O aumento observado no número de notificações está diretamente relacionado à efetividade da busca ativa, que foi intensificada no período e permitiu a identificação oportuna dos casos.

Da mesma forma, o crescimento na taxa de positividade para COVID-19 também reflete essa atuação mais ativa da equipe na detecção de casos, e não necessariamente um agravamento do cenário epidemiológico. Ressalto que não

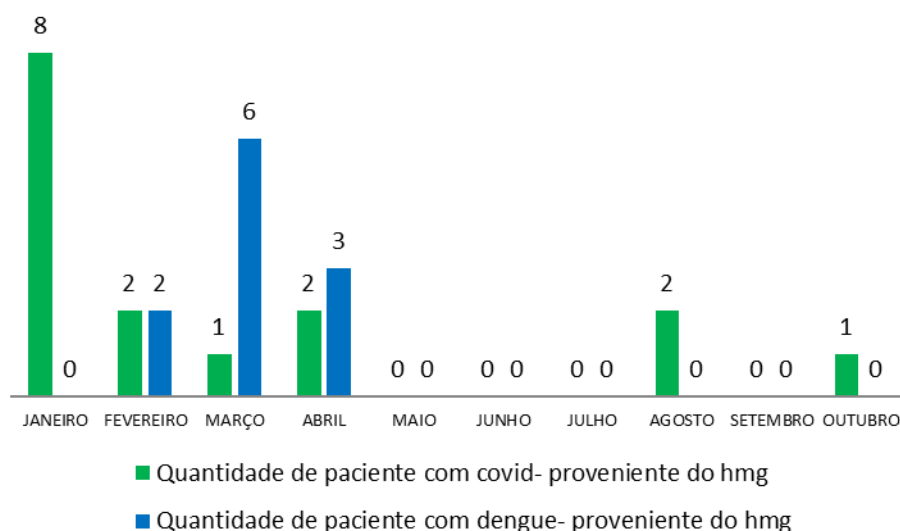
houve necessidade de implementação de plano de ação adicional, uma vez que as medidas já adotadas se mostraram suficientes para garantir a vigilância adequada.

Gráfico 94 – Número de notificações realizadas



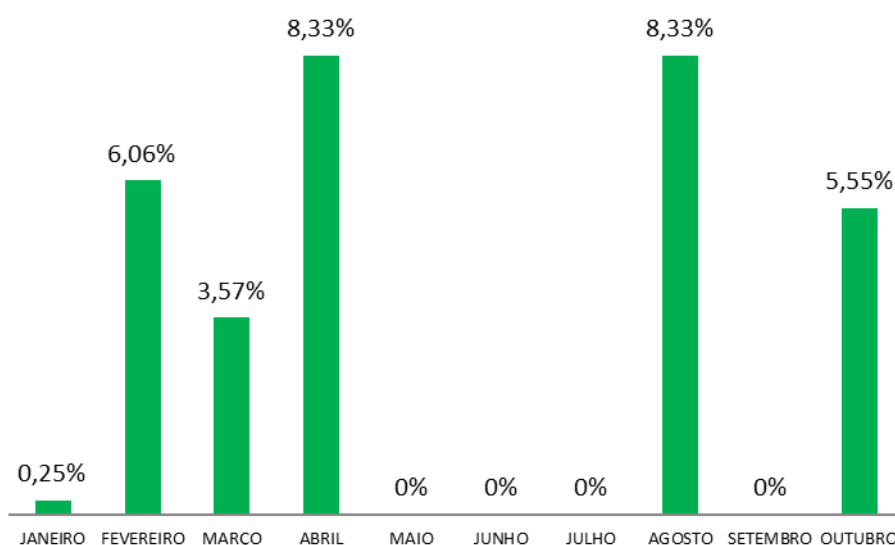
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



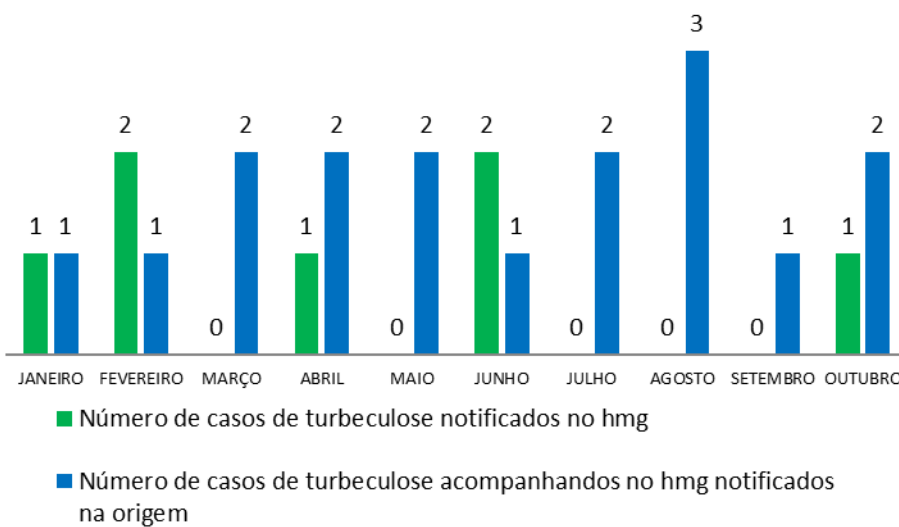
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID



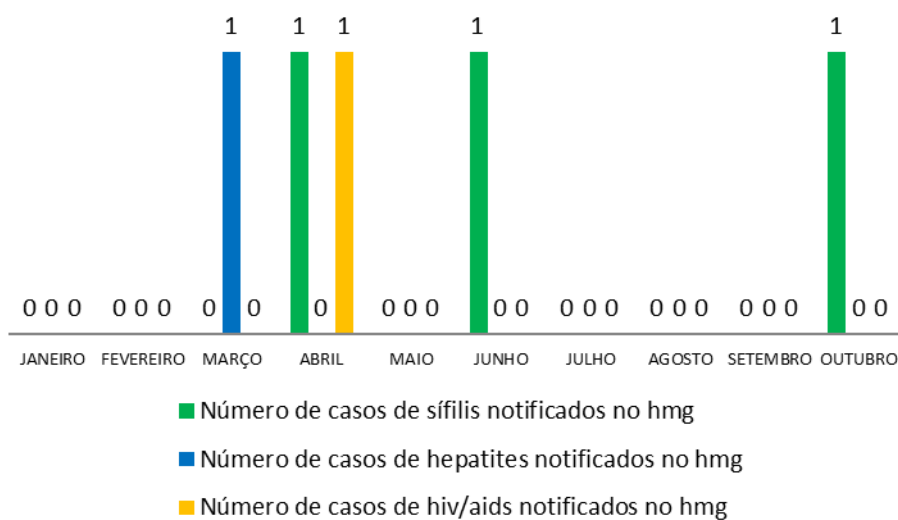
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose



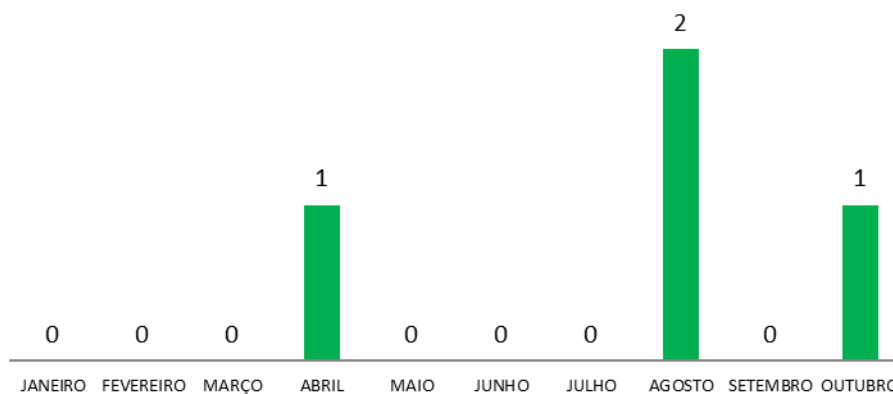
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%	88%	85%	91%	89%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5	8	5	4	4	5	3	5	4
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155	128	160	121	139	145

Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170	149	182	142	153	18
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004	770	749	502	40
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21	22	21	14	2
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13	12	11	12	1
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126	129	88	110	12
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139	141	99	122	13
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5	8	2	2	1	4	1
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0	2	1	2	2	0	0
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

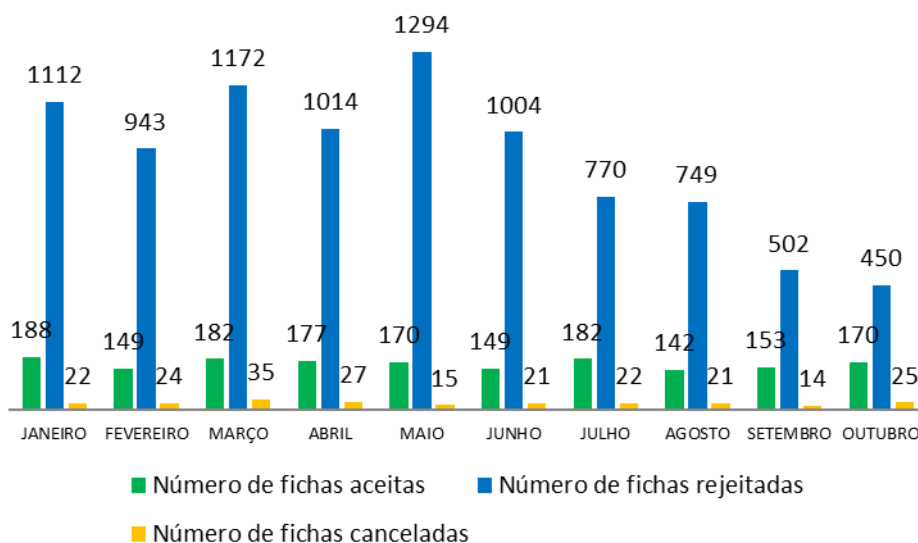
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Em outubro, registrou-se um aumento significativo no número de transferências externas e altas no setor de Clínica Médica (COLIBRI). No total, foram realizadas 21 remoções, decorrentes principalmente do maior volume de altas hospitalares que demandaram ambulância para o transporte dos pacientes até suas residências ou casas de repouso. Em comparação, setembro contabilizou apenas 9 remoções para essa finalidade.

Da mesma forma, observou-se elevação no número de avaliações externas, diretamente associada à maior demanda por exames de tomografia. Em outubro, foram registradas 26 remoções para tomografia, representando um acréscimo de 10 ocorrências em relação a setembro, quando foram contabilizadas 16.

Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS



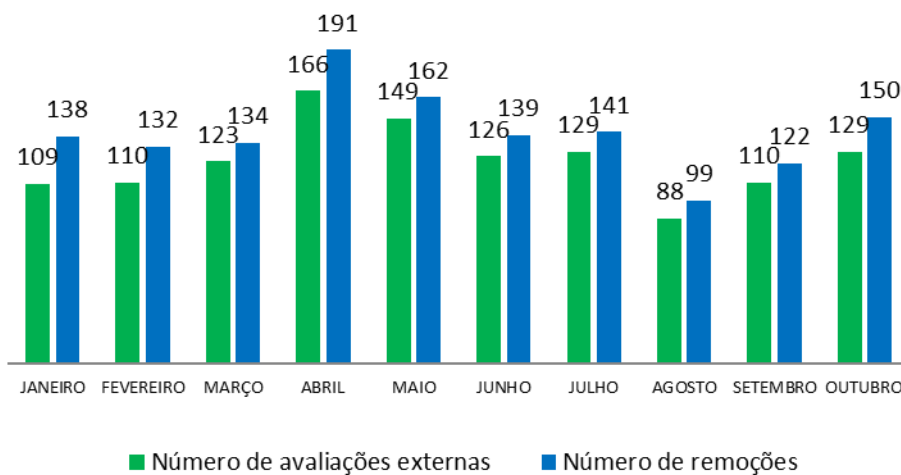
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos



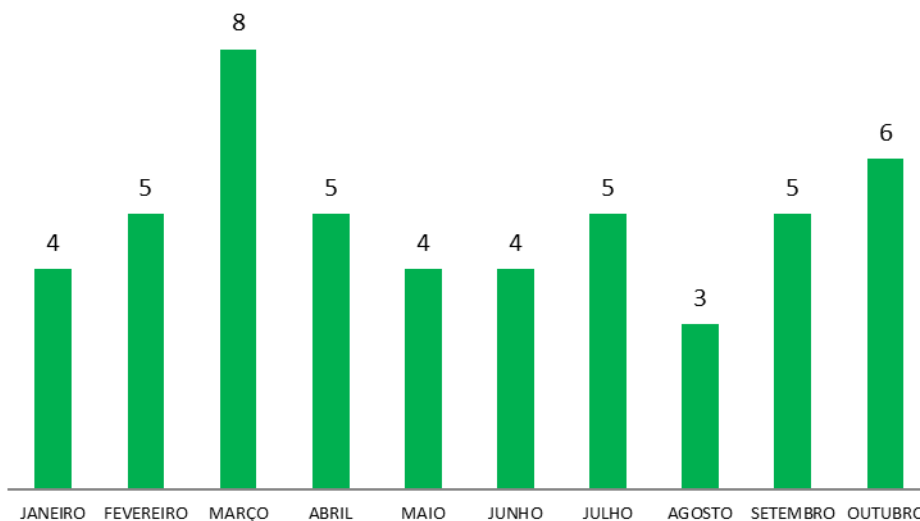
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias



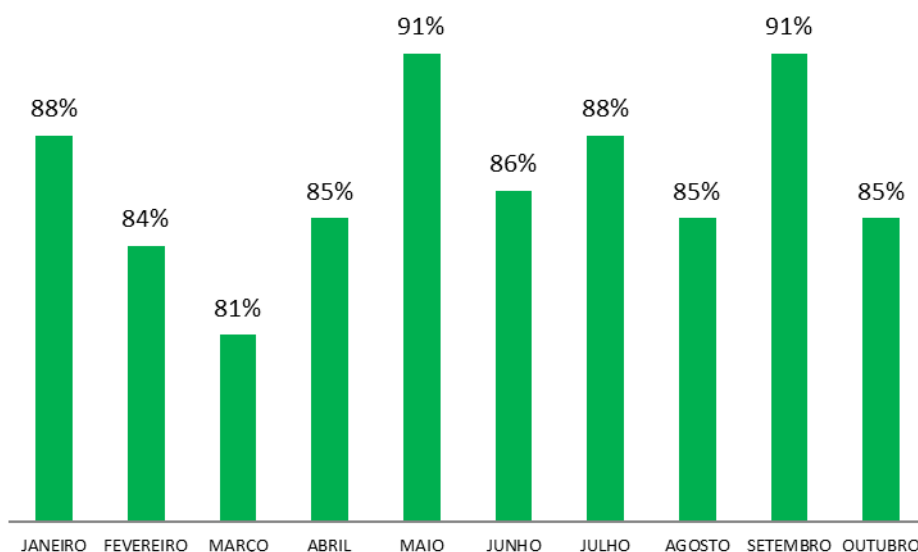
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



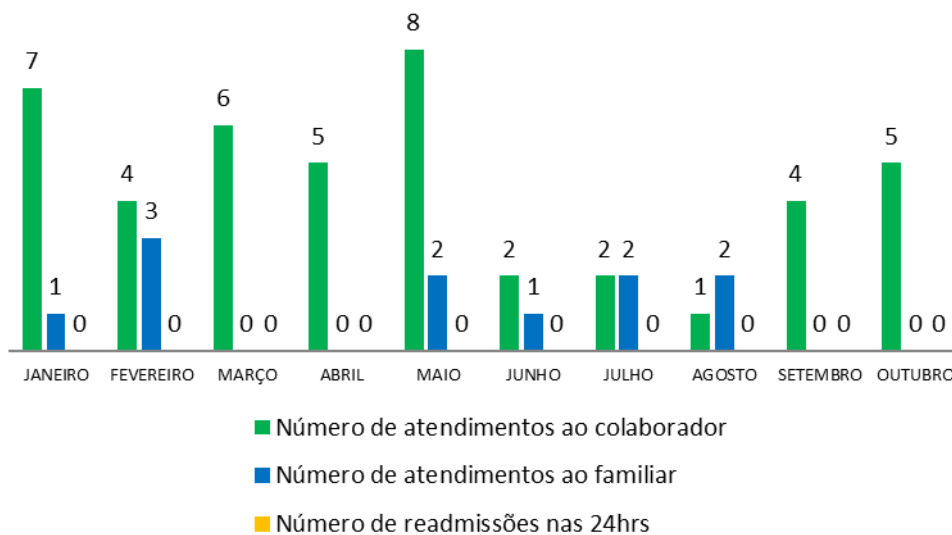
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões



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

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP

Unidade crucial para a formação contínua e o desenvolvimento profissional da equipe do hospital. Com o objetivo de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados e promover a atualização constante dos conhecimentos e habilidades dos colaboradores, o núcleo desempenha um papel fundamental na capacitação e no crescimento profissional dentro da instituição.

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

Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%	94%	78%	92%	88%
Taxa de avaliação do pós teste*	> 50%	0%	0%	0%	0%	88%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12	24	22	24	21	20

Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594	1093	1567	2032	1089
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32	657,10	1087	1484	1403,3	999,9
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11	1,39	1,35	1,09	1,03
Taxa de treinamentos previstos em LNT	M/R	*	*	*	*	*	*	*	20,83%	19,05%	19%

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CLÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No mês de outubro de 2025, não foram realizados treinamentos elegíveis para aplicação da Pesquisa de Reação, nem para a execução do Pré e Pós-teste. Dessa forma, não houve registros que pudessem compor a Taxa de Eficácia no período.

Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP

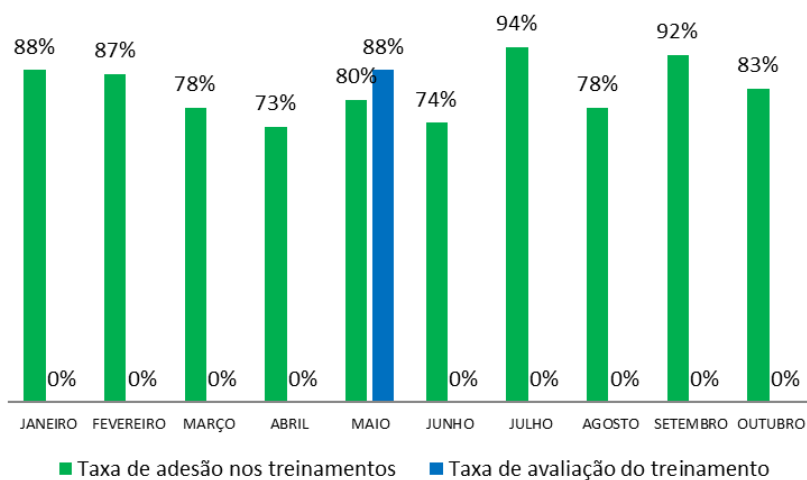
MÊS	CURSO	ESCOLA PARCEIRA	NÚMERO DE TURMAS	QUANTIDADE DE ALUNOS POR TURMA	NÚMERO DE PRECEPTORES
JANEIRO	MEDICINA	UNISA	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM E AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SEQUENCIAL	5	30	2
FEVEREIRO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	17	1
	MEDICINA	UNISA	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

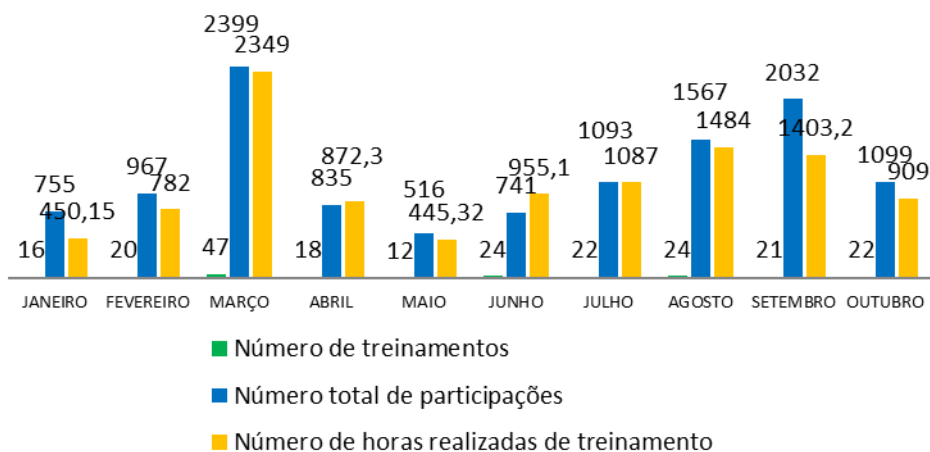
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 106 – Taxa de treinamentos



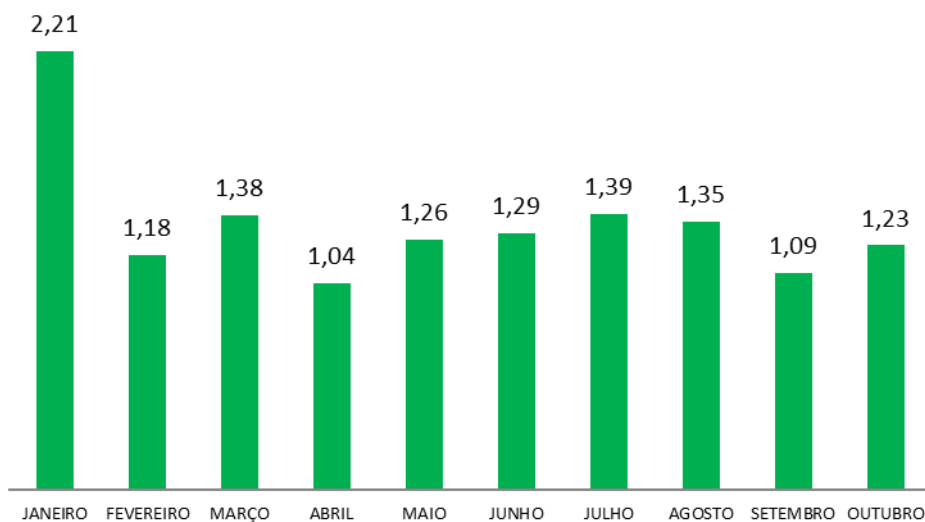
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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



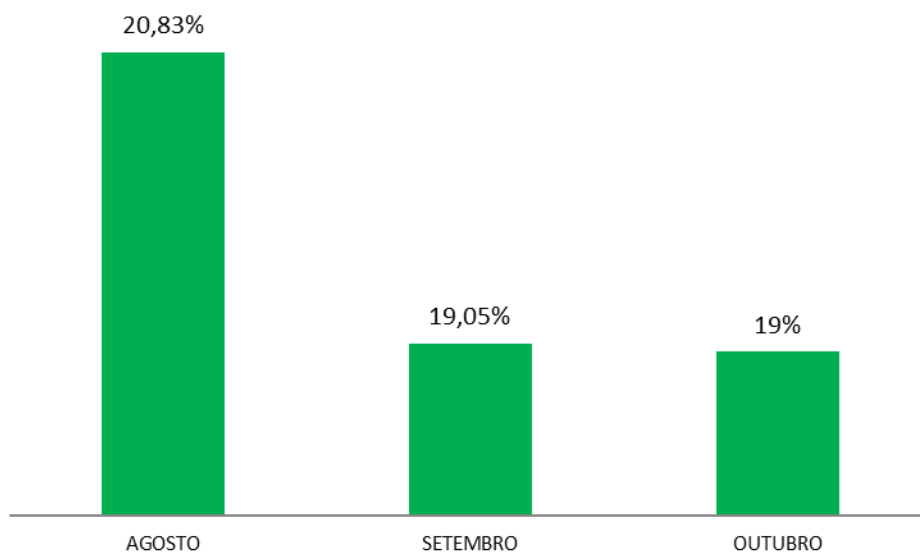
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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 TREINAMENTO (NEP) EM OUTUBRO/2025

- DSS NR17 – Ergonomia nas atividades laborais;
- DSS Gerenciamento de Riscos ocupacionais;
- DSS NR 23 Prevenção e combate a princípio de incêndio;
- DSS NR 32 Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- DSS Fluxo de acidente de trabalho;
- DSS sobre GRO faixas de isolamento em obras citadas na NR26;
- DSS sobre PGRSS;
- Treinamento no atendimento de PCR intra-hospitalar;
- Treinamento cama eletrônica;
- Treinamento campanha de leito;
- Treinamento Bundle de manutenção e inserção;
- Treinamento Meta 05 – Higienização das mãos;
- Prevenção de lesões, cuidado com a pele, dispositivo GTT e SNE;
- Metas internacionais protocolos institucionais;

- Protocolos institucionais (Safety Huddle, hemocomponentes, coleta de hemocultura, protocolo de AVC e IAM);
- Treinamento de transporte de paciente para hemodiálise;
- Treinamento de mudança de decúbito UTI;
- Treinamento referente ao uso dos carrinhos e computadores beira leito;
- Treinamento alinhamento de documentos – administrativos enfermagens;
- Treinamento de Gestão de indicadores de desempenho e monitoramento e melhoria contínua (Gestão à vista)
- Treinamento de plano de contingência.

3.5. SUPRIMENTOS

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

- Planejamento: O Setor de Suprimentos planeja a aquisição de insumos e materiais de acordo com as necessidades do hospital, considerando tanto o estoque atual quanto as demandas futuras previstas.
- Administração: Responsável pela gestão diária das atividades relacionadas aos suprimentos, incluindo o recebimento, armazenamento e distribuição dos materiais de forma eficiente e organizada.
- Controle: Monitora constantemente os níveis de estoque para evitar excessos ou faltas, garantindo que os insumos estejam disponíveis conforme necessidade e minimizando desperdícios.
- Dispensação Estratégica: Realiza a dispensação dos insumos de maneira estratégica, assegurando que cada departamento ou unidade do hospital receba o que é necessário para manter o atendimento aos pacientes e o funcionamento adequado das operações hospitalares.
- Garantia de Atendimento: Assegura que os recursos estejam disponíveis para atender às demandas do serviço de saúde, contribuindo para a continuidade dos cuidados aos pacientes sem interrupções por falta de materiais essenciais.

- **Eficiência e Racionalidade:** Promove o uso racional dos recursos, buscando otimizar custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

3.5.1. Farmácia

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

Tabela 67 – Indicadores de Farmácia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
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%	0,41%
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%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%	0,23%	0,58%	0,26%	0,41%
Intervenções farmacêuticas realizadas	M/R	21%	23%	28%	22%	22%	16%	14%	17%	13%	14%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	99%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

Em outubro houve elevação das taxas dos indicadores em decorrência da redução do valor da posição de estoque de suprimentos da Unidade, impactando diretamente os percentuais apurados.

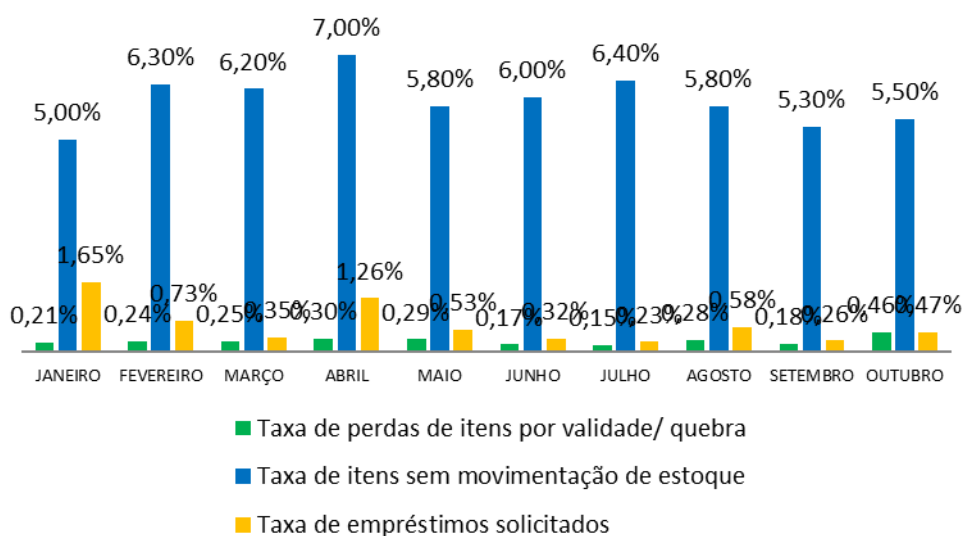
Indicador de perdas: A meta foi ultrapassada em razão da baixa em sistema de adaptadores de dieta da marca Lifemed, referentes a um modelo antigo de equipo que ainda constava em estoque, resultando na contabilização como perda.

Indicador de itens sem movimentação de estoque: Embora a meta tenha sido ultrapassada, observou-se melhora do índice em relação aos meses anteriores, demonstrando avanço na gestão e movimentação dos itens.

Indicador de empréstimos: A meta foi superada devido ao aumento da demanda por itens destinados a pacientes críticos, o que exigiu maior volume de solicitações emergenciais, especialmente de medicamentos essenciais para suporte clínico intensivo.

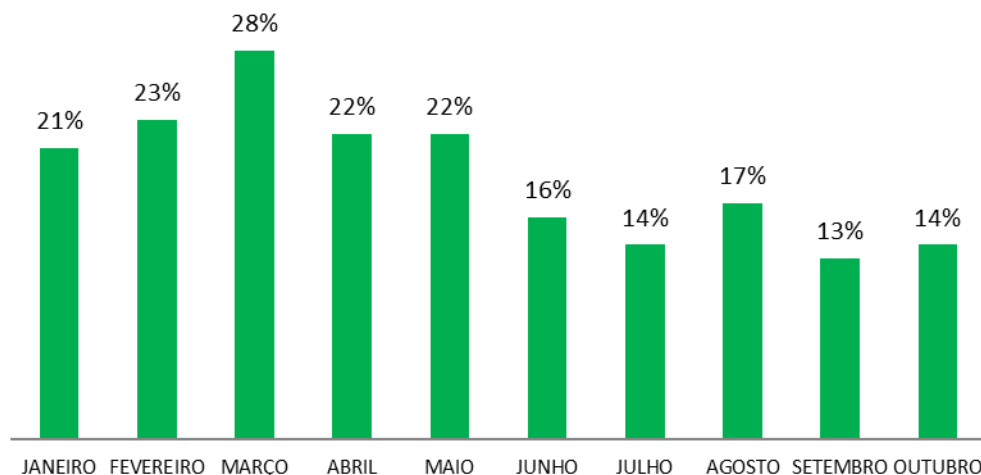
Indicador de reconciliação medicamentosa: A meta não foi atingida em virtude da não realização da reconciliação medicamentosa em um paciente durante o período avaliado.

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



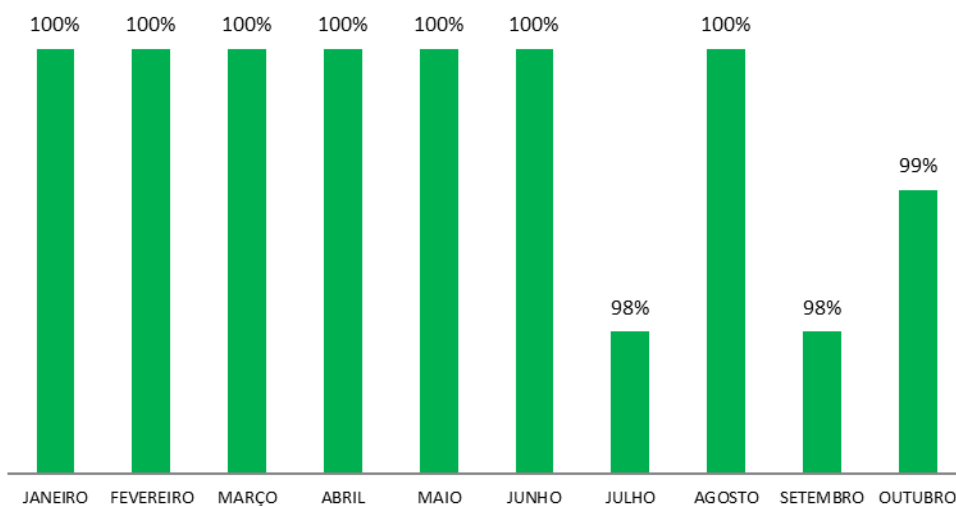
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



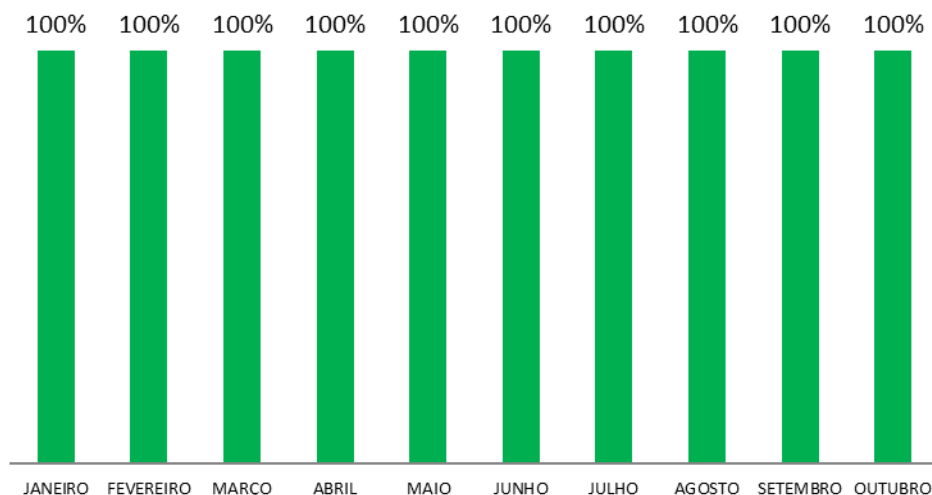
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 113 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

3.6. Compras

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

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

Tabela 68 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23	19	34	28	28

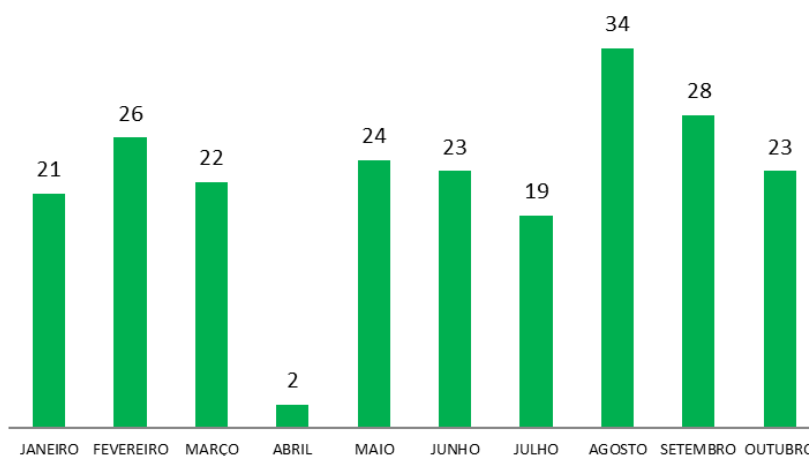
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103	96	103	104	90
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%	97%	98%	96%	93%
Percentual de entrega parcial	>15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%	3%	5%	4%	7,00%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – COMPRAS

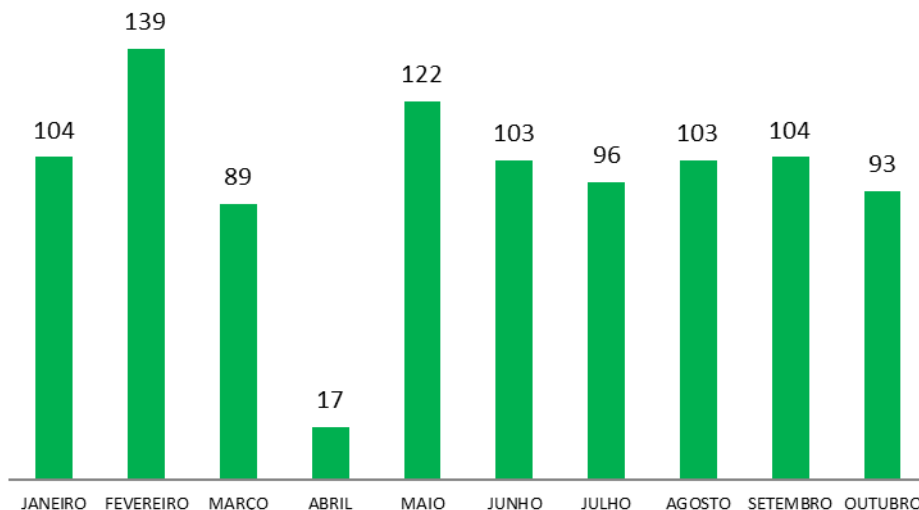
A meta estabelecida para compras emergenciais é inferior a 5 solicitações mensais. No entanto, foram realizadas apenas 2 no período, ambas motivadas pelo aumento de consumo informado pela área solicitante (Farmácia). Essas aquisições foram necessárias para evitar desabastecimento e garantir a continuidade dos atendimentos, mantendo a segurança assistencial e o suporte adequado às demandas clínicas.

Gráfico 114 – Lançamentos de cotações



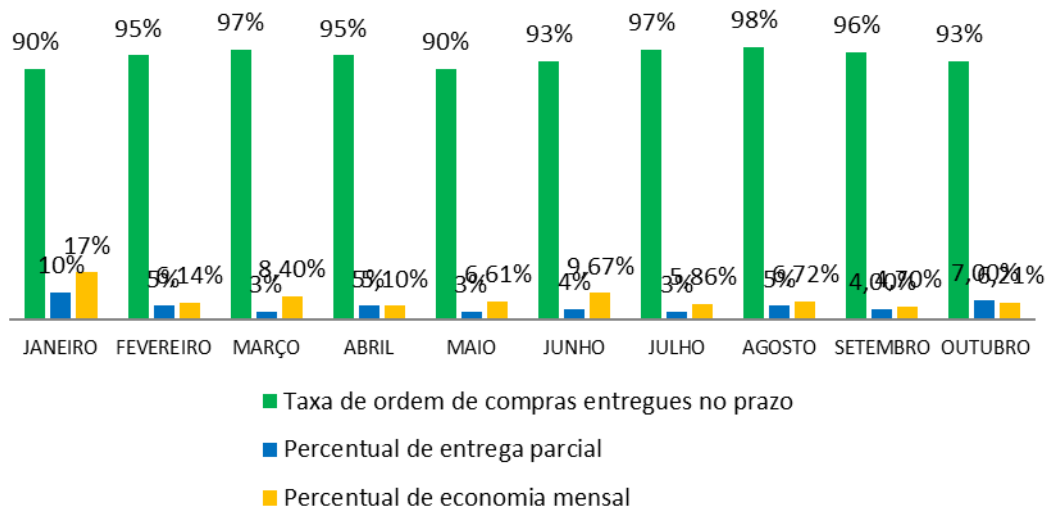
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas



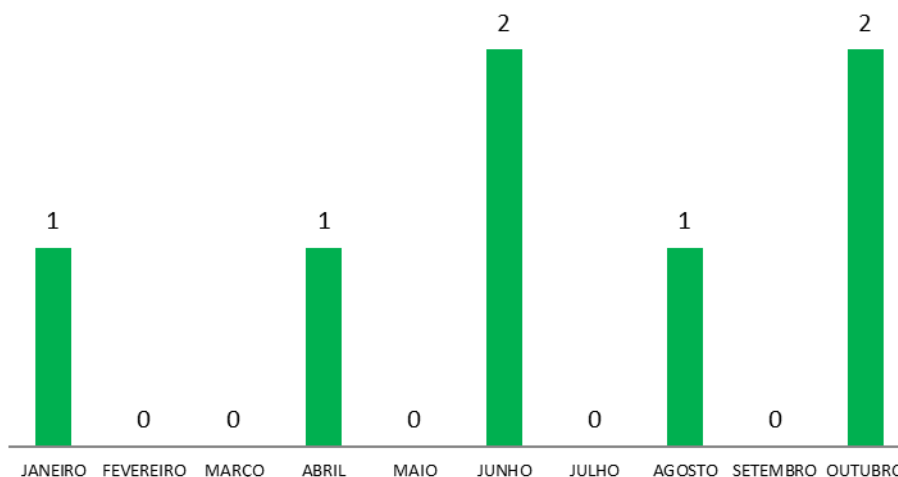
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 117 – Número de compras emergenciais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.7. INFRAESTRUTURA

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

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%	96%	90%	93%	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	15:21
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%	12%	10%	11%	9%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%	96%	90%	93%	85%
Taxa de entrega de equipamento	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%
Taxa de manutenção preventiva	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
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126	103	122	200	130
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3	0	0	0	2

Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294	328	295	290	280
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16	5	4	5	34
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137	61	113	59	67

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

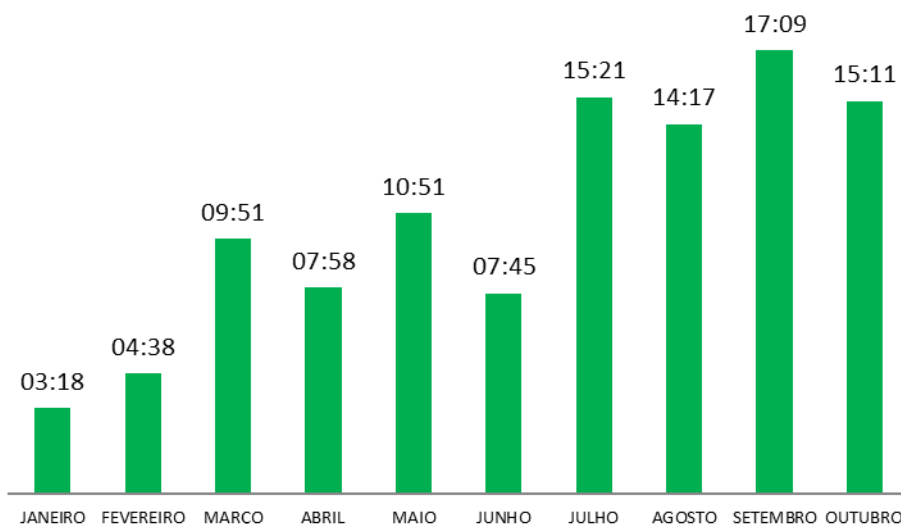
O aumento no número de movimentações de patrimônio no período está relacionado às reformas em andamento em determinados setores da unidade. Essas intervenções estruturais demandaram o remanejamento temporário de equipamentos e mobiliários para garantir a continuidade dos atendimentos, a segurança da equipe e a adequada execução das obras. As movimentações adicionais foram necessárias para reorganizar os ambientes e assegurar que todos os setores mantivessem condições operacionais durante o processo de reforma.

Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados



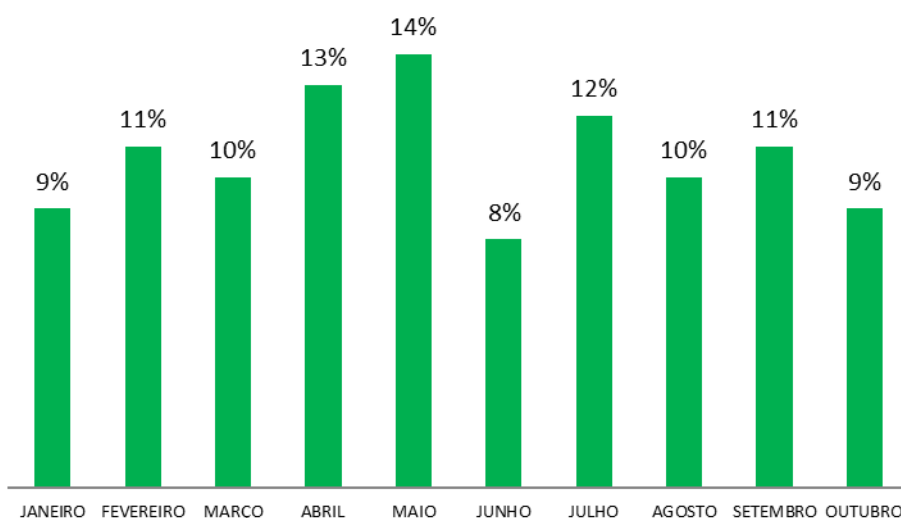
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado



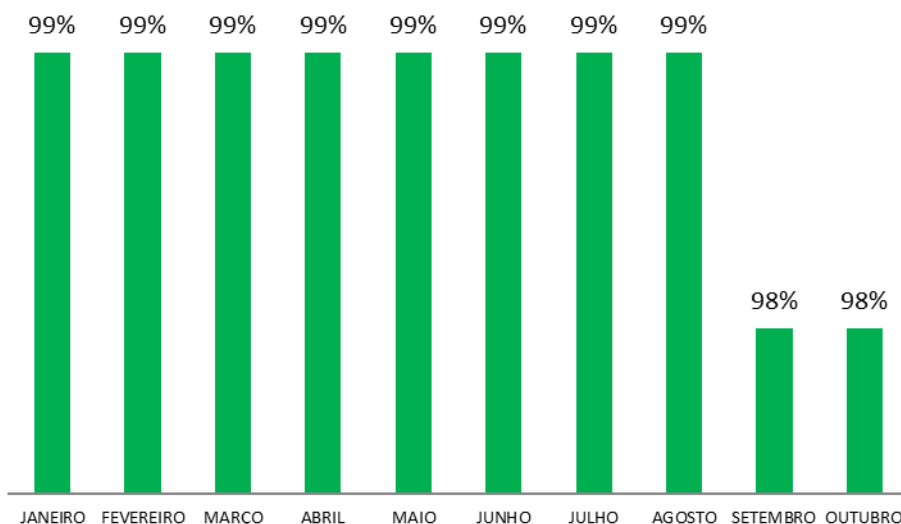
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva



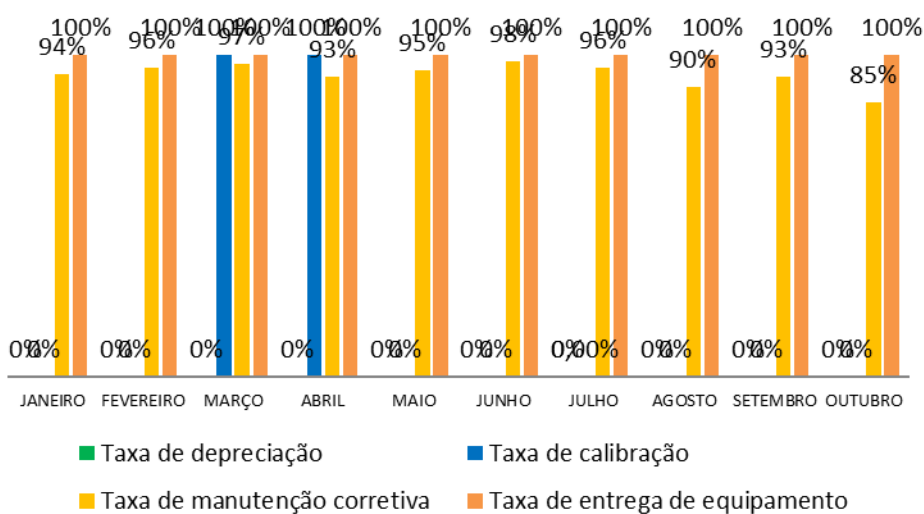
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento



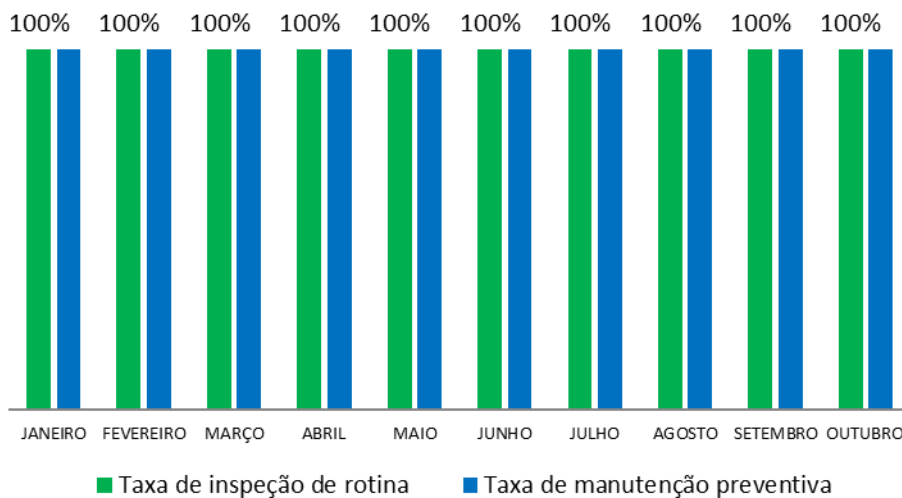
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

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



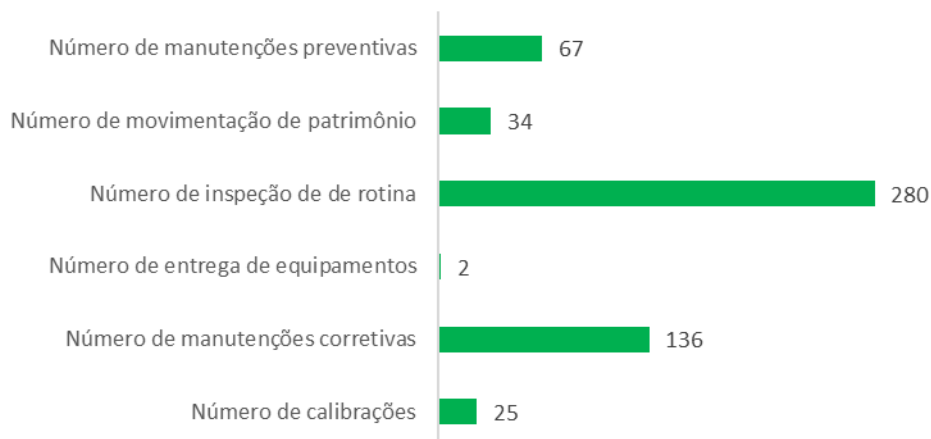
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

3.7.2. Manutenção Predial

A manutenção predial garante que todas as instalações físicas estejam em condições adequadas para suportar as operações clínicas e administrativas. Alguns aspectos importantes da manutenção predial dentro do contexto hospitalar:

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

Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%	100%	80%	88%	92%
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	31,84 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%	100%	80%	88%	92%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	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%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239	185	179	169	194
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172	188	187	181	204

Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95	58	78	109	122
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0

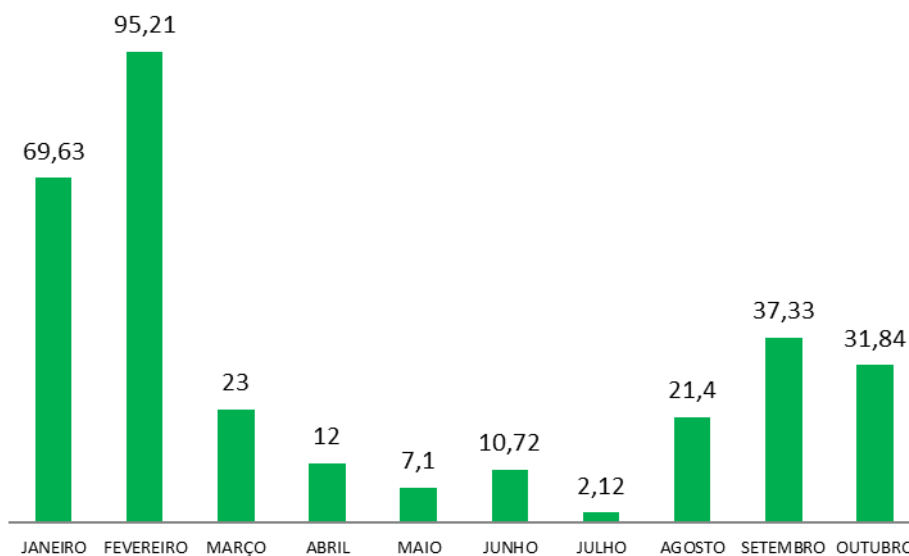
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados



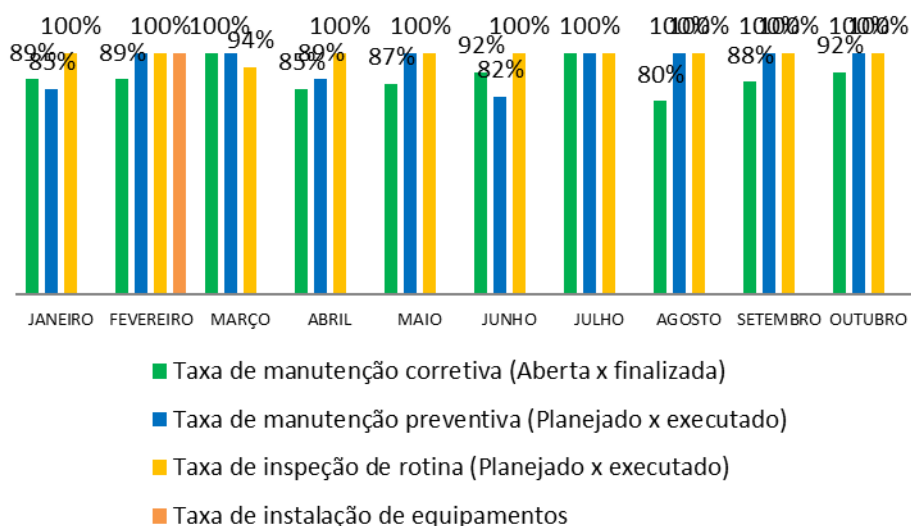
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



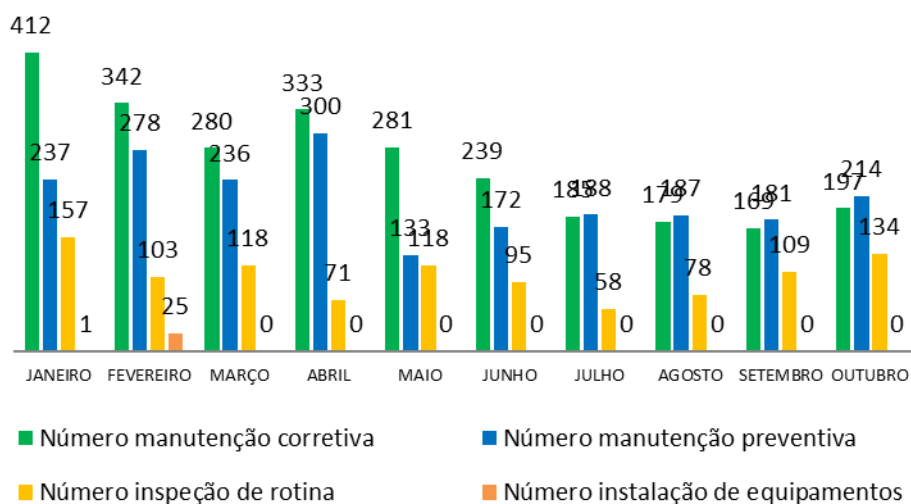
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 128 – Número de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

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

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

Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação

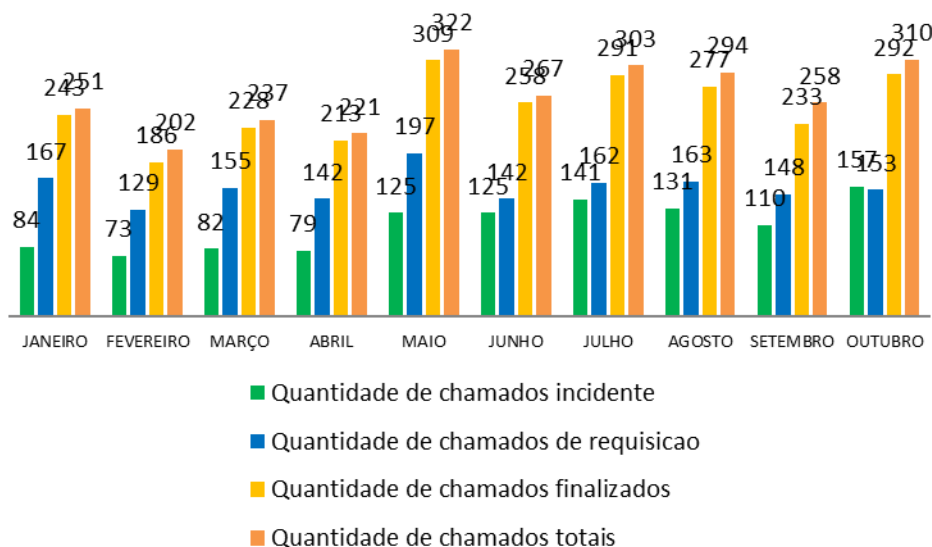
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125	141	131	110	157
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142	162	163	148	153
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258	291	277	233	292
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267	303	294	258	310
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h	2h	03h	04h	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
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	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4	5	5	1	1
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%	98%	97%	98%	97,96%	91%	95%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

ANÁLISE CRÍTICA – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

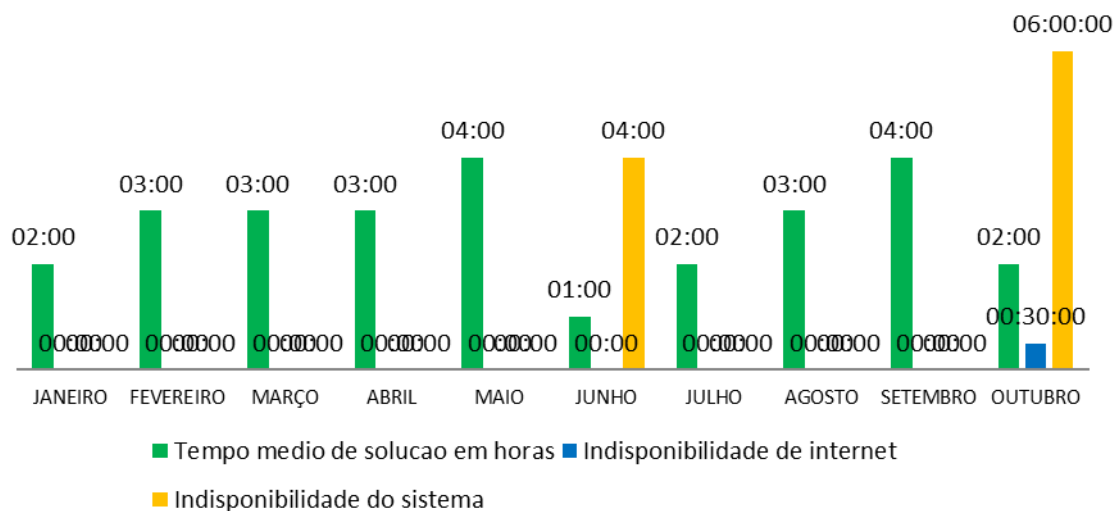
No mês de outubro, ocorreu uma falha no servidor do SMPEP, que travou o sistema e comprometeu seu funcionamento. Foi necessária a intervenção da equipe da SMED para realização dos reparos. O período em que o sistema permaneceu inoperante impactou diretamente o indicador mensal, refletindo o aumento no tempo registrado.

Gráfico 129 – Quantidade de chamados



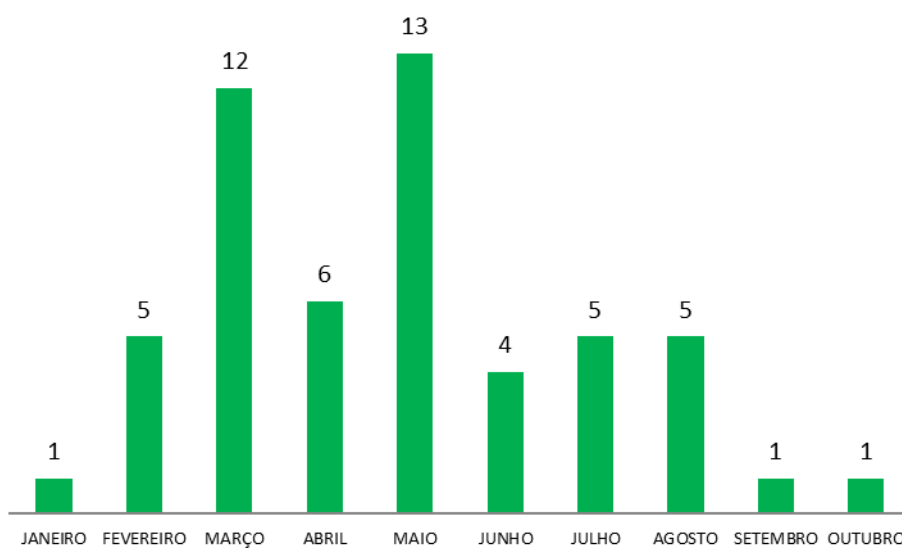
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



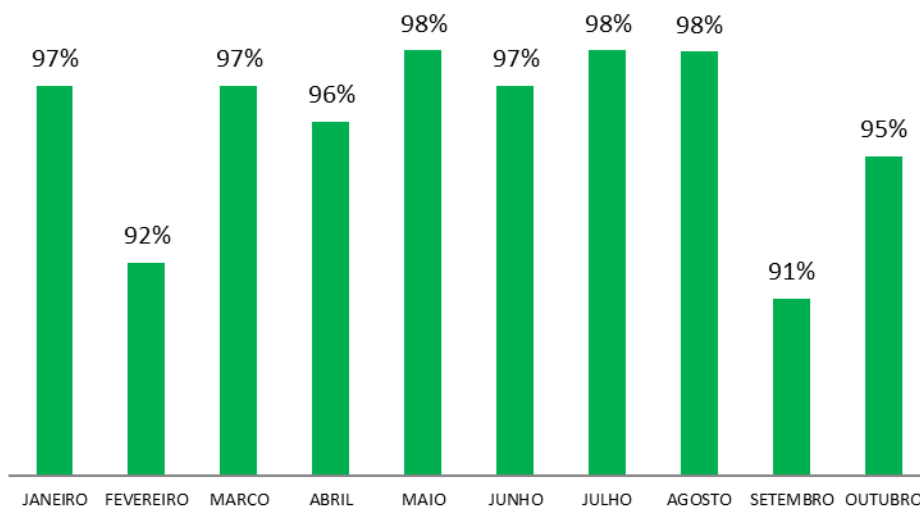
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 132 – Chamados abertos x chamados fechados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. Qualidade

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

- Gestão de Documentos;
- Indicadores;
- Comissões;
- Doações;
- Auditorias Internas e Externas.

Tabela 72 – Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%	60%	80%	95%	89,57%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%	82,36%	88,88%	94,11%	88,89%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%	66,66%	75%	41,17%	66,67%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto menor, melhor	220	157	130	122	85	68	62	62	62	62
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78	46	2	21	23
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3	5	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	1
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22	0	10	0	0
Número de documentos disponibiliza dos na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62	34	2	17	17
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1	5	1	0	0

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundodotm.com.br/validate/B56TQ-KK4T7->

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

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Dos 20 indicadores previstos para entrega até 04/11/2025, 18 foram concluídos dentro do prazo. No que se refere às reuniões de comissões, das planejadas para outubro, 2 não foram realizadas.

Quanto à entrega das atas, das 17 reuniões efetivamente realizadas, 7 comissões encaminharam as atas após o prazo estabelecido, o que impactou negativamente o cumprimento da meta. Para mitigar esse problema, será implantado um documento de acordo interno entre o setor de Qualidade e os presidentes das comissões, com o objetivo de assegurar maior comprometimento e reduzir atrasos na entrega das atas.

Em relação às visitas técnicas e auditorias externas, registraram-se a visita da Prefeitura (Dr. Carlos Hamada) e a auditoria do Conselho Regional de Farmácia.

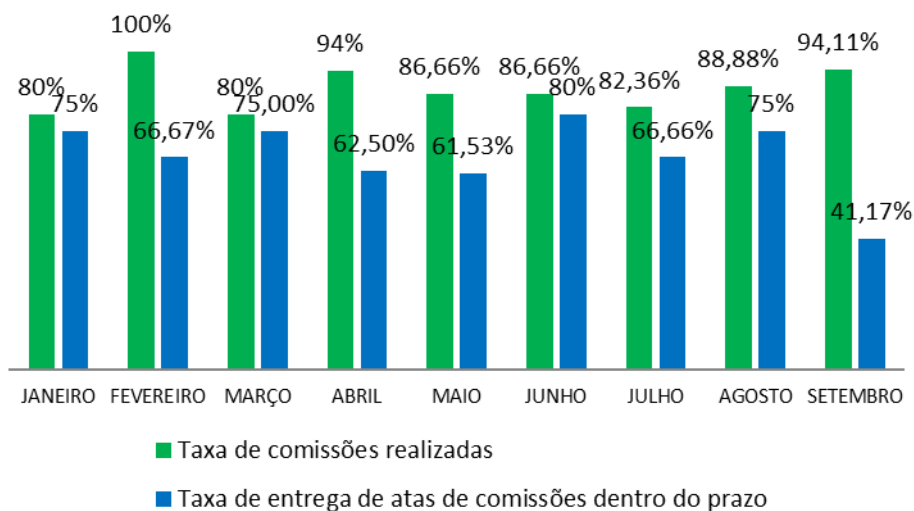
Por fim, quanto aos documentos retroativos de 2024, o processo de regularização segue em andamento de forma periódica, priorizando o maior volume possível de ajustes, sem definição de meta mensal.

Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



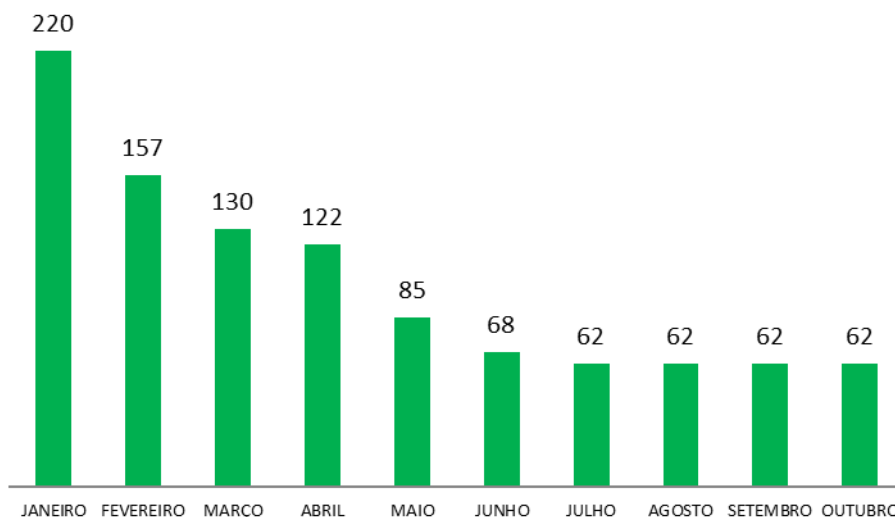
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 134 – Comissões



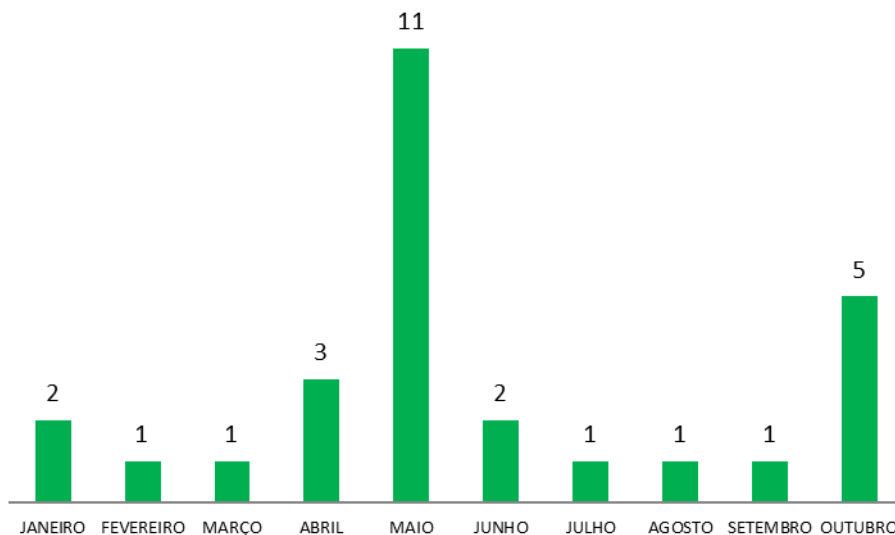
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 135 – Número de documentos retroativos



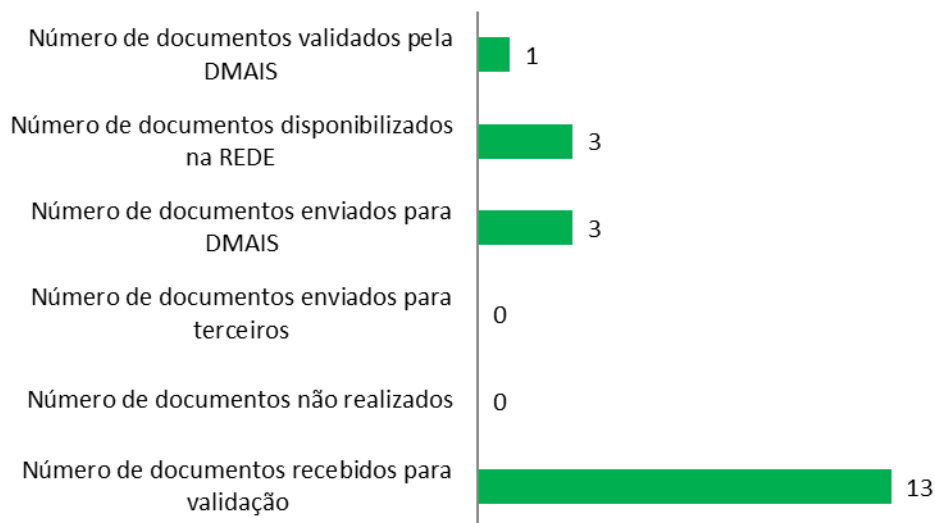
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações



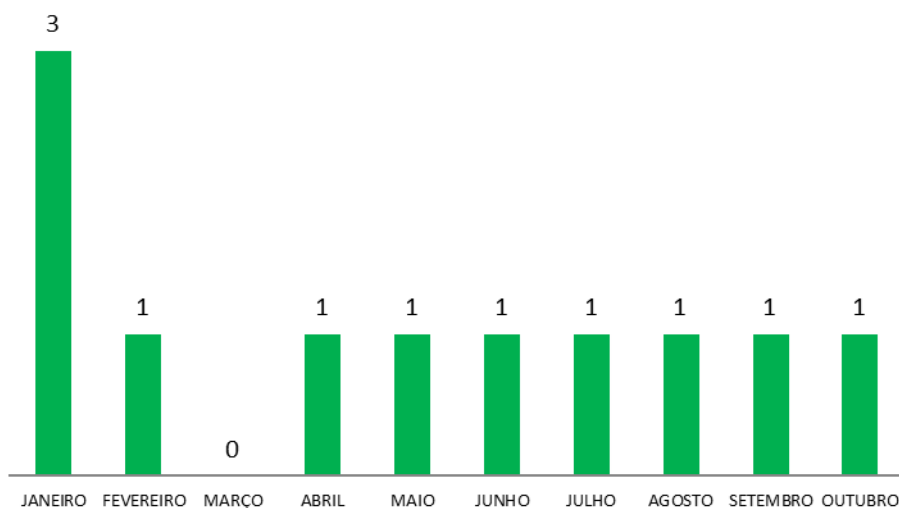
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 138 – Documentos



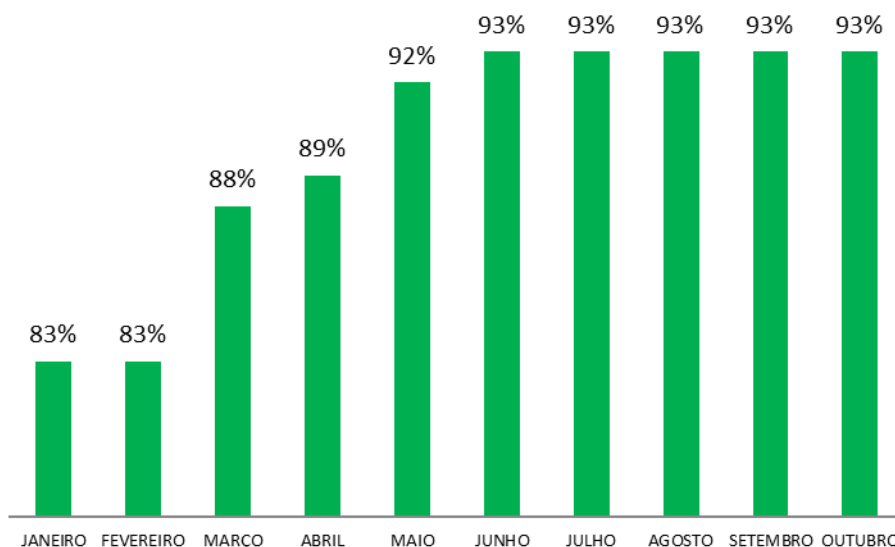
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 140 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA



Fonte: Relatório de Qualidade.

3.9.2. Faturamento

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

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

Tabela 73 – Indicadores de Faturamento

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Total de aih faturadas	M/R	258	230	233	258	246	240	255	236	246	248

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

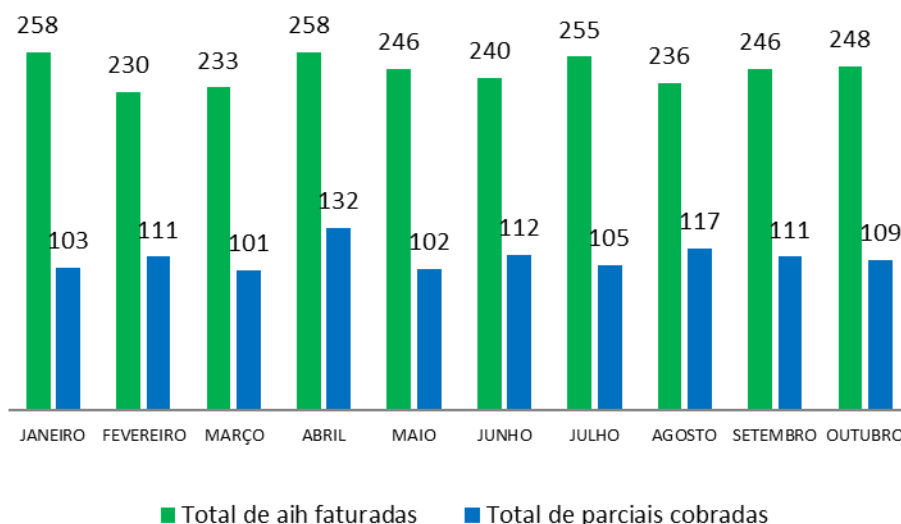
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

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

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

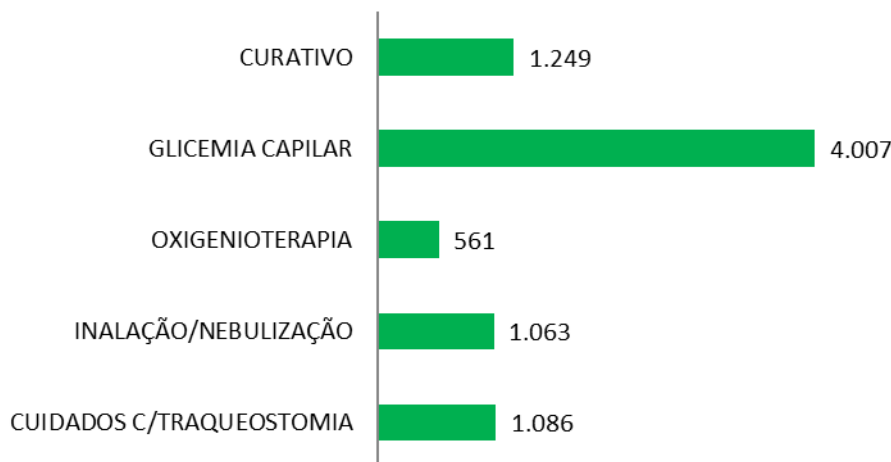
**Houveram correções nos dados do faturamento de dados retroativos.

Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais



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

Gráfico 142 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (outubro de 2025)



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

3.9.3. Prestação De Contas

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

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

Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	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	
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	89%	20%	
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581	4590	4572	4581	
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0	0	0	0	
Índice de orçamento x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%	92%	96%	90%	77%	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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

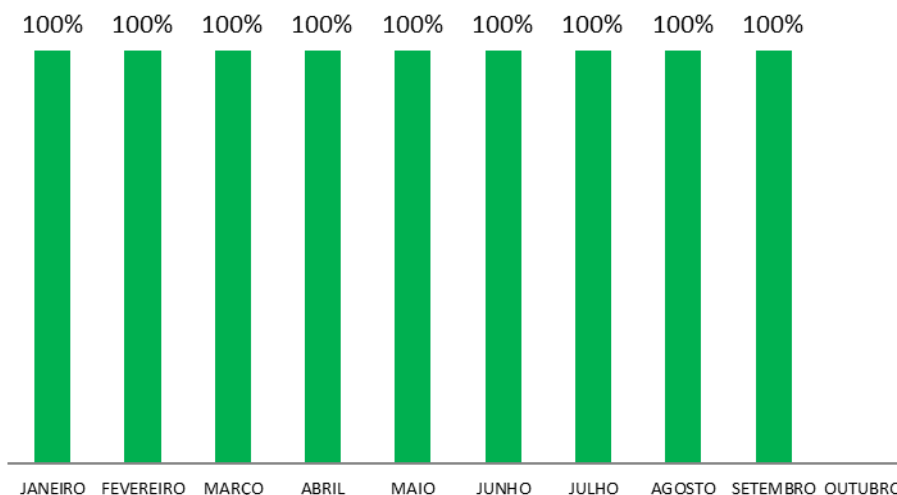
ANÁLISE CRÍTICA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Na Prestação de Contas, foram registrados dois apontamentos ao longo do mês. O primeiro refere-se aos relatórios mensais de janeiro, fevereiro e março de 2025, recebidos em 09/10. O segundo corresponde aos relatórios mensais de abril, maio e junho de 2025, recebidos em 24/10, ambos encaminhados para análise e tratativas internas.

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.

No que diz respeito ao Índice de Conformidade com o Contrato de Gestão, a apuração do indicador ainda não foi concluída. Dessa forma, o resultado será informado de forma retroativa no próximo mês, garantindo precisão e conformidade dos dados.

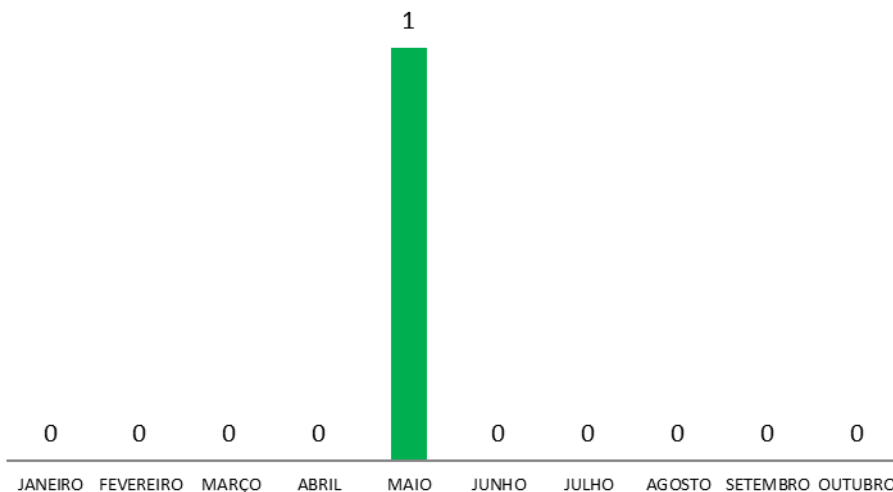
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

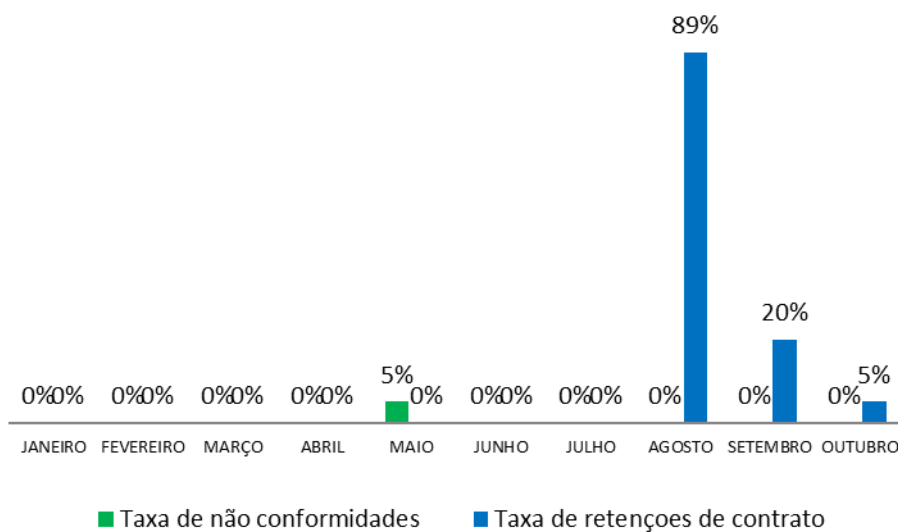
*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

Gráfico 144 – Número de auditorias externas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades



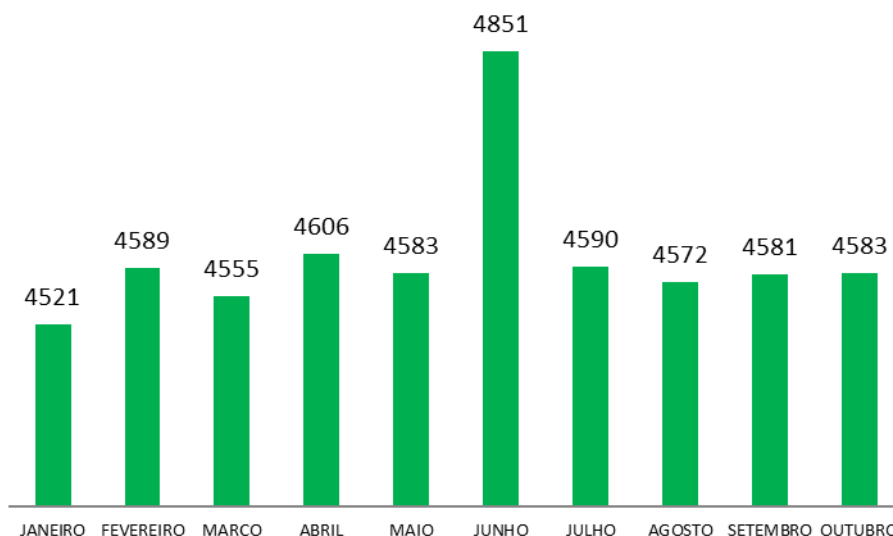
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado



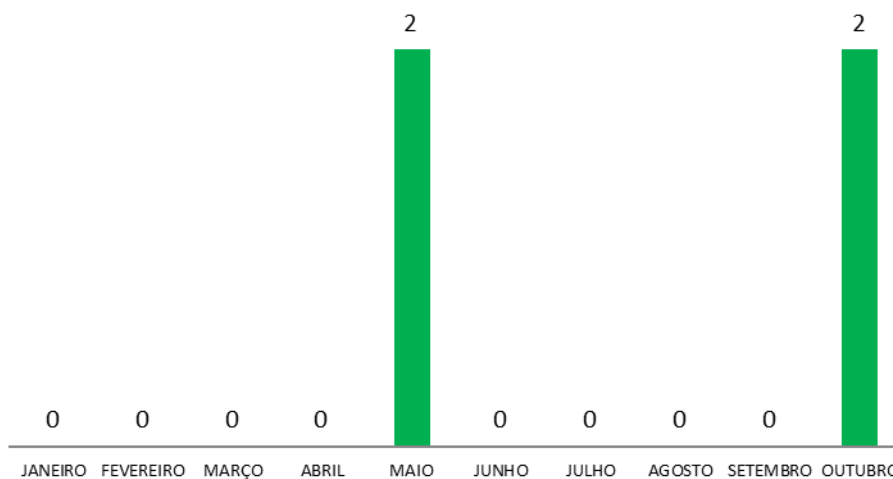
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 148 – Número apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.4. Financeiro

O departamento financeiro na gestão hospitalar de contrato de gestão garante uma gestão eficiente dos recursos financeiros, o cumprimento das obrigações

contratuais e regulatórias, e o suporte à governança e tomada de decisão estratégica da instituição de saúde.

Tabela 75 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	93%*	96%	91%	97%	95%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%	100%	99%	99%	98%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81	87	82	83	76
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97	133	102	106	112
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0	0	2	1	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

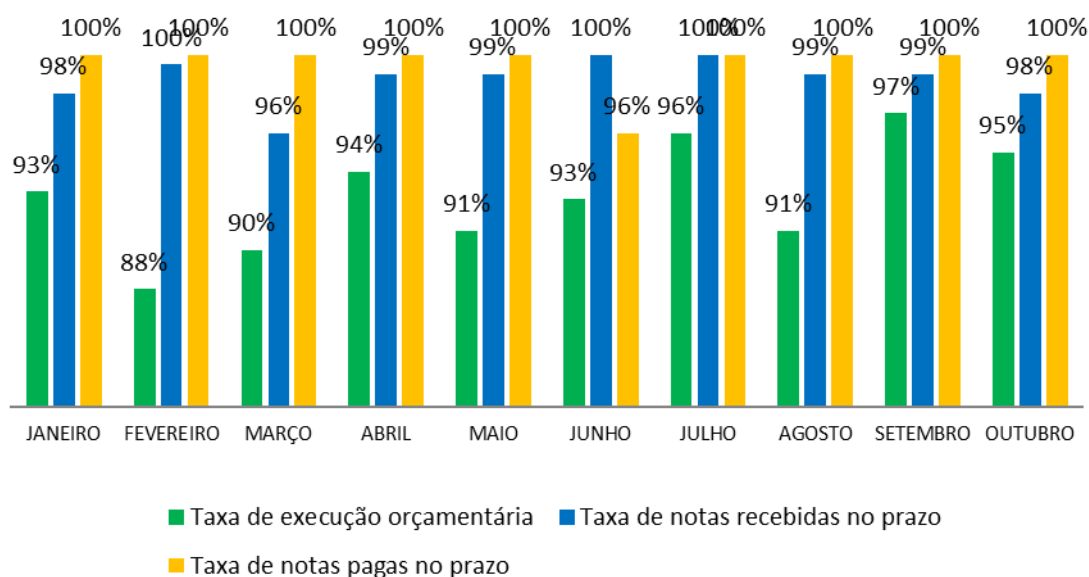
*A taxa de execução orçamentária de mês de junho foi ajustada saindo de 99% para 93%.

ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

A Taxa de Notas Recebidas não atingiu 100% no período, devido a duas pendências: as notas da Evoque, cuja emissão está sendo impactada pelo fato de o contrato ainda estar em processo, e a nota da LOHO, que permanece pendente por falta de correção no relatório de evidências.

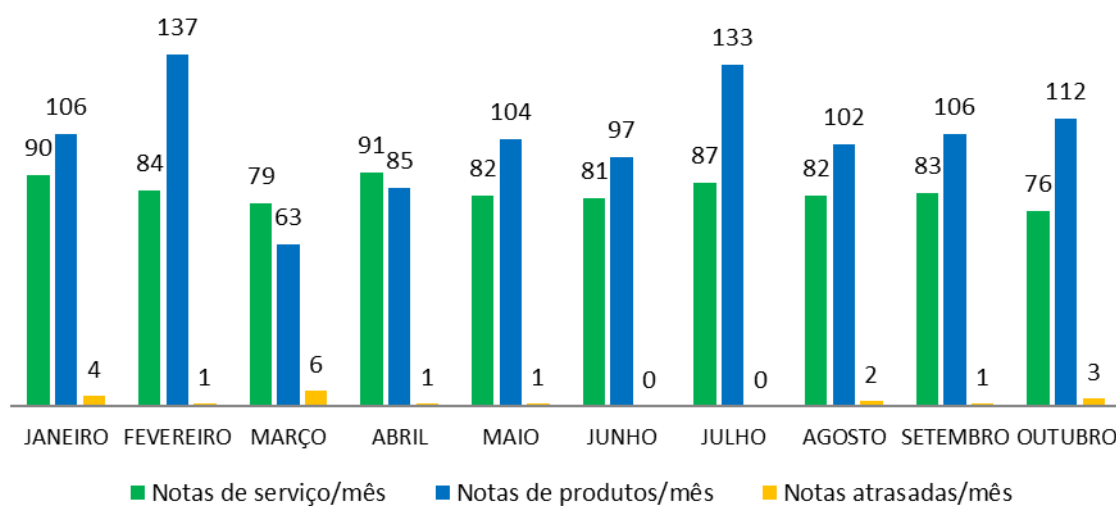
Quanto ao indicador de Execução Orçamentária, este também não atingiu 100%, pois o orçamento disponível no período não foi integralmente utilizado.

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.

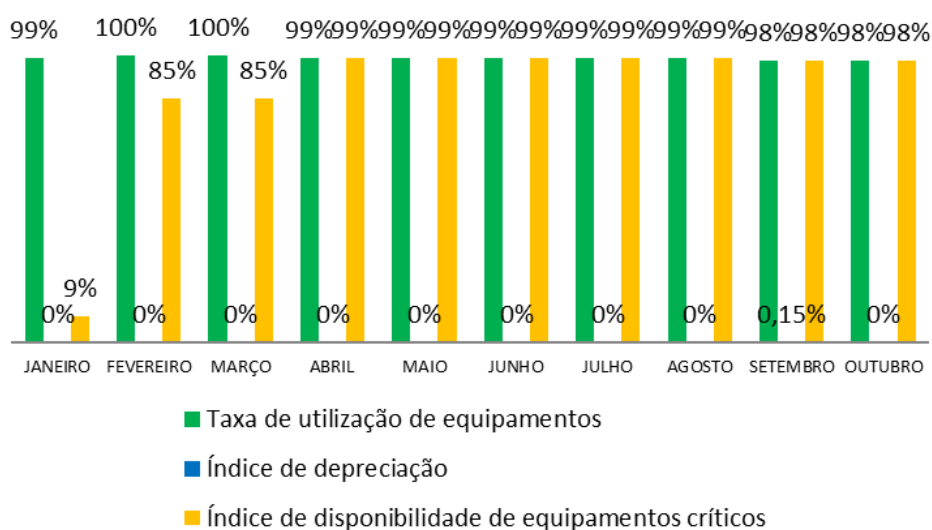
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de utilização de equipamentos	>95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,15%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141	105	179	210	138
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136	100	170	192	110
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	22	34
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	20	34

Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9	19	17	18	17
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6	16	15	17	17
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%	96%	80%	93%	85%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139	139	139	225	225
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	32%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	98%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66	66	32	32	66
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%	96%	80%	93%	98%

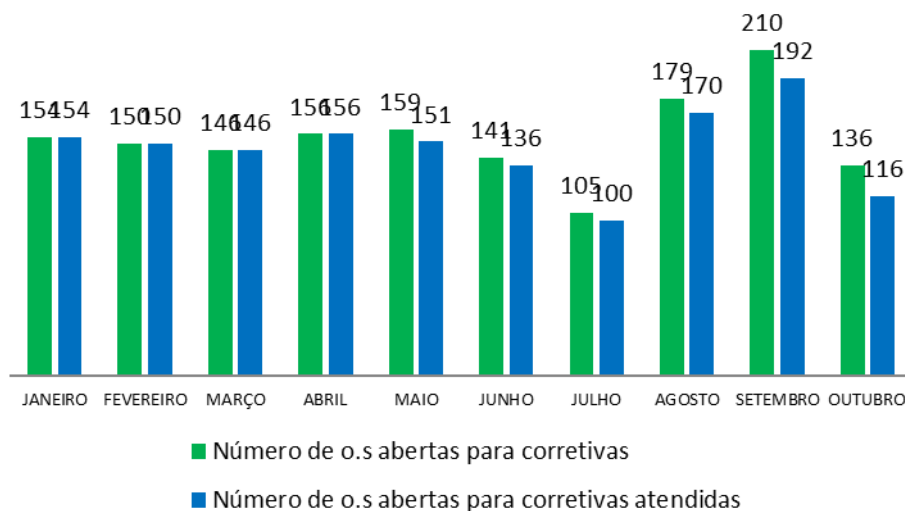
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



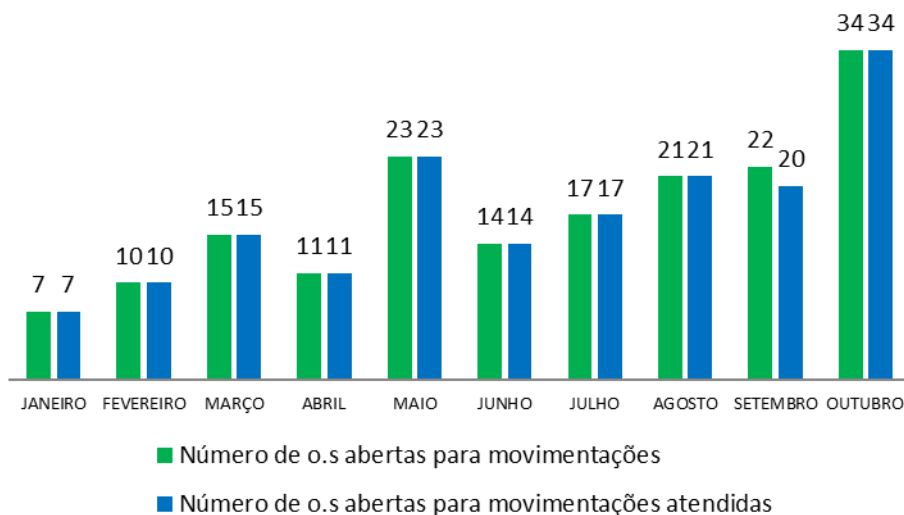
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas



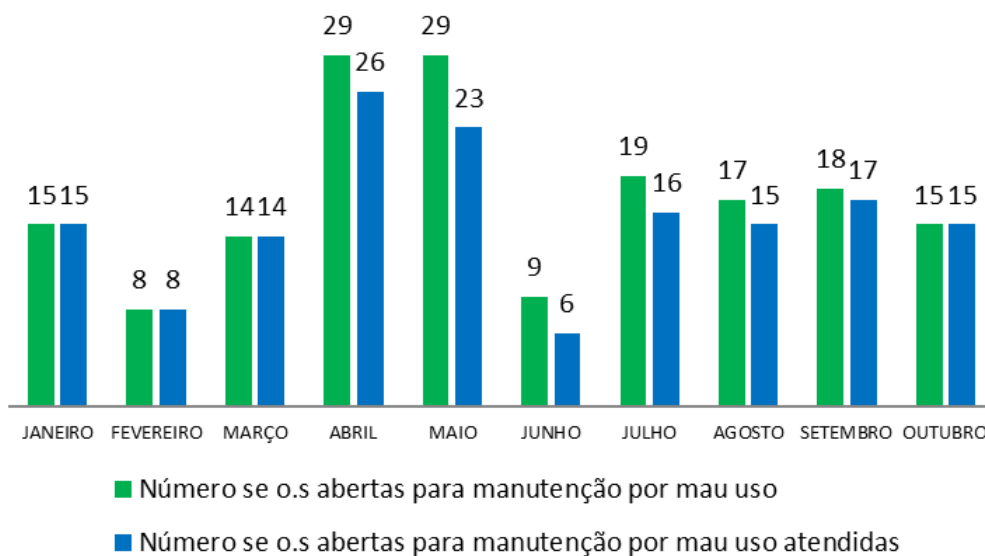
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações



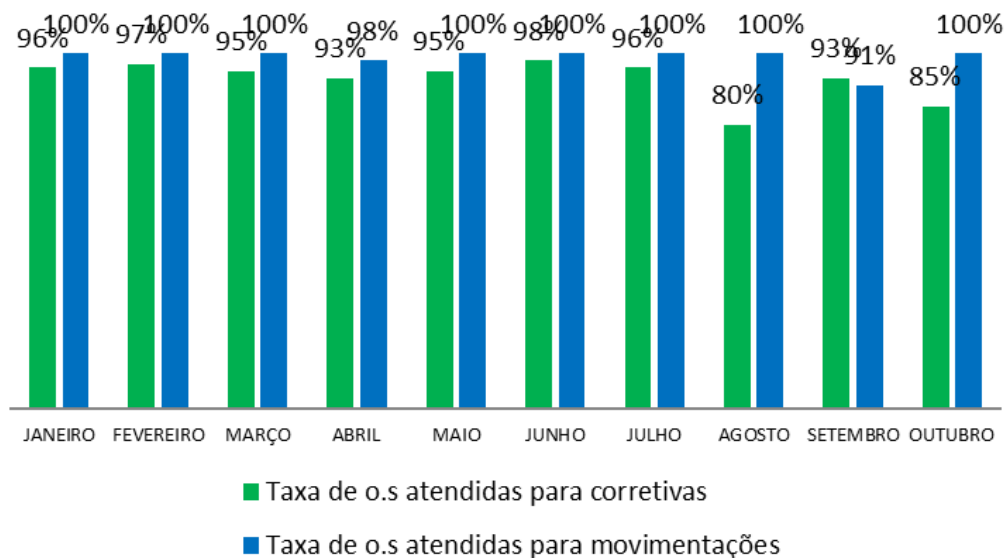
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



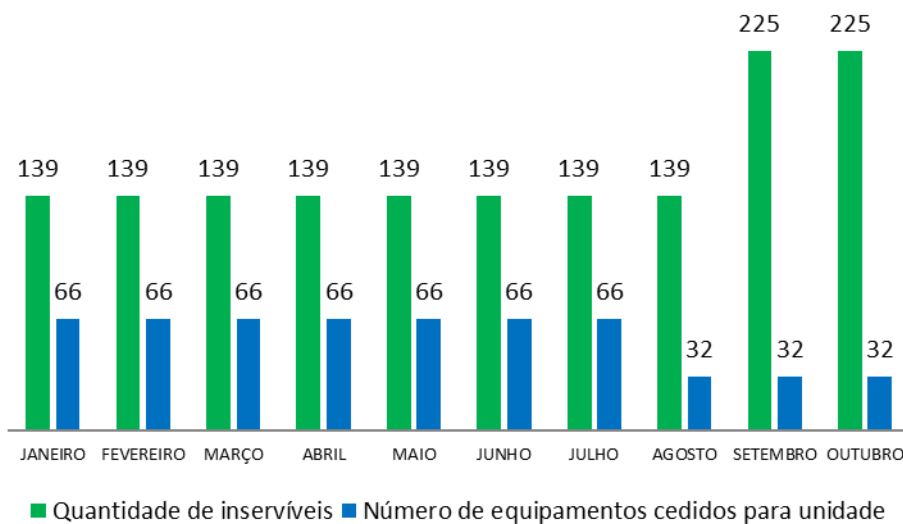
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços



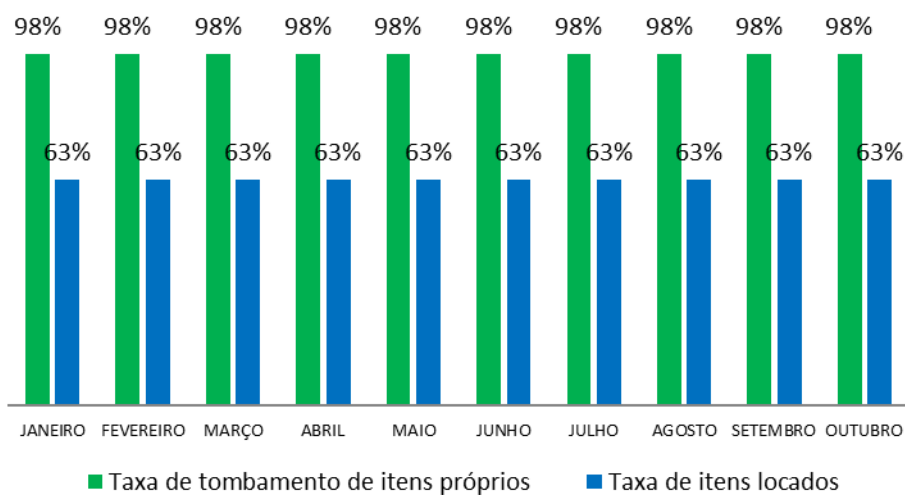
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

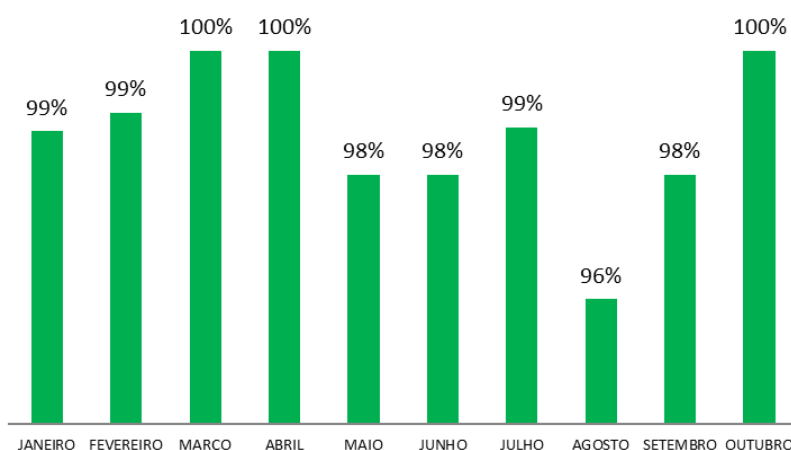
Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

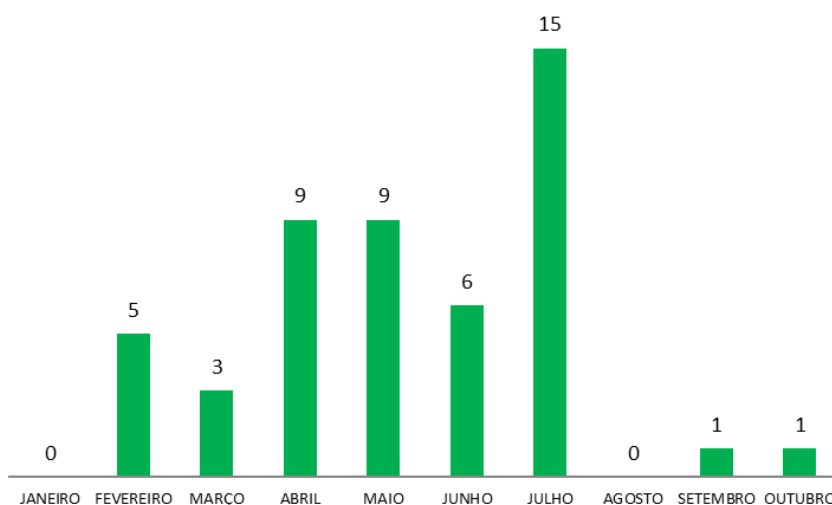
Já o indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos ficou abaixo da meta, uma vez que quatro contratos auditados obtiveram nota inferior a 81%. Embora esses fornecedores tenham sido classificados como “bons”, o resultado ficou abaixo do padrão exigido pela auditoria, o que impactou negativamente a média geral do indicador. Esse cenário reforça a necessidade de aprimoramento no atendimento aos critérios estabelecidos, mesmo considerando que os prestadores permanecem qualificados.

Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados



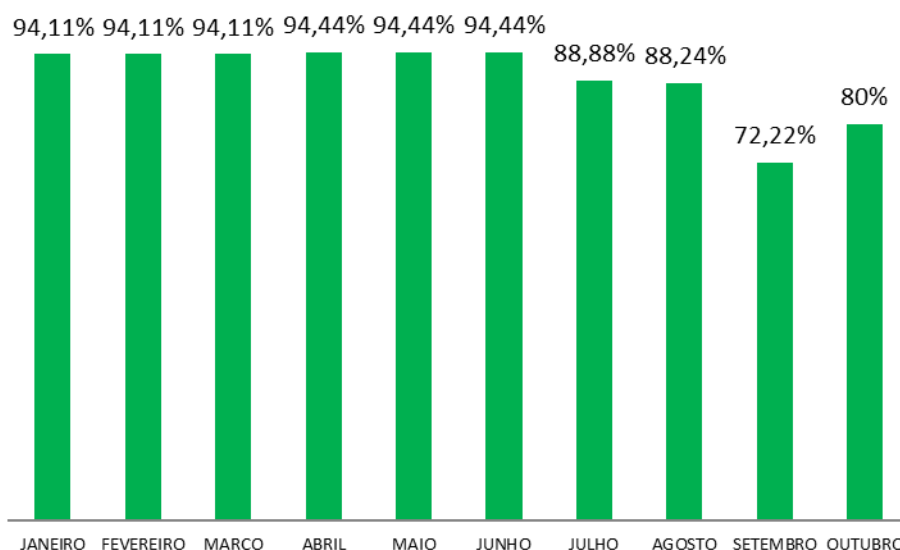
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 160 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 161 – Qualificação de prestadores de serviços críticos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.7. Hotelaria

Na gestão hospitalar, o termo "hotelaria" refere-se aos serviços e estratégias voltados para garantir o conforto, bem-estar e segurança dos pacientes durante sua estadia no hospital. Esses serviços não apenas melhoram a experiência do paciente, mas também têm um impacto significativo na eficiência operacional e na imagem institucional. Aspectos importantes da hotelaria:

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

Tabela 78 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	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%
Taxa de enxovais recebidos com sujidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,23%	0,07%
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
Índice de evasão de roupas	< 2%*	0%	3,80%	3,80%	7,50%	0%	4,35%	2,37%	1,40%	1,40%	1,40%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%	100%	100%	95%	90%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,80%	100%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

*Alterados metas dos indicadores.

ANÁLISE CRÍTICA – ROUPARIA

O índice de reposição de enxoval apresentou redução em razão da entrega, por parte da fornecedora, de tamanhos específicos de privativos em desacordo com o solicitado. Um plano de ação já foi elaborado para regularizar a situação e as tratativas com a empresa estão em andamento para evitar novas inconsistências.

Quanto à Taxa de Evasão, o indicador manteve o mesmo número registrado em setembro. Isso ocorre porque o inventário, anteriormente realizado mensalmente, passou a ser bimestral. Dessa forma, estamos no aguardo do resultado do inventário realizado no dia 22/10, que será utilizado para atualização e validação do indicador.

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



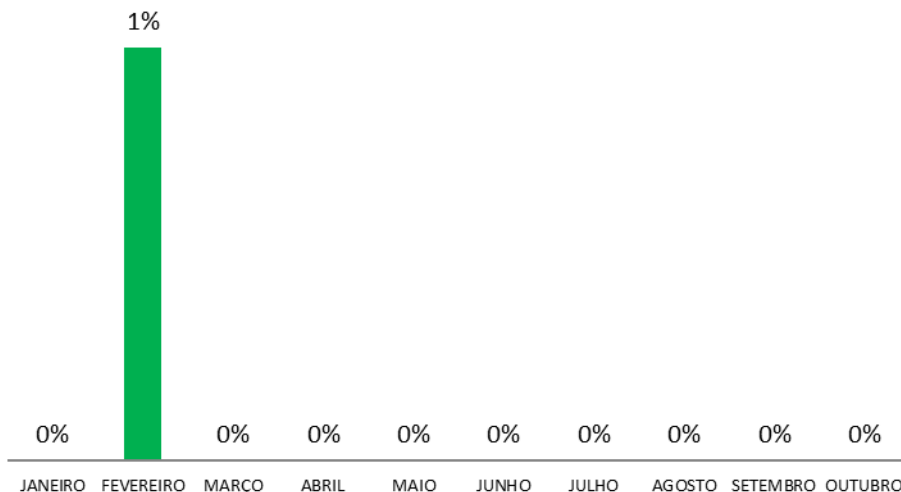
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



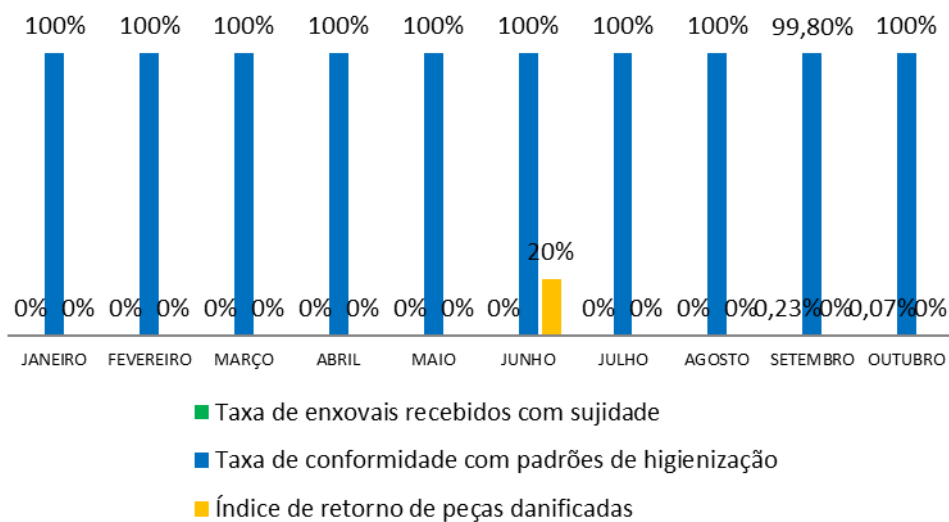
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados



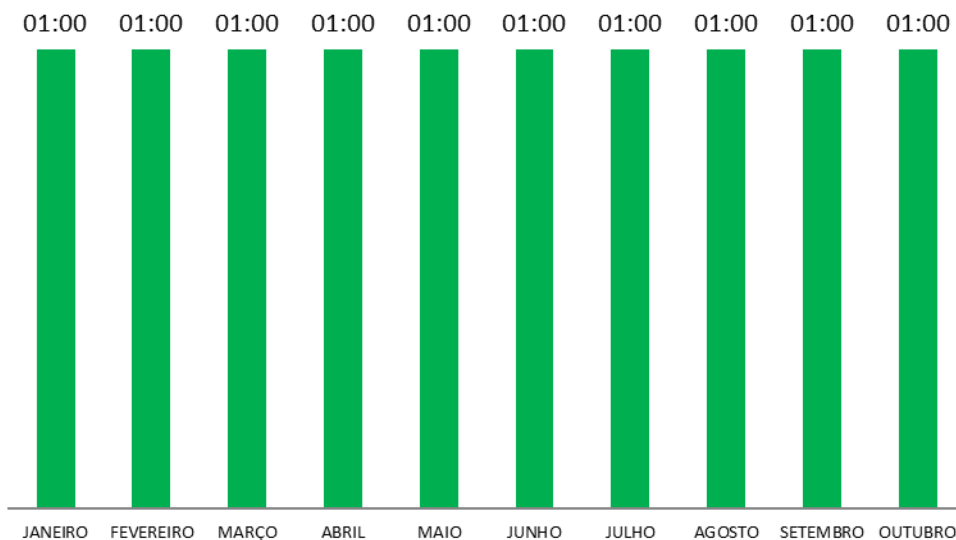
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



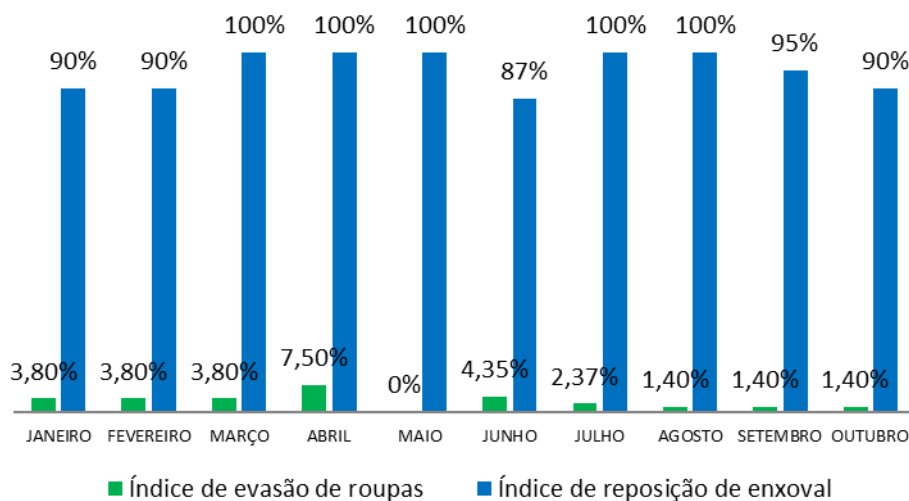
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



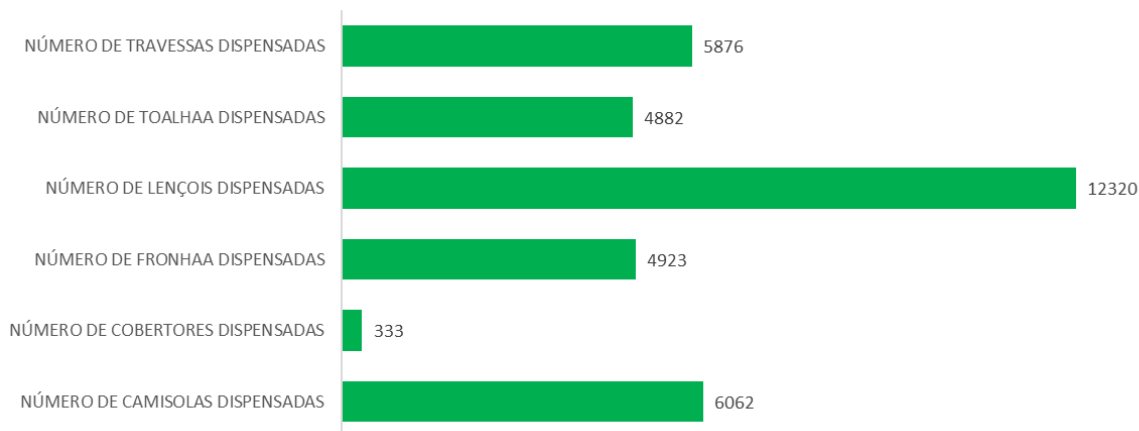
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em outubro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	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%
Índice de satisfação com a limpeza*	> 80%	*	*	*	90%	90%	90%	90%	85%	90%	100%

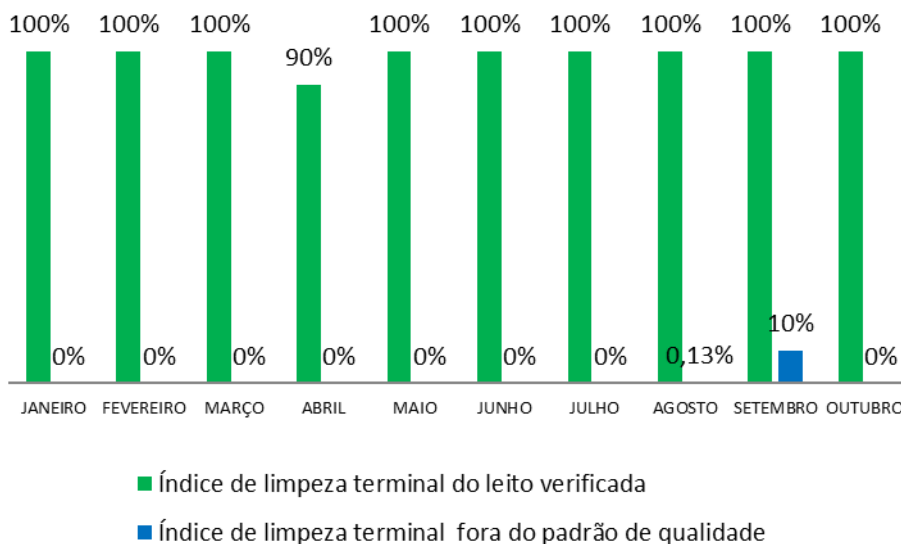
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

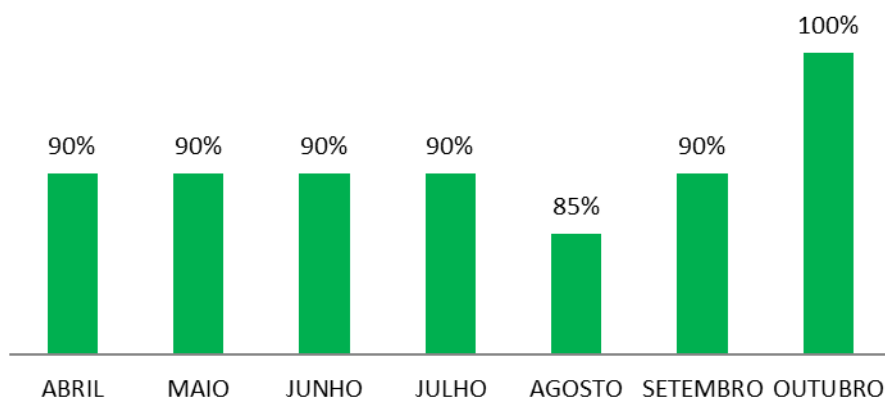
O aumento para 10% no mês de setembro está relacionado às dificuldades operacionais enfrentadas pela equipe na execução das limpezas terminais no setor Colibri, decorrentes de fatores que impactaram diretamente o cumprimento dos padrões de qualidade estabelecidos.

Gráfico 169 – Índices de higienização



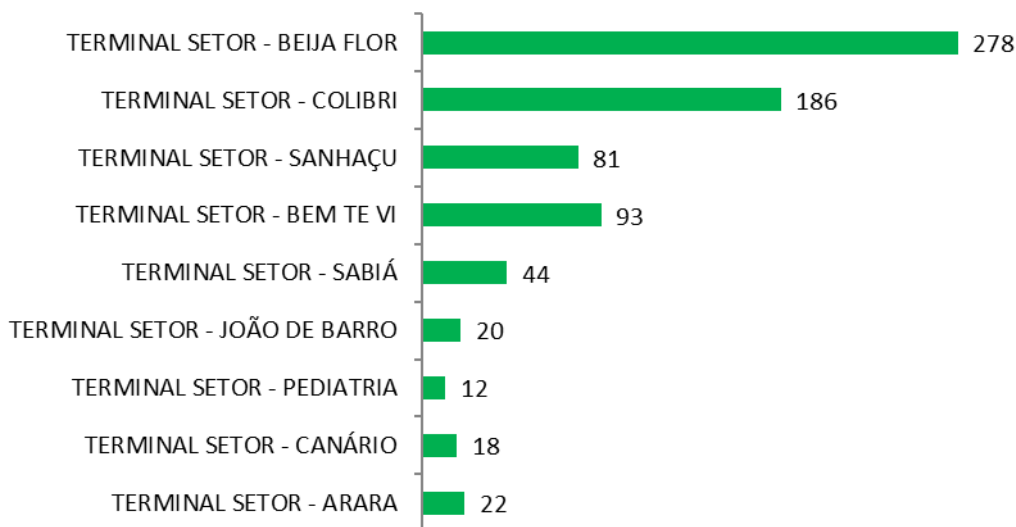
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 171 – Terminais em outubro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.8. Recepção

Tabela 80 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de satisfação com a Recepção	> 80%	*	*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210	2625	2249	2131	2407
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391	479	409	345	405
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26	23	21	28	28

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

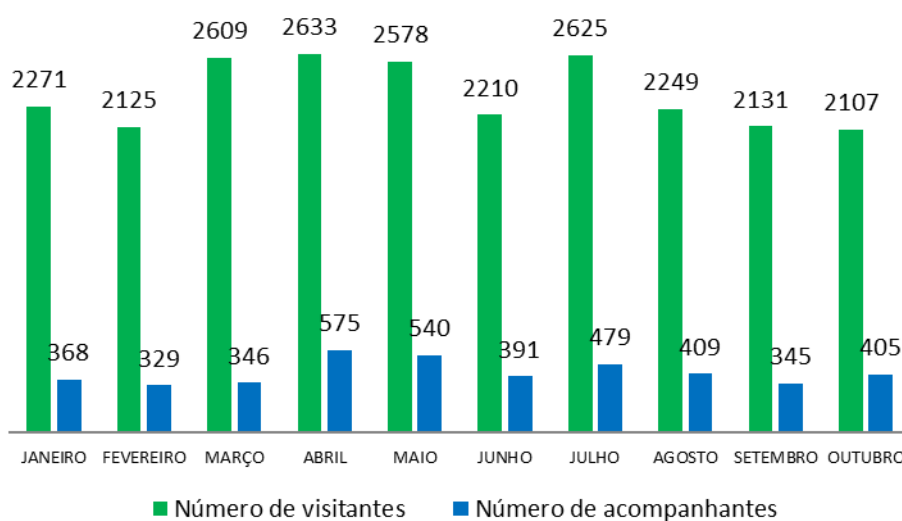
*O indicador de Taxa de satisfação com a recepção começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes



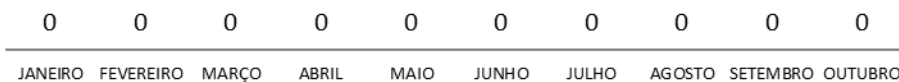
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria



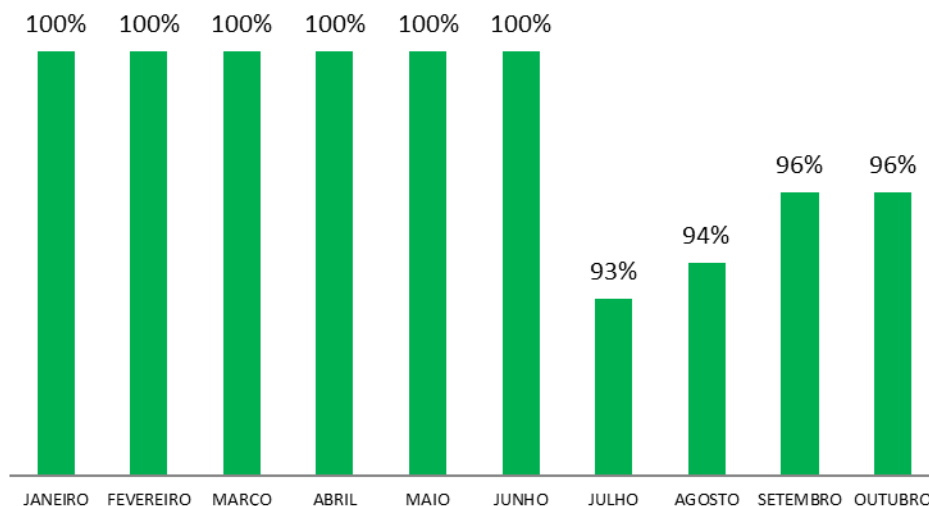
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 177 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

3.9.10. Jurídico

O auxiliar jurídico apoia a Gestão, garantindo o suporte operacional e técnico ao departamento jurídico, contribuindo para a conformidade legal, segurança jurídica e eficiência na gestão das atividades administrativas e clínicas da instituição.

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

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

Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%	*	*	*	*	*	100%	100%	100%
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	3	
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	2	
Número de processos trabalhistas anos anteriores (2020/2024)	M/R	4	4	*	*	*	*	*	18	17	1
Número de processos trabalhistas (2025)	M/R	0	0	*	*	*	*	*	4	4	

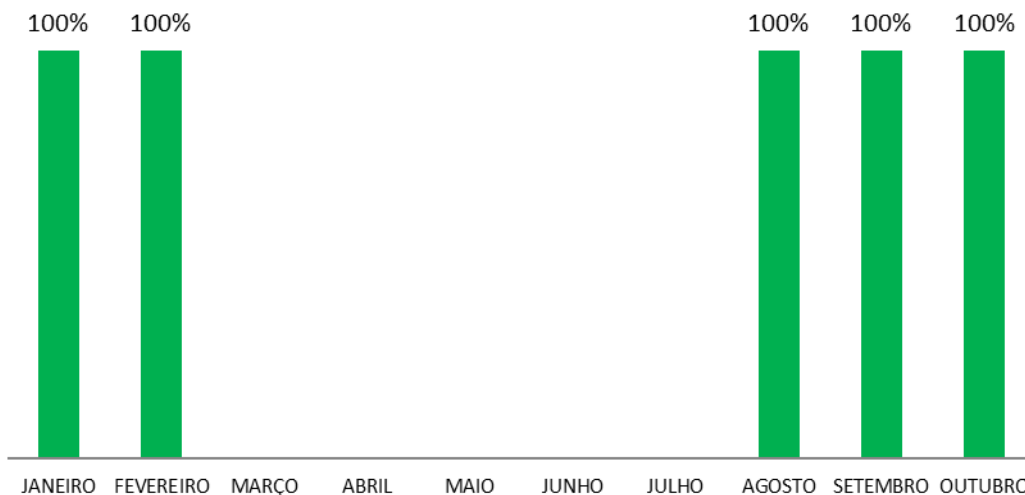
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

* 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

No mês de outubro, recebemos um ofício, porém sua resposta será formalizada apenas em novembro, conforme prazo estipulado. Além disso, permanece pendente a devolutiva de um fornecedor necessária para a finalização de uma notificação encaminhada no mesmo mês. Dessa forma, a conclusão desse processo será registrada nos indicadores de novembro.

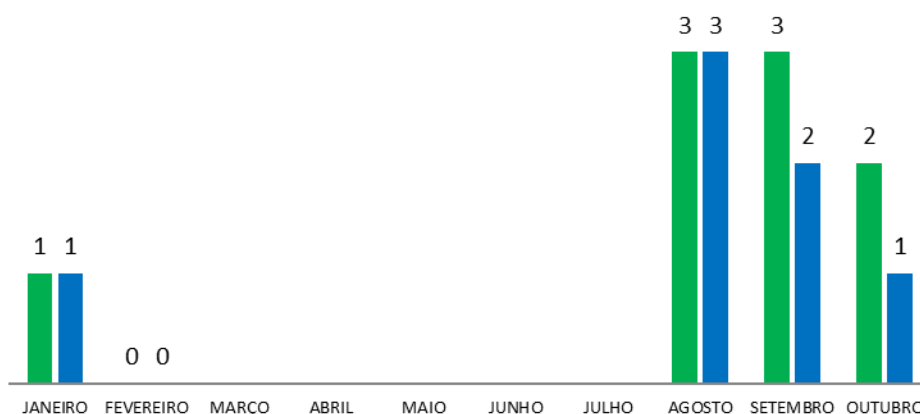
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais



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 outubro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

3.9.11. Ouvidoria

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

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

Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de resolução	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%
Taxa de devolutiva	> 80%	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
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27	2	66
Número de elogios	M/R	42	15	51	29	35	28	15	22	0	66

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	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%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1	2	4	2	4	2	2
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40	40	40	40	40	46
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16	7	5	7	1	2

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

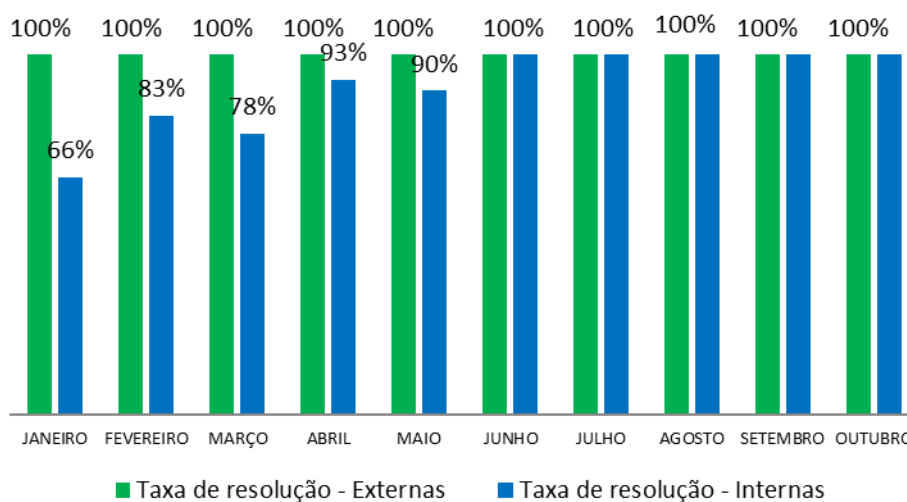
A redução da taxa de NPS ocorreu devido às notas detratoras atribuídas por pacientes em relação ao atendimento prestado por outras áreas. Estamos atuando de forma colaborativa na análise e qualificação dessas demandas, repassando todas

as informações pertinentes aos gestores responsáveis. Ressaltamos que não temos autonomia direta para implementar ações corretivas nesses setores, porém seguimos contribuindo com a estruturação, encaminhamento e monitoramento das demandas para apoio na melhoria contínua.

No momento da entrega dos indicadores (06/11), ainda não possuíamos acesso ao login do sistema SIGRC, pois os acessos foram liberados somente após a reunião com a SMS em 22/10. Por esse motivo, os indicadores de Tempo Médio de Resposta das demandas Externas e Internas foram encaminhados inicialmente sem preenchimento.

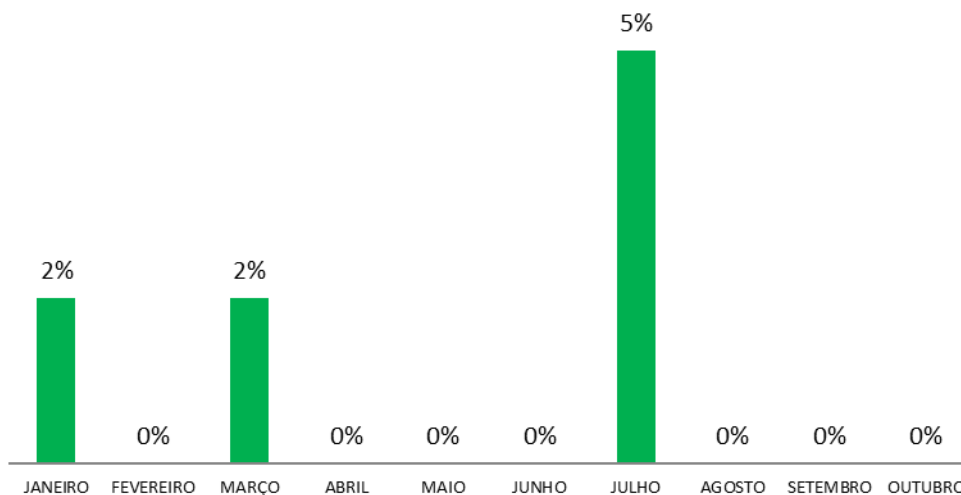
Na presente data (13/11), os indicadores foram devidamente atualizados. Contudo, o Tempo Médio de Resposta do Externo não atingiu a meta devido à indisponibilidade de acesso ao sistema durante parte do período avaliado., mas seguimos apoiando na estruturação e direcionamento das demandas.

Gráfico 181 – Taxa de resoluções



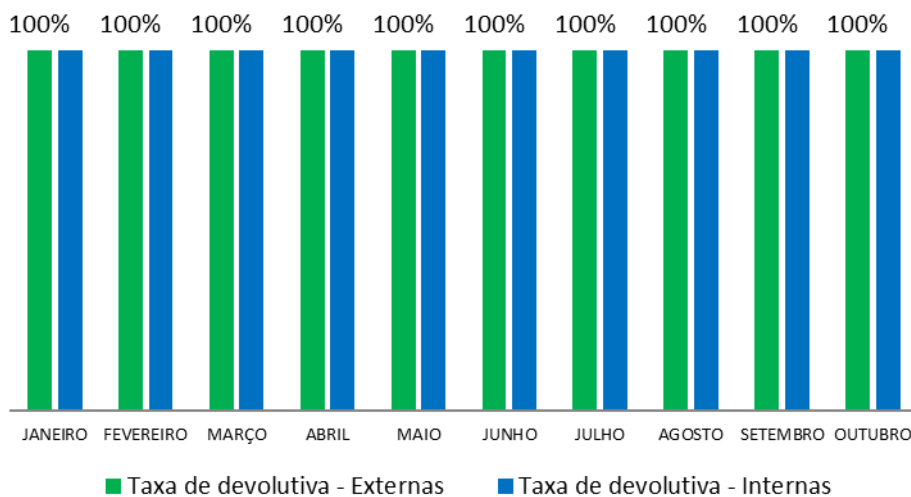
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa



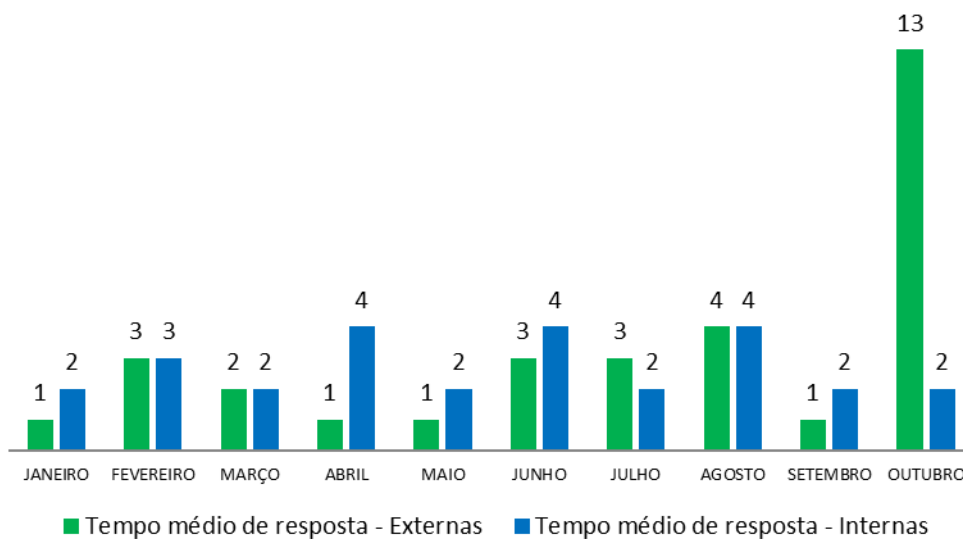
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 183 – Taxa de devolutivas



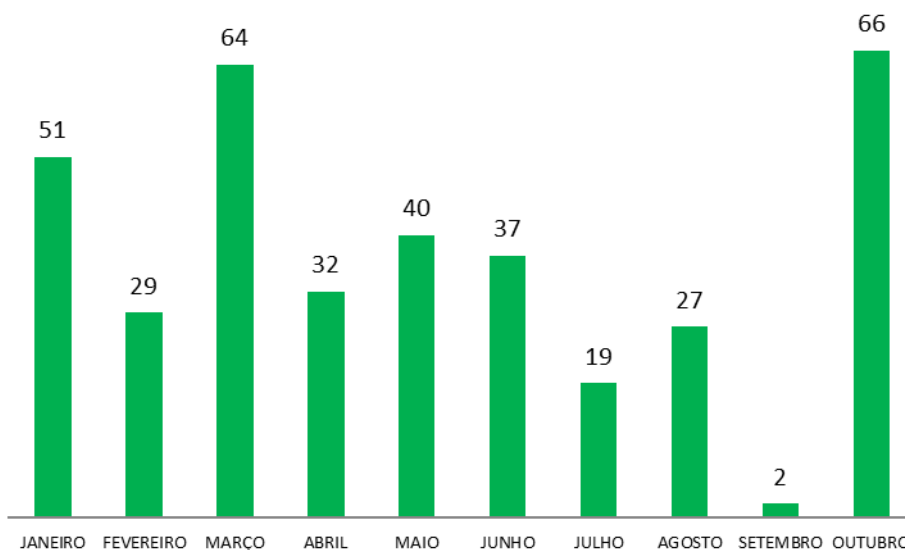
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 184 – Tempo médio de resposta



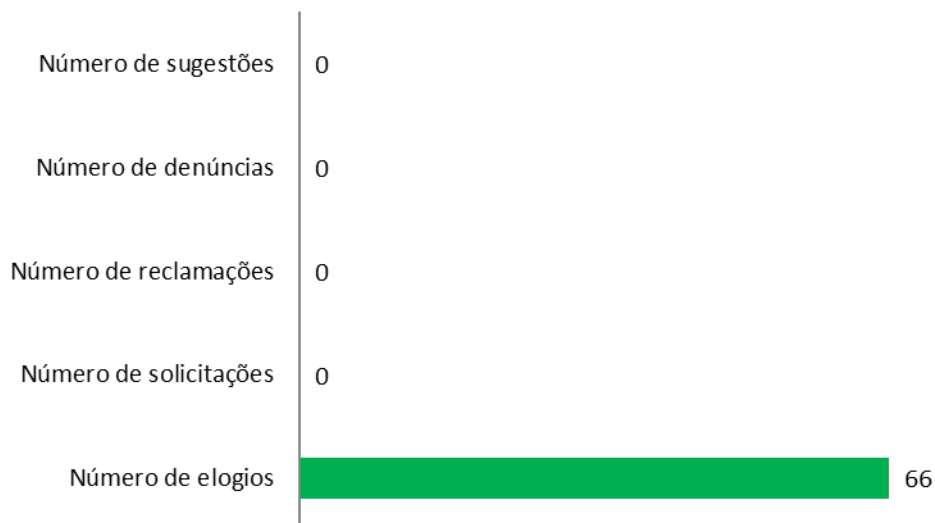
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas



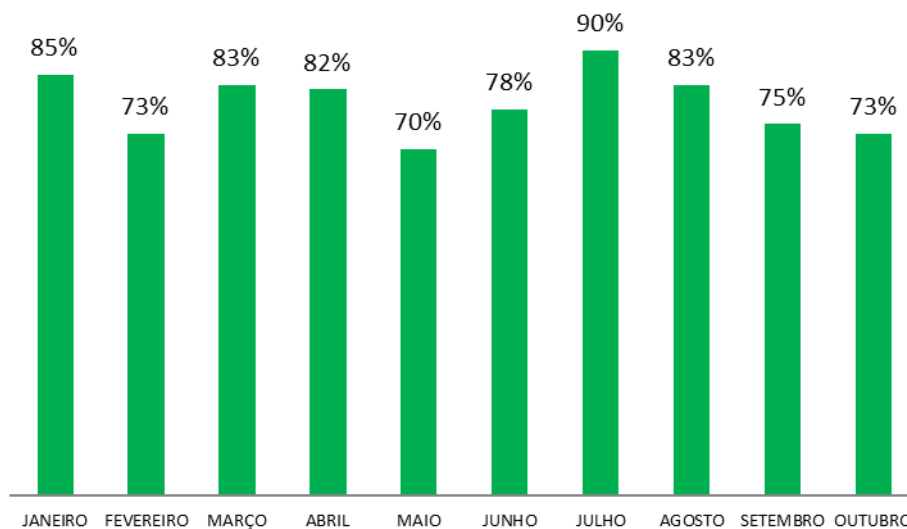
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em outubro de 2025



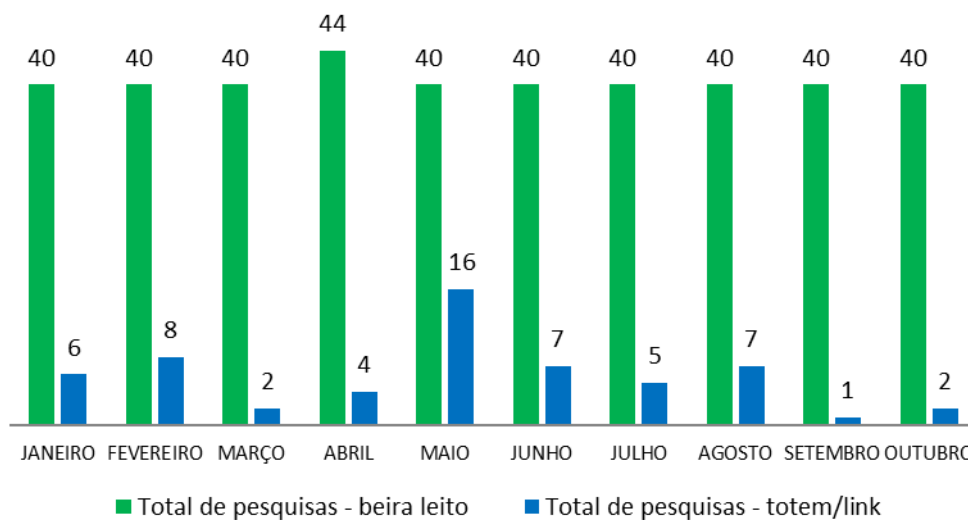
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



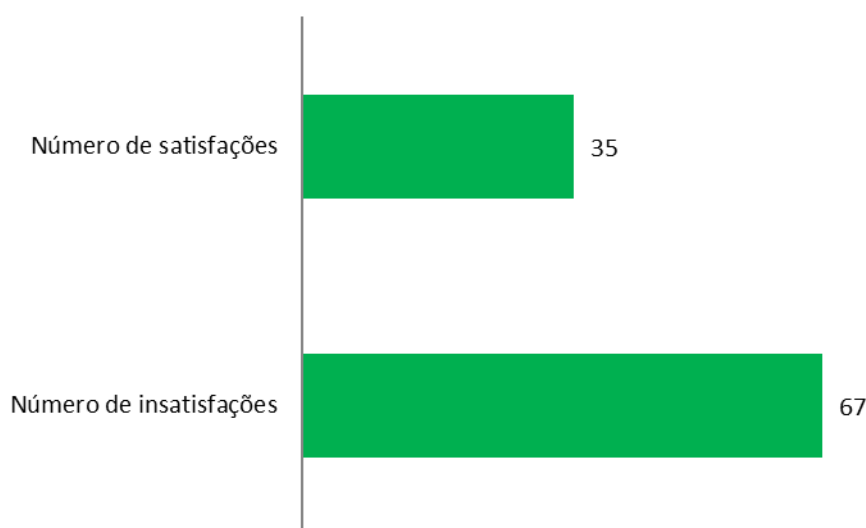
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 188 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 189 – Total de manifestações internas em outubro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

O INTS desenvolve ferramentas que possibilitam acompanhar mensalmente os resultados alcançados pela unidade. Desta forma, é realizado o monitoramento dos indicadores contratuais e custos do projeto, visando a eficiência contratual,

através do equilíbrio entre o cumprimento das metas e orçamento proposto, bem como a eficácia operacional, através de acompanhamento permanente da qualidade dos serviços prestados.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. INDICADORES CONTRATUAIS

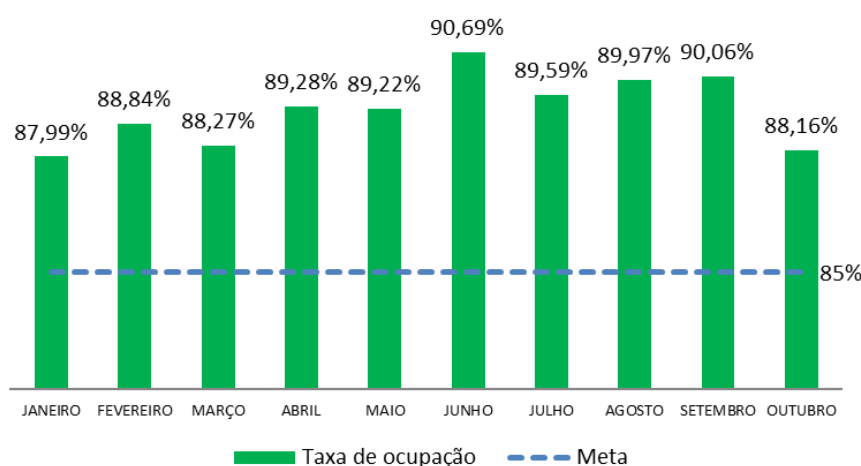
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%	89,59%	89,97%	90,06%	88,16%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%	0,20%	1,00%	0,19%	0,78%	1,39%	0,98%
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%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	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%

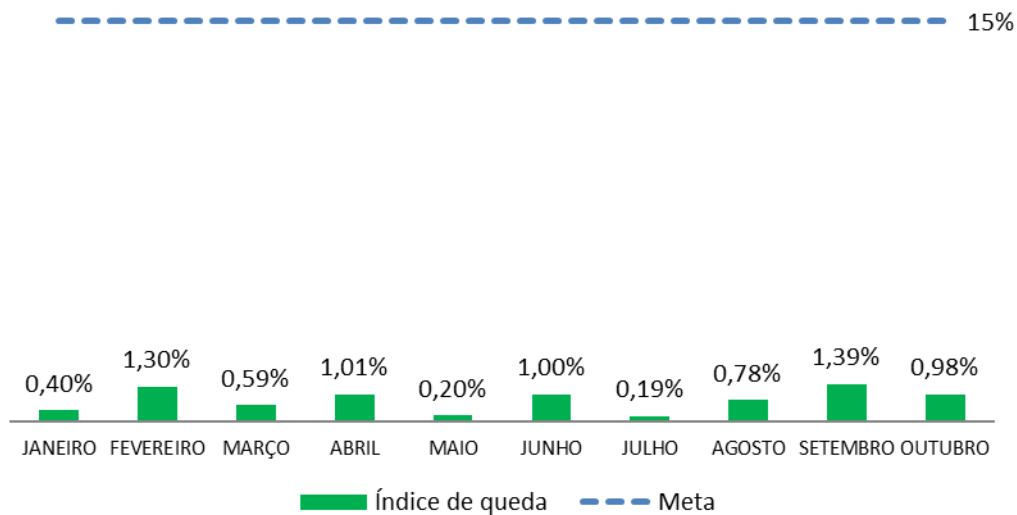
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 190 – Taxa de ocupação



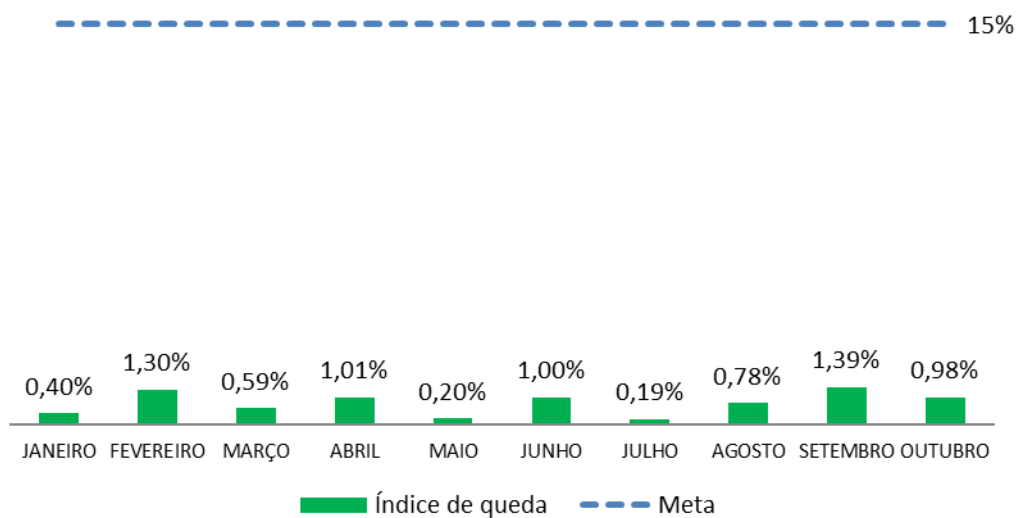
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 191 – Índice de queda



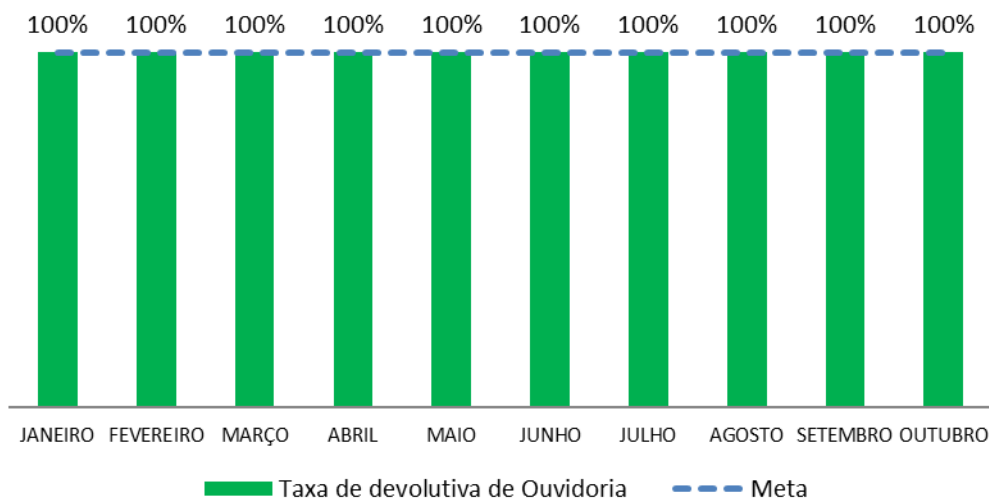
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão



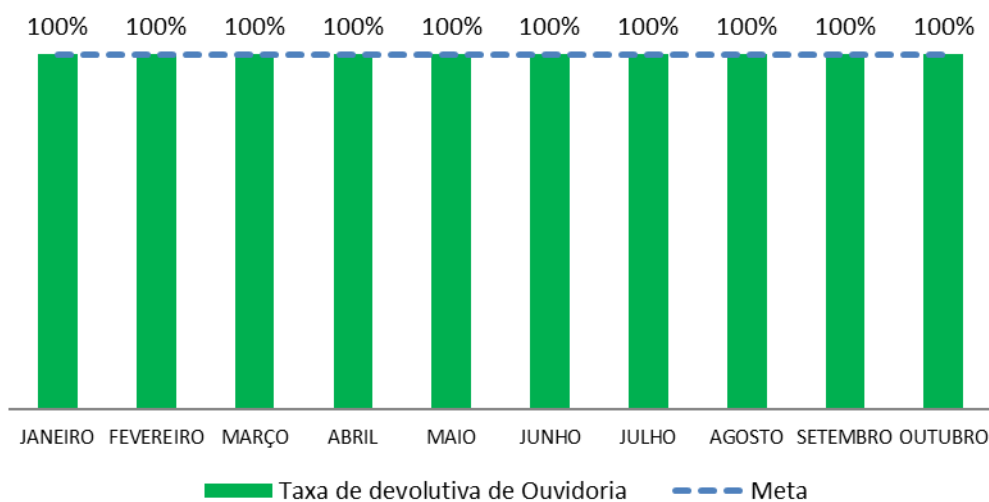
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

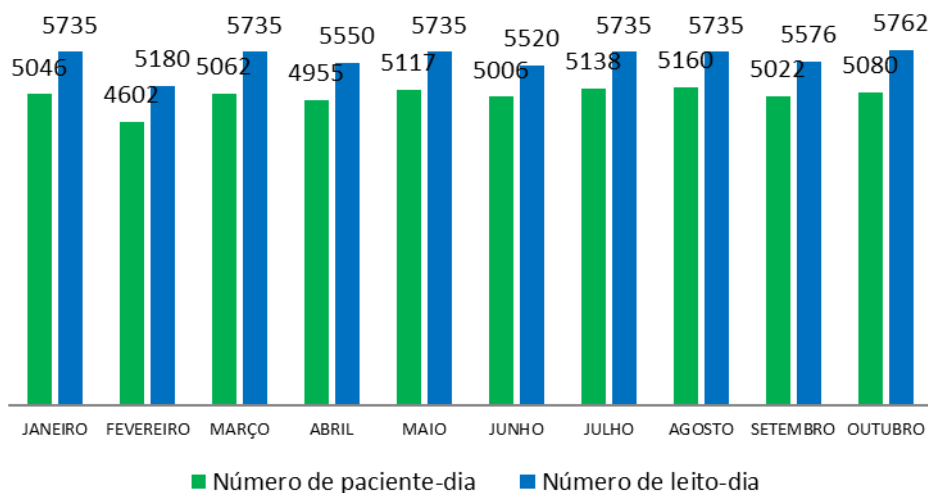
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022	5080
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220	5735	5735	5576	5762
Número de quedas	<10	2	6	3	5	1	5	1	4	7	5
Casos de lesão por pressão	< 10	3	2	7	4	6	4	3	2	7	8
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27	2	66
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240	255	232	246	248

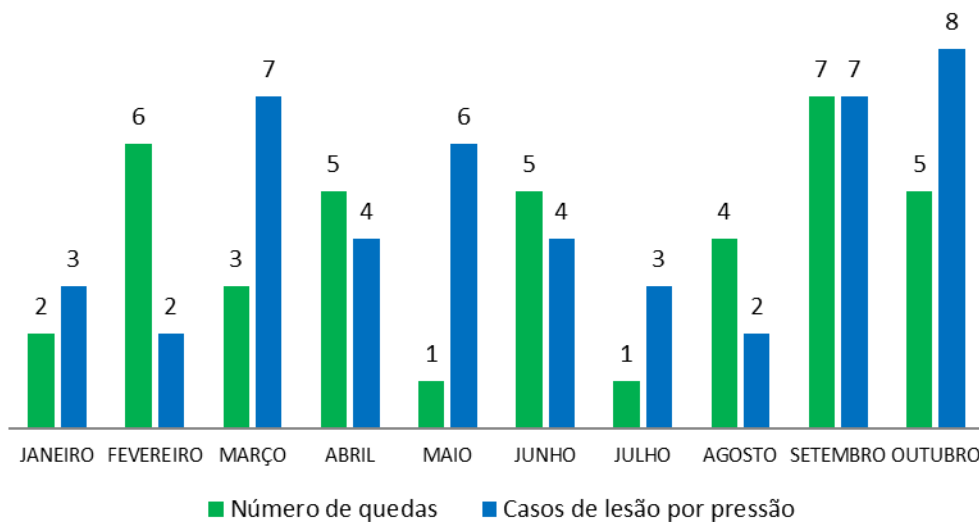
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 195 – Número paciente e leito dia



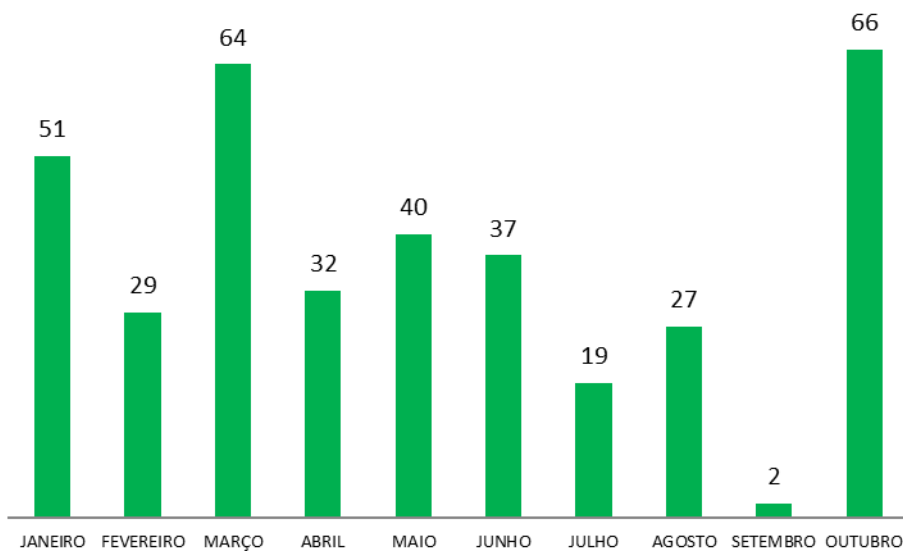
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão



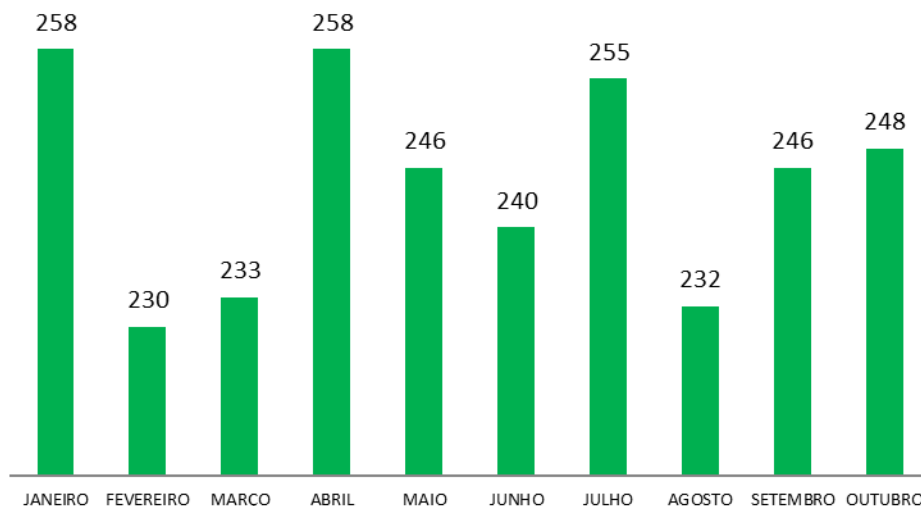
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 198 – Número de AIH's



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Produção de resíduos infectantes	> 12500kg	14684kg	12590kg	14691kg	14113kg	13044kg	13119kg	13712kg	13750kg	15553kg	17581kg
Produção de resíduos comum	> 16500kg	21409kg	19.803 kg	18930kg	21873kg	19799kg	23247kg	24091kg	24002kg	22102kg	21073kg
Produção de resíduos químicos	> 300Kg	224 kg	38kg	61kg	59kg	52kg	155kg	58kg	98kg	17kg	4kg

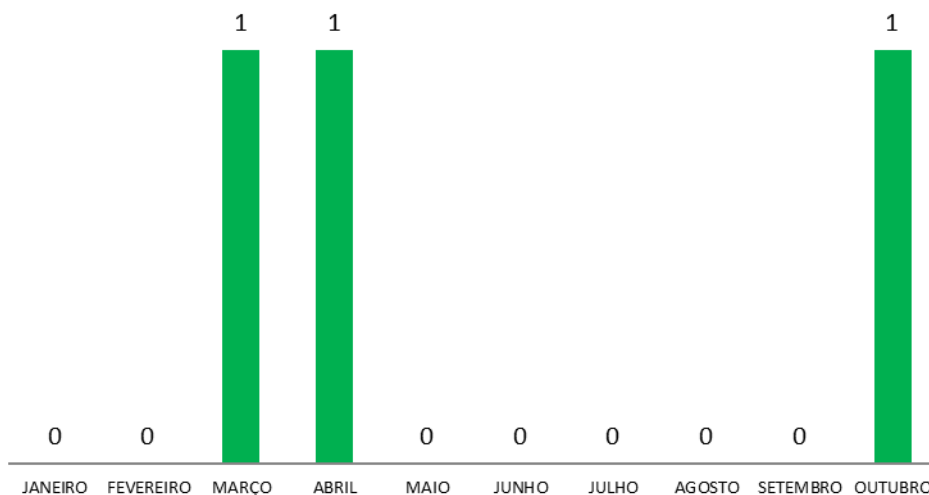
Produção de resíduos recicláveis	> 1600Kg	3.510kg	3.523kg	3.994kg	3.709kg	4.073kg	3.852kg	3667kg	3240kg	2991kg	2540kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

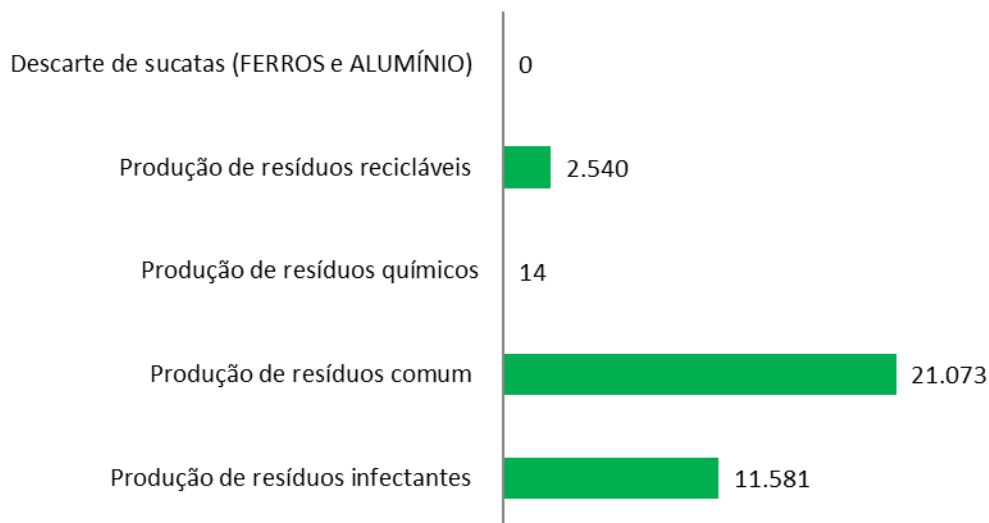
A Nutrição/Cozinha apresentou uma redução significativa na geração de resíduos em comparação ao mês de setembro de 2025. Esse resultado indica maior eficiência nos processos internos, melhor controle no preparo das refeições e maior racionalização no uso de insumos, refletindo diretamente em práticas mais sustentáveis e alinhadas às diretrizes institucionais.

Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 200 - Produção De Resíduos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

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

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200	166	156	210	153
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27	33	23	24	20
Número médio de sessões por número de pacientes*	M/R	7	10	8	7	6	7	5	7	9	8

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

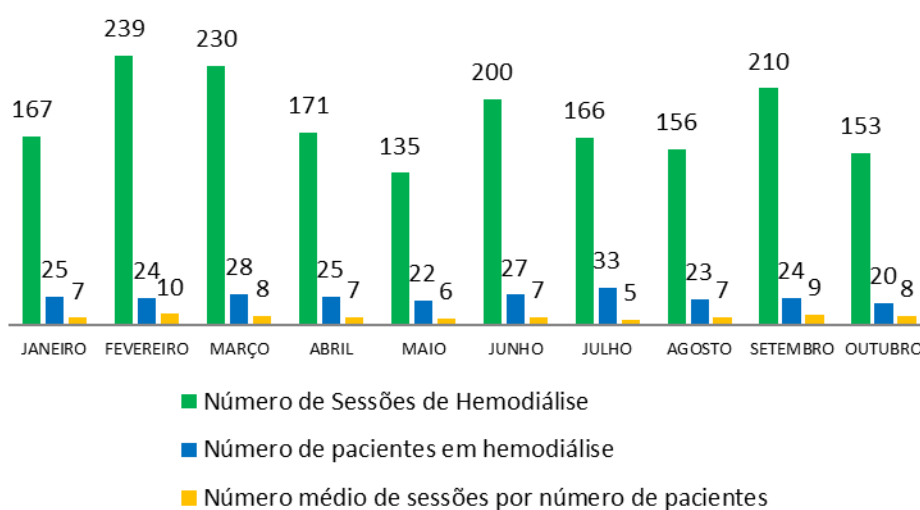
*Dados arredondados.

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

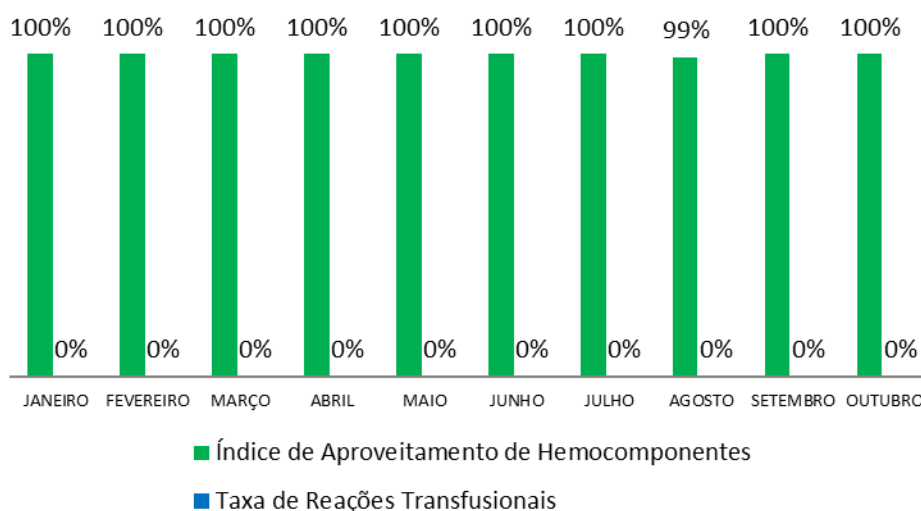
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	>90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	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	

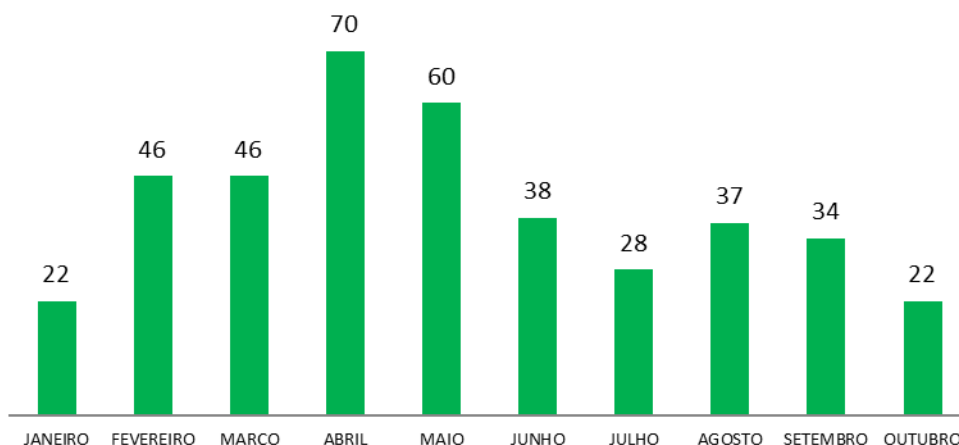
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

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 - CIHDOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017

Fonte: Qualidade - Comissões.

Evidências: Ata das reuniões no tópico **9. ANEXO.**

7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

O setor de comunicação desempenha um papel estratégico na gestão da comunicação interna e externa da unidade, promovendo a integração e o

engajamento dos colaboradores. Oferece suporte às comissões e núcleos atuantes no hospital. Com apoio da Assessoria de Imprensa, atua como intermediador entre a instituição e órgãos públicos, veículos de imprensa e terceiros, quando necessário. Suas principais funções incluem:

- **Planejamento e Organização de Eventos:** Responsável pela idealização, organização e execução de eventos internos, celebrações de datas especiais e atividades temáticas.
- **Execução de Campanhas Institucionais:** Organiza e executa campanhas de humanização, reforço de identidade, conscientização dos valores, missão e visão da marca do INTS e do HMG.
- **Produção de Conteúdos e Materiais:** Elabora textos, registros áudio visuais, matérias e outros materiais informativos para boletins, murais e comunicados internos, contribuindo para manter todos os colaboradores informados e engajados nas atividades do hospital.
- **Gestão da Comunicação Interna:** Facilita a comunicação entre diferentes setores, fortalecendo o vínculo dos colaboradores com a instituição e promovendo a cultura organizacional.
- **Desenvolvimento de Ações de Humanização:** Apoia a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.
- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

AÇÕES DE OUTUBRO DE 2025

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas – 01, 02, 09, 16, 17 e 22/10:

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – 01, 02, 08, 09, 14, 15 e 17/10:

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 NR 01 - Gerenciamento de Riscos Ocupacionais – 02, 03, 09, 10, 13, 14, 23 e 24/10:

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 – 03, 08, 09, 15 e 17/10:

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.

Comissão de humanização | Evento | Dia das Crianças dos pacientes - 08/10:

No dia 8 de outubro, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) celebrou o **Dia das Crianças** de forma especial, levando alegria e afeto aos pequenos pacientes internados na pediatria. A comemoração foi organizada pela **Comissão de Humanização**, com apoio das equipes assistenciais e administrativas e transformou o setor pediátrico em um ambiente repleto de cores, personagens e sorrisos.

Os colaboradores decoraram o local e se fantasiaram de personagens infantis, interagindo com as crianças e seus familiares em um clima de encantamento e leveza. Durante o evento, foram distribuídos kits com itens de higiene e brinquedos, além de música e momentos de descontração.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Comissão de humanização | Evento Ecumênico | Missa – 09/10:

No dia 09 de outubro, o espaço religioso do Hospital Municipal Guarapiranga promoveu uma missa celebrada pelo Padre Wilson. O momento foi marcado por

orações, cânticos e mensagens de fé, proporcionando espiritualidade, conforto e união entre os participantes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH/DP | Treinamento | Integração de novos colaboradores – 13/10:

Boas práticas no manuseio de perfurocortantes, utilização e descarte seguro. Higienização das mãos, cuidados nas atividades assistenciais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões), cuidados com mordidas dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Comissão de humanização | Evento| Dia do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional - 15/10

O Coordenador da equipe multi, Anderson Tomas, realizou uma ação especial em homenagem ao Dia do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional. Comemorado em 13 de outubro, o encontro aconteceu na quadra do hospital, contando com a participação dos profissionais homenageados em um momento de celebração e reconhecimento pelo trabalho essencial que desempenham na reabilitação e promoção da saúde dos pacientes. A atividade destacou a importância do trabalho em equipe e da união entre as áreas para o alcance de bons resultados no cuidado e recuperação dos pacientes.

Durante a ação, os participantes foram convidados a participar de duas dinâmicas de integração: “Amigos de Jó”, que destacou a importância da sincronia e da colaboração entre os profissionais, mostrando que o sucesso do trabalho em saúde depende do ritmo e do esforço coletivo; a ação contou também com a tradicional

“Dança das Cadeiras”, que trouxe momentos de descontração e alegria, reforçando o valor do companheirismo aos participantes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

GlobalMed e Enfermagem | Treinamento | Arritmias Cardíacas – 15/10:

A Global MED através de uma médica de formação continuada ministrou um treinamento de arritmias cardíacas, dividido em duas turmas, a primeira voltada a equipe médica e a segunda turma para enfermeiros. Durante o curso foi exemplificado quais os tipos de arritmias existentes e qual conduta se deve adotar perante cada uma delas, explicando qual a postura a equipe deve adotar durante uma parada. Foi feito o uso de um desfibrilador a fim de identificar uma desfibrilação e uso do marcapasso. A segunda turma contou com a presença de enfermeiros, supervisores, técnicos de enfermagem, e médicos pediatras. Ao final, foi realizada a parte prática, composta por um caso clínico onde os participantes eram convidados

a responder perguntas baseadas no tema e na explicação da professora, identificando o ritmo cardíaco.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT e Fractal | Treinamento | Diálogo de Segurança - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS – 17/10

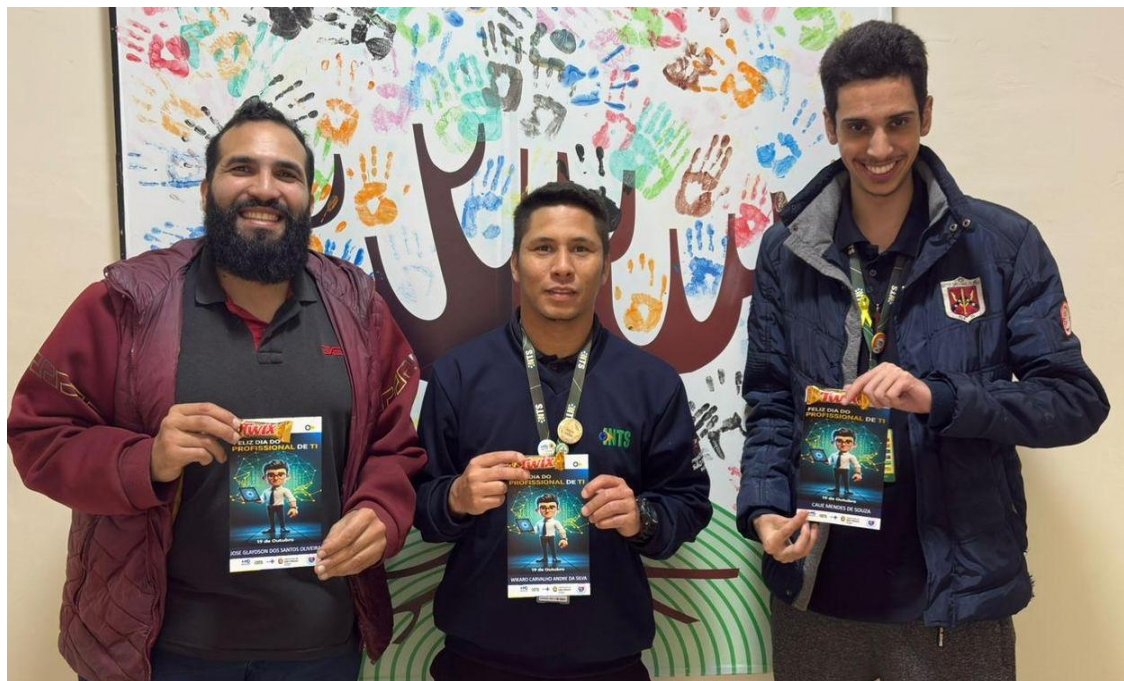
O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem como objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH/DP | Comemoração | Dia do Profissional T.I - 19/10

Em comemoração ao Dia do profissional de T.I. o departamento de Recursos Humanos entregou chocolates aos profissionais. Reconhecemos e valorizamos o trabalho de excelência realizado por eles, reforçando a importância do setor comprometido com a qualidade e o cuidado no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Enfermagem | Ação | Outubro Rosa - Roda de conversa + Atividade de autocuidado - 20 e 21/10

A roda de conversa realizada dia 18 de outubro abriu espaço para que as colaboradoras compartilhassem suas histórias durante a atividade, a profissional Paula Hiratsuka, a supervisora de enfermagem Loraine Ferreira e a coord. de enfermagem Raquel Macena conduziram a ação. A dinâmica consistiu em desenrolar um novelo de barbante entre as participantes. Antes de cada lançamento, uma pergunta era sorteada, e quem estivesse com o novelo respondia, compartilhando suas experiências, memórias e sentimentos. A sequência seguiu até que todas tivessem seu momento de fala. Ao final, uma teia simbólica se formou no centro da roda, representando os vínculos entre histórias, ancestralidade e superação. O encerramento foi embalado pela canção “Dona de Mim”, da cantora Iza, em um momento de emoção, afeto e celebração da força feminina. o encontro também abriu espaço de escuta e acolhimento, onde surgiram relatos legítimos de experiências pessoais vindos das participantes, reforçando a importância da discussão aberta e da conscientização coletiva.

O outubro Rosa no HMG reafirma o compromisso da instituição em valorizar a saúde da mulher, promovendo um ambiente de conscientização, cuidado e apoio. A campanha reforça que a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama são responsabilidades compartilhadas por toda a sociedade.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Enfermagem | Palestra | Outubro Rosa – Campanha de Conscientização da prevenção do câncer de mama - 25/10

A enfermeira Vera Lúcia dos Santos realizou a palestra “Outubro Rosa: Campanha de Conscientização sobre a Prevenção do Câncer de Mama”, destacando a importância da detecção precoce, que aumenta significativamente as chances de cura.

Durante sua fala, ela alertou que o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres e que, até 2027, estima-se o surgimento de 63.610 novos casos da doença. Vera também reforçou a necessidade de atenção constante à saúde feminina, lembrando que muitas mulheres ainda podem receber esse diagnóstico se não realizarem os exames preventivos regularmente.

As palestras foram encerradas com uma reflexão sobre a importância do autoconhecimento e do cuidado contínuo com o corpo, incentivando as mulheres a realizarem seus exames de rotina e a não negligenciarem sinais de alerta.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Comissão de humanização, Enfermagem e UBS Jd. Herculano | Ação | Exames de Papanicolau e Encaminhamentos para Mamografias

Nos dias 29 e 30 de outubro, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG), em parceria com a UBS Jardim Herculano, realizou uma ação especial do Outubro Rosa. Foram oferecidos exames gratuitos de Papanicolau e encaminhamentos para mamografia, com o objetivo de incentivar as mulheres a cuidarem da própria saúde e reforçar a importância da prevenção do câncer de mama e do colo do útero.

A atividade aconteceu na capela do hospital e contou com a participação das colaboradoras do HMG. Para encerrar, as participantes ganharam preservativos como lembrança e compartilharam um agradável momento de café preparado com carinho.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

Equipe Administrativa | Evento | Café da Manhã de Halloween – 31/10

A equipe administrativa do **Hospital Municipal Guarapiranga** realizou um **café da manhã especial de Halloween** comemorado na quadra do hospital. Os colaboradores vieram fantasiados e trouxeram alimentos para compartilhar, tornando o momento alegre e descontraído.

A confraternização foi uma forma de integrar a equipe, celebrar a data e reforçar o clima de união entre todos.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

7.1 AÇÕES DE DESTAQUE

Comissão de humanização | Evento | Guaraturminha - Dia das Crianças para filhos dos colaboradores - 10/10

No dia 10 de outubro, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG), realizou o primeiro evento voltado aos filhos dos colaboradores. Idealizado pela supervisora de enfermagem Fernanda Pitombo e organizado pela Comissão de Humanização, com apoio do setor de Nutrição e de voluntários, a iniciativa teve como objetivo promover alegria, integração familiar e descontração dentro do ambiente de trabalho. A programação contou com café da manhã, atividades recreativas como pintura facial, brincadeira da cadeira, futebol, exibição de filmes e uma aula leve de noções básicas de defesa pessoal ministrada pelo professor e educador físico Alan. As crianças

também participaram da apresentação de palhaçaria com o Grupo SouRiso e de um piquenique cheio de brincadeiras. O Projeto Sorridentes marcou presença com ações educativas sobre saúde bucal e entrega de kits de higiene, tornando o aprendizado divertido e prático. Batizado de “Guaraturminha”, o evento buscou aproximar as famílias dos profissionais de saúde, proporcionando momentos de afeto e convivência.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de outubro 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, 19 de novembro de 2025.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 21/11/2025 11:54:39 -03:00

MUNDO DIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha
CPF: ***.518.032-**
Data: 24/11/2025 11:36:38 -03:00

MUNDO DIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

9. ANEXOS

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	21/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Análise dos apontamentos recebidos da SMS-CPCSS (Janeiro, fevereiro e março de 2025)
Início	10h00
Fim	11h30

• ASSUNTOS TRATADOS

Robert iniciou a reunião apresentando os apontamentos recebidos na prestação de contas encaminhada pela SMS-CPCSS, referentes aos meses de *janeiro, fevereiro e março de 2025*.

Análise dos Apontamentos:

Robert apresentou, item por item, os apontamentos destacados, juntamente com sugestões iniciais de resposta. Os membros foram convidados a colaborar com sugestões e esclarecimentos.

Verificou-se que os apontamentos não divergem significativamente de casos anteriores, sendo a maioria tratada com respostas similares às já encaminhadas em apontamentos anteriores.

Flaviana informou que salvou os relatórios do sistema WebSaass, a fim de analisar em conjunto os itens onde é apontado ultrapasses dos valores previstos.

Simone, sugeriu uma análise mais detalhada das rubricas apontadas como ultrapassadas, verificando se a SMS está considerando corretamente os valores do Plano de Trabalho vigente dentro do sistema WebSaass.

Reforçando a análise, Simone destacou a importância de identificar previamente riscos de extrapolação de despesas, de forma a evitá-los nos próximos períodos.

Foi levantado um caso atípico referente a um mês em que constaram quatro faturas da Sabesp, em vez de duas como de costume. Constatou-se que o vencimento de uma fatura, normalmente previsto para o mês seguinte, ocorreu dentro do mesmo mês, ocasionando um valor atípico e gerando apontamentos por ultrapasse de rubrica.

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: 1/4

Data:	23/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	15:00min
Fim	15:30min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Objetivo da Comissão
- Formação da Comissão
- Desempenho do EGA
- Indicadores e Resultados
- Desafios e Ações

A reunião foi iniciada por Shirley, enfermeira responsável pela Gestão de Altas, que apresentou os integrantes da Comissão, conforme segue:

- **Presidente:** Shirley (Enfermeira responsável pela Gestão de Altas)
- **Vice-presidente:** Wilma (Responsável técnica do Serviço Social)
- **Primeira Secretária:** Edcleide (Assistente Social)
- **Segunda Secretária:** Bianca (Assistente Social)

Shirley explicou que a composição da comissão foi discutida com o Dr. Victor, Diretor Médico, e encaminhada para aprovação pelo setor de Qualidade.

Objetivo do Escritório de Gestão de Altas (EGA):

Shirley apresentou o principal objetivo do EGA, que é **otimizar, agilizar e tornar mais segura a transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio ou outro nível de cuidado**, garantindo a continuidade do tratamento.

Ela destacou os **desafios do setor** na alta de pacientes de retaguarda, que muitas vezes têm um vínculo forte com a equipe e acreditam que a melhor opção seria continuar no hospital. O primeiro passo para a transição segura é **manter uma comunicação aberta, colaborativa e respeitosa** com todos os envolvidos.

Shirley reforçou que é **direito do paciente** ter a oportunidade de viver fora do ambiente hospitalar, junto aos familiares ou em um serviço que ofereça cuidados necessários. Ela também ressaltou os **riscos da hospitalização prolongada**, como infecções, perda de autonomia e impacto no acesso de outros pacientes aos leitos.

Ela finalizou esse ponto dizendo que o trabalho da equipe é **como uma formiguinha**, uma semente que precisa ser plantada todos os dias. Deve-se

 Intermunicipal de Territórios e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
	ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO	
Comissão de Animais Sinantrópicos	Milton Ferreira	14/10/2025	14:00	14:40	
PAUTAS					
1. Pendências da última reunião. 2. Apresentação dos membros 3. Ações desenvolvidas 4. Fluxo de acidente animais peçonhentos 5. Cronograma de reunião					
PARTICIPANTES					
• Eliene Pereira Mendes • Michael Nascimento das Chagas • Michael Gustavo Vieira Wodzik • Milton Lopes Ferreira • Raul Tessi Nunes • Rosana Maria de Souza Reis					
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO					
Aos quatorze dias de outubro de dois mil e vinte e cinco na sala do SESMT reuniram-se os membros desta comissão para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo: O manejo de animais Sinantrópicos está sendo desenvolvido pela equipe do SESMT, no entanto, é importante inserir novos participantes a fim de contribuir com o manejo dos animais. Apresentação das ações desenvolvidas, a coleta da serpente próximo ao jardim da portaria, coleta da Aranha Armadeira no setor Canário, e a presença dos Macacos Saguis nas áreas do hospital. Apresentação do fluxo de acidente com animais sinantrópicos. Nenhuma nova determinação até o momento desta reunião.					
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO					
Não houve					

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
	ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01
				PÁGINA: 1/3	
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO	
Comissão de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes	Milton Lopes Ferreira	14/10/2025	15:00	16:00	
PAUTAS					
1. Pendências da última reunião 2. Apresentação dos membros 3. Apresentação dos indicadores de acidentes 4. Análise de acidentes de janeiro até setembro de 2025 5. Fluxo de acidente do trabalho 6. Calendário de reuniões 2026					
PARTICIPANTES					
• Anderson Tomas de Oliveira					
• Arilene Damasceno Fererreira					
• Eliene Mendes Pereira					
• Luciana Guedes de Oliveira					
• Maristela Aguiar Oliveira Cimino - Antomari					
• Michael Gustavo Vieira Wodzik					
• Michael Nascimento das Chagas					
• Milton Lopes Ferreira					
• Paulo Rodrigo S Barbosa					
• Raul Tessi Nunes					
• Rosana Maria de Souza Reis					
• Wíkaro Carvalho André da Silva					
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO					
Aos quatorze dias de outubro de dois mil e vinte e cinco, nas dependências do Hospital Municipal					

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: 1/1

Data:	24/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão (X) Validação
Assunto:	Comissão de Violência
Início	11:00h
Fim	12:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Reforço sobre notificações
- Violência patrimonial
- Participação externa

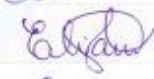
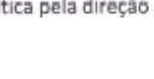
Foi enfatizado que todos os profissionais têm autonomia e responsabilidade para abrir notificações de violência, independentemente da categoria profissional, sempre que identificarem situações suspeitas ou confirmadas.

Reforçou-se a importância da abertura de notificações de casos de violência patrimonial, ressaltando que esse tipo de violência também deve ser devidamente reconhecido, registrado e encaminhado.

Foi registrado que a profissional Vera participou da reunião mensal da Supervisão M'Boi Mirim, na qual foi ministrada uma palestra sobre o funcionamento da Casa Sofia, instituição de referência no acolhimento de vítimas de violência doméstica. Vera compartilhou as informações obtidas, destacando os fluxos de atendimento e encaminhamento oferecidos pela Casa Sofia.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada.

2. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Vera Lúcia dos Santos	Enfermeira	veramacedo@ints.org.br	
Pereira Macedo	Vigilância		
Fabiane Evol	Enfermeira SCIH	fabianesouza@ints.org.br	
Eliaana Cristina da Silva	Enfermeira	elianasilva@ints.org.br	
	Estomaterapeuta		
Eliene Pereira Mendes	Enfermeira do Trabalho	elienemendes@ints.org.br	
Dario Pedro dos Santos	Coordenador de RH	dariofilho@ints.org.br	
Anderson Tomas de Oliveira	Coordenador Multi	andersontomas@ints.org.br	

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:	23/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Cuidados Paliativos
Início	11:00h
Fim	11:40h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Pasta da Comissão:** A Comissão de Cuidados Paliativos possui características distintas das demais comissões institucionais, em razão de sua natureza essencialmente interdisciplinar. Ressaltou-se a importância da participação ativa de todos os membros nas ações e deliberações da comissão. Considerando essa característica, destacou-se a necessidade de criação de uma pasta compartilhada para armazenamento e acompanhamento de documentos e registros das atividades, acessível a representantes de diferentes áreas. Atualmente, o sistema de rede interna é segregado, permitindo acesso apenas a arquivos oficiais da unidade. O colaborador Paulo (Qualidade) ficou responsável por verificar a viabilidade técnica de utilização de uma pasta institucional destinada especificamente à Comissão de Cuidados Paliativos.
- **Média de pacientes em Cuidados Paliativos:** Apresentada a média de pacientes em Cuidados Paliativos (CP) no mês de setembro de 2025 (correspondente a 78%) internados nas unidades de retaguarda, acompanhada do retrospecto anual. No referido mês, nove (9) pacientes foram incluídos em CP.
- **Indicadores:** Foram apresentados os desfechos dos pacientes em CP no mês de setembro. Pela terceira vez no ano, observou-se maior número de altas hospitalares em comparação ao número de pacientes em CP que evoluíram a óbito, dado interpretado como indicador positivo de manejo clínico e acompanhamento adequado dos casos.
- **Práticas de boa morte:** Neste mês, foram detalhadas informações referentes aos pacientes que evoluíram a óbito, incluindo faixa etária, unidade de internação, tempo em CP e indicadores de boa morte, como número de pacientes com dispositivos invasivos, presença de rede de apoio e uso de contenção mecânica. O grupo discutiu avanços, desafios e oportunidades de melhoria relacionados a esse tema, reforçando a importância de qualificar continuamente o processo de morte digna e humanizada no hospital.
- **PPS:** Apresentada a tabela com as taxas do Palliative Performance Scale (PPS), atualmente a principal escala utilizada pela Comissão, com foco nos dados referentes ao mês de setembro. Foi reforçada a importância de orientar os médicos quanto ao registro do PPS no momento da definição das diretivas antecipadas de cuidado, garantindo maior precisão na avaliação funcional e prognóstica dos pacientes.
- **Revisão de prontuários:** Os membros da Comissão estão realizando a revisão dos prontuários de todos os pacientes em CP internados nas alas de retaguarda, com o objetivo de avaliar se os critérios de definição de CP estão devidamente descritos. A ação também tem servido para atualização dos escores de PPS. Durante a reunião, foram discutidas as estratégias adotadas e os avanços alcançados até o momento. Definiu-se que as atualizações realizadas poderão ser anexadas aos respectivos prontuários, garantindo rastreabilidade e padronização das informações.

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:	23/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Início	10 hrs
Fim	11 hrs

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Quadro de Pendências
- Doenças de notificação compulsórias
- IRAS
- 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 setembro foram realizadas 191 buscas ativas, onde não tivemos nenhuma notificação compulsória.

Foram ainda identificados 6 pacientes com suspeita de tuberculose, dos quais 1 teve confirmação diagnóstica, permanecendo em acompanhamento.

Vera também trouxe informações sobre o Intoxicação por Metanol, onde disponibilizou na aba da equipe médica um Manual de Toxicologia Clínica.

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 Sepsis, dados dos bundles, adesão a higienização das mãos e plano de ação referente as IRAS.

A análise apontou áreas críticas, indicando necessidade de ações corretivas.

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS):

Foram registrados 6 casos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), distribuídos da seguinte forma:

1 caso de *Clostridium difficile*, 04 casos de IPCS e 1 ITU.

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

Taxa de infecção geral: 4,29 %, resultado abaixo da meta estabelecida.

Densidade de incidência de IRAS global: 1,19%, resultado abaixo da meta estabelecida.

Densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): 0%, resultado abaixo da meta estabelecida.

Densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS): 6,90%, inferior ao mês anterior, porém ainda acima da média aceitável.

Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU): 3,73.

Taxa de letalidade por IRAS: 40%, resultado significativamente acima da meta, que é de 15%.

Consumo de Materiais:

Avaliado o consumo de álcool gel (23,09 ml) e sabonete líquido (35,50 ml), comparado às metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentando resultados satisfatórios.

Taxa higienização das mãos:

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	23/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Pele
Início	14:00min
Fim	14:30min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Apresentação dos Indicadores de Lesão por Pressão – Outubro/2025:** Foram apresentados os indicadores mensais, incluindo a taxa de incidência global (3%), a taxa de incidência na UTI (6%), o percentual de prevalência de lesões por pressão (11%), o percentual de pacientes avaliados com a Escala de BRADEN (90%) e o percentual de avaliações de risco realizadas na admissão (98%). Também foi apresentado o percentual de avaliação de risco por setor.
- **Panorama das LPPs:** a apresentado o quantitativo de lesões pré-existent (71), comunitárias (6) e adquiridas durante a internação (7).
- **Estadiamento das LPPs:** Informada a classificação das lesões por pressão em tratamento, conforme estágio.
- **Avaliação de risco conforme escala de BRADEN:** Apresentado gráfico demonstrando a relação entre os pacientes que desenvolveram lesão durante o período de internação e o total de pacientes acompanhados (33).
- **Consumo de Coberturas para Curativos:** O custo total com coberturas foi de R\$ 20.853,03 (vinte mil, oitocentos e cinquenta e três reais e três centavos).
- **Faturamento de Curativos:** O faturamento totalizou R\$ 53.686,80 (cinquenta e três mil, seiscentos e oitenta e seis reais e oitenta centavos), resultando em uma diferença de R\$ 32.833,77 (trinta e dois mil, oitocentos e trinta e três reais e setenta e sete centavos) em relação ao custo. A enfermeira Eliana apresentou também os valores corrigidos dos meses anteriores.
- **Atividades da Estomaterapia:** Relatados 48 atendimentos de interconsulta, 61 atendimentos por demanda espontânea, 12 orientações práticas de curativo e 4 orientações direcionadas ao setor de UTI.
- **Monitoramento de Colchões Pneumáticos:** Atualmente, há 122 colchões instalados, 15 colchões disponíveis no CME prontos para uso e 10 colchões novos (220V) alocados no setor de Ozonioterapia.
- **Ações Educativas e Orientações:** Foram realizadas orientações in loco no setor da UTI, duas integrações gerais e uma integração voltada ao serviço médico.

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: 1/1

Data:	31/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Ética de Enfermagem
Início	10:00
Fim	10:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Registro de reunião ordinária não realizada

A Presidência da Comissão de Ética de Enfermagem, por meio desta ata, registra a justificativa para a **não realização da reunião ordinária mensal** prevista para o referido mês.

Informa-se que a reunião deixou de ocorrer em razão do **período de férias do Presidente da Comissão**, o que impossibilitou a condução das atividades conforme o cronograma habitual.

Ressalta-se, ainda, que **não houve manifestação ou iniciativa por parte dos demais membros** para a realização do encontro na ausência da Presidência, fato que contribuiu para a impossibilidade de concretização da reunião.

A Presidência reforçou com os membros a **importância do comprometimento e da corresponsabilidade de todos os integrantes da Comissão** no cumprimento das atribuições regimentais, destacando que a participação ética, ativa e colaborativa de cada membro é essencial para o bom andamento das atividades e para a continuidade dos trabalhos da Comissão de Ética de Enfermagem mesmo na ausência do Presidente.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data	Status
Cronograma de ações e treinamentos	Membros da Comissão	Janeiro	Pendente
Treinamento in loco para a equipe de enfermagem	Membros da Comissão	2025	Pendente
Relatório sobre os casos não solucionados	Membros da Comissão	Outubro	Pendente

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Arlindo Alves Vieira	Presidente	arlindovieira@ints.org.br	

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

 Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/5

Data:	22/10/2025
Tipo da Reunião:	(x) Requisito () Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Farmácia e Terapêutica
Início	11:00h
Fim	12:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- ❖ Pendências da última reunião
- ❖ Internação / Hemodiálise no período
- ❖ Consumo de itens por categoria (Curva A)
- ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares
- ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A
- ❖ Consumo anticoagulantes
- ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda
- ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento
- ❖ Consumo de toalha para banho x média de pacientes acamados
- ❖ Consumo de dietas/ suplementos x média de pacientes em uso de dieta enteral e suplemento
- ❖ Consumo total por categoria
- ❖ Valor orçado x realizado x consumo
- ❖ Queixas Técnicas
- ❖ Pedidos de padronização

Pendências da última reunião que foram concluídas:

- ❖ Robert realizou o levantamento das impressões efetuadas nos setores de internação junto a TI
- ❖ Encaminhado um e mail para o Dr. Victor com os itens que compõem o kit de hemodiálise, bem como o valor atualizado do mesmo, conforme referência da última compra.
- ❖ Daniela verificou juntamente com Cesar (TI Corporativa) o ajuste na tela de solicitação de padronização/ cadastro de medicamentos e a função já está disponível para movimentação na Unidade.

Discussões efetuadas em reunião:

- ❖ Houve uma diminuição na média de pacientes/mês em relação ao mês de julho (de 5.124 para 4.997 pacientes), porém pode-se observar um aumento quantidade de sessões em hemodiálise, o que justifica o aumento no consumo dos itens utilizados na hemodiálise, como: CPHD, Bicarbonato de Sódio 650G – Hemodiálise, Conjunto de linha arterial e Dialisador capilar. Em discussão, a equipe do

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

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

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

1. ASSUNTOS TRATADOS

• Prontuário Afetivo

A ideia é iniciar a colocação das placas pelos setores de retaguarda, começando pelo setor João de Barros. Foi realizado um levantamento da quantidade de camas e, após essa etapa, será feito o alinhamento com a manutenção para a realização dos furos necessários à fixação das placas. As psicólogas assistenciais ficarão responsáveis pela anamnese e coleta dos dados dos pacientes, bem como pelo preenchimento das informações nas placas. A equipe de Humanização será responsável por orientar as equipes em relação ao projeto, além de acompanhar o processo de instalação e o correto preenchimento dos dados.

• 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.

• 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.

• Celebração Ecumênica: Missa

Foi agendada para o mês de outubro a missa destinado aos pacientes e colaboradores do hospital, que será realizado na capela no dia 07/10, respectivamente.

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:	23/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Práticas Integrativas
Início	14:30min
Fim	15:00min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Resultados obtidos no mês de setembro. Dr. Edson 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 o Dr. Edson também abordou os materiais necessários para os atendimentos, bem como o quantitativo de cilindros de O₂ utilizados.
- Dr. Edson abordou o tema Outubro Rosa e orientou sobre prevenção do Câncer de Mama e apresentou dados sobre índice de mortalidade, diagnóstico e tratamento do Câncer de Mama.
- 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

 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:	22/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	14:30
Fim	15:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião iniciou-se às 14h30 sob a condução do Supervisor de Saúde, Gleydson Vieira. Inicialmente, foram abordadas as pendências anteriores, especificamente sobre os treinamentos externos e a necessidade de suas replicações, além do crucial arquivamento dos certificados no prontuário do colaborador, procedimentos que são rotineiramente cobrados em auditoria. Em relação à implementação da estação realística, Gleydson informa que a cotação de materiais foi solicitada ao COAPS e está em aguardo. Paralelamente, a instalação dos materiais foi solicitada ao setor de infraestrutura na sala de treinamento, que no momento está em uso pela Fractal. Assim que liberada, a sala estará mais completa para oferecer um melhor ambiente de aprendizado.

Na pauta seguinte, sobre a reconvocação de colaboradores que não compareceram aos treinamentos, Gleydson explica que o monitoramento é feito através de indicadores de público-alvo, mas destacou a fragilidade do processo atual, havendo necessidade de fortalecer e criar um fluxo formal para essa reconvocação.

Gleydson enfatiza a importância da LNT 2026 (Levantamento de Necessidades de Treinamento), informando que a sensibilização e o envio por e-mail para todos os setores envolvidos já foram iniciados. Reforça o prazo de 20 dias úteis corridos para o retorno e anuncia que a LNT preenchida, estruturada e integrada com todos os setores será apresentada na próxima comissão, em novembro.

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:	22/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Reunião comissão segurança do paciente
Início	10:00
Fim	11:40

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Pendências da última reunião
- Rotinas implementadas
- Planilha de NC
- Registros de Não Conformidades
- Conformes (visita técnica)
- Ações
- Abertura de chamado/equipamentos danificados
- Não conformidades do noturno
- Plano de contingência SMPEP
- Notificações externas
- Tratativas de NC's
- Protocolos gerenciados (Dor Torácica, AVE, TEV, Rota Sepsis)
- Pulseira para hipoglicemia
- START do projeto "CONECTADOS PELO CUIDADO" orientações aos pacientes
- PTS - Plano Terapêutico Singular

A reunião iniciou-se às 10:00, conduzida pela enfermeira Maria Cristina. Foram apresentadas as rotinas implementadas do NSP (Núcleo de Segurança do Paciente), 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 114 não conformidades, sendo 103 válidas no mês, 0 compartilhada pela ouvidoria, 07 encaminhadas para ouvidoria. Informado que do total de abertas foram respondidas 84 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: 11, Procedimento Assistencial: 16, Flebite: 06, Medicação: 17, LPP: 11, Nutrição: 06, Queda: 09, Comunicação Efetiva: 04, Identificação do Paciente: 16, Risco de Infecção: 08, Outros: 08, Remoção não programada de dispositivos: 01. Em relação às metas internacionais (indicador realizado pelos membros do NSP), foram apresentadas os seguintes números de registro de Não Conformidades: Risco de Infecção: 28, Comunicação Efetiva: 09, Uso Seguro de Medicamentos: 27, Outros: 03, LPP: 14, Queda:

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: 1/4

Data:	30/10/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de revisão de prontuário
Início	14:40
Fim	15:50

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Revisão de comissão de prontuário
- Prescrição de enfermagem
- Documentos pessoais de pacientes

A reunião foi iniciada por Maria Cristina, que realizou a leitura da ata anterior. Em seguida, abordou o assunto sobre o siglário no prontuário, tema já discutido anteriormente. Foi informado que apenas Juliana, supervisora da Fisioterapia, havia enviado as informações referentes às equipes.

Shirley solicitou que fosse estabelecido um prazo para a entrega do siglário, ressaltando que cada supervisor deve repassar as orientações à sua equipe.

Maria Cristina solicitou à Beatriz, enfermeira auditora, que fosse cobrada da enfermagem a evidência das ações relacionadas aos cuidados com traqueostomia no sistema.

Luciana informou que está realizando auditoria do carrinho beira-leito em conjunto com Eliane, coordenadora da Enfermagem, e que após a conclusão dessa auditoria será aplicado um treinamento sobre o uso correto do carrinho e dos medicamentos.

Na sequência, durante a análise dos prontuários auditados, Maria Cristina relatou que em alguns deles foi observada ausência de prescrição de enfermagem por mais de oito dias consecutivos, além de comprovantes de endereço ilegíveis.

Shirley informou que, em seu prontuário auditado, o paciente possuía 21 dias de internação e apresentava ausência de prescrição de enfermagem por mais de seis dias seguidos. Destacou ainda que a enfermagem tem feito apenas uma prescrição diária e relatou falta de checagem de técnicos de enfermagem por vários dias consecutivos, além de ausência de aprazamento e dupla checagem.

Ela também relatou que, em um prontuário analisado, o paciente veio de outro hospital com um dispositivo invasivo que foi substituído, mas não havia registro nas evoluções sobre limpeza, troca ou qualquer observação referente ao dispositivo.

Juliana, supervisora da Fisioterapia, solicitou ação específica para essa questão dos dispositivos.

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



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: B56TQ-KK4T7-VUJE3-PGDHU

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 21/11/2025 11:54 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
200.195.238.66	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
IToXEapIkEjDApaxjvwUycrsmTAjDn0q7WymO5cV/nc=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF ***.518.032-**) em 24/11/2025 11:36 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
200.247.99.234	Lat: -23,695682 Long: -46,753299
	Precisão: 1691 (metros)
Autenticação	victorpanont@ints.org.br (Verificado)
Login	
6Xm92HvIC7UC7oFLID7wqCZYGYPt9zB8eD5r78Ytwq4=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/B56TQ-KK4T7-VUJE3-PGDHU>

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

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