

DEZEMBRO/2025



INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 – SMS.G/A

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **dezembro 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	42
3.2.1.	Radiologia	43
3.2.2.	Laboratório	48
3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	51
3.3.1.	Nutrição	60
3.3.2.	Fisioterapia	67
3.3.3.	Serviço Social	75
3.3.4.	Psicologia	83
3.3.5.	Fonoaudiologia.....	92
3.3.6.	Terapia Ocupacional	97
3.3.7.	Terapias Alternativas	100
3.3.8.	Estomaterapia.....	103
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	108
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	108
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	118
3.4.3.	Vigilância em Saúde.....	122
3.4.4.	Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	127
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente - NEP	131

3.5. SUPRIMENTOS	138
3.5.1. Farmácia.....	139
3.6. Compras	142
3.7. INFRAESTRUTURA.....	144
3.7.1. Engenharia Clínica	145
3.7.2. Manutenção Predial	150
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	154
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	157
3.9.1. Qualidade	157
3.9.2. Faturamento.....	162
3.9.3. Prestação De Contas	165
3.9.4. Financeiro	168
3.9.5. Patrimônio.....	170
3.9.6. Contratos	177
3.9.7. Hotelaria	179
3.9.8. Recepção	186
3.9.9. Portaria.....	188
3.9.10. Jurídico	190
3.9.11. Ouvidoria	193
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL	199
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	200
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	200
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	204
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	206
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos.....	206
5.3.2. Hemodiálise	208
5.3.3. Hemocomponentes	210
6. COMISSÕES.....	211
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE	213
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	221

9. ANEXOS 2

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero	22
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.....	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT)	24
Tabela 05 – Serviços Médicos	26
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados.....	26
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	27
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	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)	43
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor).....	44
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	44
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	45
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	45
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	48
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	52
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	52
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	53
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	54
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)	55
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	55
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	61
Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	62

Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	62
Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi)	63
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	63
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)	64
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	68
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	69
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	69
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	70
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados) ...	71
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)	71
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	75
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	76
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	77
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	77
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)	78
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)	79
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	84
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)	84
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor) .	85
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	86
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	87
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	87
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	93
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	98
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	101
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia	104
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	108

Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .	109
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	110
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	111
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	112
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	113
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	118
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica).....	118
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	118
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	119
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	120
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	120
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	123
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	127
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	132
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP	132
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	139
Tabela 68 – Indicadores de Compras.....	142
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica	145
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	150
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação	154
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	158
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	163
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas	165
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	169
Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio	171
Tabela 77 – Indicadores do Contratos.....	177

Tabela 78 – Indicadores da Rouparia.....	180
Tabela 79 – Indicadores de Higienização.....	184
Tabela 80 – Indicadores de Recepção	186
Tabela 81 – Indicadores de Portaria.....	188
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	191
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	193
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	194
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	200
Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos	204
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	206
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	209
Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	210
Tabela 90 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga	212

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos.....	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos no mês de dezembro/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	39
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	40
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos	40
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	41
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	41
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	42
Gráfico 27 – Relação de acidentes	42
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames	46
(Geral Hospitalar)	46
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)	46
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta	49
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	49
Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos	50
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT).....	50
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo	51
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	57
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)	57
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	58
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)	58
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar).....	59
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar).....	59
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)	60
Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar)	60

Gráfico 45 – Número de Atendimentos	65
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	65
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	66
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	66
Gráfico 49 – Índice de IMC	67
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	73
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	73
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica	74
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	74
Gráfico 54 – Taxa de avaliação e altas planejadas (Geral Hospitalar).....	80
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar)	80
Gráfico 56 – Número de altas, relatórios de retaguarda e ações socioeducativas (Geral Hospitalar)	81
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar).....	81
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	82
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento (Geral Hospitalar).....	82
Gráfico 60 – Índice de intervenções	89
Gráfico 61 – Taxa de intervenções.....	89
Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica.....	90
Gráfico 63 – Número de atendimentos.....	90
Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos.....	91
Gráfico 65 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	91
Gráfico 66 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias.....	92
Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	94
Gráfico 68 – Taxa de decanulados.....	94
Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	95
Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações	95
Gráfico 71 – Taxa de pacientes: Cuff e Válvula de fala.....	96
Gráfico 72 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	96
Gráfico 73 - Índice de intervenções fonodiaulógicas realizadas.....	97

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O	99
Gráfico 75 – Quantitativo de interações da Fonoaudiologia	99
Gráfico 76 – Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	100
Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	102
Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	102
Gráfico 79 – Número de Ozonioterapia	103
Gráfico 80 – Consumo de cilindro o ²	103
Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão.....	106
Gráfico 83 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	107
Gráfico 84 – Número total de lesões	107
Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)	115
Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar).....	115
Gráfico 87 – Taxa de abertura de protocolo de Londres e taxa de incidente com dano (Geral Hospitalar)	116
Gráfico 88 – Classificação de Não Conformidades em dezembro/2025 (Geral Hospitalar).....	116
Gráfico 89 – Meta Acometida de Não Conformidades em dezembro/2025 (Geral Hospitalar).....	117
Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar).....	117
Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	121
Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	122
Gráfico 93 - Densidade Incidência em dezembro de 2025.....	122
Gráfico 94 – Número de notificações realizadas	124
Gráfico 95 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	124
Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID	125
Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose	125
Gráfico 98 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	126
Gráfico 99 – Notificações de Violência	126
Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS	128
Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos	129

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias.....	129
Gráfico 103 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)	130
Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos	130
Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões.....	131
Gráfico 106 – Taxa de treinamentos	135
Gráfico 107 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	136
Gráfico 108 – Homem hora	136
Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT	137
Gráfico 110 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos.....	140
Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	140
Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	141
Gráfico 113 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica.....	141
Gráfico 114 – Lançamentos de cotações	143
Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas	143
Gráfico 116 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	144
Gráfico 117 – Número de compras emergencial	144
Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados	146
Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado	147
Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva	148
Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	148
Gráfico 122 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega.....	149
Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção	149
Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica.....	150
Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados	152
Gráfico 126 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)	152
Gráfico 127 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.	153
Gráfico 128 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	153
Gráfico 129 – Quantidade de chamados	155
Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	156
Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	156

Gráfico 132 – Chamados abertos x chamados fechados	157
Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo	159
Gráfico 134 – Comissões	160
Gráfico 135 – Número de documentos retroativos	160
Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações	161
Gráfico 138 – Documentos	161
Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas	162
Gráfico 140 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	162
Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais	164
Gráfico 142 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados (dezembro de 2025) .	164
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	166
Gráfico 144 – Número de auditorias externas	166
Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades	167
Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado	167
Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	168
Gráfico 148 – Número apontamentos na prestação de contas	168
Gráfico 149 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas ..	170
Gráfico 150 – Número de Notas de Produtos/Mês	170
Gráfico 151 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	173
Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas	173
Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações	174
Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	174
Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços.....	175
Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	175
Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados	176
Gráfico 158 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	176
Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados	178
Gráfico 160 – Número de aditivos	178
Gráfico 161 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	179
Gráfico 162 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	181

Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	181
Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados	182
Gráfico 165 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	182
Gráfico 166 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	183
Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição	183
Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em dezembro de 2025.....	184
Gráfico 169 – Índices de higienização	185
Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza	185
Gráfico 171 – Terminais em dezembro de 2025	186
Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção	187
Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes	187
Gráfico 174 – Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	188
Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria	189
Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança	189
Gráfico 177 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança.....	190
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais	191
Gráfico 179 – Notificações de fornecedores.....	192
Gráfico 180 – Produção Jurídico em dezembro de 2025	192
Gráfico 181 – Taxa de resoluções.....	194
Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa	195
Gráfico 183 – Taxa de devolutivas	196
Gráfico 184 – Tempo médio de resposta	196
Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas	197
Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em dezembro de 2025.....	197
Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	198
Gráfico 188 – Total de pesquisas internas	198
Gráfico 189 – Total de manifestações internas em dezembro de 2025.....	199
Gráfico 190 – Taxa de ocupação	201
Gráfico 191 – Índice de queda	202
Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão	202

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	203
Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH	203
Gráfico 195 – Número paciente e leito dia	204
Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão	205
Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria	205
Gráfico 198 – Número de AIH's	206
Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	208
Gráfico 200 - Produção De Resíduos	208
Gráfico 201 - Hemodiálises	210
Gráfico 202 - Hemocomponentes	211
Gráfico 203 – Bolsas transfundidas	211

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.

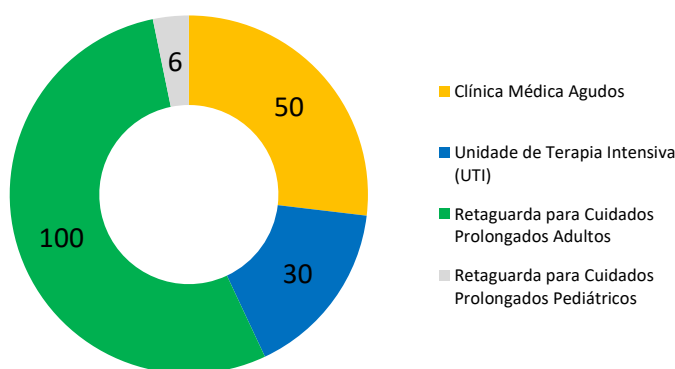
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

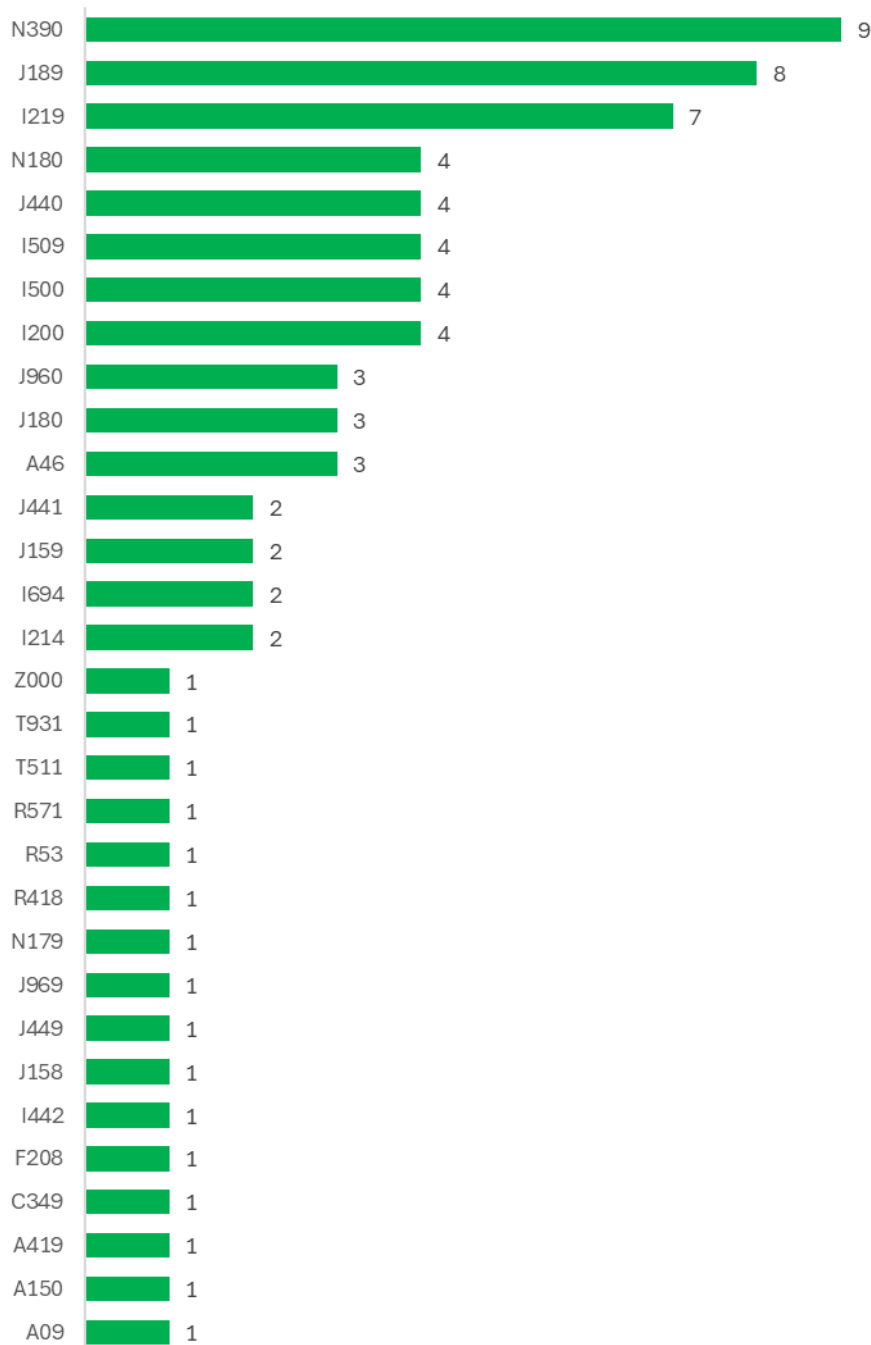


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

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 dezembro/2025



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

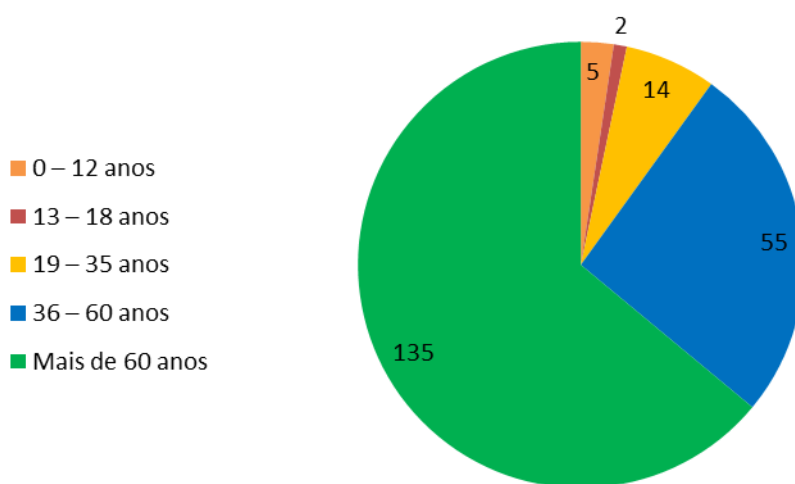
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
0 – 12 anos	8	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5
13 – 18 anos	0	0	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
19 – 35 anos	21	12	20	17	18	17	21	17	18	25	18	14
36 – 60 anos	94	89	99	94	104	92	95	78	92	94	63	55
Mais de 60 anos	205	184	186	206	192	183	204	187	187	186	148	135

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária



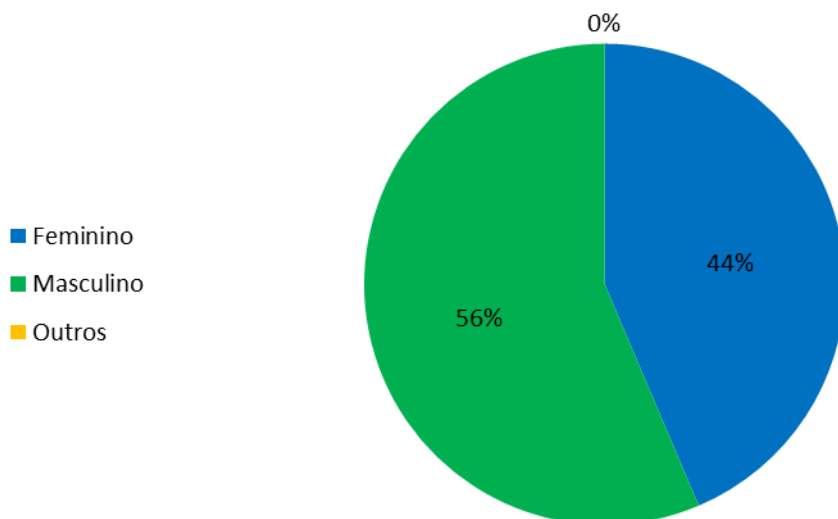
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

GÊNERO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Feminino	143	130	126	181	144	139	153	128	153	153	109	143
Masculino	185	161	185	143	177	159	174	161	151	159	127	149
Outros	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



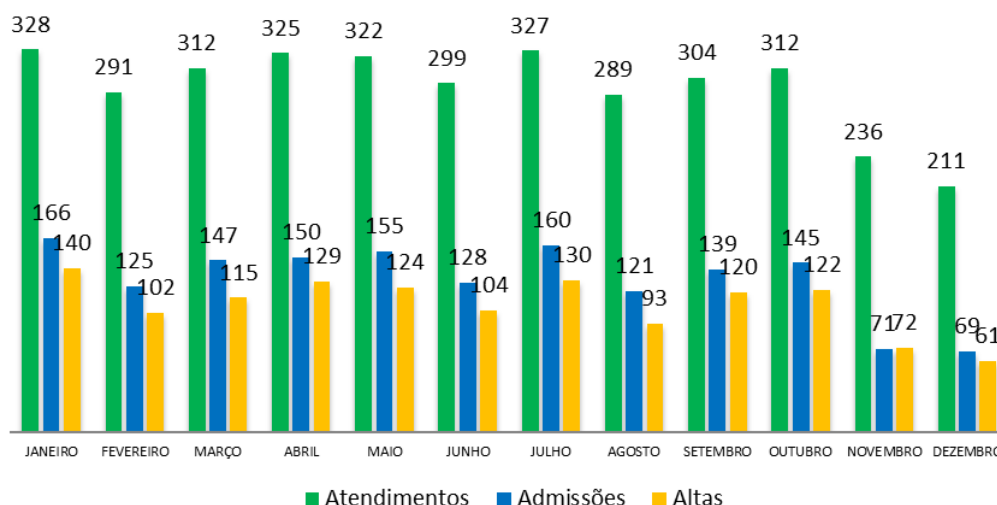
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Atendimentos	328	291	312	325	322	299	327	289	304	312	236	241
Admissões	166	125	147	150	155	128	160	121	139	145	71	81
Altas	140	102	115	129	124	104	130	93	120	122	72	72

Fonte: SMPEP.

Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA

No período analisado, houve redução significativa nos indicadores de admissões, altas e atendimentos, especialmente na UTI. Essa queda está diretamente vinculada às obras de manutenção, que exigiram a unificação das UTIs e a operação concentrada em 30 leitos na UTI Beija-Flor.

A reestruturação interna necessária para garantir segurança aos pacientes resultou em bloqueio técnico de leitos e diminuição da capacidade operacional, reduzindo o giro de internações e, conseqüentemente, a produção assistencial do mês.

A tendência é de recuperação gradual desses indicadores com a conclusão das obras e a normalização dos fluxos assistenciais.

3. ESTRUTURA DO SERVIÇO

3.1. RECURSOS HUMANOS

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

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

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

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	7
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	8
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	7
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	10
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	12
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR FARMACIA	27
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	12
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1

ENFERMEIRO	103
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	10
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	58
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	10
PSICOLOGO HOSPITALAR	6
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAÚDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	3
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMÁTICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANÇA 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
PSQUIATRIA	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

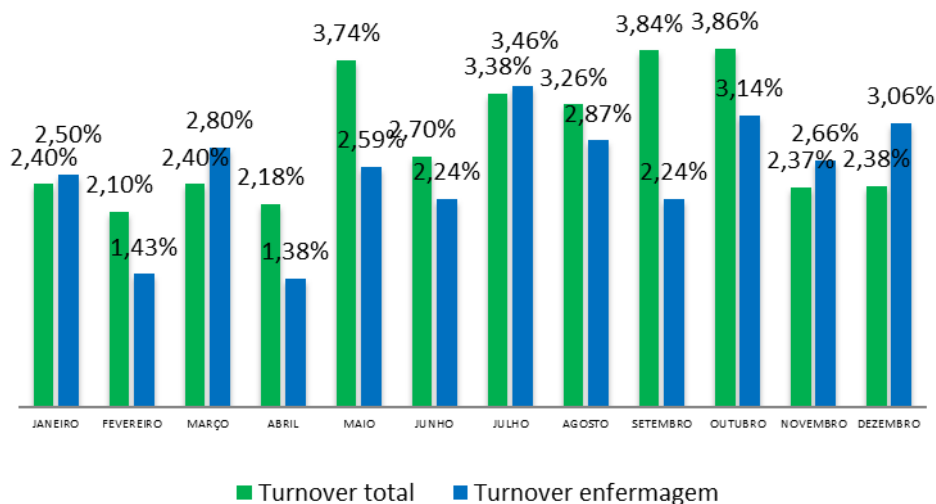
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Turnover total	< 5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%	3,38%	3,26%	3,84%	3,86%	2,37%	2,38%
Turnover enfermagem	< 5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%	3,46%	2,87%	2,24%	3,14%	2,66%	2,66%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13	24	26	14	23	17	16
Número total de colaboradores da instituição		671	667	666	669	663	681	666	666	674	651	648	650
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7	8	10	8	14	6	8
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16	13	8	31	23	8	7
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23	21	18	39	27	14	15
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6	17	10	9	11	13	9
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12	11	13	9	14	8	12

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

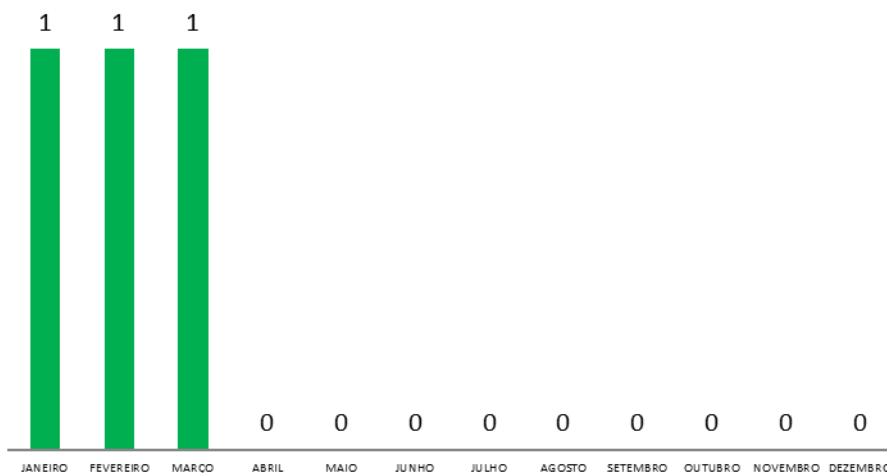
*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



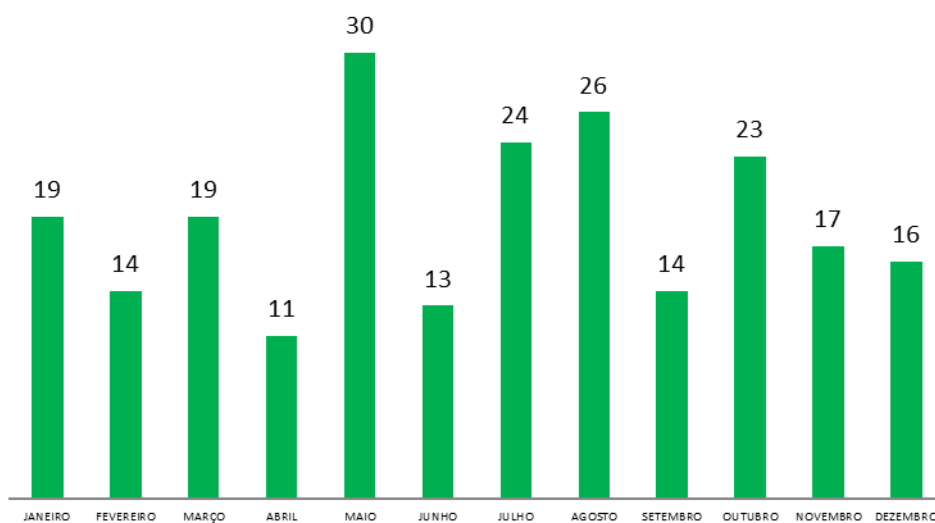
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



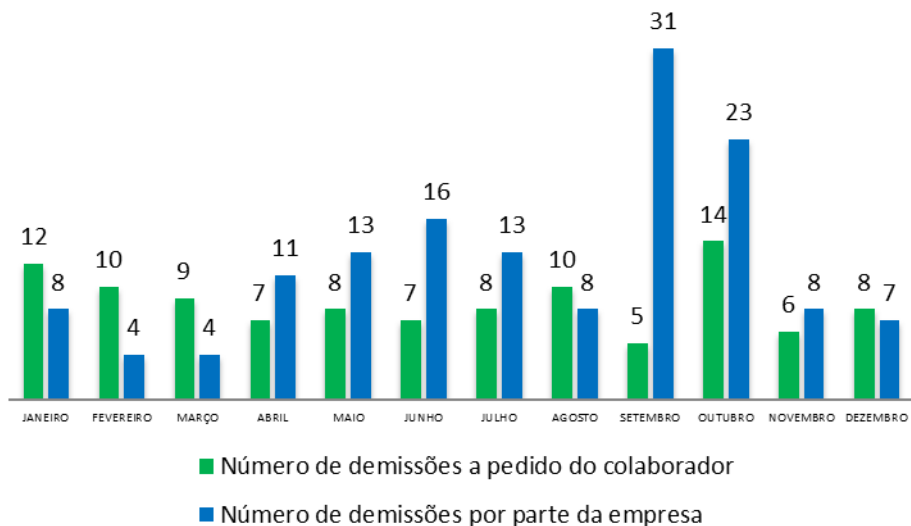
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



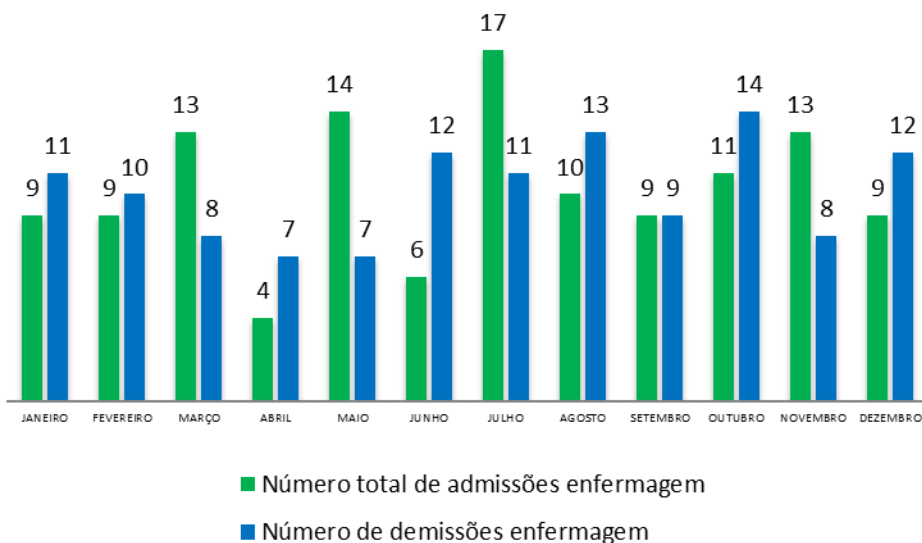
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de absenteísmo geral	Quanto menor, melhor	3,10%	6%	5,35%	8,69%	5,56%	2,06%	3,02%	5,97%	5,39%	5,35%	5,86%	6,02%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Quanto menor, melhor	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%	8,35%	2,95%	5,06%	7,93%	6,84%	8,00%	7,60%	8,86%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	>85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%	92,29%	97,13%	95,18%	92,10%	96,21%	94,57%	91,35%	91,14%
Número de horas trabalhadas enfermagem	>51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h	51.564h	55.789h	54.984h	52.372h	53.432h	51.636h	52.302h	48.766h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42	52	38	47	37	44	44

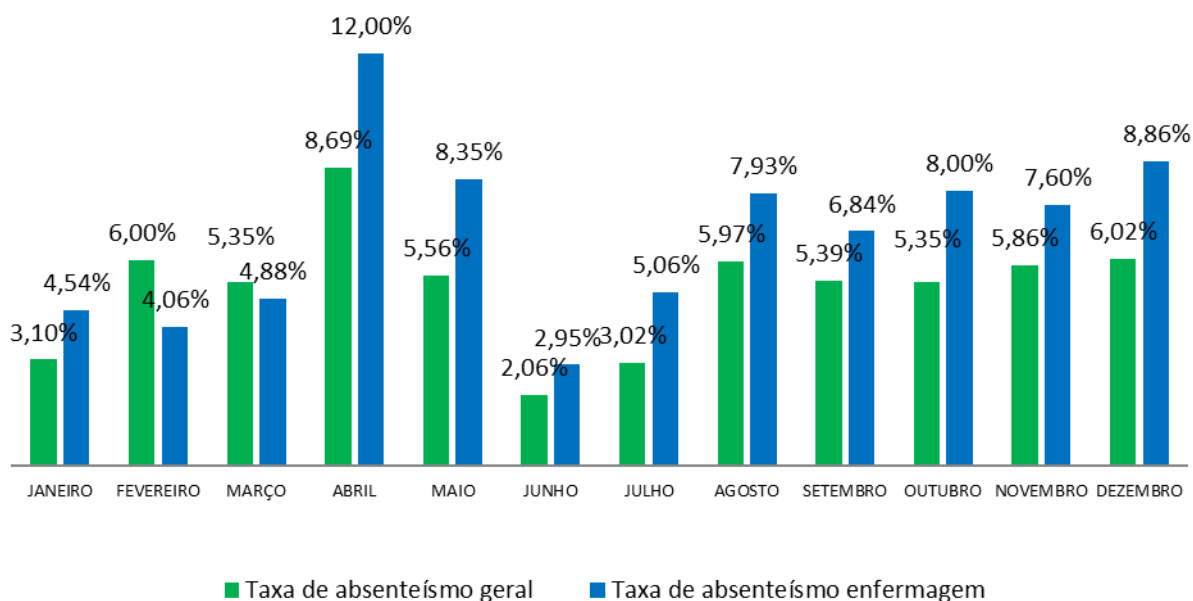
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

Nos últimos 3 meses, o setor observou um aumento significativo no índice de absenteísmo, em especial entre os colaboradores da equipe de enfermagem e

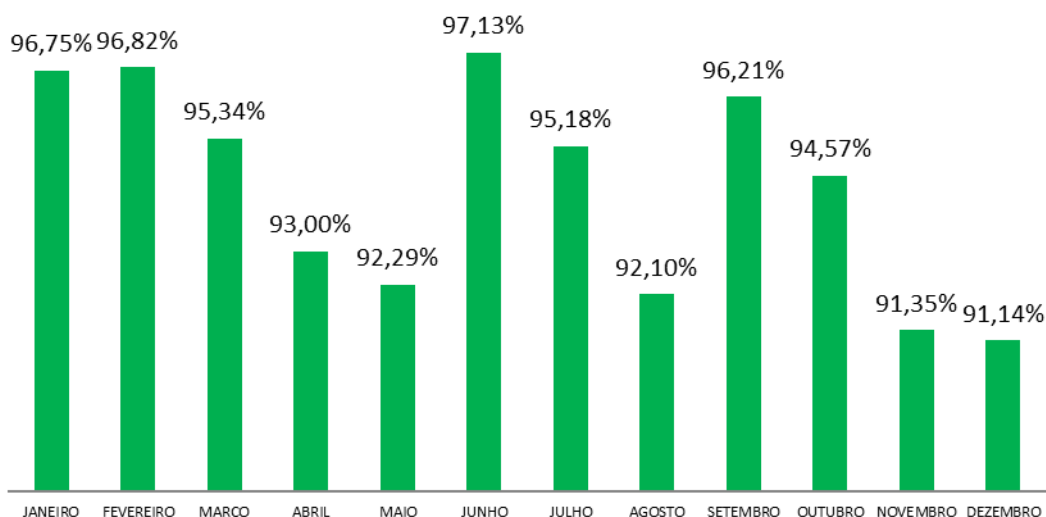
administrativo. O principal fator identificado foi a elevação no número de atestados médicos apresentados, refletindo diretamente nas horas de afastamento.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



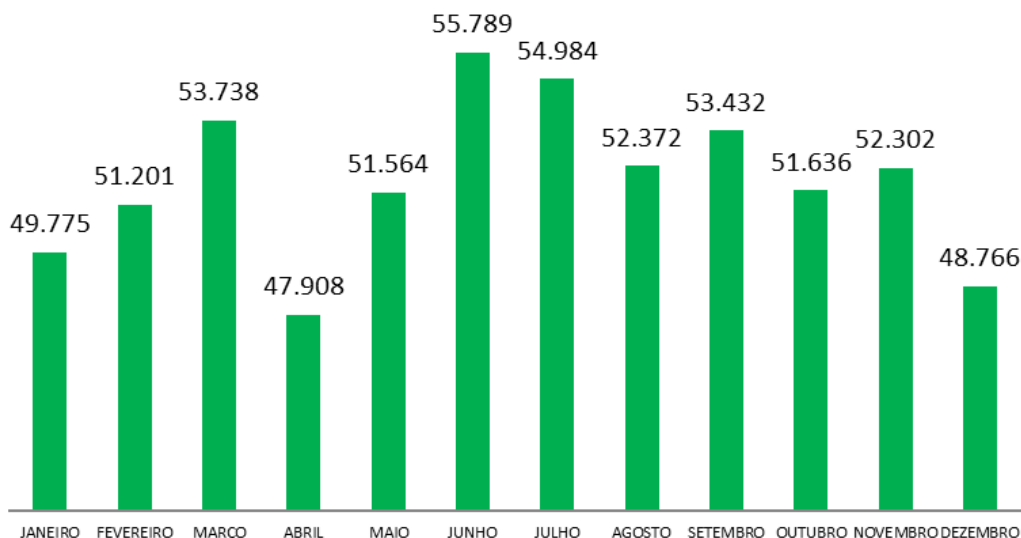
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



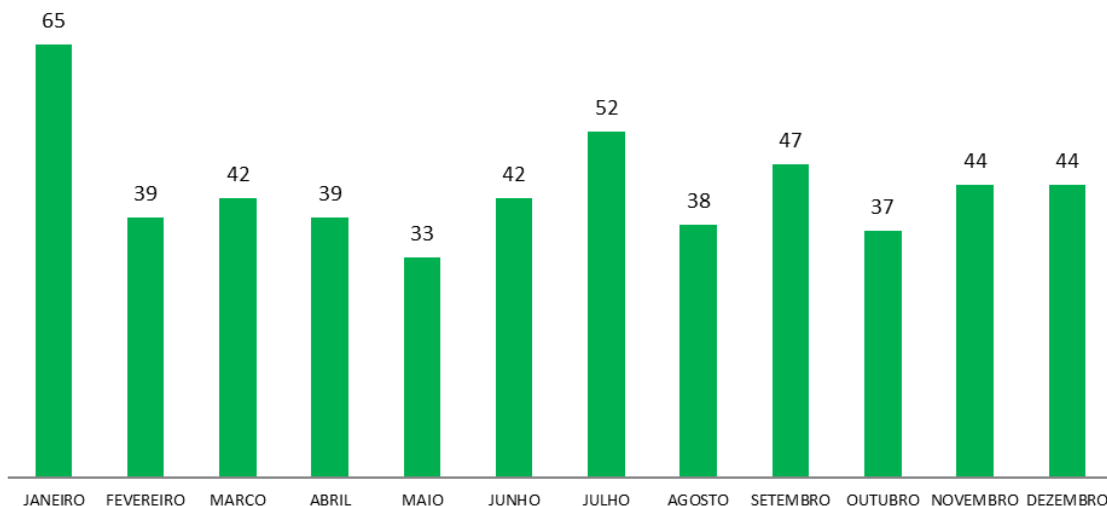
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem



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

Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias



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

3.1.3. Medicina Ocupacional

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

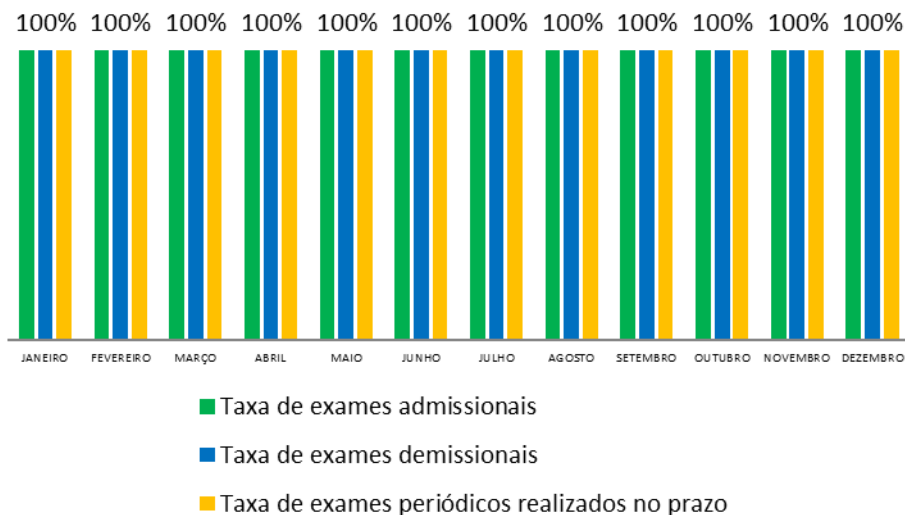
- Prevenção e Assistência;
- Vigilância da Saúde Ocupacional;
- Avaliações Ambientais;
- Aspectos Psicossociais;
- Normas e Legislação.

Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	>85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames periódicos realizados no prazo	>85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Número de atestados no mês	quanto menor, melhor	223	270	304	302	266	280	287	322	293	312	345	295
Número de afastados (inss)	quanto menor, melhor	31	24	21	24	31	19	23	24	26	20	25	29
Número de afastados (gestantes)	quanto menor, melhor	13	5	15	16	17	12	18	20	18	16	7	14
Número de afastados (licença a maternidade)	quanto menor, melhor	8	9	8	10	8	8	8	5	5	5	9	14
Número de atestados por síndrome gripal	quanto menor, melhor	22	51	55	58	52	48	61	63	42	32	34	10
Número de dias perdidos	quanto menor, melhor	516	666	755	764	582	580	663	665	590	458	659	664

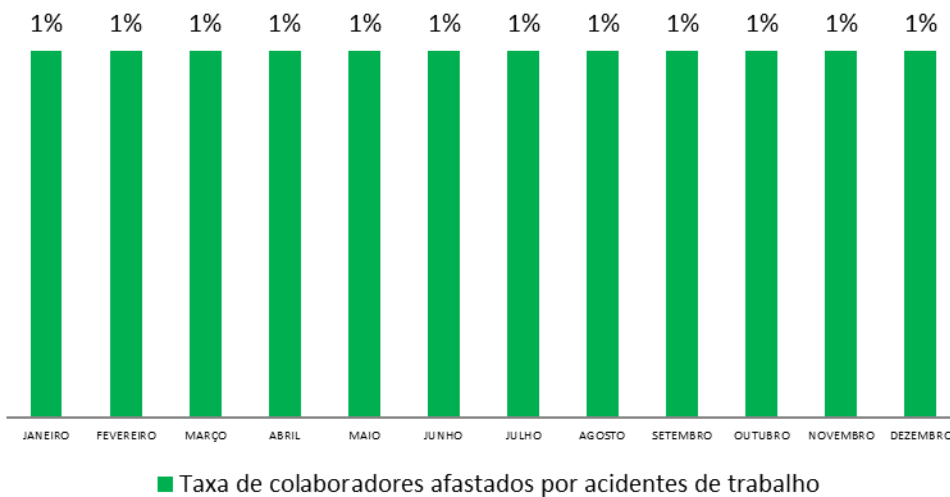
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



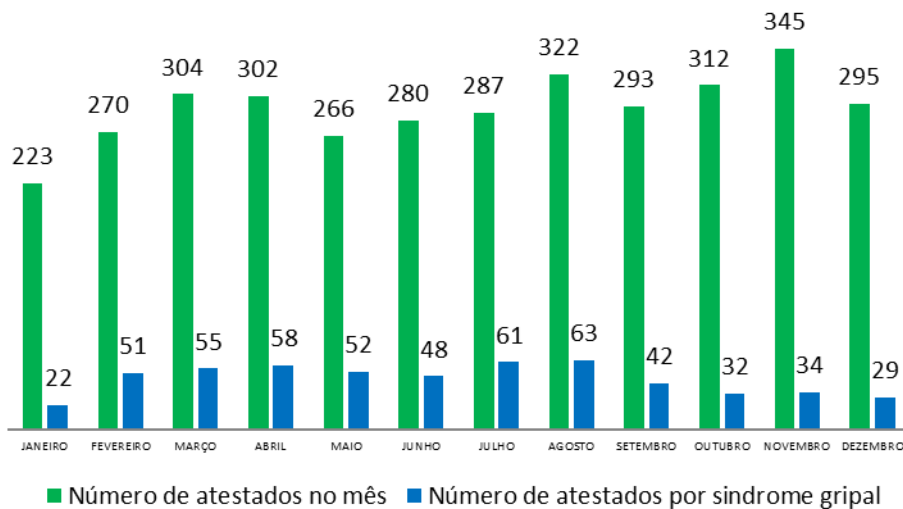
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



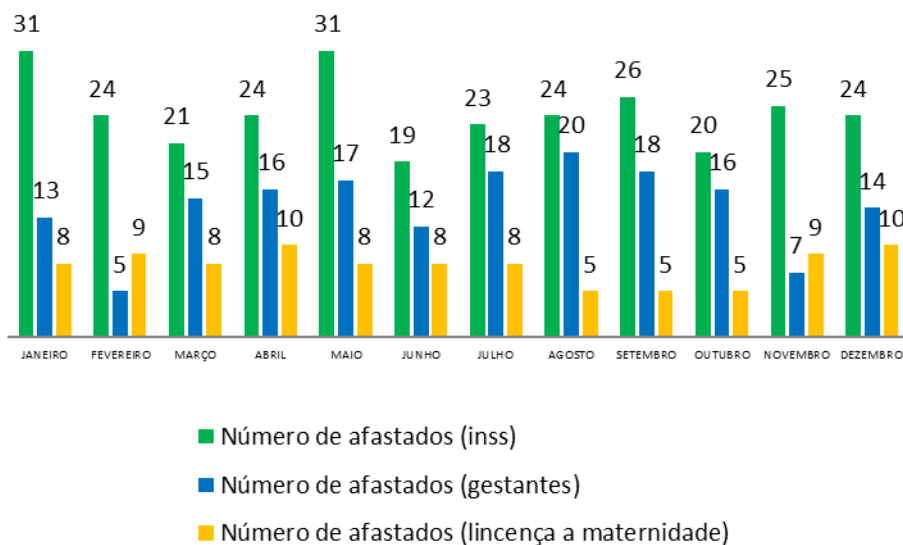
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



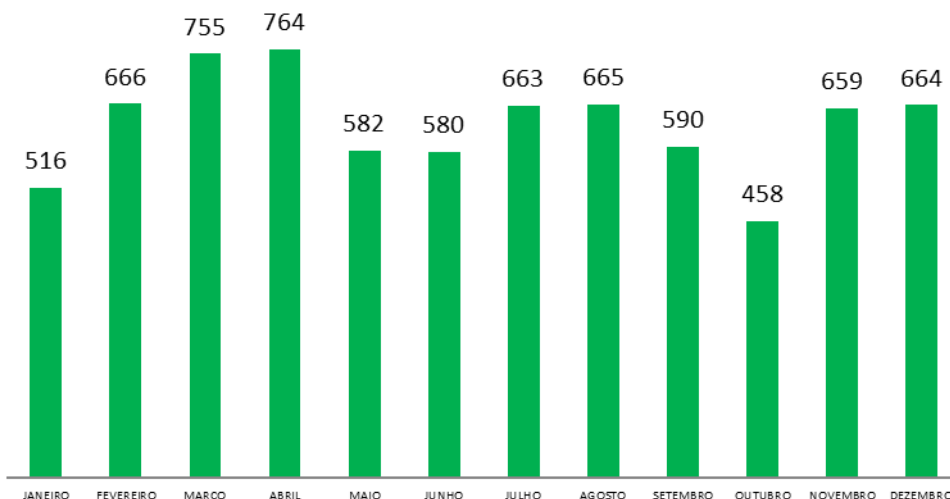
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 18 – Relação de afastados



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

Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)



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

3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	25%	14%	0%	100%	0%	0%

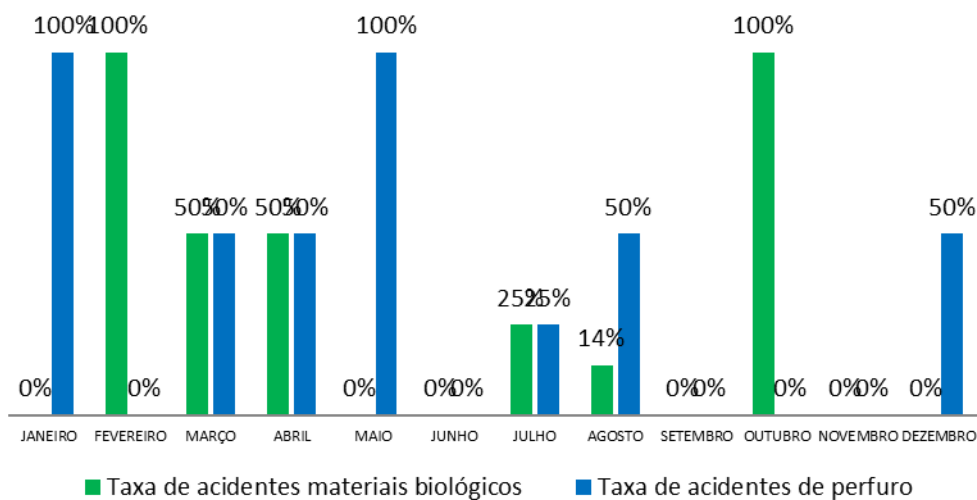
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%	25%	50%	0%	0%	0%	50%
Taxa de inspeções	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0.15%	0.29%	0.29%	0.15%	0,16%	0,59%	0,29%	0,45%	0,15%	0%	0,15%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73	289	135	249	177	176	90
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39	27	36	29	26	32	22
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272	709	818	906	708	611	104
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20	10	10	10	10	10	10
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105	229	23	19	64	26	27
Número total de acidentes	quanto menor, melhor	1	1	2	2	1	1	4	2	3	1	0	2
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

Registraram-se dois acidentes de trabalho no período, sendo um envolvendo perfurocortante e outro relacionado a queda no mesmo nível. Quanto às ações de capacitação, observou-se aumento significativo no número de colaboradores treinados, impulsionado principalmente pela realização da campanha **Adorno Zero**, que promoveu ampla adesão e reforço das orientações de segurança.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



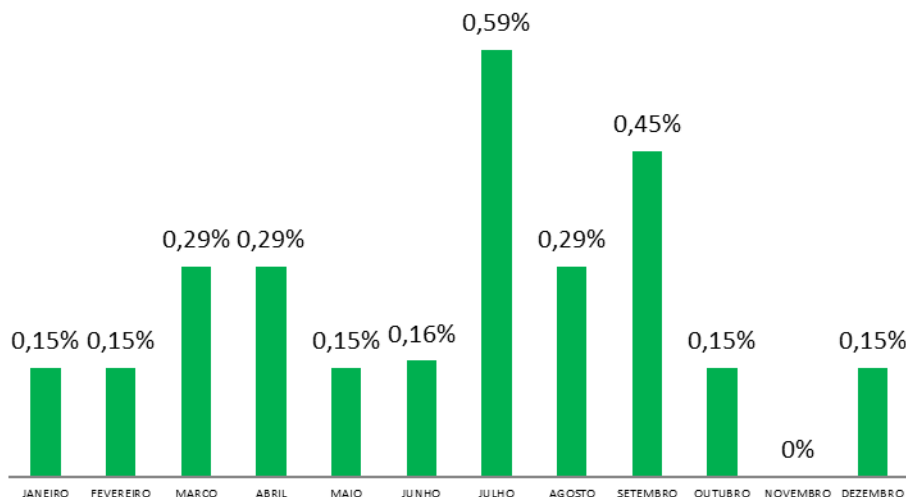
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



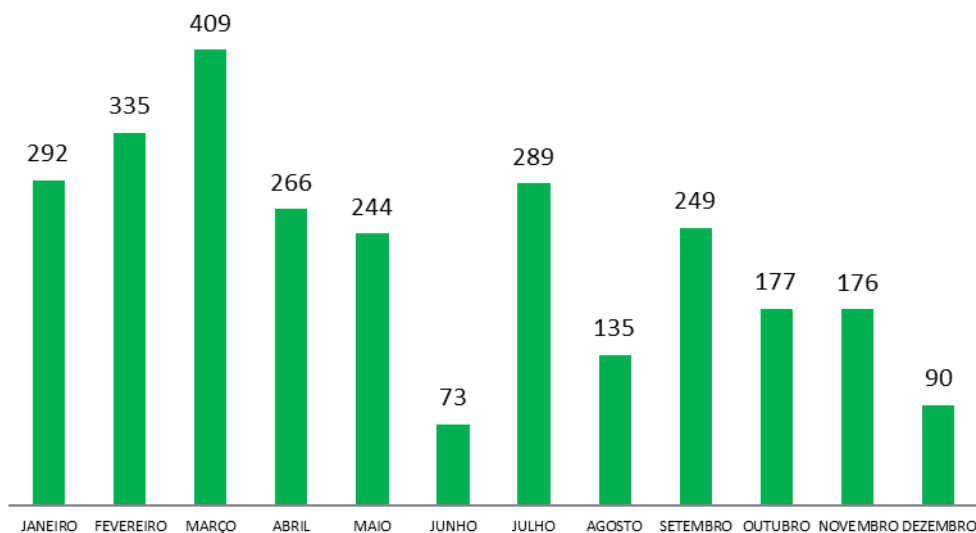
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



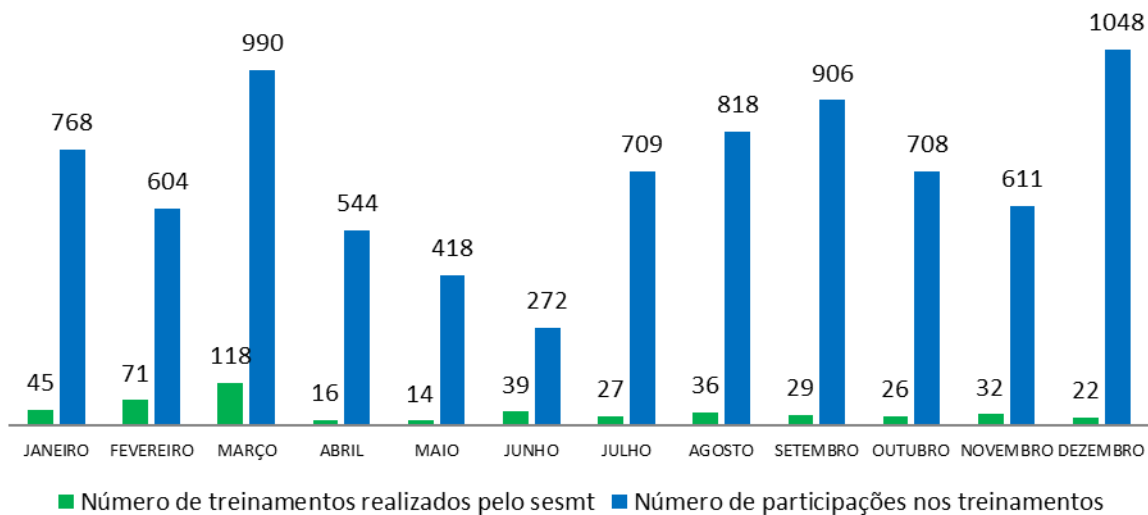
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



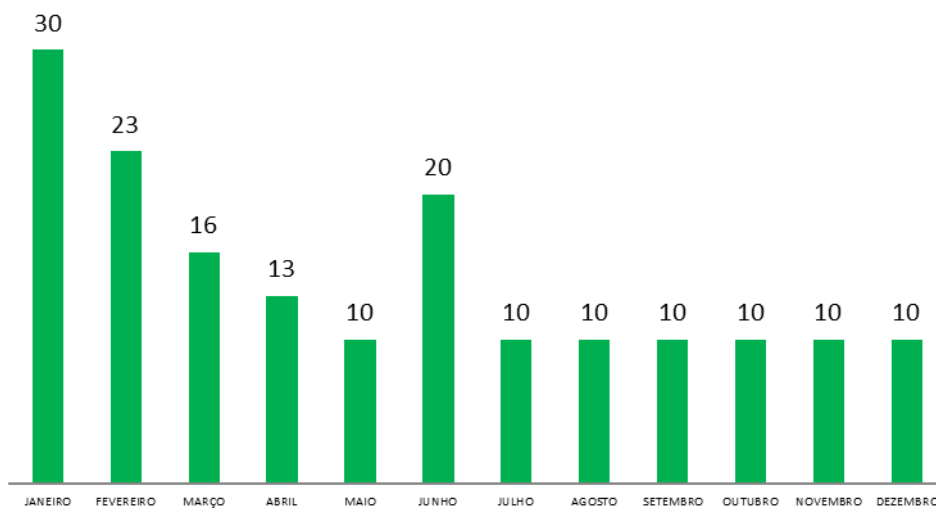
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



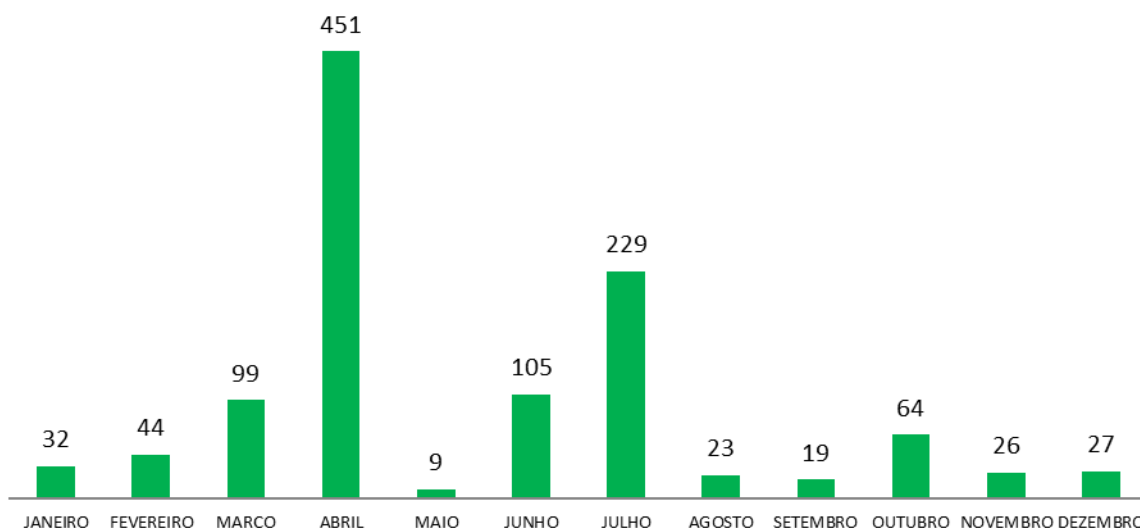
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



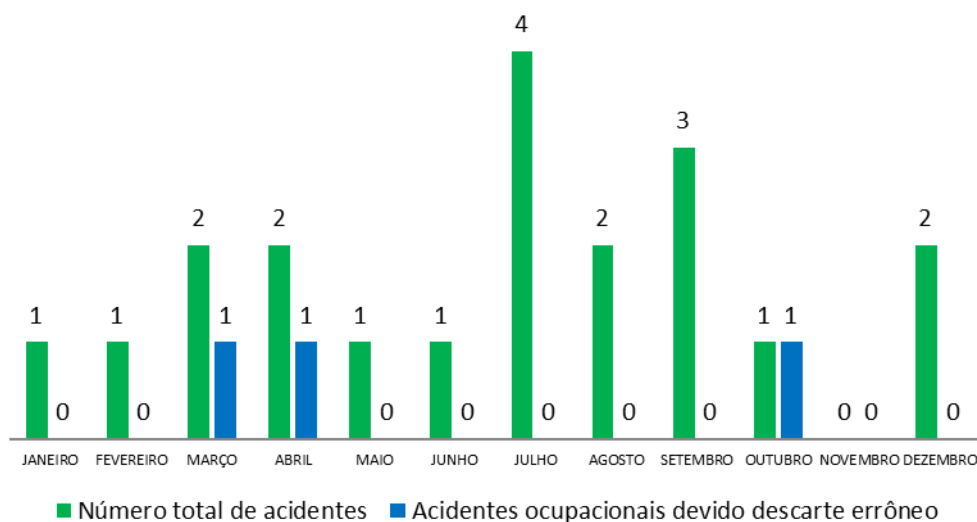
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 27 – Relação de acidentes



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

O principal objetivo do SADT é fornecer suporte aos profissionais de saúde no processo de diagnóstico dos pacientes. Isso significa que os exames realizados no SADT ajudam a confirmar ou descartar diagnósticos, monitorar o progresso das

doenças, orientar tratamentos adequados e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

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

3.2.1. Radiologia

Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%	0,70%	1,32%	0,50%	0,97%	1,61%	1,44%	0,30%	2,09%	0,30%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%	14%	19%	21%	16%	27%	18%
Número de exames	M/R	327	334	333	428	379	378	414	372	348	332	287	397
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2	4	6	5	1	6	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49	57	69	72	52	78	55

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

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

Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

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

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10	23	33	34	14	13	4
----------------------------	----------------------	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	---

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	0,74%	0%	0,85%	1,40%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%	7%	11%	13%	18%	29%	16%
Número de exames	M/R	101	108	112	111	120	136	138	136	119	118	143	141
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2	0	1	0	1	2	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21	10	15	16	21	42	23

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

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

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

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

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

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

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração

excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	4,76%	0%	1,69%	2,56%	0%	0%	4,17%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%	24%	13%	35%	15%	33%	29%
Número de exames	M/R	41	50	50	80	63	64	59	39	31	26	24	28
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0	1	1	0	0	1	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13	14	5	11	4	8	8

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

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

Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

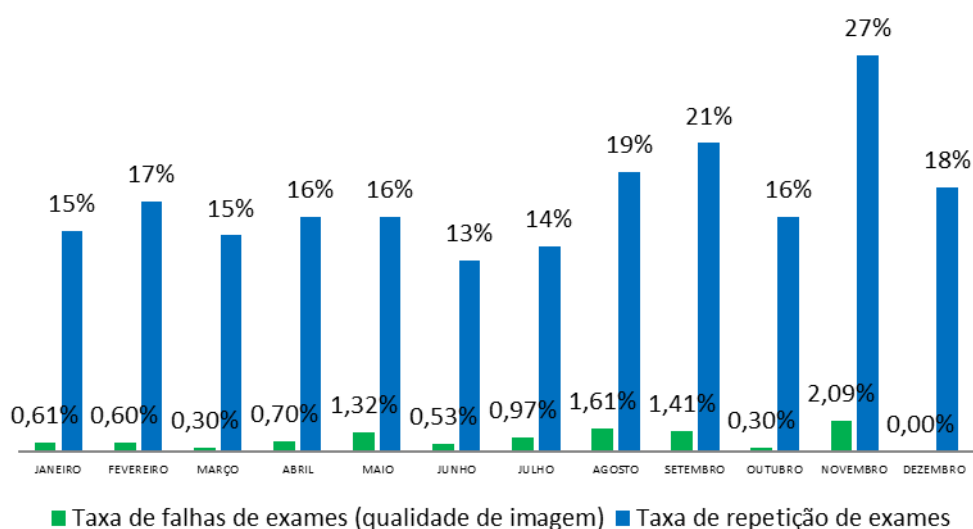
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No mês de dezembro, não foram registradas falhas na realização de exames. Observou-se ainda uma redução no número de repetições, decorrente do menor volume de admissões em função da reforma no setor Colibri, o que impactou diretamente a quantidade de exames realizados no período.

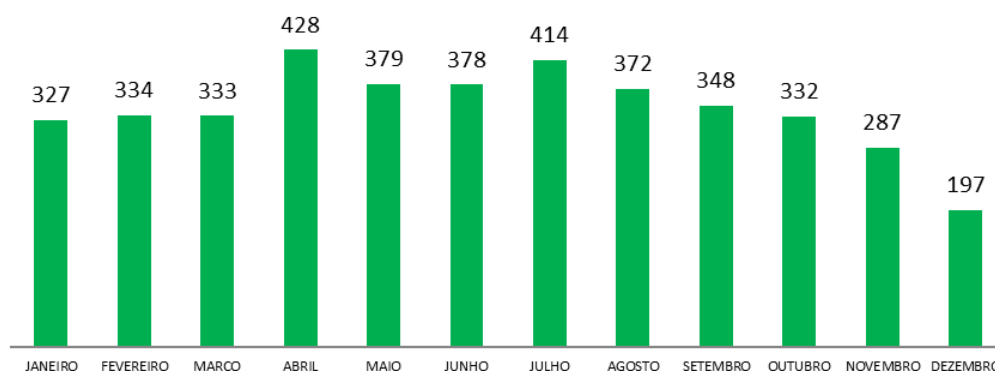
Importante destacar que a Taxa de Repetição de Exames é calculada com base no número de exames repetidos em relação ao total de exames realizados no próprio setor, tendo variações de resultados em setores diferentes.

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



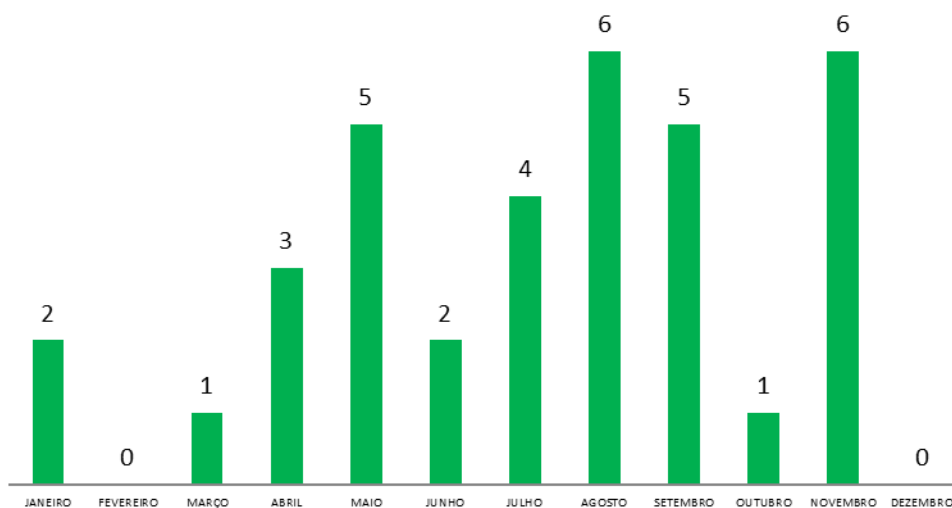
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



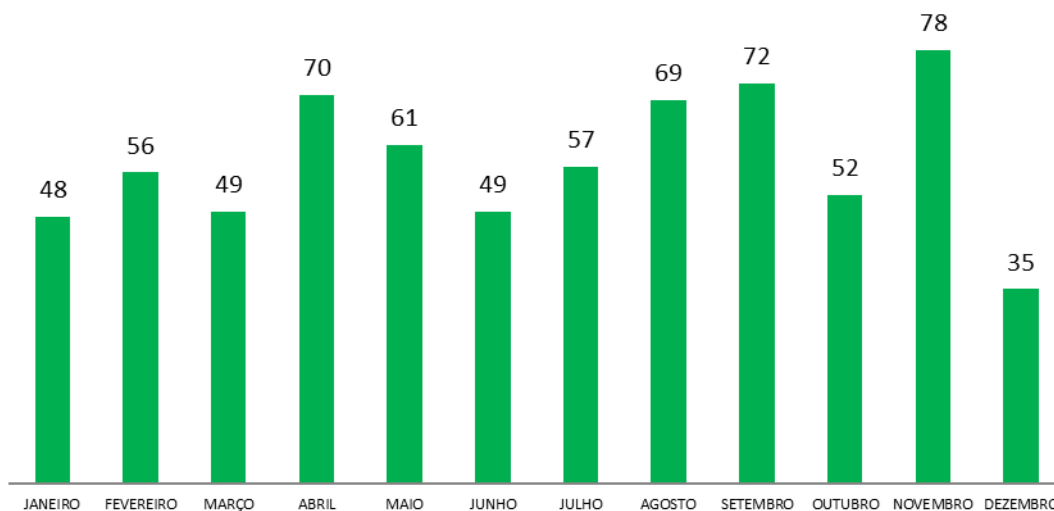
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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



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

Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6,38%	5%	5,61%	3,66%	4%	3,12%	2%	2%	2,23%	2,83%	1,18%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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%	99%	99%
Número de exames realizados	neutro	12.166	11.030	12.065	13.296	12.223	12.324	12.421	10.623	10.331	10.945	8.227	6.431
Número de exames realizados na unidade	neutro	10.413	9.374	10.348	11.946	10.713	10.318	11.113	9.397	9.000	9.421	6.992	5.740

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

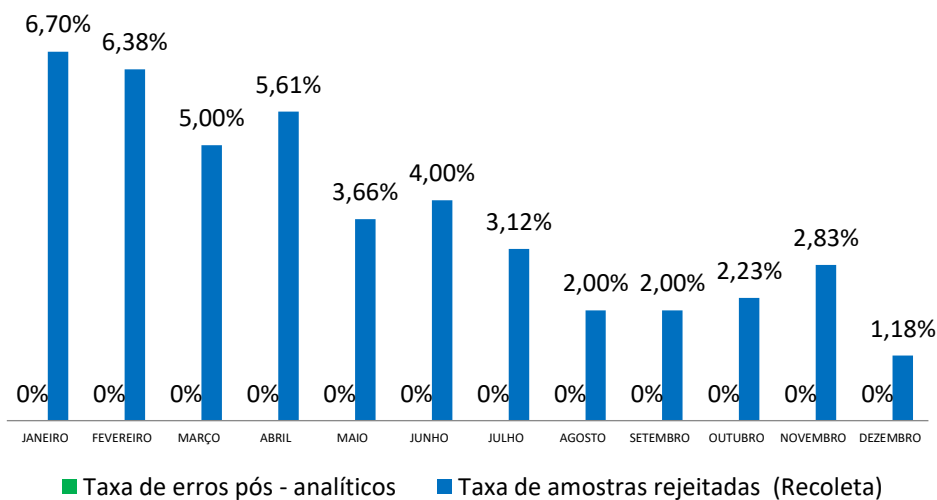
*Houve alteração da nomenclatura de indicador de resposta resultados críticos.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Observou-se queda no percentual de produtividade geral, reflexo da continuidade das reformas no setor Colibri, do elevado número de pacientes em alta médica e da manutenção do número reduzido de admissões devido à limitação temporária de leitos.

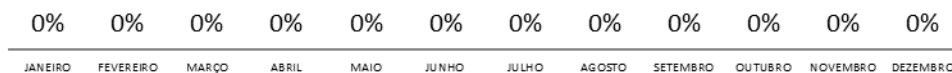
O percentual de recoletas também apresentou redução, acompanhando a baixa demanda de solicitações no período. Houve diminuição das recoletas por material coagulado e leve aumento das recoletas por volume insuficiente, situação já conhecida pela equipe e em monitoramento contínuo.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



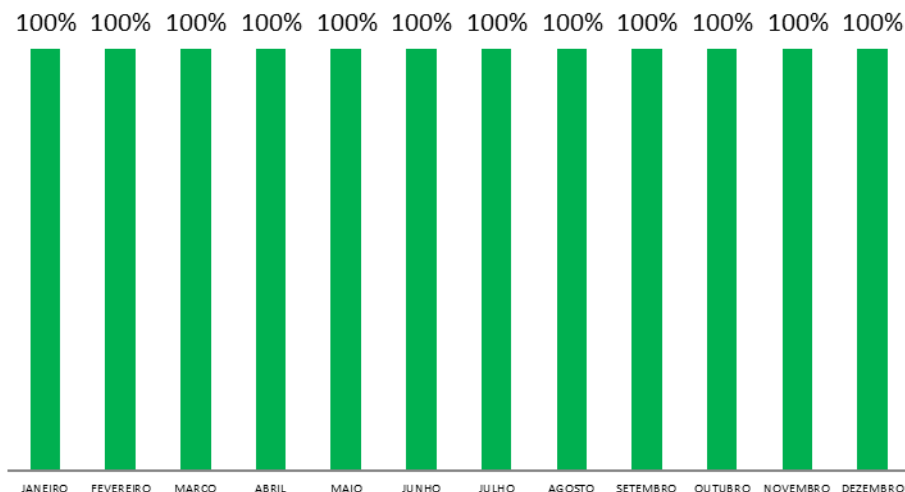
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



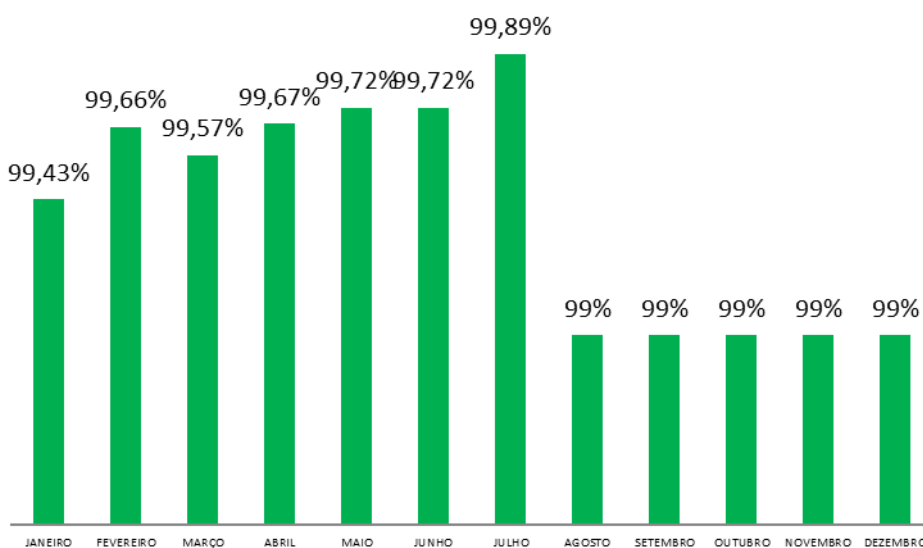
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



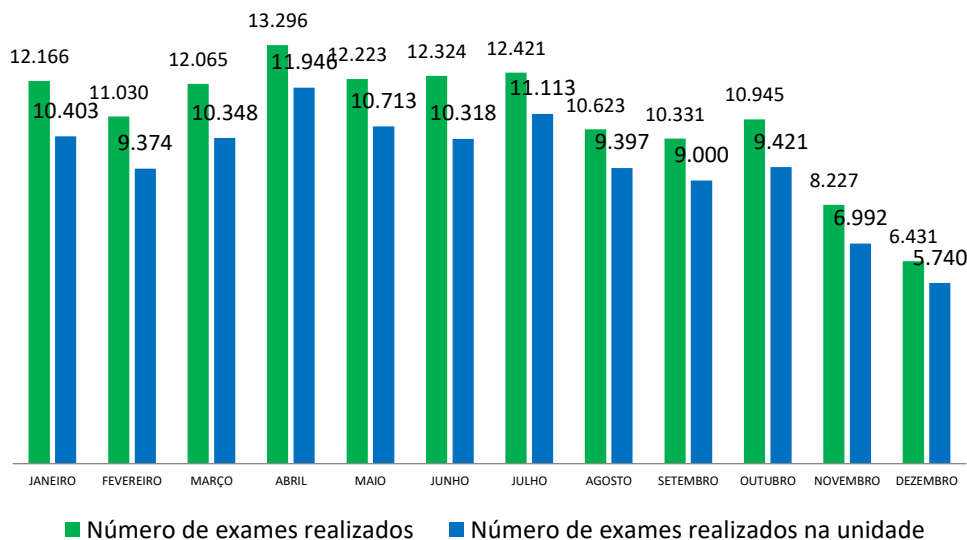
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



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

Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

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

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

Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%	0,36%	0,50%	0,25%	1,43%	0,46%	0,76%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92	3,88	4,64	3,96	4,61	10,7	7,42
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97	33,66	38,21	33,36	41,61	35,87	34,32	49,28	58,55
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%	11,69%	19,35%	8,57%	10,81%	15,05%	10,96%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%	1,88%	3,95%	3,00%	2,60%	4,03%	1,43%	2,03%	8,60%	2,67%
Giro leito institucional	<5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70	0,83	0,67	0,75	0,80	0,50	0,40
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022	5080	4583	4274
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520	5735	5735	5576	5762	5578	4816
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131	154	124	140	148	93	75
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18	18	24	12	16	14	8
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0	2	0	0	0	0	0

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

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

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%	0,26%	0,48%	0,13%	1,40%	0,22%	0,4%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21	1,07	0,90	1,11	1,30	5,13	14

Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61	9,06	13,86	10,89	9,93	9,27	13,97
Taxa de óbito institucional	< 15%	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%	6,84%	7,19%	6,67%	4,80%	5,80%	6,73%	0%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%	0%	0,95%	0%	0%	2,88%	0%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34	3,06	2,10	2,50	2,76	2,08	0,86
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358	1386	1455	1361	1370	964	595
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500	1550	1550	1500	1549	1498	600
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117	153	105	125	138	104	43
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8	11	3	6	8	7	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0

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

Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%	0,36%	0,41%	0,41%	1,09%	0%	0,78%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52	3,01	3,84	2,75	3,74	5,40	4,53
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17	3,88	4,21	3,85	4,01	8,28	8,39
Taxa de óbito institucional	< 15%	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%	4,35%	4,44%	6,49%	4,40%	6,25%	8,77%	5,56%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%	2,31%	2,65%	3,33%	3,90%	2,20%	3,75%	7,02%	2,78%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45	4,50	3,85	4,55	4,00	2,85	2,40
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357	349	324	350	321	472	604
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600	620	620	600	620	780	930
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69	90	77	91	80	57	72

Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3	4	5	4	5	5	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

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

Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%	1,16%	1,12%	0,68%	1,34%	6,67%	0%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16	2,80	2,73	2,48	2,89	2,42	0
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78	4,66	4,76	5,03	3,52	3,70	3,89	0
Taxa de óbito institucional	< 15%	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%	2,44%	12,50%	2%	0%	5,26%	0%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%	2,44%	2,50%	0%	0%	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	1,90	0
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205	195	201	176	174	74	0
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300	310	310	300	310	120	0
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44	41	40	50	47	19	0
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2	2	1	5	1	0	1	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%	2,65%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64	7,89	5,57	7,83	6,80	8,20	13,60	17,83	26,83
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71	503,67	300,10	591,00	605,80	482,17	489,83
Taxa de óbito institucional	< 70 %	33,33%	62,50%	40%	57,14%	44,44%	71,43%	33,33%	60%	20%	60%	16,67%	66,67%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	11,11%	0%	1,05%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10	0,14	0,09	0,07	0,06	0,10	0,05	0,05	0,06	0,06
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931	3022	3001	2955	3029	2893	2939
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970	3069	3069	2996	3097	3000	3100
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7	19	10	5	3	6	6
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1	2	6	1	5	1	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Dados de Julho/2025 passaram por correções.

Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0	0	0	0	20,73	0	0	0	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	466,50	496,50	527,50	527,5	588,50	530,00	614,17	645,17	675,17	706,17
Taxa de óbito institucional	<100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%

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

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

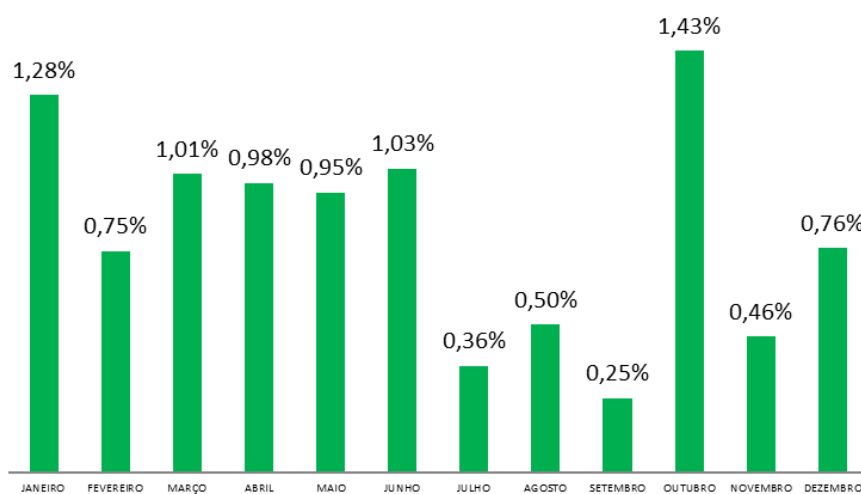
No período analisado, observou-se aumento do Tempo Médio de Permanência (TMP) e redução do Giro de Leitos, resultado diretamente ligado às obras de manutenção estrutural no setor de Clínica Médica (Colibri). A necessidade de desativação temporária de áreas e o remanejamento de pacientes e equipes reduziram a disponibilidade de leitos, limitando admissões e diminuindo o fluxo de entrada e saída de pacientes.

Com menos leitos ativos operantes, a rotatividade foi menor, o que elevou o TMP, especialmente para os pacientes que permaneceram internados durante todo o período da obra. Além disso, a reorganização interna e ajustes nos fluxos assistenciais impactaram o ritmo dos processos, como limpeza, preparo e liberação dos leitos, resultando em intervalo de substituição maior entre a alta e a próxima admissão.

Dessa forma, a baixa quantidade de saídas, o giro reduzido e o intervalo de substituição elevado são efeitos previstos diante da capacidade operacional diminuída. A tendência é de normalização progressiva desses indicadores conforme a conclusão das obras e a retomada completa da operação do setor.

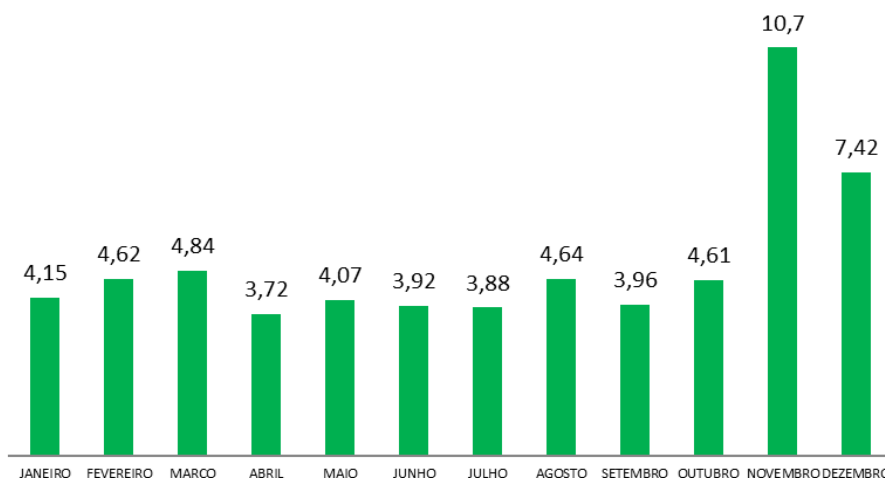
A taxa de óbito corrigida atingiu 2,67%, acima da meta de 1,79%, principalmente devido ao perfil clínico mais grave dos pacientes no período. Dos oito óbitos registrados, dois eram de pacientes em cuidados paliativos, o que impacta diretamente o indicador. Mesmo com a assistência dentro dos protocolos, a complexidade e o prognóstico reservado desses casos justificam o resultado acima do esperado.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



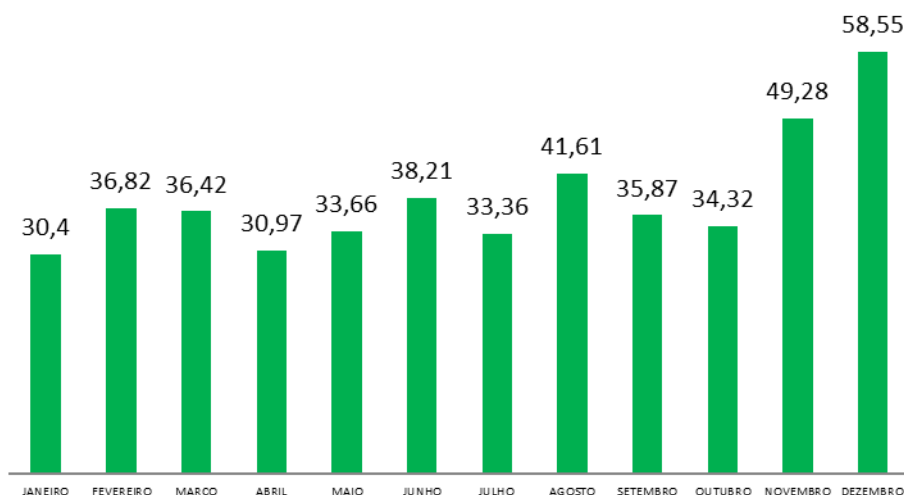
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



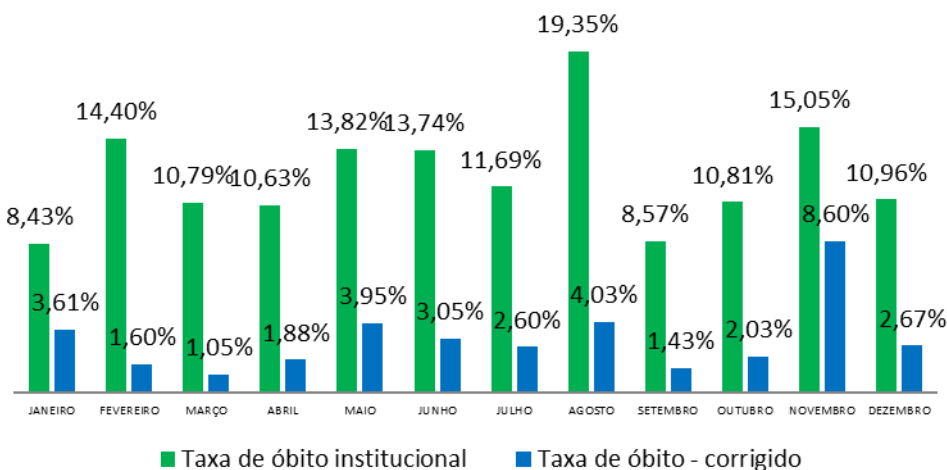
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

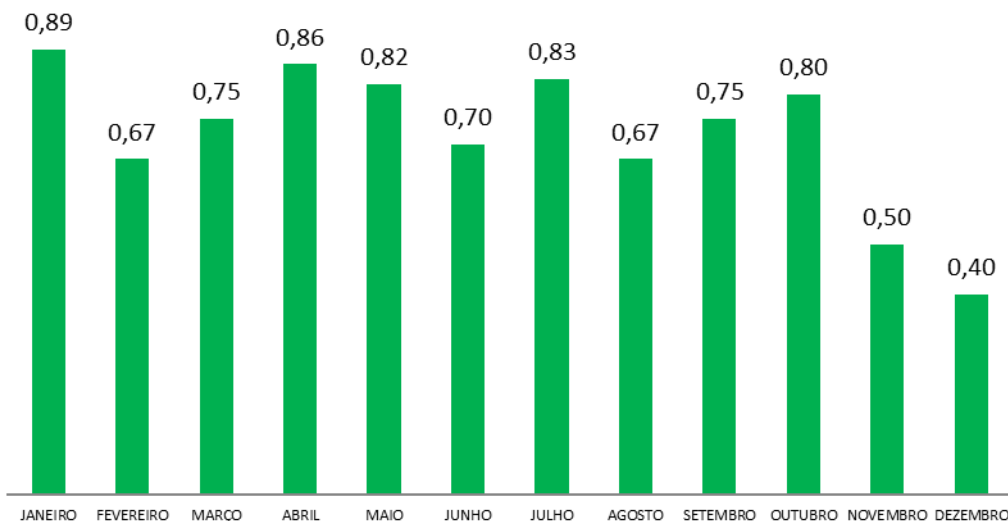
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

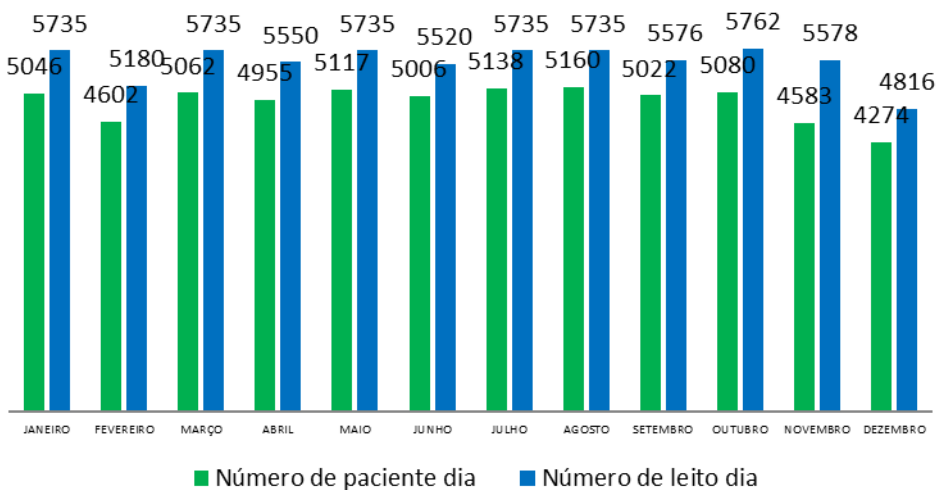
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



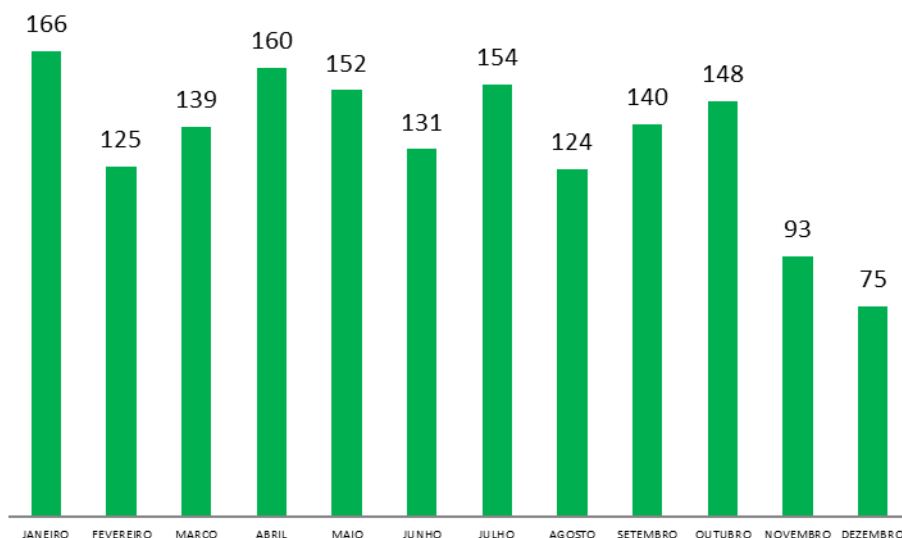
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



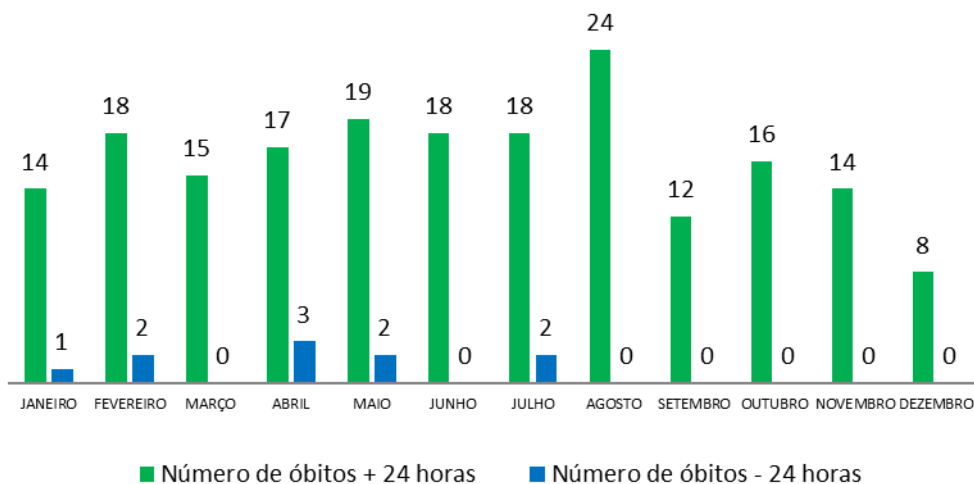
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

3.3.1. Nutrição

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

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

Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%	95%	98%	93%	92%	99%	91%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%	90%	100%	97%	84%	121%	100%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361	3480	3620	3211	3319	3379	3208
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125	152	118	129	134	71	69
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95	117	102	139	145	72	69
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378	23965	23945	24291	23917	20945	2103
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013	1255	975	839	994	839	839

Esse documento foi assinado por Simone da Silva e Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/EHYFB-9P5XQ-YV7TE-RAGEN>

Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482	11140	11246	10709	11105	10733	10992
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%	31%	31%	30%	29%	32%	27%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%	37%	36%	34%	37%	38%	33%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%	9%	10%	10%	9%	9%	10%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%	23%	23%	26%	25%	21%	25%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732	7707	7880	7934	7931	3928	1775
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%	36%	40%	31%	27%	35%	11%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%	34%	31%	30%	34%	39%	38%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%	12%	10%	13%	10%	11%	10%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%	18%	19%	26%	29%	15%	10%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	-	734	1477	1452	1463	1437	1348	1566	1023	1820	1805
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%	22%	33%	38%	33%	41%	40%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%	43%	32%	28%	37%	32%	32%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%	21%	9%	5%	13%	17%	18%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%	14%	26%	29%	17%	10%	10%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140	13669	13612	13727	13906	13318	13345
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%	30%	30%	30%	31%	31%	31%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%	37%	36%	35%	34%	36%	36%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%	6%	9%	10%	9%	7%	7%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%	27%	25%	25%	26%	26%	26%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180	186	186	180	186	180	186
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%	19%	17%	17%	17%	17%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%	60%	64%	77%	83%	82%	82%
Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%	3%	2%	0%	0%	1%	1%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%	18%	17%	6%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

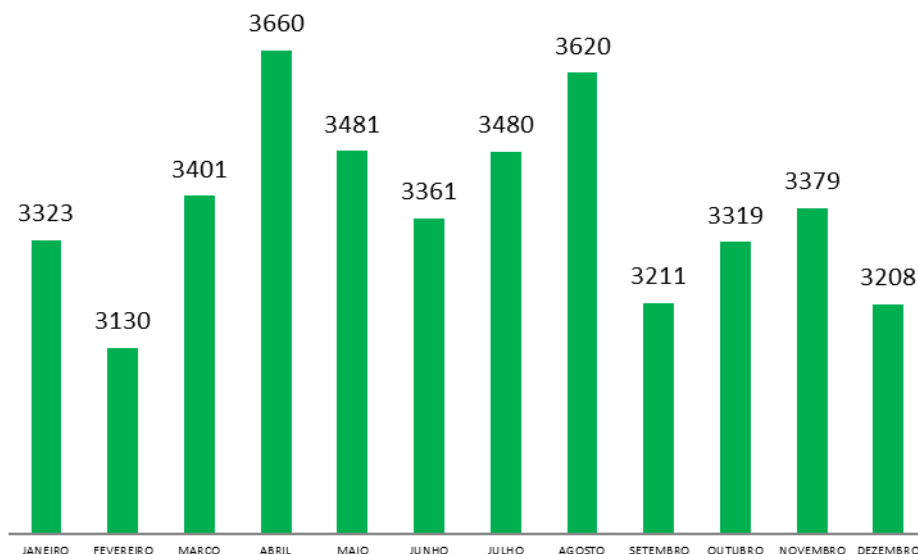
Em dezembro, não atingimos a meta de obesidade geral devido ao perfil dos pacientes admitidos, predominantemente com mobilidade reduzida e já com diagnóstico prévio de obesidade ao ingresso na unidade, o que limita o gasto energético e dificulta melhora desse indicador.

Em relação à eutrofia, a meta também não foi alcançada em razão da admissão de pacientes com condições clínicas graves ou crônicas, além de um número expressivo de idosos, grupo mais suscetível a alterações nutricionais decorrentes de perda de massa muscular, fragilidade e comorbidades associadas.

A Taxa de Triagem Nutricional em até 24 horas ficou abaixo do esperado devido a quatro admissões que não foram triadas dentro do prazo. A equipe foi reforçada sobre a importância da triagem imediata e estão sendo adotadas medidas de monitoramento contínuo para evitar recorrências.

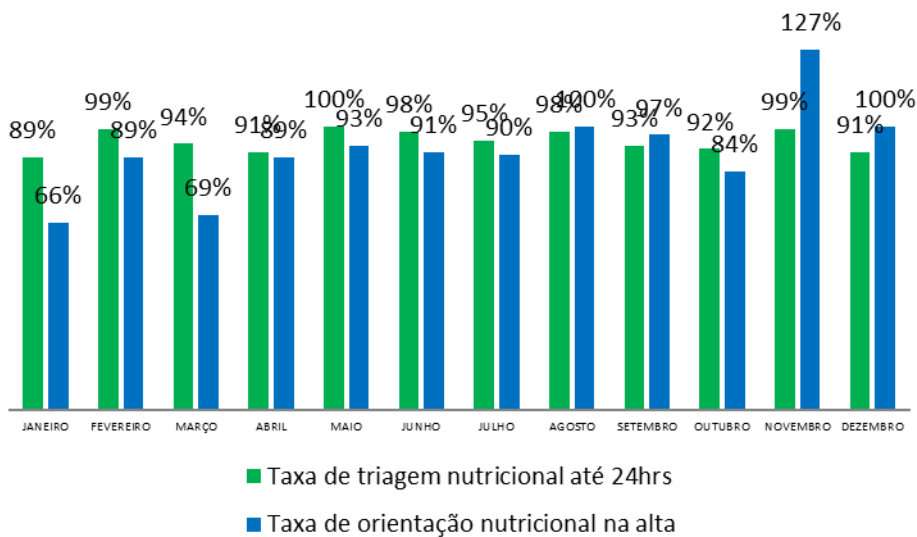
A Taxa de Alta Planejada atingiu 88%, ficando 12% abaixo da meta. O resultado foi impactado por dez pacientes que receberam alta sem orientação nutricional. Como ação corretiva, a equipe foi sensibilizada sobre a necessidade de fornecer informações completas no momento da alta, garantindo a continuidade adequada do cuidado no domicílio.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



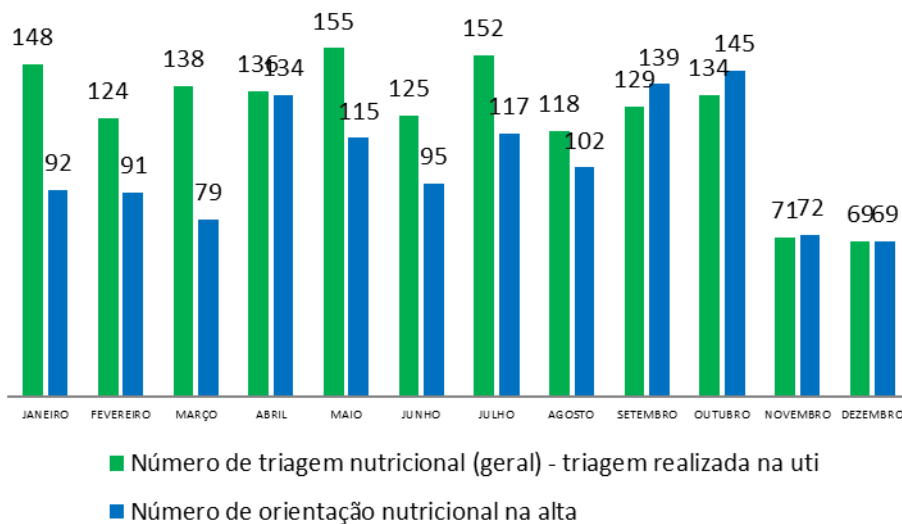
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



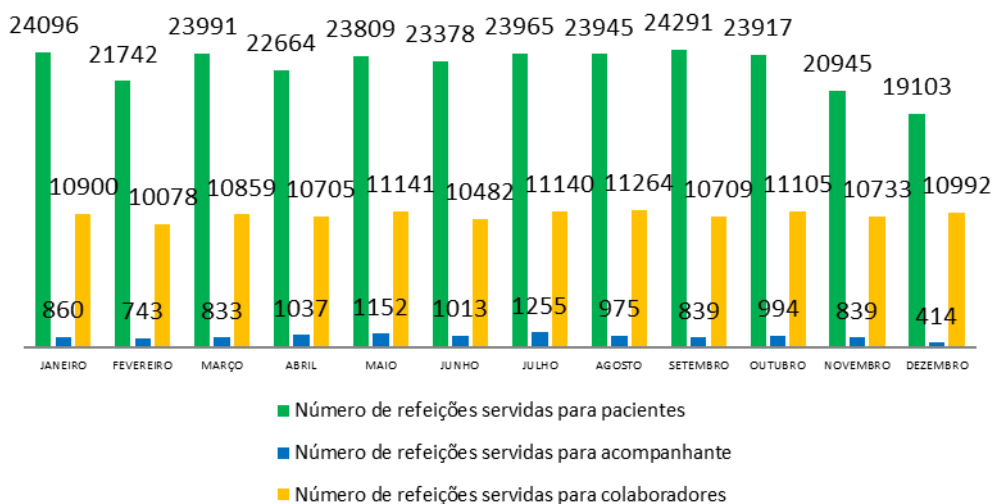
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



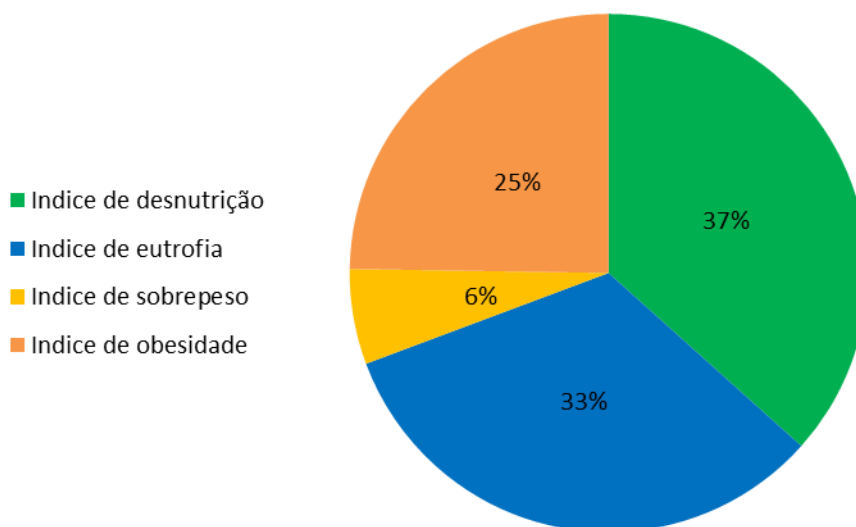
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

3.3.2. Fisioterapia

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

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

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

Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	97%	97%	98%	99%	98%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%	95%	96%	95%	95%	100%	98%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%	96%	97%	98%	99%	98%	100%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374	21714	23784	21259	22019	20431	20083	18013	17614	18578
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873	13311	14626	13040	13334	12409	12195	11182	10936	11475
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501	8260	9158	8219	8685	8022	7888	6831	6678	7003
Número de intubações	M/R	3	5	3	7	5	7	8	7	7	9	7	6
Número de extubações	M/R	2	4	0	3	5	2	2	2	5	4	3	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0

Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados*	> 15%	17	14	0	16	11	16	18	19	16	16	18	17
Média de pacientes em cno2*	> 15%	18	14	16	16	19	18	12	14	14	10	16	9
Média de pacientes nebulizados*	> 5%	7	4	7	5	3	7	5	6	6	4	8	4
Média de pacientes em mnrt*	> 2%	3	1	2	2	1	4	2	2	2	2	4	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	98%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – FISIOTERAPIA

Média de Pacientes Traqueostomizados: Foi registrada uma média de 17 pacientes traqueostomizados, ficando 3 acima da média esperada. Esse número elevado se deve à permanência de pacientes crônicos que não puderam ser desmamados para decanulação da traqueostomia. A dificuldade no desmame está diretamente associada à gravidade das comorbidades apresentadas por esses pacientes.

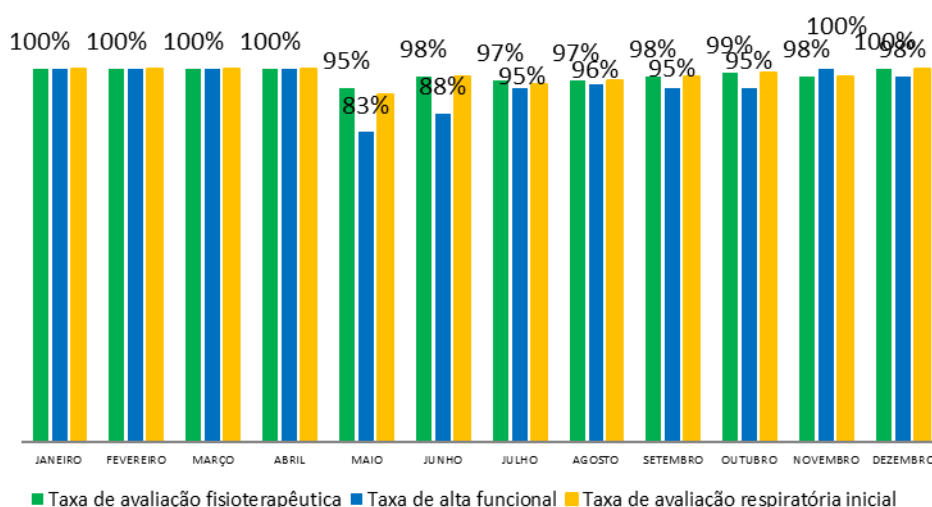
Taxa de Avaliação Fisioterapêutica: A taxa ficou em 99 % , 1% abaixo da meta esperada. Isso ocorreu devido à ausência de avaliação fisioterapêutica em tempo hábil durante uma admissão recente. Já foram realizadas orientações com toda a equipe para assegurar que as avaliações sejam feitas no prazo adequado, priorizando a eficiência no processo de admissão.

Taxa de Alta Funcional: O indicador apresentou uma queda de 2% em relação à meta estipulada que é de 100%. Esse desempenho foi impactado pela ausência de orientação ao paciente. sobre as condutas pós-alta. Como ação corretiva, houve uma conversa com os fisioterapeutas da unidade, onde foi reforçada a importância de

fornecer instruções completas e claras a todos os pacientes, garantindo a continuidade do cuidado de forma segura e efetiva.

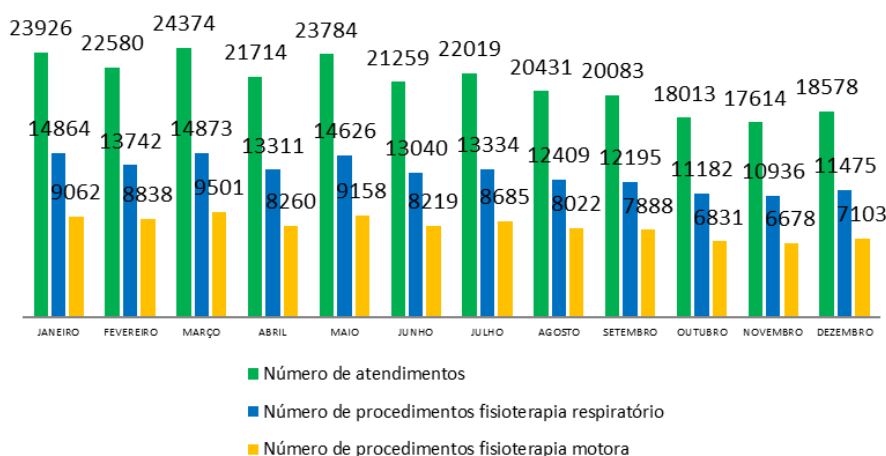
No mês analisado, não houve admissões na pediatria, o que resultou em indicadores zerados para avaliação fisioterapêutica, avaliação respiratória inicial e alta funcional. Esse cenário não representa falha assistencial, mas sim ausência de pacientes elegíveis, já que os indicadores dependem diretamente do número de admissões.

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



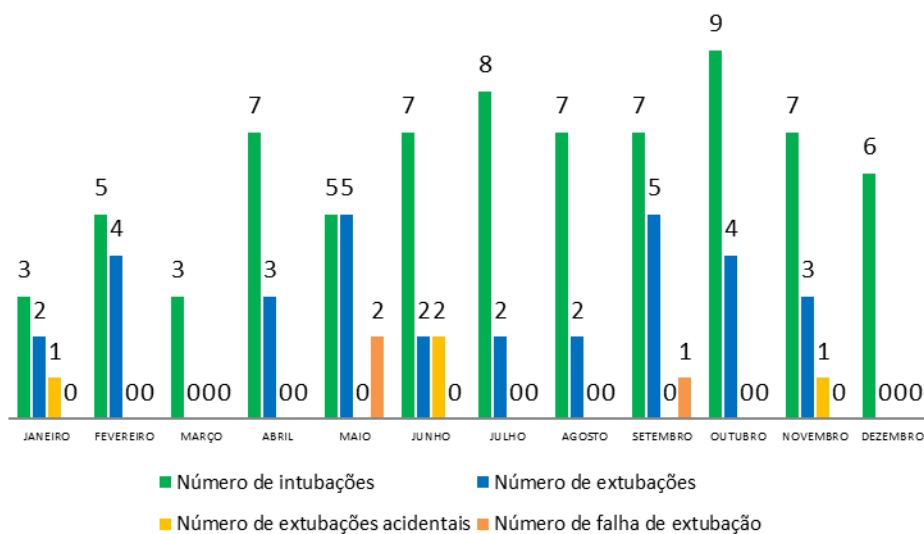
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



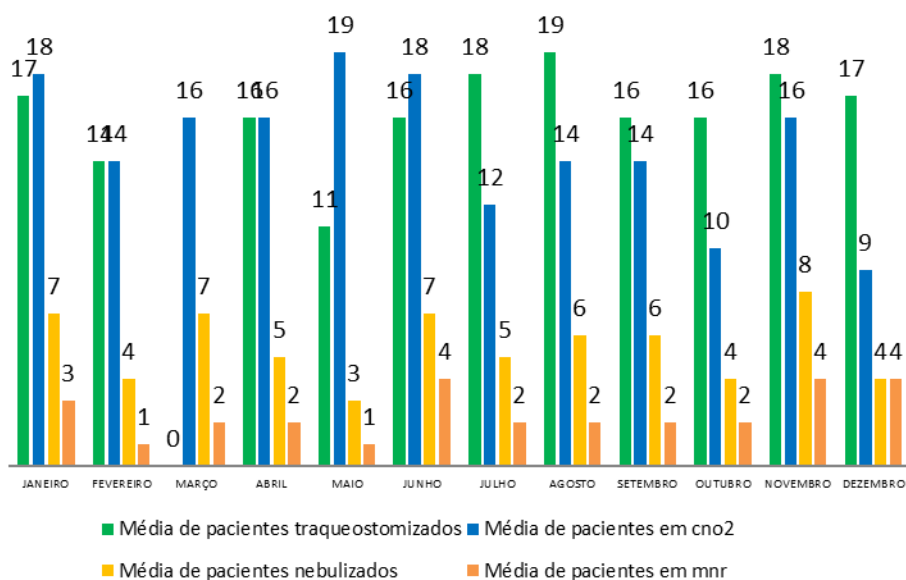
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52 – Ventilação Mecânica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

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

Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%	94%	100%	100%	99%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%	93%	98%	99%	94%	97%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	3	11	8	4	7	9	4	7	7	8	2	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7	5	13	6	3	5	0

Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60	28	28	28	19	18	11
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8	5	6	6	8	15	16
Taxa de evasão	<3%	1,20%	0,80%*	0%	0%	0%	0,76%*	1,30%	0,81%	0%	0,87%	1,08%	1,05%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%	0%	0%	2,85%	1,75%	3,15%	1,76%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%	93%	67%	100%	81%	100%	100%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0	0	0	4	2	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Dados retroativos alterados conforme formula de revisão.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%	98%	100%	100%	98%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86%	93%	99%	99%	94%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6	3	5	8	6	2	1
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3	3	11	0	1	1	4
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0	1	2	1	0	15	3
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3	1	4	5	5	3	5
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0,83%	1,25%	0%	0,87%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3,06%	1,75%	1,96%	5,20%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	97%	100%	93%	100%	100%	0%

Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	89%	92%	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%	100%	60%	100%	0%	100%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1	1	1	12	2	1	1

Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60	15	15	12	19	18	9
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2	3	2	28	0	5	4
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	17%	1%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%	100%	100%	86%	0%	100%	100%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

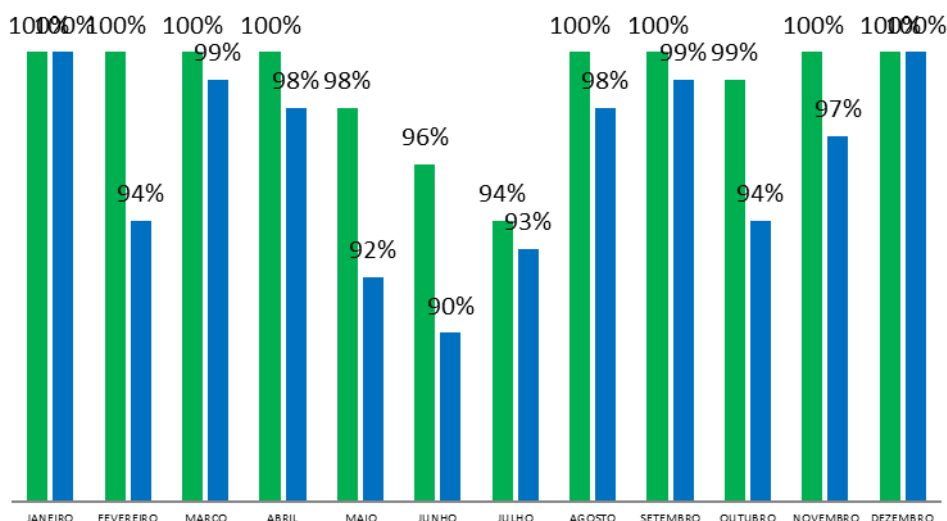
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

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

Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

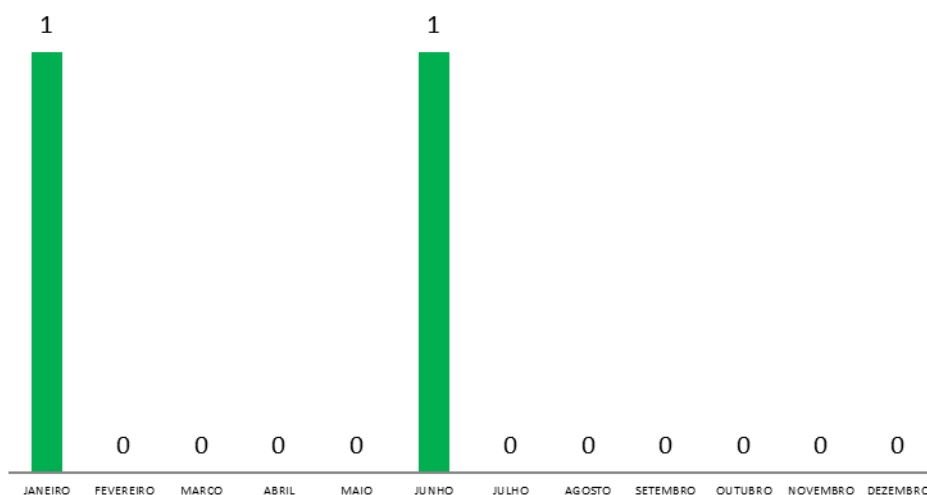
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



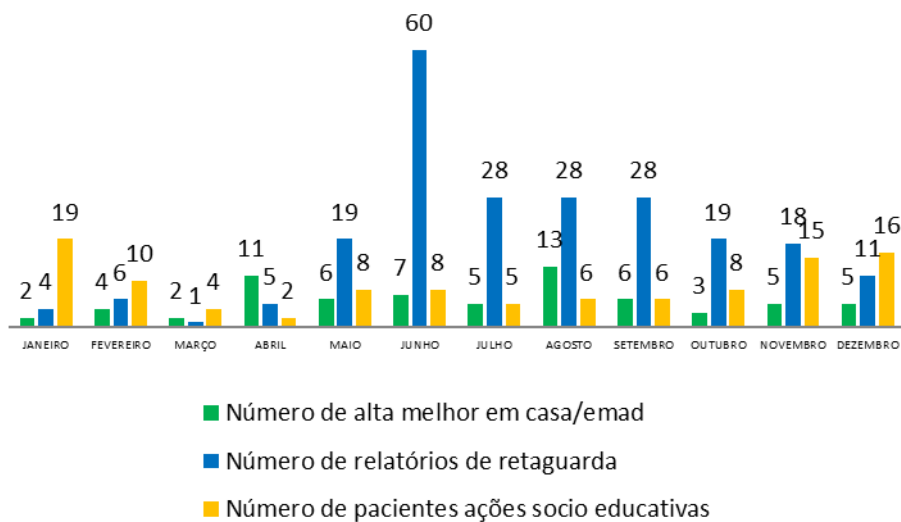
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



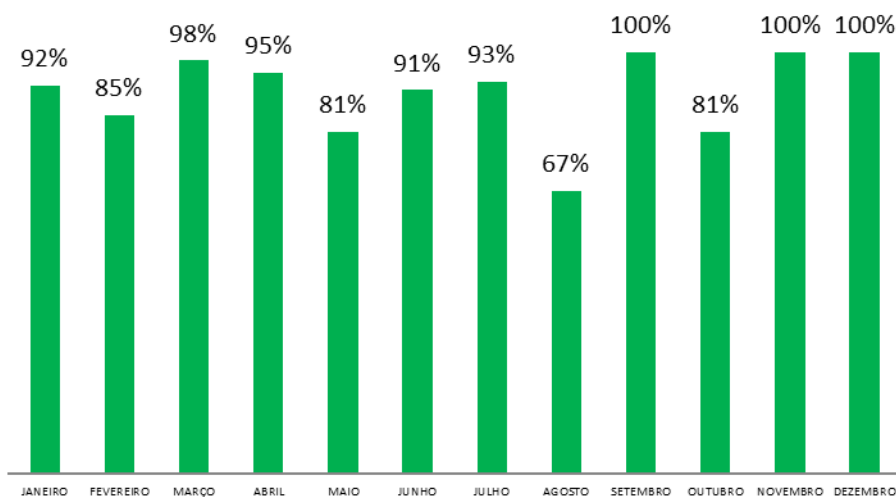
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

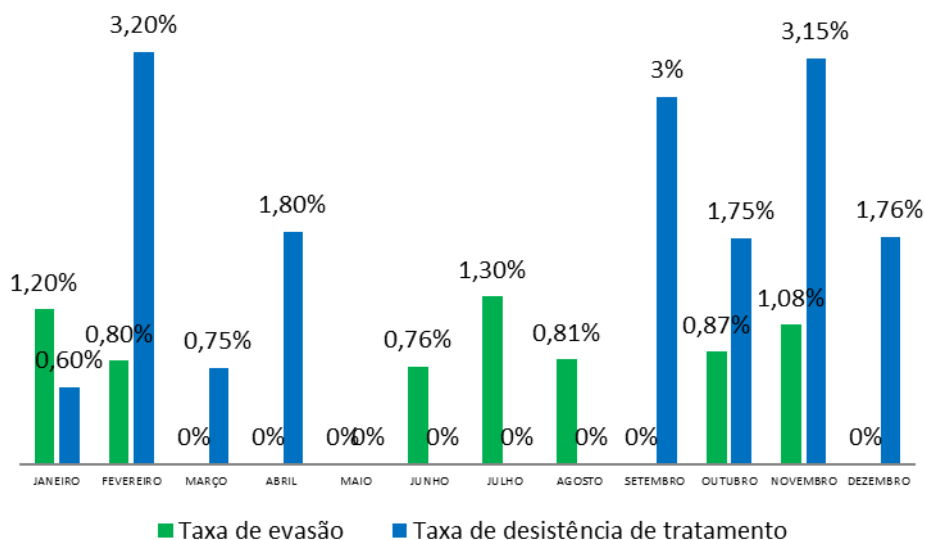
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

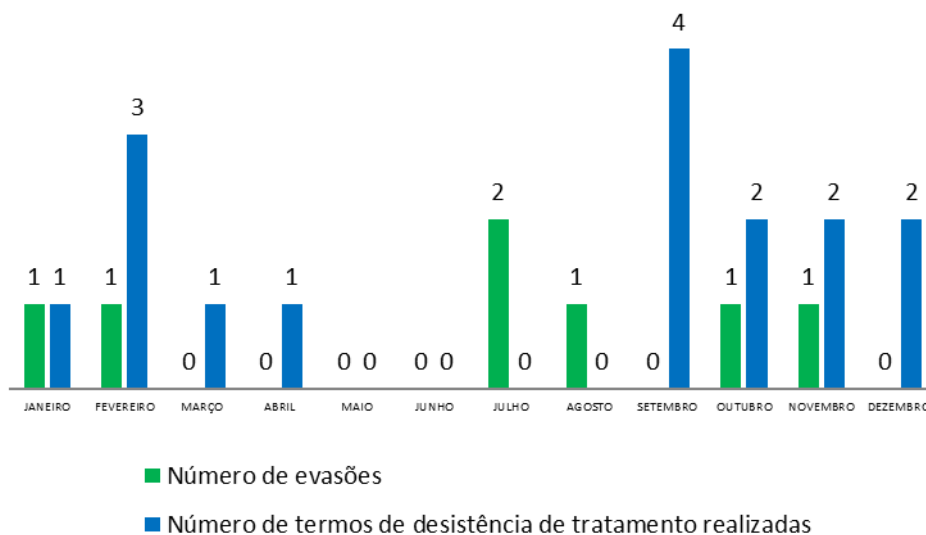
Período de atendimento (07 as 19hrs)

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.4. Psicologia

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

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

Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%	71%	84%	86%	97%	97%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%	100%	90%	90%	90%	80%	21,70%	31,63%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%	87%	82%	90,80%	94,50%	90%	98%	98%
Número de atendimentos familiares	> 25	68	19	56	24	17	14	28	35	31	64	43	44
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5	10	20	17	9	26	7	6
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9	1	0	3	2	8	3	4
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7	9	16	11	25	13	9	13	14	3
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,55%	73,29%	82%	100%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3,75%	0%	100%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4	11	8	6	10	5	8	6	4
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5	11	5	18	16	17	8	6

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%	65%	79%	89%	98%	100%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40	2	2	2	2	2	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	100%	100%	100%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%	68%	85%	87%	96%	100%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2	2	11	13	1	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%	79%	100%	80%	100%	100%	83%
Número de atendimentos familiares	M/R	68	3	19	11	5	5	10	12	15	22	20	20
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2	2	1	1	9	3	3
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2	2	10	1	2	2	2	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	0%	0%

Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0	1	1	1	2	2	5	4	Naldia docfnd.com.br
Número de reuniões e conferencias c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5	2	1	1	0	2	6	3	

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%	80%	67%	63%	100%	50%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8	1	25	2	1	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	12%	14%	13%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%	50%	67%	75%	100%	50%	100%
Número de atendimentos familiares	M/R	15	8	14	3	1	1	1	3	1	1	1	5
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1	2	0	0	1	1	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1	0	2	0	1	1	3
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4	2	2	0	0	1	1	1
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%	84%	85%	80%	77,55%	73,29%	82%	71%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2	1	3	3	1	2	0	1	0	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0	1	3	0	0	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

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

Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de atendimentos familiares	M/R	6	8	1	0	1	1	2	0	0	3	0	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

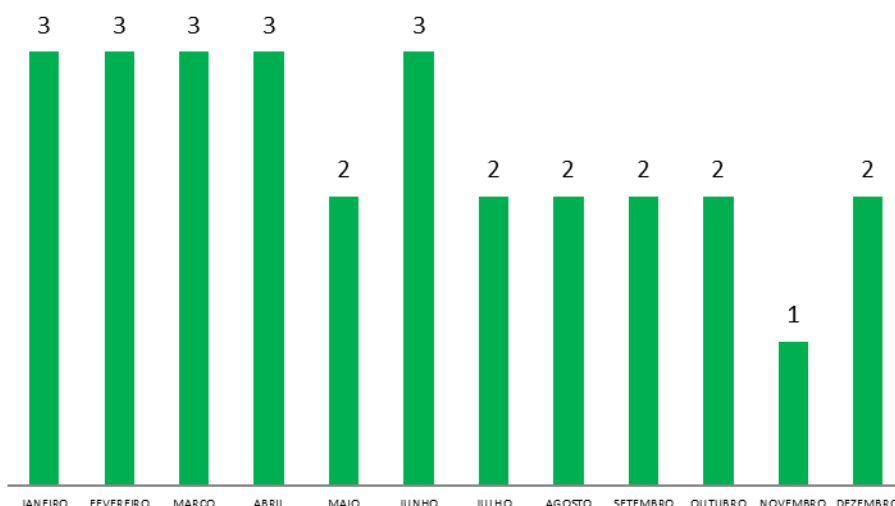
A Taxa de Alta Terapêutica alcançou 88%, ficando 12% abaixo da meta de 100%. A queda do indicador ocorreu porque sete pacientes receberam alta diretamente da UTI para o domicílio, sem passagem pelas unidades intermediárias, etapa prevista no fluxo institucional para garantir acompanhamento e transição assistencial adequada.

A equipe foi reorientada quanto à necessidade de cumprimento rigoroso do protocolo de altas, reforçando a importância da continuidade do cuidado, da educação do paciente e da segurança na transição. Medidas corretivas já estão em implementação para fortalecer a adesão ao fluxo e evitar impactos nos próximos ciclos de avaliação.

O número de atendimentos familiares pela Psicologia não atingiu a meta prevista devido a variações na demanda e ao fluxo assistencial do período. Fatores como a menor procura espontânea, mudanças no perfil dos casos acompanhados e

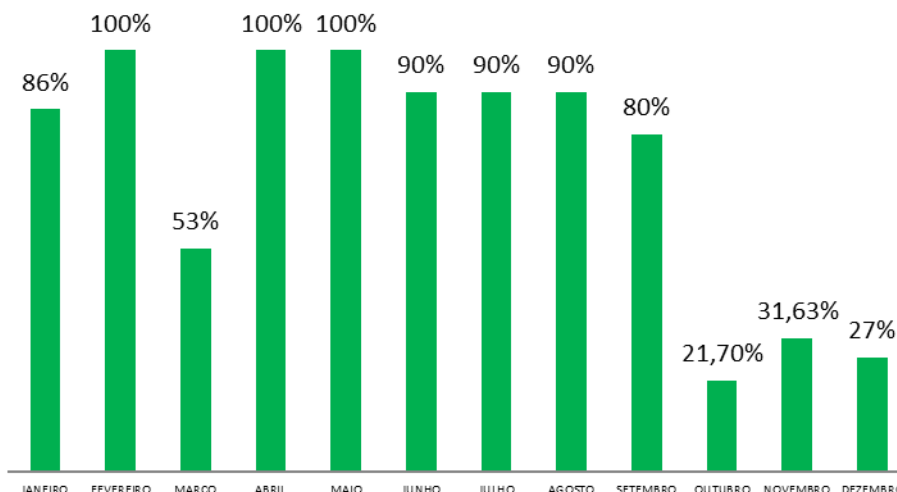
priorização de outras atividades clínicas influenciaram o resultado. O indicador segue em acompanhamento para ajustes e melhorias contínuas.

Gráfico 60 – Índice de intervenções



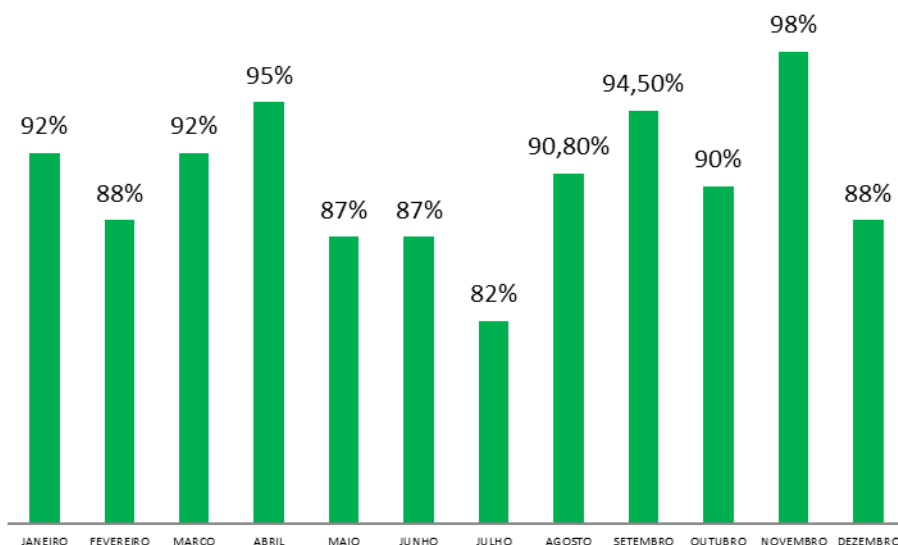
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61 – Taxa de intervenções



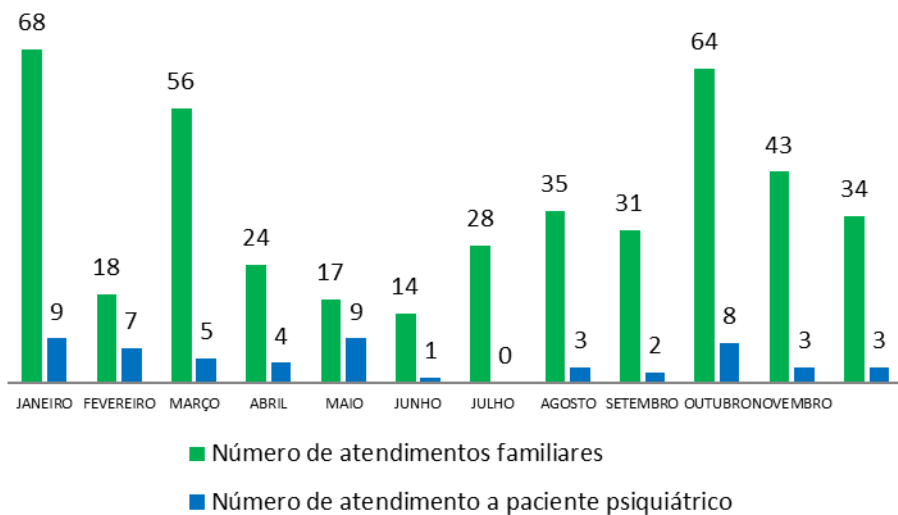
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de alta terapêutica



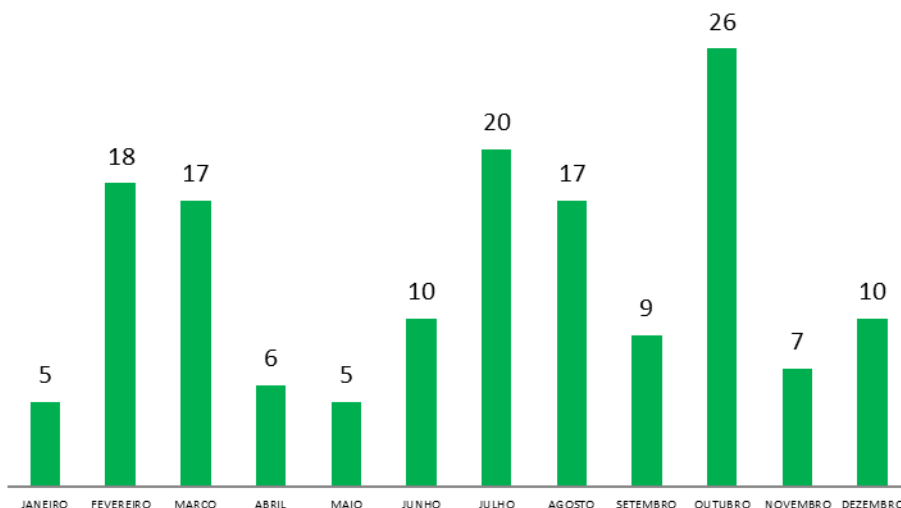
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Número de atendimentos



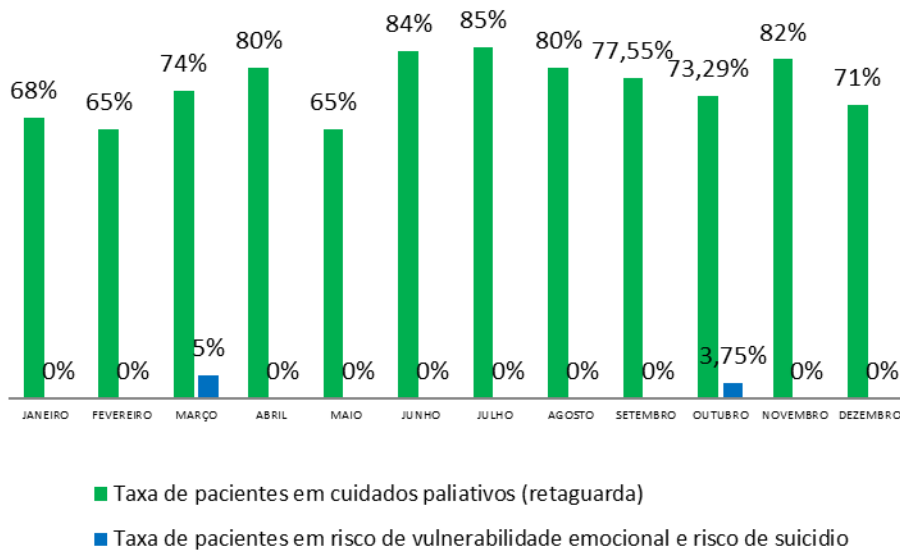
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de visitas de menor de 12 anos



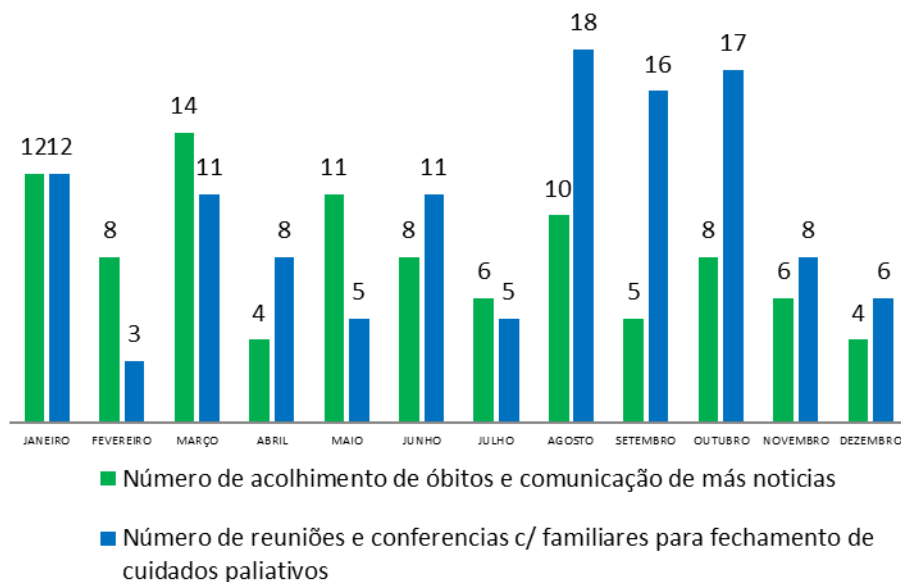
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%	65%	64%	50%	50%	46%	78%
Índice de intervenções fonodiológicas realizada	M/R	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%	0%	21,05%	0%	6,66%	5,55%	5,88%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%	100%	96,15%	68,29%	94%	83%	81,42%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%	0%	15,78%	12,50%	13%	27%	5,88%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%	11%	21%	7,14%	13%	38%	17,85%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111	84	76	41	66	77	81
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46	37	36	29	27	56	20
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3	7	7	3	5	8	1
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27	3	2	7	13	3	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

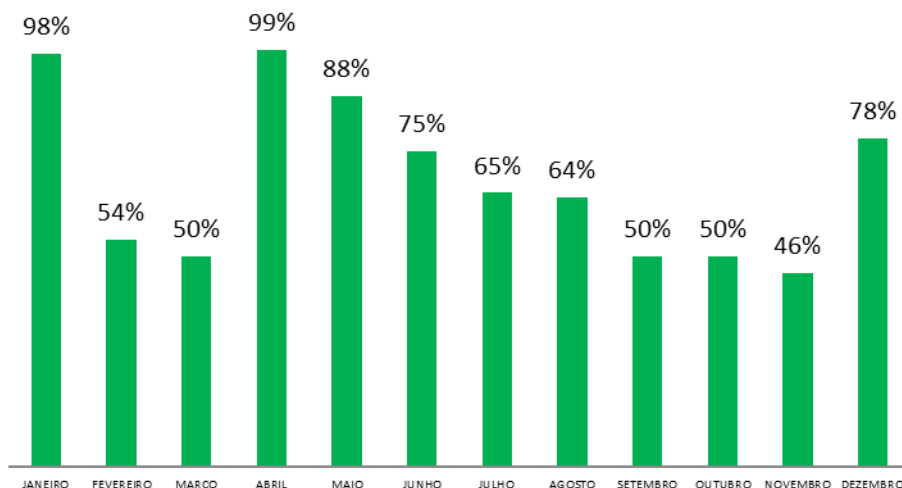
ANALISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

A Taxa de Avaliação Fonoaudiológica ficou abaixo da meta estabelecida, influenciada por fatores operacionais.

A Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração apresentou desempenho 9% abaixo da meta, devido a episódios de absenteísmo e ausência de cobertura assistencial no período.

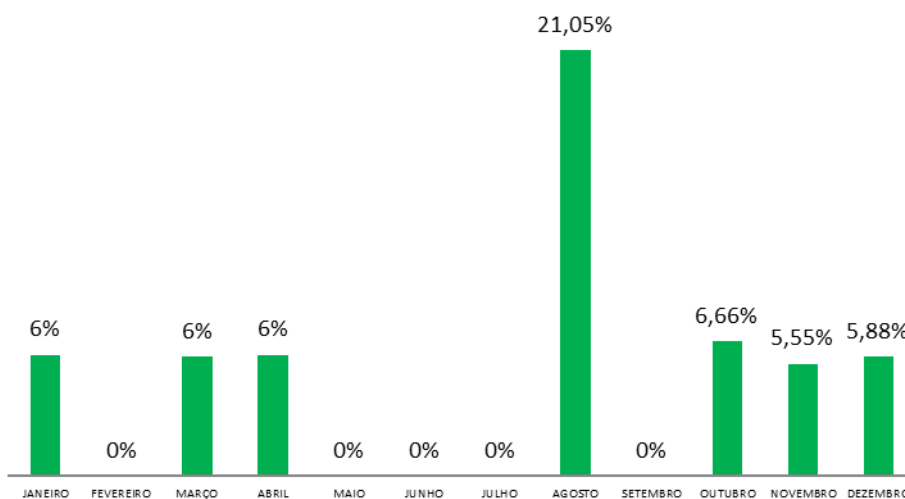
O Número de Avaliações também registrou queda, com redução de 20 atendimentos em relação ao previsto, reflexo da baixa rotatividade de pacientes que se enquadravam nos critérios clínicos para avaliação.

Gráfico 67 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



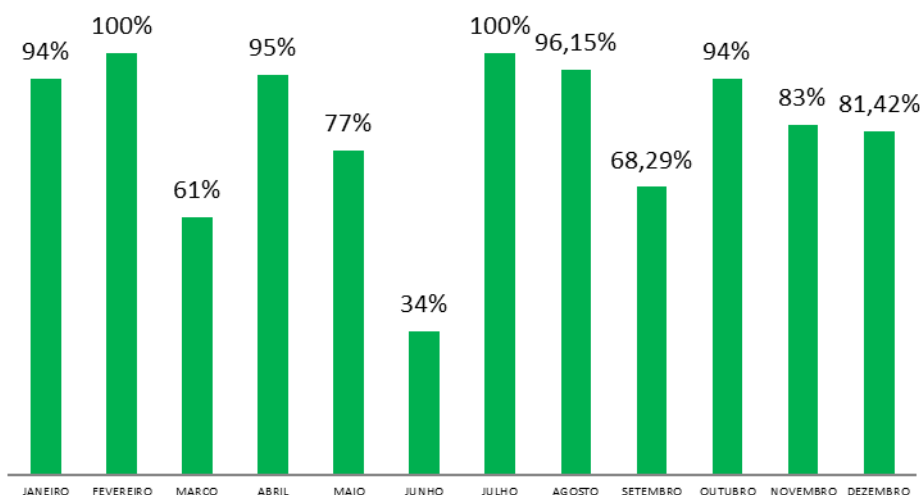
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 68 – Taxa de decanulados



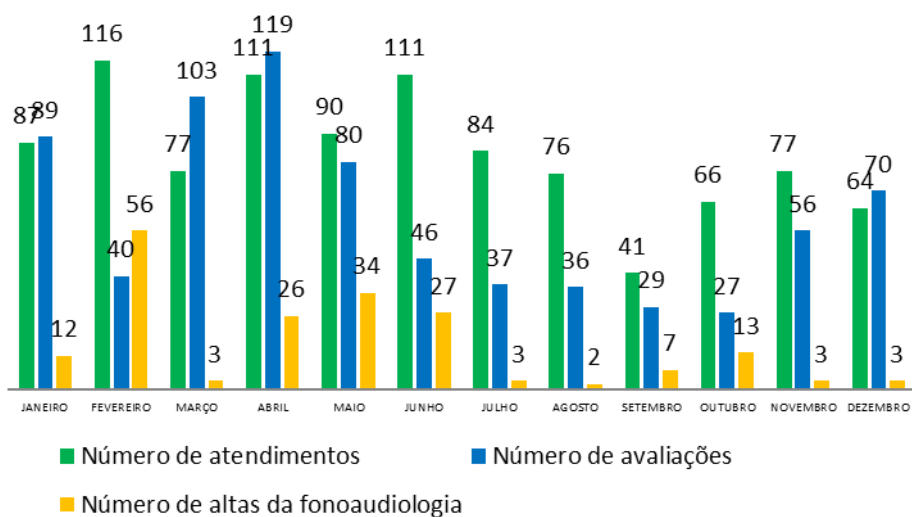
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



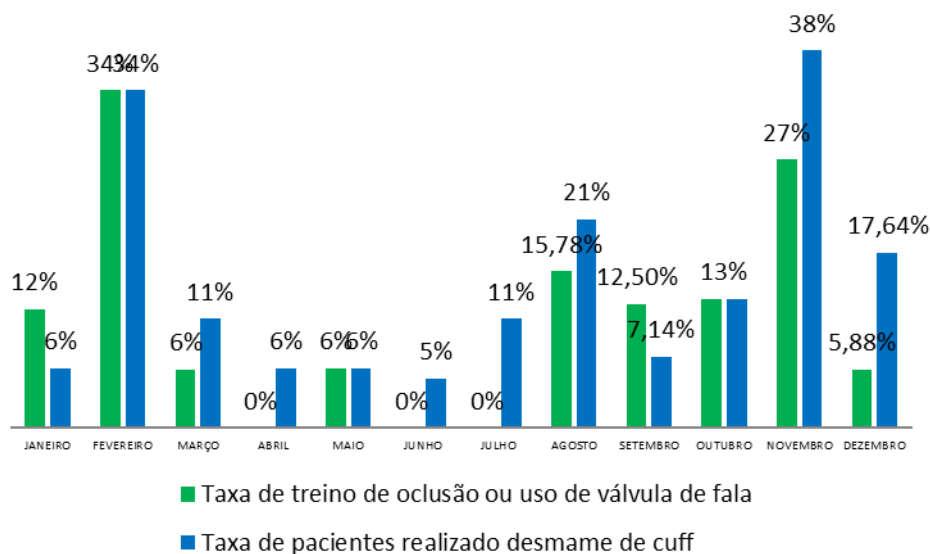
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Número de atendimentos, altas e avaliações



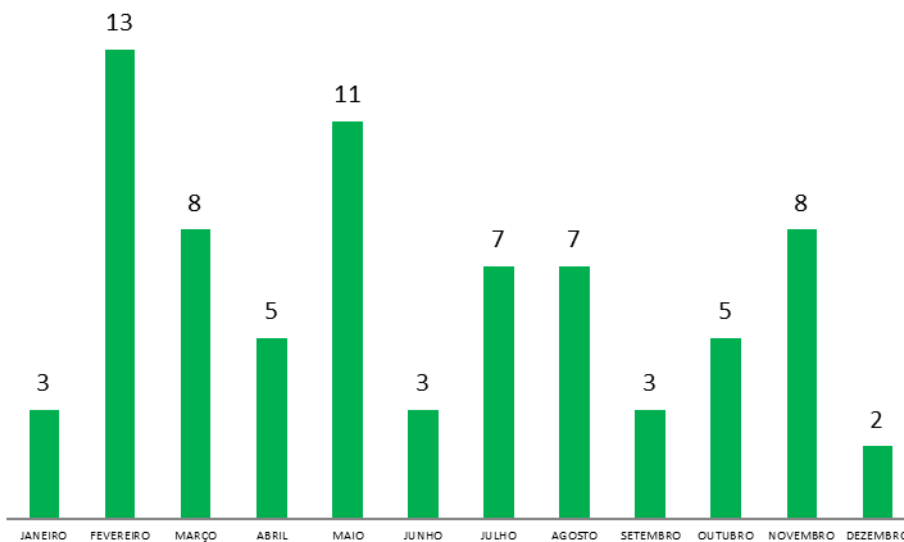
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



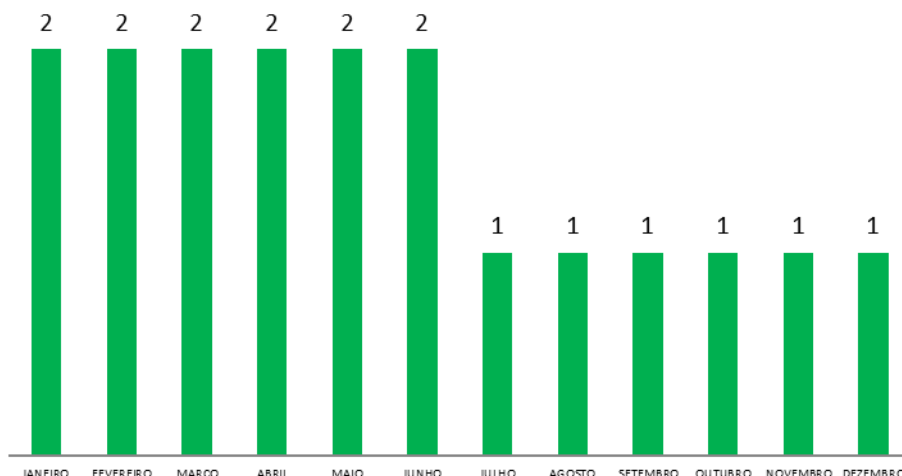
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

Gráfico 73 - Índice de intervenções fonodiaológicas realizadas.



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

3.3.6. Terapia Ocupacional

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

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

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

Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional

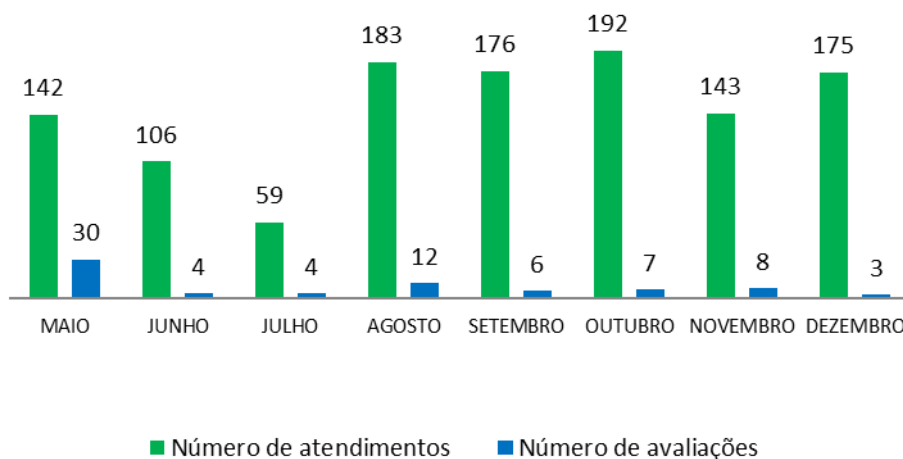
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	6	3	2	2	2	2	2
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	106	59	183	176	192	143	175
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4	4	12	6	7	8	8
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	6	2	9	5	8	5	5
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado em conjunto com a equipe multiprofissional	M/R	*	*	*	*	116	117	62	170	184	200	142	175
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	98	52	187	237	235	194	202

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

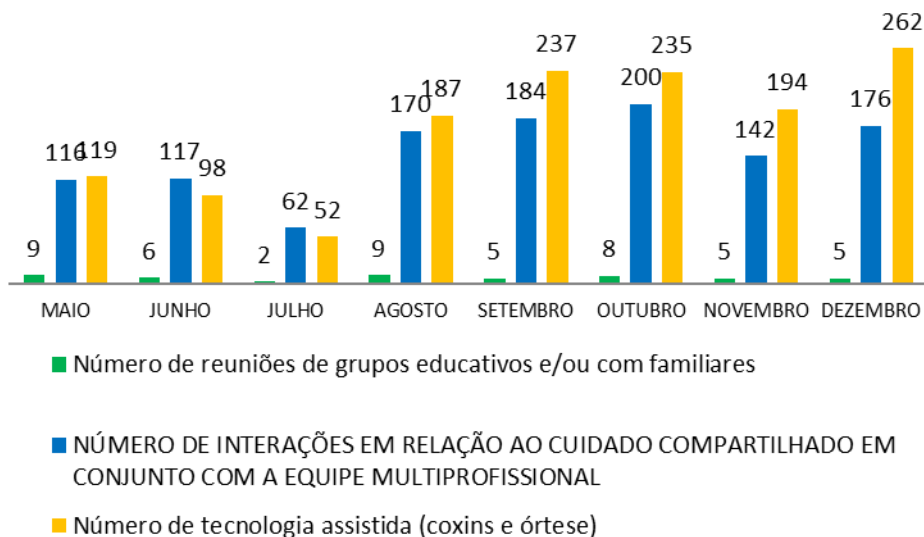
No mês de julho houve alterações nos dados retroativos de junho/2025.

Gráfico 74 – Quantitativo de produção da T.O



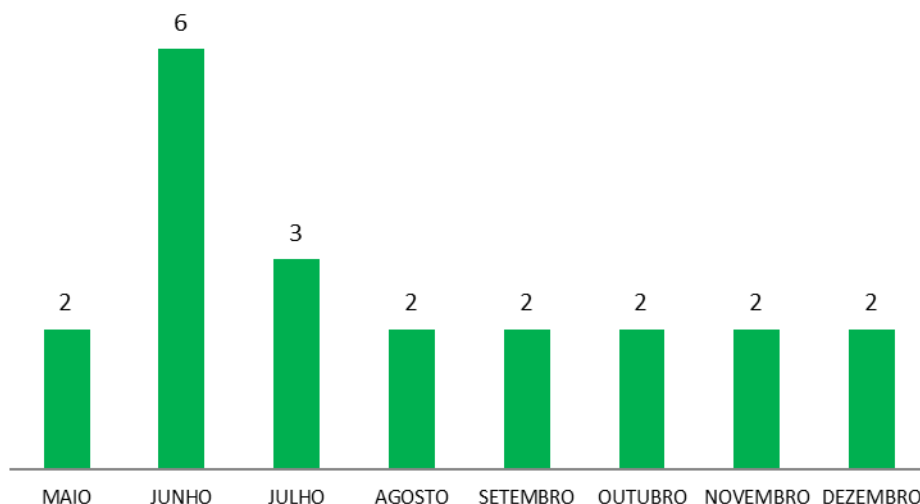
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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.

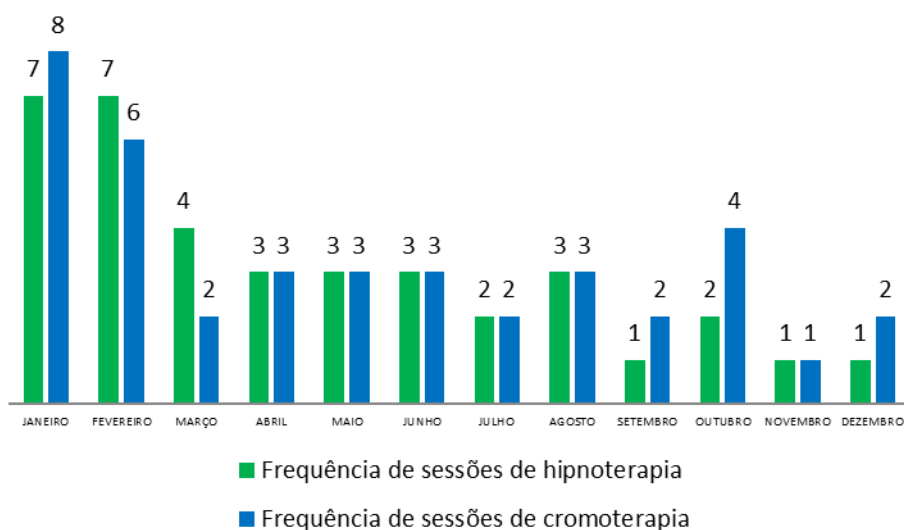
- **Ozonioterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio (O₃) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonioterapia, o ozônio é aplicado em concentrações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

Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Frequência de sessões de hipnoterapia	8	7*	7*	4	3	3	3	2	3	1	2	1	1
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8*	6*	2	3	3	3	2	3	2	4	1	2
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar**	6	4	0	0	0	2	3	8	2	3	3	1	2
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94	105	106	125	128	113	24	84
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27	31	29	24	24	3	23
Consumo de cilindro O ₂	M/R	1	1	1	2	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5

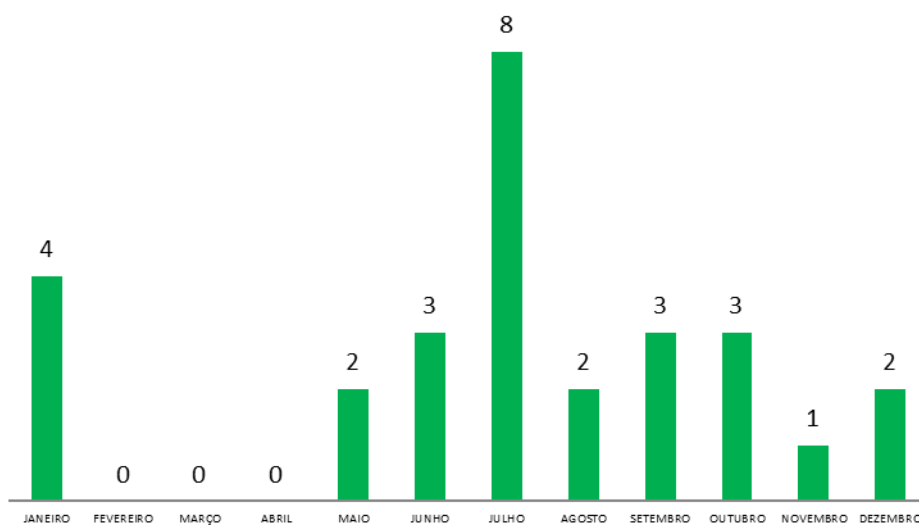
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 77 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



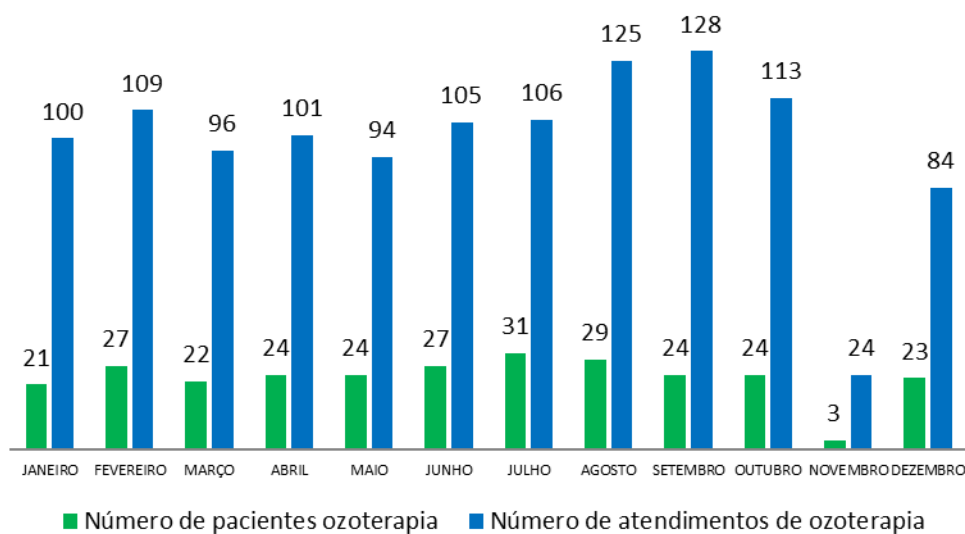
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



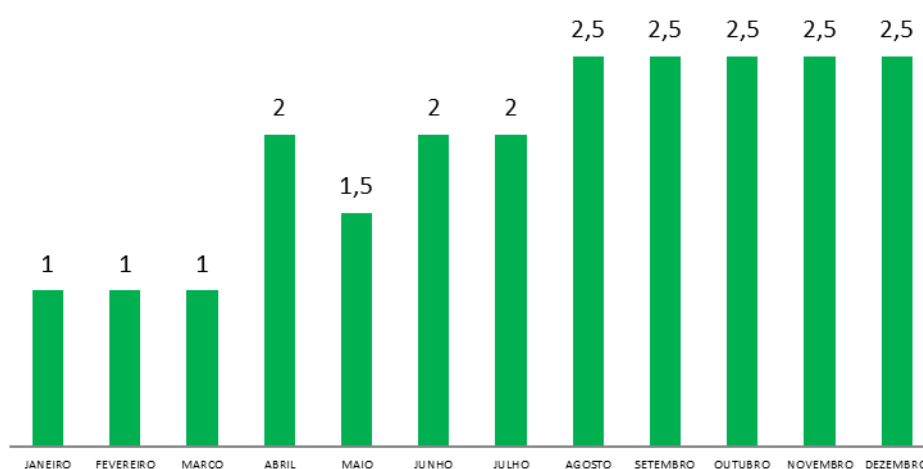
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%	1,12%	0,81%	2,98%	3,19%	2,59%	2,62%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%	3,45%	1,43%	2,86%	5,88%	4,29%	3,70%	4,17%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%	0%	2,25%	0%	2,94%	2,47%	0%	2,90%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%	0%	0%	1,01%	3,19%	2,86%	2,78%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%	28,81%	28,73%	33,33%	30,21%	34,66%	35,78%	40,84%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%	98,71%	99,22%	99%	99,17%	97,84%	97,24%	98,59%	99,65%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69	70	77	82	71	87	83	83
Número mensal de novas lesões classificadas	M/R	5	22	14	19	9	13	19	19	6	7	4	4

como comunitária													
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6	4	3	2	7	8	6	5

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

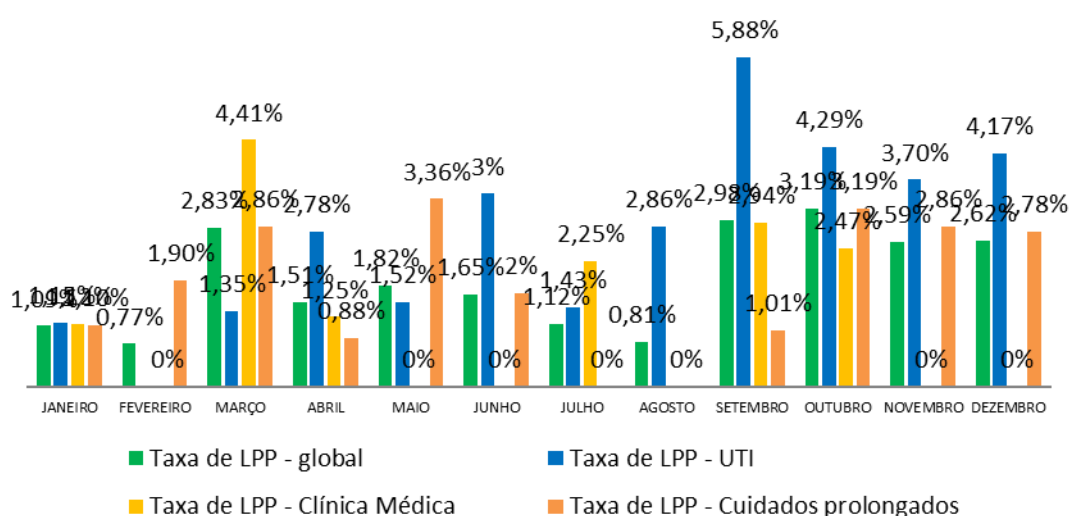
Unidade de Terapia Intensiva (UTI): No mês de dezembro, dois pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva apresentaram lesões por pressão (LPP) em região sacral, ambas classificadas como estágio 2, sendo um paciente do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos os pacientes foram avaliados diariamente por meio da Escala de Braden, sendo classificados como alto risco para o desenvolvimento de LPP e apresentavam quadro de deterioração clínica. Um dos pacientes encontrava-se em intubação orotraqueal desde 13/11, evoluindo posteriormente para traqueostomia em 28/11, tendo recebido duas transfusões de hemoderivados. O paciente foi incluído em cuidados paliativos após alinhamento com familiares e evoluiu a óbito em 22/12/2025. A segunda paciente apresentou evolução clínica favorável. Após discussão com familiares, também foi incluída em cuidados paliativos e submetida à avaliação da cirurgia vascular em 12/12/2025, realizada pela médica cirurgiã, que identificou sinais de insuficiência venosa periférica, sem evidências de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Foi sugerido desbridamento mecânico cauteloso das lesões de origem comunitária e realização de curativos de conforto. Posteriormente, a paciente foi transferida para o setor de retaguarda, onde permanece recebendo cuidados de enfermagem, apresentando evolução satisfatória, com sinais de cicatrização da lesão.

Cuidados Prolongados: foram identificados três pacientes com lesões por pressão em estágio 2, sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino, todos classificados como alto risco para desenvolvimento de LPP pela Escala de Braden. Os pacientes encontram-se em uso de dieta enteral por gastrostomia (GTT), sob cuidados paliativos, permanecem internados e apresentam evolução clínica favorável. As dietas foram revisadas em conjunto com a nutricionista, com

adequação do aporte calórico e inclusão de módulo proteico, visando auxiliar no processo de cicatrização.

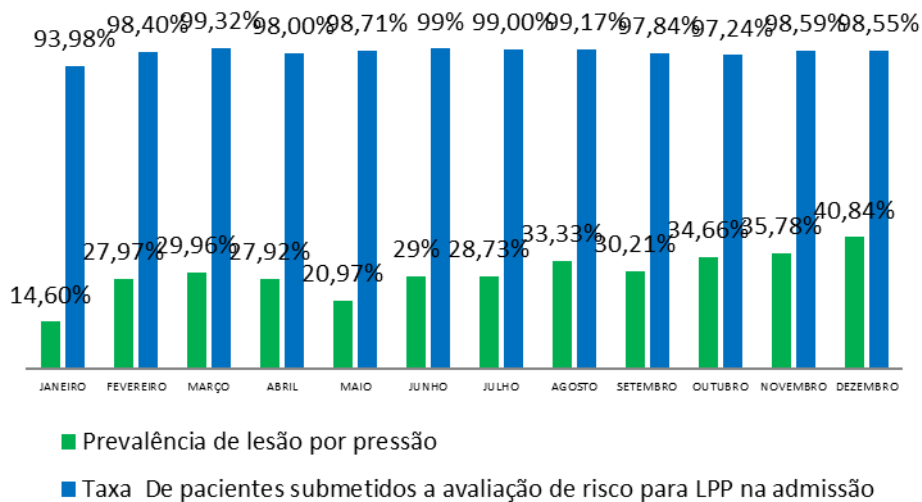
Os casos evidenciam a elevada complexidade clínica dos pacientes, especialmente aqueles em cuidados paliativos e com limitações funcionais importantes, fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento de lesões por pressão. Ressalta-se que as LPP identificadas ocorreram em pacientes previamente classificados como alto risco, com monitoramento contínuo por meio da Escala de Braden e adoção de medidas preventivas e terapêuticas compatíveis com o quadro clínico. Destaca-se, ainda, a evolução favorável observada em pacientes acompanhados na retaguarda, com processo de cicatrização em curso, reforçando a efetividade das intervenções multiprofissionais, incluindo cuidados locais, ajustes nutricionais e medidas de conforto, fundamentais para a qualidade da assistência e segurança do paciente.

Gráfico 81 – Taxa de lesão por pressão



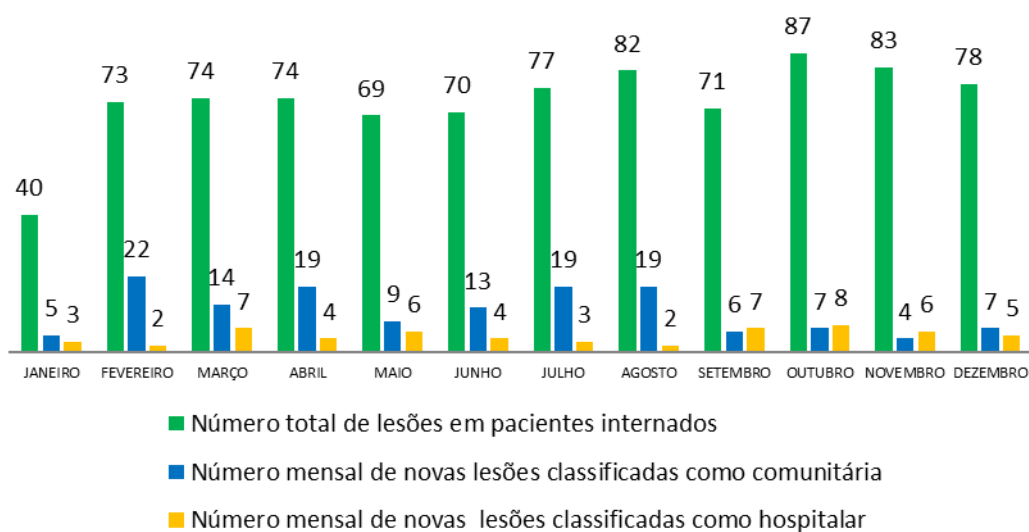
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia e Enfermagem/ SMPEP.

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%	78%	70%	82%	73%	71%	56%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%	63%	74%	72%	65%	67%	45%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%	20%	25%	22%	18%	25%	24%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128	114	110	132	114	242	204	171
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88	86	93	82	169	135	87
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40	32	45	24	124	103	68
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24	28	20	31	25	16	2

Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28	22	34	23	44	49	37
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21	28	33	26	39	23	19
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12	4	15	10	9	24	3	2
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23	19	15	23	9	31	18	8
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23	18	17	20	27	34	15	32
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3	3	4	3	3	5	2	1	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40	39	38	47	28	99	97	68
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4	8	2	5	9	7	2	2
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10	8	6	9	9	14	26	44	38

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%	60%	90%	95%	77%	97%	81%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%	43%	76%	67%	58%	95%	73%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%	15%	20%	24%	19%	22%	21%	23%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33	18	35	33	21	85	33	26
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17	21	30	20	66	32	21
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4	12	13	4	39	13	11
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7	6	2	5	11	2	2

Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3	7	8	5	19	7	6
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5	10	10	7	16	11	7
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0	3	2	3	12	2	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6	4	5	1	7	4	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4	6	7	5	5	5	3
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1	0	1	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5	13	13	6	47	16	17
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1	2	4	4	4	0	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	0	2	0	2	6	6	3

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%	100%	93%	100%	72%	58%	47%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%	83%	75%	68%	64%	58%	47%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%	17%	57%	31%	10%	17%	53%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21	15	24	14	16	40	12	17
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15	24	13	16	29	9	17
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3	8	3	4	23	10	10

Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6	8	0	4	4	0	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6	4	8	5	4	2	9
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3	0	4	3	3	9	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4	0	7	0	0	2	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2	3	3	0	0	10	3	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5	1	4	2	6	13	1	2
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6	6	6	5	6	7	7	10
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1	1	1	2	3	4	3	1	5

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%	92%	80%	100%	100%	86%	0%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%	60%	70%	73%	71%	78%	0%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%	33%	80%	67%	50%	43%	0%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	0
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9	9	12	5	3	6	14	0
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7	9	11	4	3	6	12	0

Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0	5	2	0	1	3	8	0
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2	1	5	0	0	0	0	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6	2	4	4	2	3	6	0
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0	0	0	0	0	1	1	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1	1	0	0	0	1	1	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6	7	4	5	1	3	11	0
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0

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

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%	100%	86%	88%	80%	88%	84%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%	85%	86%	92%	79%	85%	78%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%	17%	25%	25%	29%	28%	35%	26%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21	35	17	28	17	45	66	57
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20	17	24	15	36	58	48
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15	3	4	1	19	30	14
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3	2	5	7	5	6	21
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6	3	7	5	13	23	15
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11	9	8	4	8	7	7
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3	1	4	5	8	1	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2	1	2	1	2	4	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7	3	4	4	7	6	22
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14	8	11	2	15	19	10
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4	0	1	2	1	2	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1	3	4	2	11	31	18

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de nc tratada total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%	100%	60%	100%	0%	50%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%	88%	63%	89%	0%	50%	100%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%	66%	20%	20%	0%	0%	63%	50%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15	0	6	5	3	6	0	8	2
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0	6	5	2	6	0	4	2
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0	5	0	0	1	0	3	1
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0	1	1	2	4	0	0	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	5	1
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0	1	3	0	1	0	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0	0	1	3	3	0	0	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2	0	2	2	0	2	0	3	1
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	5	0

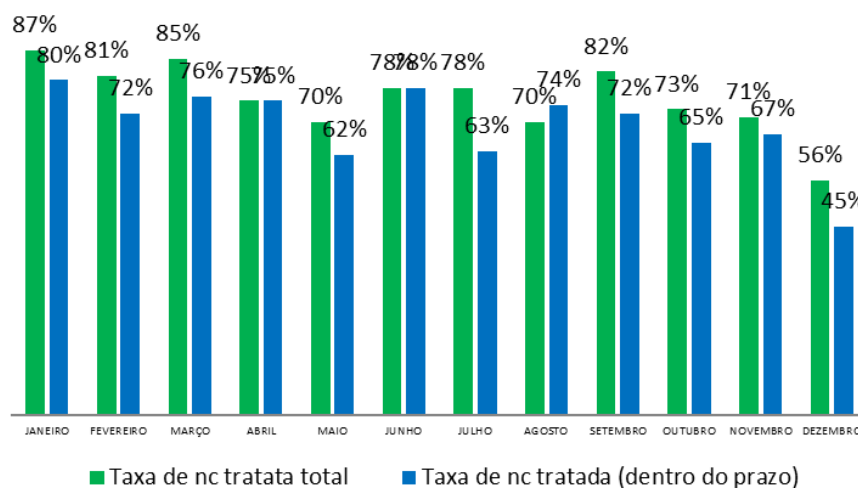
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A taxa de respostas e o tratamento das não conformidades dentro do prazo ficaram abaixo do esperado devido à alta demanda assistencial e administrativa. Apesar do acompanhamento intensificado pelo NSP, a complexidade das análises e o envolvimento intersetorial impactaram o cumprimento dos prazos. Observou-se aumento das NCs relacionadas a risco de infecção e LPP, reflexo do fortalecimento da cultura de segurança e maior vigilância dos processos. Diante disso,

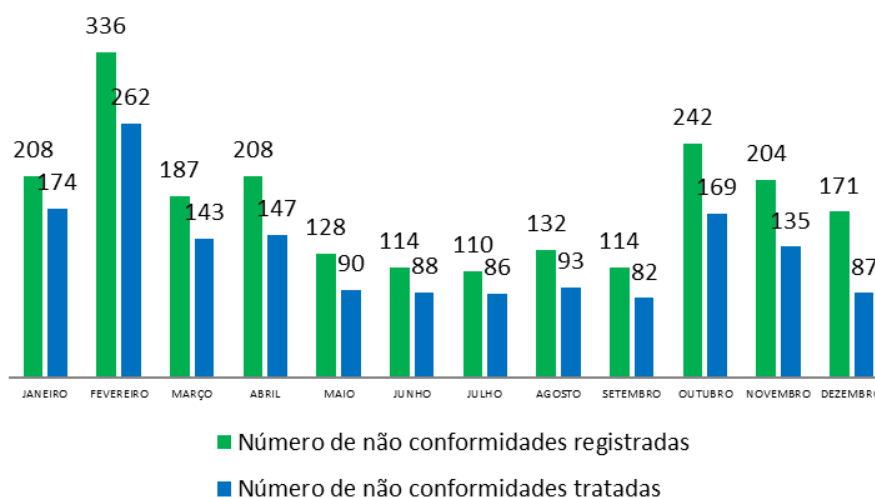
NSP/SCIH/Estomaterapia ampliaram auditorias, orientações e treinamentos focados em higienização das mãos, prevenção de LPP e segurança do paciente, já demonstrando efeitos positivos na redução das IRAS. As ações permanecem em monitoramento contínuo.

Gráfico 85 – Taxa de não conformidades (Geral Hospitalar)



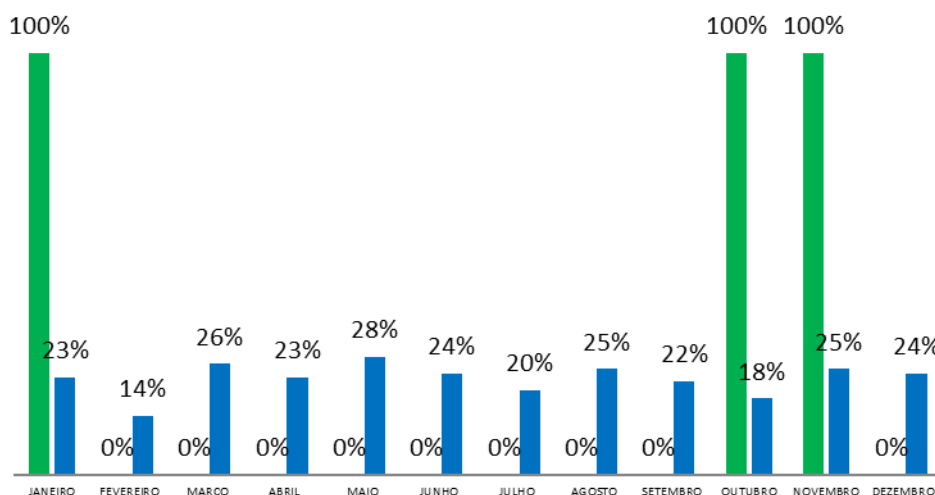
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 86 – Número de não conformidades (Geral Hospitalar)



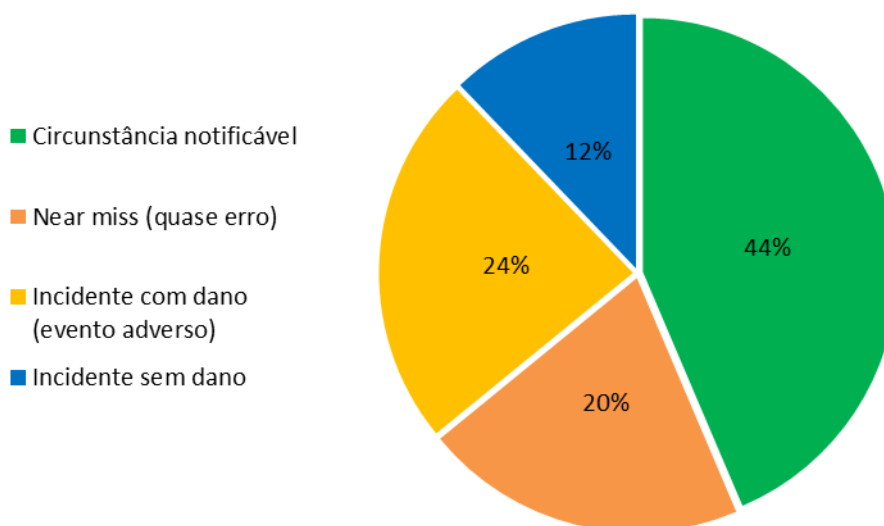
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



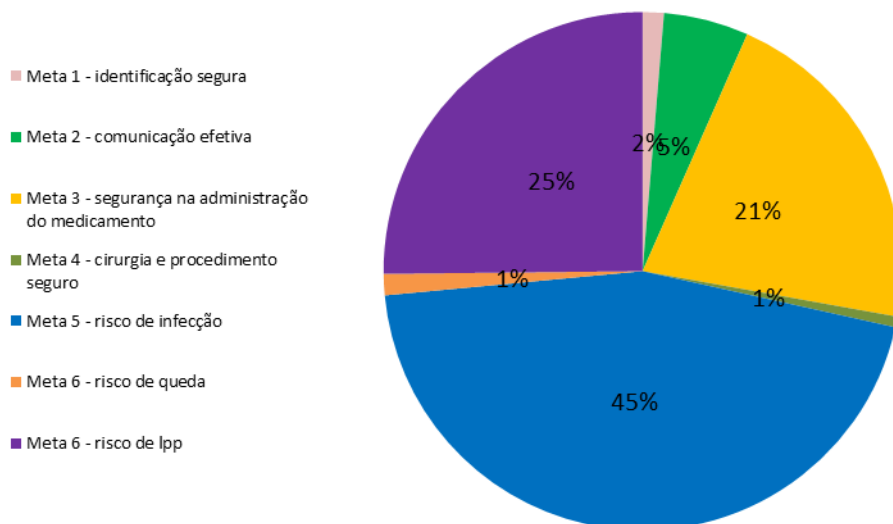
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



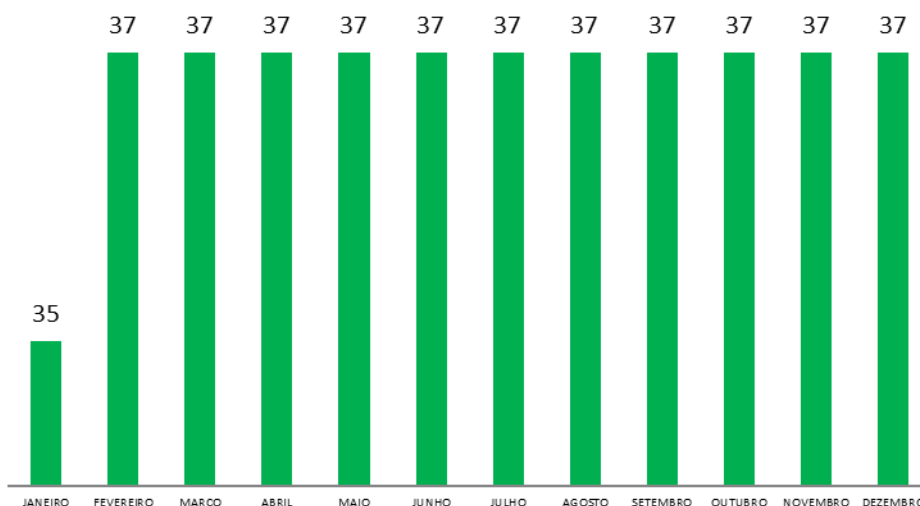
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



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

Gráfico 90 – Número de visitas técnicas (Geral Hospitalar)



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

3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10	6	11	6	2	3	4
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4,80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%	3,90%	8,87%	4,29%	1,35%	3,23%	5,33%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1,30%	2%	1,61%	1,17%	2%	1,17%	2,13%	1,19%	0,39%	0,65%	0,93%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	< 4,05%	13,16%	7,02%	7,55%	4,42%	2,6%	6,91%	9,69%	7,94%	6,90%	0%	2,23%	0%
Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%	4,31%	5,62%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	0%	0%	0%	3,76%	3,48%	3,53%	3,60%

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0	5	1	0	2	1	0	2
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3,75%	4,61%	2,72%	0%	3,47%	0,72%	0,69%	1,47%	0,73%	0%	3,36%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9,07%	7,68%	7,68%	0%	8,77%	0%	0%	2,70%	0%	0%	0%
Consumo de produto alcoólico em ml	20ml	20,74ml	22,11ml	35,18ml	22,3ml	25ml	31,92ml	20,30ml	6,54ml	11,49ml	32,12ml	32,45ml	14,18ml

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1	3	5	3	0	0	

Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%	8,60%	15,43%	8,57%	0%	0%	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%	5,35%	16,48%	26,32%	10,26%	0%	0%	0%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%	0%	18,52%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,49%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	10,37%	11,76%	5,61%	14,38%	19%	18,49%	18,05%	16,57%	14,00%	28,29%	14,41%	44%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34,12%	26,40%	39,62%	48%	52,38%	52,15%	46,91%	55,71%	63,86%	50,42%	66%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	15,72%	23,92%	10,56%	15,65%	19%	25,77%	31,52%	25,52%	19,71%	30,53%	22,25%	24%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	53,33%	88,2%	88,24%	93,33%	80%	87,50%	85,71%	88,24%	89,47%	92,31%	92,31%	100%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%	77,54%	85,71%	48,68%	96,41%	99,51%	97,90%	27%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67,63ml	76,14ml	44,16ml	53,1ml	52,55ml	65,83ml	61,78ml	44,20ml	59,43ml	47,91ml	46,53ml	36ml

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

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	2	
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%	5,13%	4,98%	5,68%	0%	27,03%	
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33,33%	0%	71,43%	0%	0%	
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%	0%	0%	0%	0%	0%	20,41%	
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%	6,34%	10,77%	1,99%	5,68%	4,02%	17,58%	

Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	14,21%	3,68%	13,21%	0%	3,63%	2,44%	15,38%	3,98%	7,95%	18,39%	58,11%	94,21%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	12,18%	15,34%	12,74%	0%	7,25%	12,20%	9,23%	12,94%	16,48%	13,22%	45,95%	94,21%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%	0,00%	100%	100%	100,00%	100%	75,00%	94,21%
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%	96,67%	94,21%
Consumo de produto alcoólico em ml	20ml	26,50ml	40,61ml	4,91ml	28,08ml	69,02ml	69,76ml	35,69ml	45,77ml	18,07ml	17,70ml	132,48ml	94,21%

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

Devido às obras no setor da Clínica Médica, a UTI Bem-Te-Vi permaneceu ocupada por pacientes de clínica médica durante o mês de dezembro de 2025. Essa alteração excepcional no perfil de atendimento impossibilitou a mensuração dos indicadores assistenciais da unidade no período.

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

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4	1	5	0	1	1	2
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,35%	0,64%	0,66%	0,94%	1,30%	0,31%	1,23%	0%	0,3%	0,33%	0,50%

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

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

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

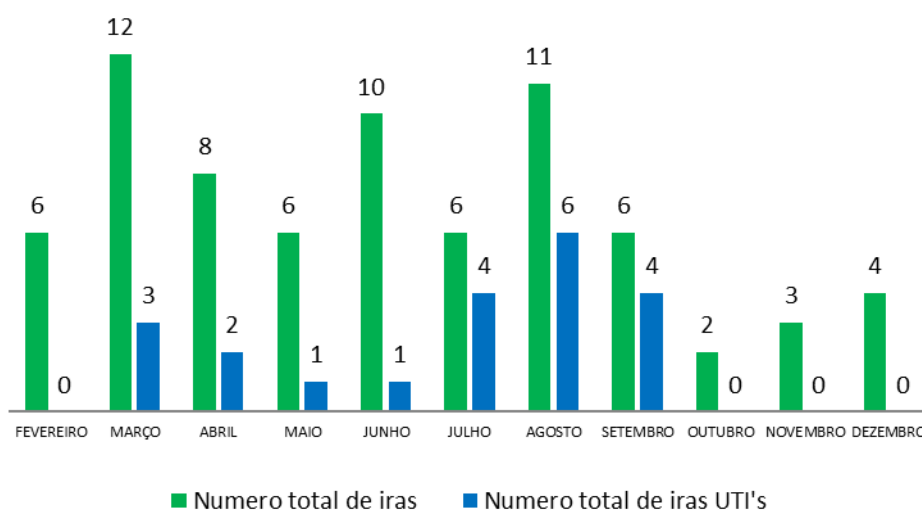
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – SCIH

No mês de dezembro tivemos quatro casos de IRAS, sendo três casos de CDI e um de ITU. Foi reforçada com a equipe a importância da higienização das mãos, com uso de água e sabão, nos casos de suspeita ou confirmação de CDI.

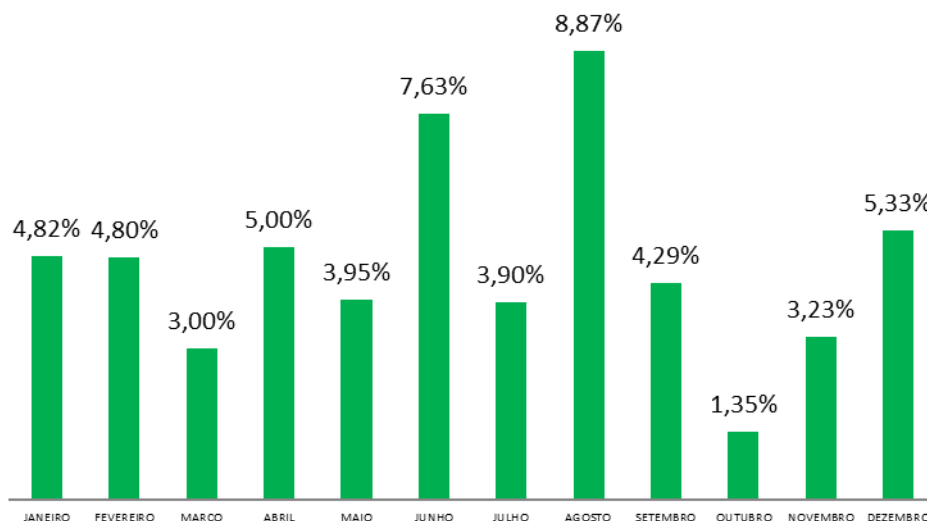
O documento de Inserção de SVD foi enviado para validação, possibilitando a continuidade do processo e a realização do treinamento voltado à prevenção de ITU. No mês de dezembro, devido a reformas internas, a UTI BEM-TE-VI estava com o perfil de CM, dados referentes aos pacientes estão no campo do setor "CM Colibri". No mês de dezembro não atingimos a meta mínima de uso de ML de álcool em gel no setor da Colibri, estamos reforçando diariamente esta boa prática assistencial.

Gráfico 91 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



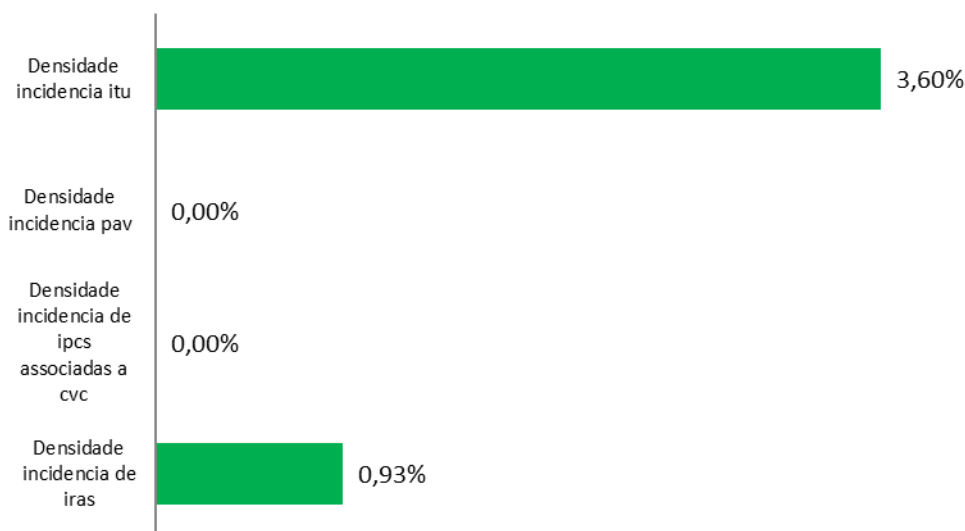
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



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

Gráfico 93 - Densidade Incidência em dezembro de 2025



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

3.4.3. Vigilância em Saúde

- Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.

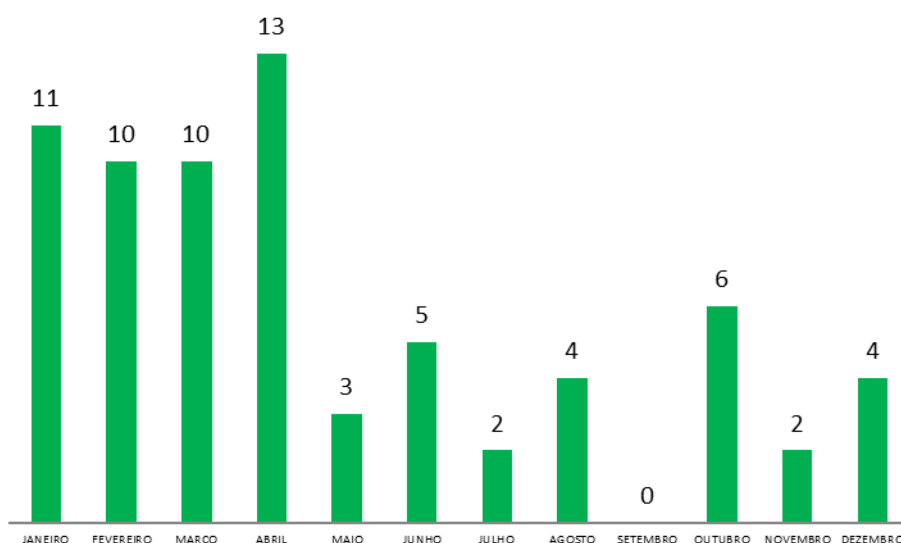
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos de saúde pública para garantir a segurança sanitária da população atendida pela instituição hospitalar.

Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3	5	2	4	0	6	2	4
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0	0	0	2	0	1	0	0
Quantidade de paciente com dengue- proveniente do hmg	M/R	0	2	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%	0%	0%	8,33%	0%	5,55%	0%	0%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2	0	0	0	1	1	1
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1	2	3	1	2	0	0
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Notificações de violência	M/R	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	1

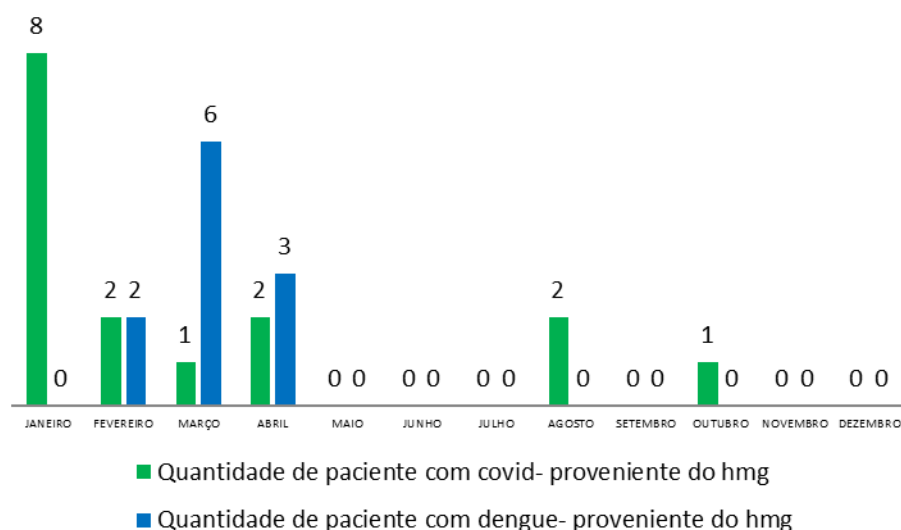
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 94 – Número de notificações realizadas



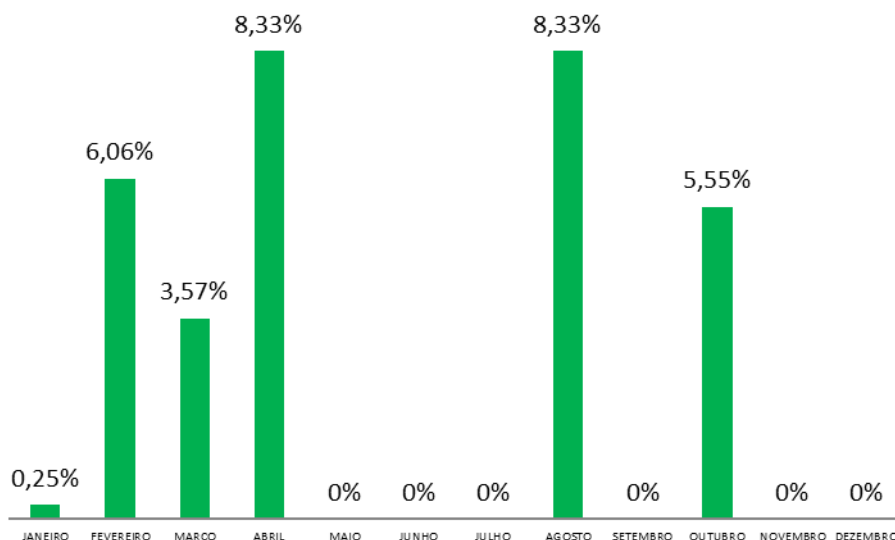
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



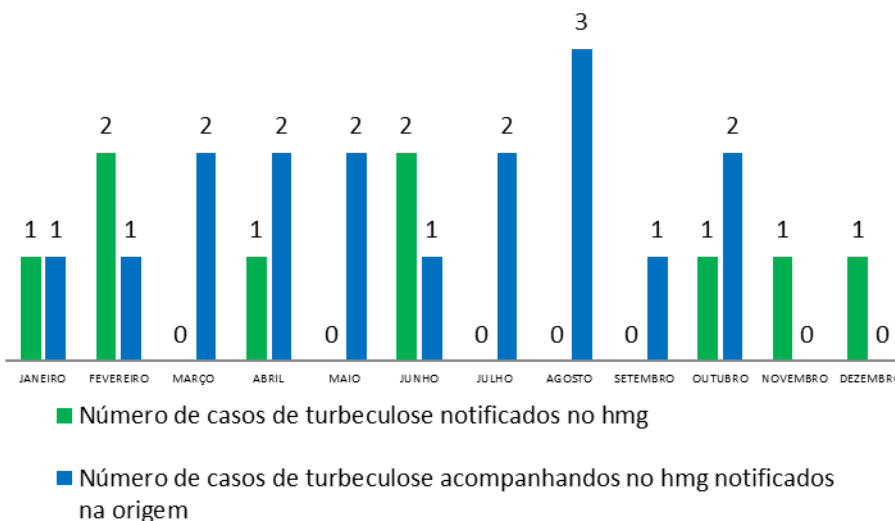
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 96 – Taxa de teste positivo para COVID



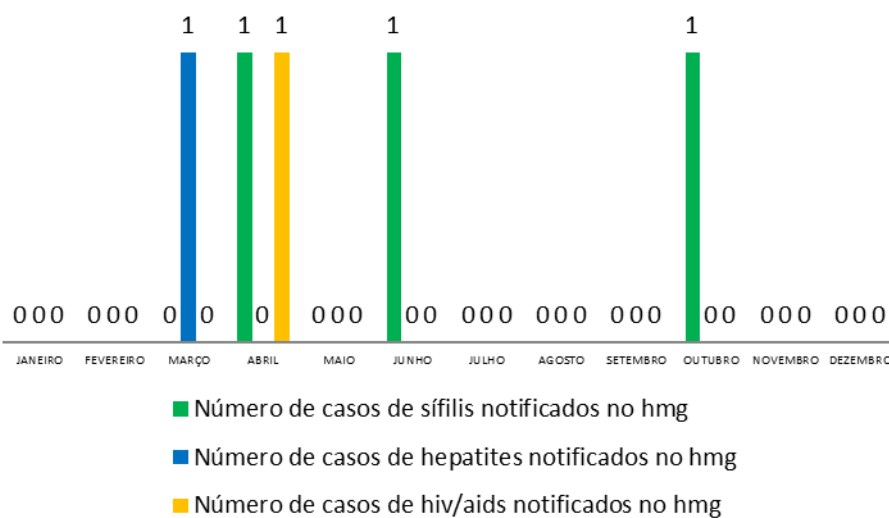
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 97 – Número de casos de tuberculose



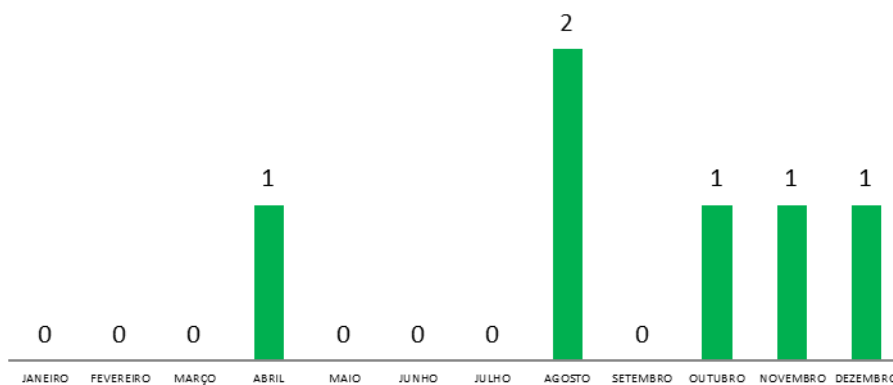
Fonte: Relatório Interno – Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%	88%	85%	91%	85%	83%	86%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5	8	5	4	4	5	3	5	6	8	4
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155	128	160	121	139	145	71	69
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170	149	182	142	153	170	86	80

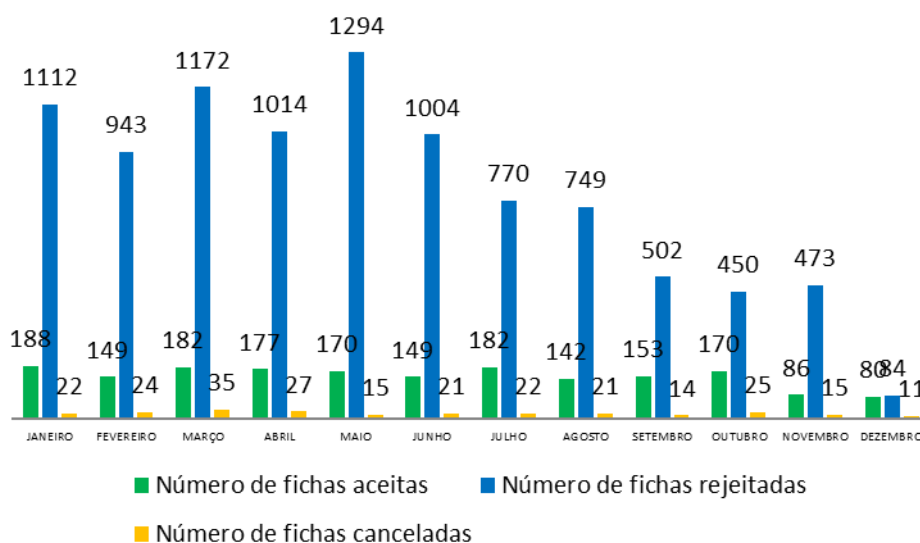
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004	770	749	502	450	473	84
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21	22	21	14	25	15	11
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13	12	11	12	21	11	17
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126	129	88	110	129	87	49
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139	141	99	122	150	98	66
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5	8	2	2	1	4	5	3	0
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0	2	1	2	2	0	0	2	0
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

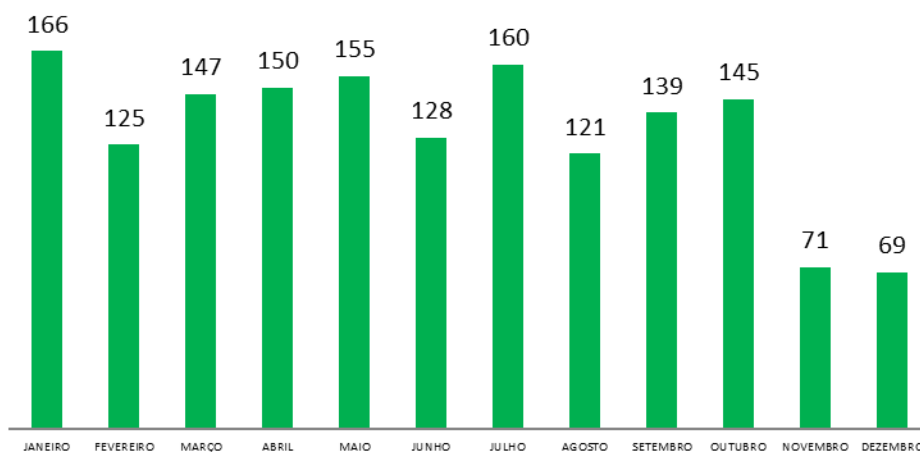
A redução no número de admissões e remoções no mês está diretamente relacionada à reforma em andamento no setor de Clínica Médica (Colibri). Além disso, a UTI Bem-te-Vi permaneceu sem dados registrados, pois encontra-se temporariamente inativa devido às obras, operando provisoriamente com perfil de Clínica Médica.

Gráfico 100 – Análise das Fichas CROSS



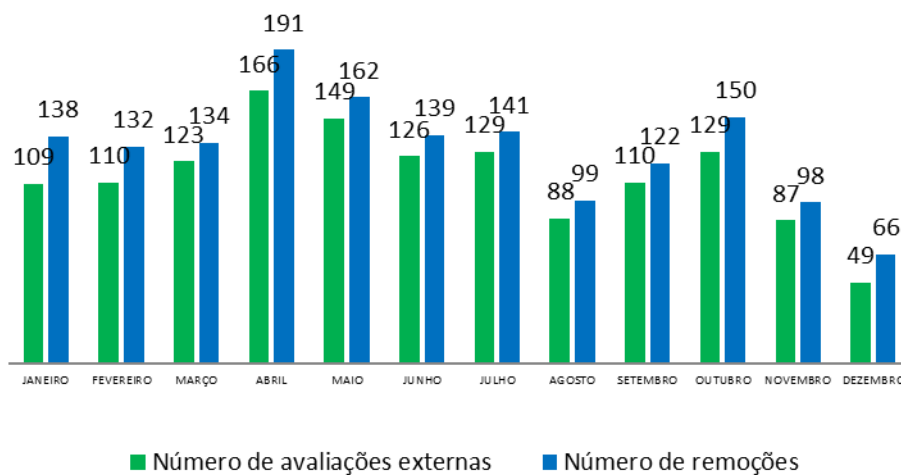
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101 – Número de Pacientes Admitidos



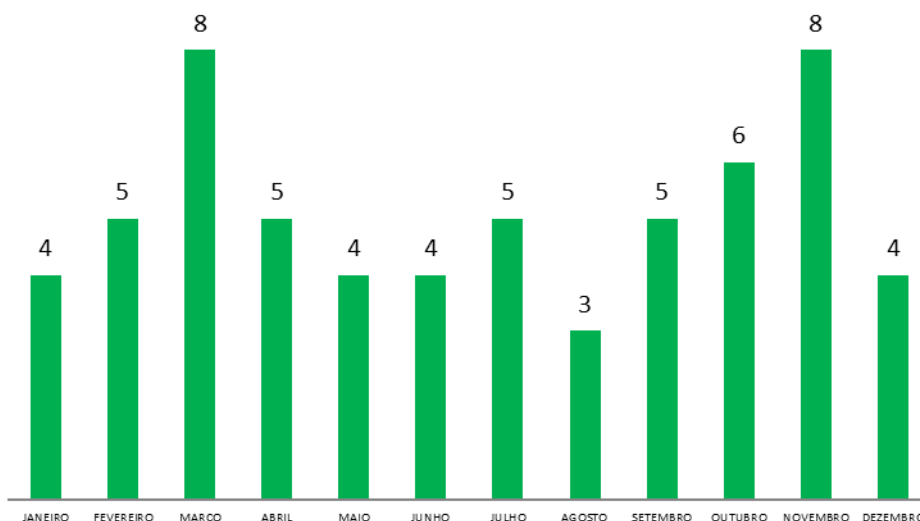
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 102 – Serviço de Ambulâncias



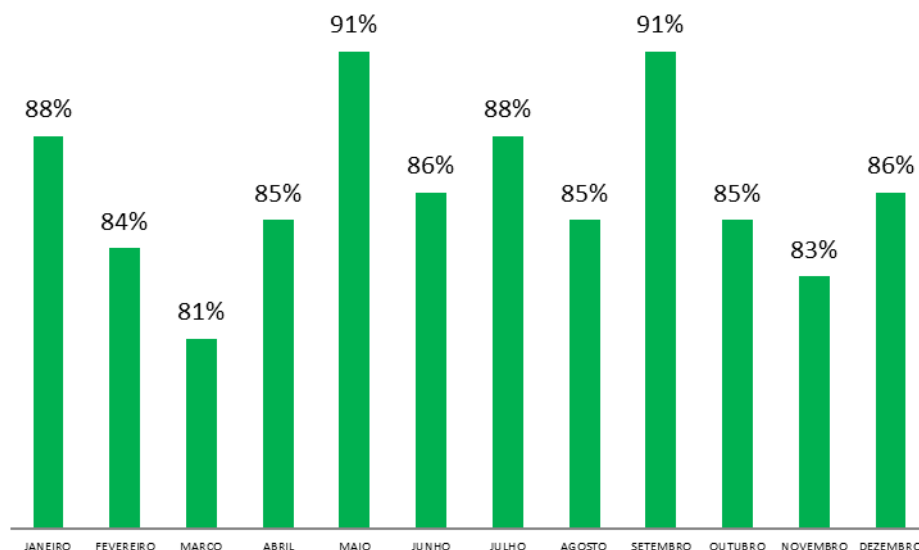
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



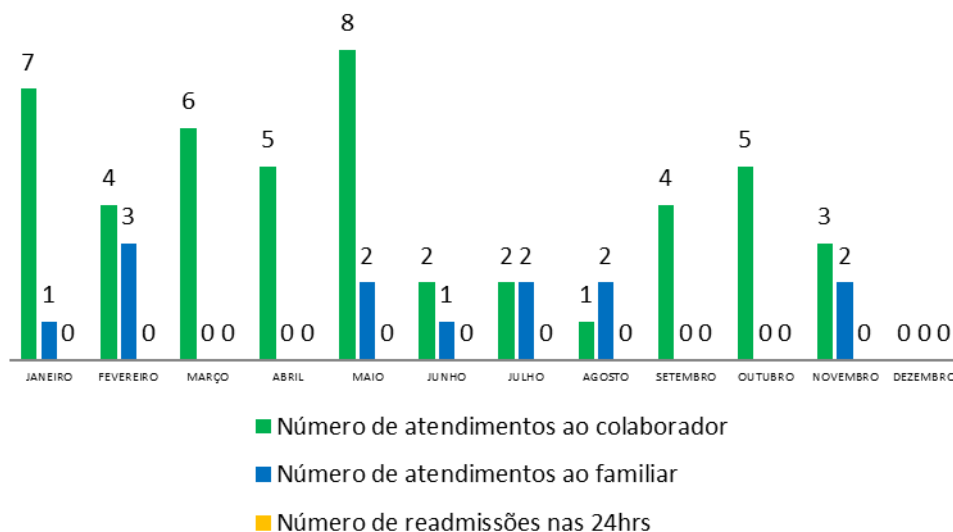
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 104 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

Gráfico 105 – Número de atendimentos e readmissões



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

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP

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

- **Desenvolvimento de Programas de Formação:** Elaborar e coordenar programas de educação e treinamento contínuo para todas as categorias profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos.
- **Capacitação e Treinamento:** Organizar cursos, workshops, seminários e treinamentos práticos para promover a atualização de conhecimentos e habilidades técnicas.
- **Gestão de Recursos:** Administrar recursos educacionais, como materiais didáticos, plataformas de e-learning e equipamentos de treinamento.
- **Estágio/internato:** O Hospital Municipal Guarapiranga mantém parceria com a Escola Municipal de Saúde e com diversas instituições de ensino, oferecendo campo de prática para estudantes de cursos técnicos e de nível superior na

área da saúde. Essa iniciativa contribui significativamente para a formação profissional e para o fortalecimento do vínculo entre ensino e serviço. As atividades ocorrem de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã, tarde ou integral, conforme o planejamento de cada curso.

Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%	94%	78%	92%	83%	84%	99%
Taxa de avaliação do pós teste*	> 50%	0%	0%	0%	0%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	88%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12	24	22	24	21	22	19	25
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594	1093	1567	2032	1099	969	1041
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32	657,10	1087	1484	1403,3	909	606	1034
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11	1,39	1,35	1,09	1,23	1,03	1,09
Taxa de treinamentos previstos em LNT	M/R	*	*	*	*	*	*	*	20,83%	19,05%	19%	27,78%	100%

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CLÍNICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Pesquisa de reação e pré e pós teste não teve treinamento elegível, não tivemos treinamentos elegível a taxa de eficácia.

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	SEQUENCIAL	5	30	2

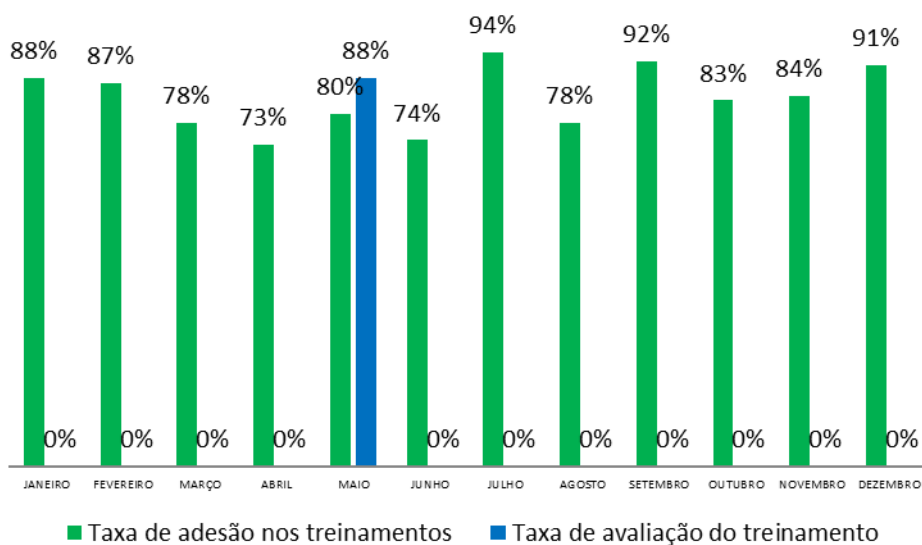
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM				
FEVEREIRO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	17	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	13	1
MARÇO	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	10	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	2	9	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	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
	NUTRIÇÃO	UNIP	2	6	2
NOVEMBRO	MEDICINA	UNISA	1	3	2

	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	1	6	1
	ENFERMAGEM	AFE VELEIROS	1	5	1
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	5	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1
DEZEMBRO	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1

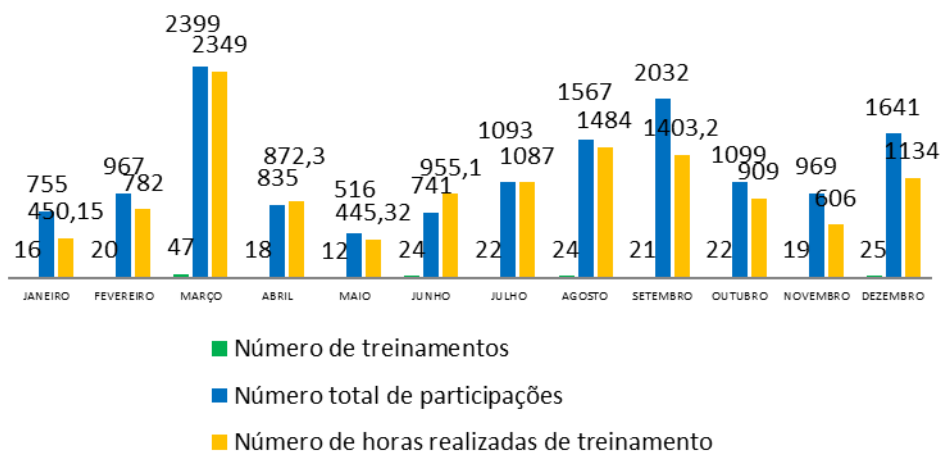
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 106 – Taxa de treinamentos



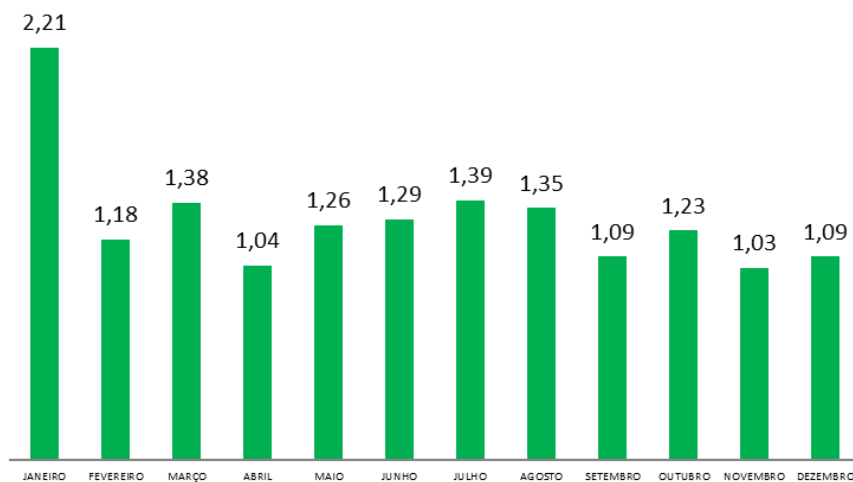
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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



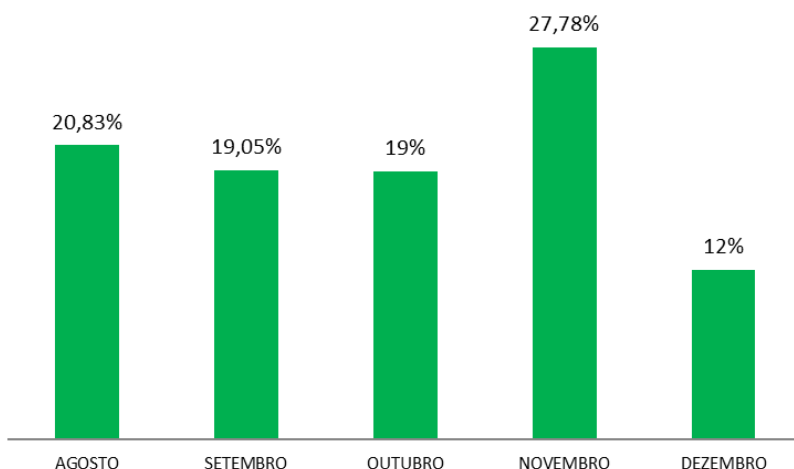
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 108 – Homem hora



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 109 – Taxa de treinamentos previstos em LNT



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

LISTA DE TREINAMENTOS EM DEZEMBRO DE 2025

- DSS - Gerenciamento de riscos ocupacionais;
- DSS - Gerenciamento de riscos ocupacionais – EPI;
- DSS - Sobre NR 32 adorno zero;
- DSS NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- DSS Round de segurança do trabalho;
- DSS - NR17- ergonomia;
- DSS - Gerenciamento de riscos ocupacionais;
- DSS - Gerenciamento de riscos ocupacionais – EPI;
- DSS Round de segurança do trabalho;
- DSS sobre PGRSS;
- Treinamento NR1 riscos psicossociais;
- Simulado de catástrofe 2025;
- Fluxo de saída e permanência de paciente para procedimento externo;
- Uso correto de máscara N95;
- Prevenção de lesões, cuidados com a pele, dispositivos GTT e SNE;
- Treinamento sobre gestão a vista;
- Rotinas assistenciais e protocolos institucionais da enfermagem;

- Rotinas assistenciais e protocolos institucionais SCIH;
- Rotinas assistenciais e protocolos institucionais na gestão de alta;
- Treinamento 15 minutos qualidade - supervisão operacional;
- Boas práticas de coleta;
- Colchão pneumático;
- Comunicação efetiva;
- Conscientização e prevenção contra hiv, aids e cancer de pele;
- Avaliação cultura de segurança do paciente.

3.5. SUPRIMENTOS

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

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

3.5.1. Farmácia

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

Tabela 67 – Indicadores de Farmácia

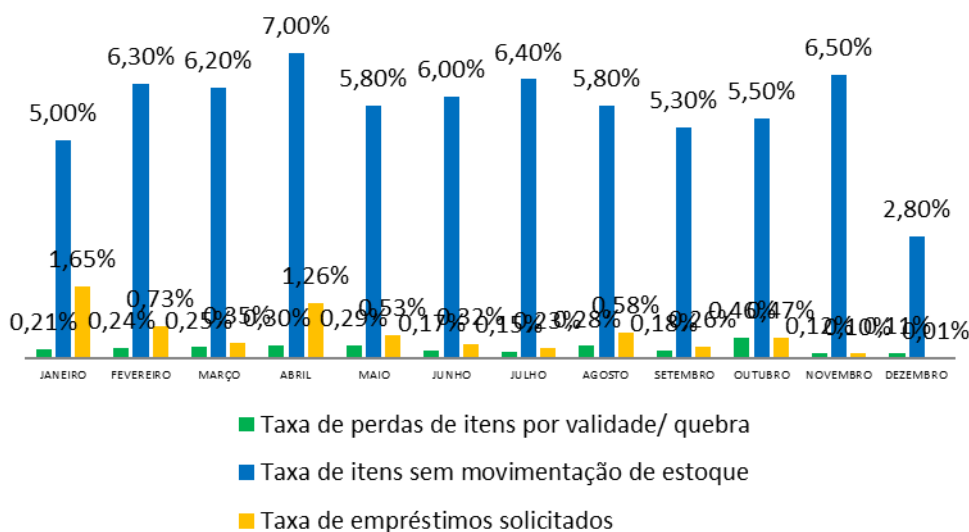
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%	0,30%	0,29%	0,17%	0,15%	0,28%	0,18%	0,46%	0,12%	0,11%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%	6%	6,40%	5,80%	5,30%	5,50%	6,50%	6,80%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%	0,23%	0,58%	0,26%	0,47%	0,10%	0,01%
Intervenções farmacêuticas realizadas	M/R	21%	23%	28%	22%	22%	16%	14%	17%	13%	14%	8%	10%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%	99%	100%	100%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

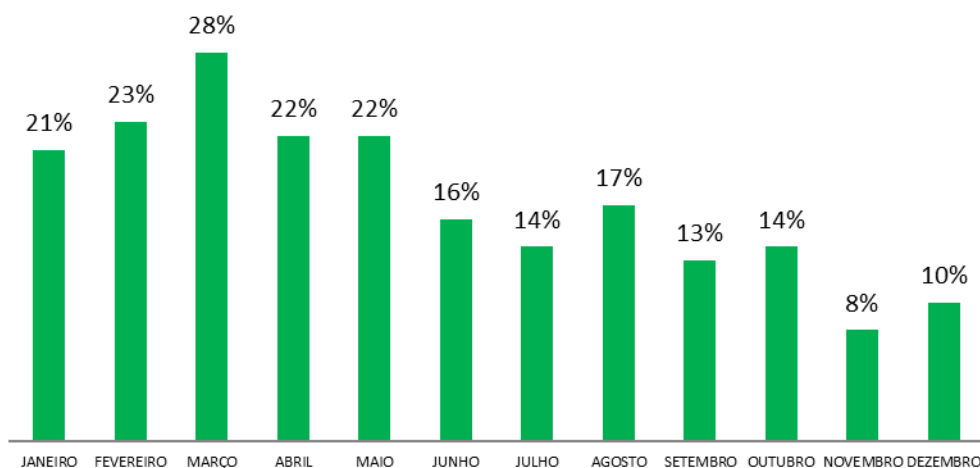
O indicador de itens sem movimentação apresentou redução em relação ao mês anterior devido à movimentação do item que estava parado em estoque — **circuito respiratório adulto autoclavável** — que teve saída registrada no período.

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



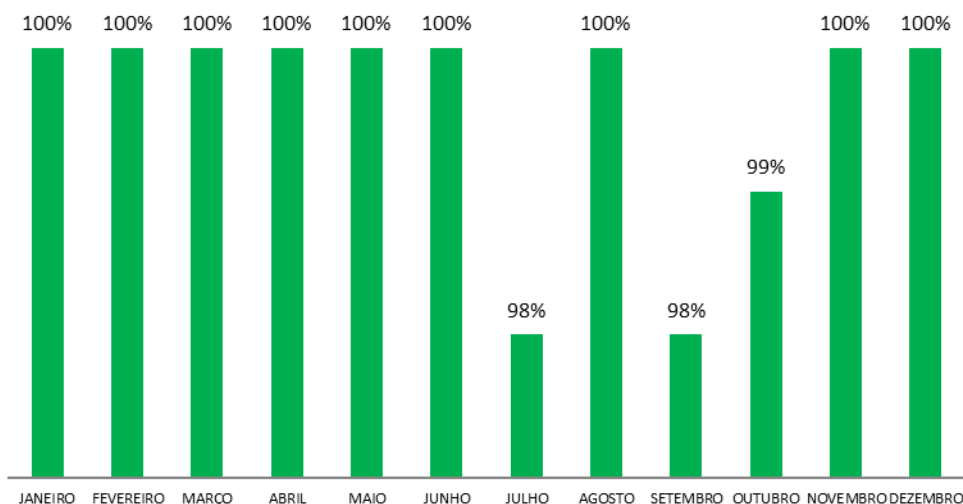
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 111 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



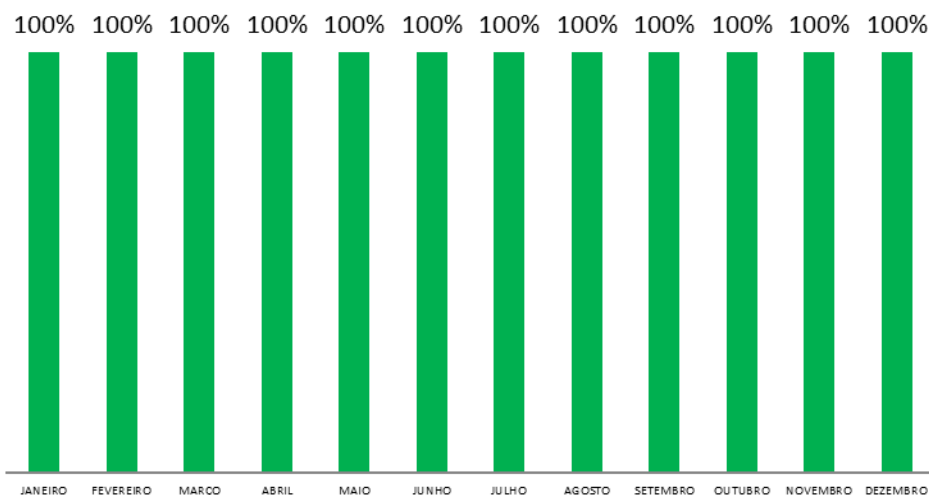
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 112 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

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



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

3.6. Compras

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

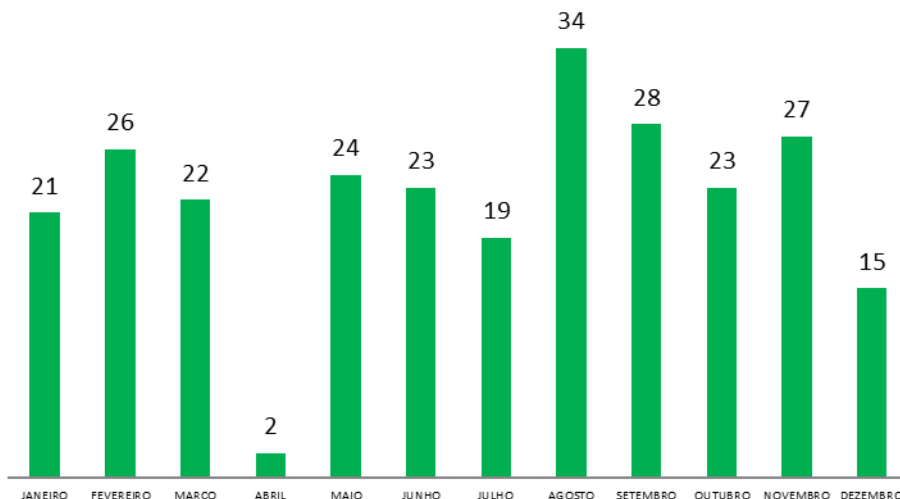
- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 68 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23	19	34	28	23	27	15
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103	96	103	104	93	98	79
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%	97%	98%	96%	93%	95%	97%
Percentual de entrega parcial	< 15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%	3%	5%	4%	7%	5%	3%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%	5,86%	6,72%	4,70%	6,21%	5,79%	7,74%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1	0	2	0	1	0	2	1	0

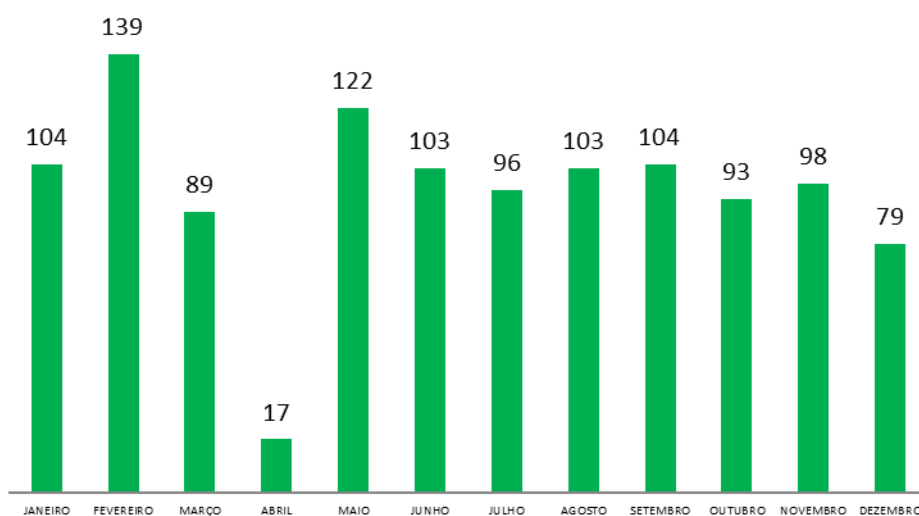
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 114 – Lançamentos de cotações



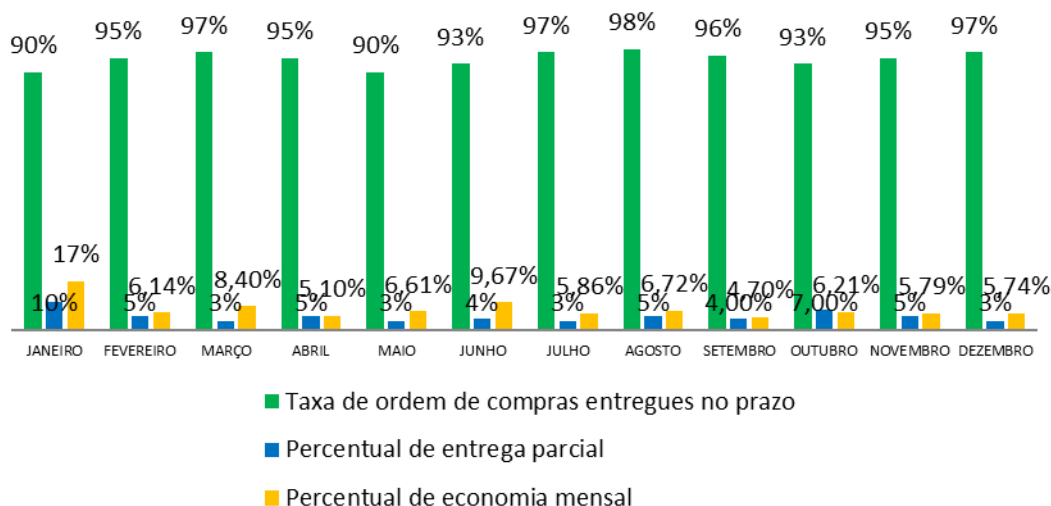
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 115 - Total de ordens de compras geradas



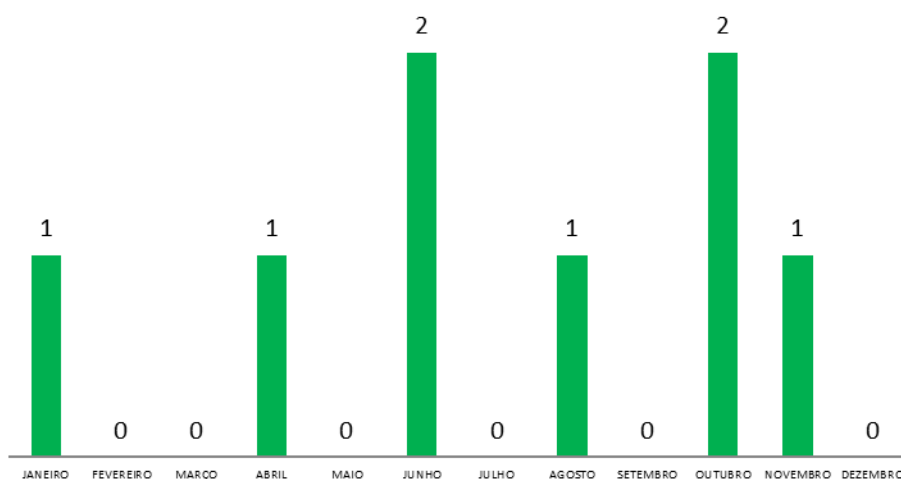
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 117 – Número de compras emergenciais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.7. INFRAESTRUTURA

A infraestrutura hospitalar não se limita apenas aos edifícios e equipamentos físicos, mas também engloba sistemas de tecnologia da informação, recursos

humanos bem treinados e processos operacionais eficazes. Uma infraestrutura bem projetada e mantida não só contribui para a segurança dos pacientes, mas também melhora a eficiência dos serviços prestados, facilita o fluxo de trabalho dos profissionais de saúde e ajuda na prevenção de eventos adversos, como infecções hospitalares e erros médicos. É um componente vital para o funcionamento seguro e eficaz de qualquer unidade de saúde.

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%	96%	90%	93%	85%	85%	86%
Tempo médio de atendimento de chamado	< 10:00	03:18	04:38	09:51	07:58	10:51	07:45	15:21	14:17	17:09	15:11	17:02	15:00
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%	12%	10%	11%	9%	6%	4%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	98%	100%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

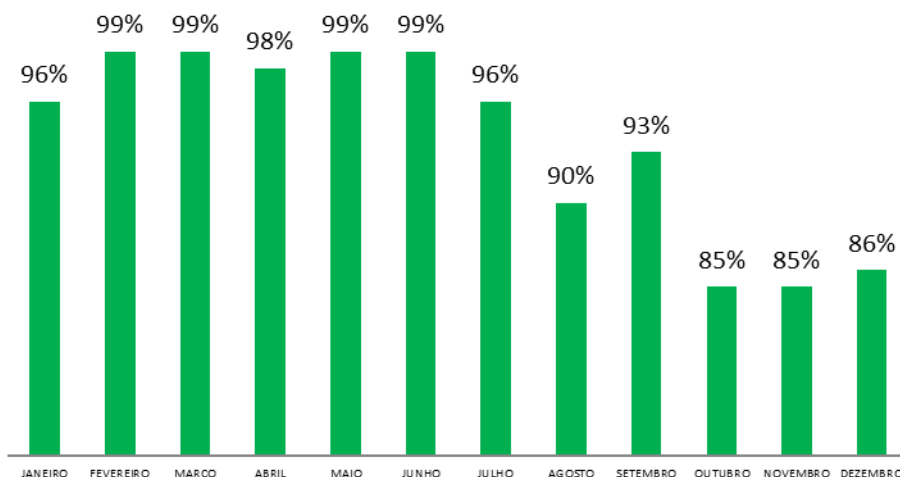
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%	96%	90%	93%	85%	85%	71%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15	0	0	0	0	50	25	28	0
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126	103	122	200	136	115	101
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3	0	0	0	2	0	0
Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294	328	295	290	280	209	179
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16	5	4	5	34	47	10
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137	61	113	59	67	90	58

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

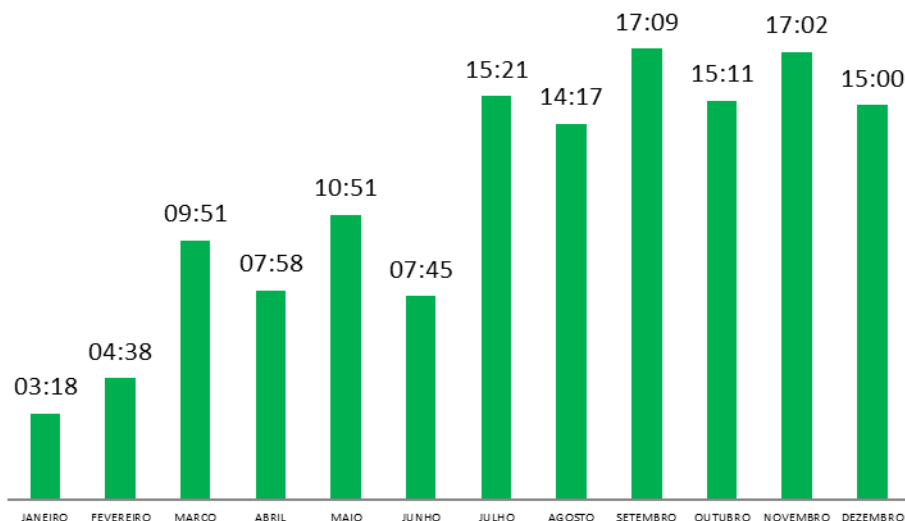
No mês de dezembro, o Tempo Médio de Atendimento de Chamados ficou em 15 horas, acima da meta estabelecida de menos de 10 horas. O principal fator que comprometeu o desempenho foi a dependência da Engenharia Clínica em empresas terceirizadas para a execução de manutenções específicas, como reparos em camas hospitalares, e equipamentos médico hospitalar. Esse fluxo externo exige agendamento, disponibilidade de técnicos e, em alguns casos, espera por peças, o que prolonga o tempo de resolução dos chamados e impacta diretamente o cumprimento da meta no período.

Gráfico 118 – Taxa de ordem de serviços finalizados



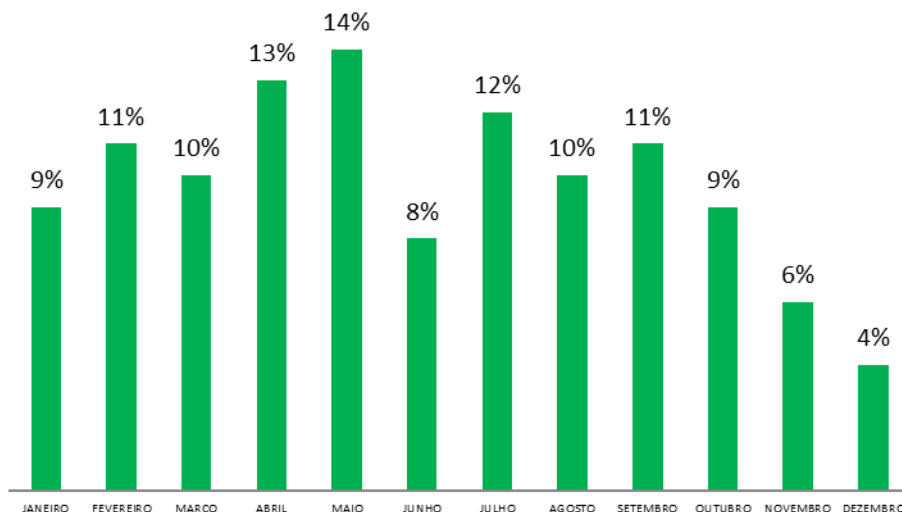
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 119 – Tempo médio de atendimento de chamado



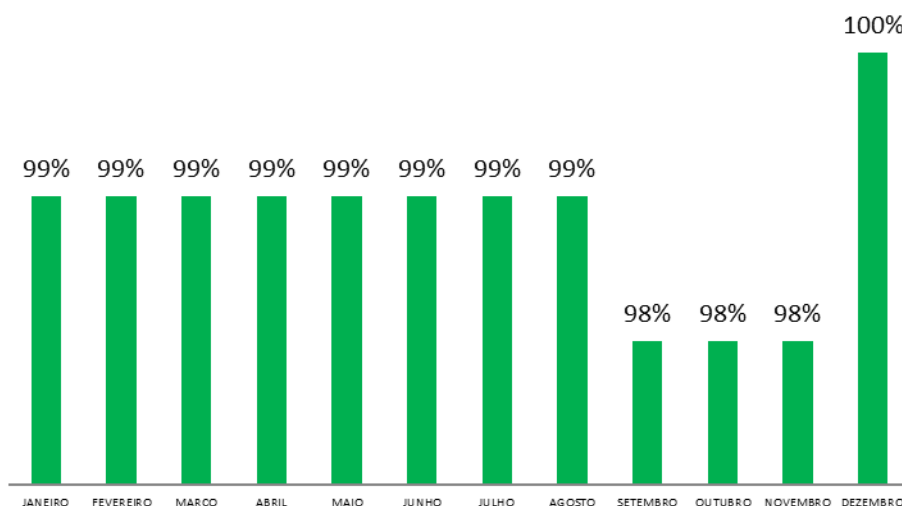
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 120 – Reincidência de manutenção corretiva



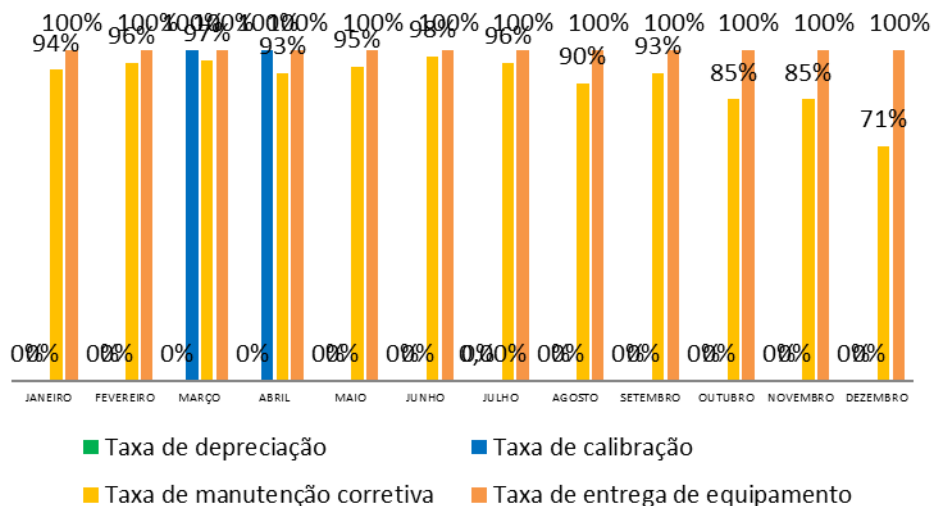
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 121 – Taxa de disponibilidade do equipamento



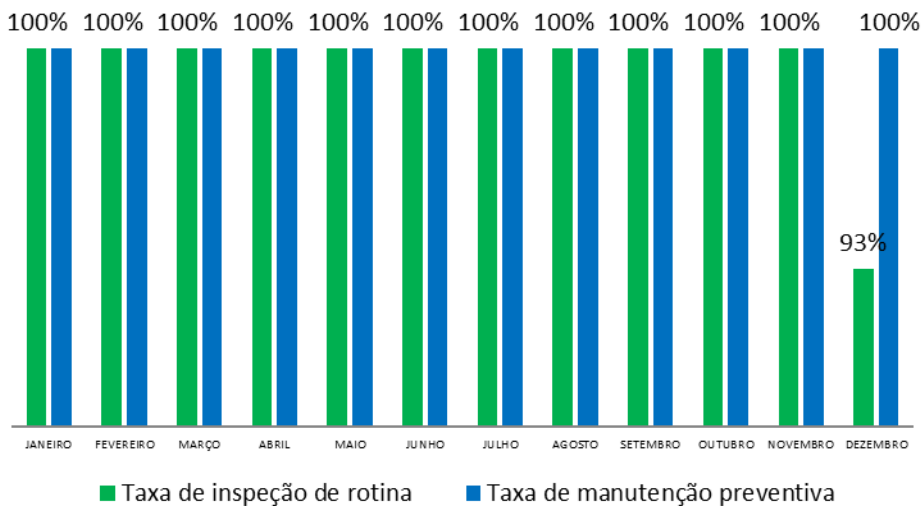
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

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



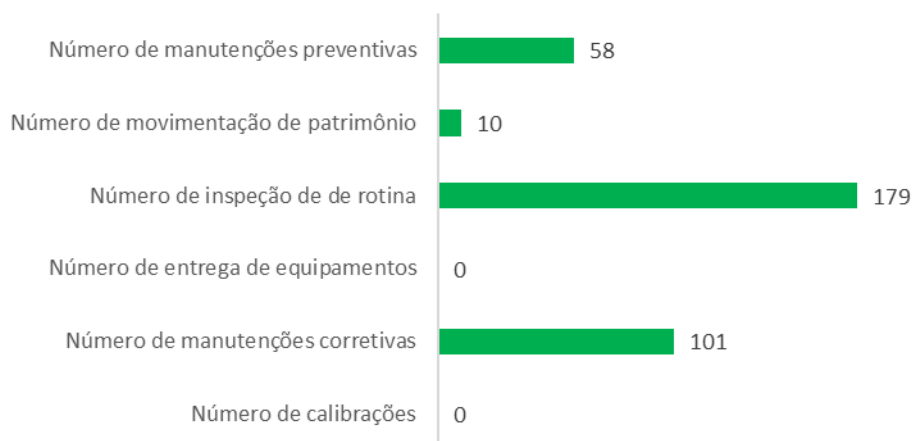
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 123 – Taxa de inspeção e manutenção



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 124 – Quantitativo de produção Engenharia Clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

3.7.2. Manutenção Predial

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

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

Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%	100%	80%	88%	92%	95%	95%
Tempo médio de atendimento de chamado	120min	69,63min	95,21min	23min	12min	7,1min	10,72min	2,12min	21,40min	37,33min	31,84min	22,98min	22,98min

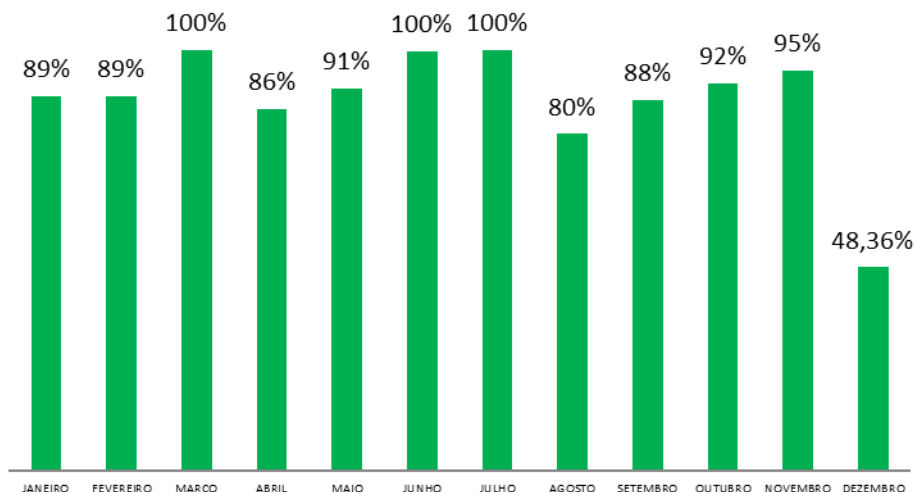
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%	100%	80%	88%	92%	85%	37%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	108%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	6,25
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239	185	179	169	197	124	101
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172	188	187	181	214	193	240
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95	58	78	109	134	128	80
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA MANUTENÇÃO PREDIAL

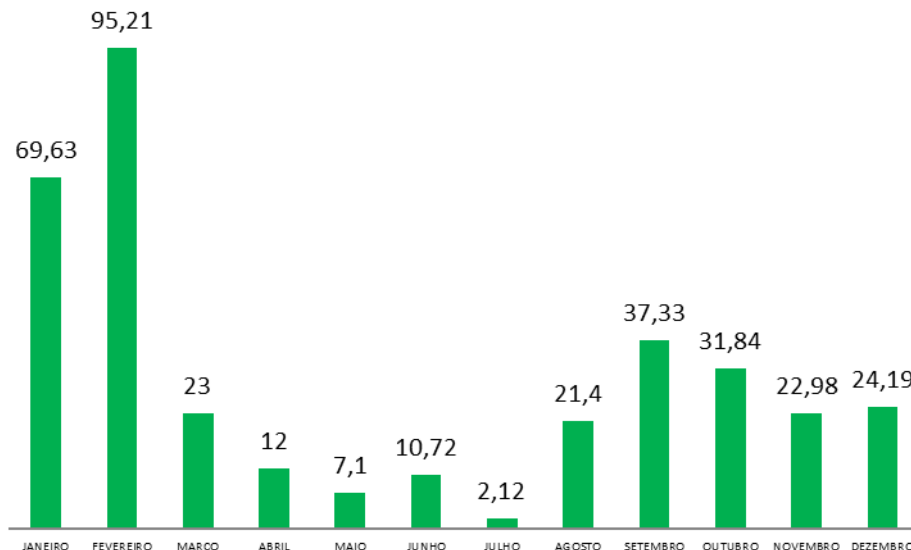
As taxas em geral do setor permaneceram baixas e algumas não atingiram as metas previstas devido à força-tarefa realizada para a pintura do setor Colibri, que demandou redistribuição de equipe e priorização operacional. Apesar disso, as ordens de serviço pendentes não comprometeram o andamento das atividades, mantendo fluxo regular e sem impacto significativo na execução dos serviços programados.

Gráfico 125 – Taxa de ordem de serviços finalizados



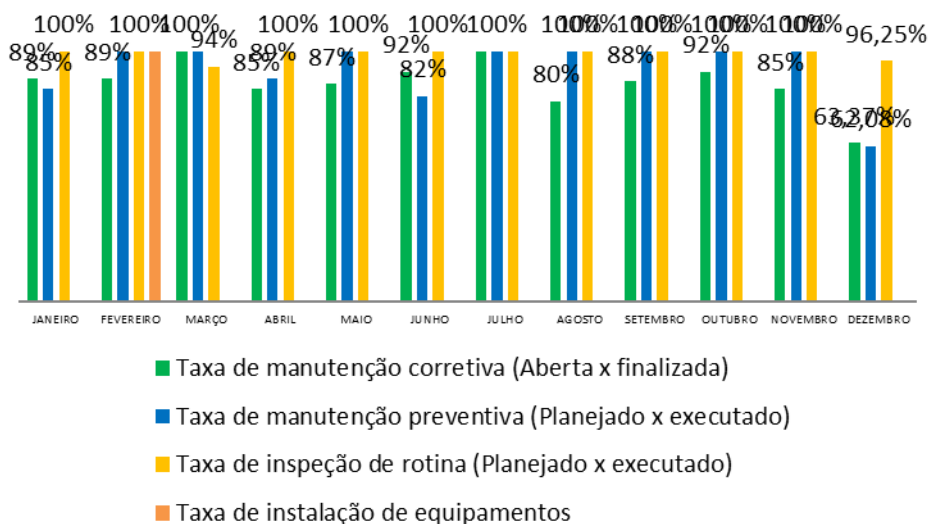
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



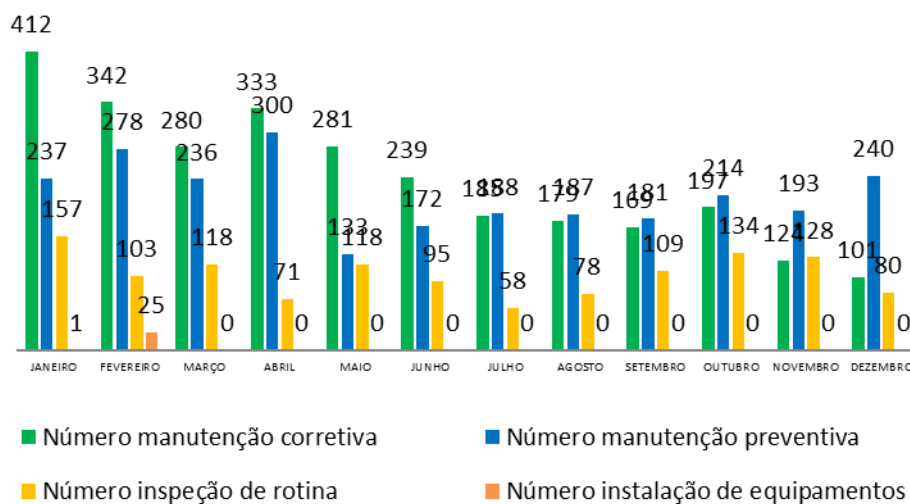
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

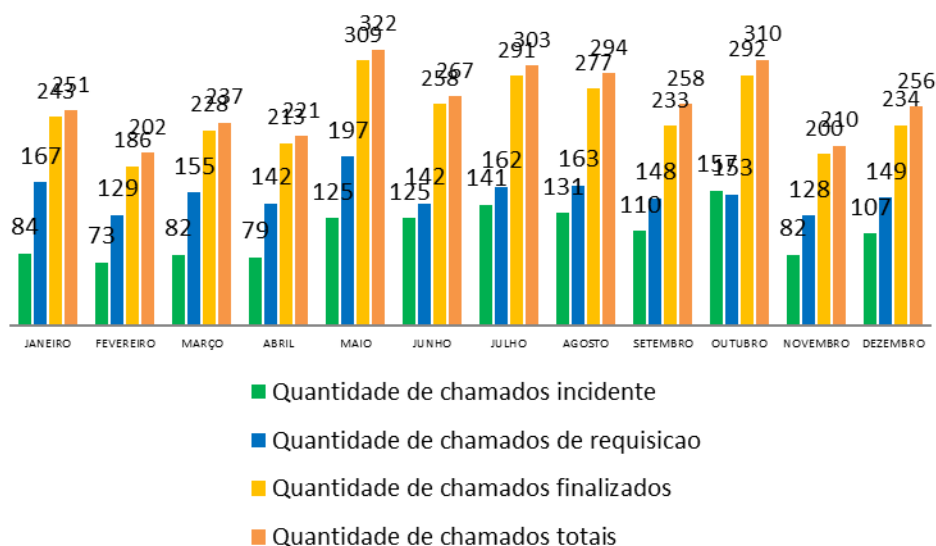
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125	141	131	110	157	82	107
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142	162	163	148	153	128	149
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258	291	277	233	292	200	234
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267	303	294	258	310	210	256
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h	2h	03h	04h	02h	02h	03h
Indisponibilidade de internet	1h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	30min	0h	0h
Indisponibilidade do sistema	30min	0h	0h	0h	0h	0h	4h	0h	0h	0h	6h	0h	0h
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4	5	5	1	1	1	1
Taxa de resolução de chamados	>90%	96,81%	92,08%	96,20%	96,38%	95,96%	96,63%	96,04%	94,22%	90,31%	94,19%	95,24%	91,41%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

ANÁLISE CRÍTICA – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

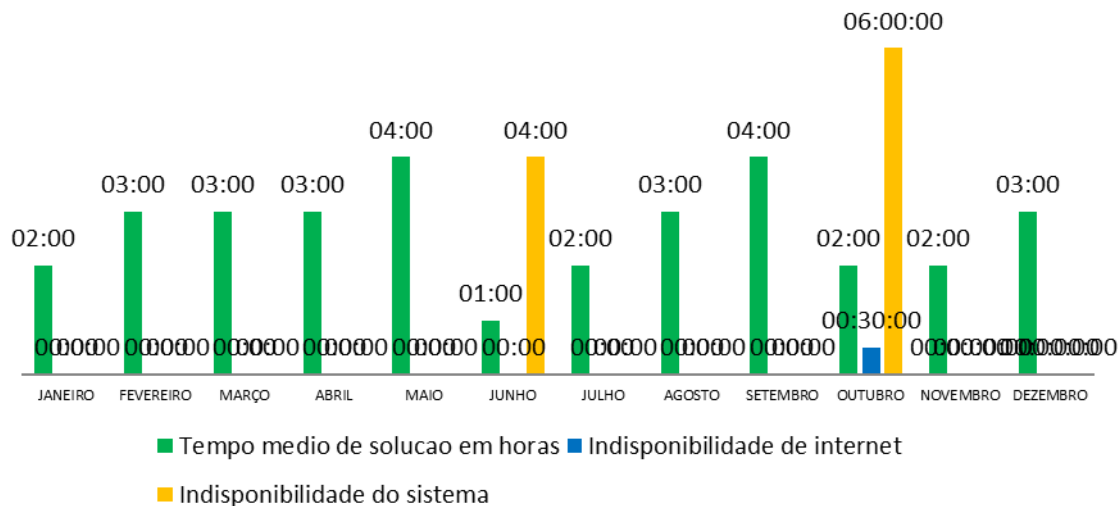
A taxa de resolução de chamados ficou abaixo do esperado porque parte das demandas abertas dependia de análise e liberação da Sede para conclusão. Esses chamados, por envolverem validações externas, tendem a apresentar maior tempo de processamento, impactando o índice final mesmo com o andamento regular das tratativas locais. O setor segue acompanhando e reforçando o fluxo para minimizar atrasos e aprimorar o tempo de resposta.

Gráfico 129 – Quantidade de chamados



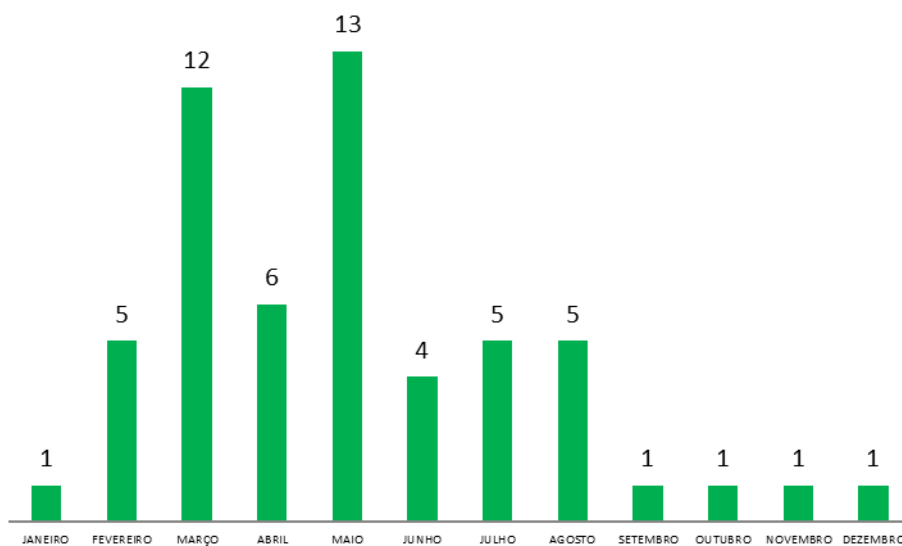
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 130 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



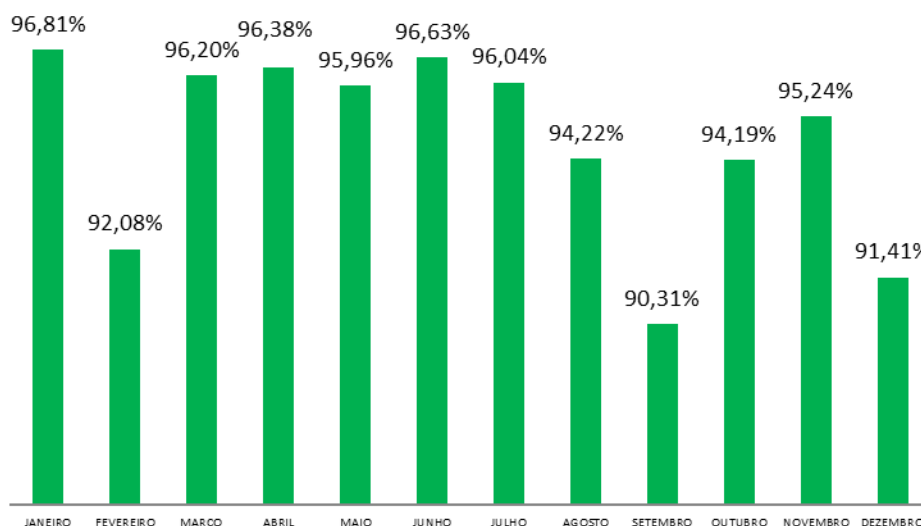
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 131 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 132 – Chamados abertos x chamados fechados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. Qualidade

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

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

Tabela 72 – Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%	60%	80%	95%	89,47%	66%	5,79%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%	82,36%	88,88%	94,11%	89%	86%	82%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%	66,66%	75%	41,17%	58%	77%	64%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto menor, melhor	220	157	130	122	85	68	62	62	62	62	46	27
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78	46	2	21	13	18	34
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3	5	0	0	0	0	0
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5	1	6	5	0	1	0	0	7
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22	0	10	0	3	3	14
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62	34	2	17	3	32	59
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1	5	1	0	1	0	0
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11	2	1	1	1	5	2	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

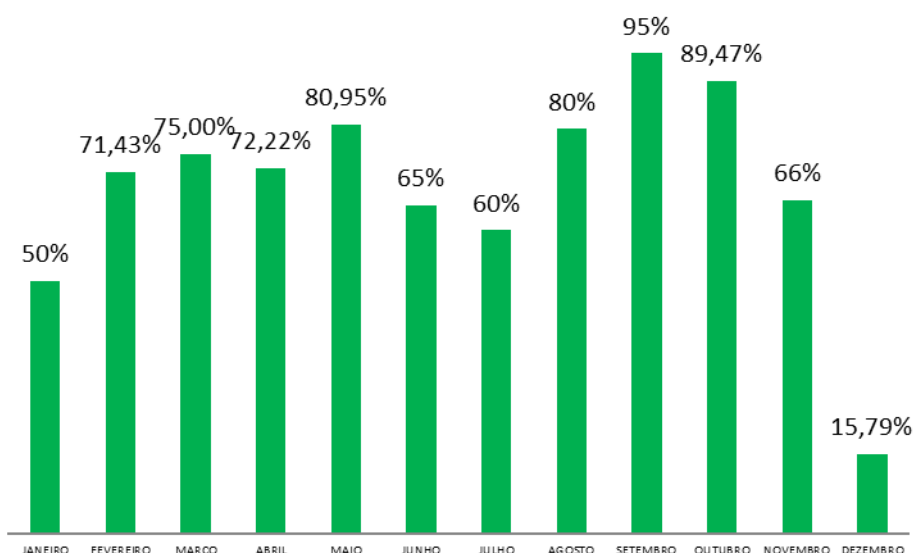
Devido ao período de revisão dos indicadores e elaboração do relatório anual, ocorreu atraso na entrega mensal dos indicadores, sendo recebidas dentro do prazo apenas 2 das 19 áreas, com envio efetivado em 07/01/2026, conforme alinhado previamente.

Do total de 17 comissões previstas para o mês, 14 foram realizadas, considerando fatores como adiamentos e falta de quórum. Entre as 14 comissões executadas, 9 enviaram suas atas dentro do prazo estipulado.

No período, foram registradas visitas técnicas da equipe do Dr. Hamada e da Vigilância Sanitária.

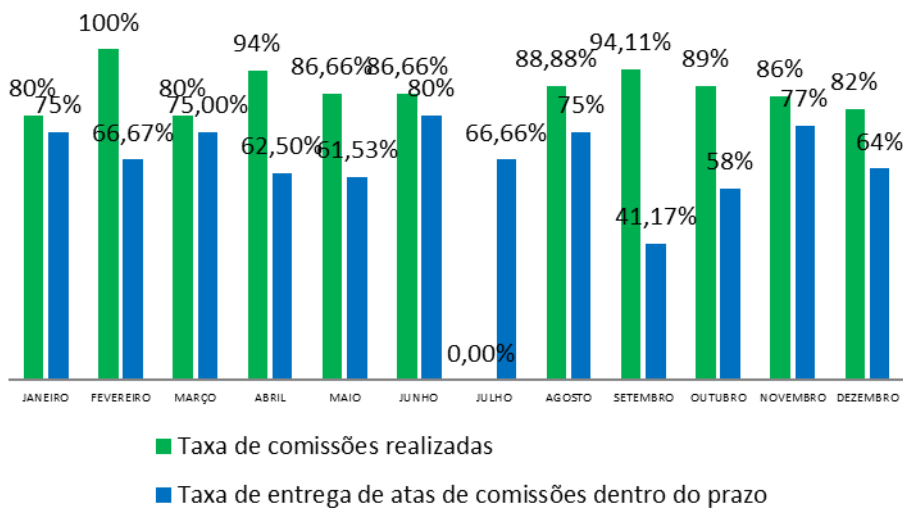
Reunião dos “15 minutos da Qualidade” foi realizada junto à Supervisão Operacional, reforçando orientações e alinhamentos de boas práticas.

Gráfico 133 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



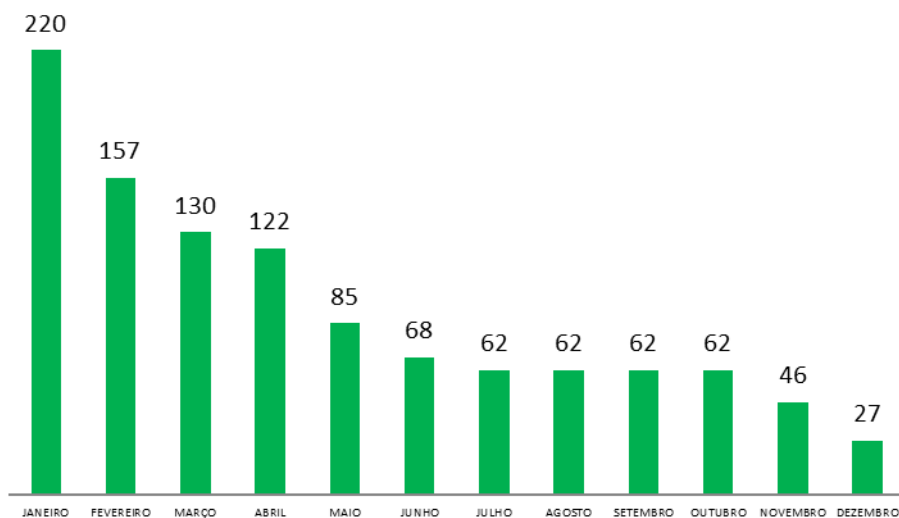
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 134 – Comissões



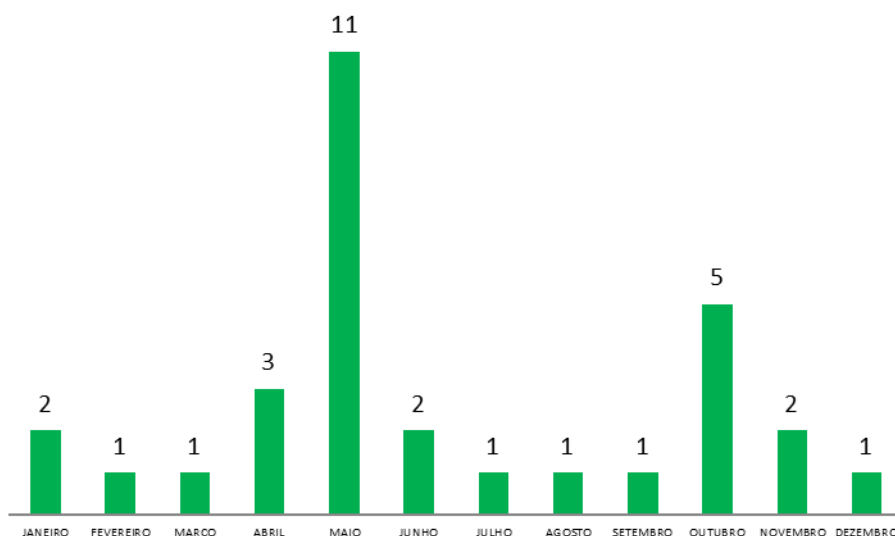
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 135 – Número de documentos retroativos



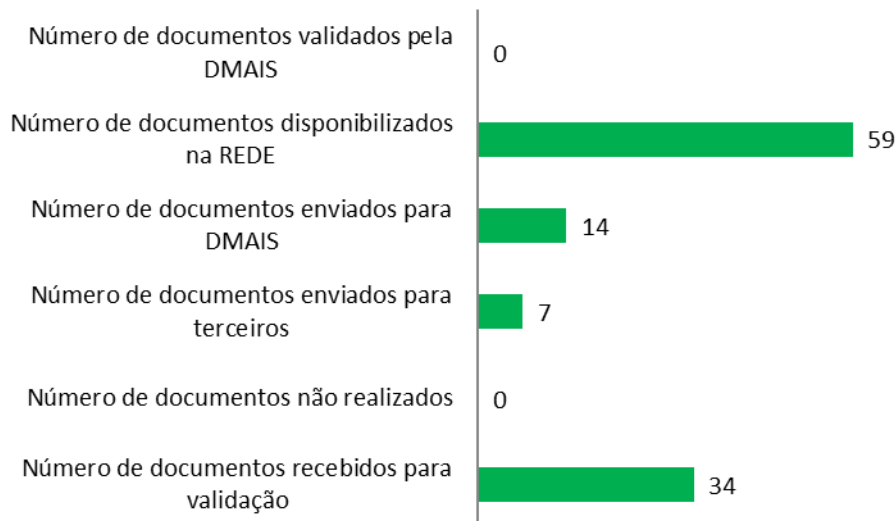
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 137 – Número de treinamentos e orientações



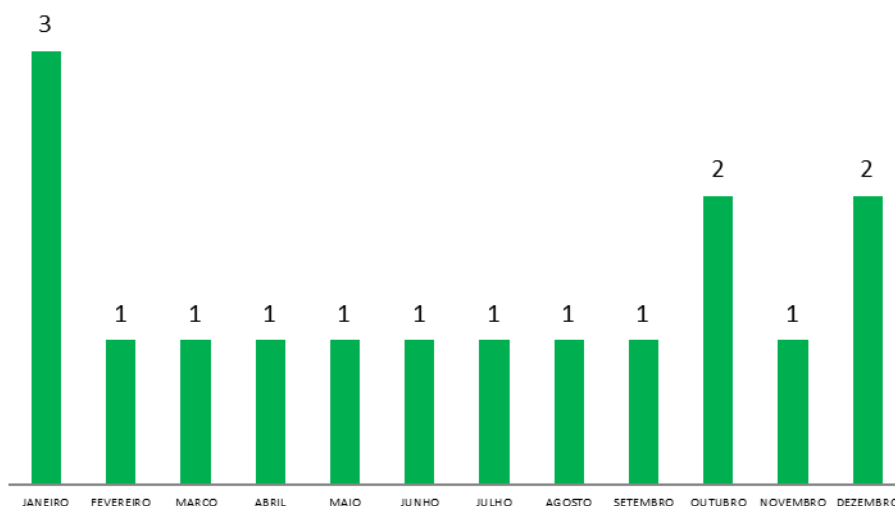
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 138 – Documentos



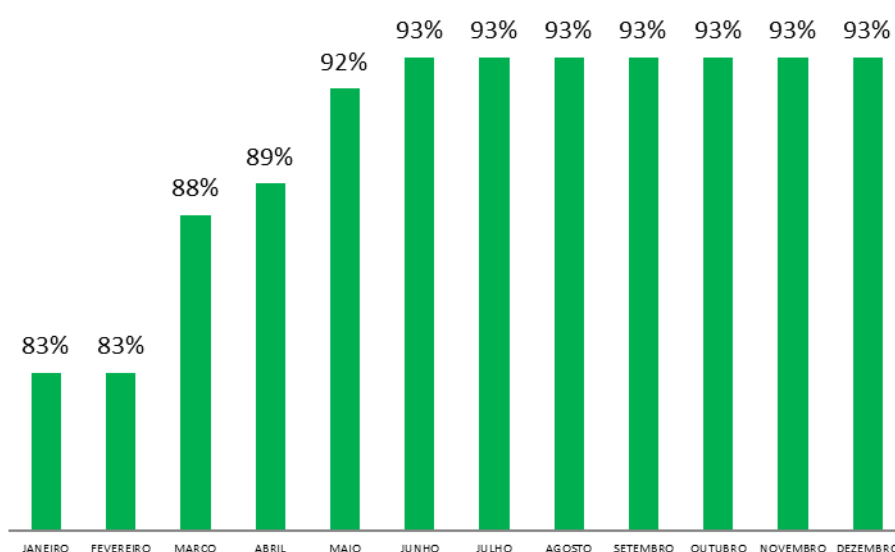
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 139 – Visitas, auditorias e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 140 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA



Fonte: Relatório de Qualidade.

3.9.2. Faturamento

O papel do faturamento na gestão hospitalar é assegurar a sustentabilidade financeira da instituição e garantir a precisão e conformidade nas transações

financeiras relacionadas aos serviços de saúde prestados. Aqui estão alguns aspectos importantes do papel do faturamento:

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

Tabela 73 – Indicadores de Faturamento

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total de aih faturadas	M/R	258	230	233	258	246	240	255	236	246	248	199	183
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102	112	105	117	111	109	113	108
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	24	10	74	18	71	125	48	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	270	250	228	128	242	125	125	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

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

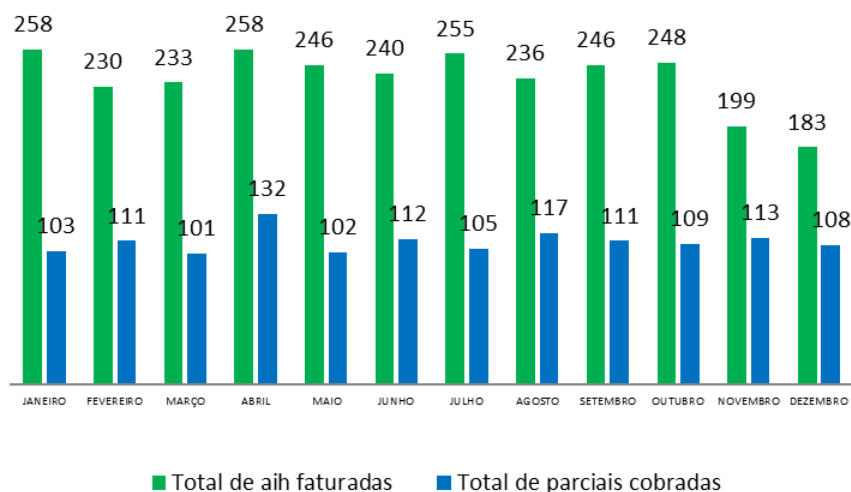
*Os indicadores relativos ao mês serão atualizados após devolutiva da Secretaria.

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

ANÁLISE CRÍTICA – FATURAMENTO

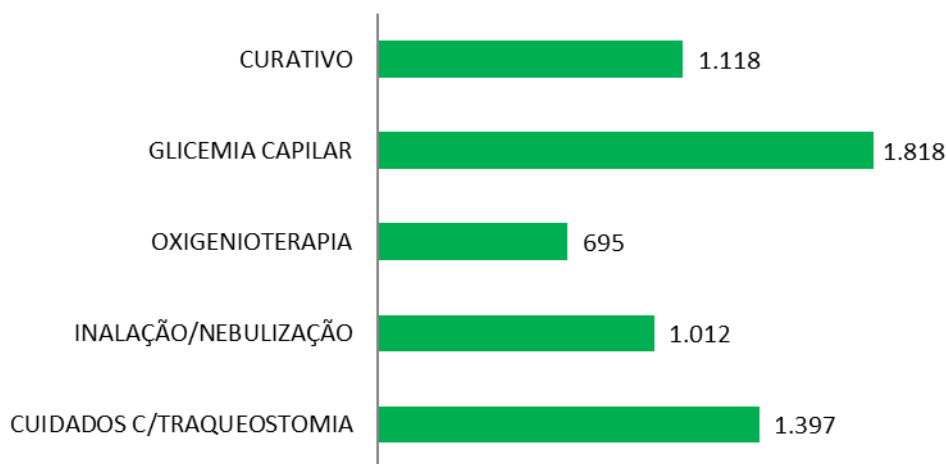
No mês em referência, registramos uma baixa demanda de altas e admissões, em decorrência das reformas realizadas nas alas.

Gráfico 141 – Total de AIH Faturadas x Parciais



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

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



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

3.9.3. Prestação De Contas

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

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

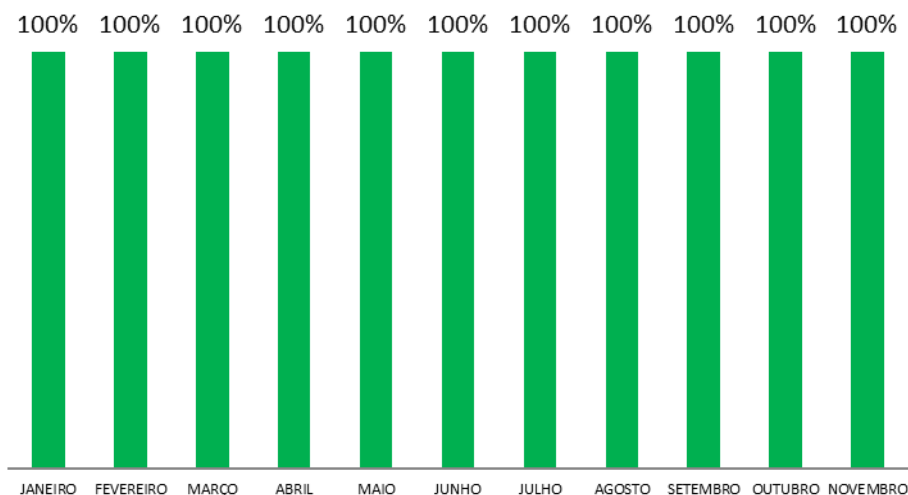
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	89%	20%	5%	50%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581	4590	4572	4581	4583	5526	790
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1
Índice de orçado x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%	92%	96%	90%	77%	88%	91%	88%

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.

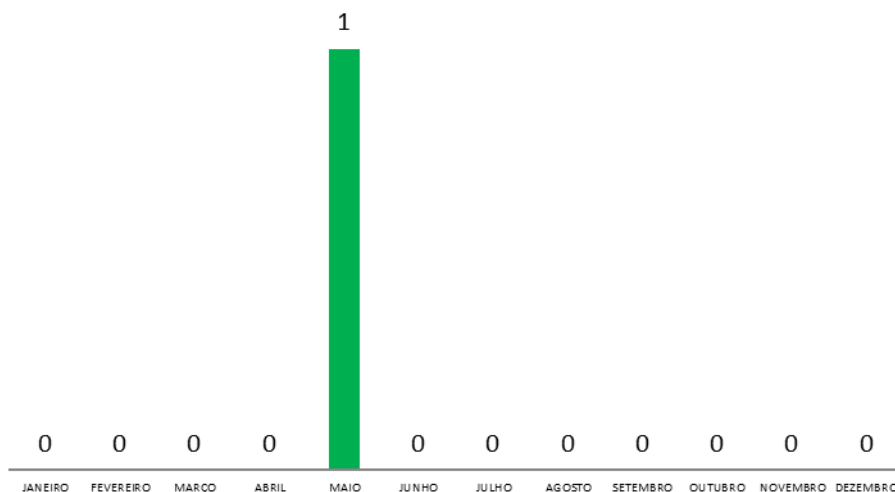
Gráfico 143 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

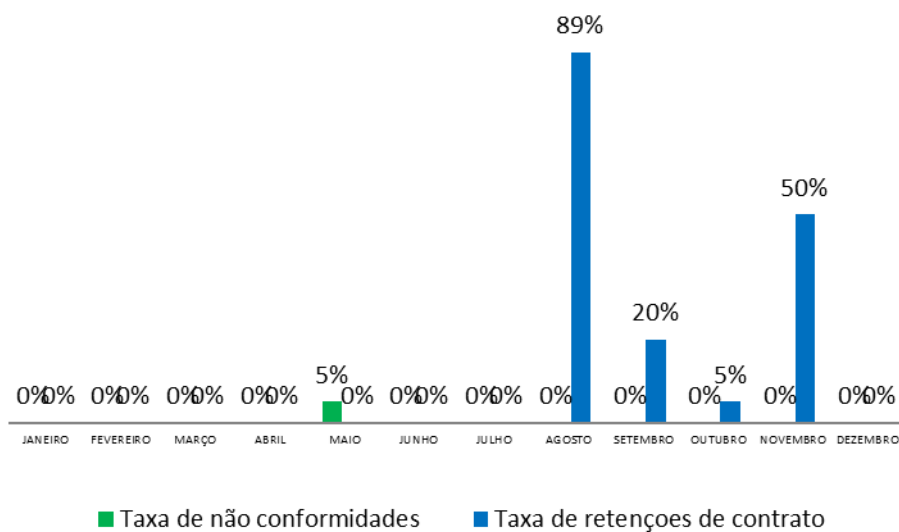
*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

Gráfico 144 – Número de auditorias externas



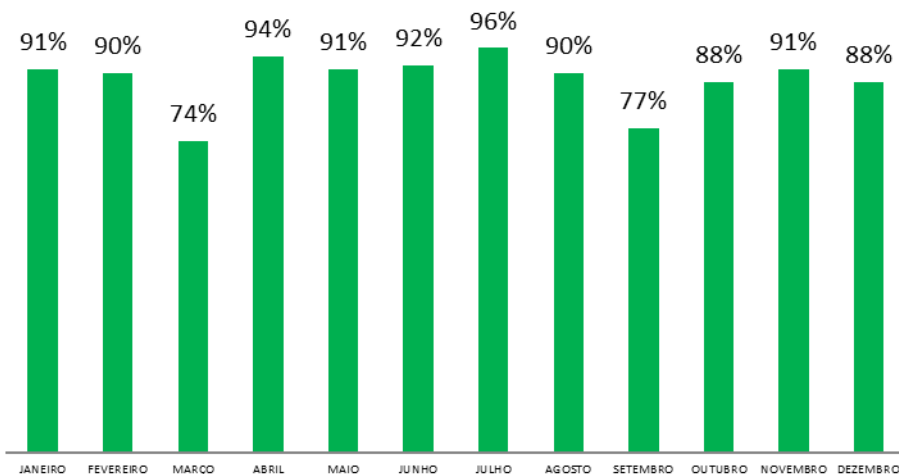
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Taxa de retenções e não conformidades



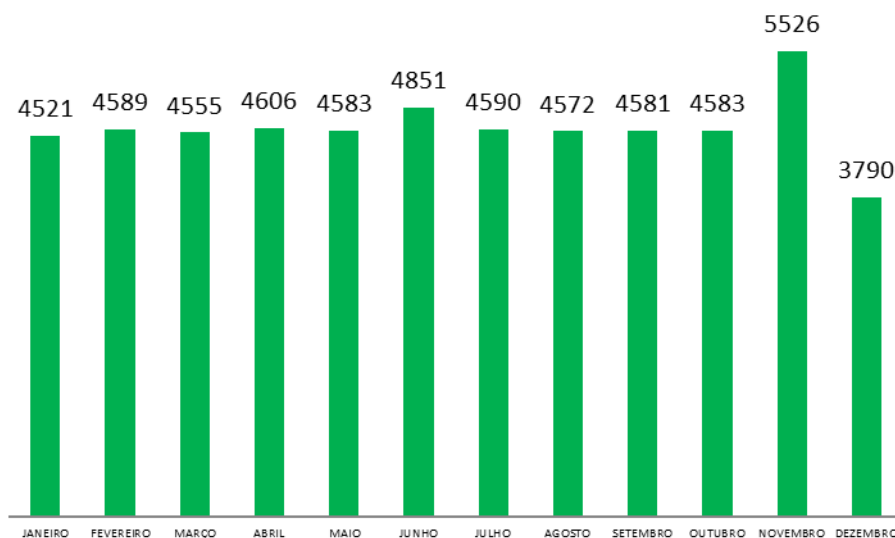
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Índice de orçado x realizado



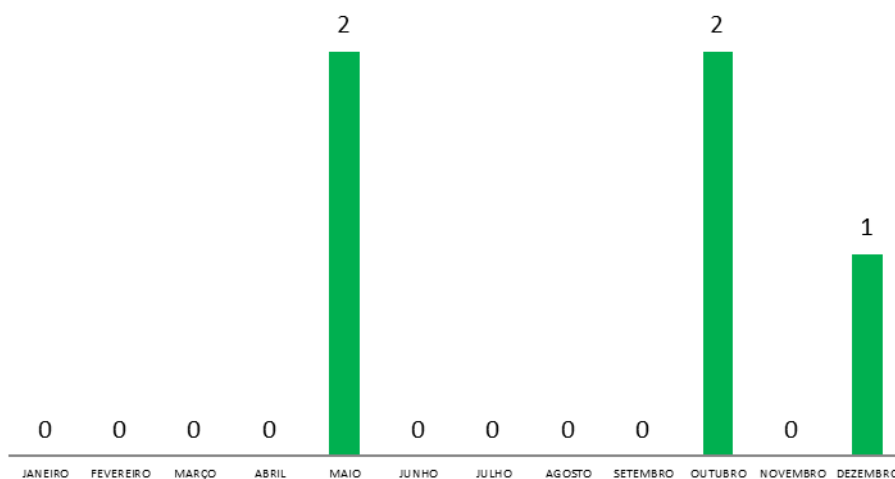
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 148 – Número apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.4. Financeiro

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

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

Tabela 75 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	93%*	96%	91%	97%	95%	96%	97%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%	100%	99%	99%	98%	97%	99%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81	87	82	83	76	74	84
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97	133	102	106	112	119	114
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0	0	2	1	3	5	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

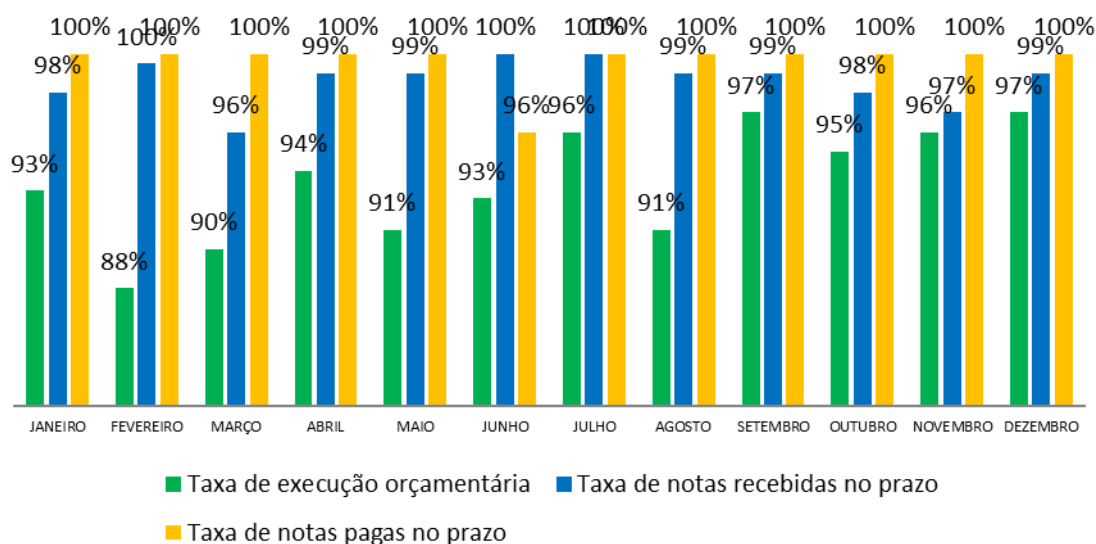
*A taxa de execução orçamentária de mês de junho foi ajustada saindo de 99% para 93%.

ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

Em dezembro, permanece pendente a nota de evasão do prestador Total Clean devido a divergência de valores, com correção já em andamento pelo próprio prestador.

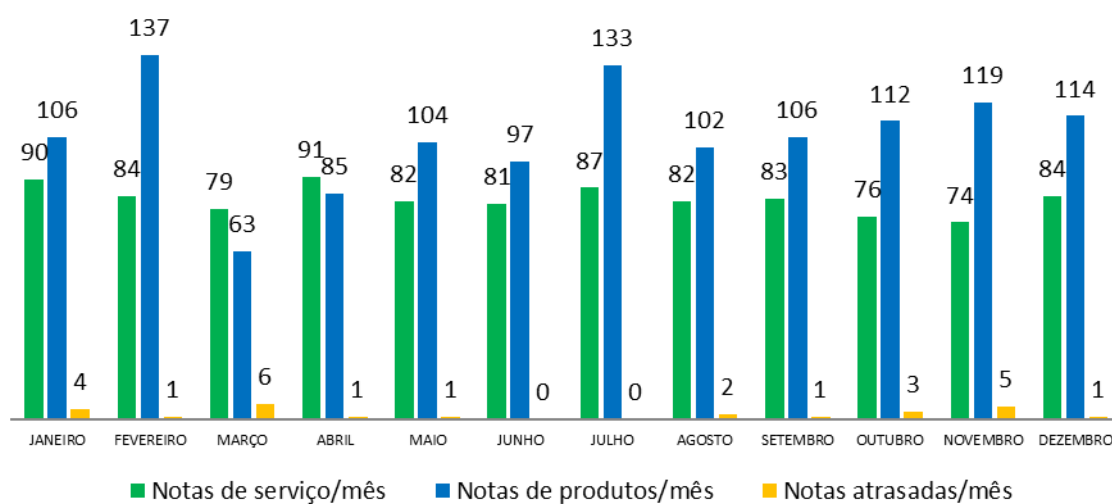
Quanto ao indicador de Execução Orçamentária, não será possível atingir 100%, pois o orçamento disponível no período não foi totalmente utilizado, refletindo subexecução orçamentária no mês analisado.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Financeira.

Gráfico 150 – Número de Notas de Produtos/Mês



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.5. Patrimônio

O patrimônio refere-se ao conjunto de bens e direitos que pertencem à instituição e são utilizados para o funcionamento adequado e prestação de serviços de saúde.

Gerenciar o patrimônio hospitalar de forma eficaz é fundamental para garantir a sustentabilidade financeira, operacional e a qualidade dos serviços prestados. Aqui estão alguns aspectos importantes relacionados ao patrimônio na gestão hospitalar:

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

Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de utilização de equipamentos	>95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	98%	100%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,15%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	98%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141	105	179	210	136	117	104
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136	100	170	192	116	102	72
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	22	34	65	22
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23	14	17	21	20	34	65	22

Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/EHYFB-9P5XQ->
Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo YV7TE-RAGEN

Número se o.s. para por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9	19	17	18	15	17	16
Número se o.s. para por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6	16	15	17	15	17	15
Taxa de o.s. para para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%	96%	80%	93%	85%	85%	71%
Taxa de o.s. para para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139	139	139	225	225	225	225
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66	66	32	32	32	32	32
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%	96%	80%	93%	85%	90%	90%

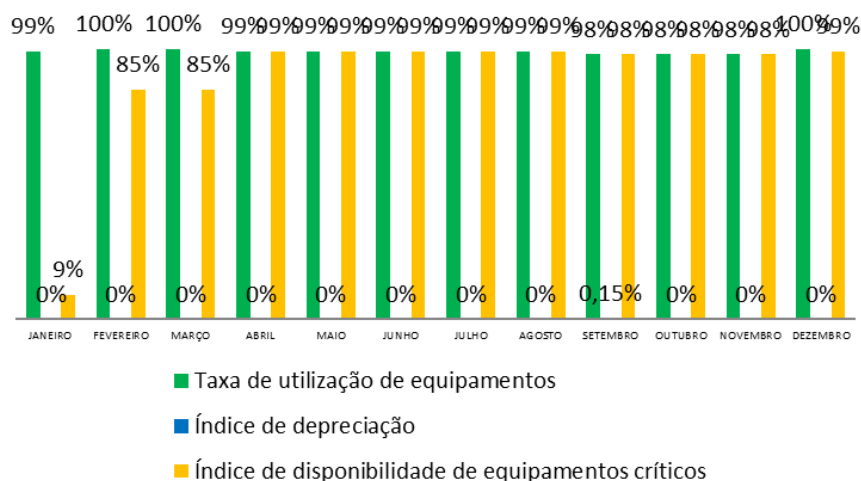
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

No mês de dezembro, a Taxa de Ordens de Serviço (O.S.) atendidas para manutenções corretivas permaneceu abaixo da meta estabelecida. Esse resultado esteve diretamente relacionado à dependência do setor de Patrimônio em relação à Engenharia Clínica, que também apresentou desempenho inferior ao esperado no período.

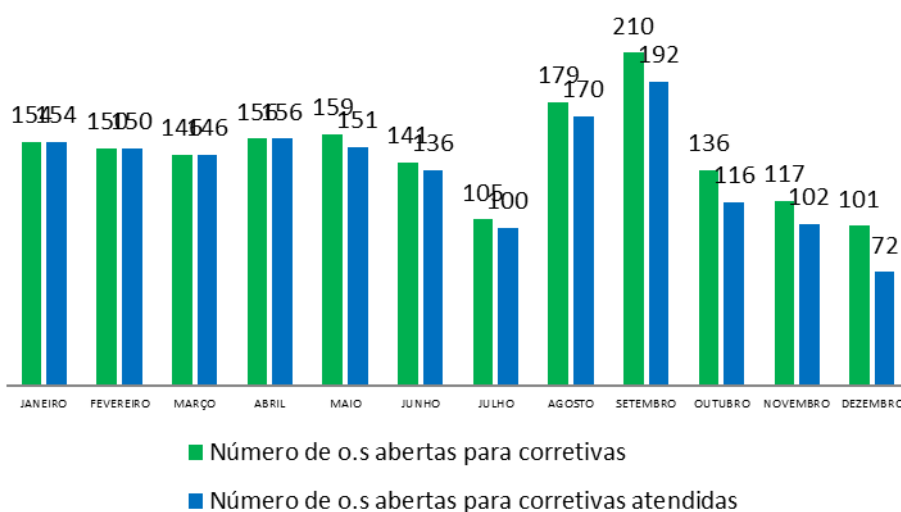
Grande parte das demandas corretivas — especialmente referentes a camas hospitalares, equipamentos de ar-condicionado e alguns equipamentos médico hospitalar— depende das empresas que fazem a locação dos equipamentos para a execução dos reparos. A necessidade de aguardar agenda, deslocamento, avaliação técnica e, em alguns casos, a chegada de peças de reposição, resultou em atrasos no atendimento das O.S., comprometendo o cumprimento da meta.

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



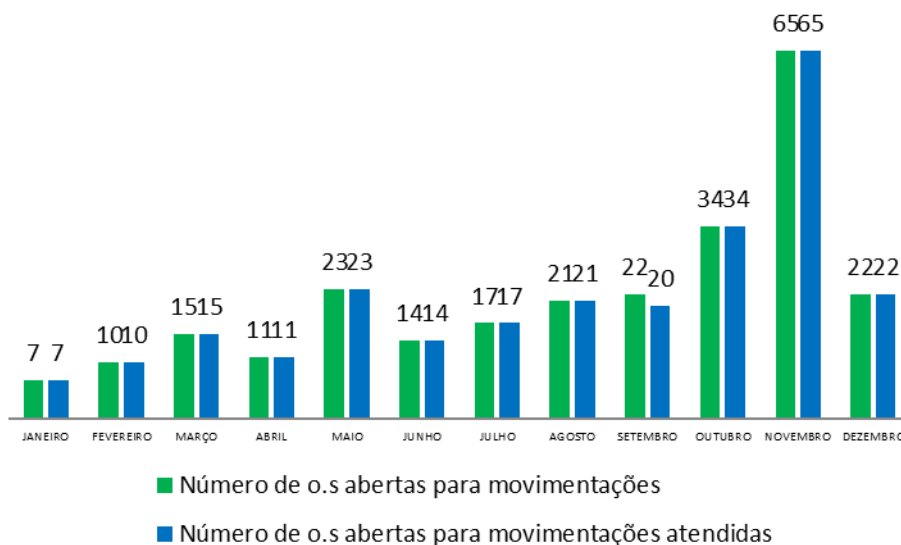
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Ordem de serviços para corretivas



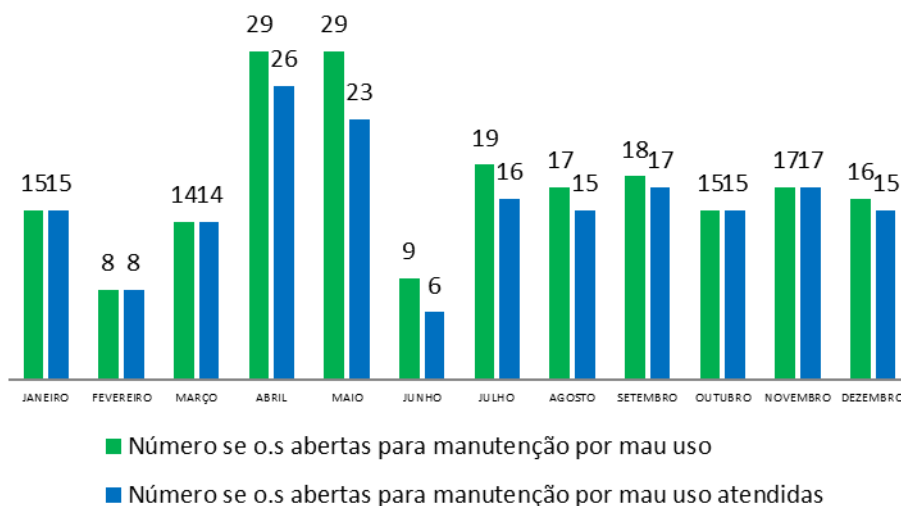
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 153 – Ordem de serviços de movimentações



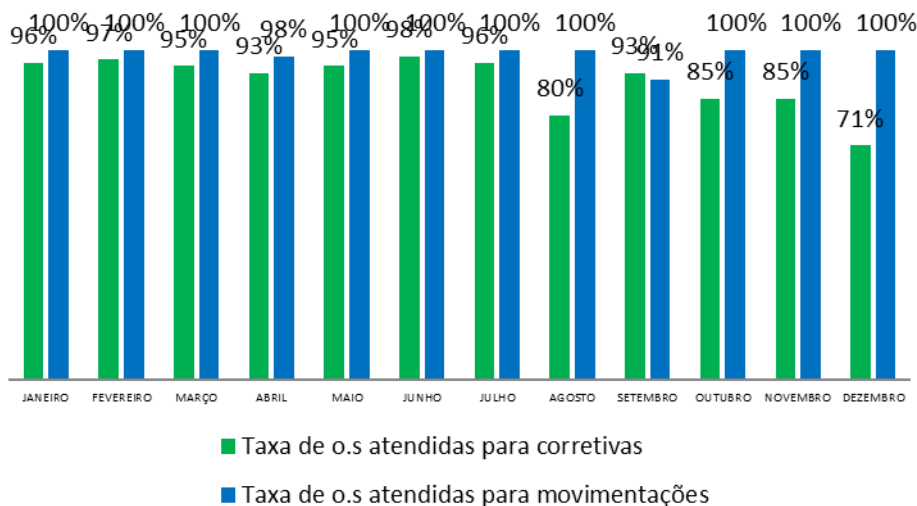
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 154 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



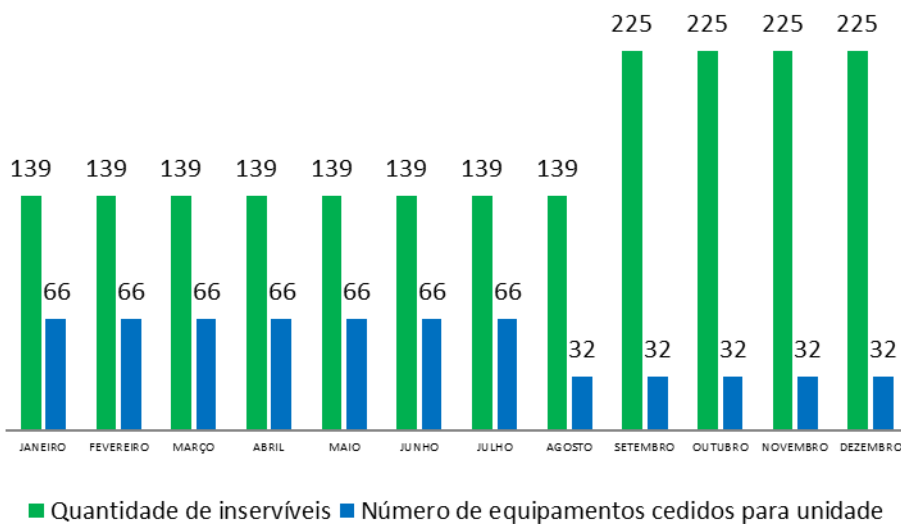
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 155 – Taxa de ordem de serviços



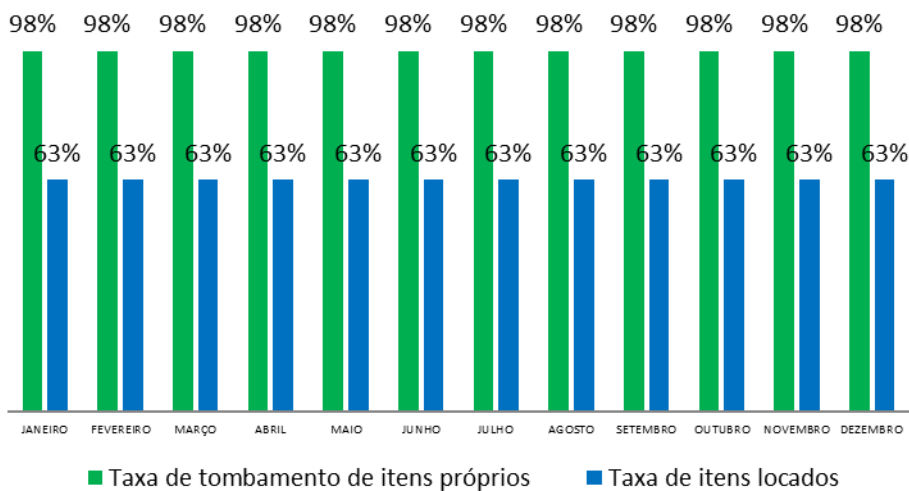
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 156 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



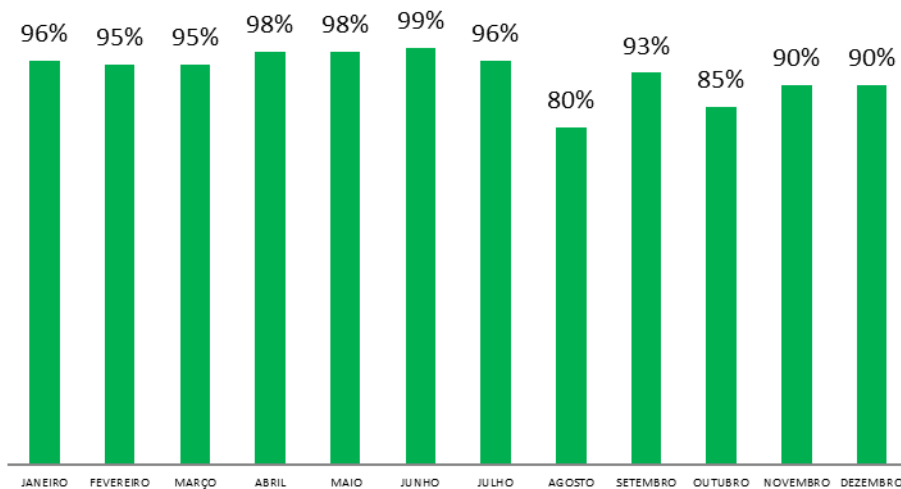
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 157 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 158 – Taxa de ordem de serviços finalizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.6. Contratos

Tabela 77 – Indicadores do Contratos

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%	98%	98%	99%	96%	98%	100%	100%	100%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9	9	6	15	0	0	1	5	2
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	94,11%	94,11%	94,11%	94,44%	94,44%	94,44%	88,88%	88,24%	72,22%	80%	80%	89,47%

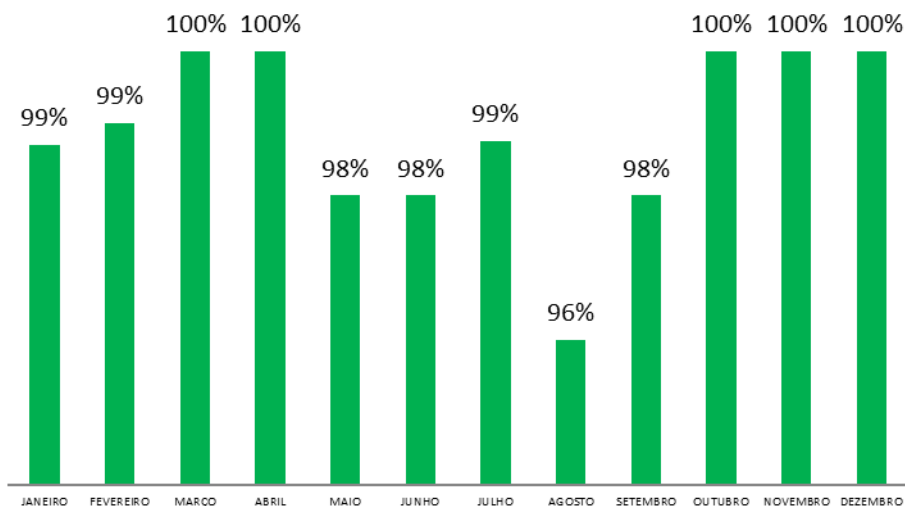
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos apresentou nota abaixo do esperado, pois quatro dos contratos auditados obtiveram desempenho inferior a 81%, resultando em avaliação dos fornecedores como “bons”, porém abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse cenário reduziu a média geral do indicador e evidencia a necessidade de aprimoramento no atendimento aos critérios auditados, apesar de os prestadores ainda serem considerados qualificados.

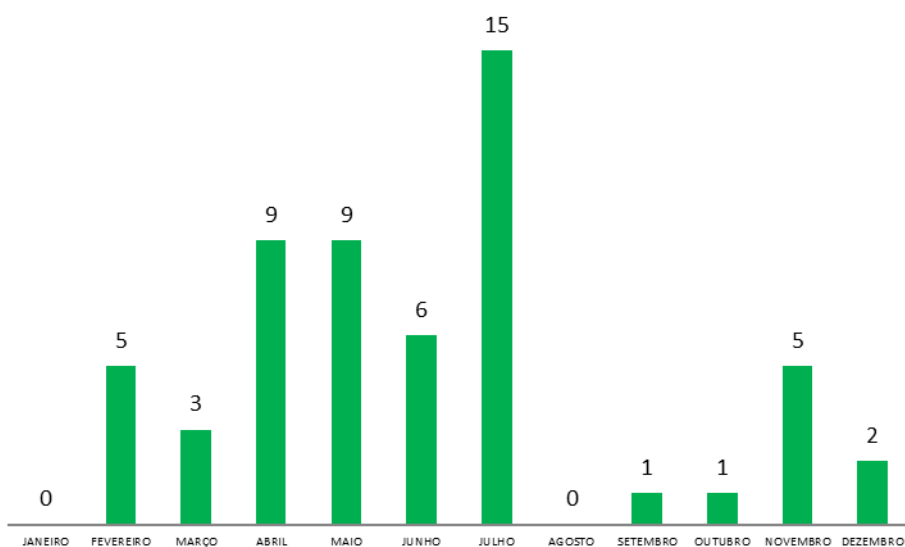
O indicador Número de Aditivos (Escopo) permaneceu elevado devido à necessidade de alterações e adequações decorrentes do novo plano de trabalho, resultando em um volume maior de aditivos no período.

Gráfico 159 - Índice de exatidão nos serviços prestados



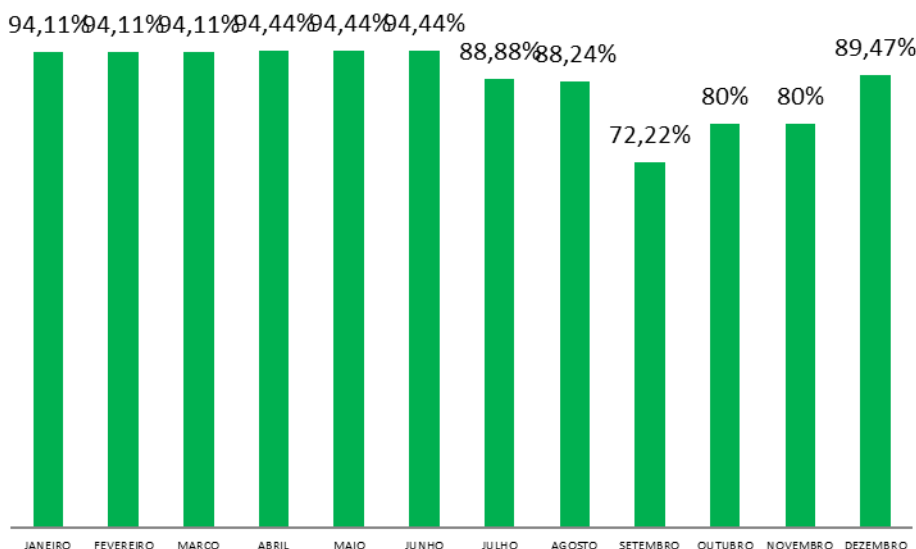
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 160 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 161 – Qualificação de prestadores de serviços críticos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.7. Hotelaria

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

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

Tabela 78 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%	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%	0,16%	0,24%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna)	< 02:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00
Índice de evasão de roupas	< 2%	0%	3,80%	3,80%	7,50%	0%	4,35%	2,37%	1,40%	1,40%	1,40%	1,75%	1,86%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%	100%	100%	95%	90%	90%	95%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,80%	100%	99,8%	100%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

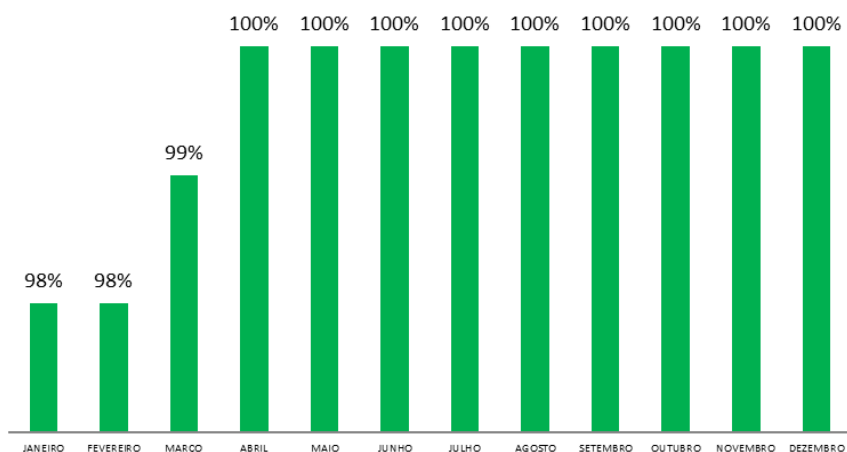
ANÁLISE CRÍTICA – ROUPARIA

No mês de dezembro, a Taxa de Enxovais Recebidos com Sujidade registrou 0,24%, apresentando uma variação mínima acima da meta estabelecida. Essa pequena taxa é considerada aceitável dentro dos parâmetros técnicos, pois sempre haverá alguma ocorrência pontual de sujidade devido ao alto fluxo operacional e às características do processo de lavagem industrial. Ressalta-se que essa variação não gerou impacto na rotina da equipe assistencial. A meta será reavaliada para o próximo ano, visando maior aderência à realidade do serviço.

Em relação ao Índice de Reposição de Enxoval, houve momentos pontuais de atraso na entrega de itens privativos em dezembro, o que motivou a abertura de um plano

de ação com a empresa fornecedora. A regularização ocorreu ainda no próprio mês, evitando prejuízos à operação.

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



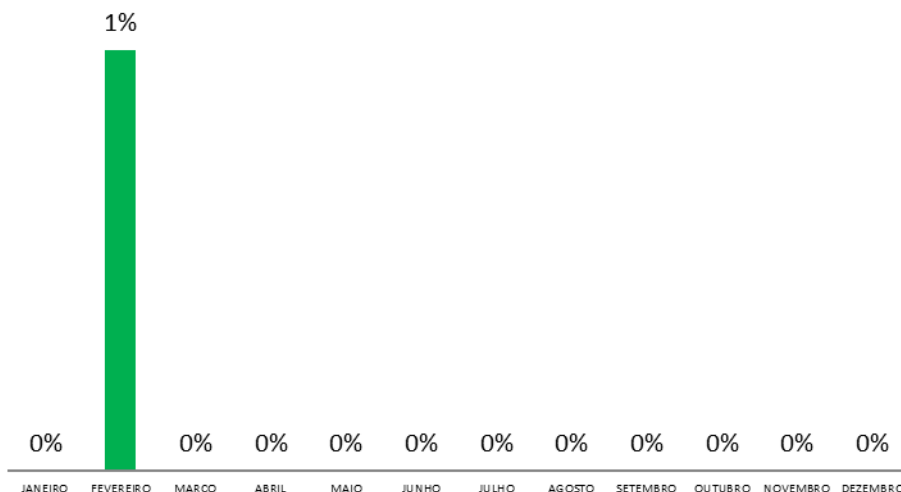
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 163 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



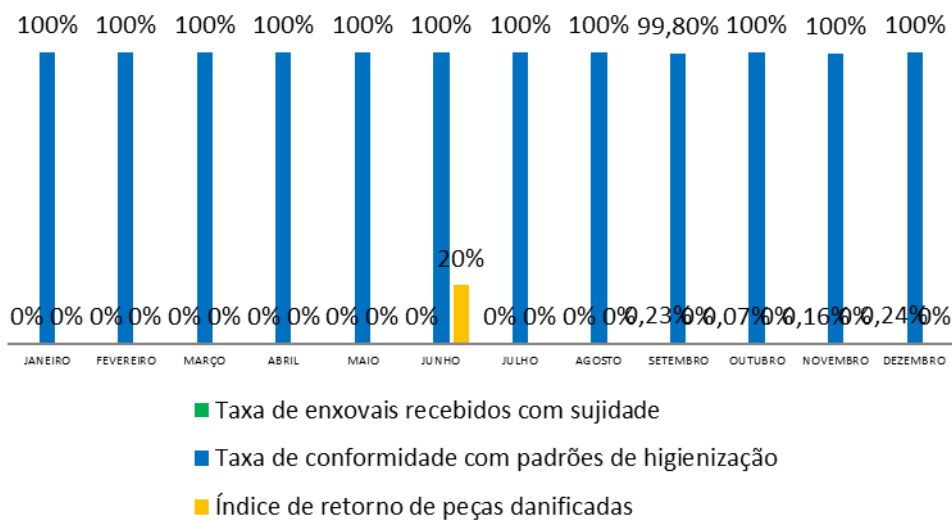
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 164 – Taxa De Expresso Solicitados



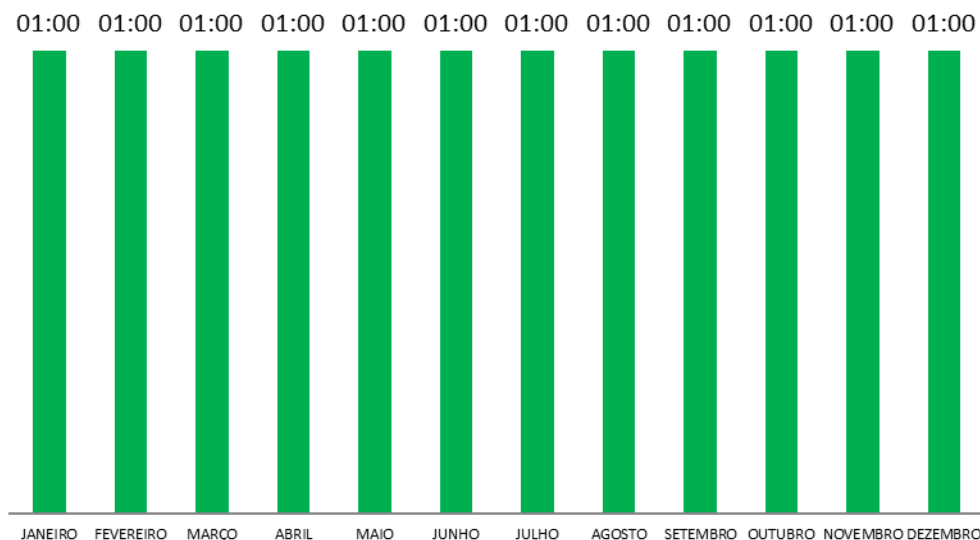
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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



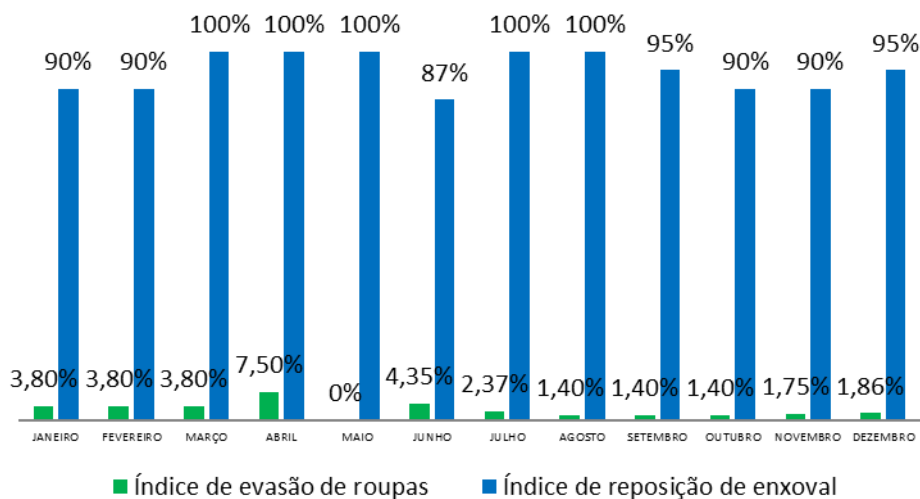
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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



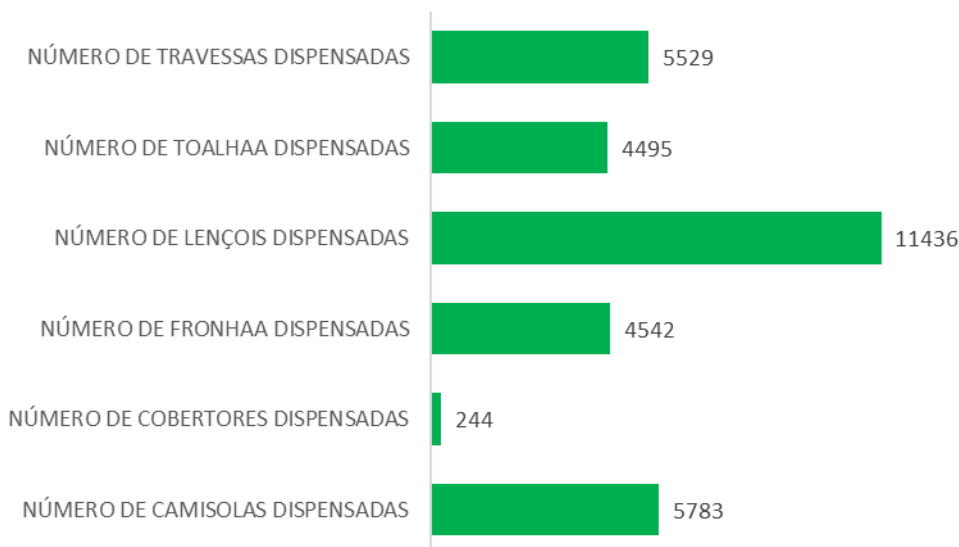
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 167 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 168 – Enxoval Dispensado em dezembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,13%	10%	0%	0%	0%
Índice de satisfação com a limpeza*	> 80%	*	*	*	90%	90%	90%	90%	85%	90%	100%	90%	85%

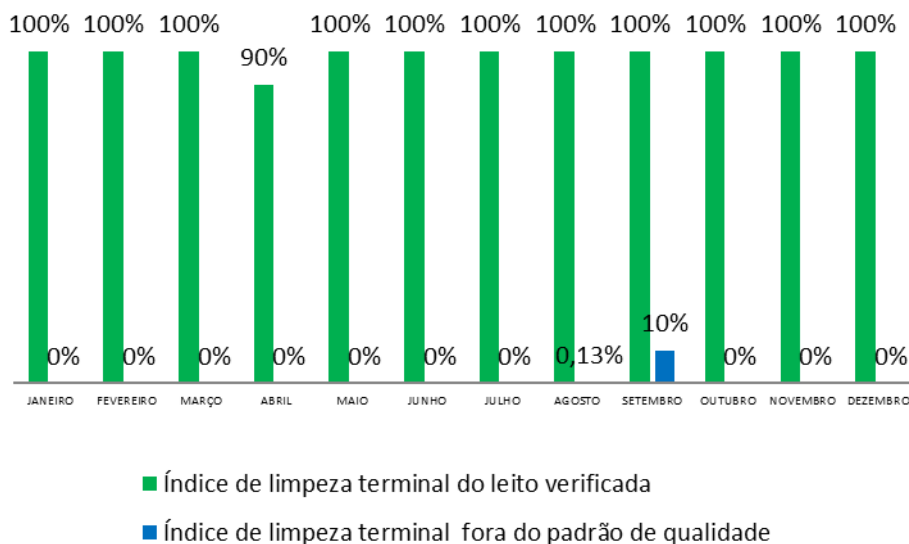
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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

ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

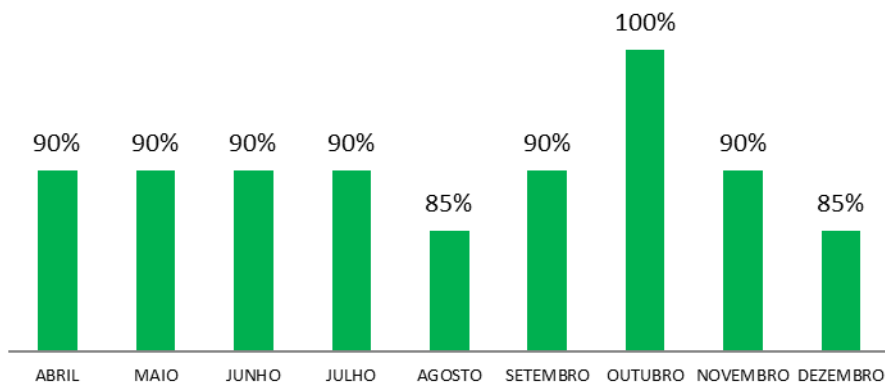
Houve redução no índice de satisfação com a limpeza em razão das manifestações registradas pela Ouvidoria. O número de limpezas terminais no setor Colibri permaneceu zerado, pois o setor esteve fechado durante o período devido à obra de substituição do telhado.

Gráfico 169 – Índices de higienização



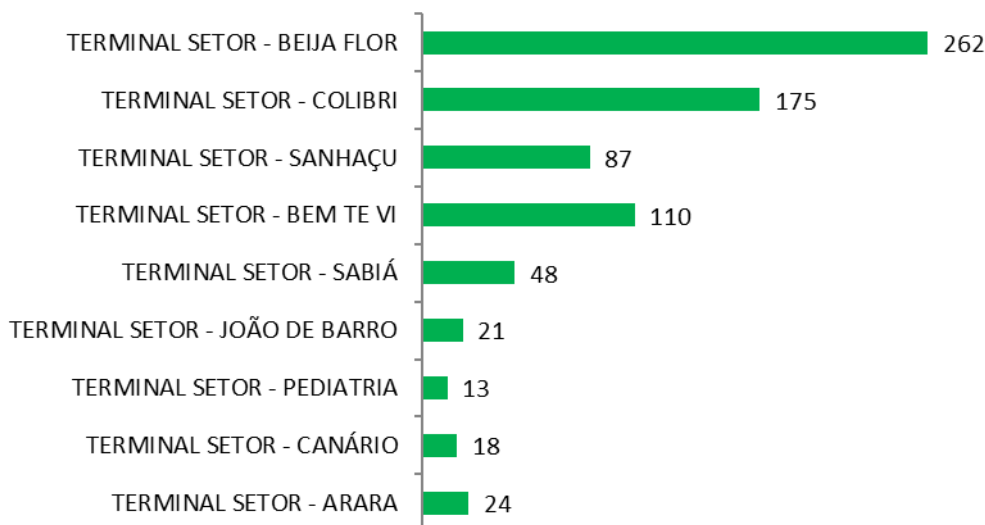
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 170 – Taxa de satisfação com a limpeza



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 171 – Terminais em dezembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.8. Recepção

Tabela 80 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de satisfação com a Recepção	> 80%	*	*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210	2625	2249	2131	2107	1517	1333
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391	479	409	345	405	358	32
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26	23	21	28	25	13	5

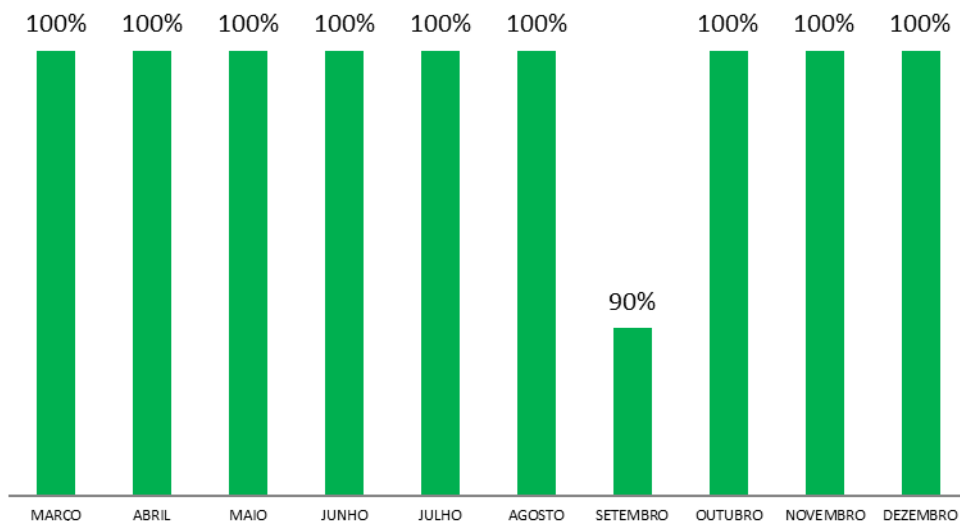
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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

ANÁLISE CRÍTICA – RECEPÇÃO

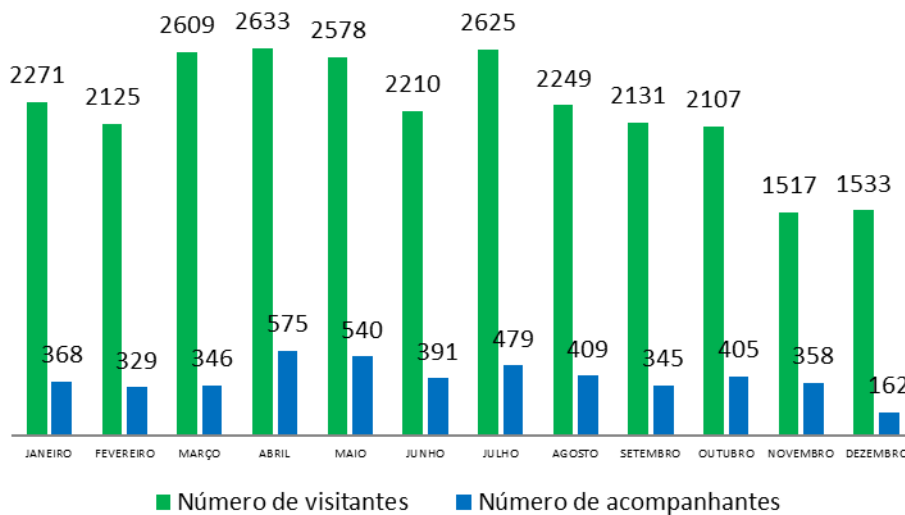
Em dezembro, observou-se redução no número de acompanhantes e nas solicitações de documentos, em decorrência do bloqueio de leitos provocado pela obra de substituição do telhado no setor Colibri.

Gráfico 172 – Taxa de satisfação com a Recepção



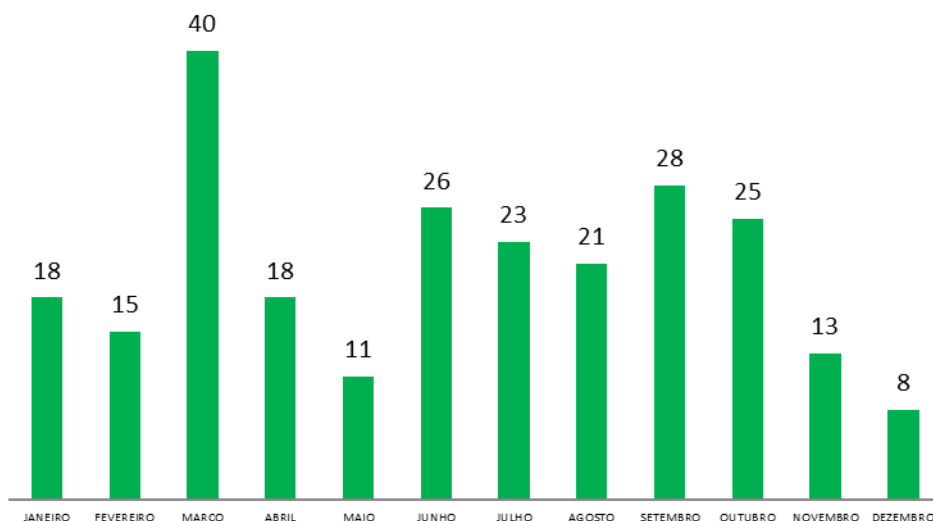
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 173 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 174 – Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.9. Portaria

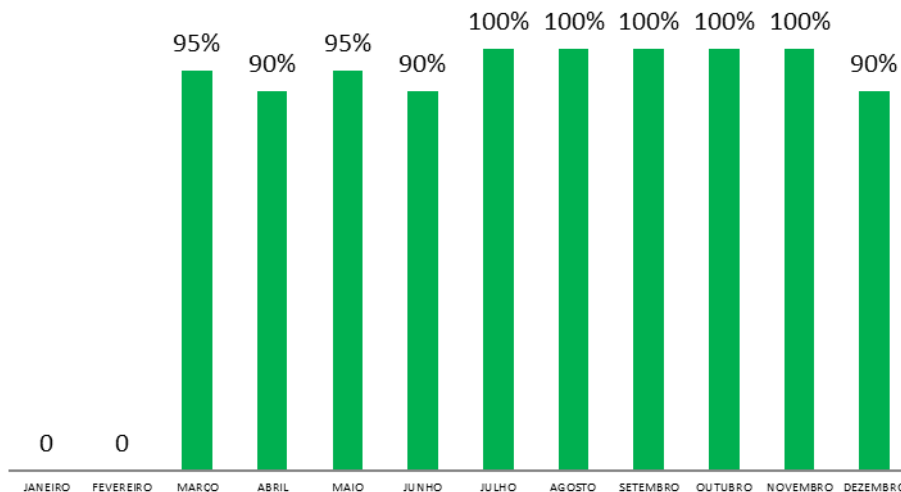
Tabela 81 – Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de satisfação de portaria	> 80%	*	*	95%	90%	95%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	94%	96%	96%	98%	98%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

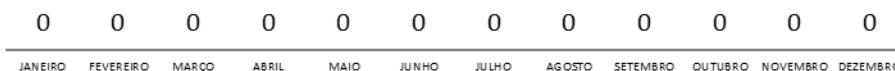
*O indicador de Taxa de satisfação com a portaria começou a ser mensurado a partir de Março de 2025.

Gráfico 175 – Taxa de satisfação de portaria



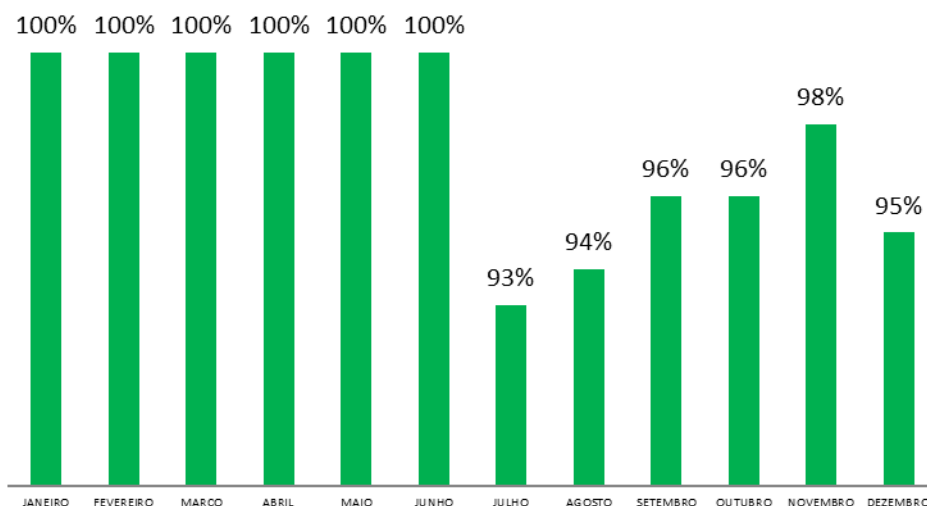
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 176 – Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 177 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.10. Jurídico

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

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

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

Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%	*	*	*	*	*	100%	100%	100%	100%	100%
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	3	2	1	0
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0	*	*	*	*	*	3	2	1	1	0
Número de processos trabalhistas anos anteriores (2020/2024)	M/R	4	4	*	*	*	*	*	18	17	17	16	15
Número de processos trabalhistas (2025)	M/R	0	0	*	*	*	*	*	4	4	5	8	7

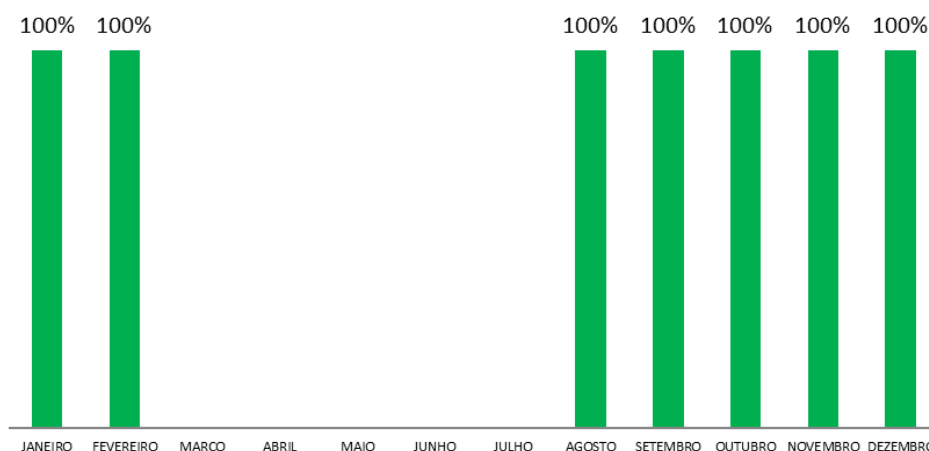
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

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

ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

A redução no Número de Processos Trabalhistas – 2025 deve-se à exclusão da INTS de uma das ações, na qual constava apenas como segunda reclamada. Durante o mês, foi recebido um ofício relacionado ao tema; entretanto, sua resposta será encaminhada somente em janeiro de 2026, conforme prazo estabelecido.

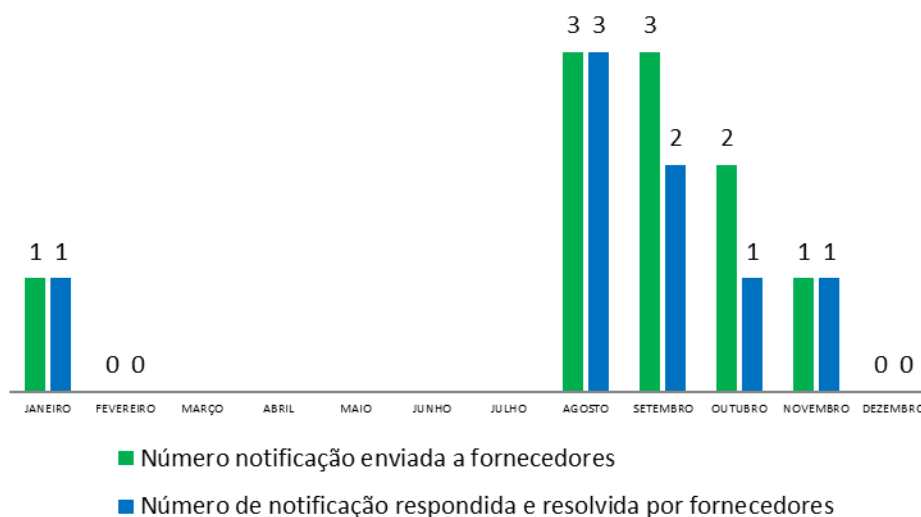
Gráfico 178 – Cumprimento de prazos legais



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.

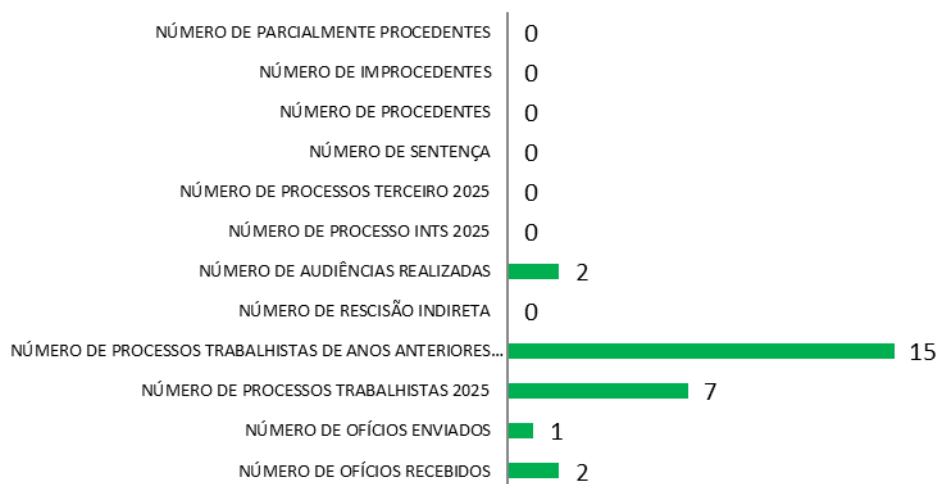
Gráfico 179 – Notificações de fornecedores



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 dezembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

3.9.11. Ouvidoria

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

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

Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

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

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%	70%	78%	90%	83%	75%	73%	79%	88%
Tempo médio de resposta	< 8 dias	2	3	2	1	2	4	2	4	2	2	4	3
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40	40	40	40	40	40	40	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16	7	5	7	1	2	2	2

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

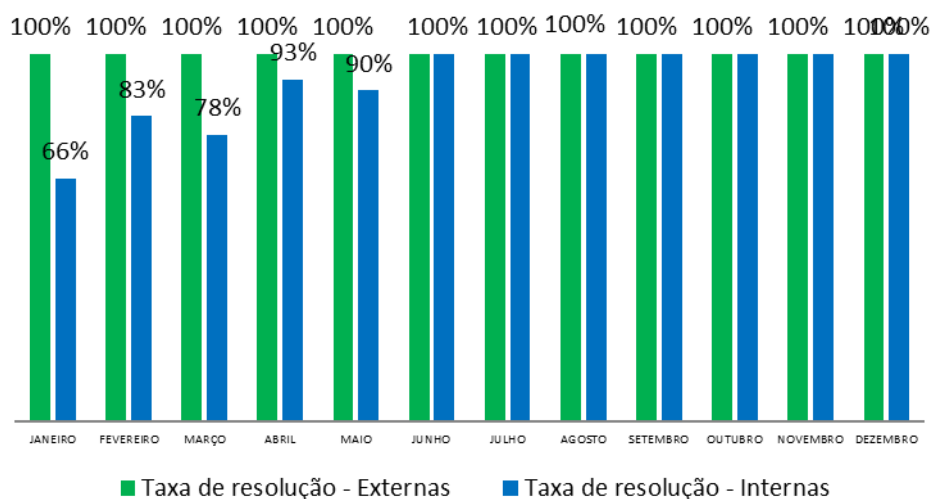
ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

Em dezembro, dois indicadores da Ouvidoria não atingiram a meta estabelecida, apontando a necessidade de fortalecimento das estratégias adotadas pelo setor. A Taxa de NPS permaneceu abaixo do esperado, influenciada por avaliações detratoras registradas pelos pacientes. Observa-se que parte dessas percepções está relacionada a experiências em setores assistenciais; contudo, cabe à Ouvidoria aprimorar a análise dos relatos, intensificar a escuta qualificada e atuar de forma mais efetiva na articulação com as áreas envolvidas, contribuindo para a melhoria da experiência do paciente.

Em relação ao quantitativo de pesquisas realizadas via totem e link, o resultado ficou abaixo da meta estipulada. É possível mensurar que o perfil predominante dos usuários atendidos no período inclui um número significativo de pacientes idosos, os quais apresentam maior dificuldade no uso de ferramentas digitais. Esse fator impacta diretamente a adesão às pesquisas eletrônicas, evidenciando a

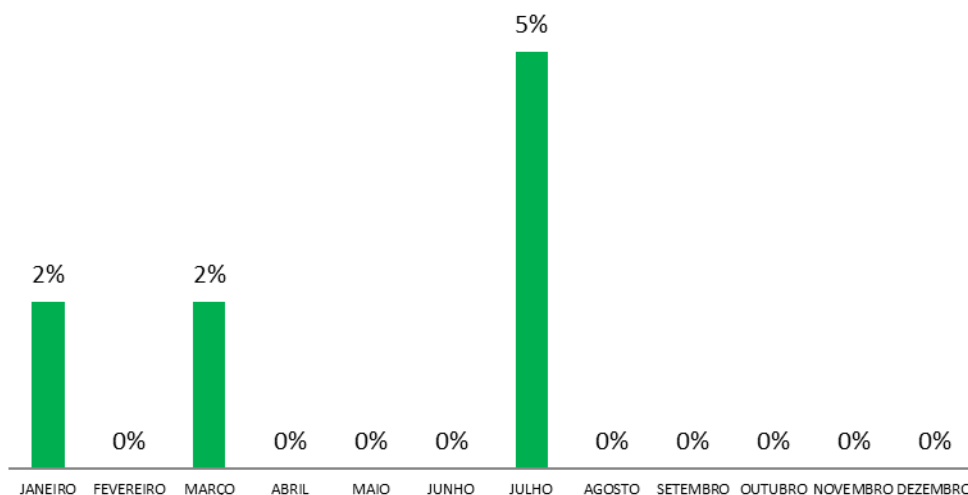
necessidade de reforço nas estratégias de acessibilidade, orientação presencial e estímulo ao uso da tecnologia disponibilizada.

Gráfico 181 – Taxa de resoluções



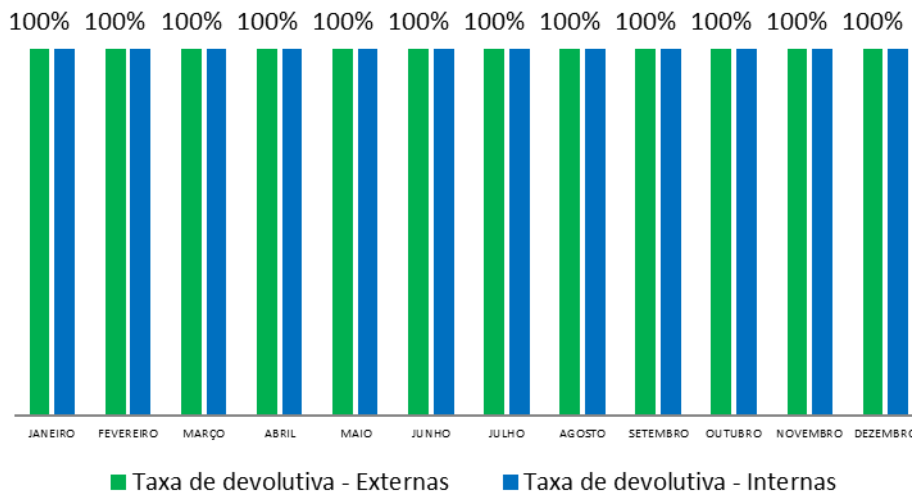
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 182 – Taxa de reincidência externa



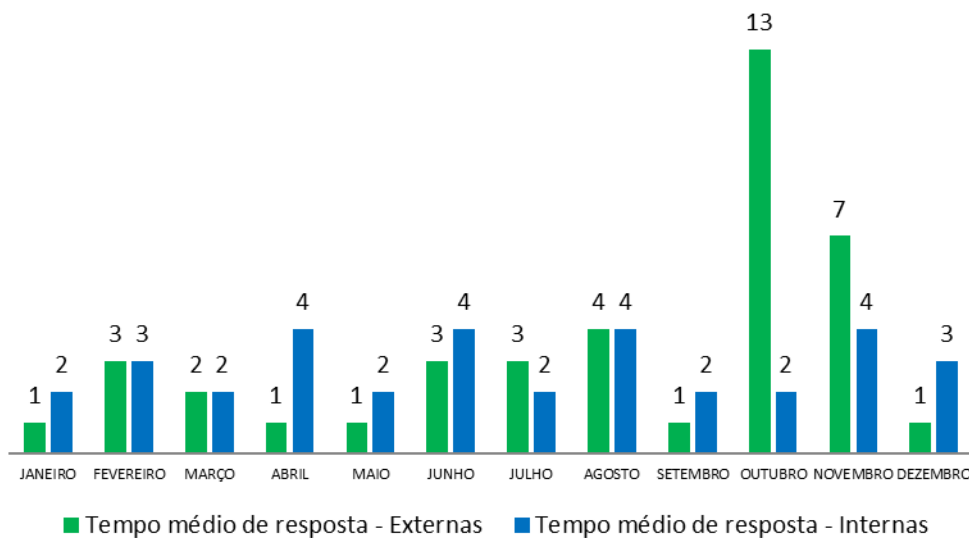
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 183 – Taxa de devolutivas



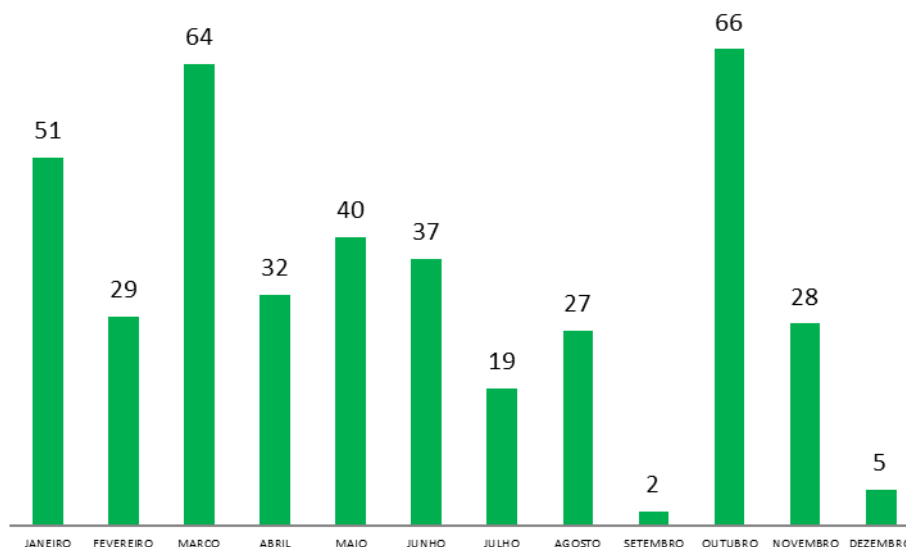
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 184 – Tempo médio de resposta



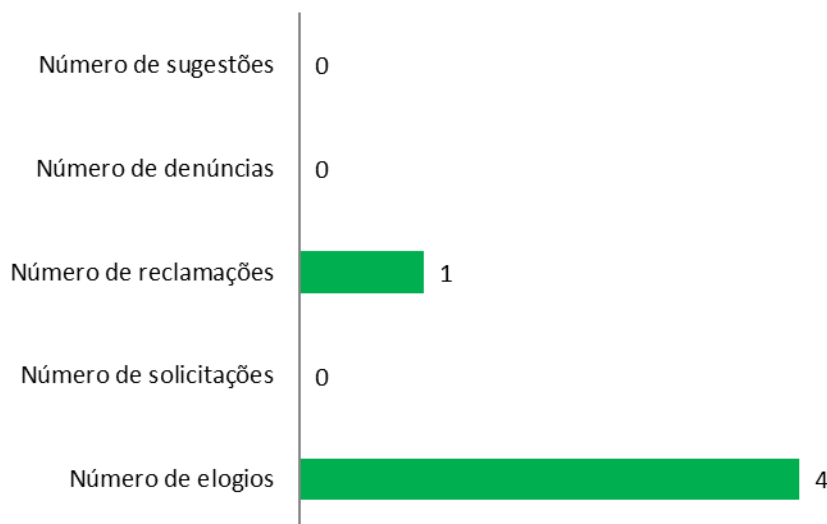
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 185 – Total de manifestações recebidas



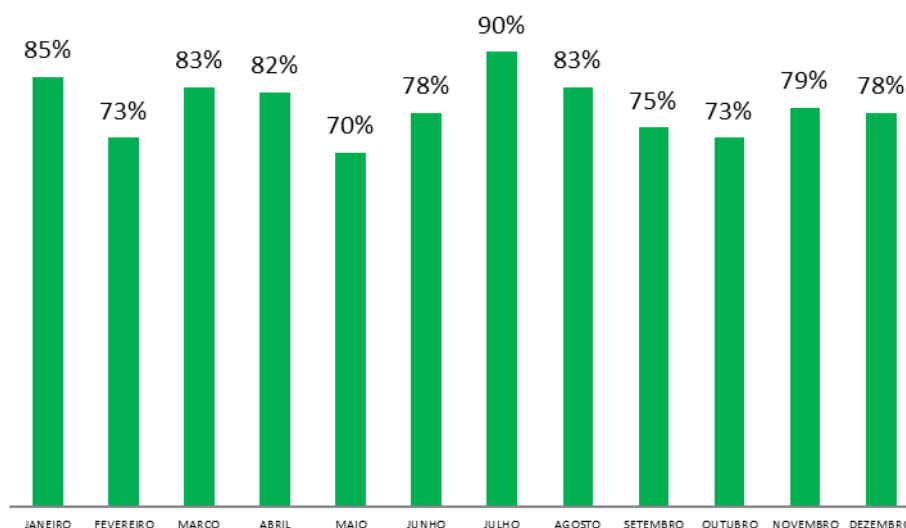
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 186 – Tipos de manifestações externas em dezembro de 2025



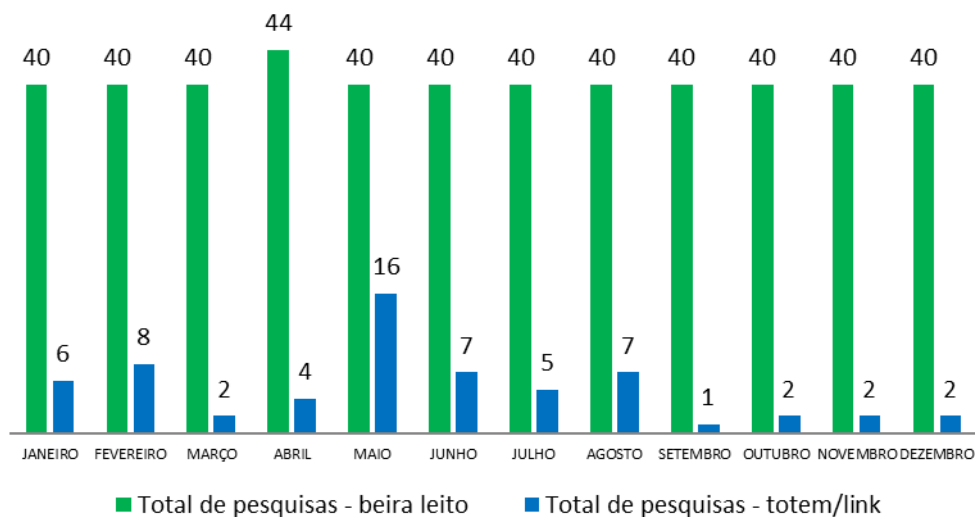
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 187 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



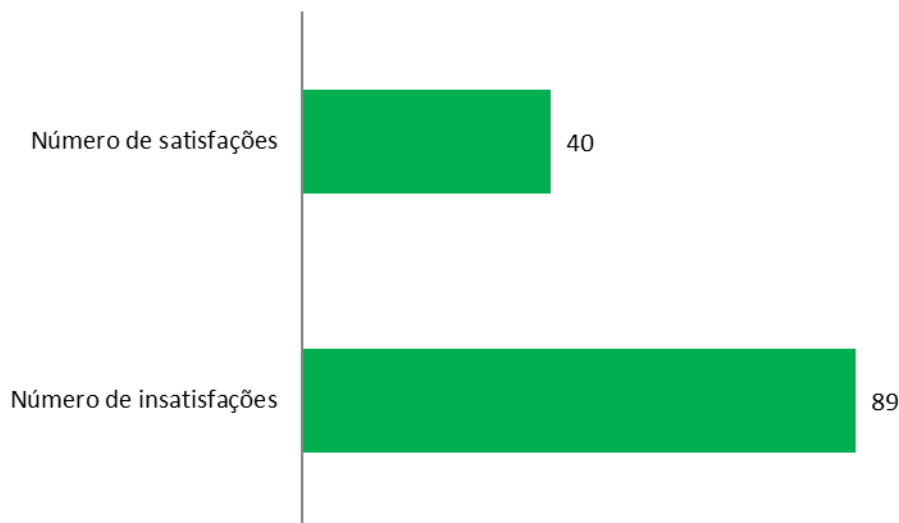
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 188 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 189 – Total de manifestações internas em dezembro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

O INTS desenvolve ferramentas que possibilitam acompanhar mensalmente os resultados alcançados pela unidade. Desta forma, é realizado o monitoramento dos indicadores contratuais e custos do projeto, visando a eficiência contratual, através do equilíbrio entre o cumprimento das metas e orçamento proposto, bem como a eficácia operacional, através de acompanhamento permanente da qualidade dos serviços prestados.

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

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

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

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

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

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

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

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

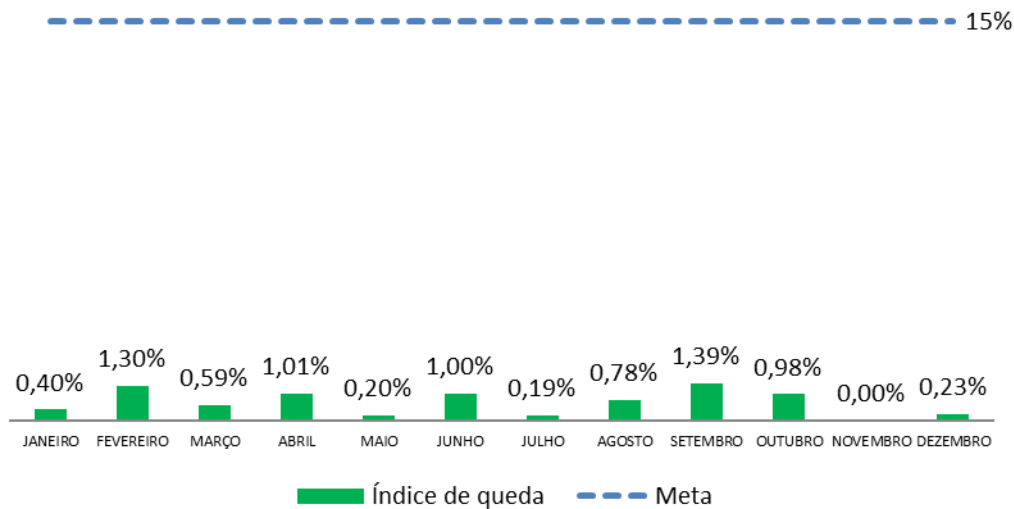
5. INDICADORES CONTRATUAIS

5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

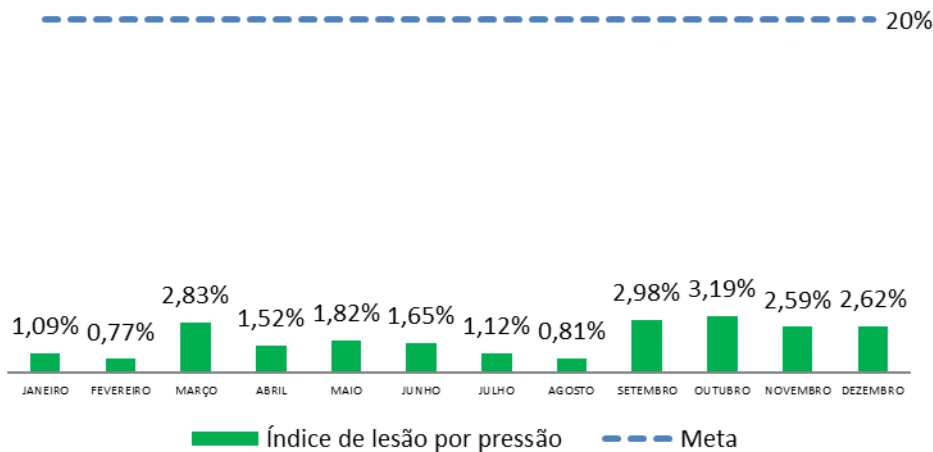
INDICADOR	METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%	89,59%	89,97%	90,06%	88,16%	82,16%	88,75%

Gráfico 191 – Índice de queda



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 192 – Índice de Lesão por Pressão



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 193 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 194 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

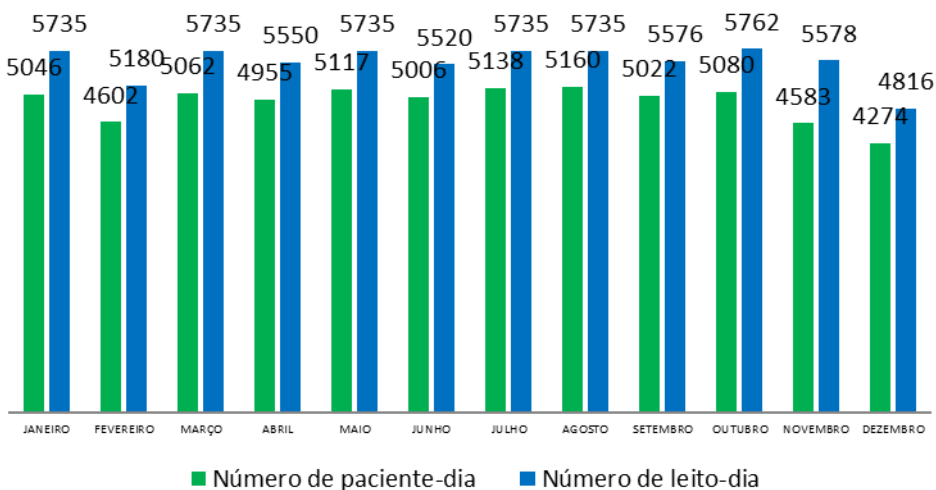
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 86 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006	5138	5160	5022	5080	4274	4274
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220	5735	5735	5576	5762	4816	4816
Número de quedas	<10	2	6	3	5	1	5	1	4	7	5	0	1
Casos de lesão por pressão	< 10	3	2	7	4	6	4	3	2	7	8	6	5
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37	19	27	2	66	28	5
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240	255	232	246	248	199	185

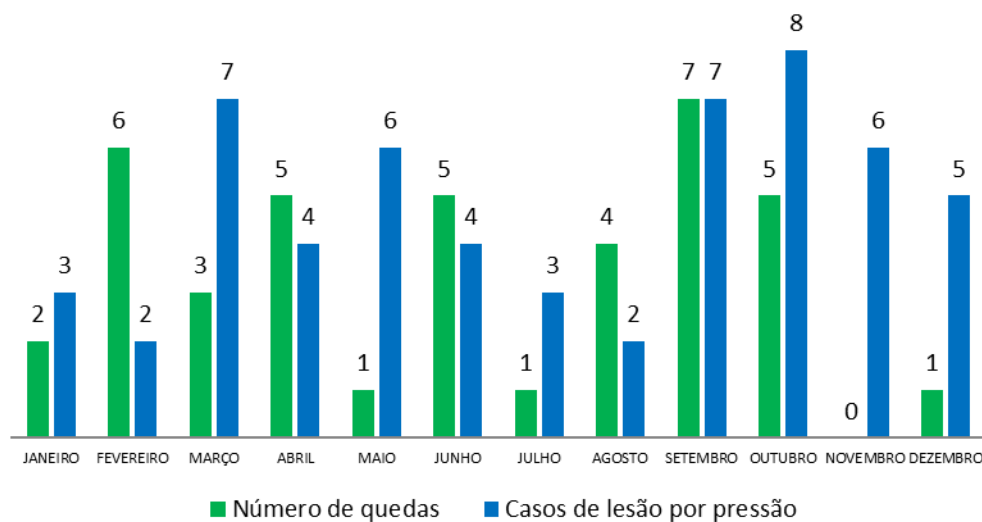
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 195 – Número paciente e leito dia



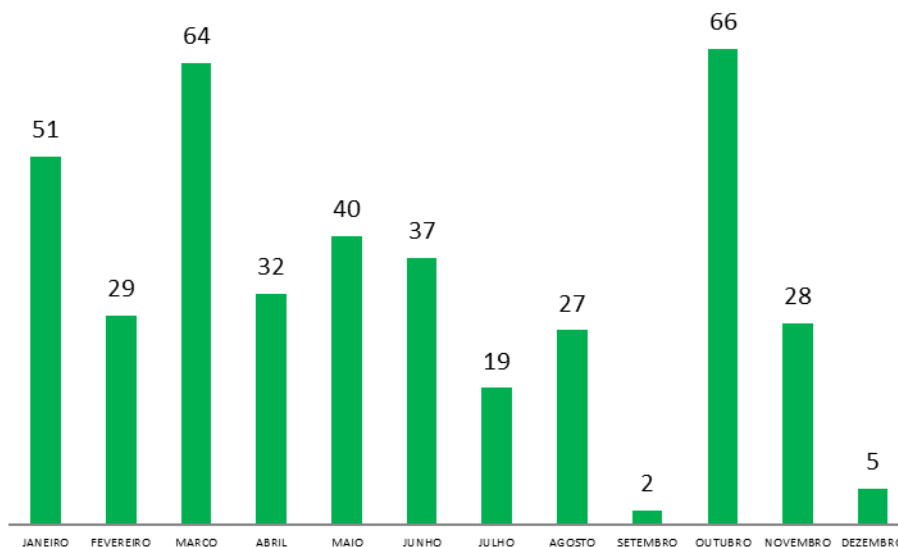
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 196 – Número de quedas e lesões por pressão



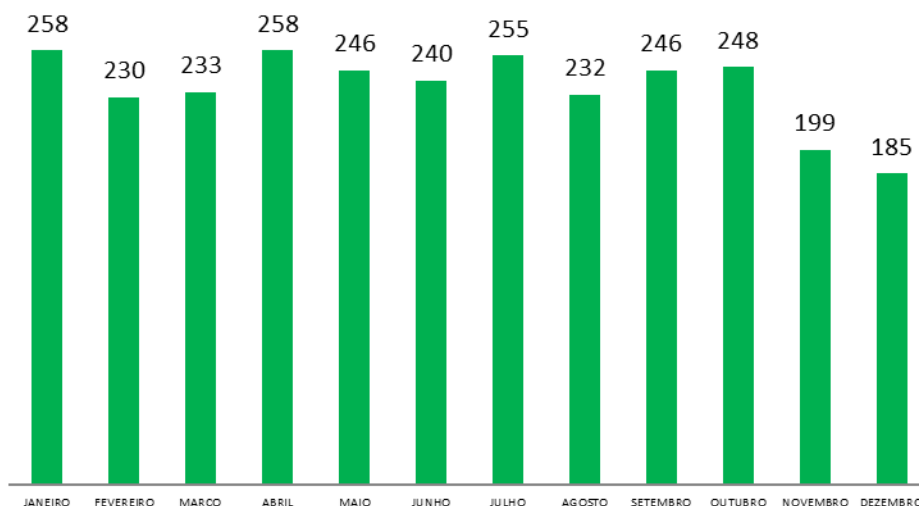
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 197 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 198 – Número de AIH's



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Produção de resíduos infectantes	> 14500kg	14684kg	12590kg	14691kg	14113kg	13044kg	13119kg	13712kg	13750kg	15553kg	11581kg	12003kg	11370kg
Produção de resíduos comum	> 16500kg	21409kg	19803kg	18930kg	21873kg	19799kg	23247kg	24091kg	24002kg	22102kg	21.073kg	20.733kg	17978kg
Produção de resíduos químicos	> 300Kg	224 kg	38kg	61kg	59kg	52kg	155kg	58kg	98kg	17kg	14kg	14kg	15kg

Produção de resíduos recicláveis	> 1600Kg	3.510kg	3.523kg	3.994kg	3.709kg	4.073kg	3.852kg	3667kg	3240kg	2991kg	2540kg	1965kg	3987kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg	0kg

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

No mês de dezembro, dois indicadores apresentaram resultados abaixo das metas estabelecidas: resíduos infectantes e resíduos comum.

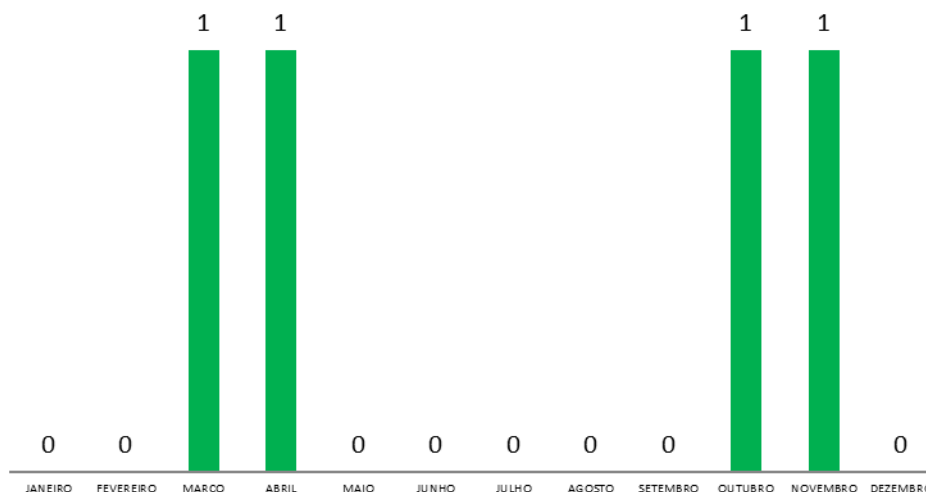
Produção de Resíduos Infectantes: A meta mensal não foi alcançada, com produção inferior ao valor esperado. Esse comportamento pode estar relacionado à redução do fluxo assistencial, ocasionada pelas obras no setor Colibri, que diminuíram o número de admissões e internações. Com menor atividade hospitalar, há naturalmente menos geração de resíduos infectantes provenientes de procedimentos clínicos e assistenciais.

Produção de Resíduos Comum: Assim como nos resíduos infectantes, a geração de resíduos comuns ficou abaixo da meta devido à diminuição do movimento de pacientes, acompanhantes e atividades internas. O bloqueio de leitos e a reorganização estrutural reduziram a circulação e a utilização de materiais não assistenciais, refletindo diretamente na queda desse indicador.

Produção de Resíduos Químicos: Permaneceu abaixo da meta ao longo do ano, incluindo dezembro. Isso ocorre porque a produção de resíduos químicos é diretamente relacionada à demanda específica de determinados procedimentos, à manipulação de substâncias químicas e ao perfil clínico dos pacientes. Em períodos com menos procedimentos que utilizam insumos químicos, a produção naturalmente se mantém reduzida.

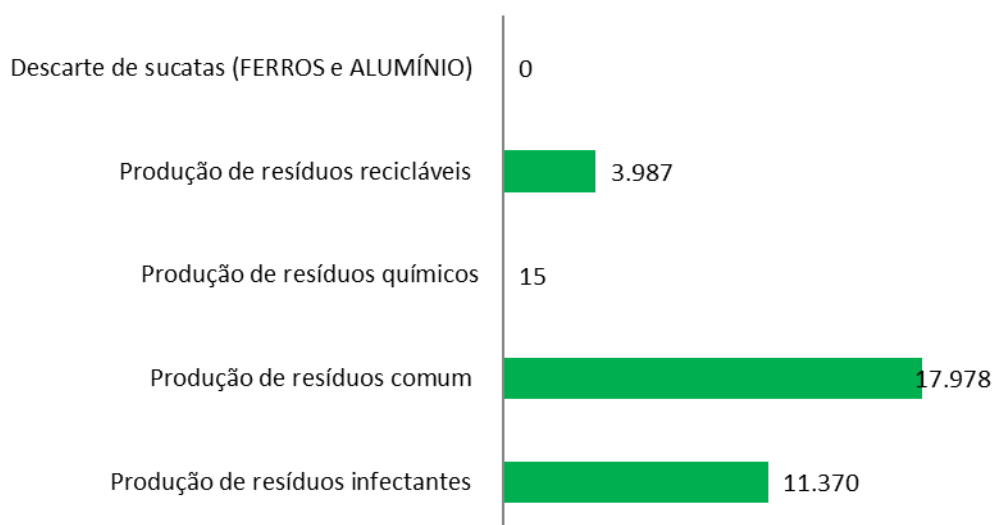
Houve aumento na geração de papelão no setor de Nutrição. Observou-se também redução no volume de resíduos da área externa descoberta, em razão da quebra do equipamento responsável pelo acondicionamento e coleta, impactando temporariamente o processamento desses materiais.

Gráfico 199 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 200 - Produção De Resíduos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

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

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200	166	156	210	153	98	77
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27	33	23	24	20	20	14
Número médio de sessões por número de pacientes*	M/R	7	10	8	7	6	7	5	7	9	8	5	6

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

*Dados arredondados.

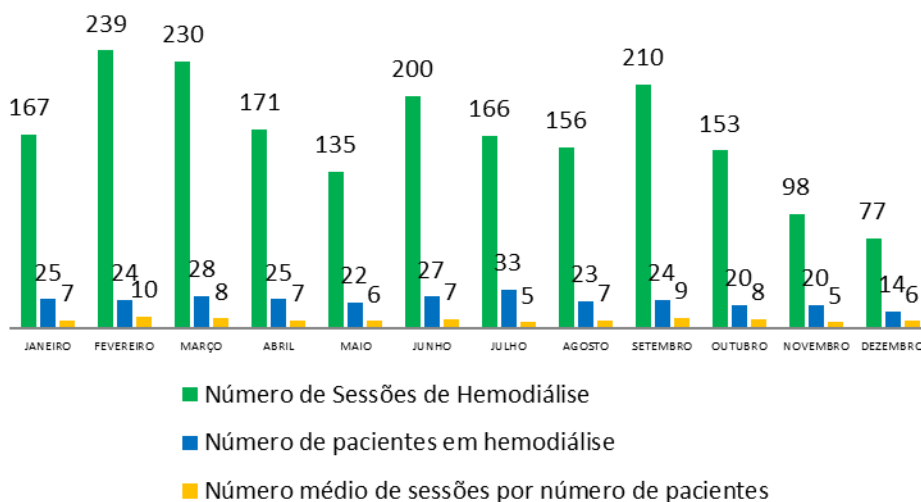
ANÁLISE CRÍTICA – HEMODIÁLISE

A redução no número de sessões de hemodiálise no período não está associada à diminuição de pacientes acompanhados, mas sim à menor necessidade clínica do procedimento.

Com base na evolução laboratorial e na estabilidade hemodinâmica, alguns pacientes tiveram redução na frequência de hemodiálise, mantendo-se em acompanhamento, porém com indicação de apenas uma sessão semanal em vez das três previamente realizadas.

Assim, embora o número de pacientes tenha permanecido estável, houve diminuição no total de sessões realizadas, em conformidade com a avaliação médica e os protocolos assistenciais vigentes.

Gráfico 201 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

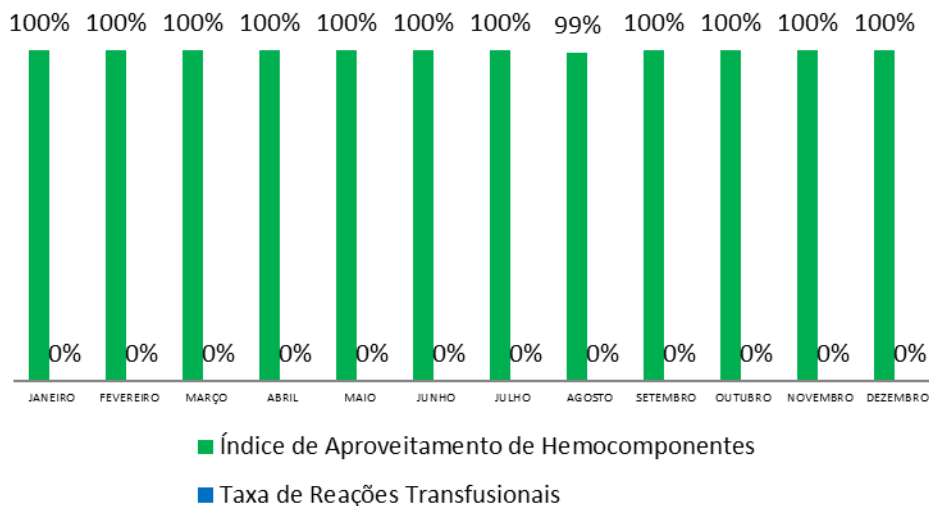
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70	60	38	28	37	34	22	34	11

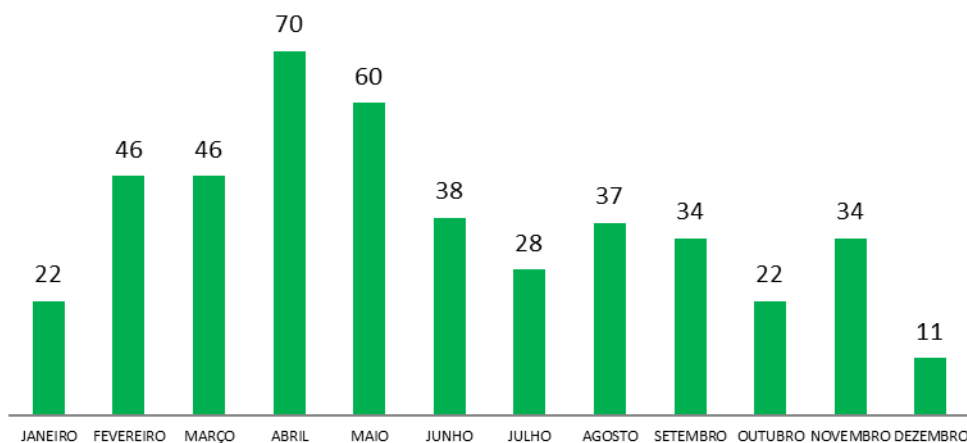
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 202 - Hemocomponentes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 203 – Bolsas transfundidas



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

6. COMISSÕES

Conforme o contrato de gestão firmado com a extinta Autarquia Hospitalar Municipal, é citada sobre a exigência de pleno funcionamento as Comissões

Obrigatórias e aquelas exigidas pelos Conselhos de Classe. Em cumprimento ao citado, a unidade possui as seguintes comissões implantadas:

Tabela 90 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga

COMISSÃO	PERIODICIDADE	BASE REGULATÓRIA
Revisão de Óbitos	Mensal	Resolução CFM nº 2.171/2017.
Revisão de Prontuários	Mensal	Resolução CFM nº. 1.638/2002.
Ética de Enfermagem	Mensal	Resolução COFEN nº 593/2018.
Ética Médica	Mensal	Resolução CFM 2.152/2016 e Resolução CREMESP 161/2007.
Farmácia e Terapêutica	Mensal	A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004.
Controle de Infecção Hospitalar	Mensal	Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
Segurança do Paciente	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
Proteção Radiológica	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
Terapia Nutricional	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
Humanização	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
Educação Permanente	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPAA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
Cuidados com a Pele	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
Acompanhamento contratual – CAC	Por demanda	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
Gerenciamento de Resíduos de Saúde	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
Perfurocortantes	Trimestral	NR: 32 / ANEXO III Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA.

Controle de animais Sinantrópicos	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
Prevenção da Violência	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde
Medicina Integrativa	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
Cuidados Paliativos	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
Transplante de Órgãos e Tecidos - CIHOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017

Fonte: Qualidade - Comissões.

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

7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

O setor de comunicação desempenha um papel estratégico na gestão da comunicação interna e externa da unidade, promovendo a integração e o engajamento dos colaboradores. Oferece suporte às comissões e núcleos atuantes no hospital. Com apoio da Assessoria de Imprensa, atua como intermediador entre a instituição e órgãos públicos, veículos de imprensa e terceiros, quando necessário. Suas principais funções incluem:

- **Planejamento e Organização de Eventos:** Responsável pela idealização, organização e execução de eventos internos, celebrações de datas especiais e atividades temáticas.
- **Execução de Campanhas Institucionais:** Organiza e executa campanhas de humanização, reforço de identidade, conscientização dos valores, missão e visão da marca do INTS e do HMG.
- **Produção de Conteúdos e Materiais:** Elabora textos, registros áudio visuais, matérias e outros materiais informativos para boletins, murais e comunicados internos, contribuindo para manter todos os colaboradores informados e engajados nas atividades do hospital.

- **Gestão da Comunicação Interna:** Facilita a comunicação entre diferentes setores, fortalecendo o vínculo dos colaboradores com a instituição e promovendo a cultura organizacional.
- **Desenvolvimento de Ações de Humanização:** Apoia a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.
- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

AÇÕES DE DEZEMBRO DE 2025

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS – 10,11,12 29/12:

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança - Round de Segurança do Trabalho (Fractal) – 11/12:

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas – 30 e 31/12:

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 23 - Prevenção e Combate ao princípio de incêndio – 22 e 23/12:

A CIPA realizou simulados de abandono e de catástrofe, com o objetivo de preparar as equipes para situações de emergência, reforçando os protocolos de segurança, a organização dos fluxos e a proteção de colaboradores, pacientes e visitantes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Treinamento | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – 15 e 16/12:

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 32- Adorno Zero – 03, 04, 05, 08, 09, 10, 19 22/12:

Foi realizado treinamento no hospital com foco em Adorno Zero, visando orientar e conscientizar os colaboradores sobre a importância do cumprimento das normas de segurança, prevenção de riscos e controle de infecções. A ação reforçou as boas práticas no ambiente hospitalar, contribuindo para a segurança dos profissionais, pacientes e visitantes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

HUMANIZAÇÃO| evento | CAFÉ ACOLHEDOR – 16/12

O Café Acolhedor é realizado mensalmente. O encontro cria um espaço leve e acolhedor dentro do ambiente hospitalar, onde os familiares podem compartilhar experiências, refletir sobre o cotidiano do trabalho em saúde e trocar ideias sobre bem-estar, empatia e humanização no cuidado. Durante o evento, os participantes foram recebidos com um café especial e participaram de uma dinâmica e uma atividade reflexiva para aliviar o estresse da rotina entre o público e os colaboradores, reforçando o sentimento de contribuição nos objetivos da equipe. Mais do que um simples encontro, o Café Acolhedor representa o compromisso do HMG com a valorização das pessoas que precisam, reforçando que o cuidado com o outro começa também com as famílias dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

HUMANIZAÇÃO/Natal Colaboradores | 16 e 17/12:

Comissão de Humanização realizou a entrega de panetones de Natal aos colaboradores do hospital e terceirizados do Hospital Guarapiranga, como ação de acolhimento, reconhecimento e valorização, reforçando os princípios da humanização no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

7.1 AÇÕES DE DESTAQUE

HUMANIZAÇÃO/Natal Pacientes | 18/12:

Comissão de Humanização, promoveu, no dia 18 de dezembro, uma edição especial do Natal dos Pacientes, transformando as alas assistenciais em um espaço de acolhimento, emoção e alegria. A ação reuniu colaboradores, voluntários e a Comissão de Humanização em uma caravana natalina que percorreu todos os setores do hospital, levando música, sorrisos e mensagens de afeto aos pacientes internados.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de dezembro 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, 20 de janeiro de 2026.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 22/01/2026 10:45:58 -03:00

 MUNDODIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha Panont
CPF: ***.518.032-**
Data: 22/01/2026 12:09:46 -03:00

 MUNDODIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

9. ANEXOS

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4

Data: 26/10/2025	16/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	15:00
Fim	15:30

Objetivo da Reunião

Apresentar os indicadores do Escritório de Gestão de Altas (EGA), discutir a melhoria de processos e reforçar a garantia do plano terapêutico individual durante a internação, visando à qualidade do atendimento, bem como a uma alta segura, humanizada e com foco na segurança do paciente.

Desenvolvimento da Reunião

A reunião foi iniciada por **Shirley**, enfermeira responsável pela Gestão de Altas, que realizou a apresentação dos integrantes da equipe do **Escritório de Gestão de Altas (EGA)**, sendo eles:

- Shirley – Enfermeira responsável pela Gestão de Altas;
- Dr. André – Coordenador Médico;
- Wilma – Responsável Técnica do Serviço Social;
- Edicleide e Bianca – Assistentes Sociais.

Na sequência, Shirley explanou sobre o trabalho desenvolvido pela equipe do EGA, que atua na articulação entre as equipes multiprofissionais do hospital, a família e a Rede de Atenção à Saúde. Destacou que esse processo tem como objetivo evitar falhas de comunicação, fortalecer o trabalho em equipe e garantir que as necessidades do paciente relacionadas à alta sejam identificadas e organizadas ainda durante a internação, assegurando continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Ressaltou, ainda, a importância do registro em atas e do trabalho articulado com todos os setores do hospital.

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2
Data:	17/12/2025		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão (X) Validação		
Assunto:	Comissão de Violência		
Início	10:00h		
Fim	11:00h		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Reforço sobre notificações
- Andamento da notificação aberta em novembro
- Plano de ação para 2026

Reforço sobre notificações de violência

Foi reforçado que todos os profissionais da instituição, independentemente da categoria profissional, possuem autonomia e responsabilidade para realizar notificações de violência sempre que identificarem situações suspeitas ou confirmadas, conforme legislações e protocolos vigentes. Destacou-se a importância da notificação como ferramenta essencial para proteção do paciente, vigilância e planejamento de ações preventivas.

Andamento da notificação aberta em novembro

A integrante Eliana apresentou devolutiva referente à notificação de violência registrada no mês de novembro. Informou que a paciente encontra-se clinicamente estável, em acompanhamento e cuidados adequados das lesões. No entanto, no momento, não há previsão de alta hospitalar, em razão da ausência de suporte familiar, permanecendo o caso em acompanhamento pela equipe multiprofissional.

Plano de ação para 2026

A integrante Vera apresentou proposta de Plano de Ação para o ano de 2026, destacando que, em todas as ações institucionais desenvolvidas pela comissão, será abordada: A importância da notificação de violência; os diferentes tipos e formas de violência; o papel dos profissionais na identificação, acolhimento e notificação.

Foi pactuado que todos os integrantes da comissão participarão ativamente da disseminação dessas informações.

Ainda foi informado que uma vez por mês irá ser convidado cada membro da comissão a participar das reuniões de NPV realizada pela supervisão da subprefeitura M'Boi Mirim comissão, visando o acompanhamento contínuo das ações e o fortalecimento das estratégias de prevenção e enfrentamento da violência.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada

 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:	16/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH
Início	15 hrs
Fim	16 hrs

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião foi conduzida pelo Dr. Lucas, infectologista, que apresentou os indicadores do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e CCIH. Durante o mês de outubro foram realizadas 99 buscas ativas, onde tivemos 02 notificações compulsória abertas. Que foram, 01 tuberculose e 01 violência.

Foram ainda identificados 06 pacientes com suspeita de tuberculose, dos quais 1 teve confirmação diagnóstica, permanecendo em acompanhamento.

Vera complementa trazendo a para comissão a solicitação da secretária de saúde para a implementação da comissão de dengue. Informa que já foi enviado para Qualidade a solicitação.

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

A análise apontou que tivemos um grande avanço ao combate das infecções. Foram registrados 3 casos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), distribuídos da seguinte forma:

1 casos de clostridium difficile, e 1 ITU e 1 IPCS.

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

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

Taxa de infecção geral: 3,23 %, resultado abaixo da meta estabelecida.

Densidade de incidência de IRAS global: 0,65%, 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): 2,23%

Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU): 3,53%.

Taxa de letalidade por IRAS: 0%, resultado positivo com relação a essa taxa.

Consumo de Materiais:

Avaliado o consumo de álcool gel (24,89 ml) e sabonete líquido (30,24 ml),

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:	15/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Pele
Início	14:30min
Fim	15:00min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação do Indicadores: A reunião da Comissão de Pele referente ao mês de novembro de 2025 iniciou-se com a apresentação dos indicadores institucionais, incluindo taxas de incidência global (3%) e da UTI (4%), prevalência de LPP(36%) e resultados da avaliação de risco com avaliação tendo como instrumento a escala de Braden (91%). Foi apresentado também o panorama das lesões em acompanhamento (83 lesões) e a relação entre risco e LPP adquirida (6). Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento, registrando 1967 com faturamento de curativos em R\$ 63.730,00.
- O monitoramento dos colchões pneumáticos apontou um total de 147 unidades distribuídas entre setores assistenciais e apoio, todas em condições adequadas de uso.
- As metas em desenvolvimento foram revisadas, com destaque para a redução das LPP adquiridas, avaliação de risco 100%, auditorias diárias estão ocorrendo e foi apresentado um breve relatório com os dados compilados.
- Também foram relatadas as orientações in loco realizadas para a equipe de enfermagem ao longo do mês. Foi solicitado pela Enfª Eliana Estomaterapeuta que sejam realizadas análise de causa raiz no momento em que LPP foi detectada para que ocorram ações para correção do dano.
- Ações em Andamento (Plano de Ação): Setor Bem Te Vi (Clínica Médica): Implementação de um "Time de mudança de decúbito". UTI Beija Flor e Sanhaçu: O Enfermeiro do setor está responsável por motivar a equipe de técnicos de enfermagem a realizar a mudança de decúbito. Foi discutido referente a implantação de um sinal sonoro indicando o horário de realizar a mudança de decúbito (relógio que desperte a cada duas horas ou sinal sonoro na TV do posto de enfermagem).
- Por fim, foram apresentadas as integrações realizadas com equipes de enfermagem e médica, abordando protocolos institucionais de prevenção e tratamento de LPP e manejo de SNE, com momentos teóricos e práticos para padronização das práticas assistenciais. Integração do Serviço Médico e Treinamento da Semana de Lesões.

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:	16/12/2025		
Tipo da Reunião:	☐ Requisito	☒ Gestão	☐ Validação
Assunto:	Comissão de Cuidados Paliativos		
Início	14:00		
Fim	15:00		

1. ASSUNTOS TRATADOS

• Média de Pacientes em Cuidados Paliativos no Mês

Apresentada a média de pacientes em Cuidados Paliativos (CP) no mês de novembro de 2025 (82%) internados nas unidades de retaguarda, acompanhada do retrospecto anual. No referido mês, dezoito (18) pacientes foram incluídos em CP.

• Relação de PPS no mês de novembro

Como rotina, também foi apresentada a tabela com as taxas do Palliative Performance Scale (PPS), atualmente a principal escala utilizada pela Comissão de Cuidados Paliativos (CCP), com foco nos dados referentes ao mês de novembro. Observou-se discreto aumento de pacientes com PPS igual ou acima de 50%, embora a maioria permaneça concentrada nos escores de 40% e 30%.

• Relação de óbito e alta hospitalar.

Apresentado os dados referentes aos desfechos dos pacientes em CP no mês de novembro. Este mês, o número de altas foi superior ao número de óbitos (7 e 5, respectivamente), repetindo-se, pela quarta vez no ano, a tendência de maior número de altas quando comparado aos óbitos.

Por outro lado, chama a atenção a redução significativa da taxa de óbitos de pacientes em Cuidados Paliativos quando comparada aos óbitos de pacientes em cuidados plenos (36%). Nos meses anteriores de 2025, a menor taxa registrada havia sido de 53%.

Entendemos que estes dados precisariam de uma análise mais aprofundada para adequada compreensão da realidade assistencial. Foi levantada duas hipóteses não excludentes: 1) pacientes com critérios de elegibilidade para CP que não tiveram a palição instituída; e 2) aumento do número de pacientes com adoecimento agudo grave, sem critérios clínicos para definição de Cuidados Paliativos. De toda forma, foi debatida a relevância de alcançar maior número de altas hospitalares entre pacientes em CP, considerando os benefícios assistenciais associados a essa definição de cuidado.

• Perfil e indicadores de óbitos e altas

Detalhadas informações sobre os pacientes que receberam alta hospitalar e aos que evoluíram a óbito, incluindo unidade de internação, gênero e faixa etária.

Entre os pacientes que receberam alta, 71% tiveram definição de Cuidados Paliativos realizada em conferência familiar durante a internação atual. As doenças de base mostraram-se variadas, incluindo ao menos um paciente com diagnóstico pertencente aos principais grupos de doenças de perfil paliativo (doença pulmonar crônica, doença cardíaca

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

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

Data:	05/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Ética de Enfermagem
Início	15:00
Fim	16:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Alinhamento dos casos em acompanhamento pela Comissão;
- Comunicação de saída do Presidente da Comissão;
- Situação do procedimento sindicante nº 08;
- Reestruturação da Comissão de Ética de Enfermagem.

Aos cinco dias do mês de janeiro de dois mil e vinte e seis, reuniu-se a Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga com a finalidade de alinhar os casos em acompanhamento pela comissão e tratar de assuntos administrativos pertinentes.

Durante a reunião, o Presidente da Comissão, Arlindo Alves Vieira, comunicou formalmente o seu **desligamento da Comissão de Ética de Enfermagem por motivos pessoais**, comunicação esta já realizada previamente ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN, na pessoa da senhora Edléia. Em razão desse desligamento, foi destacada a **necessidade de reestruturação da Comissão**, com a reorganização do grupo a partir dos **membros remanescentes**, a fim de assegurar a continuidade dos trabalhos, o cumprimento das atribuições regimentais e o adequado funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem.

Diante disso, foi registrado que permanecerá **apenas um caso em aberto** sob responsabilidade da comissão, referente ao **procedimento sindicante nº 08**.

Em relação a este procedimento, foi relatado um episódio de **desentendimento ocorrido na unidade João de Barro**, envolvendo membros da equipe de enfermagem. Consta que, durante tentativa de diálogo com a equipe, a técnica de enfermagem J.L.S.C. encontrava-se bastante alterada, utilizando tom de voz elevado e postura agressiva.

Foi ainda relatado que a técnica de enfermagem J.G.S.J. dirigiu-se de forma agressiva e hostil em direção ao Presidente da Comissão. Diante da situação, houve a tentativa de retirada do local juntamente com a enfermeira A.F.S.R.; entretanto, a técnica J.G.S.J. teria seguido ambas de maneira exaltada, mantendo tom de voz elevado, discutindo com a enfermeira e avançando em sua direção, sendo necessária a **intervenção do Presidente** que estava presente, que se posicionou entre as envolvidas a fim de conter a situação e evitar agravamento do conflito.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada e lavrada a presente ata, que segue para registro e demais providências cabíveis.

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: 16/12/2025
Tipo da Reunião: () Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto: Comissão de Ética Médica
Início: 10:00
Fim: 11:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo XII - Ensino e Pesquisa Médica

Aos dezesseis dias do mês de dezembro do ano de 2025, reuniu-se a Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a condução da presidente Dra. Lorena Paiva Miranda, com a participação presencial e on-line, dos membros listados acima. O tema discutido nesta reunião foi o **Capítulo XII do Código de Ética Médica - Ensino e Pesquisa Médica**, que estabelece os princípios éticos que devem nortear a atuação do médico nas atividades de ensino, formação profissional e desenvolvimento científico.

A reunião teve início com a leitura dos artigos que compõem o referido capítulo, destacando-se que o exercício do ensino e da pesquisa médica deve estar sempre subordinado ao respeito à dignidade humana, aos direitos dos pacientes e às normas éticas vigentes. Foi enfatizado que nenhuma atividade de ensino ou pesquisa pode se sobrepor ao melhor interesse do paciente, devendo ser garantido o cuidado integral, seguro e humanizado.

Os membros da comissão discutiram a importância do consentimento livre e esclarecido nas atividades de pesquisa e ensino, reforçando que o paciente deve ser previamente informado sobre a participação de estudantes ou residentes em seu atendimento, bem como sobre qualquer procedimento com finalidade científica ou acadêmica. Ressaltou-se que a recusa do paciente não pode, em hipótese alguma, resultar em prejuízo à assistência prestada.

Também foram abordadas as responsabilidades do médico preceptor e do pesquisador, especialmente quanto à supervisão adequada de alunos, residentes e estagiários, assegurando que as atividades práticas sejam realizadas dentro dos limites da competência técnica e sob orientação direta. A comissão reforçou que o médico responde eticamente pelos atos realizados por aqueles sob sua supervisão.

Durante as discussões, destacou-se ainda a necessidade de observância às normas dos comitês de ética em pesquisa, bem como às legislações e resoluções vigentes, especialmente no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. A comissão ressaltou que projetos de pesquisa devem ser previamente aprovados pelos órgãos competentes antes de sua execução na instituição.

Como encaminhamento prático, deliberou-se pela elaboração de um breve informativo eletrônico direcionado aos médicos envolvidos em atividades de ensino e pesquisa, contendo diretrizes éticas fundamentais previstas no Código de Ética Médica.

Como devolutiva da reunião anterior, a Coordenação informou que o informativo eletrônico sobre o **Capítulo VII do Código de Ética Médica – Relação entre Médicos**, cujo desenvolvimento havia sido

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Qualidade	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4

Data:	15/12/2025
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:

- ❖ Pendências não concluídas.

Discussões efetuadas em reunião:

- ❖ Houve uma redução considerável na média de pacientes/mês em relação ao mês de outubro (de 5.093 para 4.571 pacientes), devido diminuição na quantidade de leitos (30 leitos) por conta da reforma do setor Colibri. Esse processo impactou no número de sessões de hemodiálise, e consequentemente na redução no consumo dos itens utilizados: CPHD, bicarbonato de sódio 650G, conjunto de linha arterial e dialisador capilar.
- ❖ Em relação aos medicamentos da curva A, foi evidenciada uma redução no consumo de alguns medicamentos, como: Piperacilina sódica 4g + Tazobactam 500mg PO SOL INJ, Heparina Sódica SC 5.000UI/mL AMP 5mL SOL INJ, Insulina REGULAR Humana 100unidades/mL FA 10mL SOL INJ, Alfaeopetina 4000 UI, Enoxaparina 60mg/0,6mL SER 0,6mL SOL INJ, Soro fisiológico 0,9% BOLS 100mL SOL INJ, CefTRIAXona Sódica 1g PO SOL INJ EV, Bicarbonato de Sódio 650G – Hemodiálise, Heparina

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:	16/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito () Gestão () Validação
Assunto:	Reunião da Comissão de Resíduos - PGRSS
Início	10:30
Fim	11:00

Aos decimo sexto dia de dezembro de dois mil e vinte e cinco, nas dependências do Hospital Municipal Guarapiranga no auditório Aquário, às 10h30, o vice-presidente da comissão sr. Milton Ferreira deu início a reunião apresentando as pautas a seguir.

1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Pendências das últimas reuniões:** Adequação do abrigo temporário para os resíduos comuns
- **Indicadores dos resíduos:** Apresentação dos indicadores de janeiro até novembro de 2025.
- **Ações Desenvolvidas:** Apresentado as ações desenvolvidas durante o mês de novembro de 2025.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Anna Beatriz Anamaniara	Coord. Eng. Sup. Manutenção	Annabeatriz@fractalsp.com.br	Anna Beatriz
Barbara Cristina Silverio Marciano	Analista de qualidade	Barbaramarciano@ints.org.br	Barbara Cristina
Dário Pedro Filho Dos Santos	Coord. RH	Dariofilho@ints.org.br	Dário
Fabiane Evol Souza	Enfermeira ccih	Fabianesouza@ints.org.br	Fabiane
Fernanda D. D. Pitombo	Sup. Enfermagem	Fernandapitombo@ints.org.br	Fernanda
Guilherme Domingos Crossi Barros	Enfermeiro adm.	Guilhermearros@ints.org.br	Guilherme
Jamile Renata Oliveira Dos Reis	Sup. Nutrição	Jamilereis@ints.org.br	Jamile
Loraine Aparecida Costa Ferreira	Sup. Enfermagem	Loraineferreira@ints.org.br	Loraine

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:	01/12/2025
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. Faremos os mapeamentos das camas, após isso iremos alinhar com a manutenção os furos das placas. As psicólogas assistenciais ficarão responsáveis por fazer esse levantamento e preenchimentos das informações, enquanto a equipe de humanização ficará encarregada da instalação da placa e acompanhar o preenchimento, manutenção irá colocar as placas nos leitos de retaguarda.

- Desejo do Paciente:**

Durante a reunião, foi acordado que, após a instalação das placas do prontuário afetivo, a equipe de psicologia ficará responsável por preenchê-las, sendo que há um espaço onde o paciente poderá registrar três desejos. Com base nesses desejos, iniciaremos o projeto Desejo do Paciente, começando pela alimentação.

- Caixa da Gentileza:**

Foi apresentado o projeto, cuja proposta consiste em estimular a troca de mensagens positivas e encorajadoras aos colaboradores. Foi explicado como será feita a entrega das mensagens, bem como solicitado o apoio da equipe na elaboração dos conteúdos, que deverão seguir um modelo padronizado, previamente alinhado à gestão, a fim de manter a coerência com os valores institucionais.

- Ações para Saúde Mental e Bem-Estar:**

Com o objetivo de promover a qualidade de vida no ambiente profissional, serão iniciadas ações voltadas à saúde mental e ao bem-estar dos colaboradores. As atividades acontecerão, inicialmente, com foco na equipe administrativa. A proposta será, posteriormente, ampliada para contemplar também as equipes assistenciais, garantindo que todos os profissionais sejam incluídos nesse processo de cuidado e valorização. Para orientar e padronizar as atividades, será elaborado um protocolo específico para a condução dessas dinâmicas.

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	15/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Práticas Integrativas
Início	14:00min
Fim	14:30min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Resultados obtidos no mês de novembro 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 também foi abordado os materiais necessários para os atendimentos, bem como o quantitativo de cilindros de O₂ utilizados.
- A terapeuta Paula realizou apresentação sobre Hipnoterapia e Cromoterapia, explicando as técnicas aplicadas e relatando a evolução observada nos pacientes em atendimento.
- Por fim, foram mencionados os avanços obtidos durante o "Café Acolhedor" e ressaltada a importância do apoio dos supervisores de enfermagem para a continuidade e fortalecimento dessa ação.

ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
------	-------------	------

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

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

Data:	16/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	10:00
Fim	10:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Gestão e Controle de Participação**
- **Reconvocação de profissionais ausentes em treinamentos**
- **Levantamento da adesão da LNT 2026**
- **Adesão de Treinamentos**
- **Parcerias externas**

A reunião iniciou-se sob a condução da Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente, Miriam Fernando, apresentando a equipe que compõe o NEP, aos presentes. Foram apresentados os indicadores de desempenho referentes ao mês de novembro, revisando as pendências da reunião anterior, as taxas de adesão, os resultados da sensibilização da LNT 2026 e o fluxo de estudantes das instituições de ensino.

Foi apresentado que dentre as pendências referentes ao mês anterior, houve uma evolução com relação a criação de fluxo de arquivamento de certificado no prontuário do colaborador que está em processo de validação com a qualidade. E o multiplicador está programado para o começo de 2026, para a formação da comissão.

Na pauta seguinte, foram apresentados os indicadores consolidados: **Homem-hora: 1,03 / Meta Mensal de Treinamentos: 19 treinamentos e Taxa de Adesão: 84%** reforçando a importância de estratégias para incremento da participação.

Miriam, demonstra que houve apenas um treinamento com adesão abaixo do esperado, com apenas 16%, e que o setor responsável já foi notificado e irão realizar um plano de ação para que haja um novo treinamento para o mesmo público alvo.

Apresenta o comparativo entre treinamentos planejados e executados no mês, destacando-se que apenas 5 treinamentos planejados constavam na LNT com 1 cancelado, e que a ausência de planejamento adequado impacta negativamente na gestão, gerando desperdício de recursos, decisões operacionais imprecisas, redução da eficiência assistencial e administrativa, dificuldade na mensuração de resultados, sobrecarga, estresse e desmotivação das equipes.

Foi reforçado que o alinhamento prévio com o NEP possibilita adequada organização de espaços e recursos tecnológicos, distribuição equilibrada do público-alvo, evitando superposição de treinamentos e preservação dos indicadores institucionais de capacitação.

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

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

Data:	15/12/2025
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Reunião de Comissão de Segurança do Paciente
Início	10:00
Fim	10:42

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião iniciou-se às 10:00, sob a condução da enfermeira Maria Cristina. Foram apresentadas as rotinas implementadas do NSP, são elas: integração, recebimento e monitoramento das NC's, visitas nos setores para análise de NC's, visita técnica nos setores, rondas diárias e participação em comissões. Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 202 não conformidades, sendo 191 válidas no mês, 0 compartilhada pela ouvidoria, 12 encaminhadas para ouvidoria, 01 arquivada, 01 desclassificada e 0 duplicada. Informado que foram respondidas 148 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: 67, Procedimento Assistencial: 33, Flebite: 05, Medicação: 12, LPP: 31, Nutrição: 19, Queda: 0, Comunicação Efetiva: 08, Identificação do Paciente: 03, Risco de Infecção: 08, Outros: 14, Remoção não programada de dispositivos: 02. Em relação às metas internacionais (indicador realizado pelos membros do núcleo), foram apresentados os seguintes números de registro de Não Conformidades: Risco de Infecção: 97, Comunicação Efetiva: 18, Uso Seguro de Medicamentos: 15, Outros: 11, LPP: 44, Queda: 02, Identificação do Paciente: 03. Os setores que mais tiveram notificação foram: Sanhaçu (26) e Colibri (33). No mês de novembro, o conforme de visita técnica foi a meta 1 (identificação do paciente). Apresentadas as participações em reuniões internas e externas, além de ações realizadas pelos membros do NSP no mês de novembro. Foi trazido pela equipe do núcleo tópicos para alinhamento junto com a comissão, são elas: Abertura de chamados para equipamentos danificados permanecem pendentes de alinhamento com o Supervisor Administrativo Michael, supervisora Fernanda sugeriu a criação de uma planilha para que os números dos chamados fossem colocados nessa planilha e assim não haveria duplicidades dos chamados e qualquer enfermeiro poderia ver se foi feito o chamado para manutenção, enfermeira Maria Cristina reforçou a importância da realização dos Planos de ação dos últimos Londres que estão em planilha única compartilhada com os gestores responsáveis, gerente Carmen e coordenadora de enfermagem Raquel relata que os protocolos pendentes estão em andamento. Não havendo mais dúvidas ou contribuições, a reunião se encerra às 10:42.

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:	08/01/2026
Tipo da Reunião:	(X) Requisito () Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Revisão de Óbitos
Início	15:00h
Fim	16:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em dezembro de 2025 com foco em análise crítica dos casos e ações a serem tomadas para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.

Dados de Óbito: Dezembro

Total de óbitos: 9

Óbitos em cuidados paliativos: 7

Óbito não paliativo: 2

A reunião ocorreu de forma online, iniciando-se com a leitura das ações pendentes e, na sequência, deu-se continuidade à análise dos óbitos.

- **Paciente E.R. (75 anos):** paciente em cuidados paliativos, sem sinalizações de intercorrências.
- **Paciente R.C.L. (79 anos):** paciente em cuidados paliativos, sem sinalizações de intercorrências.
- **Paciente R.P.B. (68 anos):** paciente com histórico renal crônica dialítica e hepatopatia, em aguardo de diálise, evoluiu com piora clínica e choque refratário, em uso de drogas vasopressoras. Apresentava mau estado geral e SAPS elevado, não havendo abordagem de cuidados paliativos com a família.
- **Paciente M.D.N.S. (77 anos):** paciente em cuidados paliativos, sem sinalizações de intercorrências.
- **Paciente J.B.F. (66 anos):** paciente em cuidados paliativos, sem sinalizações de intercorrências.
- **Paciente P.M.B. (64 anos):** paciente com fibrose pulmonar, diagnosticado com tuberculose na unidade, apresentava perda de peso há meses e sintomas característicos de tuberculose (febre e tosse persistente), tendo sido previamente tratado como pneumonia por serviço externo. Avalia-se que o paciente poderia ter apresentado maior chance de desfecho clínico favorável caso o diagnóstico tivesse sido realizado em momento oportuno. Plano de ação: realizar notificação ao hospital de origem devido à falha diagnóstica e promover discussão do caso na supervisão da UVIS.

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

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

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

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

Juliana, supervisora da Fisioterapia, deu início à reunião realizando a leitura da ata da reunião anterior e de suas pendências.

Beatriz, enfermeira auditora, abordou o plano de ação pendente referente ao siglário e informou que, em conversa com Ana Patrícia, ficou acordado que o siglário será divulgado no ano de 2026, contemplando todo o período anual, com divulgação prevista para o dia 05 de janeiro.

Luciana, supervisora da Farmácia, relatou sobre o treinamento do carrinho beira-leito, informando que foi discutido junto à supervisão de Enfermagem que nos dias 29 e 30 de dezembro seria realizado um acompanhamento do uso do carrinho beira-leito, com o objetivo de identificar as dificuldades enfrentadas pelos colaboradores no manuseio, a fim de estruturar um treinamento baseado nas dificuldades observadas.

Shirley, enfermeira EGA, informou que todas as pendências encontradas nos prontuários auditados são referentes à Enfermagem. Ressaltou que, devido à ausência de representantes da liderança de Enfermagem na reunião, não soube como dar seguimento aos planos de ação. Relatou as seguintes não conformidades encontradas:

- Falta de checagem na prescrição, com registros apenas nos períodos da manhã e tarde, sem checagem no período noturno;
- Ausência de dupla checagem no sistema;
- Falta de registro de dispositivos invasivos;
- Ausência de anotação referente às feridas dos pacientes, sem registro de realização de curativos.

Beatriz informou que foi alinhado com Ana Patrícia que todas as não conformidades observadas nos prontuários serão comunicadas por e-mail para ciência da coordenação de Enfermagem.

Maria Cristina, enfermeira do NSP, relatou que nos prontuários auditados por ela não foram encontrados documentos residenciais, RG e ficha de internação, confirmando no dia seguinte que tais documentos realmente não estavam anexados. Também foram identificadas as seguintes pendências:

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



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: EHYFB-9P5XQ-YV7TE-RAGEN

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 22/01/2026 10:46 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
kWfANijK4T0AClwbkdGqKw+s7B1vsf7dC8nibBFO118=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF ***.518.032-**) em 22/01/2026 12:09 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	victorpanont@ints.org.br (Verificado)
Login	
rnRom8Jcdc9x9V+IoCoKHFFJKoeOFUDaP9t7QFQEy+k=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/EHYFB-9P5XQ-YV7TE-RAGEN>

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

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