

FEVEREIRO/2026



INSTITUTO NACIONAL  
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



UNIDADE: Hospital Municipal  
Guarapiranga

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

Esse documento foi assinado por Victor Hugo Parrilha e Simone da Silva de Araujo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/9V8MT-BW726-W6081-ZVEK9>

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES** prestadas nas competências de **fevereiro de 2026**, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga, São Paulo/SP**, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

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

**Nº CHAMAMENTO PÚBLICO:** Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

**Nº CONTRATO DE GESTÃO:** 001/2020 - SMS.G / AHM.

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

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

**CNES:** 0161438.

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

**FUNCIONAMENTO:** Atendimento 24hrs, todos os dias.



Fonte: Imagens Internas

## EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

Ana Patrícia Barreto Palma – Gerente Administrativa;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem;

Eliane Fernandes Ribeiro – Coordenação de Enfermagem;

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem;

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional;

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos;

Robert da Silva – Coordenação Administrativa.

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia.

## COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade.

## SUMÁRIO

<b>1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE</b> .....	9
<b>2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA</b> .....	10
<b>2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b> .....	11
<b>2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS</b> .....	11
<b>2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS</b> .....	12
<b>3. ESTUTURA DO SERVIÇO</b> .....	13
<b>3.1. RECURSOS HUMANOS</b> .....	13
<b>3.1.1. Recursos Humanos</b> .....	16
<b>3.1.2. Departamento Pessoal</b> .....	17
<b>3.1.3. Medicina Ocupacional</b> .....	18
<b>3.1.4. Segurança Do Trabalho</b> .....	19
<b>3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO</b> .....	20
<b>3.2.1. Radiologia</b> .....	20
<b>3.2.2. Laboratório</b> .....	22

<b>3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS</b> .....	23
3.3.1. <b>Nutrição</b> .....	25
3.3.2. <b>Fisioterapia</b> .....	27
3.3.3. <b>Serviço Social</b> .....	31
3.3.4. <b>Psicologia</b> .....	34
3.3.5. <b>Fonoaudiologia</b> .....	38
3.3.6. <b>Terapia Ocupacional</b> .....	42
3.3.7. <b>Terapias Alternativas</b> .....	43
3.3.8. <b>Estomaterapia</b> .....	44
<b>3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA</b> .....	46
3.4.1. <b>Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)</b> .....	46
3.4.2. <b>Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)</b> .....	49
3.4.3. <b>Vigilância em Saúde</b> .....	51
3.4.4. <b>NIR – Núcleo Interno De Regulação</b> .....	52
3.4.5. <b>Núcleo De Educação Permanente</b> .....	54
3.4.6. <b>Escritório de Gestão de Altas</b> .....	57
<b>3.5. SUPRIMENTOS</b> .....	60
3.5.1. <b>Farmácia</b> .....	61
<b>3.6. Compras</b> .....	61
<b>3.7. INFRAESTRUTURA</b> .....	62
3.7.1. <b>Engenharia Clínica</b> .....	62
3.7.2. <b>Manutenção Predial</b> .....	64
<b>3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b> .....	65
<b>3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS</b> .....	65
3.9.1. <b>Qualidade</b> .....	65
3.9.2. <b>Faturamento</b> .....	67
3.9.3. <b>Prestação De Contas</b> .....	68
3.9.4. <b>Financeiro</b> .....	69
3.9.5. <b>Patrimônio</b> .....	69
3.9.6. <b>Contratos</b> .....	71
3.9.7. <b>Hotelaria</b> .....	72
3.9.8. <b>Recepção</b> .....	73

3.9.9. Portaria.....	74
3.9.10. Jurídico .....	74
3.9.11. Ouvidoria .....	75
<b>4. MONITORAMENTO CONTRATUAL .....</b>	<b>77</b>
<b>5. INDICADORES CONTRATUAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS .....</b>	<b>78</b>
<b>5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS .....</b>	<b>79</b>
<b>5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES .....</b>	<b>79</b>
<b>5.3.1. Gerenciamento De Resíduos .....</b>	<b>79</b>
<b>5.3.2. Hemodiálise .....</b>	<b>79</b>
<b>5.3.3. Hemocomponentes .....</b>	<b>80</b>
<b>6. COMISSÕES.....</b>	<b>80</b>
<b>7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE .....</b>	<b>81</b>
<b>7.1. Indicadores de Comunicação.....</b>	<b>82</b>
<b>7.2. Ações de Fevereiro .....</b>	<b>83</b>
<b>8. AÇÕES DE DESTAQUE .....</b>	<b>90</b>
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>92</b>
<b>10.1. Atas das Comissões realizadas em fevereiro de 2026.....</b>	<b>92</b>
<b>SUMÁRIO DE TABELAS</b>	
Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária .....	12
Tabela 02 – Atendimento por Gênero .....	12
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.....	13
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de fevereiro/2026.....	13
Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de fevereiro/2026.....	15
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de fevereiro/2026 .....	15
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	16
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	17
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional.....	18
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	20
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	21

Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica) ..... 21

Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) ..... 21

Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)..... 21

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)..... 22

Tabela 16 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)..... 22

Tabela 17 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)..... 24

Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)..... 24

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva)..... 24

Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados) .... 25

Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria) ..... 25

Tabela 22 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar) ..... 26

Tabela 23 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)..... 27

Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) ..... 27

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados) .... 27

Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria) ..... 27

Tabela 27 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar) ..... 28

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica) ..... 29

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva)..... 29

Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados) ..... 30

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)..... 30

Tabela 32 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar) ..... 31

Tabela 33 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica) ..... 32

Tabela 34 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) .... 32

Tabela 35 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)..... 33

Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)..... 33

Tabela 37 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar) ..... 35

Tabela 38 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)..... 35

Tabela 39 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva)..... 36

Tabela 40 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados) ..... 37

Tabela 41 – Indicadores de Psicologia (Pediatria) ..... 37

Tabela 42 – Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar) ..... 39

Tabela 43 – Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)..... 39

Tabela 44 – Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) .. 40

Tabela 45 – Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados) ..... 40

Tabela 46 – Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria) ..... 41

Tabela 47 – Indicadores de Terapia Ocupacional ..... 42

Tabela 48 – Indicadores de Terapias Alternativas ..... 44

Tabela 49 – Indicadores de Estomaterapia ..... 45

Tabela 50 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) ..... 46

Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) ..... 46

Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva)..... 47

Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)..... 48

Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ..... 48

Tabela 55 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar) 49

Tabela 56 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica).. 50

Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva)..... 50

Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)..... 50

Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria) ..... 51

Tabela 60 – Indicadores de Vigilância em Saúde ..... 51

Tabela 61 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global) ..... 53

Tabela 62 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica).... 53

Tabela 63 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva)..... 53

Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados)..... 54

Tabela 65 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria) ..... 54

Tabela 66 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente..... 55

Tabela 67 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica).... 57

Tabela 68 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva).....	58
Tabela 69 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados).....	58
Tabela 70 – Indicadores de Número de paciente com pendências para alta ...	59
Tabela 71 – Indicadores de Farmácia .....	61
Tabela 72 – Indicadores de Compras .....	62
Tabela 73 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	63
Tabela 74 – Indicadores de Manutenção Predial .....	64
Tabela 75 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	65
Tabela 76 – Indicadores de Qualidade.....	66
Tabela 77 – Indicadores de Faturamento.....	67
Tabela 78 – 07 Procedimentos Faturados .....	68
Tabela 79 – Indicadores de Prestações de Contas.....	68
Tabela 80 – Indicadores do Financeiro .....	69
Tabela 81 – Indicadores do Patrimônio.....	70
Tabela 82 – Indicadores do Contratos .....	71
Tabela 83 – Indicadores da Rouparia .....	72
Tabela 84 – Indicadores de Higienização .....	73
Tabela 85 – Indicadores de Recepção.....	73
Tabela 86 – Indicadores de Portaria .....	74
Tabela 87 – Indicadores de Serviços Jurídicos.....	75
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	76
Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas.....	76
Tabela 90 – Indicadores de Contratuais Qualitativos .....	78
Tabela 91 – Indicadores de Contratuais Quatitativos.....	79
Tabela 92 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	79
Tabela 93 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	79
Tabela 94 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes .....	80
Tabela 95 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	80
<b>SUMÁRIO DE GRÁFICOS</b>	
Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos .....	11

Gráfico 02 – Relação de CID's Registrados nos Atendimentos em fevereiro de 2026 .....	12
Gráfico 03 – Classificação de colaboradores que foram entrevistados .....	82
Gráfico 04 – Nível hierárquico do entrevistado .....	82
Gráfico 05 – Canal de comunicação que mais utiliza .....	83
Gráfico 06 – Participou de algum evento/ atividade .....	83

## 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.

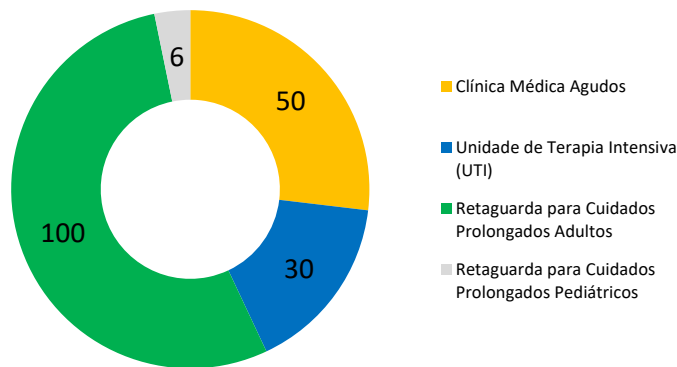
## 2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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 Infeciosas: Infecções urinárias, gastroenterites.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Cuidados Críticos: Pacientes com insuficiência respiratória aguda, sépsis, 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 CID’s Registrados nos Atendimentos em fevereiro de 2026**



Fonte: SMPEP.

### 2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

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

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

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO
PEDIÁTRICOS (0 -14 ANOS)	6	6
JOVENS (15 – 24 ANOS)	5	3
ADULTO (25 – 59 ANOS)	80	95
IDOSOS (MAIS DE 60 ANOS)	162	169

Fonte: SMPEP.

**Tabela 02 – Atendimento por Gênero**

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO
FEMININO	111	125
MASCULINO	142	148
OUTROS	0	0

Fonte: SMPEP.

**Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.**

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO
ATENDIMENTOS	253	273
ADMISSÕES	117	114
ALTAS	73	95
TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	8	3

Fonte: SMPEP.

### 3. ESTUTURA 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) no mês de fevereiro/2026**

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	8
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	12
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR FARMACIA	23
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	12
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	96
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	9
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	58
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	0
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	0
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 SAUDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	1
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMATICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	2
TECNICO ENFERMAGEM	268
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>624</b>

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

**Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de fevereiro/2026**

ESPECIALIDADES	TOTAL
CLÍNICO GERAL	71
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

**Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de fevereiro/2026**

FUNÇÃO	QUANTIDADE DE COLABOADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	6
AUXILIAR DE LIMPEZA	68
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	4
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	3
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	14
COZINHEIRO	4
DENTISTA	3
ELETRICISTA	4
ENCARREGADO	4
ENFERMEIRA	2

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

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

### 3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

**Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TURNOVER TOTAL	<5%	2,28%	3,04%
TURNOVER ENFERMAGEM	<5%	3,40%	3,71%
NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH	Quanto maior, melhor	0	0
NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS	Neutro	10	10

<b>NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM</b>	Neutro	9	10
<b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO</b>	Neutro	635	624
<b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS</b>	Neutro	277	277
<b>NÚMERO DE DEMISSÕES A PEDIDO DO COLABORADOR</b>	Quanto menor, melhor	11	5
<b>NÚMERO DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA</b>	Quanto menor, melhor	9	13
<b>NÚMERO TOTAL DE DEMISSÕES</b>	Quanto menor, melhor	20	18
<b>NÚMERO DE DEMISSÕES ENFERMAGEM</b>	Quanto menor, melhor	14	15
<b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES ENFERMAGEM</b>	Quanto menor, melhor	338	337

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

### 3.1.2. Departamento Pessoal

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

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

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

**Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE ABSENTEÍSMO GERAL</b>	< 6%	4,19%	4,32%

TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM	< 8%	6,05%	6,05%
TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 85%	93,95%	93,05%
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 51.448h	49536	49156
NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS	Quanto menor, melhor	54	41

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

### 3.1.3. Medicina Ocupacional

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

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

**Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES DEMISSORIAIS	> 85%	100%	100%
TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO	> 85%	100%	100%
TAXA DE COLABORADORES AFASTADOS POR ACIDENTES DE TRABALHO	< 5%	1%	1%
NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS	Quanto menor, melhor	395	425
NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)	Quanto menor, melhor	22	20
NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)	Quanto menor, melhor	9	10

NÚMERO DE AFASTADOS (LINCENÇA A MATERNIDADE)	Quanto menor, melhor	10	7
NÚMERO DE ATESTADOS POR SINDROME GRIPAL	Quanto menor, melhor	16	22
NÚMERO DE DIAS PERDIDOS	Quanto menor, melhor	790	845

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

## ANÁLISE CRÍTICA – MEDICINA OCUPACIONAL

Em relação ao aumento no número de atestados no período, informa-se que o cenário está em acompanhamento contínuo, com atuação conjunta junto à equipe de Enfermagem, que concentra a maior incidência.

Foram realizadas análises dos atestados apresentados, incluindo avaliação de recorrência, com encaminhamento para medicina do trabalho quando necessário, além de orientações e feedbacks às equipes. Medidas administrativas também foram adotadas conforme avaliação de cada caso.

O tema encontra-se em discussão com a Diretoria Geral, visando à consolidação de um plano de ação estruturado, com definição de estratégias para mitigação do absenteísmo e melhoria dos resultados do indicador.

### 3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

**Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE ACIDENTES MATERIAIS BIOLÓGICOS	0%	0%	0%
TAXA DE ACIDENTES DE PERFURO	0%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÕES	100%	100%	100%
TAXA DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES	< 40%	0,31%	0%
NÚMERO DE EPI'S DISTRIBUÍDOS	Quanto maior, melhor	96	61
NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS PELO SESMT	Quanto maior, melhor	13	14
NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES NOS TREINAMENTOS	Quanto maior, melhor	503	569
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS	Quanto maior, melhor	10	10
NÚMERO DE INTERVENÇÕES ERGONÔMICAS	Quanto maior, melhor	20	57
NÚMERO TOTAL DE ACIDENTES	Quanto menor, melhor	2	0
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	Quanto menor, melhor	0	0

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

O setor de Radiologia do Hospital Municipal Guarapiranga é responsável pela realização de exames de diagnóstico por imagem, atuando de forma integrada com as equipes assistenciais e multiprofissionais. O serviço atende pacientes internados, unidades críticas, clínica médica, pediatria e cuidados prolongados, garantindo suporte diagnóstico oportuno, seguro e alinhado às diretrizes institucionais de qualidade e segurança do paciente.

**Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,62%	0,39%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	24%	18%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	321	256
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	2	1
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	77	45

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

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

**Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,91 %	1,49%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	37%	22%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	110	67
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	1	1
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	41	15

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,55%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	18%	14%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	182	140
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	1	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	32	20

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

**Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	14%	22%

<b>NÚMERO DE EXAMES</b>	neutro	28	46
<b>NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES</b>	quanto menor, melhor	0	0
<b>NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS</b>	quanto menor, melhor	4	10

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

**Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVREIRO
<b>TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)</b>	<10%	0%	0%
<b>TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES</b>	<10%	0%	0%
<b>NÚMERO DE EXAMES</b>	neutro	1	3
<b>NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES</b>	quanto menor, melhor	0	0
<b>NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS</b>	quanto menor, melhor	0	0

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

### ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No período analisado, observou-se registro de 2 repetições de exames em menos de 24 horas, 11 casos de tracionamento de SNE, 33 exames relacionados a múltiplos procedimentos e 1 ocorrência de erro de RX.

De modo geral, os eventos identificados estão majoritariamente associados à complexidade assistencial e à necessidade de complementação diagnóstica em pacientes submetidos a múltiplos procedimentos. O caso de erro em RX será acompanhado com reforço das orientações quanto à conferência do exame e identificação do paciente, visando prevenir recorrências e manter a qualidade e segurança na realização dos exames.

#### 3.2.2. Laboratório

O Laboratório do Hospital Municipal Guarapiranga é responsável pela realização de exames laboratoriais essenciais ao diagnóstico, monitoramento e tratamento dos pacientes.

Atua com foco na confiabilidade dos resultados, segurança do paciente e cumprimento dos prazos estabelecidos, atendendo às diversas áreas assistenciais da unidade.

**Tabela 16 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE ERROS PÓS - ANALÍTICOS</b>	< 1%	0%	0%

TAXA DA QUALIDADE DOS RESULTADOS	< 1%	0%	0%
TAXA DE AMOSTRAS REJEITADAS (RECOLETA)	< 2%	1,92%	2,51%
SOBRAS DE TUBOS	< 1%	0%	0%
TEMPO DE ESPERA PARA COLETA	quanto menor, melhor	02:21:00	02:23:00
TEMPO DE PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS	quanto menor, melhor	00:46:00	00:50:00
TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADOS CRÍTICOS	quanto menor, melhor	00:06:00	00:07:00
QUANTIDADE DE CRÍTICOS NÃO NOTIFICADOS	<2%	0%	0%
TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS	>98%	90%	99%
EFICIÊNCIA NA EMISSÃO DE RELATÓRIOS (TAT)	> 90%	99%	99%
INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS	0,00	0	0
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS	neutro	15.209	9.105
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	neutro	7.153	8.251

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

## ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

O percentual de recoletas apresentou resultado acima do preconizado, associado ao aumento de solicitações para confirmação de resultados diante de instabilidade observada em alguns exames. O cenário permanece em monitoramento, com acompanhamento da liberação de resultados pela equipe Biomega e supervisão das coletas realizadas pelos auxiliares do INTS, visando reduzir ocorrências e restabelecer o indicador aos parâmetros esperados.

### 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 17 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FLEBITE	<15%	1,15%	1,18%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	11,81	5,80
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	48,25	42,50
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	15,63%	8,33%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	3,13%	2,78%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,52	0,58
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	96	108
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	15	9
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	1

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

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

**Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FLEBITE	<15%	2,89 %	1,51%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,65	1,68
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	11,02	12,26
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	7,53%	4,95%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	1,89	2,02
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	93	101
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	7	5
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0

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

**Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0,78 %	0,90%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	4,23	3,08
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 dias	4,46	4,77
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	4,67%	3,74%

<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO</b>	<5%	2,80%	2,80%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	5	5,35	3,57
<b>NÚMERO DE SAÍDAS</b>	Quanto maior, melhor	107	107
<b>NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS</b>	Quanto menor, melhor	5	4
<b>NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS</b>	Quanto menor, melhor	0	1

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

**Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE FLEBITE</b>	<15%	0%	0%
<b>INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO</b>	< 70	52	21
<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA</b>	< 500 dias	981,33	445,67
<b>TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL</b>	< 20%	100%	0%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO</b>	<5%	0%	0%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	5	0,03	0,06
<b>NÚMERO DE SAÍDAS</b>	Quanto maior, melhor	3	6
<b>NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS</b>	Quanto menor, melhor	3	0
<b>NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS</b>	Quanto menor, melhor	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.

**Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE FLEBITE</b>	<15%	0%	0%
<b>INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO</b>	< 70	0	0
<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA</b>	< 500 dias	737,17	765,17
<b>TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL</b>	< 20%	0%	0%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO</b>	<5%	0%	0%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	5	0	0
<b>NÚMERO DE SAÍDAS</b>	Quanto maior, melhor	0	0
<b>NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS</b>	Quanto menor, melhor	0	0
<b>NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS</b>	Quanto menor, melhor	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / 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 22 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS	100%	96%	100%
TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	100%	85%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Quanto maior, melhor	3492	3302
NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI	Quanto maior, melhor	111	114
NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS	Quanto maior, melhor	111	114
NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	Quanto maior, melhor	57	97
NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS	Quanto maior, melhor	67	95
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	neutro	20379	20841
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	neutro	606	616
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	neutro	10760	9529
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	34%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	35%	36%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	9%	12%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	21%	18%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 23 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	5265	7000
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	39%	37%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	37%	36%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	17%	15%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	7%	12%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	2178	2522
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	26%	31%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	32%	34%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	17%	19%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	25%	16%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	12750	11141
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	36%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	32%	32%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	6%	6%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	27%	26%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	186	177
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	16%	17%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	84%	83%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	0%	0%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

### 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 27 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	97%	99%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	93%	94%

TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	97%	99%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	7000	5872	5721
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO	> 10000	11034	10279
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 7000	7058	6456
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	10
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	12
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	> 15	17	16
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	> 15	12	12
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	> 5	4	3
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	> 2	3	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 28 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	90%	92%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	96%	95%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	6
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	3	2
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	5	5
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	2	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 29 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	99%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	84%	95%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	99%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	4
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	2
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0

MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	4	1
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	3	3
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	1	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	0%	0%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	0%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	5	8
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	3	3
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	1	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	0%	0%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	0%	0%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	0%	0%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	5	5
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	1	1
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	0	0
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Observação:** Não houve admissão no setor da Pediatria, portanto os indicadores: Taxa de avaliação fisioterapêutica, alta funcional e avaliação respiratória inicial estão zerados.

### ANÁLISE CRÍTICA – FISIOTERAPIA

O número de atendimentos totalizou 5.721, ficando abaixo da meta de 7.000. O resultado está relacionado, principalmente, ao fechamento de alguns leitos no período,

o que reduziu a capacidade de atendimento da unidade, mesmo com taxa de ocupação mantida em 90%.

Da mesma forma, o número total de procedimentos de fisioterapia respiratória foi de 6.456, também abaixo da meta estabelecida. A redução de leitos disponíveis impactou diretamente a quantidade de pacientes assistidos e, conseqüentemente, o volume de procedimentos realizados no período.

### 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 32 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	99%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	97%	97%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	Neutro	2	4
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	5	3

NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	12	14
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	5	16
TAXA DE EVASÃO	<3%	1,04%	0,90%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	2,08%	3,63%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	1
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	2	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 33 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	95%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	96%	96%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	2	3
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	4	2
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	3
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	4	8
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	1,38%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	1,63%	2,77%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	1
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 34 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	100%	95%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	1
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	1	4
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	1	6

TAXA DE EVASÃO	<3%	2,85%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	3%	6,66%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 35 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	1
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	11
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0	2
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	0%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	2	0
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0	0
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%

TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	0%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Observação:** Não houveram admissões no setor da Pediatria, portanto a taxa de avaliação social inicial está zerada.

### ANÁLISE CRÍTICA - SERVIÇO SOCIAL

A Taxa de Alta Planejada alcançou 97%, resultado próximo à meta estabelecida. Contudo, o desempenho foi impactado por quatro casos em que não houve registro de orientação de alta, evidenciando oportunidade de melhoria nos processos de organização e comunicação da equipe multiprofissional.

Ação: Serão realizadas reuniões de alinhamento com a equipe para reforçar a importância do cumprimento dos protocolos de alta e fortalecer a padronização do processo, visando garantir maior efetividade nas orientações ao paciente e alcance da meta nos próximos ciclos.

#### 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 37 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	97%	98%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	19,25%	1,20%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	93%	92%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	64	56
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	14	12
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	3	8
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	17	17
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0,60%	0,60%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	9	5
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	3	7

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 38 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
-----------	-------	---------	-----------

TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	100%	100%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	78%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	94%	90%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	22	19
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	7	6
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	14	11
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	3%	2,27%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	2	2
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 39 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	98%	98%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	100%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	89%	95%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	36	32
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	6	6
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	2	1
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	3	3
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	0%	0%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	5	3

<b>NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	Neutro	2	4
---	--------	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 40 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	5,40%	2,10%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	6	5
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	1	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	1	7
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0	3
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0%	0%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	2	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 41 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	0	0
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	0	0

NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0	0
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	0	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Observação:** Não houveram admissões no setor da Pediatria, portanto sem avaliações psicológicas iniciais.

### ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Houve redução no percentual no indicador taxa de intervenção em cuidados paliativos em razão da ausência de pacientes com perfil para acompanhamento psicológico na UTI e nas demais unidades, especialmente relacionados a cuidados paliativos. Além disso, o aumento do número de pacientes em cuidados paliativos alocados em setores específicos pode ter contribuído para essa diminuição, evidenciando a necessidade de ajustes na organização da oferta de suporte psicológico para melhor atendimento dessa demanda.

#### 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 42 – Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	72%	77%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONODIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	5
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	20%	81%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	11,76%	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	29%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	176	146
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	70	100
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	3	7
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	5	5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	78%	71%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONODIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	25%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	66%	0%

TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	100%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	40	22
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	40	23
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	3	1
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	4	5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 44 – Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	71%	78%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONODIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	3
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	40%	94%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	50%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	50	55
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	20	18
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	0	6
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 45 – Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONODIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	0%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	15	11
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	10	1

<b>NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL</b>	Quanto maior, melhor	0	0
<b>NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA</b>	Quanto maior, melhor	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 46 – Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL</b>	> 90%	0%	0%
<b>ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONODIOLÓGICAS REALIZADAS</b>	Quanto maior, melhor	1	6
<b>TAXA DE DECANULADOS</b>	> 5%	0%	0%
<b>TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b>	> 90%	100%	100%
<b>TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA</b>	> 5%	0%	0%
<b>TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF</b>	> 5%	0%	0%
<b>NÚMERO DE ATENDIMENTOS</b>	> 80	71	58
<b>NÚMERO DE AVALIAÇÕES</b>	> 80	0	58
<b>NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL</b>	Quanto maior, melhor	0	0
<b>NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA</b>	Quanto maior, melhor	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Observação:** Não houveram admissões no setor da Pediatria, portanto a taxa de avaliação fonoaudiológica inicial está zerada.

### ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

O Percentual de Pacientes Avaliados entre 24 e 48 horas após a admissão atingiu 77%, ficando abaixo da meta de 90%, impactado pela limitação de recursos humanos, com atuação de apenas uma fonoaudióloga no período.

A Taxa de Decanulação permaneceu em 0%, devido à ausência de pacientes elegíveis para o procedimento, considerando que a maioria dos pacientes traqueostomizados apresenta perfil crônico, não atendendo aos critérios clínicos para decanulação.

A Taxa de Inserção no Protocolo de Broncoaspiração alcançou 81%, também abaixo da meta de 90%, refletindo o impacto da limitação de profissionais disponíveis para realização das avaliações e inclusão no protocolo.

Quanto à Taxa de Treino de Oclusão ou Uso de Válvula de Fala, não houve registros no período em razão da ausência de pacientes com perfil clínico indicado para a intervenção.

De forma geral, observa-se que a redução do quadro de recursos humanos na fonoaudiologia foi fator determinante para o desempenho abaixo das metas, impactando diretamente a capacidade de avaliação e execução das ações assistenciais previstas.

### 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 47 – Indicadores de Terapia Ocupacional**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Neutro	165	127

NÚMERO DE AVALIAÇÕES	Neutro	5	5
NÚMERO DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	Neutro	0	0
NÚMERO DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO EM CONJUNTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	Neutro	60	272
NÚMERO DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	Neutro	162	190

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.
- **Ozonoterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio (O<sub>3</sub>) 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 ozonoterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

**Tabela 48 – Indicadores de Terapias Alternativas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198	N/A
NÚMERO DE PACIENTES EM HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198	N/A
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31	N/A
NÚMERO DE PACIENTES EM CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31	N/A
NÚMERO DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Quanto maior, melhor	1	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	100	83
NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	22	22
CONSUMO DE CILINDRO O <sup>2</sup>	Neutro	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**N/A:** Em fevereiro de 2026, devido à ausência de colaborador responsável pelo setor no período, não foram realizados registros de atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia. O cenário impactou diretamente a produção dessas atividades na competência analisada.

### 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.

- **Aconselhamento psicológico** e apoio emocional para pacientes em processo de adaptação ao uso de estomas.

**Tabela 49 – Indicadores de Estomaterapia**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE LPP - GLOBAL	< 15%	2,54%	1,79%
TAXA DE LPP - UTI	< 5%	2,08%	3,64%
TAXA DE LPP - CLÍNICA MÉDICA	< 5%	8,70%	0%
TAXA DE LPP - CUIDADOS PROLONGADOS	< 5%	2,00%	1,92%
PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO	Quanto menor, melhor	49,75%	31,84%
% DE PACIENTES SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO	> 95%	99,15%	95,61%
NÚMERO TOTAL DE LESÕES EM PACIENTES INTERNADOS	Quanto menor, melhor	98*	71
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO COMUNITÁRIA	Quanto menor, melhor	8*	6
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO HOSPITALAR	Quanto menor, melhor	5*	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

\*Feita correções de dados retroativos.

### ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

No mês de fevereiro, foram identificados casos de lesão por pressão (LPP) estágio 2 em pacientes internados na UTI, localizadas em região sacra e calcâneo. Os pacientes apresentavam alto risco para desenvolvimento de LPP segundo a Escala de Braden, associados a condições clínicas graves, uso de dispositivos como IOT e SNE e necessidade de cuidados intensivos. Um dos casos evoluiu a óbito no mesmo período, enquanto o outro apresenta boa resposta ao tratamento instituído.

Na unidade de retaguarda, também foram identificados dois casos de LPP estágio 2, ambos de pequena extensão e classificados como alto risco pela Escala de Braden. Os pacientes encontravam-se em cuidados paliativos, recebendo dieta enteral por SNE e mantendo condutas voltadas principalmente para medidas de conforto.

### 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 50 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	87%	87%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	80%	44%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	23%	21%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	35	37
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	208	247
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	174	199
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	115	91
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	15	27
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	46	52
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	23	58
OUTROS	Neutro		8
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	3	6
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	108	44
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	28	37
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	5
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	49	97
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	3	6
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	8	25

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

**Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE NC TRATATA TOTAL	>85%	73%	90%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	62%	40%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	32%	21%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	68	90
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	50	81
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	29	34
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	5	8
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	22	19
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	12	29
OUTROS	Neutro	1	6
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	4	4
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	19	14
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	6	14
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	2
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	32	37
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	1	6
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	5	7

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

**Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE NC TRATATA TOTAL	>85%	90%	72%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	82%	41%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	40%	31%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	20	29
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	18	21
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	12	16
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0	1
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	8	9
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	0	2
OUTROS	Neutro	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0	0

META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	3	5
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	4	2
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	1
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	13	18
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0	2

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

**Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	95%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	88%	86%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	26%	31%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	12	12
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	43	47
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	41	47
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	16	14
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	3	3
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	11	15
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	12	13
OUTROS	Neutro	4	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	1	1
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	2	1
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	8	11
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	16	19
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	1	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	10	13

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

**Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	100%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	75%	100%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	0%	25%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	5	5

NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	3	4
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	3	4
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	0	0
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0	1
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	0	1
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	3	2
OUTROS	Neutro	1	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	0	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	1	3
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	1	0
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0	1

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

### ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Taxa de Respostas dentro do Prazo apresentou melhora nos últimos dois meses em relação ao tratamento das não conformidades; contudo, ainda se observa dificuldade no cumprimento do prazo estabelecido institucionalmente para conclusão das tratativas.

Em relação ao indicador de Incidente com Dano, houve redução na taxa global quando comparada aos meses anteriores, incluindo diminuição no setor da UTI Beija-Flor. Apesar da melhora observada, os resultados ainda permanecem acima da meta institucional.

Ressalta-se que os avanços identificados refletem os esforços das lideranças assistenciais e administrativas, com apoio dos núcleos institucionais (SCIH, NEP, Vigilância e NSP). Entretanto, torna-se essencial manter o monitoramento contínuo dos processos, bem como fortalecer ações de orientação, sensibilização das equipes e alinhamento com gestores, visando à melhoria progressiva dos indicadores e ao fortalecimento da segurança do paciente.

#### 3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)

Tabela 55 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 4,05	3	2

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	< 7%	3,13%	1,85%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	< 2%	0,65%	0,44
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,05%	4,76%	0
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 2,78%	0%	0
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 0,59%	4%	4,63

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Tabela 56 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 1,50	1	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 1,04%	0,98	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,95%	3,46	0
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20ml	27,45	68,68

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	1	1
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	2,10	1,96
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	7,63	0
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	0	0
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	0	0
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	Neutro	15,09%	3,14%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	Neutro	27,46%	16,47%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	Neutro	13%	20%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	100%	83,33%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	100%	93,33%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ml	47,71	17,49

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	1	1
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	0%	0,32%*	0,35%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

\*Dados corrigidos.

**Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatría)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

### ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No mês de fevereiro, a BTV permaneceu atuando como Clínica Médica, motivo pelo qual os dados foram consolidados juntamente com o setor de Clínica Médica Colibri.

No período, foi identificado 1 caso de ITU no setor de retaguarda, em paciente em uso crônico de SVD. O caso foi alinhado com a coordenação de enfermagem, sendo programado treinamento com a equipe assistencial sobre cuidados e manejo adequado do dispositivo.

Também foi registrado 1 caso de CDI na UTI BJT, com enzimas e toxinas positivas. Foram instituídas as medidas de precaução e isolamento, mantidas durante todo o período necessário de assistência ao paciente.

#### 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 60 – Indicadores de Vigilância em Saúde**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	6	10
QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DO HMG	Quanto maior, melhor	3	8
QUANTIDADE DE PACIENTE COM DENGUE-PROVENIENTE DO HMG	Quanto maior, melhor	0	0
TAXA DE TESTE POSITIVO PARA COVID	0%	20%	23,52%
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	1

NÚMERO DE CASOS DE TURBECULOSE ACOMPANHADOS NO HMG NOTIFICADOS NA ORIGEM	Quanto maior, melhor	0	0
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	0
NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	0
NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	0
NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA	Quanto maior, melhor	0	1

Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

### ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em relação à COVID-19, foram registrados 8 casos no período, com taxa de teste positivo de 23,52%, percentual superior ao observado nos meses anteriores. O resultado indica aumento da circulação viral no período, demandando reforço nas medidas de precaução, isolamento oportuno dos casos e monitoramento contínuo para mitigação da transmissão na unidade.

#### 3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação

O Núcleo Interno de Regulação desempenha um papel crucial no gerenciamento e na análise das solicitações de vagas vindas de outras instituições de saúde. Aqui estão os principais pontos envolvidos nesse processo:

- Gerenciamento de Vagas: Responsável por receber e analisar as solicitações de vagas de outras instituições de saúde, como hospitais e clínicas.
- Critérios de Complexidade: Utiliza critérios específicos de complexidade da unidade para determinar a viabilidade e prioridade das solicitações de vaga.
- Confirmação de Vagas: Após análise, o Núcleo Interno de Regulação confirma a disponibilidade da vaga utilizando o sistema interno da instituição, assegurando que as decisões sejam baseadas em critérios objetivos e transparentes.
- Encaminhamento do Paciente: Uma vez confirmada a vaga, a unidade de origem do paciente é responsável por realizar o encaminhamento adequado até o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG). Isso pode envolver logística de transporte médico e suporte necessário durante o deslocamento.
- Central de Regulação: Todas as admissões no HMG são realizadas exclusivamente através da Central de Regulação, garantindo que os recursos

sejam alocados de maneira eficiente e que os pacientes sejam direcionados para o atendimento adequado conforme suas necessidades.

**Tabela 61 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 85%	87%	87%
TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER	< 15 dias	4	5
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	117	114
NÚMERO DE FICHAS ACEITAS	neutro	135	131
NÚMERO DE FICHAS REJEITADAS	neutro	277	346
NÚMERO DE FICHAS CANCELADAS	neutro	18	17
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	12	5
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	78	109
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	90	114
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	neutro	4	2
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	neutro	0	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0

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

**Tabela 62 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	17,04%	9,16%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	23	12
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	11	2
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	26	47
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	37	49
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0

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

**Tabela 63 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	69,63%	77,10%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	94	101

<b>NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS</b>	neutro	1	2
<b>NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS</b>	neutro	48	51
<b>NÚMERO DE REMOÇÕES</b>	neutro	49	53
<b>NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR</b>	neutro	3	2
<b>NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR</b>	neutro	0	0
<b>NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS</b>	neutro	0	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS</b>	> 15%	0%	0,76%
<b>NÚMERO DE ADMISSÕES</b>	neutro	0	1
<b>NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS</b>	neutro	0	1
<b>NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS</b>	neutro	4	9
<b>NÚMERO DE REMOÇÕES</b>	neutro	4	10
<b>NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS</b>	neutro	0	0

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

**Tabela 65 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS</b>	> 15%	0%	0%
<b>NÚMERO DE ADMISSÕES</b>	neutro	0	0
<b>NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS</b>	neutro	0	0
<b>NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS</b>	neutro	0	0
<b>NÚMERO DE REMOÇÕES</b>	neutro	0	0

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

**Observação:** Não tivemos nenhuma admissão no setor de Pediatria.

### 3.4.5. Núcleo De Educação Permanente

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.

**Tabela 66 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE ADESÃO NOS TREINAMENTOS	> 80%	78,88%	92%
TAXA DE TREINAMENTOS PREVISTOS EM LNT	> 80%	61,76%	48%
TAXA DE CANCELAMENTO/REMANEJAMENTO	< 20%	38%	52%
NÚMERO DE TREINAMENTOS	> 20	29	31
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	624	1237	1222
NÚMERO DE HORAS REALIZADAS DE TREINAMENTO	620	87	71
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE MEDICINA	Neutro	2	2
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM	Neutro	9	56
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO	Neutro	0	7

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

### ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Em fevereiro, o NEP apresentou alta produtividade e boa adesão do público às atividades realizadas. Entretanto, ainda foram identificadas fragilidades no cumprimento do planejamento, evidenciadas pelo baixo percentual de execução das ações programadas e pelo elevado índice de remanejamentos.

Diante desse cenário, recomenda-se o fortalecimento da pactuação prévia com as áreas envolvidas, visando aumentar a previsibilidade, melhorar a organização do cronograma e reduzir a necessidade de alterações no planejamento das atividades.

## LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – fevereiro 2026

- 15 Minutos Qualidade;
- Armazenamento de medicação de alto risco e psicotrópico;
- Caixa de multidoses e medicação do cofre;
- Cuidados com animais sinantrópicos e plantas venenosas;
- Devolução de medicações;
- Fluxo de solicitação de documentos;
- Fluxo eletrocardiograma ECG;
- Fluxo para gestão do consumo do enxoval;
- Fluxo para solicitação de pano de higiene íntima;
- Gestão à vista;
- Habilidade de treinamento do âmbito hospitalar;
- Máquina de banho;
- Não conformidade;
- NR 06 - Equipamento de proteção individual;
- NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas;
- Passagem de plantão com pacientes em uso de dispositivos;
- Permicath;
- POP 002 - Atendimento de ordem de serviço no sistema effort ;
- Pré desinfecção - limpeza manual;
- Precauções, bundle, protocolo rota sepsis, notificações e adorno zero;
- Preparo adequado de soluções e tempo de imersão;
- Principais procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, materiais utilizados e função de cada um;
- Protocolos gerenciáveis, safety huddle, hemocomponentes, plano educacional, protocolo AVC, processo de enfermagem, administração de medicamentos e checagem em sistema;
- Solicitação e distribuição de roupa privativa;
- Técnicas de curativos e coberturas e sondagem nasoenteral;
- Técnicas seguras de higienização e os fatores que contribuem para a infecção cruzada;

- Transferência adequada dos pacientes;
- Troca de bolsa de colostomia;
- 6 Metas internacionais de segurança do paciente;
- Admissão humanizada e alta de qualidade;
- Auditoria e segurança da informação;
- PGRSS.

### 3.4.6. Escritório de Gestão de Altas

O principal objetivo do Escritório de Gestão de Altas (EGA) é otimizar, agilizar e tornar mais segura a transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio ou outro nível de cuidado, assegurando a continuidade adequada do tratamento e contribuindo para a redução do tempo de internamento.

**Tabela 67 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	100%	100%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	92%	80%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	46%	40%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	96%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	69%	80%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	Neutro	23	12
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	23	12
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	13	5
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERIODO	Neutro	13	5
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	12	4
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	6	2
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	22	12
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	9	4
Nº DE ALTAS	Neutro	13	5
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	23	12

Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Tabela 68 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	93%	93%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	87%	88%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	40%	32%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	51%	55%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	Neutro	94	101
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	94	101
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	51	52
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERIODO	Neutro	55	56
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	48	49
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	22	18
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	94	101
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	28	31
Nº DE ALTAS	Neutro	55	56
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	94	101

Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Tabela 69 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	0%	0%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	0%	100%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	105	109
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	0	6
Nº DE ALTAS	Neutro	0	6
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	0	1
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	0	1
Nº DE PACIENTES COM ALTA CLÍNICA	Neutro	98	102

Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Tabela 70 – Indicadores de Número de paciente com pendências para alta**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
AUSÊNCIA FAMILIAR	Quanto menor, melhor	19	19
VÍNCULO FAMILIAR PREJUDICADO	Quanto menor, melhor	43	42
AGUARDA ILPI (+ 60 ANOS)	Quanto menor, melhor	11	11
AGUARDA CENTRO POP (- 60 ANOS)	Quanto menor, melhor	0	1
PACIENTES SOCIAL GRAU III	Quanto menor, melhor	18	13
AGUARDA EMAD	Quanto menor, melhor	0	0
AGUARDA "MELHOR EM CASA"/UBS	Quanto menor, melhor	1	0
OUTROS	Quanto menor, melhor	13	23

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

### ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

No mês de fevereiro, o setor de Clínica Médica operou com 10 leitos indisponíveis até 26/02/2026, em razão de manutenções estruturais em andamento. Esse cenário impactou diretamente a capacidade assistencial, resultando em redução das admissões e do giro de leitos, com reflexo nos indicadores do setor. A partir de 27/02/2026, houve reabertura parcial da clínica, permanecendo apenas alguns leitos ainda em manutenção, totalizando 8 leitos indisponíveis.

Observa-se também elevado número de pacientes DISK 17 e 10 casos de revascularização, associados à dificuldade na realização do exame de ecocardiograma necessário para continuidade do fluxo do CRCARDIO, o que contribuiu para aumento do tempo médio de internação. A situação segue em acompanhamento pelo NIR em conjunto com o EGA.

Produção Assistencial – Fevereiro/2026: Foram registradas 95 altas hospitalares, além de 3 transferências/altas, totalizando 98 altas efetivas, com articulação adequada com a rede assistencial. Também foram contabilizados 10 óbitos, 2 evasões e 2 desistências de tratamento. Destaca-se que, mesmo diante das limitações estruturais, a média de altas permanece superior à registrada no período anterior à implantação do EGA.

Os dados foram extraídos da planilha de controle do EGA e comparados com o relatório do SMPEP e indicadores do SAME, sendo identificadas divergências entre as bases, especialmente em relação ao total de altas, situação que segue em verificação.

Plano de Alta Multiprofissional: O indicador apresentou 70% de eficácia global, considerando o total de altas do período. Observa-se boa adesão da equipe multiprofissional, com a maioria das categorias atingindo ou superando a meta estabelecida de 90%, destacando-se enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social e psicologia. O setor médico apresentou desempenho abaixo da meta. Os resultados seguem em monitoramento ao longo dos próximos meses, visando aprimorar a adesão ao processo e fortalecer a qualidade da alta hospitalar.

### 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 71 – Indicadores de Farmácia**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/QUEBRA	< 0,3%	0,26%	0,45%
TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< 5%	2,70%	3,10%
TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	< 0,3%	0%	0,66%
TAXA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	Neutro	12%	13%
TAXA DE RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS	> 80%	100%	100%
TAXA DE REALIZAÇÕES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

No período, o Indicador de Taxa de Perdas por Validade/Quebra apresentou resultado acima da meta devido à perda do medicamento Adenosina 3 mg/mL ampola 2 mL. O medicamento compõe o carro de emergência e possui baixo consumo, o que contribuiu para o vencimento do lote.

Em relação ao Indicador de Taxa de Empréstimos Solicitados, houve recusa no recebimento do mesmo medicamento durante a entrega pelo fornecedor, em razão da data de validade próxima ao vencimento, sendo necessário solicitar empréstimo de 80 ampolas para garantir o abastecimento dos carros de emergência da unidade.

Os demais indicadores do setor atingiram as metas estabelecidas no período.

### 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 72 – Indicadores de Compras**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
LANÇAMENTO DE COTAÇÕES	Neutro	14	19
TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS	Neutro	57	78
TAXA DE ORDEM DE COMPRAS ENTREGUES NO PRAZO	> 80%	99%	96%
PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL	<15%	5%	5%
PERCENTUAL DE ECONOMIA MENSAL	> 5%	5,15%	6,60%
QUANTIDADE DE COMPRA EMERGENCIAL	< 5	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 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 73 – Indicadores de Engenharia Clínica**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 80%	56%	88%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	< 11:00	17:00	41:46:00
REINCIDÊNCIA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	< 15%	5%	5%
TAXA DE DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO	> 80%	99%	99%
TAXA DE DEPRECIÇÃO	0%	0%	0%
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%	0%
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	> 85%	83%	80%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	99%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	80%	97%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	79%	92%
NÚMERO DE CALIBRAÇÕES	Neutro	0	0
NÚMERO DE MANUTENÇÕES CORRETIVAS	Neutro	157	155
NÚMERO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTOS	Neutro	0	0
NÚMERO DE INSPEÇÃO DE ROTINA	Neutro	2	124
NÚMERO DE MOVIMENTAÇÃO DE PATRIMÔNIO	Neutro	3	0
NÚMERO DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS	Neutro	89	53

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

O Tempo Médio de Atendimento de Chamados apresentou aumento no período, principalmente em razão da indisponibilidade de algumas peças de reposição, sendo necessário aguardar a entrega por parte dos fornecedores. Esse fator impactou diretamente o tempo de conclusão de alguns chamados.

A Taxa de Depreciação permaneceu em 0%, uma vez que, no período analisado, não houve registros de equipamentos classificados em processo de depreciação.

A Taxa de Calibração também apresentou resultado de 0%, pois não houve calibrações programadas ou executadas no período.

Em relação à Taxa de Manutenção Corretiva, o resultado foi de 80%, estando relacionado principalmente à necessidade de aguardar peças de reposição, o que ocasionou a permanência de algumas ordens de serviço em aberto até a entrega dos componentes.

### 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 74 – Indicadores de Manutenção Predial**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85,93%	87,80%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	120 minutos	21,25	28,14
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	77,94%	81,88%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	91,13%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	0%	0%
NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA	Quanto menor, melhor	281	138
NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA	Quanto maior, melhor	88	33
NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA	Quanto maior, melhor	96	124
NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Quanto maior, melhor	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

## ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

A Taxa de Corretivas encerrou o período em 81,88%, abaixo da meta estabelecida, em razão de algumas ordens de serviço que permaneceram em aberto aguardando o recebimento de peças para conclusão. Com a chegada dos materiais, os serviços já estão em execução, com expectativa de regularização do indicador nos próximos ciclos.

### 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 75 – Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	< 150	135	103
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	< 170	106	98
QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS	> 200	228	182
QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS	Neutro	241	201
TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EM HORAS	< 04 horas	03:00	02:00
INDISPONIBILIDADE DE INTERNET	< 01 horas	00:00	00:00
INDISPONIBILIDADE DO SISTEMA	< 30 minutos	00:00	00:00
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS	Neutro	3	2
TAXA DE RESOLUÇÃO DE CHAMADOS	> 90%	96,27%	93,03%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

### 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 76 – Indicadores de Qualidade**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	> 80%	65%	65%
TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES	> 80%	94%	88%
TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO	> 80%	81%	93%
NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO	Quanto maior, melhor	13	13
NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS	Quanto maior, melhor	20	20
NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	16	14
NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS	Quanto maior, melhor	17	16
NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	Quanto maior, melhor	13	13
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024	Quanto menor, melhor	27	27
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025	Quanto menor, melhor	55	55
NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO 2026	Neutro	14	34
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO 2026	Quanto menor, melhor	0	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS QUE NECESSITAM DE VALIDAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS 2026	Neutro	0	5
NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS 2026	Neutro	2	2
NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	Neutro	4	32

NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS	Neutro	0	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS	Quanto menor, melhor	3	1
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	1	1
NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES	Quanto maior, melhor	7	1

Fonte: Relatório de Qualidade.

## ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

No período analisado, a Taxa de Indicadores Entregues dentro do Prazo não atingiu a meta estabelecida devido ao não cumprimento dos prazos acordados por parte de alguns responsáveis pelo envio das informações.

No período analisado, a setor esteve envolvida no acompanhamento da Visita técnica Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim - Vigilância em Saúde Ambiental, além da reunião de alinhamento “15 minutos com a Qualidade”, com participação do Escritório de Gestão de Altas.

### 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 77 – Indicadores de Faturamento**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TOTAL DE AIH FATURADAS	Neutro	205	218
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	Neutro	113	114
REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR	Neutro	9	*
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	Neutro	46	*

TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	Neutro	0	0
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%

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

\*Os dados referentes aos indicadores de **Representação de AIHs da competência anterior** e **Total de Correções da Devolutiva** serão inseridos em relatório posterior, considerando que dependem de devolutiva da Secretaria Municipal de Saúde.

**Tabela 78 – 07 Procedimentos Faturados**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA	Neutro	2.408	1.965
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	Neutro	1.125	1.072
OXIGENIOTERAPIA	Neutro	519	388
GLICEMIA CAPILAR	Neutro	2.499	3.265
CURATIVO	Neutro	1.497	2.172
ELETROCARDIOGRAMA	Neutro	73	102
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	Neutro	12	16

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 79 – Indicadores de Prestações de Contas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO	100%	100%	*
NÚMERO DE AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	0	0
TAXA DE NÃO CONFORMIDADES	< 5%	0%	0%

<b>TAXA DE RETENÇÕES DE CONTRATO</b>	Quanto menor, melhor	0%	0%
<b>TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS</b>	Neutro	4633	4649
<b>NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS</b>	Quanto menor, melhor	1%	1%
<b>ÍNDICE DE ORÇADO X REALIZADO</b>	> 80%	127%	94%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

\*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO - referente a esse indicador, a porcentagem ainda não está concluída. Dessa forma ele será informado retroativo no próximo mês.

### 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 80 – Indicadores do Financeiro**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
<b>TAXA DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>	100%	99%	99%
<b>TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO</b>	100%	99%	100%
<b>TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO</b>	100%	100%	100%
<b>NOTAS DE SERVIÇO</b>	Neutro	82	79
<b>NOTAS DE PRODUTOS</b>	Neutro	88	81
<b>NOTAS ATRASADAS</b>	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

O indicador de Execução Orçamentária não atingiu 100%, em razão de o orçamento disponível no período não ter sido integralmente utilizado. O resultado reflete variações na execução das despesas previstas para a competência, sem impacto na continuidade das atividades da unidade.

### 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 81 – Indicadores do Patrimônio**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	100%	98%
ÍNDICE DE DEPRECIÇÃO	0%	0%	0%
ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	> 80%	99%	99%
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	Neutro	157	157
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	Neutro	131	134
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	Neutro	3	4
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	Neutro	3	4
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	Neutro	10	54
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO ATENDIDAS	Neutro	7	38
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 80%	83%	85%
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 80%	100%	100%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS	Neutro	225	225
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS	> 60%	98%	98%

<b>TAXA DE ITENS LOCADOS</b>	Neutro	63%	63%
<b>NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE</b>	Neutro	32	32
<b>TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS</b>	> 85%	85%	91%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

## ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

Foi identificado aumento no número de ordens de serviço classificadas como mau uso, principalmente relacionado a abraçadeiras quebradas e ocorrências envolvendo bombas de infusão. Essas situações foram registradas nessa categoria conforme os critérios adotados no controle patrimonial, impactando o quantitativo do indicador no período.

### 3.9.6. Contratos

Assegurar que a gestão e execução dos contratos sejam realizadas com transparência, eficiência e conformidade, garantindo que os compromissos sejam cumpridos dentro dos prazos, orçamentos e condições acordadas.

**Tabela 82 – Indicadores do Contratos**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEIRO
<b>ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS</b>	100%	97%	98.78%
<b>NÚMERO DE ADITIVOS (PRAZO)</b>	Neutro	1	2
<b>NÚMERO DE NOVOS CONTRATOS</b>	Neutro	2	2
<b>NÚMERO DE ADITIVOS (ESCOPO)</b>	Neutro	3	4
<b>QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS</b>	100%	89,47%	89,47%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

## ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador Índice de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100%, em razão de um dos contratos vigentes no período não ter cumprido integralmente as cláusulas contratuais. A empresa responsável foi devidamente notificada para as devidas adequações.

Quanto ao indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos, o resultado foi de 89,47%, impactado pelo desempenho de dois contratos auditados que obtiveram

nota inferior a 81%. Apesar de classificados como “bons”, os resultados ficaram abaixo do padrão esperado pela auditoria, reduzindo a média do indicador e evidenciando a necessidade de aprimoramento no atendimento aos critérios estabelecidos.

### 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 83 – Indicadores da Rouparia**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSAÇÃO DE ENXOVAL)	100%	100%	100%
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%
TAXA DE EXPRESSO SOLICITADO	0%	0%	0%
TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	< 1%	0,28%	0,30%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	< 2 horas	1	1
ÍNDICE DE EVASÃO DE ROUPAS	< 2%	1,86%	1,86%
ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL	> 90%	95%	100%
TAXA DE CONFORMIDADE COM PADRÕES DE HIGIENIZAÇÃO	100%	100%	100%
ÍNDICE DE RETORNO DE PEÇAS DANIFICADAS	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RELAVE	Quanto maior, melhor	2%	2,10%
NÚMERO DE CAMISOLAS DISPENSADAS	Neutro	6047	5774
NÚMERO DE COBERTORES DISPENSADAS	Neutro	282	257
NÚMERO DE FRONHAAS DISPENSADAS	Neutro	4546	4741
NÚMERO DE LENÇÓIS DISPENSADAS	Neutro	12239	11035
NÚMERO DE TOALHAS DISPENSADAS	Neutro	4661	5086
NÚMERO DE TRAVESSEIROS DISPENSADOS	Neutro	5757	5580

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Tabela 84 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA	100%	100%	100%
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE	0%	0%	0%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA	> 80%	90%	100%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	<2 horas	1	1
TERMINAL SETOR - ARARA	=> 22	22	24
TERMINAL SETOR - CANÁRIO	=> 18	18	18
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	=> 12	12	12
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	=> 20	20	17
TERMINAL SETOR - SABIÁ	=> 42	43	42
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	=> 40	70	90
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	=> 76	75	72
TERMINAL SETOR - COLIBRI	=> 106	44	177
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	=> 60	266	219

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

As limpezas terminais que não atingiram a meta no período estiveram relacionadas, principalmente, à não liberação de leitos pelos setores, o que impossibilitou a realização do procedimento dentro do tempo previsto. O cenário segue em acompanhamento para melhor alinhamento do fluxo de liberação de leitos e execução das higienizações.

#### 3.9.8. Recepção

Assegurar o acolhimento e o atendimento eficiente aos usuários, pacientes, visitantes e colaboradores, garantindo a organização dos fluxos, a agilidade nos processos, a qualidade das informações e a conformidade com as normas institucionais, contribuindo para a segurança, a satisfação e o suporte às áreas assistenciais e administrativas.

Tabela 85 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A RECEPÇÃO	> 80%	100%	100%
NÚMERO DE VISITANTES	Neutro	1783	2023
NÚMERO DE ACOMPANHANTES	Neutro	287	267
NÚMERO DE REQRIMENTOS DE SOLICITAÇÕES DE DOCUMENTOS	Neutro	17	19

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

## ANÁLISE CRÍTICA – RECEPÇÃO

O número de visitantes apresentou aumento no período, relacionado à reabertura de leitos no setor Colibri, o que ampliou o fluxo de pacientes internados e, conseqüentemente, a circulação de visitantes na unidade.

### 3.9.9. Portaria

Assegurar o controle de acesso de pessoas, veículos e materiais, garantindo a segurança institucional, a organização dos fluxos de entrada e saída e o cumprimento das normas e protocolos estabelecidos, contribuindo para a proteção do patrimônio, a segurança dos usuários e o suporte às áreas assistenciais e administrativas.

Tabela 86 – Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A PORTARIA	> 80%	100%	100%
NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE SEGURANÇA	Neutro	0	0
TAXA DE CONFORMIDADE COM PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA	> 80%	95%	97%

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 87 – Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE CUMPRIMENTO DE PRAZOS LEGAIS	100%	100%	100%
NÚMERO NOTIFICAÇÃO ENVIADA A FORNECEDORES	0	4	1
NÚMERO DE NOTIFICAÇÃO RESPONDIDA E RESOLVIDA POR FORNECEDORES	Neutro	3	0
NÚMERO DE OFÍCIOS RECEBIDOS	Neutro	2	4
NÚMERO DE OFÍCIOS ENVIADOS	Neutro	3	4
NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS 2026	0	3	1
NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS DE ANOS ANTERIORES (2020/2025)	0	22	22
NÚMERO DE RESCISÃO INDIRETA	0	1	1
NÚMERO DE AUDIÊNCIAS REALIZADAS	Neutro	0	0
NÚMERO DE PROCESSO INTS 2026	Neutro	3	1
NÚMERO DE PROCESSOS TERCEIRO 2026	Neutro	0	0
NÚMERO DE SENTENÇA	Neutro	0	1
NÚMERO DE PROCEDENTES	Neutro	0	1
NÚMERO DE IMPROCEDENTES	Neutro	0	0
NÚMERO DE PARCIALMENTE PROCEDENTES	Neutro	0	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

### ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

O número de notificações respondidas e resolvidas por fornecedores não corresponde ao número de notificações enviadas, uma vez que o prazo de retorno varia conforme a natureza e a complexidade de cada demanda.

No período, também houve atualização no indicador referente ao número de sentenças, em razão da expedição de decisão judicial. No caso analisado, a ação foi julgada totalmente improcedente, com acolhimento integral da tese defensiva apresentada pelo INTS e afastamento dos pedidos formulados pela parte autora.

#### 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 88 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE RESOLUÇÃO	100%	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	< 5%	0%	0%
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	100%	100%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 5 dias	0	2
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	Neutro	11	1
NÚMERO DE ELOGIOS	Quanto maior, melhor	11	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES	Neutro	0	1
NÚMERO DE RECLAMAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0
NÚMERO DE DENÚNCIAS	Quanto menor, melhor	0	0
NÚMERO DE SUGESTÕES	Neutro	0	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE RESOLUÇÃO	> 80%	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	100%	100%	100%
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	70%	79%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 8 dias	5	3
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	40	33	33
NÚMERO DE ELOGIOS	10	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES	Quanto menor, melhor	83	24
NÚMERO DE RECLAMAÇÕES	Quanto menor, melhor	23	10

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

## ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

O resultado do NPS foi impactado por avaliações detratoras registradas no período. As manifestações foram analisadas e tratadas, e as oportunidades de melhoria identificadas foram alinhadas com as equipes responsáveis para fortalecimento dos processos assistenciais e de atendimento.

**Beira Leito:** No período analisado, a atuação esteve voltada à garantia das demandas prioritárias e à condução das rotinas estratégicas da área, assegurando a continuidade da aplicação das pesquisas de forma qualificada. O indicador permaneceu ativo e sob monitoramento sistemático, com perspectiva de ampliação gradual do número de avaliações nos próximos ciclos, conforme estabilização do fluxo operacional.

**Totem/Link:** Trata-se de um canal de participação espontânea, dependente da adesão voluntária dos usuários. Considerando a implantação do novo sistema SIGRC, as ações de divulgação e incentivo à participação estão atualmente concentradas na nova ferramenta, em alinhamento com a estratégia institucional de transição. O canal Totem/Link encontra-se em processo de reavaliação quanto à sua continuidade, conforme deliberação institucional futura.

#### 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 90 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	80,33%	88%
ÍNDICE DE QUEDA	< 15%	0,43%	0,87%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	2,54%	1,72%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	100%	100%	100%
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

## 5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 91 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	JANEIRO	FEVREIRO
NÚMERO DE PACIENTE-DIA	4632	4590
NÚMERO DE LEITO-DIA	5766	5216
NÚMERO DE QUEDAS	2	4
CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO	5	4
DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA	11	1
NÚMERO DE AIH'S	205	218

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 92 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0 Kg	0	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	< 14.500 Kg	11.505	10.897
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	< 21.500 kg	20.882	18.948
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	< 300 Kg	5	10
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS	< 3.000 Kg	1.940	1.676
DESCARTE DE SUCATAS (FERROS E ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0	0

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 93 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO
NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE	Neutro	157	145
NÚMERO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE	Neutro	21	21
NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES	Neutro	7,5	6,9

Fonte: Relatório 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 94 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes**

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO DE HEMOCOMPONENTES	100%	100%	100%
TAXA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	0%	0%	0%
NÚMERO DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	Neutro	21	11

Fonte: Relatório Interno 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 95 – 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.

<b>CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS</b>	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
<b>PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA</b>	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde
<b>MEDICINA INTEGRATIVA</b>	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
<b>TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CIHDOTT</b>	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.
<b>GESTÃO DE ALTAS</b>	Mensal	Lei nº 13.840/2019, por exemplo, dispõe sobre a elaboração do projeto terapêutico individual.

Fonte: Qualidade - Comissões.

Evidências: Ata das reuniões no tópico **10. 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 audio 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.

### 7.1. Indicadores de Comunicação

O objetivo inicial é entender a eficiência dos canais de mídia da comunicação interna em seus níveis de atuação.

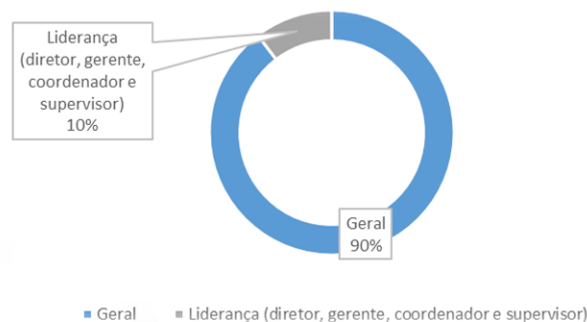
#### AMOSTRA FEVEREIRO DE 2026 – 29 Respostas

**Gráfico 03 – Classificação de colaboradores que foram entrevistados**



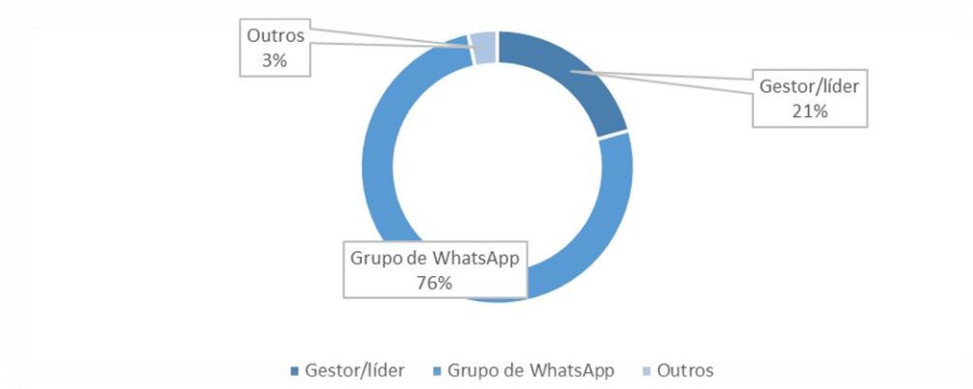
Fonte: Relatório de Comunicação.

**Gráfico 04 – Nível hierárquico do entrevistado**



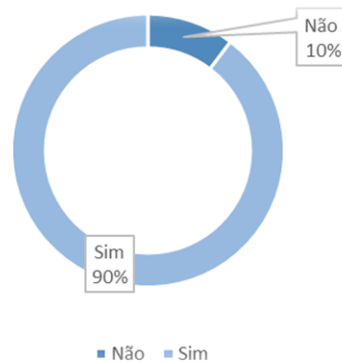
Fonte: Relatório de Comunicação.

**Gráfico 05 – Canal de comunicação que mais utiliza**



Fonte: Relatório de Comunicação.

**Gráfico 06 – Participou de algum evento/ atividade**



Fonte: Relatório de Comunicação.

## 7.2. Ações de Fevereiro

### SESMT | ORIENTAÇÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 01 - GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS | 03, 04, 12, 13 e 18/02

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



Fonte: Relatório de Comunicação.

### SESMT | ORIENTAÇÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 01 - GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS (ANIMAIS SINANTRÓPICOS) | 05 E 19/02

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na prevenção de riscos relacionados à presença de animais sinantrópicos no ambiente de trabalho, como ratos, baratas, pombos e insetos. Reforça-se a importância de manter os ambientes limpos e organizados, realizar o descarte correto de resíduos e comunicar imediatamente qualquer sinal de infestação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## SESMT | REUNIÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA - ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO 05 E 19/02

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.

## SESMT | ORIENTAÇÃO CIPA | COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO 10 E 11/02

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na prevenção de acidentes e na promoção de um ambiente de trabalho seguro, respeitoso e livre de qualquer forma de assédio. A importância do respeito entre os colaboradores e a necessidade de comunicar situações de risco ou comportamentos inadequados, visando a segurança, o bem-estar e a integridade de todos no local de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## SESMT | ORIENTAÇÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 17 - ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS | 11/02

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.

## SESMT | ORIENTAÇÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 23 - PREVENÇÃO E COMBATE AO PRINCÍPIO DE INCÊNDIO | 19/02

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na prevenção e no combate ao princípio de incêndio no ambiente de trabalho, reforçando a importância da identificação de riscos, do uso adequado de equipamentos de segurança e do conhecimento sobre extintores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### SESMT | ORIENTAÇÃO CIPA | DIÁLOGO DE SEGURANÇA | NR 06 | EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EPI | 20/02

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho realizada pela **CIPA**, com foco no uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e na importância do treinamento dos colaboradores, reforçando a necessidade de utilizar os equipamentos de forma adequada durante as atividades e seguir as orientações de segurança, visando a prevenção de acidentes e a proteção da integridade física dos trabalhadores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## SESMT | TREINAMENTO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 06 | EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EPI | 20, 23, 24, 25, 26 E 27/02

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco no uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e na importância do treinamento dos colaboradores, reforçando a necessidade de utilizar os equipamentos de forma adequada durante as atividades e seguir as orientações de segurança, visando a prevenção de acidentes e a proteção da integridade física dos trabalhadores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | INTS FOLIA | 23 e 24/02

A Comissão de Humanização promoveu uma ação voltada aos profissionais, proporcionando momentos de integração, movimento e descontração no ambiente de trabalho. A atividade contou com sessões de Fit Dance em ritmo carnavalesco, conduzidas pela professora de dança Jessica, incentivando a participação dos colaboradores e fortalecendo a interação e o bem-estar entre as equipes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## SESMT | ORIENTAÇÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA - ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO (CUIDADOS COM O TRABALHO EM ALTURA) | 26/02

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho na execução das atividades laborais em trabalho em altura, com foco na prevenção de acidentes e na proteção da integridade física dos trabalhadores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## 8. AÇÕES DE DESTAQUE

Parte da programação de campanhas institucionais, durante o mês de fevereiro, destacaram-se as ações de **orientação e treinamento sobre o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)** realizadas pelo SESMT, reforçando a importância da utilização adequada, guarda e conservação dos equipamentos durante as atividades laborais. As orientações tiveram como objetivo fortalecer a prevenção de acidentes e promover maior conscientização dos colaboradores quanto às práticas seguras no ambiente de trabalho.

Outro destaque foi a ação promovida pela **Comissão de Humanização, que proporcionou momentos de integração, movimento e descontração entre os profissionais por meio de atividades de Fit Dance** em ritmo carnavalesco, incentivando a participação dos colaboradores e contribuindo para o bem-estar no ambiente de trabalho.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de fevereiro de 2026 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, 18 de março de 2026.

Assinado eletronicamente por:  
Simone da Silva de Araújo  
CPF: \*\*\*.009.575-\*\*  
Data: 23/03/2026 15:44:16 -03:00

Nome: Simone da Silva Araújo  
Cargo: Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:  
Victor Hugo Parrilha  
CPF: \*\*\*.518.032-\*\*  
Data: 23/03/2026 11:23:43 -03:00

Nome: Victor Hugo Parrilha Panont  
Cargo: Diretor Técnico

**INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS**  
**Hospital Municipal Guarapiranga**

## 10. ANEXOS

### 10.1. Atas das Comissões realizadas em fevereiro de 2026

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

Data:	18/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito (X) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Indicadores SCIH/NEH mês 01/2026.
Início	15 hrs
Fim	16 hrs

#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação dos indicadores do NEH
- Descritivo das IRAS
- Gráficos dos indicadores
- Quadro da Rota Sepsis
- Ações

A reunião da Comissão do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar foi conduzida pela enfermeira Vera, representante da Vigilância Epidemiológica, que apresentou os indicadores do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar referentes ao mês de janeiro.

No período, foram realizadas 108 buscas ativas, resultando na abertura de 06 notificações compulsórias, sendo elas: 01 Leptospirose, 02 acidentes com material biológico e 03 covid19.

Ainda durante o período, foram identificados 07 pacientes com suspeita de tuberculose, dos quais não teve confirmação diagnóstica de nenhum caso.

A enfermeira Vera finalizou a reunião com orientações sobre Leptospirose. Doença infecciosa causada pela bactéria *Leptospira*, transmitida pelo contato com água ou lama contaminada pela urina de animais infectados (principalmente ratos).

#### QUANDO REDOBRAR A ATENÇÃO

- Períodos de chuvas intensas e enchentes;
- Áreas alagadas;
- Ambientes com presença de roedores;
- Atividades de limpeza pós-enchente.

#### SINAIS DE ALERTA

Encaminhar imediatamente para avaliação médica se houver:

- Febre alta;
- Dor muscular intensa (principalmente nas pernas);
- Dor de cabeça;
- Olhos avermelhados;
- Icterícia.

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

OData:	19/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Pele
Início	14:00min
Fim	14:30min

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

• Apresentação do Indicadores: A reunião da Comissão de Pele referente ao mês de Janeiro de 2025 com a apresentação realizada pela enfermeira estomaterapeuta Eliana (Presidente da Comissão de Cuidados com a Pele) iniciou-se com a apresentação dos indicadores institucionais, incluindo taxas de incidência global (3%) e da UTI (1%) prevalência de LPP (50%) e resultados da avaliação de risco tendo como instrumento a escala de Braden. Foi apresentado também o panorama das lesões em acompanhamento e a relação entre risco e LPP adquirida (5), LPP comunitárias (8). Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento, Eliana informou que foram realizadas reavaliações dos pacientes para adequar a quantidade de coberturas a necessidades dos pacientes e a distribuição está sendo monitorada e será disponibilizado o consumo semanal ao almoxarifado para que possam realizar a previsão mensal de cada cobertura.

Eliana Informou sobre o faturamento de curativo segundo registros do SMPEP ficou em R\$ 57.607,20, foi questionada pela enfermeira do faturamento Beatriz questionou a quantidade de procedimentos lançados pois não estão alinhados com os dados do faturamento, informo que irei até o faturamento para alinharmos a atualizaremos as informações na próxima comissão.

• As metas em desenvolvimento foram mantidas, com destaque para a redução das LPP adquiridas, avaliação de risco 100%.

• Planos de ação em andamento nos setores UTI, Clínica Médica e Retaguarda para prevenção de LPP como a criação do Time de Mudança de decúbito realizado no setor Clínica médica.

A reunião é finaliza a reunião em seguida.

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

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

Data:	18/02/2026
Tipo da Reunião:	<input type="checkbox"/> Requisito <input checked="" type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Validação
Assunto:	Reunião ordinária da Comissão de Cuidados Paliativos
Início	14h00
Fim	14h30

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

Foram apresentadas e discutidas as pautas referentes ao mês de janeiro, contemplando a média de pacientes em cuidados paliativos, o perfil funcional segundo PPS, a relação entre altas e óbitos, a análise dos óbitos totais em comparação aos óbitos em pacientes acompanhados pela equipe de CP, bem como a avaliação detalhada das altas ocorridas no período e o planejamento das ações.

### Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

No mês analisado, observou-se média de 79% de pacientes elegíveis acompanhados em cuidados paliativos, com 17 pacientes inseridos na linha de cuidado no período. O indicador reforça a atuação ativa da equipe na identificação e acompanhamento dos casos, mantendo percentual expressivo de pacientes com perfil compatível inseridos formalmente em CP.

### Relação de PPS – mês de dezembro

Foi apresentada a estratificação dos pacientes conforme a Escala PPS (Palliative Performance Scale), que varia de 100% (máxima funcionalidade) a 0% (óbito), avaliando mobilidade, atividade diária, autocuidado, ingestão e nível de consciência. Verificou-se predominância de pacientes nas faixas de 40% a 30% (43 pacientes), seguidos pela faixa de 20% a 10% (22 pacientes). Identificaram-se ainda 11 pacientes sem registro de PPS, sendo reforçada a necessidade de aprimorar o preenchimento sistemático da escala nos prontuários.

### Relação Óbito x Alta Hospitalar

No período, foram registrados 12 óbitos entre pacientes acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos e 7 altas hospitalares. Observa-se predominância de desfechos por óbito, compatível com o perfil clínico e a gravidade dos pacientes assistidos pela comissão.

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:	19/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	10:00
Fim	10:30

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Gestão e Controle de Participação**
- **Lista de presença dos treinamentos**
- **Taxas de adesão**
- **Estágios**

A reunião iniciou-se sob a condução do Supervisor de Saúde Gleydson Vieira da Silva, apresentando as pautas da reunião. Foram apresentados os indicadores de desempenho referentes ao mês de janeiro, revisando as pendências da reunião anterior, as taxas de adesão e o fluxo de estudantes das instituições de ensino.

Foi apresentado que dentre as pendências referentes ao mês anterior todas foram concluídas, com exceção da implantação de materiais para a estação realística que ainda está em andamento.

Na pauta seguinte, foram apresentados os indicadores consolidados: **Treinamentos do mês: 29 / Total de Participantes: 1237 / Treinamentos Cancelados: 3 / Treinamentos Reagendados: 10 / Treinamentos Assistenciais: 15 / Taxa de Adesão: 79%.**

Evidenciou a taxa de adesão aos treinamentos ministrados no mês de janeiro, bem como dos treinamentos realizados nos cinco meses anteriores que apresentaram taxa de adesão inferior à meta estabelecida de 80%, impactando negativamente os indicadores. Na ocasião, a gerente de enfermagem, Carmen, questionou se o cálculo é realizado com base nas listas de presença encaminhadas pelos setores. Gleydson confirmou que sim, esclarecendo que o cálculo é realizado conforme as informações descritas nas listas de presença e que, quando o treinamento é direcionado a um setor ou plantão específico, a taxa de adesão é calculada com base na respectiva escala.

Na sequência, comunicou que, com o objetivo de compreender melhor onde estão ocorrendo as lacunas, a partir do mês de março a taxa de adesão será estratificada por setor e por escala, permitindo identificar com maior precisão quais setores apresentam menor participação nos treinamentos. Destacou, ainda, a importância do papel dos gestores nesse processo, reforçando a necessidade de orientar e incentivar seus colaboradores a participarem dos treinamentos, visando alcançar melhores resultados nos indicadores.

A enfermeira Fabiane questionou se, com esse novo processo, os cards de divulgação passarão a apresentar os setores específicos, em vez da denominação genérica "equipe assistencial". Gleydson confirmou que, a partir de março, o público-alvo será descrito de forma específica nos materiais de divulgação.

Informou que a reunião com os multiplicadores ocorrerá na semana seguinte, ocasião em que os participantes serão capacitados quanto ao papel da didática na

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

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

Data:	28/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Ética de Enfermagem
Início	15:00
Fim	15:00

**1. ASSUNTOS TRATADOS**

- Registro de reunião ordinária não realizada em fevereiro.

Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e seis, registra-se que a reunião ordinária da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga não foi realizada no referido período.

Durante o mês, foi novamente comunicado à Gerência de Enfermagem da unidade sobre a necessidade de apoiar o processo de reestruturação da Comissão de Ética de Enfermagem, considerando as saídas anteriormente ocorridas na composição da comissão, incluindo o desligamento do presidente.

Foi reforçada a importância de articulação junto aos membros remanescentes para reorganização do grupo, definição de nova presidência e retomada das atividades da comissão, especialmente no que se refere à realização das reuniões periódicas, tratativas de eventuais denúncias e promoção de treinamentos relacionados ao Código de Ética para a equipe assistencial.

Ressalta-se que a manutenção e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem constituem exigência institucional e instrumento fundamental para o fortalecimento das práticas éticas, orientação profissional e acompanhamento das condutas da equipe de enfermagem.

Até o encerramento do referido período, não houve formalização da reestruturação da comissão, permanecendo pendente a organização necessária para a continuidade regular de suas atividades.

Nada mais havendo a registrar, lavra-se a presente ata para fins de registro e providências cabíveis.

**2. ENCAMINHAMENTOS**

Ação	Responsável	Data
Cronograma de ações e treinamentos	Membros da Comissão	Janeiro 2026
Treinamento in loco para a equipe de enfermagem	Membros da Comissão	2025
Estruturação da Comissão com membros remanescentes	Membros da Comissão	Janeiro 2026

**3. ASSINATURAS**

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Paulo Rodrigo Souza	Analista de Qualidade	paulorodrigo@ints.org.br	 <b>PAULO SOUZA</b> Analista de Qualidade / INTS Hospital Municipal Guarapiranga

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

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

Data:	17/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Ética Médica
Início	10:00
Fim	11:00

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Direitos Humanos na Prática Médica e Vulnerabilidades Assistenciais

Aos 17 dias do mês de fevereiro do ano de 2026, 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. O tema discutido nesta reunião foi **Direitos Humanos na Prática Médica e Vulnerabilidades Assistenciais**, em abordagem prática e aplicada, correlacionando-se com o **Capítulo IV – Direitos Humanos** e o **Capítulo I – Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica**.

A reunião teve início com a contextualização do papel do médico como agente de promoção e proteção da dignidade humana, destacando-se que o Código de Ética Médica estabelece, como princípio fundamental, que a medicina deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza e com absoluto respeito aos direitos humanos. A comissão reforçou que o atendimento deve ser prestado com equidade, independentemente de condição social, raça, religião, orientação sexual, identidade de gênero, situação de rua, privação de liberdade ou qualquer outra condição de vulnerabilidade.

Durante a discussão, foram analisadas situações práticas do cotidiano assistencial da instituição envolvendo pacientes em condições de maior fragilidade social e clínica, como pessoas em situação de rua, pacientes com transtornos mentais, usuários de substâncias psicoativas, vítimas de violência e indivíduos em contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Os membros ressaltaram que tais contextos exigem sensibilidade ética ampliada, escuta qualificada e postura livre de julgamentos, evitando condutas discriminatórias ou negligência indireta.

A comissão destacou que a vulnerabilidade assistencial não se limita à condição clínica, mas pode estar relacionada à dificuldade de compreensão das orientações médicas, barreiras culturais, limitações cognitivas ou ausência de rede de apoio. Foi enfatizada a necessidade de adequar a comunicação à realidade do paciente, garantir acesso à informação clara e promover articulação com a rede de atenção quando necessário.

Também foram debatidas questões relacionadas ao sigilo, ao consentimento informado em situações de vulnerabilidade e à necessidade de proteção especial a grupos expostos a riscos de violação de direitos. A comissão reforçou que o médico não pode ser conivente com práticas que atentem contra a dignidade humana e deve atuar, sempre que necessário, como defensor dos direitos do paciente dentro dos limites éticos e legais.

Como encaminhamento, a comissão mantém a deliberação pelo compartilhamento de material orientativo interno, desta vez com foco na identificação e manejo ético de situações de

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>		
	ATA DE REUNIÃO (CFT)	CÓDIGO: FP.QAS.033	REVISÃO: 00 PÁGINA:1/7

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	18/02/2026	11:00	12:00
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>		<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Periódica <input type="checkbox"/> Extraordinária <input type="checkbox"/> Emergencial		JANEIRO/26	
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>		<b>REDATOR</b>	
DANIELA SCAVONE		LUCIANA CARBONI	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pendências da última reunião</li> <li>❖ Internação / Hemodiálise no período</li> <li>❖ Consumo de itens por categoria (Curva A)</li> <li>❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares</li> <li>❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A</li> <li>❖ Consumo anticoagulantes</li> <li>❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda</li> <li>❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento</li> <li>❖ Consumo de toalha para banho x média de pacientes acamados</li> <li>❖ Consumo de dietas/ suplementos x média de pacientes em uso de dieta enteral e suplemento</li> <li>❖ Consumo total por categoria</li> <li>❖ Valor orçado x realizado x consumo</li> <li>❖ Queixas Técnicas</li> <li>❖ Pedidos de padronização</li> </ul>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

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

Data:	19/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Gerenciamento Resíduos - PGRSS
Início	10:30
Fim	11:00

Aos dezenove dias de fevereiro de dois mil e vinte e seis, nas dependências do Hospital Municipal Guarapiranga no auditório Aquário, às 10h30, o vice-presidente da comissão sr. Milton Ferreira deu início à reunião apresentando as pautas a seguir.

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Pendências das últimas reuniões:** Sem pendências.
- **Indicadores dos resíduos Jan/2026:** Apresentação dos indicadores de janeiro de 2026.
- **Indicadores de acidente com perfurocortante Fev/2026:** Ocorreram dois acidentes envolvendo material perfurocortante com profissionais Técnico de Enfermagem. Em 09/01/2026, lesão em mão esquerda ao manusear e descartar material perfurocortante, e 18/01/2026 lesão em dedo da mão direita durante entrega de agulha para descarte
- **Visita Técnicas – Zoonoses**  
A equipe da Zoonoses realizou vistoria no Hospital Municipal Guarapiranga em 10/02/2026 com objetivo de atualizar o cadastro e realizar vistoria na área externa do Hospital.  
Visitas a cada 3 meses  
A visita foi acompanhada pelo setor de Qualidade, SESMT e Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Treinamento PGRSS – 2026**  
LNT PGRSS realizada em janeiro obteve baixa adesão, alcançando o total de 163 colaboradores.  
Programado repescagem em fevereiro/2026  
Agenda: 23/02, 24/02, 25/02.  
Sra. Carmen, gerente de enfermagem, sugeriu que os treinamentos sejam realizados *in loco* para uma maior adesão da equipe assistencial, a sugestão foi acolhida e está em análise;
- **Treinamento PGRSS Gamificação**  
Abordagem de Gamificação envolvendo o tema segregação de resíduos de Saúde com objetivo de reforçar a conscientização dos colaboradores.  
Ponto positivo: Feedback imediato sobre a correta segregação dos resíduos.
- **Objetivos e metas 2026:** A seguir as meta e objetivos específicos a serem desenvolvidos em 2026:
  - ✓ **Projeto compostagem** (estudo de viabilidade); foi apresentado modelos do projeto.
  - ✓ Grupo: Participantes voluntários;
  - ✓ Materiais: Levantamento de materiais;

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:	19/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	15:00h
Fim	15:30h

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Principais indicadores;
- Desafios enfrentados;
- Resultados e planos de ação já iniciados em 2026.

A reunião foi iniciada por Shirley, enfermeira responsável pela Gestão de Altas, que relembrou a apresentação da equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA) e da comissão.

Reforça o objetivo do setor com foco de internação de qualidade e cuidado individual e como melhorou a troca entre toda equipe multi. Cita que já foram iniciadas algumas ações e outras estão em andamento que vai mostrar nos slides mais à frente.

Retomando o tema da reforma estrutural, foi destacado que, até o mês de outubro, o EGA vinha mantendo resultados positivos e sustentáveis, com desempenho satisfatório nos principais indicadores assistenciais, dentre eles:

- Aumento do giro de leitos;
- Redução do tempo médio de permanência hospitalar;
- Maior efetividade dos planos terapêuticos;
- Melhoria da taxa de ocupação.
- Entretanto, com o início da reforma em 17/11/2026, observou-se redução nos indicadores monitorados pelo EGA.

Em seu relato, Shirley mencionou ainda outros fatores que vêm impactando os indicadores assistenciais, entre eles os casos de Disk Diálise e os procedimentos de revascularização (revasc). Destacou que esses são processos prioritários que dependem diretamente da articulação com a rede externa e, por essa razão, exercem influência significativa nos resultados alcançados.

Finaliza a fala ressaltando sobre a importância de todos os membros do EGA participarem da comissão, principalmente da enfermagem que não tinha nenhum representante.

Passa a palavra para Wilma, RT do Serviço Social, que inicia explicando os processos realizados pelo serviço social, destacando a nova frente de atuação. Ressalta a ampliação do enfoque institucional, voltado para a localização e reconstrução de vínculos familiares, e o contato contínuo com os serviços da rede, incluindo a busca por instituições que aceitem o perfil da paciente. O acompanhamento do caso é realizado até a definição do encaminhamento adequado.

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

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

Data:	20/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Humanização
Início	11:00
Fim	12:00

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Ações de Carnaval:**

Ficou definida a realização de aulas de fitdance destinadas aos colaboradores, sendo programadas duas aulas de 30 minutos no período diurno e duas aulas de 30 minutos no período noturno. Os colaboradores serão incentivados a participar fantasiados e, como forma de incentivo, será realizado o sorteio de duas folgas entre os participantes da ação. As datas definidas para a realização da atividade foram os dias 23 e 24 de fevereiro. Para os pacientes, não foi planejada nenhuma ação de Carnaval, considerando que os setores previstos entraram em isolamento.

- Dia das Mulheres:**

Para a comemoração do Dia das Mulheres, foram discutidas duas possibilidades de atividade: a realização de uma roda de conversa ou a oferta de um curso de autodefesa. Também foi sugerida a criação de um painel com frases de reconhecimento e valorização da mulher. Surgiu ainda a ideia de elaborar um formulário para que as colaboradoras compartilhem um pouco de suas histórias, com a intenção de expor esses relatos em um mural. Quanto às lembrancinhas, foram sugeridas as opções de batom de cacau, chaveiro ou mini espelho. Thiago ficou responsável por realizar a cotação dos itens.

- Café acolhedor**

O Café Acolhedor do mês de fevereiro foi cancelado em virtude da realização da ação de Carnaval destinada aos colaboradores.

### 2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Prontuário Afetivo	Jakeline/Izadora/Larissa	29/01/2025
Desejo do Paciente	Jakeline/Larissa	05/01/2026
Ação de carnaval	Izadora/Thiago	23 e 24/02
Dia das mulheres	Izadora/Jakeline/Larissa	-

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

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

Data:	19/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Medicina Integrativa
Início	14:30h
Fim	15:00h

**1. ASSUNTOS TRATADOS**

- Resultados obtidos no mês de janeiro em Ozonioterapia;
- Apresentação sobre Geoterapia: Abordagens e Benefícios na Saúde Integrativa.

Dr. Edson apresentou ao grupo os resultados alcançados com a aplicação da ozonioterapia em pacientes portadores de lesões por pressão e de não 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 oxigênio utilizados.

Dr. Edson realizou apresentação sobre Geoterapia, ferramenta na saúde integrativa. Terapia que inclui a redução de estresse, alívio das dores crônicas e melhora da circulação sanguínea, visando equilíbrio físico e emocional.

Abaixo, os dados de aplicação de ozônio, completados após fechamento do mês de fevereiro.

<b>OZÔNIO TERAPIA</b>			
<b>MÊS</b>	<b>DEZEMBRO</b>	<b>JANEIRO</b>	<b>FEVEREIRO</b>
Número De Pacientes	23	22	22
Número De Atendimentos	84	100	86
Número De Lesões Por Pressão	53	68	60
Número De Lesões Não Pressão	0	2	4

Em continuidade às discussões, foram apresentadas informações complementares relacionadas às práticas integrativas voltadas à prevenção, promoção e recuperação do cuidado, especialmente no acompanhamento de pacientes portadores de lesões por pressão. Destacou-se a utilização da ozonioterapia como forma terapêutica complementar no cuidado integral ao paciente. A ozonioterapia foi descrita como uma terapia bio-oxidativa que utiliza a propriedade de determinadas substâncias de oxidarem outras, gerando efeitos terapêuticos. Foi explicado que o ozônio atua nas hemácias por meio da formação de peróxidos e da ativação do metabolismo pelo sistema glutatona, favorecendo a liberação de oxigênio, a melhora da oxigenação periférica e o aumento da energia disponível para as

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:	27/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Dengue.
Início	10hrs
Fim	11 hrs

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Avaliação das ações preventivas e inspeções em áreas externas.
- Apresentação dos achados e medidas corretivas adotadas.
- Monitoramento contínuo e alinhamento das estratégias de vigilância.

Durante o período, foram realizadas ações coordenadas pela Comissão de Dengue, com apoio direto do setor de Higiene e Limpeza, com foco prioritário na prevenção e eliminação de possíveis criadouros do mosquito transmissor.

Foi executada busca ativa nas áreas externas do hospital, incluindo pátios, estacionamentos, áreas de descarte e entorno estrutural da unidade. Durante a inspeção, foram identificados pontos com acúmulo de materiais inadequado e locais com potencial para retenção de água, configurando risco para formação de criadouros.

Como medidas corretivas imediatas, foram realizadas:

- Remoção de entulhos e materiais descartados inadequadamente;
- Reorganização de espaços externos;
- Adequação de locais de armazenamento;
- Orientação às equipes responsáveis quanto à manutenção preventiva.

Adicionalmente, deliberou-se pela intensificação do monitoramento contínuo dessas áreas, com inspeções periódicas programadas e registro das ações executadas, a fim de manter vigilância ambiental permanente.

Enfermeira Vera participou da reunião do Comitê de Investigação de Óbito por Dengue e Chikungunya do município de São Paulo, ocasião em que foram discutidas estratégias de prevenção, qualificação da assistência, análise de casos graves e alinhamento dos fluxos institucionais de notificação e manejo clínico. A próxima reunião presencial está agendada para o dia 16/03/2026.

Reitera-se que as ações desenvolvidas estão alinhadas às diretrizes do Ministério da Saúde e da Vigilância Epidemiológica, reforçando o compromisso institucional com a segurança dos pacientes, colaboradores e comunidade.

Nada mais havendo a tratar, encerra-se a presente ata, mantendo-se a comissão atenta e comprometida com as ações de prevenção, entendendo que o controle da dengue se inicia pelo cuidado contínuo com o ambiente e pela responsabilidade compartilhada.

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:	27/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Prevenção da Violência
Início	10:00h
Fim	10:00h

**1. ASSUNTOS TRATADOS**

- Suspeita de violência sexual.

Durante a reunião foi discutida uma notificação de suspeita de violência sexual envolvendo uma paciente atendida na instituição e seu filho. O caso foi identificado durante o atendimento hospitalar, sendo imediatamente adotadas as condutas institucionais previstas para situações dessa natureza.

Foi realizada a notificação do caso nos sistemas de vigilância competentes, conforme protocolo institucional. A supervisão do setor foi prontamente acionada, garantindo o acompanhamento da situação e o suporte à equipe assistencial envolvida.

Também foram realizados os registros em prontuário, bem como os encaminhamentos necessários para a rede de proteção. Como medida de proteção e garantia de direitos, foi realizado boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher, para formalização do fato e encaminhamento às autoridades competentes.

A comissão reforçou a importância do acolhimento adequado à paciente, da manutenção do sigilo das informações e do cumprimento dos fluxos institucionais para notificação e manejo de casos de violência.

**2. ENCAMINHAMENTOS**

Ação	Responsável	Data
Reforçar informações nos setores	Comissão de Prevenção da Violência	Contínuo
Treinamento protocolo atendimento a segunda vítima	Comissão de Prevenção da Violência	Aguardando retorno da Sede

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

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

Data:	12/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito (x) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de revisão de prontuário
Início	11:00
Fim	12:00

**1. ASSUNTOS TRATADOS**

- Planos de ação
- Prescrição de enfermagem
- Documentos pessoais de pacientes
- Lançamento de dispositivos

Reunião iniciada pela Enfermeira Auditora Beatriz, que deu abertura aos trabalhos com a leitura das pendências apontadas na reunião anterior.

A Enfermeira Auditora informou que tem havido boa adesão ao passo a passo referente ao lançamento de dispositivos no sistema. Comunicou, ainda, que o plano de ação relacionado à assinatura digital pela equipe médica encontra-se em processo de avaliação. Foi elaborado relatório encaminhado ao Supervisor de Tecnologia da Informação, o qual apontou que 99% das informações constantes no documento não estavam fidedignas, ressaltando a necessidade de correção para viabilizar as cobranças devidas.

A Enfermeira Shirley (EGA) relatou que, ao verificar os registros médicos, constatou que as assinaturas estavam realizadas, embora constassem como pendentes no relatório. A Enfermeira Beatriz acrescentou que situação semelhante ocorre com registros da equipe de enfermagem.

Beatriz informou que, em conversa com Dário, gestor do Departamento Pessoal e Recursos Humanos, foi incluída na integração de novos colaboradores para orientar sobre a assinatura do certificado digital. Ressaltou que, havendo pendências, serão adotadas medidas administrativas tão logo o sistema apresente dados fidedignos. Informou também que o siglário encontra-se pronto e atualizado, aguardando apenas a liberação pelo setor de Qualidade.

Na sequência, a Enfermeira Auditora apresentou os apontamentos dos prontuários por ela auditados, identificando: ausência de registro de dispositivos, ausência de documentos pessoais, falta de evolução de enfermagem e ausência de registros de sinais vitais.

A Enfermeira Shirley apresentou relatório de prontuário por ela auditado, destacando: ausência de checagem de medicação, falta de evolução de enfermagem, ausência de dupla checagem de medicamentos e ausência de lançamento de dispositivos.

Eliane, Coordenadora de Enfermagem, informou que nos prontuários auditados sob sua responsabilidade foram identificadas as seguintes não conformidades: ausência de

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

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

Data:	18/02/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Reunião de Comissão de Segurança do Paciente
Início	10:00
Fim	10:40

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Pendências da última reunião
- Rotinas implementadas
- Planilha de NC
- Registros de Não Conformidades
- Conformes (visita técnica)
- Ações
- Apresentação dashboard
- Relatório de avaliação de cultura segurança do paciente

A reunião iniciou-se às 10:00, sob a condução da enfermeira Maria Cristina.

Foram apresentadas as rotinas implementadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), sendo elas: integração, recebimento e monitoramento das Não Conformidades (NCS), visitas aos setores para análise das NCS, visitas técnicas aos setores, rondas diárias e participação em comissões.

Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 189 NCS, sendo 179 consideradas válidas no mês de janeiro. Destas nenhuma foi compartilhada pela Ouvidoria, duas foram encaminhadas para a Ouvidoria, sete foram arquivadas e uma foi classificada como duplicada. Informou-se que 133 Não Conformidades foram respondidas.

Em relação à origem das Não Conformidades, conforme dado preenchido pelo colaborador no momento da abertura do formulário, obtiveram-se os seguintes registros: quebra de processo (44), procedimento assistencial (33), flebite (10), medicação (24), lesão por pressão (20), nutrição (15), queda (2), comunicação efetiva (14), identificação do paciente (6), risco de infecção (12), outros (6) e remoção não programada de dispositivos (3).

Quanto às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, indicadores realizados pelos membros do núcleo, foram apresentados os seguintes números de registros de Não Conformidades: risco de infecção (80), comunicação efetiva (41), uso seguro de medicamentos (22), outros (11), lesão por pressão (15), queda (2) e identificação do paciente (5).

Os setores com maior número de notificações foram Bem-te-vi, com 22 registros, e Colibri, com 46 registros.

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



# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 9V8MT-BW726-W6CYH-ZVEK9

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

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF **\*\*\*.518.032-\*\***) em 23/03/2026 11:23 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	victorpanont@ints.org.br (Verificado)
Login	
3sXEyUj98U+p4B/yLr6a/dClurkBPPEa2P4UTQW8xYA=	
SHA-256	

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF **\*\*\*.009.575-\*\***) em 23/03/2026 15:44 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
LA17KS1ozrT/tvkQXYCdHI/wUM4Mzp+hgsDXzN4gV7E=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/9V8MT-BW726-W6CYH-ZVEK9>

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

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