

JANEIRO/2026



INTS

INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 – SMS.G/A

Esse documento foi assinado por Victor Hugo Parrilha e Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse o link: <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/UXHHH-DDTWS-92TQY-M4M8M>

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

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

3.2.2. Laboratório	22
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	23
3.3.1. Nutrição	26
3.3.2. Fisioterapia	28
3.3.3. Serviço Social	31
3.3.4. Psicologia	34
3.3.5. Fonoaudiologia	38
3.3.6. Terapia Ocupacional	42
3.3.7. Terapias Alternativas	43
3.3.8. Estomaterapia	44
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	45
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	45
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)	49
3.4.3. Vigilância em Saúde	50
3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação	51
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente	54
3.4.6. Escritório de Gestão de Altas	56
3.5. SUPRIMENTOS	60
3.5.1. Farmácia	60
3.6. Compras	61
3.7. INFRAESTRUTURA	62
3.7.1. Engenharia Clínica	62
3.7.2. Manutenção Predial	63
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	64
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	65
3.9.1. Qualidade	65
3.9.2. Faturamento	67
3.9.3. Prestação De Contas	68
3.9.4. Financeiro	69
3.9.5. Patrimônio	69
3.9.6. Contratos	71

3.9.7.	Hotelaria	71
3.9.8.	Recepção	73
3.9.9.	Portaria	73
3.9.10.	Jurídico	74
3.9.11.	Ouvidoria	75
4.	MONITORAMENTO CONTRATUAL	76
5.	INDICADORES CONTRATUAIS	78
5.1.	INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	78
5.2.	INDICADORES QUANTITATIVOS	78
5.3.	INDICADORES COMPLEMENTARES	78
5.3.1.	Gerenciamento De Resíduos	78
5.3.2.	Hemodiálise	79
5.3.3.	Hemocomponentes	79
6.	COMISSÕES	79
7.	AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE	80
7.1.	Indicadores	81
7.2.	Ações de Janeiro	83
8.	AÇÕES DE DESTAQUE	89
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
10.	ANEXOS	92
10.1.	Atas das Comissões realizadas em janeiro	92

SUMÁRIO DE TABELAS

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 Janeiro/2026.....	13
Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Janeiro/2026.....	15
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de Janeiro/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	19
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)	20
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)	21
Tabela 16 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)	22
Tabela 17 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	23
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 Prolongados)	24
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)	29
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	30
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva)	30
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)	32
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)	36

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	43
Tabela 49 – Indicadores de Estomaterapia	44
Tabela 50 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	45
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)	46
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	47
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	47
Tabela 55 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	49
Tabela 56 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	49
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva)	49
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	50
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	50
Tabela 60 – Indicadores de Vigilância em Saúde	50
Tabela 61 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	52
Tabela 62 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica)	52
Tabela 63 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva)	53
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados)	53
Tabela 65 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)	53
Tabela 66 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente	54

Tabela 67 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica)	56
Tabela 68 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva)	57
Tabela 69 – Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados).....	58
Tabela 70 – Indicadores de Número de paciente com pendências para alta	58
Tabela 71 – Indicadores de Farmácia	61
Tabela 72 – Indicadores de Compras	61
Tabela 73 – Indicadores de Engenharia Clínica	62
Tabela 74 – Indicadores de Manutenção Predial	64
Tabela 75 – Indicadores de Tecnologia da Informação	65
Tabela 76 – Indicadores de Qualidade	65
Tabela 77 – Indicadores de Faturamento.....	67
Tabela 78 – 07 Procedimentos Faturados	67
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	72
Tabela 85 – Indicadores de Recepção	73
Tabela 86 – Indicadores de Portaria.....	73
Tabela 87 – Indicadores de Serviços Jurídicos.....	74
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	75
Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas.....	76
Tabela 90 – Indicadores de Contratuais Qualitativos.....	78
Tabela 91 – Indicadores de Contratuais Quatitativos	78
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.....	79
Tabela 95 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga	80

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos 11

Gráfico 02 – Relação de 10 CID's Registrados nos Atendimentos em janeiro de 2026 . 12

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 Benéficas de Assistência Social na área de Saúde, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades nas áreas de saúde no Brasil.

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

A estrutura organizativa do INTS é composta por um Conselho Administrativo; Presidência; Superintendências Geral, de Planejamento e de Relações Institucionais; Diretorias Geral, de Projetos, de Contratos, Administrativa, Financeira, de Tecnologia, Infraestrutura e Jurídica que, juntos com a equipe, atuam diretamente na organização, execução, avaliação e auditoria dos contratos vigentes, bem como na busca de novos contratos com vistas a ampliação do rol de unidades geridas pelo INTS.

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

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

2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

O Hospital Municipal Guarapiranga deu início às suas atividades em junho de 2020 com a ativação de 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 20 leitos de Enfermaria para pacientes acometidos pelo COVID-19. Em seu primeiro ano de atuação, a unidade ampliou seus leitos para 190 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 69 de enfermaria. Com a redução dos casos de SARS COVID-19, a partir de maio de 2022 o Hospital Municipal Guarapiranga passou a tornar um equipamento de saúde de 186 leitos, atuando em duas frentes:

-  Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.
-  Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

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

2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

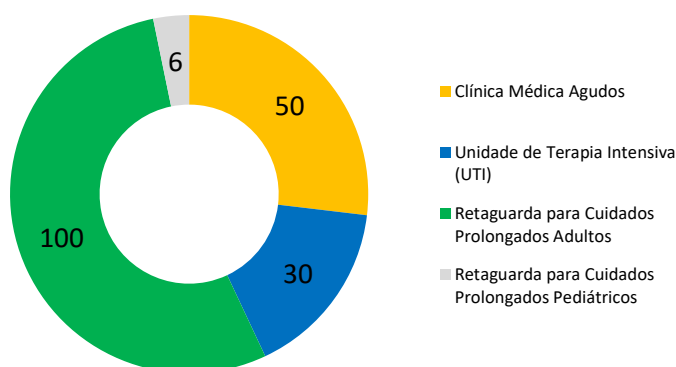
O Hospital Municipal Guarapiranga, como uma unidade de saúde de "porta fechada", atende a pacientes encaminhados pela Central de Regulação de Ofertas de

Serviços de Saúde (CROSS). A seguir, apresento um perfil epidemiológico baseado nas informações conhecidas sobre os serviços prestados e a população atendida.

Distribuição de Leitos

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

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos



Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

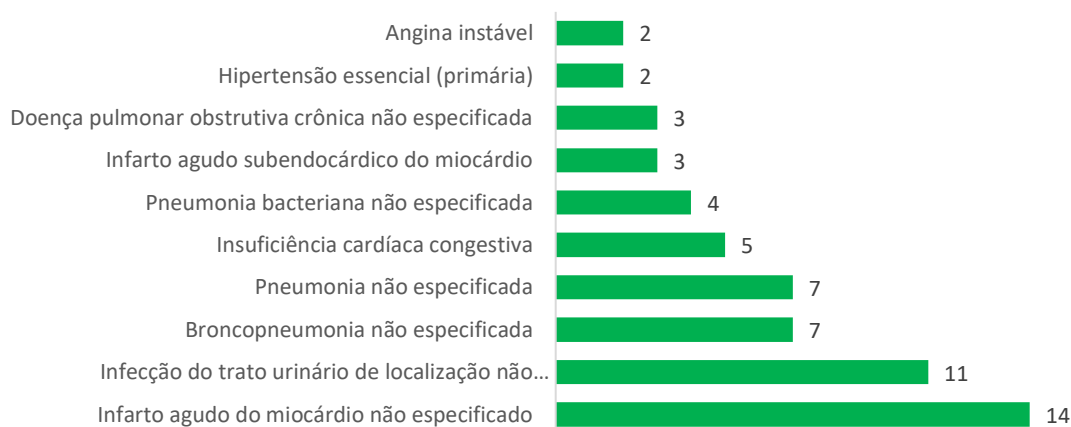
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. Doenças Respiratórias: Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças Infecciosas: Infecções urinárias, gastroenterites.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Cuidados Críticos: Pacientes com insuficiência respiratória aguda, 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 10 CID's Registrados nos Atendimentos em janeiro 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
PEDIÁTRICOS (0 -14 ANOS)	6
JOVENS (15 – 24 ANOS)	5
ADULTO (25 – 59 ANOS)	80
IDOSOS (MAIS DE 60 ANOS)	162

Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO
FEMININO	111
MASCULINO	142
OUTROS	0

Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO
ATENDIMENTOS	253
ADMISSÕES	117
ALTAS	73
TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	8

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 Janeiro/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	10
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	12
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11

AUXILIAR FARMACIA	27
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	103
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	10
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	58
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	10
PSICOLOGO HOSPITALAR	6
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAÚDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	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	3
TECNICO ENFERMAGEM	278
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
TOTAL GERAL	651

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

Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Janeiro/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 Janeiro/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
TOTAL GERAL	277

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

3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TURNOVER TOTAL	<5%	2,28%
TURNOVER ENFERMAGEM	<5%	3,40%
NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH	Quanto maior, melhor	0
NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS	Neutro	10
NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM	Neutro	9
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO	Neutro	635
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS	Neutro	277

NÚMERO DE DEMISSÕES A PEDIDO DO COLABORADOR	Quanto menor, melhor	11
NÚMERO DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA	Quanto menor, melhor	9
NÚMERO TOTAL DE DEMISSÕES	Quanto menor, melhor	20
NÚMERO DE DEMISSÕES ENFERMAGEM	Quanto menor, melhor	14
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES ENFERMAGEM	Quanto menor, melhor	338

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
TAXA DE ABSENTEÍSMO GERAL	< 6%	4,19%
TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM	< 8%	6,05%
TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 85%	93,95%
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 51.448h	49536
NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS	Quanto menor, melhor	54

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
TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%
TAXA DE EXAMES DEMISSIOAIS	> 85%	100%
TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO	> 85%	100%
TAXA DE COLABORADORES AFASTADOS POR ACIDENTES DE TRABALHO	< 5%	1%
NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS	Quanto menor, melhor	395
NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)	Quanto menor, melhor	22
NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)	Quanto menor, melhor	9
NÚMERO DE AFASTADOS (LINCENÇA A MATERNIDADE)	Quanto menor, melhor	10
NÚMERO DE ATESTADOS POR SINDROME GRIPAL	Quanto menor, melhor	16
NÚMERO DE DIAS PERDIDOS	Quanto menor, melhor	790

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

3.1.4. Segurança Do Trabalho

A Segurança do Trabalho é essencial para garantir um ambiente seguro e saudável para os trabalhadores, além de contribuir significativamente para o bom funcionamento

e a produtividade das organizações. Aqui estão alguns pontos importantes sobre a Segurança do Trabalho:

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

Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho

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

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

ANALISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

No período, foram registrados dois acidentes com material perfurocortante.

O primeiro ocorreu após a realização de punção venosa, no momento do repasse da agulha para descarte, resultando em perfuração no dedo anelar da colaboradora. O segundo ocorreu quando a profissional manuseou material deixado sobre a mesa e, ao pressionar a borracha do dispositivo, sofreu lesão em dedo da mão.

Os eventos evidenciam fragilidades no manejo e descarte seguro de perfurocortantes, bem como na conduta comportamental frente aos dispositivos utilizados. Foram

implementados planos de ação imediatos, com reforço das orientações sobre descarte adequado, proibição de repasse manual de materiais perfurocortantes, educação permanente sobre biossegurança e intensificação das orientações quanto à cultura de segurança e comportamento seguro.

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
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,62%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	24%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	321
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	2
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	77

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
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,91 %
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	37%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	110
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	1
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	41

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

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

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

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

Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	14%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	28
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	4

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

Em janeiro, houve 2 repetições de exames em menos de 24h e 2 erros de RX, números baixos, que indicam bom controle técnico, porém reforçam a importância da conferência prévia e do correto posicionamento.

Os 29 exames por tracionamento de SNE e 46 múltiplos procedimentos refletem o perfil clínico e a complexidade dos pacientes atendidos no período. Os dados seguem em monitoramento para prevenção de repetições desnecessárias e manutenção da qualidade assistencial.

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

NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA
UNIDADE

neutro

7.153

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

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Em janeiro, O percentual de recoletas manteve-se dentro do preconizado. O indicador permanece em monitoramento diário, com foco em reciclagens pontuais e acompanhamento dos auxiliares sempre que necessário, visando manter a qualidade e reduzir falhas no processo de coleta.

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
TAXA DE FLEBITE	<15%	1,15%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	11,81
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	48,25
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	15,63%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	3,13%

GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,52
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	96
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	15
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0

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
TAXA DE FLEBITE	<15%	2,89 %
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,65
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	11,02
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	7,53%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	1,89
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	93
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	7
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0,78 %
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	4,23
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 dias	4,46
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	4,67%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	2,80%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	5,35
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	107
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	5
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0

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

Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	52
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 dias	981,33
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	100%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,03
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	107
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	3
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0

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

A taxa de óbito é de 100% porque as duas saídas no setor de pediatria são óbitos, e esses pacientes não estão em cuidados paliativos.

Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – ENFERMAGEM

No mês de janeiro, os indicadores assistenciais mantiveram-se, em sua maioria, dentro das metas estabelecidas, com destaque positivo para as taxas de flebite e de óbito (institucional e corrigido), que permaneceram controladas nas unidades.

Como principais pontos críticos, observa-se o intervalo de substituição elevado no consolidado hospitalar (11,81) e na Clínica Médica (5,65), acima da meta preconizada, além do baixo giro de leito institucional (0,52). Esses resultados estão associados ao perfil de pacientes com maior complexidade clínica e permanência prolongada, impactando diretamente a rotatividade e o número de saídas no período.

No setor de Cuidados Prolongados, o tempo médio de permanência (981,33 dias) e o giro de leito reduzido (0,03) são compatíveis com a característica assistencial da unidade. A taxa de óbito institucional (100%) sofre influência do baixo número de saídas no mês, o que potencializa a variação percentual.

De modo geral, o desempenho assistencial manteve-se estável, sendo necessário acompanhamento contínuo dos indicadores relacionados à rotatividade e permanência, a fim de otimizar o fluxo assistencial e o uso dos leitos.

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
TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS	100%	96%
TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	100%	85%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Quanto maior, melhor	3492
NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI	Quanto maior, melhor	111
NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS	Quanto maior, melhor	111
NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	Quanto maior, melhor	57

NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS	Quanto maior, melhor	67
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	neutro	20379
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	neutro	606
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	neutro	10760
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	35%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	9%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	21%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 23 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	5265
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	39%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	37%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	17%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	7%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	2178
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	26%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	32%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	17%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	25%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	35%
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	32%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	6%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	27%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	35%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	186

INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	16%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	84%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	0%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

A análise evidencia pontos críticos relacionados ao não alcance de metas. A obesidade geral não atingiu o esperado devido ao perfil dos pacientes admitidos, majoritariamente com mobilidade reduzida e já portadores de obesidade.

A triagem nutricional em até 24 horas ficou abaixo da meta em razão de cinco admissões que não foram avaliadas no prazo, associadas à falha de priorização e monitoramento do processo. Já a taxa de alta planejada (85%) foi impactada por altas sem orientação adequada, relacionadas à sobrecarga e fragilidade na padronização do fluxo.

Serão reforçadas orientações à equipe, revisão dos fluxos e monitoramento contínuo para prevenir recorrências e reduzir riscos assistenciais.

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
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	97%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	93%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	97%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	7000	5872
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO	> 10000	11034
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 7000	7058
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	> 15	17
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	> 15	12
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	> 5	4
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	> 2	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	99%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	84%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	99%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	4
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	3
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

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

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

Em janeiro de 2026, a média elevada de 17 pacientes traqueostomizados manteve-se acima do esperado, refletindo a dificuldade no processo de decanulação, especialmente em casos crônicos. Esse cenário está associado à alta complexidade clínica, à dependência prolongada de ventilação mecânica e às condições de base que limitam a evolução para retirada segura da cânula.

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
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	99%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	97%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	Neutro	2
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	5
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	12
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	5
TAXA DE EVASÃO	<3%	1,04%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	2,08%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 33 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	1
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	1
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	2,85%
TAXA DE EVASÃO	<3%	3%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	100%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	1
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	100%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 35 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Observação: Não houveram admissões no setor de Cuidados Prolongados, portanto a taxa de avaliação social inicial está zerada.

Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0

NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	2
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	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

Em janeiro de 2026, a Taxa de Avaliação Social Inicial atingiu 99%, apresentando discreto desvio de 1% em relação à meta, decorrente de uma avaliação não realizada dentro do prazo preconizado. A Taxa de Alta Planejada alcançou 97%, ficando 3% abaixo do esperado.

Embora os percentuais estejam próximos da meta, os resultados evidenciam a necessidade de maior rigor no monitoramento dos fluxos de admissão e alta, considerando que ocorrências pontuais impactam diretamente os indicadores. Será mantido acompanhamento sistemático pelo coordenador multiprofissional, em conjunto com a RT do Serviço Social, com análise diária das admissões e altas, reforço das rotinas e monitoramento contínuo, visando garantir conformidade, qualidade assistencial e alcance integral das metas estabelecidas.

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
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	100%	97%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	19,25%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	93,00%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	64
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	14
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	3
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	17
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%

TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0,60%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	9
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 38 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	100%	98%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	100%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	89%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	36
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	6
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	2

NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	3
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	0%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	5
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Observação: Não houveram admissões no setor de Cuidados Prolongados, portanto sem avaliações psicológicas iniciais.

Tabela 41 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	100%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	0

TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	0
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	0%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Em janeiro de 2026, a Taxa de Avaliação Psicológica atingiu 97%, apresentando desvio de 3% em relação à meta de 100%, em decorrência de três avaliações não realizadas dentro do prazo estabelecido.

Apesar de pontual, a ocorrência impacta o indicador e reforça a necessidade de maior rigor no acompanhamento das admissões, considerando a relevância da avaliação psicológica precoce para a adequada condução do cuidado e suporte emocional ao paciente.

Será mantido monitoramento diário das admissões pelo coordenador multidisciplinar, em conjunto com a RT da Psicologia, com reforço das orientações à equipe quanto ao cumprimento dos prazos e à padronização do fluxo, visando garantir conformidade assistencial e alcance integral da meta.

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	78%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONODIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%

TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	66%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	40
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	40
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	3
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 45 – Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados)

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

**NÚMERO DE ALTAS DA
FONOAUDIOLOGIA**

Quanto maior, melhor 0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Observação: Não houveram admissões no setor de Cuidados Prolongados, portanto a taxa de avaliação fonoaudiológica inicial está zerada.

Tabela 46 – Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)

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

A Taxa de Avaliação Fonoaudiológica Inicial (72%) e a Taxa de Inserção no Protocolo de Broncoaspiração (20%) ficaram abaixo da meta, evidenciando necessidade de maior monitoramento das admissões e elegibilidade para protocolos. A Taxa de Decanulação (0%) foi impactada pelo perfil clínico mais complexo dos pacientes.

Em contrapartida, destacam-se resultados positivos no Treino de Oclusão/Válvula de Fala (11,76%) e no Desmame de Cuff (29%), ambos acima da meta, além do número expressivo de atendimentos (176). O número de avaliações (70) ficou abaixo do parâmetro esperado, impactando os indicadores percentuais.

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
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Neutro	165
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	Neutro	5
NÚMERO DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	Neutro	0
NÚMERO DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO EM CONJUNTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	Neutro	60
NÚMERO DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	Neutro	162

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_3) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na 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
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1
NÚMERO DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198
NÚMERO DE PACIENTES EM HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1
NÚMERO DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31
NÚMERO DE PACIENTES EM CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31
NÚMERO DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Quanto maior, melhor	1

NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	100
NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	22
CONSUMO DE CILINDRO O ²	Neutro	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.8. Estomaterapia

O setor de estomaterapia em um hospital é responsável pelo cuidado e acompanhamento de pacientes com estomas (aberturas cirúrgicas no corpo, como colostomias e ileostomias), lesões de pele e feridas. A equipe de estomaterapia oferece orientações sobre o uso de dispositivos, cuidados com a pele e promove a reabilitação dos pacientes, visando melhorar sua qualidade de vida.

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

Tabela 49 – Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE LPP - GLOBAL	< 15%	2,54%
TAXA DE LPP - UTI	< 5%	2,08%
TAXA DE LPP - CLÍNICA MÉDICA	< 5%	8,70%
TAXA DE LPP - CUIDADOS PROLONGADOS	< 5%	2,00%
PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO	Quanto menor, melhor	49,75%
% DE PACIENTES SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO	> 95%	99,15%
NÚMERO TOTAL DE LESÕES EM PACIENTES INTERNADOS	Quanto menor, melhor	40
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO COMUNITÁRIA	Quanto menor, melhor	5

**NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES
CLASSIFICADAS COMO HOSPITALAR**

Quanto menor, melhor

3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

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

3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

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

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

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

META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	3
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	8

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

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

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

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
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	90%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	82%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	40%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	20
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	18
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	12
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0

INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	8
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	0
OUTROS	Neutro	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	3
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	4
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	13
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0

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

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

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE NC TRATATA TOTAL	>85%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	75%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%

TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	0%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	3
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	3
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	0
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	0
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	3
OUTROS	Neutro	1
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	1
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	1
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Incidentes com dano: As taxas permanecem acima da meta institucional, evidenciando fragilidades nos processos assistenciais e na gestão de riscos. Apesar das ações de mitigação já iniciadas, os resultados indicam que ainda não houve impacto suficiente para redução sustentada dos eventos adversos, sendo necessário reforço nas estratégias de prevenção e monitoramento contínuo.

Meta 5 – Risco de Infecção: O indicador segue acima do limite estabelecido, configurando ponto crítico para a segurança do paciente. Embora tenha sido realizado treinamento lúdico sobre higienização das mãos no mês, a ação isolada não foi suficiente para impactar significativamente o resultado, reforçando a necessidade de medidas multimodais, acompanhamento sistemático e auditorias mais frequentes.

Taxa de respostas dentro do prazo: Observa-se melhora em relação aos meses anteriores; contudo, o desempenho ainda não atinge o padrão institucional esperado. O cenário demonstra evolução no processo de análise e devolutiva, porém evidencia a necessidade de maior agilidade para fortalecer a implementação tempestiva de ações corretivas e preventivas.

3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 4,05	3
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	< 7%	3,13%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	< 2%	0,65%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,05%	4,76%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 2,78%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 0,59%	4%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	1
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	0%	0,48%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	0

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No período, foi identificado um caso de Infecção do Trato Urinário (ITU) no setor de retaguarda, sendo que, após acompanhamento clínico, foi possível realizar a de invasão da paciente, com evolução satisfatória.

Em relação às Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS), as medidas preventivas seguem sendo sistematicamente reforçadas junto à equipe assistencial, com ênfase no manuseio adequado de dispositivos, técnica correta de curativos e rigor na adoção de práticas assépticas. Destacam-se ainda as rondas periódicas realizadas pelo SCIH e o monitoramento contínuo por meio do preenchimento do QG nos períodos diurno e noturno, fortalecendo a vigilância e a segurança do 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
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	6

QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DO HMG	Quanto maior, melhor	3
QUANTIDADE DE PACIENTE COM DENGUE-PROVENIENTE DO HMG	Quanto maior, melhor	0
TAXA DE TESTE POSITIVO PARA COVID	0%	20%
NÚMERO DE CASOS DE TURBECULOSE NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0
NÚMERO DE CASOS DE TURBECULOSE ACOMPANHADOS NO HMG NOTIFICADOS NA ORIGEM	Quanto maior, melhor	0
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0
NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0
NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0
NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA	Quanto maior, melhor	0

Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No mês de janeiro de 2026, observou-se aumento da Taxa de Teste Positivo para COVID (20%), cenário compatível com a maior circulação viral característica do período sazonal. No mesmo período, foi registrada uma notificação de leptospirose, associada às intensas chuvas e ocorrência de alagamentos típicos do mês, fatores que elevam a exposição da população a ambientes potencialmente contaminados.

Diante desse contexto epidemiológico, foram reforçadas as orientações quanto às medidas de prevenção, uso adequado de EPIs, vigilância ativa e monitoramento sistemático de casos, com o objetivo de reduzir riscos de transmissão e fortalecer a segurança assistencial.

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	17,04%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	23
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	11

NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	26
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	37
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	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
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	69,63%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	94
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	1
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	48
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	49
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	neutro	3
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	neutro	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	0
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	4
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	4
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0

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

Observação: Não tivemos nenhuma admissão no setor de Cuidados Prolongados.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	0

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	0
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	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
TAXA DE ADEÇÃO NOS TREINAMENTOS	> 80%	78,88%
TAXA DE TREINAMENTOS PREVISTOS EM LNT	> 80%	61,76%
TAXA DE CANCELAMENTO/REMANEJAMENTO	< 20%	38%
NÚMERO DE TREINAMENTOS	> 20	29
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	624	1237
NÚMERO DE HORAS REALIZADAS DE TREINAMENTO	620	87
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE MEDICINA	Neutro	2
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM	Neutro	9

NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE
NUTRIÇÃO

Neutro

0

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Delibera-se pela descontinuação dos indicadores: Taxa de Avaliação de Reação do Treinamento, Taxa de Avaliação de Efetividade do Treinamento, Pré e Pós-teste em Treinamentos Elegíveis e Homem/Hora.

A decisão fundamenta-se na ausência, no momento, de dados confiáveis para mensuração adequada dos indicadores de treinamento, ficando condicionada à futura implantação de plataforma específica que permita monitoramento estruturado.

Quanto ao indicador Homem/Hora, sua descontinuidade decorre da inaplicabilidade ao contexto hospitalar, considerando a atuação multiprofissional, as diferentes cargas horárias e vínculos laborais, bem como a impossibilidade de mensurar o cuidado assistencial exclusivamente sob a lógica de produtividade quantitativa.

LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – janeiro 2026

- Boas práticas de atendimento.
- Boas práticas durante a transfusão de hemocomponentes.
- Coleta de hemocultura.
- Contagem rotativa de itens.
- Importância da rotina de verificação mensal de validade dos insumos hospitalares.
- 15 minutos qualidade – Tecnologia da Informação.
- Higienização das mãos.
- Gestão de pessoas e de resultados.
- Uso correto EPI.
- Classificação de artigos.
- Situações de risco e violência.
- Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- NR 23 proteção contra incêndio.
- Prevenção de lesões, cuidados com a pele, dispositivo GTT e SNE.
- Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

- 15 minutos qualidade – Ouvidoria/Jurídico.
- Alinhamento documentos.
- Carrinho de PCR.
- Pulseira rosa para restrição de membros.
- Fluxo assistencial rotina diária técnico de enfermagem.
- Fluxo passagem de plantão e safety.
- Passagem safety, sbar e passagem de plantão beira leito.
- Medicação segura.
- Recebimento de prontuários.
- Admissão humanizada e alta de qualidade.
- Precauções de isolamento, bundle, protocolo rota sepse, notificações e adorno zero.
- Protocolos gerenciáveis, safety huddle, hemocomponentes, plano educacional, protocolo avc, processo de enfermagem, administração de medicamentos e checagem em sistema.
- 6 metas internacionais de segurança do paciente.
- Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

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
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	100%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	92%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	46%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	96%

TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	69%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	Neutro	23
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	23
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	13
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERIODO	Neutro	13
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	12
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	6
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	22
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	9
Nº DE ALTAS	Neutro	13
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	23

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

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

Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS

Neutro

94

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

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

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Observação: Não tivemos nenhuma admissão no setor de Cuidados Prolongados.

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

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

A Clínica Médica permaneceu operando com 10 leitos bloqueados devido a manutenções ainda pendentes, acompanhadas pela Diretoria e setores responsáveis. Esse cenário impactou diretamente a redução de admissões e do giro de leitos, refletindo nos indicadores do EGA.

Além da limitação estrutural, observou-se perfil assistencial de maior complexidade, com pacientes de difícil resolução clínica e casos característicos de retaguarda,

contribuindo para o aumento do Tempo Médio de Permanência. Destaca-se ainda número expressivo de pacientes DISK 13 e 4 casos de revascularização, bem como elevado quantitativo de aceites para clínica de diálise, fatores que também influenciaram na permanência hospitalar.

No mês, foram registrados:

- 73 altas hospitalares;
- 8 transferências/altas externas (totalizando 81 altas efetivas, com articulação formalizada junto à rede);
- 15 óbitos;
- 2 evasões (com termo de desistência assinado, porém lançadas como evasão);
- 1 desistência de tratamento.

Mesmo diante do cenário restritivo, a média de altas permanece superior à observada no período anterior à implantação do EGA.

Ressalta-se que os dados foram extraídos da planilha de controle do EGA e confrontados com o Boletim Diário do SMPEP e indicadores do SAME por ala, sendo identificadas divergências entre as bases, especialmente quanto ao total de altas, fato que demanda alinhamento e padronização das fontes.

Plano de Alta Multiprofissional – Indicadores

A efetividade do Plano de Alta Multiprofissional está condicionada ao registro e participação de todas as categorias envolvidas. A meta estabelecida é de 90%, com monitoramento trimestral para avaliação da viabilidade e consolidação do processo de alta qualificada.

Percentual por categoria:

- Médico: 89%.
- Enfermagem: 90%.
- Fisioterapia: 93%.
- Nutrição: 86%.
- Farmácia: 96%.
- Serviço Social: 100%.
- Psicologia: 94%.

De forma geral, observa-se boa adesão ao Plano, com a maioria das categorias atingindo ou superando a meta. As áreas abaixo de 90% serão acompanhadas com ações direcionadas para fortalecimento do processo e alcance do percentual estabelecido nos próximos ciclos.

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
TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA	< 0,3%	0,26%
TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< 5%	2,70%
TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	< 0,3%	0,00%
TAXA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	Neutro	12%
TAXA DE RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS	> 80%	100%
TAXA DE REALIZAÇÕES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

3.6. Compras

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

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

Tabela 72 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO
LANÇAMENTO DE COTAÇÕES	Neutro	14
TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS	Neutro	57
TAXA DE ORDEM DE COMPRAS ENTREGUES NO PRAZO	> 80%	99%
PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL	<15%	5,00%
PERCENTUAL DE ECONOMIA MENSAL	> 5%	5,15%
QUANTIDADE DE COMPRA EMERGENCIAL	< 5	1

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
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 80%	56%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	< 11:00	17:00
REINCIDÊNCIA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	< 15%	5%
TAXA DE DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO	> 80%	99%
TAXA DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	> 85%	83%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	99%

TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	80%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	79%
NÚMERO DE CALIBRAÇÕES	Neutro	0
NÚMERO DE MANUTENÇÕES CORRETIVAS	Neutro	157
NÚMERO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTOS	Neutro	0
NÚMERO DE INSPEÇÃO DE ROTINA	Neutro	2
NÚMERO DE MOVIMENTAÇÃO DE PATRIMÔNIO	Neutro	3
NÚMERO DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS	Neutro	89

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

A Taxa de Ordens de Serviço Finalizadas ficou abaixo da meta, principalmente em razão da necessidade de peças para conclusão de diversos chamados. Parte das OS permanece aguardando recebimento de materiais, com previsão de encerramento após a regularização do estoque, o que deverá impactar positivamente o indicador.

O Tempo Médio de Atendimento de Chamados apresentou aumento em decorrência da redução temporária da equipe técnica. Durante parte do mês, a unidade contou com apenas um técnico de equipamentos médicos, que priorizou intercorrências e demandas assistenciais críticas, ocasionando impacto pontual no prazo médio dos demais atendimentos.

A Taxa de Entrega de Equipamentos, Taxa de Inspeção de Rotina e Taxa de Manutenção Preventiva também sofreram impacto pela limitação do quadro técnico, exigindo readequação das prioridades operacionais com foco nas demandas corretivas e assistenciais.

Com a recomposição da equipe, projeta-se a normalização dos fluxos, redução dos prazos e retomada do cumprimento das metas nos próximos ciclos de avaliação.

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
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85,93%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	120 minutos	21,25
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	77,94%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	0%
NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA	Quanto menor, melhor	281
NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA	Quanto maior, melhor	88
NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA	Quanto maior, melhor	96
NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Quanto maior, melhor	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

A Taxa de OS Corretivas fechou em 77,94%, abaixo do esperado, em virtude de ordens de serviço que permanecem em aberto aguardando envio de peças e aprovação de orçamentos, fatores que impactam diretamente o tempo de finalização.

A Taxa de Instalação de Equipamentos registrou 0%, considerando que, no período, não houve novos equipamentos recebidos ou demandados para instalação, não caracterizando, portanto, não conformidade operacional.

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

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
TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	> 80%	65%
TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES	> 80%	94%
TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO	> 80%	81%
NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO	Quanto maior, melhor	13
NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS	Quanto maior, melhor	20
NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	16
NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS	Quanto maior, melhor	17
NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	Quanto maior, melhor	13
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024	Quanto menor, melhor	27
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025	Quanto menor, melhor	55
NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO	Neutro	14
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO	Quanto menor, melhor	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS QUE NECESSITAM DE VALIDAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS	Neutro	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS	Neutro	2
NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	Neutro	4
NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS	Neutro	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS	Quanto menor, melhor	3
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	1
NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES	Quanto maior, melhor	7

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 em agendas estratégicas relevantes, incluindo visitas da Vigilância Sanitária, realização de treinamentos com as equipes administrativas, comissões e áreas relacionadas a indicadores, além das reuniões de alinhamento denominadas “15 minutos com a Qualidade”, com participação dos setores de Ouvidoria, Jurídico, TI e SCIH.

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
TOTAL DE AIH FATURADAS	Neutro	205
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	Neutro	113
REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR	Neutro	*
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	Neutro	*
TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	Neutro	0
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretaria 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
CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA	Neutro	2.408
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	Neutro	1.125
OXIGENIOTERAPIA	Neutro	519
GLICEMIA CAPILAR	Neutro	2.499
CURATIVO	Neutro	1.497
ELETRCARDIOGRAMA	Neutro	73

**TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE
HEMACIAS**

Neutro

12

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
ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO	100%	*
NÚMERO DE AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	0
TAXA DE NÃO CONFORMIDADES	< 5%	0%
TAXA DE RETENÇÕES DE CONTRATO	Quanto menor, melhor	0%
TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS	Neutro	4633
NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS	Quanto menor, melhor	1%
ÍNDICE DE ORÇADO X REALIZADO	> 80%	127%

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.

ANÁLISE CRÍTICA – PRESTAÇÕES DE CONTAS

O indicador Índice Orçado x realizado encerrou o período com 127%, apresentando variação acima do padrão histórico. O resultado foi impactado por fator pontual, relacionado ao pagamento, em janeiro, de despesas e tributos de maior valor originalmente previstos para dezembro.

Esse deslocamento financeiro gerou concentração atípica de desembolsos no mês, elevando o percentual do indicador acima do comportamento habitual. Trata-se, portanto, de efeito temporal, sem caracterizar aumento estrutural de custos, com expectativa de reequilíbrio nos períodos subsequentes.

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
TAXA DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	100%	99%
TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO	100%	99%
TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO	100%	100%
NOTAS DE SERVIÇO	Neutro	82
NOTAS DE PRODUTOS	Neutro	88
NOTAS ATRASADAS	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

No período, o prestador Pro-Rad não encaminhou o faturamento dentro do prazo estabelecido, o que impactou diretamente o indicador de Taxa de Notas Recebidas no Prazo, impossibilitando o alcance de 100%.

Quanto ao indicador de Execução Orçamentária, o percentual ficou abaixo de 100% em razão da não utilização integral do orçamento disponível no período, refletindo adequação das despesas à demanda executada no mês.

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
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	100%
ÍNDICE DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%
ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	> 80%	99%
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	Neutro	157
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	Neutro	131
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	Neutro	3
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	Neutro	3
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	Neutro	10
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO ATENDIDAS	Neutro	7
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 80%	83%
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 80%	100%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS	Neutro	225
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS	> 60%	98%
TAXA DE ITENS LOCADOS	Neutro	63%

NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE	Neutro	32
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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
ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS	100%	97%
NÚMERO DE ADITIVOS (PRAZO)	Neutro	1
NÚMERO DE NOVOS CONTRATOS	Neutro	2
NÚMERO DE ADITIVOS (ESCOPO)	Neutro	3
QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS	100%	89,47%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador de Índice de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100%, em razão do descumprimento de cláusulas contratuais por dois contratos vigentes no período. As empresas Baden e Savior foram formalmente notificadas para adequação. Quanto ao indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos, o resultado foi de 89,47%, impactado por dois contratos auditados que obtiveram nota inferior a 81%, sendo classificados como “bom”, porém abaixo do padrão esperado. Embora os prestadores permaneçam qualificados, o desempenho evidencia a necessidade de aprimoramento no atendimento aos critérios estabelecidos em auditoria.

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Tabela 84 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA	100%	100%
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE	0%	0%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA	> 80%	90%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	<2 horas	1
TERMINAL SETOR - ARARA	=> 22	22

TERMINAL SETOR - CANÁRIO	=> 18	18
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	=> 12	12
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	=> 20	20
TERMINAL SETOR - SABIÁ	=> 42	43
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	=> 40	70
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	=> 76	75
TERMINAL SETOR - COLIBRI	=> 106	44
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	=> 60	266

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A RECEPÇÃO	> 80%	100%
NÚMERO DE VISITANTES	Neutro	1783
NÚMERO DE ACOMPANHANTES	Neutro	287
NÚMERO DE REQUERIMENTOS DE SOLICITAÇÕES DE DOCUMENTOS	Neutro	17

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A PORTARIA	> 80%	100%
NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE SEGURANÇA	Neutro	0
TAXA DE CONFORMIDADE COM PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA	> 80%	95%

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

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

O valor elevado do indicador Número de Processos Trabalhistas de Anos Anteriores (2020–2025) corresponde à soma dos indicadores Número de Processos Trabalhistas de Anos Anteriores (2020–2024) e Número de Processos Trabalhistas – 2025.

A redução do indicador Número de Audiências Realizadas ocorreu em razão do recesso forense (20/12 a 20/01), período em que há suspensão de expediente no Tribunal de Justiça.

O quantitativo do indicador Número de Notificações Respondidas e Resolvidas por Fornecedores não corresponde necessariamente ao Número de Notificações Enviadas a Fornecedores, considerando que o prazo de retorno varia de acordo com a natureza e a complexidade de cada notificação.

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
TAXA DE RESOLUÇÃO	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	< 5%	0%
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	100%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 5 dias	0
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	Neutro	11
NÚMERO DE ELOGIOS	Quanto maior, melhor	11
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES	Neutro	0

NÚMERO DE RECLAMAÇÕES	Quanto menor, melhor	0
NÚMERO DE DENÚNCIAS	Quanto menor, melhor	0
NÚMERO DE SUGESTÕES	Neutro	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 89 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

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

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

Beira Leito: No período analisado, a atuação esteve direcionada à garantia das demandas prioritárias e à condução das rotinas estratégicas da área, assegurando a manutenção da aplicação das pesquisas de forma contínua e qualificada.

Ressalta-se que o indicador permaneceu ativo e sob monitoramento sistemático, com perspectiva de ampliação gradual do quantitativo nos próximos ciclos, conforme estabilização do fluxo operacional.

Totem/Link: O canal possui natureza espontânea, dependendo exclusivamente da adesão voluntária dos usuários. Considerando a implantação do novo sistema SIGRC, as ações de divulgação e estímulo à participação encontram-se, neste momento, concentradas na nova ferramenta, em alinhamento à estratégia institucional de transição.

O canal Totem/Link encontra-se em processo de reavaliação quanto à sua manutenção, 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
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	80,33%
ÍNDICE DE QUEDA	< 15%	0,43%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	2,54%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	100%	100%
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH	100%	100%

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

ANÁLISE DE INDICADORES CONTRATUAIS

A taxa de ocupação hospitalar apresentou desempenho abaixo da meta estabelecida (>85%), atingindo 80,33% no período analisado. A redução está relacionada à indisponibilidade temporária de leitos, decorrente da reforma do telhado, impactando diretamente a capacidade operacional instalada.

5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 91 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

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

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
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0 Kg	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	< 14.500 Kg	11.505
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	< 21.500 kg	20.882
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	< 300 Kg	5
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS	< 3.000 Kg	1.940
DESCARTE DE SUCATAS (FERROS E ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	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
NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE	Neutro	157
NÚMERO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE	Neutro	21
NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES	Neutro	7,5

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
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO DE HEMOCOMPONENTES	100%	100%
TAXA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	0%	0%
NÚMERO DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	Neutro	21

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.
CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde
MEDICINA INTEGRATIVA	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
CUIDADOS PALIATIVOS	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CIHDOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.
GESTÃO DE ALTAS	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

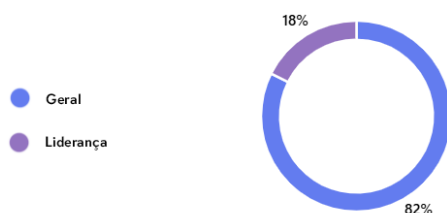
O objetivo inicial é entender a eficiência dos canais de mídia da comunicação interna em seus níveis de atuação. Coletamos uma amostra com três tipos de colaboradores: administrativos, assistenciais e terceirizados.

AMOSTRA JANEIRO DE 2026.



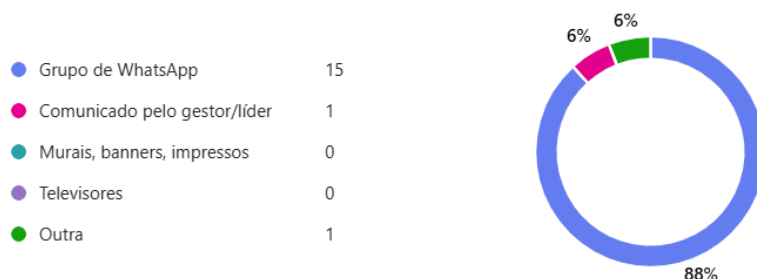
Fonte: Relatório de Comunicação.

NÍVEIS



Fonte: Relatório de Comunicação.

CANAL DE MÍDIA UTILIZADO PARA SE INFORMAR



Fonte: Relatório de Comunicação.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.2. Ações de Janeiro

SESMT e SCIH | PLANO DE AÇÃO | NR 32 – ADORNO ZERO | 06, 09, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23 e 29/01: Em apoio ao setor de Serviços e Combate a Infecções Hospitalares, o SESMT realiza orientações sobre a não utilização de adornos nas áreas assistenciais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | REUNIÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 23 - PREVENÇÃO E COMBATE AO PRINCÍPIO DE INCÊNDIO | 07 e 08/01: Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | REUNIÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 01 - GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS | 08 e 12/01: 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 | REUNIÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 17 - ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS | 08, 13, 14 e 19/01: 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.

NEP | TREINAMENTO | GESTÃO DE PESSOAS E RESULTADOS PARA LIDERANÇAS |

09/01: O NEP realizou um treinamento sobre Gestão de Pessoas e Resultados, com foco no fortalecimento das lideranças e na qualificação da gestão hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | REUNIÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO

TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23 e 29/01: Boas práticas no manuseio de perfurocortantes, utilização e descarte seguro. Higienização das mãos, cuidados nas atividades assistenciais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões), cuidados com mordidas dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | JANEIRO BRANCO | 14 e 15/01: Comissão de Humanização realizou uma ação do janeiro Branco, promovendo momentos de acolhimento e cuidado com a saúde mental dos colaboradores, nos plantões diurno e noturno nos dois dias de atividades. Os participantes desfrutaram de momentos de escuta, conexão e autocuidado guiados por membros da equipe de psicologia e pera terapeuta integrativa do hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | REUNIÃO | DIÁLOGO DE SEGURANÇA - ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO (FRACTAL)| 15/01: 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| TREINAMENTO | PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PGRSS – 27/01: O Treinamento sobre PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem como objetivo informar e trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | evento | CAFÉ ACOLHEDOR – 27/01: O Café Acolhedor é realizado mensalmente. O encontro cria um espaço leve e acolhedor dentro do ambiente hospitalar, onde os familiares podem compartilhar experiências, refletir sobre o cotidiano do trabalho em saúde e trocar ideias sobre bem-estar, empatia e humanização no cuidado. Durante o evento, os participantes foram recebidos com um café especial e participaram de uma dinâmica e uma atividade reflexiva para aliviar o estresse da rotina entre o público e os colaboradores, reforçando o sentimento de contribuição nos objetivos da equipe. Mais do que um simples encontro, o Café Acolhedor representa o compromisso do HMG com a valorização das pessoas que precisam, reforçando que o cuidado com o outro começa também com as famílias dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP e SCIH | HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS | 23 e 26/01: Foi realizada uma ação de conscientização sobre a higienização das mãos com os colaboradores, reforçando a importância dessa prática para a segurança, prevenção de infecções e promoção da saúde no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | MISSA PARA RAUL TESSI | 29/01: Foi realizada uma missa em homenagem ao colaborador Raul, proporcionando um momento de reflexão, acolhimento e despedida, marcado pelo respeito e pela solidariedade entre os presentes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

8. AÇÕES DE DESTAQUE

CAMPANHA JANEIRO BRANCO E MISSA PARA RAUL TESSI

Como parte da programação das campanhas institucionais, as atividades do **Janeiro Branco** mobilizaram colaboradores de todos os setores e equipes terceirizadas do Hospital Municipal Guarapiranga.

Foram disponibilizados **7 horários por dia de evento**, ao longo de **2 dias**, com média de **20 participantes por sessão**, totalizando **14 ativações realizadas**.

Outro destaque do mês foi a **missa em homenagem ao estimado colaborador Raul Tessi**. Além do momento religioso, evidenciou-se a união e o apoio de profissionais de diversos setores do hospital, que se mobilizaram para oferecer suporte aos familiares em um momento de fragilidade. A iniciativa demonstrou sensibilidade, empatia e solidariedade, reforçando a essência humanizada do Hospital Municipal Guarapiranga.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de janeiro 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, 23 de fevereiro de 2026.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 27/02/2026 13:01:35 -03:00

MUNDO DIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha
CPF: ***.518.032-**
Data: 27/02/2026 12:18:23 -03:00

MUNDO DIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

Esse documento foi assinado por Victor Hugo Parrilha e Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/UXHHH-DDTWS-92TQY-M4M8M>

10. ANEXOS

10.1. Atas das Comissões realizadas em janeiro

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2
Data:	16/01/2026		
Tipo da Reunião:	(x) Requisito (x) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Animais Sinantrópicos		
Início	14:00		
Fim	15:00		

Aos dezesseis dias de janeiro de dois mil e vinte e seis, nas dependências do Hospital Municipal de Guarapiranga setor SESMT reuniram-se os membros desta comissão para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Pendências da última reunião: não houve pendências
- Apresentação dos membros: Os membros mantem-se conforme o último memorando.
- Calendário de reuniões 2026: As reuniões de 2026 serão: 16/01/2026, 10/04/2026, 08/07/2026, 14/10/2026.
- Ações desenvolvidas em 2025: As ações desenvolvidas foram o manejo e devolução de serpentes, isolamento de áreas quando surgiu vespas no jardim da Capela, diálogo de segurança sobre não alimentar os Saguis, abertura de chamado para a UVIS realizar a coleta de Marimbondos e Vespas e Abelhas.
- Fluxo de acidente animais peçonhentos: Apresentação do fluxo de acidente com animais sinantrópicos.
- Projetos e Metas 2026: O objetivo para 2026 é aumentar a conscientização sobre a prevenção de acidentes com animais peçonhentos. A meta é providenciar o curso de manejo de animais peçonhentos gratuito, finalizar o Kit de Contenção, ampliar o diálogo de segurança nos setores.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Planilha de controle de animais peçonhentos e outros	SESMT	16/01/2026

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Eliene Pereira Mendes	Enf. Do Trabalho	elienemendes@ints.org.br	
Michael Nascimento das Chagas	Téc. Seg. Trab.	michaelchagas@ints.org.br	

Anexo do Procedimento PG SGQ 003 Análise crítica pela direção

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

Data:	20/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Indicadores SCIH/NEH mês 12/2025.
Início	15 hrs
Fim:	16 hrs

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Doenças de notificação compulsórias
- IRAS
- Rota Sepsis
- Higiene Ambiental
- 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 dezembro.

No período, foram realizadas 92 buscas ativas, resultando na abertura de 04 notificações compulsórias, sendo elas: 01 caso de tuberculose, 01 de violência, 01 acidente com material biológico e 01 surto de diarreia.

O surto de diarreia foi encerrado em 30/12/2025. Posteriormente, todos os resultados das análises da água e dos alimentos foram encaminhados à COVISA, não sendo identificadas alterações.

Ainda durante o período, foram identificados 02 pacientes com suspeita de tuberculose, dos quais 01 teve confirmação diagnóstica, permanecendo em acompanhamento conforme protocolo.

A enfermeira Vera finalizou a reunião com orientações sobre a campanha Janeiro Roxo, que visa ao combate à hanseníase. Trata-se de uma campanha nacional de conscientização sobre a hanseníase, doença infecciosa crônica, curável e ainda presente no Brasil, cujo objetivo é informar a população, reduzir o estigma e incentivar o diagnóstico precoce. Entre os principais sinais de alerta destacam-se manchas na pele com perda de sensibilidade, formigamento e fraqueza muscular.

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

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

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

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

Data:	20/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Reunião ordinária da Comissão de Cuidados Paliativos
Início	14h00
Fim	14h30

1. ASSUNTOS TRATADOS

A reunião teve início com a apresentação das pautas referentes ao mês de dezembro, incluindo a retrospectiva do ano, a apresentação da média mensal de pacientes em cuidados paliativos, o perfil dos pacientes em relação ao PPS, a relação de altas e óbitos e, por fim, o planejamento das ações geradas.

Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

Foi apresentada a média de pacientes em cuidados paliativos ao longo do ano de 2025, observando-se uma variação percentual entre 65% e 85% ao longo dos meses. Em especial, no mês de dezembro, registrou-se uma média de 76% de pacientes na retaguarda em cuidados paliativos, com um total de 10 novos pacientes inseridos nessa linha de cuidado na instituição. Destacam-se os meses de junho e julho, com percentuais mais elevados, alcançando 84% e 85%, evidenciando um aumento significativo na identificação e no acompanhamento desses pacientes.

Em relação ao número absoluto de pacientes inseridos em cuidados paliativos, observaram-se picos relevantes, com 25 inserções no mês de julho e 18 no mês de novembro.

Relação de PPS – mês de dezembro

Foi realizada explicação sobre a Escala PPS (Palliative Performance Scale), que varia de 100%, indicando máxima atividade funcional, até 0%, que corresponde ao óbito. A escala avalia cinco domínios: mobilidade, atividade diária, autocuidado, ingestão e nível de consciência.

Após a explicação, foi apresentada a tabela com as taxas da Palliative Performance Scale na unidade, com foco no mês de dezembro.

Ao analisar os dados mensais, observou-se que a maior parte dos pacientes encontra-se na faixa de PPS entre 40% e 30%, com crescimento progressivo ao longo do ano, atingindo, em dezembro, o total de 51 pacientes.

Foi sinalizado como ponto de atenção o número de pacientes sem PPS registrado. Apesar da redução observada em dezembro, esse aspecto ainda necessita de aprimoramento.

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

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

Data:	13/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Ética Médica
Início	10:00
Fim	11:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Boas práticas na tomada de decisão compartilhada.

Aos treze dias do mês de janeiro 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 listados abaixo. O tema abordado nesta reunião foi Ética Médica na Tomada de Decisão Compartilhada e Autonomia do Paciente, com enfoque prático e aplicado, correlacionando-se diretamente aos princípios estabelecidos nos Capítulos I – Princípios Fundamentais e V – Relação com Pacientes e Familiares do Código de Ética Médica.

A reunião teve início com a contextualização do tema, destacando-se que a tomada de decisão compartilhada constitui elemento essencial da prática médica ética, devendo respeitar a dignidade da pessoa humana, a autonomia do paciente e o direito à informação clara, adequada e compreensível. A comissão ressaltou que o médico deve atuar como facilitador do processo decisório, apresentando alternativas terapêuticas, riscos, benefícios e limitações, sem impor condutas ou influenciar escolhas de forma inadequada.

Durante a discussão, foram analisadas situações práticas do cotidiano assistencial da instituição, especialmente em contextos de urgência, pacientes com doenças crônicas, cuidados paliativos e decisões relacionadas à limitação de suporte terapêutico. Os membros destacaram que, embora o conhecimento técnico seja atribuição do médico, a decisão final deve considerar os valores, crenças, preferências e expectativas do paciente, conforme previsto no Código de Ética Médica.

A comissão enfatizou ainda que o respeito à autonomia do paciente não se limita à assinatura de termos, mas envolve um processo contínuo de diálogo, escuta ativa e registro adequado em prontuário. Foram discutidas dificuldades recorrentes, como a comunicação em situações de baixa escolaridade, fragilidade emocional, discordância entre paciente e familiares, bem como a condução ética de casos em que o paciente não possui capacidade plena de decisão.

Também foi abordado o papel do médico na mediação de conflitos entre familiares e pacientes, reforçando-se que a vontade expressa do paciente deve prevalecer sempre que estiver preservada sua capacidade decisória, observados os limites legais. A comissão reforçou que o desrespeito à autonomia do paciente pode configurar infração ética, mesmo quando motivado por intenções assistenciais.

Como encaminhamento, a comissão mantém a deliberação pela elaboração de material orientativo interno, desta vez com foco em boas práticas na tomada de decisão compartilhada, incluindo orientações sobre comunicação clínica, registro em prontuário e condução ética de situações complexas.

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: 1/5
Data:	20/01/2026		
Tipo da Reunião:	(x) Requisito () Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Farmácia e Terapêutica		
Início	11:00h		
Fim	12:00h		

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

Pendências da última reunião que foram concluídas:

- ❖ Pendente todas as ações até o momento.

Discussões efetuadas em reunião:

- ❖ Houve uma redução considerável na média de pacientes/mês em relação ao mês de dezembro (de 4.571 para 4.321 pacientes), devido diminuição na quantidade de leitos (30 leitos) por conta da reforma do setor Colibri. Esse processo impactou no número de sessões de hemodiálise, e consequentemente na redução no consumo dos itens utilizados: CPHD, bicarbonato de sódio 650G, conjunto de linha arterial e dialisador capilar.
- ❖ Em relação aos medicamentos da curva A, foi evidenciada redução no consumo na maioria dos medicamentos, como: Piperacilina sódica 4g + Tazobactam 500mg PO SOL INJ, Soro Fisiológico 0,9% BOLS 100mL SOL INJ, Heparina Sódica SC 5.000UI/mL AMP 5mL SOL INJ, Meropenem 1g PO SOLUÇÃO INJ, Dextrocetamina 50mg/mL AMP 2mL, CPHD CLOR. SÓDIO, POTÁSSIO. ASSOCI. 1:34 /K 2,0/ Ca 3,0, Ceftriaxona Sódica 1g PO SOL INJ EV, Soro Fisiológico 0,9% BOLS 250mL SOL INJ, Alfaeopetina 4000

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:	21/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gerenciamento Resíduos - PGRSS
Início	10:30
Fim	11:00

Aos vinte e um dias de janeiro 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:** A seguir, os itens com pendências e devidas atualizações.
 - ✓ **Conserto da rampa de descarga dos contêineres:** A disponibilização de rampa móvel para transbordo do resíduo do abrigo até o caminhão coletor. A rampa foi disponibilizada no local, sendo utilizada pelos coletores.
 - ✓ **Abrigo para resíduos químicos:** A construção do abrigo de resíduos químicos foi solicitada em atendimento a legislação RDC222/2018, no entanto, o projeto será cancelado devido a não viabilidade e conflito com o novo projeto de reestruturação do hospital.
 - ✓ **Adequação de sala para abrigo temporário de resíduos:** A construção de uma sala de abrigo temporário de resíduos foi apresentada em atendimento a legislação RDC222/2018, no entanto, o projeto será cancelado devido a não viabilidade e conflito com o novo projeto de reestruturação do hospital.
- **Indicadores dos resíduos 2025:** Apresentação dos indicadores de janeiro até dezembro de 2025. Durante o mês de dezembro não ocorreram acidentes com materiais perfurocortantes e nem por descarte errôneo. Durante o ano evidenciamos alguns acidentes, a qual foram tratados em reuniões subsequente ao acidente, totalizando quatro acidentes por descarte errôneo e sete acidentes envolvendo material perfurocortantes, todos foram realizados o plano de ação com os colaboradores.
- **Ações Desenvolvidas 2025:** Durante o período de janeiro a dezembro de 2025 o setor desenvolveu as seguintes atividades:
 - Análise de acidentes por descarte errôneo e produtos químicos;
 - Comissão PGRSS;
 - Discussão de descartes inadequados
 - Diálogo de Segurança (*In loco*);
 - Inspeções setores;
 - Plano de ação em todos os acidentes;
 - Revisão e alinhamento de processos;
 - Treinamento (LNT 2025).
- **Objetivos e metas 2026:** A seguir as metas e objetivos específicos a serem desenvolvidos em 2026:
 - ✓ Divulgar a Política Ambiental;
 - ✓ Projeto compostagem (estudo de viabilidade);
 - ✓ Abrigo de produtos químicos (estudo de viabilidade);

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

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

Data:	21/01/2026
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 plano de ação para 2026.

A reunião foi iniciada por **Shirley**, enfermeira responsável pela Gestão de Altas, que realizou a **apresentação da equipe do EGA**. Na ocasião, reforçou que o principal objetivo do setor é **otimizar, agilizar e tornar mais segura a transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio ou para outro nível de cuidado**, por meio da articulação com a equipe multiprofissional. Destacou ainda a importância do **planejamento contínuo do cuidado e do processo de alta hospitalar**, mesmo em um contexto de utilização de leitos de retaguarda.

Na sequência, foram apresentados os **indicadores de desempenho** que se destacaram ao longo de um ano de atuação do Escritório de Gestão de Altas, especialmente relacionados às altas hospitalares e ao tempo de permanência dos pacientes por setor. Entre os principais avanços apontados, destacaram-se:

- Aumento do giro de leitos;
- Redução do tempo médio de permanência hospitalar;
- Maior efetividade dos planos terapêuticos;
- Melhoria da taxa de ocupação.

Foi relatado que, no primeiro semestre de 2025, a **taxa média de ocupação foi de 89%**, acima do mínimo estabelecido de 85%, evidenciando equilíbrio entre a utilização dos leitos e a capacidade operacional, reforçando a eficiência da gestão.

Entretanto, com o início da reforma, em **17/11/2026**, observou-se uma redução nos indicadores avaliados pelo EGA, influenciada pelos seguintes fatores:

- Pacientes aguardando **Disk Diálise**;
- Pacientes aguardando procedimentos de **revascularização (revasc)**;
- Internação de pacientes com **quadros clínicos mais complexos**;
- Admissão de pacientes com **perfil de retaguarda**;
- **Indisponibilidade de quartos** em decorrência da reforma.

A reunião foi finalizada com a apresentação dos **resultados alcançados ao longo do ano de 2025**, destacando-se que o **Escritório de Gestão de Altas (EGA)** desenvolveu e implementou diversas **ações estratégicas com foco na melhoria contínua dos processos**, entre as quais:

- Revisão e aprimoramento dos processos de trabalho;
- Implantação de novo relatório no sistema **SMPEP**, na aba **Previsão de Altas**;

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

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

Data:	29/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Humanização
Início	15:00
Fim	16:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

• Prontuário Afetivo:

Foi realizado o chamado para a Fractal. A lista de mapeamento das camas será atualizada para posterior colocação das placas.

• Ações de Carnaval:

Foi levantada a possibilidade de realização de aulas de fitdance para os colaboradores, sendo previstas quatro aulas de 30 minutos no período diurno e duas aulas de 30 minutos no período noturno. Os colaboradores participariam fantasiados, e a melhor fantasia seria premiada com um brinde, escolhido por votação. A data estimada para a realização da ação é entre os dias 23 e 26/02/2026.

Para os pacientes, está sendo realizado contato com Osnir para viabilizar a visita do Bloquinho do Hercu, prevista também para o período de 23 a 26/02/2026.

Além disso, será montado um painel de fotos na área de convivência.

• Dia das Mulheres:

Foi discutida a possibilidade de realização de uma ação voltada às mulheres, com foco em um significado importante e relevante, acompanhada da entrega de uma lembrança. Thiago apresentou uma cartilha já elaborada pela Secretaria, com o tema "Mulheres vítimas de violência doméstica e familiar", que poderá ser divulgada como parte das ações de valorização da mulher.

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	-
Dia das mulheres	Izadora/Larissa	-
Caixa da Gentileza	Jakeline/Izadora/Thiago	05/01/2026

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

 Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3
Data:	21/01/2026		
Tipo da Reunião:	☐ Requisito ☒ Gestão ☐ Validação		
Assunto:	Comissão NEP		
Início	10:00		
Fim	10:30		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Gestão e Controle de Participação
- Lista de presença dos treinamentos
- Reconvocação de profissionais ausentes em treinamentos
- Comissão de Multiplicadores
- Plataforma LMS
- Parcerias externas

A reunião iniciou-se sob a condução do Supervisor de Saúde Gleydson Vieira da Silva, apresentando as pautas da reunião e o papel e a importância do NEP, aos presentes. Foram apresentados os indicadores de desempenho referentes ao mês de dezembro, 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. E a Comissão dos Multiplicadores foi validada pela qualidade e já foi definido os membros.

Na pauta seguinte, foram apresentados os indicadores consolidados: **Homem-hora: 1,09 / Meta Mensal de Treinamentos: 25 treinamentos e Taxa de Adesão: 91%** reforçando a importância de estratégias para incremento da participação.

Ao demonstrar os treinamentos que foram realizados no mês de dezembro, a coordenadora de enfermagem Eliane questionou a taxa de adesão do treinamento "Colchão Pneumático" que estava somente com 48% sendo que foi realizada apenas no setor sanhaçu e todos os colaboradores participaram, então a adesão seria 100% ao invés da que estava sendo apresentada, Gleydson então diz que vai verificar o que ocorreu.

É solicitado aos supervisores que reforcem com as suas equipes que ao assinarem as listas de presença dos treinamentos se atentem ao preencher o campo corretamente, pois os colaboradores estão assinando com letras ilegíveis ou no local errado, o que dificulta a identificação do mesmo, bem como a entrega da lista ao NEP em até 5 dias após o treinamento, o atraso na entrega pode afetar os indicadores. A coordenadora Raquel sugere fazer lista nominal ao invés da em branco, pois assim facilita identificar o nome do colaborador, mas informa que mesmo com esse tipo de lista ainda é preenchido de forma errônea. Gleydson expõe que ao fazer uma lista nominal de todos os colaboradores da assistência, que é o maior público, ficaria uma lista vultosa, sugere então que cada supervisor faça suas listas com os seus respectivos setores, assim o NEP consegue monitorar de maneira mais viável. Coordenadora Eliane solicita que o NEP faça as listas de presença para a enfermagem, porém o coordenador

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2
Data:	30/01/2026		
Tipo da Reunião:	(x) Requisito () Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes		
Início	15:00		
Fim	16:00		

Aos trinta dias de janeiro de dois mil e vinte e seis, nas dependências do Hospital Municipal Guarapiranga, o senhor Milton Lopes Ferreira iniciou a reunião ordinária apresentando as seguintes pautas:

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Pendências da última reunião: Pendências da última reunião, não havendo pendências.
- Apresentação dos indicadores de acidentes de outubro a dezembro/2025: Ocorreu um acidente envolvendo material perfurocortantes em outubro, sendo, também, caracterizado por descarte errôneo. Em novembro ocorreu um acidente por descarte errôneo. Em dezembro não houve acidente.
- Análise de acidentes de janeiro até setembro de 2025: Em 17/10/25 ocorreu um acidente por descarte errôneo envolvendo a colaboradora TE no setor Sanhaçu; a colaboradora estava recolhendo os resíduos e teve o indicador perfurado por uma agulha descartada no coletor dentro do quarto. Em 24/11 a colaboradora foi coletar o resíduo dentro do quarto e perfurou a palma da mão esquerda com uma agulha de uso indeterminado. Ambos foram seguidos o fluxo de acidente buscando atendimento médico UPA e posteriormente o serviço de atendimento especializado, foram iniciados a profilaxia e acompanhamento posterior. S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\001. Geral\001 - Acidentes\2025
- Calendário de reuniões 2026: Calendário de reuniões 2026: apresentação do calendário de reuniões, sendo previstas para 16 de janeiro, 10 de abril, 09 de julho e 10 de outubro de 2026.

Nada mais havendo a discutir, declarou encerrada a reunião.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Aplicação do Diálogo de Segurança (ação contínua ao longo do ano).	SESMT	31/12/2025

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

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

Data:	29/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Dengue.
Início	10hrs
Fim	11 hrs

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação dos participantes
- Contextualização da criação da comissão

A reunião foi iniciada pela enfermeira Vera (Vigilância) com a apresentação dos participantes, reforçando a importância do envolvimento de todas as lideranças no enfrentamento institucional da dengue.

Foi contextualizada a criação da Comissão de Enfrentamento à Dengue, considerando que a dengue é um problema de saúde pública recorrente, com aumento sazonal de casos e risco elevado de evolução para formas graves da doença. Destacou-se a necessidade de uma resposta organizada, integrada e contínua dentro do ambiente hospitalar, visando à proteção da segurança dos pacientes, profissionais e usuários.

Foram apresentados os principais objetivos da Comissão, a saber:

- Propor, implementar e acompanhar medidas sistemáticas para a eliminação de focos do *Aedes aegypti* nas dependências do hospital;
- Garantir a segurança do paciente e da equipe, minimizando riscos de transmissão no ambiente hospitalar;
- Articular ações intersetoriais envolvendo Higiene e Limpeza, Manutenção, Gerência, Diretoria e demais setores;
- Realizar busca ativa e contínua de possíveis criadouros do *Aedes aegypti*, mantendo todos os setores atentos, comprometidos e corresponsáveis;
- Assegurar o registro e a notificação imediata de qualquer foco identificado, conforme fluxos institucionais definidos.

Informou sobre as iscas de monitoramento da dengue instaladas no hospital, as quais são avaliadas periodicamente pela equipe de Zoonoses, com o objetivo de monitorar a presença do vetor e subsidiar ações preventivas e de controle.

Ficou pactuado que a Comissão atuará de forma permanente, com reuniões periódicas, definição de responsáveis por setor e acompanhamento das ações propostas. Todos os setores deverão colaborar ativamente, comunicando riscos identificados e participando das ações preventivas.

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

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

Data:	20/01/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Reunião de Comissão de Segurança do Paciente
Início	10:00
Fim	10:24

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião iniciou-se às 10:00 horas, 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 de NCs, visitas técnicas nos setores, rondas diárias e participação em comissões.

Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 171 NCs, sendo 156 consideradas válidas no mês. Destas nenhuma foi compartilhada pela ouvidoria, 09 foram encaminhadas para a ouvidoria, 05 arquivadas, 01 desclassificada e 01 duplicada. Informou-se que 99 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 (35), procedimento assistencial (25), flebite (07), medicação (29), lesão por pressão (22), nutrição (17), queda (02), comunicação efetiva (07), identificação do paciente (09), risco de infecção (12), outros (09) e remoção não programada de dispositivos (01).

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 (68), comunicação efetiva (08), uso seguro de medicamentos (32), outros (05), lesão por pressão (38), queda (02) e identificação do paciente (02).

Os setores com maior número de notificações foram Bem-te-vi, com 26 registros, e Sabiá, com 22 registros.

No mês de dezembro, o conforme da visita técnica, foi a Meta 6, referente à redução do risco de queda e lesão por pressão.

Foram apresentadas as participações em reuniões internas e externas, bem como as ações realizadas pelos membros do NSP no mês de dezembro.

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

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

Data:	08/01/2026
Tipo da Reunião:	(X) Requisito () Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Revisão de Óbitos
Início	14:00h
Fim	15:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

Dados de Óbito: Novembro

Total de óbitos: 14

Óbitos em cuidados paliativos: 9

Óbito não paliativo: 5

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

- **Paciente A.M. (66 anos):** paciente com histórico de IAM, em aguardo de cateterismo cardíaco, evoluiu com PCR súbita após 8 dias de internação, sem critérios prévios para CAT de urgência e com sinais vitais estáveis em registro de prontuário, sendo levantada a hipótese de isquemia coronariana. Foi discutido o tempo de espera para o procedimento e reforçada pela coordenação de enfermagem a necessidade de reavaliação imediata diante de qualquer deterioração clínica, fortalecendo o raciocínio da equipe para solicitação de urgência. Plano de ação: fortalecimento da vigilância e monitoramento dos pacientes em aguardo de CAT.
- **Paciente C.M.A. (80 anos):** paciente em cuidados paliativos, sem sinalizações de intercorrências.
- **Paciente M.A.O. (89 anos):** paciente em cuidados paliativos, sem sinalizações de intercorrências.
- **Paciente N.C.O. (92 anos):** identificada fragilidade no prontuário quanto ao registro das medidas de adesão aos cuidados paliativos. O paciente apresentava critérios técnicos de elegibilidade, porém a informação não constava na aba específica, além de haver divergências nos registros assistenciais, comprometendo a clareza sobre os cuidados instituídos e os eventos ocorridos no momento do óbito. O paciente foi encontrado em rigor mortis, condição que inviabilizou a realização de RCP. Plano de ação: fortalecimento do registro seguro em prontuário e padronização dos critérios e registros para discussão e adesão aos cuidados paliativos.
- **Paciente V.J.M.S. (85 anos):** paciente teve cateterismo cardíaco cancelado, optando-se pela manutenção do tratamento clínico, sendo admitido com SAPS de 33%. Evoluiu a óbito, sendo encontrado em rigor mortis.
- **Paciente A.M.S. (70 anos):** paciente internou em vaga 0 no HCL, admitida invadida, evoluindo

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4
Data:	15/01/2026		
Tipo da Reunião:	☐ Requisito ☒ Gestão ☐ Validação		
Assunto:	Comissão de revisão de prontuário		
Início	11:00		
Fim	12:30		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Plano de ação para prescrição de enfermagem
- Plano de ação para treinamento sobre o uso carrinho beira-leito
- Plano de ação para lançamento de dupla checagem de medicamentos
- Plano de ação para lançamento de dispositivos invasivos
- Documentos pessoais de pacientes
- Plano de ação siglario

Beatriz, enfermeira auditora deu início à reunião realizando a leitura da ata da reunião anterior e de suas pendências.

Maria Cristina, enfermeira NSP informou que referente ao plano de ação para prescrição de enfermagem continua aguardando definição de prazo.

Beatriz, abordou o plano de ação pendente referente a falta de prescrição de enfermagem, por exemplo o SAE; onde muitas vezes essa prescrição, checagem e assinaturas não são realizadas pelo técnico (a) no dia, mostrando a necessidade da dupla checagem, pois a ausência dela impossibilita a visualização para a realização da auditoria e segurança da enfermagem.

Enfermeira coordenadora Eliane, alega limitação de itens e observa a necessidade de um treinamento no sistema SMPEP junto a equipe de enfermagem, já colocou em pauta para o dia seguinte 16/01/2026, passar a informação no Huddle para a equipe de enfermagem.

Luciana, farmacêutica explica que para a implantação do carrinho beira-leito com bipagem e pulseira é necessário o acompanhamento do TI e treinamento dos profissionais da área para utilização correta.

Eliane, discute a possibilidade de não dar opção de uso do carrinho beira leito manual, com o objetivo de melhor adaptação para os colaboradores. Traz a preocupação o tempo de resposta para essas situações, por exemplo carrinho beira-leito, fazer uma ação em conjunto para atingir o alvo.

Beatriz sugere fazer uma aba de passo a passo a fim de auxiliar no treinamento de procedimentos no sistema juntamente com a equipe do faturamento.

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



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: UXHHH-DDTWS-92TQY-M4M8M

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

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF ***.518.032-**) em 27/02/2026 12:18 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Lat: -23,705606 Long: -46,742678
	Precisão: 35 (metros)
Autenticação	victorpanont@ints.org.br (Verificado)
Login	
PjzopX+TJ/68LV0agSia6pA1yQ4lZv9g3TozHPKxTpk=	
SHA-256	

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 27/02/2026 13:01 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
F3scfEEP435cEo2ftUwbaB6o/U+u2m/kDEBpN76viOs=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/UXHHH-DDTWS-92TQY-M4M8M>

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

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