ANO 2024

INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO



UNIDADE: Hospital Municipal Guarapiranga

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

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **Janeiro a Dezembro de 2024**, 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.

.

N° CHAMAMENTO PÚBLICO

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

N° CONTRATO DE GESTÃO

001/2020 - SMS.G / AHM.

OBJETO CONTRATUAL

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

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

CNES

0161438.

ENDEREÇO

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

FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem;

Daniele de Mello Martorano – 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;

Paulo Henrique Ferreira Lopes – Coordenação Financeira;

Robert da Silva – Coordenação de Prestação de Contas.

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 17
2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA 18
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 18
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS 19
2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS 21
3. ESTUTURA DO SERVIÇO 25
3.1. RECURSOS HUMANOS 25
3.1.1. Recursos Humanos 28
3.1.2. Departamento Pessoal 32
3.1.3. Medicina Ocupacional 35
3.1.4. Segurança Do Trabalho 39
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO 43
3.2.1. Radiologia 43
3.2.2. Laboratório 47
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS 50
3.3.1. Nutrição 60
3.3.2. Fisioterapia 65
3.3.3. Serviço Social 70
3.3.4. Psicologia 77
3.3.5. Fonoaudiologia 85
3.3.6. Terapia Ocupacional 91
3.3.7. Terapias Alternativas 96
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA 101
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 102
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) 114
3.4.3. Vigilância em Saúde 120
3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação 122
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente 126
3.5. SUPRIMENTOS 137
3.5.1. Farmácia 137

3.6. Compras 142
3.7. INFRAESTRUTURA 147
3.7.1. Engenharia Clínica 147
3.7.2. Manutenção Predial 152
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO 157
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 162
3.9.1. Faturamento 162
3.9.2. Prestação De Contas 169
3.9.3. Financeiro 174
3.9.4. Patrimônio 176
3.9.5. Hotelaria 183
3.9.6. Jurídico 191
3.9.7. Ouvidoria 194
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL 199
5. INDICADORES CONTRATUAIS 200
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS 200
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS 203
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES 207
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos 207
5.3.2. Hemodiálise 210
5.3.3. Hemocomponentes 212
6. COMISSÕES 215
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE 216
7.1. Janeiro 216
7.2. Fevereiro 219
7.3. Março 229
7.4. Abril 231
7.5. Maio 236
7.6. Junho 245
7.7. Julho 260
7.8. Agosto 268

7.9. Setembro 278
7.10. Outubro 284
7.11. Novembro 292
7.12. Dezembro 301
8. AÇÕES DE DESTAQUE 313
8.1. Janeiro 313
8.2. Fevereiro 315
8.3. Março 316
8.4. Abril 316
8.5. Maio 318
8.6. Junho 319
8.7. Julho 321
8.8. Agosto 323
8.9. Setembro 324
8.10. Outubro 326
8.11. Novembro 326
8.12. Dezembro 328
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 331
10. ANEXOS 333
10.1. Atas das Comissões realizadas em Janeiro 333
10.2. Atas das Comissões realizadas em Fevereiro 344
10.3. Atas das Comissões realizadas em Março 359
10.4. Atas das Comissões realizadas em Abril 373
10.5. Atas das Comissões realizadas em Maio 391
10.6. Atas das Comissões realizadas em Junho 404
10.7. Atas das Comissões realizadas em Julho 418
10.8. Atas das Comissões realizadas em Agosto 436
10.9. Atas das Comissões realizadas em Setembro 453
10.10. Atas das Comissões realizadas em Outubro 465
10.11. Atas das Comissões realizadas em Novembro 480
10.12. Atas das Comissões realizadas em Dezembro 491

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária no ano de 2024. 21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero no ano de 2024. 22
Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas no ano de 2024... 23
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de Dezembro/24 25
Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Dezembro/24 27
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de Dezembro/24..... 27
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos..... 29
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal..... 33
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional..... 36
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho..... 39
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)..... 43
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica) 43
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) 44
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)..... 44
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)..... 45
Tabela 16 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)..... 47
Gráfico 35 – Taxa de Reedificação de Laudos..... 49
Tabela 17 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)..... 50
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)..... 51
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva)..... 52
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados) 53
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria) 54
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Nutricionais..... 61
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos 66
Tabela 24 – Indicadores de Serviço Social 71
Tabela 25 – Indicadores de Psicologia..... 78
Tabela 26 – Indicadores de Fonoaudiologia 86

Tabela 27 – Indicadores de Terapia Ocupacional 92
Tabela 28 – Indicadores de Terapias Alternativas 97
Tabela 29 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) 102
Tabela 30 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) 104
Tabela 31 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) 105
Tabela 32 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados) 106
Tabela 33 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ... 108
Tabela 32 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar 114
Tabela 33 – Indicadores de Vigilância em Saúde 120
Tabela 34 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global) 123
Tabela 35 – Análise de admissões 125
Tabela 36 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente 127
Tabela 37 – Indicadores de Farmácia 138
Tabela 38 – Indicadores de Compras 142
Tabela 39 – Indicadores de Engenharia Clínica 148
Tabela 40 – Indicadores de Manutenção Predial 153
Tabela 41 – Indicadores de Tecnologia da Informação 158
Tabela 42 – Indicadores de Faturamento 163
Tabela 43 – Indicadores de Prestações de Contas 169
Tabela 44 – Indicadores do Financeiro 174
Tabela 45 – Indicadores do Patrimônio 177
Tabela 46 – Indicadores da Rouparia 184
Tabela 47 – Indicadores de Higienização 188
Tabela 48 – Indicadores de Serviços Jurídicos 192
Tabela 49 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria 194
Tabela 50 – Indicadores de Contratuais Qualitativos 200
Tabela 51 – Indicadores de Contratuais Quatitativos 203
Tabela 52 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos 207

Tabela 53 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise 210
Tabela 54 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes 212
Tabela 55 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga 215

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos 19
Gráfico 02 – Relação de 30 CIDs Registrados nos Atendimentos no ano de 2024. 20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária no ano de 2024 22
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero no ano de 2024. 23
Gráfico 05 - Atendimentos 24
Gráfico 06 - Admissões 24
Gráfico 07 – Altas Hospitalares 24
Gráfico 08 – Total de Enfermeiros Assistenciais 30
Gráfico 09 – Total de CLT na Instituição 31
Gráfico 10 – Total de Admissões 31
Gráfico 11 – Total de Demissões 31
Gráfico 12 – Turnover 32
Gráfico 13 – Horas Trabalhadas na Enfermagem 34
Gráfico 14 – Taxa de Horas Trabalhadas 35
Gráfico 15 – Taxa de Absenteísmo (Enfermagem) 35
Gráfico 16 – Afastados por incidente de trabalho (INSS) 38
Gráfico 17 – Atestados no Mês x Dias perdidos 38
Gráfico 18 – Sindrome Gripal 38
Gráfico 19 – Exames Ocupacionais 38
Gráfico 20 – Taxa de Exames Admissionais; Periodicos e Demissionais 39
Gráfico 21 – Total de Acidentes x Taxa de acidentes por total de colaboradores 41
Gráfico 22 – Interversões de Ergonomia 42
Gráfico 23 – Taxa de Acidente de Material Biológico 42
Gráfico 24 – Taxa de Acidente de Perfurocortantes 42

Gráfico 25 – Taxa de Inspeções 42
Gráfico 26 – Número de Exames de Raio – x (Geral Hospitalar) 46
Gráfico 27 – Número de Falhas de Exames de Raio-x (Geral Hospitalar) 46
Gráfico 28 – Taxa de Falhas de Exame de Raio-x 46
Gráfico 29 – Exames Liberados 48
Gráfico 30 – Exames Realizados na Unidade 48
Gráfico 31 – Taxa de Valores Críticos Não Comunicados 48
Gráfico 32 – Tempo de Liberação dos Exames (TAT) 49
Gráfico 33 – Taxa de Insucesso 49
Gráfico 34 – Índice de Recoleta 49
Gráfico 36 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar) 58
Gráfico 37 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar) 58
Gráfico 38 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar) 59
Gráfico 39 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar) 59
Gráfico 40 – Giro de Leito (Global Hospitalar) 59
Gráfico 41 – Número de Paciente Dia (Global Hospitalar) 60
Gráfico 42 – Número de Leito Dia (Global Hospitalar) 60
Gráfico 43 – Número de Saídas x Número de Óbitos (Global Hospitalar) 60
Gráfico 44 – Número de Atendimentos 63
Gráfico 45 – Número de Triagem Nutricional 64
Gráfico 46 – Número de Orientação Nutricional na Alta 64
Gráfico 47 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores) 64
Gráfico 48 – Índice de IMC – Ano de 2024 65
Gráfico 49 – Número de Atendimentos 69
Gráfico 50 – Procedimentos 69
Gráfico 51 – Ventilação Mecânica 70
Gráfico 52 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas 70
Gráfico 53 – Número de Solicitações de O2 75
Gráfico 54 – Número de Alta Melhorada em Casa/EMAD 75

Gráfico 55 – Número de Relatórios de Retaguarda 75
Gráfico 56 – Número de Admissões de Pacientes Sociais 76
Gráfico 57 – Número de Pacientes Ações Socio Educativas 76
Gráfico 58 – Taxa de Evasão/ Desistência de Tratamento 76
Gráfico 59 – Taxa de Acolhimento de Óbito..... 77
Gráfico 60 – Número Interconsultas da Psicologia..... 82
Gráfico 61 – Número Atendimentos Familiares..... 83
Gráfico 62 – Número Visitas de Menor de 12 anos..... 83
Gráfico 63 – Número de Atendimento Psiquiátrico..... 83
Gráfico 64 – Cuidados Paliativos 84
Gráfico 65 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Noticias 84
Gráfico 66 - Taxa de Pacientes em Risco de Vulnerabilidade Emocional e Risco de Suicídio..... 84
Gráfico 67 - Taxa de Pacientes em Cuidados Paliativos (Retaguarda)..... 85
Gráfico 68 – Número de Atendimentos Fono 89
Gráfico 69 – Número de Avaliações de Fono..... 89
Gráfico 70 – Número de Pacientes que Passaram de Via Alternativa para Oral 89
Gráfico 71 – Número de Altas de Fonoaudilogia..... 89
Gráfico 72 – Taxa de Decanulados 90
Gráfico 73 – Taxa De Pacientes Inseridos No Protocolo De Broncoaspiração 90
Gráfico 74 – Taxa De Pacientes Com Indicação De Espessante..... 90
Gráfico 75 – Taxa De Treino De Oclusão Ou Uso De Válvula De Fala..... 91
Gráfico 76 – Taxa De Pacientes Realizado Desmame De Cuff 91
Gráfico 77 – Atendimentos Terapia Ocupacional 94
Gráfico 78 – Número de Avaliações Terapia Ocupacional..... 94
Gráfico 79 – Número de Reuniões de Grupos Educativos e/ou com Familiares 94
Gráfico 80 – Número de Alta por parte da Terapia Ocupacional..... 94
Gráfico 81 – Interações Terapia Ocupacional 95
Gráfico 82 – Número de Tecnologia Assistida (Coxins e Ortese) 95

Gráfico 83 – Número De Busca Ativa Ou Espontânea Para Atendimento 95
Gráfico 84 - Número de Interconsultas..... 95
Gráfico 85 – Número de Avaliações..... 100
Gráfico 86 – Número de Atendimentos (Terapia Alternativa)..... 100
Gráfico 87 – Número de Interconsultas de Terapia Alternativas 101
Gráfico 88 – Número de Altas em Terapia Alternativas 101
Gráfico 89 – Número de Interações 101
Gráfico 90 – Número de Visitas Técnicas 111
Gráfico 91 – Não Conformidades..... 112
Gráfico 92 – Classificação de Não Conformidades..... 112
Gráfico 93 – Meta Acometida de Não Conformidades – Anual 2024 113
Gráfico 94 – Taxa de Não Confirmadades Tratadas..... 113
Gráfico 95 – Taxa de Abertura do Protocolo de Londres em 72 horas 114
Gráfico 96 – Taxa de Incidente com Dano 114
Gráfico 97 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI 117
Gráfico 98 – Taxa de Infecção Hospitalar Global 117
Gráfico 99 - Densidade Incidencia de IPCS Associadas a CVC Global x UTI 118
Gráfico 100 – Densidade Incidência PAV – Geral Global 118
Gráfico 101 – Densidade Insidência de ITU Global x UTI 118
Gráfico 102 – Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica 119
Gráfico 103 - Taxa De Utilização De Cateteres Venosos Centrais – UTI..... 119
Gráfico 104 - Taxa De Utilização De Sondas Vesicais De Demora – UTI..... 119
Gráfico 105 - Percentuais De Contaminação Em Uroculturas Global X UTI .. 119
Gráfico 106 - Número De Pacientes Com Suspeita X Confirmados De Tuberculose..... 122
Gráfico 107 – Análise das Fichas CROSS 125
Gráfico 108 – Número de Pacientes Admitidos..... 125
Gráfico 109 – Serviço de Remoções..... 126
Gráfico 110 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)..... 126
Gráfico 111 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos..... 126
Gráfico 112 – Treinamentos x Participações..... 130

Gráfico 113 – Horas de Treinamento 131
Gráfico 114 – Taxa de Adesão de Treinamento 131
Gráfico 115 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos ... 141
Gráfico 116 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas 141
Gráfico 117 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas 141
Gráfico 118 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica 142
Gráfico 119 – Lançamentos de Cotações 145
Gráfico 120 - Total De Ordens De Compras Geradas 145
Gráfico 121 - Taxa De Ordem De Compra (Oc's) Entregue No Prazo 145
Gráfico 122 – Percentual de Atraso e Entrega 146
Gráfico 123 – Percentual De Compra Finalizada No Prazo 146
Gráfico 124 – Taxa De Oscilação De Preço (Valores Maiores Da Última Compra) 146
Gráfico 125 – Percentual De Compra Emergencial 147
Gráfico 126 – Calibração dos Equipamentos 150
Gráfico 127 – Manutenções de Equipamentos 151
Gráfico 128 – Entrega de Equipamentos 151
Gráfico 129 – Inspeção de Rotina 151
.Gráfico 130 – Taxa de Calibração 151
Gráfico 131 – Taxa de Manutenções 152
Gráfico 132 – Taxa de Entrega de Equipamentos 152
Gráfico 133 – Taxa de Inspeção de Rotina 152
Gráfico 134 – Manutenções Prediais 156
Gráfico 135 – Inspeção de Rotina Manutenção Predial 156
Gráfico 136 – Instalações de Equipamentos Manutenção Predial 156
Gráfico 137 – Taxa de Instalações de Equipamentos Manutenção Predial ... 156
Gráfico 138 – Taxa de Manutenções Prediais 157
Gráfico 139 – Taxa de Inspeções de Rotina de Manutenção Predial 157
Gráfico 140 – Análise de Chamados T.I 161
Gráfico 141 – Tempo Médio de Solução em Horas 161

Gráfico 142 – Indisponibilidade De Internet Em Horas 161
Gráfico 143 – Quantidade De Solicitação De Acesso As Câmeras 161
Gráfico 144 – Chamados Abertos X Chamados Fechados 162
Gráfico 145 – Chamados Atendidos No Prazo Sla 24h (Engloba Chamados Pendentes Que Precisa Atuação De Terceiros) 162
Gráfico 146 – Total de AIH Faturadas x Parciais 166
Gráfico 147 – Total De Atendimentos a Colaboradores 166
Gráfico 148 – Representação De AIH's Competência Anterior 166
Gráfico 149 – Total De Correções Da Devolutiva 167
Gráfico 150 – Total De Glosas Por Estouro De Leitos 167
Gráfico 151 – Taxa De Apresentação De AIH's Para A Totalidade De Saídas Hospitalares 167
Gráfico 152 – Total De AIH's Corrigida De Acordo Com Devolutiva Da Secretaria 167
Gráfico 153 – Indicadores De 17 Procedimentos Assistenciais Importados no ano de 2024 Faturamento 168
Gráfico 154 – Total de Despesas Quitadas no Sistema da SMS 173
Gráfico 155 – Apontamentos Na Prestação De Contas 173
Gráfico 156 – Taxa De Retenção De Contrato 173
Gráfico 157 – Taxa De Entrega Da Prestação De Contas No Prazo 174
Gráfico 158 – Taxa De Falha De Entrega Nos Documentos 174
Gráfico 159 – Notas de Serviços, Produtos e Atrasadas/Mês 176
Gráfico 160 – Notas de Produtos/Mês 176
Gráfico 161 – Número de Ordem de Serviços Corretivas Abertas x Fechadas 181
Gráfico 162 – Número de Ordem de Serviços Movimentações Abertas x Fechadas 182
Gráfico 163 – Taxa de Ordem de Serviços Atendidas Corretivas x Movimentações 182
Gráfico 164 – Número de Ordem de Serviços Manutenção por Mau Uso 182
Gráfico 165 – Taxa de Itens 183
Gráfico 166 – Taxa de Ordens de Serviços Atendidas/Fechadas 183

Gráfico 167 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval) 186
Gráfico 168 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI 186
Gráfico 169 – Taxa De Expresso Solicitados 187
Gráfico 170 – Taxa De Enxovais Recebidos Com Sujidade 187
Gráfico 171 – Enxoval Dispensado em Anual/2024 187
Gráfico 170 – Terminais Realizados por Setor Anual/2024 191
Gráfico 171 – Número de Notificações Anual de 2024 193
Gráfico 172 – Tempo Médio de Resposta de Ouvidoria 196
Gráfico 173 – Total de Pesquisas 197
Gráfico 174 – Total de Manifestações 197
Gráfico 175 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria 197
Gráfico 176 – Taxa de NPS de Satisfação 198
Gráfico 177 – Taxa de Reincidência de Ouvidoria Externa 198
Gráfico 178 – Quantitativo de Ouvidorias – Anual/2024 198
Gráfico 179 – Índice de Queda Hospitalar 201
Gráfico 180 – Taxa de Ocupação Hospitalar 202
Gráfico 181 – Índice de Lesão por Pressão 202
Gráfico 182 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria 202
Gráfico 183 – Taxa de Apresentação de AIH 203
Gráfico 184 – Número de quedas 205
Gráfico 185 – Número de pacientes-dia 205
Gráfico 186 – Número de leito- dia 206
Gráfico 187 – Casos de Lesão por Pressão 206
Gráfico 188 – Número de Devolutivas de Ouvidoria 206
Gráfico 189 – Número de Apresentações de AIH's 206
Gráfico 190 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo 208
Gráfico 191 - Produção De Resíduos Infectantes 208
Gráfico 192 - Produção De Resíduos Comum 209
Gráfico 193 - Produção De Resíduos Químicos 209
Gráfico 194 - Produção De Resíduos Químicos 209
Gráfico 195 - Descarte De Sucatas (Ferros E Alumínio) Kg 209

Gráfico 196 - Número Absoluto De Hemodiálises Realizadas 212
Gráfico 197 - Número De Pacientes Elegíveis Para Hemodiálise 212
Gráfico 198 - Número Médio De Sessões Por Número De Pacientes 212
Gráfico 199 - Bolsas Instaladas..... 214
Gráfico 200 - Porcentagem De Reações Transfusionais 214

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) é uma organização social sem fins lucrativos, certificada pelo CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades nas áreas de saúde no Brasil.

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

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

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

O INTS assume o compromisso com a qualidade dos produtos e serviços, com a eficiência operacional e com a satisfação dos usuários. No campo da saúde, o INTS visa o gerenciamento, operacionalização e organização dos serviços de saúde, prestando assistência seguindo os

princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de ser líder atuante, empenhado no desenvolvimento e implantação de melhoria contínua dos requisitos do Sistema de Gestão de Qualidade.

2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

O Hospital Municipal Guarapiranga deu início às suas atividades em junho de 2020 com a ativação de 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 20 leitos de Enfermaria para pacientes acometidos pelo COVID-19. Em seu primeiro ano de atuação, a unidade ampliou seus leitos para 190 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 69 de enfermaria.

Com a redução dos casos de SARS COVID-19, a partir de maio de 2022 o Hospital Municipal Guarapiranga passou a tornar um equipamento de saúde de 186 leitos, atuando em duas frentes:

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

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

2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

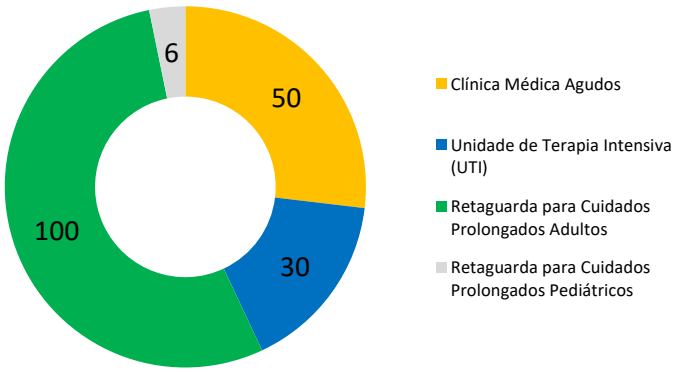
O Hospital Municipal Guarapiranga, como uma unidade de saúde de "porta fechada", atende a pacientes encaminhados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). A seguir, apresento um perfil

epidemiológico baseado nas informações conhecidas sobre os serviços prestados e a população atendida.

Distribuição de Leitos

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

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos



Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. Doenças Respiratórias: Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças Infecciosas: Infecções urinárias, gastroenterites.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Cuidados Críticos: Pacientes com insuficiência respiratória aguda, 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 30 CIDs Registrados nos Atendimentos no ano de 2024.



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

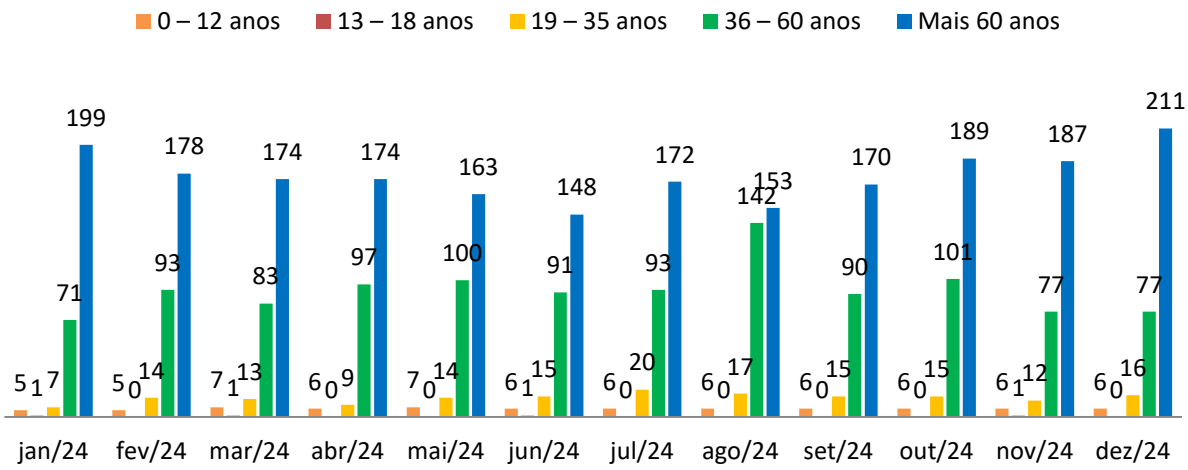
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária no ano de 2024.

FAIXA ETÁRIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
0 – 12 anos	5	5	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6
13 – 18 anos	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
19 – 35 anos	7	14	13	9	14	15	20	17	15	15	12	16
36 – 60 anos	71	93	83	97	100	91	93	142	90	101	77	77
Mais 60 anos	199	178	174	174	163	148	172	153	170	189	187	211

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária no ano de 2024



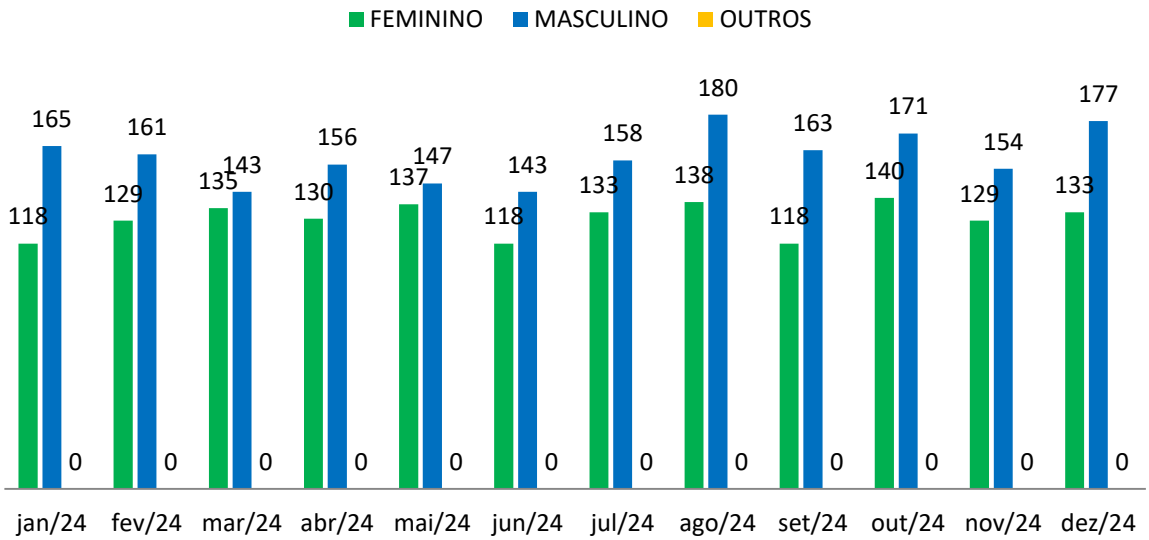
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero no ano de 2024.

GENÊRO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
FEMININO	118	129	135	130	137	118	133	138	118	140	129	133
MASCULINO	165	161	143	156	147	143	158	180	163	171	154	177
OUTROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero no ano de 2024.



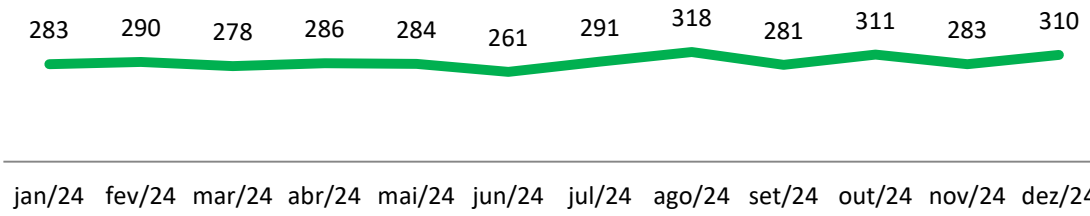
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas no ano de 2024.

INDICADOR	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ATENDIMENTOS	283	290	278	286	284	261	291	318	281	311	283	310
ADMISSÕES	120	115	111	120	112	96	180	147	115	139	116	146
ALTAS	86	104	88	92	89	72	95	124	97	123	120	123

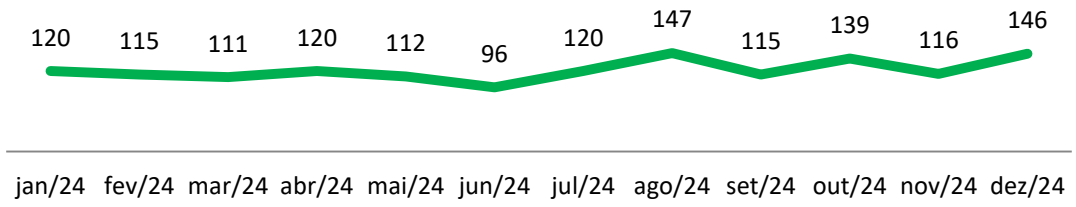
Fonte: SMPEP.

Gráfico 05 - Atendimentos



Fonte: Relatório SMPEP.

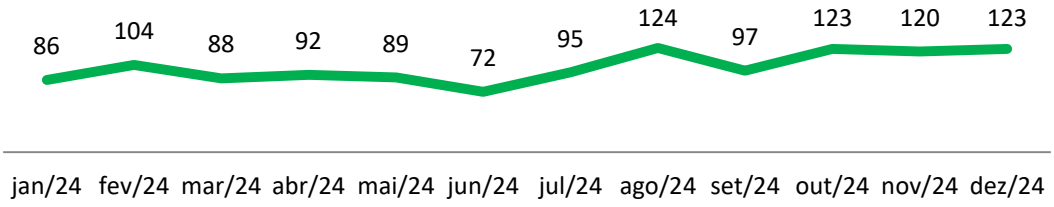
Gráfico 06 - Admissões



Fonte: Relatório SMPEP.

Os pacientes admitidos incluem: Pacientes encaminhados via CROSS; Pacientes que e tornam para a unidade após mais de 24 horas; Colaboradores atendidos.

Gráfico 07 – Altas Hospitalares



Fonte: Relatório SMPEP.

ALTAS HOSPITALARES: Pacientes com Alta Melhorada e Paciente com Alta Curada.

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 Dezembro/24

FUNÇÃO	QTD. COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	5
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	1
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	7
AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL	1
AUXILIAR ADM PLENO	6
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	16
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	3
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	10
AUXILIAR DE REGULACAO	6
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR FARMACIA	30
AUXILIAR JURIDICO	1

AUXILIAR LAVANDERIA	9
AUXILIAR SERVICOS GERAIS	1
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	101
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	11
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	73
FISIOTERAPEUTA RT	1
FONOAUDIOLOGO	2
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	5
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	9
PSICOLOGO HOSPITALAR	4
PSICOLOGO RT	1
RECEPCIONISTA	8
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAO RT	1
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	3
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	7
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMATICA	4

TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	3
TECNICO ENFERMAGEM	277
Total Geral	**655**

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

Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Dezembro/24

ESPECIALIDADES	TOTAL
CLÍNICO GERAL	81
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	**92**

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de Dezembro/24

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
AG. HIGIENIZADOR	2
AUX. COZINHA	8
AUX. DE SERVIÇOS GERAIS	5
AUX.DE LIMPEZA	39
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	5
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	12
COPEIRO VOLANTE	1
COZINHEIRO	5
ELETRICISTA DIURNO	2
ELETRICISTA NOTURNO	2
ENCARREGADO	3
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	4

LIMPADOR DE VIDROS	1
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	18
REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO	1
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TEC. EM NUTRIÇÃO	2
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
TÉCNICA MANUTENÇÃO PREDIAL	2
VIGILANTE	18
VIGILANTE LIDER	4
TOTAL GERAL	**140**

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	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
N° TOTAL DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS	100	98	96	99	98	98	100	99	99	101	101	101	101
N° TOTAL DE FUNCIONÁRIOS NA INSTITUIÇÃO	671	669	673	677	678	680	665	661	657	653	666	648	655
N° TOTAL DE ADMISSÕES	M/R	24	14	12	2	32	15	13	24	20	38	6	19
N° TOTAL DE DEMISSÕES	M/R	10	10	10	14	19	16	15	25	18	16	24	14
TURNOVER (ENFERMAGEM)	≤ 3%	0,50%	2,60%	4,55%	0,51%	5,05%	1,50%	1,50%	3,54%	2,48%	0,50%	0,99%	1,49%
TURNOVER (TOTAL)	≤ 5%	2,54%	1,78%	1,62%	1,20%	3,90%	1,75%	1,63%	2,82%	2,14%	2,63%	2,08%	1,79%

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

ANALISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

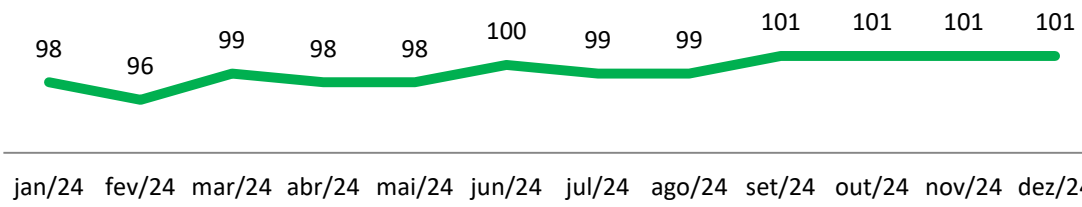
Total de Funcionários da Instituição: No primeiro semestre, observou-se um aumento gradual no número de funcionários, passando de 669 em janeiro para 680 em junho. No entanto, no segundo semestre, ocorreu uma queda expressiva, com o menor número registrado em agosto (648 funcionários), seguido de uma leve recuperação em dezembro (655). A redução no quadro de colaboradores no segundo semestre foi principalmente consequência do aumento das demissões voluntárias e dos ajustes organizacionais, o que impactou a estabilidade das equipes. Em resposta a esse cenário, estamos avaliando a implementação do acompanhamento da

equipe mínima, conforme previsto no plano de trabalho da unidade. Para otimizar os processos seletivos, foi desenvolvido um novo modelo de edital focado na captação de profissionais, permitindo que concentremos esforços em vagas específicas com maior demanda.

Admissões e Demissões: Ao longo do primeiro e segundo semestres, o número de admissões foi suficiente para atender à maior parte da demanda por vagas em aberto. No entanto, observou-se certa dificuldade no fechamento de vagas mais específicas, para as quais estamos adotando novas estratégias a fim de preenchê-las com a maior brevidade possível. O número de demissões, tanto voluntárias quanto por parte da empresa, foi elevado em ambos os semestres, atingindo seu pico em agosto, com 25 demissões. Esse cenário reflete o processo de alinhamento organizacional pelo qual a instituição está passando.

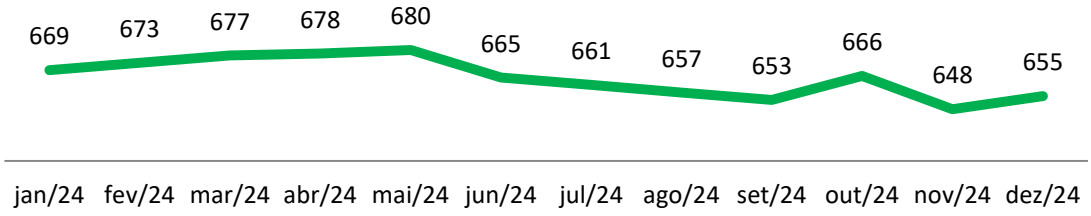
A oscilação no número total de funcionários, juntamente com os picos de demissões, especialmente no segundo semestre, aponta para desafios relacionados à retenção e estabilidade da equipe. Frente a esses desafios, estamos implementando estratégias voltadas à redução do turnover e revisando nossas políticas internas, em colaboração com a gestão, para garantir um acompanhamento mais individualizado de cada colaborador, proporcionando feedbacks estruturados e criando condições para reduzir as demissões voluntárias.

Gráfico 08 – Total de Enfermeiros Assistenciais



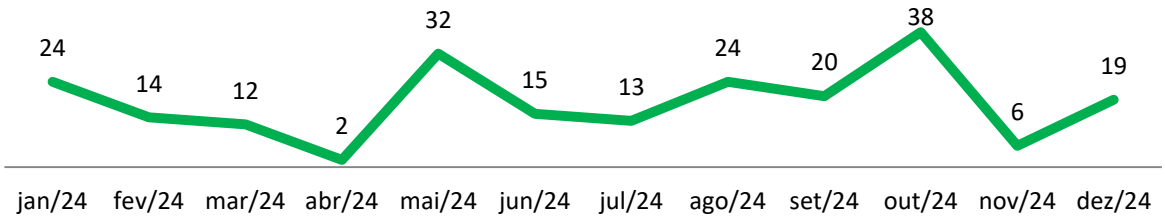
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 09 – Total de CLT na Instituição



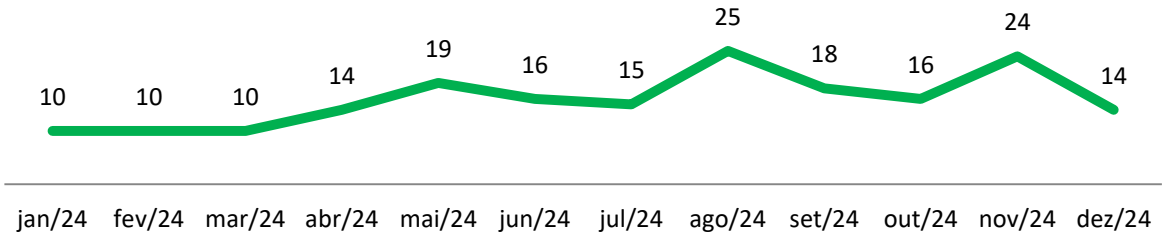
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 10 – Total de Admissões



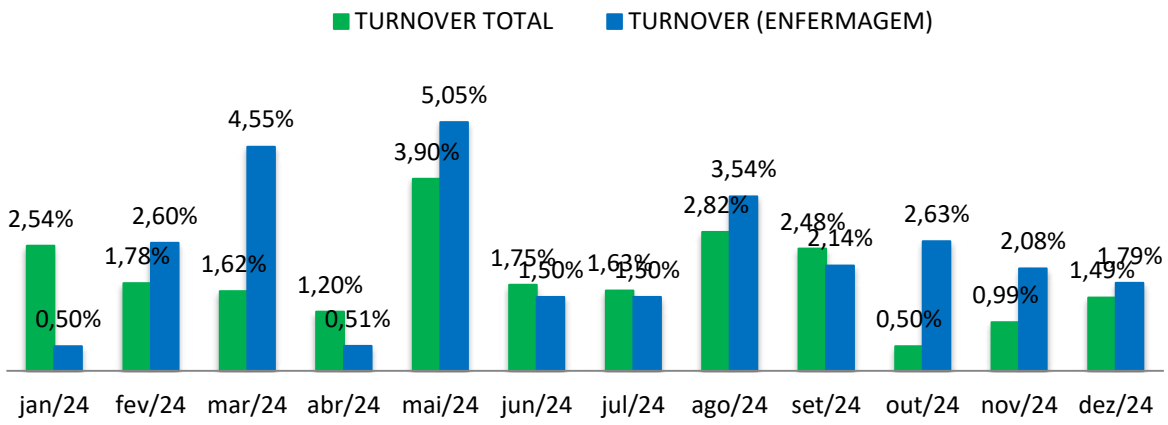
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 11 – Total de Demissões



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

Gráfico 12 – Turnover



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	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE HORAS TRABALHADAS NA ENFERMAGEM	18000	14893	13075	14425	14382	16512	16450	16896	13512	13664	16450	14822	14843
TAXA DE HORAS TRABALHADAS	≥ 90%	92,70%	87,87%	88,32%	88%	89,53%	88,21%	90,44%	92,12%	93,21%	91,39%	95,81%	96,64%
TAXA DE ABSENTEÍSMO (ENFERMAGEM)	≤10,56 %	8,60%	13,80%	12,21%	11,63%	11,69%	13,35%	10,56%	9,55%	7,21%	8,61%	4,37%	3,48%

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

ANALISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

A meta de 18.000 horas trabalhadas não foi alcançada em nenhum dos meses, com o valor mais baixo registrado em fevereiro (13.075,12 horas) e o mais próximo da meta em julho (16.896,00 horas). A redução nas horas trabalhadas pode ser atribuída aos altos índices de absenteísmo, às demissões e às dificuldades em manter a equipe completa ao longo do ano. No primeiro semestre, as taxas de absenteísmo ficaram acima da meta; entretanto, no segundo semestre, com a implementação de ações conjuntas de monitoramento e medidas internas, houve uma redução consistente desse índice, com destaque para dezembro, que fechou o ano com uma taxa de apenas 3,48%, bem abaixo da meta. Mesmo com a melhoria nos índices de absenteísmo, não foi possível atingir a meta de horas trabalhadas estabelecida, evidenciando a necessidade de revisar essa meta para refletir de forma mais precisa a realidade da equipe.

Impacto dos Planos de Ação Redução do Absenteísmo: A taxa de absenteísmo caiu de forma progressiva ao longo do ano, atingindo níveis

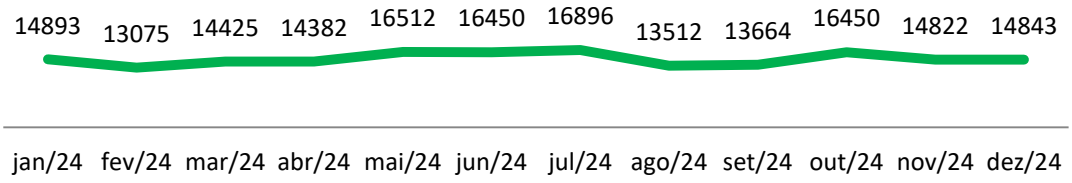
excepcionais no final do período. Essa melhoria reflete ações como o acompanhamento rigoroso dos afastamentos, incentivos ao engajamento (como ações de humanização e a política de feedback) e a revisão dos horários de pausa, além de um acompanhamento mais próximo das equipes, especialmente no período noturno.

Sustentação do Controle do Absenteísmo: A meta para 2025 será consolidar as práticas bem-sucedidas de 2024, como o acompanhamento preventivo, para manter as taxas de absenteísmo reduzidas e garantir sua continuidade ao longo do próximo ano.

Expectativas de Melhoria para 2025:

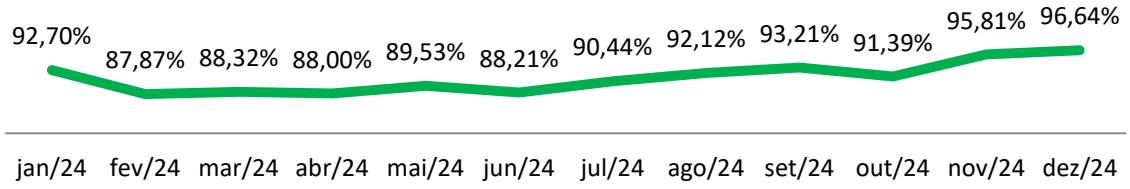
- Implantação do PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) para as equipes de RH, DP, SESMT e NEP;
- Projeto Estação RH: Revisão e aplicação de treinamentos dos protocolos dos setores de RH, DP e Medicina Ocupacional, com foco nos gestores;
- Implantação de um programa de bem-estar e saúde emocional voltado aos colaboradores.

Gráfico 13 – Horas Trabalhadas na Enfermagem



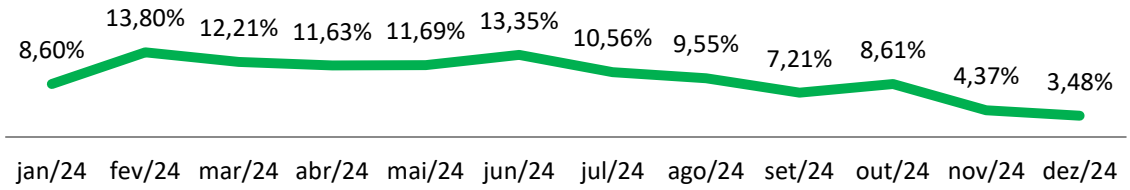
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 14 – Taxa de Horas Trabalhadas



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

Gráfico 15 – Taxa de Absenteísmo (Enfermagem)



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

3.1.3. Medicina Ocupacional

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

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

Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
AFASTADOS POR ACIDENTE DE TRABALHO (INSS)	M/R	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
ATESTADOS NO MÊS	M/R	231	244	296	269	279	233	230	192	196	209	184	220
DIAS PERDIDOS	M/R	420	573	651	565	578	465	457	374	421	438	361	490
SINDROME GRIPAL	M/R	20	49	57	45	56	49	48	35	32	33	34	33
EXAMES OCUPACIONAIS	M/R	32	17	12	1	66	135	110	88	124	53	30	73
TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES DEMISSIONAIS	≥ 85%	40%	40%	0%	0%	70%	89%	77%	81%	85%	80%	91,67%	81%
TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS DENTRO DO PRAZO	≥ 90%	0%	0%	0%	0%	52%	65%	77%	87%	89%	0%	0%	63%

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

ANALISE CRÍTICA – MEDICINA OCUPACIONAL

Ao longo do 1º e 2º semestres de 2024, a taxa de realização de exames admissionais atingiu a meta de 100%, demonstrando eficiência no

gerenciamento desse indicador. Entretanto, as metas relacionadas às taxas de exames demissionais e periódicos realizados dentro do prazo não foram alcançadas devido a fatores estruturais e operacionais que impactaram negativamente os resultados.

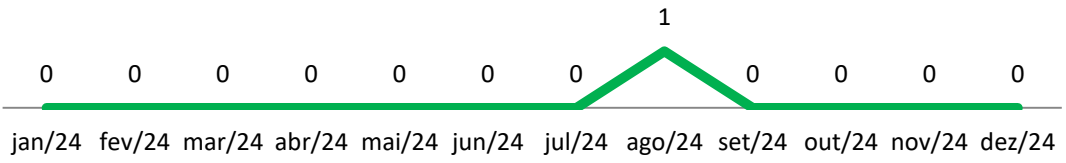
Ao longo do 1° e 2° semestres do ano, a taxa de exames peiódicos não foi atingida em sua totalidade devido a dois fatores principais, o não comparecimento de parte considerável dos ex-colaboradores e nos meses de março a abril devido ao fato da vaga de médico do trabalho estar em aberto. Em relação à taxa de exames periódicos tivemos as mesmas dificuldades, relacionadas à ausência do médico do trabalho e devido aos casos de colaboradores afastados, com contrato suspenso ou de férias no prazo estipulado para a realização do exame.

Os planos de ação realizados foram a adoção de medidas como a contratação do médico ocupacional e enfermeiro do trabalho, além da implementação de plantões em horários alternativos, visando atender aos colaboradores do período noturno. No caso dos exames demissionais, reforçamos o envio de notificações por meio de mensagens da equipe de medicina ocupacional e telegramas emitidos pelo departamento pessoal para ex-colaboradores ausentes.

Com as ações implementadas, projetamos uma significativa melhoria nos indicadores para 2025. A regularização da equipe de medicina ocupacional, aliada à ampliação dos horários de atendimento, permitirá maior flexibilidade para realização de exames, tanto periódicos quanto demissionais. Planejamos, ainda, aprimorar os processos de comunicação com os colaboradores e ex-colaboradores.

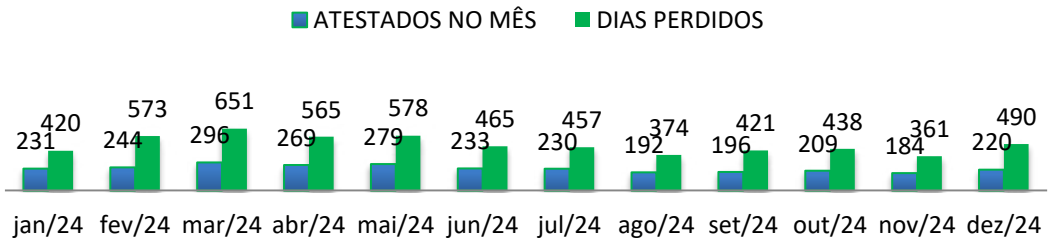
Esperamos que essas iniciativas elevem a taxa de exames periódicos realizados dentro do prazo para 90% até o final do primeiro semestre de 2025 e garantam uma taxa de exames demissionais superior a 95%, consolidando um desempenho alinhado às metas estabelecidas e promovendo maior eficiência no cumprimento das obrigações de saúde ocupacional.

Gráfico 16 – Afastados por incidente de trabalho (INSS)



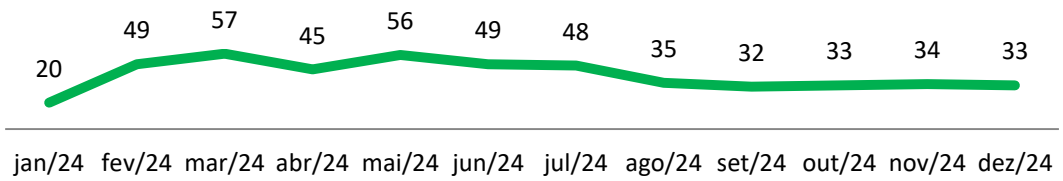
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Atestados no Mês x Dias perdidos



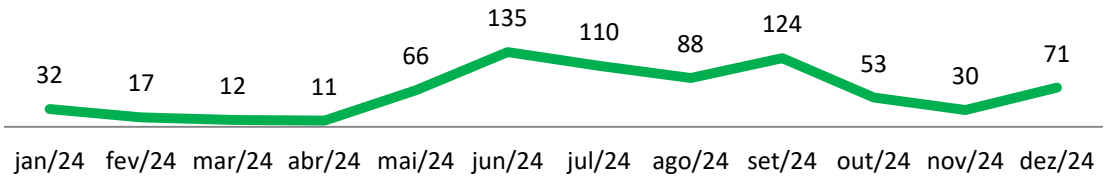
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 18 – Sindrome Gripal



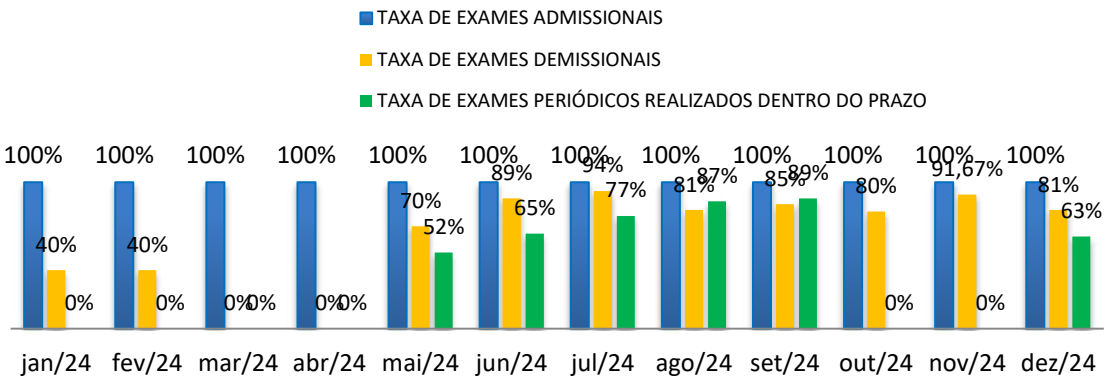
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 19 – Exames Ocupacionais



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

Gráfico 20 – Taxa de Exames Admissionais; Periodicos e Demissionais



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	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TOTAL DE ACIDENTES	0	4	1	2	1	6	1	4	3	2	0	0	1

INTERVENÇÕES DE ERGONOMIA	M/R	14	9	15	32	18	10	10	11	6	12	6	6
TAXA DE ACIDENTE MATERIAL BIOLÓGICO	0%	25%	0%	50%	0%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACIDENTE COM PERFUROCORTANTES	0%	0%	0%	50%	0%	83%	0%	100%	66%	50%	0%	0%	0%
TAXA INSPEÇÕES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ACIDENTES POR TOTAL DE COLABORADORES	<10%	0,59%	0,15%	0,30%	0,15%	0,89%	0,15%	0,59%	0,45%	0,30%	0,00%	0,00%	0,14%

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

ANALISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

Embora não exista uma meta específica para acidentes de trabalho, nosso objetivo é manter o número de acidentes o mais próximo possível de zero. Para alcançar essa meta, utilizamos estratégias como os Diálogos Semanais de Segurança, treinamentos anuais (LNT), ações de conscientização e inspeções regulares nos setores. Durante o ano, os Planos de Ação implementados contribuíram significativamente para a redução dos acidentes, especialmente os envolvendo materiais biológicos.

Expectativas para 2025: A expectativa é continuar avançando na redução de acidentes, com a implementação de mais ações preventivas e de conscientização para garantir um ambiente de trabalho mais seguro para todos. Campanhas de Conscientização

- Abril Verde: Focado na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.
- Maio Amarelo: Destinado a conscientizar sobre a segurança no trânsito.
- Novembro Azul: Voltado à conscientização sobre a saúde masculina e prevenção de doenças.

- Setembro Amarelo: Focado na prevenção ao suicídio e promoção da saúde mental.
- Inspeções e Manutenção

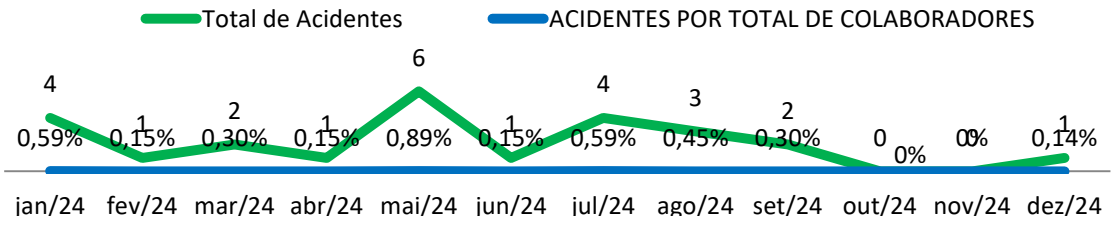
A meta de realizar 23 inspeções por mês foi atingida com sucesso, o que permitiu a identificação de oportunidades de melhoria na infraestrutura, visando garantir o cumprimento das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. As melhorias necessárias foram documentadas e, quando identificadas, foram abertas ordens de serviço para o setor de manutenção, por meio do sistema Effort.

SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho)

A SIPAT segue como uma das principais ações para reforçar a cultura de segurança dentro da instituição, oferecendo treinamentos, palestras e outras atividades que promovem a conscientização contínua sobre os cuidados necessários para evitar acidentes de trabalho.

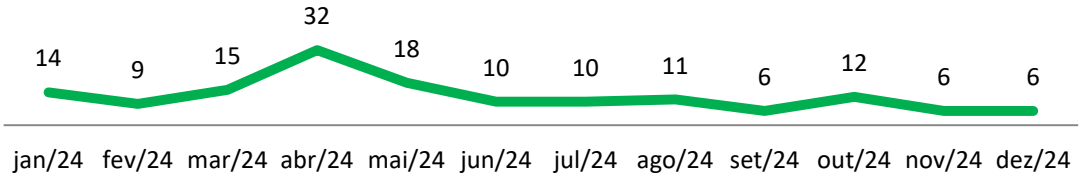
Em resumo, embora os acidentes de trabalho tenham diminuído com as ações implementadas, o compromisso é manter a evolução em 2025, intensificando a prevenção e a conscientização entre todos os colaboradores.

Gráfico 21 – Total de Acidentes x Taxa de acidentes por total de colaboradores



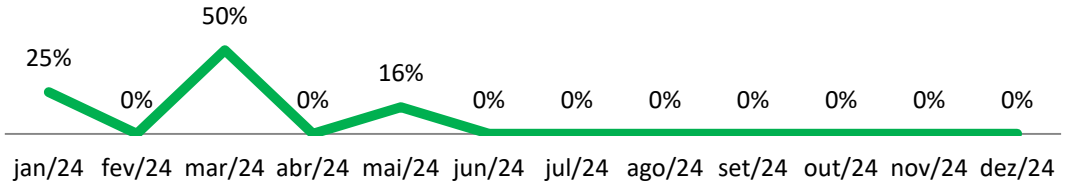
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Interversões de Ergonomia



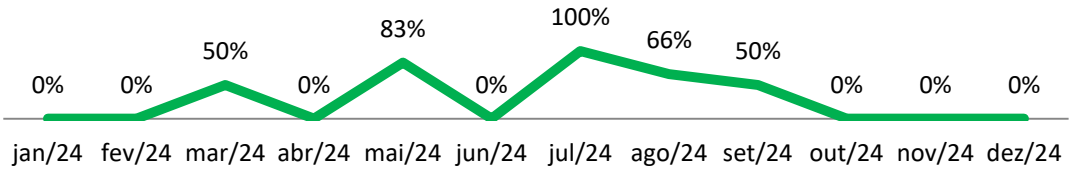
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Taxa de Acidente de Material Biológico



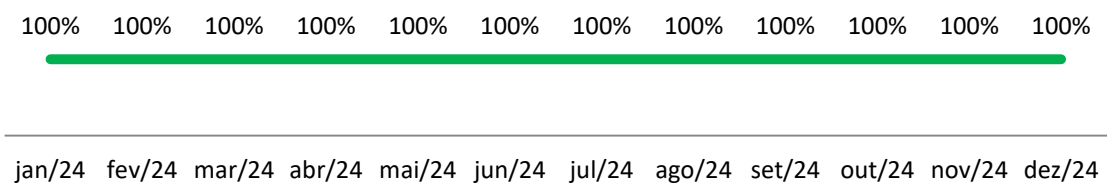
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Taxa de Acidente de Perfurocortantes



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

Gráfico 25 – Taxa de Inspeções



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

3.2.1. Radiologia

Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	347	343	407	318	384	308	318	357	369	411	312	339
N° DE FALHAS	M/R	10	13	12	9	9	6	6	3	2	2	1	3
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	3%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	1%	0,54%	0,49%	0,32%	0,88%

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

Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	165	149	181	155	224	107	108	150	169	148	133	93

Nº DE FALHAS	M/R	6	5	1	3	4	0	2	1	0	0	0	2
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	4%	3%	3%	2%	2%	0%	2%	1%	0%	0%	0%	2,15%

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

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

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	91	98	124	65	82	129	175	166	186	196	140	206
Nº DE FALHAS	M/R	2	4	4	2	1	2	2	2	2	2	1	0
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	2%	4%	3%	3%	1%	2%	2%	4%	1,08%	1,02%	0,71%	0%

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

Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	86	86	88	96	67	23	29	36	21	63	37	26
Nº DE FALHAS	M/R	2	4	7	4	4	0	2	0	0	0	0	1
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	2%	5%	8%	4%	6%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	3,85%

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	5	10	14	2	11	9	6	5	2	4	2	14
N° DE FALHAS	M/R	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

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

ANALISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

Em 2024, o foco foi aprimorar a qualidade na realização dos exames, o que levou à organização de um novo treinamento para execução e realização destes procedimentos.

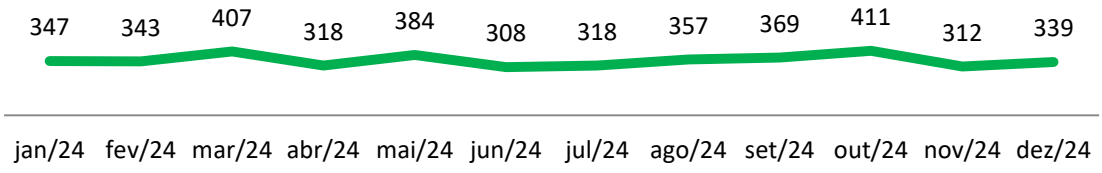
Durante as reuniões das comissões de radiologia, foi observada a prática de realização de múltiplos exames de raio-x no mesmo paciente, no mesmo dia.

Após análise, constatou-se que isso não ocorria por falhas na execução dos exames, mas sim para avaliação dos procedimentos realizados.

Como resultado, a equipe assistencial recebeu novo treinamento, e as metas de falhas foram reduzidas de 10% para 5%.

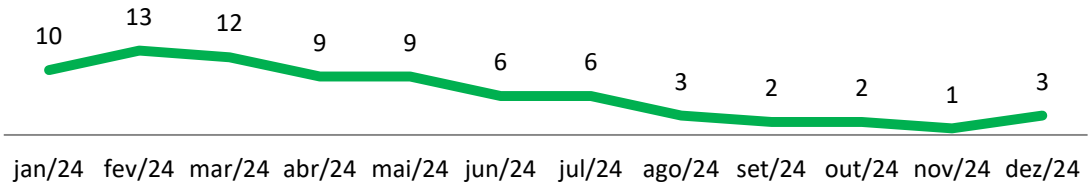
O setor começou a quantificar e analisar diversos aspectos, visando identificar e corrigir eventuais falhas que possam surgir em 2025, buscando manter as melhorias implementadas durante a auditoria da ONA.

Gráfico 26 – Número de Exames de Raio – x (Geral Hospitalar)



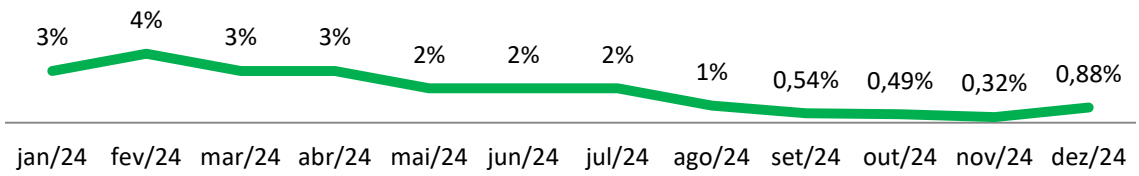
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 27 – Número de Falhas de Exames de Raio-x (Geral Hospitalar)



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

Gráfico 28 – Taxa de Falhas de Exame de Raio-x



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 16 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
EXAMES LIBERADOS	M/R	8024	7470	8217	8220	8791	7874	8361	8875	9649	9786	8968	9232
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	M/R	9868	8824	9867	9858	10693	9372	10295	10795	11353	11869	10587	11163
VALORES CRÍTICOS NÃO COMUNICADOS	≤ 2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TEMPO DE LIBERAÇÃO DOS EXAMES (TAT)	> 90%	98%	99%	97%	99%	90%	99%	99%	99%	99%	99%	100%	100%
TAXA DE RETIFICAÇÃO DE LAUDOS	≤ 2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RECOLETA	≤ 2%	4,95%	5,19%	4,78%	5,06%	4,76%	5,98%	5,56%	5,36%	4,94%	5,27%	6,89%	9,27%

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

ANALISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

No último ano, houve um esforço para reduzir erros de integração, com análises presenciais das falhas e ajustes diretos com as equipes de TI para solucionar os problemas.

Diversas outras falhas ocorreram durante a execução do contrato, levando à notificação da prestadora para assegurar o cumprimento das cláusulas contratuais.

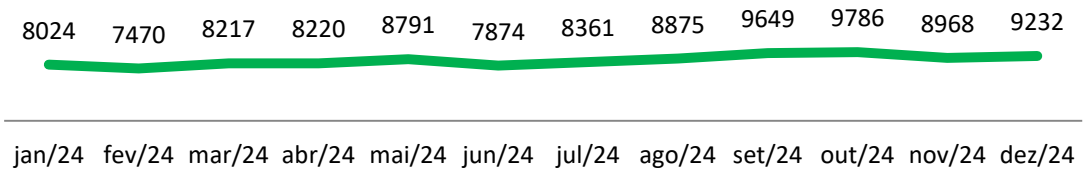
Realizou-se uma visita ao laboratório central para conhecer as instalações que atendem nossa demanda.

Mensalmente, analisamos os indicadores recebidos e solicitamos treinamentos específicos para as áreas mais sensíveis, como a coleta de materiais para análise.

Houve uma melhoria no fluxo de notificação de valores críticos e gasometria, permitindo o acompanhamento detalhado conforme o protocolo ONA.

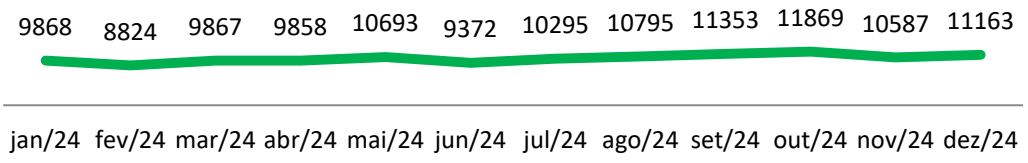
Em 2025, pretendemos resolver mais questões de integração, como a apresentação de resultados parciais das culturas e a assinatura de laudos diretamente em nosso prontuário eletrônico.

Gráfico 29 – Exames Liberados



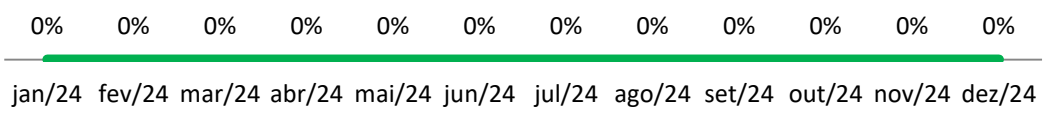
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 30 – Exames Realizados na Unidade



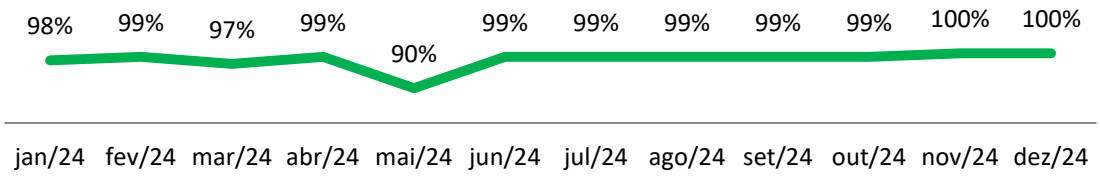
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 31 – Taxa de Valores Críticos Não Comunicados



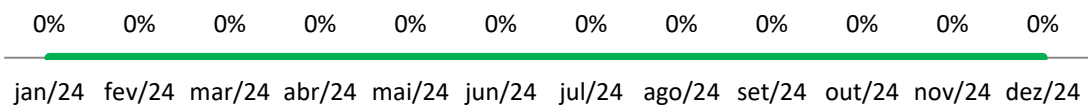
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 32 – Tempo de Liberação dos Exames (TAT)



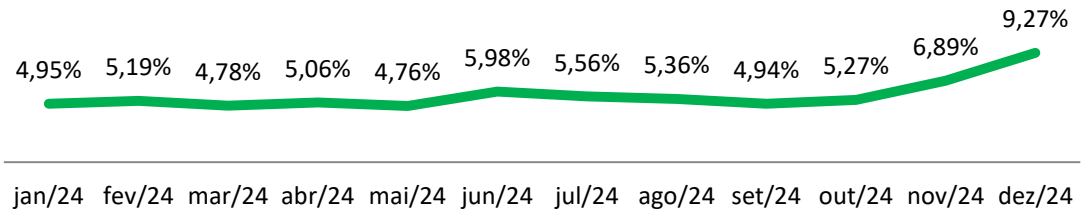
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de Insucesso



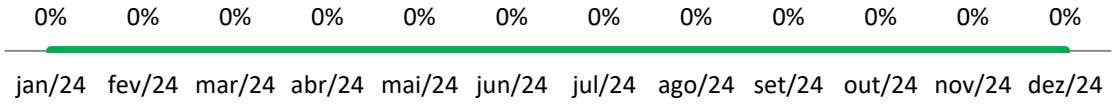
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Índice de Recoleta



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

Gráfico 35 – Taxa de Reedificação de Laudos



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

Cuidado Integral: Promove o cuidado integral ao paciente, considerando não apenas o aspecto clínico, mas também o emocional e psicossocial. Isso envolve o trabalho interdisciplinar entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

Tabela 17 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0,24%	0,18%	0,31%	0,25%	1,37%	1%	0,90%	1,77%	0,83%	0,49%	0,61%	0,91%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,41	4,63	4,20	5,58	5,83	8,43	5,24	4,45	4,20	4,28	4,65	4,59
TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 50 DIAS	46,41	39,95	47,35	44,31	47,15	54,29	46,73	35,19	44,51	35,25	37,08	34,42

TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL	< 13,78%	14,41%	12,40%	16,36%	11,40%	12,73%	17,20%	9,09%	11,64%	9,09%	11,03%	6,02%	13,61%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA	< 5%	2,70%	4,13%	3,60%	1,75%	2,73%	7,53%	1,82%	4,03%	0,91%	3,45%	0,75%	2,04%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	M/R	0,60	0,65	0,59	0,61	0,59	0,50	0,59	0,78	0,59	0,78	0,72	0,79
Nº DE PACIENTE DIA	> 4750	5152	4834	5208	5051	5186	5049	5140	5138	4896	5111	4931	5060
Nº DE LEITOS DIA	M/R	5752	5394	5738	5687	6241	5883	5716	5788	5358	5731	5550	5735
Nº DE SAÍDAS	M/R	111	121	110	114	110	93	110	146	110	145	133	147
Nº DE OBITOS	M/R	16	15	18	13	14	16	10	17	10	16	8	20

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

Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0%	0,21%	0,15%	0,17%	1,79%	0,66%	0%	1,45%	0,91%	0,15%	0,40%	1,01%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	0,80	2,03	1,03	1,65	1,47	0,84	1,63	0,75	1,26	1,62	1,10	0,92
TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 50 DIAS	18,33	18,11	20,71	14,47	16,99	24,79	21,39	14,05	14,31	10,58	11,40	10,31

TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL	< 13,78%	7,41%	11,11%	11,43%	3,23%	6,74%	11,11%	2,78%	5,41%	5,88%	3,94%	4,17%	5,80%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA	< 5%	0,00%	1,72%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	0,00%	2,15%	0,00%	0,79%	0,00%	0,00%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	M/R	1,62	1,44	1,40	1,86	1,78	1,26	1,44	2,22	2,04	2,54	2,40	2,76
Nº DE PACIENTE DIA	> 4750	1485	1304	1450	1346	1512	1537	1540	1560	1460	1344	1368	1423
Nº DE LEITOS DIA	M/R	1550	1450	1522	1499	1643	1590	1657	1643	1589	1550	1500	1550
Nº DE SAÍDAS	M/R	81	72	70	93	89	63	72	111	102	127	120	138
Nº DE OBITOS	M/R	6	8	8	3	6	7	2	6	6	5	5	8

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

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

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0,59%	0,18%	0,38%	0,19%	0,99%	1,15%	1,66%	2,12%	0,88%	0,37%	1,65%	1,07%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	3,35	2,13	2,69	2,34	2,12	2,64	2,50	1,99	3,18	3,24	4,86	3,59

TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 50 DIAS	6,26	5,37	5,68	6,94	5,76	7,52	5,73	4,62	6,07	4,06	4,23	3,71
TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL	< 13,78%	6,32%	3,45%	3,60%	1,03%	3,39%	9,09%	6,19%	6,43%	1,03%	6,98%	3,03%	3,53%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA	< 5%	3,16%	3,45%	2,70%	1,03%	1,69%	5,68%	1,77%	2,82%	1,03%	2,82%	0,87%	1,49%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	M/R	3,17	3,87	3,70	3,23	3,93	2,93	3,77	4,67	3,23	2,87	3,30	2,83
Nº DE PACIENTE DIA	> 4750	595	623	631	673	680	662	648	647	589	349	279	315
Nº DE LEITOS DIA	M/R	930	870	930	900	930	894	930	926	897	628	600	620
Nº DE SAÍDAS	M/R	95	116	111	97	118	88	113	140	97	86	66	85
Nº DE OBITOS	M/R	6	4	4	1	4	8	6	9	1	6	2	3

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

Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0,00%	0,00%	0,00%	7,14%	0,00%	0,00%	25%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	12,07	17,38	13,18	11,13	56,17	87,67	88,50	57,60	3,57	4,90	6,44	1,18

TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 100 DIAS	208,36	345,13	268,64	124,0	234,00	445,00	1383	549	381	300,80	323,56	268,82
TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL	< 13,78%	28,57%	37,50%	45,45%	39,13%	33,33%	16,67%	50%	40%	42,86%	40,00%	11,11%	54,55%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA	< 5%	0,00%	0,00%	7,69%	4,35%	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	M/R	0,14	0,08	0,11	0,23	0,12	0,06	0,02	0,05	0,07	0,10	0,09	0,11
Nº DE PACIENTE DIA	> 2500	2917	2761	2955	2852	2808	2670	2766	2745	2667	3008	2912	2957
Nº DE LEITOS DIA	M/R	3086	2900	3100	3108	3482	3169	2943	3033	2692	3057	2970	3069
Nº DE SAÍDAS	M/R	14	8	11	23	12	6	2	5	7	10	9	11
Nº DE OBITOS	M/R	4	3	5	9	4	1	1	2	3	4	1	6

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

Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	56,72	59,95	23,54	0	0	0	0	0	0	0	0	95,43

TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 100 DIAS	283,6	312,6	289,16	319,16	350,16	380,16	411,16	432,16	472,16	503,16	533,16	562
TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL	< 13,78%	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA	< 5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,17
Nº DE PACIENTE DIA	≤ 186	155	146	172	180	186	180	180	186	180	186	180	159
Nº DE LEITOS DIA	≤ 186	186	174	186	180	186	180	180	186	180	186	180	186
Nº DE SAÍDAS	≤ 6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nº DE OBITOS	≤ 6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

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

ANALISE CRÍTICA – ENFERMAGEM

Em 2024, o hospital obteve resultados significativos em vários indicadores de enfermagem, alcançando as metas estabelecidas para as taxas de úlceras por pressão e quedas. No entanto, alguns desafios persistem, principalmente no que diz respeito à variabilidade de certos índices ao longo dos meses. Abaixo, estão detalhados os resultados e as expectativas para o próximo ano.

Incidência de Úlcera por Pressão Global e na UTI

A meta estabelecida foi de menos de 20% de incidência de úlceras por

pressão, e o desempenho ao longo do ano indicou que essa meta foi consistentemente atendida. A taxa global de incidência apresentou flutuações mensais, com destaque para os meses de junho (5,77%) e dezembro (1,49%), sendo que a meta foi superada durante todo o ano, refletindo um bom controle sobre as lesões por pressão.

Na UTI, a taxa de incidência mostrou maior variabilidade. Em alguns meses, não houve ocorrência de úlceras (0% em agosto e novembro), enquanto em outros os índices foram mais elevados, como em junho (6,25%) e dezembro (2,02%). A principal dificuldade observada foi a variabilidade no desempenho, especialmente no primeiro semestre, quando as taxas estavam acima do ideal. No segundo semestre, foi possível reduzir e manter uma média mensal de 2,4%.

Para o próximo ano, a expectativa é manter as taxas abaixo de 20%, com um foco proativo na prevenção e uma média mensal de 2,6%, com base nos dados históricos. Além disso, o monitoramento contínuo dos pacientes de risco, especialmente nas UTIs, será reforçado, juntamente com o cumprimento rigoroso dos protocolos de prevenção, como a mudança frequente de posição dos pacientes e a hidratação adequada da pele.

Taxa de Queda: A meta estabelecida para a taxa de quedas foi de menos de 15%, porém, a meta real do hospital é **ZERO** para quedas. Durante o ano, a taxa de quedas foi consistentemente baixa, com os melhores resultados registrados em dezembro (0,20%). No entanto, alguns meses, como junho, agosto e setembro, apresentaram taxas de incidência mais altas, com uma média de 6 quedas por mês nesses períodos. Essas taxas diminuíram após as intervenções implementadas, mas as dificuldades estruturais e a aderência ao protocolo foram os principais obstáculos.

No próximo ano, o objetivo é continuar mantendo as quedas abaixo da meta de 15%, com um foco contínuo na avaliação de risco para quedas e ajustes no ambiente hospitalar, buscando alcançar a meta de **ZERO** para quedas. A realização de análises detalhadas das quedas por setores, a revisão

do protocolo de prevenção e a manutenção das estratégias de vigilância constante serão essenciais.

Taxa de Flebite: A meta para a taxa de flebite foi estabelecida em menos de 5%, e o hospital obteve um desempenho abaixo dessa meta. A taxa de flebite variou ao longo do ano, com um pico em novembro (1,77%) e uma redução para 1,00% em dezembro. Embora tenha permanecido abaixo da meta, a flutuação das taxas de flebite ainda exige atenção, especialmente em relação aos procedimentos de inserção de cateteres intravenosos e às técnicas de infusão.

Para 2025, a expectativa é buscar maior estabilidade nas taxas de flebite, mantendo-as consistentemente abaixo de 1%. Isso será alcançado por meio de treinamentos contínuos sobre a técnica de inserção de cateteres e cuidados relacionados, além de uma abordagem mais rigorosa na aplicação das melhores práticas em todas as unidades assistenciais.

Giro de leitos: Observamos uma melhora no giro de leitos hospitalar, apoiado por um programa de gestão de altas, iniciado em julho/2024. As Unidades de Internação e UTI's conseguiram melhorar consideravelmente a gestão de altas contribuindo para melhor resultado do indicador global do hospital. Ainda temos como desafio o perfil de internação social das retaguardas que contribuem para alto tempo de permanência e com isso redução do giro de leitos.

Ações realizadas: Foco nas pendências de alta com discussões diárias do planejamento de alta do dia e dia seguinte, alta médica até às 10:00 horas da manhã para otimização do leito e intensificação das ações do serviço social.

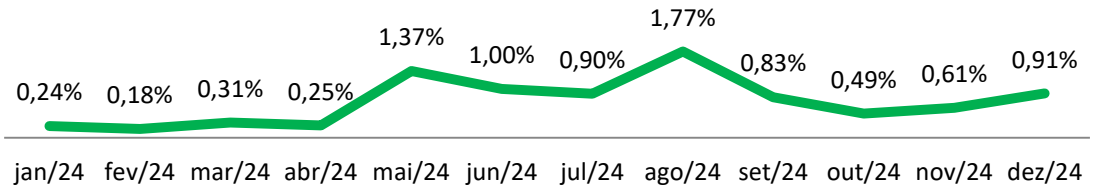
Tempo Médio de Permanência: Observamos uma redução significativa com a gestão de altas, as unidades de pacientes agudos (Clínica Médica e UTI) conseguiram excelente performance reduzindo com segurança o tempo médio de permanência dos pacientes. Na retaguarda ainda temos desafios relacionados ao perfil de questões sociais dos pacientes.

Ações realizadas: Alinhamento do plano terapêutico desde a admissão com revisão em 48 horas pela equipe médica e revisão diária, discussão diária das altas previstas para o dia e o dia seguinte com intervenção e interface com áreas de apoio para desospitalização precoce e segura.

Conclusão

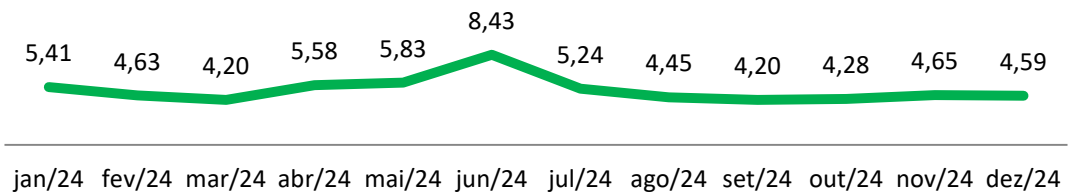
O hospital obteve bons resultados em vários indicadores de enfermagem durante 2024, especialmente no segundo semestre, cumprindo as metas em áreas essenciais como a incidência de úlceras por pressão e a taxa de quedas. No entanto, a variabilidade mensal de alguns indicadores, como as quedas e flebites, ainda representa um desafio. O plano de ação para o próximo ano será focado na manutenção da qualidade do atendimento, na otimização dos processos e na continuidade do monitoramento de pacientes com risco elevado. A revisão constante dos protocolos e a melhoria das práticas de prevenção serão fundamentais para alcançar um desempenho ainda melhor e mais estável em 2025.

Gráfico 36 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



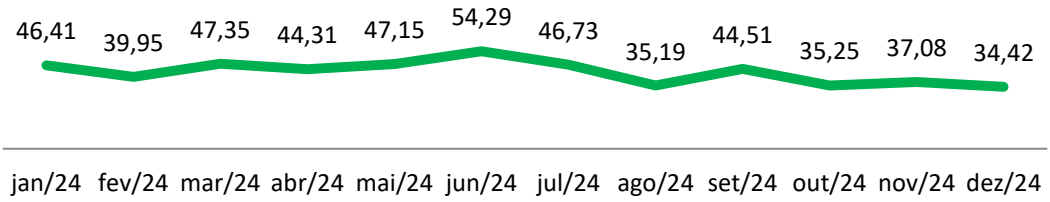
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 37 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



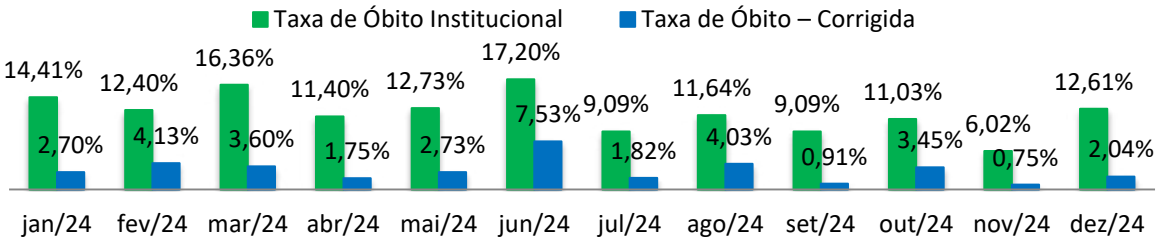
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



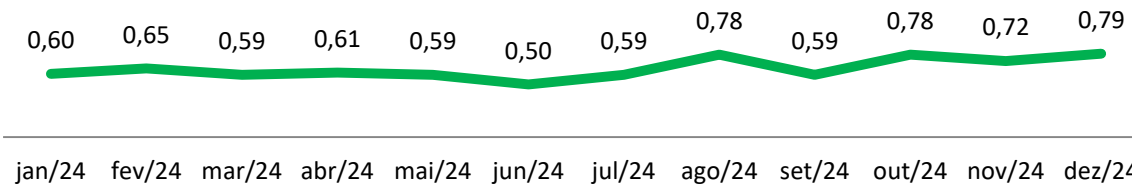
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



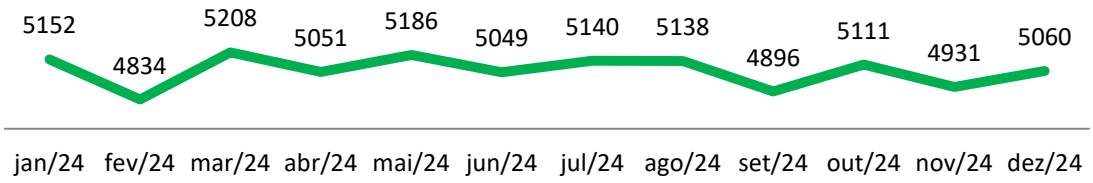
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 40 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



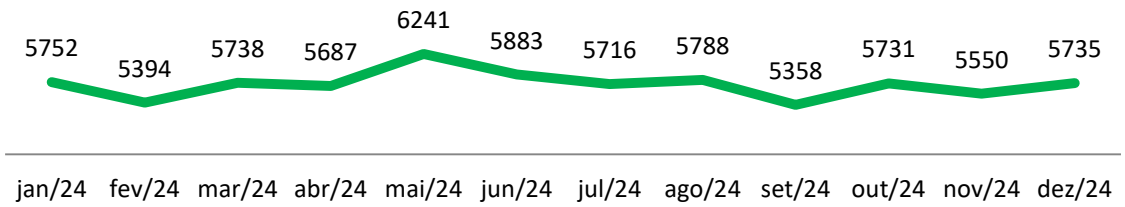
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 41 – Número de Paciente Dia (Global Hospitalar)



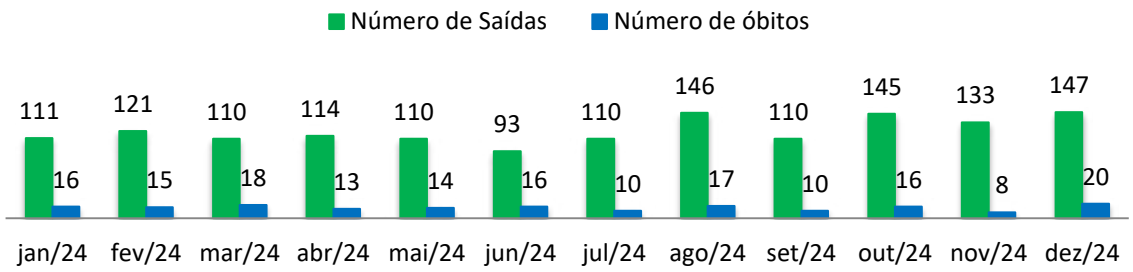
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 42 – Número de Leito Dia (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 43 – Número de Saídas x Número de Óbitos (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

3.3.1. Nutrição

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

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

Tabela 22 – Indicadores de Serviços Nutricionais

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE ATENDIMENTOS (Avaliação, Reavaliação e Visita)	M/R	1079	998	1092	1050	1062	1017	1062	1472	3398	3413	3437	3410
Nº DE TRIAGEM NUTRICIONAL	M/R	107	106	102	114	109	80	112	139	113	130	116	139
Nº DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	M/R	6	6	3	1	3	1	6	1	101	118	61	106

Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	M/R	24235	23109	24793	24706	25488	24655	25028	24607	23880	24715	24120	24736
Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	M/R	418	308	394	595	437	329	491	619	704	553	747	662
Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	M/R	11248	10564	11170	11062	11517	11212	11062	11274	10898	11525	10660	10754
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	<35%	40%	44%	43%	39%	33%	36%	37%	31%	34%	34%	36%	34%
INDICE DE EUTROFIA	>35%	37%	31%	31%	32%	36%	34%	31%	36%	32%	37%	36%	37%
INDICE DE SOBREPESO	≤20%	9%	11%	10%	12%	12%	11%	10%	12%	11%	13%	11%	8%
INDICE DE OBESIDADE	≤10%	13%	14%	16%	17%	19%	19%	22%	21%	22%	17%	17%	21%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

Meta e Desempenho: Nossa meta é relativa, pois varia de acordo com o número de pacientes admitidos e internados. A análise do gráfico anual evidenciou um aumento significativo no número de atendimentos nutricionais após a auditoria interna, bem como nas altas nutricionais após a implementação do EGA (Escritório de Gestão de Altas).

Principais Dificuldades Encontradas durante o Ano: O ano de 2024 foi repleto de desafios, mas também de conquistas importantes. Houve a implementação de novas rotinas e mudanças nos fluxos do setor, sendo a principal dificuldade a redução do desperdício de refeições. Contamos com a colaboração do Departamento Pessoal (DP), que passou a enviar com

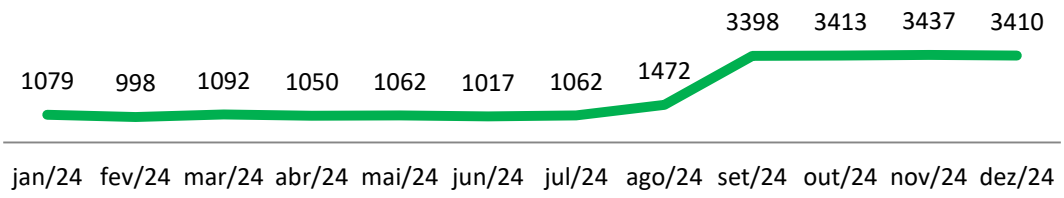
antecedência as planilhas de funcionários em período de férias, permitindo-nos ajustar a quantidade de refeições solicitadas, o que foi de extrema importância para a eficiência do setor.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos:

- EGA (Escritório de Gestão de Altas): Com a implantação do EGA, todos os pacientes que recebem alta do HMG passam a receber orientação nutricional da equipe. Isso resultou em um aumento significativo nos indicadores, passando de 6 altas mensais para cerca de 118 altas mensais.
- Visita e Evolução Nutricional de Todos os Pacientes da UTI e em Uso de SNE: Antes da auditoria interna, as visitas eram realizadas a cada 6 dias, juntamente com a avaliação antropométrica dos pacientes. Após a auditoria, implementamos a visita e evolução nutricional para todos os pacientes com nível de assistência 03, o que resultou em um aumento substancial no atendimento, de 1.079 para 3.437 atendimentos mensais.

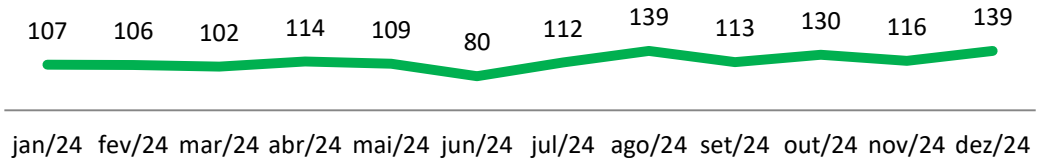
Expectativas de Melhoria para o Próximo Ano: Para o próximo ano, nossa principal expectativa é dar continuidade aos processos de melhoria contínua, visando otimizar ainda mais nossos indicadores e ampliar a qualidade dos serviços prestados. O objetivo é manter a evolução e buscar novas oportunidades de aprimoramento nas práticas e nos fluxos do setor.

Gráfico 44 – Número de Atendimentos



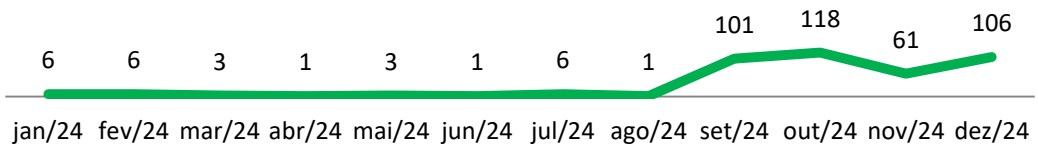
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 45 – Número de Triagem Nutricional



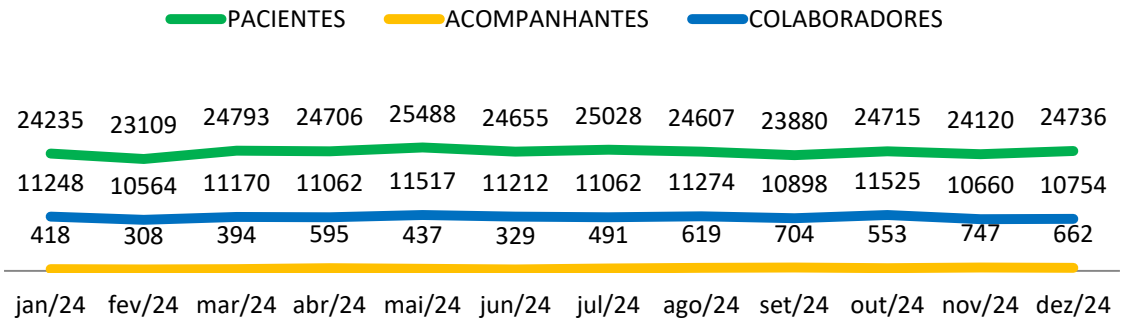
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 46 – Número de Orientação Nutricional na Alta



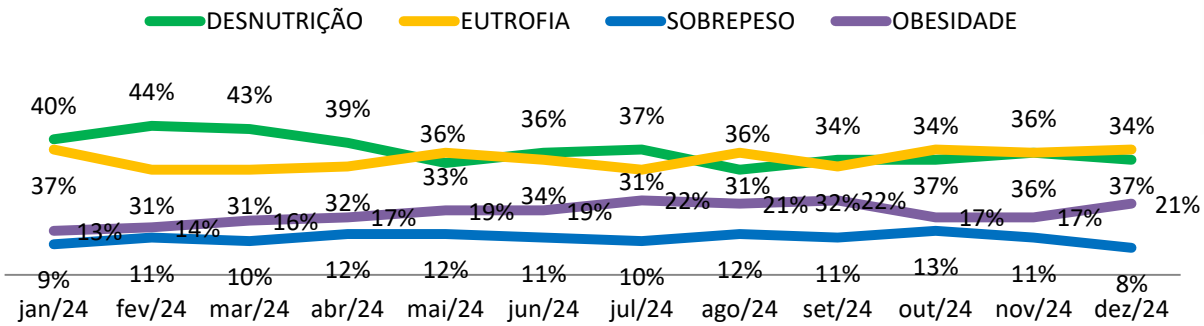
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 48 – Índice de IMC – Ano de 2024



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

3.3.2. Fisioterapia

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

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

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

Tabela 23 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE ATENDIMENTOS	> 7.200	7191	6716	7289	7129	7396	7073	7219	7157	6618	7248	*	*
Nº DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	> 10.000	10783	9858	11313	11022	11688	11594	14105	15245	14036	15292	16092	15081
Nº DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 8.500	7888	7923	8695	8722	9518	8916	9058	9559	8635	8131	8227	8415
Nº DE INTUBAÇÕES	M/R	2	1	9	2	5	6	6	7	6	7	2	4
Nº DE EXTUBAÇÕES	M/R	1	0	4	2	4	2	3	5	5	2	2	0

Nº DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1
MÉDIA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	M/R	13,5	11,1	14	13	12	13,2	14,3	14,1	12,01	11,9	11,7	12,6
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	M/R	9,5	8,4	11,6	10,5	12,9	9,8	8	10,6	13,6	13,4	11,7	15,7
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	M/R	3,4	1,9	3,1	1,8	3,2	3,6	3,5	3,8	3,7	4,9	3,4	4,3
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	M/R	0,3	0,4	0,4	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,7	0,5	0	0,4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Mês de novembro e dezembro não tivemos mensuaração do indicador devido problemas no sistema.

ANALISE CRÍTICA – FISIOTERAPIA

Situação Atual: Infelizmente, não foi possível obter os dados completos de atendimentos dos meses de novembro e dezembro devido a falhas no sistema SMPEP. A equipe de Tecnologia da Informação (TI) já foi acionada e está trabalhando na resolução do problema, o que impactou a análise dos atendimentos mensais nesses dois meses.

Análise Geral de 2024: Durante o ano, a meta de 7.200 atendimentos mensais foi consistentemente superada, com um desempenho excelente. Na fisioterapia respiratória, todos os meses superaram a meta de 10.000 procedimentos, evidenciando um desempenho excepcional. Para a fisioterapia motora, a meta anual foi quase atingida, o que demonstra consistência. Em relação às extubações, os índices de falhas permaneceram baixos, refletindo um bom trabalho na execução das extubações planejadas.

Principais Dificuldades: As principais dificuldades enfrentadas em 2024 foram a falta de uma comissão efetiva, que dificultou a comunicação e a resolução de problemas estratégicos. Além disso, a integração com a equipe multiprofissional ainda apresentou desafios, especialmente na continuidade do cuidado e na comunicação entre as equipes.

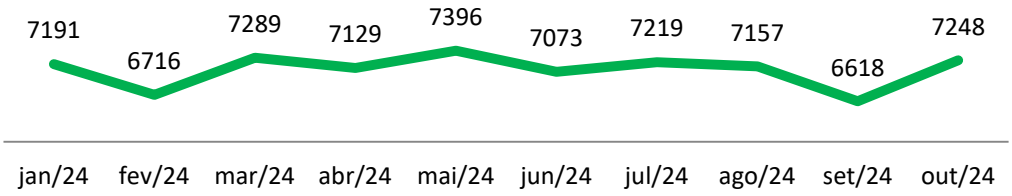
Planos de Ação Implementados e seus Impactos: Algumas ações implementadas ao longo do ano tiveram impactos positivos significativos. A integração com a equipe multiprofissional foi aprimorada por meio de reuniões regulares para discussão de casos clínicos, o que resultou em maior alinhamento no cuidado e na redução de falhas nas trocas de plantão. A implementação do cuidado integrado com apoio da família fortaleceu a adesão dos pacientes e melhorou os resultados no processo de reabilitação. Além disso, o fortalecimento da missão, visão e valores do INTS por meio de capacitações sobre o papel da fisioterapia e o propósito do hospital contribuiu para o alinhamento da equipe. O projeto de acolhimento, voltado para a melhoria do conforto e acolhimento dos pacientes e familiares, foi um sucesso, promovendo uma humanização no atendimento.

Expectativas de Melhorias para 2025: Para o próximo ano, as expectativas incluem a capacitação contínua da equipe, com cursos regulares nas áreas de fisioterapia respiratória, motora e humanização. Além disso, é fundamental investir em capacitações sobre liderança e comprometimento organizacional para melhorar o engajamento dos colaboradores. As reuniões interdisciplinares também devem ser intensificadas para otimizar o cuidado integrado entre as equipes. A criação de protocolos especializados para pacientes com doenças cardíacas e pulmonares, junto com metas específicas para a reabilitação funcional, será outra área de foco. Além disso, a humanização do atendimento será aprimorada, com a criação de novos projetos de acolhimento e uma maior ênfase no empoderamento dos pacientes, para garantir maior adesão aos tratamentos fisioterapêuticos.

Resumo e Conclusões: O ano de 2024 foi marcado por avanços importantes em vários indicadores, destacando-se especialmente os resultados

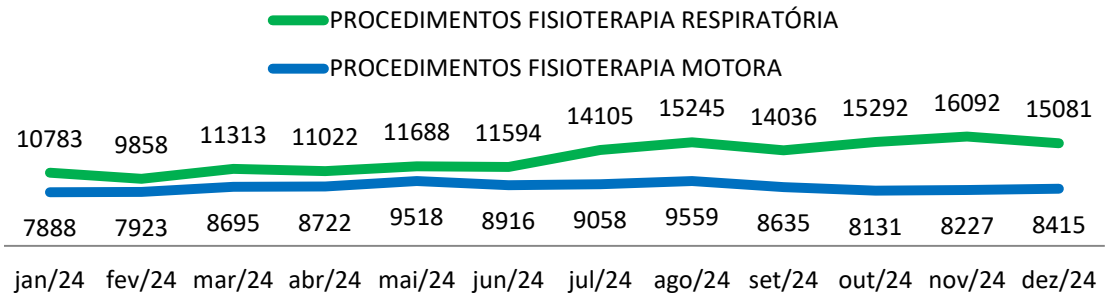
da fisioterapia respiratória e motora. Apesar dos ótimos resultados, os desafios na integração da equipe, comunicação e comprometimento dos colaboradores precisam ser superados. O foco para 2025 será continuar a capacitação da equipe, consolidar a integração multiprofissional e manter a ênfase nos valores institucionais para melhorar ainda mais o impacto da fisioterapia na comunidade.

Gráfico 49 – Número de Atendimentos



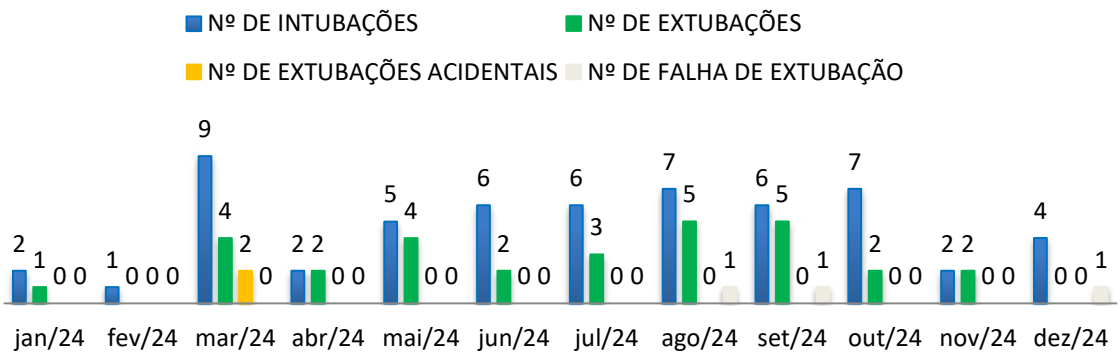
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 50 – Procedimentos



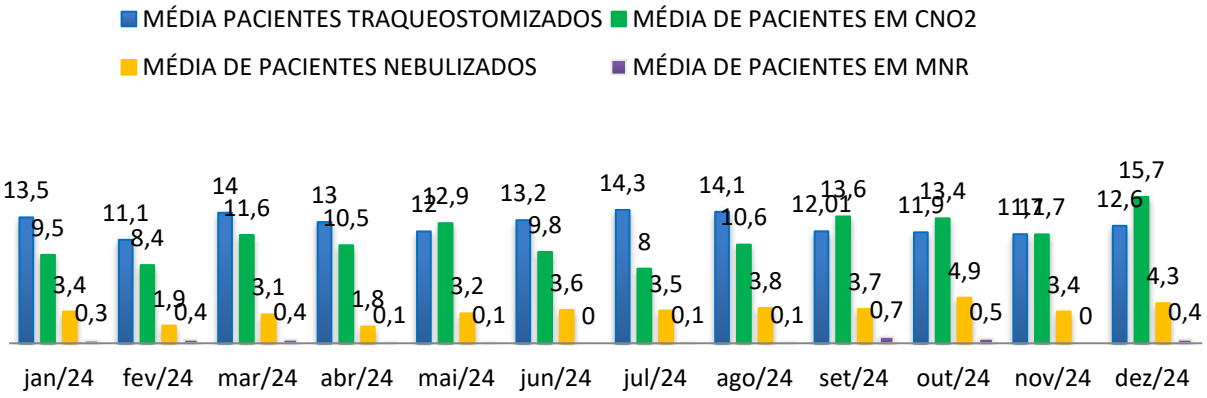
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Ventilação Mecânica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

- Planejamento de Alta e Transição: Trabalham no planejamento da alta hospitalar, garantindo que o paciente tenha um plano de continuidade

de cuidados apropriado. Isso pode envolver a coordenação com serviços de saúde domiciliar, reabilitação, ou instituições de cuidados prolongados.

- Acesso a Recursos e Benefícios: Facilitam o acesso a recursos e serviços externos, como programas de assistência financeira, benefícios governamentais, e serviços comunitários. Ajudam a navegar pelo sistema de seguridade social e a preencher a papelada necessária para obter assistência.
- Suporte para Famílias e Cuidadoras: Oferecem apoio e recursos para familiares e cuidadores, ajudando-os a entender melhor a condição do paciente e a lidar com as responsabilidades do cuidado. Isso pode incluir grupos de apoio e treinamento sobre cuidados especiais.

Tabela 24 – Indicadores de Serviço Social

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	1	0	2	4	4	8	2	1	2	2	6	5
Nº DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	M/R	3	0	2	1	0	0	2	4	0	5	3	1
N° DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	M/R	0	0	0	5	0	0	1	0	59	8	0	2
N° DE ADMISSÕES DE PACIENTES SOCIAL	M/R	2	4	7	9	9	8	1	5	7	3	8	6
N° DE PACIENTES AÇÕES SÓCIO EDUCATIVA	M/R	16	8	10	5	5	11	10	10	9	14	7	7

TAXA DE EVASÃO/DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	< 5%	2%	2,13%	2,50%	0%	1%	2%	1%	4,79%	1%	1%	2%	1%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	M/R	100%	97%	95,50%	84,63%	92,86%	88%	90,91%	77,78%	80%	93,75%	92%	90%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA - SERVIÇO SOCIAL

Em dezembro de 2024, o número de altas hospitalares foi de 120, com um total de 1.107 altas ao longo do ano, destacando os meses de julho, agosto e outubro com os maiores volumes. As estratégias de desospitalização foram fortalecidas, contribuindo para esse aumento. O número de visitas em dezembro foi de 321, com um total anual de 6.169 visitas, superando as médias mensais de meses anteriores, embora tenha ocorrido uma diminuição em dezembro devido à ausência temporária de um membro da equipe.

Em relação ao número de solicitações de oxigênio, foram feitas 5 em dezembro e 41 ao longo de 2024, refletindo o contínuo apoio aos pacientes que necessitam de acompanhamento domiciliar. Quanto às altas para domicílio ou EMAD, em dezembro houve 1 alta, totalizando 13 ao longo do ano, destacando o apoio domiciliar como alternativa à hospitalização prolongada. O número de relatórios de apoio foi 3 em dezembro, com 81 emitidos ao longo do ano, reforçando o processo de encaminhamento e desospitalização.

Em dezembro, ocorreram 6 admissões de pacientes sociais, com um total de 70 ao longo do ano, com foco na inclusão de pacientes em condições vulneráveis. O número de pacientes em atividades socioeducativas foi de 7 em dezembro e mais de 100 ao longo do ano, com o objetivo de promover a conscientização familiar e a integração com a equipe multiprofissional. O departamento de serviço social realizou 3 orientações sobre benefícios de aposentadoria em dezembro, totalizando 38 ao longo do ano. A taxa de acolhimento de óbitos foi de 90% em dezembro, mantendo uma média acima

de 90% durante o ano, mas sem atingir a meta de 100%, devido à ausência de assistente social durante a noite.

Pontos Fortes de 2024: A desospitalização de pacientes foi um dos principais pontos fortes, com a alta efetiva de pacientes com apoio para ILPIs, casas de apoio e cuidado domiciliar por meio do EMAD. Isso contribuiu para a redução do tempo de internação e para a promoção de cuidados mais holísticos. Outro ponto forte foi o suporte documental, com a colaboração com a Polícia Civil para emissão de identidades de pacientes não identificados, garantindo acesso a benefícios e inclusão social.

As ações socioeducativas e a conscientização familiar também se destacaram, com atividades contínuas que prepararam as famílias para o cuidado domiciliar, fortalecendo os laços familiares e as responsabilidades. Além disso, mais parcerias foram formadas para acomodar pacientes acima de 60 anos em situações vulneráveis, o que contribuiu para o apoio eficiente à desospitalização.

Áreas para Melhoria: Houve desafios na gestão de recursos humanos, principalmente durante a redução de equipe em dezembro, o que afetou diretamente o fluxo de visitas. É necessário desenvolver um plano mais robusto para cobrir essas ausências. Também há a necessidade de expandir as parcerias com mais instituições que aceitem pacientes com comorbidades mais severas e condições sociais específicas, o que ainda representa uma limitação.

Principais Desafios Enfrentados: A adesão familiar ao cuidado domiciliar foi um dos principais desafios, com resistência por parte de algumas famílias, especialmente em relação a pacientes beneficiários de assistência social. A falta de leitos em ILPIs e abrigos também dificultou o processo de desospitalização de alguns pacientes. Além disso, casos de vulnerabilidade social, como pacientes sem identificação ou com familiares ausentes, continuam sendo um desafio recorrente. Em dezembro, houve uma diminuição

no fluxo de solicitações e visitas, impactando o volume de serviços prestados e as ações realizadas.

Planos de Ação Implementados e seus Impactos: Durante o ano, foram implementadas ações de educação familiar, com conferências e capacitações sobre cuidados domiciliares, o que resultou em maior envolvimento das famílias no processo de desospitalização. Também foram formalizadas parcerias com ONGs e ILPIs para atender pacientes com mais de 60 anos em situações de vulnerabilidade, o que reduziu a permanência de pacientes sociais no hospital.

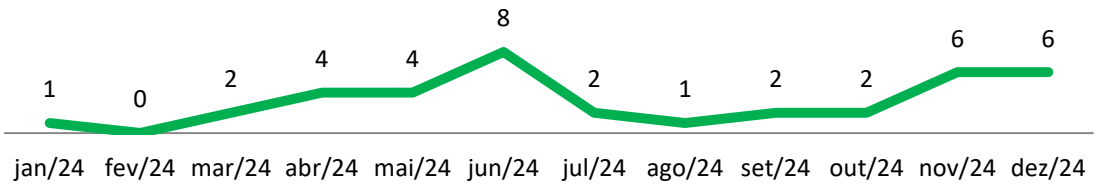
Além disso, a mediação de conflitos familiares foi abordada com apoio psicológico e social, o que fortaleceu os laços familiares e aumentou a adesão ao cuidado domiciliar. Outro ponto importante foi o suporte à documentação, com emissão de IDs para pacientes não identificados, garantindo a inclusão social e o acesso a benefícios.

Expectativas de Melhoria para 2025: Para 2025, a expectativa é fortalecer ainda mais as parcerias com ONGs e instituições para atender pacientes vulneráveis, expandindo as possibilidades de desospitalização. Também será necessário intensificar a educação familiar, realizando mais atividades educativas para preparar as famílias para o cuidado domiciliar. A gestão de recursos humanos será aprimorada para garantir a continuidade do atendimento durante períodos de férias ou ausências de equipe.

Além disso, espera-se a implementação de um sistema de alta mais rápido, com a automatização de registros e melhoria na comunicação com instituições externas, otimizando o processo de desospitalização. Outra meta é o advocacy em políticas públicas, com a recomendação de novas políticas que melhorem a desospitalização e apoiem a admissão de pacientes em instituições parceiras.

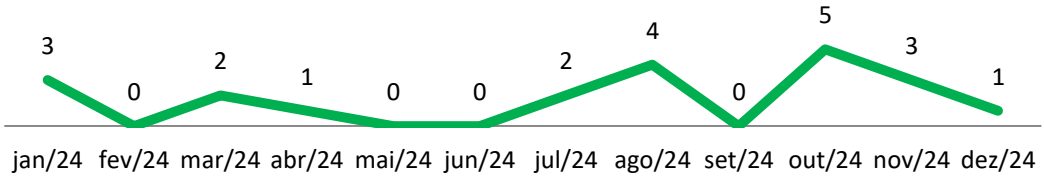
Conclusão: O ano de 2024 foi marcado por um avanço significativo na desospitalização e no fortalecimento do suporte social aos pacientes, com ênfase na integração familiar e nas parcerias estratégicas. Desafios como a resistência familiar ao cuidado domiciliar e a limitação de recursos foram superados com estratégias consistentes, como a formalização de parcerias e as atividades educativas. Embora tenha ocorrido uma diminuição no fluxo de trabalho em dezembro, as ações implementadas resultaram em avanços significativos. As expectativas para 2025 incluem a melhoria contínua no atendimento, expansão das parcerias e aumento da eficiência no processo de desospitalização.

Gráfico 53 – Número de Solicitações de O2



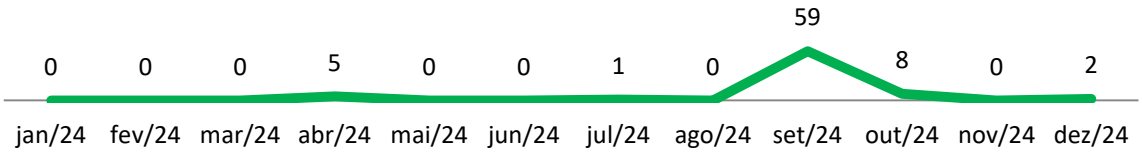
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 54 – Número de Alta Melhorada em Casa/EMAD



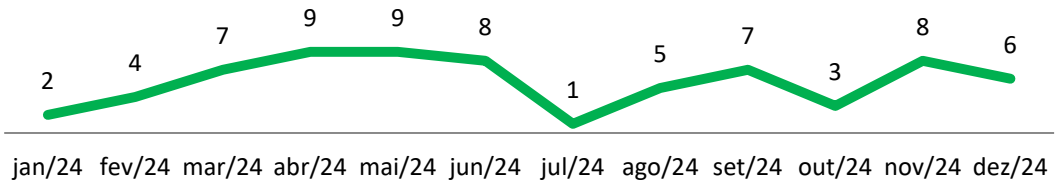
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 55 – Número de Relatórios de Retaguarda



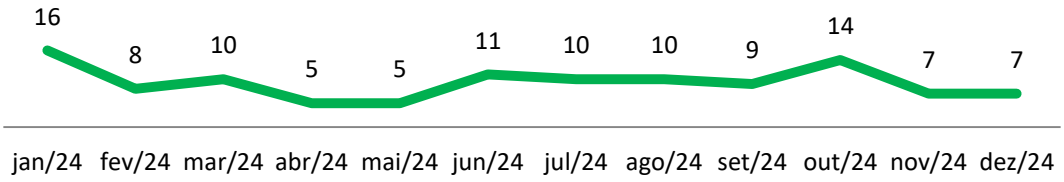
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 56 – Número de Admissões de Pacientes Sociais



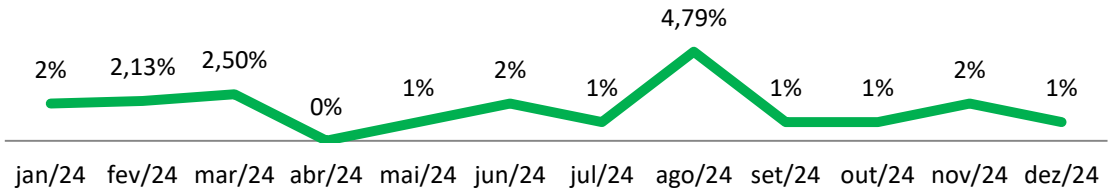
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Número de Pacientes Ações Socio Educativas



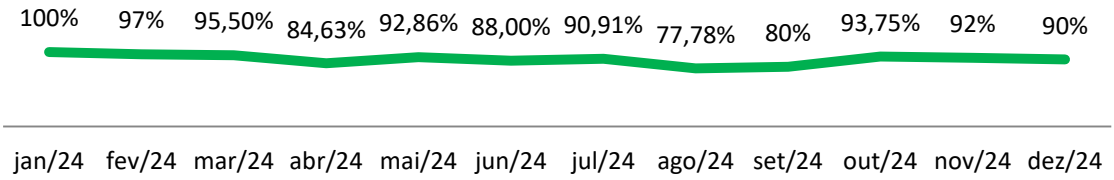
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de Evasão/ Desistência de Tratamento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 59 – Taxa de Acolhimento de Óbito



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.4. Psicologia

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

- Avaliação Psicológica: Psicólogos hospitalares realizam avaliações detalhadas para entender o estado emocional e psicológico dos pacientes. Isso pode incluir a análise de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos, além de avaliar o impacto psicológico da doença e do tratamento.
- Apoio ao Luto e Perda: Oferecem suporte a pacientes e famílias que estão lidando com a perda de entes queridos ou com o luto relacionado ao processo de morte e morrer. Isso pode incluir intervenções para ajudar a processar o luto e encontrar formas saudáveis de lidar com a perda.
- Promoção da Adaptação ao Tratamento: Ajudam os pacientes a lidar com os desafios emocionais relacionados ao tratamento médico, como efeitos colaterais, mudanças na autoimagem e a adaptação a novas realidades de vida. Trabalham para melhorar a adesão ao tratamento e apoiar a resiliência emocional.

- Suporte a Familiares e Cuidadores: Oferecem apoio psicológico a familiares e cuidadores, ajudando-os a lidar com o estresse e os desafios emocionais associados ao cuidado de um ente querido no hospital. Isso pode incluir estratégias para lidar com o desgaste emocional e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Tabela 25 – Indicadores de Psicologia

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE INTERCONSULTAS RECEBIDAS	M/R	42	24	47	43	30	23	29	34	38	16	23	53
Nº DE INTERCONSULTAS REALIZADAS	M/R	53	42	62	51	51	53	57	56	24	30	8	27
Nº DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 80	102	107	106	104	149	113	132	114	93	71	38	26
N° DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	M/R	4	2	8	8	5	3	6	6	4	8	8	15
N° DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	M/R	12	24	23	24	23	38	38	23	18	12	3	51
N° DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	M/R	11	3	10	3	12	4	5	7	9	8	1	9
N° DE REUNIÕES E CONFERENCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	M/R	19	8	8	5	10	5	6	5	9	5	2	5
N° DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS	M/R	25	22	23	14	18	15	10	11	6	7	7	9

TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICIDIO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	M/R	52%	47%	45%	48%	53%	47%	46%	45%	44%	44%	47%	37%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

O setor de psicologia desempenhou um papel crucial ao longo de 2024, focando no fortalecimento do suporte emocional tanto a pacientes quanto às suas famílias, contribuindo para o descongestionamento de pacientes que retornavam aos hospitais e aprimorando o processo de cuidados paliativos. Apesar da rotatividade de pessoal e da redução do fluxo de pacientes no mês de dezembro, devido à sazonalidade e à menor demanda tanto médica quanto familiar, o departamento obteve resultados notáveis. As ações voltadas para a mediação de conflitos familiares, o suporte emocional contínuo e a integração com a equipe multidisciplinar foram determinantes para o alcance das metas e para a consolidação da relevância da saúde mental no ambiente hospitalar.

Metas Definidas e Resultados Alcançados

- Sessões Psicológicas: A meta era realizar pelo menos 230 sessões por mês, com destaque para os meses de janeiro, junho e maio. Em dezembro, foram realizadas 53 sessões, e ao longo do ano, o total alcançado foi de 2.708 sessões.
- Interconsultas Recebidas e Realizadas: O objetivo era monitorar e registrar as consultas. Em dezembro, foram recebidas 27 consultas e realizadas 26. O total anual foi de 366 consultas recebidas, com 478 realizadas, o que demonstra uma boa integração com a equipe multidisciplinar.
- Conferências Familiares: A meta de realizar pelo menos 80 encontros por mês foi cumprida em grande parte, com um total de 1.281

conferências familiares ao longo do ano. Em dezembro, 51 encontros ocorreram, destacando o contínuo suporte emocional às famílias.

- Cuidados Paliativos: Em dezembro, dois pacientes foram inseridos no protocolo de cuidados paliativos, totalizando 83 pacientes ao longo do ano, com um progresso significativo no fortalecimento do comitê e na realização de reuniões e conferências familiares.
- Intercorrências em Casos Críticos: Em dezembro, 15 intercorrências foram atendidas. Ao longo do ano, o total de casos críticos foi de 141, com maior foco em situações de risco emocional e vulnerabilidade social.

Pontos Fortes

- Fortalecimento da Desospitalização: O papel da psicologia foi essencial para fornecer suporte emocional às famílias e promover a conscientização sobre a corresponsabilidade no cuidado domiciliar. Este trabalho resultou em um processo de alta mais seguro e humanizado, promovendo a reintegração dos pacientes em seus lares.
- Gestão da Comissão de Cuidados Paliativos: A psicologia teve um papel de liderança dentro do comitê, organizando melhor os protocolos e ações. Isso permitiu uma abordagem mais holística dos cuidados paliativos, com um suporte psicológico contínuo tanto para os pacientes quanto para suas famílias.
- Integração Multidisciplinar: A colaboração estreita com as outras áreas garantiu que as questões emocionais e comportamentais fossem tratadas de maneira mais eficaz, aumentando a eficiência do atendimento psicológico.
- Gestão de Casos Críticos: O manejo de situações de vulnerabilidade social e de risco emocional foi realizado de forma sensível, garantindo maior segurança para os pacientes e prevenindo crises emocionais.

Áreas a Melhorar

- Rotatividade de Pessoal: A substituição de profissionais no setor afetou a continuidade das atividades, gerando períodos de adaptação. Para resolver isso, propõe-se o estabelecimento de planos de integração para novos membros e estratégias que incentivem a retenção dos profissionais.
- Desospitalização com Suporte Psicológico: Foram realizadas ações para conscientizar as famílias sobre a corresponsabilidade no cuidado domiciliar. Como impacto, a alta hospitalar foi mais segura, com maior envolvimento das famílias no cuidado do paciente após a desospitalização.
- Fortalecimento do Comitê de Cuidados Paliativos: A psicologia assumiu a liderança na organização das reuniões e conferências familiares. Isso resultou em melhorias no processo de tomada de decisão e no suporte emocional oferecido às famílias durante o final de vida.
- Mediação de Conflitos Familiares: Intervenções diretas foram realizadas em famílias resistentes à desospitalização, facilitando a aceitação do processo. Esse esforço aumentou a adesão das famílias ao processo e contribuiu para um ambiente mais acolhedor para os pacientes.

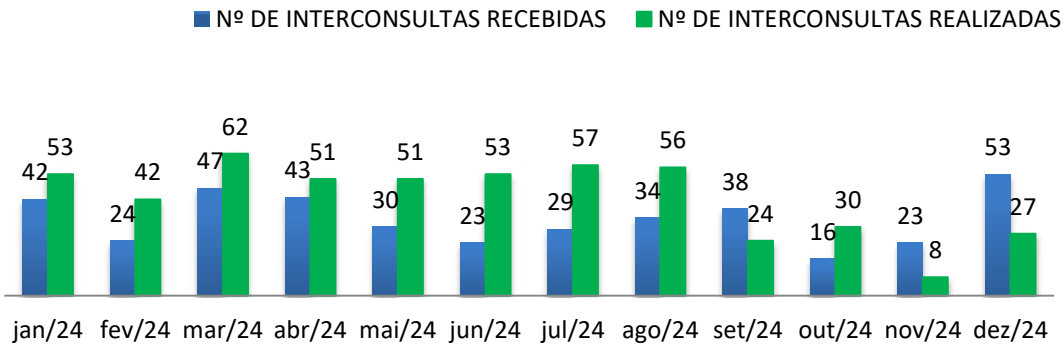
Expectativas de Melhoria até 2025

- Suporte Emocional Intensivo: Fornecer sessões regulares de aconselhamento psicológico a pacientes e suas famílias durante a transição hospitalar, garantindo um suporte emocional contínuo.
- Programa de Psicoterapia em Grupo: Implementar grupos terapêuticos direcionados a pacientes e cuidadores, promovendo o compartilhamento de experiências e suporte emocional.
- Treinamento Multidisciplinar: Treinar as equipes de saúde sobre a importância da saúde mental e integrar práticas psicológicas nas rotinas diárias de cuidado, promovendo uma abordagem mais holística e humanizada.

- Suporte ao Familiar para Alta: Criar programas durante a internação do paciente para ajudar a família a identificar e lidar com o estresse emocional e a carga das responsabilidades de cuidado, facilitando o processo de transição do paciente para o ambiente domiciliar.
- Avaliação Psicológica Regular: Incorporar avaliações psicológicas nos protocolos de admissão e alta para garantir que os pacientes e suas famílias recebam o suporte emocional adequado.
- Integrando Terapias Complementares: Expandir o uso de terapias complementares, como arteterapia e musicoterapia, para enriquecer os tratamentos psicológicos e melhorar o bem-estar emocional dos pacientes.

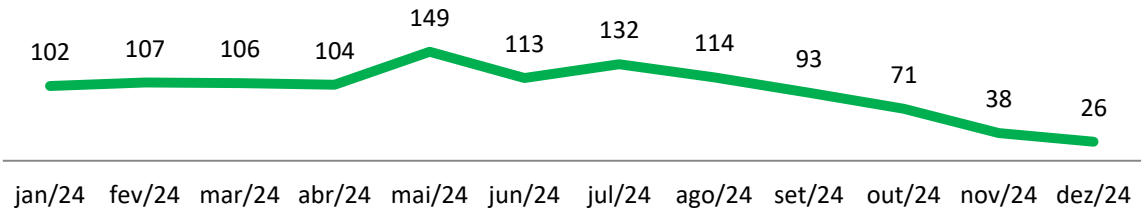
Conclusão: Em 2024, o setor de Psicologia obteve avanços significativos, principalmente em áreas de desospitalização, cuidados paliativos e no atendimento a casos críticos. Apesar dos desafios enfrentados, como a rotatividade da equipe e a diminuição do fluxo de pacientes em dezembro, os resultados mostram como a saúde mental é essencial na assistência integral. Em 2025, a expectativa é consolidar os progressos alcançados, expandir o suporte psicológico e fortalecer ainda mais as parcerias com a equipe multidisciplinar, visando uma prestação de serviços cada vez mais humanizada e eficiente.

Gráfico 60 – Número Interconsultas da Psicologia



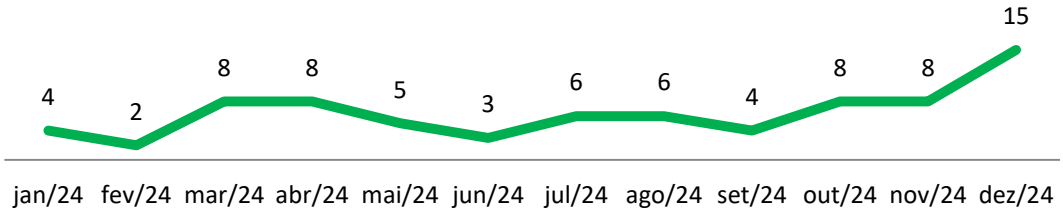
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61 – Número Atendimentos Familiares



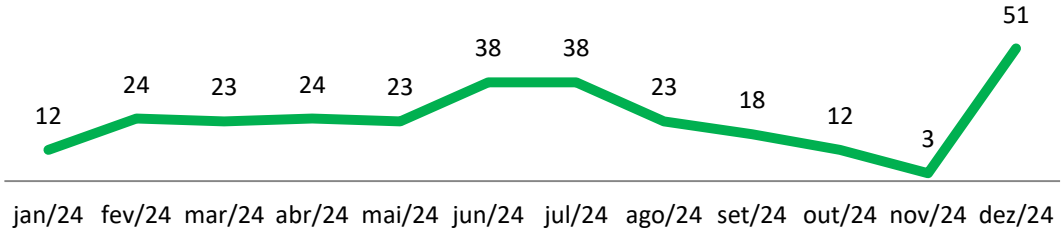
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Número Visitas de Menor de 12 anos



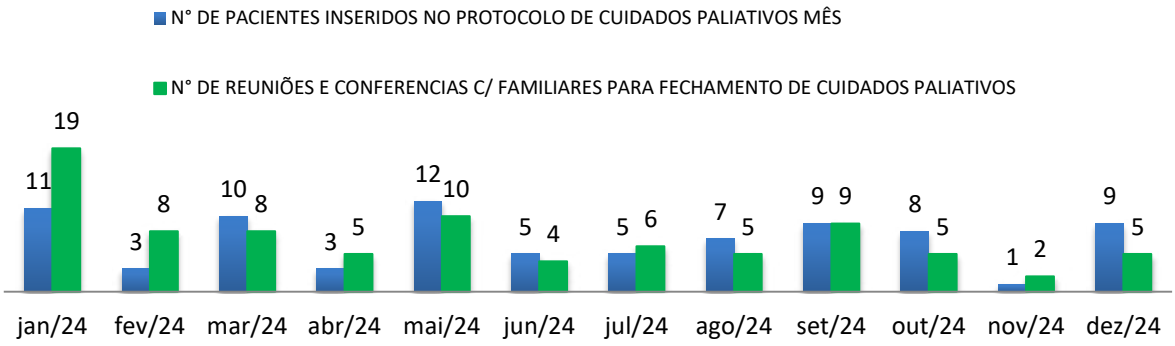
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Número de Atendimento Psiquiátrico



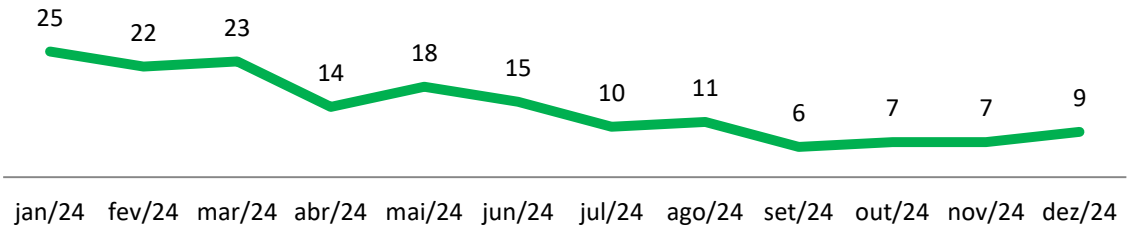
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Cuidados Paliativos



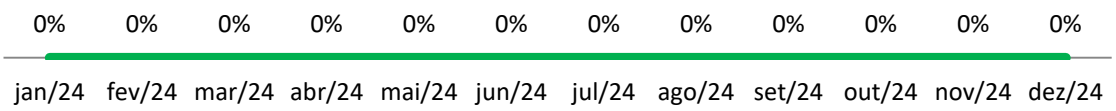
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Noticias



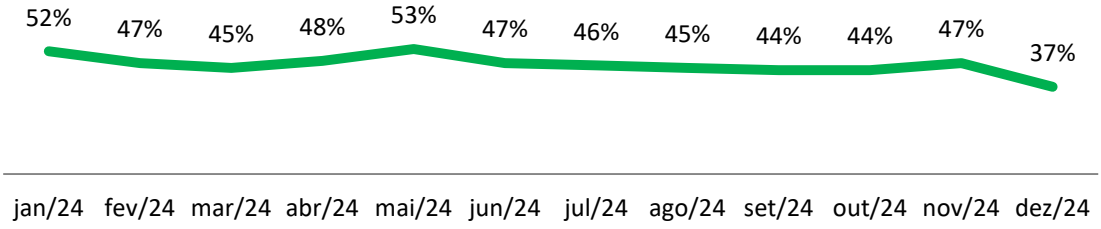
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 66 - Taxa de Pacientes em Risco de Vulnerabilidade Emocional e Risco de Suicídio



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 67 - Taxa de Pacientes em Cuidados Paliativos (Retaguarda)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.5. Fonoaudiologia

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

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

Tabela 26 – Indicadores de Fonoaudiologia

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE ATENDIMENTOS	M/R	277	255	290	314	383	322	365	418	493	113	100	94
Nº DE AVALIAÇÕES	M/R	93	54	82	79	61	36	71	91	71	66	84	88
Nº DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	M/R	10	1	5	5	3	4	7	7	6	9	8	1
Nº DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	M/R	22	6	13	14	7	0	14	24	56	40	38	30
TAXA DE DECANULADOS	< 23%	14%	0%	9%	11%	0%	0%	18%	7%	0%	0%	0%	1%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	90%	67%	88%	79%	74%	72%	78%	85%	41%	40%	99%	98%	100%
TAXA DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE ESPESSANTE	M/R	38%	22%	33%	16%	54%	36%	32%	30%	39%	42%	32%	17%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	M/R	21%	17%	16%	23%	14%	0%	38%	7%	42%	0%	0%	14%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	M/R	29%	0%’	28%	71%	14%	14%	71%	47%	42%	0%	0%	7%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados:

- Número de Avaliações: Houve consistência mensal ao longo do ano, com bons resultados, especialmente no segundo semestre, onde as avaliações se mantiveram mais regulares.
- Taxa de Pacientes com Triagem para Disfagia: A adesão ao protocolo aumentou significativamente ao longo do ano, atingindo 100% em dezembro, o que é um marco positivo para a equipe de fonoaudiologia.
- Treino de Oclusão ou Uso de Válvula de Fala: Embora tenha havido bons índices em alguns meses, a consistência entre os meses precisa ser melhorada, visando ao uso regular da válvula e a continuidade do tratamento.
- Número de Altas: O mês de setembro teve o melhor desempenho, com 56 altas. Porém, houve variações ao longo do ano, o que indica que a regularidade nas altas precisa ser aprimorada.

Principais Dificuldades Encontradas:

- Compromisso dos Colaboradores Assistenciais com Pacientes com Sinais de Disfagia: Houve uma falha no reconhecimento precoce dos sinais de disfagia por parte da equipe assistencial, o que limitou as intervenções rápidas e eficazes.
- Adesão dos Médicos ao Protocolo de Broncoaspiração: Embora a adesão ao protocolo tenha sido boa em dezembro, houve resistência e inconsistências na aplicação do protocolo ao longo do ano, dificultando a universalização da prática.

Planos de Ação Implementados e seus Impactos em 2024

- Integração com a Equipe Multiprofissional: Reuniões clínicas periódicas foram realizadas para discutir casos complexos e definir estratégias de

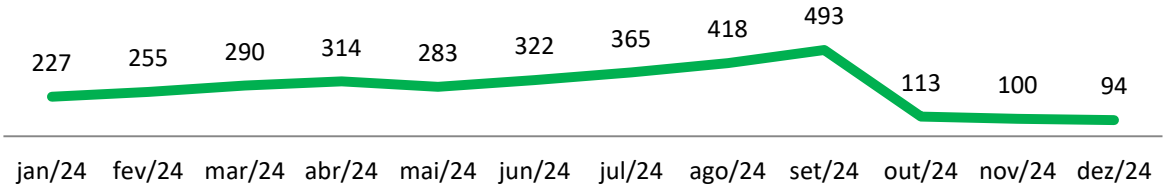
manejo conjunto, resultando em melhorias na continuidade do cuidado e alinhamento entre as equipes.

- Treinamento com a Equipe de Fonoaudiologia: A capacitação dos colaboradores sobre disfagia, cuidados com traqueotomia e segurança alimentar aumentou a adesão ao protocolo de broncoaspiração e sensibilizou a equipe quanto à importância dessas práticas.
- Cuidado Integrado com Apoio da Família: O envolvimento das famílias foi intensificado, o que levou a uma maior adesão dos pacientes ao tratamento e otimizou o processo de reabilitação.
- Melhor Monitoramento e Continuidade do Cuidado: O monitoramento mais rigoroso dos pacientes e a continuidade no cuidado resultaram em melhores resultados de reabilitação e manejo da disfagia.

Expectativas de Melhorias para 2025:

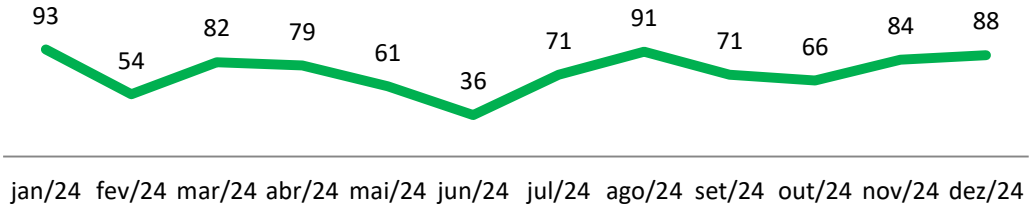
- Treinamento Interdisciplinar: Promover formações conjuntas entre fonoaudiólogos, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas para melhorar a comunicação e o manejo integrado de casos complexos, como pacientes com disfagia grave e traqueostomizados.
- Ampliar a Integração Multidisciplinar;
- Desenvolvimento de programas específicos a reabilitação de pacientes traqueostomizados e com disfagia grave, com foco na transição segura para alimentação oral.
- Aumentar a Adesão a Protocolos de Manejo de Traqueostomia.
- Humanização do Atendimento: Envolver mais os pacientes e suas famílias durante todo o processo de reabilitação, destacando o papel ativo de todos os envolvidos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Gráfico 68 – Número de Atendimentos Fono



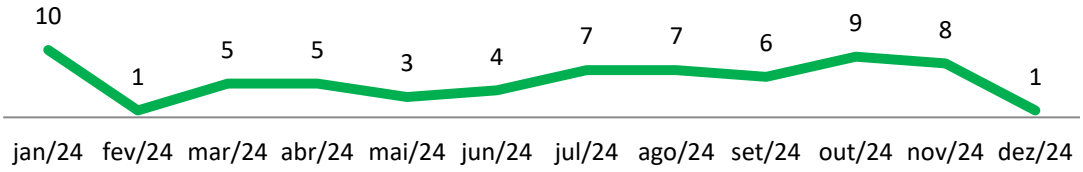
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Número de Avaliações de Fono



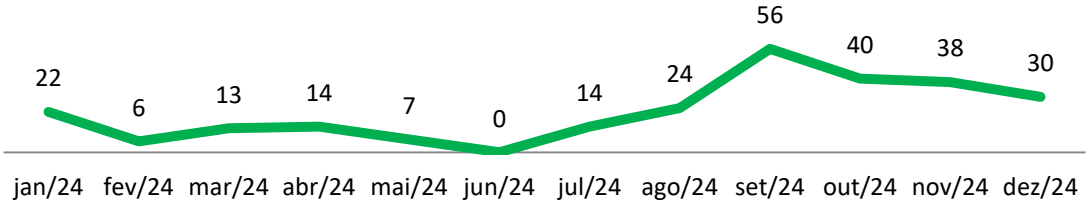
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Número de Pacientes que Passaram de Via Alternativa para Oral



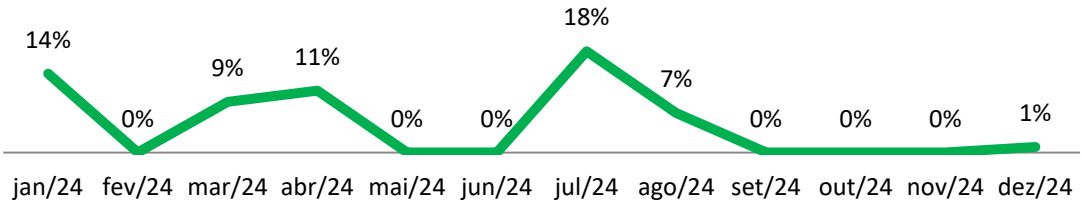
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71 – Número de Altas de Fonoaudilogia



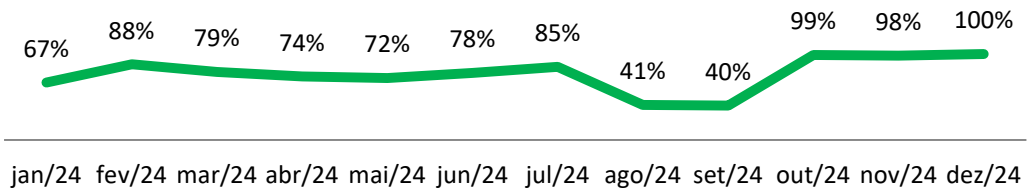
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 72 – Taxa de Decanulados



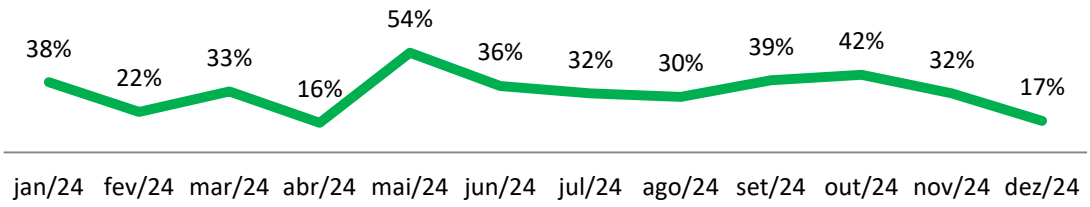
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 73 – Taxa De Pacientes Inseridos No Protocolo De Broncoaspiração



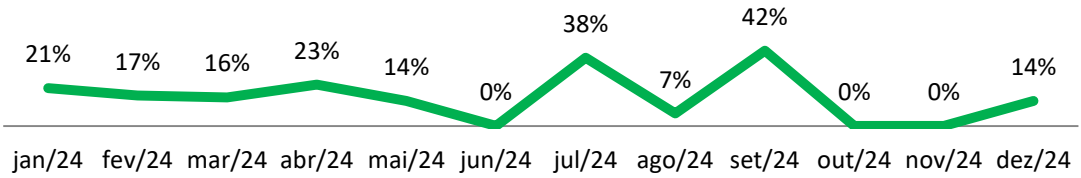
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 74 – Taxa De Pacientes Com Indicação De Espessante



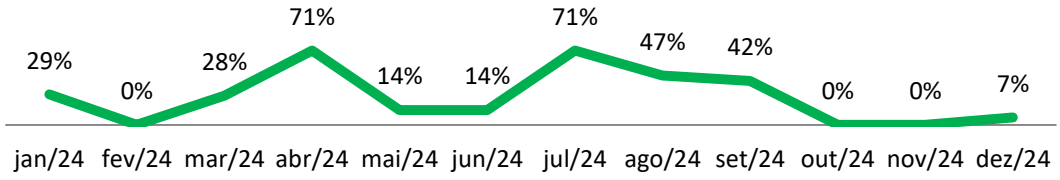
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Taxa De Treino De Oclusão Ou Uso De Válvula De Fala



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Taxa De Pacientes Realizado Desmame De Cuff



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.6. Terapia Ocupacional

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

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

- Reabilitação Cognitiva: Para pacientes com comprometimento cognitivo, trabalham para melhorar habilidades como memória, atenção e resolução de problemas, utilizando atividades e exercícios específicos.
- Intervenção em Casos de Lesões ou Doenças Neurológicas: Oferecem suporte a pacientes com condições neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões na medula espinhal, para melhorar a recuperação funcional.

Tabela 27 – Indicadores de Terapia Ocupacional

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
N° DE ATENDIMENTOS ADULTO	M/R	47	39	36	43	49	41	37	45	45	41	31	*
N° DE ATENDIMENTOS PEDIÁTRICO	M/R	4	6	11	11	5	11	3	8	5	8	6	*
N° DE AVALIAÇÕES	M/R	25	20	8	23	16	6	18	27	18	19	6	*
N° DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	M/R	2	5	4	2	6	8	8	10	9	6	0	*
N° DE INTERCONSULTAS	M/R	12	20	4	14	15	10	7	5	3	6	4	*
N° DE ALTA POR PARTE DA TERAPIA OCUPACIONAL	M/R	0	0	0	3	1	0	0	1	3	1	0	*
N° DE BUSCA ATIVA OU ESPONTÂNEA PARA ATENDIMENTO	M/R	39	26	7	8	2	7	6	15	26	25	23	*

N° DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO	M/R	20	30	9	23	32	27	9	32	43	44	34	*
N° DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	M/R	20	30	46	25	43	41	17	24	11	13	8	*
N° DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	M/R	2	5	14	23	22	13	25	40	48	47	35	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – TERAPIA OCULPACIONAL

Os indicadores de terapia ocupacional para o mês de dezembro de 2024 não puderam ser coletados. Isso ocorre devido o desligamento do profissional técnico. A *ausência de um terapeuta ocupacional influenciou diretamente o registro e a continuidade das atividades no mês passado.

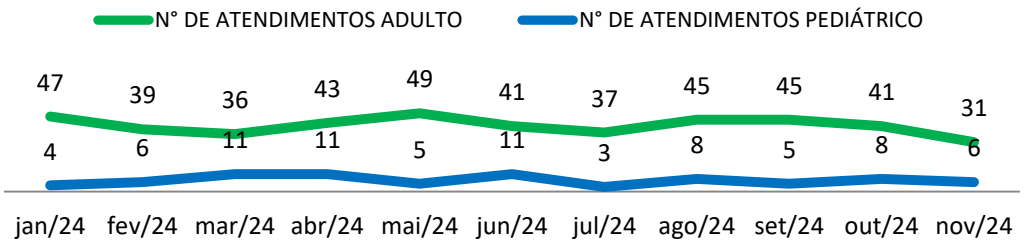
Objetivo para 2025

O principal objetivo no próximo ano será a contratação de um novo terapeuta ocupacional. Este profissional será integrado à equipe com foco em:

- **Reabilitação Funcional:** Desenvolver programas específicos voltados para aprimorar a recuperação e reintegração dos pacientes.
- **Cuidado Integrado:** Trabalhar de forma multiprofissional e envolver pacientes e famílias no processo de reabilitação.
- **Monitoramento de Indicadores:** Garantir registro consistente de dados e acompanhamento regular dos indicadores.

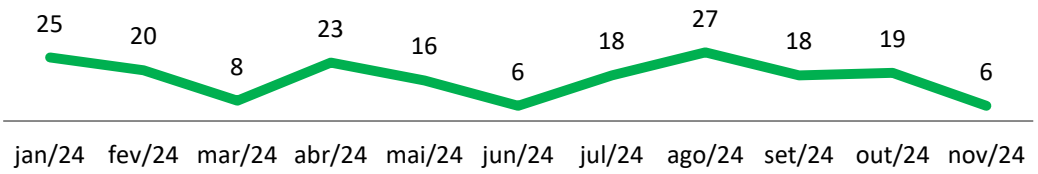
Por meio dessa nova contratação, esperamos fortalecer o serviço de Terapia Ocupacional para ter maior impacto na reabilitação de nossos pacientes, bem como alinhamento com os objetivos institucionais.

Gráfico 77 – Atendimentos Terapia Ocupacional



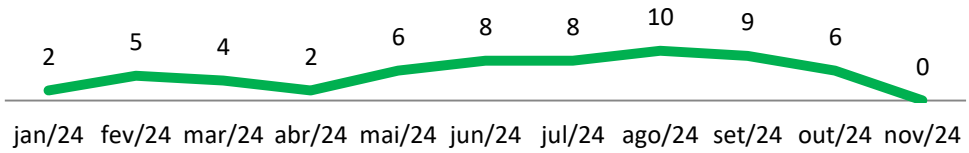
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Número de Avaliações Terapia Ocupacional



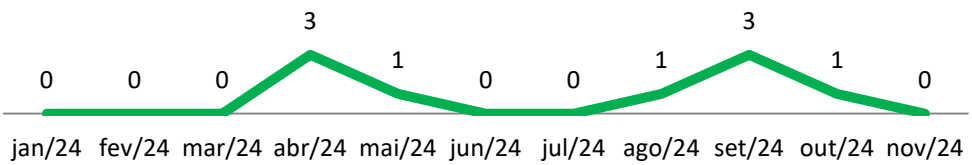
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 79 – Número de Reuniões de Grupos Educativos e/ou com Familiares



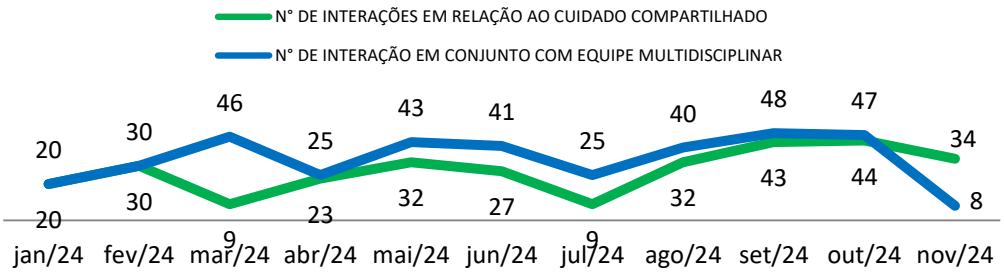
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 80 – Número de Alta por parte da Terapia Ocupacional



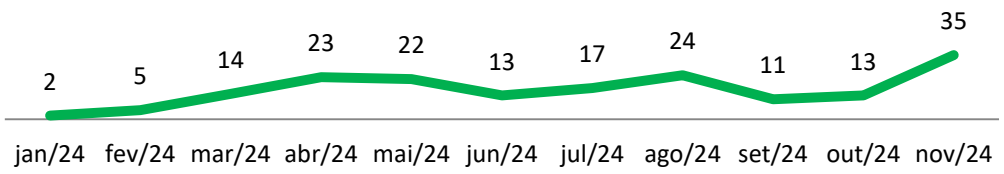
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 81 – Interações Terapia Ocupacional



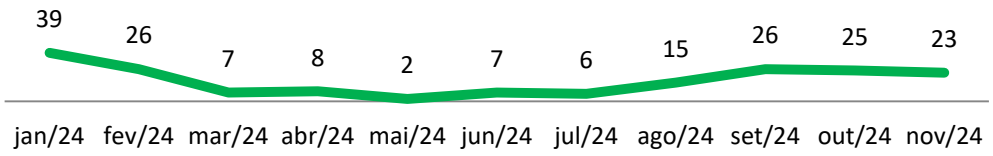
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 82 – Número de Tecnologia Assistida (Coxins e Ortese)



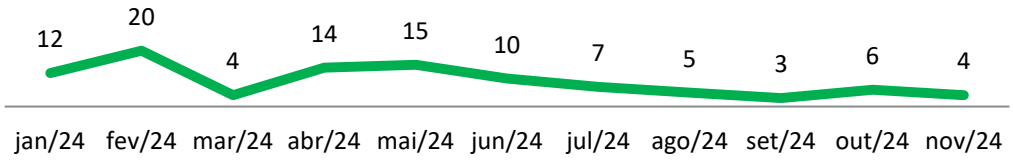
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 83 – Número De Busca Ativa Ou Espontânea Para Atendimento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 84 - Número de Interconsultas



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 28 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
N° DE AVALIAÇÕES	M/R	*	*	*	3	15	7	9	11	7	6	6	7
N° DE ATENDIMENTOS HIPNOTERAPIA	M/R	*	*	*	0	37	18	40	40	32	32	42	42
N° DE ATENDIMENTOS CROMOTERAPIA	M/R	*	*	*	0	49	59	40	40	61	59	56	60
N° DE ATENDIMENTOS AROMATERAPIA	M/R	*	*	*	0	15	7	29	21	10	9	29	39
N° DE ATENDIMENTOS OZOTERAPIA	MR	*	*	*		70	65	90	83	77	80	84	61
N° DE INTERCONSULTAS	M/R	*	*	*	5	6	7	6	6	5	1	0	0
N° DE ALTA	M/R	*	*	*	1	3	0	2	5	4	1	4	5
N° DE BUSCA ATIVA OU ESPONTÂNEA PARA ATENDIMENTO	M/R	*	*	*	2	7	2	9	9	5	5	9	6
N° DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	M/R	*	*	*	5	2	5	6	6	17	7	8	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

*Não indicadores passaram a serem mensurados pelo setor a partir de Abril/2024.

ANALISE CRÍTICA – TERPAIAS ALTERNATIVAS

O ano de 2024 foi marcado pelo crescente uso de práticas integrativas na atuação de um Analista de Saúde, com destaque para terapias como hipnoterapia, cromoterapia e aromaterapia. A implementação dessas abordagens teve como foco a promoção de um cuidado mais humanizado e centrado no paciente, sendo incorporadas a um modelo de trabalho interdisciplinar com outras áreas da saúde. O resultado foi um avanço significativo na aceitação dessas terapias, tanto pelos pacientes quanto pela equipe multidisciplinar.

O crescimento dos atendimentos ao longo do ano, especialmente em cromoterapia e hipnoterapia, reflete uma maior adesão e reconhecimento dessas práticas, mostrando sua eficácia e importância dentro do contexto terapêutico. No entanto, a análise também aponta desafios a serem superados para garantir a continuidade do progresso em 2025.

Áreas para Melhoria

- Mobilidade do Paciente: A troca de piso na sala de hipnoterapia afetou o fluxo de atendimentos e a pontualidade das sessões, o que indica a necessidade de um planejamento mais eficaz para futuras mudanças estruturais.
- Número de Buscas Ativas e Espontâneas: Embora tenha havido um aumento nas buscas em meses específicos, o número de novos pacientes ainda está aquém do ideal. A estratégia de divulgação para as terapias integrativas precisa ser mais robusta e direcionada.
- Treinamento e Pesquisa: Há espaço para expandir a participação em pesquisas científicas sobre a eficácia das terapias integrativas. A produção de publicações acadêmicas também é um ponto a ser trabalhado para aumentar o reconhecimento e a credibilidade dessas práticas.

Principais Desafios de 2024

- Infraestrutura: A troca de piso na sala de hipnoterapia gerou interrupções no atendimento, evidenciando a necessidade de uma melhor gestão de infraestrutura para evitar impactos no atendimento aos pacientes.
- Integração com a Medicina Convencional: Apesar dos avanços, a conexão com os médicos ainda precisa ser aprimorada para garantir que as terapias integrativas sejam reconhecidas e utilizadas de maneira complementar à medicina tradicional.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

- Educação do Paciente e da Família: O aumento da conscientização sobre as terapias integrativas contribuiu significativamente para a adesão dos pacientes ao tratamento, reduzindo a resistência e promovendo um ambiente mais receptivo às novas abordagens.
- Desenvolvimento de Materiais Informativos: A criação de conteúdos explicativos sobre as terapias foi essencial para esclarecer dúvidas dos pacientes e fortalecer o vínculo entre eles e as práticas terapêuticas.

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

- Crescimento no Número de Atendimentos: O crescimento foi notável, especialmente nas terapias de cromoterapia e hipnoterapia, que tiveram uma crescente aceitação e demanda ao longo do ano.
- Aumento das Interações com a Equipe: As interações com as diferentes especialidades aumentaram, com destaque para agosto e outubro, períodos em que a troca de conhecimento e a colaboração foram mais intensas.

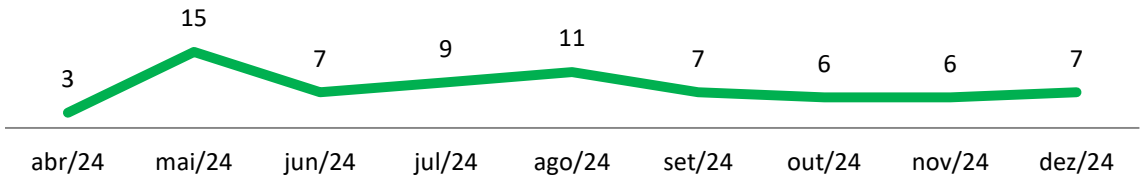
Expectativas de Melhoria para 2025

- Integração com a Medicina Convencional: Estabelecer protocolos de tratamento que integrem as terapias integrativas à medicina tradicional,

além de fortalecer os vínculos com médicos para incentivar o encaminhamento para essas terapias.

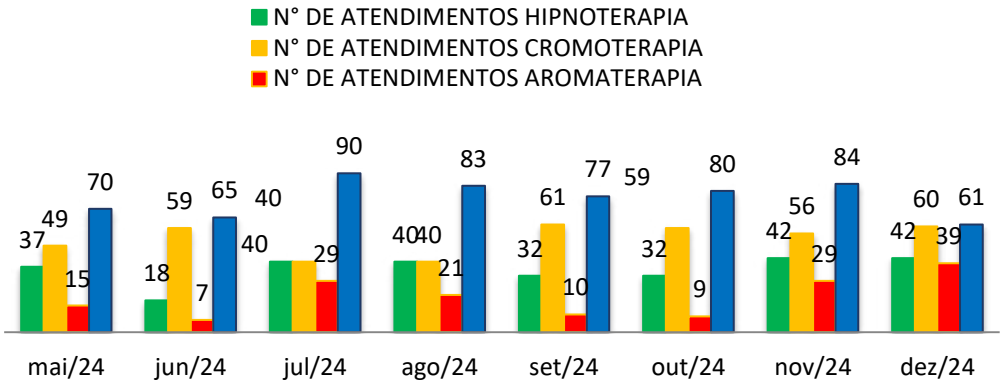
- Pesquisa e Disseminação: Engajar-se mais ativamente em pesquisas científicas e publicações em periódicos especializados, contribuindo para a disseminação do conhecimento sobre os benefícios e a eficácia das terapias integrativas.
- Educação e Divulgação: Expandir os programas de educação para pacientes e suas famílias, utilizando materiais como folhetos, vídeos e palestras para aumentar a conscientização sobre os benefícios das terapias integrativas no ambiente hospitalar.

Gráfico 85 – Número de Avaliações



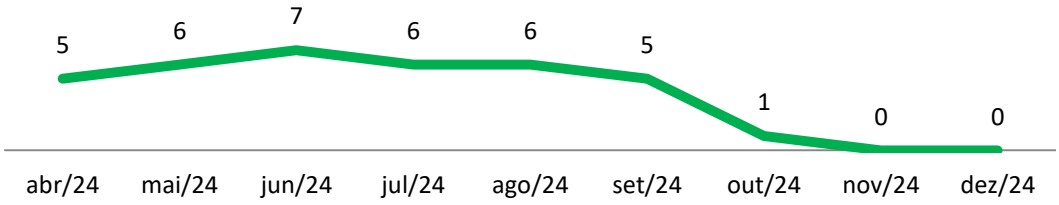
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 86 – Número de Atendimentos (Terapia Alternativa)



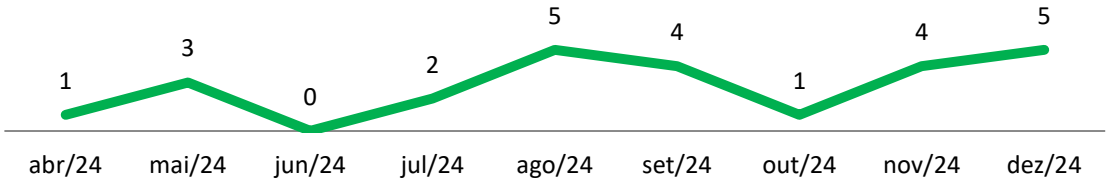
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 87 – Número de Interconsultas de Terapia Alternativas



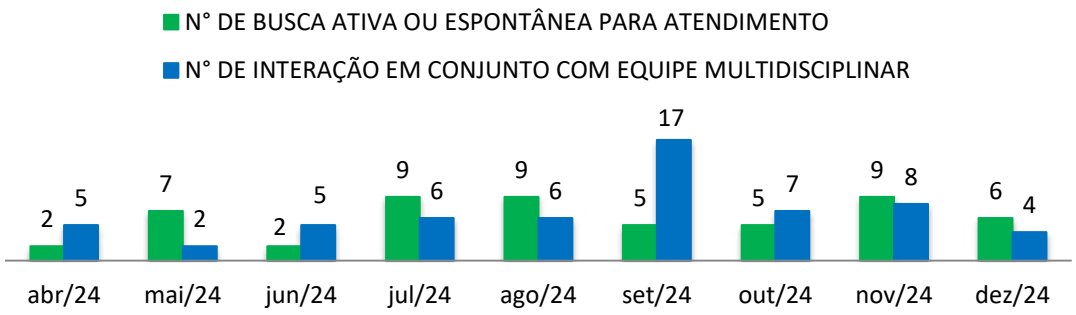
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 88 – Número de Altas em Terapia Alternativas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 89 – Número de Interações



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 29 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº VISITAS TÉCNICAS	30	31	30	30	0*	0	20	35	31	30	35	30	43
Nº DE NC REGISTRADAS	M/R	58	93	49	95	115	143	169	327	173	377	527	312
Nº DE NC TRATADAS	M/R	57	92	43	67	83	109	130	193	95	262	438	234
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICAVEL	M/R	51	89	35	52	37	37	39	131	50	256	103	189
NEAR MISS (QUASE ERRO)	M/R	1	0	0	5	1	13	30	57	36	22	33	28
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	M/R	4	2	09	22	56	62	81	96	57	55	52	43
INCIDENTE SEM DANO	M/R	2	2	5	16	21	26	10	11	16	19	27	34

RISCO DE QUEDA	M/R	2	5	3	9	3	9	7	8	7	3	5	5
RISCO DE LPP	M/R	1	2	4	6	4	6	10	10	11	8	12	18
PROCEDIMENTOS	M/R	14	18	16	10	6	0	3	0	1	0	0	1
SEGURANÇA MEDICAMENTO (Erros de administração e/ou prescrição)	M/R	14	15	4	12	20	32	16	58	30	32	36	27
RISCO DE INFECÇÃO	M/R	6	27	5	9	56	51	45	66	45	32	37	47
COMUNICAÇÃO EFETIVA	M/R	0	2	5	14	25	8	36	83	30	224	387	177
IDENTIFICAÇÃO SEGURA	M/R	6	13	4	2	1	5	17	18	5	24	18	8
Nº DE NC NÃO TRATÁVEIS	M/R	*	*	*	0	0	5	9	8	4	3	1	4
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	95%	99%	99%	90%	70%	44%	76%	62%	52%	45%	74%	66%	75%
TAXA DE NC TRATATA TOTAL	90%	99%	99%	90%	70%	72%	77%	81%	59%	55%	74%	83%	77%
PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<10%	0%	0%	0,18%	13%	52%	43%	51%	29%	33%	15%	10%	14%

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

*Dados ainda não mensurados pelo setor nestas competências

Tabela 30 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº VISITAS TÉCNICAS	10	10	10	10	0	0	3	14	10	9	10	10	10
Nº NC REGISTRADA	M/R	14	24	10	19	41	29	35	110	36	130	283	143
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	13	24	9	11	14	13	25	69	10	121	198	121
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	13	24	7	7	8	3	7	46	7	112	266	110
Nº NC NEAR MISS	M/R	1	0	0	1	0	1	10	25	4	7	3	6
Nº NC COM DANO	M/R	0	1	1	6	28	19	15	27	22	17	13	15
Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO	M/R	0	0	2	10	5	5	2	2	3	1	4	12
Nº NC: RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	1	1	1	5	1	5	4	7	4	2	2	1
Nº NC: RELACIONADA À LPP	M/R	0	0	0	3	2	2	2	2	6	3	2	4

Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	2	2	2	3	8	8	4	30	4	5	4	**5**
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**0**
Nº DE NC: NÃO TRATÁVEIS	M/R	*	*	*	0	0	1	1	0	0	1	0	1

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

*Dados ainda não mensurados pelo setor nestas competências.

Tabela 31 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº VISITAS TÉCNICAS	10	10	10	10	0	0	4	10	10	10	10	10	10
Nº NC REGISTRADA	M/R	31	46	12	14	29	48	40	82	52	133	134	65
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	31	46	8	9	8	25	29	35	26	106	103	23
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	26	44	8	9	6	8	6	30	17	80	78	31
Nº NC NEAR MISS	M/R	0	0	0	1	2	7	9	8	16	10	21	14

Nº NC COM DANO	M/R	3	1	3	1	14	27	21	36	14	29	15	10
Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO	M/R	1	1	1	9	7	6	3	6	5	11	41	13
Nº NC: RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	7
Nº NC: RELACIONADA À LPP	M/R	1	2	0	0	2	0	0	1	1	5	6	1
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	8	7	0	4	6	10	7	15	17	19	21	1
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Nº DE NC: NÃO TRATÁVEIS	M/R	*	*	*	0	0	0	1	2	0	0	0	0

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

*Dados ainda não mensurados pelo setor nestas competências.

Tabela 32 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº VISITAS TÉCNICAS	5	05	05	05	0*	0**	13	5	6	11	10	5	18
Nº NC REGISTRADA	M/R	12	17	10	35	10	13	29	48	27	21	36	27

Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	12	17	*	26	4	6	18	24	16	17	28	20
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	12	16	5	14	2	2	6	23	8	17	22	14
Nº NC NEAR MISS	M/R	0	0	0	0	0	2	4	8	5	1	0	2
Nº NC COM DANO	M/R	0	0	4	5	6	5	18	14	10	2	12	4
Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO	M/R	0	1	1	17	2	4	1	2	4	1	2	7
Nº NC: RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	0	2	1	4	2	2	1	1	3	1	1	2
Nº NC: RELACIONADA À LPP	M/R	0	0	4	2	0	2	7	3	2	1	4	4
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	4	5	0	1	2	2	1	4	5	2	5	2
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nº DE NC: NÃO TRATÁVEIS	M/R	*	*	*	0	0	0	0	1	0	0	0	0

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

*Dados ainda não mensurados pelo setor nestas competências.

Tabela 33 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº VISITAS TÉCNICAS	5	05	05	05	0	0	0	5	5	5	5	5	05
Nº NC REGISTRADA	M/R	1	04	2	3	0	2	3	11	4	6	5	13
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	1	04	2	2	0	2	2	11	4	4	5	11
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	0	04	1	2	0	1	1	1	2	2	0	1
Nº NC NEAR MISS	M/R	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	2	0
Nº NC COM DANO	M/R	0	0	0	1	0	1	2	4	1	4	1	2
Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO	M/R	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	10
Nº NC: RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº NC: RELACIONADA À LPP	M/R	0	0	0	1	0	0	0	3	0	2	0	3
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	4	6

Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº DE NC: NÃO TRATÁVEIS	M/R	*	*	*	0	0	1	0	0	0	0	0	0

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

*Dados ainda não mensurados pelo setor nestas competências.

ANALISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Entre janeiro e abril de 2024, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi gerido por uma equipe, com a realização de ações como reuniões de alinhamento com o núcleo de educação permanente, treinamentos sobre a abertura de Não Conformidades (NC's) e orientações sobre eventos adversos. A partir de maio, houve a continuidade dos processos e a reestruturação do Núcleo, com foco no fortalecimento das metas internacionais de segurança do paciente e na importância do registro das NC's, objetivos que foram atingidos com sucesso.

Em junho, as integrantes do NSP foram apresentadas aos membros da Comissão, momento em que foram contextualizadas as funções do Núcleo e suas metas para o ano. Também foram realizados treinamentos sobre o registro de NC's, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente e orientações sobre rotinas assistenciais para todos os colaboradores do HMG (INTS). Em setembro, ocorreu uma gincana em celebração ao mês da segurança do paciente e ao Dia Mundial da Sepse, com a primeira parceria entre os núcleos SCIH e NSP. O evento, que obteve feedbacks positivos, incluiu atividades que reforçaram as metas internacionais, como o envio de vídeos criativos pelos colaboradores. Em novembro, durante a Semana da Qualidade, foi realizada uma ação lúdica utilizando um jogo de tabuleiro, dado gigante e perguntas e respostas sobre processos de qualidade e segurança do paciente. Todas as ações alcançaram a meta de participação de colaboradores estabelecida pelo NEP-HMG, sem necessidade de "repescagem".

Durante o ano, uma das dificuldades observadas foi a deterioração das placas beira leito, o que impedia a atualização das informações dos pacientes e impactava diretamente na Meta 1 de Segurança do Paciente. Em agosto, todas as placas foram substituídas por novas, permitindo a efetiva identificação dos pacientes. As pastas de plano de contingência também apresentaram fragilidades, com documentos desatualizados, o que induzia os colaboradores ao erro. Essas pastas foram atualizadas pela equipe de Qualidade e Segurança do Paciente. Além disso, a qualidade das pulseiras foi identificada como uma falha no processo, pois as informações se apagavam, dificultando a conferência. A substituição das pulseiras está em andamento, com previsão de conclusão para 2025. Enquanto isso, como plano de contingência, a substituição das pulseiras está sendo feita com maior periodicidade para garantir o cumprimento da Meta 1.

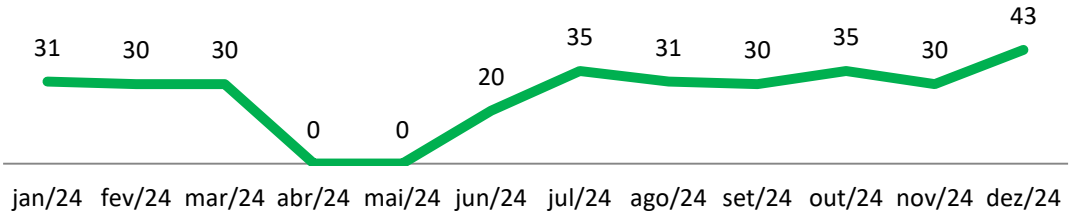
Observou-se, ao longo do ano, um aumento significativo no registro de Não Conformidades (NC's) por parte dos colaboradores. Houve uma redução nos eventos adversos e um aumento nas circunstâncias notificáveis, refletindo a conscientização e o engajamento dos colaboradores. Esse aumento nas notificações possibilitou a implementação de ações de melhoria nos processos assistenciais, resultando na diminuição dos eventos adversos. Também foram realizados ajustes no envio das NC's para tratativas dos gestores, com suporte técnico e treinamento no uso das ferramentas de qualidade, o que contribuiu para maior participação dos gestores e aumento na taxa de respostas.

O NSP participou de comissões, deu início ao projeto "Guardiões das Metas Internacionais de Segurança do Paciente", realizou treinamentos específicos e apoiou eventos em setores como Enfermagem, SCIH, Estomaterapia, NEP e Humanização HMG. Essas colaborações fortaleceram o relacionamento entre os setores e integraram as práticas de segurança do paciente em diversas áreas.

As iniciativas de 2024 demonstram o compromisso do NSP em promover a segurança do paciente e consolidar uma cultura de qualidade e excelência no HMG.

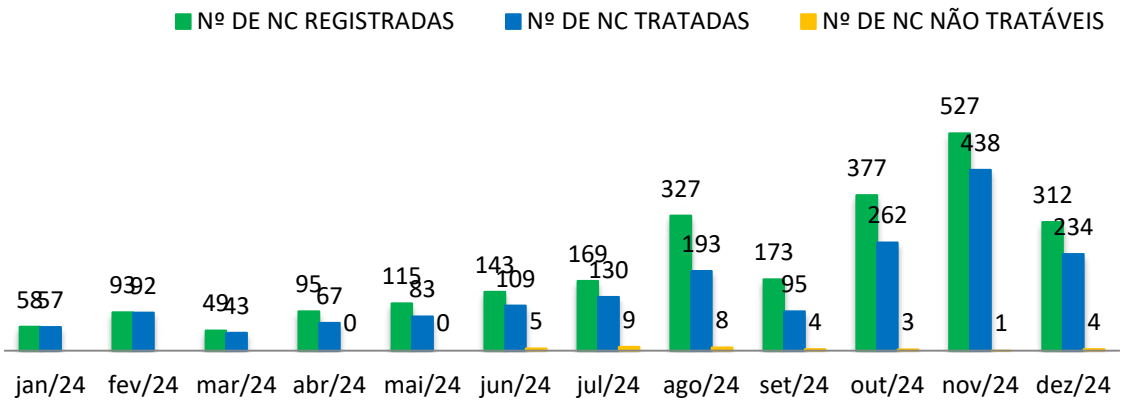
Para 2025, o NSP dará continuidade ao projeto "Guardiões" e ao fortalecimento das metas internacionais. O Núcleo promoverá a articulação dos processos de gestão de risco junto à qualidade e incentivará os demais setores a gerenciar seus próprios riscos. A integração entre os setores será ainda mais incentivada, e a disseminação sistemática da cultura de segurança será uma prioridade. Além disso, o NSP continuará a qualificar os profissionais quanto aos protocolos institucionais, com o objetivo de mitigar incidentes. O foco permanece em garantir a segurança do paciente, melhorar os padrões de qualidade e assegurar a excelência no atendimento no HMG.

Gráfico 90 – Número de Visitas Técnicas



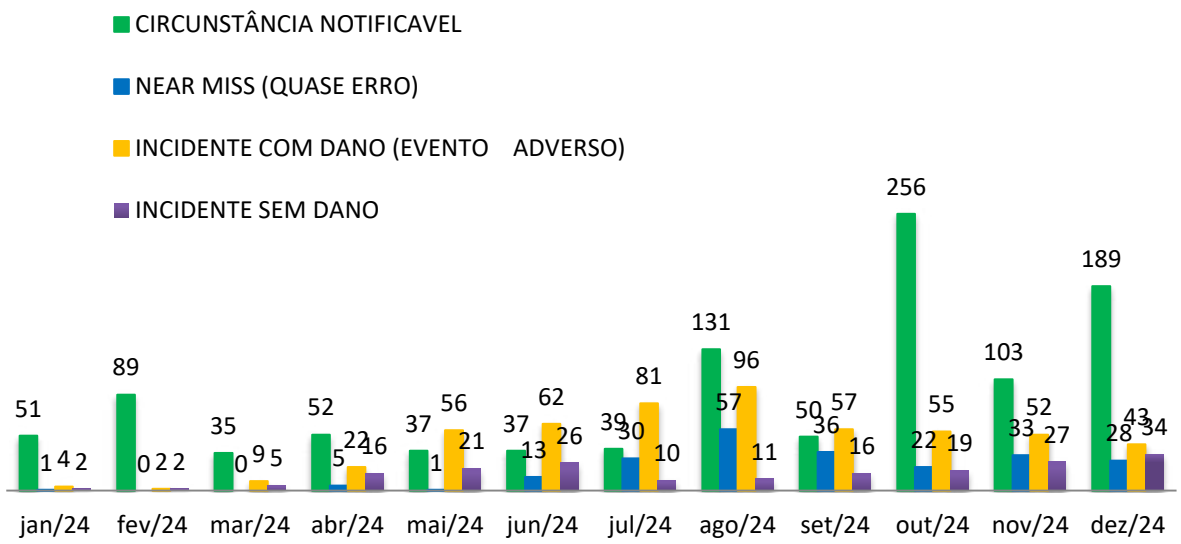
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 91 – Não Conformidades



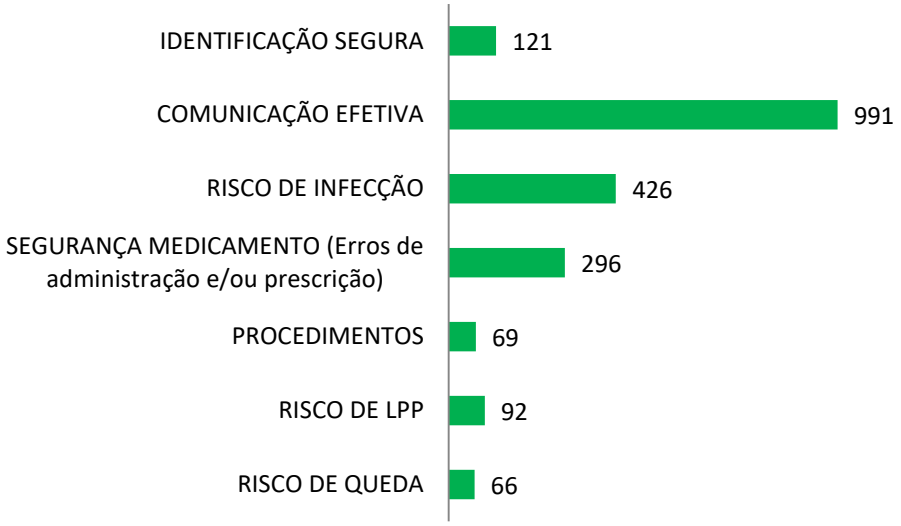
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 92 – Classificação de Não Conformidades



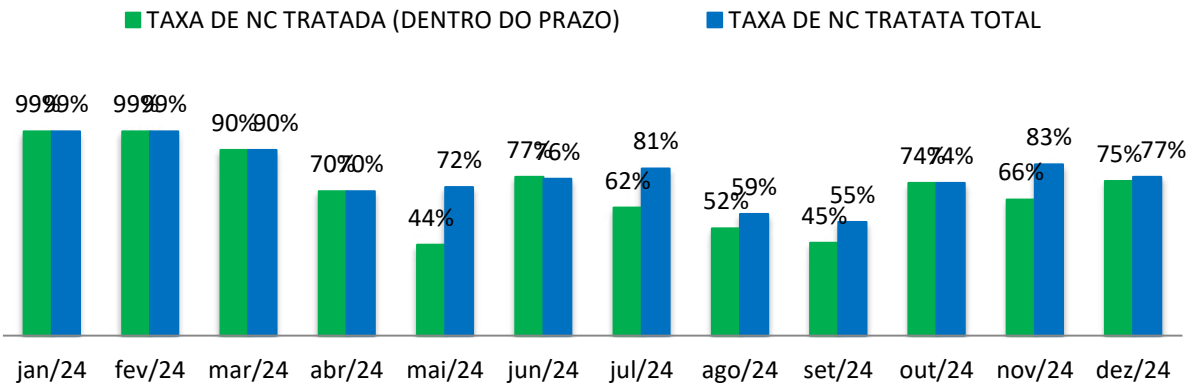
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 93 – Meta Acometida de Não Conformidades – Anual 2024



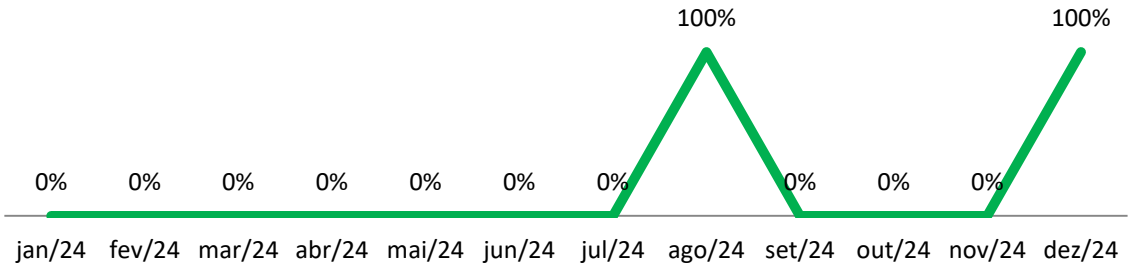
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 94 – Taxa de Não Confirmadades Tratadas



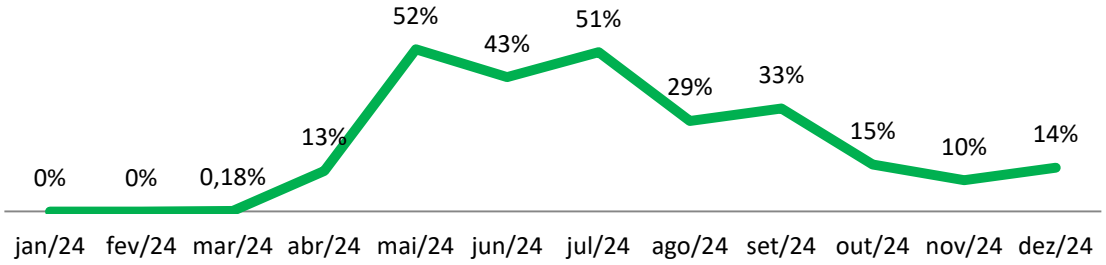
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 95 – Taxa de Abertura do Protocolo de Londres em 72 horas



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

Gráfico 96 – Taxa de Incidente com Dano



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

3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)

Tabela 32 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NUMERO TOTAL DE IRAS - HOSP	< 3,75	6	6	3	5	7	2	2	2	9	4	5	4
NUMERO TOTAL DE IRAS - UTI	< 2,07	4	2	1	3	5	2	2	2	5	2	3	1

TAXA DE INFECÇÃO HOSP - GERAL	< 3,27	5,41%	4,96%	2,73%	4,39%	6,36%	2,15%	1,82%	0,64%	8,11%	2,76%	3,76%	2,74%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS - GERAL	< 7,29	12,82	13,95	5,11	6,07	11,18	1,70	3,76	2,02	16,30	6,15	11,85	8,26
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - UTI	< 8,01	21,74	16,81	7,58	5,92	30,08	5,59	11,24	6,41	21,46	7,58	22,47*	17,24
DENSIDADE INCIDENCIA PAV - GERAL	< 1,10	7,69	0	0	10,87	6,21	5,38	0	0	0	6,54	0	7,52
DENSIDADE INCIDENCIA ITU - GERAL	0,51	6,62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENSIDADE INCIDENCIA ITU - UTI	< 3,59	14,71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	M/R	6,22%	2,25%	9,35%	9,21%	5,59%	9,97%	6,79%	11,28%	8,12%	18,05%	9,68%	8,89%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS - UTI	< 55,61%	15,46%	19,10%	29,92%	25,11%	19,56%	27,04%	27,47%	24,11%	40,24%	37,82%	31,90%	18,41%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA - UTI	< 42,35%	11,43%	7,22%	11,57%	12,18%	11,18%	13,90%	9,26%	13,91%	18,83%	18,34%	17,20%	13,65%
PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - GERAL	< 2,73%	3,66%	7,06%	1,43%	0%	4,29%	2,08%	1,27%	0%	0%	2,80%	1,16%	3,70%
PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - UTI	< 1,69%	0%	0%	0%	0%	2,17%	0%	0%	0%	0%	2,80%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.
*Com relação à densidade de incidência de IPCS da UTI Beija-Flor no mês de Novembro/2024, revisamos o dado e o número correto é 22,47.

ANALISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Dentre as 03 principais infecções associadas a dispositivos em 2024, a que apresentou maior densidade de incidência na UTI Beija-Flor foi Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter venoso central, com média anual de 13,77 para cada 1.000 cateteres-dia. Essa média é superior ao percentil 90 da COVISA em 2023, de 8,01, número também estipulado como limite superior da nossa meta para 2024.

Pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) também merece atenção, com uma densidade de incidência média em 2024 de 10,75 infecções para cada 1.000 pacientes em VM-dia. Ficamos longe da nossa meta (<3,84). No entanto, não ultrapassamos o percentil 90 da COVISA em 2023 (12,90).
Infecção do trato urinário (ITU) associada a sonda vesical de demora não foi um agravo impactante em 2024, de modo que tivemos uma média de 1,18 infecções para cada 1.000 pacientes com sonda vesical-dia. Foi diagnosticada apenas 01 infecção, em Janeiro de 2024, mas o nosso número de pacientes com sonda vesical-dia foi baixo, o que tornou a média de 2024 maior do que a de 2023 (0,57). Ficamos abaixo do percentil 90 da COVISA em 2023 (3,59).

Convém lembrar que esses indicadores de infecção são aferidos pelo SCIH, mas não dependem exclusivamente do setor para o alcance das metas estabelecidas no início do ano. Eles refletem, de modo indireto, o nível de qualidade assistencial prestada aos pacientes.

As taxas de utilização de VM, CVC e SVD da UTI Beija-Flor são indicadores de polaridade relativa, sem uma meta bem definida. Nossas taxas ficaram abaixo do percentil 50 da COVISA em 2023, indicando a baixa “invasão” dos nossos pacientes, o que pode refletir o perfil de gravidade da unidade.

Com relação ao indicador percentual de adesão ao checklist de inserção de CVC na UTI Beija-Flor, estabelecemos uma meta de 80% e tivemos uma média anual de 80,6% de adesão, de modo que ficamos levemente acima da meta estabelecida. É importante frisar que os denominadores mensais deste

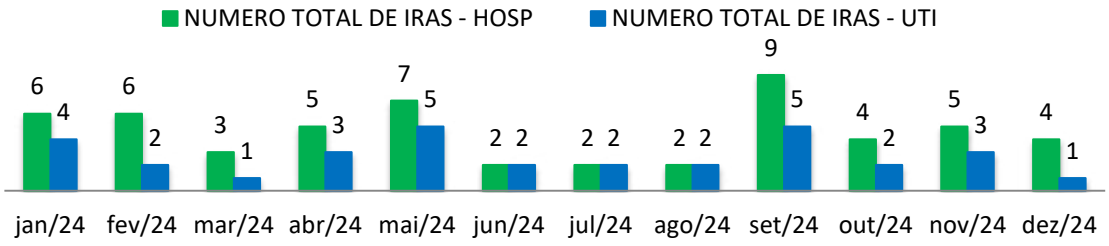
indicador não são de completa confiabilidade, visto que são retirados do relatório do SMPEP “Evolução de consumo mensal” e nem sempre parecem refletir o número de cateteres centrais inseridos na unidade. Estamos estudando outra forma de obtenção do denominador.

Devido ao sistema SMPEP, não foi possível a mensuração do indicador percentual de adesão às boas práticas de inserção de CVC na UTI Beija-Flor.

Por fim, os indicadores consumo de álcool em gel e consumo de sabonete líquido da UTI Beija-Flor, com médias anuais em 2024 de 45,19 e 23,26, respectivamente, ficaram acima da meta estipulada, de 20mL para cada 1.000 pacientes-dia, e das médias de 2023.

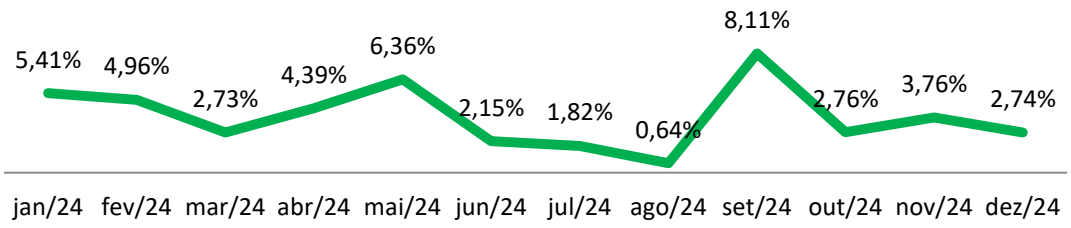
Todos os indicadores aqui retratados são considerados obrigatórios e são de reporte mensal para a COVISA.

Gráfico 97 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



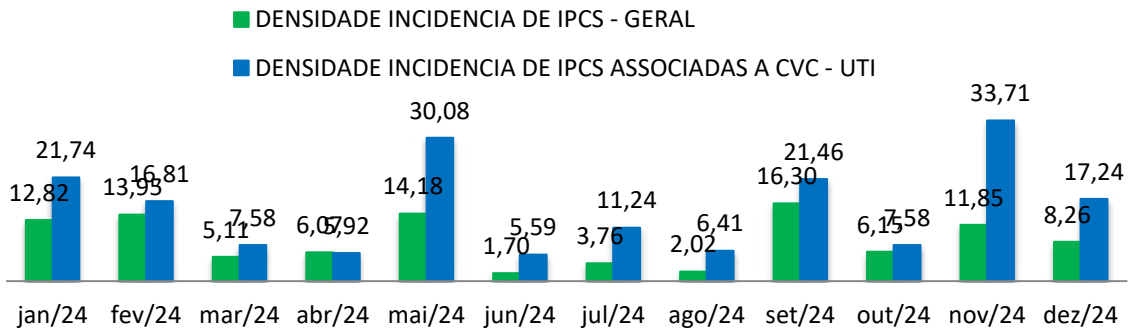
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 98 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



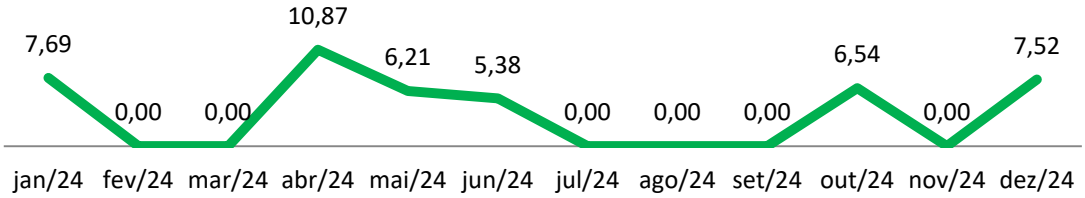
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 99 - Densidade Incidencia de IPCS Associadas a CVC Global x UTI



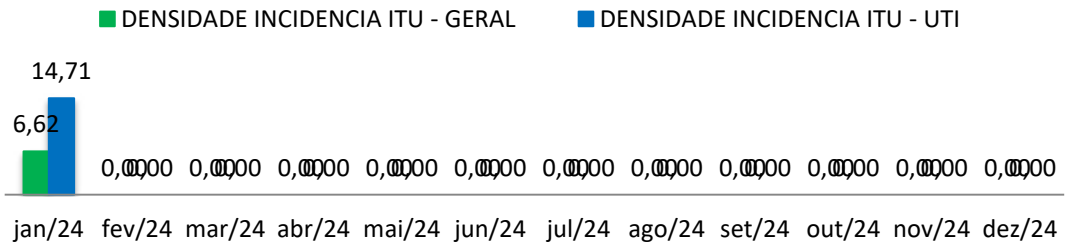
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 100 – Densidade Incidência PAV – Geral Global



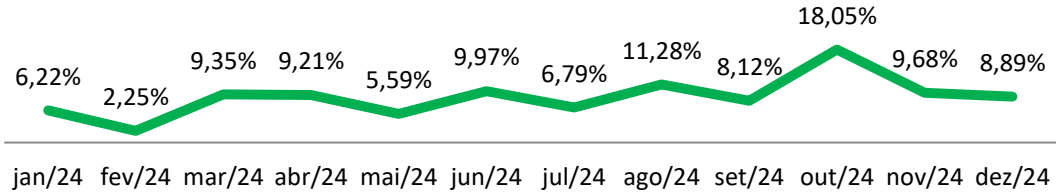
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 101 – Densidade Insidência de ITU Global x UTI



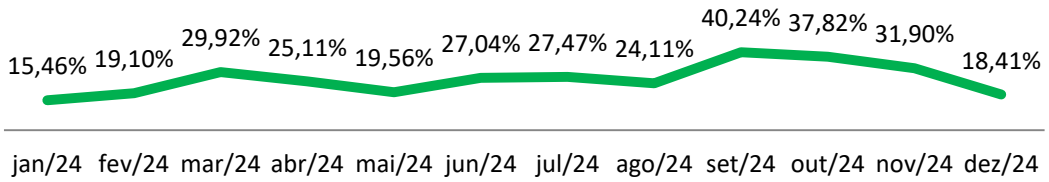
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 102 – Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica



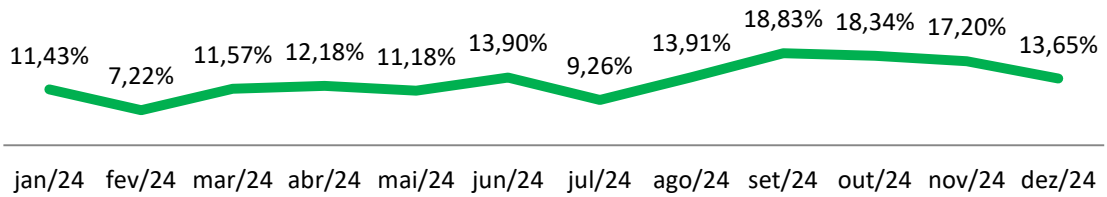
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 103 - Taxa De Utilização De Cateteres Venosos Centrais – UTI



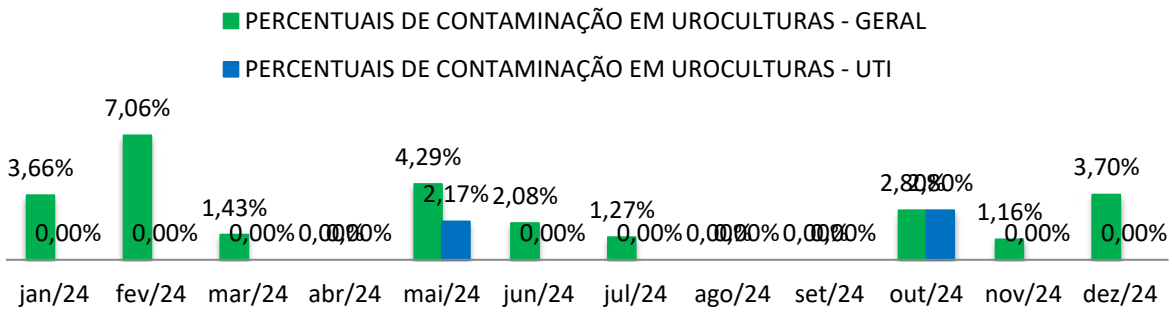
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 104 - Taxa De Utilização De Sondas Vesicais De Demora – UTI



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 105 - Percentuais De Contaminação Em Uroculturas Global X UTI



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

3.4.3. Vigilância em Saúde

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

Tabela 33 – Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS	M/R	2	9	3	6	7	7	4	14	8	7	4	3
NÚMERO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE	M/R	6	7	13	4	8	10	0	9	9	13	6	7
NÚMERO DE PACIENTES CONFIRMADOS DE TUBERCULOSE EM ACOMPANHAMENTO	M/R	2	1	3	1	2	2	0	3	1	2	2	1

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Doenças de Notificação Compulsória (DNC):

- Violência (14 casos): Apresenta o maior número de ocorrências, com destaque para agosto (4 casos) e outubro (3 casos). Esse padrão pode indicar períodos de maior estresse, falta de suporte emocional ou aumento de interações conflituosas.
- Acidentes com Material Biológico (12 casos): Concentração de casos em maio, junho e agosto. Esse cenário sugere possíveis falhas nos

protocolos de segurança ocupacional, como manuseio inadequado de materiais ou falta de treinamento.

- COVID-19 (13 casos): Aumento expressivo em setembro (7 casos) e um caso isolado em dezembro. Pode estar relacionado a sazonalidade.
- Tuberculose (10 casos): Casos recorrentes ao longo do ano, com picos em agosto e outubro. Indica uma busca ativa eficiente, já que estes casos foram notificados pelo hospital.
- Dengue (8 casos): Picos em junho e dezembro, alinhados à sazonalidade da doença.
- Outros Agravos: Sífilis (6 casos): Ocorrências em meses variados, que está ocorrendo uma busca ativa adequada; Hepatites Virais (5 casos): Casos isolados, com aumento em outubro e novembro, sugerindo rastreamento efetivo; Meningites, HIV/AIDS, Febre Amarela, Surto de Influenza: Casos esporádicos, mas que requerem atenção para evitar progressão.

Plano de Ação Hospitalar

Prevenção e Controle:

- Palestra de conscientização e capacitação para profissionais sobre mediação de conflitos e prevenção de violência.
- Ampliar a divulgação do protocolo de violência.
- Acompanhar treinamentos sobre o manuseio seguro de materiais biológicos.
- Realizar auditorias regulares para verificar o cumprimento dos protocolos de segurança ocupacional.

COVID-19:

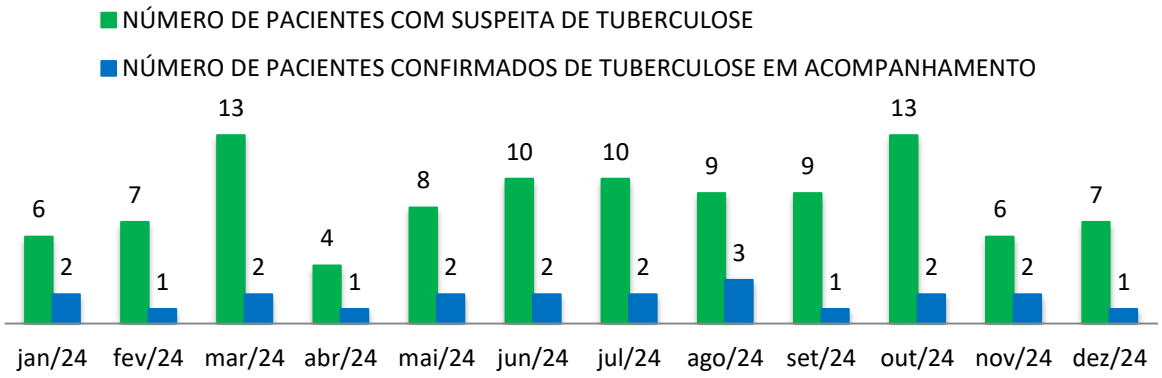
- Garantir a aplicação rigorosa das medidas de controle, como uso de máscaras, higienização e triagem de casos.
- Manter o monitoramento ativo em períodos de maior incidência.

Dengue e Tuberculose:

- Realizar campanhas de conscientização sobre eliminação de criadouros do mosquito e sinais de alerta da dengue.

- Ampliar o rastreamento e acompanhamento de pacientes com tuberculose.
- Garantir disponibilidade de EPIs e insumos adequados, especialmente em meses críticos.
- Reforçar a infraestrutura hospitalar para isolamento e tratamento de doenças contagiosas.

Gráfico 106 - Número De Pacientes Com Suspeita X Confirmados De Tuberculose



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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 34 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE FICHAS AVALIADAS	M/R	988	1046	1328	1615	1703	1578	1390	1656	1595	1230	1707	1534
Nº DE FICHAS REJEITADAS	M/R	874	919	1221	1485	1587	1483	1249	1478	1453	1062	1571	1363
Nº DE FICHAS ACEITAS	M/R	114	127	107	130	116	95	141	178	142	168	136	171
Nº DE FICHAS CANCELADAS	M/R	16	25	13	12	18	13	24	31	27	29	20	25

Nº DE PACIENTES ADMITIDOS	M/R	98	102	94	118	98	82	117	147	115	139	117	146
N° DE TRANSFERÊNCIAS	M/R	9	3	7	6	5	4	10	12	7	13	13	12
Nº DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	M/R	92	77	88	105	114	121	83	111	126	145	130	110
TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS)	<15	8	7	3	5	4	4	4	4	5	6	5	5
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	85%	86%	80%	88%	91%	84%	86%	83%	83%	81%	83%	85%	85%

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

ANALÍSE CRÍTICA - NIR

O Núcleo Interno de Regulação atua buscando economicidade dentro da assistencia, gerenciando as ambulâncias e leitos de modo a respeitarmos as cláusulas contratuais de ocupação junto a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O principal desafio durante o ano foi o gerenciamento dos leitos durante a reforma do piso da unidade, mantendo a taxa de ocupação, um fluxo adequado de pacientes mesmo com os leitos bloqueados devido às reformas.

Foi um ano de ajustes internos, como a troca do mobiliário do acolhimento, trazendo maior organização para o setor, a manutenção e a qualidade do ambiente de trabalho para a equipe assistencial.

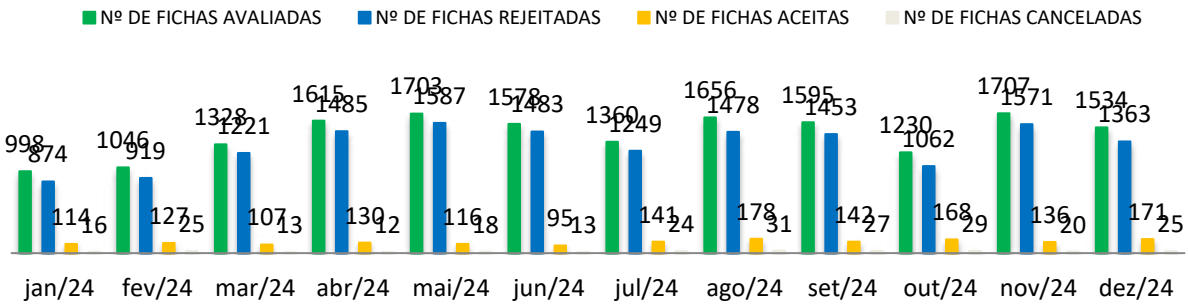
Para 2025 buscaremos manter a qualidade assistencial já prestada, respeitando a complexidade da unidade, o gerenciamento adequado de todos os processos, busccando o melhor para o paciente e para o hospital.

Tabela 35 – Análise de admissões

MÊS	ADMITIDOS NIR (INDICADORES NIR)	ADMITIDOS SMPEP – (INDICADORES ASSISTENCIAIS – GLOBAL)	COLABORADORES + REINTERNAÇÕES + ACOMPANHANTES (DIFERENÇA)
JANEIRO	98	120	22
FEVEREIRO	102	115	13
MARÇO	94	111	17
ABRIL	118	120	2
MAIO	98	112	14
JUNHO	82	96	14
JULHO	117	120	3
AGOSTO	147	147	0
SETEMBRO	115	115	0
OUTUBRO	139	139	0
NOVEMBRO	116	116	0
DEZEMBRO	146	146	0

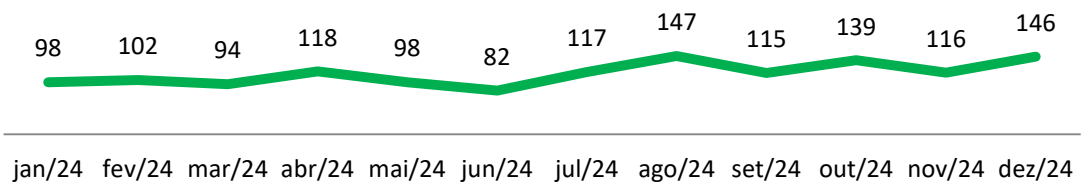
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 107 – Análise das Fichas CROSS



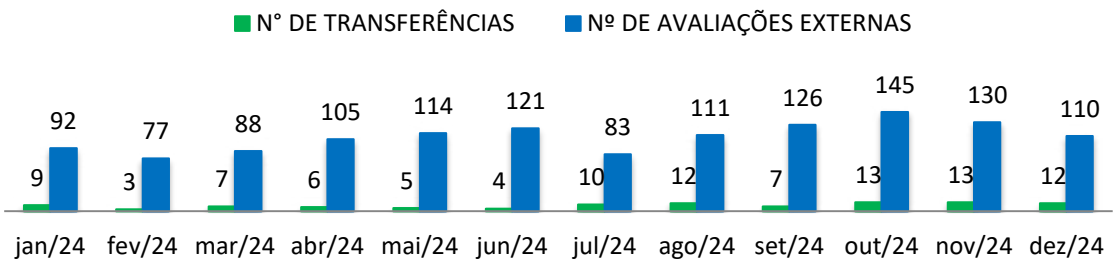
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 108 – Número de Pacientes Admitidos



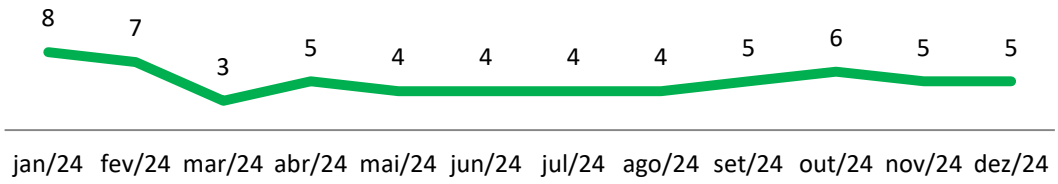
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 109 – Serviço de Remoções



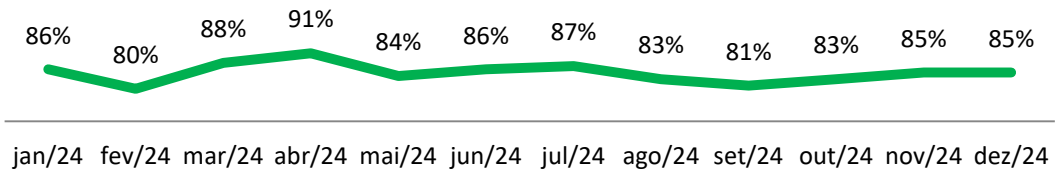
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 110 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)



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

Gráfico 111 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

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 36 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TOTAL DE TREINAMENTOS	75	69	125	101	111	138	116	80	107	45	20	16	17
TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	1500	759	2462	1604	1252	2328	1838	1871	1144	882	616	428	459
TOTAL DE HORAS REALIZADAS	1700	810	2462	1621	1252	2328	1838	2529	1353,3	1306,3	*	*	*
HOMEM HORA	02 H	1,05	2,79	1,86	1,48	2,68	2,04	2,98	1,51	1,46	*	*	*
TAXA DE ADESÃO DE TREINAMENTO	> 75%	61%	96%	98%	88%	83%	47%	100%	100%	93%	82%	84%	80%

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

*Os indicadores de Total de horas realizadas e homem hora a partir de outubro de 2024 se tornaram obsoletos, por conta de reestruturação dos dados, neste momento, o setor optou por descontinuar as informações até essa nova reestruturação, prevista para janeiro/2025.

ANALISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados:

- Materiais para Treinamento: Estruturação e disponibilização de materiais de apoio adequados para os treinamentos, garantindo a qualidade e a eficiência dos processos educativos.
- Fechamento Mensal e Tabulação de Dados: Implementação de um processo organizado de fechamento mensal, com tabulação e análise de dados, permitindo maior controle e acompanhamento das atividades.
- Monitoramento de Adesão aos Treinamentos: Organização e controle sistemático para monitorar a adesão dos colaboradores aos treinamentos, assegurando o cumprimento das exigências institucionais.
- Organização de Documentos na Rede: Estruturação e organização eficiente dos documentos na rede interna, facilitando o acesso e a gestão das informações.
- Inclusão de Conteúdo Programático nas Listas de Treinamento: Inclusão sistemática do conteúdo programático nas listas de treinamento, proporcionando clareza e transparência no planejamento e execução das atividades.
- Organização dos Arquivos de Estágio 2023/2024: Estruturação e envio dos arquivos dos estágios 2023/2024 para P.A ARQUIVOS, garantindo a organização e o fácil acesso às informações relacionadas.
- Organização das Listas de Treinamento: Arquivamento estruturado das listas de treinamento, facilitando a consulta e o controle das participações.
- Teste de Implantação de Pré e Pós-Testes: Realização de testes para implantação de pré e pós-testes nos treinamentos, visando avaliar a eficácia das capacitações e o aprendizado dos participantes.

Principais Dificuldades Encontradas Durante o Ano:

- Monitoramento das escolas pactuadas e restabelecimento da comunicação eficaz.
- Acompanhamento das anotações dos alunos no prontuário eletrônico, garantindo a conformidade com as normas.

- Monitoramento do cumprimento das normas institucionais por alunos e preceptores.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos:

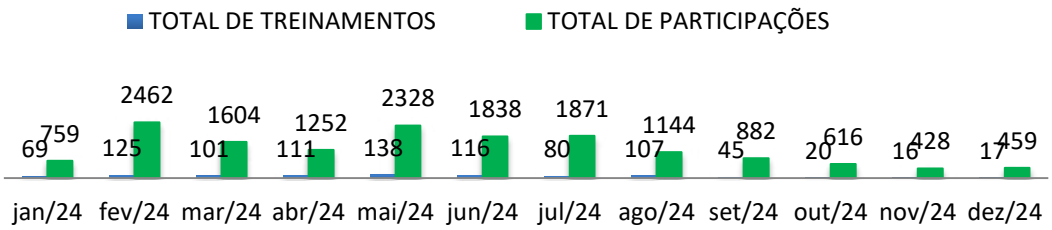
- Estação Realística na Sala de Treinamento: Início da criação de uma estação realística na sala de treinamento 2, destinada ao armazenamento de materiais restritos à manipulação sem autorização, garantindo maior controle e segurança.
- Banco de Dados para Registro de Treinamentos: Criação de um banco de dados para registrar os treinamentos realizados, permitindo um controle individualizado por colaborador e facilitando o acompanhamento de sua capacitação.
- Envio de Impressos pelas Escolas: Adoção do envio de todos os impressos pelas escolas, eximindo o NEP da responsabilidade de imprimir documentos relacionados aos alunos, como as listas de nomes na portaria.
- Otimização dos Processos de Login: Implementação de melhorias nos processos de login, proporcionando maior agilidade e eficiência no acesso aos sistemas.
- Melhoria no Fluxo de Entrada dos Alunos: Aperfeiçoamento no fluxo de entrada dos alunos, garantindo maior organização e controle desde a chegada até a realização do treinamento.
- Aperfeiçoamento no Fluxo do Setor: Reestruturação dos processos internos para otimizar o fluxo de trabalho no setor, proporcionando mais eficiência e redução de tempo.
- Ajustes no Processo e Fluxo de Luvas: Revisão e aprimoramento do processo e fluxo de distribuição de luvas, garantindo maior eficiência e controle no uso dos materiais.

Expectativas de Melhorias para o Próximo Ano:

- Implantação de Pré e Pós-Testes para Capacitações em Sala: Implementação formal de pré e pós-testes para todos os treinamentos realizados, com o objetivo de avaliar o aprendizado e a eficácia das capacitações.
- Avaliação de Reação nos Treinamentos: Introdução de avaliações de reação nos treinamentos em sala, buscando medir a satisfação dos participantes e identificar áreas de melhoria.
- Criação de Fluxo para Arquivamento de Certificados no Prontuário dos Colaboradores: Desenvolvimento de um fluxo estruturado para o arquivamento digital dos certificados de treinamento nos prontuários dos colaboradores, facilitando o acesso e controle dos dados.
- Desenvolvimento de Programas de Capacitação para Facilitadores: Criação de programas específicos para o desenvolvimento contínuo dos facilitadores, garantindo que estejam sempre atualizados e aptos a proporcionar treinamentos de alta qualidade.

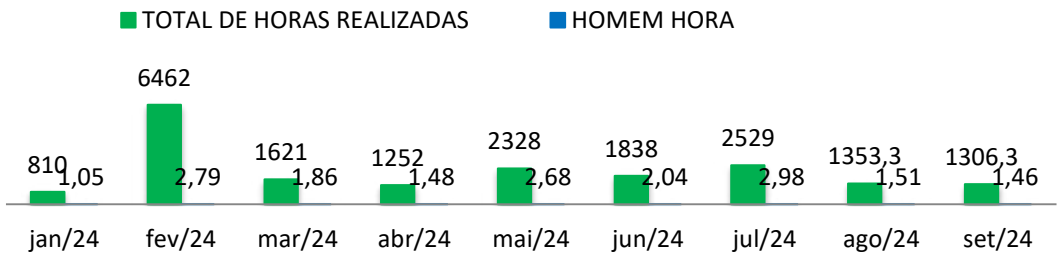
Com essas melhorias e ações em andamento, 2025 promete ser um ano de avanços significativos na organização e gestão dos processos de treinamento e capacitação dentro da instituição.

Gráfico 112 – Treinamentos x Participações



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

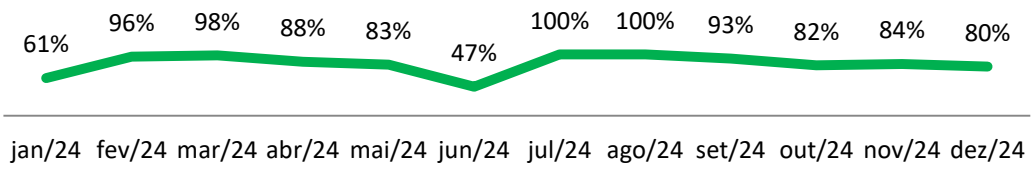
Gráfico 113 – Horas de Treinamento



*Indicador com descontinuado a partir de Outubro/2024, sendo restruturado a partir de Janeiro/2025.

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 114 – Taxa de Adesão de Treinamento



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – ANUAL 2024

- Abordagem sobre o manejo shilley e permicath, curativo;
- Ação da cipa - boas pratica sobre a utilização das pias e bacias sanitarias;
- Alinhamento guardiões das boas práticas;
- Alinhamento para definição de pontos de coleta da agua de hemodialise e definição de nomenclatura dos pontos;
- Aplicação do manual de biossegurança;
- Apresentação de indicadores assistenciais e produção;
- Apresentação e orientação das placas de aporte nutricional;
- Apresentação integração de novos colaboradores com as areas administrativas;

- Armazenamento de medicamentos controlados;
- Boas práticas sobre a utilização das pias e bacias sanitarias;
- Bomba de infusão;
- Bota de compressão;
- Brigada de incendio;
- Capacitação de curativo de acesso central;
- Capacitação em prevenção de broncoaspiração e pneumonia associada á ventilação;
- Cateter shilley;
- Comemoração do dia mundial de higienização das mãos;
- Comissão de controle de animais sinantropicos;
- Comissão de gerenciamento de residuos;
- Comissão de medicina integrativa;
- Comissão de perfuro cortante;
- Comissão de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes;
- Comissão de prevenção radiologica;
- Comissão nucleo de educação permanente;
- Conector valvulado;
- Contenção mecânica;
- Controle diario de temperatura;
- Cuidados com perfuro cortante;
- Cuidados em procedimentos com pacientes agressivo;
- Dds cuidados em atendimentos com pacientes agressivos;
- Deterioração / entrega de score news;
- Disseminação da missão, visão e valores;
- DSS - NR 06 - equipamentos de proteção individual - epi (boas praticas);
- DSS - NR 17 - ergonomia nas atividades laborativas;
- DSS - NR 23 - prevenção e combate ao principio de incêndio;
- DSS - NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde;

- DSS - PGRSS - boas práticas e disseminação do programa e política ambiental;
- DSS - ROUND - segurança do trabalho;
- DSS - controle de EPI'S;
- DSS - ergonomia nas atividades laborais conforme nr 17 - relogio da ergonomia;
- DSS - gerenciamento de riscos ocupacionais - prevenção de acidentes com pacientes agressivos;
- DSS - gerenciamento de riscos ocupacionais-prevenção de acidentes com pacientes agressivos, preveção de quedas dos colaboradores, boas praticas epi's;
- Encontro SSO;
- Entrega de certificados curso externo;
- Entrega de crachá SCORE;
- Equipamento de banho;
- Esclarecimento do fluxo de isolamentos;
- Fixação de traqueostomia;
- Fluxo de acidente de trabalho;
- Fluxo de saida do paciente para procedimento exame externo;
- Gestão de documentos (qualidade);
- Higiene das mãos;
- Identificação do paciente;
- Importancia do fluxo de coleta dentro o protocolo rota sepse;
- Indicadores de resultado de produção enfermagem;
- Integração de novos colaboradores internos e terceiros;
- JORNADA RH- inteligencia emocional;
- Limpeza concorrente com uso de perflex e uso de bandeja e swab;
- Manejo de dengue e prova do laço;
- Media training;
- Medidas de precaução de contato e hegienização das mãos nos 5 momentos;

- Medidas de precaução e isolamento e bacterias muldrogas resistentes;
- Medidas de precaução sobre risco de infecção;
- Metas internacionais e processos assistenciais;
- Necessidade de mudança de decubito de 2 em 2 horas nos pacientes;
- Nr-05 ação da CIPA - abril verde;
- Nr-05 ação da CIPA - maio amarelo;
- Nr-05 ação da CIPA cuidar se cuidando;
- Nr-06- equipamentos de proteção individual – EPI;
- Nr-17 ergonimia nas atividades laborativas;
- Nr-23 proteção contra incendio;
- Nr-32 boas práticas;
- Nr-32 segurança e saude no trabalho em servço de saude;
- Nr-32 segurança e saude no trabalho serviços de saude;
- Nr-32 treinamento sobre perfurocortante;
- Organização de prontuarios / adms;
- Orientação de cuidados com perfuro cortante;
- Orientação para terceiros;
- Orientação sobre coqueluche;
- Orientação sobre cuidados com os equipamentos;
- Orientação sobre hanseníase
- Orientação sobre isolamento para clostridium;
- Orientação sobre sarampo e leptospirose;
- Orientação sobre uso adequado de mascara e alcool em gel;
- Orientação sobre uso de toca de tecido;
- Orientação sobre vacinação de influenza para os pacientes;
- Orientação uso do alcool;
- Orientações gerais sobre segurança;
- Orientações sobre isolamento;
- Padronização das cores de etiqueta de medicação hmg;
- Plano de ação - orientação sobre cuidados e atenção no ambiente de trabalho;

- Plano de ação de pacientes agressivos;
- Plano de ação de prevenção de quedas;
- Plano de ação de preventivos acidentes c/ materiais biologico / perfuro;
- Plano de contigencia - infraestrutura e engenharia clínica;
- Plano de contingencia para situações emergenciais;
- Plano de desenvolvimento de líderes- contratos;
- Precaução de contato p/ bactéria resistente;
- Prevenção de infecção de trato urinario;
- Prevenção de LPP, lesões por dispositivo e dai (dermatite associada a intercorrencia);
- Prevenção flebite;
- Protocolo de limpeza concorrente de leitos , areas criticas , semi criticas e não criticas;
- Protocolo de notificação de violência;
- Protocolo dor toracica;
- Qr code equipamentos dos setores de enfermagem;
- Quis protocolo de rota sepse;
- Recomendações para troca de dispositivo;
- Registro de não conformidades e protocolos institucionais;
- Reiplamtação do safety huudle nas unidades assistenciais;
- Reunião brigada de incêndio;
- Reunião da CIPA;
- Reunião da comissão de animais sinantropicos;
- Semana da SIPAT;
- Simulado de abandono e combate a incêndio;
- Transferência dos pacientes, preencher SMPEP transferencia/alta;
- Transporte de pacientes intra hospitalar;
- Treinamento 5 momentos de higienização das mãos;
- Treinamento analise critica das iras, outubro e qualificações do processo de auditoria dos dispositivos;
- Treinamento brigada de incêndio (externo);

- Treinamento canais da ouvidoria;
- Treinamento capacitação de enfermeiros referencia gacap;
- Treinamento da ouvidoria ;
- Treinamento de bls - suporte de vida;
- Treinamento de central de monitorização;
- Treinamento de coleta;
- Treinamento de coleta de hemocultura;
- Treinamento de comissão de etica;
- Treinamento de eletrocardiografo;
- Treinamento de emergencias cardiologicas;
- Treinamento de escritorio de gestão de alta;
- Treinamento de flebite;
- Treinamento de GTT E SNE;
- Treinamento de processos assistenciais , metas internacionais e nc;
- Treinamento de sensibilização sobre preenchimento de bundles;
- Treinamento de técnicas de curativos e coberturas;
- Treinamento de ventilador pulmonar;
- Treinamento deterioração clinica;
- Treinamento dor - 5º sinal vital;
- Treinamento normas, rotinas assistenciais e protocolos gerenciaveis;
- Treinamento protocolo sepse / deterioração;
- Treinamento ramal de incêndio;
- Treinamento rotinas assistenciais;
- Treinamento sobre agravos (hepatite, hiv e tuberculose);
- Treinamento sobre avaliação sobre cultura de segurança do paciente;
- Treinamento sobre banhos;
- Treinamento sobre novo formulario de registro et trativa de não conformidades ;
- Uso do tablet para os processos assistenciais;
- Uso dos perflex para limpeza concorrente;
- Utilização de transfer.

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 37 – Indicadores de Farmácia

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA	<= 0,3 %	2,02%	0,41%	0,22%	0,20%	0,81%	0,09%	0,44%	1,54%	0,35%	0,36%	0,10%	0,10%
TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< = 1,5%	9,5%	11,8%	14%	8,7%	10%	6,3%	6,2%	6,4%	7,0%	7,0%	5,2%	5,0%
TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	<= 0,3 %	0,26%	0,11%	0,16%	0,12%	0,16%	0,17%	0,02%	0,08%	0,48%	0,15%	0,07%	0,17%
INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	M/R	883	1022	1155	1056	1126	1132	1153	1139	1149	1095	1392	1178
TAXA DE RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados:

- Controle de Estoque: Houve uma significativa melhoria no controle de estoque, tanto nas entradas quanto nas saídas, por meio do sistema SMPEP. O inventário anual mostrou uma redução notável no ajuste de estoque, caindo de 3,1% no inventário realizado em dezembro de 2023 para 0,1% no inventário de dezembro de 2024, superando a meta estabelecida pelo Instituto, que era de 2,5%.
- Organização Física do Setor: A organização física do setor foi otimizada, com a redução e o ajuste dos estoques conforme a demanda. Os bins foram readequados, melhorando a utilização do espaço e atendendo de forma mais eficiente às necessidades das farmácias.
- Avaliação Crítica da Prescrição Médica: Foi realizada uma avaliação mais criteriosa da prescrição médica pelos farmacêuticos clínicos, especialmente no que diz respeito à dose prescrita e ao tempo de tratamento dos antimicrobianos controlados pela SCIH, com base nos resultados de exames laboratoriais.

- Implantação do SIM (Serviço de Informação de Medicamentos): O SIM foi implantado como canal para fornecer informativos sobre medicamentos, farmacovigilância e tecnovigilância. Também foi iniciado o processo de estruturação dos cadastros de medicamentos padronizados na Unidade, além de um levantamento de informações técnicas, que servem como ferramentas de trabalho e consulta para a equipe multiprofissional.
- Atualização e Elaboração de POPs: A atualização e elaboração de novos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) contribuíram para a padronização dos fluxos e rotinas do setor, promovendo maior eficiência e uniformidade nos processos.
- Principais Dificuldades Encontradas Durante o Ano:
- Alta Rotatividade de Colaboradores: A constante rotatividade de colaboradores no setor exigiu treinamentos sucessivos sobre os fluxos e rotinas institucionais, além da integração contínua de novos membros à equipe.
- Excesso de Atestados Médicos: O alto número de atestados médicos e de comparecimento a consultas impactou a demanda de trabalho, sobrecarregando os colaboradores presentes no plantão.
- Tempo de Resposta Lento nos Chamados do SMPEP: A demora na resposta aos chamados abertos no sistema SMPEP afetou diretamente a rotina do setor, prejudicando a eficiência operacional.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos:

- Contagens Rotativas Diárias e por Plantão: A realização de contagens rotativas diárias e por plantão de materiais médico-hospitalares e medicamentos contribuiu para uma gestão mais precisa do estoque. Como resultado, o inventário anual mostrou uma redução substancial no ajuste de estoque, caindo de 3,1% para 0,1%, atingindo a meta de 2,5%.
- Aprimoramento na Comunicação Durante a Passagem de Plantão: A alteração no processo de registro da passagem de plantão entre as

equipes resultou em uma melhoria na comunicação e na continuidade do atendimento.

- Atualização da Padronização dos Aprazamentos de Medicamentos: Houve uma atualização nos horários de administração dos medicamentos, alinhando-os à prescrição médica para garantir maior segurança no tratamento farmacológico dos pacientes.
- Recategorização dos Itens no Almoxarifado: Foi realizada a recategorização dos itens do almoxarifado (materiais de expediente, médicos, manutenção, informática, EPIs e bens controlados), adequando o cadastro no sistema SMPEP e melhorando a organização dos materiais de acordo com suas categorias e rubricas.
- Participação do Farmacêutico na Alta Hospitalar: O farmacêutico foi integrado à equipe multidisciplinar no projeto de Gestão de Altas da Unidade, ampliando a atuação da assistência farmacêutica na assistência ao paciente.

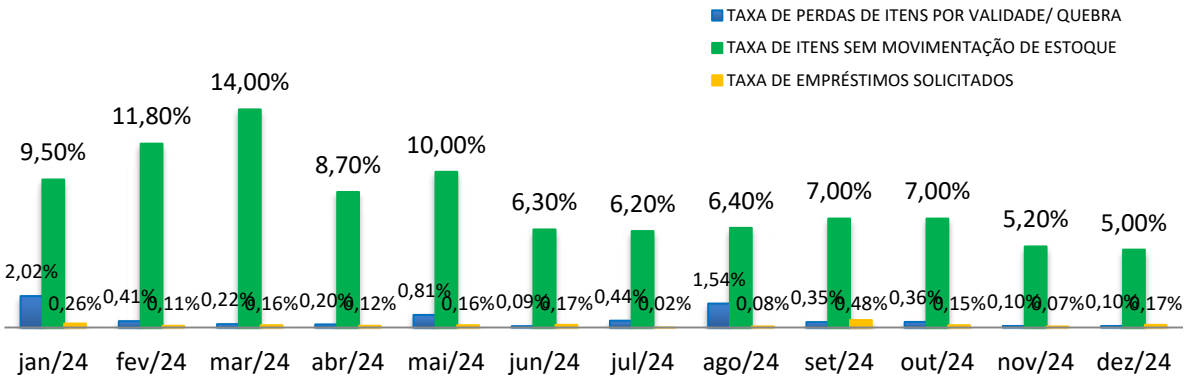
Expectativas de Melhorias para o Próximo Ano:

- Ampliar a Atuação do Farmacêutico Clínico: Aumentar a participação do farmacêutico clínico na assistência ao paciente internado e reforçar a integração com a equipe multiprofissional, garantindo uma abordagem mais completa no cuidado ao paciente.
- Elaboração do Manual Farmacoterapêutico: Criar e disponibilizar o Manual Farmacoterapêutico, contendo informações técnicas sobre os medicamentos padronizados na Unidade, além dos fluxos e processos relacionados ao gerenciamento de suprimentos.
- Treinamentos Focados em Padronização de Fluxos e Prática Clínica: Realizar treinamentos contínuos para a padronização dos fluxos e rotinas do setor, além de aprofundar as práticas clínicas, garantindo uma assistência cada vez mais qualificada.

- Readequação da Sala de Unitarização: Promover a readequação da área física da sala de unitarização, com o objetivo de otimizar o espaço e melhorar as condições de trabalho e atendimento.

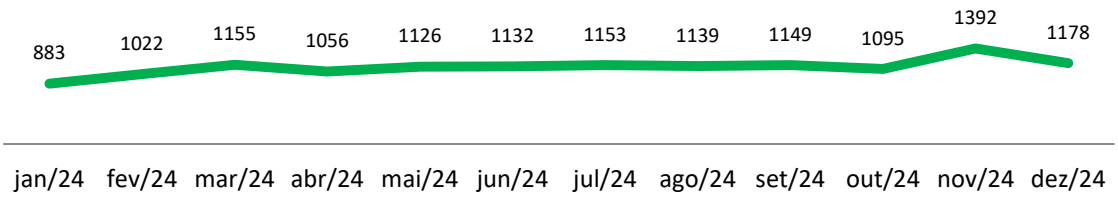
Com as ações implementadas em 2024 e as melhorias planejadas para o próximo ano, o setor está no caminho certo para alcançar ainda mais eficiência, segurança e qualidade nos processos assistenciais e administrativos.

Gráfico 115 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos



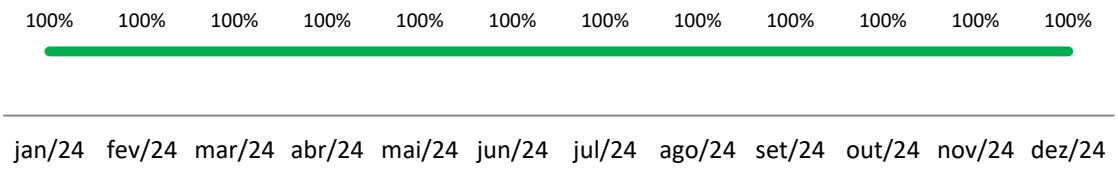
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 116 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



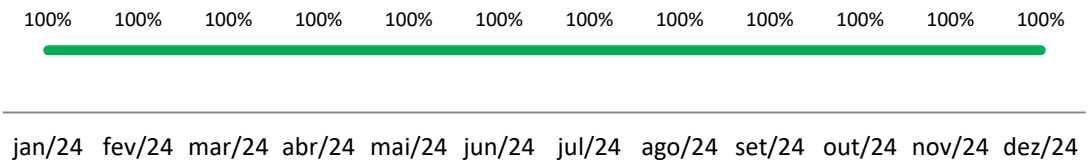
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 117 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 118 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

3.6. Compras

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

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

Tabela 38 – Indicadores de Compras

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
LANÇAMENTO DE COTAÇÕES	M/R	17	19	24	24	25	22	21	27	24	17	21	20
TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS	M/R	101	77	106	92	90	107	101	103	97	118	102	86
TAXA DE ORDEM DE COMPRA (OC'S) ENTREGUE NO PRAZO	> 80%	88,39%	78,17%	86,14%	81,12%	80,75%	82,15%	83,15%	88,42%	84,13%	81,15%	85,15%	88%
PERCENTUAL DE ATRASO DA COMPRA	< 20%	11,17%	21,83%	13,86%	9,88%	19,25%	17,85%	16,85%	11,58%	15,87%	19,85%	14,85%	12%

PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL	M/R	16,72%	21,83%	24,13%	20,15%	19,80%	22,15%	16,83%	19,41%	18,13%	21,14%	24,15%	10%
PERCENTUAL DE COMPRA FINALIZADA NO PRAZO	100%	100%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE OSCILAÇÃO DE PREÇO (VALORES MAIORES DA ÚLTIMA COMPRA)	M/R	24,07%	8,5%	17,8%	15,8%	22,7%	36,16%	10,3%	31,79%	9,5%	12,9%	3,4%	6,9%
PERCENTUAL DE COMPRA EMERGENCIAL	0%	1,75%	15%	12,5%	0%	0%	4,54%	4,76%	7,40%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANALISE CRÍTICA – COMPRAS

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

Em 2024, o setor de compras do Hospital Guarapiranga estabeleceu como metas principais a aquisição de materiais e insumos com melhores valores, respeitando as diretrizes da política de aquisição do INTS, fortalecendo todas as etapas garantindo credibilidade, mantendo a transparência e aumentando a qualidade nas compras com o cumprimento de prazos de entrega, e a negociação eficaz para melhorar as condições de fornecimento.

Ao longo do ano, conseguimos avanços significativos:

- Compras com melhores valores: Negociações bem-sucedidas com fornecedores resultaram em uma redução nos custos de aquisição, mantendo a qualidade dos produtos adquiridos.
- Melhoria nas entregas ao longo do ano: A maior integração com os fornecedores e a gestão proativa dos pedidos contribuíram para reduzir atrasos e otimizar a distribuição dos itens adquiridos. Houve uma melhora na pontualidade das entregas em relação aos anos anteriores, com mais entregas realizadas dentro do prazo estipulado.

Principais Dificuldades Encontradas Durante o Ano

O ano de 2024 apresentou desafios relevantes, especialmente decorrentes de fatores externos. Um dos mais significativos foi a enchente ocorrida no Rio Grande do Sul, que impactou diretamente os custos de determinados insumos e gerou instabilidade em parte da cadeia de fornecimento. Apesar desse cenário adverso, o setor de compras conseguiu assegurar a aquisição de todos os itens necessários, evitando qualquer prejuízo às atividades da unidade.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

Ao longo do ano, diversas ações foram implementadas com êxito para enfrentar os desafios e melhorar os processos internos:

Alinhamento entre os setores requisitantes e o setor de compras:

- Foram realizadas reuniões regulares e implementados novos fluxos de comunicação para garantir que as necessidades dos setores fossem compreendidas e atendidas de forma eficaz.
- Melhoria na gestão de estoque: Implementamos um sistema de monitoramento mais robusto, o que permitiu a otimização dos níveis de estoque e a redução de desperdícios.
- Análise aprimorada de pedidos: A adoção de ferramentas de análise e revisão de pedidos resultou em maior assertividade nas aquisições, evitando compras desnecessárias e otimizando os recursos financeiros.

Expectativas de Melhorias para 2025

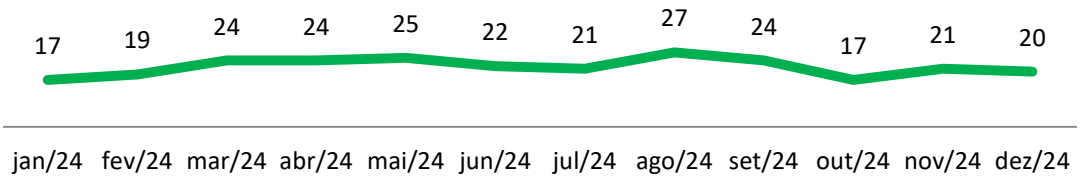
O setor de compras tem como objetivo continuar aprimorando suas atividades no próximo ano, com foco em:

Manutenção da comunicação efetiva: Continuaremos fortalecendo os canais de diálogo com os setores requisitantes para garantir agilidade e clareza no processo de aquisição.

Busca por melhores valores: O compromisso de negociar condições vantajosas junto aos fornecedores permanecerá, sempre em conformidade com os princípios e normas do INTS.

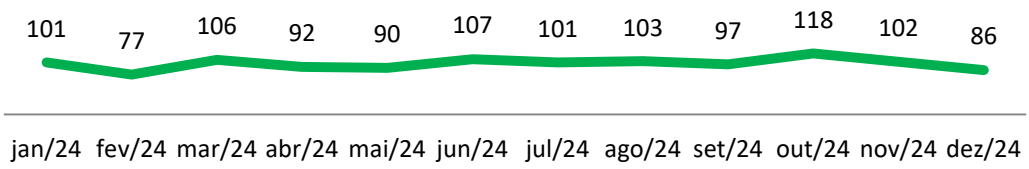
Foco no atendimento aos pacientes: Todas as ações do setor continuarão voltadas para assegurar a qualidade e a disponibilidade de insumos, contribuindo para um atendimento seguro e eficaz aos pacientes.

Gráfico 119 – Lançamentos de Cotações



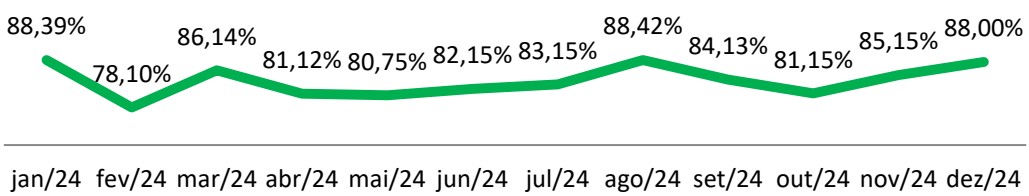
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 120 - Total De Ordens De Compras Geradas



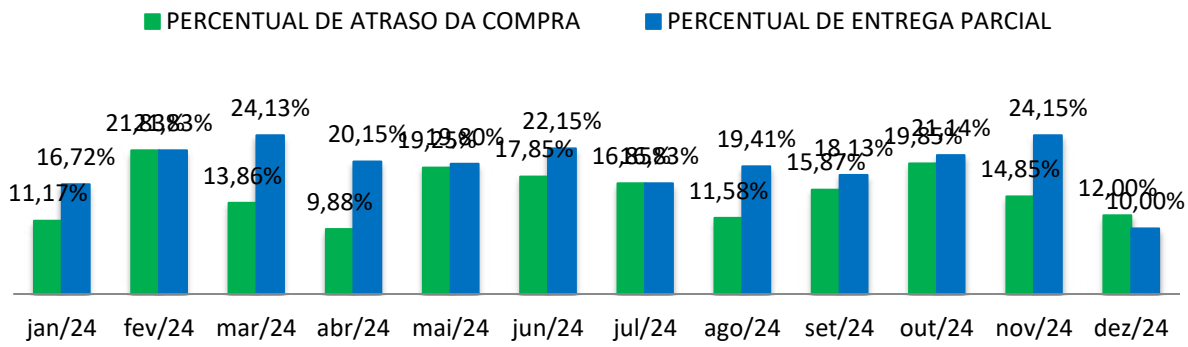
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 121 - Taxa De Ordem De Compra (Oc's) Entregue No Prazo



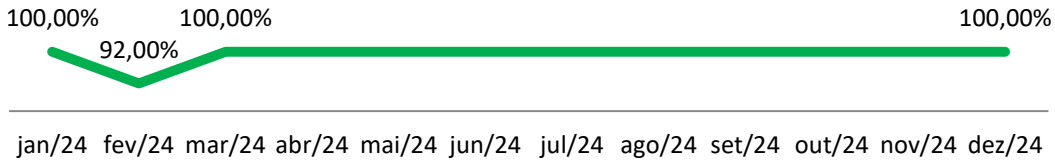
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 122 – Percentual de Atraso e Entrega



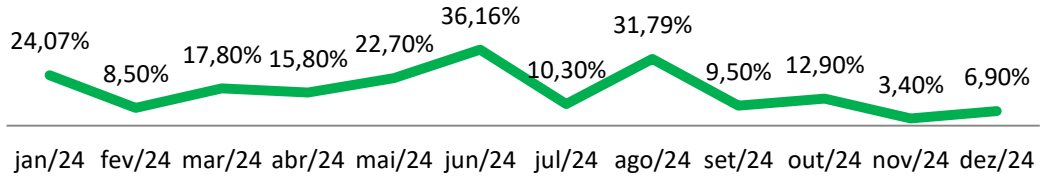
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 123 – Percentual De Compra Finalizada No Prazo



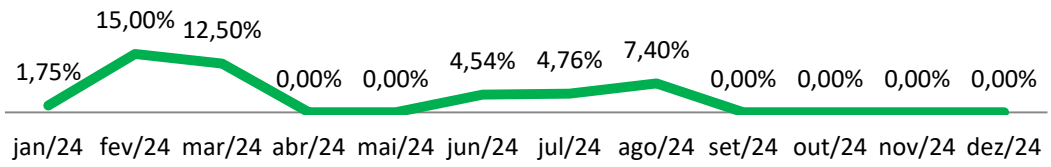
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 124 – Taxa De Oscilação De Preço (Valores Maiores Da Última Compra)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 125 – Percentual De Compra Emergencial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.7. INFRAESTRUTURA

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

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

Tabela 39 – Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CALIBRAÇÃO	M/R	0	2	12	8	0	0	41	163	49	0	25	4
MANUTENÇÃO CORRETIVA	M/R	120	93	106	87	92	106	107	125	114	122	102	144
ENTREGA DE EQUIPAMENTO	M/R	1	2	1	3	8	0	0	0	2	1	0	0
INSPEÇÃO DE ROTINA	M/R	258	298	313	315	293	271	302	310	285	317	266	286
MANUTENÇÃO PREVENTIVA	M/R	331	90	143	105	159	73	96	72	71	120	58	152
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	100%	100%
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	85%	58%	72%	60%	60%	85%	85%	93%	93%	93%	91%	95%	95%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

- Calibração (Meta: 100%): A meta de calibração foi consistentemente atingida ao longo de todo o ano, evidenciando um alto nível de organização e controle nas atividades de calibração. Esse desempenho reflete a dedicação da equipe e a execução eficiente dos processos estabelecidos.

- Manutenção Corretiva (Meta: 85%): A manutenção corretiva superou as expectativas, começando com 93% em julho e agosto, mantendo-se estável até setembro, e com uma leve oscilação para 91% em outubro. Contudo, a performance foi recuperada, atingindo 95% em novembro e dezembro, superando a meta estabelecida de 85% em todos os meses. Esse resultado destaca a eficácia das ações corretivas e o comprometimento da equipe com os prazos e qualidade do serviço.
- Entrega de Equipamentos (Meta: 100%): Nos meses em que os dados foram reportados (agosto, setembro e novembro), a meta de entrega de equipamentos foi cumprida integralmente. Esse desempenho demonstra um excelente controle de logística e planejamento, refletindo a capacidade de cumprir com as demandas da unidade de forma eficiente.
- Inspeção de Rotina (Meta: 100%): O indicador de inspeção de rotina também atingiu a meta de 100% de forma constante ao longo do ano. A estabilidade desse resultado evidencia um bom planejamento e execução da atividade, assegurando que os processos de inspeção sejam realizados sem falhas.
- Manutenção Preventiva (Meta: 100%): A meta de manutenção preventiva foi cumprida integralmente durante todos os meses, sem interrupções ou falhas no planejamento e execução. Esse resultado destaca a eficácia e o rigor do planejamento preventivo, que contribuiu significativamente para a redução de falhas e a garantia de um ambiente operacional seguro e eficiente.

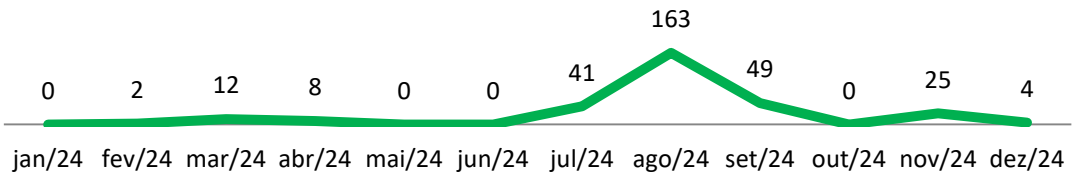
Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

Capacitação e Reforço na Equipe: A capacitação contínua e o reforço na equipe foram fundamentais para o bom desempenho da manutenção corretiva. O investimento no treinamento da equipe permitiu não apenas a superação da meta, mas também um nível mais elevado de desempenho, especialmente durante períodos de maior demanda.

Expectativas de Melhorias para 2025

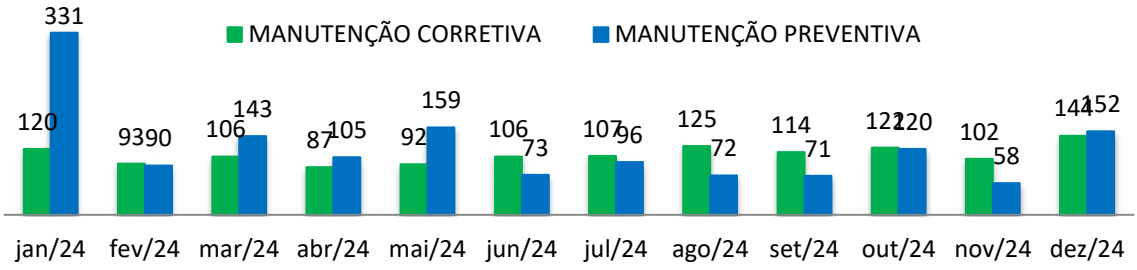
- Otimizar Tempos de Resposta na Manutenção Corretiva: Para 2025, espera-se investir em processos e recursos que possam otimizar ainda mais os tempos de resposta na manutenção corretiva. A melhoria contínua nesse aspecto será essencial para garantir a eficiência, mesmo durante períodos de alta demanda, e para manter o bom desempenho observado em 2024.
- Fortalecer a Integração de Sistemas: A integração de sistemas será uma prioridade para 2025. Utilizar ferramentas digitais para o acompanhamento em tempo real das atividades permitirá uma maior visibilidade, o que ajudará na minimização de falhas no planejamento e na execução das tarefas. Isso contribuirá para um controle mais eficaz e uma resposta mais ágil às necessidades da operação.
- Melhoria Contínua nas Atividades Preventivas: A manutenção preventiva continuará sendo um pilar fundamental para 2025. Com o objetivo de manter a consistência alcançada em 2024, a equipe estará focada em inovações e ajustes no planejamento preventivo. Isso incluirá a adoção de novas tecnologias e abordagens para garantir a eficiência contínua das atividades preventivas.

Gráfico 126 – Calibração dos Equipamentos



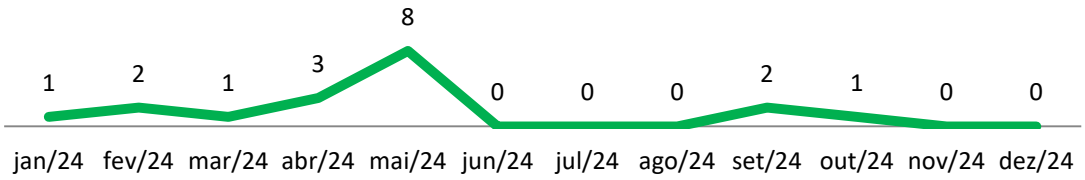
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 127 – Manutenções de Equipamentos



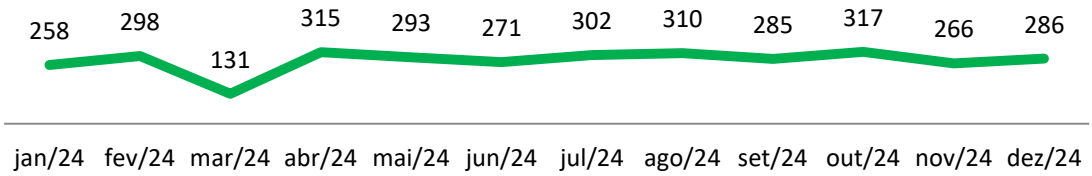
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 128 – Entrega de Equipamentos



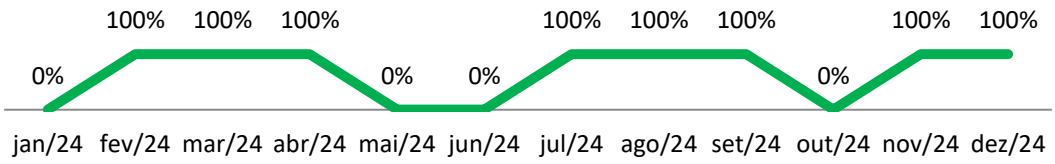
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 129 – Inspeção de Rotina



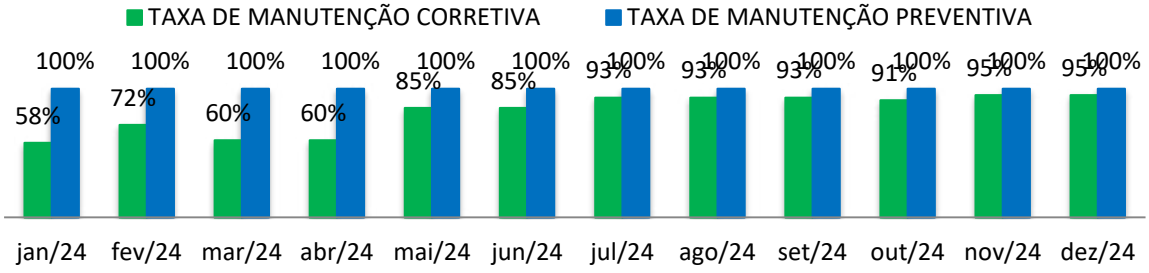
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

.Gráfico 130 – Taxa de Calibração



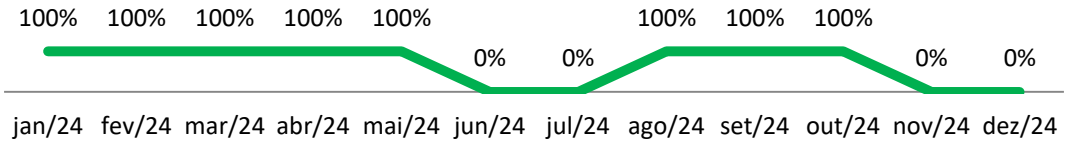
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 131 – Taxa de Manutenções



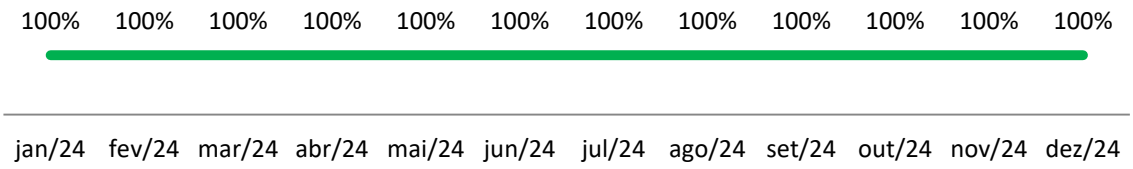
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 132 – Taxa de Entrega de Equipamentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 133 – Taxa de Inspeção de Rotina



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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 40 – Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
MANUTENÇÃO CORRETIVA	M/R	292	193	212	331	279	411	348	406	422	522	324	260
MANUTENÇÃO PREVENTIVA	M/R	207	129	208	219	203	216	218	238	124	163	185	140
INSPEÇÃO DE ROTINA	M/R	129	128	178	61	74	123	53	48	89	108	98	151
INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	M/R	12	1	2	0	7	11	1	0	1	0	1	0
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	75%	68%	62%	86%	76%	70%	70,1%	71,4%	82%	86%	88%	86%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	43%	67%	70%	100%	100%	100%	81,1%	62,5%	65%	100%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	58%	100%	100%	0%	100%	80%	100%	0%	100%	0%	100%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

- Taxa de Manutenção Corretiva (Meta: 85%): A meta foi gradualmente alcançada ao longo do ano. Embora o desempenho inicial tenha sido de 70,1% em julho, houve uma melhoria consistente, atingindo 92% em novembro. Contudo, a taxa retrocedeu para 86% em dezembro, e a

meta de 85% não foi mantida de forma constante em todos os meses. Esse resultado demonstra um avanço significativo, mas também aponta para a necessidade de um maior foco na consistência.

- Taxa de Manutenção Preventiva (Meta: 100%): O desempenho em manutenção preventiva foi inferior à meta no início do ano, com apenas 81,1% em julho e 62,5% em agosto. Contudo, a meta foi integralmente atingida nos últimos três meses de 2024 (outubro a dezembro), o que reflete uma recuperação positiva após ajustes no planejamento. A execução, no entanto, enfrentou dificuldades devido a questões de recursos e logística no início do ano.
- Taxa de Inspeção de Rotina (Meta: 100%): A meta foi atingida consistentemente durante todo o ano, evidenciando a estabilidade e eficiência nas inspeções. Este indicador é um reflexo da boa organização e da execução bem-sucedida dos processos de inspeção.
- Taxa de Instalação de Equipamentos (Meta: 100%): O desempenho foi intermitente, atingindo 100% nos meses de setembro e novembro. Embora não tenha sido constante ao longo do ano, a taxa de instalação foi satisfatória durante os meses em que os dados foram reportados.

Principais Dificuldades Encontradas

- Planejamento e Execução de Manutenções Preventivas: O início do ano apresentou dificuldades, possivelmente devido à falta de recursos adequados ou problemas logísticos que impactaram a execução das manutenções preventivas.
- Taxa de Manutenção Corretiva: A manutenção corretiva foi um desafio, especialmente no primeiro semestre, dificultando a sustentação da meta de 85%.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

- Revisão do Planejamento Preventivo: A partir de setembro, ajustes foram implementados no cronograma de manutenções preventivas,

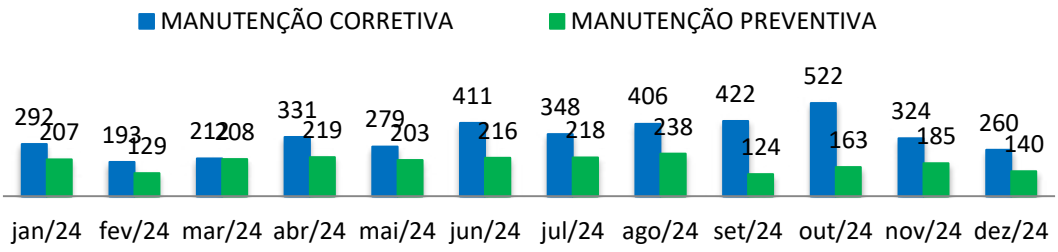
resultando na melhoria dos indicadores a partir de outubro. Esses ajustes permitiram que a meta fosse cumprida nos últimos três meses, destacando a importância de um planejamento mais detalhado e flexível.

- Capacitação da Equipe Técnica: O investimento em capacitação da equipe técnica teve um impacto positivo na manutenção corretiva, permitindo maior eficiência na resolução de problemas e contribuindo para o aumento da taxa de execução.

Expectativas de Melhorias para 2025

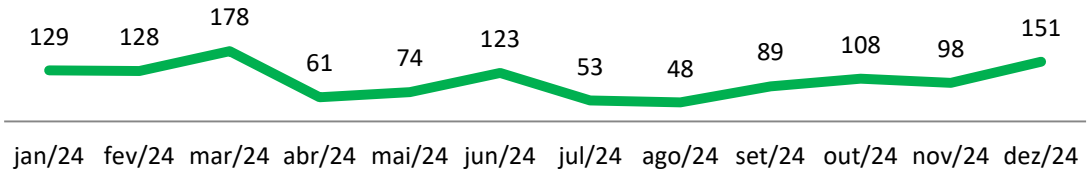
- Otimização dos Processos de Planejamento Preventivo: Para 2025, será fundamental revisar detalhadamente as etapas do planejamento preventivo para evitar as inconsistências observadas no início de 2024. O objetivo é estabelecer um cronograma mais eficiente e garantir sua execução sem interrupções.
- Investimento em Tecnologia de Gestão de Manutenção: A implementação de sistemas integrados para o registro e acompanhamento em tempo real das atividades de manutenção permitirá um controle mais eficiente e a redução de falhas no planejamento e execução. A utilização de tecnologia contribuirá para melhorar a visibilidade dos processos e otimizar os tempos de resposta.
- Foco em Metas de Manutenção Corretiva: Em 2025, o foco será aumentar a eficiência operacional para que a meta de 85% seja sustentada em todos os meses. Isso incluirá ajustes no planejamento de manutenção e uma maior capacidade de resposta para problemas corretivos.
- Fortalecimento do Monitoramento de Instalações: Garantir que o monitoramento e os registros de instalações sejam completos e contínuo em todas as etapas do processo será essencial. Isso contribuirá para um controle mais eficaz e ajudará a evitar falhas na instalação e operação dos equipamentos.

Gráfico 134 – Manutenções Prediais



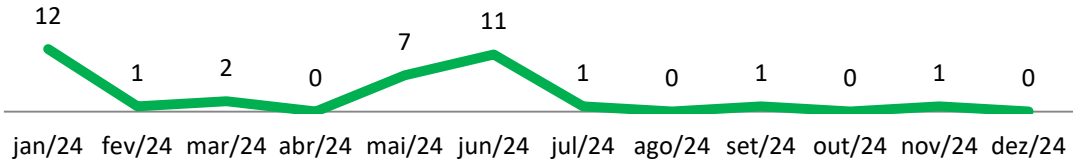
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 135 – Inspeção de Rotina Manutenção Predial



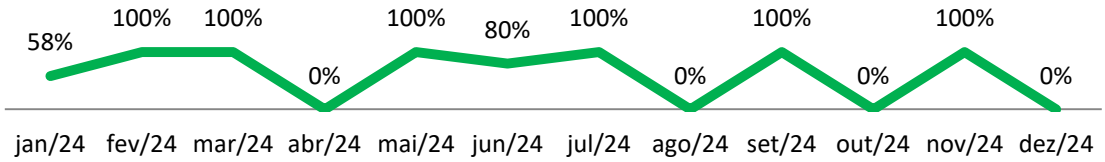
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 136 – Instalações de Equipamentos Manutenção Predial



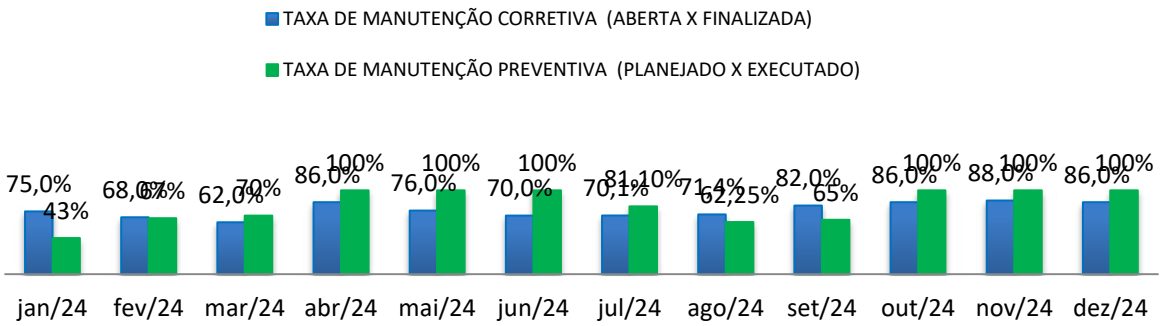
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 137 – Taxa de Instalações de Equipamentos Manutenção Predial



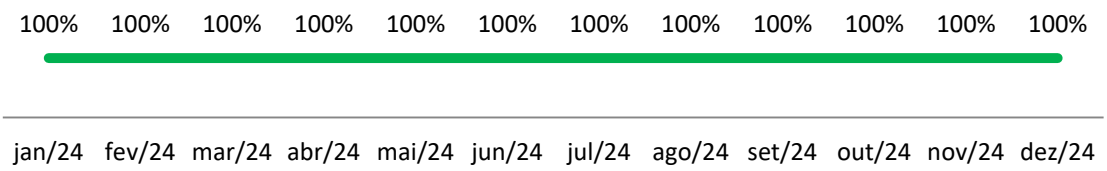
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 138 – Taxa de Manutenções Prediais



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 139 – Taxa de Inspeções de Rotina de Manutenção Predial



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

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

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

Tabela 41 – Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	M/R	65	101	98	94	105	61	83	86	99	84	72	72
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	M/R	132	147	101	133	210	103	157	201	194	202	142	140
QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS	M/R	193	246	196	277	315	152	240	261	280	286	205	203
QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS	M/R	197	248	199	227	315	164	240	287	293	289	214	212
TEMPO MEDIO DE SOLUÇÃO EM HORAS	M/R	5h	4h	4h	6h	5h	5h	4h	4h	5h	3h	3h	5h
INDISPONIBILIDADE DE INTERNET EM HORAS	M/R	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS	M/R	3	10	4	2	3	1	5	2	0	4	1	2
CHAMADOS ABERTOS X CHAMADOS FECHADOS	100%	97,9%	99,19%	98,4%	100%	100%	98,6%	100%	91%	96%	100%	96%	96%
CHAMADOS ATENDIDOS NO PRAZO SLA 24H (ENGLOBA CHAMADOS PENDENTES QUE PRECISA ATUAÇÃO DE TERCEIROS)	> 60%	98%	99,19%	98,99%	100%	100%	85,12%	94%	94%	96%	100%	97%	97%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP

ANALISE CRÍTICA – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

O setor de TI desempenhou um papel essencial ao longo do ano, enfrentando desafios e entregando resultados consistentes.

- Chamados Abertos x Fechados: A meta de 100% foi atingida na maioria dos meses, mas houve momentos de dificuldade, como em junho

(92,68%) e agosto (91%). Isso reflete esforço e dedicação da equipe, mesmo diante de adversidades.

- Atendimento no SLA (24h): Os números sempre acima da meta de 60%. Isso demonstra o comprometimento em resolver problemas rapidamente, mesmo com a dependência de terceiros.
- Outros indicadores: A infraestrutura foi mantida com excelência, com baixa indisponibilidade de internet, evidenciando um setor que se preocupa com a estabilidade para não impactar as operações do hospital.

No geral, os resultados são motivo de orgulho e mostram o quanto o setor foi resiliente, especialmente em um ambiente tão dinâmico e crítico como o hospital.

Principais Dificuldades Encontradas Durante o Ano

Nenhuma jornada é isenta de desafios, e o setor de TI enfrentou os seus com coragem e foco:

- Altos volumes de chamados em períodos específicos: Isso sobrecarregou a equipe, exigindo esforços extras para manter a qualidade no atendimento.
- Dependência de terceiros: Alguns processos, como o SLA, dependem de parceiros externos, o que nem sempre está sob controle direto da equipe de TI.
- Recursos humanos limitados: Com o aumento da complexidade e da demanda, ficou evidente que é preciso reavaliar a quantidade de profissionais para garantir um suporte ainda mais eficiente.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

Apesar dos obstáculos, o setor de TI buscou constantemente melhorar seus processos e a experiência dos colaboradores e pacientes.

- Automação e monitoramento constante: Foram essenciais para manter a eficiência no fechamento de chamados e garantir zero interrupções na conectividade.
- Capacitação da equipe: Foi um diferencial que permitiu lidar com demandas variadas, mantendo a qualidade nos serviços prestados.
- Organização proativa: Mesmo com altos volumes de chamados, os tempos médios de solução permaneceram controlados, demonstrando foco e dedicação.

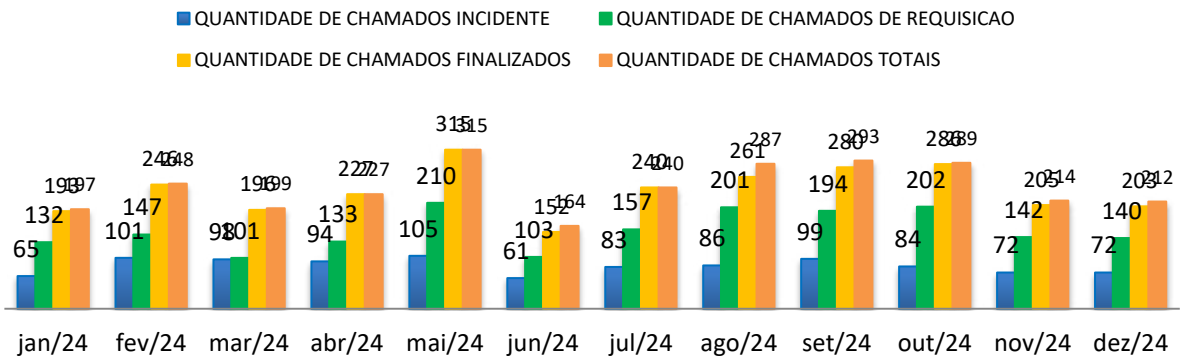
Essas ações tiveram impacto direto no funcionamento do hospital, garantindo que a tecnologia continuasse sendo um suporte indispensável para o atendimento humanizado e ágil.

Expectativas de Melhorias para o Próximo Ano

Com tudo o que foi aprendido em 2024, o futuro reserva oportunidades para crescer e melhorar ainda mais:

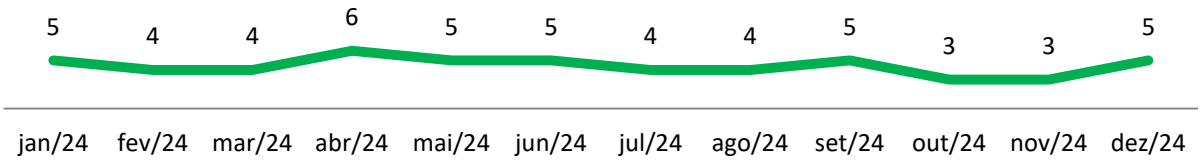
- Reforçar a equipe: Ajustar o dimensionamento de profissionais para lidar melhor com períodos de alta demanda, garantindo suporte rápido e eficiente.
- Investir em tecnologia: Explorar novas ferramentas para aprimorar o gerenciamento de chamados e reduzir a dependência de terceiros.
- Aperfeiçoamento contínuo: Capacitar ainda mais a equipe, tornando-a preparada para desafios técnicos mais complexos.
- Foco no impacto humano: Melhorar a integração entre TI e os demais setores do hospital, garantindo que a tecnologia seja sempre uma aliada na missão de salvar vidas.

Gráfico 140 – Análise de Chamados T.I



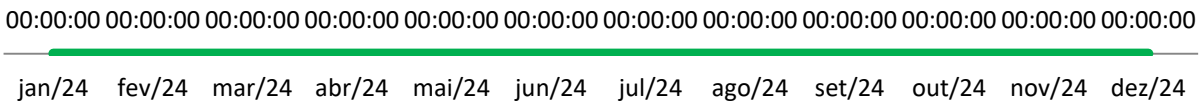
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 141 – Tempo Médio de Solução em Horas



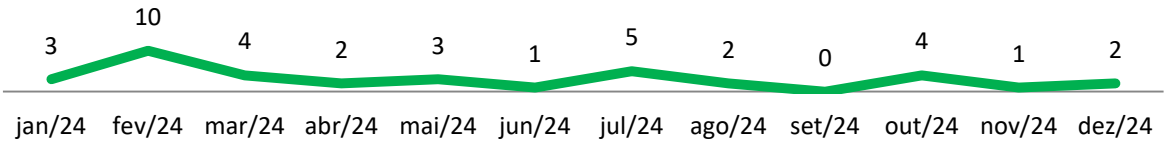
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 142 – Indisponibilidade De Internet Em Horas



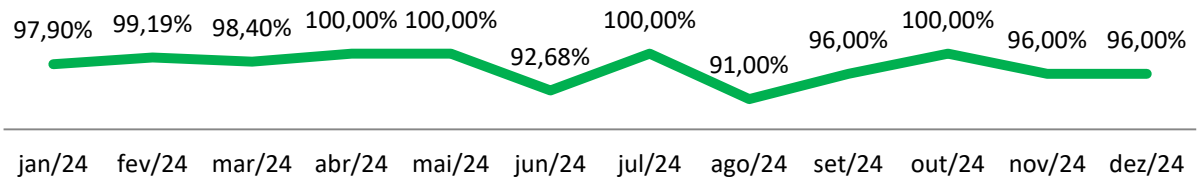
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 143 – Quantidade De Solicitação De Acesso As Câmeras



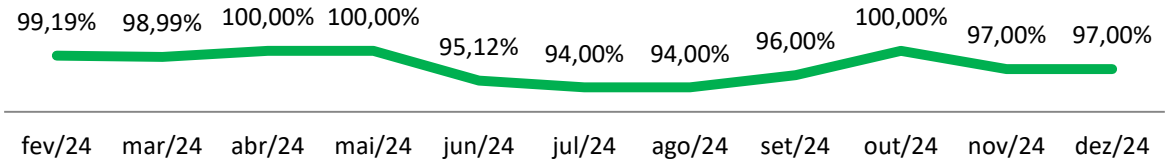
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 144 – Chamados Abertos X Chamados Fechados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 145 – Chamados Atendidos No Prazo Sla 24h (Engloba Chamados Pendentes Que Precisa Atuação De Terceiros)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. 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 42 – Indicadores de Faturamento

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TOTAL DE AIH FATURADAS	M/R	215	225	231	226	228	207	238	254	218	246	229	248
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	M/R	115	112	124	116	120	125	122	114	110	110	111	107
TOTAL DE ATENDIMENTOS A COLABORADORES	M/R	15	10	10	10	10	12	14	10	5	7	4	10
REPRESENTAÇÃO DE AIHs COMPRETÊNCIA ANTERIOR	M/R	1	1	1	0	0	0	2	0	2	0	153	0
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	M/R	5	29	38	156	207	127	91	180	91	185	107	*
TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	M/R	35	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

*As devolutivas e glosas são enviadas pela SMS em até duas competências após o envio do faturamento.

Houveram correções retroativas devido as devolutivas de correções e representação de AIHS na competência anterior.

ANALISE CRÍTICA – FATURAMENTO

A meta definida para o setor de faturamento no ano de 2024 foi o aumento do valor total faturado da produção, buscando maximizar os recursos financeiros do hospital e melhorar a eficiência no processo de faturamento.

Resultados Obtidos:

- Faturamento Total em 2023: R$ 3.624.435,95;

- Faturamento Total em 2024: R$ 6.441.008,51.

Isso representa um aumento de R$ 2.816.572,56, equivalente a um crescimento de 77,69% no faturamento total.

Análise: Esse aumento significativo foi alcançado por meio de diversas estratégias implementadas no setor, como:

- Reforço nos Processos de Lançamento: Maior controle e treinamento das equipes assistenciais para garantir o correto registro de procedimentos no sistema.
- Melhoria na Comunicação Intersetorial: Maior integração com as equipes assistenciais, administrativas e médicas para garantir a conformidade dos processos.

Dificuldades Encontradas:

- Lançamento de Procedimentos no Prontuário Eletrônico: Um dos maiores desafios enfrentados foi o registro de procedimentos no sistema de prontuário eletrônico pela equipe assistencial. Apesar de os procedimentos serem realizados, nem sempre eram devidamente lançados na aba de procedimentos do sistema.
- Assinatura Eletrônica: Outro ponto crítico foi a falta de assinatura eletrônica nos registros realizados nos prontuários. Embora os profissionais realizassem os registros adequadamente, muitos deles permaneciam sem assinatura, gerando um grande volume de pendências e impactando diretamente no processo de faturamento.

Ações Realizadas para Mitigar as Pendências:

- Lançamento de Procedimentos: Foi realizada uma apresentação durante o colegiado, com o objetivo de sensibilizar os gestores sobre a importância do correto lançamento de procedimentos no sistema.

Durante essa apresentação, foram apresentados os números de faturamento e os impactos causados pela falta de registros adequados.

Um treinamento específico foi realizado com a equipe de odontologia, focado em orientá-los sobre a importância e a forma correta de registrar os procedimentos realizados no sistema.

- Assinatura Eletrônica: A equipe assistencial recebeu uma orientação presencial (in loco) para destacar a relevância da assinatura eletrônica nos registros. Durante essa atividade, foram esclarecidas dúvidas, ressaltada a importância dessa prática e solucionados problemas que impediam a assinatura eletrônica.

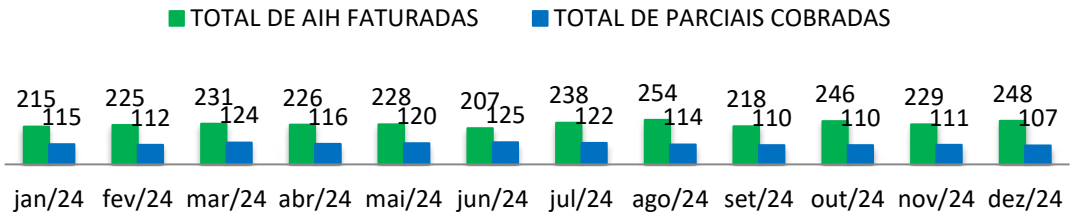
Metas do Setor de Faturamento para 2025

- Continuidade no Aumento do Valor da Produção de Faturamento: Garantir o lançamento fidedigno dos procedimentos realizados, com foco na precisão dos registros no sistema.
- Realizar ajustes nos diagnósticos e tratamentos registrados, assegurando que estejam alinhados às normas do SUS.
- Aproximação com a Equipe Assistencial: Fortalecer a comunicação entre o setor de faturamento e a equipe assistencial para melhorar os registros em prontuários. Realizar reuniões periódicas para discutir boas práticas, esclarecer dúvidas e alinhar processos relacionados ao faturamento.
- Implantar um Sistema de Feedback Contínuo: Desenvolver um mecanismo para que a equipe de faturamento possa reportar desafios e sugerir melhorias.
- Revisão e Atualização de Protocolos Internos: Avaliar e revisar os protocolos relacionados ao faturamento para garantir que estejam alinhados às últimas normas regulatórias.
- Fortalecimento do Relacionamento com a Secretaria de Saúde: Manter uma linha de comunicação direta com a Secretaria de Saúde para

esclarecer dúvidas, acompanhar atualizações regulatórias e garantir conformidade nos processos.

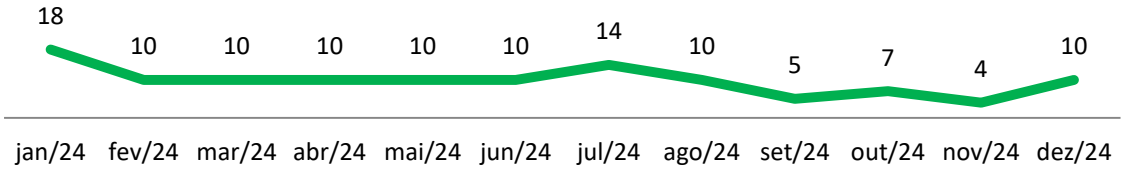
- Alinhamento com a Direção para Novos Projetos: Trabalhar junto à direção do hospital para identificar novas oportunidades de expanção no faturamento, como habilitação de serviços.

Gráfico 146 – Total de AIH Faturadas x Parciais



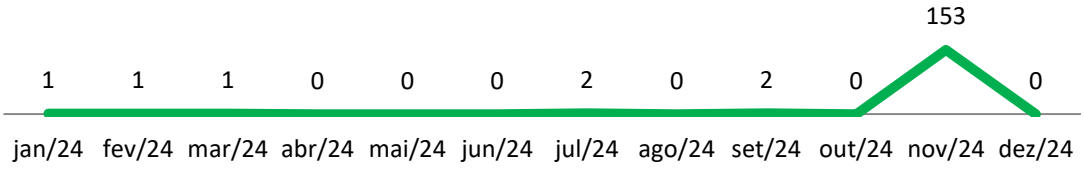
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 147 – Total De Atendimentos a Colaboradores



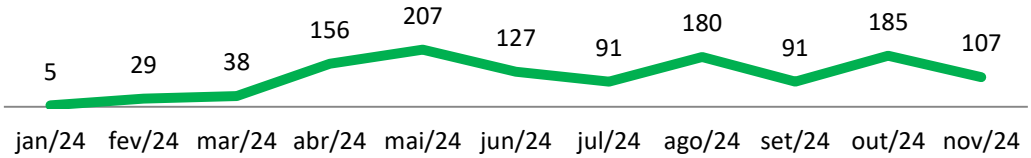
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 148 – Representação De AIH's Competência Anterior



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

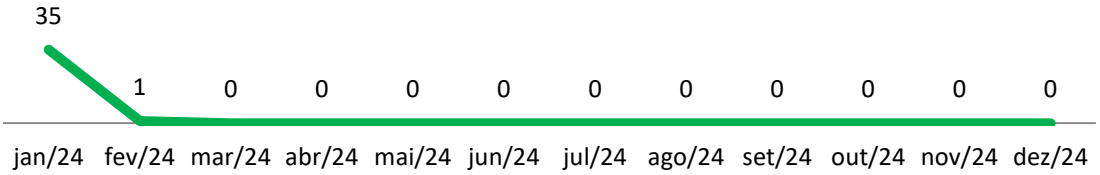
Gráfico 149 – Total De Correções Da Devolutiva



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

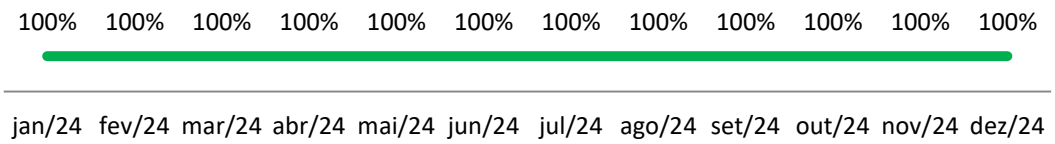
***No mês de Dezembro, ainda não tivemos devolutivas da SMS das correções.**

Gráfico 150 – Total De Glosas Por Estouro De Leitos



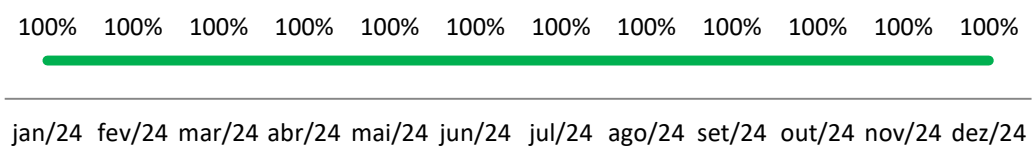
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 151 – Taxa De Apresentação De AIH's Para A Totalidade De Saídas Hospitalares



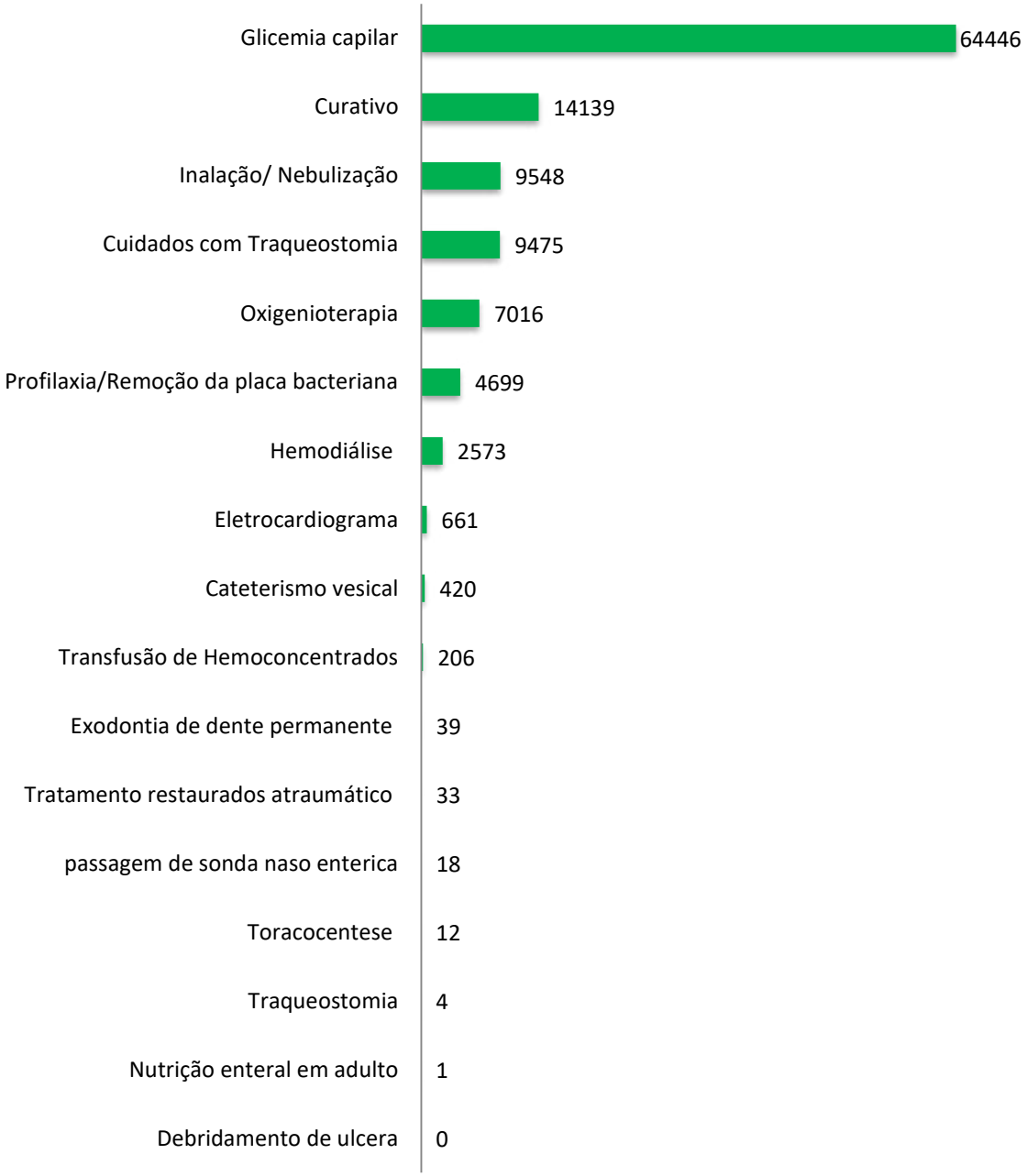
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 152 – Total De AIH's Corrigida De Acordo Com Devolutiva Da Secretaria



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

Gráfico 153 – Indicadores De 17 Procedimentos Assistenciais Importados no ano de 2024 Faturamento



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

3.9.2. 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 43 – Indicadores de Prestações de Contas

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS	M/R	4.949	4.589	4.620	4.722	4.646	4.742	4655	4530	4642	4590	5223	5103
APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS	M/R	26	0	0	58	20	35	0	23	0	0	0	0
TAXA DE RETENÇÃO DE CONTRATO	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	39%	77%
TAXA DE ENTREGA DA PRESTAÇÃO DE CONTAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE FALHA DE ENTREGA NOS DOCUMENTOS	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANALISE CRÍTICA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados:

Ao longo do período de 2024, foram estabelecidas algumas metas no setor de prestação e contas onde nelas incluíram o ponto focal na CAC – comissão de acompanhamento de contrato, que é o portal para o fácil acesso as informações do nosso contrato com a secretária, onde discutimos os apontamentos e o que fazer para evitá-los, trazer informações de ofícios entre os contratos de prestadores de serviços, sugerir melhorias e deixar todos integrantes da comissão informados.

Os resultados alcançados ainda não estão satisfatórios com a meta proposta, pois ainda exige comunicação a serem criadas entre os integrantes nas reuniões e a melhoria em trazer as informações apresentadas, tanto dos Ofícios quanto dos Apontamentos.

Outra meta estabelecida foi a organização do setor, onde deve ser sempre eficiente e bem organizados, pois estava com acúmulos de documentos físicos nos armários, o processo foi bem definido e conseguimos finalizar o ano com a total organização desses documentos físicos e também digitais, onde agora qualquer documento está com fácil acesso de ser encontrados.

Principais Dificuldades Encontradas

Enfrentamos algumas dificuldades durante o ano, onde impactaram o desempenho do setor de prestação de contas.

A forma de adaptação que foi feito o novo sistema de quitação da prestação de contas com a secretária, e a dificuldade de comunicação com partes interessadas que dificulta a compreensão das informações de formas rápidas. O sistema passou por diversas atualizações no ano, mas ainda demanda tempo na inclusão das informações onde está sendo totalmente manual por ainda ter falhas nas adaptações de tecnologias para nossa unidade. Isso acabou gerando um pouco de inseguranças nas informações a serem inseridas, e até o momento sendo utilizados os dois sistemas, por não estar 100% concluído a implantação do novo.

Outra dificuldade, é o envio de informações de outros setores para a finalização das prestações de contas durantes os meses, onde as mesmas informações têm que ser sempre solicitadas e o tempo de retorno tem bastante delongas. Mesmo passando por alinhamentos internos e externos ainda não estão satisfatórios.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

Em busca da melhoria na entrega da prestação de contas e diminuir o tempo de retorno nas informações solicitadas para secretária, o plano que foi implementado foi a contratação de um assistente administrativo para ajudar no setor de prestação de contas onde foi uma excelente estratégia para melhorar a eficiência e a qualidade dos processos, a implantação foi concluído e teve as expectativas alcançadas.

Outro plano de ação que tivesse no setor, foi a ajuda operacional dos setores de compras, contratos e patrimônio que faz parte da nossa sala, para a

inclusão das informações dentro do sistema novo Sicap, pois a secretária solicitou a quitação das despesas retroativas e o mesmo teve uma data de entrega bem curta, com isso toda nossa equipe se desdobrou para alcançarmos o solicitado, e o impacto foi positivo pois concluímos com sucesso.

Expectativas de Melhorias para o próximo ano

O setor de prestação de contas deve estar sempre atento às mudanças nas regulamentações e avanços tecnológicos. As falhas de informações podem comprometer não apenas os recursos financeiros, mas também a reputação e a confiança da organização. A adoção de boas práticas de transparência, controle e eficiência na entrega delas é essencial para garantir uma gestão responsável e a satisfação de todos os envolvidos.

Aperfeiçoamento nos dados inclusos no sistema de quitação e informações internas, estamos contando com a ajuda de mais uma auxiliar administrativa no setor, com isso as expectativas são grandes em conseguir essas melhorias.

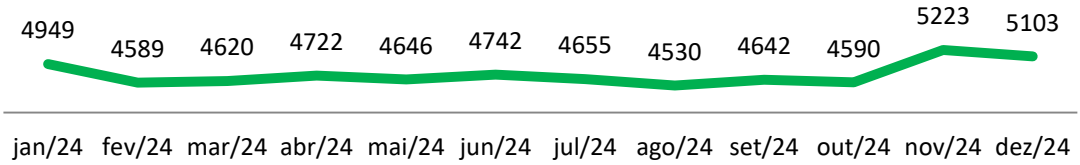
Melhoria na comunicação interna e externa, para aprimorar nas solicitações de documentos e troca de informações.

Apoio na tecnologia nas ferramentas utilizadas na prestação será essencial, pois conseguiremos entregar com qualidade e agilidade.

Com isso, as expectativas são continuar oque ja está sendo bem feito até o momento e aprimorar cada vez mais, na organização dos documentos e

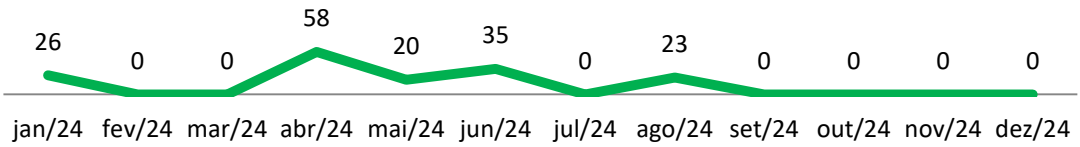
informações para assim alcançar a excelência nas entregas das prestações de contas do nosso contrato.

Gráfico 154 – Total de Despesas Quitadas no Sistema da SMS



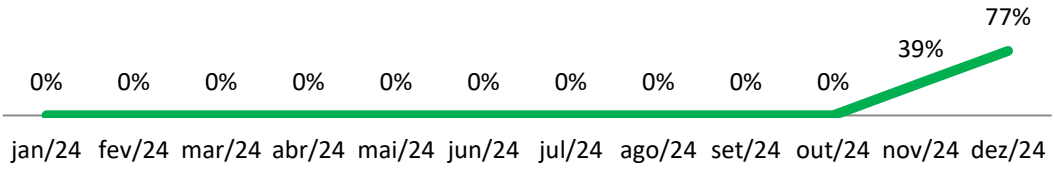
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 155 – Apontamentos Na Prestação De Contas



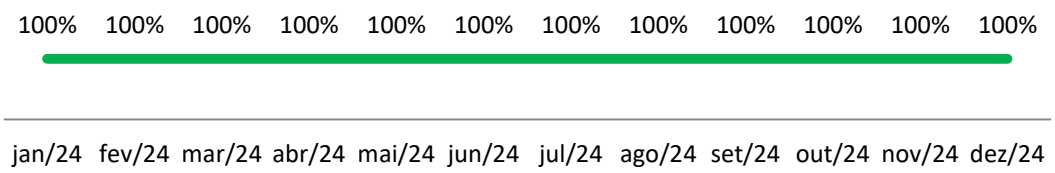
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 156 – Taxa De Retenção De Contrato



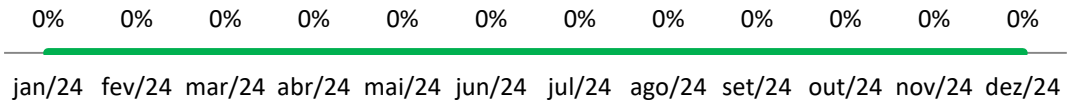
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 157 – Taxa De Entrega Da Prestação De Contas No Prazo



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 158 – Taxa De Falha De Entrega Nos Documentos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.3. 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 44 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NOTAS DE SERVIÇO/MÊS	M/R	64	70	78	82	86	81	74	73	86	78	77	77
NOTAS DE PRODUTOS/MÊS	M/R	60	113	95	116	113	103	145	124	115	133	102	95
NOTAS ATRASADAS/MÊS	0	0	0	0	8	0	0	1	10	2	4	8	2
TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	99,6%	95%	99%	98,1%	95,5%	98,8%

TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

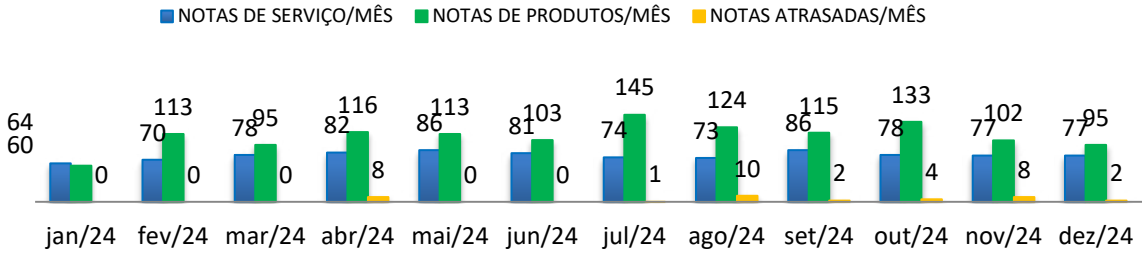
ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

Durante o ano de 2024, o setor financeiro manteve um desempenho consistente, atendendo aos padrões exigidos e garantindo que todos os pagamentos fossem realizados dentro do prazo estabelecido. Isso demonstra nosso total compromisso em assegurar que todos os prestadores e colaboradores do Hospital Municipal Guarapiranga possam confiar na pontualidade dos pagamentos, conforme acordado.

Os poucos atrasos registrados nos indicadores, relacionados a notas fiscais, não foram causados por falhas internas do setor, mas sim por fatores externos que estão além do nosso controle, como a falta de documentos necessários, o não envio das notas no prazo estipulado pelos prestadores, ou ainda a pendência na assinatura de aditivos contratuais, o que impede o envio das notas para pagamento.

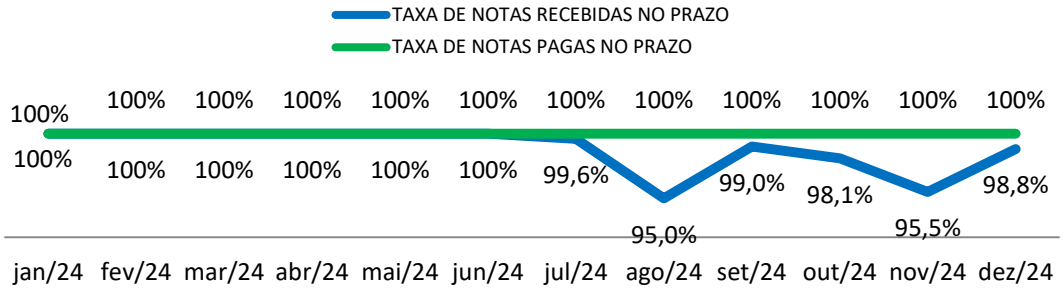
Para 2025, o setor financeiro continuará a manter sua alta eficiência, aperfeiçoando processos e garantindo a continuidade da excelência no cumprimento das obrigações. Nosso objetivo é seguir sendo referência para as demais unidades do INTS, como ocorreu em 2024, destacando-se pela robustez dos processos, pela qualidade dos serviços prestados e pelo empenho de nossos profissionais em garantir o melhor atendimento, em qualquer circunstância.

Gráfico 159 – Notas de Serviços, Produtos e Atrasadas/Mês



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 160 – Notas de Produtos/Mês



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.4. 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 45 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	M/R	120	138	107	87	92	117	107	118	114	122	102	144
Nº DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	M/R	61	85	58	54	77	98	100	110	106	111	97	138
Nº DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	M/R	29	20	10	11	10	12	11	10	8	14	18	9
Nº DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	M/R	28	20	09	8	10	11	11	10	8	14	15	9
Nº SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	M/R	49	40	32	27	19	45	47	47	30	36	30	30
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 70%	51%	62%	54%	62%	84%	84%	93%	93%	93%	91%	95%	95%
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 70%	97%	100%	90%	73%	100%	92%	100%	100%	100%	100%	83%	100%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS	M/R	132	132	132	132	132	132	132	132	136	136	139	139
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS*	M/R	100%	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	97%	95%	98%	98%

TAXA DE ITENS CEDIDOS	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ITENS LOCADOS	M/R	63,32%	63,32%	63,32%	66%	66%	66%	66%	66%	63%	63%	63%	63%
TAXA DE O.S ATENDIDAS	90%	59,73%	64,49%	54,20%	63%	85%	82%	94%	94%	93%	91%	93%	96%
TAXA DE O.S FECHADAS	100%	59,73%	64,49%	54,20%	63%	85%	82%	94%	94%	93%	91%	93%	96%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANALISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados:

Ao longo do ano de 2024, o setor de patrimônio do nosso hospital teve como objetivo aprimorar a gestão e a conservação dos mobiliários e equipamentos hospitalares. As principais metas estabelecidas incluíram:

- Melhoria na gestão de equipamentos médicos e mobiliário, buscamos reduzir o tempo de resposta para manutenção corretiva e preventiva, alcançando uma redução significativa nesse período. A eficiência na gestão de equipamentos médicos foi fundamental para garantir a continuidade dos serviços hospitalares.
- Implementação de novas tecnologias para rastreamento de ativos: Iniciamos a implantação do sistema RFID, visando melhorar o controle e o monitoramento dos ativos. Embora ainda não esteja completamente operacional, os testes iniciais mostraram grande potencial para aumentar a precisão e a eficiência do rastreamento.
- Treinamento e integração de novos colaboradores: Desenvolvemos uma nova abordagem para a integração de colaboradores, com ênfase na preservação dos ativos hospitalares. Esse treinamento focou na importância do uso adequado dos equipamentos, resultando em uma redução nos incidentes de mau uso.

Principais Dificuldades Encontradas

Durante o ano, enfrentamos algumas dificuldades que impactaram o desempenho do setor de patrimônio.

- Trocas frequentes na Engenharia Clínica: A rotatividade de empresas terceirizadas que prestam serviços de engenharia clínica resultou em descontinuidade no atendimento e aumento de falhas operacionais, muitas trocas de supervisores e técnicos.

Esse fator prejudicou a eficiência das manutenções e a continuidade dos serviços, gerando um pouco de insegurança nos processos, demandando um esforço adicional para readaptação e treinamento dos novos colaboradores.

- Atraso na entrega do sistema da MTM: A empresa MTM não conseguiu cumprir o cronograma de entrega do sistema contratado, prejudicando a eficiência no controle de patrimônio. A falta desse sistema dificultou o monitoramento adequado dos equipamentos e mobiliários, aumentando a carga de trabalho manual e a possibilidade de erros.
- A Falta de colaboração dos setores assistenciais: Houve dificuldades na manutenção preventiva dos equipamentos médicos e mobiliários devido à falta de colaboração dos setores assistenciais. A ausência de uma cultura de responsabilidade compartilhada comprometeu a preservação dos ativos, resultando em maior desgaste e necessidade de reparos frequentes principalmente de cadeiras, poltrona, camas e monitores hospitalares.

Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

Para mitigar as dificuldades e alcançar os objetivos estabelecidos, implementamos diversos planos de ação, que demonstraram impactos positivos:

- Reuniões periódicas com a Engenharia Clínica: Estabelecemos reuniões regulares para alinhar expectativas, discutir problemas e buscar soluções conjuntas. Essas reuniões melhoraram a comunicação e a coordenação entre as equipes, resultando em uma gestão mais eficaz dos serviços prestados.
- Nova forma de integração de novos colaboradores: A implementação de uma abordagem aprimorada para a integração focou na conscientização sobre o uso adequado dos equipamentos. Esse novo modelo de gerenciamento participativo do setor de patrimônio enfatizou a importância da conservação dos ativos, reduzindo incidentes de mau uso e prolongando a vida útil dos equipamentos.
- Notificações de mau uso dos equipamentos: Instituímos um sistema formal de notificações para documentar e corrigir o uso inadequado dos equipamentos. Essa medida promoveu uma cultura de responsabilidade entre os colaboradores, incentivando o cuidado e a manutenção adequada dos ativos hospitalares.

Expectativas de Melhorias para o próximo ano:

Para 2025, as expectativas são de significativas melhorias nos seguintes aspectos:

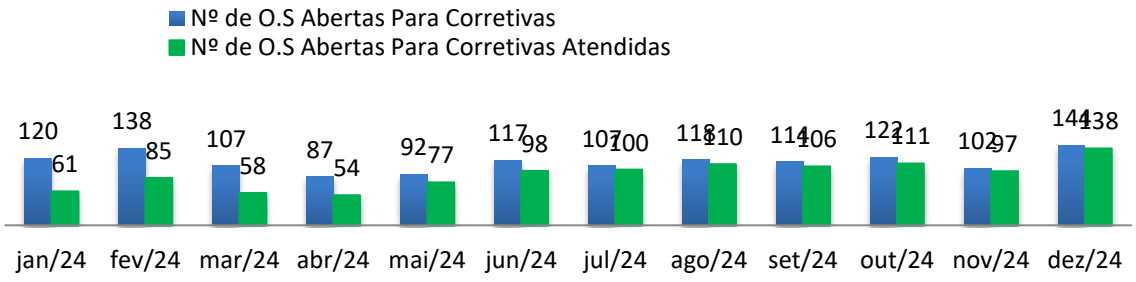
- Melhoria na comunicação: Espera-se uma comunicação mais eficaz entre a unidade hospitalar e a nova supervisão da Engenharia Clinica, facilitando a resolução de problemas e a implementação de melhorias. Uma comunicação clara e contínua é essencial para garantir a rápida identificação e solução de questões, promovendo um ambiente colaborativo e eficiente.
- Aperfeiçoamento dos contratos: Será buscada a renegociação e melhoria dos contratos com a empresa Master, focando na devolução adequada dos equipamentos e na definição de responsabilidades claras.

Isso garantirá maior controle e conservação dos ativos, minimizando perdas e danos.

- Iniciaremos o ano de 2025, com a devolução de monitores e eletrocardiógrafos que estavam parados e possibilitando assim a melhor compreensão das necessidades e garantindo uma redução considerável no valor do contrato.
- Implantação correta do sistema RFID: A expectativa é que o sistema RFID esteja plenamente operacional, proporcionando um rastreamento preciso e eficiente dos ativos. A implantação completa dessa tecnologia permitirá um monitoramento mais rigoroso, reduzindo perdas e melhorando a gestão dos equipamentos e mobiliários.

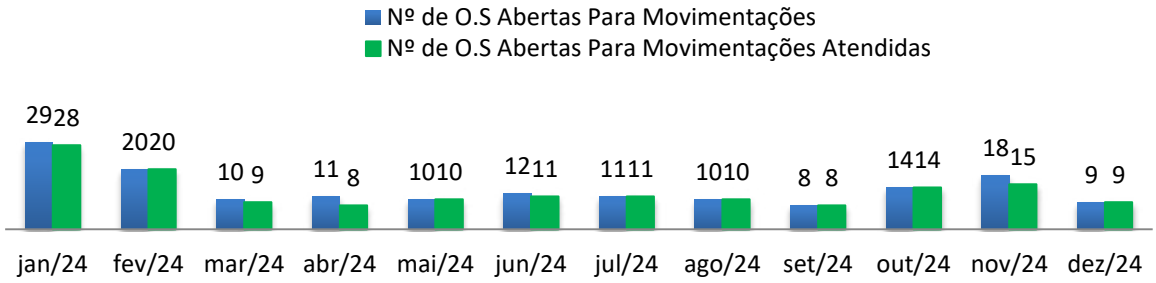
Com essas ações, o setor de patrimônio busca não apenas resolver os desafios enfrentados em 2024, mas também criar uma base sólida para um gerenciamento mais eficiente e eficaz no próximo ano. A adoção de novas tecnologias, a melhoria na comunicação e o fortalecimento da cultura de responsabilidade são pilares fundamentais para o sucesso contínuo do setor.

Gráfico 161 – Número de Ordem de Serviços Corretivas Abertas x Fechadas



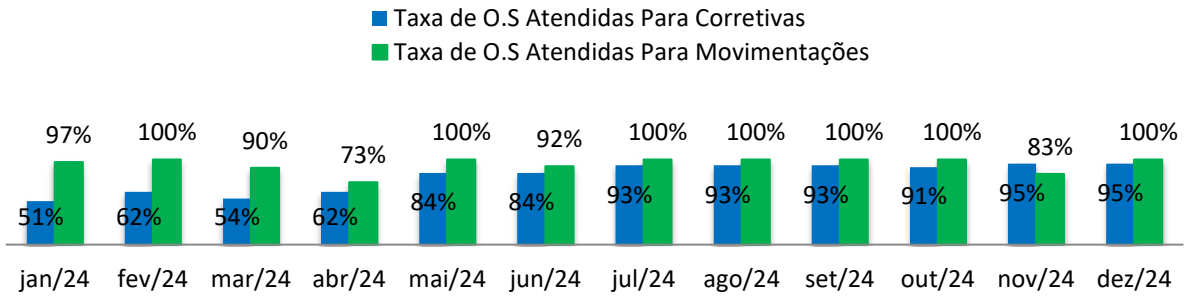
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 162 – Número de Ordem de Serviços Movimentações Abertas x Fechadas



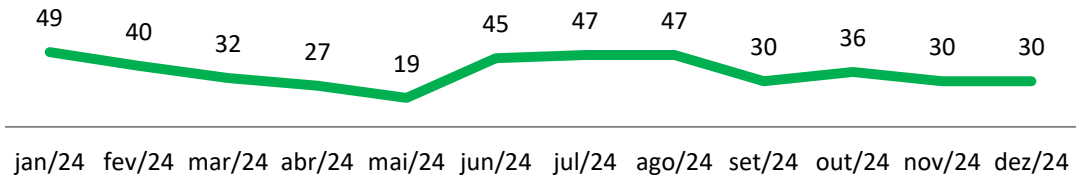
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 163 – Taxa de Ordem de Serviços Atendidas Corretivas x Movimentações



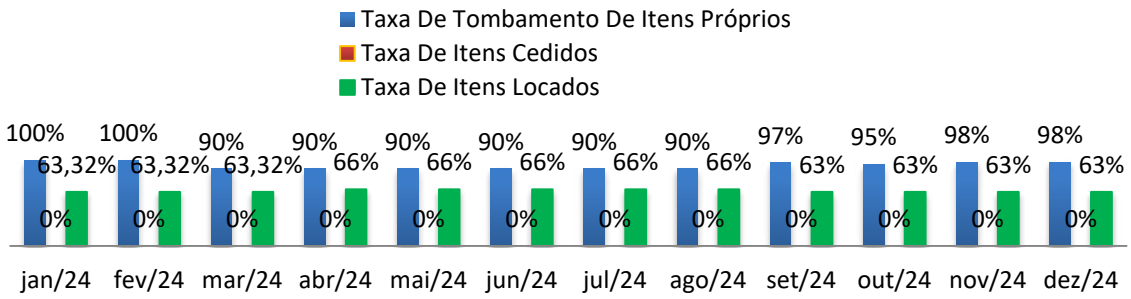
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 164 – Número de Ordem de Serviços Manutenção por Mau Uso



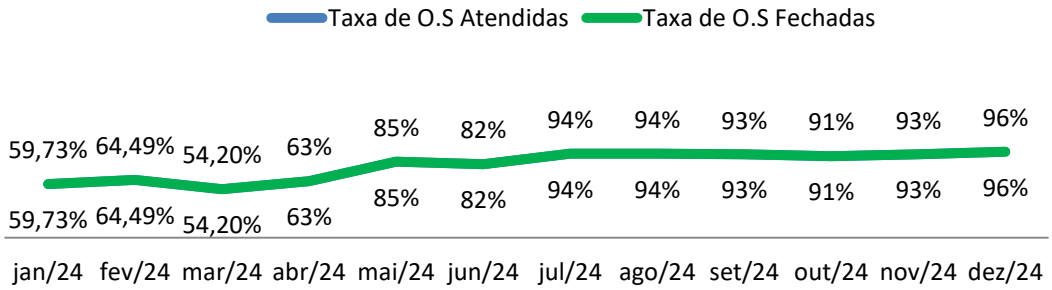
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 165 – Taxa de Itens



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 166 – Taxa de Ordens de Serviços Atendidas/Fechadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.5. 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 46 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSAÇÃO DE ENXOVAL)	100%	92%	90%	88%	80%	97%	97%	98%	97%	95%	93%	98%	97%
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXPRESSO SOLICITADOS	0%	0,37%	1%	4%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,5%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – ROUPARIA

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

- Taxa de Pedidos Atendidos (Dispensação de Enxoval): A taxa de pedidos atendidos apresentou uma queda progressiva de julho (98%) a outubro (93%), com recuperação parcial em novembro (98%) e leve queda em dezembro (97%). A meta não foi atingida em nenhum mês, sugerindo falhas operacionais, possivelmente relacionadas à logística ou reposição de enxovais.

- Taxa de Privativos Dispensados na UTI: A meta foi consistentemente atingida ao longo de todo o ano.
- Taxa de Expresso Solicitados: A taxa foi mantida em 0% até outubro, com um aumento para 1% em novembro, retornando a 0% em dezembro, indicando possíveis demandas emergenciais.
- Taxa de Enxovais Recebidos com Sujidade: A meta foi mantida até outubro, mas houve um aumento pontual para 0,5% em novembro, retornando a 0% em dezembro. Isso pode indicar problemas temporários no processo de lavagem ou transporte.

Principais Dificuldades Encontradas

- Redução na Taxa de Pedidos Atendidos: Falhas operacionais, especialmente na logística ou reposição de enxovais, afetaram a taxa de pedidos atendidos.
- Aumento Temporário de Enxovais com Sujidade: Indicativo de problemas pontuais no processo de lavagem ou transporte.
- Solicitação de Expressos: O aumento de 1% em novembro pode ter sido devido a situações emergenciais ou falhas no planejamento.

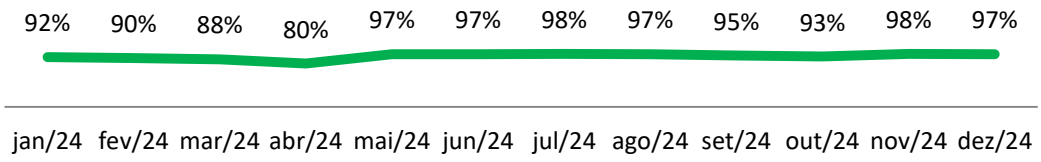
Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

- Recuperação na Taxa de Pedidos Atendidos: Foram realizados ajustes operacionais e reforço no planejamento de demanda em novembro, resultando em uma recuperação parcial (98%) e estabilidade em dezembro (97%).
- Mitigação de Enxovais com Sujidade: A revisão dos processos de controle de qualidade em novembro ajudou a reduzir a taxa de enxovais com sujidade a 0% em dezembro.
- Controle de Solicitação de Expressos: Melhorias no planejamento evitaram a solicitação de expressos em dezembro, retornando à meta de 0%.

Expectativas para 2025

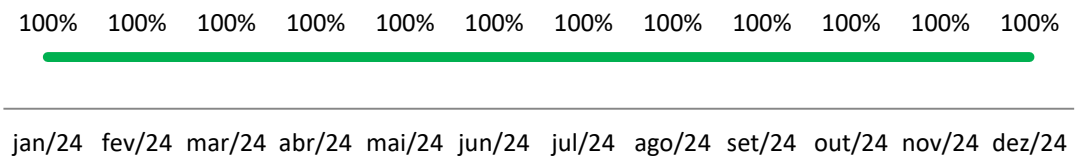
- Alcançar 100% na Taxa de Pedidos Atendidos: Melhorar o planejamento logístico, realizar treinamentos operacionais e implementar um sistema de monitoramento mais eficiente para antecipar demandas.
- Manter a Consistência nas Taxas de Privativos e Expressos: Continuar com as práticas atuais, realizando revisões periódicas para evitar desvios.
- Reduzir a Ocorrência de Enxovais com Sujidade: Auditar fornecedores e revisar contratos, além de reforçar os treinamentos em comunicação e boas práticas de manuseio e transporte.
- Monitoramento Contínuo e Melhoria de Indicadores: Implementar reuniões mensais de análise crítica para identificar falhas rapidamente e agir de forma corretiva.

Gráfico 167 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)



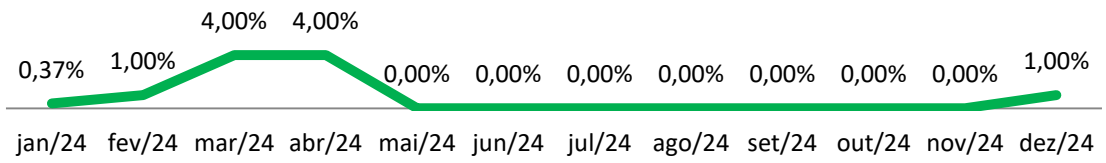
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 168 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



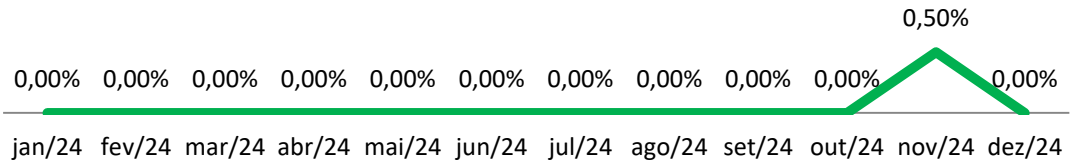
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 169 – Taxa De Expresso Solicitados



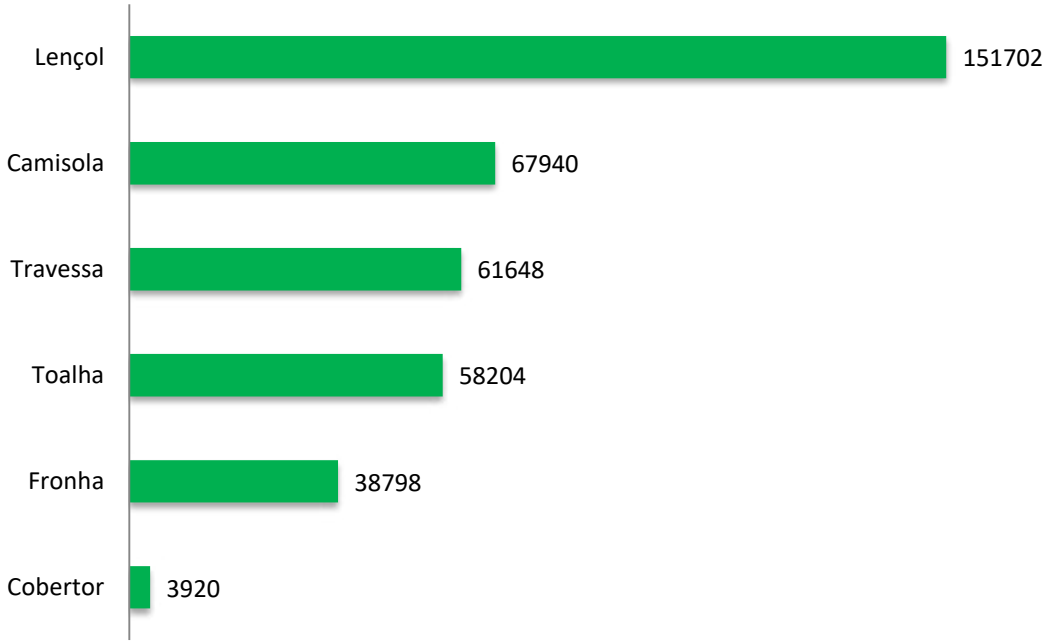
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 170 – Taxa De Enxovais Recebidos Com Sujidade



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 171 – Enxoval Dispensado em Anual/2024



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 47 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TERMINAL SETOR - ARARA	22	22	18	21	22	22	22	19	34	22	18	22	22
TERMINAL SETOR - CANÁRIO	18	18	18	19	18	18	18	12	27	18	19	18	20
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	12	12	12	12	14	12	12	12	12	12	12	17	12
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	20	20	24	20	20	21	24	21	20	21	20	20	21
TERMINAL SETOR - SABIÁ	42	43	33	43	38	36	46	42	47	46	44	65	47
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	20	20	44	40	41	41	46	41	19	20	53	112	100
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	76	84	69	73	79	65	80	78	91	85	79	99	82
TERMINAL SETOR - COLIBRI	106	158	131	103	158	138	141	148	190	197	211	191	166
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	60	219	320	181	215	210	195	349	267	376	271	294	213

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

Metas Estabelecidas e Resultados Alcançados

Setores com Metas Modestas (Exemplo: Arara, Canário e Pediatria)

Meta: 12 a 22 higienizações por mês

- **Arara**: Superou a meta em todos os meses, com destaque para agosto (34 higienizações).
- **Canário**: Manteve desempenho consistente com pequenas variações.
- **Pediatria**: Alcançou a meta de 12 higienizações em todos os meses.

Setores com Metas Moderadas (Exemplo: João de Barro e Sabiá)
Meta: João de Barro (20), Sabiá (42)

- **João de Barro**: Alcançou a meta na maioria dos meses, com ligeira queda em junho (19 higienizações).
- **Sabiá**: Superou a meta em todos os meses, com destaque para novembro (65 higienizações).

Setores com Alta Demanda (Exemplo: Sanhaçu, Colibri, Bem-te-vi e Beija-Flor)
Meta: Sanhaçu (76), Colibri (106), Bem-te-vi (20), Beija-Flor (60)

- **Sanhaçu**: Superou a meta constantemente.
- **Colibri**: Superou amplamente a meta, especialmente em setembro (197 higienizações).
- **Bem-te-vi**: Superou a meta em todos os meses.
- **Beija-Flor**: Resultados muito acima da meta em todos os meses, com destaque para outubro (376 higienizações).

Principais Dificuldades Encontradas

- Oscilações Mensais: Pequenas quedas em alguns setores, como João de Barro (junho) e Arara (março), possivelmente devido à falta de recursos ou aumento pontual da demanda.

- Sobrecarga nos Setores com Alta Demanda: Setores como Beija-Flor e Colibri frequentemente superaram a meta, indicando sobrecarga operacional.
- Planejamento e Alocação de Recursos: A grande diferença entre as metas e os resultados reais, especialmente em Beija-Flor, sugere a necessidade de revisar as metas para equilibrar expectativas e capacidade operacional.

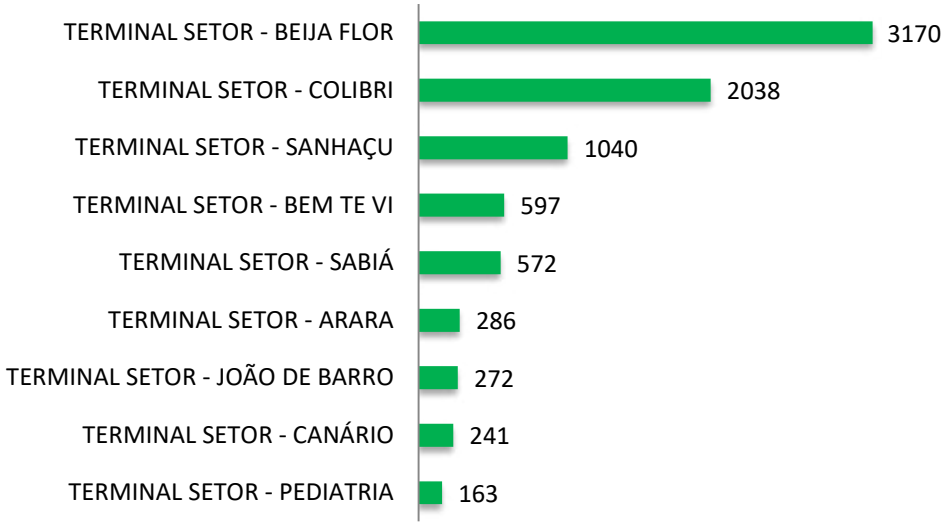
Planos de Ação Implementados e Seus Impactos:

- Ajustes Operacionais: Redistribuição de recursos e reforço no planejamento em períodos críticos.
- Foco em Alta Demanda: Estratégias específicas para atender à alta demanda nos setores Beija-Flor e Colibri.
- Monitoramento Contínuo: Análise mensal dos indicadores para ajustes operacionais.

Expectativas para o Próximo Ano:

- Revisão das Metas: Ajustar as metas de setores como Beija-Flor e Bem-te-vi, que frequentemente superaram a meta, para refletir melhor a demanda real. Revisar as metas de outros setores, se necessário, para um planejamento mais realista.
- Reforço em Setores de Alta Demanda: Investir em infraestrutura e equipe nos setores mais requisitados para evitar sobrecarga.
- Capacitação e Otimização: Realizar treinamentos para melhorar a eficiência nos setores com pequenas oscilações, como João de Barro e Arara, e implementar tecnologias para otimizar fluxos de trabalho.
- Monitoramento de Indicadores: Manter reuniões mensais para avaliar os resultados e identificar rapidamente desafios, aplicando soluções ágeis.

Gráfico 170 – Terminais Realizados por Setor Anual/2024



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.6. 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 48 – Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TAXA NOTIFICAÇÕES RESPONDIDAS DENTRO DO PRAZO DE TODOS ÓRGÃOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE OFÍCIOS RESPONDIDOS DENTRO DO PRAZO.	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NOTIFICAÇÃO RESPONDIDA E RESOLVIDAS	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	90%	90%	100%	90%
TAXA DE PARTICIPAÇÃO EM AUDIÊNCIA	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

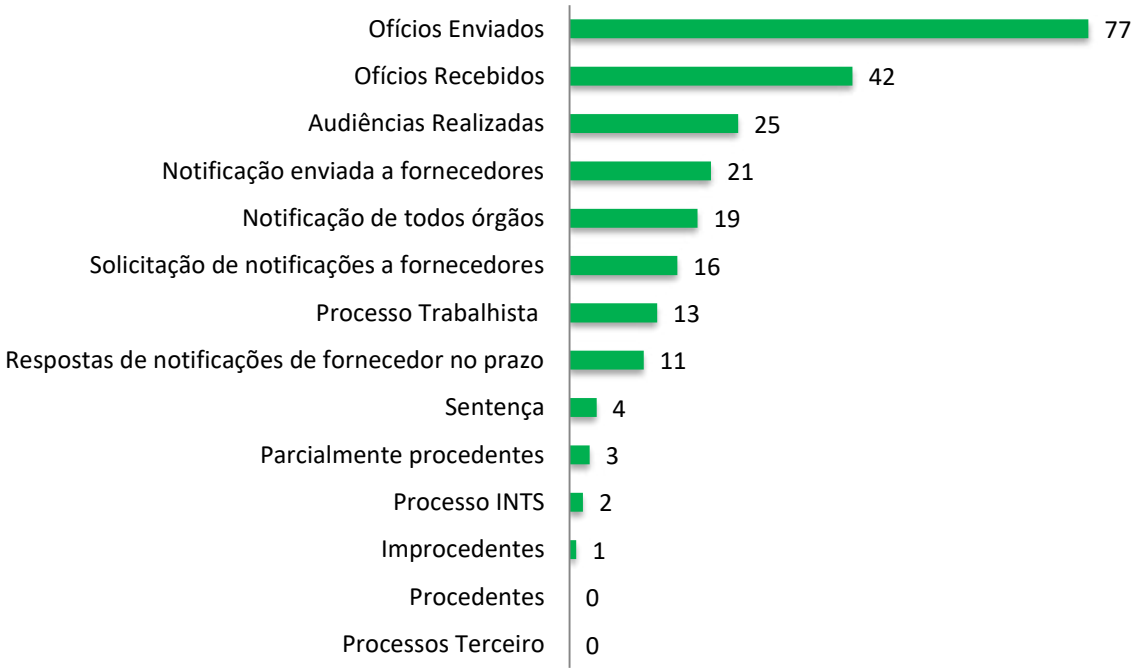
ANALISE CRÍTICA – JURÍDICO

- Melhoria na Identificação e Localização de Testemunhas: Em 2024, a dificuldade em localizar testemunhas, especialmente aquelas que trabalharam na mesma época que o reclamante, foi um desafio. Para 2025, o departamento jurídico deve investir em um sistema aprimorado de registro e controle de dados dos funcionários. Isso pode incluir a criação de um banco de informações mais detalhado sobre a movimentação dos colaboradores, facilitando o acesso rápido aos dados necessários para localizar possíveis testemunhas.
- Otimização no Processo de Notificação: O não cumprimento dos prazos pelas empresas tem sido uma questão recorrente. Em 2025, espera-se melhorar a comunicação e garantir o cumprimento dos prazos legais por meio de ferramentas de monitoramento, como sistemas de rastreamento de notificações. Alertas automáticos e acompanhamento proativo serão implementados para assegurar que as unidades possam cobrar as empresas de forma eficiente e dentro do tempo estipulado.

- Fortalecimento da Comunicação com Empresas: Para mitigar os atrasos nas respostas das empresas, será essencial fortalecer os canais de comunicação com as mesmas. A criação de acordos formais sobre prazos de resposta e penalidades por descumprimento ajudará a aumentar o comprometimento das empresas com os processos. Reuniões periódicas também serão realizadas para alinhar expectativas e garantir que todos cumpram os prazos de forma mais rigorosa.

Em resumo, as melhorias esperadas para 2025 incluem o aprimoramento na localização de testemunhas, o fortalecimento dos processos de notificação com ferramentas tecnológicas e a implementação de estratégias para melhorar a relação e o cumprimento dos prazos pelas empresas parceiras. Isso visa aumentar a eficiência e garantir que os processos jurídicos sejam mais ágeis e eficazes.

Gráfico 171 – Número de Notificações Anual de 2024



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

3.9.7. 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 49 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	Até 8 Dias	04	04	06	05	05	04	02	01	02	03	02	02
TOTAL DE PESQUISAS REALIZADAS	40	40	40	40	41	40	40	40	40	40	40	40	40
TOTAL DE PESQUISAS - TOTEM	40	18	10	09	10	08	17	43	09	02	08	06	13
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	M/R	22	21	41	30	19	21	50	36	41	69	50	63
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES INTERNAS RECEBIDAS	M/R	51	41	58	60	62	83	104	95	113	136	99	60
TAXA DE DEVOLUTIVA	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%
TAXA NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	80%	90%	85%	73%	75%	77%	73%	83%	85%	78%	90%	84%	75%

TAXA DE REINCIDÊNCIA - EXTERNA	5%	4%	0%	2%	3%	0%	0%	2%	0%	2%	1%	2%	0%

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

Com base na análise dos indicadores apresentados, podemos observar que a Ouvidoria alcançou resultados expressivos em diversos aspectos, mas também enfrentou desafios que devem ser tratados para garantir a melhoria contínua. A Taxa de Devolutiva, com meta estabelecida em 80%, foi consistentemente superada ao longo do ano, demonstrando um excelente desempenho e um bom alinhamento na comunicação com os gestores e munícipes. O Tempo Médio de Resposta também apresentou resultados positivos, frequentemente abaixo da meta de 8 dias, com destaque para os meses de julho e agosto, que registraram entre 2 e 1 dia. Esses resultados refletem uma agilidade significativa no tratamento das manifestações.

A Taxa NPS (Pesquisa de Satisfação), com meta de 80%, foi atingida ou superada em diversos meses, mas quedas pontuais indicam que há espaço para melhoria, possivelmente em períodos de maior demanda ou complexidade nas manifestações. No que diz respeito ao Total de Pesquisas Realizadas, enquanto as pesquisas beira leito atingiram a meta de 40 em todos os meses, o desempenho dos totens ficou aquém do esperado. Esse dado sugere a necessidade de estratégias para engajar mais os pacientes e acompanhantes na participação.

No âmbito das Manifestações Externas e Internas, observamos um volume crescente, particularmente em outubro e novembro, com impacto direto na carga de trabalho da equipe. Apesar disso, a Taxa de Reincidência manteve-se dentro da meta de 5%, indicando eficiência na resolução dos problemas reportados. Essa consistência demonstra um trabalho efetivo na resolução das demandas.

Entre as principais dificuldades enfrentadas ao longo do ano, destacam-se a baixa adesão às pesquisas realizadas via totem, as variações no índice de

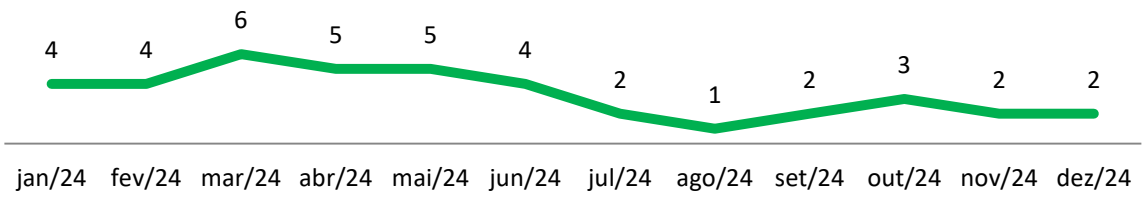
satisfação e o aumento do volume de manifestações em meses específicos. Para lidar com esses desafios, foram implementados planos de ação que incluíram esforços para reduzir o tempo médio de resposta, incentivos para aumentar o engajamento nas pesquisas de satisfação e treinamentos focados na solução definitiva das demandas, resultando em uma baixa reincidência.

Para o próximo ano, as expectativas de melhoria incluem o aumento da participação nas pesquisas via totem, com campanhas educativas e maior visibilidade desses equipamentos, a manutenção de uma taxa NPS consistente e acima da meta, o fortalecimento da equipe de atendimento em períodos de pico e a continuidade de estratégias que garantam um bom desempenho na resolução das demandas na primeira interação.

Além disso, é importante destacar que, embora tenha havido uma falta de acompanhamento mais sistemático e de um norte previamente discutido em algumas ocasiões, a equipe se manteve comprometida em entregar as demandas de forma eficiente. Com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o empenho da equipe, foi possível garantir o atendimento necessário, sempre com foco nos pacientes e seus familiares, priorizando a escuta qualificada e a resolução das manifestações.

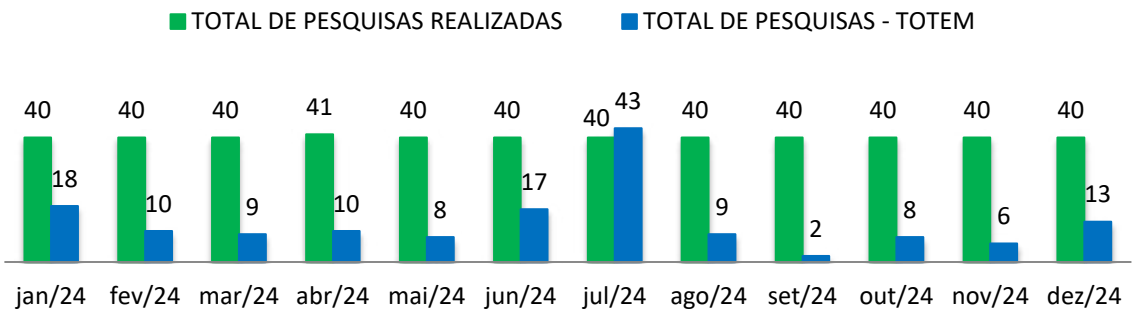
Esse diagnóstico nos permite consolidar um relatório completo e preciso, que servirá como base para as ações e estratégias do próximo ano, garantindo um atendimento cada vez mais eficaz e satisfatório para os usuários.

Gráfico 172 – Tempo Médio de Resposta de Ouvidoria



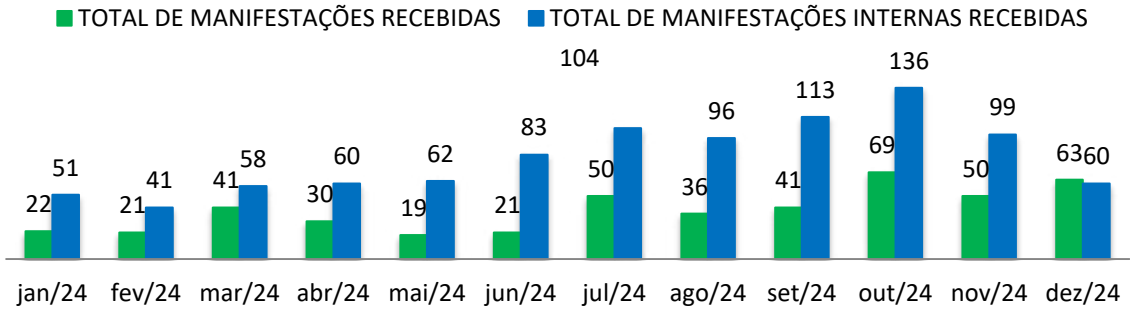
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 173 – Total de Pesquisas



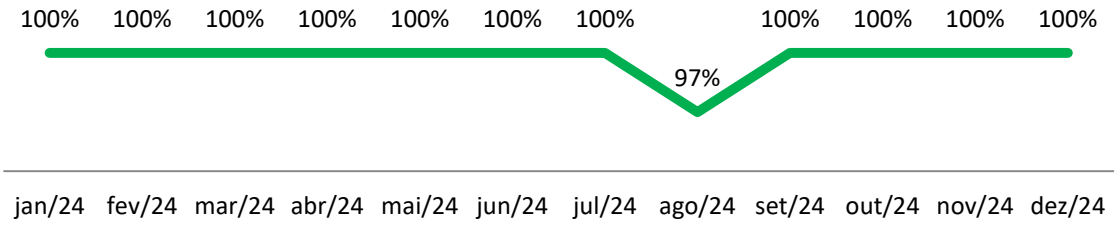
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 174 – Total de Manifestações



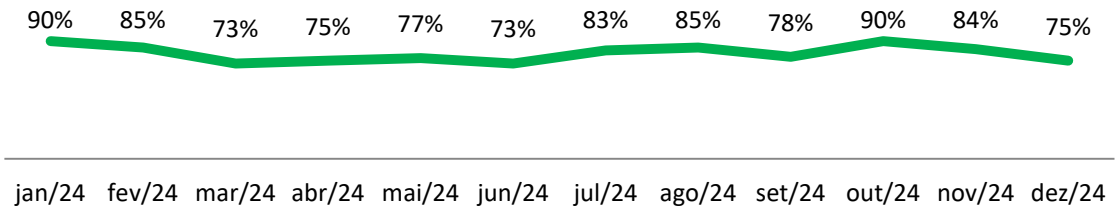
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 175 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



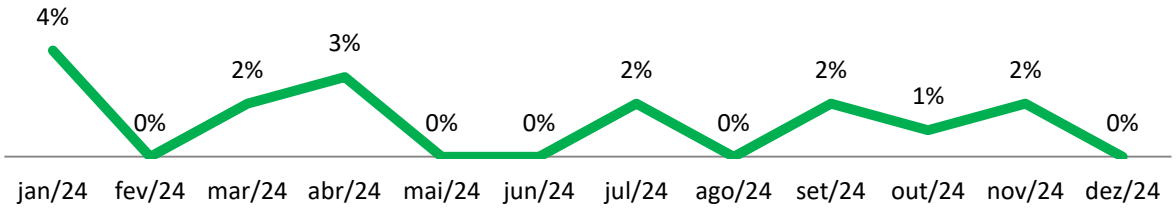
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 176 – Taxa de NPS de Satisfação



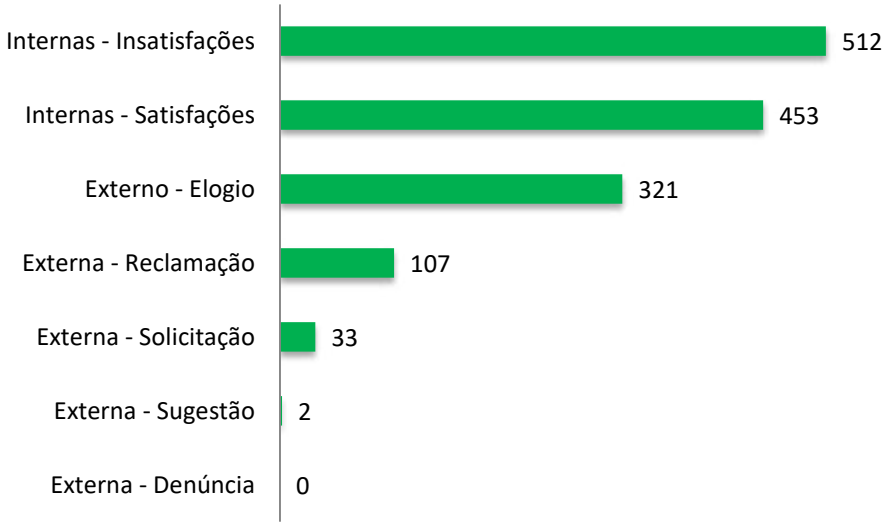
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 177 – Taxa de Reincidência de Ouvidoria Externa



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 178 – Quantitativo de Ouvidorias – Anual/2024



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

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

O monitoramento contratual é realizado através de controles internos compartilhados com as lideranças, assim como os arquivos comprobatórios necessários. A direção local da unidade, a alta gestão do INTS e a equipe coorporativa 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.

Assim, em 2024, as unidades de saúde estão sendo avaliadas em dois sistemas simultaneamente, o que proporciona maior controle e precisão no monitoramento.

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 50 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ÍNDICE DE QUEDA	≤ 15%	0,39%	0,21%	0,58%	1,19%	0,58%	1,58%	0,58%	1,17%	1,23%	0,59%	0,41%	0,40%
TAXA DE OCUPAÇÃO	≥ 85%	89,57%	89,62%	90,76%	88,82%	89,00%	86,56%	89,92%	88,77%	91,38%	89,18%	88,85%	88,23%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	≤ 20%	8,33%	6,09%	6,31%	5,00%	3,75%	5,77%	2,88%	1,42%	3,44%	2,85%	2,32%	1,49%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	≥ 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97,22%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

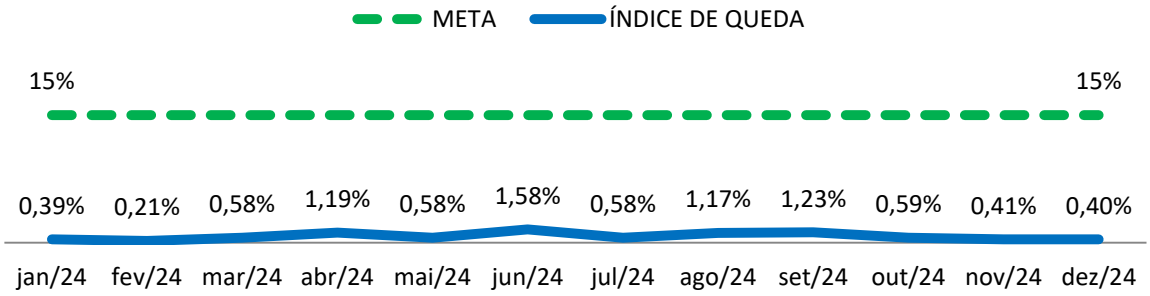
A Taxa de Ocupação Hospitalar tem sido mantida de acordo com nossa meta contratual, o que reflete uma utilização eficiente dos recursos. As implicações dessa taxa são monitoradas constantemente para garantir que a qualidade do atendimento e a capacidade de resposta do hospital não sejam comprometidas.

Em agosto de 2024, nossa taxa de devolutiva foi abaixo de 100%, alcançando 97,22%. Contudo, essa taxa ainda superou a meta estabelecida de 80%. A variação em relação aos meses anteriores deve-se a uma ouvidoria envolvendo questões jurídicas complexas, que resultou em um prazo de resposta superior ao estipulado. Nos demais meses do ano, atingimos a taxa de 100%.

O índice de queda ao longo do ano atingiu a meta contratual de 15%, e o desempenho anual foi ainda mais positivo, com esse indicador permanecendo abaixo de 2%, refletindo uma queda significativa no segundo semestre de 2024. O mesmo ocorreu com o indicador de lesões por pressão, que manteve-se abaixo da meta contratual de 10%, apresentando uma redução expressiva no último trimestre em relação ao primeiro semestre.

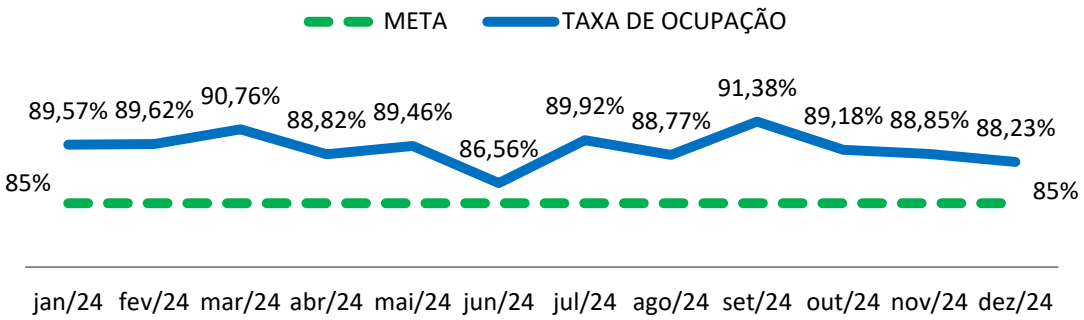
Além disso, a apresentação anual de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) atingiu 100%, cumprindo integralmente a meta contratual.

Gráfico 179 – Índice de Queda Hospitalar



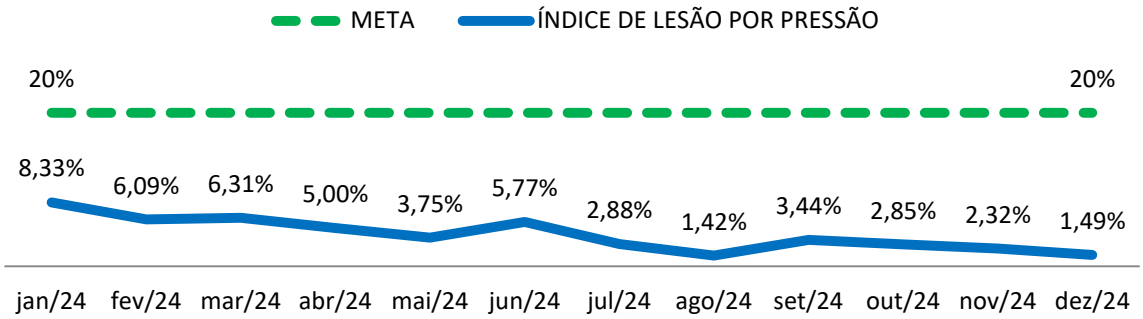
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 180 – Taxa de Ocupação Hospitalar



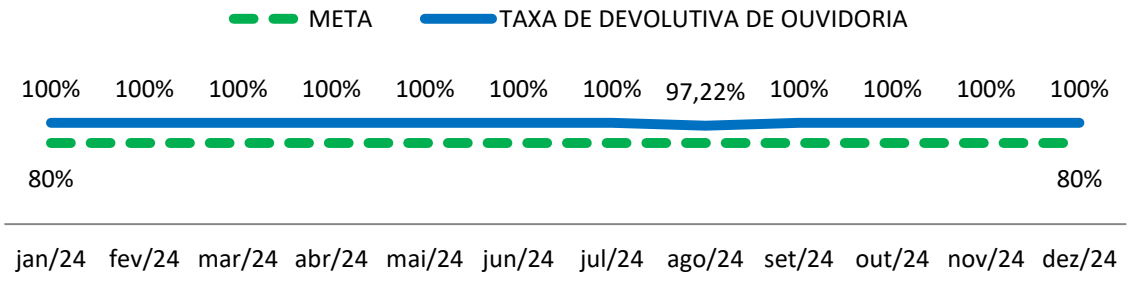
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 181 – Índice de Lesão por Pressão



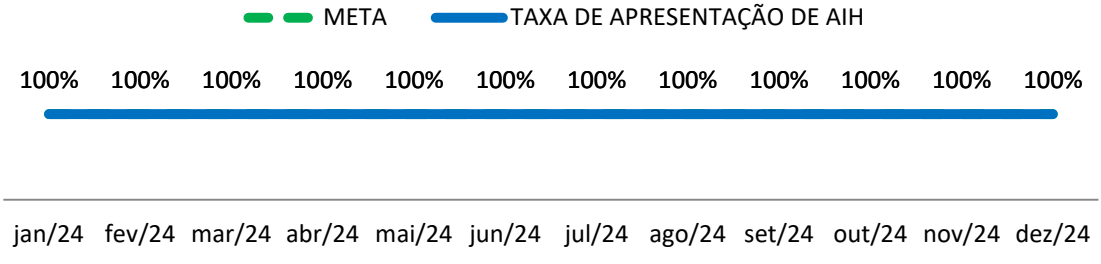
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 182 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 183 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 51 – Indicadores de Contratuais Quatitativos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÚMERO DE QUEDAS	M/R	2	1	3	6	3	8	3	6	6	3	2	2
NÚMERO DE PACIENTE-DIA	M/R	5152	4834	5208	5051	5186	5049	5140	5138	4896	5111	4931	5060
NÚMERO DE LEITO-DIA	M/R	5752	5394	5738	5687	6241	5883	5716	5788	5358	5731	5550	5735
CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO	M/R	10	7	7	6	10	12	7	4	9	8	6	4
DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA	M/R	22	29	33	30	19	21	50	35	41	69	50	63
NÚMERO DE APRESENTAÇÃO DE AIHs	M/R	215	225	231	226	228	207	238	254	218	246	229	248

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – INDICADORES CONTRATUAIS QUANTITATIVOS

Número de Quedas: O número de quedas apresentou variações mensais, com picos notáveis em junho (8 quedas) e agosto (6 quedas), enquanto os meses de janeiro, novembro e dezembro mostraram valores mais baixos (2

quedas). Embora o número total de quedas não seja alarmante, a flutuação nos resultados sugere que medidas preventivas não estão sendo mantidas de maneira constante ao longo do ano.

Plano de Ação: Treinamento contínuo da equipe: É essencial realizar treinamentos periódicos para a equipe de saúde, com foco em prevenção de quedas, identificação de riscos e resposta rápida em caso de incidentes.

Revisão de protocolos: Analisar e atualizar os protocolos de segurança, especialmente para pacientes com maior risco de quedas, como aqueles com mobilidade reduzida ou confusão mental.

Casos de Lesão por Pressão (LPP): Os casos de lesão por pressão (LPP) apresentaram uma média variável ao longo do ano, com picos nos meses de maio (10 casos) e junho (12 casos). Observa-se uma redução nos últimos meses, com destaque para dezembro, quando houve apenas 4 casos. Apesar dessa melhoria, a média anual ainda indica a necessidade de um controle mais rigoroso.

Plano de Ação: Capacitação da equipe de enfermagem: Intensificar o treinamento da equipe para que haja uma avaliação precoce do risco de LPP e o uso adequado de dispositivos de prevenção, como colchões especiais e almofadas.

Revisão dos protocolos de prevenção: Garantir que todos os profissionais sigam rigorosamente os protocolos de prevenção de LPP, incluindo reavaliações frequentes dos pacientes em risco.

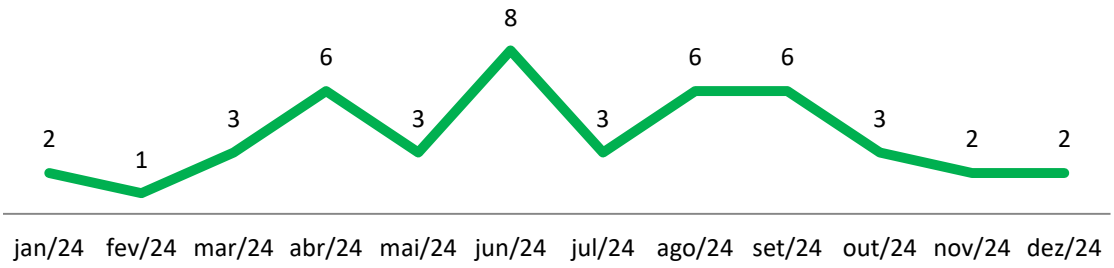
Aprimoramento da mobilização de pacientes: Melhorar a frequência e a técnica de mobilização de pacientes com risco elevado, assegurando que a movimentação seja registrada corretamente, para garantir a adesão ao plano de cuidados.

Auditorias mensais: Implementar auditorias para verificar a adesão aos protocolos de prevenção e agir rapidamente quando houver falhas.

Número de Devolutivas de Ouvidoria: Observa-se um aumento significativo nas devolutivas de ouvidoria, especialmente em outubro, com 69 devolutivas. Apesar deste aumento de ouvidorias, as mesmas foram devolvidas em tempo hábil, assim reforça a comunicação entre as equipes de saúde e os pacientes/familiares, garantindo que as expectativas sejam atendidas de maneira clara e eficiente.

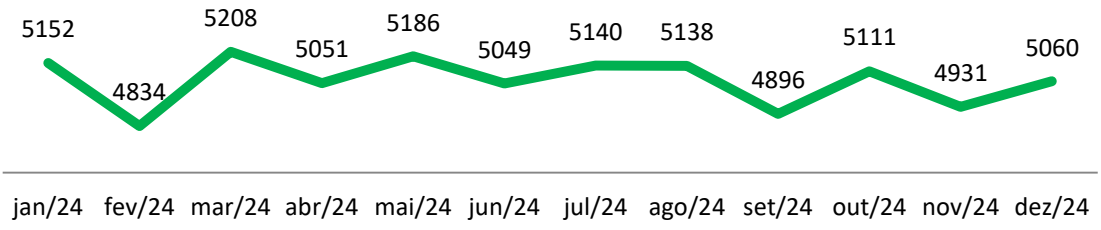
Número de Apresentação de AIH's: O número de apresentações de AIH manteve-se relativamente estável ao longo do ano, com alguns picos em agosto (254 apresentações) e julho (238 apresentações). Isso indica que os processos administrativos de autorização de internação foram bem gerenciados, sem grandes variações.

Gráfico 184 – Número de quedas



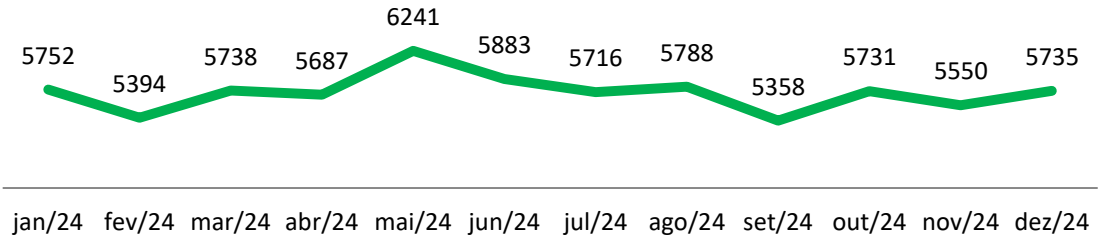
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 185 – Número de pacientes-dia



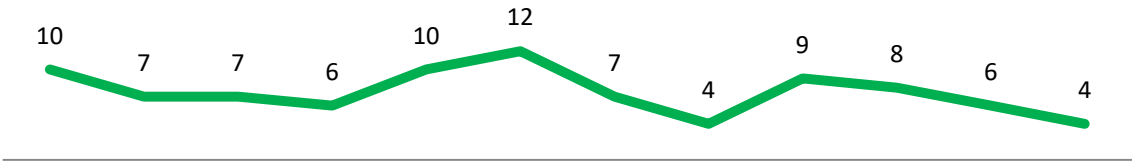
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 186 – Número de leito- dia



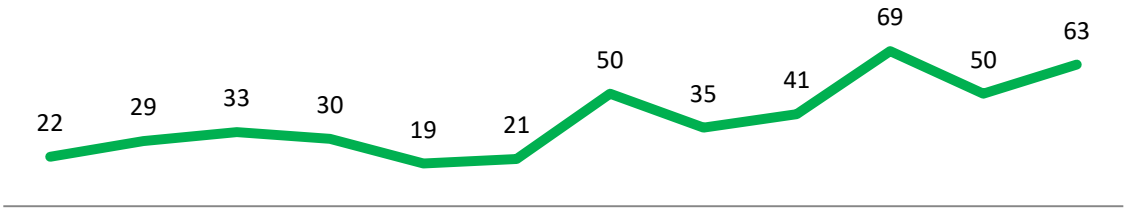
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 187 – Casos de Lesão por Pressão



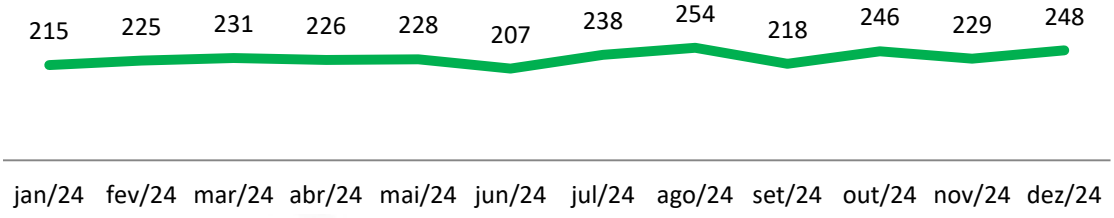
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 188 – Número de Devolutivas de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 189 – Número de Apresentações de AIH's



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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

Tabela 52 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	12500 kg	11266	11003	10956	11012	10772	10933	11408	12717	12851	13982	13838	13673
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	16500 kg	16189	16197	16239	15925	15246	16092	14993	17707	17393	18671	18421	18382
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	100 kg	0	0	0	0	0	0	0	24	14	65	48	33
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS	1600 kg	1378	1619	1430	1228	1282	1405	2206	2051	2001	2142	2161	2627
DESCARTE DE SUCATAS (FERROS e ALUMÍNIO) Kg	M/R	0	0	0	364	0	0	0	0	0	0	0	0

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

ANALISE CRÍTICA – PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESIDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

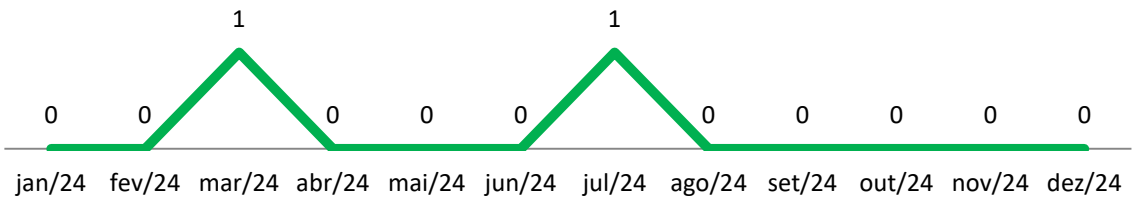
A gestão de resíduos e a segurança ocupacional estão sendo monitoradas adequadamente, mas há oportunidades para melhorar ainda mais em várias áreas, como a redução da produção de resíduos infectantes, o gerenciamento de resíduos químicos e a organização do descarte de sucatas. O treinamento contínuo das equipes, a revisão constante dos processos e a conscientização

ambiental são medidas-chave para melhorar o desempenho geral nesses indicadores e promover uma gestão mais sustentável e segura.

Temos como destaques:

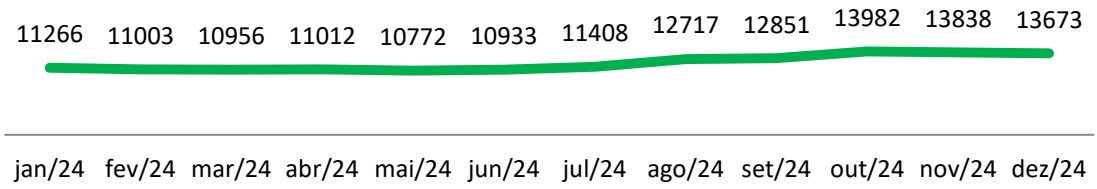
- Produção de Resíduos Recicláveis: A produção de resíduos recicláveis foi positiva, com um aumento considerável nos meses de julho (2.206 kg) e dezembro (2.627 kg). Isso indica que as práticas de reciclagem estão sendo cada vez mais implementadas, o que é uma boa prática ambiental.
- Produção de Resíduos Comum: A produção de resíduos comuns variou ao longo do ano, com um aumento significativo no último trimestre, especialmente em outubro (18.671 kg). Embora o aumento seja natural em algumas circunstâncias, é importante garantir que a gestão de resíduos comuns esteja sendo feita de maneira eficaz, sem gerar excesso de resíduos.

Gráfico 190 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



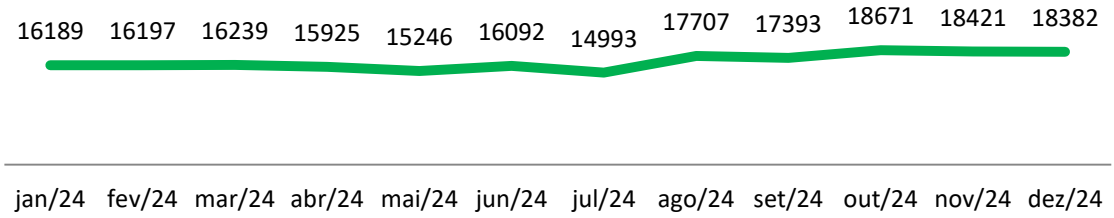
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 191 - Produção De Resíduos Infectantes



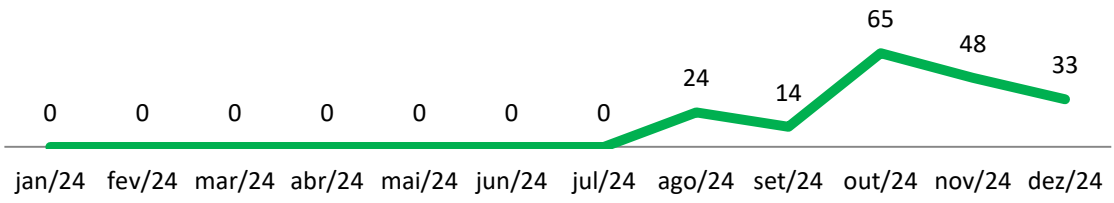
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 192 - Produção De Resíduos Comum



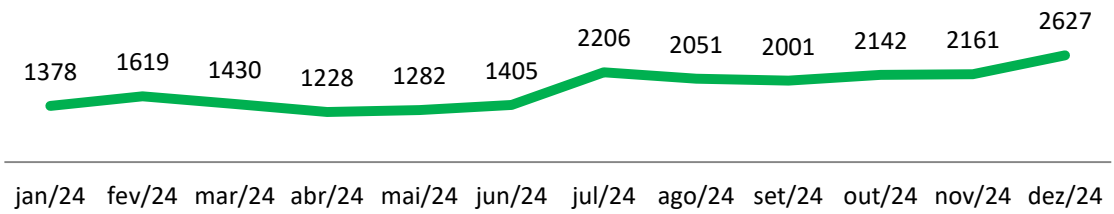
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 193 - Produção De Resíduos Químicos



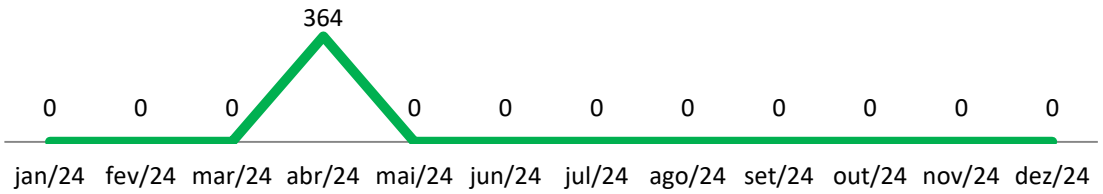
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 194 - Produção De Resíduos Químicos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 195 - Descarte De Sucatas (Ferros E Alumínio) Kg



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

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

Tabela 53 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÚMERO ABSOLUTO DE HEMODIÁLISES REALIZADAS	M/R	159	206	236	174	206	210	201	178	228	207	155	140
NÚMERO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA HEMODIÁLISE	M/R	27	30	25	26	28	24	27	25	37	31	23	21
NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES	M/R	5,9	6,9	9,4	6,7	7,4	8,8	7,4	7,1	6,2	6,7	6,73	6,67

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – HEMODIÁLISE

Número Absoluto de Hemodiálises Realizadas: A quantidade de hemodiálises realizadas variou ao longo do ano, com picos em fevereiro (236 sessões) e setembro (228 sessões), e quedas em dezembro (140 sessões) e novembro (155 sessões). Embora não haja uma meta específica fornecida para o número absoluto de hemodiálises realizadas, a oscilação nos números pode ser influenciada por fatores como a quantidade de pacientes elegíveis e a capacidade de atendimento da unidade.

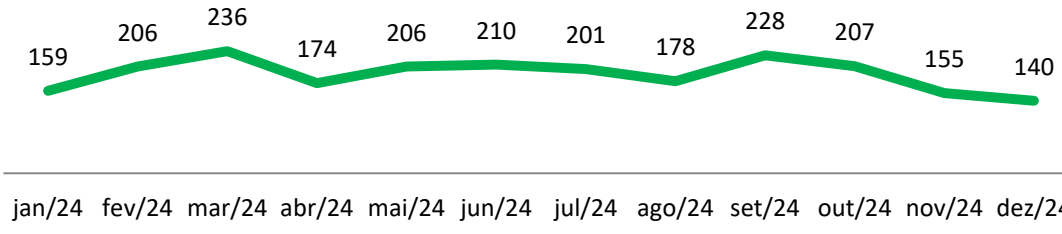
Plano de Ação:

- Ajuste de capacidade de atendimento: Avaliar a capacidade de atendimento da unidade de hemodiálise, especialmente nos meses com queda no número de sessões (novembro e dezembro), para garantir que a capacidade máxima seja mantida quando necessário.
- Acompanhamento de pacientes com indicação de hemodiálise: Monitorar mais de perto os pacientes elegíveis para hemodiálise, garantindo que não haja lapsos no tratamento, especialmente em períodos com demanda crescente.

Número de Pacientes Elegíveis para Hemodiálise: O número de pacientes elegíveis para hemodiálise variou ao longo do ano, com um pico de 37 pacientes em agosto e uma queda para 21 em dezembro. Isso pode refletir alterações no quadro clínico dos pacientes ou no processo de seleção e elegibilidade.

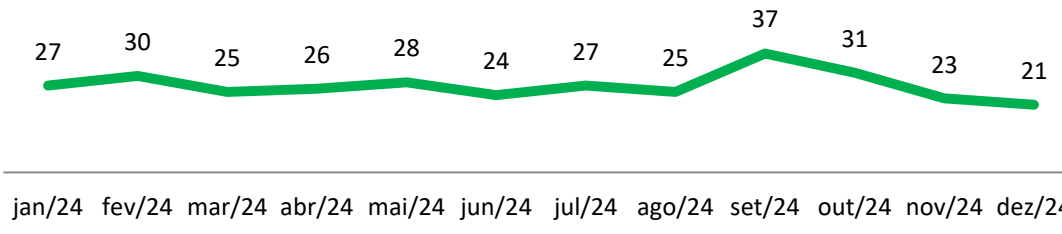
Número Médio de Sessões por Número de Pacientes: O número médio de sessões por paciente apresentou uma leve oscilação ao longo do ano, com uma média geral de aproximadamente 6,7 sessões mensais. Isso é um bom indicativo de que a média de sessões está equilibrada, mas um monitoramento detalhado dos meses com valores mais altos (como março, com 9,4 sessões) pode ajudar a identificar possíveis picos de demanda ou necessidades de ajustes.

Gráfico 196 - Número Absoluto De Hemodiálises Realizadas



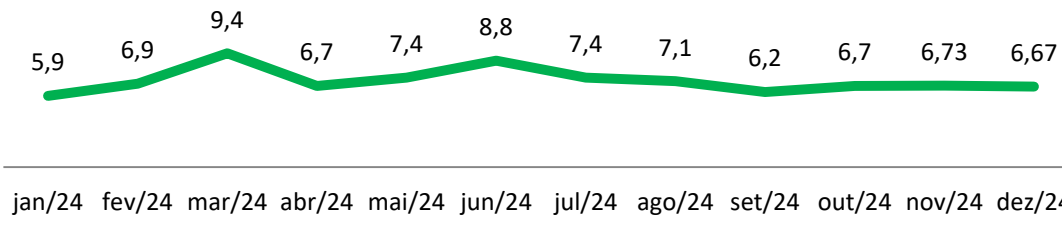
Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 197 - Número De Pacientes Elegíveis Para Hemodiálise



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 198 - Número Médio De Sessões Por Número De Pacientes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

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

Tabela 54 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
BOLSAS INSTALADAS	M/R	16	28	57	23	33	31	22	39	56	43	41	19
PORCENTAGEM DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – HEMOCOMPONENTES

Bolsas Instaladas: O número de bolsas instaladas mostra variações significativas ao longo do ano, com picos notáveis em março (57) e setembro (56), e quedas em dezembro (19) e abril (23). Isso sugere que, durante os meses de maior demanda ou maior necessidade de transfusões, o número de bolsas instaladas foi mais elevado. Em contrapartida, a queda no número de bolsas instaladas em dezembro pode ser influenciada por fatores sazonais (como férias ou menor demanda no final do ano).

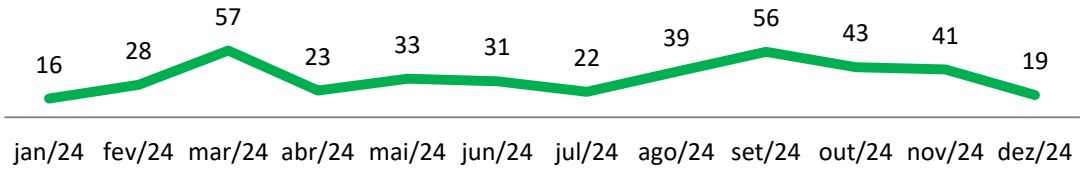
Plano de Ação: Análise da demanda sazonal: Identificar as razões para as flutuações mensais (como demanda de pacientes, aumento de internações, ou políticas de transfusão) e planejar a quantidade de bolsas necessárias com maior antecedência, especialmente nos meses de menor demanda, como dezembro.

Porcentagem de Reações Transfusionais: A porcentagem de reações transfusionais permanece 0% durante todo o ano, o que é um excelente resultado. Isso demonstra que as transfusões realizadas estão ocorrendo sem reações adversas significativas, o que é um indicativo de que os protocolos de segurança e os cuidados no processo de transfusão estão sendo seguidos de maneira eficaz.

Plano de Ação:

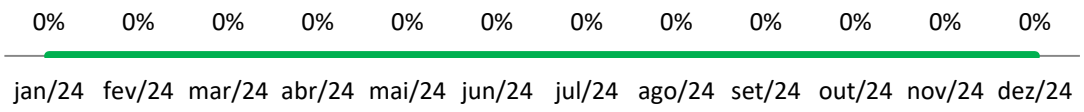
- Manutenção das boas práticas: Continuar com a implementação e acompanhamento rigoroso das boas práticas de segurança transfusional, para garantir que as reações adversas permaneçam em 0%.
- Capacitação contínua: Garantir que a equipe de saúde esteja sempre atualizada sobre os protocolos de transfusão e as melhores práticas para evitar complicações.
- Auditorias regulares: Realizar auditorias periódicas para confirmar que os protocolos de transfusão estão sendo cumpridos e que a qualidade das bolsas de sangue não apresenta problemas que possam gerar reações transfusionais.

Gráfico 199 - Bolsas Instaladas



Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 200 - Porcentagem De Reações Transfusionais



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 55 – 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 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 nl 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.
Humanização	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.

Prevenção de Acidentes – CIPA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
Cuidados Pele	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
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;
Terapia Nutricional	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
Educação Permanente	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
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.
Acompanhamento contratual – CAC	Trimestral	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
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.

Fonte: Qualidade - Comissões.

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

7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

7.1. Janeiro

Bingo com os pacientes: O bingo foi organizado pela equipe multidisciplinar com o objetivo de promover a interação social, o entretenimento e o bem-estar dos pacientes. A ação foi cuidadosamente planejada e executada com a colaboração de diversos membros da equipe multidisciplinar.





Fonte: Relatório de Execução – Janeiro 2024.

Janeiro Branco: No mês de janeiro, em celebração ao movimento "Janeiro Branco", a equipe de Psicologia e Terapia Ocupacional uniram esforços para promover a conscientização e o cuidado com a saúde mental dos pacientes e colaboradores. Como parte dessa iniciativa, foi idealizado um projeto criativo e interativo que envolveu toda a comunidade da instituição. Foi criado um "Porta-retratos Suspenso" na área de convivência e adornado com pêndulos e pôsters com diversas expressões emoction, para que os pacientes e colaboradores tirassem fotos com esses elementos, retratando como se sentiam naquele momento, expressando suas emoções de forma lúdica e simbólica, promovendo a reflexão sobre o estado emocional e incentivando o diálogo sobre saúde mental.



Fonte: Relatório de Execução – Janeiro 2024.

Realização de missa em ambiente hospitalar: Em um esforço para atender às necessidades espirituais dos pacientes, familiares e equipe de saúde, a instituição promoveu a realização de missas em ambiente hospitalar. A iniciativa foi concebida como uma maneira de proporcionar suporte espiritual, conforto e um espaço para expressão de fé durante os períodos de internação.



Fonte: Relatório de Execução – Janeiro 2024.

7.2. Fevereiro

Assistência Social | Ação – Alinhamento de Fluxo: Foi realizada uma reunião com a Funerária Cortel para discutir e alinhar um novo fluxo de retirada de cadáveres no Hospital Municipal Guarapiranga. Esta ação foi motivada pela necessidade de garantir a segurança e a legalidade dos serviços funerários prestados, evitando a presença de funerárias não cadastradas ou clandestinas.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Assistência Social | Ação - Registro Geral para paciente: A ação conjunta entre a equipe de assistência social e a Polícia Civil foi fundamental para garantir a identificação e a confecção do RG do Sr. Celso da Silva Pinheiro, proporcionando-lhe o acesso a um documento de identificação legalmente reconhecido. Esta iniciativa reafirma o compromisso do Hospital Municipal Guarapiranga em garantir o bem-estar e a dignidade de seus pacientes, inclusive facilitando o acesso a documentos essenciais para sua cidadania.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Fonoaudiologia | Treinamento – Técnicas de espessamento alimentar: Foi realizado um treinamento pela fonoaudiologia com o objetivo de abordar técnicas de espessamento e adaptação de espessamento com amido de milho para uso pediátrico. O treinamento foi direcionado às copeiras e nutricionista da pediatria, visando suprir dúvidas e garantir a correta aplicação dessas técnicas para atender às necessidades específicas das crianças. O treinamento contou com a participação dos seguintes profissionais: equipe de Fonoaudiologia, Copeiras da Pediatria e Nutricionistas da Pediatria.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Núcleo de Prevenção da Violência (NPV) – Retomada: Reunião presidida pela Assistente Social Evelyn Nattane e o suporte da Vice-Presidente Vera Lúcia. O encontro contou com a participação do Coordenador Multiprofissional, Enfermeira do Trabalho, Psicólogos e Assistentes Sociais. O objetivo desta reunião foi reintroduzir o NPV, alinhar seus propósitos e iniciar o planejamento de condutas para abordar esse importante tema.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Fisioterapia | Treinamento – Bundle de PAV: Foi realizado um treinamento sobre o Bundle de Pneumonia Associado à Ventilação (PAV) destinado a todos os fisioterapeutas da instituição. O objetivo do treinamento foi fornecer informações detalhadas sobre as diretrizes de cuidados ventilatórios para pacientes com pneumonia, visando melhorar a qualidade do atendimento e reduzir a incidência de complicações associadas à ventilação. O treinamento contou com a participação de todos os fisioterapeutas da instituição.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Comissão de Cuidados Paliativos | Início: No âmbito da assistência médica, os cuidados paliativos emergiram como uma abordagem essencial para proporcionar conforto e qualidade de vida aos pacientes enfrentando doenças graves e incuráveis. Reconhecendo a importância dessa prática, a primeira Comissão de Cuidados Paliativos foi estabelecida no Hospital Municipal Guarapiranga, sob a liderança da Presidente, Psicóloga Larissa Menezes. Esta comissão reuniu todos os membros da equipe multidisciplinar, incluindo médicos, fisioterapeuta RT, enfermeiros, enfermeira do SCIH, coordenador multiprofissional, coordenadoras de enfermagem, assistente social e psicólogas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. O objetivo é promover uma abordagem holística no cuidado de pacientes em cuidados paliativos, considerando suas necessidades

físicas, emocionais, sociais e espirituais. Melhorar a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe multidisciplinar para garantir uma prestação de cuidados integrada e coordenada. Proporcionar suporte e orientação não apenas aos pacientes, mas também às suas famílias, durante todo o processo de cuidados paliativos. Identificar e implementar estratégias para aliviar sintomas físicos e emocionais, visando aprimorar a qualidade de vida dos pacientes.

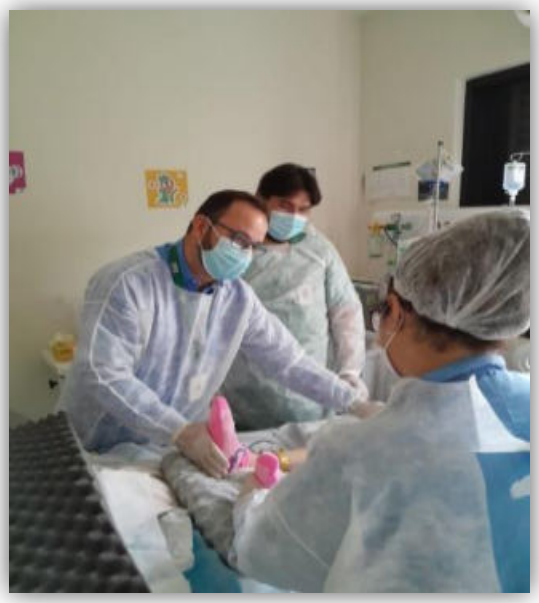


Fonte: Relatório de Comunicação.

Terapia Ocupacional | Ação – Trabalho conjunto com Paulo Takeshi: Ação que destaca o trabalho do Terapeuta Ocupacional Paulo Takeshi na confecção de posicionadores e coxins para melhorar o posicionamento de pacientes, além de descrever o trabalho em conjunto e a colaboração em conjunto com o Coordenador Multi Anderson Tomas e a Fisioterapeuta Camilla Diniz na área da pediatria.

A colaboração entre o Terapeuta Ocupacional Paulo Takeshi, o Coordenador Multi Anderson Tomas e a Fisioterapeuta Camilla Diniz na pediatria demonstra

o valor da abordagem multidisciplinar na promoção da saúde e bem-estar das crianças, enfatizando a importância de uma equipe coesa e integrada na prestação de cuidados de qualidade.

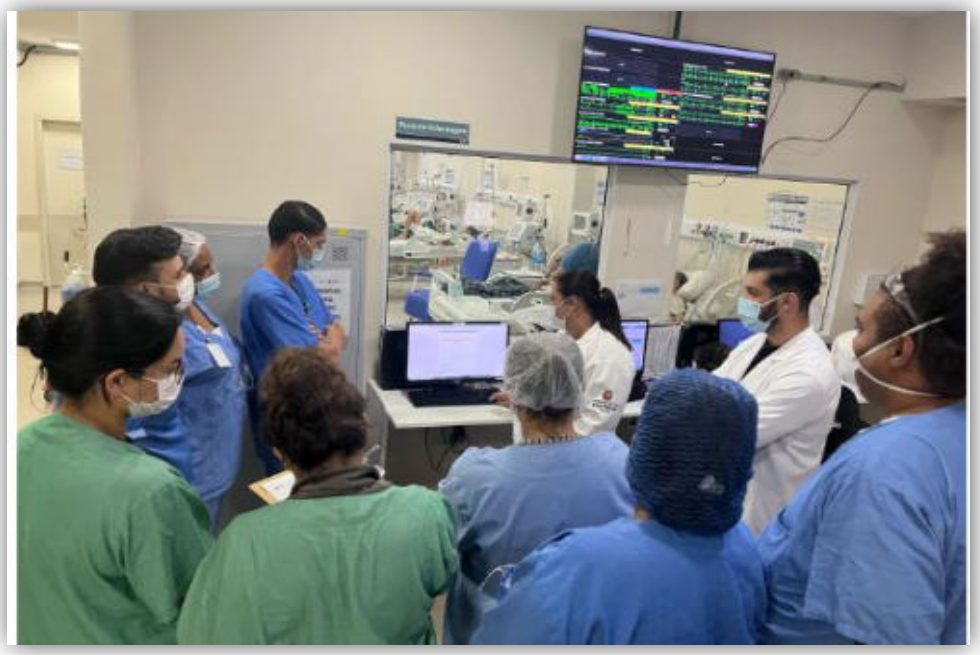




Fonte: Relatório de Comunicação.

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente | Treinamento - Abertura de Nc's e orientações sobre eventos adverso: Este treinamento visa garantir que todos os profissionais da nossa instituição estejam equipados com o conhecimento e as ferramentas necessárias para identificar, reportar e gerenciar de forma eficaz as não conformidades e os eventos adversos que podem ocorrer em nosso ambiente de trabalho.

Explicamos o que é uma não conformidade, o que é um evento adverso e porque é importante notificar. Esperamos que este treinamento seja uma oportunidade para que todos os profissionais da nossa instituição se sintam mais confiantes e preparados para lidar com as não conformidades e os eventos adversos que podem ocorrer em nosso ambiente de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT e Fractal | Treinamento: No dia 02/02/2024 os colaboradores da empresa terceira Fractal (Manutenção) e integrantes do SESMT realizaram uma integração com vistas às informações de saúde e segurança do trabalho, orientação sobre os equipamentos de combate a incêndio, uso e finalidade do ramal de emergência, utilização dos equipamentos de proteção individual, a importância da comunicação prévia na realização de atividades de risco (trabalho em altura, corte a quente e espaço confinado), além de orientações sobre boas práticas e condutas a serem seguidas no ambiente e atividades de trabalho.



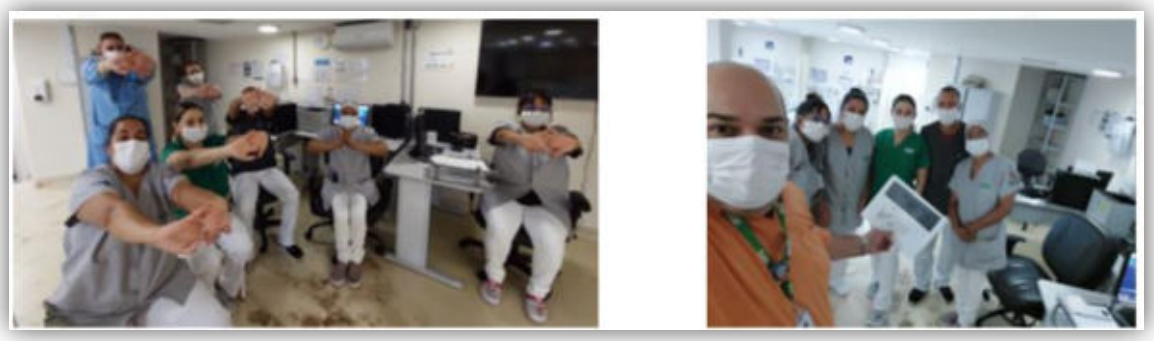
Fonte: Relatório de Comunicação.

Serviço Especializado em Segurança e Medicina no Trabalho | Treinamento – NR32: Nos dias 06, 07 e 08 de fevereiro de 2024 para colaboradores de todos os setores e terceiros, foi realizado o treinamento de NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, esta Norma Regulamentadora (NR) tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. O objetivo do treinamento são as boas práticas de Saúde e Segurança no Trabalho, utilização de EPI's, lavagem das mãos, entre outros.



Fonte: Relatório de Comunicação.

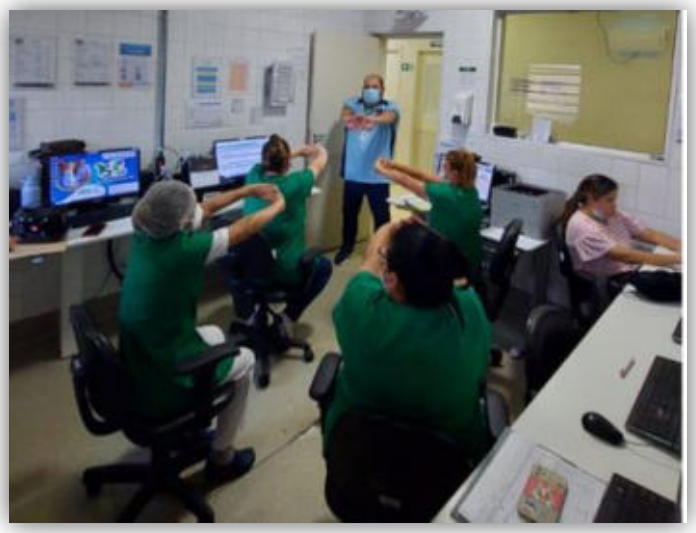
Serviço Especializado em Segurança e Medicina no Trabalho | Treinamento – NR17: No dia 12 de Fevereiro de 2024, para os colaboradores da Bem te Vi, foi realizado o treinamento de NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. O objetivo do treinamento são as boas práticas de Saúde e Segurança no Trabalho, utilização de EPI's, lavagem das mãos, entre outros. Também foi aplicado o Relógio da Ergonomia, ação que visa o alongamento e postura corporal dos colaboradores, para uma melhor qualidade de vida, seguindo as boas práticas da NR 17 - Ergonomia (Esta Norma Regulamentadora - NR visa estabelecer as diretrizes e os requisitos que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente no trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Serviço Especializado em Segurança e Medicina no Trabalho | Treinamento – Relógio da Ergonomia: No dia 19/02/2024 com os colaboradores da Colibri, foram realizados os seguintes treinamentos:

Relógio da Ergonomia, ação que visa o alongamento e postura corporal dos colaboradores, para uma melhor qualidade de vida. Plano de Ação DSS sobre boas práticas com perfurocortantes, intuito orientativo sobre cuidados no manuseio de materiais perfurocortantes, descarte correto, seguindo conforme NR-32.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.3. Março

Ouvidoria | Evento externo – Reunião da Rede de Ouvidorias SUS da Cidade de São Paulo: Realizado no dia 28 de março, o evento contou com a presença de ouvidores convocados pela Secretaria Municipal de Saúde. A pauta foi uma análise sobre: relatórios gerenciais na rede de ouvidorias do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Relatório de Execução – Março 2024.

SESMT | Ação – NR-23 Exposição de Equipamentos de Proteção e Combate a Incêndio: Nos dias 22, 25 e 26 de Março de 2024, realizamos a exposição dos equipamentos de proteção e combate a incêndio, com vistas a fomentar a cultura de prevenção sobre os princípios de incêndios, uma tv foi colocada no local com vídeos orientativos em casos de acidentes com fogo em panela com óleo, e cuidados básicos com a rede elétrica, contamos com a participação dos colaboradores (incluindo terceiros).



Fonte: Relatório de Execução – Março 2024.

Odontologia | Ação - Dia Mundial da Saúde Bucal: Dia 20 de março, celebrando a data comemorativa, foi realizada uma ação de atendimento aos colaboradores, terceiros e público externo. Serviços prestados aos pacientes foram oferecidos na área de convivência do hospital.



Fonte: Relatório de Execução – Março 2024.

7.4. Abril

SESMT | Treinamento – NR-17: A Norma Regulamentadora estabelece parâmetros para permitir a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores empresa. Um treinamento dinâmico foi oferecido a todos os colaboradores e terceirizados do hospital e aconteceu durante os dias 02 a 04 de abril em diversos horários.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Comunicação | Evento – Reabertura do Espaço Comunitário: Após alguns meses com o espaço interditado pela queda de uma árvore, o HMG reabre o Espaço Comunitário para seus colaboradores desfrutarem durante os horários de descanso. Projetado para acolher e fornecer entretenimento durante a permanência nas instalações do hospital o lugar foi reinaugurado em 12 de abril.





Fonte: Relatório de Comunicação.

NEP e FRACTAL | Treinamento – Ventilador Pulmonar: A empresa UNNO administrou um treinamento de atualização e instruções para uso de seus equipamentos de ventilação pulmonar. Destinado às equipes de enfermagem e fisioterapia o evento aconteceu nos dias 15 e 16 de abril.



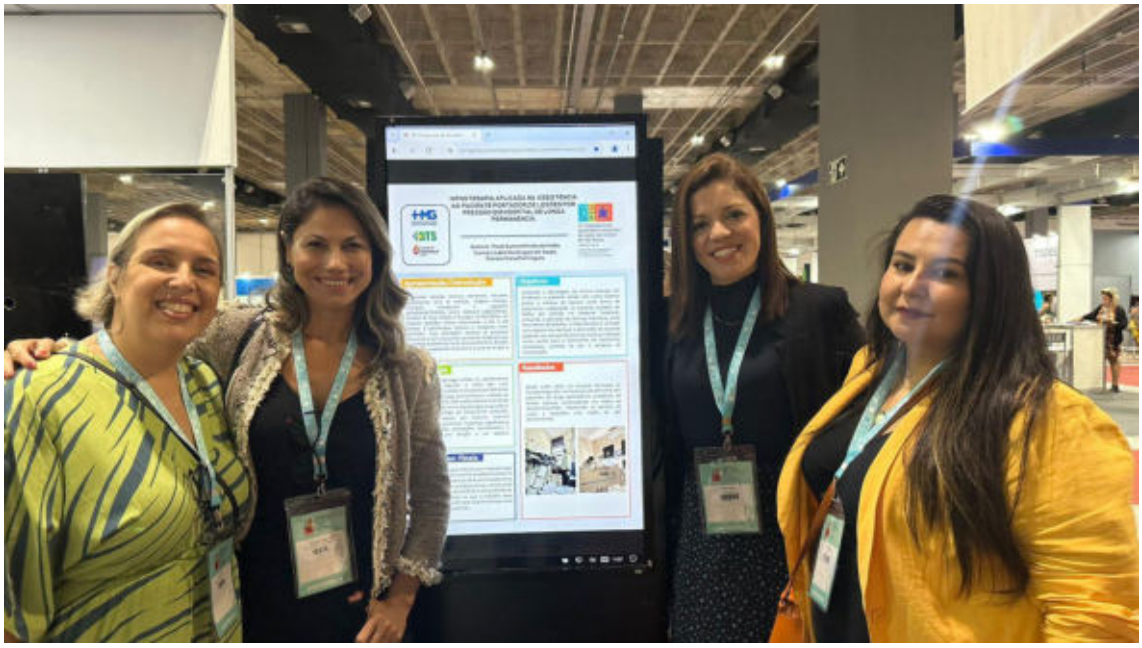
Fonte: Relatório de Comunicação.

Enfermagem, Odontologia e Equipe Multi | Evento - 20ª Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios: O HMG apresenta, entre os dias 17 e 19 de abril, quatro projetos no 37º Congresso de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Estado de São Paulo, dentro da 20ª Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios, em Santos, litoral paulista.

Dos quatro trabalhos aprovados, no modelo e-poster, dois se destacam por envolver projetos de atendimento odontológico na unidade, considerando-se o perfil assistencial de longa permanência: “Desafios e importância da odontologia hospitalar em um hospital de São Paulo: um relato de experiência” e “Importância da laserterapia na odontologia hospitalar: um relato de experiência”. Ambos estudos se deram pela importância do papel da atenção à saúde bucal para pacientes hospitalizados.

Outro projeto da unidade, “Hipnoterapia aplicada na assistência ao paciente portador de lesões por pressão em hospital de longa permanência”, ocorre na unidade desde junho de 2023, com atendimento a pacientes portadores de feridas crônicas, com cerca de 60 atendimentos mensais. O objetivo do estudo é avaliar a eficácia da hipnose como forma de tratamento auxiliar para o tratamento de transtornos emocionais, controle da dor e processo de recuperação, melhorando o bem-estar do paciente.

Já o projeto “Potencial terapêutico da fisioterapia humanizada com terapias alternativas na reabilitação”, buscou, por meio de avaliação pelos fisioterapeutas, selecionar pacientes eletivos à abordagem em ambiente externo do hospital para avaliação das intervenções terapêuticas, incluindo coleta de dados. A inclusão de atividades ao ar livre e o contato com a natureza resultaram em benefícios adicionais, como redução do estresse, melhoria do humor e estímulo à recuperação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

CIPA e SESMT | Ação – Abril Verde HMG: O Abril Verde é uma ação da CIPA em conjunto com o SESMT do HMG para conscientização e orientações sobre Saúde e Segurança do Trabalho dos colaboradores (incluindo os terceirizados). Realizada de 23 a 25 de abril, oferecemos de testes de glicemia, aferição de pressão arterial e orientações nutricionais aos participantes. Contamos também com a parceria dos estagiários de nutrição onde houve a entrega de folders com dicas saudáveis e um potinho de saladas de frutas para incentivar a alimentação saudável.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Treinamento – Ramal de Emergência – 181: O Ramal de Emergência é um ramal dedicado para casos envolvendo princípio de incêndio (cheiro de queimando e presença de fogo), seu acionamento somente deve ser realizado em casos de emergência desta natureza através do número 181. O treinamento orientou as partes responsáveis sobre a importância do uso correto da ferramenta. O ramal fica sob vigilância constante na portaria principal, o fluxo de acionamento está disponível na pasta de Qualidade, e exposto em locais estratégicos pelo HMG. O treinamento foi realizado em 26 de abril das 15h às 16h.



Fonte: Relatório de Comunicação.

FRACTAL | Treinamento: Plano de Contingência: A empresa responsável pela gestão e manutenção de equipamentos e estruturas do HMG elaborou um

treinamento destinado a todos os colaboradores e terceirizados do hospital. O objetivo foi de esclarecer e orientar a todos sobre os processos de acionamento da empresa em casos de pane ou emergências. Nos dias 26 a 29 de abril, durante o treinamento, foram apresentados alguns fluxos relacionados ao plano de contingência e também o esclarecimento de dúvidas sobre o assunto.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.5. Maio

Depto. Pessoal e Recursos Humanos | Treinamento| Integração de novos colaboradores: Treinamento de integração dos novos colaboradores do HMG, com as orientações de Saúde e Segurança do Trabalho (Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual. Fluxo de acidente de trabalho, fluxo do Ramal de Emergência 181 para situação em casos de princípio de incêndio, boas práticas de higienização das mãos.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Atualização | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho NR 17: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Atualização | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho NR: Orientações sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual, guarda, conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

CCIH | Ação | HMG no Combate à Dengue: Realizamos a montagem de um painel de sintomas dos grupos ABCeD da Dengue, empregando recursos visuais como parte de nossa estratégia de sensibilização. Esta iniciativa foi concebida com o propósito de transmitir de forma marcante e eficaz informações cruciais sobre os sintomas e medidas preventivas relacionadas à dengue.

A adoção dessas medidas, executadas com agilidade e eficiência, tem como objetivo conscientizar nossos colaboradores acerca da importância de sua participação ativa na redução da transmissão da dengue. Almejamos, por meio dessa abordagem, não apenas proteger a saúde de nossa equipe, mas também contribuir significativamente para a preservação da saúde pública e para a mitigação dos impactos adversos causados por essa enfermidade em nossa comunidade.



Fonte: Relatório de Comunicação.

CCIH | Ação | Dia Mundial de Higienização das Mãos: Realizamos um treinamento sobre a lavagem correta das mãos, um vídeo educativo foi transmitido e servimos pipocas durante a transmissão.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Evento | Cerimônia Ecumênica: Realizado na Capela do Hospital, a missa teve início às 9h30 se encerrando às 11h. Realizada pelo Padre Wilson, desta vez o evento também contou com música ao vivo.



Fonte: Relatório de Comunicação.

CIPA | Reunião mensal da CIPA: Análise de informações, projeções futuras e atualização de planejamento estratégico relacionada a comissão.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi | Evento | Dia da Assistente social: Comemoração realizada no Espaço Recreativo em homenagem aos assistentes sociais do HMG.







Fonte: Relatório de Comunicação.

COMUNICAÇÃO | Campanha | Doações para o Rio Grande do Sul: Campanha institucional para coleta de donativos que serão destinados como ajuda à população do Rio Grande do Sul, vítimas das enchentes.

Disponibilizamos pontos de coleta dentro das instalações do hospital para receber roupas, produtos de higiene, produtos de limpeza e alimentos não perecíveis e rações animais que serão destinados aos Correios da cidade de

São Paulo que distribuirá toda arrecadação nos locais onde houve maior necessidade.

A campanha utilizou canais de mensagens, informativos e comunicação visual nos pontos de coleta.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Atualização | Treinamento de Biossegurança: Realizado na sala do SESMT, o treinamento de Biossegurança foi direcionado aos colaboradores atuantes na rouparia do hospital e tem por finalidade as boas práticas da NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde).



Fonte: Relatório de Comunicação.

CIPA | Ação | Maio Amarelo: O Maio Amarelo é uma campanha de prevenção de acidentes no trânsito, onde a Segurança do Trabalho e a CIPA do HMG adaptaram para a conscientização da utilização do uso de celular enquanto o colaborador se desloca em seu dia a dia de trabalho. Realizamos a entrega de folders, atividades interativas nas dependências do Hospital e orientações in loco.







Fonte: Relatório de Comunicação.

CIPA e SESMT | Treinamento | Fluxo de Comunicação de Acidente de Trabalho: Treinamento sobre como é o fluxo para comunicar um Acidente de Trabalho. As palestras foram direcionadas a todos os colaboradores do hospital.





Fonte: Relatório de Comunicação.

CCIH | Treinamento | Protocolo Sepse de Deterioração Clínica: Orientação para equipes de médicas, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre o protocolo sepse e deterioração clínica.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Auditoria | Treinamento | Organização do prontuário físico: Para melhoria da gestão e qualidade do HMG foi realizado um treinamento direcionado às auxiliares administrativas destacando a importância da organização correta de prontuários físicos.

7.6. Junho

NSP e Enfermagem | Alinhamento| Projeto Guardiões das Metas Internacionais: O Projeto Guardiões das Metas Internacionais foi implantado pelo NSP em parceria com a coordenação de enfermagem. Houve a realização de uma reunião para selecionar os líderes dos times e discutir sobre o projeto.

Em sua primeira fase houve alinhamento com os líderes. O projeto conta com a participação da equipe assistencial, multidisciplinar, médicos, administradores e supervisores. As próximas fases do projeto ocorrerão no segundo semestre de 2024.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP | Atualização | Visita técnica: Realizado visitas técnicas nos setores, a fim de observar os gaps dos processos assistenciais e realização de orientações aos colaboradores para melhorar a assistência do cuidado prestado e garantir a segurança do paciente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Entrevista ao portal da Secretaria Municipal de Saúde: Uma matéria para o portal da prefeitura da cidade de São Paulo apresentou o perfil atual e um pouco da história do HMG. Alguns números foram apresentados e a matéria foi publicada nos canais da secretaria de saúde. Os entrevistados foram a diretora geral Simone Araújo e o diretor médico Victor Panont. - https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/noticias/367911



Fonte: Relatório de Comunicação.

RH/DP e SESC Santo Amaro| Ação | Festa na Empresa: Nos dias 04 e 05 de junho, às 11h30 e às 15h realizamos a Oficina de Macramê para produção de colares e chaveiros utilizando técnicas manuais. Em parceria com o SESC Santo Amaro, durante os eventos também promovemos o credenciamento e renovação de credenciais do SESC. Este recurso está disponível para todos os colaboradores do HMG, cônjuges, filhos, enteados, irmãos, netos e tutelados.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Treinamento | Treinamento de NR 23 - Combate ao princípio de incêndio: Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência (181).



Fonte: Relatório de Comunicação.

Brigada de Incêndio | Treinamento | Simulado de Abandono e Combate a Incêndio: O Simulado aconteceu nas alas Arara e Canário e visa colocar em prática as ações de Combate aos princípios de incêndio, táticas de abandono de área de modo seguro tanto para colaboradores e terceiros, quanto para pacientes e também na prestação de socorro a possíveis vítimas, visando a proteção à saúde dos usuários e pacientes do HMG. Equipes diurnas e noturnas nos dois plantões participaram da atividade.





Fonte: Relatório de Comunicação.

Gestão HMG | Atividade | Votação do Conselho Gestor: Votação do segmento trabalhados para eleição dos novos membros do Conselho Gestor no HMG, mandato 2024-2026.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Ação | Vacinação contra Influenza: Nos dias 12 e 13, das 8h às 12h, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realiza uma importante ação de vacinação contra a influenza, demonstrando mais uma vez seu compromisso com a saúde e o bem-estar de seus colaboradores e terceiros. Esta iniciativa é coordenada pela enfermeira do trabalho Juliana Marques, integrante do SESMT (Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho), em parceria com a UBS do Jardim Herculano. A ação visa proteger todos os profissionais que atuam no hospital, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Gestão HMG | Atividade | Votação do Conselho Gestor: Votação do segmento usuários para eleição dos novos membros do Conselho Gestor no HMG, mandato 2024-2026.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP e Qualidade | Evento | VI Encontro dos Escritórios da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente: A enfermeira do NSP, a gerente de enfermagem e a analista da qualidade, participaram do VI Encontro dos

Escritórios da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente que ocorreu na Secretária Municipal da Saúde.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Treinamento | Conceitos do PGRSS: O treinamento do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem o objetivo de trazer a conscientização sobre boas práticas e identificação de material reciclável, segregação de descarte, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Ação | Aniversário do paciente: Celebramos os aniversários de dois pacientes em internação prolongada.



NSP e INTS | Auditoria | Processo interno de Qualidade: O Núcleo de Segurança do Paciente do HMG participou da auditoria mensal realizada pelo INTS – SEDE MORUMBI. Após análise dos processos nossa unidade obteve êxito completo, atingindo 100% de conformidades nos itens avaliados.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP | Treinamento | Treinamento in loco NC/protocolos: O NSP realizou treinamento in loco nos setores, onde foi abordado ás diferenças entre NC e ouvidoria; como acessar e realizar NC; uso do QR-code; plano de contingência; importância de realizar a NC para desenvolver ações e melhorar os processos dos cuidados assistenciais; como acessar e a importância de seguir os protocolos institucionais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Atualização | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho NR 17: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Visita | encontro do Comitê de Humanização da Saúde: Os hospitais Municipal de Guarapiranga (HMG) e Dia de Santo Amaro (HDSA) gerenciadas pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS), apresentaram nesta quinta-feira (20), suas iniciativas inspiradoras em humanização.

As comissões de humanização das duas unidades tiveram a oportunidade de apresentar suas atividades ao Comitê de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, num encontro, liderado pela coordenadora da SMS, Claudia de Crescenzo.

O encontro tem como principal objetivo promover uma roda de conversas para troca de experiências entre as unidades, inspirando aquelas que estão começando a implantar suas comissões de humanização.

Com a presença de representantes de diversas unidades que integram a rede assistencial do município, as unidades apresentaram as atividades e ações realizadas nos últimos meses dos seus projetos de humanização.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Ação | Café Acolhedor: A comissão de humanização da unidade visa proporcionar um ambiente acolhedor para familiares dos internados e promover a integração e o apoio emocional por meio de atividades dinâmicas. A iniciativa será realizada uma vez por mês, visando aproximar ainda mais os profissionais do HMG dos familiares dos pacientes. Essa proximidade é essencial para a humanização do atendimento hospitalar, criando um ambiente de confiança e empatia. A primeira edição foi marcada por momentos emocionantes e de grande interação, demonstrando o impacto positivo que o projeto pode ter na vida dos familiares dos pacientes da unidade. A expectativa é que, com o tempo, o evento se torne um marco importante na rotina do hospital, reforçando o compromisso do HMG com a humanização e a qualidade do atendimento.



Fonte: Relatório de Comunicação.

RH/DP | Ação | Certificado de promoção: o setor de Recursos Humanos do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou uma cerimônia especial para reconhecer e parabenizar os colaboradores que receberam promoção em suas funções. A iniciativa, idealizada pela diretora geral Simone Araújo, contou com a entrega de um certificado simbólico de reconhecimento e uma mensagem de congratulações.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi | Ação | Atividade Lúdica para pacientes: Os fisioterapeutas e T.O. do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) promoveram um evento repleto de atividades lúdicas e terapêuticas para seus pacientes. O objetivo foi proporcionar momentos de diversão, interação e estimulação cognitivos, sempre alinhados ao cuidado humanizado que é marca registrada do HMG.

Os pacientes participaram de diversas atividades, incluindo pinturas com aquarela, jogo da memória, jogo de adivinhação, atividade de jogar a bola no bambolê e boliche. Todas as atividades foram planejadas para incentivar habilidades motoras e cognitivas de forma divertida e envolvente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

CCIH | Treinamento | Orientação Sobre Protocolo Sepse e Deterioração Clinica: Orientação sobre protocolo sepse e deterioração clínica.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.7. Julho

SESMT | Ergonomia no trabalho NR 17: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Dia do Hospital: Enviamos, através dos canais digitais do hospital, uma mensagem carinhosa de gratidão e reconhecimento do trabalho realizado por todos os membros do nosso time.



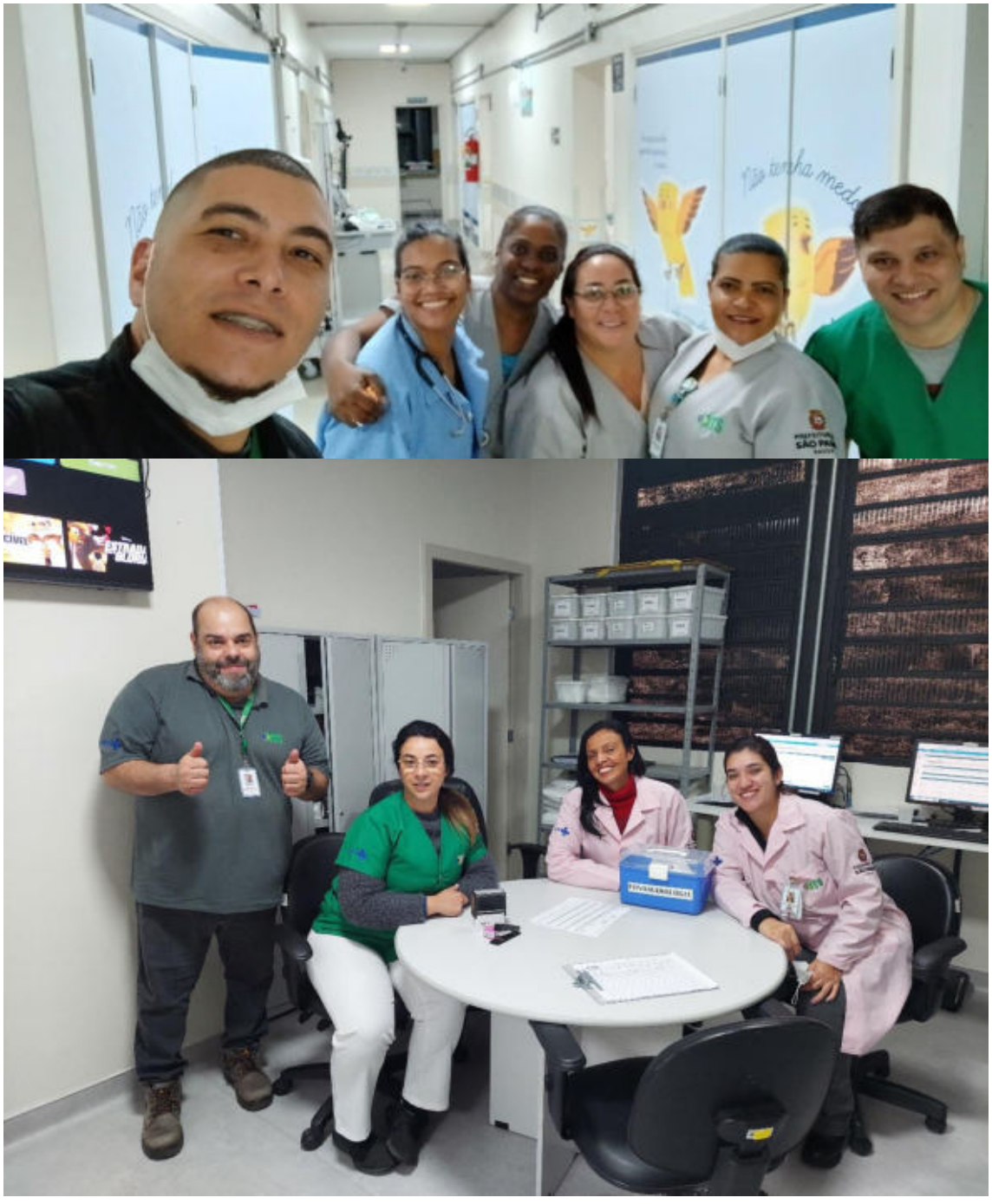
Fonte: Relatório de Comunicação.

Ouvidoria | Atualização | Treinamento sobre uso do Totem: Realizado treinamento para instruções de utilização do totem da ouvidoria.



Fonte: Relatório de Comunicação.

PGRSS | Atualização – 03 e 07 de julho: O Diálogo *in loco* do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem como objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação.

ENFERMAGEM | Atividade | Interação entre equipes: A supervisora Fernanda Pitombo realizou uma animada dinâmica para interação entre membros das equipes de enfermagem no hall do elevador no piso superior. A atividade teve objetivo de criar reflexões sobre o recebimento de informações e interpretação, reforçar o espirito de trabalho em equipe de forma colaborativa.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Estomaterapia | Congresso | Apresentação de estudo em congresso: O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) esteve presente no 9º Fórum Latino-americano de Qualidade e Segurança na Saúde.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Diretoria | Evento institucional | Super Live INTS: Simone Araújo esteve presente e participou ativamente da primeira transmissão ao vivo realizada em São Paulo da Super Live INTS. Com uma plateia composta por gerentes do INTS e mais de 150 espectadores online, o programa manteve seu roteiro dinâmico e incluiu uma entrevista especial com Luciana Peixoto, Diretora de Contratos do Instituto.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Ação | Round de Segurança do Trabalho: Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho voltado para colaboradores do setor de manutenção, na execução das atividades laborais, alinhamento dos serviços a serem realizados para o acompanhamento da segurança do trabalho.





Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Uso de EPI NR 06: Orientações sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual, guarda, conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Brigada de Incêndio | Reunião Mensal: A reunião mensal da Brigada de Incêndio é um requisito legal da NR 23 e da Instrução Técnica do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo, onde os membros realizam atividades práticas e teóricas de combate a incêndio, verificação dos equipamentos (agentes extintores de incêndio, mangueiras, hidrantes, detectores de fumaça, sinalização de segurança), com o objetivo de proteção da edificação e usuários.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Qualidade e Diretoria + Conselho Gestor | Evento | Posse dos novos membros, mandato 2024-2026: Reunião para entrega de certificado e assinatura de documentos para posse dos conselheiros gestores do Hospital Municipal Guarapiranga, eleitos para o mandato de 2024 a 2026. Após assinaturas foi oferecido um café aos presentes que também fizeram uma breve visita guiada, dirigida pelo diretor técnico Dr. Victor Hugo às instalações do hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Comunicação | Ação institucional | Correio do Amigo: No mês de julho celebraremos o Dia Internacional da Amizade. Para celebrar a data o INTS promoveu a campanha Correio do Amigo como parte dos eventos ligados ao aniversário de 15 da instituição. Disponibilizamos urnas com cartões e canetas para coletar mensagens de amizade entre os colaboradores e seus companheiros de trabalho. O intuito da campanha foi estimular e estreitar as relações entre todos que fazem parte do dia a dia no hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Ação | Aniversário do paciente – 20 e 27 de junho: Celebramos os aniversários de dois pacientes em internação prolongada.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.8. Agosto

Ouvidoria, Comunicação e SESC | Oficina de Origami: Oficina de origamis, direcionada aos colaborados e terceirizados do hospital, promovida pela parceria com o SESC e o projeto Tchami Origami. Os eventos aconteceram no dia 01/08 no período noturno e no dia 02/08 no diurno. Além da oficina o SESC promoveu a inscrição e renovação de credenciais durante os eventos.



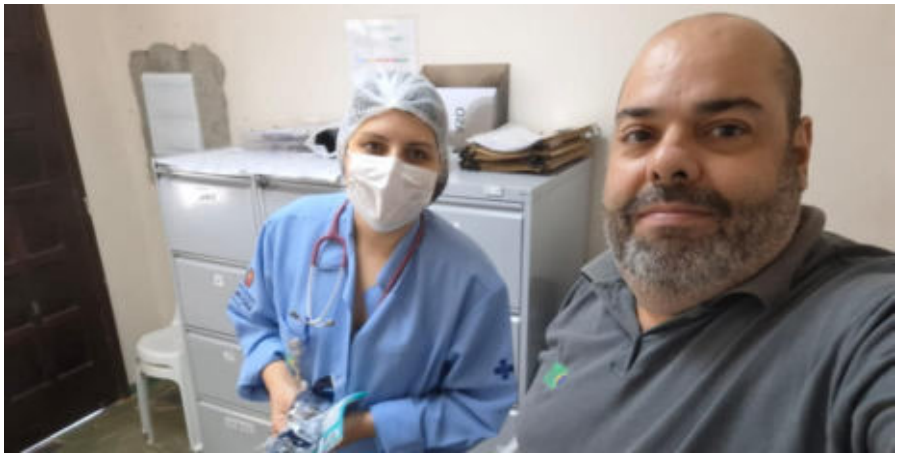
Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho - NR 17: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho – NR 06: Orientações sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual, guarda, conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho - NR 32: Informações sobre o sistema adotado para o gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (RSS), prática de segregação dos RSS, símbolos, expressões, padrões de cores adotadas para o gerenciamento de RSS, localização dos ambientes de armazenamento e dos abrigos de RSS, ciclo de vida dos materiais, regulamentação ambiental dentre outras atividades.



Fonte: Relatório de Comunicação.

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



Fonte: Relatório de Comunicação.

Comunicação | Dia dos Pais | Ação Institucional: Em homenagem ao Dia dos Pais, comemorado no segundo domingo de agosto, a sede e as unidades de saúde sob gestão do Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) promoveram ações a partir do tema “Pai: No esporte da vida, você é medalha de ouro”. As iniciativas foram marcadas pela entrega de brindes personalizados, rodas de conversas, palestras, cafés colaborativos e games. No HMG houve distribuição de brindes, exibição de vídeo e uma roda de conversa descontraída durante o café da tarde.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Brigada de Incêndio | Reunião mensal: Treinamento de imobilização, pranchamento e remoção de vítimas em tempo hábil, realizado nos setores Arara e Canário.



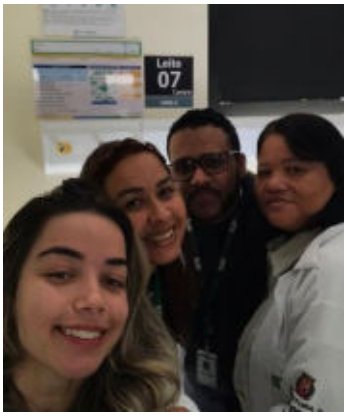
SESMT | Atividade de Segurança do Trabalho - NR 23: Prevenção e Combate ao princípio de incêndio. Treinamento sobre o manuseio dos

equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação.

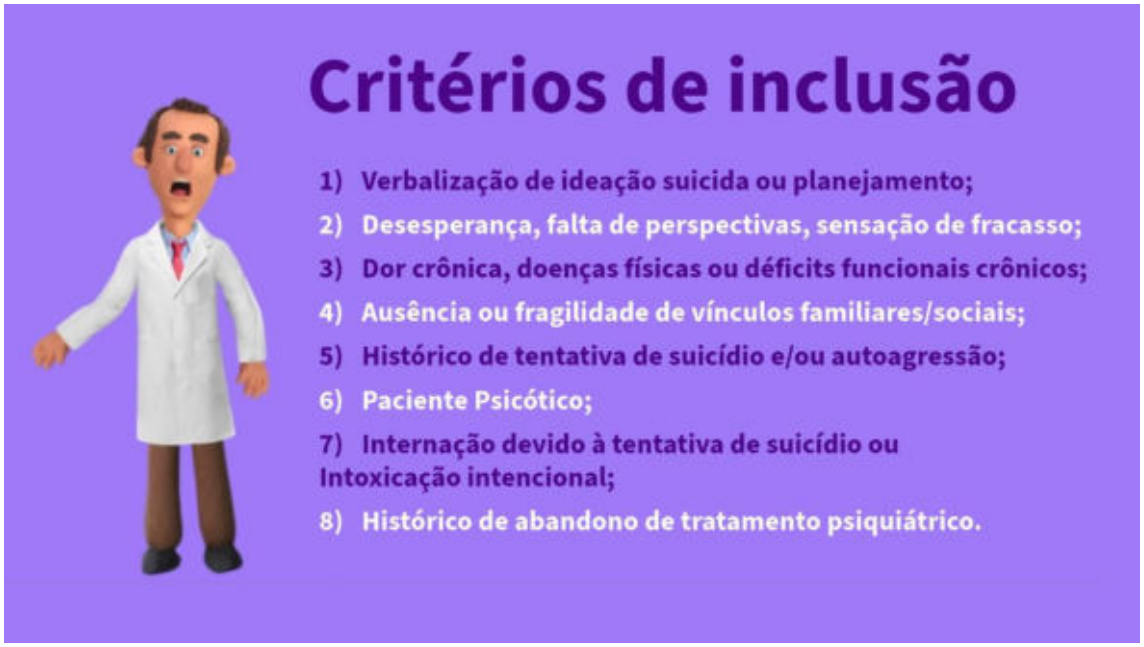
NSP e SCIH | Novas placas de identificação | Comunicação Visual: Instalação das novas placas de identidade do paciente e precaução de isolamento à beira e leito em todos os setores de internação da instituição.





Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi - Psicologia | Pílula do Conhecimento – Atualização de Protocolo | Vídeo: Vídeo instrucional sobre a atualização de processos relacionados ao protocolo de diretrizes de cuidado e prevenção ao risco de suicídio.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi - Fisioterapia | Bingo Recreativo: Os fisioterapeutas elaboraram uma manhã divertida para os pacientes internados no Hospital Municipal Guarapiranga. Os jogos de Bingo exercem um papel importante, pois estimulam a imaginação, a atenção e concentração, contribuem para a organização do pensamento e momentos de socialização entres os pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Enfermagem | Ação Rumo à ONA: Na semana de 12 a 16/08 lançamos um desafio às nossas equipes, a semana que antecedeu a Auditoria da Sede, fizemos uma prévia com o objetivo de engajar o time para esse momento tão importante. Utilizando a metodologia de reconhecimento e recompensa, após a auditoria, elencamos os três setores com melhor desempenho. (Arara, Colibri e Sabiá respectivamente).

Esses setores receberam um certificado de reconhecimento, bolo e refrigerante para que comemorassem esse momento com muita alegria.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi - Psicologia | Dia do Psicólogo: Celebração do Dia do Psicólogo com uma programação especial no Espaço Recreativo, para prestigiar os profissionais da psicologia do HMG. O espaço foi decorado, foi ofertado um café especial e atividade de pintura, favorecendo um momento de descontração, criatividade e trocas entre os profissionais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi - Nutrição | Dia do Nutricionista: O Dia do Nutricionista no Hospital Municipal Guarapiranga foi celebrado na última sexta-feira com diversas atividades que reforçaram a importância e o valor das profissionais na rotina hospitalar. As nutricionistas receberam uma camiseta e um caderno personalizado para o controle de dietas e hidratação, símbolos de reconhecimento e incentivo à prática diária.

A programação contou com uma palestra inspiradora da psicóloga Evelyn Silva, que abordou a saúde mental, um tema essencial para o bem-estar das profissionais que, diariamente, cuidam da nutrição dos pacientes. Em seguida,

o terapeuta ocupacional Paulo Takeshi conduziu uma atividade interativa que estimulou a participação e integração entre as nutricionistas.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Ação | Aniversário do paciente: Todos os meses a comissão celebra os aniversários dos pacientes em internação prolongada.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.9. Setembro

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho - NR 06 | Equipamentos de Proteção Individual: 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 | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho - cuidados com pacientes agressivos | Atividade Institucional: 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.

Qualidade e NSP | Auditoria interna INTS ONA 1 | Score HMG: Revelação de score alcançado pelo hospital durante auditoria realizada semanas antes. O HMG alcançou 83% de conformidades após avaliação da comissão enviada pela setor de qualidade institucional. O Diretor Geral Alan Kerztman aproveitou o momento para gravar seu quadro “2 minutos com o DG” ao revelar o desempenho da unidade.



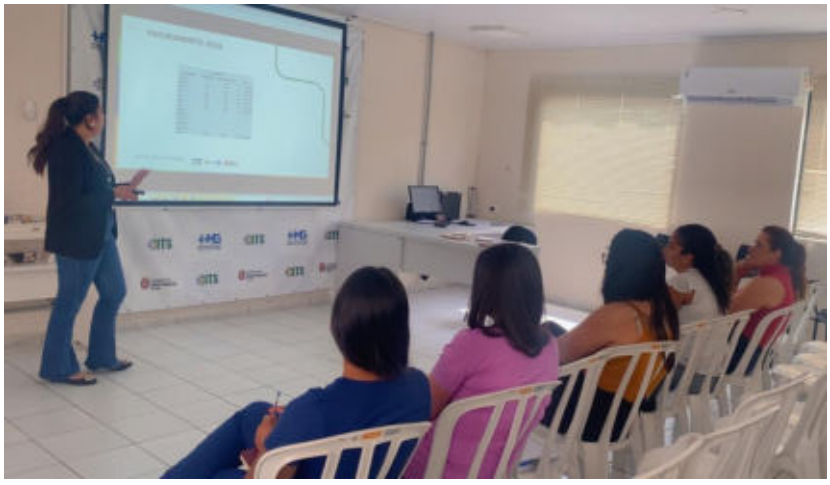
Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho NR 23 - Combate ao princípio de incêndio: 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.

Faturamento e Odontologia: Treinamento realizado com a equipe de odontologia, para explicar o fluxo de faturamento das contas com foco na cobrança de procedimentos. Com o intuito de conscientizar a equipe, para melhorar os números de lançamentos de procedimentos.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP e SCIH | Mês da Segurança do Paciente e Dia Mundial da Sepse | Atividade: Gincana onde os participantes teriam que responder o quiz de forma rápida e corretamente para ganhar o máximo de pontos, as perguntas eram relacionadas com o tema metas internacionais e sepse.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP | Prevenção de Flebite: Treinamento Prevenção de Flebite com parceria da coordenação de enfermagem, consistia em 4 estacoes teórica e estacoes práticas como por exemplo: como cuidar do AVP , montar uma anotação de enfermagem de forma correta e lavagem das mãos e scrub de hub da forma correta.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSP, enfermagem e equipes médicas | Semana Nacional da Qualidade e Segurança do Paciente: Ação realizada para mês mundial da segurança do paciente, onde os participantes tinham que fazer um video sobre 6 metas internacionais onde foram sortidas as 6 e o vídeo deveria ser uma parodia ou uma encenação e com isso conscientizar e passar informações correta sobre elas**.**



Fonte: Relatório de Comunicação.

Comunicação | Combate ao preconceito | Campanha Institucional: Comprometidos em proporcionar um ambiente de trabalho e atendimento que seja seguro, respeitoso e inclusivo para todos, no INTS e HMG nós acreditamos que cada pessoa, seja colaborador, terceirizado ou paciente, deve ser tratado com dignidade e respeito, independente de suas diferenças.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Ouvidoria e Comunicação | A Ouvidoria quer ouvir o seu Bom Dia | Campanha: Projeto idealizado pela Iniciamos a campanha #AOuvidoriaQuerOuvirSeuBomDia, para deixar nossos dias mais leves e interativos. Os participantes podem gravar seu bom dia, utilizando nosso filtro e marcando colegas! O objetivo dessa ação é proporcionar momentos de positividade e incentivo para o início do dia de trabalho. Acreditamos que pequenas ações podem ter um grande impacto no ambiente de trabalho e ajudar a estabelecer um espaço mais saudável e colaborativo para todos.

Além do benefício direto para o ambiente de trabalho, essa iniciativa também destaca o caráter tecnológico e inovador do nosso instituto, oferecendo uma

oportunidade para aumentar a visibilidade da nossa unidade. Utilizar plataformas digitais como o Instagram para essas ações pode posicionar a nossa unidade como um diferencial no cenário institucional.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.10. Outubro

Equipe Multi e Comunicação | Dia Nacional do Idoso: O Dia Nacional do Idoso nos lembra que cada fase da vida deve ser vivida com alegria e dignidade. A sabedoria e a experiência daqueles que caminharam antes de nós são um verdadeiro presente, e hoje celebramos todos os que fazem parte dessa jornada com tanto carinho e energia! Os pacientes da melhor idade participaram de uma atividade coletiva na Academia ao Ar Livre, no HMG. Celebrando a saúde, vitalidade e a importância do envelhecimento ativo!



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Treinamento de NR 23 | Combate ao princípio de incêndio: 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 | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho | Gerenciamento de Riscos Ocupacionais: 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 | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho – NR 17 Ergonomia no trabalho: 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.

PGRSS | Diálogo Semanal | Atividade Institucional – 03, 24 e 25 de outubro: O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem com objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho – NR 32 Biossegurança | Atividade Institucional: 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 e Equipe Multi | Dia das Crianças: O Grupo SouRiso fez uma apresentação em todas as alas assistenciais do Hospital Municipal Guarapiranga no dia 11 de outubro. A equipe percorreu os quartos, trazendo alegria e entretenimento para os pacientes e colaboradores. Esse momento foi planejado para proporcionar leveza e bem-estar, especialmente em comemoração ao Dia das Crianças, criando um ambiente acolhedor e humanizado no hospital. No mesmo dia foi realizada uma interação com os pacientes da pediatria, o dia com o “cabelo maluco” divertiu as equipes do setor e rendeu muitas fotos.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multidisciplinar | Comemoração Dia do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional: No dia 13 de outubro, celebramos as profissões que são fundamentais na saúde e bem-estar, o Dia do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

A comemoração aconteceu no dia 15/10/2024, nesta data tão especial desfrutamos de uma festa especial de boas-vindas e um encontro com o intuito de comemorar o dia dedicado aos Fisioterapeutas e ao Terapeuta Ocupacional de nosso hospital. Este evento foi organizado juntamente com nossa respeitada equipe multidisciplinar que criou uma oportunidade para engajamento ativo e fortalecimento de laços. A celebração incluiu uma dinâmica fazendo com que todos consigam interagir, com o objetivo de reunir os colaboradores, promovendo trabalho em equipe, coordenação e comunicação, envolve passar objetos em círculo ao som da música cantadas por eles, destacando a importância da cooperação e adaptação no ambiente de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe médica | Dia do Médico | Evento – 24 de outubro: Café da manhã organizado pela direção médica em comemoração ao Dia do Médico. O diretor técnico do hospital, dr. Victor Hugo realizou a distribuição de brindes aos profissionais que atuam no HMG.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização e Comunicação | Coleta e doação de brinquedos | Campanha Institucional – 26 de outubro: Promovemos uma campanha de arrecadação de brinquedos para doar ao Centro de Formação e Recreação São José, que promove atividades às crianças e moradores do bairro. A coleta aconteceu durante todo o mês de outubro e contou com arrecadação de brinquedos usado (em bom estado) e valores financeiros que foram utilizados na aquisição de brinquedos novos. A entrega foi realizada no dia 26 de outubro no endereço do CFR São José.



Fonte: Relatório de Comunicação.

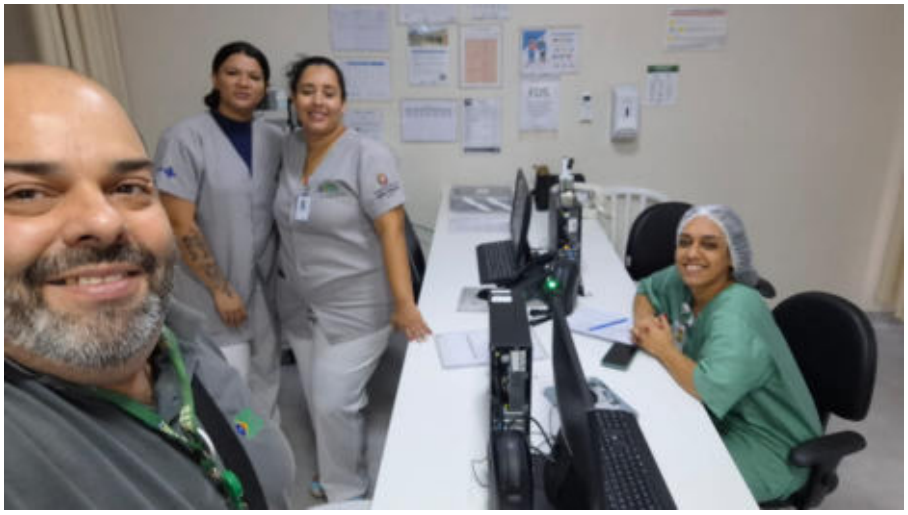
Humanização, Equipe Multi, Ouvidoria e Nutrição | Café Acolhedor: Nosso projeto “Café Acolhedor” aconteceu no dia 30 de outubro e com divulgação antecipada foi novamente um encontro emocionante, repleto de depoimentos que levaram muitos dos presentes às lágrimas. Familiares e acompanhantes de nossos pacientes puderam manifestar suas opiniões aos profissionais do hospital que ofereceram suporte emocional e acolhimento humanizado aos participantes. Uma mesa de comes e bebes foi disponibilizada, roda de conversa, som ambiente e clima harmonioso tornaram o momento especial a todos.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.11. Novembro

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



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Treinamento sobre NR 17 | Ergonomia nas atividades laborativas: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Round de Segurança do Trabalho: 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 de DSS NR 32 | Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde: 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.

SESMT | Diálogo semanal | DSS sobre Gerenciamento de Riscos Ocupacionais: 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 | Treinamento de NR 23 | Combate ao princípio de incêndio: Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Culto Ecumênico: Uma celebração religiosa que reúne pessoas de diferentes tradições cristãs, com o objetivo de oferecer conforto espiritual, esperança e oração para os pacientes, familiares e profissionais de saúde. A missa ou culto ecumênico no ambiente hospitalar visa atender a todos, independentemente da denominação religiosa, promovendo a união e o respeito às diversas crenças.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Qualidade | Semana da Qualidade: Semana da Qualidade em que foi realizado o jogo de tabuleiro com quiz sobre a qualidade do hospital foi engajar e sensibilizar todos os colaboradores sobre a importância da qualidade no atendimento, incentivando o aprendizado de forma lúdica e interativa. Além disso, a atividade buscou promover a conscientização de maneira divertida e envolvente, permitindo que os participantes reforçassem seus conhecimentos sobre as boas práticas, processos e normas que garantem a qualidade dos serviços hospitalares.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Comunicação e Humanização | Futebol da Saúde: No novembro azul, o HMG promoveu o “Futebol da Saúde”, uma ação especial para conscientizar os colaboradores sobre a importância do cuidado com a saúde do homem. O evento contou com atividades dinâmicas, onde quatro eventos de futebol foram utilizados como ferramenta para reforçar a mensagem sobre a prevenção ao câncer de próstata e outros cuidados necessários.

Além de promover a integração e o bem-estar dos participantes, a ação trouxe informações sobre exames preventivos e qualidade de vida, incentivando hábitos saudáveis de forma leve e participativa. Kits com alimentos foram entregues aos jogadores e para o público presente, pipoca e refrigerante.

O Futebol da Saúde reafirmou o compromisso do HMG em cuidar não apenas dos pacientes, mas também de seus colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Café Acolhedor: O Café Acolhedor, promovido pela Comissão de Humanização do HMG, foi um momento especial de integração e acolhimento dedicado aos acompanhantes e familiares dos pacientes. Realizado em um ambiente decorado e convidativo, o evento proporcionou um

espaço de conversa e troca de experiências, fortalecendo os laços entre as equipes.

Além do café da manhã delicioso, nesta edição a nutricionista Jamile Renata conduziu a interação com os convidados e ação reforçou valores como empatia, respeito e o cuidado mútuo, pilares fundamentais da humanização no hospital. O Café Acolhedor reafirmou o compromisso do HMG em valorizar as pessoas e criar um ambiente de trabalho mais harmonioso e acolhedor.



Fonte: Relatório de Comunicação.

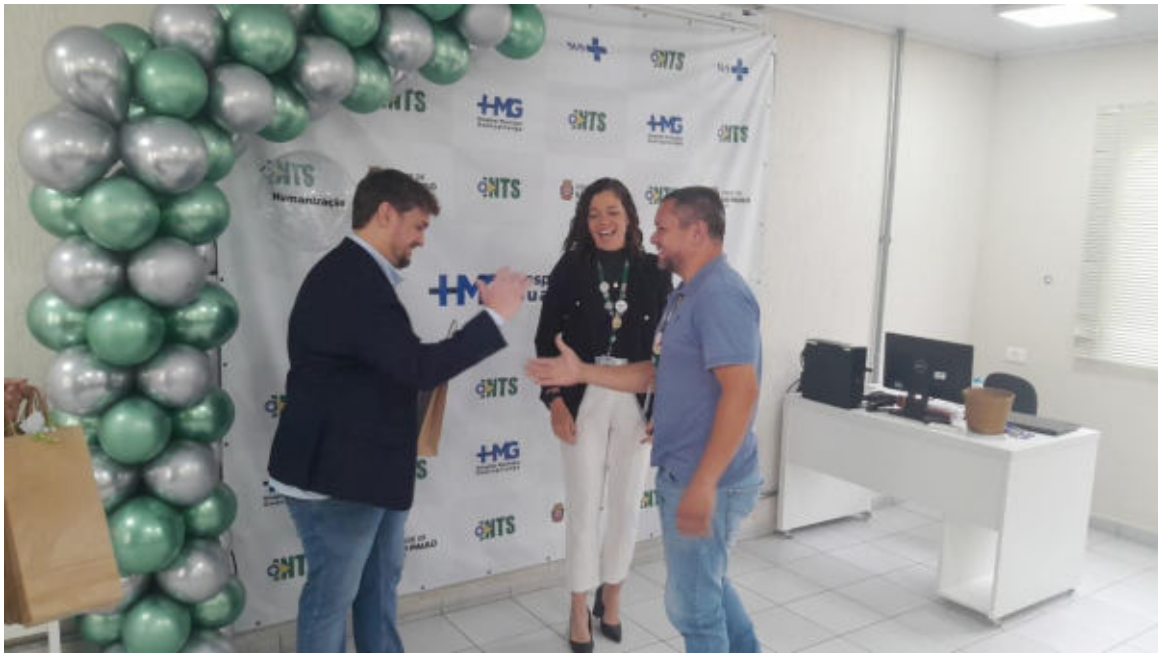
Humanização | Dia da Humanização: No Dia da Humanização, o Hospital Municipal Guarapiranga celebrou com um café da manhã especial dedicado aos membros da Comissão de Humanização, em reconhecimento ao trabalho essencial que realizam.

Durante a comemoração, os diretores do hospital fizeram um breve discurso em gratidão ao trabalho realizado e cada integrante recebeu uma garrafa de alumínio personalizada, com seu nome, a marca do HMG e o selo da comissão, como forma de valorização e agradecimento. O momento reforçou o compromisso com a humanização no cuidado e a importância de cada membro

na construção de um ambiente acolhedor e solidário no hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Simulado de Catástrofe: O objetivo deste simulado é treinar todos os colaboradores do hospital para responder adequadamente a uma situação de explosão, minimizando danos e garantindo a segurança dos pacientes e

funcionários. A simulação deve testar a eficácia dos planos de emergência, comunicação e evacuação, além de reforçar os protocolos de atendimento a vítimas e cuidados médicos em situações de catástrofe.



Fonte: Relatório de Comunicação.

7.12. Dezembro

SESMT | DSS sobre Gerenciamento de Riscos Ocupacionais: 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 | DSS NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde | Atualização: 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.

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança (DSS) de NR 23 - Combate ao princípio de incêndio: Atividade *in loco* com equipamentos e orientações sobre o manuseio no combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Ouvidoria e Prestação de Contas | Café Natalino: o Hospital Municipal Guarapiranga realizou um Café Natalino especial, marcando o encerramento de 2024 e celebrando as festas de fim de ano. Idealizada pelos colaboradores Vanda Dias (Ouvidoria) e Robert da Silva (Coordenação de Prestação de Contas), a ação reuniu profissionais de diversos setores administrativos e assistenciais no Espaço Recreativo.

O evento incluiu uma mesa repleta de comidas e bebidas, um momento de reflexão e meditação conduzido pela terapeuta integrativa Paula Hiratsuka, e a exibição de um vídeo divertido com fotos de colaboradores e terceirizados que marcaram o ano. Foi uma ocasião de união, gratidão e celebração do trabalho

em equipe que faz a diferença no dia a dia do hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade (NSPQ), SESMT e outros setores | Integração de novos colaboradores: Apresentação membros do núcleo de segurança do paciente, apresentação nome e experiência dos novos colaboradores, importância da acreditação hospitalar ONA para os processos assistenciais do HMG. Revisão das metas internacionais da segurança do paciente e sua aplicação na rotina hospitalar do HMG. Orientações de Saúde e Segurança do Trabalho (Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual), fluxo de acidente de trabalho, fluxo do Ramal de Emergência 181 para situação em casos de princípio de incêndio, boas práticas de higienização das mãos.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Equipe Multi | Dia do Fonoaudiólogo: Comemoração em gratidão ao serviço prestado pelos profissionais do hospital. Foi oferecido um café da manhã de confraternização com entrega de brindes personalizados como cadernos e camisetas.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | Round de Segurança do Trabalho: Atividade realizada *in loco* e sala de treinamento com instruções sobre o gerenciamento de Riscos Ocupacionais através das boas práticas no uso de EPIs, nos dias 10 e 17. Revisão das normas regulamentares (NR 23) na prevenção e combate ao princípio de incêndio, dia 12.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | DSS sobre NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas: 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.

Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH) | Treinamento AGRAVOS (hepatites, HIV e tuberculose): Foi abordado a importância de reconhecer e manejar doenças transmissíveis no hospital e obter os dados epidemiológicos de forma rápida.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Pe. Wilson visita os leitos : Percorrendo todas as alas assistenciais, o padre Wilson realizou orações e ofereceu bênçãos aos pacientes que aceitaram sua presença, levando palavras de fé, carinho e acolhimento.

A visita foi recebida com emoção pelos pacientes e pela equipe assistencial. O momento foi reconfortante, fortalecedor e renova a esperança em meio aos desafios do tratamento e do cuidado.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSPQ | Encontro dos Escritórios da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente – Secretária Municipal da Saúde: Membros da Qualidade, NSP e gerência de Enfermagem participaram do encontro que ocorre na Secretária Municipal da Saúde.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NQSP | Reunião mensal e Amigo Secreto do Conselho Gestor no HMG: No último mês de 2024, os integrantes do Conselho Gestor organizaram-se para um divertido Amigo Caneca. Após os compromissos obrigatórios da reunião mensal que faz parte do programa de gestão pública do município, os participantes fizeram o sorteio dos nomes. Em seguida iniciou-se a dinâmica conduzida pela supervisora de qualidade, Kamila Sales. Também houve troca de presentes entre instituição e o grupo de conselheiros.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Humanização | Café Acolhedor: Na última quarta-feira do mês, aconteceu mais uma edição do Café Acolhedor no Hospital Municipal Guarapiranga (HMG), que reuniu familiares de pacientes internados para um momento de acolhimento, escuta e troca de experiências.

Durante o evento, os convidados compartilharam relatos emocionantes sobre o atendimento recebido no hospital, destacando o cuidado, a atenção e a humanização presentes em cada etapa. Além disso, cada participante trouxe um pouco da personalidade e história de vida de seus entes queridos internados, permitindo que todos conhecessem um lado mais íntimo e inspirador de cada paciente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NSPQ | Start Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente: O NQSP realizou uma ação estratégica para disseminar a Cultura de Segurança do Paciente, destacando sua relevância para a qualidade assistencial. A iniciativa incluiu a disponibilização de um formulário digital que incentiva a participação dos colaboradores na pesquisa sobre o tema, promovendo a conscientização e o engajamento.

Além disso, foram entregues crachás em PVC contendo uma breve descrição das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, facilitando o acesso às informações e reforçando a adoção de práticas seguras no dia a dia hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação.





Fonte: Relatório de Comunicação.

ANALISE CRÍTICA - COMUNICAÇÃO

Este foi o primeiro ano do HMG com uma pessoa direcionada ao setor de comunicação. Atuar neste primeiro contexto foi bastante desafiador pois as rotinas de trabalho e o entendimento das atividades dos diversos setores que

compõem o hospital demandou bastante tempo e aprendizado. Encontramos demandas das mais diversas tanto entre os setores assistenciais, quanto as vindas dos setores administrativos. Organizar tarefas e prioridades mostrou-se um exercício a ser realizado constantemente.

Em suas atividades de rotina, o hospital tem vida extremamente ativa. Suas instalações estão em constante adaptação e manutenção, sempre em busca de melhoras. Em 2024 promovemos reformas estruturais e organizacionais importantes. As comissões internas, núcleos corporativos, ações institucionais e atividades externas preenchem quase todo o calendário do hospital e o setor de comunicação, direta ou indiretamente, participa da maior parte das atividades. Por este motivo, implantamos o Planner da Microsoft como ferramenta de gestão de tarefas nas quais o setor está diretamente envolvido, criando uma rotina de monitoramento diário.

A aquisição de uma máquina fotográfica, caixa de som e microfones contribuiu para melhorara na qualidade dos eventos e nos registros. Também destinamos um aprendiz para o setor de comunicação.

Neste primeiro ano não estipulamos metas para o setor. Apesar disso, acompanhamos alguns índices como os de NPS (Net Promoter Score), desenvolvido pelo setor de ouvidoria, números assistências relacionados a qualidade do atendimento entregue aos pacientes como número de lesões por pressão e índices de queda. Também procuramos manter um número ativo de publicações sobre o HGM no portal de notícias institucional.

Passamos por um ano eleitoral que impossibilitou a publicação de pautas potencialmente positivas como o “Reencontro do sr. José com sua família” e a implantação de novas ferramentas vinculadas ao sistema de RFID (Radio Frequency Identification). Pautas que podem ser exploradas no próximo ano.

Projeções futuras:

O setor pode se desenvolver ainda mais e ser mais produtivo com pequenos ajustes. Conhecendo melhor a dinâmica do hospital, em conjunto com líderes do NEP, SCIH, CIPA, SESMT e Humanização, organizamos o calendário para não haver conflitos nas principais ações. A ideia é que os órgãos ofereçam

suporte uns aos outros nas maiores atividades, trabalhando em conjunto quando possível.

Devemos implantar a plataforma LMS (Learning Management System) nos próximos meses. A ferramenta de ensino é fundamental nas projeções do Núcleo de Educação Permanente e do setor de Recursos Humanos proporcionando um ambiente digital de desenvolvimento ativo dos colaboradores. Implantar conteúdos de treinamento, divulgar e incentivar o uso da ferramenta são contribuições que o setor de comunicação pode entregar.

Desenvolvemos uma nova identidade visual para o HMG, o projeto será apresentado e tem pretensão de reforçar a nova fase do hospital, muito mais ligada ao uso de tecnologias, promover a comunicação simples e efetiva nas instalações do hospital, renovando os ambientes de forma progressiva utilizando todas as formas de mídia.

8. AÇÕES DE DESTAQUE

8.1. Janeiro

Academia ao Ar Livre: Inauguramos um importante espaço para qualidade no atendimento ao paciente. A Academia ao Ar Livre foi idealizada pelo coordenador da Equipe Multi, Anderson Tomas, e tem como principal objetivo incentivar a prática de atividades físicas saudáveis, especialmente entre grupos de maior risco, tais como idosos em processo de reabilitação e manutenção das partes motoras. O ambiente é mais uma alternativa para manter uma vida ativa e saudável, mesmo dentro do ambiente hospitalar. Os idosos em geral, em fase de reabilitação, encontrarão na academia um espaço seguro e apropriado para fortalecerem seus corpos e recuperarem a vitalidade. A expectativa é que essa iniciativa não apenas contribua para a recuperação física, mas também promova um ambiente interativo, beneficiando a saúde mental dos pacientes.



Fonte: Relatório de Execução Janeiro 2024.

Cinema UTI: O Hospital organizou uma noite especial de cinema, como estratégia para amenizar a ansiedade e lidar com uma das patologias mais comuns na UTI: o delirium. A equipe dividiu as sessões de cinema em dois pontos distintos, visando atender às diferentes necessidades dos pacientes. A primeira sessão foi destinada àqueles que permanecem no leito sob constante monitoramento. A segunda, por sua vez, foi direcionada aos pacientes estáveis que aguardam procedimento de cateterismo e podem desfrutar da experiência em poltronas, sempre com o acompanhamento atento e monitoramento da equipe assistencial.



Fonte: Relatório de Execução Janeiro 2024.

8.2. Fevereiro

Carnavais do INTS: O INTS completou 15 anos e ao logo de 2024 foram propostas campanhas e ações para celebrar esse marco na história do instituto. Em fevereiro o tema foi 15 Carnavais do INTS. Para um vídeo dessa campanha, foi solicitado que as unidades montassem seus blocos e comemorassem essa folia. Com músicas animadas, paródias, dança e muitos acessórios carnavalescos, puderam demonstrar uma alegria contagiante e o senso de pertencimento ao Instituto.



Fonte: Relatório de Execução Fevereiro 2024.

8.3. Março

Homenagem do Conselho Gestor: Em um evento convocado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo os conselheiros gestores que representam o segmento usuário fizeram uma homenagem aos diretores e gestão do Hospital Municipal Guarapiranga, ressaltando a eficiência do hospital em sua proposta no sistema de saúde do município. O prêmio foi entregue ao final do evento promovido pela SMS.



Fonte: Relatório de Execução Março 2024.

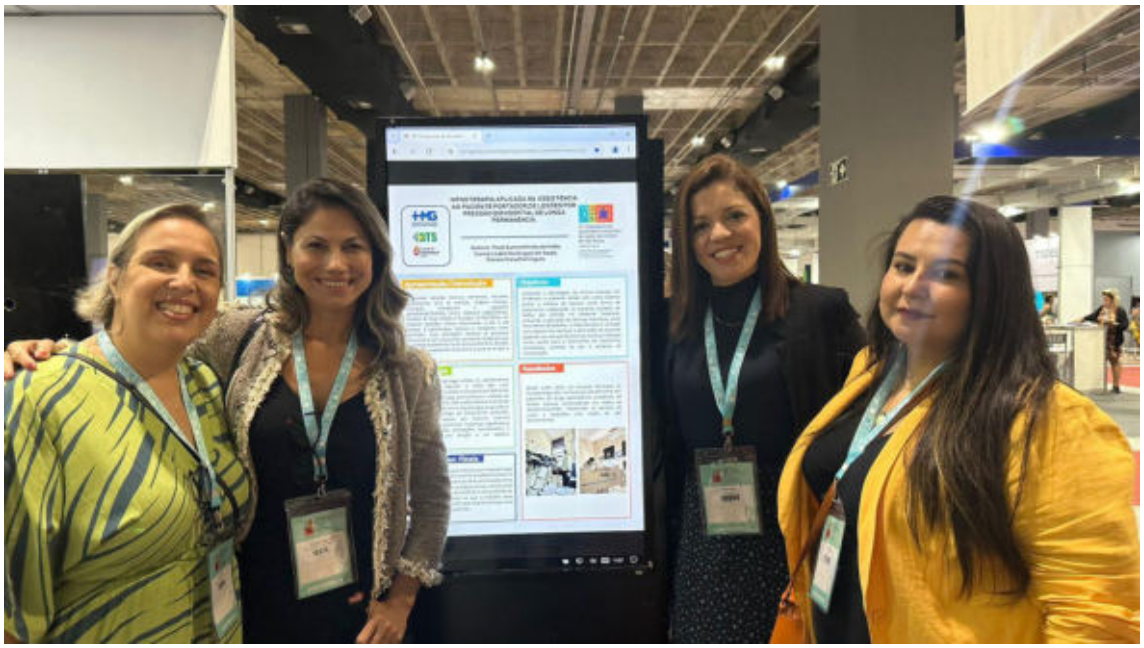
8.4. Abril

Árvore de digitais "Nossas marcas formam uma só": Seguindo as comemorações dos 15 anos de INTS, criamos a árvore de digitais. Convidamos todos os colaboradores a deixarem suas marcas no mural que foi personalizado e colocado na área de convivência do hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação Abril 2024.

20ª Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios: O HMG apresenta, entre os dias 17 e 19 de abril, quatro projetos no 37º Congresso de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Estado de São Paulo, dentro da 20ª Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios, em Santos, litoral paulista.



Fonte: Relatório de Comunicação Abril 2024.

8.5. Maio

Semana da enfermagem 2024: Protagonistas na Arte do Cuidar, estrelando você!

O HMG foi palco de eventos homenageando os profissionais de enfermagem, premiando colaboradores que foram, à exemplo do Oscar, indicados a partir da avaliação de desempenho interna da unidade. A votação para definir os ganhadores foi restrita às equipes de enfermagem de acordo com o plantão no qual trabalham. Os mestres de cerimônias foram a gerente de enfermagem do HMG, Carmen I. D. de Souza e Paulo Rodrigo, analista de qualidade e membro da Comissão de Humanização. Foram mais de vinte indicados por plantão e os demais colaboradores puderam votar em cinco deles para a premiação final.



Fonte: Relatório de Comunicação Maio 2024.

Certificado Gente que Faz o SUS: O "Selo Gente que Faz o SUS" é uma iniciativa criada no Brasil para reconhecer e valorizar profissionais de saúde que se destacam em suas atividades e contribuem para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse selo foi instituído em 2019 pelo Ministério da

Saúde, como parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e é entregue a todo agente vinculado ao sistema público de saúde que tenha recebido algum elogio ou registro de protocolo identificado como "positivo" no canal de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram entregues 160 certificados individuais e mais 15 de equipes destinados ao Hospital Municipal Guarapiranga (HMG). Um evento muito especial foi realizado no teatro SESC Santo Amaro para entrega dos certificados aos colaboradores do hospital. Na presença dos diretores e lideranças do HMG, a cerimônia contou com o apoio musical, projeção em tela e muita emoção dos presentes. Ao final do evento foi servido um café de confraternização a todos.



Fonte: Relatório de Comunicação Maio 2024.

8.6. Junho

Aniversário de 4 anos do HMG: O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) celebrou com grande entusiasmo e alegria seu aniversário de 4 anos. Desde sua inauguração, o HMG tem sido um pilar de excelência em cuidados de saúde, atendendo mais de 8.900 pacientes e se consolidando como um

importante hospital de retaguarda, oferecendo suporte crucial à rede hospitalar da maior cidade do país.

A celebração do aniversário foi marcada por discursos inspiradores dos diretores, colaboradores de todos os setores e também de alguns dos dedicados profissionais terceirizados, evidenciando a gratidão e o orgulho por fazer parte desta jornada de crescimento. Os discursos também destacaram as conquistas, a dedicação incansável de cada membro da equipe e os desafios superados ao longo desses quatro anos.



Fonte: Relatório de Comunicação Junho 2024.

Festa Junina dos Pacientes: Um arraial animado que trouxe muita alegria e diversão para os pacientes das alas da unidade (Andorinha, Arara, Canário e João de Barro). Profissionais de saúde e pacientes interagiram de maneira descontraída, criando um clima de união e celebração. A programação incluiu pintura de rosto, distribuição de chapéus de palha, muita música de quadrilha e diversas brincadeiras que garantiram sorrisos e boas risadas. Uma dieta personalizada foi preparada para os pacientes, permitindo que todos aproveitassem as delícias juninas de forma segura e saudável.



Fonte: Relatório de Comunicação Junho 2024.

8.7. Julho

SIPAT 2024 – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

A SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes é um evento anual que tem como base a Norma Regulamentadora NR 05 (CIPA). Em julho, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) adotou o tema "Cuidar se Cuidando" como tema da SIPAT.

A abertura contou com a apresentação da fisioterapeuta Vanessa Lima Dantas, que ministrou uma palestra motivacional para o dia a dia de trabalho. O Dr. Edson, da Medicina Integrativa do HMG, contribuiu com seus conhecimentos técnicos a respeito de alimentação e doenças. O Supervisor de Enfermagem, Fabio Bueno Damasio da Silva, realizou uma palestra voltada para os colaboradores do setor administrativo, abordando os princípios de primeiros socorros, manobras de desengasgo, respiração cardiopulmonar e medidas de prevenção de acidentes domésticos.

No último dia, foi apresentada uma esquete teatral retratando situações do cotidiano hospitalar, como pessoas andando e falando ao celular ao mesmo tempo, resultando em esbarrões, e colaboradores da assistência sem

Equipamento de Proteção Individual (EPI) realizando procedimentos em pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação Julho 2024.

Festa julina - ArraiONA : Nos dias 25 e 26 de julho, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou o ArraiONA, uma festa junina especialmente planejada para os colaboradores e terceirizados do hospital. O evento, que aconteceu das 17h às 21h, contou com uma programação diversificada e envolvente, e teve como tema as 6 metas internacionais de segurança do paciente, promovendo um ambiente festivo e educativo ao mesmo tempo.

Atraindo um grande número de colaboradores que se divertiram em cada atividade, o espaço comunitário foi o ponto de encontro para saborear deliciosas comidas típicas, enquanto a quadra poliesportiva se tornou o palco das brincadeiras e da animada dança de quadrilha.



Fonte: Relatório de Comunicação Julho 2024.

8.8. Agosto

PROLIDER: Em agosto o HMG recebeu o famoso treinamento voltado ao desenvolvimento de lideranças. O Prolíder é um programa que capacita os líderes a tomarem decisões mais precisas, aprimorar a comunicação, resolver conflitos de forma construtiva e engajar suas equipes de maneira eficaz. A metodologia utilizada pela Coordenadora de Projetos de RH, Zeni Silva, promove reflexões tanto no âmbito pessoal quanto profissional, valorizando as atividades cotidianas.



Fonte: Relatório de Comunicação Agosto 2024.

Posse da nova Comissão de Ética de Enfermagem: No dia 26 de agosto de 2024, ocorreu de forma presencial na Instituição a cerimônia de posse da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE). Durante o evento, foi realizada uma palestra informativa sobre as funções da Comissão de Ética no ambiente hospitalar, descrevendo uma séria de atividades e compromissos éticos na gestão em saúde. Também foram apresentados aos Conselheiros do COREN-SP, todos os membros escolhidos pelo HMG para fazer parte da comissão.



Fonte: Relatório de Comunicação Agosto 2024.

8.9. Setembro

Campanha Setembro Amarelo - Trilha da Vida: O ponto alto da campanha foi a Trilha da Vida, uma jornada sensorial única. Todas as pessoas que atuam no hospital foram convidadas a participar dessa experiência, que oferecia mais do que simples reflexão — proporcionava uma imersão completa. Com os olhos vendados, os participantes eram conduzidos por um trajeto cuidadosamente ambientado. Música relaxante e o aroma formavam uma combinação que estimulava a introspecção e reflexões induzidas pelas falas da hipnoterapeuta Paula Hiratsuka. Sons da própria natureza que faz parte do hospital e pisos com texturas variadas puderam ser experimentas pelos participantes que foram convidados a participar descalços nessa caminhada

sensorial. No trajeto, mesas dispostas com diversos objetos e combinações provocaram emoções variadas.



Fonte: Relatório de Comunicação Setembro 2024.



Fonte: Relatório de Comunicação Setembro 2024.

8.10. Outubro

Campanha Outubro Rosa - Guará Talk Show: No Hospital Municipal Guarapiranga, as atividades do Outubro Rosa incluíram o Guará Talk Show, um evento interativo apresentado pelo terapeuta Paulo Takeshi e que trouxe as especialistas Amanda Lívia e Rosangela dos Santos para discutir a prevenção e atenção com a violência contra mulher, além das ferramentas e instrumentos públicos de apoio ao tratamento contra o câncer de mama aos colaboradores presentes. Além disso, foi realizada uma foto coletiva, simbolizando a união e o apoio à campanha de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce e do autocuidado.



Fonte: Relatório de Comunicação Outubro 2024.

8.11. Novembro

Aniversário de 15 anos do INTS: O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) celebrou em grande estilo os 15 anos do INTS, destacando a trajetória de excelência e humanização do Instituto. A confraternização aconteceu no Espaço Recreativo, reunindo colaboradores, terceirizados e lideranças em um momento especial de união e reconhecimento.

A programação incluiu o tradicional parabéns, a exibição de dois vídeos emocionantes — um institucional comemorativo e outro com mensagens e votos de todos os setores e alas do HMG para o Instituto. A celebração foi

conduzida pela diretora geral Simone Araújo, reforçando o espírito de equipe e o compromisso com a missão do INTS.



Fonte: Relatório de Comunicação Novembro 2024.



Fonte: Relatório de Comunicação Novembro 2024.

Campanha Novembro Azul - Futebol da Saúde: O “Futebol da Saúde”, foi uma ação especial para conscientizar os colaboradores sobre a importância do

cuidado com a saúde do homem. O evento contou com atividades dinâmicas, onde quatro eventos de futebol foram utilizados como ferramenta para reforçar a mensagem sobre a prevenção ao câncer de próstata e outros cuidados necessários.

Além de promover a integração e o bem-estar dos participantes, a ação trouxe informações sobre exames preventivos e qualidade de vida, incentivando hábitos saudáveis de forma leve e participativa. Kits com alimentos foram entregues ao jogadores e para o público presente, pipoca e refrigerante.

O Futebol da Saúde reafirmou o compromisso do HMG em cuidar não apenas dos pacientes, mas também de seus colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação Novembro 2024.

8.12. Dezembro

Seresta com Grupo Lúmen: Três integrantes do grupo musical Lúmen – Bete Caran, Soraya Caran e o flautista Célio – fizeram uma apresentação voluntária que tocou os corações de pacientes e colaboradores em diversas unidades assistenciais do [9]hospital.

Durante a visita, o trio passou pelas Unidades de Terapia Intensiva Beija-flor e Bem-te-vi, além das enfermarias Colibri, Sanhaçu e João de Barro. O passeio pelos corredores e quartos foi carregado de emoção, criando um encontro humanizado e especial entre os músicos e os pacientes, muitos dos quais expressaram gratidão e se deixaram levar pelas memórias despertadas pelas músicas.



Fonte: Relatório de Comunicação Dezembro 2024.

Comemorações de Natal 2024: As ações de fim de ano e as comemorações de Natal aconteceram durante as primeiras semanas de dezembro. A Comissão de Humanização organizou e realizou a entrega de panetones para colaboradores e terceirizados. Foi montado um painel para fotos e decoramos o hospital com enfeites natalinos e iluminação. Também incentivamos os colaboradores a apadrinharem nossos pacientes para garantir a entrega de presentes a todos os que estão internados no hospital. Com ajuda caridosa e boa vontade, todos os pacientes receberam um presente do “Papai Noel” em um dia muito especial. O supervisor de enfermagem Fabio Bueno foi quem se prontificou a vestir as roupas do bom velhinho e passar por todos os leitos entregando seus presentes. Um grupo de ajudantes acompanhou a visita cantando canções natalinas, distribuindo alegria pelos corredores do hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação Dezembro 2024.



Fonte: Relatório de Comunicação Dezembro 2024.



Fonte: Relatório de Comunicação Dezembro 2024.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2024 foi marcado por avanços significativos no Hospital Municipal Guarapiranga, consolidando sua posição como uma unidade de referência em cuidados prolongados e retaguarda para unidades primárias. Por meio do compromisso das equipes e da aplicação de estratégias alinhadas às diretrizes contratuais, alcançamos resultados importantes em qualidade assistencial e gestão.

Os indicadores assistenciais demonstraram melhorias constantes ao longo do ano, refletindo o impacto positivo das práticas voltadas à segurança do paciente, controle de infecções e promoção da qualidade no atendimento. A implementação de protocolos rigorosos e a capacitação contínua das equipes resultaram em um cuidado mais seguro e humanizado, beneficiando tanto os pacientes quanto seus familiares.

O suporte multiprofissional foi um diferencial, promovendo uma abordagem integral que envolveu áreas como fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social. Essas iniciativas fortaleceram a reabilitação, o

acolhimento e o apoio emocional dos pacientes, contribuindo para uma experiência hospitalar mais positiva e eficaz.

No âmbito administrativo, o trabalho conjunto das equipes foi essencial para a manutenção da eficiência operacional e do bem-estar organizacional. As ações voltadas à gestão de pessoas e ao engajamento das equipes foram determinantes para sustentar a qualidade dos serviços e fortalecer a cultura de excelência da unidade.

Para o próximo ano, o Hospital Municipal Guarapiranga reafirma seu compromisso em avançar na qualidade assistencial e na gestão integrada. As metas incluem o fortalecimento das práticas humanizadas, a consolidação das melhorias implementadas e o enfrentamento de desafios, como a retenção de talentos e a otimização dos processos assistenciais.

Agradecemos a dedicação e o empenho de todos os profissionais que contribuíram para os resultados alcançados. Seguiremos trabalhando juntos para oferecer um atendimento cada vez mais eficiente, acolhedor e comprometido com a saúde e o bem-estar da população.

São Paulo, 20 de janeiro de 2025.

Simone Araújo
Diretora Geral /INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga
Simone Araújo
Diretor(a) Geral

10. ANEXOS

10.1. Atas das Comissões realizadas em Janeiro

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INICIO:	TERMINO:
COMISSÃO CCIH	WELLYNGTON STAMBOROVSKI	16/01/2024	10:00	12:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
Composição da CCIH Indicadores IRAS

PARTICIPANTES
Silvana Thodoro (Sup. de Enfermagem), Thamara Derencio (Sup. de Enfermagem), Mariana Martins (Coordenadora Laboratorial), Fernanda Demichilli Pitombo (Sup. de Enfermagem), Daniele de Mello Martogamo (Coordenadora de Enf.), Victor Hugo Parrilha Panont(Diretor), Daniele de Mello Martorano (Supervisora de Enfermagem), Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente),Thiago William Machedo (Enf. NEP), Vanessa Silva Alves (Enf. NSP), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Mult), Daniela Scavone de Souza(Sup. Farmácia), Pamela Viana Domingues(Estomaterapeuta), Rebecca Saad (OH Consulting), Anderson Veloso (Medico UTI Beija-Flor), Magna Carolina Santos (Medico UTI Beija-Flor), Vera Lucia (Enf. Vigilância SCIH), Lucas Teixera Vieira (Infectologista SCIH), Wellyngton Stamborovski (Tec. Enf. SCIH)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
Dr. Lucas começou a reunião apresentando as pautas. Quem Somos Onde Estamos Para onde Vamos Realizado apresentação da Composição da CCIH Realizado apresentação dos Indicadores. Demonstrou que as IRAS Geral em Novembro e Dezembro esteve em 5 Demonstrou que as IRAS na UTI em Novembro estava em 3 e Dezembro teve Redução de 1 Demonstrou que a Taxa de infecção hospitalar se manteve em 4,17 no mês de Novembro e Dezembro Demonstrou que a Densidade de Incidência Geral em Dezembro Teve queda de 0,03% em comparação a Novembro Demonstrou que a Densidade de Incidência na UTI em Dezembro Teve queda de 2,3% em comparação a Novembro Apresentou um gráfico Sobre a Topografia das infecções Gerais. Com IPCS 44, SVD 3 e PAV 3

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	09/01/2024	15h00	16h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de DEZEMBRO pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores Panorama anual.
- Controle dos Pneumáticos.
- Safety Skin.
- Auditoria de Pele.
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Apresentação de Capacitação 1º Turma Avaliação e tratamento de feridas.

PARTICIPANTES

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Thamara Derencio (Sup. Enfermagem), Fabio Bueno (Supervisor de Enfermagem), Ricardo S Santos (Sup de Enfermagem), Priscila C. santos (Farmaceutica), Alanna Rocha (Nutricionista), Fabiana de Castro(Enfermeira), Leandro Moreira Alves (Enfermeiro), Arilene Damasceno (Almoxarife), Daniele de Melo Martorano (Coord de Enfermagem), Carmen Sousa (Gerente de Enfermagem), Anderson Tomas (Coord Multiprofissional), Antonia Solange Rodrigues (Enfermeira) , Silvana Teodoro (Sup de Enfermagem), Alex de Mello (Enfermeiro).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 15h00 do dia 09 de janeiro de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquario para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de dezembro, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo as metas em desenvolvimento para o grupo, que são :

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de DEZEMBRO pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores
- Controle dos Pneumáticos.
- Safety Skin.
- Auditoria de Pele.

_ Capacitação para Tecnica de avaliação e tratamento em feridas que ocorreu nos dias 28 e 29 de dezembro de 2023.

- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.

- Foi realizado Discussão referente a má adesão a atualização do Termômetro de Lesões e sua importância para conscientização da equipe, a mesma apresentou os resultados dos indicadores mensais reforçou a importância dos registros de não conformidades referente a LP adquirida, apresenta os resultados obtidos em auditoria referente á Dezembro de 2023, onde foi evidenciado as lps, discutimos um plano de ação que será programado para o próximo mês referente a fixação dos dispositivos médicos, foi informado por estomaterapeuta que estamos tendo problemas com danificações aos colchões pneumáticos por mau uso, estomaterapeuta apresenta algumas fotos de resultados

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	21/01/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.
- **Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:**

O desligamento da enfermeira Viviane Vieira Ramos de Araújo Coren SP 518685 comunicado o coren sp e houve a orientação de convocar uma nova eleição, ainda nessa reunião foram alinhado a necessidade de uma abordagem em locco sobre assuntos pertinentes a CCE.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento em locco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional	Janeiro/2024	Comissão	Pendente
Treinamento em locco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Fevereiro/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Março /2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____
2. _____
3. _____

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra Pieretti Moreno	24/01/2024	10h00	11h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

. Código de Ética Médica: CAPÍTULO VII - Relação entre médicos.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Fábio Azevedo; Dr. Luis Otávio; Dr. Thomaz Braga e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Retorno do CREMESP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientação CAPÍTULO V - Relação com pacientes e familiares.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada no dia 24 de janeiro de 2024, com início às 10hrs e término às 11h00. O encontro ocorreu na sala de reunião e online via TEAMS.

PAUTA:

Discussão sobre o Capítulo VII - Relação entre Médicos do Código de Ética Médica:

A reunião teve início com uma análise detalhada do Capítulo VII do Código de Ética Médica, que aborda a relação entre os profissionais da área médica. Cada membro teve a oportunidade de expressar suas opiniões e observações acerca dos pontos fortes desse capítulo, destacando elementos relevantes para o exercício ético da medicina.

Cronograma Anual da Comissão:

A Comissão discutiu, novamente o cronograma anual, delineando as atividades e responsabilidades ao longo do ano de 2024. Ficou decidido que as reuniões ordinárias serão realizadas mensalmente, preferencialmente na segunda terça feira de cada mês, visando garantir a continuidade e eficiência das atividades propostas.

Importância de Atentar às Não Conformidades em Relação ao Profissional Médico:

Em consonância com o compromisso da Comissão em promover e zelar pela ética na prática médica, foi ressaltada a importância de todos os membros estarem atentos às não conformidades relacionadas aos profissionais médicos. A conscientização sobre a necessidade de identificar e reportar eventuais infrações éticas contribuirá para a integridade e credibilidade da instituição.

Decisões e Encaminhamentos:

Ficou estabelecido que cada membro fará uma revisão mais aprofundada do Capítulo VII do Código de Ética Médica, sendo o mesmo divulgado internamente para todos os membros do corpo clínico do hospital.

TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	REDATOR: Marina Amâncio	DATA: 05/01/2024	INÍCIO: 14:00h	TÉRMINO: 14:40h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Supervisora de Farmácia), Jamile (Supervisora de Nutrição), Anderson (Coordenador da Equipe Multidisciplinar), Yuri (Comprador), Daniele (Coordenadora de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Carmem (Gerente de Enfermagem), Arilene (Almoxarife), Robert (Coord. de Contratos).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Estruturar em slides para discussão das queixas técnicas apresentadas no mês – realizado;
- Estratificar curativo de Hidrofibras com prata, local de distribuição e paciente, para investigarmos o aumento exacerbado de consumo evidenciado no mês de novembro – realizado.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/12/2023 a 31/12/2023 e o comparativo com os meses de novembro/2023 e outubro/2023, com a evidência de que teve um aumento do número de internamento no período, mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- Consumo de medicamentos diminuiu em relação aos meses anteriores, com exceção do medicamento Rocurônio, conforme discutido em reunião, provável que o tratamento tenha se estendido por mais de 72h. Daniela informa que solicitará especial atenção dos farmacêuticos clínicos na prescrição dessa medicação e acompanhamento.
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/12/2023 á 31/12/2023, assim como a quantidade de pacientes eletivos para hemodiálise, e foi observada uma redução considerável em comparação ao mês anterior, o que explica a redução no consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise e filtro de linha.
- Consumo de medicamentos, materiais hospitalares, materiais de expediente, e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (novembro e outubro/2023).
- Apresentada as queixas técnicas realizadas no ano de 2023 e as condutas tomadas para cada uma. Seguiremos com o acompanhamento mensal das queixas realizadas, realizando devolutivas para o solicitante das ações tomadas.
- Foi apresentado um estudo de custo/benefício dos antimicrobianos Tobramicina e Cloranfenicol colírio para padronização. Concluímos que o Cloranfenicol apresentou mais vantagens terapêuticas e econômicas, sendo o mesmo sugerido como escolha para a padronização, o que será discutido com a diretoria técnica da Unidade e enviado para a Sede para autorização.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Erick Henrique Martins Gomes	26/01/2024	11h00	12h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Ações Concluídas e Pendentes
- Leitura da ata de dezembro de 2023

PARTICIPANTES

Erick Martins (Qualidade), Kamila Tamara (Qualidade), Juliana Borges (FRACTAL), Maristela (Antomari), Lucas Teixeira (SCIH), Daniele Martorano (Enfermagem), Juliana Marques (SESMT).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Kamila inicia reunião dizendo que teremos que ter um novo vice-presidente por conta da saída do Diego Borges, Daniele comunica a comissão que a nova coordenadora de enfermagem poderá assumir o cargo

Kamila fala das pendências que foram enviadas via WhatsApp por Juliana Borges e Maristela, conforme abaixo:

Definir local dos containers que chegaram (3), solicitados na Visita Técnica Prefeitura (16/10/2023) para os papelões e resíduos recicláveis (Juliana Borges).

Maristela sugere que coloquemos os containers ao lado do portão 2, que fica atrás do Faturamento. Juliana Borges diz que quanto mais próximo do abrigo externo, melhor fica o manuseio para os colaboradores que fazem à coleta desses resíduos, e, aponta que ficará mais próximo da balança de pesagem, à possibilidade de uma segunda balança para pesagem de resíduos recicláveis (Maristela), ficou de verificar. Ficou decidido que, ficarão dois containers no portão 2 para papelões e um dentro do próprio abrigo externo para resíduos recicláveis (período teste), testará o fluxo de retirada desses resíduos. Serão dois horários de coleta: 11:00 e às 15:00 à partir de 1° de fevereiro. Avisar sobre esse novo fluxo ao (Michael).

Juliana comenta que são várias empresas para vários tipos de coleta de resíduos, entre essas ela consegue contato com uma para lâmpadas e outra para eletrônicos, a de lâmpadas ainda está pendente. A de eletrônicos e metais já realizaram a coleta, eles mesmos fazem a pesagem e mandam um certificado descrito a pesagem e valor à pagar, e esse valor será revertido para caixinha da Comissão de Humanização. (Juliana Borges) irá verificar o valor para repassar para humanização.

Para reciclagem de papelão ainda estamos pendentes como realizaremos a reciclagem para reverter em verba para Comissão de Humanização.

O descarte de placas de Raio-X, teríamos que verificar com Karina (Jurídico) para realizar um ofício desse descarte para ECOLEVE.

Lixeiras quebradas na Unidade, Maristela terá uma reunião segunda-feira (29/01) para discutir como será resolvido esse problema. Diz que 90% dessas lixeiras estão quebradas por mal uso. Depois da reunião ela irá dar uma devolutiva aos membros da Comissão.

Kamila faz leitura da ATA do dia 28/12/2023

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 32	Bárbara Silvério	09/01/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 32;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Janeiro.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Jakeline Barbosa (Administrativo Multi)/ Larissa Alves (Psicóloga)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem)/ Izadora Mariani (Secretária Executiva)/ Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Jamile Renata (RT de Nutrição)/ Evelyn Nattane (Assistente Social)/ Thiago Tavares (Analista de Comunicação).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema; Amigo PET e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Ações de Dezembro (Apadrinhamento e ação de Natal).
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião apresentando os novos membros da Comissão de Humanização:

- Jamile Renata Oliveira Dos Reis (Supervisora de Nutrição);
- Wilma Correia do Nascimento (Analista de Departamento Pessoal);
- Karina Francisca Gonçalves (Administrativo Jurídico);
- Evelyn Nattane dos Santos Silva (Responsável Técnica de Serviço Social).

Juliana compartilha entusiasticamente sobre os objetivos da Comissão de Humanização e algumas iniciativas realizadas ao longo do ano de 2023, demonstrando empolgação para o novo ano que se inicia. Ela destaca que a Comissão conta com aproximadamente R$800,00 em caixa para iniciar as atividades deste ano.

No que diz respeito às solicitações de Simone, Diretora Geral, Juliana menciona o desejo de realizar os aniversários de todos os pacientes da instituição, com a presença de seus familiares. Sugere-se começar essa ação pelos pacientes de retaguarda, pois Carmen aponta a complexidade dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva e a alta rotatividade na Clínica Médica, tornando inviável a realização de aniversários nesses setores.

Carmen destaca a necessidade de alinhar com a equipe de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) antes de iniciar as comemorações para evitar problemas futuros. A proposta é realizar os aniversários mensalmente, reunindo todos os aniversariantes do mês em conjunto com um café para os familiares. Larissa expressa preocupação com os pacientes que se manifestaram contra a celebração de seus aniversários, e Evelyn ressalta a possível ausência de familiares, especialmente de pacientes sociais na instituição.

Jamilie aborda outra solicitação de Simone, que propõe realizar mensalmente um acolhimento aos familiares e acompanhantes dos pacientes internados. A ideia é convidar todos os presentes na visita para um café da tarde, buscando aproximação com a equipe multidisciplinar que acompanha os pacientes.

Quanto aos aniversários dos colaboradores, Juliana informa que serão realizados mensalmente no refeitório, a cada última sexta-feira do mês, contemplando apenas um plantão por vez. Jamilie e Juliana assumem a responsabilidade de elaborar os documentos para os projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores.

Larissa destaca a ação do Janeiro Branco, organizada pela equipe de psicologia do hospital. Serão fornecidos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicinas Integrativas	Pamela Viana Domingues	09/01/2024	14h00	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas .
- Apresentação sobre DCNT
- Apresentação referente ao consumo de Gluten,
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital,
- Resultados do Tratamento de Feridas.
- Necessidade de ampliação do projeto .

PARTICIPANTES

Edson Kazuna Ono(Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) , Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Paula Hiratsuka (Terapeuta) , Carmen Domingues (Gerente de Enfermagem), Danielle Martorano (Coordenadora de Enfermagem), Jamile Renata (Supervisora de nutrição), Juliana Marques (Enf Medicina do Trabalho) Daniela Scavone (Sup de Farmácia). Alex de Mello (Enfermeiro)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Em 09 de janeiro de 2024, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr Edson inicia reunião falando sobre as politicas publicas referente a medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, sendo elas a Ozonioterapia no tratamento das feridas e hipnoterapia no atendimento aos paciente portadores de feridas crônicas, Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com tratamento de Doenças crônicas não transmissíveis, descreve sobre o cenário mundial e o cenário brasileiro, enfatiza fatores nutricionais como o consumo de glúten e seus malefícios a saúde, e enfatiza a descrição das ações da medicina integrativa com a ozonioterapia nos pacientes portadores dessas doenças , enfatiza que hoje conseguimos realizar em media 100 atendimentos/ mês, relata também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes por Paula, realiza amostragem de resultados do tratamento das feridas com terapias coadjuvantes. Paula terapeuta inicia sua apresentação pertinente a hipnoterapia discorre sobre seus atendimentos realizados no hospital municipal do Guarapiranga e realiza amostragem dos resultados de seus paciente , enfatiza também o fator referente ao gluten associado á doenças relacionadas a memória entre outras . Encerramos a reunião deixando em aberto os seguintes assuntos a serem desenvolvidos no próximo, elaboração de regimento interno da comissão, foi tratado com gestores presentes que devem enviar os nomes dos integrantes de suas áreas que devem fazer parte da Comissão . Encerramos a reunião as 15hs .

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Perfurocortante	Jefferson Nascimento	23/01/2024	14h	15h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores do ano de 2023 (acidentes com perfuro).
2. Apresentação dos indicadores de treinamentos sobre as boas práticas da NR 32.
3. Plano de Trabalho para a redução dos acidentes no ano de 2024.

PARTICIPANTES

Anderson Tomas de Oliveira (Coord. Multi), Jefferson Nascimento (TST), Juliana Marques (Enf. do Trabalho), Pedro Cazado (TST), Raul Tessi (TST).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Iniciamos a reunião apresentando todos os indicadores do ano de 2023 referente a acidentes com perfuro, apresentamos os indicadores de treinamentos sobre boas práticas da NR32 e o plano de trabalho para redução dos acidentes no ano de 2024.

- Foi apresentado que a partir de Janeiro de 2024 teremos um plano de ação DSS sobre boas práticas com perfuro.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 31	Ana Raquel	30/01/2024	11h	11h40

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 30;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- Discussão de NC'S.

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André (Coordenador Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem); Aliny Borges (Farmácia); Maria Jovelina (Enfermeira); Ana Raquel (Faturamento) e Fernanda (Adm).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos e elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** 2 NC'S discutidas.

Carol inicia a reunião relembrando das ações que ficaram pendentes da última reunião. Juliana (fisioterapia) da andamento, comentando sobre as NC'S disponibilizadas. Finalizamos a reunião discutindo sobre os dispositivos que são lançados no SMPEP.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:** Termo de sigilo do prontuário está em andamento.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, pendente somente o treinamento e orientações de lançamento.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Sinalização MAV	-	TI	Em andamento
Alinhamento: Procedimentos e Dispositivo	Fevereiro	TI; Gerencia de Enfermagem; Equipe Médica e Faturamento.	Em andamento
NC's	-	Comissão	Demanda Mensal
Check-list (Termo de Sigilo de Prontuário)	Fevereiro	Comissão	Em andamento

Redator: Ana Raquel (Faturamento).

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos Dezembro de 2023.	Anderson Tomas de Oliveira	31/01/2024	14:30hs	15:10hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Omissão de Óbito durante o mês de Dezembro de 2023.

PARTICIPANTES

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Mello (Coord. de enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista) e Daniela Scavone (Sup. De farmácia).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Data: 31 de janeiro 2024
Local: Videocahamada
Horário de Início: 14:30
Horário de Término: 15:10

Presentes:
Dr. João Paulo, Médico;
Anderson Tomas, Coordenador Multiprofissional;
Daniela Scavone, Supervisora de Farmácia;
Daniele de Mello, coordenadora de enfermagem.

Pauta

Ausência de Casos para Discussão:
Segundo o Dr. João, não houve nenhum caso para discussão na reunião. Isso pode ser interpretado de duas maneiras: ou não há casos urgentes ou emergentes, indicando uma boa gestão de casos, ou a possibilidade de que casos relevantes não foram compartilhados na reunião.

Discussão do Caso do Paciente G.S.s (8568):
O Dr. João Paulo trouxe à tona o caso do paciente G.S.s (8568), que está em IOT + VM desde o dia 09/01. A avaliação realizada em 17/01 pela equipe da OPA da EPM revelou a constatação de morte cerebral às 14:50. O fato de que não houve sedoanalgesia desde 09/01 cuidado adequado ao paciente.

Decisão sobre Morte Cerebral e Doação de Órgãos:
A equipe médica, após avaliação, decidiu que o paciente apresentava morte cerebral. A decisão de discutir a doação de órgãos mostra a sensibilidade da equipe para questões éticas e humanitárias. O consentimento dos familiares, assinado pela genitora, e a necessidade de reorientação da médica que fez o SVO indicam um processo delicado, mas bem conduzido.

Coordenação com Outro Estado:
O fato de a genitora residir em outro estado adiciona complexidade ao processo. A necessidade de coordenação entre diferentes regiões ressalta a importância de protocolos eficientes e uma comunicação clara entre equipes de saúde.

10.2. Atas das Comissões realizadas em Fevereiro

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS	BRUNO FREITAS	16/02/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Leitura da Ata anterior
2. Pendências
3. Plano de Ação

PARTICIPANTES

BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS (ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO), PEDRO TADEU CAZADO COSTA (TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO), MICHAEL GUSTAVO VIEIRA WODZIK (ENCARREGADO ADMINISTRATIVO), MARISTELA CIMINO (ANTOMARI), JULIANA MARQUES CAVALARI (ENFERMEIRA DO TRABALHO).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia vinte de outubro de dois mil e vinte e três, o presidente da Comissão Sr. Bruno Freitas iniciou os trabalhos da Comissão de animais Sinantrópicos, realizando a leitura da ata anterior, em seguida foi apresentado a pauta da reunião como segue:

- Apresentação final dos feitos da comissão no ano de 2023.
- Pendências

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Controle de pragas e vetores	31/05/2023	COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO/FRACTAL	Concluído (22/11/2023) e-mail enviado pela Vera
Treinamento da equipe de Jardinagem para o manejo de serpentes	25/07/2023	COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO/FRACTAL	Atrasado

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Acompanhamento Contratual	Flaviana Santos	07/02/2024	11h10	11h40

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Resposta para o Ofício nº 142/2023–SMS.G/CPCS - Manifestação acerca do Relatório Conclusivo de Acompanhamento de Execução do Contrato de Gestão nº 001/2020.
- Plano de Trabalho 2024.

PARTICIPANTES

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas)
Flaviana Santos (Analista Prestação de Contas)
Kamila Sales (Supervisor de Qualidade)
Paulo Henrique Lopes (Coordenador Financeiro)
Izadora Mariani (Secretária Executiva)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Robert inicia a reunião informando que recebemos a resposta da nossa terceira contranotificação referente aos apontamentos da prestação de contas de 2020/2021, iremos separar a notificação, porém iremos manter a mesma linha de raciocino das respostas.
2. Foi solicitado pela unidade a dilação de prazo em 29/01 para respondermos, em 31/01 Lidia Maria da Prefeitura respondeu que a solicitação foi submetida ao TCM e aguarda-se retorno.
   No entanto, Flaviana e Robert irá fazer a separação do Anexo de Manifestação recebido para assim ir juntando as respostas e de qual setor se refere para ser feito a solicitação, está em andamento.
3. Sobre o plano de trabalho de 2024, Robert informa que foi enviado para ser submetido à aprovação e até o presente momento a Prefeitura não nos retornou e estamos seguindo o plano de trabalho anterior.
4. Informado também em reunião que até o momento não fomos recebidos nenhuma glosa ao contrato de gestão.
5. Flaviana informa que nesses dois primeiros meses do ano o repasse foi recebido com uma diferença de R$0,60. Valor este que não é preocupante, mas Robert informa que irá verificar junto com Simone se por acaso foi erro de digitação ao repassar o valor ou se realmente houve alguma alteração. Assim que tiver resposta irá trazer atualizações sobre.
6. Com ausência da auxiliar jurídico, ficará para próxima reunião ou para uma extraordinária trazer os dados juntos com gráficos sobre as notificações recebidas, respondidas, audiências, entre outros do ano de 2023, para termos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos – Encontro 01	Giovanna Baragatti	23/02/24	10h15	11h15

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Reflexão teórica sobre os cuidados paliativos considerando o perfil de pacientes do hospital;
2. Alinhamento dos propósitos da Comissão;
3. Planejamento inicial de condutas.

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Medico / Vice-Presidente); Larissa Menezes (Psicologia / Presidente); Giovanna Cardozo Baragatti (Psicóloga / 1° Secretaria); Dr. Victor Panont Parrilha (Diretor Técnico Medico / Membro); Dr. Renan Pereira Sousa (Médico/ Membro); Dr. Jader Mychel Busoletto dos Santos (Médico/ Membro); Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional e RT / Membro); Juliana Silva Santos / Fisioterapeuta RT (Membro); Evelyn Nattane dos Santos Silva (RT da Assistência Social / Membro); Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH / Membro); Daniele de Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem /Membro); Fabio Bueno Damásio Da Silva (Supervisor de Enfermagem / Membro); Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira Assistencial/Membro); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional / Membro); Vanessa Vieira Alves (Enfermeira de Segurança do Paciente); Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta/Membro); Perla Parçonato (Coordenadora de Enfermagem/Convidada).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A presidente realizou uma fala introdutória sobre a comissão de cuidados paliativos e seus objetivos e propósitos, incentivando que os participantes discutissem sobre o que consideram cuidados paliativos. Participativos, os membros da comissão refletiram sobre a definição teórica de cuidados paliativos e suas compreensões práticas em relação ao perfil de pacientes do hospital.

Neste sentido, iniciou uma discussão acerca do PPS, como cálculo necessário para o início da abordagem de CP, entretanto com diretivas que mudarão ao longo do tempo de acordo com as necessidades de cada paciente. Foi apontado impasses em relação à frequência do cálculo do PPS, sendo evidenciado pela equipe multidisciplinar que muitas vezes haviam dissonâncias entre o PPS presente em prontuário e a realidade do paciente, sendo necessário recalcular com maior frequência pela equipe médica.

Assim, os participantes da comissão passam a pensar em condutas possíveis para ampliar o olhar da equipe multiprofissional em relação aos CP, como a possibilidade de realizarmos periodicamente visitas à beira leito de cuidados paliativos, o que aproximaria a discussão do caso a caso. Além disso, foi levantada a implementação no SMPEP de uma aba específica de cuidados paliativos, o que facilitaria o fluxo cotidiano e o acompanhamento dos casos.

Levantou-se também a importância e urgência de ser criado um protocolo de dor, pensando no controle de dor dos pacientes e no manejo, passa a se discutir a possibilidade do uso de opioides para os sintomas, por exemplo. Acima de tudo, pensa-se sobre a importância da escuta ativa da equipe e da empatia para além dos protocolos, apontando a flexibilidade para o entendimento de cada caso e para o planejamento terapêutico individual dos pacientes.

Neste momento, considerando a responsabilidade dos participantes da comissão e a importância de replicar as discussões e os conhecimentos em relação aos cuidados paliativos, decide-se pela inclusão de membros de diferentes áreas que atuem diretamente com os pacientes (enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, etc), para que também se amplie as discussões de caso. E em conjunto disso, pensa-se a necessidade de realizarmos treinamentos com equipe assistencial para que todos entendam os propósitos dos CP. Define-se, então, que os participantes da comissão têm

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	16/02/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1- PLAMEP – Plano Municipal de Educação Permanente;
2- Indicadores, competência Janeiro 2024;
3- Cronograma de treinamentos para 2024;
4- Rubricas para cursos com contratação externa;
5- POP – Procedimento Operacional Padrão para fluxo de solicitação, criação e realização de treinamentos.

PARTICIPANTES

Thiago William Machado (Enfermeiro de Educação Permanente – Presidente) / Carolina Aparecida Silva Santos (Enfermeira auditora – Vice-Presidente) / Monique Evelyn Aparecida de Souza (Administrativo – 1ª Secretária) / Alexandre Silva Luz (Técnico de Enfermagem da Qualidade – 2º Secretário) / Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira SCIH) / Vanessa Vieira Alves (Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente) / Daniela Scavone de Souza (Supervisora da Farmácia) / Divina Ismenia Rodrigues (Analista de Rh) / Evelyn Nattane dos Santos (Assistente Social) / Perla Souza Pançonato (Coordenadora de Enfermagem) / Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem) / Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) / Elizabete Cunha (Coordenadora de Rh) / Andreia Viana Gomes (Farmacêutica) / Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta) / Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem) / Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 16/02/2024, às 15 horas, iniciou-se a reunião de Comissão do Núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, presidida pelo Enfermeiro Dr. Thiago William Machado, na presença dos presentes citados acima.

A reunião se iniciou com a apresentação do Plano Municipal de Educação Permanente da Prefeitura de São Paulo, onde foi exposta a necessidade da participação ativa das lideranças do hospital, em consenso com o Conselho Gestor da Unidade, conforme norteia a Resolução 11 da Prefeitura de São Paulo.

Foi citado que o novo modelo de Educação Permanente deve ser realizada de acordo com os cursos incluído no sistema PLAMEP em comum acordo, com os equipamentos de Saúde, monitorados pela Supervisão Técnica de Saúde M'boi Mirim. Esse novo modelo, deve ser cumprido e a Prefeitura, realizará a auditoria do processo.

Exposto os resultados do Núcleo de Educação Permanente em comparação com os últimos 03 meses do ano de 2023, sob a justificativa que estamos com uma sala de treinamento aguardando manutenção, por esse motivo, tivemos uma baixa no quantitativo de treinamentos realizados. Solicitado manutenção junto ao setor responsável desde dezembro de 2023.

Foi citado que haverá um indicador de taxa de cancelamento de treinamentos, conforme solicitado por nossa Sede. Presidente da Comissão, cita a importância da entrega das listas de treinamento em tempo hábil, até o último dia útil do mês corrente, pois, alguns setores estavam encaminhando as listas fora do

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Núcleo de Violência – Encontro 01	Talita Correa	27/02/24	10h00	11h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Introdução do NPV – núcleo de prevenção da violência;
2. Alinhamento dos propósitos da Comissão;
3. Planejamento inicial de condutas.

PARTICIPANTES

Evelyn Nattane-Assistente Social (Presidente); Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo-Enferm. Vig. Epidemio (Vice-presidente); Talita Silva Correa-Psicóloga Assistencial (1º secretário); Vivivane do Prado-Assistente Social (2º secretário); Juliana Marques Cavallari-Enferm. Do Trabalho (membro); Larissa Menezes- Psicóloga Assistencial (membro); Thiago Carvalho (convidado).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A presidente realizou uma fala introdutória sobre a Núcleo de Prevenção de Violência e seus objetivos e propósitos, possibilitando que os participantes discutissem sobre o tema. Exemplificando informações que são encontradas na portaria da Secretária Municipal de Saúde, SMS Nº 383 DE 27 DE JUNHO DE 2022, que dispõe sobre a atuação dos profissionais da saúde, que compõem os NVP nas unidades de saúde vinculados à Secretaria Municipal da Saúde.

Abordamos sobre a definição de violência pela OMS (Organização Mundial de Saúde), e numeramos os tipos de violência que podem compor o cenário hospitalar, sejam elas, a violência, física, sexual, psicológica, patrimonial, auto infligida e a negligência do abandono.

Neste sentido, iniciou uma discussão acerca do questionamento, sobre o que é violência, e como podemos identificar e notificarmos o núcleo de prevenção de violência, e quais são atualmente nossas maiores dificuldades e casos/perfis de pacientes que se encontram na instituição, envolvendo algum tipo de violência. Foi pontuado pela equipe do serviço social e psicologia, as violências que são mais comuns de nos depararmos dentro da instituição, a negligência do abandono e patrimonial, em pacientes de longa permanência.

Alguns casos são trazidos para a discussão com o grupo, evidenciando diferentes situações de casos recorrentes e perfis de paciente que chegam na instituição sem estar em posse dos seus documentos pessoais, e sem ter acesso a sua conta bancária para conseguir ter direito ao seu benefício e/ou aposentadoria, em alguns casos podendo ser analisar como violência patrimonial, onde os documentos pessoais estão em posse de seus familiares, que por vezes alegam não terem condições sociais e financeiras para disporem dos cuidados do paciente em domicilio, mas muitas vezes alguma famílias fazem o uso próprio desse benefício. Sendo evidenciado em casos a necessidade de consultarmos o jurídico da unidade em demandas que necessitem acionar os órgãos competentes.

Diante do que foi exposto do nosso perfil, foram esclarecidas a atribuições do NVP, no ato de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência e acidentes que chegam ao nosso serviço; promover e participar dos fóruns de discussões e reuniões locais, que tenham como objetivo a prevenção e a promoção da saúde; elucidar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço, sinalizando ser de responsabilidades de todos os profissionais os casos de violência que surgirem; organizar os atendimentos e criar estratégias para fortalecer o cuidados ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços; Estimular o preparo de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento de saúde.

A Vice-presidente, Vera nos orientou sobre o fluxo em como proceder em uma suspeita ou caso confirmado de violência na instituição e quando é necessário o preenchimento da ficha de notificação do SINAN, encaminhar a ficha para supervisão de vigilância em saúde, comunicar os órgãos competentes, manter em um arquivo as fichas e comunicados emitidos aos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Elizabeth Lima Soares	17/02/2024	10:00h	12:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de indicadores
- Apresentação e aprovação da tabela GUT

PARTICIPANTES

Lucas Teixeira Vieira (Coordenador do SCIH), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Clinico), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Tamiris Demichili (Enfermeira Vigilância/SCIH), Daniele de Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem), Daniela Scavone (Supervisor de Farmácia), Vanessa Vieira Alves (Enfermeira Segurança do Paciente), Thiago William Machedo (Enfermeiro NEP), Pâmela Viana Domingues(Enf. Estomaterapeuta), Robert da Silva(Coordenador de prestação de contas), Thamara Derencio(Supervisora Enfermeira), Silvana Aparecida Eleodoro dos Santos(Supervisora Enfermagem), Fernanda Danielle Demichilli Pitombo(Supervisora Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Dr. Lucas inicia a reunião apresentando os indicadores hospitalares, destacando que no mês de janeiro o hospital teve 6 IRAS (Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde), sendo 4 IPCS (Infecção Primária de Corrente Sanguínea), 1 PAV (Pneumonia associada à ventilação mecânica) e 1 ITU associada a um cateter vesical de demora.

Segue-se a apresentação dos indicadores de Rota Sepse, onde tivemos 22 aberturas de protocolo, dos quais 14 fecharam critérios. Destes, 65% atingiram a "hora-ouro" e 35,71% resultaram em óbitos. A discussão se concentrou por mais tempo neste tema, com falas sobre a necessidade de melhorar a adesão à "hora-ouro" e reduzir a taxa de óbitos. Dr. Lucas, Tamiris e Vera discursaram sobre a importância de trabalharmos em conjunto com todas as gestões assistenciais para melhorar esses indicadores, finalizando com a apresentação da matriz GUT, que mostra como prioridade a necessidade de Prevenção de IPCS, com uma soma total de 64 pontos.

Dentro deste resultado, sinalizamos que estamos agendando para os dias 20, 21 e 22 treinamento in loco sobre higienização das mãos e estamos atuando localmente na UTI com a parceria da Supervisora Silvana para redução desses indicadores.

Abaixo, os itens que deverão compor as próximas atas:

Adesão aos treinamentos ocorridos em Janeiro

Apresentação dos indicadores de IRAS referente ao mês de Fevereiro

Apresentação da Matriz GUT relacionados os indicadores de Fevereiro

Apresentação do plano de intervenção da Matriz GUT.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	16/02/2024	10h00	11h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em Janeiro/24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Apresentação de Resultados do panorama anual de 2023
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e cronograma anual 2024

PARTICIPANTES

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Victor Hugo Panont (Diretor Tecnico) Perla Souza (Coord. Enfermagem), Sylvana Teodoro (Supervisora de Enfermagem), Priscila C. santos (Farmaceutica), Fabiana de Castro(Enfermeira), Leandro Moreira Alves (Enfermeiro), Arilene Damasceno (Almoxarife), Anderson Tomas (Coord Multiprofissional), Thiago willian machado (Enf NEP), Tamires Michele Demichili (Enf SCIH), Vera Lucia Macedo (Enf SCIH), Lucas Teixeira Vieira (Medico Infectologista), Jocineide S Soares (Nutricionista)Kamila Sales (Sup de Qualidade), Paula Hiratsuka (Terapeuta Integrativa). Vanessa Alves (Enf NSP).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 10h00 do dia 16 de fevereiro de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de janeiro, foi apresentando pela estomaterapeuta Pamela ao grupo:

- Resultados dos Tratamento das feridas no mês de janeiro pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em Janeiro/24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Apresentação de Resultados do panorama anual de 2023
- Controle dos colhões pneumáticos
- Oportunidades de melhorias
- Plano de ação e cronograma anual 2024.

Foi realizado Discussão referente aos dados apresentando e evidenciado as oportunidades encontradas , como: REDUZIR Nº DE LESÕES ADQUIRIDAS (realizando atividades contínuas de conscientização da equipe), REALIZAR CONTROLE DE CUSTOS (garantindo fluxograma de dispensação de materiais), MELHORAR FLUXO DO FATURAMENTO X PROCEDIMENTOS LANÇADOS (realizando auditoria interna em prontuário médico continuamente, REALIZAR MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DAS LESÕES (realizando cronograma de reavaliações com equipe de enfermeiros para registros periódicos). Foi discuto a implantação do Safety Skin para discussão periódica dos casos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	21/02/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Foi comunicado a gerencia de enfermagem a nessecidade de realizar uma nova eleição, pois o quantatitativo remanescente é muito pouco para continuar dando andamento às demandas da Comissão.

O técnico de enfermagem Michael Carneiro Aparecido dos Santos Coren: 149.4515 manifesta o desejo de não fazer mais parte desta Comissão, orientado a aguardar a próxima eleição que que já está sendo articulada.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional	Janeiro/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Fevereiro/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Março /2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____

2. _____

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Fábio de Azevedo	15/02/2024	11h30	12h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

. Discussão sobre ética médica em casos de pacientes em cuidados paliativos.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Fábio Azevedo; Dr. Luis Otávio.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Retorno do CREMESP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientação CAPÍTULO VII - Relação entre Médicos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada no dia 15 de fevereiro de 2024, com início. O encontro ocorreu no Hospital Municipal Guarapiranga.

PAUTA:

Comunicação e Relacionamento com os Pacientes e Familiares: Estratégias para uma comunicação sensível, empática e eficaz com os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares, garantindo que estejam bem informados e envolvidos nas decisões de cuidados.

Discussão: O médico assistente deve estar ciente do quadro clínico atual, exames, aplicação de escalas de performance para transmitir informação com clareza e de fácil entendimento aos familiares. Além disso, é importante fornecer apoio emocional e criar um ambiente de confiança para que os familiares se sintam à vontade para expressar suas preocupações e necessidades.

Casos Clínicos e Tomada de Decisões: Discussão de casos específicos de pacientes em cuidados paliativos, envolvendo questões éticas como limitação de tratamento, sedação paliativa, eutanásia passiva, entre outros.

Discussão: É importante realizar discussão com a equipe multidisciplinar para alinhamento de plano terapêutico impactando na qualidade de vida, tomando decisões em conjunto. A ética médica requer que as decisões sejam baseadas no melhor interesse do paciente, respeitando sua autonomia e dignidade.

Educação e Treinamento em Cuidados Paliativos: Estratégias para melhorar a educação e o treinamento dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, garantindo que estejam bem preparados para lidar com questões éticas complexas.

Discussão: Cursos de curta duração e/ou miniworkshops a respeito da abordagem e manejo de cuidados paliativos são essenciais para capacitar os profissionais de saúde. Além disso, é importante promover a educação contínua e o desenvolvimento de competências específicas para o cuidado de pacientes em cuidados paliativos.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	Marina Amâncio	16/02/2024	08:00h	09:30h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês;
- Queixas técnicas realizadas no mês.

PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Supervisora de Farmácia), Anderson (Coordenador da Equipe Multidisciplinar), Daniele (Coordenadora de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Arilene (Almoxarife), Robert (Coord. de Contratos), Dr. Victor (Diretor técnico), Vera (Enf. Vigilância epidemiológica), Tamiris (Enf. Vigilância epidemiológica), Dr. Lucas (Infectologista), Kamila (Analista de qualidade), Perla (Coordenadora de enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Estruturar em slides as queixas técnicas relacionadas ao ano de 2023 – realizado;
- Apresentar estudo dos medicamentos Tobramicina x Cloranfenicol para definição da padronização – realizado.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/01/2024 a 31/01/2024 e o comparativo com os meses de dezembro/2023 e novembro/2023, com a evidência de que teve um pequeno aumento do número de internamento no período, mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- Consumo de medicamentos aumentou em relação aos meses anteriores, isso se deve também ao aumento do número de pacientes no geral;
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/01/2024 à 31/01/2024, assim como a quantidade de pacientes eletivos, e foi observado um aumento em comparação ao mês anterior, de aproximadamente o dobro, o que explica o aumento no consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise, alfaepoetina e conjunto de linha arterial e venosa para hemodiálise;
- Consumo de medicamentos, materiais hospitalares, materiais de expediente, e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (dezembro e novembro/2023);
- Foi demonstrado um impacto positivo pela SCIH no aumento do consumo da ceftriaxona e na diminuição do consumo da piperacilina+tazobactam e meropenem;
- Foi discutido se o sub estoque da rouparia justifica o aumento no consumo de toalha de banho beira leito (aumento de mais de 30.000 unids), mas evidencias serão levantadas em uma nova reunião para discussão do tema;

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Michael Gustavo Vieira Wodzik	16/02/2024	14h00	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Ações Concluídas e Pendentes
- Leitura da ata de janeiro de 2024

PARTICIPANTES

Erick Martins (Qualidade), Kamila Tamara (Qualidade), Maristela (Antomari), Daniele Martorano (Enfermagem), Juliana Marques (SESMT), Victor Hugo Parrilha Panont, Michael G. V. Wodzik (Hotelaria), Bruno Alves N. de Freitas (SESMT), Perla Souza (Coord Enfermagem), Vera Macedo (SCIH)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Kamila inicia reunião apresentando a nova presidente da Comissão, Perla Souza e apresentando os membros da comissão. Perla se apresenta falando de suas experiências e expectativas com PGRSS.

Kamila segue com leitura da última ATA da reunião de Janeiro/2024.

Maristela fala sobre os containers de recicláveis que foram colocados no portão 2 e informa que está sendo positivo neste primeiro momento, porém temos que verificar referente a coleta que atualmente é feita uma vez a cada quinze dias (as segundas feiras) e por este motivo, deu uma sobrecarga nos containers e consequentemente o material excedente foi levado para o abrigo externo. Maristela sugere, então, que as coletas sejam feitas uma vez por semana para evitar sobrecarga.

Michael informa que irá entrar em contato com empresa responsável pela coleta para verificar a possibilidade de realizar as retiradas uma vez por semana, conforme sugerido por Maristela.

Kamila explica para nova presidente Perla referente a intenção de arrecadar verbas com as vendas dos papelões, verba esta que será destinada a Comissão de Humanização, para que seja realizado eventos em prol do paciente.

Kamila continua com leitura da ATA e informa que foi arrecadado com vendas de eletrônicos e R$392,00 e foi destinado a comissão de Humanização.

Daniele informa que foi realizado o descarte de placas de Raio X e não houve nenhum problema com este processo. Informa também que a empresa faz a coleta de eletrônicos e pilhas, porém existe um custo que acaba sendo inviável.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 33	Bárbara Silvério Jakeline Barbosa	20/02/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 32;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em fevereiro e março.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Jakeline Barbosa (Administrativo Multi)/ Larissa Alves (Psicóloga)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Evelyn Nattane (Assistente Social) / Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Kamila Tamara (Supervisora de Qualidade) / Wilma Correa (Analista de DP).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema; Amigo PET e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Ações de Janeiro, Projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião informando que as ações de fevereiro foram canceladas por conta de casos de COVID-19, no hospital sendo vetadas como orientação da equipe de SCIH da instituição.

Juliana prossegue a reunião lendo as ações de março/2024:

DATA	AÇÃO
07 e 08 de março	Dia da Mulher (Colaboradores)
16 de março	Dia do Ouvidor (Colaboradores)
22 de março	Missa (Colaboradores/ Pacientes/ Familiares e Acompanhantes)
25 e 26 de março	Ação de Pascoa (Colaboradores/ Pacientes/ Familiares e Acompanhantes)

Dia Internacional da Mulher: será realizada uma entrevista com Shirley, mãe do paciente Emanuel (Pediatria), na qual, será abordada sua história de vida, como inspiração as outras mulheres. Além disso, as colaboradoras serão contempladas com lembrancinhas de sabonetes com frases inspiradoras a serem distribuídas nos dias 07 e 08 de março.

Dia do Ouvidor: As colaboradas do setor da Ouvidoria serão comtempladas com um cartão de agradecimento e chocolates em comemoração ao seu dia, que serão entregues no dia 18 de março.

Missa: Conforme orientação do setor de SCIH, por conta do aumento de casos de COVID em nosso hospital esta ação está previamente cancelada.

Ação de Páscoa: A Comissão pedirá o auxílio da prestadora de serviços de Nutrição (NUTRITO) para o fornecimento de chocolates ou ovos de Páscoa aos colaboradores e pacientes, os pacientes terão suas dietas respeitadas neste dia sendo disponibilizada uma sobremesa diferenciada de acordo com o seu quadro clínico. Para que não haja aglomerações,

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicinas Integrativas	Pamela Viana Domingues	16/02/2024	11h00	12h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas .
- Apresentação sobre DCNT
- Apresentação referente ao consumo de Leite de Vaca ,
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital,
- Resultados do Tratamento de Feridas.
- Necessidade de ampliação do projeto .

PARTICIPANTES

Edson Kazuna Ono(Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) , Victor Hugo Panont (Diretor Tecnico Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Paula Hiratsuka (Terapeuta) , Perla Souza (Coord. Enfermagem), Sylvana Teodoro (Supervisora de Enfermagem), Priscila C. santos (Farmaceutica), Fabiana de Castro(Enfermeira), Leandro Moreira Alves (Enfermeiro), Anderson Tomas (Coord Multiprofissional), Thiago willian machado (Enf NEP), Tamires Michele Demichili (Enf SCIH), Vera Lucia Macedo (Enf SCIH), Jocineide S Soares (Nutricionista)Kamila Sales (Sup de Qualidade), Thamara derencio (Supervisora de Enfermagem), Fernanda Demichilli (Supervisão de enfermagem),Priscila Alves(Enfermeira), Alex Mello (enfermeiro), Danielle Ap, de Souza(Enfermeira), Elisabeth Cunha (Coord de RH), Vanda Dias (Ouvidora).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Em 16 de fevereiro de 2024, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr Edson inicia reunião falando sobre as politicas publicas referente a medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga no mês de janeiro, sendo elas a Ozonioterapia no tratamento de feridas nos pacientes portadores de lesões de pele e hipnoterapia no atendimento aos paciente portadores de feridas crônicas, Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com tratamento de Doenças crônicas não transmissíveis, descreve sobre o cenário mundial e o cenário brasileiro, enfatiza fatores nutricionais como o consumo de glúten e do leite de vaca e seus malefícios a saúde, enfatiza a descrição das ações da medicina integrativa com a ozonioterapia nos pacientes portadores dessas doenças e media de atendimentos realizados mês, relata também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes por Paula (terapeuta), realiza amostragem de resultados do tratamento das feridas com terapias coadjuvantes. Paula terapeuta inicia sua apresentação enfatizando as propriedades da hipnoterapia e seu reconhecimento no SUS, discorre sobre seus atendimento e realiza amostragem de relato de experiência de um paciente atendido por ela e seu acompanhemento a te o momento da sua alta, enfatiza também o fator referente ao leite e sua relação com cérebro, associado á doenças relacionadas a memória entre outras . Encerramos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos Janeiro de 2024.	Anderson Tomas de Oliveira	28/02/2024	14:30hs	15:10hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Comissão de Óbito referente ao mês de Janeiro de 2024.

PARTICIPANTES

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Mello (Coord. de enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista) e Daniela Scavone (Sup. De farmácia).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Data: 28/02/2024
Local: Videocahamada
Horário de Início: 14:30
Horário de Término: 15:10
Presentes:
Dr. João Paulo, Médico;
Anderson Tomas, Coordenador Multiprofissional;
Daniela Scavone, Supervisora de Farmácia;
Daniele de Mello, coordenadora de enfermagem.

PAUTA

Prontuário por atendimento Nº 9241, Período de INTERNAÇÃO: 08/02/2024 à 12/02/2024 – 4 Dias.
Discussão do Caso do Paciente EBS (9241):
HPMA: >SEGUNDO FICHA DE CROSS:" TOSSE , FEBRE , ASTENIA , MIALGIA HÁ 2 DIAS ANTEC: ETILISMO / BRONQUITE SAT E, AA 90% , CN 2L/MIN: 94%".

AVALIAÇÃO:
PACIENTE CHEGA NESTE SERVIÇO DIA 08/02/2024 ÀS 09:45H, PROVENIENTE DO AMA CAPAO REDONDO. SONOLENTO, NÃO CONTACTUANTE, OSCILANDO SATURAÇÃO DE OXIGENIO (88-96%),
MANTENDO-SO EUPNEICO EM AR AMBIENTE (INSTALO CN 2L), SEM DIURESE OU EVACUAÇÕES EM FRALDA, SUDOREICO, TENDENDO À HIPOTENSÃO.
DESACOMPANHADO NESTE MOMENTO DE ADMISSÃO. RECEBENDO SG5% 500ML EV.

DESFECHO DA INTERCORRENCIA POR PARTE DAS EQUIPES.
ENFERMAGEM:
Paciente Everton Barbosa, do sexo masculino, admitido em rebaixamento do nivel de consciência com necessidade de intubação e ventilação mecânica. Histórico de etilismo importante há anos. Em radiografia e tomografia de tórax, constatado consolidações, confirmando o diagnóstico de pneumonia. Permaneceu internado nesta unidade por 4 dias, recebendo suporte ventilatório e hemodinâmico, e tratamento para pneumonia. Durante internamento foi constatado em tomografia de crânio acidente vascular encefálico agudo em topografia de cerebelo esquerdo. Por volta das 03:40 do dia 12/02/2024, paciente apresentou bradicardia com RR irregular e FC de 25-30bpm. Desligado sedoanalgesia e realizado duas ampolas de atropina IV, sem melhora de bradicardia, e

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários	Carolina Santos	27/02/2024	14:00	15:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no último encontro;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário;
- Discussão de NC'S.

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André Panont (Coord. Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fátima (Enfermagem); Aliny Borges (Farmácia); Maria Jovelina (Enfermeira); Perla Souza(Coordenadora); Fernanda Pitombo (Supervisora de enfermagem) e Fernanda Araújo (Aux. Administrativo)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações discutidas nesta reunião:

- Sinalização da prescrição para medicamentos MAV;
- Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos, Dr. André fará a orientação aos médicos sobre o lançamento no sistema.
- Ações que foram executadas no último mês: Elaboração do Termo de sigilo.
- Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: 2 NC'S discutidas.

Juliana inicia a reunião falando sobre as auditorias realizadas nos prontuários, é comentando que um tema constante nas reuniões é a falta de documentos pessoais e comprovante de residência dos pacientes, e discutido qual a melhor forma de sanar esse problema. O gestor da área foi sinalizado para elaboração de um plano de ação para melhoria desse processo.

Relembramos as ações que ficaram pendentes da última reunião. Juliana (fisioterapia) comenta sobre as NC'S disponibilizadas.

Finalizamos a reunião discutindo sobre os dispositivos que são lançados no SMPEP.

- 1. Check-list, Fluxo; Protocolo de alta de pacientes: aguardando a Enfermeira Mariana elaborar o Protocolo.
- 2. Sinalização de cores na Prescrição MAV: Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
- 3. Procedimentos registrados no SMPEP: Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, pendente somente o treinamento e orientações de lançamento.

10.3. Atas das Comissões realizadas em Março

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Proteção Radiológica	Bárbara Cristina Silvério	05/03/2024	10h30	11h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Quantitativo de exames nos últimos 3 meses;
- Calibração e troca de equipamentos.

PARTICIPANTES

Nilton Dalsico (RT de Radiologia); Daniel Silva (Técnico de Radiologia); Raul Tessi (Técnico de Segurança do Trabalho); Bárbara Cristina (Analista de Contas Médicas) e Fábio Bueno (Supervisor de Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Entrega da Certificação dos Coletes de Jumbo – EPI de Radiologia.
- **Ações que foram executadas no último trimestre:** Orientação de Sonda Nasoenteral (SNE).
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Na reunião, Nilton informou que em 14 de fevereiro foi realizada a calibração dos dois equipamentos portáteis de radiologia e o laudo radiométrico dos aventais e protetores de tiróide. A empresa responsável pelos relatórios com os laudos de inspeção os enviará em até 30 dias. A equipe de radiologia foi reorientada sobre o uso dos jalecos e a necessidade de EPIs ao realizar exames em pacientes em isolamento. Ele também destacou a importância de paramentar adequadamente os pacientes em isolamento e solicitou a ajuda da supervisão de enfermagem para orientar os técnicos de radiologia que forem vistos sem paramentação.

Daniel ressaltou que nos últimos meses houve a troca das placas de RX, melhorando a qualidade da visualização dos exames.

Raul mencionou que de 05 a 07 de março ocorrerá um treinamento da NR 06, que trata sobre Equipamentos de Proteção Individual (EPI). O objetivo é capacitar os funcionários para o uso adequado dos EPIs, incluindo orientações sobre seleção, uso, conservação, guarda e higienização desses equipamentos, visando a segurança e saúde dos trabalhadores expostos a riscos no ambiente hospitalar.

Nilton também destacou um incidente em que um técnico de enfermagem manipulou um paciente agitado durante um exame. Fabio comentou que irá reorientar a equipe para que o trabalho seja feito em equipe, pois a enfermagem é responsável pela manipulação do paciente.

Na reunião também foi apresentado o número de exames e falhas de radiologia. Segue tabela abaixo:

MESES	NÚMERO DE EXAMES	NÚMERO DE FALHAS
JANEIRO	347	10
FEVEREIRO	343	13

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos	Vitória Freitas de Souza	25/03/2024	10:00	11:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Inclusão de novos membros;
- Atribuição de tarefas e definição de datas para as ações;
- Elaboração do fluxograma de Cuidados Paliativos Multidisciplinar;
- Treinamentos em Cuidados Paliativos;
- Envolvimento de toda a equipe na definição das propostas.

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico/Vice presidente); Vitória Freitas de Souza (Psicóloga/2ª Secretária); Rosana de Campos Moreira (Psicóloga/Convidada); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/Membro); Tamires Michele Demichili (Enfermeira SCIH/Membro); Samara Beatriz Oliveira Rodrigues (Fisioterapeuta/Membro); Milena de Souza Pereira (Fisioterapeuta/Membro); Thais Mascarenhas Campanha (Fonoaudióloga/Membro); Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta/Membro); Fabio Bueno Damásio da Silva (Enfermeiro/Membro); Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomoterapeuta/Membro); Jackeline Gomes da Silva (Assistente social/Convidada); Dr. Renan Pereira Souza (Médico/Membro); Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira Assistencial/Membro); Dr. Jader Mychel Bussoleto dos Santos (Médico/Membro).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Iniciamos o encontro com a apresentação dos novos membros da equipe, momento em que as participantes expuseram brevemente sobre o contato com os cuidados paliativos e as possíveis contribuições para a comissão. Em seguida discutimos sobre a urgência de incluir mais profissionais da equipe técnica/assistencial no grupo, visto que são os principais executores das ações planejadas. Pontuou-se sobre a não adesão à comissão por parte da equipe técnica de enfermagem, devido às responsabilidades às quais estes profissionais precisam responder ao longo do plantão. Discutimos sobre como o acúmulo de funções e a sobrecarga de tarefas afeta o engajamento dos profissionais a proposta do grupo de trabalho e a prática efetiva do cuidado paliativo, em diversas áreas da assistência.

Em seguida começamos a discutir sobre a importância do envolvimento de todos os participantes da comissão para a realização das ações propostas, sendo necessário o estabelecimento de datas precisas para a concretização das condutas. Consensualmente, definimos que as visitas aos leitos dos pacientes em cuidados paliativos ocorrerão duas vezes por mês, a cada quinze dias, definindo-se como datas iniciais os dias 12 e 25 de abril, às 9h. O objetivo é alinhar as condutas entre as equipes assistenciais dos setores, dirigida às necessidades dos pacientes. Sinalizou-se a ineficácia de discutirmos os casos de pacientes em cuidados paliativos apenas na visita multidisciplinar, visto que não há tempo suficiente para sanar a complexidade das demandas, e o grande número de profissionais acaba por limitar em parte o estabelecimento de estratégias de ação. Também foi proposta a participação ativa dos médicos da comissão durante estes momentos de troca, visto a posição legal que ocupam na definição destes cuidados.

Foi proposto o treinamento da equipe assistencial para a execução efetiva dos cuidados paliativos. A ideia é que haja um treinamento a partir da discussão de casos clínicos, atendidos ou não em nossa unidade. Sugeriu-se a utilização da ferramenta terapêutica "Cartas na Mesa", um jogo de cartaz capaz de mobilizar a reflexão sobre o processo de finitude de cada pessoa, mobilizando a aprendizagem sobre a morte e o morrer, gerando recursos necessários para que o profissional lide com a angústia perante a limitação dos cuidados aos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	22/03/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01- Indicadores Qualitativos;

02- Ações Realizadas.

03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.

04- Estágios por curso.

05- Quantidade de turmas.

06- Cursos do Plamep, realizados em fevereiro pela prefeitura de São Paulo.

07- Liberação da Rúbrica de Cursos.

08- Plano de ação.

PARTICIPANTES

Thiago William Machado (Enfermeiro de Educação Permanente – Presidente) Carolina Aparecida Silva Santos (Enfermeira auditora – Vice-Presidente) Monique Evelyn Aparecida de Souza (Administrativo - 01° Secretário) Alexandre Silva Luz (Técnico de Enfermagem da Qualidade – 02° Secretário) Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira SCIH) Vanessa Vieira Alves (Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente) Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta) Simone Araújo (Diretora Geral) Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora de Qualidade) Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora de Nutrição)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 22 de março de 2024, a partir das 15 horas, iniciou-se a reunião da comissão permanente do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a presidência e responsabilidade do Enfermeiro Dr. Thiago William Machado. Abriu-se a reunião por intermédio da utilização de meios digitais, slides, com a apresentação dos Recursos Humanos do setor.

Em seguida, o enfermeiro Thiago, apresenta os indicadores de fevereiro em comparação com o mês de janeiro, citando a importância da participação da gestão e lideranças, no processo de Educação Permanente e desenvolvimento dos colaboradores, cita que a melhoria dos resultados se deu pela mudança de cultura da instituição e da participação das áreas, em treinamentos focais, com resultados positivos. Apresenta as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, em conjunto com outros setores, como o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, entre outros.

Enfermeiro Thiago, menciona a participação do Núcleo de Educação Permanente na criação e na atualização dos protocolos de dor e alergia. Cita a criação do protocolo de alertas

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Núcleo de Violência – Encontro 02	Talita Correa	28/03/24	10h00	11h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Alinhamentos de pendência de condutas;
2. Próximas datas do Fórum de Violência;
3. Planejamento das demais ações.

PARTICIPANTES

Evelyn Nattane-Assistente Social (Presidente); Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo-Enferm. Vig. Epidemio (Vice-presidente); Talita Silva Correa-Psicóloga Assistencial (1º secretário); Letícia Silva-Assistente Social (membro)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Iniciamos o encontro com intuito esclarecimento sobre o caso da paciente M.D.P.V com possível suspeita de negligencia/violência familiar, neste caso foi realizado articulação com Unidade Básica de Saúde – UBS de referência da paciente, Assistente Social realizou visita domiciliar onde foi identificado que não houve nenhum indício de violência contra a paciente, pois a mesma é acompanhada pela rede durante as avaliações realizadas pela equipe multiprofissional, a paciente que encontrasse consciente e orientada não relatou nenhuma queixa. Mediante informações prosseguimos com a alta hospitalar da paciente, não sendo necessário realizar abertura da ficha de notificação do SINAN.

Alinhamos a próxima data que ocorrerá o Fórum de Violência no dia 16/04/2024 das 08h às 12h, no local CAPS Campo Limpo sendo necessário nomear de um a dois membros da comissão para participação, no Fórum a proposta será orientações para o preenchimento da ficha de notificação e discussões de caso com rede. Posteriormente foi discutido a necessidade do acesso ao SIGA para Serviço Social com objetivo de acompanhar os casos com demanda sociais para melhor compreensão e resolução.

Foi acordado que durante as próximas participações dos Fóruns, o membro que estiver representando a nossa unidade ficara responsável em replicar as informações para os demais membros com encontros feitos na instituição. Sendo reforçado novamente trazer novos casos para discussão e esclarecimentos de possíveis dúvidas.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Apresentação de caso e esclarecimentos de conduta	Março/24	Evelyn	Concluído
Alinhamento de novas datas de encontro de fórum	Abril/2024	Vera	Pendente
Nomeação dos membros para a participação dos encontros	Abril/2024	Leticia / Vera	Em andamento
Ao membro que participar, replicará as informações em encontros na unidade	Abril/2024	Leticia / Vera	Pendente

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Elizabeth Lima Soares	22/03/2024	10:00h	12:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de indicadores
- Apresentação de IRAS

PARTICIPANTES

Lucas Teixeira Vieira (Coordenador do SCIH), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Clinico), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Daniele de Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem), Daniela Scavone (Supervisor de Farmácia), Vanessa Vieira Alves (Enfermeira Segurança do Paciente), Thiago William Machedo (Enfermeiro NEP), Thamara Derencio(Supervisora Enfermeira), Simone da Silva de Araujo (Diretora Geral), Fernanda Danielle Demichilli Pitombo(Supervisora Enfermagem), Fabio Bueno (Supervisor Enfermagem), Juliana Borges (Coordenadora de Engenharia), Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Dr. Lucas inicia a reunião apresentando os indicadores hospitalares, destacando que no mês de Março o hospital teve 6 IRAS (Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde), sendo 6 IPCS (Infecção Primária de Corrente Sanguínea).
Segue-se a apresentação dos indicadores de Rota Sepse, onde tivemos 22 aberturas de protocolo, dos quais 14 fecharam critérios. Destes, 65% atingiram a "hora-ouro" e 35,71% resultaram em óbitos. A discussão se concentrou por mais tempo neste tema, com falas sobre a necessidade de melhorar a adesão à "hora-ouro" e reduzir a taxa de óbitos. Dr. Lucas, Vera discursaram sobre a importância de trabalharmos em conjunto com todas as gestões assistenciais para melhorar esses indicadores, finalizando com a apresentação da matriz GUT, que mostra como prioridade a necessidade de Prevenção de IPCS, com uma soma total de 64 pontos.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	22/03/2024	14h00	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em Fevereiro/24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias .

PARTICIPANTES

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Simone Araujo – Diretora Geral, Victor Hugo Panont (Diretor Tecnico) Carmen Isabel Domingues de Souza (Ger. De Enfermagem), Arilene Damasceno (Almoxarife), Anderson Tomas (Coord Multiprofissional); Thiago willian machado (Enf NEP),' Vera Lucia Macedo (Enf SCIH), Lucas Teixeira Vieira (Medico Infectologista), Jocineide S Soares (Nutricionista)Kamila Sales (Sup de Qualidade),'Vanessa Alves (Enf NSP). Eliana Cristina (Enfermeira), Maria Jovelina Pacheco (Enfermeira).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Às 14h00 do dia 22 de fevereiro de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de fevereiro, foi apresentado pela estomaterapeuta Pamela ao grupo os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões , sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento do mês, reforçando a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, Pamela fala sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos, Simone pergunta a Carolina se há possibilidades de lançamentos retroativos, a mesma que refere que sim e que são feitos mensalmente, Pamela informa que fará um levantamento dos curativos que não estão sendo lançados para construirmos um histórico de quantos não estão sendo computados e faturados, posteriormente Pamela apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos e a problemática que ainda estamos enfrentando com a danificações dos mesmo por mau uso e pede auxilio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos, posteriormente é apresentado as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo , manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos , implantação do Safety skin e cronograma de avaliações e termômetro de lesões, Pamela fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo Gacap referente ao Tratamento de lesões, Arilene relata como foi a experiência do paciente Jose Ferreira e sua recuperação quanto a lesão tratada aqui no hospital, Simone pergunta para enfermeiras qual a percepção delas quanto ao Grupo Gacap, a enfermeira Maria relata que o Grupo está muito

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	20/03/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Não houve nenhuma denúncia recebida pela Comissão de Ética de Enfermagem no último período.

Neste último mês, foram dados os passos iniciais para os preparativos da nova eleição. Os setores foram comunicados sobre este novo processo e reforcado sobre a importância no engajamento dos colaboradores nessa nova etapa da eleição para manter a Comissão ativa em nossa unidade.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.	Fevereiro/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Março/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Abril /2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____

2. Michael C. Ap. do Santos

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra	05/03/2024	11h30	12h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

. Fundamentos do Código de Ética Médica.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Retorno do CREMESP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Solicitação de treinamento/palestra Cuidados Paliativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada no dia 05 de março de 2024. O encontro ocorreu no Hospital Municipal Guarapiranga e via teams para o membro Dr. João Paulo participar da reunião .

PAUTA:

Discussão dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica:

Durante a discussão, os membros da Comissão de Ética Médica destacaram a importância dos princípios éticos fundamentais na prática médica. O respeito à vida foi enfatizado como um compromisso primordial, que deve orientar todas as decisões e ações dos profissionais de saúde, priorizando sempre o bem-estar e a dignidade dos pacientes.

A autonomia do paciente também foi abordada, ressaltando-se a necessidade de reconhecer e respeitar o direito do paciente de participar ativamente das decisões relacionadas ao seu tratamento e cuidado. Os membros concordaram que a autonomia do paciente deve ser valorizada e promovida em todos os aspectos da assistência médica.

A beneficência foi discutida como uma obrigação ética dos médicos de agir sempre no melhor interesse do paciente, buscando promover sua saúde e bem-estar. Foi destacado que a beneficência deve ser exercida com base em evidências científicas e em consonância com os valores e preferências do paciente.

O princípio da não maleficência foi enfatizado como um compromisso em não causar dano ao paciente, evitando procedimentos ou condutas que possam prejudicá-lo. Os membros concordaram que a não maleficência é um princípio fundamental que deve guiar todas as intervenções médicas, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Por fim, a justiça na distribuição dos recursos e na prestação de cuidados médicos foi discutida como um princípio essencial para garantir tratamento justo e igualitário a todos os pacientes, independentemente de sua condição socioeconômica ou de outros fatores.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	Marina Amâncio	22/03/2024	10:15h	12:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (Curva A);
- Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- Consumo anticoagulante;
- Consumo fraldas/ toalha pra banho x média de pacientes em uso de fralda;
- Consumo aventais x média de pacientes em isolamento;
- Queixas técnicas realizadas no mês;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Supervisora de Farmácia), Anderson (Coordenador da Equipe Multidisciplinar), Daniele (Coordenadora de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Arilene (Almoxarife), Robert (Coord. de Contratos), Dr. Victor (Diretor técnico), Vera (Enf. Vigilância epidemiológica), Kamila (Analista de qualidade), Perla (Coordenadora de enfermagem), Simone (Diretoria Administrativa), Carmen (Gerência de Enfermagem), Yuri (Analista de Compras), Jamile (Superv. Nutrição).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Trazer dados relacionados ao número de pacientes em utilização de fraldas no período;
- Solicitar amostra de fralda para os fornecedores;
- Trazer dados de dispensação de aventais manga longa impermeável e quantidade de pacientes em leito de isolamento.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/02/2024 a 29/02/2024 e o comparativo com os meses de dezembro/2023 e janeiro/2024, com a evidência de que teve uma diminuição do número de internamento no período, mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/02/2024 á 29/02/2024, assim como a quantidade de pacientes eletivos, e foi observado um aumento em comparação ao mês anterior, de aproximadamente o dobro, o que explica o aumento no consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise, alfaepoetina e conjunto de linha arterial e venosa para hemodiálise;
- Consumo de medicamentos, materiais hospitalares, materiais de expediente, e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (dezembro/2023 e janeiro/2024);
- Foi demonstrado um impacto positivo pela SCIH no aumento do consumo da ceftriaxona, que é o ideal, e na diminuição do consumo da piperacilina+tazobactam e meropenem;

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Michael Vieira Wodzik	22/03/2024	11h00	12h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação dos Indicadores
- Leitura da ata de fevereiro de 2024
- Ações Concluídas e Pendentes

PARTICIPANTES

Erick Martins (Qualidade), Kamila Tamara (Qualidade), Maristela Cimino (Antomari), Daniele Martorano (Enfermagem), Juliana Marques (SESMT), Victor Hugo Parrilha Panont, Michael G. V. Wodzik (Hotelaria), Perla Souza (Coord. Enfermagem), Vera Macedo (SCIH), Simone Araújo (Direção Geral), Andréia Viana (Farmácia)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Maristela inicia apresentação dos gráficos residual referente a janeiro/2023 a janeiro/2024. Diretora Simone comenta em os dados apresentados, informando referente ao aumento considerável em fevereiro/2023 e a queda em janeiro/2024.

Dr Victor enfatiza que quando existem as ações do descarte de resíduos infectantes, a equipe consegue segregar melhor, evitando o descarte de resíduo infectante no lixo comum. Dr Victor continua com analise dos gráficos apresentados, dizendo que houve melhora no descarte após as trocas e identificação das lixeiras, campanha e treinamento realizados com as equipes.

Simone pergunta se a equipe está aderindo as ações e treinamentos, Perla informa referente a ação realizada no refeitório, explicando para os colaboradores o que e para que serve o PGRSS.

Perla explica sobre o novo fluxo de resíduos, informando que as coletas serão iniciadas pelos setores com lixos menos infectados e em seguida será feita a coleta nos setores mais contaminados. Neste novo fluxo mostrará onde o resíduo se originou, por onde ele passa e o destino final.

Maristela fala sobre entraves nas coletas, como por exemplo a falta de espaço nos abrigos dos setores Sanhaçu e Sabiá, por conta do carrinho da rouparia que fica no expurgo e no subsolo que não há lugar adequado para armazenamento de resíduos.

Simone pergunta como será o treinamento das equipes para o novo fluxo. Maristela informa que o fluxo não está voltado para equipe assistencial e sim para equipe de higiene, onde os mesmos já estão devidamente treinados para este fluxo.

Simone pede para avaliar a possibilidade de colocar um container (grande e fechado) para que possa ser obrigo de resíduos e verificar o local, tamanho do container e a questão de aquisição/contratação. Maristela enfatiza que o abrigo deve ser fechado, com grade de contenção e piso adequado.

Perla informa que existem ações para serem realizadas como, comunicação visual explicando para os colaboradores sobre o que é o PGRSS, treinamento em loco com ajuda do NEP visando atingir todos os colaboradores do hospital e auditoria mensal do processo.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 34	Bárbara Silvério Jakeline Barbosa	01/03/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 33;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em março.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem)/ Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Jakeline Barbosa (Administrativo Multi)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta) / Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Kamila Tamara (Supervisora de Qualidade) / Jamilie Renata (Supervisora de Nutrição)/ Karina Gonçalves (Jurídico)/ Wilma Correa (Analista de DP).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Documentação amigo PET e montagem de painel na área de convivência.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião relendo as ações a serem executadas em março/2024

DATA	AÇÃO
07 e 08 de março	Dia da Mulher (Colaboradores)
16 de março	Dia do Ouvidor (Colaboradores)
22 de março	Missa (Colaboradores/ Pacientes/ Familiares e Acompanhantes) – CANCELADA
27 de março	Amigo Barra - CANCELADA
27 e 28 de março	Ação de Pascoa (Colaboradores/ Pacientes/ Familiares e Acompanhantes)

Dia Internacional da Mulher: Nos dias 07 e 08, as colaboradoras serão contempladas com lembrancinhas de sabonetes com frases inspiradoras. No dia 08 de março, dia internacional da mulher, será realizado um café da tarde a todas as colaboradoras, na área de convivência.

Dia do Ouvidor: Em motivo da Ouvidora estar em período de férias será encaminhado um cartão on-line em agradecimentos aos seus serviços prestados à unidade.

Missa e Amigo Barra: Conforme orientação do setor de SCIH, por conta do aumento de casos de COVID em nosso hospital estas ações estão previamente cancelada.

Ação de Páscoa: A Comissão com o auxílio da prestadora de serviços de Nutrição (NUTRITO) forneceu caixas de chocolates a serem entregues aos colaboradores. Será realizada uma mesa decorativa na área de convivência como ponto de entrega da ação de páscoa.

Thiago fala sobre o aniversário de 15 anos do INTS, este ano. A cada mês a SEDE propôs ações em comemoração a data

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicinas Integrativas	Pamela Viana Domingues	22/03/2024	15hs	16hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

-Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas.;
- Apresentação sobre DCNT;
- Apresentação referente ao trabalho com Ozonioterapia nos pacientes portadores de3 lesões;
- Atuação de Hipnoterapia no hospital;

PARTICIPANTES

Edson Kazuna Ono (Médico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão), Simone Araujo (Diretoria Geral), Pamela Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Paula Hiratsuka (Terapeuta), Jamile Renata (Supervisora de Nutrição), Juliana Silva (Fisioterapeuta), Silma Gonçalves (Fisioterapeuta), Carolina Aparecida Silva (Enf. Auditora), Vanda Dias (Ouvidoria), Monique Evelyn Aparecida (Adm), Kamila Salles (Sup. de Qualidade), Crislaine Francisco dos Santos (Fisioterapia).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Em 22 de março de 2024, reuniu-se o grupo citado a cima para reunião mensal da Comissão de Medicinas Integrativa, Dr. Edson iniciou falando sobre as políticas públicas referente a medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, sendo elas a Ozonioterpia no tratamento das feridas Dr. Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com tratamento de Doenças crônicas não transmissíveis, descreve sobre o cenário mundial e o cenário brasileiro, enfatiza fatores nutricionais como o consumo de produtos ultra- processados e seus malefícios a saúde, encerrando Simone enfatiza a Dr. Edson a necessidade de construir indicadores pertinentes aos atendimentos da Ozonioterapia, Kamila e Pamela falam sobre a disponibilidade para o auxílio na construção deste, Paula Inicia sua apresentação relatando também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes, discorre sobre seus atendimentos realizados no Hospital Municipal do Guarapiranga e realiza amostragem dos resultados de seus atendimentos, enfatiza outras possibilidades de atendimento para medicinas integrativas dentro do hospital, sendo elas: cromoterapia e aromaterapia, Simone enfatiza a necessidade de desenhar os projetos que deseja implantação parar apresentar a comissão e juntos discutirem as possibilidades de implantação, Paula e Anderson discorrem sobre a construção de seus indicadores que se encontram em andamento. Encerramos a reunião as 16hs.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 32	Carolina Santos	28/03/2024	11:00	12:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 32;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- Discussão de NC'S

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André (Coordenador Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem); Maria Jovelina (Enfermeira); Fernanda (Adm) e Gabriela (Faturamento)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- Sinalização da prescrição para medicamentos MAV;
- Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos, Dr. André fará a orientação aos médicos sobre o lançamento no sistema.
- Ações que foram executadas no último mês: Elaboração do Termo de sigilo.
- Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: 2 NC'S discutidas.
- Iniciada a reunião falando sobre as não conformidades encontradas nos prontuários, novamente é abordado o assunto da falta de documentos pessoais dos pacientes e comprovante de residência, o assunto entrará no plano de ação para que junto a supervisão da recepção seja criado um fluxo para reduzir essas ocorrências;
- Carol aborda o assunto dos documentos físicos do prontuário, informando que existem alguns formulários que vem no prontuário físico e que não está no prontuário eletrônico, o tema entrará no plano de ação para ser tratado junto a TI.
- Falamos sobre a checagem das prescrições, onde em alguns casos o profissional não realiza a medicação e não justifica em sistema, verificaremos esse tema com a gestão da enfermagem para que os colaboradores sejam orientados.
- Relembramos as ações que ficaram pendentes da última reunião. Juliana (fisioterapia) da andamento, comentando sobre as NC'S disponibilizadas.
- Finalizamos a reunião discutindo sobre a atualização do plano de contingência na rede.
- 1. Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes: Aguardando a Enfermeira Mariana elaborar o Protocolo.
- 2. Sinalização de cores na Prescrição MAV: Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
- 3. Procedimentos Registrados no SMPEP: Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, pendente somente o treinamento e orientações de lançamento.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de óbitos	Daniele de Mello Martorano	27/03/2024	16h	16h20

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

PARTICIPANTES

Daniele Martorano (Coord. De Enfer.) Dr. João Paulo, Anderson Tomas (Coord. Equipe Multi), Daniela Scavone (Super. Farmácia)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Data: 27 de março de 2024
Horário de Início: 16hs **Término**:16h20
Local: Sala da Supervisora de farmácia – Hospital Municipal de Guarapiranga

Participantes:
Anderson (Coordenador Equipe Multi)
Daniele (Coordenadora de Enfermagem)
Daniela (Supervisora Farmácia)
Dr. João (presente por chamada de vídeo)
Pauta: Comissão de Óbitos

Resumo:
A reunião teve início às 16h com a presença de Anderson, Daniele, Daniela e o Dr. João, que participou por meio de chamada de vídeo. Diversos pontos foram discutidos e registrados para a Comissão de Óbitos.

Discussões:
O Dr. João relata que ele e o Dr. Thomaz realizaram as análises dos prontuários dos pacientes que evoluíram a óbito e informa que não foram detectadas fragilidades que exigissem encaminhamento para a comissão responsável.
O Dr. João relatou uma melhora significativa nas evoluções médicas dos pacientes em cuidados paliativos.
Anderson enfatizou o fortalecimento e a integração da equipe de psicologia/social com a equipe médica, especialmente nos casos que envolvem pacientes em cuidados paliativos. Essa colaboração tem contribuído para uma abordagem mais holística e eficaz no atendimento aos pacientes.

Encerramento:
A reunião foi encerrada às 16h20 com as ações acordadas e registradas para acompanhamento

10.4. Atas das Comissões realizadas em Abril

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS	BRUNO FREITAS	09/04/2024	10:00	11:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Leitura da Ata anterior
2. Pendências
3. Plano de Ação

PARTICIPANTES

BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS, MICHAEL GUSTAVO VIEIRA, JULIANA MARQUES CAVALARI, RAUL TESSI NUNES, JEFFERSON BEZERRA NASCIMENTO

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia nove de abril de dois mil e vinte e quatro, o presidente da Comissão Sr. Bruno Freitas iniciou os trabalhos da Comissão de animais Sinantrópicos, realizando a leitura da ata anterior, em seguida foi apresentada a pauta da reunião como segue:

- Apresentação final dos feitos da comissão no ano de 2023.
- Pendências:

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Controle de pragas e vetores	31/05/2023	COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO/FRACTAL	Concluído (22/11/2023) e-mail enviado pela Vera
Treinamento da equipe de Jardinagem para o manejo de serpentes	25/07/2023	COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO/FRACTAL	Atrasado
Manejo de animais domésticos (gatos, cachorros)	04/03/2024	COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	Atrasado
Controle de pragas e vetores Elaboração de POP	09/04/2024	ENCARREGADO ADM	Em andamento

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Extraordinária - Comissão de Acompanhamento Contratual	Flaviana Santos	08/04/2024	14Hrs	15h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Documentos para publicação no Portal da Transparência.
- Relatório Auditoria.

PARTICIPANTES

Robert da Silva - Coord. Prestação de Contas
Flaviana Santos - Analista Prestação de Contas
Paulo Barbosa - Analista de Qualidade
Paulo Henrique Lopes - Coordenador Financeiro
Karina Gonçalves - Auxiliar Jurídico
Simone Araújo - Diretora Geral
Victor Hugo Panont - Diretor Técnico

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Robert inicia a reunião extraordinária da CAC informando sobre os prazos, prazo final para subir documentos para publicação no portal da transparência é de **20/04/2024**. Pediu para os membros enviarem suas partes solicitadas até **15/04/2024**, para assim ter tempo hábil de analisar antes de subir para o portal.
2. Reforça que se não for possível os documentos que necessita de 2022 porem fazer o que conseguir do período mais recentes.
3. Referente a publicação dos Demonstrativos Contábeis do exercício de 2023, solicita para Flaviana verificar com a Contabilidade a disponibilização deste documento e qual prazo para enviarem.
4. Solicita para Paulo Henrique enviar os fluxos de caixa mensais da unidade, centralizara nele.
5. Setor Qualidade, enviara os relatórios mensais e anuais das ações e atividades desenvolvidas nas unidades/contrato do ano de 2023 novamente, porém no novo modelo a ser enviado que foi pontuado pela Simone.
6. A Karina Gonçalves será a responsável de subir todas as informações necessárias no Portal da Transparência, sendo assim, definiu se que os envios mensais para ela serão até o dia 15 de todos os meses.
7. Após alinhar e definir quem irá trazer os documentos solicitados, encerra o assunto sobre o Portal e marcaram reunião para próxima segunda-feira para analisar informações.
8. Simone faz pontuação breve sobre outro assunto que é o relatório da Auditoria que estamos passando, e diz que o prazo é até **20/04/2024** para a entrega dos documentos solicitados na planilha da Auditoria.
9. Solicita para Kamila junto ao Robert, verificar qual a forma de divulgação que eles querem essas informações.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Perfurocortante	Bruno Freitas	09/04/2024	10:30	11h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores (acidentes com perfuro).
2. Apresentação dos indicadores de treinamentos sobre as boas práticas da NR 32.
3. Plano de Trabalho para a redução dos acidentes no ano de 2024.

PARTICIPANTES

Jefferson Nascimento, Juliana Marques, Raul Tessi, Maria Jakeline Barbosa

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Iniciamos a reunião apresentando todos os indicadores do ano de 2023 referente a acidentes com perfuro, apresentamos os indicadores de treinamentos sobre boas práticas da NR32 e o plano de trabalho para redução dos acidentes no ano de 2024.

- A partir de Janeiro de 2024 todos os acidentes deverão ter um plano de ação da chefia imediata, envolvendo os demais colaboradores, para que as informações sejam replicadas para evitar futuros acidentes de mesma natureza.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Acompanhamento Contratual	Flaviana Santos	10/04/2024	11h30	12h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Resposta para o Ofício nº 142/2023–SMS.G/CPCS - Manifestação acerca do Relatório Conclusivo de Acompanhamento de Execução do Contrato de Gestão nº 001/2020. Período abril 2020 a fevereiro 2022.

PARTICIPANTES

Robert da Silva – Coord. Prestação de Contas
Flaviana Santos – Analista Prestação de Contas
Paulo Barbosa – Analista de Qualidade
Paulo Henrique Lopes – Coordenador Financeiro
Karina Gonçalves – Auxiliar Jurídico
Simone Araújo – Diretora Geral
Izadora Mariani – Secretária Executiva
Kamila Salles – Supervisora Qualidade

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Simone inicia a reunião explicando os Apontamentos do TCM que recebemos, já foi respondido e agora eles retornaram solicitando outras respostas pois algumas não foram aceitas. Estamos juntando toda documentação exigida para respondermos novamente.
2. Iniciando pelo achado 3.6.2 ***"Não é possível afirmar que a utilização dos rendimentos das aplicações financeiras deu-se exclusivamente em despesas relacionadas ao objeto do Contrato de Gestão."*** Preenchido Tabela 14 com comparativos de qual mês necessita correções, feito observações com divergências. Criado pasta de evidencias com todos os periodos contendo extratos bancários, balancetes Websaass, solicitar abertura de sistema para corrigir despesas de Rendimentos de dezembro 2020 a fevereiro 2022 que necessita das correções.
3. Achado 3.6.3 ***"Divergências de valores de despesa computados nos Balancetes Financeiros Sintéticos e nos Demonstrativos de Receitas e Despesas elaborados pela Contratada com base no WebSAASS"*** Criado pasta com as evidencias do periodo informado. Outubro 2021: Inclui Extratos, Balancete Websaass e Ofício pedido para reabertura de sistema para correções de valores em 15/10/2022. Foi solicitado no 1º Ofício que recebemos da SMS a reabertura e não foi aberto. Fevereiro 2022: Pasta contém Extratos e Balancete Websaass. (Solicitar abertura de sistema deste periodo).
4. Achado 3.6.4 ***"A execução das despesas apresentou distorção em comparação às previsões constantes nos***

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos – Encontro 03	Giovanna Baragatti	25/04/24	10h15	12h15

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Discussão e elaboração do fluxograma de atendimento em cuidados paliativos;
2. Visualização e orientação para uso da aba de cuidados paliativos no SMPEP;
3. Discussão de caso (H.K.).

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Medico / Vice-Presidente); Larissa Menezes (Psicologia / Presidente); Giovanna Cardozo Baragatti (Psicóloga / 1° Secretaria); Dr. Jader Mychel Busoletto dos Santos (Médico/ Membro); Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional e RT / Membro); Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT /Membro); Leticia (Assistente social/ Membro); Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH / Membro); Fabio Bueno (Supervisor de Enfermagem /Membro); Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira Assistencial/Membro); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional / Membro); Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta/Membro); Carmen Souza (Gerente de enfermagem/ Membro); Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga/membro); Ana Carolina (Nutricionista/Membro); Patrícia Sodré (Nutricionista/Membro); Rayane Amaro (Farmacêutica/ Membro); Carla Cristina (Fisioterapeuta/Membro) e Pamela Zambrana (Fisiotetarapeuta/Membro).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Os membros que participaram da aula online de antibióticos em cuidados paliativos retomaram as discussões propostas – se houver infecção de foco no sistema urinário ou pulmonar é necessário realizar o tratamento, se há a possibilidade de reverter os sintomas e melhorar a qualidade de vida e de morte, uma vez que esse tipo de infecção traz sofrimento ao paciente.

A partir de então, discutimos sobre o fluxograma de elegibilidade para cuidados paliativos na instituição, pensando em conjunto acerca da descrição de cada etapa. Define-se a proposta de cuidados paliativos para doenças crônicas, graves, degenerativas e ameaçadoras de vida. Pensa-se na possibilidade de que se a família comunicar na admissão a demanda de cuidados paliativos previamente definidos, tal é aceito pela equipe médica, entretanto rediscutida com paciente/familiares de modo multidisciplinar, sempre que possível.

Durante as visitas multiprofissionais, se necessário, é discutida a indicação técnica de cuidados paliativos e a indicação para conferência familiar, porém caso não haja consenso entre a equipe multiprofissional, a psicologia acionará a comissão de CP para discussão do caso em questão.

Nas conferências familiares a equipe identificará os cuidadores principais para participarem da mesma, entretanto é prezado que seja agendada a discussão com a presença de mais de um familiar, e também com mais de um profissional envolvido nos cuidados diretos do paciente. Caso o paciente não tenha vínculo familiar e não esteja lúcido, consciente e orientado, então os cuidados paliativos são definidos somente por critérios clínicos, em reunião multiprofissional. Em situação que não haja consenso entre os profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, o caso deverá ser levado para discussão com a comissão de paliativos.

É necessário rever os pacientes de longa permanência que estão com cuidados paliativos definidos, reavaliar quais estão conscientes, lúcidos e orientados e qual a compreensão que possuem de seu adoecimento e das medidas de conforto, buscando também compreender se há uma diretiva antecipada de vontade, tal será realizado aos poucos pela equipe de psicologia.

Caso haja algum caso de óbito que a comissão acredita que seriam evitáveis e/ou discorda da conduta clínica

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	22/04/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01-Indicadores Qualitativos;

02- Ações Realizadas.

03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.

04- Estágios por curso.

05- Quantidade de turmas.

06-Apresentação dos Gráficos de treinamentos e estágio.

PARTICIPANTES

Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor técnico. Monique Evelyn Aparecida de Souza – Administrativo - 01° Secretário - Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo – Enfermeira vigilância - Pamela Viana Domingues – Enfermeira Estomaterapeuta - Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade. Jamile Renata Oliveira dos Reis – Supervisora de Nutrição. Tamiris Michele Demichili – Enfermeira SCIH. Divina Ismenia Rodrigues – Analista de RH. Robert da silva – Coordenador Prestação de contas. Daniela Scavone de Souza – Supervisora Farmácia RT. Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerente de Enfermagem. Elizabete Cunha Damiao – Coordenadora de RH.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 22 de Abril de 2024, a partir das 15 horas, iniciou-se a reunião da comissão permanente do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade do Dr. Victor Hugo Parrilha panont, na ausência do Enfermeiro Thiago Machado, presidente da comissão, por motivo de férias. Abriu-se a reunião por intermédio da utilização de meios digitais, slides, com a apresentação dos Recursos Humanos do setor. Em seguida, o Dr. Victor, apresenta os indicadores de março em comparação com o mês de fevereiro, citando a importância da participação da gestão e lideranças, no processo de Educação Permanente e desenvolvimento dos colaboradores, cita que a melhoria dos resultados se deu pela mudança de cultura da instituição e da participação das áreas, em treinamentos focais, com resultados positivos. Apresenta as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, em conjunto com outros setores, como o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, entre outros. O Dr. Victor , cita as instituições de ensino, que realizarão atividades de formação acadêmica em nosso serviço no mês de março , sendo elas: Universidade Santo Amaro-UNISA; Senac – Largo 13; Escola Técnica PROZ; Escola Técnica Sequencial das unidades Grajaú e Capão Redondo; Universidade Anhembi Morumbi e Universidade Paulista-UNIP, Escola Grau

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Acompanhamento Contratual	Flaviana Santos	15/04/2024	10h	10h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Portal da Transparência (Retorno dos documentos)
- Notificação – Relatórios Mensais do exercício 2022 e Solicitação de Esclarecimentos - CG 001/2020
- Notificação - Ministério Público.

PARTICIPANTES

Robert da Silva – Coord. Prestação de Contas
Flaviana Santos – Analista Prestação de Contas
Paulo Rodrigo – Analista de Qualidade
Paulo Henrique Lopes – Coordenador Financeiro
Karina Gonçalves – Auxiliar Jurídico
Izadora Mariani – Secretária Executiva

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Robert inicia reunião mostrando a pasta criada na CAC, para os membros disponibilizarem os documentos solicitados e pede para até ás 12h de hoje, se conseguem disponibilizar.
2. Paulo Rodrigo faz questionamento se os relatórios mensais e anuais das ações e atividades desenvolvidas na unidade que precisa enviar é o mesmo que o relatório de produção? Robert mostra exemplo do modelo de relatório que necessita constar e tira as dúvidas do mesmo.
3. Acordado para Flaviana enviar o relatório anual de 2023 dos indicadores contratuais para o Paulo Barbosa para que o mesmo insira as informações na planilha padronizada do Portal da transparência.
4. Robert aborda breve assunto sobre outra notificação trazida para CAC e salvo na pasta *"Apontamentos 2022"*, que é as análises das prestações de contas do exercício de 2022 que recebemos da secretária, Dr. Cintia está analisando os documentos e após discutido com o Robert, ele irá trazer para próximas reuniões.
5. Apresentado modelos e exemplos de algumas solicitações recebidas dessa notificação para todos os membros entender o processo, temos até o dia ***22/04*** para a devolutiva.
6. Abordado também, uma breve informação de notificação recebida pelo Ministério Público, recebemos algumas notificações para apresentar documentos e evidencias, esse está sendo tratado com Juliana Borges Coordenadora da Fractal onde a mesma irá ajudar nas evidencias, já que alguns apontamentos se tratam de equipamentos de manutenção predial.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Elizabeth Lima Soares	22/04/2024	10:00h	12:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de indicadores
- Apresentação fechamento Rota Sepse
- Discussão sobre projeto PROADI

PARTICIPANTES

Tamiris Demichille(Enfermeira SCIH), Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Clinico), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Daniele de Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem), Daniela Scavone (Supervisor de Farmácia), Thamara Derencio(Supervisora Enfermeira), Fernanda Danielle Demichilli Pitombo(Supervisora Enfermagem), Fabio Bueno (Supervisor Enfermagem), Juliana Borges (Coordenadora de Engenharia), Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente Enfermagem), Perla Souza Pançonato (Coordenadora de Enfermagem), Michael Gustavo Vieira Wodzik(Encarregado Administrativo), Pamela Viera Domingues (Enfermeira Estomoterapeuta), Sylvana Teodoro (Supervisora Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores, onde os resultados mostraram um total de três infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo duas infecções de corrente sanguínea na enfermaria Colibri e uma na UTI Beija Flor. Além da apresentação dos indicadores de infecção, também foram apresentados os dados de consumo de álcool e sabonete do hospital como um todo e da UTI. Neste slide, prosseguimos com a sensibilização dos presentes em relação ao consumo de sabonete líquido, que diminuiu apesar do aumento do consumo de álcool. Explicamos que idealmente os dois produtos deveriam ter um aumento de consumo. Após a apresentação dos indicadores gerais, apresentamos os dados qualitativos relacionados ao protocolo gerenciado da rota sepse. Neste momento, alinhamos que as próximas apresentações sobre este item também incluirão informações qualitativas e que começamos a produção dessa análise. Identificamos muita dificuldade na captação dos dados adequados para análise e conclusão dos casos. Abrimos em tela o checklist da rota sepse desenvolvido pelo Dr. Lucas e apresentamos os itens que compõem o documento. Explicamos que a ideia é ter este checklist inserido no sistema SMPEP e, após habilitado, teremos uma maior fluidez no processo de auditoria dos casos abertos. Frisamos a preocupação em relação à queda significativa de checklists abertos e pedimos apoio dos gestores assistenciais para melhorar este indicador. A discussão seguiu para o ajuste da matriz GUTE, onde, em conjunto com os presentes, concluímos que os temas "Higienização das mãos" e "Programa de gerenciamento de antimicrobianos" passam a compor os três primeiros itens da matriz, juntamente com a "Prevenção de IPCS", que optamos por manter devido à queda significativa das IRAS neste primeiro mês. O Dr. Lucas então prosseguiu com a fala sobre o projeto PROADI e se colocou à disposição para coordená-lo, mas frisou que para o sucesso do projeto é necessário o envolvimento de todas as áreas. Após a concordância de todos os gestores presentes, o Dr. Lucas perguntou se alguém queria se manifestar ainda sobre o assunto e, neste momento, Tamiris, enfermeira da SCIH, colocou que preferia não participar do projeto devido à sobrecarga de demandas. A conversa então prosseguiu para o entendimento de que a participação da enfermeira da SCIH é de fundamental importância dentro do que será proposto, e Tamiris informou saber da importância e responsabilidade, mas como foi aberto o espaço para colocações, ela se sentiu confortável para expor sua preocupação diante das demandas com as quais atua no momento. A reunião foi finalizada com o Dr. Lucas informando que a partir do mês de maio

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	22/04/2024	12h00	13h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em Março /24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias .

PARTICIPANTES
Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Victor Hugo Panont (Diretor Tecnico) Carmen Isabel Domingues de Souza (Ger. De Enfermagem), Vera Lucia Macedo (Enf SCIH), Lucas Teixeira Vieira (Medico Infectologista), Kamila Sales (Sup de Qualidade), Priscila Alves dos santos (Enfermeira), Ivonete Barbosa (Enfermeira). Priscila C dos Santos (Farmaceutica)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Às 12h00 do dia 22 de abril de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de Março, foi apresentado pela estomaterapeuta Pamela ao grupo os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões , sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento do mês, reforçando a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, ocasionando queda importante no faturamento, Pamela fala sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos, posteriormente Pamela apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos e a problemática que ainda estamos enfrentando com a danificações dos mesmo por mau uso e pede auxilio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos, posteriormente é apresentado as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo , manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos , implantação do Safety skin e cronograma de avaliações e reavaliações e termômetro de lesões, Pamela fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo Gacap referente ao Tratamento de lesões, Dr Victor enfatoza a importância de construís um indicador de lesões já recuperadas evidenciando a melhoria no quadro de lesões pre existentes , foi apresentando quadro de fotos de lesões recuperadas intra- hospitalar, foi também reforçado por Pamela a importância quanto a realização de um treinamento para fixação de dispositivos e realização de reunião mensal com Grupo para discutir as oportunidades encontradas, finalizamos a reunião posteriormente .

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	21/04/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

A Comissão não recebeu nenhuma denúncia neste último mês.

O processo de nova eleição está em andamento, estamos na fase de apuração dos votos. Em breve, os resultados serão divulgados e apresentados os novos membros que irão compor a Comissão de Ética de Enfemagem da unidade.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional	Fevereiro/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Março/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Abril /2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____

2. _____

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra	16/04/2024	11h30	12h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

. Código de Ética Médica – Cuidados Paliativos.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Retorno do CREMESP.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada no dia 16 de Abril de 2024. O encontro ocorreu no Hospital Municipal Guarapiranga e via teams.

PAUTA:

Foi discutida a importância do acesso aos cuidados paliativos e a necessidade de avaliar o acesso dos pacientes a esses cuidados.

Foi destacado que os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça, autonomia do paciente e solidariedade devem orientar a avaliação do acesso aos cuidados paliativos.

Foram identificadas as seguintes possíveis barreiras ao acesso aos cuidados paliativos:

- Falta de informação sobre os cuidados paliativos por parte dos pacientes e familiares.
- Limitações financeiras para acesso a tratamentos e medicamentos paliativos.
- Barreiras culturais e religiosas que podem influenciar a aceitação dos cuidados paliativos.

Foi proposto o seguinte plano de ações para superar as barreiras identificadas:

- Realizar campanhas de conscientização sobre os cuidados paliativos, dirigidas tanto à comunidade quanto aos profissionais de saúde;
- Orientação nas visitas multiprofissionais em relação a conduta ética médica em casos de cuidados paliativos.

O setor da Qualidade recebeu o retorno do CREMESP realizar o encaminhamento ao órgão os pedidos de baixa dos membros anteriormente eleitos e identificar a Eleição Complementar como tal, tanto no Edital, como Ata e documentos de inscrição de candidatos.

A próxima reunião da Comissão de Ética Médica ficou agendada para o dia 14 de Maio de 2024.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	Marina Amâncio	22/04/2024	11:10h	12:25h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (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;
- Queixas técnicas recebidas;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Supervisora de Farmácia), Daniele (Coord. de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Charles (Aux. Adm. - Almoxarifado), Robert (Coord. de Contratos), Dr. Victor (Dir. técnico), Vera (Enf. Vigilância epidemiológica), Tamiris (Enf. Vigilância epidemiológica), Dr. Lucas (Infectologista), Kamila (Analista de qualidade), Perla (Coord. de enfermagem), Yuri (Compras), Jamile (Super. Nutrição), Carmem (Ger. de Enfermagem), Erick (Aux. Adm. – Qualidade).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Solicitar amostra de fraldas para os fornecedores – Foi sugerido pelo DG DA Sede ajustarmos a descrição do item na plataforma Síntese para restringirmos a compra visando melhor qualidade do produto.
- Trazer dados da média de pacientes em isolamento dos últimos 12 meses e confrontar com o consumo de aventais manga longo impermeável – Concluído.
- Melhorar o controle na dispensação das toalhas de banho para melhor controle do estoque/ consumo do item – mudança na frequência de expedição dos pedidos – Concluído.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/03/2024 a 31/03/2024 e o comparativo com os meses de janeiro/2024 e fevereiro/2024, com a evidência de que teve um aumento do número de internamento no período, mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/03/2024 á 31/03/2024, assim como a quantidade de pacientes eletivos, e foi observado um aumento em comparação ao mês anterior, de aproximadamente o dobro, o que explica o aumento no consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise, alfaepoetina e conjunto de linha arterial e venosa para hemodiálise;
- Consumo de medicamentos e materiais de expediente se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (janeiro/2024 e fevereiro/2024);
- Já o consumo de dietas ultrapassou o valor da rubrica e o de materiais hospitalares esteve bem próximo do limite da rubrica.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Erick Gomes e Kamila Sales	22/04/2024	09h00	10h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Novo Vice-Presidente
- Criação do e-mail raiz
- Gerenciador de Ações pelo OneDrive
- Cronograma de ações/treinamentos para 2024

PARTICIPANTES

Erick Martins (Qualidade) / Kamila Tamara (Qualidade) / Juliana Marques (SESMT) / Perla Souza (Coord Enfermagem) / Vera Macedo (SCIH) / Carolina Santos (Farmácia) / Juliana Borges (FRACTAL) / Bruno Freitas (SESMT) / Tamiris Demichili (SCIH) / Thamiris Santos (Antomari).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Kamila inicia reunião dizendo que o Bruno Freitas (SESMT) assumirá o cargo de vice-presidente da Comissão, Perla Souza ficará como membro.

Kamila explica sobre as funções da Comissão, independente de cargo, todos os membros podem auxiliar nas funções do Presidente, Vice-Presidente, 1º e 2º secretário. Porque todos os membros têm diversas demandas setoriais e de outras Comissões, por isso é necessário o auxilio de todos os membros.

Kamila enfatiza que teremos que ter uma reunião mensal além da reunião do dia das 7 comissões. Porque no dia das 7 comissões fazemos apenas a apresentação dos indicadores e ações.

Bruno agradece Perla Souza por sua jornada como Vice-Presidente, e explica sobre sua metodologia para Comissão.

Bruno sugere criação do cronograma de reuniões ordinárias da Comissão com preferência das 10:30 às 11:30 às terças e quartas.

Bruno criará um e-mail raiz para tratativas de ações/demandas da Comissão. Comenta sobre as atribuições dos membros, para que sejam cumpridas dentro do prazo estipulado no plano de ação.

Bruno fará um Gerenciador de Ações pelo OneDrive para que todos os membros tenham acesso as suas atribuições e documentos da Comissão.

Bruno está finalizando check-list digital que está sendo feito sobre a RDC 222 para ser aplicado nos setores mensalmente. Com o resultado deste check-list será criado um plano de ação.

Bruno criará um cronograma de ações/treinamentos para 2024.

Bruno sinaliza que SEDE Morumbi virá fazer uma auditoria sobre PGRSS no dia 24/04/2024.

Kamila fala da importância da inclusão da Thamiris (Antomari) como membra da Comissão.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 35	Bárbara Silvério Jakeline Barbosa	05/04/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 34;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Abril.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Jakeline Barbosa (Administrativo Multi)/ Larissa Alves (Psicóloga)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Jamilie Renata (Supervisora de Nutrição)/ Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Karina Gonçalves (Auxiliar Jurídico)/ Wilma Correa (Analista de DP)/ Paulo Takeshi (Terapeuta Ocupacional RT)/ Daniele Mortorano (Coordenadora de Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema; Amigo PET; Projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores; Prontuário Afetivo e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Dia da Mulher e ação de páscoa.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião lendo as ações de Abril/2024:

DATA	AÇÃO
Abril Verde: CIPA promove campanha de alerta sobre segurança, saúde e prevenção de acidentes no trabalho (Colaboradores).	
Culto Ecumênico (Geral) - CANCELADO	
11 de abril	Dia do Infectologista (Colaborador).

Abril Verde: A ação será realizada pela equipe da CIPA e humanização dará apoio às atividades propostas.

Dia do Infectologista: Será entregue um cartão de agradecimento com um chocolate em homenagem ao profissional médico pelos seus serviços prestados.

Culto Ecumênico: Evento cancelado, aguardando a liberação do setor de SCIH.

Em relação às ações pendentes:

Projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores: Jamilie e Juliana elaboraram o fluxo e o projeto, já encaminhado a Diretoria Geral para aprovação.

Projeto PET: Já temos o animal (cão Kenedy) que já está cadastro e está sendo adestrado pelo Hospital Dia. Os Diretores serão os responsáveis financeiros que irão patrocinar vacinas, banhos, alimentos e veterinário. Os tutores estão sendo definidos. O pet será alocado em um canil na parte da frente do hospital definido pela Juliana (Fractal), Victor e Simone.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicina Integrativas	Pamela Viana Domingues	22/04/2024	15hs	16hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozônioterapia e suas metas;
- Apresentação sobre DCNT;
- Apresentação referente ao trabalho com Ozônioterapia nos pacientes portadores de lesões;
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital;

PARTICIPANTES

Edson Kazuna Ono (Médico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão), Victor Hugo Parrilha Pannont (Diretoria Técnica), Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Carmen Isabel de Souza (Gerente de Enfermagem) , Paula Hiratsuka (Terapeuta), Jamile Renata (Supervisora de Nutrição), Juliana Silva (Fisioterapeuta RT), Vanda Dias Vieira (Ouvidoria), Kamila Salles (Sup. de Qualidade), Robert silva (Coordenador de Contas), Daniele Scavone (Supervisora de Farmácia), Juliana Marques Cavalari (Enf. Trabalho)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Em 22 de abril de 2024, reuniu-se o grupo citado á cima para reunião mensal da Comissão de Medicinas Integrativas, Dr. Edson inicia reunião falando sobre as politicas publicas referente a medicinas integrativas e o cenário atual de aplicação das PICS no Brasil, qual seu impacto na saúde de pacientes crônicos, foi apresentado através de artigos científicos, Dr. Edson relembra as propriedades da Ozônioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das Medicinas Integrativas com tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, diabetes, câncer, doenças, cardiovasculares, fala sobre o colesterol e suas frações, e suas funções no organismo, Dr. Edson. Paula inicia sua apresentação relata também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes, discorre sobre seus atendimentos realizados no Hospital Municipal do Guarapiranga e realiza amostragem dos resultados de seus atendimentos, enfatiza outras possibilidades de ataendimentos para Medicina Integrativas dentro do hospital, sendo elas: cromoterapia e aromaterapia, enfatiza que a construção dos protocolos institucionais para aplicabilidade e a necessidade de desenhar os projetos de implantação para apresentar a comissão e juntos discutirem as possibilidades de implantação para apresentar a comissão a juntos discutirem as possibilidades de implantação, Paula discorrem sobre a construção de seus indicadores que se encontram em andamento. Encerramos a reunião as 16hs.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 33	Carolina Santos	03/05/2024	11:00	12:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 33;
- Auditoria dos prontuários;
- Revisão do protocolo de alta multidisciplinar
- Discussão de NC'S

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem); Gabriela (Faturamento); Aliny Borges (Farmaceutica)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- Sinalização da prescrição para medicamentos MAV;
- Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos, Dr. André fará a orientação aos médicos sobre o lançamento no sistema.
- Liberação do protocolo de alta multidisciplinar.

Ações que foram executadas no último mês:

- Elaboração do protocolo da alta multidisciplinar.
- Elaboração do fluxograma.
- Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: 2 NC'S discutidas.
- Iniciada a reunião falando sobre as não conformidades encontradas nos prontuários, Carol aborda o assunto dos documentos físicos do prontuário, informando que foi realizada uma auditoria com o intuito de investigar a falta de documentação, foi compartilhado os resultados com os participantes e informado que o gestor responsável pela recepção fara uma ação para ajuste desse problema.
- Falamos sobre as assinaturas digitais pendentes e o impacto que causa nos registros dos prontuários.
- Farmacêutica Aliny relata que fica na farmácia muitos medicamentos não padronizados de pacientes que saem de alta e não são entregues, Enfermeira Mariana informa que o processo já esta no fluxograma montado pela comissão.
- Aliny também comenta sobre as medicações que são prescritas no momento mais que precisam ser aprazadas pela enfermagem, e geralmente ocorre atraso por ter que ser aprazada.
- Relembramos as ações que ficaram pendentes da última reunião. Juliana (fisioterapia) da andamento, comentando sobre as NC'S disponibilizadas.
- Finalizamos a reunião discutindo sobre a atualização do plano de contingência na rede.
- 1. Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes: Aguardando a validação da diretoria.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos Março de 2024.	Anderson Tomas de Oliveira	24/04/2023	14:30hs	15:00hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de março de 2024.

PARTICIPANTES

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Melo (coord. Da Enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Daniela Scavone (Sup. De farmácia).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Presentes:

Dr. João (Médico)

Daniela (Coordenadora de Enfermagem)

Daniela (Supervisora de Farmácia)

Anderson (Coordenador Multiprofissional)

Assunto: Discussão sobre casos e atualizações nos procedimentos de documentação de óbito

Desenvolvimento:

A reunião foi iniciada pelo Dr. João, que relatou que não havia nenhum caso específico a ser discutido no momento. Ele destacou, no entanto, que o preenchimento das Declarações de Óbito (DO) melhorou consideravelmente por parte da equipe médica, o que é um ponto positivo a ser reconhecido e mantido, ao todo tivemos 19 óbitos no mês de março.

Anderson trouxe à discussão o caso do óbito de M.G, uma paciente crônica com TQT (Traqueostomia) que veio a falecer. Apesar de não estar em cuidados paliativos, a paciente apresentava critérios clínicos fechados devido à sua patologia e piora clínica. Esse caso foi mencionado para reflexão e avaliação sobre as práticas de cuidados e comunicação com as famílias dos pacientes em estado crítico pois sabemos o quanto e importante a interveção da equipe multidisciplinar nestes casos.

Além disso, Anderson apresentou duas importantes atualizações nos procedimentos documentais relacionados a óbitos:

Comprovante de Entrega de Declaração de Óbito: Este documento terá a finalidade de comprovar a entrega da Declaração de Óbito à família. Deverá conter informações adequadas sobre o preenchimento da DO, sua retirada e o processo de sepultamento.

GTC (Guia de Transporte de Cadáver): Este documento será entregue no momento da retirada do cadáver e tem como objetivo formalizar o transporte do corpo de maneira adequada e segura.

Essas atualizações nos procedimentos visam aprimorar a documentação e o acompanhamento dos casos de óbito, garantindo uma melhor comunicação com as famílias e uma gestão mais eficiente dos processos internos.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Terapia Nutricional	Jamile Renata Oliveira dos Reis	15/04/2024	14:20hs	15:10hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

-Pendencias da ultima reunião.

-Apresentação e discussão do protocolo de progressão de dieta.

- Apresentação do protocolo de higienização o elevador Monta carga.

PARTICIPANTES

Raquel Pires Soares (Nutricionista), Jocineide Santos da Silva Soares (Nutricionista), Ana Carolina da Silva Souza (Nutricionista), Emilio Lopez Couto (médico nutrólogo), Sylvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Implantação das Placas de Aporte Nutricional.
- **Pendências para a próxima reunião:** Apresentação dos protocolos de Volume prescrito x Volume infundido e Protocolo de Droga X Nutrientes
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Reunião realizada na sala da nutrição:

Jamile iniciou a reunião apresentando a nova integrante da comissão, a supervisora de enfermagem Sylvana; A mesma ficou grata em fazer parte da comissão e tem muito a agregar.

Foi apresentado os indicadores trimestrais da nutrição, onde continha as informações de atendimento nutricional, triagem, orientação de alta, quantidade de refeições servidas para pacientes, acompanhantes e funcionários. Durante a apresentação, sobre orientação de alta, Jamile informou que pensa futuramente em dar orientação de alta para todos os pacientes, porém ainda tinha dificuldades, e Dr Emilio completou informando que existe uma falha de comunicação no momento da alta para equipe de nutrição, e isso dificulta. Em seguida foi apresentado os indicadores de desnutrição, onde houve um aumento no percentual de pacientes obesos, que foi justificado, pela aquisição de 04 balanças portáteis ao setor da nutrição, facilitando assim a pesagem beira-leito, não sendo necessário usar peso estimado para esses pacientes. Logo após foi apresentado os indicadores de Taxa de desperdício, onde foi evidenciado a quantitativo de refeições faturadas x refeições servidas. Jamile apresentou novamente o protocolo de progressão de dieta, informando que irá mandar para o setor de SGQ, e que aguarda a chegada das novas bombas de infusão, para instalação da plaquinhas. A

10.5. Atas das Comissões realizadas em Maio

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos	Vitória Freitas de Souza	22/05/2024	8:15	9:20

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Alinhar Diretivas Antecipadas de Vontade com os pacientes;
- Escrita em prontuário com foco nas questões subjetivas dos pacientes;
- Preenchimento do campo "Cuidado Paliativo" no prontuário eletrônico institucional;
- Discussão de casos clínicos.

PARTICIPANTES

Larissa Menezes (Psicologia / Presidente); Dr. André Gasparoto (Médico/Vice presidente); Vitória Freitas de Souza (Psicóloga/2ª Secretária); Rosana de Campos Moreira (Psicóloga/Convidada); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/Membro); Tamires Michele Demichili (Enfermeira SCIH/Membro); Fabio Bueno Damásio da Silva (Enfermeiro/Membro); Dr. Renan Pereira Souza (Médico/Membro); Carla Cristina da Silva Ferrari (Fisioterapeuta/Membro) e Ana Carolina (Nutricionista/Membro).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Iniciamos o encontro com uma apresentação feita pela presidente Larissa Menezes, sobre o tema de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), momento em que a profissional explicou sobre a definição do termo, contextualizando as informações com a legislação vigente, instituída Conselho Federal de Medicina (CFP).

Pontuou-se sobre a necessidade de adotarmos uma compreensão mais ampla sobre o tema, compreendendo que as perspectivas do paciente sobre suas escolhas e desejos podem se modificar ao longo da hospitalização, exigindo dos profissionais certa flexibilidade para o manejo efetivo dos casos, algo não observado até então.

Pensando nisto, discutimos sobre o caso do paciente O. G. B. N. (prontuário institucional 8910), que mudou de ideia sobre as diretivas de vontade que havia definido em outra instituição, principalmente pela mudança clínica apresentada.

Também foi abordado sobre a necessidade de não atribuir a definição das DAVs apenas à equipe de psicologia, visto que esta temática deve ser abordada por um profissional com quem o paciente tem uma relação de proximidade e confiança, e nem sempre está pessoa será representada por uma psicóloga.

Conversamos sobre o desconforto gerado ao estabelecer esse tipo de conversa com os pacientes, sensação compartilhada pelos profissionais presentes. Em consenso, compreendemos que todos os pacientes devem ter a oportunidade de expressar suas DAVs, ainda que não estejam inseridos em cuidados paliativos.

O caso do paciente M. L. M. (prontuário institucional 9077) também foi objeto de discussão, devido ao descumprimento de uma DAV expressa pelo paciente antes de sua piora clínica, mesmo não sendo um paciente de cuidados paliativos. Com isto apreendemos que basta a manifestação espontânea do paciente sobre suas vontades, não sendo necessário um documento que comprove oficialmente tais desejos, além da escrita em prontuário, feita pelo profissional de saúde.

A escrita em prontuário também foi objeto de consideração. Ressaltamos a importância de colocar no prontuário questões subjetivas da vivência do paciente, que agreguem em seus cuidados e em nossa compreensão sobre o paciente, para além de seu quadro clínico. A utilização do campo "Cuidado Paliativo" no prontuário eletrônico é essencial para o bom manejo dos casos, devendo-se escrever informações pertinentes

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	17/05/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01-Indicadores Qualitativos.

02- Ações Realizadas.

03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.

04- Estágios por curso.

05- Quantidade de turmas.

06-Apresentação dos Gráficos de treinamentos e estágio.

07-Apresentação de fotos das ações e fotos dos alunos de estagio

PARTICIPANTES

Carolina Aparecida Silva Santos – enfermeira auditora.Monique Evelyn Aparecida de Souza – Administrativo-01° Secretário - Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo – Enfermeira vigilância - Pamela Viana Domingues – Enfermeira Estomaterapeuta - Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade. Tamiris Michele Demichili – Enfermeira SCIH.Robert da silva – Coordenador Prestação de contas. Barbara Cristina Silvério Marciano –Analista ADM pleno. Juliana Borges Ferreira – Coordenadora engenharia. Maria Cristina Souza Santos –Enfermeira Segurança do paciente – Dr Lucas Teixeira vieira – Médico infectologista.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 17 de maio de 2024, a partir das 15 horas, iniciou-se a reunião da comissão permanente do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade da Enfermeira Carolina Aparecida silva santos, na ausência do Enfermeiro do núcleo de educação permanente, por motivo de não ter o enfermeiro do núcleo de educação permanente temporariamente, no setor. Abriu-se a reunião por intermédio da utilização de meios digitais, slides, com a apresentação dos Recursos Humanos do setor. Em seguida, a Enf. Carolina, apresenta os indicadores de abril em comparação com o mês de março, citando a importância da participação da gestão e lideranças, no processo de Educação Permanente e desenvolvimento dos colaboradores, cita que a melhoria dos resultados se deu pela mudança de cultura da instituição e da participação das áreas, em treinamentos focais, com resultados positivos. Apresenta as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, em conjunto com outros setores, como o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, entre outros. A Enf. Carolina, cita as instituições de ensino, que realizarão atividades de formação acadêmica em nosso serviço no mês de Abril, sendo elas: Universidade Santo Amaro- UNISA; Senac – Largo 13; Escola Técnica PROZ; Escola Técnica Sequencial das unidades Grajaú e Capão Redondo; Universidade Anhembi Morumbi e Universidade Paulista-UNIP, Escola Grau técnico. Os cursos foram: Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem; Graduação de

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Elizabeth Lima Soares	17/05/2024	10:00h	11:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
- Apresentação de indicadores - Apresentação fechamento Rota Sepse - Discussão sobre PAV e Higienização das mãos - Consenso sobre E-mail recebido da AVISA
PARTICIPANTES
Tamiris Demichille(Enfermeira SCIH), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Daniele de Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem), Daniela Scavone (Supervisor de Farmácia), Thamara Derencio(Supervisora Enfermeira), Fernanda Danielle Demichilli Pitombo(Supervisora Enfermagem), Fabio Bueno (Supervisor Enfermagem), Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente Enfermagem), Michael Gustavo Vieira Wodzik(Encarregado Administrativo), Pamela Viera Domingues (Enfermeira Estomoterapeuta),Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira Segurança do Paciente), Marcelo Siva Araujo (Médico), Christopher Guerra Piereti Moreno(Médico), Rodrigo Motoyuki Hissawassu (Médico),Juliana Silva Santos(Fisioterapeuta RT), Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora Qualidade), Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora Nutrição), Bianca Magalhães Hansen (Nutricionista Cozinha), Lucas Teixeira Vieira (Coordenador do SCIH).
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores, onde os resultados mostraram um total de cinco infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo duas infecções de corrente sanguínea na enfermaria Colibri e três na UTI Beija Flor. Além da apresentação dos indicadores de infecção, também foram apresentados os dados de consumo de álcool e sabonete do hospital como um todo e da UTI. Neste slide, prosseguimos com a sensibilização dos presentes em relação ao consumo de sabonete líquido, que diminuiu apesar do aumento do consumo de álcool. Explicamos que idealmente os dois produtos deveriam ter um aumento de consumo. A nossa densidade de aqui, o que que acontece? A nossa taxa explode em relação ao que a gente tem de perceptivo porque nós temos poucos intubados. Então, por exemplo, no mês de março, a gente já melhorou muito, né? Nossos indicadores centrais melhoraram bastante. A gente percebe que a taxa vem melhorando, mas ainda estamos acima do que é recomendado pela ANVISA. A nossa taxa está muito acima do que deveria ser. Não tivemos dados baixos em fevereiro, março e abril. Há uma necessidade de manter a atenção alta, então estamos invadindo mesmo o trabalho médico, e a gente vai ver isso nos próximos slides. Então, a taxa de utilização de ventilação mecânica, nós tivemos nove por cento de utilização de ventilação mecânica nos pacientes da UTI em abril, considerado muito baixo em comparação com o estado, que é em torno de vinte e cinco por cento. Estamos bem abaixo, aumentando ao longo de janeiro a abril, mas ainda bem abaixo dos cinquenta por cento recomendados pela Covisa. Lembrando que aqui a gente calcula junto com os próprios constituintes. Se a gente puder, seria bem menor do que temos, por exemplo. E, por fim, a taxa de utilização de sombra vertical na UTI ficou em torno de doze por cento do município, desculpe, quarenta e dois por cento. O próximo slide é sobre o DDD, que é um marcador do nosso consumo de antibióticos. Ele pega o número de ampolas padronizado pela OMS e divide pelo número de pacientes do hospital. E o que que esse gráfico mostra? Em primeiro lugar, em vermelho, nosso uso de antibióticos. Em segundo lugar, em amarelo, e em quarto lugar, a vancomicina em azul, com pouca utilização da amicacina.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	17/05/2024	12h00	13h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em Abril /24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias .

PARTICIPANTES

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta); Carmen Isabel Domingues de Souza (Ger. De Enfermagem), Vera Lucia . Macedo (Enf SCIH), Lucas Teixeira Vieira (Medico Infectologista), Kamila Sales (Sup de Qualidade), Maria Cristina (Enf Seg-Paciente), Inajá N Silva (Enfermeira), Daniele Martorano (Coord de Enfermagem), Arilene Ferreira(almoxarife), Maria Jovelina Rocha (Enfermeira), Carolina A Santos (Enf Auditora) Jocineide Santos (nutricionista) Thamara Derencio (Sup enf).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Às 12h00 do dia 17 de Maio de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de Março, foi apresentado pela estomaterapeuta Pamela ao grupo os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões , sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento do mês, a mesma enfatiza a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, e pede apoio da supervisão de enfermagem neste fluxo sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos, posteriormente Pamela apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos e reforça que continuamos apresentando problemas com mau uso dos e pede auxilio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos, posteriormente é apresentado as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo , manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos , implantação do Safety skin e cronograma de avaliações e reavaliações e termômetro de lesões, foi demonstrado através das fotos a implantação de dos banhos de leito , Pamela fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo Gacap referente ao Tratamento de lesões, foi apresentando quadro de fotos de lesões recuperadas intra- hospitalar, foi também reforçado por Pamela que sera realizado no mês treinamento para fixação de dispositivos de alimentação. finalizamos a reunião posteriormente .

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	21/05/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Devolutiva do Coren-SP sobre a posse dos novos eleitos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Neste encontro foram tratados assuntos sobre a posse dos novos membros da Comissão de Ética, o Coren-SP ainda não disponibilizou uma data para a realização da cerimônia de posse dos novos eleitos, a data e o local serão indicados por eles, seguimos aguardando.

Não houveram denúncias recebidas e nem ações realizadas pela Comissão no úlimo mês.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional	Maio/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Junho/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Julho/2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____

2. _____

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra	23/05/2024	11h30	12h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

. Código de Ética Médica – Cuidados Paliativos.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga, Dr. Fábio de Azevedo e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientações Visita Multiprofissional.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada no dia 23 de maio de 2024.

PAUTA:

Ética na Comunicação com Familiares de Pacientes de Longa Permanência:

- Discussão sobre a importância de uma comunicação clara, compreensível e empática entre a equipe médica e os familiares dos pacientes.
- Avaliação de práticas atuais de comunicação e identificação de áreas para melhoria.
- Considerações sobre a necessidade de treinamentos em comunicação para a equipe médica e de enfermagem.
- Direitos e Dignidade dos Pacientes.

Análise das práticas atuais para garantir o respeito à autonomia, privacidade e dignidade dos pacientes de longa permanência.

- Discussão sobre possíveis melhorias nos protocolos e diretrizes para assegurar o tratamento ético e humanizado.
- Reflexão sobre casos recentes e lições aprendidas.

Ao final da reunião foi acordado realizar uma orientação nas visitas multiprofissionais para o Dr. João Paulo e Dr. Thomaz Braga orientar a equipe médica sobre a comunicação efetiva entre a equipe médica e familiar no momento do boletim médico, visitas e no ato de comunicar um óbito.

A próxima reunião da Comissão de Ética Médica ficou agendada para o dia 14 de Maio de 2024.

TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	REDATOR: Marina Amâncio	DATA: 17/05/2024	INÍCIO: 11:00h	TÉRMINO: 12:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (Curva A);
- Hemodiálise x Consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- Consumo anticoagulante;
- Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda;
- Consumo aventais x média de pacientes em isolamento;
- Queixas técnicas recebidas;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Supervisora de Farmácia), Daniele (Coord. de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Robert (Coord. de Contratos), Vera (Enf. Vigilância epidemiológica), Tamiris (Enf. Vigilância epidemiológica), Dr. Lucas (Infectologista), Kamila (Analista de qualidade), Yuri (Compras), Jamile (Super. Nutrição), Carmem (Ger. de Enfermagem), Arilene (Almoxarife).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Coletar dados que justifiquem aumento do uso de hidrocortisona, e discutir possível padronização na dose de 500mg;
- Incluir dado da média de pacientes internados/dia, na curva A de consumo de medicamentos, na planilha de dispensação de avental manga longa impermeável, na planilha de consumo de toalha para banho beira leito.
- Investigar uso do Kit Higiene, setor e perfil de pacientes que utilizam o item.
- Verificar com o médico nefrologista se é possível à utilização do filtro de linha que temos em estoque .
- Inserir dados de custo por paciente/dia, de todas as categorias.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/04/2024 a 30/04/2024 e foi evidenciado que houve uma redução do número em comparação com o mês anterior (março/2024), mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/04/2024 a 30/04/2024, assim como a quantidade de pacientes eletivos, e foi evidenciada uma redução do número em comparação ao mês anterior, o que explica o menor consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise, alfaepoetina e conjunto de linha arterial e venosa para hemodiálise;
- Consumo de medicamento, materiais de expediente, materiais hospitalares e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (fevereiro/2024 e março/2024);
- Houve uma redução no consumo de fraldas devido a melhor qualidade do produto relacionada à última entrega pelo fornecedor.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Erick Henrique Martins Gomes	17/05/2024	10:30	11:30

AUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Revisão dos Indicadores (inclusão e base legal de métrica).
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Documentos Antomari (POP's e Fluxos).
4. Gerenciador de Ações (reuniões PGRSS).
5. TV no refeitório (material educativo PGRSS).
6. PGRSS da empresa Biomega.
7. Abrigo de resíduos recicláveis (proposta Fractal).
8. Apresentação do mapeamento das lixeiras.
9. Cronograma de treinamentos (NEP).
10. Descarte de pilhas e baterias (Juliana Marquês).
11. Cronograma de reuniões unificadas.
12. Revisão de inclusão / exclusão de membros

PARTICIPANTES

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Daniele de Mello Martorano, Erick Henrique Martins Gomes, Jefferson Bezerra Nascimento, Juliana Borges, Juliana Marques Cavallari, Kamila Tamara de Oliveira Sales, Lucas Teixeira Vieira, Maristela de Aguiar Oliveira Cimino, Tamiris Michele Demichili, Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo, Maria Cristina Souza Santos.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 17 de abril de dois e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão para a realização da reunião ordinária e apresentação de indicadores, como segue abaixo:

Tópico 1. Estratificação dos indicadores por setores, ex: BEIJA FLOR (Infectante), BEIJA FLOR (Comum), BEIJA FLOR Químico), BEIJA FLOR (Reciclável), revisão da métrica de resíduo infectante paciente dia.

Tópico 2. Elaborado no forms perguntas com base na segregação, transporte e identificação de resíduos, cada membro está divido por setor para aplicação do checklist **(https://forms.office.com/r/EGgbZSFrr1).**

Tópico 3. A Antomari (empresa terceira de Higienização) envio todos os POP's e Fluxos pertinentes ao PGRSS (setor de qualidade irá disponibilizar os documentos na pasta de rede do PGRSS):

https://drive.google.com/drive/folders/1FZXTdAGADNugAmLykwlnBdoWUPIHEKZf?usp=sharing
https://drive.google.com/drive/folders/190DfXT7j6KyoMTk7PgO-AFU-WMDJZK2v?usp=sharing
https://drive.google.com/drive/folders/16J3xYA4BPuXWAEH6vTnCM2mRGILTyksm?usp=sharing
https://drive.google.com/drive/folders/1gFlvcgH-YLCWqiVZeYqrbo0mTIRJUQRy?usp=sharing

Tópico 4. Foi criado um link no drive e compartilhado por e-mail com os membros da comissão, visando centralizar e gerenciar as ações geradas nas reuniões (ação, prazo e responsável). Gerenciador de Ações_PGRSS.xlsx

Tópico 5. Em abril de 2024 foi reinstalada a TV no refeitório, com o intuito de transmissão de ações educativas sobre o PGRSS.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 36	Bárbara Silvério Jakeline Barbosa	03/05/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 36;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Maio.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Jakeline Barbosa (Administrativo Multi)/ Larissa Alves (Psicóloga)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Jamilie Renata (Supervisora de Nutrição)/ Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Karina Gonçalves (Auxiliar Jurídico)/ Wilma Correa (Analista de DP)/ Paulo Takeshi (Terapeuta Ocupacional RT)/ Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema; Amigo PET; Projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores; Prontuário Afetivo e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Dia da Mulher e ação de páscoa.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião lendo as ações de Maio /2024:

DATA	AÇÃO
	Missa (Geral); 11 e 12/05 – Dia das Mães (Colaboradores); 10/05 – Dia do Cozinheiro (Colaborador – terceiro); 13 a 17/05 – Semana da Enfermagem (Colaboradores); 15/05 – Dia do(a) Assistente Social (Colaborador).

Missa: Será realizada no dia 09 de maio de 2024, as 09h30 convidamos a todos os colaboradores, familiares e pacientes.

Dia das mães: Em acordo com a Nutrito, solicitamos a compra de bombons a serem entregues nesta data comemorativa junto a um cartão em agradecimento a todas as mães colaboradoras da instituição. A lembrança será entregue no horário do almoço e janta entre os dias 11 e 12 de maio.

Dia do Cozinheiro: No dia 10 de maio será entregue aos profissionais da Nutrito um cartão de agradecimento aos serviços prestados ao hospital.

Semana da Enfermagem: Neste ano o evento terá como tema "Protagonistas na Arte do Cuidar, estrelando você!". Entre os dias 13 e 17 de maio, o HMG será um palco de eventos homenageando os profissionais de enfermagem, premiando colaboradores que foram indicados a partir da avaliação de desempenho interna da unidade. Será feita uma votação restrita para definir os ganhadores de acordo com o plantão no qual trabalham. Os mestres de cerimônias serão a gerente de enfermagem Carmen e Paulo Rodrigo. Iremos também durante os dias distribuir nécessaires a todos os

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicinas Integrativas	Pamela Viana Domingues	17/05/2023	14h00	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas .
- Apresentação sobre DCNT , alimentos ultraprocessados .
- Apresentação referente ao trabalho com Ozonioterapia nos pacientes portadores de lesões ;
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital,

PARTICIPANTES

Edson Kazuna Ono(Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão, Pamela Viana Domingues - (Estomaterapeuta), Paula Hiratsuka (Terapeuta) , Juliana Silva (Fisioterapeuta RT) Vanda Dias Vieira (Ouvidora), Kamila Salles (Sup de Qualidade), Robert Silva (Coordenador de Contratos Juliana Borges (coord Fractal) Maria Cleia Fernandes (enfermeira), Barbara Crsitina Silverio (Analista de Qualidade), Maria Crsitina Souza (Enfermeira), Adailde S.S(enfermeira), Thamara Derencio (Sup Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Em 17 de maio de 2024, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr Edson inicia reunião falando sobre as politicas publicas referente a medicinas integrativas e o cenário atual de aplicação das PICS no Brasil, qual seu impacto na saúde em um contexto geral, Dr demostra sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, sendo elas a aplicação de Ozonioterapia no tratamento das feridas dos pacientes internados, Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com tratamento de Doenças crônicas não transmissíveis, enfatiza assuntos relacionados a estilo e qualidade de vida relacionado a alimentação demostrando os alimentos ultraprocessados, o impacto que esses alimentos causam na saúde e suas consequências, finaliza sua apresentação. Paula inicia sua apresentação relata também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes , discorre sobre seus atendimentos realizados no hospital municipal do Guarapiranga e realiza amostragem dos resultados de seus atendimentos, associados a seus indicadores, enfatiza também o atendimento aos pacientes com a realização de cromoterapia , iniciada pela mesma na instituição, a mesma relata que ira descrever outros projetos que deseja implantação para apresentar a comissão e juntos discutirem as possibilidades de implantação, Encerramos a reunião as 15hs.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 33	Carolina Santos	23/05/2024	10:00	11:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 33;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- Discussão de NC'S

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André Panont ;Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem); Aliny Borges (Farmácia) e Gabriela Figueira (Faturamento)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- Sinalização da prescrição para medicamentos MAV;
- Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos, Dr. André fará a orientação aos médicos sobre o lançamento no sistema.
- Ações que foram executadas no último mês: Revisão do Termo de sigilo.
- Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: 2 NC'S discutidas.
- Iniciada a reunião falando sobre as não conformidades encontradas nos prontuários, novamente é abordado o assunto da falta de documentos pessoais dos pacientes e comprovante de residência, Carol informa que em contato com responsável pela recepção, foi elaborado um plano de ação para prontuários sem documentos. Pacientes que não possuem documentos será acionado a IIRGD para realização de documentos.
- Falamos sobre as prescrições físicas que é apenas necessária para farmácia, Mariana informa que as prescrições podem ser conferidas pelo tablet a fim de eliminar o físico e ter facilidade na atualização da prescrição para farmácia, para essa finalidade é necessário tablet em todos os setores, está sendo alinhado para começar pelo setor uti Beija-Flor como teste .
- É informado pelo Dr. André Panont que HMG 2 não possui tablet.
- Relembramos as ações que ficaram pendentes da última reunião. Juliana (fisioterapia) da andamento, comentando sobre as NC'S disponibilizadas.
- Foi abordado assunto sobre medico alterar a prescrição e não comunicar a enfermagem, Dr. André Gasparoto usa de exemplo hospital que já trabalhou, informa que quando médico alterava prescrição o sistema lançava alerta automático e como exemplo usado, fica pendendo sugestão para o setor de t.i .
- Carol informa que foi visitar empresa responsável pela guarda de arquivos e que criou um p.o referente a guarda, está aguardando liberação da qualidade.
- Carol informa que juntamente ao Thiago (comunicação) elaboraram um vídeo para mostrar a toda equipe como realizar assinatura digital pois os números de assinaturas não diminuem, apenas esta aguardando a edição do vídeo para ser lançado para todos.
- Foi abordado assunto referente a evolução dos médicos estagiários que não possuem assinatura digital, será abordado assunto com Glaydson (T.I) referente as evoluções nos sistema.
- 1. Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes: Aguardando a Enfermeira Mariana enviar o Protocolo.
- 2. Sinalização de cores na Prescrição MAV: Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
- 3. Procedimentos Registrados no SMPEP: Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, pendente somente o treinamento e orientações de lançamento.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Núcleo de violência	Viviane do Prado Lemos	24/05/2024	10:00hs	11:00hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1° Introdução

2° Preenchimento guia SINAN

3° Tipos violência

4° Finalidade da abertura de SINAN

PARTICIPANTES

Maria Jaquedane Patrícia – Assistente Social
Viviane do Prado – Assistente Social
Rosana Campos – Psicóloga
Larissa Menezes - Psicóloga
Vera Lúcia dos Santos - Enfermeira SCIH
Paulo Takeshi - Terapeuta Ocupacional

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Desenvolvimento de prevenção á violência, conscientização e acolhimento.

Realizada a reflexão sobre a importância das notificações de casos de violência, conforme ressaltou a Vera (enfermeira SCIH), notificação visa à interrupção de atitudes e comportamentos violentos, revendo a violência, a notificação é uma ação considerada de caráter obrigatório aos profissionais de saúde, contribuir para democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação.

A notificação é feita por meio da ficha de investigação epidemiológica para casos suspeitos e confirmados de violência, sendo um instrumento da saúde, para fins de cuidado, monitoramento, diagnóstico epidemiológico e subsídio para formulação e implementação de políticas públicas para o enfrentamento da violência.

A notificação dos casos ou mesmo de suspeita são suprema importância para notificação e sinalização para acompanhamento, sendo elas violências contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos é funcionários, e o registro deve ser feito por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Foi levando pela equipe a possibilidade de um grupo de apoio em todos os plantões para realização de acolhimento com os funcionários quando os mesmos sofrerem algum tipo de violência, melhores diretrizes e acolhimentos, formas de tirarem de cena quem sofreu a violência.

Ficou acordado em grupo o desenvolvimento de novo construir novo protocolo de Núcleo de Violência.

10.6. Atas das Comissões realizadas em Junho

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Núcleo de Violência – Encontro 03	Talita Correa	24/06/24	10h00	11h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Alinhamento dos propósitos da Comissão;
2. Apresentação e Revisão do POP do núcleo de violência;
3. Planejamento do fluxo de acolhimento em caso de identificação de violência.

PARTICIPANTES

Maria Jaquedane Patrício - Assistente Social (Presidente); Talita Silva Correa-Psicóloga Assistencial (1º secretário); Juliana Marques Cavallari-Enferm. Do Trabalho (membro); Larissa Menezes- Psicóloga Assistencial (membro); Giovanna Bagarati - Psicóloga Assistencial (convidado) e Paulo Tekashi-Terapeuta Ocupacional (convidado).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A presidente realizou uma fala introdutória sobre Núcleo de Prevenção de Violência e seus objetivos dentro da instituição, apresentando a criação do protocolo, sendo aberto espaço para discutirmos e revisarmos juntos enquanto comissão. Dentro dos tópicos do protocolo pensamos junto em como orientar e acolher os colaboradores da instituição em caso de necessitar abrir um SINAM para notificar alguma violência, seja ela trazida pelo (a) paciente ou quando o colaborador sentir-se que sofreu algum tipo de violência, seja pelo paciente e/ou acompanhante. No caso, aonde o colaborar sentir que sofreu alguma violência, seja ela qual for, à equipe de comissão acolherá este profissional e posteriormente será discutido e avaliado com os demais membros da comissão, para pensarmos em ações e orientações pertinentes a caso a caso.

Abordamos sobre o caso da paciente P.L.S, buscando sensibilização e ampliação das discussões em caso de violência, utilizando olhares e discurso da equipe. Elucidamos a possibilidade sobre os colaboradores terem acesso à ficha SINAN, e pensarmos em um fluxo para o acolhimento/direcionamento/preenchimento da ficha SINAN. Após o consenso de todos e a validação do protocolo, ficou pendente a validação e aprovação da Vera Lúcia, enfermeira do SCIH, equipe do Jurídico e RH.

Neste momento, considerando a responsabilidade dos participantes da comissão e a importância de replicar as discussões e os conhecimentos em relação às ações do NVP, combinamos que nos próximos encontros iremos pensar sobre promover e disseminar as informações e criação de treinamentos assertivos.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos – Encontro 04	Giovanna Baragatti	20/06/24	10h15	12h15

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Dificuldade para abordagem de Diretivas Antecipadas de Vontade;
2. Discussões de caso (S.M.C; L.S.B.; P.L.S.);
3. Discussão sobre a criação de um fluxograma para a comunicação com o paciente.

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico /Vice-Presidente); Larissa Menezes (Psicóloga /Presidente); Giovanna Cardozo Baragatti (Psicóloga/1° Secretaria); Dr. Jader Mychel Busoletto dos Santos (Médico/Membro); Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional e RT / Membro); Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT /Membro); Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH/Membro); Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira Assistencial/Membro); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/Membro); Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta/Membro); Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga/Membro); Patrícia Sodré (Nutricionista/Membro); Samara Beatris Oliveira Rodrigues (Fisioterapeuta/Membro); Milena de Souza Pereira (Fisioterapeuta/Membro); Talita Silva Correa (Psicóloga/Convidada); Maria Jaquedane Patrício (Assistente social RT/Convidada).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Os membros se reúnem para discutir sobre os impasses percebidos até então na abordagem de DAV dos pacientes, uma vez que a psicologia ficou responsável por puxar as discussões e a mobilização da equipe quando necessário, porém na prática percebe-se certa insegurança da equipe médica para abordar a questão diretamente com os pacientes. Ressalta-se a diferenciação entre a perspectiva da psicologia e da equipe médica durante a elucidação das diretivas antecipadas de vida, uma vez que, respectivamente, para uma importa qual é o desejo de morte do paciente, como o mesmo imagina ou fantasia a respeito, enquanto para a outra interessa qual é a evolução do quadro clínico específico do paciente e o que o mesmo pode precisar de dispositivos invasivos.

Neste sentido, o médico André Gasparoto reforça estar a disposição caso haja algum impasse com a equipe médica para abordar ou reabordar o paciente acerca das diretivas antecipadas de vida. Ressalta-se como o ideal seria termos um médico paliativista, porém não trabalhamos com uma equipe exclusiva para os cuidados paliativos, tendo como referência para discussão de cada caso o médico plantonista responsável. Salienta-se, ainda, que a investigação de diagnóstico é premissa em cuidados paliativos, uma vez que só podemos fechar um caso em CP por critérios clínicos.

A partir de então se discute sobre diferentes casos, a começar pelo do sr. S.M.C. (7931), que clinicamente não possui indicação para IOT e RCP. Pensa-se sobre a importância da comunicação diretiva, uma vez que o paciente é orientado e situado. A equipe reflete sobre a necessidade de a equipe multiprofissional assistencial ter uma conversa pré-conferência familiar para alinhamento acerca da comunicação. Paciente L.B. (9090), não está em cuidados paliativos, pensa-se na importância de discussão sobre o conforto alimentar do paciente. Paciente P.S. (9078), por ter uma doença renal crônica, é indicada paliação a longo prazo, considerando inclusive a possibilidade de falha de acesso. Equipe reflete sobre o uso que tem sido realizado de contenção química e física, pensando-se a importância de sensibilização da equipe sobre o caso.

É expresso a urgência de rediscutirmos as pacientes que foram paliadas no setor Arara, pensando em divisões de profissionais para revisitarem os prontuários e analisarem cada caso. Assim, pensa-se na possibilidade de dividir o número total de pacientes em cuidados paliativos na instituição para que cada membro da comissão possa analisar os prontuários e se responsabilizar de reabordar as DAV em equipe multiprofissional quando necessário.

Discute-se sobre a avaliação que a psicologia tem feito dos pacientes em cuidados paliativos de leitos de retaguarda, analisando pensamento crítico e compreensão dos pacientes acerca do quadro clínico e o interesse dos mesmos em saber mais a respeito. Os membros refletem sobre os impasses na comunicação com os pacientes, buscando ferramentas para

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	12/06/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01-Indicadores Qualitativos.

02- Ações Realizadas.

03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.

04- Estágios por curso.

05- Quantidade de turmas.

06-Apresentação dos Gráficos De estágio.

07-Apresentação de fotos das ações e fotos dos alunos de estagio

08-Cursos pactuados PLAMEP (plano municipal de educação permanente)

PARTICIPANTES

Carolina Aparecida Silva Santos – enfermeira auditora.Monique Evelyn Aparecida de Souza – Administrativo-01° Secretário - Tamiris Michele Demichili – Enfermeira SCIH. Maria Cristina Souza Santos –Enfermeira Segurança do paciente – Dr Lucas Teixeira vieira – Médico infectologista – Divina Ismenia Rodrigues – analista de RH – Fabiane Evol Cavalcante de Souza –Enfermeira segurança do paciente – Jamile Renata Oliveira dos Reis – Supervisora de nutrição.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 12 de junho de 2024, a partir das 15 horas, iniciou-se a reunião da comissão permanente do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade da Enfermeira Carolina Aparecida silva santos, na ausência do Enfermeiro do núcleo de educação permanente, por motivo de não ter o enfermeiro do núcleo de educação permanente temporariamente, no setor. Abriu-se a reunião por intermédio da utilização de meios digitais, slides, com a apresentação dos resultados mensais. Em seguida, a Enf. Carolina, apresenta os indicadores de maio em comparação com o mês de abril, citando a importância da participação da gestão e lideranças, no processo de Educação Permanente e desenvolvimento dos colaboradores, cita que a melhoria dos resultados se deu pela mudança de cultura da instituição e da participação das áreas, em treinamentos focais, com resultados positivos. Apresenta as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, em conjunto com outros setores, como o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, entre outros. A Enf. Carolina, cita as instituições de ensino, que realizarão atividades de formação acadêmica em nosso serviço no mês de maio, sendo elas: Universidade Santo Amaro- UNISA; Senac – Largo 13; Escola Técnica PROZ; Escola Técnica Sequencial das unidades Grajaú e Capão Redondo; Universidade Anhembi Morumbi e Universidade Paulista -UNIP, Escola Grau técnico. Os cursos foram: Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem; Graduação de Enfermagem; Graduação de Nutrição e Internato de Medicina. Enf. Carolina, cita que 242 alunos, realizaram atividades acadêmicas em nosso serviço de

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos	Anderson Tomas de Oliveira	04/06/2024	14:00hs	15:40hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Maio de 2024.
PARTICIPANTES
Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Melo (Coord. Enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Daniela Scavone (Superv. Farmácia)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Principais temas discutidos:

- Revisão dos Casos
- Discussão sobre Higiene Oral e PAV
- Intervenção da Odontologia
- Fixação das Traqueostomias
- Revisão de Prescrição e Administração de Medicamentos
- Conclusão dos Casos
- Plano de Ação e Treinamentos Integrados

1. Revisão dos Casos

Dr. João Paulo iniciou a reunião questionando se todos os participantes conseguiram revisar os casos em pauta. Anderson Tomas confirmou que revisou o caso da paciente Z.R.O.M (09121) e Daniela (Coordenadora de Enfermagem) confirmou a revisão do caso da paciente M.C (08971).

2. Discussão sobre Higiene Oral e PAV

Dr. João Paulo mencionou o início do protocolo de Londres para a paciente M.C, destacando a necessidade de discutir algumas questões na análise do óbito. Anderson Tomas ressaltou a importância da higiene oral adequada para prevenir Pneumonia Associada à Ventilação (PAVE), afirmando que a equipe de Odontologia tem feito um bom trabalho, mas que é necessário garantir cuidados apropriados para os pacientes

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Thais Amâncio dos Santos Moreira	12/06/2024	10:00h	11:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de indicadores
- Apresentação fechamento Rota Sepse
- Time das mãos

PARTICIPANTES

Marina Amâncio (Farmacêutica), Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista), Thais Amâncio (Administrativo), Fabiane Erval C. de Souza (Enfermeira), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira), Thamires Diniz Santos (Supervisora), Raquel F. Macena Mauro (Coordenadora Enfermagem), Nicole Sacani Mariano (Médica), Sylvana Heodoso (Supervisora Enfermagem), Emilio Neto (Médico), Cintia L. de Moraes (Médica), Erick Marcelo Rio Branco (Enfermeiro), Tais Assis Magalhães (Enfermeira), Adailde Silva (Enfermeira), Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta), Shirley F. Schuncr (Enfermeira), Mario Antônio Marcio Pinheiro (Enfermeiro), Fabio B. D. Silva (Enfermeiro), Vitor H. Mendes (Médico), Jader Mychel Santos (Médico).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores, onde os resultados mostraram um total de sete infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo duas infecções de corrente sanguínea na enfermaria Colibri e 5 na UTI Beija Flor, além de uma pneumonia relacionada a ventilação mecânica também da UTI Beija Flor. Além da apresentação dos indicadores de infecção, também foram apresentados os dados de consumo de álcool e sabonete do hospital como um todo e observado a quedo do consumo mesmo após ação recente em maio sobre o dia mundial de higienização das mãos. Neste slide, prosseguimos com a sensibilização dos presentes em relação ao consumo de sabonete líquido e solução alcoólica e divulgamos a implantação do time de higienização das mãos que acontecerá no mês de julho. Após a apresentação dos indicadores gerais, apresentamos os dados qualitativos relacionados ao protocolo gerenciado da rota sepse que obteve um crescente aumento relacionado a adesão do protocolo porém identificamos muita dificuldade na captação dos dados adequados para análise e conclusão dos casos.

Abrimos em tela o checklist da rota sepse desenvolvido pelo Dr. Lucas explicamos que o mesmo foi direcionado os responsáveis para tratativa.

Enceramos a reunião convidando todos os médicos presentes a participarem do time de higienização e sensibilizando os gestores assistências sobre o aumento da densidade de incidência relacionado a PAV e IPCS.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	13/06/2024	12h00	13h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em MAIO /24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias .
- Treinamento SNE e GTT

PARTICIPANTES

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Vera Lucia Macedo (Enf SCIH), Lucas Teixeira Vieira (Medico Infectologista), Maria Cristina (Enf Seg Paciente), Carolina A Santos (Enf Auditora) Fabio Bueno Damasio (Sup enf), Fabiane C de Sousa (Enfermeira), Raquel F Macena (Coord de Enfermagem), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Adailde Silva Santos (enfermeira), Tamires Demichili (Enf Scih), Paulo Rodrigo Barbosa (Analista Qualidade), Shirley F Schunk (Enfermeira).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Às 12h00 do dia 13 de junho de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de maio, foi apresentado pela estomaterapeuta Pamela ao grupo os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões , sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento do mês, a mesma enfatiza a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, e pede apoio da supervisão de enfermagem neste fluxo sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos, posteriormente Pamela apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos e reforça que continuamos apresentando problemas com mau uso dos e pede auxilio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos, posteriormente é apresentado as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo , manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos , implantação do Safety skin e cronograma de avaliações e reavaliações e termômetro de lesões, foi demonstrado através das fotos a implantação de dos banhos de leito , Pamela fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo Gacap referente ao Tratamento de lesões, foi apresentando quadro de fotos de lesões recuperadas intra- hospitalar, foi também reforçado por Pamela que sera realizado no mês treinamento para fixação de dispositivos de alimentação. finalizamos a reunião posteriormente .

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	19/06/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores; Cerimônia de posse no COREN dos novos eleitos da Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

A atual formação da Comissão de Ética de Enfermagem segue aguardando o retorno do COREN sobre a cerimônia de posse dos novos eleitos, para dar segmento às suas demandas.

Não houveram denúncias recebidas e nem ações realizadas pela Comissão no último mês.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional	Abril/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Maio/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Junho /2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____

2. _____

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Fábio de Azevedo	11/06/2024	11h30	12h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Ética no Uso de Novas Tecnologias e Telemedicina;
- Discussão sobre Prontuários Eletrônicos e Privacidade do Paciente.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga, Dr. Fábio de Azevedo e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientações Visita Multiprofissional – Cuidados Pailiativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião teve início às 11h30 com a presença de todos os membros da Comissão de Ética Médica. Dr. Marcelo Araújo deu as boas-vindas e agradeceu a presença de todos.

PAUTA

DISCUSSÃO SOBRE PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS E PRIVACIDADE DO PACIENTE

- **Confidencialidade dos Dados:** Dr. Christopher Guerra destacou a importância de manter a confidencialidade das informações dos pacientes no prontuário eletrônico, enfatizando a necessidade de todos os profissionais de saúde seguirem estritamente as diretrizes de privacidade.
- **Medidas de Segurança:** Dr. Thomaz Braga comenta sobre a existência de um termo de confidelidade de prontuário existente no hospital e a importância deste documento como medida de segurança ao paciente.

ÉTICA NO USO DE NOVAS TECNOLOGIAS E TELEMEDICINA

- **Implicações Éticas:** Dr. João Paulo discutiu as implicações éticas do uso crescente de telemedicina, ressaltando a importância de manter a mesma qualidade de atendimento que no atendimento presencial.
- **Adequação das Políticas:** Dr. Marcelo Araújo sugeriu uma pesquisa e leitura das atuais políticas e diretrizes sobre o uso de tecnologias digitais, para garantir que estejam alinhadas com as melhores

TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	REDATOR: Marina Amâncio	DATA: 12/06/2024	INÍCIO: 11:00h	TÉRMINO: 12:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (Curva A);
- Hemodiálise x Consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- Consumo anticoagulante;
- Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda;
- Consumo aventais x média de pacientes em isolamento;
- Queixas técnicas recebidas;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Vera (Enf. Vigilância epidemiológica), Tamiris (Enf. Vigilância epidemiológica), Dr. Lucas (Infectologista), Yuri (Compras), Jamile (Super. Nutrição), Anderson (Coord. Equipe Multiprofissional), Fabiane (Enf. NSP), Maria Cristina (Enf. NSP).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Discutir a respeito da padronização de shampoo e sabonete para uso individual, em substituição ao Kit Higiene;
- Realizar a solicitação da troca/ devolução do filtro de linha que temos em estoque que é incompatível com a máquina utilizada na Unidade;
- Acompanhar consumo do sabonete glicerinado para banho no leito, conforme uso das novas máquinas de banho.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/05/2024 a 31/05/2024 e foi evidenciado que houve um aumento do número em comparação com o mês anterior (abril/2024), mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/05/2024 a 31/05/2024 , assim como a quantidade de pacientes eletivos, e foi evidenciado um aumento do número em comparação ao mês anterior, o que explica o aumento de consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise, alfaepoetina, heparina e conjunto de linha arterial e venosa para hemodiálise;
- Consumo de medicamento, materiais de expediente, e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (março e abril/2024);
- Houve um aumento no consumo de sabonete líquido devido a recente instalação das máquinas de banho;
- Houve uma redução no consumo de ceftriaxona, relacionado ao último mês;

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Erick Henrique Martins Gomes	12/06/2024	09:00	10:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores.
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Descarte de pilhas e baterias (Almoxarifado).
4. Auditoria SEDE Morumbi (06-05-2024).
5. Projeto Hospital Saudável.

PARTICIPANTES

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Erick Henrique Martins Gomes, Jefferson Bezerra Nascimento, Juliana Borges, Juliana Marques Cavallari, Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo, Raquel F. De Macena Mauro, Paulo Rodrigo, Thamires D. Santos, Tamiris Demichili, Dário P. Dos Santos Filho.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia doze de junho de dois e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. Sr. Bruno Nascimento apresentou a estratificação dos indicadores por setores, ex: BEIJA FLOR (Infectante), BEIJA FLOR (Comum), BEIJA FLOR Químico), BEIJA FLOR (Reciclável), discreta queda no volume total de resíduos gerados no HMG, indicativo de menos desperdício. Total de Resíduos Infectantes gerados na unidade teve uma redução nos meses de março, abril e maio (reformas em alguns setores, troca de piso, setor fechado). Total de Resíduos comum gerados na unidade apresenta pouca oscilação. Os Resíduos infectantes apresentaram queda em relação a meta estipulada de 12.500 kg, se mantendo abaixo de 11.200 kg, os resíduos comuns também apresentaram queda ficando abaixo de 16.189 kg (meta 16.500 kg), os resíduos recicláveis também ficaram abaixo dos 1.300 kg (meta 1.600 kg). Na sequência foi apresentada a estratificação da geração de resíduos por setor, sendo que o maior gerador de resíduo infectante é a UTI Beija Flor por conta do perfil dos pacientes. Aumento discreto na geração de resíduos recicláveis e comum. Resíduo infectante mantendo padrão de geração (UTI Beija Flor), Resíduo reciclável está aumentando a geração. Resíduo infectante e comum mantendo padrão de geração (Colibri), A redução no volume total gerado pode ser explicada porque esta Unidade esteve em reforma no mês de maio (Bem-Te-Vi), Redução no volume gerado pode ser explicada porque esta Unidade esteve em reforma no mês de maio (Sabiá), A Geração total de resíduos se mantem estável (Canário), a Geração total de resíduos Comum e Infectantes se manteve estável. Porém, é possível notar uma ascendência na geração dos reciclados, no mês de maio (Arara), a Geração total de resíduos Comum e Infectantes se manteve estável. Porém, é possível notar uma ascendência na geração dos reciclados, no mês de maio (João de Barro). A Meta é aumentar os resíduos recicláveis. O perfil de resíduos gerados pelos setores apresenta coerência em relação as quantidades. Realização de mapeamento de lixeiras por setores de acordo com a realidade.

Tópico 2. Elaborado no forms perguntas com base na segregação, transporte e identificação de resíduos, cada membro está divido por setor para aplicação do checklist (https://forms.office.com/r/EGgbZSFrr1), inspeções estão sendo realizadas, porém ainda falta alguns membros aplicarem o checklist.

Tópico 3. Sr. Bruno Nascimento informa que o descarte de pilha não foi aceito no eco ponto, precisa ser verificado o fluxo de retirada dos resíduos (pilhas e baterias).

Tópico 4. Sr. Bruno Nascimento informa que a Auditoria SEDE Morumbi – 06/05/2024 **Item 13** (Existe Planejamento de

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 37	Juliana Marques, Thiago Mancuzo	12/06/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 36;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em junho.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Larissa Alves (Psicóloga)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Wilma Correa (Analista de DP) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Kenia Mendes (Supervisora Administrativa) Fabiane Evol (Enfermeira NSP) / Maria Jaquedane (Assist. Social RT) / Simone Araújo (Dir. geral)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência - painel; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema; Amigo PET; Projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores; Prontuário Afetivo e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Missa, Dia das Mães, Dia do Cozinheiro, Semana da Enfermagem e Dia do Assistente Social.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião lendo as ações de junho /2024:

DATA	AÇÃO
06/06 – Aniversário de 4 anos do HMG; 09/06 – Dia do Cipeiro; 10/06 – Dia do Profissional porteiro e Dia do faturista; 20/06 – Dia do Vigilante; 24/06 – Dia da mulher na engenharia; 26/06 – Café Acolhedor.	

Aniversário de 4 anos do HMG: Celebração realizada dia 06/06 com discurso dos diretores, diversos colaboradores do INTS e terceirizados, cantamos parabéns e ofertamos comes e bebes: bolo, doces, salgados, suco e refrigerante aos presentes. Como parte da integração e projeto do PET institucional, recebemos a visita do cão Kennedy para interagir com os colaboradores. Nos dias seguintes foi distribuído um brinde de recordação desta data.

Dia do Cipeiro: Foi distribuído um bombom com uma mensagem de reconhecimento ao trabalho prestado à instituição.

Dia profissional porteiro, vigilante e faturista: Foi enviado um card digital com uma mensagem de agradecimento pelos serviços prestados aos colaboradores que exercem as respectivas funções.

Dia da Mulher na Engenharia: Foi entregue um card digital para celebrar a data junto às colaboradoras que ocupam esta posição no HMG.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicinas Integrativas	Pamela Viana Domingues	13/06/2024	14h00	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas.
- Apresentação sobre Demência e sua relação com os alimentos.
- Apresentação referente ao trabalho com Ozonioterapia nos pacientes portadores de lesões.

PARTICIPANTES

Edson Kazuna Ono (Médico de Medicinas Integrativas e Presidente de Comissão), Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Juliana Marques (Enf. Trabalho) Vanda Dias Vieira (Ouvidoria), Nicole Caetano Teófilo (Aux. Adm), Eliana Cristina Silva (Enfermeira), Shirley Schunk (Enfermeira), Fabiane Evol (Enf. Qualidade), Roberto Avelino (Analista Adm.)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Em 13 de junho de 2024, reuniu- se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas Integrativas, Dr. Edson inicia a reunião falando sobre as políticas públicas referente a medicinas integrativas e o cenário atual de aplicação das PICS no Brasil, qual seu impacto na saúde em um contexto geral, Dr. demonstra sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, sendo elas a aplicação de Ozonioterapia no tratamento das feridas dos pacientes internados, Dr. Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das Medicinas Integrativas com Demências, enfatiza assuntos relacionados a estilo e qualidade de vida relacionado a alimentação demonstrando os alimentos, o impacto que esses alimentos causam na saúde e suas consequências, finaliza sua apresentação. Encerramos a reunião as 15hs.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 34	Carolina Santos	27/06/2024	10:00	11:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 34;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- Discussão de NC'S

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem); e Gabriela Figueira (Faturamento)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- Sinalização da prescrição para medicamentos MAV;

Ações que foram executadas no último mês:

- Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos, Dr. André realizou a orientação aos médicos sobre o lançamento no sistema.
- Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: 2 NC'S discutidas.

Foi iniciada reunião informando que o pop de documentos relacionados a check-list de alta do paciente já esta com a qualidade para validação

Carol informa que procedimentos/dispositivos já foi dada orientação pelo Dr. André Panont com os médicos.

Carol informa que ainda há bastantes assinaturas pendentes e informa sobre as duas solicitações de prontuários que foram solicitadas na ultima semana para envio judicial, informa que tinha muitas assinaturas pendentes e foi realizada uma força tarefa para conseguir enviar prontuário sem pendencias de assinaturas, é informado que já ira enviar os vídeos nos grupos referente a orientação de como realizar as assinaturas e que junto com as funcionarias do faturamento será realizada orientação pelos setores.

Juliana (fisioterapia) aborda assunto referente a assinatura pendente de funcionários que entraram sem certificado digital, informa que não consegue realizar assinatura para esses funcionários, Carol informa que irá alinhar com Simone e Dr Victor sobre as impressões dessas evoluções para assinatura manual.

Mari informa que técnicos de enfermagem tem dificuldade ao realizar assinatura via código, ficou pendente verificar com setor da T.I pois pode ter ocorrido problema na certificadora.

Dr. Andre Gasparoto informa que nos prontuários auditados por ele ainda encontra a falta de documentos do paciente.

Ficou pendente verificar com Glaydson (T.I) sobre a devolutiva da eliminação de prontuário físico e verificar abas

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Proteção Radiológica	Bárbara Cristina Silvério	11/06/2024	10h30	11h00

Fábio questiona qual setor está apresentando essas incidências, e Daniel esclarece que, segundo os indicadores, isso ocorre na Unidade de Terapia Intensiva - Beija Flor. Fábio e Juliana sugerem verificar os indicadores de Enfermagem para quantificar o número de pacientes com perda de SNE, a fim de confrontar os dados de falhas nos exames de imagem.

Bárbara se compromete a procurar o indicador solicitado e enviar os dados ao grupo da Comissão.

Lendo as ações pendentes da última reunião, Daniel confirma que as certificações e os laudos já foram entregues à unidade e que todos os EPIs e equipamentos portáteis estão em condições corretas. Bárbara concluí que os documentos tem que ser encaminhados para a qualidade para posteriormente ser anexado na pasta da rede para visualização de todos e futuras auditorias.

A reunião é encerrada com a concordância de um novo encontro, agendado para o dia 10 de setembro de 2024.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento de Atualização de praticas e processos na Radiologia	Julho/24	Rt de Radiologia	Em planejamento

Redator: Bárbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade)

Assinaturas:

1. Alessa Bezerra Nascimento
2. Pedro Bruno Damasio da Silva
3. Daniel de Sá Filho
4. Bárbara Cristina Silvério Marciano
5. Juliana Silva Santos

10.7. Atas das Comissões realizadas em Julho

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Terapia Nutricional	Jamile Renata Oliveira dos Reis	15/07/2024	14:30hs	15:30hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação dos indicadores Abril/maio/junho.
- Apresentação do projeto Aniversariantes do mês dos pacientes.
- Discussão dos protocolos de peso e Volume prescrito x Volume Infundido.

PARTICIPANTES

Cleide Assis Lima (Nutricionista), Ana Carolina da Silva Souza (Nutricionista), Juliana Garcia (Nutricionista), Fabiane Evol (Enfermeira de segurança do paciente), Sylvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem) Daniela Scavone (Coordenadora de farmácia).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Implantação das Placas de Aporte Nutricional.
- **Pendências para a próxima reunião:** Apresentação dos protocolos de Volume prescrito x Volume infundido e Protocolo de Diarreia; Criação do Plano de Ação para desperdícios de alimentos; Fluxo para calibração das balanças.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Reunião realizada na sala da nutrição:

Jamile iniciou a reunião apresentando a nova integrante da comissão, a enfermeira do núcleo de segurança do paciente Fabiane; A mesma ficou grata em fazer parte da comissão e tem muito a agregar.

Enfermeira Sylvana informou que está montando o protocolo de peso, e colocará a rotina da nutricionista clínica de antropometria, que foi passada para a mesma nessa reunião.

Daniela levantou a questão sobre a calibração das balanças portáteis, e Jamile ficou de resolver junto com a engenharia clínica.

Foi apresentado os indicadores trimestrais da nutrição, onde continha as informações de atendimento nutricional, triagem, orientação de alta, quantidade de refeições servidas para pacientes, acompanhantes e funcionários e o percentual de IMC.

Foi discutido sobre a taxa de desnutrição hospitalar, e levantou-se a pauta sobre novos indicadores de desnutrição na admissão e durante a internação para justificar as taxas apresentadas.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de animais Sinatrópicos	Bruno Freitas	10/07/2024	14:30	15:30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Leitura da Ata anterior
2. Pendências

PARTICIPANTES

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Jefferson Bezerra Nascimento, Felipe Martins Guedes, Raul Tessi Nunes

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia dez de julho de dois e vinte e quatro na sala dos SESMT, reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. O senhor Bruno Freitas fez a leitura da Ata anterior.

Tópico 2. O manejo de animais sinatrópicos como serpentes estará com o SESMT e o setor de manutenção (provisoriamente).

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS

Redator: Bruno Freitas

Assinaturas:

1. Jefferson B. Nascimento
2.
3. Martins
4. Bruno Freitas
5.
6.
7.
8.
9.
10.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Perfurocortante	Bruno Freitas	10/07/2024	14:00	15h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores (acidentes com perfuro).
2. Apresentação dos indicadores de treinamentos sobre as boas práticas da NR 32.
3. Plano de Ação aplicado dos acidentes ocorridos no trimestre.

PARTICIPANTES

Jefferson Nascimento, Juliana Marques, Raul Tessi, Maria Jakeline Barbosa, Felipe Martins Guedes, Raul Tessi Nunes, Daniele de Mello Martorano, Raquel F. de Mascena Mauro.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Presidente da comissão o Sr.Bruno Freitas iniciou a reunião apresentando os indicadores de acidentes, as participações nos treinamentos de Saúde e Segurança do Trabalho, informou que para os acidentes há aplicação do plano de ação corretivo e que solicitou as lideranças que realizem um plano de ação preventivo com as equipes.

A coordenadora de enfermagem Raquel, demonstrou a importância da sinalização de dias sem acidente de trabalho como forma de incentivar a prevenção.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Acompanhamento Contratual	Flaviana Santos	10/07/2024	15h	15h40

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apontamentos SMS / Prestação de Contas – março e abril 2024 - CG 001/2020

PARTICIPANTES

Robert da Silva – Coord. Prestação de Contas
Simone Araújo – Diretora Geral
Flaviana Santos – Analista Administrativo Sênior
Paulo Rodrigo – Analista de Qualidade
Paulo Henrique Lopes – Coordenador Financeiro
Karina Gonçalves – Auxiliar Jurídico
Cibele Santos Barbosa – Assistente Administrativo

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Robert inicia reunião explicando os tópicos dos apontamentos recebidos ao nosso contrato de gestão do período de março e abril de 2024
2. Na reunião surge dúvidas do item 02 do período de março ***"Foi observado que a Despesa com "01.04.04 - Rescisão - FGTS" no valor de R$ 1.162,35 (14/03/2024) foi equivocadamente preenchida na Portaria 314/2021 como "Outras Despesas de Pessoal", mas na verdade deveria estar em "Rescisão Tributos" - dentro do Grupo "Rescisões"*** Onde deveremos verificar com a SMS se corrige a Portaria nº314/2021 apenas especificada no período apontado ou se corrigimos de janeiro até atual. Lembrando que nos meses anteriores a Portaria foi preenchida do mesmo jeito e não tivemos apontamentos sobre.
3. No item ***"Foi identificada uma Despesa com a entidade "Centro Rotario Educacional, Social, Cultural e Recreativo de Santo Amaro - CRESCER" no valor de R$ 1.794,00, em 25/03/2024. Solicitamos maiores esclarecimentos para adequação da rubrica utilizada, pois a atual "04.02.01 - Educação Continuada" se destina a outros tipos de despesas"*** apontamento feitos nos dois meses, Robert fez a solicitação da LEI onde fala sobre a contratação de jovens aprendizes ao coordenador de RH, assim que Dario enviar será anexado junto a resposta.
4. Em alguns itens está sendo questionados sobre unificar datas para planilha de importação de despesas como por exemplo *"Férias, Rescisões e GRRF"*. Robert explicou a Simone do por que importamos somente com uma única data na planilha e alinhou as respostas.
5. Mostramos ao Paulo Henrique o que cada coluna da planilha de importação de despesas com RH é obrigatória

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão Núcleo de Violência – Encontro 04	Maria Jaquedane	31/07/24	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Debate sobre dados relevantes a serem incluídos no protocolo;
2. Apresentação e Revisão do POP Violência;
3. Continuação de planejamento do fluxo de acolhimento em caso de identificação de violência conta funcionários e os desafios dado ao grupo de NPV.

PARTICIPANTES

Maria Jaquedane Patrício-Assistente Social (Presidente) Vera Lucia Macedo – enfermeira sccih (vice presidente) Rosana Campo – psicóloga (membro) Larissa menezes –psicóloga (membro). Paulo Takeshi – TO (membro). Maria Cristina de Souza – enfermeira NSP- membro. Fabiane Evol – enfermeira NSP. Membro.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Iniciamos a reunião apresentando o POP e fluxograma. Vera Lucia – vice-presidente, ela fez algumas ponderações referente as especificações, tipos de violência a ser incluído no fluxograma, com objetivo de proporcionar maior clareza as informações. Paulo e Jaquedane discorrem sobre o Fórum dos NPVs do território que ocorreu dia 30/07/2024, compartilharam com o grupo as informações cabíveis a comissão de violência e seus aspectos. Informaram sobre o projeto de informatização de dados de notificação de violência, monitoramento, avaliação e acompanhamento dos casos em todas as secretarias de políticas públicas.

Debatemos sobre o papel dos membros, possibilidades e limitações. Colocando como princípio básico: ouvir, perguntar e validar a manifestação da vítima, garantindo privacidade e sigilo no atendimento.

Larissa compartilhou sobre o protocolo de diretrizes de cuidado e prevenção ao risco de suicídio, que inclui a comunicação ao núcleo de violência.

Discutido sobre ações ao receber notificação de violência, como proceder, avaliar e monitorar os casos.

Divulgar a comissão e apresentar os membros;

Desenvolver treinamentos, capacitações e ações de educação permanente dentro da unidade;

Contamos com a participação de dois novos membros na comissão: Maria Cristina e Fabiane Evol (NSP).

Sra. Priscila do NEP também participou da comissão, sugerindo que trabalhássemos questões étnico-raciais, assédio sexual e LGBT – Fobia. Referindo que estas questões estão repercutindo na unidade, solicitas ao NEP que seja desenvolvida ações de educação permanentes. Os membros da comissão de violência colocou-se a disposição para auxiliar na criação das ações, ressaltando que as ações do grupo de prevenção à violência não substitui o planejamento do Núcleo de educação permanente.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos – Encontro 05	Vitória Freitas de Souza	25/07/24	10h20	11h20

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Palestra sobre Contenção Mecânica;
2. Discussão de caso (N. C. F.);
3. Discussão sobre a revisão e atualização do protocolo institucional de contenção de pacientes;
4. Criação do fluxograma de contenção de pacientes.

PARTICIPANTES

Larissa Menezes (Psicóloga /Presidente); Dr. André Gasparoto (Médico /Vice-Presidente); Vitória Freitas de Souza (Psicóloga/2° Secretaria); Dr. Renan Pereira Souza (Médico/Membro); Dr. Jader Mychel Busoletto dos Santos (Médico/Membro); Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT/Membro); Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH/Membro); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/Membro); Thais Mascarenhas Campanha (Fonoaudióloga/Membro); Jessica Flausino (Técnica de enfermagem/Membro); Raquel Macena Mauro (Coordenadora de enfermagem/Membro); Maria Jaquedane Patrício (Assistente social RT/Convidada).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Durante a reunião da comissão neste mês foi realizada uma palestra informativa sobre o tema de "Contenção de Mecânica", ministrada pelo médico Renan Pereira Souza. O profissional discorreu amplamente sobre o tema, suscitando reflexões sobre o envolvimento da equipe multidisciplinar no processo de prescrição e retirada da contenção. Foi apontada a controvérsia em relação a adoção ou não dessas medidas no ambiente hospitalar, bem como a ausência de discussão entre a equipe multidisciplinar sobre este tema.

Foi exposto que a contenção significa a restrição do movimento, podendo ser física, mecânica, farmacológica e ambiental. Teriam como justificativas o risco de queda, a remoção de dispositivos biomédicos, a agressividade, a confusão e a agitação. Porém, também podem gerar lesões, traumas, delirium, agressividade, e outros sintomas que ao mesmo tempo suscitam a necessidade da contenção.

Informou-se que a decisão em instituir ou não a contenção mecânica para o paciente cabe ao médico responsável, mas não isenta a responsabilidade da equipe em participar desse processo decisório, afinal, é principalmente a equipe de enfermagem quem pode observar melhor a estabilidade ou alteração comportamental do paciente. A partir disso, discutiu-se a importância de engajar a equipe assistencial neste tópico de cuidado, sugerindo-se a realização de um novo treinamento acerca do tema.

A partir do conteúdo informativo, discutimos sobre o caso da paciente N. C. F. (prontuário institucional 7966), que recentemente foi submetida ao procedimento de contenção mecânica, o que gerou conflitos com os familiares. Fomos convocados a refletir se as condutas adotadas eram as mais efetivas, assim como a importância de mantermos um cuidado sensível para que se evite a utilização desses dispositivos. Foram expostas técnicas corretas para a contenção física e mecânica efetiva e cuidadosa.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	12/07/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01- Indicadores Qualitativos.
02- Ações Realizadas.
03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.
04- Estágios por curso.
05- Quantidade de turmas.
06- Apresentação dos Gráficos De estágio.
07- Apresentação de fotos das ações.

PARTICIPANTES

Monique Souza (Aux. Adm. NEP) / Raquel Francisca (coordenadora de enfermagem) / Eliana Cristina (enfermeira) / Erick Henrique (aux. administrativo júnior) / Simone Araújo (Diretora) / Lucas Teixeira (Médico infectologista) / Jamile Renata (supervisora de nutrição) / Fabiane Evol (enfermeira núcleo de seg. Do paciente) / Tamiris Demichili (Enfermeira SCIH)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:**
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**

No dia 12 de julho de 2024, a partir das 15 horas, iniciou-se a reunião da comissão permanente do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade da Adm. Monique Evelyn, na ausência do Enfermeiro do núcleo de educação permanente, por motivo do enfermeiro do núcleo estar de folga. Abriu-se a reunião por intermédio da utilização de meios digitais, slides, com a apresentação dos resultados mensais. Em seguida, a Adm.

Monique apresenta os indicadores de junho em comparação com o mês de maio, citando a importância da participação da gestão e lideranças, no processo de Educação Permanente e desenvolvimento dos colaboradores, cita que a melhoria dos resultados se deu pela mudança de cultura da instituição e da participação das áreas, em treinamentos focais, com resultados positivos. Apresenta as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, em conjunto com outros setores, como o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, entre outros.

A Adm. Monique, cita as instituições de ensino, que realizarão atividades de formação acadêmica em nosso serviço no mês de junho, sendo elas: Universidade Santo Amaro- UNISA; Senac – Largo 13; Escola Técnica PROZ; Escola Técnica Sequencial das unidades Grajaú e Capão Redondo; Universidade Anhembi Morumbi; Universidade Paulista –UNIP; Escola cruz vermelha e, Escola Grau técnico. Os cursos foram: Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem; Graduação de Enfermagem; Graduação de Nutrição e Internato de Medicina. A Adm. Monique, cita que 109 alunos, realizaram atividades acadêmicas em nosso serviço de saúde, divididos em 16 turmas, 11 professores e o total de 6 escolas.

A Adm. Monique apresenta os slides com os resultados do fechamento mensal e indicadores, e explica que no mês de junho tivemos 116 treinamentos, 1838 participantes , 1838 horas realizadas e 2,04 % de

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos Junho de 2024.	Daniele de Mello Martorano	02/07/2024	15hs	15:40hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Discução dos casos e planos de ação

PARTICIPANTES

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Melo (Coord. Da Enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Daniela Scavone (Sup. De farmácia). Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enf. Vigilância)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada às 15h pelo Dr. João.

Dr. João informou que ele e Dr. Thomaz realizaram a análise dos prontuários dos pacientes que evoluiram a óbito e não encontraram nenhum caso relevante que precisasse ser levado para a comissão.

Anderson sugeriu que 100% dos prontuários dos pacientes da UTI que evoluiram a óbito devem ser analisados, ressaltando que essa é uma das exigências da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e que a instituição está caminhando para esse processo.

Dr. João propôs que os casos sejam discutidos na comissão, e todos os presentes concordaram com a sugestão, incluindo os casos de pacientes paliativos.

Anderson apresentou dados referentes aos óbitos ocorridos no mês de maio:

Total de Óbitos: 14

Faixa Etária: 46 a 95 anos

Causas Imediatas e Subjacentes:

08 casos de insuficiência respiratória

01 caso de insuficiência cardíaca

01 choque cardiogênico

01 pneumonia bacteriana

01 insuficiência hepática aguda

01 infarto agudo do miocárdio

01 por senilidade

Setores dos Óbitos:

04 no setor Beija Flor

01 no setor Sanhaçu

02 no setor Sabiá

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Thais Amâncio dos Santos Moreira	12/07/2024	10:00h	11:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
- Apresentação de indicadores - Apresentação das ações realizadas - Apresentação do quadro de pendencias.
PARTICIPANTES
Carmen I D de Souza (gerente Enf.), Raquel F Mascena Mauro (coord. Enf.), Sylvana Eleodoro (coord. Enf.), Paulo Rodrigo S Barbosa (analista qualidade), Inajá N Silva (enfermeira), Daniela Scavone (coord. Farmácia), Fabiane Evol (enfermeira NSP), Andreia Gomes (farmacêutica), Barbara Cristina Silverio (analista qualidade), Arilene D Ferreira (almoxarife), Fabio Bueno (supervisor enfermagem), Anderson Tomas (coord. Multi), Daniele Martorano (coord. Enfermagem), Michael Wodzik (supervisor administrativo), Jamile Renata (supervisora RT Nutrição).
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores, onde os resultados mostraram um total de duas infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo uma infecção de corrente sanguinea e uma pneumonia associada à ventilação mecânica da UTI Beija Flor. Além da apresentação dos indicadores de infecção, também foram apresentados os dados de perfil epidemiológico e morbidade, além do consumo de álcool e sabonete do hospital como um todo, observando-se a queda do consumo dos mesmos. Informamos que o cronograma de treinamento do time de higienização das mãos foi prorrogado para agosto devido às intensas demandas de treinamento que estamos enfrentando neste momento. Após a apresentação dos indicadores gerais, foram apresentados os dados qualitativos relacionados ao protocolo gerenciado da rota sepse, que obteve uma diminuição na quantidade de protocolos abertos, mas um aumento na confirmação de sepse nos casos em que o protocolo foi iniciado. Encerramos a reunião apresentando o quadro de pendências elaborado pelos membros executores e questionamos na comissão se havia necessidade de inclusão de itens neste quadro. Carmen citou a necessidade de incluir a validação do protocolo de cuidados com cateter, e Bruno solicitou a avaliação e validação do fluxo do PRGSS. Finalizamos a reunião agradecendo aos presentes e informando que iremos focar no cumprimento dos prazos sinalizados na planilha de pendências.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	12/07/2024	12h00	13h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos tratamentos das feridas no mês de pelo GACAP;
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em Junho /24;
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento;
- Controle dos colhões pneumáticos;
- Plano de ação e oportunidades de melhorias.

PARTICIPANTES

Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Carmen Isabel Domingues de Souza (Ger. De Enfermagem) Inajá N. Silva (Enfermeira), Juliana Santos Duarte (Enfermeira), Fabiane Evol (Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente), Arilene Ferreira (Almoxarife), Anderson Tomas (Coordenador Multi), Erick H. Martins Gomes (Aux. Administrativo), Bárbara Cristina Silva (Analista de Qualidade).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 12h00 do dia 12 de julho de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de junho, foi apresentado pela enfermeira Eliana ao grupo os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões, sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, apresentando os indicadores dos setores desde janeiro de 2024, foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento do mês, a mesma reorienta sobre a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, e pede apoio da supervisão de enfermagem neste fluxo sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos, posteriormente Eliana apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos e reforça que continuamos apresentando problemas com mau uso, embora o número de colchoes em manutenção tenha diminuído em relação ao mês de maio e solicita auxilio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos, posteriormente é apresentado as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo , manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos e cronograma de avaliações e reavaliações semanais e termômetro de lesões. Eliana fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo GACAP referente ao Tratamento de lesões e prevenção de lesões adquiridas, foi também reforçado que será realizado no mês treinamento *in loco* para reciclagem referente a mudança de decúbito e prevenção de lesões de pele, finalizamos a reunião posteriormente.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	20/07/2024	15:00	16:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

PARTICIPANTES

Arlindo Vieira (Enfº Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem) / Jane Santos (Conselheira COREN-SP)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores; Cerimônia de posse no HMG dos novos eleitos da Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Os membros remanescentes da antiga formação da Comissão realizou uma reunião com a Conselheira Jane Bezerra Santos, da Coordenação das Comissões de Ética de Enfermagem do COREN-SP, para esclarecer algumas dúvidas sobre o início das atividades da atual formação da Comissão com os novos membros eleitos, uma vez que o processo eleitoral já foi finalizado e ainda estão aguardando a cerimônia de posse a ser realizada pelo COREN para poder definir a instauração de suas demandas.

Devido à alta demanda de eventos, a cerimônia de posse será realizada no próprio Hospital Guarapiranga e não mais na Sede do COREN, como ocorre habitualmente, Jane virá até o final deste mês de agosto em data ainda não divulgada, para realizar a cerimônia de posse com os novos membros eleitos.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário de o paciente abster-se de revelar informações confidencias de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.	Fevereiro/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Março/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injuria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Abril/2024	Comissão	Pendente
Cerimônia de posse no Hospital Guarapiranga	Agosto/2024	Comissão / COREN	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____

2. Michael C. Ap. de Santos.

3. _____

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra	23/07/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Questões Éticas e Jurídicas no Uso de Inteligência Artificial na Saúde.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Pesquisa e Leitura de Protocolos/Documentos sobre ÉTICA NO USO DE NOVAS TECNOLOGIAS E TELEMEDICINA.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião teve início às 10h, com a presença dos membros da Comissão de Ética Médica. Dr. Marcelo Araújo deu as boas-vindas a todos e apresentou a pauta do dia, que seria discutida em torno das questões éticas e jurídicas relacionadas ao uso de inteligência artificial (IA) na saúde.

LEITURA DOS ARTIGOS: Dr. Christopher Guerra realizou a leitura dos seguintes artigos:

1º. Carta aberta sobre a interrupção do desenvolvimento de novas tecnologias de IA:

Resumo: O portal Future of Life divulgou uma carta aberta assinada por diversos pesquisadores, especialistas e executivos do setor de tecnologia, incluindo nomes de peso como Elon Musk e Yuval Noah Harari, pedindo a interrupção no desenvolvimento de novas tecnologias de IA até que normas e diretrizes sejam estabelecidas. A carta destacou a importância de discutir as questões éticas e jurídicas relacionadas ao uso de IA na saúde, como a responsabilidade por erros e o viés algorítmico.

2º. Responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina:

Resumo: O artigo abordou a evolução da telemedicina, iniciada pela NASA, e a sua aplicação em diversas especialidades médicas. Ressaltou a importância de regulamentar a telemedicina para garantir a qualidade, a segurança, a confidencialidade das informações e a responsabilidade dos médicos envolvidos. A declaração de Tel Aviv foi destacada como um documento que define responsabilidades e normas éticas na utilização da

TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	REDATOR: Andreia Viana	DATA: 12/07/2024	INÍCIO: 11:30h	TÉRMINO: 12:30h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (Curva A);
- Hemodiálise x Consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- Consumo anticoagulante;
- Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda;
- Consumo aventais x média de pacientes em isolamento;
- Queixas técnicas recebidas;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Andreia (Farmacêutica), Daniela (Coordenadora de Farmácia), Raquel Iracema Mauro, Daniele (Coord. de Enfermagem), Dr. Lucas (Infectologista), Jamile (Super. Nutrição), Carmem (Ger. de Enfermagem), Arilene (Almoxarife), Anderson Torres (Coord. Multidisciplinar), Fabiane (Enfermeira), Eliana Cristina Silva (Enfermeira), Barbara Cristina Silva (Analista), Erike H. Martins Gomes (Auxiliar Administrativo Junior) e Robert (Coord. de Contratos).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

Estratificar a queixa técnica do cateter periférico - Realizada

Ações que foram geradas no último mês:

- Houve aumento no consumo de sabonete líquido devido à recente implantação das máquinas de banho com um impacto orçamentário bastante relativo no consumo de materiais médico-hospitalares;
- Houve redução no consumo de Ceftriaxona, porém aumento do consumo de Oxacilina e Piperalicina/ Tazobactam em comparação ao mês anterior;
- Consumo de medicamento, materiais de expediente e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores. Os materiais hospitalares, o consumo ficou acima da rubrica com a justificativa da compra do sabonete sem enxágue utilizado nas máquinas de banho.
- Houve redução no consumo de fraldas devido a melhor qualidade do produto relacionada à última entrega pelo fornecedor, porém o valor unitário do item aumentou.
- Houve aumento do consumo de avental descartável, com redução da média de pacientes em isolamento. Foi referido pela enfermagem que tivemos casos de pacientes com infecção resistente com necessidade de cuidados constantes e pacientes que apresentaram diarreia, o que justifica o aumento de consumo do item.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Erick Henrique Martins Gomes	12/07/2024	09:00	10:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores.
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Ações.
4. Pendências
5. Projeto Hospital Saudável.

PARTICIPANTES

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Erick Henrique Martins Gomes, Jefferson Bezerra Nascimento, Raquel F. De Macena Mauro, Paulo Rodrigo, Tamiris Demichili, Simone da Silva Araújo, Carmen Isabel Domingues de Souza, Fabiane Evol Cavalcante de Souza, Eliana Cristina da Silva, Lucas Teixeira Vieira, Raul Tessi Nunes.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia doze de julho de dois e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. O senhor Bruno Freitas apresentou os indicadores de janeiro a junho de 2024, iniciando pelo indicador de acidente de trabalho por descarte errôneo de perfurocortantes, o único acidento foi o de março, sendo que os outros meses não houveram acidentes, no comparativo com o ano de 2023 houve significativa redução dos acidentes, fruto do aumento dos treinamentos de saúde e segurança do trabalho.

Quanto aos resíduos infectantes e comum de 2023 e 2024, no ano corrente estamos em com uma redução na geração destes resíduos, um bom sinal de menos desperdício.

Na estratificação dos resíduos por setor, boa parte dos setores houve aumento da segregação de resíduos recicláveis, indicativo de uma conscientização dos colaboradores quanto ao descarte correto.

Sabiá: Aumento na geração de resíduos recicláveis e comum. Resíduo infectante mantendo padrão de geração.

Sanhaçu: Mantém discreta redução no volume total gerado, que pode ser explicado pela reforma no mês de junho. **O Resíduo reciclado apresentou aumento.**

Colibri: Equilíbrio na geração dos resíduos infectantes e comum. Vem aumentando a geração dos resíduos reciclados

Bem-Te-Vi: Mantém o aumento do volume total gerado que pode ser explicado porque esta Unidade absorveu alguns pacientes de Alas em reforma.

Sabiá: Retomou o mesmo padrão de volume gerado antes da reforma. Aumentou o volume de infectante

Canário: A Geração total de resíduos se mantem estável. Porém a geração de reciclados ficou zerada (descarte errôneo).

Arara: A Geração total de resíduos se mantem estável. Porém a geração de reciclados reduziu.

João de Barro: João de Barro / Pediatria: A Geração total de resíduos infectantes tem apresentado queda. E os resíduos reciclados apresentam aumento significativo, se comparado ao mês de janeiro.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 38	Juliana Marques, Thiago Mancuzo	05/07/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 37;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em junho.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Larissa Alves (Psicóloga)/ Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Wilma Correa (Analista de DP) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Kenia Mendes (Supervisora Administrativa) Fabiane Evol (Enfermeira NSP) / Maria Jaquedane (Assist. Social RT) / Simone Araújo (Dir. geral)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Juliana comunica a adesão mais duas pessoas para comissão: Larissa RH e Estefani fonoaudiologia.

Fabi coloca em pauta a instalação dos prontuários afetivos. A CCIH deverá participar da instalação das placas para definir em conjunto, a comunicação e membro da equipe multi a posição das placas e informativos mais importantes nos quartos de internação. Vamos começar com as alas de retaguarda.

Aniversário do Paciente: Laudemira Francisca dia 8 vai ter aniversário na segunda-feira e Mário dos Reis dia 17 e 19.

Café Acolhedor: Sobre o Café Acolhedor, alimentação foi em quantidade ideal. Vamos manter a apresentação dos profissionais e sugerir o espaço de fala dos pacientes após a dinâmica.

Pintura da área de convivência: Irmã da Fernanda supervisora de enfermagem se propõe a fazer uma atividade artística para o espaço. A ideia foi aceita.

Projeto Humanização - Qual o Seu Desejo: Vincular ao aniversário do paciente, iniciar o projeto pelos pacientes paliativos. Jaquedane vai providenciar a lista de pacientes.

Projeção de início dos aniversariantes do mês: Pedaço de bolo cedido pela Nutrito para servir nas refeições, bolo fake no refeitório e tela com fotos de aniversariantes rodando na TVs.

KennedyG: chegada na próxima quarta-feira, para adestramento no HMG. Quadro de programa para voluntários do cuidado. Placa de não alimentar o mascote. Retirar a porta do espaço dele e solicitar o armário para armazenar os itens do cuidado. Mais duas pessoas para o adestramento durante o dia. Avisar Tamisis para revisar o P.O. do KennedyG.

Festa Julina 25 e 26: Nutrito se responsabiliza pelos alimentos, horário entre plantões das 17h às 21h. Quadrilha. ArraiáONA, pesca, boca do palhaço, cadeia, identificação. Reservar Quadra, solicitar a limpeza do lugar à Antomari.

Em relação às ações pendentes:

Projeto PET: cão hospitalar Kennedy não passou nos últimos testes e não deverá ser aproveitado no programa;
Óculos do Geneci: conseguiu o exame, falta providenciar óculos e agendar a entrega ao paciente.

Convocação de colaboradores voluntários: Será criado um card digital para convocar colaboradores que possuem interesse em participar de projetos interativos com pacientes de forma voluntária, oferecendo oficinas diversas.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Práticas Integrativas	Carmem Isabel Domingues de Souza	12/07/2024	14h00	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos atendimentos pela ozonioterapia no tratamento de lesões no mês;
- Apresentação dos números de atendimentos realizados;
- Orientação sobre higiene do sono e ciclo circadiano;
- Cromoterapia e Hipnoterapia.

PARTICIPANTES

Simone Araújo (Diretora Geral), Edson Kasuma Ono (Médico), Paula Hiratsuka (Terapeuta), Vanda Dias Vieira (Ouvidoria), Erik H. Martins Gomes (Auxiliar Adm), Beatriz Prado Santos (Fisioterapia), Nicole Caetano Teófilo (Aux. Administrativo), Caio Moreira da Silva (Aux. RH), Larissa de Jesus Ferreira (Analista RH), Juliana Marques (Enfª do Trabalho), Raquel I. Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem), Jader Michel Busoletto dos Santos (Médico), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Larissa Alves de Menezes (Psicóloga), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multi) e Thiago Tavares Mancuso (Analista de Comunicação).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 14h00 do dia 12 de julho de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala Aquário para discutir a respeito, dos resultados obtidos no mês de junho, foi apresentado pelo Dr. Edson ao grupo, os resultados adquiridos por meio da ozonioterapia aplicada a pacientes portadores de lesão por pressão, obtendo resultados positivos após o início da terapia, realizou comparativo a partir da data de admissão do paciente até 30/06/2024, citando alguns casos em atendimento, utilizou como instrumento o registro diário da evolução da lesão e registro de imagens. Os atendimentos são registrados no SMPE diariamente, falou também sobre os materiais necessários para o atendimento e o quantitativo de cilindros de O^2 utilizados. Dr. Edson realizou a apresentação da aula sobre Ciclo Circadiano e a importância de mudanças de hábitos para melhor qualidade de vida e passou a palavra a terapeuta Paula, a mesma realiza a apresentação referente a Hipnoterapia e Cromoterapia, esclarece sobre a técnica aplicada e evolução dos pacientes em atendimento. A Diretora Simone solicita que sejam inseridos comparativos referentes aos atendimentos realizados em todas as terapias e custos de forma comparativa com meses anteriores. Encerramos a reunião às 15 horas.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Atendimentos em Ozonioterapia	Mensal / Continuo	Médico	Em andamento
Atendimentos em Cromoterapia	Mensal / Continuo	Terapeuta	Em andamento
Atendimentos em Hipnoterapia	Mensal / Continuo	Terapeuta	Em andamento

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos Junho de 2024.	Anderson Tomas de Oliveira	30/07/2024	14:00hs	15:00hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Junho de 2024.

PARTICIPANTES

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Melo (coord. Da Enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Daniela Scavone (Sup. De farmácia), Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Núcleo de Segurança do paciente), Maria Cristina (Núcleo de Segurança do paciente).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Relatório da Comissão de Óbito – Reunião de Junho de 2024

Participantes:

- Dr. João Paulo (Médico) - Online
- Anderson Tomas (Coordenador Multiprofissional)
- Daniele de Mello (Coordenadora de Enfermagem)
- Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)
- Fabiane Evol (Enfermeira do NSP)
- Maria Cristina (Enfermeira do NSP)

Objetivo da Reunião:

Foi dados início a mesma teve como objetivo a análise dos casos de óbito sinalizados pelo Dr. João, onde tivemos 16 casos de óbito ocorridos em junho de 2024. A análise incluiu informações sobre o perfil dos pacientes, cuidados paliativos, patologias, tempo de internação, setores de ocorrência e possíveis eventos adversos, com o intuito de orientar ações corretivas e preventivas.

- **Idade:** A maioria dos pacientes era idosa, variando de 54 a 97 anos, com uma média de aproximadamente 75 anos.
- **Sexo:** Predominio de pacientes do sexo feminino (09 mulheres e 7 homens).
- **Pacientes em Cuidados Paliativos:** 7 dos 16 pacientes estavam recebendo cuidados paliativos no momento do óbito.

Patologias e CIDs

- **Insuficiência Respiratória Aguda (CID J960):** 3 casos
- **Choque Cardiogênico (CID R570):** 4 casos
- **Septicemia não Especificada (CID A419):** 2 casos

Tempo de Internação

- **Variedade:** O tempo de internação variou de 2 a 805 dias, com uma média de cerca de 103 dias. Pacientes em cuidados paliativos tendem a ter tempos de internação mais longos.

Setores de Ocorrência dos Óbitos

- **Colibri:** 7 casos
- **Beija Flor:** 8 casos
- **Bem Te Vi:** 1 caso

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 36	Carolina Santos	31/07/2024	11:00	12:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 35;
- Auditoria dos prontuários;
- Discussão de NC'S

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André Panont (Coordenador Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem) e Gabriela Franco (Faturamento)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada por Carolina, que informou sobre a auditoria do protocolo de Medicação de Alta Vigilância (MAV).

Carol relatou os seguintes pontos:

- Problemas no turno noturno,
- Apenas 2 prontuários conformes.
- Falta de carimbo em alguns prontuários e falta de checagem.
- Uso inadequado do carimbo de alta vigilância em medicamentos que não são de alta vigilância.
- Falta de checagem na prescrição.

Juliana informou que todos os prontuários auditados por ela estavam conformes, exceto pela documentação incompleta. Dr. André corroborou a falta de documentos nos prontuários, juntamente com Gasparoto e Mariana, que relataram a mesma situação.

Mariana levantou dúvidas sobre o retorno do MAV no sistema de TI. Carolina informou que, segundo a TI, o retorno ainda demorará, mas ela solicitará um prazo e montará um plano de ação.

Mariana informou que um novo protocolo de gerenciamento de leitos será implementado, o que interferirá no protocolo do check-list já existente na qualidade.

Dr. André destacou a necessidade do novo protocolo devido aos requisitos da ONA.

Dr. André informou que reorientou a equipe multidisciplinar sobre os lançamentos dos dispositivos durante a visita.

Carolina mencionou que entrará em contato com a supervisora Kenia para que ela participe das próximas reuniões da comissão e informe o andamento da regularização dos documentos.

Reunião finalizada.

10.8. Atas das Comissões realizadas em Agosto

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
CIDOTT – Comissão interna de doação de órgãos e tecidos	Sylvana Eleodoro	01/08/2024	13:10hs	13:40hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
- Apresentação da política de atuação da comissão; - Apresentação dos integrantes; - Divulgação de curso de atualização em captação de órgãos e tecidos – OPO HRIM em 28/08.

PARTICIPANTES
Larissa Lares de Menezes, Maria Jaquedane da Silva Patrício, Tais Assis Magalhães, Sylvana Eleodoro, Marcelo Silva Araújo e Raquel F. Macena Mauro

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
- Coord Raquel faz a leitura da política de atuação da Comissão no HMG e comunica aos participantes os membros da equipe e suas referidas funções e havendo ausências consecutivas o mesmo seja desligado da comissão. - Enf Tais questiona se caso a reunião ocorra na folga como será analisada a ausência; - Divulga para o grupo evento que ocorrerá no Hospital do Rim em 28/08, cuja participação do presidente da comissão é obrigatória e dos demais membros facultativo. Reforça que a inscrição deverá ser encaminhada o quanto antes para garantir a vaga; - Sylvana fica responsável por montar duas pastas: uma para documentos da comissão e uma para deixar no setor com os impressos; - Fica acordado com a comissão que a reunião será toda segunda 3ªf do mês às 13:00.

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Acompanhamento Contratual	Flaviana Santos	23/08/2024	14h30	15h30

PAUTAS

- Apontamentos SMS / Prestação de Contas – maio e junho 2024 - CG 001/2020

PARTICIPANTES

- Robert da Silva – Coord. Prestação de Contas
- Simone Araújo – Diretora Geral
- Flaviana Santos – Analista Administrativo Sênior
- Paulo Rodrigo – Analista de Qualidade
- Paulo Henrique Lopes – Coordenador Financeiro
- Karina Gonçalves – Auxiliar Jurídico
- Kamila Salles – Supervisora Qualidade

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Robert inicia reunião explicando os tópicos dos apontamentos recebidos ao nosso contrato de gestão do período de maio e junho de 2024
2. Primeiro ponto a ser discutido, foi sobre o apontamento antigo de aquisição de celulares, Simone pede para incluir essa compra na despesa **"suprimentos de informática".**
3. Houve um item que foi questionado a despesa sendo lançada em pagamentos do fornecedor TRT Tribunal Regional do Trabalho, prefeitura solicita a alteração dessa despesa. Sendo a partir de agora em **"Taxas e Impostos"** dessa forma será feito Oficio com pedido de alterações nesse período.
4. Outro ponto, é a solicitação para ser incluído a despesa de **"Locação de moveis hospitalares"** para o fornecedor Suprimix, onde está sendo apontado que e4la está sendo lançada na despesa incorreta. Será feito também oficio para alteração do período.
5. No período foi apontado despesas sendo ultrapassadas conforme o plano de trabalho da unidade, Simone reforça ao Robert para nas justificativas desses apontamentos frisar que o plano de trabalho é apenas uma previsão, e que foi alterado o perfil do hospital onde aumentou consumos de algumas despesas especificas como por exemplo medicamentos e produtos médicos.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão Núcleo de Violência – Encontro 05	Jackeline Silva	08/08/24	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
1. Debate sobre dados relevantes a serem incluídos no protocolo para validação; 2. Revisão do POP Violência; 3. Definição do objetivo do protocolo para usuário/paciente.
PARTICIPANTES
Maria Jaquedane Patrício-Assistente Social (Presidente) Vera Lucia Macedo – enfermeira sccih (vice presidente) Dario – Coordenador de RH, (membro) Jackeline Silva – Assistente Social (secretaria) Rosana Campo – psicóloga (membro) Larissa menezes –psicóloga (membro). Paulo Takeshi – TO (membro). - membro. Fabiane Evol – enfermeira NSP. Membro, Dario (coord. RH) Membro.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
Iniciamos a reunião apresentando o POP para o Dario – Coordenador de RH, que por sua vez também apresentou uma nova informação a comissão referindo que está em construção o canal Compliace no site da INTS para os colaboradores. Na sequência foi discutido entre os membros a possibilidade de revisar o POP Violência, pensando na alteração do objetivo, ou seja, nos usuários/pacientes. Vera Lucia – vice-presidente fez algumas ponderações sobre o assunto e exemplificou a procura de colaboradores nesta unidade em que fez orientação e acolhimento. Referiu também os tipos de violência a serem incluídos no fluxograma, com objetivo de proporcionar maior clareza as informações. Fabiane Evol– Enfermeira NSP – membro pontuou acrescentar nos tipos de violência intolerância religiosa. Jaquedane – Presidente seguiu fazendo as alterações no quadro e Paulo Takeshi pontuou algumas alterações em consonância ao grupo. Discutido também sobre o papel dos membros, possibilidades e limitações quando ocorrer à manifestação da vítima, garantindo privacidade e sigilo no atendimento. Destacamos ao Dario que o mesmo é muito bem-vindo a comissão e que fará muita diferença sua participação ao grupo.

AÇÕES GERADAS			
O QUE	**QUANDO**	**QUEM**	**STATUS**
Aguarda a validação do POP do núcleo de violência	Agosto/2024	SCIH, RH e qualidade	Em andamento
Criação do fluxo de orientação e acolhimento	Agosto/2024	Membros do NPV	Em andamento
Apresentação para os membros de casos que competem ao NPV	Agosto/2024	Maria Jaquedane	Em andamento
Divulgação da Comissão do Jornal do HMG	Agosto/2024	Núcleo de prevenção à violência	Em andamento

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	27/08/2024	16:00	17:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01- Indicadores Qualitativos.
02- Ações Realizadas.
03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.
04- Estágios por curso.
05-Apresentação de fotos das ações.
06- cursos Pactuados do PLAMEP

PARTICIPANTES

Monique Souza (Aux. Adm. NEP) / Dario Pedro dos santos filho (coordenador de RH) / Paulo Rodrigo S. Barbosa (analista de qualidade) / Carolina Aparecida silva santos (Enfermeira Auditora) / Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora de qualidade) / Thiago Tavares Carvalho mancuzo (Analista de comunicação) / Vera Lúcia dos santos pereira Macedo (Enfermeira de Vigilância)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:**
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**

No dia 27 de setembro a partir das 16 horas, iniciou-se a reunião da comissão do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade Agradecendo da Enf. Miriam Fernando de Souza. Miriam Começou agradecendo ao o Paulo, Eric e Camila da qualidade pelo apoio e pela seriedade nas interações. Em agosto, enfrentei desafios com a equipe, composta por Dário, Monique e eu, especialmente na parte administrativa, devido à ausência de Monique no mês de agosto referente a férias da mesma. Discuti as pendências e implementei ações de melhoria, como a conclusão do monitoramento das escolas, realizado com sucesso em colaboração com o Dario. Ressaltei que as listas de orientações foram digitalizadas e que a comunicação com as lideranças foi eficaz. Em comparação com julho, que teve 57 alunos, agosto contou com cerca de 143. Foi necessário receber professores até as 19h15 para esclarecer procedimentos e melhorar a interação. Miriam diz. Enfatizei a importância da comunicação para a melhoria da qualidade do trabalho e mencionei que a equipe local de segurança foi contatada para quaisquer atualizações. Embora o início tenha sido desafiador, fiz ajustes ao longo do processo. Consegui desligar quatro enfermeiros que estavam dando aulas inadequadas e sem compromisso, informando à escola que não poderíamos aceitar essa situação. Antes, digitalizávamos listas com 500 a 600 nomes, mas agora tudo está pronto, facilitando o processo. Agora, a escola deve me enviar os nomes dos alunos dos alunos com CPF e em branco para fazer a devida chamada na entrada do estágio, e não preciso mais gerenciar isso. O login para os alunos é essencial para que eles possam fazer anotações de enfermagem. Inicialmente, pensei em criar um único login, mas percebi que cada aluno precisa ter o seu. Com a volta da UNIP, posso focar em criar logins para todos os professores. É um processo que gera bastante papel, pois o login só é válido após a assinatura do professor. A assinatura digital é um desafio, pois tem custos e nem todos podem assinar no mesmo dia. Estamos tentando digitalizar toda a documentação e espero que até junho de 2025 tudo esteja normalizado. A assinatura dos professores é crucial, pois se não for feita, as anotações ficam pendentes. Eu cuido da auditoria e preciso que tudo seja assinado corretamente, então estou ajustando esses processos. Preciso abordar alguns pontos importantes. Vamos acionar um programa para garantir que todos fiquem informados. Comparando julho com agosto, percebemos uma incidência maior de cancelamentos, mas isso não foi um problema devido a fatores externos. Houve mudanças na contagem de horas de treinamento. Antes, contávamos qualquer treinamento como uma hora, mas agora precisamos registrar o tempo exato, o que trouxe mais clareza. Os dados dos meses 7 e 8 mostram que o total de horas é maior que o número de participantes, corrigindo um erro anterior. Estamos cumprindo nossas metas e aprendendo a diferenciar entre orientação e treinamento. O DSS não conta como treinamento, mas sim como reciclagem. Recentemente,

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Thais Amâncio dos Santos Moreira	30/08/2024	10:00h	11:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
- Apresentação de indicadores - Apresentação das ações realizadas - Apresentação do quadro de pendencias.
PARTICIPANTES
Luciana Guedes O. Carboni (Sup. Farmacia), Daniele Martorano (Coord. Enf.) Daniela Scavone (Coord. Farmacia), Raquel I. Macena Mauro (Coord. Enf.) Victor Hugo P. Panont (Diretor Técnico), Maria Cristina S. Santos (NSP Qualidade), Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista Qualidade), Fabiane Evol (Enfermeira NSP), Eliane Cristiane da Silva (Enf. Estomoterapia), Dario P. S. Filho (Coord. RH), Simone Araújo (Diretora Geral), Miriam F. Souza (Enf. Nep), Juliana Silva Santos (Fisio RT), Anderson Tomas (Coord. Multi), Sylvana Heodoro (Supervisora Beija Flor), Thamara Derêncio (Supervisora Sanhaçu),
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores, onde os resultados mostraram um total de duas infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo as duas de corrente sanguínea da UTI Beija Flor. Além da apresentação dos indicadores de infecção, também foram apresentados os dados de perfil epidemiológico e morbidade, além do consumo de álcool e sabonete do hospital como um todo, observando-se a queda do consumo dos mesmos. Informamos que o cronograma de treinamento do time de higienização das mãos foi prorrogado para agosto devido às intensas demandas de treinamento que estamos enfrentando neste momento. Após a apresentação dos indicadores gerais, foram apresentados os dados qualitativos relacionados ao protocolo gerenciado da rota sepse, que obteve uma diminuição na quantidade de protocolos abertos, mas um aumento na confirmação de sepse nos casos em que o protocolo foi iniciado. Simone sugeriu que fosse apresentada a planilha com o perfil de mortalidade mensal para os seguintes setores: UTI Beija Flor, Clínica Médica, Retaguarda e Pediatria. Finalizamos a reunião agradecendo aos presentes e informando que iremos focar no cumprimento dos prazos sinalizados na planilha de pendências.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	30/08/2024	15h00	16h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em agosto /24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias.

PARTICIPANTES

Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Simone Araújo (Diretora Geral), Fabiane Evol (Enfermeira NSP), Arilene Ferreira (Almoxarife), Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira NSP), Raquel F. Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem), Tamiris Michele Demichili (Enfermeira SCIH), Daniela Scavone (Coord. De Farmácia), Luciana G. Carboni (Superv. de Farmácia), Vera Lúcia Macedo (Enfermeira Vig. Epidemiológica), Miriam F. Souza (Enfermeira NEP), Silvana Eleodoro (Superv. de Enfermagem), Thamara Derêncio (Superv. de Enfermagem).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 15h00 do dia 30 de agosto de 2024, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de julho, foram apresentados pela enfermeira Eliana ao grupo, os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões, sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, apresentando os indicadores dos setores desde janeiro de 2024.

Foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e evolução SMPEP x Faturamento do mês, a mesma reorienta sobre a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, e solicita apoio da supervisão de enfermagem neste fluxo sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos.

Posteriormente Eliana apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos, e reforça que ainda há problemas causados pelo mau uso, embora o número de colchões em manutenção tenha reduzido em relação ao mês de junho e solicita auxílio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos.

Em seguida são apresentadas as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo, manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos e cronograma de avaliações e reavaliações semanais e termômetro de lesões. Eliana fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo GACAP referente ao Tratamento de lesões e prevenção de lesões adquiridas, e referentes ao treinamento *in loco* de 200 colaboradores da enfermagem sobre a

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	26/08/2024	08:30	10:30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Posse dos novos eleitos.

PARTICIPANTES

Enfermeiros: Arlindo Alves Vieira, Eliane Palma de Sousa, Shirley Ferreira Shunck, Márcio Antônio de Oliveira, Ediléia Alves dos Santos. Técnicos de Enfermagem: Sabrina Carvalho Rodrigues Ramos, Willian Ferreira Batista Pinto, Roseli Nunes Paixão. Conselheiros do Coren: Márcia Regina e Demétrio.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Posse dos novos eleitos da Comissão de Ética.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Realização da cerimônia de posse.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

No vigésimo sexto dia do mês de agosto foi realizada em nossa unidade, a cerimônia de posse dos novos eleitos da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga. O evento contou com a presença dos conselheiros do Coren/SP, Dr. Demétrio e Dra. Márcia Regina, além de alguns membros eleitos. Apenas a enfermeira Tamiris Michele Demichili e as técnicas de enfermagem Ana Cláudia Alves Brito e Lucinéia Rodrigues, que também fazem parte da Comissão, não puderam comparecer.

Márcia fez uma breve apresentação sobre a equipe que compõe o Coren/SP e, em seguida, esclareceu diversos pontos relacionados à ética profissional. Ela explicou como as denúncias recebidas devem ser conduzidas e como cada caso deve ser julgado, destacando a importância da imparcialidade da Comissão em suas tratativas. Além disso, orientou que, sempre que houver uma denúncia, é essencial que seja designada uma pessoa da Comissão com o mesmo nível de formação do denunciado para acompanhar o caso.

Por fim, Márcia encerra o evento ressaltando que a Comissão atua como um braço do Coren dentro da instituição e que, em caso de necessidade, podem sempre consultá-la via WhatsApp ou agendar uma reunião online.

Segue a atual formação da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga:

Quadro I - Enfermeiros

1. Tamiris Michele Demichili — COREN-SP n°327.379
2. Arlindo Alves Vieira — COREN-SP n° 534.942
3. Eliane Palma de Sousa — COREN-SP n° 595.458
4. Shirley Ferreira Schunck — COREN-SP n° 452.353
5. Marcio Antônio de Oliveira — COREN-SP n°438.799
6. Ediléia Alves dos Santos — COREN-SP n° 706.957

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra	27/08/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Ética No Uso De Novas Tecnologias E Telemedicina.
- Capítulo XII sobre Ensino e Pesquisa Médica.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Pesquisa e Leitura de Protocolos/Documentos sobre ÉTICA NO USO DE NOVAS TECNOLOGIAS E TELEMEDICINA.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Dr. Marcelo Araújo deu as boas-vindas aos presentes e apresentou a pauta da reunião, que se concentrou na continuidade das discussões sobre as questões éticas e jurídicas relacionadas ao uso de inteligência artificial (IA) na saúde, com adição de tópicos referentes ao ensino e pesquisa médica.

PAUTA:

ASPECTOS ÉTICOS E REGULATÓRIOS DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE:

Dr. Thomaz Braga reiterou a importância da regulação das tecnologias de IA, destacando a necessidade de um marco legal que enderece as responsabilidades associadas a atos praticados por sistemas de IA. Dr. João Paulo completa ressalta a necessidade de abordar a diversidade nas amostras de dados para garantir a equidade no uso da IA.

Foi acordado que a comissão continuará monitorando as discussões globais sobre regulação da IA e telemedicina. A participação em fóruns e seminários será priorizada para assegurar que as práticas e normativas internacionais sejam devidamente incorporadas às diretrizes da comissão.

Dr. Marcelo Araújo concluiu, que após leituras do último mês sobre o tema que ética no uso de novas tecnologias e telemedicina é um campo dinâmico que exige atenção contínua para garantir que a inovação tecnológica não comprometa os princípios fundamentais da prática médica, como a privacidade, segurança,

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	Luciana Carboni	30/08/2024	11:40h	13:50h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (Curva A) dos últimos três meses;
- Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- Consumo de anticoagulantes;
- Consumo fraldas x média de pacientes acamados;
- Consumo aventais descartáveis x média de pacientes em isolamento;
- Consumo total por categoria dos últimos 12 meses;
- Queixas técnicas recebidas;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia), Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia), Daniele Martorano (Coord. De Enfermagem), Raquel Iracema Mauro, Daniele (Coord. de Enfermagem), Dr. Victor (Diretor Técnico), Jamile (Super. Nutrição), Arilene (Almoxarife), Anderson Torres (Coord. Multidisciplinar), Robert (Coord. de Contratos), Thamara Derêncio (Super. Enfermagem), Silvana Theodoro (Super. Enfermagem), Tamiris Michele (SCIH), Vera Lucia (Enfermagem – Vigilância), Yuri de Jesus (Analista de Compras), Paulo Rodrigo (Analista Qualidade), Simone Araújo (Diretora Geral), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira do NSP), Fabiane Evol (Enfermeira do NSP), Eliana Cristina (Enfermeira Estomaterapeuta).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações que foram geradas no último mês:

- Houve aumento no consumo de sabonete líquido devido à recente implantação das máquinas de banho com um impacto orçamentário bastante significativo de entrada na categoria de produtos médicos e de enfermagem;
- Houve aumento no consumo de Ceftriaxona e redução no consumo de Piperalicina/ Tazobactam em comparação ao mês anterior;
- Evidenciado que se mantem a redução no consumo de anticoagulante injetável e o aumento no consumo de Rivaroxabana devido ações continuas dos farmacêuticos em conjunto com a equipe médica;
- Consumo de medicamento se manteve abaixo da rubrica e linear, assim como nos meses anteriores. Em relação aos materiais hospitalares, o consumo ficou acima da rubrica com a justificativa da compra do sabonete sem enxágue utilizado nas máquinas de banho. Em relação a rubrica de dieta, esse mês houve uma entrada acima da rubrica devido à uma entrega referente a 1ª quinzena de setembro, que foi contabilizada em agosto, impactando no aumento do valor de entrada do mês referido, que será minimizado no mês seguinte.
- O consumo de fraldas se manteve estável em relação ao mês anterior, porém o valor unitário do item teve um aumento, devido compra de produto com melhor qualidade, seguindo as especificações na requisição de compra.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Erick Henrique Martins Gomes	30/08/2024	09:30	10:25

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores.
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Ações.
4. Pendências
5. Projeto Hospital Saudável.

PARTICIPANTES

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Erick Henrique Martins Gomes, Jefferson Bezerra Nascimento, Raquel F. De Macena Mauro, Paulo Rodrigo, Tamiris Demichili, Simone da Silva Araújo, Daniele de Mello Martorano, Kamila Tamara de Oliveira Sales, Maristela de Aguiar Oliveira Cimino, Michael Gustavo Vieira Wodzik, Victor Hugo Parrilha Panont, Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo, Thiago Mancuso, Miriam Souza, Luciana Guedes de Oliveira Carboni, Sylvana Aparecida Eleodoro dos Santos, Thamara Derencio, Dário Pedro dos Santos Filho.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia trinta de agosto de dois e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. O senhor Bruno Freitas apresentou os indicadores de janeiro a julho de 2024, iniciando pelo indicador de acidente de trabalho por descarte errôneo de perfurocortantes, onde no mês de julho tivemos um acidente como segue: **Análise Crítica:** Após aplicação de insulina, ao retirar a agulha se distraiu com outro colaborador. Falta de atenção durante o procedimento, houve imprudência durante a atividade (acidente de julho 2024), aplicamos o plano de ação reorientando o colaborador e solicitamos a gestão de enfermagem também uma reorientação. Também informa que a participação dos treinamentos (dados NEP) estão aumentado, devido aos diálogos semanais de segurança realizados pela equipe do SESMT.

O acumulado da geração de resíduos vem apresentando queda, comparativo de 2023 e 2024 (resíduos infectantes e resíduos comum). O acumulado de resíduos recicláveis apresentou aumento, fruto das intervenções direta com os colaboradores que estão na ponta do processo. A maioria dos setores apresentou aumento de segregação de resíduos recicláveis.

Tópico 2. As inspeções foram realizadas e encontram-se S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE\07. PGRSS\2024\06. Inspeções

Tópico 3. Início do mapeamento das lixeiras e projeto piloto de descarte de produtos químicos. (UTI Beija Flor). Utilização de rampa de aço para acesso da Ecourbis aos Contêineres. Realização de visita técnica na empresa Ecourbis (responsável pelo descarte ambientalmente adequado). Emissão de ART do PGRSS (Responsável técnico – Bruno Freitas). Início de estudo de caso sobre a geração de resíduos do grupo D (comum) em área de preparo de alimentos. Estudo de caso sobre o mapeamento de geração de resíduos por setor.

Tópico 4. Pendência de assinatura os POPs e Fluxos do PGRSS pelo setor de CCIH. Adequação de Abrigo para resíduos Químicos e Comum.

Tópico 5. Análise de espaços para construção de Horta.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 39	Juliana Marques, Thiago Mancuzo	09/08/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro anterior;
- Alinhamento das próximas ações a serem realizadas.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Larissa Alves (Psicóloga) / Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) / Fabiane Evol (Enfermeira NSP) / Simone Araújo (Dir. geral) / Stephanie Almeida (Fisioterapeuta) Paulo Takeshi (Terapeuta Ocupacional) / Jamile Reis (Nutricionista)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Juliana Marques inicia a reunião consultando a última pauta.

Prontuário Afetivo: Simone sugeriu a criação de um plano de ação para início de instalações das placas. A Colibri deveráser a ala piloto deste projeto e Larissa Menezes se prontifica a direcionar esse projeto.

Cabeleireiros dos pacientes: Parceria com profissional evoluiu. A proposta é realizar cortes a todos os pacientes masculinos e encontrar outro parceiro para realizar os cortes femininos. O HMG deverá disponibilizar uma máquina e outros materiais necessários.
Dia das Crianças: Proposta conjunta para realizar uma ação em parceira com o Centro de Formação e Recreação São José.Inserir pauta no colegiado e abrir espaço para novas sugestões. Ideias iniciais:

Verificação da saúde dos alunos: Checagem de pressão, glicose e outros exames rápidos.
Avaliação odontológica e orientações sobre a saúde bucal dos alunos.

Guaraokê: Juliana Marques sugeriu a realização da atividade no final do ano. Utilizar a caixa de som, microfones e as TVspara montar um videokê aberto para colaboradores e terceiros.

Coral do pacientes: Paulo Takeshi sugeriu, em parceria com a fonoaudiologia, montarmos um coral com pacientes. Eleiniciaram uma avaliação prévia para escolha dos integrantes do grupo.

Desfile da Primavera: Jamile Reis sugeriu um desfile para comemoração da chegada da Primavera. O desfile teria os pacientes como modelos e seria realizado na área externa próximo ao SESMT. Usando materiais naturais e biodegradáveis para decoração; servindo salada de frutas; bebidas e alimentos refrescantes; música ambiente (sarau).

Em relação às ações pendentes:
Pintura da área de convivência: será convocada uma reunião para levantamento de custos e definição dos painéis.
Projeto PET: cão hospitalar Kennedy não passou nos últimos testes e não deverá ser aproveitado no programa;
Óculos do Geneci: Larissa Menezes disponibilizou a receito dos óculos, vamos entrar em contato com o conselheiro gestor Juarez que se prontificou a providenciar a aquisição do objeto.

Convocação de colaboradores voluntários: Simone Araújo informa que poderemos utilizar os protocolos e material comunicativo já existente no projeto IRSI de Salvador. Thiago Mancuzo vai solicitar conteúdos para iniciar a divulgação no HMG.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicina Integrativa	Carmen Domingues / Eliana Silva	30/08/2024	16h00	17h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos atendimentos pela ozonioterapia no tratamento de lesões no mês
- Apresentação dos números de atendimentos realizados
- Orientação sobre higiene do sono e ciclo circadiano
- Cromoterapia e Hipnoterapia

PARTICIPANTES

Simone Araújo (Diretora Geral), Edson Kasuma Ono (Médico), Paula Hiratsuka (Terapeuta), Vanda Dias Vieira (Ouvidoria), Nicole Caetano Teófilo (Aux. Administrativo), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Dário P. S. Filho (Coordenador de RH), Fabiane Evol C. de Souza (Enfermeira NSP), Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira NSP), Victor Hugo Panont (Diretor Técnico), Tamiris Michele Demichili (Enfermeira SCIH), Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia), Luciana G. O. Carboni (Supervisora de Farmácia), Vera Lucia S.P. Macedo (Enfermeira Vig. Epidemiológica), Miriam F. Souza (Enfermeira NEP), Alex Dias Pereira (Enfermeiro), Thamara Derêncio (Superv. de Enfermagem)..

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 16h do dia 30 de agosto de 2024, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito dos resultados obtidos no mês de julho. Foram apresentados pelo Dr. Edson ao grupo, os resultados adquiridos por meio da ozonioterapia aplicada em pacientes portadores de lesão por pressão, obtendo resultados positivos após o início da terapia. Realizou comparativo a partir da data de admissão do paciente até 30/06/2024, citando alguns casos em atendimento, utilizou como instrumento o registro diário da evolução da lesão e registro de imagens.

Os atendimentos são registrados no SMPE diariamente, falou também sobre os materiais necessários para o atendimento e o quantitativo de cilindros de oxigênio utilizados, passou a palavra à terapeuta Paula, a mesma realiza a apresentação referente aos atendimentos de hipnoterapia e cromoterapia realizados no mês de julho. Encerramos a reunião às 17 horas.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Miriam Fernando de Souza	30/08/2024	17:00	18:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01- Revisando dos Indicadores e metas.

02- Gestão da sala de treinamentos do NEP.

03- Melhoria do controle de acesso dos estagiários.

04- Apontamento de melhorias na estrutura documental do NEP.

05- Plano ONA, reprogramar o cronograma de 2024 com as lideranças.

PARTICIPANTES

Victor Hugo Panont (Diretor técnico), Simone Araújo (Diretora Geral), Vera Lúcia Macedo (Enfermeira Vigilância), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Tamiris Michele Demichili (Enfermeira SCIH), Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia), Dário Pedro Filho (Coordenador de RH), Fabiane Evol Souza (Enfermeira NSP), Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia), Maria Cristina Santos (Enfermeira NSP), Miriam Fernando Souza (Enfermeira NEP), Paulo Rodrigo Barbosa (Analista de Qualidade)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 30 de Agosto, à partir das 17 horas, iniciou-se a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente, no Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade da Enfermeira SCIH Tamiris Michele Demichili. A mesma inicia a reunião informando que o NEP está revisando seus indicadores e metas, focando especialmente na adesão aos treinamentos de colaboradores e que o cronograma anual segue padrões estabelecidos e monitora os status dos treinamentos, informa ainda que ocorreram cancelamentos de agenda, o que impactou no número final de treinamentos realizados em julho, sendo necessária a reorganização com as lideranças para melhor planejamento. Em 2025, será elaborado um relatório justificando os cancelamentos de treinamentos.

Esclarece que o NEP, além de ser responsável pela gestão da sala de treinamento, também se encarrega pela aquisição de novos recursos, como bonecos simuladores e outros materiais.

Em relação aos estágios, houve uma discrepância entre vagas solicitadas e vagas cedidas, com prioridade dada às escolas públicas para 2025, foram aprovadas 77 das 317 solicitações, com a proposta de formar grupos menores para melhor acompanhamento. Foi identificada a necessidade de melhorar a comunicação e o controle de processos, incluindo a organização das listas de treinamento. A escola "24 de Março" foi impedida de manter estágios devido a irregularidades.

Será discutido o plano para processo de acreditação ONA, para reprogramar o cronograma e articular

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão Qualidade e Segurança do Paciente	Fabiane Evol Cavalcante de Souza	30/08/2024	08:30	09:30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação dos indicadores Julho de 2024
- Evidências de tratativas de NC
- Ações NSP

PARTICIPANTES

Jamile Renata (Sup. Nutrição), Thamara Derêncio (Sup. Enfermagem), Simone Araújo (Diretora Geral), Paulo Rodrigo (Analista Qualidade), Kamila Tamara (Sup. Qualidade), Bruno Barbosa (Aux. Adm.), Miriam Souza (Enf. NEP), Carolina Aparecida (Enf. Auditora), Raquel Macena (Coord. Enf), Daniele Martolano (Coord. Enf), Luciana Guedes (Sup. Farmácia), Sylvana Eleodoro (Sup. Enf), Eliana Cristina (Enf. Estomaterapeuta), Tamiris Demichili (Enf. SCIH), Vera Lucia (Enf. SCIH), Daniela Scavone (Coord. Farmácia), Fabiane Evol (Enf. NSP).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Apresentação dos Indicadores do Mês de Julho/2024

A reunião foi iniciada às 8h30 pela Enfermeira Maria Cristina, que apresentou os indicadores do mês de Julho/2024.

Foram abertas 169 não conformidades, sendo:

- 04 identificadas como ouvidorias
- 02 compartilhadas pela ouvidoria
- 05 arquivadas por falta de informações

2. Relatório das Não Conformidades

- Maria Cristina informa que 130 não conformidades foram respondidas, das quais apenas 39 tinham evidências anexadas (registro em sistema SMPEP, plano de ação, registro fotográfico, nota da prestadora, lista de orientação).

Em relação à origem (dado que o colaborador preenche) das Não Conformidades, obtivemos os seguintes dados:
Quebra de processos: 27, Procedimento Assistenciais: 21, Flebite: 9, Medicações: 19, LLP: 15, Nutrição: 5, Queda: 7, Comunicação Efetiva: 11, Identificação do Paciente: 15, Risco de Infecção: 6, Remoção Dispositivos: 2, Evasão: 2, Hemoderivados: 1, Outros: 30.

Em relação às metas internacionais (indicador realizado pelas enfermeiras do núcleo), foram apresentados os seguintes números de registro de Não Conformidades:
Risco de Infecção: 45, Comunicação Efetiva: 36, Uso Seguro de Medicamentos 16, Outros: 26, LPP: 4, Queda: 7, Cirurgia/Procedimento: 3, LPP: 10, Identificação do Paciente: 17.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Óbitos	Daniele de Mello Martorano	04/09/2024	15h30	16h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

– Discussão dos óbitos ocorridos no mês de agosto, plano de ação

PARTICIPANTES

Daniele (coord. de enf.), Anderson (coord. equipe multi), Daniela Scavone (coord, farmácia), Maria Cristina (enf. Núcleo de Segurança), Fabiane (enf. Núcleo de Segurança), Vera (enf. CCIH e Vigilância), Dr. João

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Assuntos Tratados:

1. **Apresentação dos Dados de Óbitos - Agosto**
   - Anderson iniciou a reunião apresentando os dados referentes aos óbitos ocorridos em agosto, totalizando 17 óbitos, sendo 9 na UTI, dos quais 5 estavam em cuidados paliativos, 2 na Sanhaçu e 6 na Colibri.
   - Foi mencionada uma divergência nos indicadores de óbitos, possivelmente devido ao caso do paciente S.X.M, prontuário 09445, que havia sido retirado do sistema SMPEP e reinserido posteriormente.
2. **Discussão sobre o Óbito do Paciente A.A. - Prontuário 8711**
   - Iniciou-se uma discussão sobre o óbito do paciente A.A., prontuário 8711, ocorrido em 01/09. A análise deste caso será realizada na próxima reunião.
3. **Análise do Prontuário 9515 - Paciente R.A.C.**
   - A Enfermeira Maria Cristina relatou sobre o prontuário 9515, paciente R.A.C., mencionando a existência de informações divergentes relacionadas à passagem do cateter Shilley. Não foram encontrados registros de preenchimento dos bundles ou evolução médica, exceto pelas anotações da técnica de enfermagem.
   - Após quatro horas da passagem do cateter, foi observado retorno de sangue em grande quantidade durante o plantão noturno. O médico foi acionado e constatou que o cateter não estava corretamente alocado. Seguindo orientação médica, o cateter foi retirado e repassado em outro sítio. No entanto, foram identificadas fragilidades nos registros, principalmente da equipe médica. O paciente evoluiu a óbito três dias após o ocorrido.
   - Todos os presentes concordaram sobre a necessidade de melhorar os registros das informações nas evoluções.
4. **Divisão de Análise dos Prontuários**
   - Dr. João informou que a análise do prontuário 9515 foi realizada pelo Dr. Thomas, mencionando a existência de uma divisão de análise. Anderson sugeriu que Dr. Thomas encaminhe o resultado das análises para a comissão.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Prontuários	Carolina Santos	03/09/2024	11:00	12:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações geradas no encontro 36;
- Auditoria dos prontuários;
- Discussão de NC'S.

PARTICIPANTES

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André Panont (Coordenador Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana Lima (Supervisora de Enfermagem), Shirley Schunck (Enfermeira do Escritório de Gestão de Altas).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada com a discussão sobre as inconsistências encontradas nos prontuários auditados pela Comissão. Carolina mencionou que os mesmos erros recorrentes continuam sendo identificados, como a falta de documentos nos prontuários e a ausência da checagem das prescrições de enfermagem.

Shirley, destacou a importância do plano de alta e informou que, ao encontrar prontuários com preenchimento incorreto, está sinalizando os gestores para que estes solicitem à equipe o preenchimento adequado.

Dr. Gasparoto compartilhou sua experiência em outros hospitais e ressaltou a prática de cancelamento de alta no sistema quando o paciente não é liberado. Também sugeriu o compartilhamento da previsão de alta com a equipe, o que auxiliaria no monitoramento do processo.

Dr. André Panont propôs a criação de um fluxo para lidar com casos em que o paciente está de alta, mas o familiar não comparece para buscá-lo. Elogiou Shirley pela melhoria no fluxo de alta desde que assumiu a responsabilidade. Ele também destacou a importância de que as equipes finalizem os registros nos prontuários, pois muitos permanecem em aberto, dificultando o processo de alta.

Juliana menciona a falta de documentos nos prontuários e informou que já discutiu a questão com Maicon, Supervisor Administrativo, que está em processo de implementação de um plano de ação para solucionar o problema. Além disso, destacou que, no mês de agosto, quatro pacientes foram encaminhados para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Aproveitando o tema abordado por Dr. André Panont, Carolina relembrou que ainda há muitas assinaturas pendentes nos prontuários e mencionou o plano de ação para ajudar a equipe a finalizar esses registros.

Dr. Gasparoto relatou que nos prontuários que auditou também faltavam documentos pessoais dos pacientes. A Enfermeira Mariana confirmou que, nos prontuários que auditou, também identificou falta de documentos e ausência de checagem na prescrição de enfermagem.

Juliana finalizou a reunião lendo as Não Conformidades encontradas, e Mariana informou que fará a análise de cada caso em maior profundidade para buscar soluções adequadas.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
CIDOTT – Comissão interna de doação de órgãos e tecidos	Sylvana Eleodoro	01/08/2024	13:10hs	13:40hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação da política de atuação da comissão;
- Apresentação dos integrantes;
- Divulgação de curso de atualização em captação de órgãos e tecidos – OPO HRIM em 28/08.

PARTICIPANTES

Larissa Lares de Menezes, Maria Jaquedane da Silva Patrício, Taís Assis Magalhães, Sylvana Eleodoro, Marcelo Silva Araújo e Raquel F. Macena Mauro

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Coord Raquel faz a leitura da política de atuação da Comissão no HMG e comunica aos participantes os membros da equipe e suas referidas funções e havendo ausências consecutivas o mesmo seja desligado da comissão.

- Enf Taís questiona se caso a reunião ocorra na folga como será analisada a ausência;

- Divulga para o grupo evento que ocorrerá no Hospital do Rim em 28/08, cuja participação do presidente da comissão é obrigatória e dos demais membros facultativo. Reforça que a inscrição deverá ser encaminhada o quanto antes para garantir a vaga;

- Sylvana fica responsável por montar duas pastas: uma para documentos da comissão e uma para deixar no setor com os impressos;

- Fica acordado com a comissão que a reunião será toda segunda 3ªf do mês às 13:00.

10.9. Atas das Comissões realizadas em Setembro

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos – Encontro 06	Talita Silva Correa	18/09/24	10h20	11h20

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Evolução sobre a inclusão e reavaliação CP na Aba Cuidados Paliativos SMPEP;
2. Sinalização com o símbolo da borboleta dos pacientes em CP (Placa de identificação beira leito);
3. Criação do Plano Terapêutico Multidisciplinar em paciente em CP;
4. Planejamento sobre treinamentos de CP para equipe assistencial.

PARTICIPANTES

Larissa Menezes (Psicóloga /Presidente); Dr. André Gasparoto (Médico /Vice-Presidente); Talita Silva Correa (Psicóloga/2° Secretaria); Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT/Membro); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/Membro); Raquel Macena Mauro (Coordenadora de enfermagem/Membro); Rayane Amaro de Sousa de Paula (Farmácia/Membro); Aline Pereira dos Santos (Psicóloga/Convidada); Patricia Sodré (Nutricionista/Convidada) Samara Beatriz Oliveira Rodrigues (Fisioterapeuta/Membro); Bárbara Cristina Silveirio Marciano (Analista Qualidade/membro) e Fabio Bueno (Supervisor de Enfermagem/Membro).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Iniciamos a reunião retomando a última pauta sobre os resultados das divisões feitas entre os membros da comissão, dos pacientes que faltavam alguma pendência de sinalização sobre estarem incluído em Cuidados Paliativos. Foi reforçada a importância da evolução na aba de Cuidados paliativos disponível no sistema SMPEP, após alinhamento com a equipe, paciente e familiar. E com grande entusiasmo foi informado que o nosso número aumentou de pacientes sinalizados no sistema em CP, e a implantação da sinalização do símbolo da borboleta para os pacientes em cuidados paliativos que se encontra na placa de identificação do paciente, e também foi sugerida pela presidente, Larissa a importância em colocar as diretivas dos cuidados instituídos e o PPS atualizado.

Discutimos sobre os casos de dois paciente que tivemos na unidade de extubação paliativa N.M.S (prontuário institucional 9467) e B.G (prontuário institucional 9354), abrimos espaço de discussão para alinhamento e sugestão do manejo com pacientes nesta linha de cuidados, priorizando a redução de ruídos na comunicação com a equipe e aprimoramento do processo humanizado.

Comunicamos sobre a necessidade da criação do plano terapêutico multidisciplinar para os pacientes em Cuidados Paliativos, que foi sinalizado na auditoria interna. Abrimos um espaço para discussão, onde foi dada sugestões:

- Replicar as informações da comissão de cuidados paliativos com as equipes;
- Reforçar as informações entre as equipes durante as visitas multidisciplinares para estimular a cultura de discutir plano terapêutico de pacientes em Cuidados Paliativos;
- Sugerido sobre criação de um chek-list de Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente no momento da admissão;
- Criação e exposição de um informativo nos postos de enfermagens sobre o que é os Cuidados Paliativos, e

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Thais Amâncio dos Santos Moreira	27/09/2024	10:00h	11:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES
- Apresentação de indicadores - Apresentação das ações realizadas - Apresentação do quadro de pendencias.
PARTICIPANTES
Gustavo G Paiva (Técnico NSP), Maria Cristina S. Santos (Enf. NSP), Fabio Bueno (Super. Enf.), Sylvana Heodoro (Super. Enf), Daniele Martorano (Coord. Enf.), Raquel F. Macena (Coord. Enf.), Carmen I D. Souza (Gerente Enf.), Shirley Ferreira (Enf. Gestão Alta), Paulo Rodrigo (Analista Qualidade), Luciana G. de O. Carboni (Super. Farmácia), Kamila Tamara (Super. Qualidade).
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO
A reunião foi iniciada com a apresentação das pendências do mês anterior, sobre a auditoria ambiental que será realizada em outubro (limpeza terminal - quartos e leitos), com uma breve explicação sobre o glogerme, treinamento do Trato Urinário realizado no início de agosto, pré-auditoria interna, e implantação do time de higiene das mãos. Estamos em adequação e divulgação do fluxo de fornecimento de máscaras para visitantes e acompanhantes de pacientes em isolamento respiratório. Começou a apresentação dos gráficos de indicadores do núcleo de epidemiologia hospitalar e da notificação compulsória, onde foram abertas 14 notificações, sendo: 3 por acidente com material biológico, 4 por violência, 3 por tuberculose, 2 por sífilis, 1 por hepatite e 1 por HIV/AIDS. Tivemos uma infecção primária de corrente sanguínea em um paciente da UTI Beija-Flor, causada por Staphylococcus aureus. Também foi abordada a preocupação com um provável surto por essa bactéria no mês de setembro, já que, em nossas buscas, já estamos com 6 (seis) casos. Começamos uma investigação e levantamos possibilidades. Carmen mencionou que há falhas no processo nos cuidados com o acesso; Dr. Victor sugere que seja uma questão de manipulação do cateter. Tivemos a menor taxa do ano em relação à infecção na UTI Beija-Flor. Nos últimos três meses, estamos abaixo da meta do percentil 90, e isso é bom. A topografia de densidade de incidência de infecções por paciente/dia foi dividida por 1.000. A taxa de letalidade foi de 100%, já que tivemos uma infecção e um óbito. A densidade de incidência por infecção foi: PAV 0, IPCS 6,41, ITU 0. Precisamos zerar as infecções para atingir o percentil 50 da Covisa. A taxa de utilização de ventilação mecânica no hospital foi de 11,28, um número considerado baixo, indicando que a gravidade dos pacientes é baixa. A taxa de utilização de CVC na UTI Beija-Flor foi de 24,11%, e a de SVD foi de 13,91%, sem grandes novidades em relação a esses três gráficos. O consumo de álcool em gel e sabonete líquido no hospital continua nos últimos três meses abaixo da meta, que é de 20 ml por paciente. No hospital como um todo, o consumo de álcool foi de 14,49 ml e de sabonete, de 15,96 ml. Já o consumo na UTI atingiu a meta, com 43,68 ml e 20,90 ml, respectivamente.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	27/09/2024	14h30	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em agosto /24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias.

PARTICIPANTES

Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta, Arilene Ferreira (Almoxarife), Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira NSP), Raquel F. Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem), Vera Lúcia Macedo (Enfermeira Vig. Epidemiológica), Carolina Aparecida S. Santos (Enfermeira Auditora), Kamila Tamara O. Fales (Supervisora da Qualidade), Alanna Rocha (Nutricionista).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 14h30 do dia 27 de setembro de 2024, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de agosto, foram apresentados pela enfermeira Eliana ao grupo, iniciando a reunião com resultados de pendências da reunião de julho de 2024, informa que foram apresentados o número total de lesões em acompanhamento de 23 pacientes totalizando 26 lesões. Conforme solicitado, foram retirados os colchões pneumáticos do setor almoxarifado e acondicionados na sala de hipnoterapia, informa ainda que foi solicitado a atualização da placa de termômetro de lesões e realizado o treinamento de 25 enfermeiros de referência, com data de conclusão para 27 de setembro.

Apresentados os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões de pele, sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, apresentando os indicadores dos setores desde janeiro de 2024, Informações sobre a classificação da escala de BRADEN para pacientes com LPPs adquiridas e óbitos relacionados a outras causas.

Apresentação do estudo de Causa Raiz realizado em agosto de 2024, utilizando o Diagrama de Ishikawa para identificar as causas de lesões por pressão.

Apresentado resultados sobre solicitações de 41 interconsulta somando com a demanda espontânea o total de 47 avaliações realizadas, foram abertas 12 NC no mês sendo 1 referente a notificação de lesão adquirida.

Foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e evolução SMPEP x Faturamento do mês, a enfermeira Caroline do setor auditoria solicita que seja lançado o procedimento referente a desbridamento de lesões que atualmente é registrado como Curativo grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente), solicita que seja lançado como desbridamento de feridas que será ajustado para o mês de setembro, Eliana solicita apoio da supervisão

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	TAMIRIS DEMICHILI	27/09/2024	15h00	16h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Definição do conceito de ética no exercício profissional
- Construção do cronograma de divulgação dos novos componentes da comissão e os meios de comunicação para recebimento de denúncia – Qrcode.
- Apresentação do fluxograma de tratativas de denúncias para aprovação

PARTICIPANTES

Tamiris Demichili, Ediléia Alves dos Santos, Eliane Palma de Souza, Roseli Nunes Paixão, Sabrina Carvalho Rodrigues, Willian Ferreira B. Pinto.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião aconteceu de forma online pela plataforma Teams, com a presença de todos os listados acima.
A presidente Tamiris iniciou a reunião relembrando aos integrantes o conceito de ética profissional na enfermagem:

- A ética profissional na enfermagem é um conjunto de princípios e regras que orientam a conduta dos profissionais de enfermagem, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.
- O objetivo é garantir o respeito, a segurança e o bem-estar dos pacientes, além de promover a valorização da profissão.
- Tamiris complementa informando que:
- Como membros desta comissão, temos o dever legal e moral de conhecer, praticar e promover o Código de Ética da Enfermagem.
- É fundamental que cada um de nós esteja atento às próprias condutas durante o exercício profissional, assegurando que atuamos em conformidade com os princípios éticos e legais que regem nossa profissão. Além disso, é importante mantermos um ambiente de respeito e cooperação, evitando qualquer situação que possa gerar retaliações ou conflitos com colegas que já foram objeto de avaliação por esta comissão.

Tamiris também informa aos presentes que, no mês de outubro, será necessária a organização dos membros para a divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem in loco nos setores listados abaixo. Ela solicita a divisão dos integrantes nos plantões e setores, de forma que todos atuem ativamente no processo de divulgação junto aos colaboradores do HMG.

Setor	Diurno	Noturno
UTI Beija Flor	Ediléia Diurno I	Tamiris N1 e N 2
Colibri	Marco	Tamiris N1 e N 2
CME	Marco	Tamiris N1 e N 2

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Christopher Guerra	26/09/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Artigos sobre Inteligência Artificial na Medicina.

PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga e Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientação à equipe médica - Capítulo XII sobre Ensino e Pesquisa Médica e Acompanhar as discussões globais sobre a regulação da IA e telemedicina.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

ABERTURA DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada pelo Dr. Marcelo Araújo, que deu boas-vindas aos participantes e apresentou a pauta do dia.

PAUTAS

Orientações à Equipe Médica: Dr. Thomaz e Dr. João Paulo orientaram a equipe médica durante o mês de agosto o Capítulo XII sobre Ensino e Pesquisa Médica. Nos encontros eles destacaram os seguintes pontos:

- A necessidade de uma formação ética sólida para os profissionais de saúde.
- A importância de garantir a integridade nas pesquisas, respeitando os direitos dos participantes.
- A promoção de um ambiente de aprendizado que estimule a curiosidade científica e a responsabilidade.

Discussão dos Artigos Científicos sobre Inteligência Artificial na Medicina: Os membros da comissão discutiram três artigos relevantes sobre a aplicação da IA na área médica:

Artigo 1: O uso da inteligência artificial como ferramenta no diagnóstico de doenças e na formação dos médicos

- Resumo: O artigo apresenta uma mini revisão sobre o uso de IA na saúde, discutindo seus benefícios e as precauções necessárias.
- Discussão: Foi ressaltado que a IA pode agilizar diagnósticos e auxiliar na formação de profissionais, mas há necessidade de cautela, uma vez que muitas tecnologias ainda estão em fase experimental. A conclusão enfatizou que a IA deve ser uma ferramenta de apoio, e não um substituto autônomo.

TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	REDATOR: Luciana Carboni	DATA: 27/09/2024	INÍCIO: 11:30h	TÉRMINO: 13:00h

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Média de pacientes/mês;
- Consumo de itens (Curva A) dos últimos três meses;
- Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- Consumo de anticoagulantes;
- Consumo fraldas x média de pacientes acamados;
- Consumo aventais descartáveis x média de pacientes em isolamento;
- Consumo toalhas para banho rouparia x consumo de tolha para banho almoxarifado
- Farmacoeconomia
- Consumo total por categoria dos últimos 12 meses;
- Queixas técnicas recebidas;
- Pedidos de padronização do mês.

PARTICIPANTES

Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia), Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia), Raquel Iracema Mauro, Daniele (Coord. de Enfermagem), Dr. Victor (Diretor Técnico), Simone Araújo (Diretora geral), Jamile (Super. Nutrição), Arilene (Almoxarife), Anderson Torres (Coord. Multidisciplinar), Robert (Coord. de Contratos), Thamara Derêncio (Super. Enfermagem), Lucas (médico infectologista), Vera Lucia (Enfermagem – Vigilância), Yuri de Jesus (Analista de Compras), Paulo Rodrigo (Analista Qualidade), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira do NSP), Eliana Cristina (Enfermeira Estomaterapeuta).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações que foram geradas no último mês:

- Houve aumento no consumo de sabonete líquido devido à recente implantação das máquinas de banho com um impacto orçamentário bastante significativo de entrada na categoria de produtos médicos e de enfermagem;
- Houve aumento no consumo de Ceftriaxona e de Piperalicina/ Tazobactam em comparação ao mês anterior;
- Realizado um estudo de farmacoeconomia em relação ao consumo de anticoagulante injetável X anticoagulante via oral e foi evidenciada a redução significativa no custo dessa classe de medicamentos no período de 1 ano. Isso se deve a ações contínuas dos farmacêuticos em conjunto com a equipe médica, demonstrado através de gráfico comparativo no período de Janeiro/2023 até Agosto/2024.
- Consumo de medicamento e materiais de expediente se manteve abaixo da rubrica, assim como nos meses anteriores. Em relação aos materiais hospitalares, o consumo ficou acima da rubrica com a justificativa da compra do sabonete sem enxágue utilizado nas máquinas de banho. Em relação à rubrica de dieta, esse mês houve uma entrada acima da rubrica devido a uma entrega referente à 1ª quinzena de setembro, que foi contabilizada em agosto, impactando no aumento do valor de entrada do mês referido, que será minimizado no mês seguinte.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Jefferson Bezerra Nascimento	27/09/2024	09:30	10:25

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Apresentação dos indicadores.
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Ações.
4. Pendências

PARTICIPANTES

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Erick Henrique Martins Gomes, Jefferson Bezerra Nascimento, Raquel F. De Macena Mauro, Paulo Rodrigo, Simone da Silva Araújo, Daniele de Mello Martorano, Kamila Tamara de Oliveira Sales, Maristela de Aguiar Oliveira Cimino, Victor Hugo Parrilha Panont, Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo, Miriam Souza, Sylvana Aparecida Eleodoro dos Santos, Lucas T. Vieira, Jamile Renata O. dos Reis, Carmen I. D. de Souza, Maria Crisitna Souza Santos, Fabiane Evol C. Souza.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia vinte e sete de setembro de dois e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. O senhor Bruno Freitas apresentou os indicadores de janeiro a agosto de 2024, iniciando pelo indicador de acidente de trabalho por descarte errôneo de perfurocortantes, onde no mês de agosto não houve acidente. Também informa que a participação dos treinamentos (dados NEP) estão aumentado, devido aos diálogos semanais de segurança realizados pela equipe do SESMT. O acumulado do total de resíduos de 2023 e 2024 (janeiro a agosto) apresenta queda de mais de 13.000 kg, o resíduo reciclável apresenta aumento de sua geração (indicador positivo), demonstrando que a instituição vem segregando de forma mais adequada, o setor de nutrição apresentou um aumento na geração dos resíduos comuns comparado a série histórica de agosto 2024 (mais de 1.000 kg). O setor da Canário apresenta a menor quantidade de geração de resíduos (12.466 no acumulado de janeiro a agosto de 2024) e o setor da Nutrição é o maior gerador de resíduos (53.472 kg janeiro a agosto de 2024), o setor da UTI Beija flor apresenta aumento na geração dos resíduos recicláveis. Destacam-se a segregação de resíduos recicláveis, sendo que em julho foi de 2.2026 kg e em agosto de 2024 foi de 2.051 kg, sendo as maiores segregações do ano.

Tópico 2. As inspeções foram realizadas e encontram-se S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE\07. PGRSS\2024\06. Inspeções

Tópico 3. As ações do mês de setembro contam com a chegada do coletor de pilhas e baterias, onde será fixado na área de convivência, para que também os colaboradores possam descartar esse tipo de resíduo, segregação dos resíduos do setor da cozinha entre orgânico, comum e reciclável, estudo de caso do perfil de geração de resíduos por setor, solicitação das fitas para marcação em piso das lixeiras, envio do estudo para ampliação do abrigo de resíduos, elaboração do plano de contingência em caso de paralisação da empresa coletora de resíduos.

Tópico 4. Assinatura do POP de Higienização, sendo a última atualização em 18/09/2024

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Humanização – Encontro 40	Juliana Marques, Thiago Mancuzo	06/09/2024	10h00	11h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Revisão das ações do encontro 39;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em outubro.

PARTICIPANTES

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Larissa Alves (Psicóloga)/ Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) / Stephanie Almeida (Fisioterapeuta) / Paulo Takeshi (Terapeuta Ocupacional) / Izadora Mariani (Secretária da Diretoria) / Kamila Tamara (Sup. Qualidade) / Larissa Menezes (Psicóloga) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Karina Gonçalves (Jurídico) / Jamile Renata (Nutrição)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Juliana Marques inicia a reunião consultando a última pauta e realizando a leitura do documento. Foram discutidas pautas e atividades de atuação da comissão conforme descrito a seguir:

Projeto Cão Hospitalar – vamos precisar de outro cão hospitalar. Ainda não visitamos o canil próximo.

CAMPANHA Setembro Amarelo – trilha sensorial com roda de conversa. 25 e 26 colaboradores. 27 sarau com pacientes. A pessoa entra vendada e passa por experiências sensoriais. Após a experiência é organizada uma breve roda de conversa para expressar as sensações vivenciadas.

Prontuário Afetivo: Fabiana Evol e Larissa Menezes irão definir o local das placas.

Café Acolhedor: Nos comprometemos a divulgar uma semana antes na recepção utilizando convites impressos e o banner no dia do evento.

Pintura da Área de Convivência: Vamos aguardar a finalização da reforma da Recepção para iniciar o projeto. Recebemos a lista de material, falta realizar a compra.

Cabeleireiros dos pacientes: Discutimos sobre as autorizações necessárias, datas viáveis e mecânica da atividade. Karina e Kamila (compliance) vão providenciar a autorização, Mariana e Larissa providenciaram a lista de pacientes que devem participar da ação e não definimos a data dos eventos.

Guaraokê: Evento de fim de ano.

Coral dos pacientes: Não entrou em pauta.

Desfile da Primavera: Jamile Reis sugeriu um desfile para comemoração da chegada da Primavera. O desfile teria os pacientes como modelos e seria realizado na área externa próximo ao SESMT. Usando materiais naturais e biodegradáveis para decoração; servindo salada de frutas; bebidas e alimentos refrescantes; música ambiente (sarau).

Óculos do Geneci: Entregue.

Convocação de colaboradores voluntários: Aguardando responsável da Sede Salvador para alinhamento final do uso de templates e uso da marca I.R.S.I.

AÇÕES GERADAS

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Área de convivência (pintura)	Pintura será realiza após reforma	Thiago e Izadora	Em andamento

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicina Integrativa	Carmen Domingues / Eliana Silva	27/09/2024	14h30	15h00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação dos resultados do tratamento das lesões de pressão com a ozonioterapia
- Apresentação dos indicadores números de atendimentos
- Nutrição comportamental
- Crononutrição

PARTICIPANTES

Edson Kazuma Ono (Médico), Vanda Dias Vieira (Ouvidoria), Nicole Caetano Teófilo (Aux. Administrativo, Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira NSP), Raquel F. Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem),Vera Lúcia Macedo (Enfermeira Vig. Epidemiológica), Carolina Aparecida S.Santos (Enfermeira Auditora), Kamila Tamara O. Fales (Supervisora de qualidade),Juliana Silva Santos (Fisioterapia),Thiago T.C.Mancuzo(Analista da comunicação),Miriam F.Souza(enfermeira NEP),Monique Evelyn(Auxiliar administrativo)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 14h30 do dia 27 de setembro de 2024, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito dos resultados obtidos no mês de agosto. Foram apresentados pelo Dr. Edson ao grupo, os resultados adquiridos por meio da ozonioterapia aplicada em pacientes portadores de lesão por pressão, obtendo resultados positivos após o início da terapia. Realizou comparativo dos últimos três meses, citando alguns casos em atendimento, utilizou como instrumento o registro diário da evolução da lesão e registro de imagens.

Os atendimentos são registrados no SMPE diariamente, falou também sobre os materiais necessários para o atendimento e o quantitativo de cilindros de oxigênio utilizados. Abordou o tema da obesidade no Brasil e as doenças associadas. Abordou a nutrição comportamental e a crononutrição como instrumento para perda de peso e benefício para saúde. Encerramos a reunião às 15 horas.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	27/09/2024	16:00	17:00

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

01- Indicadores Qualitativos.
02- Ações Realizadas.
03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.
04- Estágios por curso.
05-Apresentação de fotos das ações.
06- cursos Pactuados do PLAMEP

PARTICIPANTES

Monique Souza (Aux. Adm. NEP) / Dario Pedro dos santos filho (coordenador de RH) / Paulo Rodrigo S. Barbosa (analista de qualidade) / Carolina Aparecida silva santos (Enfermeira Auditora) / Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora de qualidade) / Thiago Tavares Carvalho mancuzo (Analista de comunicação) / Vera Lúcia dos santos pereira Macedo (Enfermeira de Vigilância)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:**
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**

No dia 27 de setembro a partir das 16 horas, iniciou-se a reunião da comissão do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade Agradecendo da Enf. Miriam Fernando de Souza. Miriam Começou agradecendo ao o Paulo, Eric e Camila da qualidade pelo apoio e pela seriedade nas interações. Em agosto, enfrentei desafios com a equipe, composta por Dário, Monique e eu, especialmente na parte administrativa, devido à ausência de Monique no mês de agosto referente a férias da mesma. Discuti as pendências e implementei ações de melhoria, como a conclusão do monitoramento das escolas, realizado com sucesso em colaboração com o Dario. Ressaltei que as listas de orientações foram digitalizadas e que a comunicação com as lideranças foi eficaz. Em comparação com julho, que teve 57 alunos, agosto contou com cerca de 143. Foi necessário receber professores até as 19h15 para esclarecer procedimentos e melhorar a interação. Miriam diz. Enfatizei a importância da comunicação para a melhoria da qualidade do trabalho e mencionei que a equipe local de segurança foi contatada para quaisquer atualizações. Embora o início tenha sido desafiador, fiz ajustes ao longo do processo. Consegui desligar quatro enfermeiros que estavam dando aulas inadequadas e sem compromisso, informando à escola que não poderíamos aceitar essa situação. Antes, digitalizávamos listas com 500 a 600 nomes, mas agora tudo está pronto, facilitando o processo. Agora, a escola deve me enviar os nomes dos alunos dos alunos com CPF e em branco para fazer a devida chamada na entrada do estágio, e não preciso mais gerenciar isso. O login para os alunos é essencial para que eles possam fazer anotações de enfermagem. Inicialmente, pensei em criar um único login, mas percebi que cada aluno precisa ter o seu. Com a volta da UNIP, posso focar em criar logins para todos os professores. É um processo que gera bastante papel, pois o login só é válido após a assinatura do professor. A assinatura digital é um desafio, pois tem custos e nem todos podem assinar no mesmo dia. Estamos tentando digitalizar toda a documentação e espero que até junho de 2025 tudo esteja normalizado. A assinatura dos professores é crucial, pois se não for feita, as anotações ficam pendentes. Eu cuido da auditoria e preciso que tudo seja assinado corretamente, então estou ajustando esses processos. Preciso abordar alguns pontos importantes. Vamos acionar um programa para garantir que todos fiquem informados. Comparando julho com agosto, percebemos uma incidência maior de cancelamentos, mas isso não foi um problema devido a fatores externos. Houve mudanças na contagem de horas de treinamento. Antes, contávamos qualquer treinamento como uma hora, mas agora precisamos registrar o tempo exato, o que trouxe mais clareza. Os dados dos meses 7 e 8 mostram que o total de horas é maior que o número de participantes, corrigindo um erro anterior. Estamos cumprindo nossas metas e aprendendo a diferenciar entre orientação e treinamento. O DSS não conta como treinamento, mas sim como reciclagem. Recentemente,

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Óbitos	Daniele de Mello Martorano	04/09/2024	15h30	16h30

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

– Discussão dos óbitos ocorridos no mês de agosto, plano de ação

PARTICIPANTES

Daniele (coord. de enf.), Anderson (coord. equipe multi), Daniela Scavone (coord, farmácia), Maria Cristina (enf. Núcleo de Segurança), Fabiane (enf. Núcleo de Segurança), Vera (enf. CCIH e Vigilância), Dr. João

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Assuntos Tratados:

1. **Apresentação dos Dados de Óbitos - Agosto**
   - Anderson iniciou a reunião apresentando os dados referentes aos óbitos ocorridos em agosto, totalizando 17 óbitos, sendo 9 na UTI, dos quais 5 estavam em cuidados paliativos, 2 na Sanhaçu e 6 na Colibri.
   - Foi mencionada uma divergência nos indicadores de óbitos, possivelmente devido ao caso do paciente S.X.M, prontuário 09445, que havia sido retirado do sistema SMPEP e reinserido posteriormente.
2. **Discussão sobre o Óbito do Paciente A.A. - Prontuário 8711**
   - Iniciou-se uma discussão sobre o óbito do paciente A.A., prontuário 8711, ocorrido em 01/09. A análise deste caso será realizada na próxima reunião.
3. **Análise do Prontuário 9515 - Paciente R.A.C.**
   - A Enfermeira Maria Cristina relatou sobre o prontuário 9515, paciente R.A.C., mencionando a existência de informações divergentes relacionadas à passagem do cateter Shilley. Não foram encontrados registros de preenchimento dos bundles ou evolução médica, exceto pelas anotações da técnica de enfermagem.
   - Após quatro horas da passagem do cateter, foi observado retorno de sangue em grande quantidade durante o plantão noturno. O médico foi acionado e constatou que o cateter não estava corretamente alocado. Seguindo orientação médica, o cateter foi retirado e repassado em outro sítio. No entanto, foram identificadas fragilidades nos registros, principalmente da equipe médica. O paciente evoluiu a óbito três dias após o ocorrido.
   - Todos os presentes concordaram sobre a necessidade de melhorar os registros das informações nas evoluções.
4. **Divisão de Análise dos Prontuários**
   - Dr. João informou que a análise do prontuário 9515 foi realizada pelo Dr. Thomas, mencionando a existência de uma divisão de análise. Anderson sugeriu que Dr. Thomas encaminhe o resultado das análises para a comissão.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
CIDOTT – Comissão interna de doação de órgãos e tecidos	Sylvana Eleodoro	17/09/2024	09:30hs	10:40hs

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação do Enf. Ricardo Victor Félix da Silva Coordenador de Enfermagem da OPO HRIM;
- Cenário da doação no Brasil
- Dados do HMG

PARTICIPANTES

Fábio Bueno, Raquel Francisca de Macena Mauro, Danielle de Melo Martorano, Fernanda Danielle Pitombo, Thamara Derêncio, Sylvana Eleodoro, Tais Magalhães, Larissa Alves Menezes, Sylvana Eleodoro e Anderson Tomás de Oliveira

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Coord Ricardo (OPO Hrim) apresentou o cenário de doação de órgãos no Brasil (por região). Apresentou os dados de doação por órgão e a atuação da CIHDOTT nos hospitais. Trouxe as informações do sobre os resultados do HMG no período de 2021 a 2024. Tivemos poucos protocolos com sucesso no desfecho.

- Entregue impressos para montagem de pastas com os seguintes impressos:
- Fluxograma do processo de doação e transplante;
- Critérios para formação da comissão;
- Termo de declaração da Morte encefálica;
- Sites de interesse (embasamento científico);
- Principais drogas depressoras e o tempo de intervalo para realização do teste de ME;
- Check list de manutenção.
- Solicitar a certidão negativa de infração ética dos profissionais da comissão.
- Desenvolver folder com membros da Comissão para divulgar a CIHDOTT para o hospital)
- Validar documentos para depois iniciar o preenchimento do Forms do CNT

10.10. Atas das Comissões realizadas em Outubro

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Terapia Nutricional	Jamile Renata Oliveira dos Reis	14/10/2024	14:00	15:00

PAUTAS

- Apresentação dos indicadores julho/agosto/setembro.
- Apresentação da taxa de desperdício.
- Discussão dos protocolos:

1. Diarreia
2. Estatística
3. Volume prescrito x Volume infundido.

PARTICIPANTES

- Silvana Eleodoro
- Fabiane Evol
- Raquel Pires Soares
- Jocineide Soares
- Patrícia Sodré Oliveira

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Jamile iniciou a reunião apresentando os indicadores na nutrição, e informou que devido a implantação do projeto do EGA (Escritório de Gestão de Altas) aumentou o número de orientações de alta nutricional, e aumentou também o n° de atendimentos, devido a mudança de fluxo após auditoria interna da ONA, em que diariamente TODOS os pacientes da UTI (em dieta via oral e enteral) e TODOS os pacientes da uso de SNE, não visitados e evoluídos pela nutricionista clínica.

Supervisora Sylvana perguntou sobre a efetividade do protocolo de peso, e foi informada que os setores Arara, Canário, Andorinha e João de Barro ainda apresenta pendencia na execução do protocolo. A mesma informou que irá reforçar com os supervisores para que não se perca essa demanda.

Jamile levantou a pauta da dificuldade na aferição da altura do paciente acamado, já que o cálculo da estimativa de altura subestima muito o dado real. Sylvana sugeriu procurar ajuda do TO

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/1

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Animais Sinantrópicos	Bruno Freitas	22/10/2024	15:00	16:00

PAUTAS

1. Leitura da Ata anterior
2. Pendências

PARTICIPANTES

- Bruno Alves Nascimento de Freitas
- Jefferson Bezerra Nascimento
- Felipe Martins Guedes
- Raul Tessi Nunes
- Vera Lúcia dos Santos

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia dez de julho de dois e vinte e quatro na sala dos SESMT, reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. O senhor Bruno Freitas fez a leitura da Ata anterior.

Tópico 2. O manejo de animais sinantrópicos como serpentes estará com o SESMT e o setor de manutenção (provisoriamente).

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO

AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/1

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Perfurocortantes	Raul Tessi Nunes	22/10/2024	14:00	15:00

PAUTAS

1. Apresentação dos indicadores de acidentes
2. Apresentação dos Planos de Ações

PARTICIPANTES

- Anderson Tomas de Oliveira
- Raquel Francisca de Mascena Mauro
- Maria Jakeline Barbosa
- Raul Tessi Nunes

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Senhor Bruno Freitas deu início a reunião ordinária apresentando os indicadores de acidentes dos de 2023 e 2024 (Jan a Set), informou que a grade parte dos acidentes são decorrentes de ações inseguras durante o procedimento de trabalho.
Foi solicitado o empenho da supervisão de enfermagem para aplicação de planos de ações preventivos.
Em seguida foi apresentado o plano de ação do SESMT referente aos acidentes, semanalmente são realizados diálogos de segurança sobre as boas práticas e cuidados com perfurocortantes, disponíveis no caminho: S:\SEGURANÇA DO TRABALHO\NR 01 - DISPOSIÇÕES GERAIS e GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS\03. Treinamentos

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO

Aquisição das placas de contagem de dias sem acidente de trabalho

AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS
Aquisição das placas de contagem de dias sem acidente de trabalho	Outubro de 24	Bruno	Concluído

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

INTS	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Reunião Extraordinária da Comissão de Proteção Radiológica	Bárbara Cristina Silvério	29/10/2024	11:00	11:45

PAUTAS

- Alto volume de repetições de exames de imagem em um mesmo paciente;
- Plano de Ação: Treinamentos da equipe de enfermagem (Passagem de Sonda).

PARTICIPANTES

- Nilton Dalsico de Oliveira (RT Técnico de Radiologia);
- Daniel da Silva Eloi (Técnico de Radiologia);
- Bárbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade);
- Jefferson Bezerra Nascimento (Técnico de Segurança do Trabalho);
- Juliana Silva Santos (RT de Fisioterapia);
- Fabio Bueno Damasio da Silva (Supervisor de Enfermagem);
- Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro de Segurança do Trabalho);
- Raquel Macedo Mauro (Coordenadora de Enfermagem);
- Miriam Fernando de Souza (Enfermeira NEP).

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Na abertura da reunião extraordinária, Nilton e Daniel explicaram que o objetivo do encontro era discutir um plano de ação para reduzir a repetição de exames no mesmo paciente, devido ao alto nível de exposição radiológica.

Foi mencionado que, no dia 3 de outubro, houve um treinamento de atualização sobre práticas e processos na Radiologia.

Nilton apresentou uma planilha de controle que o setor de radiologia está desenvolvendo, na qual

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados Paliativos	Aline Pereira	30/10/2024	10h00min	11h45min

PAUTAS

- Apresentação de novos membros;
- Alinhamento sobre o treinamento;
- Discutir cronograma e responsável por tópicos das pílulas do conhecimento.
- Estudo de caso - Case apresentado por Tamires.

PARTICIPANTES

- Larissa Menezes (psicóloga/presidente)
- André Gasparoto (Médico/Vice-presidente)
- Talita Correa (Psicóloga/1° Secretário)
- Juliana Santos (Fisioterapeuta/membro)
- Rayane Amaro (Farmacêutica/membro)
- Juliana Santos (Fisioterapeuta/membro)
- Tamires Demichili (Enfermeira SCIH/ membro)
- Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/membro)
- Aline Pereira Santos(Psicóloga/membro)
- Edson kazuma Ono (Médico/membro)
- Paula Hiratsuka (Analista de Saúde/membro)
- Milena (Fisioterapeuta/ membro)
- Carmen Souza (Gerente Enferm/membro)
- Vera Lucia Macedo (Enf. Vigilância/convidado)
- Raquel Francisca de Mascena Mauro (Coord. Enfermagem/membro)

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Thais Amâncio	23/10/2024	10:30	11:30

PAUTAS

- Apresentação de indicadores
- Apresentação das ações realizadas
-Apresentação da avaliação dos Kits de CVC, SVD e AVP
- Apresentação do quadro de pendencias.

PARTICIPANTES

- Anderson Tomas de Oliveira
- Daniela Scavone
- Fabiane Evol Cavalcante de Souza
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Solange Santana Cruz
- Eliana Cristina da Silva
- Carmen Isabel Domingues de Souza
- Thamara Derencio
- Fernanda Demichili Pitombo
- Luciana Guedes de Oliveira Carboni
- Juliana Silva Santos
- Gustavo Guimarães Paiva
- Iolanda Silva das Chagas
- Maria Cristina Souza Santos
-
-

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados da Pele	Eliana Cristina da Silva	23/10/2024	10:00	10:30

PAUTAS

-Pendências da reunião anterior;

-Indicadores de setembro 2024;

-Padronização de novos tamanhos de fraldas e sonda GTT;

-Atualização na placa termômetro de lesões;

-Safty Hadlle;

-Dia de prevenção de LPPs;

-Avaliação do treinamento de enfermeiros de referência.

PARTICIPANTES

- Eliana Cristina da Silva
- Anderson Tomas de Oliveira
- Luciana G. de Oliveira Carboni
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Erik Henrique Martins Gomes
- Gustavo Guimarães Paiva
- Arilene Ferreira
- Carmem Isabel Domingues de Souza
- Fernanda Danielle Demichile Pitombo
- Thamara Derêncio
- Leandro Moreira

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 10h00 do dia 23 de outubro de 2024, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de setembro, foram apresentados pela enfermeira Eliana ao grupo, iniciando a reunião com resultados de pendências da reunião de agosto de 2024, foram apresentados os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões de pele em setembro de 2024, sendo esses a taxa de incidência Global (3%), taxa de incidência de lesões na UTI (0%), Taxa de Prevalência de lesões por pressão(1,52%), pacientes expostos ao risco referente as avaliações tendo como instrumento a escala de BRADEN(91%),

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	23/10/2024	11:00	12:00

PAUTAS

- Pendências;
- Ações e melhorias;
- Resultados dos indicadores;
- Gráfico de resultados do NEP;
- Treinamentos;
- Imagens dos treinamentos;
- Escolas e graduações;
- Aquisição do manequim adulto básico.

PARTICIPANTES

- Miriam Fernando de Souza (Enf. Núcleo de educação permanente)
- Maria Cristina Souza santos (Enf. Núcleo de segurança do paciente)
- Fabiane Evol c. Souza (Enf. Núcleo de segurança do paciente)
- Eliana Cristina da silva (Enf. Estomaterapeuta)
- Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de enfermagem)
- Tamiris Michele Demichili (Enf. SCIH)
- Dario Pedro dos Santos filho (Coordenador de RH)
- Jamile Renata oliveira dos reis (supervisora de nutrição)
- Barbara Cristina Silvério marciano (analista qualidade)
- Kamila Tamara De Oliveira Sales (Supervisora qualidade)
- Erick Henrique Martins Gomes (Auxiliar administrativo)
- Thiago Tavares Carvalho Mancuzo (Analista comunicação)
- Gustavo Guimaraes Paiva (Técnico de enfermagem NSP)

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/2

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Marcelo Araújo	22/10/2024	10:00	11:00

PAUTAS

- Desafios e Atribuições dos Médicos no Contexto Atual;
- Cuidados Paliativos e Ética Médica;
- Pacientes com CID de AIM (Infarto Agudo do Miocárdio);
- Homenagem pelo Dia do Médico.

PARTICIPANTES

- Dr. Marcelo Araújo;
- Dr. Christopher Guerra;
- Dr. Thomaz Braga;
- Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pautas:

Desafios e Atribuições dos Médicos no Contexto Atual: Durante a reunião, os membros da Comissão de Ética Médica discutiram os principais desafios e atribuições enfrentados pelos médicos, especialmente em um hospital que lida com pacientes em cuidados paliativos e pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio (CID I21 - AIM). A equipe destacou a complexidade do manejo desses pacientes, que requer uma abordagem ética e humanizada, equilibrando a qualidade de vida com o controle dos sintomas e os limites das intervenções médicas.

Cuidados Paliativos e Ética Médica: Os médicos debateram a importância dos cuidados paliativos e a necessidade de assegurar que os princípios éticos estejam no centro das decisões médicas. Foi ressaltada a importância do consentimento informado, comunicação clara com os pacientes e seus

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/5

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	LUCIANA CARBONI	23/10/2024	14:00H	15:30H

PAUTAS

- 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
- Consumos anticoagulantes
- Estudo de Farmacoeconomia
- Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda
- Consumo aventais x média de pacientes em isolamento
- Consumo de toalha para banho x pacientes acamados
- Consumo total por categoria
- Valor orçado x realizado x consumo
- Itens de baixa rotatividade farmácia e almoxarifado
- Queixas técnicas recebidas
- Pedidos de padronização

PARTICIPANTES

- **Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)**
- **Luciana Carboni (supervisora de Farmácia)**
- **Anderson Torres (Coord. Multidisciplinar)**
- **Arilene Damasceno (Almoxarife)**
- **Bárbara Cristina Silvino (Analista da Qualidade)**
- **Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)**
- **Fabiane Evol (Enfermeira da NSP)**
- **Gustavo G Paiva (Técnico Enfermagem NSP)**
- **Jamile (Super. Nutrição)**
- **Kamila Oliveira (Supervisora da Qualidade)**
- **Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira NSP)**
- **Tamiris Demichi (Enfermeira SCIH)**
- **Yuri de Jesus (Analista de Compras)**

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)	Jefferson Nascimento	23/10/2024	14:00	15:00

PAUTAS

1. Apresentação dos indicadores.
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Ações.
4. Pendências

PARTICIPANTES

- Erick Henrique Martins Gomes
- Jefferson Bezerra Nascimento
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Jamile Renata O. dos Reis
- Carmen I. D. de Souza
- Tamiris Demichili
- Fabiane Evol C. Souza
- Luciana Guedes de Oliveira Carboni
- Gustavo Guimarães Paiva

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia vinte e sete de setembro de dois e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. O senhor Jefferson Nascimento apresentou os indicadores de janeiro a agosto de 2024, iniciando pelo indicador de acidente de trabalho por descarte errôneo de perfurocortantes, onde no mês de setembro não houve acidente. Também informa que a participação dos treinamentos (dados NEP) estão aumentando, devido aos diálogos semanais de segurança realizados pela equipe do SESMT. O acumulado do total de resíduos de 2023 e 2024 (janeiro a setembro) apresenta queda de mais de 13.000 kg, o resíduo reciclável apresenta aumento de sua geração

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/1

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Medicina Integrativa	Nicole Teófilo	23/10/2024	12:00	12:30

PAUTAS

- Indicadores do mês de setembro 2024: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Estomoterapia;
- Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Estomoterapia;
- Práticas integrativas e complementares em saúde – PICS;
- Ozônioterapia.

PARTICIPANTES

Edson Ono, Eliana Cristina, Nicole Teófilo, Bárbara Silvério, Erick Martins, Dário Santos, Anderson Tomas, Alex Mello, Jamile Renata, Carmen Isabel, Kamila Tamara, Maria Cristina Santos, Gustavo Paiva, Miriam Souza, Fabiane Evol, Tamires Demichili, Larissa Menezes, Juliana Santos, Thiago Mancuzo, Wellyngton Stamborovski.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nesta reunião, foram apresentados os relatórios de execução das Medicinas Integrativas, tanto em formato numérico quanto gráfico.

Foram exibidas imagens que mostram a evolução na redução de lesões em pacientes.

O tema da Política Nacional de Práticas Integrativas (PICs) foi abordado, destacando seus objetivos, a promoção do autocuidado, o histórico de inclusão entre 2006 e 2018, e o cenário atual de aplicação das PICs no Brasil.

Exemplificado o objetivo junto a OMS focado na promoção e recuperação da saúde.
Em relação à ozônioterapia, foram discutidas as associações e comissões envolvidas, a autorização da prática no Brasil, suas seis propriedades médicas, além das formas de aplicação sistemática e local/tópica. Também foram apresentadas informações sobre sua não toxicidade, contraindicações e as 250 doenças que podem ser auxiliadas pelo ozônio.

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO

Para cada Comissão, apresentar uma prática integrativa, considerando o tempo limitado disponível.

AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS
Acompanhamento dos pacientes com lesão em prática de ozônioterapia	Indeterminado	Dr. Edson Ono	Contínuo

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Segurança do Paciente	Fabiane Evol Cavalcante de Souza	23/10/2024	08h30	09h30

PAUTAS
Apresentação novo membro do NSP;
Pendências da última reunião;
Rotinas Implementadas;
Registros de Não Conformidades;
Ranking melhores tratativas de NC;
Registros Ronda diária;
Gaps setorial (visita técnica);
Conformes (visita técnica);
Reconhecimento Meta 1;
Nova metodologia NC'S;
Ações.

PARTICIPANTES
• Maria Cristina Souza Santos
• Kamila Tamara
• Anderson Tomas
• Tamiris Demichili
• Fabiane Evol
• Gustavo Guimarães
• Luciana de Oliveira
• Erick Martins
• Bárbara Cristina
• Eliana Cristina
• Carmen Isabel

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Revisão de Prontuários	Gabriela Figueira	29/10/2024	13:00	13:30

PAUTAS

Auditoria de prontuário

Revisão das ações geradas na reunião anterior

Assinaturas pendentes

PARTICIPANTES

- Dr. André Gasparoto
- Dr. André Panont
- Gabriela Figueira
- Juliana Santos
- Mariana De Fatima

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada abordando alguns pontos sinalizados nas auditorias realizadas nos prontuários, como a ausência de documentos pessoais dos pacientes.

Mariana reportou que continua ausência da prescrição de enfermagem nas primeiras 24 horas de alguns pacientes e informa que reportou a Carmem e Raquel (gerente e coordenadora de enfermagem) e foi alinhado que será realizada uma auditoria e orientação in loco com a supervisão de enfermagem.

Ainda existem muitas assinaturas pendentes nos prontuários dos pacientes, após orientação aos colaboradores sobre a necessidade das assinaturas, o faturamento continua monitorando o quantitativo de assinaturas pendentes e cobrando as áreas com pendencias.

Mariana sugere que sejam criados planos de ações a fim de sanar os erros encontrados nos prontuários.

Neste encontro não foram encaminhadas não conformidades para discussão em grupo.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
CIDOTT – Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos	Silvana Eleodoro	29/10/2024	9h30	10h40

PAUTAS

- Revisão das ações do encontro anterior;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em outubro;
- Reestruturação da Comissão.

PARTICIPANTES

- Dr. André Luiz Panont (Coordenador Médico)
- Raquel Francisca de Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem)
- Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nesta reunião algumas ações foram alinhadas para serem desenvolvidas na Comissão:

1. Disseminação de Informações sobre Morte Encefálica

O Dr. André comprometeu-se a compartilhar com os médicos diaristas informações relevantes sobre morte encefálica e sobre o processo de transplante, para que estes possam compartilhar o conteúdo junto aos médicos assistentes e intensivistas. A ação visa garantir que todos os profissionais estejam atualizados sobre os protocolos e diretrizes relacionados aos transplantes.

2. Solicitação de Certidão Negativa de Infração Ética

Foi discutido e aprovado que cada membro da Comissão de Transplante deverá providenciar a Certidão Negativa de Infração Ética junto ao respectivo conselho profissional. A entrega do documento deverá ser feita até o dia 20/11/24, para a Silvana, que ficará responsável pela organização dos documentos.

3. Desenvolvimento de Folder para Divulgação da CIHDOTT

A Comissão aprovou a criação de um folder informativo sobre a Comissão de Integração Hospitalar de Doadores de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), com os membros da Comissão e a finalidade de divulgar as atividades e responsabilidades da Comissão dentro do hospital. Para tanto, foi solicitado que todos os membros enviem uma foto de rosto para inclusão no material até o dia 15/11/24.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

10.11. Atas das Comissões realizadas em Novembro

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Terapia Nutricional	Jamile Renata Oliveira dos Reis	14/10/2024	14:00	15:00

PAUTAS

- Apresentação dos indicadores julho/agosto/setembro.
- Apresentação da taxa de desperdício.
- Discussão dos protocolos:

1. Diarreia
2. Estatística
3. Volume prescrito x Volume infundido.

PARTICIPANTES

- Silvana Eleodoro
- Fabiane Evol
- Raquel Pires Soares
- Jocineide Soares
- Patrícia Sodré Oliveira

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Jamile iniciou a reunião apresentando os indicadores na nutrição, e informou que devido a implantação do projeto do EGA (Escritório de Gestão de Altas) aumentou o número de orientações de alta nutricional, e aumentou também o n° de atendimentos, devido a mudança de fluxo após auditoria interna da ONA, em que diariamente TODOS os pacientes da UTI (em dieta via oral e enteral) e TODOS os pacientes da uso de SNE, não visitados e evoluídos pela nutricionista clínica.

Supervisora Sylvana perguntou sobre a efetividade do protocolo de peso, e foi informada que os setores Arara, Canário, Andorinha e João de Barro ainda apresenta pendencia na execução do protocolo. A mesma informou que irá reforçar com os supervisores para que não se perca essa demanda.

Jamile levantou a pauta da dificuldade na aferição da altura do paciente acamado, já que o cálculo da estimativa de altura subestima muito o dado real. Sylvana sugeriu procurar ajuda do TO

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados Paliativos	Juliana Silva Santos	26/11/2024	11:00	11:45

PAUTAS

- Apresentação dos resultados da pesquisa;
- Quantitativo de pacientes em Cuidados paliativos por mês.

PARTICIPANTES

- Larissa Menezes (psicóloga/presidente)
- André Gasparoto (Médico/Vice-presidente)
- Juliana Santos (Fisioterapeuta/membro)
- Milena de Souza (Fisioterapeuta/ membro)
- Raquel Francisca de Mascena Mauro (Coord. Enfermagem/membro)
- Ana Carolina (Nutricionista/membro)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Abertura da Reunião

A reunião teve início com a apresentação dos resultados da pesquisa feita com a equipe do HMG, onde foram levantadas perguntas gerais sobre os cuidados paliativos e perguntas especificas das áreas como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. A pesquisa obteve cerca de 47 respostas, a maioria delas provenientes da enfermagem 76%, seguidas por 14% de respostas da fisioterapia e 4% da fonoaudiologia. E a apresentação dos membros da Comissão de Cuidados Paliativos aos colaboradores do diurno nos dias (08/11) e noturno (08/11 e 25/11).

A equipe está compreendendo bem as demandas e os desejos dos pacientes, mas um dos maiores pontos de angústia para os profissionais tem sido o manejo da dor, embora isso já tenha sido discutido com os médicos. Outro ponto importante levantado foi a comunicação, em que muitos colaboradores não sabiam que as conferências com os familiares dos pacientes estavam acontecendo.

Dr. André falou sobre a importância de uma abordagem integral e humanizada pode oferecer nos cuidados paliativos.
Larissa apresentou sobre o controle quantitativo dos pacientes em cuidados paliativos, reforçando que a média são realizadas diariamente através do controle em planilha e da Aba de cuidados Paliativos no sistema SMPEP. No controle está presente número de pacientes incluídos no protocolo de cuidados paliativos, número de altas e números de óbitos mês.

47 pacientes com PPS de 10 a 30, com variações, podendo ter maior acompanhamento da equipe, como por exemplo, como o de um paciente chamado "Sr. Hoon".

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/5

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Thais Amâncio	13/11/2024	10:30	11:30

PAUTAS

- Apresentação de indicadores;
- Apresentação das ações realizadas;
- Apresentação do quadro de pendencias.

PARTICIPANTES

- Anderson Tomas de Oliveira
- Carmen Isabel Domigues de Souza
- Eliana Cristina da Silva
- Fabiane Evol Cavacalnte de Souza
- Fernanda Demichilli Pitombo
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Paulo Rodrigo
- Simone da Silva Araújo
- Thamara Derencio
- Victor Hugo Parrilha Panont
- Raquel Macena
- Miriam F. Souza
- Carollyne Torrecilhas Pereira
- Daniele Martorano
- Jamile Renata Oliveira Dos Reis
- Karina Ventura
- Barbara Cristina Silvério
- Inajá N. da Silva
- Fabio Bueno D. Silva
- Sylvana Eleodoro

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: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	13/11/2024	10:00	10:30

PAUTAS

- Apresentação de Resultados dos Tratamentos das feridas no mês de novembro pelo GACAP;
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em novembro de 2024;
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento;
- Controle dos colhões pneumáticos;
- Programação para Semana de Prevenção de Lesão por pressão.

PARTICIPANTES

- Eliana Cristina da Silva
- Anderson Tomas de Oliveira
- Tamiris Michele Demichili
- Carolina Santos
- Paulo Rodrigo S. Barbosa
- Kamila Tamara de O. Sales
- Jocineide S. Soares
- Victor Hugo Parrilha Panont
- Raquel Macena
- Carmem Izabel O. de Souza
- Fábio Bueno D. Silva
- Miriam Fernando Silva
- Simone Araújo

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Às 10h00 do dia 13 de novembro de 2024, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de novembro, foram apresentados pela enfermeira Eliana ao grupo, iniciando a reunião com resultados de pendências da reunião de agosto de 2024, informa que foram apresentados o número total de lesões em acompanhamento. Informa ainda que foi solicitado a atualização da placa de termômetro de lesões e está em andamento.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Marcelo Araújo	26/11/2024	10:00	11:00

PAUTAS

- Capítulo IV – Diretos Humanos – Código de ética médica;
- Nova eleição da Comissão de Ética Médica.

PARTICIPANTES

- Dr. Marcelo Araújo;
- Dr. Christopher Guerra;
- Dr. Thomaz Braga;
- Dr. João Paulo.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

1. Capítulo IV – Direitos Humanos – Código de Ética Médica

O Dr. Christopher Guerra iniciou a discussão, ressaltando a importância de reforçar a aplicação dos princípios éticos descritos no Capítulo IV do Código de Ética Médica, com ênfase nos direitos humanos.

Foi destacado que os médicos devem preservar a dignidade, privacidade e autonomia dos pacientes, especialmente em casos de vulnerabilidade social.

Dr. Marcelo Araújo propôs a criação de materiais informativos para orientar os profissionais sobre a importância da empatia e da comunicação respeitosa com os pacientes e familiares.

Decisão: O plano de ação será desenvolvido e apresentado na próxima reunião para aprovação.

2. Nova eleição da Comissão de Ética Médica para formalização junto ao CREMESP

Dr. João Paulo explicou os procedimentos necessários para a formalização da nova composição da Comissão de Ética Médica junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/6

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	13/11/2024	14:30H	16:30H

PAUTAS

- 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 pacientes acamados
- Consumo total por categoria
- Valor orçado x realizado x consumo
- Pedidos de Padronização

PARTICIPANTES

- Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)
- Luciana Carboni (supervisora de Farmácia)
- Anderson Torres (Coord. Multidisciplinar)
- Arilene Damasceno (Almoxarife)
- Carmem I. D. de Souza (Gerente Enfermagem)
- Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)
- Fabiane Evol (Enfermeira da NSP)
- Fabio Bueno D. Silva (Supervisor Enfermagem)
- Jamile (Super. Nutrição)
- Kamila Oliveira (Supervisora da Qualidade)
- Miriam F. Souza (Enfermeira NEP)
- Raquel Macena (Coordenação Enfermagem)
- Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas)

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)	Jefferson Nascimento	13/11/2024	09:30	10:30

PAUTAS

1. Pendências da última reunião.
2. Apresentação dos indicadores.
3. Inspeções mensais (checklist digital).
4. Ações.
5. Pendências.

PARTICIPANTES

- Erick Henrique Martins Gomes
- Jefferson Bezerra Nascimento
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Jamile Renata O. dos Reis
- Carmen I. D. de Souza
- Tamiris Demichili
- Fabiane Evol C. Souza
- Luciana Guedes de Oliveira Carboni
- Daniele de Mello Martorano
- Raquel F. Macena Mauro
- Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo
- Thamara Derêncio
- Paulo Rodrigo S. Barbosa
- Fábio Bueno Damásio
- Eliana Cristina
- Simone Araújo
- Victor Parrilha Panont

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: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Humanização	Thiago Mancuzo	18/11/2024	10h00	12h00

PAUTAS

- Evento de Natal;
- Novembro Azul;
- Projetos pendentes (Cão hospitalar, Desejo do paciente, Prontuário afetivo e Aniversariantes do mês);
- Cronograma anual 2025.

PARTICIPANTES

- Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi)
- Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) Izadora Mariani (Secretária da Diretoria)
- Simone Araújo (Diretora Geral)
- Karina Gonçalves (Aux. Jurídico)
- Larissa Alves (Psicóloga)
- Fabiane Evol (Enfermeira do NSP)
- Kamila Tamara (Superv. Qualidade)
- Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade)
- João Victor (Jovem Aprendiz)
- Jamile Renata (Nutricionista)
- Nicole Teófilo (Aux. Adm. da Ouvidoria)
- Yuri Albino (Analista de Compras)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nesta reunião foram discutidas as seguintes ações:

Natal – Disponibilizaremos até 30/11 a lista de apadrinhamento dos pacientes. Recebimento dos presentes até dia 10/12 e entrega dia 20/12/25. Desenvolvimento de card digital. Decoração do espaço de eventos dia 18/12, árvore de Natal na recepção e portaria até dia 02/12, espaço do faturamento e academia ao ar livre. Produzir plaquinhas para os pacientes e solicitar artigos decorativos no hospital. Fábio será o Papai Noel e Simone Mamãe Noel. Distribuição de panetones aos colaboradores e pacientes. Izadora e Yasira vão cantar, vamos convidar o Gabriel para tocar.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

INTS	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Medicina Integrativa	Nicole Teófilo	13/11/2024	10:00	10:30

PAUTAS

- Indicadores do mês de outubro 2024: Ozônioterapia;
- Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia;
- A Medicina Integrativa Transdisciplinar;
- Desafios de uma nova concepção na saúde;
- Combinação de terapias.

PARTICIPANTES

- Edson Ono
- Paula Hiratsuka
- Eliana Cristina
- Nicole Teófilo
- Bárbara Silvério
- Dário Santos
- Anderson Tomas
- Carmen Isabel
- Kamila Tamara
- Yngrid Sabrina de Souza
- Raquel Macena
- Victor Hugo Panont
- Simone Araújo
- Vanda Dias
- Larissa Menezes
- Monique Evelyn De Souza
- Fabio Bueno Silva
- Juliana Silva Santos
- Thamara Derêncio
- Vera Lucia Macedo
- Paulo Rodrigo
- Carolina Santos
- Daniele Martorano
- Miriam Souza

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	13/11/2024	11:30	12:00

PAUTAS

- Ações e melhorias
- Passo a passo da pasta nova do nep na rede
- Nova Planilha de indicadores e treinamentos
- Tabulação de quantidade de RH das áreas
- Resultados dos indicadores
- Gráfico de resultados do NEP
- Escolas e graduações

PARTICIPANTES

- Miriam Fernando de Souza (Enf. Núcleo de educação permanente)
- Kamila Tamara De Oliveira Sales (Supervisora qualidade)
- Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH)
- Simone da Silva Araújo (diretora geral)
- Barbara Cristina Silvério marciano (analista qualidade)
- Paulo rodrigo de Souza Barbosa (analista de qualidade)
- Eliana Cristina da Silva (Enf. Estomaterapeuta)
- Raquel Francisca de Macena Mauro (Coord.de enfermagem)
- Carolina Aparecida Silva Santos (Enf. Auditora)
- Thamara Derêncio (Sup.de enfermagem)
- Daniele de Mello Martorano (Coord. De enfermagem)
- Fabio Bueno Damásio Silva (Sup.de enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 13/11 às 11:30 iniciou-se a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente com todos os dados e resultados do mês de outubro. Miriam Enf. Do NEP iniciou falando sobre o relatório de qualidade. O indicador mencionado será revisado, uma vez que foi definido pelo próprio NEP e não é uma diretiva da sede. A única diretriz da sede em relação à meta institucional é a adesão aos treinamentos, uma meta que pode ser revista.

A Simone salientou que o indicador "Hora Homem" é de extrema importância. Os cronogramas seguem o padrão estabelecido pela sede, com divisões por abas para cada setor, focando em um processo macro. O cronograma anual já foi definido, e tudo o que foi solicitado no LNT (Lista de Necessidades de Treinamento) está sendo monitorado com os status de "Programado", "Realizado" ou "Cancelado", conforme registrado em nossa planilha no drive. Treinamentos

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Segurança do Paciente	Daniele Martorano	13/11/2024	13h30	14h30

PAUTAS

- Pendências da última reunião
- Rotinas implementadas
- Registros de Não Conformidades
- Ranking tratativas de NC
- Registros ronda diária
- Conformes (visita técnica)
- Reconhecimento Meta 2
- Metodologia NC
- Envio evidência Forms
- Ações

PARTICIPANTES

Daniele Martorano, Raquel Macena, Carmen Izabel, Maria Cristina, Fabiana Evol, Kamila Tamara, Anderson Tomaz, Tamires Demichilli, Vera Lucia, Daniela Scavone, Mirian Fernando, Luciana Guedes, Eliana Cristina, Victor Hugo, Ivonete Barbosa, Thamara Derencio, Fabio Bueno, Simone Araujo, Arlindo Alves, Erick Martins, Tais Assis.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião foi iniciada às 13h30 pela enfermeira Maria Cristina, que deu início à apresentação das pautas e das pendências da última reunião. Foi abordada a questão da planilha de Não Conformidades, destacando-se que o preenchimento das informações deve ser realizado via Outlook, tanto para a planilha quanto para o Forms, e que não é necessário utilizar a conta particular do Google.

Foi realizado o treinamento do Protocolo de Dor, com alta adesão das equipes.

Sobre os crachás e as Metas Internacionais, Simone fez algumas observações, e, por fim, Robert esclareceu que a compra dos materiais foi realizada e está aguardando a entrega.

Maria Cristina relatou um aumento no registro das Não Conformidades no mês de outubro, especialmente relacionadas à comunicação efetiva devido aos Bundles de Inserção e Manutenção. Simone comentou que o aumento nas notificações é positivo, pois indica que as falhas estão sendo identificadas corretamente, ressaltando que as NCs são relacionadas a processos, não a pessoas.

Maria Cristina explicou que, no mês de outubro, foram compartilhadas 03 Não Conformidades com a ouvidoria. Essas ocorrências foram registradas como ouvidorias, mas deveriam ser tratadas como Não Conformidades. O NSP encaminhou 23 NCs à ouvidoria, sendo que essas foram abertas

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

10.12. Atas das Comissões realizadas em Dezembro

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
CIDOTT – Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos	Silvana Eleodoro	20/12/2024	11h00	11h30

PAUTAS

- Planejamento 2025;
- Cronograma de reuniões 2025;
- Adesão da equipe nas reuniões;
- Orientação a equipe médica sobre o protocolo de Morte Encefálica;
- Apresentação do Card sobre os membros da Comissão;
- Novos Membros.

PARTICIPANTES

- Raquel Francisca de Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem)
- Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nesta reunião, foram discutidas algumas atividades para a realização da Comissão:

1. Disseminação de Informações sobre Morte Encefálica

Ainda não houve uma devolutiva do Dr. André sobre elucidar junto aos médicos diaristas quanto às informações relevantes sobre morte encefálica e sobre o processo de transplante, para que estes possam compartilhar o conteúdo junto aos médicos assistentes e intensivistas.

2. Solicitação de Certidão Negativa de Infração Ética

Conforme alinhado anteriormente, cada membro da Comissão de Transplante deverá providenciar a Certidão Negativa de Infração Ética junto ao respectivo conselho profissional. Falta apenas recolher a certidão negativa dos novos membros da Comissão (Stephan e Jaqueline).

3. Desenvolvimento de Folder para Divulgação da CIHDOTT

Em relação à criação do folder informativo sobre a Comissão, com o objetivo de divulgar as atividades e responsabilidades da CIHDOTT dentro do hospital, as fotos dos integrantes já foram coletadas. Agora, resta finalizar a arte gráfica e obter a aprovação de todos os envolvidos para que possamos iniciar a divulgação.

4. Validação de Documentos e Preenchimento do Formulário do CNT

Ainda está pendente a validação dos documentos necessários para iniciar o preenchimento do formulário do Cadastro Nacional de Transplantes (CNT). A Comissão ainda está revisando os documentos relevantes, de modo que o preenchimento do formulário ocorra de forma precisa e

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

INTS	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Proteção Radiológica	Bárbara Cristina Silvério	03/12/2024	10h00min	10h45min

PAUTAS

- Discussões de Pendências dos planos de ações;
- Cronograma de Reuniões de 2025;
- Relatórios de Outubro e Dezembro;
- Atualização do Regimento Interno da Comissão.

PARTICIPANTES

- Nilton Dalsico de Oliveira (RT Técnico de Radiologia);
- Daniel da Silva Eloi (Técnico de Radiologia);
- Bárbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade);
- Jefferson Bezerra Nascimento (Técnico de Segurança do Trabalho);
- Fabio Bueno Damasio da Silva (Supervisor de Enfermagem);

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nilton iniciou a reunião informando sobre o treinamento de Abordagem ao Paciente Internado, no qual foram discutidos temas como sexo, raça, orientação sexual e religião. A reunião foi realizada via vídeo chamada no dia 12 de novembro de 2024.

Nilton relatou que, no dia 23 de novembro de 2024, o equipamento de raio-x do prédio principal parou de funcionar. Foi realizada a substituição provisória do equipamento às 7h00 do dia 25 de novembro de 2024, e, no dia 29 de novembro de 2024, houve a devolução do nosso equipamento com a substituição da placa que havia queimado.

Será realizada a troca de outra placa do equipamento de raio-x até o dia 15 de janeiro de 2025, conforme acordado com Wanderlei, responsável pela WCR.

Nilton também informou os dados de produção do setor de Radiologia no mês de novembro:

- Total de exames: 312;
- Repetição de dois exames em menos de 24 horas no mesmo paciente: 60;
- Passagem de SNE (Sonda Nasoenteral) + Tracionado: 29 exames;

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/5

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão da CCIH	Thais Amâncio	16/12/2024	10:30	11:30

PAUTAS

- Apresentação de indicadores
- Apresentação das ações realizadas
- Apresentação do quadro de pendencias.

PARTICIPANTES

- Anderson Tomas de Oliveira
- Sylvana Eleodoro
- Eliana Cristina da Silva
- Fabiane Evol Cavalcante de Souza
- Jamile Renata Oliveira Dos Reis
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Paulo Rodrigo
- Victor Hugo Parrilha Panont
- Barbara Cristina Silvério
- Fabio Bueno D. Silva
- Maria Cristina Souza Santos
- Eliana Cristina da Silva

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados com a Pele	Eliana Cristina da Silva	16/12/2024	09h00	09h30

PAUTAS

- Pendências das reuniões anteriores;
- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de novembro pelo GACAP;
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em novembro de 2024;
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento;
- Controle dos colhões pneumáticos;
- Resultado da Ação semana de prevenção de Lesões (Registros das atividades);
- Integração de novos colaboradores.

PARTICIPANTES

- Eliana Cristina da Silva
- Anderson Tomas de Oliveira
- Tamiris Michele Demichili
- Arilene D. Ferreira
- Paulo Rodrigo S. Barbosa
- Kamila Tamara de O. Sales
- Jamile Renata de Oliveira Reis
- Victor Hugo Parrilha Panont
- Sylvana Theodoro
- Gustavo G. Paiva
- Maria Cristina Souza Santos
- Fabiane Evol C. Souza
- Vera Lúcia Macedo
- Fabio Bueno D. Silva
- Barbara Cristina Silvério

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética de Enfermagem	Tamiris Demichili	21/12/2024	14h00	15h30

PAUTAS

- Denúncias recebidas pela Comissão;
- Orientação sobre instauração de processo sindicante.

PARTICIPANTES

- Tamiris Demichili (Enfermeira Presidente da Comissão)
- Márcio Antônio de Oliveira (Enfermeiro)
- Lucinéia Rodrigues (Téc. De Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ao vigésimo primeiro dia do mês de dezembro de dois mil e vinte quatros, às 14h, no Hospital Municipal Guarapiranga, situado à Estrada da Riviera, 4742 - Riviera Paulista, São Paulo - SP, CEP 04916-000, reuniram-se os membros da Comissão de Ética de Enfermagem para cumprimento das seguintes pautas:

1. **Deliberações:**
   Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, constatando-se a ausência dos seguintes integrantes: Arlindo Alves Vieira (férias). Os demais membros não estavam de plantão.

2. **Conciliações realizadas:**
   Ainda não foram realizadas as conciliações das denúncias recebidas nos meses de outubro e novembro, pois, ainda não foram coletados os depoimentos de todos os envolvidos.

3. **Procedimentos sindicantes instaurados/em análise/analisados:**
   Houve uma única denúncia recebida no mês de dezembro, porém, não foram registrados dados suficientes para apuração.

4. **Assuntos Gerais:**
   Sinalizada a necessidade de construção do cronograma de treinamentos e ações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) para o ano de 2025, bem como realizar treinamentos in loco para orientar e esclarecer dúvidas dos profissionais de enfermagem sobre a ética profissional.

5. **Encerramento:**
   Nada mais havendo a tratar, às 15h30 foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata, presidente (a) desta Comissão de Ética de Enfermagem, pelo presidente e pelos demais membros presentes na reunião.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/2

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	João Paulo Pimentel	26/12/2024	10:00	11:00

PAUTAS

- Eleição da Comissão de ética médica;
- Eleição do Diretor Clínico.

PARTICIPANTES

- Dr. Marcelo Araújo;
- Dr. Christopher Guerra;
- Dr. Thomaz Braga;
- Dr. João Paulo Pimentel.

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

A reunião teve como principais pautas a Eleição da Comissão de Ética Médica e a Eleição do Diretor Clínico, conforme convocação formalizada anteriormente.

1. Eleição da Comissão de Ética Médica: Foi exposto o processo eleitoral para a formação da nova Comissão de Ética Médica, conforme previsto nos editais de convocação. Informou-se que os médicos do corpo clínico estão convocados a comparecer, no período de 06/01/2025 a 08/01/2025, no horário das 08h às 11h e das 13h às 15h, na Sala da Coordenação Médica, situada no 1º andar, para realizar a votação.

Foi ressaltado que as chapas para a Comissão de Ética Médica devem ter no mínimo quatro integrantes e devem ser inscritas até 15 dias antes da data da eleição.

2. Eleição do Diretor Clínico: De forma conjunta, foi discutida também a eleição para o cargo de Diretor Clínico da instituição. Os médicos do corpo clínico também estão convocados para a votação, que ocorrerá no mesmo período mencionado acima, no mesmo local e horário.

Informou-se que as chapas para o cargo de Diretor Clínico devem ter apenas dois integrantes e as inscrições devem ser realizadas até 10 dias antes da data da eleição.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/6

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	LUCIANA CARBONI	16/12/2024	14:30H	16:30H

PAUTAS

- 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 pacientes acamados
- Consumo total por categoria
- Valor orçado x realizado x consumo
- Pedidos de padronização

PARTICIPANTES

- **Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)**
- **Luciana Carboni (supervisora de Farmácia)**
- **Anderson Torres (Coord. Multidisciplinar)**
- **Arilene Damasceno (Almoxarife)**
- **Carmem I. D. de Souza (Gerente Enfermagem)**
- **Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)**
- **Fabiane Evol (Enfermeira da NSP)**
- **Fabio Bueno D. Silva (Supervisor Enfermagem)**
- **Jamile (Super. Nutrição)**
- **Kamila Oliveira (Supervisora da Qualidade)**
- **Miriam F. Souza (Enfermeira NEP)**
- **Raquel Macena (Coordenação Enfermagem)**
- **Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas)**
- **Tamiris Demichi (Enfermeira SCIH)**

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)	Jefferson Nascimento	16/11/2024	09:30	10:30

PAUTAS

- Pendências da última reunião;
- Apresentação dos indicadores.

PARTICIPANTES

- Jefferson Bezerra Nascimento
- Kamila Tamara de Oliveira Sales
- Jamile Renata O. dos Reis
- Raquel Francisca de Macena Mauro
- Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo
- Paulo Rodrigo S. Barbosa
- Maria Cristina Souza Santos
- Fabiane Evol Cavalcante de Souza
- Jamile Renata
- Gustavo Guimarães Paiva
- Silvana Aparecida Eleodoro dos Santos

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia dezesseis de novembro de novembro de dois mil e vinte e quatro no auditório do "Aquário" reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

O senhor Bruno Freitas iniciou com a apresentação das pendências da última reunião (marcação das lixeiras com fita na cor correspondente ao tipo de resíduo), os projetos piloto serão nas UTI's, por conta das reformas ainda não foi iniciada as marcações.

Em seguida informou que não houveram acidentes por descarte errôneo no mês de novembro e o acumulado de resíduos ainda está abaixo se comparado ao ano anterior, houve um aumento na geração dos resíduos infectantes e comuns devido a mais pacientes com infecções (informação do setor de SCIH), já o número de resíduos recicláveis vem aumentando a geração, um ótimo indicador que mostra o trabalho de segregação em prol do meio ambiente.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Humanização	Karina Gonçalves	12/12/2024	10h00	12h00

PAUTAS

- Evento de Natal
- Cão Hospitalar
- Cronograma anual 2025
- Entrega de panetone (funcionários e terceiros)
- Café Acolhedor
- Novos integrantes
- Janeiro Branco.

PARTICIPANTES

- Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi)
- Karina Gonçalves (Aux. Jurídico)
- Larissa Ferreira (Analista de RH)
- Kamila Tamara (Superv. Qualidade)
- Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)
- João Victor Coelho (Jovem Aprendiz)
- Izadora Mariani (Secretária Executiva)
- Nicole Teófilo (Aux. Adm. da Ouvidoria)
- Yuri Albino (Analista de Compras)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Jakeline inicia a reunião lendo a última ata e agradecendo o emprenho da equipe na ação do Novembro Azul.

Organização referente às datas de entrega dos panetones a funcionários INTS e Terceiros:
Definidos nos dias 16 e 17 de Dezembro a entrega do panetone de terceiros;
Dia 18 e 19 de Dezembro a entrega do panetone dos funcionários INTS.

Ficou definida a última missa do ano, para o dia 17/12.

Dia 18/12 teremos a última ação do café acolhedor com os familiares dos pacientes.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Medicina Integrativa	Nicole Teófilo	16/12/2024	12:00	12:30

PAUTAS

- Indicadores do mês de novembro 2024: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia;
- Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia;
- PICs: Meditação;
- Síndrome do Esgotamento Profissional.

PARTICIPANTES

- Edson Ono
- Paula Hiratsuka
- Eliana Cristina
- Nicole Teófilo
- Bárbara Silvério
- Kamila Tamara
- Raquel Macena
- Victor Hugo Panont
- Jamile Oliveira Reis
- Vanda Dias
- Paulo Rodrigo Souza
- Daniele Martorano
- Gustavo Paiva
- Maria Cristina Souza Santos
- Fabiane Evol Souza

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nesta reunião, foram apresentados:

- Os indicadores de execução das Medicinas Integrativas, tanto em formato numérico quanto gráfico.
- Os gráficos com número de atendimentos realizados, a quantidade de pacientes beneficiados pelas práticas integrativas, número de lesões e quantitativo de altas.
- As imagens que mostram a evolução na redução de lesões em pacientes, além de mostrar as combinações terapêuticas aplicadas durante os atendimentos.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	16/12/2024	11h30	12h00

PAUTAS

- Ações e melhorias
- Planilha de indicadores e treinamentos
- Resultados dos indicadores
- Gráfico de resultados do NEP
- Escolas e graduações

PARTICIPANTES

- Jamile Renata oliveira reis (supervisora de nutrição)
- Maria Cristina Souza santos (enfermeira seg.do paciente)
- Kamila Tamara de oliveira reis (supervisora de qualidade)
- Monique Evelyn Aparecida de Souza (auxiliar administrativo Junior)
- Fabiane Evol Cavalcante de Souza (enfermeira seg.do paciente)
- Barbara Cristina Silvério marciano (analista de qualidade)
- Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (analista de qualidade)
- Gustavo Guimarães Paiva (técnico de enfermagem)
- Victor Hugo Parrilha Panont (diretor técnico)
- Eliana Cristina silva (enfermeira estomaterapeuta)
- Carmem Isabel Domingues de Souza (gerente de enfermagem)
- Miriam Fernando de Souza (enfermeira núcleo de educação permanente)
- Raquel Francisca Macena Mauro (coordenadora de enfermagem)
- Daniele de Mello Martorano (coordenadora de enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 16/12, às 11h30, foi realizada a Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) para apresentação dos dados e resultados referentes ao mês de novembro.

A reunião foi iniciada por Miriam, enfermeira do NEP, que destacou as pendências e melhorias implementadas ao longo do ano de 2024. Todas as metas estabelecidas foram alcançadas, obtendo resultados de sucesso.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão Segurança do Paciente	Fabiane Evol Cavalcante de Souza	16/12/2024	08h30	09h30

PAUTAS

- Pendências da última reunião;
- Rotinas implementadas;
- Registros de Não Conformidades;
- Ranking tratativas de NC;
- Registros ronda diária;
- Conformes (visita técnica);
- Reconhecimento Meta 3;
- Ações realizadas.

PARTICIPANTES

- Maria Cristina Souza Santos
- Kamila Tamara
- Anderson Tomas
- Tamiris Demichili
- Fabiane Evol
- Gustavo Guimarães
- Luciana de Oliveira
- Fernanda Demichili
- Vera Lucia de Macedo
- Eliana Cristina
- Carmen Isabel
- Paulo Rodrigo Barbosa
- Raquel Mascena
- Daniele Martorano
- Silvana Eleodoro
- Jamile Renata

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Revisão de Prontuários	Paulo Souza	28/12/2024	10h00	10h30

PAUTAS

- Esclarecimento sobre a reunião de dezembro;
- Comunicação da saída da Enfermeira Auditora;
- Reestruturação da Comissão;
- Planejamento do cronograma de reuniões.

PARTICIPANTES

- Dr. André Gasparoto (Médico Diarista)
- Dr. André Panont (Coordenador Médico)
- Gabriela Figueira (Faturista)
- Juliana Santos (Fisioterapeuta RT)
- Mariana De Fátima (Supervisora de Enfermagem)
- Paulo Souza (Analista de Qualidade)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No mês de dezembro, não foi possível realizar uma reunião com as discussões habituais sobre os prontuários analisados e sobre as não conformidades observadas, dado à saída da Enfermeira Auditora, que era responsável por coordenar as reuniões e pela análise prévia dos prontuários para direcionamento aos demais membros, além de encaminhar as Não Conformidades para discussão em grupo.

A Comissão, ciente da importância da continuidade de suas atividades, decidiu formalizar o ocorrido e reforçar a necessidade de reorganizar a agenda de reuniões para o ano de 2025.

Enquanto é aguardada a chegada de uma nova enfermeira auditora, foram adicionados alguns colaboradores de apoio para garantir a continuidade das atividades da Comissão.

Será realizada uma reunião em janeiro com esse novo grupo, e as demais reuniões ficaram alinhadas para ocorrerem sempre às quintas-feiras da terceira semana de cada mês, podendo ter alterações no decorrer do ano, devido a agenda dos médicos e feriados pontuais.

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
CIDOTT – Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos	Silvana Eleodoro	20/12/2024	11h00	11h30

PAUTAS

- Planejamento 2025;
- Cronograma de reuniões 2025;
- Adesão da equipe nas reuniões;
- Orientação a equipe médica sobre o protocolo de Morte Encefálica;
- Apresentação do Card sobre os membros da Comissão;
- Novos Membros.

PARTICIPANTES

- Raquel Francisca de Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem)
- Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Nesta reunião, foram discutidas algumas atividades para a realização da Comissão:

1. Disseminação de Informações sobre Morte Encefálica

Ainda não houve uma devolutiva do Dr. André sobre elucidar junto aos médicos diaristas quanto às informações relevantes sobre morte encefálica e sobre o processo de transplante, para que estes possam compartilhar o conteúdo junto aos médicos assistentes e intensivistas.

2. Solicitação de Certidão Negativa de Infração Ética

Conforme alinhado anteriormente, cada membro da Comissão de Transplante deverá providenciar a Certidão Negativa de Infração Ética junto ao respectivo conselho profissional. Falta apenas recolher a certidão negativa dos novos membros da Comissão (Stephan e Jaqueline).

3. Desenvolvimento de Folder para Divulgação da CIHDOTT

Em relação à criação do folder informativo sobre a Comissão, com o objetivo de divulgar as atividades e responsabilidades da CIHDOTT dentro do hospital, as fotos dos integrantes já foram coletadas. Agora, resta finalizar a arte gráfica e obter a aprovação de todos os envolvidos para que possamos iniciar a divulgação.

4. Validação de Documentos e Preenchimento do Formulário do CNT

Ainda está pendente a validação dos documentos necessários para iniciar o preenchimento do formulário do Cadastro Nacional de Transplantes (CNT). A Comissão ainda está revisando os documentos relevantes, de modo que o preenchimento do formulário ocorra de forma precisa e

Av. Professor Magalhães Neto, nº 1856,
Pituba, Ed. TK Tower, 08º andar
Salvador-BA | CEP: 41810-012,

/INTSBrasil

Canal de Ética e Transparência
0800 799 9956