

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 **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.

### **Nº CHAMAMENTO PÚBLICO**

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

### **Nº CONTRATO DE GESTÃO**

001/2020 - SMS.G / AHM.

### **OBJETO CONTRATUAL**

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

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

### **CNES**

0161438.

### **ENDEREÇO**

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

## **FUNCIONAMENTO**

Atendimento 24hrs, todos os dias.



## **EQUIPE GESTORA DA UNIDADE**

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

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 .....	15
2.	HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA .....	17
2.1.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	17
2.2.	PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS .....	18
2.3.	DADOS DEMOGRÁFICOS .....	19
3.	ESTUTURA DO SERVIÇO.....	24
3.1.	RECURSOS HUMANOS.....	24
3.1.1.	Recursos Humanos.....	27
3.1.2.	Departamento Pessoal.....	31
3.1.3.	Medicina Ocupacional .....	34
3.1.4.	Segurança Do Trabalho .....	38
3.2.	APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO .....	42
3.2.1.	Radiologia.....	42
3.2.2.	Laboratório .....	46
3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS .....	49
3.3.1.	Nutrição.....	59
3.3.2.	Fisioterapia .....	64
3.3.3.	Serviço Social.....	69
3.3.4.	Psicologia .....	76
3.3.5.	Fonoaudiologia.....	84
3.3.6.	Terapia Ocupacional .....	90
3.3.7.	Terapias Alternativas .....	95
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	100
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) .....	101
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) .....	113
3.4.3.	Vigilância em Saúde.....	119
3.4.4.	NIR – Núcleo Interno De Regulação .....	121
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente .....	125
3.5.	SUPRIMENTOS .....	136
3.5.1.	Farmácia .....	136

3.6. Compras .....	141
3.7. INFRAESTRUTURA .....	146
3.7.1. Engenharia Clínica .....	146
3.7.2. Manutenção Predial .....	151
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO .....	156
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS .....	161
3.9.1. Faturamento .....	161
3.9.2. Prestação De Contas .....	168
3.9.3. Financeiro .....	173
3.9.4. Patrimônio .....	175
3.9.5. Hotelaria .....	182
3.9.6. Jurídico .....	190
3.9.7. Ouvidoria .....	193
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL .....	198
5. INDICADORES CONTRATUAIS .....	199
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS .....	199
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS .....	202
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES .....	206
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos .....	206
5.3.2. Hemodiálise .....	209
5.3.3. Hemocomponentes .....	211
6. COMISSÕES .....	214
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE .....	215
Dezembro .....	215
8. AÇÕES DE DESTAQUE .....	227
Dezembro .....	227
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	230
10. ANEXOS .....	232

### SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária no ano de 2024. ....	20
Tabela 02 – Atendimento por Gênero no ano de 2024. ....	21

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas no ano de 2024... 22	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de Dezembro/24 .....	24
Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Dezembro/24 .....	26
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de Dezembro/24.....	26
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	28
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	32
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional.....	35
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	42
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica) .....	42
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) .....	43
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	43
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	44
Tabela 16 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	46
Gráfico 35 – Taxa de Reedificação de Laudos.....	48
Tabela 17 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar).....	49
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica).....	50
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva).....	51
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados) ....	52
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria) .....	53
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Nutricionais.....	60
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos .....	65
Tabela 24 – Indicadores de Serviço Social .....	70
Tabela 25 – Indicadores de Psicologia.....	77
Tabela 26 – Indicadores de Fonoaudiologia .....	85
Tabela 27 – Indicadores de Terapia Ocupacional .....	91
Tabela 28 – Indicadores de Terapias Alternativas .....	96
Tabela 29 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) .....	101

Tabela 30 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	103
Tabela 31 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva)	104
Tabela 32 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	105
Tabela 33 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	107
Tabela 32 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar	113
Tabela 33 – Indicadores de Vigilância em Saúde	119
Tabela 34 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	122
Tabela 35 – Análise de admissões	124
Tabela 36 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente	126
Tabela 37 – Indicadores de Farmácia	137
Tabela 38 – Indicadores de Compras	141
Tabela 39 – Indicadores de Engenharia Clínica	147
Tabela 40 – Indicadores de Manutenção Predial	152
Tabela 41 – Indicadores de Tecnologia da Informação	157
Tabela 42 – Indicadores de Faturamento	162
Tabela 43 – Indicadores de Prestações de Contas	168
Tabela 44 – Indicadores do Financeiro	173
Tabela 45 – Indicadores do Patrimônio	176
Tabela 46 – Indicadores da Rouparia	183
Tabela 47 – Indicadores de Higienização	187
Tabela 48 – Indicadores de Serviços Jurídicos	191
Tabela 49 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria	193
Tabela 50 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	199
Tabela 51 – Indicadores de Contratuais Quatitativos	202
Tabela 52 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	206
Tabela 53 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise	209
Tabela 54 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	211
Tabela 55 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga	214

## SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos .....	18
Gráfico 02 – Relação de 30 CIDs Registrados nos Atendimentos no ano de 2024. ....	19
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária no ano de 2024.....	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero no ano de 2024.....	22
Gráfico 05 - Atendimentos.....	23
Gráfico 06 - Admissões .....	23
Gráfico 07 – Altas Hospitalares .....	23
Gráfico 08 – Total de Enfermeiros Assistenciais .....	29
Gráfico 09 – Total de CLT na Instituição .....	30
Gráfico 10 – Total de Admissões .....	30
Gráfico 11 – Total de Demissões .....	30
Gráfico 12 – Turnover .....	31
Gráfico 13 – Horas Trabalhadas na Enfermagem .....	33
Gráfico 14 – Taxa de Horas Trabalhadas .....	34
Gráfico 15 – Taxa de Absenteísmo (Enfermagem) .....	34
Gráfico 16 – Afastados por incidente de trabalho (INSS).....	37
Gráfico 17 – Atestados no Mês x Dias perdidos.....	37
Gráfico 18 – Síndrome Gripal.....	37
Gráfico 19 – Exames Ocupacionais .....	37
Gráfico 20 – Taxa de Exames Admissionais; Periodicos e Demissionais .....	38
Gráfico 21 – Total de Acidentes x Taxa de acidentes por total de colaboradores .....	40
Gráfico 22 – Interversões de Ergonomia.....	41
Gráfico 23 – Taxa de Acidente de Material Biológico.....	41
Gráfico 24 – Taxa de Acidente de Perfurocortantes.....	41
Gráfico 25 – Taxa de Inspeções.....	41
Gráfico 26 – Número de Exames de Raio – x (Geral Hospitalar).....	45
Gráfico 27 – Número de Falhas de Exames de Raio-x (Geral Hospitalar).....	45

Gráfico 28 – Taxa de Falhas de Exame de Raio-x.....	45
Gráfico 29 – Exames Liberados .....	47
Gráfico 30 – Exames Realizados na Unidade .....	47
Gráfico 31 – Taxa de Valores Críticos Não Comunicados .....	47
Gráfico 32 – Tempo de Liberação dos Exames (TAT) .....	48
Gráfico 33 – Taxa de Insucesso .....	48
Gráfico 34 – Índice de Recoleta .....	48
Gráfico 36 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar) .....	57
Gráfico 37 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar).....	57
Gráfico 38 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar).....	58
Gráfico 39 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar).....	58
Gráfico 40 – Giro de Leito (Global Hospitalar).....	58
Gráfico 41 – Número de Paciente Dia (Global Hospitalar).....	59
Gráfico 42 – Número de Leito Dia (Global Hospitalar) .....	59
Gráfico 43 – Número de Saídas x Número de Óbitos (Global Hospitalar) .....	59
Gráfico 44 – Número de Atendimentos .....	62
Gráfico 45 – Número de Triagem Nutricional .....	63
Gráfico 46 – Número de Orientação Nutricional na Alta.....	63
Gráfico 47 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	63
Gráfico 48 – Índice de IMC – Ano de 2024 .....	64
Gráfico 49 – Número de Atendimentos .....	68
Gráfico 50 – Procedimentos .....	68
Gráfico 51 – Ventilação Mecânica.....	69
Gráfico 52 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas .....	69
Gráfico 53 – Número de Solicitações de O2 .....	74
Gráfico 54 – Número de Alta Melhorada em Casa/EMAD .....	74
Gráfico 55 – Número de Relatórios de Retaguarda .....	74
Gráfico 56 – Número de Admissões de Pacientes Sociais .....	75
Gráfico 57 – Número de Pacientes Ações Socio Educativas .....	75

Gráfico 58 – Taxa de Evasão/ Desistência de Tratamento .....	75
Gráfico 59 – Taxa de Acolhimento de Óbito.....	76
Gráfico 60 – Número Interconsultas da Psicologia.....	81
Gráfico 61 – Número Atendimentos Familiares.....	82
Gráfico 62 – Número Visitas de Menor de 12 anos.....	82
Gráfico 63 – Número de Atendimento Psiquiátrico.....	82
Gráfico 64 – Cuidados Paliativos .....	83
Gráfico 65 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias .....	83
Gráfico 66 - Taxa de Pacientes em Risco de Vulnerabilidade Emocional e Risco de Suicídio.....	83
Gráfico 67 - Taxa de Pacientes em Cuidados Paliativos (Retaguarda).....	84
Gráfico 68 – Número de Atendimentos Fono.....	88
Gráfico 69 – Número de Avaliações de Fono.....	88
Gráfico 70 – Número de Pacientes que Passaram de Via Alternativa para Oral .....	88
Gráfico 71 – Número de Altas de Fonoaudiologia.....	88
Gráfico 72 – Taxa de Decanulados .....	89
Gráfico 73 – Taxa De Pacientes Inseridos No Protocolo De Broncoaspiração	89
Gráfico 74 – Taxa De Pacientes Com Indicação De Espessante.....	89
Gráfico 75 – Taxa De Treino De Oclusão Ou Uso De Válvula De Fala.....	90
Gráfico 76 – Taxa De Pacientes Realizado Desmame De Cuff .....	90
Gráfico 77 – Atendimentos Terapia Ocupacional .....	93
Gráfico 78 – Número de Avaliações Terapia Ocupacional.....	93
Gráfico 79 – Número de Reuniões de Grupos Educativos e/ou com Familiares .....	93
Gráfico 80 – Número de Alta por parte da Terapia Ocupacional.....	93
Gráfico 81 – Interações Terapia Ocupacional .....	94
Gráfico 82 – Número de Tecnologia Assistida (Coxins e Ortese) .....	94
Gráfico 83 – Número De Busca Ativa Ou Espontânea Para Atendimento .....	94
Gráfico 84 - Número de Interconsultas.....	94
Gráfico 85 – Número de Avaliações.....	99

Gráfico 86 – Número de Atendimentos (Terapia Alternativa) .....	99
Gráfico 87 – Número de Interconsultas de Terapia Alternativas .....	100
Gráfico 88 – Número de Altas em Terapia Alternativas .....	100
Gráfico 89 – Número de Interações .....	100
Gráfico 90 – Número de Visitas Técnicas .....	110
Gráfico 91 – Não Conformidades .....	111
Gráfico 92 – Classificação de Não Conformidades .....	111
Gráfico 93 – Meta Acometida de Não Conformidades – Anual 2024 .....	112
Gráfico 94 – Taxa de Não Confirmadades Tratadas .....	112
Gráfico 95 – Taxa de Abertura do Protocolo de Londres em 72 horas .....	113
Gráfico 96 – Taxa de Incidente com Dano .....	113
Gráfico 97 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI .....	116
Gráfico 98 – Taxa de Infecção Hospitalar Global .....	116
Gráfico 99 - Densidade Incidencia de IPCS Associadas a CVC Global x UTI .....	117
Gráfico 100 – Densidade Incidência PAV – Geral Global .....	117
Gráfico 101 – Densidade Insidência de ITU Global x UTI .....	117
Gráfico 102 – Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica .....	118
Gráfico 103 - Taxa De Utilização De Cateteres Venosos Centrais – UTI.....	118
Gráfico 104 - Taxa De Utilização De Sondas Vesicais De Demora – UTI.....	118
Gráfico 105 - Percentuais De Contaminação Em Uroculturas Global X UTI ..	118
Gráfico 106 - Número De Pacientes Com Suspeita X Confirmados De Tuberculose.....	121
Gráfico 107 – Análise das Fichas CROSS .....	124
Gráfico 108 – Número de Pacientes Admitidos.....	124
Gráfico 109 – Serviço de Remoções .....	125
Gráfico 110 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias).....	125
Gráfico 111 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos.....	125
Gráfico 112 – Treinamentos x Participações.....	129
Gráfico 113 – Horas de Treinamento .....	130
Gráfico 114 – Taxa de Adesão de Treinamento.....	130
Gráfico 115 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos...	140

Gráfico 116 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	140
Gráfico 117 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	140
Gráfico 118 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica .....	141
Gráfico 119 – Lançamentos de Cotações .....	144
Gráfico 120 - Total De Ordens De Compras Geradas.....	144
Gráfico 121 - Taxa De Ordem De Compra (Oc's) Entregue No Prazo .....	144
Gráfico 122 – Percentual de Atraso e Entrega .....	145
Gráfico 123 – Percentual De Compra Finalizada No Prazo .....	145
Gráfico 124 – Taxa De Oscilação De Preço (Valores Maiores Da Última Compra) .....	145
Gráfico 125 – Percentual De Compra Emergencial.....	146
Gráfico 126 – Calibração dos Equipamentos .....	149
Gráfico 127 – Manutenções de Equipamentos.....	150
Gráfico 128 – Entrega de Equipamentos .....	150
Gráfico 129 – Inspeção de Rotina .....	150
.Gráfico 130 – Taxa de Calibração.....	150
Gráfico 131 – Taxa de Manutenções .....	151
Gráfico 132 – Taxa de Entrega de Equipamentos.....	151
Gráfico 133 – Taxa de Inspeção de Rotina .....	151
Gráfico 134 – Manutenções Prediais .....	155
Gráfico 135 – Inspeção de Rotina Manutenção Predial .....	155
Gráfico 136 – Instalações de Equipamentos Manutenção Predial .....	155
Gráfico 137 – Taxa de Instalações de Equipamentos Manutenção Predial ...	155
Gráfico 138 – Taxa de Manutenções Prediais.....	156
Gráfico 139 – Taxa de Inspeções de Rotina de Manutenção Predial.....	156
Gráfico 140 – Análise de Chamados T.I.....	160
Gráfico 141 – Tempo Médio de Solução em Horas.....	160
Gráfico 142 – Indisponibilidade De Internet Em Horas.....	160
Gráfico 143 – Quantidade De Solicitação De Acesso As Câmeras.....	160
Gráfico 144 – Chamados Abertos X Chamados Fechados.....	161

Gráfico 145 – Chamados Atendidos No Prazo Sla 24h (Engloba Chamados Pendentes Que Precisa Atuação De Terceiros).....	161
Gráfico 146 – Total de AIH Faturadas x Parciais .....	165
Gráfico 147 – Total De Atendimentos a Colaboradores .....	165
Gráfico 148 – Representação De AIH's Competência Anterior .....	165
Gráfico 149 – Total De Correções Da Devolutiva.....	166
Gráfico 150 – Total De Glosas Por Estouro De Leitos .....	166
Gráfico 151 – Taxa De Apresentação De AIH's Para A Totalidade De Saídas Hospitalares .....	166
Gráfico 152 – Total De AIH's Corrigida De Acordo Com Devolutiva Da Secretaria .....	166
Gráfico 153 – Indicadores De 17 Procedimentos Assistenciais Importados no ano de 2024 Faturamento .....	167
Gráfico 154 – Total de Despesas Quitadas no Sistema da SMS .....	172
Gráfico 155 – Apontamentos Na Prestação De Contas .....	172
Gráfico 156 – Taxa De Retenção De Contrato.....	172
Gráfico 157 – Taxa De Entrega Da Prestação De Contas No Prazo .....	173
Gráfico 158 – Taxa De Falha De Entrega Nos Documentos .....	173
Gráfico 159 – Notas de Serviços, Produtos e Atrasadas/Mês.....	175
Gráfico 160 – Notas de Produtos/Mês .....	175
Gráfico 161 – Número de Ordem de Serviços Corretivas Abertas x Fechadas .....	180
Gráfico 162 – Número de Ordem de Serviços Movimentações Abertas x Fechadas.....	181
Gráfico 163 – Taxa de Ordem de Serviços Atendidas Corretivas x Movimentações .....	181
Gráfico 164 – Número de Ordem de Serviços Manutenção por Mau Uso .....	181
Gráfico 165 – Taxa de Itens .....	182
Gráfico 166 – Taxa de Ordens de Serviços Atendidas/Fechadas .....	182
Gráfico 167 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval) .....	185
Gráfico 168 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI .....	185
Gráfico 169 – Taxa De Expresso Solicitados .....	186

Gráfico 170 – Taxa De Enxovais Recebidos Com Sujidade .....	186
Gráfico 171 – Enxoval Dispensado em Anual/2024 .....	186
Gráfico 170 – Terminais Realizados por Setor Anual/2024.....	190
Gráfico 171 – Número de Notificações Anual de 2024.....	192
Gráfico 172 – Tempo Médio de Resposta de Ouvidoria.....	195
Gráfico 173 – Total de Pesquisas .....	196
Gráfico 174 – Total de Manifestações.....	196
Gráfico 175 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria .....	196
Gráfico 176 – Taxa de NPS de Satisfação .....	197
Gráfico 177 – Taxa de Reincidência de Ouvidoria Externa.....	197
Gráfico 178 – Quantitativo de Ouvidorias – Anual/2024.....	197
Gráfico 179 – Índice de Queda Hospitalar .....	200
Gráfico 180 – Taxa de Ocupação Hospitalar.....	201
Gráfico 181 – Índice de Lesão por Pressão .....	201
Gráfico 182 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria .....	201
Gráfico 183 – Taxa de Apresentação de AIH.....	202
Gráfico 184 – Número de quedas .....	204
Gráfico 185 – Número de pacientes-dia.....	204
Gráfico 186 – Número de leito- dia.....	205
Gráfico 187 – Casos de Lesão por Pressão.....	205
Gráfico 188 – Número de Devolutivas de Ouvidoria .....	205
Gráfico 189 – Número de Apresentações de AIH's.....	205
Gráfico 190 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo .....	207
Gráfico 191 - Produção De Resíduos Infectantes .....	207
Gráfico 192 - Produção De Resíduos Comum .....	208
Gráfico 193 - Produção De Resíduos Químicos.....	208
Gráfico 194 - Produção De Resíduos Químicos.....	208
Gráfico 195 - Descarte De Sucatas (Ferros E Alumínio) Kg .....	208
Gráfico 196 - Número Absoluto De Hemodiálises Realizadas .....	211
Gráfico 197 - Número De Pacientes Elegíveis Para Hemodiálise .....	211
Gráfico 198 - Número Médio De Sessões Por Número De Pacientes .....	211

Gráfico 199 - Bolsas Instaladas.....	213
Gráfico 200 - Porcentagem De Reações Transfusionais .....	213

## 1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) é uma organização social sem fins lucrativos, certificada pelo CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde, com foco na pesquisa e

inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades nas áreas de saúde no Brasil.

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

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

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

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

## 2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

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

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

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

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

### 2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

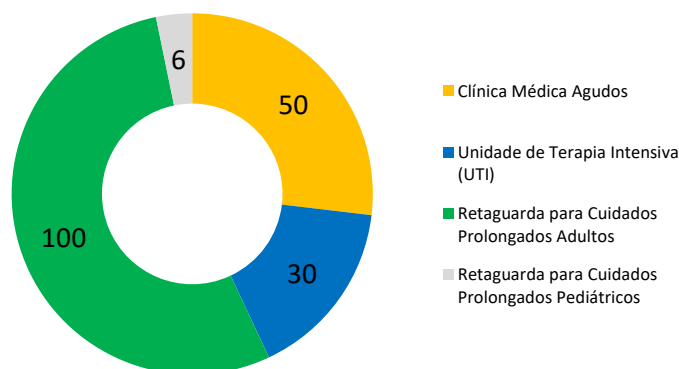
O Hospital Municipal Guarapiranga, como uma unidade de saúde de "porta fechada", atende a pacientes encaminhados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). A seguir, apresento um perfil epidemiológico baseado nas informações conhecidas sobre os serviços prestados e a população atendida.

Distribuição de Leitos

- ▶ Clínica Médica Agudos: 50 leitos;
- ▶ Unidade de Terapia Intensiva (UTI): 30 leitos;

- Retaguarda para Cuidados Prolongados Adultos: 100 leitos;
- Retaguarda para Cuidados Prolongados Pediátricos: 6 leitos.

**Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos**



Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

## 2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. Doenças Respiratórias: Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças Infeciosas: Infecções urinárias, gastroenterites.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Cuidados Críticos: Pacientes com insuficiência respiratória aguda, sépsis, choque séptico. Pós-operatório de Alta Complexidade: Pacientes que necessitam de vigilância intensiva após cirurgias complexas. Trauma: Tratamento de pacientes com traumas graves, acidentes de trânsito, quedas.
- **Cuidados Prolongados Adultos:** Reabilitação e Cuidados Paliativos: Pacientes com necessidade de reabilitação após eventos agudos ou doenças crônicas em fase avançada. Doenças Neurodegenerativas: Alzheimer, Parkinson, esclerose múltipla.

- **Cuidados Prolongados Pediátricos:** Condições Crônicas Pediátricas: Paralisia cerebral, distrofia muscular, doenças metabólicas.

**Gráfico 02 – Relação de 30 CIDs Registrados nos Atendimentos no ano de 2024.**



Fonte: SMPEP.

### 2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

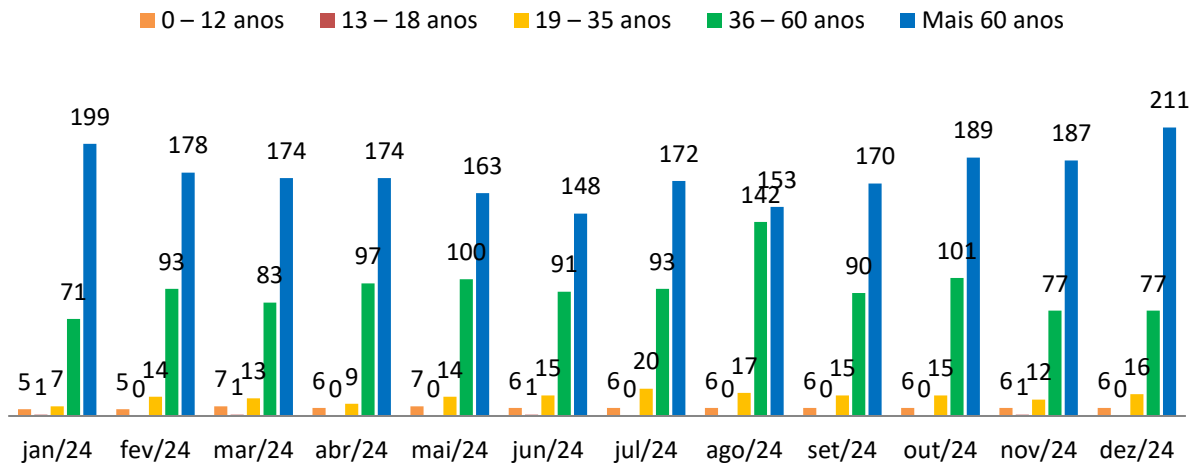
- **Faixa etária:** Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- **Gênero:** Atendimento equitativo a homens e mulheres.

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**



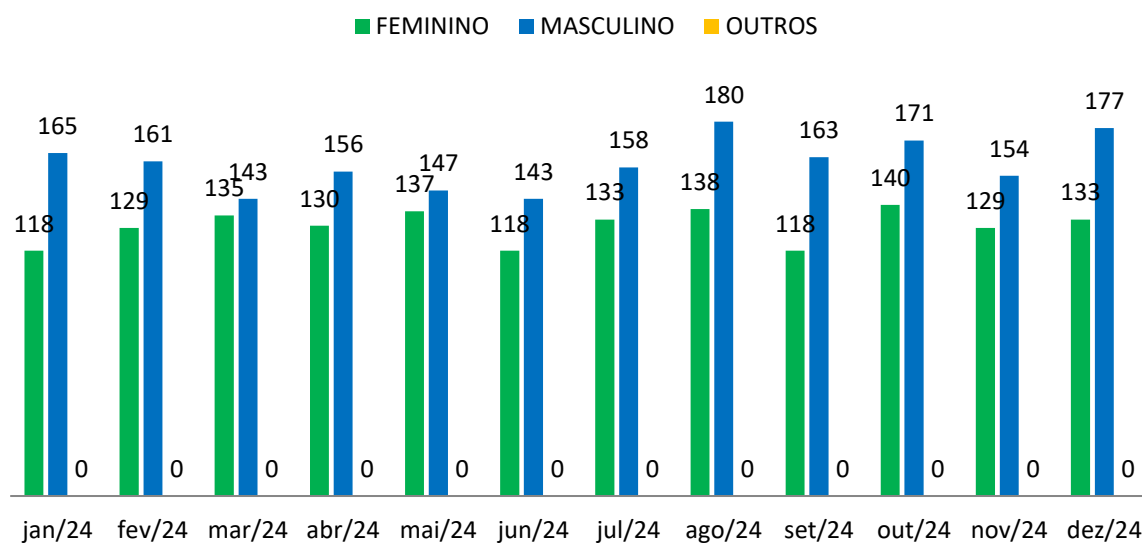
Fonte: SMPEP.

**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.**



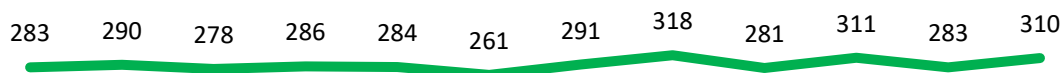
Fonte: SMPEP.

**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
<b>ATENDIMENTOS</b>	283	290	278	286	284	261	291	318	281	311	283	310
<b>ADMISSÕES</b>	120	115	111	120	112	96	180	147	115	139	116	146
<b>ALTAS</b>	86	104	88	92	89	72	95	124	97	123	120	123

Fonte: SMPEP.

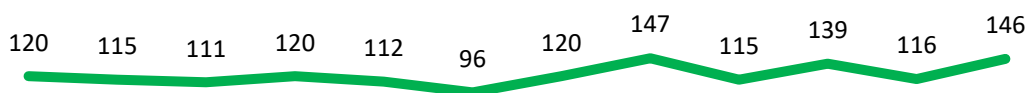
### Gráfico 05 - Atendimentos



jan/24 fev/24 mar/24 abr/24 mai/24 jun/24 jul/24 ago/24 set/24 out/24 nov/24 dez/24

Fonte: Relatório SMPEP.

### Gráfico 06 - Admissões



jan/24 fev/24 mar/24 abr/24 mai/24 jun/24 jul/24 ago/24 set/24 out/24 nov/24 dez/24

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



jan/24 fev/24 mar/24 abr/24 mai/24 jun/24 jul/24 ago/24 set/24 out/24 nov/24 dez/24

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 EDUCACAO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO (A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANCA 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
<b>Total Geral</b>	<b>655</b>

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
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>92</b>

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
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>140</b>

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

### 3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº TOTAL DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS	100	98	96	99	98	98	100	99	99	101	101	101	101
Nº TOTAL DE FUNCIONÁRIOS NA INSTITUIÇÃO	671	669	673	677	678	680	665	661	657	653	666	648	655
Nº TOTAL DE ADMISSÕES	M/R	24	14	12	2	32	15	13	24	20	38	6	19
Nº 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

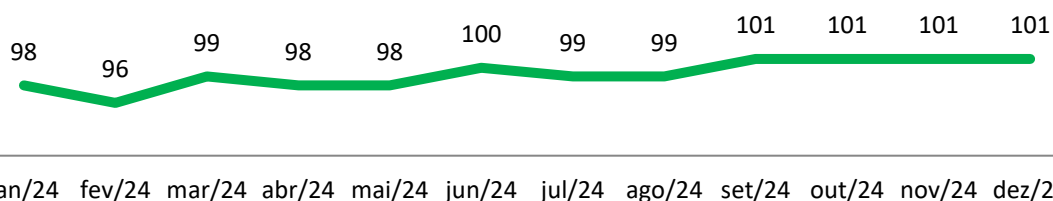
**Total de Funcionários da Instituição:** No primeiro semestre, observou-se um aumento gradual no número de funcionários, passando de 669 em janeiro para 680 em junho. No entanto, no segundo semestre, ocorreu uma queda expressiva, com o menor número registrado em agosto (648 funcionários), seguido de 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.

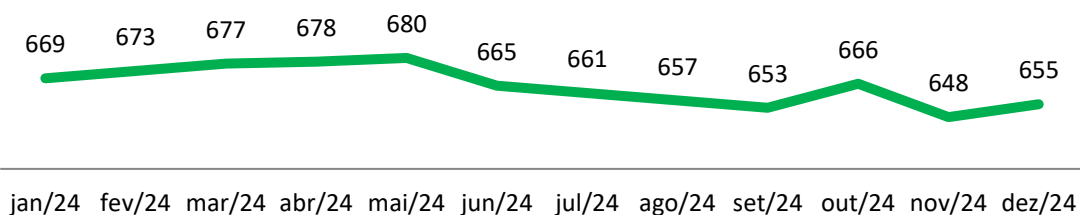
A oscilação no número total de funcionários, juntamente com os picos de demissões, especialmente no segundo semestre, aponta para desafios relacionados à retenção e estabilidade da equipe. Frente a esses desafios, estamos implementando estratégias voltadas à redução do turnover e revisando nossas políticas 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**



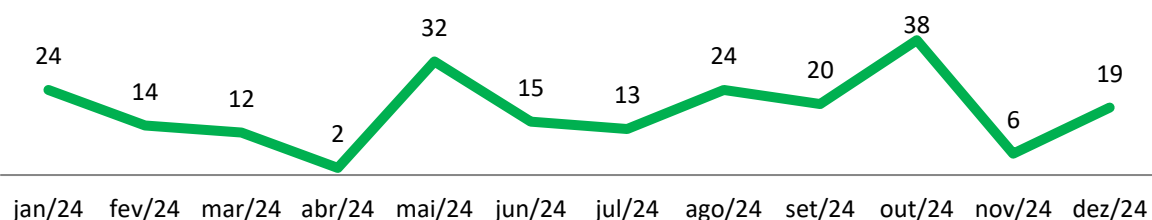
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 09 – Total de CLT na Instituição**



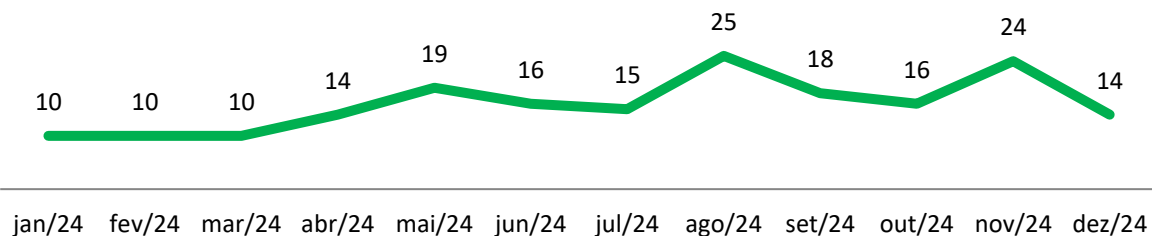
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 10 – Total de Admissões**



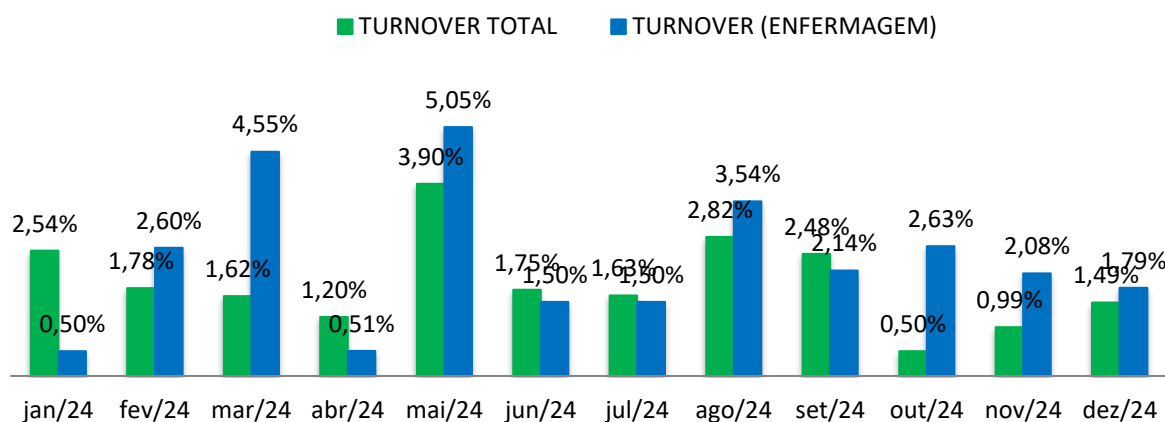
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**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

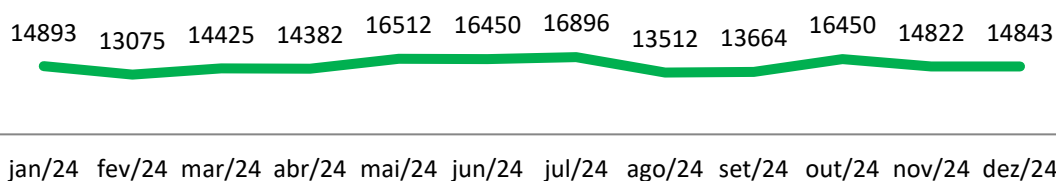
excepcionais no final do período. Essa melhoria reflete ações como o acompanhamento rigoroso dos afastamentos, incentivos ao engajamento (como ações de humanização e a política de feedback) e a revisão dos horários de pausa, além de um acompanhamento mais próximo das equipes, especialmente no período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

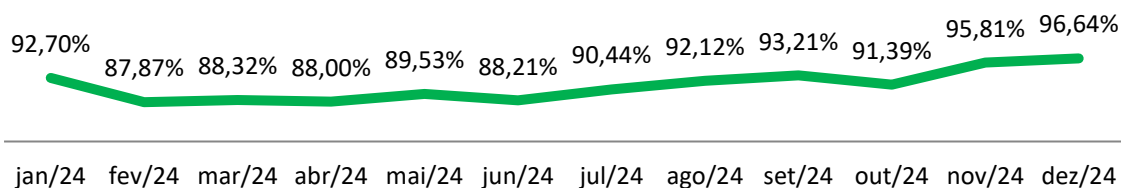
- Implantação do PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) para as equipes de RH, DP, SESMT e NEP;
- Projeto Estação RH: Revisão e aplicação de treinamentos dos protocolos dos setores de RH, DP e Medicina Ocupacional, com foco nos gestores;
- Implantação de um programa de bem-estar e saúde emocional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

#### **Gráfico 13 – Horas Trabalhadas na Enfermagem**



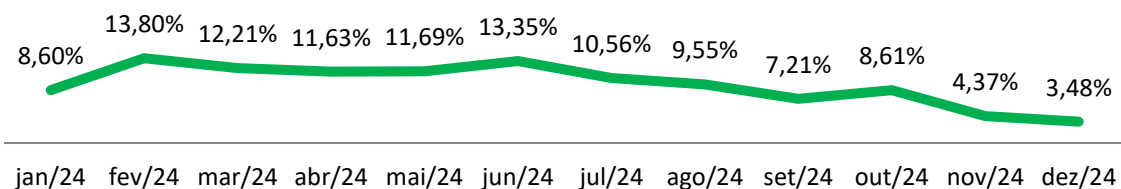
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**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.

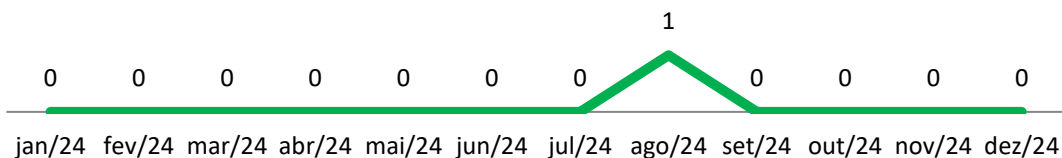
Ao longo do 1º e 2º semestres do ano, a taxa de exames periódicos não foi atingida em sua totalidade devido a dois fatores principais, o não comparecimento de parte considerável dos ex-colaboradores e nos meses de março a abril devido ao fato da vaga de médico do trabalho estar em aberto. Em relação 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.

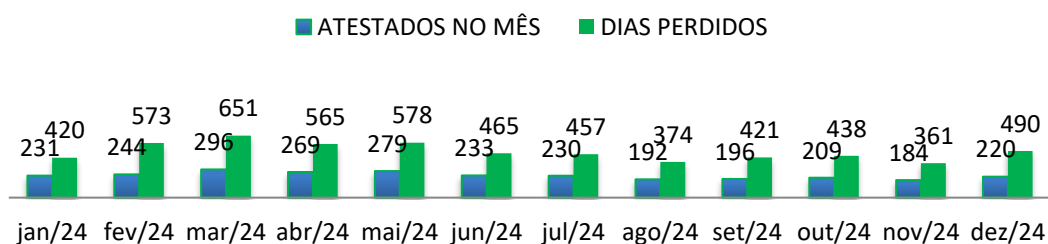
Esperamos que essas iniciativas elevem a taxa de exames periódicos realizados dentro do prazo para 90% até o final do primeiro semestre de 2025 e garantam uma taxa de exames demissionais superior a 95%, consolidando um desempenho alinhado às metas estabelecidas e promovendo maior eficiência no cumprimento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

### Gráfico 16 – Afastados por incidente de trabalho (INSS)



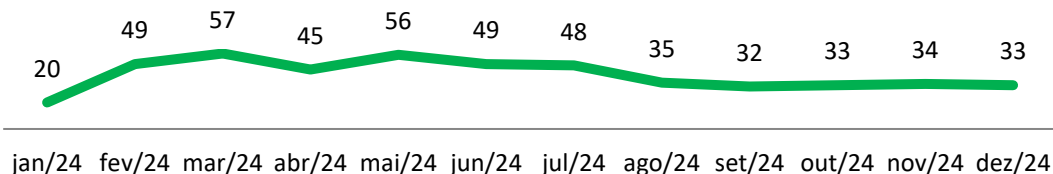
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 17 – Atestados no Mês x Dias perdidos



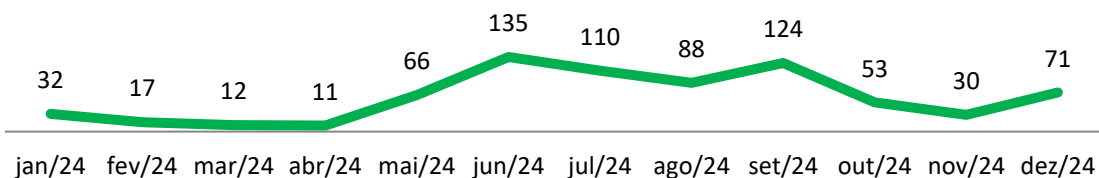
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 18 – Síndrome Gripal



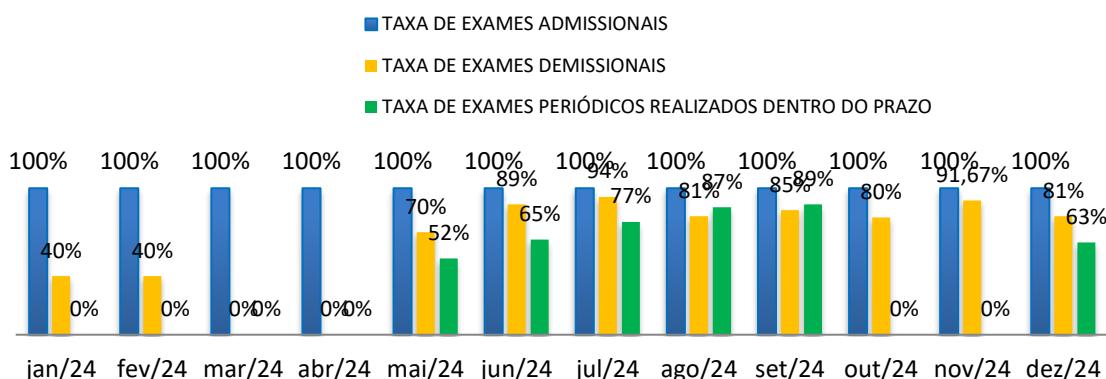
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 19 – Exames Ocupacionais



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

### Gráfico 20 – Taxa de Exames Admissoriais; Periódicos e Demissionariais



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 PERFUROCORANTES	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

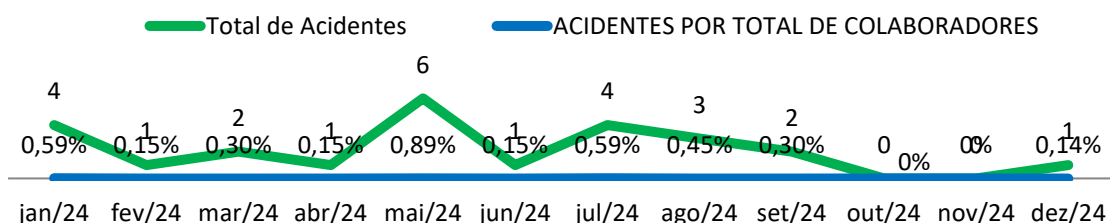
A meta de realizar 23 inspeções por mês foi atingida com sucesso, o que permitiu a identificação de oportunidades de melhoria na infraestrutura, visando garantir o cumprimento das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. As melhorias necessárias foram documentadas e, quando identificadas,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

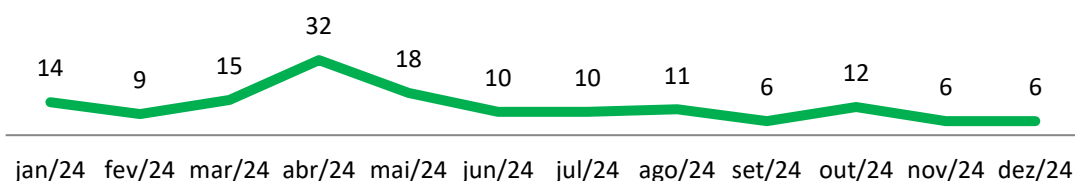
Em resumo, embora os acidentes de trabalho tenham diminuído com as ações implementadas, o compromisso é manter a evolução em 2025, intensificando a prevenção e a conscientização entre todos os colaboradores.

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



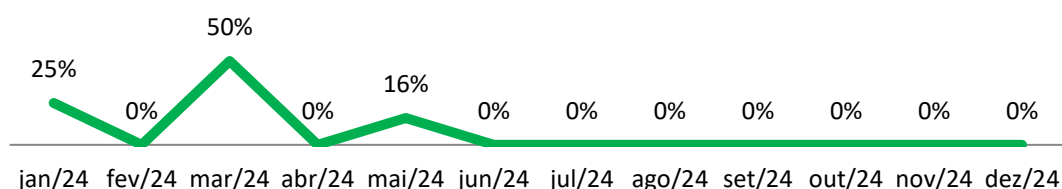
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 22 – Intersversões de Ergonomia



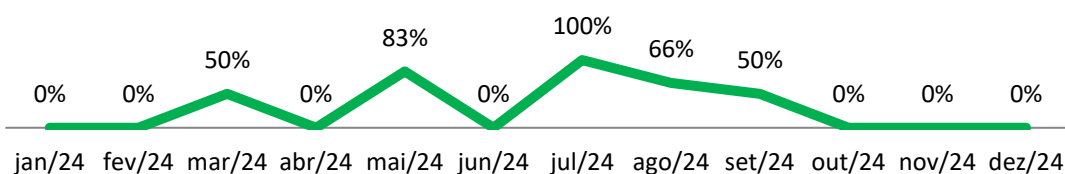
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### Gráfico 23 – Taxa de Acidente de Material Biológico



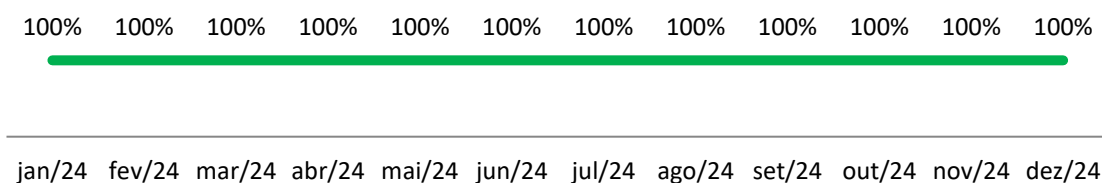
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

### 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 RAIOS-X	M/R	347	343	407	318	384	308	318	357	369	411	312	339
Nº 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 RAIOS-X	M/R	165	149	181	155	224	107	108	150	169	148	133	93

<b>Nº DE FALHAS</b>	M/R	6	5	1	3	4	0	2	1	0	0	0	2
<b>TAXA DE FALHAS DE IMAGEM</b>	<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
<b>Nº DE EXAMES DE RAIOS-X</b>	M/R	91	98	124	65	82	129	175	166	186	196	140	206
<b>Nº DE FALHAS</b>	M/R	2	4	4	2	1	2	2	2	2	2	1	0
<b>TAXA DE FALHAS DE IMAGEM</b>	<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
<b>Nº DE EXAMES DE RAIOS-X</b>	M/R	86	86	88	96	67	23	29	36	21	63	37	26
<b>Nº DE FALHAS</b>	M/R	2	4	7	4	4	0	2	0	0	0	0	1
<b>TAXA DE FALHAS DE IMAGEM</b>	<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 RAIOS-X	M/R	5	10	14	2	11	9	6	5	2	4	2	14
Nº 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.

### ANÁLISE 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.

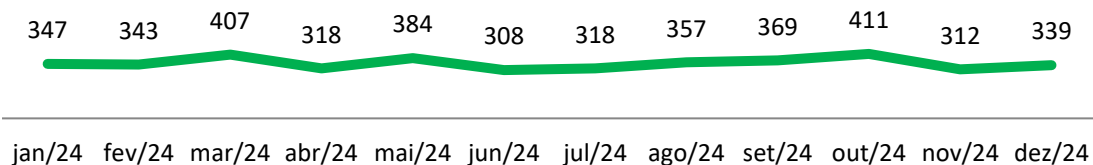
Durante as reuniões das comissões de radiologia, foi observada a prática de realização de múltiplos exames de raio-x no mesmo paciente, no mesmo dia.

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%.

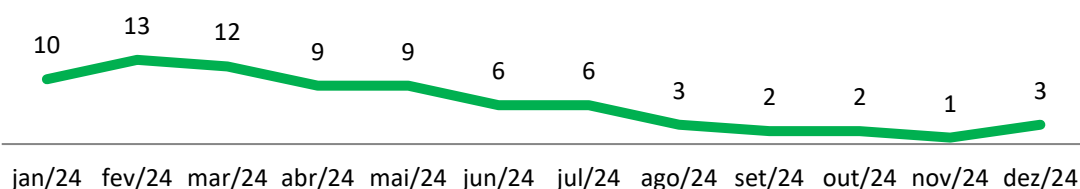
O setor começou a quantificar e analisar diversos aspectos, visando identificar e corrigir eventuais falhas que possam surgir em 2025, buscando manter as melhorias implementadas durante a auditoria da ONA.

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



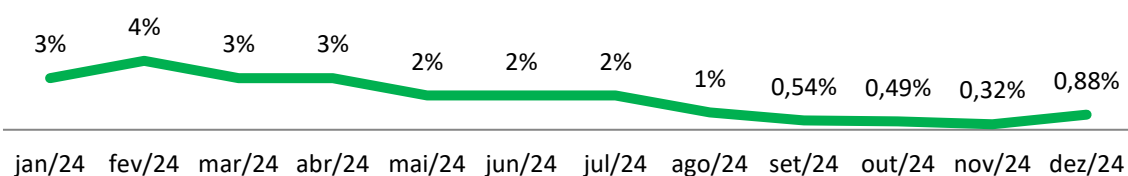
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### 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.

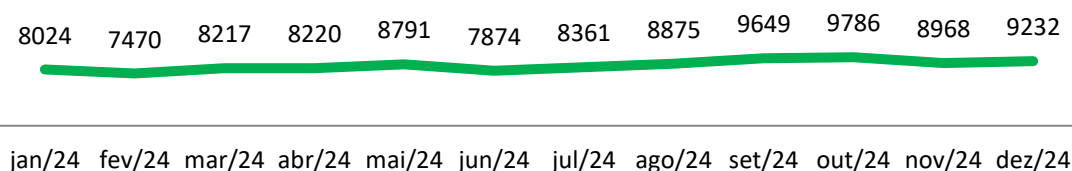
Realizou-se uma visita ao laboratório central para conhecer as instalações que atendem nossa demanda.

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.

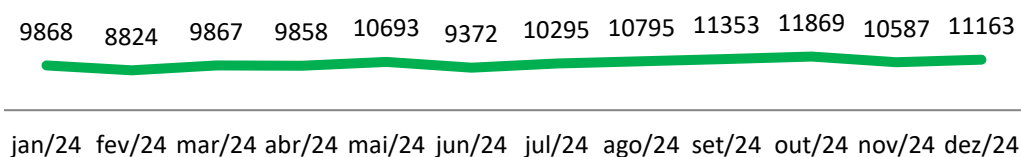
Em 2025, pretendemos resolver mais questões de integração, como a apresentação de resultados parciais das culturas e a assinatura de laudos diretamente em nosso prontuário eletrônico.

### Gráfico 29 – Exames Liberados



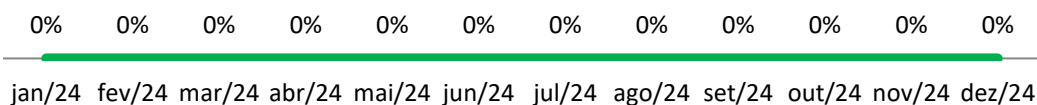
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 30 – Exames Realizados na Unidade



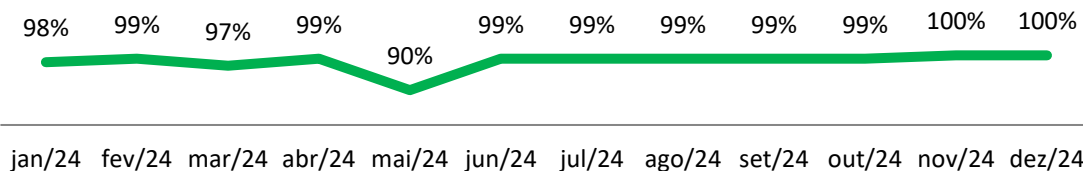
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 31 – Taxa de Valores Críticos Não Comunicados



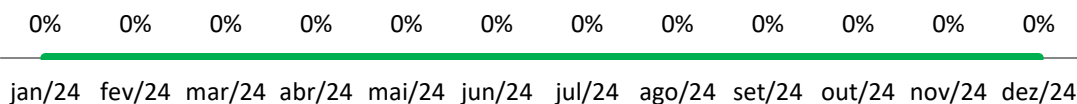
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 32 – Tempo de Liberação dos Exames (TAT)



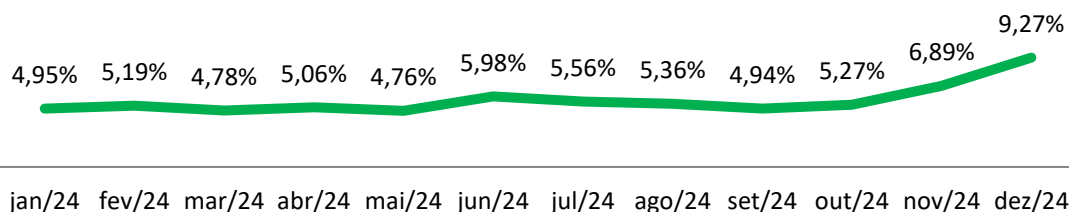
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### Gráfico 33 – Taxa de Insucesso



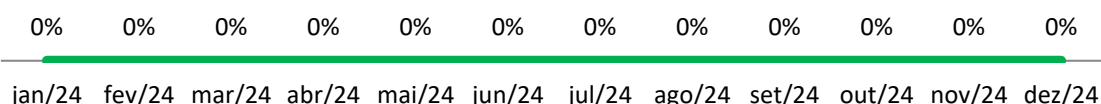
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### 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

<b>TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL</b>	< 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%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA</b>	< 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%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	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
<b>Nº DE PACIENTE DIA</b>	> 4750	5152	4834	5208	5051	5186	5049	5140	5138	4896	5111	4931	5060
<b>Nº DE LEITOS DIA</b>	M/R	5752	5394	5738	5687	6241	5883	5716	5788	5358	5731	5550	5735
<b>Nº DE SAÍDAS</b>	M/R	111	121	110	114	110	93	110	146	110	145	133	147
<b>Nº DE ÓBITOS</b>	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
<b>TAXA DE FLEBITE</b>	< 5%	0%	0,21%	0,15%	0,17%	1,79%	0,66%	0%	1,45%	0,91%	0,15%	0,40%	1,01%
<b>INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO</b>	< 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
<b>TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA</b>	< 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

<b>TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL</b>	< 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%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA</b>	< 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%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	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
<b>Nº DE PACIENTE DIA</b>	> 4750	1485	1304	1450	1346	1512	1537	1540	1560	1460	1344	1368	1423
<b>Nº DE LEITOS DIA</b>	M/R	1550	1450	1522	1499	1643	1590	1657	1643	1589	1550	1500	1550
<b>Nº DE SAÍDAS</b>	M/R	81	72	70	93	89	63	72	111	102	127	120	138
<b>Nº DE OBITOS</b>	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
<b>TAXA DE FLEBITE</b>	< 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%
<b>INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO</b>	< 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

<b>TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA</b>	< 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
<b>TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL</b>	< 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%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA</b>	< 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%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	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
<b>Nº DE PACIENTE DIA</b>	> 4750	595	623	631	673	680	662	648	647	589	349	279	315
<b>Nº DE LEITOS DIA</b>	M/R	930	870	930	900	930	894	930	926	897	628	600	620
<b>Nº DE SAÍDAS</b>	M/R	95	116	111	97	118	88	113	140	97	86	66	85
<b>Nº DE OBITOS</b>	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
<b>TAXA DE FLEBITE</b>	< 5%	0,00%	0,00%	0,00%	7,14%	0,00%	0,00%	25%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO</b>	< 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

<b>TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA</b>	< 100 DIAS	208,36	345,13	268,64	124,0	234,00	445,00	1383	549	381	300,80	323,56	268,82
<b>TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL</b>	< 13,78%	28,57%	37,50%	45,45%	39,13%	33,33%	16,67%	50%	40%	42,86%	40,00%	11,11%	54,55%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA</b>	< 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%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	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
<b>Nº DE PACIENTE DIA</b>	> 2500	2917	2761	2955	2852	2808	2670	2766	2745	2667	3008	2912	2957
<b>Nº DE LEITOS DIA</b>	M/R	3086	2900	3100	3108	3482	3169	2943	3033	2692	3057	2970	3069
<b>Nº DE SAÍDAS</b>	M/R	14	8	11	23	12	6	2	5	7	10	9	11
<b>Nº DE OBITOS</b>	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
<b>TAXA DE FLEBITE</b>	< 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%
<b>INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO</b>	< 5	56,72	59,95	23,54	0	0	0	0	0	0	0	0	95,43

<b>TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA</b>	< 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
<b>TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL</b>	< 13,78%	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
<b>TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDA</b>	< 5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
<b>GIRO LEITO INSTITUCIONAL</b>	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,17
<b>Nº DE PACIENTE DIA</b>	≤ 186	155	146	172	180	186	180	180	186	180	186	180	159
<b>Nº DE LEITOS DIA</b>	≤ 186	186	174	186	180	186	180	180	186	180	186	180	186
<b>Nº DE SAÍDAS</b>	≤ 6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Nº DE OBITOS</b>	≤ 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.

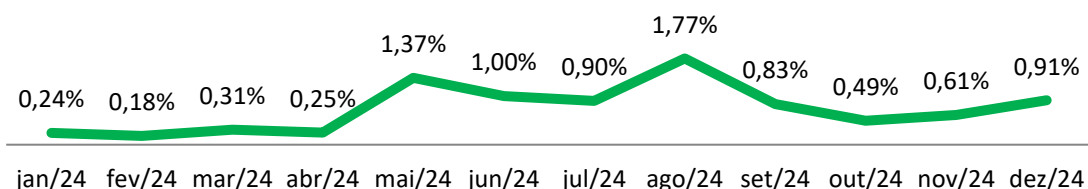
**Tempo Médio de Permanência:** Observamos uma redução significativa com a gestão de altas, as unidades de pacientes agudos (Clínica Médica e UTI) conseguiram excelente performance reduzindo com segurança o tempo médio de permanência dos pacientes. Na retaguarda ainda temos desafios relacionados ao perfil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

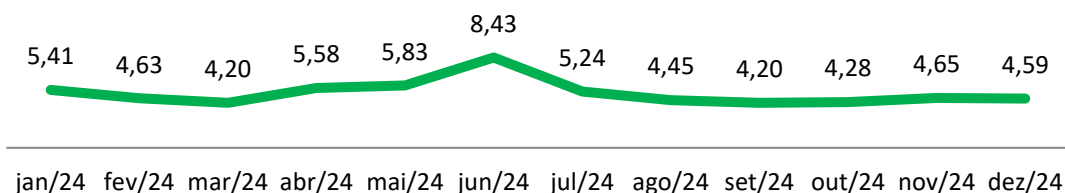
O hospital obteve bons resultados em vários indicadores de enfermagem durante 2024, especialmente no segundo semestre, cumprindo as metas em áreas essenciais como a incidência de úlceras por pressão e a taxa de quedas. No entanto, a variabilidade mensal de alguns indicadores, como as quedas e flebites, 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)**



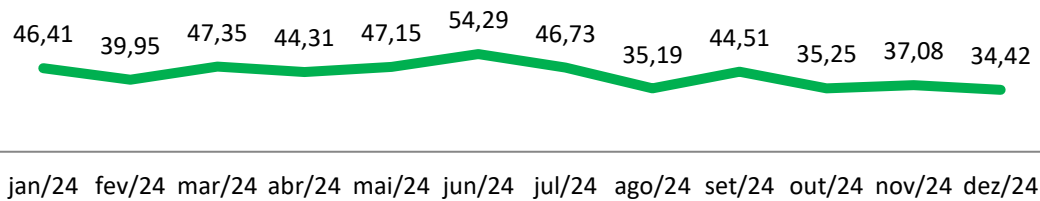
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 37 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)**



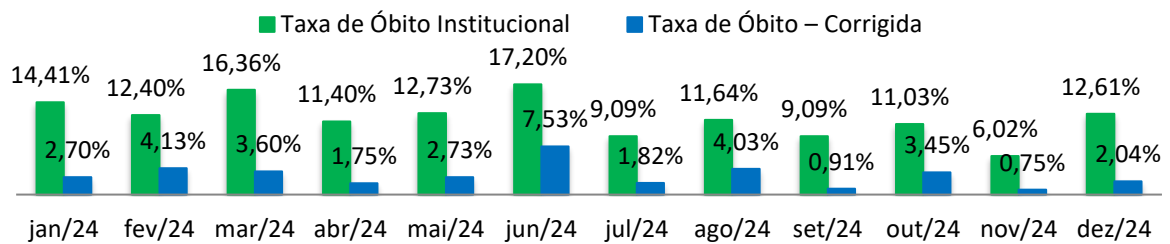
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 38 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



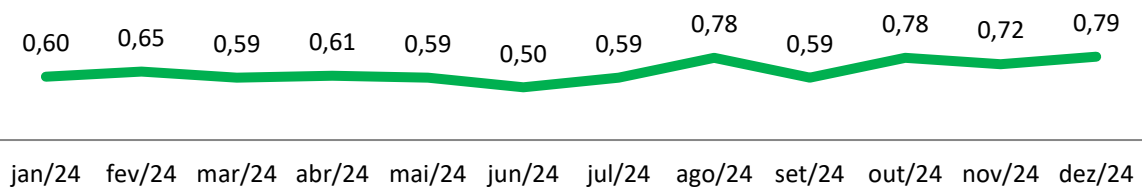
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



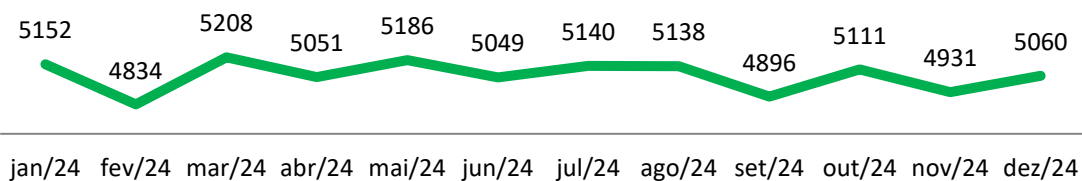
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 40 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



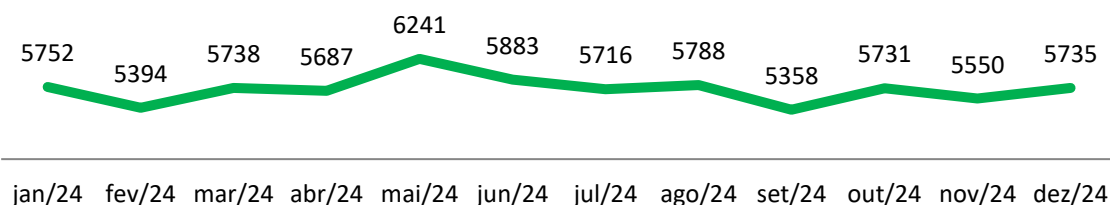
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### Gráfico 41 – Número de Paciente Dia (Global Hospitalar)



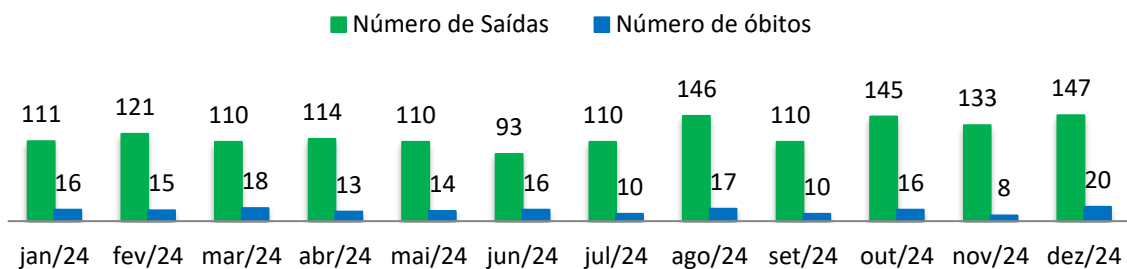
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### 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

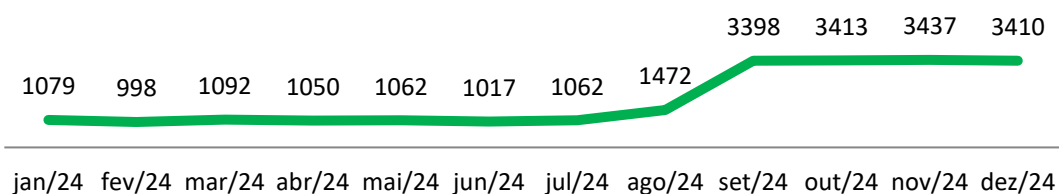
antecedência as planilhas de funcionários em período de férias, permitindo-nos ajustar a quantidade de refeições solicitadas, o que foi de extrema importância para a eficiência do setor.

### 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.

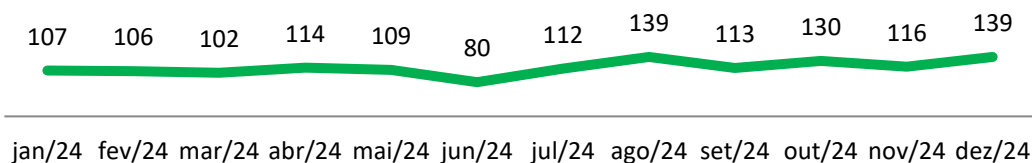
**Expectativas de Melhoria para o Próximo Ano:** Para o próximo ano, nossa principal expectativa é dar continuidade aos processos de melhoria contínua, visando otimizar ainda mais nossos indicadores e ampliar a qualidade dos serviços prestados. O objetivo é manter a evolução e buscar novas oportunidades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

**Gráfico 44 – Número de Atendimentos**



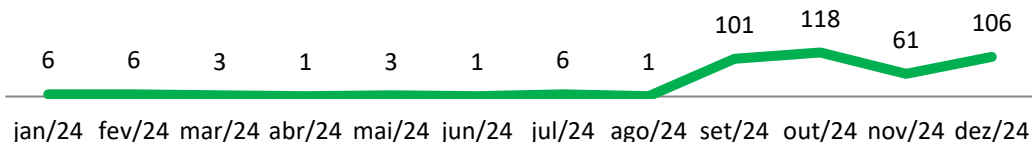
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

### Gráfico 45 – Número de Triagem Nutricional



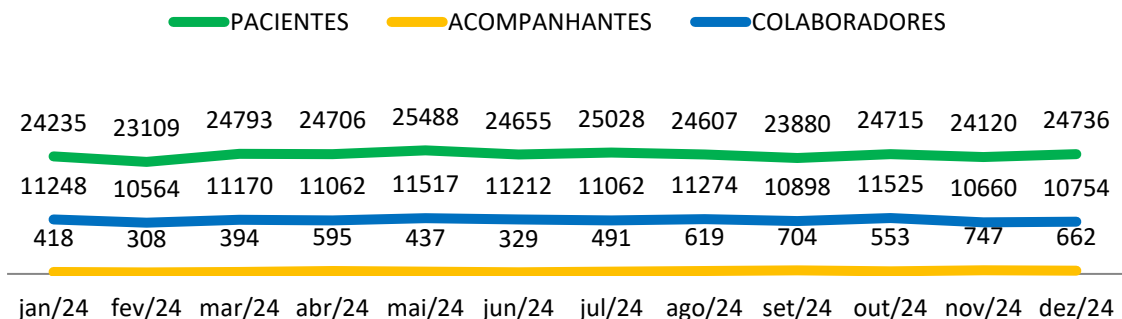
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

### Gráfico 46 – Número de Orientação Nutricional na Alta



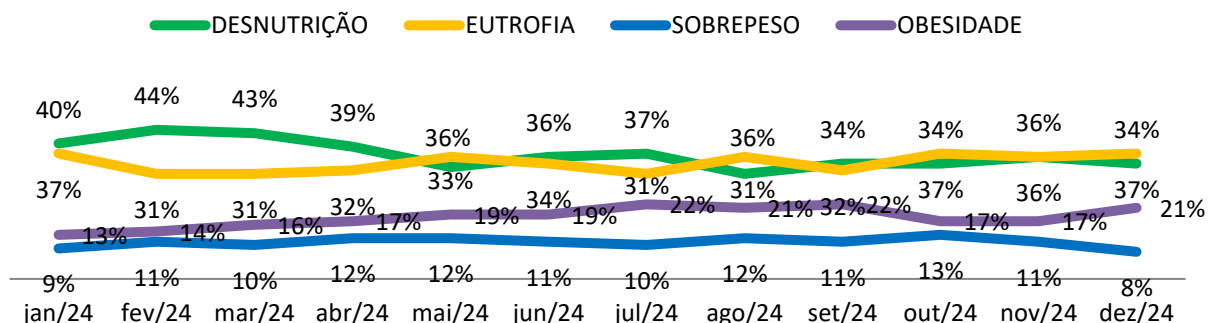
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

### 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 mensuração do indicador devido problemas no sistema.

## ANÁLISE 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.

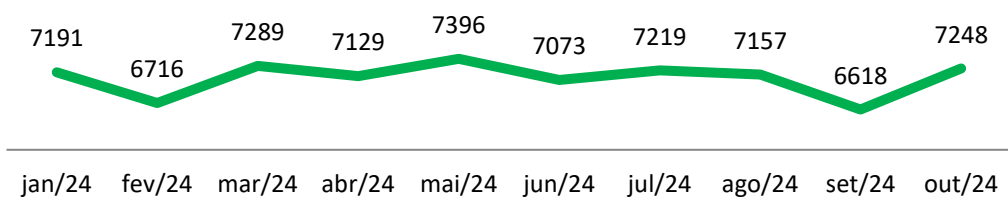
**Planos de Ação Implementados e seus Impactos:** Algumas ações implementadas ao longo do ano tiveram impactos positivos significativos. A integração com a equipe multiprofissional foi aprimorada por meio de reuniões regulares para discussão de casos clínicos, o que resultou em maior alinhamento no cuidado 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

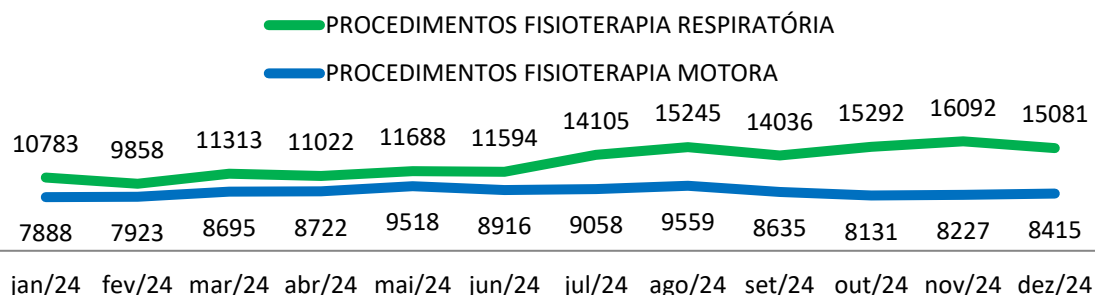
da fisioterapia respiratória e motora. Apesar dos ótimos resultados, os desafios na integração da equipe, comunicação e comprometimento dos colaboradores precisam ser superados. O foco para 2025 será continuar a capacitação da equipe, consolidar a integração multiprofissional e manter a ênfase nos valores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

**Gráfico 49 – Número de Atendimentos**



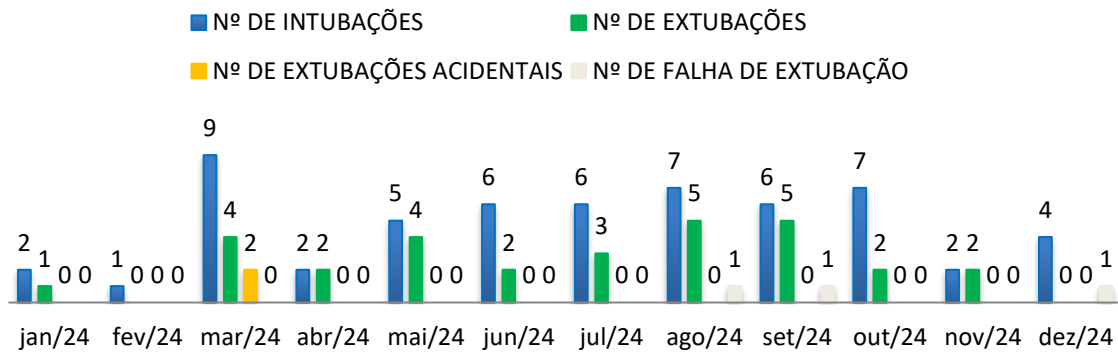
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 50 – Procedimentos**



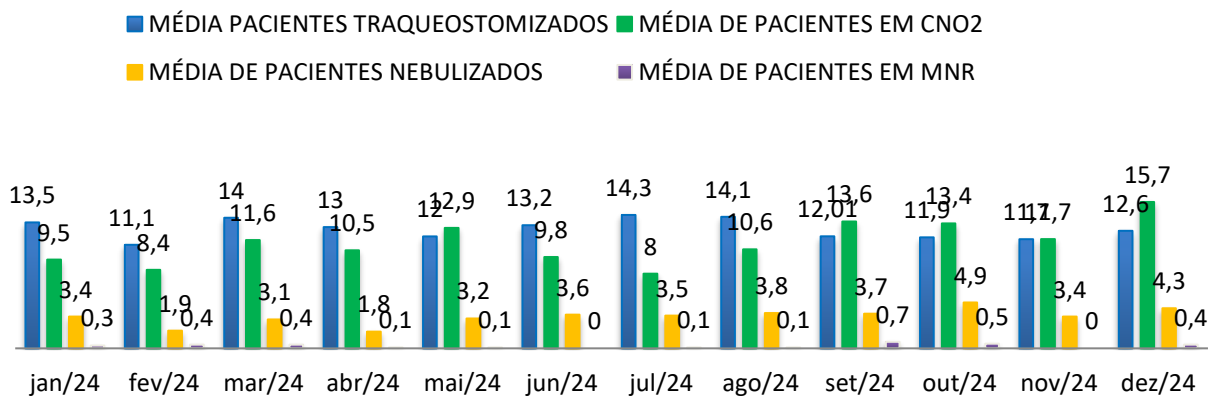
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 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
Nº DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	M/R	0	0	0	5	0	0	1	0	59	8	0	2
Nº DE ADMISSÕES DE PACIENTES SOCIAL	M/R	2	4	7	9	9	8	1	5	7	3	8	6
Nº DE PACIENTES AÇÕES SÓCIO EDUCATIVA	M/R	16	8	10	5	5	11	10	10	9	14	7	7

<b>TAXA DE EVASÃO/DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO</b>	< 5%	2%	2,13%	2,50%	0%	1%	2%	1%	4,79%	1%	1%	2%	1%
<b>TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO</b>	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.

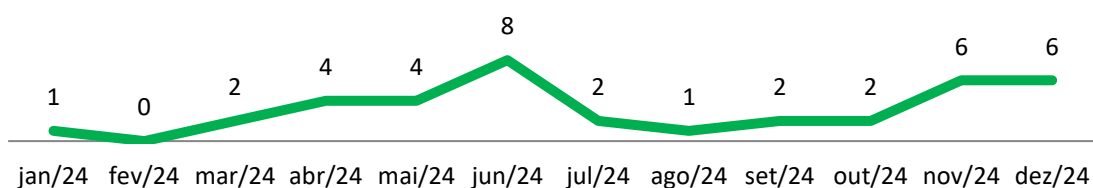
Além disso, a mediação de conflitos familiares foi abordada com apoio psicológico e social, o que fortaleceu os laços familiares e aumentou a adesão ao cuidado domiciliar. Outro ponto importante foi o suporte à documentação, com emissão de IDs para pacientes não identificados, garantindo a inclusão social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

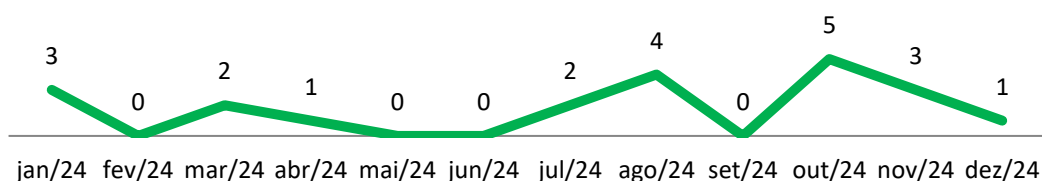
**Conclusão:** O ano de 2024 foi marcado por um avanço significativo na desospitalização e no fortalecimento do suporte social aos pacientes, com ênfase na integração familiar e nas parcerias estratégicas. Desafios como a resistência familiar ao cuidado domiciliar e a limitação de recursos foram superados 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**



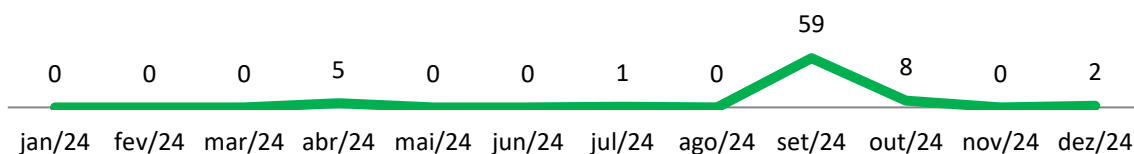
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 54 – Número de Alta Melhorada em Casa/EMAD**



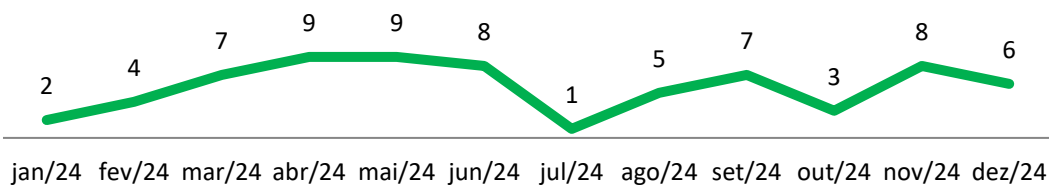
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 55 – Número de Relatórios de Retaguarda**



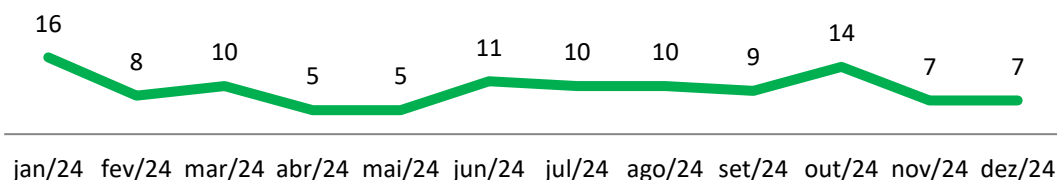
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 56 – Número de Admissões de Pacientes Sociais



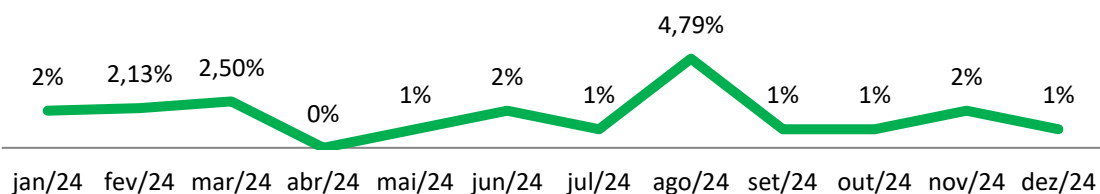
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 57 – Número de Pacientes Ações Socio Educativas



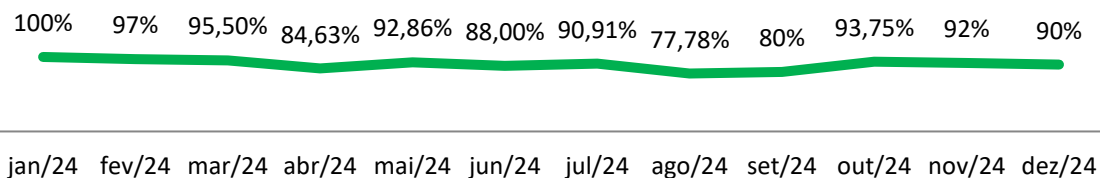
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 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
Nº DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	M/R	4	2	8	8	5	3	6	6	4	8	8	15
Nº DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	M/R	12	24	23	24	23	38	38	23	18	12	3	51
Nº DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	M/R	11	3	10	3	12	4	5	7	9	8	1	9
Nº DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	M/R	19	8	8	5	10	5	6	5	9	5	2	5
Nº DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	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 SUICÍDIO	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.

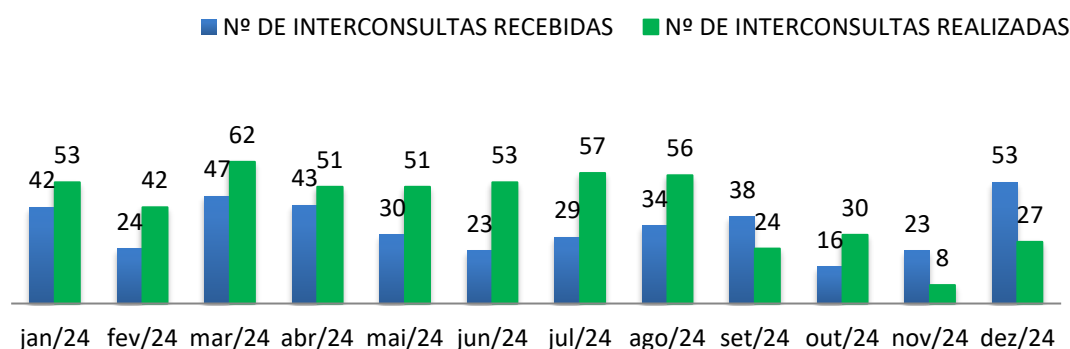
### Expectativas de Melhoria até 2025

- 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.

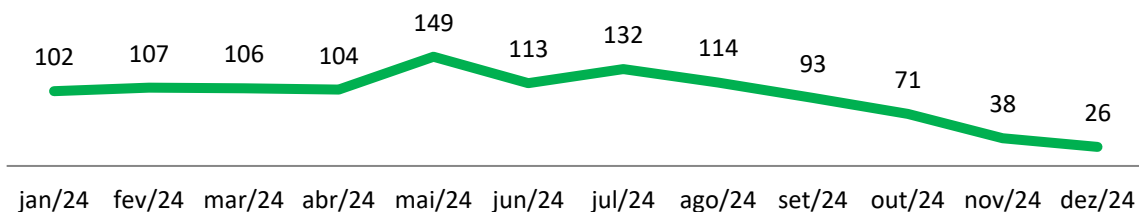
**Conclusão:** Em 2024, o setor de Psicologia obteve avanços significativos, principalmente em áreas de desospitalização, cuidados paliativos e no atendimento a casos críticos. Apesar dos desafios enfrentados, como a rotatividade da equipe e a diminuição do fluxo de pacientes em dezembro, os resultados 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**



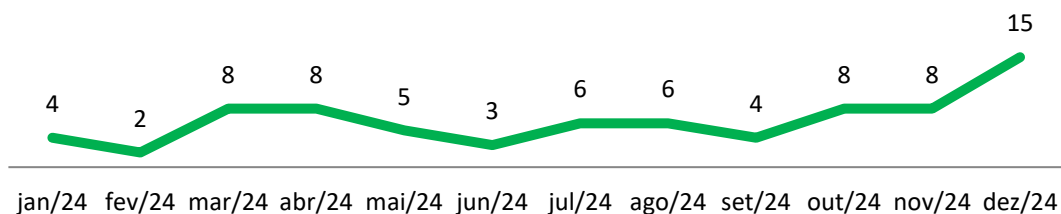
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 61 – Número Atendimentos Familiares



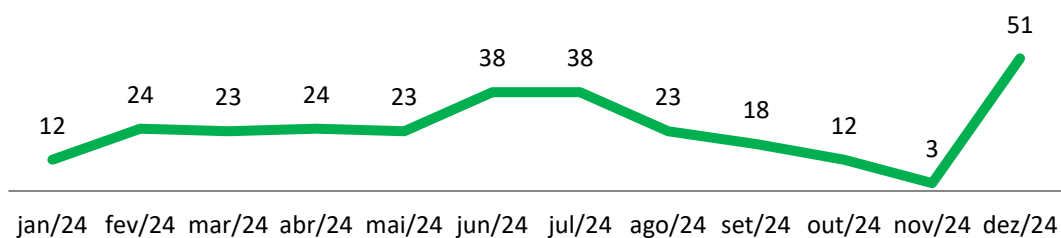
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 62 – Número Visitas de Menor de 12 anos



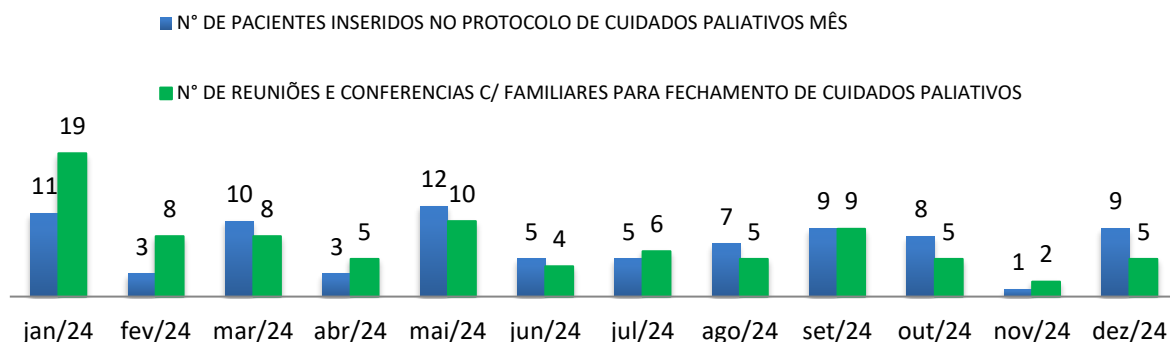
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 63 – Número de Atendimento Psiquiátrico



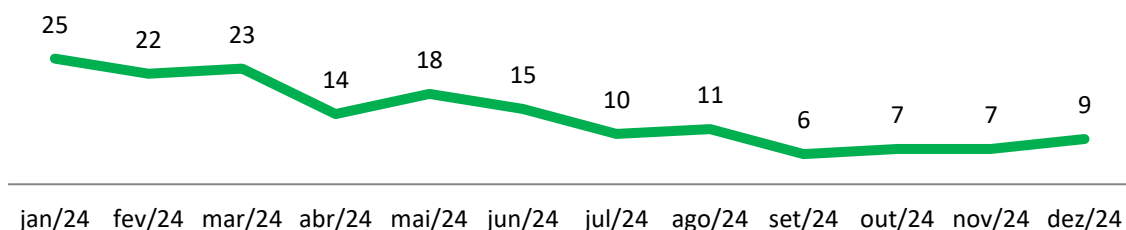
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 64 – Cuidados Paliativos



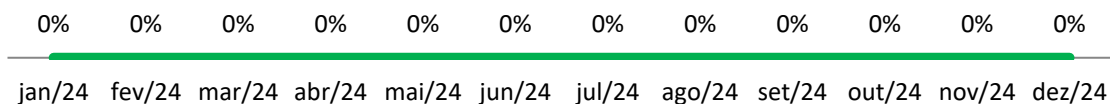
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 65 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias



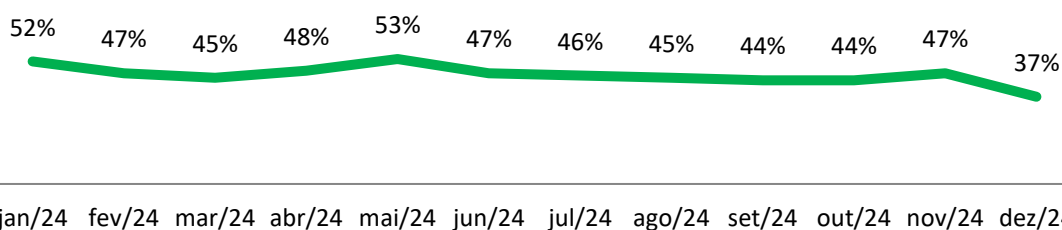
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 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

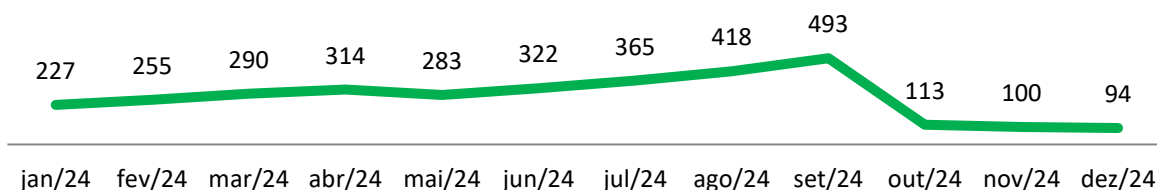
manejo conjunto, resultando em melhorias na continuidade do cuidado e alinhamento entre as equipes.

- **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:

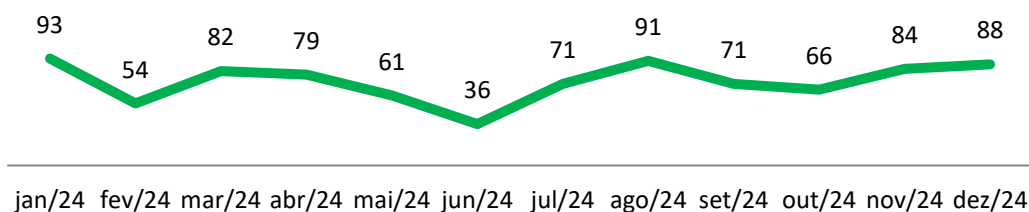
- **Treinamento Interdisciplinar:** Promover formações conjuntas entre fonoaudiólogos, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas para melhorar a comunicação e o manejo integrado de casos complexos, como pacientes com disfagia grave e traqueostomizados.
- **Ampliar a Integração Multidisciplinar;**
- **Desenvolvimento 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



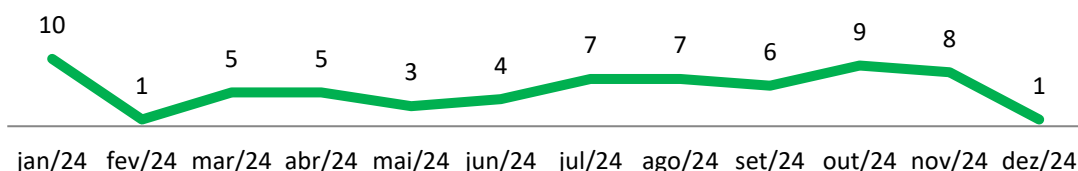
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 69 – Número de Avaliações de Fono



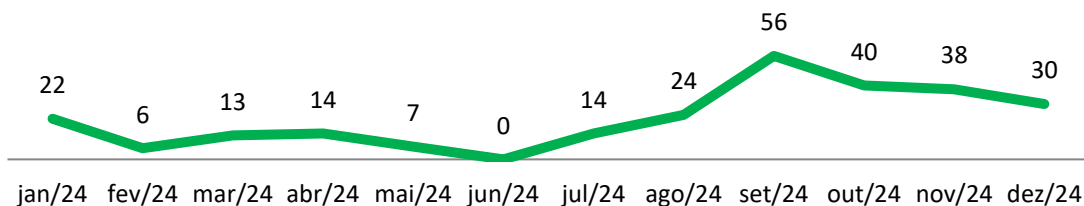
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



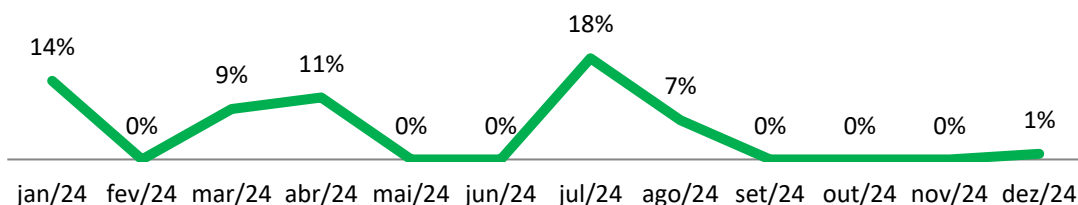
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 71 – Número de Altas de Fonoaudiologia



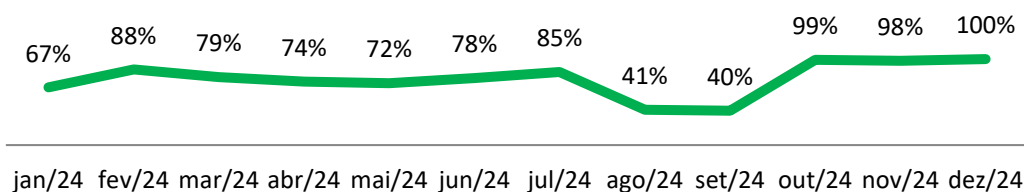
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 72 – Taxa de Decanulados**



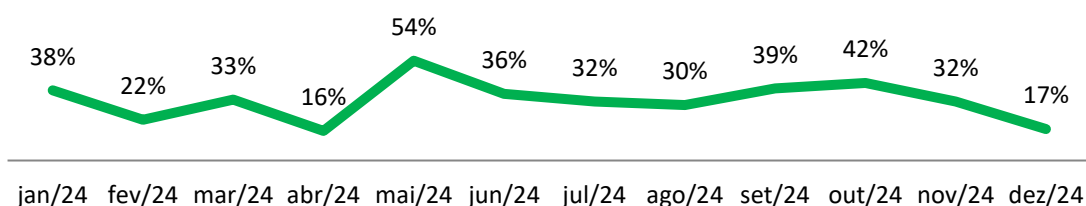
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 73 – Taxa De Pacientes Inseridos No Protocolo De Broncoaspiração**



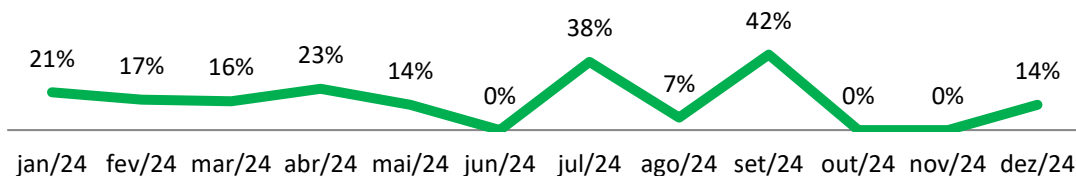
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 74 – Taxa De Pacientes Com Indicação De Espessante**



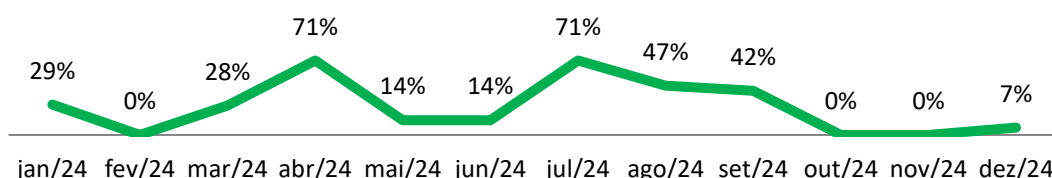
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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
Nº DE ATENDIMENTOS ADULTO	M/R	47	39	36	43	49	41	37	45	45	41	31	*
Nº DE ATENDIMENTOS PEDIÁTRICO	M/R	4	6	11	11	5	11	3	8	5	8	6	*
Nº DE AVALIAÇÕES	M/R	25	20	8	23	16	6	18	27	18	19	6	*
Nº DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	M/R	2	5	4	2	6	8	8	10	9	6	0	*
Nº DE INTERCONSULTAS	M/R	12	20	4	14	15	10	7	5	3	6	4	*
Nº DE ALTA POR PARTE DA TERAPIA OCUPACIONAL	M/R	0	0	0	3	1	0	0	1	3	1	0	*
Nº DE BUSCA ATIVA OU ESPONTÂNEA PARA ATENDIMENTO	M/R	39	26	7	8	2	7	6	15	26	25	23	*

Nº DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO	M/R	20	30	9	23	32	27	9	32	43	44	34	*
Nº DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	M/R	20	30	46	25	43	41	17	24	11	13	8	*
Nº 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 OCUPACIONAL

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.

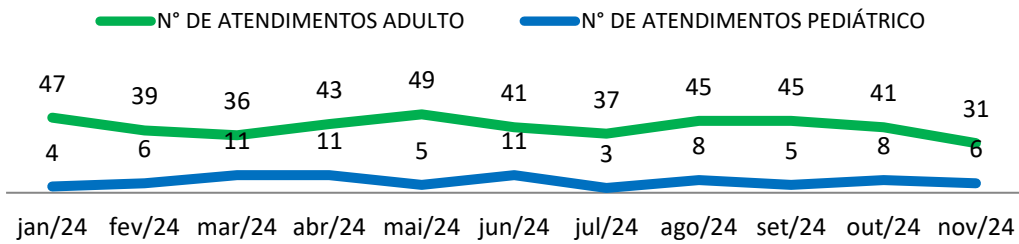
#### Objetivo para 2025

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.

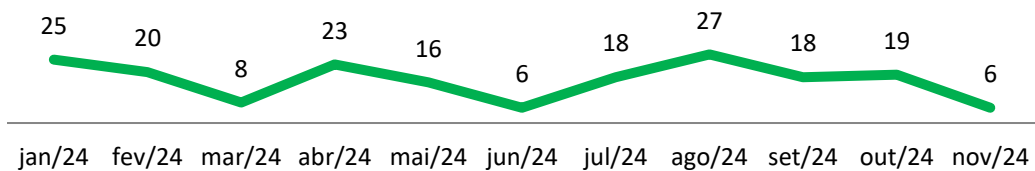
Por meio dessa nova contratação, esperamos fortalecer o serviço de Terapia Ocupacional para ter maior impacto na reabilitação de nossos pacientes, bem como alinhamento com os objetivos institucionais.

### Gráfico 77 – atendimentos Terapia Ocupacional



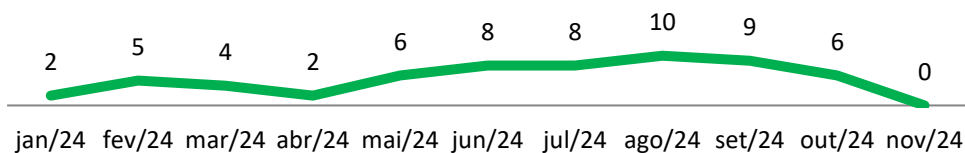
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 78 – Número de Avaliações Terapia Ocupacional



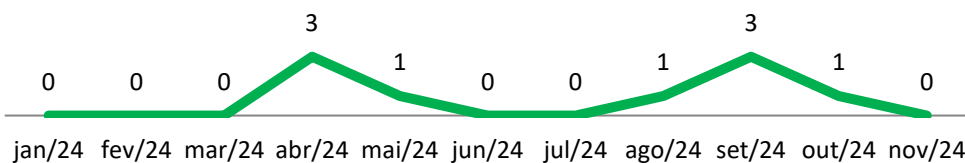
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



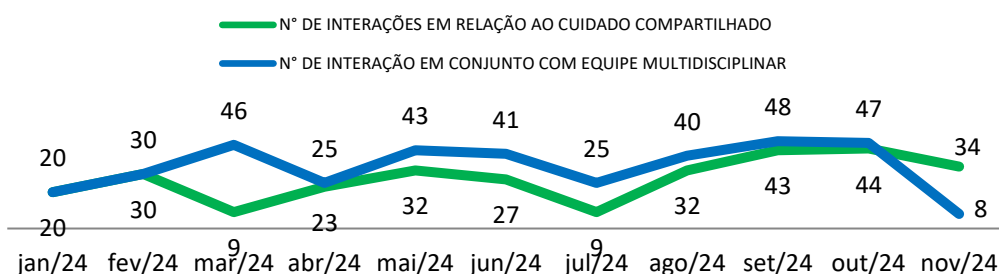
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 80 – Número de Alta por parte da Terapia Ocupacional



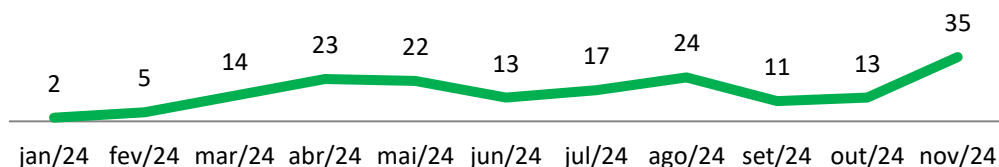
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### Gráfico 81 – Interações Terapia Ocupacional



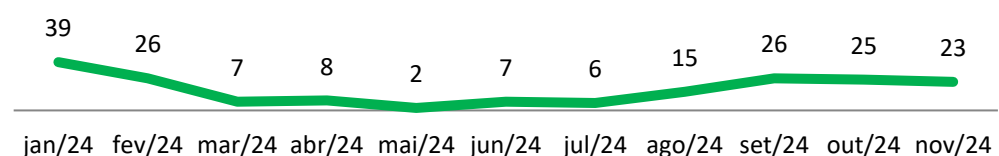
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



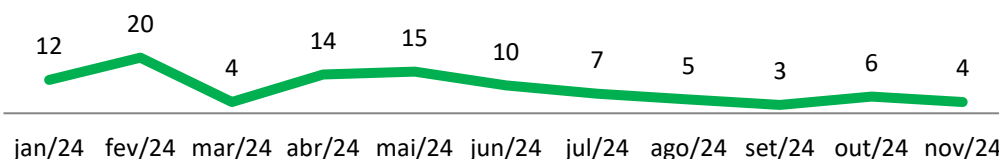
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 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
Nº DE AVALIAÇÕES	M/R	*	*	*	3	15	7	9	11	7	6	6	7
Nº DE ATENDIMENTOS HIPNOTERAPIA	M/R	*	*	*	0	37	18	40	40	32	32	42	42
Nº DE ATENDIMENTOS CROMOTERAPIA	M/R	*	*	*	0	49	59	40	40	61	59	56	60
Nº DE ATENDIMENTOS AROMATERAPIA	M/R	*	*	*	0	15	7	29	21	10	9	29	39
Nº DE ATENDIMENTOS OZOTERAPIA	MR	*	*	*		70	65	90	83	77	80	84	61
Nº DE INTERCONSULTAS	M/R	*	*	*	5	6	7	6	6	5	1	0	0
Nº DE ALTA	M/R	*	*	*	1	3	0	2	5	4	1	4	5
Nº DE BUSCA ATIVA OU ESPONTÂNEA PARA ATENDIMENTO	M/R	*	*	*	2	7	2	9	9	5	5	9	6
Nº 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.

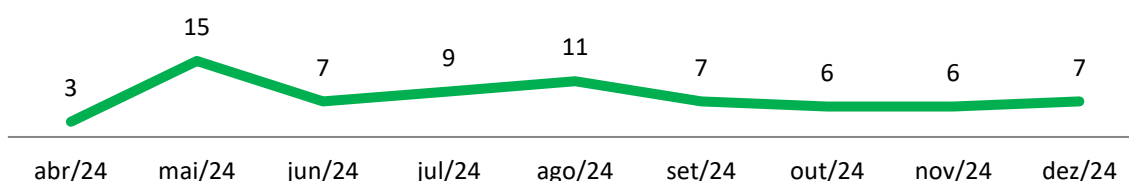
#### Expectativas de Melhoria para 2025

- **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.

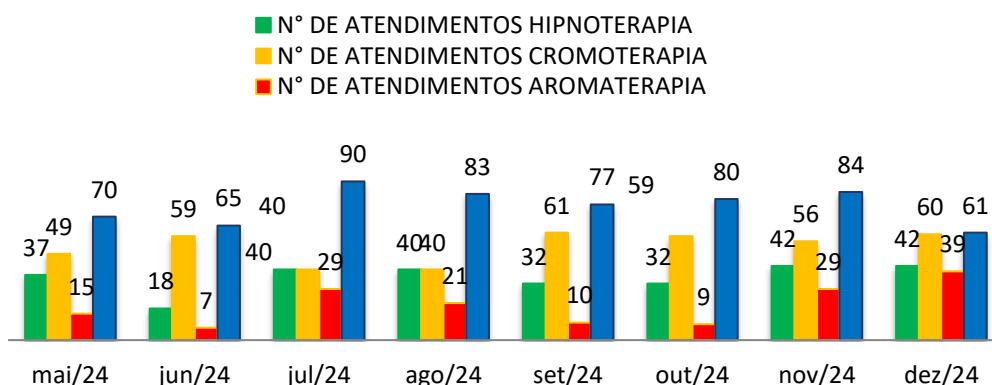
- Pesquisa e Disseminação: Engajar-se mais ativamente em pesquisas científicas e publicações em periódicos especializados, contribuindo para a disseminação do conhecimento sobre os benefícios e a eficácia das terapias integrativas.
- Educação e Divulgação: Expandir os programas de educação para pacientes 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**



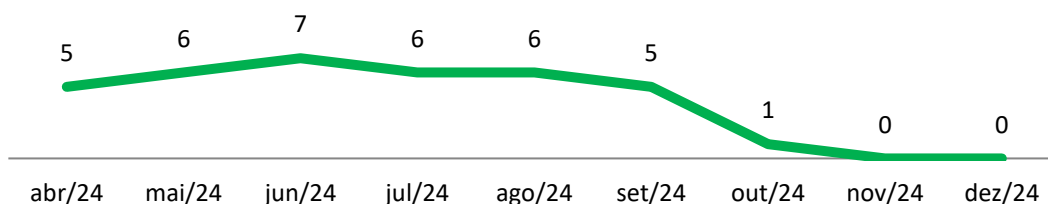
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 86 – Número de Atendimentos (Terapia Alternativa)**



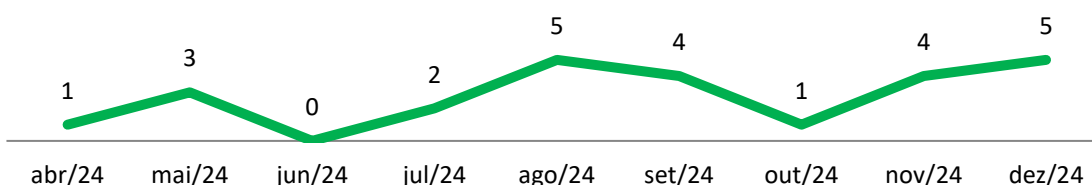
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 87 – Número de Interconsultas de Terapia Alternativas**



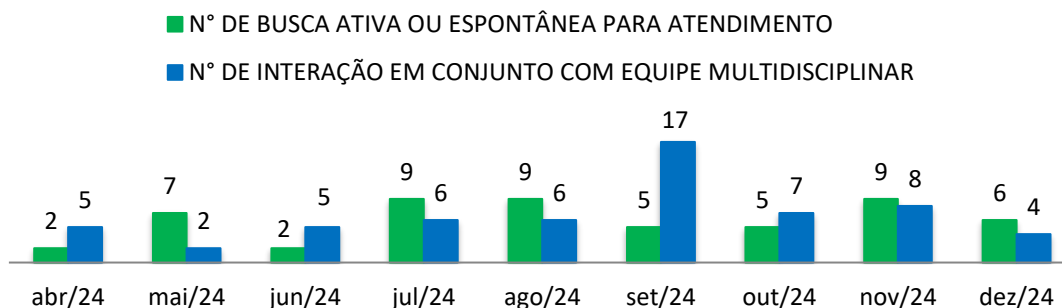
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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 TRATADA 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

<b>Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO</b>	M/R	2	2	2	3	8	8	4	30	4	5	4	5
<b>Nº DE LONDRES</b>	M/R	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
<b>Nº DE NC: NÃO TRATÁVEIS</b>	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
<b>Nº VISITAS TÉCNICAS</b>	10	10	10	10	0	0	4	10	10	10	10	10	10
<b>Nº NC REGISTRADA</b>	M/R	31	46	12	14	29	48	40	82	52	133	134	65
<b>Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)</b>	M/R	31	46	8	9	8	25	29	35	26	106	103	23
<b>NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL</b>	M/R	26	44	8	9	6	8	6	30	17	80	78	31
<b>Nº NC NEAR MISS</b>	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

<b>Nº DE LONDRES</b>	M/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nº DE NC: NÃO TRATÁVEIS</b>	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.

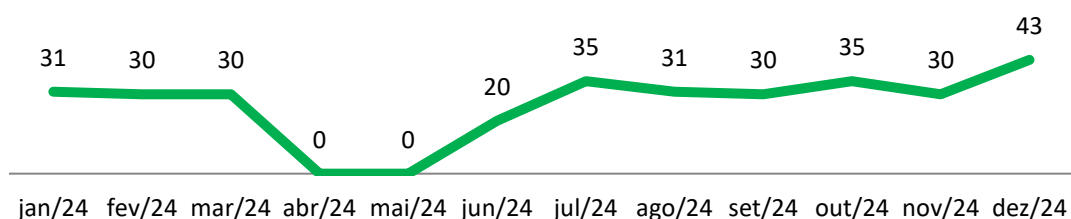
Observou-se, ao longo do ano, um aumento significativo no registro de Não Conformidades (NC's) por parte dos colaboradores. Houve uma redução nos eventos adversos e um aumento nas circunstâncias notificáveis, refletindo a conscientização e o engajamento dos colaboradores. Esse aumento nas notificações 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.

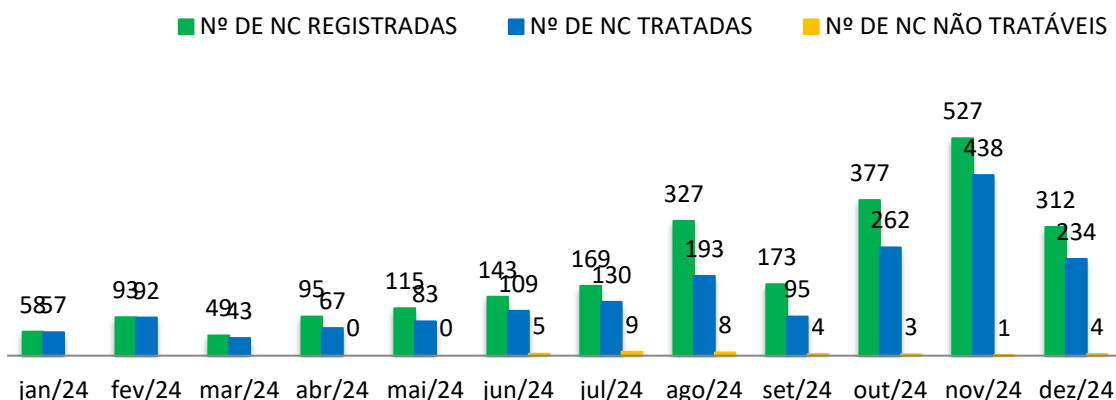
Para 2025, o NSP dará continuidade ao projeto "Guardiões" e ao fortalecimento das metas internacionais. O Núcleo promoverá a articulação dos processos de gestão de risco junto à qualidade e incentivará os demais setores a gerenciar seus próprios riscos. A integração entre os setores será ainda mais incentivada, 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**



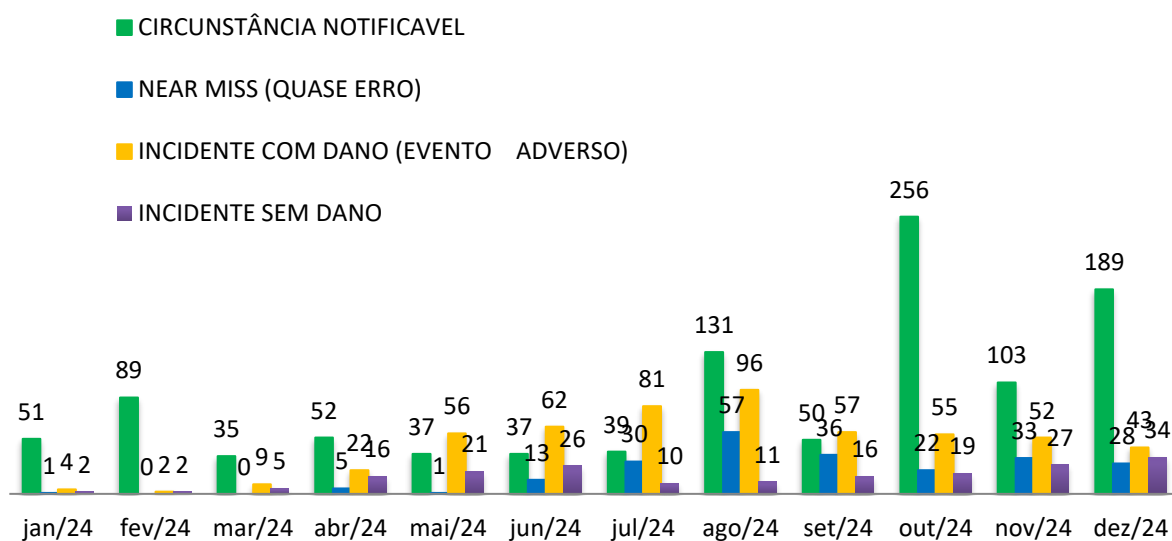
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### Gráfico 91 – Não Conformidades



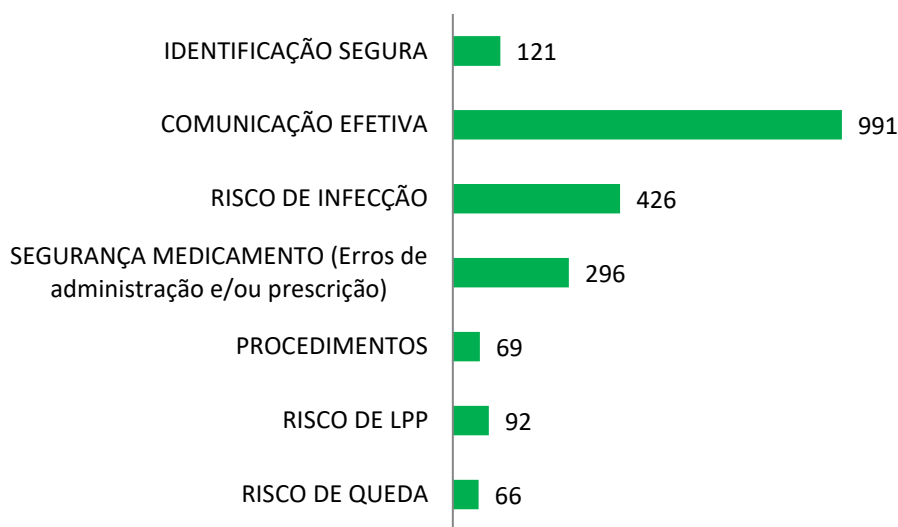
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### Gráfico 92 – Classificação de Não Conformidades



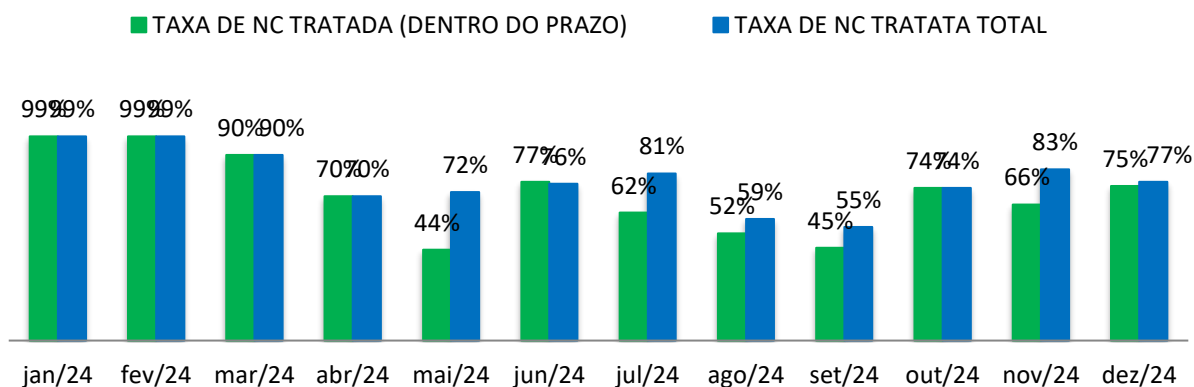
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### Gráfico 93 – Meta Acometida de Não Conformidades – Anual 2024



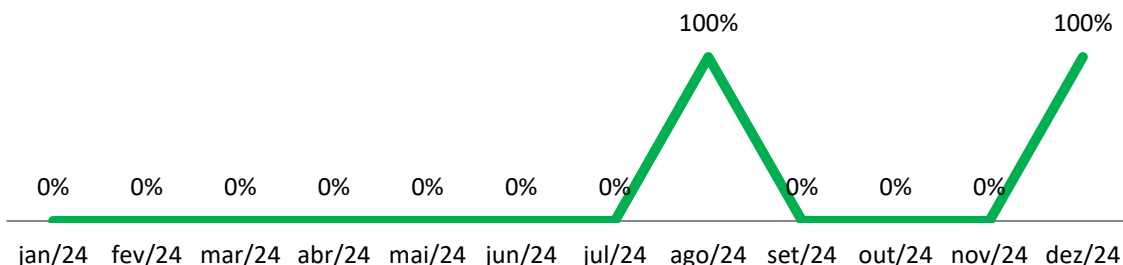
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### Gráfico 94 – Taxa de Não Confirmadas Tratadas



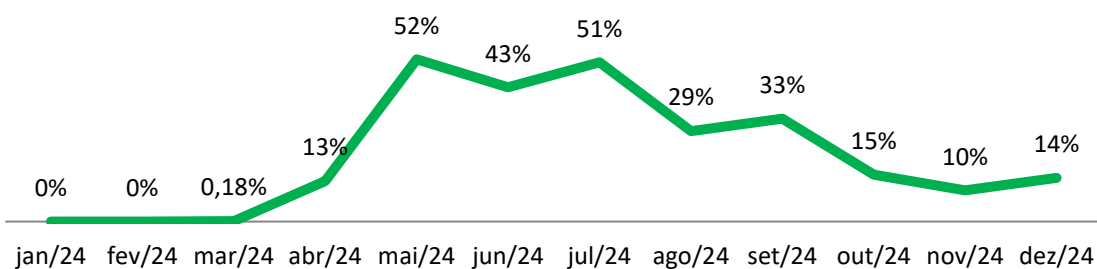
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

### 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 CATÉTERES 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

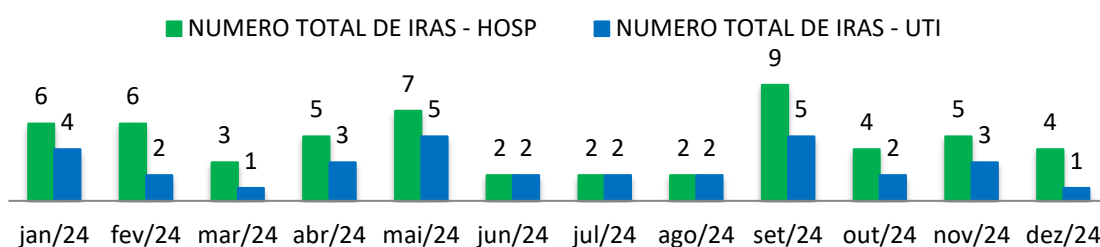
indicador não são de completa confiabilidade, visto que são retirados do relatório do SMPEP “Evolução de consumo mensal” e nem sempre parecem refletir o número de cateteres centrais inseridos na unidade. Estamos estudando outra forma de obtenção do denominador.

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.

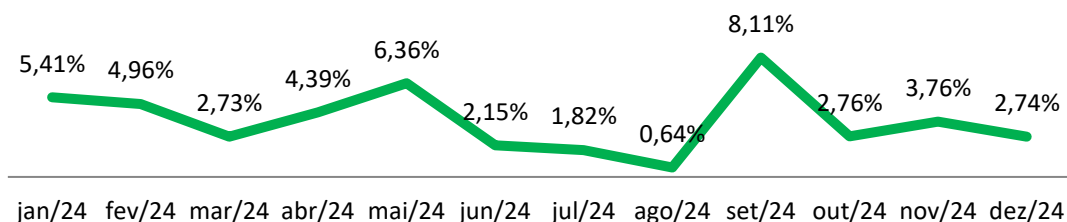
Todos os indicadores aqui retratados são considerados obrigatórios e são de reporte mensal para a COVISA.

**Gráfico 97 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI**



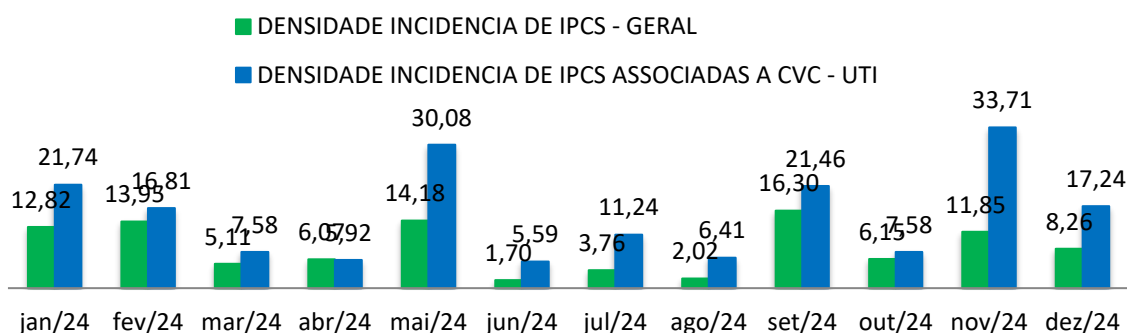
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

**Gráfico 98 – Taxa de Infecção Hospitalar Global**



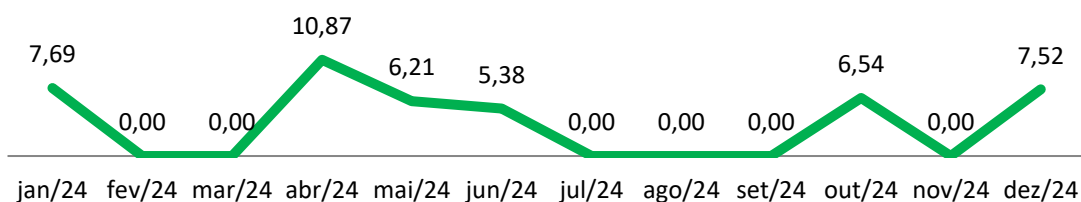
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



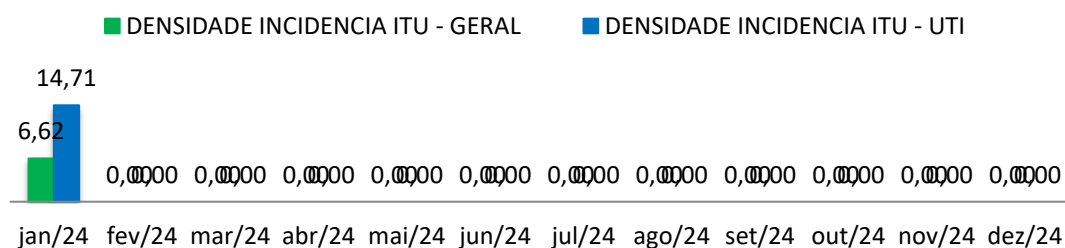
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 100 – Densidade Incidência PAV – Geral Global



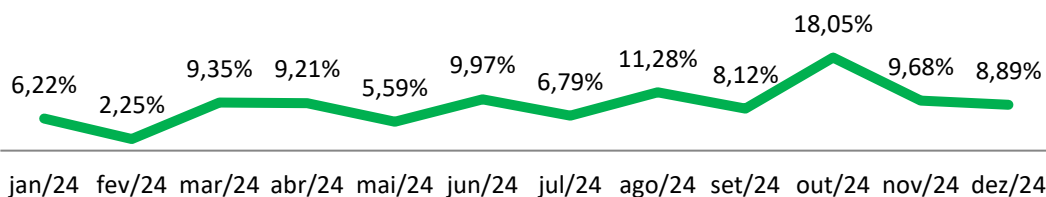
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 101 – Densidade Incidência de ITU Global x UTI



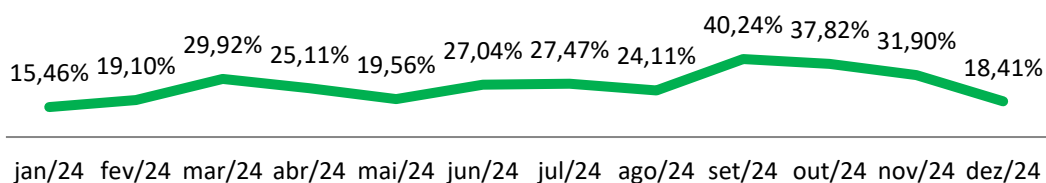
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 102 – Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica



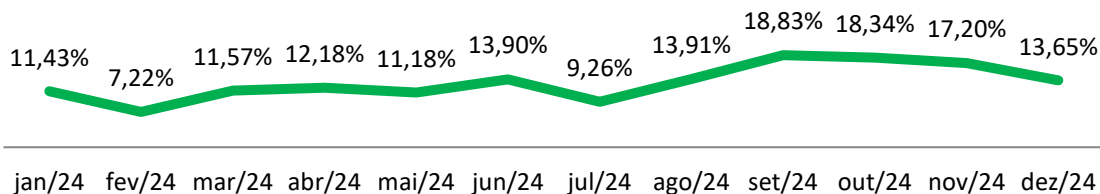
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



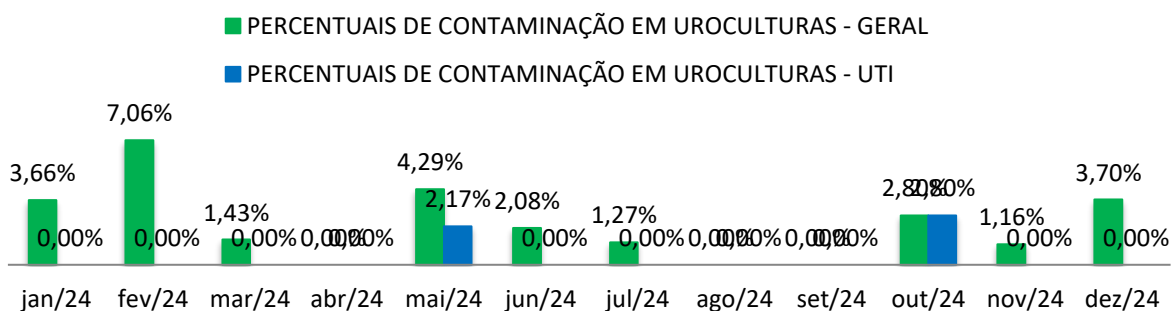
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

### 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:

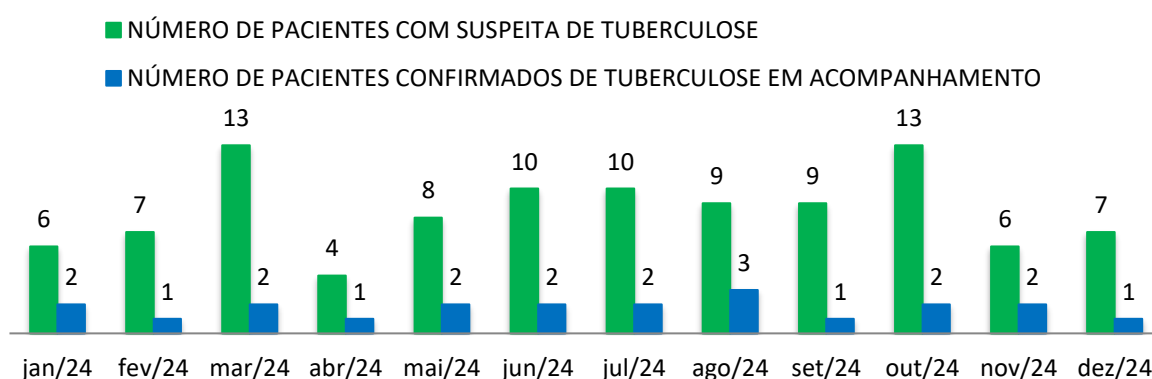
- Garantir a aplicação rigorosa das medidas de controle, como uso de máscaras, higienização e triagem de casos.
- Manter o monitoramento ativo em períodos de maior incidência.

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

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

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

## ANÁLISE CRÍTICA - NIR

O Núcleo Interno de Regulação atua buscando economicidade dentro da assistência, 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.

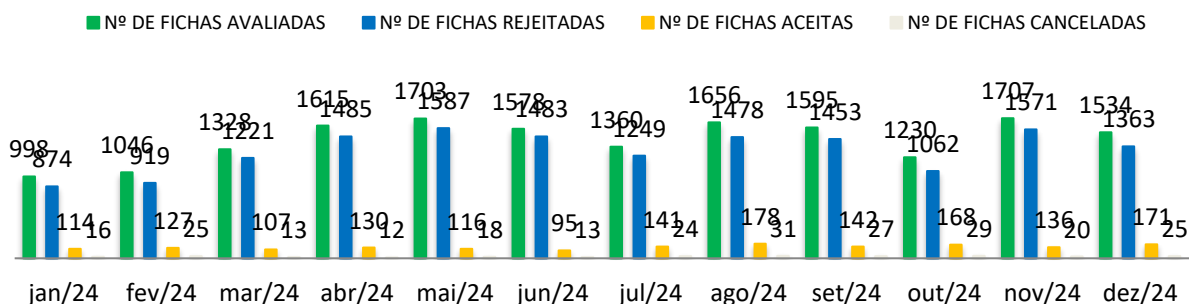
Para 2025 buscaremos manter a qualidade assistencial já prestada, respeitando a complexidade da unidade, o gerenciamento adequado de todos os processos, buscando o melhor para o paciente e para o hospital.

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

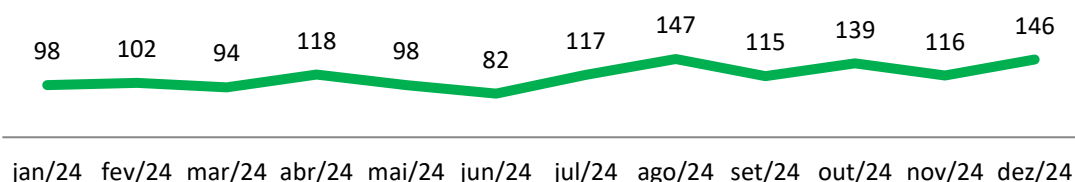
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 107 – Análise das Fichas CROSS



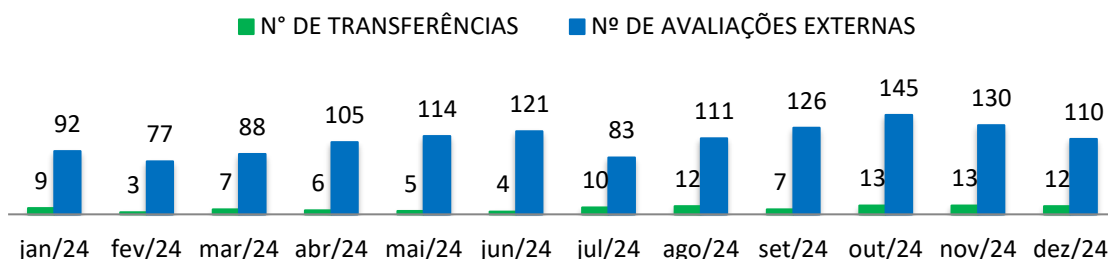
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 108 – Número de Pacientes Admitidos



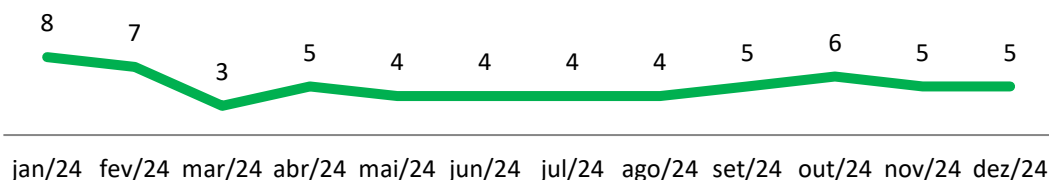
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

### Gráfico 109 – Serviço de Remoções



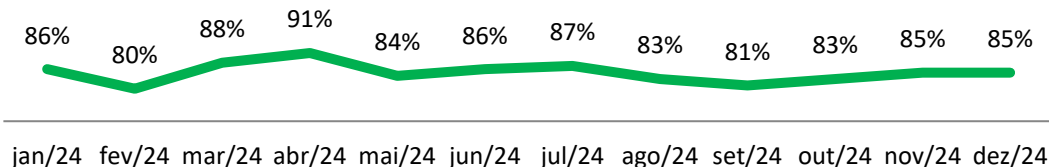
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

### 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:**

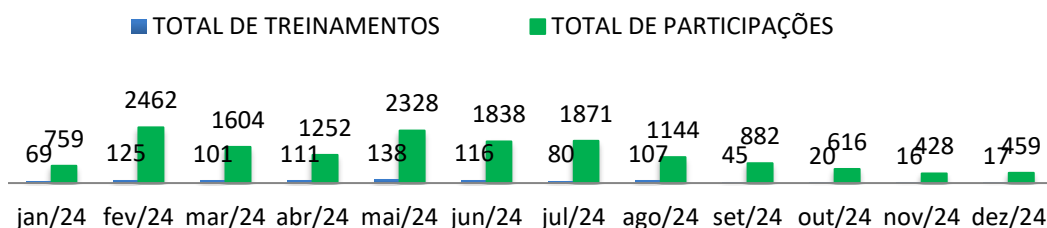
- Estação Realística na Sala de Treinamento: Início da criação de uma estação realística na sala de treinamento 2, destinada ao armazenamento de materiais restritos à manipulação sem autorização, garantindo maior controle e segurança.
- Banco de Dados para Registro de Treinamentos: Criação de um banco 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.

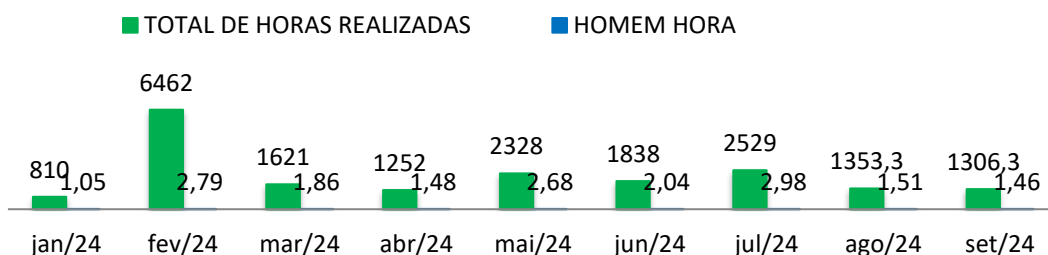
Com essas melhorias e ações em andamento, 2025 promete ser um ano de avanços significativos na organização e gestão dos processos de treinamento e capacitação dentro da instituição.

**Gráfico 112 – Treinamentos x Participações**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

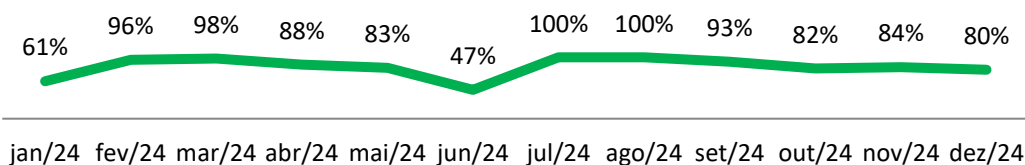
### Gráfico 113 – Horas de Treinamento



\*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 - relógio da ergonomia;
- DSS - gerenciamento de riscos ocupacionais - prevenção de acidentes com pacientes agressivos;
- DSS - gerenciamento de riscos ocupacionais-prevenção de acidentes com pacientes agressivos, prevenção de quedas dos colaboradores, boas práticas 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 saída do paciente para procedimento exame externo;
- Gestão de documentos (qualidade);
- Higiene das mãos;
- Identificação do paciente;
- Importância do fluxo de coleta dentro o protocolo rota sepsis;
- Indicadores de resultado de produção enfermagem;
- Integração de novos colaboradores internos e terceiros;
- JORNADA RH- inteligência 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 higienização das mãos nos 5 momentos;

- Medidas de precaução e isolamento e bacterias multdrogas 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 ergonomia 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 biológico / perfuro;
- Plano de contingencia - 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 urinário;
- 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 sepsis;
- Recomendações para troca de dispositivo;
- Registro de não conformidades e protocolos institucionais;
- Reimplantação 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	$\leq 0,3\%$	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	$\leq 1,5\%$	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	$\leq 0,3\%$	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 FARMACÉUTICAS 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.

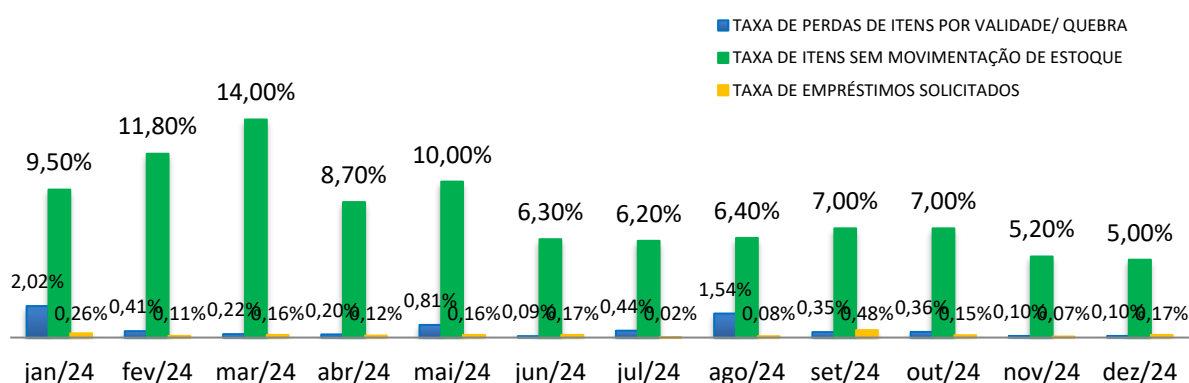
#### **Expectativas de Melhorias para o Próximo Ano:**

- **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.

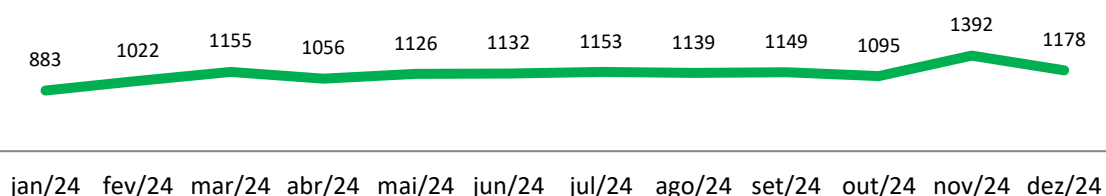
Com as ações implementadas em 2024 e as melhorias planejadas para o próximo ano, o setor está no caminho certo para alcançar ainda mais eficiência, segurança e qualidade nos processos assistenciais e administrativos.

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



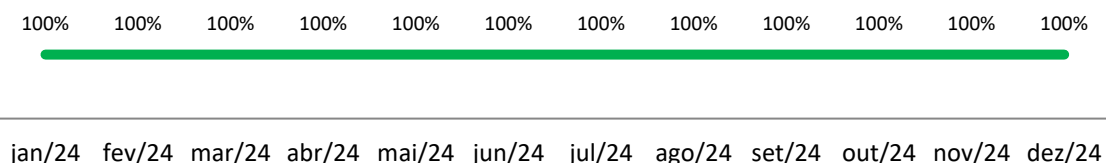
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### Gráfico 116 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



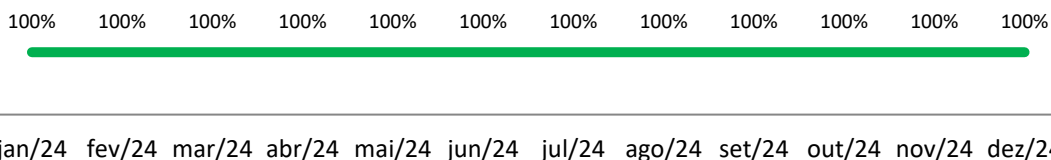
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### 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

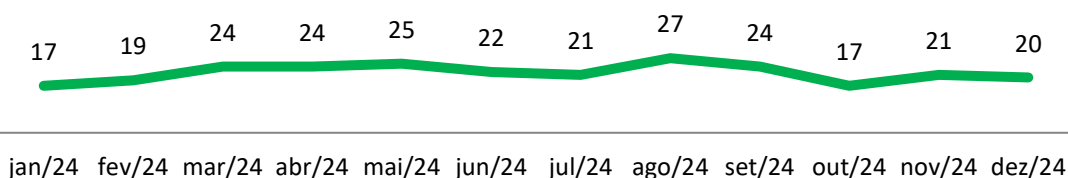
O setor de compras tem como objetivo continuar aprimorando suas atividades no próximo ano, com foco em:

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.

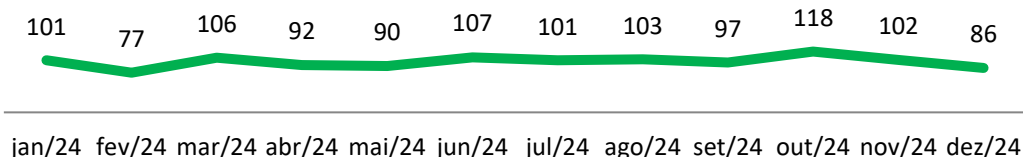
Foco no atendimento aos pacientes: Todas as ações do setor continuarão voltadas para assegurar a qualidade e a disponibilidade de insumos, contribuindo para um atendimento seguro e eficaz aos pacientes.

**Gráfico 119 – Lançamentos de Cotações**



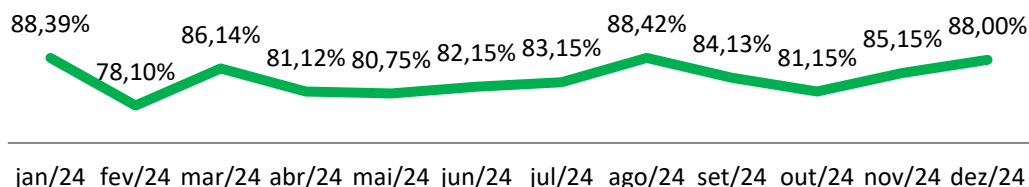
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**Gráfico 120 - Total De Ordens De Compras Geradas**



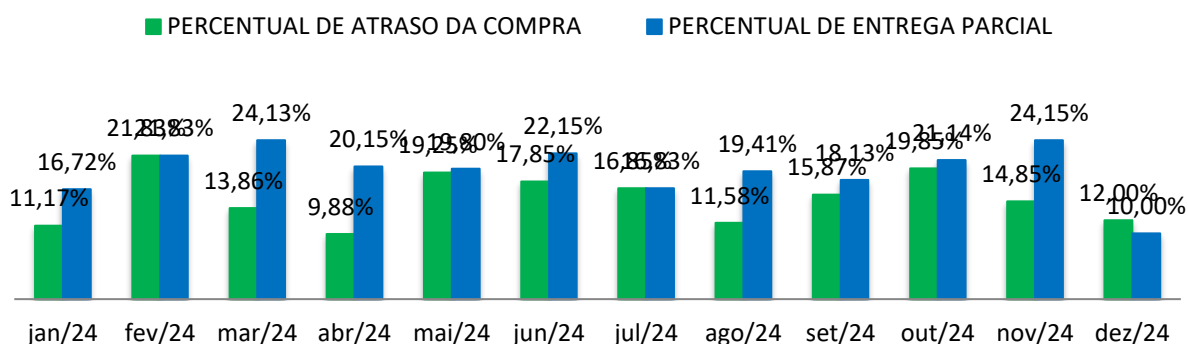
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



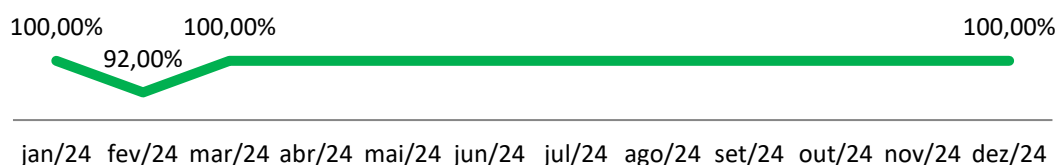
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 122 – Percentual de Atraso e Entrega



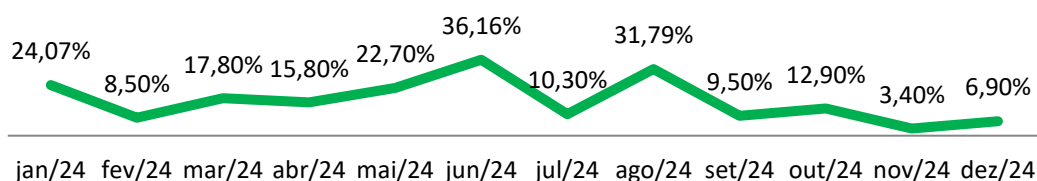
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 123 – Percentual De Compra Finalizada No Prazo



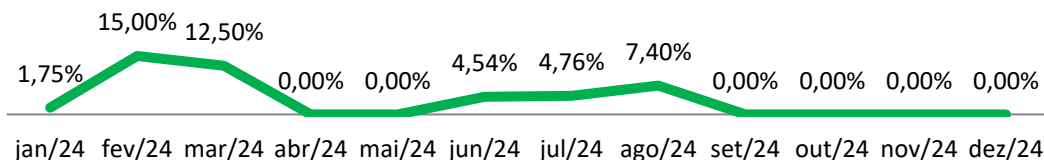
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### 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.

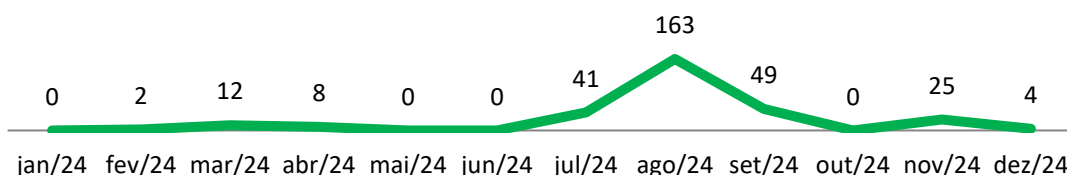
### **Planos de Ação Implementados e Seus Impactos**

**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

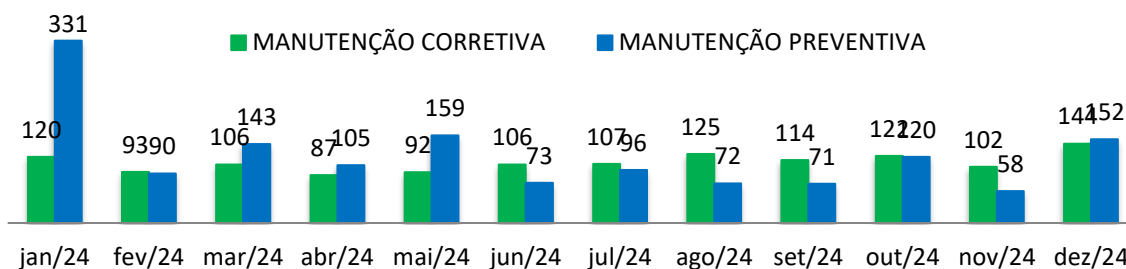
- **Otimizar Tempos de Resposta na Manutenção Corretiva:** Para 2025, espera-se investir em processos e recursos que possam otimizar ainda mais os tempos de resposta na manutenção corretiva. A melhoria contínua nesse aspecto será essencial para garantir a eficiência, mesmo durante períodos de alta demanda, 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**



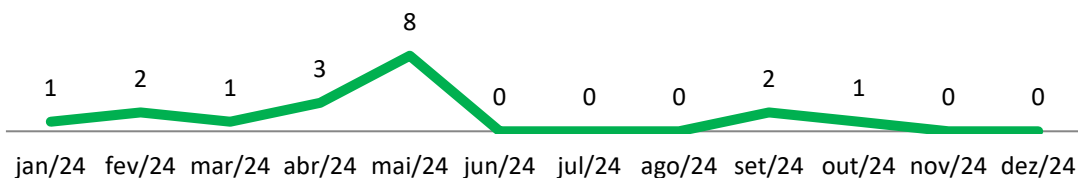
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 127 – Manutenções de Equipamentos



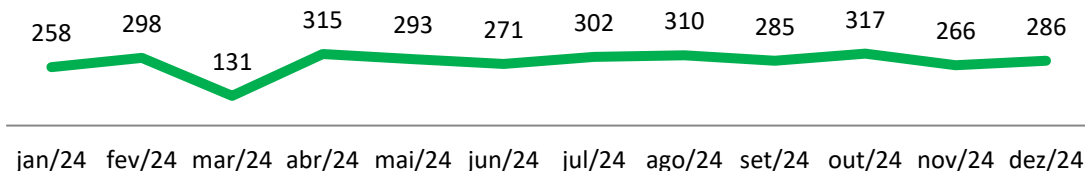
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 128 – Entrega de Equipamentos



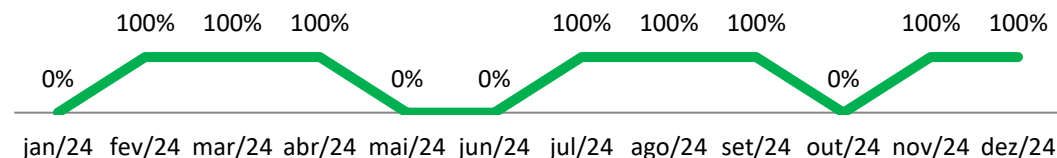
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 129 – Inspeção de Rotina



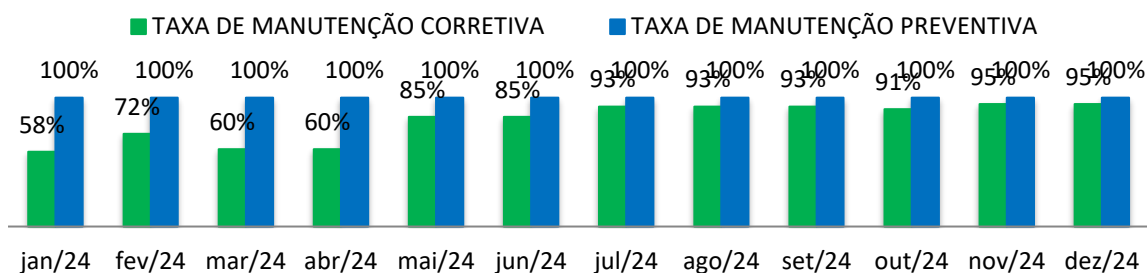
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 130 – Taxa de Calibração



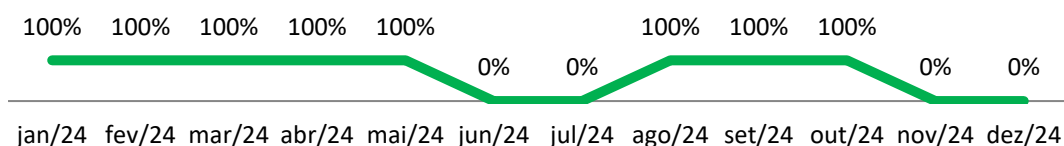
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**Gráfico 131 – Taxa de Manutenções**



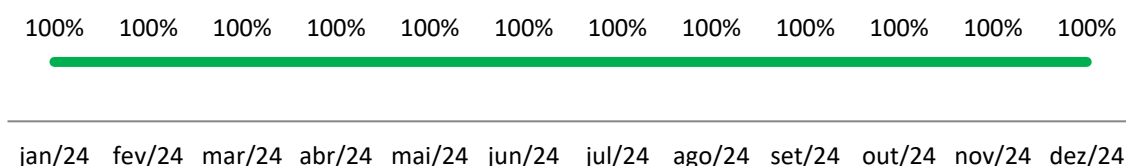
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

**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,

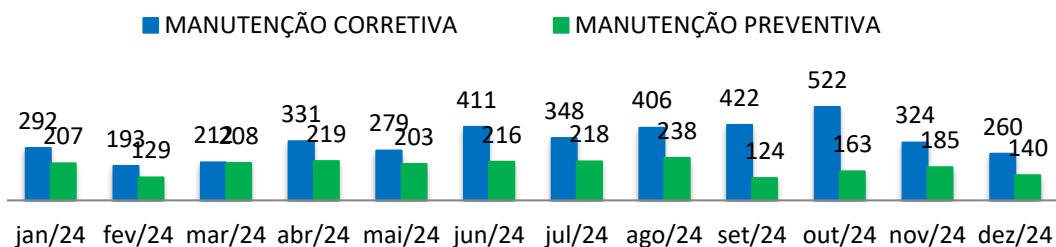
resultando na melhoria dos indicadores a partir de outubro. Esses ajustes permitiram que a meta fosse cumprida nos últimos três meses, destacando a importância de um planejamento mais detalhado e flexível.

- 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

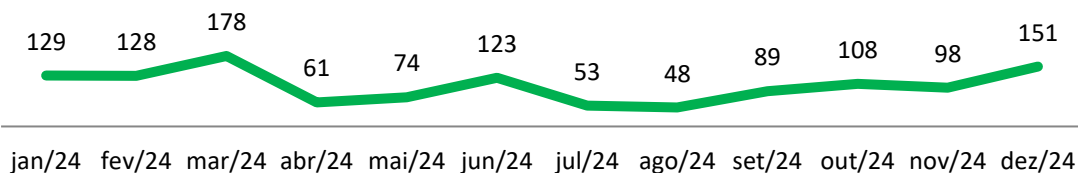
- Otimização dos Processos de Planejamento Preventivo: Para 2025, será fundamental revisar detalhadamente as etapas do planejamento preventivo para evitar as inconsistências observadas no início de 2024. O objetivo é estabelecer um cronograma mais eficiente e garantir sua execução sem interrupções.
- 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



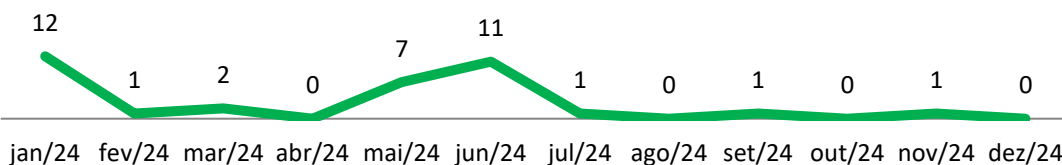
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 135 – Inspeção de Rotina Manutenção Predial



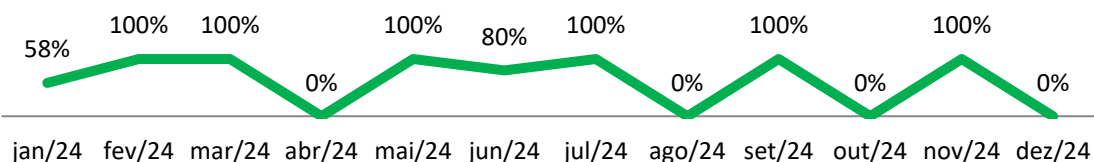
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 136 – Instalações de Equipamentos Manutenção Predial



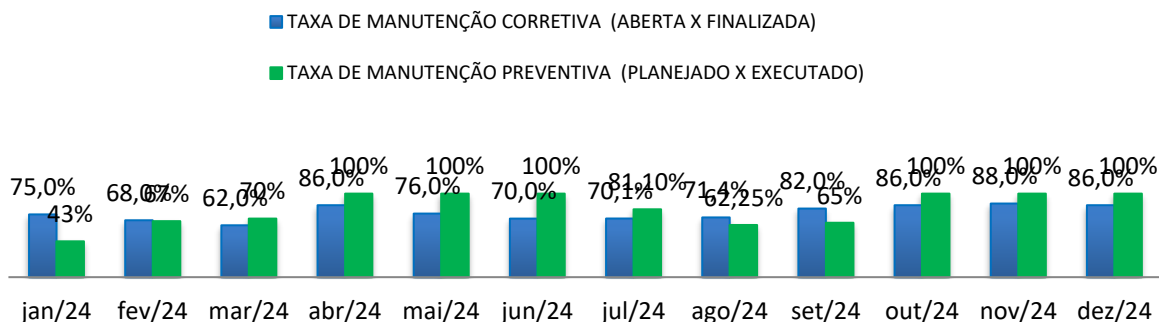
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 137 – Taxa de Instalações de Equipamentos Manutenção Predial



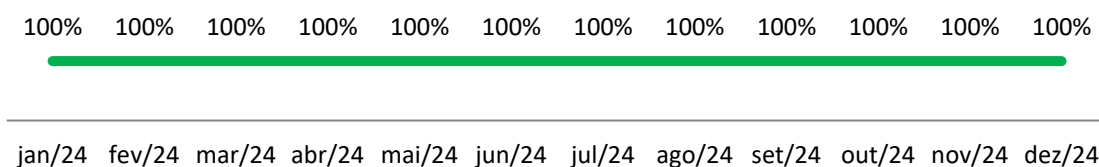
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### 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 (ENGLIBA 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.

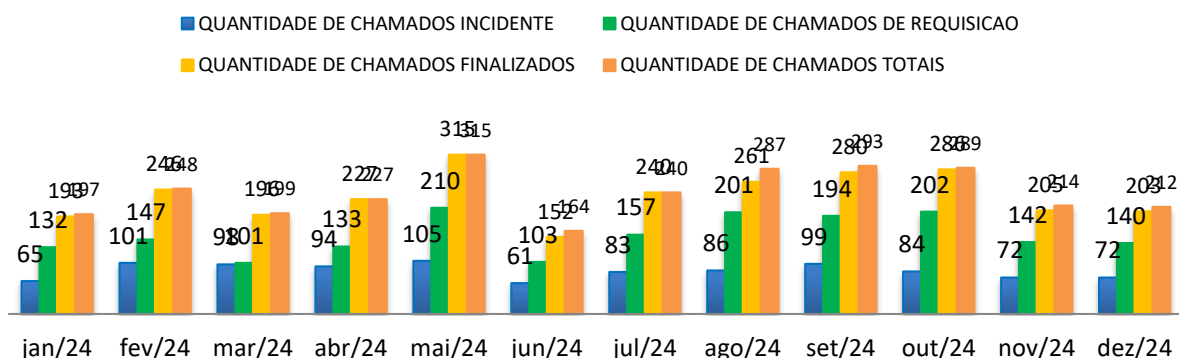
Essas ações tiveram impacto direto no funcionamento do hospital, garantindo que a tecnologia continuasse sendo um suporte indispensável para o atendimento humanizado e ágil.

### **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:

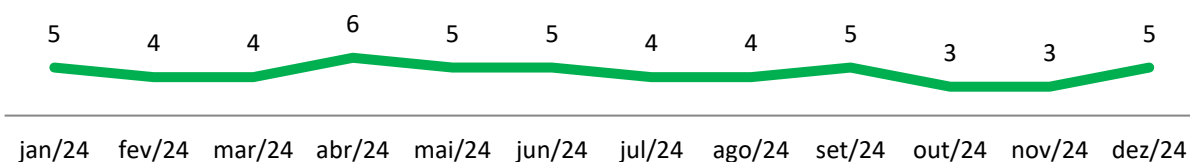
- Reforçar a equipe: Ajustar o dimensionamento de profissionais para lidar melhor com períodos de alta demanda, garantindo suporte rápido e eficiente.
- Investir em tecnologia: Explorar novas ferramentas para aprimorar o gerenciamento de chamados e reduzir a dependência de terceiros.
- Aperfeiçoamento 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



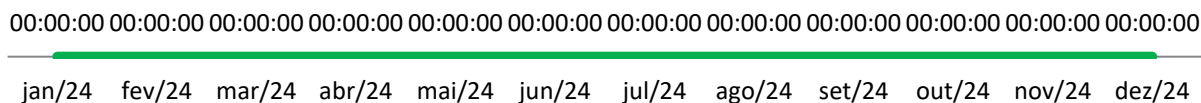
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### Gráfico 141 – Tempo Médio de Solução em Horas



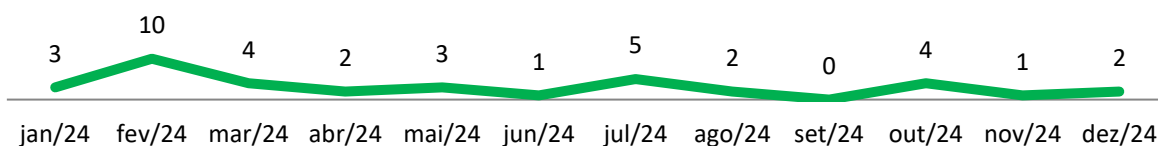
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### Gráfico 142 – Indisponibilidade De Internet Em Horas



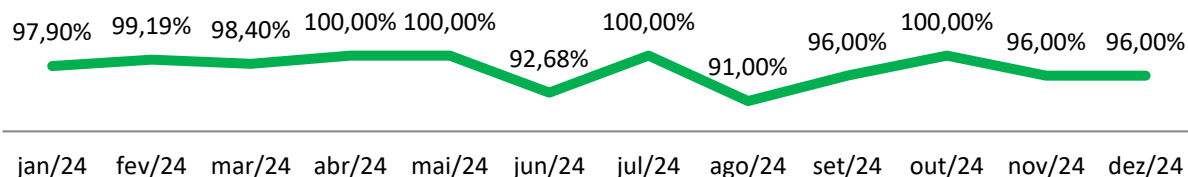
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

### Gráfico 143 – Quantidade De Solicitação De Acesso As Câmeras



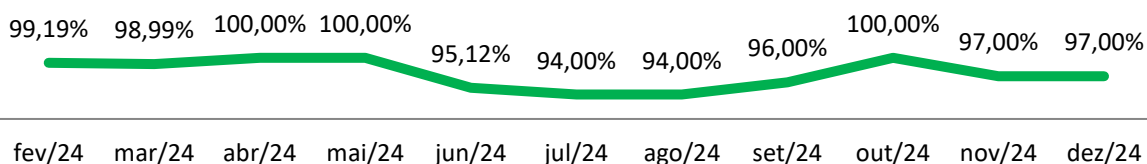
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

**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 COMPETÊNCIA 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 Intersectorial: 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.

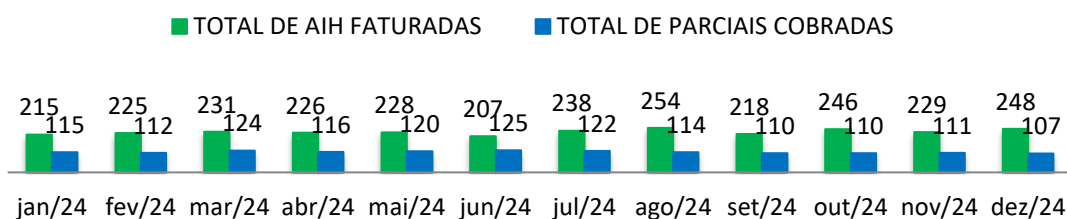
#### Metas do Setor de Faturamento para 2025

- **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.

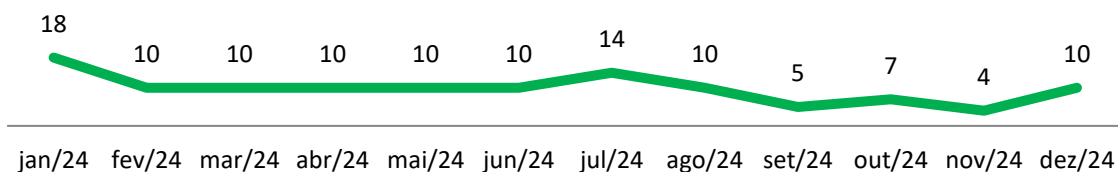
- ▶ Alinhamento com a Direção para Novos Projetos: Trabalhar junto à direção do hospital para identificar novas oportunidades de expansão no faturamento, como habilitação de serviços.

### Gráfico 146 – Total de AIH Faturadas x Parciais



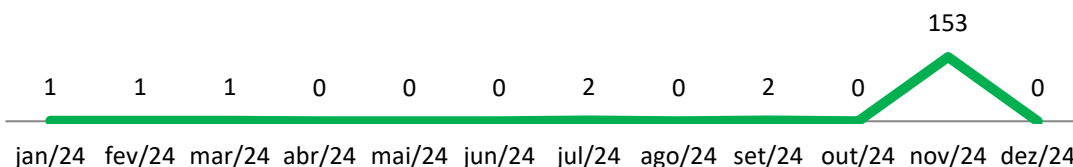
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 147 – Total De Atendimentos a Colaboradores



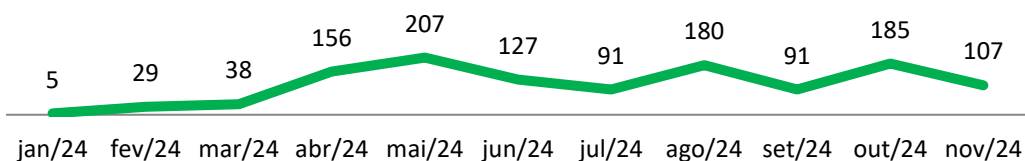
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

### Gráfico 148 – Representação De AIH's Competência Anterior



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

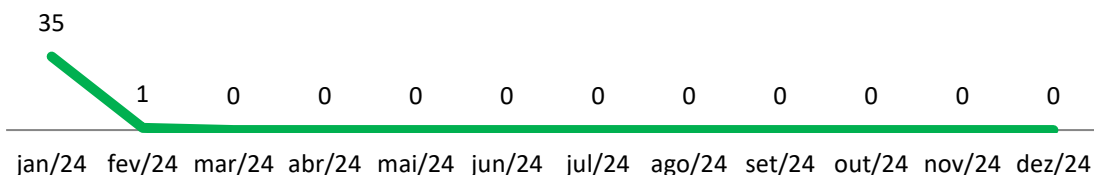
### Gráfico 149 – Total De Correções Da Devolutiva



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

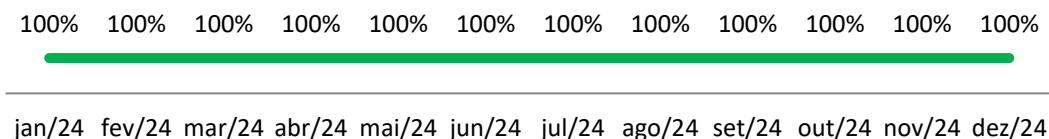
**\*No mês de Dezembro, ainda não tivemos devolutivas da SMS das correções.**

### Gráfico 150 – Total De Glosas Por Estouro De Leitos



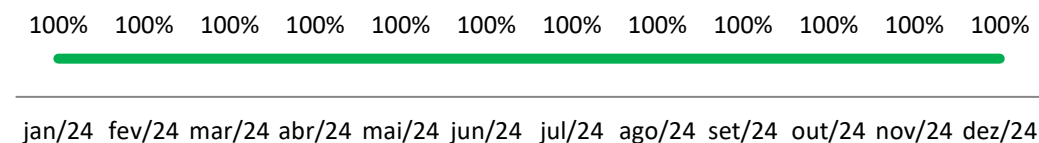
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

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



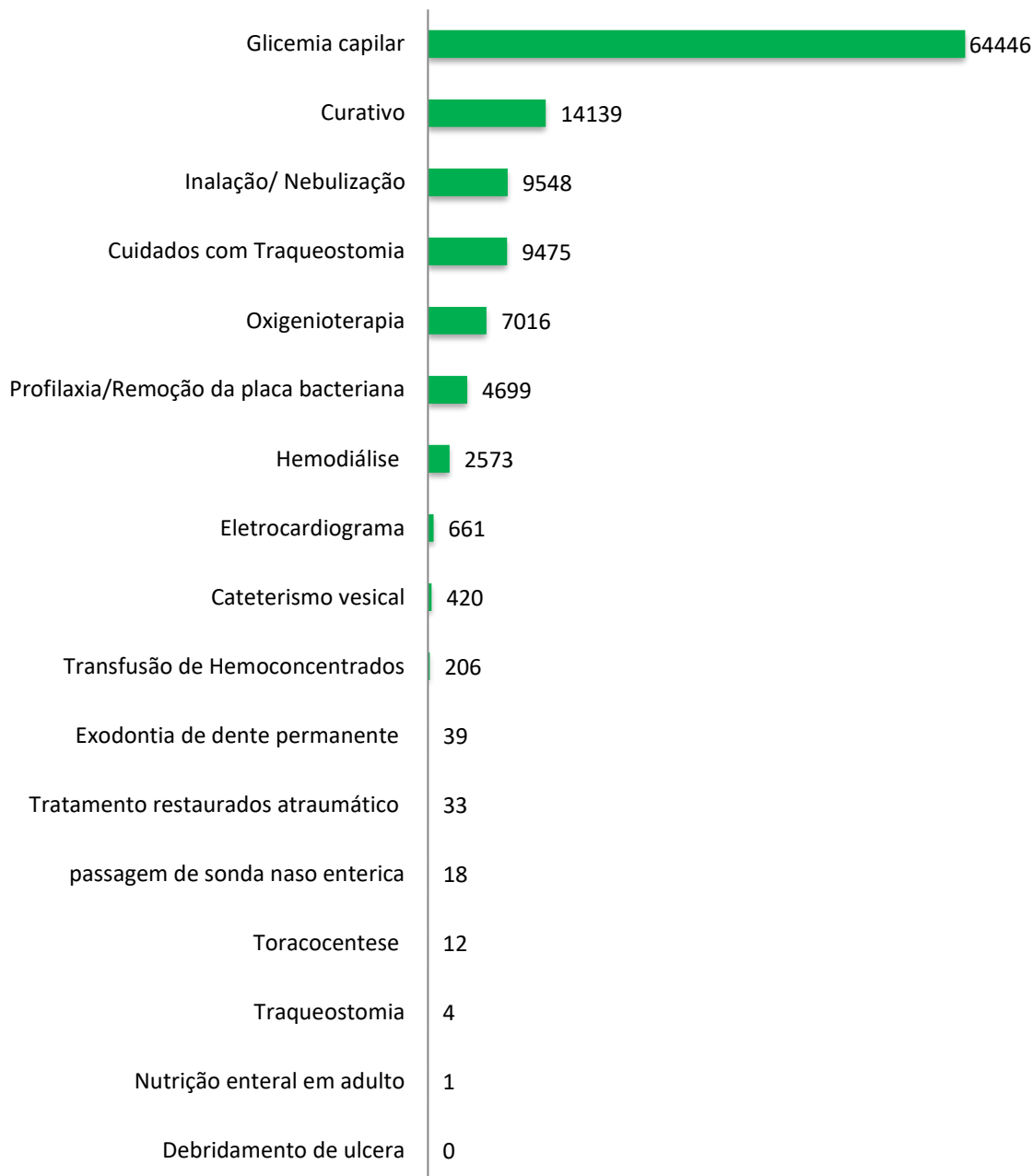
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

### 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 durante 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.

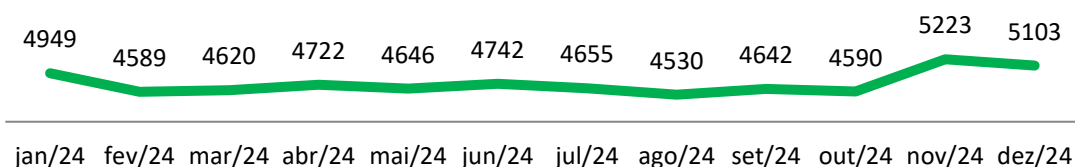
Melhoria na comunicação interna e externa, para aprimorar nas solicitações de documentos e troca de informações.

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

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

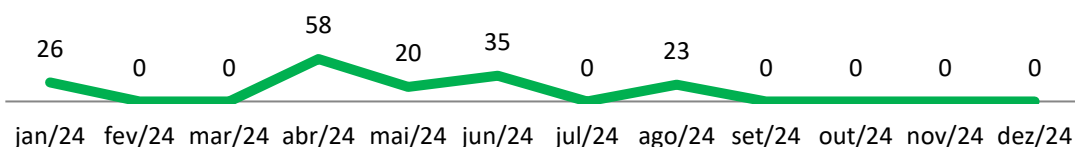
informações para assim alcançar a excelência nas entregas das prestações de contas do nosso contrato.

### Gráfico 154 – Total de Despesas Quitadas no Sistema da SMS



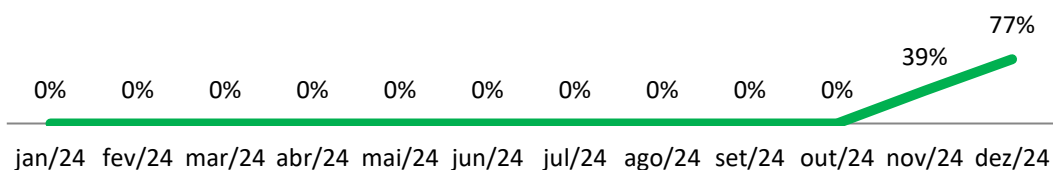
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 155 – Apontamentos Na Prestação De Contas



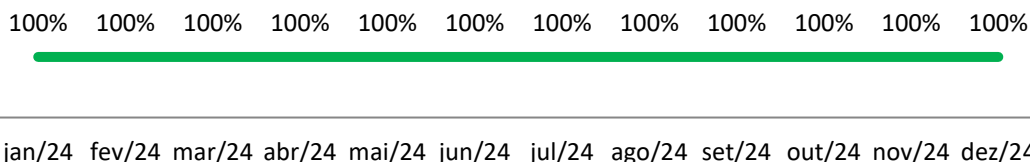
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### Gráfico 156 – Taxa De Retenção De Contrato



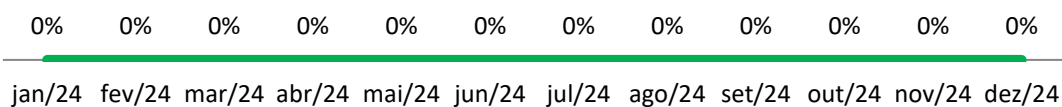
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

### 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.

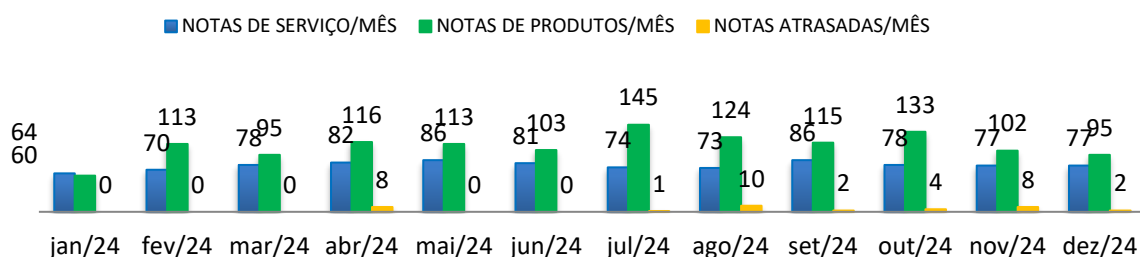
## ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

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.

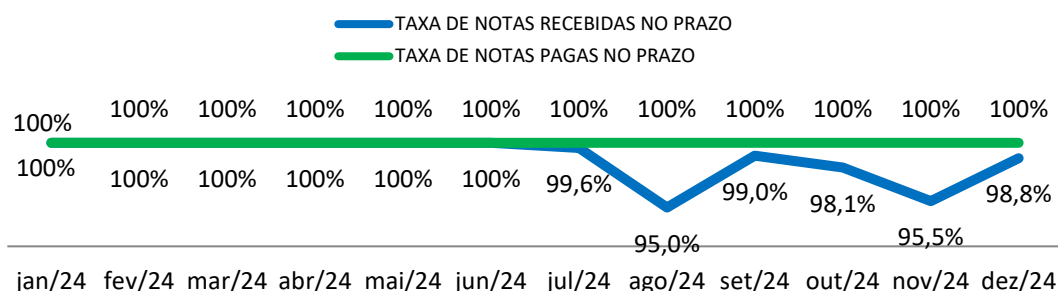
Para 2025, o setor financeiro continuará a manter sua alta eficiência, aperfeiçoando processos e garantindo a continuidade da excelência no cumprimento das obrigações. Nosso objetivo é seguir sendo referência para as demais unidades do INTS, como ocorreu em 2024, destacando-se pela robustez dos processos, 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:

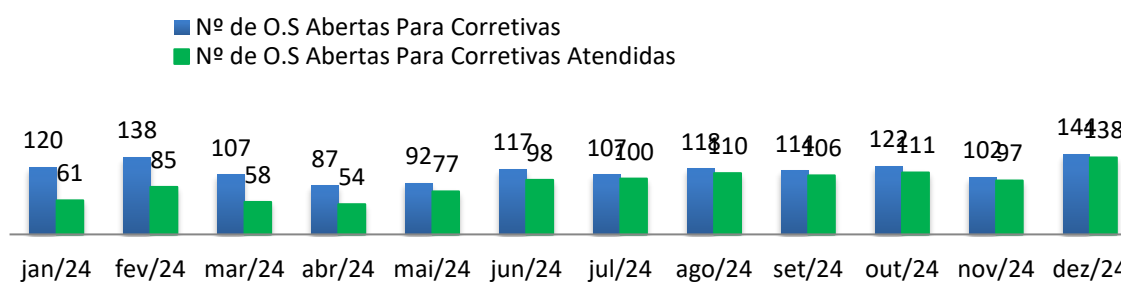
- Melhoria na comunicação: Espera-se uma comunicação mais eficaz entre a unidade hospitalar e a nova supervisão da Engenharia Clínica, facilitando a resolução de problemas e a implementação de melhorias. Uma comunicação clara e contínua é essencial para garantir a rápida identificação e solução de questões, 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.

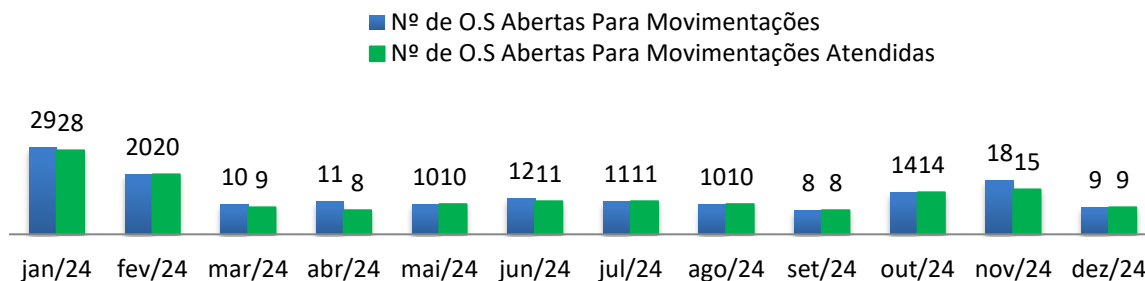
Com essas ações, o setor de patrimônio busca não apenas resolver os desafios enfrentados em 2024, mas também criar uma base sólida para um gerenciamento mais eficiente e eficaz no próximo ano. A adoção de novas tecnologias, a melhoria na comunicação e o fortalecimento da cultura de responsabilidade são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

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



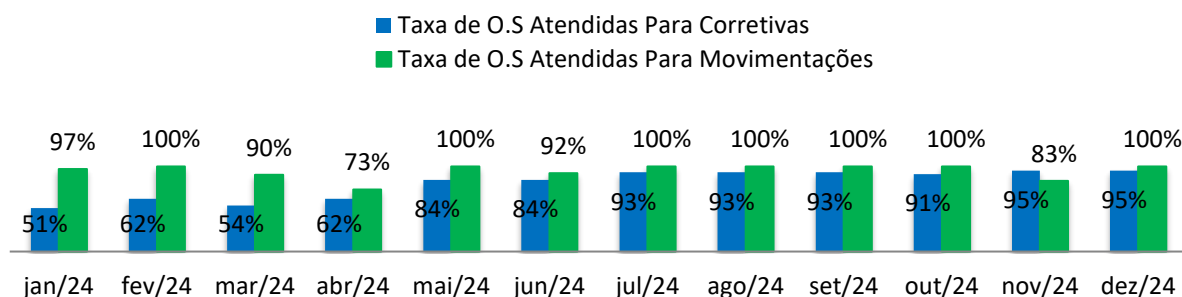
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



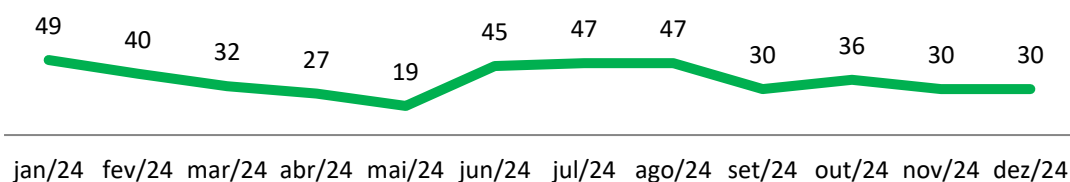
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



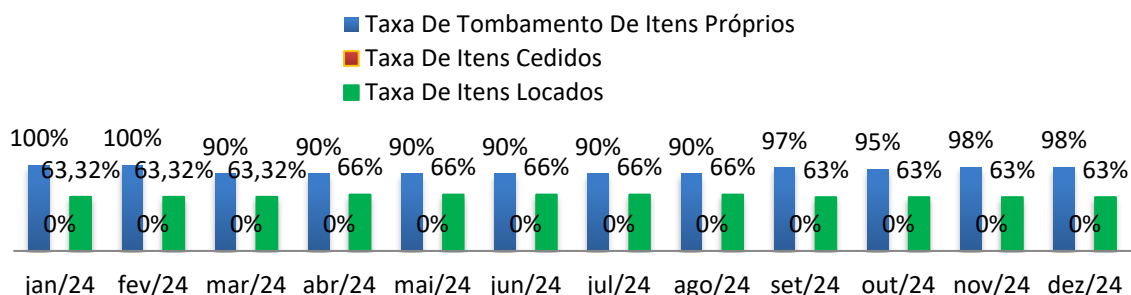
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



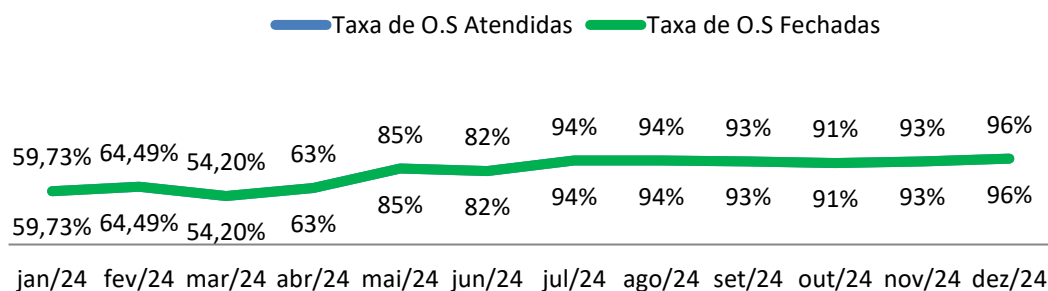
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

**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 (DISPENSACÃO 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.

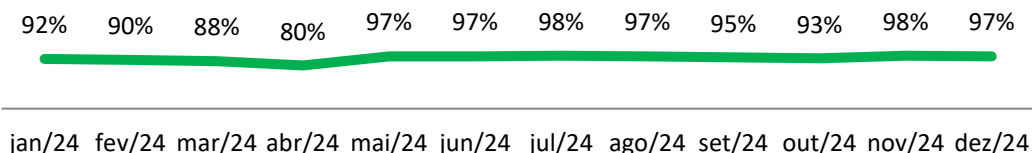
### Planos de Ação Implementados e Seus Impactos

- 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

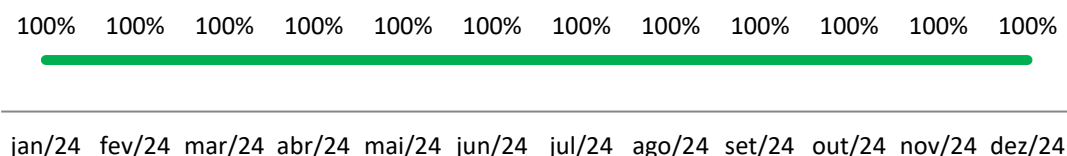
- Alcançar 100% na Taxa de Pedidos Atendidos: Melhorar o planejamento logístico, realizar treinamentos operacionais e implementar um sistema de monitoramento mais eficiente para antecipar demandas.
- Manter a Consistência nas Taxas de Privativos e Expressos: Continuar com as práticas atuais, realizando 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)



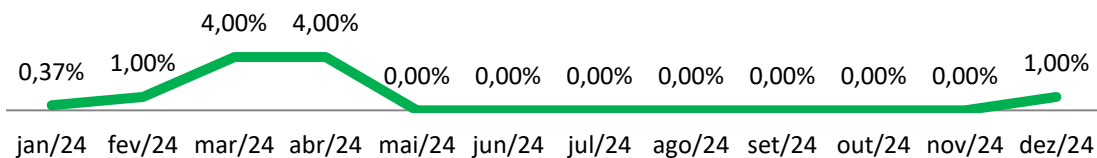
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 168 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



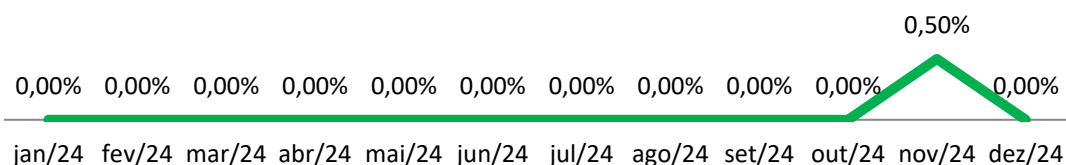
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### Gráfico 169 – Taxa De Expresso Solicitados



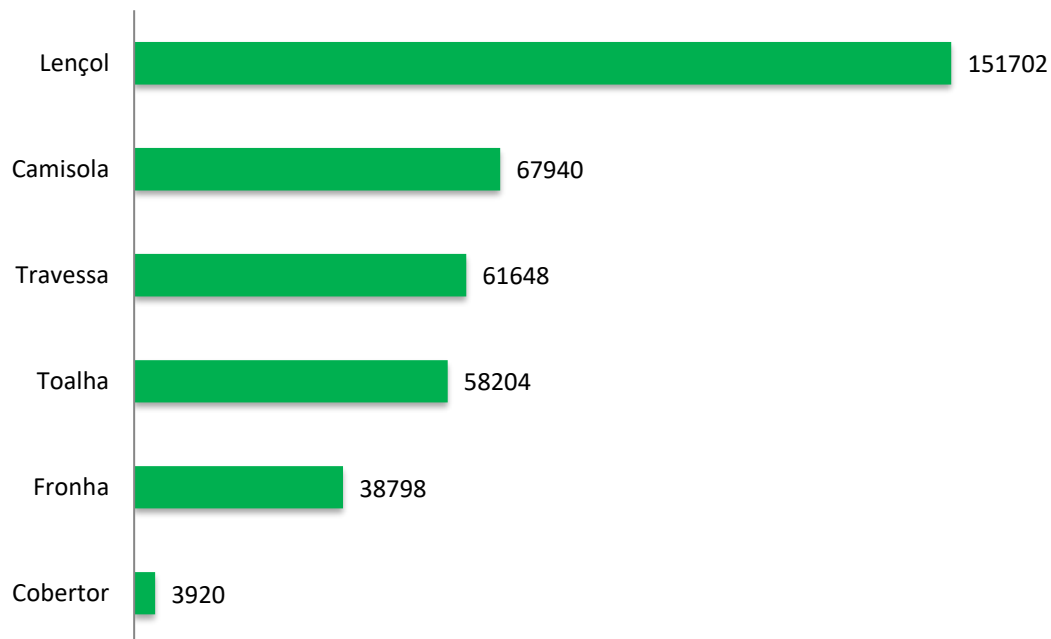
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

### 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 Higiênização**

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.

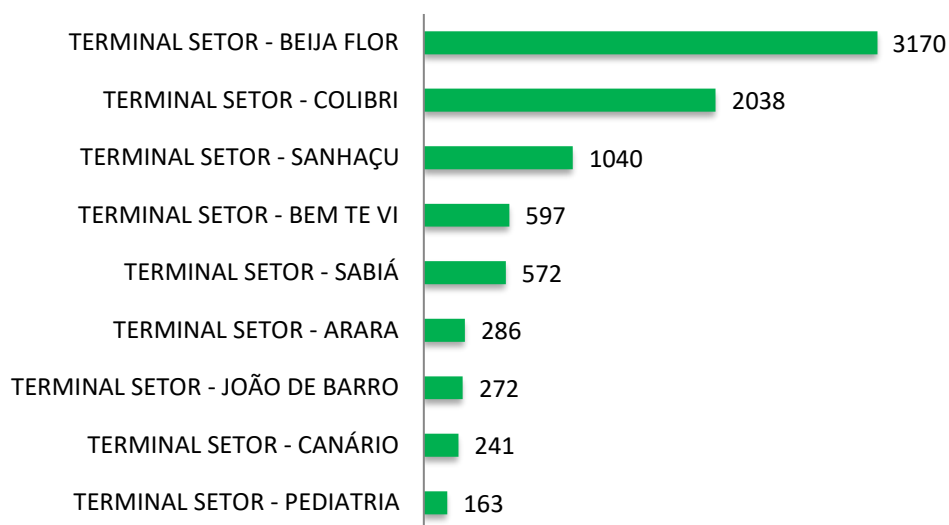
### **Planos de Ação Implementados e Seus Impactos:**

- 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

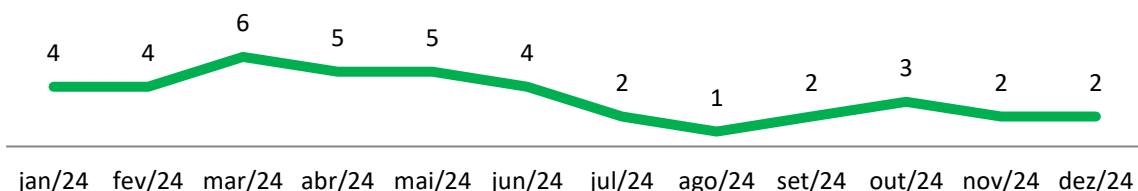
satisfação e o aumento do volume de manifestações em meses específicos. Para lidar com esses desafios, foram implementados planos de ação que incluíram esforços para reduzir o tempo médio de resposta, incentivos para aumentar o engajamento nas pesquisas de satisfação e treinamentos focados na solução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

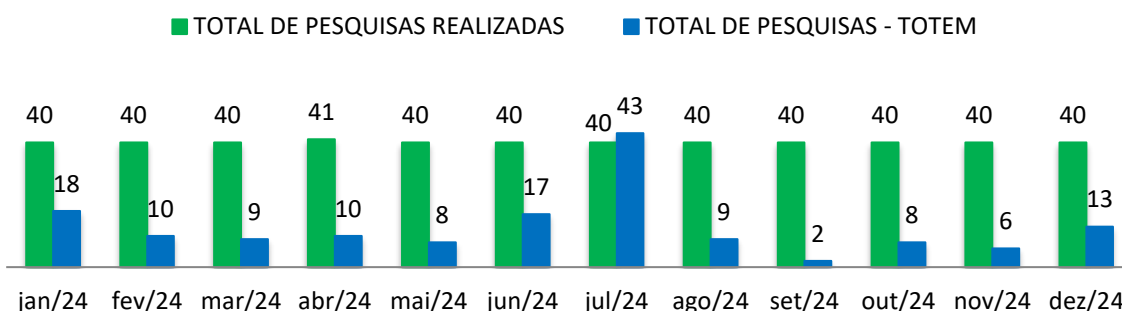
Esse diagnóstico nos permite consolidar um relatório completo e preciso, que servirá como base para as ações e estratégias do próximo ano, garantindo um atendimento cada vez mais eficaz e satisfatório para os usuários.

**Gráfico 172 – Tempo Médio de Resposta de Ouvidoria**



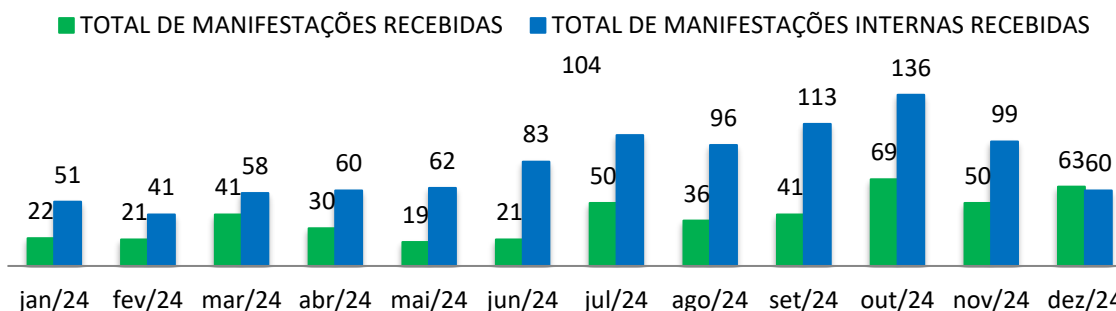
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 173 – Total de Pesquisas



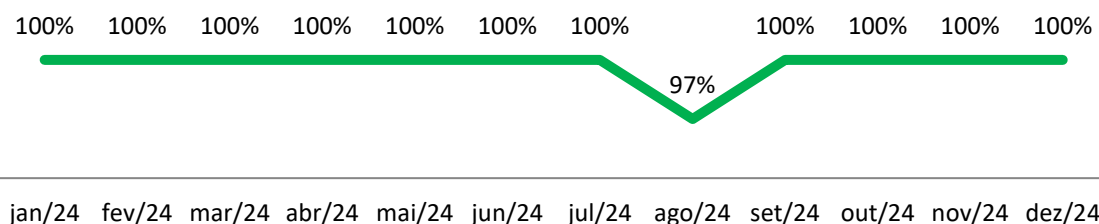
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 174 – Total de Manifestações



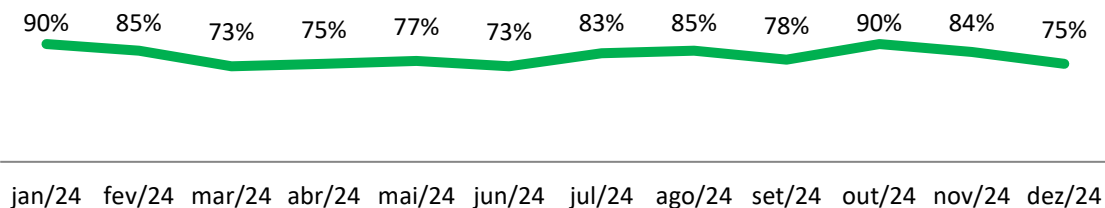
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 175 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



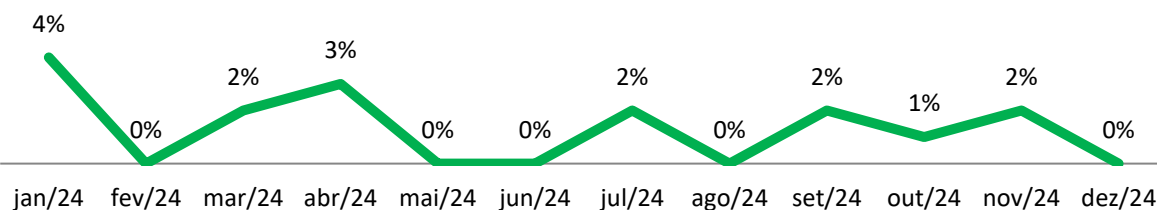
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 176 – Taxa de NPS de Satisfação



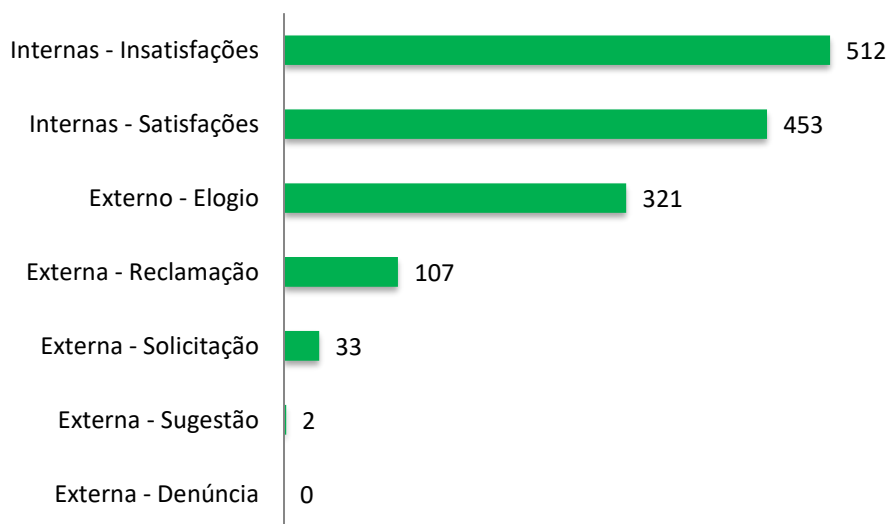
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### 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 corporativa de monitoramento contratual avaliam mensalmente a efetividade e qualidade dos serviços ofertados, buscando e implementando melhorias para as ocorrências externas ao planejamento.

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

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

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

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

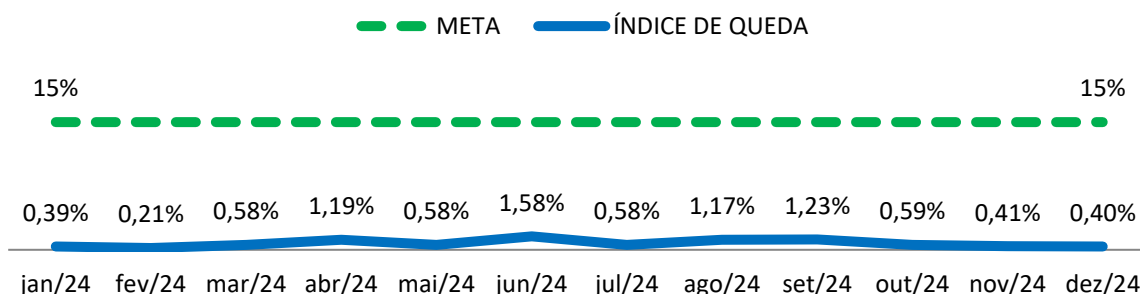
A Taxa de Ocupação Hospitalar tem sido mantida de acordo com nossa meta contratual, o que reflete uma utilização eficiente dos recursos. As implicações dessa taxa são monitoradas constantemente para garantir que a qualidade do atendimento e a capacidade de resposta do hospital não sejam comprometidas.

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.

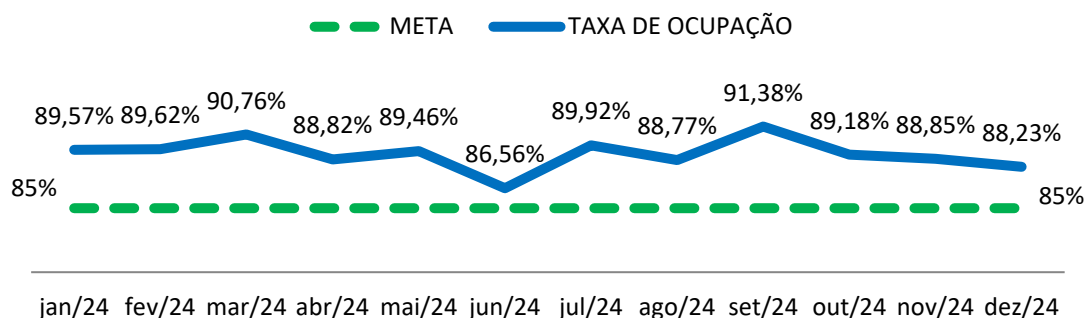
Além disso, a apresentação anual de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) atingiu 100%, cumprindo integralmente a meta contratual.

**Gráfico 179 – Índice de Queda Hospitalar**



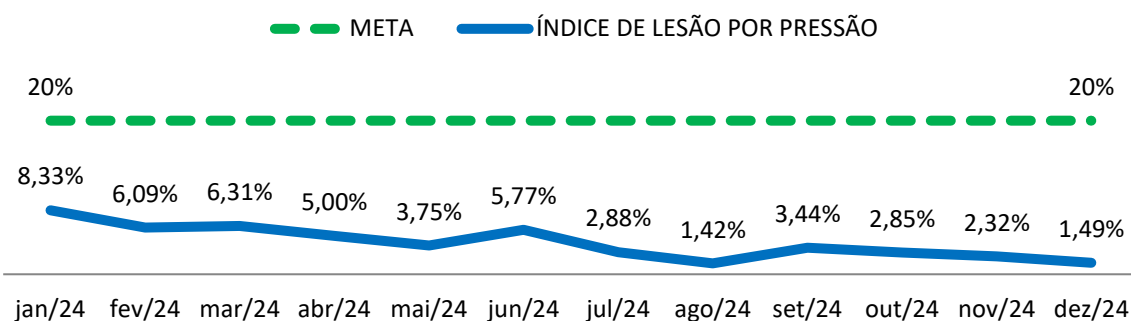
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 180 – Taxa de Ocupação Hospitalar



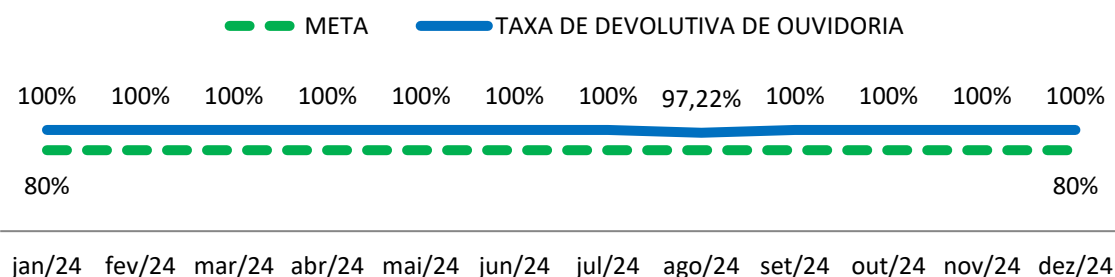
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 181 – Índice de Lesão por Pressão



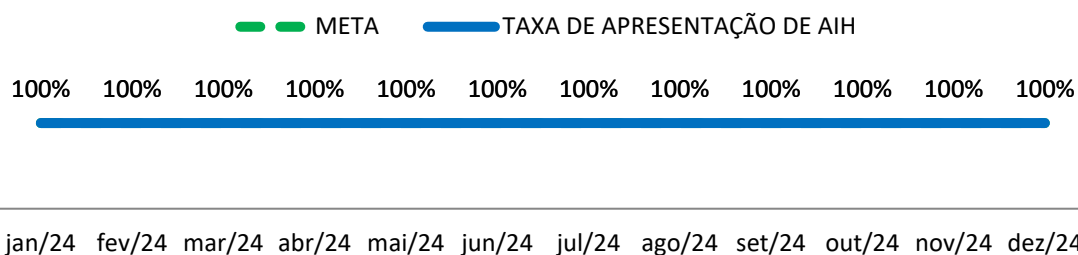
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

### 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.

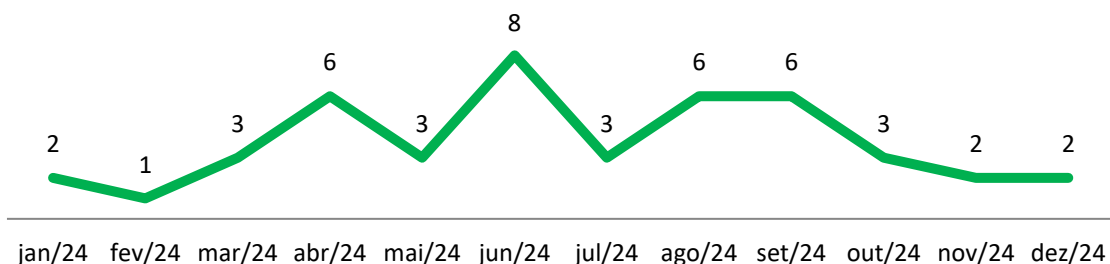
**Aprimoramento da mobilização de pacientes:** Melhorar a frequência e a técnica de mobilização de pacientes com risco elevado, assegurando que a movimentação seja registrada corretamente, para garantir a adesão ao plano de cuidados.

**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.

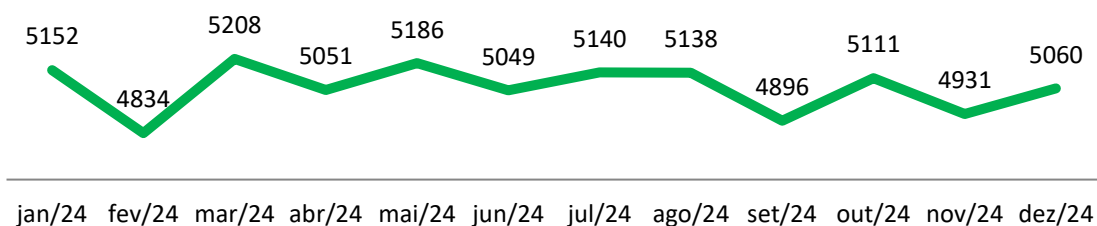
**Número de Apresentação de AIH's:** O número de apresentações de AIH manteve-se relativamente estável ao longo do ano, com alguns picos em agosto (254 apresentações) e julho (238 apresentações). Isso indica que os processos administrativos de autorização de internação foram bem gerenciados, sem grandes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

**Gráfico 184 – Número de quedas**



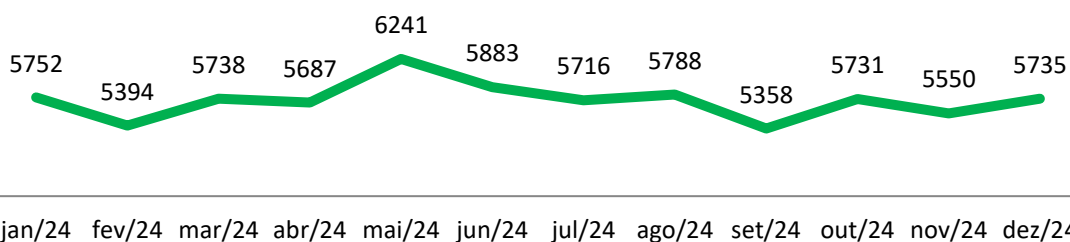
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 185 – Número de pacientes-dia**



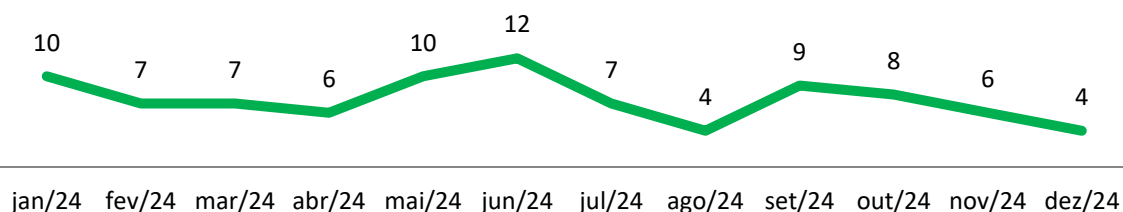
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 186 – Número de leito- dia



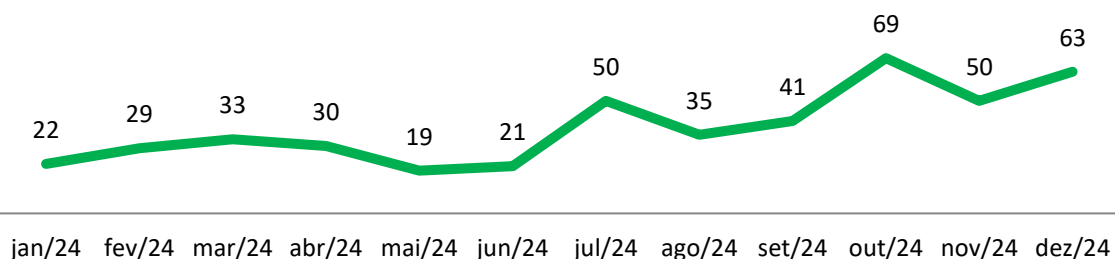
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### Gráfico 187 – Casos de Lesão por Pressão



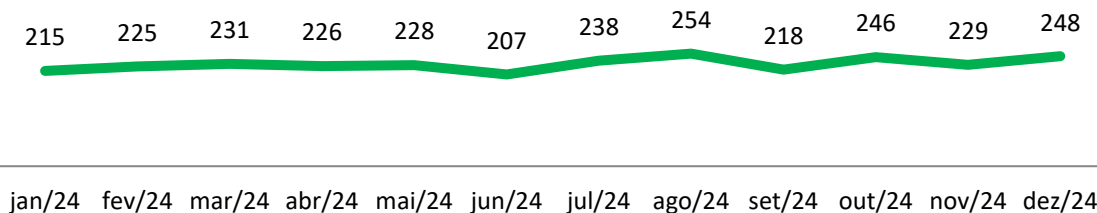
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### 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 RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

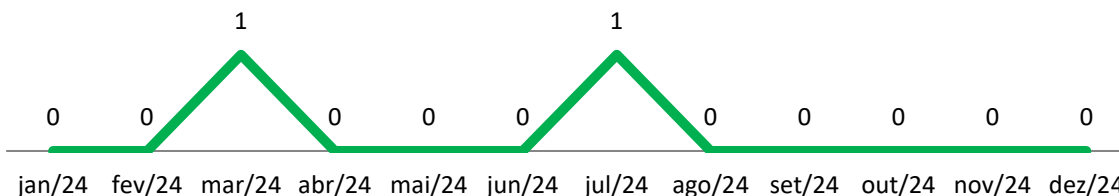
A gestão de resíduos e a segurança ocupacional estão sendo monitoradas adequadamente, mas há oportunidades para melhorar ainda mais em várias áreas, como a redução da produção de resíduos infectantes, o gerenciamento de resíduos químicos e a organização do descarte de sucatas. O treinamento contínuo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

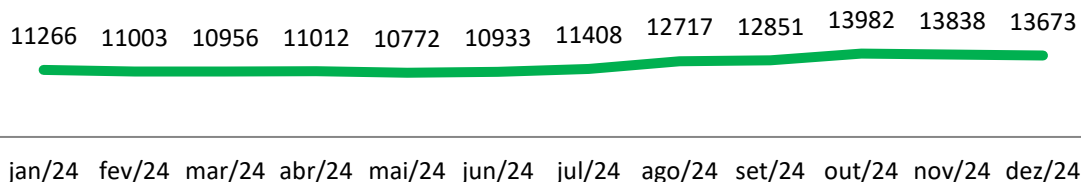
- **Produção de Resíduos Recicláveis:** A produção de resíduos recicláveis foi positiva, com um aumento considerável nos meses de julho (2.206 kg) e dezembro (2.627 kg). Isso indica que as práticas de reciclagem estão sendo cada vez mais implementadas, o que é uma boa prática ambiental.
- **Produção 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



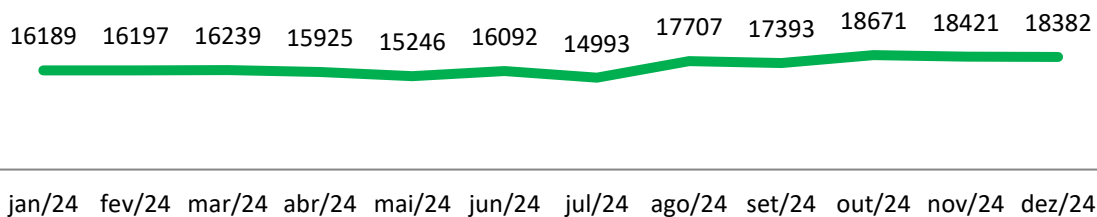
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### Gráfico 191 - Produção De Resíduos Infectantes



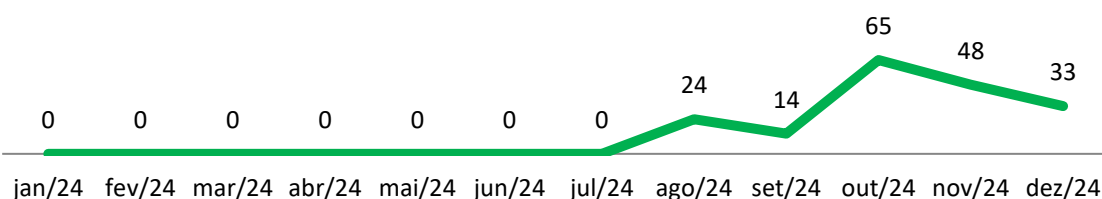
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### Gráfico 192 - Produção De Resíduos Comum



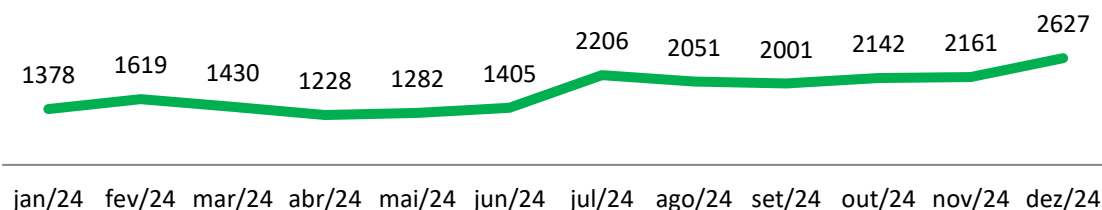
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### Gráfico 193 - Produção De Resíduos Químicos



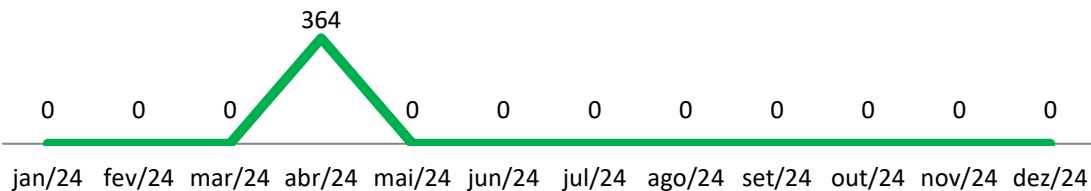
Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### Gráfico 194 - Produção De Resíduos Químicos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### Gráfico 195 - Descarte De Sucatas (Feros 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.

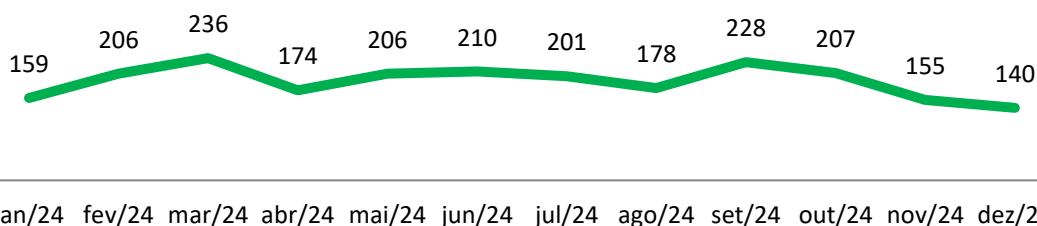
Plano de Ação:

- ▶ 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.

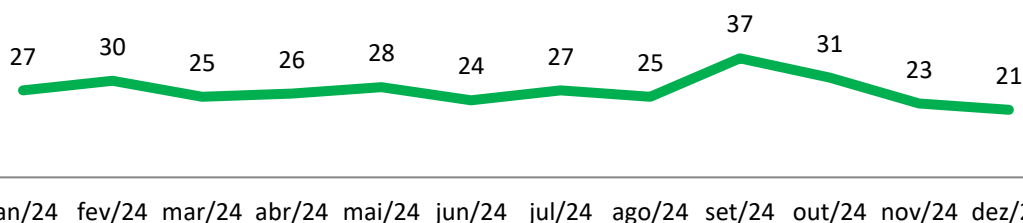
**Número Médio de Sessões por Número de Pacientes:** O número médio de sessões por paciente apresentou uma leve oscilação ao longo do ano, com uma média geral de aproximadamente 6,7 sessões mensais. Isso é um bom indicativo de que a média de sessões está equilibrada, mas um monitoramento detalhado dos 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**



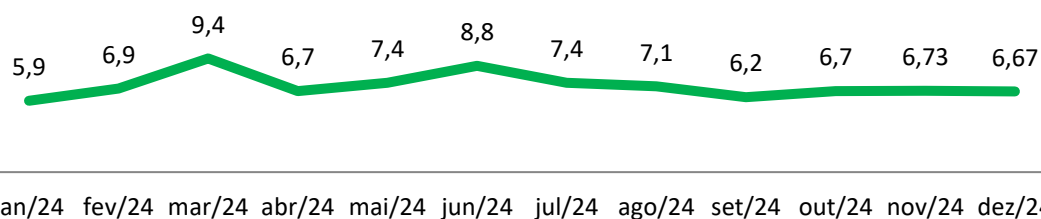
Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

**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).

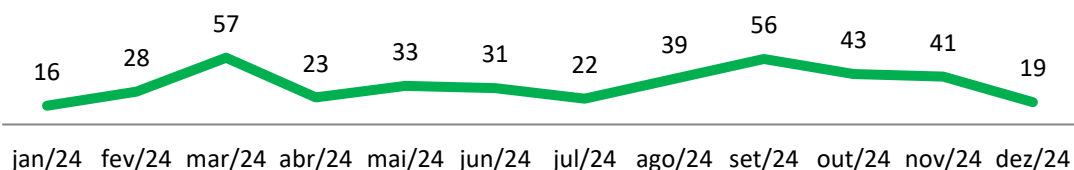
**Plano de Ação:** Análise da demanda sazonal: Identificar as razões para as flutuações mensais (como demanda de pacientes, aumento de internações, ou políticas de transfusão) e planejar a quantidade de bolsas necessárias com maior antecedência, especialmente nos meses de menor demanda, como dezembro.

**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:**

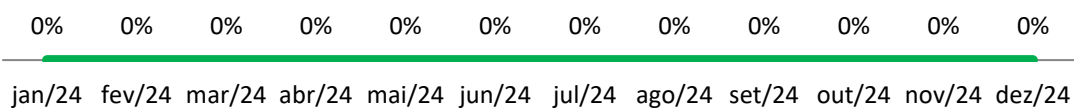
- **Manutenção das boas práticas:** Continuar com a implementação e acompanhamento rigoroso das boas práticas de segurança transfusional, para garantir que as reações adversas permaneçam em 0%.
- **Capacitação contínua:** Garantir que a equipe de saúde esteja sempre atualizada sobre os protocolos de 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 nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
Segurança do Paciente	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
Proteção Radiológica	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
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

### 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 melhorar a 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

### 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 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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
CIDOTT – Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos	Silvana Eleodoro	20/12/2024	11h00	11h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planejamento 2025;</li> <li>Cronograma de reuniões 2025;</li> <li>Adesão da equipe nas reuniões;</li> <li>Orientação a equipe médica sobre o protocolo de Morte Encefálica;</li> <li>Apresentação do Card sobre os membros da Comissão;</li> <li>Novos Membros.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Raquel Francisca de Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem)</li> <li>Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Nesta reunião, foram discutidas algumas atividades para a realização da Comissão:</p> <p><b>1. Disseminação de Informações sobre Morte Encefálica</b></p> <p>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.</p> <p><b>2. Solicitação de Certidão Negativa de Infração Ética</b></p> <p>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).</p> <p><b>3. Desenvolvimento de Folder para Divulgação da CIHDOTT</b></p> <p>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.</p> <p><b>4. Validação de Documentos e Preenchimento do Formulário do CNT</b></p> <p>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</p>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Proteção Radiológica	Bárbara Cristina Silvério	03/12/2024	10h00min	10h45min
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussões de Pendências dos planos de ações;</li> <li>• Cronograma de Reuniões de 2025;</li> <li>• Relatórios de Outubro e Dezembro;</li> <li>• Atualização do Regimento Interno da Comissão.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilton Dalsico de Oliveira (RT Técnico de Radiologia);</li> <li>• Daniel da Silva Eloi (Técnico de Radiologia);</li> <li>• Bárbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade);</li> <li>• Jefferson Bezerra Nascimento (Técnico de Segurança do Trabalho);</li> <li>• Fabio Bueno Damasio da Silva (Supervisor de Enfermagem);</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nilton também informou os dados de produção do setor de Radiologia no mês de novembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total de exames: 312;</li> <li>• Repetição de dois exames em menos de 24 horas no mesmo paciente: 60;</li> <li>• Passagem de SNE (Sonda Nasoenteral) + Tracionado: 29 exames;</li> </ul>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA:1/5
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão da CCIH	Thais Amâncio	16/12/2024	10:30	11:30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de indicadores</li> <li>- Apresentação das ações realizadas</li> <li>- Apresentação do quadro de pendências.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• 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				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Cuidados com a Pele	<b>REDATOR</b> Eliana Cristina da Silva	<b>DATA</b> 16/12/2024	<b>INÍCIO</b> 09h00	<b>TÉRMINO</b> 09h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências das reuniões anteriores;</li> <li>• Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de novembro pelo GACAP;</li> <li>• Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em novembro de 2024;</li> <li>• Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento;</li> <li>• Controle dos colhões pneumáticos;</li> <li>• Resultado da Ação semana de prevenção de Lesões (Registros das atividades);</li> <li>• Integração de novos colaboradores.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• 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				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Ética de Enfermagem	Tamiris Demichili	21/12/2024	14h00	15h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denúncias recebidas pela Comissão;</li> <li>• Orientação sobre instauração de processo sindicante.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamiris Demichili (Enfermeira Presidente da Comissão)</li> <li>• Márcio Antônio de Oliveira (Enfermeiro)</li> <li>• Lucinéia Rodrigues (Téc. De Enfermagem)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Ao vigésimo primeiro dia do mês de dezembro de dois mil e vinte e quatro, 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Deliberações:</b> 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.</li> <li><b>Conciliações realizadas:</b> 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.</li> <li><b>Procedimentos sindicantes instaurados/em análise/analizados:</b> Houve uma única denúncia recebida no mês de dezembro, porém, não foram registrados dados suficientes para apuração.</li> <li><b>Assuntos Gerais:</b> 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.</li> <li><b>Encerramento:</b> 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.</li> </ol>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO:</b> Comissão de Ética Médica	<b>REDATOR:</b> João Paulo Pimentel	<b>DATA:</b> 26/12/2024	<b>INÍCIO:</b> 10:00	<b>TÉRMINO:</b> 11:00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eleição da Comissão de ética médica;</li> <li>• Eleição do Diretor Clínico.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Marcelo Araújo;</li> <li>• Dr. Christopher Guerra;</li> <li>• Dr. Thomaz Braga;</li> <li>• Dr. João Paulo Pimentel.</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>A reunião teve como principais pautas a Eleição da Comissão de Ética Médica e a Eleição do Diretor Clínico, conforme convocação formalizada anteriormente.</p> <p><b>1. Eleição da Comissão de Ética Médica:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Eleição do Diretor Clínico:</b> 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.</p> <p>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.</p>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/6</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	LUCIANA CARBONI	16/12/2024	14:30H	16:30H
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pendências da última reunião</li> <li>❖ Internação / Hemodiálise no período</li> <li>❖ Consumo de itens por categoria (Curva A)</li> <li>❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares</li> <li>❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A</li> <li>❖ Consumo anticoagulantes</li> <li>❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda</li> <li>❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento</li> <li>❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados</li> <li>❖ Consumo total por categoria</li> <li>❖ Valor orçado x realizado x consumo</li> <li>❖ Pedidos de padronização</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• 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)				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)	Jefferson Nascimento	16/11/2024	09:30	10:30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências da última reunião;</li> <li>• Apresentação dos indicadores.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefferson Bezerra Nascimento</li> <li>• Kamila Tamara de Oliveira Sales</li> <li>• Jamile Renata O. dos Reis</li> <li>• Raquel Francisca de Macena Mauro</li> <li>• Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo</li> <li>• Paulo Rodrigo S. Barbosa</li> <li>• Maria Cristina Souza Santos</li> <li>• Fabiane Evol Cavalcante de Souza</li> <li>• Jamile Renata</li> <li>• Gustavo Guimarães Paiva</li> <li>• Silvana Aparecida Eleodoro dos Santos</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>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:</p> <p>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.</p> <p>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 CIH), já o número de resíduos recicláveis vem aumentando a geração, um ótimo indicador que mostra o trabalho de segregação em prol do meio ambiente.</p>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Humanização	<b>REDATOR</b> Karina Gonçalves	<b>DATA</b> 12/12/2024	<b>INÍCIO</b> 10h00	<b>TÉRMINO</b> 12h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento de Natal</li> <li>• Cão Hospitalar</li> <li>• Cronograma anual 2025</li> <li>• Entrega de panetone (funcionários e terceiros)</li> <li>• Café Acolhedor</li> <li>• Novos integrantes</li> <li>• Janeiro Branco.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi)</li> <li>• Karina Gonçalves (Aux. Jurídico)</li> <li>• Larissa Ferreira (Analista de RH)</li> <li>• Kamila Tamara (Superv. Qualidade)</li> <li>• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)</li> <li>• João Victor Coelho (Jovem Aprendiz)</li> <li>• Izadora Mariani (Secretária Executiva)</li> <li>• Nicole Teófilo (Aux. Adm. da Ouvidoria)</li> <li>• Yuri Albino (Analista de Compras)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Jakeline inicia a reunião lendo a última ata e agradecendo o empenho da equipe na ação do Novembro Azul.</p> <p>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.</p> <p>Ficou definida a última missa do ano, para o dia 17/12.</p> <p>Dia 18/12 teremos a última ação do café acolhedor com os familiares dos pacientes.</p>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Medicina Integrativa	<b>REDATOR</b> Nicole Teófilo	<b>DATA</b> 16/12/2024	<b>INÍCIO</b> 12:00	<b>TÉRMINO</b> 12:30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores do mês de novembro 2024: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia;</li> <li>• Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia;</li> <li>• PICs: Meditação;</li> <li>• Síndrome do Esgotamento Profissional.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edson Ono</li> <li>• Paula Hiratsuka</li> <li>• Eliana Cristina</li> <li>• Nicole Teófilo</li> <li>• Bárbara Silvério</li> <li>• Kamila Tamara</li> <li>• Raquel Macena</li> <li>• Victor Hugo Panont</li> <li>• Jamile Oliveira Reis</li> <li>• Vanda Dias</li> <li>• Paulo Rodrigo Souza</li> <li>• Daniele Martorano</li> <li>• Gustavo Paiva</li> <li>• Maria Cristina Souza Santos</li> <li>• Fabiane Evol Souza</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Nesta reunião, foram apresentados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os indicadores de execução das Medicinas Integrativas, tanto em formato numérico quanto gráfico.</li> <li>• Os gráficos com número de atendimentos realizados, a quantidade de pacientes beneficiados pelas práticas integrativas, número de lesões e quantitativo de altas.</li> <li>• As imagens que mostram a evolução na redução de lesões em pacientes, além de mostrar as combinações terapêuticas aplicadas durante os atendimentos.</li> </ul>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	16/12/2024	11h30	12h00
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações e melhorias</li> <li>• Planilha de indicadores e treinamentos</li> <li>• Resultados dos indicadores</li> <li>• Gráfico de resultados do NEP</li> <li>• Escolas e graduações</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jamile Renata oliveira reis (supervisora de nutrição)</li> <li>• Maria Cristina Souza santos (enfermeira seg.do paciente)</li> <li>• Kamila Tamara de oliveira reis (supervisora de qualidade)</li> <li>• Monique Evelyn Aparecida de Souza (auxiliar administrativo Junior)</li> <li>• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (enfermeira seg.do paciente)</li> <li>• Barbara Cristina Silvério marciano (analista de qualidade)</li> <li>• Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (analista de qualidade)</li> <li>• Gustavo Guimarães Paiva (técnico de enfermagem)</li> <li>• Victor Hugo Parrilha Panont (diretor técnico)</li> <li>• Eliana Cristina silva (enfermeira estomaterapeuta)</li> <li>• Carmem Isabel Domingues de Souza (gerente de enfermagem)</li> <li>• Miriam Fernando de Souza (enfermeira núcleo de educação permanente)</li> <li>• Raquel Francisca Macena Mauro (coordenadora de enfermagem)</li> <li>• Daniele de Mello Martorano (coordenadora de enfermagem)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>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.</p> <p>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.</p>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/3</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão Segurança do Paciente	<b>REDATOR</b> Fabiane Evol Cavalcante de Souza	<b>DATA</b> 16/12/2024	<b>INÍCIO</b> 08h30	<b>TÉRMINO</b> 09h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendências da última reunião;</li> <li>• Rotinas implementadas;</li> <li>• Registros de Não Conformidades;</li> <li>• Ranking tratativas de NC;</li> <li>• Registros ronda diária;</li> <li>• Conformes (visita técnica);</li> <li>• Reconhecimento Meta 3;</li> <li>• Ações realizadas.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
• 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				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b> Comissão de Revisão de Prontuários	<b>REDATOR</b> Paulo Souza	<b>DATA</b> 28/12/2024	<b>INÍCIO</b> 10h00	<b>TÉRMINO</b> 10h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento sobre a reunião de dezembro;</li> <li>• Comunicação da saída da Enfermeira Auditora;</li> <li>• Reestruturação da Comissão;</li> <li>• Planejamento do cronograma de reuniões.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. André Gasparoto (Médico Diarista)</li> <li>• Dr. André Panont (Coordenador Médico)</li> <li>• Gabriela Figueira (Faturista)</li> <li>• Juliana Santos (Fisioterapeuta RT)</li> <li>• Mariana De Fátima (Supervisora de Enfermagem)</li> <li>• Paulo Souza (Analista de Qualidade)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Enquanto é aguardada a chegada de uma nova enfermeira auditora, foram adicionados alguns colaboradores de apoio para garantir a continuidade das atividades da Comissão.</p> <p>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.</p>				

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

	<b>FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>ATA DE REUNIÃO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FP.SGQ.012	<b>REVISÃO: 01</b> <b>PÁGINA: 1/2</b>
<b>TIPO DE REUNIÃO</b>	<b>REDATOR</b>	<b>DATA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
CIDOTT – Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos	Silvana Eleodoro	20/12/2024	11h00	11h30
<b>PAUTAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento 2025;</li> <li>• Cronograma de reuniões 2025;</li> <li>• Adesão da equipe nas reuniões;</li> <li>• Orientação a equipe médica sobre o protocolo de Morte Encefálica;</li> <li>• Apresentação do Card sobre os membros da Comissão;</li> <li>• Novos Membros.</li> </ul>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raquel Francisca de Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem)</li> <li>• Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)</li> </ul>				
<b>DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO</b>				
<p>Nesta reunião, foram discutidas algumas atividades para a realização da Comissão:</p> <p><b>1. Disseminação de Informações sobre Morte Encefálica</b></p> <p>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.</p> <p><b>2. Solicitação de Certidão Negativa de Infração Ética</b></p> <p>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).</p> <p><b>3. Desenvolvimento de Folder para Divulgação da CIHDOTT</b></p> <p>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.</p> <p><b>4. Validação de Documentos e Preenchimento do Formulário do CNT</b></p> <p>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</p>				

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