

FEVEREIRO/2025



INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



**UNIDADE: Hospital Municipal
Guarapiranga**

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

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **Fevereiro de 2025**, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga, São Paulo/SP**, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

CONTRATANTE

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

Nº CHAMAMENTO PÚBLICO

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

Nº CONTRATO DE GESTÃO

001/2020 - SMS.G / AHM.

OBJETO CONTRATUAL

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

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

CNES

0161438.

ENDEREÇO

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

FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

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;

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia.

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade.

SUMÁRIO

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE.....	16
2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA	17
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	18
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS	19
2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS	21
3. ESTUTURA DO SERVIÇO	22
3.1. RECURSOS HUMANOS.....	22
3.1.1. Recursos Humanos.....	26
3.1.2. Departamento Pessoal.....	28
3.1.3. Medicina Ocupacional	30
3.1.4. Segurança Do Trabalho	32
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	36
3.2.1. Radiologia.....	36
3.2.2. Laboratório	40
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	42
3.3.1. Nutrição.....	49
3.3.2. Fisioterapia	54
3.3.3. Serviço Social.....	60
3.3.4. Psicologia	69
3.3.5. Fonoaudiologia.....	77
3.3.6. Terapia Ocupacional	80
3.3.7. Terapias Alternativas	81
3.3.8. Estomaterapia	84
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	87
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).....	87
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)	95
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	100
3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação	102

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente	106
3.5. SUPRIMENTOS	110
3.5.1. Farmácia	110
3.6. Compras	112
3.7. INFRAESTRUTURA	114
3.7.1. Engenharia Clínica	115
3.7.2. Manutenção Predial	117
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	119
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	122
3.9.1. Qualidade	122
3.9.2. Faturamento	125
3.9.3. Prestação De Contas	127
3.9.4. Financeiro	129
3.9.5. Patrimônio	131
3.9.6. Contratos	135
3.9.7. Hotelaria.....	136
3.9.8. Recepção	141
3.9.9. Portaria.....	142
3.9.10. Jurídico	143
3.9.11. Ouvidoria	145
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	149
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	151
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS.....	151
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	153
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	154
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos	154
5.3.2. Hemodiálise	156
5.3.3. Hemocomponentes	156
6. COMISSÕES	157
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	159
7.1. Janeiro.....	160

7.2. Fevereiro	168
8. AÇÕES DE DESTAQUE	180
8.1. Janeiro.....	180
8.2. Fevereiro	181
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
10. ANEXOS	184
10.1. Atas das Comissões realizadas em Janeiro	184
10.2. Atas das Comissões realizadas em Fevereiro.....	193

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.....	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero	21
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.....	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de Fevereiro/25.....	23
Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Fevereiro/25.....	25
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de Fevereiro/25	25
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	26
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	29
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional.....	30
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	33
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)	36
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	37
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	37
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	37
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	38
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	38
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	40
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar).....	43

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica).....	43
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor)	44
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem- Te-Vi).....	44
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados)	45
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	46
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	49
Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	50
Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	50
Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi).....	51
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	51
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	51
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	55
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	56
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	56
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	57
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	57
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria).....	58
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	61
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	62
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	63
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	63
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	64
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	65
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	69
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	70

Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	71
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	72
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos).....	73
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	74
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	77
Tabela 49 – Indicadores de Terapias Alternativas	82
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia.....	85
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	87
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	88
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	89
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	90
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados).....	91
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	92
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar).....	95
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)..	96
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	96
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-vi)	97
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos).....	98
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	98
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	100
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	103
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	107
Tabela 66 – Indicadores de Farmácia.....	111
Tabela 67 – Indicadores de Compras	113

Tabela 68 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	115
Tabela 69 – Indicadores de Manutenção Predial	118
Tabela 70 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	120
Tabela 71 – Indicadores de Qualidade.....	122
Tabela 72 – Indicadores de Faturamento.....	126
Tabela 73 – Indicadores de Prestações de Contas.....	127
Tabela 74 – Indicadores do Financeiro	130
Tabela 75 – Indicadores do Patrimônio.....	132
Tabela 76 – Indicadores do Contratos	135
Tabela 77 – Indicadores da Rouparia	137
Tabela 78 – Indicadores de Higienização	140
Tabela 79 – Indicadores de Recepção.....	141
Tabela 80 – Indicadores de Portaria	142
Tabela 81 – Indicadores de Serviços Jurídicos.....	143
Tabela 82 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	145
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas.....	146
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	151
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quatitativos.....	153
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	154
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	156
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	156
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	158

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos em Fevereiro/25	20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária no mês de Fevereiro/25.....	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero em Fevereiro/25.....	22
Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas	22
Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem	27

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	27
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	27
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	28
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	28
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	29
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	29
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem	30
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias.....	30
Gráfico 15 – Taxa de Exames	31
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	31
Gráfico 17 – Relação de atestados	32
Gráfico 18 – Relação de afastados	32
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados).....	32
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	34
Gráfico 21 – Taxa de inspeções.....	34
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes.....	34
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuidos.....	35
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	35
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	35
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	35
Gráfico 27 – Relação de acidentes	36
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames (Geral Hospitalar).....	39
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)	39
Gráfico 30 – Número de falha bos exames (Geral Hospitalar)	39
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar).....	40
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta.....	41
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	41
Gráfico 34 – Tempo de resposta para resultados críticos	41
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)	41
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo.....	42



Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	46
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)	47
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	47
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)	47
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar).....	48
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar).....	48
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar).....	48
Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar) ...	48
Gráfico 45 – Número de Atendimentos	52
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	53
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	53
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	53
Gráfico 49 – Índice de IMC – Fevereiro de 2025.....	54
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	59
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	59
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica.....	59
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	60
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	65
Gráfico 55 – índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	67
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	67
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito.....	68
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento	68
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento	68
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais	68
Gráfico 61 – Índice de intervenções	75
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	75
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica	75
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	76



Gráfico 65 – Número de vistas de menor de 12 anos	76
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	76
Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias	77
Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	79
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	79
Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração ...	79
Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações	79
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala	80
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	80
Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	83
Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar ...	83
Gráfico 76 – Número de Ozoterapia.....	83
Gráfico 77 – Consumo de cilindro o ²	84
Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão	86
Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	86
Gráfico 80 – Número total de lesões	86
Gráfico 81 – Taxa de não conformidades	93
Gráfico 82 – Número de não conformidades.....	94
Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano	94
Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades em Fevereiro/25	94
Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades – Fevereiro/25	95
Gráfico 86 – Número de visitas técnicas	95
Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	99
Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	99
Gráfico 89 - Densidade Incidencia	99
Gráfico 90 – Número de notificações realizadas.....	101
Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG.....	101
Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID.....	101



Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose	102
Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	102
Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS	104
Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos.....	105
Gráfico 97 – Serviço de Remoções.....	105
Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias).....	105
Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos.....	106
Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões	106
Gráfico 101 – Taxa de treinamentos	108
Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	108
Gráfico 103 – Homem hora	108
Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos... ..	111
Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	112
Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	112
Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica	112
Gráfico 108 – Lançamentos de cotações	113
Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas	113
Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.	114
Gráfico 110 – Número de compras emergencial.....	114
Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados.....	116
Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado.....	116
Gráfico 113 – Reúncidência de manutenção corretiva.....	116
Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	117
.Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega	117
Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção	117
Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados.....	118
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos).....	119
Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.....	119



Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	119
Gráfico 121 – Quantidade de chamados	120
Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	121
Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	121
Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados	121
Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo	124
Gráfico 126 – Comissões	124
Gráfico 127 – Número de documentos retroativos	124
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações	124
Gráfico 129 – Documentos Fevereiro/25	125
Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas	125
Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA	125
Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais	126
Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados Fevereiro/25	127
Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	128
Gráfico 135 – Número de auditorias externas	128
Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades	128
Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado	129
Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da sms	129
Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas	129
Gráfico 140 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas	130
Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês	131
Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos	133
Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas	133
Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações	133
Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	134
Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços	134
Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos	134
Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados	134



Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	135
Gráfico 150 - Índice de exatidão nos serviços prestados	136
Gráfico 151 – Número de aditivos	136
Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	136
Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	138
Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	138
Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados	138
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	139
Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações.....	139
Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição	139
Gráfico 159 – Enxoval Dispensado em Fevereiro/25	140
Gráfico 160 – Índices de higienização.....	140
Gráfico 161 – Terminais em Fevereiro/25	141
Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes.....	141
Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos	142
Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança	142
Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	142
Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais	144
Gráfico 167 – Notificações de fornecedores	144
Gráfico 168 – Produção Jurídico	144
Gráfico 169 – Taxa de resoluções.....	147
Gráfico 170 – Taxa de reincidência.....	147
Gráfico 171 – Taxa de devolutivas	147
Gráfico 172 – Tempo médio de resposta	148
Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas	148
Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas em Fevereiro/25	148
Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	148
Gráfico 176 – Total de pesquisas internas	149
Gráfico 177 – Total de manifestações internas	149
Gráfico 178 – Taxa de ocupação	151
Gráfico 179 – Índice de queda	151

Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão	152
Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	152
Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH.....	152
Gráfico 183 – Número paciente e leito dia	153
Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão	153
Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria.....	154
Gráfico 186 – Número de AIH's.....	154
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	155
Gráfico 188 - Produção De Resíduos no mês de Fevereiro/25	155
Gráfico 189 - Hemodiálises	156
Gráfico 190 - Hemocomponentes.....	157
Gráfico 191 – Bolsas transfundidas.....	157

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

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

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

A estrutura organizativa do INTS é composta por um Conselho Administrativo; Presidência; Superintendências Geral, de Planejamento e de Relações Institucionais; Diretorias Geral, de Projetos, de Contratos, Administrativa, Financeira, de Tecnologia, Infraestrutura e Jurídica que, juntos

com a equipe, atuam diretamente na organização, execução, avaliação e auditoria dos contratos vigentes, bem como na busca de novos contratos com vistas a ampliação do rol de unidades geridas pelo INTS.

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

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

2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

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

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

- Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.

➤ Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

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

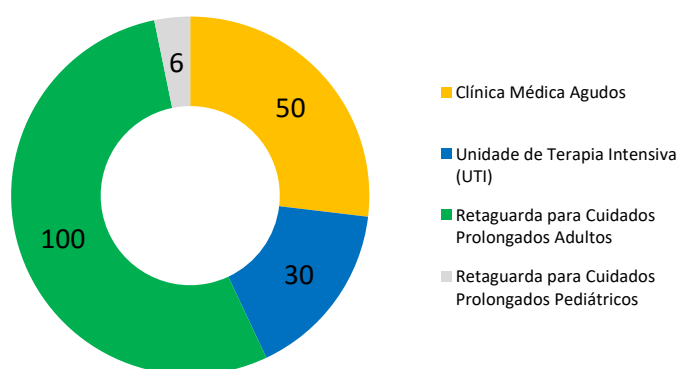
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

Distribuição de Leitos

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

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos

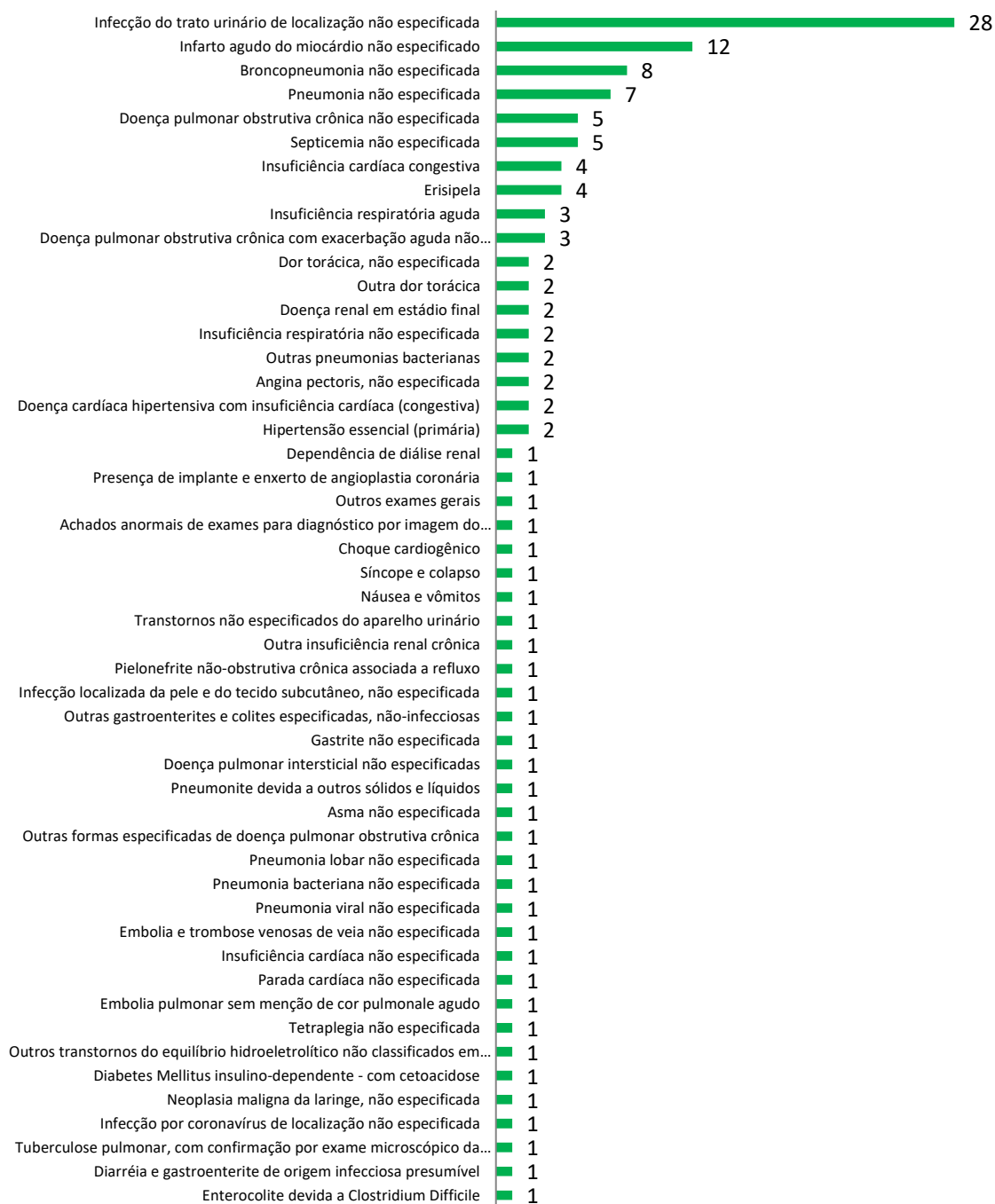


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

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

Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos em Fevereiro/25



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

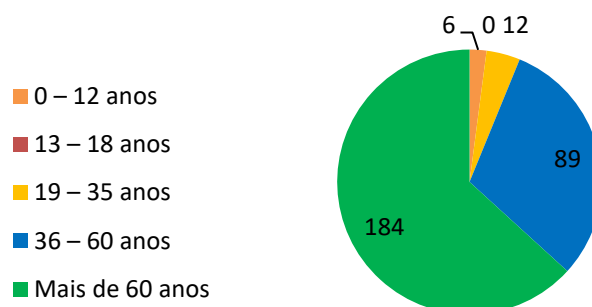
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO
0 – 12 anos	8	6
13 – 18 anos	0	0
19 – 35 anos	21	12
36 – 60 anos	94	89
Mais de 60 anos	205	184

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária no mês de Fevereiro/25



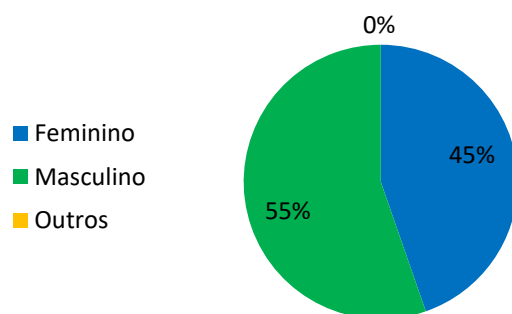
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO
Feminino	143	130
Masculino	185	161
Outros	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero em Fevereiro/25.



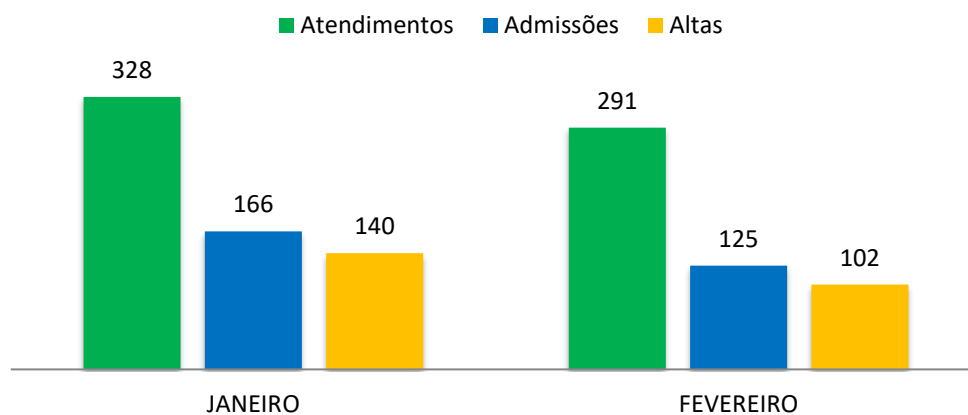
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO
Atendimentos	328	291
Admissões	166	125
Altas	140	102

Fonte: SMPEP.

Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

3. ESTUTURA DO SERVIÇO

3.1. RECURSOS HUMANOS

O Hospital Municipal Guarapiranga é composto por uma força de trabalho robusta, com aproximadamente 900 profissionais distribuídos em

várias frentes de atuação, conforme quadro abaixo. Esses profissionais incluem equipes administrativas, assistenciais e de apoio. Contamos com uma equipe diversificada e especializada para atender as necessidades de saúde da população, garantindo um atendimento de qualidade. A integração e a colaboração entre as equipes administrativas, assistenciais e de apoio são fundamentais para o bom funcionamento da unidade.

Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de Fevereiro/25

FUNÇÃO	QTD. COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	8
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	2
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	6
AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL	1
AUXILIAR ADM PLENO	6
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	17
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	9
AUXILIAR DE REGULACAO	5
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR FARMACIA	28
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	102
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	12
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	73
FISIOTERAPEUTA RT	1
FONOAUDIOLOGO	2
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	9
PSICOLOGO HOSPITALAR	5
PSICOLOGO RT	1
RECEPCIONISTA	7
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	3
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE SAUDE	1
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMÁTICA	4
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	3
TECNICO ENFERMAGEM	277
Total Geral	666

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

Tabela 05 – Serviços Médicos no mês de Fevereiro/25

ESPECIALIDADES	TOTAL
CLÍNICO GERAL	71
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	82

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de Fevereiro/25

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
AG. HIGIENIZADOR	2
AUX. COZINHA	7
AUX.DE LIMPEZA	68
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	5
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	13
COPEIRO VOLANTE	1
COZINHEIRO	4
ELETRICISTA DIURNO	2
ELETRICISTA NOTURNO	2
ENCARREGADO	6
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	6
LIMPADOR DE VIDROS	2
MÉDICOS	82
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	15
REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO	1
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TEC. EM NUTRIÇÃO	2
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1

TÉCNICA MANUTENÇÃO PREDIAL	3
VIGILANTE	16
VIGILANTE LIDER	4
TOTAL GERAL	247

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

3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

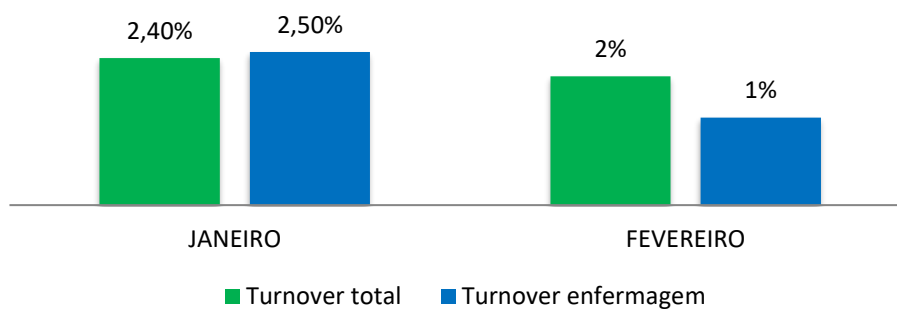
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Turnover total	<5%	2,4%	2,1%
Turnover enfermagem	<5%	2,5%	1,43%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4

Número total de demissões	M/R	20	14
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10

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

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem



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

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



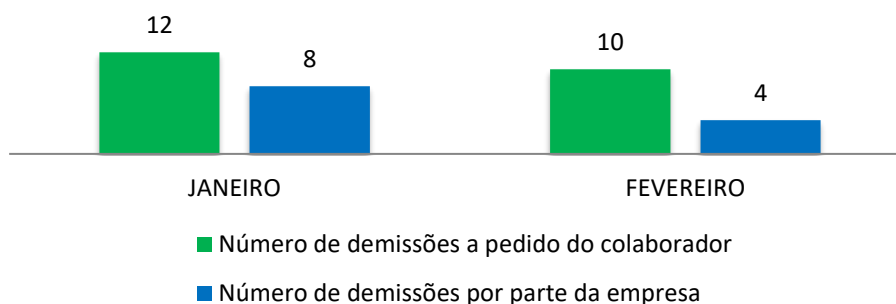
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



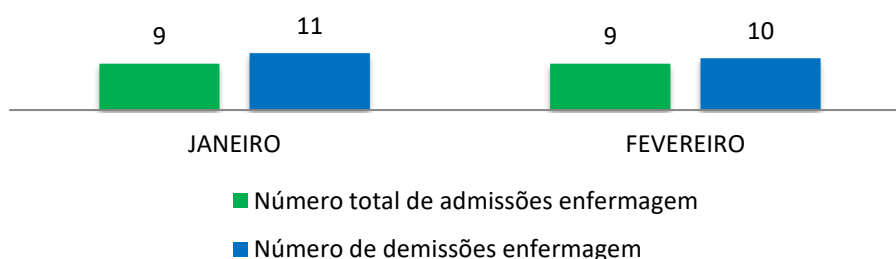
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 09 – Relação de demissões



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

Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem



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

3.1.2. Departamento Pessoal

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

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

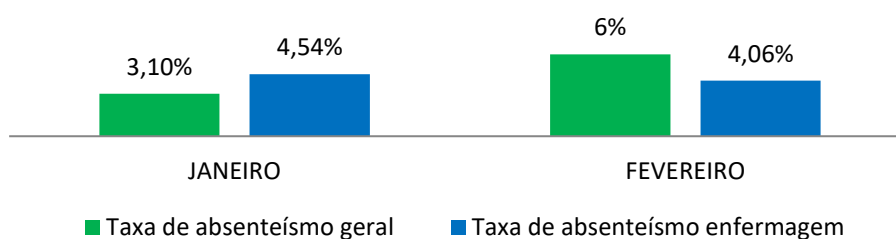
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de absenteísmo geral	Meta em revisão	3,10%	6%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Meta em revisão	4,54%	4,06%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	85,00%	96,75%	96,82%
Número de horas trabalhadas enfermagem	51.448h	49.775h	51.201h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39

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

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



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

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



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

Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem



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

Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias



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

3.1.3. Medicina Ocupacional

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

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

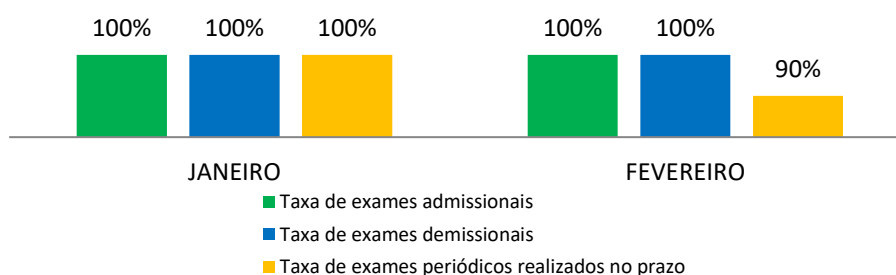
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	85%	100%	100%

Taxa de exames periódicos realizados no prazo	85%	100%	90%
Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%
Número de atestados no mês	0	223	270
Número de afastados (inss)	0	31	24
Número de afastados (gestantes)	0	13	5
Número de afastados (licença a maternidade)	0	8	9
Número de atestados por síndrome gripal	0	22	51
Número de dias perdidos	0	516	666

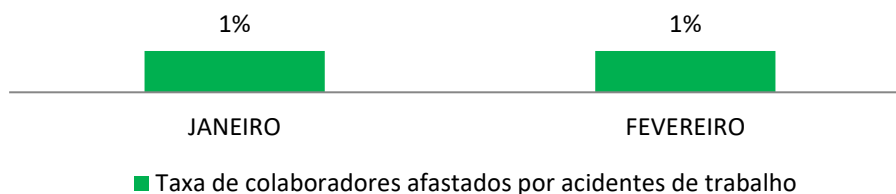
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



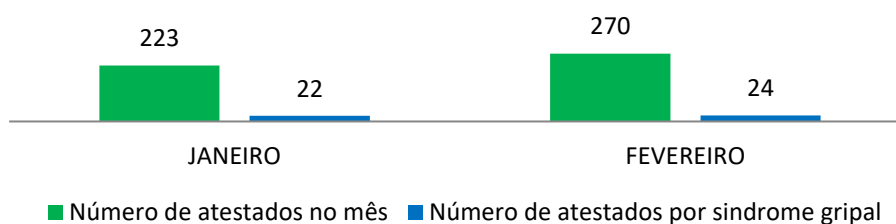
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



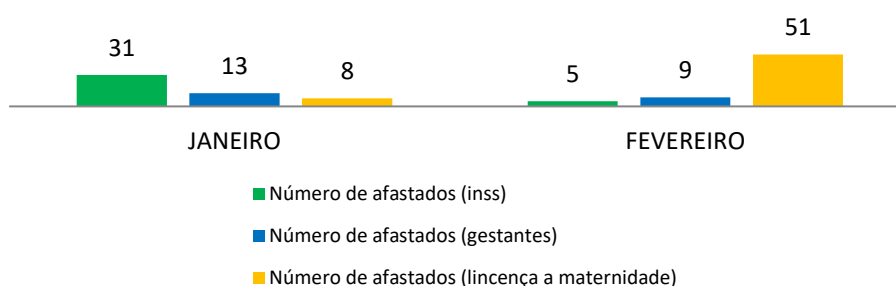
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



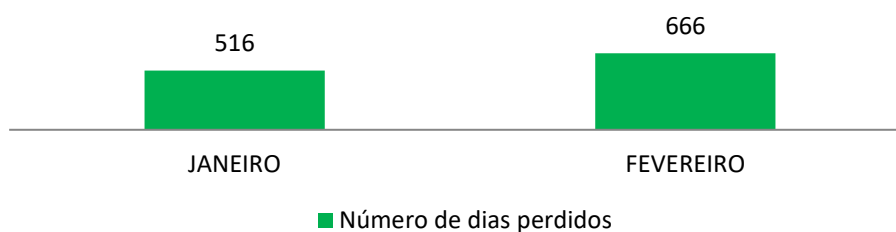
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 18 – Relação de afastados



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

Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)



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

3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%
Taxa de inspeções	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0.15%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44
Número total de acidentes	0	1	1
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0

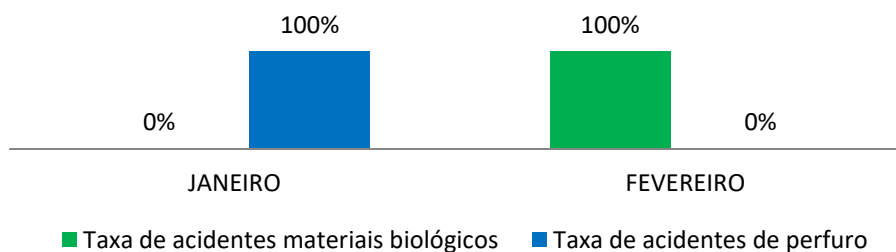
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

ANALISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

Ocorrência de acidente com material biológico devido ao uso inadequado do Equipamento de Proteção Individual (EPI), resultando em respingos de secreção na mucosa ocular. Um plano de ação corretivo foi imediatamente implementado para o colaborador afetado. Além disso, foi elaborado um plano

de ação com orientações sobre a conscientização das boas práticas, conforme a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, visando a redução da taxa de acidentes com material biológico.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



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

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



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

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



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

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



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

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



■ Número de treinamentos realizados pelo sesmt ■ Número de participações nos treinamentos

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

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



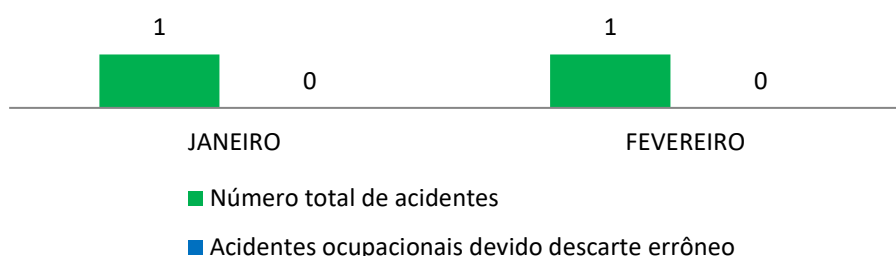
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 27 – Relação de acidentes



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

3.2.1. Radiologia

Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%
Número de exames	neutro	327	334
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56

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

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

Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0,00%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%
Número de exames	neutro	109	114
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,00%	0,00%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%
Número de exames	neutro	101	108
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,00%	0,00%
Taxa de repetição de	<10%	11%	9%

exames			
Número de exames	neutro	64	47
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%
Número de exames	neutro	41	50
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4

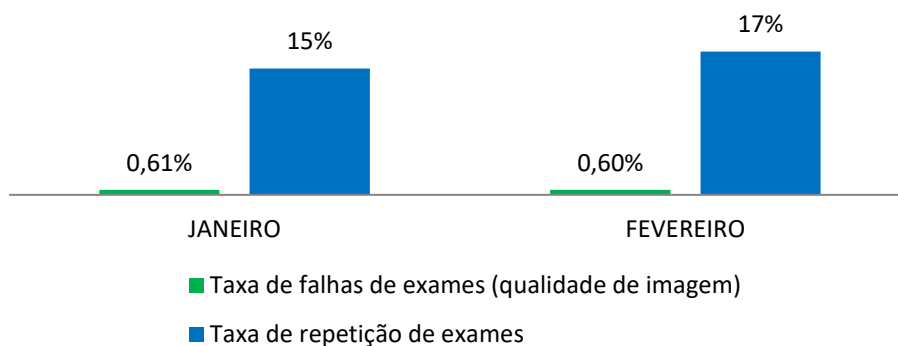
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,00%	0,00%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%
Número de exames	neutro	12	15
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5

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

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



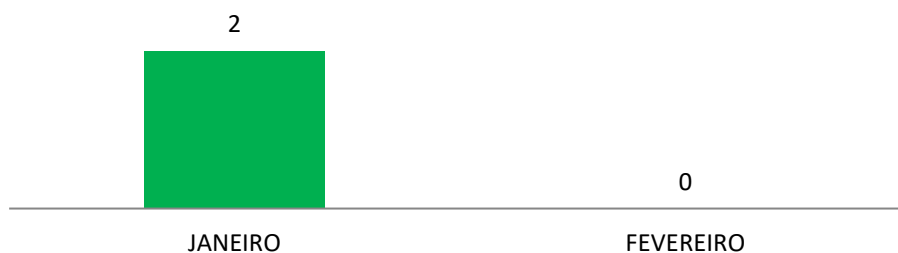
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



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

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



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

Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

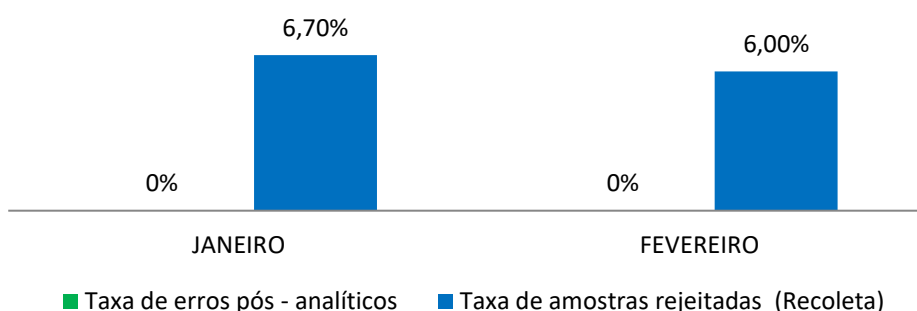
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%
Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%
Tempo de resposta para resultados críticos	100%	100%	100%
Eficiência na emissão de relatórios (tat)	> 90%	99,43%	99,66%
Número de exames realizados	neutro	12166	11082
Número de exames realizados na unidade	neutro	10350	9374

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

ANALISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Em relação aos indicadores do Laboratório, os indicadores estão em processo de estruturação. Após a devida estruturação dos indicadores, serão incluídas as informações setoriais posteriormente.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



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

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



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

Gráfico 34 – Tempo de resposta para resultados críticos



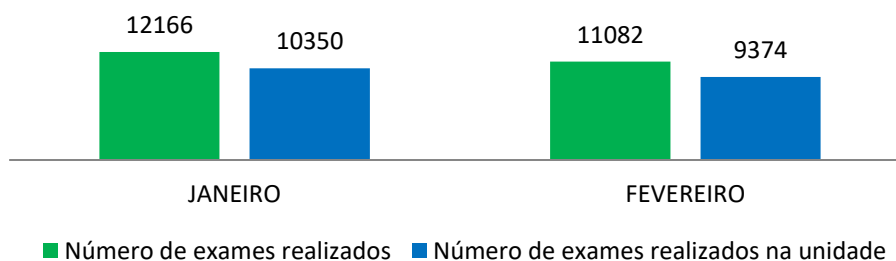
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



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

Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

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

Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%
Giro leito institucional	5	0,89	0,67
Número de paciente dia	neutro	5046	4602
Número de leito dia	neutro	5735	5180
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2

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

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

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	9,79	11,70
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	4,20%	3,51%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	0,70%	0%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28
Número de paciente dia	neutro	1400	1334

Número de leito dia	neutro	1550	1400
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	3,15	3,27
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	2,11%	5,13%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	2,33%	2,56%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27
Número de paciente dia	neutro	299	255
Número de leito dia	neutro	620	560
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%

Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	3,52	4,29
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	1,79%	0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	0%	0%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80
Número de paciente dia	neutro	197	163
Número de leito dia	neutro	310	280
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0

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

Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	331,56	167,63
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	33,33%	62,50%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	11,11%	0%
Giro leito institucional	5	0,09	0,16
Número de paciente dia	neutro	2984	2682
Número de leito dia	neutro	3069	2772
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0

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

Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de flebite	<15%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	100%	0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	100%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0
Número de paciente dia	neutro	166	168
Número de leito dia	neutro	186	168
Número de saídas	Quanto maior, melhor	2	0
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0

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

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

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



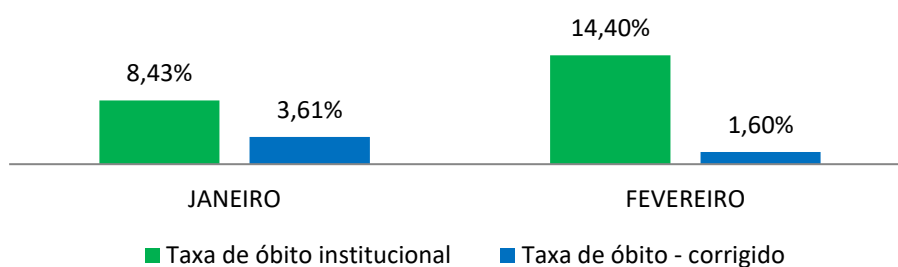
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

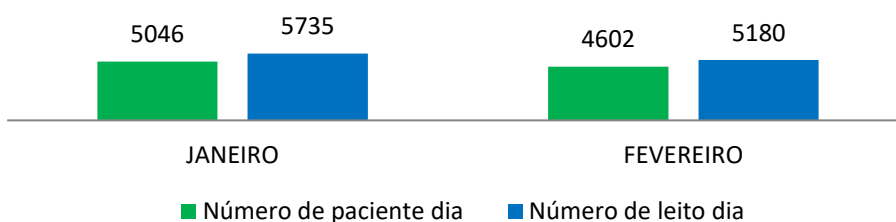
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



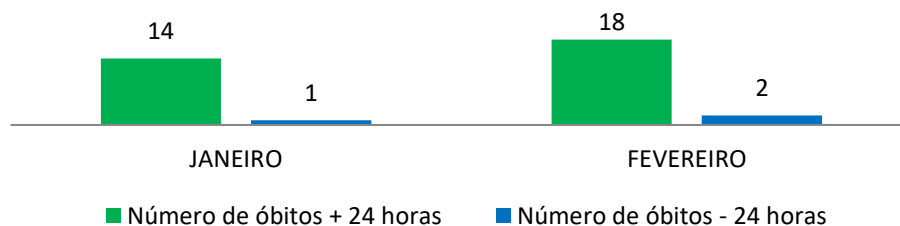
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

3.3.1. Nutrição

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

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

Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91

Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078
Índice de desnutrição	35%	35%	31%
Índice de eutrofia	25%	36%	42%
Índice de sobrepeso	20%	8%	7%
Índice de obesidade	10%	21%	20%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686
Índice de desnutrição	35%	-	33%
Índice de eutrofia	25%	-	41%
Índice de sobrepeso	20%	-	11%
Índice de obesidade	10%	-	15%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Índice de desnutrição	35%	-	34%
Índice de eutrofia	25%	-	39%
Índice de sobrepeso	20%	-	10%
Índice de obesidade	10%	-	17%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Índice de desnutrição	35%	-	51%
Índice de eutrofia	25%	-	27%
Índice de sobrepeso	20%	-	17%
Índice de obesidade	10%	-	5%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797
Índice de desnutrição	35%	-	32%
Índice de eutrofia	25%	-	41%
Índice de sobrepeso	20%	-	5%
Índice de obesidade	10%	-	22%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168
Índice de desnutrição	35%	-	17%
Índice de eutrofia	25%	-	50%
Índice de sobrepeso	20%	-	0%
Índice de obesidade	10%	-	33%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

Houve atendimento e dispensação de refeições nas UTIs Beija Flor e Bem Te Vi. No entanto, o setor de nutrição não conseguiu discriminar esses dados de

forma individualizada. O setor apresentou apenas o quantitativo geral das duas UTIs, que foi de 2.091 refeições dispensadas aos pacientes.

Em relação à taxa de orientações nutricionais na alta, identificamos uma falha na comunicação, pois as informações são frequentemente enviadas via WhatsApp, o que dificulta a realização das orientações de maneira adequada. Estamos alinhando ações com o EGA para otimizar esse fluxo e melhorar a eficiência na comunicação e no atendimento.

Quanto à taxa de triagem nutricional, a não conformidade com a meta deste mês pode ser explicada por fatores como admissões noturnas, altas, óbitos ou procedimentos externos realizados em menos de 24 horas após a admissão. Estamos revisando o fluxo de preenchimento da produtividade junto à equipe de nutrição para identificar melhorias e garantir o cumprimento das metas.

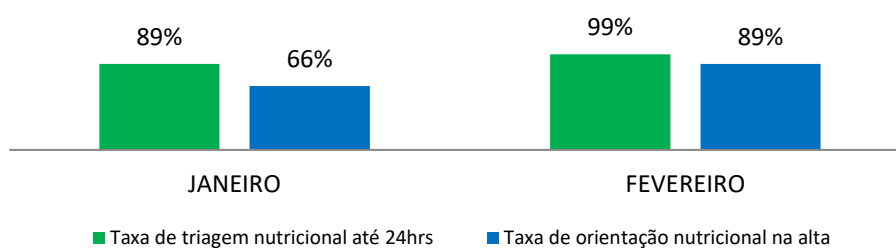
Não atingimos a meta de obesidade devido ao perfil de pacientes com mobilidade reduzida. No entanto, após ajustes nos fluxos, observamos um aumento significativo nas orientações nutricionais e triagens em comparação ao mês anterior. A análise extratificada por setor começou a ser feita a partir de fevereiro, o que justifica a ausência de dados de janeiro.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



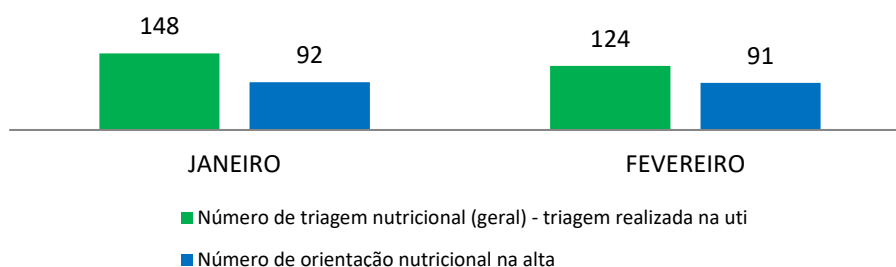
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



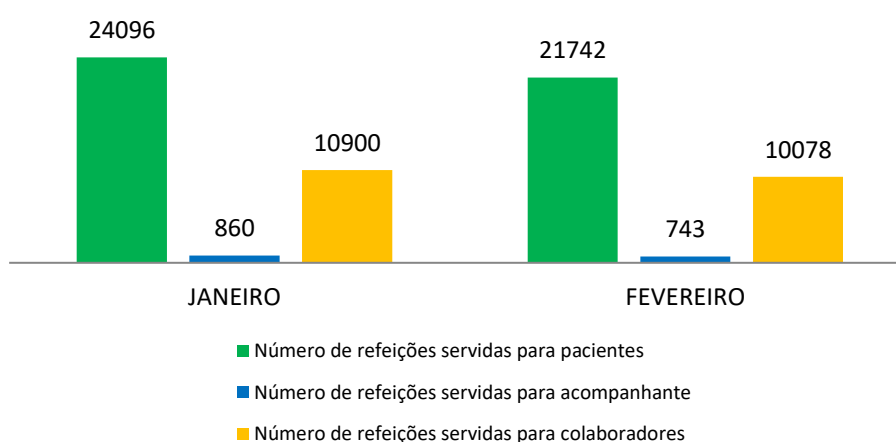
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



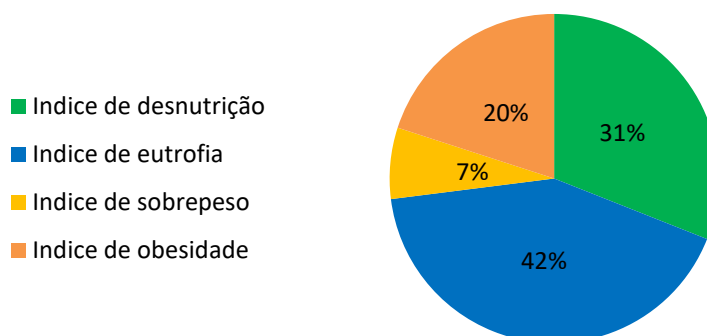
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC – Fevereiro de 2025



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

3.3.2. Fisioterapia

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

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

profunda e atrofia muscular. Técnicas de mobilização precoce e exercícios de prevenção são frequentemente utilizados.

- **Reabilitação Funcional e Reinserção Social:** Além de tratar problemas imediatos, os fisioterapeutas trabalham para restaurar a capacidade funcional do paciente, facilitando a reintegração nas atividades diárias e sociais, quando possível.
- **Apoio Em Situações Críticas:** Em pacientes com condições graves ou críticos, a fisioterapia pode ser adaptada para incluir técnicas de suporte respiratório e de posicionamento para melhorar a função pulmonar e a circulação.

Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%
Número de atendimentos	7000	23926	22580
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838
Número de intubações	M/R	3	5
Número de extubações	M/R	2	4
Número de extubações acidentais	0	1	0
Número de falha de extubação	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	> 15	16,53	14,00
Média de pacientes em cno2	> 15	18,27	14,02
Média de pacientes	> 5	6,82	4,05

nebulizados			
Média de pacientes em mnr	> 2	3	1,02

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,13	1
Média de pacientes em cno2	M/R	6,19	6,05
Média de pacientes nebulizados	M/R	1	0
Média de pacientes em mnr	M/R	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	2	5
Número de extubações	M/R	1	4
Número de extubações acidentais	0	1	0

Número de falha de extubação	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,19	2
Média de pacientes em cno2	M/R	2,4	2,07
Média de pacientes nebulizados	M/R	1	0
Média de pacientes em mnr	M/R	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	1	0
Número de extubações	M/R	1	0
Número de extubações acidentais	0	1	0
Número de falha de extubação	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	0	0
Média de pacientes em cno2	M/R	1,78	2,01
Média de pacientes nebulizados	M/R	0	0
Média de pacientes em mnr	M/R	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%

Número de intubações	M/R	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	8,76	5
Média de pacientes em cno2	M/R	6,52	4,20
Média de pacientes nebulizados	M/R	4,82	4,80
Média de pacientes em mnr	M/R	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

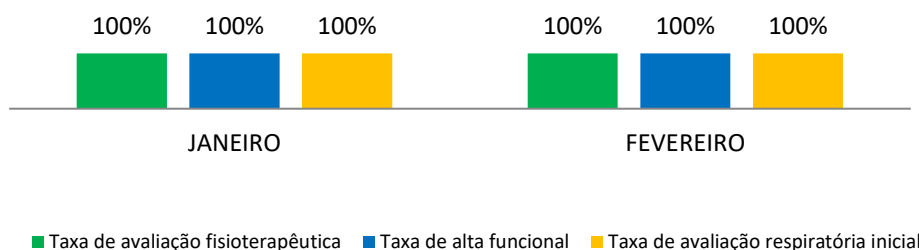
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%
Número de intubações	M/R	3	0
Número de extubações	M/R	2	0
Número de extubações acidentais	0	1	0
Número de falha de extubação	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	5,19	5
Média de pacientes em cno2	M/R	0	1
Média de pacientes nebulizados	M/R	0	0
Média de pacientes em mnr	M/R	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

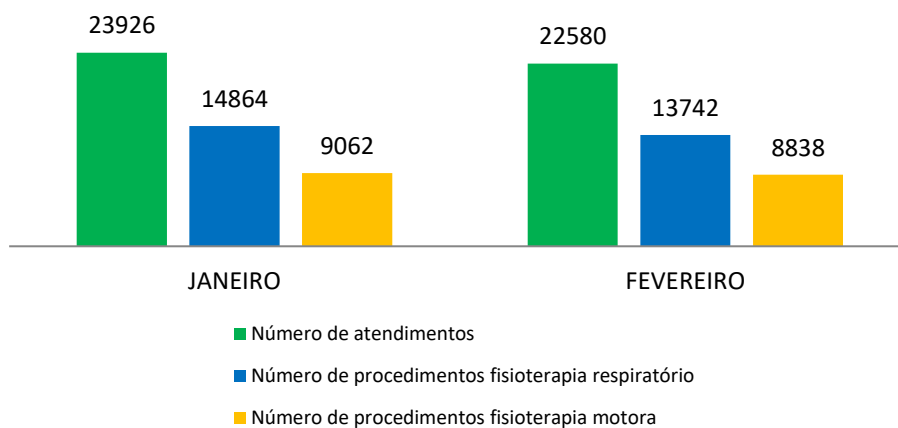
No mês de Fevereiro de 2025, não tivemos admissão no setor da pediatria impactando na Taxa de avaliação e avaliação respiratória inicial na fisioterapia.

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



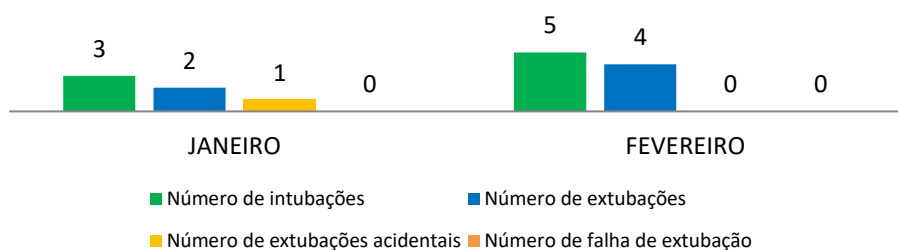
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



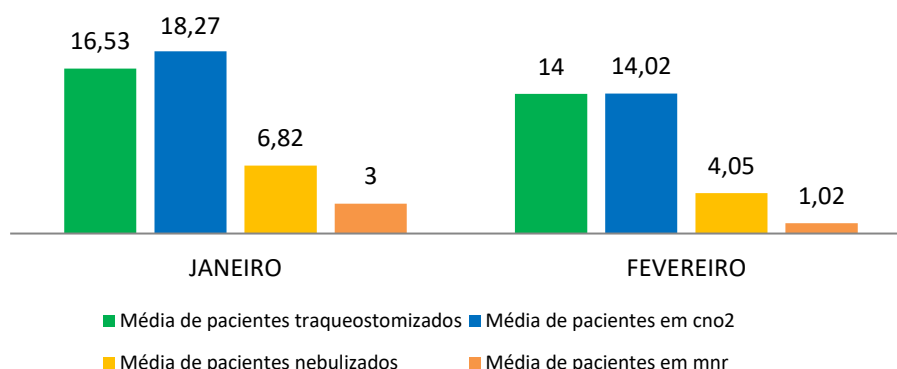
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52 – Ventilação Mecânica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

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

Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%
Número de solicitações de o2	M/R	3	2,15
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10
Taxa de evasão	<3%	1,20%	2,06%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%
Número de evasões	< 4	1	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%
Número de solicitações de o2	M/R	3	1
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	6	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%
Número de evasões	< 4	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	6%
Número de solicitações de O2	M/R	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	2	0
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%
Número de evasões	< 4	1	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	9%

Número de solicitações de o2	M/R	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	2	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%
Número de evasões	< 4	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0,10	0
Número de solicitações de o2	M/R	0	1
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9
Taxa de evasão	<3%	0%	0
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%
Número de evasões	< 4	0	0

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0	0%
Taxa de alta planejada	100%	0	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0	0	0
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	17%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0%
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	2	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%
Número de evasões	< 4	0	0%
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

O setor não alcançou algumas metas no mês de fevereiro, porém a equipe está empenhada em identificar as causas dos resultados abaixo do esperado e implementar ações corretivas. Estamos focados em aprimorar os processos, fortalecer o engajamento de todos os membros e promover treinamentos

adicionais para garantir o cumprimento das metas nos próximos meses. Acreditamos que, com o esforço conjunto e a contínua melhoria dos processos, conseguiremos alcançar os resultados desejados.

Em relação aos pacientes que desistiram ou evadiram do tratamento, seguem os motivos de cada caso:

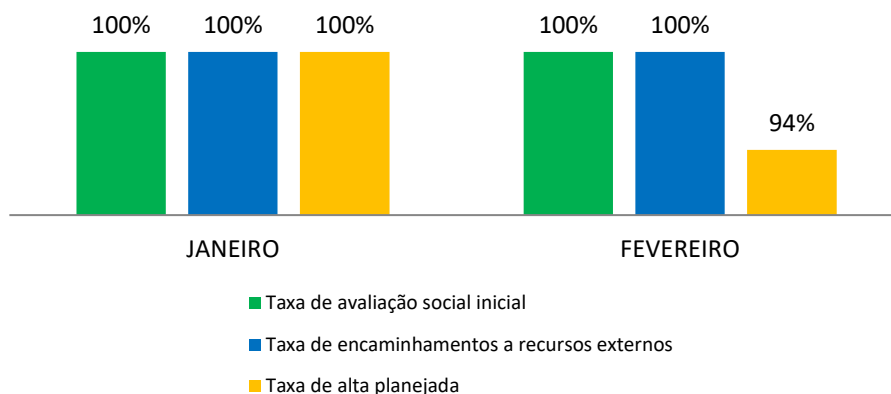
Caso 1: Durante o atendimento, a paciente se encontrava em um período de agitação, o que indicava a necessidade de internação, conforme o processo saúde-doença. Após orientação sobre a continuidade do tratamento, foi discutido com a equipe multidisciplinar e a paciente optou por desistir, sendo assinado o termo de desistência.

Caso 2: O familiar do paciente compareceu à unidade para formalizar a desistência do tratamento. A paciente recebeu todas as orientações necessárias, incluindo a entrega do protocolo de desistência ao médico responsável. O familiar foi devidamente orientado sobre o quadro clínico da paciente.

Caso 3: O familiar do paciente solicitou a desistência do tratamento, alegando que o paciente estava sentindo muita dor e desejava ser encaminhado para outro hospital para a troca de sonda. A equipe médica, juntamente com os enfermeiros, explicou o procedimento, mas o familiar insistiu na mudança de instituição, informando que já havia comprado passagem para o dia seguinte. O familiar havia questionado sobre a sonda durante dois dias antes de decidir pela desistência.

Caso 4: O paciente foi acolhido pelo serviço social, que explicou o protocolo de desistência. No entanto, o paciente optou por não dar continuidade ao tratamento, e o procedimento foi realizado conforme solicitado.

Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)



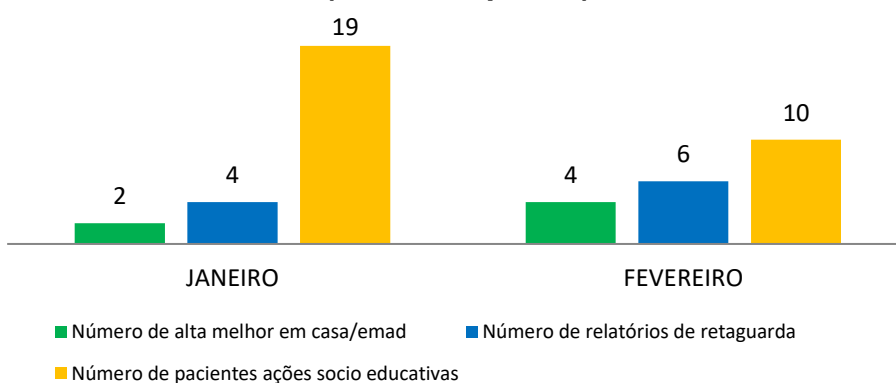
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)



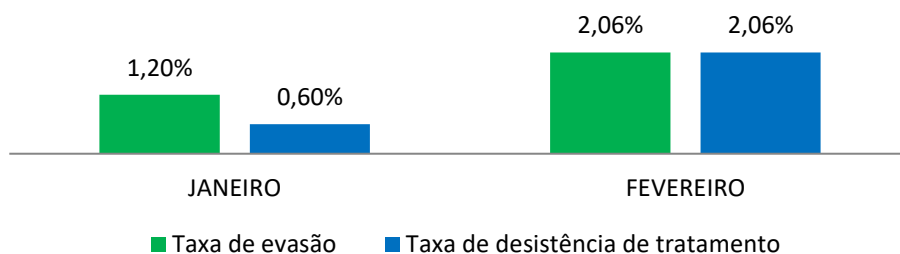
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito



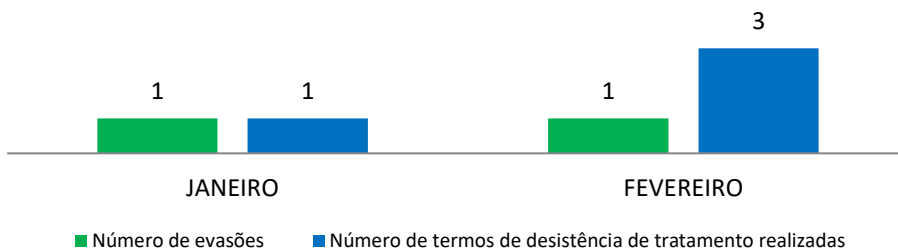
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.4. Psicologia

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

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

Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)

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

Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	18,5
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%

Número de atendimentos familiares	> 50	32	8
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0
Número de pacientes inseridos no protocolo	M/R	2	0

de cuidados paliativos mês			
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más	M/R	2	0

noticias			
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

A taxa de avaliação de psicologia inicial apresentou uma redução devido à disponibilidade reduzida de profissionais no momento. Atualmente, contamos com duas psicólogas, enquanto o quadro idealmente seria de cinco

colaboradoras. Além das admissões, essas profissionais estão dedicando-se aos atendimentos de média e alta prioridade, o que tem exigido um esforço extra para equilibrar as demandas e garantir a continuidade do atendimento com a qualidade necessária. A situação está sendo acompanhada e ajustes estão sendo feitos para otimizar os processos e atender a todas as necessidades de forma eficiente.

Gráfico 61 – Índice de intervenções



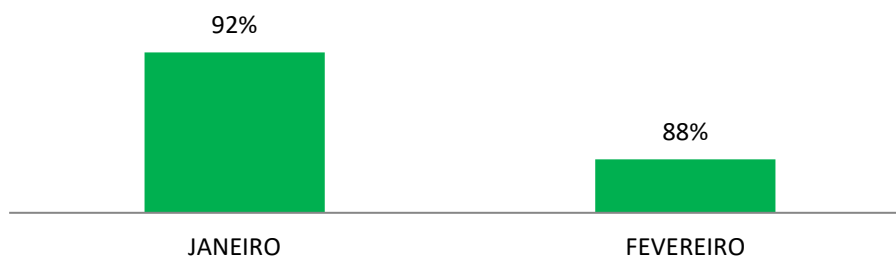
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de intervenções



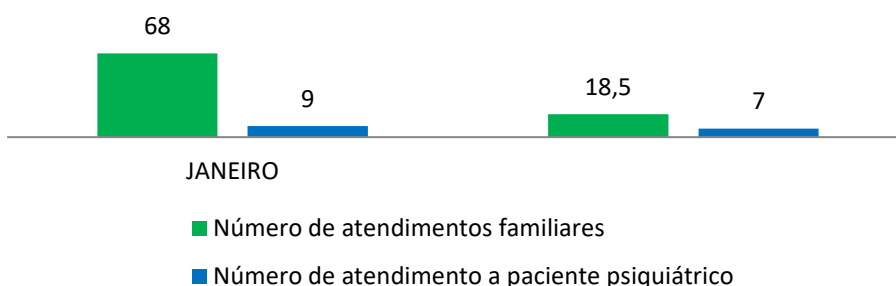
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de atendimentos



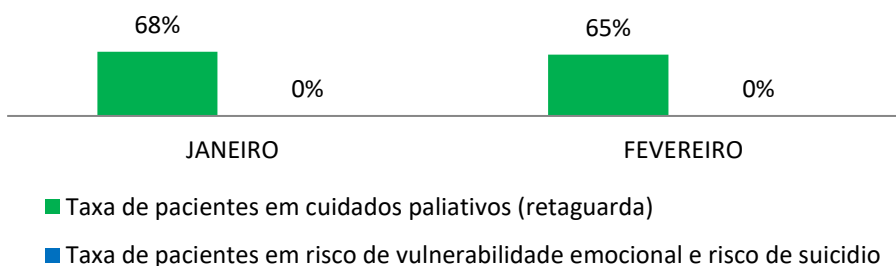
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de vistas de menor de 12 anos



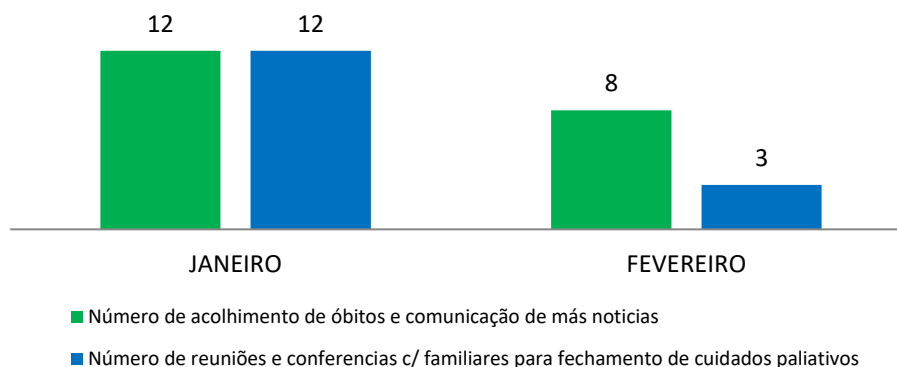
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.5. Fonoaudiologia

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

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

Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia

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

Taxa de avaliação fonodiológica inicial	100%	98%	54%
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%
Número de atendimentos	M/R	87	116
Número de avaliações	M/R	89	40
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

A avaliação fonoaudiologia é realizada com base em critérios específicos, sendo prioritária para pacientes acima de 70 anos, com sonda ou histórico de disfagia. Por isso, nem todos os pacientes são avaliados, o que resulta em uma taxa de avaliação fonoaudiologia inicial mais baixa.

Além disso, a taxa de pacientes realizando desmame de cuff aumentou, pois, a equipe intensificou o acompanhamento de pacientes traqueotomizados, com o objetivo de promover a evolução para a decanulação.

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



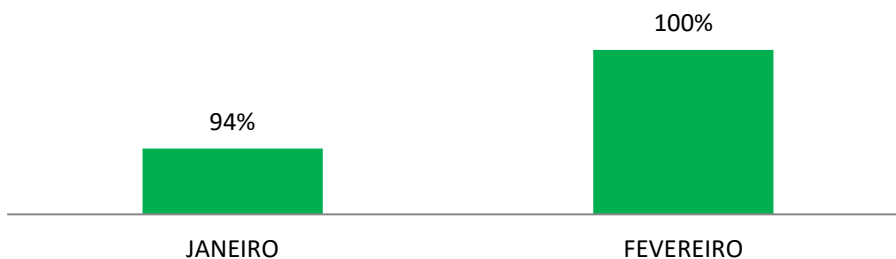
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de decanulados



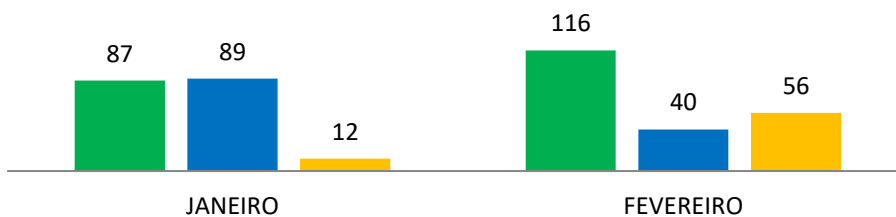
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

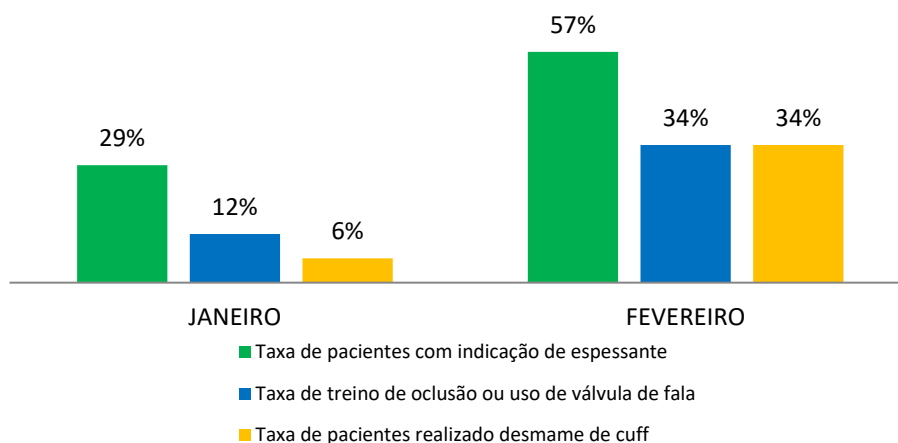
Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações



■ Número de atendimentos ■ Número de avaliações ■ Número de altas da fonoaudiologia

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral



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.

Observação: Os dados do setor de Terapia Ocupacional não foram mensurados no mês de janeiro de 2025, pois não houve profissional disponível na unidade durante este período.

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.

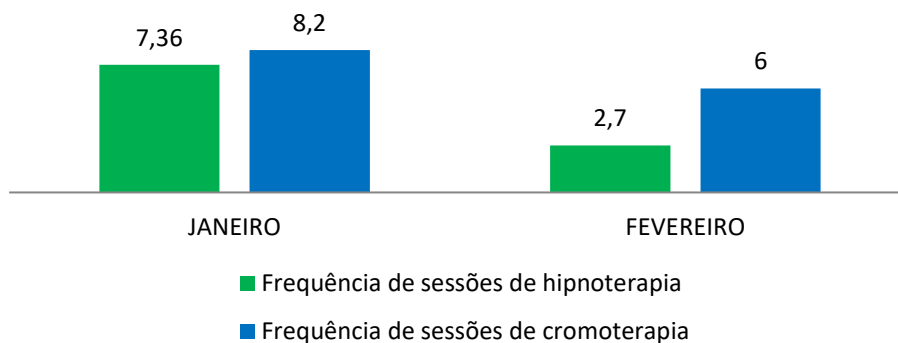
- Hipnoterapia: Abordagem terapêutica que utiliza a hipnose como uma ferramenta para tratar uma variedade de condições psicológicas e emocionais.
- Cromoterapia: Abordagem alternativa que utiliza cores e luzes para promover a saúde e o bem-estar. A ideia é que diferentes cores e comprimentos de onda 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 (O₃) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonoterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

Tabela 49 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Frequência de sessões de hipnoterapia	100%	7,36	2,7
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8,2	6
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	6	4	7
Número de pacientes ozoterapia	M/R	21	27
Número de atendimentos de ozoterapia	M/R	100	109
Consumo de cilindro o ²	M/R	1,5	1

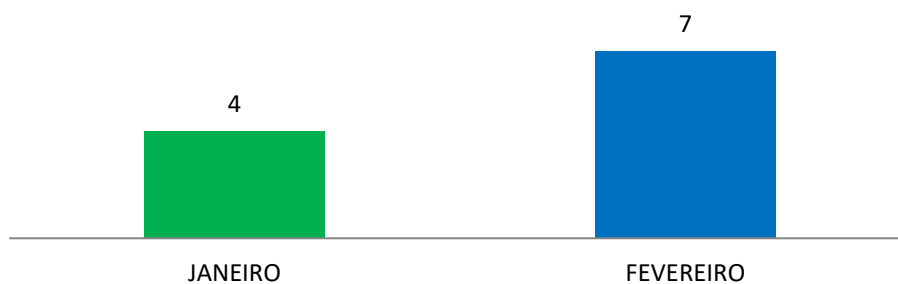
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



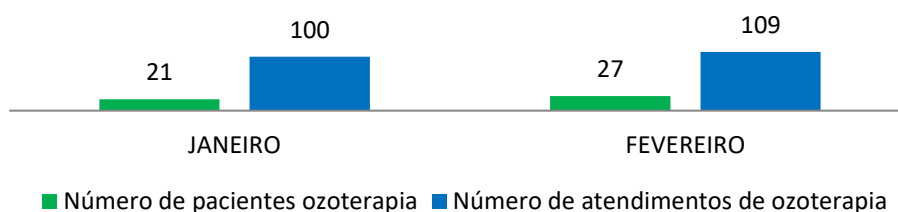
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Número de Ozoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 77 – Consumo de cilindro o²



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.8. Estomaterapia

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

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

Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia

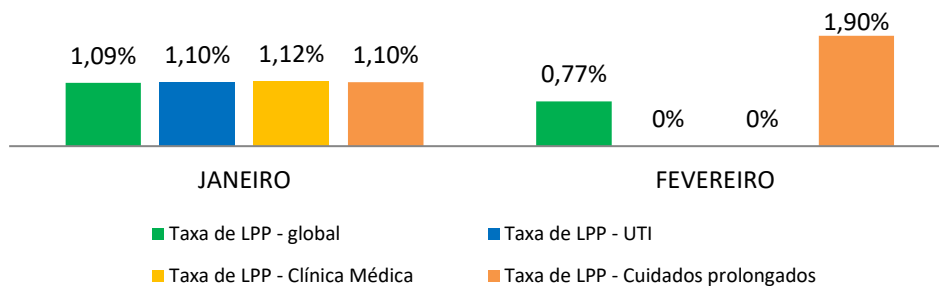
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de LPP - global	15%	1,09%	0,77%
Taxa de LPP - UTI	5%	1,10%	0%
Taxa de LPP - Clínica Médica	5%	1,12%	0%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	5%	1,10%	1,90%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor ,melhor	40	73
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor ,melhor	3	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANALISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

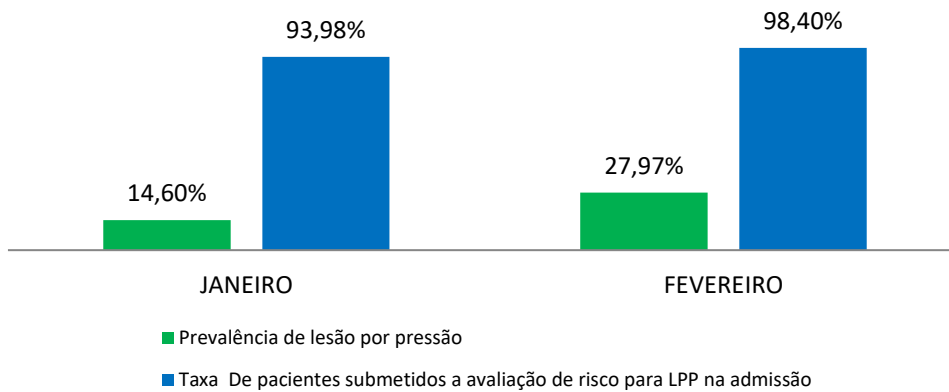
Foi realizada uma orientação à equipe de enfermagem sobre a mudança de decúbito como medida preventiva para lesões por pressão (LPP) e lesões causadas por dispositivos. A orientação ocorreu de 01/02/2025 a 28/02/2025, sendo concluída com êxito. A atividade foi realizada de forma presencial (IN LOCO).

Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão



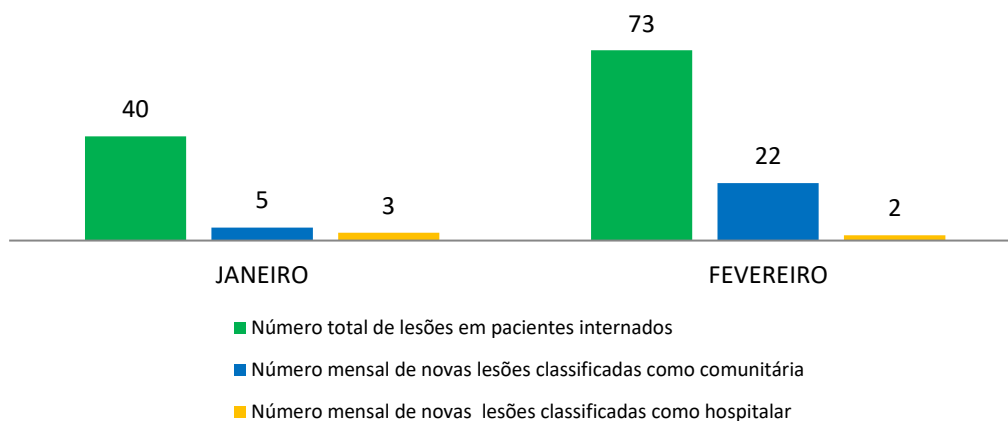
Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP



Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

Gráfico 80 – Número total de lesões



Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

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

3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

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

Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de nc tratata total	>85%	87%	81%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%
Número de visitas técnicas	30	35	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262
Circunstância notificável	M/R	115	236
Near miss (quase erro)	M/R	15	17
Incidente com dano	M/R	46	44

(evento adverso)			
Incidente sem dano	M/R	23	26
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de nc tratata total	>85%	91%	81%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%
Número de visitas técnicas	30	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115
Circunstância notificável	M/R	82	125
Near miss (quase erro)	M/R	3	33
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8

Incidente sem dano	M/R	10	5
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de nc tratata total	>85%	95%	95%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%
Número de visitas técnicas	30	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56
Circunstância notificável	M/R	5	49
Near miss (quase erro)	M/R	1	4
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3
Incidente sem dano	M/R	5	2

Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%
Número de visitas técnicas	30	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24
Circunstância notificável	M/R	1	17
Near miss (quase erro)	M/R	1	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11
Incidente sem dano	M/R	4	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1

Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%
Número de visitas técnicas	30	10	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40
Circunstância notificável	M/R	4	8
Near miss (quase erro)	M/R	0	6
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14
Incidente sem dano	M/R	1	13
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7

Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%
Número de visitas técnicas	30	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1
Circunstância notificável	M/R	11	0
Near miss (quase erro)	M/R	4	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1
Incidente sem dano	M/R	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0

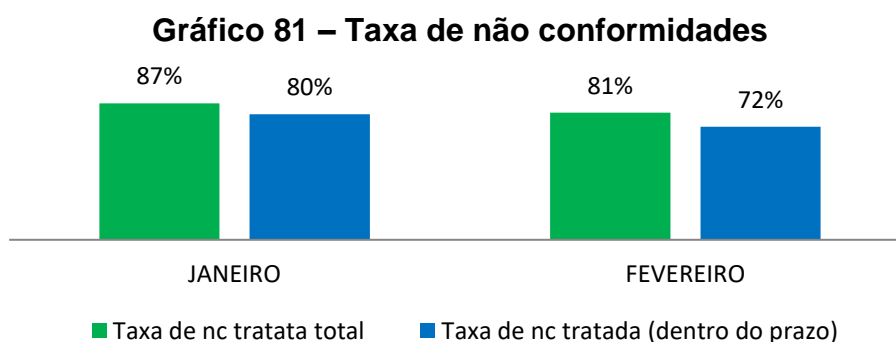
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0

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

ANALISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

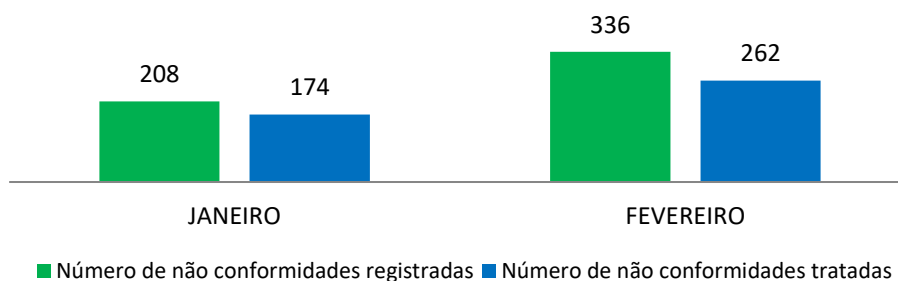
As taxas de NC's Tratadas dentro do prazo e NC's Tratadas total ficaram abaixo da meta estabelecida. Embora a implementação de um novo processo de respostas das NC's não seja tão recente, ainda estamos em fase de adaptação. Durante esse período, realizamos orientações aos gestores constantemente sobre a importância das respostas e do cumprimento dos prazos. No entanto, a mudança nos processos e a adaptação da equipe para atender a essas demandas de forma mais eficiente ainda está em progresso, o que impactou os resultados deste período. Estamos comprometidos em continuar trabalhando para melhorar esses índices e garantir que as metas sejam atingidas.

No que diz respeito aos eventos adversos, estamos monitorando em tempo real as notificações e os planos de ação apresentados pelos supervisores da área, com o intuito de reduzir tanto a incidência quanto a reincidência desses eventos. Acompanhamos de perto cada notificação para garantir que as medidas corretivas sejam tomadas de forma eficaz.



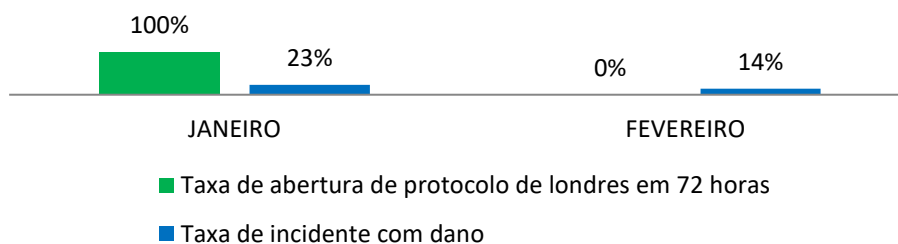
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 82 – Número de não conformidades



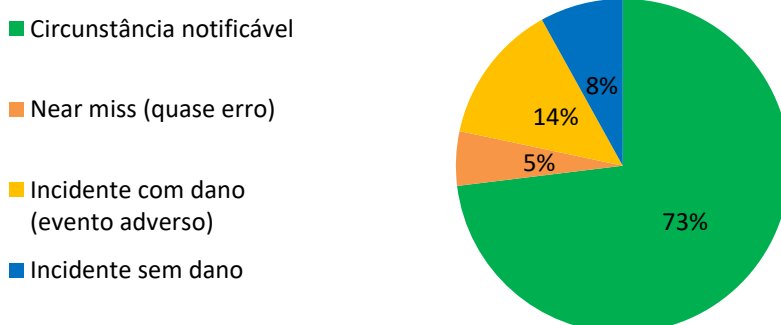
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano



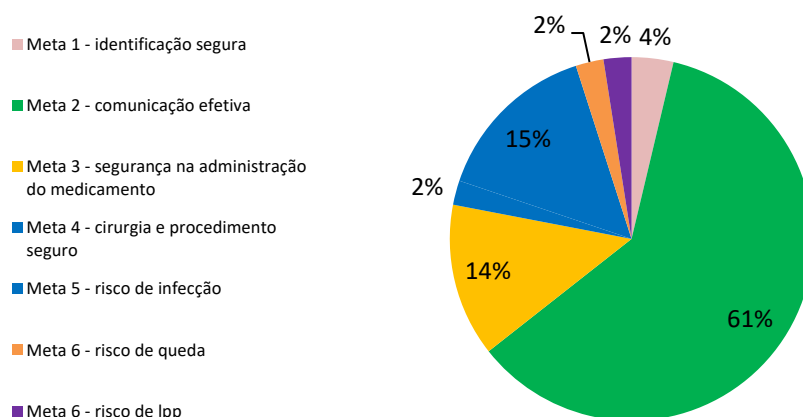
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades em Fevereiro/25



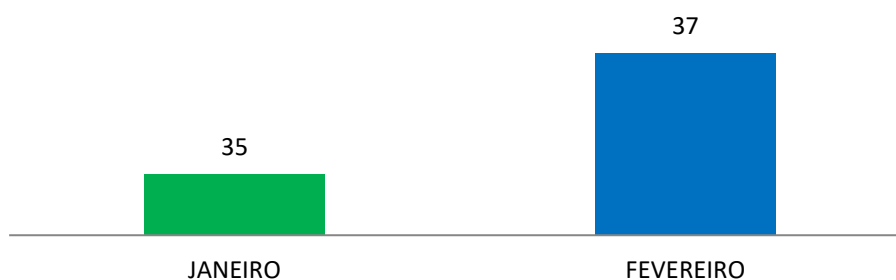
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades – Fevereiro/25



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

Gráfico 86 – Número de visitas técnicas



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

3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número total de iras	0,00	8	6
Taxa de infecção hospitalar	0,00%	4,82%	4.80%
Densidade incidência de iras	0,00%	1,6%	1.30%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0,00%	13,16%	7.02%

Densidade incidência pav	3,78%	7,41%	0%
Densidade incidência itu	1,04%	0%	4,85%

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Numero total de iras	0	5	5
Densidade incidência de iras	0%	3,57%	3.75%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	15,15%	9.07%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22.11 ml

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Numero total de iras	0	0	0
Densidade incidência de iras	0,00%	6,69	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0,00%	18,18	0%
Densidade incidência pav	0,00%	36,26	0%
Densidade incidência itu	0,00%	0,00	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	0,00%	10,37%	11.76%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	0,00%	18,39%	34.12%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	0,00%	15,72%	23.92%
Percentual de adesão	0,00%	53,33%	88.2%

ao bundle de inserção de cvc			
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	0,00%	100%	100%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67.63 ml	76.14 ml

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Numero total de iras	0,00	0	0
Densidade incidência de iras	0,00%	0%	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0,00%	0%	0%
Densidade incidência pav	0,00%	0%	0%
Densidade incidência itu	0,00%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	0,00%	1,52%	0%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	0,00%	14,21%	3.68%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	0,00%	12,18%	15.34%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	0,00%	100%	50.%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	0,00%	91,07%	100%
Consumo de produto	20 ml	26.50 ml	40.61 ml

alcoólico em ml			
-----------------	--	--	--

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Numero total de iras	0,00	1,00	1
Densidade incidência de iras	0,00%	0,34%	0,37%

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Numero total de iras	0	0	0

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

Observação: Os dados de janeiro foram revisados e ajustados conforme necessidade.

ANALISE CRÍTICA – SCIH

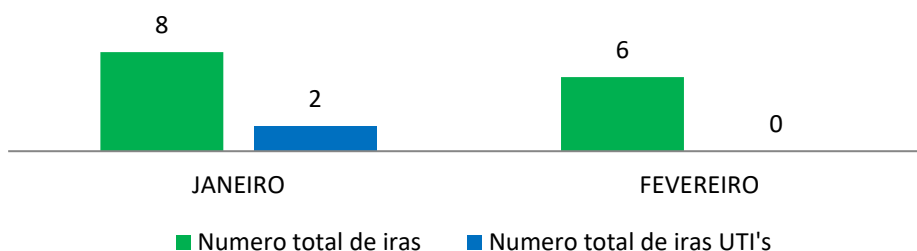
Janeiro: Para a redução das infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS), foi implantado o monitoramento dos Bundles de manutenção e inserção de CVC, IOT e SVD por meio de formulários eletrônicos (Forms). Além da implementação, houve o acompanhamento sistemático da adesão ao preenchimento, com o objetivo de garantir maior controle sobre a conformidade das práticas assistenciais e promover a melhoria contínua na prevenção de infecções.

Fevereiro: Foram desenvolvidas estratégias para a redução de infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS) nas unidades Colibri e UTIs, incluindo a participação ativa na construção de um PDCA. Houve envolvimento contínuo nas discussões sobre os cuidados com cateteres centrais nos plantões diurnos e noturnos, incluindo a participação do nefrologista.

Dentre as medidas implementadas, destaca-se a colaboração com a supervisão administrativa para a implantação de chuveirinhos, permitindo

banhos sem imersão completa dos pacientes com cateteres. Além disso, foram discutidas e implementadas adequações nos kits de cateteres centrais conforme o tipo de dispositivo utilizado, bem como a avaliação de novas películas para curativos de CVC.

Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



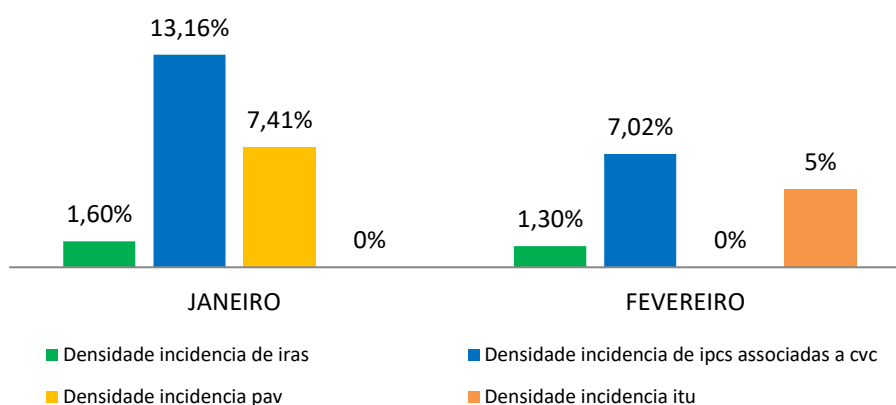
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global



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

Gráfico 89 - Densidade Incidência



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 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de notificações realizadas	M/R	11	10
Quantidade de paciente com covid- proveniente do hmg	M/R	8	2
Quantidade de paciente com dengue- proveniente do hmg	M/R	0	2
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	66,67%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0

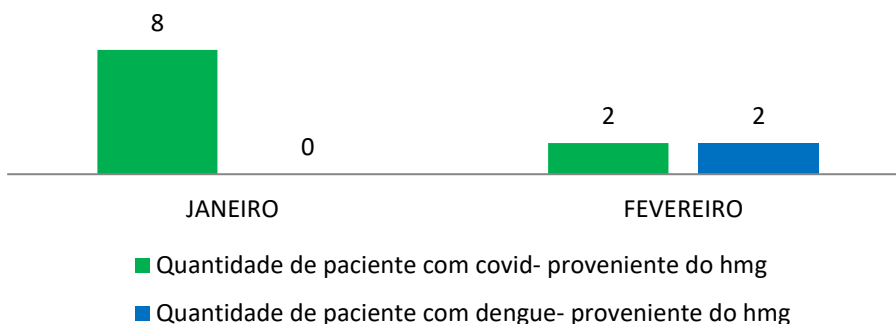
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 90 – Número de notificações realizadas



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

Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG



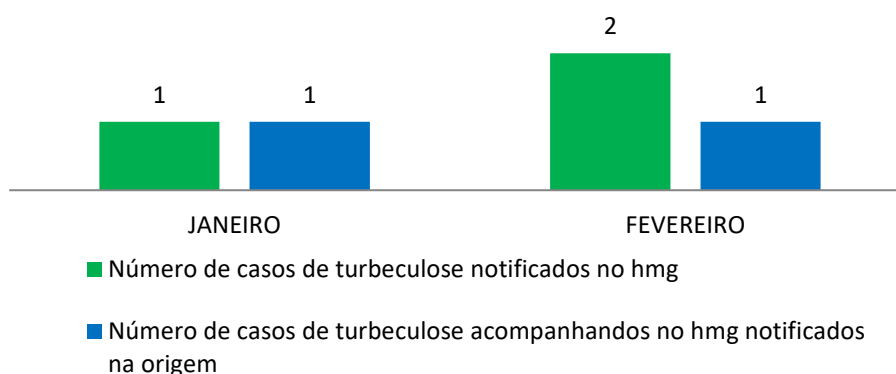
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID



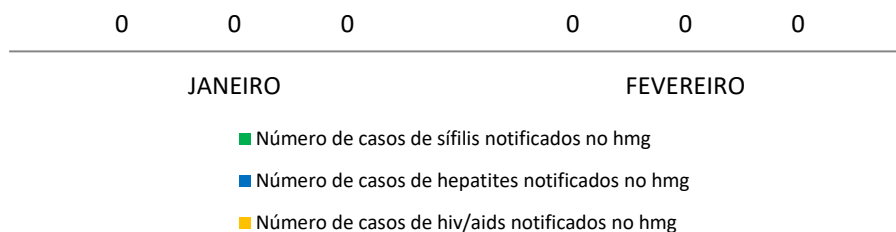
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose



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

Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).



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 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%
Tempo de solicitação x realização de cateter	M/R	4	5
Número de admissões	M/R	166	125
Número de fichas aceitas	M/R	188	149
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943
Número de fichas canceladas	M/R	22	24
Número de transferências externas	M/R	20	22
Número de avaliações externas	M/R	109	110

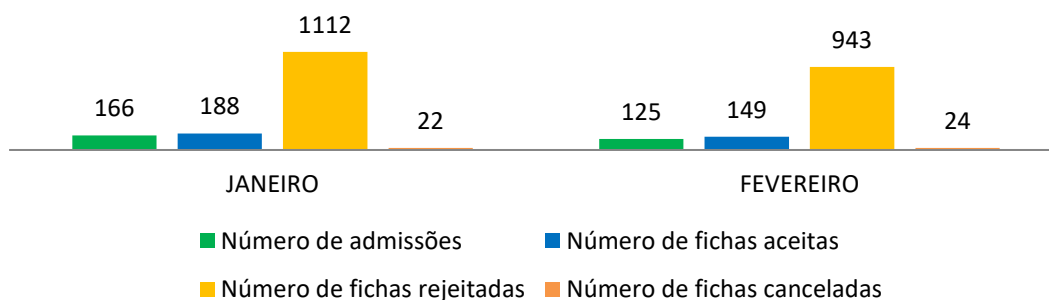
Número de remoções	M/R	138	132
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0

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

ANALISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

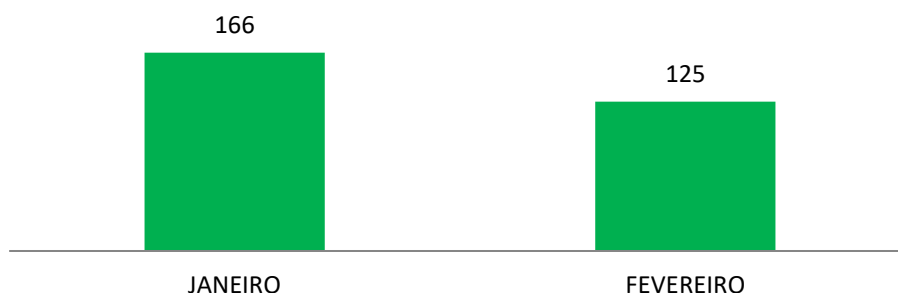
Iniciamos o agendamento de consultas com o cardiologista imediatamente após a realização do cateterismo, visando assegurar que o paciente continue recebendo acompanhamento médico especializado de forma contínua. Essa medida tem como objetivo garantir que todos os aspectos da saúde cardiovascular do paciente sejam monitorados e tratados adequadamente, proporcionando uma transição mais tranquila e segura entre o procedimento e o acompanhamento pós-operatório. Além disso, ao integrar esse acompanhamento dentro da rede de saúde, buscamos oferecer um suporte mais eficaz e integrado, promovendo uma recuperação mais rápida e prevenindo complicações futuras.

Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS



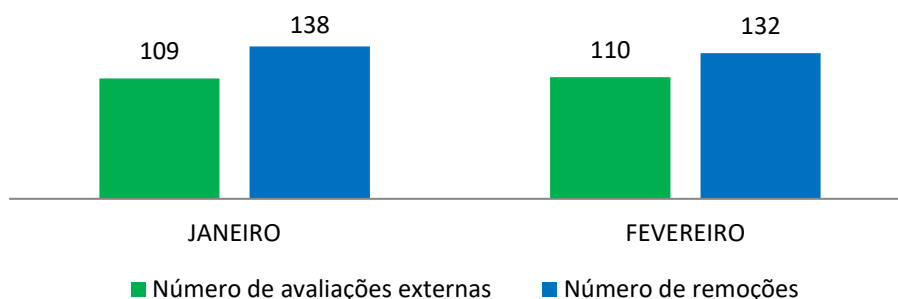
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos



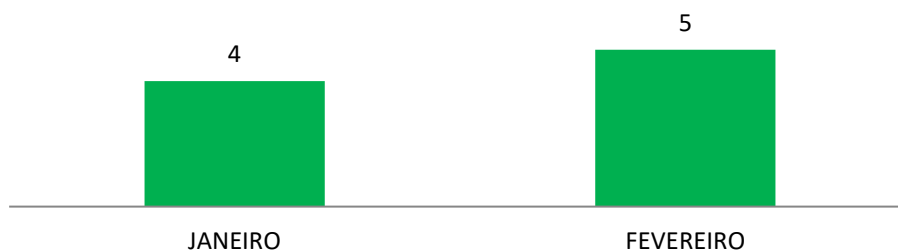
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 97 – Serviço de Remoções



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

Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias)



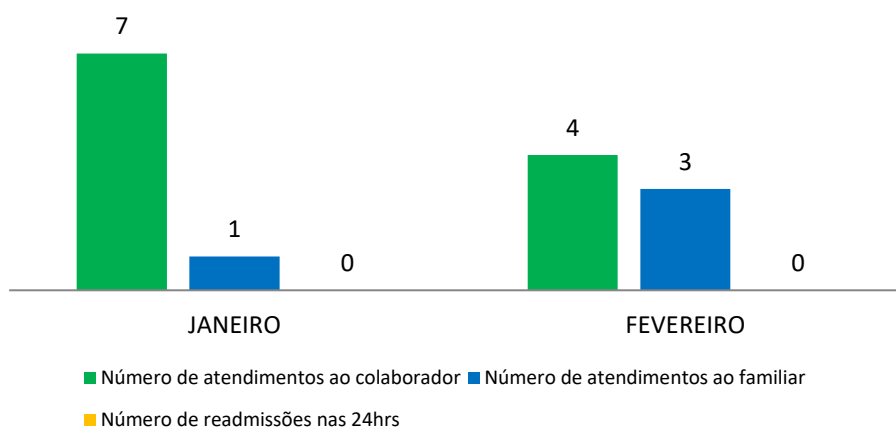
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões



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 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

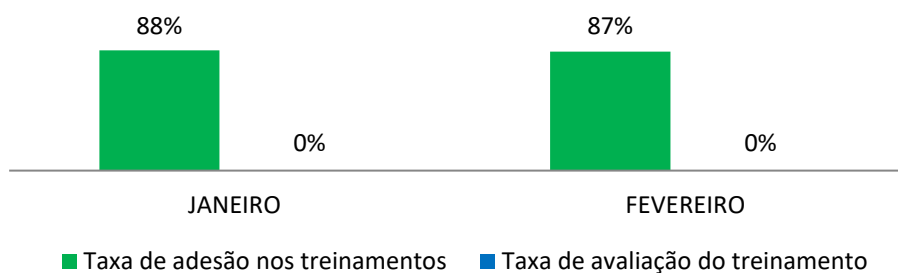
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%
Taxa de avaliação do pós teste*	50%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20
Número total de participações	624	755	967
Número de horas realizadas de treinamento	50	450,15	782
Homem hora	1	2,21	1,18

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANALISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

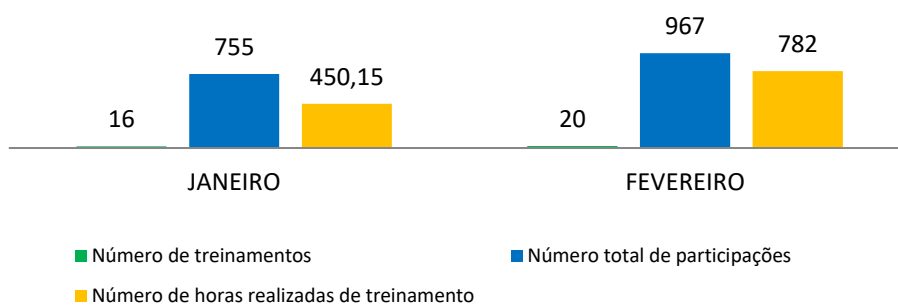
A taxa de avaliação do pós-teste será mensurada com base nos treinamentos, que têm como objetivo a absorção de conhecimento. Essa taxa pode variar conforme a demanda e os meses. A taxa de avaliação de eficácia está atualmente em análise, enquanto a taxa de avaliação de reação do treinamento não foi contabilizada, pois não houve treinamentos relacionados a esse critério. Quanto às horas de treinamento, informamos que foi realizada a retificação das horas registradas no mês de janeiro, pois houve um erro no lançamento das informações na planilha enviada anteriormente. A meta dessas horas está sendo revisada.

Gráfico 101 – Taxa de treinamentos



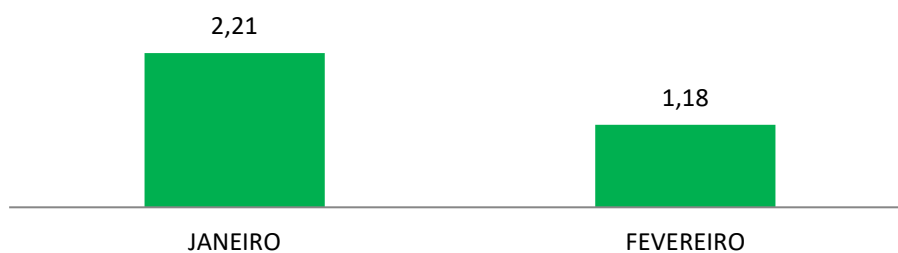
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 103 – Homem hora



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – Fevereiro 2025

- DSS - NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas;
- DSS - NR 23 - Prevenção e combate ao princípio de incêndio;
- DSS - NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- DSS - PGRSS - Boas práticas e disseminação do programa e política ambiental;
- DSS - Gerenciamento de riscos ocupacionais;
- Treinamento de código de ética;
- Treinamento agendamento pós-cateterismo serviço social;
- Treinamento de aplicação de contenção mecânica;
- Treinamento de boas pratica na prevenção da flebite;
- Treinamento de mudança de decúbito;
- Treinamento de rotinas assistenciais, protocolos institucionais (novos colaboradores);
- Treinamento de técnica de curativos e coberturas e cuidados de enfermagem com gastronomias;
- Treinamento DSS-pós-acidente com material perfuro cortante;
- Treinamento estação de RH férias;
- Treinamento SISQUAL-tratativa de ponto;
- Treinamento sobre a elaboração do plano terapêutico;
- Treinamento sobre aprazamento;
- Treinamento sobre identificação de dispositivos e insumos;
- Treinamento sobre o plano de alta multiprofissional;
- Treinamento de balanço hídrico.

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 66 – Indicadores de Farmácia

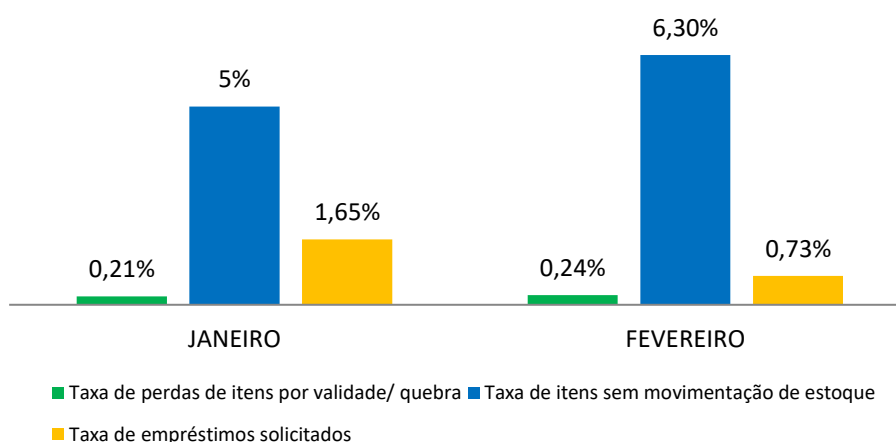
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 1,5%	5%	6,3%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%
Intervenções farmacêuticas realizadas	A DEFINIR COM A SEDE	21%	23%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANALISE CRÍTICA – FARMÁCIA

O indicador de Taxa de Empréstimos Solicitados foi registrado um empréstimo de Heparina FA EV devido a um problema de integração do item no sistema Síntese com o SMPEP. Além disso, houve a solicitação de empréstimo de Campo Fenestrado, pois o Departamento de Compras não conseguiu obter cotações de fornecedores.

Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 107 – 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 67 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Lançamento de cotações	M/R	21	26
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%
Percentual de entrega parcial	<15%	10%	5%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 108 – Lançamentos de cotações



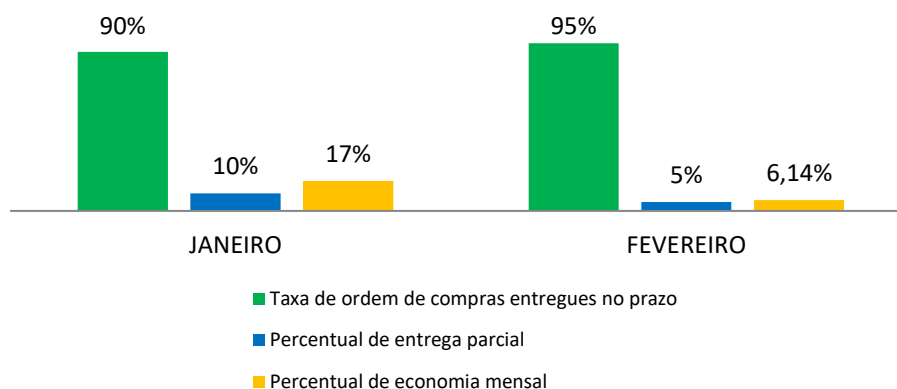
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 110 – Número de compras emergenciais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.7. INFRAESTRUTURA

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

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

Tabela 68 – Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	M/R	96%	99%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38
Reincidência de manutenção corretiva	M/R	9%	11%
Taxa de disponibilidade do equipamento	M/R	99%	99%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0,00%	0,00%
Taxa de manutenção corretiva	85%	94%	96%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124

Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2
Número de inspeção de de rotina	M/R	341	315
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 113 – Reucidência de manutenção corretiva



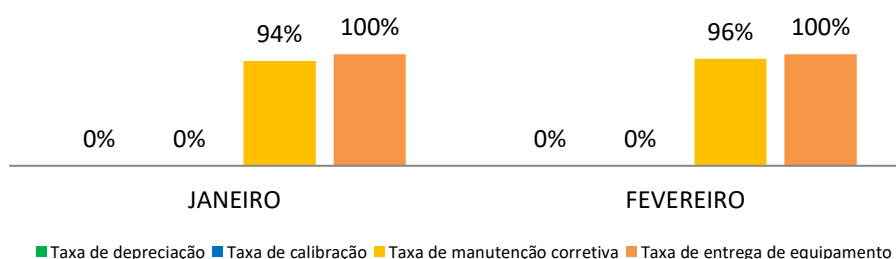
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento



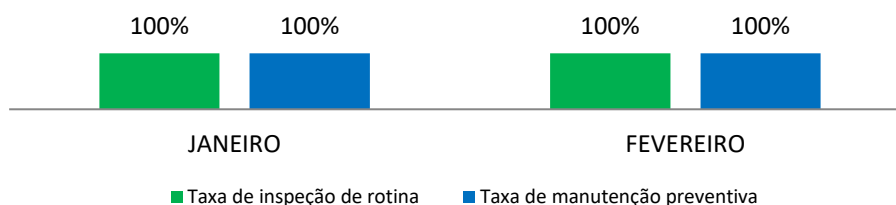
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

3.7.2. Manutenção Predial

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

- Preservação das Instalações;
- Segurança e Conformidade;
- Operação Eficiente de Equipamentos;

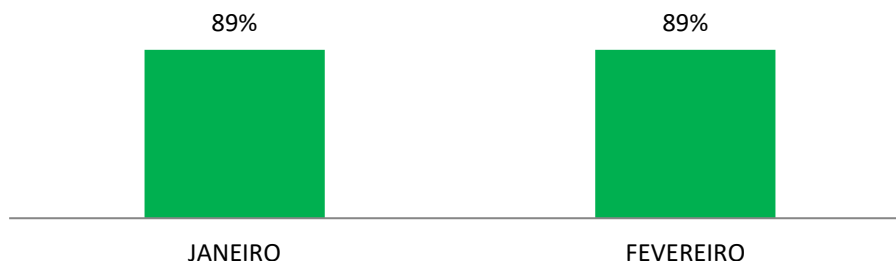
- Gestão de Emergências;
- Sustentabilidade e Eficiência Energética.

Tabela 69 – Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89,00%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	69,63 min	95,21 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356
Número manutenção preventiva	M/R	237	278
Número inspeção de rotina	M/R	157	103
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados



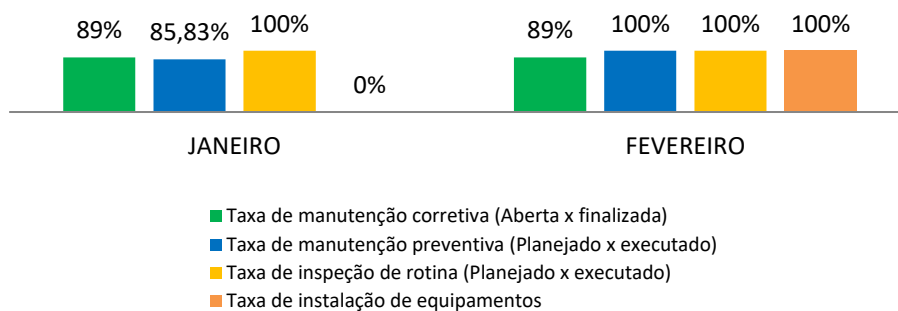
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)



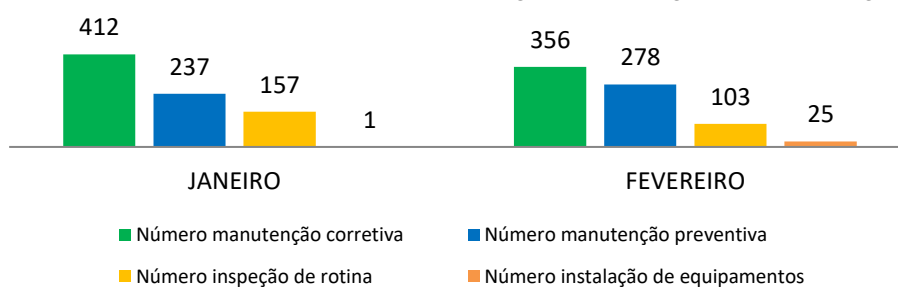
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

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

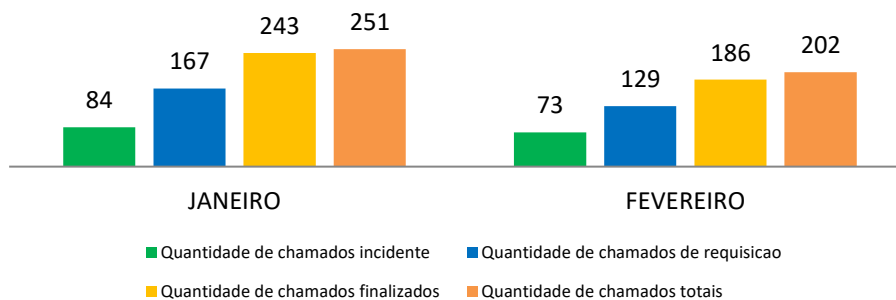
- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas;
- Suporte à Assistência ao Paciente;
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 70 – Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73
Quantidade de chamados de requisicao	M/R	167	129
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202
Tempo medio de solucao em horas	4h	2h	3h
Indisponibilidade de internet	1h	00:00:00	00:00:00
Indisponibilidade do sistema	00:30	00:00:00	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%

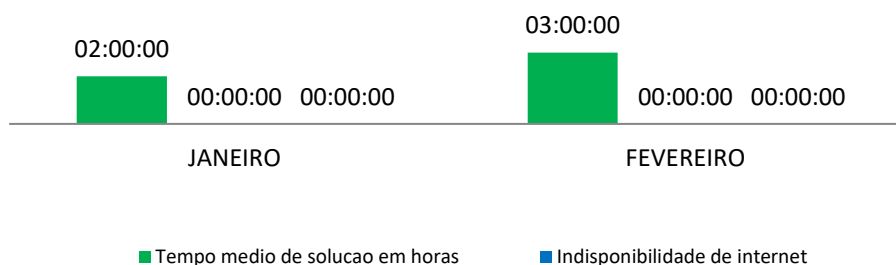
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP

Gráfico 121 – Quantidade de chamados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. Qualidade

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

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

Tabela 71 – Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%
Taxa de comissões realizadas	>80%	80%	100%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%
Número de documentos retroativos	0,00	229	223
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36
Número de documentos não realizados	M/R	0	0
Número de documentos enviados para terceiros	M/R	0	3
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0
Número de documentos	M/R	0	28

disponibilizados na REDE			
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100,00%	83%	83%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

Em relação à Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo, dos 21 indicadores previstos, 15 foram entregues pontualmente. Quanto à Taxa de Comissões Realizadas, 3 comissões programadas não ocorreram no mês. Na Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo, 5 atas foram entregues após o prazo, impactando o cumprimento da meta.

Em relação ao Número de Visitas Técnicas/Auditorias Externas Realizadas, destacam-se a visita externa ao Escritório de Qualidade e Segurança do Paciente e a Auditoria Interna na Qualidade – SEDE Morumbi.

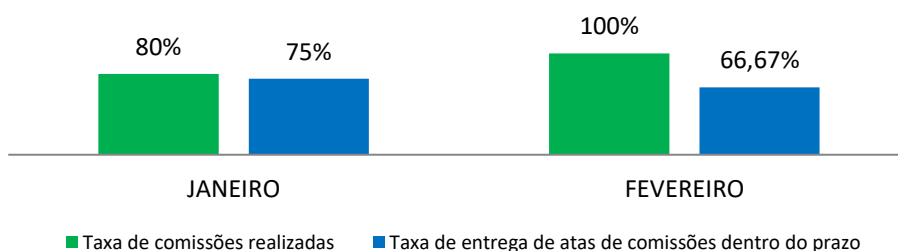
Por fim, em termos de Orientações/Treinamentos Realizados, foram realizadas ações focadas nas comissões e indicadores, visando à melhoria contínua do desempenho da equipe e ao cumprimento das metas, com ênfase no acompanhamento de indicadores e na colaboração entre as equipes para alcançar os objetivos estabelecidos.

Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 126 – Comissões



■ Taxa de comissões realizadas ■ Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo

Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 127 – Número de documentos retroativos



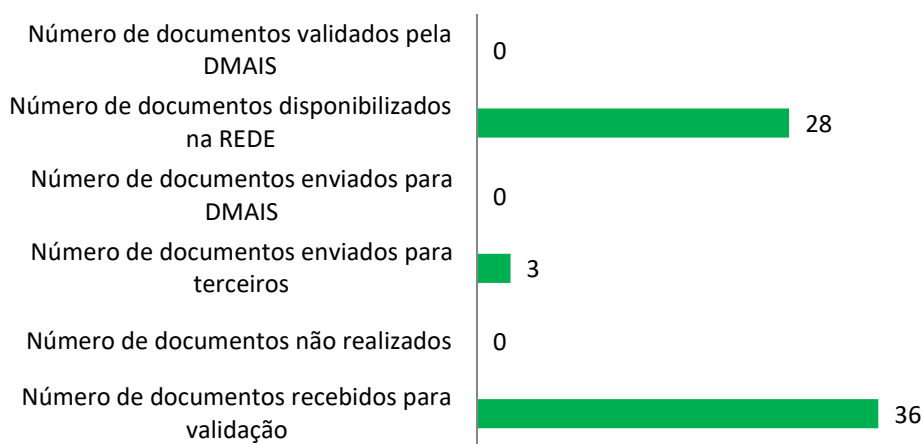
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 129 – Documentos Fevereiro/25



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA



Fonte: Relatório de Qualidade.

3.9.2. Faturamento

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

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

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

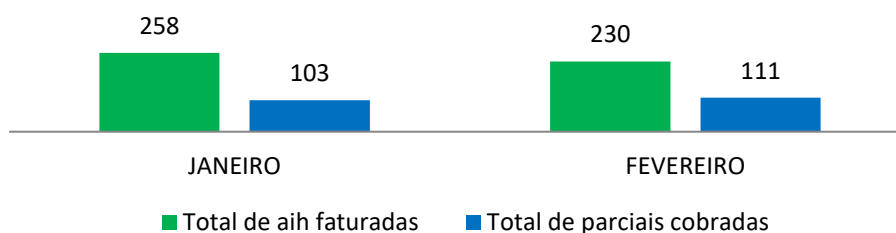
Tabela 72 – Indicadores de Faturamento

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Total de aih faturadas	M/R	258	230
Total de parciais cobradas	M/R	103	111
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	100%	100%	100%

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

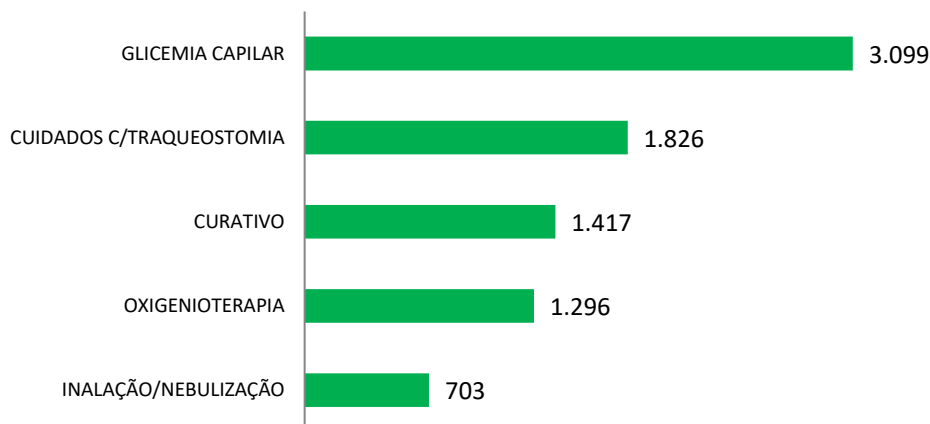
*As devolutivas para correções enviadas pela SMS terão um aumento considerável a partir do mês abril (2024), devido ao lançamento da diária de UTI, como não temos habilitação dos leitos as contas voltam para retirada das diárias; a quantidade de autorização de internação hospitalar (AIH) faturadas corresponde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

Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais



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

Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados Fevereiro/25



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

3.9.3. Prestação De Contas

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

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

Tabela 73 – Indicadores de Prestações de Contas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	*

Número de auditorias externas	N/A	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da sms	N/A	4521	4589
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7
Índice de orçado x realizado	N/A	9%	10%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

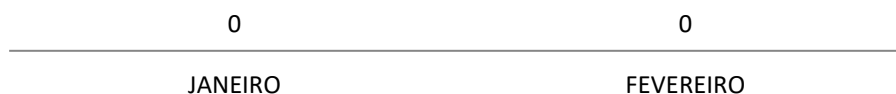
*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO - referente a esse indicador, a porcentagem ainda não está concluída. Dessa forma ele será informado retroativo no próximo mês.

Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



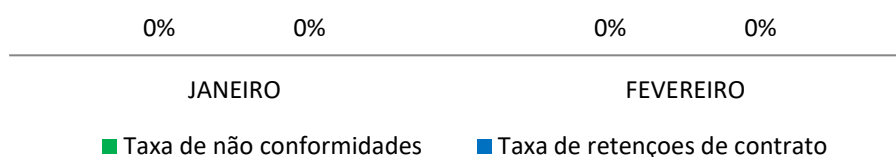
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 135 – Número de auditorias externas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da sms



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.4. Financeiro

O departamento financeiro na gestão hospitalar de contrato de gestão garante uma gestão eficiente dos recursos financeiros, o cumprimento das obrigações contratuais e regulatórias, e o suporte à governança e tomada de decisão estratégica da instituição de saúde.

Tabela 74 – Indicadores do Financeiro

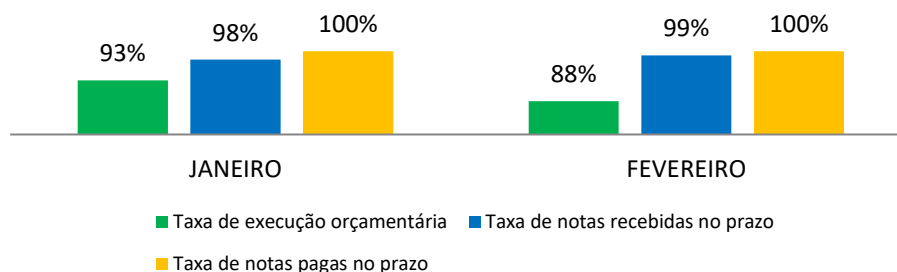
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/r	90	84
Notas de produtos/mês	M/r	98	91
Notas atrasadas/mês	0	4	1

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

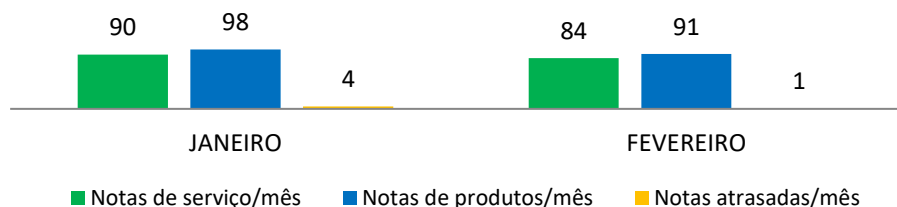
Em relação às notas atrasadas, apenas um prestador não conseguiu disponibilizar a nota dentro do prazo devido a problemas no sistema deles. Consequentemente, a taxa de notas recebidas no prazo reflete esse atraso. Quanto à taxa de execução orçamentária, ela indica o quanto do orçamento previsto foi realizado. No entanto, devido a alguns fatores como: quadro incompleto de colaboradores, variações no consumo de material, utilização reduzida das rubricas devido à falta de prestadores, entre outros, a execução orçamentária não pode ser de 100%.

Gráfico 140 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.5. Patrimônio

O patrimônio refere-se ao conjunto de bens e direitos que pertencem à instituição e são utilizados para o funcionamento adequado e prestação de serviços de saúde. Gerenciar o patrimônio hospitalar de forma eficaz é fundamental para garantir a sustentabilidade financeira, operacional e a qualidade dos serviços prestados. Aqui estão alguns aspectos importantes relacionados ao patrimônio na gestão hospitalar:

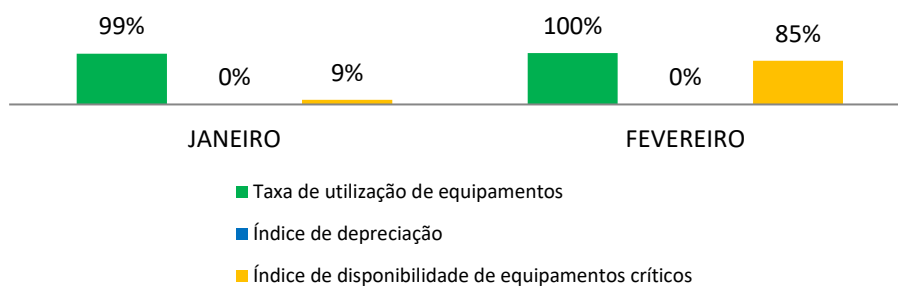
- Ativos Fixos;
- Inventário e Registro;
- Manutenção Preventiva;
- Avaliação e Depreciação;
- Segurança Patrimonial;
- Gestão de Contratos de Locação e Compra;
- Regularização e Documentação;
- Desativação e Descarte;
- Controle de Uso e Apropriação;
- Auditoria e Transparência.

Tabela 75 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de utilização de equipamentos	100%	99%	100%
Índice de depreciação	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	9%	85%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%

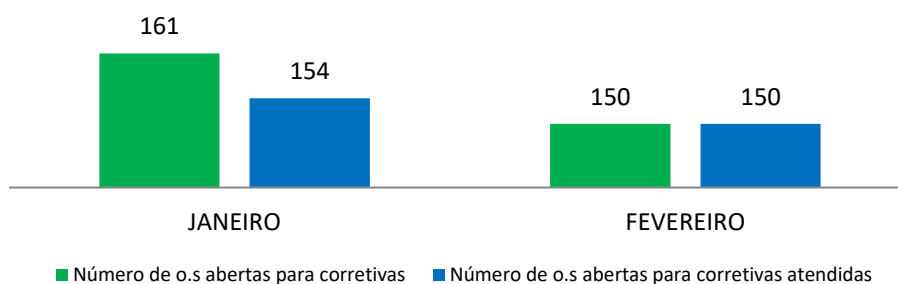
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos



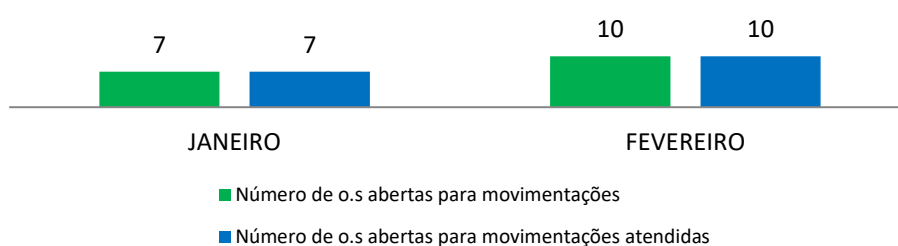
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas



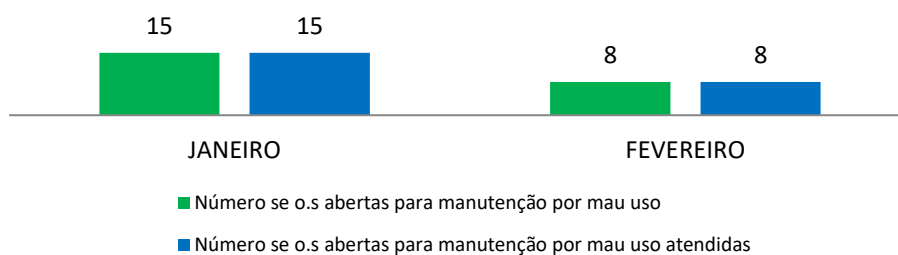
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações



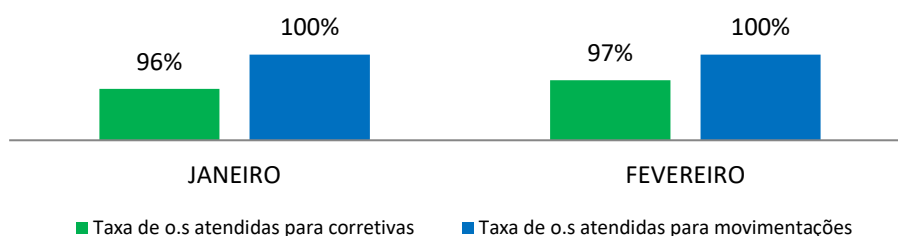
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



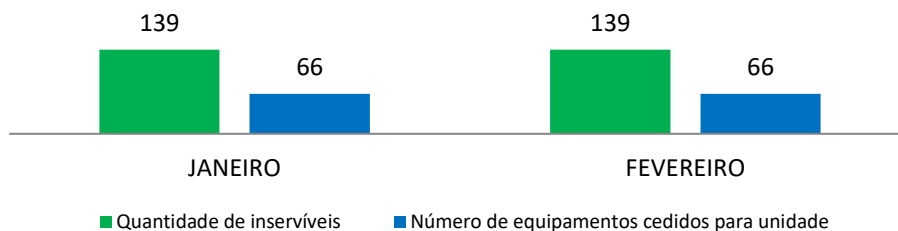
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços



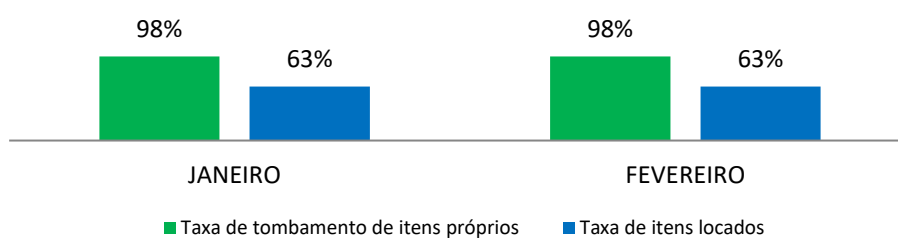
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.6. Contratos

Tabela 76 – Indicadores do Contratos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%
Número de aditivos	M/R	11	5
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	92%	92%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANALISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador de Índice de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100%, pois um dos contratos vigentes no mês de fevereiro não cumpriu as cláusulas contratuais. A empresa em questão foi notificada em 05/02, e a devolutiva foi recebida em 06/02.

Quanto ao indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos, a nota foi de 92%, devido a um dos contratos auditados ter obtido uma avaliação abaixo de 81%. Isso resultou em uma classificação do fornecedor como "bom", mas abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse fator impactou negativamente a média do indicador, refletindo a necessidade de melhorias no atendimento aos critérios da auditoria, embora o prestador ainda seja considerado qualificado.

Gráfico 150 - Índice de exatidão nos serviços prestados



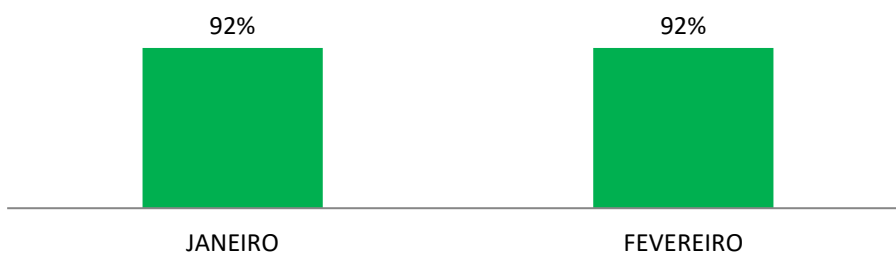
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 151 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.7. Hotelaria

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

na eficiência operacional e na imagem institucional. Aspectos importantes da hotelaria:

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

Tabela 77 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%
Taxa de enxovais recebidos com sujidade	0%	0%	0%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna)	0	0	0
Índice de evasão de roupas	0%	0%	*
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

*Dado a ser informado no mês de Março/2025

ANALISE CRÍTICA – ROUPARIA

A Taxa de Pedidos Atendidos (relacionada à Dispensação de Enxoval) está apresentando desempenho próximo da meta estabelecida, porém ainda há margem para melhorias. Esse desempenho pode ser atribuído ao processo de reposição de estoque de fronhas, o qual está em andamento. O fornecedor responsável já foi notificado, e estamos tomando as medidas necessárias para regularizar a situação.

Adicionalmente, os pedidos expressos continuam sendo realizados de forma emergencial, com o objetivo de repor o estoque de itens essenciais.

Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



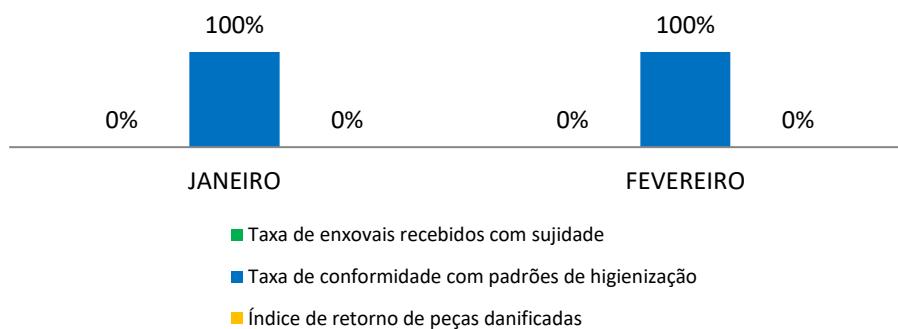
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas



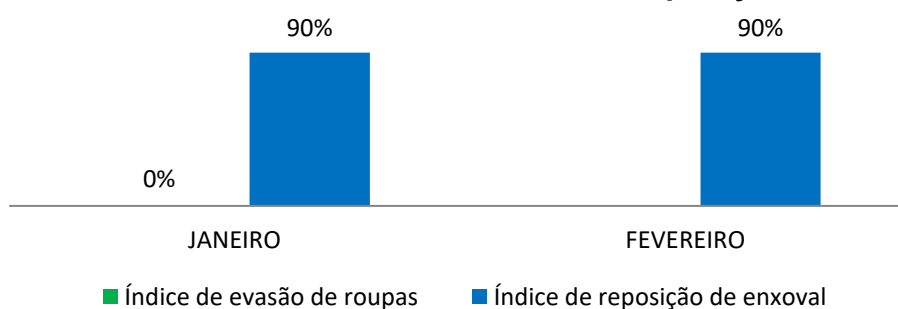
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)



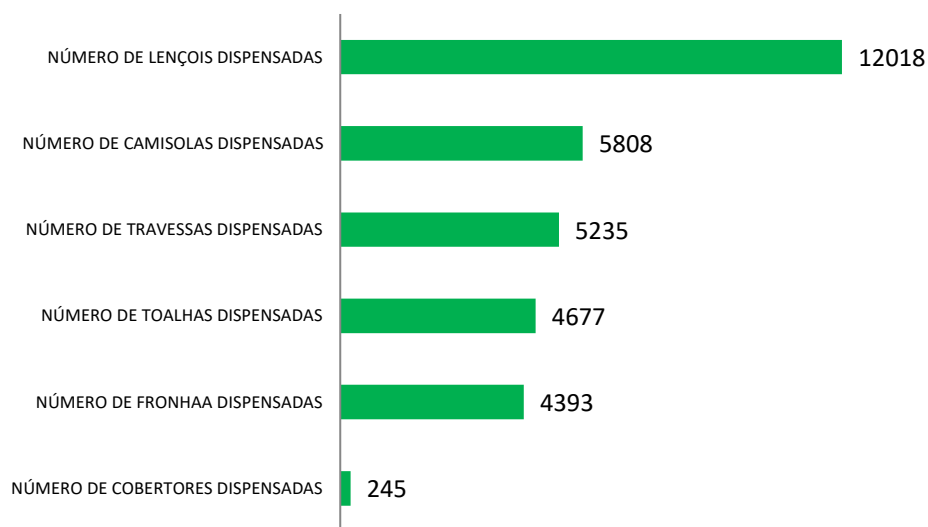
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 159 – Enxoval Dispensado em Fevereiro/25



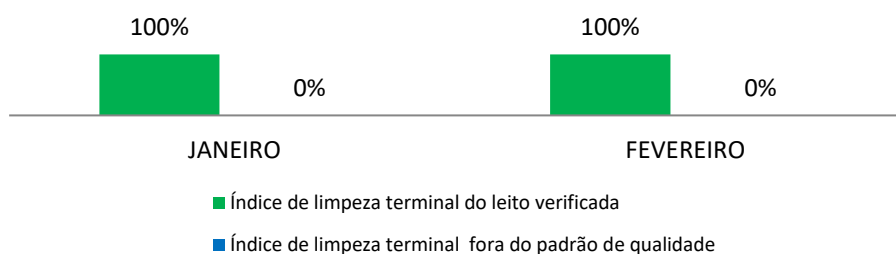
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 78 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%
Índice de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%

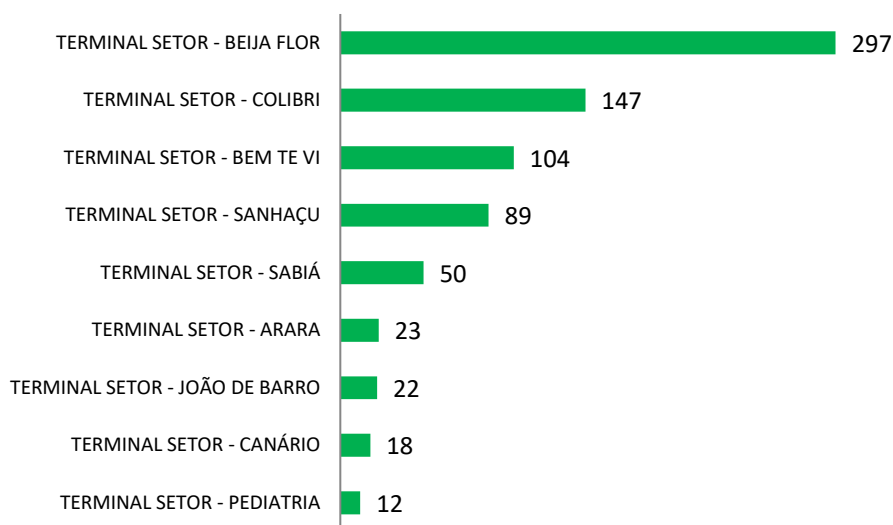
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 160 – Índices de higienização



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 161 – Terminais em Fevereiro/25



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

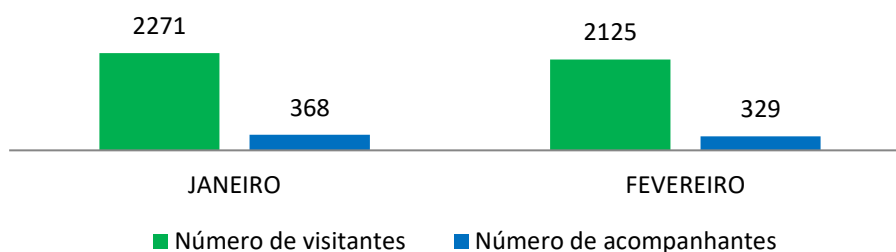
3.9.8. Recepção

Tabela 79 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de visitantes	M/R	2271	2125
Número de acompanhantes	M/R	368	329
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

3.9.9. Portaria

Tabela 80 – Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de ocorrências de segurança	M/R	0	0
Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	> 80%	100%	100%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

3.9.10. Jurídico

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

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

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

Tabela 81 – Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	
Cumprimento de prazos legais	100%	100%	100%
Número notificação enviada a fornecedores	M/R	1	0
Número de notificação respondida e resolvida por fornecedores	M/R	1	0

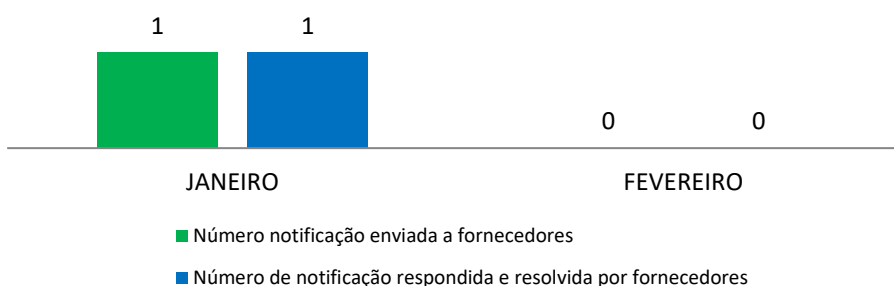
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 167 – Notificações de fornecedores



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 168 – Produção Jurídico



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

3.9.11. Ouvidoria

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

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

Tabela 82 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de resolução	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%
Tempo médio de resposta	5	1	3
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29
Número de elogios	M/R	42	15

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%
Taxa de reincidência	< 5%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%
Tempo médio de resposta	8	2	3
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANALISE CRÍTICA – OUVIDORIA

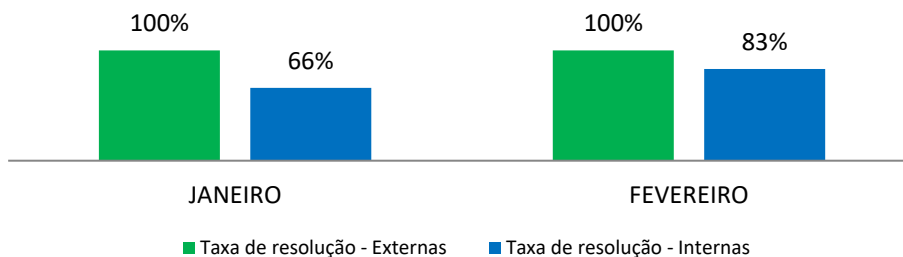
Em fevereiro, a taxa de reincidência foi de 100%, indicando que todas as ocorrências registradas nesse período foram reincidentes. Não houve mudanças significativas nas situações observadas, uma vez que todos os casos permaneceram dentro das mesmas classificações, sem novidades ou variações. Esse cenário reflete a continuidade das questões previamente identificadas, sem novos fatores ou ocorrências fora do padrão estabelecido.

Quando falamos sobre NPS, nosso objetivo é sempre entender o que motivou uma nota baixa na pergunta: "Com base em sua experiência com nosso serviço de saúde, você nos recomendaria para um amigo ou familiar? (Nota de 1 a 10, sendo 10 muito satisfatório)". Nesses casos, investigamos as razões da avaliação negativa e buscamos identificar o que faltou na assistência como um todo, para termos uma visão clara dos pontos a serem aprimorados. Esse feedback é compartilhado com a equipe e se torna um importante instrumento para o processo de melhoria contínua.

Vale ressaltar que não consideramos apenas a avaliação de um único paciente, mas sim a média das notas de todos os pacientes ao longo do mês, utilizando a Calculadora de NPS. Além disso, todos os apontamentos e

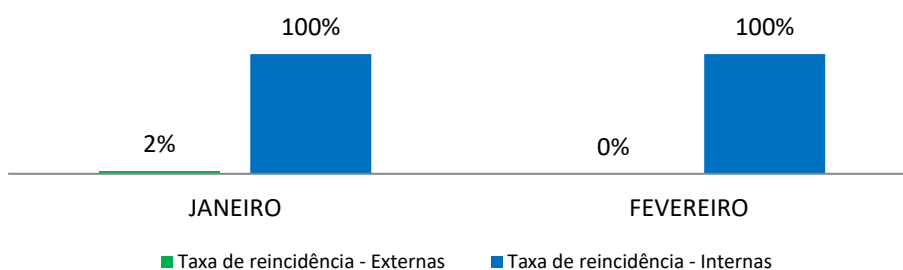
sugestões são cuidadosamente acompanhados e analisados, garantindo que as ações corretivas sejam implementadas sempre que necessário.

Gráfico 169 – Taxa de resoluções



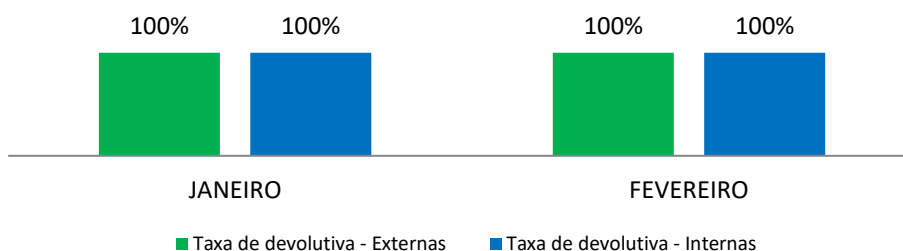
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 170 – Taxa de reincidência



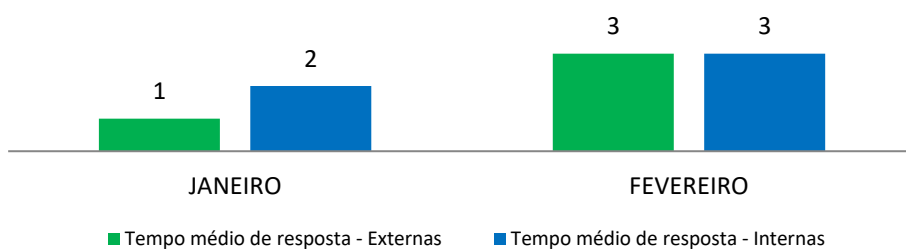
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 171 – Taxa de devolutivas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 172 – Tempo médio de resposta



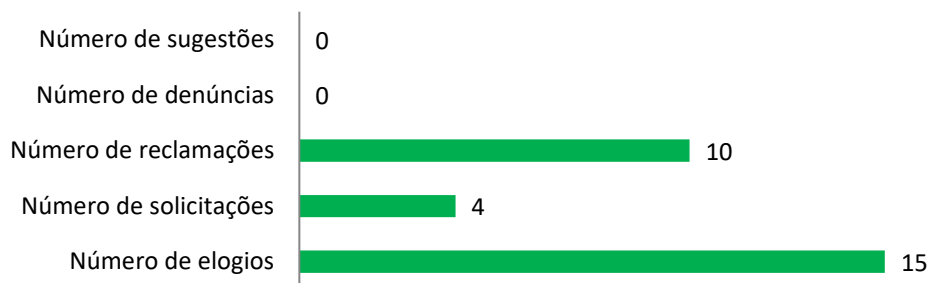
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas em Fevereiro/25



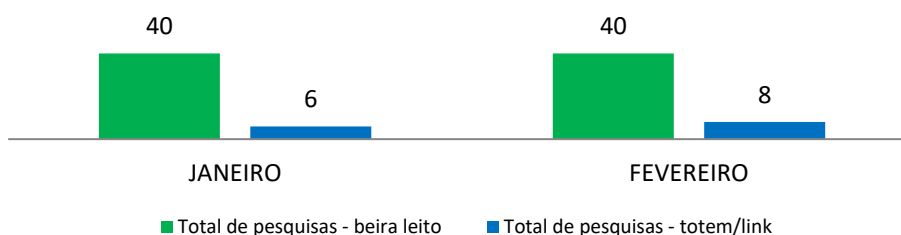
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 176 – Total de pesquisas internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 177 – Total de manifestações internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

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

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

A Prefeitura, por meio da Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS), tem adotado medidas para aprimorar a gestão e

monitoramento das parcerias, utilizando sistemas de informação para otimizar os fluxos de trabalho e garantir a qualidade no processo de avaliação.

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

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

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

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

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

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

5. INDICADORES CONTRATUAIS

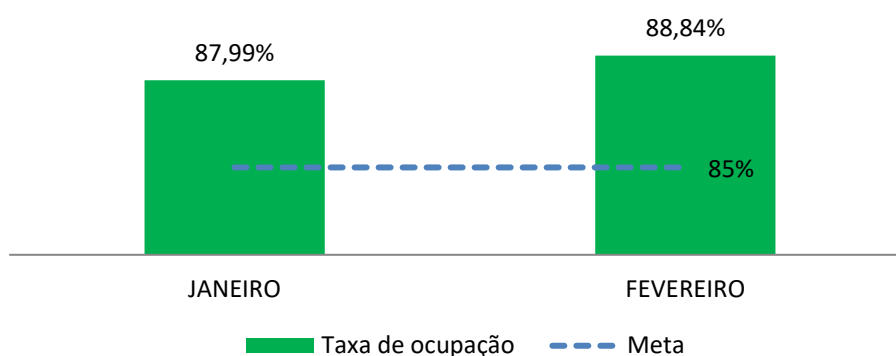
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FREVEIREIRO
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	100%
Taxa de apresentação de AIH	100%	100%	100%

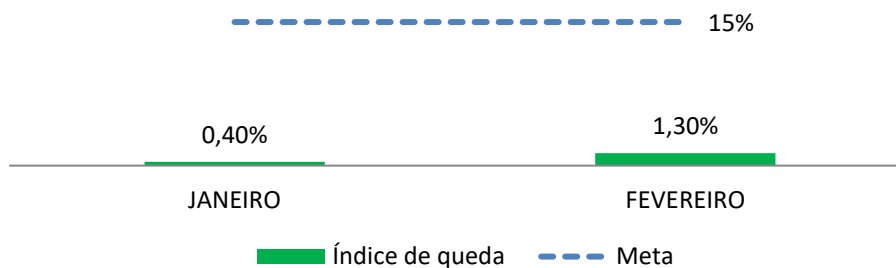
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 178 – Taxa de ocupação



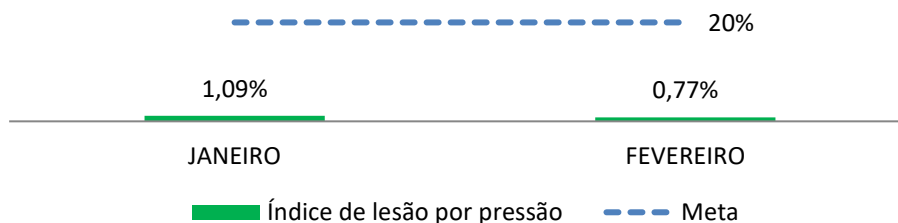
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 179 – Índice de queda



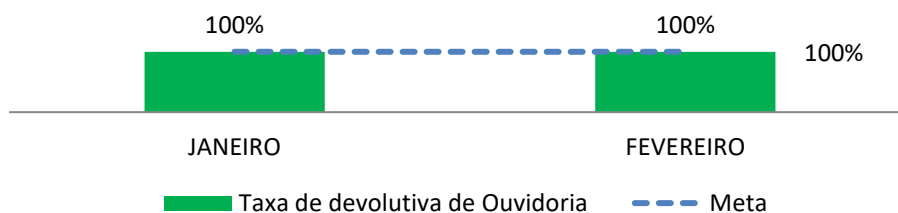
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão



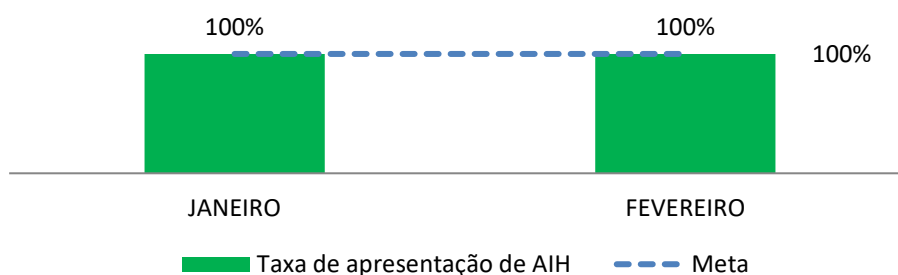
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

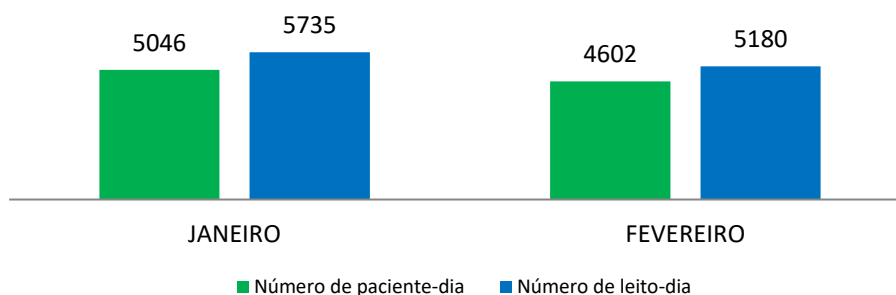
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de paciente-dia	5046	4602
Número de leito-dia	5735	5180
Número de quedas	2	6
Casos de lesão por pressão	3	2
Devolutivas de ouvidoria	51	29
Número de AIH's	258	230

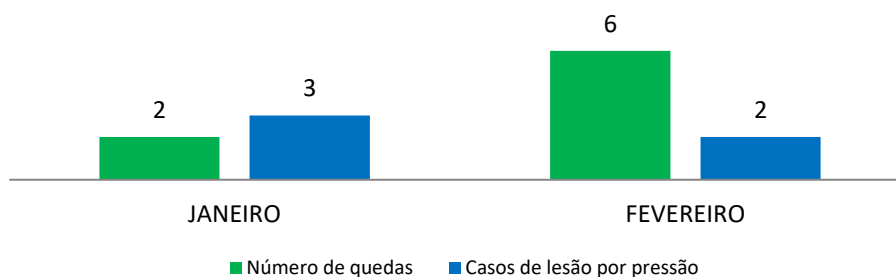
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 183 – Número paciente e leito dia



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 186 – Número de AIH's



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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

Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0
Produção de resíduos infectantes	12.500 kg	14.684 kg	12.590 kg
Produção de resíduos comum	16.500 kg	21.409 kg	19.803 kg
Produção de resíduos químicos	300 Kg	224 kg	38 kg

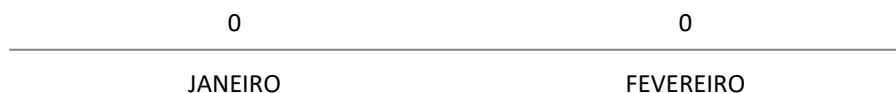
Produção de resíduos recicláveis	1.600 Kg	3.510 kg	3523 kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0	0

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

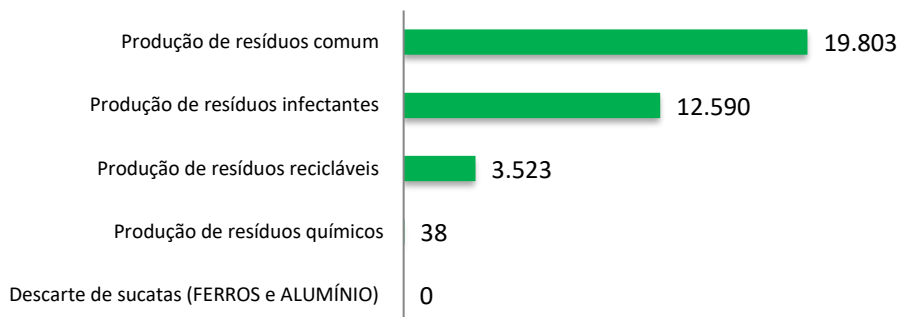
Os resíduos têm apresentado um aumento na geração, e o setor responsável pelo PGRSS, junto a Comissão estão monitorando o primeiro trimestre para verificar se isso se consolidará como um novo padrão. Paralelamente, estamos analisando se houve um crescimento na demanda por insumos e procedimentos, a fim de entender as possíveis causas desse aumento e tomar as medidas adequadas.

Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 188 - Produção De Resíduos no mês de Fevereiro/25



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

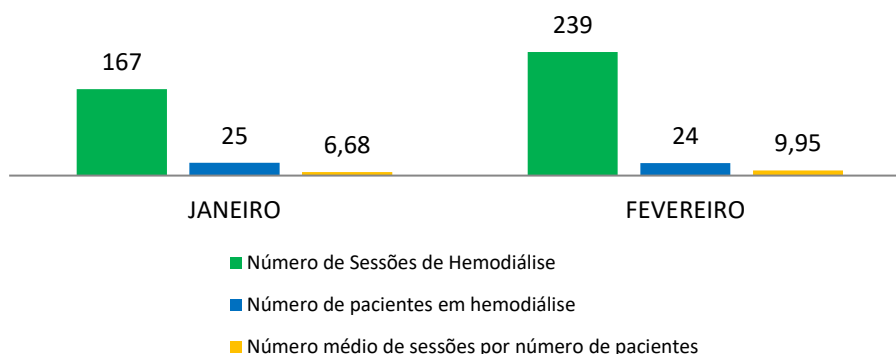
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24
Número médio de sessões por número de pacientes	M/R	6,68	9,95

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 189 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

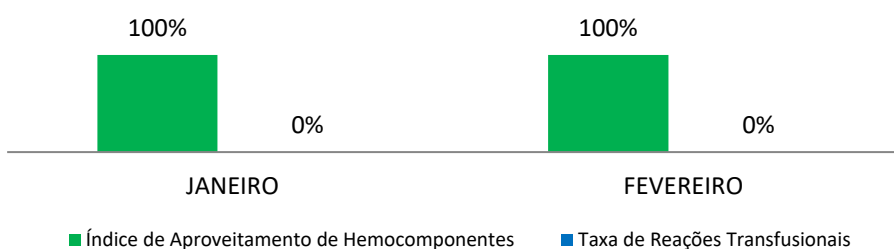
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	100%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 190 - Hemocomponentes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 191 – Bolsas transfundidas



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

6. COMISSÕES

Conforme o contrato de gestão firmado com a extinta Autarquia Hospitalar Municipal, é citada sobre a exigência de pleno funcionamento as Comissões Obrigatórias e aquelas exigidas pelos Conselhos de Classe. Em cumprimento ao citado, a unidade possui as seguintes comissões implantadas:

Tabela 84 – 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

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

- **Planejamento e Organização de Eventos:** Responsável pela idealização, organização e execução de eventos internos, celebrações de datas especiais e atividades temáticas.
- **Execução de Campanhas Institucionais:** Organiza e executa campanhas de humanização, reforço de identidade, conscientização dos valores, missão e visão da marca do INTS e do HMG.
- **Produção de Conteúdos e Materiais:** Elabora textos, registros audio visuais, matérias e outros materiais informativos para boletins, murais e comunicados internos, contribuindo para manter todos os colaboradores informados e engajados nas atividades do hospital.
- **Gestão da Comunicação Interna:** Facilita a comunicação entre diferentes setores, fortalecendo o vínculo dos colaboradores com a instituição e promovendo a cultura organizacional.
- **Desenvolvimento de Ações de Humanização:** Apoia a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.

- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

Não foi realizada a coleta de dados sobre as ações executadas no mês de janeiro. A partir deste mês (fevereiro de 2025), iniciaremos a coleta e o acompanhamento das atividades realizadas.

7.1. Janeiro

SESMT | Diálogo Semanal de Segurança (DSS) de NR 23 - Combate ao princípio de incêndio | Atualização – 02, 09, 16 e 23 de janeiro: Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | DSS sobre NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas | Atualização – 03, 10, 16 e 23 de janeiro: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | DSS sobre Gerenciamento de Riscos Ocupacionais| Atualização – 03, 08, 16 e 24 de janeiro: 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 – 06, 07, 16 e 23 de janeiro: 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 | Round de Segurança do Trabalho | Atualização – 07, 16, 21 e 23 de janeiro: O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem como objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT - CIPA | Janeiro Branco - Farol das Emoções | Campanha – 13 e 14 de janeiro: A equipe percorreu os setores do hospital com o Semáforo dos Sentimentos, sensibilizando os colaboradores sobre a importância de relevância e expressando suas emoções. A dinâmica envolveu um semáforo com sinais nas cores verde, amarelo e vermelho, representando diferentes estados emocionais, onde os colaboradores escreveram como se sentiram.



Fonte: Relatório de Comunicação

Brigada de Incêndio - SESMT | Simulado de princípio de incêndio | Treinamento – 13 de janeiro: O simulado de abandono e incêndio é uma ferramenta importante para treinar os participantes em procedimentos de emergência e garantir a segurança de todos em caso de incêndio ou outra situação de risco.



Fonte: Relatório de Comunicação



Fonte: Relatório de Comunicação



Fonte: Relatório de Comunicação

RH/DP | Dia do farmacêutico | Ação – 20 de janeiro: No Dia do Farmacêutico, realizamos uma ação no hospital com nossos colaboradores, entregando um cartão com uma mensagem especial e um chocolate, como forma de reconhecimento e agradecimento.



Fonte: Relatório de Comunicação

RH/DP | Dia do auxiliar de farmácia | Atualização – 20 de janeiro: No Dia do Auxiliar de Farmácia, realizamos uma ação no hospital com nossos colaboradores, entregando um cartão com uma mensagem especial e um chocolate, em sinal de apreço e reconhecimento.



Fonte: Relatório de Comunicação

Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e Estomaterapia | Janeiro roxo | Ação – 29 e 30 de janeiro: O Hospital Municipal Guarapiranga realizou, em 29 e 30 de janeiro, uma campanha de prevenção à hanseníase, enfatizando o diagnóstico precoce e tratamento adequado. A iniciativa, promovida pelos setores de Epidemiologia Hospitalar e Estomaterapia, incluiu um painel educativo, distribuição de folhetos e um boneco interativo. Parte do "Janeiro Roxo", a campanha reforça o compromisso do hospital com a promoção da saúde e a importância da prevenção.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT - HUMANIZAÇÃO | Janeiro Branco – Foto institucional | Campanha – 24 de janeiro: A iniciativa faz parte das ações de humanização do HMG e reflete o compromisso do hospital em proporcionar um ambiente de trabalho mais leve, onde os colaboradores possam se sentir valorizados e amparados.



Fonte: Relatório de Comunicação

7.2. Fevereiro

SESMT | Diálogo de Segurança – NR 01 - Gerenciamento de Riscos Ocupacionais| Atualização – 04, 07, 11, 12, 19, 20, 25 e 27 de Fevereiro: Orientação sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual guarda conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões).



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança – Plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde PGRSS | Atualização - 05, 11, 19, 24 e 25 de fevereiro: O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem com objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança – Round de Segurança do trabalho (Fractal)| Atualização – 04, 20, 25 e 27 de Fevereiro: Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho na execução das atividades laborais, alinhamento dos serviços a ser realizados para o acompanhamento da segurança do trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas | Atualização – 05, 07, 10, 20, 21, 26 e 27 de fevereiro: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança NR 23 - Prevenção e Combate ao princípio de incêndio | Atualização – 03, 07, 14, 20 e 24 de fevereiro: Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde - 5, 7, 10, 12, 20, 27 e 28 de Fevereiro: 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 – Exposição Estação NR 23 - Uma exposição interativa, que além da palestra e vídeos, expomos os itens de combate ao princípio de incêndio e os equipamentos de emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação

Nutrição | ABLV – Associação Brasileira de Lácteos Longa Vida: O terceiro encontro do projeto da Associação Brasileira de Lácteos Longa Vida no Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) contou com a participação da nutricionista Analícia Beli Duarte. O objetivo foi esclarecer questões técnicas sobre o leite de vaca, destacando sua importância para a saúde e combatendo desinformações. O público-alvo foi uma equipe médica e nutricionistas do hospital, que recebeu atualizações sobre o consumo de leite nas diferentes fases da vida, reforçando sua relevância na dieta balanceada.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | INTS FOLIA – Ação de Carnaval para os colaboradores: Nos dias 26 e 27 de fevereiro, o Hospital Municipal de Guarapiranga entrou no clima do Carnaval com o INTS-HMG Folia, uma celebração voltada para os colaboradores. A ação contou com um concurso de fantasias, premiando os três melhores blocos/setores com o Troféu FOLIA, enquanto as três melhores fantasias individuais receberam um dia de folga. A avaliação ocorreu em dois horários, às 16h e 21h, considerando criatividade, execução e animação. Com grande adesão, o evento proporcionou momentos de descontração, fortalecendo o espírito de equipe e tornando o ambiente hospitalar mais leve e acolhedor.



Fonte: Relatório de Comunicação

Enfermagem | Ação Bloquinho da Flebite - O Bloquinho Contra a Flebite foi uma ação educativa e interativa realizada no HMG durante o Carnaval, com o objetivo de conscientizar os colaboradores sobre a prevenção da flebite. De forma lúdica, a equipe de enfermagem percorreu os setores assistenciais com músicas, cartazes e orientações sobre boas práticas no manejo de acessos venosos, fortalecendo a cultura de segurança do paciente no hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | Missa: A Missa no HMG é um momento de espiritualidade e acolhimento dedicado aos pacientes, familiares e colaboradores do hospital. Realizada periodicamente, a celebração tem como objetivo proporcionar conforto emocional e fortalecer a fé dos presentes, independentemente de suas crenças. A iniciativa reforça o compromisso do

hospital com o cuidado integral, considerando não apenas a saúde física, mas também o bem-estar espiritual e emocional de todos que fazem parte do ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização – Ação dia da amizade: No Dia da Amizade, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) celebrou a amizade entre os colaboradores com a criação de um mural temático, onde os funcionários puderam deixar mensagens para os colegas. A iniciativa recebeu grande adesão, com recados de reconhecimento, gratidão e carinho, reforçando os laços de cooperação e companheirismo entre as equipes.



Fonte: Relatório de Comunicação

Qualidade – INTS | Treinamento de Ética e conduta: O Treinamento de Ética e Conduta no HMG foi uma ação voltada para orientar e conscientizar os colaboradores sobre os princípios éticos e comportamentais que devem nortear suas atividades profissionais. A capacitação aborda temas como sigilo profissional, relacionamento interpessoal, respeito às normas institucionais e responsabilidades individuais no ambiente de trabalho. Além disso, reforça a importância da conduta ética no atendimento aos pacientes, promovendo um

ambiente hospitalar mais seguro, respeitoso e humanizado. Esse treinamento é fundamental para fortalecer a cultura organizacional e garantir um serviço de qualidade alinhado aos valores do hospital.



Comissão de Humanização | Aniversários do mês – pacientes: No HMG, a celebração de aniversários dos pacientes é uma ação humanizada que busca levar alegria e acolhimento durante a internação. Comemorado de forma simples, mas significativa, o momento conta com bolo, decoração simbólica e a presença da equipe assistencial, proporcionando bem-estar e reforçando o cuidado.



Fonte: Relatório de Comunicação

8. AÇÕES DE DESTAQUE

8.1. Janeiro

SESMT - HUMANIZAÇÃO | Janeiro Branco - Desacelerando Sua Mente | Campanha – 08, 09, e 10 de janeiro: A terapeuta Paula Hiratsuka, realizou sessões de relaxamento com os colaboradores do HMG. O ambiente acolhedor da sala de treinamento, com música suave, aromatizadores e colchonetes, proporcionou momentos de reflexão, renovação de energias e cuidado com a saúde mental dos colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação

8.2. Fevereiro

Comissão de Humanização | Ação de Carnaval – bloquinho dos pacientes:

A comissão de Humanização junto com alguns colaboradores realizou uma festa de Carnaval os pacientes, dividida em dois momentos. Pela manhã, os pacientes das alas Colibri, Sanhaçu e Sabiá desfrutaram de marchinhas tocadas ao vivo por Gustavo Rossi. À tarde, a celebração contínua para as alas Andorinha, Arara, Canário e João de Barro, com decoração e adereços carnavalescos. A diretora geral Simone Araújo acompanhou o evento, que reforçou o compromisso do HMG com o cuidado humanizado e o bem-estar emocional dos pacientes, integrando cultura e saúde de forma divertida e alegre.



Fonte: Relatório de Comunicação

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de fevereiro de 2025 e divulga os resultados do Hospital Municipal Guarapiranga, cuja gestão é realizada pelo INTS em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

A gestão busca constantemente o planejamento eficaz e a execução das ações nos serviços públicos de saúde, por meio da organização, desenvolvimento e monitoramento contínuo dos instrumentos e ferramentas que orientam as práticas de atendimento e atenção à saúde na Unidade de Saúde.

Os resultados aqui apresentados têm como objetivo proporcionar aos usuários um atendimento de qualidade, fundamentado em uma política de humanização, com a atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a excelência, ética e a humanização do cuidado.

São Paulo, 13 de março de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS

Hospital Municipal Guarapiranga

Simone Araújo

Diretora Geral

10. ANEXOS

10.1. Atas das Comissões realizadas em Janeiro

		FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
		ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética de Enfermagem	Tamiris Demichili	02/01/2025	14h00	16h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Número de denúncias recebidas na Comissão. • Orientação sobre instauração de processo sindicante. • Construção do cronograma treinamentos para 2025. • Aviso de férias da presidente Tamiris Demichili. • Apresentação do arquivo em nuvem da Comissão. • Apresentação dos impressos da Comissão arquivados na nuvem. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Tamiris Demichili (Enfermeira Presidente da Comissão) • Arlindo Alves Vieira (Enfermeiro Secretário) • Márcio Antônio de Oliveira (Enfermeiro - Membro ordinário) • Shirley Schunck (Enfermeiro - Membro ordinário) • Willian Batista (Téc. De Enfermagem – Membro ordinário) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Aos dois dias do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e cinco, 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 da seguinte pauta:</p> <p>1. Deliberações:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, constatando-se a ausência dos seguintes integrantes: <ul style="list-style-type: none"> • Ediléia Alves dos Santos (férias) • Roseli Nunes Paixão (atestado médico) b. Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião. c. Orientação aos presentes sobre o recebimento de mais duas denúncias, sendo uma no mês de novembro e outra no mês de dezembro. d. Orientação sobre os prazos para cumprimento das investigações e sinalização de preocupação com o longo tempo decorrido desde o recebimento da primeira denúncia, ainda sem finalização do processo. e. Explicado aos presentes o fluxo de instauração de processo sindicante, destacando que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum depoimento deve ser coletado sem que o denunciado tome ciência oficial da denúncia e tenha o direito de se manifestar no prazo de 7 dias. 2. A comunicação formal ao denunciado deve ser feita utilizando o APÊNDICE 17 - Notificação de Instauração de Procedimento. 				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO: Comissão de Ética Médica	REDATOR: Bárbara Cristina Silvério	DATA: 27/01/2025	INÍCIO: 10:00	TÉRMINO: 11:00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Primeira reunião de posse da Nova Comissão de Ética Médica - 2025/27; • Entrega dos certificados; • O que é a Comissão de ética médica? • Orientação sobre Comissões. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Lorena Paiva Barreto Miranda – CRM 197.320 • Dra. Caroline Ramos Barreto – CRM 213.118 • Dra. Isabelle Menezes Maciel – CRM 222.390 • Dra. Luna Macedo de Oliveira Campos – CRM 251.301 • Paulo Rodrigo Souza • Bárbara Cristina Silvério 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>1. Abertura e Posse da Nova Comissão</p> <p>A reunião foi aberta por Dra. Lorena Paiva, que deu as boas-vindas aos membros e destacou a importância da Comissão de Ética Médica para o bom funcionamento da profissão médica. Foi realizada a posse oficial dos novos membros da comissão para o período de 2025/27.</p> <p>2. Entrega dos Certificados</p> <p>Em seguida, Paulo e Bárbara entregaram os certificados de participação e posse aos novos integrantes da Comissão, formalizando sua atuação na Comissão de Ética Médica.</p> <p>3. Apresentação do Tema: O que é a Comissão de Ética Médica?</p> <p>Paulo apresentou uma breve explicação sobre o papel e a função da Comissão de Ética Médica, ressaltando que esta Comissão tem como principal objetivo garantir a observância e o</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/6
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	24/01/2025	14:00h	16:00h
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião • Internação / Hemodiálise no período • Consumo de itens por categoria (Curva A) • Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares • Consumo de antimicrobianos da Curva A • Consumo anticoagulantes • Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda • Consumo aventais x média de pacientes em isolamento • Consumo de toalha para banho x pacientes acamados • Consumo total por categoria • Valor orçado x realizado x consumo • Pedidos de padronização 				
PARTICIPANTES				
• Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)				
• Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia)				
• Arilene Damasceno (Almoxarife)				
• Carmem Souza (Gerente Enfermagem)				
• Simone Araújo (Diretora Geral)				
• Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)				
• Flavio Almeida (Analista de Compras)				
• Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas)				
• Victor Hugo Panont (Diretor Técnico)				
• Dario Filho (Coordenador de RH-DP)				
• Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente)				
• Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação)				
• Lucas Teixeira (Médico Infectologista)				
• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
• Vera Lucia dos Santos Pereira (Enfermeira de Vig. Epidemiológica)				
• Gustavo G. Paiva (Téc. De Enfermagem NSP)				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos	REDATOR Bruno Freitas	DATA 24/01/2025	INÍCIO 09h30	TÉRMINO 10h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Apresentação dos indicadores. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Daniele de Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem) • Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade) • Victor Hugo Panont (Diretor Técnico) • Raquel Francisca Mauro (Coordenadora de Enfermagem) • Vera Lúcia Macedo (Enfermeira da Vig. Epidemiológica) • Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) • Simone Araújo (Diretora Geral) • Fabiane Evol Souza (Enfermeira) • Bárbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade) • Carolina Castilho Moreno (Supervisora de Enfermagem) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia vinte e quatro de janeiro de dois mil e vinte e cinco no Auditório 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 (conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo e conserto da rodinha da rampa de descarga dos contêineres).</p> <p>Em relação aos acidentes com perfurocortantes por descarte errôneo foram apenas dois no ano de dois mil e vinte e quatro e, no ano de dois mil e vinte e três foram 13, redução significativa devido as orientações realizadas pela equipe de Segurança do Trabalho e Supervisores, trazendo uma melhor conscientização quanto ao descarte correto dos perfuros, apesar da redução das caixas coletoras espalhadas pelo hospital. Simone solicitou que seja apresentado todos os acidentes com perfurocortantes e estratificar os que ocorreram por descarte errôneo.</p>				


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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Medicina Integrativa	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 24/01/2025	INÍCIO 12h00	TÉRMINO 12h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores do mês de dezembro 2024: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. PICs: Medicina Tradicional Chinesa. Energia Vital; Yin e Yang; Cinco Movimentos. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> Edson Ono (Médico Integrativista) Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) Eliana Cristina Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) Bárbara Silvério (Analista de Qualidade) Kamila Sales (Supervisora de Qualidade) Simone Araújo (Diretora Geral) Vanda Dias (Ouvidora) Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) Gustavo Paiva (Técnico de Enfermagem do NSP) Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) Miriam Souza (Enfermeira do NEP) Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) Monique Evelyn Souza (Auxiliar Adm do NEP) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Nesta reunião, foram apresentados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os indicadores de execução das Medicinas Integrativas, tanto em formato numérico quanto gráfico. 				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	24/01/2025	13h30	14h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Ações e melhorias • Planilha de indicadores e treinamentos • Resultados dos indicadores • Gráfico de resultados do NEP 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Thiago Tavares Carvalho Mancuzo (Analista de Comunicação) • Dário Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH-DP) • Simone Araújo (Diretora Geral) • Paulo Rodrigo Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Luciana Guedes de Oliveira Carboni (Supervisora da Farmácia) • Daniela Scavone (Coordenadora da Farmácia) • Gustavo Guimarães Paiva (Técnico de Enfermagem) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia 24 de janeiro de 2025, às 13h30, foi realizada a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) para a apresentação dos dados e resultados referentes ao mês de dezembro.</p> <p>A reunião foi iniciada pela enfermeira Miriam, representante do NEP, que destacou as pendências e melhorias implementadas ao longo do ano de 2024. Em seguida, apresentou os resultados dos indicadores do mês de dezembro, acompanhados de gráficos que demonstravam a porcentagem de adesão.</p> <p>Durante a apresentação, a Diretora Simone questionou alguns dados dos indicadores. Em resposta, Miriam explicou que alguns processos foram revistos e ajustados. Simone recomendou que Miriam e Monique revissem os indicadores, incluindo novamente a métrica de homem-hora e outros dados relevantes, a fim de refletir de forma mais precisa a carga efetiva aplicada aos colaboradores. Miriam concordou e se comprometeu a realizar os ajustes necessários para que, na próxima reunião da comissão, os resultados apresentados estejam mais completos e alinhados às necessidades da instituição.</p>				

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

 FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
ATA DE REUNIÃO			CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/4
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Segurança do Paciente	Daniele Martorano	24/01/2025	10h00	11h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Rotinas implementadas; • Registros de Não Conformidades; • Protocolo de Londres; • NCs recebidas NSP; • Padronização de Pulseira; • Ranking tratativas de NC; • Registros de ronda diária; • Conformes (visita técnica); • Ações. 				
PARTICIPANTES				
• Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente)				
• Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade)				
• Raquel Mauro (Coordenadora de Enfermagem)				
• Mirian Fernando (Enfermeira do NEP)				
• Fabiane Evol (Enfermeira Auxiliar do NSP)				
• Gustavo Guimarães (Téc. Enfermagem NSP)				
• Luciana de Oliveira (Coordenadora de Farmácia)				
• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
• Carolina Castilho (Supervisora de Enfermagem)				
• Eliana Cristina Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)				
• Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem)				
• Simone Araújo (Diretora Geral)				
• Victor Hugo Panont (Diretor Técnico)				
• Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem)				
• Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/7
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Revisão de Óbitos	Daniele M. Martorano	22/01/2025	15h30	16h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de Dezembro/2024 Ações a serem tomadas. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) Dr. Lucas Vieira (Médico Infectologista) Vera Lucia Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica) Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem) Fabiane Souza (Enfermeira do NSP) Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em dezembro de 2024 com foco em análise crítica dos casos e ações a serem tomadas para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.</p> <p>Dados de Óbito: Dezembro Total de óbitos: 20 Óbitos em cuidados paliativos: 16 Óbito não paliativo: 04</p> <p>A reunião foi iniciada pontualmente às 15h30, com Daniele abordando as pendências da ata anterior.</p> <p>1. Discussão sobre óbitos de dezembro Dr. João relatou que a maioria dos óbitos registrados no mês de dezembro envolvia cuidados paliativos, sendo classificados como óbitos não evitáveis.</p> <p>2. Fragilidade no Prontuário – Paciente J.C.S. Enfermeira Maria Cristina destacou fragilidade no prontuário do paciente J.C.S., especialmente na aba de cuidados paliativos, que não continha anotações relevantes, nem o registro de conversas da equipe multidisciplinar com a família. Apenas um registro médico mencionava que a família estava ciente e concordante com o tratamento. Dr. João sugeriu como melhoria a descrição detalhada do cuidado na aba de paliativos, além do registro de conferência com a família.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR Gabriela Figueira	DATA 23/01/2025	INÍCIO 11:00	TÉRMINO 11:40
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Auditoria de prontuário; • Revisão das ações geradas na reunião anterior; • Discussão das NC's. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) • Dr. André Panont (Coordenador Médico) • Gabriela Figueira (Faturista) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) • Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) • Patrícia Oliveira (Assistente de Faturamento) • Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira) • Raquel Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem) • Maria Cristina Souza (Enfermeira de Segurança do Paciente) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Juliana inicia a reunião pontuando os prontuários auditados por ela, e informa que os prontuários que auditou não possuíam documentos escanceados e nem carteira de vacina. Raquel supervisora de enfermagem informa que não conseguiu auditar os prontuários enviados em tempo hábil.</p> <p>Maria Cristina, enfermeira segurança do paciente, informa que o prontuário que realizou avaliação tinha comprovante de residência ilegível. Maria Cristina aborda assunto da ação pendente sobre o MAV, diz que este concluído o processo em sistema. Informa que protocolo de alta também é uma ação concluída.</p> <p>Raquel informa que foi realizado um treinamento pelas enfermeiras da segurança do paciente junto a assistência, sobre a falta de prescrição e evolução na admissão do paciente, identificando como ação concluída.</p> <p>Maria Cristina inicia a discussão das NC's, relatando que familiar do paciente trouxe medicamento de casa que paciente já fazia uso, no qual seguiria o fluxo para farmácia, onde subiria o alerta para prescrição, que não ocorreu.</p> <p>Juliana informa que após citação da solução verificou evolução de enfermagem e medicamento não estava prescrito.</p>				

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

10.2. Atas das Comissões realizadas em Fevereiro

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Cuidados Paliativos	Andreia da Silva Santos	27/02/2025	9h00	9h45
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da última ata de reunião 26/11 • Apresentação de novos membros • Quantitativo de pacientes em Cuidados paliativos por mês 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Juliana (Psicóloga/presidente) • André Gasparoto (Médico/Vice-presidente) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro) • Samara Rodrigues (Fisioterapeuta/membro) • Milena de Souza (Fisioterapeuta/ membro) • Andreia da Silva Santos (Psicóloga/membro) • Patrícia Sodré de Oliveira (Nutricionista/membro) • Viviane do Prado Lemos (Assistente Social/membro) • Rayane Amaro (Farmácia/membro) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Abertura da Reunião</p> <p>A reunião iniciou-se com a apresentação da ata da última reunião, realizada em novembro/2024. Explicado por Juliana (Psicóloga) que, devido mudanças no setor de psicologia, não aconteceram as reuniões da comissão nos últimos meses.</p> <p>Relatado sobre os resultados da pesquisa feita com a equipe do HMG, conforme descrito na última ata, foram levantadas perguntas gerais sobre os cuidados paliativos e perguntas específicas das áreas: nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. A pesquisa obteve cerca de 47 respostas, a maioria delas do setor de enfermagem 76%, seguidas por 14% de respostas da fisioterapia e 4% da fonoaudiologia.</p> <p>Consta pendente o projeto a <i>Pilula do Conhecimento</i> onde membros de cada área de atuação irão criar vídeos com informações e melhorar as práticas sobre Cuidados Paliativos, objetivando contribuir com o aprendizado contínuo dos colaboradores.</p> <p>Dr. André ficou responsável de encaminhar os temas de cada membro, definidos anteriormente e que se encontravam disponíveis em seus arquivos no celular.</p> <p>Juliana (fisioterapeuta RT) referiu a importância da aba de cuidados paliativos serem preenchidas pelo médico, bem como nos leitos constarem a borboleta de sinalização de Cuidados Paliativos.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/1
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Prevenção da Violência	REDATOR Vera Lúcia Macedo	DATA 18/02/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 11h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos novos membros. • Revisão e validação da nova composição da Comissão. • Encaminhamento da atualização para o setor de Qualidade. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Vera Lúcia dos Santos (Enfermeira da Vig. Epidemiológica) • Viviane do Prado Lemos (Assistente Social) • Gabriella Alencar Boaventura (Médica) • Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira) • Rosana de Campos Moreira (Psicóloga) • Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multi) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia 18/02/2025, foi realizada reunião da Comissão de Violência, onde ocorreu a atualização dos membros e a reestruturação da comissão. As alterações foram formalizadas e encaminhadas ao setor de Qualidade para registro e validação.</p> <p>Durante a reunião, ficou definido que será realizado um treinamento sobre o Protocolo de Violência, incluindo os fluxos assistenciais e o correto preenchimento da Ficha de Notificação de Violência (FIE).</p> <p>No mesmo dia do treinamento, será apresentado o Protocolo de Prevenção de Suicídio, reforçando as diretrizes institucionais para prevenção, manejo e encaminhamentos relacionados.</p> <p>Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada e esta ata segue assinada pelos membros presentes.</p>				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
<ul style="list-style-type: none"> • Gravações dos vídeos da pílula do conhecimento. • Calendário anual com datas das próximas reuniões. 				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	
Treinamento Protocolo de Violência	Março	Comissão de Violência	Pendente	
Treinamento do Protocolo de Prevenção de Suicídio	Março	Comissão de Violência	Pendente	

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão do SCIH	REDATOR Vera Lúcia	DATA 26/02/2025	INÍCIO 14:00hs	TÉRMINO 16:00hs
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Quadro de Pendências • Notificações • Descritivo das IRAS • Gráficos dos indicadores • Quadro da rota Sepse • PDCA - IPCS 				
PARTICIPANTES				
• Arilene Ferreira				
• Sylvana Eleodoro				
• Eliana Cristina da Silva				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza				
• Daniele Martorano				
• Gustavo G Paiva				
• Barbara Santos Conceição				
• Victor Hugo Parrilha Panont				
• Robert da Silva				
• Michael Wodzik				
• Maria Cristina Souza Santos				
• Daniela Scavoni				
• Carmen de Souza				
• Maria Cristina Souza Santos				
• Raquel Macena				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Dr. Lucas informou que o cronograma de visitas técnicas para o ano de 2025 foi concluído. Em relação aos formulários de bundles, foi destacado que eles já estão implantados, e a implantação do novo modelo de Gestão à Vista encontra-se em andamento.</p> <p>Sobre a implantação do novo curativo para cateter venoso central, foi esclarecido que o processo aguarda a aprovação dos valores das películas, que estão em fase de cotação. Já a implantação da toalha de banho com Clorexidina foi concluída, porém a utilização não foi aprovada,</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Cuidados com a Pele	REDATOR Eliana Cristina da Silva	DATA 12/02/2025	INÍCIO 14h30	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências das reuniões anteriores; • Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de janeiro pelo GACAP; • Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em janeiro de 2025; • Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento; • Controle dos colhões pneumáticos; 				
PARTICIPANTES				
• Eliana Cristina da Silva				
• Tamiris Michele Demichilli				
• Alex Melo Ferreira da Cruz				
• Miriam Souza				
• Alana R. M. O. Rocha				
• Fabiane Evol C. Souza				
• Paulo Rodrigo S. Barbosa				
• Barbara Cristina Silvério				
• Carmem Isabel Domingues Souza				
• Kamila Tamara de Oliveira Sales				
• Andréia Farias da Silva				
• Jamile				
• Robert da Silva				
• Victor Hugo Parrilha Panont				
• Dario P. S. Filho				
• Iolanda Silva das Chagas				
• Francisco Paulino				
• Wellyngton Stamborovski				
• Gustavo Guimarães Paiva				
• Celina A. dos Santos				
• Lucineia Rocha				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética de Enfermagem	Tamiris Demichili	25/02/2025	14h00	16h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Número de denúncias recebidas na Comissão. • Andamento dos processos sindicantes. • Atualização dos membros da Comissão. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Tamiris Demichili (Enfermeira Presidente da Comissão) • Arlindo Alves Vieira (Enfermeiro Secretário) • Shirley Schunck (Enfermeiro - Membro ordinário) • Willian Batista (Téc. De Enfermagem – Membro ordinário) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e cinco, às 15h, 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 da seguintes pautas:</p> <p>01 Deliberações:</p> <p>(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, constatando-se a ausência dos seguintes integrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabrina Carvalho Rodrigues – colaboradora pediu desligamento da instituição. • Marcio Antônio de Oliveira – Formalizou solicitação de saída da Comissão de Ética de Enfermagem no mês de fevereiro. • Lucineia Rodrigues – Folga. • Eliane Palma de Sousa - ausência injustificada. <p>(C) Orientação aos presentes sobre o recebimento de três denúncias recebidas em janeiro de 2025, sendo duas de forma anômia, dos quais uma é diretamente da enfermagem e outra sobre colaboradores da manutenção, ambas arquivada por impossibilidade de tratativa por esta comissão. E a terceira denuncia será instaurado procedimento sindicante iniciado em fevereiro de 2025.</p> <p>(D) Reforçado o prazo para o cumprimento das investigações e sinalização de preocupação com o longo tempo decorrido desde o recebimento da primeira denúncia, ainda sem finalização do processo.</p> <p>(E) Discutido com os presentes as etapas do procedimento sindicante já instaurado. E lembrado os seguintes pontos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum depoimento deve ser coletado sem que o denunciado tome ciência oficial da denúncia e tenha o direito de se manifestar no prazo de 7 dias. 				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética Médica	REDATOR Caroline Ramos Barreto	DATA 10/02/2025	INÍCIO 10h00	TÉRMINO 11h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • LEITURA: Código de Ética Médica: Capítulo I – Princípios Fundamentais; • Cronograma de Reuniões. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Lorena Paiva Barreto Miranda – CRM 197.320 • Dra. Caroline Ramos Barreto – CRM 213.118 • Dra. Isabelle Menezes Maciel – CRM 222.390 • Dra. Luna Macedo de Oliveira Campos – CRM 251.301 - online 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>1. Leitura do Código de Ética Médica – Capítulo I: Princípios Fundamentais</p> <p>A reunião foi iniciada com a leitura do Capítulo I do Código de Ética Médica, que aborda os princípios fundamentais que orientam a prática médica. Cada membro teve a oportunidade de ler um trecho do capítulo, seguido de discussões sobre a aplicabilidade desses princípios no dia a dia da prática médica. A comissão destacou a relevância de se manter a ética profissional, a dignidade da profissão e o respeito pelos direitos do paciente como pilares fundamentais para qualquer decisão clínica.</p> <p>A leitura foi enriquecida com comentários sobre os desafios éticos que os médicos enfrentam, como a relação com os pacientes e a sociedade, e a necessidade de manter sempre a transparência e a responsabilidade. A comissão ao longo do ano irá se reunir para realizar a leitura de todos os tópicos de código de ética médica e fortalecer o assunto com o corpo clínico do hospital.</p> <p>2. Cronograma de Reuniões</p> <p>Em seguida, foi discutido o cronograma de reuniões da comissão para o ano de 2025. A proposta foi definir as reuniões para ocorrerem mensalmente, nas últimas quartas-feiras de cada mês. O objetivo é manter um fluxo contínuo de discussões e decisões que contribuam para o aprimoramento da ética na prática médica.</p> <p>O cronograma de reuniões será encaminhado ao setor de Qualidade para acompanhamento.</p> <p>A comissão concordou que esse cronograma permitirá que se mantenha um acompanhamento regular das questões éticas que surgem nas práticas médicas, além de garantir a continuidade das discussões em torno do Código de Ética Médica e outros temas relevantes. A próxima reunião foi agendada para o dia 26/03/2025.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/5
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	12/02/2025	09:30	11:30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Consumo de itens por categoria (Curva A) ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A ❖ Consumo anticoagulantes ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Pedidos de padronização 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Anderson Tomas de Oliveira • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) • Arilene Damasceno (Almoxarife) • Carmem I. D. de Souza (Gerente Enfermagem) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Flavio Almeida (Compras) • Sylvana Theodoro • Thamara Derêncio • Thiago Mancuzo • Lucas Teixeira • Paulo Rodrigo • Vera Lucia dos Santos Pereira • Gustavo G. Paiva 				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos	REDATOR Bruno Freitas	DATA 12/02/2025	INÍCIO 15h00	TÉRMINO 16h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Apresentação dos indicadores. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Jefferson Bezerra Nascimento (Téc. Segurança do Trabalho) • Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade) • Victor Hugo Panont (Diretor Técnico) • Raul Tessi Nunes (Téc. Segurança do Trabalho) • Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora de Nutrição) • Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) • Tamiris Michele Demichili (Enfermeira do SCIH) • Fabiane Evol Souza (Enfermeira) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. De Enfermagem do NSP) • Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH-DP) • Miriam Fernando de Souza (Enfermeira do NEP) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia doze de fevereiro de dois mil e vinte e cinco 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 (conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo e conserto da rodinha da rampa de descarga dos contêineres), ambos os consertos estão em andamento.</p> <p>Não houve acidentes por descarte errôneo no mês de janeiro. Foi incluída a estratificação dos acidentes envolvendo perfurocortantes, onde no mês de janeiro houve um acidente por reencape de agulha, aplicado Plano de Ação em conjunto com a Supervisão de Enfermagem.</p> <p>A geração de resíduos infectantes e comuns apresentou aumento no mês de janeiro, se comparado aos anos anteriores e a meta estipulada, nesse primeiro trimestre iremos realizar o</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Humanização	REDATOR Thiago Mancuzo	DATA 03/02/2025	INÍCIO 10h00	TÉRMINO 11h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Missa – 11 de fevereiro; • Dia da Amizade; • Folia INTS. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi) • Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) • Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) • Fabiane Evol (Enfermeira) • Kênia Oliveira (Superv. De Enfermagem) • Nicole Teófilo (Aux. Adm. da Ouvidoria) • Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) • Yasira Ramirez (Aux. Administrativo) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Missa – 11 de fevereiro: A missa está confirmada para o dia 11/10, às 10h. Thiago confirmou o horário. Mensagem será enviada para o Padre para confirmar sua presença.</p> <p>Dia da Amizade - 14 de fevereiro: O objetivo da data é promover a valorização do ambiente de trabalho e o fortalecimento das relações interpessoais. Sérgio enviou uma campanha para a data. Discussão sobre a proposta da campanha e necessidade de ajustes. Sugestão inicial: Implementar uma dinâmica semelhante ao Correio Elegante, adaptada para a ocasião.</p> <p>Possíveis ideias: Criar uma caixinha nos setores para que os colaboradores deixem mensagens. Entrega das mensagens ao longo do dia. Criar um mural interativo com estrelas e fotos dos colaboradores. Instalação de um painel fotográfico (moldura personalizada para fotos).</p> <p>Decisão final: Implementação de uma moldura para fotos na área de convivência, incentivando os colaboradores a registrarem o momento e compartilharem.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Medicina Integrativa	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 12/02/2025	INÍCIO 13h30	TÉRMINO 14h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores do mês de janeiro de 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. • Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. • PICs: Shantala. • Atividades de praticas integrativas que contemplaram os colaboradores. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Edson Ono (Médico Integrativista) • Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) • Eliana Cristina Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) • Bárbara Silvério (Analista de Qualidade) • Victor Hugo Panont (Diretor Técnico) • Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade) • Vanda Dias (Ouvidora) • Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) • Dário Santos (Coordenador de RH-DP) • Gustavo Paiva (Técnico de Enfermagem do NSP) • Thiago Mancuzo (Analista de Comunicação) • Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) • Miriam Souza (Enfermeira do NEP) • Monique Evelyn Souza (Auxiliar Adm do NEP) • Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multi) • Alex Mello (Enfermeiro) • Jamile Renata Reis (Supervisora de Nutrição) • Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem) • Wellyngton Stamborovski (Técnico de Enfermagem) • Fabiane Evol (Enfermeira) • Allace de Souza (Auxiliar Administrativo Jr.) 22 				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	12/02/2025	14h00	14h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Ações e melhorias • Planilha de indicadores e treinamentos • Resultados dos indicadores • Gráfico de resultados do NEP 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Thiago Tavares Carvalho Mancuzo (Analista de comunicação) • Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH) • Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Gustavo Guimarães Paiva (Técnico de Enfermagem) • Jamile Renata Oliveira Reis (Supervisora de Nutrição) • Kamila Tamara de Oliveira Sales (Supervisora de Qualidade) • Monique Evelyn Aparecida de Souza (Aux. Administrativo Jr.) • Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enf. Segurança do Paciente) • Barbara Cristina Silvério Marciano (Analista de Qualidade) • Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem) • Eliana Cristina da Silva (Enf. Estomaterapeuta) • Allace Melo de Souza (Aux. Administrativo Jr.) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia 12 de fevereiro de 2025, às 14h, foi realizada a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) para a apresentação dos dados e resultados referentes ao mês de janeiro. A reunião foi iniciada pela enfermeira Miriam, representante do NEP.</p> <p>A pendência da última reunião foi o questionamento de alguns parâmetros que a Diretora Simone pediu para revisarmos. Ao reavaliarmos hoje, percebi que se trata de alguns pontos que já havia abordado anteriormente. De fato, nossos indicadores ainda apresentam questões sensíveis que estamos analisando.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Segurança do Paciente	REDATOR Gustavo Paiva	DATA 12/02/2025	INÍCIO 08:30	TÉRMINO 09:30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Rotinas implementadas; • Registros de Não Conformidades; • Conformes (visita técnica); • Reconhecimento Meta 3; • Ações realizadas. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Kamila Tamara (Supervisora de Qualidade) • Tamiris Demichili (Enf. SCIH) • Fabiane Evol (Enf. NSP) • Gustavo Guimarães (Téc. NSP) • Luciana de Oliveira (Supervisora de Farmácia) • Elisangela Assis costa (Enf. Arara) • Vera Lucia de Macedo (Enf. Vigilância) • Eliana Cristina (Enf. Estomaterapeuta) • Allace Melo de Souza (Adm. Qualidade) • Paulo Rodrigo Barbosa (Analista da Qualidade) • Raquel Mascena (Coordenadora Enfermagem) • Dalley Ramos do Santos (Téc. Colibri) • Jamile Renata (Supervisora de Nutrição) • Barbara Cristina Silveira (Analista da Qualidade) • Kamila Tamara (Supervisora de Qualidade) • Anderson Tomas (Coordenador Equipe Multi) 				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR Gabriela Figueira	DATA 20/02/2025	INÍCIO 11:00	TÉRMINO 11:40
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Auditoria de prontuário; • Revisão das ações geradas na reunião anterior; • Discussão das NC's. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) • Dr. André Panont (Coordenador Médico) • Gabriela Figueira (Faturista) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) • Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira) • Carolina Santos (Coordenadora de faturamento) • Elisa Bontempi Roasio Madeira (Enfermeira auditora) • Maria Cristina Souza (Enfermeira de Segurança do Paciente) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Maria Cristina inicia reunião lendo as pautas anteriores.</p> <p>Em sequencia Juliana inicia as não conformidades. Maria Cristina relata caso de paciente no setor colibri com hipotensão, hipocalemia e o mesmo está fazendo reposição de potássio. Ao receber visita do familiar, o paciente teve um quadro de mal estar, e relata para o mesmo, que o ar condicionado estava apenas ventilando, não diminuindo a temperatura do ambiente. Juliana (Fisioterapeuta RT) questiona sobre hipotensão postural, pois, paciente passou mal ao levantar.</p> <p>Maria Cristina informa que em mais pacientes então tendo quadro de mal estar por conta do calor, já que o ar condicionado não está funcionando, inclusive, que outro paciente está com várias bolhas no corpo por conta do calor e sem ar-condicionado.</p> <p>Após discussão sobre as não conformidades, foi dado início sobre os prontuários auditados. Juliana informa que os prontuários auditados por ela não tinha nenhuma pendência, pois, estavam anexados o comprovante residencial e documentos pessoais.</p> <p>Shirley (Enfermeira de Gestão de Alta) traz em pauta o plano de alta, sobre médicos que vem aos finais de semana, que não colocam orientação no plano de alta, e que essa questão se encaixa em um plano de melhoria do paciente.</p> <p>Maria Cristina faz orientação para Shirley que esse caso se enquadra em uma abertura de não conformidade.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/4
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Revisão de Óbitos	Daniele M. Martorano	13/02/2025	15h30	16h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de janeiro/2024 Ações a serem tomadas. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem) Vera Lucia Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica) Fabiane Souza (Enfermeira do NSP) Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) Anderson Tomaz (Coordenador Equipe Multi) Daniela Scavone (Coordenadora Farmácia) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em Janeiro de 2025 com foco em análise crítica dos casos e ações a serem tomadas para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.</p> <p>Dados de Óbito: Janeiro Total de óbitos: 15 Óbitos em cuidados paliativos: 09 Óbito não paliativo: 07</p> <p>A reunião foi iniciada pontualmente às 15h30, com Daniele abordando as pendências da ata anterior.</p> <p>1. Treinamento de PAV+Higiene Oral Maria Cristina relatou que houve um caso de PAV (Pneumonia Associada à Ventilação) que evoluiu para óbito e que foram recebidas não conformidades relacionadas à higiene oral. Como medida corretiva, foi sugerido um treinamento de higiene oral realizado pela equipe de odontologia e PAV pela equipe de fisioterapia.</p> <p>Anderson comentou que já houve treinamentos anteriores, mas que não houve adesão significativa das equipes. Todos concordaram sobre a importância de um novo treinamento, e Anderson se comprometeu a alinhar com o NEP (Núcleo de Educação Permanente) uma data para a realização, possivelmente para abril de 2025.</p>				

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