

JUNHO/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 **junho 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 e seis leitos), conforme Plano de Trabalho.

CNES

0161438.

ENDEREÇO

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

FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico

Ana Patrícia Barreto Palma – Gerente Administrativo

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica

Gabriela Nunes Dos Santos – 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

Paulo Rodrigo de Souza Barbosa – Analista de Qualidade

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora 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	18
2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS	21
3. ESTRUTURA DO SERVIÇO	23
3.1. RECURSOS HUMANOS.....	23
3.1.1. Recursos Humanos.....	27
3.1.2. Departamento Pessoal.....	30
3.1.3. Medicina Ocupacional	33
3.1.4. Segurança Do Trabalho	37
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	43
3.2.1. Radiologia.....	43
3.2.2. Laboratório	48
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	52
3.3.1. Nutrição.....	62
3.3.2. Fisioterapia	68
3.3.3. Serviço Social.....	77
3.3.4. Psicologia	88
3.3.5. Fonoaudiologia.....	101
3.3.6. Terapia Ocupacional	107
3.3.7. Terapias Alternativas	109
3.3.8. Estomaterapia	113
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	116
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	116
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	128
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	133
3.4.4. Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	138
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP.....	142
3.5. SUPRIMENTOS	147

3.5.1. Farmácia	148
3.6. Compras	152
3.7. INFRAESTRUTURA	154
3.7.1. Engenharia Clínica	155
3.7.2. Manutenção Predial	159
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	163
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	166
3.9.1. Qualidade	166
3.9.2. Faturamento	172
3.9.3. Prestação De Contas	174
3.9.4. Financeiro	178
3.9.5. Patrimônio	180
3.9.6. Contratos	187
3.9.7. Hotelaria	189
3.9.8. Recepção	196
3.9.9. Portaria	198
3.9.10. Jurídico	199
3.9.11. Ouvidoria	201
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL	207
5. INDICADORES CONTRATUAIS	209
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	209
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	212
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	215
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos	215
5.3.2. Hemodiálise	217
5.3.3. Hemocomponentes	218
6. COMISSÕES	219
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE	221
8. AÇÕES DE DESTAQUE	231
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	232
10. ANEXOS	2

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.....	21
Tabela 02 – Atendimento por Gênero	22
Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.....	22
Tabela 04 - Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT)	23
Tabela 05 – Serviços Médicos	25
Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados	26
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos.....	27
Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal.....	31
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional.....	33
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)	43
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	44
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor)	44
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	45
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	45
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	46
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	48
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	53
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	54
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	54
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	55
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados) ..	56
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	56
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	62
Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	63
Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	64

Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi).....	64
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	64
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)	65
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	70
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	70
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	71
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	71
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	72
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria).....	73
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	78
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	79
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	80
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	81
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	82
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	83
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	89
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	91
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	92
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	93
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	94
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	96
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	102
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	107
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	110
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia.....	114

Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	116
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	118
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	119
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	120
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	122
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ...	123
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	128
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	129
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	129
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	130
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	132
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	132
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	134
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	138
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	143
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP	144
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	149
Tabela 68 – Indicadores de Compras	152
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	155
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	160
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	164
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	167
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	173
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas.....	175
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	179

Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio.....	181
Tabela 77 – Indicadores do Contratos	187
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia	190
Tabela 79 – Indicadores de Higienização	194
Tabela 80 – Indicadores de Recepção.....	196
Tabela 81 – Indicadores de Portaria	198
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	200
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	202
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	202
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	209
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos.....	212
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	215
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	217
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	218
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	219

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos	20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero.....	22
Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas	23
Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem	28
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	28
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	29
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	29
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	30
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	31
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	32
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem	32
Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias.....	33

Gráfico 15 – Taxa de Exames	35
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	35
Gráfico 17 – Relação de atestados	36
Gráfico 18 – Relação de afastados	36
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)	37
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	39
Gráfico 21 – Taxa de inspeções	40
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	40
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos	41
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	41
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	42
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	42
Gráfico 27 – Relação de acidentes	43
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)	48
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)	48
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta	49
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	50
Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos	51
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)	51
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo	52
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	58
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)	58
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	59
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)	59
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)	60
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar)	60
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)	61

Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar) ...	61
Gráfico 45 – Número de Atendimentos	66
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	66
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	67
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	67
Gráfico 49 – Índice de IMC.....	68
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar)	75
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	76
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica.....	76
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	77
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	85
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	86
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	86
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito.....	87
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento	87
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento	88
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais	88
Gráfico 61 – Índice de intervenções	98
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	98
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica	99
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	99
Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos	100
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	100
Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias	101
Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	104
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	104
Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração .	105

Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações	105
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala	106
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	106
Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	111
Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar .	112
Gráfico 76 – Número de Ozoterapia.....	112
Gráfico 77 – Consumo de cilindro o ²	113
Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão	115
Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	115
Gráfico 80 – Número total de lesões	116
Gráfico 81 – Taxa de não conformidades	125
Gráfico 82 – Número de não conformidades.....	125
Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano	126
Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades	127
Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades	127
Gráfico 86 – Número de visitas técnicas	128
Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	133
Gráfico 89 - Densidade Incidência	133
Gráfico 90 – Número de notificações realizadas	135
Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	136
Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID.....	136
Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose	137
Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	137
Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS	140
Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos.....	140
Gráfico 97 – Serviço de Remoções.....	141
Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias).....	141
Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos	142

Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões	142
Gráfico 101 – Taxa de treinamentos	145
Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	146
Gráfico 103 – Homem hora	146
Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos... ..	150
Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	150
Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	151
Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica	151
Gráfico 108 – Lançamentos de cotações	153
Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas	153
Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	154
Gráfico 110 – Número de compras emergencial	154
Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados	157
Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado.....	157
Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva	158
Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	158
Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega	159
Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção	159
Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados	162
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)	162
Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.	163
Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	163
Gráfico 121 – Quantidade de chamados	165
Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	165
Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	166
Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados.....	166
Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	169
Gráfico 126 – Comissões	169

Gráfico 127 – Número de documentos retroativos	170
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações	170
Gráfico 129 – Documentos.....	171
Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas	171
Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	172
Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais	174
Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados	174
Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	176
Gráfico 135 – Número de auditorias externas	176
Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades	177
Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado	177
Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	178
Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas	178
Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês.....	180
Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	182
Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas	183
Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações.....	184
Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	184
Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços.....	185
Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	185
Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados	186
Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas.....	186
Gráfico 151 – Número de aditivos	188
Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	189
Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	191
Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	192
Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados	192
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	193
Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	193

Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição	194
Gráfico 159 – Enxoval Dispensado	194
Gráfico 160 – Índices de higienização.....	195
Gráfico 161 – Terminais	196
Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes.....	197
Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos	197
Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança	198
Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	199
Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais	200
Gráfico 167 – Notificações de fornecedores	201
Gráfico 168 – Produção Jurídico	201
Gráfico 169 – Taxa de resoluções.....	203
Gráfico 170 – Taxa de reincidência.....	204
Gráfico 171 – Taxa de devolutivas	204
Gráfico 172 – Tempo médio de resposta	205
Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas	205
Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas	206
Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	206
Gráfico 176 – Total de pesquisas internas	207
Gráfico 177 – Total de manifestações internas	207
Gráfico 178 – Taxa de ocupação	210
Gráfico 179 – Índice de queda	210
Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão	211
Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	211
Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH	212
Gráfico 183 – Número paciente e leito dia	213
Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão	213
Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria.....	214
Gráfico 186 – Número de AIH's.....	214
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	216
Gráfico 188 - Produção De Resíduos.....	216

Gráfico 189 - Hemodiálises	217
Gráfico 190 - Hemocomponentes.....	218
Gráfico 191 – Bolsas transfundidas.....	219

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

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

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

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

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

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

2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

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

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

➤ Como retaguarda de unidades 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.

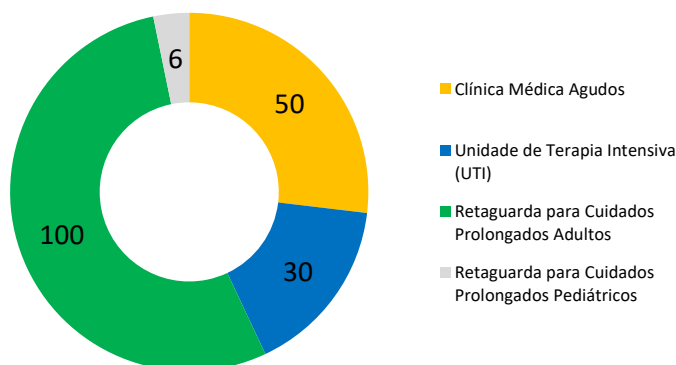
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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.

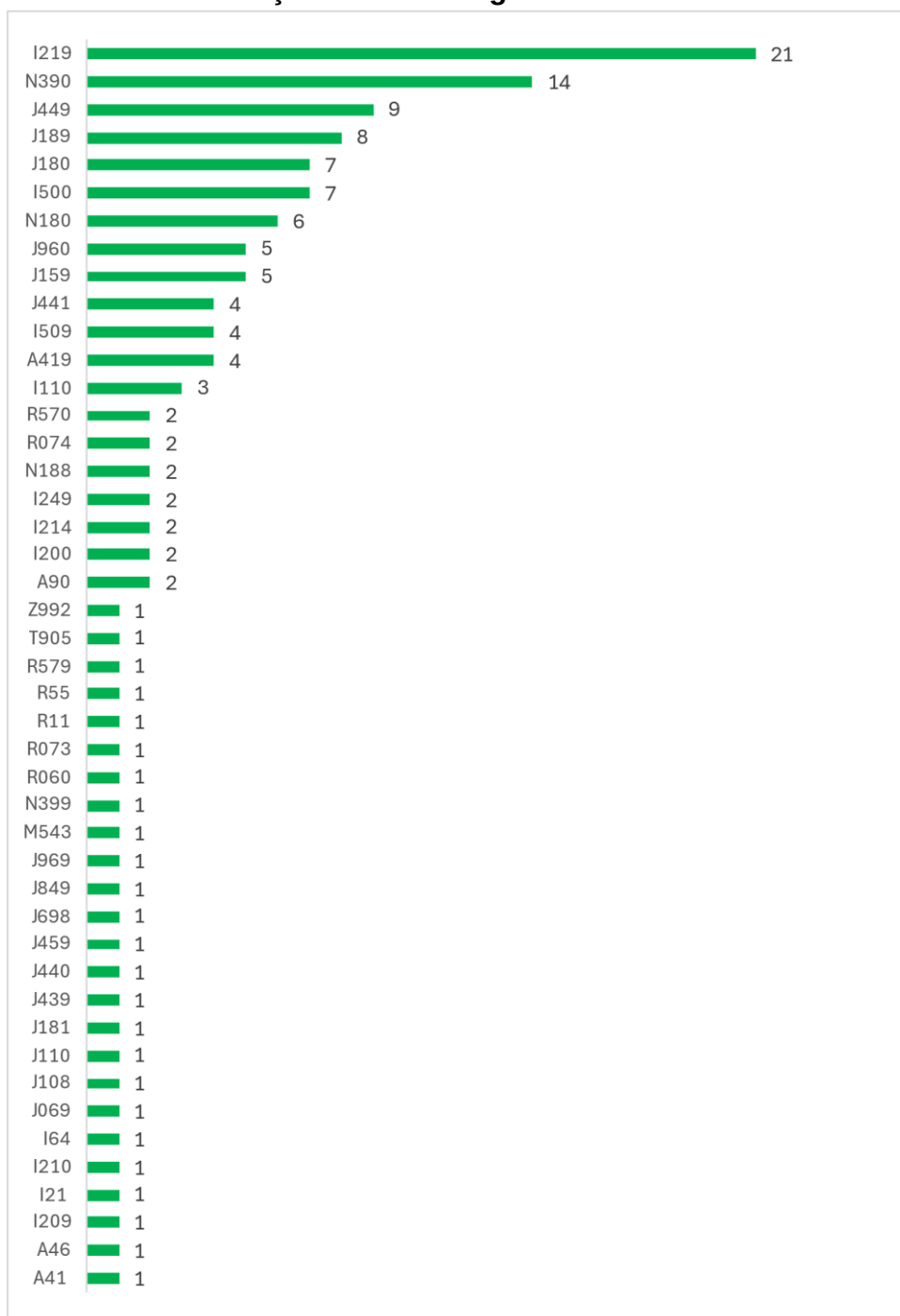
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **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, sepse, 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



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.

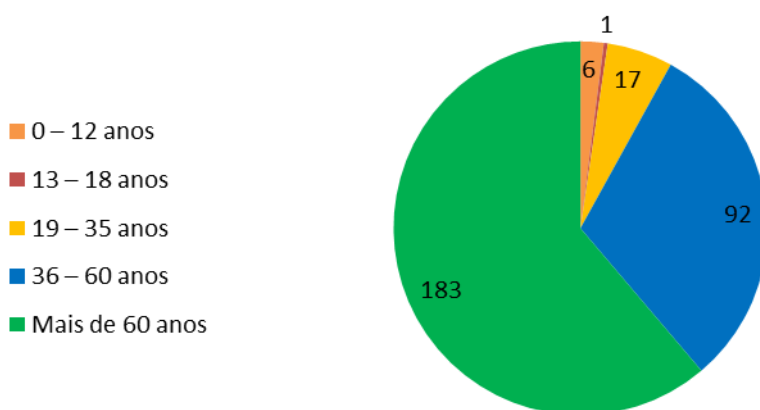
Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
0 – 12 anos	8	6	6	6	6	6
13 – 18 anos	0	0	1	2	2	1
19 – 35 anos	21	12	20	17	18	17
36 – 60 anos	94	89	99	94	104	92
Mais de 60 anos	205	184	186	206	192	183

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária

JUNHO



Fonte: SMPEP.

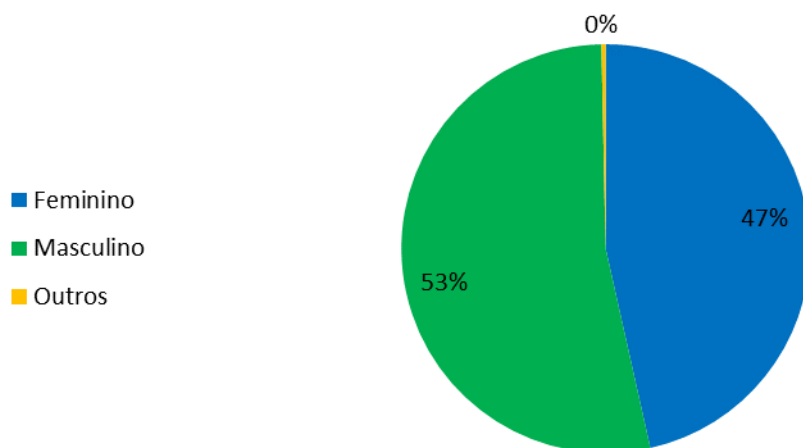
Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Feminino	143	130	126	181	144	139
Masculino	185	161	185	143	177	159
Outros	0	0	1	1	1	1

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero

JUNHO



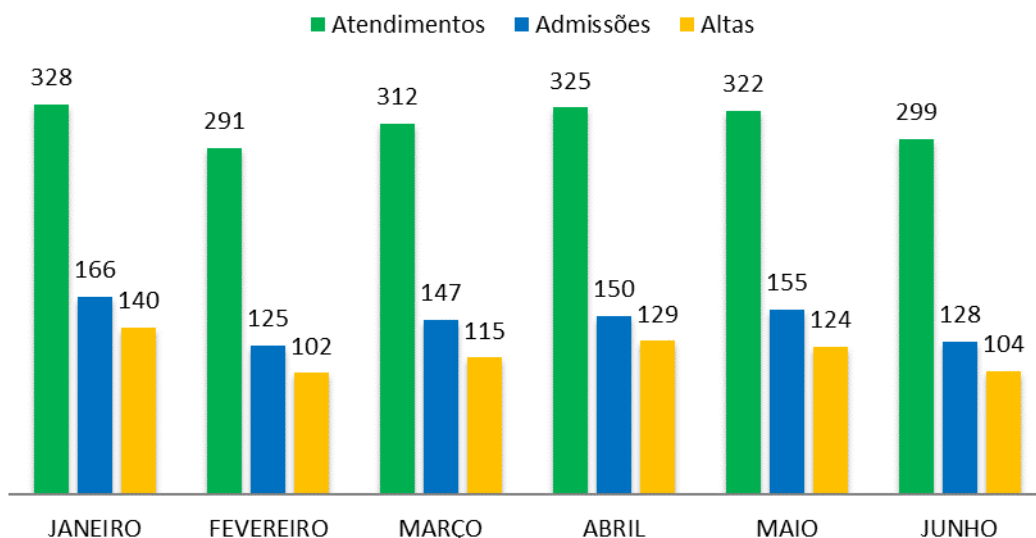
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Atendimentos	328	291	312	325	322	299
Admissões	166	125	147	150	155	128
Altas	140	102	115	129	124	104

Fonte: SMPEP.

Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas



Fonte: Relatório SMPEP.

3. ESTRUTURA 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)

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	8
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3

ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	1
ANALISTA DE RH	3
ANALISTA DE SAÚDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	7
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	6
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL	1
AUXILIAR ADM PLENO	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	16
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	15
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	4
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR FARMÁCIA	28
AUXILIAR LAVANDERIA	11
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	1
COORDENADOR DE FARMÁCIA	1
COORDENADOR DE PRESTAÇÃO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TÉCNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	1
ENFERMEIRO	104
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	3
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACÊUTICO	9

FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	66
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	2
NUTRICIONISTA	5
PSICOLOGO HOSPITALAR	5
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	7
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAUDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	3
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMATICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	2
TECNICO ENFERMAGEM	276
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
Total Geral	666

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

Tabela 05 – Serviços Médicos

ESPECIALIDADES	TOTAL
CIRURGIA GERAL	1
CLÍNICO GERAL	72
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1

NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	84

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados

FUNÇÃO	QTDE. COLABORADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	6
AUXILIAR DE LIMPEZA	68
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	4
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	3
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	14
COZINHEIRO	4
DENTISTA	3
ELETRICISTA	4
ENCARREGADO	4
ENFERMEIRA	2
ENGENHEIRO SUPERVISOR	1
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	3
LIMPADOR DE VIDROS	1
MÉDICOS	82
MOTORISTA	7
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	2
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	2
VIGILANTE	20
TOTAL GERAL	277

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

3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

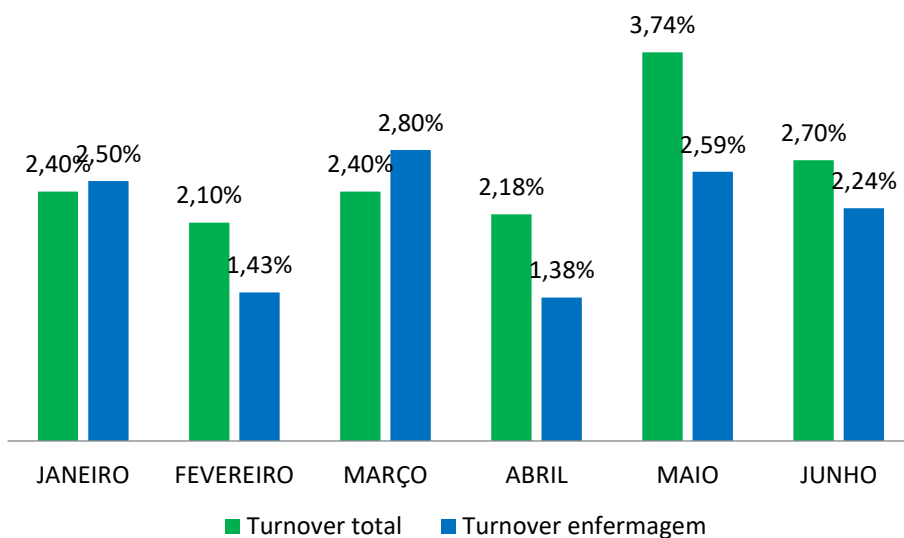
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Turnover total	<5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%	2,70%
Turnover enfermagem	<5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%	2,24%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30	13
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681	666
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8	7
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13	16

Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21	23
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14	6
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7	12

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

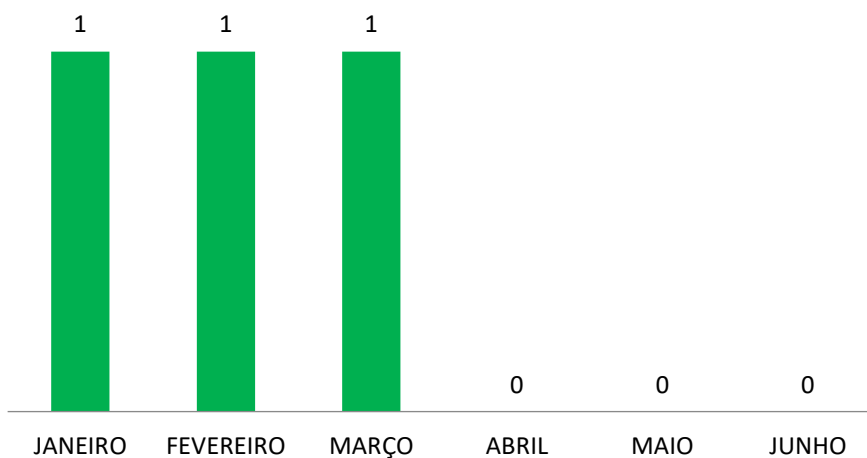
*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



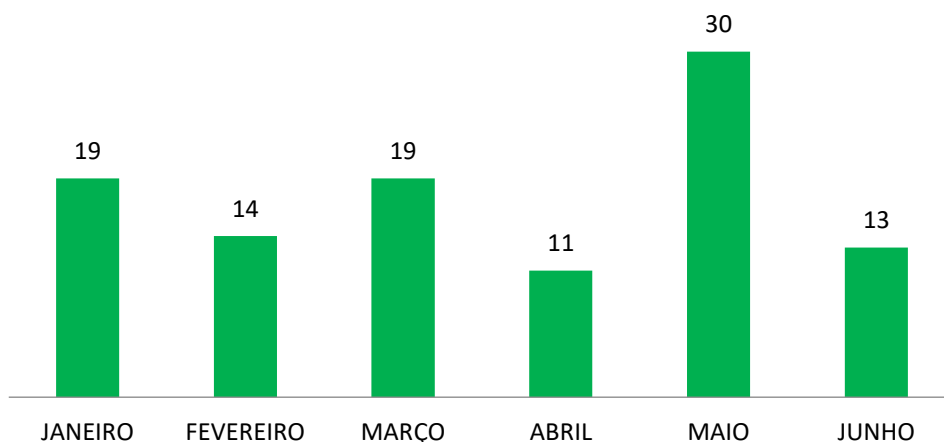
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



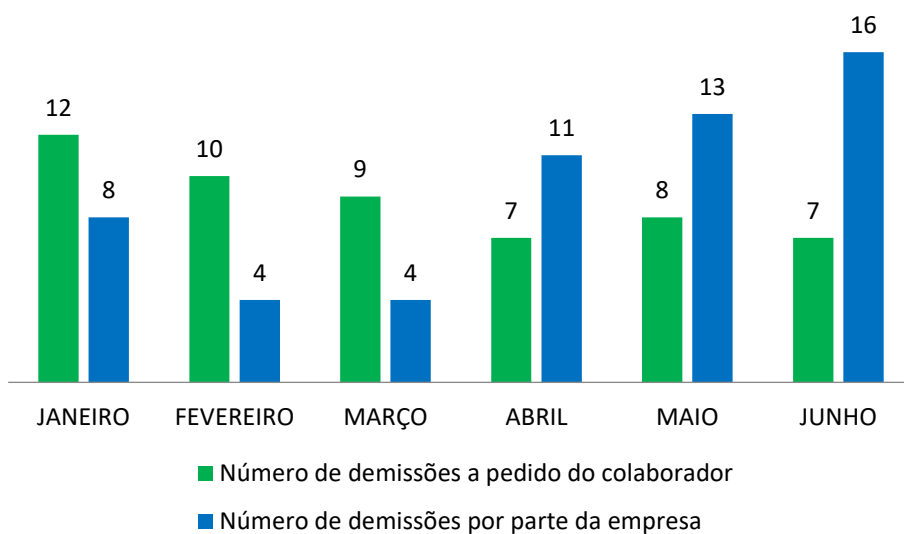
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



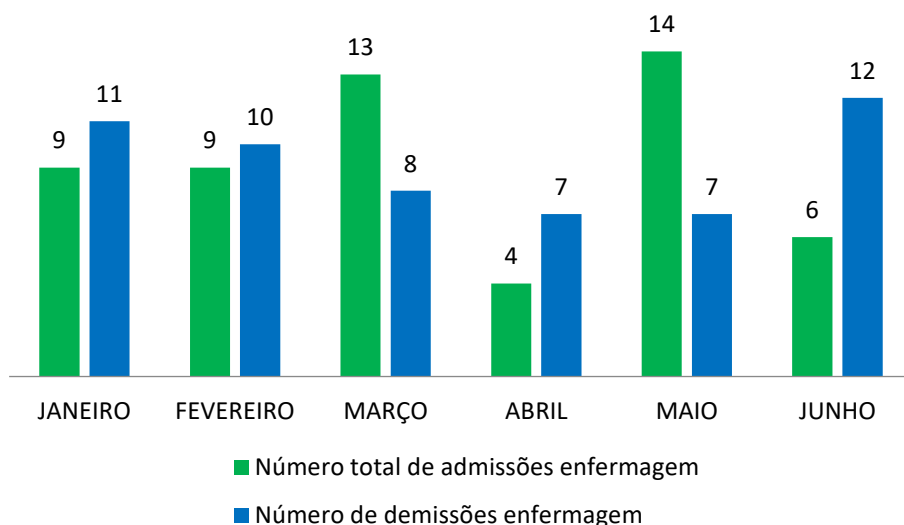
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

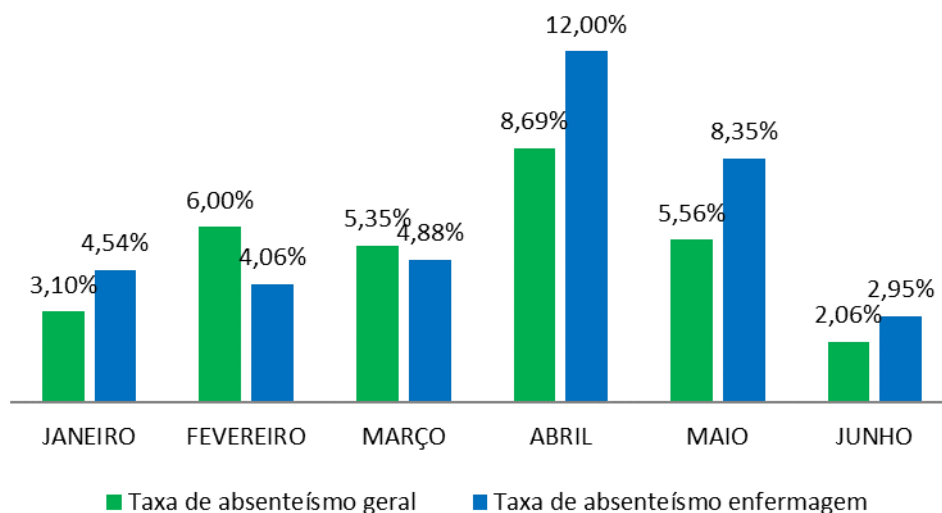
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de absenteísmo geral	Quanto menor, melhor	3,10%	6%	5,35%	8,69%	5,56%	2,06%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Quanto menor, melhor	4,54%	4,06%	4,88%	12,00%	8,35%	2,95%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	85,00%	96,75%	96,82%	95,34%	93,00%	92,29%	97,13%
Número de horas trabalhadas enfermagem	51.448h	49.775h	51.201h	53.738h	47.908h	51.564h	55.789h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42	39	33	42

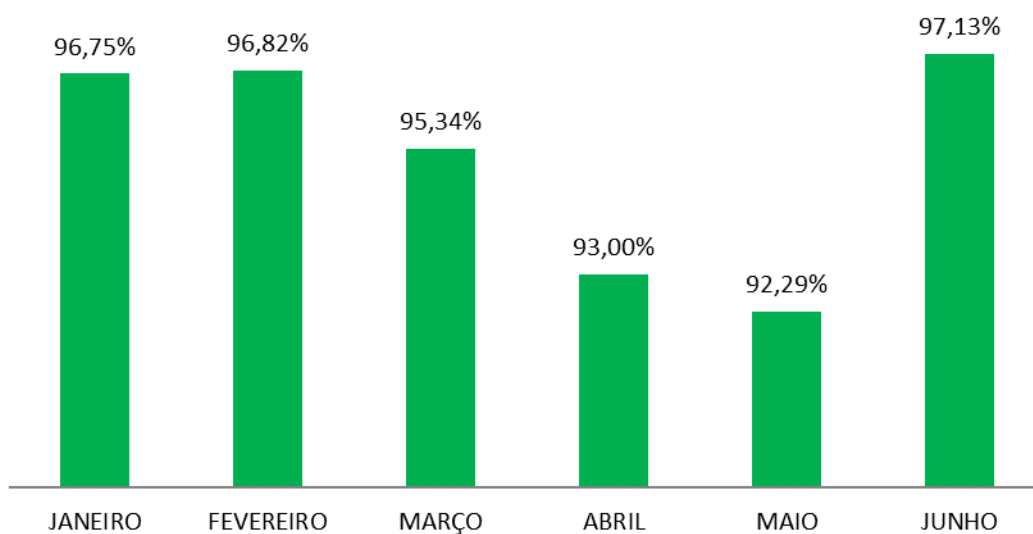
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



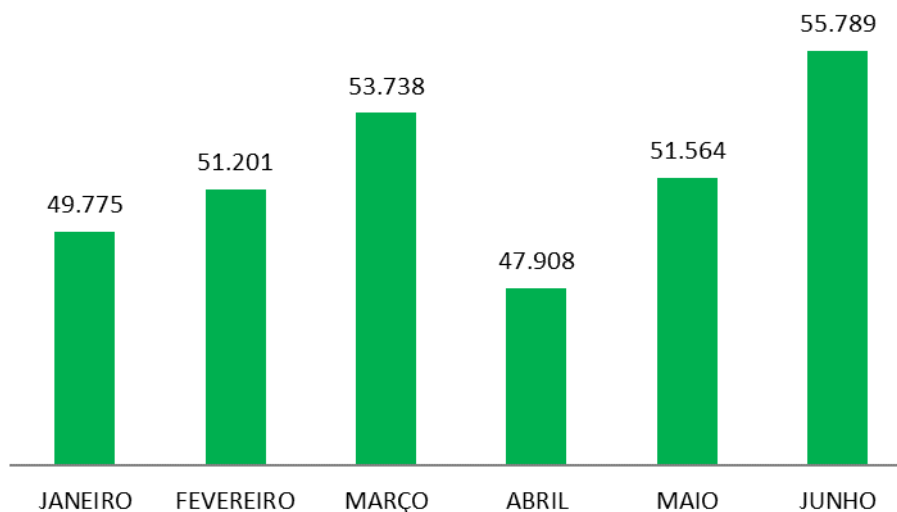
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



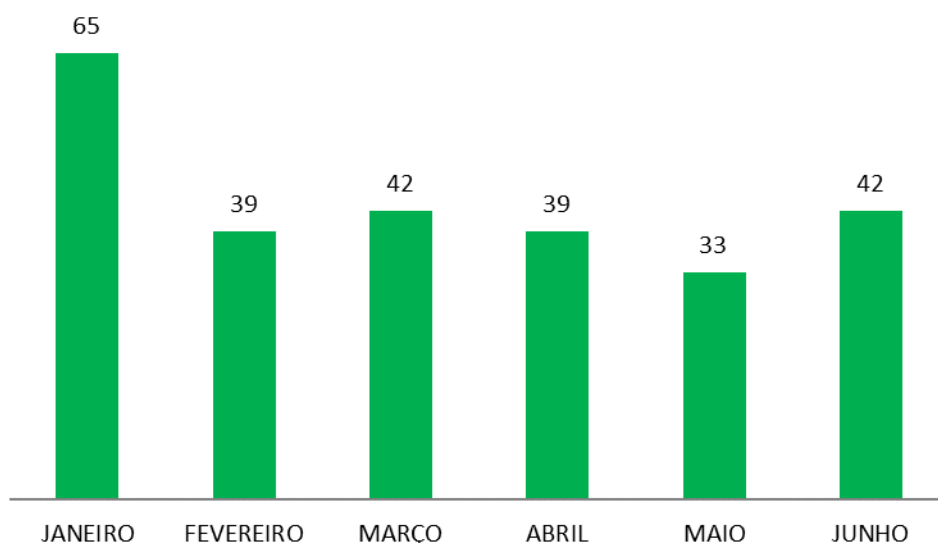
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

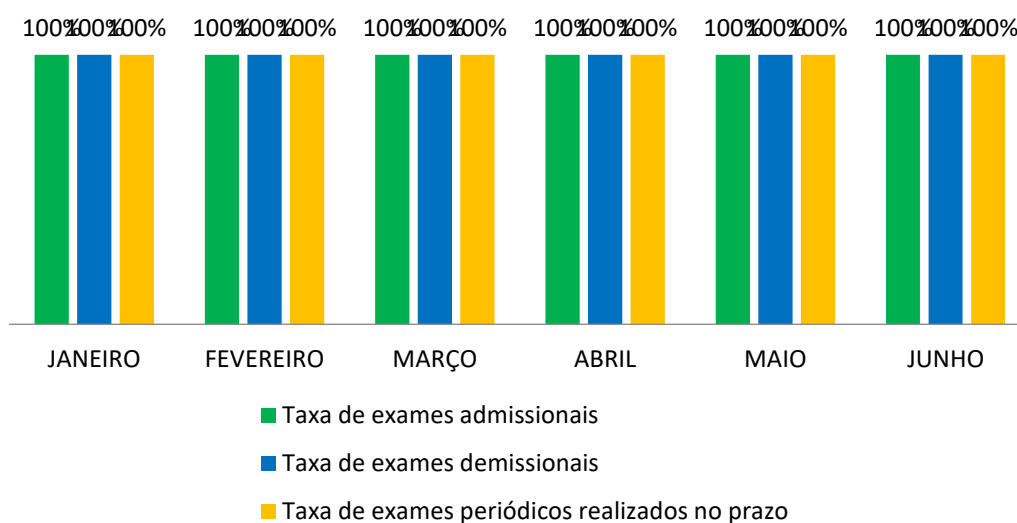
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Taxa de exames periódicos realizados no prazo	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Número de atestados no mês	0	223	270	304	302	266	280
Número de afastados (inss)	0	31	24	21	24	31	19
Número de afastados (gestantes)	0	13	5	15	16	17	12
Número de afastados (licença a maternidade)	0	8	9	8	10	8	8
Número de atestados por síndrome gripal	0	22	51	55	58	52	48
Número de dias perdidos	0	516	666	755	764	582	580

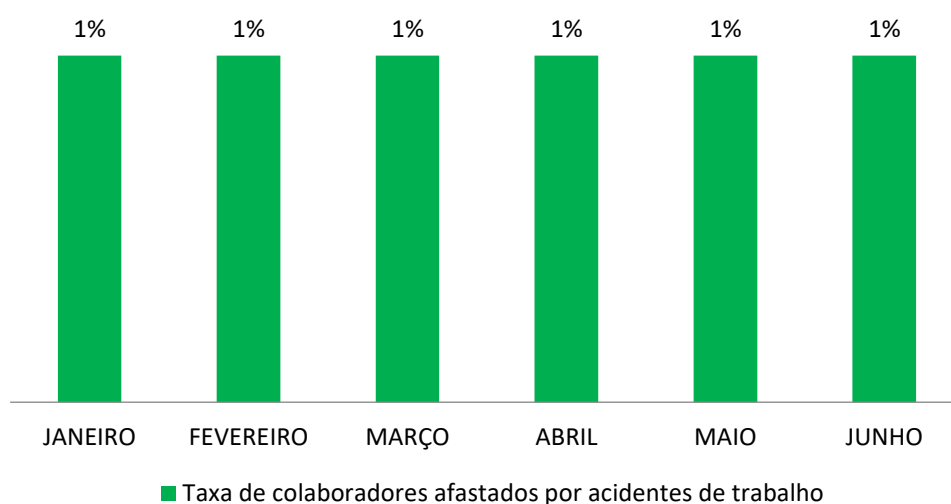
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



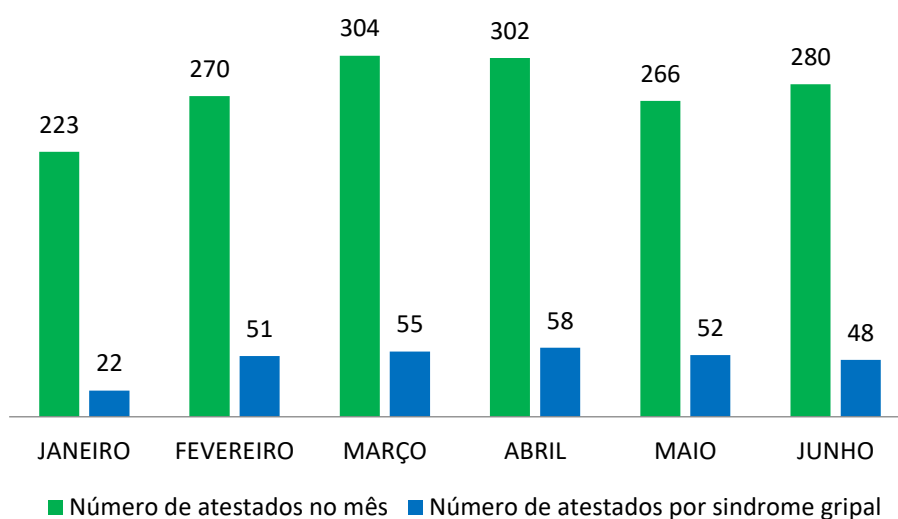
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



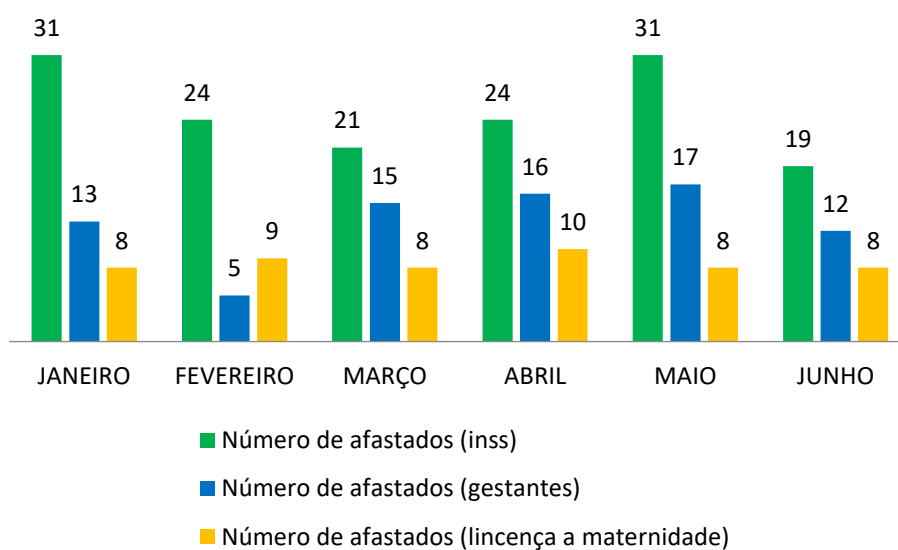
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



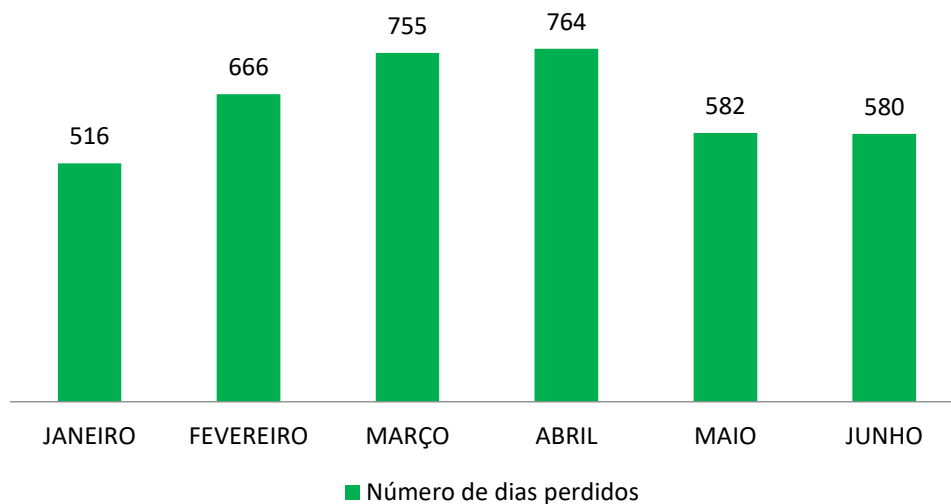
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%	50%	100%	0%
Taxa de inspeções	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0.15%	0.29%	0,29%	0,15%	0,00%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409	266	244	73
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118	16	14	39
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990	544	418	272
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16	13	10	20
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99	451	9	105
Número total de acidentes	0	1	1	2	2	1	1
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

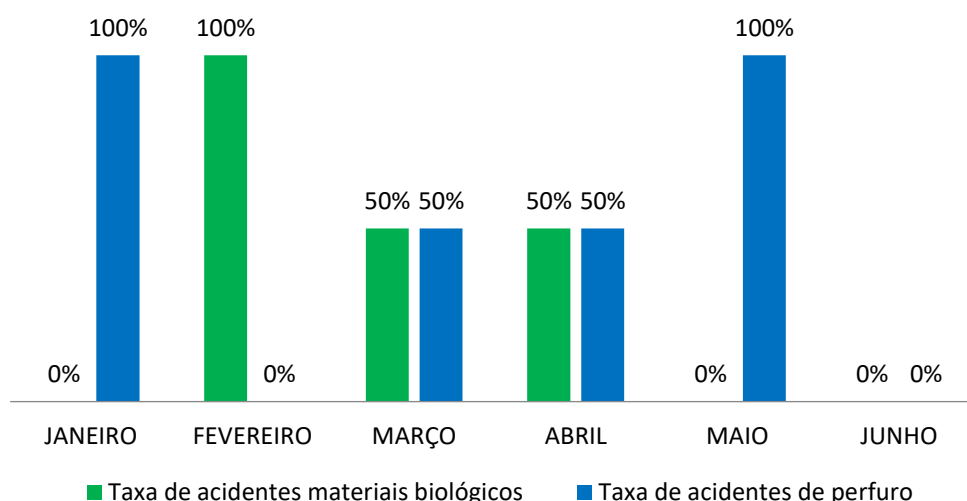
Houve um acidente com queda do colaborador, onde por descuido pisou na poça d' água, escorregou e caiu no quarto. Efetuamos o plano de ação para cuidados com escorregões.

Diminuição de casos de COVID-19.

O Sesmt envia a lista de colaboradores que precisam retirar os epis no grupo dos técnicos de enfermagem e enfermeiros, porém, mesmo assim, precisamos ligar nos postos de enfermagem, ir nos setores chamar as pessoas, solicitar auxílio da supervisão para que venham retirar os epis antes de iniciarem suas atividades.

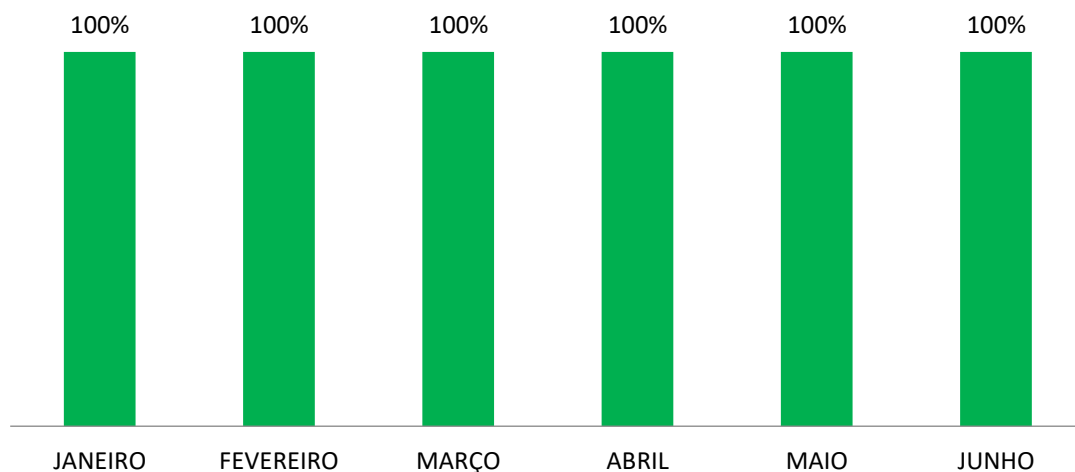
Em relação a diminuição de treinamentos, tivemos a ausência de técnicos impossibilitando a intensificação em treinamentos.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



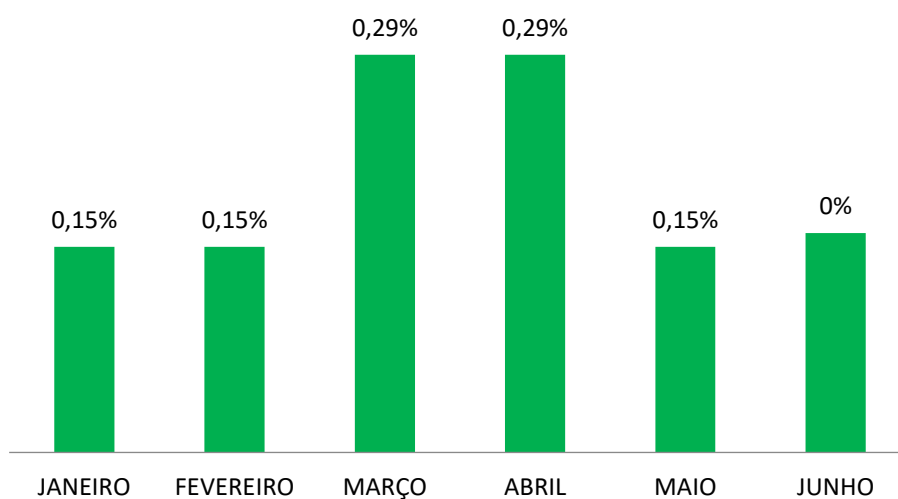
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



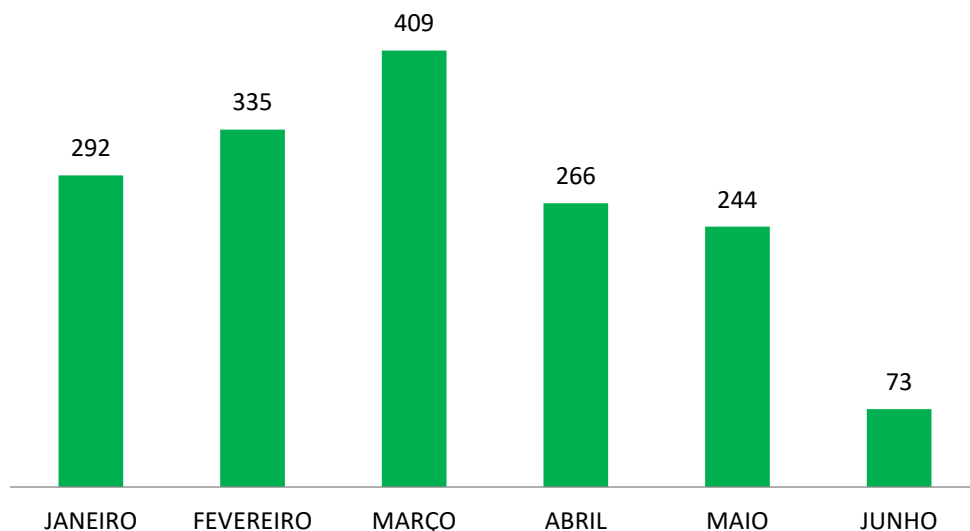
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



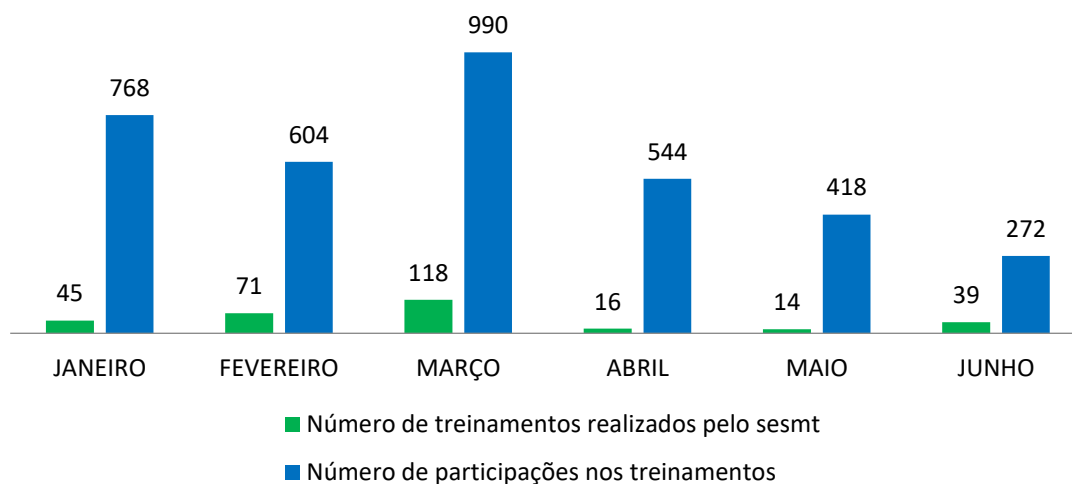
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



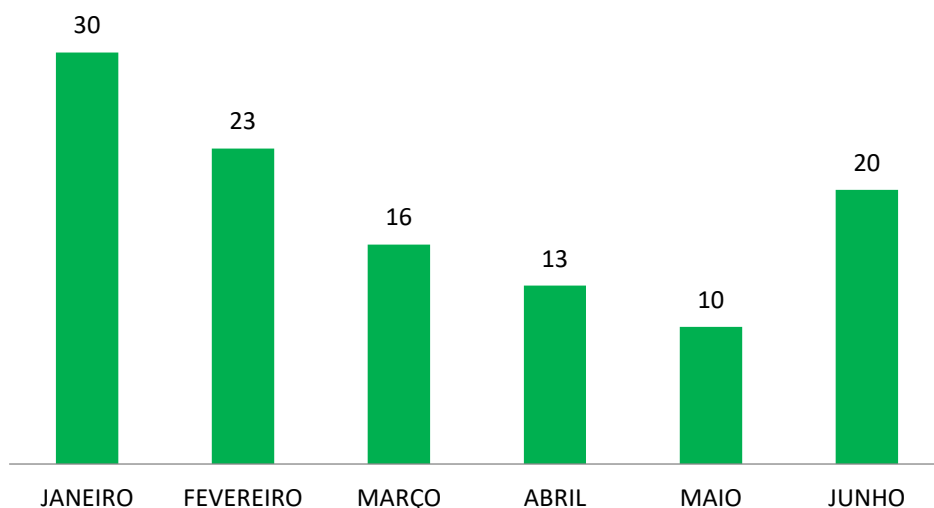
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



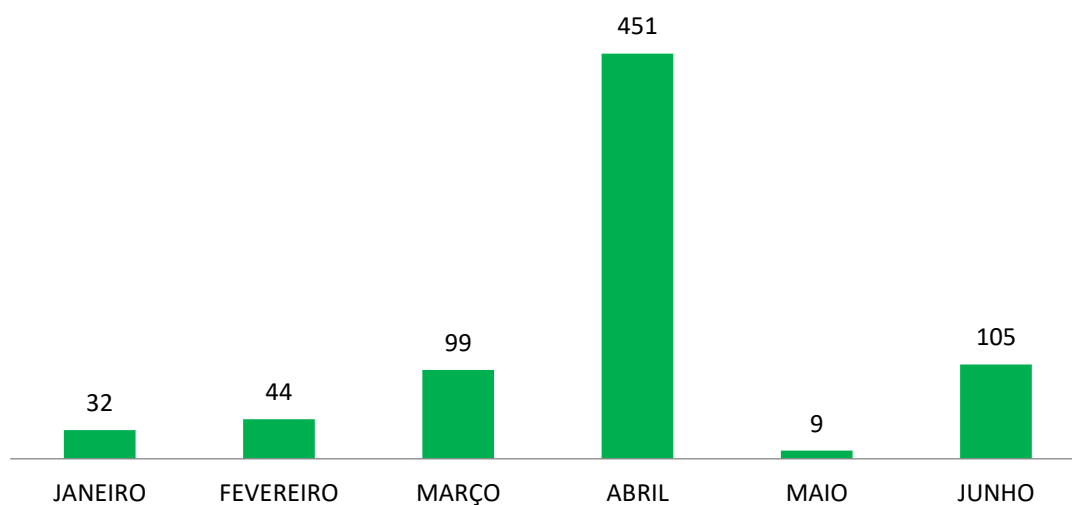
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



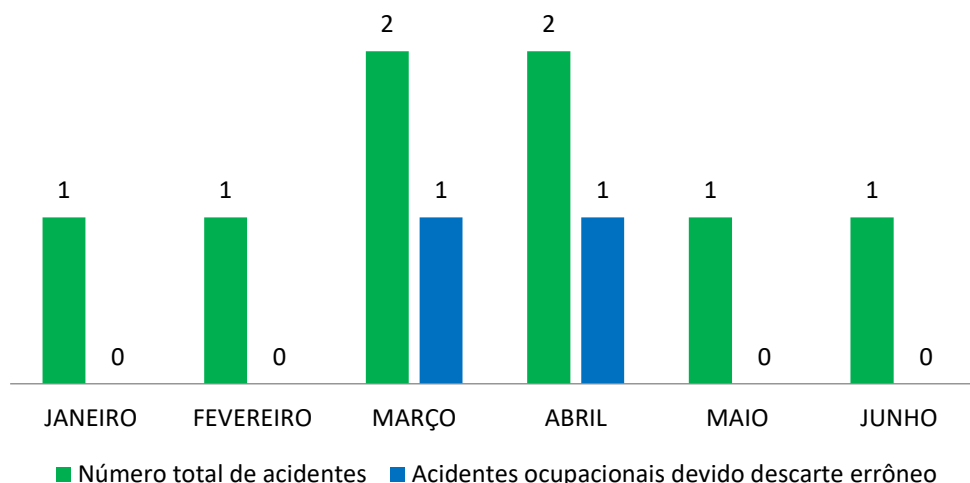
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%	0,70%	1,32%	0,50%

Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%	16%	16%	13%
Número de exames	neutro	327	334	333	428	379	378
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1	3	5	2
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49	70	61	49

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0%	0%	0,62%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%	20%	13%	9%
Número de exames	neutro	109	114	87	161	128	113
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0	1	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7	32	16	10

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de falhas de exames	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

(qualidade de imagem)							
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%	14%	11%	15%
Número de exames	neutro	101	108	112	111	120	136
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1	1	2	2
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19	16	13	21

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	11%	9%	19%	3%	5%	6%
Número de exames	neutro	64	47	67	64	57	18
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	1	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	7	4	13	2	3	3

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	0%	0%

Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%	20%
Número de exames	neutro	41	50	50	80	63	64
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29	13

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

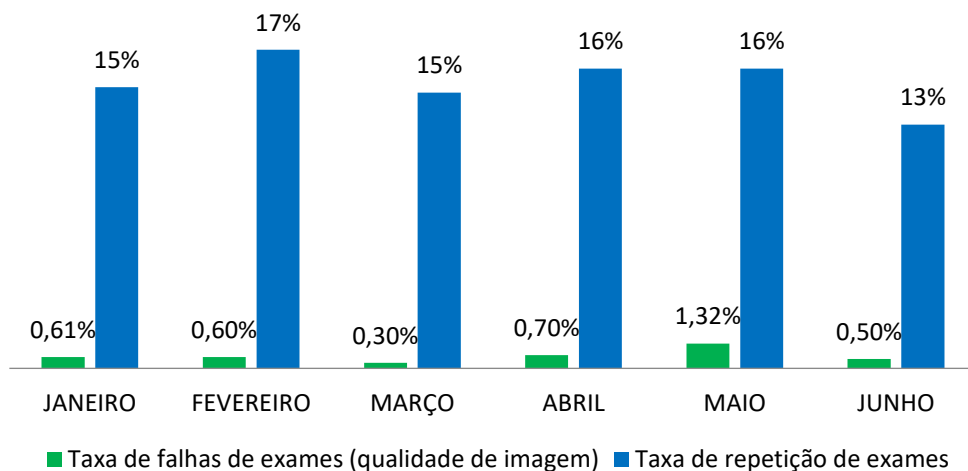
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	25%	33%	35%	0%	0%	12%
Número de exames	neutro	12	15	17	12	11	17
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	3	5	6	0	0	2

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

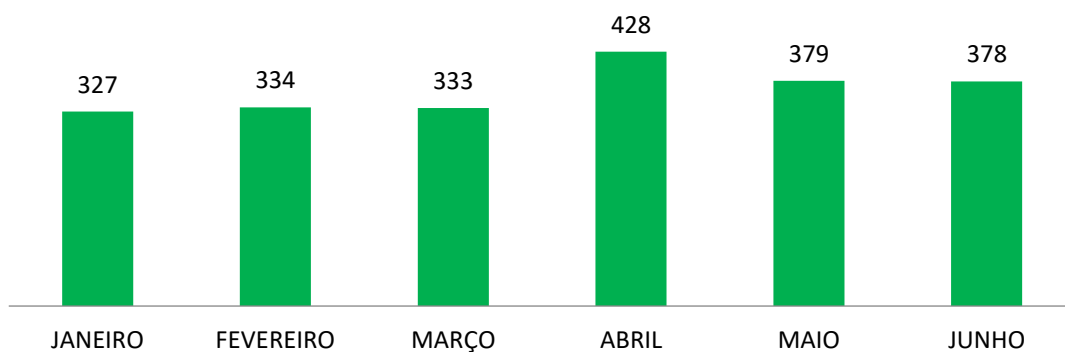
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames

(Geral Hospitalar)



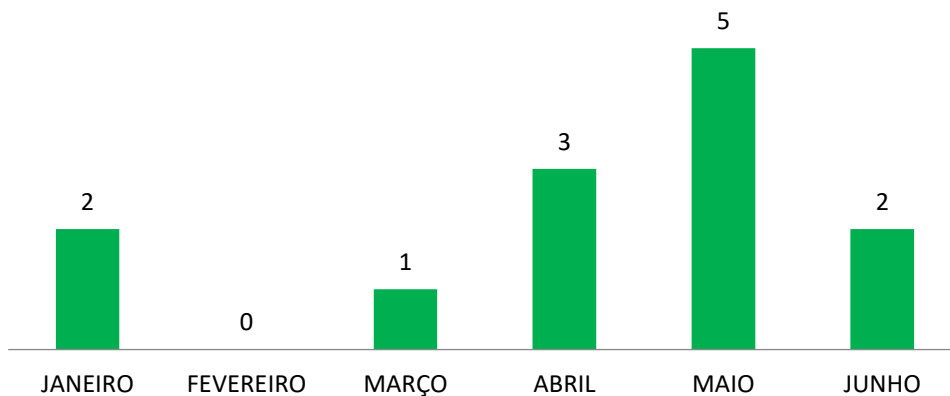
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



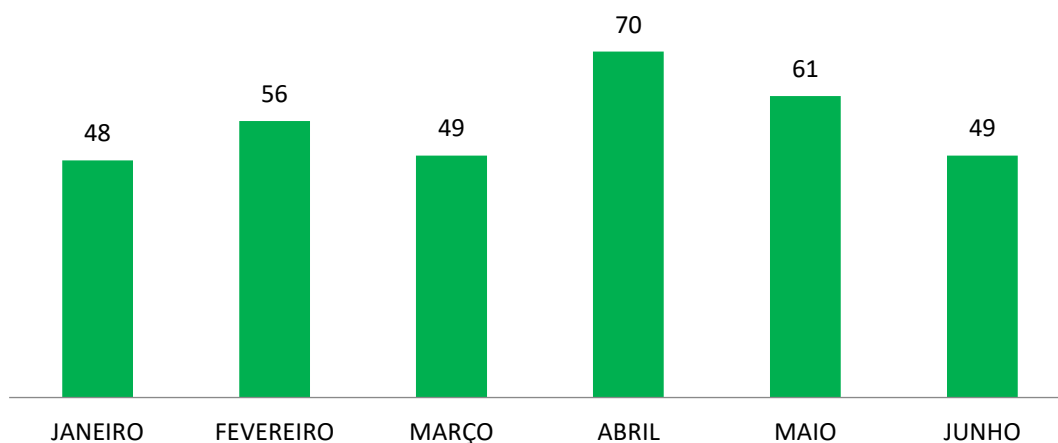
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 30 – Número de falha nos 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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6%	5%	5,61%	4%	4%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Eficiência na emissão de relatórios (tat)	> 90%	99,43%	99,66%	99,57%	99,67%	99,72%	99,72%
Número de exames realizados	neutro	12.166	11.030	12.065	13.296	12.223	12.324
Número de exames realizados na unidade	neutro	10.413	9.374	10.348	11.946	10.713	10.318

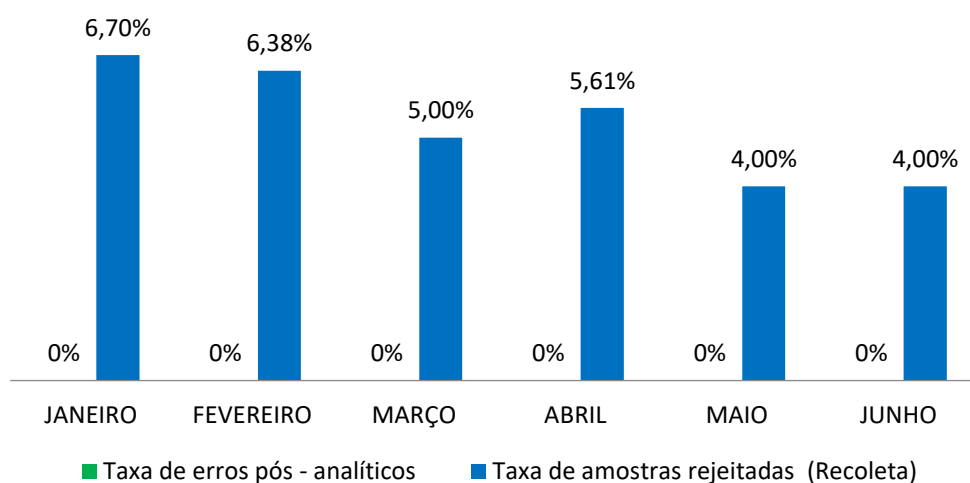
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

*Houve alteração da nomenclatura de indicador de resposta resultados críticos.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Percentual de recoleta se mostra reduzido quando comparado ao mês anterior ao observarmos a quantidade de exames solicitados no período, porém se eleva quando comparado com o quantitativo de pacientes atendidos no mês. Monitoramento conjunto a INTS e delimitação de equipe de coleta iniciado em 09/06, em comparação aos meses anteriores o período em que se iniciou a delimitação, houve redução no percentual de recoletas, estamos em monitoramento conjunto a INTS e aguardamos que nos próximos meses, com o desenvolvimento da delimitação de coletores, os índices venham a reduzir.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



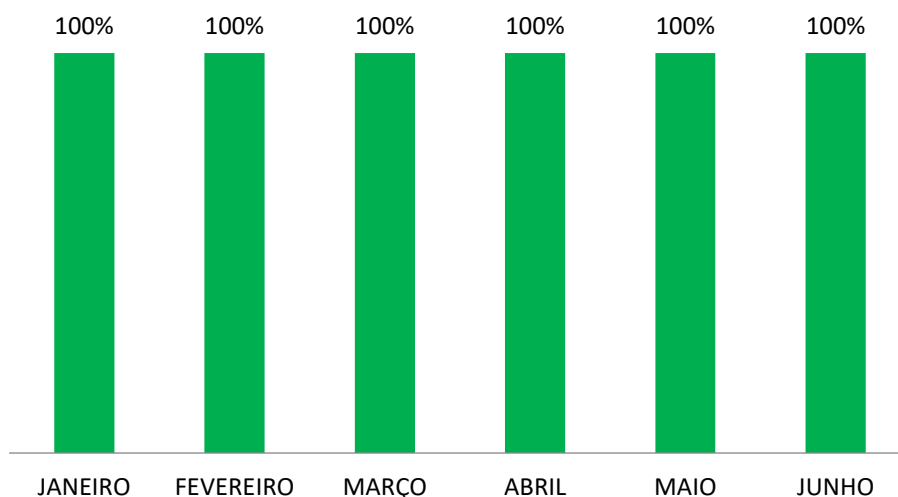
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



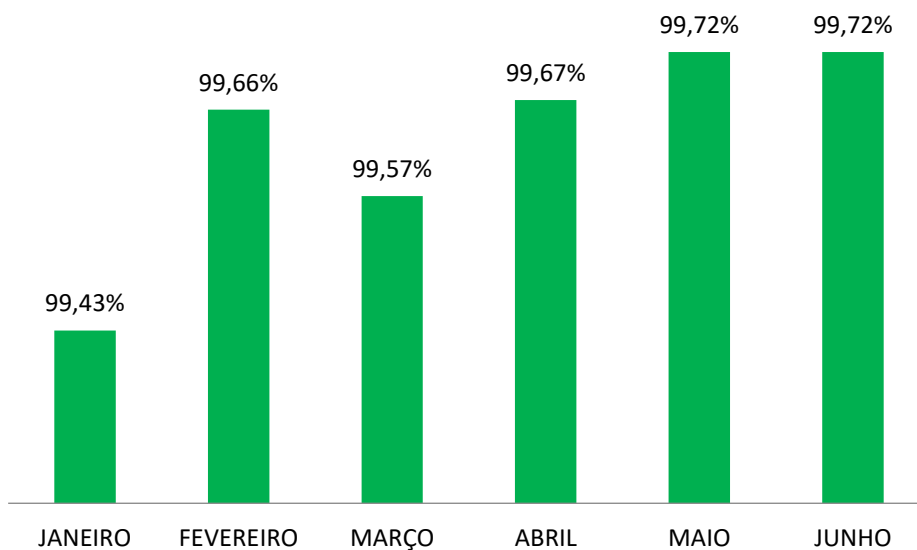
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



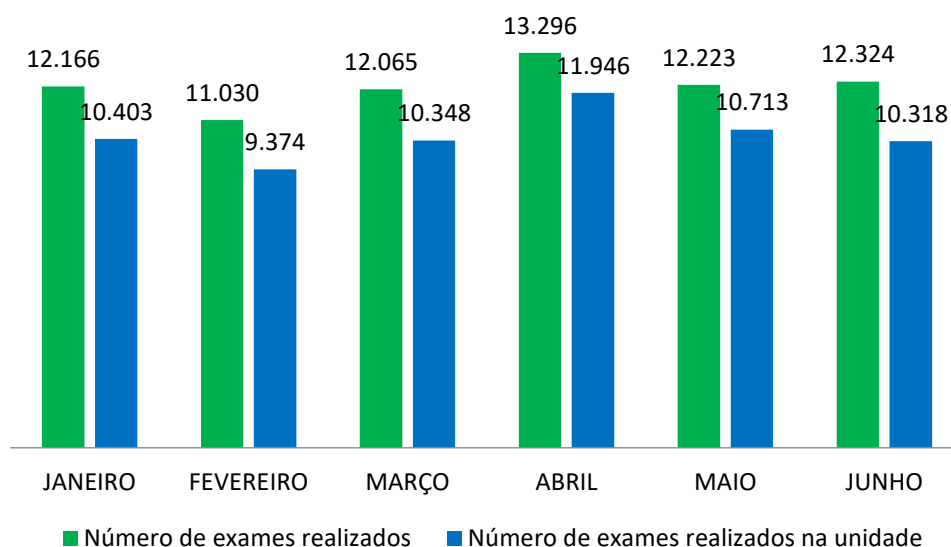
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%	0,98%	0,95%	1,03%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84	3,72	4,07	3,92
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42	30,97	33,66	38,21
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%	10,63%	13,82%	14%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%	1,88%	3,95%	3,00%
Giro leito institucional	5	0,89	0,67	0,75	0,86	0,82	0,70
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062	4955	5117	5006
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735	5550	5735	5520
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139	160	152	131
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15	17	19	18
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0	3	2	0

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – ASSISTENCIA GLOBAL

O aumento na taxa de óbitos corrigida está relacionado à admissão de pacientes com quadros clínicos de maior gravidade durante o período avaliado.

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%	0,13%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04	1,21
Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44	11,61
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%	6,84%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%	3,05%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70	2,34
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410	1358
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550	1500
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135	117
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10	8
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1	0

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%	2,02%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67	3,52
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18	5,17

Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%	4,35%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%	2,31%	2,65%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33	3,45
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	330	357
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620	600
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79	69
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3	3
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1	0

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%	1,97%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29	2,16
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78	4,66
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%	4,55%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%	2,27%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10	4,40
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193	205
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310	300

Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51	44
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2	2
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	0	0	0	0

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

Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%	2,65%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64	7,89	5,57
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11	418,71
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	33,33%	62,50%	40,00%	57,14%	44,44%	71,43%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	11,11%	0%	1,05%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10	0,14	0,09	0,07
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998	2931
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069	2970
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9	7
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4	1
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0

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

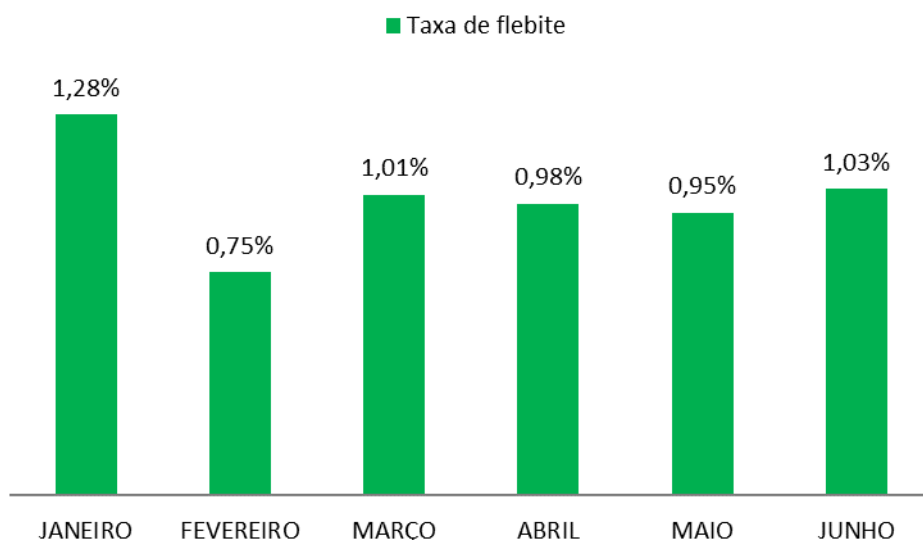
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0	0	0	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	466,50	496,50	527,50	527,5
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	100%	0%	1,05%	0%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0	0	0	0
Número de paciente dia	neutro	166	168	186	180	186	180
Número de leito dia	neutro	186	168	186	180	186	180
Número de saídas	Quanto maior, melhor	2	0	0	0	0	0
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	0	0	0	0	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0	0	0

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

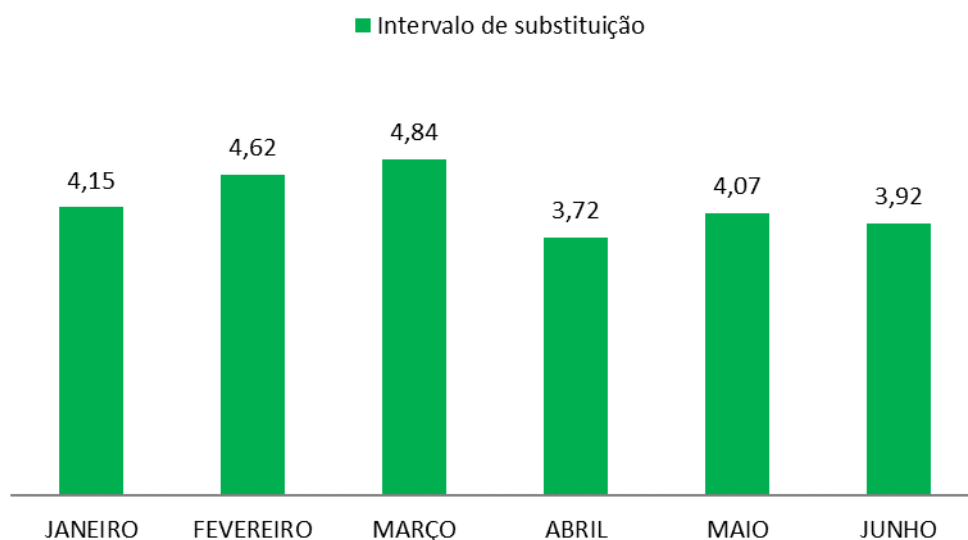
Observação: O setor apresenta um alto tempo de permanência devido ao atendimento a pacientes em cuidados prolongados, que não possuem giro de leito e nem intervalo de substituição.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



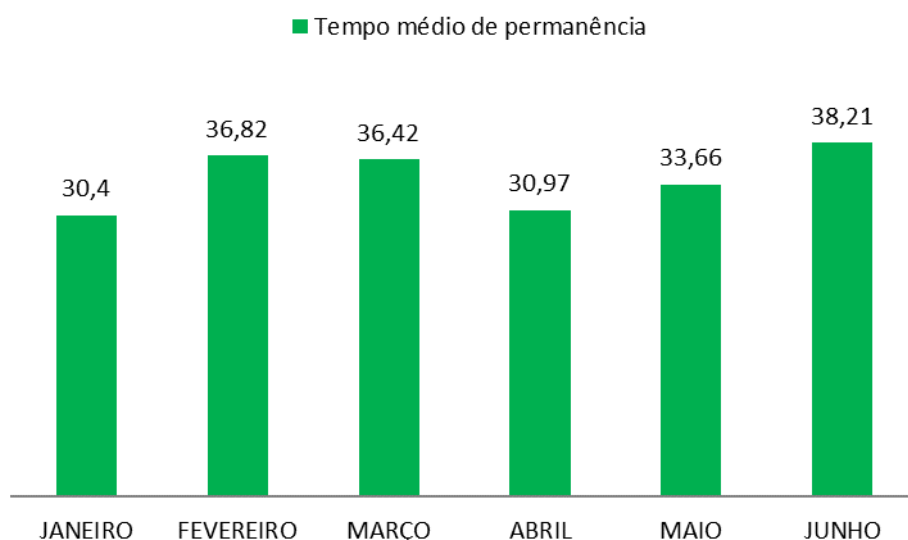
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



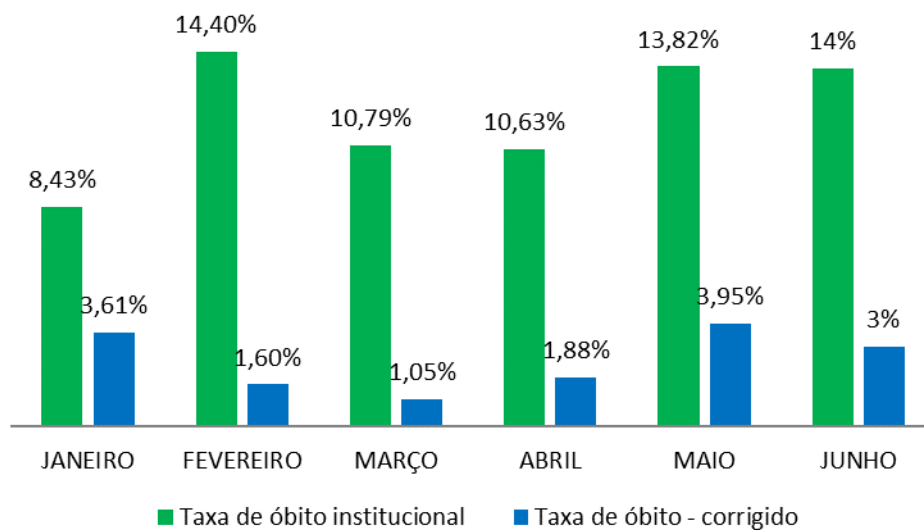
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

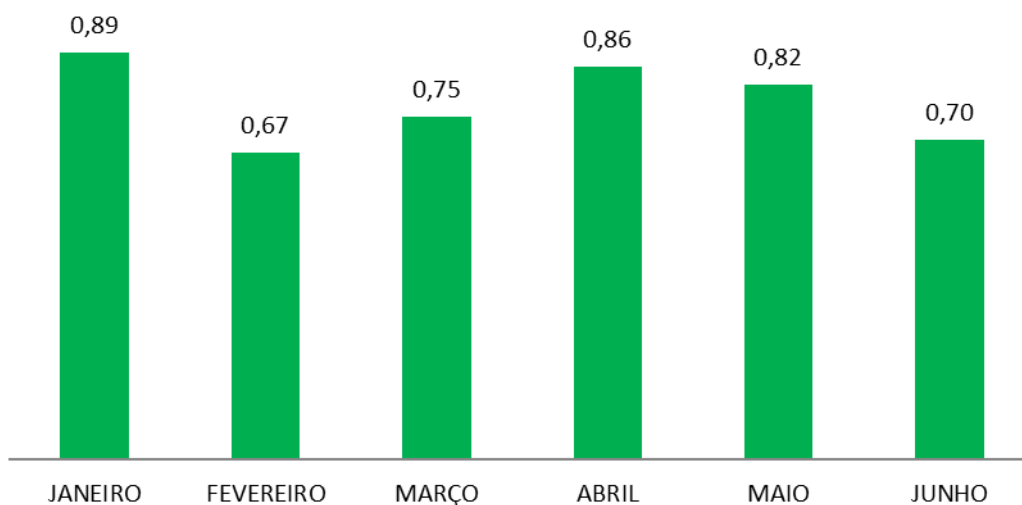
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

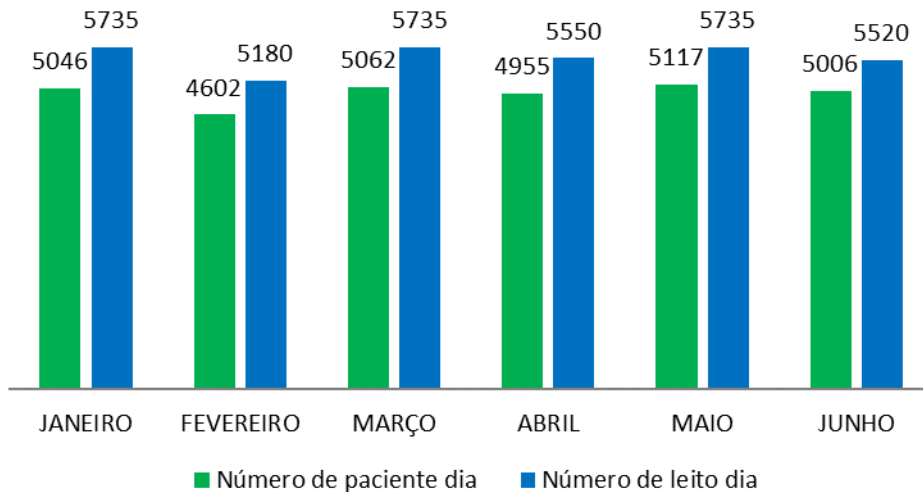
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



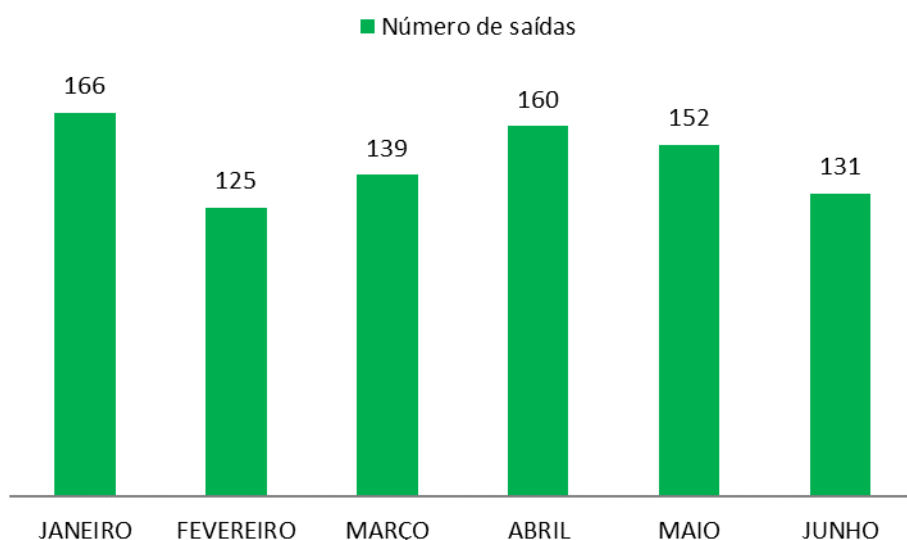
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



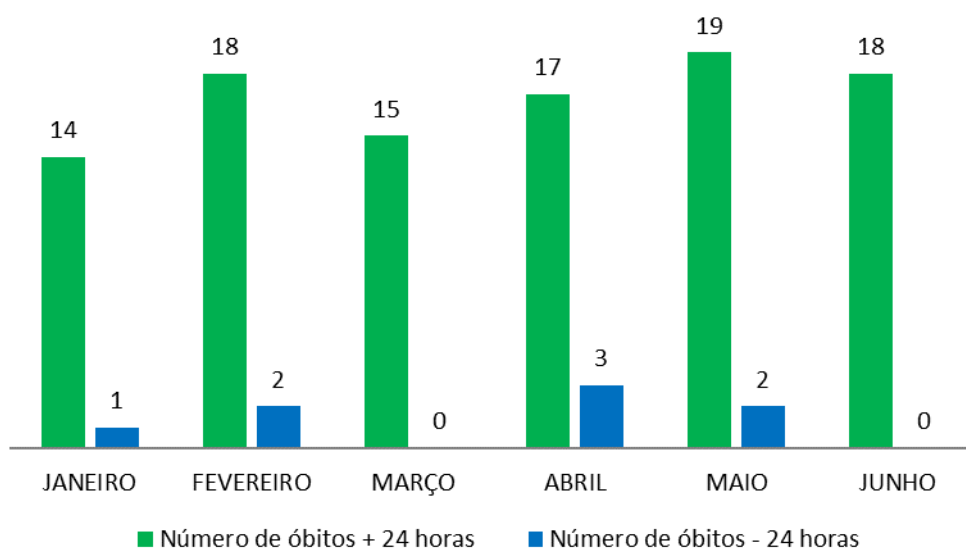
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%	98%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%	91%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481	3361

Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138	136	155	125
Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79	134	115	95
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991	22664	23809	23378
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833	1037	1152	1013
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859	10705	11141	10482
Índice de desnutrição	<35%	35%	31%	31%	34%	30%	32%
Índice de eutrofia	≥35%	36%	42%	35%	35%	40%	39%
Índice de sobrepeso	<20%	8%	7%	10%	8%	9%	7%
Índice de obesidade	<10%	21%	20%	24%	23%	21%	22%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971	7732
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%	37%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%	38%

Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%	16%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de desnutrição	<35%	-	34%	32%	31%	29%	44%
Índice de eutrofia	≥35%	-	39%	41%	46%	34%	18%
Índice de sobrepeso	<20%	-	10%	5%	0%	19%	11%
Índice de obesidade	<10%	-	17%	22%	23%	28%	27%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de desnutrição	<35%	-	51%	14%	67%	19%	38%
Índice de eutrofia	≥35%	-	27%	36%	33%	34%	38%
Índice de sobrepeso	<20%	-	17%	2%	0%	19%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	5%	48%	0%	28%	15%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181	13140
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%	33%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%	34%

Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%	6%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%	27%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186	180	186	180
Índice de desnutrição	<35%	-	17%	16%	17%	15%	17%
Índice de eutrofia	≥35%	-	50%	49%	50%	70%	66%
Índice de sobrepeso	<20%	-	0%	2%	0%	0%	0%
Índice de obesidade	<10%	-	33%	33%	33%	15%	17%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

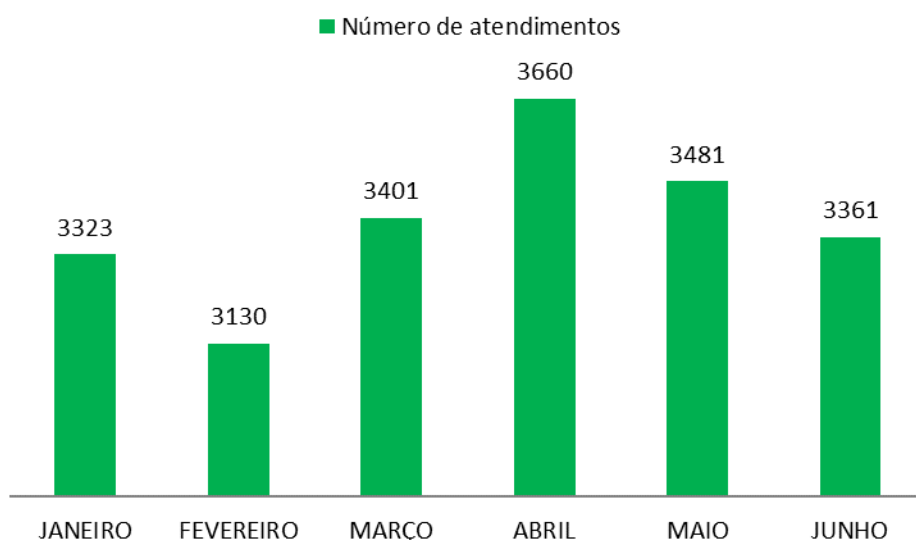
ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

Taxa de orientações de alta: Não alcançamos a meta de orientação nutricional, por situações de alta de colaborador que precisou de atendimento na unidade, e pacientes que receberam alta e não estavam no KABAM, e assim a informação da alta não chega para equipe em tempo hábil, e ao dirigir-se ao leito, o paciente já não se encontrava.

Índice de obesidade: Não alcançamos a meta de obesidade devido ao perfil do paciente com mobilidade reduzida, impossibilitando o gasto energético.

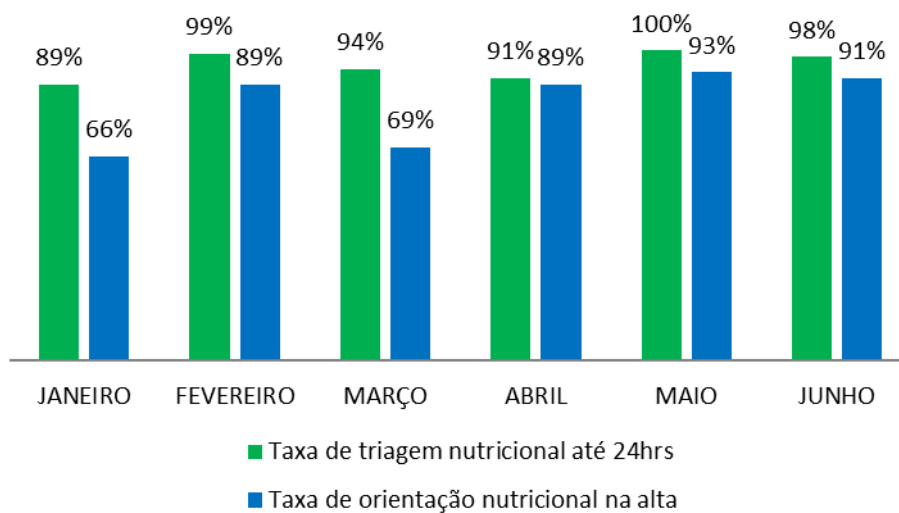
Taxa de triagem nutricional: a justificativa de não bater a meta este mês pode ser atribuída a fatores como admissões noturnas seguidas de altas, óbitos, ou procedimentos externos realizados em menos de 24 horas após a admissão, esse mês houve muita admissão de colaboradores, para atendimento de urgência/acidente de trabalho (ex: com perfuro cortante), não sendo disponibilizado refeição/atendimento nutricional.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



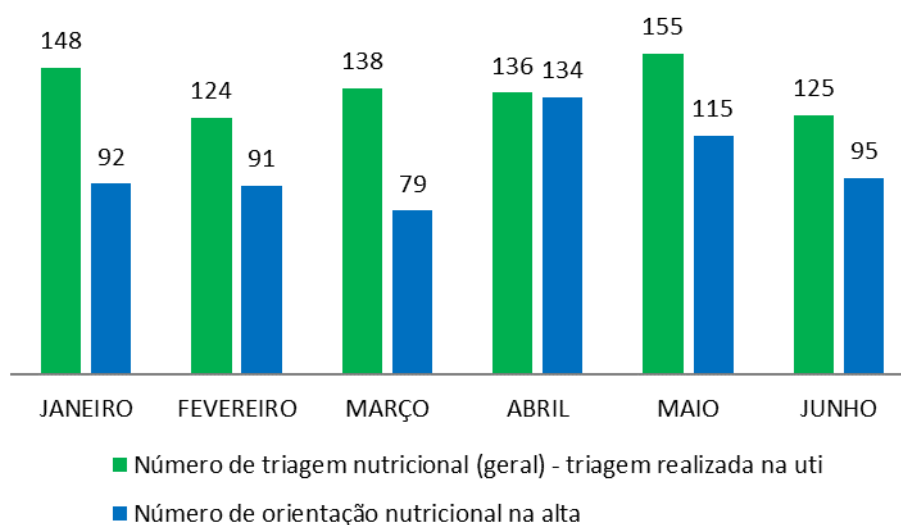
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



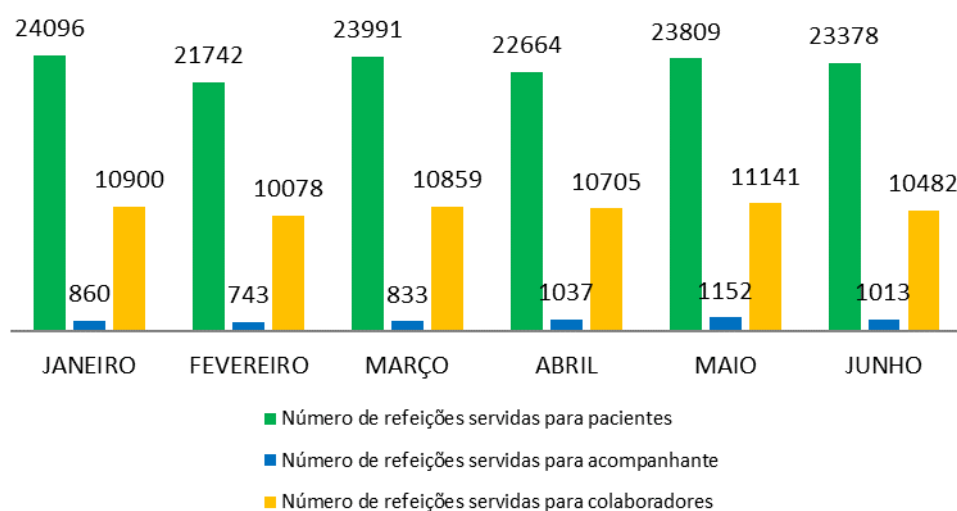
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

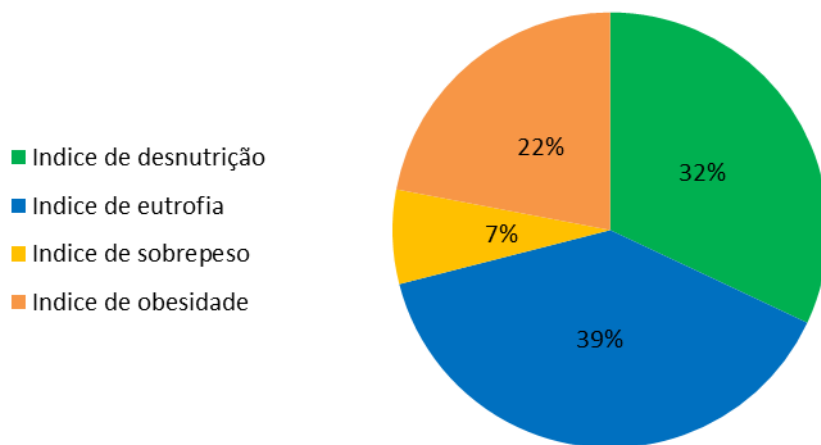
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC

JUNHO



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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	98%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	83%	88%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	93%	98%
Número de atendimentos	7000	23.926	22.580	24.374	21.714	23.784	21.259
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14.864	13.742	14.873	13.311	14.626	13.040
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9.062	8.838	9.501	8.260	9.158	8.219
Número de intubações	M/R	3	5	3	7	5	7
Número de extubações	M/R	2	4	0	3	5	2
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0
Média de pacientes traqueostomizados	> 15%	16,53%	14%	9,64%	16%	11,29%	16%
Média de pacientes em cno2	> 15%	18,27%	14,02%	16,07%	16%	18,67%	17,79%
Média de pacientes nebulizados	> 5%	6,82%	4,05%	6,8%	4,72%	2,7%	6,66%
Média de pacientes em mnr	> 2%	3%	1,02%	2%	2,13%	1%	4%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	92%

Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%
Número de intubações	M/R	0	0	0	1	0	1
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,13%	1%	0%	1%	2%	2%
Média de pacientes em cno2	M/R	6,19%	6,05%	8,60%	6,20%	9,70%	9,63%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	1%	1,03%	1%	1,26%
Média de pacientes em mnr	M/R	1%	1%	1%	1%	1%	1%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%
Número de intubações	M/R	2	5	3	5	10	4
Número de extubações	M/R	1	4	0	3	5	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	2
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,19%	2%	1%	3%	3%	2%
Média de pacientes em cno2	M/R	2,4%	2,07%	1,60%	2,12%	2,64%	2,68%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	0%	1%	1%	1,27%
Média de pacientes em mnr	M/R	1%	1%	1%	1%	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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%	95%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%	84%
Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1	1
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	0%	0%	1%	1%	1%	1%
Média de pacientes em cno2	M/R	1,78%	2,01%	1,50%	2,19%	2,58%	1,48%
Média de pacientes nebulizados	M/R	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Média de pacientes em mnrr	M/R	1%	0%	1%	1%	1%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	8,76%	5%	10%	6%	4%	6%

Média de pacientes em cno2	M/R	6,52%	4,20%	6,75%	4,69%	6%	1,48%
Média de pacientes nebulizados	M/R	4,82%	4,80%	4,78%	3%	2%	1%
Média de pacientes em mnr	M/R	0%	1%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

Apesar dos avanços, alguns indicadores ficaram acima da meta esperada, devido a fatores independentes da execução dos protocolos e diretamente ligados ao perfil clínico dos pacientes admitidos. Abaixo as análises:

1. Número de Falhas de Extubação

Dados: Duas falhas de extubação registradas no período.

Justificativa: Ambas ocorreram em pacientes com reserva respiratória limitada e alta complexidade clínica. As tentativas de desmame foram conduzidas seguindo protocolos, mas as condições críticas dos pacientes representaram alto risco inerente.

Objetivo: Reforçar ainda mais o monitoramento e revisar a seleção rigorosa dos critérios de extubação.

2. Média de Pacientes Traqueostomizados

Dados: Houve um aumento no número de pacientes traqueostomizados de 15 para 16.

Justificativa: Este pequeno aumento reflete a demanda por traqueostomias em pacientes com suporte ventilatório prolongado ou necessidade de proteção prolongada de via aérea.

Impacto: Essas intervenções evitam complicações relacionadas à intubação prolongada e otimizam o manejo de pacientes graves.

3. Média de Pacientes em Uso de CNO2 (Cateter Nasal de Oxigênio).

Dados: Aumento no uso de oxigenoterapia de baixo fluxo.

Justificativa: Muitos pacientes apresentaram hipoxemia moderada, sendo estabilizados com o uso de CNO2. Indicador positivo por demonstrar progresso clínico e transição para modalidades de suporte menos invasivas.

4. Média de Pacientes Nebulizados

Dados: Alta frequência de nebulizações realizada no período.

Justificativa: Relevante para pacientes com necessidade de administração de principalmente em quadros agudos e exacerbações respiratórias.

5. Média de Pacientes em MNR (Máscara Não Reinalante)

Dados: Crescimento significativo no uso de MNR.

Justificativa: Este aumento está relacionado à admissão de pacientes em insuficiência respiratória significativa, estabilizados sem necessidade imediata de ventilação mecânica invasiva.

Progresso clínico: Evitando intervenções invasivas, a modalidade foi fundamental para manejar quadros de alta gravidade com compromisso respiratório.

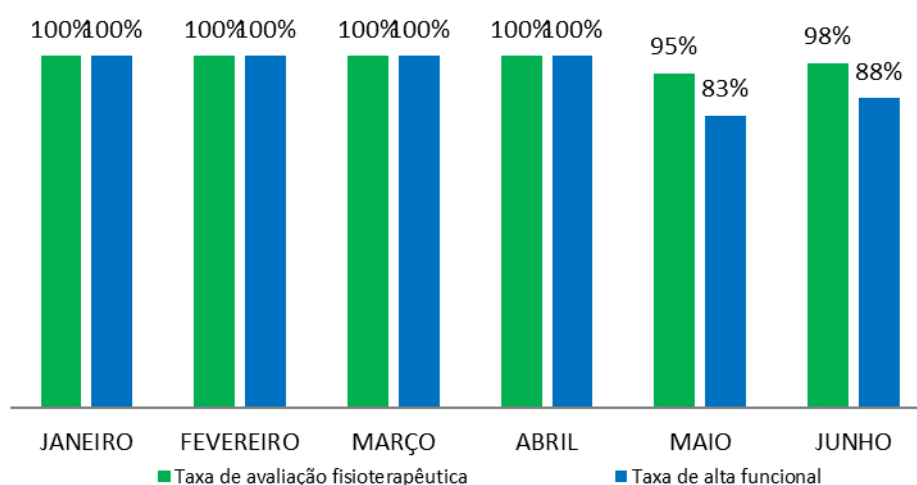
A análise dos indicadores de junho de 2025 permitiu identificar que a maior demanda e a gravidade clínica dos pacientes admitidos influenciaram diretamente nos valores registrados. Porém, a elevação pode ser interpretada como resposta proporcional e bem conduzida pela equipe assistencial, que gerenciou pacientes com necessidades extremas de suporte respiratório.

Compartilhamos também uma melhoria significativa nos indicadores de desempenho da Fisioterapia da nossa unidade. Observamos avanços importantes em dois dos principais indicadores monitorados:

Taxa de Avaliação Fisioterapêutica: Apresentamos um aumento notável, refletindo nossa capacidade de identificar e realizar a avaliação em tempo hábil.

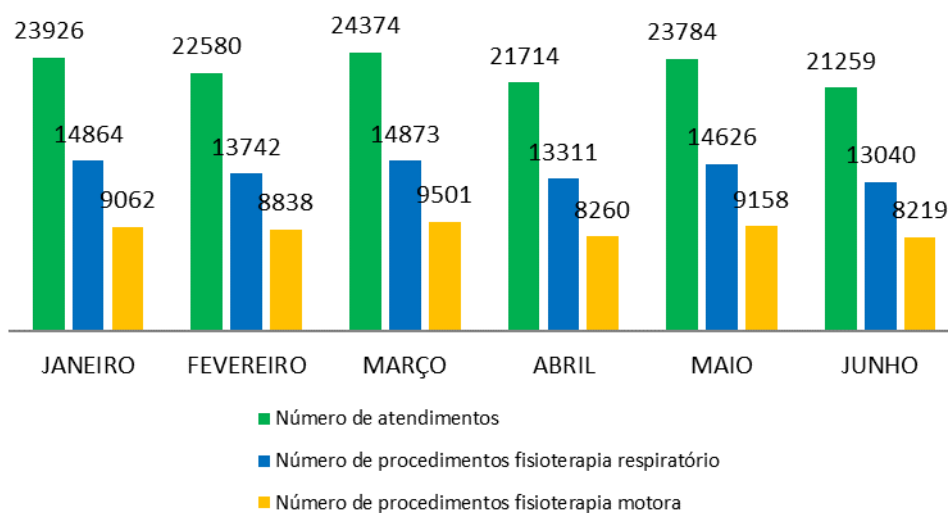
Taxa de Alta Funcional: A elevação nesse indicador destaca a eficácia das nossas intervenções, garantindo que mais pacientes sejam liberados com melhores níveis de autonomia funcional, capacidade de desempenhar atividades de vida diária e qualidade de vida, com a sua devida orientação de alta em sistema.

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



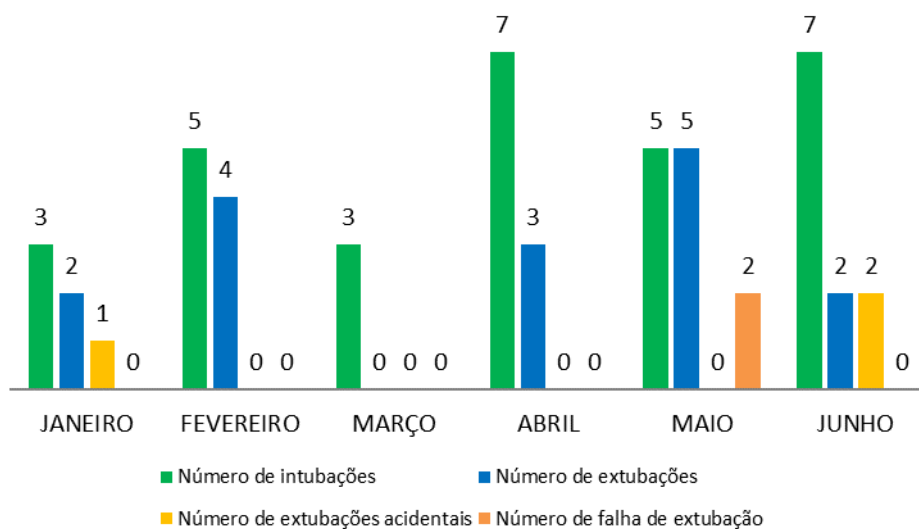
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



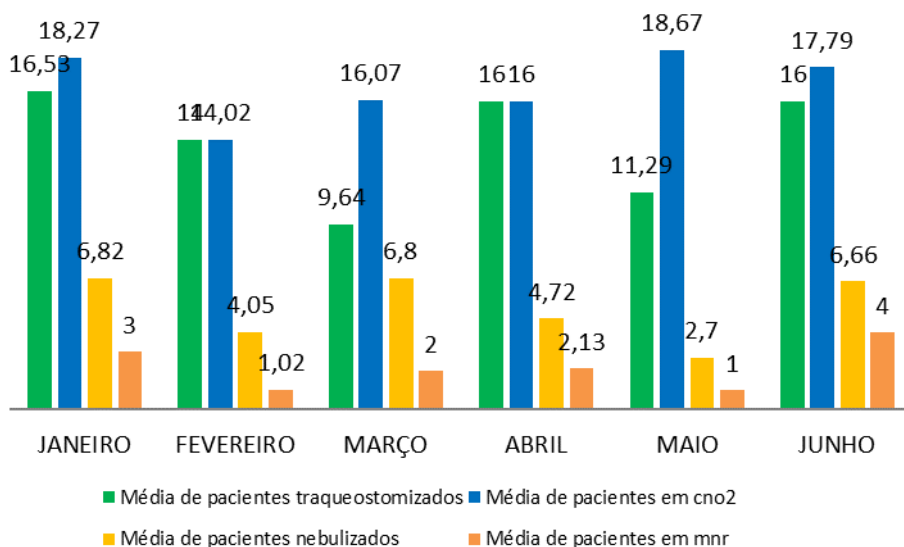
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%	96%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%	90%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	11	8	4	7	9
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6	7
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19	60
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8	8

Taxa de evasão	<3%	1,20%	2,06%	0,00%	0%	0%	0,76%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%	91%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	92%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%	86 %
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0	6

Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4	3
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4	3
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%	89%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	1
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%	91%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação	M/R	0%	6%	0%	0%	0%	0%

de necessidades especiais							
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	1
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	1
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1	2	1
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%	88%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação	M/R	0%	9%	0%	0%	0%	0%

de necessidades especiais							
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	2
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%	86%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0	2	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%	93%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0,10%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2	1
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19	60
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1	2
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de	M/R	17%	0%	0%	0%	0%	0%

necessidades especiais							
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	0	0	0	0	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	1	2
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

Alguns desafios pontuais também foram identificados na área de serviço social, com indicadores ficando abaixo das metas:

Taxa de Avaliação Social Inicial

Resultado: Ficou em 96%, 4% abaixo da meta.

Justificativa: Redução temporária da equipe: uma assistente social a menos e outra em período de férias.

Sobrecarga de casos na equipe disponível, levando à priorização de demandas urgentes.

Taxa de Alta Planejada

Resultado: Ficou 10% abaixo da meta.

Justificativa: Altas fora do horário de expediente da equipe social, impossibilitando o planejamento prévio.

Altas diretas da fonte: Pacientes liberados após procedimentos como cateterismo, sem retorno à unidade, comprometendo o acompanhamento social.

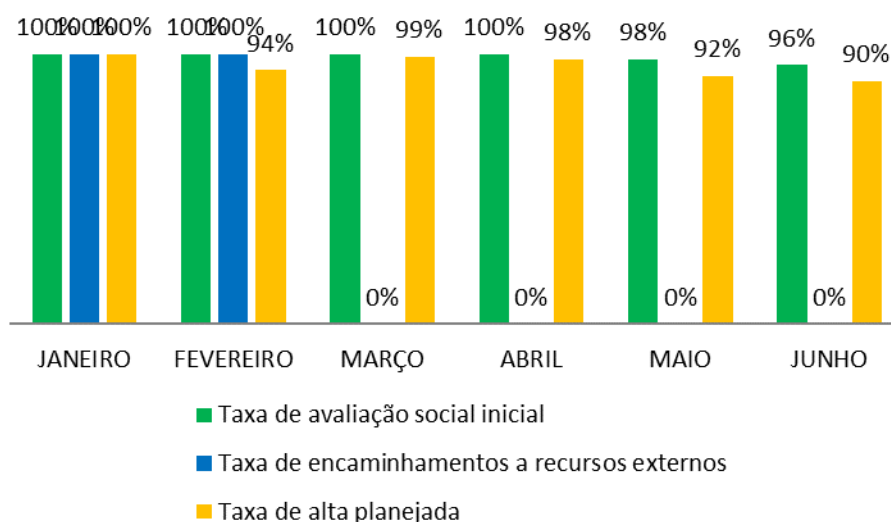
Sobrecarga da equipe devido à ausência de recursos humanos adequados para atender a todas as demandas no período.

No serviço social, as limitações de recursos humanos impactaram diretamente a capacidade de cobertura adequada, sobretudo em situações de alta fora do horário e em ajustes de demandas prioritárias.

Apesar das dificuldades pontuais, o compromisso com a humanização do cuidado e a eficiência clínica foi mantido, apontando para a necessidade de ajustes estratégicos para aprimorar os resultados futuros.

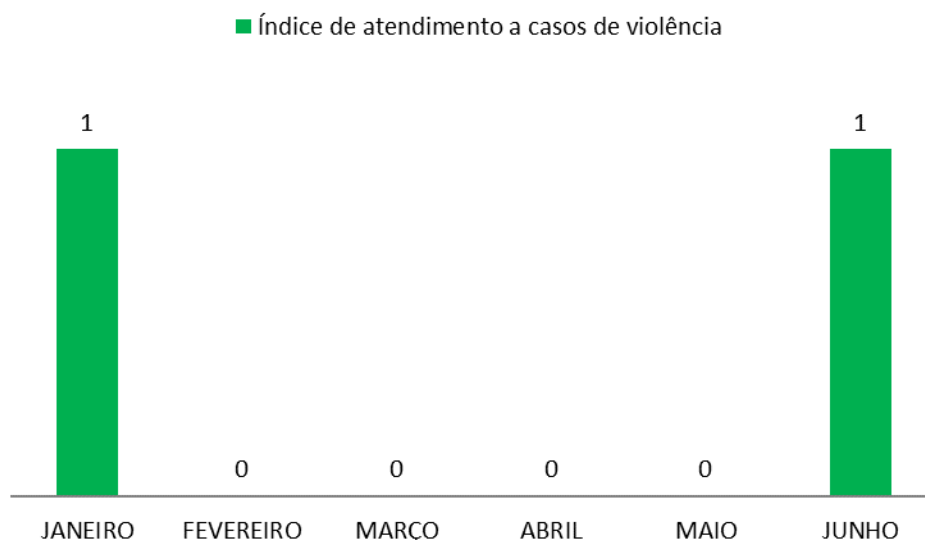
Número de evasões: Paciente manifestou verbalmente a decisão de interromper o tratamento, recusando-se a assinar o termo de desistência. Em seguida, evadiu-se da unidade, não sendo possível formalizar o encerramento do atendimento conforme protocolo.

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



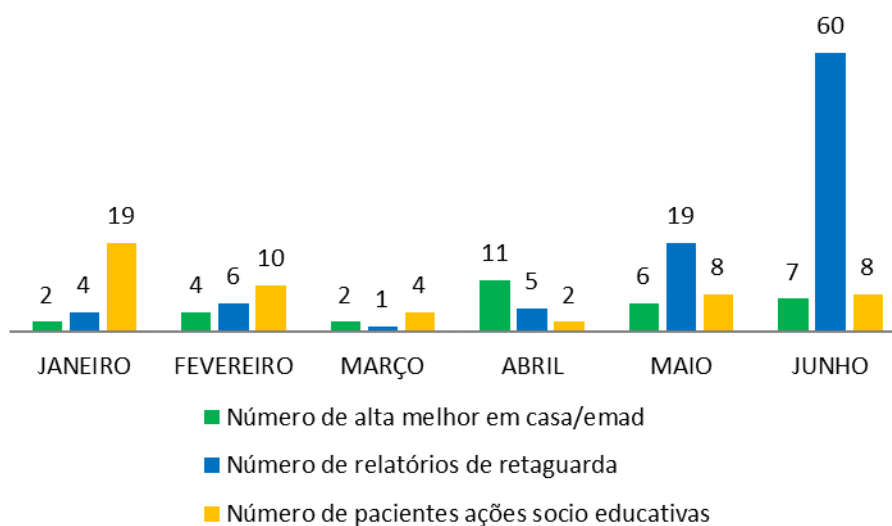
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



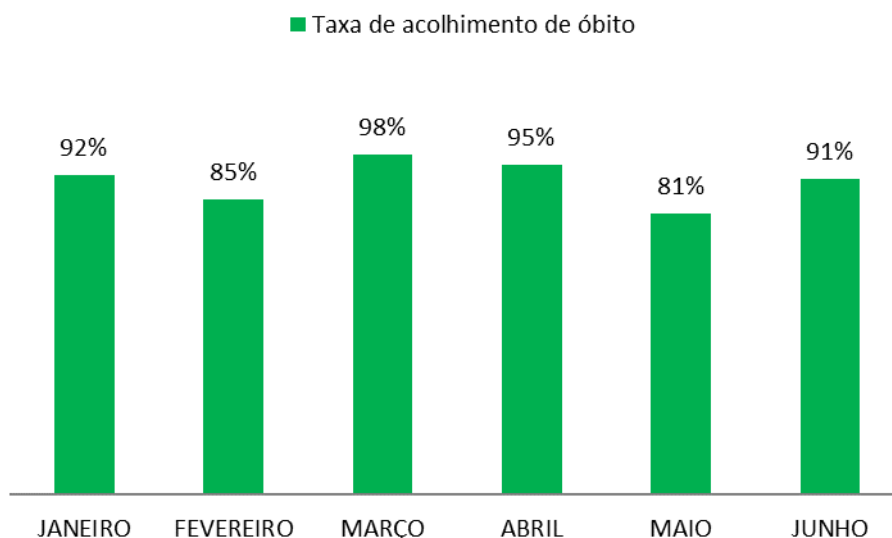
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



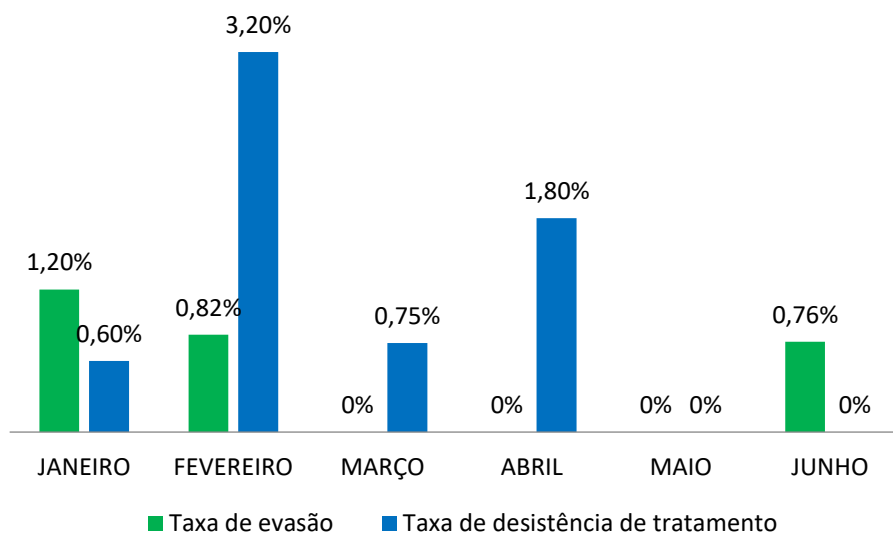
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito



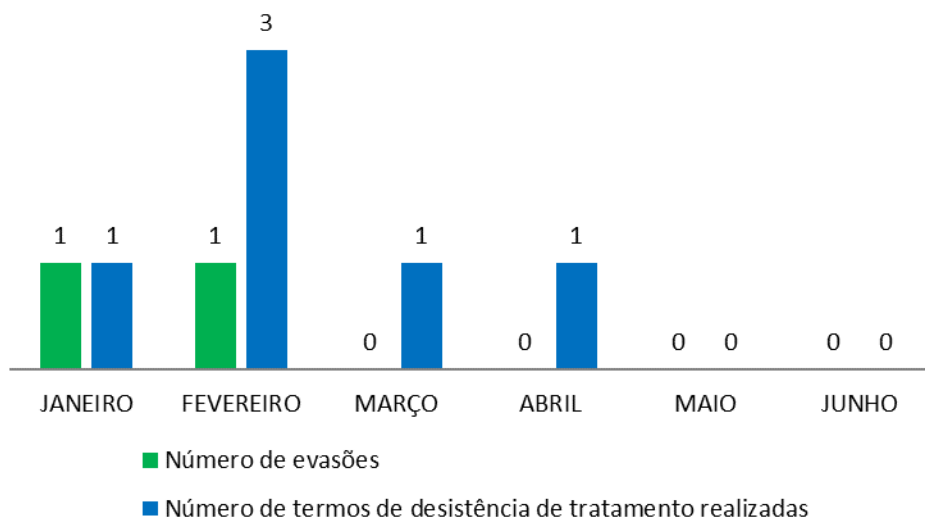
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento



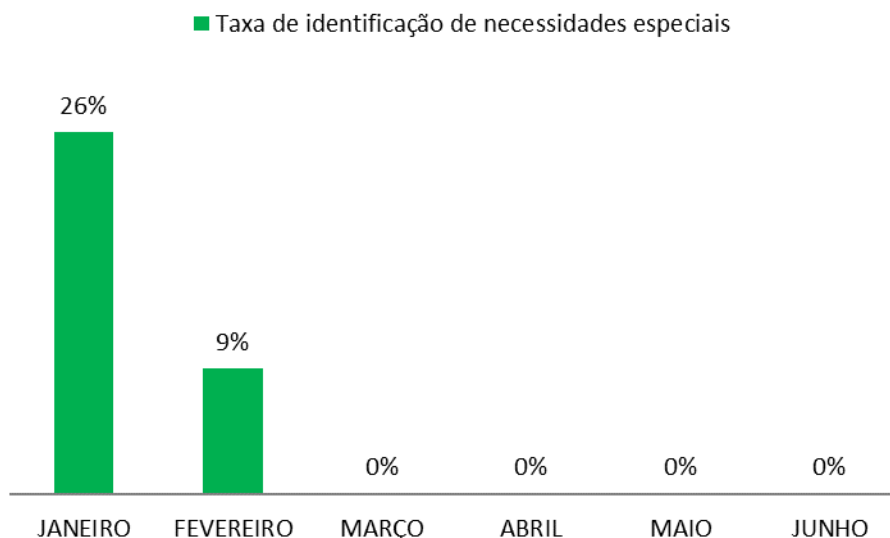
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%	75%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2	3
Taxa de intervenção	M/R	86%	100%	53%	100%	100%	90%

em cuidados paliativos							
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%	87%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	18	56	24	17	14
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5	10
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7	9	16	11
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%	84%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4	11	8
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5	11

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%	70%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3	40
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%	86%
Número de atendimentos familiares	> 50	32	8	12	3	9	12
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4	9
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8	8
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação	M/R	5	3	2	0	6	3

de más notícias							
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2	3	6

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%	72%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%	85%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5	5
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1	2
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2	2

Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0	1	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%	56%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2	0
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%	75%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2	4
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0	1

Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	3	3	1	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3	0	0	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2	8
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%	100%

Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4	2
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%	84%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2	1	3	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1	2	0	0	0
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%	0%	0%	0%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1	0	1	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	0	1	0	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	0	0	0	0	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	0	0
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	48%	52%	0%	0%	0%	0%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	2	0	0	0
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Os indicadores de psicologia apresentaram desempenho abaixo das metas estabelecidas, devido a desafios recentes na equipe.

Taxa de Avaliação Psicológica Inicial: Atingiu apenas 75%, aquém da meta de 100%. Essa queda é atribuída à redução no número de profissionais, impactando a capacidade de atendimento.

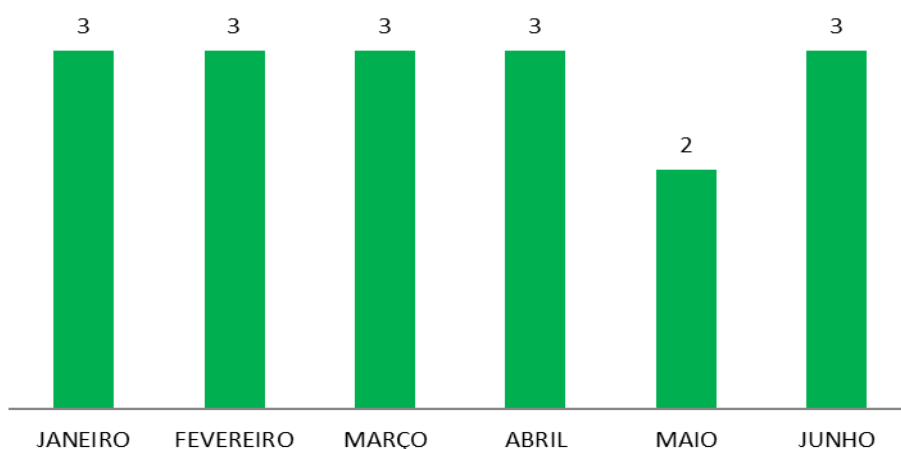
Taxa de Alta Terapêutica: Ficou em 87%, também abaixo do esperado. A saída de um colaborador resultou em uma equipe reduzida, prejudicando a continuidade dos serviços.

Número de Atendimentos Familiares: Houve uma significativa redução na articulação com as famílias. A meta será revisada a partir do próximo semestre, considerando o feedback dos familiares e a iniciativa das profissionais para se conectar com as famílias.

Ações e Acompanhamento

Reposição de Vagas: Já está em avaliação a reposição das duas vagas em aberto por afastamento. Temos outra vaga onde a nova colaboradora começará suas atividades no início de junho, o que deverá restabelecer a capacidade de atendimento da equipe. A reposição e expansão da equipe são fundamentais para retomar o atendimento de excelência

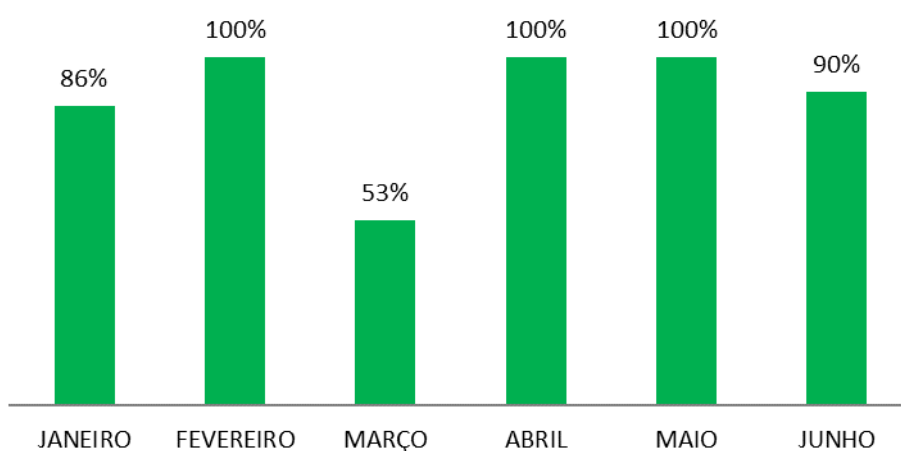
Gráfico 61 – Índice de intervenções



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

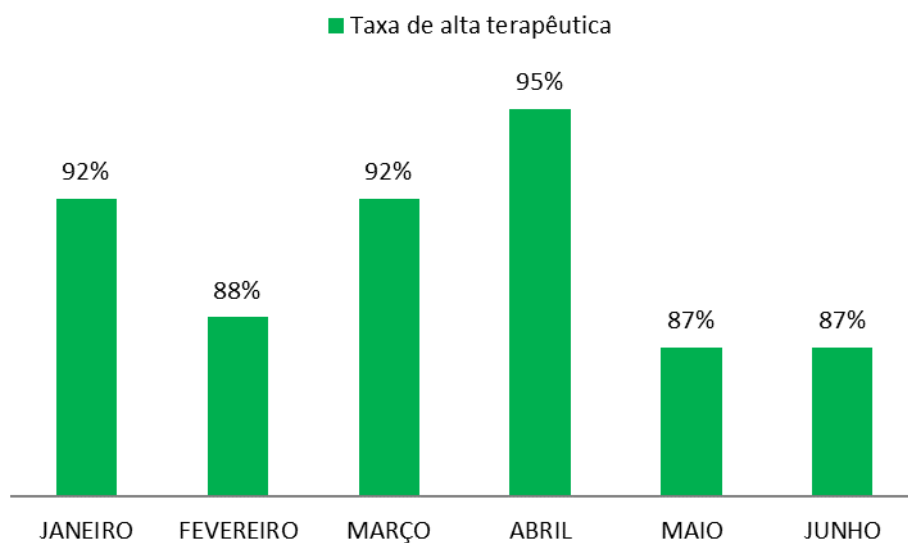
Gráfico 62 – Taxa de intervenções

■ Taxa de intervenção em cuidados paliativos



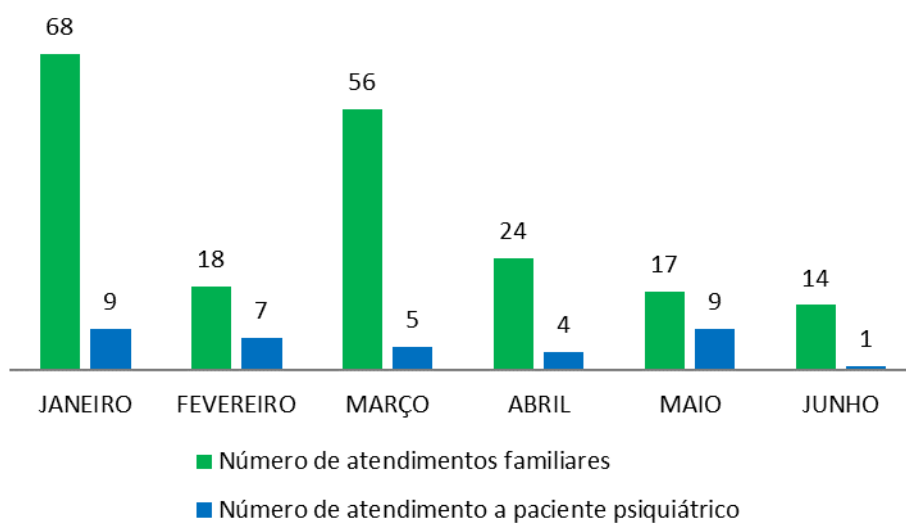
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica



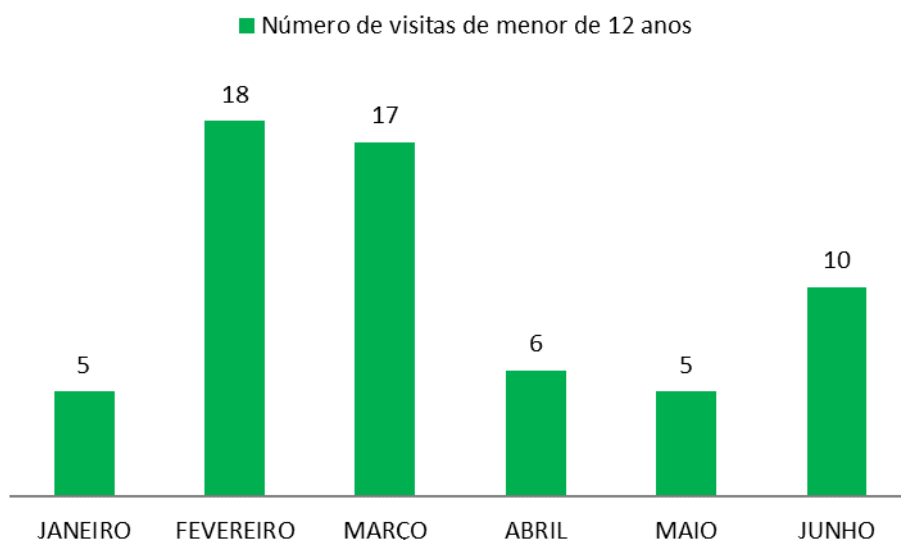
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de atendimentos



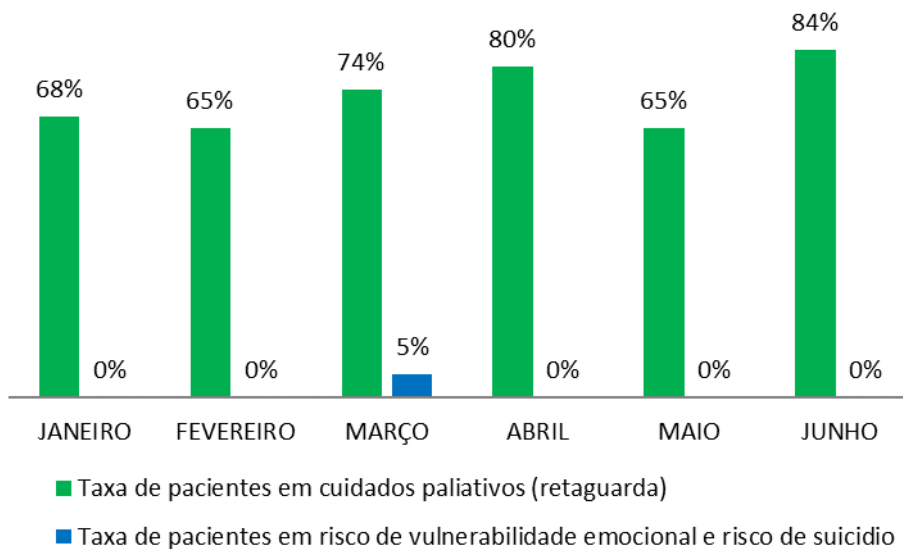
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos



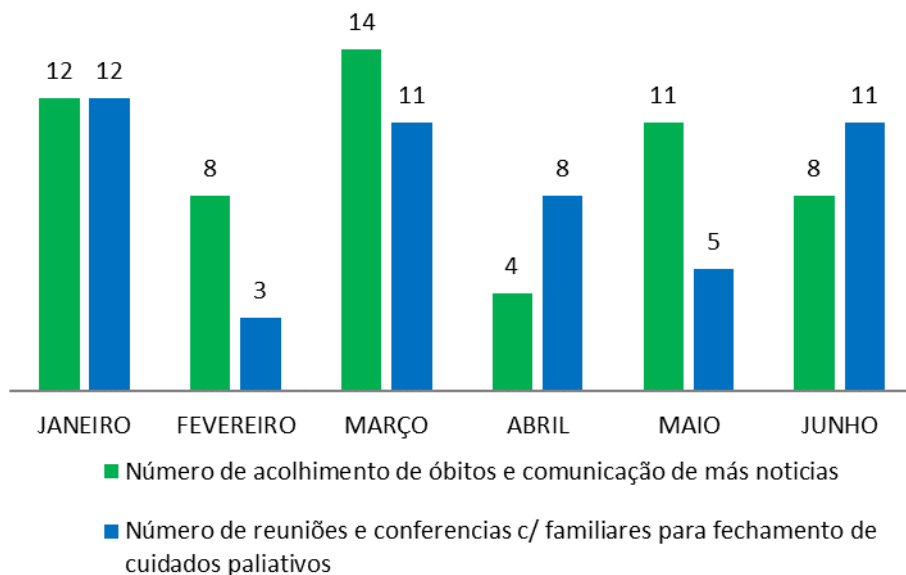
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%	75%
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%	0%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%	34%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%	34%	23%	36%	15%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%	0%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%	5%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90	111
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80	46
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11	3
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34	27

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

No mês de junho de 2025, o serviço de Fonoaudiologia enfrentou desafios que impactaram diretamente os indicadores, refletindo limitações operacionais decorrentes da redução da equipe. Abaixo, apresentamos a análise crítica do principal indicador:

Indicador: Taxa de Avaliação Inicial da Fonoaudiologia

Resultado: A taxa de avaliação inicial atingiu 75%, ficando 15% abaixo da meta preconizada.

Justificativa: No período, o serviço contou com apenas uma fonoaudióloga em atuação, devido ao desligamento de uma profissional ocorrido no dia 14/06/2025.

A equipe reduzida impediu a cobertura de toda a demanda de avaliações iniciais, resultando em um número menor de avaliações realizadas.

Ação Corretiva em Andamento

Reposição de Profissionais: Há um esforço contínuo para priorizar a contratação de uma nova fonoaudióloga, com o objetivo de normalizar o serviço e atender à meta de avaliações iniciais.

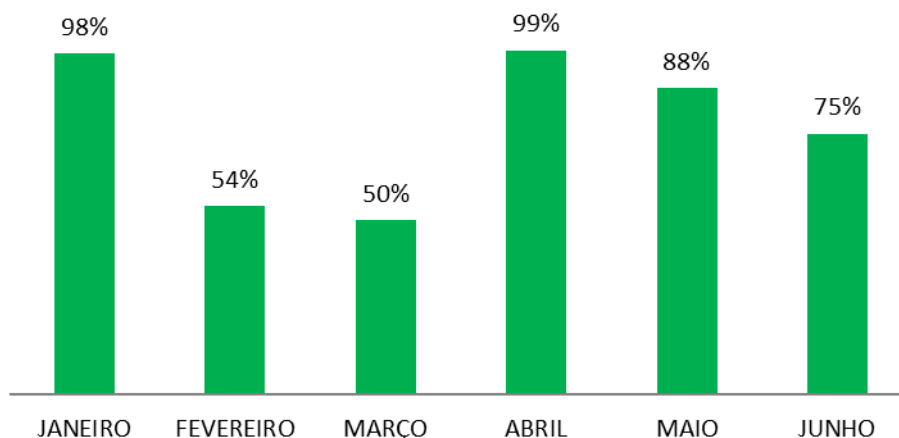
Impacto no Serviço: A limitação de recursos humanos impôs restrições temporárias na capacidade de resposta do serviço.

A queda de 15% na Taxa de Avaliação Inicial da Fonoaudiologia em junho de 2025 está estritamente ligada à redução de recursos humanos, um fator que desafiou a capacidade de resposta do serviço. A prioridade imediata é a recomposição da equipe, de forma a restaurar plenamente sua atuação e garantir a integralidade do cuidado oferecido aos pacientes.

A limitação da equipe a uma única profissional de Fonoaudiologia compromete a capacidade de atendimento integral à demanda existente no hospital. Diante disso, os atendimentos são priorizados para pacientes com diagnóstico ou histórico de disfagia e/ou com idade superior a 70 anos, visando garantir a assistência aos casos de maior risco e complexidade.

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial

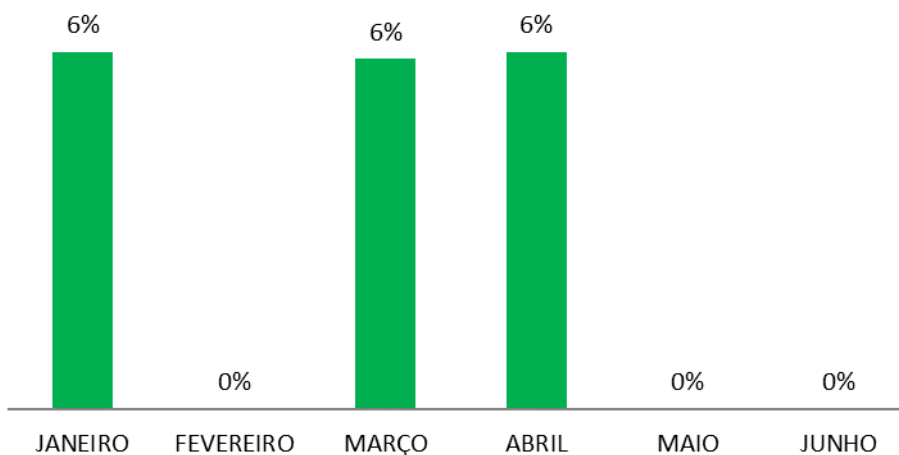
■ Taxa de avaliação fonodiológica inicial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

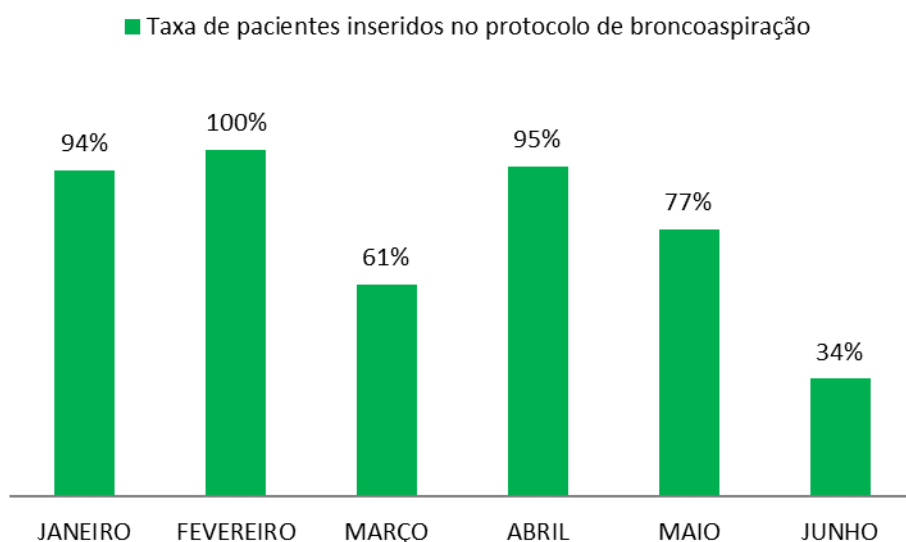
Gráfico 69 – Taxa de decanulados

■ Taxa de decanulados



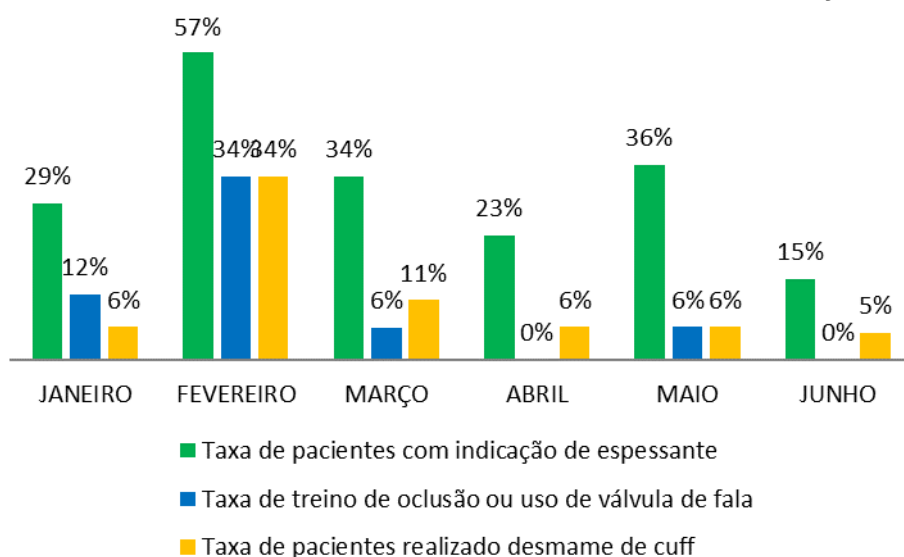
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



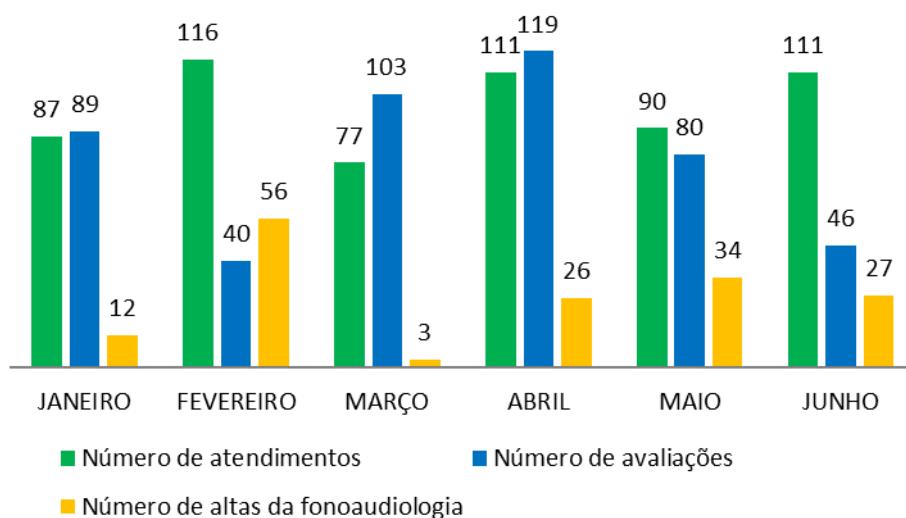
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações



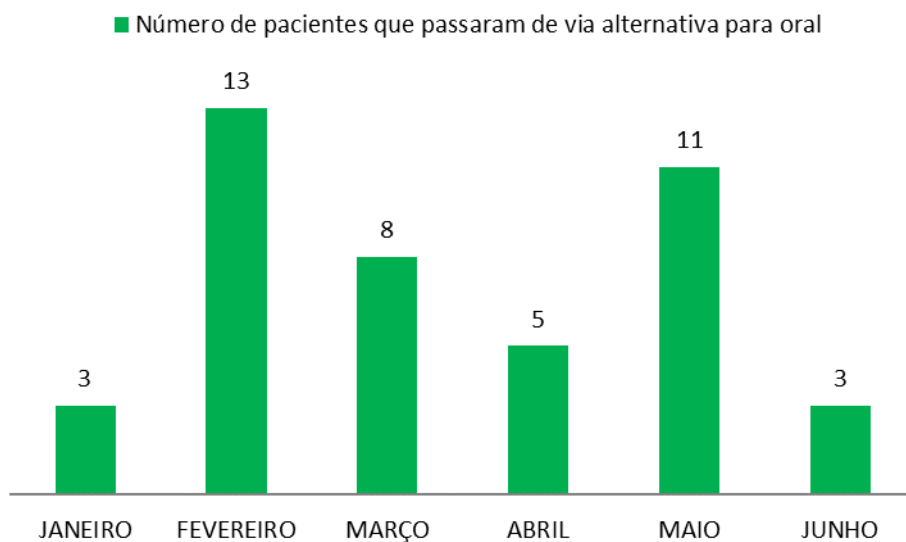
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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:

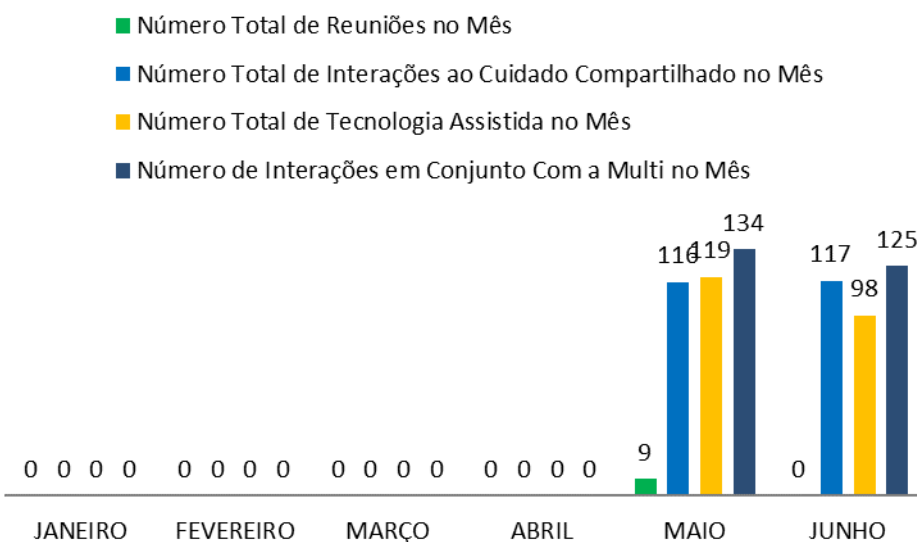
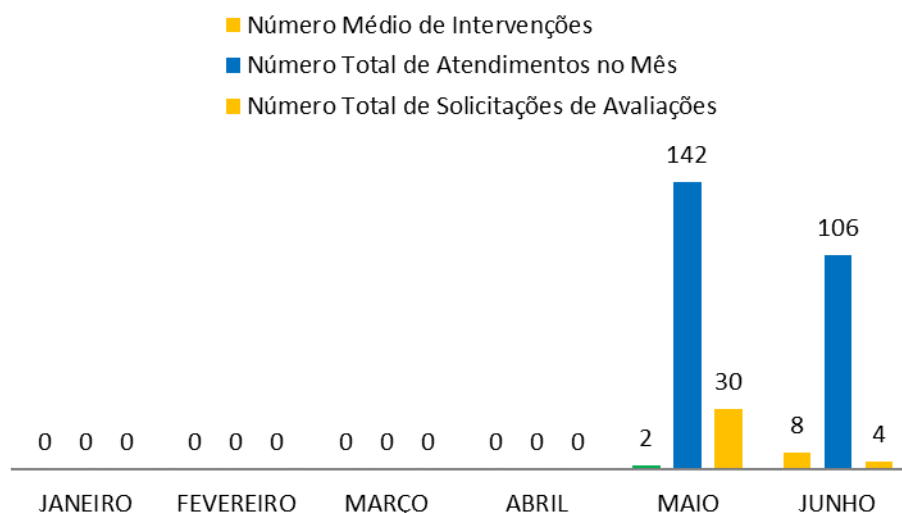
- **Avaliação e Diagnóstico:** Os terapeutas ocupacionais avaliam as habilidades funcionais dos pacientes, identificando déficits e limitações que afetam suas atividades diárias. Isso pode incluir a análise de habilidades motoras, cognitivas e sociais.
- **Reabilitação Funcional:** Trabalham com os pacientes 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.

Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2	8
Taxa de melhora na independência funcional	M/R	*	*	*	*	0%	0%
Taxa de intervenção	M/R	*	*	*	*	0%	0%

em cuidados paliativos							
Taxa de melhora na qualidade de vida	M/R	*	*	*	*	0%	0%
Número de atendimentos	M/R	*	*	*	*	142	100
Número de avaliações	M/R	*	*	*	*	30	4
Número de altas da terapia ocupacional	M/R	*	*	*	*	0	0
Número de reuniões de grupos educativos e/ou com familiares	M/R	*	*	*	*	9	1
Número de interações em relação ao cuidado compartilhado	M/R	*	*	*	*	116	5
Número de tecnologia assistida (coxins e órtese)	M/R	*	*	*	*	119	3
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	M/R	*	*	*	*	134	5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.



3.3.7. Terapias Alternativas

As terapias integrativas no contexto hospitalar são abordagens complementares que visam apoiar a saúde e o bem-estar dos pacientes de maneira holística. Aqui estão algumas das principais atividades realizadas dentro desse campo:

- **Aromaterapia:** Envolve o uso de óleos essenciais para promover o relaxamento, melhorar o humor e aliviar sintomas como ansiedade e dor. Os óleos podem ser aplicados por meio de massagem, difusão no ar ou em banhos.

- Musicoterapia: Utiliza a música para promover a saúde mental e emocional dos pacientes. Pode envolver a escuta de música, a participação em atividades musicais ou a criação de música para melhorar o estado emocional e a qualidade de vida.
- Hipnoterapia: Abordagem terapêutica que utiliza a hipnose como uma ferramenta para tratar uma variedade de condições psicológicas e emocionais.
- Cromoterapia: Abordagem alternativa que utiliza cores e luzes para promover a saúde e o bem-estar. A ideia é que diferentes cores e comprimentos de onda da luz têm efeitos específicos no corpo e na mente, ajudando a restaurar o equilíbrio e melhorar a saúde.
- Ozonioterapia: 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 ozonioterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Frequência de sessões de hipnoterapia	100%	7,36%	2,7%	4%	3%	3%	3%
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8,2	6	2	3	3	3
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	6	4	7	7	3	2	3
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24	27
Número de atendimentos	M/R	100	109	96	101	94	105

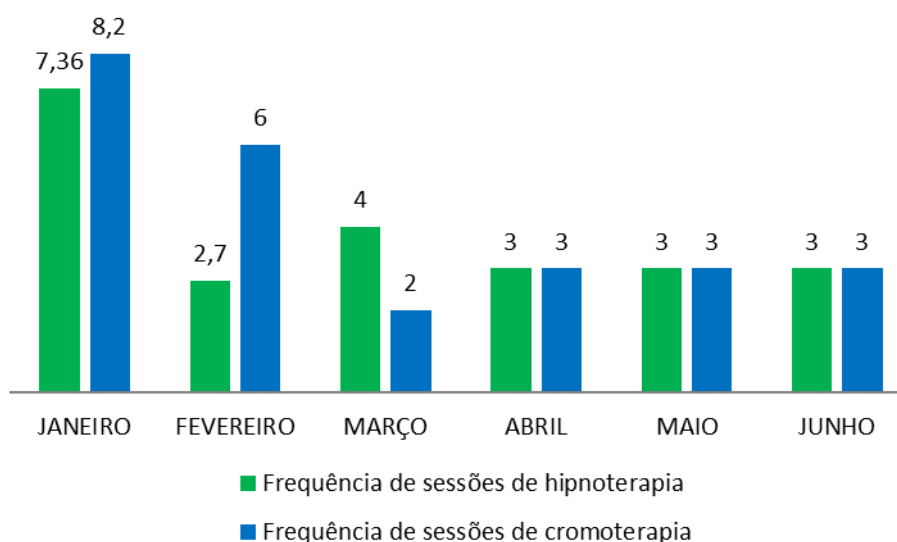
de ozonioterapia							
Consumo de cilindro o ²	M/R	1	1	1	2	1,5	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – TERAPIAS ALTERNATIVAS

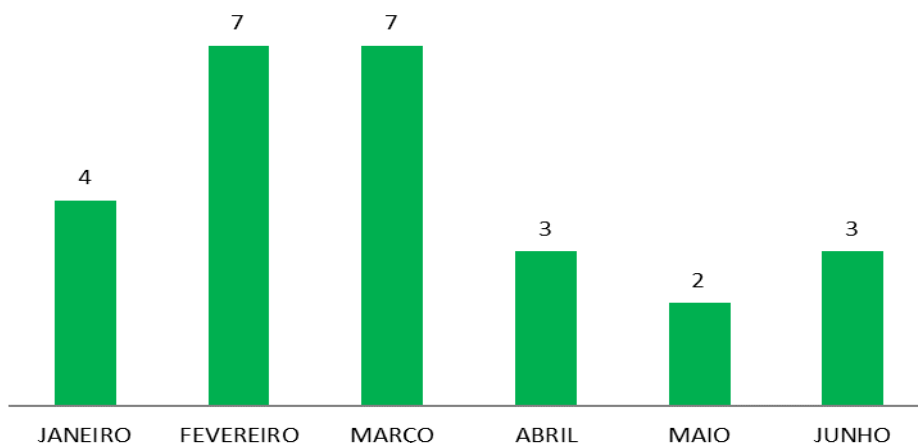
Os indicadores de hipnoterapia, cromoterapia e interação multidisciplinar vêm se mantendo estáveis desde março, refletindo uma estabilização nos níveis de desempenho. Diante disso, a meta será reajustada no próximo semestre para alinhar as expectativas às condições atuais e otimizar os resultados.

Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



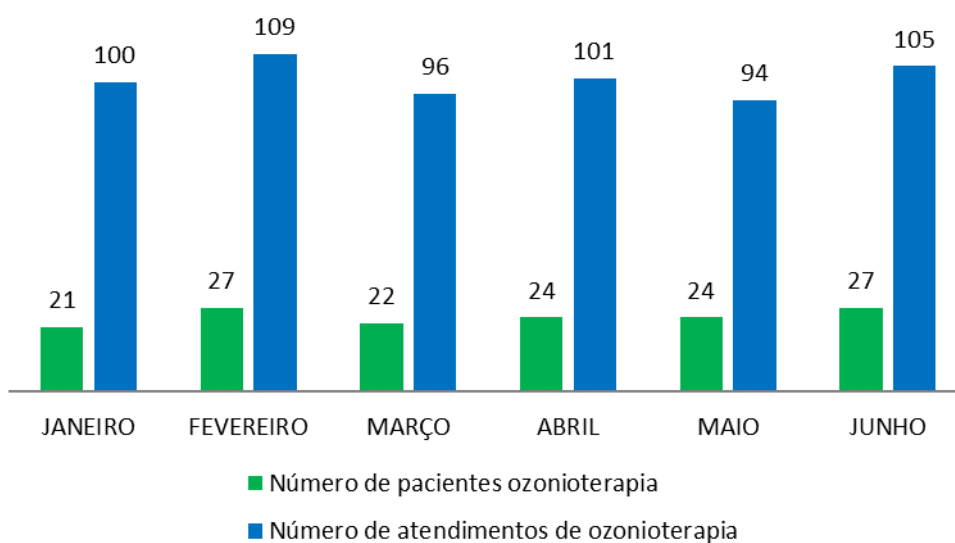
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



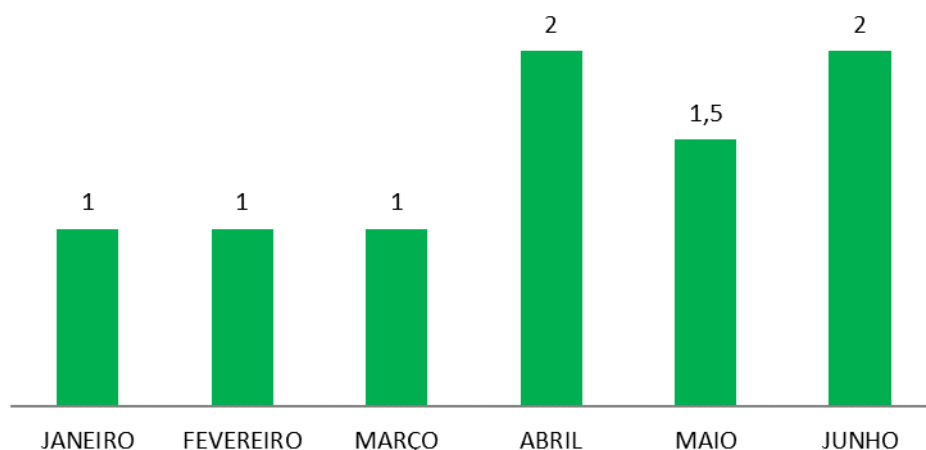
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Número de Ozonioterapia



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.

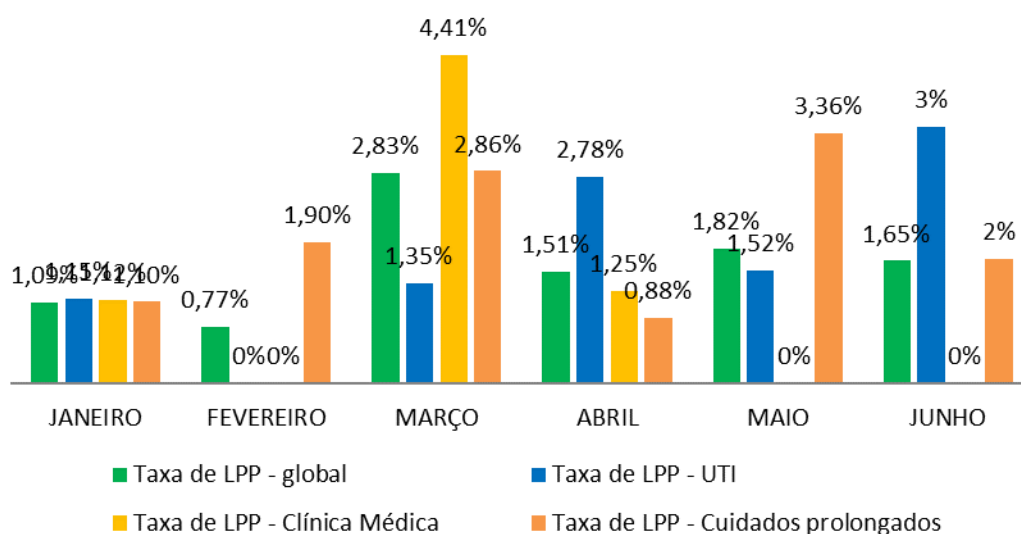
- **Apoio ao paciente com estomas** (como colostomias, ileostomias e urostomias), oferecendo cuidados e orientações sobre o uso correto dos dispositivos.
- **Prevenção e tratamento de lesões de pele** associadas a estomas, como irritações ou escoriações.
- **Cuidados com feridas** (agudas ou crônicas), 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.
- **Encaminhamento para atendimento psicológico** e apoio emocional para pacientes em processo de adaptação ao uso de estomas.

Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de LPP - global	<15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%
Taxa de LPP - UTI	< 5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%	3,45%
Taxa de LPP - Clínica Médica	< 5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%	0%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	< 5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%	1,68%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%	28,81%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%	98,71%	99,22%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69	70
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19	9	13
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6	4

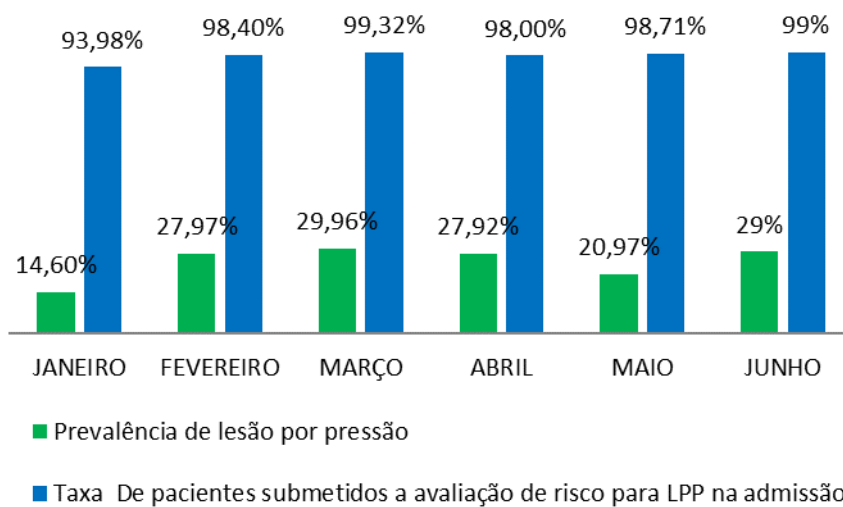
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão



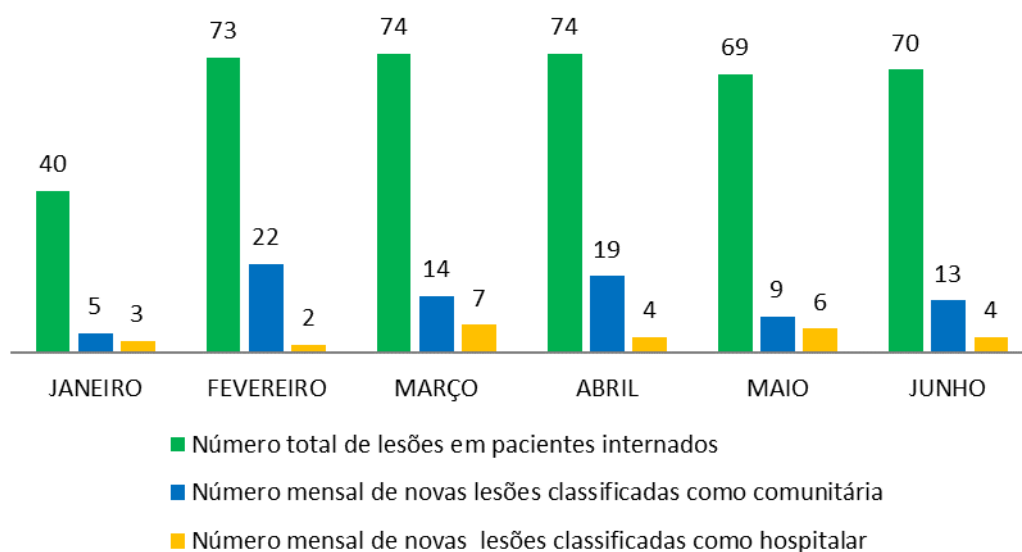
Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%	78%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%	78%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%	24%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128	114
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90	88
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38	40
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29	24
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34	28
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18	21
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12	4
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23	19
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23	18
Meta 4 - cirurgia e	M/R	0	7	7	3	3	4

procedimento seguro							
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40	39
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4	8
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10	8	6

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%	95%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%	95%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%	15%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33	18
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30	17
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7	4
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12	7
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9	3

Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5	5
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7	6
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8	6	9	4
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13	5
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	0	0	0	0	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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%	100%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%	40%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5

Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21	15
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17	15
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5	3
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7	6
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6	6
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2	3
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6	6
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	1	1	1

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
-----------	-------	---------	-----------	-------	-------	------	-------

Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%	100%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%	22%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9	9
Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7	9
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0	5
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2	1
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6	2
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1	1
Meta 4 - cirurgia e	M/R	0	0	0	0	0	0

procedimento seguro							
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6	7
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1	2	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%	57%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%	57%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%	17%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21	35
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19	20
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2	15
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3	3
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9	6

Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7	11
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1	3
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1	2
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4	7
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0	1
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9	14
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3	1

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%	83%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%	83%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%	66%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5	5

Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15	0	6
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0	6
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0	5
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0	1
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0	0
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2	0	2
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0	2

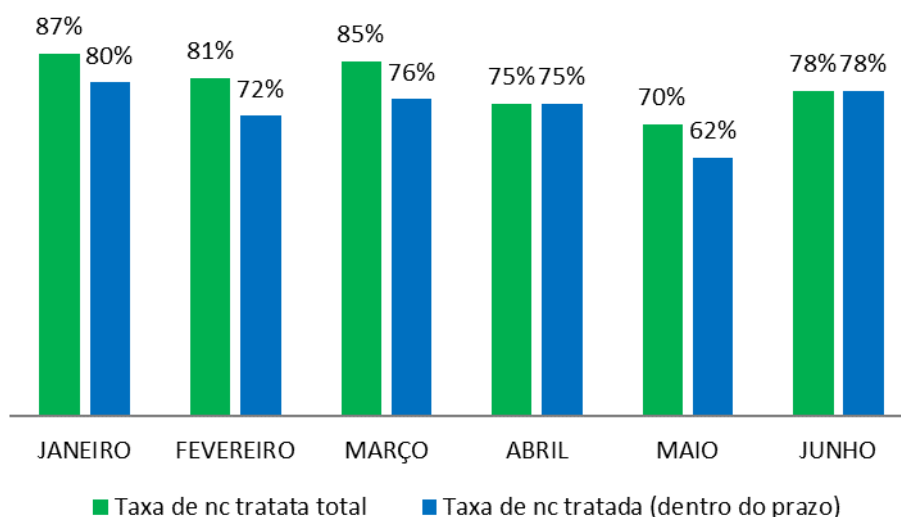
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Seguimos com o envio semanal de e-mails de para acompanhamento das respostas às NCs, reforçando a importância de atender ao prazo definido e enviar as devidas evidências. Referente ao eventos que trouxeram algum dano ao paciente, podemos

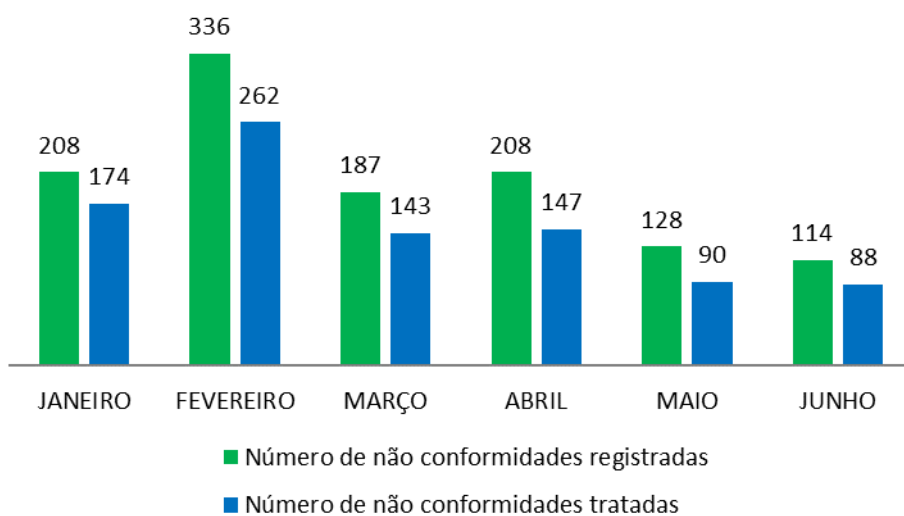
destacar as flebites e quedas, no mês de junho foi realizado um treinamento sobre boas práticas com o acesso venoso periférico, também como medida de conscientização e reforço das metas internacionais de segurança do paciente e das boas práticas assistenciais, foi definido que todos os setores do hospital irão desenvolver, ao longo do mês de julho, atividades focadas em cada meta internacional, adaptadas a cada plantão, o objetivo é fortalecer a cultura de segurança e aprimorar o atendimento ao paciente, promovendo maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar.

Gráfico 81 – Taxa de não conformidades



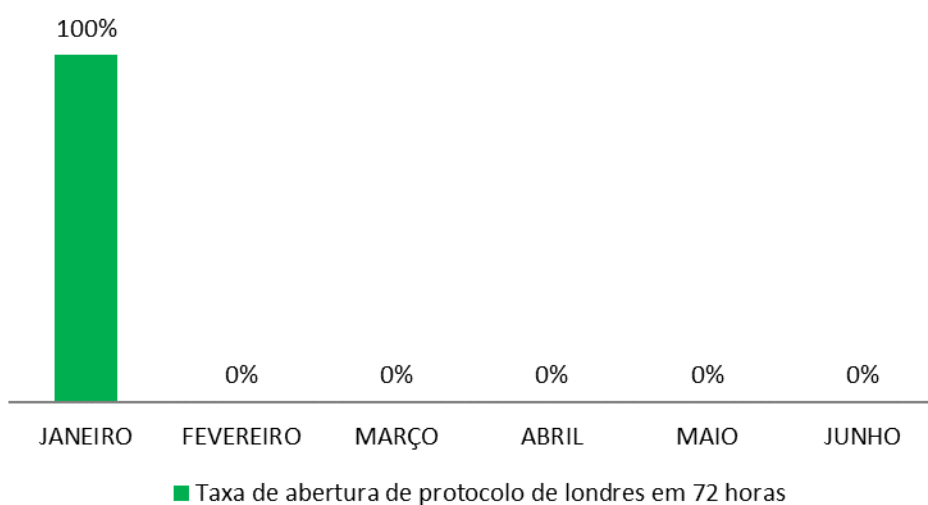
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 82 – Número de não conformidades



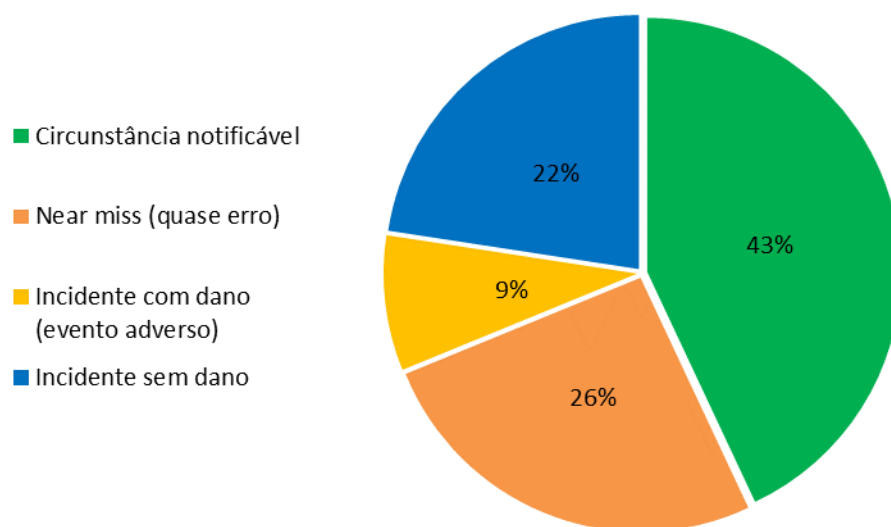
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



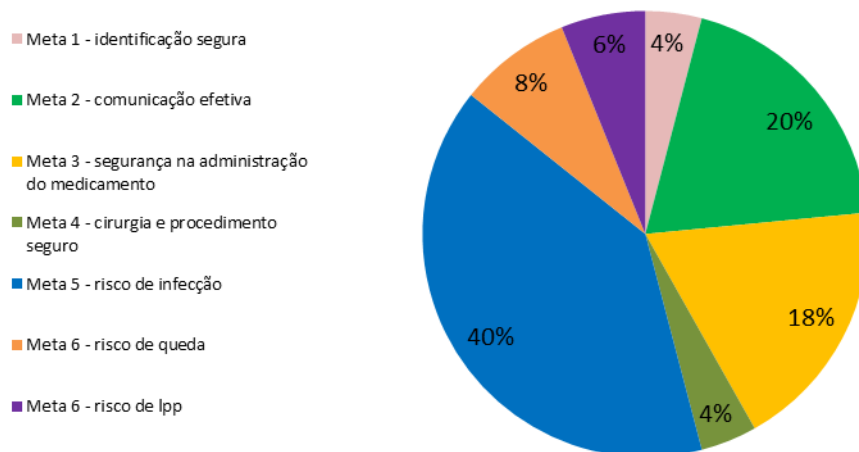
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades



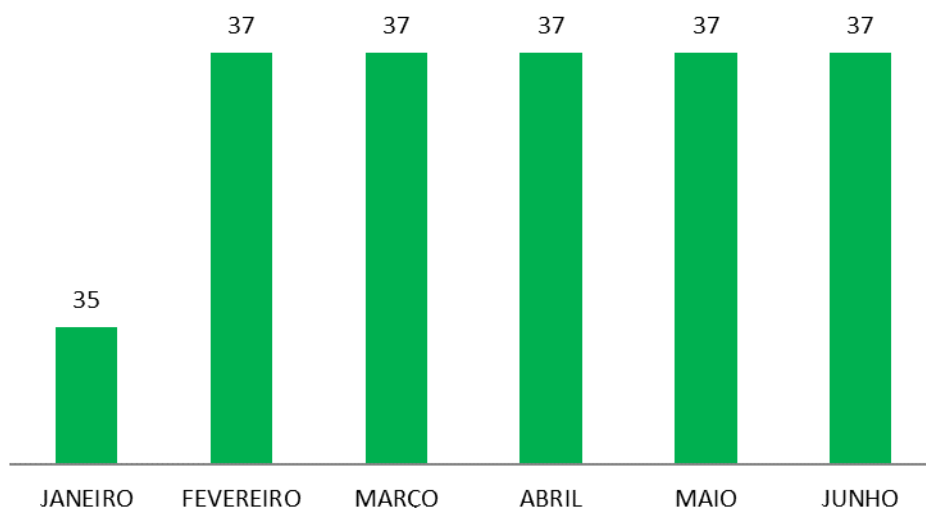
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades



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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6	10
Taxa de infecção hospitalar	< 7%	4,82%	4.80%	3%	5,0%	3,95%	7,63%
Densidade incidência de iras	< 2%	1,6%	1.30%	2%	1,61%	1,17%	2%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	< 4,05%	13,16%	7.02%	7,55%	4,42%	2,6%	6,91%

Densidade incidência pav	< 2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%	0%
Densidade incidência itu	< 1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%	0%

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0	5
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3.75%	4,61%	2,72%	0%	3,47%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9.07%	7,68%	7,68%	0%	8,77%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22.11 ml	35,18 ml	22,3 ml	25 ml	31,92 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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1	1
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%	2,8%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%	5,35%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%	0%

Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	10,37%	11.76%	5,61%	14,38%	19%	18,49%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34.12%	26,40%	39,62%	48%	52,38%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	15,72%	23.92%	10,56%	15,65%	19%	25,77%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	53,33%	88.2%	88,24%	93,33%	80%	87,50%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%	77,54%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67.63 ml	76.14 ml	44,16 ml	53,1ml	52,55 ml	65,83 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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1	0
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%	0%

Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%	6,34%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	14,21%	3,68%	13,21%	0%	3,63%	2,44%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	12,18%	15,34%	12,74%	0%	7,25%	12,20%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%	0,00%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	91,07%	100%	80,36%	70%	57,14%	50%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	26.50 ml	40.61 ml	4,91 ml	28,08 ml	69,02 ml	69,76 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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número total de iras	0	1	1	2	2	4	4
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%	1,30%

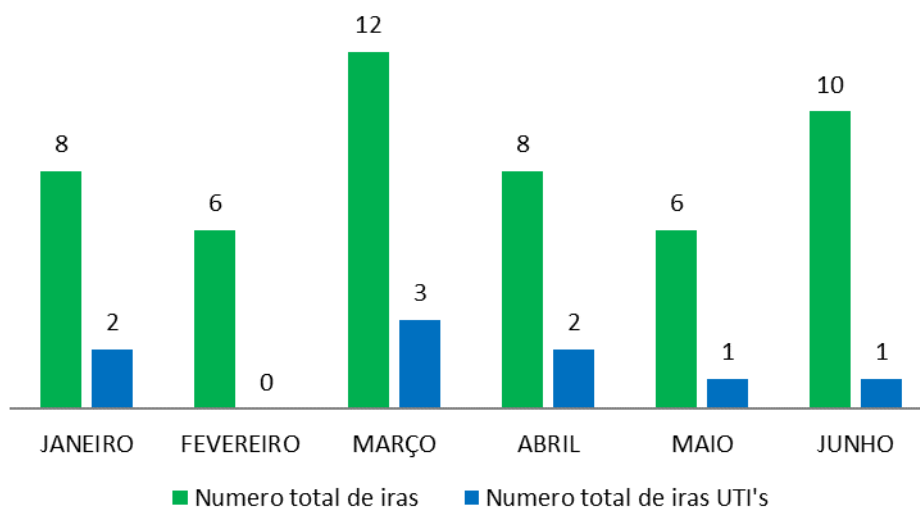
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número total de iras	0	0	0	0	0	0	0
Densidade incidência de iras	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

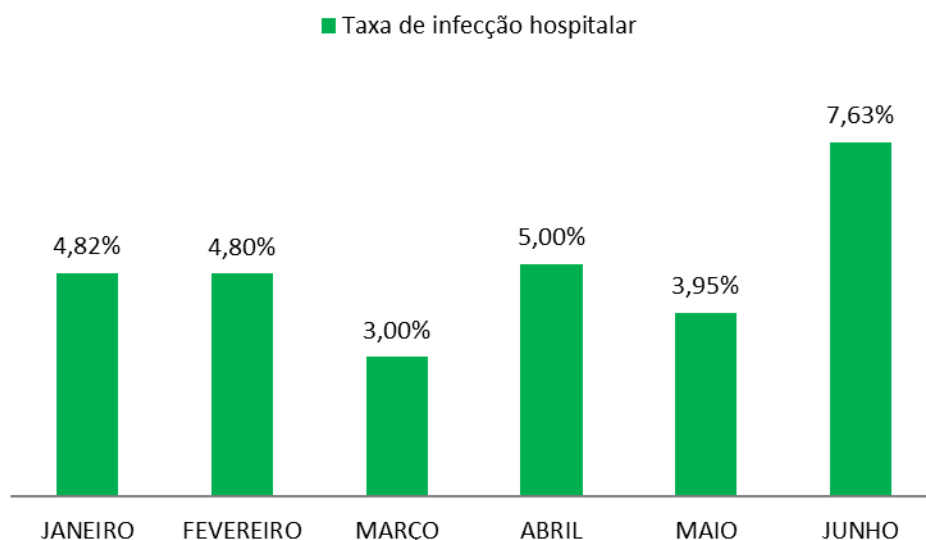
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP

Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



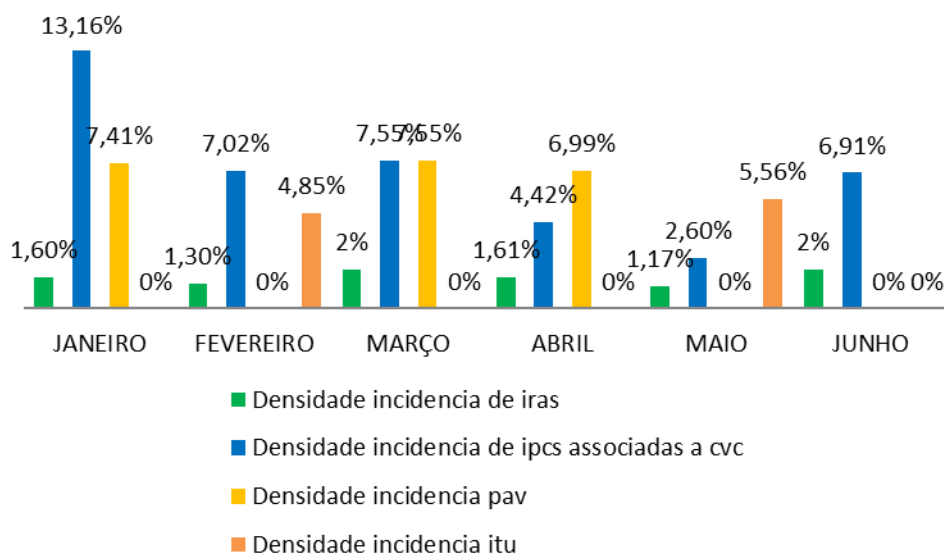
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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.

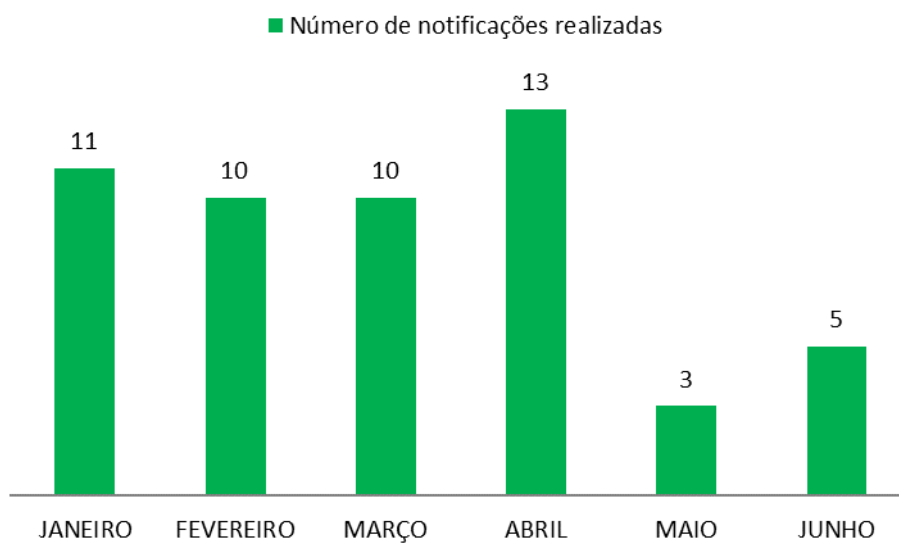
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3	5
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0	0
Quantidade de paciente com dengue-proveniente do hmg	M/R	0	2	6	3	0	0
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%	0%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0	2
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2	1
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	1
Número de casos de hepatites	M/R	0	0	1	0	0	0

notificados no hmg							
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0	0

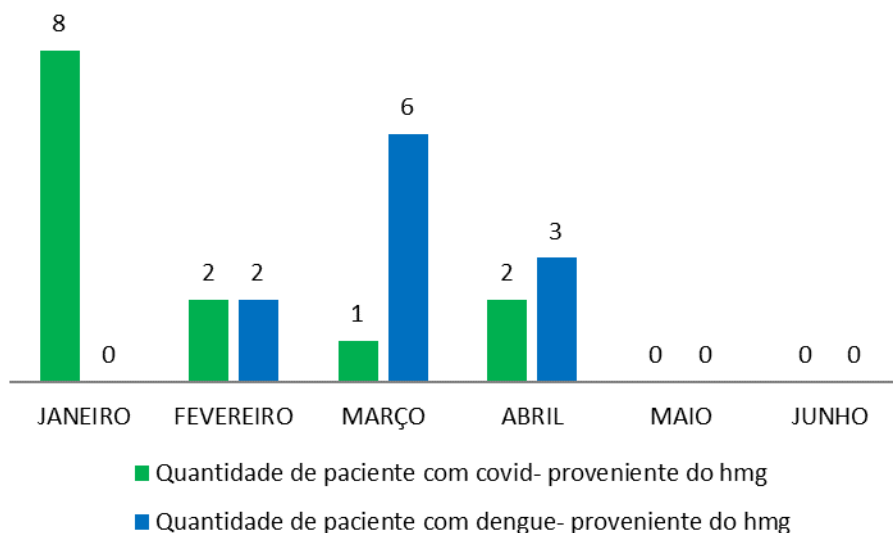
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 90 – Número de notificações realizadas



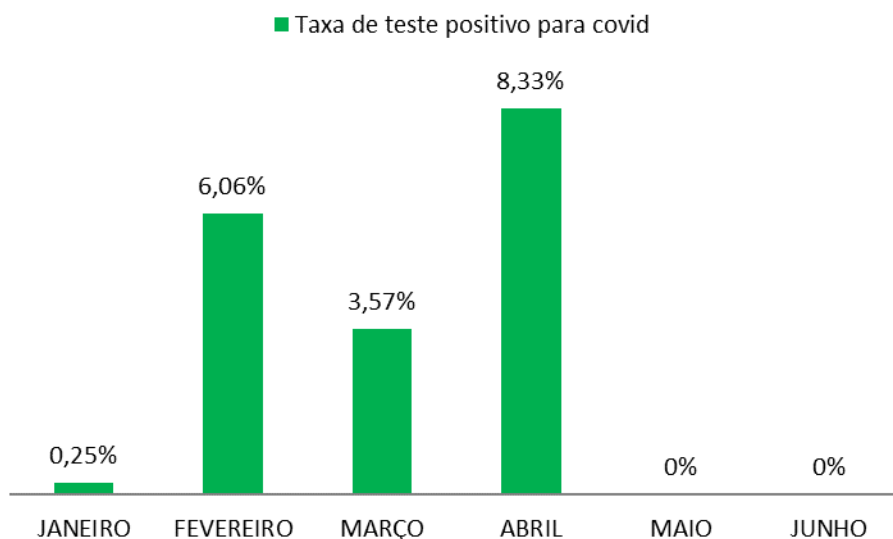
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



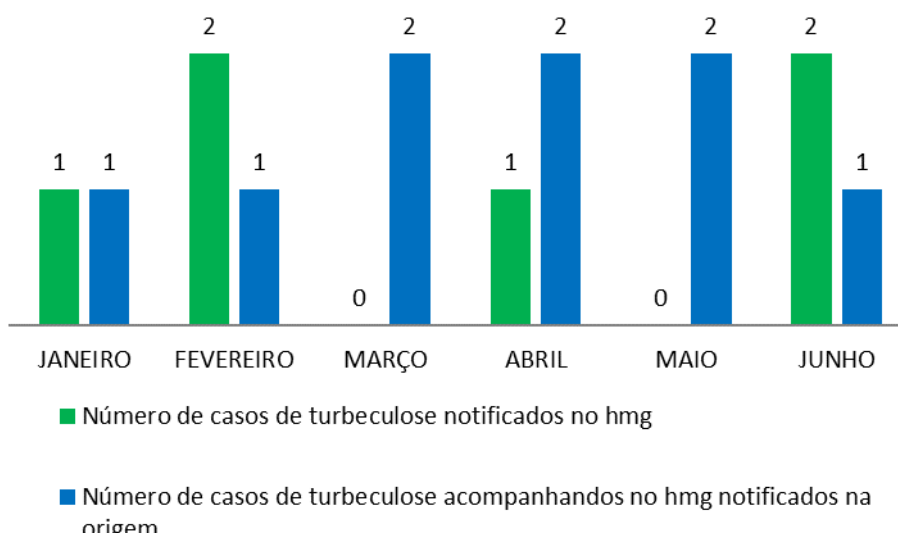
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID



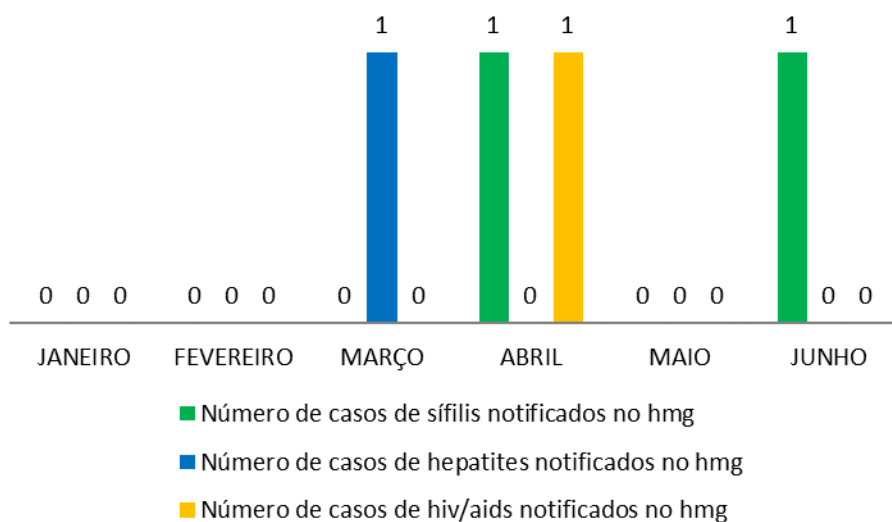
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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. Núcleo Interno de Regulação - NIR

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%	85%	91%	86%
Tempo de solicitação x	M/R	4	5	8	5	4	4

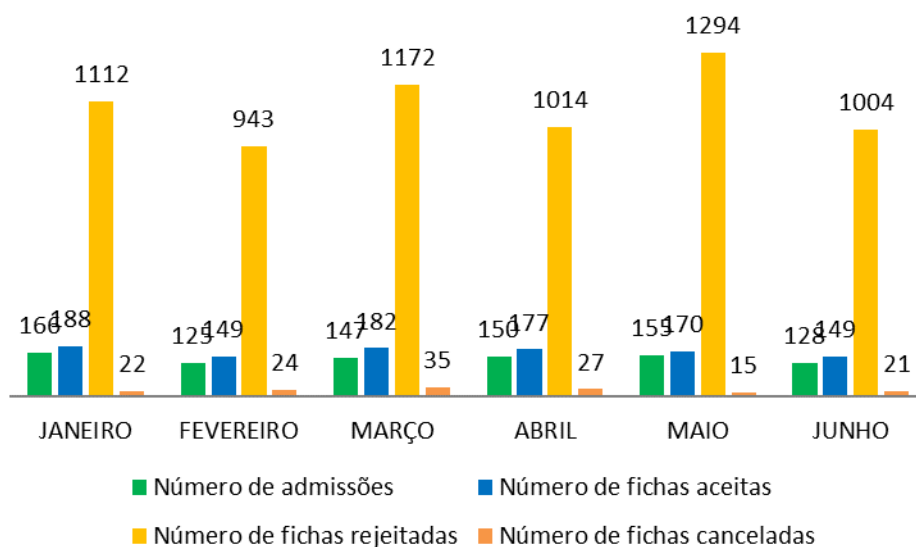
realização de cateter							
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155	128
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170	149
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294	1004
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15	21
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13	13
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123	166	149	126
Número de remoções	M/R	138	132	134	191	162	139
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6	5	8	2
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0	0	2	1
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

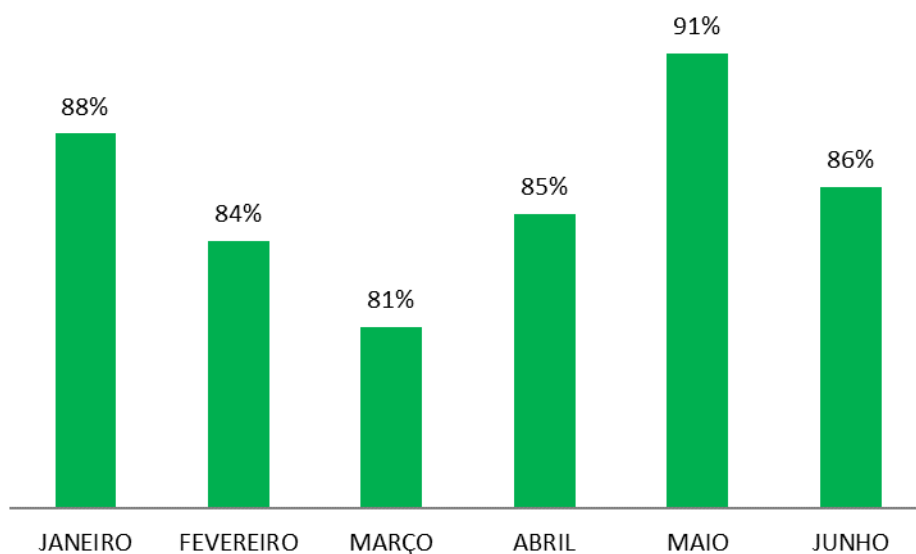
Em Junho de 2025, o Núcleo Interno de Regulação do Hospital Municipal Guarapiranga realizou orientações aos colaboradores sobre as não conformidades (NCs) identificadas e foi feita a revisão dos protocolos internos.

Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS



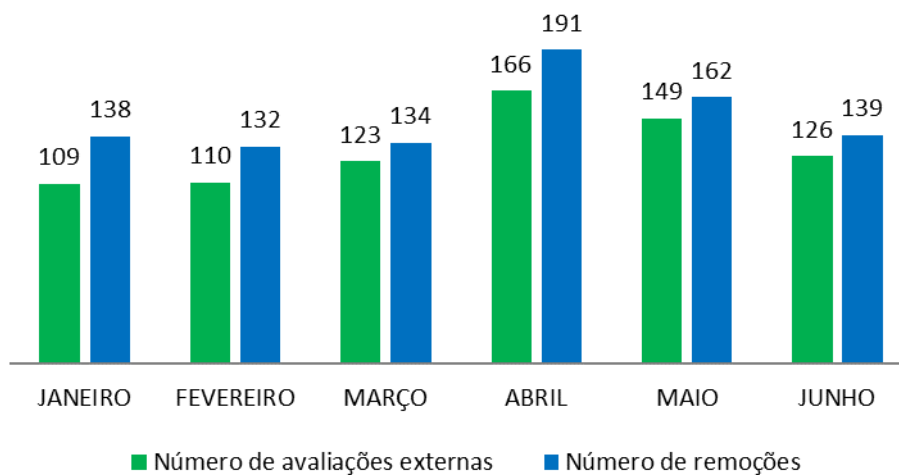
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos



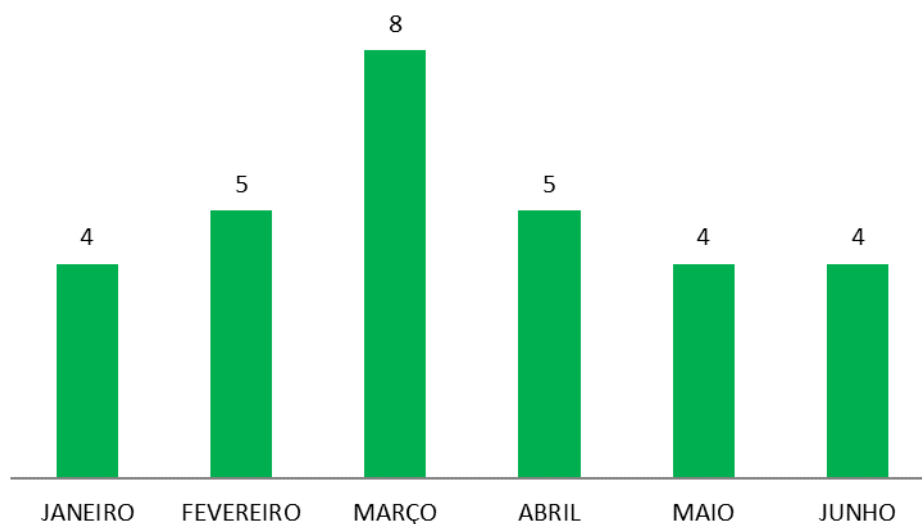
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 97 – Serviço de Remoções



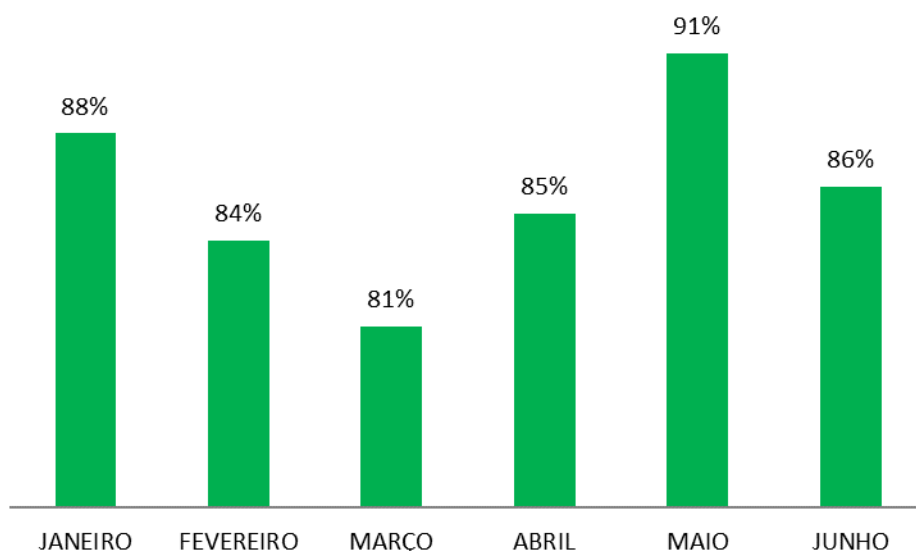
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



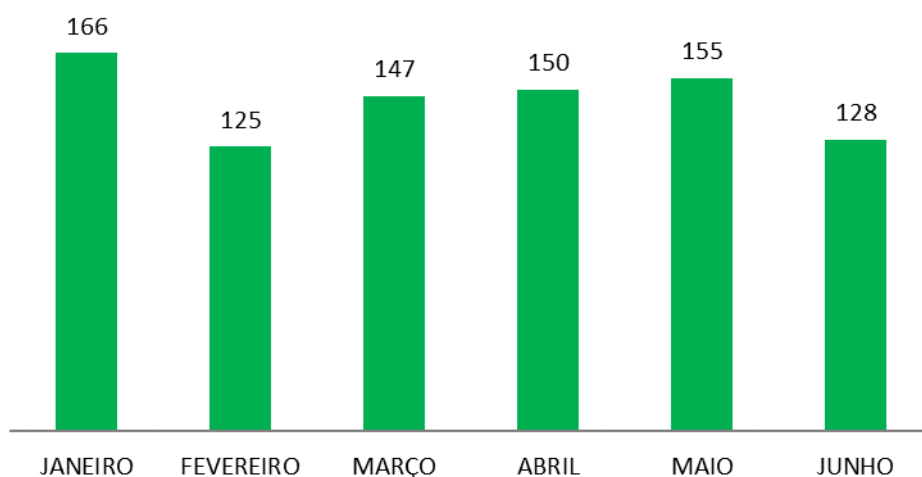
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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 - NEP

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.
- **Estágio/internato:** O Hospital Municipal Guarapiranga mantém parceria com a Escola Municipal de Saúde e com diversas instituições de ensino, oferecendo campo de prática para estudantes de cursos técnicos e de nível superior na área da saúde. Essa iniciativa contribui significativamente para a formação profissional e para o fortalecimento do vínculo entre ensino e serviço. As atividades ocorrem de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã, tarde ou integral, conforme o planejamento de cada curso.

Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%	73%
Taxa de avaliação do pós teste*	> 50%	0%	0%	0%	0%	88%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12	24
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516	594
Número de horas	50	450	782	2349	872	444,32	657,10

realizadas de treinamento							
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26	1,11

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP

MÊS	CURSO	ESCOLA PARCEIRA	NÚMERO DE TURMAS	QUANTIDADE DE ALUNOS POR TURMA	NÚMERO DE PRECEPTORES
JANEIRO	MEDICINA	UNISA	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM E AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SEQUENCIAL	5	30	2
FEVEREIRO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	17	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	13	1
MARÇO	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	10	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	2	9	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ETEC	1	6	1
	NUTRIÇÃO	UNIP	2	7	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	2	1
ABRIL	MEDICINA	UNISA	2	6	1
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	11	2
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	3	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	3	22	2
MAIO	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	14	2
	NUTRIÇÃO	UNISA	1	1	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	3	29	1
	MEDICINA	UNISA	2	6	2

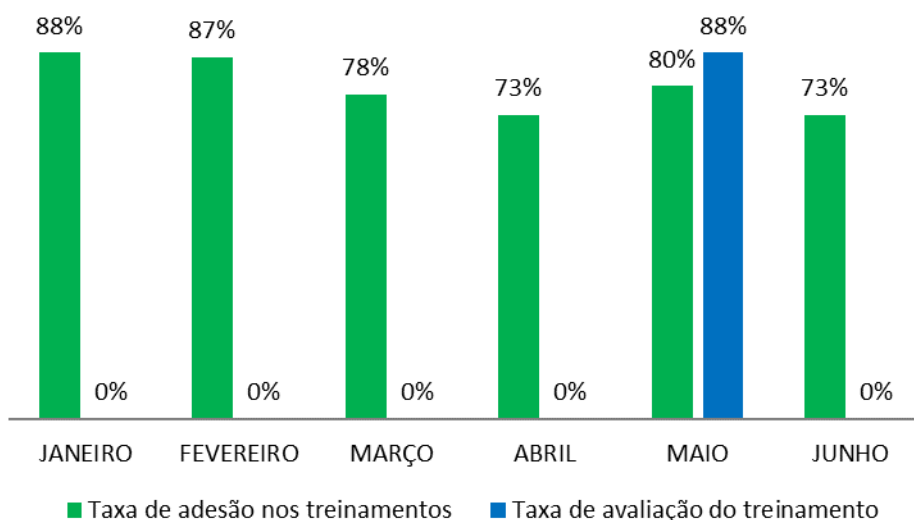
JUNHO	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1
	MEDICINA	ANHEMBI MORUMBI	3	10	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	GRAU TÉCNICO	2	16	2
	MEDICINA	UNISA	1	1	3

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

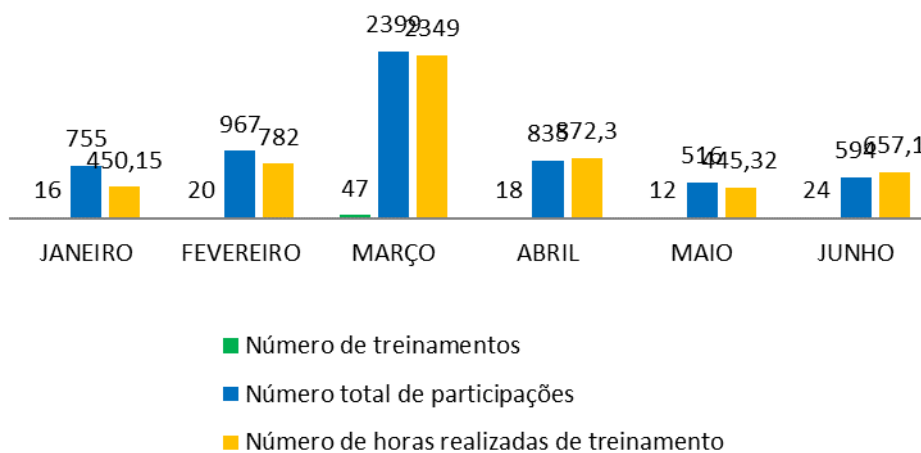
Pesquisa de reação e pré e pós teste não teve treinamento elegível, baixa adesão por quantidade baixa de público.

Gráfico 101 – Taxa de treinamentos



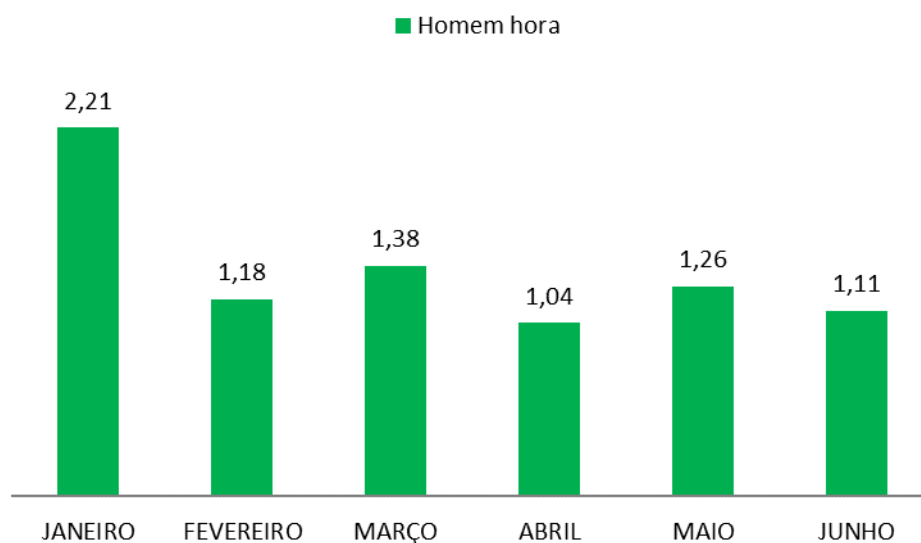
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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)

- DSS - NR 17 - ergonomia nas atividades laborativas
- DSS - NR 23 - prevenção e combate ao princípio de incêndio

- DSS - PGRSS - boas práticas e disseminação do programa e política ambiental
- DSS - NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde
- Treinamento - simulado de abandono e combate a incêndio
- Round de segurança do trabalho
- Treinamento nr 17 - ergonomia nas atividades laborativas
- DSS - gro - gerenciamento de riscos ocupacionais
- Treinamento de técnica de curativo e coberturas e cuidados com gtt (novos colaboradores)
- Treinamento de oficina de diagnósticos e prevenção de iras
- Treinamento de contagem de medicamentos controlados pela portaria 344/98
- Treinamento sobre o armazenamento dos insumos no caf, farmácia satélites e almoxarifado
- Treinamento sobre devolução de itens dos setores de internação nas farmácias satélites
- Treinamento novo checklist rota seps
- Treinamento aspectos legais e administrativos na atuação da equipe multidisciplinar
- Treinamento capacitação de curativos
- Treinamento sobre aprazamento
- Treinamento sobre padronização de aprazamento dos medicamentos em prescrição medica
- Treinamento escuta ativa das equipes, reforço das regras sobre o horário de janta e descanso
- Treinamento referente ao mau uso equipamento dos equipamentos
- Treinamento sobre entrega de atestados médicos

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 67 – Indicadores de Farmácia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%	0,30%	0,29%	0,17%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 1,5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%	6%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%	0,32%
Intervenções farmacêuticas realizadas	A DEFINIR COM A SEDE	21%	23%	28%	22%	22%	16%
Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

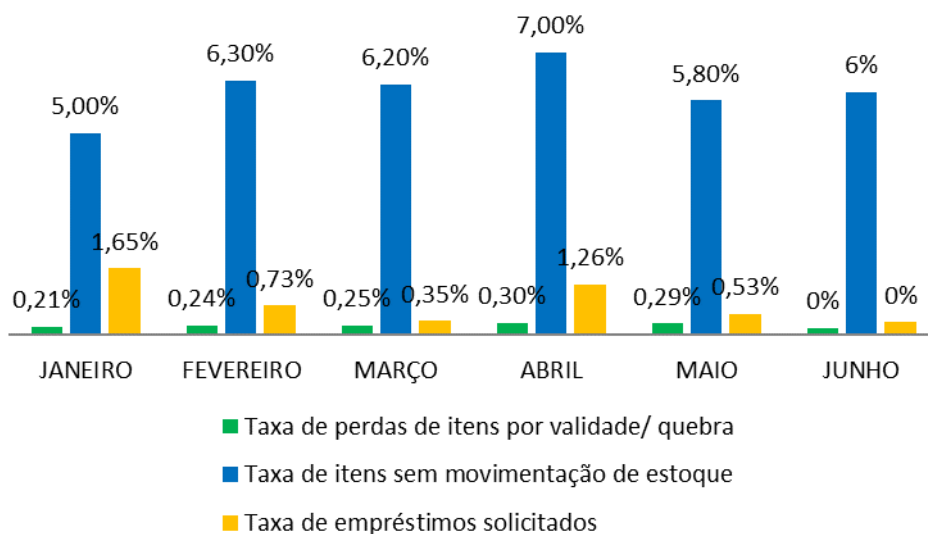
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

Indicador: Taxa de Empréstimos Solicitados: Durante o mês de maio/25, observou-se um aumento significativo na taxa de empréstimos, tendo como principal item envolvido a enoxaparina 40 mg. Esse medicamento apresentou um crescimento de consumo de 63% em relação ao mês anterior (abril/25), o que gerou a necessidade de empréstimos para suprir a demanda.

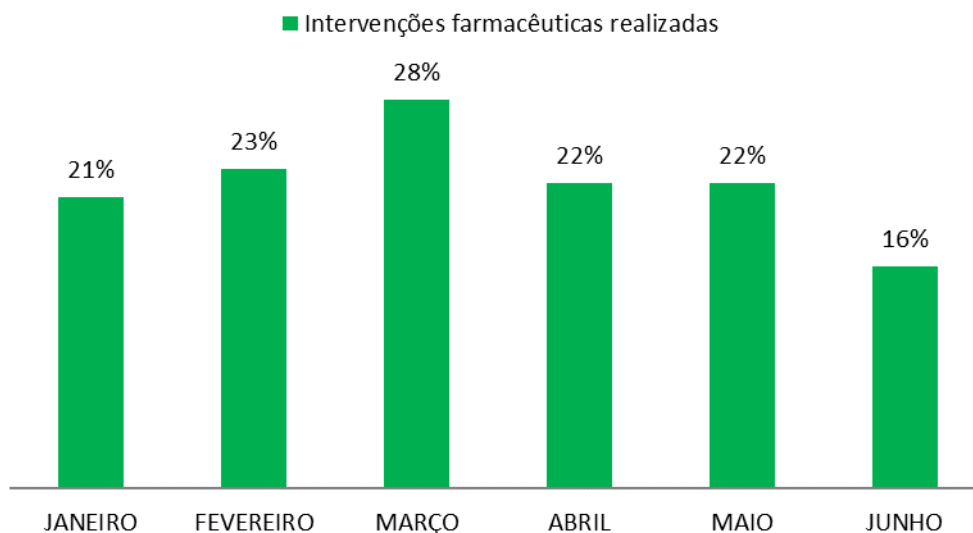
Itens Sem Rotatividade em Estoque: O item com maior impacto financeiro entre os materiais sem movimentação de estoque é o circuito respiratório autoclavável, adquirido durante o período da pandemia. Atualmente, há uma quantidade considerável deste item em estoque, representando aproximadamente metade do total de materiais sem rotatividade, o que exige avaliação quanto à possibilidade de remanejamento, doação ou outro tipo de destinação adequada.

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



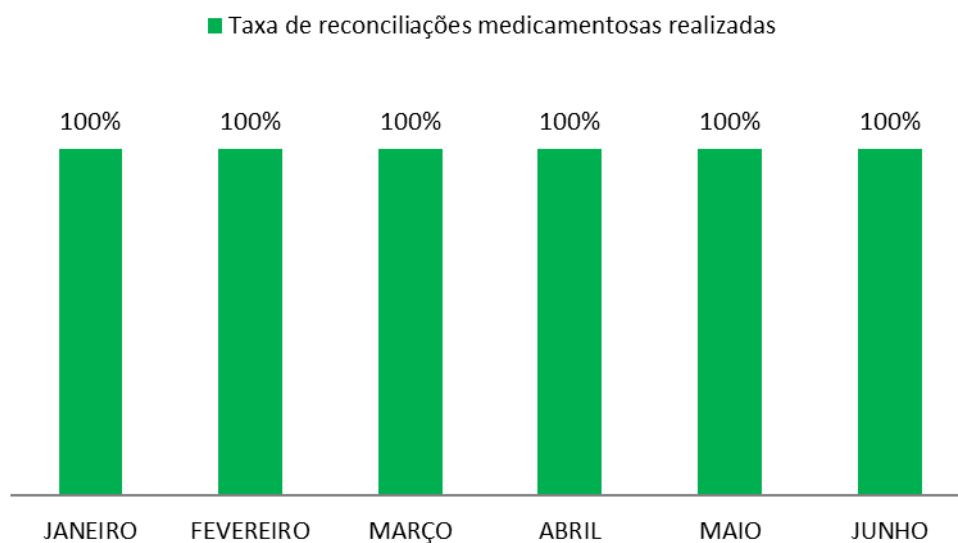
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



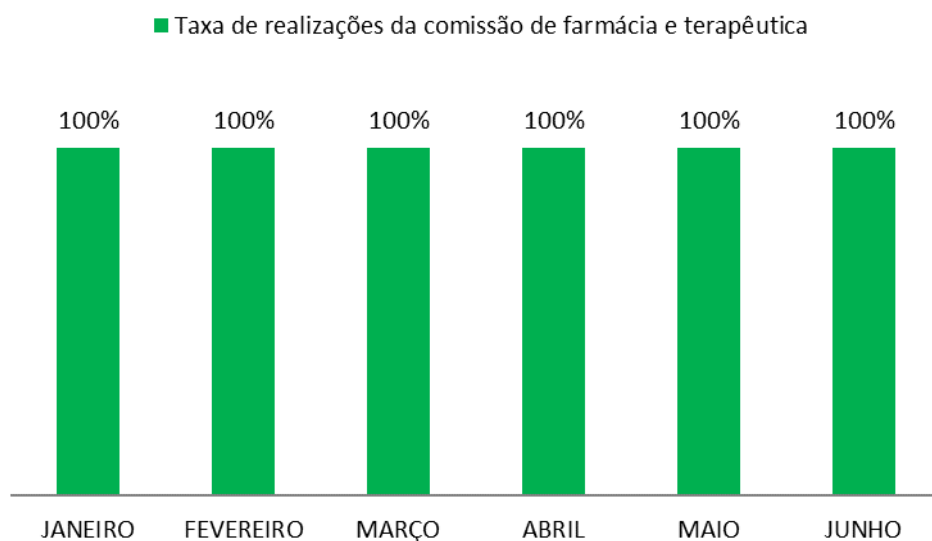
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

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:

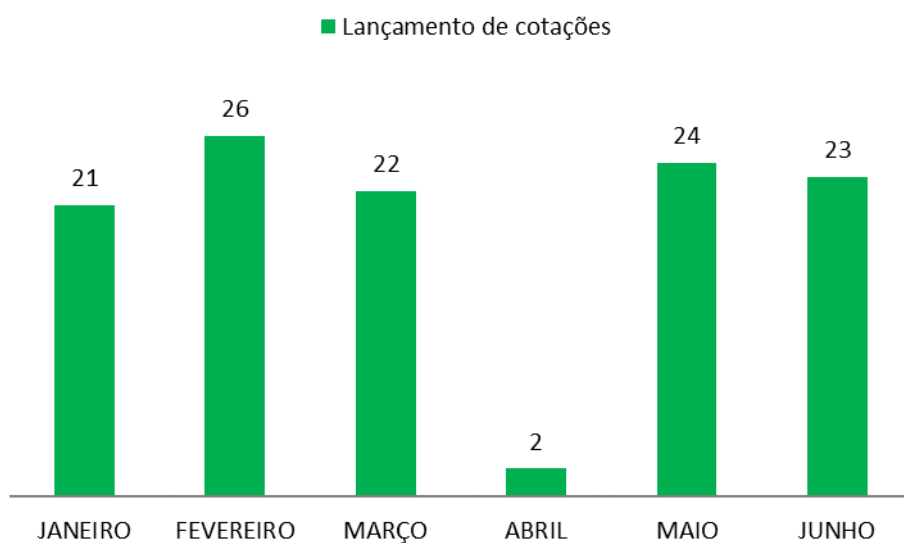
- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 68 – Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Lançamento de cotações	M/R	21	26	22	2	24	23
Total de ordens de compras geradas	M/R	104	139	89	17	122	103
Taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	90%	95%	97%	95%	90%	93%
Percentual de entrega parcial	<15%	10%	5%	3%	5%	3%	4%
Percentual de economia mensal	5%	17%	6,14%	8,40%	5,10%	6,61%	9,67%
Quantidade de compra emergencial	M/R	1	0	0	1	0	2

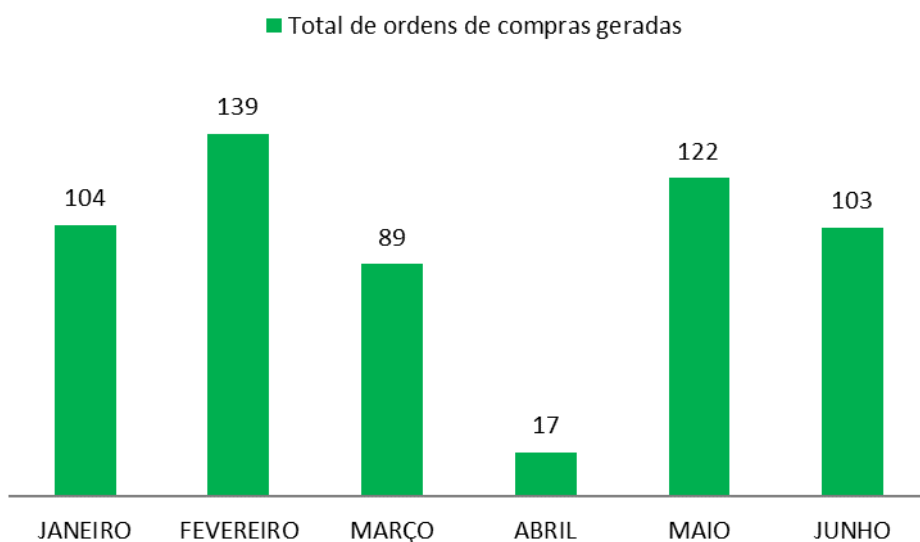
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 108 – Lançamentos de cotações



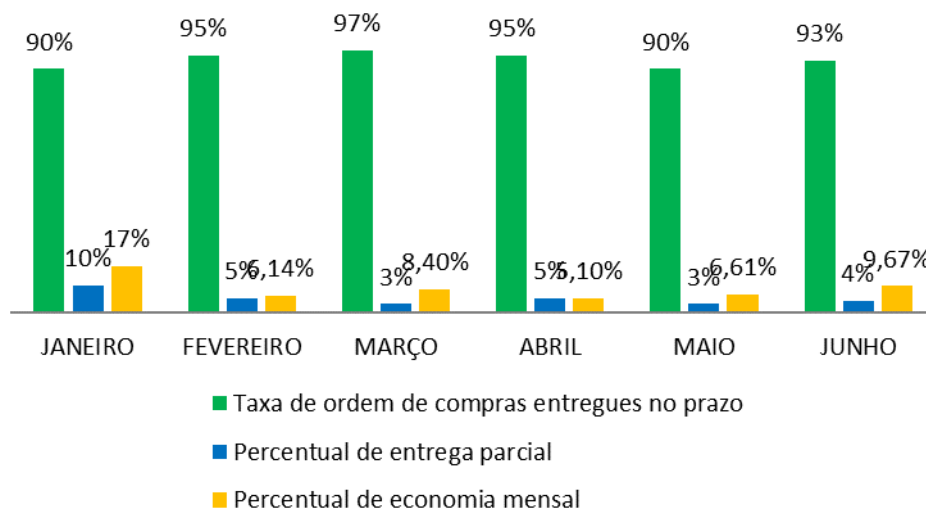
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas



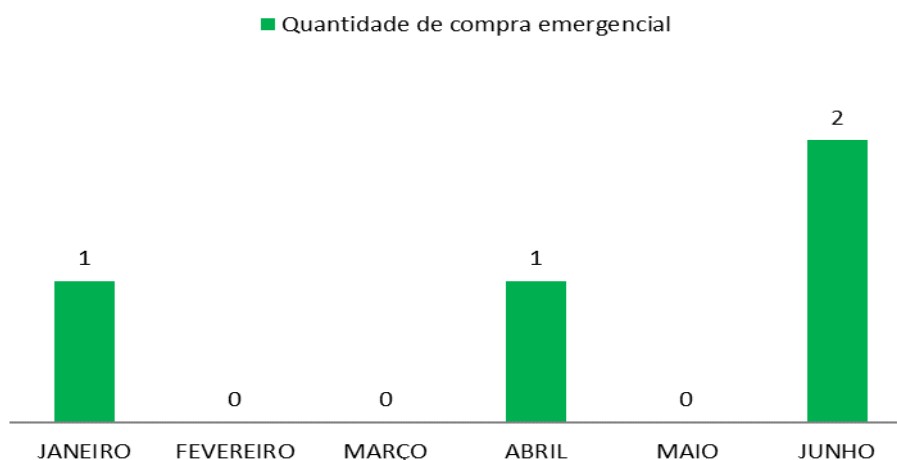
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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.

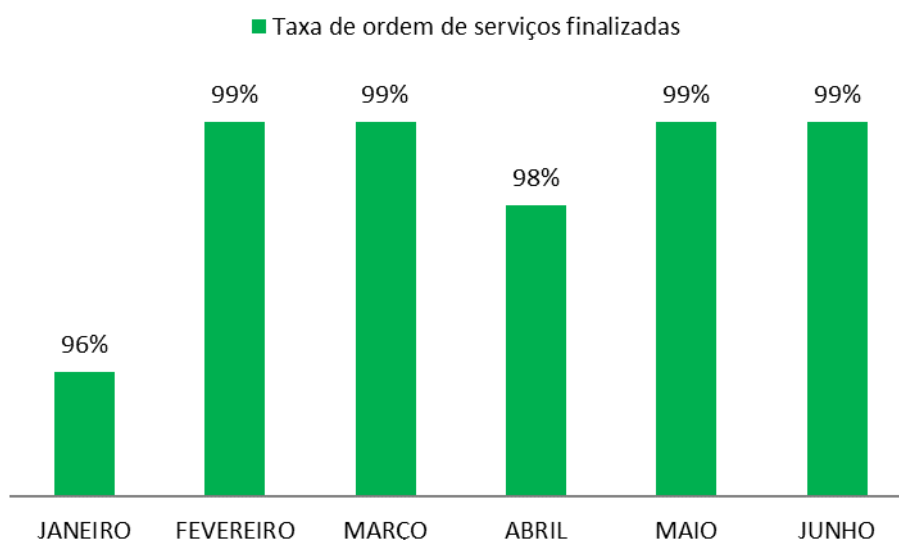
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%	99%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51	07:58	10:51	07:45
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%	8%
Taxa de disponibilidade	>80	99%	99%	99%	99%	99%	99%

do equipamento							
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%
Taxa de manutenção corretiva	> 85%	94%	96%	97%	93%	95%	98%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14	15	0	0
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142	156	155	126
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0	1	2	3
Número de inspeção de rotina	M/R	341	315	315	322	330	294
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5	13	18	16
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66	79	128	137

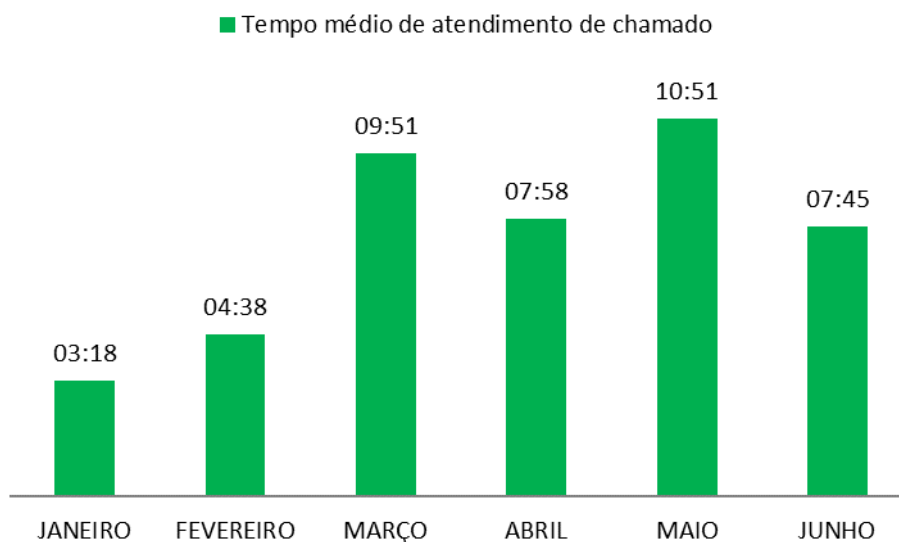
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados



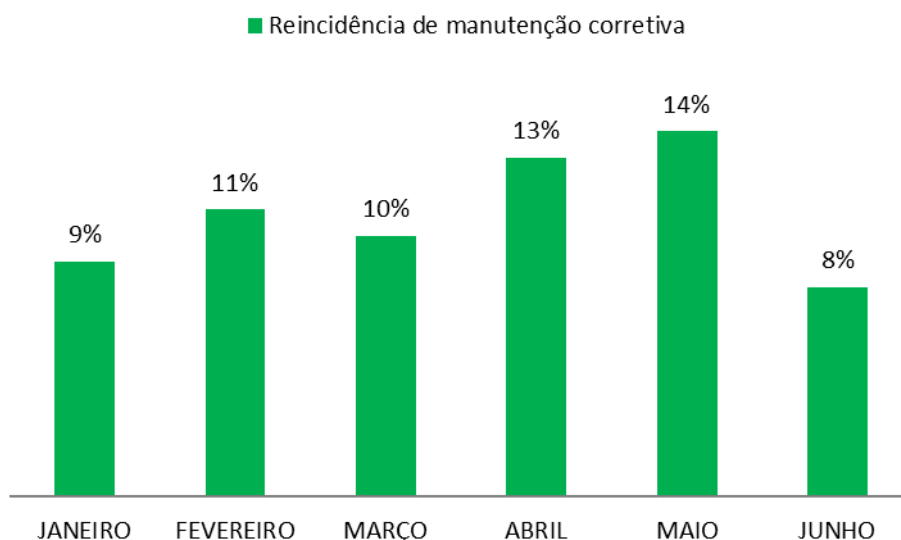
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado



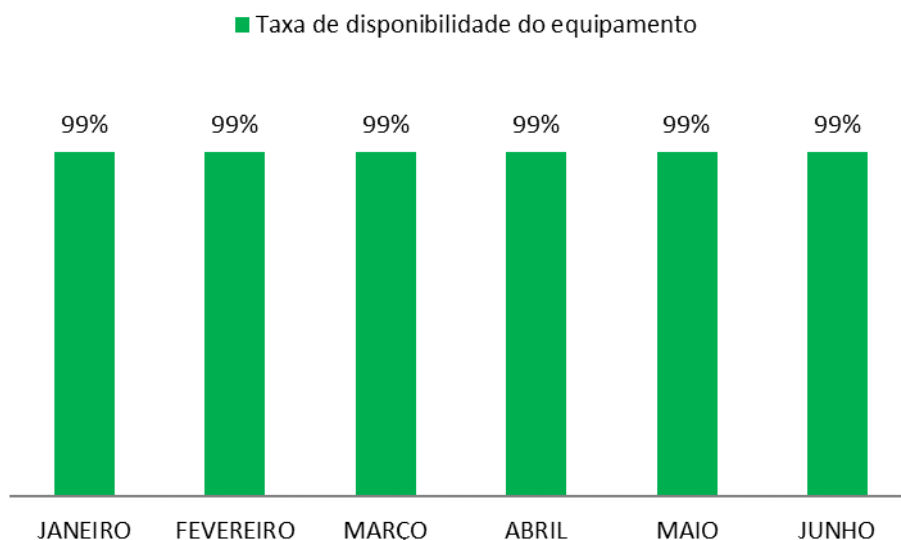
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva



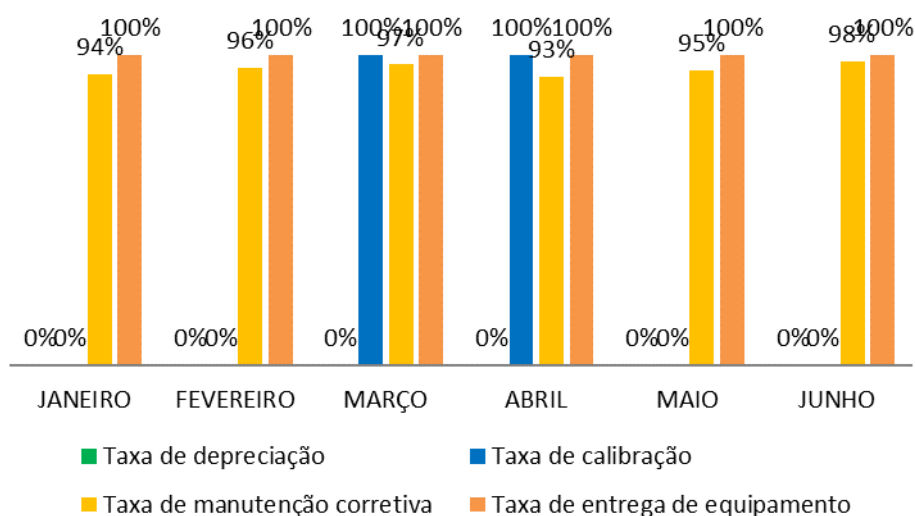
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento



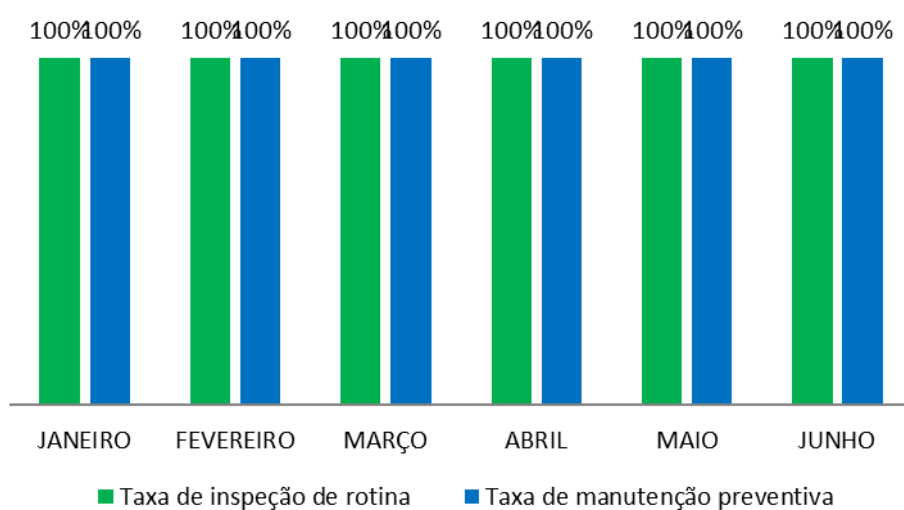
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

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 70 – Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%	99,62%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	69,63 min	95,21 min	23 min	12 min	7,1 mim	10,72 mim
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%	92%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281	239

Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133	172
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118	95
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

Segue o plano de ação para a diminuição no tempo médio de atendimentos de chamados.

Diagnóstico da Situação Atual

- **Ação:** Levantar e analisar os tempos médios atuais por tipo de serviço.

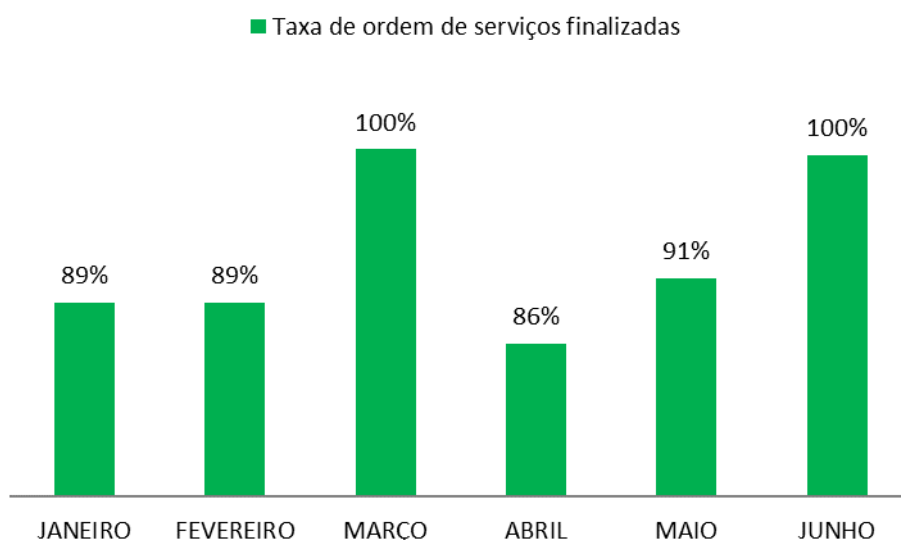
Manutenção Preventiva

- **Ação:** Reforçar as manutenções preventivas para reduzir chamadas reativas.

Comunicação e Treinamento

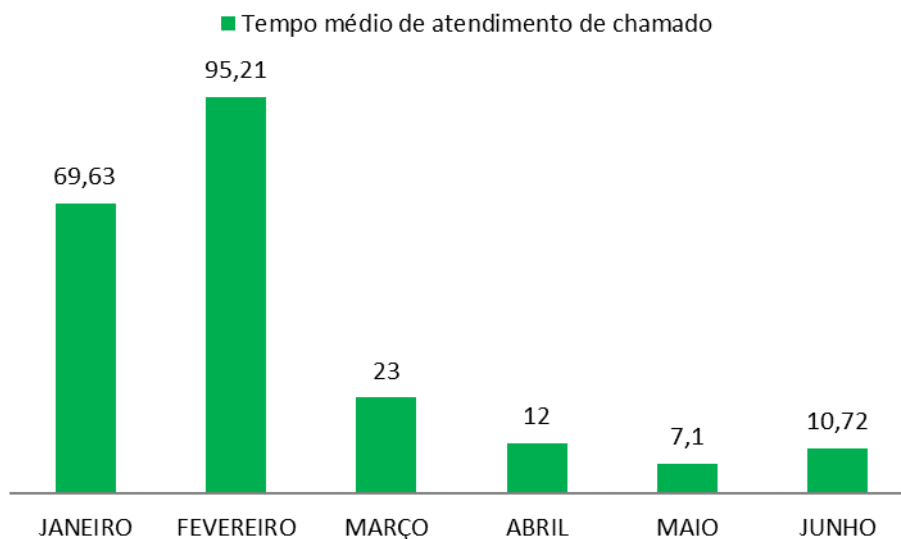
- **Ação:** Orientar setores quanto à abertura correta de chamados (detalhes, urgência, local exato).

Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados



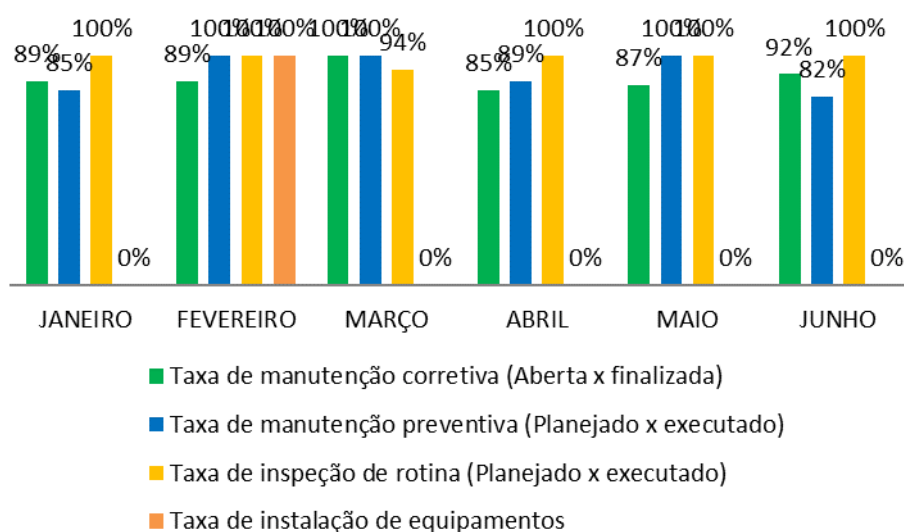
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



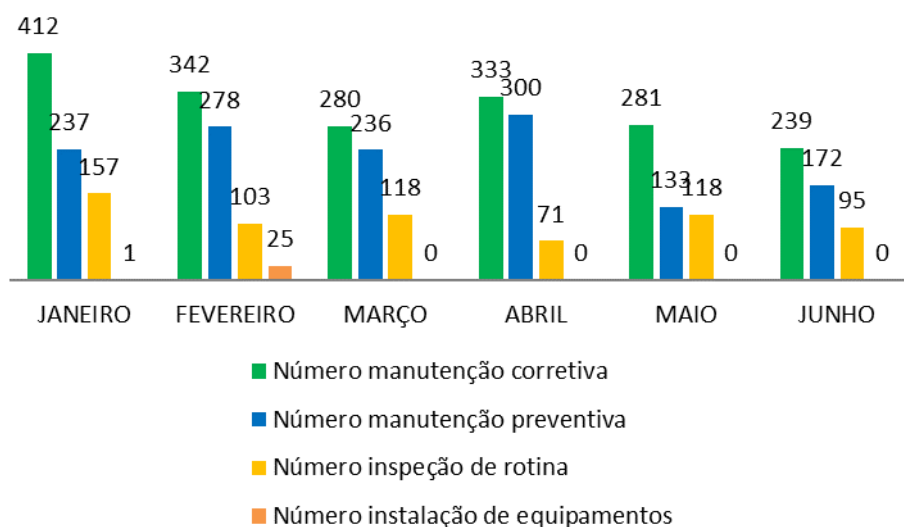
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação

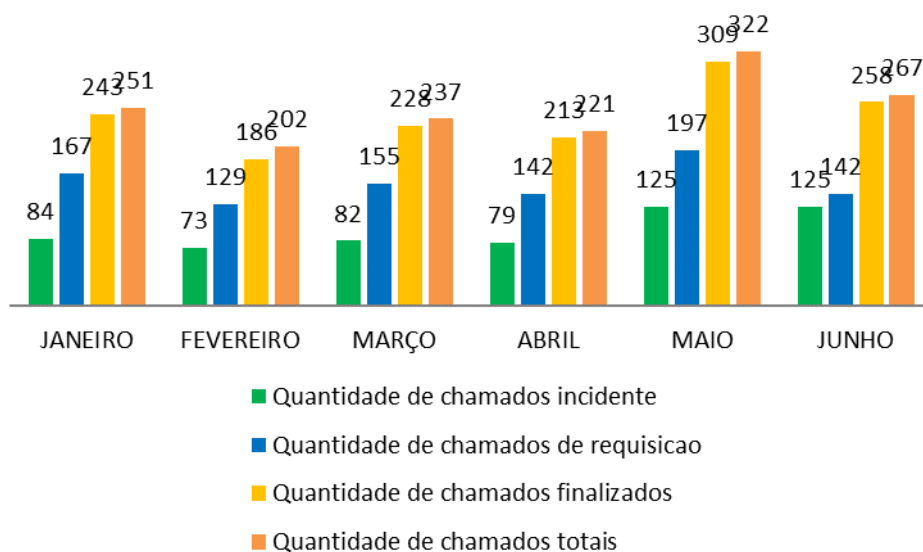
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82	79	125	125
Quantidade de chamados de requisição	M/R	167	129	155	142	197	142
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228	213	309	258
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237	221	322	267
Tempo médio de solução em horas	4h	2h	3h	3h	3h	4h	1h
Indisponibilidade de internet	1h	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Indisponibilidade do sistema	00:30	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	04:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12	6	13	4
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%	96%	98%	97%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Tecnologia de Informação.

ANÁLISE CRÍTICA – TI

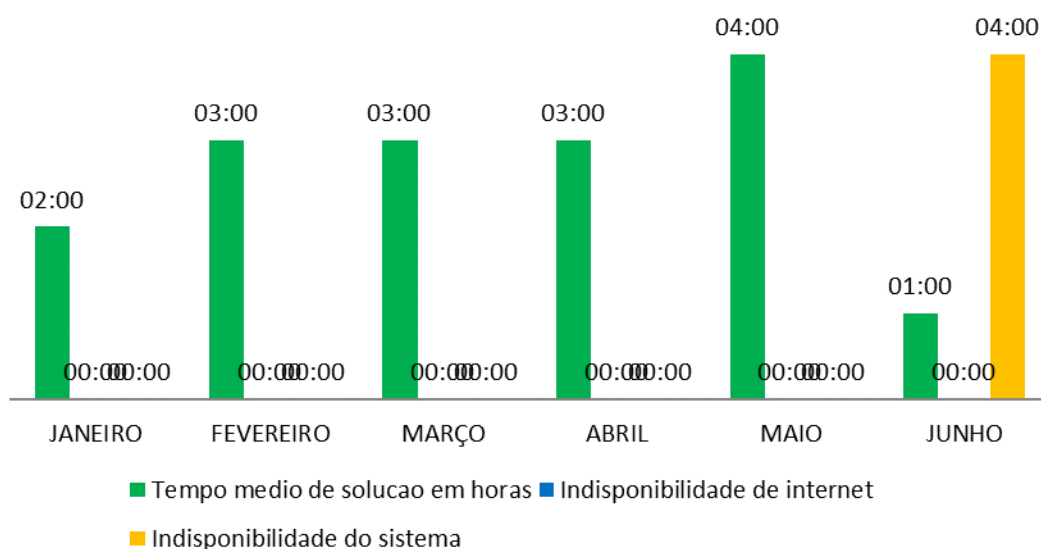
A indisponibilidade do sistema SMpep ocorreu devido uma falha no serviço, prestador acionado após abertura de chamado da equipe assistencial, a resolução ocorreu em 14 minutos.

Gráfico 121 – Quantidade de chamados



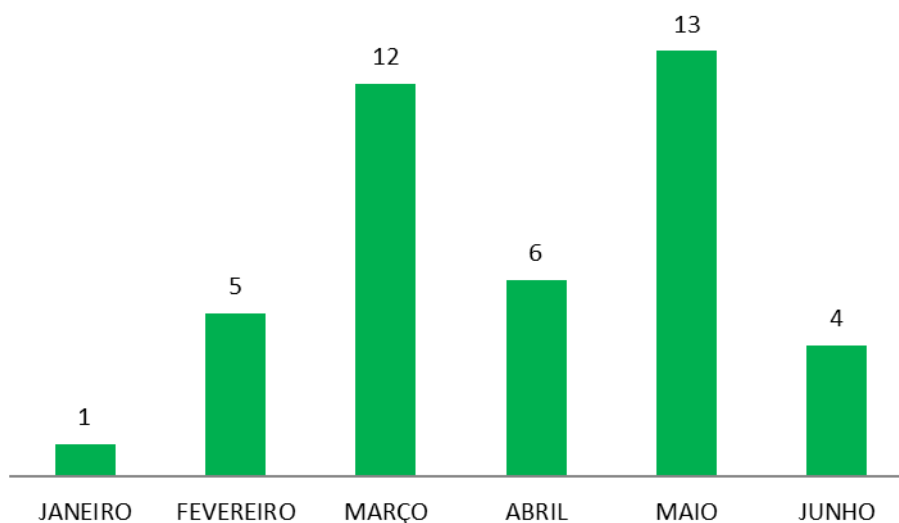
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



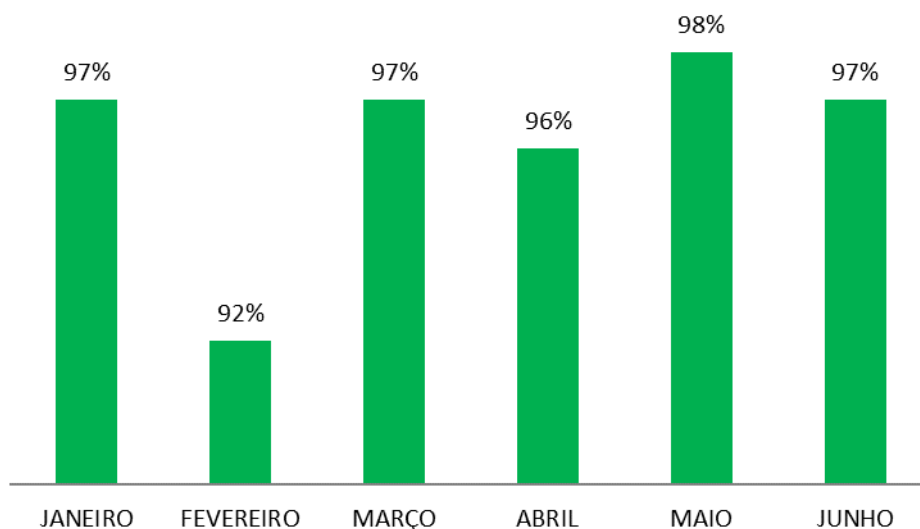
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

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 72 – Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%	65%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%	86,66%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%	80%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto maior, melhor	0	63	27	8	37	17
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20	78
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0	3
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5	1	6
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7	22

Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17	62
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3	1
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1	1
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1	1	2	2	1
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11	2
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%	93%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Em relação a Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo, dos 20 indicadores previstos para serem entregues até o dia 04/07/2025, apenas 13 foram entregues pontualmente.

Quanto a Taxa de reuniões realizadas pelas comissões, observou-se que, das comissões programadas, somente 2 não foi realizada no mês.

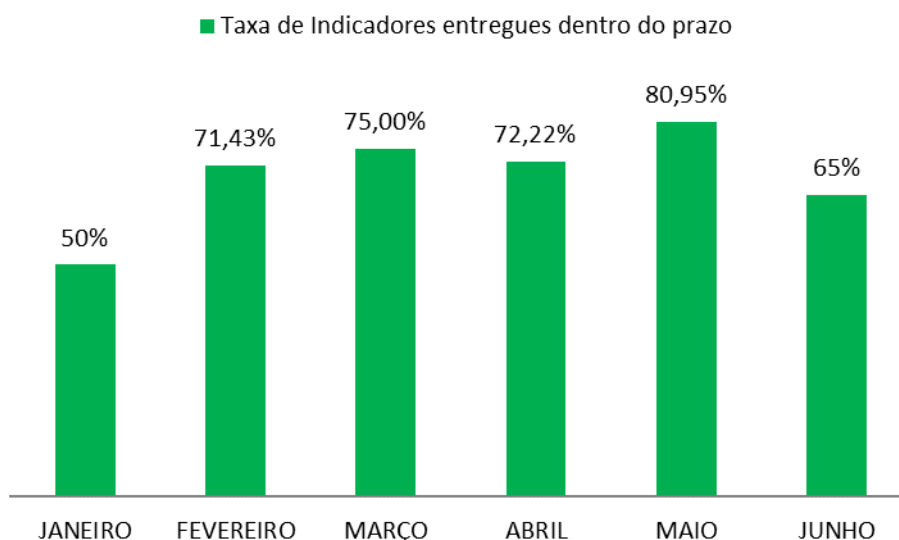
Em relação a Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo, 3 atas foram entregues após a data limite de 04/07/2025, comprometendo o cumprimento da meta estabelecida.

No que tange ao Numero de Visistas Tecnicas/Auditorias Externas Recebidas, foi realizada a seguinte visita: visita da Prefeitura (DR. Carlos Hamada). Auditorias Internas, foram realizadas 2 auditorias da Sede Berrin.

Em relação ao Número de orientações/treinamentos/reuniões, foram realizadas 2 reuniões para alinhamento de documentos.

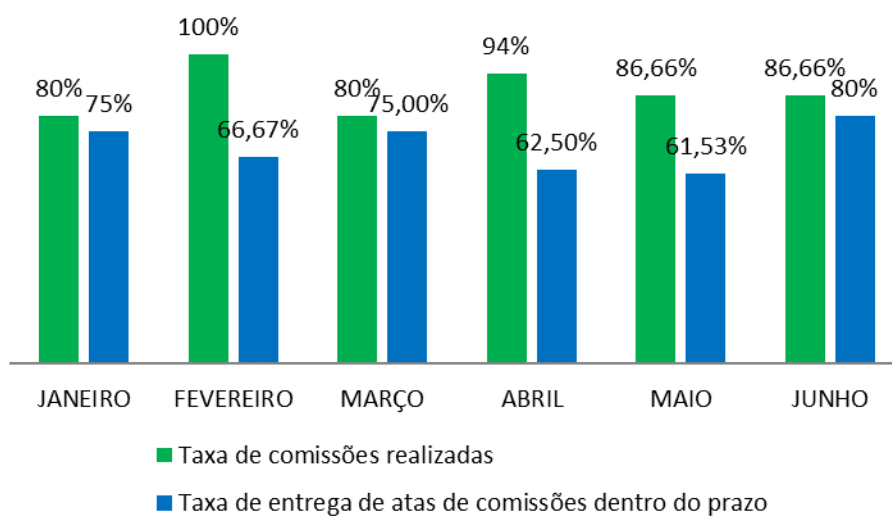
Em relação aos Documentos Retroativos de 2024, esta sendo feito o tratamento periodicamente sem uma meta mensal estabelecida, mas focada em maior quantidade.

Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



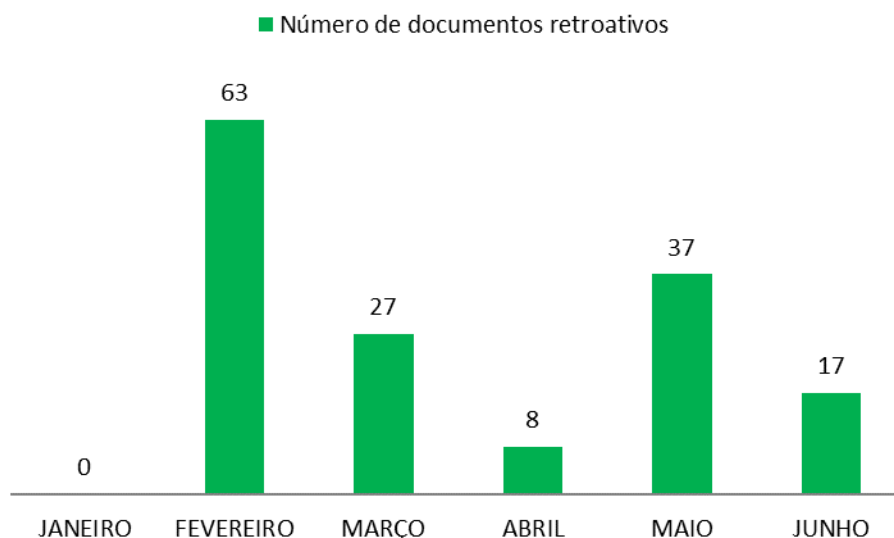
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 126 – Comissões



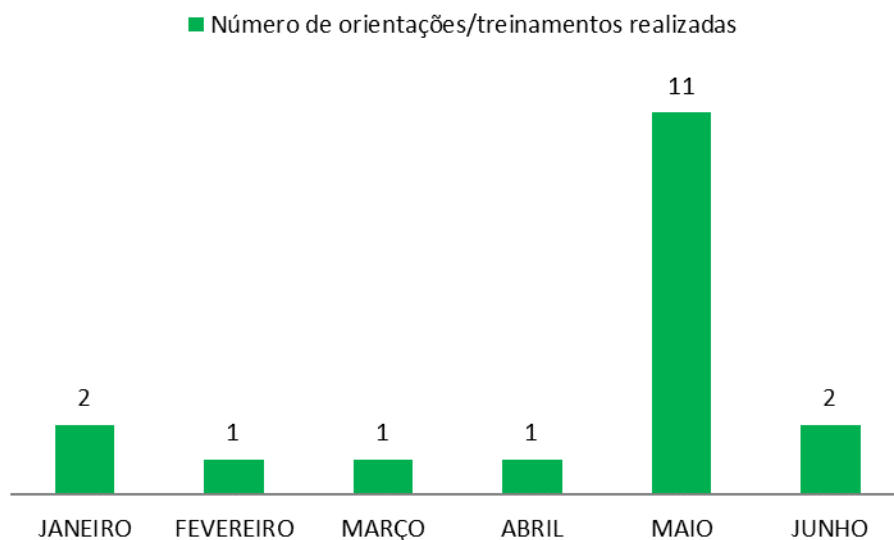
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 127 – Número de documentos retroativos



Fonte: Relatório de Qualidade.

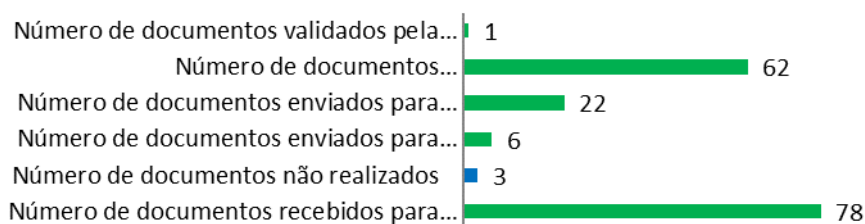
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações



Fonte: Relatório de Qualidade.

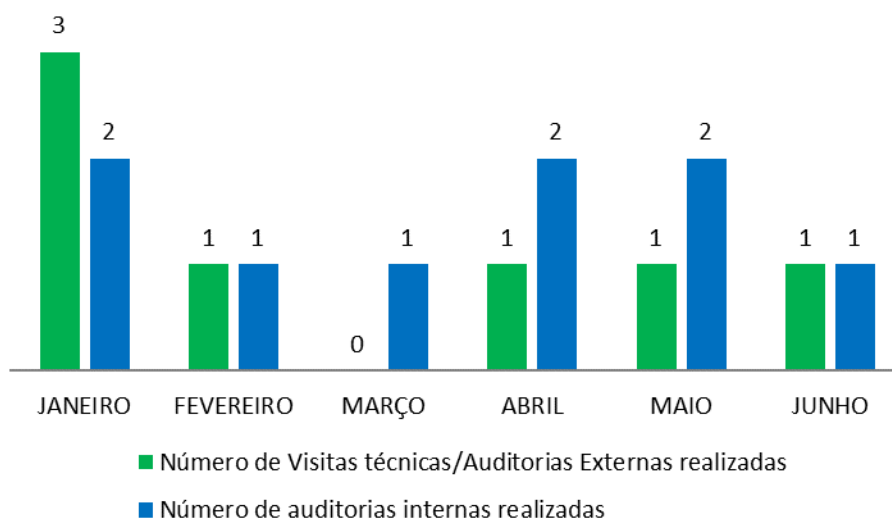
Gráfico 129 – Documentos

- Número de documentos recebidos para validação
- Número de documentos não realizados
- Número de documentos enviados para terceiros
- Número de documentos enviados para DMAIS
- Número de documentos disponibilizados na REDE
- Número de documentos validados pela DMAIS



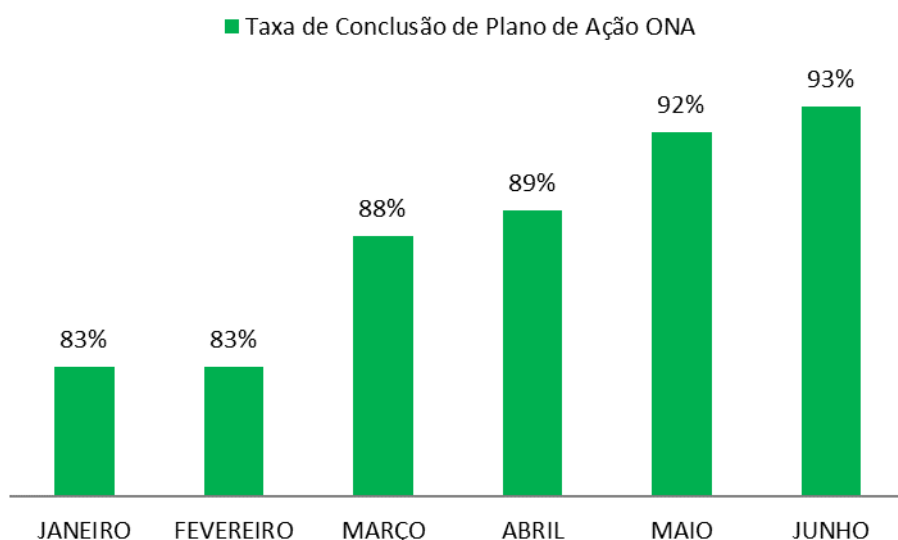
Fonte: Relatório de Qualidade.

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 73 – Indicadores de Faturamento

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Total de aih faturadas	M/R	258	230	237	258	246	240
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102	112
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	24	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	270	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0	0	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

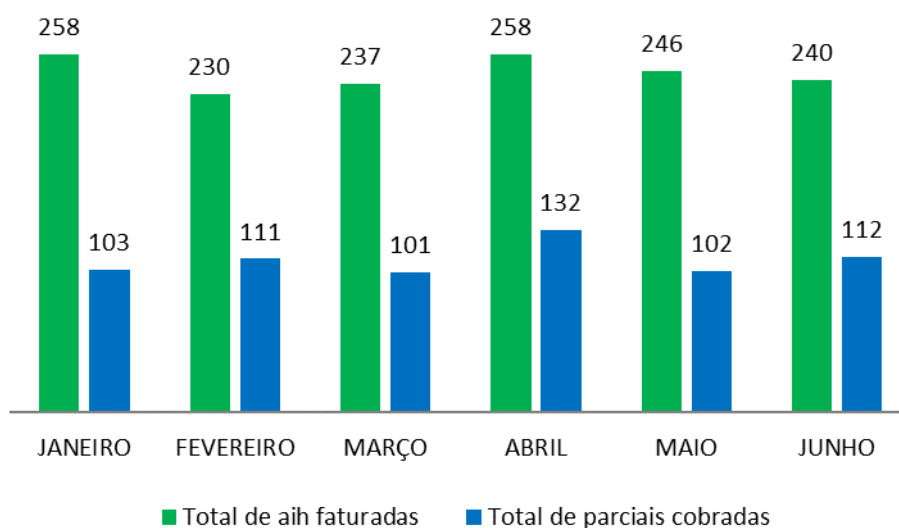
*As devolutivas para correções enviadas pela SMS terão um aumento considerável a partir do mês abril (2024), devido ao lançamento da diária de UTI, como não temos habilitação dos leitos as contas voltam para retirada das diárias; a quantidade de autorização de internação hospitalar (AIH) faturadas corresponde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

*Os indicadores relativos ao mês serão atualizados após devolutiva da Secretaria.

ANÁLISE CRÍTICA – FATURAMENTO

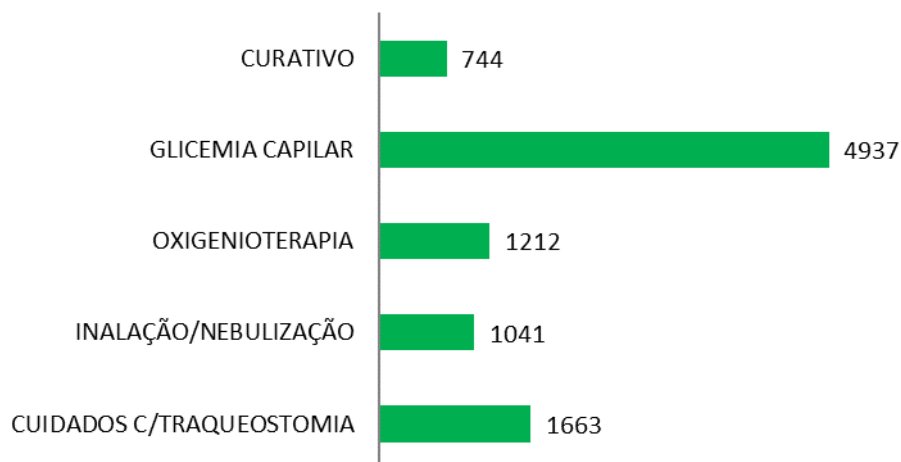
Neste mês houve a representação de algumas AIHs, porém essas AIHs não entram na contagem de AIHs faturadas, pois elas já foram faturadas no mês de sua competência.

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



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 74 – Indicadores de Prestações de Contas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583	4581
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2	0
Índice de orçamento x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%	85%

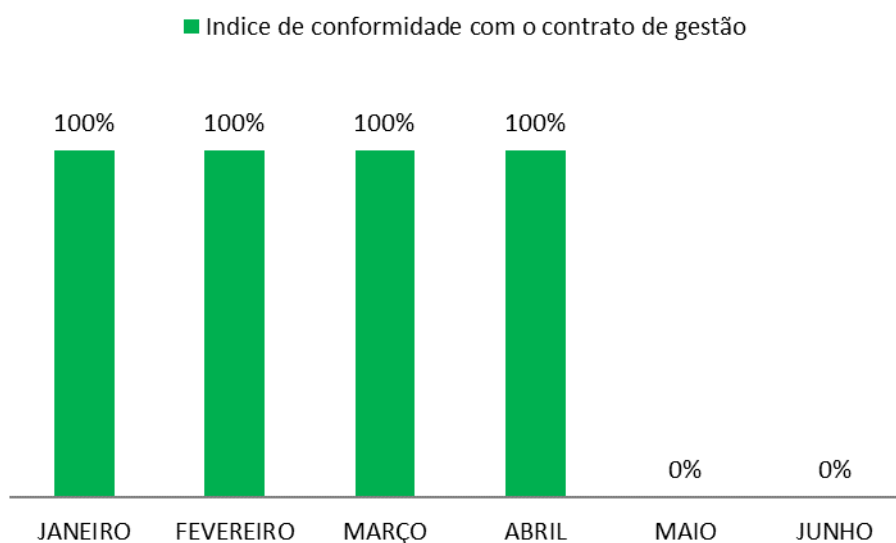
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês anterior foi incluída de forma retroativa, a porcentagem relativa ao mês de atual será enviada no próximo mês.

ANÁLISE CRÍTICA – PRESTAÇÃO 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



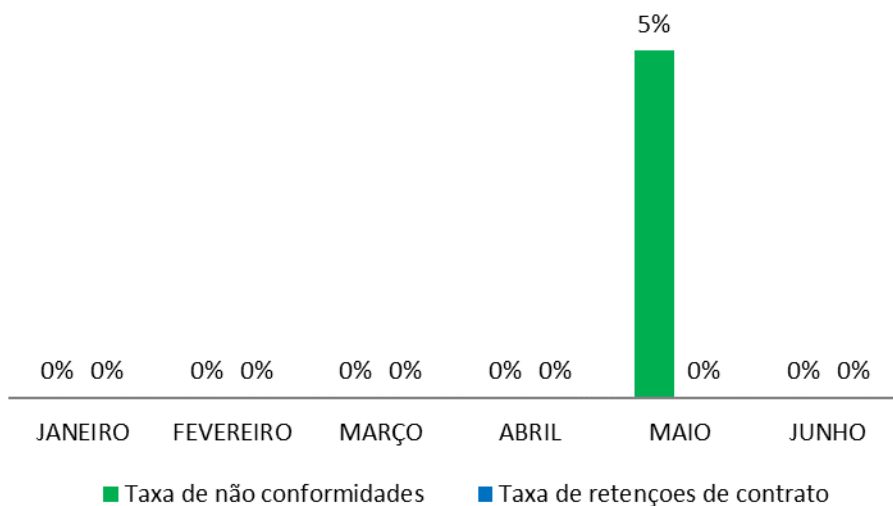
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 135 – Número de auditorias externas



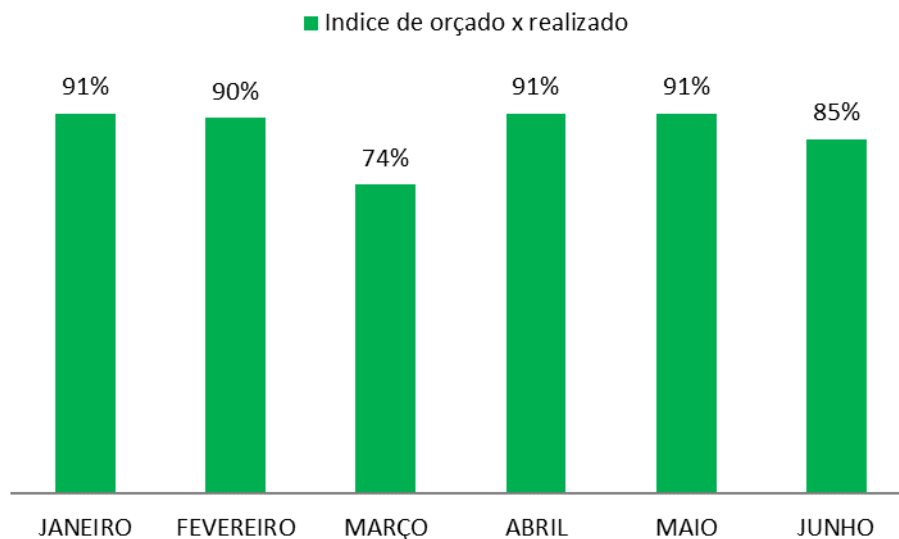
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades



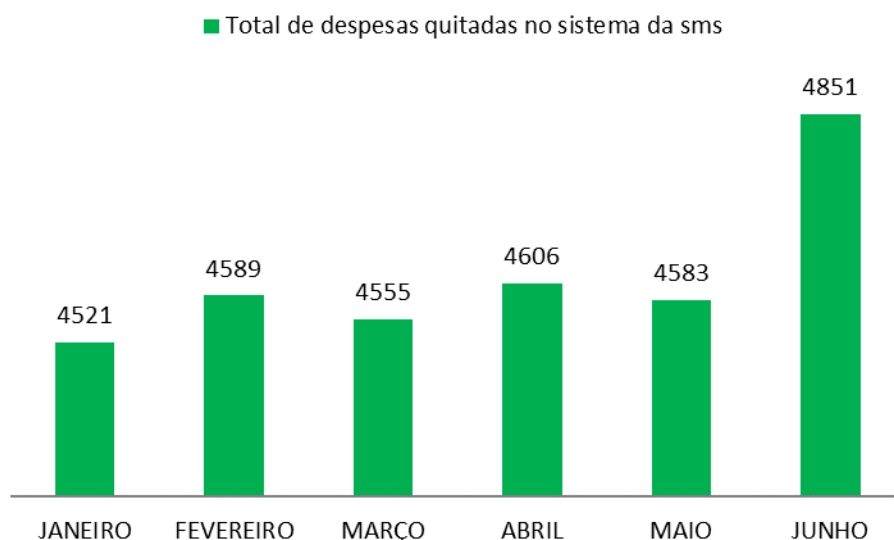
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado



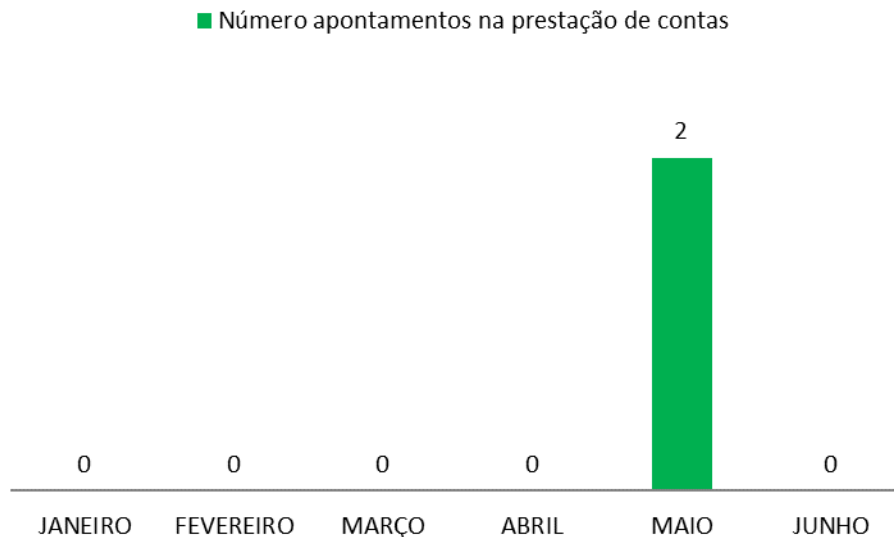
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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 75 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%	99%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%	100%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82	81
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104	97
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

Neste mês tivemos intercorrência em nossos sistemas o que ocasionou o pagamentos em atraso de algumas notas, fazendo com o que a taxa de notas pagas no prazo não atingisse os 100%, o problema já foi devidamente corrigido pela sede.

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

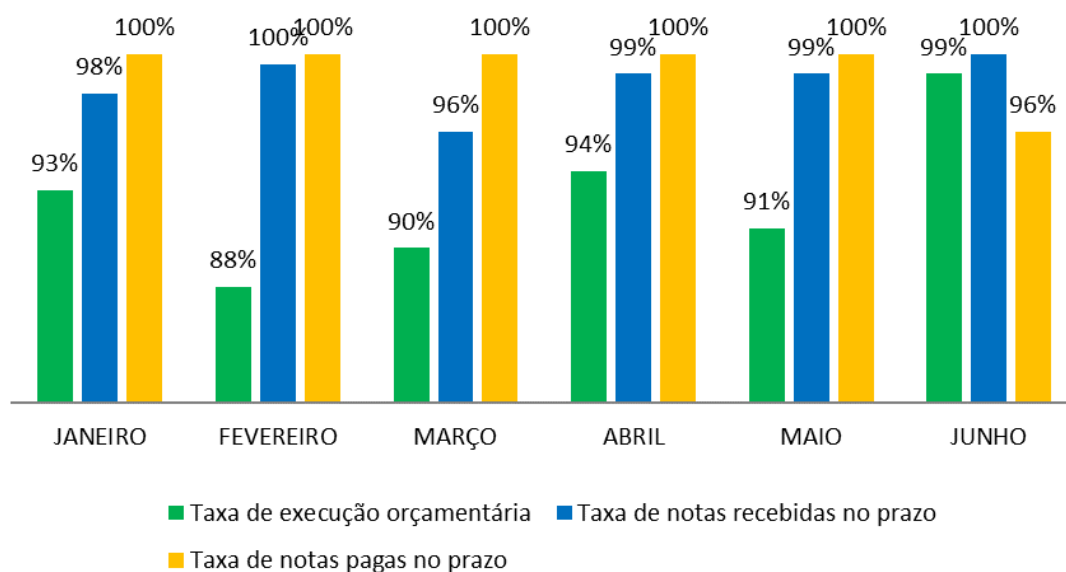
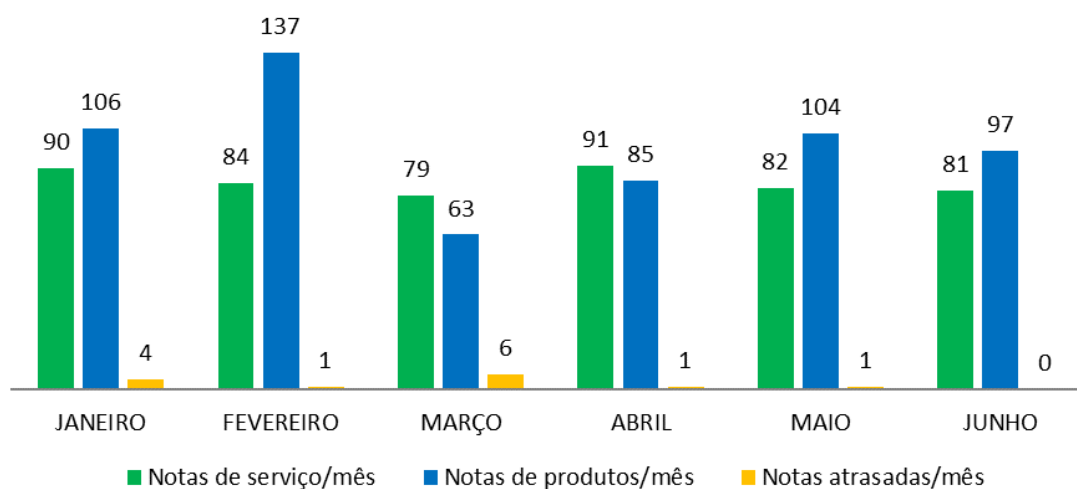


Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês



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 76 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de utilização de equipamentos	95%	99%	100%	100%	99%	99%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159	141
Número de o.s abertas para corretivas atendidas	M/R	154	150	146	156	151	136
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23	14
Número de o.s abertas para	M/R	7	10	15	11	23	14

movimentações atendidas							
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29	9
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23	6
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%	98%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139	139
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66	66
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%	99%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

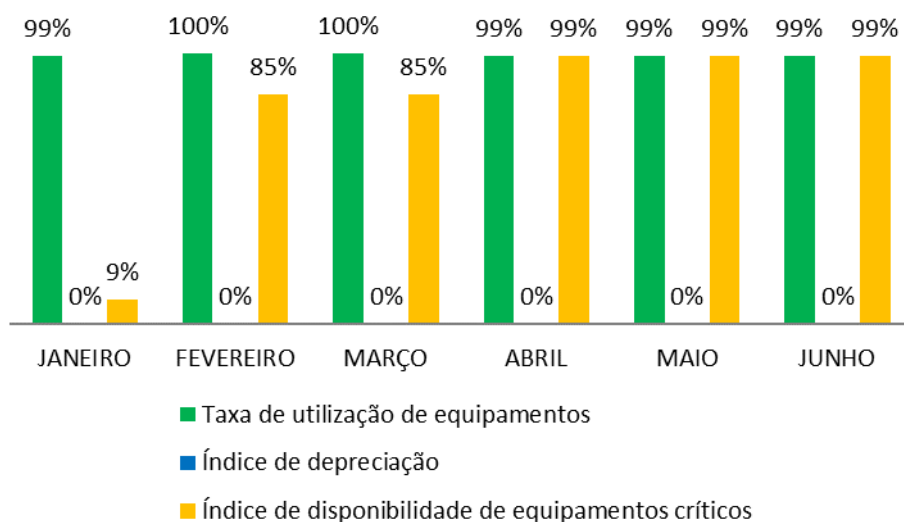
ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

A supervisora da Engenharia Clínica, mantém comunicação constante com os supervisores de Enfermagem para orientar sobre os equipamentos danificados por uso inadequado. Essas orientações são repassadas às equipes assistenciais com o objetivo de reforçar os cuidados necessários no manuseio dos equipamentos.

Além disso, nas integrações com novos colaboradores, também estou reforçando a importância da conservação e do uso correto do patrimônio da

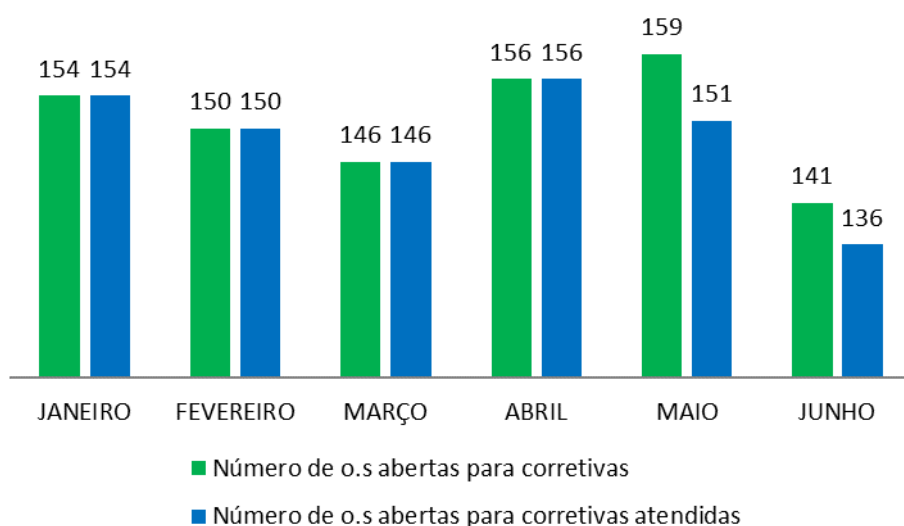
unidade, como medida preventiva para evitar danos, reduzir custos com manutenção e garantir a disponibilidade dos equipamentos para a assistência.

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



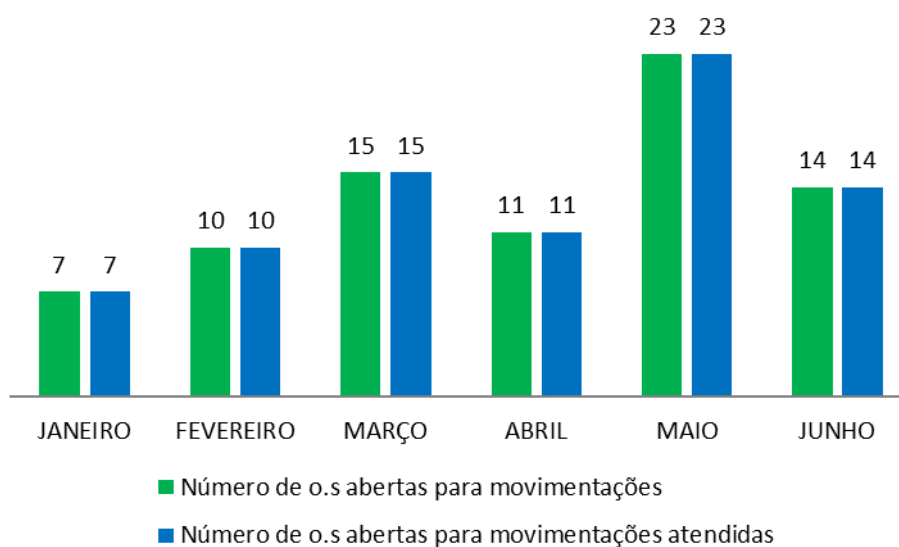
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas



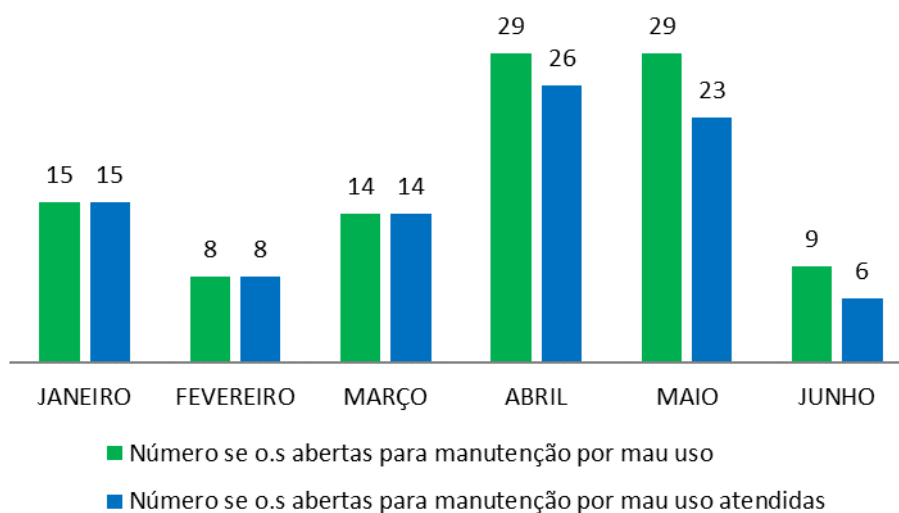
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações



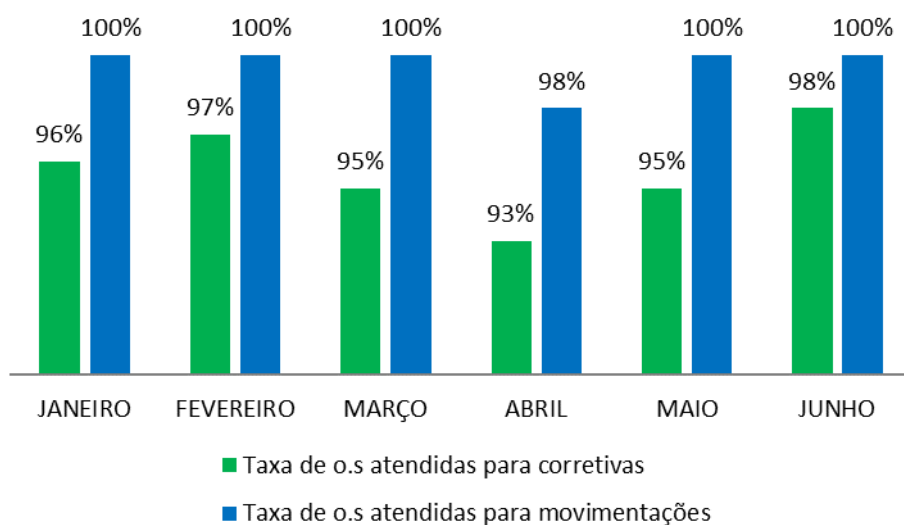
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



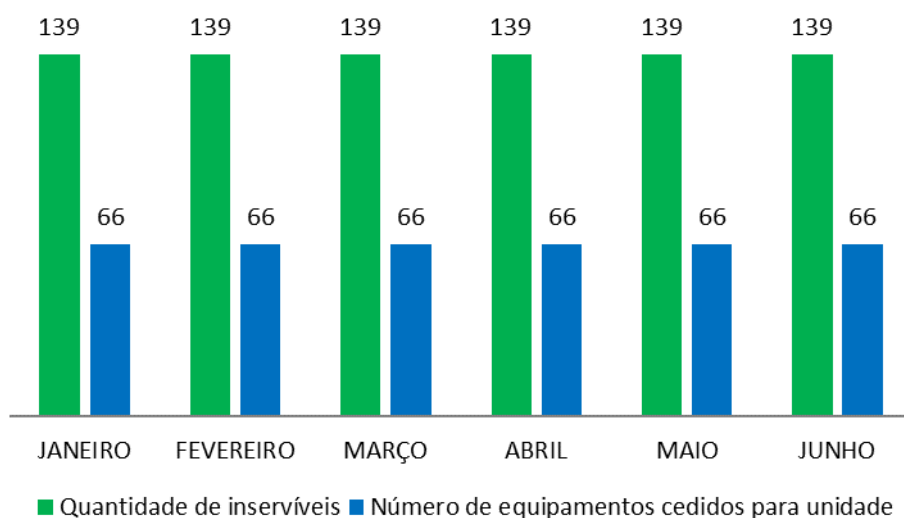
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços



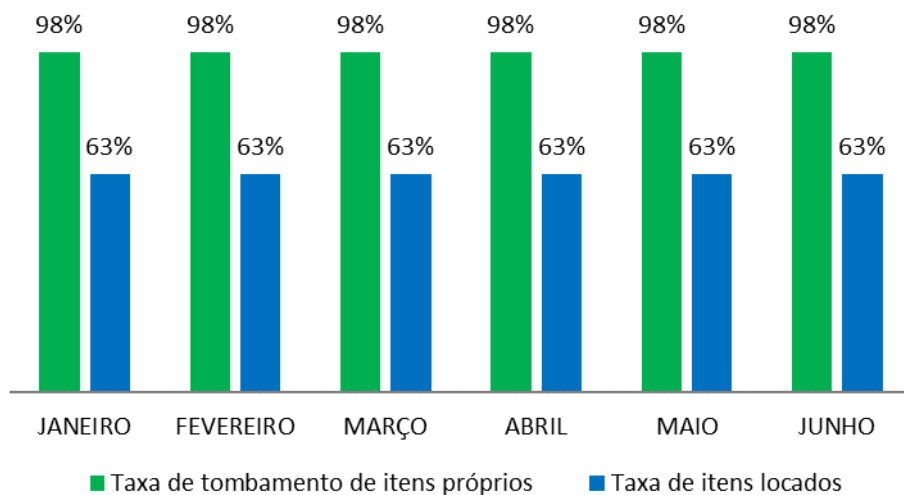
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



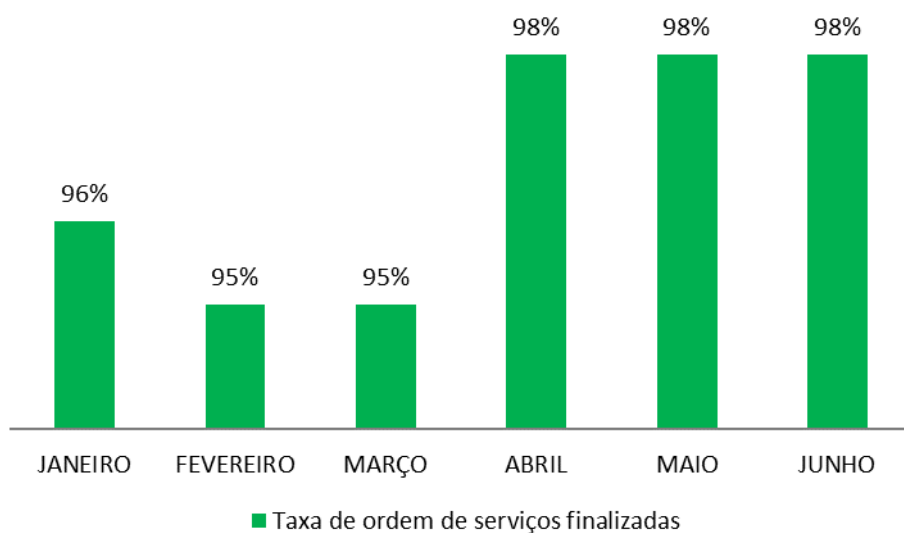
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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 77 – Indicadores do Contratos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%	98%	98%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9	9	6
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	92%	92%	92%	92%	91,66%	92%

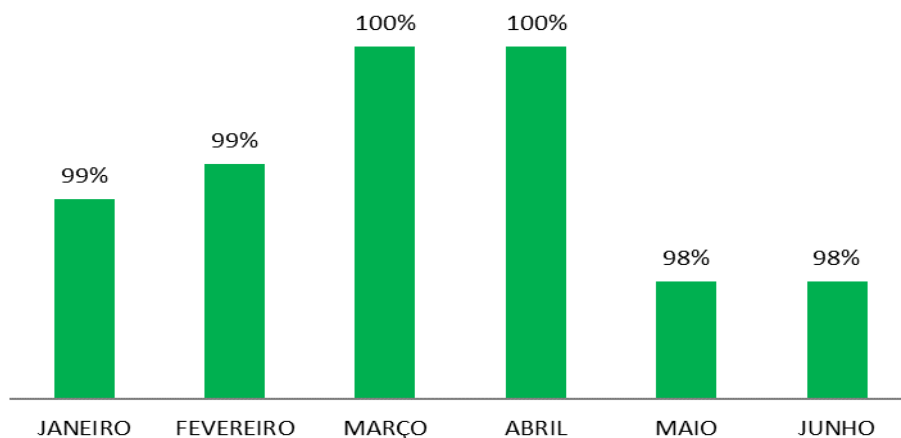
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE 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 do contratos. A empresa em questão foi notificada em 05/02 e recebemos a devolutiva em 06/02.

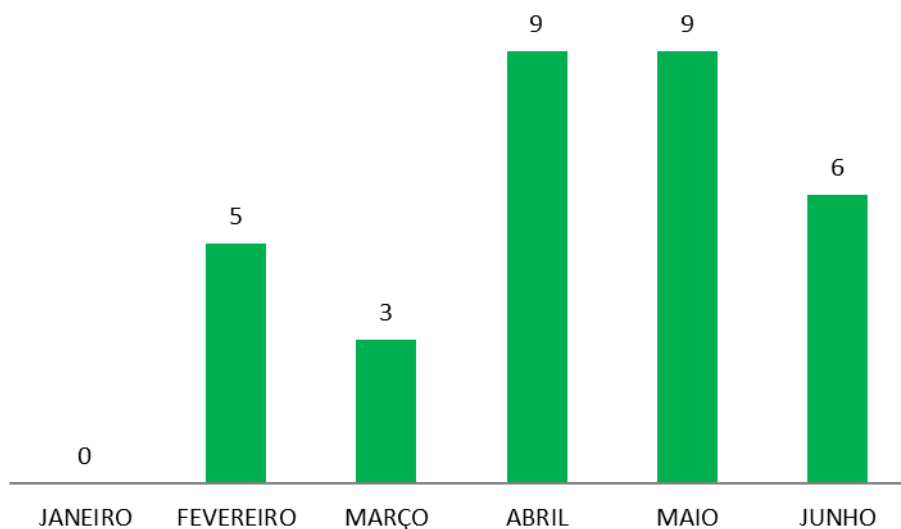
O indicador de **QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS** está com a nota de 92% devido a um dos contratos auditados ter obtido uma nota abaixo de 81%, o que resultou em uma avaliação do fornecedor como "bom", mas abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse fato impactou negativamente a média do indicador, refletindo a necessidade de melhoria no atendimento aos critérios da auditoria, apesar de o prestador ainda ser 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 78 – Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%	100%	100%	100%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Taxa de enxovais recebidos com sujeidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna)	0	0	0	1	1	1	1
Índice de evasão de roupas	0%	0%	3,80%	3,80%	7,50%	0%	4,35%
Índice de reposição de enxoval	100%	90%	90%	100%	100%	100%	87%
Taxa de conformidade com padrões de higienização	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

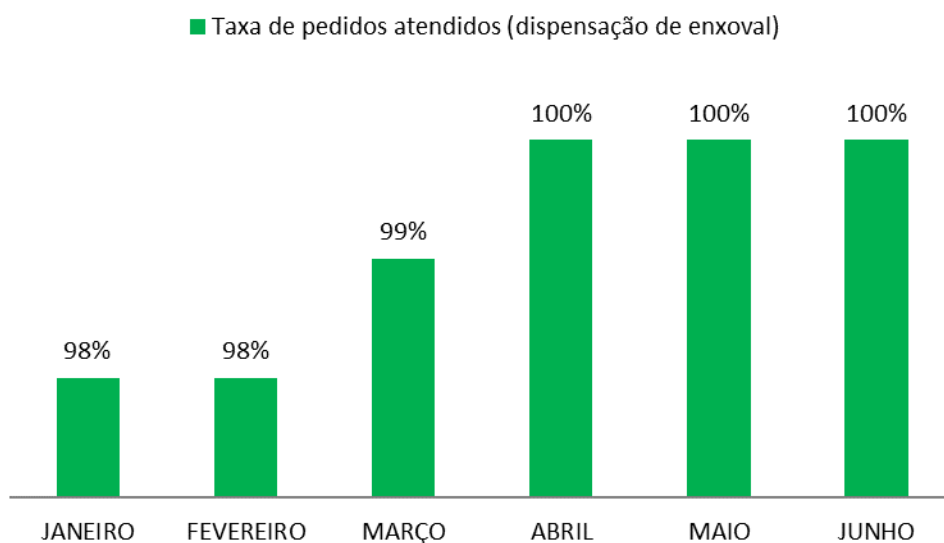
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – Rouparia

O índice de evasão registrado no período foi de 4,35%. Embora a causa exata não seja totalmente identificada, já estamos atuando com revisão dos fluxos, reforço no controle e orientações às equipes a fim de reduzir esse percentual gradativamente nos próximos ciclos.

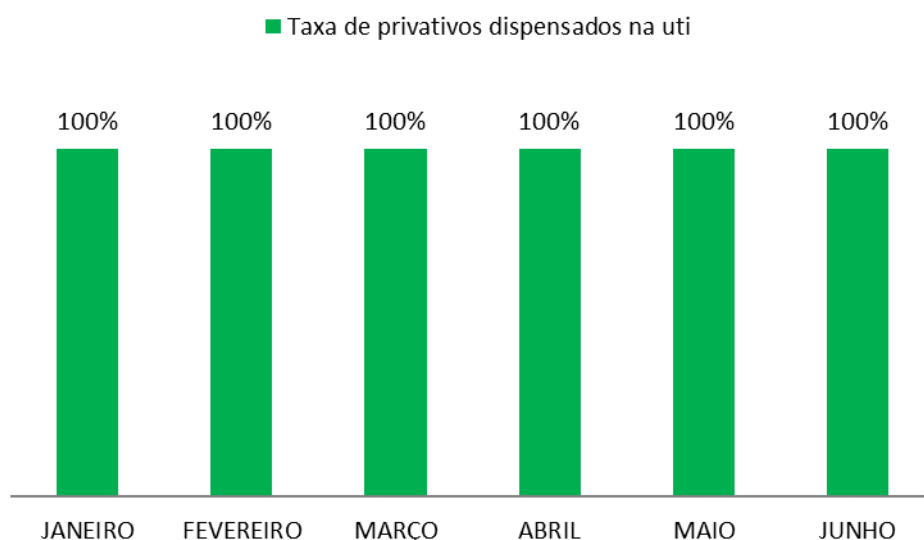
ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL:
Registrou-se um aumento significativo na demanda por cobertores em decorrência das baixas temperaturas no período. Esse cenário impactou a capacidade de atendimento total das solicitações, comprometendo momentaneamente a reposição completa do item. Diante disso, foi elaborado e implementado um plano de ação para regularizar o estoque e restabelecer o atendimento pleno às unidades.

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



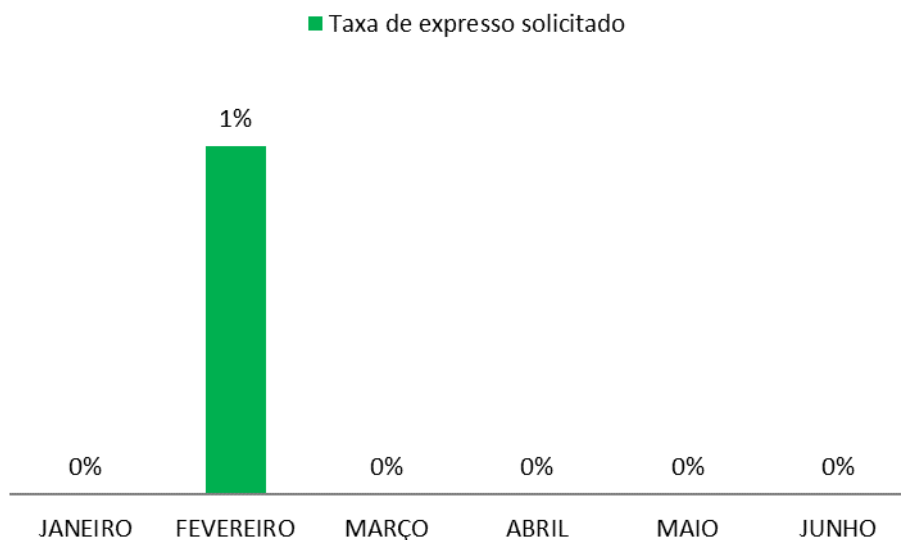
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI



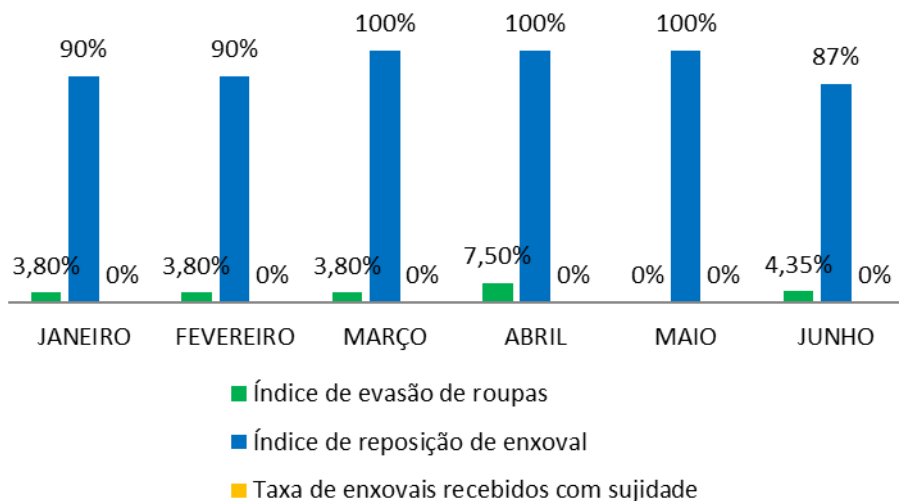
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



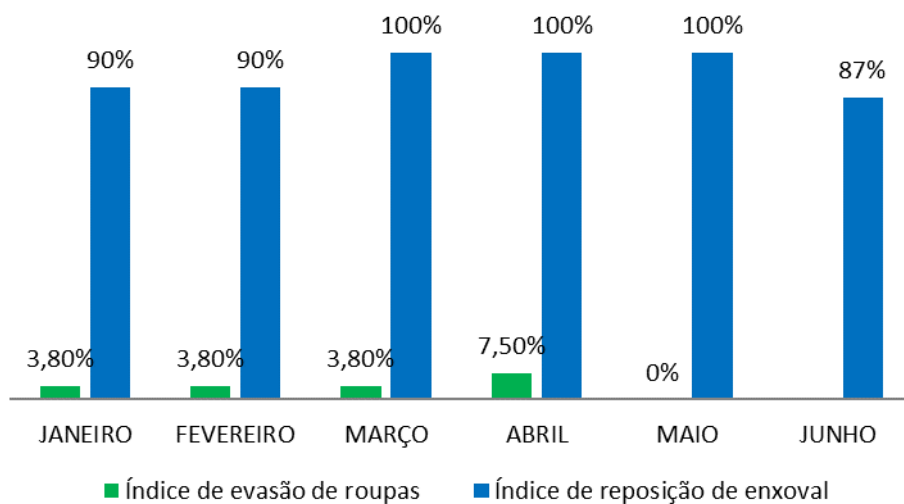
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



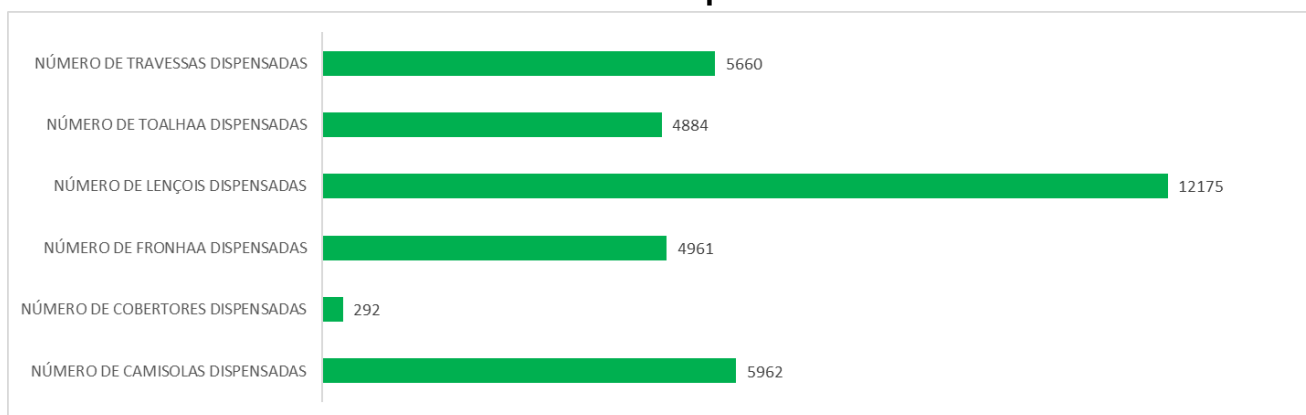
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 159 – Enxoval Dispensado



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

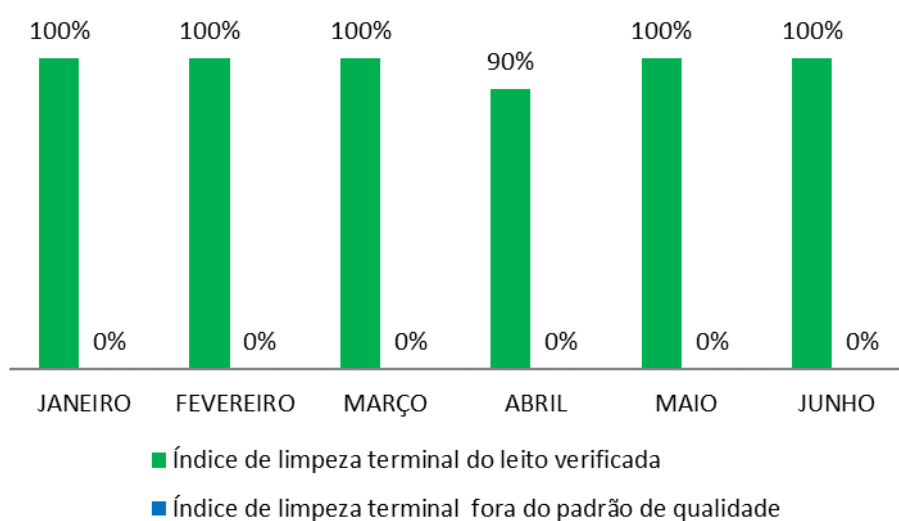
Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%

Índice de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
--	----	----	----	----	----	----	----

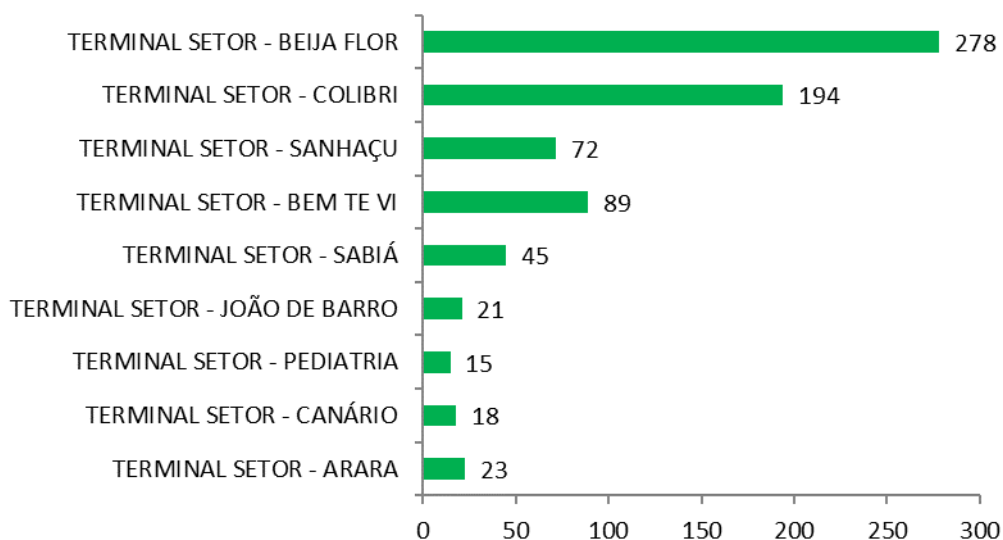
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 160 – Índices de higienização



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 161 – Terminais



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

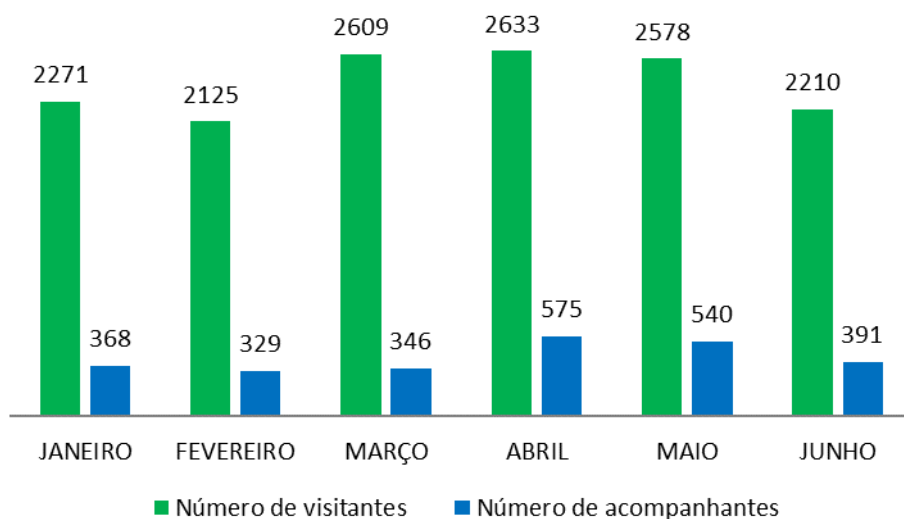
3.9.8. Recepção

Tabela 80 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609	2633	2578	2210
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346	575	540	391
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40	18	11	26

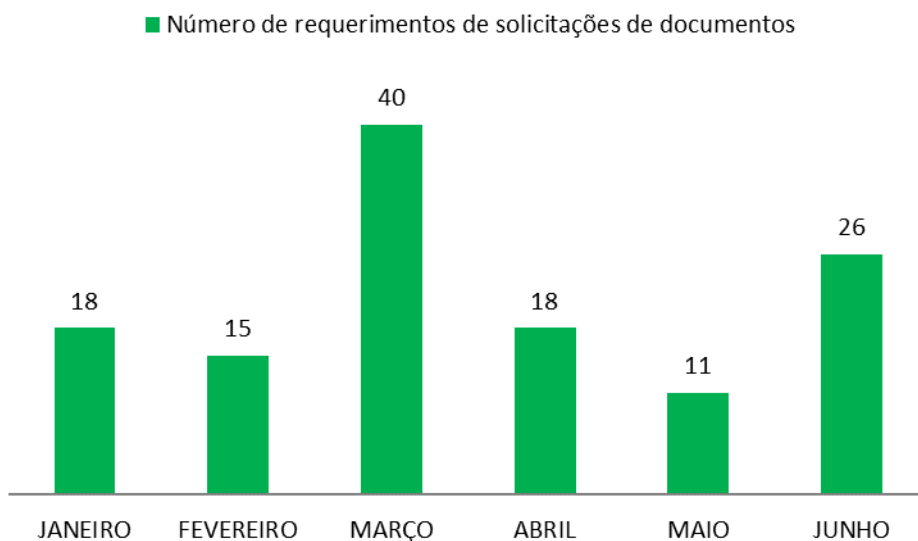
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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 81 – Indicadores de Portaria

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança

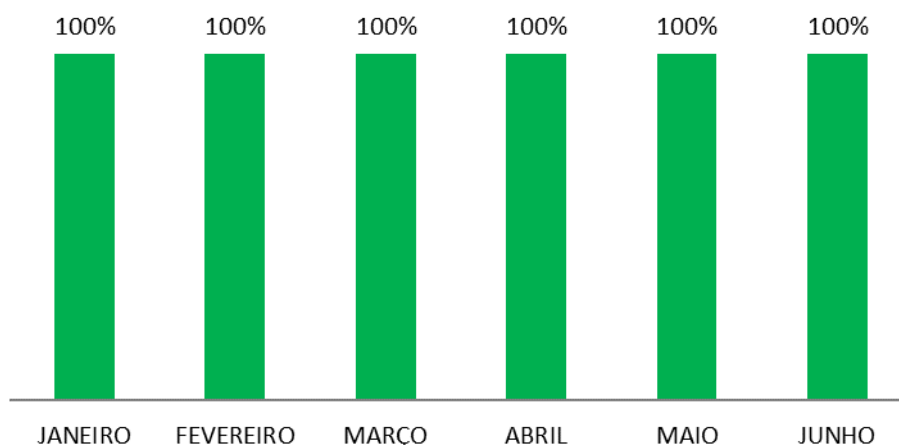
■ Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança

■ 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 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
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.

ANÁLISE CRÍTICA - JURÍDICO

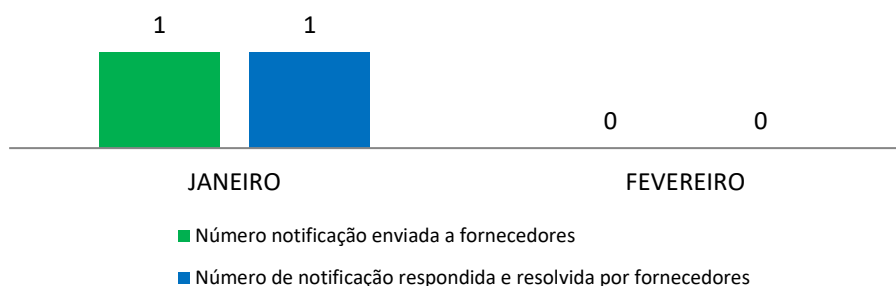
Excepcionalmente, os indicadores do setor jurídico não estão sendo realizados em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas. A equipe está trabalhando na regularização do cronograma de acompanhamento dos indicadores, de forma a garantir a continuidade das análises e assegurar a efetividade na tomada de decisões.

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 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de resolução	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%	2%	0%	0%	0%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tempo médio de resposta	5	1	3	2	1	1	3
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32	40	37
Número de elogios	M/R	42	15	51	29	35	28

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%	70%	78%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1	2	4

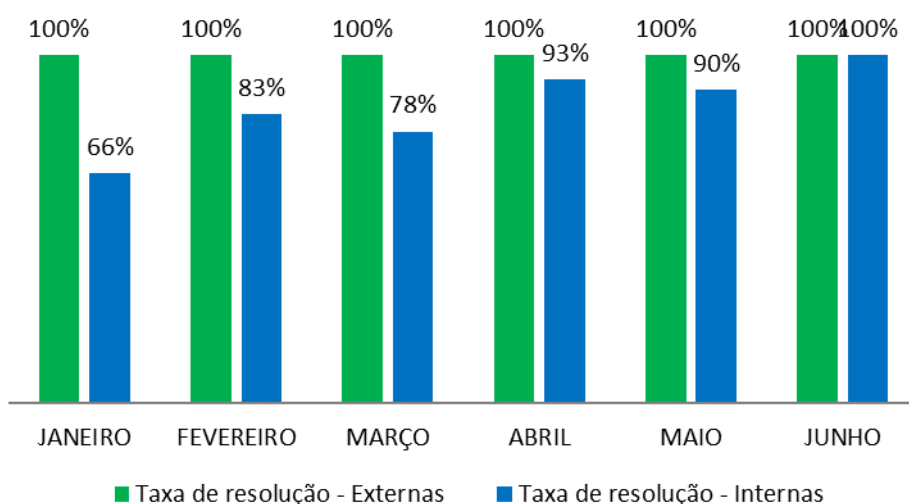
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16	7

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

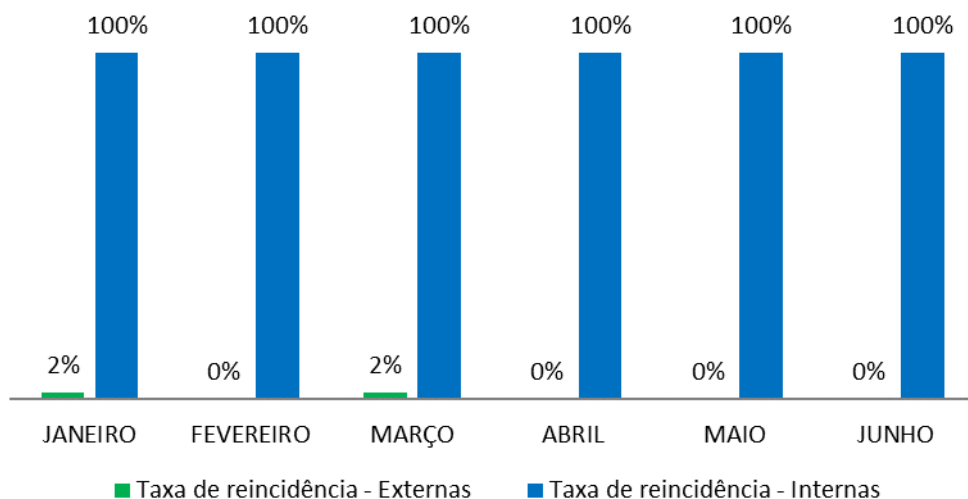
A taxa de reincidência alcançou 100%, evidenciando que todas as ocorrências registradas no período foram repetitivas. A redução da taxa de NPS se deve às notas detratoras atribuídas por pacientes em relação ao atendimento prestado por outras áreas. Estamos colaborando na análise e qualificação das demandas, repassando as informações pertinentes para os gestores responsáveis. Nesse contexto, não temos autoridade direta para implementar ações, mas seguimos apoiando na estruturação e direcionamento das demandas.

Gráfico 169 – Taxa de resoluções



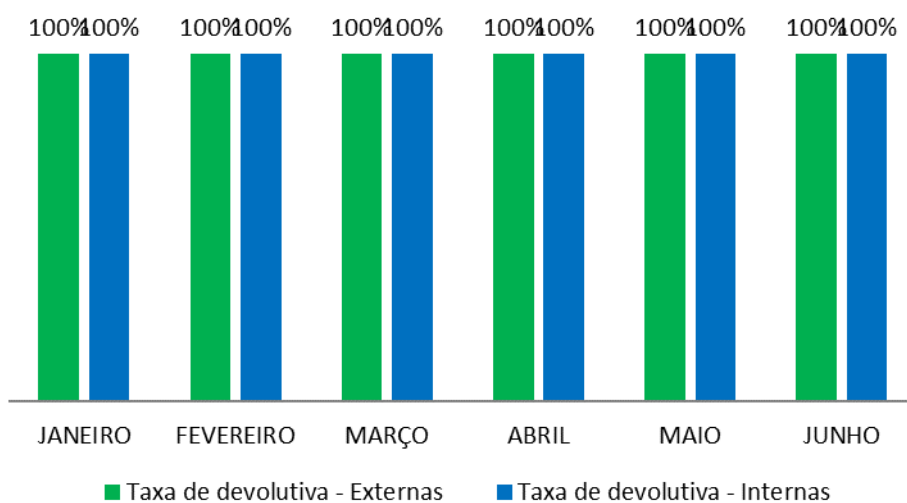
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 170 – Taxa de reincidência



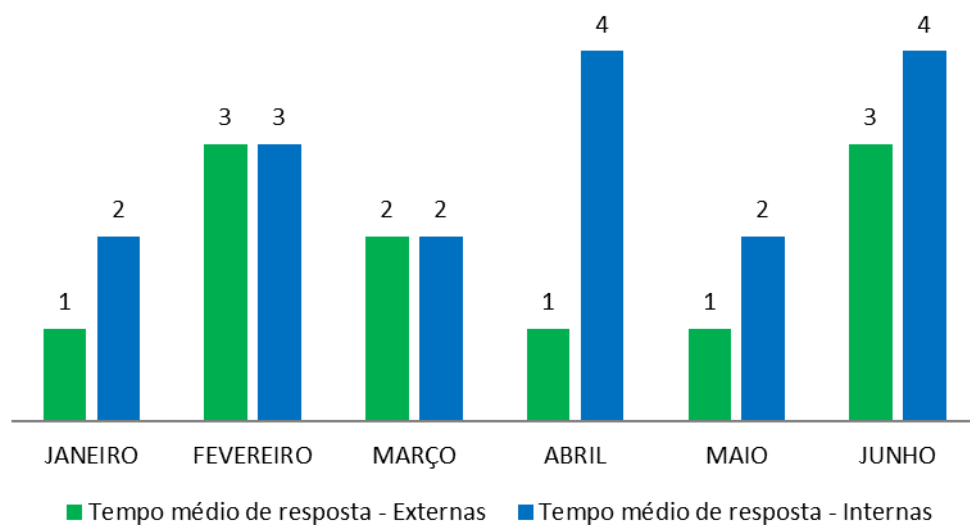
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 171 – Taxa de devolutivas



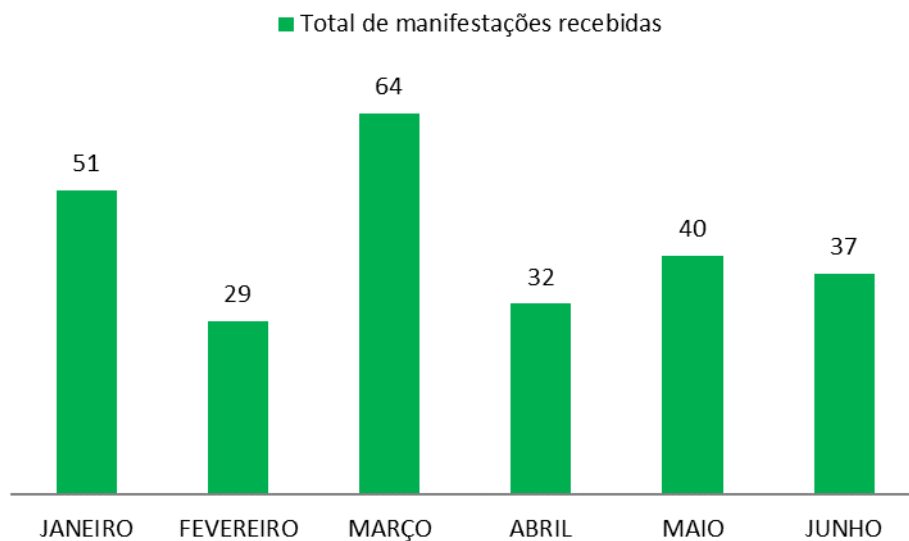
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 172 – Tempo médio de resposta



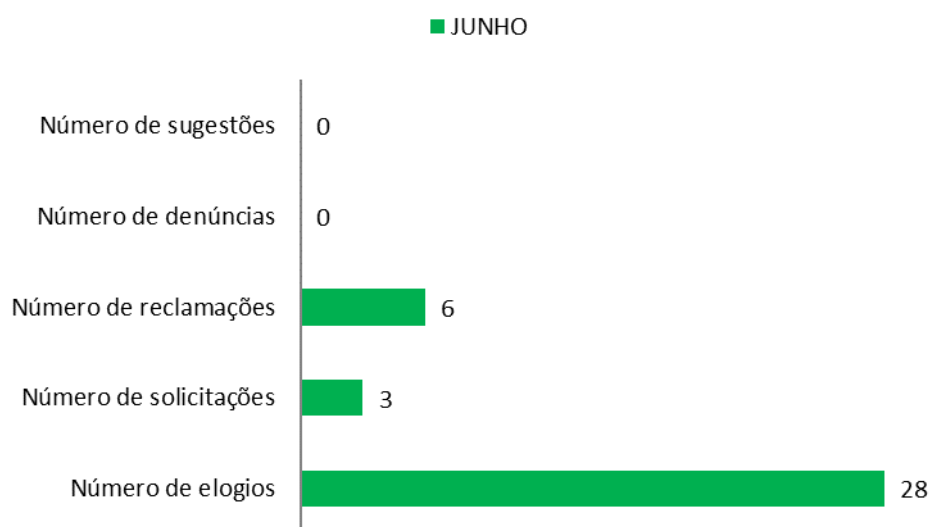
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas



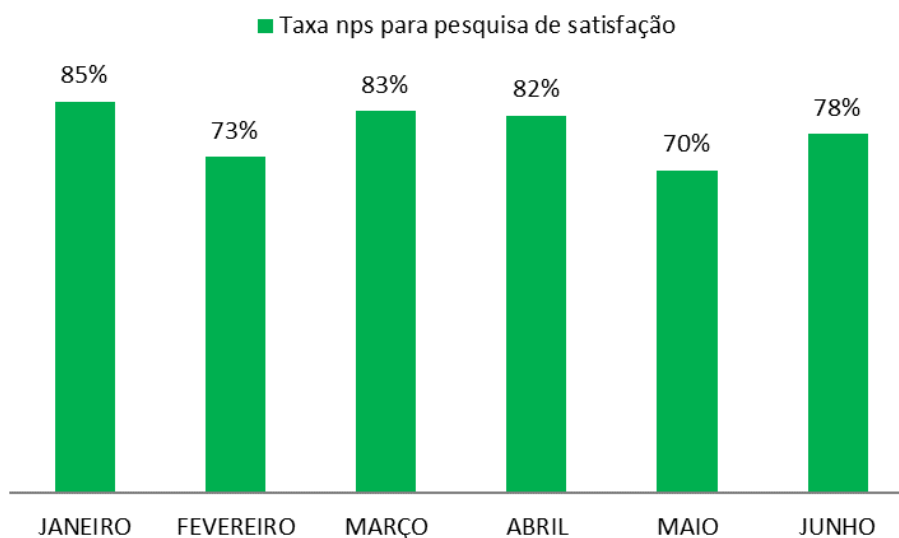
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas



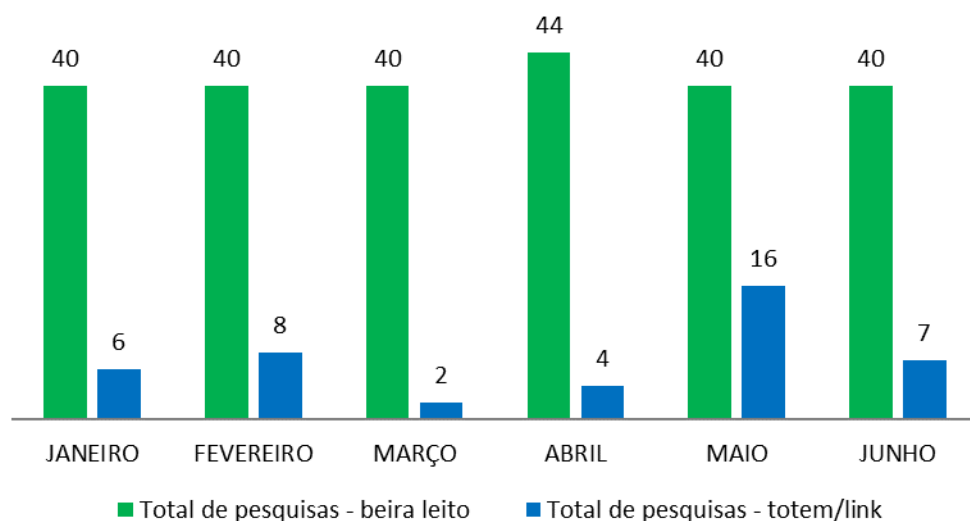
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



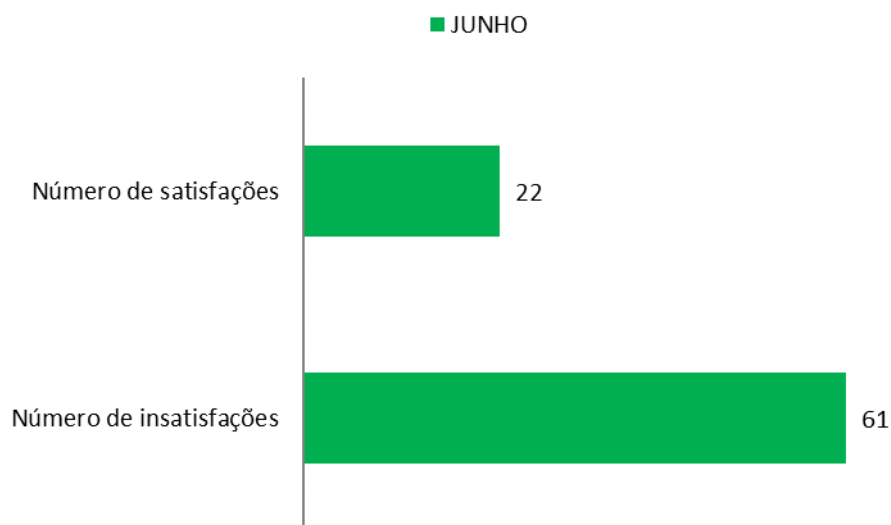
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

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

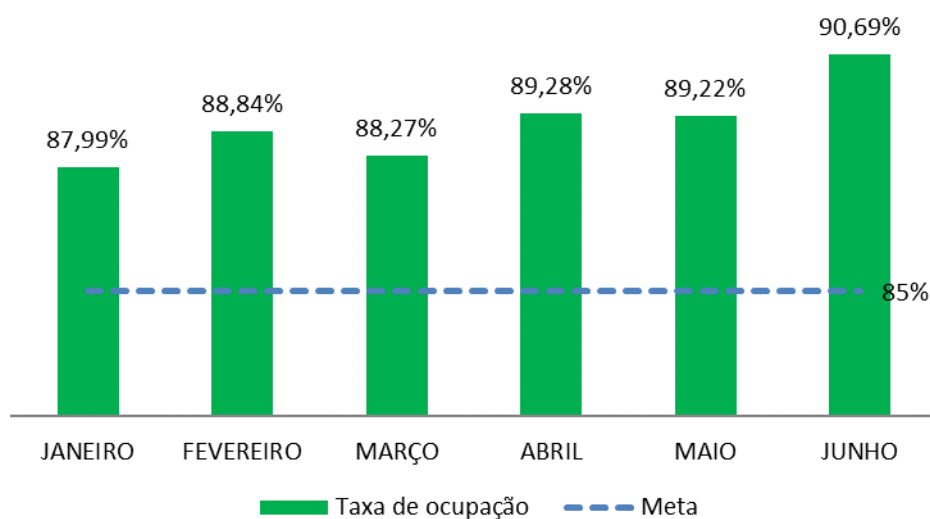
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Taxa de ocupação	> 85%	87,99%	88,84%	88,27%	89,28%	88,22%	90,69%
Índice de queda	< 15%	0,40%	1,30%	0,59%	1,01%	0,20%	1%
Índice de lesão por pressão	< 20%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%	1,65%
Taxa de devolutiva de Ouvidoria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de apresentação de AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

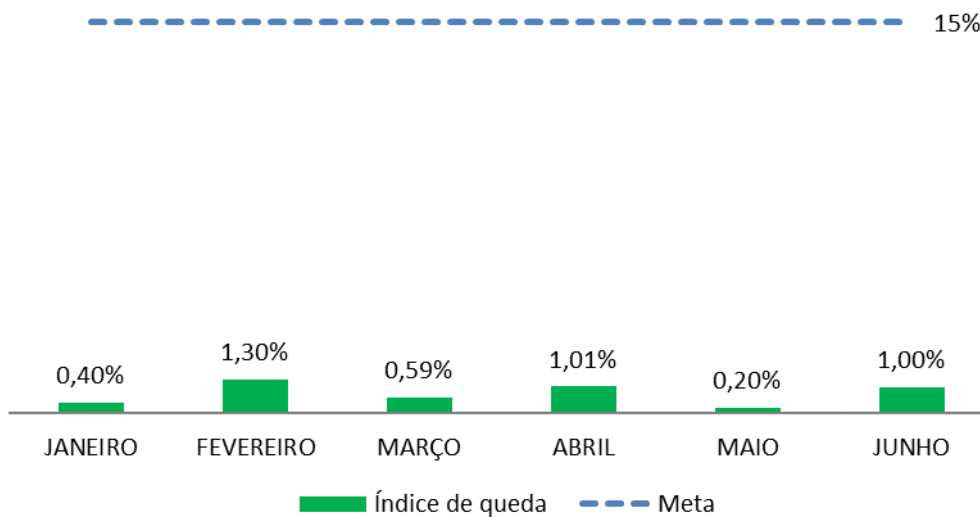
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 178 – Taxa de ocupação



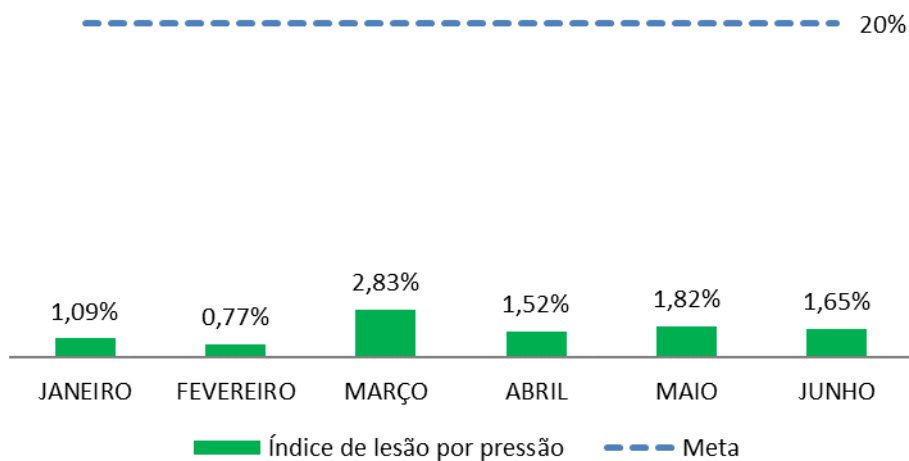
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 179 – Índice de queda



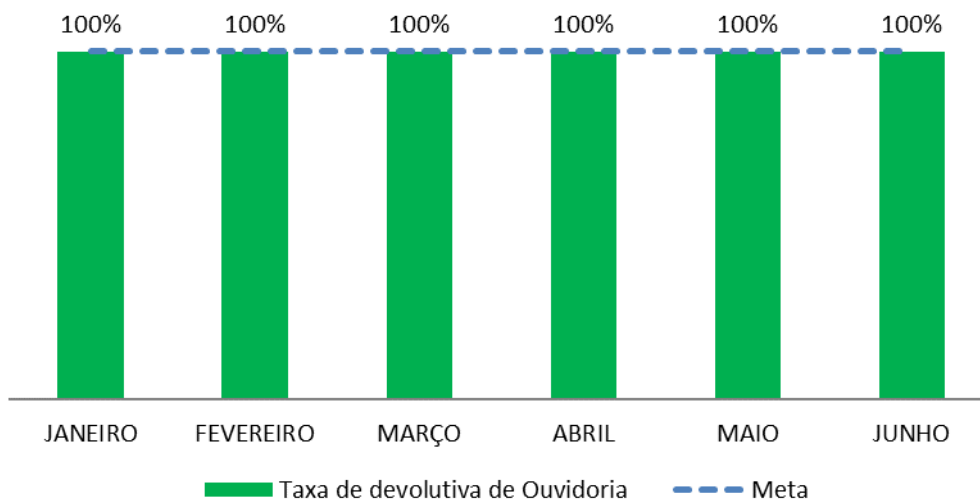
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão



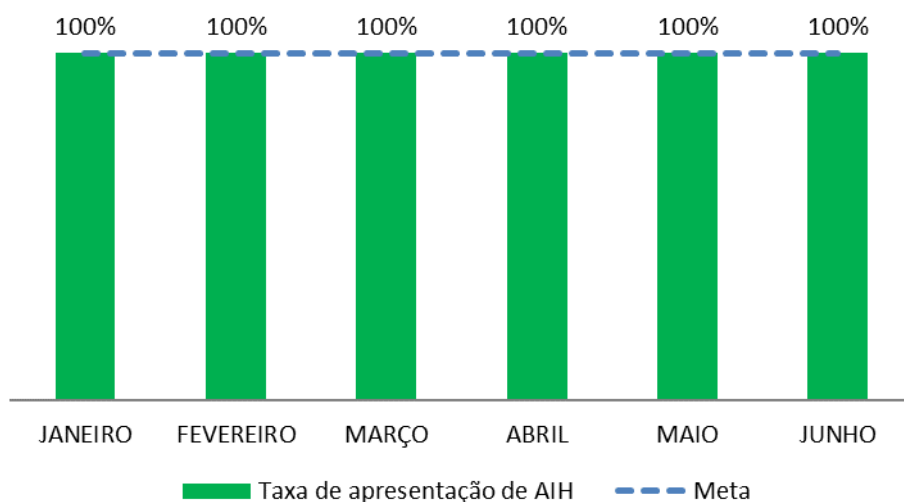
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

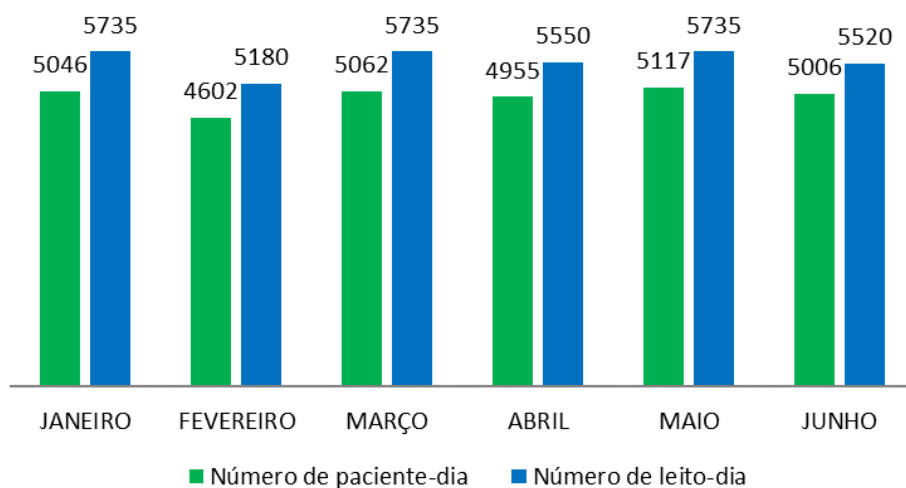
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de paciente-dia	M/R	5046	4602	5062	4955	5117	5006
Número de leito-dia	M/R	5735	5180	5735	5550	5735	5220
Número de quedas	0	2	6	3	5	1	5
Casos de lesão por pressão	0	3	2	7	4	6	4
Devolutivas de ouvidoria	M/R	51	29	64	32	40	37
Número de AIH's	M/R	258	230	233	258	246	240

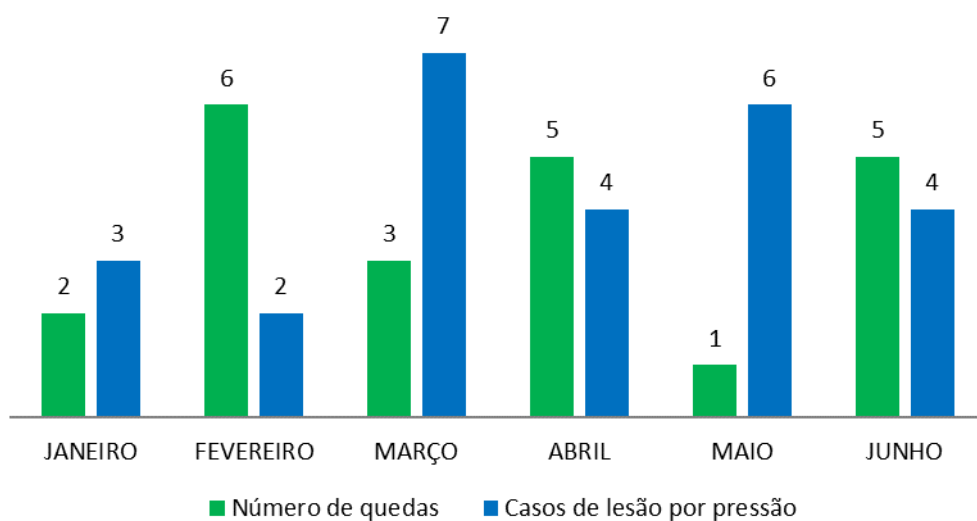
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 183 – Número paciente e leito dia



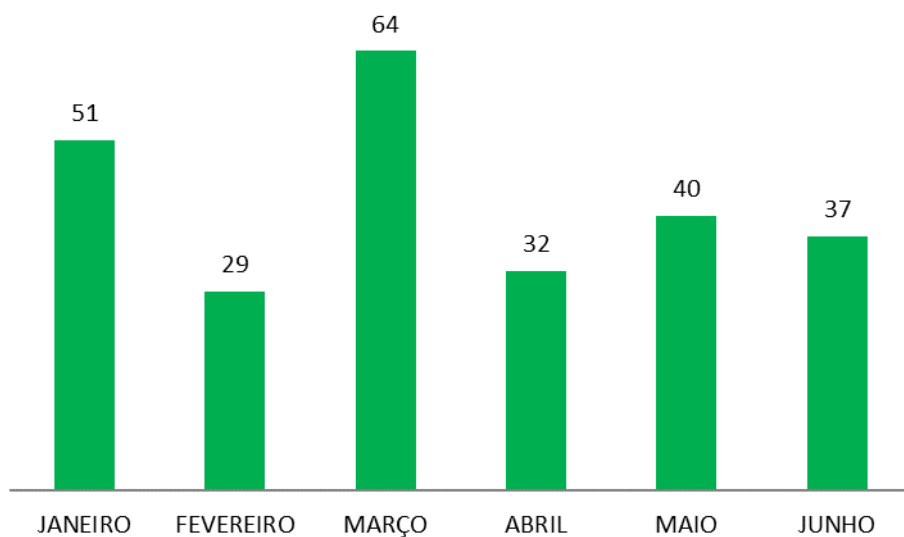
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão



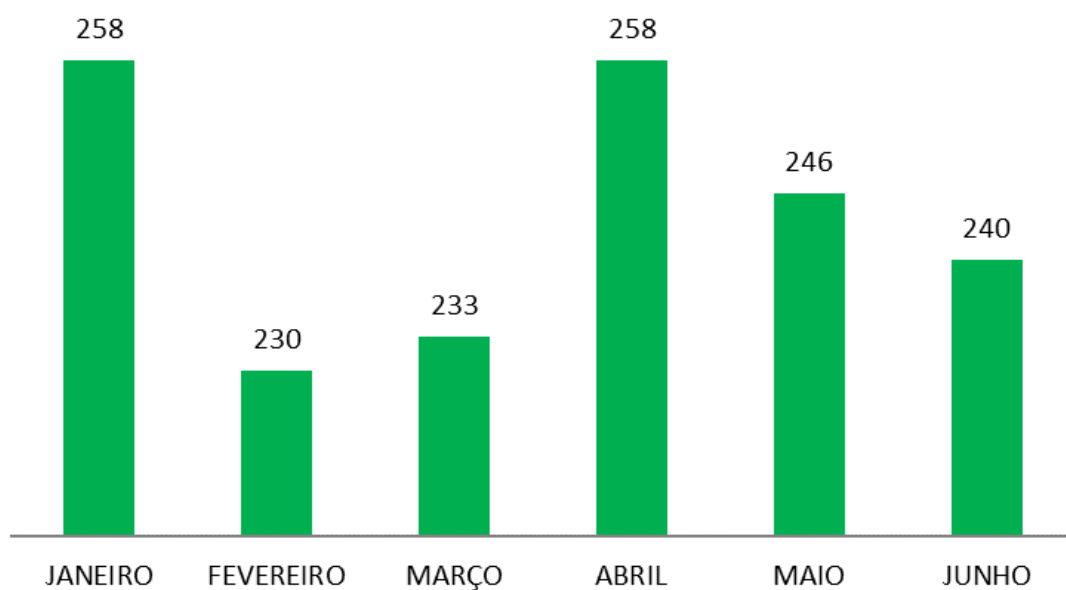
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0	0
Produção de resíduos infectantes	12.500 kg	14.684 kg	12.590 kg	14.691 kg	14.113 kg	13.044 kg	13.119 kg
Produção de resíduos comum	16.500 kg	21.409 kg	19.803 kg	18.930 kg	21.873 kg	19.799 kg	23.247 kg
Produção de resíduos químicos	300 Kg	224 kg	38 kg	61 kg	59 kg	52 kg	155 kg
Produção de resíduos recicláveis	1.600 Kg	3.510 kg	3.523 kg	3.994 kg	3.709 kg	4.073 kg	3.852 kg
Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0	0	0	0	0	0

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

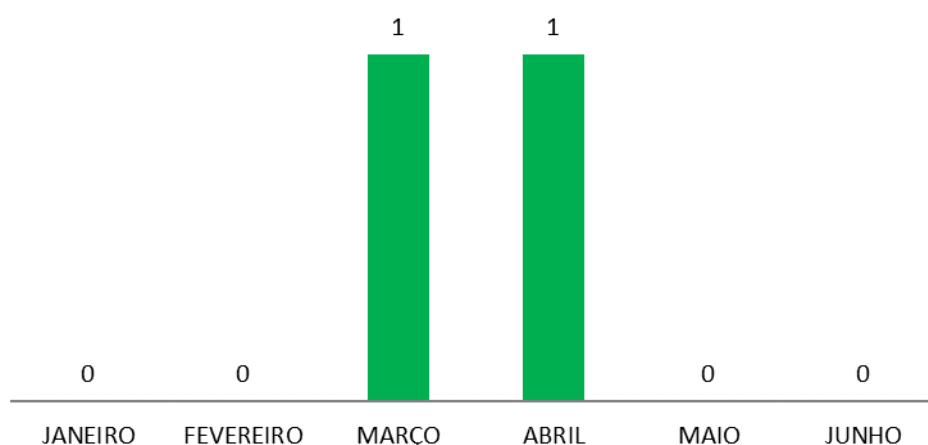
ANÁLISE CRÍTICA – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O mês de Junho apresentou um aumento significativo na geração de resíduos, especialmente os resíduos comuns. Este fato pode ser explicado pelo período festivo do mês de junho, com festas juninas em várias frentes.

Os resíduos químicos apresentaram aumento na geração porque além das caixas laranjas, tivemos resíduos avulsos no almoxarifado.

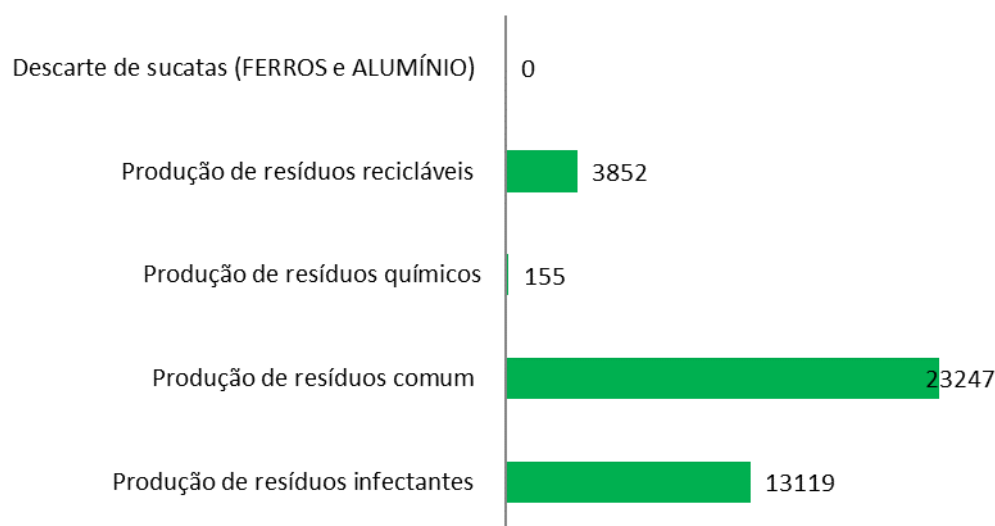
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo

■ Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 188 - Produção De Resíduos



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

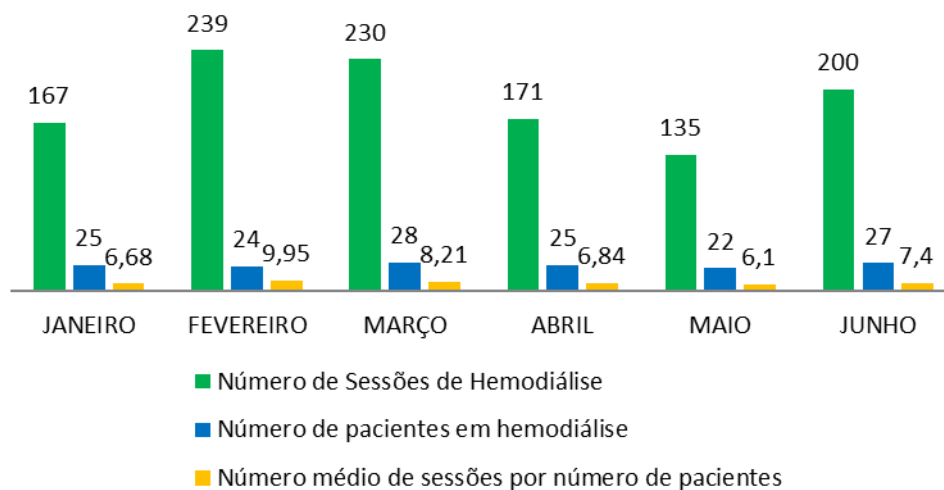
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Número de Sessões de Hemodiálise	M/R	167	239	230	171	135	200
Número de pacientes em hemodiálise	M/R	25	24	28	25	22	27
Número médio de sessões por número de pacientes	M/R	6,68	9,95	8,21	6,84	6,1	7,4

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 189 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

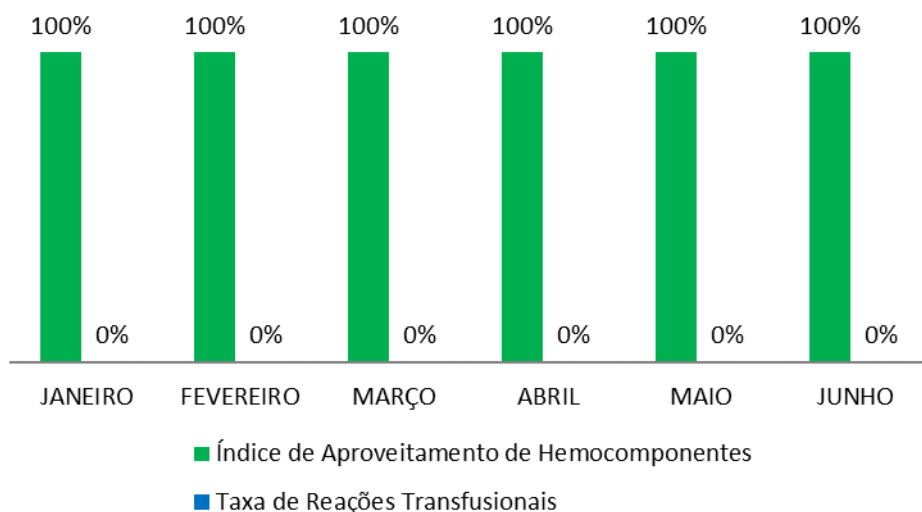
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Índice de Aproveitamento de Hemocomponentes	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de Reações Transfusionais	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de Bolsas Transfundidas	M/R	22	46	46	70	60	38

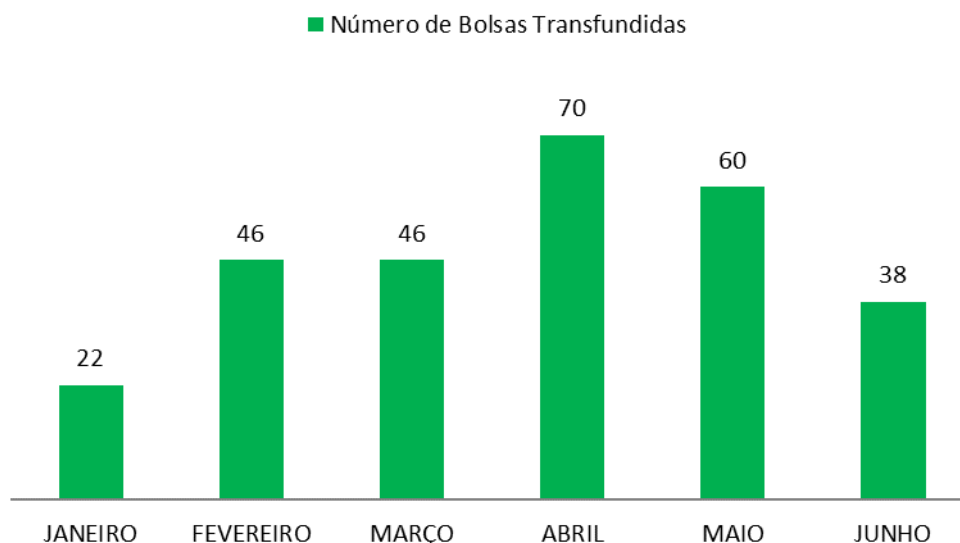
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

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 áudio 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.

SESMT | Diálogo de segurança - Plano de gerenciamento de resíduos –

05/06: 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. Diálogo de segurança realizada com a equipe multiprofissionais.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Diálogo de segurança NR 17 - 05/06 - Ergonomia nas atividades

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



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Diálogo de segurança NR 23 - Prevenção e combate ao princípio de incêndio – 05/06: Orimentação sobre a utilização dos equipamentos de combate a incendio, procedimento de respostas aos cenários de emergencia e para abandono dos locais de trabalho com segurança bem como a utilização do ramal de emeregencia em caso de princípio de incendio



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

SESMT | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde 05/06: Boas práticas no manuseio de perfurocortantes, utilização e descarte seguro. Higienização das mãos, cuidados nas atividades assistenciais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões), cuidados com mordidas dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia o Profissional de RH/DP – 03/06:

No dia em comemoração ao Dia do Profissional de RH e Departamento Pessoal, realizamos uma pequena homenagem com a entrega de um card personalizado acompanhado de chocolate. A ação teve como objetivo reconhecer e valorizar a importância desses profissionais, que atuam com dedicação na gestão de pessoas e no cuidado com os colaboradores da instituição.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia o Profissional de Portaria – 10/06:

No Dia do Porteiro, realizamos uma singela homenagem com a entrega de um card personalizado acompanhado de chocolate. A ação teve como objetivo reconhecer a importância desses profissionais, que exercem um papel essencial na segurança, acolhimento e organização do ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia do Profissional Faturista – 10/06:

Em comemoração ao Dia do Faturista, entregamos um card personalizado acompanhado de chocolate como forma de reconhecimento. A ação destacou a importância desses profissionais, que atuam com precisão e responsabilidade na gestão financeira e no bom funcionamento dos processos hospitalares.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia do Profissional Vigilante – 20/06:

Em comemoração ao Dia do Vigilante, entregamos um card personalizado com chocolate em homenagem a esses profissionais que desempenham um papel fundamental na segurança e no bem-estar de todos no ambiente hospitalar. A ação teve como objetivo reconhecer e valorizar sua dedicação diária.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia das Mulheres de Engenharia – 24/06: Em homenagem ao Dia das Mulheres da Engenharia, entregamos um card personalizado acompanhado de chocolate. A ação teve como objetivo reconhecer e valorizar a atuação dessas profissionais, que contribuem com competência e dedicação para o funcionamento do hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Café acolhedor – 24/06: A Comissão de humanização realizou na última terça-feira do mês de maio o café acolhedor. Um ambiente de escuta e acolhimento para os familiares. Uma oportunidade para conversar, trocar experiências, esclarecer dúvidas e fortalecer vínculos. Em um ambiente tranquilo e respeitoso, a equipe se dedica a ouvir e compartilhar, sempre com empatia e atenção.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Festa Junina Paciente – 25/06: O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou Festa Junina muito especial voltada aos pacientes internados. A celebração, organizada pela Comissão de Humanização do hospital, levou música, cores e sorrisos para todas as alas assistenciais por meio de um animado tour junino com banda itinerante “Sertão Poesias e Versos”. Entre 16h e 19h, sanfona, triângulo, chocalhos e zabumba deram o tom da festa enquanto a banda percorria os corredores do hospital tocando músicas típicas da época. A proposta foi levar um pouco da cultura popular brasileira até quem não pôde participar das festividades externas, transformando o ambiente hospitalar em um espaço mais acolhedor e alegre, mesmo em meio ao tratamento.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Aniversário do paciente: A Comissão de Humanização realizou, com muito carinho e atenção, a comemoração dos pacientes aniversariantes do mês de junho. E tem como objetivo proporcionar um momento de acolhimento, afeto e valorização, tornando a passagem pelo hospital mais leve e humanizada.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

8. AÇÕES DE DESTAQUE

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Aniversário HMG 5 Anos – 05/06 e 06/06:

O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) comemorou seus cinco anos de história com festas juninas cheias de alegria e união. As comemorações ocorreram em horários que permitiram a participação de colaboradores dos plantões diurnos e noturnos, reforçando a integração entre as equipes. O evento contou com comidas típicas, música ao vivo, animação, trajes caipiras e momentos de confraternização que homenagearam os anos de cuidado e dedicação do HMG.



Fonte: Relatório de Comunicação/Humanização.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de junho 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, 17 de julho de 2025.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 22/07/2025 12:53:35 -03:00

MUNDO DIGITAL

Simone da Silva Araújo
Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha Panont
CPF: ***.518.032-**
Data: 24/07/2025 12:29:43 -03:00

MUNDO DIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

10. ANEXOS

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Terapia Nutricional	REDATOR Jamile Renata Oliveira dos Reis	DATA 01/07/2025	INÍCIO 15:00	TÉRMINO 16:00
PAUTAS				
- Apresentação dos indicadores semestrais de 2025. - Apresentação da taxa de desperdício anual de 2025.				
PARTICIPANTES				
- Ana Carolina da Silva Souza (Nutricionista) - Ionete Gomes Prates (Nutricionista) - Juliana Garcia (Nutricionista) - Jocineide Soares (Nutricionista) - Patrícia Sodré Oliveira (Nutricionista) - Emilio Lopez (Médico Nutrólogo) - Alanna Raquel Meneses (Nutricionista)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Jamile iniciou a reunião apresentando os indicadores da nutrição e a taxa de desperdício de refeições do primeiro semestre de 2025, junto com a análise dos resultados apresentados. Foi informado para a equipe que os dois protocolos que estavam parados, já foram encaminhados para o setor da qualidade para aprovação e padronização. Assim como o protocolo de Vol prescrito x Vol infundido já está sob autorização também. Foi discutido com Dr. Emílio sobre se haveria complicações em utilizar o suplemento alimentar hipercalórico e hiperproteico com sacarose para pacientes diabéticos. O mesmo informou que é uma questão de equilíbrio no plano alimentar do paciente, e que poderia ser utilizado se não ultrapassasse a quantidade de 5% de açúcares simples da dieta, ficando assim acordado o uso do suplemento. Reunião Encerrada.				

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 Prevenção da Violência	REDATOR Fabiane Evol Cavalcante	DATA 30/06/2025	INÍCIO 10h00	TÉRMINO 11h00
PAUTAS				
- Número de notificações; - Treinamento protocolo; - Identificação situação de risco.				
PARTICIPANTES				
- Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira NSP) - Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) - Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira Vigilância) - Wilma Correia do Nascimento (RT Assistente Social) - Andreia Silva Santos (Psicóloga) - Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira EGA)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
A reunião ocorreu no espaço Aquário do Hospital Municipal Guarapiranga. A presidente da comissão Vera informa que no mês de maio/2025 foram abertas 2 notificações de violência, estas estão relacionadas com colaboradores de instituição, e no mês de junho aberta 1 notificação identificada como negligência. Shirley questiona se podemos notificar casos já existentes no hospital referente a negligência. Vera confirma que sim, informa que ao identificar situações de risco já é passível de notificação, informação está que será reforçada nos setores, contando com o apoio da equipe médica. Vera informa que o protocolo de atendimento à segunda vítima está para subir para rede, quando ocorrer a comissão irá realizar um novo treinamento referente ao assunto e à abertura de fichas de notificação. Não havendo dúvidas, a reunião foi encerrada.				

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 Paliativos	REDATOR Juliana Carvalho	DATA 25/06/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 12h00
PAUTAS				
• Apresentação do relatório de visita institucional ao Hospital M'Boi Mirim; • Discussão sobre possibilidades de melhorias.				
PARTICIPANTES				
• Juliana Carvalho (Psicóloga/Presidente) • André Gasparoto (Médico/Vice-presidente) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro) • Rayane Amaro (Farmacêutica / membro) • Patrícia Sodré de Oliveira (Nutrição/membro) • Pamela L. S. Zambrana (Fisioterapeuta/membro) • Carla Cristina da S. Ferrari (Fisioterapeuta/membro)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Abertura da Reunião A reunião teve início com a leitura da ata da reunião anterior. Visita ao Hospital M'Boi Mirim Juliana (psicóloga) realiza a leitura do relatório referente à visita institucional ao Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (M'Boi Mirim), com o objetivo de conhecer o programa de Cuidados Paliativos da instituição. Participaram da visita os membros Juliana Carvalho (psicóloga), Juliana Santos (fisioterapeuta RT) e Raquel Macena (coordenadora de enfermagem). O relatório encontra-se anexado a esta ata. Discussão sobre projeto de enfermaria de Cuidados Paliativos A partir dos relatos e observações apresentados no relatório da visita, Dr. Gasparoto propõe a reflexão sobre a possibilidade de implantação, em nossa unidade, de uma enfermaria exclusiva para pacientes em Cuidados Paliativos. A comissão discute os desafios envolvidos na viabilização do projeto, compreendendo, no entanto, que se trata de uma proposta factível. Entre os principais desafios identificados neste primeiro momento, destacam-se: gestão de leitos; necessidade de mudanças nas equipes médica e de enfermagem, e o remanejamento de pacientes. A enfermaria exclusiva exigiria uma equipe própria, reorganizações internas e critérios específicos de elegibilidade para os leitos. Como proposta inicial para um projeto-piloto, Dr.				

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	21/05/2025	09:30h	11:30h
PAUTAS				
❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Consumo de itens por categoria (Curva A) ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A ❖ Consumo anticoagulantes ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Queixa Técnica ❖ Pedidos de padronização				
PARTICIPANTES				
• Daniela Scavone • Luciana Carboni • Carmem I. D. de Souza • Anderson Tomas de Oliveira • Vera Lucia dos Santos Pereira • Paulo Rodrigo • Jamile Renata Oliveira dos Reis • Robert da Silva • Sylvana Theodoro • Raquel Macena Mauro • Andreia T. Yamaguti de Sales • Maria Cristina Souza Santos • Thamara Derêncio • Alex de Jesus				

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 Comissão de Revisão de Óbitos	REDATOR Anderson Tomas de Oliveira	DATA 22/05/2025	INÍCIO 15h30	TÉRMINO 16h30
PAUTAS				
- Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de abril / 2025; - Plano de ação.				
PARTICIPANTES				
- Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) - Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) - Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) - Fernanda Pitombo Demichili (Supervisora de Enfermagem) - Vera Lucia Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica) - Fabiane Souza (Enfermeira do NSP)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em Abril 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 e apresentação membros da comissão. A reunião foi iniciada às 15h30, no formato on-line, com as presenças de Fabiane, Maria Cristina, Fernanda, Vera e Anderson, na sala do NSP, e do Dr. João Paulo, de forma remota. Durante o mês de abril, foram registrados 20 óbitos, distribuídos da seguinte forma: 8 óbitos na enfermaria; 8 óbitos na retaguarda; 4 óbitos no setor de terapia intensiva. Todos os pacientes eram adultos, com faixas etárias entre 59 e 90 anos, sendo que 15 casos foram paliativos e 5 não paliativos. O Dr. João Paulo destacou que vem orientando continuamente a equipe médica quanto ao correto preenchimento dos prontuários e ao encaminhamento adequado dos casos de óbito, relatando melhorias significativas nas medidas implementadas até o momento. Durante a reunião, foi feita uma análise geral dos casos de óbito ocorridos no período, com foco em discussões pontuais sobre cinco casos relevantes Casos Discutidos 1. Paciente T.F. (78 anos) - Evolução: Paciente evoluiu a óbito após 4 dias de internação enquanto aguardava cateterismo. Veio transferido de outro serviço com suporte hemodinâmico prévio e apresentava troponina elevada (9).				

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 do SCIH	Bárbara S. Conceição	18/06/2025	11h30	12h30
PAUTAS				
• Quadro de Pendências; • Apresentação dos indicadores do NEH; • Descritivo das IRAS; • Gráficos dos indicadores; • Quadro da rota Sepse. • Auditorias; • Ações realizadas.				
PARTICIPANTES				
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
• Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista)				
• Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multiprofissional)				
• Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade)				
• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. De Enfermagem do NSP)				
• Bárbara Santos da Conceição (Téc. de Enfermagem do SCIH)				
• Alex de Jesus (Enfermeiro Auxiliar do SCIH)				
• Fabiana Teles de Oliveira (Auxiliar Administrativo do SCIH)				
• Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira Adm do NSP)				
• Vera Lucia dos Santos Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica)				
• Lorena Miranda (Supervisora de Enfermagem)				
• Maria Cristina Souza Santos (Enf. de Segurança do paciente)				
• Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT)				
• Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)				
• Gabriela Nunes da Silva (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: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Cuidados com a Pele	REDATOR Eliaana Cristina da Silva	DATA 18/06/2025	INÍCIO 14h30	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
• Pendências das reuniões anteriores; • Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de maio pelo GACAP; • Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em maio de 2025; • Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento; • Apresentação dos Enfermeiros de Referência (Fotos); • Controle dos colchões pneumáticos; • Integração realizada; • Oficina de coxins artesanais; • Discussão de casos nos setores.				
PARTICIPANTES				
• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. Enfermagem NSP)				
• Lucas Teixeira Vieira (médico Infectologista)				
• Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica)				
• Alana Raquel Rocha (Nutricionista)				
• Francisco José Paulino (Enfermeiro)				
• Wellyngton Stamborovisk (Téc. de Enfermagem)				
• Arilene Damasceno (Almoxarife)				
• Fabiana de Castro Clé (Enfermeira)				
• Dário Pedro Filho dos Santos (Coordenador de RH)				
• Dário P. S. Filho (Coordenador de RH)				
• Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
• Miriam F. Souza (Enfermeira de Educação Permanente)				
• Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora de Nutrição)				
• Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia)				
• Alex de Jesus (Enfermeiro Adm do SCIH)				
• Inajá Nogueira da Silva (Enfermeira)				

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 de Enfermagem	REDATOR Arlindo	DATA 25/06/2025	INÍCIO 14h00	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
• Andamento dos processos sindicantes; • Restruturação do time da Comissão de Ética; • Reunião com representante do Coren.				
PARTICIPANTES				
• Arlindo Alves Vieira (Enfermeiro – Presidente da Comissão) • Willian Ferreira (Téc. de Enfermagem) • Lucineia Rodrigues (Téc. de Enfermagem)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Aos vinte e cinco dias do mês de junho de dois mil e vinte e cinco, reuniu-se a Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga para tratar de assuntos institucionais e organizacionais pertinentes ao funcionamento da comissão. Durante a reunião, foi realizado o alinhamento referente à organização e reestruturação da Comissão de Ética, diante da saída de alguns integrantes. A composição do grupo foi reorganizada com os membros remanescentes, a fim de assegurar a continuidade das atividades e o cumprimento das atribuições da comissão. Também foi discutida e aprovada a mudança do canal oficial de recebimento de denúncias, com o objetivo de garantir maior sigilo, acessibilidade e eficácia no trâmite das apurações. Será disponibilizado nos murais e canais institucionais um novo QR-Code que direcionará os usuários a um formulário eletrônico, cujas denúncias serão encaminhadas diretamente ao e-mail corporativo do presidente da comissão. Como parte do processo de orientação e fortalecimento das ações da comissão, foi agendada uma videoconferência com a conselheira do Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SP), Jane Bezerra, marcada para o dia 1º de julho de 2025, às 09h00, visando esclarecimentos sobre procedimentos, apoio técnico e orientações sobre o papel da comissão diante de denúncias éticas. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada e lavrada a presente ata para fins de registro e acompanhamento das atividades da comissão.				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Ética Médica	REDATOR Caroline Ramos Barreto	DATA 17/06/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 11:00h
PAUTAS				
Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo VI – Relação com os Médicos e as Instituições				
PARTICIPANTES				
- 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				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Aos dezessete dias do mês de junho do ano de 2025, foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, conduzida pela presidente Dra. Lorena Paiva Miranda, com a presença dos membros relacionados. O tema central da reunião foi o Capítulo VI do Código de Ética Médica – Relação com os Médicos e as Instituições, visando promover a reflexão sobre a convivência profissional ética e respeitosa entre médicos e a adequada inserção institucional da prática médica. A reunião iniciou-se com a leitura e análise dos artigos que compõem o capítulo, destacando-se o artigo 49, que determina que o médico deve respeitar os colegas e atuar com solidariedade e consideração, e o artigo 51, que veda ao médico desqualificar publicamente o trabalho de outro profissional, especialmente sem conhecer os fatos em sua totalidade. Também foi discutido o artigo 52, que reforça que o médico não pode se omitir diante de infrações éticas de que tenha conhecimento, devendo comunicá-las à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina. Os membros da comissão refletiram sobre situações recentes no ambiente hospitalar que revelam desafios na comunicação e no relacionamento entre colegas médicos, especialmente diante de opiniões divergentes quanto à condução de casos clínicos ou sobre decisões administrativas. Foi enfatizada a importância da escuta respeitosa, da crítica construtiva e da manutenção de um ambiente colaborativo, sem prejuízo da autonomia profissional. Outro ponto discutido foi o papel das instituições no suporte à boa prática médica. Destacou-se a necessidade de garantir estrutura adequada, suporte técnico e canais institucionais claros para o diálogo entre os profissionais e a gestão, evitando que eventuais conflitos evoluam para impasses.				

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 Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	18/06/2025	09:30h	11:30h
PAUTAS				
❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Consumo de itens por categoria (Curva A) ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A ❖ Consumo anticoagulantes ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x pacientes acamados ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Queixa Técnica ❖ Pedidos de padronização				
PARTICIPANTES				
• Arilene Damasceno Ferreira • Luciana Carboni • Carmem I. D. de Souza • Anderson Tomas de Oliveira • Vera Lucia dos Santos Pereira • Paulo Rodrigo S. Barbosa • Gustavo Guimaraes Paiva • Robert da Silva • Fabiane Evol • Andreia T. Yamaguti de Sales • Maria Cristina Souza Santos • Loraine Aparecida Costa Ferreira • Alex de Jesus				

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 18/06/2025	INÍCIO 15h30	TÉRMINO 16h00
PAUTAS				
- Pendências da última reunião; - Apresentação dos indicadores.				
PARTICIPANTES				
- Alex de Jesus (Enfermeiro Adm SCIH) - Bruno Alves Nascimento Freitas (Engenheiro de Segurança do Trabalho) - Dário Pedro Santos Filho (Coordenador de RH) - Eliana Cristina da Silva (Estomaterapeuta) - Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista – SCIH) - Luciana Guedes Carboni (Supervisora de Farmácia) - Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) - Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) - Raul Tessi Nunes (Téc. de Segurança do Trabalho) - Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica) - Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia vinte e um de maio 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: O senhor Raul Tessi iniciou com a apresentação das pendências da última reunião (conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo), informa que já efetuaram os reparos faltando apenas as telas de proteção. Houve um acidente com perfuro cortante no mês de maio, a colaboradora ao estar efetuando o procedimento de medicação, ao trocar de mãos o Jelco disparou em seu dedo, aplicado Plano de Ação em conjunto com a Supervisão de Enfermagem. As metas de geração dos resíduos foram ajustadas de acordo com a nova realidade do hospital.				

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 Humanização	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 24/06/2025	INÍCIO 10h00	TÉRMINO 11h00
PAUTAS				
• Prontuário Afetivo; • Desejo do Paciente; • Festa Junina dos pacientes; • Caixa da Gentileza; • Ações para Saúde Mental e Bem-Estar; • Dia dos Pais.				
PARTICIPANTES				
• Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi) • Izadora Mariani (Secretária Executiva) • Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) • Yasira Ramirez (Auxiliar Adm da Enfermagem) • Caio Moreira (Auxiliar Adm do RH) • Patrícia Castro (Assistente de Faturamento) • Victor Amado (Assistente de Faturamento) • Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) • Larissa Ferreira (Analista de RH)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Ações e atividades planejadas pela Comissão de Humanização: Prontuário Afetivo: A ideia é iniciar a colocação das placas pelos setores de retaguarda, começando pelo setor João de Barros. Faremos os mapeamentos das camas, após isso iremos alinhar com a manutenção os furos das placas. As psicólogas assistenciais ficarão responsáveis por fazer esse levantamento e preenchimentos das informações, enquanto a equipe de humanização ficará encarregada da instalação da placa e acompanhar o preenchimento, manutenção irá colocar as placas nos leitos de retaguarda. Desejo do Paciente Durante a reunião, foi acordado que, após a instalação das placas do prontuário afetivo, a equipe de psicologia ficará responsável por preenchê-las, sendo que há um espaço onde o paciente poderá registrar três desejos. Com base nesses desejos, iniciaremos o projeto Desejo do Paciente,				

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 Medicina Integrativa	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 18/06/2025	INÍCIO 13h30	TÉRMINO 14h00
PAUTAS				
- Indicadores do mês de maio de 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. - Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia. - PICs: Homeopatia.				
PARTICIPANTES				
- Edson Ono (Médico Integrativista) - Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) - Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) - Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) - Dário Pedro Santos (Coordenador de RH-DP) - Shirley Schunck (Enfermeira de Gestão de Alta) - Monique Evelyn Souza (Auxiliar Adm do NEP) - Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multiprofissional) - Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) - Wellington Stambarowisk (Técnico de Enfermagem) - Jamile Renata Reis (Supervisora de Nutrição) - Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) - Silma Gonçalves (Fisioterapeuta) - Miriam Souza (Enfermeira de Educação Permanente) - Victor Hugo Panont (Diretor Técnico)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Nesta reunião foram apresentados em forma de gráfico e numerais o total de pacientes atendidos, total de atendimentos, altas hospitalares, óbitos, solicitado pela enfermagem, alta por lesão, número de lesões por pressão, número de não lesões por pressão, frequência de sessões de o², taxa de complicação relacionada o², taxa de melhora na qualidade de vida-dor-odor, taxa de eficácia da o² – dor-odor, busca ativa (taxa de avaliação inicial o²), taxa de avaliação inicial de ozônioterapia e número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar dentro do mês de maio. Exibidos os comparativos dos últimos três meses entre o número de pacientes, atendimentos, lesão por pressão, lesão por não pressão e consumo de cilindros de oxigênio.				

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 18/06/2025	INÍCIO 08:30	TÉRMINO 09:30
PAUTAS				
• Pendências da última reunião; • Rotinas implementadas; • Planilha de NC; • Registros de Não Conformidades; • Conformes (visita técnica); • Ações realizadas.				
PARTICIPANTES				
• Maria Cristina (Enfermeira Qualidade e Segurança do Paciente) • Gustavo Guimarães (Téc. de Enfermagem do NSP) • Fabiane Evi Cavalcante de Souza (Enfermeira Adm do NSP) • Vera Lucia de Macedo (Enf. Vigilância) • Anderson Tomas de oliveira (Coord. Equipe Multidisciplinar) • Paulo Rodrigo Barbosa (Analista da Qualidade) • Alex de Jesus (Enf. SCIH) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Raquel Francisca de Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Tais Assis Magalhaes (Enfermeira) • Ana Paula Alves (Enfermeira) • Gabriela Nunes dos Santos (Coordenadora Enfermagem) • Miriam Fernando de Souza (Enfermeira NEP) • Evilânia O.S De Souza (Enfermeira)				

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 Comissão de Revisão de Óbitos	REDATOR Anderson Tomas de Oliveira	DATA 25/06/2025	INÍCIO 12:10	TÉRMINO 13:30
PAUTAS				
- Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de maio /2025. - Plano de ação.				
PARTICIPANTES				
- Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) - Fabiane Souza (Enfermeira do NSP) - Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) - Fernanda Pitombo Demichili (Supervisora de Enfermagem) - Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) - Vera Lucia Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
1. Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em Maio 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 e apresentação membros da comissão. Abertura e Introdução: O Dr. João Paulo Milesi Pimentel iniciou a reunião, agradecendo a presença de todos e apresentando a pauta para a análise dos óbitos registrados no mês de maio de 2025. Foi informado que, do total de óbitos no período, 13 foram classificados como paliativos e 8 como não paliativos, totalizando 21 óbitos. A reunião se dedicou à análise detalhada de 8 casos selecionados, com foco em identificar oportunidades de melhoria no processo assistencial e nos protocolos internos. 2. Análise dos Casos de Óbito A seguir, foram apresentados e discutidos os detalhes de cada caso selecionado: 2.1. Paciente: J.O.S. (79 anos) Contexto Clínico: Paciente idosa, com quadro de disfunção renal e diagnóstico de Influenza, em grave estado geral, evoluindo com desconforto respiratório e sinais de insuficiência respiratória aguda. Eventos Finais: Recebida no plantão em franco desconforto respiratório. Foi procedida intubação orotraqueal (IOT) pelo Dr. Anderson, com sucesso na primeira tentativa. Apesar do IOT bem posicionado, a paciente manteve hipoxemia e evoluiu para Parada Cardiorrespiratória (PCR).				

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 Revisão de Prontuários	REDATOR Patrícia Castro	DATA 17/06/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 12h30
PAUTAS				
- Alteração em sistema procedimento de Fisioterapia; - Encerar o envio de prontuário em PDF; - Documentação em Prontuários; - Elaboração do Siglário; - Lançamentos de curativos.				
PARTICIPANTES				
- Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) - Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) - Elisa Bontempi (Enfermeira Auditora) - Patrícia Castro (Assistente de Faturamento) - Dr. André Panont (Coordenador Medico) - Eliana Cristina da Silva (Estomaterapeuta) - Maria Cristina Souza (Enfermeira Qualidade) - Grabriela Nunes Dos Santos (Coordenadora de Enfermagem) - Luciana Guedes (Supervisa Farmacêutica) - Ana Patrícia Palma (Gerente ADM)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Ana Patrícia iniciou a reunião levantando a questão sobre os prontuários solicitados pela Escola de Medicina. Foi constatado que alguns prontuários estavam incompletos, sem informações de exames, e que houve perda de arquivos no ano de 2024. Essa situação levanta uma preocupação séria, pois, se a perda ocorreu em 2023 e as áreas responsáveis não foram comunicadas, isso pode configurar negligência. A falta de comunicação só foi percebida agora, durante as auditorias, o que causa uma impressão de descaso, principalmente porque o prontuário é um direito do paciente. Em seguida, Juliana relatou que no prontuário 10536 estavam faltando novamente comprovantes de endereço e a ficha de internação não havia sido digitalizada. Por outro lado, o prontuário 10565 estava completo, com todos os procedimentos condizentes com as evoluções registradas. Elisa compartilhou que seu prontuário estava correto, exceto pela ausência do cartão SUS. Já Maria Cristina comentou que no prontuário 10568 faltavam comprovante de endereço e prescrições de enfermagem dos dias 6 e 8 de maio. No prontuário 10554, não havia autorização de				

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