

MAIO/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 **maio de 2025**, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga, São Paulo/SP**, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

CONTRATANTE

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

Nº CHAMAMENTO PÚBLICO

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

Nº CONTRATO DE GESTÃO

001/2020 - SMS.G / AHM.

OBJETO CONTRATUAL

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

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

CNES

0161438.

ENDEREÇO

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

FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico

Ana Patrícia Barreto Palma – Gerente Administrativo

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos

Paulo Henrique Ferreira Lopes – Coordenação Financeira

Robert da Silva – Coordenação de Prestação de Contas

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

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	42
3.2.1. Radiologia.....	42
3.2.2. Laboratório	48
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	51
3.3.1. Nutrição.....	60
3.3.2. Fisioterapia	65
3.3.3. Serviço Social.....	73
3.3.4. Psicologia	84
3.3.5. Fonoaudiologia.....	96
3.3.6. Terapia Ocupacional	101
3.3.7. Terapias Alternativas	103
3.3.8. Estomaterapia	107
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	110
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	110
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar - SCIH.....	122
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	127
3.4.4. Núcleo Interno de Regulação - NIR.....	131
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente - NEP.....	135
3.5. SUPRIMENTOS	140

3.5.1. Farmácia	141
3.6. Compras	145
3.7. INFRAESTRUTURA	147
3.7.1. Engenharia Clínica	148
3.7.2. Manutenção Predial	152
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	156
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	159
3.9.1. Qualidade	159
3.9.2. Faturamento	165
3.9.3. Prestação De Contas	167
3.9.4. Financeiro	171
3.9.5. Patrimônio	173
3.9.6. Contratos	179
3.9.7. Hotelaria.....	181
3.9.8. Recepção	187
3.9.9. Portaria.....	189
3.9.10. Jurídico	190
3.9.11. Ouvidoria	192
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	199
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	200
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	200
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	203
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	206
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos	206
5.3.2. Hemodiálise	208
5.3.3. Hemocomponentes	209
6. COMISSÕES	210
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	212
8. AÇÕES DE DESTAQUE	224
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	226
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.....	37
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)	42
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	43
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor)	43
Tabela 14 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	44
Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados).....	44
Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	45
Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	48
Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	52
Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	52
Tabela 20 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Beija - Flor).....	53
Tabela 21 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	54
Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados) ..	54
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	55
Tabela 24 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	60
Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	61
Tabela 26 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Beija Flor)	62

Tabela 27 – Indicadores de Serviços Nutricionais (UTI – Bem Te Vi).....	62
Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	62
Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)	63
Tabela 30 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)	67
Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	67
Tabela 32 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	68
Tabela 33 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	68
Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	69
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria).....	70
Tabela 36 – Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)	73
Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	74
Tabela 38 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor).....	76
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	77
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	78
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	79
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	85
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	86
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	87
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	88
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	89
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	91
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	96
Tabela 49 – Indicadores de Terapia Ocupacional	101
Tabela 50 – Indicadores de Terapias Alternativas	104
Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia.....	108

Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	111
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	112
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	113
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	114
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	115
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ...	116
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	122
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	122
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	123
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	124
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	125
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	125
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	127
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	131
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	136
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP	137
Tabela 67 – Indicadores de Farmácia	142
Tabela 68 – Indicadores de Compras	145
Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	148
Tabela 70 – Indicadores de Manutenção Predial	153
Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	157
Tabela 72 – Indicadores de Qualidade.....	160
Tabela 73 – Indicadores de Faturamento.....	165
Tabela 74 – Indicadores de Prestações de Contas.....	167
Tabela 75 – Indicadores do Financeiro	171

Tabela 76 – Indicadores do Patrimônio.....	173
Tabela 77 – Indicadores do Contratos	179
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia	182
Tabela 79 – Indicadores de Higienização	186
Tabela 80 – Indicadores de Recepção.....	187
Tabela 81 – Indicadores de Portaria	189
Tabela 82 – Indicadores de Serviços Jurídicos	191
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	193
Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	193
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	200
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos.....	203
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	206
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	208
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	209
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	211

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	34
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	35
Gráfico 17 – Relação de atestados	35
Gráfico 18 – Relação de afastados	36
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)	36
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	38
Gráfico 21 – Taxa de inspeções	39
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	39
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos	40
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	40
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	41
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	41
Gráfico 27 – Relação de acidentes	42
Gráfico 28 – Taxa de falhas de exames x repetições de exames (Geral Hospitalar)	46
Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)	46
Gráfico 30 – Número de falha nos exames (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)	47
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta	49
Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos	49
Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos	50
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)	50
Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo	51
Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)	56
Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)	56
Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)	57
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)	57
Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)	58
Gráfico 42 – Número de paciente e leito dia (Global Hospitalar)	58
Gráfico 43 – Número de saídas (Global Hospitalar)	59

Gráfico 44 – Número de óbitos + 24hrs / óbitos – 24hrs (Global Hospitalar) ...	59
Gráfico 45 – Número de Atendimentos	63
Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional	64
Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional	64
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores).....	65
Gráfico 49 – Índice de IMC.....	65
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar)	71
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	71
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica.....	72
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	72
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	81
Gráfico 55 – Índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	81
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	82
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito.....	82
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento	83
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento	83
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais	84
Gráfico 61 – Índice de intervenções	92
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	93
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica	93
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	94
Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos	94
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	95
Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias	95
Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial	98
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	98
Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração ...	98

Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações	99
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala	100
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	100
Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	105
Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar .	106
Gráfico 76 – Número de Ozoterapia.....	106
Gráfico 77 – Consumo de cilindro o ²	107
Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão	109
Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP	109
Gráfico 80 – Número total de lesões	110
Gráfico 81 – Taxa de não conformidades	119
Gráfico 82 – Número de não conformidades.....	119
Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de londres e taxa de incidente com dano	120
Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades	120
Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades	121
Gráfico 86 – Número de visitas técnicas	121
Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	126
Gráfico 89 - Densidade Incidência	127
Gráfico 90 – Número de notificações realizadas	128
Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG	129
Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID.....	129
Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose	130
Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	130
Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS	133
Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos.....	133
Gráfico 97 – Serviço de Remoções.....	134
Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias).....	134
Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos	135

Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões	135
Gráfico 101 – Taxa de treinamentos	138
Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	139
Gráfico 103 – Homem hora	139
Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos... ..	143
Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	143
Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	144
Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica	144
Gráfico 108 – Lançamentos de cotações	146
Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas	146
Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	147
Gráfico 110 – Número de compras emergencial	147
Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados	149
Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado.....	150
Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva	150
Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	151
Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega	151
Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção	152
Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados	154
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)	155
Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.	155
Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	156
Gráfico 121 – Quantidade de chamados	157
Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	158
Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	158
Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados.....	159
Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	161
Gráfico 126 – Comissões	162

Gráfico 127 – Número de documentos retroativos	162
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações	163
Gráfico 129 – Documentos.....	163
Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas	164
Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	164
Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais	166
Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados	166
Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	168
Gráfico 135 – Número de auditorias externas	169
Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades	169
Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado	170
Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS	170
Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas	171
Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês.....	172
Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	175
Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas	175
Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações.....	176
Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	176
Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços.....	177
Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	177
Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados	178
Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas.....	178
Gráfico 151 – Número de aditivos	180
Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	181
Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	183
Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI	183
Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados	184
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	184
Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações das áreas a rouparia (Solicitação Interna em horas)	185

Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição	185
Gráfico 159 – Enxoval Dispensado	186
Gráfico 160 – Índices de higienização.....	186
Gráfico 161 – Terminais	187
Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes.....	188
Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos	188
Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança	189
Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	190
Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais	191
Gráfico 167 – Notificações de fornecedores	192
Gráfico 168 – Produção Jurídico	192
Gráfico 169 – Taxa de resoluções.....	194
Gráfico 170 – Taxa de reincidência.....	195
Gráfico 171 – Taxa de devolutivas	195
Gráfico 172 – Tempo médio de resposta	196
Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas	196
Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas	197
Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	197
Gráfico 176 – Total de pesquisas internas	198
Gráfico 177 – Total de manifestações internas	198
Gráfico 178 – Taxa de ocupação	201
Gráfico 179 – Índice de queda	201
Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão	202
Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	202
Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH	203
Gráfico 183 – Número paciente e leito dia	204
Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão	204
Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria.....	205
Gráfico 186 – Número de AIH's.....	205
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	207
Gráfico 188 - Produção De Resíduos.....	207

Gráfico 189 - Hemodiálises	208
Gráfico 190 - Hemocomponentes.....	209
Gráfico 191 – Bolsas transfundidas.....	210

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.

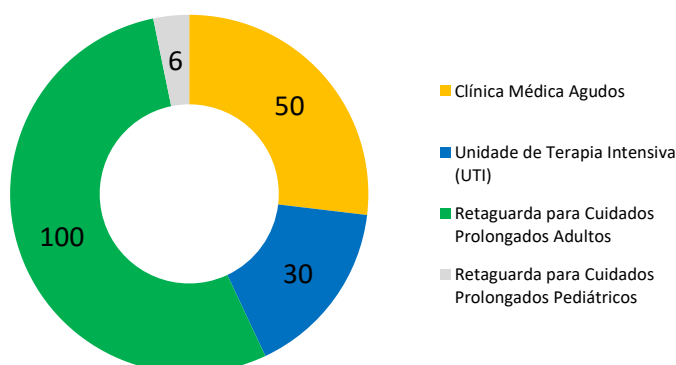
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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.

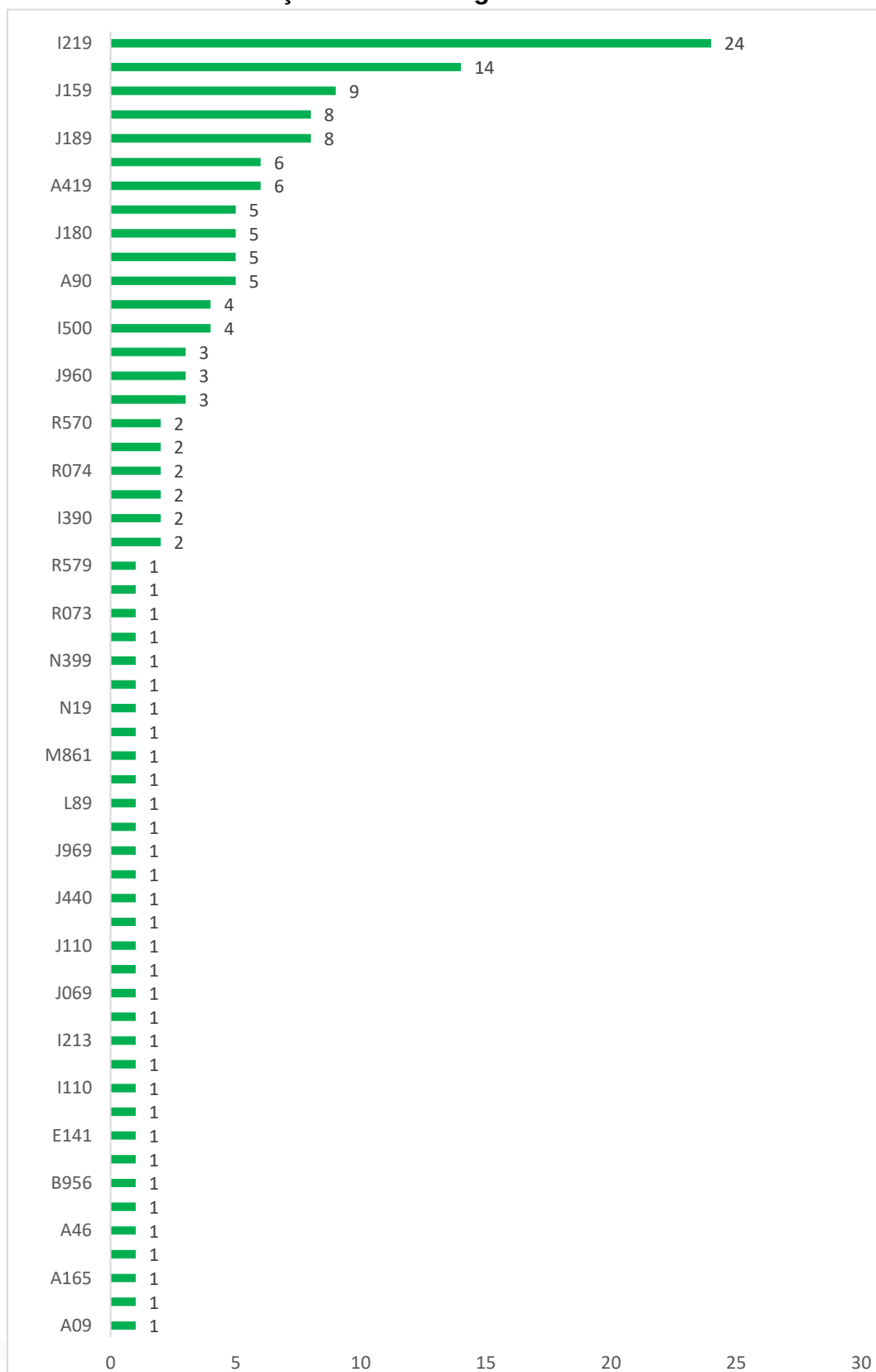
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. Doenças Respiratórias: Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças Infeciosas: 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.

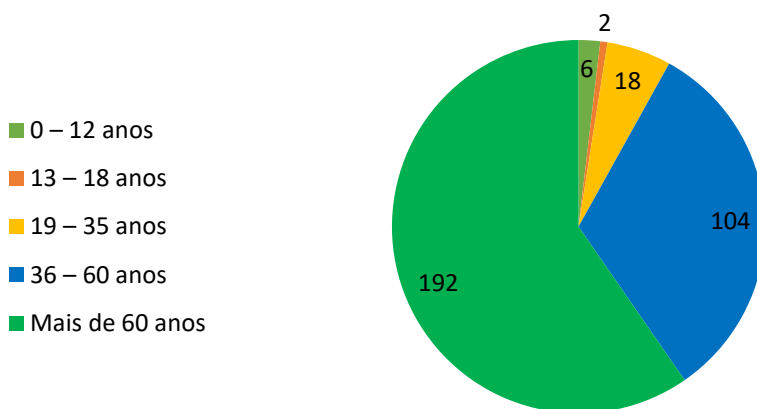
Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

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

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária

MAIO



Fonte: SMPEP.

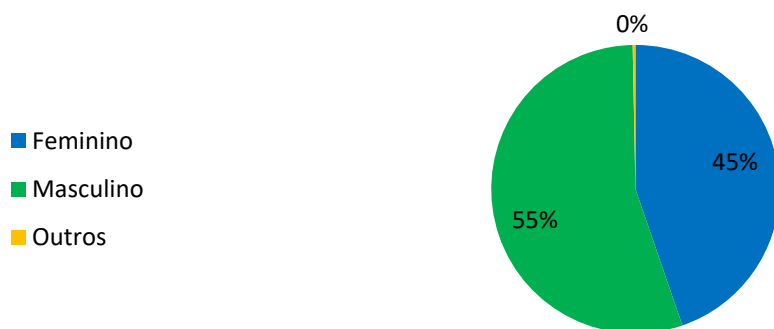
Tabela 02 – Atendimento por Gênero

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

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero

MAIO



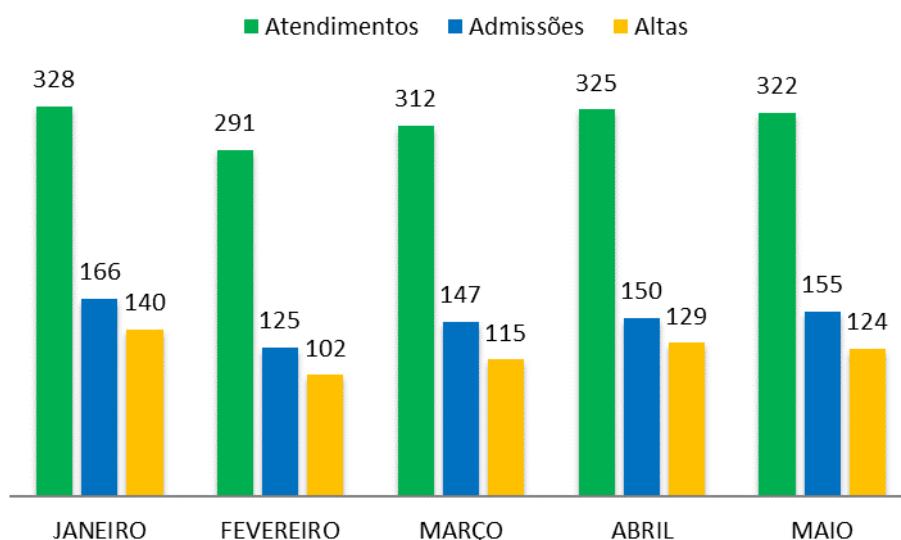
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de Atendimentos x admissões x altas.

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

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	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	16
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	15
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	4
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR DE RH	1
AUXILIAR FARMACIA	28
AUXILIAR LAVANDERIA	10
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	105
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	3
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	11

FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	69
FONOAUDIOLOGO	2
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	9
PSICOLOGO HOSPITALAR	5
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
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	283
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
Total Geral	681

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

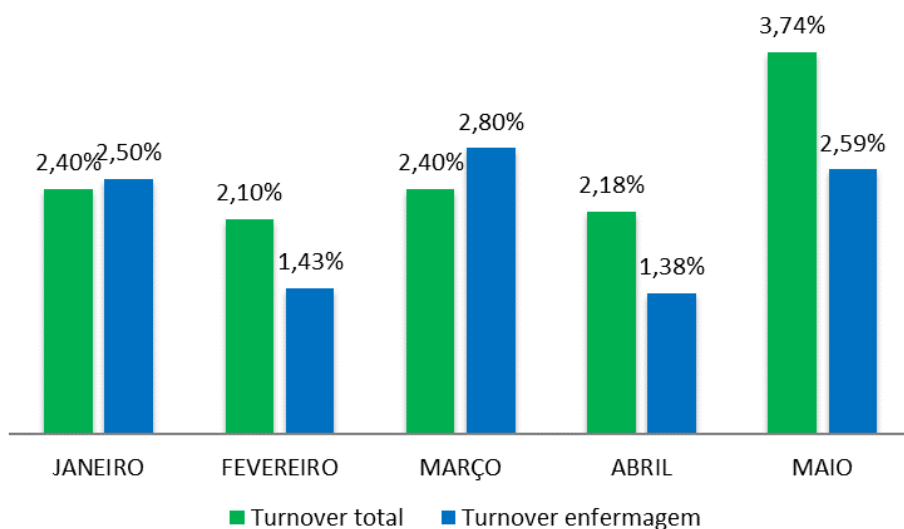
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Turnover total	<5%	2,4%	2,1%	*2,4%	2,18%	3,74%
Turnover enfermagem	<5%	2,5%	1,43%	*2,8%	1,38%	2,59%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1	0	0
Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19	11	30
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669	663	681
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9	7	8
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4	11	13
Número total de demissões	M/R	20	14	13	18	21

Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13	4	14
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8	7	7

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

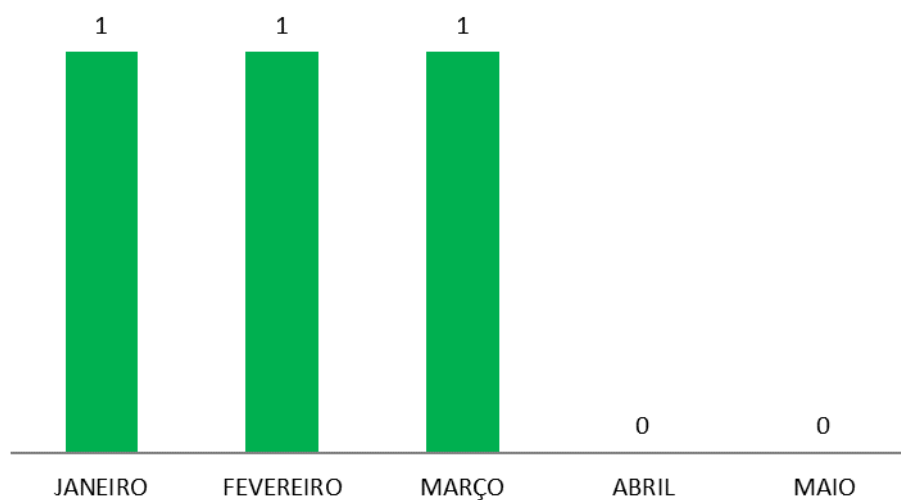
*Houve retificação nos dados de turnover referentes ao mês de março.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de Enfermagem



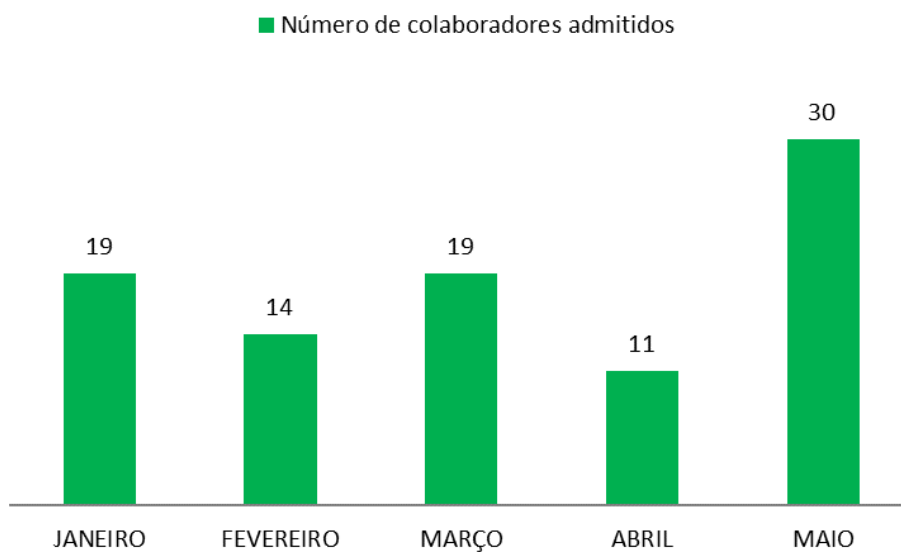
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



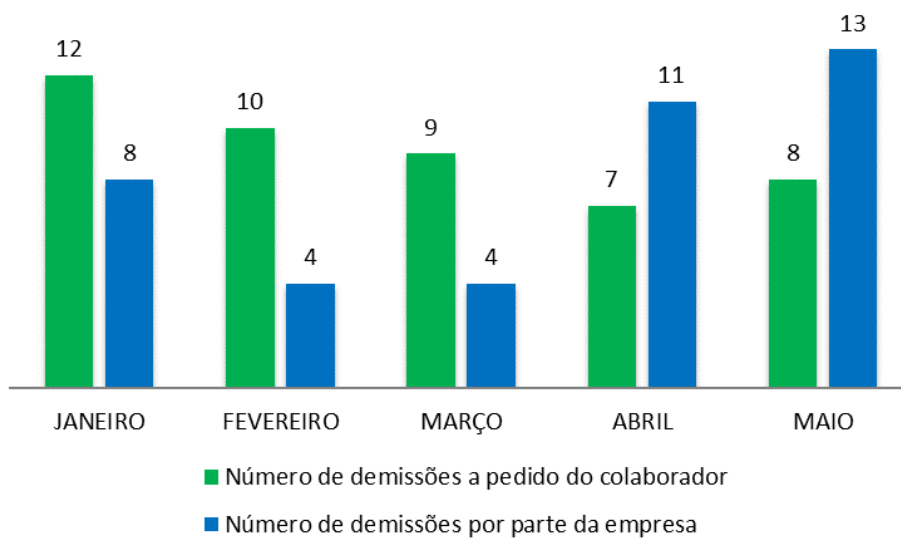
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



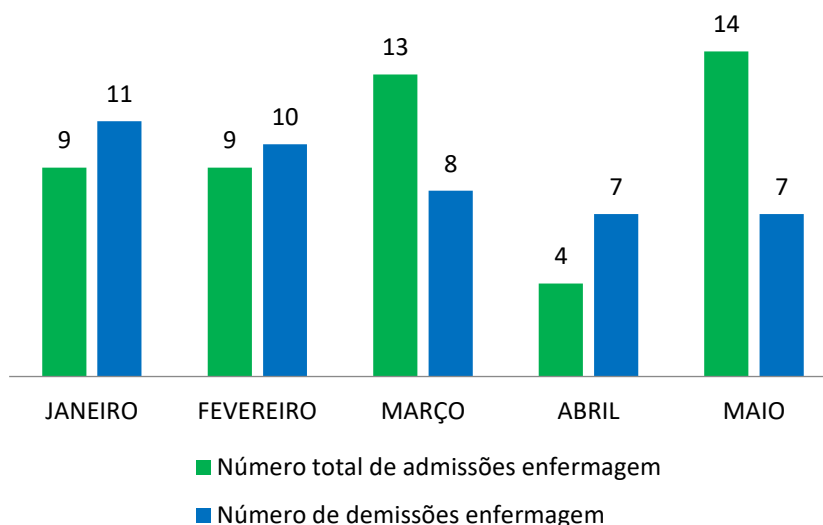
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

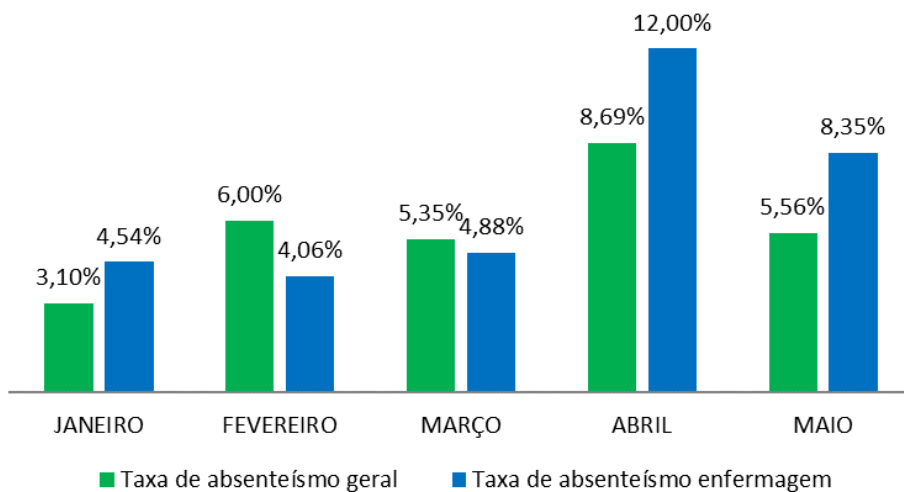
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

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

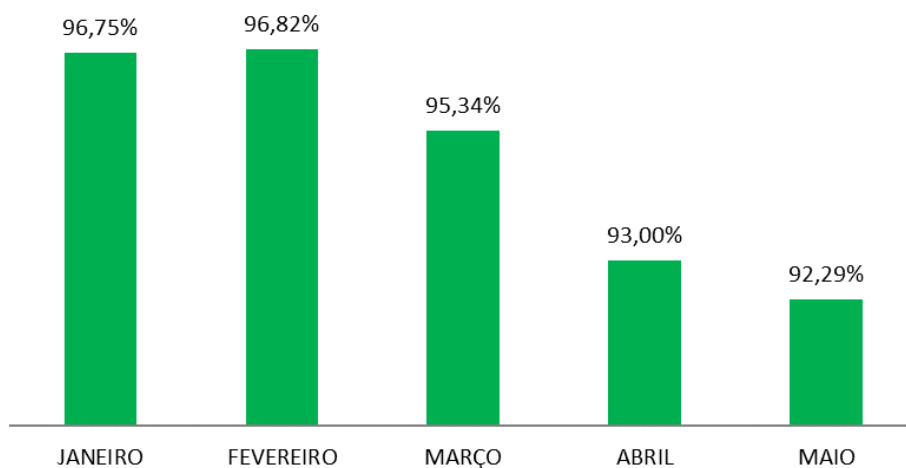
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



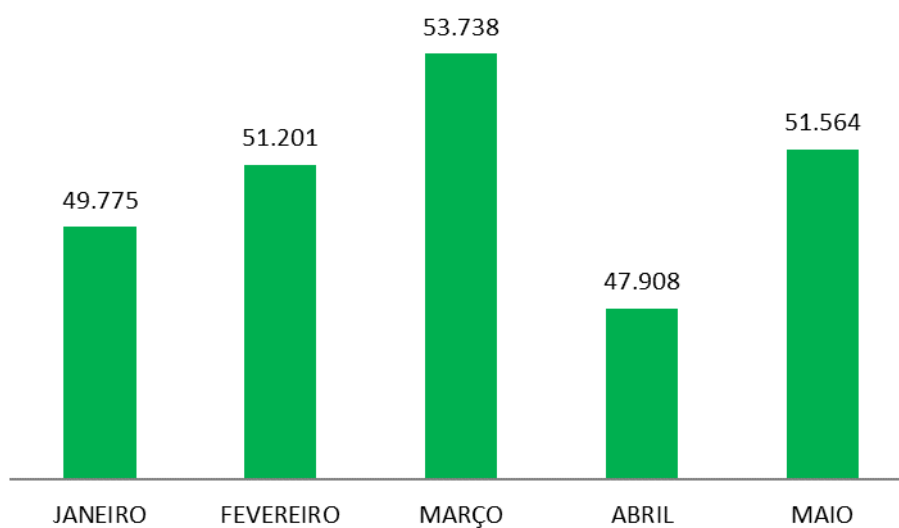
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



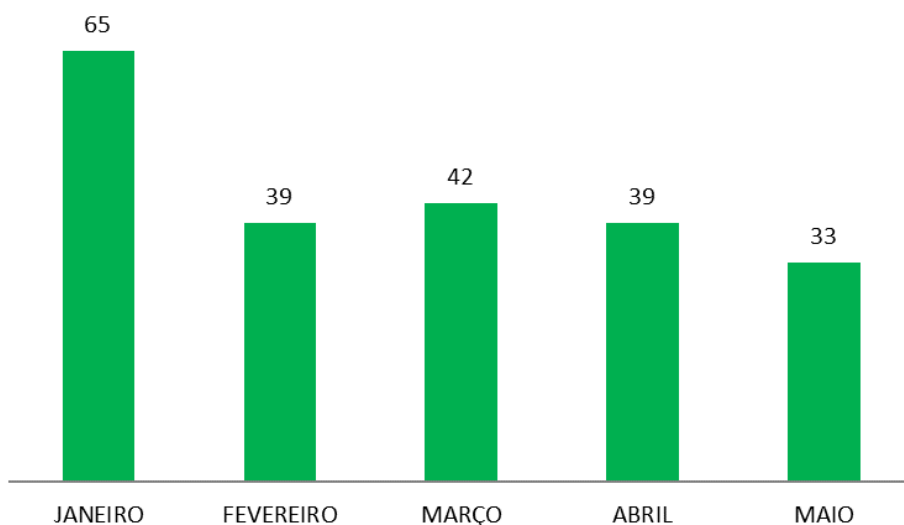
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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.

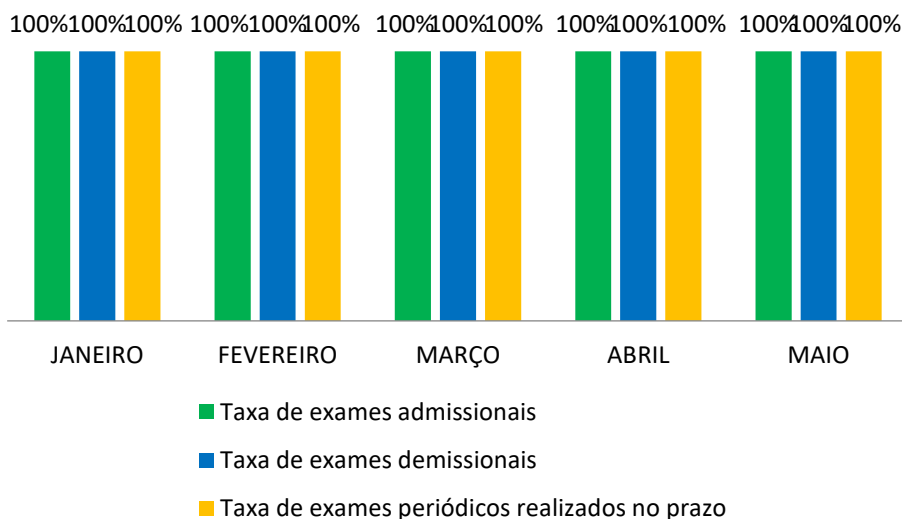
Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

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

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

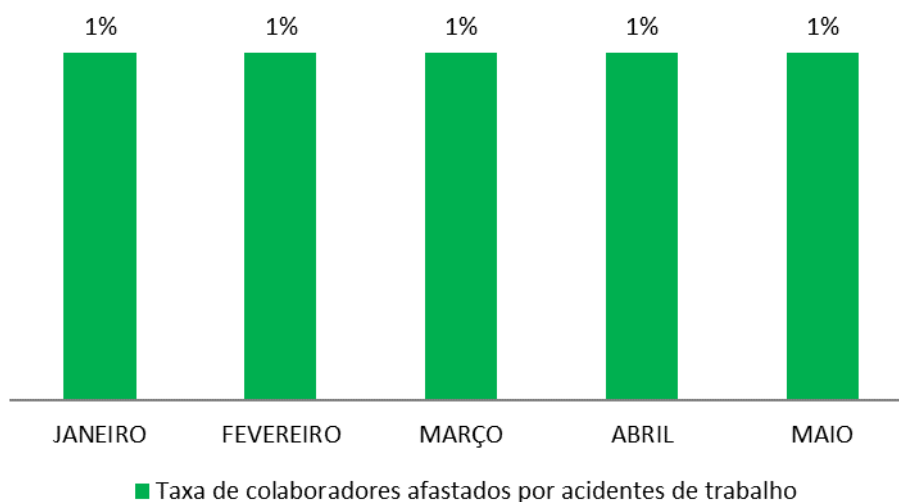
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



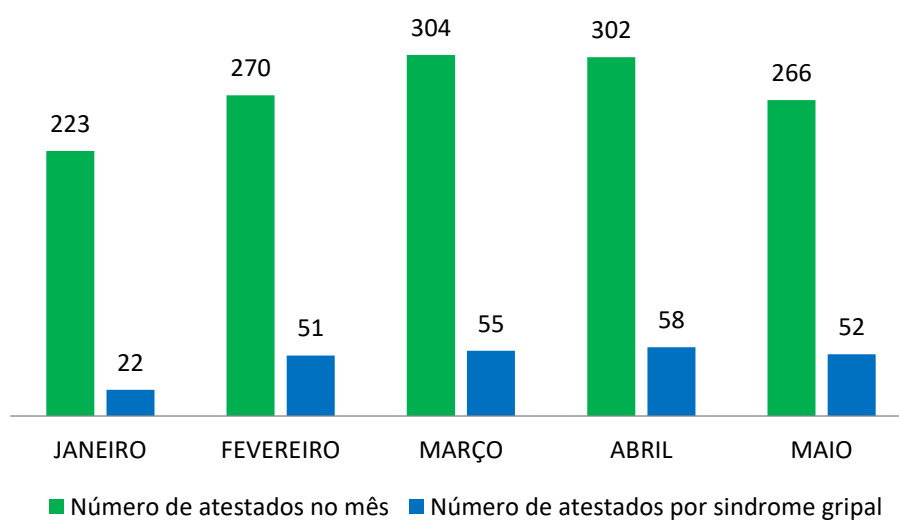
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



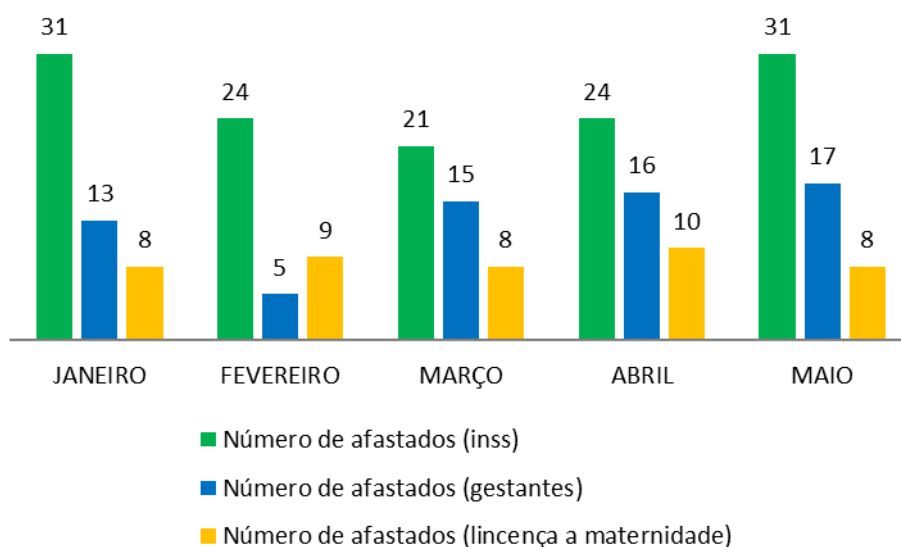
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



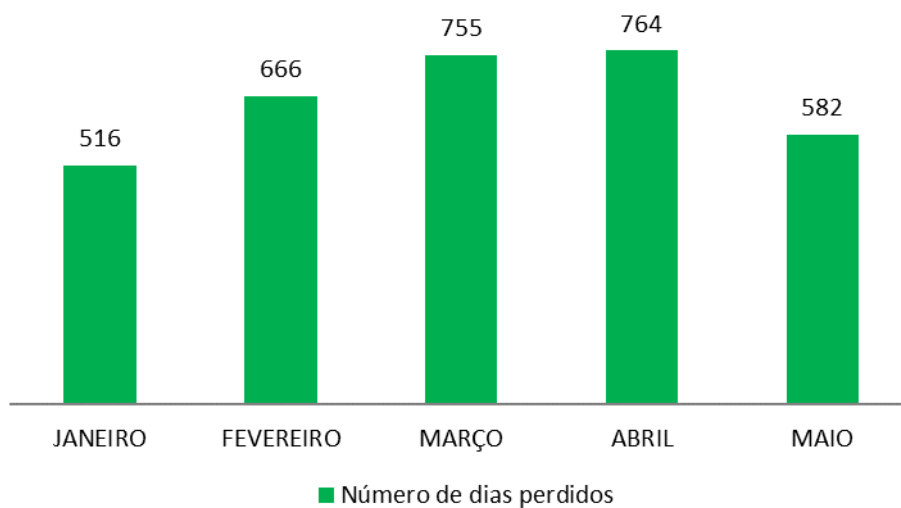
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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

Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1	1	0
--	---	---	---	---	---	---

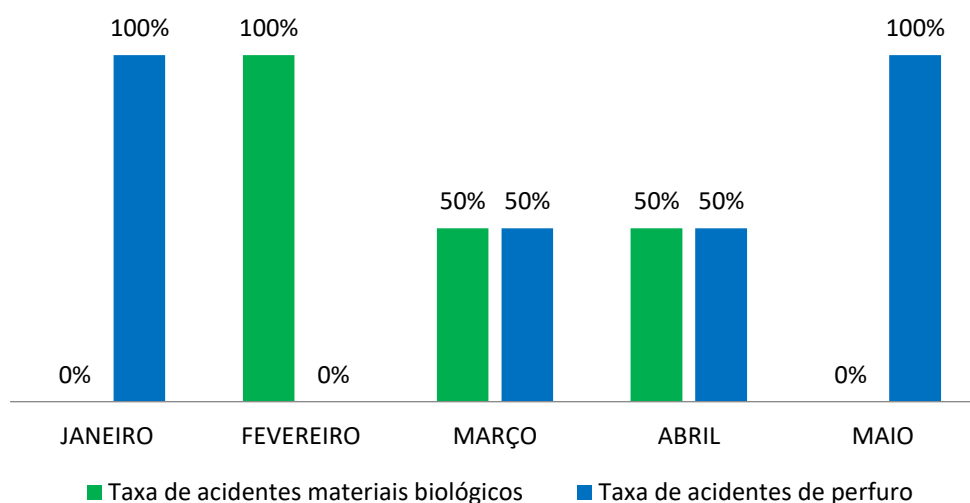
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

Houve um acidente com perfurocortante por conta de procedimento errado duante a aplicação de medicamento. Acionado Plano de Ação em conjunto com a supervisão.

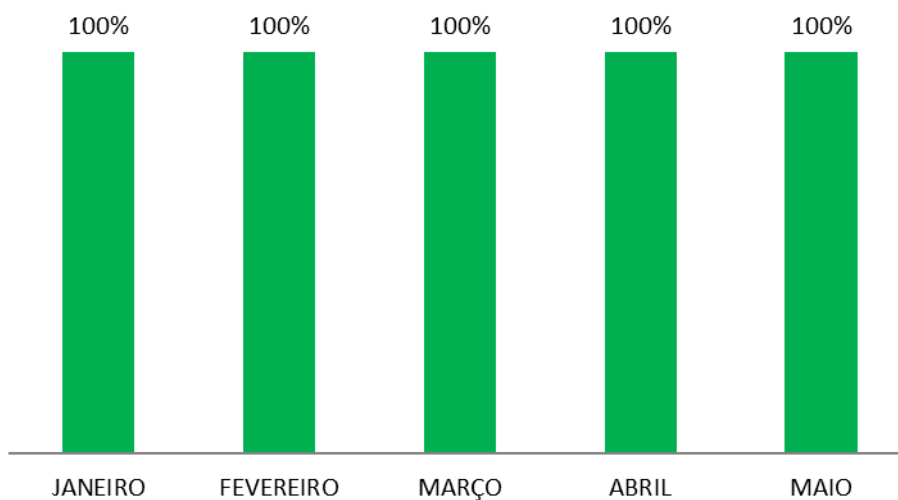
Quanto ao número de treinamentos, a adesão varia de acordo com o número de atividades da unidade para não haver concorrência e saturar os colaboradores com vários treinamentos.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



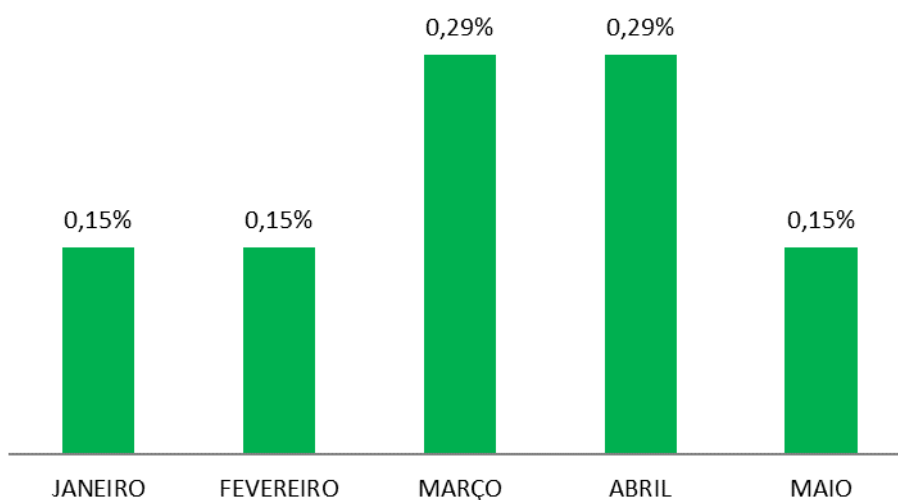
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



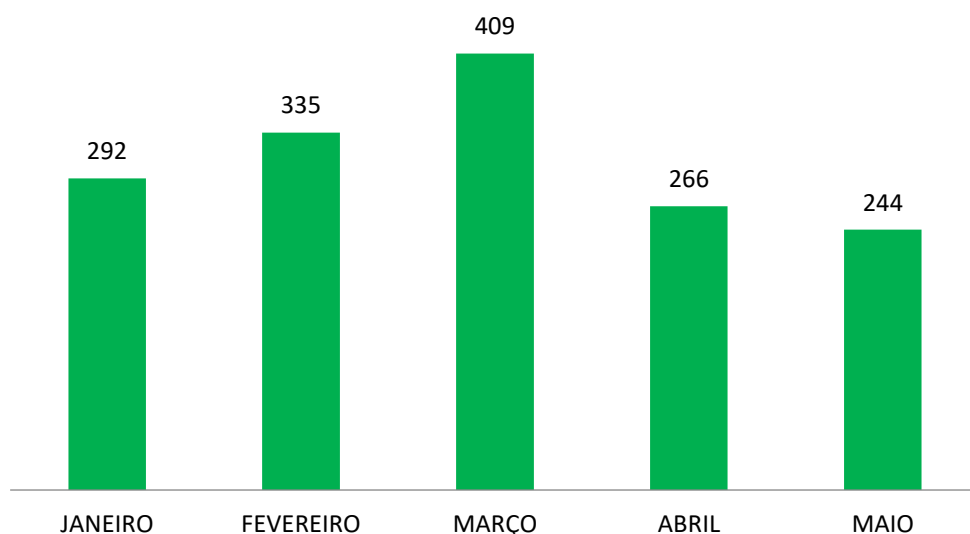
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



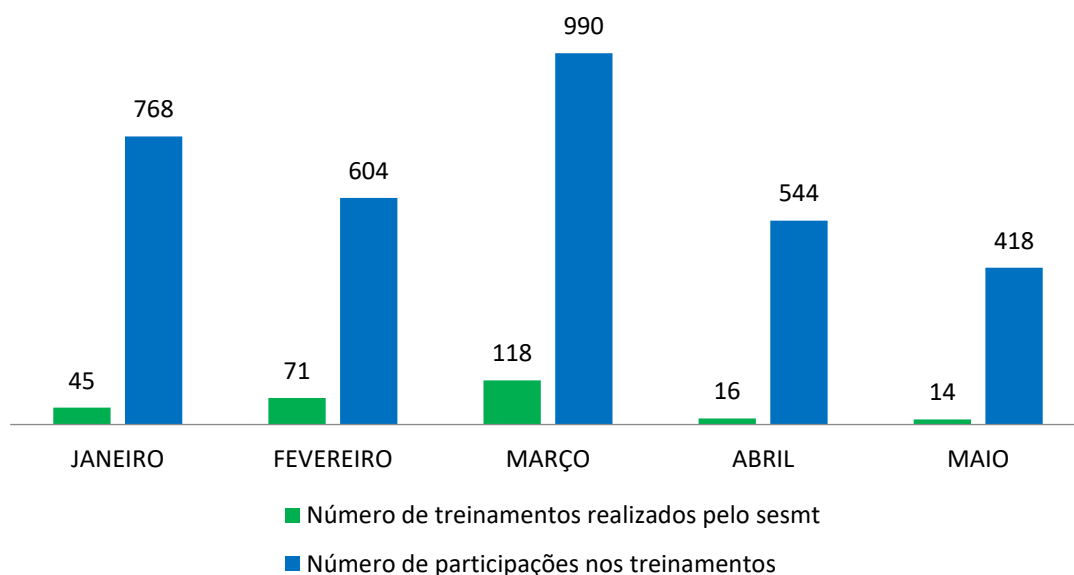
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuidos



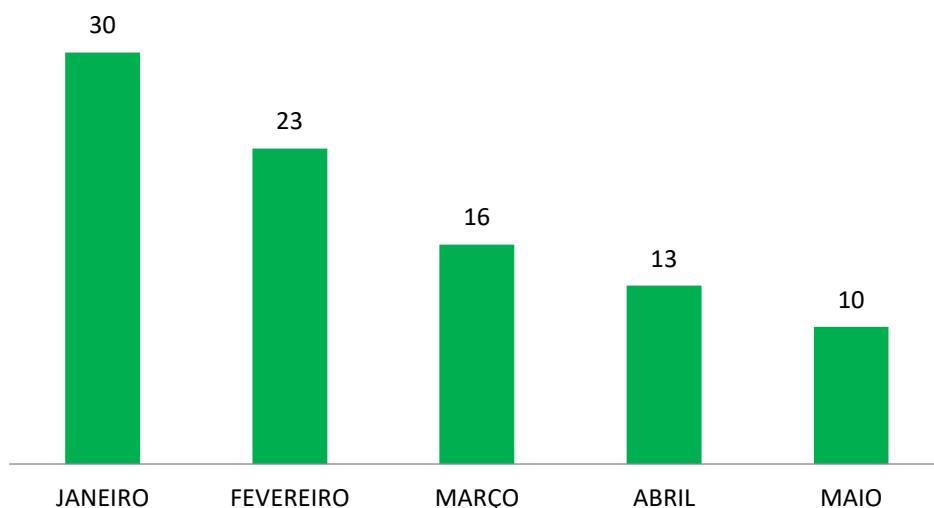
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



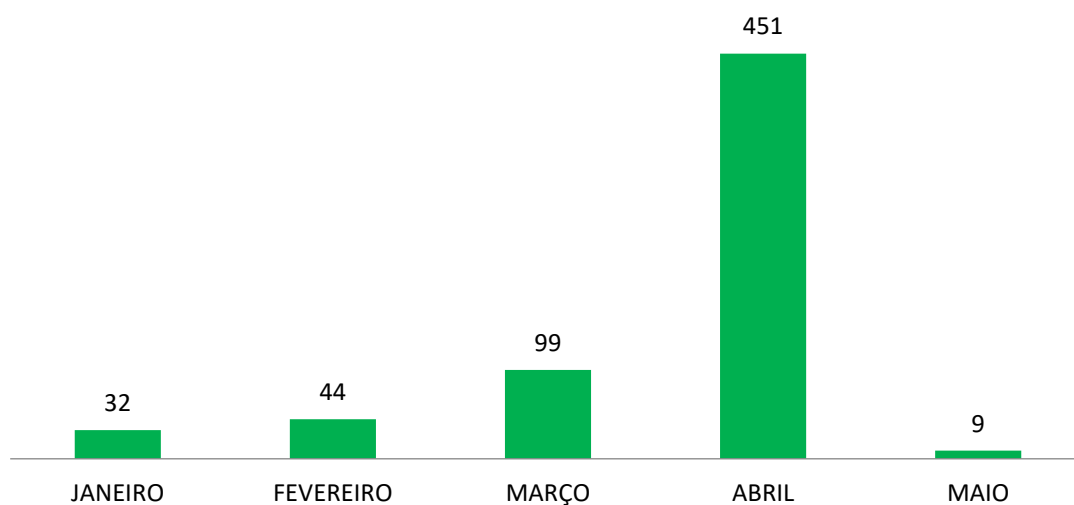
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



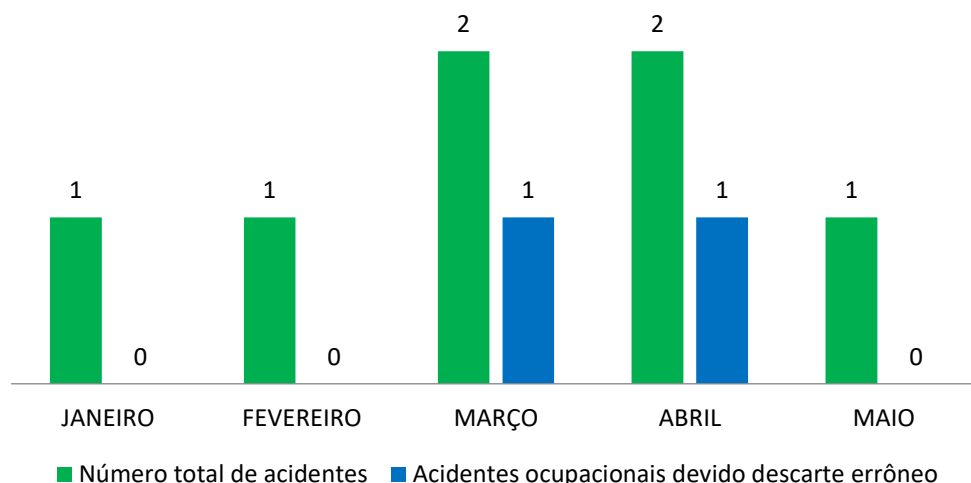
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%	0,70%	1,32%

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

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

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
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%

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

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

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	2,44%	4%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%	25%	46%
Número de exames	neutro	41	50	50	80	63

Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0	0	3
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4	20	29

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

Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

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

ANÁLISE CRÍTICA - RADIOLOGIA

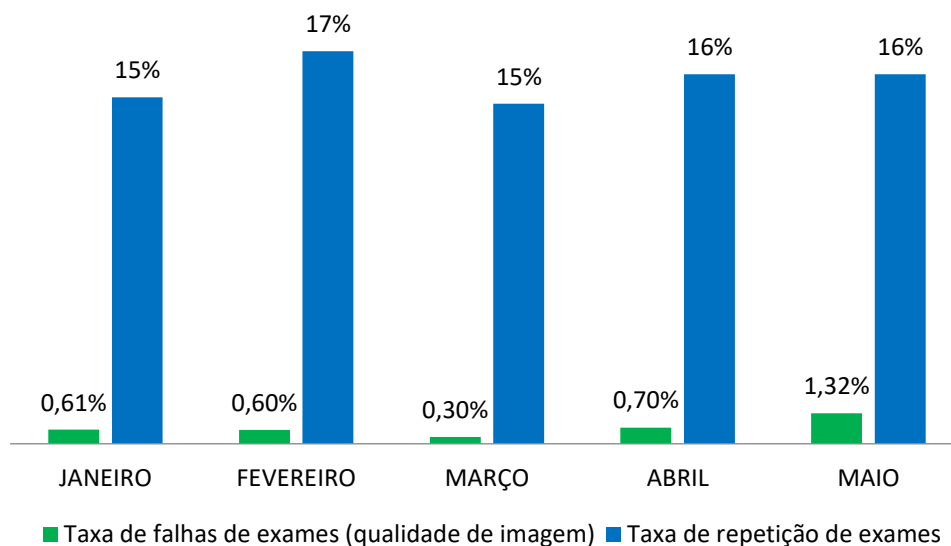
Os números de exames repetidos são contabilizados quando há mais de um RX no mesmo paciente em menos de 24 horas.

Em análise, fora identificado três situações em que isso pode acontecer:

- Múltiplos procedimentos: IOT, passagem de cateter central
- Tracionamento de SNE: passagem de SNE, reposicionamento da SNE após tração.
- Falha na realização do exame

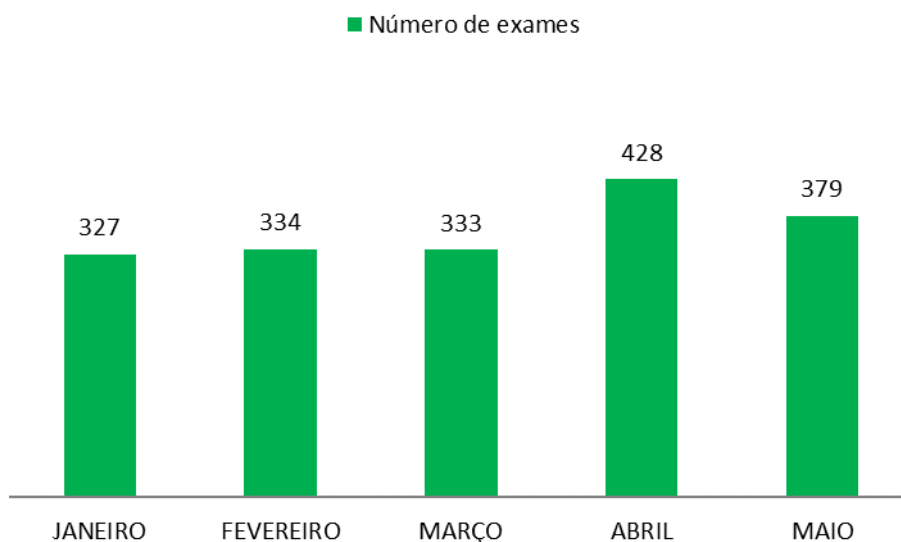
Com o aumento do número de admissões, poderá haver um aumento natural do número de exames repetidos, já que existe a possibilidade de múltiplos procedimentos a serem realizados no momento da admissão.

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



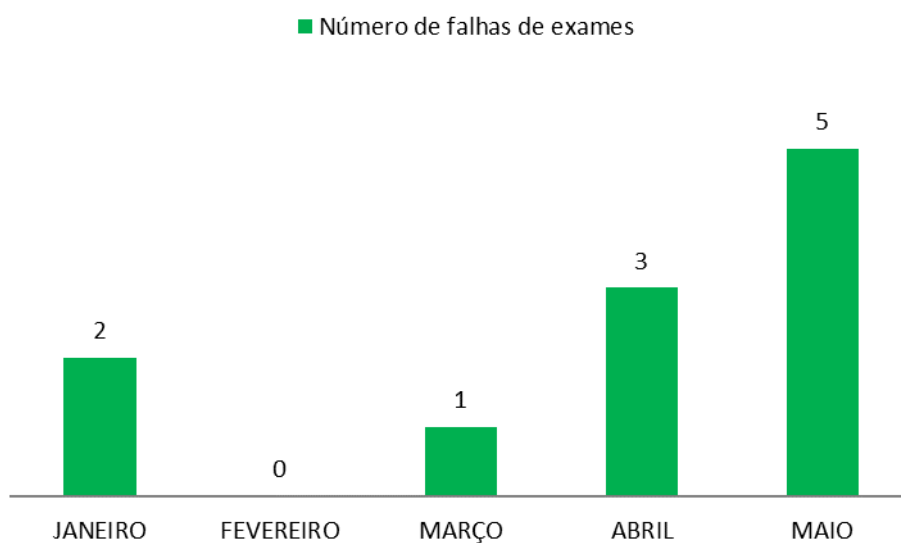
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



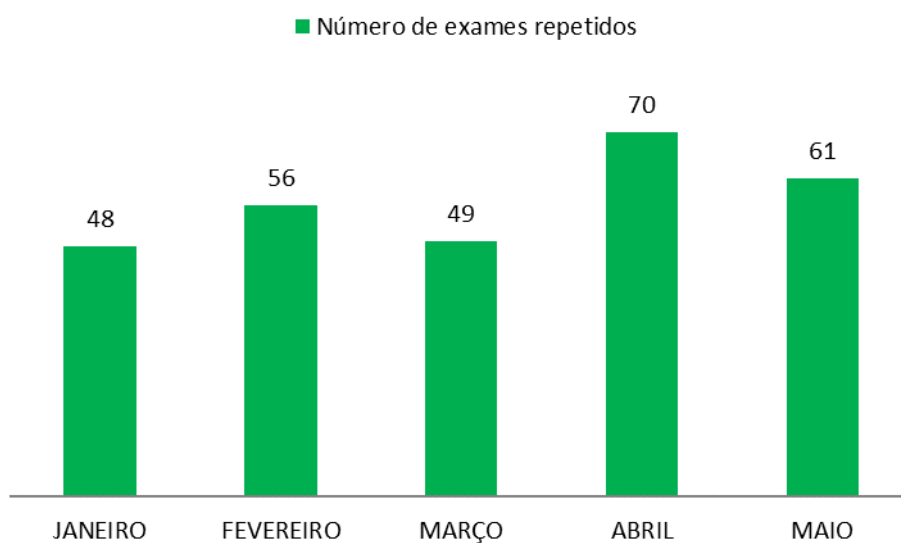
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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

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

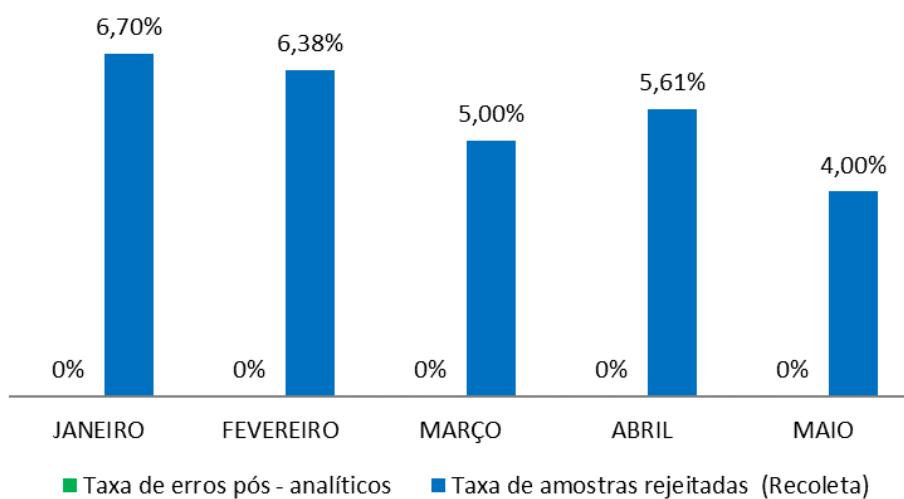
*Houve alteração da nomenclatura de indicador de resposta resultados críticos.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Queda no percentual de recoletas referente aos meses anteriores, monitoramento junto a INTS se mantém constante para análise dos percentuais. Os motivos se mantêm os mesmos referentes aos meses anteriores, encaminhamento de amostras coaguladas, decisões técnicas devido a alterações significativas quando comparados aos resultados anteriores, hemólises e quantidade insuficiente, refletindo os problemas referente ao momento da coleta. O percentual referente a outros motivos, se trata de pedidos com erros de cadastro.

Corrigido o quantitativo de Número de exames realizados e Número de exames realizados na unidade.

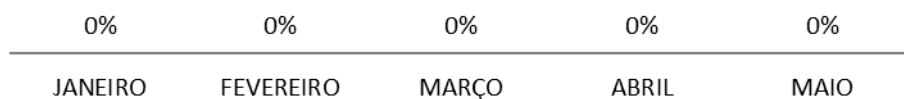
Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



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

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos

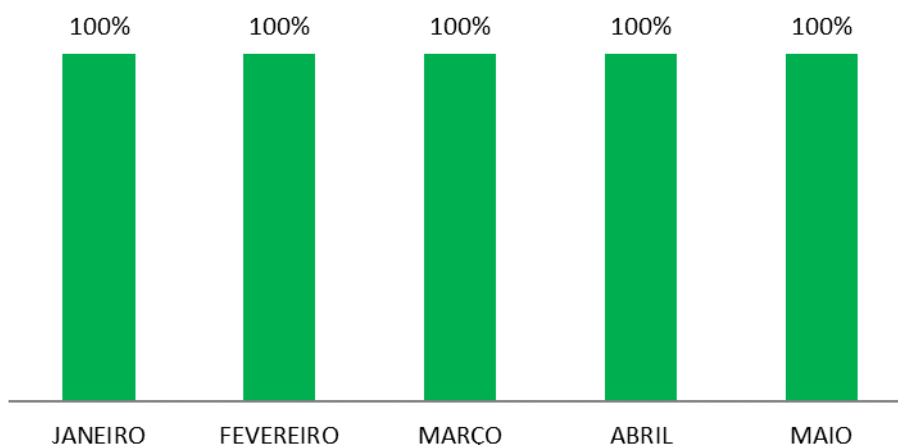
■ Sobras de tubos



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

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos

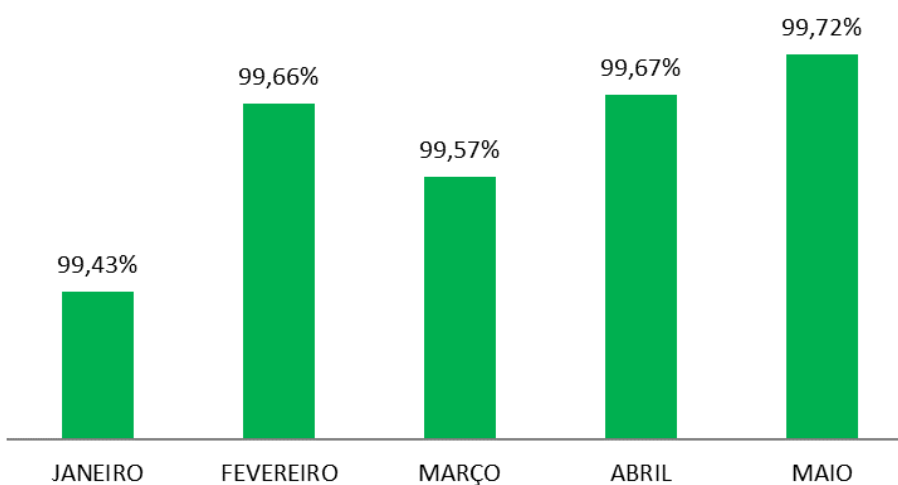
■ TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS



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

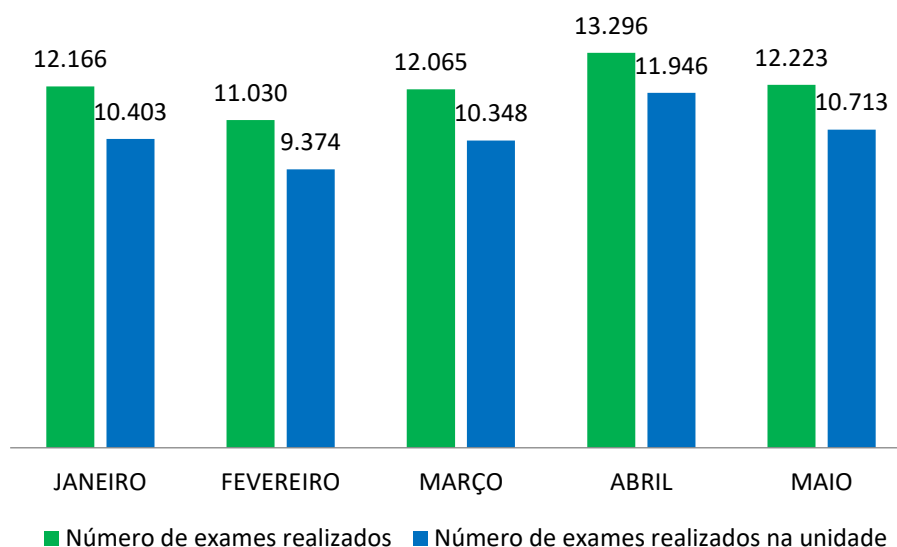
Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)

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

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
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%	0,78%	0,68%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06	0,79	1,04
Tempo médio de permanência	≤ 5	9,79	11,70	12,65	9,63	10,44

Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	4,20%	3,51%	3,54%	3,47%	7,41%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0,70%	0%	1,05%	0,69%	2,22%
Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26	2,88	2,70
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430	1386	1410
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550	1500	1550
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113	144	135
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4	5	10
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	2	1

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%	1,23%	1,70%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59	3,38	3,67
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,15	3,27	4,39	3,68	4,18
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	2,11%	5,13%	5,80%	2,35%	3,80%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	2,33%	2,56%	1,05%	1,18%	2,31%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45	4,25	4,33
Número de paciente dia	neutro	299	255	303	313	3,30
Número de leito dia	neutro	620	560	620	600	620
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69	85	79
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4	2	3
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0	1	1

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%	2,96%	2,47%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96	1,67	2,29
Tempo médio de permanência	≤ 5	3,52	4,29	4,24	4,10	3,78
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	1,79%	0%	6,0%	3,85%	3,92%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	0%	0%	4,00%	1,92%	1,96%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00	5,20	5,10
Número de paciente dia	neutro	197	163	212	213	193
Número de leito dia	neutro	310	280	310	300	310
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50	52	51
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3	2	2
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	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
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80	7,64	7,89
Tempo médio de permanência	≤ 5	331,56	167,63	293,10	204,50	333,11
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	33,33%	62,50%	40,00%	57,14%	44,44%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	11,11%	0%	1,05%	0%	0%
Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10	0,14	0,09
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931	2863	2998

Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069	2970	3069
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10	14	9
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4	8	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0	0	0

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

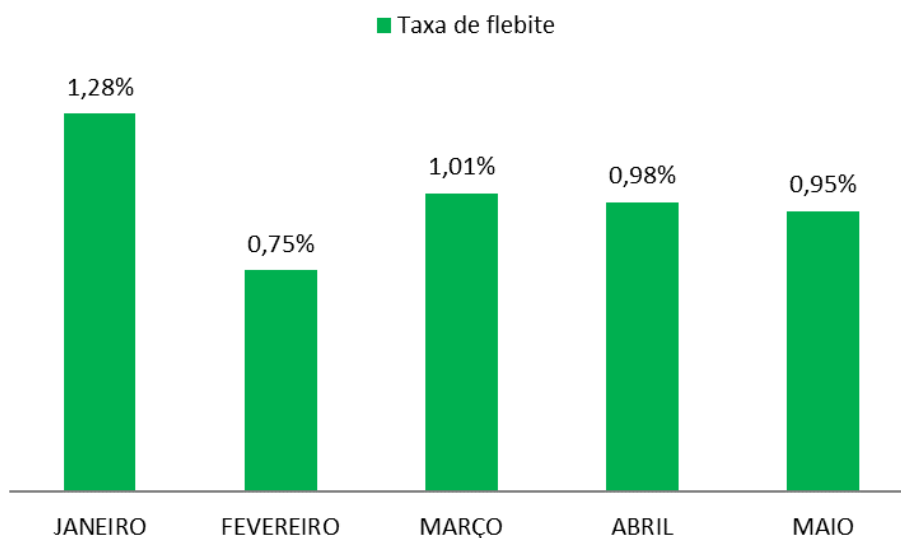
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

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

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

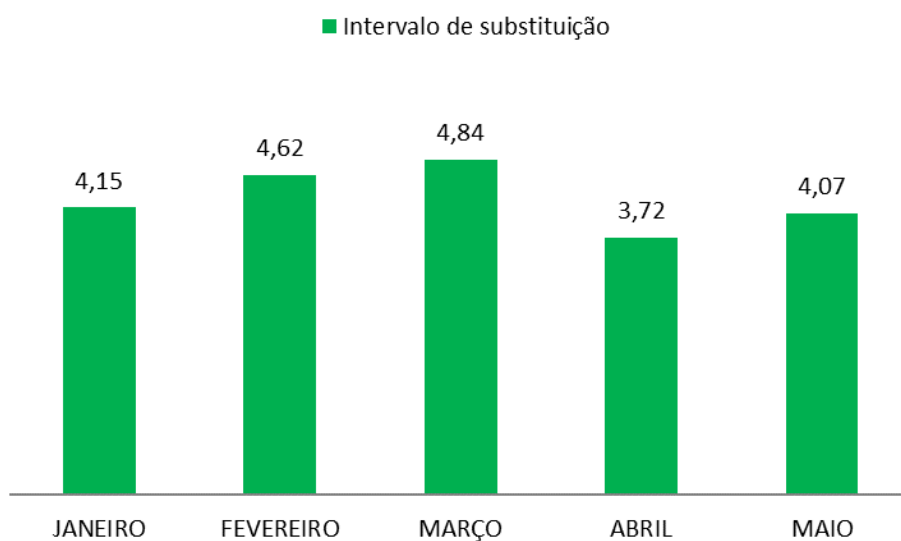
Observação: O setor apresenta um alto tempo de permanência devido ao atendimento a pacientes em cuidados prolongados, que não possuem giro de leito e nem intervalo de substituição.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



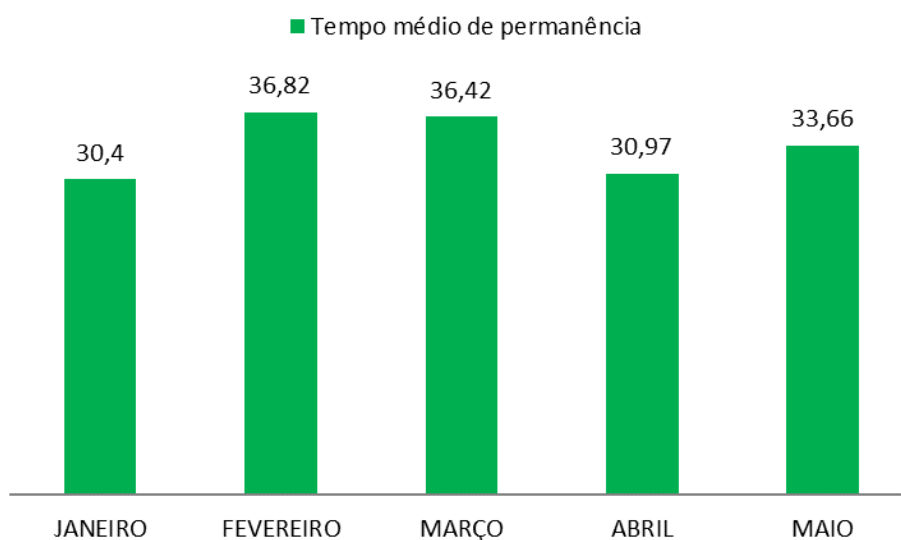
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



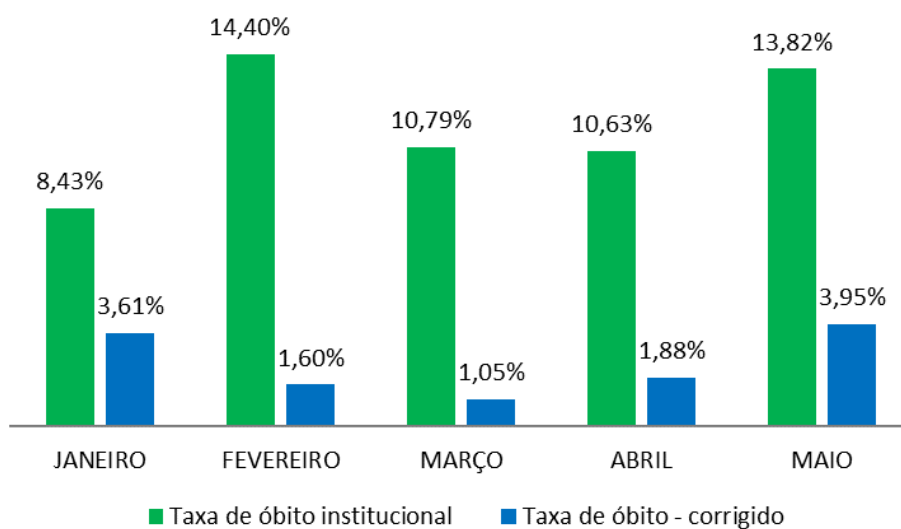
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

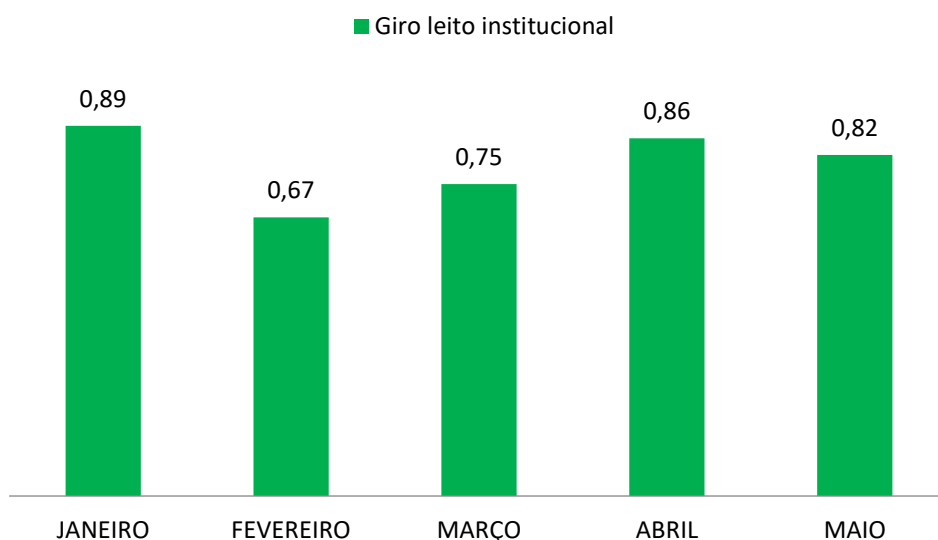
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

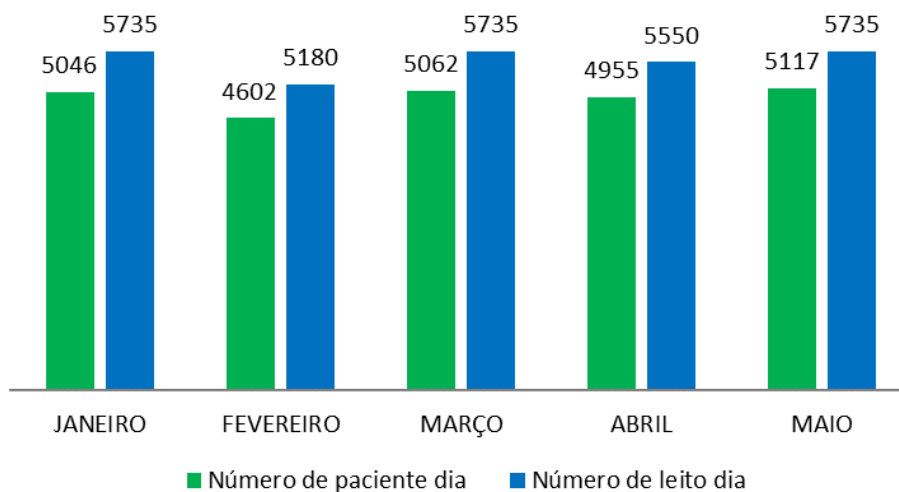
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



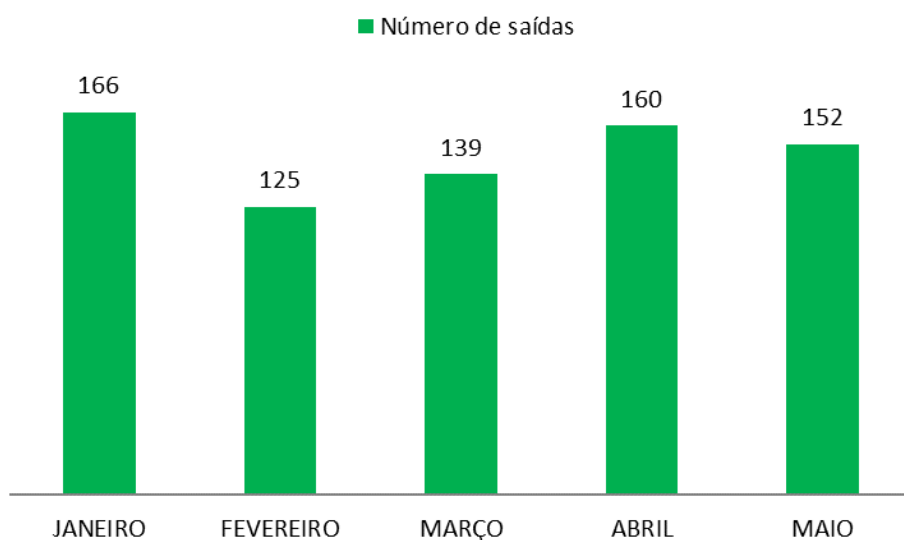
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



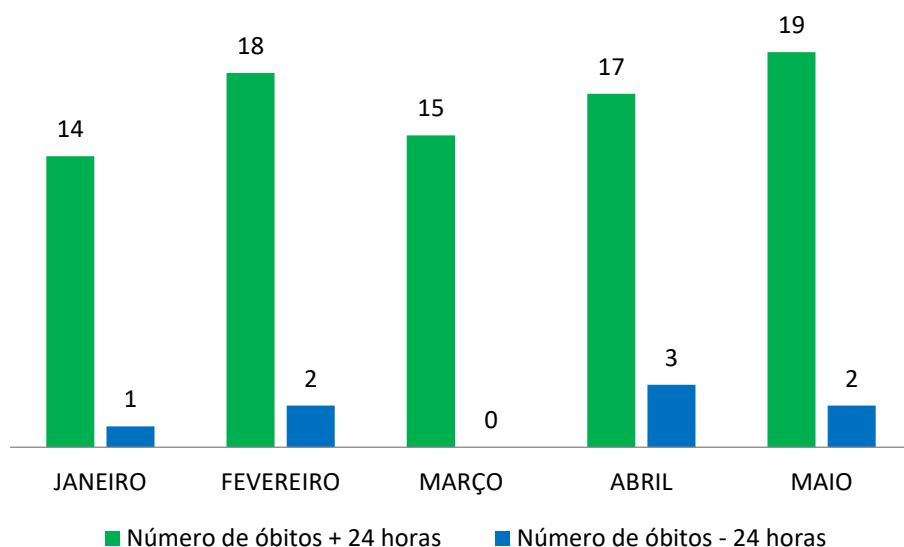
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%	91%	100%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%	89%	93%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401	3660	3481
Número de triagem nutricional	M/R	148	124	138	136	155

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524	7442	7971
Índice de desnutrição	<35%	-	33%	32%	39%	35%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	38%	29%	39%
Índice de sobrepeso	<20%	-	11%	11%	12%	9%
Índice de obesidade	<10%	-	15%	19%	20%	17%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873	12388	13181
Índice de desnutrição	<35%	-	32%	30%	31%	30%
Índice de eutrofia	≥35%	-	41%	41%	40%	36%
Índice de sobrepeso	<20%	-	5%	6%	7%	8%
Índice de obesidade	<10%	-	22%	23%	22%	26%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

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

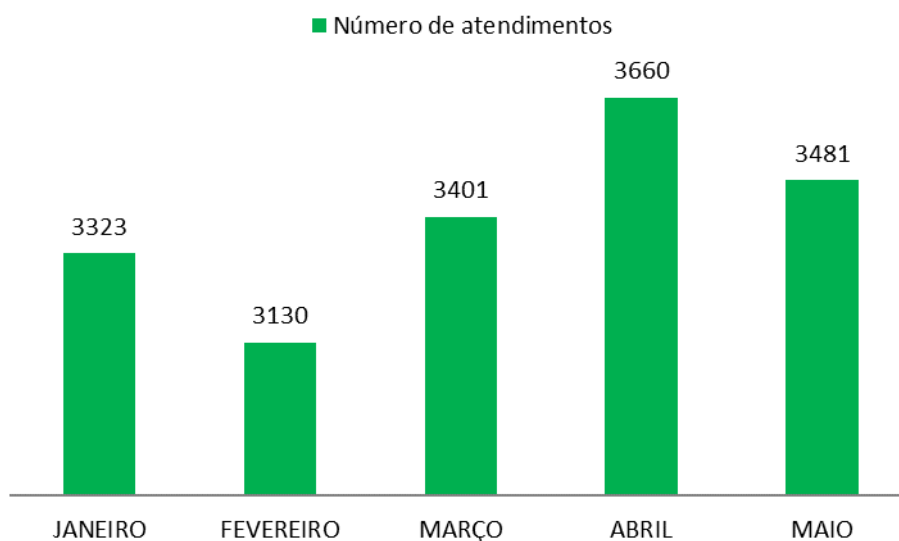
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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.

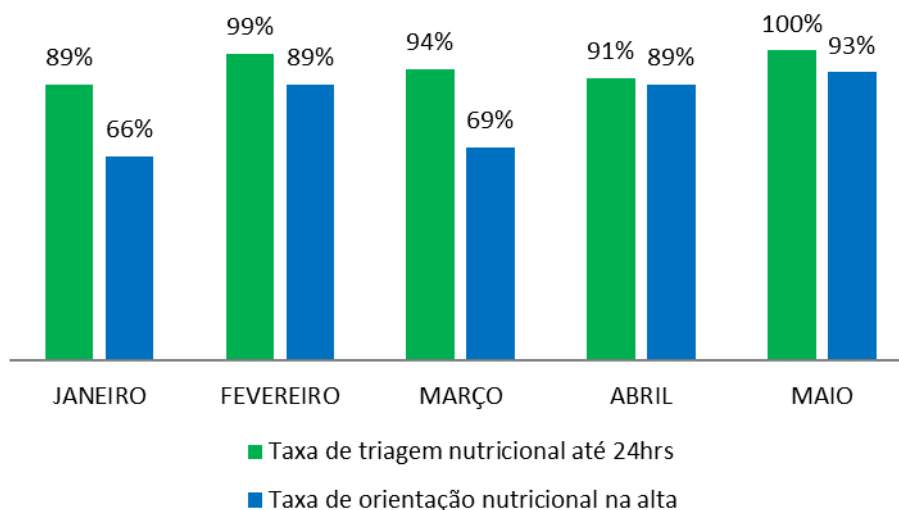
Índice de obesidade: Não alcançamos a meta de obesidade devido ao perfil do paciente com mobilidade reduzida, impossibilitando o gasto energético.

Gráfico 45 – Número de Atendimentoos



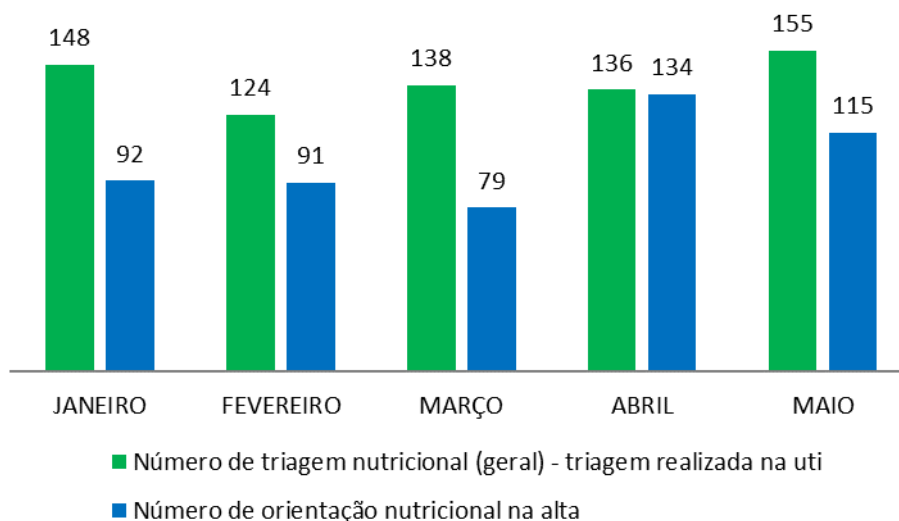
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



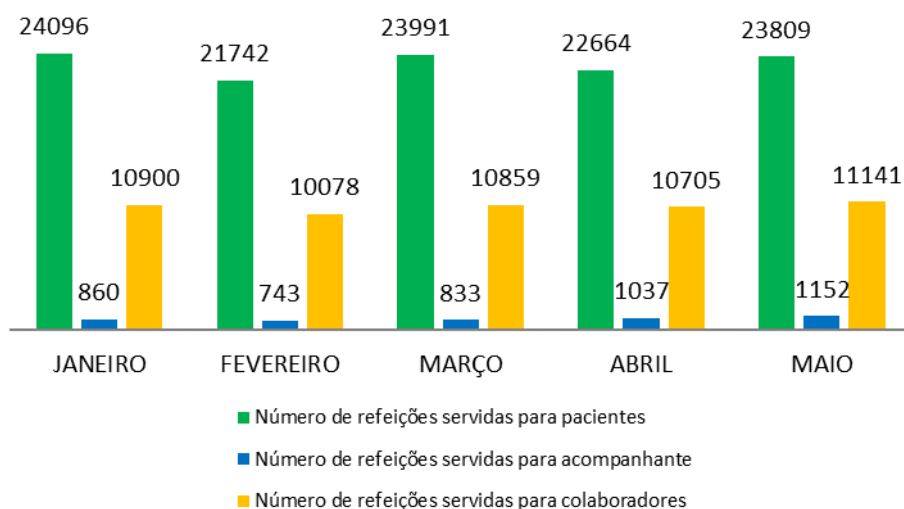
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

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

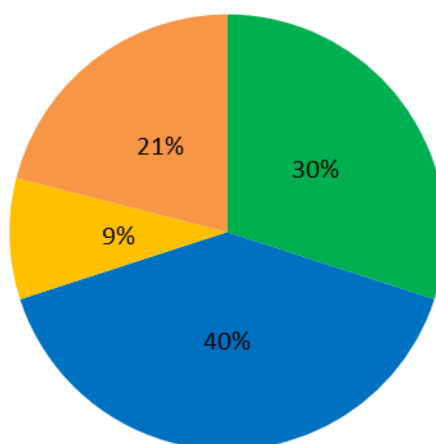


Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC

MAIO

■ Índice de desnutrição
■ Índice de eutrofia
■ Índice de sobrepeso
■ Índice de obesidade



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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Número de intubações	M/R	0	0	0	1	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,13%	1%	0%	1%	2%
Média de pacientes em cno2	M/R	6,19%	6,05%	8,60%	6,20%	9,70%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	1%	1,03%	1%
Média de pacientes em mnrr	M/R	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
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	2	5	3	5	10
Número de extubações	M/R	1	4	0	3	5
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	2
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,19%	2%	1%	3%	3%
Média de pacientes em cno2	M/R	2,4%	2,07%	1,60%	2,12%	2,64%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	0%	1%	1%
Média de pacientes em mnrr	M/R	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
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	91%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%	100%	82%

Número de intubações	M/R	1	0	1	1	1
Número de extubações	M/R	1	0	0	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	0%	0%	1%	1%	1%
Média de pacientes em cno2	M/R	1,78%	2,01%	1,50%	2,19%	2,58%
Média de pacientes nebulizados	M/R	0%	0%	1%	0%	0%
Média de pacientes em mnrr	M/R	1%	0%	1%	1%	1%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%	100%	88%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	8,76%	5%	10%	6%	4%
Média de pacientes em cno2	M/R	6,52%	4,20%	6,75%	4,69%	6%
Média de pacientes nebulizados	M/R	4,82%	4,80%	4,78%	3%	2%
Média de pacientes em mnrr	M/R	0%	1%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - FISIOTERAPIA

TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA E TAXA DE ALTA FUNCIONAL

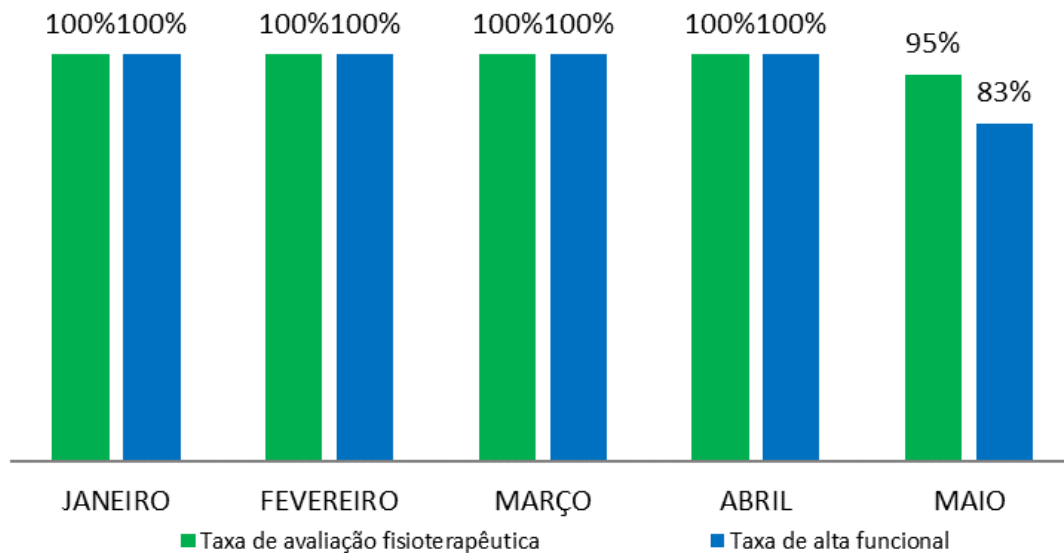
Retaguarda: Alcançamos uma taxa de conformidade de 87%. Porém, vale ressaltar que uma avaliação foi realizada fora do prazo estabelecido, onde é um setor que temos poucas altas.

Beija Flor - Alta: Um resultado positivo foi marcado com 100% de cumprimento das altas dentro do prazo pela fisioterapia. Isso reflete um grande esforço e eficácia na realização dos processos.

Bem-te-vi - ADM: A taxa de alta foi de 91%. Verificamos que duas altas não foram realizadas, os colaboradores não realizaram a devida alta. Este é um ponto a mais que devemos discutir para encontrar os problemas e fornecer soluções.

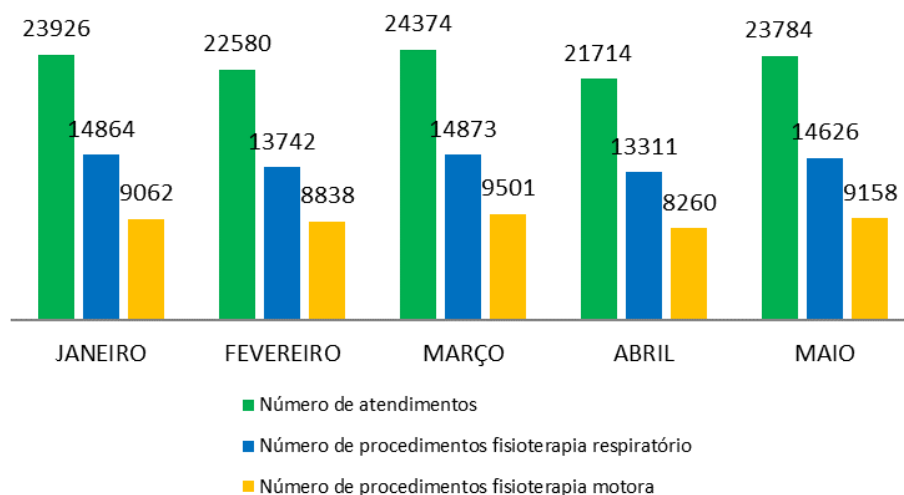
Bem-te-vi - Alta: Registramos uma taxa bruta de alta de 82%. Identificou-se que três altas não foram realizadas por falta de atenção dos colaboradores.

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



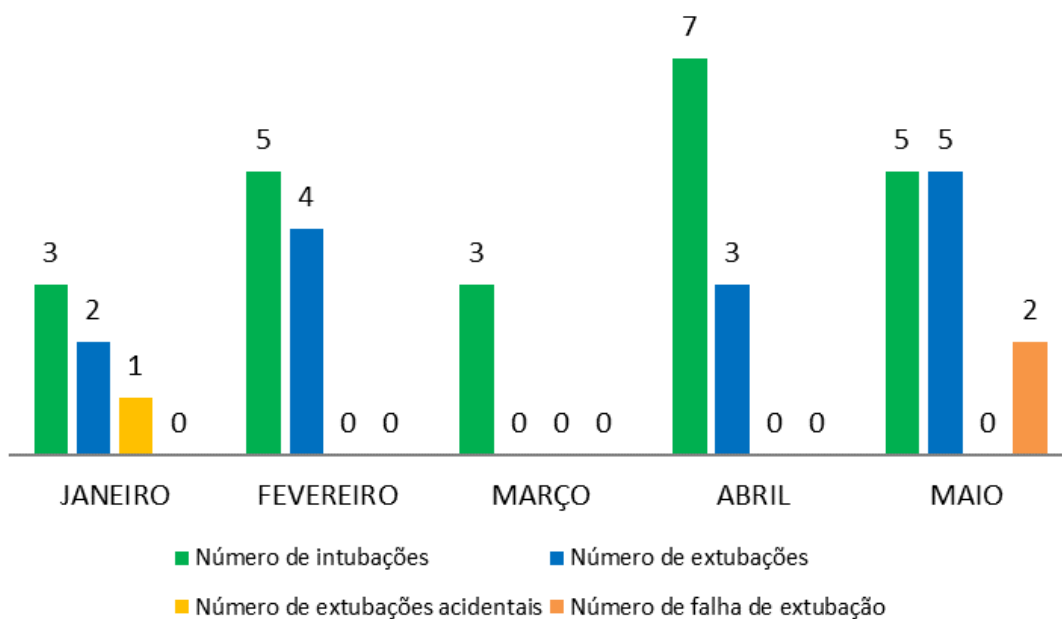
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



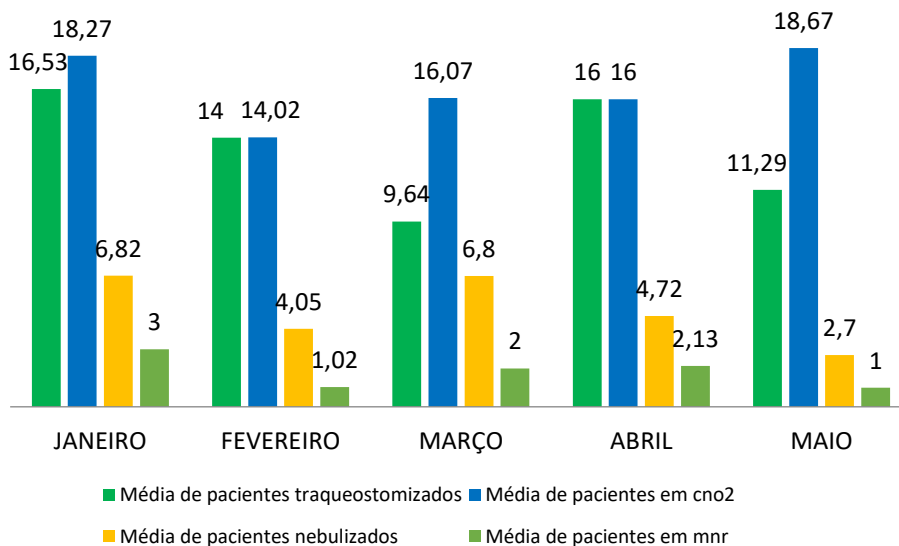
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	98%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%	98%	92%

Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	11	8	4	7
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2	11	6
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1	5	19
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4	2	8
Taxa de evasão	<3%	1,20%	2,06%	0,00%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%	2%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%	95%	81%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1	3	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%

Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%	98%	93%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8	4	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	9	4
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0	1	4
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%	1%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%	28%	90%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0	1	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
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	98%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%	98%	96%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	6%	0%	0%	0%
Número de solicitações de O2	M/R	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	1	2
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%	33%	50%
Número de evasões	< 4	1	1	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1	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
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	97%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%	100%	88%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	9%	0%	0%	0%
Número de solicitações de O2	M/R	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	1%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%	100%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0	2	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%	100%	75%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	97%	100%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0,10%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	1	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1	2	2
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	5	1	5	19
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	7	9	1	0	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	98%	86%	100%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	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
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de alta planejada	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	17%	0%	0%	0%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	0	0	0	0	0
Número de relatórios de retaguarda	> 10	1	0	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1	0	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	50%	0%	0%	0%	0%
Número de evasões	< 4	0	0	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizado	< 4	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

Os atuais indicadores do serviço social permanecem estáveis. As taxas mais baixas são influenciadas por fatores não relacionados à qualidade da assistência, mas sim por eventos ocorridos fora do período

de cobertura do serviço social. Isso inclui principalmente o acolhimento de óbitos durante a noite, além dos processos de alta e admissão de colaboradores.

TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO: A taxa de acolhimento ficou abaixo da média devido à ausência de cobertura da equipe durante o período noturno. De 21 óbitos em maio, 4 ocorreram após as 19h e não puderam ser acolhidos.

TAXA DE ALTA PLANEJADA: A taxa de alta é de 92%, desconsiderando 9 colaboradores. Algumas altas não foram realizadas devido à saída antecipada dos colaboradores.

TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL: Das 150 admissões, excluindo 6 de colaboradores, apenas 4 não foram realizadas corretamente. Três aconteceram fora do prazo e uma com internação menor que 24 horas, levando a um índice de 98% de admissões realizadas adequadamente.

Análises Específicas

Colibri - Alta: Duas altas não realizadas, sem justificativas.

Retaguarda - Admissão: 8 pacientes admitidos, mas 2 fora do prazo.

Beija Flor - Admissão: Taxa de admissão de 100%, excluindo casos por curta permanência ou serem colaboradores.

Beija Flor - Alta: Uma alta não realizada, sem justificativa.

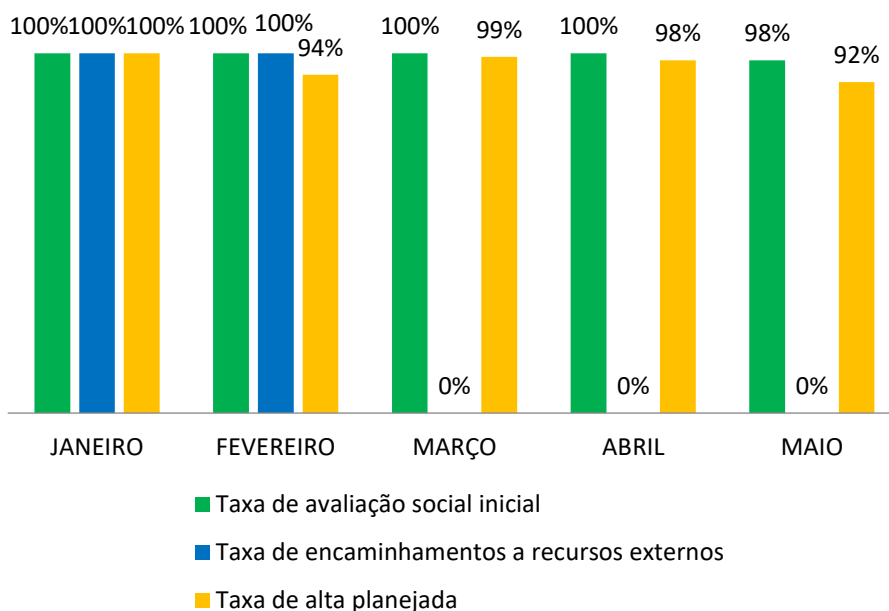
Beija Flor - Óbito: Dos quatro óbitos, três ocorreram à noite e um com permanência de menos de 24 horas.

Bem-te-vi - Alta: Taxa de alta de 88%, com duas altas não realizadas conforme previsto.

Ação e acompanhamento:

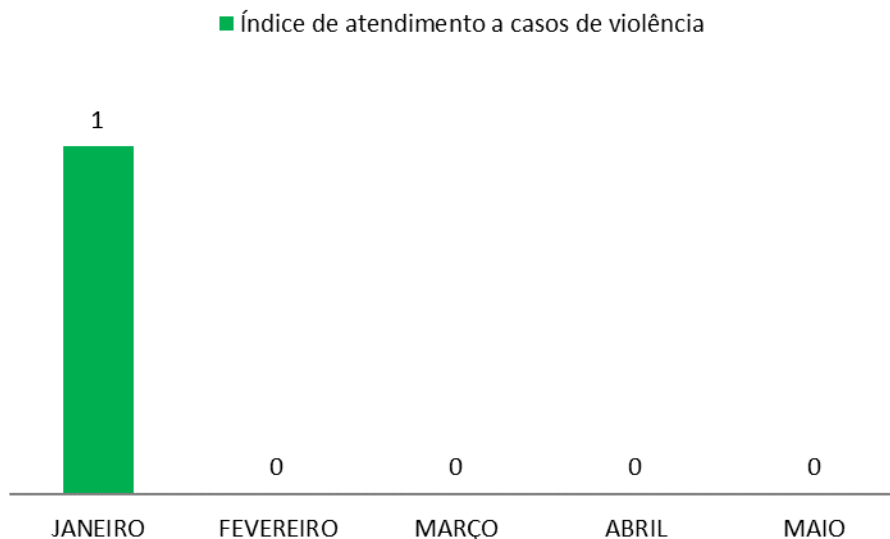
Continuar a reforçar os processos com a equipe, assegurando a cobertura admissão e alta com segurança, mantendo a qualidade dos serviços. Vamos monitorar constantemente para alcançar a eficácia desejada.

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



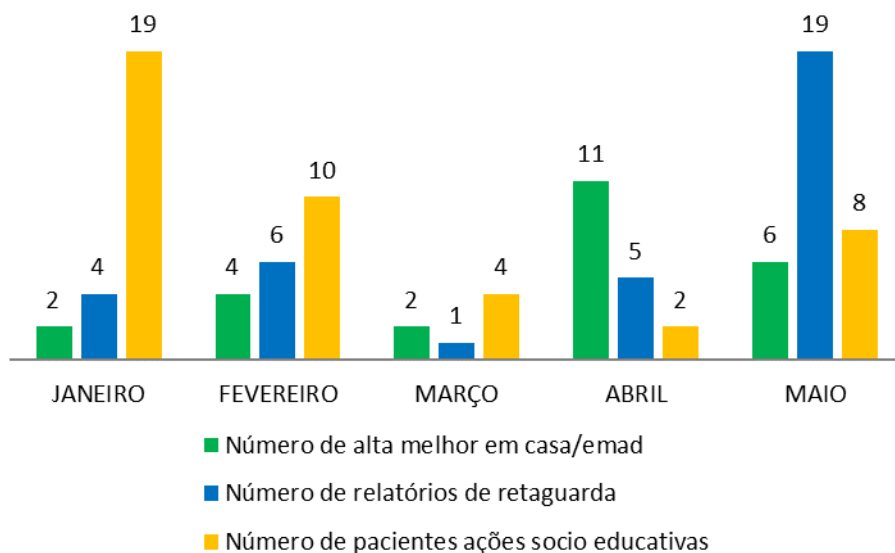
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



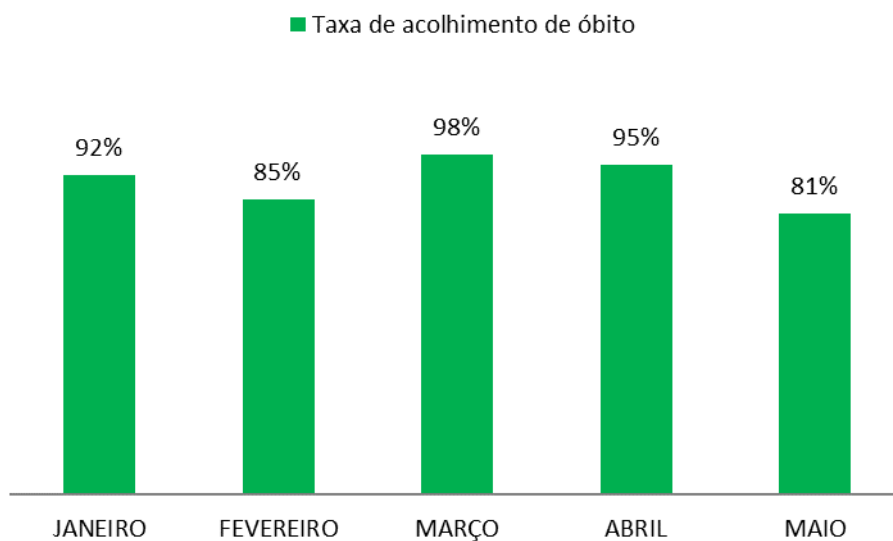
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



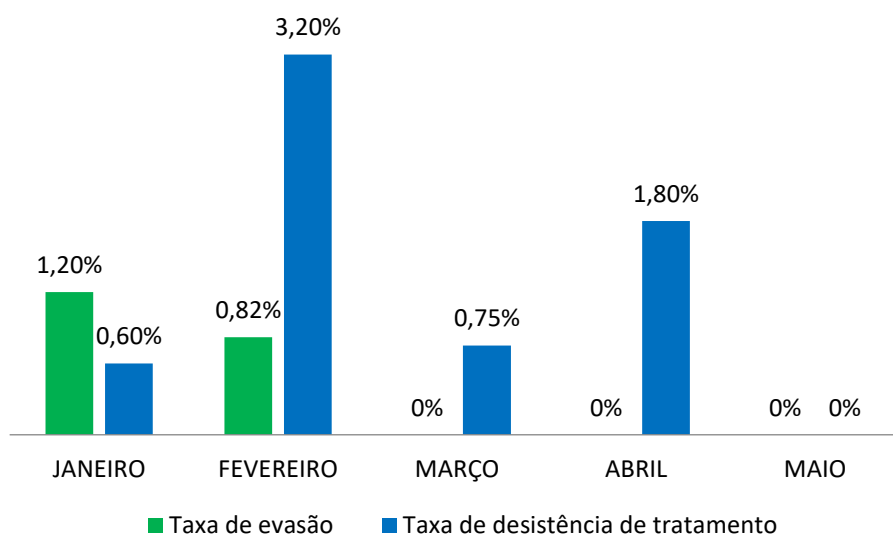
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito



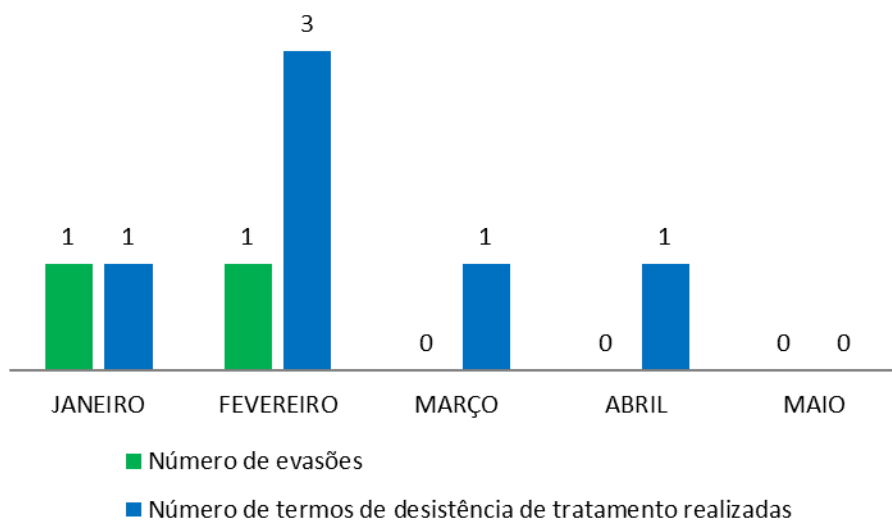
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento



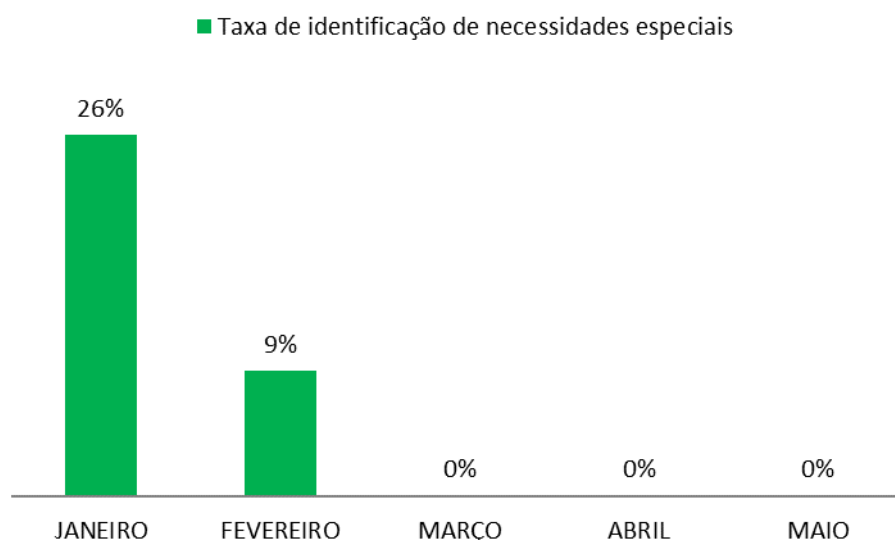
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%	100%	70%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3	3	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	86%	100%	53%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%	95%	87%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	18	56	24	17
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17	6	5
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5	4	9
Número de pacientes inseridos no protocolo de	M/R	10	1	7	9	16

cuidados paliativos mês						
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%	80%	65%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14	4	11
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11	8	5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	78%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%	90%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%	95%	90%
Número de atendimentos familiares	> 50	32	8	12	3	9

Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12	12	4
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4	1	4
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1	5	8
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3	2	0	6
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1	2	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%	100%	60%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%	0%	0%

Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%	100%	72%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19	11	5
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2	0	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0	0	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2	0	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7	0	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2	5	2

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
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%	100%	72%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3	2	2

Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%	97%	82%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10	4	2
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1	2	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1	3	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3	2	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	3	3	1
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%	100%	72%

Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3	3	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%	98%	67%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14	3	1
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12	0	0
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0	0	2
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3	2	4
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%	80%	65%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2	1	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	1	1	3	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

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

Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	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 70%, 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.

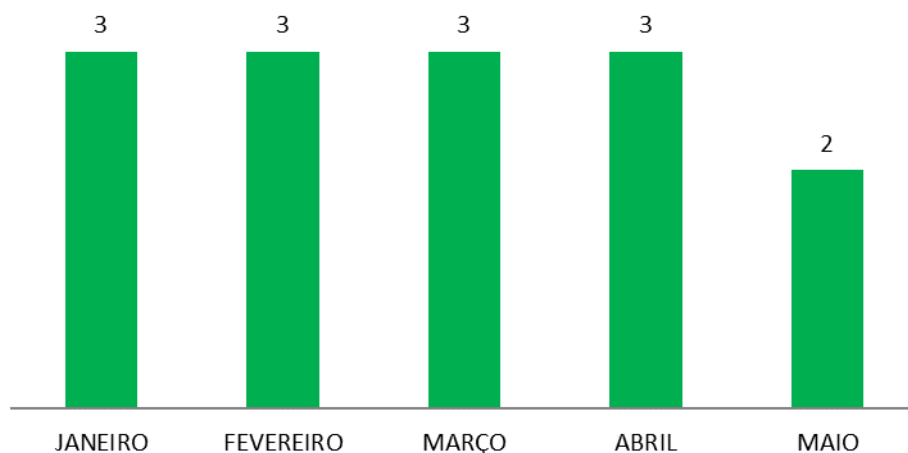
Ações e Acompanhamento

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.

Essas ações são essenciais para recuperar os indicadores e assegurar a qualidade dos serviços psicológicos. A reposição e expansão da equipe são fundamentais para retomar o atendimento de excelência.

Gráfico 61 – Índice de intervenções

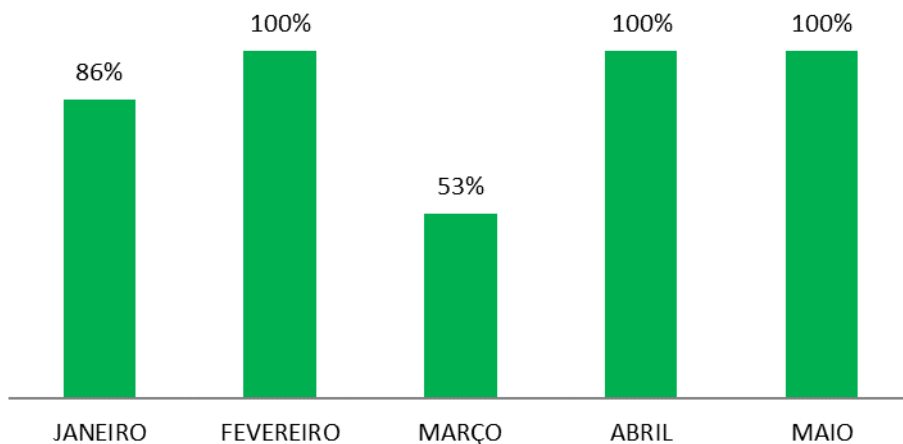
■ Índice de intervenções psicológicas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62 – Taxa de intervenções

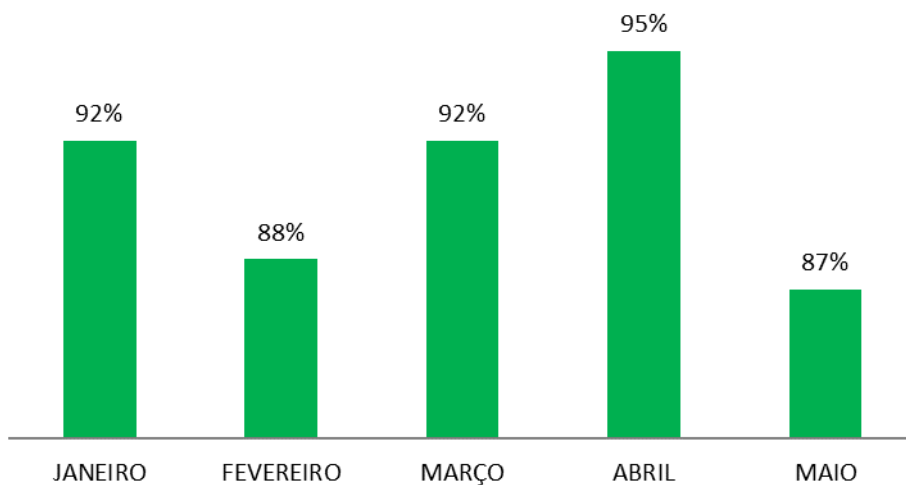
■ Taxa de intervenção em cuidados paliativos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

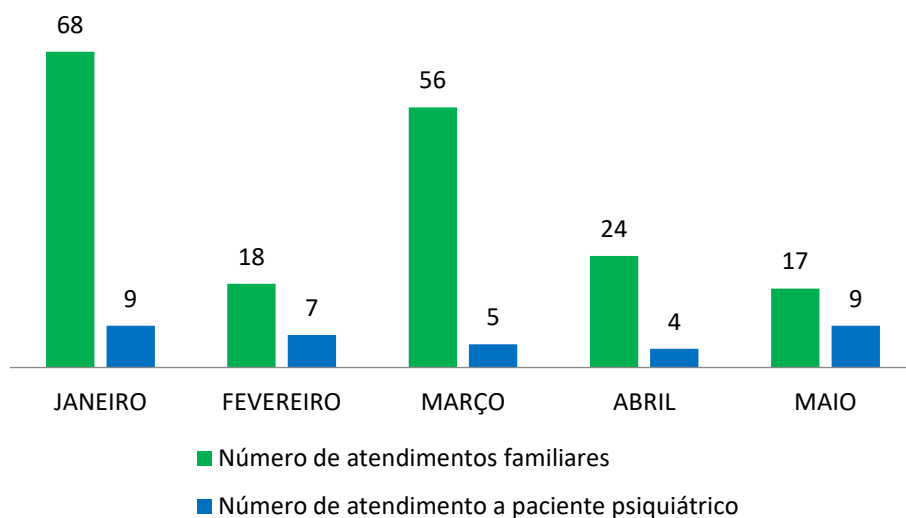
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica

■ Taxa de alta terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de atendimentos



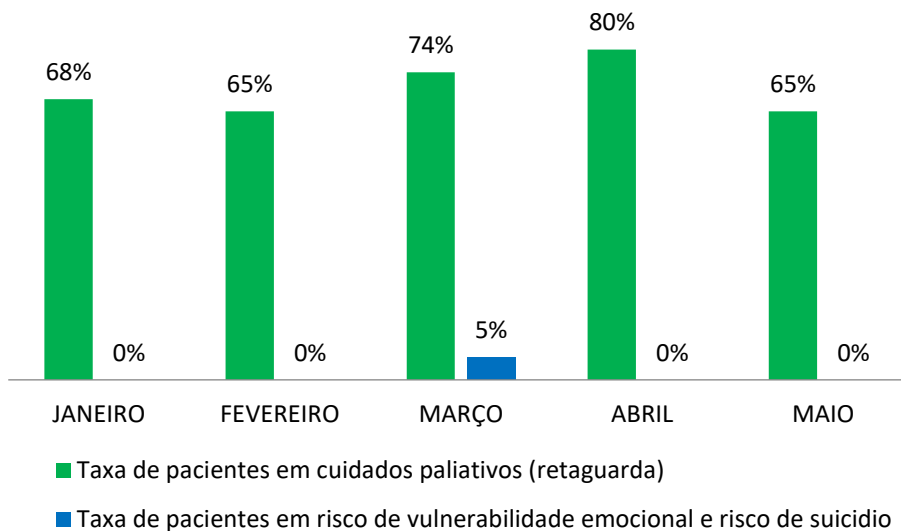
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de visitas de menor de 12 anos



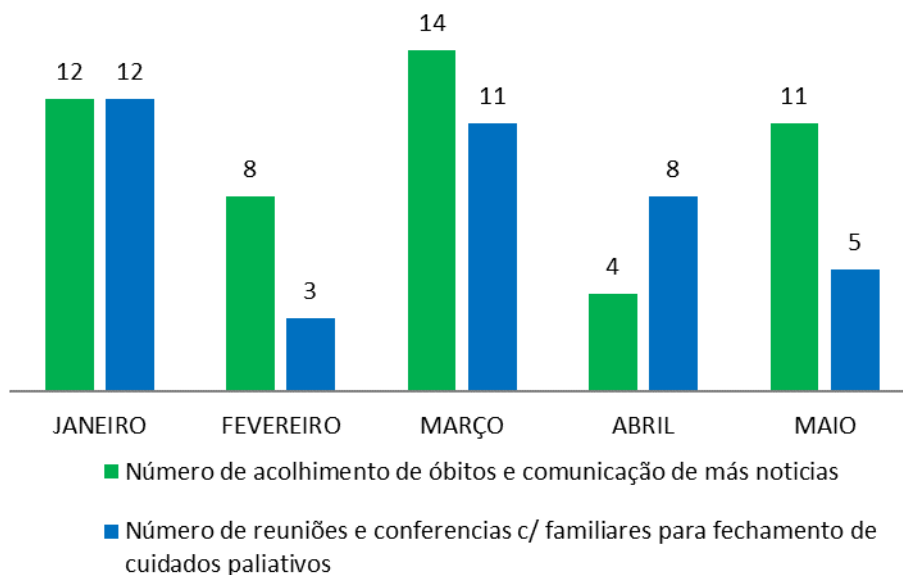
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	100%	98%	54%	50%	99%	88%
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%	6%	0%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%	95%	77%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%	34%	23%	36%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%	0%	6%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%	6%	6%

Número de atendimentos	M/R	87	116	77	111	90
Número de avaliações	M/R	89	40	103	119	80
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8	5	11
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3	26	34

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

Os indicadores de fonoaudiologia apresentaram desafios este mês, impactados por ausências na equipe:

Taxa de Avaliação Fonoaudiológica Inicial: Ficou em 88%. Esse número representa uma ligeira queda em relação ao esperado, refletindo as ausências que afetaram a continuidade dos atendimentos.

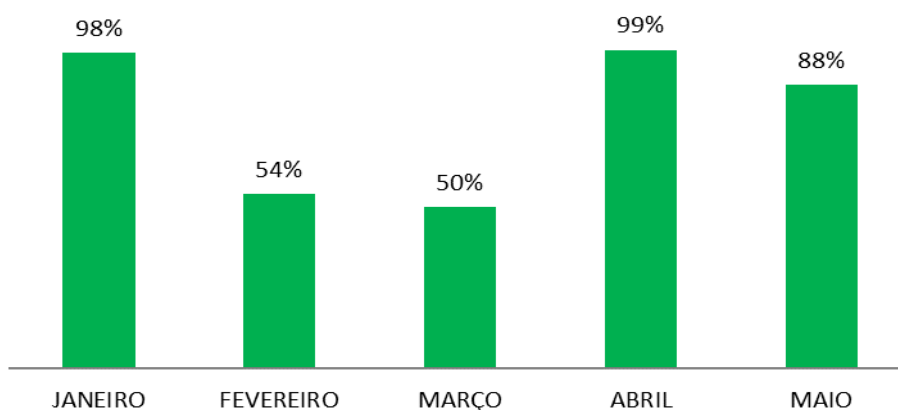
Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração: Alcançou 77%. A menor taxa foi influenciada pela indisponibilidade de pessoal, restringindo a capacidade de inserção de pacientes nesse protocolo.

As ausências temporárias da equipe foram um fator-chave para os resultados deste mês. É fundamental reforçar a estrutura de recursos humanos para mitigar essas lacunas e garantir continuidade e qualidade nos atendimentos.

Ação e acompanhamento: Reforço de Equipe - Já estamos em análise para a contratação temporária para melhorar o fluxo de trabalho e a assistência ao paciente, redistribuindo as tarefas para cobrir ausências e manter a continuidade dos serviços.

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial

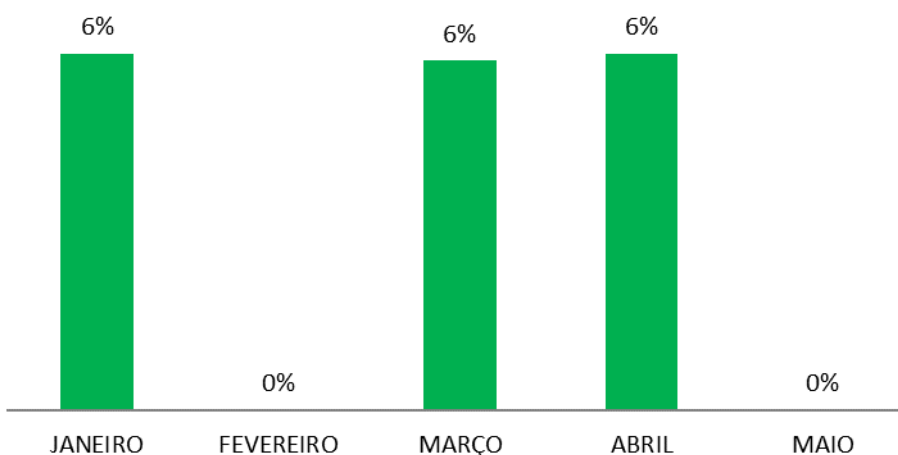
■ Taxa de avaliação fonodiológica inicial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de decanulados

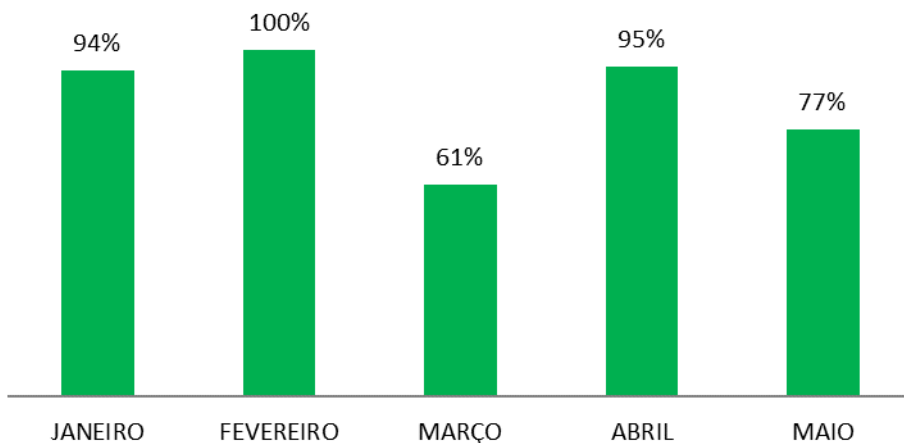
■ Taxa de decanulados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

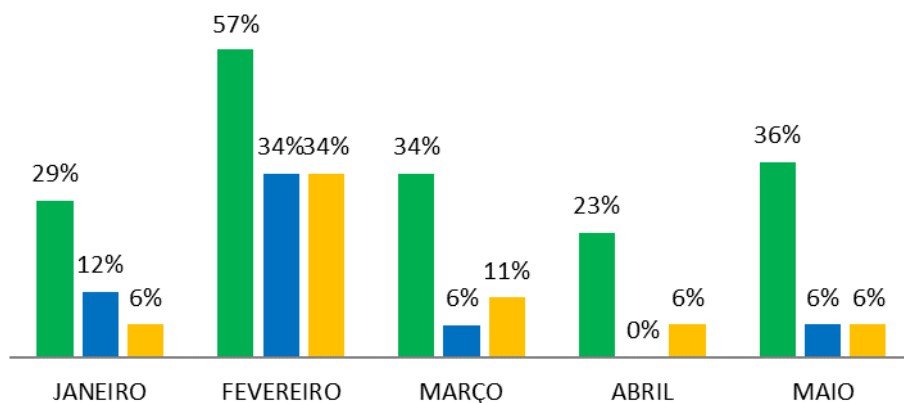
Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração

■ Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações



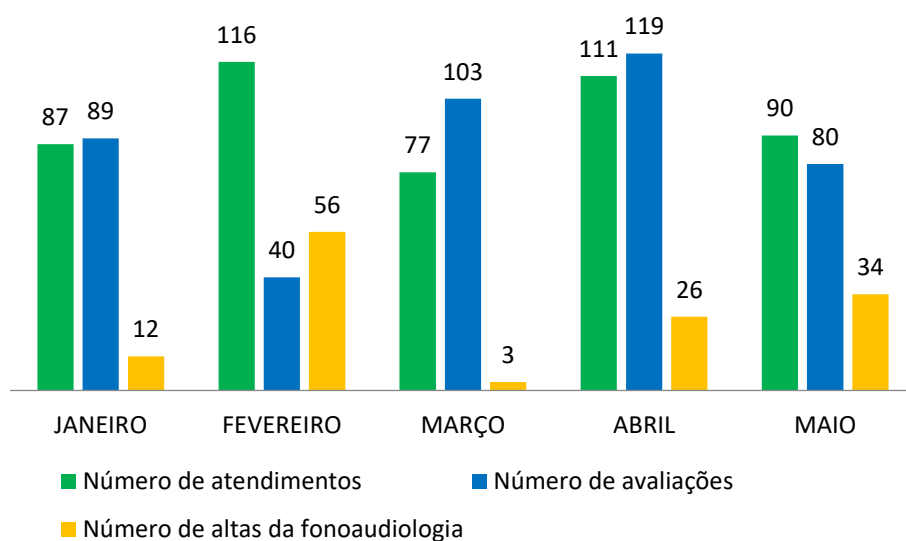
■ Taxa de pacientes com indicação de espessante

■ Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala

■ Taxa de pacientes realizado desmame de cuff

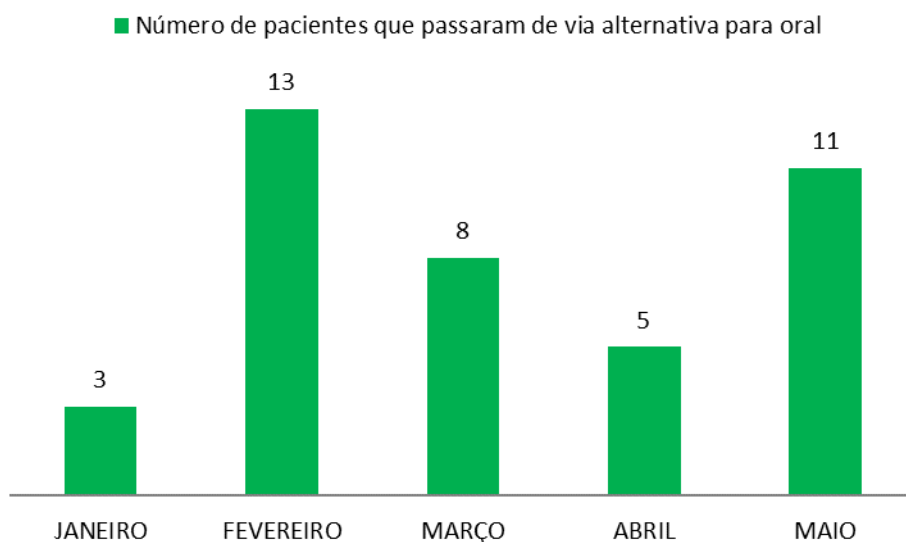
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

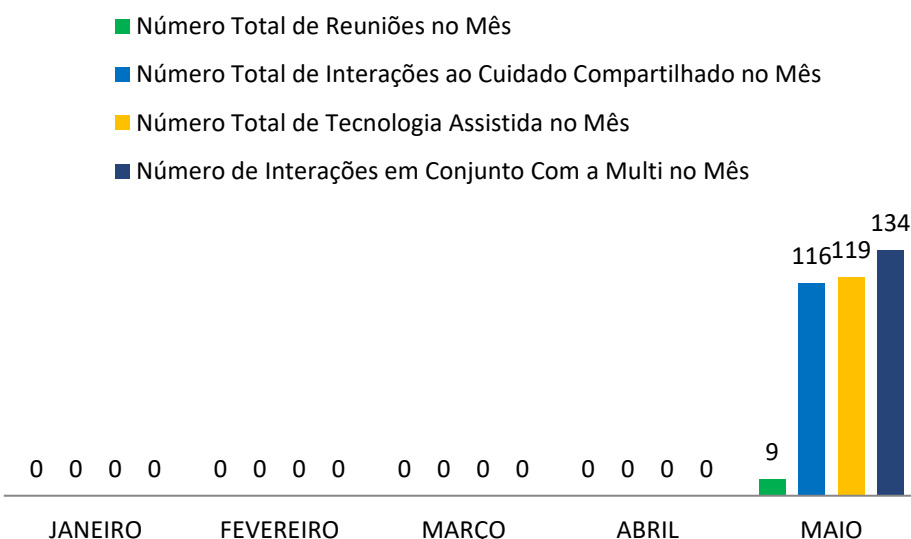
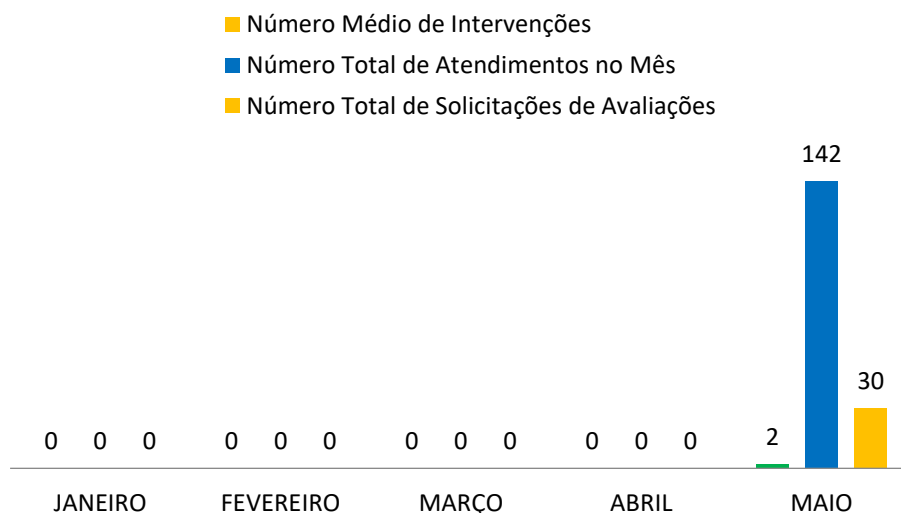
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	M/R	*	*	*	*	2
Taxa de melhora na independência funcional	M/R	*	*	*	*	0%
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	*	*	*	*	0%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – TERAPIA OCUPACIONAL

Indicadores não mensurados de janeiro a março pois não houve profissional disponível na unidade nesse período. Em abril, a colaboradora contratada ainda estava em treinamento e se adaptando ao ambiente hospitalar. Espera-se que, em junho, todos os indicadores necessários estejam disponíveis e refletindo a realidade dos atendimentos para a continuidade das melhorias no serviço.



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
Frequência de sessões de hipnoterapia	100%	7,36%	2,7%	4%	3%	3%
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8,2	6	2	3	3
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	6	4	7	7	3	2
Número de pacientes ozonioterapia	M/R	21	27	22	24	24

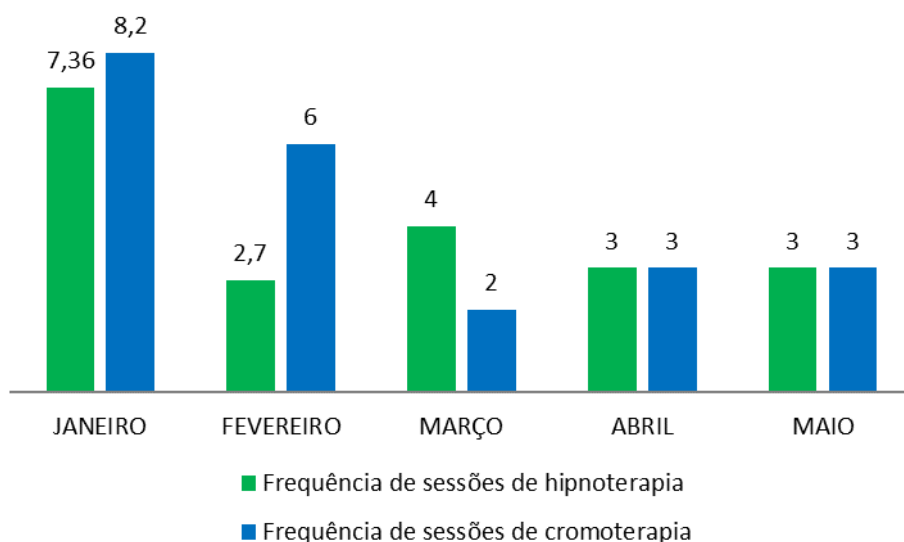
Número de atendimentos de ozonioterapia	M/R	100	109	96	101	94
Consumo de cilindro o ²	M/R	1	1	1	2	1,5

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - TERAPIAS ALTERNATIVAS

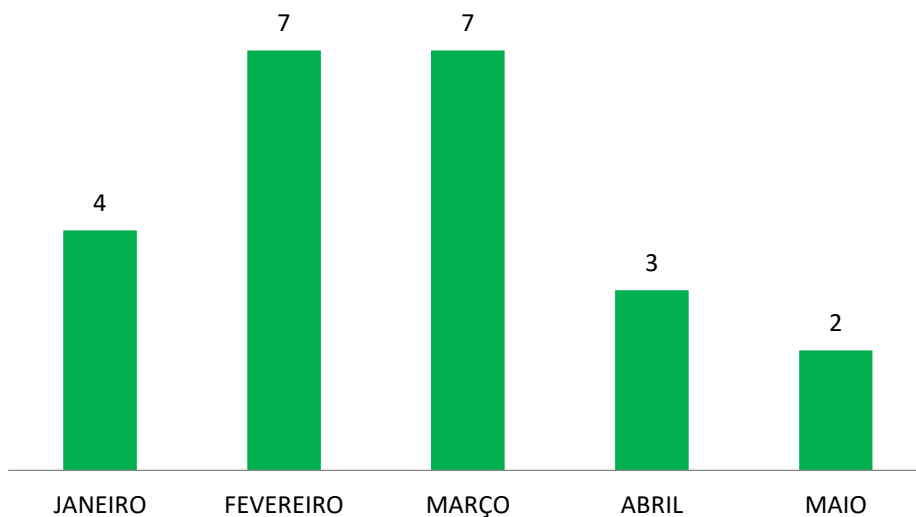
O não atingimento da meta se deve à alternância planejada entre as terapias integrativas oferecidas, como cromoterapia, hipnoterapia e aromaterapia, de acordo com a necessidade e o perfil dos pacientes. Em determinados períodos, a cromoterapia foi menos priorizada em favor da hipnoterapia, após um reforço feito com a colaboradora quanto à importância dessa prática. Além disso, a hipnoterapia também apresentou variações em sua frequência devido à inclusão de atendimentos em eventos internos voltados aos colaboradores, o que impactou a distribuição geral das sessões entre as terapias.

Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



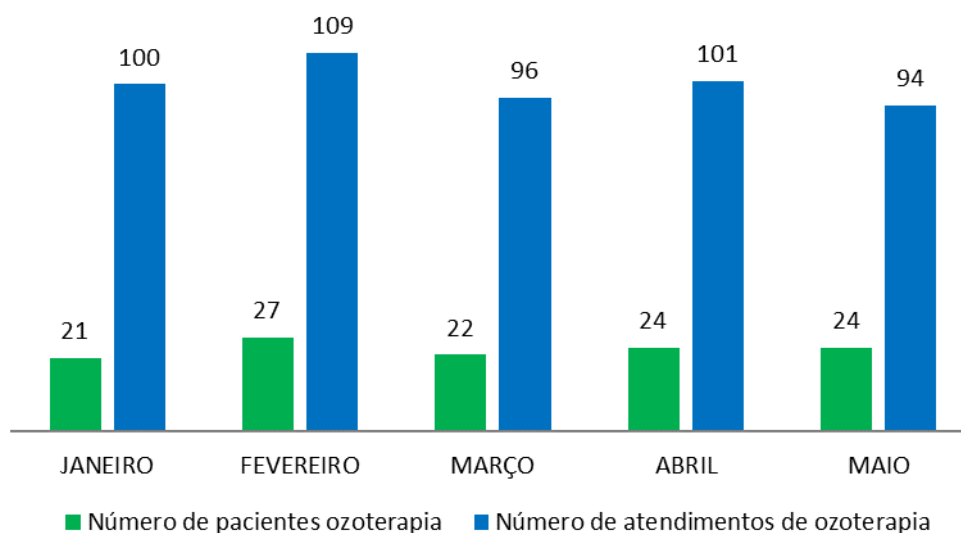
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



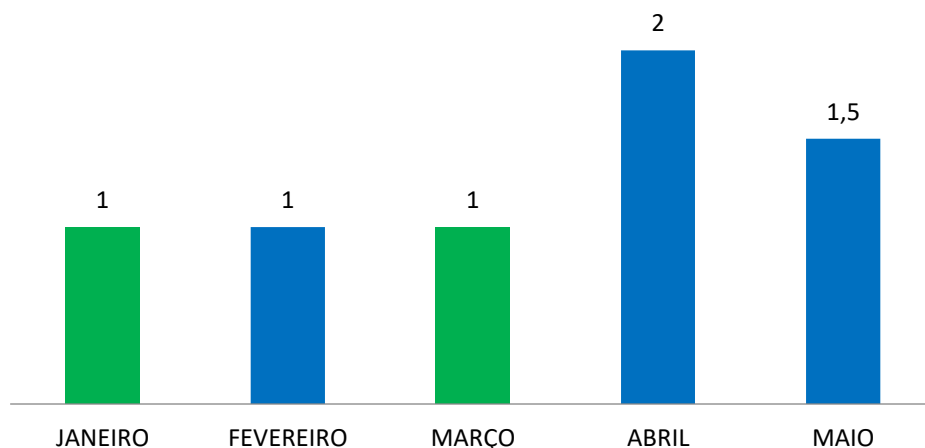
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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.

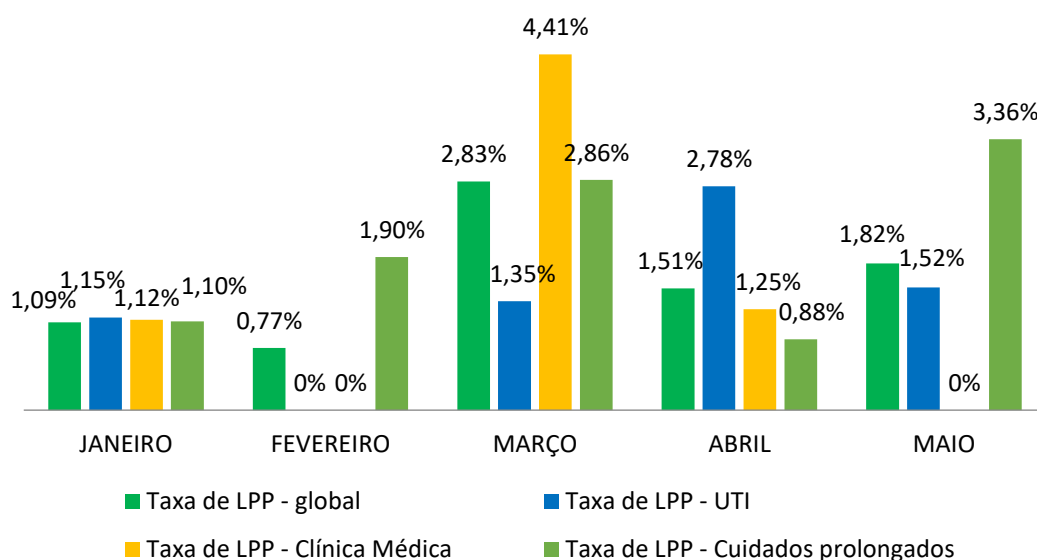
- **Apoio ao paciente com estomas** (como colostomias, ileostomias e urostomias), oferecendo cuidados e orientações sobre o uso correto dos dispositivos.
- **Prevenção e tratamento de lesões de pele** associadas a estomas, como irritações ou escoriações.
- **Cuidados com feridas** (agudas ou crônicas), 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
Taxa de LPP - global	15%	1,09%	0,77%	2,83%	1,51%	1,82%
Taxa de LPP - UTI	5%	1,10%	0%	1%	2,78%	1,52%
Taxa de LPP - Clínica Médica	5%	1,12%	0%	4%	1,25%	0%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	5%	1,10%	1,90%	2,86%	0,88%	3,36%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%	27,92%	20,97%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%	98%	98,71%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74	74	69
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14	19	9
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7	4	6

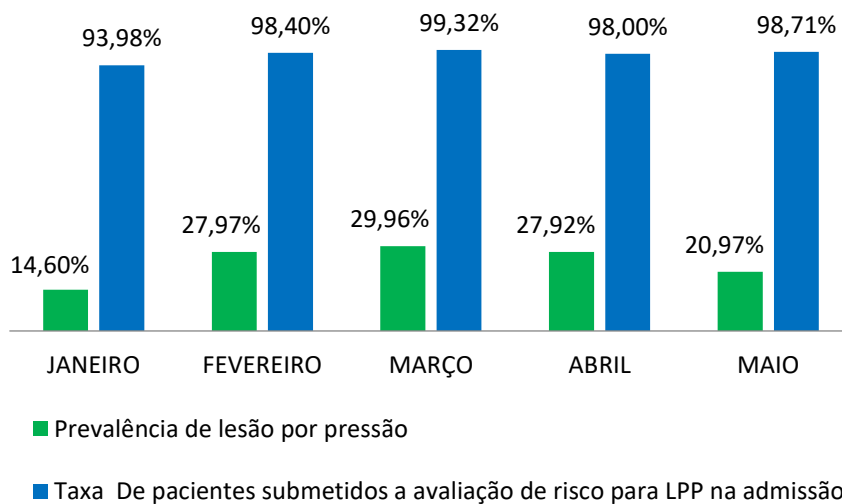
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão



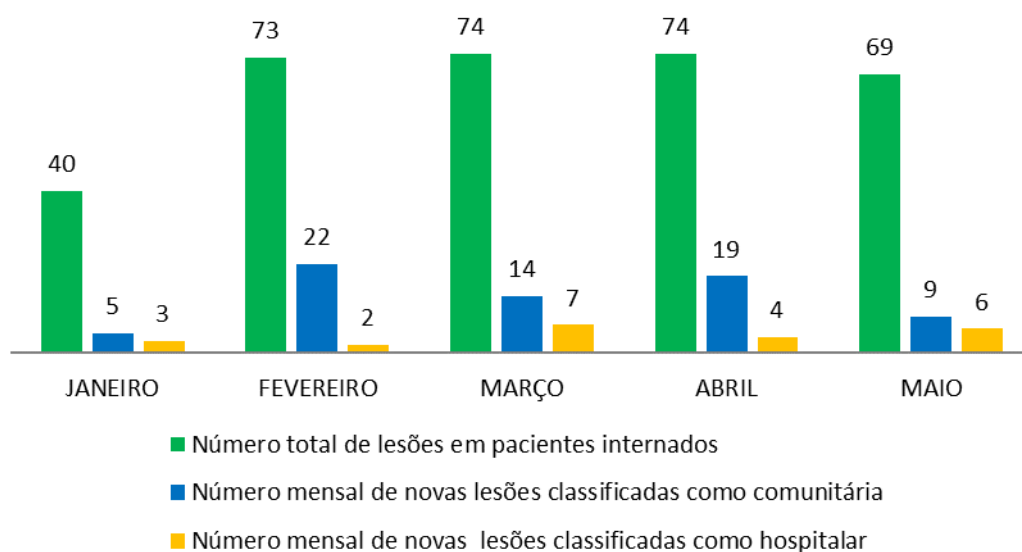
Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

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
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%	75%	70%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%	75%	62%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%	23%	28%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187	208	128
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143	147	90
Circunstância notificável	M/R	115	236	101	113	38
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13	26	29
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44	45	34
Incidente sem dano	M/R	23	26	10	12	18
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24	34	12
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46	69	23
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28	26	23
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7	3	3
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44	46	40

Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4	7	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5	10	8

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%	88%	91%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%	71%	72%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%	43%	27%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32	35	33
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32	31	30
Circunstância notificável	M/R	82	125	12	13	7
Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3	3	12
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14	15	9
Incidente sem dano	M/R	10	5	3	4	5
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5	2	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2	8	7
Meta 3 - segurança na	M/R	13	2	8	6	9

administração do medicamento						
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3	2	2
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12	15	13
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1	2	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	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
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%	77%	81%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%	79%	63%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%	12%	29%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49	52	21
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43	40	17
Circunstância notificável	M/R	5	49	40	35	5
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2	8	7
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6	6	6
Incidente sem dano	M/R	5	2	1	3	3

Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18	30	4
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17	7	2
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3	5	5
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8	9	6
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0	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
Taxa de nc tratada total	>85%	77%	80%	82%	44%	78%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%	61%	63%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%	44%	67%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11	16	9

Número de não conformidades tratadas	M/R	10	24	9	7	7
Circunstância notificável	M/R	1	17	5	3	0
Near miss (quase erro)	M/R	1	2	1	4	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	7	11	5	7	6
Incidente sem dano	M/R	4	0	0	2	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	2	1	1	1	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	14	1	4	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	2	3	2	1	1
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	8	6	9	6
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	0	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	2	0	1	2

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	95%	93%	73%	90%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%	95%	90%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%	0%	0%

Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%	27%	43%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12	12	12
Número de não conformidades registradas	M/R	11	42	27	37	21
Número de não conformidades tratadas	M/R	11	40	25	27	19
Circunstância notificável	M/R	4	8	9	25	2
Near miss (quase erro)	M/R	0	6	3	2	3
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	6	14	10	10	9
Incidente sem dano	M/R	1	13	5	0	7
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	0	1	1
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	2	7	6	16	1
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	3	5	3	5	4
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	1	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	2	19	9	7	9
Meta 6 - risco de queda	M/R	1	4	2	2	3
Meta 6 - risco de lpp	M/R	3	5	4	6	3

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
Taxa de nc tratata total	>85%	100%	100%	71%	100%	0%

Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	100%	100%	68%	100%	0%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	6%	100%	29%	7%	0%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	16	1	7	15	0
Número de não conformidades tratadas	M/R	16	1	5	15	0
Circunstância notificável	M/R	11	0	3	12	0
Near miss (quase erro)	M/R	4	0	1	2	0
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	1	1	2	1	0
Incidente sem dano	M/R	0	0	1	0	0
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	0	0	1	0
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	10	0	0	6	0
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	1	0	4	6	0
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	0	0	0	0
Meta 5 - risco de infecção	M/R	5	2	2	2	0
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	1	1	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

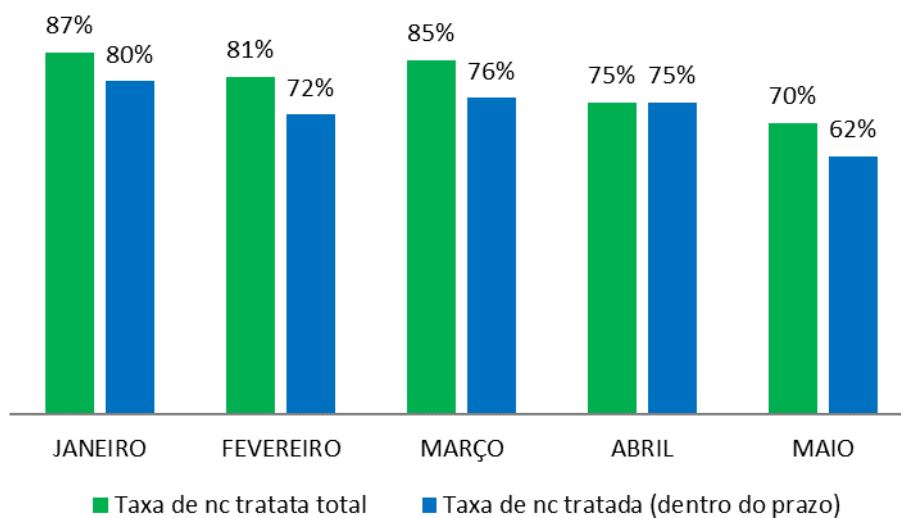
As taxas de Não Conformidades (NCs) tratadas dentro do prazo e o total de NCs tratadas ficaram abaixo da meta no período. Identificou-se um número expressivo de respostas sem evidências anexadas, o que inviabilizou a validação e impactou negativamente os indicadores. As lideranças foram acionadas para envio das evidências pendentes, o que resultou em leve melhora, ainda insuficiente para alcançar a meta. Como plano de ação, foram iniciados envios semanais de e-mails de cobrança, além do reforço sobre a priorização do tema nas reuniões mensais da comissão. Reiteramos que o tratamento efetivo das NCs é fundamental para a melhoria contínua e para a segurança do paciente.

Referente aos eventos adversos registrados no mês de maio, é importante destacar que o aumento nos números pode estar parcialmente relacionado a uma maior adesão à notificação por parte das equipes. Esse movimento, embora eleve os registros, também representa um avanço na cultura de segurança e na transparência institucional, permitindo maior visibilidade dos pontos que necessitam de atenção e melhoria.

A maioria dos eventos esteve relacionada à Meta 5 (higienização das mãos), o que já havia sido sinalizado por auditorias e por Não Conformidades previamente identificadas. Também foram observadas ocorrências vinculadas à Meta 3 (uso seguro de medicamentos). Como plano de ação, estão sendo organizadas iniciativas conjuntas com a Gerência de Enfermagem, SCIH, NSP e equipes multidisciplinar e médica, com foco em fortalecer a conscientização sobre a higienização das mãos. Em relação à Meta 3, destacamos a implementação dos carrinhos de medicação e a padronização do Manual de Diluição como medidas complementares.

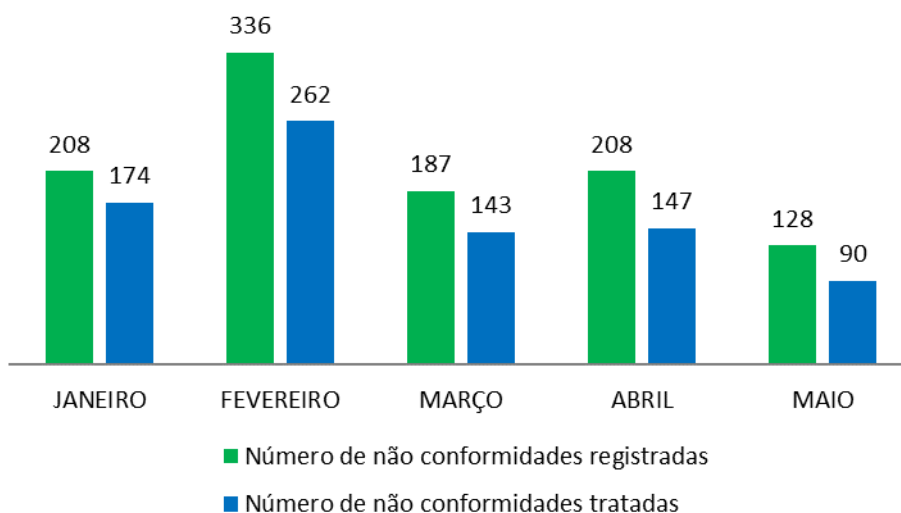
Seguimos oferecendo suporte contínuo às equipes, com foco na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente.

Gráfico 81 – Taxa de não conformidades



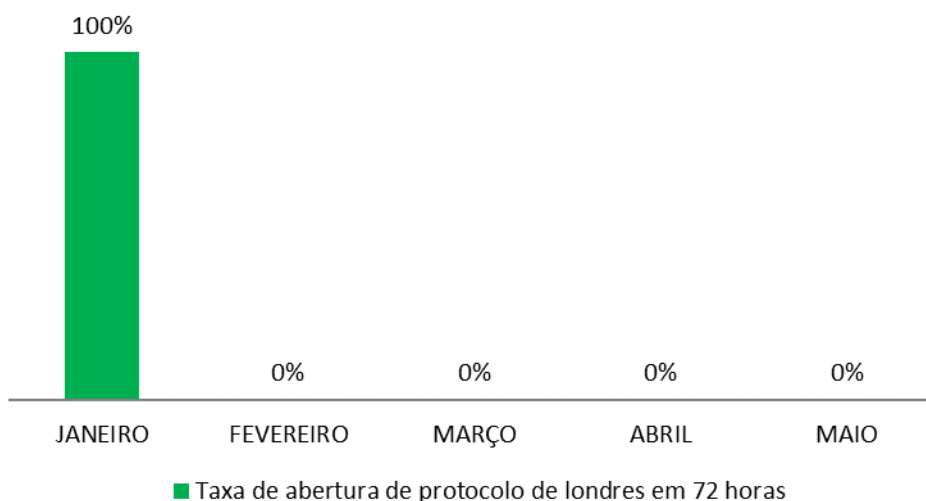
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 82 – Número de não conformidades



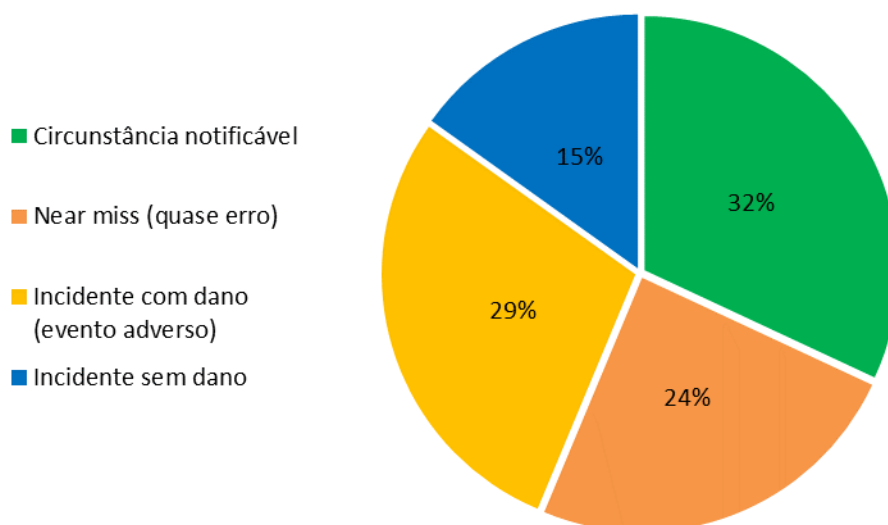
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



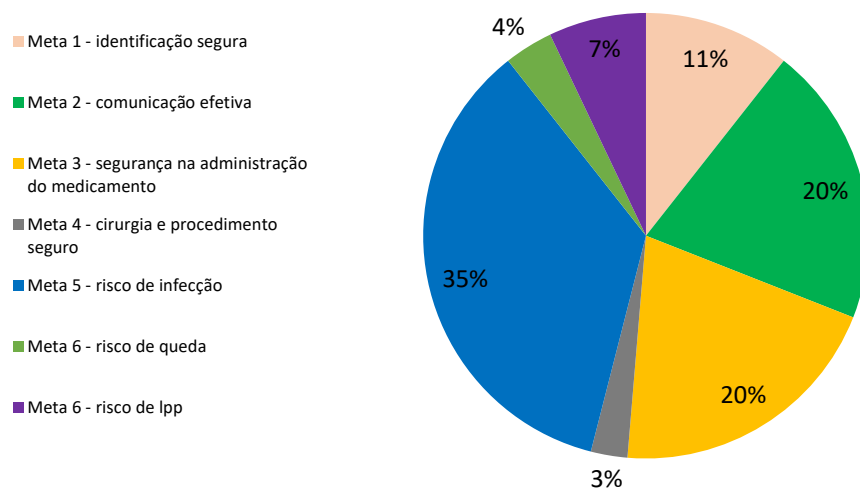
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades



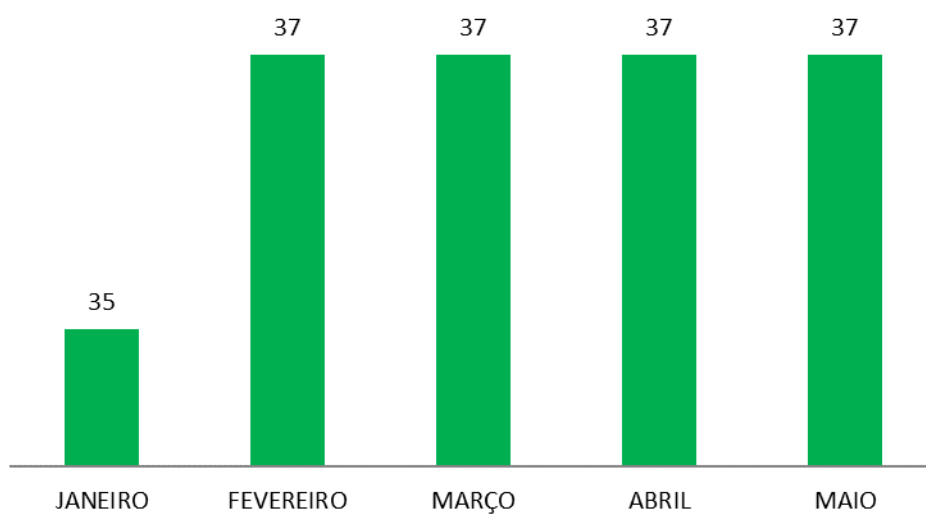
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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
Número total de iras	4,5	8	6	12	8	6
Taxa de infecção hospitalar	7%	4,82%	4.80%	3%	5,0%	3,95%
Densidade incidência de iras	2%	1,6%	1.30%	4,69%	1,61%	1,17%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,05%	13,16%	7.02%	2,37%	4,42%	2,6%
Densidade incidência pav	2,78%	7,41%	0%	7,55%	6,99%	0%
Densidade incidência itu	1,04%	0%	4,85%	0%	0%	5,56%

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
Número total de iras	1,5	5	5	7	4	0
Densidade incidência de iras	1,04%	3,57%	3.75%	4,61%	2,72%	0%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	4,95%	15,15%	9.07%	7,68%	7,68%	0%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22.11 ml	35,18 ml	22,3 ml	25 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
Número total de iras	2,25	0	0	1	2	1
Densidade incidência de iras	4,18%	6,69%	0%	3,30%	6,69%	3%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	18,18%	0%	12,50%	0%	6%
Densidade incidência pav	8,06%	36,26%	0%	0%	22,22%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	10,37%	11.76%	5,61%	14,38%	19%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	18,39%	34.12%	26,40%	39,62%	48%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	15,72%	23.92%	10,56%	15,65%	19%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	53,33%	88.2%	88,24%	93,33%	80%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	100%	100%	97,50%	69,35%	69%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67.63 ml	76.14 ml	44,16 ml	53,1ml	52,55 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
Número total de iras	2,25	0	0	2	0	1
Densidade incidência de iras	4,18%	0%	0%	9,43%	0%	5,18%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	6,89%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência pav	8,06%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência itu	1,06%	0%	0%	74,07%	0%	71,43%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	M/R	1,52%	0%	7,08%	0%	0,52%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	M/R	14,21%	3,68%	13,21%	0%	3,63%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	M/R	12,18%	15,34%	12,74%	0%	7,25%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	100%	100%	50%	50%	100%	100%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	100%	91,07%	100%	80,36%	70%	50%

Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	26.50 ml	40.61 ml	4,91 ml	28,08 ml	69,02 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
Número total de iras	0	1	1	2	2	4
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%	0,68%	1%

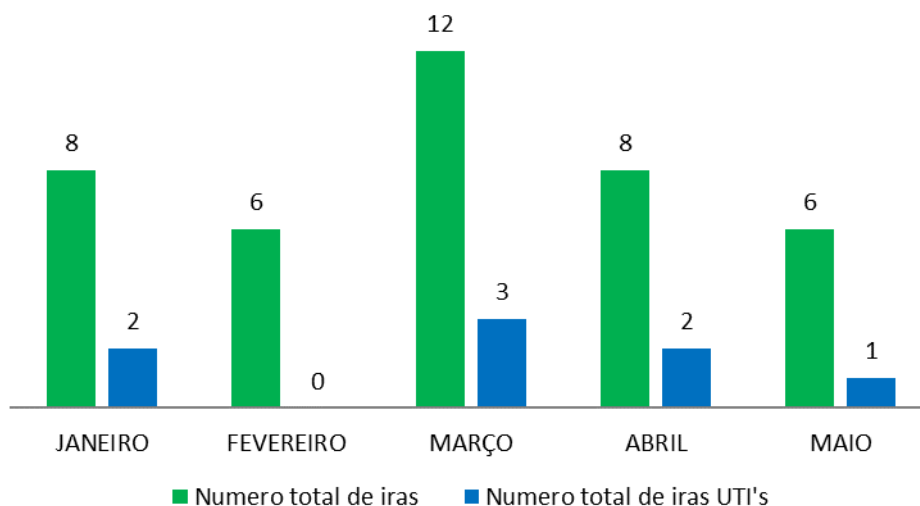
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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

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

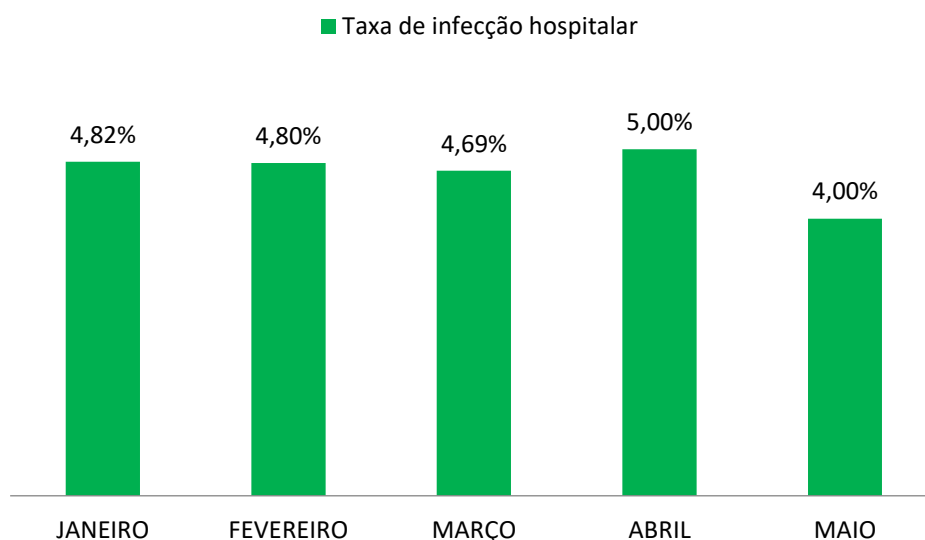
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP

Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



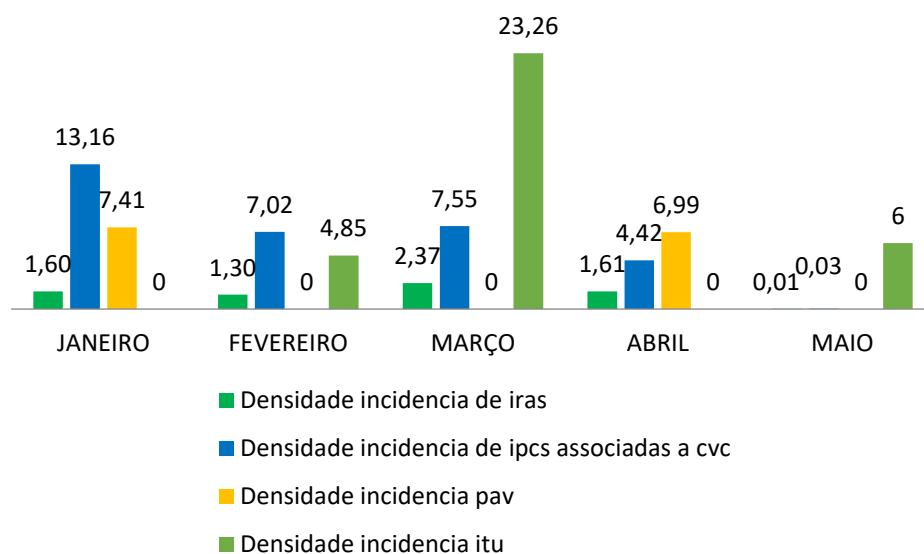
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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.

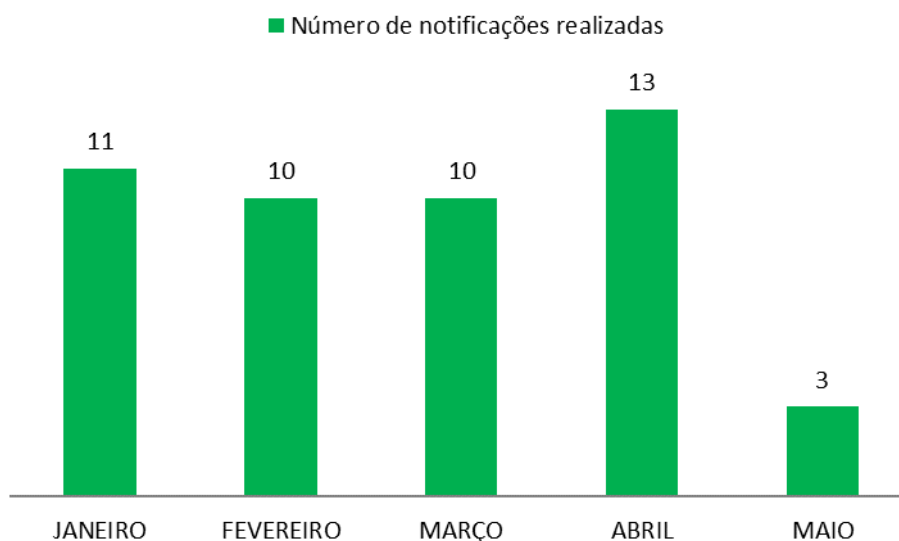
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Número de notificações realizadas	M/R	11	10	10	13	3
Quantidade de paciente com covid-proveniente do hmg	M/R	8	2	1	2	0
Quantidade de paciente com	M/R	0	2	6	3	0

dengue-proveniente do hmg						
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	6,06%	3,57%	8,33%	0%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0	1	0
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2	2	2
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1	0	0
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0	1	0

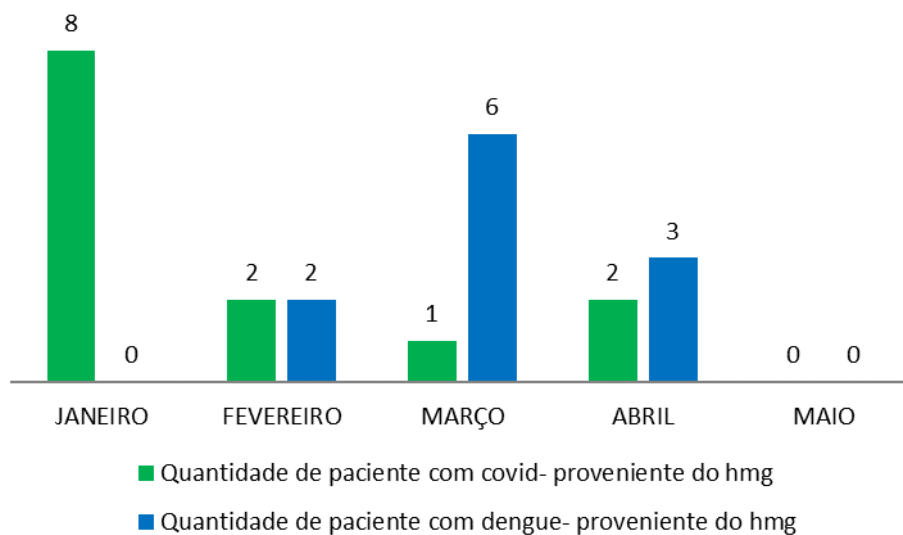
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 90 – Número de notificações realizadas



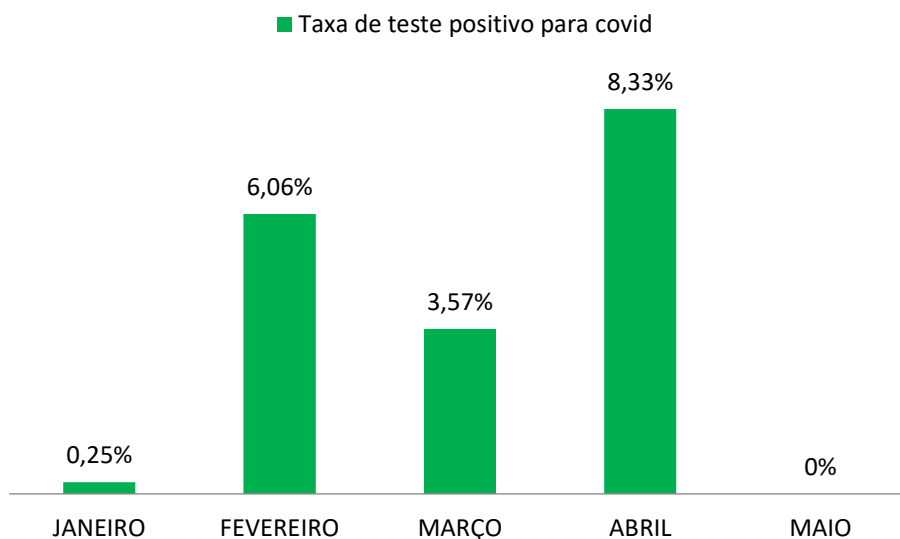
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



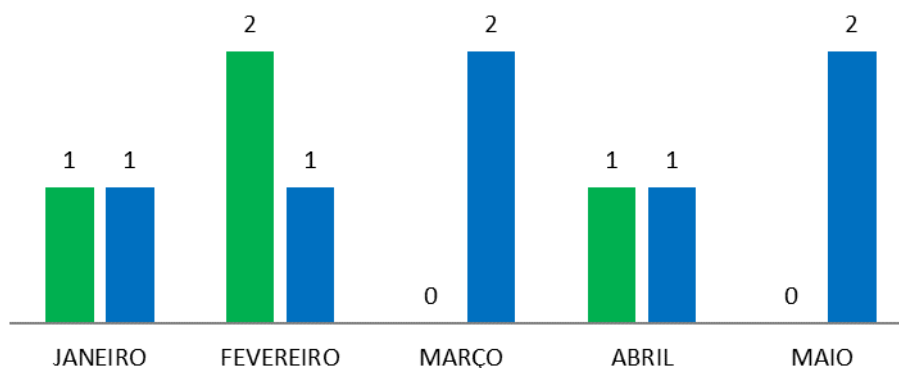
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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

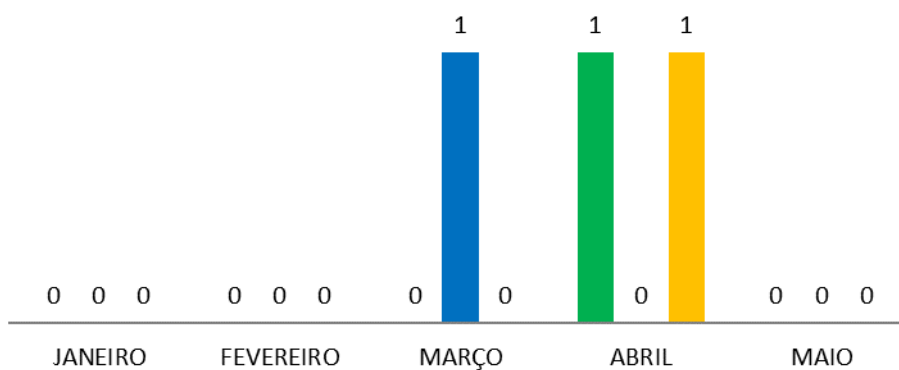


■ Número de casos de tuberculose notificados no hmg

■ Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem

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

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



■ Número de casos de sífilis notificados no hmg

■ Número de casos de hepatites notificados no hmg

■ Número de casos de hiv/aids notificados no hmg

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

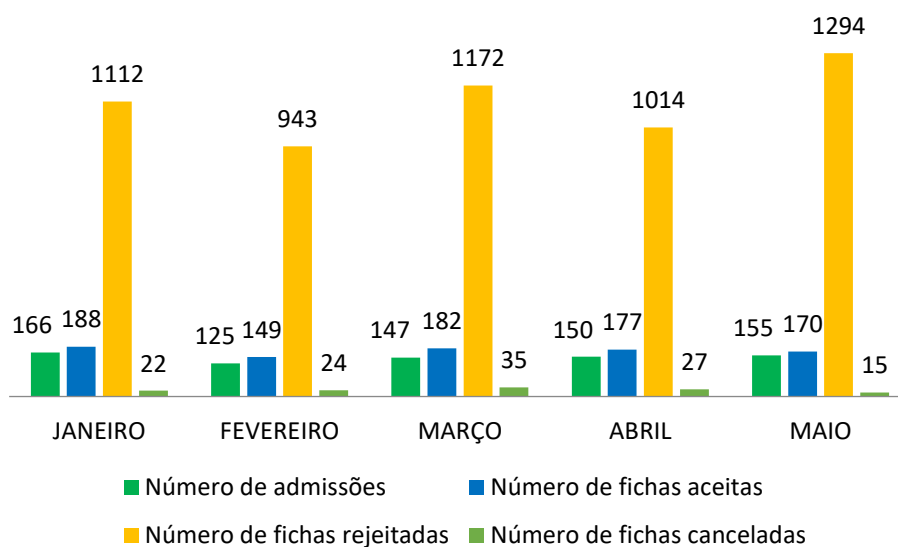
realização de cateter						
Número de admissões	M/R	166	125	147	150	155
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182	177	170
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172	1014	1294
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35	27	15
Número de transferências externas	M/R	20	22	11	25	13
Número de avaliações externas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

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

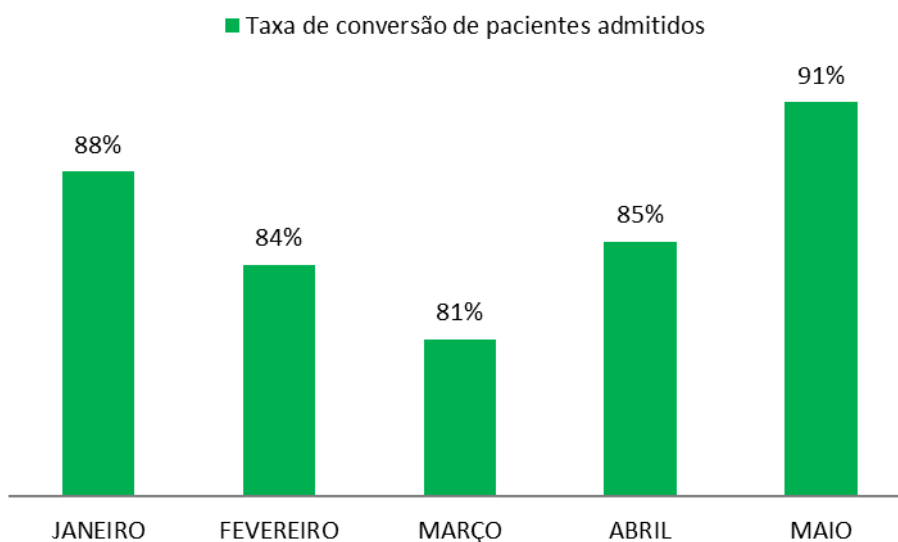
Em maio de 2025, o Núcleo Interno de Regulação do Hospital Municipal Guarapiranga recebeu orientações sobre os requisitos necessários para a realização de agendamentos de ambulâncias avulsas.

Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS



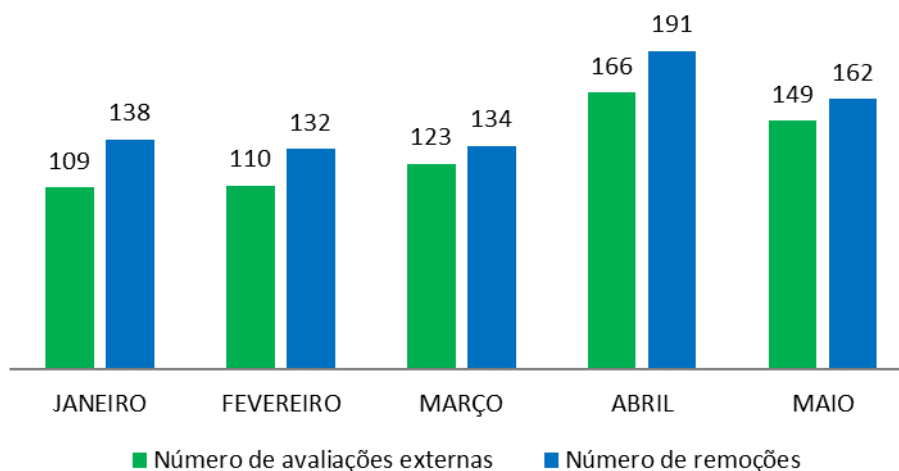
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos



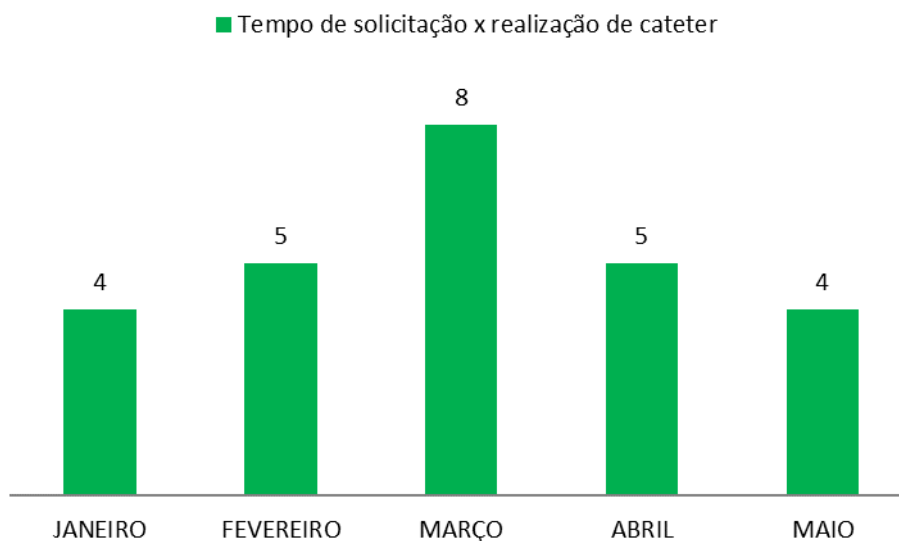
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 97 – Serviço de Remoções



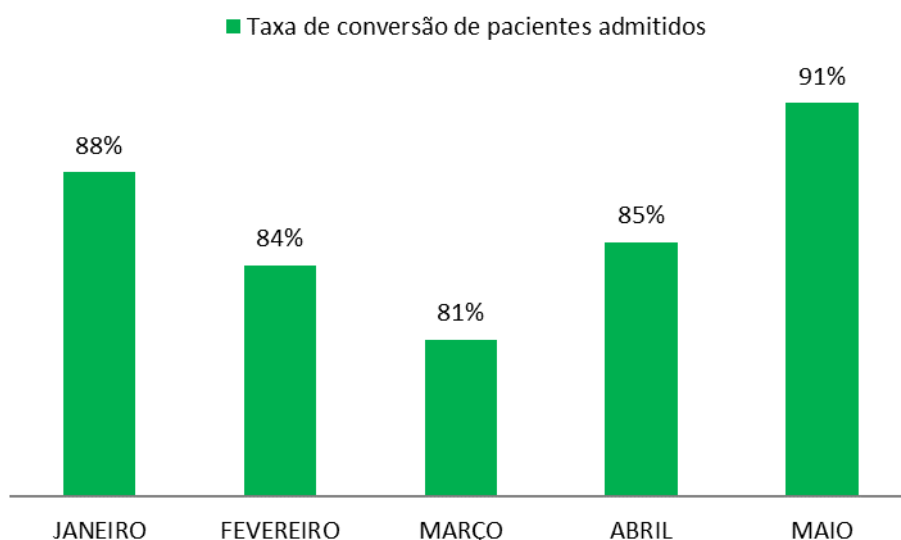
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



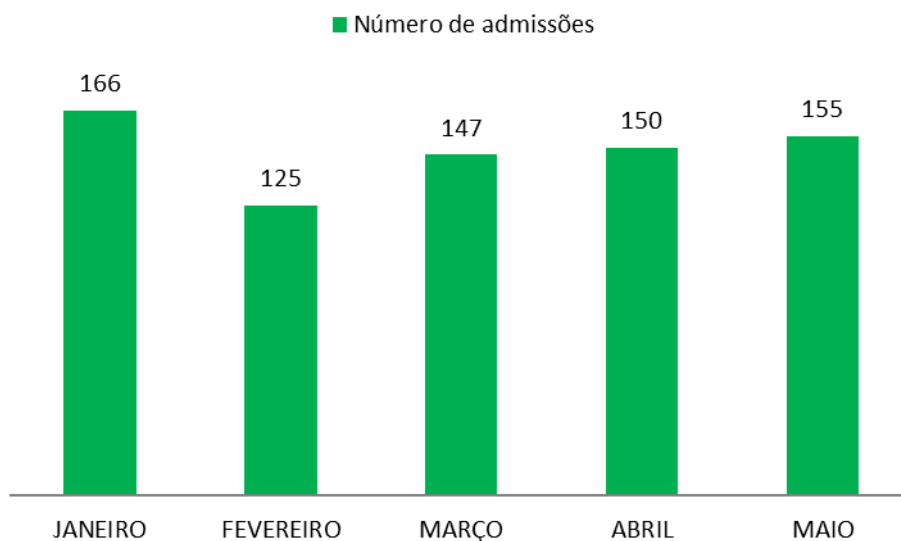
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%	73%	80%
Taxa de avaliação do pós teste*	50%	0%	0%	0%	0%	88%
Número de treinamentos	20	16	20	47	18	12
Número total de participações	624	755	967	2399	835	516
Número de horas realizadas de treinamento	50	450	782	2349	872	444,32
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38	1,04	1,26

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

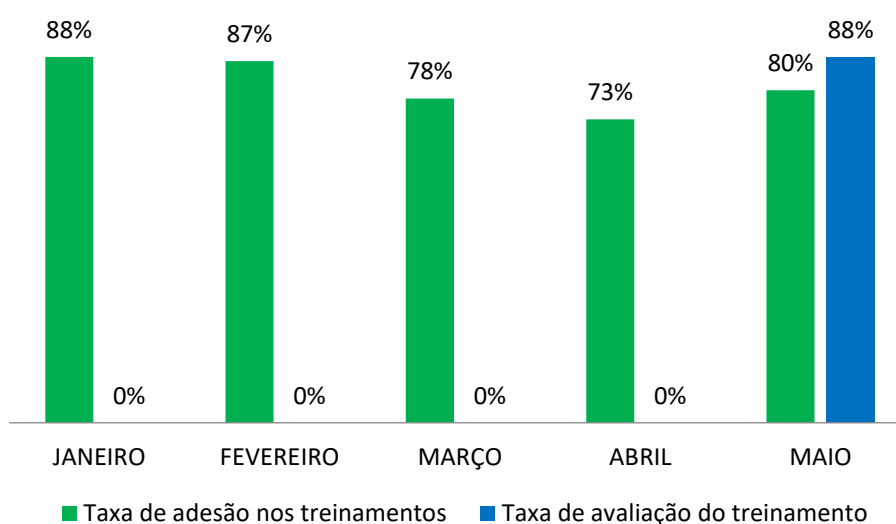
Tabela 66 – Tabela De Estágios do NEP

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
	NUTRIÇÃO	UNIP	1	4	1

ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

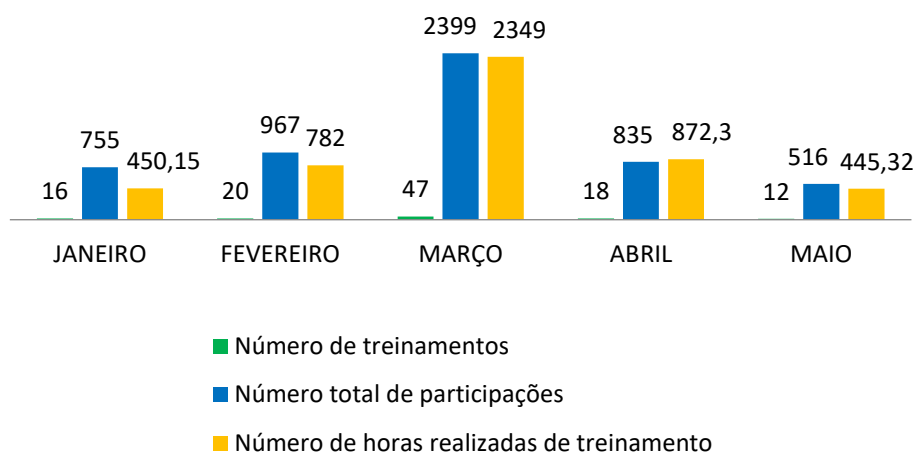
Foi realizada a análise das ações de capacitação elegíveis ao PAV, contemplando pós treinamento, com pré e pós teste realizado. A avaliação de eficácia ainda está em análise.

Gráfico 101 – Taxa de treinamentos



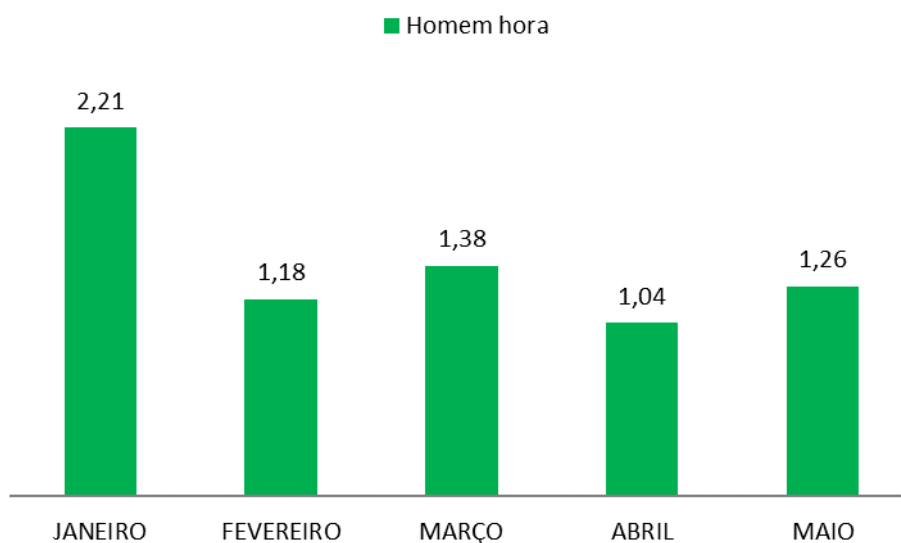
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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

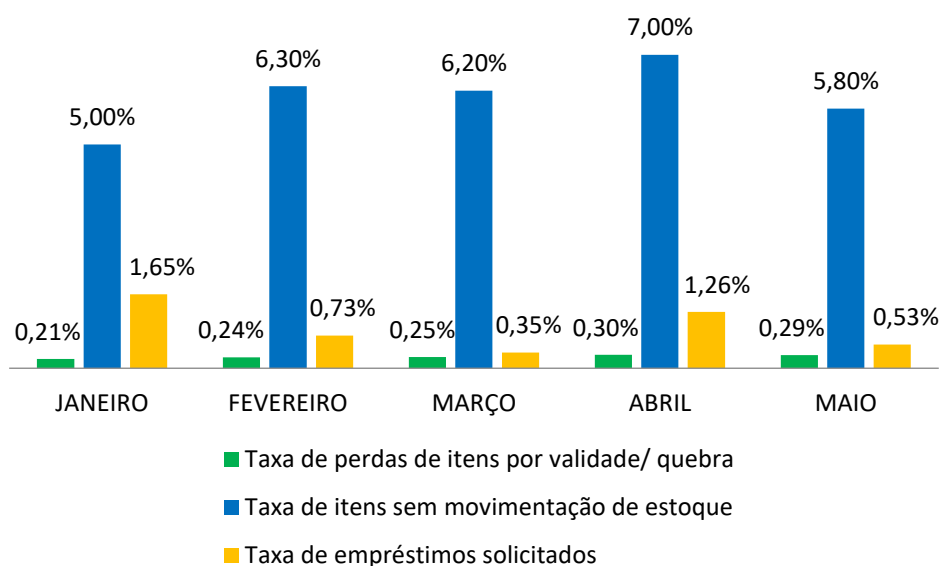
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%	0,30%	0,29%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 1,5%	5%	6,3%	6,20%	7%	5,80%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%	1,26%	0,53%
Intervenções farmacêuticas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

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

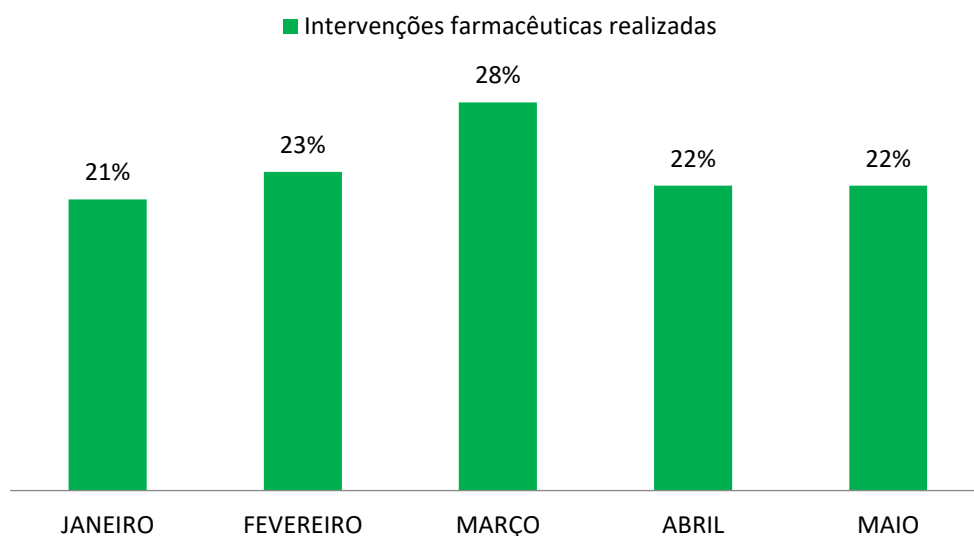
Indicador taxa de empréstimos solicitados: itens sem cotação pelo fornecedor e/ou entrega em atraso e aumento de consumo de determinados produtos, necessitando da realização de empréstimos com unidades parceiras.

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



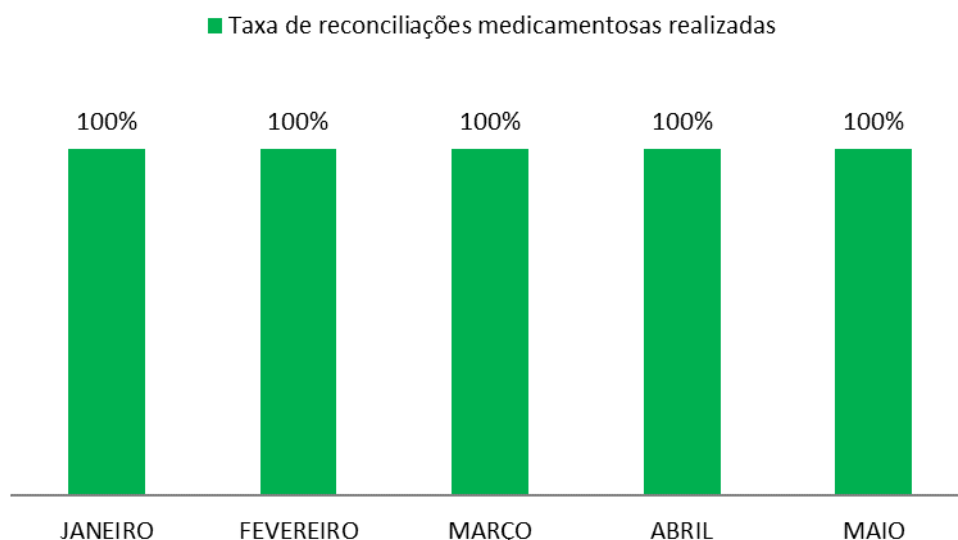
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



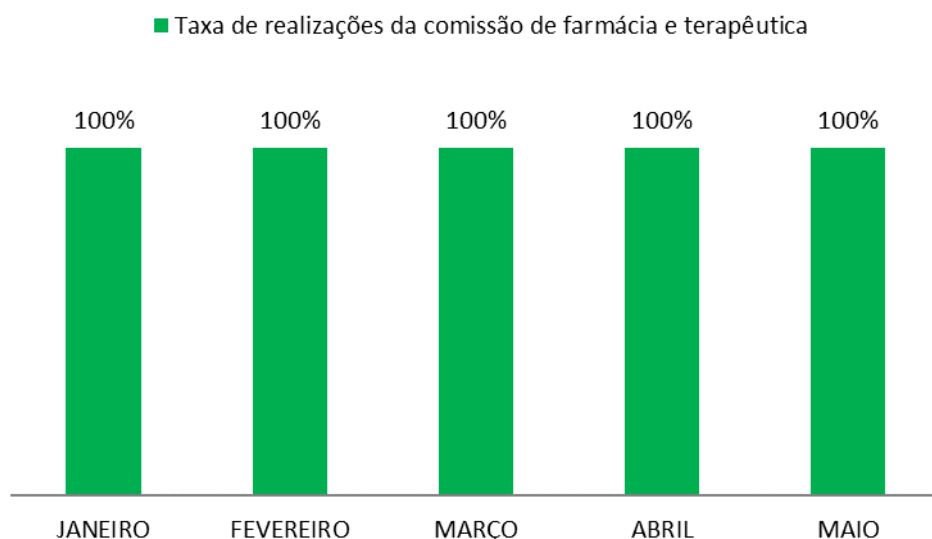
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

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:

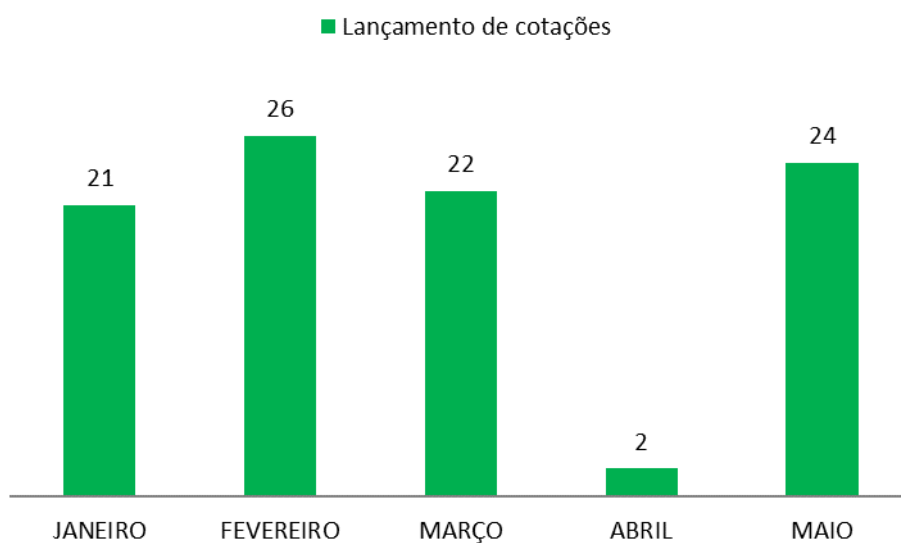
- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 68 – Indicadores de Compras

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

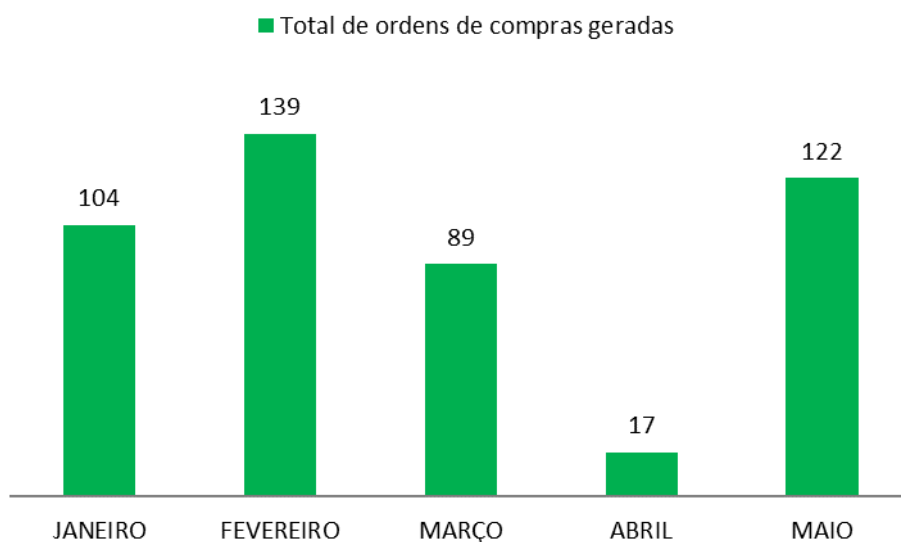
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 108 – Lançamentos de cotações



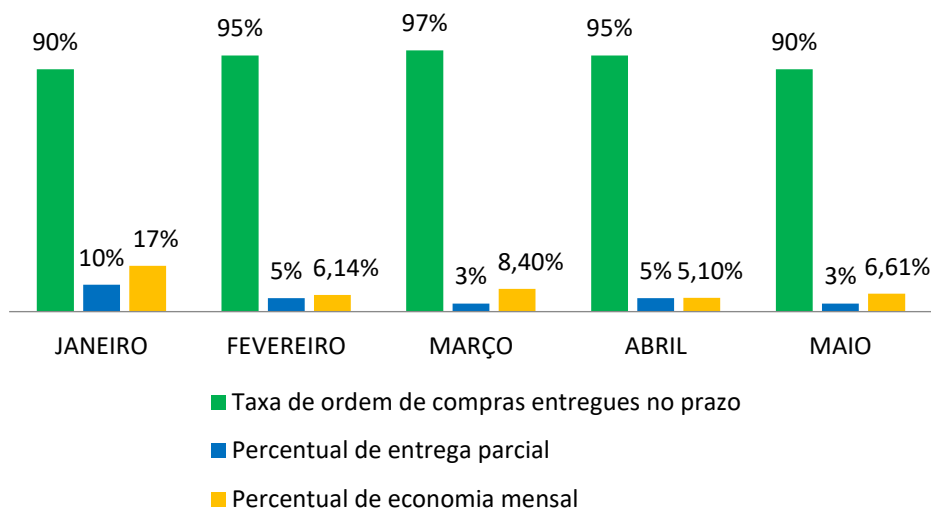
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 110 – Número de compras emergenciais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.7. INFRAESTRUTURA

A infraestrutura hospitalar não se limita apenas aos edifícios e equipamentos físicos, mas também engloba sistemas de tecnologia da

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

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

Tabela 69 – Indicadores de Engenharia Clínica

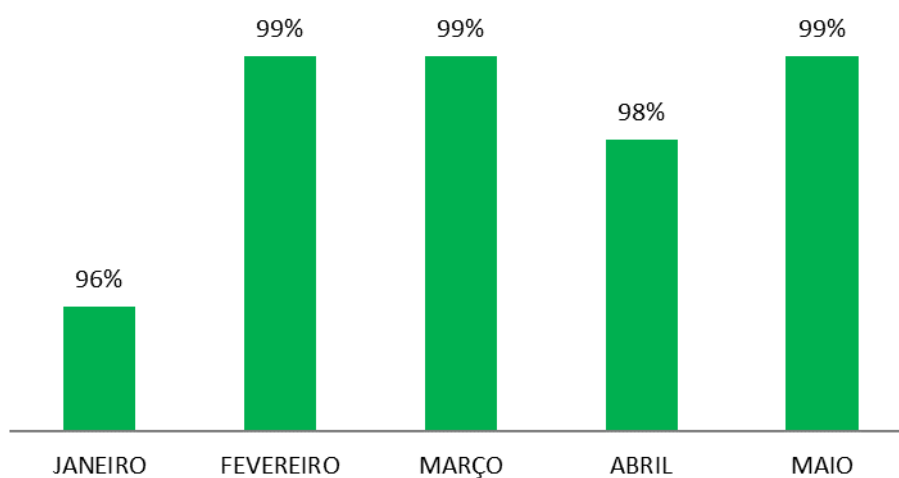
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	99%	99%	98%	99%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51	07:58	10:51
Reincidência de manutenção corretiva	<15%	9%	11%	10%	13%	14%
Taxa de disponibilidade do equipamento	>80	99%	99%	99%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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

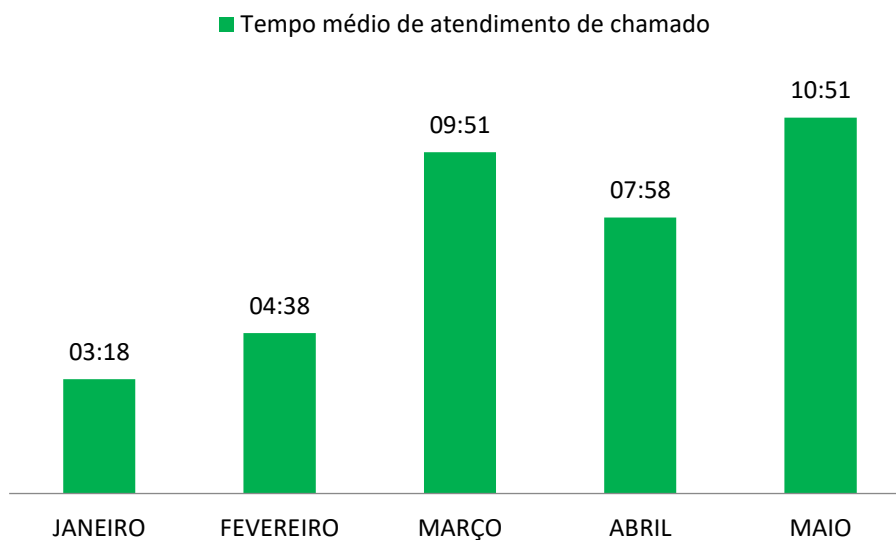
Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados

■ Taxa de ordem de serviços finalizadas



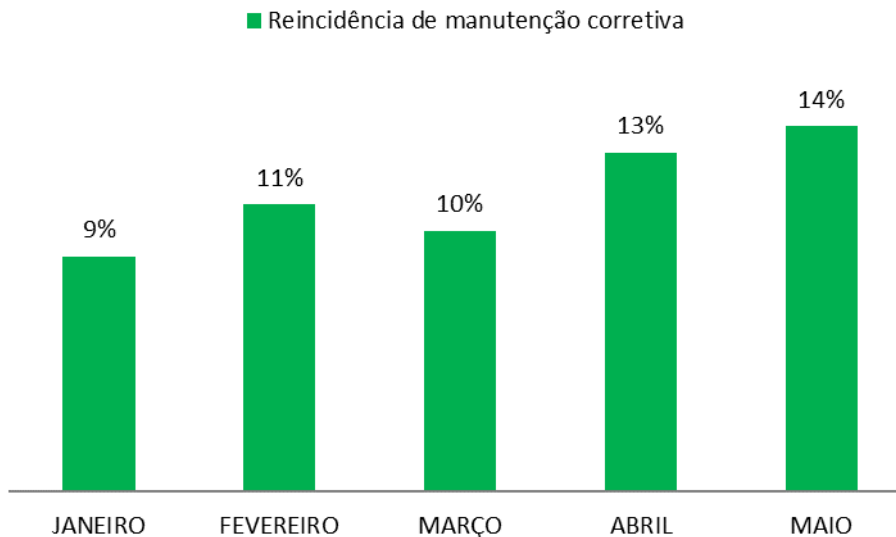
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

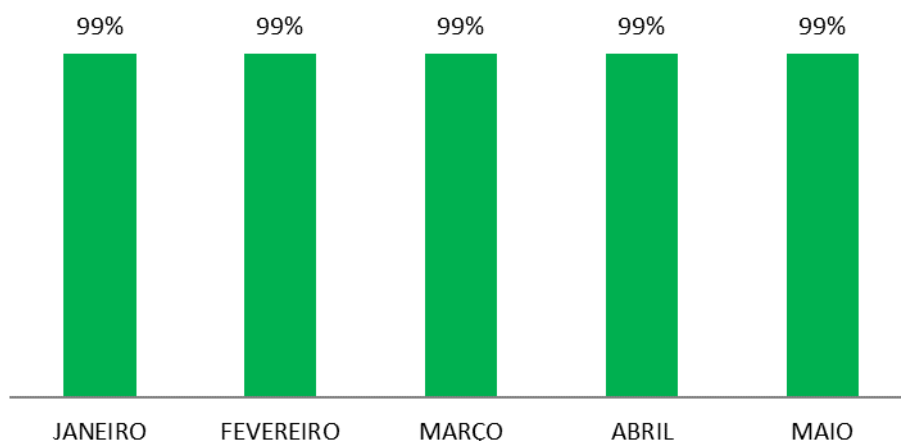
Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

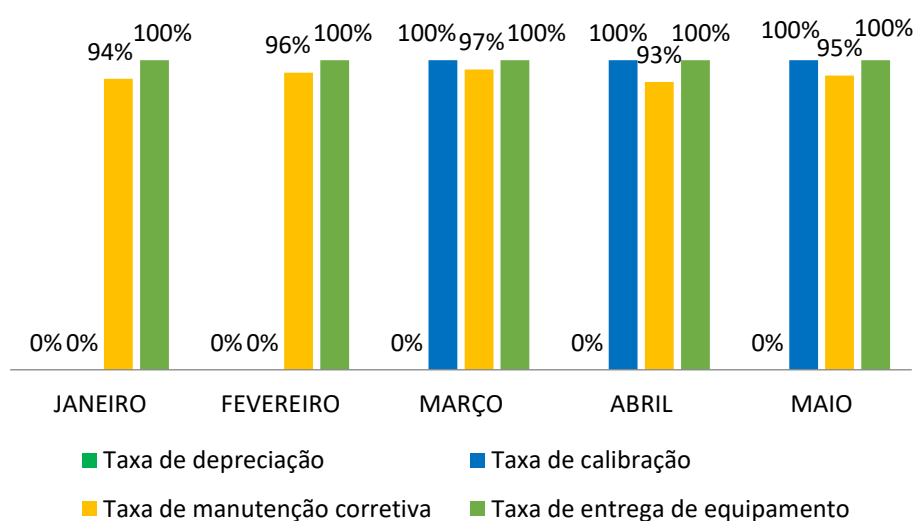
Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento

■ Taxa de disponibilidade do equipamento



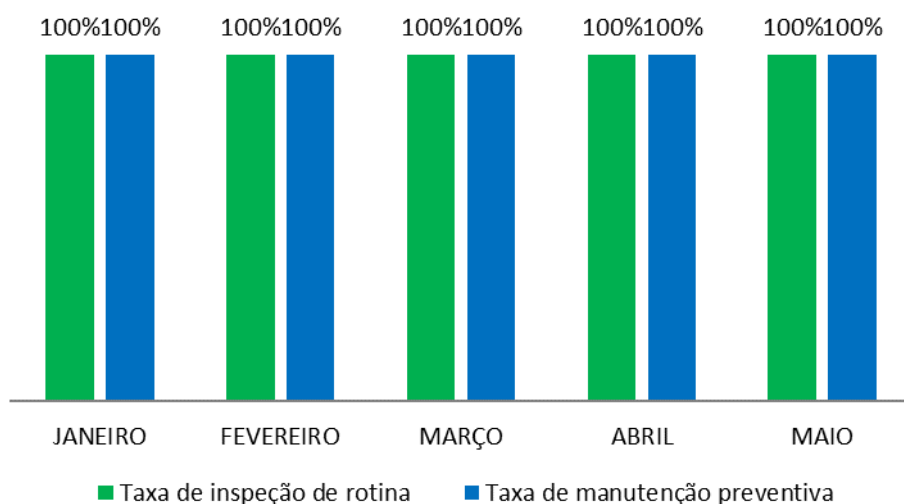
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

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
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%	86%	91%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	69,63 min	95,21 min	23 min	12 min	7,1 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%	85%	87%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%	89%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%	100%	100%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%	0%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280	333	281
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236	300	133
Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118	71	118
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	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.

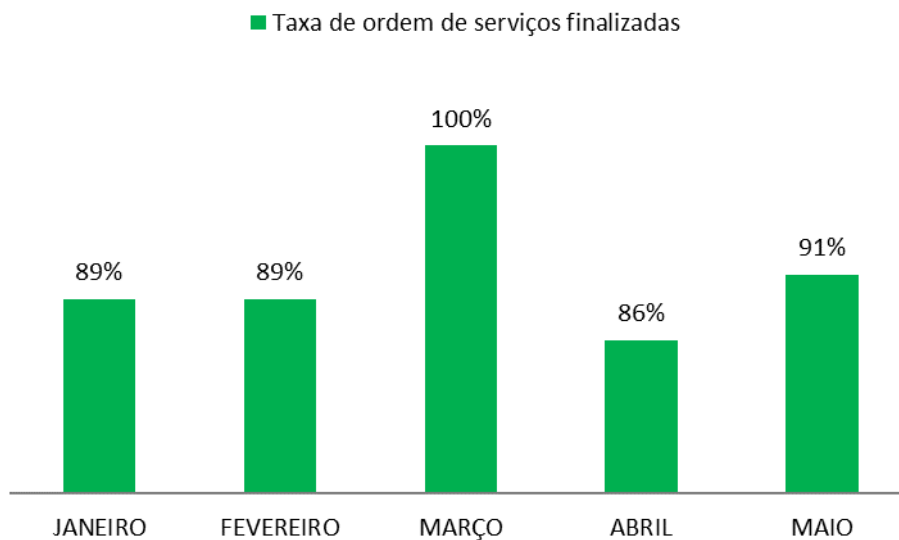
Manutenção Preventiva

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

Comunicação e Treinamento

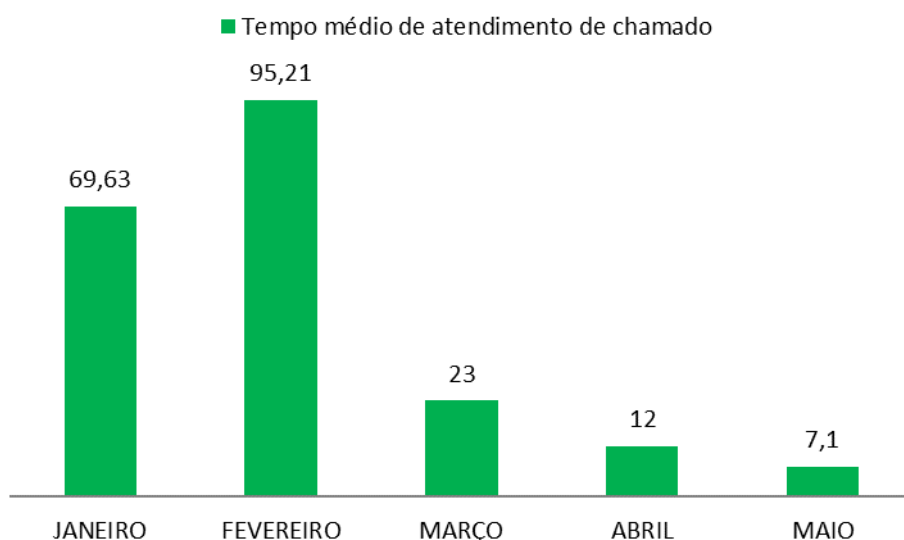
- **Ação:** Orientar setores quanto à abertura correta de chamados (detalhes, urgência, local exato).

Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados



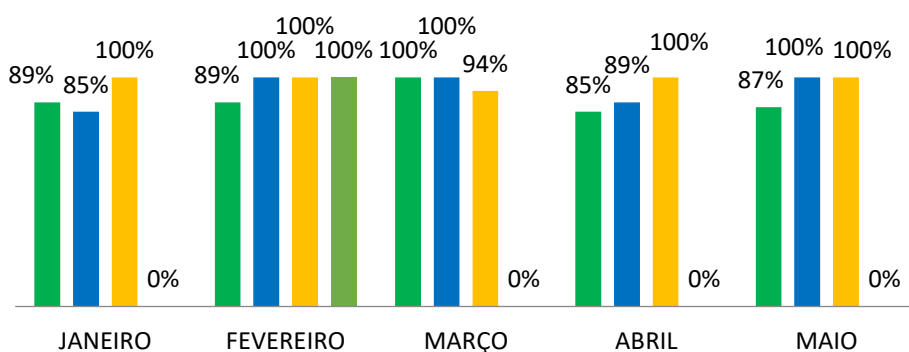
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

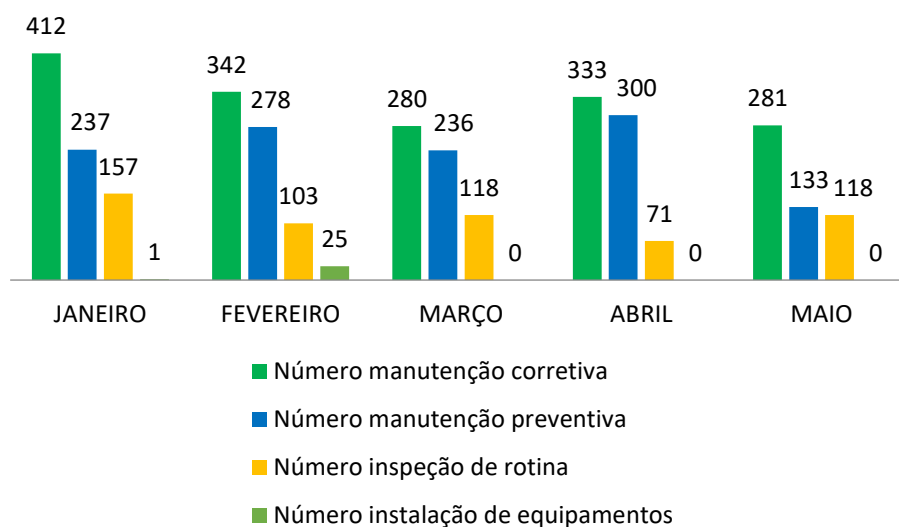
Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



- Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)
- Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)
- Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)
- Taxa de instalação de equipamentos

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:

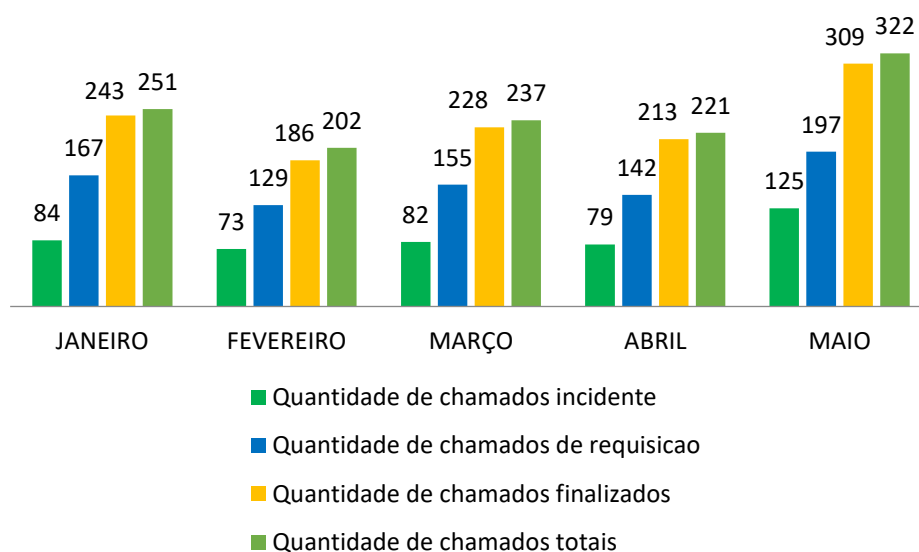
- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas;
- Suporte à Assistência ao Paciente;
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 71 – Indicadores de Tecnologia da Informação

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

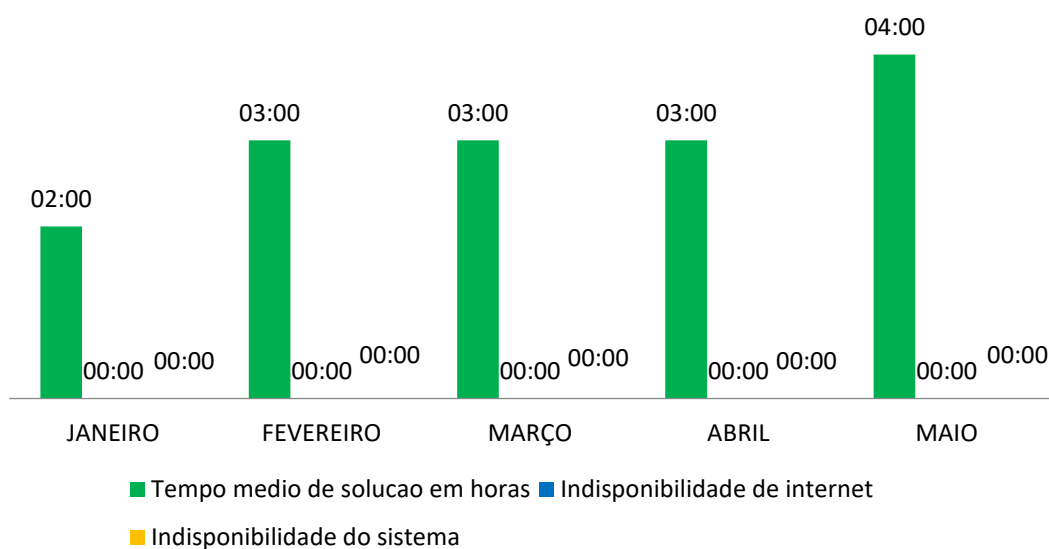
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP

Gráfico 121 – Quantidade de chamados



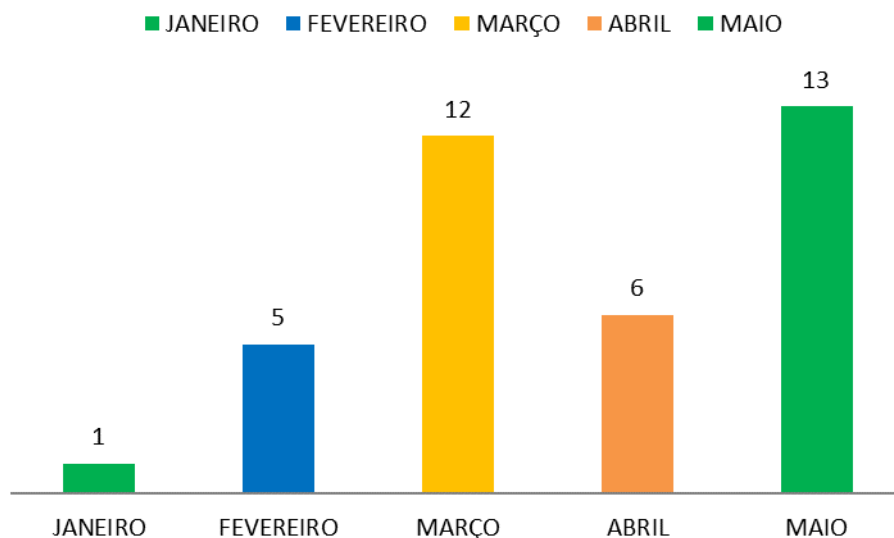
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



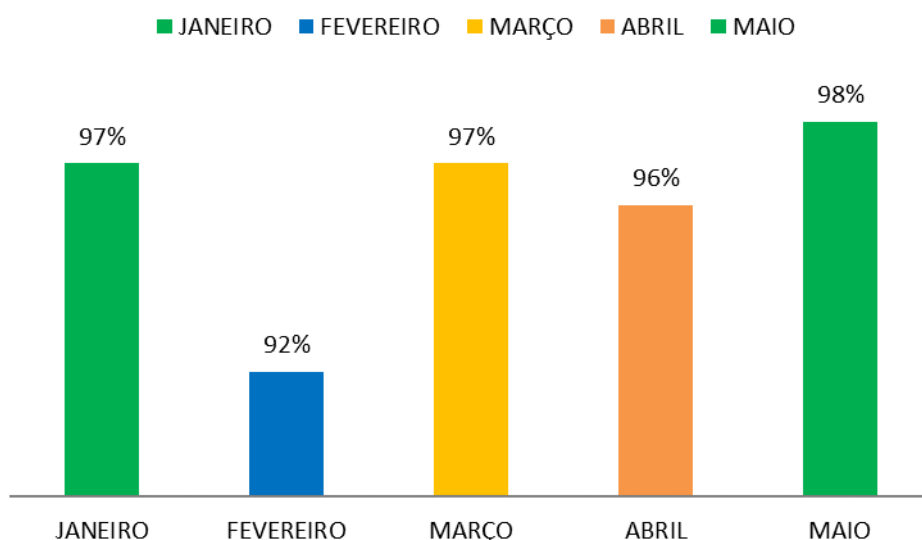
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. Qualidade

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

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

Tabela 72 – Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%	72,22%	80,95%
Taxa de reuniões realizadas pelas comissões	>80%	80%	100%	80%	93,75%	86,66%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%	62,50%	61,53%
Número de documentos retroativos de 2024	Quanto maior, melhor	0	63	27	8	37
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36	36	20
Número de documentos não realizados por estarem fora do padrão	Quanto menor, melhor	0	0	1	1	0
Número de documentos enviados para validação de outras áreas (NSP, SCIH, SESMT)	M/R	0	3	4	5	1
Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3	3	7
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11	13	17
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1	1	3
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	1	1	1
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1	1	2	2
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1	3	11
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100%	83%	83%	88%	89%	92%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANÁLISE CRÍTICA – QUALIDADE

Em relação a Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo, dos 19 indicadores previstos para serem entregues até o dia 08/05/2025, apenas 13 foram entregues pontualmente.

Quanto a Taxa de reuniões realizadas pelas comissões, observou-se que, das comissões programadas, somente 1 não foi realizada no mês.

Em relação a Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo, 6 atas foram entregues após a data limite de 05/05/2025, comprometendo o cumprimento da meta estabelecida.

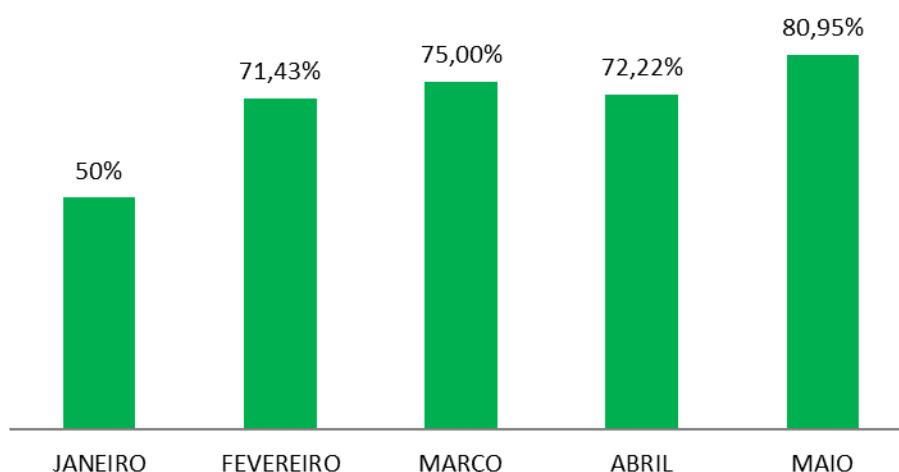
No que tange ao Numero de Visistas Tecnicas/Auditorias Externas Recebidas, foi realizada a seguinte visita: visita da Prefeitura (DR. Carlos Hamada). Auditorias Internas, foram realizadas 2 auditorias da Sede Berrini e uma da Taneide Qualidade Sede.

Em relação ao Número de orientações/treinamentos/reuniões, Ronda para checar os novos ícones da área de trabalho (Portal HMG e gestão de documentos) e instalação dos painéis Gestão a Vista. Foi realizado uma reunião de análise crítica dos Indicadores.

Em relação aos Documentos Retroativos de 2024, está sendo realizado o tratamento periodicamente sem uma meta mensal estabelecida, mas focada na maior quantidade possível.

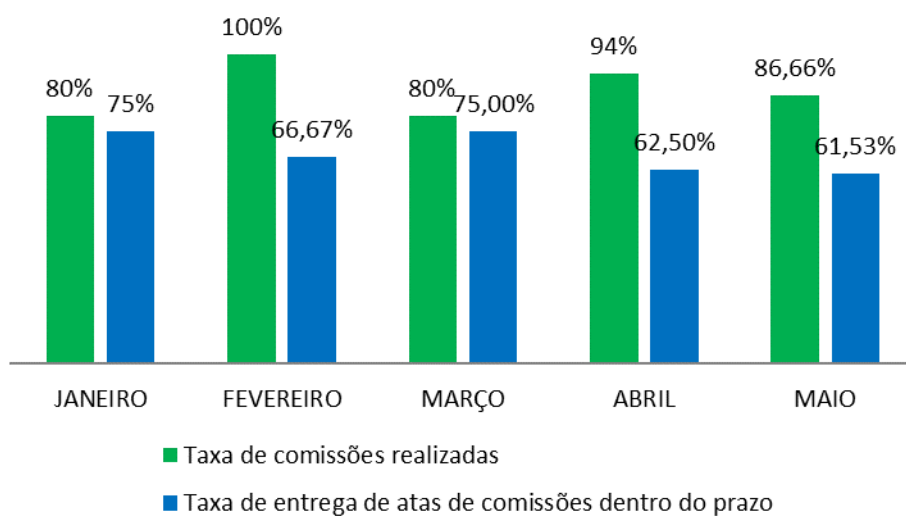
Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo

■ Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo



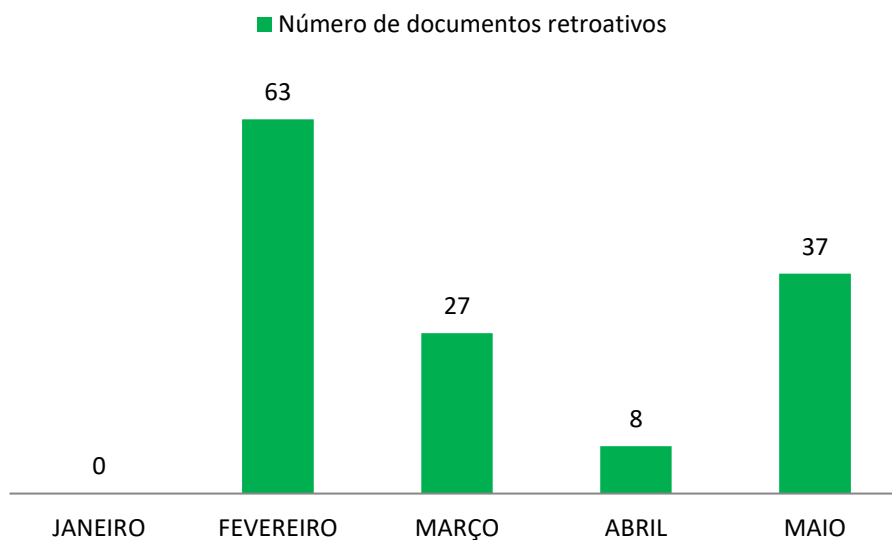
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 126 – Comissões



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 127 – Número de documentos retroativos



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações

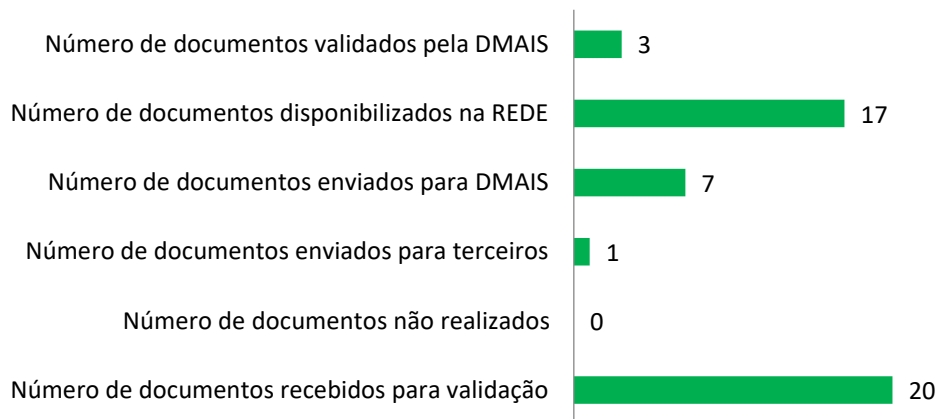
■ Número de orientações/treinamentos realizadas



Fonte: Relatório de Qualidade.

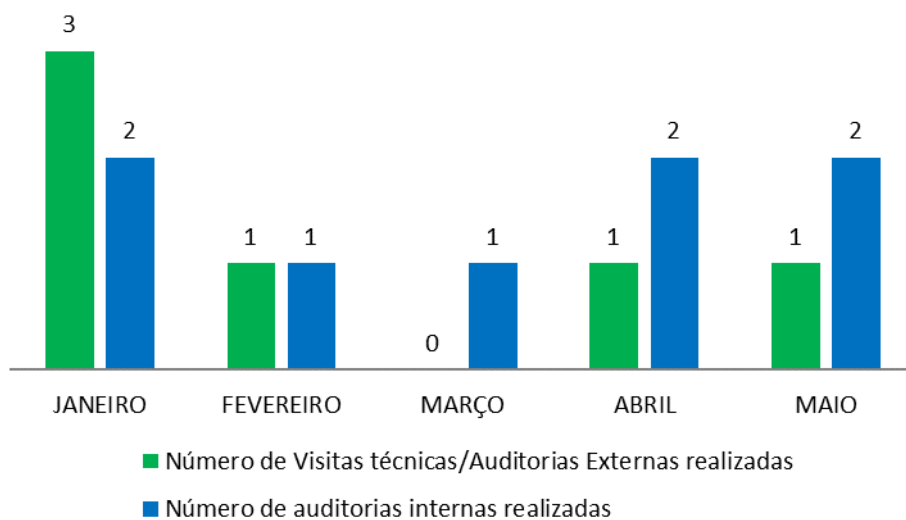
Gráfico 129 – Documentos

■ MAIO



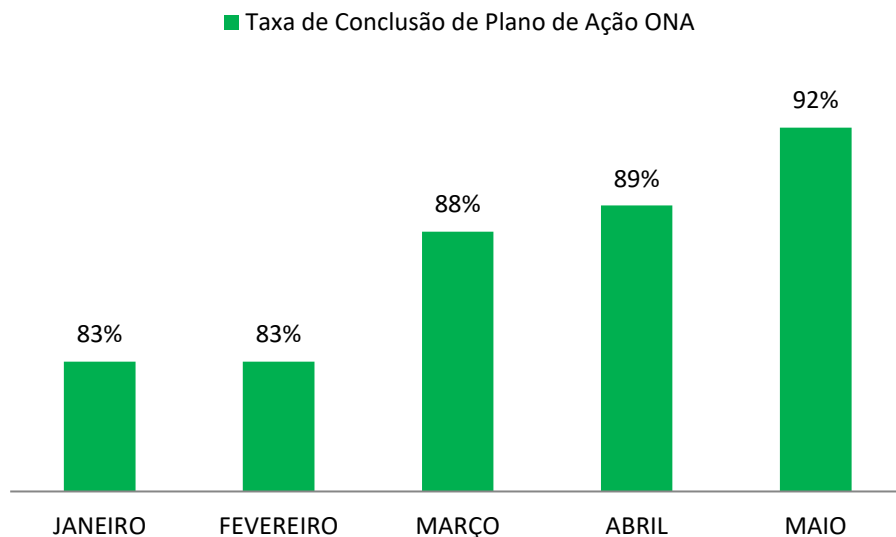
Fonte: Relatório de Qualidade.

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
Total de aih faturadas	M/R	258	230	237	258	246
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101	132	102
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	11	20	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	245	278	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

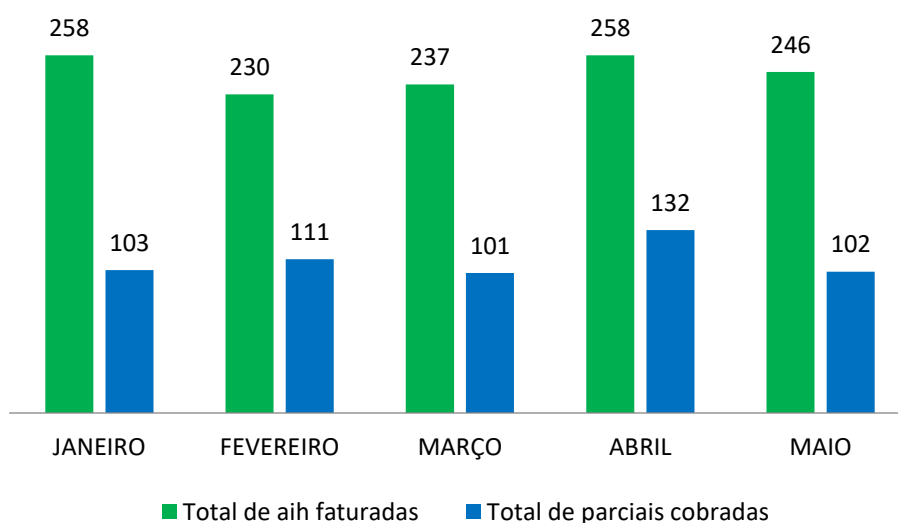
*As devolutivas para correções enviadas pela SMS terão um aumento considerável a partir do mês abril (2024), devido ao lançamento da diária de UTI, como não temos habilitação dos leitos as contas voltam para retirada das diárias; a quantidade de autorização de internação hospitalar (AIH) faturadas corresponde 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

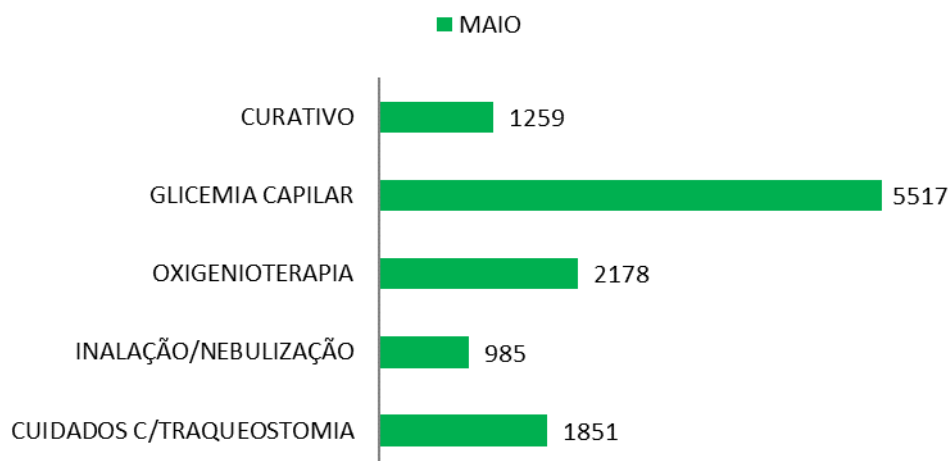
Neste mês houve a representação de algumas AIHs, porém essas AIHs não entram na contagem de AIHs faturadas, pois as mesmas já foram faturadas no mês de sua competência.

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
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	100%	100%	*
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0	0	1
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%	0%	5%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%	0%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da SMS	N/A	4521	4589	4555	4606	4583
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0	0	2
Índice de orçado x realizado	N/A	91%	90%	74%	94%	91%

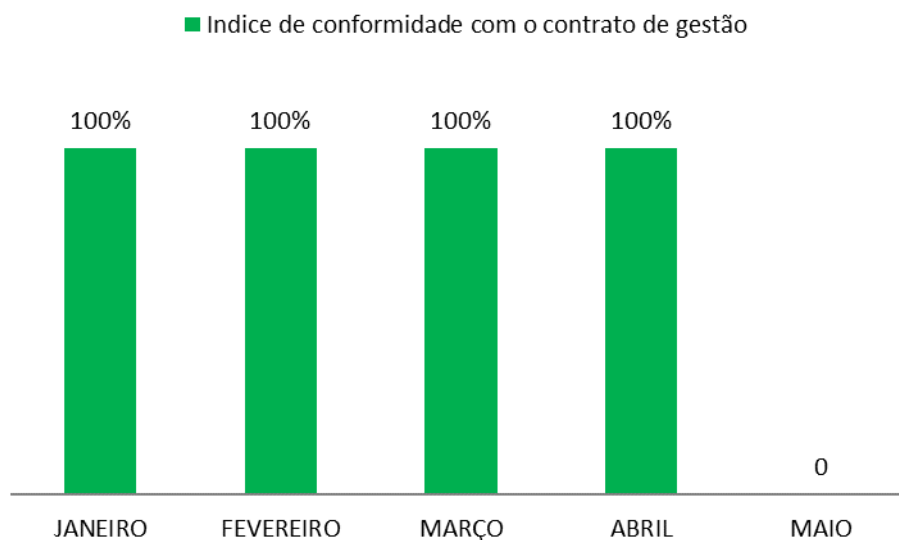
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

*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. NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS - No mês de maio tivemos dois apontamentos referente a novembro e dezembro de 2024. TAXA DE NÃO CONFORMIDADES - No mês de maio corrigimos a meta. ÍNDICE DE ORÇADO x REALIZADOS, foi corrigido a meta e os valores de todos os meses.

Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão



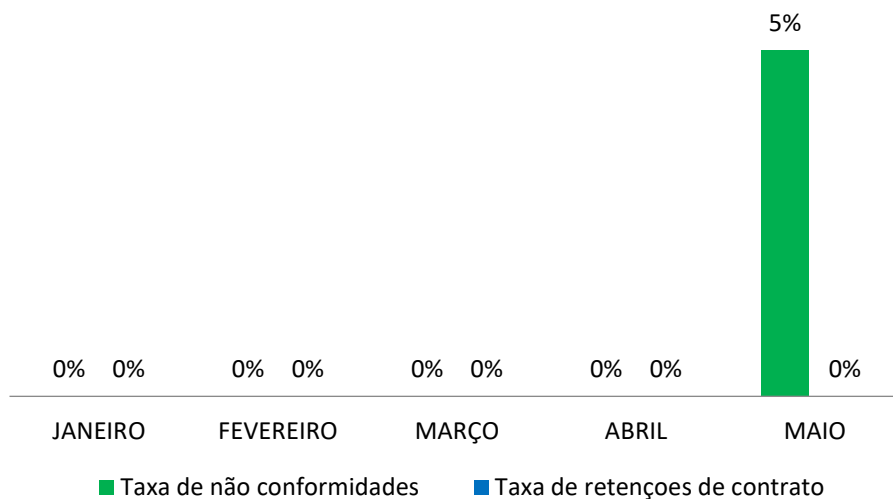
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 135 – Número de auditorias externas



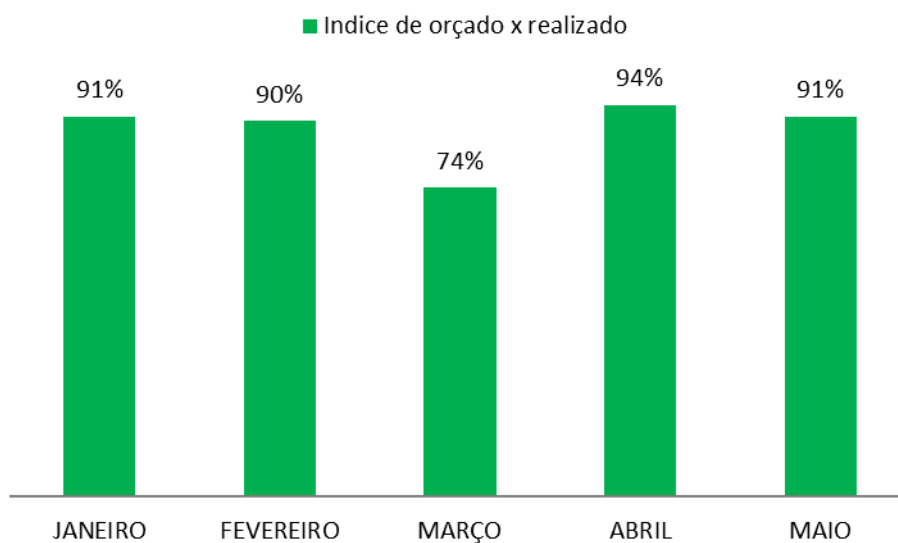
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades



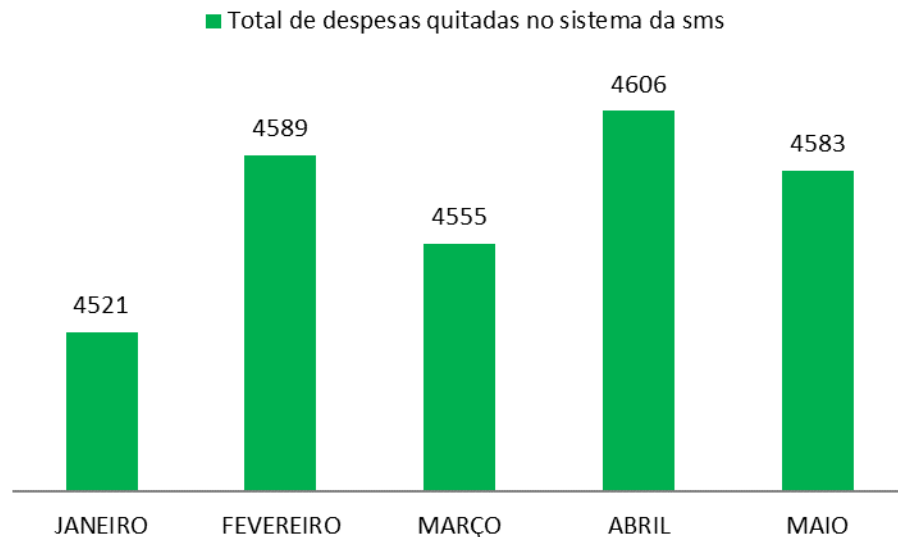
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

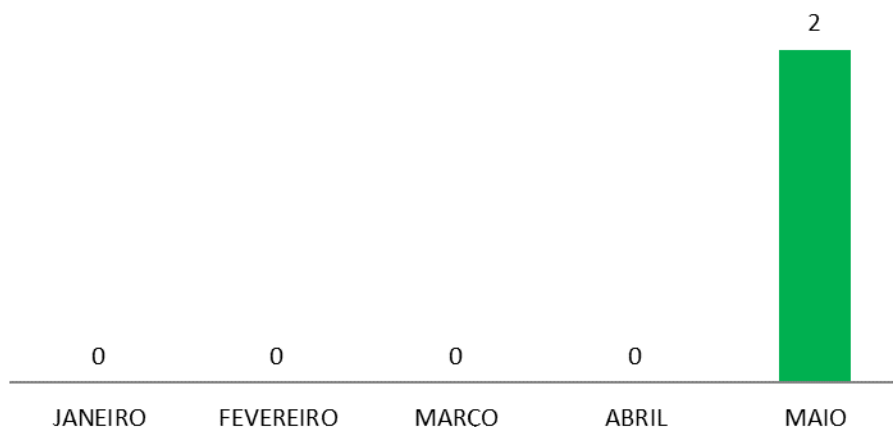
Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da SMS



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas

■ 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
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%	94%	91%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99,5%	96%	99%	99%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/R	90	84	79	91	82
Notas de produtos/mês	M/R	106	137	63	85	104
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6	1	1

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – FINANCEIRO

A taxa de execução orçamentária reflete o quanto do orçamento previsto foi realizado. Devido a alguns fatores como: quadro incompleto de colaboradores, variações de consumo de material, utilização a menor das rubricas devido a falta de prestadores, entre outros, a meta de 100% não é atingida.

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

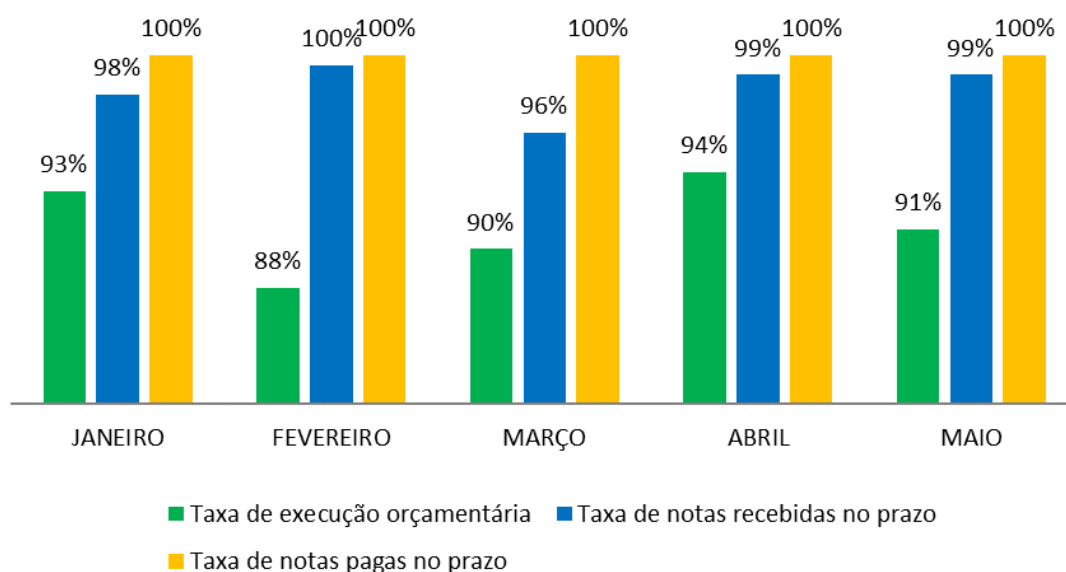
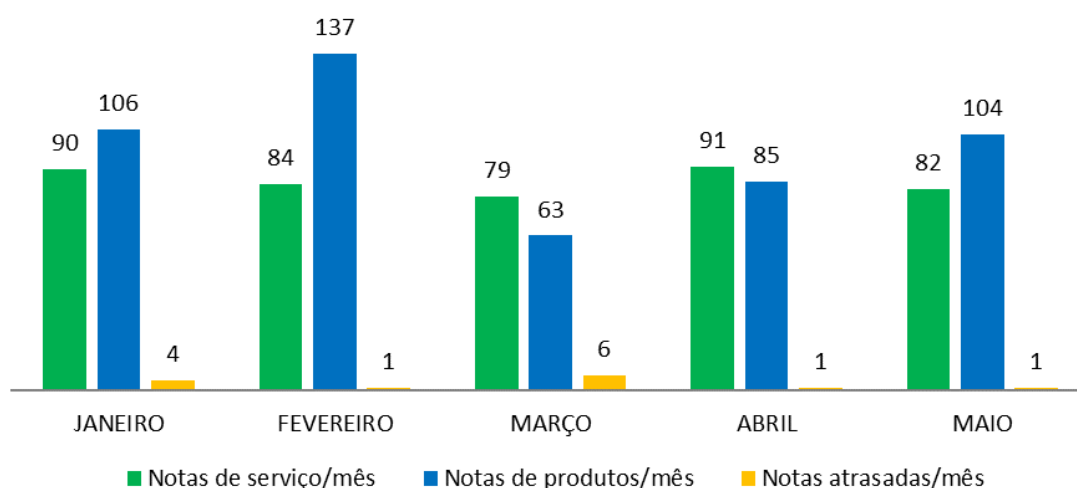


Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês



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
Taxa de utilização de equipamentos	95%	99%	100%	100%	99%	99%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	90%	85%	85%	99%	99%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146	156	159
Número de o.s abertas para	M/R	154	150	146	156	151

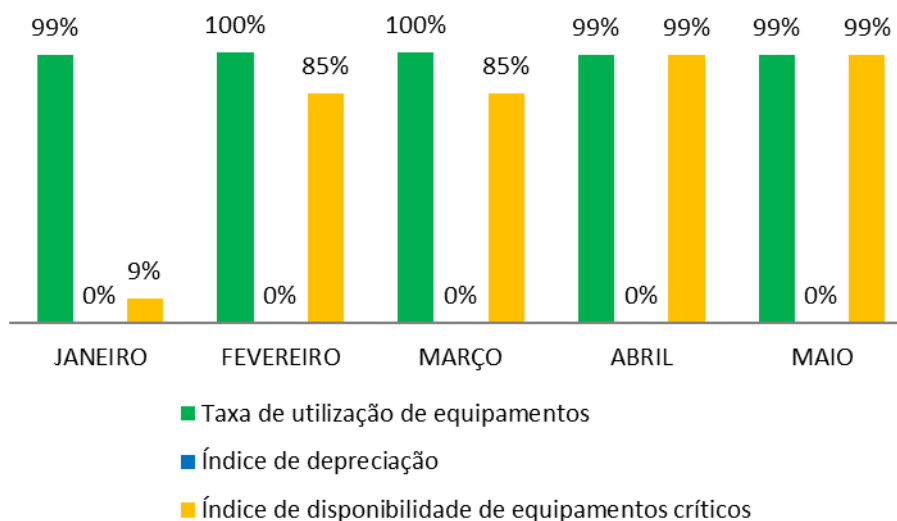
corretivas atendidas						
Número de o.s abertas para movimentações	M/R	7	10	15	11	23
Número de o.s abertas para movimentações atendidas	M/R	7	10	15	11	23
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso	M/R	15	8	14	29	29
Número se o.s abertas para manutenção por mau uso atendidas	M/R	15	8	14	26	23
Taxa de o.s atendidas para corretivas	> 80%	96%	97%	95%	93%	95%
Taxa de o.s atendidas para movimentações	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%
Quantidade de inservíveis	M/R	139	139	139	139	139
Taxa de tombamento de itens próprios	> 80%	98%	98%	98%	98%	98%
Taxa de itens locados	M/R	63%	63%	63%	63%	63%
Número de equipamentos cedidos para unidade	M/R	66	66	66	66	66
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	96%	95%	95%	98%	98%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

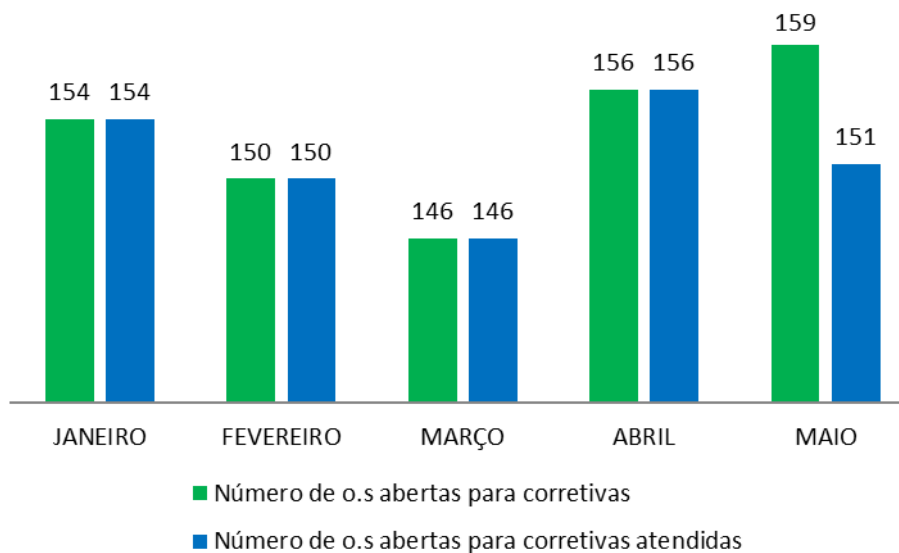
Foi alterada a meta do indicador TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS para refletir melhor a realidade praticada em nossa unidade.

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



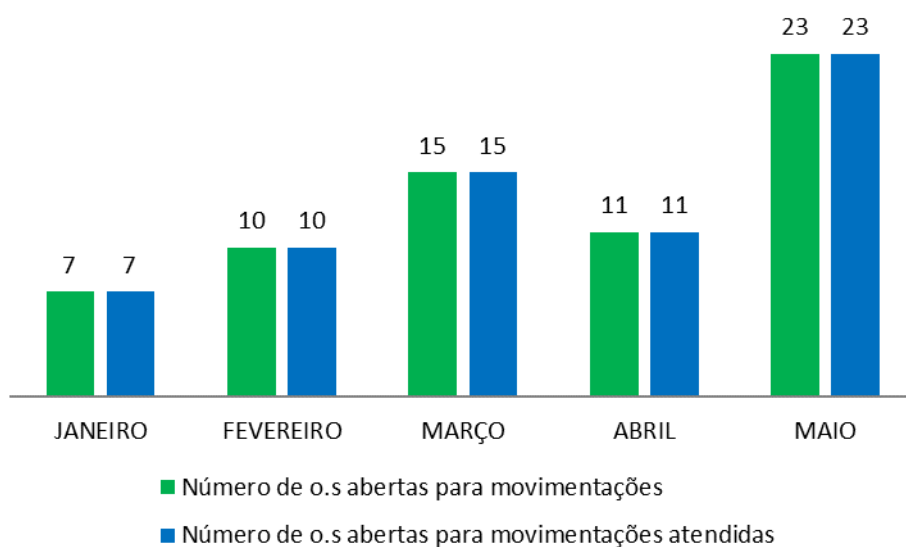
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas



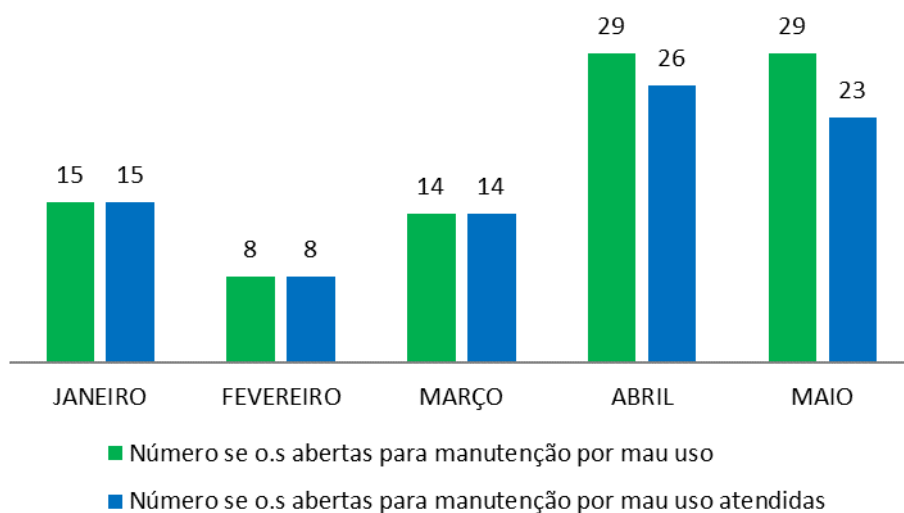
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações



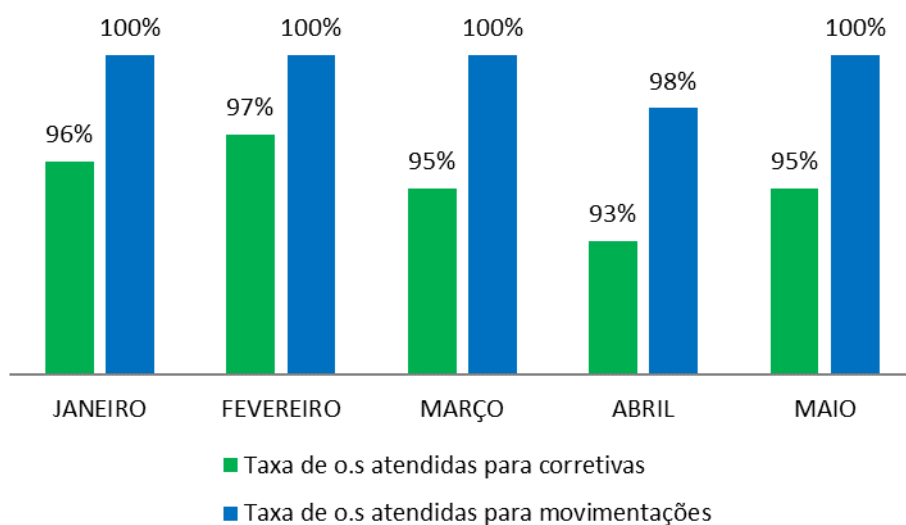
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



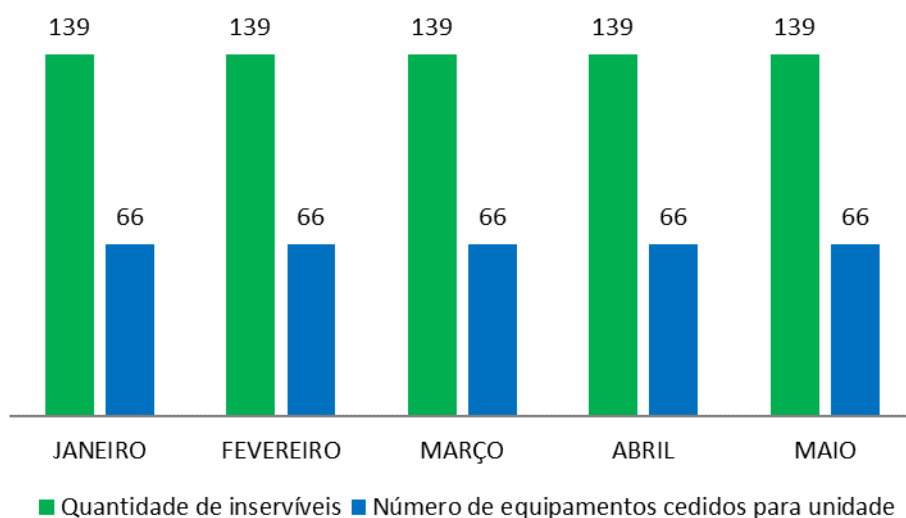
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços



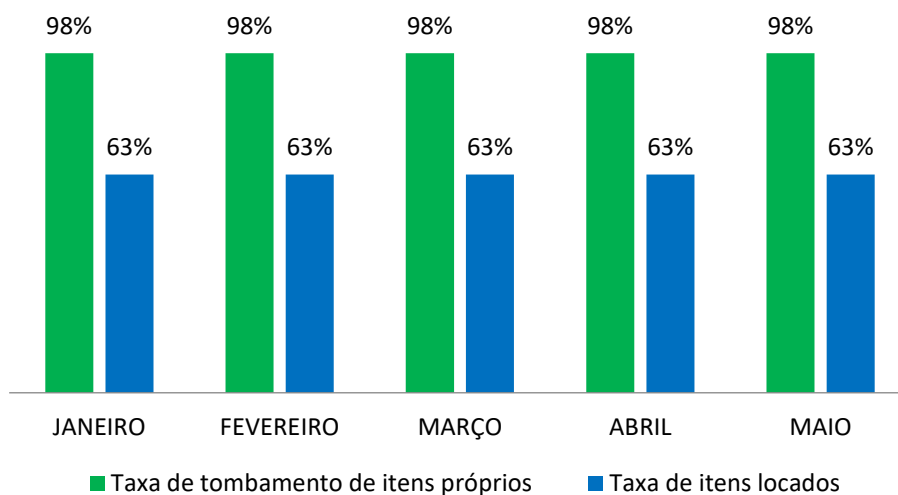
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



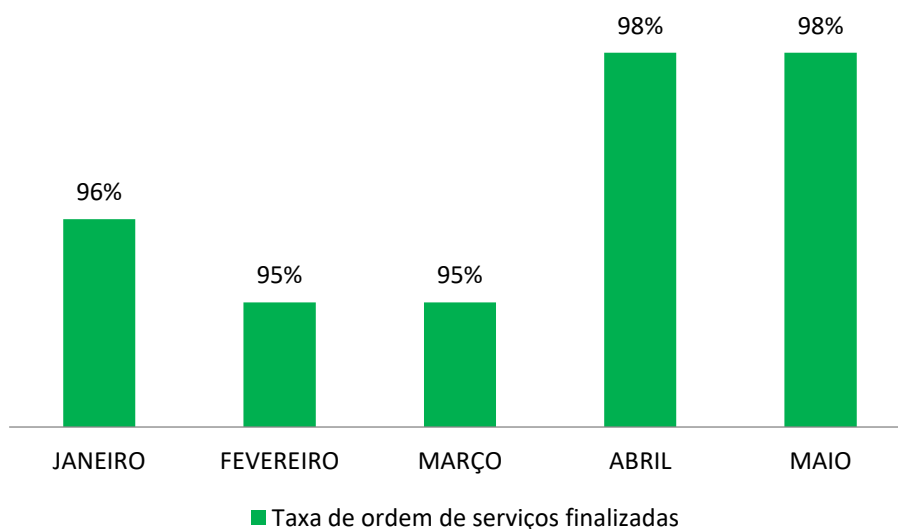
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%	100%	98%
Número de aditivos	M/R	11	5	3	9	9
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	92%	92%	92%	92%	91,66%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

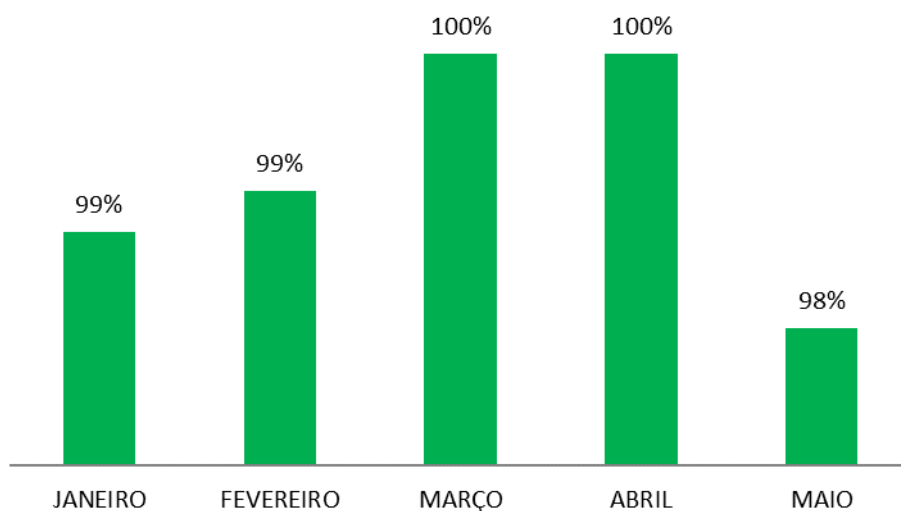
ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador NÚMERO DE ADITIVOS foi desmembrado para melhor representar as particularidades dos aditivos contratuais. Com isso, foram criados dois indicadores distintos: NÚMERO DE ADITIVOS (PRAZO), destinado ao acompanhamento das alterações relacionadas ao prazo contratual, e NÚMERO DE ADITIVOS (ESCOPO), que passa a contabilizar apenas os aditivos referentes a mudanças no objeto do contrato. Este último engloba aditivos relacionados a escopo, reequilíbrio econômico-financeiro, alteração de cláusulas contratuais, inclusão ou exclusão de itens. Também foi incluído o indicador NÚMERO DE NOVOS CONTRATOS, com o propósito de registrar e monitorar a formalização de novos instrumentos contratuais. Essa atualização permite maior precisão na análise e no acompanhamento da execução contratual.

No mês de maio, foram formalizados seis aditivos contratuais, envolvendo reajustes de valores, inclusões e/ou alterações contratuais. Desses, três referem-se a contratos sob demanda, motivo pelo qual não é possível mensurar, de forma precisa, o valor acrescido. O valor dos dois aditivos finais é o que consta no indicador de Valor de Aditivos Contratuais.

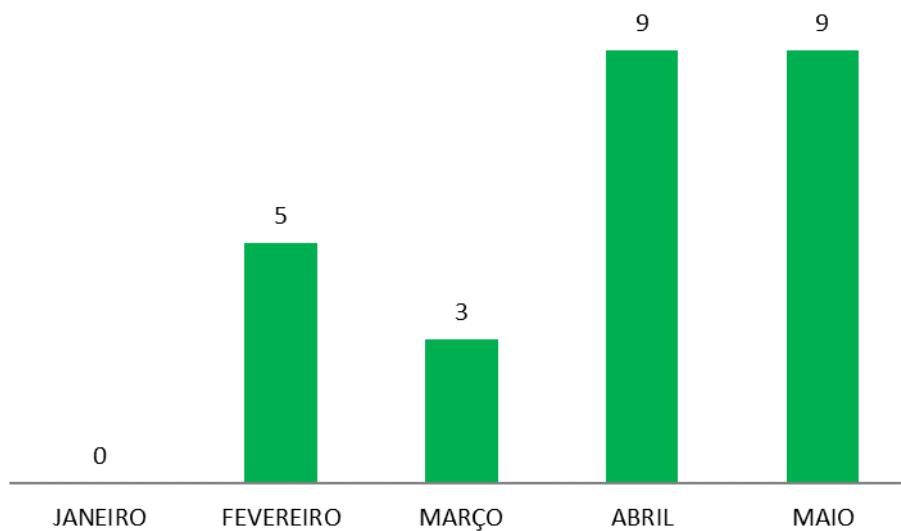
O indicador de QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS está com a nota de 92% devido a um dos contratos auditados ter obtido uma nota abaixo de 81%, o que resultou em uma avaliação do fornecedor como "bom", mas abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse fato impactou negativamente a média do indicador, refletindo a necessidade de melhoria no atendimento aos critérios da auditoria, apesar de o prestador ainda ser considerado qualificado. O indicador de ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS não atingiu a meta de 100% pois um dos contratos vigentes não cumpriu as cláusulas do contrato. A empresa em questão foi notificada.

Gráfico 150 - Índice de exatidão nos serviços prestados



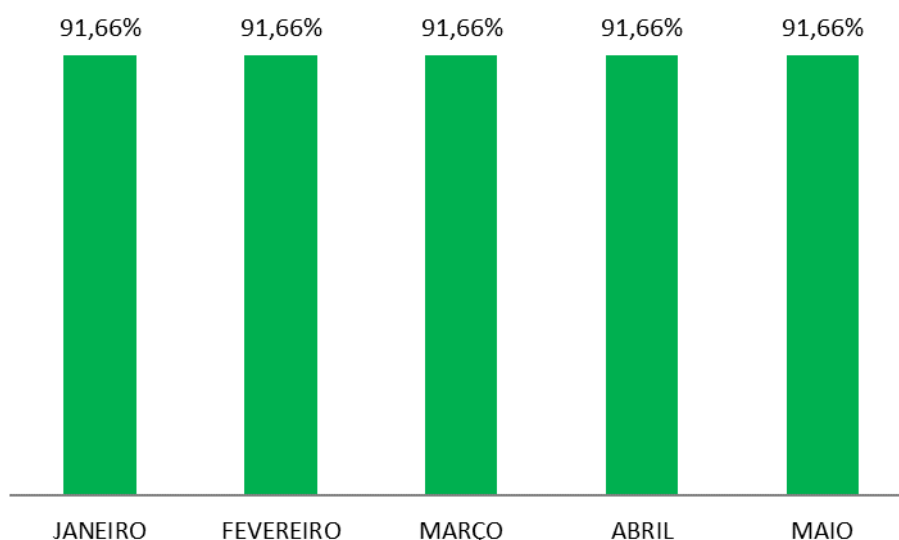
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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.

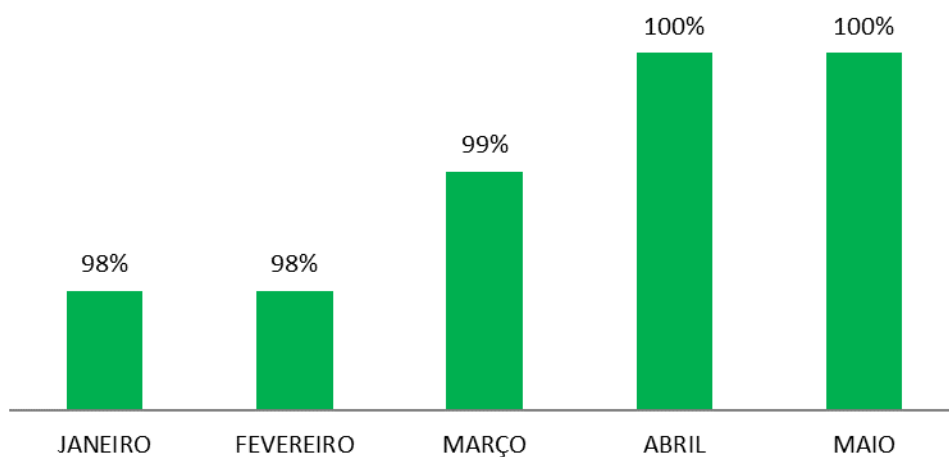
Tabela 78 – Indicadores da Rouparia

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

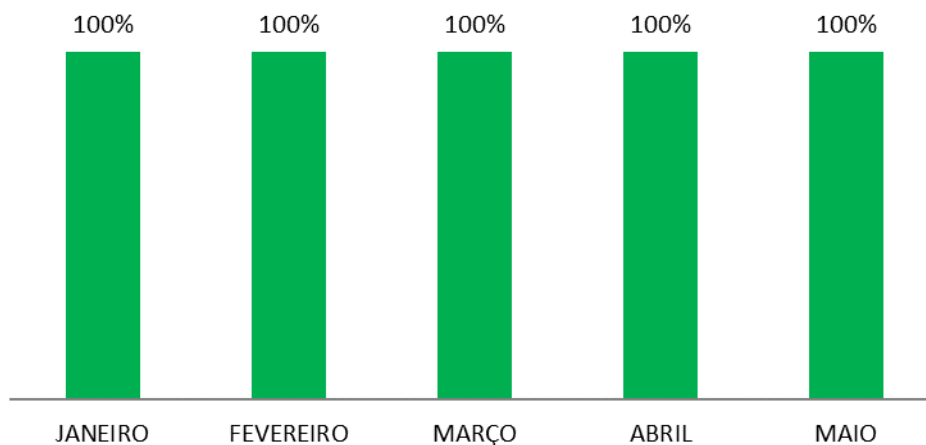
■ Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

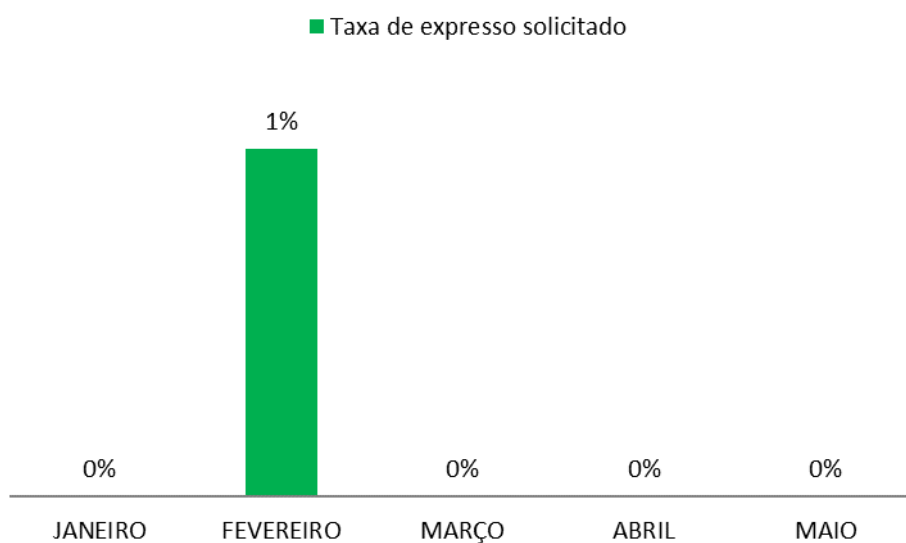
Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI

■ Taxa de privativos dispensados na uti



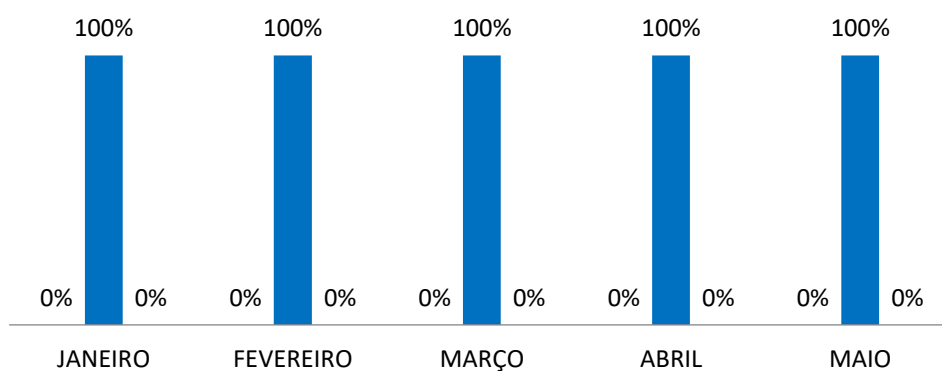
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

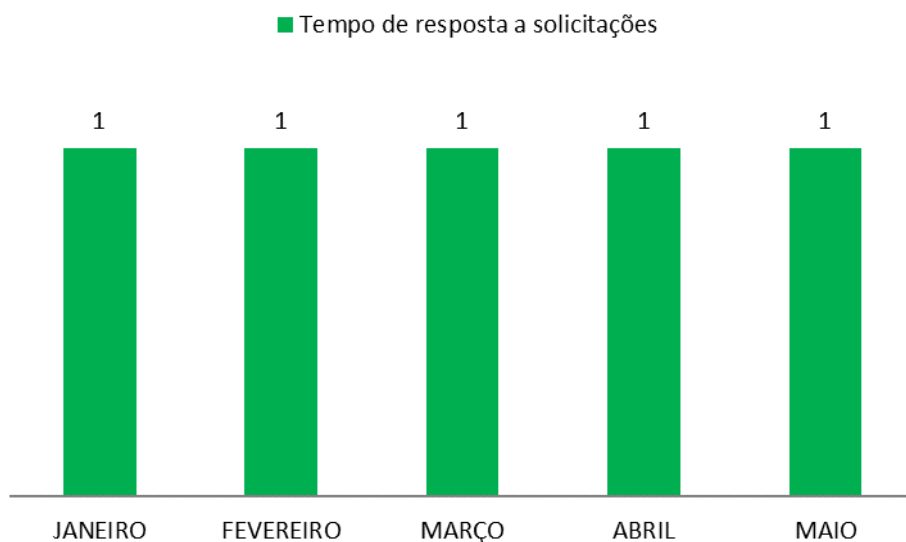
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas



- Taxa de enxovais recebidos com sujidade
- Taxa de conformidade com padrões de higienização
- Índice de retorno de peças danificadas

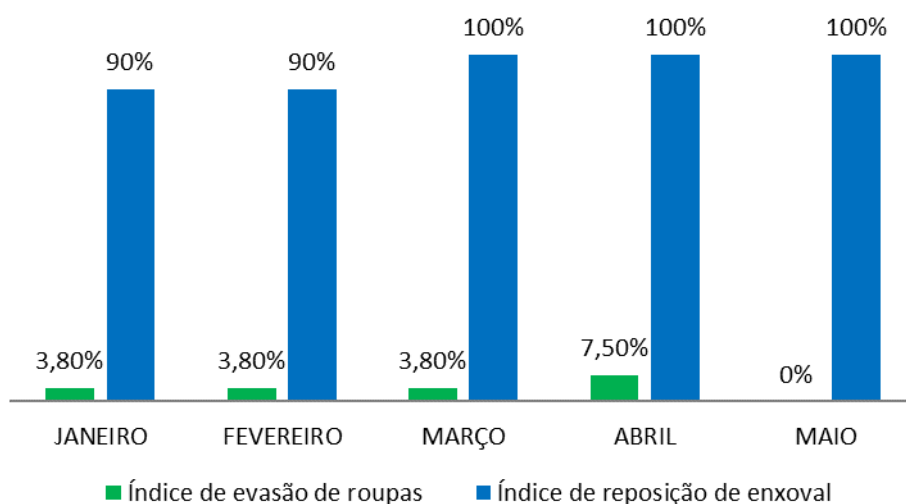
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



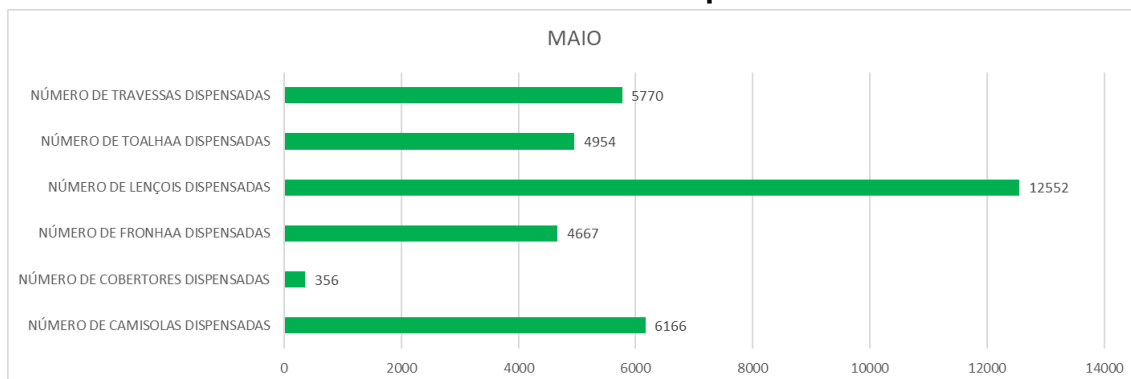
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 159 – Enxoval Dispensado



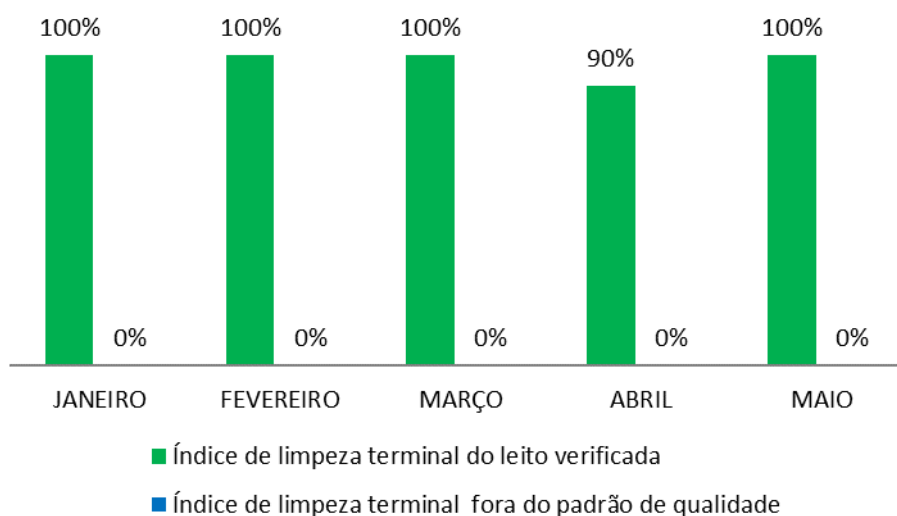
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 79 – Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Índice de limpeza terminal do leito verificada	100%	100%	100%	100%	90%	100%
Índice de limpeza terminal fora do padrão de qualidade	0%	0%	0%	0%	0%	0%

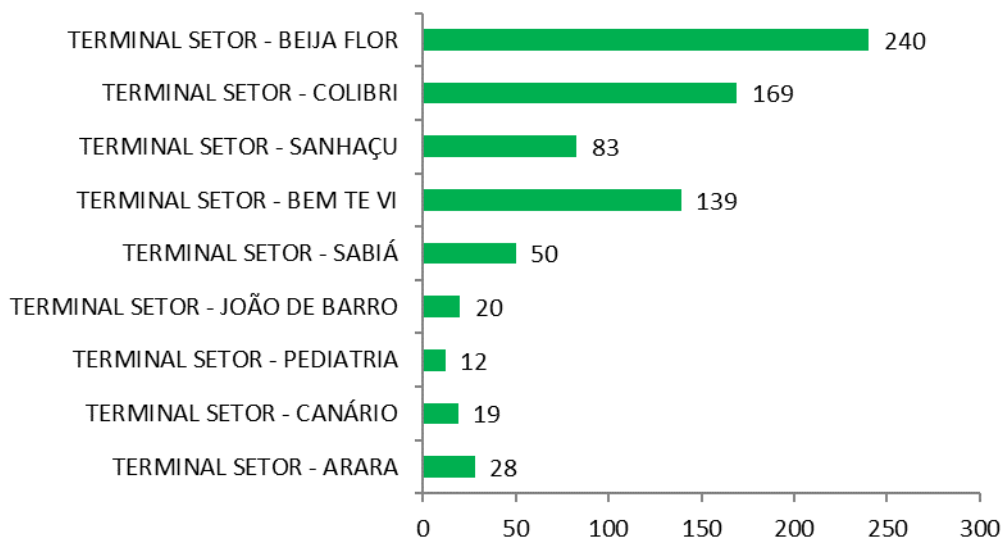
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 160 – Índices de higienização



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 161 – Terminais



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

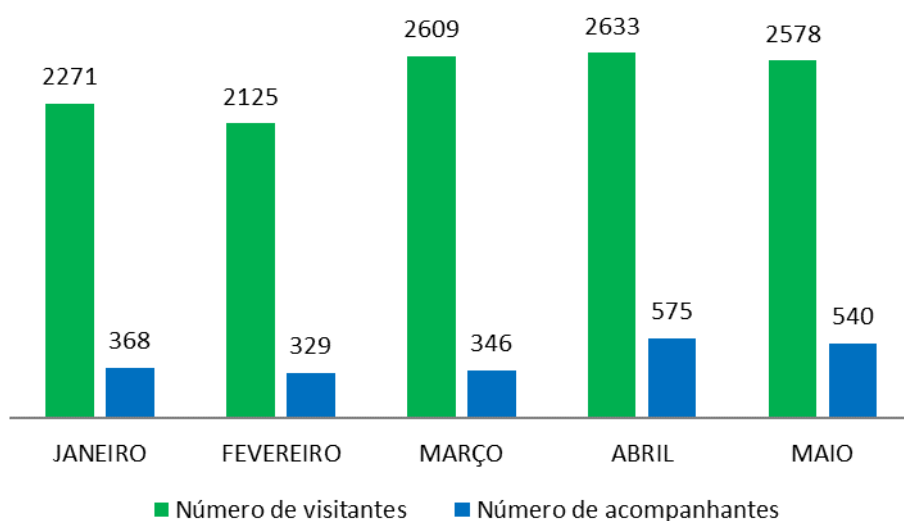
3.9.8. Recepção

Tabela 80 – Indicadores de Recepção

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

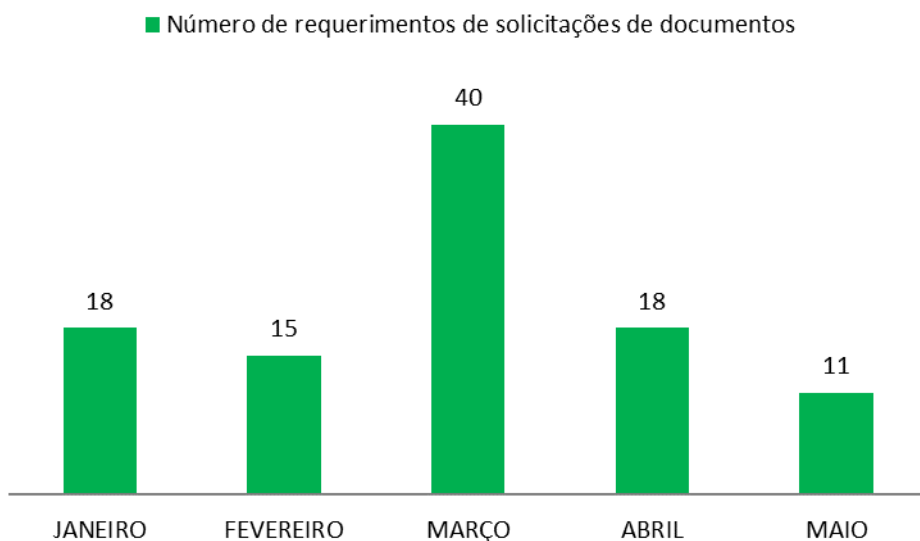
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

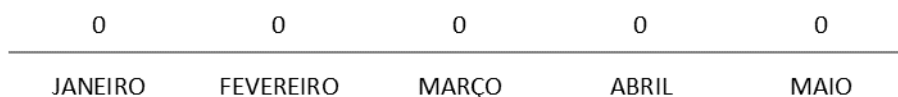
Tabela 81 – Indicadores de Portaria

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança

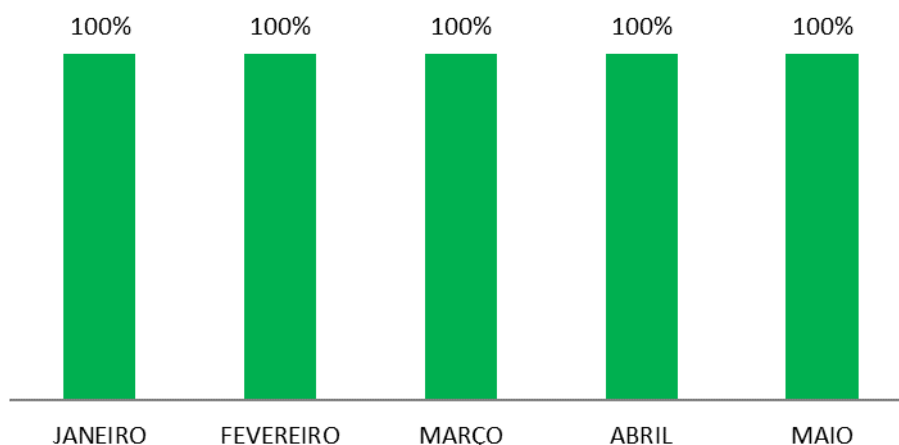
■ Número de ocorrências de segurança



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
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

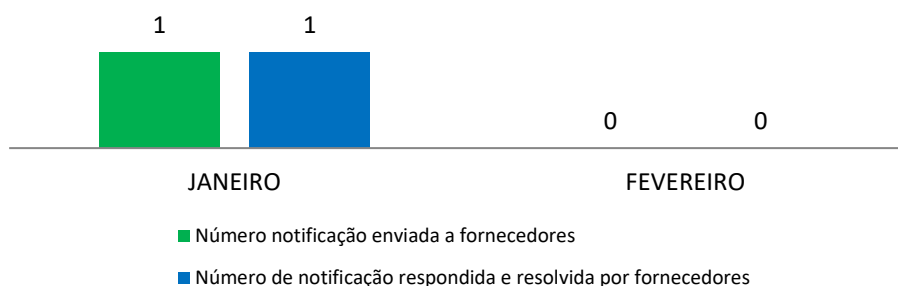
Excepcionalmente, os indicadores do setor jurídico não estão sendo realizados em razão de ajustes operacionais e priorização de demandas estratégicas. A equipe está trabalhando na regularização do cronograma de acompanhamento dos indicadores, de forma a garantir a continuidade das análises e assegurar 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
Taxa de resolução	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de reincidência	< 5%	2%	0%	2%	0%	0%
Taxa de devolutiva	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%
Tempo médio de resposta	5	1	3	2	1	1
Total de manifestações recebidas	M/R	51	29	64	32	40
Número de elogios	M/R	42	15	51	29	35

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 84 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

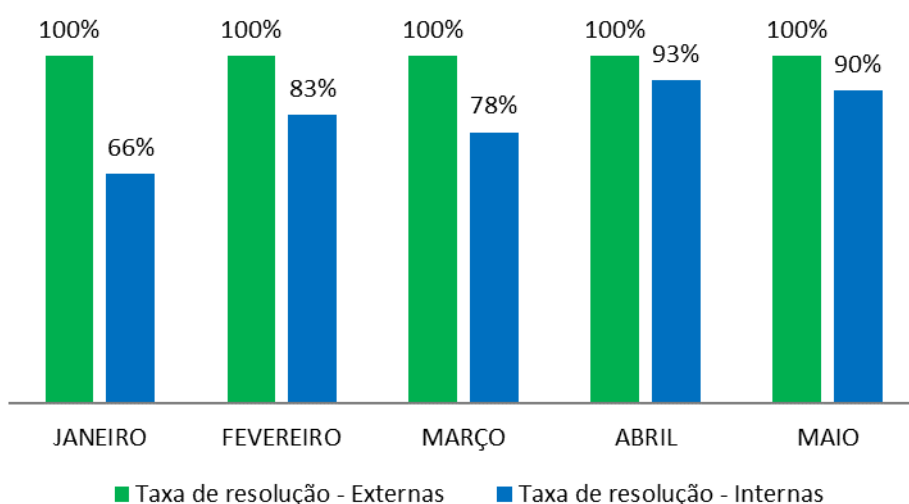
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Taxa de resolução	> 80%	66%	83%	78%	93%	90%
Taxa de reincidência	< 5%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa de devolutiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taxa nps para pesquisa de satisfação	> 80%	85%	73%	83%	82%	70%
Tempo médio de resposta	8	2	3	2	1	2
Total de pesquisas - beira leito	40	40	40	40	44	40
Total de pesquisas - totem/link	10	6	8	2	4	16

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

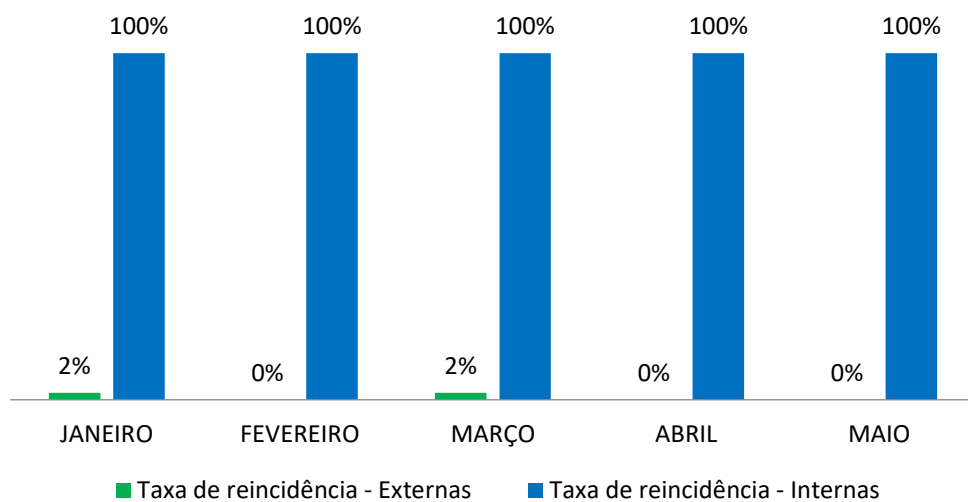
A taxa de reincidência alcançou 100%, evidenciando que todas as ocorrências registradas no período foram repetitivas. A redução da taxa de NPS se deve às notas detratoras atribuídas por pacientes em relação ao atendimento prestado por outras áreas. Estamos colaborando na análise e qualificação das demandas, 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



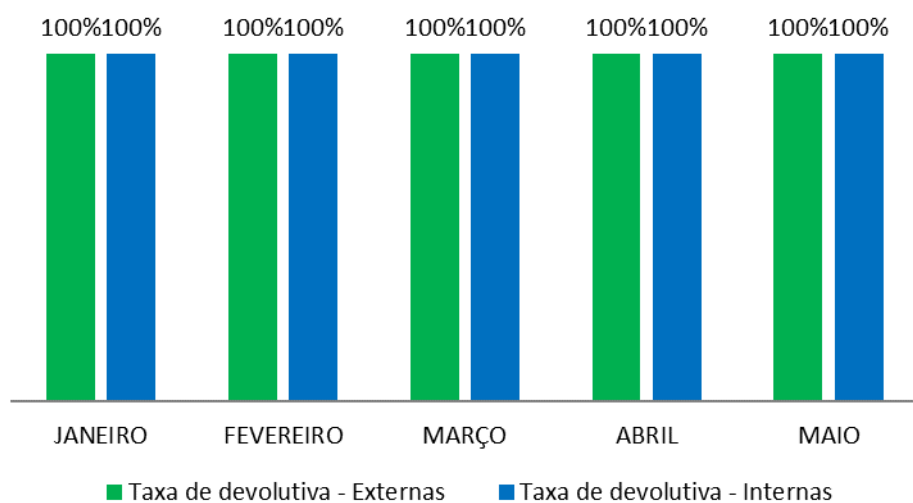
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 170 – Taxa de reincidência



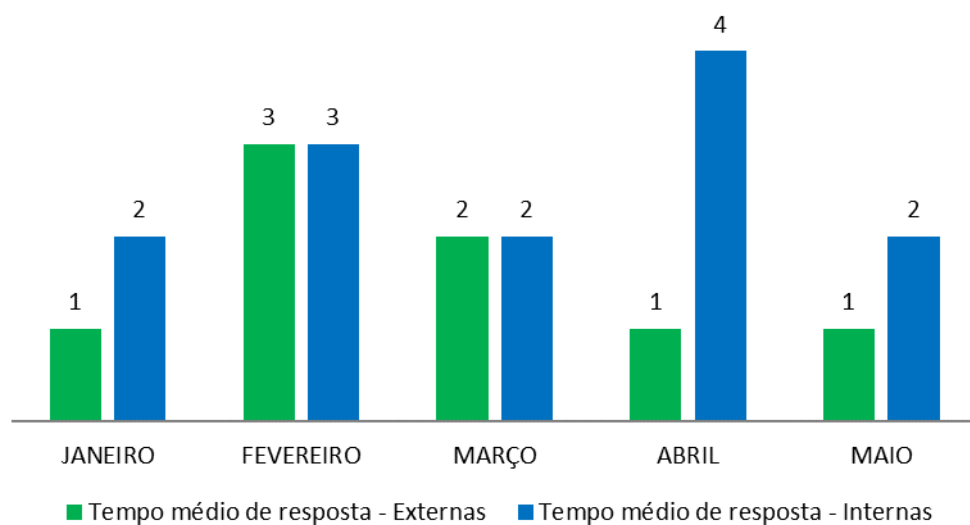
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 171 – Taxa de devolutivas



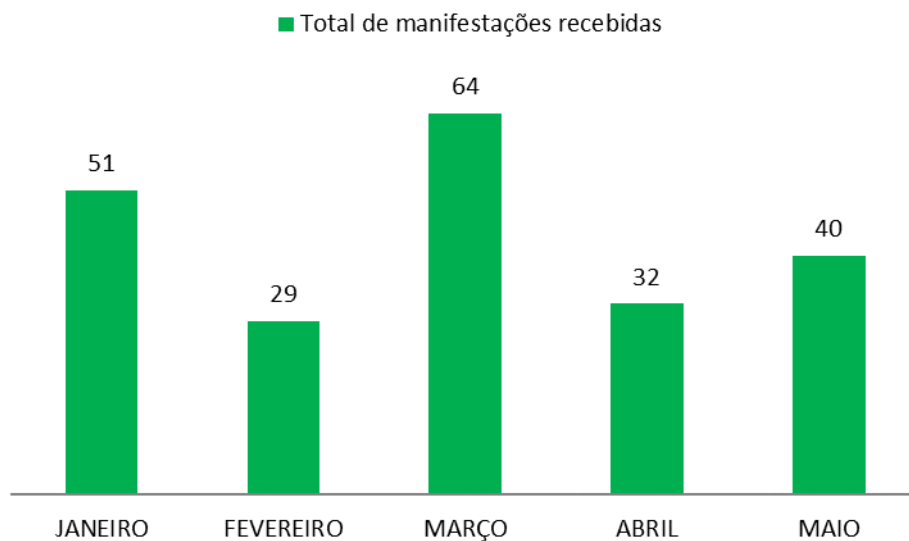
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 172 – Tempo médio de resposta



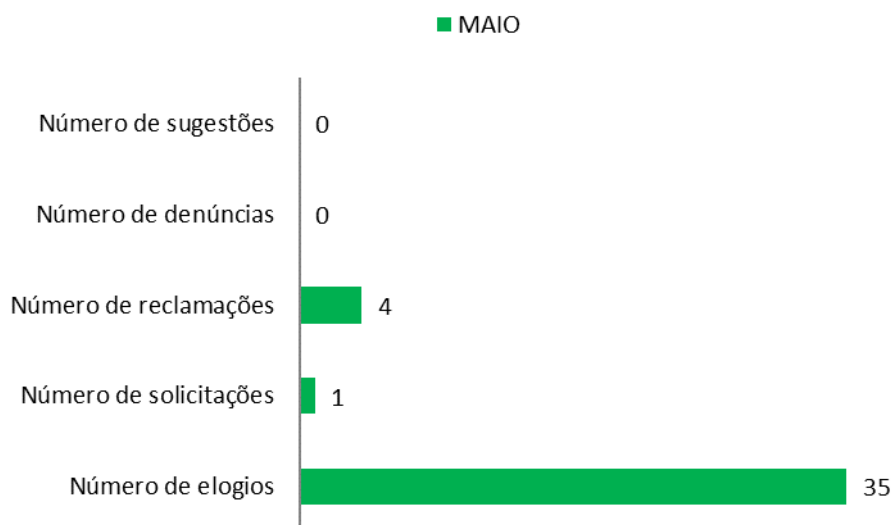
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas



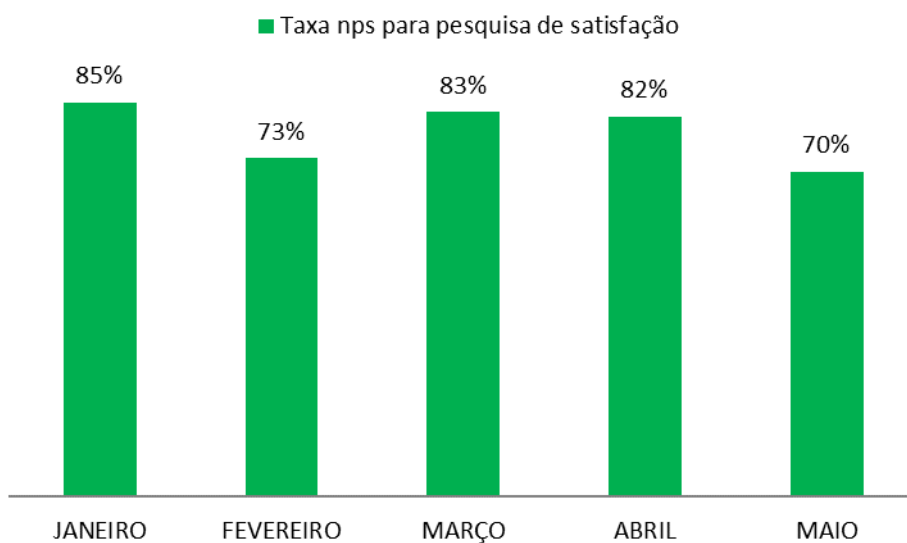
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas



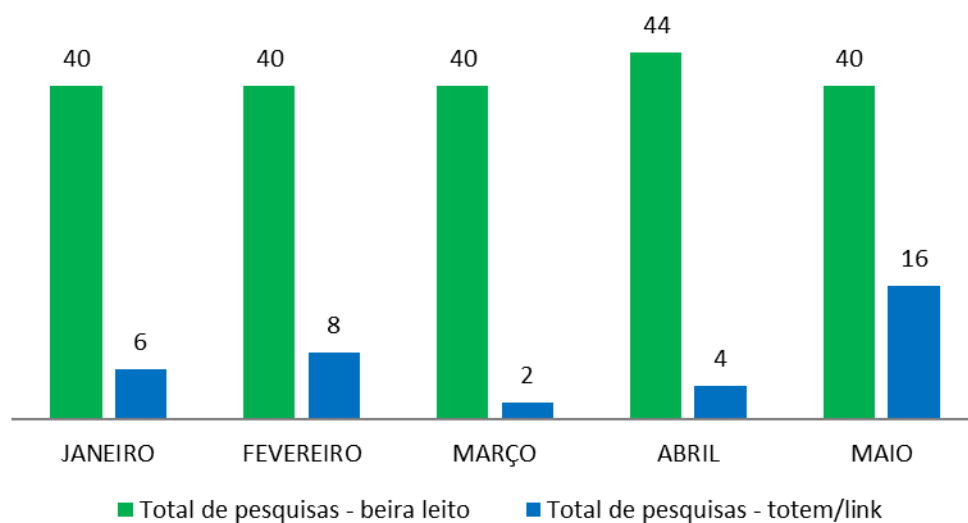
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação



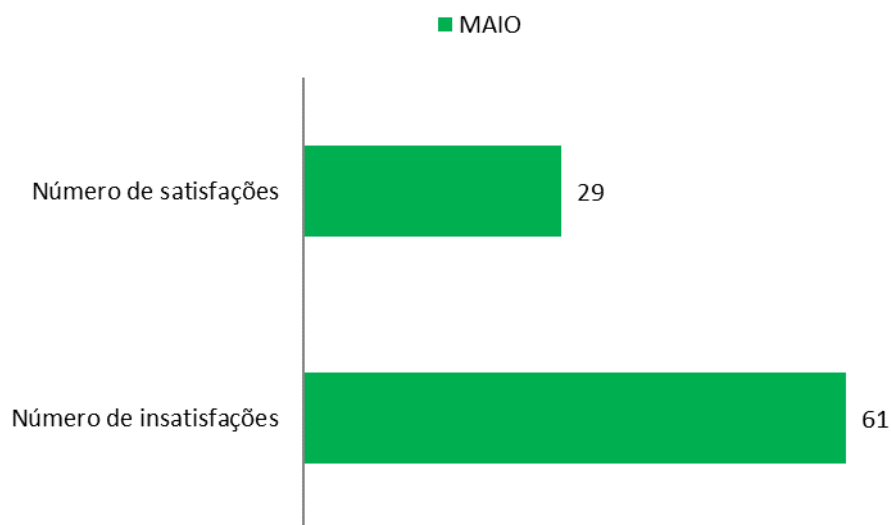
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

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

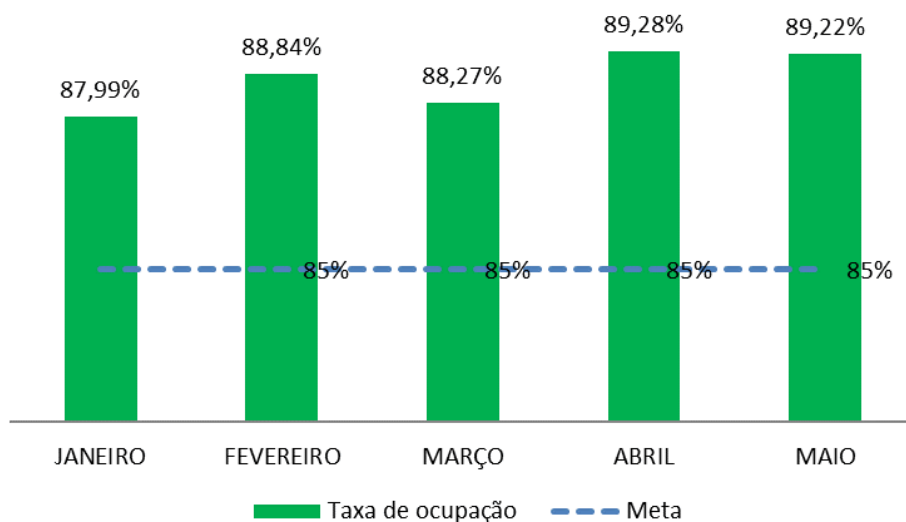
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

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

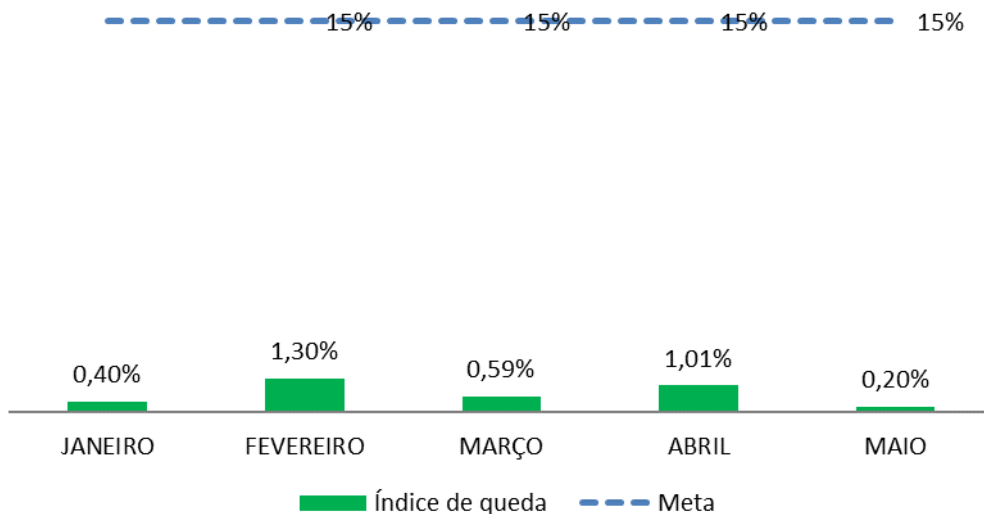
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 178 – Taxa de ocupação



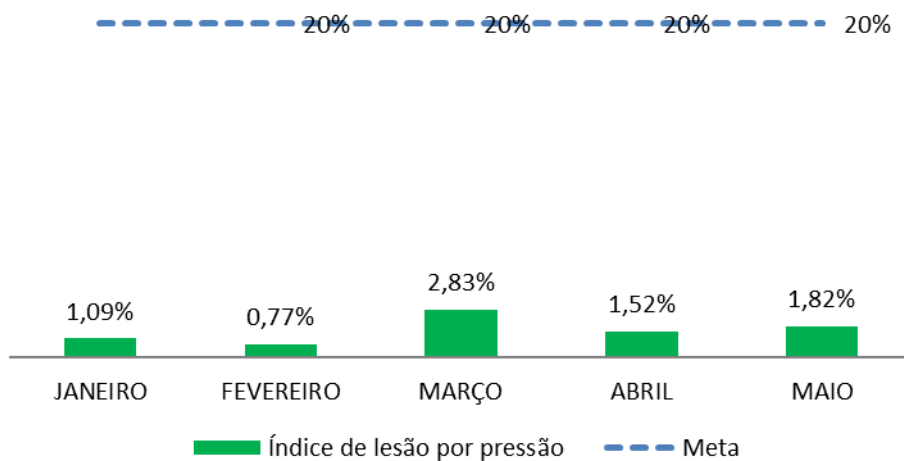
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 179 – Índice de queda



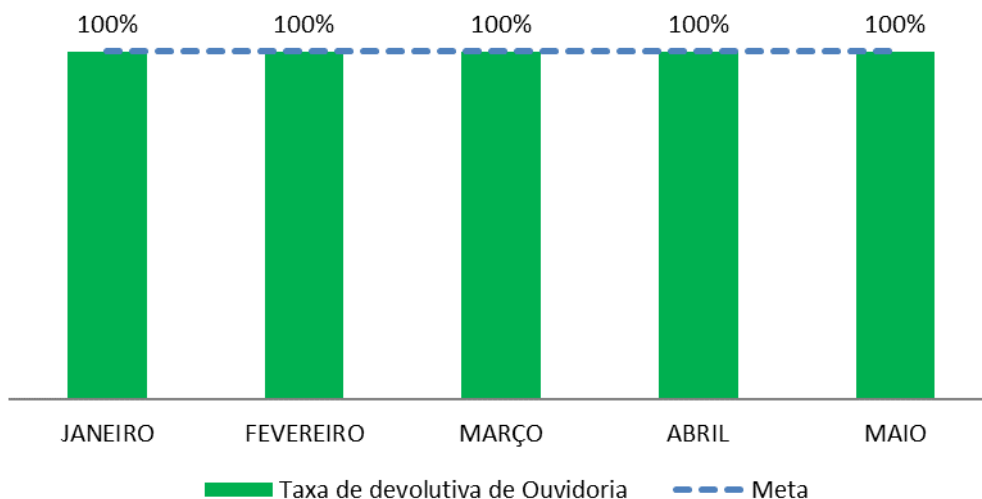
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão



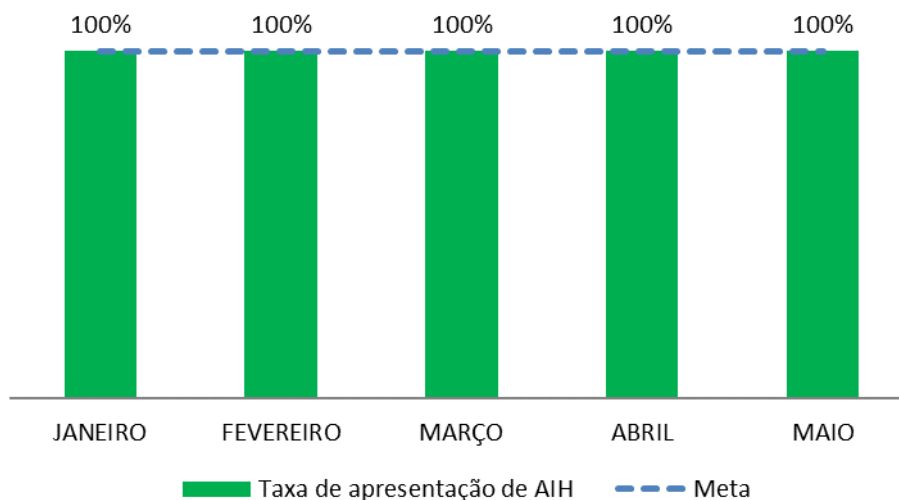
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

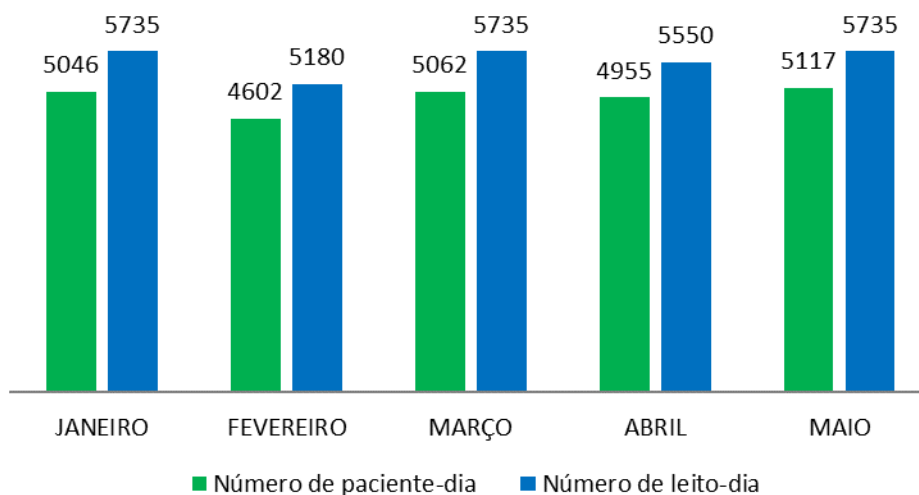
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

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

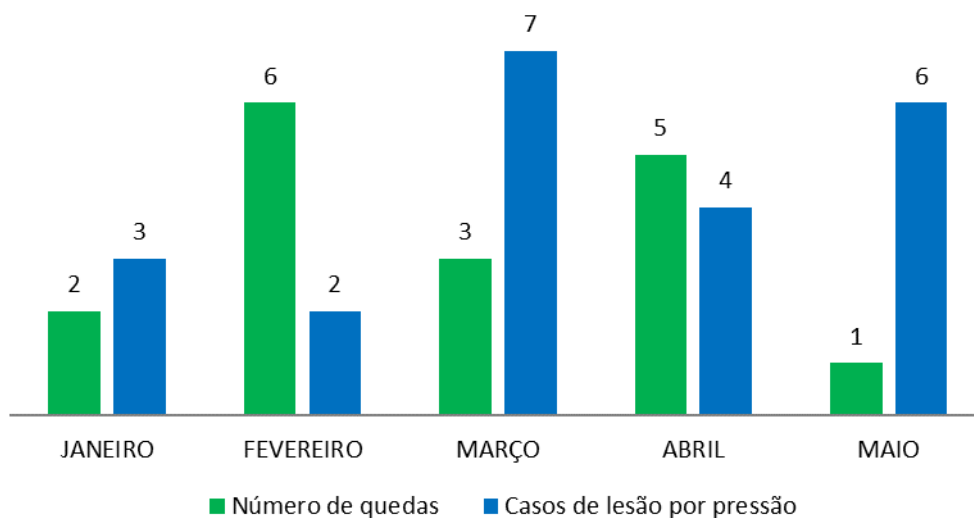
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 183 – Número paciente e leito dia



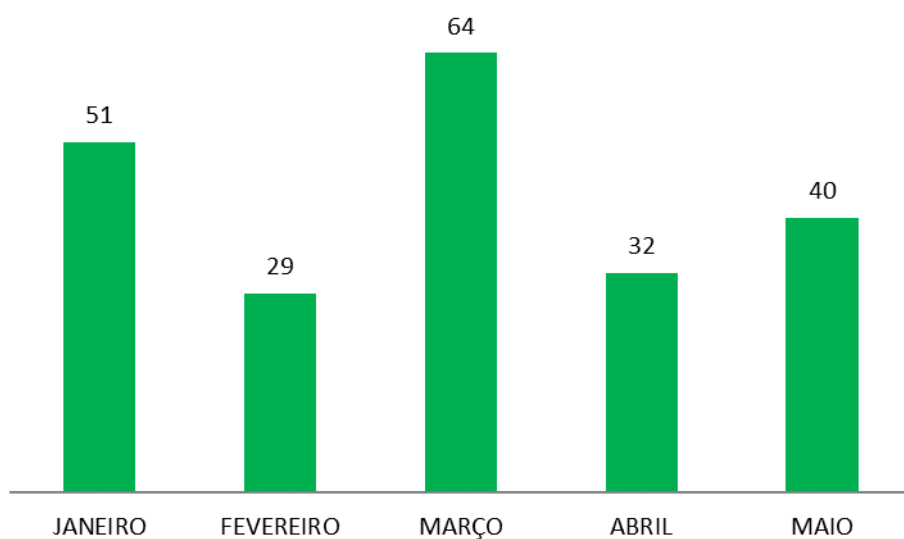
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão



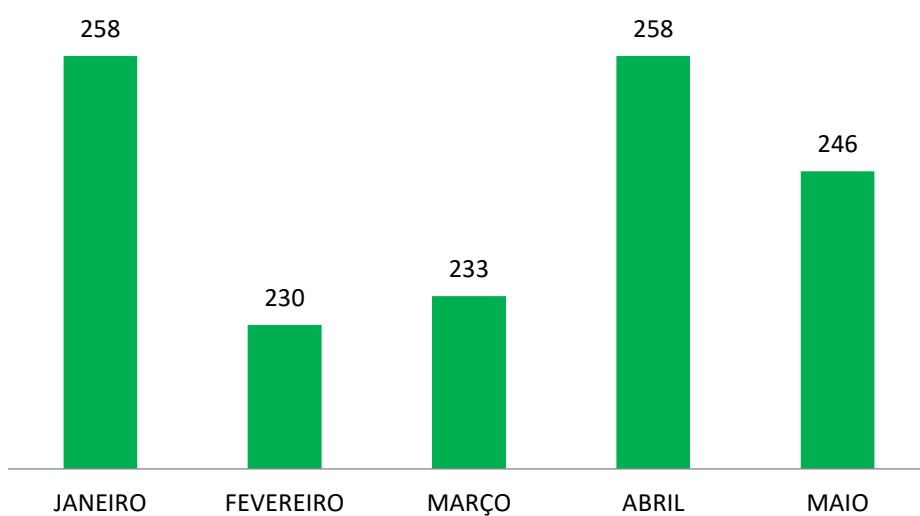
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

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

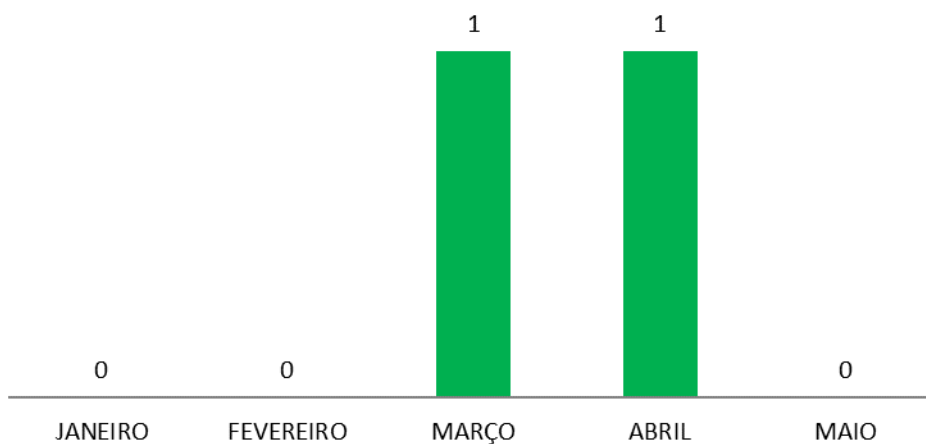
Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

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

As metas serão ajustadas para se adequarem ao cenário atual (houve um aumento na rotatividade dos pacientes aumentando a geração dos resíduos).

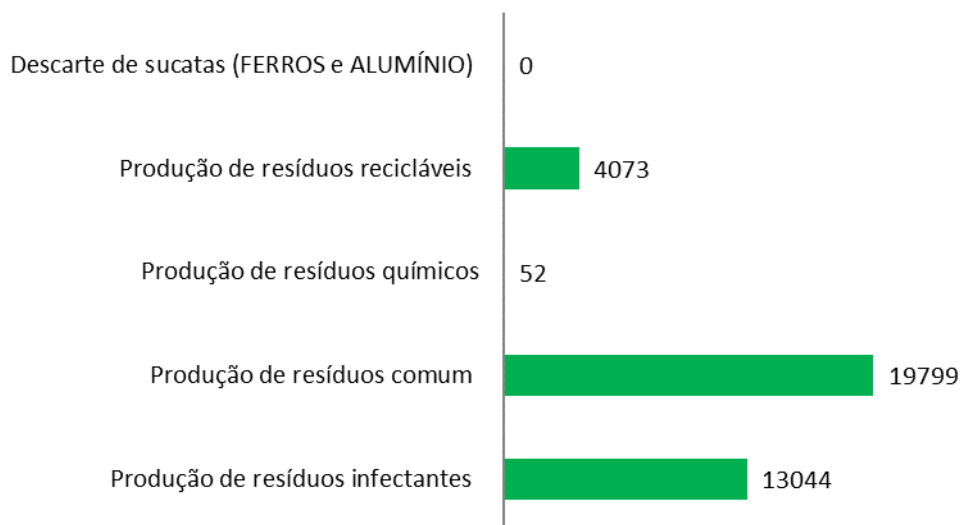
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo

■ 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

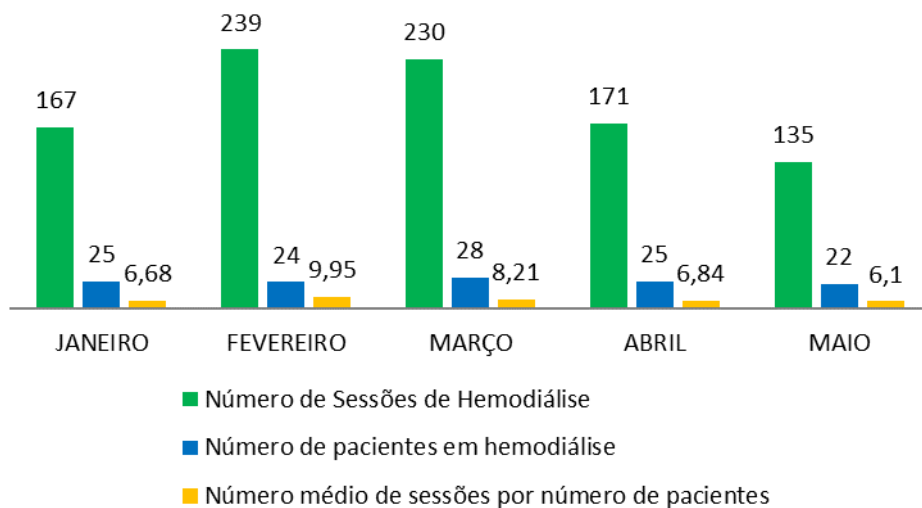
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

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

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 189 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

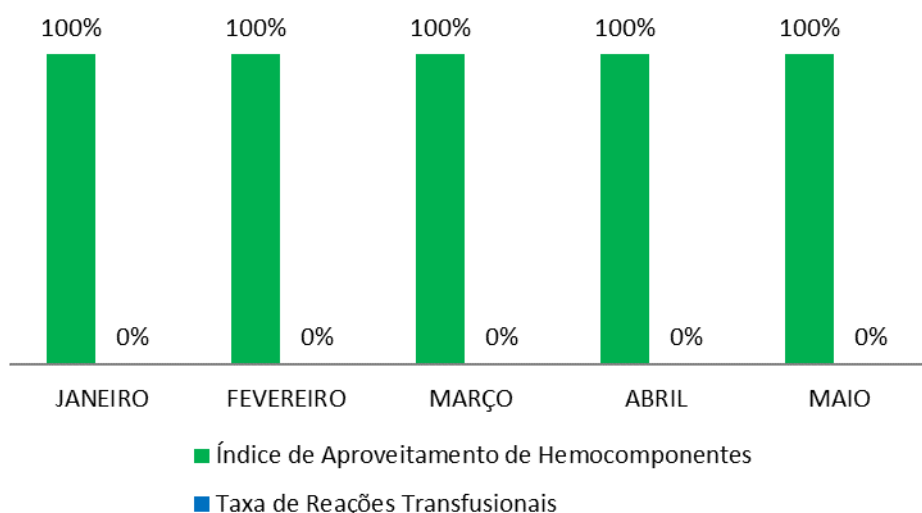
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

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

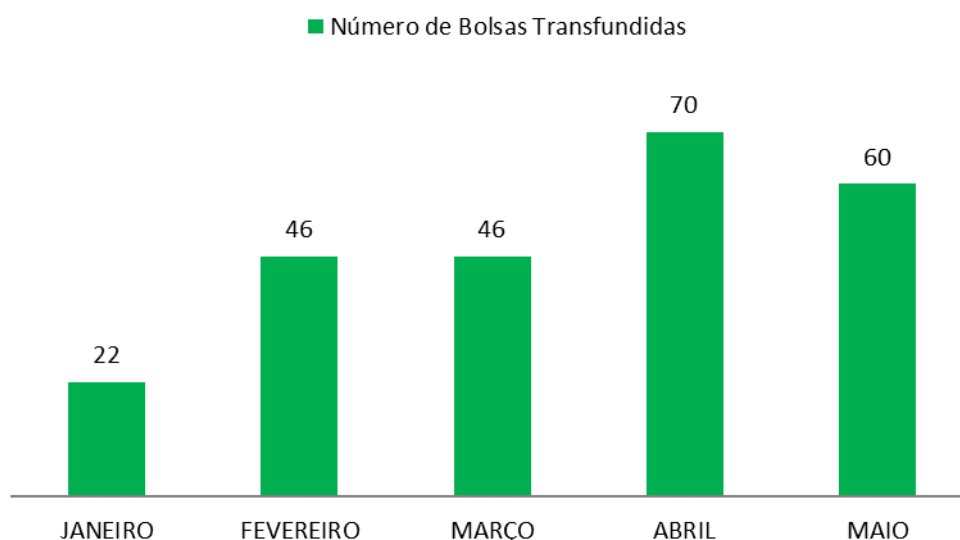
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

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 | CIPA – MAIO AMARELO – 28 e 29 DE MAIO – O Maio Amarelo é um movimento internacional de conscientização para a redução de acidentes de trânsito, que acontece todos os anos em maio. O objetivo é chamar a atenção da sociedade para a importância da segurança viária, envolvendo diversos segmentos, desde governos e empresas até a sociedade civil organizada. Nosso objetivo foi a conscientização dos celulares nas dependências do hospital, utilizando folder informativo com brindes contendo doces de maracujá para acalmar e manequins caídos nas escadas para causar impacto de uma possível pessoa caída.





SESMT | Diálogo de segurança - Plano de gerenciamento de resíduos – 14/05: 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 da cozinha.



SESMT | Diálogo de Segurança – Round de segurança do trabalho – 14/05:

Orientação realizada com a equipe de manutenção clínica e predial (FRACTAL) de Saúde e Segurança do Trabalho na execução das atividades laborais, alinhamento dos serviços a serem realizados para o acompanhamento da segurança do trabalho.



SESMT | Diálogo de segurança NR 17 - 14/05 - 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).



COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Culto – 20/05: Em parceria com o grupo Gideões – organização cristã – e com o apoio da Capelania, foi realizado um culto especial no Hospital Municipal Guarapiranga. O momento foi dedicado a pacientes e colaboradores, oferecendo uma oportunidade de acolhimento espiritual, fé e reflexão. A Capelania, que presta assistência religiosa em diversos contextos, como hospitais, esteve presente fortalecendo esse cuidado que vai além do físico, acolhendo também o emocional e o espiritual.



COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | CAPELANIA 21 e 22/05 – O grupo de Capelania Gideões realizou em parceria com a Comissão de Humanização a entrega de bíblias para pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores. A Capelania Gideões, é uma organização cristã evangélica que se dedica à distribuição de bíblias e a outros recursos religiosos em diversos locais, incluindo hospitais.



COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Café acolhedor – 24/05: 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.



RH | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – Dia da Assistente Social – 15/05: No dia 15, foi realizada a entrega de 7 lembranças em comemoração ao Dia da Assistente Social. A ação foi pensada com carinho como forma de reconhecimento e gratidão pelo trabalho essencial que essas profissionais desenvolvem diariamente.



COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Dia das mães: No Dia das Mães, a Comissão de Humanização preparou uma homenagem especial para celebrar o amor e a força dessas mulheres. As mães receberam uma lembrança simbólica: suculentas acompanhadas de fotos ao lado de seus filhos — um gesto simples, mas repleto de carinho e significado. A ação buscou valorizar esse vínculo especial e eternizar, em forma de afeto, um momento de ternura em meio à rotina hospitalar.



COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Aniversário do paciente: A Comissão de Humanização realizou, com muito carinho, a comemoração dos pacientes aniversariantes do mês de maio.



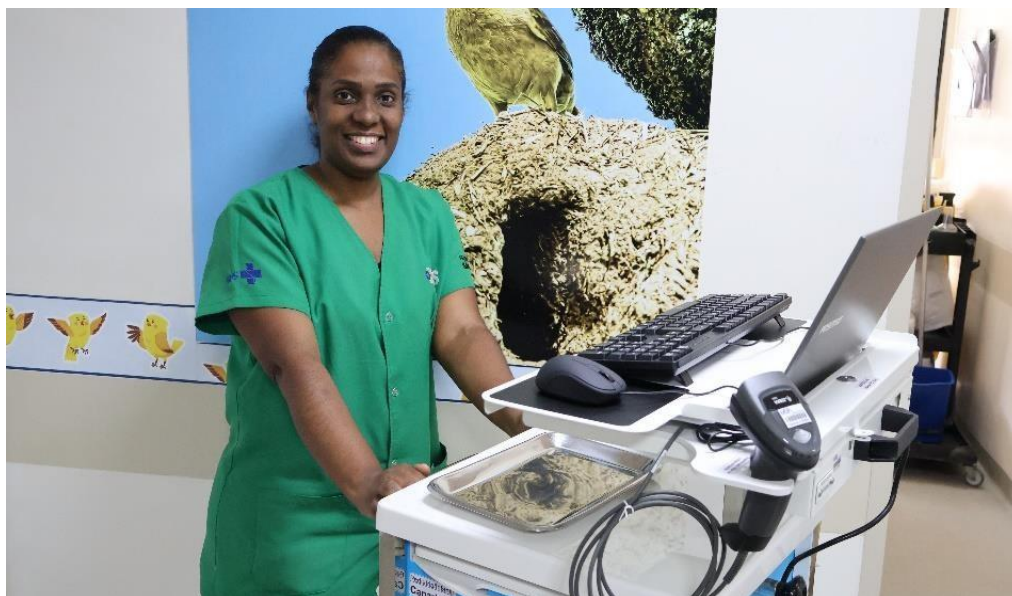
ENFERMAGEM | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO - Semana da enfermagem

12 a 16/05: Neste ano, a Semana da Enfermagem no HMG foi marcada por momentos de profunda reflexão, conexão e valorização. Com o tema “*As emoções no dia a dia do hospital*”, a programação trouxe um paralelo sensível e criativo com o filme *Divertidamente*, reconhecendo que, por trás de cada uniforme, há um ser humano que sente, vive e transforma realidades por meio do cuidado. Cada detalhe foi planejado com carinho, visando proporcionar aos profissionais de enfermagem experiências que os re conectassem com sua essência. Ao longo da semana, foram oferecidos momentos de autocuidado, como massagens relaxantes, escalda-pés e auriculoterapia, entre outras atividades voltadas ao bem-estar físico e emocional. Um dos momentos mais especiais foi conduzido pela Dra. Kátia Ono e sua equipe da ViVa Nova Saúde, que proporcionaram uma vivência emocionante de reconexão com a criança interior. Foi uma experiência de escuta, acolhimento e valorização da trajetória de cada profissional — um lembrete da importância de cuidar de si com o mesmo carinho dedicado ao outro.





TI | ENFERMAGEM – Carros beira leito: Mais agilidade e organização na assistência: O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) implantou 50 carrinhos de medicamentos beira-leito para modernizar os fluxos assistenciais e qualificar o cuidado. A iniciativa visa agilizar e tornar mais segura a rotina das equipes de enfermagem, reunindo medicações, materiais e acesso ao prontuário eletrônico em um único ponto móvel. Além de otimizar o tempo e reduzir erros, a medida fortalece a humanização do atendimento, permitindo que os profissionais fiquem mais tempo ao lado do paciente. O projeto também promove sustentabilidade, com descarte adequado de resíduos e previsão de reduzir até 90% das impressões em papel. A implantação já está em andamento, com suporte das equipes de TI e enfermagem. Com ações simples, o HMG segue inovando no cuidado.



8. AÇÕES DE DESTAQUE

SESMT | CIPA – MAIO AMARELO – 28 e 29 DE MAIO



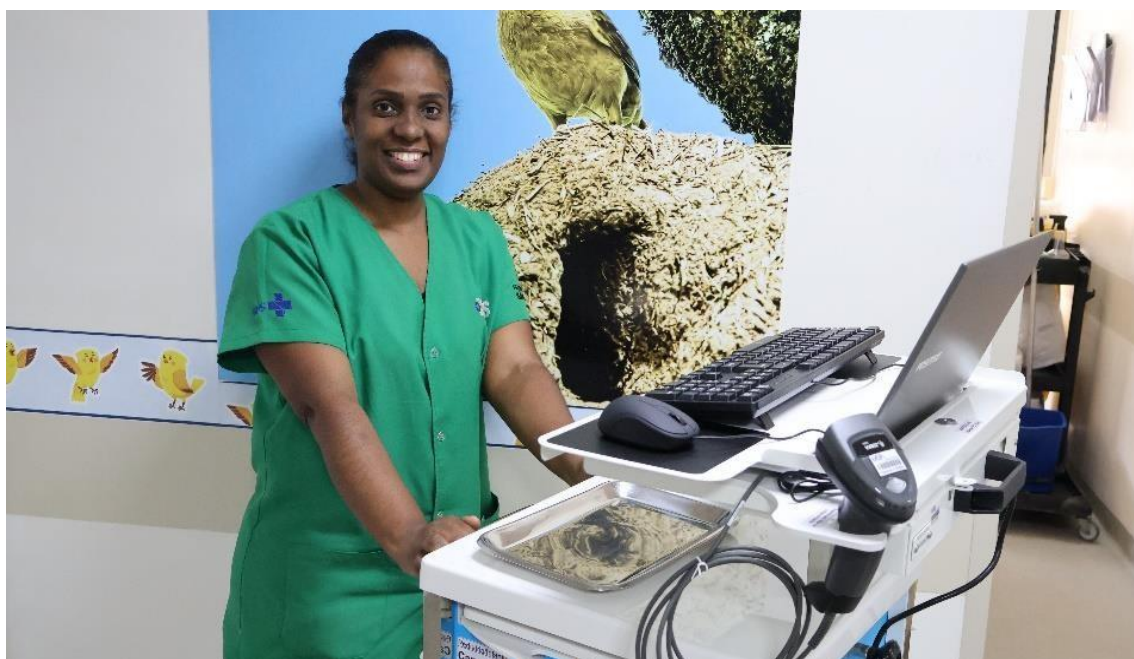
COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | Café acolhedor – 24/05



ENFERMAGEM | COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO - Semana da enfermagem



TI | ENFERMAGEM – Carros beira leito



9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de maio 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, 16 de junho de 2025.

Assinado eletronicamente por:
Ana Patrícia Barreto Palma
CPF: ***.433.015-**
Data: 26/06/2025 09:48:32 -03:00

**MUNDO DIGITAL**
CERTIFICAÇÃO DIGITAL

Ana Patrícia Barreto Palma
Gerente Administrativo

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha Panont
CPF: ***.518.032-**
Data: 26/06/2025 11:32:29 -03:00

**MUNDO DIGITAL**
CERTIFICAÇÃO DIGITAL

Victor Hugo Parrilha Panont
Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

10. ANEXOS

Atas das Comissões

	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 Paliativos	REDATOR Juliana Carvalho	DATA 26/05/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 11h50
PAUTAS				
Divisão de responsabilidade vídeos por equipe multiprofissional.				
PARTICIPANTES				
- Juliana Carvalho (Psicóloga/Presidente) - André Gasparoto (Médico/Vice-presidente) - Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro) - Wilma Correia (Assistente Social RT/membro) - Anderson Tomas de Oliveira (Coord. Equipe Multi/membro) - Patrícia Sodré de Oliveira (Nutrição/membro) - Carla Cristina da S. Ferrari (Fisioterapeuta/membro) - Pamela L. S. Zambrana (Fisioterapeuta/membro)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Abertura da Reunião A reunião teve início com a leitura da ata da reunião anterior. Pílula do conhecimento Discutimos novamente sobre os vídeos que estão sendo gravados para o projeto Pílula do Conhecimento. Juliana (Fisioterapeuta RT) ressaltou a ausência temporária de um responsável pelo setor de Comunicação do hospital para compilar e padronizar os vídeos. A comissão decidiu, no entanto, seguir com o cronograma de gravações a fim de evitar mais atrasos. Os vídeos serão produzidos nesta fase e divulgados gradualmente, conforme um cronograma ainda a ser definido. ➤ Listamos abaixo os temas e os setores responsáveis por cada vídeo. ➤ Escores de avaliação para inserir e acompanhar – Enfermagem ➤ Para quem indicar? – Dr. Gasparoto ➤ Como abordar sobre Cuidados Paliativos – Dr. Gasparoto ➤ Manejo de drogas (dispneia e dor) – Dr. Gasparoto ➤ Cuidados na terminalidade – Dr. Gasparoto ➤ Extubação paliativa – Dr. Gasparoto ➤ Medicina Integrativa – Dr. Edson ➤ Oxigenoterapia e VNI – Fisioterapia				

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	Vera Lúcia Macedo	21/05/2025	11h30	12h30
PAUTAS				
• Quadro de Pendências; • Descritivo das IRAS; • Gráficos dos indicadores do NEH; • Quadro da rota Sepse. • Auditorias; • Ações realizadas.				
PARTICIPANTES				
• Jamile Renata Reis (Supervisora de Nutrição) • Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem) • Andreia Toshie Yamaguti (Supervisora de Enfermagem) • Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. De Enfermagem do NSP) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Alex de Jesus (Enfermeiro Auxiliar do SCIH) • Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas) • Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) • Vera Lucia dos Santos Macedo (Enfermeira de Vigilância Epidemiológica) • Carmen Isabel Souza Domingues (Gerente de Enfermagem) • Maria Cristina Souza Santos (Enf. de Segurança do paciente) • Raquel Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem) • Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) • Fernanda Pitombo (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 Eliana Cristina da Silva	DATA 21/05/2025	INÍCIO 14h30	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
• Pendências das reuniões anteriores; • Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de março pelo GACAP; • Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em abril de 2025; • Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento; • Controle dos colchões pneumáticos; • Nova régua para mensuração de lesões; • Treinamentos realizados; • Oficina de coxins artesanais; • Discussão de casos nos setores.				
PARTICIPANTES				
• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. Enfermagem NSP) • Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) • Alana Raquel Rocha (Nutricionista) • Thamara Derencio (Supervisora de Enfermagem) • Francisco José Paulino (Enfermeiro Assistencial) • Wellyngton Stamborovisk (Téc. de Enfermagem) • Bruno Alves do Nascimento (Engenheiro de Segurança do Trabalho) • Dário Pedro Filho dos Santos (Coordenador de RH) • Arilene Damasceno (Almoxarife)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Às 14h30 do dia 21 de maio de 2025, reuniram-se os citados acima, no Auditório Aquário para discutirmos a respeito dos resultados obtidos no mês de abril, foram apresentados pela enfermeira Maria Cristina (NSP) ao grupo, iniciando a reunião com resultados de pendências da reunião anterior, informa que foi solicitado a atualização da placa de termômetro de lesões e está em andamento e a compra de fraldas XXL está momentaneamente adiada. Foram apresentados os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões de pele, sendo esses a taxa de lesões global e setorial, os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, apresentando os indicadores dos setores desde abril de 2025,				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo	22/05/2025	14h00	16h00
PAUTAS				
• Apuração de denúncia; • Apresentação de defesa; • Pendências de casos anteriores; • Comunicação de desligamento; • Posse de novo membro da comissão.				
PARTICIPANTES				
• Arlindo Alves Vieira (Enfermeiro – Secretário da Comissão, atual presidente) • Willian Ferreira (Téc. de Enfermagem) • Lucineia Rodrigues (Téc. de Enfermagem)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Aos vinte e dois dias do maio do ano de dois mil e vinte e cinco, reuniu-se a Comissão de Ética de Enfermagem para tratar de questões pertinentes às denúncias em apuração e à composição atual da comissão. Inicialmente, foi dado prosseguimento à análise de uma denúncia envolvendo uma suposta calúnia e difamação. O denunciante, técnico de enfermagem, foi ouvido pela comissão e apresentou os detalhes de sua queixa. Em seguida, foi solicitada a manifestação da profissional denunciada, também técnica de enfermagem, que encaminhou à comissão uma carta de defesa por escrito, na qual expôs sua versão dos fatos e esclarecimentos sobre o ocorrido. Durante a reunião, também foram discutidos outros casos pendentes, sendo os membros da comissão orientados quanto à continuidade das apurações necessárias para o devido encaminhamento de cada situação. Foi ainda comunicado formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem (Coren) o desligamento da colaboradora Tamires Demichili que estava à frente da Comissão como presidente. Diante disso, o secretário da comissão, Arlindo Vieira, assumiu oficialmente a função de presidente, conforme previsto no regimento interno. Nada mais havendo a registrar, foi encerrada a reunião, lavrando-se 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	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética Médica	Caroline Ramos Barreto	13/05/2025	10:00h	11:00h
PAUTAS				
Desdobramento do Código de Ética Médica: Capítulo III – Responsabilidades do Médico				
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 treze dias do mês de maio do ano de 2025, foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a presidência da Dra. Lorena Paiva Miranda, com a participação presencial e on-line, dos membros listados acima. O encontro teve como tema principal de discussão o Capítulo III do Código de Ética Médica – Responsabilidades do Médico, com o objetivo de reforçar os princípios que norteiam a atuação médica ética e comprometida com a dignidade humana. Durante a reunião, foram lidos e debatidos artigos do referido capítulo, com destaque para os artigos 1º ao 12º, que tratam da responsabilidade integral do médico perante o paciente, a sociedade e suas instituições. O grupo enfatizou o artigo 1º, que estabelece que o médico deve exercer sua profissão com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, em benefício do paciente. Também foi dado destaque ao artigo 2º, que trata da responsabilidade solidária do médico em procedimentos realizados em equipe, mesmo quando não seja o executor direto. A comissão discutiu casos práticos do cotidiano institucional que exemplificam a importância da responsabilidade compartilhada e da conduta diligente. Foram mencionadas situações em que atrasos na avaliação clínica, comunicação falha entre equipes ou omissões em registros podem comprometer a continuidade da assistência e gerar implicações éticas relevantes. Com base nos debates, a comissão deliberou por reforçar, junto ao corpo clínico, a importância de manter uma postura ética proativa, inclusive no que se refere à comunicação clara entre médicos, respeito à autonomia dos pacientes, e compromisso com o trabalho em equipe. Foi aprovada a proposta de divulgar um boletim interno com o tema “Responsabilidades do Médico: fundamentos éticos para uma prática segura e humana”, contendo trechos do Código de Ética Médica e reflexões				

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 21/05/2025	INÍCIO 15h30	TÉRMINO 16h00
PAUTAS				
- Pendências da última reunião; - Apresentação dos indicadores.				
PARTICIPANTES				
- Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro do Trabalho) - Agnaldo Allace Melo de Souza (Auxiliar Administrativo) - Rosana Maria de Souza Reis (Téc. de Segurança do Trabalho) - Michael Gustavo Vieira Wodzik (Supervisor Administrativo) - Raul Tessi (Téc. de Segurança do Trabalho) - Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade)				
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 Bruno Freitas iniciou com a apresentação das pendências da última reunião (conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo), Michael informa que já estão finalizando os reparos dos Abrigos. Houve um acidente por descarte errôneo no mês de abril, por conta de caixa coletora de perfurocortante acima do limite e também por não ter acionado o dispositivo de segurança do Scalp, 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. No dia quinze de maio de dois mil e vinte e cinco, houve uma auditoria interna do SEDE São Paulo, onde os requisitos do PGRSS alcançaram 100% de aderência.				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Humanização	Ana Luiza Oliveira / Nicole Caetano	07/05/2025	10:00h	11:00h
PAUTAS				
- Semana da Enfermagem; - Prontuário Afetivo; - Desejo Paciente; - Apresentação das novas secretarias e saída de membros; - Celebração ecumênica; - Dias das Mães; - Projeto Gideões.				
PARTICIPANTES				
- Maria Jakeline Barbosa (Aux. Adm. Equipe Multi) - Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem) - Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) - Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade) - Ana Luiza Oliveira (Auxiliar Adm) - Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) - Yasira Ramirez (Auxiliar Adm) - Izadora Mariani (Secretária Executiva) - Fabiane Evol (Enfermeira) - Caio Moreira (Auxiliar Adm do RH) - Kênia Oliveira (Superv. De Enfermagem) - Dayanne Lais Oliveira (Aux. Adm. Humanização) - Patricia Castro (Assistente Adm. Faturamento) - Victor Amado (Assistente Adm. Faturamento) - Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) - Wilma Correia (Assistente Social)				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Medicina Integrativa	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 21/05/2025	INÍCIO 13h30	TÉRMINO 14h00
PAUTAS				
- Indicadores do mês de abril de 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. - Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. - PICs: Constelação Familiar.				
PARTICIPANTES				
- Edson Ono (Médico Integrativista) - Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) - Dário Pedro Santos (Coordenador de RH-DP) - Shirley Schunck (Enfermeira de Gestão de Alta) - Monique Evelyn Souza (Auxiliar Adm do NEP) - Elisa Roasio (Enfermeira Auditora) - Anilliam Silva (Fisioterapeuta) - 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)				
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 o3, taxa de complicação relacionada o3, taxa de melhora na qualidade de vida-dor-odor, taxa de eficácia da o3 – dor-odor, busca ativa (taxa de avaliação inicial o3), taxa de avaliação inicial de ozônioterapia e número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar dentro do mês de abril. 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. Apresentadas também as imagens que mostram a evolução na redução de lesões em pacientes. Doutor Edson Ono dá início a explicação a respeito da Constelação Familiar: prática terapêutica que busca transformar padrões e ressignificar experiências pessoais por meio da percepção de como as				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	21/05/2025	14h00	14h30
PAUTAS				
- Ações e melhorias; - Planilha de indicadores e treinamentos; - Resultados dos indicadores; - Gráfico de resultados do NEP; - Controle dos estágios.				
PARTICIPANTES				
- Bruno Alves nascimento de Freitas (Engenheiro seg. do trabalho) - Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade) - Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH) - Monique Evelyn Aparecida de Souza (Auxiliar Administrativo) - Alex de Jesus (Enfermeiro Aux. Do SCIH) - Gustavo Guimarães Paiva (Téc. de Enfermagem do NSP)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
No dia 21 de maio de 2025, às 14h, foi iniciada a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP), com o objetivo de apresentar os dados e resultados referentes ao mês de abril. A reunião foi conduzida pelo Coordenador de Recursos Humanos, Sr. Dario Pedro, representante do NEP, que apresentou a pauta, abordando as pendências e as ações desenvolvidas ao longo do mês. Durante a reunião, foi discutida a implantação do formulário de avaliação de reação aos treinamentos, uma exigência da sede para capacitações com duração superior a duas horas. O formulário, que estava em fase de testes, foi finalizado e implementado nos treinamentos realizados em abril. O Sr. Dario destacou que, conforme apontado na última auditoria da sede, foi identificada a necessidade da elaboração de um protocolo específico para os multiplicadores, bem como de um plano de disseminação dos treinamentos internamente. Informou ainda que o referido protocolo já está concluído e será encaminhado ao setor da Qualidade para validação. Outro tema relevante abordado foi a aquisição de equipamentos para a sala de simulação realística, localizada na Sala de Treinamento 2. No momento, está sendo realizada uma verificação junto ao setor de Patrimônio para viabilizar a aquisição.				

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 21/05/2025	INÍCIO 08:30	TÉRMINO 09:30
PAUTAS				
• Pendências da última reunião • Rotinas implementadas • Planilha de NC • Registros de Não Conformidades • Conformes (visita técnica) • Ações				
PARTICIPANTES				
• Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Gustavo Guimarães (Téc. De Enfermagem do NSP) • Luciana de Oliveira (Supervisora de Farmácia) • Vera Lucia de Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica) • Anderson Tomas de oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Paulo Rodrigo Barbosa (Analista da Qualidade) • Jamile Renata Reis (Supervisora de Nutrição) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Maurivania dos Santos (Enfermeira Assistencial - BTV) • Alessandro Dias (Enfermeiro Assistencial - Sabiá) • Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem - BTV/BJF) • Andreia Toshie Yamaguti (Supervisora de Enfermagem - Sanhaçu/Sabiá) • Alex de Jesus (Enfermeiro Aux. do SCIH) • Thamara Derencio (Supervisora de Enfermagem - Arara) • Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente 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: 1/3
	TIPO DE REUNIÃO Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR Patrícia Castro	DATA 22/05/2025	INÍCIO 11h00
PAUTAS				
- Plano terapêutico/Plano de alta; - Previsão de alta; - Documentação em Prontuários; - Revisão Foms; - Procedimentos não lançados.				
PARTICIPANTES				
- Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) - Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) - Elisa Bontempi (Enfermeira Auditora) - Patrícia Castro (Assistente de Faturamento) - Maria Cristina Souza (Enfermeira Qualidade) - Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira de Gestão de Altas)				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
Juliana iniciou a reunião falando sobre o prontuário que analisou. Trouxe a questão relacionada ao plano terapêutico e ao plano de alta. Shirley deu continuidade ao tema, pontuando que houve uma melhora no plano, mas ainda existem lacunas na previsão de alta. As abas que foram criadas no sistema ainda não estão sendo preenchidas devidamente. Ela também ressaltou a importância de pontuar com a equipe multiprofissional sobre a avaliação do paciente para alta e a renovação do plano terapêutico. Comentou que para que a alta seja qualificada, a equipe precisa estar atenta e comprometida com essa questão. Shirley prosseguiu, trazendo pendências encontradas em seu prontuário revisado: prontuário 10478: ausência de histórico de enfermagem na admissão e falta de prescrição de enfermagem nos dias 08 e 09/04; prontuário 10489: ausência de prescrição de enfermagem no dia 12/04 e ausência de dupla checagem pelo técnico no dia 16/04.				

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