

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

CONTRATANTE

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

Nº CHAMAMENTO PÚBLICO

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

Nº CONTRATO DE GESTÃO

001/2020 - SMS.G / AHM.

OBJETO CONTRATUAL

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

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

CNES

0161438.

ENDEREÇO

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

FUNCIONAMENTO

Atendimento 24hrs, todos os dias.



EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem

Daniele de Mello Martorano – Coordenação de Enfermagem

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos

Paulo Henrique Ferreira Lopes – Coordenação Financeira

Robert da Silva – Coordenação de Prestação de Contas

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Larissa de Jesus Ferreira – Analista de Recursos Humanos

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	34
3.1.4. Segurança Do Trabalho	37
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	42
3.2.1. Radiologia.....	43
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.....	72
3.3.4. Psicologia	81
3.3.5. Fonoaudiologia.....	92
3.3.6. Terapia Ocupacional	97
3.3.7. Terapias Alternativas	97
3.3.8. Estomaterapia	101
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	106
3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	106
3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)	116
3.4.3. Vigilância em Saúde.....	121
3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação	125
3.4.5. Núcleo De Educação Permanente	129
3.5. SUPRIMENTOS	134



3.5.1. Farmácia	134
3.6. Compras	138
3.7. INFRAESTRUTURA	140
3.7.1. Engenharia Clínica	141
3.7.2. Manutenção Predial	145
3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	148
3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	152
3.9.1. Qualidade	152
3.9.2. Faturamento	157
3.9.3. Prestação De Contas	159
3.9.4. Financeiro	163
3.9.5. Patrimônio	165
3.9.6. Contratos	170
3.9.7. Hotelaria.....	172
3.9.8. Recepção	179
3.9.9. Portaria.....	180
3.9.10. Jurídico	181
3.9.11. Ouvidoria	184
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	190
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	191
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS.....	191
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS	194
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES	197
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos	197
5.3.2. Hemodiálise	199
5.3.3. Hemocomponentes	200
6. COMISSÕES	201
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	203
8. AÇÕES DE DESTAQUE	217
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
10. ANEXOS	220

Atas das Comissões	220
---------------------------------	------------

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.....	34
Tabela 10 – Indicadores Segurança do Trabalho.....	38
Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)	43
Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)	43
Tabela 13 – Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija- Flor)	44
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)	61
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)	62
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).....	69
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).....	75
Tabela 39 – Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi)	76
Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	77
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria).....	77
Tabela 42 – Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)	82
Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica).....	83
Tabela 44 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	85
Tabela 45 – Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	86
Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)	87
Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)	88
Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia	93
Tabela 49 – Indicadores de Terapias Alternativas	98



Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia.....	102
Tabela 51 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	106
Tabela 52 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	107
Tabela 53 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	108
Tabela 54 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-Vi).....	109
Tabela 55 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados).....	110
Tabela 56 – Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) ...	111
Tabela 57 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)	116
Tabela 58 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	116
Tabela 59 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Beija-Flor)	116
Tabela 60 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Bem-Te-vi)	117
Tabela 61 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Paliativos)	118
Tabela 62 – Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	118
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde	121
Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)	125
Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	130
Tabela 66 – Indicadores de Farmácia	135
Tabela 67 – Indicadores de Compras	138
Tabela 68 – Indicadores de Engenharia Clínica.....	141
Tabela 69 – Indicadores de Manutenção Predial	146
Tabela 70 – Indicadores de Tecnologia da Informação.....	149
Tabela 71 – Indicadores de Qualidade.....	152
Tabela 72 – Indicadores de Faturamento.....	158
Tabela 73 – Indicadores de Prestações de Contas.....	160
Tabela 74 – Indicadores do Financeiro	163

Tabela 75 – Indicadores do Patrimônio.....	165
Tabela 76 – Indicadores do Contratos	171
Tabela 77 – Indicadores da Rouparia	173
Tabela 78 – Indicadores de Higienização	177
Tabela 79 – Indicadores de Recepção.....	179
Tabela 80 – Indicadores de Portaria	180
Tabela 81 – Indicadores de Serviços Jurídicos	182
Tabela 82 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas.....	184
Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	185
Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos	191
Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos.....	194
Tabela 86 – Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos.....	197
Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise.....	199
Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	200
Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	202

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos	18
Gráfico 02 – Relação de CIDs Registrados nos Atendimentos em Fevereiro/25	20
Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária no mês de Fevereiro/25.....	21
Gráfico 04 – Atendimento por Gênero em Fevereiro/25.....	22
Gráfico 05 – Atendimentos x Admissões x Altas	23
Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem	28
Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH	29
Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos	29
Gráfico 09 – Relação de demissões.....	30
Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem.....	30
Gráfico 11 – Relação de absenteísmo	32
Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem	32
Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem	33

Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias	33
Gráfico 15 – Taxa de Exames	35
Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	35
Gráfico 17 – Relação de atestados	36
Gráfico 18 – Relação de afastados	36
Gráfico 19 – Número de dias perdidos (atestados)	37
Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros	39
Gráfico 21 – Taxa de inspeções	39
Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes	40
Gráfico 23 – Número de EPI's distribuidos	40
Gráfico 24 – Relação de treinamentos	41
Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas	41
Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas	42
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 bos 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 – Tempo de resposta para 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 – Fevereiro de 2025.....	65
Gráfico 50 – Taxa de avaliações e alta funcional (Geral Hospitalar).....	70
Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)	71
Gráfico 52 – Ventilação Mecânica.....	71
Gráfico 53 – Média de Pacientes em Tipos de Ventilações Mecânicas	72
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	78
Gráfico 55 – índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar) ...	79
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar).....	79
Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito.....	80
Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento	80
Gráfico 59 – Número de evasões e desistências de tratamento	81
Gráfico 60 – Taxa de identificação de necessidades especiais	81
Gráfico 61 – Índice de intervenções	89
Gráfico 62 – Taxa de intervenções.....	89
Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica	90
Gráfico 64 – Número de atendimentos.....	90
Gráfico 65 – Número de vistas de menor de 12 anos	91
Gráfico 66 – Taxa de pacientes em cuidados paliativos ou vulnerabilidade social	91
Gráfico 67 – Número de Acolhimento de Óbitos e Comunicação de Más Notícias	92
Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial.....	94
Gráfico 69 – Taxa de decanulados.....	94



Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração ...	95
Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações	95
Gráfico 72 – Taxa de pacientes: Espessante, Cuff e Válvula de fala	96
Gráfico 73 – Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	96
Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia	99
Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar .	100
Gráfico 76 – Número de Ozoterapia.....	100
Gráfico 77 – Consumo de cilindro o ²	101
Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão	104
Gráfico 79 – Prevalência e Taxa de pacientes em risco de LPP.....	105
Gráfico 80 – Número total de lesões	105
Gráfico 81 – Taxa de não conformidades	113
Gráfico 82 – Número de não conformidades.....	113
Gráfico 83 – Taxa de abertura de protocolo de Londres e taxa de incidente com dano	114
Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades em Fevereiro/25	114
Gráfico 85 – Meta Acometida de Não Conformidades – Fevereiro/25	115
Gráfico 86 – Número de visitas técnicas	115
Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI	120
Gráfico 88 – Taxa de Infecção Hospitalar Global	120
Gráfico 89 - Densidade Incidencia	121
Gráfico 90 – Número de notificações realizadas.....	122
Gráfico 91 – Número de pacientes com casos de COVID e Dengue proveniente do HMG.....	123
Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID.....	123
Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose	124
Gráfico 94 – Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	124
Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS	127
Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos.....	127
Gráfico 97 – Serviço de Remoções.....	128

Gráfico 98 - Tempo De Solicitação X Realização De Cateter (Dias).....	128
Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos.....	129
Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões	129
Gráfico 101 – Taxa de treinamentos	131
Gráfico 102 – Número de treinamentos, participações e horas de treinamento	131
Gráfico 103 – Homem hora	132
Gráfico 104 – Taxa de Itens Perdas, Sem Movimentações e Empréstimos... ..	136
Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas.....	136
Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas.....	137
Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica	137
Gráfico 108 – Lançamentos de cotações	139
Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas	139
Gráfico 110 - Taxa de ordem de compra (oc's) entregue no prazo, entrega parcial e economia.....	140
Gráfico 110 – Número de compras emergencial.....	140
Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados	143
Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado.....	143
Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva.....	144
Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento.....	144
.Gráfico 115 – Taxa de depreciação, manutenção, calibração e entrega	145
Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção	145
Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados	147
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos).....	147
Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.	148
Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.	148
Gráfico 121 – Quantidade de chamados	150
Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução	150
Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	151
Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados.....	151



Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	154
Gráfico 126 – Comissões	154
Gráfico 127 – Número de documentos retroativos	155
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações	155
Gráfico 129 – Documentos Fevereiro/25.....	156
Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas	156
Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA.....	157
Gráfico 132 – Total de AIH Faturadas x Parciais	158
Gráfico 133 – 05 Procedimentos Assistenciais Importados Fevereiro/25	159
Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão	160
Gráfico 135 – Número de auditorias externas	161
Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades	161
Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado	162
Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da sms	162
Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas	163
Gráfico 140 – Taxa de execução orçamentária, notas recebidas e notas pagas	164
Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês.....	164
Gráfico 142 – Utilização de equipamentos, depreciação e disponibilidade de equipamentos.....	167
Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas	167
Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações.....	168
Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso	168
Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços.....	169
Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos.....	169
Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados	170
Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas	170
Gráfico 150 - Índice de exatidão nos serviços prestados	171
Gráfico 151 – Número de aditivos	172
Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos	172
Gráfico 153 – Taxa De Pedidos Atendidos (Dispensação De Enxoval)	174



Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI.....	174
Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados	175
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas	175
Gráfico 157 – Tempo de resposta a solicitações.....	176
Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição	176
Gráfico 159 – Enxoval Dispensado em Fevereiro/25	177
Gráfico 160 – Índices de higienização.....	178
Gráfico 161 – Terminais em Fevereiro/25	178
Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes.....	179
Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos	180
Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança	181
Gráfico 165 – Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	181
Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais	182
Gráfico 167 – Notificações de fornecedores	183
Gráfico 168 – Produção Jurídico	183
Gráfico 169 – Taxa de resoluções.....	185
Gráfico 170 – Taxa de reincidência.....	186
Gráfico 171 – Taxa de devolutivas	186
Gráfico 172 – Tempo médio de resposta	187
Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas	187
Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas em Fevereiro/25	188
Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação	188
Gráfico 176 – Total de pesquisas internas	189
Gráfico 177 – Total de manifestações internas	189
Gráfico 178 – Taxa de ocupação	192
Gráfico 179 – Índice de queda	192
Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão	193
Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria	193
Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH.....	194
Gráfico 183 – Número paciente e leito dia	195
Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão	195



Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria.....	196
Gráfico 186 – Número de AIH's.....	196
Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo	198
Gráfico 188 - Produção De Resíduos no mês de Fevereiro/25	198
Gráfico 189 - Hemodiálises	199
Gráfico 190 - Hemocomponentes.....	200
Gráfico 191 – Bolsas transfundidas.....	201

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

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

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

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

O INTS recebeu, em 2021, o Certificado que garante a manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001, versão 2015. Isto valida as

atividades do Instituto junto à gestão dos contratos com órgãos públicos relativos à prestação de serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social. O certificado agora tem validade até fevereiro de 2024, com auditorias de manutenção anual.

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

2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

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

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

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

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

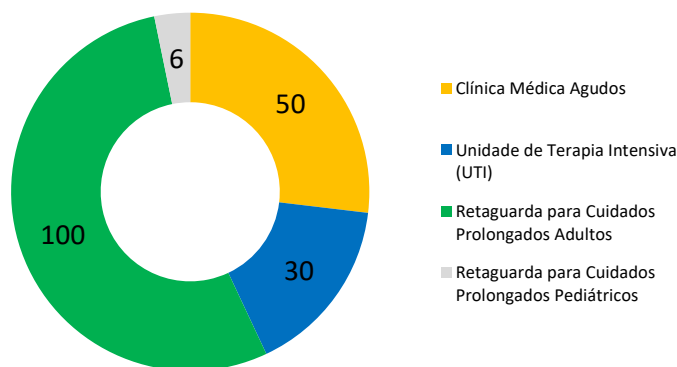
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

Distribuição de Leitos

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

Gráfico 01 – Dimensionamento de Leitos



Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

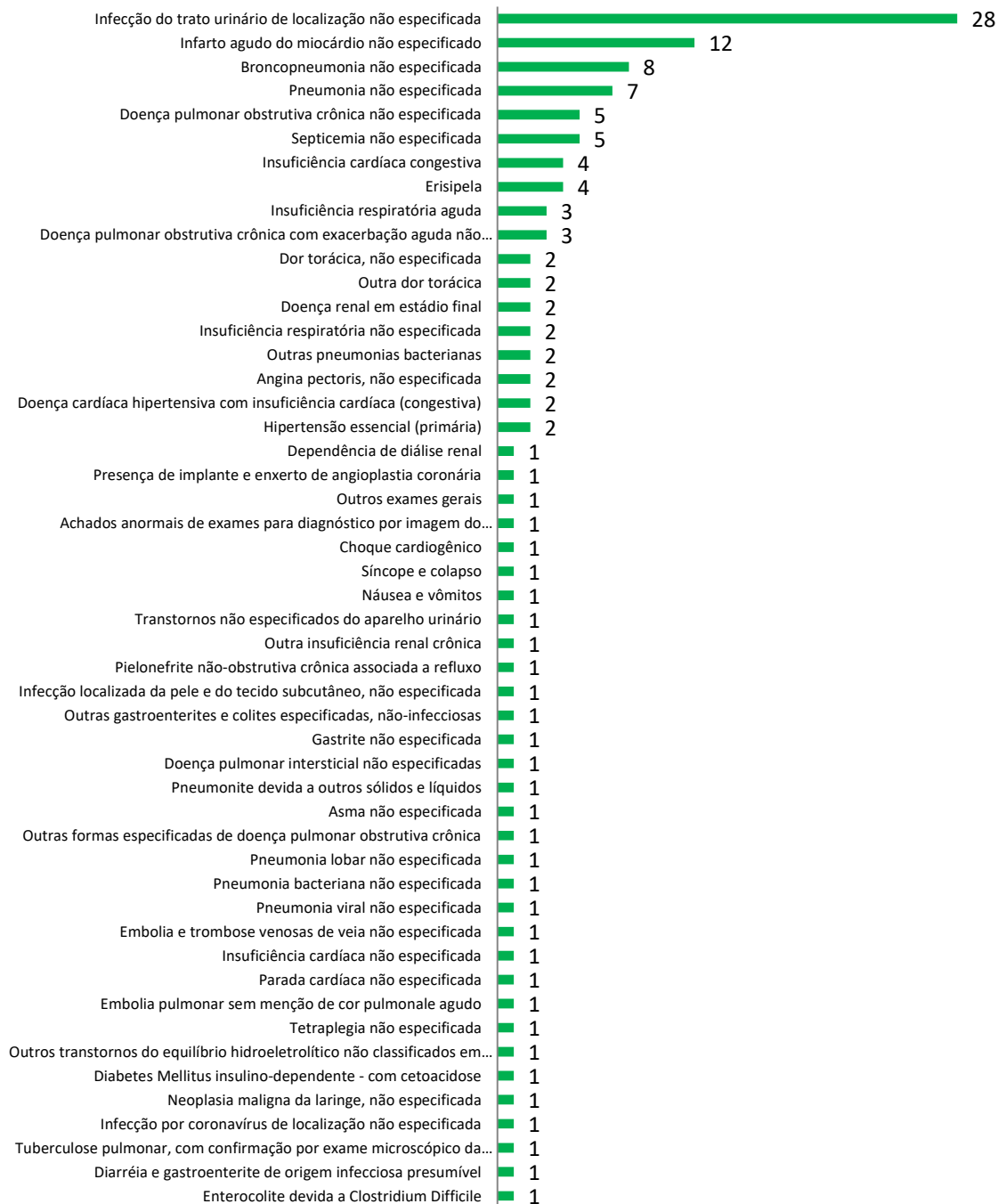
2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

- **Clínica Médica: Doenças Crônicas:** Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. **Doenças Respiratórias:** Asma, doença pulmonar

obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia. Doenças Infeciosas:
Infecções urinárias, gastroenterites.

- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Cuidados Críticos: Pacientes com insuficiência respiratória aguda, 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

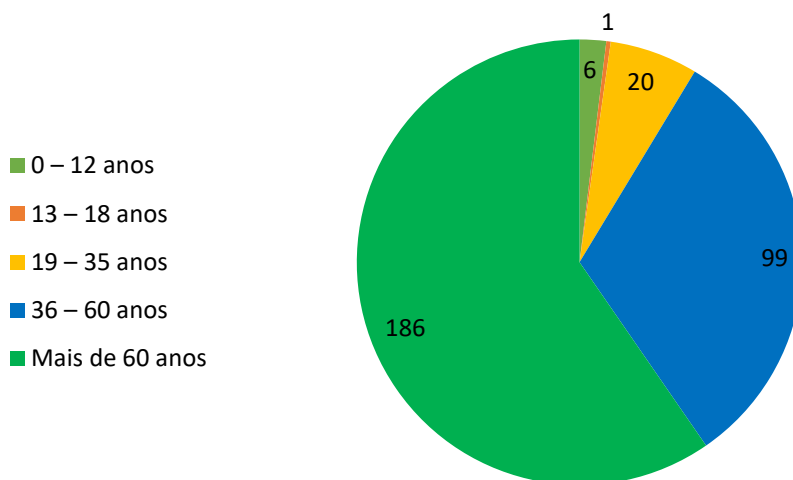
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 01 – Atendimento por Faixa Etária.

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

Fonte: SMPEP.

Gráfico 03 – Atendimento por Faixa Etária



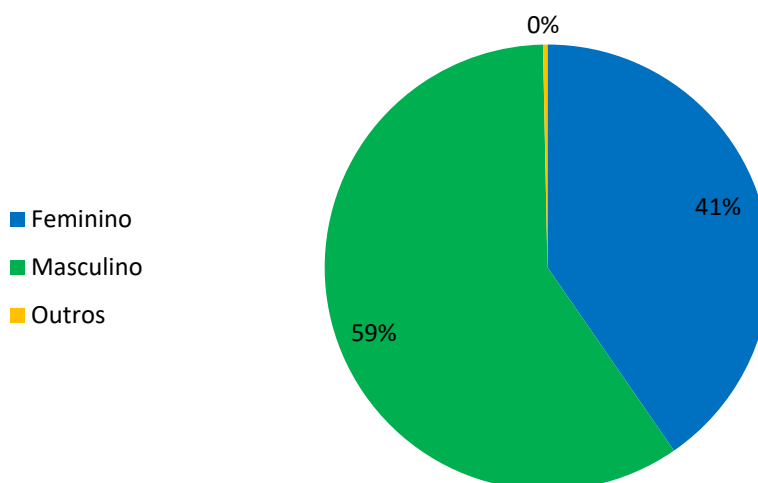
Fonte: SMPEP.

Tabela 02 – Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Feminino	143	130	126
Masculino	185	161	185
Outros	0	0	1

Fonte: SMPEP.

Gráfico 04 – Atendimento por Gênero



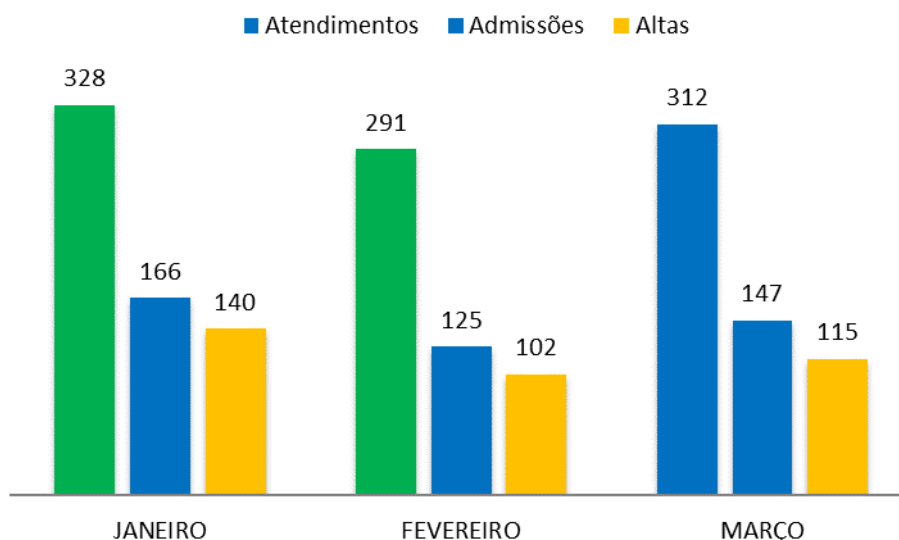
Fonte: SMPEP.

Tabela 03 – Número de atendimentos x admissões x altas.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Atendimentos	328	291	312
Admissões	166	125	147
Altas	140	102	115

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	7
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3

ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE 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	3
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	16
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	13
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR FARMACIA	28
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	10
AUXILIAR SERVICOS GERAIS	1
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS	1
COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	95
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1

ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	10
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	73
FONOAUDIOLOGO	2
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	5
MOTORISTA	1
NUTRICIONISTA	9
PSICOLOGO HOSPITALAR	5
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	7
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAÚDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	3
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMÁTICA	4
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3
TECNICO ENFERMAGEM	283
Total Geral	669

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

Tabela 05 – Serviços Médicos

ESPECIALIDADES	TOTAL
CIRURGIA GERAL	1
CLÍNICO GERAL	77
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1

GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
TOTAL GERAL	89

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 06 – Quantitativo de Colaboradores Terceirizados

FUNÇÃO	QTD. COLABORADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	2
AUXILIAR DE COZINHA	8
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	87
MOTORISTA	6
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO	1
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.

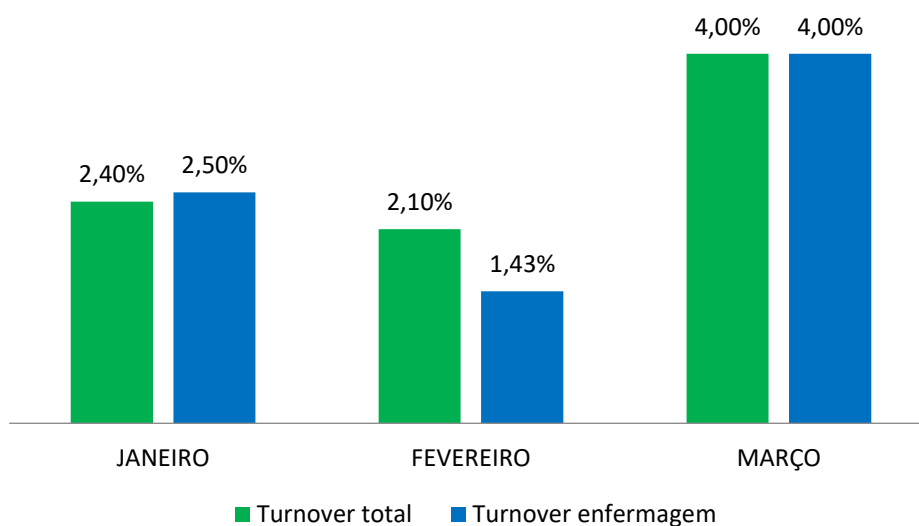
Tabela 07 – Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Turnover total	<5%	2,4%	2,1%	4,0%
Turnover enfermagem	<5%	2,5%	1,43%	4,0%
Número de treinamentos de rh	M/R	1	1	1

Número de colaboradores admitidos	M/R	19	14	19
Número total de colaboradores da instituição	671	667	666	669
Número de demissões a pedido do colaborador	M/R	12	10	9
Número de demissões por parte da empresa	M/R	8	4	4
Número total de demissões	M/R	20	14	13
Número total de admissões enfermagem	M/R	9	9	13
Número de demissões enfermagem	M/R	11	10	8

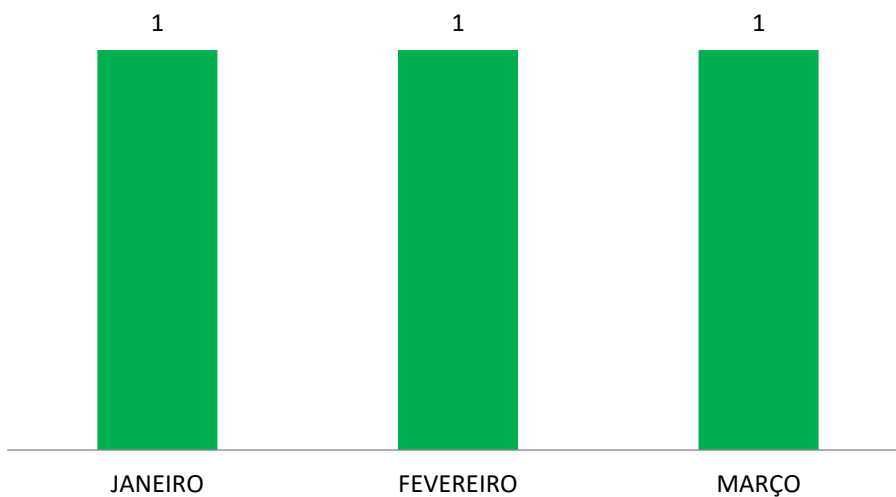
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 06 – Turnover Total x Turnover de enfermagem



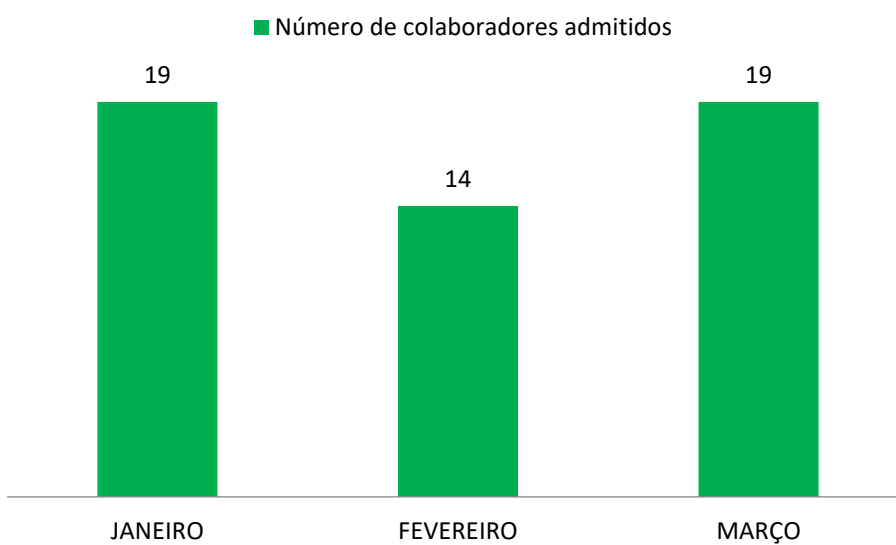
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 07 – Número de treinamentos de RH



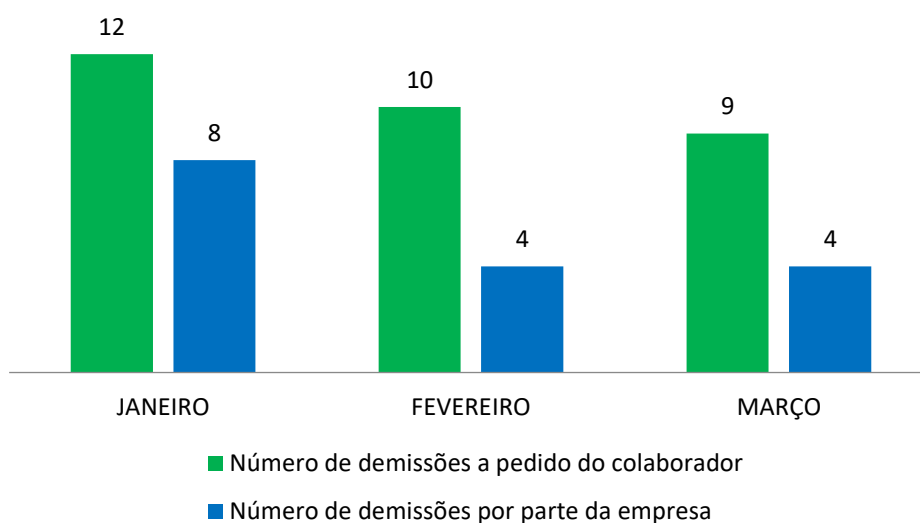
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 08 – Número de colaboradores admitidos



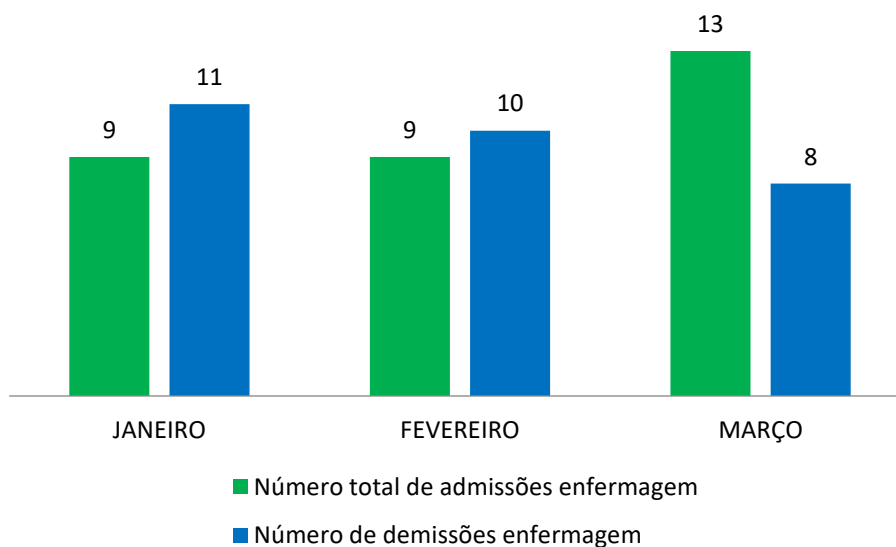
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 09 – Relação de demissões



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

Gráfico 10 – Relação de admissão x demissões na enfermagem



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

3.1.2. Departamento Pessoal

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

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

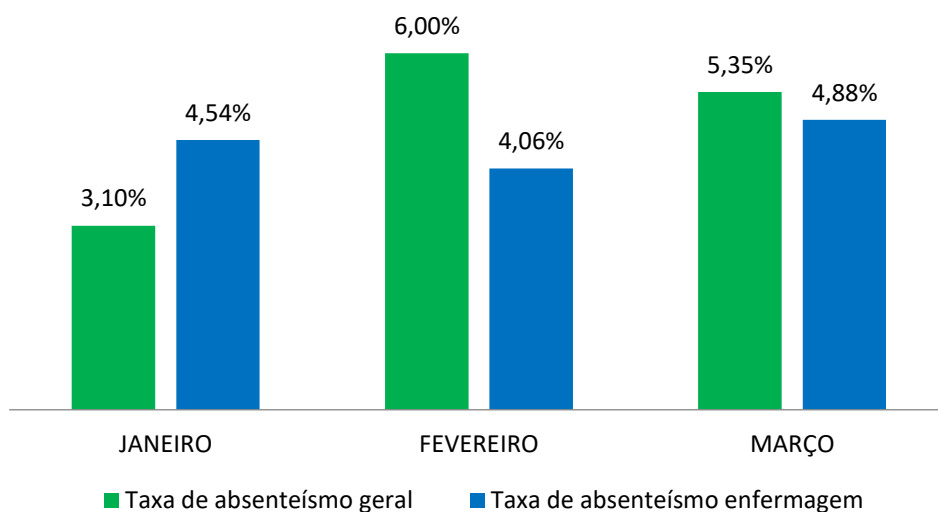
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Tabela 08 – Indicadores de Departamento Pessoal

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de absenteísmo geral	Meta em revisão	3,10%	6%	5,35%
Taxa de absenteísmo enfermagem	Meta em revisão	4,54%	4,06%	4,88%
Taxa de horas trabalhadas enfermagem	85,00%	96,75%	96,82%	95,34%
Número de horas trabalhadas enfermagem	51.448h	49.775h	51.201h	53.738h
Número de colaboradores de férias	M/R	65	39	42

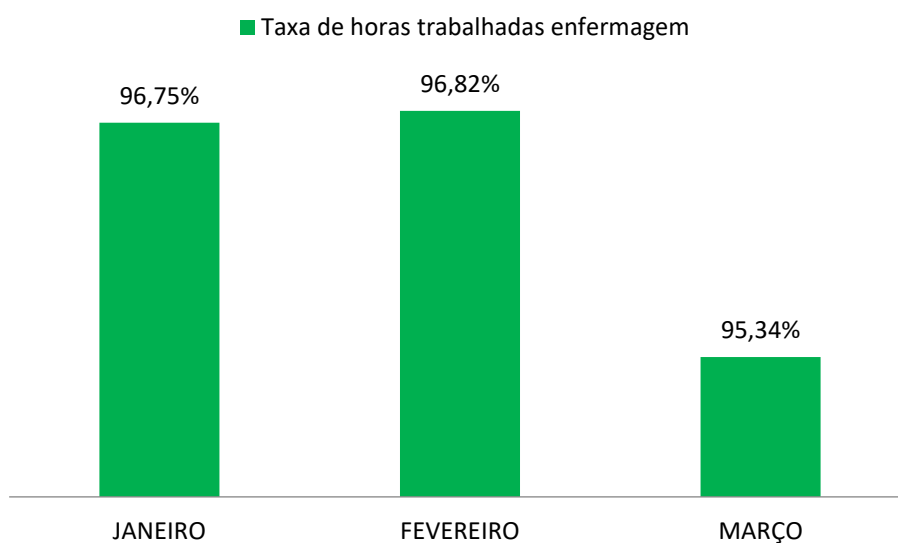
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 11 – Relação de absenteísmo



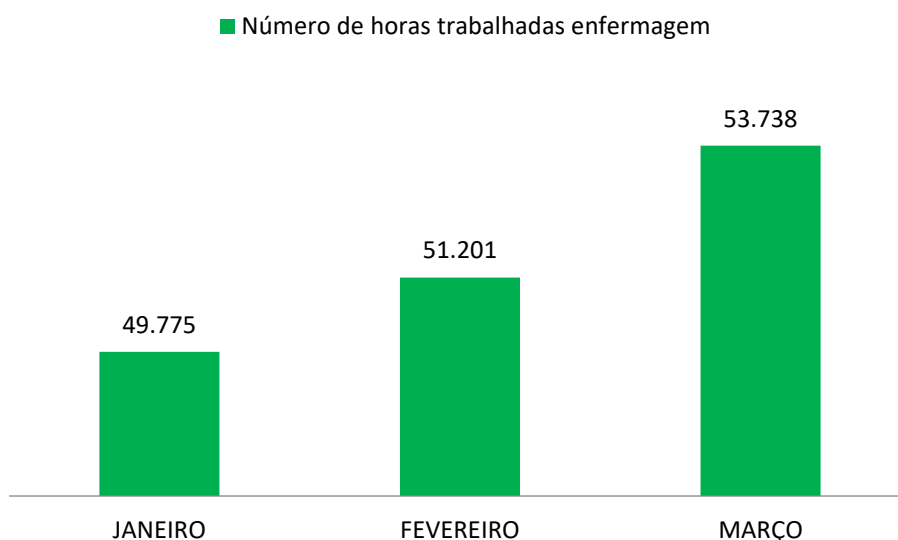
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12 – Taxa de horas trabalhadas na enfermagem



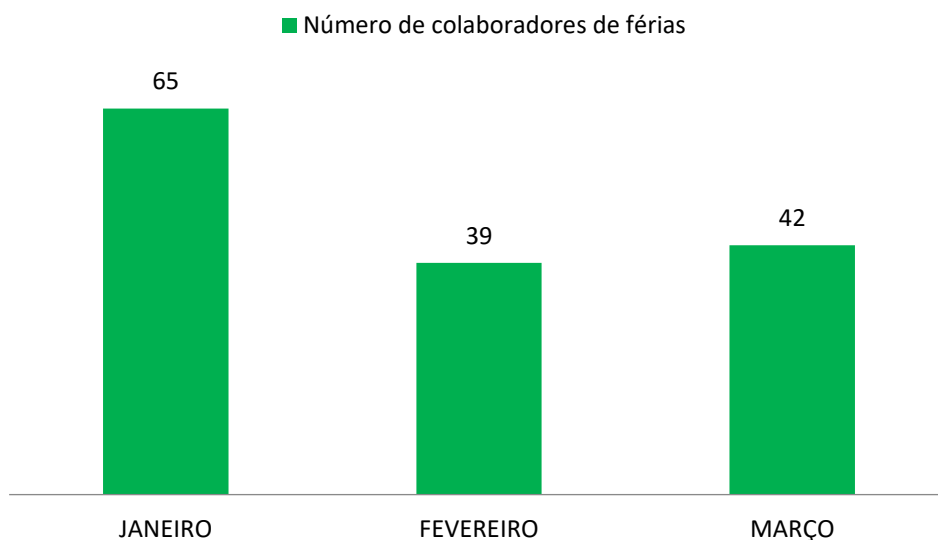
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 13 – Número de horas trabalhadas na enfermagem



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

Gráfico 14 – Número de colaboradores de férias



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

3.1.3. Medicina Ocupacional

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

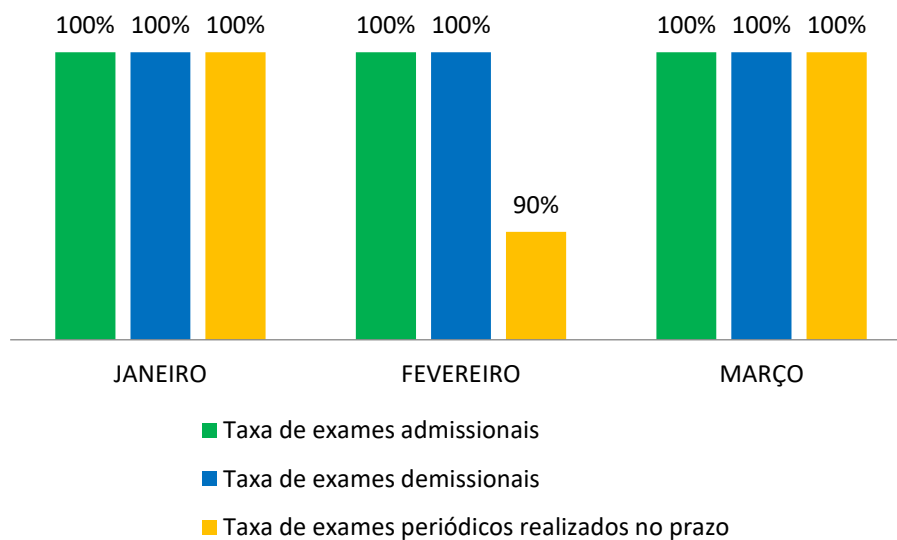
- Prevenção e Assistência;
- Vigilância da Saúde Ocupacional;
- Avaliações Ambientais;
- Aspectos Psicossociais;
- Normas e Legislação.

Tabela 09 – Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de exames admissionais	100%	100%	100%	100%
Taxa de exames demissionais	85%	100%	100%	100%
Taxa de exames periódicos realizados no prazo	85%	100%	90%	100%
Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho	0%	1%	1%	1%
Número de atestados no mês	0	223	270	304
Número de afastados (inss)	0	31	24	21
Número de afastados (gestantes)	0	13	5	15
Número de afastados (licença a maternidade)	0	8	9	8
Número de atestados por síndrome gripal	0	22	51	55
Número de dias perdidos	0	516	666	755

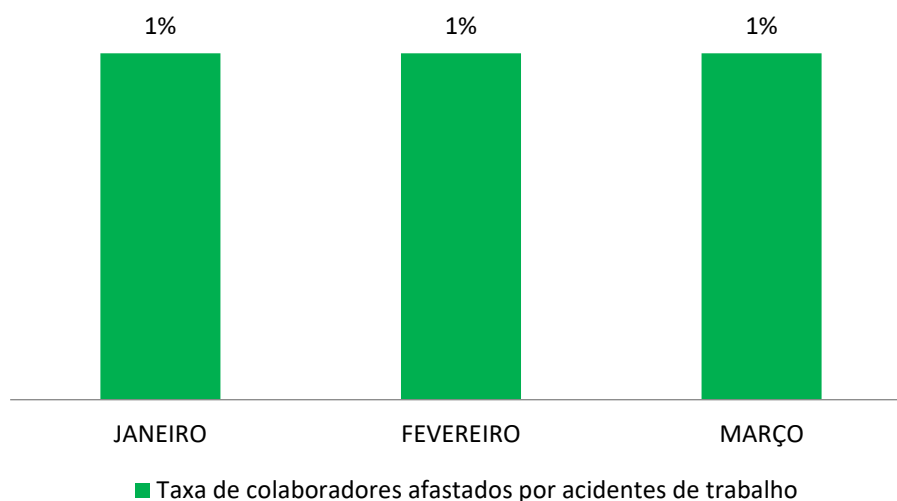
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15 – Taxa de Exames



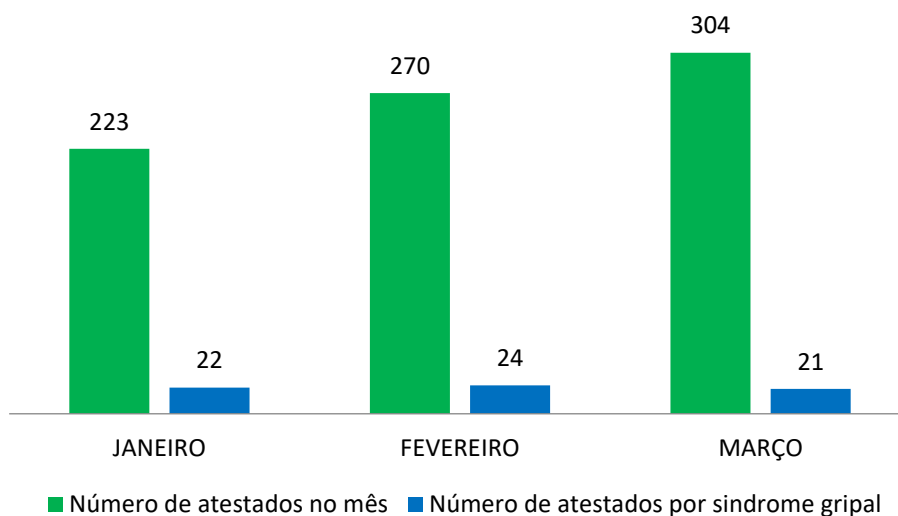
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16 – Taxa de colaboradores afastados por acidentes de trabalho



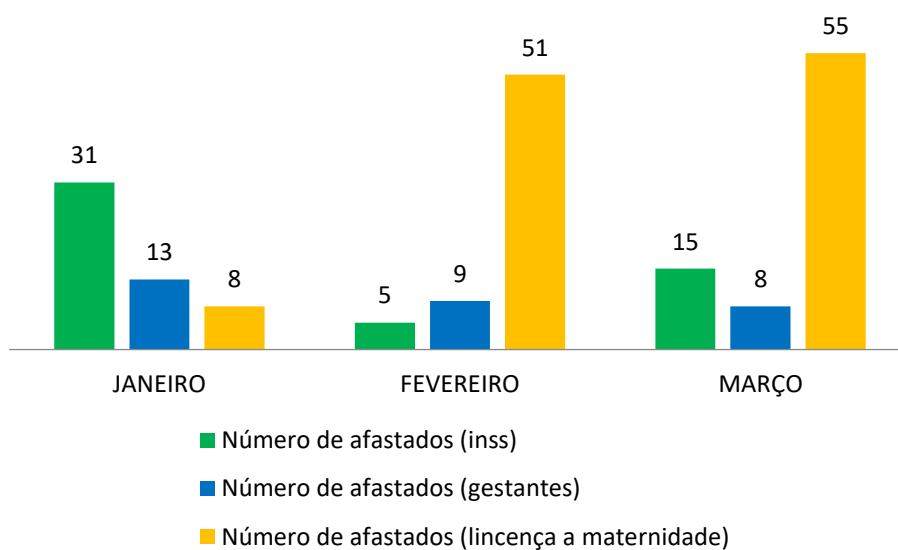
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17 – Relação de atestados



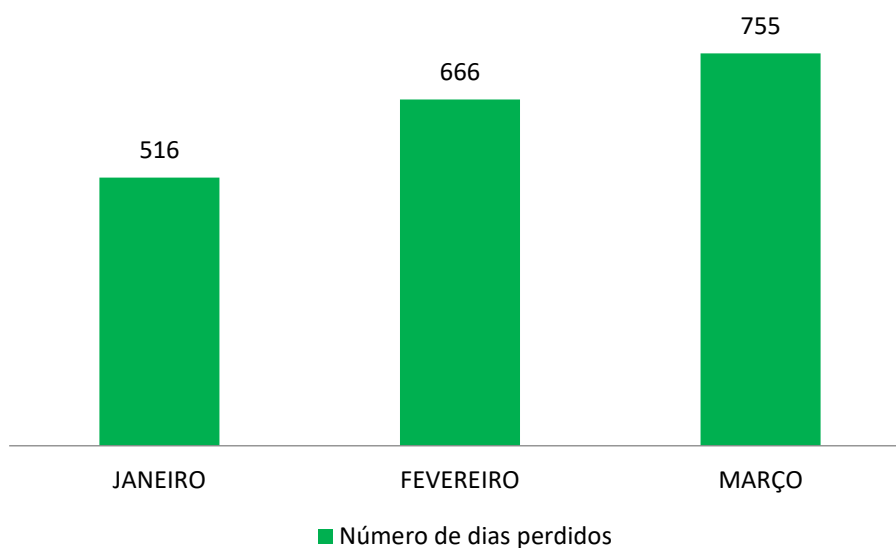
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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

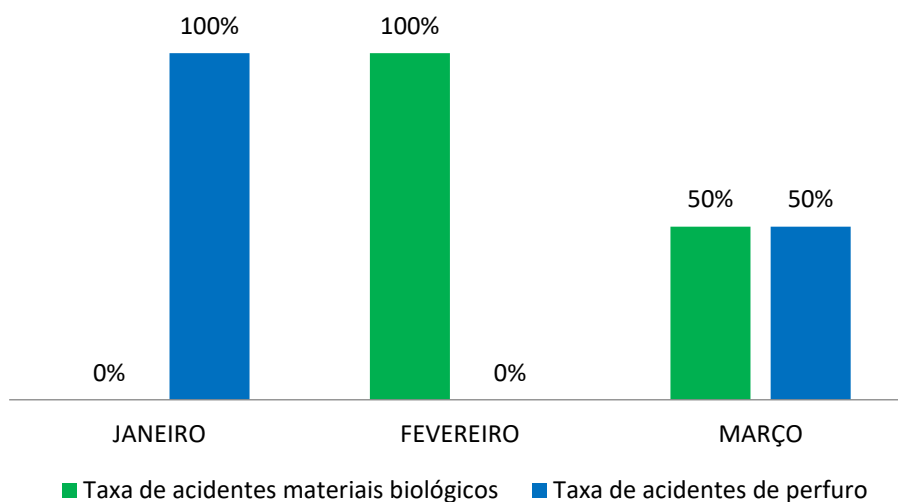
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de acidentes materiais biológicos	0%	0%	100%	50%
Taxa de acidentes de perfuro	0%	100%	0%	50%
Taxa de inspeções	100%	100%	100%	100%
Taxa de frequência de acidentes	< 40%	0,15%	0.15%	0.29%
Número de EPI's distribuídos	Quanto maior, melhor	292	335	409
Número de treinamentos realizados pelo sesmt	Quanto maior, melhor	45	71	118
Número de participações nos treinamentos	Quanto maior, melhor	768	604	990
Número de não conformidades detectadas	Quanto maior, melhor	30	23	16
Número de intervenções ergonômicas	Quanto maior, melhor	32	44	99
Número total de acidentes	0	1	1	2
Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	0	0	0	1

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

ANALISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

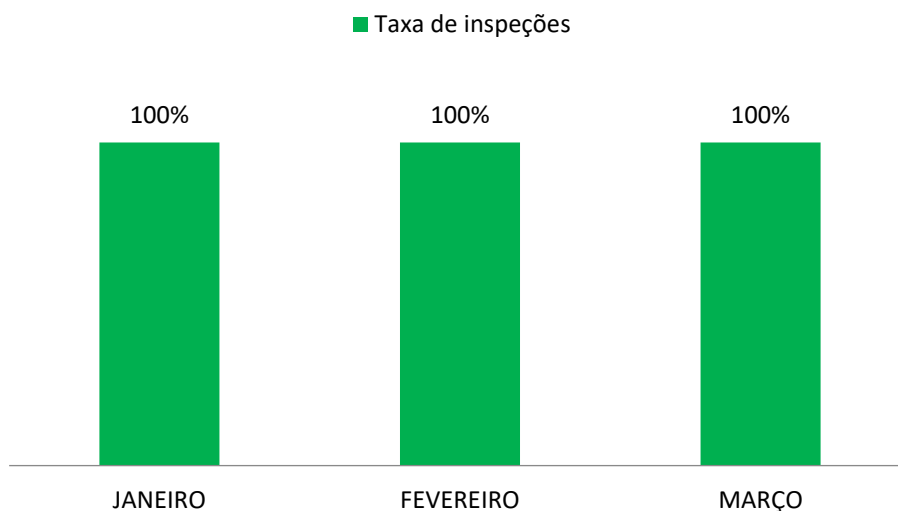
Acidente com perfurocortante por conta de procedimento errado duante o descarte do material e, acidente com material biológico por conta de uso inadequado do Equipamento de Proteção Individual, respingo de secreção em mucosa dos olhos.

Gráfico 20 – Taxa de Acidentes biológicos e perfuros



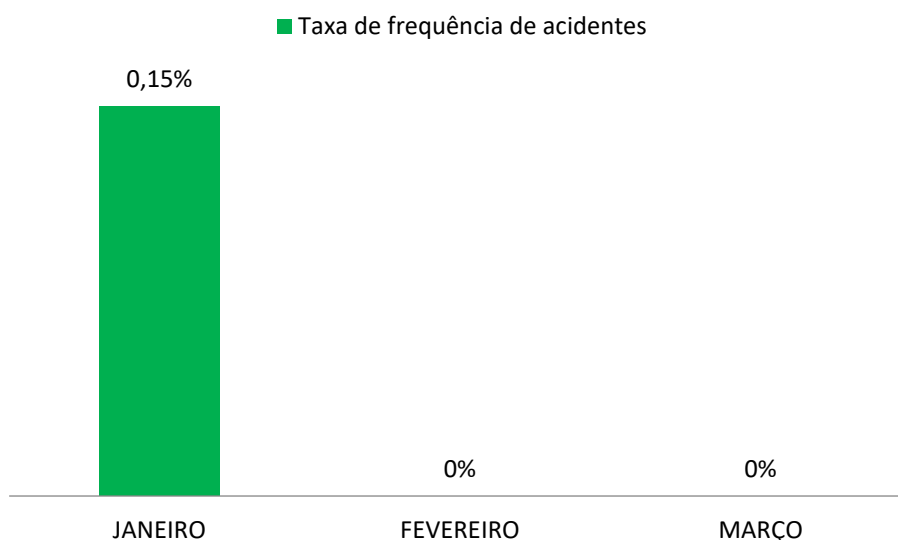
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21 – Taxa de inspeções



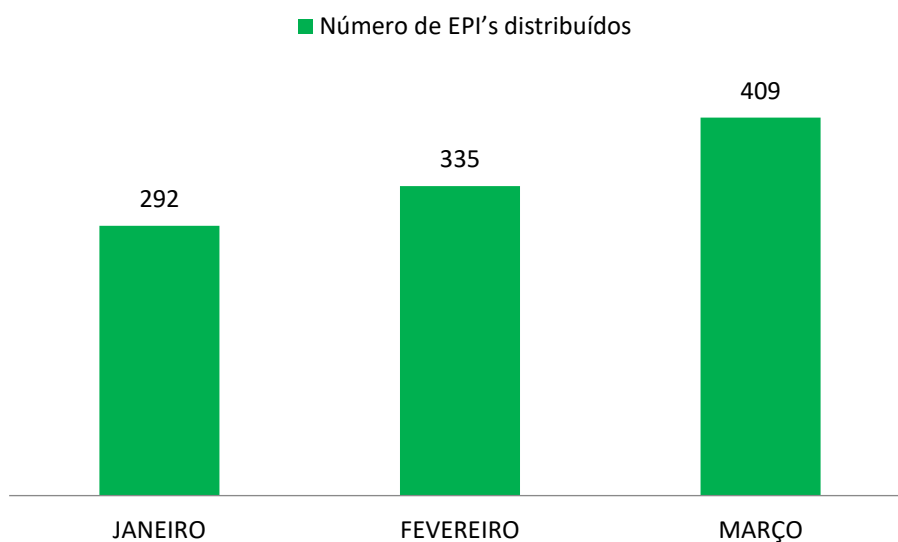
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22 – Taxa de frequência de acidentes



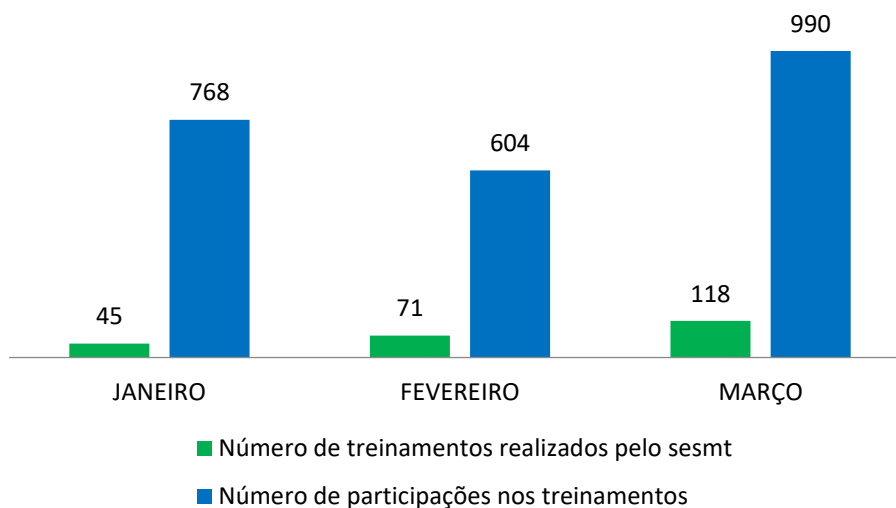
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23 – Número de EPI's distribuídos



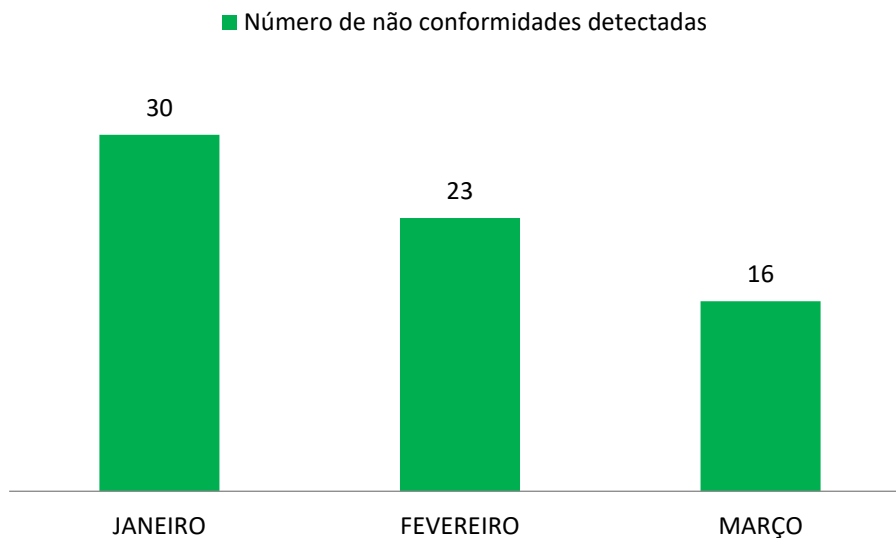
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24 – Relação de treinamentos



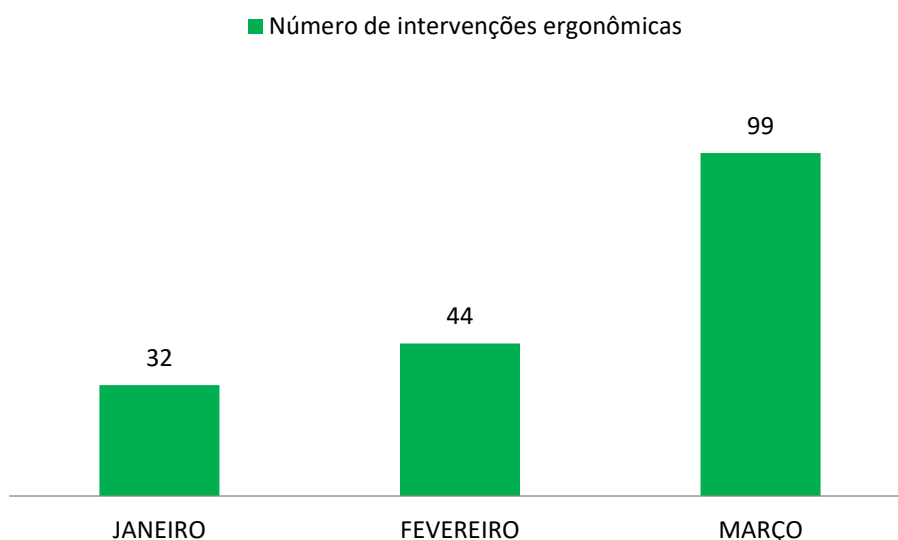
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25 – Número de não conformidades detectadas



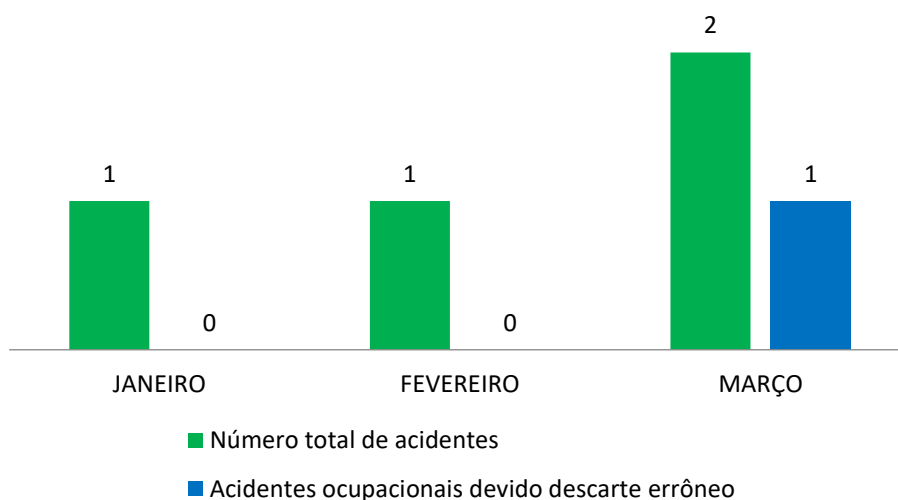
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 26 – Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 27 – Relação de acidentes



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

O principal objetivo do SADT é fornecer suporte aos profissionais de saúde no processo de diagnóstico dos pacientes. Isso significa que os exames realizados no SADT ajudam a confirmar ou descartar diagnósticos, monitorar o

progresso das doenças, orientar tratamentos adequados e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

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

3.2.1. Radiologia

Tabela 11 – Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,61%	0,60%	0,30%
Taxa de repetição de exames	<10%	15%	17%	15%
Número de exames	neutro	327	334	333
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	2	2	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	48	56	49

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

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

Tabela 12 – Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0,92%	0,00%	0,00%
Taxa de repetição de exames	<10%	17%	18%	8%
Número de exames	neutro	109	114	87
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	0	0

Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	18	21	7
-----------------------------------	----------------------	----	----	---

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
Taxa de falhas de exames (qualidade de imagem)	<10%	0%	0%	0%
Taxa de repetição de exames	<10%	8%	16%	17%
Número de exames	neutro	101	108	112
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	0	0	1
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	8	17	19

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

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

Tabela 15 – Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de falhas de exames	<10%	2,44%	4%	0%

(qualidade de imagem)				
Taxa de repetição de exames	<10%	29%	8%	8%
Número de exames	neutro	41	50	50
Número de falhas de exames	quanto menor, melhor	1	2	0
Número de exames repetidos	quanto menor, melhor	12	4	4

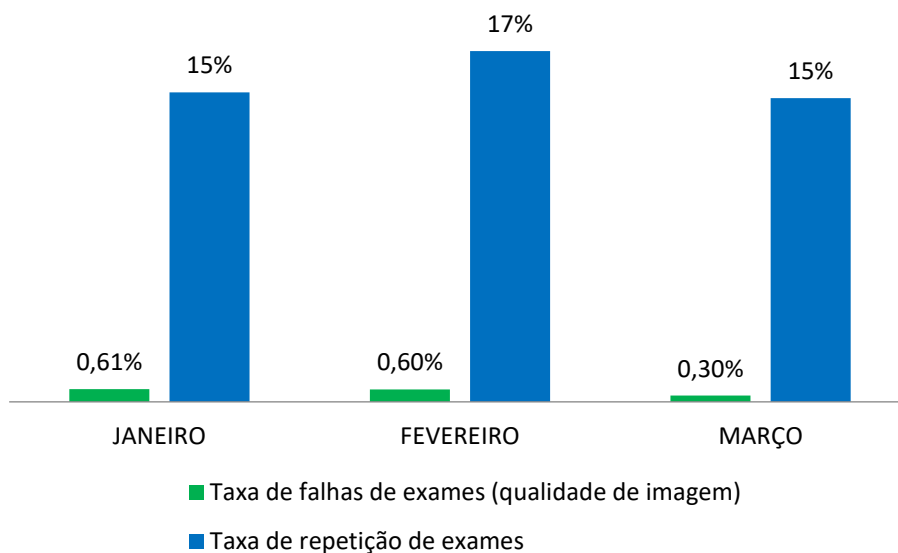
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Tabela 16 – Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

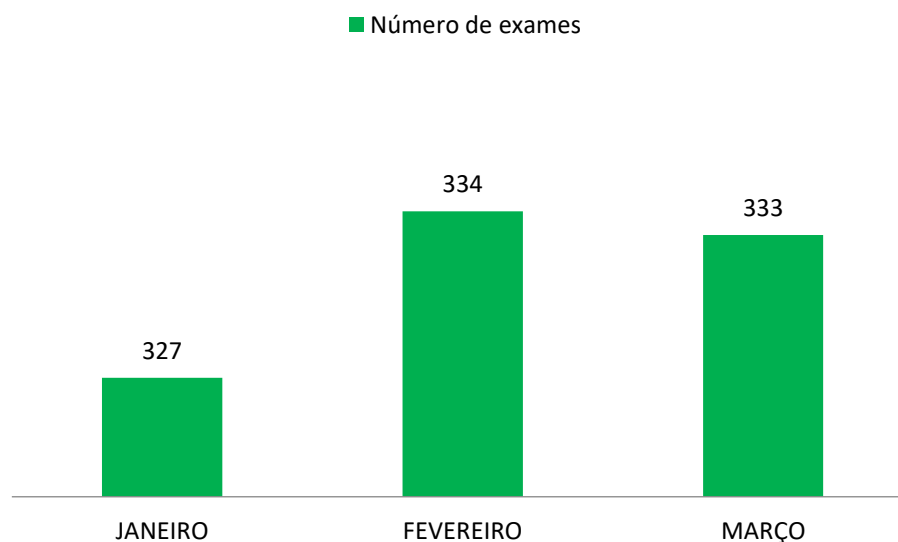
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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



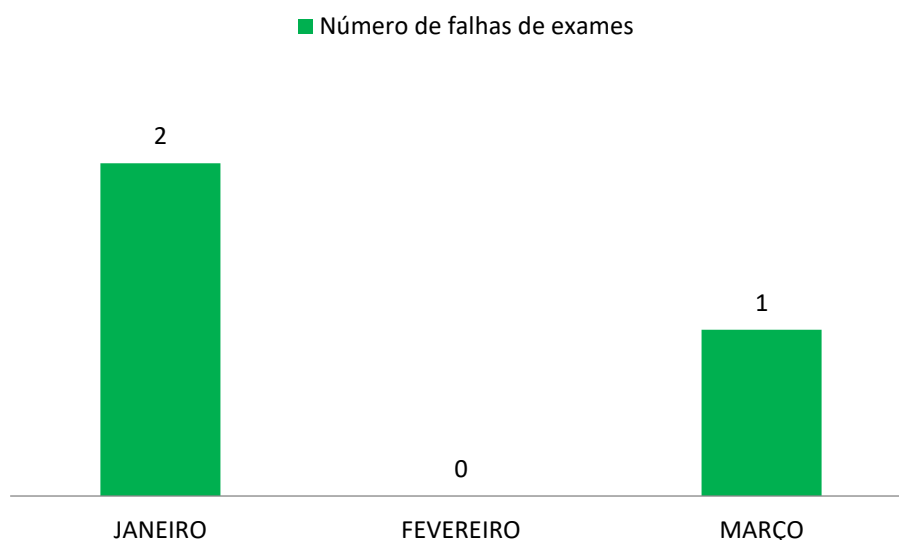
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 29 – Número de exames (Geral Hospitalar)



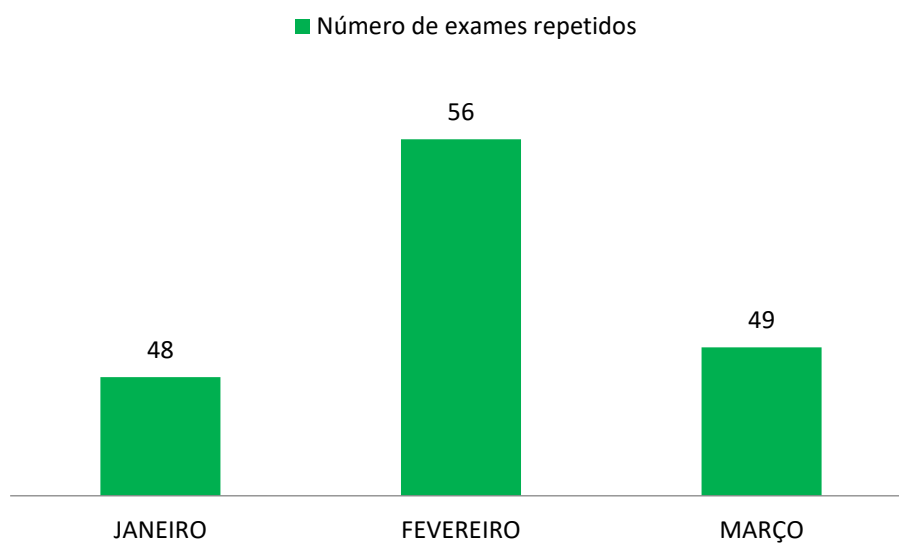
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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



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

Gráfico 31 – Número de exames repetidos (Geral Hospitalar)



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

3.2.2. Laboratório

Tabela 17 – Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de erros pós - analíticos	quanto menor, melhor	0%	0%	0%
Taxa de amostras rejeitadas (Recoleta)	< 2%	6,70%	6%	5%
Sobras de tubos	< 1%	0%	0%	0%
Total geral de resultados críticos*	100%	100%	100%	100%
Eficiência na emissão de relatórios (tat)	> 90%	99,43%	99,66%	99,57%
Número de exames realizados	neutro	12166	11082	12072
Número de exames realizados na unidade	neutro	10350	9374	10348

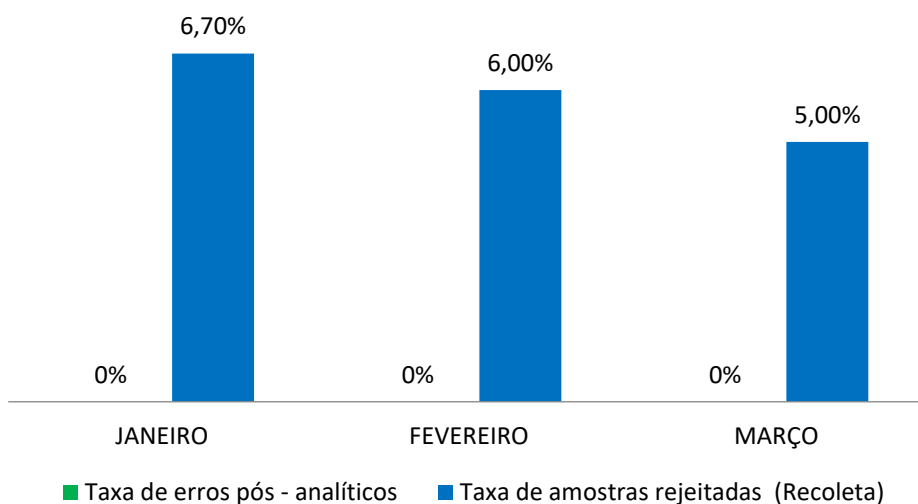
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

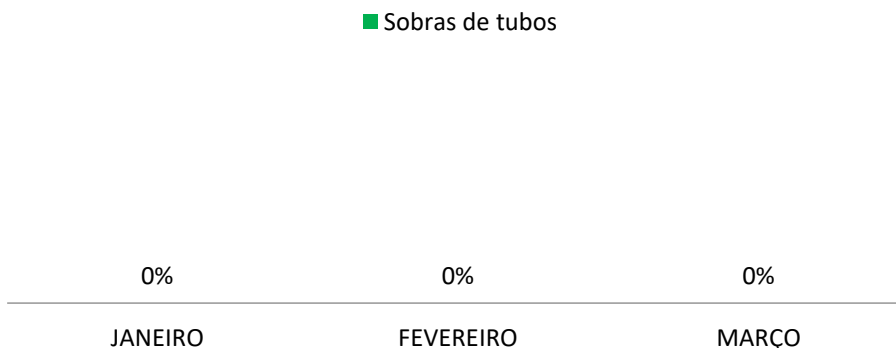
Em relação aos indicadores do Laboratório, os indicadores estão em processo de estruturação. Após a devida estruturação dos indicadores, serão incluídas as informações setoriais posteriormente.

Gráfico 32 – Taxa de Erros x Amostras rejeitadas - Recoleta



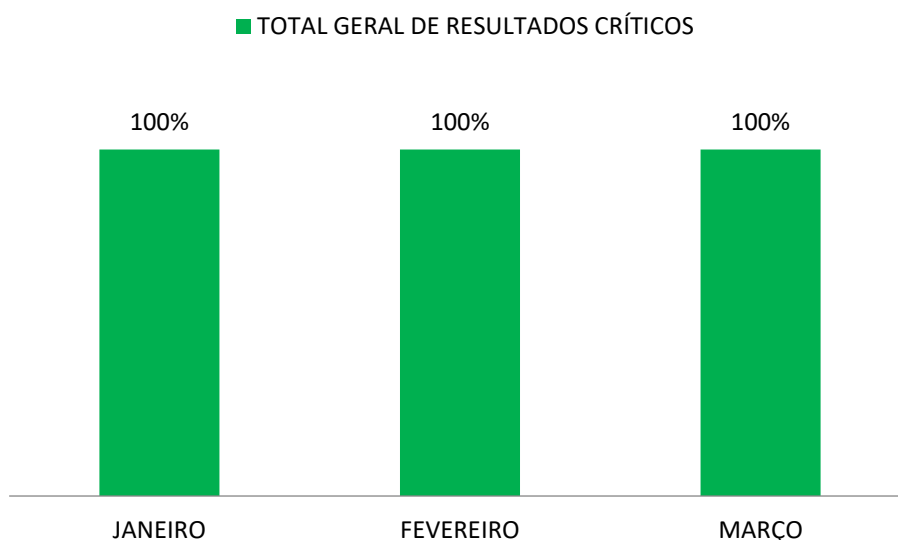
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33 – Taxa de sobra de tubos



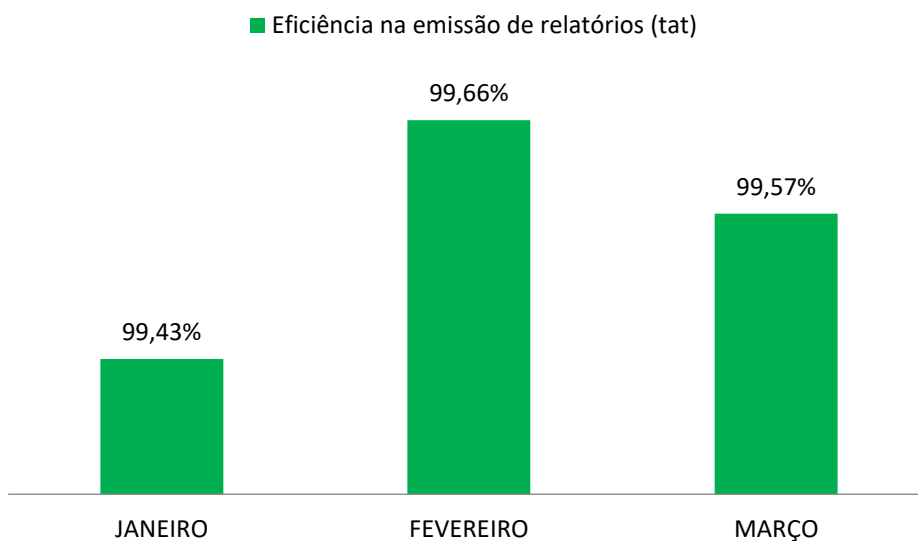
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34 – Total geral de resultados críticos



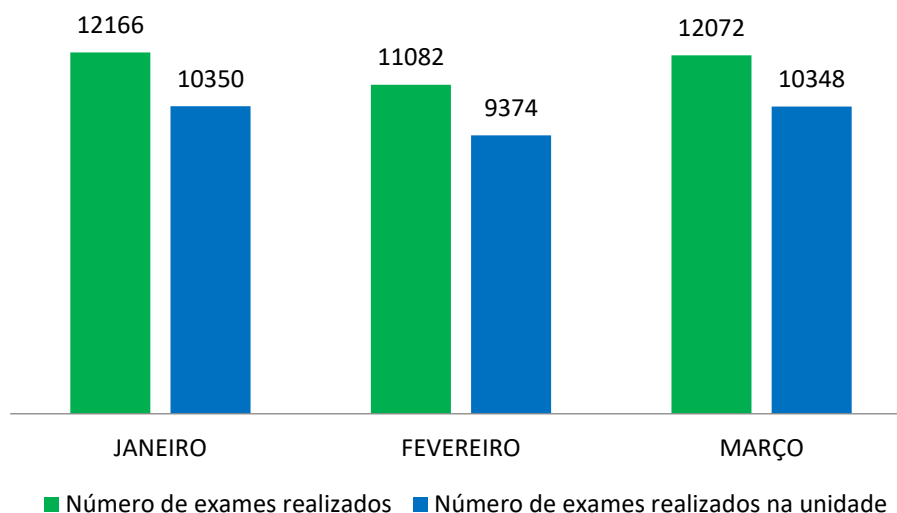
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 35 – Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



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

Gráfico 36 – Número de exames realizados na unidade e externo



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

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

Tabela 18 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de flebite	<15%	1,28%	0,75%	1,01%
Intervalo de substituição	< 5	4,15	4,62	4,84
Tempo médio de permanência	< 50 dias	30,40	36,82	36,42
Taxa de óbito institucional	< 15%	8,43%	14,40%	10,79%
Taxa de óbito - corrigido	<1,79 ANAPH	3,61%	1,60%	1,05%
Giro leito institucional	5	0,89	0,67	0,75
Número de paciente dia	neutro	5046	4602	5062
Número de leito dia	neutro	5735	5180	5735
Número de saídas	Quanto maior, melhor	166	125	139
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	14	18	15
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	2	0

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

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

Tabela 19 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de flebite	<15%	1,39%	0%	1,27%
Intervalo de substituição	< 5	1,05	0,58	1,06
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	9,79	11,70	12,65
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	4,20%	3,51%	3,54%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	0,70%	0%	1,05%

Giro leito institucional	5	2,89	2,28	2,26
Número de paciente dia	neutro	1400	1334	1430
Número de leito dia	neutro	1550	1400	1550
Número de saídas	Quanto maior, melhor	143	114	113
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	6	4	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de flebite	<15%	1,21%	0%	0,41%
Intervalo de substituição	< 5	3,38	3,91	4,59
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	3,15	3,27	4,39
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	2,11%	5,13%	5,80%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	2,33%	2,56%	1,05%
Giro leito institucional	5	4,75	3,27	3,45
Número de paciente dia	neutro	299	255	303
Número de leito dia	neutro	620	560	620
Número de saídas	Quanto maior, melhor	95	78	69
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	4	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	1	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de flebite	<15%	1,80%	3,73%	1,63%
Intervalo de substituição	< 5	2,02	3,08	1,96
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	3,52	4,29	4,24
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	1,79%	0%	6,0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	0%	0%	1,05%
Giro leito institucional	5	5,60	3,80	5,00
Número de paciente dia	neutro	197	163	212
Número de leito dia	neutro	310	280	310
Número de saídas	Quanto maior, melhor	56	38	50
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	3
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	1	0	0

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

Tabela 22 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de flebite	<15%	0%	2,41%	0%
Intervalo de substituição	< 5	9,44	5,62	13,80
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	331,56	167,63	293,10
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	33,33%	62,50%	40,00%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	11,11%	0%	1,05%

Giro leito institucional	5	0,09	0,16	0,10
Número de paciente dia	neutro	2984	2682	2931
Número de leito dia	neutro	3069	2772	3069
Número de saídas	Quanto maior, melhor	9	16	10
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	3	10	4
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0

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

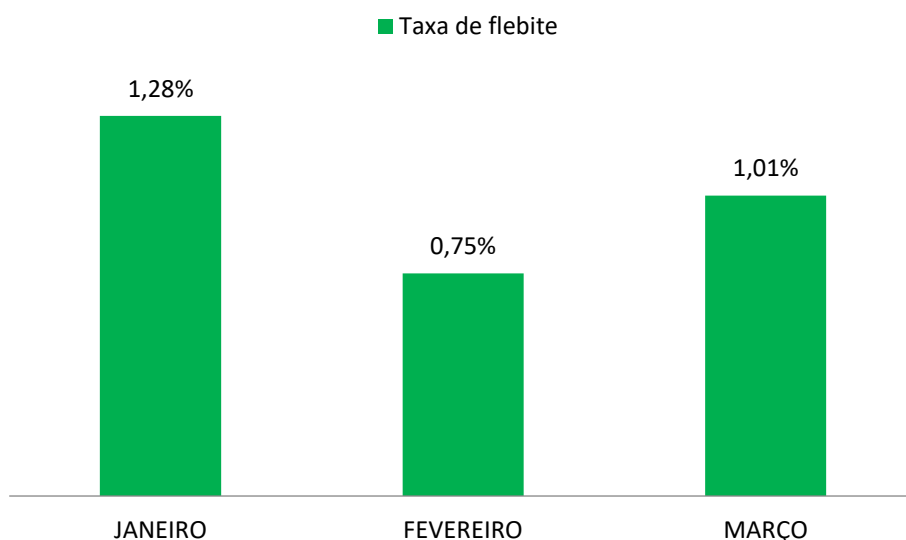
Tabela 23 – Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de flebite	<15%	0%	0%	0%
Intervalo de substituição	< 5	47,02	0	0
Tempo médio de permanência	Quanto menor, melhor	390,25	435,50	442,00
Taxa de óbito institucional	Quanto menor, melhor	100%	0%	0%
Taxa de óbito - corrigido	Quanto menor, melhor	100%	0%	1,05%
Giro leito institucional	5	0,33	0	0
Número de paciente dia	neutro	166	168	186
Número de leito dia	neutro	186	168	186
Número de saídas	Quanto maior, melhor	2	0	0
Número de óbitos + 24 horas	Quanto menor, melhor	2	0	0
Número de óbitos - 24 horas	Quanto menor, melhor	0	0	0

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

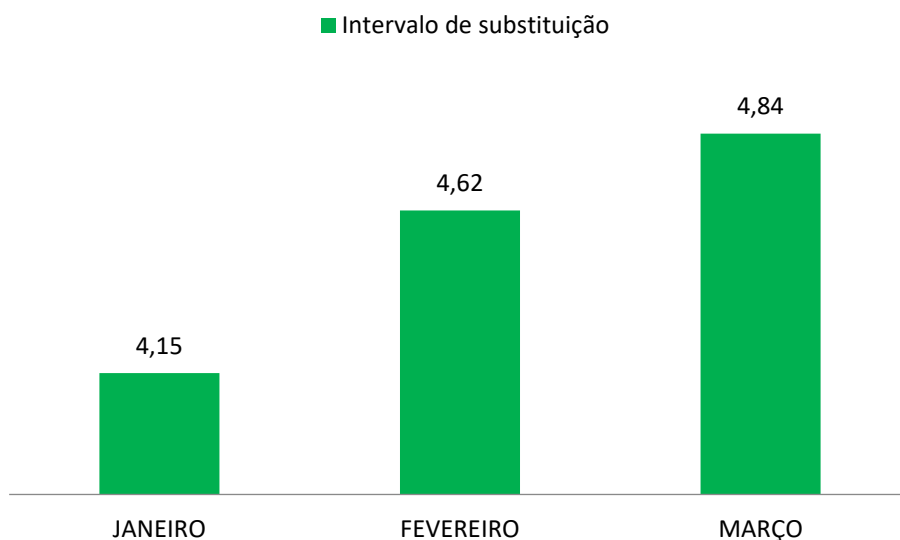
Observação: O setor apresenta um alto tempo de permanência devido ao atendimento a pacientes em cuidados prolongados, que não possuem giro de leito e nem intervalo de substituição.

Gráfico 37 – Taxa de Flebite (Global Hospitalar)



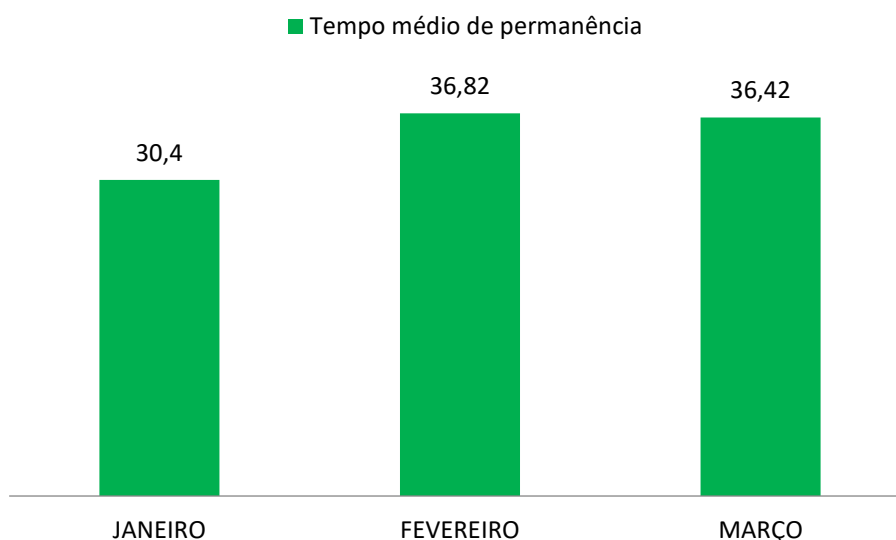
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38 – Intervalo de Substituição (Global Hospitalar)



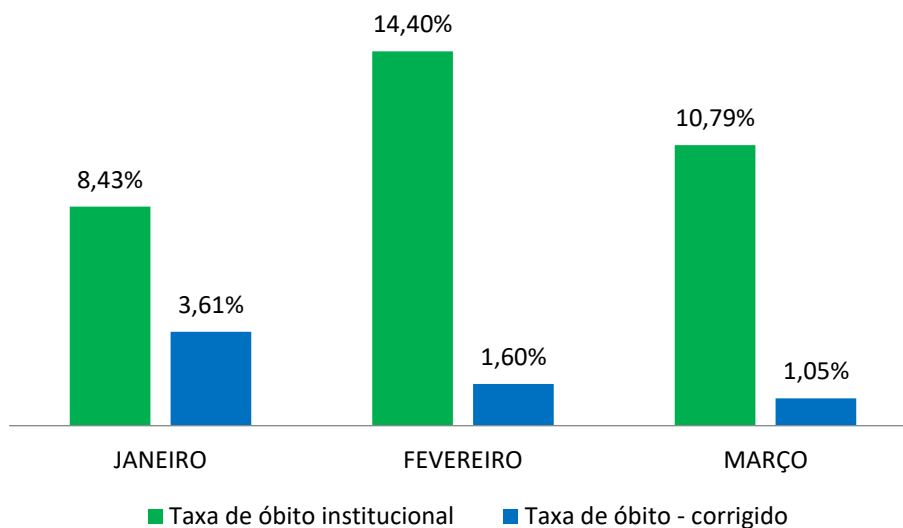
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39 – Tempo Médio de Permanência (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

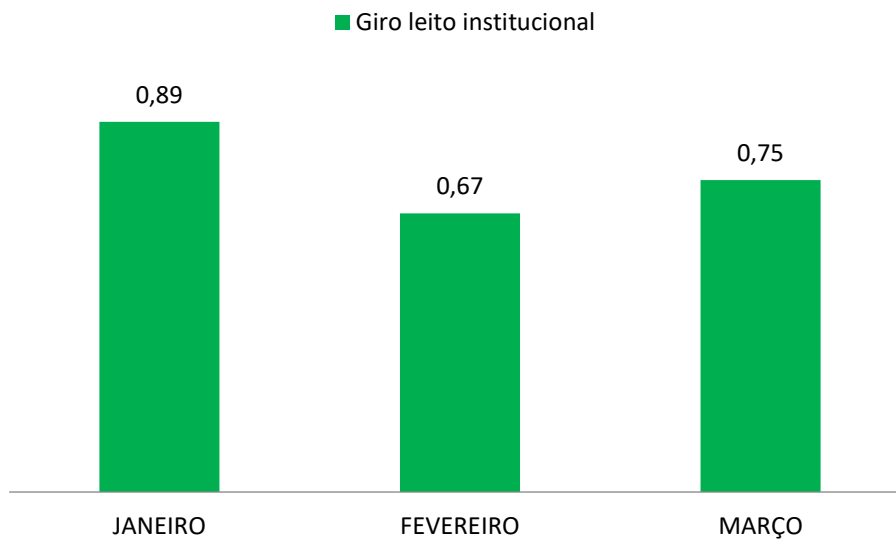
Gráfico 40 – Taxa de Óbito Institucional x Taxa de Óbito – Corrigida (Global Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

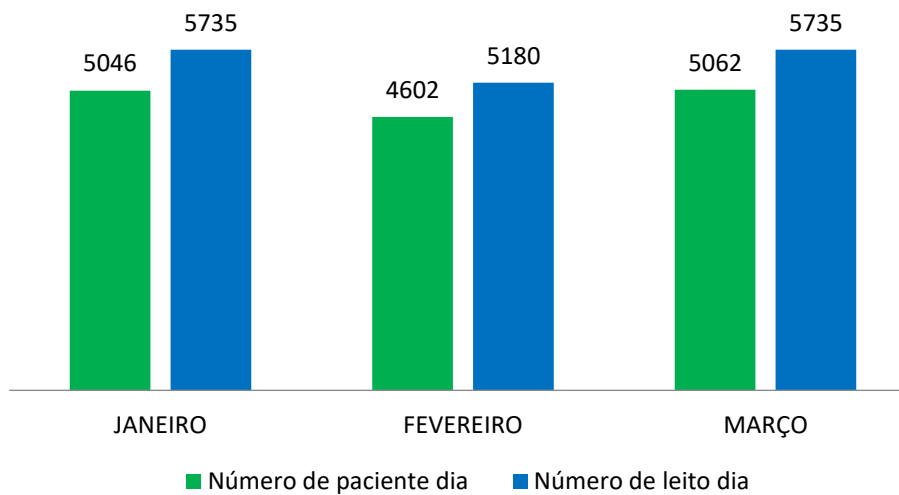
Observação: Taxa de mortalidade corrigida se consideram os pacientes não paliativos.

Gráfico 41 – Giro de Leito (Global Hospitalar)



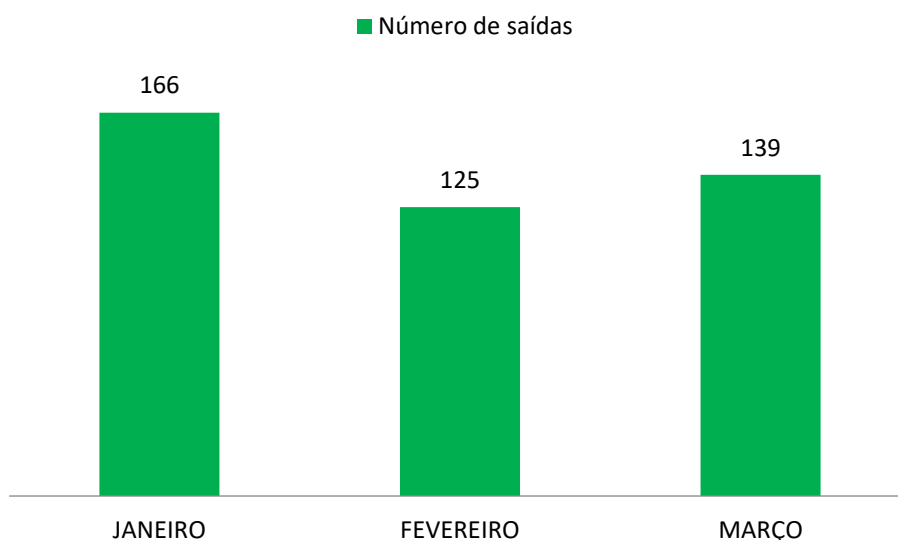
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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



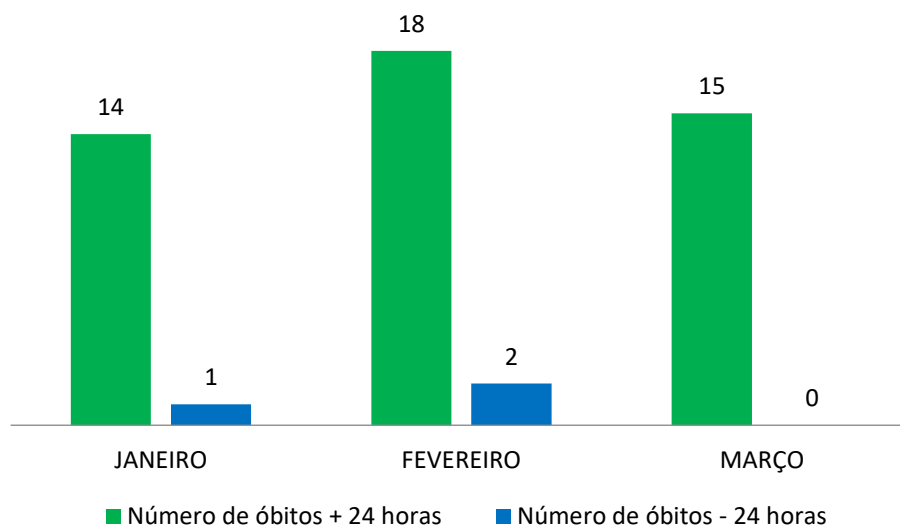
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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
Taxa de triagem nutricional até 24hrs	100%	89%	99%	94%
Taxa de orientação nutricional na alta	100%	66%	89%	69%
Número de atendimentos	M/R	3323	3130	3401
Número de triagem nutricional (geral) - triagem realizada na uti	M/R	148	124	138

Número de orientação nutricional na alta	M/R	92	91	79
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	24096	21742	23991
Número de refeições servidas para acompanhante	M/R	860	743	833
Número de refeições servidas para colaboradores	M/R	10900	10078	10859
Índice de desnutrição	35%	35%	31%	31%
Índice de eutrofia	25%	36%	42%	35%
Índice de sobrepeso	20%	8%	7%	10%
Índice de obesidade	10%	21%	20%	24%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	7686	8524
Índice de desnutrição	35%	-	33%	32%
Índice de eutrofia	25%	-	41%	38%
Índice de sobrepeso	20%	-	11%	11%
Índice de obesidade	10%	-	15%	19%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Índice de desnutrição	35%	-	34%	32%
Índice de eutrofia	25%	-	39%	41%
Índice de sobrepeso	20%	-	10%	5%
Índice de obesidade	10%	-	17%	22%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Índice de desnutrição	35%	-	51%	14%
Índice de eutrofia	25%	-	27%	36%
Índice de sobrepeso	20%	-	17%	2%
Índice de obesidade	10%	-	5%	48%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	11797	12873
Índice de desnutrição	35%	-	32%	30%
Índice de eutrofia	25%	-	41%	41%
Índice de sobrepeso	20%	-	5%	6%
Índice de obesidade	10%	-	22%	23%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29 – Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Número de refeições servidas para pacientes	M/R	-	168	186
Índice de desnutrição	35%	-	17%	16%
Índice de eutrofia	25%	-	50%	49%
Índice de sobrepeso	20%	-	0%	2%
Índice de obesidade	10%	-	33%	33%

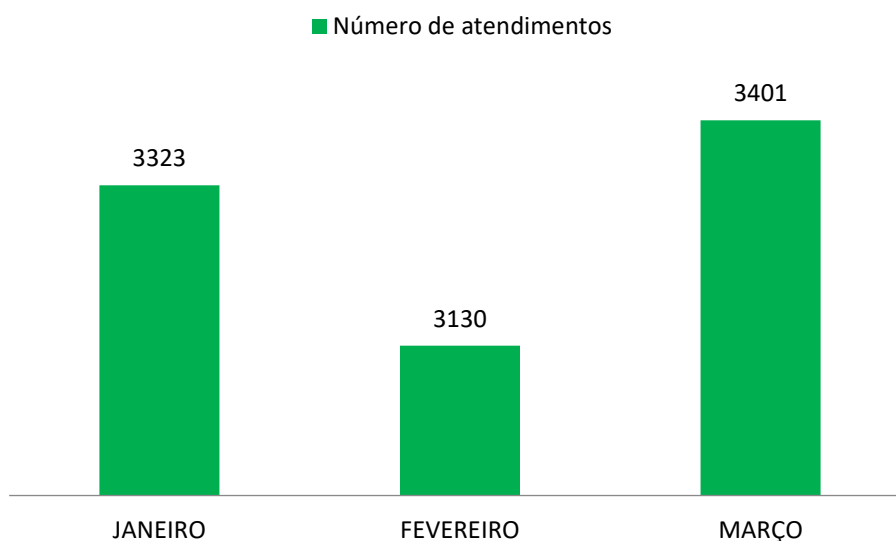
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

Taxa de orientações de alta: Observou-se uma redução nesse indicador devido à ausência de registros completos no kanban durante o período, o que comprometeu a continuidade das orientações de alta e gerou perda de informações importantes.

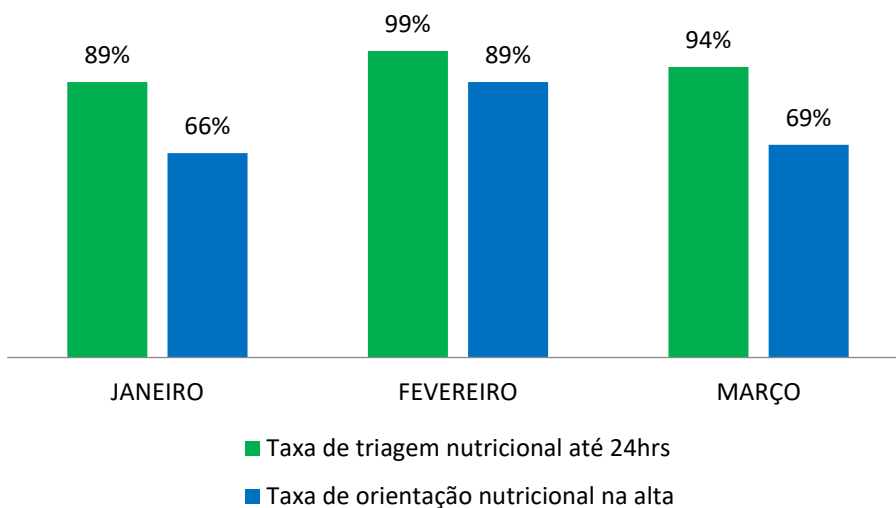
Taxa de triagem nutricional: A meta não foi alcançada este mês em razão de fatores como admissões noturnas seguidas de alta precoce, óbitos e realização de procedimentos externos em menos de 24 horas após a admissão. Também houve um aumento nas admissões de colaboradores para atendimentos de urgência, especialmente relacionados a acidentes de trabalho (ex: perfurocortantes), nos quais não se fez necessário o fornecimento de refeição ou atendimento nutricional.

Gráfico 45 – Número de Atendimentos



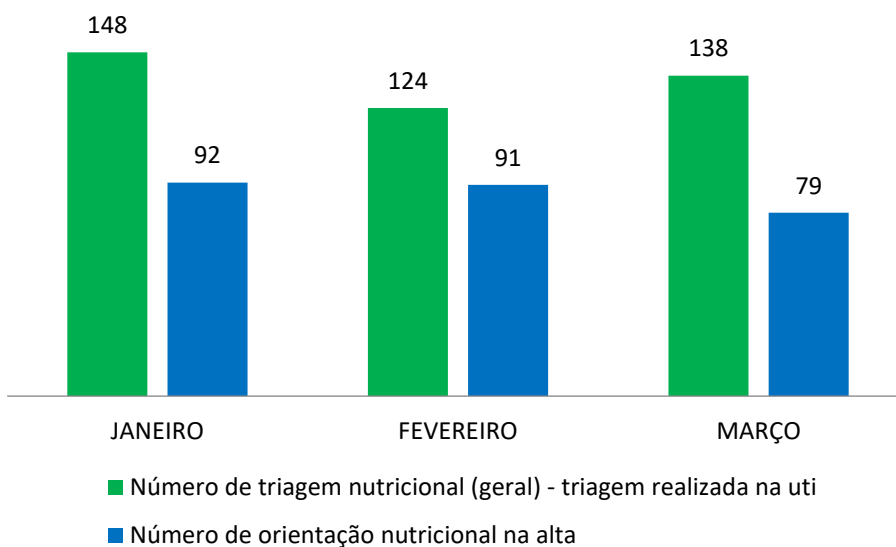
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46 – Taxa de triagem e orientação nutricional



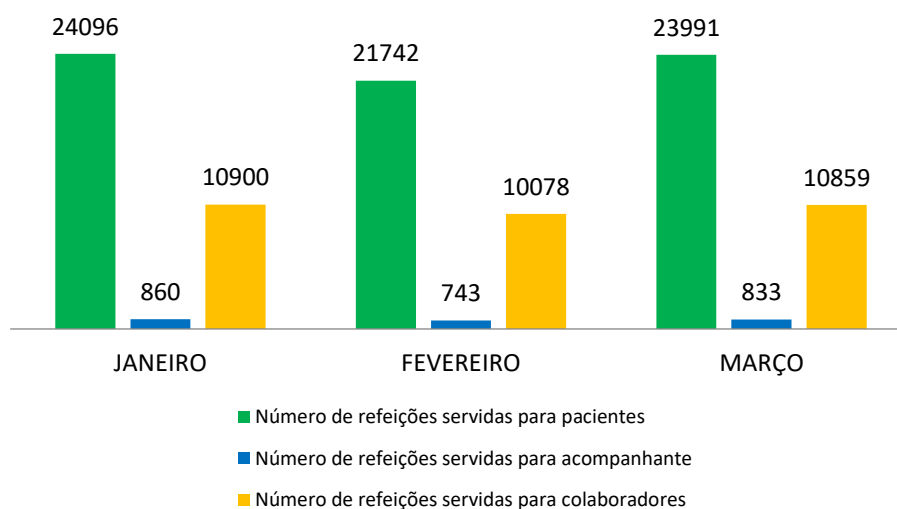
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 47 – Número de triagem e orientação nutricional



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

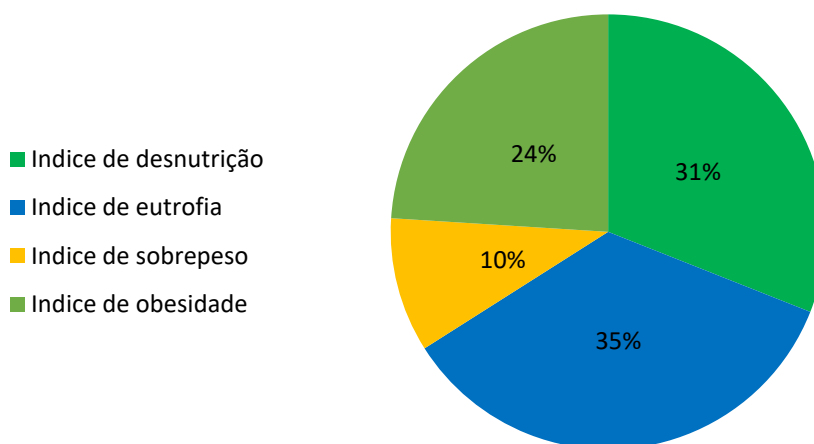
Gráfico 48 – Número de Refeições Servidas (Pacientes, Acompanhantes e Colaboradores)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição.

Gráfico 49 – Índice de IMC

MARÇO



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
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%
Número de atendimentos	7000	23926	22580	24374
Número de procedimentos fisioterapia respiratório	10000	14864	13742	14873
Número de procedimentos fisioterapia motora	7000	9062	8838	9501
Número de intubações	M/R	3	5	3
Número de extubações	M/R	2	4	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	> 15%	16,53%	14,00%	9,64%
Média de pacientes em cno2	> 15%	18,27%	14,02%	16,07%
Média de pacientes nebulizados	> 5%	6,82%	4,05%	6,8%
Média de pacientes em mnr	> 2%	3%	1,02%	2%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%
Taxa de avaliação respiratória inicial	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,13%	1%	0%

Média de pacientes em cno2	M/R	6,19%	6,05%	8,60%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	1%
Média de pacientes em mnr	M/R	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
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	2	5	3
Número de extubações	M/R	1	4	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	2,19%	2%	1,00%
Média de pacientes em cno2	M/R	2,4%	2,07%	1,60%
Média de pacientes nebulizados	M/R	1%	0%	0%
Média de pacientes em mnr	M/R	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
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta funcional	100%	100%	100%	100%
Número de intubações	M/R	1	0	1

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 34 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

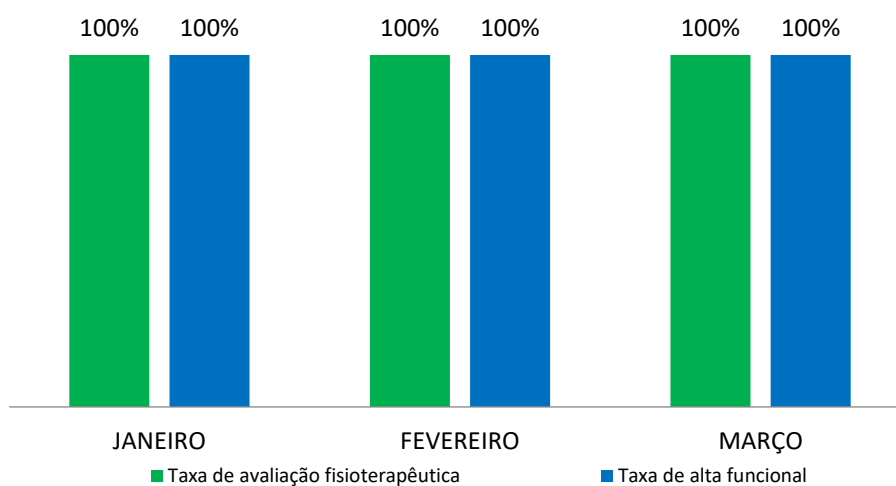
Tabela 35 – Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação fisioterapêutica	100%	100%	0%	0%
Taxa de alta funcional	100%	100%	0%	0%
Número de intubações	M/R	3	0	0

Número de extubações	M/R	2	0	0
Número de extubações acidentais	0	1	0	0
Número de falha de extubação	0	0	0	0
Média de pacientes traqueostomizados	M/R	5,19%	5%	0%
Média de pacientes em cno2	M/R	0%	1%	0%
Média de pacientes nebulizados	M/R	0%	0%	0%
Média de pacientes em mnr	M/R	0%	1%	0%

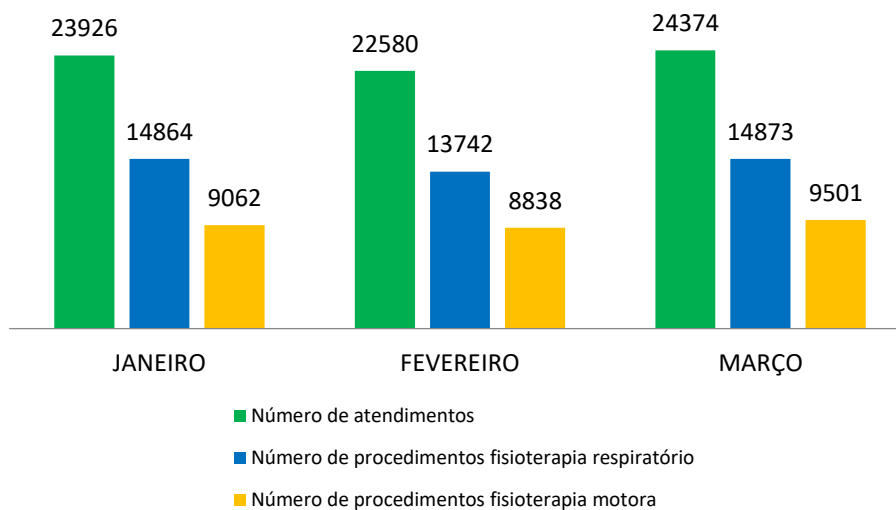
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



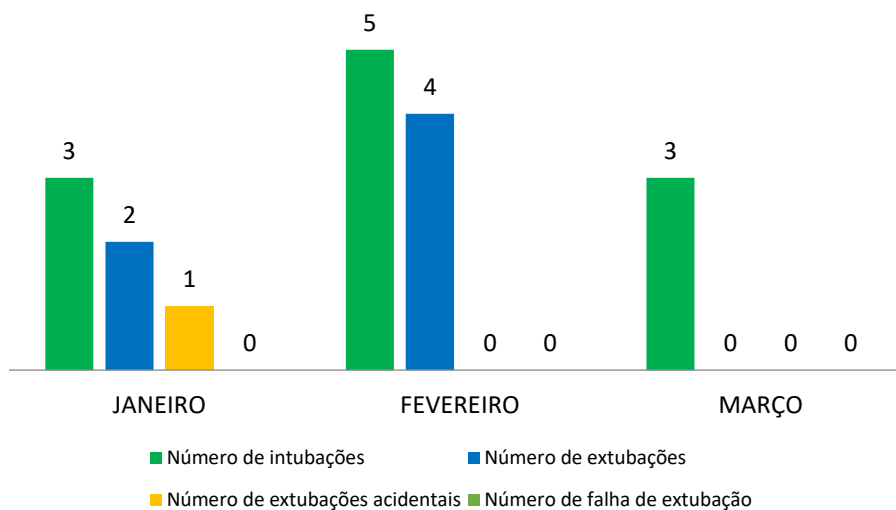
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51 – Atendimentos e procedimentos (Geral Hospitalar)



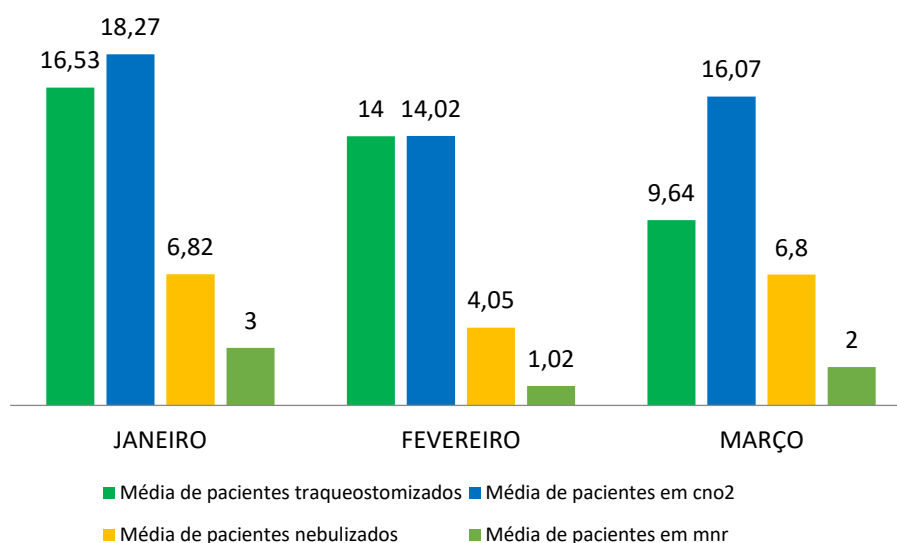
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	99%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	26%	9%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	2,15	8
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	2	4	2
Número de relatórios de retaguarda	> 10	4	6	1
Número de pacientes ações socio educativas	> 15	19	10	4
Taxa de evasão	<3%	1,20%	2,06%	0,00%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	2,06%	0,75%

Taxa de acolhimento de óbito	90%	92%	85%	98%
Número de evasões	< 4	1	1	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	3	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37 – Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	100%	100%	0%
Taxa de alta planejada	100%	100%	94%	98%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	5%	4,67%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	3	1	8
Número de alta melhor em casa/emad	> 2	1	2	1
Número de relatórios de retaguarda	> 10	2	1	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	6	1	0
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0,60%	0%	1%

Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	29%	98%
Número de evasões	< 4	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	100%	96%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	6%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1
Taxa de evasão	<3%	1,20%	1,03%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	1,03%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	100%	100%
Número de evasões	< 4	1	1	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	100%	100%
Taxa de alta planejada	100%	100%	95%	100%
Índice de atendimento a casos de violência	0%	0%	0%	0%
Taxa de identificação de necessidades especiais	M/R	0%	9%	0%
Número de solicitações de o2	M/R	0	0	0
Número de alta melhor em casa/emad	M/R	0	0	0
Número de pacientes ações sócio educativas	> 15	2	0	1
Taxa de evasão	<3%	0%	0%	0%
Taxa de desistência de tratamento	<5%	0%	0%	0%
Taxa de acolhimento de óbito	90%	100%	0%	96%
Número de evasões	< 4	0	0	0
Número de termos de desistência de tratamento realizadas	< 4	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40 – Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

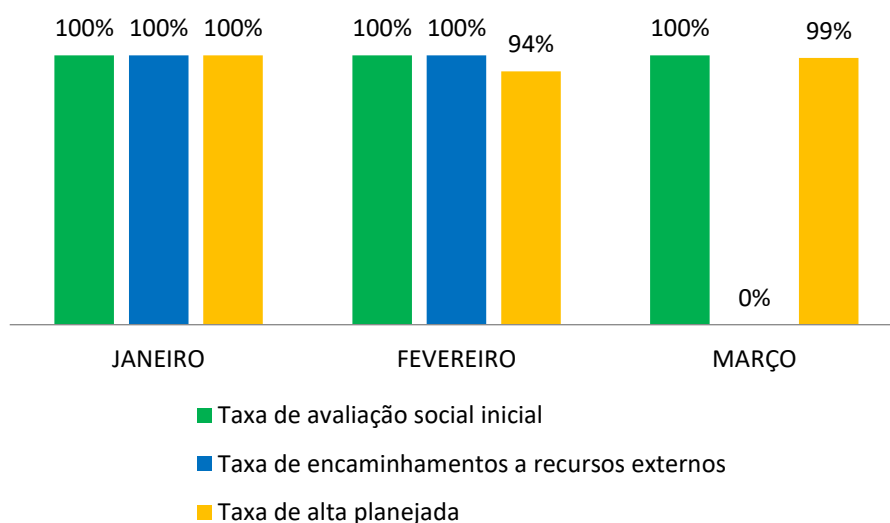
Tabela 41 – Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação social inicial	100%	100%	0%	0%
Taxa de encaminhamentos a recursos externos	100%	0%	0%	0%

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

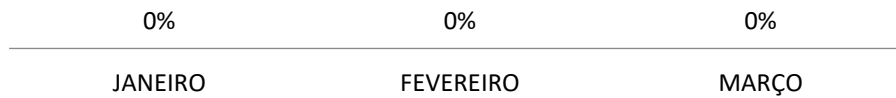
Gráfico 54 – Taxa de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

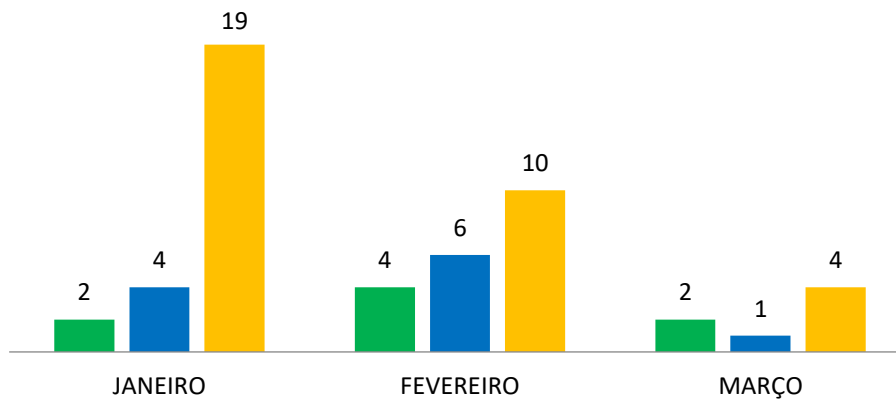
Gráfico 55 – índice de atendimento a casos de violência (Geral Hospitalar)

■ Índice de atendimento a casos de violência



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

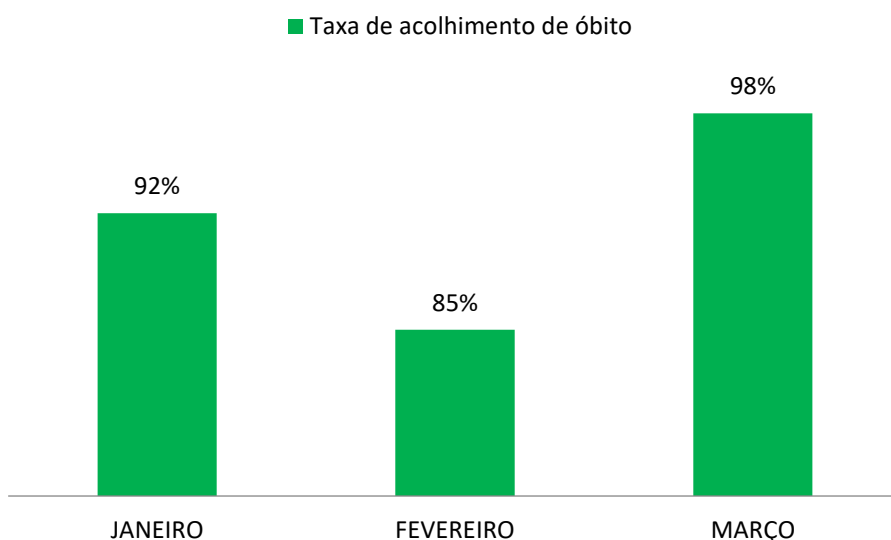
Gráfico 56 – Número de avaliação, encaminhamentos e alta planejadas (Geral Hospitalar)



- Número de alta melhor em casa/emad
- Número de relatórios de retaguarda
- Número de pacientes ações socio educativas

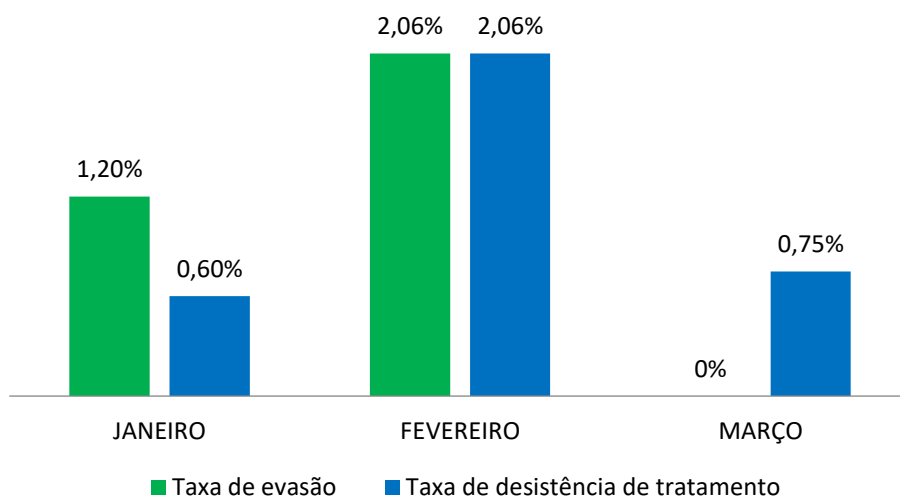
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57 – Taxa de acolhimento de óbito



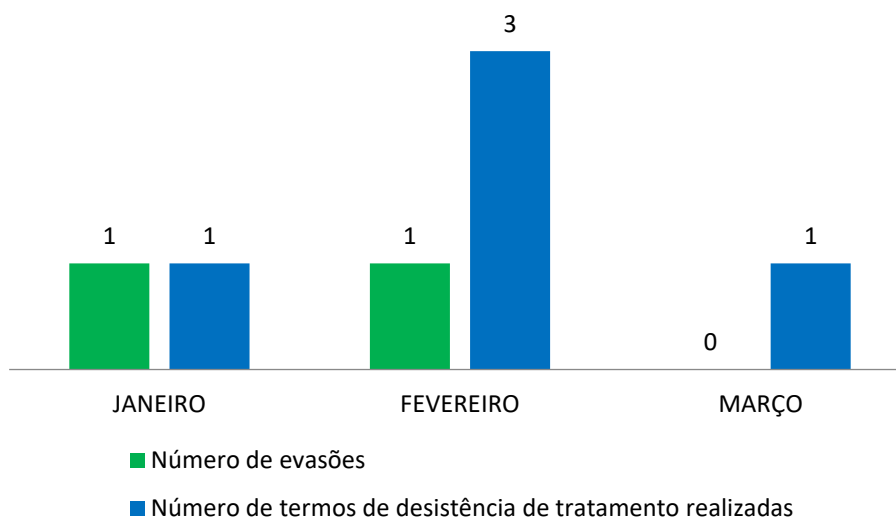
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58 – Taxa de evasões e desistências de tratamento



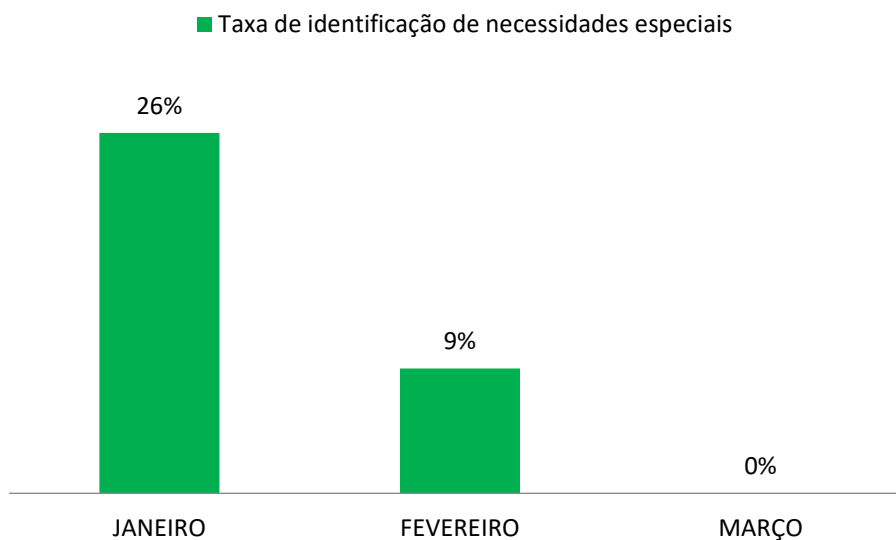
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	62%	94%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	3	3	3

Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	100%	100%	30%
Taxa de alta terapêutica	90%	92%	88%	92%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	18,5	56
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	5	18	17
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	9	7	5
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	10	1	7
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	68%	65%	74%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	5%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	12	8	14
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	12	3	11

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43 – Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

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

Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	44%	100%	90%
Taxa de alta terapêutica	90%	94%	72%	86%
Número de atendimentos familiares	> 50	32	8	12
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	3	5	12
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	5	1	4
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	3	0	1
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	5	3	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	5	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	50%	92%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	10%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	89%	88%	93%
Número de atendimentos familiares	> 50	68	3	19
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	0	2
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	1	0	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	2
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	2	7
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	54%	82%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	4	2	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	23%	100%	100%
Taxa de alta terapêutica	90%	91%	90%	89%
Número de atendimentos familiares	> 50	10	2	10
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	0	1	1
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	0	1
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	1	1	3
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	0%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	2	0	3
Número de reuniões e conferências c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	1	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46 – Indicadores de Psicologia (Cuidados Paliativos)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	88%	100%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	2	2	3
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	45%	100%	21%
Taxa de alta terapêutica	90%	100%	100%	100%
Número de atendimentos familiares	> 50	15	8	14
Número de visitas de menor de 12 anos	M/R	1	5	12
Número de atendimento a paciente psiquiátrico	M/R	2	1	0
Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos mês	M/R	2	0	3
Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)	M/R	76%	65%	74%
Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	0%	0%	0%	9%
Número de acolhimento de óbitos e comunicação de más notícias	M/R	1	3	2
Número de reuniões e conferências c/ familiares para	M/R	1	1	3

fechamento de cuidados paliativos				
-----------------------------------	--	--	--	--

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47 – Indicadores de Psicologia (Pediatria)

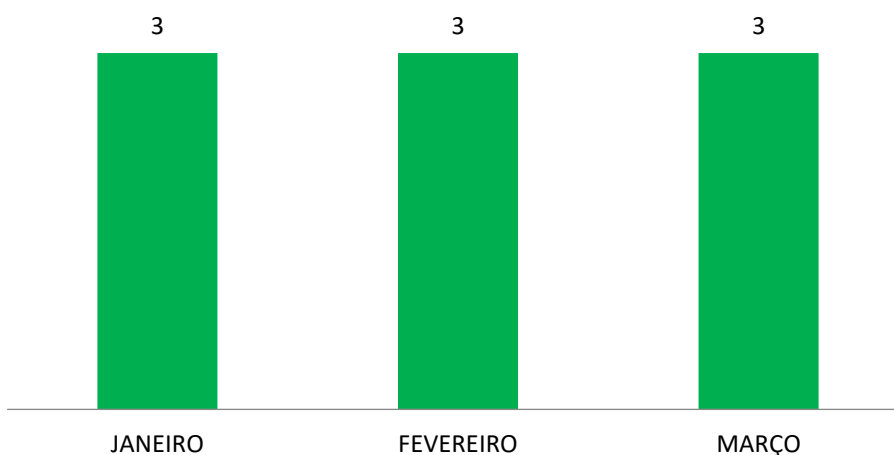
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação psicológica inicial	100%	100%	0%	0%
Índice de intervenções psicológicas realizadas	M/R	1	1	2
Taxa de intervenção em cuidados paliativos	M/R	0%	0%	0%
Taxa de alta terapêutica	90%	0%	0%	16%
Número de atendimentos familiares	> 50	6	8	1
Número de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

Número de reuniões e conferencias c/ familiares para fechamento de cuidados paliativos	M/R	2	0	0
--	-----	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61 – Índice de intervenções

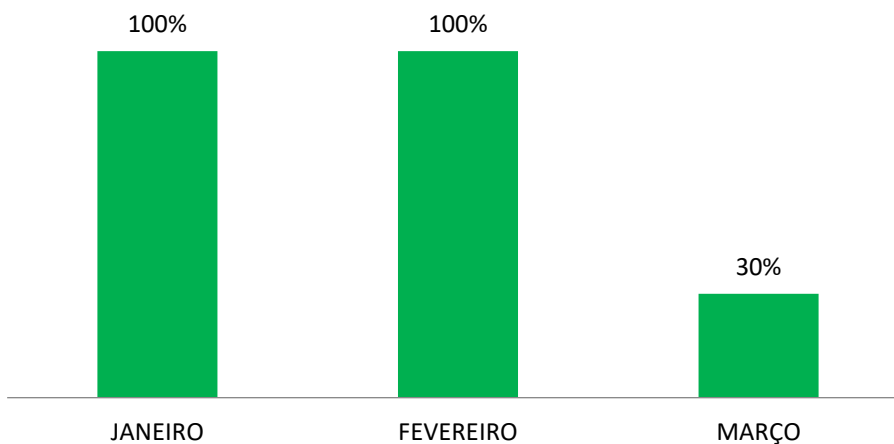
■ Índice de intervenções psicológicas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

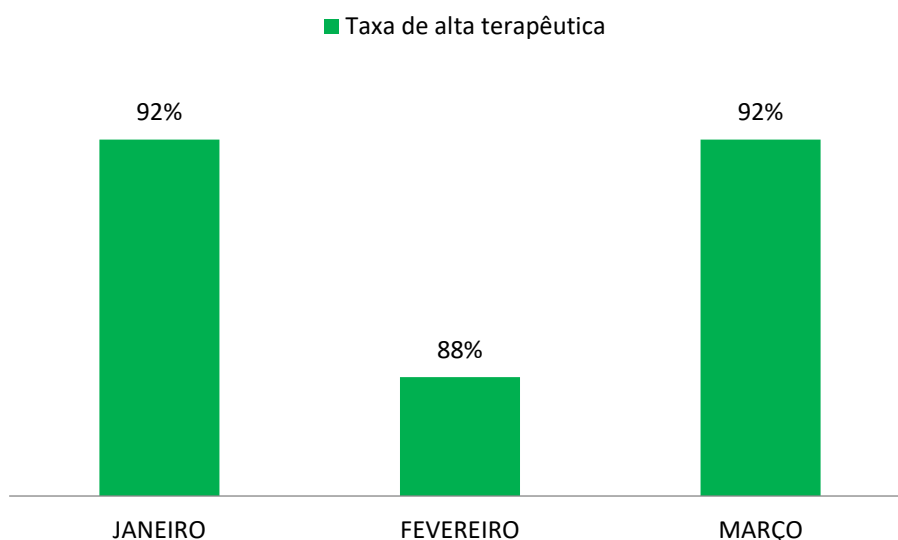
Gráfico 62 – Taxa de intervenções

■ Taxa de intervenção em cuidados paliativos



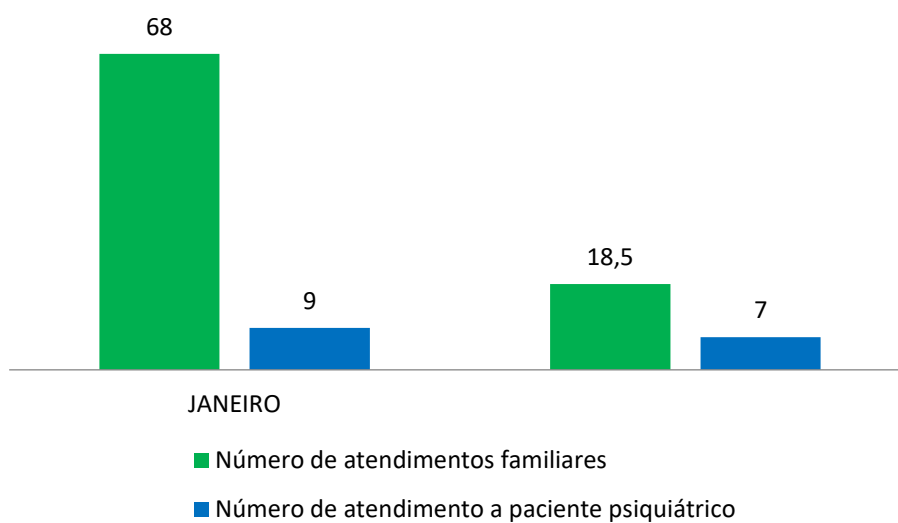
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 63 – Taxa de alta terapêutica



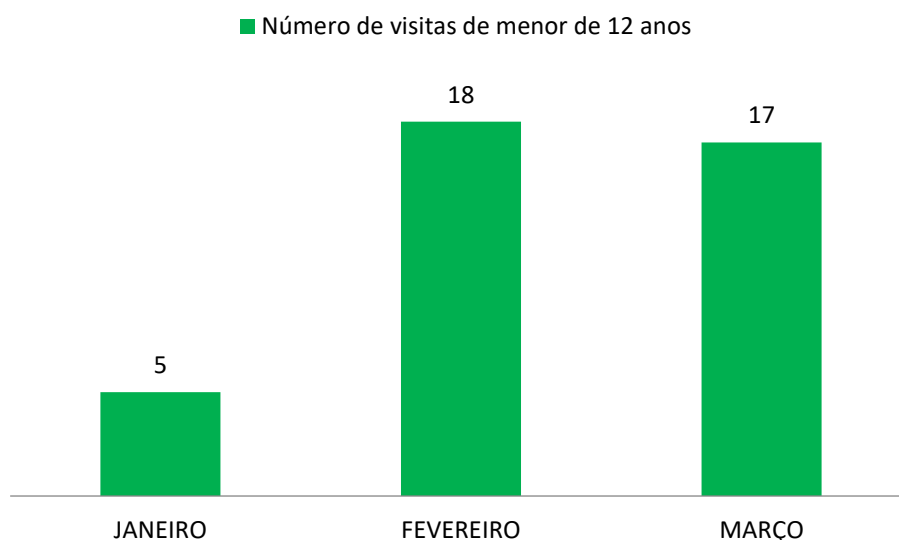
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 64 – Número de atendimentos



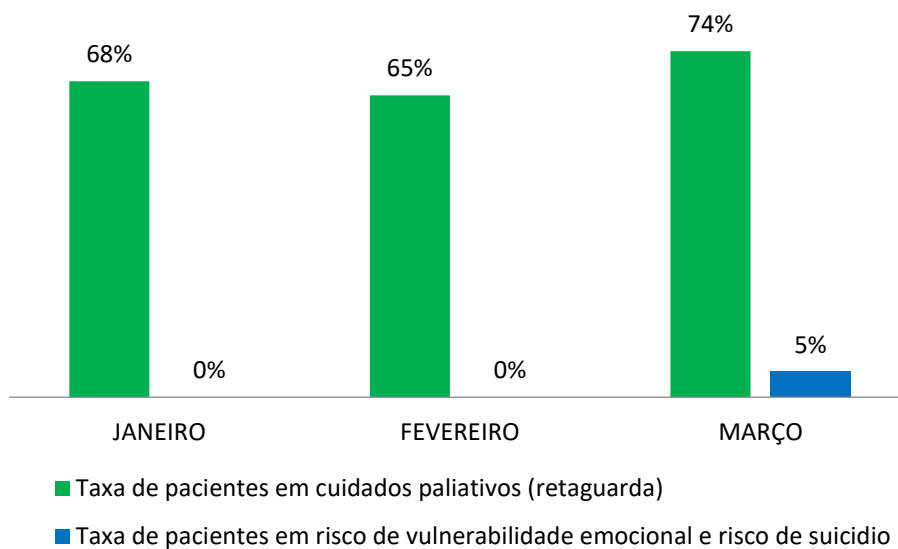
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 65 – Número de vistas de menor de 12 anos



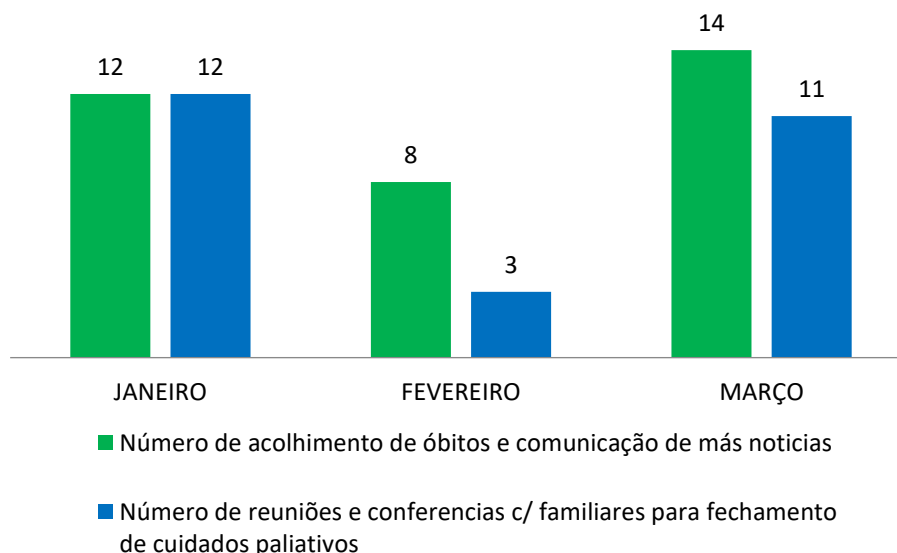
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.5. Fonoaudiologia

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

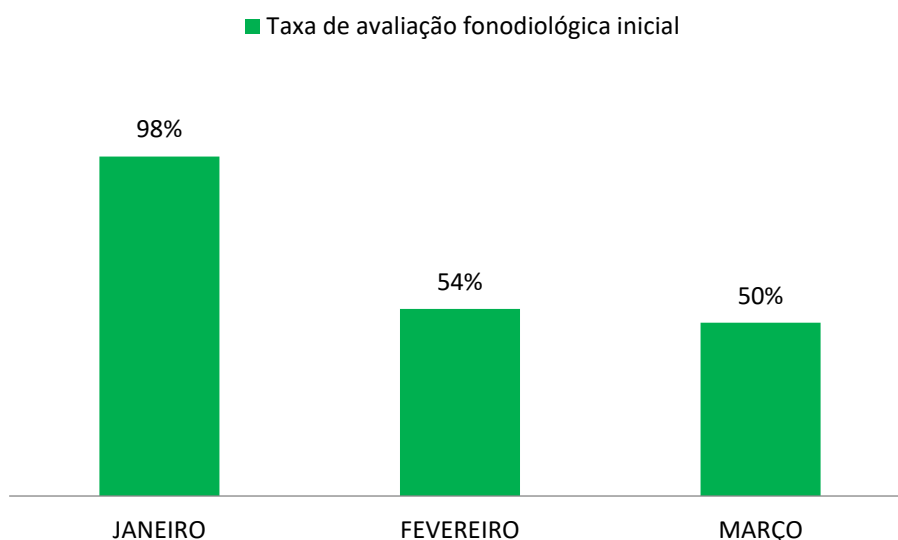
- **Avaliação de Funções:** Realiza a avaliação de habilidades de comunicação, deglutição e voz para identificar deficiências e estabelecer planos de tratamento personalizados.
- **Reabilitação da Deglutição:** Trabalha com pacientes que têm dificuldades para engolir devido a condições médicas, ajudando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

Tabela 48 – Indicadores de Fonoaudiologia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de avaliação fonodiológica inicial	100%	98%	54%	50%
Taxa de decanulados	> 4%	6%	0%	6%
Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração	100%	94%	100%	61%
Taxa de pacientes com indicação de espessante	M/R	29%	57%	34%
Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala	M/R	12%	34%	6%
Taxa de pacientes realizado desmame de cuff	M/R	6%	34%	11%
Número de atendimentos	M/R	87	116	77
Número de avaliações	M/R	89	40	103
Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	M/R	3	13	8
Número de altas da fonoaudiologia	M/R	12	56	3

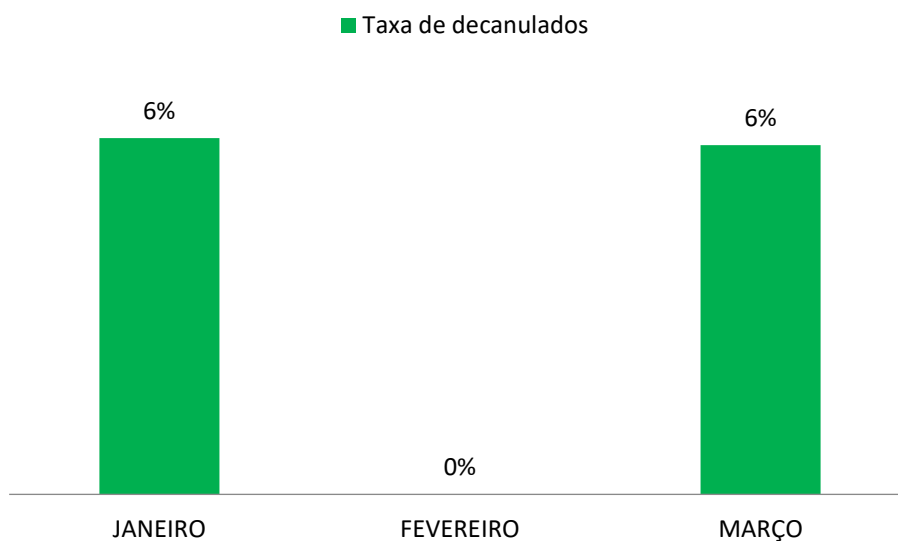
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 68 – Taxa de avaliação fonodiológica inicial



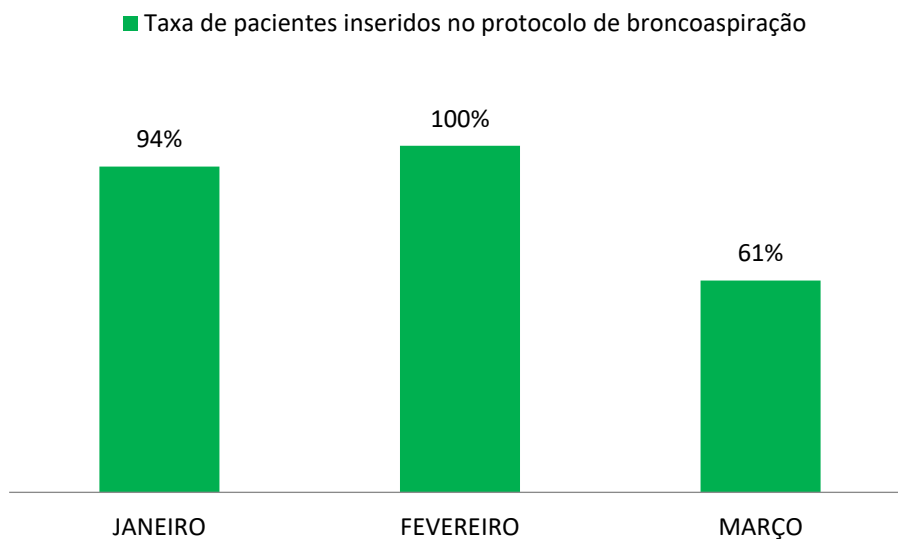
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69 – Taxa de decanulados



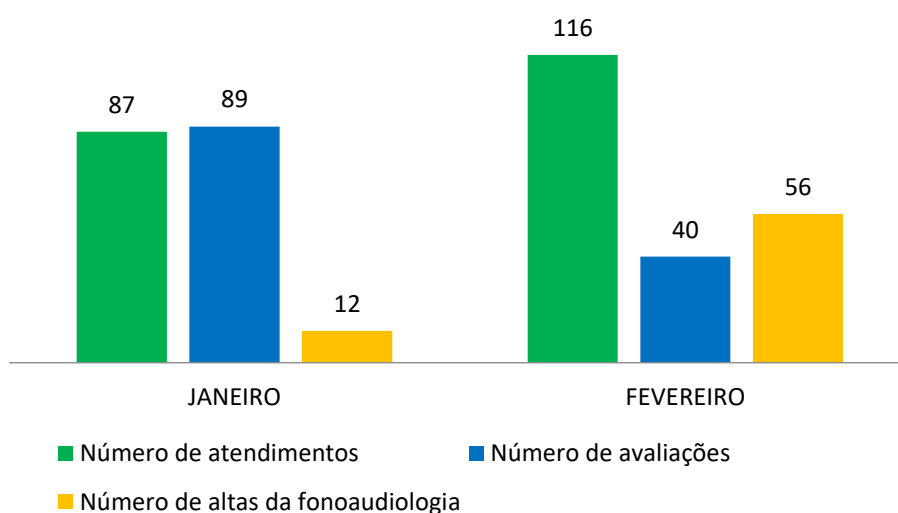
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70 – Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração



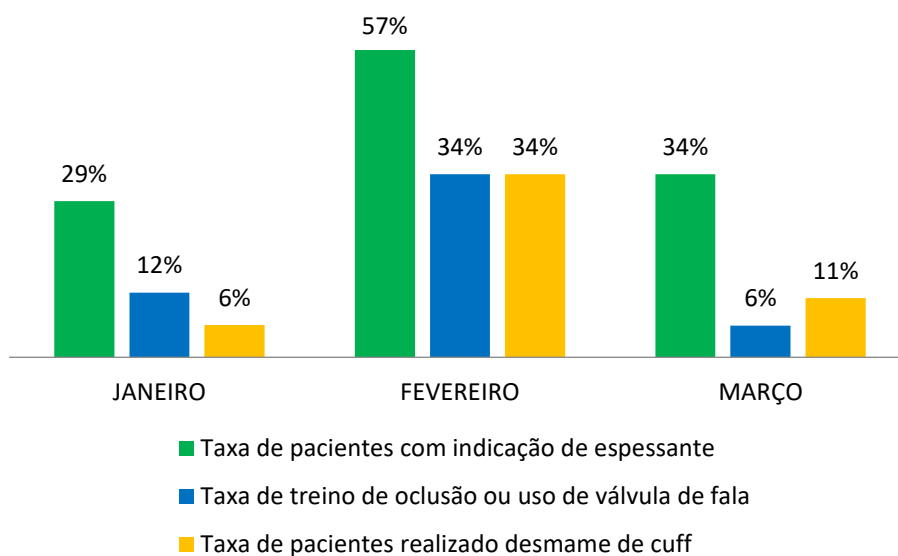
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71 – Número de atendimentos, altas e avaliações



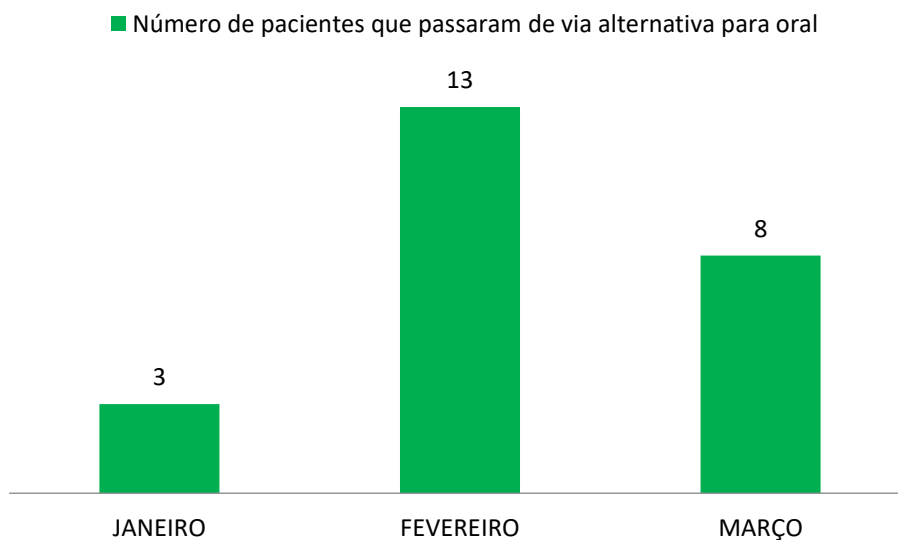
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.6. Terapia Ocupacional

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

- **Avaliação e Diagnóstico:** Os terapeutas ocupacionais avaliam as habilidades funcionais dos pacientes, identificando déficits e limitações que afetam suas atividades diárias. Isso pode incluir a análise de habilidades motoras, cognitivas e sociais.
- **Reabilitação Funcional:** Trabalham com os pacientes para melhorar suas habilidades motoras finas e grossas, coordenação, força e resistência. Isso pode envolver exercícios específicos, treinamento em atividades de vida diária e técnicas de adaptação.
- **Reabilitação Cognitiva:** Para pacientes com comprometimento cognitivo, trabalham para melhorar habilidades como memória, atenção e resolução de problemas, utilizando atividades e exercícios específicos.
- **Intervenção em Casos de Lesões ou Doenças Neurológicas:** Oferecem suporte a pacientes com condições neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões na medula espinhal, para melhorar a recuperação funcional.

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

3.3.7. Terapias Alternativas

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

- **Aromaterapia:** Envolve o uso de óleos essenciais para promover o relaxamento, melhorar o humor e aliviar sintomas como ansiedade e dor.

Os óleos podem ser aplicados por meio de massagem, difusão no ar ou em banhos.

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

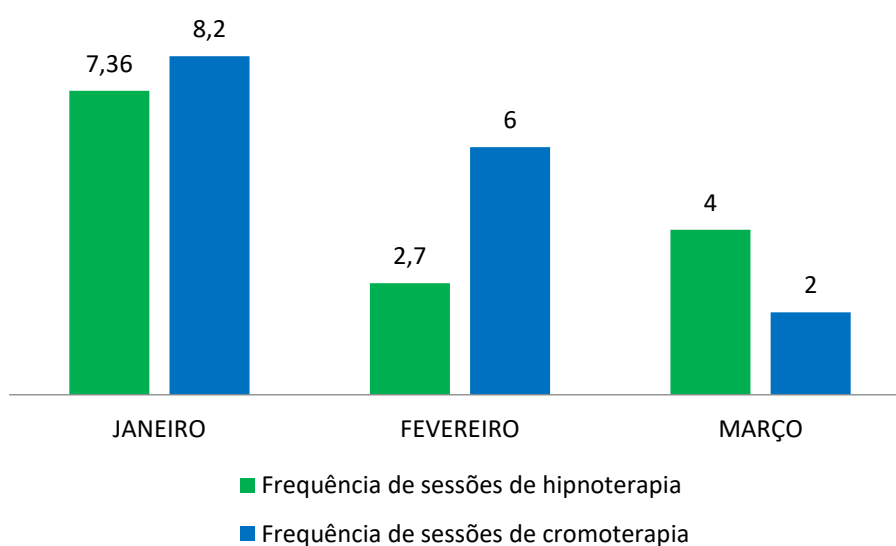
Tabela 49 – Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Frequência de sessões de hipnoterapia	100%	7,36	2,7	4
Frequência de sessões de cromoterapia	> 6	8,2	6	2
Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar	6	4	7	7

Número de pacientes ozoterapia	M/R	21	27	22
Número de atendimentos de ozoterapia	M/R	100	109	96
Consumo de cilindro O ₂	M/R	1,5	1	1,5

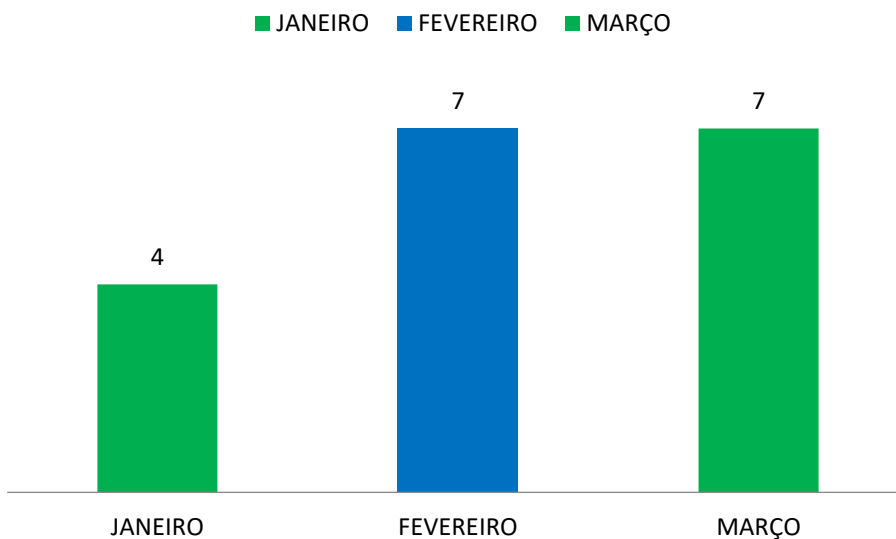
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 74 – Frequência de sessões de hipnoterapia e cromoterapia



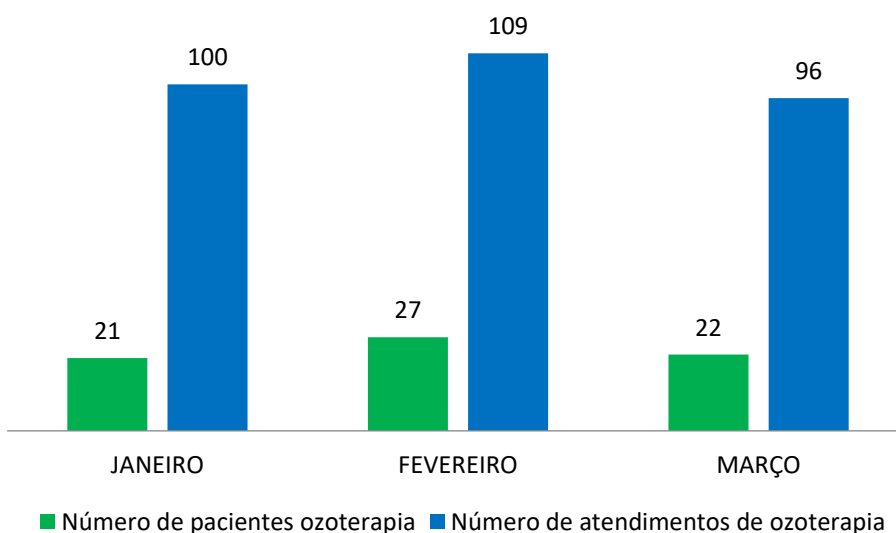
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75 – Número de interação em conjunto com equipe multidisciplinar



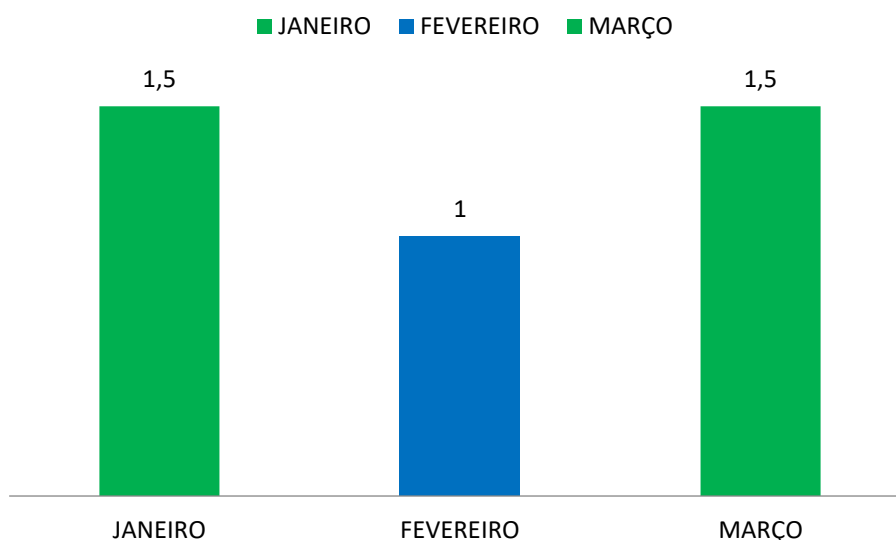
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 76 – Número de Ozoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 77 – Consumo de cilindro o²



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.8. Estomaterapia

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

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

- **Aconselhamento psicológico** e apoio emocional para pacientes em processo de adaptação ao uso de estomas.

Tabela 50 – Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de LPP - global	15%	1,09%	0,77%	2,83%
Taxa de LPP - UTI	5%	1,10%	0%	1%
Taxa de LPP - Clínica Médica	5%	1,12%	0%	4%
Taxa de LPP - Cuidados prolongados	5%	1,10%	1,90%	2,86%
Prevalência de úlcera por pressão	Quanto menor, melhor	14,60%	27,97%	29,96%
% De pacientes submetidos a avaliação de risco para lpp na admissão	95%	93,98%	98,40%	99,32%
Número total de lesões em pacientes internados	Quanto menor, melhor	40	73	74
Número mensal de novas lesões classificadas como comunitária	M/R	5	22	14
Número mensal de novas lesões classificadas como hospitalar	Quanto menor, melhor	3	2	7

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

Foram identificadas sete LPPs adquiridas: Paciente C.R.R.: Paciente com 80 anos, acamado, em cuidados semi-intensivos e mobilidade reduzida, necessita de auxílio para atividades de vida diária, com escala de Fugulin – score 28 e escala de BRADEN score 12(médio risco para lesões de pele). Recebe dieta

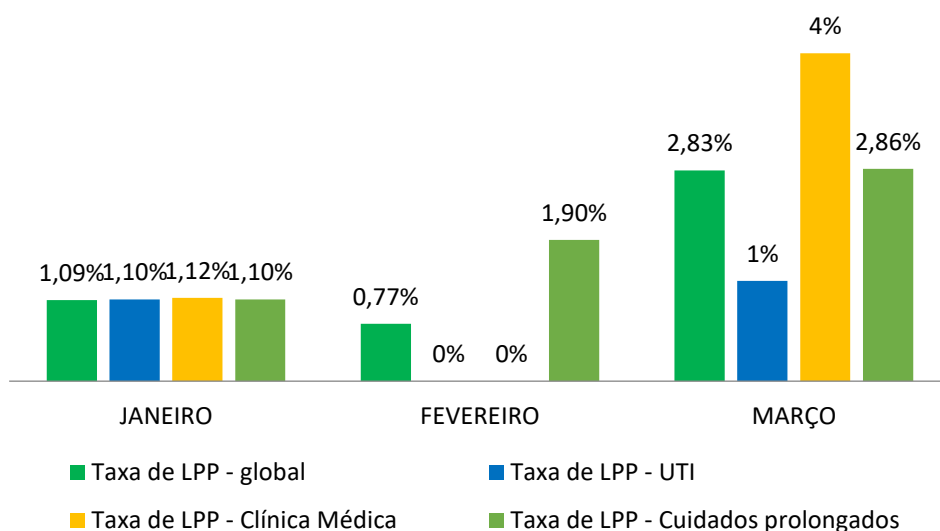
oral, está dentro da meta nutricional e recebendo modulo de proteína para auxiliar na cicatrização das LPPS. Apresentou 2 lesões por pressão adquirida em ambiente hospitalar, em região de Trocânter bilateral. Paciente com internação prolongada.

M.M.R.: Paciente com 40 anos, apresentou LPP adquirida em região sacra, com surgimento dos sinais inicialmente Estágio 1 em 08/03/2025, aplicado placa de hidrocolóide como medida de proteção, foi reavaliada em 14/03/2025 onde foi classificada estágio 2 e foi prescrito curativo com rayon, no momento do surgimento da lesão, apresentava deterioração clínica com necessidade de IOT, cuidados intensivos e mobilidade reduzida. Escala de Fugulin, escore 40 (cuidados intensivos) e escala de BRADEN escore 9 (alto risco para lesões de pele), recebia dieta em TNE (Terapia Nutricional Enteral), apresentou melhora da condição geral e foi transferida para clínica médica Colibri em 25/03/2025. No momento recebe dieta via oral e módulo de proteínas, deambula sem auxílio e tem aderido as orientações referente a mudança de decúbito, mantém acompanhamento pelo grupo GACAP e foi solicitado avaliação em ozonioterapia para controle da dor local.

J.C.R.S.: Paciente com 66 anos, acamada, em cuidados intensivos e mobilidade reduzida, com escala de Fugulin – escore 34 (cuidados intensivos) e escala de BRADEN escore 11 (alto risco para lesões de pele). Em TNE (Terapia Nutricional Enteral), está dentro da meta nutricional e recebendo modulo de proteína para auxiliar na cicatrização das LPPS. Apresentou 1 LPP de pequena extensão em orelha esquerda, adquirida em ambiente hospitalar, avaliada e prescrito curativo pela estomaterapeuta, em acompanhamento também pela ozonioterapia devido outra lesão já em tratamento. Realizado confecção de coxins para ser utilizado como proteção quando a paciente estiver posicionada em decúbito laterais e orientação a equipe .

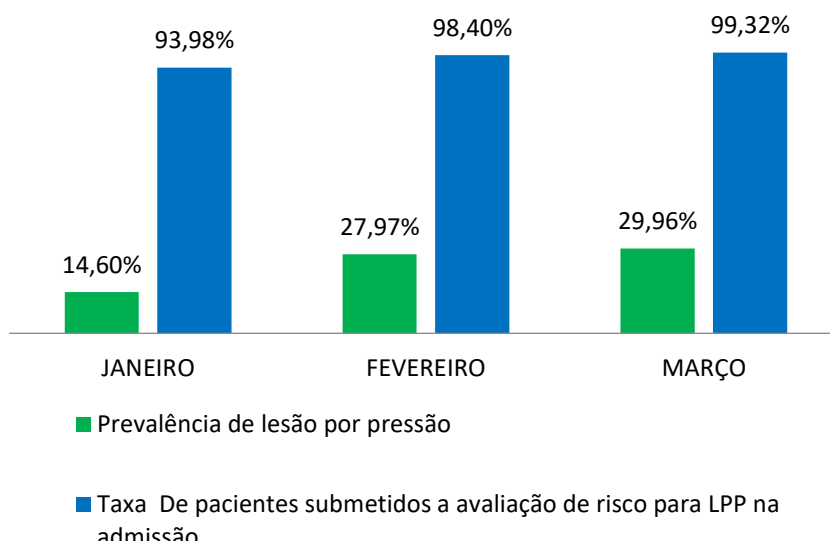
W.C.A. S.: Paciente com 68 anos, acamado e mobilidade reduzida, com escala de Fugulin – escore 28(cuidados semi-intensivos) e escala de BRADEN escore 13(médio risco para lesões de pele). Em TNE(Terapia Nutricional Enteral). Apresentou 3 LPPs sendo uma em região sacra, uma em Trocânter esquerdo e uma em calcâneo esquerdo, adquiridas em ambiente hospitalar, avaliada durante auditoria de pele em 31/03/2025 e prescrito curativo pela estomaterapeuta. Realizado orientação para a equipe de enfermagem referente a intensificar as mudanças de decúbito adequadamente.

Gráfico 78 – Taxa de lesão por pressão



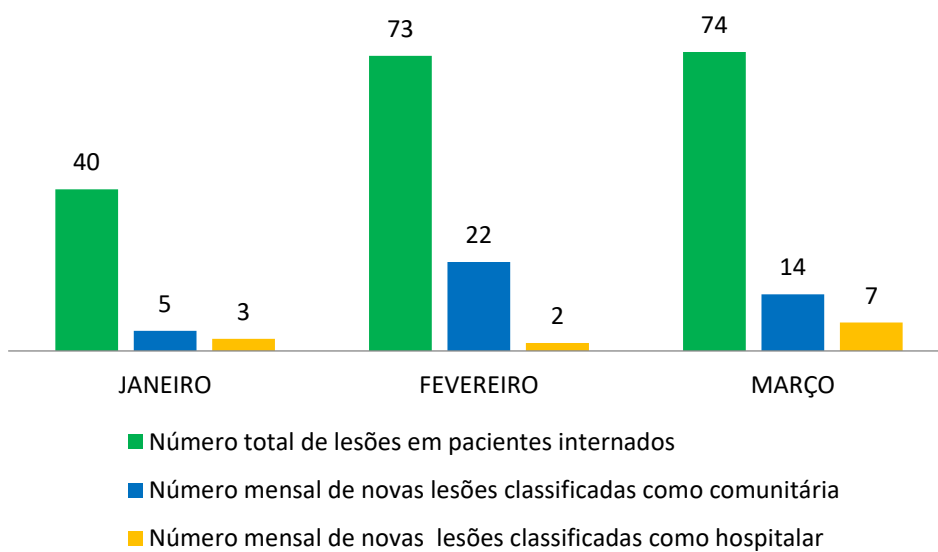
Fonte: Relatório Interno – Enfermagem.

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
Taxa de nc tratada total	>85%	87%	81%	85%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	80%	72%	76%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	100%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	23%	14%	26%
Número de visitas técnicas	30	35	37	37
Número de não conformidades registradas	M/R	208	336	187
Número de não conformidades tratadas	M/R	174	262	143
Circunstância notificável	M/R	115	236	101
Near miss (quase erro)	M/R	15	17	13

Incidente com dano (evento adverso)	M/R	46	44	44
Incidente sem dano	M/R	23	26	10
Meta 1 - identificação segura	M/R	3	12	24
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	108	196	46
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	28	44	28
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	7	7
Meta 5 - risco de infecção	M/R	49	48	44
Meta 6 - risco de queda	M/R	3	8	4
Meta 6 - risco de lpp	M/R	8	8	5

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
Taxa de nc tratada total	>85%	91%	81%	100%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	85%	70%	82%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	17%	6%	42%
Número de visitas técnicas	30	10	10	10
Número de não conformidades registradas	M/R	114	142	32
Número de não conformidades tratadas	M/R	74	115	32
Circunstância notificável	M/R	82	125	12

Near miss (quase erro)	M/R	3	33	3
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	19	8	14
Incidente sem dano	M/R	10	5	3
Meta 1 - identificação segura	M/R	0	1	5
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	81	123	2
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	13	2	8
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	3
Meta 5 - risco de infecção	M/R	18	9	12
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	4	1
Meta 6 - risco de lpp	M/R	2	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
Taxa de nc tratada total	>85%	95%	95%	88%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	91%	80%	82%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	50%	5%	12%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	22	59	49
Número de não conformidades tratadas	M/R	21	56	43

Circunstância notificável	M/R	5	49	40
Near miss (quase erro)	M/R	1	4	2
Incidente com dano (evento adverso)	M/R	11	3	6
Incidente sem dano	M/R	5	2	1
Meta 1 - identificação segura	M/R	1	5	18
Meta 2 - comunicação efetiva	M/R	5	20	17
Meta 3 - segurança na administração do medicamento	M/R	6	28	3
Meta 4 - cirurgia e procedimento seguro	M/R	0	2	2
Meta 5 - risco de infecção	M/R	9	3	8
Meta 6 - risco de queda	M/R	0	0	0
Meta 6 - risco de lpp	M/R	1	0	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de nc tratata total	>85%	77%	80%	82%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	67%	70%	72%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	37%	45%
Número de visitas técnicas	30	5	5	5
Número de não conformidades registradas	M/R	13	30	11

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de nc tratada total	>85%	100%	95%	93%
Taxa de nc tratada (dentro do prazo)	>75%	93%	89%	92%
Taxa de abertura de protocolo de londres em 72 horas	100%	0%	0%	0%
Taxa de incidente com dano	<25%	54%	33%	37%
Número de visitas técnicas	30	10	12	12

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

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

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

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

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

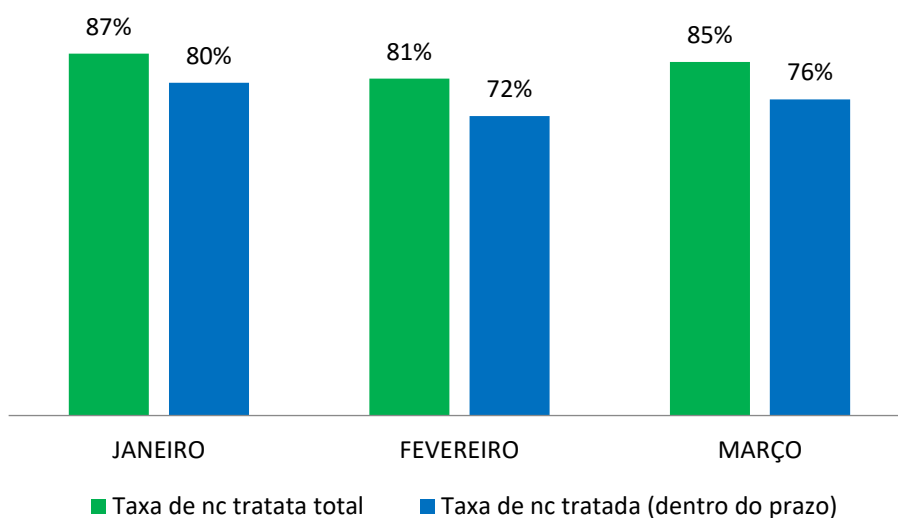
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As taxas de Não Conformidades (NCs) tratadas dentro do prazo, assim como o total de NCs tratadas, ficaram aquém da meta estabelecida. Embora o novo fluxo de tratativa esteja implantado há algum tempo, a instituição ainda se encontra em fase de consolidação e aprimoramento desse processo. Têm sido realizadas ações contínuas de alinhamento com as lideranças, incluindo reuniões periódicas e reforço das orientações sobre a importância do cumprimento dos prazos e da efetividade nas tratativas. Destacamos, no entanto, que já observamos avanços significativos tanto na adesão dos gestores ao processo quanto na melhoria progressiva dos indicadores relacionados. No que se refere aos eventos adversos, mantemos o monitoramento contínuo dos planos de ação

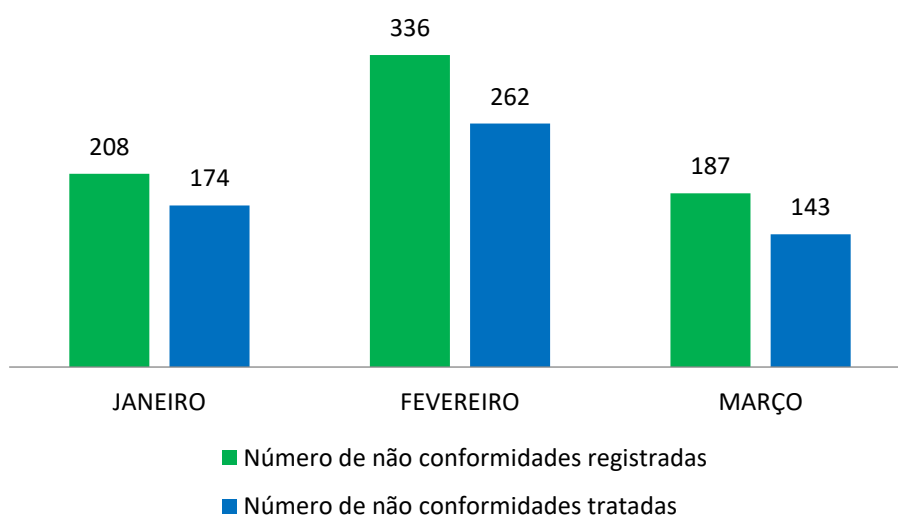
elaborados pelos supervisores de área, com foco na mitigação de riscos e prevenção de reincidências. Também neste aspecto, têm sido percebidos resultados positivos, refletindo maior engajamento das equipes e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Gráfico 81 – Taxa de não conformidades



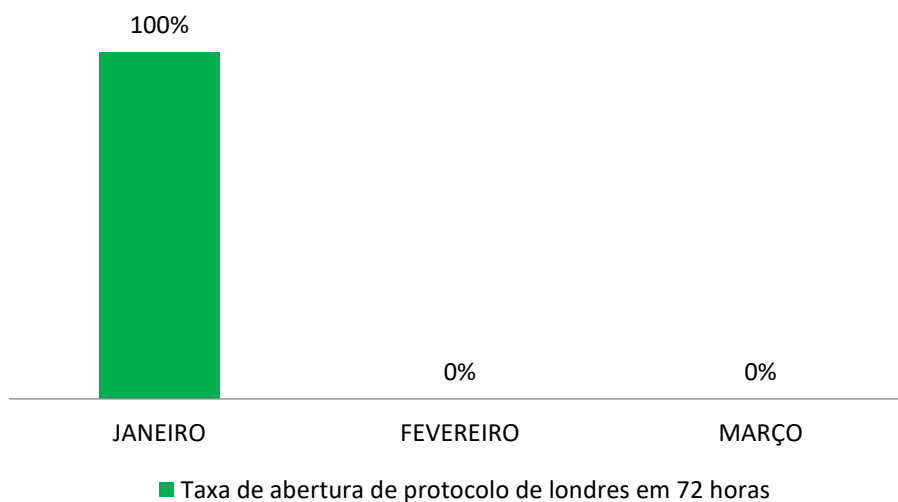
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 82 – Número de não conformidades



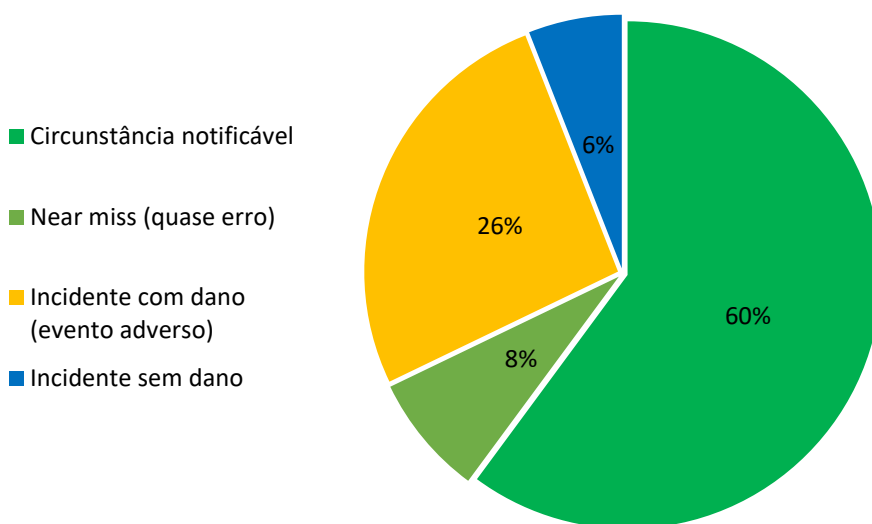
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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



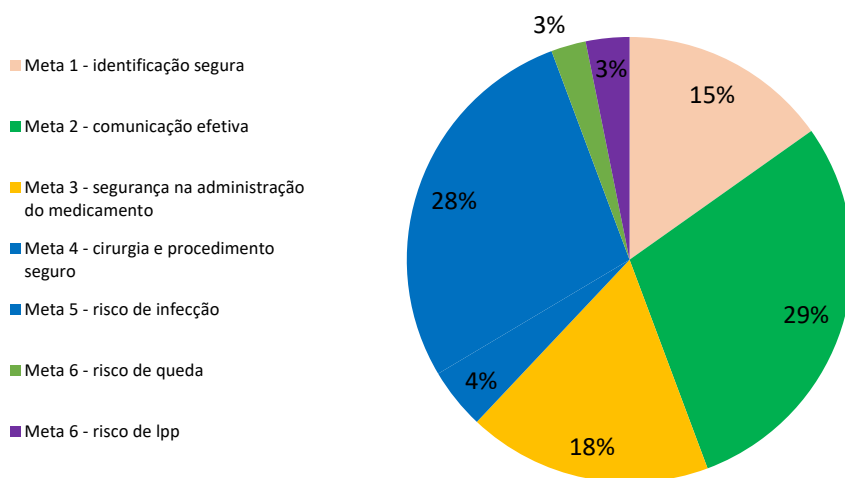
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 84 – Classificação de Não Conformidades



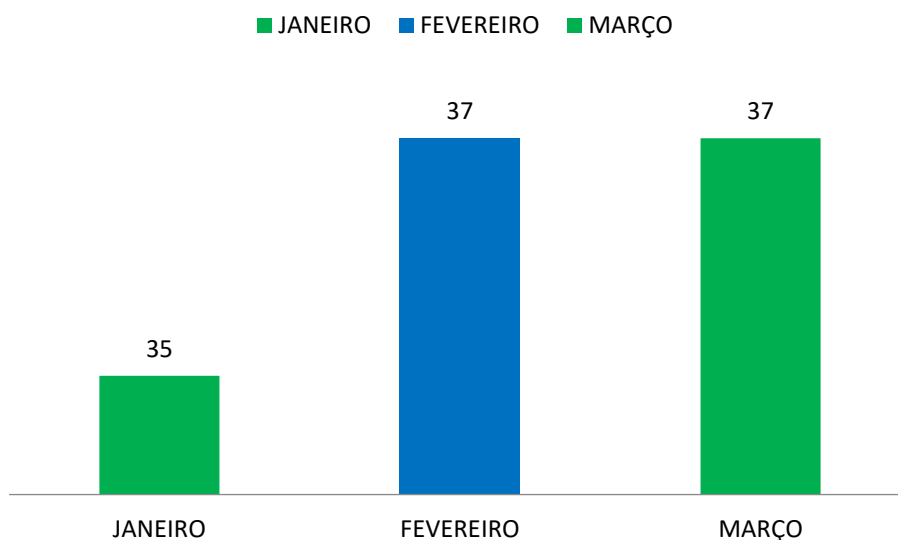
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Número total de iras	0	5	5	7
Densidade incidência de iras	0%	3,57%	3.75%	4,61%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	15,15%	9.07%	7,68%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	20,74 ml	22.11 ml	35,18 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
Número total de iras	0	0	0	1

Densidade incidência de iras	0%	6,69%	0%	3,30%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	18,18%	0%	12,50%
Densidade incidência pav	0%	36,26%	0%	0%
Densidade incidência itu	0%	0%	0%	0%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	0%	10,37%	11,76%	5,61%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	0%	18,39%	34,12%	26,40%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	0%	15,72%	23,92%	10,56%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	0%	53,33%	88,2%	88,24%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	0%	100%	100%	97,50%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	67,63 ml	76,14 ml	44,16 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
Número total de iras	0	0	0	2
Densidade incidência de iras	0%	0%	0%	9,43%
Densidade incidência de ipcs associadas a cvc	0%	0%	0%	0%
Densidade incidência pav	0%	0%	0%	0%

Densidade incidência itu	0%	0%	0%	74,07%
Taxa de utilização de ventilação mecânica	0%	1,52%	0%	7,08%
Taxa de utilização de cateteres venosos centrais	0%	14,21%	3,68%	13,21%
Taxa de utilização de sondas vesicais de demora	0%	12,18%	15,34%	12,74%
Percentual de adesão ao bundle de inserção de cvc	0%	100%	50,0%	50,0%
Percentual de adesão ao bundle de manutenção de cvc	0%	91,07%	100%	80,36%
Consumo de produto alcoólico em ml	20 ml	26.50 ml	40.61 ml	4,91 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
Número total de iras	0	1	1	2
Densidade incidência de iras	0%	0,34%	0,37%	0,66%

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
Número total de iras	0	0	0	0

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

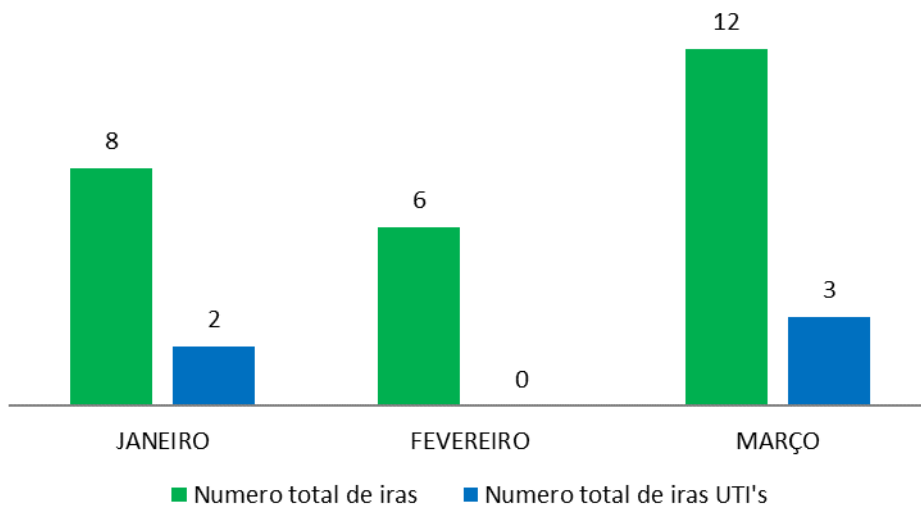
ANALISE CRÍTICA – SCIH

Durante a avaliação e execução das estratégias de prevenção de IPCS, observou-se a necessidade de aprimoramento em diversas áreas. Especificamente, constatou-se potencial para otimizar a dispensação acertiva de insumos para cateteres centrais, com ênfase na disponibilização adequada de conectores valvulados. Adicionalmente, identificou-se a importância da uniformização e adequação da técnica de curativo de cateteres centrais, visando garantir a padronização e a eficácia das práticas.

A implantação e fortalecimento da cultura de limpeza concorrente, assegurando sua realização em tempo oportuno e com técnica apropriada, emergiu como um ponto fundamental para a redução da carga microbiana. Por fim, reforça-se a necessidade de promover e garantir o manuseio dos cateteres de forma estritamente asséptica por todos os profissionais envolvidos.

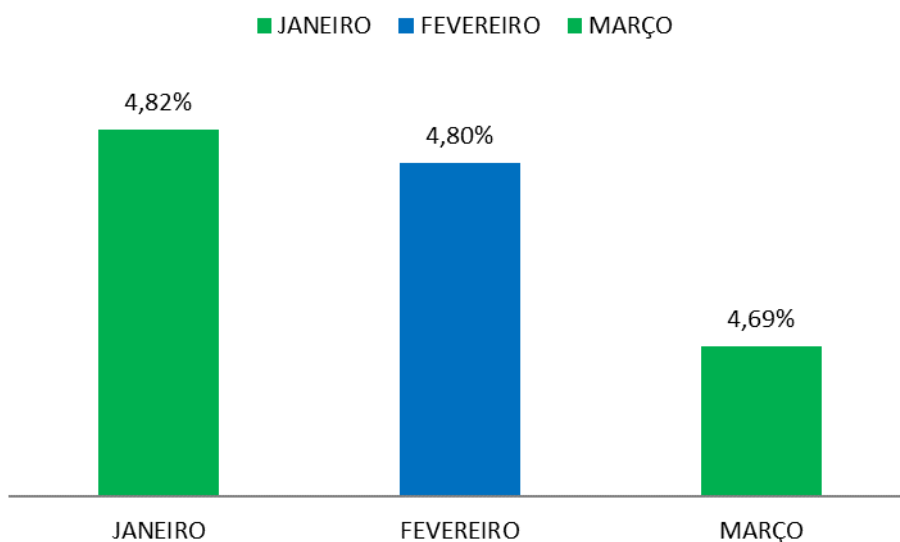
Como ação fundamental para sustentar essas melhorias, foram realizados treinamentos abrangentes, alcançando 88% dos enfermeiros da instituição e 56 % técnicos de enfermagem da unidade colibri . Estas iniciativas de capacitação visam garantir a disseminação das melhores práticas e a internalização de uma cultura de segurança na manipulação de dispositivos intravasculares

Gráfico 87 – Número Total de IRAS Hospital Global x UTI



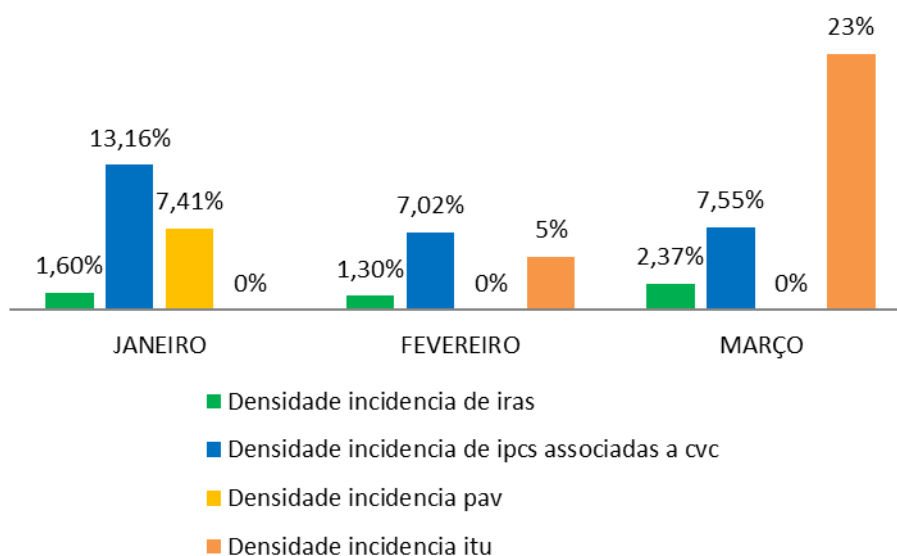
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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.

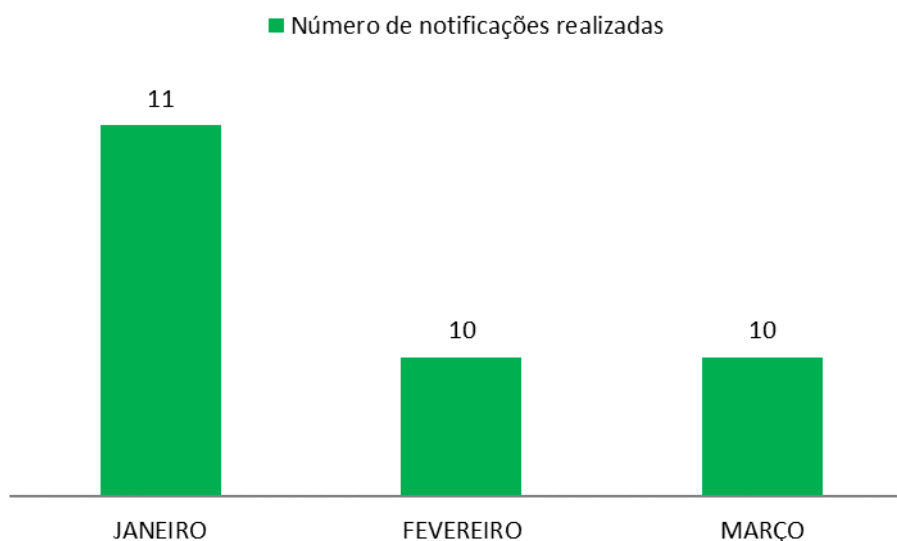
Tabela 63 – Indicadores de Vigilância em Saúde

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

dengue- proveniente do hmg				
Taxa de teste positivo para covid	M/R	0,25%	66,67%	28%
Número de casos de tuberculose notificados no hmg	M/R	1	2	0
Número de casos de tuberculose acompanhados no hmg notificados na origem	M/R	1	1	2
Número de casos de sífilis notificados no hmg	M/R	0	0	0
Número de casos de hepatites notificados no hmg	M/R	0	0	1
Número de casos de hiv/aids notificados no hmg	M/R	0	0	0

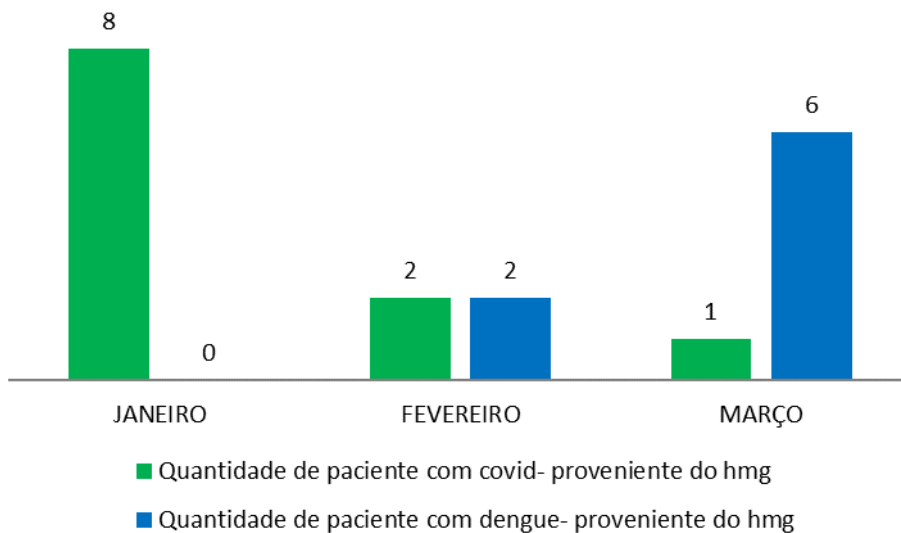
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 90 – Número de notificações realizadas



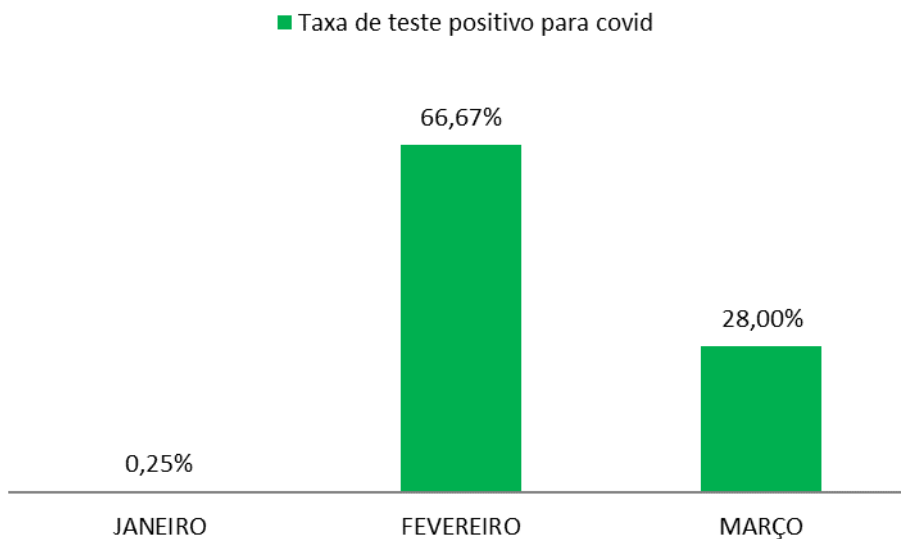
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

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



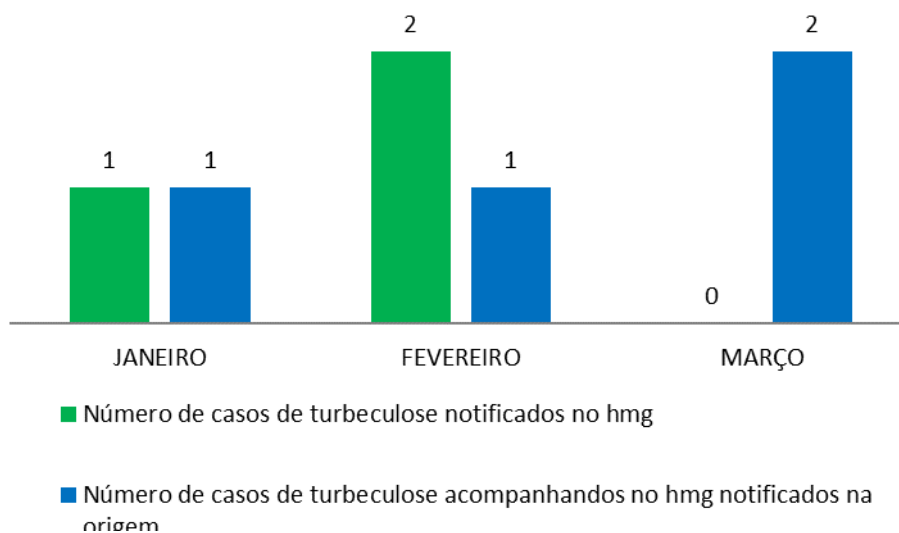
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 92 – Taxa de teste positivo para COVID



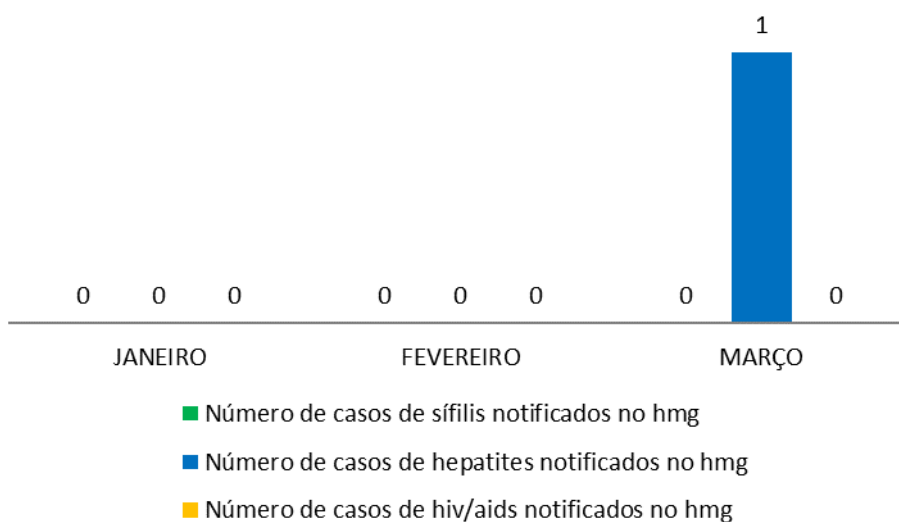
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar e Vigilância em Saúde/ SMPEP.

Gráfico 93 – Número de casos de tuberculose



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

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



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

3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação

O Núcleo Interno de Regulação desempenha um papel crucial no gerenciamento e na análise das solicitações de vagas vindas de outras instituições de saúde. Aqui estão os principais pontos envolvidos nesse processo:

- Gerenciamento de Vagas: Responsável por receber e analisar as solicitações de vagas de outras instituições de saúde, como hospitais e clínicas.
- Critérios de Complexidade: Utiliza critérios específicos de complexidade da unidade para determinar a viabilidade e prioridade das solicitações de vaga.
- Confirmação de Vagas: Após análise, o Núcleo Interno de Regulação confirma a disponibilidade da vaga utilizando o sistema interno da instituição, assegurando que as decisões sejam baseadas em critérios objetivos e transparentes.
- Encaminhamento do Paciente: Uma vez confirmada a vaga, a unidade de origem do paciente é responsável por realizar o encaminhamento adequado até o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG). Isso pode envolver logística de transporte médico e suporte necessário durante o deslocamento.
- Central de Regulação: Todas as admissões no HMG são realizadas exclusivamente através da Central de Regulação, garantindo que os recursos sejam alocados de maneira eficiente e que os pacientes sejam direcionados para o atendimento adequado conforme suas necessidades.

Tabela 64 – Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Global)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de conversão de pacientes admitidos	> 85%	88%	84%	81%
Tempo de solicitação x	M/R	4	5	8

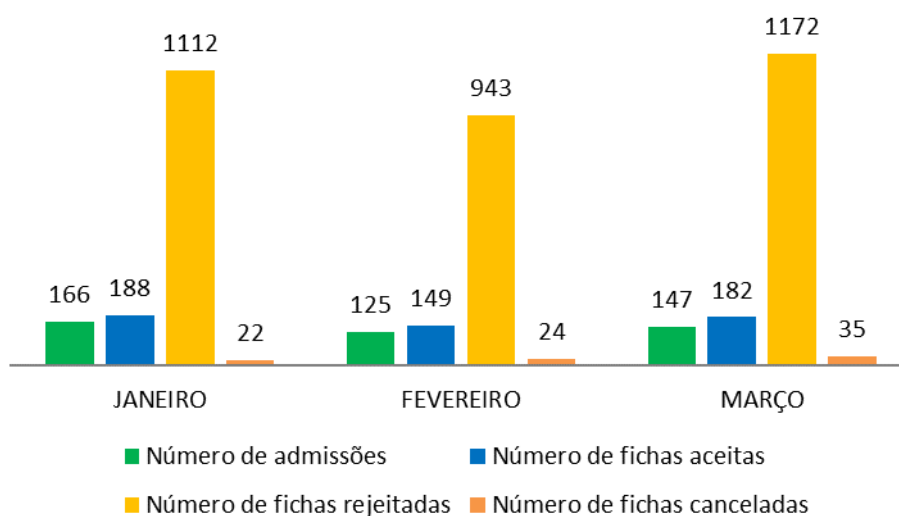
realização de cateter				
Número de admissões	M/R	166	125	147
Número de fichas aceitas	M/R	188	149	182
Número de fichas rejeitadas	M/R	1112	943	1172
Número de fichas canceladas	M/R	22	24	35
Número de transferências externas	M/R	20	22	11
Número de avaliações externas	M/R	109	110	123
Número de remoções	M/R	138	132	134
Número de atendimentos ao colaborador	M/R	7	4	6
Número de atendimentos ao familiar	M/R	1	3	0
Número de readmissões nas 24hrs	M/R	0	0	0

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

ANALISE CRÍTICA - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

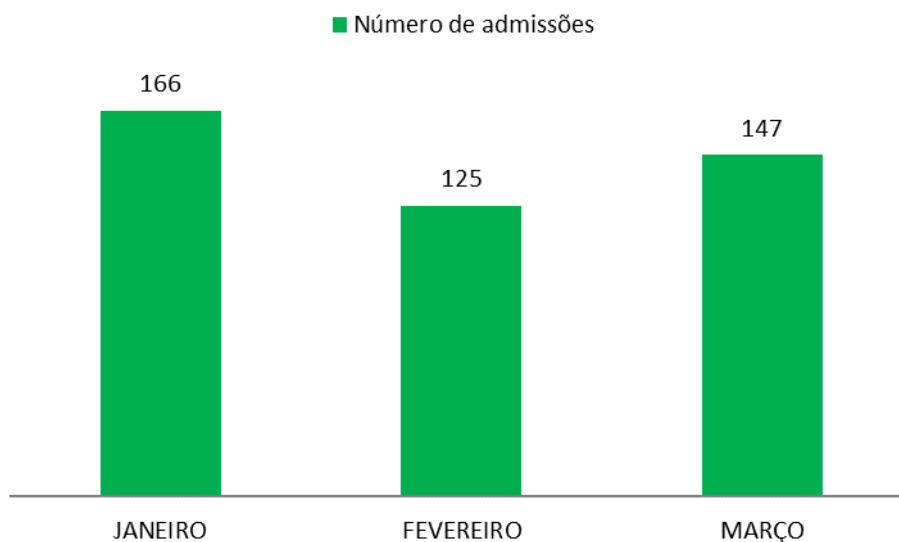
Em março de 2025, o Núcleo Interno de Regulação do Hospital Municipal Guarapiranga não realizou atividades específicas, mas manteve o acompanhamento diário dos fluxos, processos e logística de remoção de pacientes, assegurando a continuidade na eficácia e qualidade dos serviços.

Gráfico 95 – Análise das Fichas CROSS



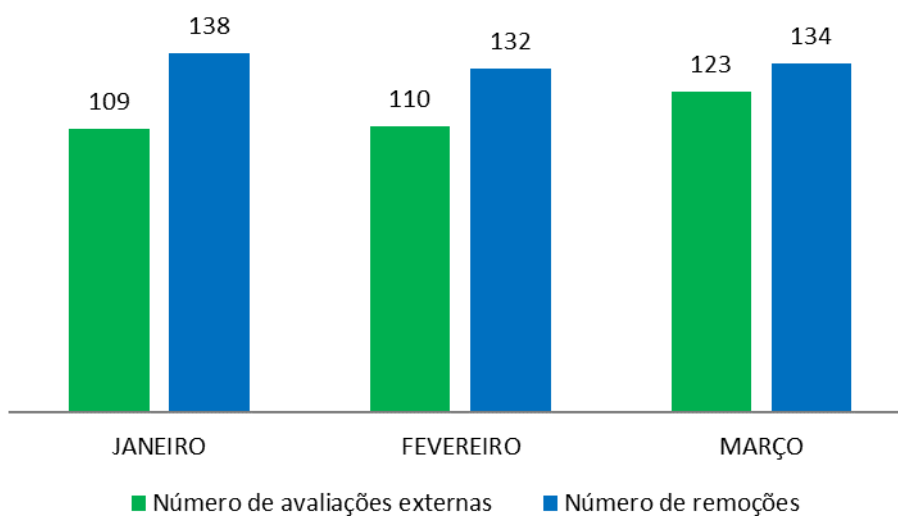
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 96 – Número de Pacientes Admitidos



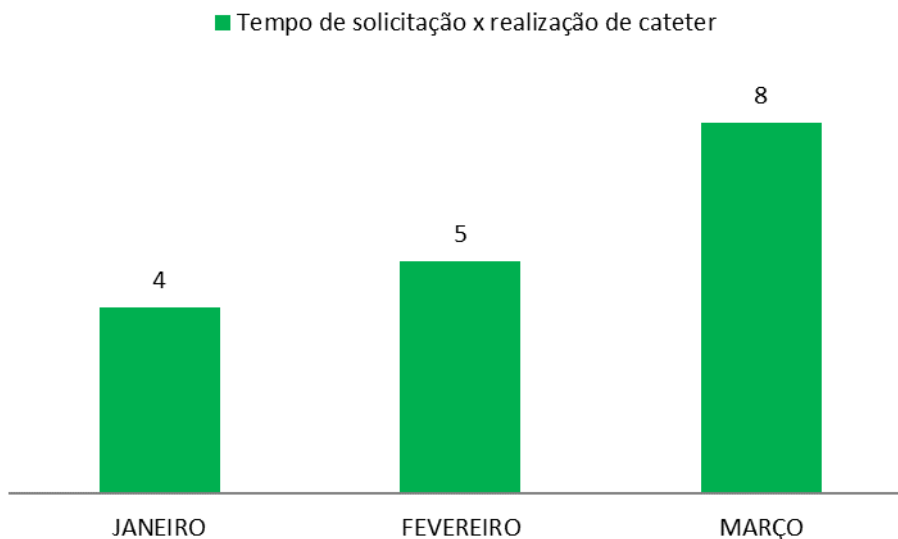
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 97 – Serviço de Remoções



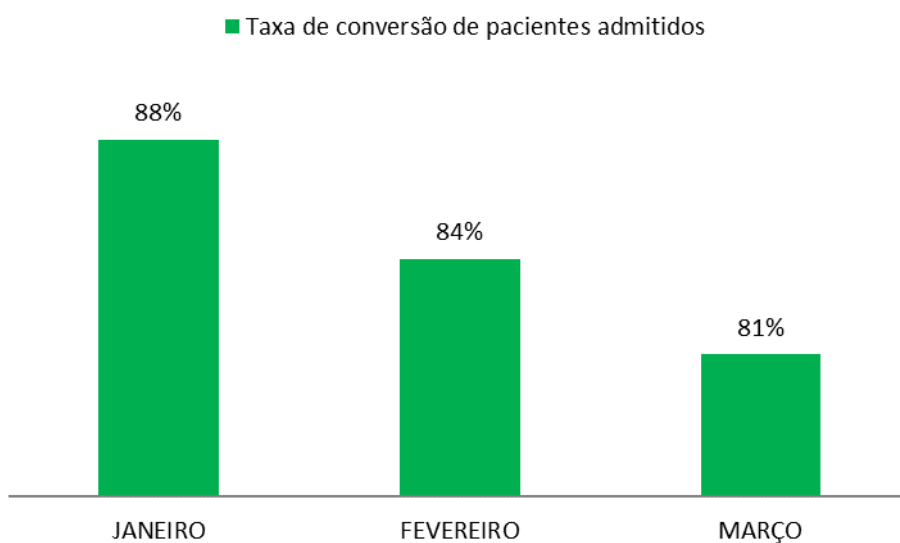
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

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



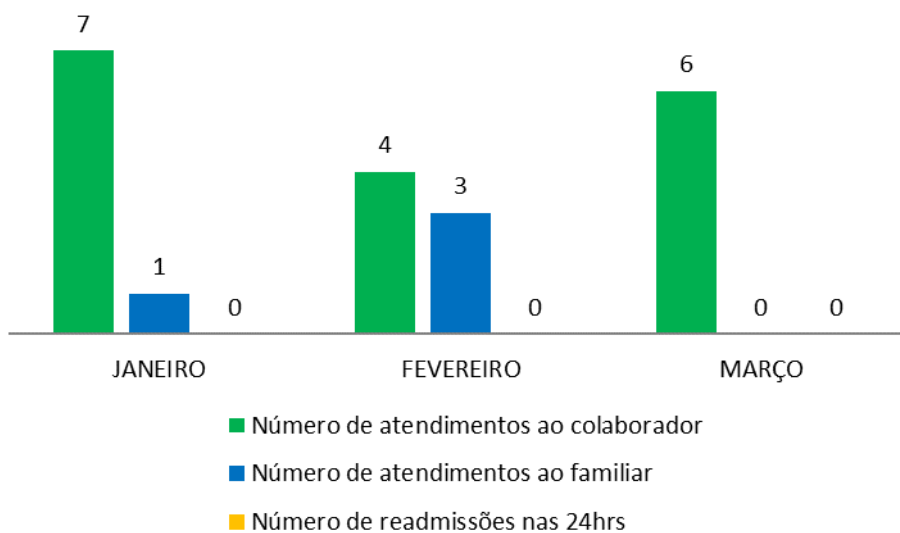
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 99 - Taxa De Conversão De Pacientes Admitidos



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

Gráfico 100 – Número de atendimentos e readmissões



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

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente

Unidade crucial para a formação contínua e o desenvolvimento profissional da equipe do hospital. Com o objetivo de aprimorar a qualidade dos cuidados

prestados e promover a atualização constante dos conhecimentos e habilidades dos colaboradores, o núcleo desempenha um papel fundamental na capacitação e no crescimento profissional dentro da instituição.

- Desenvolvimento de Programas de Formação: Elaborar e coordenar programas de educação e treinamento contínuo para todas as categorias profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos.
- Capacitação e Treinamento: Organizar cursos, workshops, seminários e treinamentos práticos para promover a atualização de conhecimentos e habilidades técnicas.
- Gestão de Recursos: Administrar recursos educacionais, como materiais didáticos, plataformas de e-learning e equipamentos de treinamento.

Tabela 65 – Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

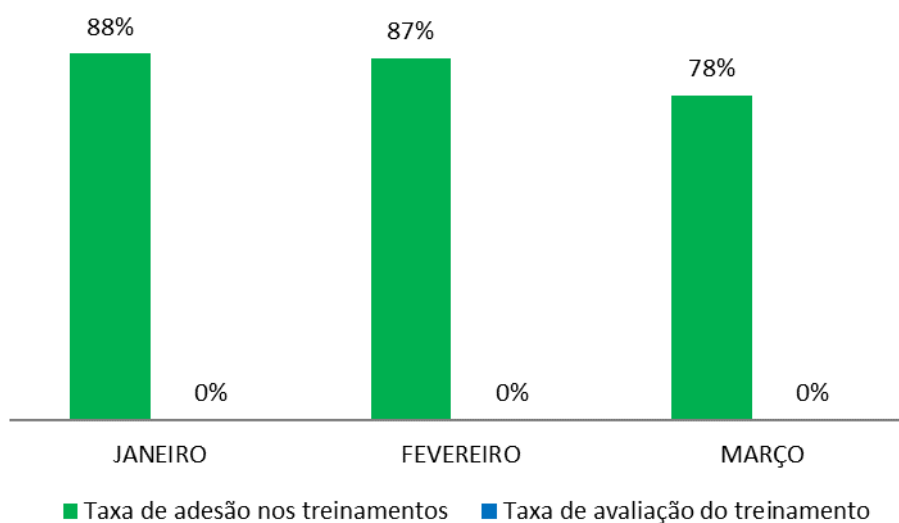
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de adesão nos treinamentos	> 80%	88%	87%	78%
Taxa de avaliação do pós teste*	50%	0%	0%	0%
Número de treinamentos	20	16	20	47
Número total de participações	624	755	967	2399
Número de horas realizadas de treinamento	50	450,15	782	2349
Homem hora	1	2,21	1,18	1,38

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANALISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

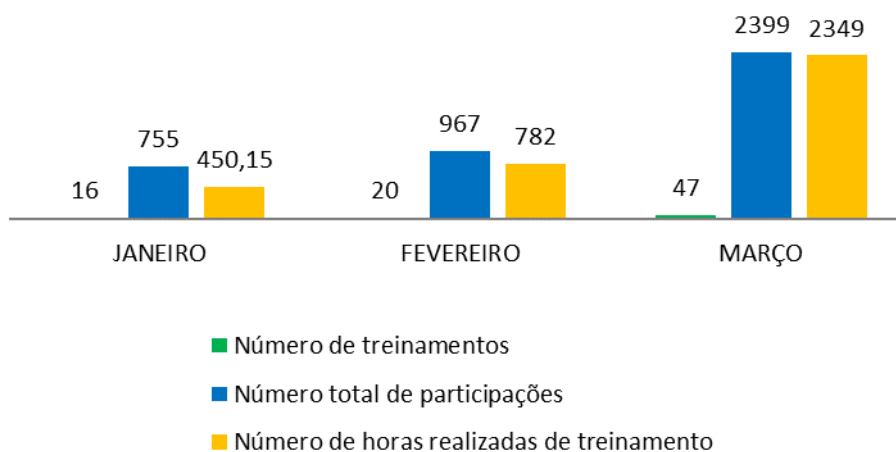
A Taxa de avaliação de reação de treinamento não foi computada, pois está em fase de testes, a taxa de avaliação de eficácia não foi computada, pois não tivemos treinamentos elegíveis para o critério da reação.

Gráfico 101 – Taxa de treinamentos



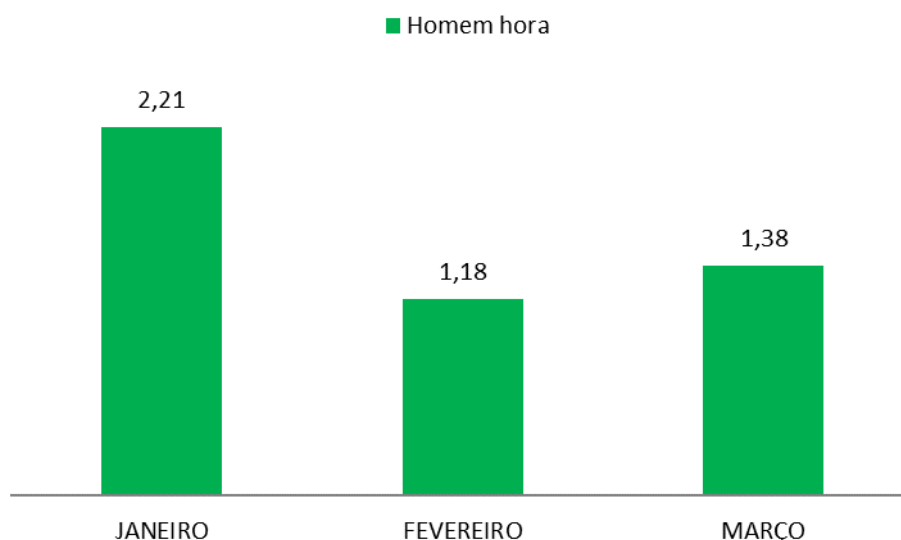
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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)

- Treinamento apresentação novo check list rota sepsis
- Treinamento cama eletrônica
- Treinamento capacitação de sne
- Treinamento de meta 6 risco de queda
- Treinamento de prevenção de violência/suicídio
- Treinamento nr 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde
- Treinamento capacitação sobre critérios diagnósticos iras
- Treinamento referente ao mau uso dos equipamentos hospitalares
- Treinamento de flebite
- Treinamento limpeza concorrente
- Treinamento preenchimento de Bundle de manutenção
- Treinamento curativo de cateter central
- Treinamento organização das máquinas de banho
- Treinamento gestão a vista janeiro
- Treinamento medicações e aprazamento das 06h
- Treinamento dreno tórax e placa beira leito
- Treinamento estação RH - recrutamento e seleção

- Treinamento realização de troca de fixação da traqueostomia
- Treinamento hemodiálise
- Treinamento conduta de curativos
- Treinamento revisão de processos e alinhamentos de metas para 2025
- Treinamento sobre mapeamento de processo (sipoc)
- Treinamento contenção mecânica
- Plantão de dúvidas equipe da rouparia
- Treinamento fluxo de medicamentos
- Contagem de medicamentos controlados pela portaria
- Treinamentos armazenamento dos insumos no caf
- Treinamento devolução de itens dos setores
- Treinamento de higienização dos refrigeradores
- Treinamento controle de temperatura
- Treinamento prevenção de infecção de corrente sanguínea
- Treinamento cinco momentos da higienização das mãos, protocolos gerenciáveis
- Treinamento técnicas de curativos e coberturas
- Treinamento rotinas assistenciais, protocolos institucionais
- Round de segurança do trabalho
- Dss - nr 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde
- Dss - gerenciamento de riscos ocupacionais
- Treinamento de simulado de abandono e combate ao incêndio
- 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

3.5. SUPRIMENTOS

Aqui estão os principais pontos que destacam a importância e as responsabilidades desse setor:

- ▶ Planejamento: O Setor de Suprimentos planeja a aquisição de insumos e materiais de acordo com as necessidades do hospital, considerando tanto o estoque atual quanto as demandas futuras previstas.
- ▶ Administração: Responsável pela gestão diária das atividades relacionadas aos suprimentos, incluindo o recebimento, armazenamento e distribuição dos materiais de forma eficiente e organizada.
- ▶ Controle: Monitora constantemente os níveis de estoque para evitar excessos ou faltas, garantindo que os insumos estejam disponíveis conforme necessidade e minimizando desperdícios.
- ▶ Dispensação Estratégica: Realiza a dispensação dos insumos de maneira estratégica, assegurando que cada departamento ou unidade do hospital receba o que é necessário para manter o atendimento aos pacientes e o funcionamento adequado das operações hospitalares.
- ▶ Garantia de Atendimento: Assegura que os recursos estejam disponíveis para atender às demandas do serviço de saúde, contribuindo para a continuidade dos cuidados aos pacientes sem interrupções por falta de materiais essenciais.
- ▶ Eficiência e Racionalidade: Promove o uso racional dos recursos, buscando otimizar custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

3.5.1. Farmácia

A atuação do farmacêutico na gestão de suprimentos hospitalares não apenas assegura a qualidade e segurança dos produtos utilizados, mas também promove o uso racional de medicamentos e contribui para a eficiência operacional e econômica do hospital. Essa integração é essencial para o cuidado integral e seguro dos pacientes.

Tabela 66 – Indicadores de Farmácia

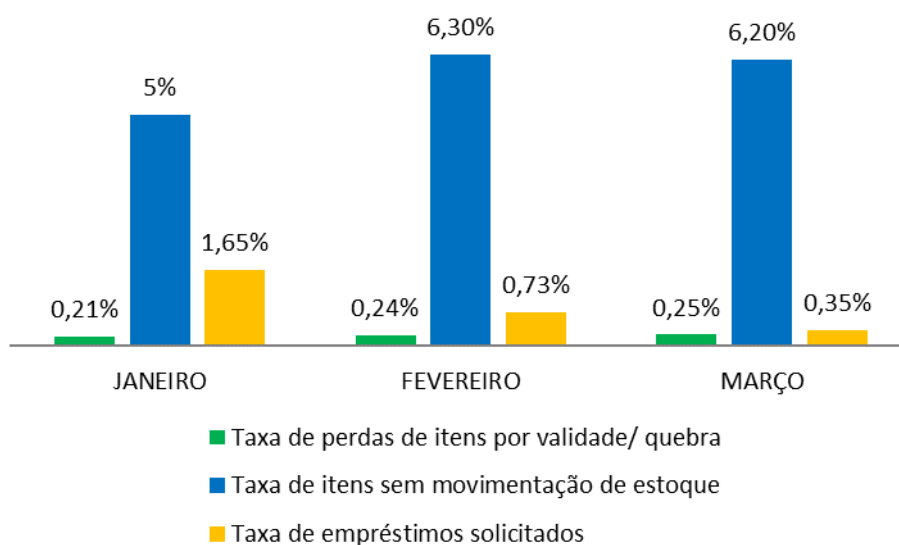
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de perdas de itens por validade/ quebra	< 0,3%	0,21%	0,24%	0,25%
Taxa de itens sem movimentação de estoque	< 1,5%	5%	6,3%	6,20%
Taxa de empréstimos solicitados	< 0,3%	1,65%	0,73%	0,35%
Intervenções farmacêuticas realizadas	A DEFINIR COM A SEDE	21%	23%	28%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

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

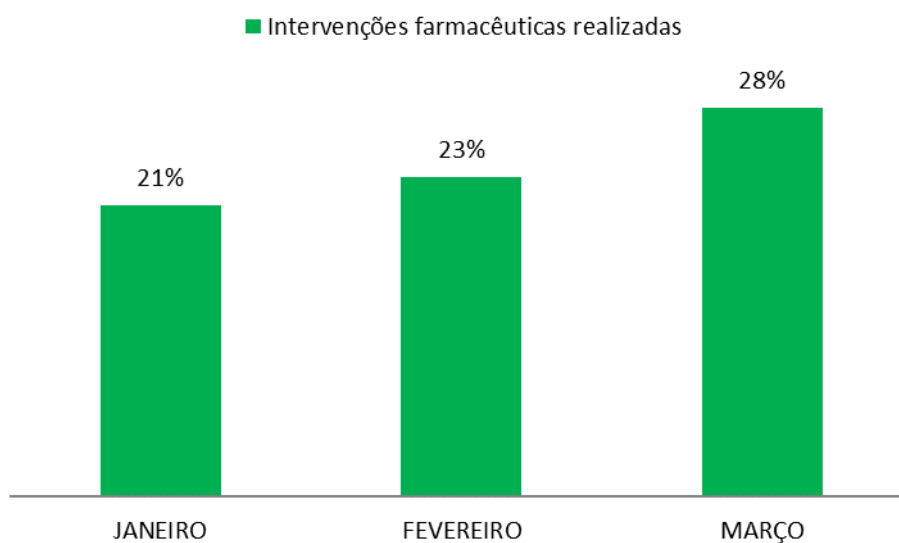
Indicador taxa de empréstimos solicitados: houve empréstimo de cefepima 1gr devido aumento de consumo do item (r\$ 762,02) e dialisador devido aumento significativo do número de sessões de hemodiálise no período (r\$ 770,39), impactando na taxa de empréstimos do mês.

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



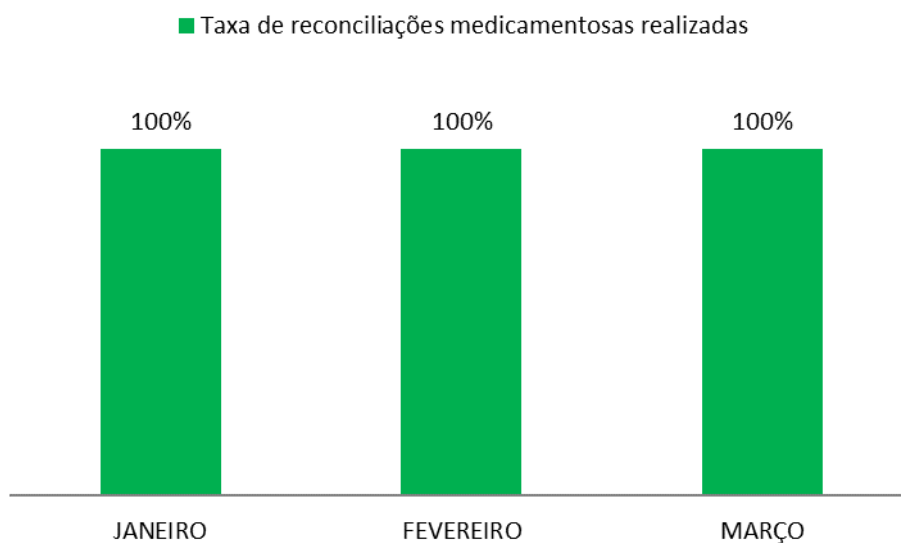
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 105 – Número de Intervenções Farmacêuticas Realizadas



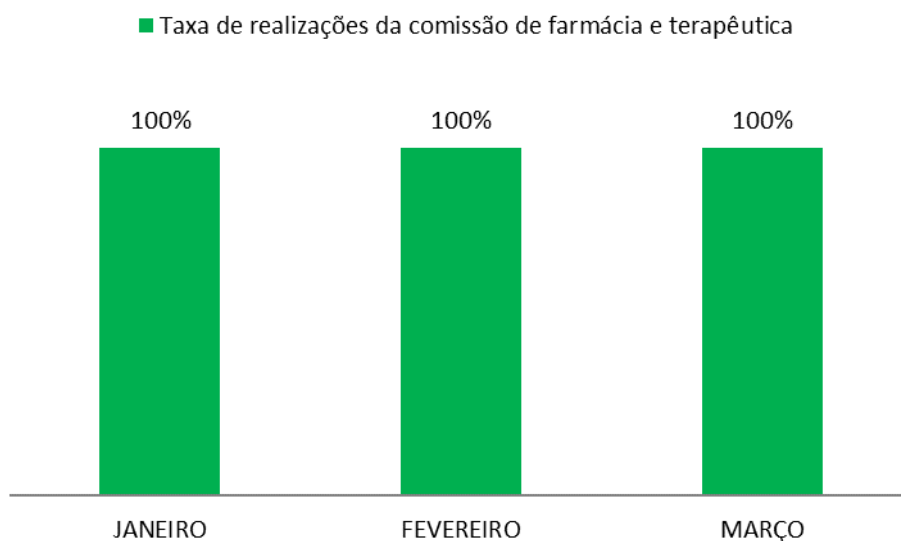
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 106 – Taxa De Reconciliações Medicamentosas Realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 107 – Taxa De Realização Da Comissão De Farmácia E Terapêutica



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

3.6. Compras

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

Principais aspectos do setor:

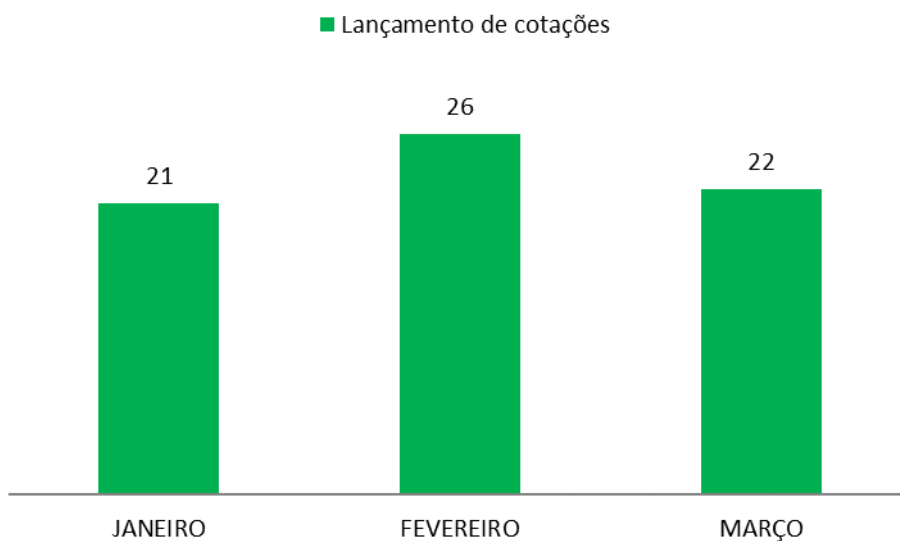
- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 67 – Indicadores de Compras

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

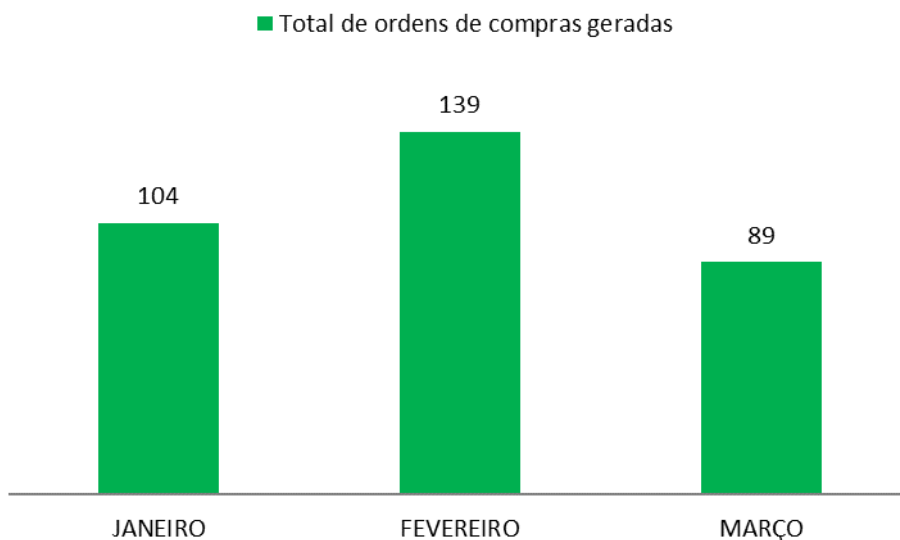
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 108 – Lançamentos de cotações



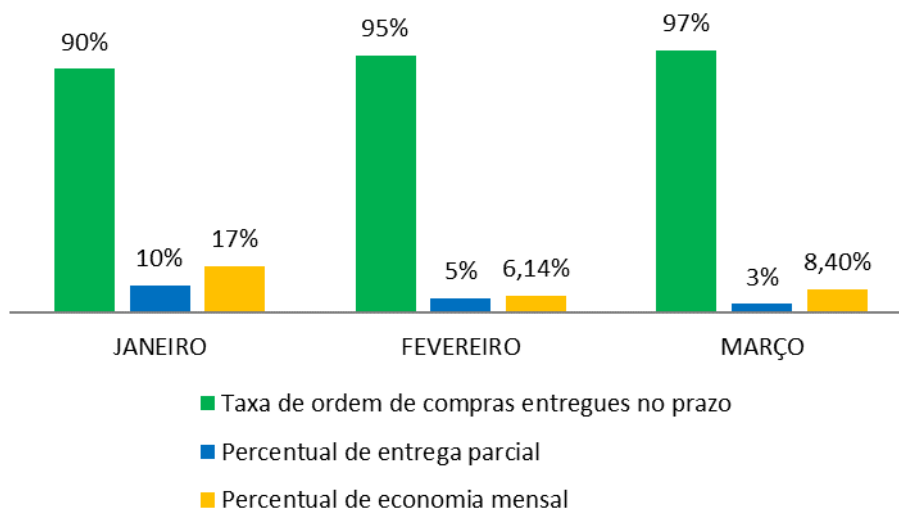
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 109 - Total de ordens de compras geradas



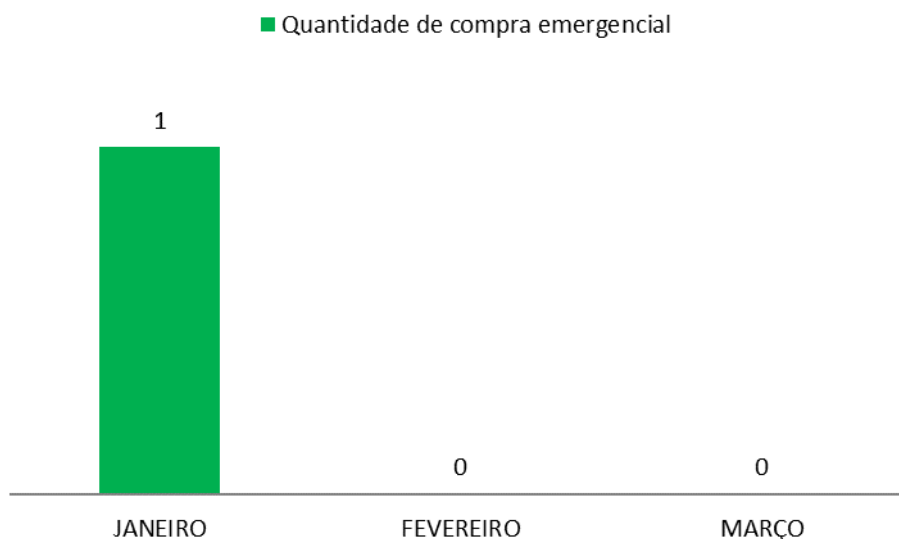
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 110 – Número de compras emergenciais



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.7. INFRAESTRUTURA

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

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

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

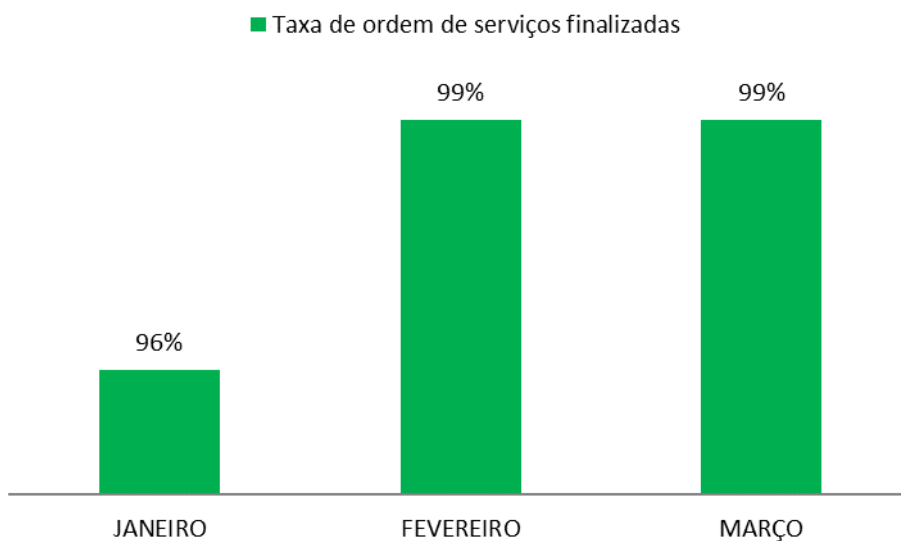
Tabela 68 – Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	M/R	96%	99%	99%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	03:18	04:38	09:51
Reincidência de manutenção corretiva	M/R	9%	11%	10%

Taxa de disponibilidade do equipamento	M/R	99%	99%	99%
Taxa de depreciação	M/R	0%	0%	0%
Taxa de calibração	100%	0,00%	0,00%	100%
Taxa de manutenção corretiva	85%	94%	96%	97%
Taxa de entrega de equipamento	100%	100%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina	100%	100%	100%	100%
Taxa de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%
Número de calibrações	M/R	0	0	14
Número de manutenções corretivas	M/R	154	124	142
Número de entrega de equipamentos	M/R	2	2	0
Número de inspeção de de rotina	M/R	341	315	315
Número de movimentação de patrimônio	M/R	9	1	5
Número de manutenções preventivas	M/R	57	144	66

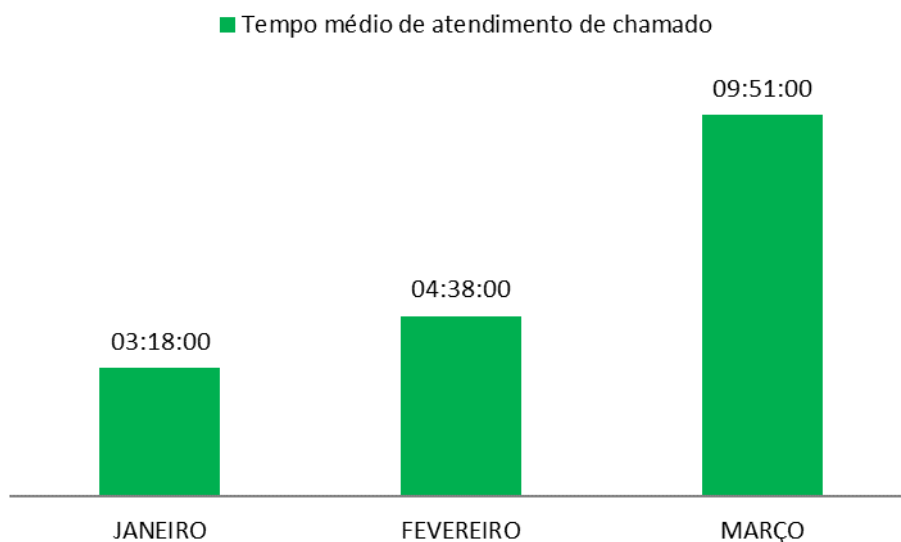
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 111 – Taxa de ordem de serviços finalizados



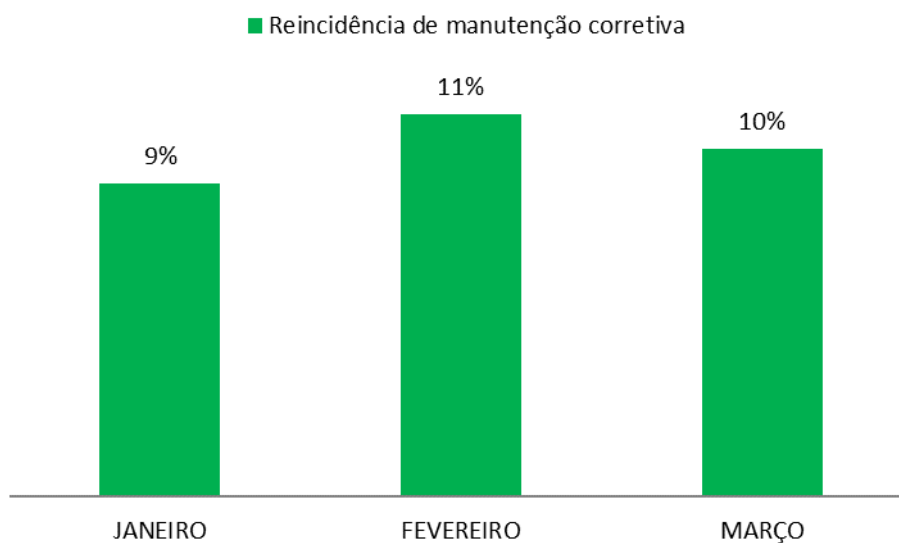
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 112 – Tempo médio de atendimento de chamado



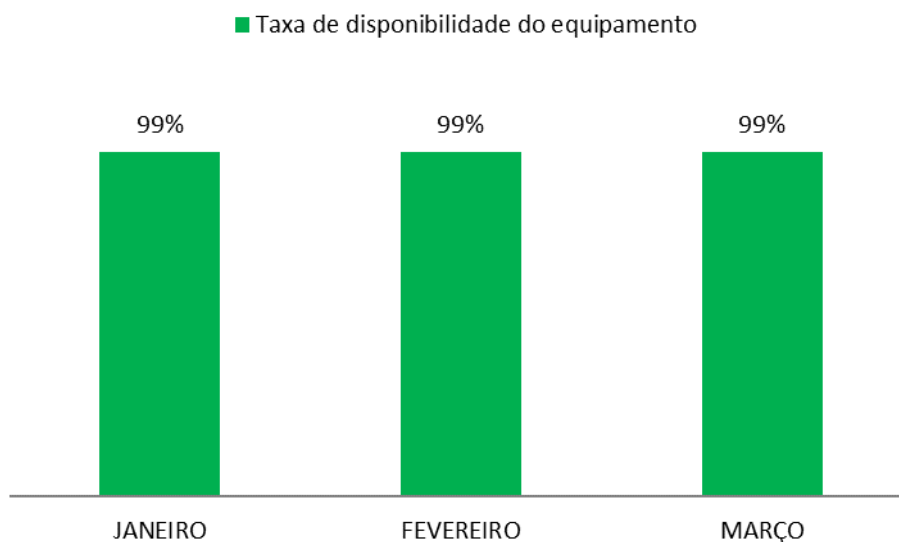
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 113 – Reincidência de manutenção corretiva



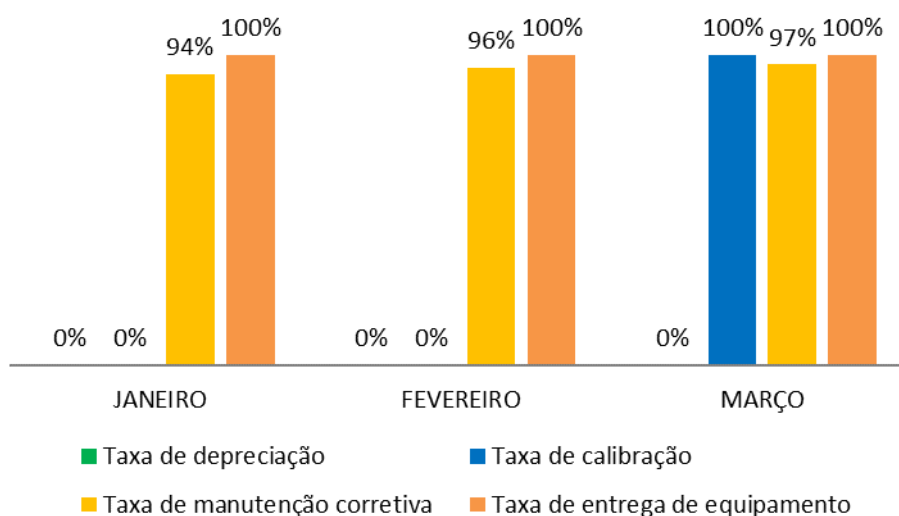
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 114 – Taxa de disponibilidade do equipamento



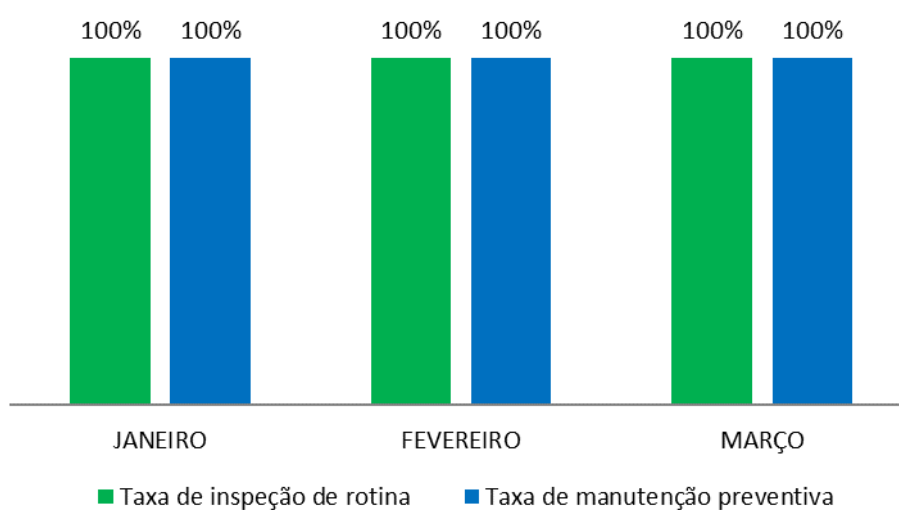
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

Gráfico 116 – Taxa de inspeção e manutenção



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestação de Contas.

3.7.2. Manutenção Predial

A manutenção predial garante que todas as instalações físicas estejam em condições adequadas para suportar as operações clínicas e administrativas.

Alguns aspectos importantes da manutenção predial dentro do contexto hospitalar:

- Preservação das Instalações;
- Segurança e Conformidade;
- Operação Eficiente de Equipamentos;
- Gestão de Emergências;
- Sustentabilidade e Eficiência Energética.

Tabela 69 – Indicadores de Manutenção Predial

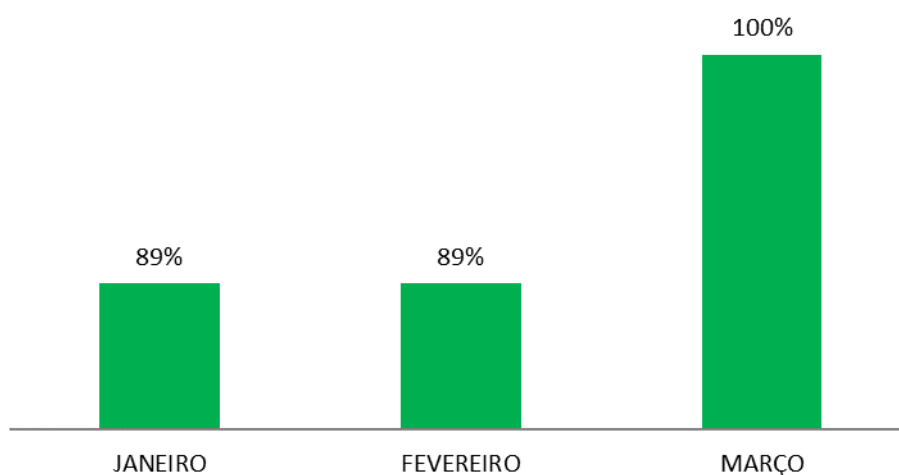
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de ordem de serviços finalizadas	> 85%	89%	89%	100%
Tempo médio de atendimento de chamado	M/R	69,63 min	95,21 min	23 min
Taxa de manutenção corretiva (Aberta x finalizada)	> 85%	89%	89%	100%
Taxa de manutenção preventiva (Planejado x executado)	> 85%	85,83%	100%	100%
Taxa de inspeção de rotina (Planejado x executado)	> 85%	100%	100%	94%
Taxa de instalação de equipamentos	> 85%	0%	100%	0%
Número manutenção corretiva	M/R	412	356	280
Número manutenção preventiva	M/R	237	278	236

Número inspeção de rotina	M/R	157	103	118
Número instalação de equipamentos	M/R	1	25	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 117 – Taxa de ordem de serviços finalizados

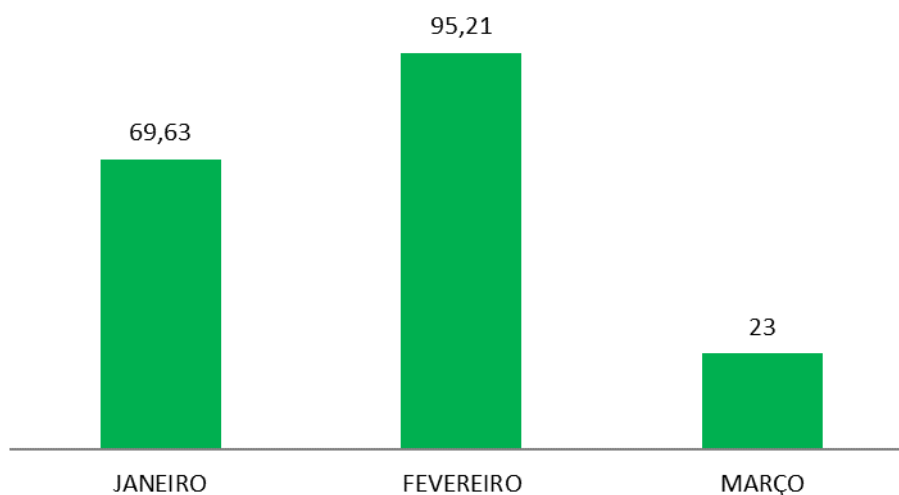
■ Taxa de ordem de serviços finalizadas



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

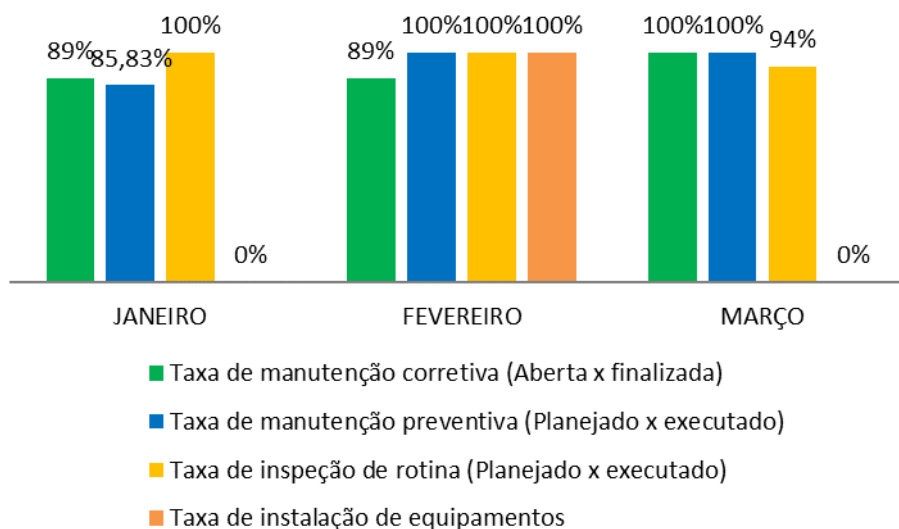
Gráfico 118 – Tempo médio de atendimento de chamado (em minutos)

■ Tempo médio de atendimento de chamado



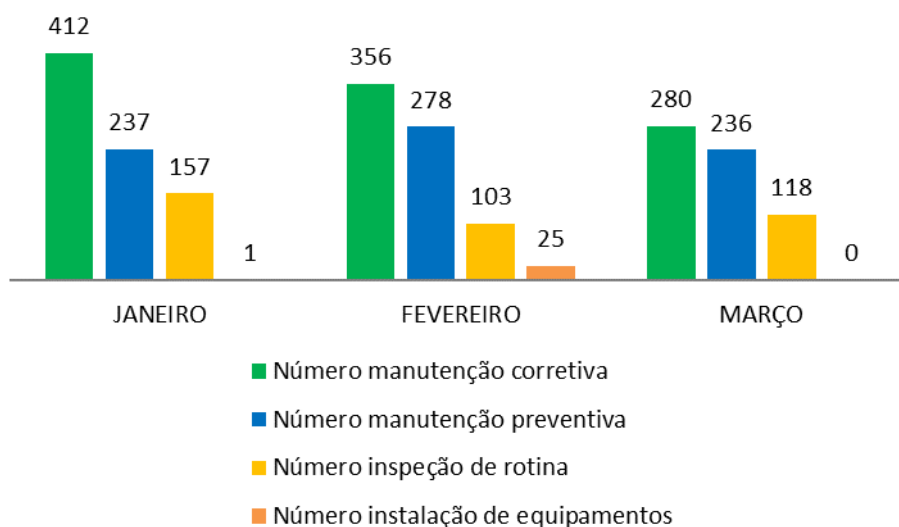
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 119 – Taxa de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 120 – Número de manutenção, inspeção e instalação.



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

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

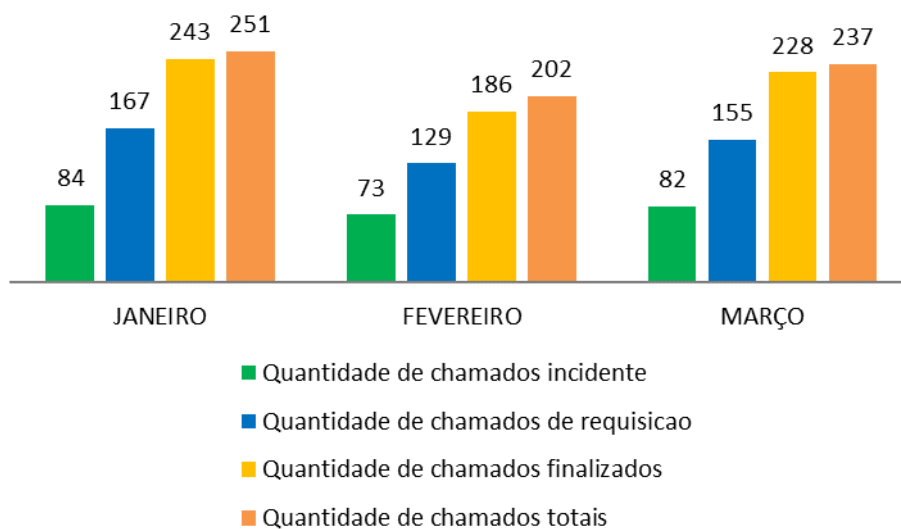
- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas;
- Suporte à Assistência ao Paciente;
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 70 – Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Quantidade de chamados incidente	M/R	84	73	82
Quantidade de chamados de requisicao	M/R	167	129	155
Quantidade de chamados finalizados	Quanto, maior melhor	243	186	228
Quantidade de chamados totais	M/R	251	202	237
Tempo medio de solucao em horas	4h	2h	3h	3h
Indisponibilidade de internet	1h	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Indisponibilidade do sistema	00:30	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Quantidade de solicitação de acesso as câmeras	M/R	1	5	12
Chamados abertos x chamados fechados	90%	97%	92%	97%

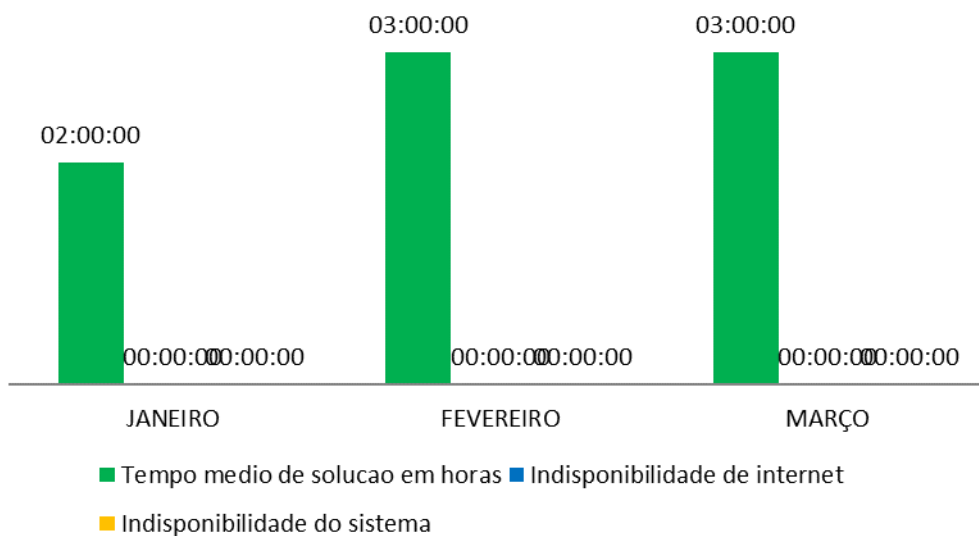
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP

Gráfico 121 – Quantidade de chamados



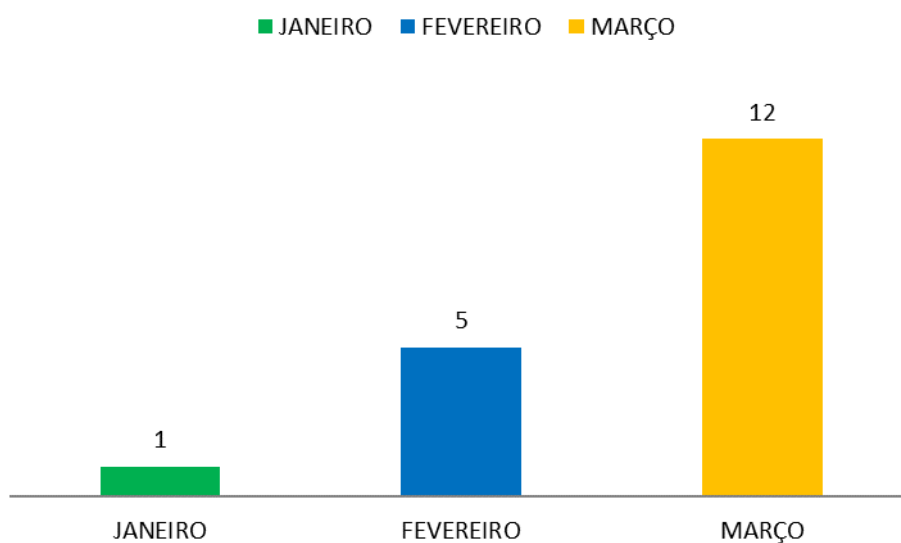
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 122 – Indisponibilidade de horas e tempo de solução



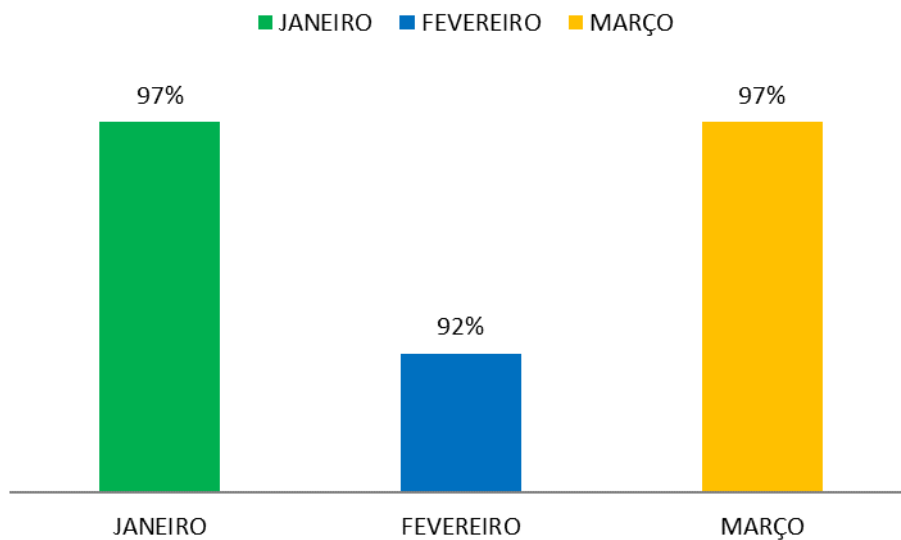
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 123 – Quantidade de solicitação de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

Gráfico 124 – Chamados abertos x chamados fechados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de TI/ SMPEP.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. Qualidade

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

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

Tabela 71 – Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de Indicadores entregues dentro do prazo	>80%	50%	71,43%	75,00%
Taxa de comissões realizadas	>80%	80%	100%	80%
Taxa de entrega de atas de comissões dentro do prazo	100%	75%	66,67%	75,00%
Número de documentos retroativos	0,00	229	223	136
Número de documentos recebidos para validação	M/R	3	36	36
Número de documentos não realizados	M/R	0	0	1
Número de documentos enviados para terceiros	M/R	0	3	4

Número de documentos enviados para DMAIS	M/R	1	0	3
Número de documentos disponibilizados na REDE	M/R	0	28	11
Número de documentos validados pela DMAIS	M/R	44	0	1
Número de Visitas técnicas/Auditorias Externas realizadas	M/R	3	1	0
Número de auditorias internas realizadas	M/R	2	1	1
Número de orientações/treinamentos realizadas	M/R	2	1	1
Taxa de Conclusão de Plano de Ação ONA	100,00%	83%	83%	88%

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

Em relação a Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo, dos 21 indicadores previstos para serem entregues até o dia 07/04/2025, apenas 15 foram entregues pontualmente.

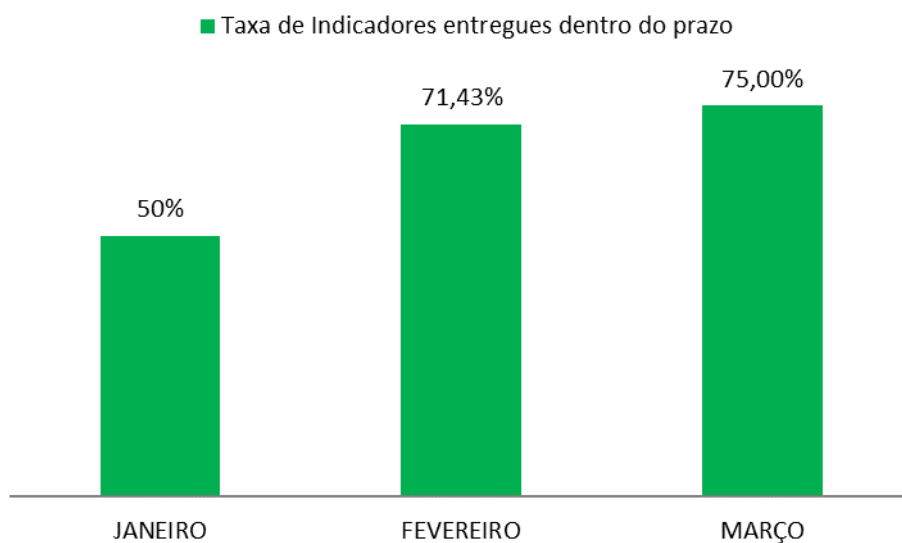
Quanto a Taxa de Comissões Realizadas, observou-se que, das comissões programadas, somente 1 não foram realizadas no mês.

Em relação a Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo, 4 atas foram entregues após a data limite de 04/04/2025, comprometendo o cumprimento da meta estabelecida.

No que tange ao Numero de Visitas Técnicas/Auditorias Externas Realizadas, não foi realizada nenhuma. Auditoria Interna na Qualidade - Auditoria SEDE Morumbi.

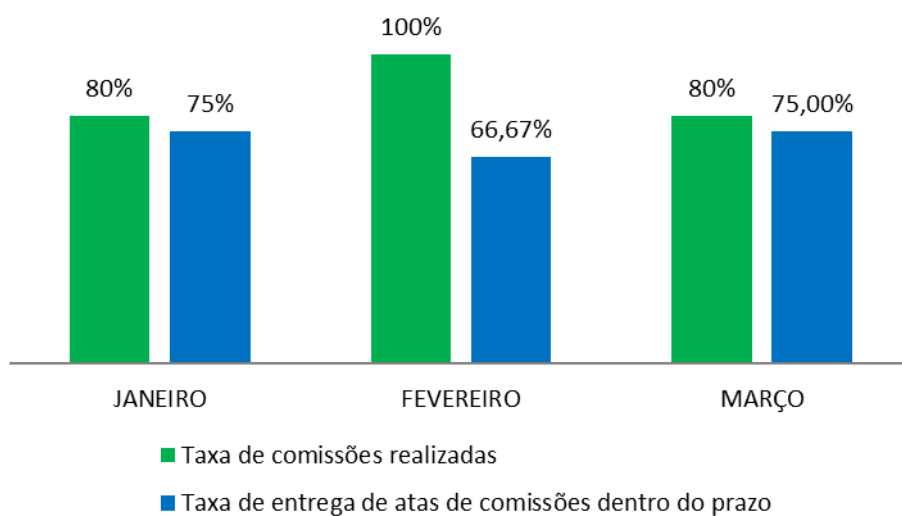
Por fim, em relação ao Número de Orientações/Treinamentos Realizados, foi realizado treinamento referente ao Mapa de Processos (SIPOC), com foco na melhoria continua do desempenho e conhecimento.

Gráfico 125 – Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



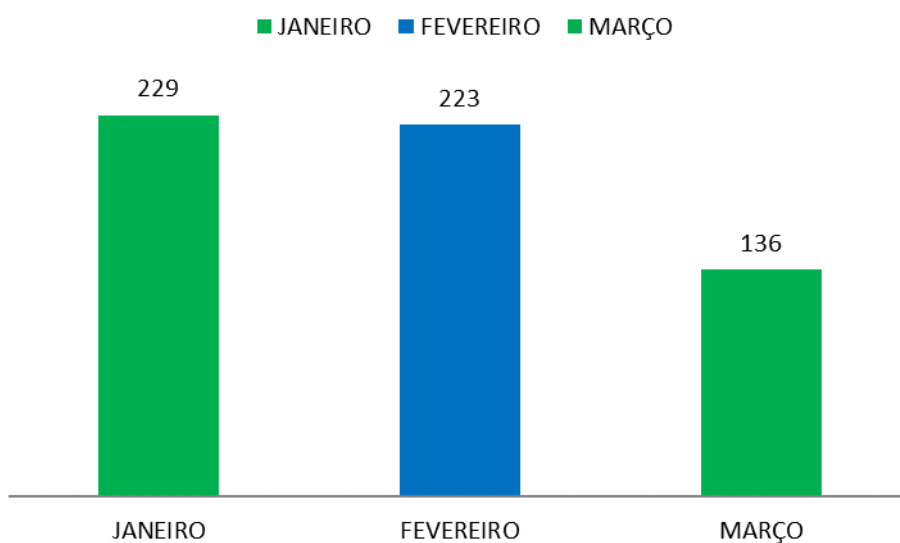
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 126 – Comissões



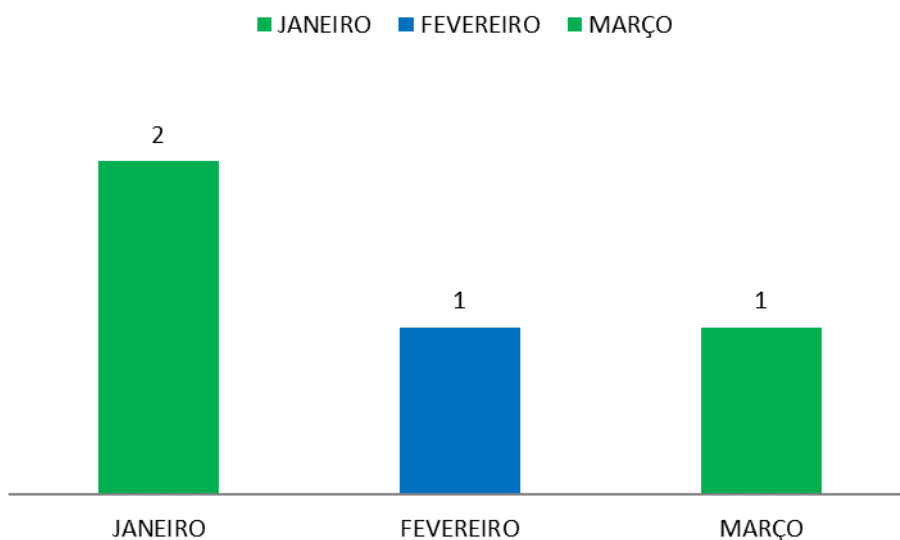
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 127 – Número de documentos retroativos



Fonte: Relatório de Qualidade.

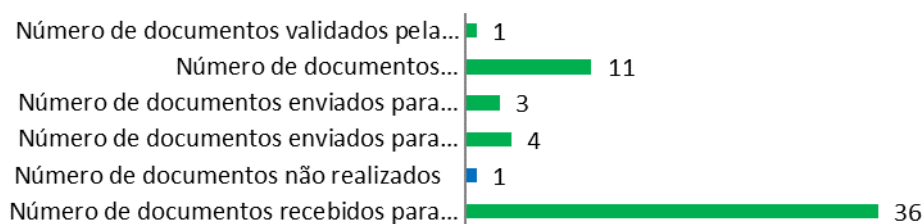
Gráfico 128 – Número de treinamentos e orientações



Fonte: Relatório de Qualidade.

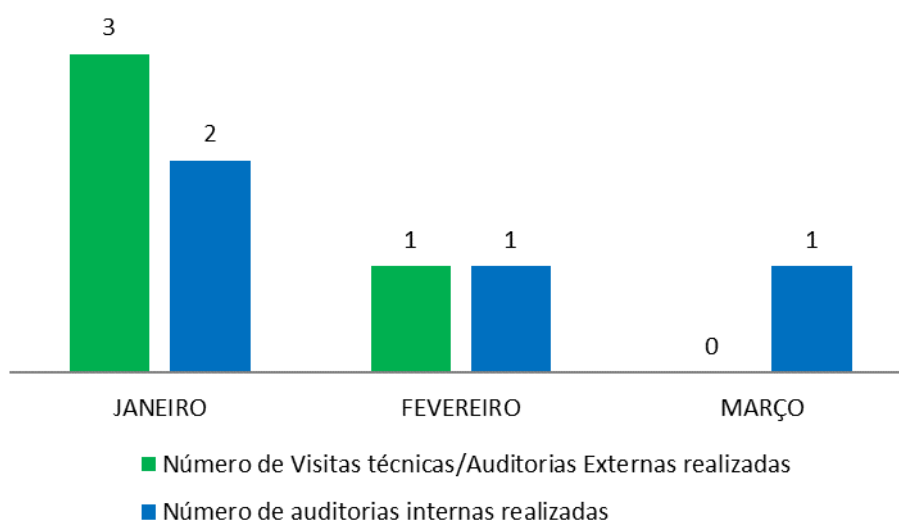
Gráfico 129 – Documentos Março/25

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



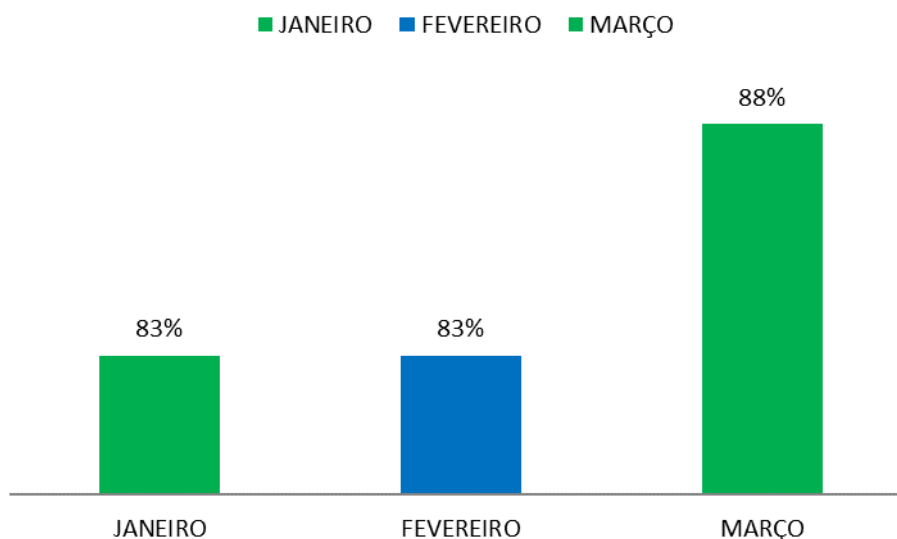
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 130 – Visitas, auditorias internas e externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 131 – Taxa de conclusão do plano de ação ONA



Fonte: Relatório de Qualidade.

3.9.2. Faturamento

O papel do faturamento na gestão hospitalar é assegurar a sustentabilidade financeira da instituição e garantir a precisão e conformidade nas transações financeiras relacionadas aos serviços de saúde prestados. Aqui estão alguns aspectos importantes do papel do faturamento:

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

Tabela 72 – Indicadores de Faturamento

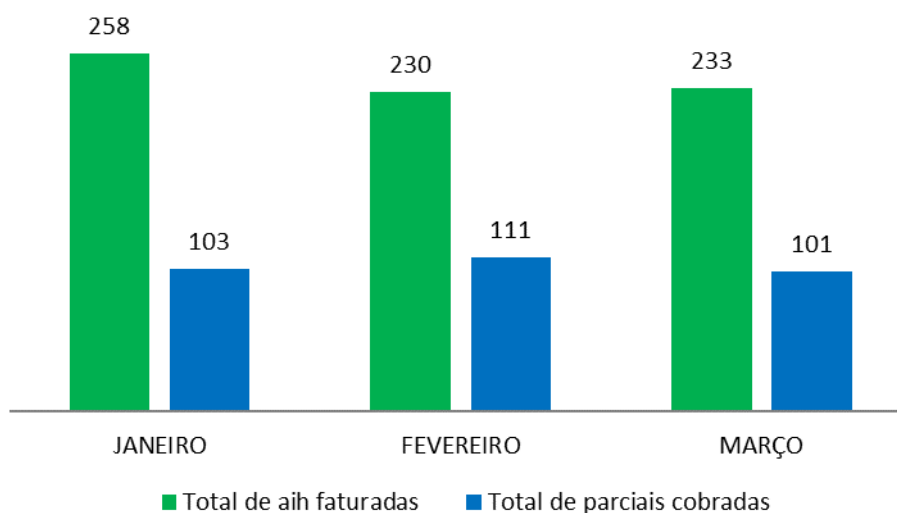
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Total de aih faturadas	M/R	258	230	233
Total de parciais cobradas	M/R	103	111	101
Representação de AIHS competência anterior	M/R	7	6	*
Total de correções da devolutiva	M/R	129	107	*
Total de glosas por estouro de leitos	M/R	0	0	0
Total de aih corrigida de acordo com devolutiva da secretaria	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.

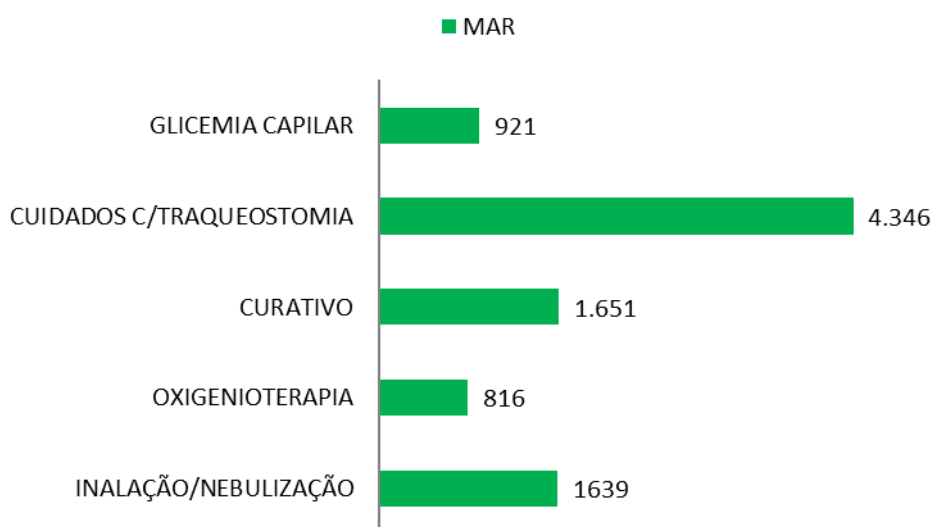
* Os indicadores relativos ao mês de fevereiro foram atualizados após devolutiva da Secretaria.

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 73 – Indicadores de Prestações de Contas

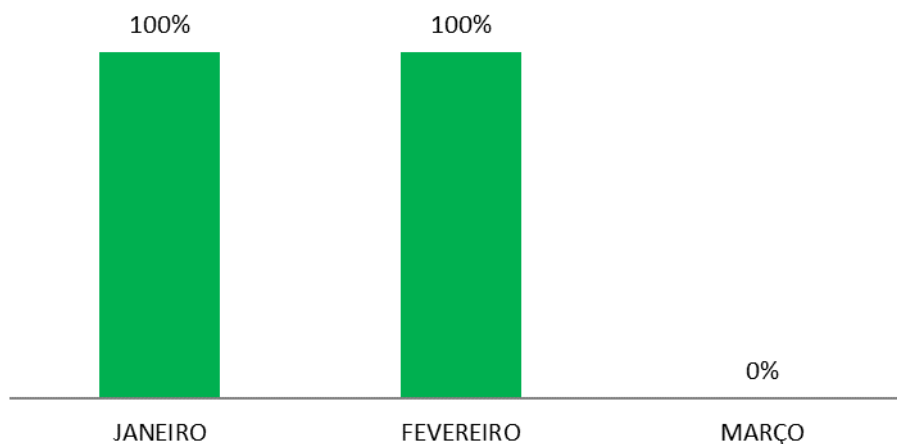
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Índice de conformidade com o contrato de gestão*	100%	100%	100%	0%
Número de auditorias externas	N/A	0	0	0
Taxa de não conformidades	100%	0%	0%	0%
Taxa de retenções de contrato	N/A	0%	0%	0%
Total de despesas quitadas no sistema da sms	N/A	4521	4589	4555
Número apontamentos na prestação de contas	N/A	0	7	0
Índice de orçado x realizado	N/A	9%	10%	26%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

*ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO relativo ao mês de fevereiro foi incluído retroativo, a porcentagem relativa ao mês de Março será enviada retroativa.

Gráfico 134 – Índice de conformidade com o contrato de gestão

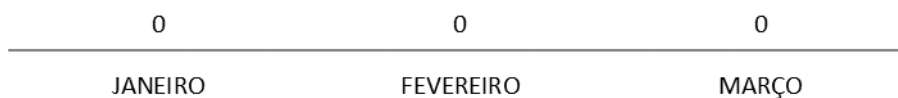
■ Índice de conformidade com o contrato de gestão



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

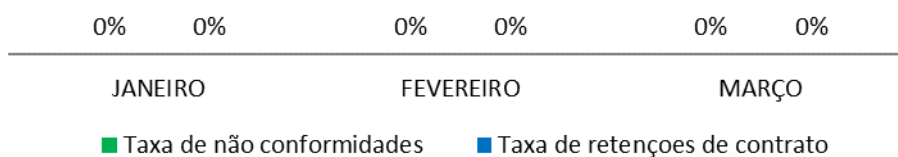
Gráfico 135 – Número de auditorias externas

■ Número de auditorias externas



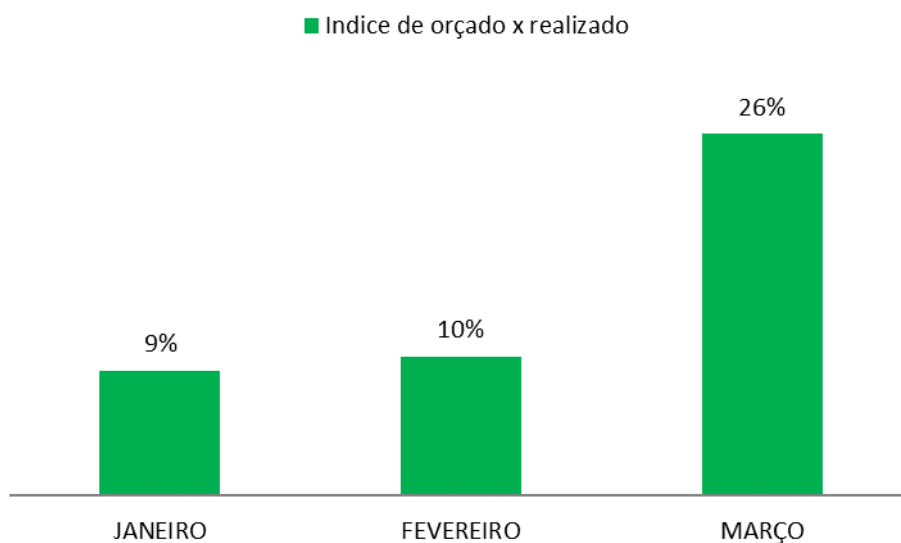
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 136 – Taxa de retenções e não conformidades



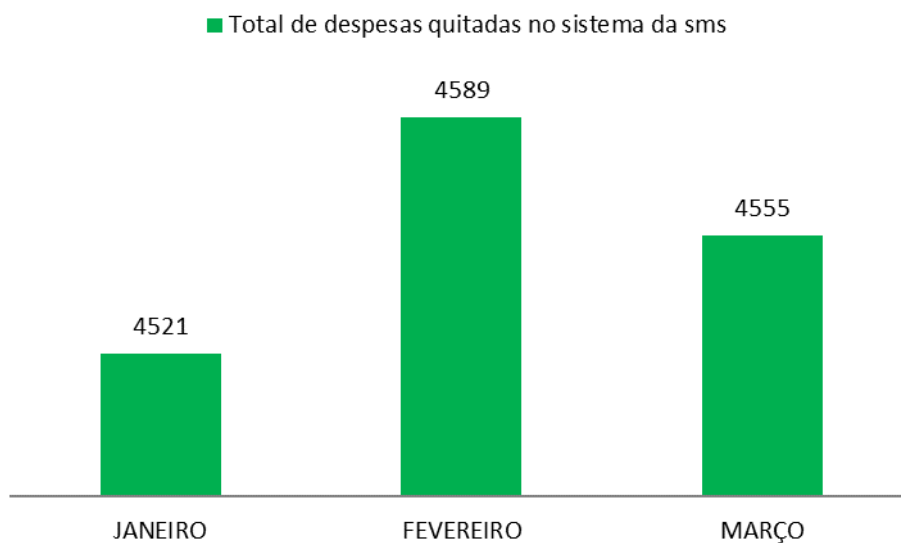
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 137 – Índice de orçado x realizado



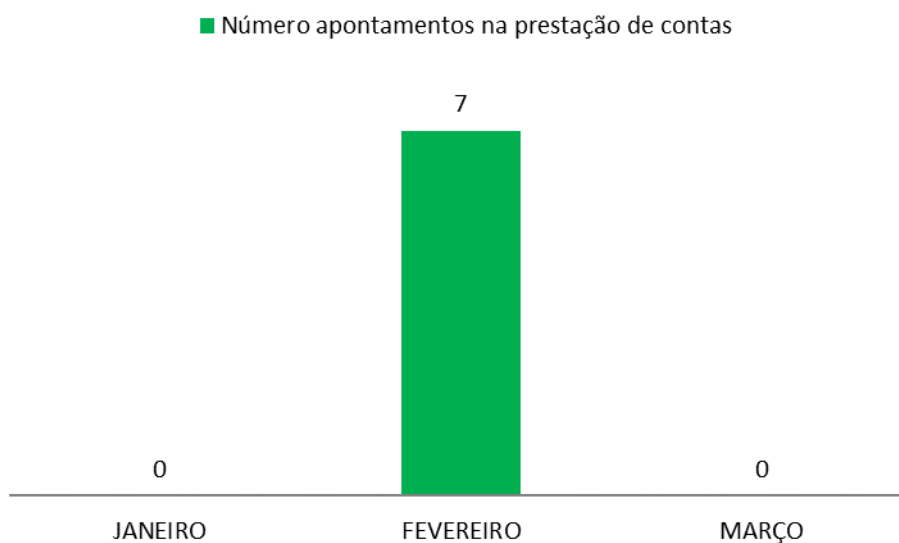
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 138 – Total de despesas quitadas no sistema da sms



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 139 – Número apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.4. Financeiro

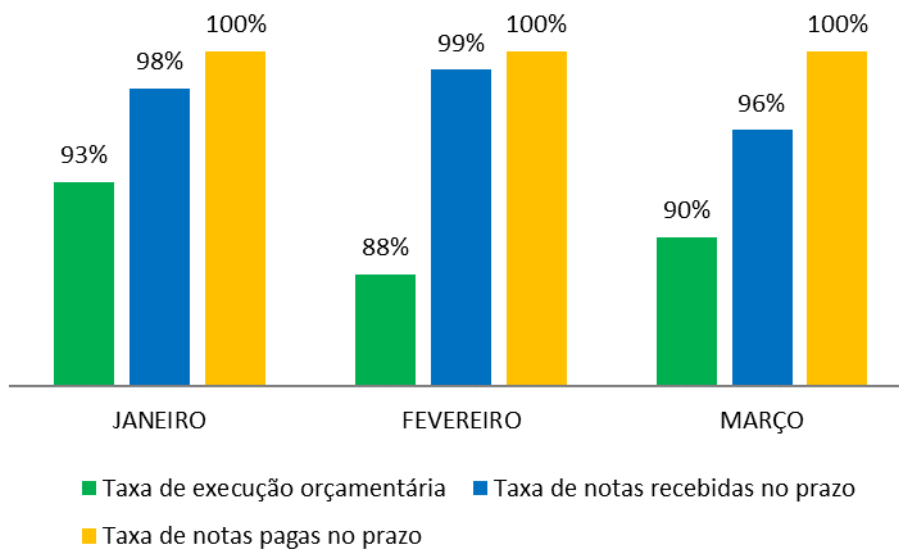
O departamento financeiro na gestão hospitalar de contrato de gestão garante uma gestão eficiente dos recursos financeiros, o cumprimento das obrigações contratuais e regulatórias, e o suporte à governança e tomada de decisão estratégica da instituição de saúde.

Tabela 74 – Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de execução orçamentária	100%	93%	88%	90%
Taxa de notas recebidas no prazo	100%	98%	99%	96%
Taxa de notas pagas no prazo	100%	100%	100%	100%
Notas de serviço/mês	M/r	90	84	79
Notas de produtos/mês	M/r	98	91	63
Notas atrasadas/mês	0	4	1	6

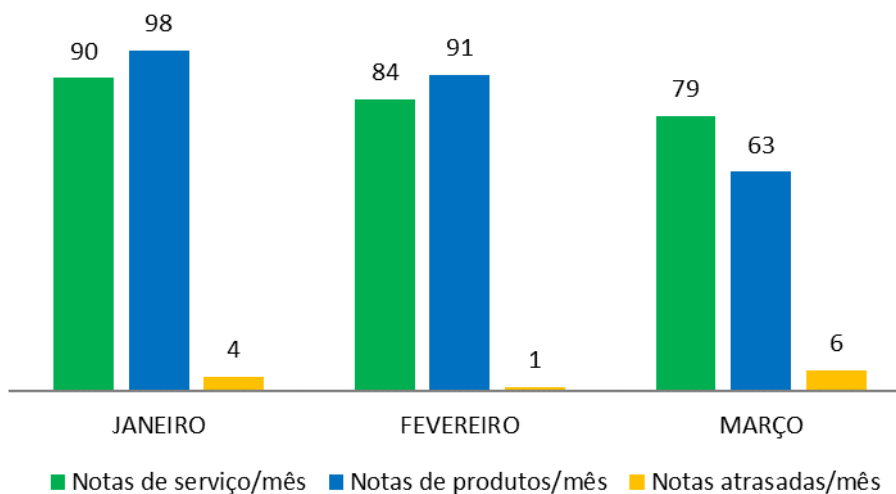
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 141 – Número de Notas de Produtos/Mês



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

3.9.5. Patrimônio

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

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

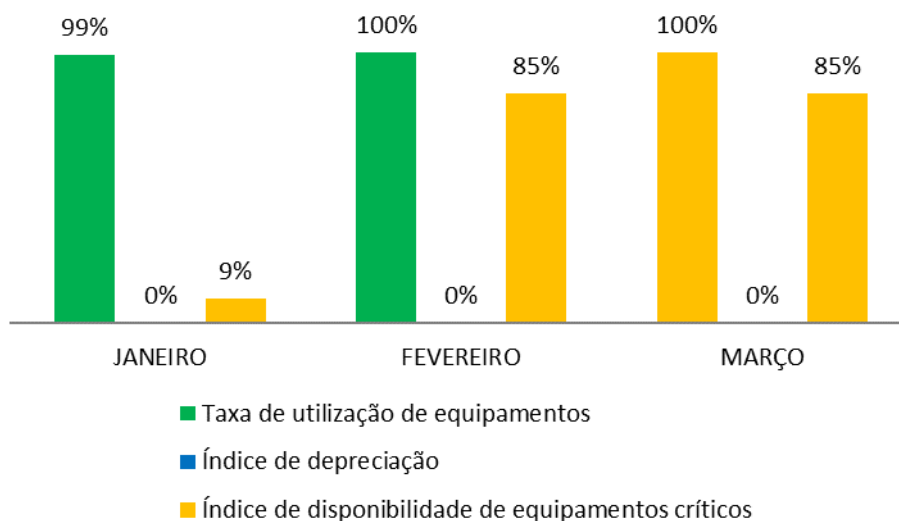
Tabela 75 – Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de utilização de equipamentos	100%	99%	100%	100%
Índice de depreciação	0%	0%	0%	0%
Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	> 80%	9%	85%	85%
Número de o.s abertas para corretivas	M/R	154	150	146
Número de o.s abertas para	M/R	154	150	146

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

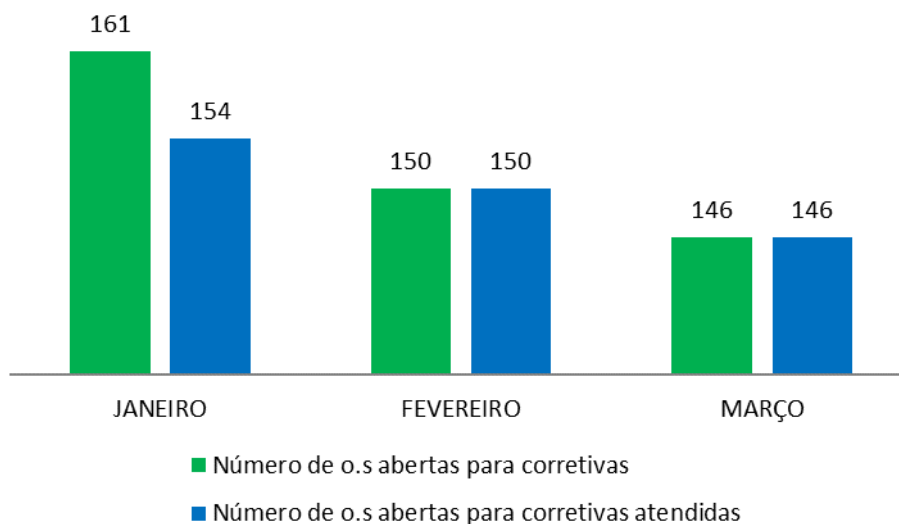
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

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



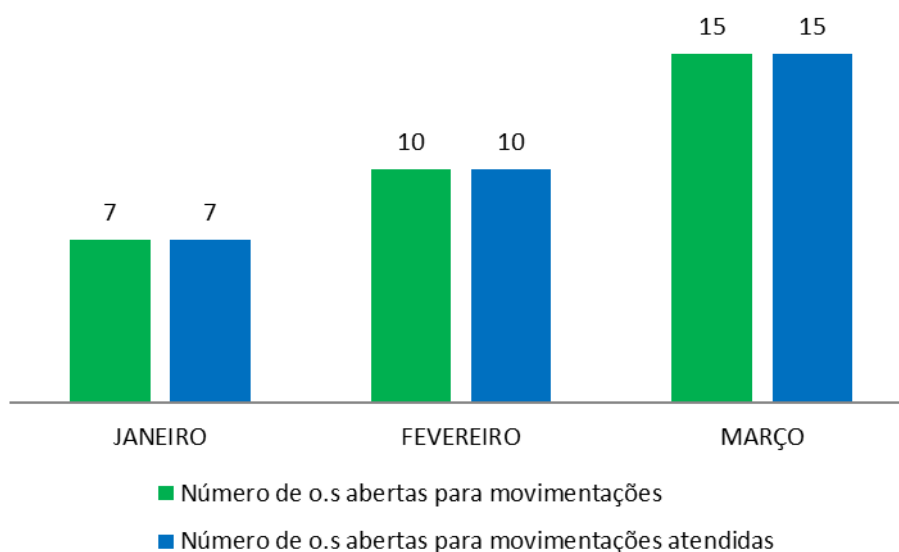
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 143 – Ordem de serviços para corretivas



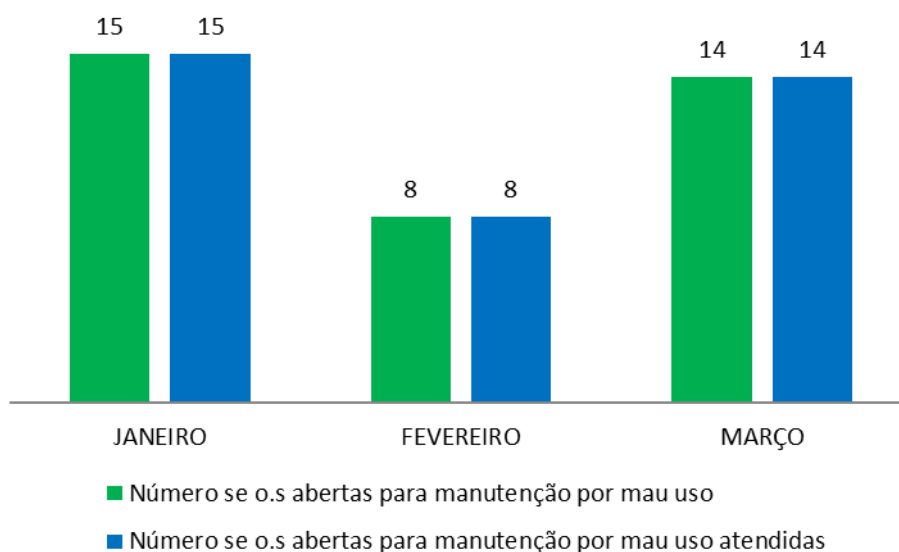
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 144 – Ordem de serviços de movimentações



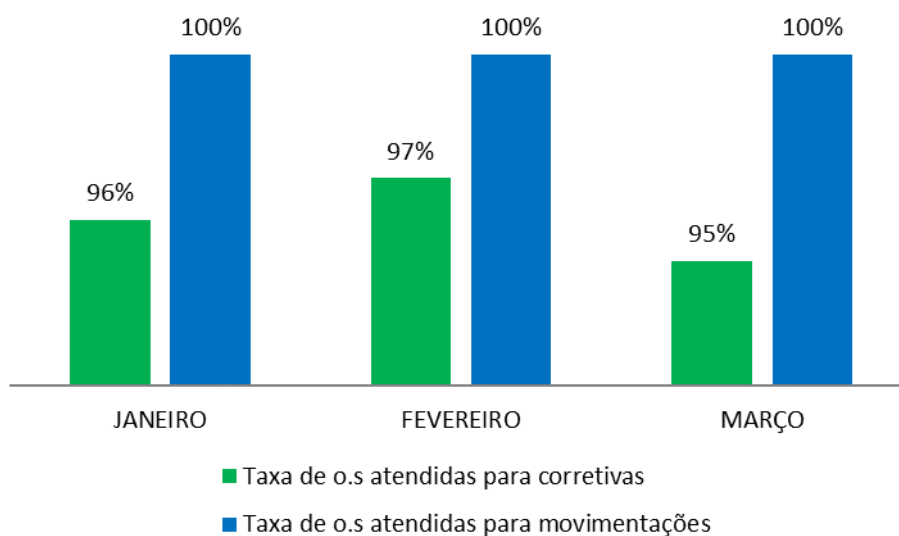
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 145 – Ordem de serviços de manutenção por mau uso



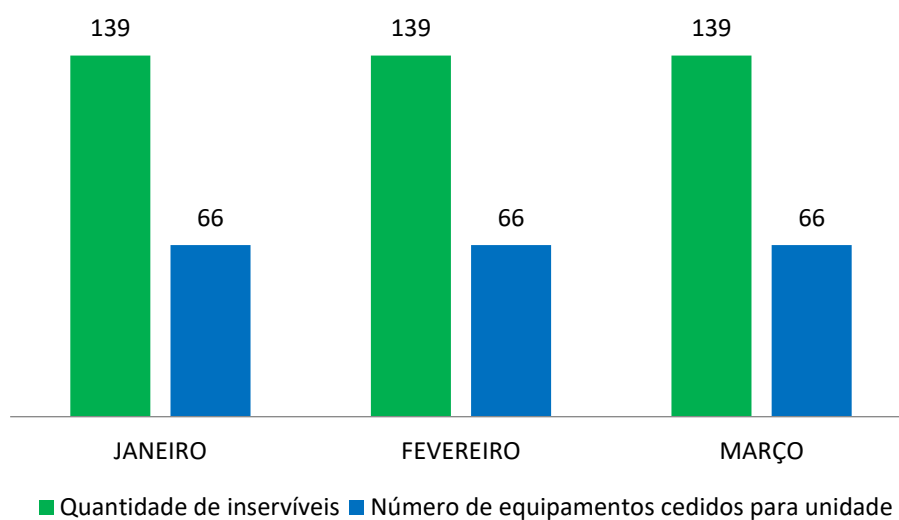
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 146 – Taxa de ordem de serviços



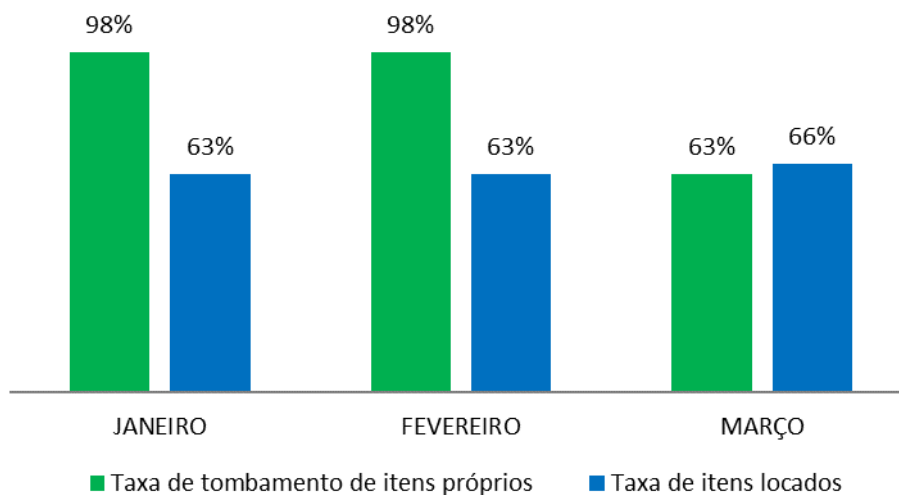
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 147 – Número de inservíveis e equipamentos cedidos



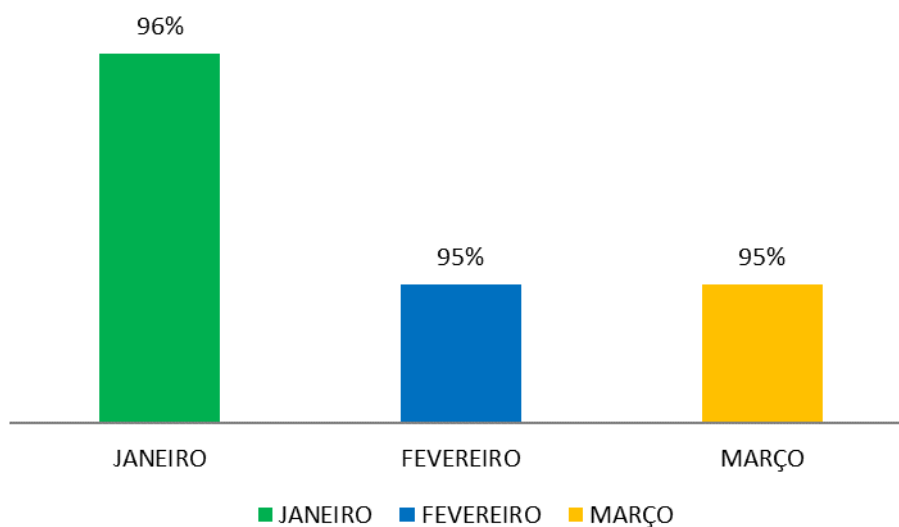
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 148 – Taxa de tombamento e itens locados



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 149 – Taxa de ordem de serviços finalizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.6. Contratos

Tabela 76 – Indicadores do Contratos

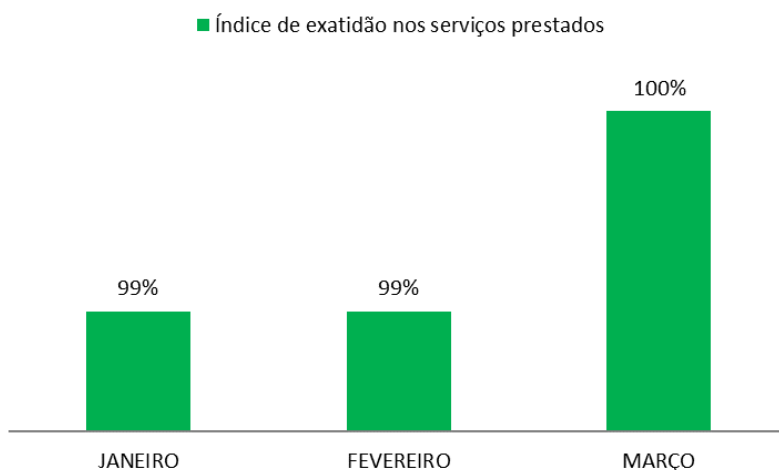
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Índice de exatidão nos serviços prestados	100%	99%	99%	100%
Número de aditivos	M/R	11	5	3
Qualificação de prestadores de serviços críticos	100%	92%	92%	92%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

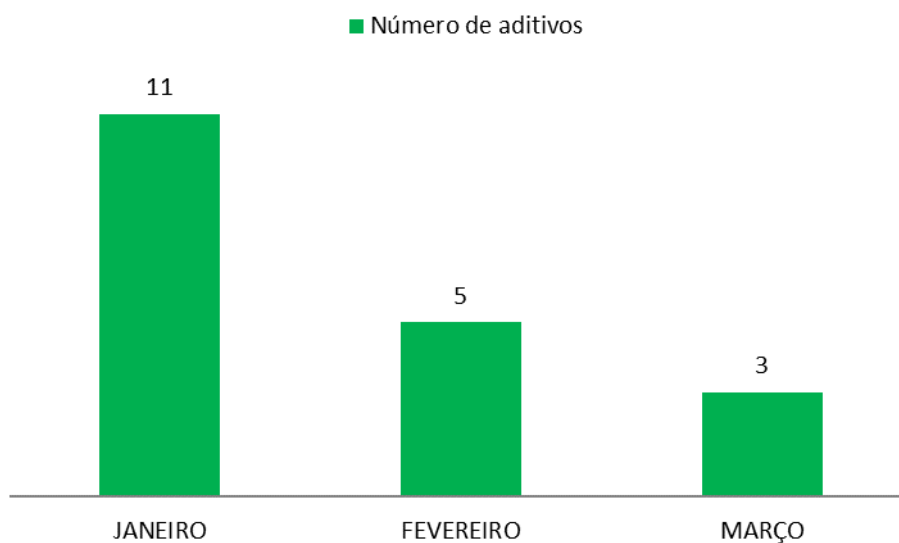
O indicador de QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS está com a nota de 92% devido a um dos contratos auditados ter obtido uma nota abaixo de 81%, o que resultou em uma avaliação do fornecedor como "bom", mas abaixo do padrão exigido pela auditoria. Esse fato impactou negativamente a média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

Gráfico 150 - Índice de exatidão nos serviços prestados



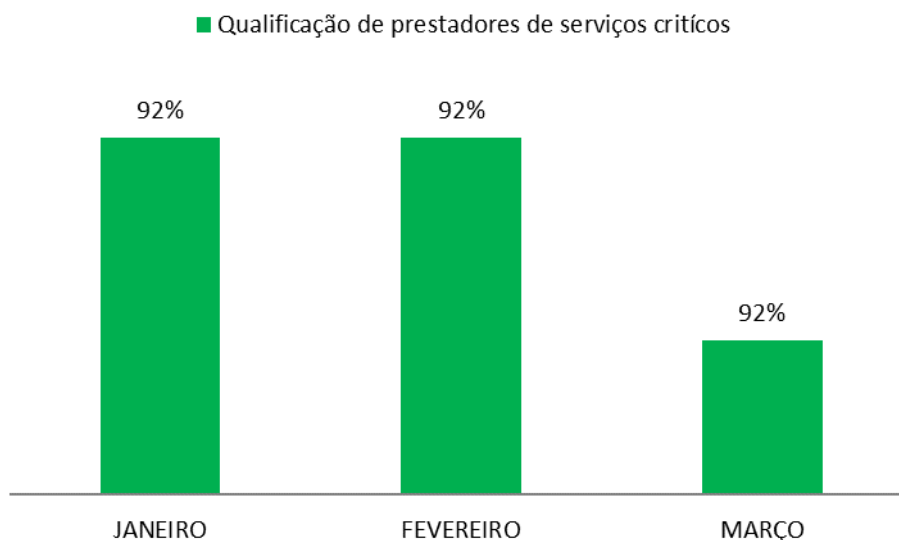
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 151 – Número de aditivos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

Gráfico 152 – Qualificação de prestadores de serviços críticos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Prestações de Contas.

3.9.7. Hotelaria

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

paciente, mas também têm um impacto significativo na eficiência operacional e na imagem institucional. Aspectos importantes da hotelaria:

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

Tabela 77 – Indicadores da Rouparia

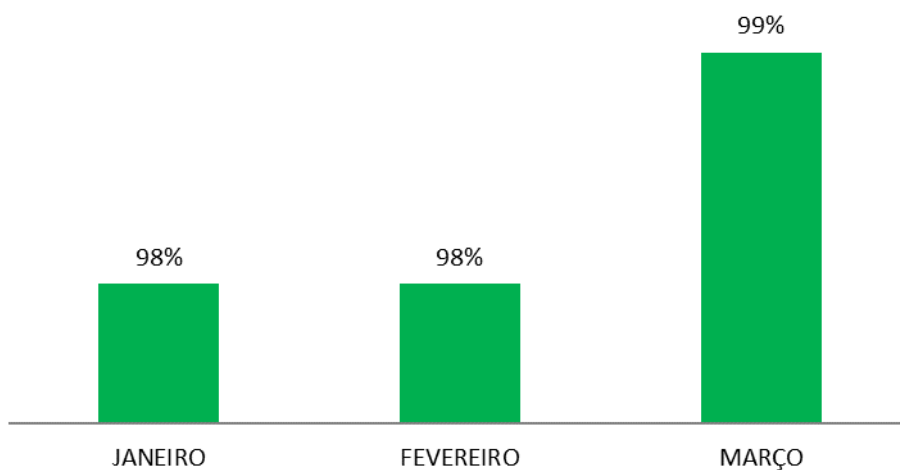
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)	100%	98%	98%	99%
Taxa de privativos dispensados na uti	100%	100%	100%	100%
Taxa de expresso solicitado	0%	0%	1%	0%
Taxa de enxovais recebidos com sujidade	0%	0%	0%	0%
Tempo de resposta a solicitações das áreas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

Índice de retorno de peças danificadas	0%	0%	0%	0%
--	----	----	----	----

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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

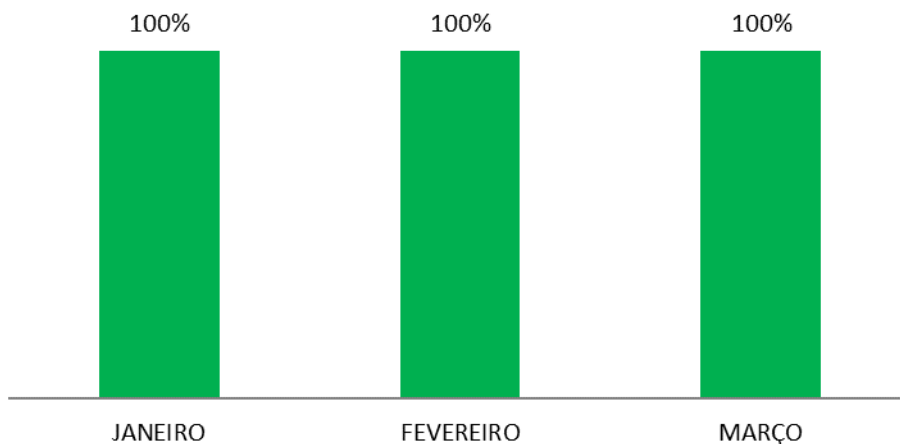
■ Taxa de pedidos atendidos (dispensação de enxoval)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

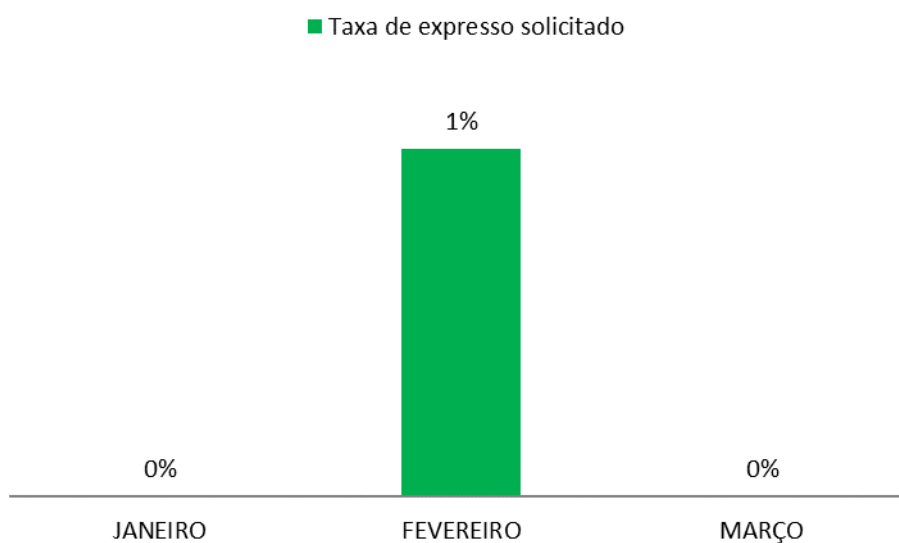
Gráfico 154 – Taxa De Privativos Dispensados Na UTI

■ Taxa de privativos dispensados na uti



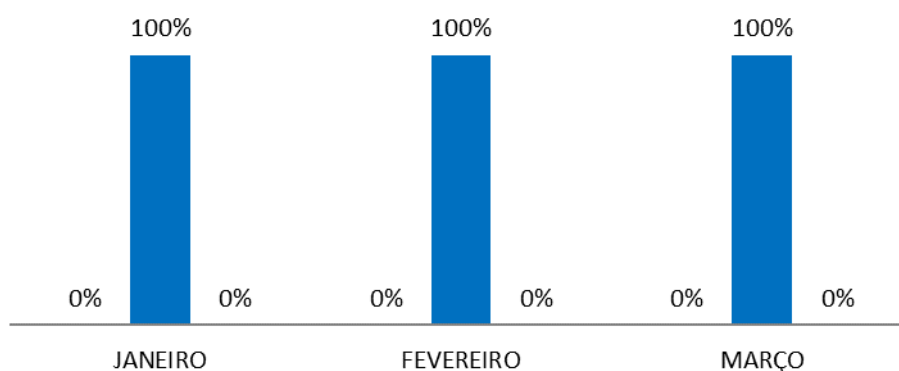
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 155 – Taxa De Expresso Solicitados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

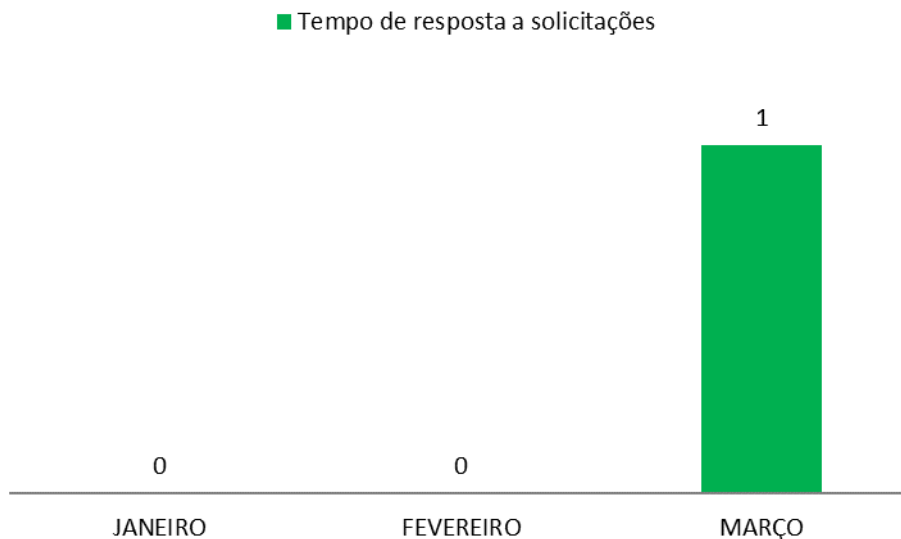
Gráfico 156 – Taxa sujidade, conformidades e retorno de peças danificadas



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

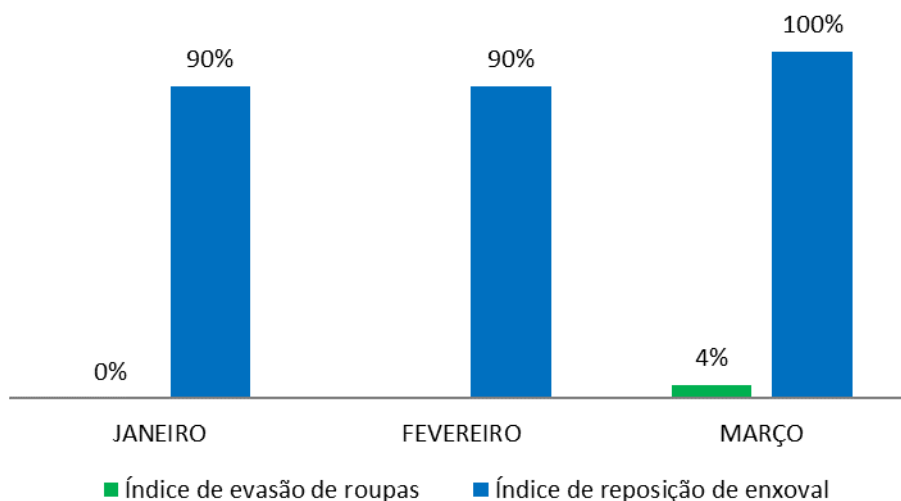
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

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



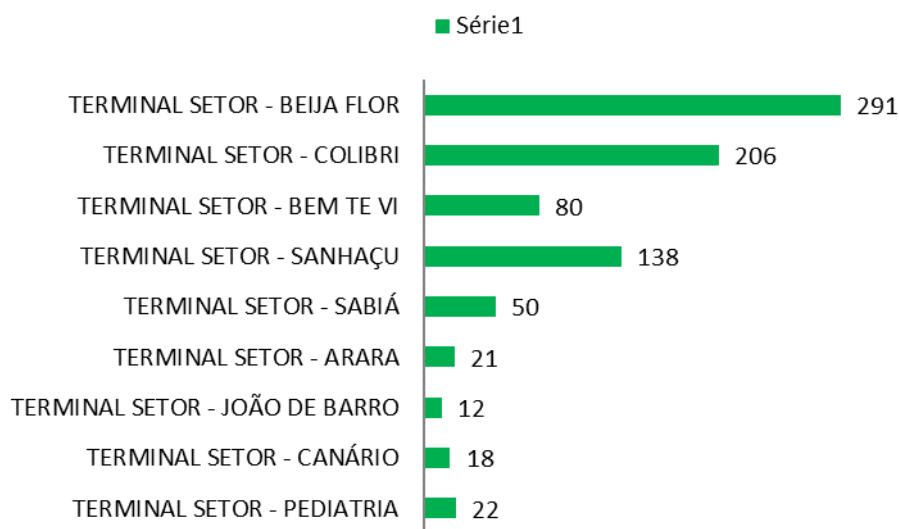
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 158 – Índice de evasão e reposição



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 159 – Enxoval Dispensado



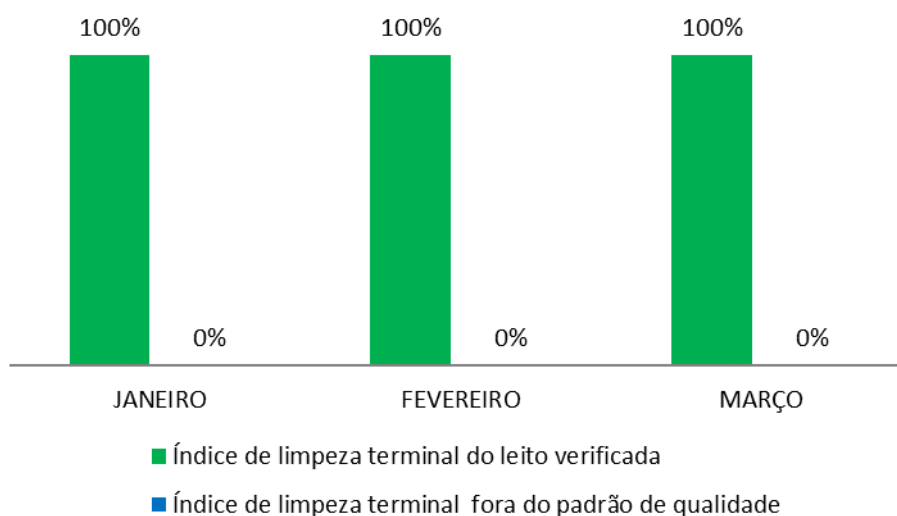
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Tabela 78 – Indicadores de Higienização

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

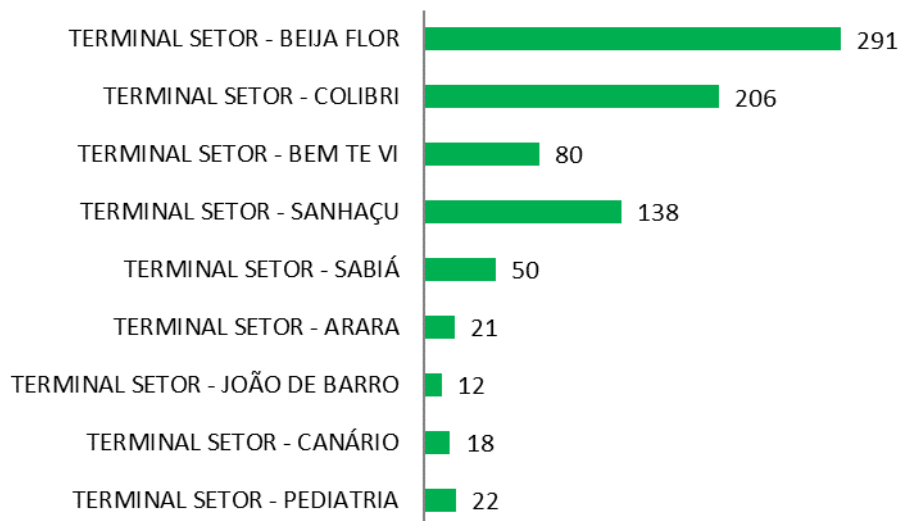
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 160 – Índices de higienização



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 161 – Terminais



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

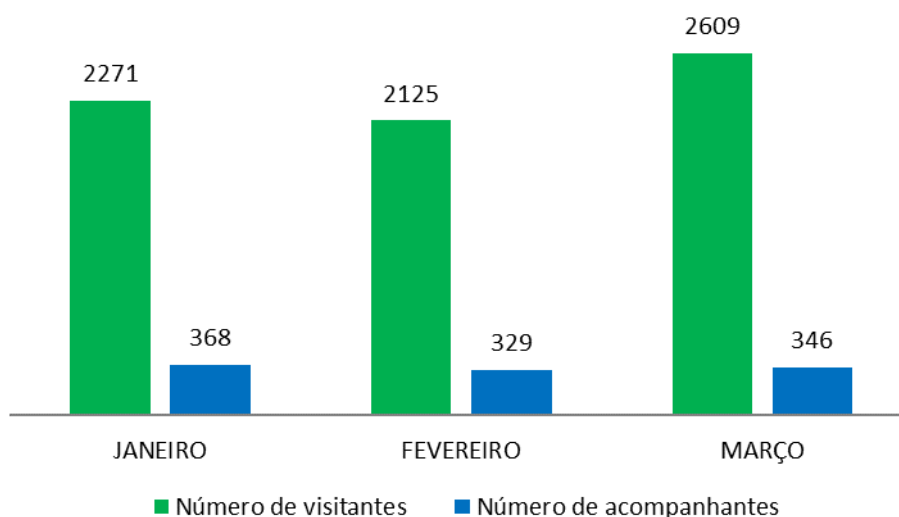
3.9.8. Recepção

Tabela 79 – Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Número de visitantes	M/R	2271	2125	2609
Número de acompanhantes	M/R	368	329	346
Número de requerimentos de solicitações de documentos	M/R	18	15	40

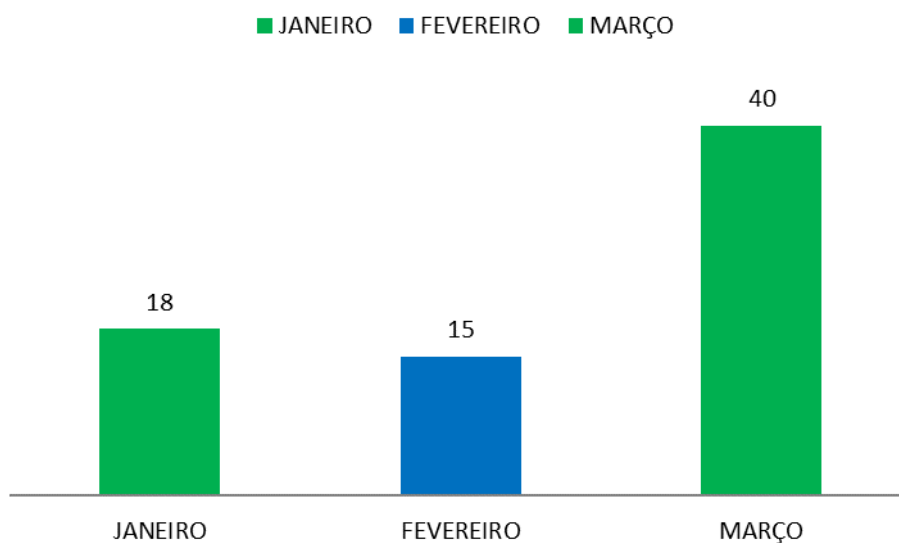
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 162 – Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

Gráfico 163 – Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa

3.9.9. Portaria

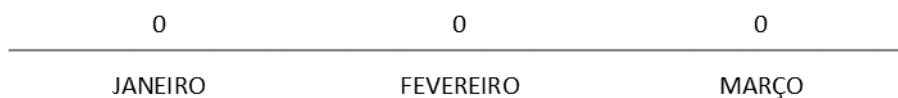
Tabela 80 – Indicadores de Portaria

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Administrativa.

Gráfico 164 – Número de ocorrências de segurança

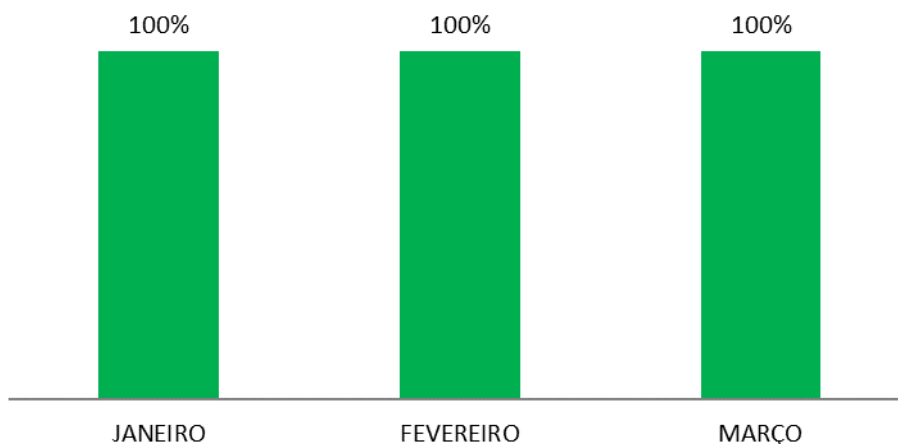
■ Número de ocorrências de segurança



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 81 – Indicadores de Serviços Jurídicos

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

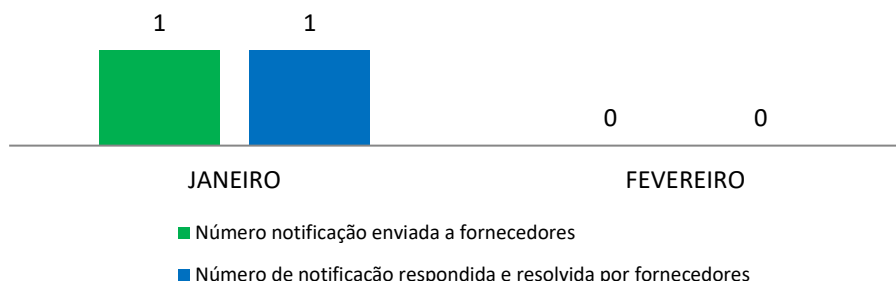
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 166 – Cumprimento de prazos legais



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 167 – Notificações de fornecedores



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 168 – Produção Jurídico



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

ANÁLISE CRÍTICA JURÍDICO

Excepcionalmente no mês de março, a análise crítica dos indicadores do setor jurídico não foi realizada 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.

3.9.11. Ouvidoria

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

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

Tabela 82 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

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

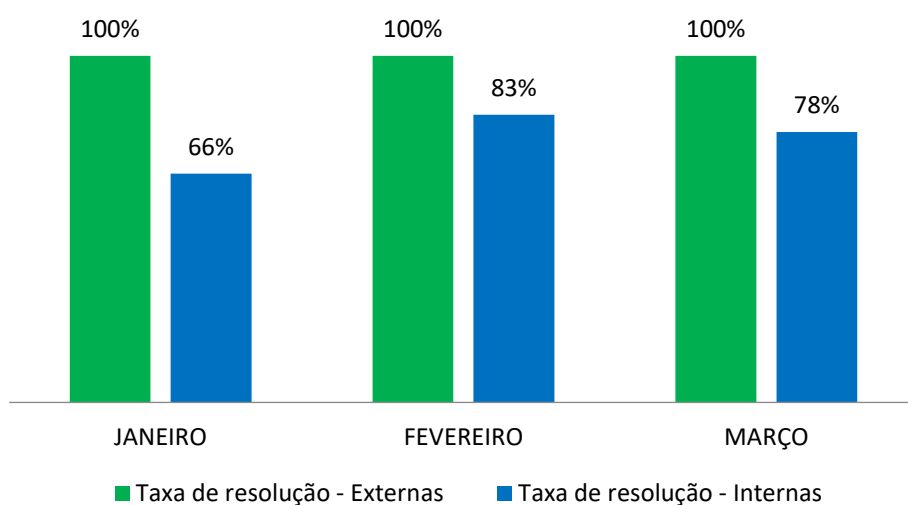
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 83 – Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

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

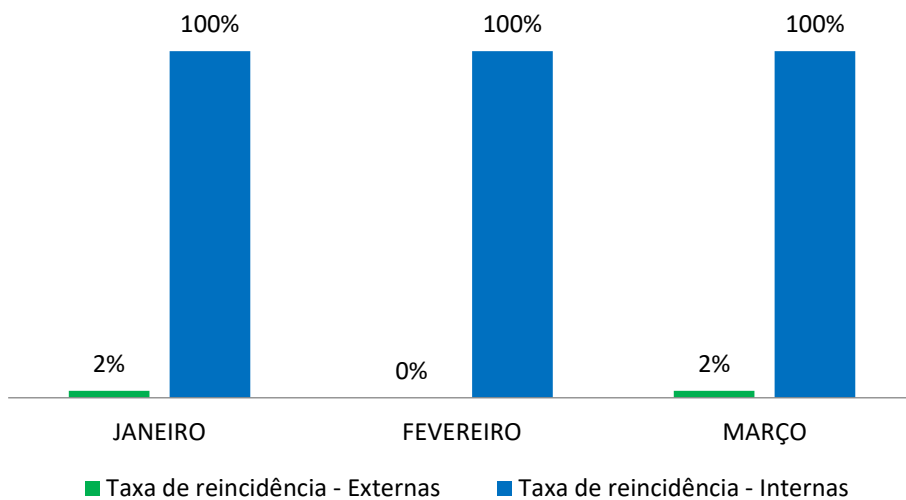
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 169 – Taxa de resoluções



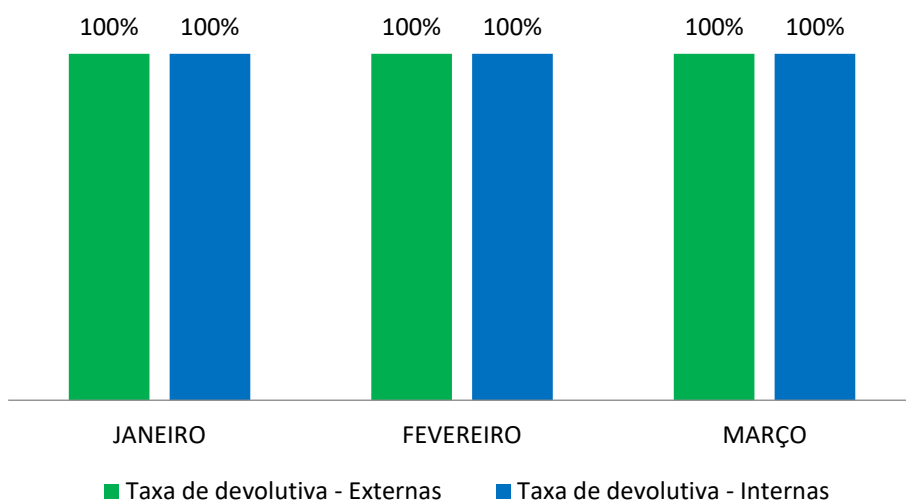
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 170 – Taxa de reincidência



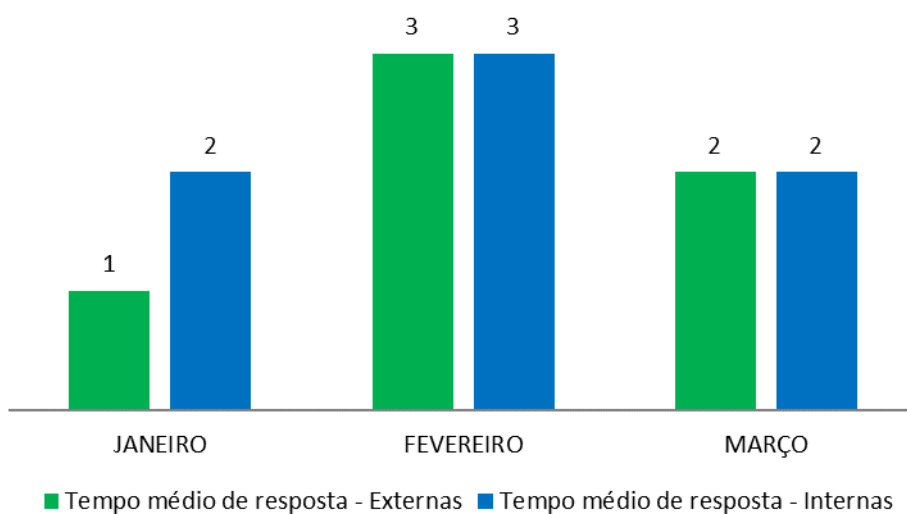
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 171 – Taxa de devolutivas



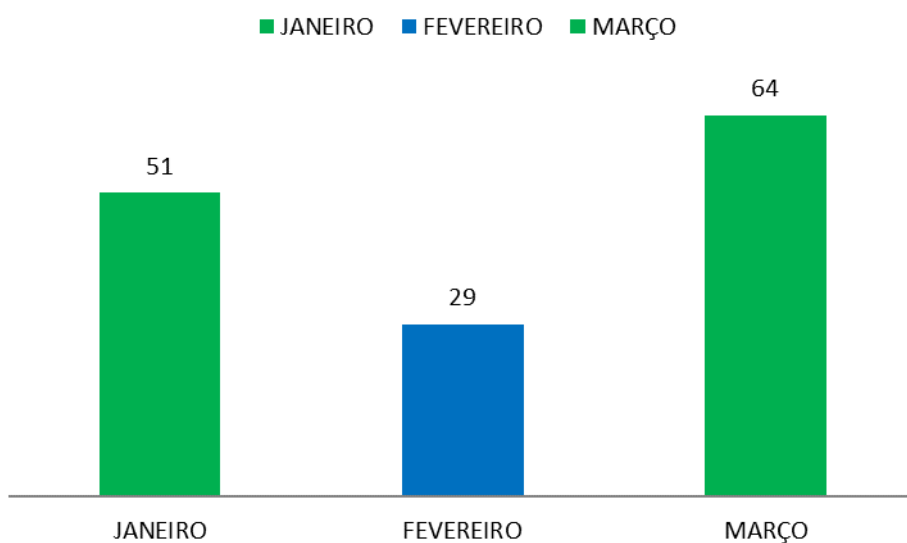
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 172 – Tempo médio de resposta



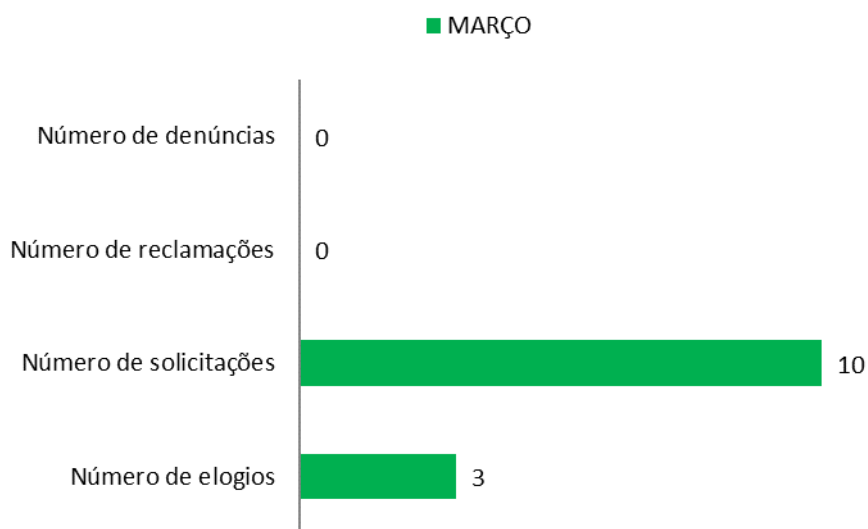
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 173 – Total de manifestações recebidas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

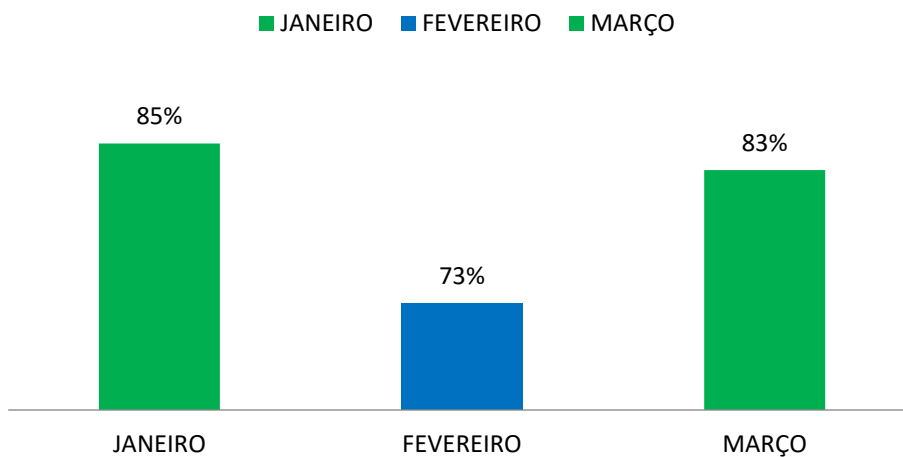
Gráfico 174 – Tipos de manifestações externas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

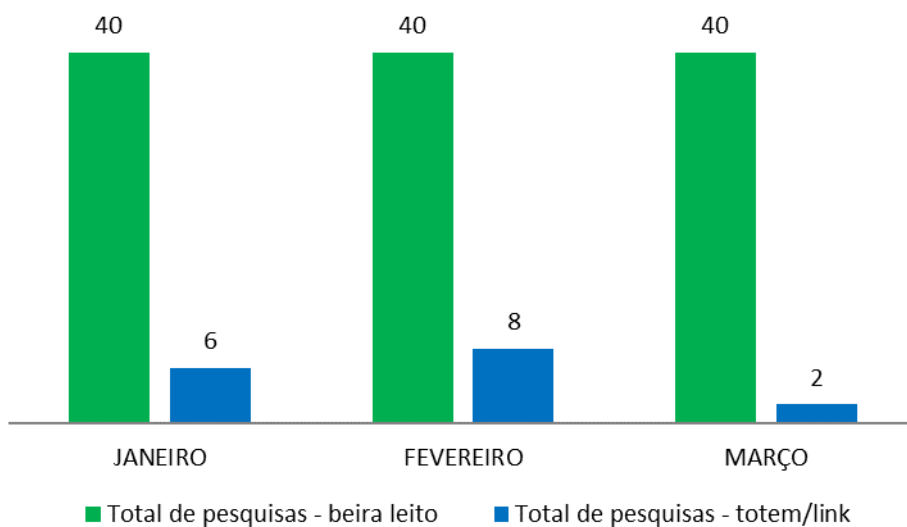
Gráfico 175 – Taxa NPS para pesquisa de satisfação

Taxa nps para pesquisa de satisfação



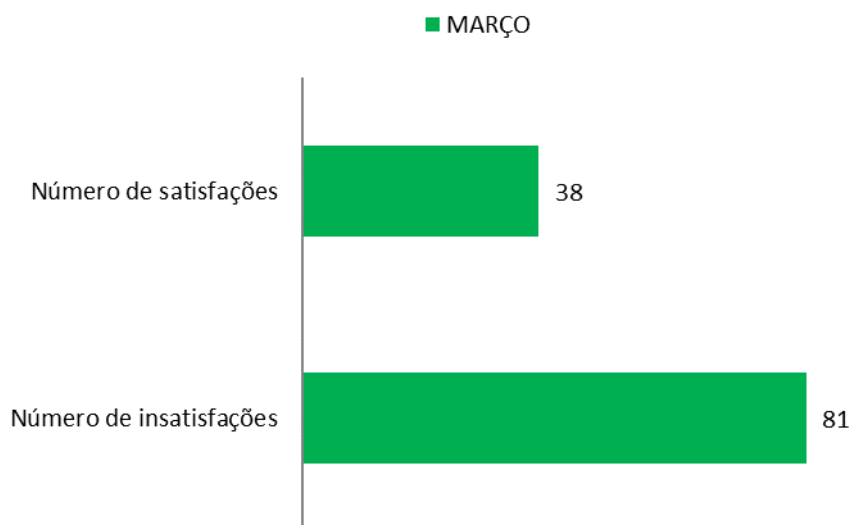
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

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

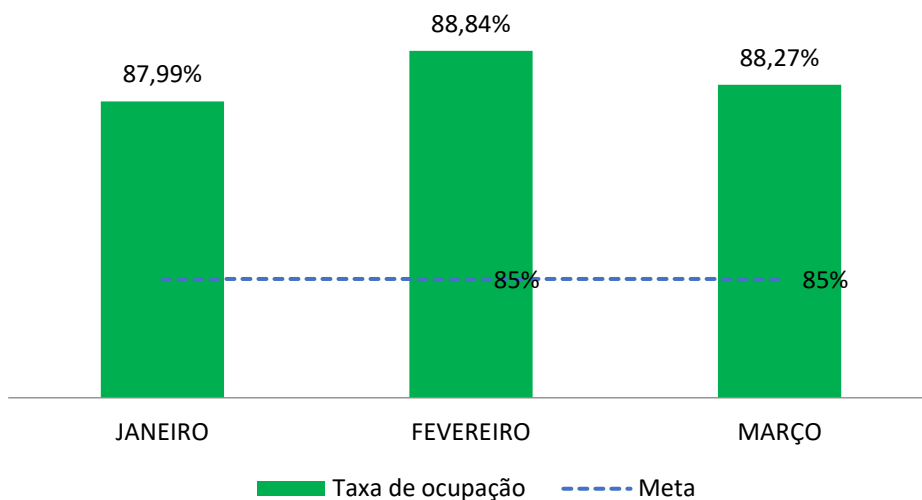
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 84 – Indicadores de Contratuais Qualitativos

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

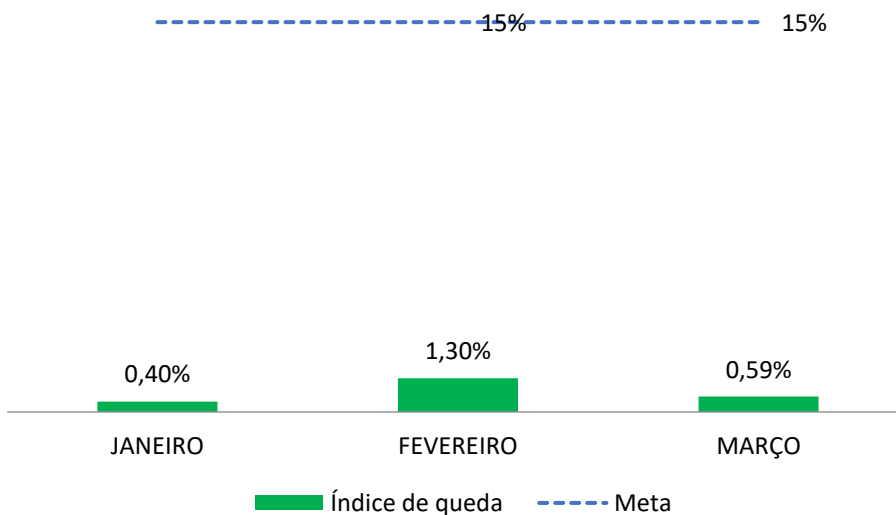
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 178 – Taxa de ocupação



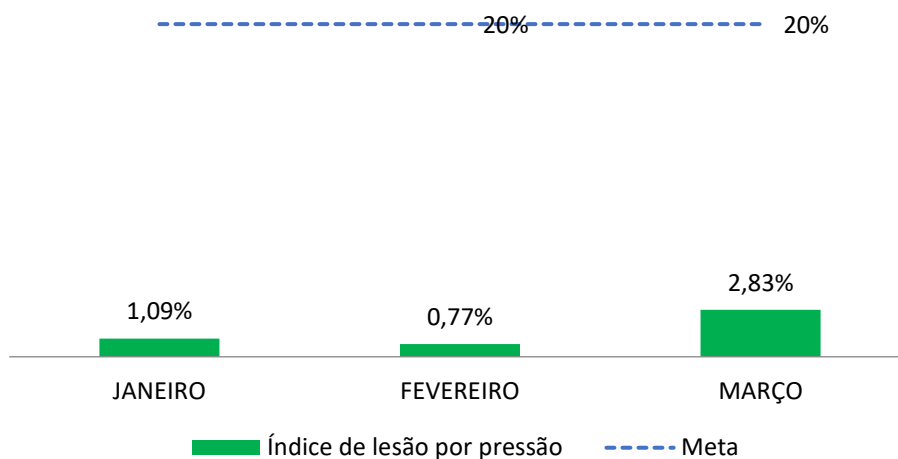
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 179 – Índice de queda



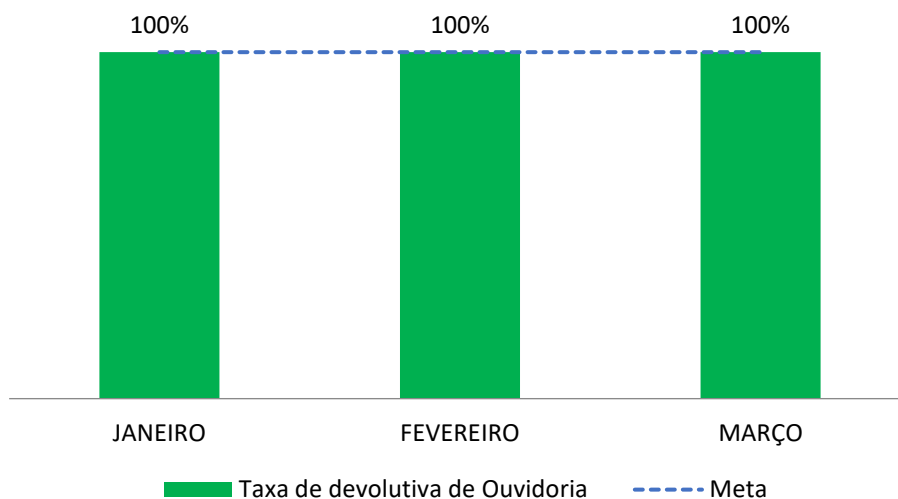
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 180 – Índice de Lesão por Pressão



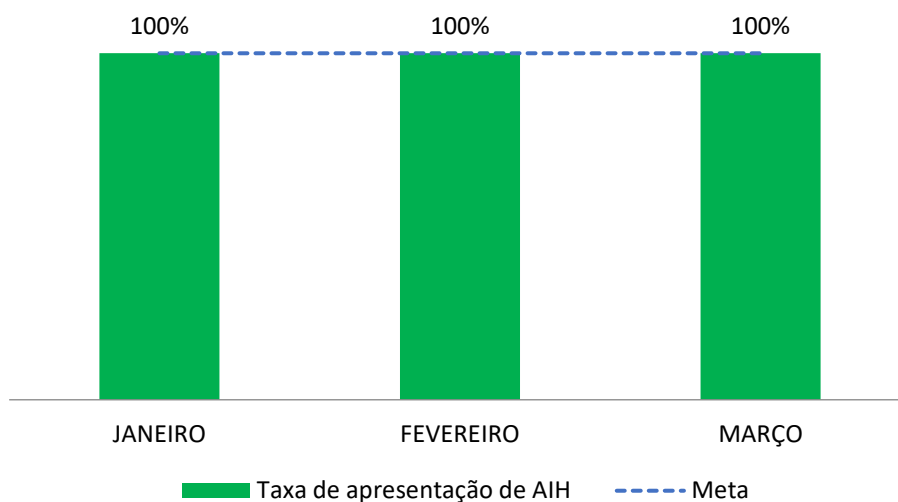
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 181 – Taxa de Devolutiva de Ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 182 – Taxa de Apresentação de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

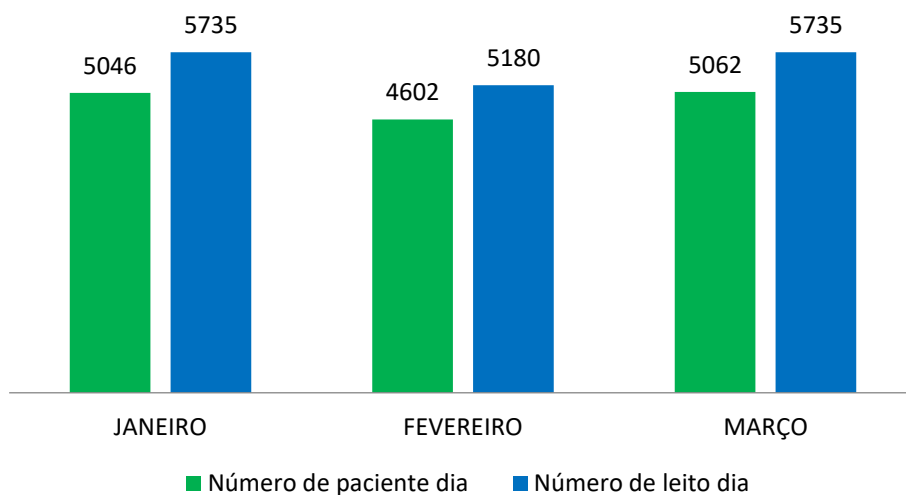
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 85 – Indicadores de Contratuais Quantitativos

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Número de paciente-dia	5046	4602	5062
Número de leito-dia	5735	5180	5735
Número de quedas	2	6	3
Casos de lesão por pressão	3	2	7
Devolutivas de ouvidoria	51	29	64
Número de AIH's	258	230	233

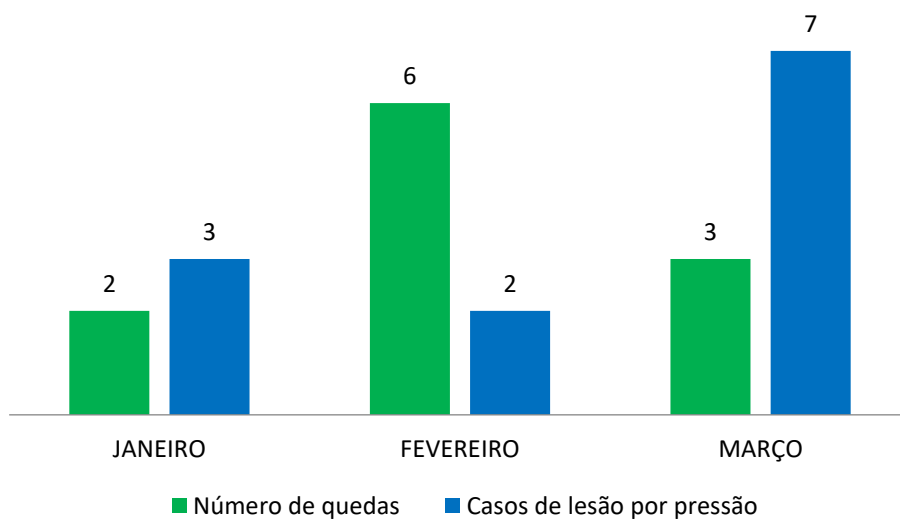
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 183 – Número paciente e leito dia



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

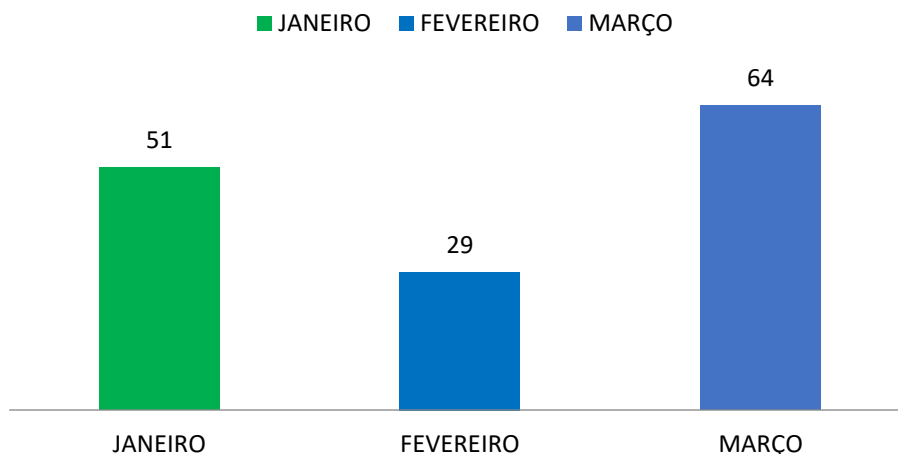
Gráfico 184 – Número de quedas e lesões por pressão



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 185 – Devolutivas de ouvidoria

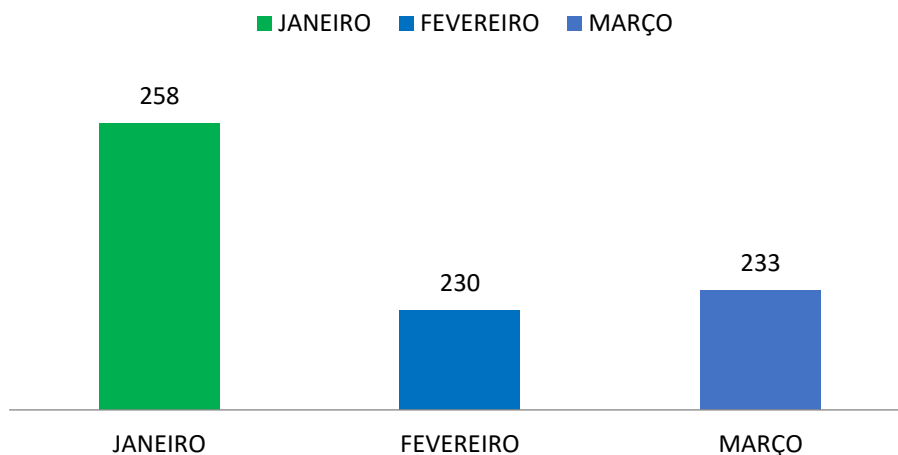
Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 186 – Número de AIH's

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

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

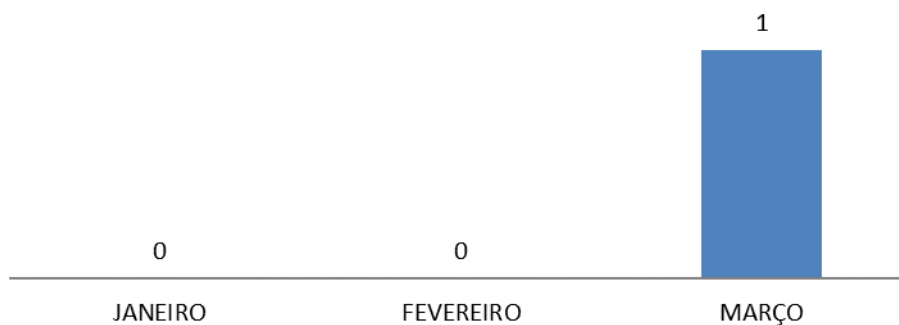
ANALISE CRÍTICA – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

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

Gráfico 187 – Acidentes Ocupacionais Devido Descarte Errôneo

Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo

■ Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo

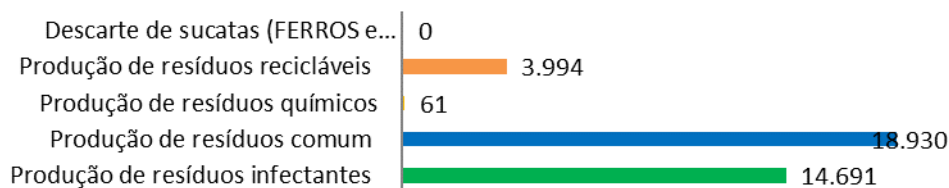


Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 188 - Produção De Resíduos

MARÇO

- Produção de resíduos infectantes
- Produção de resíduos comum
- Produção de resíduos químicos
- Produção de resíduos recicláveis
- Descarte de sucatas (FERROS e ALUMÍNIO)



Fonte: Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

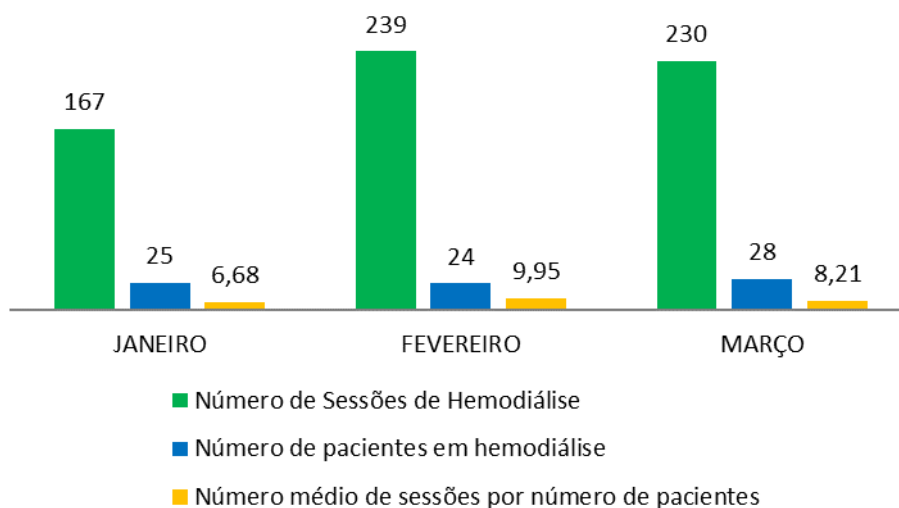
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 87 – Indicadores de Serviços de Hemodiálise

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

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 189 - Hemodiálises



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

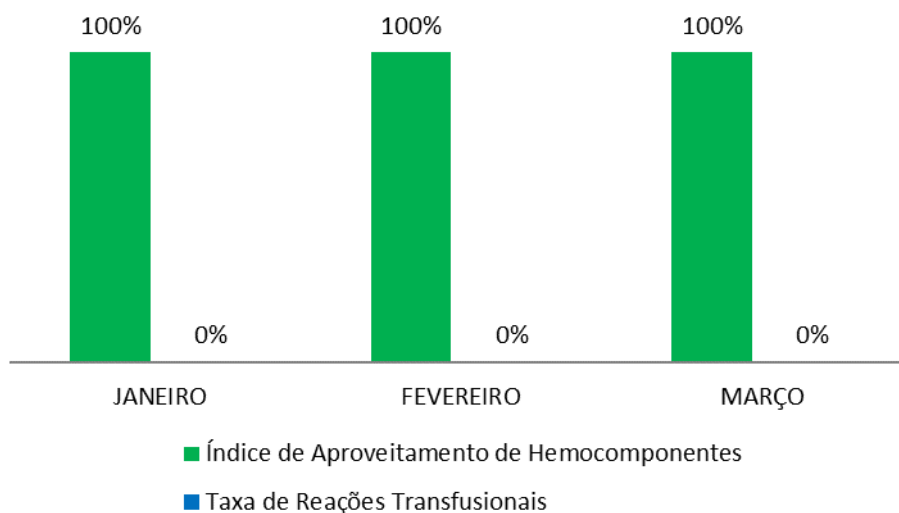
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 88 – Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

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

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

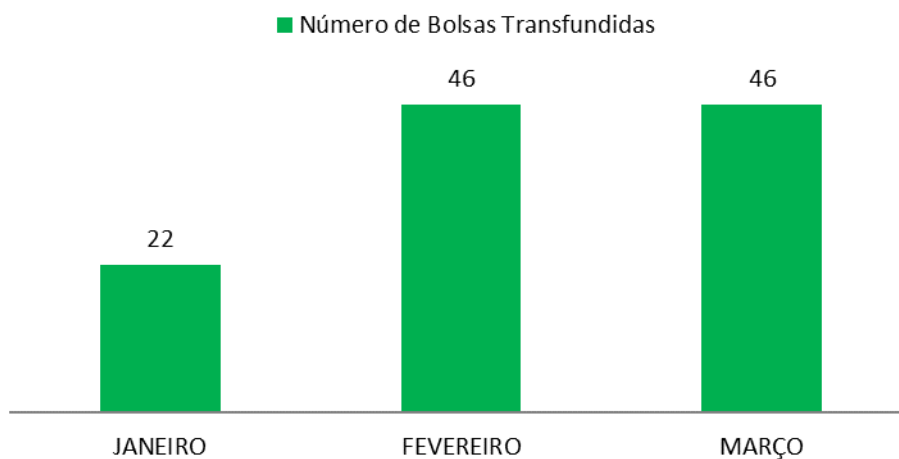
Gráfico 190 - Hemocomponentes



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 191 – Bolsas transfundidas

Número de Bolsas Transfundidas



Fonte: Relatórios Internos da Enfermagem e SMPEP.

6. COMISSÕES

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

Tabela 84 – Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga

COMISSÃO	PERIODICIDADE	BASE REGULATÓRIA
Revisão de Óbitos	Mensal	Resolução CFM nº 2.171/2017.
Revisão de Prontuários	Mensal	Resolução CFM nº. 1.638/2002.
Ética de Enfermagem	Mensal	Resolução COFEN nº 593/2018.
Ética Médica	Mensal	Resolução CFM 2.152/2016, e Resolução CREMESP 161/2007.
Farmácia Terapêutica	Mensal	A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004.
Controle de Infecção Hospitalar	Mensal	Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
Segurança do Paciente	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
Proteção Radiológica	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
Humanização	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
Prevenção de Acidentes – CIPA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
Cuidados Pele	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
Gerenciamento de Resíduos de Saúde	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
Terapia Nutricional	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
Educação Permanente	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
Perfurocortantes	Trimestral	NR: 32 / ANEXO III Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA.
Acompanhamento contratual – CAC	Trimestral	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
Controle de animais Sinantrópicos	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
Prevenção da violência	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde

Medicina integrativa	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
Cuidados Paliativos	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Fonte: Qualidade - Comissões.

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

7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

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

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

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

SESMT | Diálogo de Segurança – Plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde PGRSS | Atualização - 03, 06, 11, 21, 25 e 27 de março: O Diálogo Semanal do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem com objetivo trazer a conscientização sobre as boas práticas de identificação, segregação, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados na unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde - 03, 07, 11, 21, e 26 de março: Boas práticas no manuseio de perfurocortantes, utilização e descarte seguro. Higienização das mãos,

cuidados nas atividades assistenciais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões), cuidados com mordidas dos pacientes.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | Dia da Mulher – 03 de março: Como parte das celebrações do Dia Internacional das Mulheres, realizamos a entrega de chocolates para todas as colaboradoras do HMG e das empresas terceiras nos dias 03 e 04 de março. Montamos um painel na área de convivência com uma mensagem enaltecendo sua atuação no hospital.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas | Atualização – 05, 07, 11, 21 e 26 de março: Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança NR 23 - Prevenção e Combate ao princípio de incêndio | Atualização – 05, 06, 19, 21 e 27 de março: Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança – NR 01 - Gerenciamento de Riscos Ocupacionais| Atualização – 06, 10, 11, 20, 25, 27 e 28 de março: Orientação sobre as boas práticas do uso correto do Equipamento de Proteção Individual guarda conservação e obrigatoriedade da utilização durante as atividades laborais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio (pacientes agitados e com histórico de agressões).



Fonte: Relatório de Comunicação

Brigada de Incêndio – Simulado de combate a incêndio - 10, 18 e 19 de março - Em uma atividade realizada periodicamente a Brigada de Incêndio promoveu o simulado de combate e evacuação de pacientes nas alas Arara e Canário. Equipamentos de socorro e combate às chamas foram utilizados pela equipe de brigadistas.





Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | Dia do Ouvidor – 17 de março: O Celebramos o dia do profissional ouvidor com a entrega de chocolates e um recado de gratidão às nossas profissionais.



Fonte: Relatório de Comunicação

SESMT | Diálogo de Segurança – Round de Segurança do trabalho (Fractal)| Atualização – 18 de março: Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho na execução das atividades laborais, alinhamento dos serviços a ser realizados para o acompanhamento da segurança do trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | Café Acolhedor - 25 de março: O Café Acolhedor do mês de março contou com a participação de profissionais da psicologia, fonoaudiologia, nutrição, ouvidoria, dentre outros. Recebemos familiares de nossos pacientes que puderam expressar seus sentimentos em relação ao cuidado e serviços que prestamos ao usuário.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | Dia Internacional das Mulheres - SPA da Arara - 25 de março: A última terça-feira do mês foi dia muito especial para nossas pacientes da Arara. A comissão de humanização com ajuda de colaboradores voluntários, montou um verdadeiro SPA com cuidados à pele, unhas e cabelos das pacientes. O evento contou com cobertura de imprensa da secretaria de saúde da cidade de São Paulo, que fez algumas publicações em suas redes sociais. Foram momentos marcantes para todos que participaram ativamente ou apenas puderam presenciar o evento e as emoções de nossas “meninas da Arara”.





Fonte: Relatório de Comunicação

Dpto. Pessoal e Recursos Humanos | Promoção de Colaboradores – Certificado de Reconhecimento - 27 de março: Em homenagem aos colaboradores que puderam por seus méritos receber uma promoção profissional, o HMG passou a realizar este evento que celebra o avanço de seus profissionais. Fizemos a entrega de certificados em uma cerimônia com a presença dos diretores e gestores diretos dos homenageados. O evento aconteceu no período da manhã e foi encerrado com um delicioso café.



Fonte: Relatório de Comunicação

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



Fonte: Relatório de Comunicação

8. AÇÕES DE DESTAQUE

Comissão de Humanização | Café Acolhedor - 25 de março: O Café Acolhedor do mês de março contou com a participação de profissionais da psicologia, fonoaudiologia, nutrição, ouvidoria, dentre outros. Recebemos familiares de nossos pacientes que puderam expressar seus sentimentos em relação ao cuidado e serviços que prestamos ao usuário.



Fonte: Relatório de Comunicação

Comissão de Humanização | Dia Internacional das Mulheres - SPA da Arara - 25 de março: A última terça-feira do mês foi dia muito especial para nossas pacientes da Arara. A comissão de humanização com ajuda de colaboradores voluntários, montou um verdadeiro SPA com cuidados à pele, unhas e cabelos das pacientes. O evento contou com cobertura de imprensa da secretaria de saúde da cidade de São Paulo, que fez algumas publicações em suas redes sociais. Foram momentos marcantes para todos que participaram ativamente ou apenas puderam presenciar o evento e as emoções de nossas “meninas da Arara”.



Fonte: Relatório de Comunicação

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

São Paulo, 17 de abril de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS

Hospital Municipal Guarapiranga

Simone Araújo

Diretora Geral

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	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Proteção Radiológica	Paulo Rodrigo Souza	01/04/2025	11:00h	11:40h
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção preventiva e inspeção dos equipamentos radiológicos; • Avaliação e reposição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); • Análise de repetição de exames por falhas em sondas; • Comunicação e disponibilidade de profissionais em situações emergenciais; • Monitoramento da evolução dos indicadores de radiologia. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Nilton Dálsico (Técnico de Radiologia RT) • Daniel Eloi (Técnico de Radiologia) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) • Thamara Derencio (Supervisora de Enfermagem) • Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Em primeiro de abril foi realizada a reunião ordinária da Comissão de Proteção Radiológica, contando com a presença dos membros da equipe técnica, enfermagem e apoio administrativo. A reunião foi iniciada destacando-se a percepção geral de que se tratava de uma das reuniões mais tranquilas do grupo, o que refletia a ausência de ocorrências graves a serem tratadas.</p> <p>Iniciou-se o encontro com o relato da manutenção preventiva dos equipamentos de radiologia, realizada no dia 28 de janeiro, e da inspeção física para emissão do laudo radiométrico no dia 18 de fevereiro. Os dois aparelhos foram liberados para uso, embora um deles tenha apresentado leve oscilação, sendo programada uma calibração para o mês seguinte. Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), foi registrado que um dos aventais foi reprovado devido ao desgaste pelo tempo de uso, mas já houve reposição por parte do setor de compras, com a entrega de novo material em 27 de março.</p> <p>Em seguida, abordou-se a questão das repetições de exames, especialmente ligados ao uso de sondas, que vinha sendo a principal causa de retrabalho. Foi destacada a redução significativa nesse índice, resultado de treinamentos realizados com as equipes sobre o uso adequado e contenção correta dos pacientes. Das 18 sondas novas inseridas no mês, apenas 6 necessitaram repetição, número significativamente inferior às médias anteriores. Ainda assim, foram debatidas causas recorrentes de repetição, como falha na alocação das sondas, retirada precoce de guias e administração inadequada de dietas ou medicamentos sem a lavagem adequada das sondas.</p> <p>A comissão reforçou a importância de identificar se as repetições são causadas por falha técnica ou por condições clínicas do paciente, e destacou a necessidade de registrar evidências dos</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Ordinária	Maria Jakeline Barbosa	11/03/2025	10h	11h
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Dia das Mulheres Colaboradora/Paciente • Semana da Enfermagem • Prontuário Afetivo • Desejo Paciente • Páscoa 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Maria Jakeline Barbosa (Analista Administrativo) • Carmem Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem) • Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) • Kamila Tamara Sales (Analista de Qualidade) • Barbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade) • Nicole Teófilo (Aux. Adm. da Ouvidoria) • Yasira Ramirez (Aux. Adm. da Enfermagem) • Daniele Mello Martorano (Coordenadora de Enfermagem) • Raquel Francisca Macena (Coordenadora de Enfermagem) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Dias das Mulheres Colaboradoras: Foi alinhada com a comissão a entrega de lembrancinhas (Aromatizador) para as mulheres da instituição, em comemoração ao Dia das Mulheres. A ação visa reconhecer e valorizar o papel essencial das mulheres, destacando sua força, dedicação e importância em nossa sociedade.</p> <p>Dias das Mulheres Pacientes: Em comemoração ao dia das mulheres, será realizado o dia da beleza para as pacientes, iremos montar um salão de beleza na área do faturamento. A equipe de humanização, faturamento e equipe do setor arara irá proporcionar esse momento de autocuidado inesquecível para elas.</p> <p>Prontuário Afetivo: A ideia é iniciar a colocação das placas pelos setores de retaguarda, começando pelo setor João de Barros. Faremos os mapeamentos das camas, após isso iremos alinhar com a manutenção os furos das placas. As psicólogas assistenciais ficarão responsáveis por fazer esse levantamento e preenchimentos das informações, enquanto a equipe de humanização ficará encarregada da instalação da placa e acompanhar o preenchimento.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Terapia Nutricional	Jamile Renata Oliveira dos Reis	24/02/2025	15:00	16:00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos indicadores anuais de 2024; • Apresentação da taxa de desperdício anual de 2024; • Apresentação do fluxo: Discussão de NC's da equipe de nutrição; • Reestruturação da Comissão. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Ana Carolina da Silva Souza (Nutricionista) • Ionete Gomes Prates (Nutricionista) • Raquel Pires Soares (Nutricionista) • Jocineide Soares (Nutricionista) • Patrícia Sodrê Oliveira (Nutricionista) • Amanda Chemite (Nutricionista) • Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga) • Emilio Lopez (Médico Nutrólogo) • Juliana Garcia (Nutricionista) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Jamile iniciou a reunião apresentando os indicadores na nutrição e a taxa de desperdício do ano de 2024, junto com a análise dos resultados apresentados. Foi falado também sobre as expectativas quanto à continuidade dos resultados nos indicadores para o ano de 2025.</p> <p>Foi proposto apresentar, analisar e discutir todas as Não Conformidades recebidas pela equipe de nutrição, com o objetivo de minimizar os danos e diminuir as NC's do setor.</p> <p>Jamile apresentou à equipe a nova reestruturação da comissão, onde a nutricionista Ana Carolina passa a assumir a vice-presidência da Comissão, dando-lhe suporte na sua ausência para que as reuniões aconteçam dentro do cronograma previsto. Com isso, a nutricionista Alanna Rocha, antiga vice-presidente, passa a ser membro ordinário. As nutricionistas Ionete Prates e Raquel Pires tornam-se 1ª e 2ª secretária, respectivamente. Foram adicionadas as supervisoras de Enfermagem Silvana Eleodoro e Fernanda Pitombo, e as farmacêuticas Andreia Viana e Juniele Nascimento. Não houve objeções dos membros sobre a nova reestruturação.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos	REDATOR Raquel Macena	DATA 19/03/2025	INÍCIO 10:00h	TÉRMINO 10:30h
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento 2025; • Cronograma de reuniões 2025; • Adesão da equipe nas reuniões; • Orientação a equipe médica sobre o protocolo de Morte Encefálica; • Apresentação do Card sobre os membros da Comissão. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • André Luis Panont (Coordenador Médico) • Raquel Macena Mauro (Coordenadora de Enfermagem) • Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem) • Tais Magalhães (Enfermeira) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Nesta reunião foram retomadas as ações planejadas para 2025 e devolutiva do que está sendo realizado.</p> <p>Planejamento 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão do cronograma de reuniões da Comissão para 2025. • Criação de link para reunião on-line. • Ação sobre Morte Encefálica. Dr. André informa que as orientações sobre o protocolo de morte encefálica estão sendo realizadas. • Revisar membros (saída do serviço social), alinhar com Anderson quem fará parte da Comissão. • Acrescentar fotos dos novos integrantes da Comissão e solicitar o de acordo no grupo; rever e pedir de acordo. • Validar documentos para depois iniciar o preenchimento do Forms do CNT. • Será divulgado o card da Comissão enviando nos Grupos de WhatsApp do Hospital e fixando a informação nas UTIs. 				

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	12/03/2025	10h30	11h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Quadro de Pendências; • Descritivo das IRAS; • Gráficos dos indicadores; • Quadro da rota Sepse. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Arilene Ferreira (Almoxarife) • Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Fabiane Evol Cavalcante de Souza (Enfermeira do NSP) • Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. De Enfermagem do NSP) • Barbara Cristina Silvério Marciano (Analista de Qualidade) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas) • Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Carmen Souza Domingues (Gerente de Enfermagem) • Maria Cristina Souza Santos (Enf. de Segurança do paciente) • Raquel Macena (Coordenadora de Enfermagem) • Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia) • Thamara Derencio (Supervisora de Enfermagem) • Fernanda Pitombo (Supervisora de Enfermagem) • Barbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade) • Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Jamile Renata Oliveira Reis (Supervisora de Nutrição) 				

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 12/03/2025	INÍCIO 14h30	TÉRMINO 15h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências das reuniões anteriores; • Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de fevereiro pelo GACAP; • Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em fevereiro de 2025; • Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento; • Controle dos colchões pneumáticos; 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista – SCIH) • Barbara Cristina Silvério (Analista de Qualidade) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Dario Pedro Filho (Coordenador de RH/DP) • Francisco Paulino Santos (Enfermeiro) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc, Enfermagem NSP) • Thaynara Larissa Lopes (Técnica de Enfermagem) • Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Elisa Bontempi Madeira (Enfermeira Auditora) • Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) • Simone Araújo (Diretora Geral) • Jamile Renata Oliveira (Supervisora de Nutrição) • Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Bruno Freitas (Engenheiro do Trabalho) • Alana Raquel Rocha (Nutricionista) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Às 14h30 do dia 12 de março de 2025, reuniram-se os citados acima, no auditório Aquário para discutirmos a respeito dos resultados obtidos no mês de fevereiro. Os dados foram apresentados pela enfermeira Eliana ao grupo, iniciando a reunião com os resultados de pendências da reunião</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Cuidados Paliativos	REDATOR Juliana Carvalho	DATA 19/03/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 12h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da ata da última reunião 25/02/2025; • Alinhamento do projeto <i>Pílula do conhecimento</i>; • Discussão dos casos clínicos da pediatria. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Juliana Carvalho (Psicóloga/Presidente) • André Gasparoto (Médico/Vice-presidente) • Anderson (Coord. Equipe Multidisciplinar/membro) • Juliana Santos (Fisioterapeuta RT/membro) • Micaely Santos Dias (Fisioterapeuta/membro) • Wilma Correia (Assistente Social RT/membro) • Rayane Amaro (Farmácia/ membro) • Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH / membro) • Raquel Macena (Coord. de Enfermagem / membro) • Maximiliano Miranda (Coord. Médico da Pediatria/ membro) • Márcio Novaes (Médico / convidado) • Simone Borges (Enfermeira /convidado) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Abertura da Reunião</p> <p>A reunião iniciou-se com a apresentação da ata da última reunião, realizada em março/2025 e pontuado as pautas para discussão atual.</p> <p>Pílula do conhecimento</p> <p>Relatado sobre a busca pelos temas dos vídeos que seriam trazidos por cada área de atuação, já definidos anteriormente. A psicóloga Juliana cita que um dos temas é a “extubação paliativa” e traz a opinião de que seria mais indicado temas de menor complexidade, para vídeos curtos e conteúdo não tão aprofundado. Anderson (Coord. Equipe Multidisciplinar) relata entender que equipe assistencial ainda tem pouco conhecimento do conceito de Cuidados Paliativos e sugere</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/1
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	20/03/2025	14h00	16h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Apuração de denúncias recebidas na Comissão. • Andamento dos processos sindicantes. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Não houve participantes 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Aos vinte dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco, estava prevista a realização de mais uma reunião ordinária da Comissão de Ética de Enfermagem no Hospital Municipal Guarapiranga. No entanto, devido à ausência de alguns membros por motivos adversos, não foi possível obter quórum suficiente para a condução dos trabalhos, resultando na não realização da reunião nesta data.</p> <p>Ressalta-se, ainda, o recebimento de uma nova denúncia, a qual já se encontra em fase de tratativa pelos membros da comissão, seguindo os trâmites éticos e regimentais estabelecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem.</p> <p>Os membros da comissão reforçam seu comprometimento com as atribuições da Comissão de Ética e se prontificam a realizar a reunião no mês subsequente, com o intuito de dar continuidade às atividades em andamento, bem como assegurar o adequado acompanhamento e desfecho das demandas recebidas.</p> <p>Nada mais havendo a registrar, lavra-se a presente ata para fins de registro e acompanhamento das atividades da Comissão.</p>				
PENDÊNCIAS DA REUNIÃO				
<ul style="list-style-type: none"> • Construção do cronograma de ações e treinamentos para o ano de 2025. • Treinamentos in loco para a equipe de enfermagem. 				
AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL	STATUS	
Apresentação da Comissão para todo hospital.	Novembro	Membros da Comissão	Realizado	
Cronograma de ações e treinamentos.	Janeiro	Membros da Comissão	Pendente	
Treinamento in loco para a equipe de enfermagem.	2025	Membros da Comissão	Pendente	

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Ética Médica	Lorena Paiva Barreto Miranda	17/03/2025	10:00h	11:00h
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Código de Ética Médica: Capítulo X – Documentos Médicos 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Lorena Paiva Barreto Miranda – CRM 197.320 • Dra. Caroline Ramos Barreto – CRM 213.118 • Dra. Isabelle Menezes Maciel – CRM 222.390 • Dra. Luna Macedo de Oliveira Campos – CRM 251.301 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Código de Ética Médica – Capítulo X: Documentos Médicos</p> <p>A reunião foi iniciada com a leitura do Capítulo X do Código de Ética Médica, que tem como objetivo, informar atitudes vedadas ao médico acerca das documentações. Os membros da Comissão destacaram a importância da elaboração adequada, precisa e ética dos documentos médicos, considerando seu papel essencial na garantia da continuidade do cuidado, na comunicação entre profissionais e na proteção legal do paciente e do médico.</p> <p>Foram abordados temas como a responsabilidade do médico na emissão de atestados, prontuários, relatórios e laudos, bem como a necessidade de assegurar sigilo, veracidade e clareza nas informações prestadas. A Comissão reforçou que o preenchimento incorreto, a omissão de informações ou a emissão de documentos falsos ou inverídicos constituem infrações éticas, passíveis de sanções.</p> <p>Além disso, discutiu-se a obrigatoriedade de o médico manter registros atualizados e acessíveis, respeitando sempre os direitos do paciente e as normas vigentes sobre guarda e disponibilização dos dados médicos.</p> <p>A reunião foi encerrada com um consenso sobre a importância de seguir rigorosamente as diretrizes éticas estabelecidas, visando sempre o bem-estar do paciente e a integridade da profissão médica. Os participantes se comprometeram a disseminar essas informações e a promover discussões contínuas sobre ética médica em futuras reuniões.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/6
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Luciana Carboni	12/03/2025	09:30h	11:30h
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Internação / Hemodiálise no período; • Consumo de itens por categoria (Curva A); • Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares; • Consumo de antimicrobianos da Curva A; • Consumo anticoagulantes; • Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda; • Consumo aventais x média de pacientes em isolamento; • Consumo de toalha para banho x pacientes acamados; • Consumo total por categoria; • Valor orçado x realizado x consumo; • Pedidos de padronização. 				
PARTICIPANTES				
• Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional)				
• Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia)				
• Luciana Carboni (Supervisora de Farmácia)				
• Arilene Damasceno (Almoxarife)				
• Carmem Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem)				
• Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta)				
• Flávio Almeida (Analista de Compras)				
• Silvana Eleodoro (Supervisora de Enfermagem)				
• Thamara Derêncio (Supervisora de Enfermagem)				
• Simone Araújo (Diretora Geral)				
• Victor Hugo Panont (Diretor Técnico)				
• Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade)				
• Vera Lucia Macedo (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica)				
• Gustavo Guimarães Paiva (Téc. de Enfermagem do NSP)				
• Jamile Renata Oliveira (Supervisora de Nutrição)				
• Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH)				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos	REDATOR Bruno Freitas	DATA 12/03/2025	INÍCIO 15h00	TÉRMINO 16h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Apresentação dos indicadores. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro do Trabalho) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Bárbara Cristina Silvério Marciano (Analista de Qualidade) • Jamile Renata Oliveira dos Reis (Supervisora de Nutrição) • Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista de Qualidade) • Bianca Magalhães Hansen (Nutrição) • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Gustavo Guimarães Paiva (Téc. De Enfermagem do NSP) • Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH-DP) • Michael Gustavo Vieira Wodzick (Supervisor Administrativo) • Elisa Bontempi Roásio Madeira (Enfermeira Auditora) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista – SCIH) • Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multiprofissional) • Simone Araújo (Diretora Geral) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia doze de março de dois mil e vinte e cinco no auditório do “Aquário” reuniram-se os membros desta comissão e demais convidados para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:</p> <p>O senhor Bruno Freitas iniciou com a apresentação das pendências da última reunião (conserto das grades de escoamento do abrigo de resíduos externo), em andamento.</p> <p>Não houveram acidentes por descarte errôneo no mês de fevereiro. Foi incluído a estratificação</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Medicina Integrativa	REDATOR Nicole Teófilo	DATA 12/03/2025	INÍCIO 13h30	TÉRMINO 14h00
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores do mês de fevereiro de 2025: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. Indicador trimestral: Ozônioterapia, Hipnoterapia, Cromoterapia, Aromoterapia. PICs: Medicina Ayurvédica - A Ciência do Conhecimento da Vida. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> Edson Ono (Médico Integrativista) Paula Hiratsuka (Analista de Saúde) Eliana Cristina Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) Nicole Teófilo (Auxiliar Adm da Ouvidoria) Bárbara Silvério (Analista de Qualidade) Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade) Vanda Dias (Ouvidora) Paulo Rodrigo Souza (Analista de Qualidade) Dário Santos (Coordenador de RH-DP) Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT) Monique Evelyn Souza (Auxiliar Adm do NEP) Anderson Tomas Oliveira (Coordenador Multi) Jamile Renata Reis (Supervisora de Nutrição) Simone Araújo (Diretora Geral) Shirley Schunck (Enfermeira de Gestão de Alta) Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas) Elisa Madeira (Enfermeira Auditora) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>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 fevereiro.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/3
TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO
Comissão de Educação Permanente	Monique Evelyn Ap. de Souza	12/03/2025	14h00	14h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Ações e melhorias; • Planilha de indicadores e treinamentos; • Resultados dos indicadores; • Gráfico de resultados do NEP; • Controle dos estágios. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Dario Pedro dos Santos Filho (Coordenador de RH) • Paulo Rodrigo de Souza Barbosa (Analista de Qualidade) • Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) • Maria Cristina Souza santos (Enf. de Segurança do paciente) • Jamile Renata Oliveira Reis (Supervisora de Nutrição) • Bruno Alves Nascimento de Freitas (Eng. de Segurança do trabalho) • Monique Evelyn Aparecida de Souza (Aux. Administrativo Jr.) • Elisa Bontempi Rosário Madeira (Enfermeira Auditora) • Barbara Cristina Silvério Marciano (Analista de Qualidade) • Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) • Eliana Cristina da Silva (Enfermeira Estomaterapeuta) • Simone da Silva de Araújo (Diretora Geral) • Lucas Teixeira Vieira (Médico Infectologista - SCIH) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>No dia 12 de março de 2025, às 14h, iniciou-se a reunião da Comissão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) para a apresentação dos dados e resultados referentes ao mês de fevereiro. A reunião foi iniciada pelo Coordenador de RH, Dario Pedro, representante do NEP, que apresentou a pauta da reunião, abordando as pendências e ações desenvolvidas em fevereiro.</p> <p>Uma das ações destacadas foi a reestruturação dos indicadores, pois a diretora Simone precisava de informações sobre o número de homem-hora. Além disso, discutiu-se a implantação do formulário de reação dos treinamentos, uma exigência da sede para treinamentos com duração</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/4
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Segurança do Paciente	REDATOR Daniele Martorano	DATA 12/03/2025	INÍCIO 08:30	TÉRMINO 09:30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Pendências da última reunião; • Rotinas implementadas; • Registros de Não Conformidades; • NC's recebidas pelo NSP; • Registros de ronda diária; • Conformes (visita técnica); • Ações realizadas. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> • Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) • Raquel Mascena (Coordenadora Enfermagem) • Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem) • Vera Lucia de Macedo (Enf. de Vigilância Epidemiológica) • Fabiane Evol (Enf. do NSP) • Gustavo Guimarães (Téc. do NSP) • Paulo Rodrigo Barbosa (Analista da Qualidade) • Anderson Tomas (Coordenador Equipe Multi) • Luciana de Oliveira (Supervisora de Farmácia) • Kamila Tamara Sales (Supervisora de Qualidade) • Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem) • Jamile Renata Oliveira (Supervisora de Nutrição) • Daniela Scavone (Coordenadora Farmácia) • Elisa Madeira (Enfermeira Auditora) • Fabiana Castro (Enfermeira) • Alessandro Dias (Enfermeiro) • Tamiris Demichili (Enf. SCIH) • Amanda Paixão (Enfermeira) • Simone Araújo (Diretora Geral) 				

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 Revisão de Óbitos	Fabiane Evol	19/03/2025	15h30	16h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> Análise e discussão dos óbitos ocorridos no mês de fevereiro/2024 Plano de ação. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Médico Diarista) Fabiane Souza (Enfermeira do NSP) Maria Cristina Santos (Enfermeira de Segurança do Paciente) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Objetivo da Reunião: Apresentação e discussão dos dados de óbitos ocorridos em fevereiro de 2025 com foco em análise crítica dos casos e ações a serem tomadas para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.</p> <p>Dados de Óbito: fevereiro Total de óbitos: 20 Óbitos em cuidados paliativos: 17 Óbito não paliativo: 3</p> <p>A reunião foi iniciada às 15h30, com o Dr. João Paulo abordando os óbitos paliativos.</p> <p>Em fevereiro, foram registrados 20 óbitos, sendo 5 da enfermaria, 10 da retaguarda e 5 no setor de terapia intensiva, todos adultos com faixa etária entre 40-59 anos (1 óbito) e 60+ (19 óbitos). Desses, 17 eram casos paliativos e 3 não paliativos.</p> <p>Dos óbitos ocorridos no mês, 3 foram encaminhados ao SVO. João Paulo informa que está orientando a equipe médica quanto ao correto encaminhamento e enfatiza a significativa melhoria nas medidas adotadas. Ele sugere que, para aprimorar a discussão dos casos, seja solicitado o relatório diagnóstico dos pacientes O.P.Z. e A.R.S. Além disso, ressalta que, em outros hospitais, essa solicitação é feita pelo serviço social, informação que deverá ser confirmada com o coordenador da equipe multidisciplinar, Anderson.</p> <p>Dr. João relatou que, ao analisar os prontuários, observou uma melhora significativa no preenchimento das declarações de óbito. Ficou acordado que ele disponibilizará uma lista de orientação para que os médicos a assinem, e essa lista será entregue na próxima reunião da comissão, servindo como evidência do aprimoramento das práticas.</p>				

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	ATA DE REUNIÃO		CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 01 PÁGINA: 1/2
TIPO DE REUNIÃO Comissão de Revisão de Prontuários	REDATOR Patrícia Castro	DATA 20/03/2025	INÍCIO 11h00	TÉRMINO 11h30
PAUTAS				
<ul style="list-style-type: none"> Sinalização do MAV para Dupla Checagem; Treinamento sobre Medicamentos Não Padronizados; Falta de Fichas de Internação e Documentação em Prontuários; Critérios para NC's e uso indevido de siglas nos prontuários. 				
PARTICIPANTES				
<ul style="list-style-type: none"> Dr. André Gasparoto (Médico Diarista) Dr. André Panont (Coordenador Médico) Juliana Santos (Fisioterapeuta RT) Elisa Bontempi (Enfermeira auditora) Maria Cristina Souza (Enfermeira de Segurança do Paciente) Patrícia Castro (Assistente de Faturamento) Daniela Scavone (Coordenadora de Farmácia) Luciana Guedes (Supervisora Farmacêutica) 				
DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO				
<p>Juliana inicia a reunião trazendo a importância de estruturar melhor o plano de alta multiprofissional, garantindo que todos os setores estejam alinhados.</p> <p>Daniele informou que a sinalização do MAV para dupla checagem já foi disparada para todos os setores.</p> <p>Elisa relata que será feita auditoria da demanda MAV nos prontuários com o intuito de acompanhar se a ação está realmente sendo realizada com êxito.</p> <p>Daniele pontuou que foi realizado um treinamento com a farmácia sobre os medicamentos não padronizados, utilizando a planilha atualizada de medicamentos. Estamos aguardando as evidências desse treinamento para documentar e finalizar essa demanda.</p> <p>Juliana pontua que a falta de Fichas de Internação e Documentação em Prontuários tem sido recorrente e, que a presença do Michael (gestor da recepção) seria essencial para traçarmos um plano de ação e resolvermos essa questão.</p> <p>Maria Cristina instrui que a partir de agora, as NC's serão solicitadas diretamente para ela, conforme alinhado com a Elisa.</p>				

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