

ABRIL/2026



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 **abril de 2026**, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga, São Paulo/SP**, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

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

Nº CHAMAMENTO PÚBLICO: Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

Nº CONTRATO DE GESTÃO: 001/2020 - SMS.G / AHM.

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

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

CNES: 0161438.

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

FUNCIIONAMENTO: Atendimento 24hrs, todos os dias.



Fonte: Imagens Internas

EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

Ana Patrícia Barreto Palma – Gerente Administrativa;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem;

Eliane Fernandes Ribeiro – 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;

José Carlos Barboza da Silva – Coordenação Administrativo Financeiro;

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia.

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade.

SUMÁRIO

1.	O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE	17
2.	HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA	18
2.1.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	18
2.2.	PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS	19
2.3.	DADOS DEMOGRÁFICOS	21
3.	ESTUTURA DO SERVIÇO	23
3.1.	RECURSOS HUMANOS	23
3.1.1.	Recursos Humanos	26
3.1.2.	Departamento Pessoal	30
3.1.3.	Medicina Ocupacional	33
3.1.4.	Segurança Do Trabalho	36
3.2.	APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	42
3.2.1.	Radiologia	42

3.2.2.	Laboratório	46
3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	50
3.3.1.	Nutrição	57
3.3.2.	Fisioterapia	62
3.3.3.	Serviço Social	68
3.3.4.	Psicologia	74
3.3.5.	Fonoaudiologia	83
3.3.6.	Terapia Ocupacional	91
3.3.7.	Terapias Alternativas	93
3.3.8.	Estomaterapia	97
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	100
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	101
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)	109
3.4.3.	Vigilância em Saúde	113
3.4.4.	NIR – Núcleo Interno De Regulação	117
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente	123
3.4.6.	Escritório de Gestão de Altas	128
3.5.	SUPRIMENTOS	136
3.5.1.	Farmácia	137
3.6.	Compras	140
3.7.	INFRAESTRUTURA	144
3.7.1.	Engenharia Clínica	144
3.7.2.	Manutenção Predial	149
3.8.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	152
3.9.	OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	155
3.9.1.	Qualidade	155
3.9.2.	Faturamento	161
3.9.3.	Prestação De Contas	164
3.9.4.	Financeiro	168
3.9.5.	Patrimônio	170
3.9.6.	Contratos	171

3.9.7.	Hotelaria	178
3.9.8.	Recepção	186
3.9.9.	Portaria.....	188
3.9.10.	Jurídico	190
3.9.11.	Ouvidoria	194
4.	MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	200
5.	INDICADORES CONTRATUAIS.....	201
5.1.	INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	201
5.2.	INDICADORES QUANTITATIVOS	204
5.3.	INDICADORES COMPLEMENTARES	208
5.3.1.	Gerenciamento De Resíduos.....	208
5.3.2.	Hemodiálise	209
5.3.3.	Hemocomponentes	210
6.	COMISSÕES	211
7.	AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	212
7.1.	Indicadores	213
7.2.	Ações de Janeiro.....	214
8.	AÇÕES DE DESTAQUE.....	220
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
10.	ANEXOS	222
10.1.	Atas das Comissões realizadas em janeiro	222

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1.	Atendimento por Faixa Etária.....	21
Tabela 2.	Atendimento por Gênero	21
Tabela 3.	Número de atendimentos x admissões x altas x transferências.	22
Tabela 4.	Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de março/2026.....	23
Tabela 5.	Serviços Médicos no mês de março/2026	25
Tabela 6.	Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de março/2026 ...	25
Tabela 7.	Indicadores de Recursos Humanos	26

Tabela 8.	Indicadores de Departamento Pessoal	31
Tabela 9.	Indicadores Medicina Ocupacional	33
Tabela 10.	Indicadores Segurança do Trabalho	37
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...	43
Tabela 14.	Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi...	44
Tabela 15.	Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)	44
Tabela 16.	Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	44
Tabela 17.	Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	46
Tabela 18.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	51
Tabela 19.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	51
Tabela 20.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	52
Tabela 21.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	52
Tabela 22.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados)	53
Tabela 23.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	53
Tabela 24.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	58
Tabela 25.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	58
Tabela 26.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	59
Tabela 27.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	59
Tabela 28.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	59
Tabela 29.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria).....	59
Tabela 30.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar).....	63
Tabela 31.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	64
Tabela 32.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	64
Tabela 33.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	65

Tabela 34.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	65
Tabela 35.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)	66
Tabela 36.	Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar).....	69
Tabela 37.	Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	69
Tabela 38.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 70	
Tabela 39.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 70	
Tabela 40.	Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	71
Tabela 41.	Indicadores de Serviço Social (Pediatria)	71
Tabela 42.	Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar).....	75
Tabela 43.	Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)	76
Tabela 44.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor....	77
Tabela 45.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi....	78
Tabela 46.	Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados).....	78
Tabela 47.	Indicadores de Psicologia (Pediatria)	79
Tabela 48.	Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar).....	84
Tabela 49.	Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)	85
Tabela 50.	Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 85	
Tabela 51.	Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 86	
Tabela 52.	Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados)	87
Tabela 53.	Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)	87
Tabela 54.	Indicadores de Terapia Ocupacional	92
Tabela 55.	Indicadores de Terapias Alternativas	94
Tabela 56.	Indicadores de Estomaterapia.....	98
Tabela 57.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	101
Tabela 58.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	102
Tabela 59.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	102

Tabela 60.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	103
Tabela 61.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	104
Tabela 62.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	105
Tabela 63.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar).....	109
Tabela 64.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	109
Tabela 65.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	110
Tabela 66.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	110
Tabela 67.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)	111
Tabela 68.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	111
Tabela 69.	Indicadores de Vigilância em Saúde	114
Tabela 70.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Geral)	118
Tabela 71.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica)	118
Tabela 72.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	119
Tabela 73.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	119
Tabela 74.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados) .	120
Tabela 75.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)	120
Tabela 76.	Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	124
Tabela 77.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica).....	129
Tabela 78.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	129
Tabela 79.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	130
Tabela 80.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados) .	131
Tabela 81.	Indicadores de Número de paciente com pendências para alta.....	131
Tabela 82.	Indicadores de Farmácia.....	137
Tabela 83.	Indicadores de Compras	141
Tabela 84.	Indicadores de Engenharia Clínica.....	145

Tabela 85.	Indicadores de Manutenção Predial	149
Tabela 86.	Indicadores de Tecnologia da Informação	152
Tabela 87.	Indicadores de Qualidade.....	156
Tabela 88.	Indicadores de Faturamento	161
Tabela 89.	07 Procedimentos Faturados	162
Tabela 90.	Indicadores de Prestações de Contas.....	165
Tabela 91.	Indicadores do Financeiro	168
Tabela 92.	Indicadores do Patrimônio	171
Tabela 93.	Indicadores do Contratos	178
Tabela 94.	Indicadores da Rouparia.....	180
Tabela 95.	Indicadores de Higienização	184
Tabela 96.	Indicadores de Recepção.....	187
Tabela 97.	Indicadores de Portaria	189
Tabela 98.	Indicadores de Serviços Jurídicos	191
Tabela 99.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	195
Tabela 100.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas	195
Tabela 101.	Indicadores de Contratuais Qualitativos	201
Tabela 102.	Indicadores de Contratuais Quatitativos.....	204
Tabela 103.	Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	208
Tabela 104.	Indicadores de Serviços de Hemodiálise	209
Tabela 105.	Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	210
Tabela 106.	Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	212

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Dimensionamento de Leitos.....	19
Gráfico 2.	Relação de CID's Registrados nos Atendimentos em abril de 2026.....	20
Gráfico 3.	Atendimentos por faixa etária.....	21
Gráfico 4.	Atendimento por gênero.....	22
Gráfico 5.	Número de atendimentos x admissões x altas x transferências.....	22
Gráfico 6.	Turnover	28
Gráfico 7.	Número de treinamentos de RH	28
Gráfico 8.	Total de colaboradores.....	29

Gráfico 9.	Admissões.....	29
Gráfico 10.	Demissões.....	30
Gráfico 11.	Absenteísmo	31
Gráfico 12.	Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem	32
Gráfico 13.	Número de horas trabalhadas pela enfermagem	32
Gráfico 14.	Número de colaboradores de férias.....	33
Gráfico 15.	Análise de exames medicina ocupacional	34
Gráfico 16.	Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho.....	35
Gráfico 17.	Número de atestados mês	35
Gráfico 18.	Análise de afastamentos	36
Gráfico 19.	Número de dias perdidos	36
Gráfico 20.	Taxa de Acidentes.....	38
Gráfico 21.	Número de acidentes	39
Gráfico 22.	Taxa de Frequência de acidentes	39
Gráfico 23.	Número de EPI's distribuídos	40
Gráfico 24.	Treinamentos SESMT.....	40
Gráfico 25.	Número de não conformidade detectadas	41
Gráfico 26.	Número de intervenções ergonômicas	41
Gráfico 27.	Taxa de inspeções.....	42
Gráfico 28.	Taxa de falhas e repetições de exames (Geral Hospitalar)	45
Gráfico 29.	Análise de quantitativo de exames (Geral Hospitalar).....	46
Gráfico 30.	Análise de qualidade de exames de laboratório	47
Gráfico 31.	Sobras de tubos	48
Gráfico 32.	Tempo de espera, processamento e resposta	48
Gráfico 33.	Resultados críticos.....	49
Gráfico 34.	Eficiência na emissão de relatórios (TAT).....	49
Gráfico 35.	Incidentes e/ou eventos adversos.....	50
Gráfico 36.	Quantitativos de exames	50
Gráfico 37.	Taxa de flebite (Geral Hospitalar).....	54
Gráfico 38.	Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)	55
Gráfico 39.	Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar).....	55

Gráfico 40.	Giro de leito (Geral hospitalar).....	56
Gráfico 41.	Taxa de óbito institucional e corrigida	56
Gráfico 42.	Saídas e óbitos	57
Gráfico 43.	Taxa de triagem e orientação.....	60
Gráfico 44.	Número de atendimentos	60
Gráfico 45.	Quantitativo de triagem, admissões e orientações	61
Gráfico 46.	Refeições.....	61
Gráfico 47.	IMC – Geral Hospitalar	62
Gráfico 48.	Taxa avaliação e alta funcional.....	66
Gráfico 49.	Quantitativo de atendimentos e procedimentos.....	67
Gráfico 50.	Número de intubações, extubações e falhas	67
Gráfico 51.	Média de pacientes em tratamento de fisioterapia	68
Gráfico 52.	Taxa de avaliação e alta planejada	73
Gráfico 53.	Número de casos de violência.....	73
Gráfico 54.	Produção do serviço social	74
Gráfico 55.	Taxa de evasão e desistência de tratamento	74
Gráfico 56.	Avaliações, intervenções e alta terapêutica.....	80
Gráfico 57.	Quantitativos de atendimentos.....	81
Gráfico 58.	Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	81
Gráfico 59.	Taxa de pacientes em cuidados paliativos (Retaguarda)	82
Gráfico 60.	Número de reuniões e conferências com familiares para fechamento de cuidados paliativos	82
Gráfico 61.	Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos	83
Gráfico 62.	Número de acolhimentos de óbitos e comunicação de más notícias.....	83
Gráfico 63.	Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	88
Gráfico 64.	Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas.....	89
Gráfico 65.	Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos.....	89
Gráfico 66.	Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	90
Gráfico 67.	Número de atendimentos e avaliações.....	90
Gráfico 68.	Número de altas da fonoaudiologia	91

Gráfico 69.	Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	92
Gráfico 70.	Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional.....	93
Gráfico 71.	Produção da terapia ocupacional.....	93
Gráfico 72.	Hipnoterapia	95
Gráfico 73.	Cromoterapia.....	96
Gráfico 74.	Ozonioterapia	96
Gráfico 75.	Consumo de cilindro O ²	97
Gráfico 76.	Taxas de lesão por pressão.....	99
Gráfico 77.	Prevalência de lesão por pressão	99
Gráfico 78.	Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão 100	
Gráfico 79.	Análise de lesões	100
Gráfico 80.	Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....	106
Gráfico 81.	Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....	106
Gráfico 82.	Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs.....	107
Gráfico 83.	Taxa de incidente de dano	107
Gráfico 84.	Número de visitas técnicas.....	108
Gráfico 85.	Classificação das não conformidades (Geral hospitalar).....	108
Gráfico 86.	Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar).....	109
Gráfico 87.	Número total de IRAS	112
Gráfico 88.	Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar	112
Gráfico 89.	Densidade incidência de IRAS.....	113
Gráfico 90.	Densidades de incidências.....	113
Gráfico 91.	Número de notificações realizadas	114
Gráfico 92.	Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG	115
Gráfico 93.	Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG	115
Gráfico 94.	Taxa de teste positivo para COVID	116
Gráfico 95.	Número de casos	116
Gráfico 96.	Notificações de violência.....	117
Gráfico 97.	Taxa de conversão de pacientes admitidos	120
Gráfico 98.	Tempo de solicitação x realização do cateter	121

Gráfico 99. Admissões e readmissões nas 24hrs	121
Gráfico 100. Análise de fichas CROSS.....	122
Gráfico 101. Serviço de remoção de pacientes.....	122
Gráfico 102. Atendimentos pelo NIR	123
Gráfico 103. Taxa de adesão nos treinamentos.....	126
Gráfico 104. Taxa de treinamentos previstos em LNT.....	126
Gráfico 105. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos.....	127
Gráfico 106. Número de treinamentos gerais e assistenciais.....	127
Gráfico 107. Número de participações e horas realizadas	128
Gráfico 108. Número de alunos em estágios	128
Gráfico 109. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido	133
Gráfico 110. Taxa de efetividade do plano terapêutico	133
Gráfico 111. Taxa de alta médica até 10hrs.....	134
Gráfico 112. Taxa de pacientes com alto tempo de internação	134
Gráfico 113. Taxa de acolhimento do serviço social.....	135
Gráfico 114. Taxa de plano de alta multiprofissional	135
Gráfico 115. Número de paciente com pendências para alta	136
Gráfico 116. Taxa de perdas de itens por validade/quebra.....	138
Gráfico 117. Taxa de itens sem movimentação de estoque.....	138
Gráfico 118. Taxa de empréstimos solicitados	139
Gráfico 119. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas.....	139
Gráfico 120. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	140
Gráfico 121. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	140
Gráfico 122. Lançamento de cotações.....	141
Gráfico 123. Total de ordens de compras geradas	142
Gráfico 124. Taxa de ordem de compras entregues no prazo.....	142
Gráfico 125. Percentual de entrega parcial	143
Gráfico 126. Percentual de economia mensal	143
Gráfico 127. Quantidade de compra emergencial.....	144
Gráfico 128. Taxa de ordem de serviços finalizadas	146
Gráfico 129. Tempo médio de atendimento de chamado (horas)	147

Gráfico 130. Reincidência de manutenção corretiva	147
Gráfico 131. Taxa de disponibilidade do equipamento	148
Gráfico 132. Taxa serviços de engenharia clínica	148
Gráfico 133. Quantitativo de serviços de engenharia clínica	149
Gráfico 134. Taxa de ordem de serviços finalizadas	150
Gráfico 135. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)	151
Gráfico 136. Taxa serviços de manutenção predial	151
Gráfico 137. Quantitativo de serviços de manutenção predial	152
Gráfico 138. Taxa de resolução de chamados	153
Gráfico 139. Quantitativo de chamados	153
Gráfico 140. Quantitativo de chamado totais e finalizados.....	154
Gráfico 141. Tempo médio de solução em horas	154
Gráfico 142. Indisponibilidade de internet e sistema	155
Gráfico 143. Quantidade de solicitações de acesso as câmeras.....	155
Gráfico 144. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	158
Gráfico 145. Comissões	158
Gráfico 146. Documentos retroativos.....	159
Gráfico 147. Análise dos documentos de 2026.....	159
Gráfico 148. Análise de documentos DMAIS	160
Gráfico 149. Número de visitas e Auditorias externas	160
Gráfico 150. Número de orientações, treinamentos e reuniões.....	161
Gráfico 151. Quantitativo de AIH	162
Gráfico 152. Devolutivas SMS	163
Gráfico 153. Taxa de AIH	163
Gráfico 154. Pendências de assinaturas digitais	164
Gráfico 155. Procedimentos faturados em abril de 2026.....	164
Gráfico 156. Índice de conformidade com o contrato de gestão	165
Gráfico 157. Número de auditorias externas.....	166
Gráfico 158. Taxa de não conformidades e retenções	166
Gráfico 159. Total de despesas quitadas no sistema da SMS.....	167
Gráfico 160. Número de apontamentos na prestação de contas.....	167

Gráfico 161. Índice de orçado x realizado.....	168
Gráfico 162. Taxa de execução orçamentária.....	169
Gráfico 163. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo.....	169
Gráfico 164. Análise das notas.....	170
Gráfico 165. Taxa de utilização de equipamentos.....	172
Gráfico 166. Índice de preciação.....	173
Gráfico 167. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos.....	173
Gráfico 168. Ordem de serviço corretivas.....	174
Gráfico 169. Ordem de serviço movimentações.....	174
Gráfico 170. Ordem de serviço de manutenção de mau uso.....	175
Gráfico 171. Ordem de serviço de corretivas.....	175
Gráfico 172. Quantidade de inservíveis.....	176
Gráfico 173. Taxa de tombamento de itens próprios e locados.....	176
Gráfico 174. Número de equipamentos cedidos para unidade.....	177
Gráfico 175. Taxa de ordem de serviços finalizadas.....	177
Gráfico 176. Índice de exatidão nos serviços prestados.....	178
Gráfico 177. Número de aditivos e contratos.....	179
Gráfico 178. Qualificação de prestadores de serviços críticos.....	179
Gráfico 179. Taxa serviços da rouparia.....	181
Gráfico 180. Taxa de enxovais recebidos com sujidade.....	182
Gráfico 181. Análise serviços de rouparia.....	182
Gráfico 182. Índice de relave.....	183
Gráfico 183. Dispensação de enxovais em abril de 2026.....	183
Gráfico 184. Tempo de resposta a solicitações (em horas).....	184
Gráfico 185. Índice de limpeza.....	185
Gráfico 186. Índice de satisfação com a limpeza.....	185
Gráfico 187. Tempo de resposta a solicitações (em horas).....	186
Gráfico 188. Terminais de limpeza.....	186
Gráfico 189. Taxa de satisfação com a recepção.....	187
Gráfico 190. Número de visitantes e acompanhantes.....	188
Gráfico 191. Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	188

Gráfico 192. Taxa de satisfação com a portaria	189
Gráfico 193. Número de ocorrências de segurança.....	190
Gráfico 194. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	190
Gráfico 195. Taxa de cumprimento de prazos legais.....	192
Gráfico 196. Análise de notificações	193
Gráfico 197. Análise de ofícios	193
Gráfico 198. Número de processos trabalhistas	194
Gráfico 199. Produção Jurídico em abril de 2026	194
Gráfico 200. Taxa de resolução	196
Gráfico 201. Taxa de reincidência	196
Gráfico 202. Taxa de devolutiva.....	197
Gráfico 203. Tempo médio de respostas em dias.....	197
Gráfico 204. Manifestações recebidas	198
Gráfico 205. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação).....	198
Gráfico 206. Tipos de manifestações externas	199
Gráfico 207. Tipos de manifestações internas	199
Gráfico 208. Pesquisas	200
Gráfico 209. Taxa de ocupação	202
Gráfico 210. Índice de queda	202
Gráfico 211. Índice de lesão por pressão	203
Gráfico 212. Taxa de devolutiva de ouvidoria	203
Gráfico 213. Taxa de apresentação de AIH	204
Gráfico 214. Número de paciente dia	205
Gráfico 215. Número de leito dia.....	205
Gráfico 216. Número de quedas	206
Gráfico 217. Casos de lesão por pressão	206
Gráfico 218. Devolutivas de ouvidoria	207
Gráfico 219. Número de AIH	207
Gráfico 220. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	208
Gráfico 221. Produção de resíduos em abril de 2026.....	209
Gráfico 222. Análise de hemodiálise.....	210

Gráfico 223. Análise de hemocomponentes.....	211
Gráfico 224. Número de bolsas transfusionais	211

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

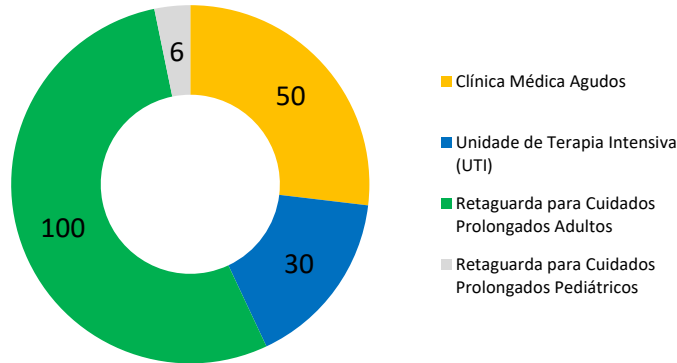
O Hospital Municipal Guarapiranga, como uma unidade de saúde de "porta fechada", atende a pacientes encaminhados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). A seguir, apresento um perfil epidemiológico baseado nas informações conhecidas sobre os serviços prestados e a população 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 1. Dimensionamento de Leitos

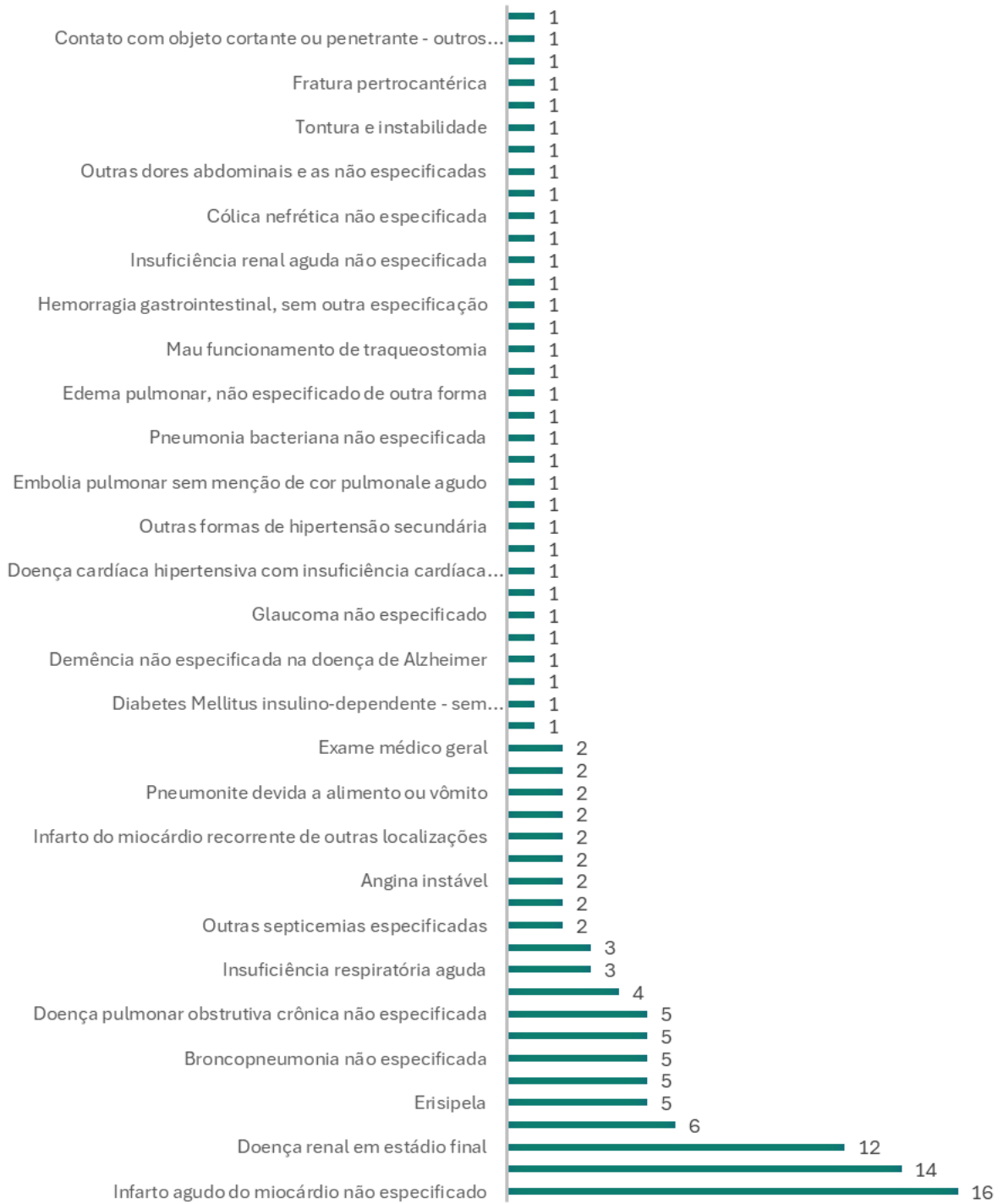


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

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

Gráfico 2. Relação de CID's Registrados nos Atendimentos em abril de 2026



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

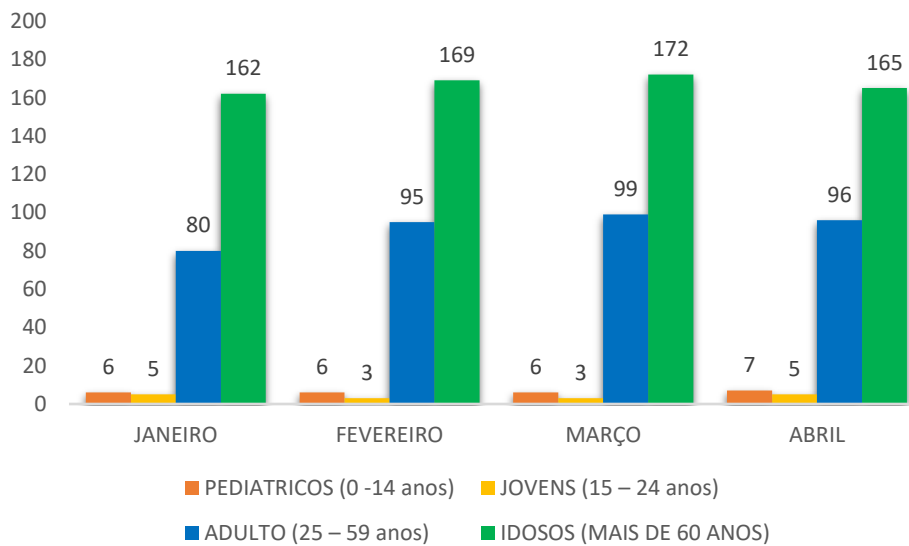
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 1. Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
PEDIÁTRICOS (0 -14 ANOS)	6	6	6	7
JOVENS (15 – 24 ANOS)	5	3	3	5
ADULTO (25 – 59 ANOS)	80	95	99	96
IDOSOS (MAIS DE 60 ANOS)	162	169	172	165

Fonte: SMPEP.

Gráfico 3. atendimentos por faixa etária



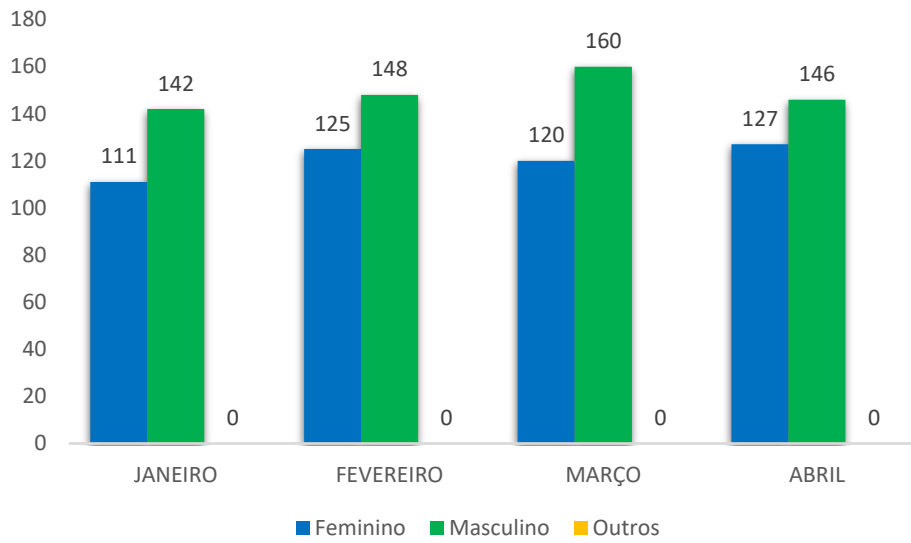
Fonte: SMPEP.

Tabela 2. Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
FEMININO	111	125	120	127
MASCULINO	142	148	160	146
OUTROS	0	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 4. Atendimento por gênero



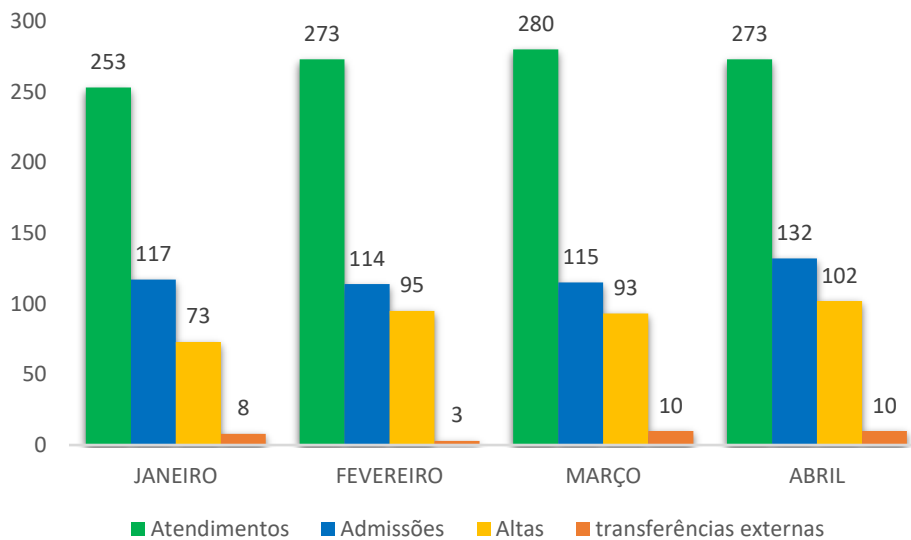
Fonte: SMPEP.

Tabela 3. Número de atendimentos x admissões x altas x transferências.

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
ATENDIMENTOS	253	273	280	273
ADMISSÕES	117	114	115	132
ALTAS	73	95	93	102
TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	8	3	10	10

Fonte: SMPEP.

Gráfico 5. Número de atendimentos x admissões x altas x transferências



Fonte: 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 4. Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de abril/2026

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	8
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	7
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	8
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	12
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR FARMACIA	23
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	12
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE RH	1

COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	92
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
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	9
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	58
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	0
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	0
NUTRICIONISTA	10
PSICOLOGO HOSPITALAR	6
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAUDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	1
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMÁTICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	2
TECNICO ENFERMAGEM	278
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
TOTAL GERAL	630

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

Tabela 5. Serviços Médicos no mês de abril/2026

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

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

Tabela 6. Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de abril/2026

FUNÇÃO	QUANTIDADE DE COLABOADORES
ANALISTA DE LABORATÓRIO	4
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE COZINHA	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	6
AUXILIAR DE LIMPEZA	68
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	4
AUXILIAR MANUTENÇÃO PREDIAL	3
COORDENADORA DE UNIDADE	1
COPEIRO	14
COZINHEIRO	4
DENTISTA	3
ELETRICISTA	4
ENCARREGADO	4
ENFERMEIRA	2
ENGENHEIRO SUPERVISOR	1
ESTOQUISTA	1
JARDINEIRO	3
LIMPADOR DE VIDROS	1
MÉDICOS	82
MOTORISTA	7
NUTRICIONISTA	1
PORTEIRO (A)	16
SUPERVISOR MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	2

TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	2
VIGILANTE	20
TOTAL GERAL	277

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

3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

Tabela 7. Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TURNOVER TOTAL	<5%	2,28%	3,04%	3,27%	3,25%
TURNOVER ENFERMAGEM	<5%	3,40%	3,71%	2,12%	5,16%
NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH	Quanto maior, melhor	0	0	1	0
NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS	Neutro	10	10	25	19
NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM	Neutro	9	10	16	17
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO	Neutro	635	624	612	630
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS	Neutro	277	277	277	277
NÚMERO DE DEMISSÕES A PEDIDO DO COLABORADOR	Quanto menor, melhor	11	5	11	10
NÚMERO DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA	Quanto menor, melhor	9	13	4	12

NÚMERO TOTAL DE DEMISSÕES	Quanto menor, melhor	20	18	15	22
NÚMERO DE DEMISSÕES ENFERMAGEM	Quanto menor, melhor	14	15	10	18
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES ENFERMAGEM	Quanto menor, melhor	338	337	362	339

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

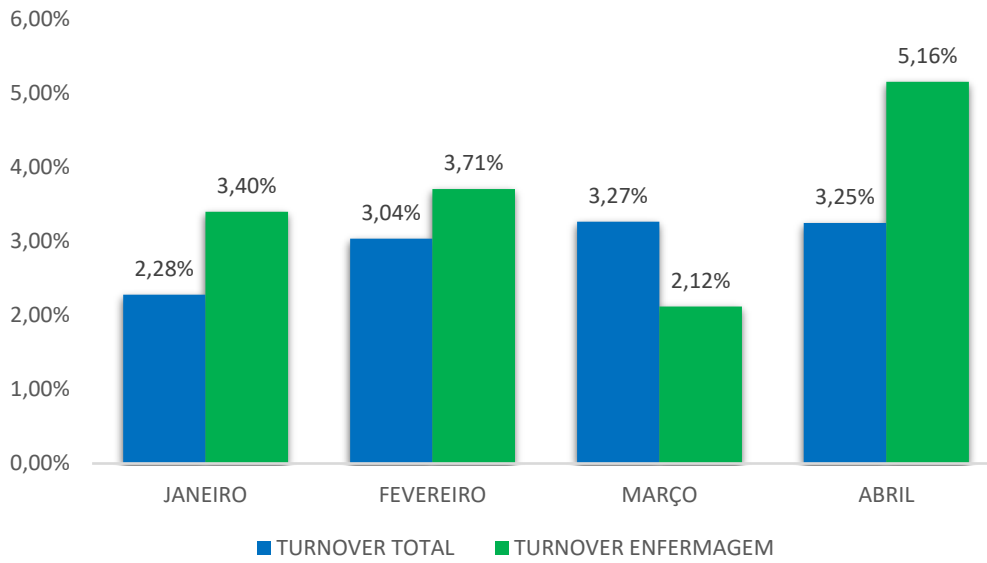
ANÁLISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

Observa-se que o aumento da taxa de turnover no período analisado foi influenciado por dois fatores principais. O primeiro refere-se às ações previstas no plano de ação voltado ao absenteísmo, que contemplavam, além de reuniões in loco, o desligamento estratégico de alguns colaboradores. Somados aos pedidos espontâneos de desligamento, esses movimentos impactaram diretamente na elevação da taxa de saídas no período. Ressalta-se, contudo, que as reposições dos profissionais foram realizadas no mesmo mês, visando minimizar impactos operacionais e assistenciais.

Adicionalmente, ao analisar o período de dezembro/2025 a fevereiro/2026, identifica-se que o quantitativo de desligamentos foi superior ao de admissões, ocasionando redução do número total de colaboradores ativos na área da Enfermagem. Tal cenário impacta diretamente o cálculo do indicador de turnover, uma vez que a diminuição do quadro total de profissionais eleva proporcionalmente o resultado percentual do indicador, mesmo diante de equilíbrio posterior entre admissões e desligamentos.

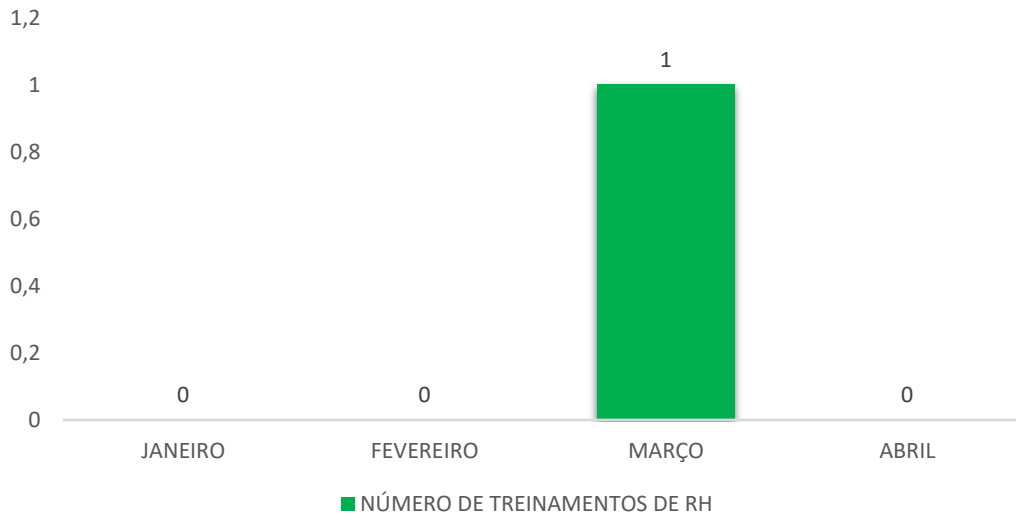
Dessa forma, conclui-se que o comportamento do indicador no período não está relacionado exclusivamente ao aumento de desligamentos, mas também à redução do quantitativo total de colaboradores ativos na equipe de Enfermagem, fator que potencializou o resultado apresentado.

Gráfico 6. Turnover



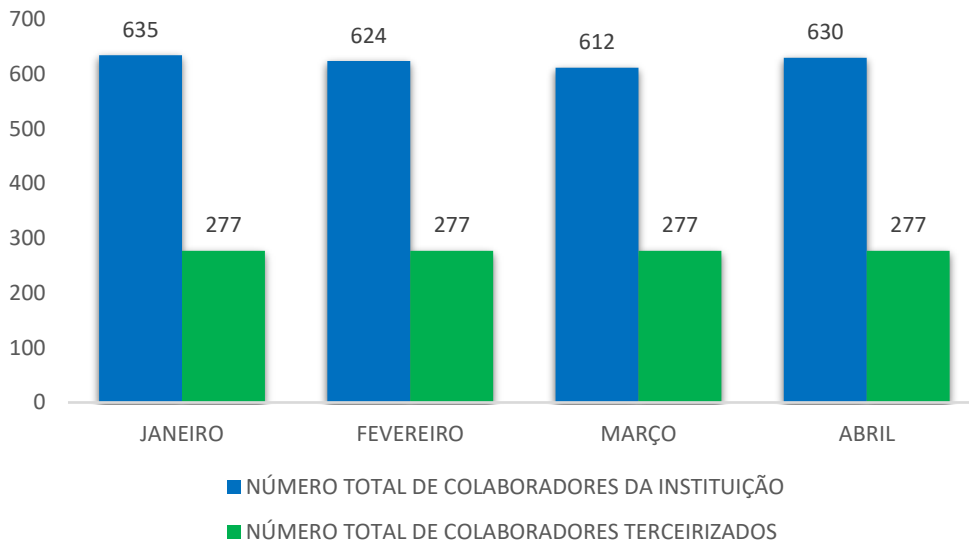
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 7. Número de treinamentos de RH



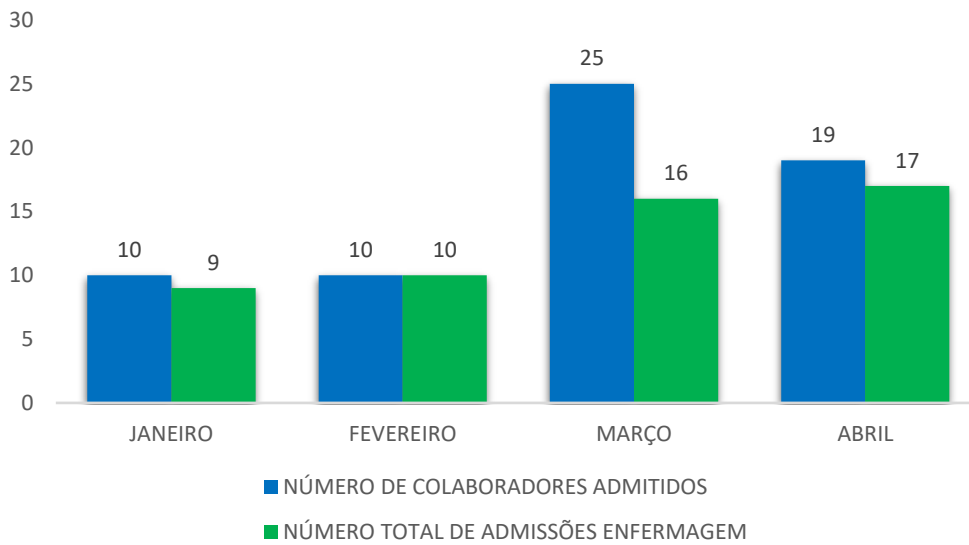
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 8. Total de colaboradores



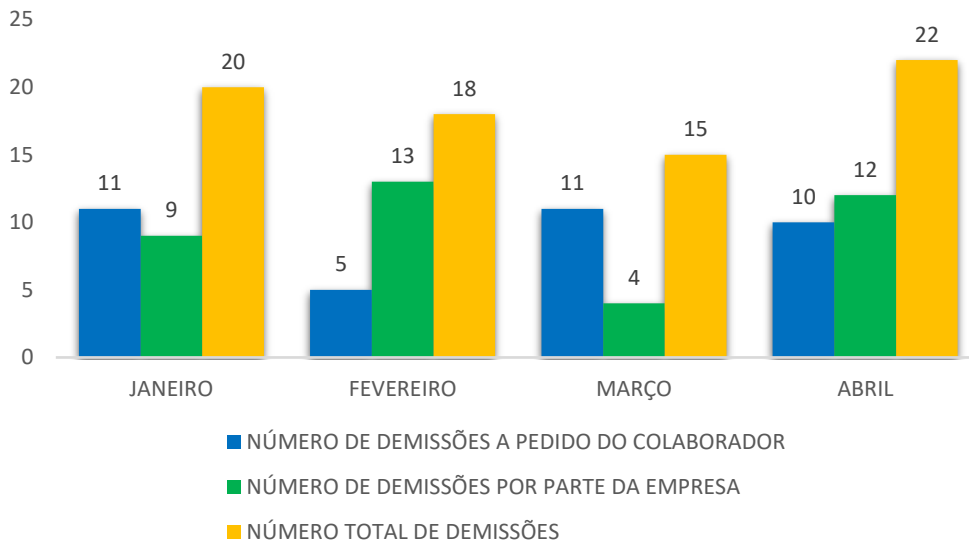
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 9. Admissões



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

Gráfico 10. Demissões



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.

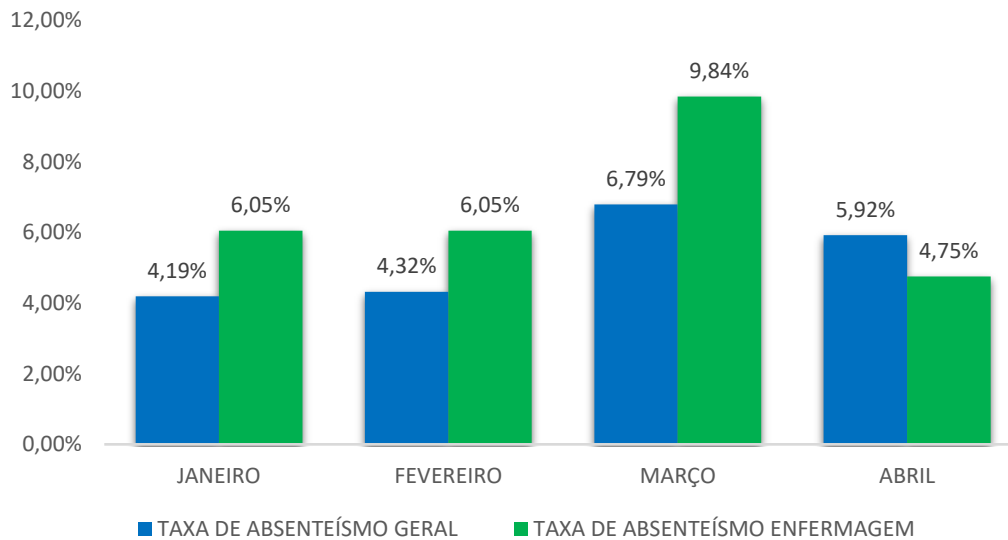
Essas funções ajudam a garantir que a gestão hospitalar seja eficiente e cumpra com todas as obrigações legais e éticas relacionadas aos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Tabela 8. Indicadores de Departamento Pessoal

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ABSENTEÍSMO GERAL	< 6%	4,19%	4,32%	6,79%	5,92%
TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM	< 8%	6,05%	6,05%	9,84%	4,75%
TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 85%	93,95%	93,05%	90,16%	91,42%
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 51.448h	49536	49156	50915	48344
NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS	Quanto menor, melhor	54	41	42	41

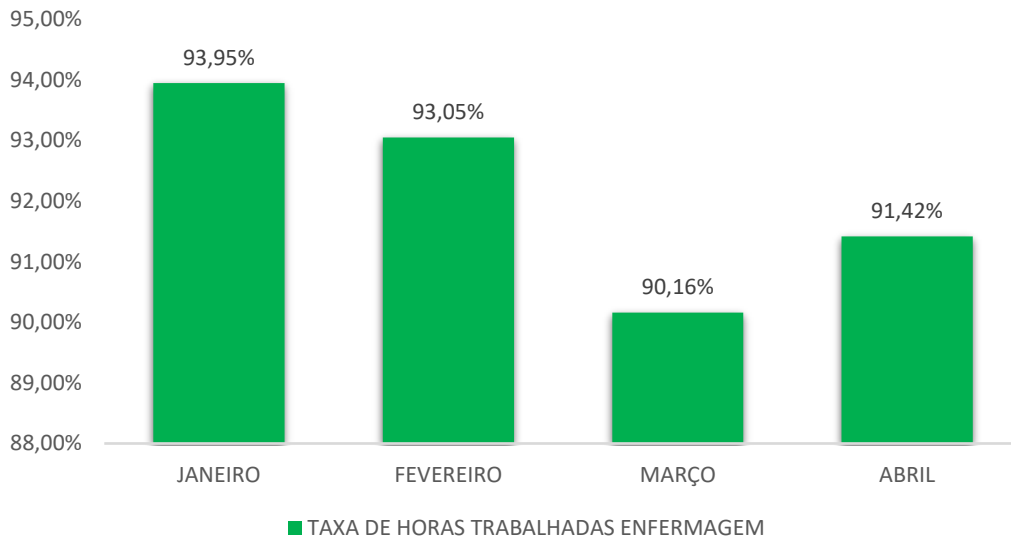
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 11. Absenteísmo



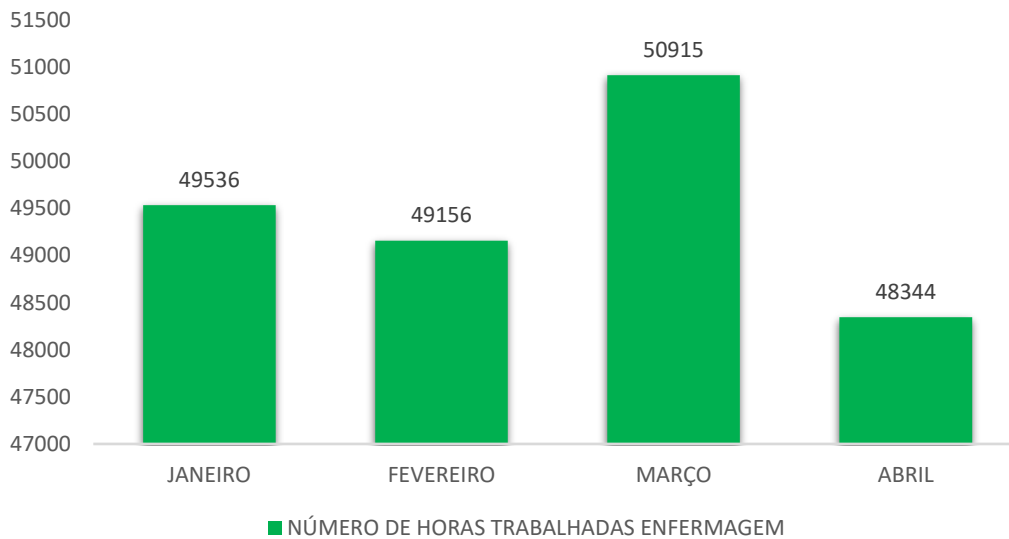
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 12. Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem

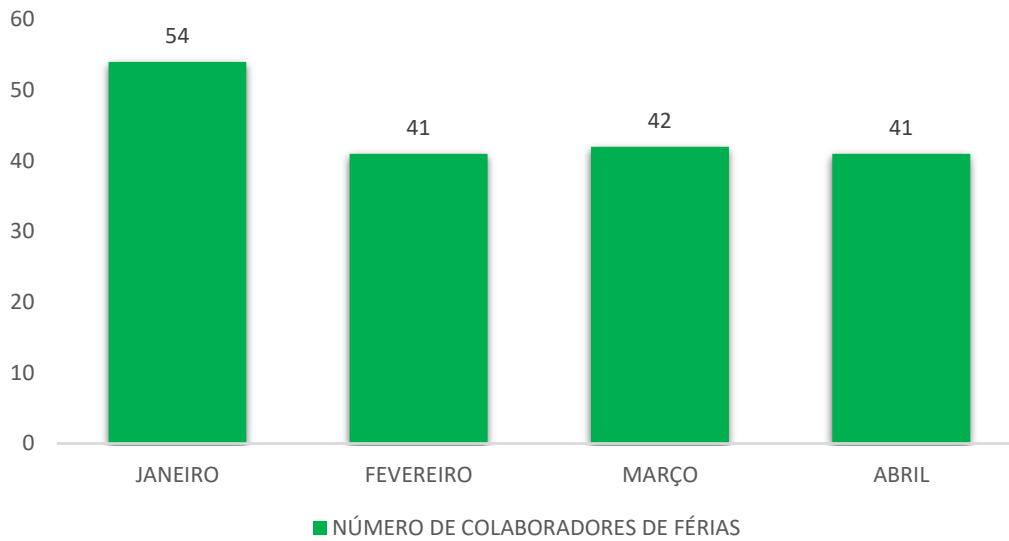


Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 13. Número de horas trabalhadas pela 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 9. Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES DEMISSIONAIS	> 85%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO	> 85%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE COLABORADORES AFASTADOS POR	< 5%	1%	1%	1%	1%

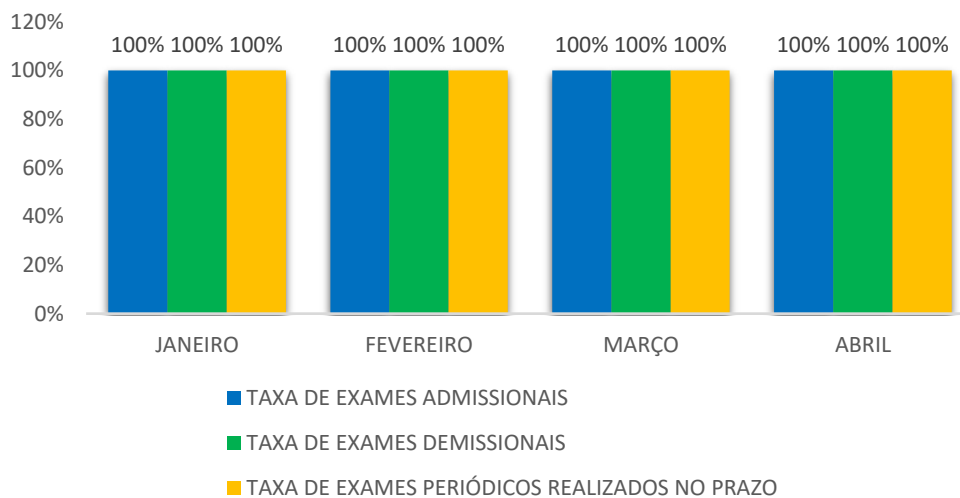
ACIDENTES DE TRABALHO					
NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS	Quanto menor, melhor	395	425	437	332
NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)	Quanto menor, melhor	22	20	21	20
NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)	Quanto menor, melhor	9	10	11	10
NÚMERO DE AFASTADOS (LICENÇA A MATERNIDADE)	Quanto menor, melhor	10	7	7	7
NÚMERO DE ATESTADOS POR SINDROME GRIPAL	Quanto menor, melhor	16	22	43	57
NÚMERO DE DIAS PERDIDOS	Quanto menor, melhor	790	845	876	754

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

ANÁLISE CRÍTICA – MEDICINA OCUPACIONAL

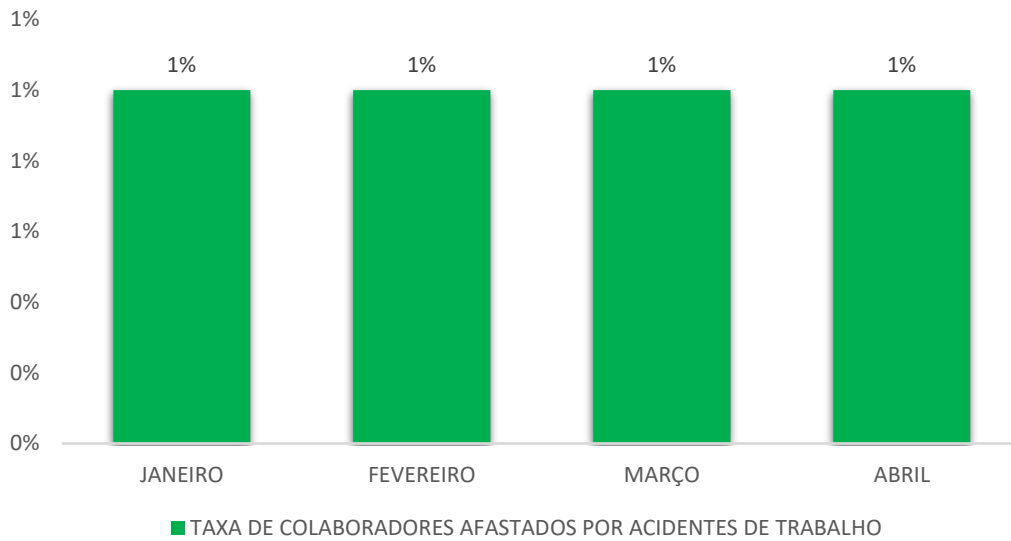
Analisando o número elevado de atestados médicos, foi iniciado plano de ação conjunto entre a gestão de Enfermagem e o RH, com abordagens nos plantões, escuta ativa dos colaboradores e realização de palestras sobre engajamento e pertencimento institucional, visando compreender as causas e promover melhoria no cenário.

Gráfico 15. Análise de exames medicina ocupacional



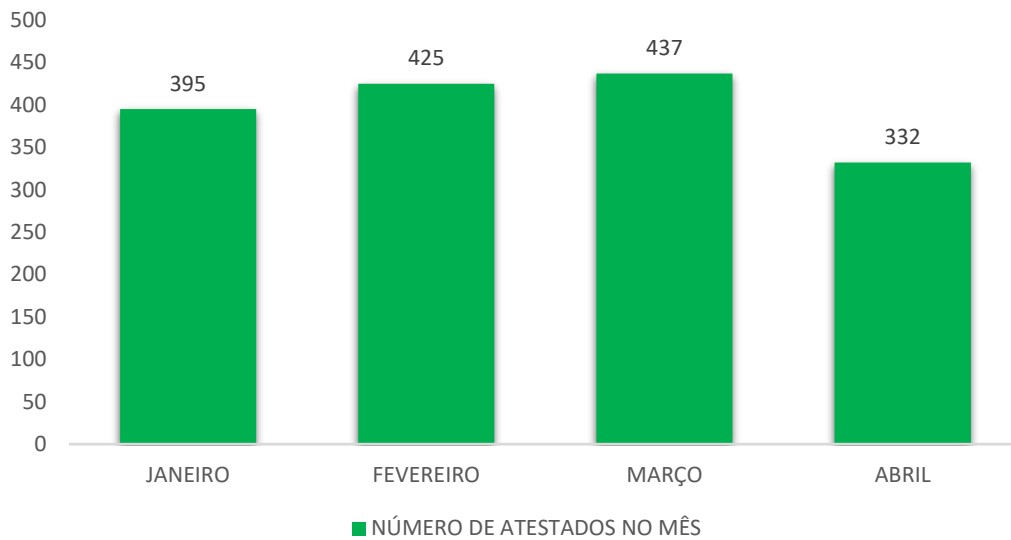
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16. Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho



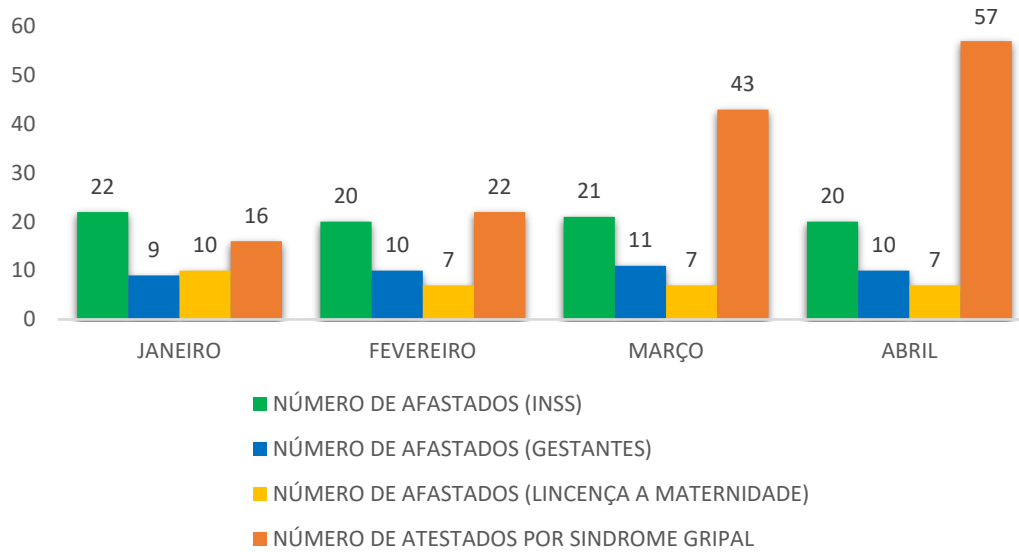
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17. Número de atestados mês



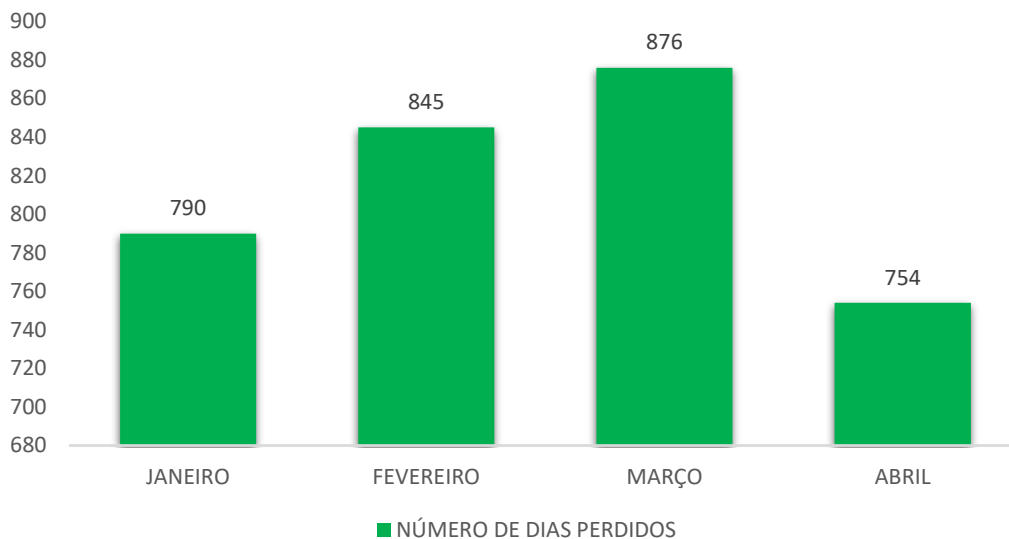
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 18. Análise de afastamentos



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

Gráfico 19. Número de dias perdidos



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

3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

Tabela 10. Indicadores Segurança do Trabalho

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ACIDENTES MATERIAIS BIOLÓGICOS	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACIDENTES DE PERFURO	0%	100%	0%	0%	100%
TAXA DE INSPEÇÕES	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES	< 40%	0,31%	0%	0%	0%
NÚMERO DE EPI'S DISTRIBUÍDOS	Quanto maior, melhor	96	61	166	93
NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS PELO SESMT	Quanto maior, melhor	13	14	58	56
NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES NOS TREINAMENTOS	Quanto maior, melhor	503	569	574	993
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS	Quanto maior, melhor	10	10	18	15
NÚMERO DE INTERVENÇÕES ERGONÔMICAS	Quanto maior, melhor	20	57	10	25
NÚMERO TOTAL DE ACIDENTES	Quanto menor, melhor	2	0	0	2
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	Quanto menor, melhor	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

No mês de abril foram registrados dois acidentes de trabalho, ambos devidamente acompanhados pelo SESMT, com aplicação imediata das medidas corretivas e preventivas pertinentes.

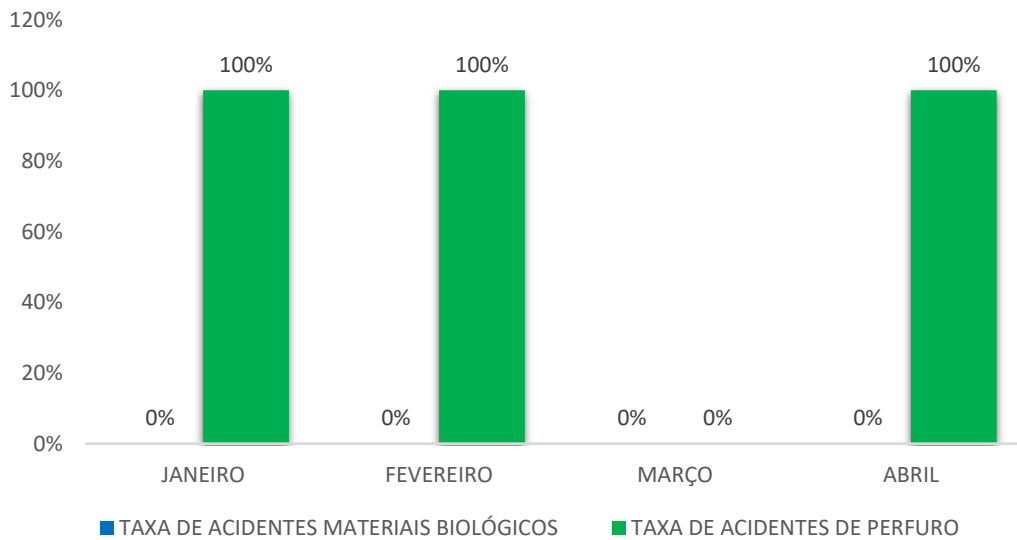
A primeira ocorrência esteve relacionada à ausência de sinalização de piso molhado associada à falta de atenção durante o deslocamento, ocasionando escorregão do colaborador. Como plano de ação imediato, foram reforçadas as orientações quanto à

sinalização adequada das áreas em limpeza e intensificada a conscientização das equipes sobre atenção durante circulação nos setores.

A segunda ocorrência ocorreu durante a realização de procedimento de sutura, quando o técnico de enfermagem auxiliava o médico, resultando em perfuração com material perfurocortante. Após o evento, foram adotadas imediatamente as condutas institucionais previstas para acidentes com perfurocortantes, além do reforço das orientações de segurança durante procedimentos assistenciais.

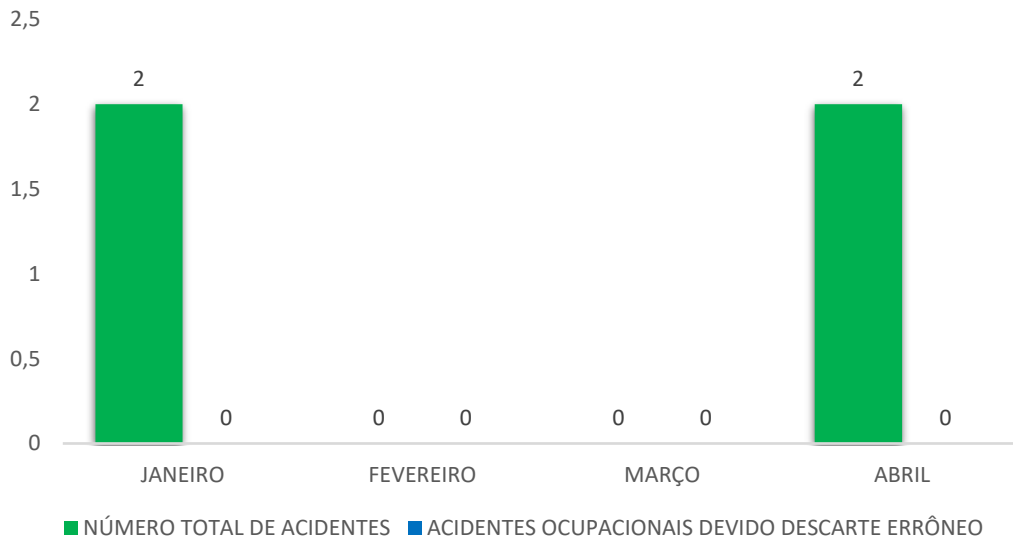
Como ação contínua de prevenção, o SESMT mantém ao longo do ano os Diálogos de Segurança junto às equipes, visando fortalecer a cultura de segurança, prevenção de acidentes e adesão às práticas seguras no ambiente de trabalho.

Gráfico 20. Taxa de Acidentes



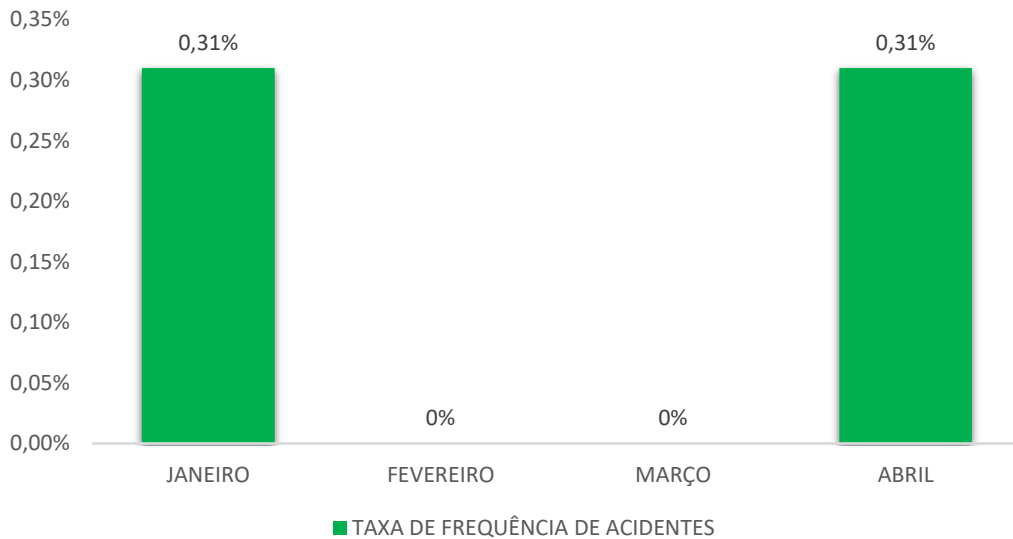
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21. Número de acidentes



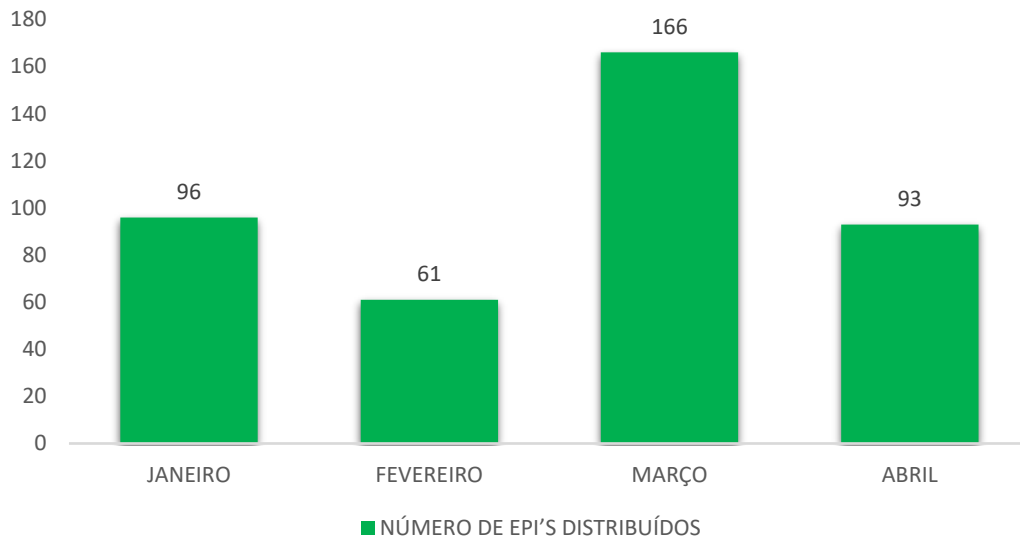
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22. Taxa de Frequência de acidentes



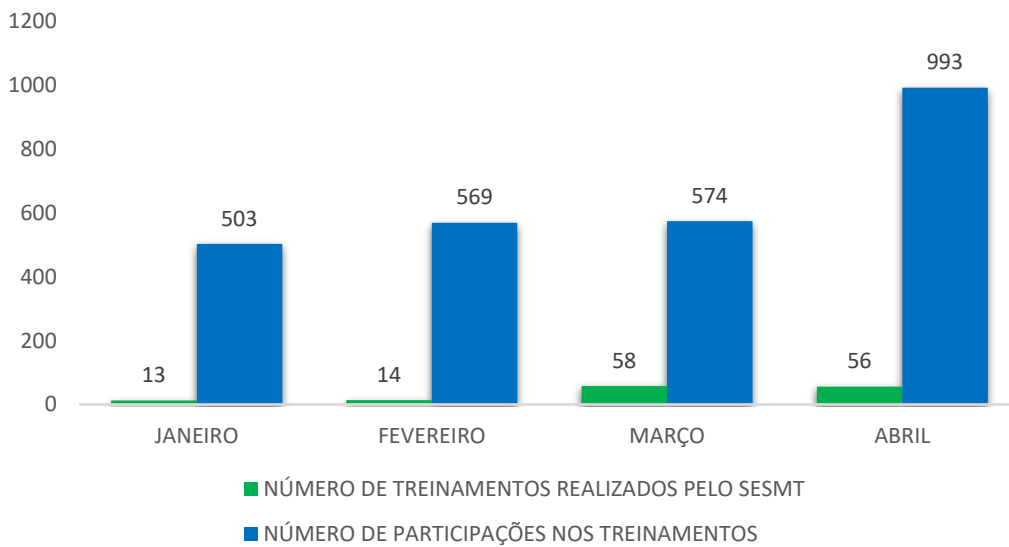
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23. Número de EPI's distribuídos



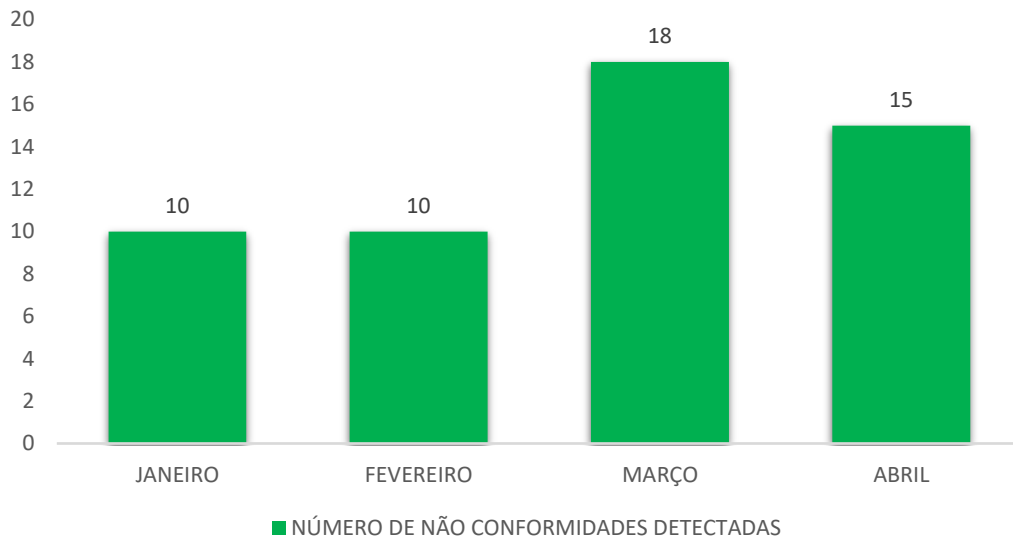
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24. Treinamentos SESMT



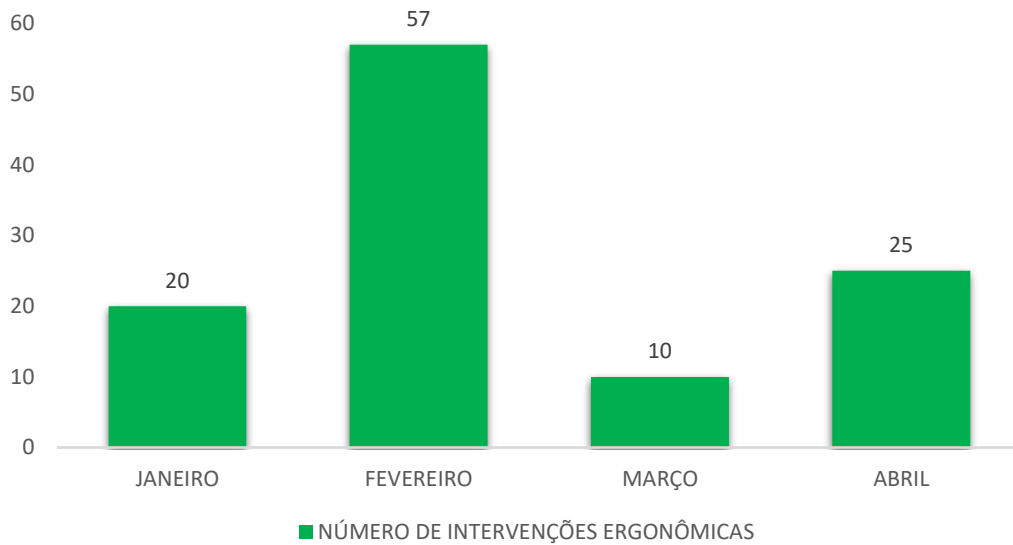
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25. Número de não conformidade detectadas



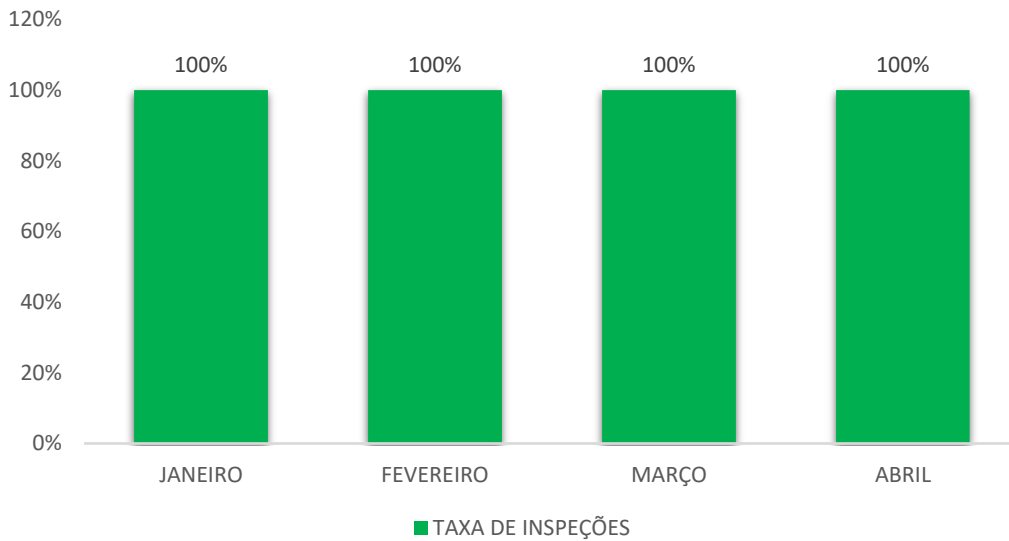
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 26. Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 27. Taxa de inspeções



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

3.2.1. Radiologia

O setor de Radiologia do Hospital Municipal Guarapiranga é responsável pela realização de exames de diagnóstico por imagem, atuando de forma integrada com as equipes assistenciais e multiprofissionais. O serviço atende pacientes internados, unidades críticas, clínica médica, pediatria e cuidados prolongados, garantindo suporte diagnóstico oportuno, seguro e alinhado às diretrizes institucionais de qualidade e segurança do paciente.

Tabela 11. Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,62%	0,39%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	24%	18%	18%	24%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	321	256	239	315
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	2	1	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	77	45	44	76

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

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

Tabela 12. Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,91 %	1,49%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	37%	22%	14%	31%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	110	67	90	110
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	1	1	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	41	15	13	34

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,55%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	18%	14%	17%	19%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	182	140	90	102
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	1	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	32	20	15	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	ABRIL
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	n/a	n/a	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	n/a	n/a	22%	14%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	n/a	n/a	90	56
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	n/a	n/a	11	8

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

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

Tabela 15. Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	14%	22%	35%	38%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	28	46	17	40
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	4	10	6	15

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

Tabela 16. Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	0%	0%	40%	0%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	1	3	5	7
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	0	0	2	0

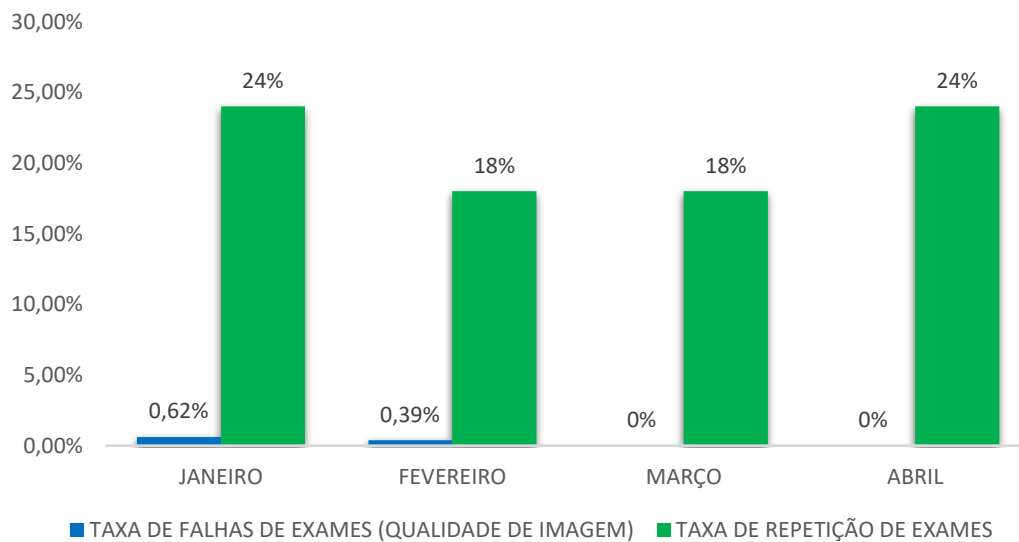
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

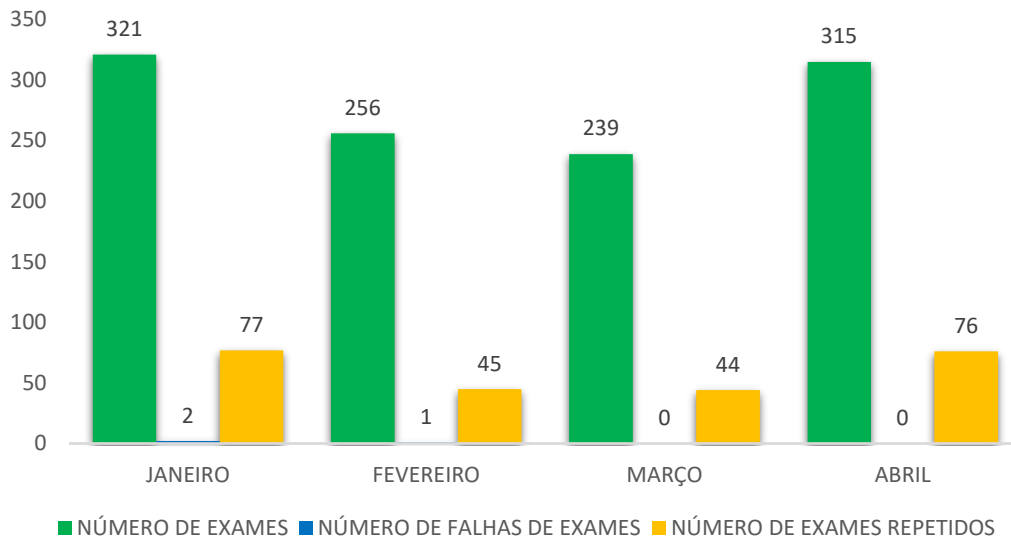
No período, não houve registros de repetição de exames em menos de 24 horas nem ocorrência de erro de RX. Observou-se, entretanto, aumento no quantitativo de exames relacionados a múltiplos procedimentos e tracionamento de SNE, cenário associado ao perfil clínico dos pacientes atendidos e à necessidade de confirmações posicionais e avaliações complementares.

Destaca-se que um único paciente concentrou número expressivo de exames para avaliação de SNE no período, impactando diretamente o volume total do indicador. O cenário permanece em acompanhamento pelas equipes assistenciais e de imagem, visando garantir segurança e adequação das condutas assistenciais.

Gráfico 28. Taxa de falhas e repetições de exames (Geral Hospitalar)



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

Gráfico 29. Análise de quantitativo de exames (Geral Hospitalar)


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

3.2.2. Laboratório

O Laboratório do Hospital Municipal Guarapiranga é responsável pela realização de exames laboratoriais essenciais ao diagnóstico, monitoramento e tratamento dos pacientes.

Atua com foco na confiabilidade dos resultados, segurança do paciente e cumprimento dos prazos estabelecidos, atendendo às diversas áreas assistenciais da unidade.

Tabela 17. Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ERROS PÓS - ANALÍTICOS	< 1%	0%	0%	0%	0%
TAXA DA QUALIDADE DOS RESULTADOS	< 1%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE AMOSTRAS REJEITADAS (RECOLETA)	< 2%	1,92%	2,51%	2,94%	1,77%
SOBRAS DE TUBOS	< 1%	0%	0%	0%	0%
TEMPO DE ESPERA PARA COLETA	quanto menor, melhor	02:21:00	02:23:00	01:57:00	02:18:00
TEMPO DE PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS	quanto menor, melhor	00:46:00	00:50:00	00:51:00	00:45:00
TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADOS CRÍTICOS	quanto menor, melhor	00:06:00	00:07:00	00:08:00	00:05:00
QUANTIDADE DE CRÍTICOS NÃO NOTIFICADOS	<2%	0%	0%	0%	0%

TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS	>98%	90%	99%	100%	100%
EFICIÊNCIA NA EMISSÃO DE RELATÓRIOS (TAT)	> 90%	99%	99%	99%	99%
INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS	0,00	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS	neutro	15.209	9105	8.627	10.715
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	neutro	7.153	8.251	7.695	9.603

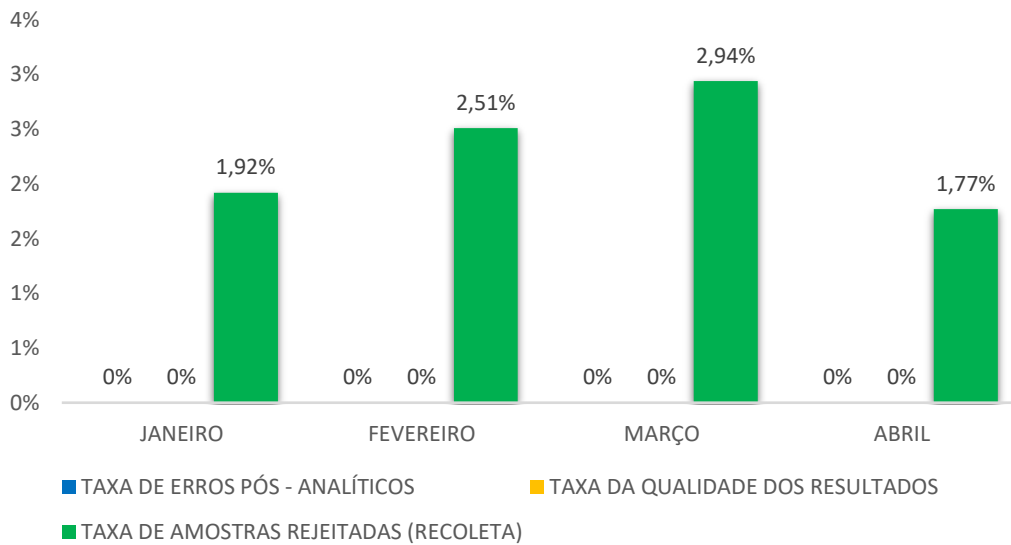
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Observa-se redução no percentual de recoletas em comparação aos meses anteriores. O resultado está relacionado à centralização das coletas pelos auxiliares de coleta, bem como à admissão de novos colaboradores para atuação dedicada no processo.

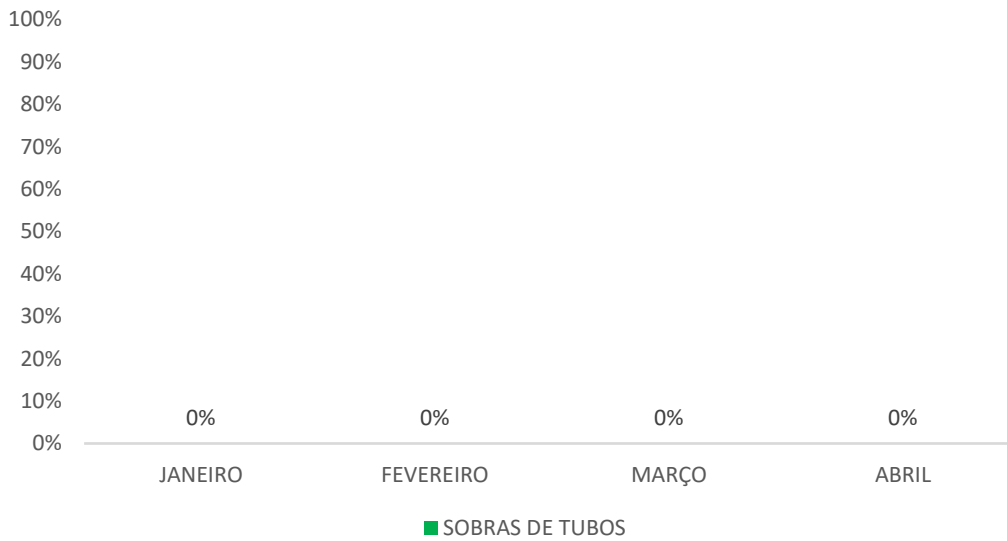
Identifica-se que a ampliação da equipe contribuiu para a diminuição do volume de coletas realizadas pela equipe assistencial, proporcionando maior padronização técnica e melhoria na qualidade das amostras coletadas, refletindo diretamente na redução do percentual de recoletas no período analisado.

Gráfico 30. Análise de qualidade de exames de laboratório



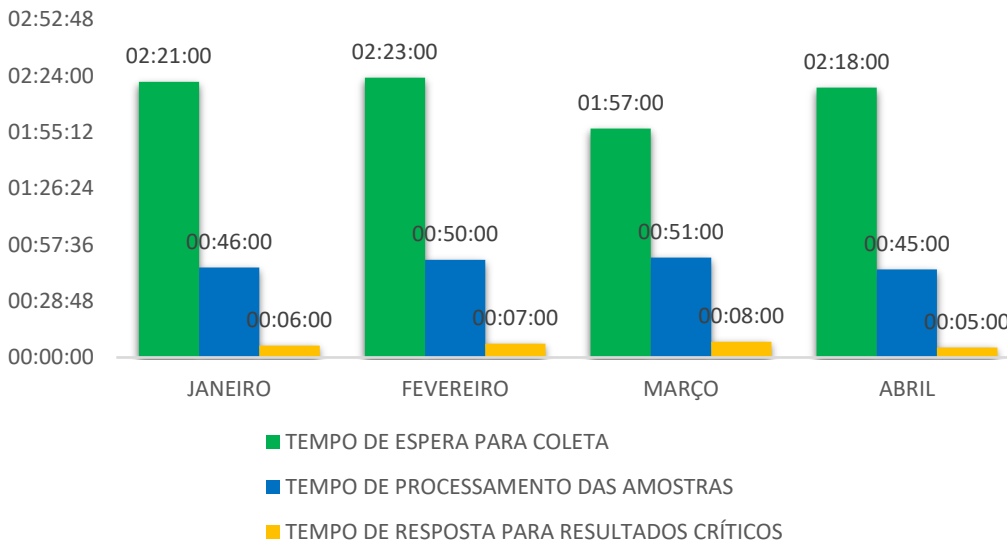
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 31. Sobras de tubos



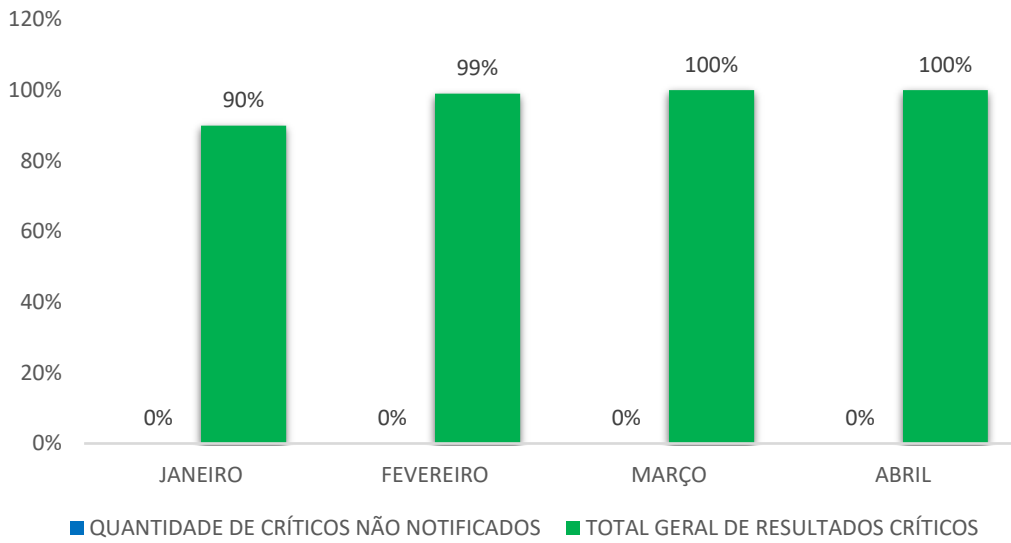
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 32. Tempo de espera, processamento e resposta



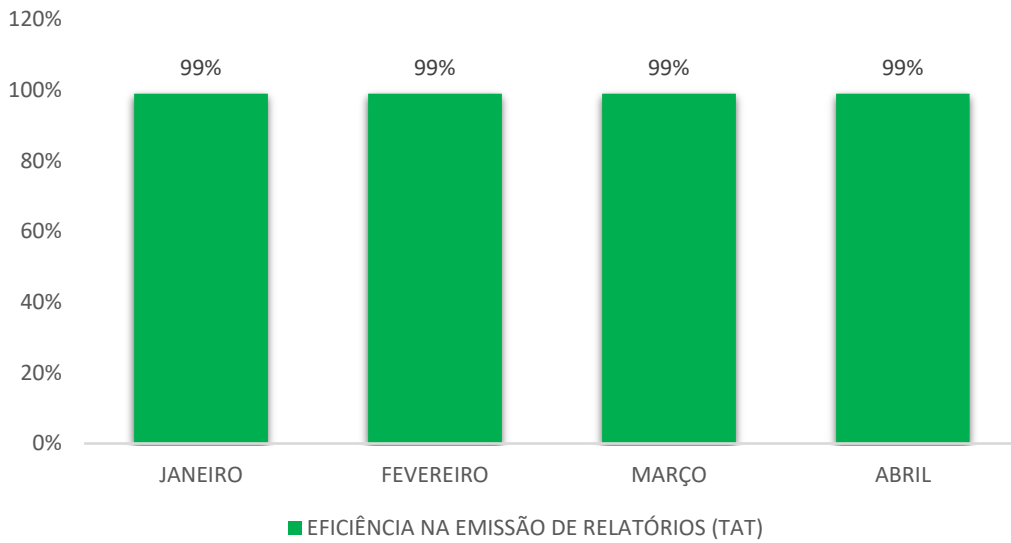
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33. Resultados críticos



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

Gráfico 34. Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



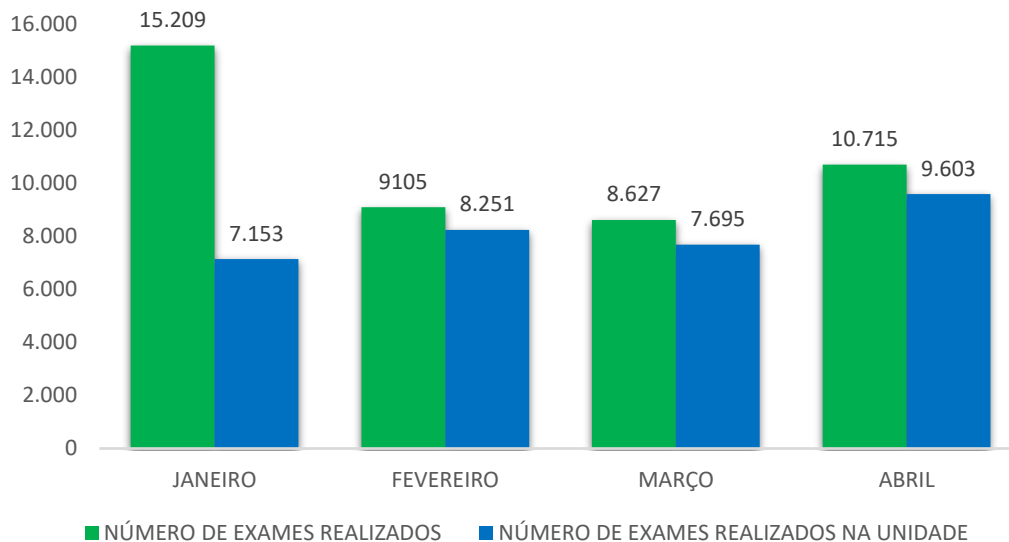
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 35. Incidentes e/ou eventos adversos



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

Gráfico 36. Quantitativos de exames



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

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

Tabela 18. Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FLEBITE	<15%	1,15%	1,18%	0,58%	1,44%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	11,81	5,80	6,25	3,90
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	48,25	42,50	46,18	39,70
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	15,63%	8,33%	6,36%	13%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	3,13%	2,78%	0,91%	3,13%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,52	0,58	0,59	0,69
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	96	108	110	128
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	15	9	7	16
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / 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	ABRIL
TAXA DE FLEBITE	<15%	2,89 %	1,51%	0,27%	0,94%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,65	1,68	2,06	1,06
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	11,02	12,26	17,07	12,83

TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	7,53%	4,95%	3,70%	6,48%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0,93%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	1,89	2,02	1,62	2,16
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	93	101	81	108
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	7	5	3	7
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FLEBITE	<15%	0,78 %	0,90%	0,68%	1,91%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	4,23	3,08	4,12	3,72
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 dias	4,46	4,77	3,71	5,24
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	4,67%	3,74%	2,41%	4,48%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	2,80%	2,80%	1,20%	4,48%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	5,35	3,57	4,15	3,35
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	107	107	83	67
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	5	4	2	3
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FLEBITE	<15%	n/a	n/a	2,99%	3,33%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	n/a	n/a	3,28	2,25
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 dias	n/a	n/a	4,56	6,08
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	n/a	n/a	2,78%	2,78%

TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	n/a	n/a	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	n/a	n/a	3,60	3,60
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	36	36
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	n/a	n/a	1	1
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	n/a	n/a	0	0

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Tabela 22. Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%	0,62%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	52	21	20,33	7,33
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 dias	981,33	445,67	1013	492,67
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	100%	0%	33,33%	66,67%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,03	0,06	0,03	0,06
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	3	6	3	6
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	3	0	1	4
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

Tabela 23. Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	0	0	0	47,09
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (EREM)	< 70	0	0	0	11
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 dias	752,83**	780,83**	811,83**	723,43**
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (EREM)	< 500 dias	*	*	*	169

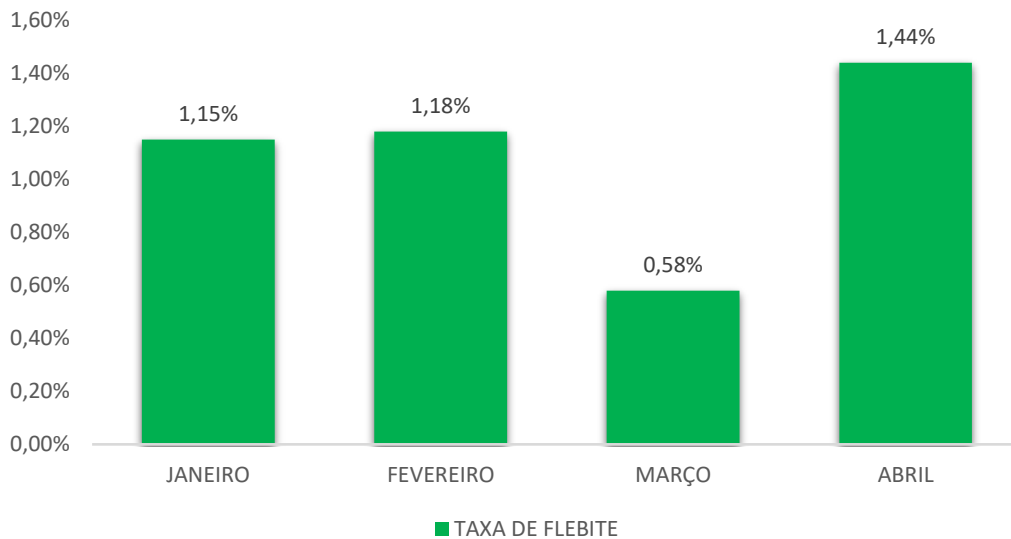
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	0%	0%	0%	100%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0	0	0	0,17
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	0	0	0	1
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	0	1
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

*A fórmula de Tempo Médio de Permanência aplicada no EREM corresponde ao número de pacientes-dia dividido pelo número de saídas. Como nesses períodos não houve saídas, não foi possível mensurar o indicador, considerando que uma divisão por zero configura uma operação indefinida.

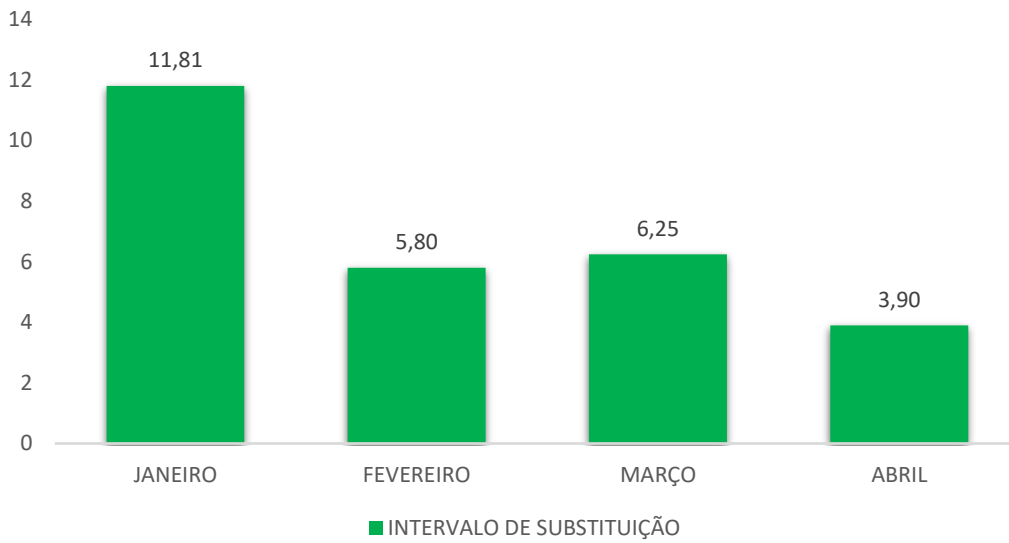
** Dados corrigidos, conforme a fórmula de tempo médio de permanência.

Gráfico 37. Taxa de flebite (Geral Hospitalar)



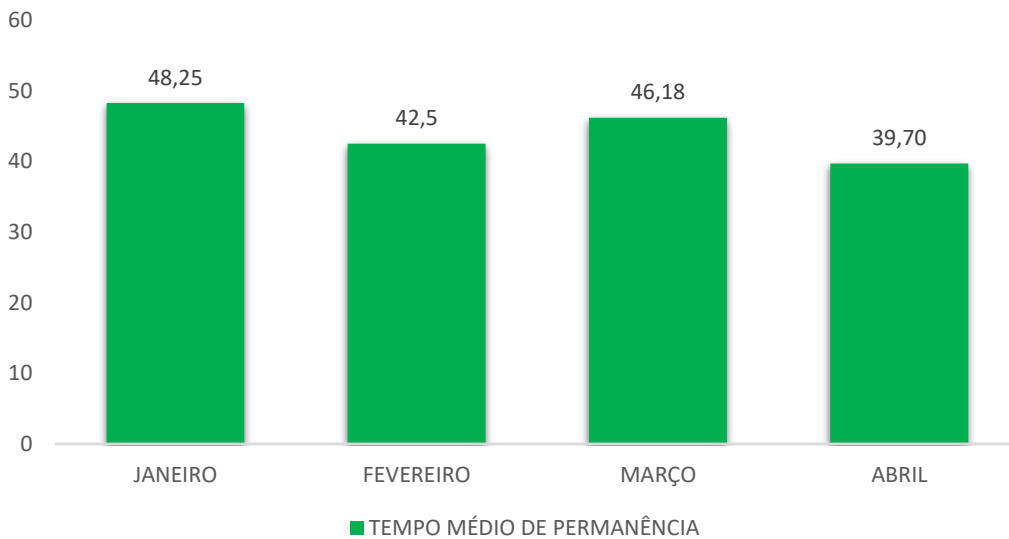
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38. Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39. Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar)



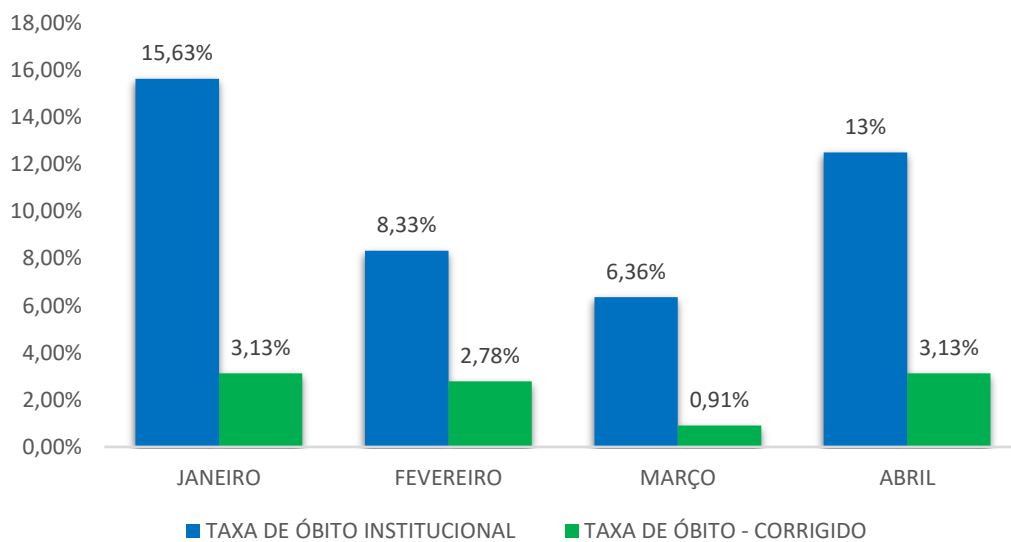
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 40. Giro de leito (Geral hospitalar)



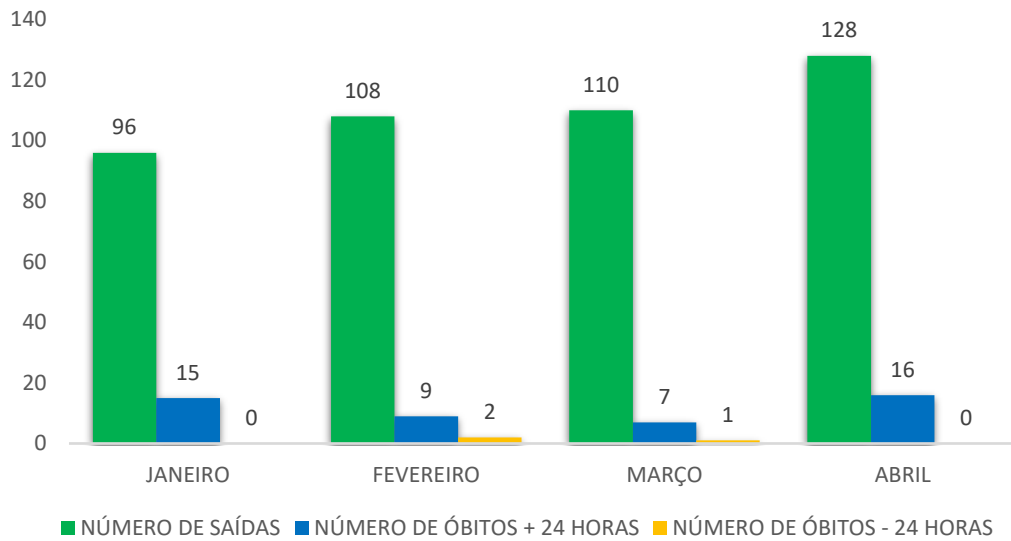
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 41. Taxa de óbito institucional e corrigida



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 42. Saídas e óbitos



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

3.3.1. Nutrição

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

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

enteral (alimentação por sonda) e a nutrição parenteral (administração de nutrientes diretamente na corrente sanguínea).

Tabela 24. Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS	100%	96%	100%	91%	94%
TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	100%	85%	102%	84%	98%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Quanto maior, melhor	3492	3302	3469	3764
NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI	Quanto maior, melhor	111	114	108	127
NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS	Quanto maior, melhor	111	114	119	135
NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	Quanto maior, melhor	57	97	90	102
NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS	Quanto maior, melhor	67	95	107	104
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	neutro	20379	20841	22721	22080
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	neutro	606	616	513	681
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	neutro	10760	9529	11100	10501
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	34%	33%	34%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	35%	36%	35%	34%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	9%	12%	10%	9%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	21%	18%	22%	23%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25. Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	5265	7000	7632	7164
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	39%	37%	37%	38%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	37%	36%	36%	37%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	17%	15%	16%	11%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	7%	12%	13%	14%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 26. Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija

INDICADOR	METAS	Flor			
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	2178	2522	1545	1410
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	26%	31%	24%	26%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	32%	34%	30%	38%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	17%	19%	20%	17%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	25%	16%	26%	19%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 27. Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem

INDICADOR	METAS	te vi			
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	n/a	n/a	693	900
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	n/a	n/a	27%	41%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	n/a	n/a	36%	19%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	n/a	n/a	25%	8%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	n/a	n/a	12%	32%

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28. Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	12750	11141	12592	12247
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	36%	33%	33%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	32%	32%	32%	31%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	6%	6%	7%	8%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	27%	26%	28%	28%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29. Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

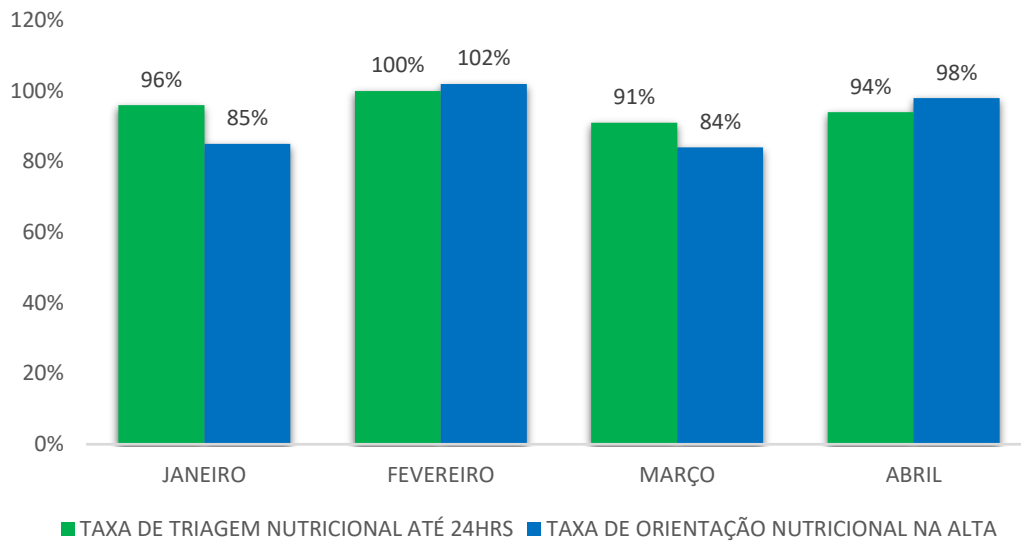
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	186	177	259	359
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	16%	17%	17%	21%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	84%	83%	83%	79%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	0%	0%	0%	0%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

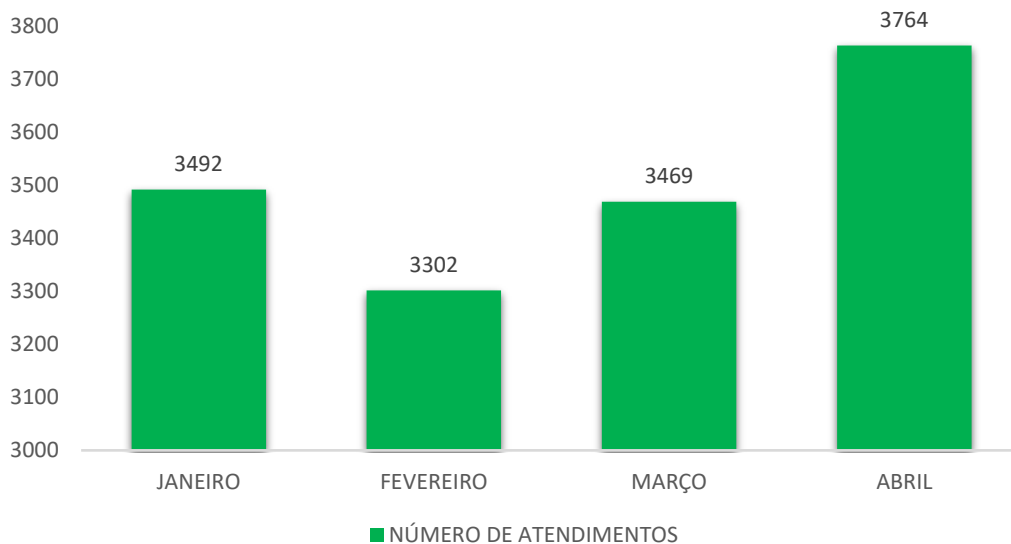
Houve aumento no número de refeições na pediatria, decorrente da evolução clínica de paciente que deixou de receber dieta exclusiva de leite, passando a receber alimentação com outros tipos de dieta, o que impactou diretamente o quantitativo de refeições no período.

Gráfico 43. Taxa de triagem e orientação



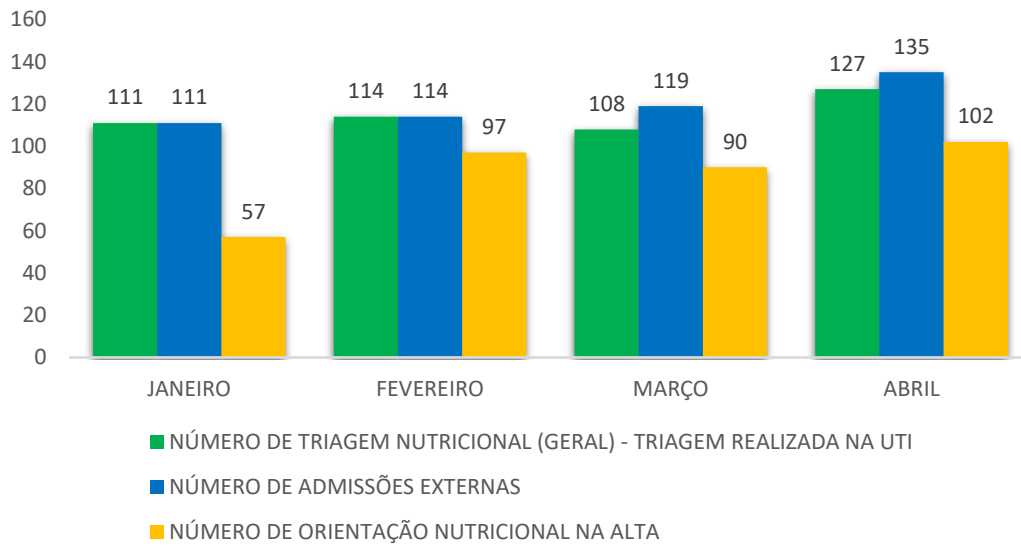
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 44. Número de atendimentos



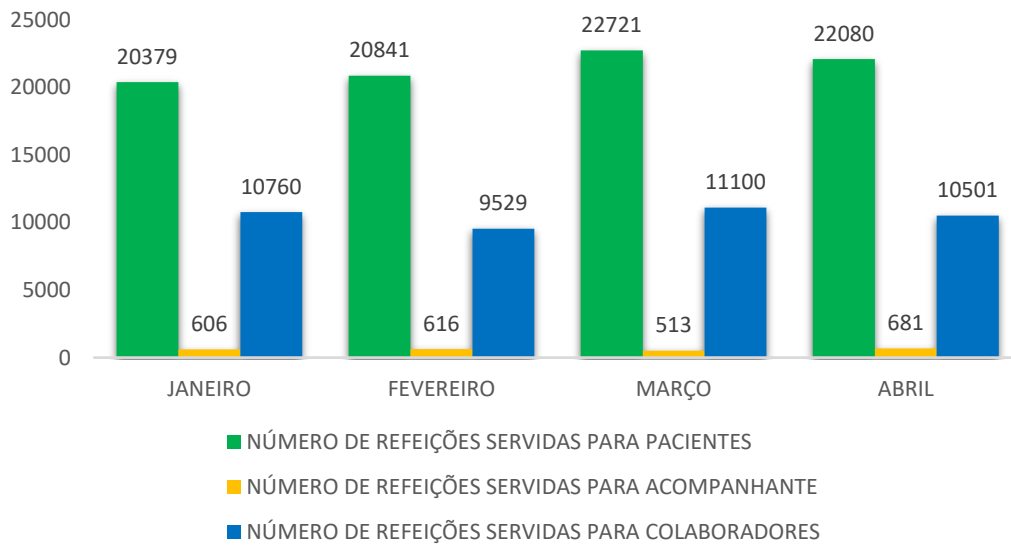
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 45. Quantitativo de triagem, admissões e orientações



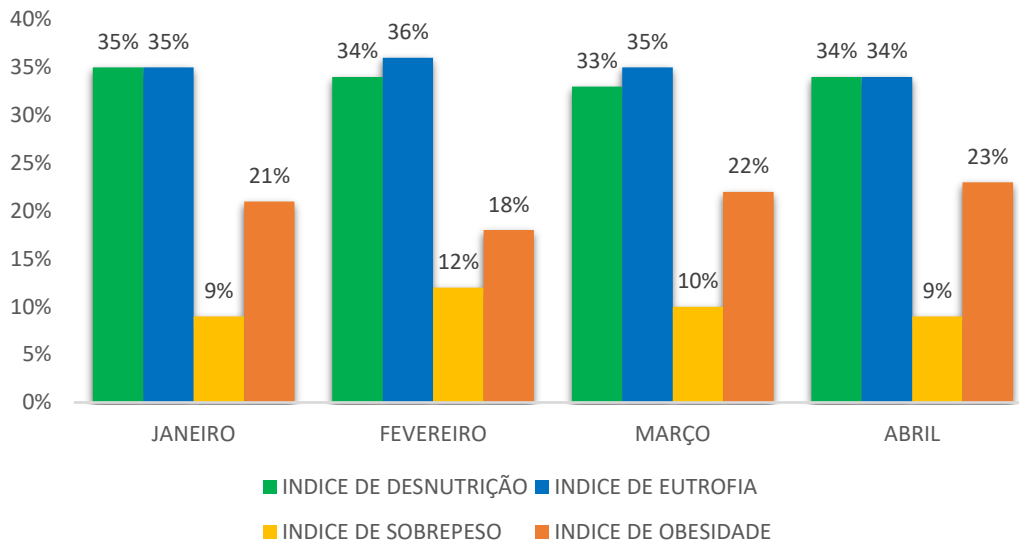
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46. Refeições



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 47. IMC – Geral Hospitalar



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

3.3.2. Fisioterapia

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

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

- **Prevenção de Complicações:** Em pacientes imobilizados ou com mobilidade reduzida, os fisioterapeutas trabalham para prevenir complicações secundárias, como úlceras de pressão, trombose venosa profunda e atrofia muscular. Técnicas de mobilização precoce e exercícios de prevenção são frequentemente utilizados.
- **Reabilitação Funcional e Reinserção Social:** Além de tratar problemas imediatos, os fisioterapeutas trabalham para restaurar a capacidade funcional do paciente, facilitando a reintegração nas atividades diárias e sociais, quando possível.
- **Apoio Em Situações Críticas:** Em pacientes com condições graves ou críticos, a fisioterapia pode ser adaptada para incluir técnicas de suporte respiratório e de posicionamento para melhorar a função pulmonar e a circulação.

Tabela 30. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	97%	99%	99%	96%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	93%	94%	93%	93%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	97%	99%	99%	96%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	7000	5872	5721	6590	7019
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO	> 10000	11034	10279	11365	11638
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 7000	7058	6456	7497	7394
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	10	6	13
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	12	2	8
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	1
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	> 15	17	16	16	16
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	> 15	12	12	11	11
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	> 5	4	3	1	2

MÉDIA DE PACIENTES EM MNR | > 2 3 3 1 1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	90%	92%	95%	90%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	96%	95%	95%	92%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	6	1	1
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	3	2	1	5
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	5	5	3	5
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	2	1	1	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	2	1	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	99%	100%	100%	98%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	84%	95%	88%	100%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	99%	100%	100%	98%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	4	2	8
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	2	1	5
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	2
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	4	1	2	0
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	3	3	2	1
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	1	1	1	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	1	1	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 33. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) –

Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	n/a	n/a	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	n/a	n/a	90%	100%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	n/a	n/a	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	n/a	n/a	2	3
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	n/a	n/a	0	3
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	n/a	n/a	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	n/a	n/a	0	1
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	n/a	n/a	1	1
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	n/a	n/a	0	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	n/a	n/a	0	1

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 34. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	0%	0%	0%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	0%	100%	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	5	8	8	7
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	3	3	5	4
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	1	1	1	2
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	0	1	1	1

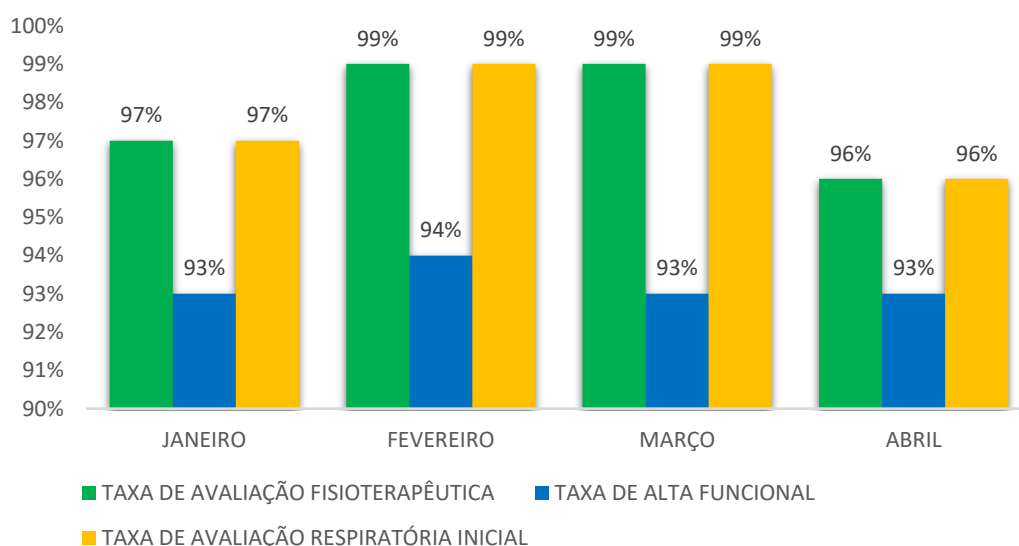
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 35. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	0%*	0%*	0%*	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	0%*	0%*	0%*	0%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	0%*	0%*	0%*	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0	1	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	1	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	Neutro	5	5	5	6
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	Neutro	1	1	1	1
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	Neutro	0	0	0	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	Neutro	0	0	0	0

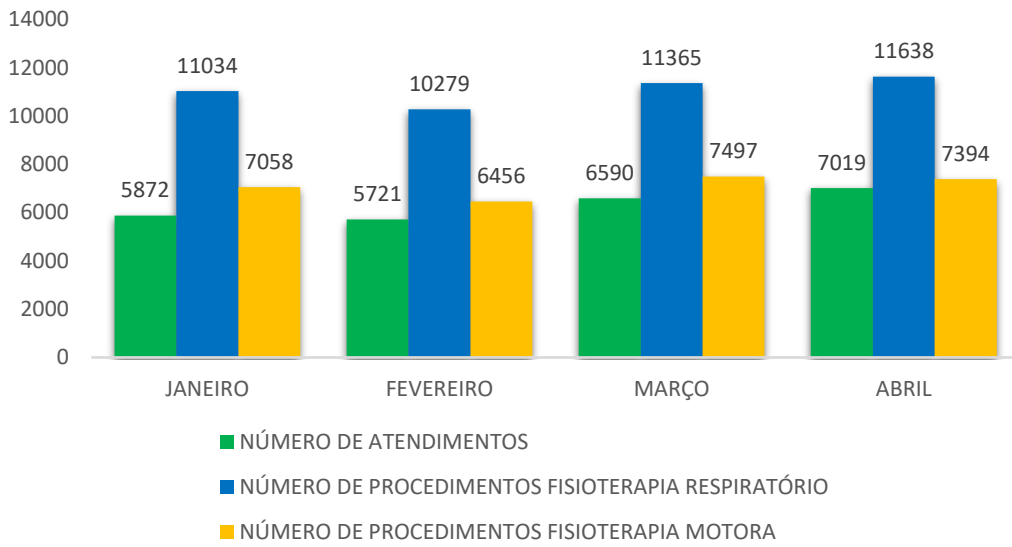
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

***Observação:** Não houve admissão no setor da Pediatria, portanto os indicadores: Taxa de avaliação fisioterapêutica, alta funcional e avaliação respiratória inicial estão zerados.

Gráfico 48. Taxa avaliação e alta funcional


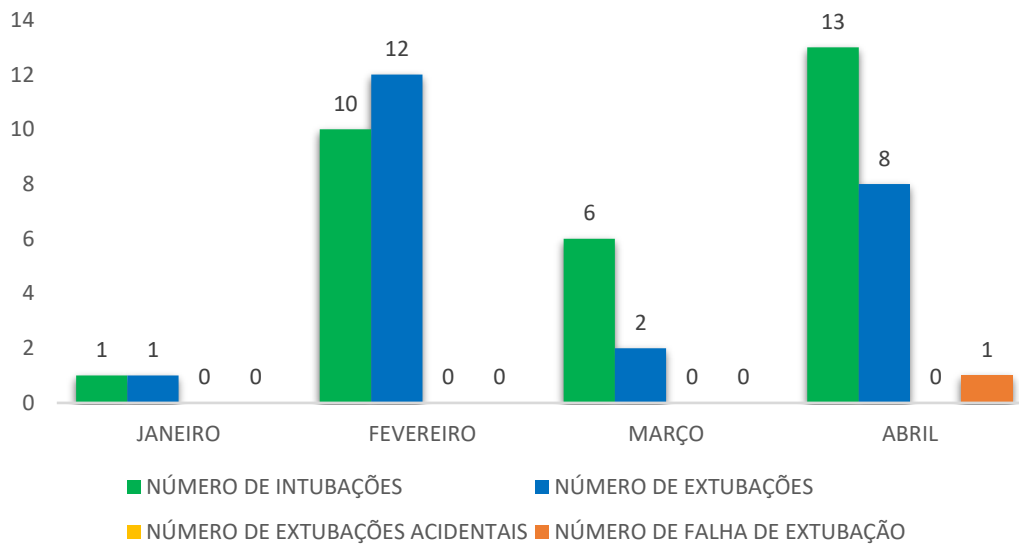
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 49. Quantitativo de atendimentos e procedimentos



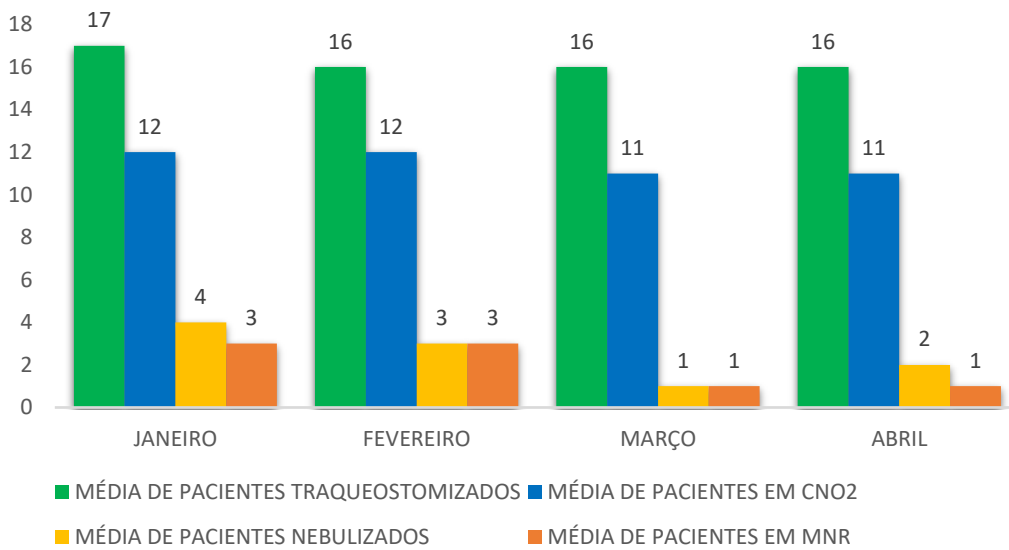
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 50. Número de intubações, extubações e falhas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51. Média de pacientes em tratamento de fisioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

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

Tabela 36. Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	99%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	97%	97%	100%	94%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	Neutro	2	4	3	2
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	5	3	8	4
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	12	14	15	17
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	5	16	9	21
TAXA DE EVASÃO	<3%	1,04%	0,90%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	2,08%	3,63%	2,63%	1,52%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	1	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	2	4	3	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37. Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	95%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	96%	96%	100%	95%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	2	3	1	1
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	4	2	8	4
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	3	3	3
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	4	8	2	13
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	1,38%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	1,63%	2,77%	2,94%	1,28%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%

NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	1	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2	2	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	100%	95%	100%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	1	2	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	1	4	0	0
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	1	6	2	5
TAXA DE EVASÃO	<3%	2,85%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	3%	6,66%	0%	9%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 39. Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	n/a	n/a	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	n/a	n/a	100%	83%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS	> 15	n/a	n/a	1	1

(CONFERÊNCIAS COM FAMILIA)					
TAXA DE EVASÃO	<3%	n/a	n/a	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	n/a	n/a	6,66%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	n/a	n/a	100%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	n/a	n/a	1	0

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40. Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	100%	100%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0	0	1
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	1	0	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	11	12	11
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMILIA)	> 15	0	2	3	2
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	0%	100%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41. Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0

NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	0	0	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	2	0	0	3
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0	0	0	0
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	0%	0%	0%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

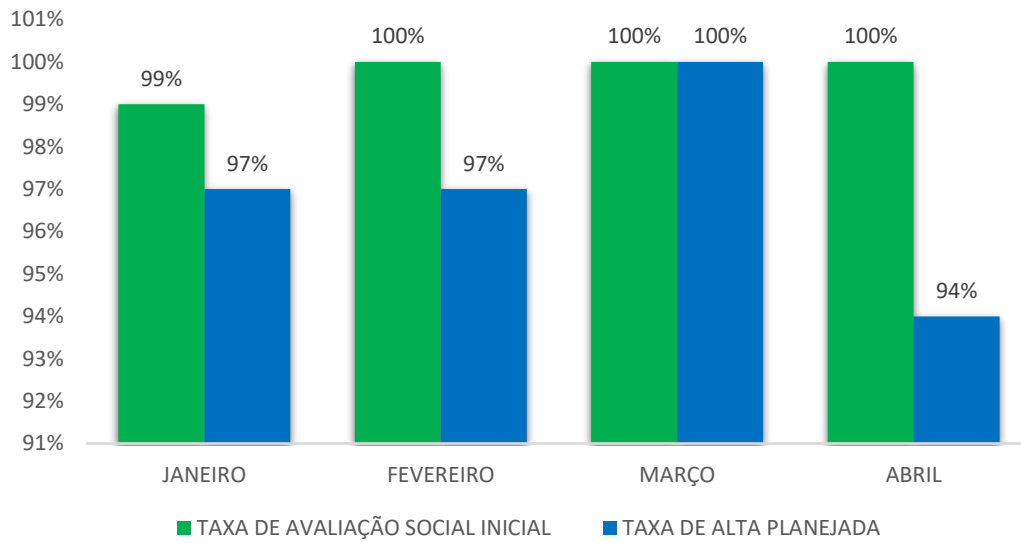
ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

A taxa de efetividade de alta foi de 94%, permanecendo 6% abaixo da meta estabelecida. Os casos que impactaram o indicador estavam relacionados à ausência de registro adequado das orientações e contatos realizados com familiares no momento da alta, apesar das tratativas terem sido executadas pela equipe.

Em relação à taxa de efetividade de admissão em até 24 horas, o resultado foi de 99%, com um caso de avaliação realizada fora do prazo, associado à limitação operacional do setor em decorrência da disponibilidade reduzida de profissional no período.

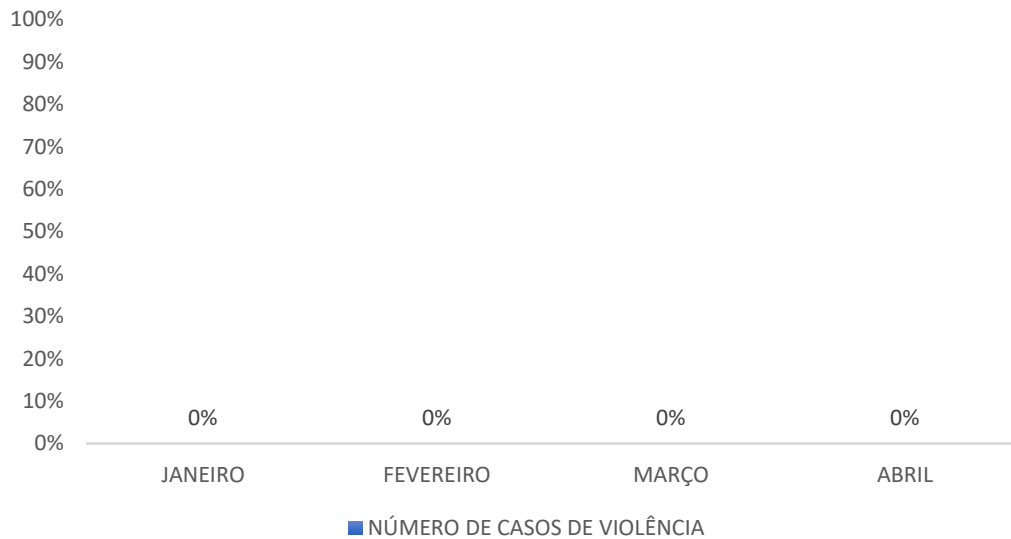
Os resultados reforçam a necessidade de fortalecimento dos registros em prontuário e acompanhamento contínuo dos fluxos assistenciais, visando garantir conformidade dos processos e alcance integral das metas estabelecidas.

Gráfico 52. Taxa de avaliação e alta planejada



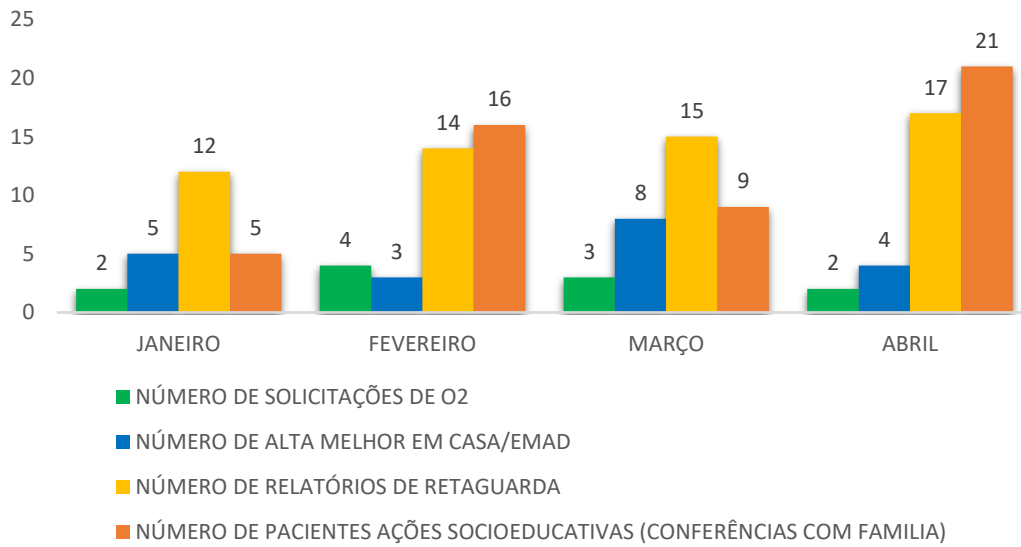
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53. Número de casos de violência



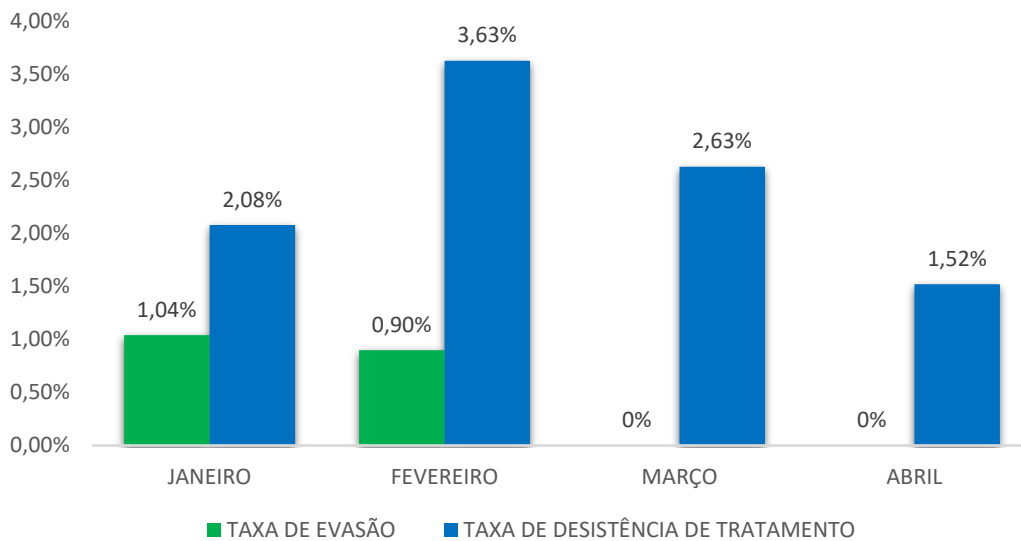
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 54. Produção do serviço social



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 55. Taxa de evasão e desistência de tratamento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.4. Psicologia

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

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

Tabela 42. Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	97%	98%	95%	91%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	2	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	19,25%	1,20%	2,91%	1,94%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	93%	92%	86%	92%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	64	56	40	58
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	14	12	9	14
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	3	8	17	19
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO	Neutro	17	17	14	15

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS					
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%	84%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0,60%	0,60%	5,48%	8,10%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	9	5	4	9
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	3	7	4	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43. Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	100%	100%	90%	90%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1	2	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	78%	0%	0%	5,80%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	94%	90%	85%	93%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	22	19	21	32
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	7	6	8	10
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0	0	4	12
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	14	11	11	12
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	3%	2,27%	2,27%	21%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE	Neutro	2	2	3	4

ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS					
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	1	1	3	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	98%	98%	95%	95%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	100%	0%	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	89%	95%	94%	86%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	36	32	11	17
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	6	6	1	2
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	2	1	0	5
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	3	3	3	2
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICIDIO	< 7%	0%	0%	4,60%	18%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	5	3	1	1
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	2	4	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 45. Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	n/a	n/a	100%	85%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	n/a	n/a	80%	83%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	n/a	n/a	8	8
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	n/a	n/a	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	n/a	n/a	5	1
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	n/a	n/a	0	1
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	n/a	n/a	23%	28%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	n/a	n/a	1	1
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	n/a	n/a	0	0

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46. Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	100%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	5,40%	2,10%	2,40%	0%

TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%	100%	100%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	6	5	0	0
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	1	0	0	2
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	1	7	8	1
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0	3	0	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%	84,69%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS	Neutro	2	0	0	3
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0	2	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

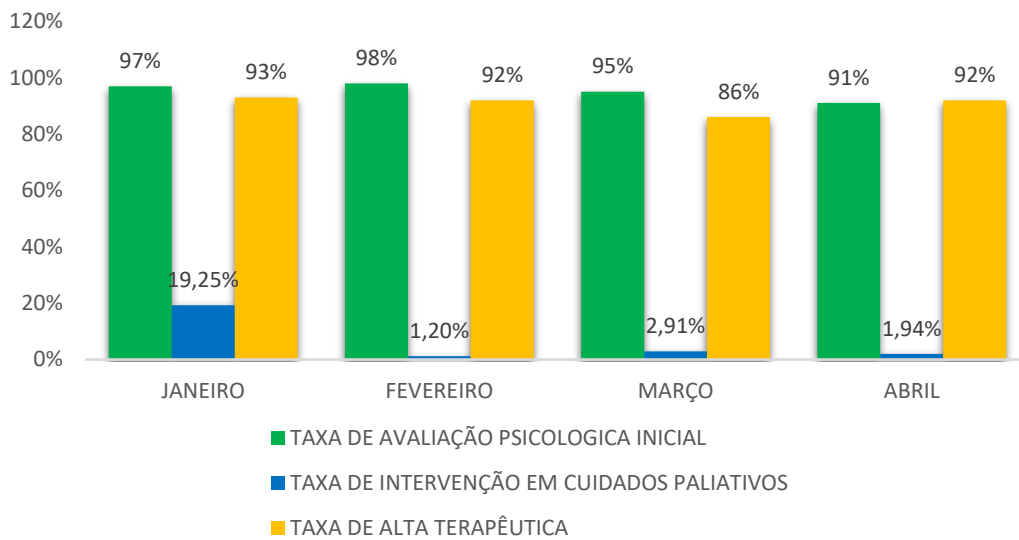
Tabela 47. Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	100%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	0	0	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	0	0	0	1
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0	0	0	0

NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0	0	0	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0	0	0	0
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0%	0%	0%	100%

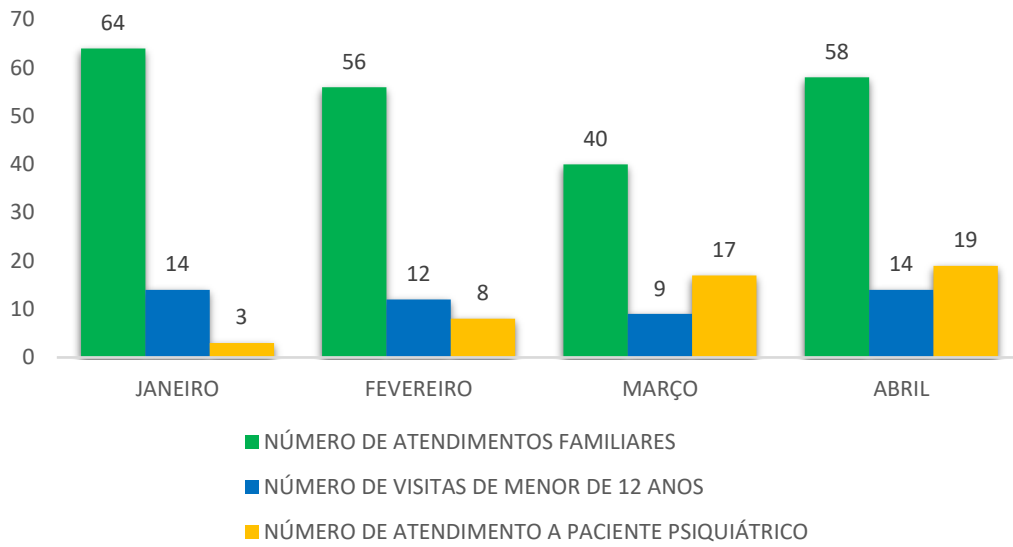
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 56. Avaliações, intervenções e alta terapêutica



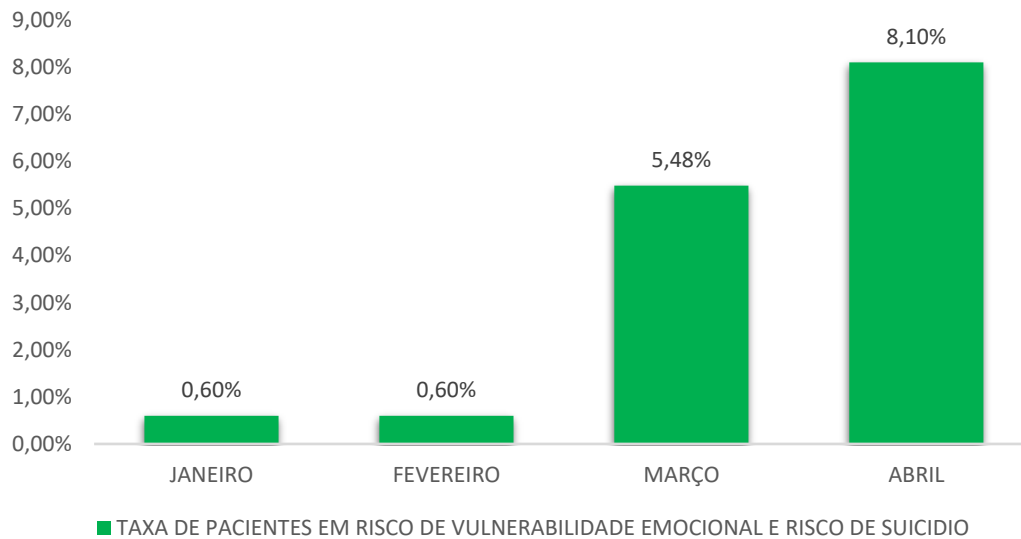
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57. Quantitativos de atendimentos



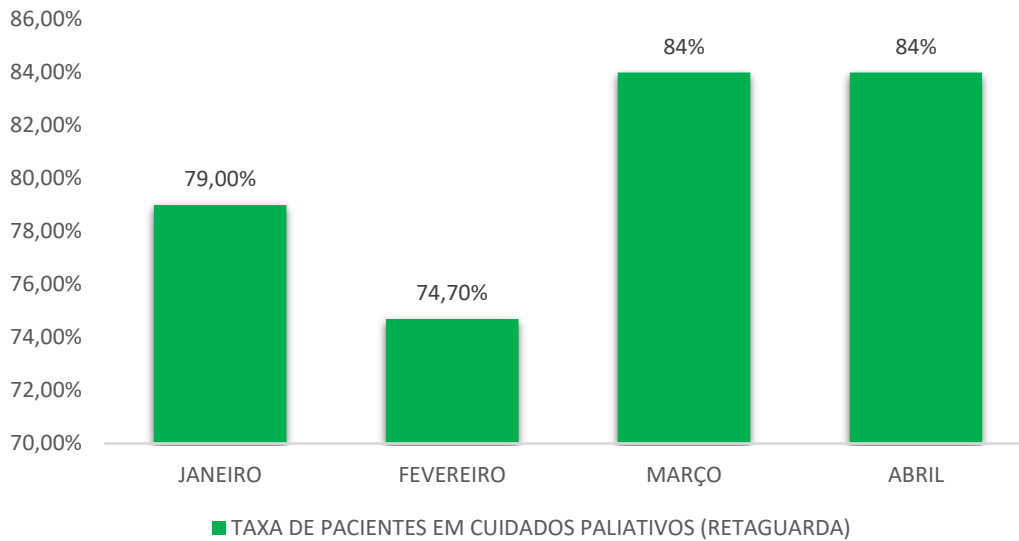
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 58. Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio



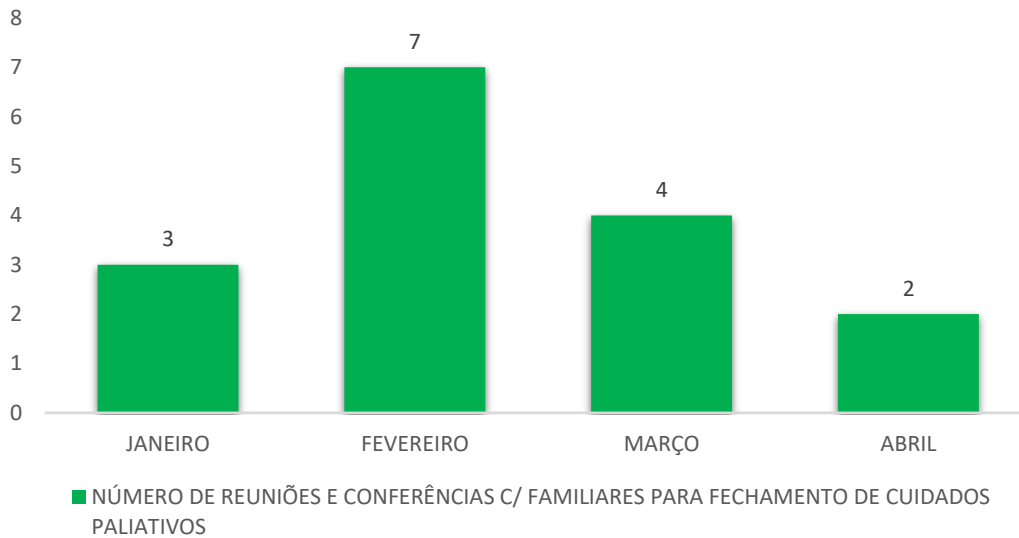
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 59. Taxa de pacientes em cuidados paliativos (Retaguarda)



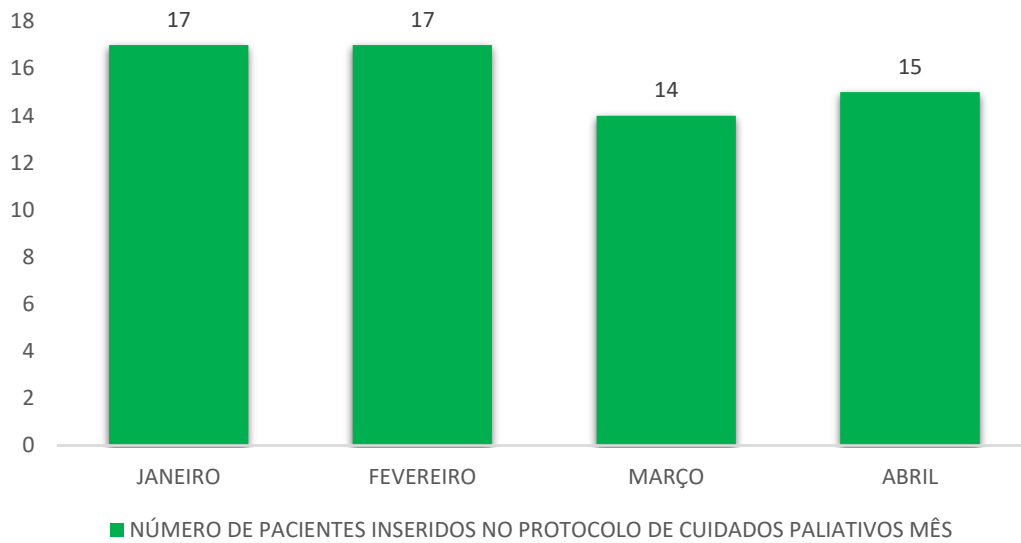
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 60. Número de reuniões e conferências com familiares para fechamento de cuidados paliativos



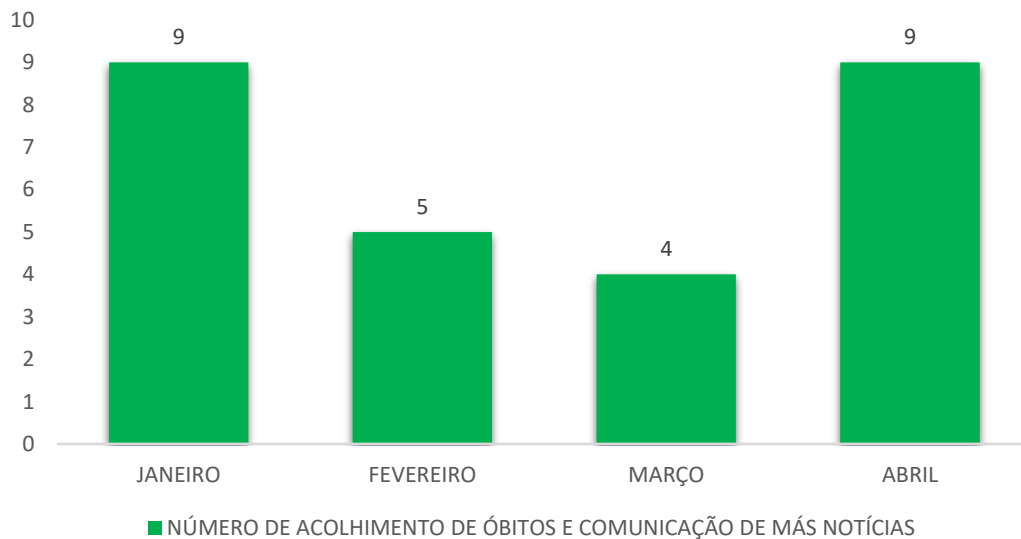
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 61. Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62. Número de acolhimentos 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 (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	72%	77%	93%	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	5	2	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	6,25%	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	20%	81%	30.80%	*
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	11,76%	0%	25%	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	29%	100%	31%	*
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	176	146	216	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	70	100	201	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	3	7	3	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	5	5	0	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

Tabela 49. Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	78%	71%	80%	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1	4	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	100%	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	25%	71%	*
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	66%	0%	100%	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	100%	100%	100%	*
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	40	22	78	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	40	23	56	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	3	1	3	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	4	5	0	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

Tabela 50. Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	71%	78%	96%	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	3	1	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	40%	94%	9%	*
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	50%	0%	0%	*

NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	50	55	50	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	20	18	56	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	0	6	0	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	1	0	0	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

Tabela 51. Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	n/a	n/a	100%	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	1	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	n/a	n/a	0%	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	n/a	n/a	0%	*
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	n/a	n/a	0%	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	n/a	n/a	0%	*
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	n/a	n/a	8	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	n/a	n/a	9	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	0	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	0	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

Tabela 52. Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1	1	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	0%	100%	*
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%	0%	*
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	15	11	16	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	10	1	11	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	0	0	0	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	0	0	0	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

Tabela 53. Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)

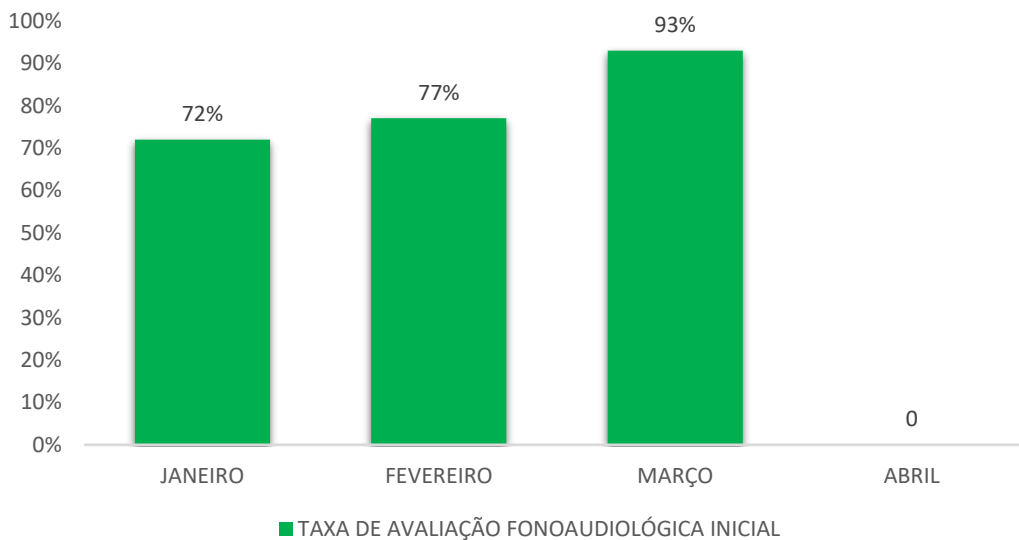
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	6	6	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	100%	0%	*
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%	0%	*

NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	71	58	64	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	0	58	69	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	0	0	0	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	0	0	0	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

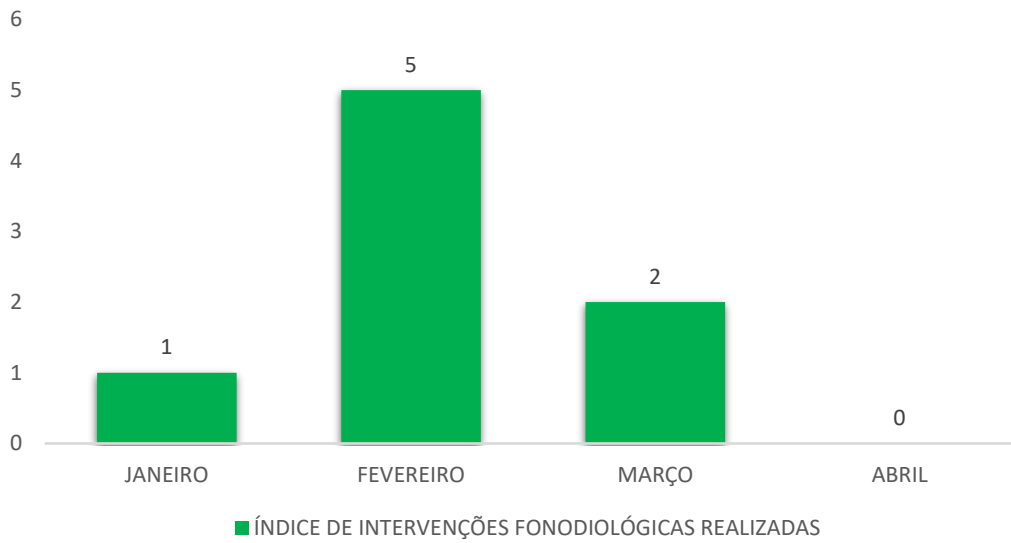
Gráfico 63. Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

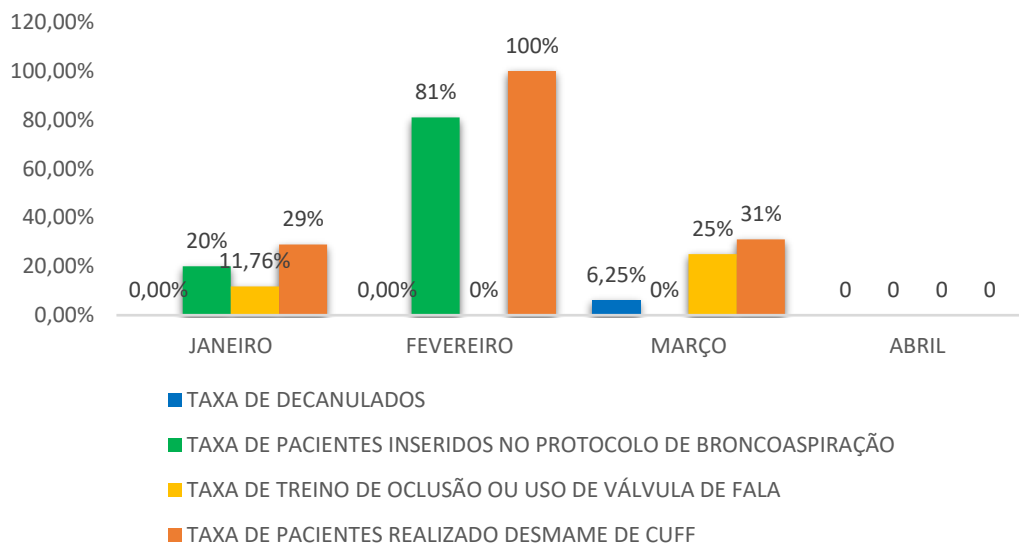
Gráfico 64. Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

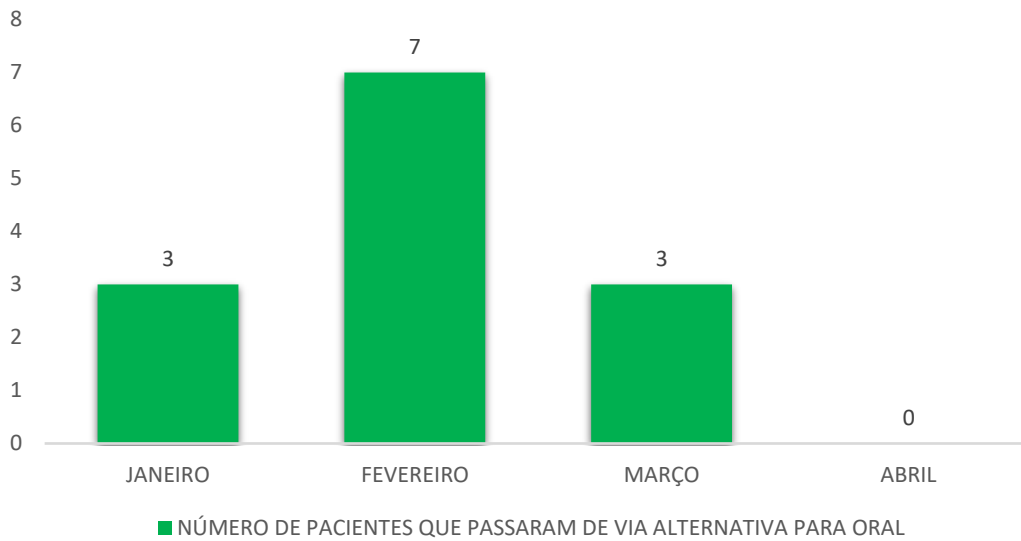
Gráfico 65. Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

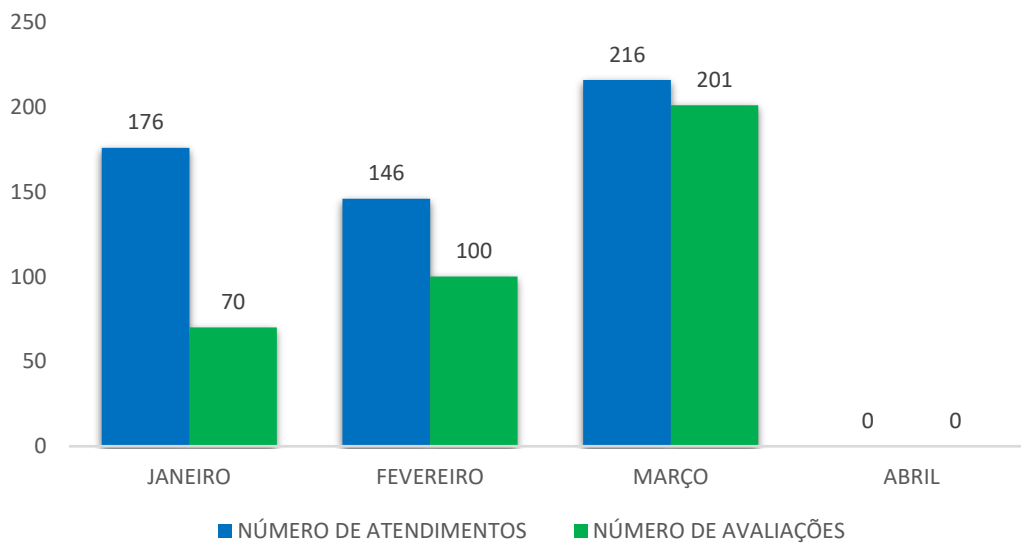
Gráfico 66. Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

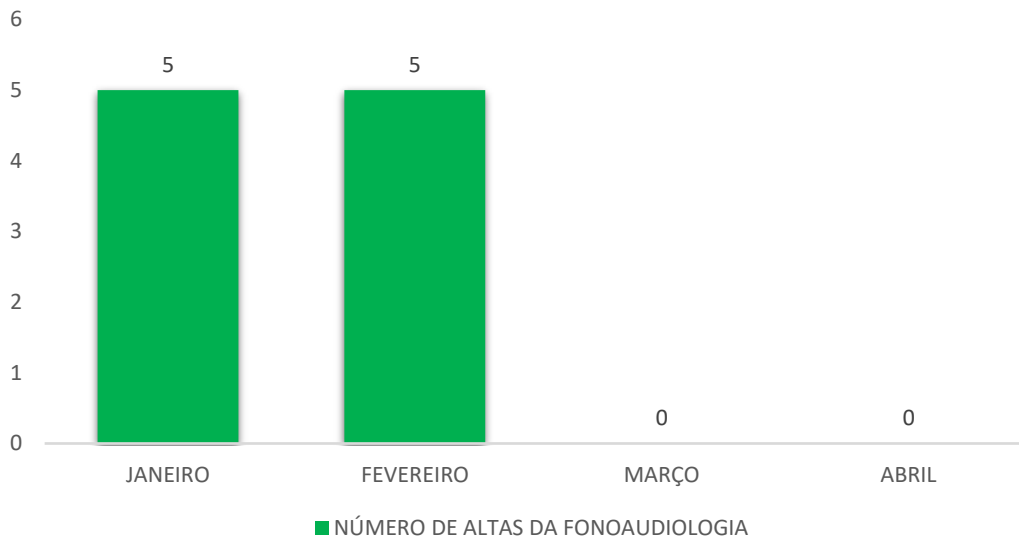
Gráfico 67. Número de atendimentos e avaliações



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

Gráfico 68. Número de altas da fonoaudiologia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante a competência de abril de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

3.3.6. Terapia Ocupacional

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

- **Avaliação e Diagnóstico:** Os terapeutas ocupacionais avaliam as habilidades funcionais dos pacientes, identificando déficits e limitações que afetam suas atividades diárias. Isso pode incluir a análise de habilidades motoras, cognitivas e sociais.
- **Reabilitação Funcional:** Trabalham com os pacientes para melhorar suas habilidades motoras finas e grossas, coordenação, força e resistência. Isso pode envolver exercícios específicos, treinamento em atividades de vida diária e técnicas de adaptação.
- **Reabilitação Cognitiva:** Para pacientes com comprometimento cognitivo, trabalham para melhorar habilidades como memória, atenção e resolução de problemas, utilizando atividades e exercícios específicos.

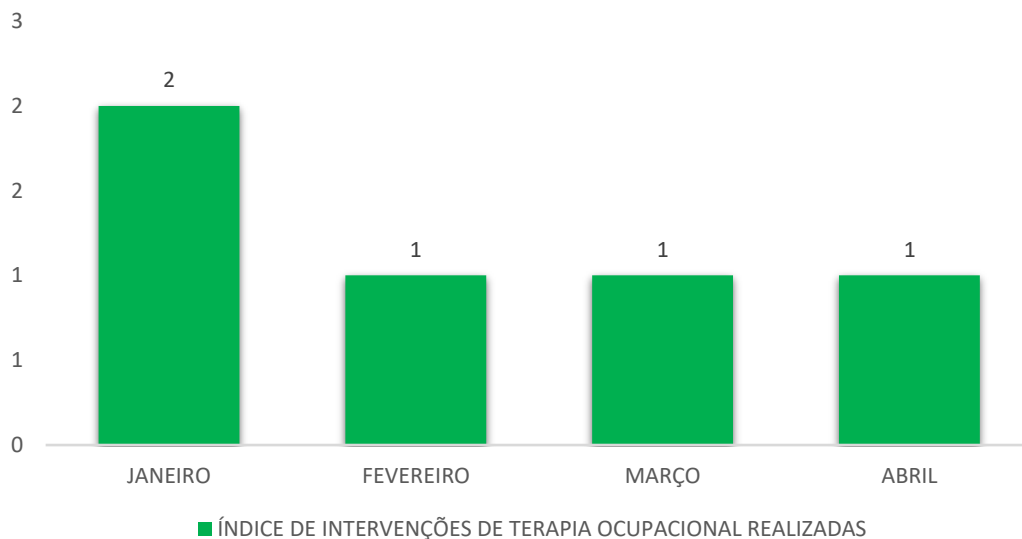
- Intervenção em Casos de Lesões ou Doenças Neurológicas: Oferecem suporte a pacientes com condições neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões na medula espinhal, para melhorar a recuperação funcional.

Tabela 54. Indicadores de Terapia Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1	1	1
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Neutro	165	127	183	158
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	Neutro	5	5	0	12
NÚMERO DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	Neutro	0	0	6	0
NÚMERO DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO EM CONJUNTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	Neutro	60	272	196	176
NÚMERO DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	Neutro	162	190	250	170

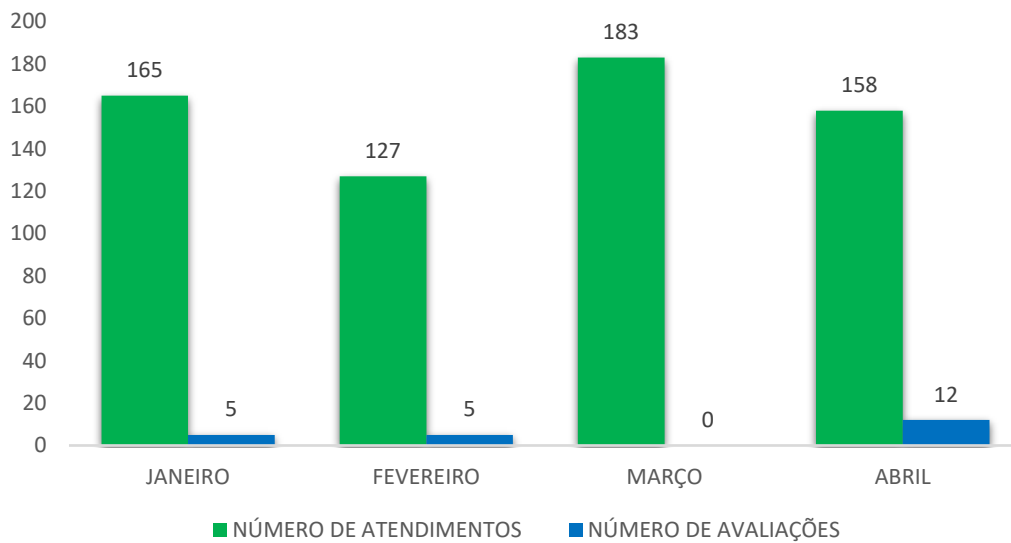
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69. Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas



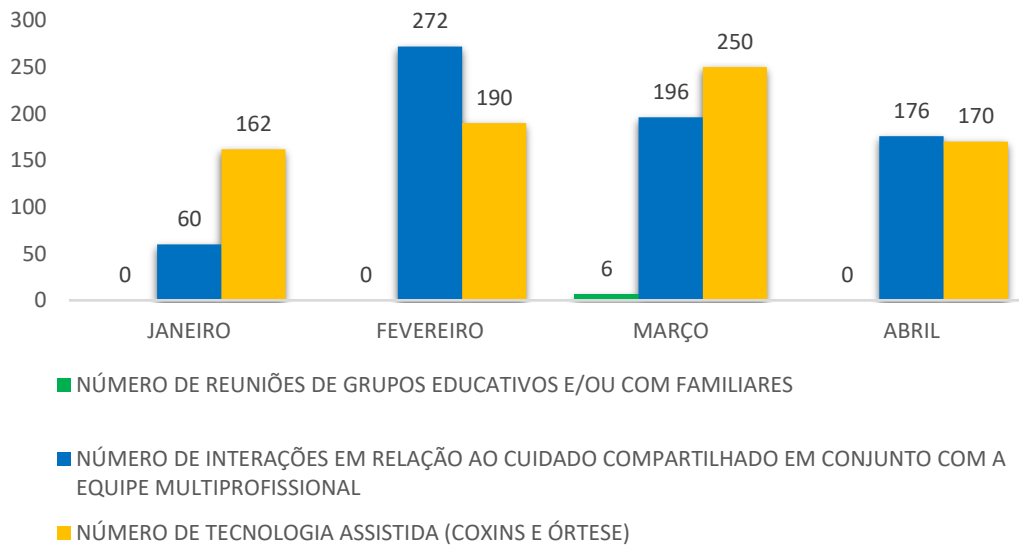
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70. Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71. Produção da terapia ocupacional



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.7. Terapias Alternativas

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

- **Aromaterapia:** Envolve o uso de óleos essenciais para promover o relaxamento, melhorar o humor e aliviar sintomas como ansiedade e dor. Os óleos podem ser aplicados por meio de massagem, difusão no ar ou em banhos.
- **Musicoterapia:** Utiliza a música para promover a saúde mental e emocional dos pacientes. Pode envolver a escuta de música, a participação em atividades musicais ou a criação de música para melhorar o estado emocional e a qualidade de vida.
- **Hipnoterapia:** Abordagem terapêutica que utiliza a hipnose como uma ferramenta para tratar uma variedade de condições psicológicas e emocionais.
- **Cromoterapia:** Abordagem alternativa que utiliza cores e luzes para promover a saúde e o bem-estar. A ideia é que diferentes cores e comprimentos de onda da luz têm efeitos específicos no corpo e na mente, ajudando a restaurar o equilíbrio e melhorar a saúde.
- **Ozonoterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio (O₃) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonoterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

Tabela 55. Indicadores de Terapias Alternativas

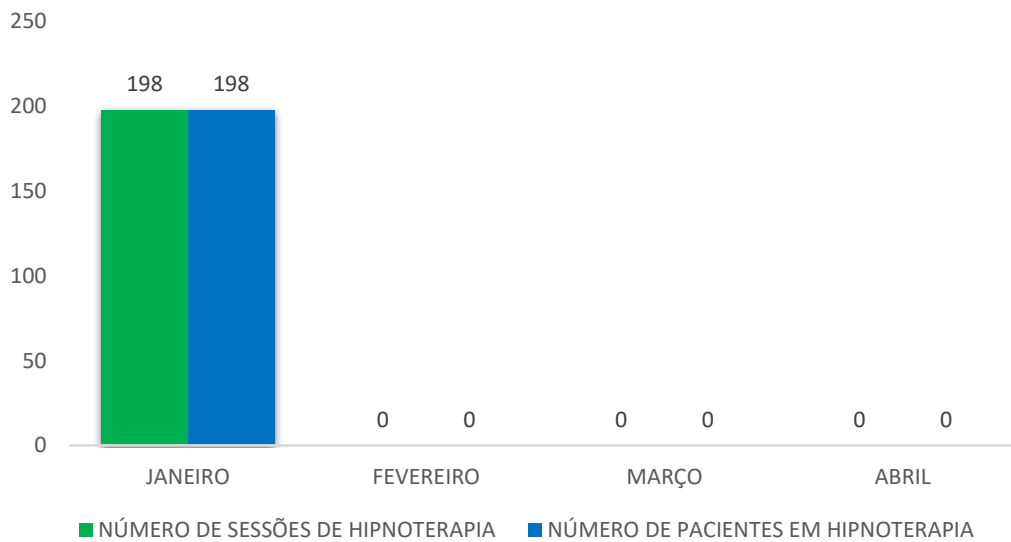
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1	n/a	n/a	n/a
NÚMERO DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198	n/a	n/a	n/a
NÚMERO DE PACIENTES EM HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198	n/a	n/a	n/a
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1	n/a	n/a	n/a
NÚMERO DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31	n/a	n/a	n/a

NÚMERO DE PACIENTES EM CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31	n/a	n/a	n/a
NÚMERO DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Quanto maior, melhor	1	n/a	n/a	n/a
NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	100	83	125	122
NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	22	22	25	33
CONSUMO DE CILINDRO O ²	Neutro	2	2	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

N/A: Entre fevereiro e abril de 2026, devido à ausência de colaborador responsável pelo setor no período, não foram realizados registros de atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia. O cenário impactou diretamente a produção dessas atividades na competência analisada.

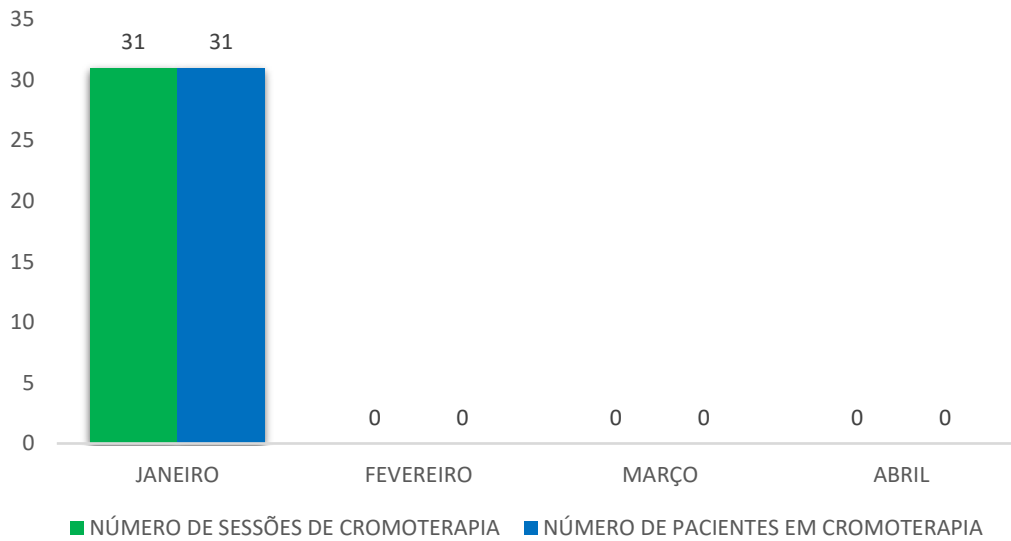
Gráfico 72. Hipnoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Entre fevereiro e abril de 2026, devido à ausência de colaborador responsável pelo setor no período, não foram realizados registros de atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia. O cenário impactou diretamente a produção dessas atividades na competência analisada.

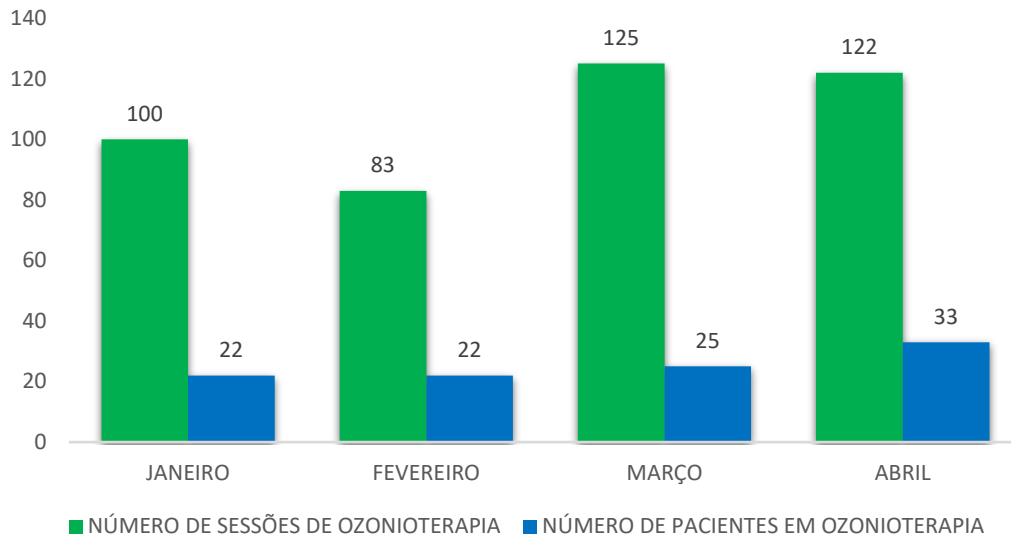
Gráfico 73. Cromoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

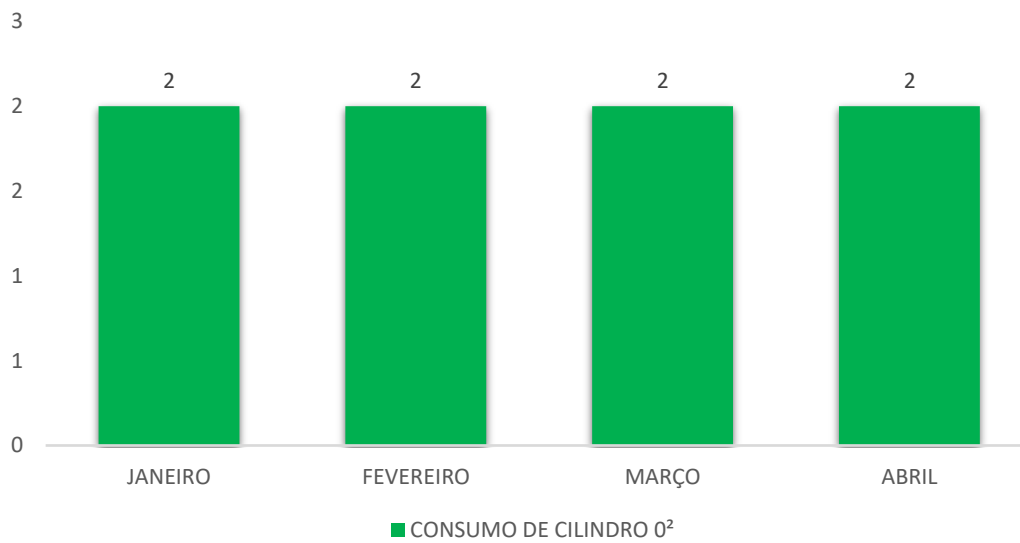
* Entre fevereiro e abril de 2026, devido à ausência de colaborador responsável pelo setor no período, não foram realizados registros de atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia. O cenário impactou diretamente a produção dessas atividades na competência analisada.

Gráfico 74. Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75. 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 56. Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE LPP - GLOBAL	< 15%	2,54%	1,79%	6,80%	1,69%
TAXA DE LPP - UTI	< 5%	2,08%	3,64%	3,92%	1,85%
TAXA DE LPP - CLÍNICA MÉDICA	< 5%	8,70%	0%	7,41%	2,60%
TAXA DE LPP - CUIDADOS PROLONGADOS	< 5%	2,00%	1,92%	7,92%	0,94%
PREVALÊNCIA DE PRESSÃO POR PRESSÃO	Quanto menor, melhor	49,75%	31,84%	36,41%	35,86%
% DE PACIENTES SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO	> 95%	99,15%	95,61%	99,13%	99,24%
NÚMERO TOTAL DE LESÕES EM PACIENTES INTERNADOS	Quanto menor, melhor	98*	71	75	85
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO COMUNITÁRIA	Quanto menor, melhor	8*	6	5	10
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO HOSPITALAR	Quanto menor, melhor	5*	4	14	4

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

*Feita correções de dados retroativos.

ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

A análise dos indicadores demonstra redução significativa no número de Lesões por Pressão (LPP), passando de 14 casos em março para 4 casos em abril, representando diminuição aproximada de 71% na incidência. Paralelamente, observou-se aumento no consumo de placas de hidrocólóide, sugerindo maior adesão às medidas preventivas e fortalecimento das ações de proteção cutânea pela equipe assistencial.

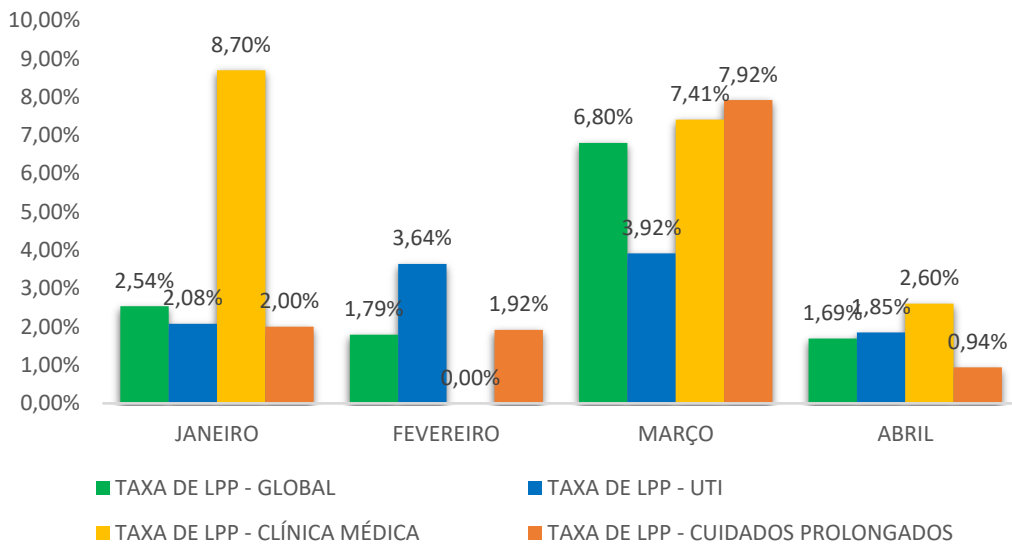
Os dados evidenciam impacto positivo das estratégias preventivas implementadas, principalmente no uso precoce de coberturas profiláticas em pacientes de risco, associado à intensificação da vigilância assistencial e das medidas de preservação da integridade da pele.

Entretanto, no início de maio observou-se redução no consumo das coberturas preventivas, cenário que requer monitoramento contínuo, considerando possível impacto futuro nos indicadores caso não esteja relacionado à diminuição do perfil de risco dos pacientes internados.

Recomenda-se a manutenção das estratégias preventivas adotadas, reforço contínuo das orientações às equipes assistenciais e acompanhamento integrado entre perfil

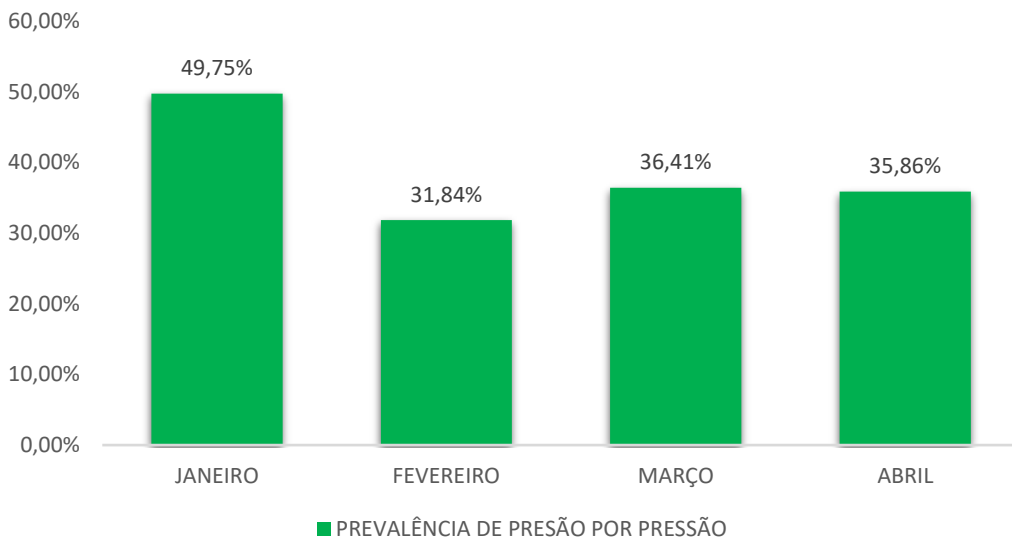
epidemiológico, consumo de insumos e incidência de LPP, visando sustentação dos resultados alcançados.

Gráfico 76. Taxas de lesão por pressão



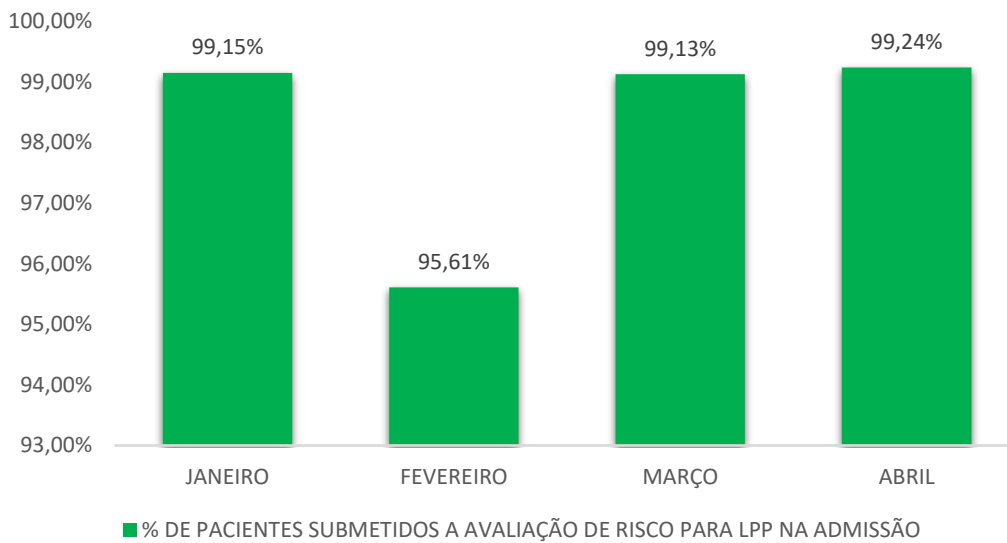
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

Gráfico 77. Prevalência de lesão por pressão



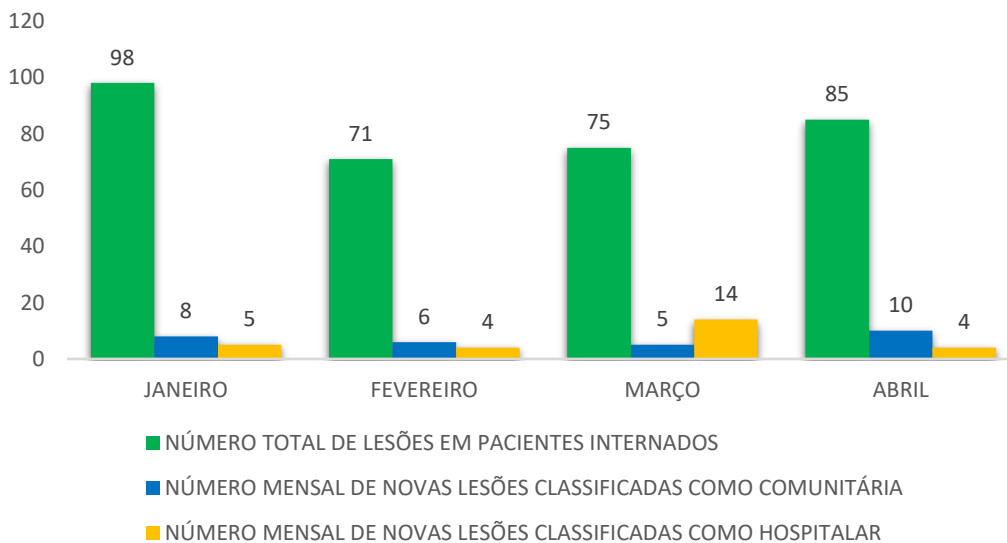
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

Gráfico 78. Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão



Fonte: Relatório Interno – Estomatéria.

Gráfico 79. Análise de lesões



Fonte: Relatório Interno – Estomatéria.

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 57. Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	87%	87%	82%	83%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	80%	44%	67%	85%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	0%	0%	100%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	23%	21%	13%	16%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	35	37	37	37
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	208	247	354	217
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	174	199	292	167
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	115	91	195	81
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	15	27	49	37
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	46	52	46	34
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	23	58	64	50
OUTROS	Neutro		8	2	4
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	3	6	21	28
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	108	44	27	48
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	28	37	26	35
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	5	3	5
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	49	97	226	66
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	3	6	1	3
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	8	25	48	13

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

Tabela 58. Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	73%	90%	76%	87%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	62%	40%	68%	65%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%	0%	100%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	32%	21%	9%	14%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	10	10
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	68	90	140	92
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	50	81	106	80
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	29	34	84	37
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	5	8	19	16
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	22	19	13	13
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	12	29	23	23
OUTROS	Neutro	1	6	2	2
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	4	4	8	8
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	19	14	13	21
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	6	14	8	18
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	2	1	1
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	32	37	87	32
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	1	6	0	1
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	5	7	20	4

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

Tabela 59. Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	90%	72%	89%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	82%	41%	72%	84%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	0%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	40%	31%	5%	75%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	5	5

NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	20	29	36	8
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	18	21	32	8
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	12	16	22	1
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0	1	10	0
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	8	9	2	6
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	0	2	2	1
OUTROS	Neutro	0	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0	0	0	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	3	5	3	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	4	2	0	0
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	1	0	1
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	13	18	33	6
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0	0	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0	2	0	1

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

Tabela 60. Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	n/a	n/a	100%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	n/a	n/a	72%	62%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	n/a	n/a	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	n/a	n/a	11%	42%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	n/a	n/a	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	n/a	n/a	9	19
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	n/a	n/a	9	19
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	n/a	n/a	7	10
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	n/a	n/a	0	0
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	n/a	n/a	1	8
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	n/a	n/a	1	1
OUTROS	Neutro	n/a	n/a	0	0

META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	n/a	n/a	0	9
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	n/a	n/a	2	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	n/a	n/a	0	0
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	n/a	n/a	0	1
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	n/a	n/a	7	5
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	n/a	n/a	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	n/a	n/a	0	4

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

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

Tabela 61. Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	95%	100%	93%	80%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	88%	86%	85%	70%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	26%	31%	18%	6%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	12	12	12	12
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	43	47	136	50
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	41	47	126	40
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	16	14	70	19
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	3	3	15	13
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	11	15	25	3
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	12	13	26	14
OUTROS	Neutro	4	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	1	1	13	11
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	2	1	2	10
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	8	11	10	14
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	0	1	1
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	16	19	83	4
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	1	0	1	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	10	13	26	2

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

Tabela 62. Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)

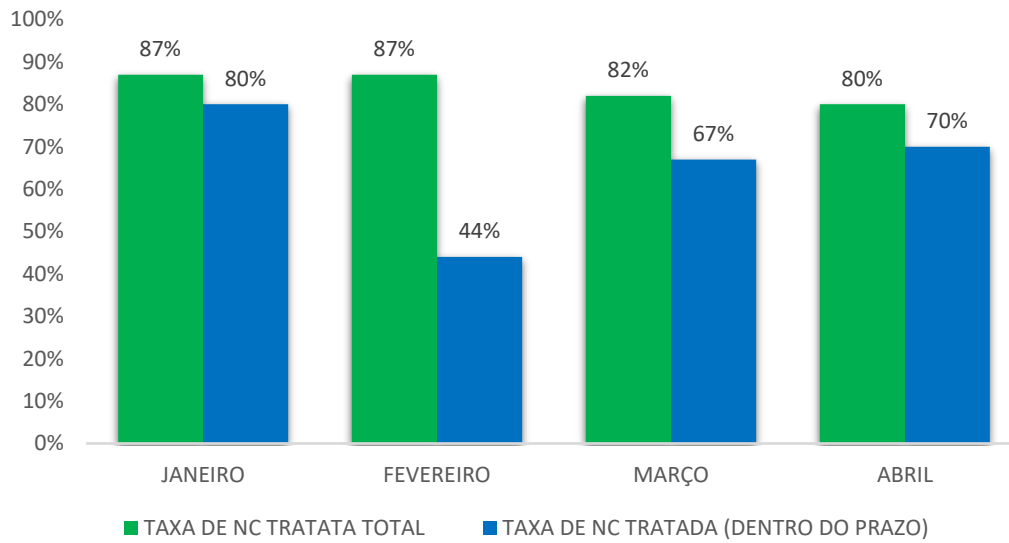
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	100%	100%	75%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	75%	100%	73%	79%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	0%	25%	11%	0%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	5	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	3	4	8	3
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	3	4	6	3
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	0	0	3	1
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0	1	3	1
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	0	1	1	0
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	3	2	2	1
OUTROS	Neutro	1	0	0	1
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0	0	0	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	0	0	0	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	1	3	4	1
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	0	0	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	1	0	4	1
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0	0	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0	1	1	0

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

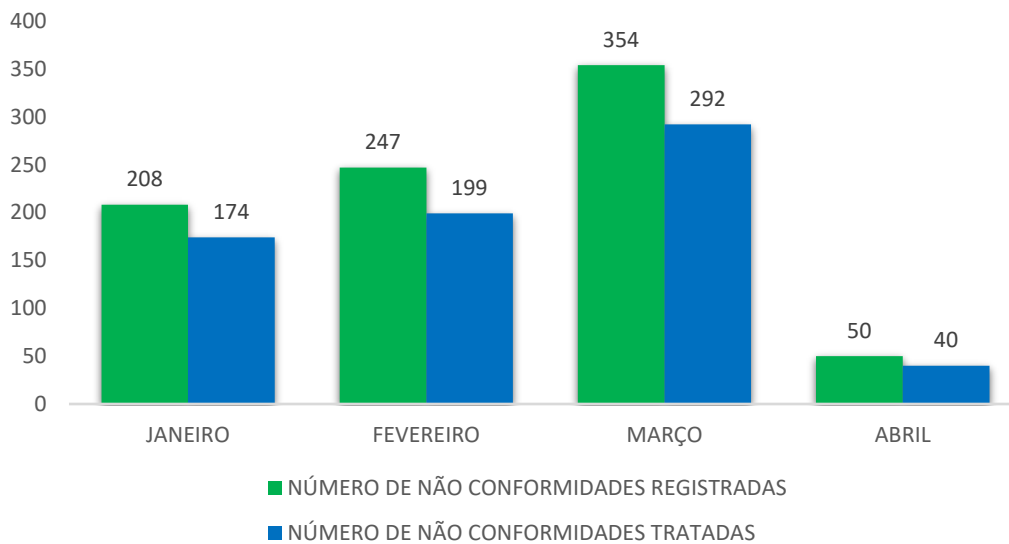
Os indicadores de incidente com dano nos setores de UTI permaneceram acima da meta estabelecida, com predominância de ocorrências relacionadas à flebite. O cenário reforça a necessidade de intensificação das ações de monitoramento, orientação das equipes assistenciais e fortalecimento das medidas preventivas relacionadas ao manejo e manutenção de acessos venosos.

Gráfico 80. Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar)



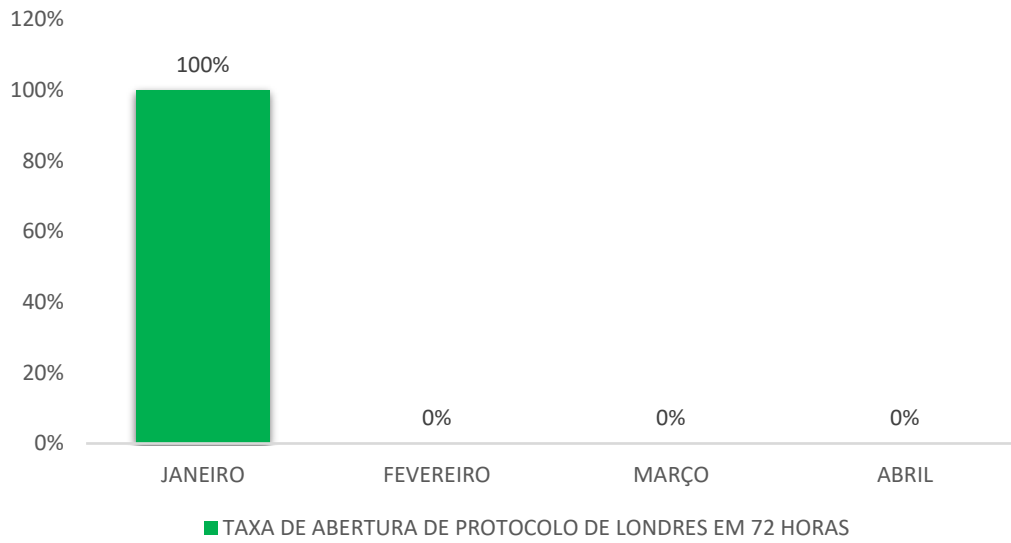
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 81. Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar)



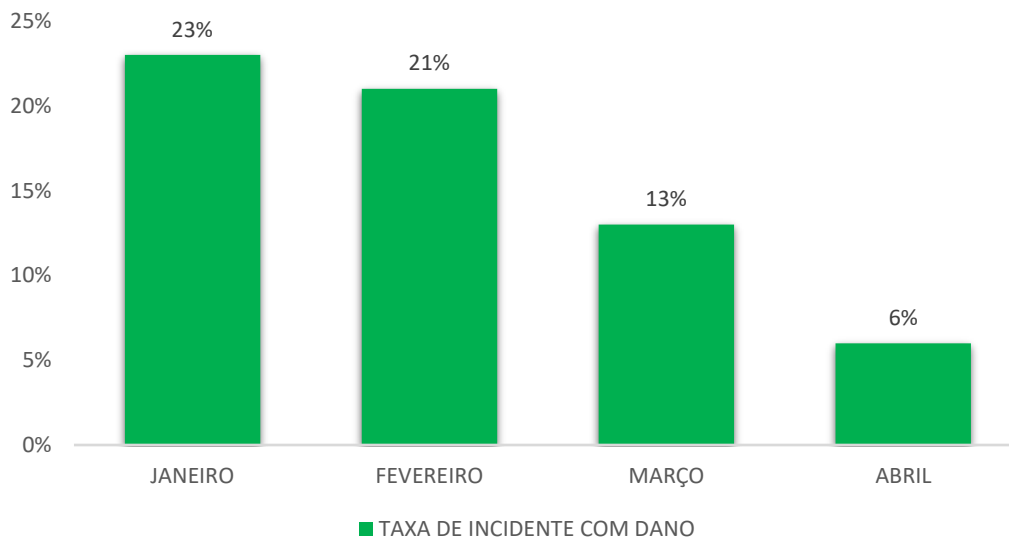
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 82. Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs



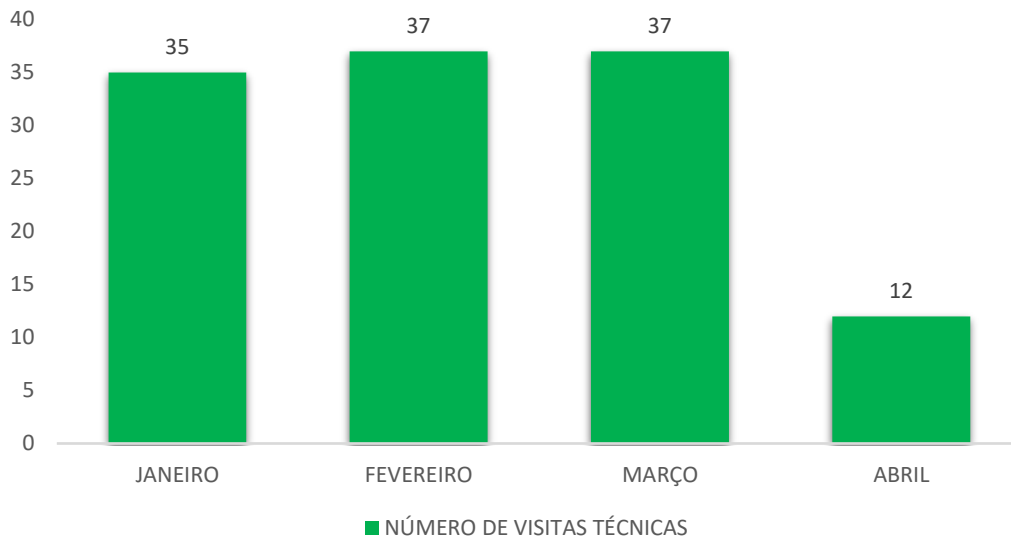
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 83. Taxa de incidente de dano



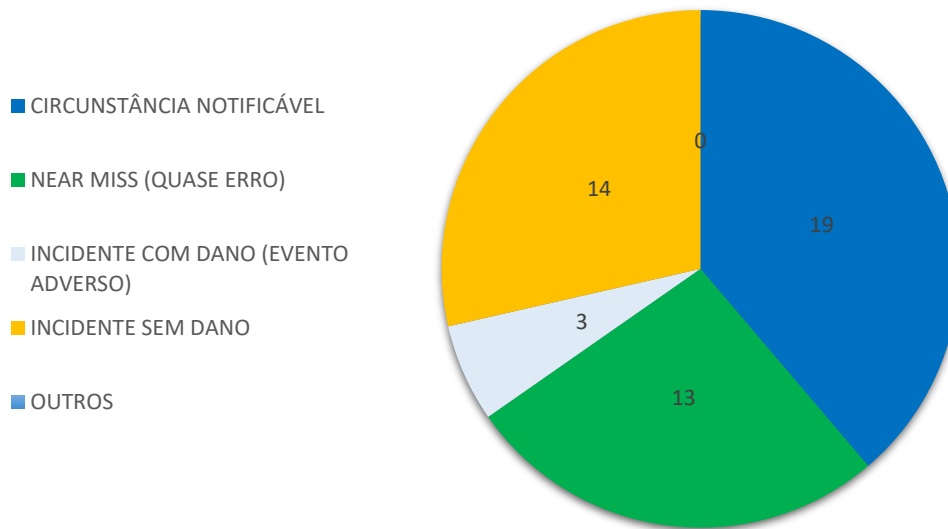
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 84. Número de visitas técnicas



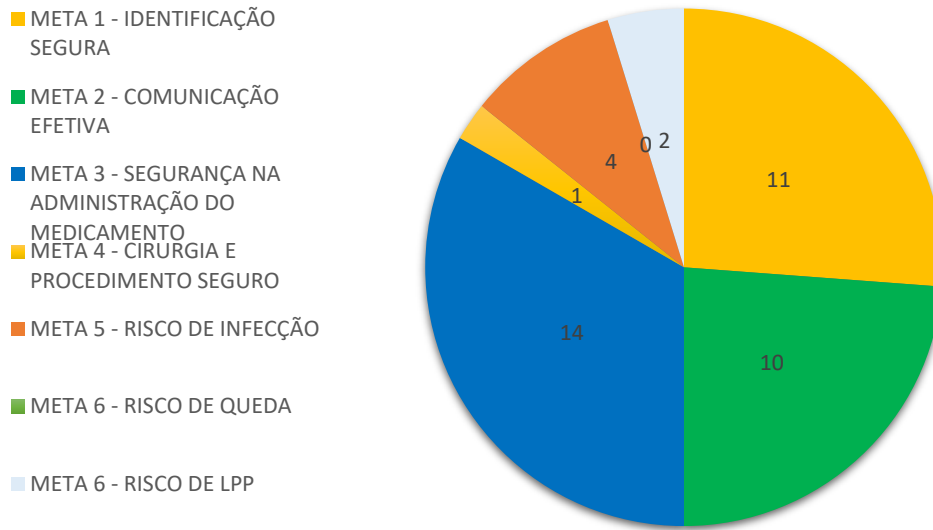
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 85. Classificação das não conformidades (Geral hospitalar)



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

Gráfico 86. Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar)



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

3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)

Tabela 63. Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 4,05	3	2	2	2
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	< 7%	3,13%	1,85%	1,82%	1,56%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	< 2%	0,65%	0,44%	0,39%	0,39%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,05%	4,76%	0%	1,74%	2,04%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 2,78%	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 0,59%	4%	4,63%	0%	3,37%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Tabela 64. Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 1,50	1	0	2	1
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 1,04%	0,98%	0%	1,45%	0,72%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,95%	3,46%	0%	2,11%	0%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20ml	27,45	68,68	6,54	20,13

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Tabela 65. Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	1	1	0	1
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	2,10%	1,96%	0%	2,85%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	7,63%	0%	0%	5,71%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	0%	0%	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	Neutro	15,09%	3,14%	4,87%	16%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	Neutro	27,46%	16,47%	23,05%	49,86%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	Neutro	13%	20%	17,21%	31,34%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	100%	83,33%	100%	100%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	100%	93,33%	93,30%	90,29%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ml	47,71	17,49	61,56	37,99

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Tabela 66. Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	n/a	n/a	0	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	n/a	n/a	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	n/a	n/a	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	n/a	n/a	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	n/a	n/a	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	Neutro	n/a	n/a	3,66%	5,94%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	Neutro	n/a	n/a	12,80%	8,68%

TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	Neutro	n/a	n/a	10,98%	10,50%
PERCENTUAL DE ADEÇÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	n/a	n/a	100%	100%
PERCENTUAL DE ADEÇÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	n/a	n/a	40,50%	100%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ml	n/a	n/a	55,98	56,89

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Tabela 67. Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	1	1	0	0
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	0%	0,32%*	0,35%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

*Dados corrigidos.

Tabela 68. Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	0	0	0	0

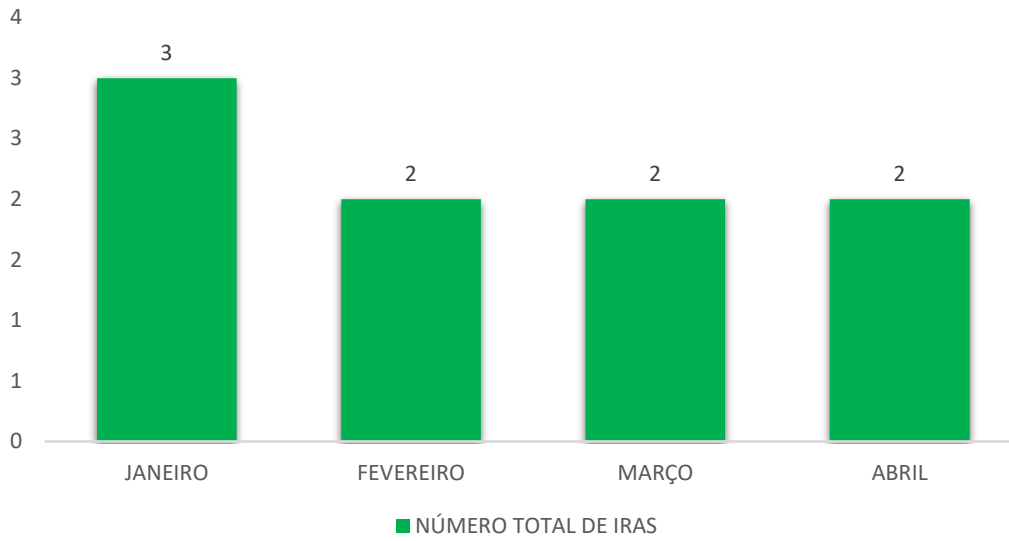
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No mês de abril/2026, foram registradas 2 infecções relacionadas à assistência, sendo 1 IPCS e 1 ITU. Diante disso, seguem sendo reforçadas as ações de higienização das mãos e o preenchimento adequado dos bundles de manutenção de dispositivos invasivos.

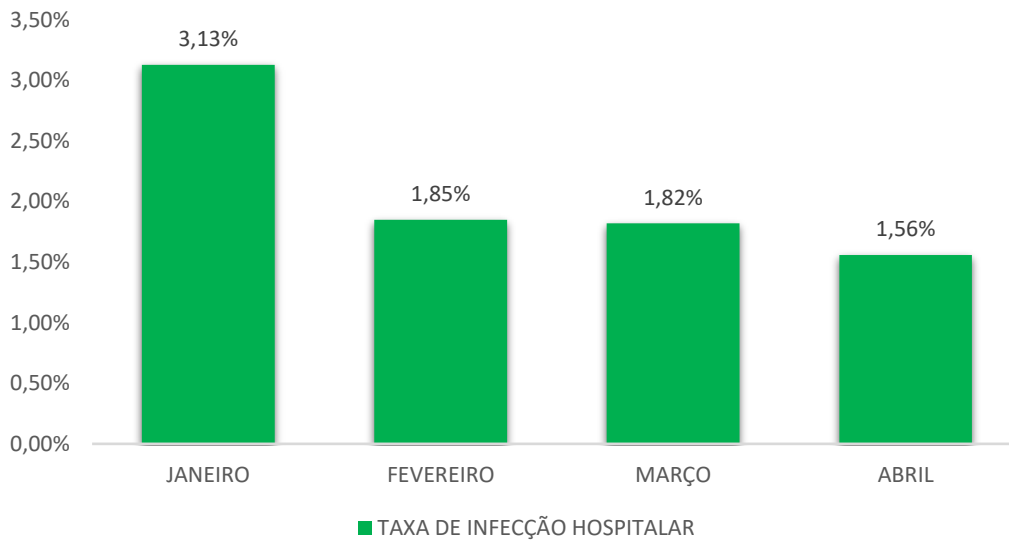
Apesar das ocorrências no período, observou-se melhora no consumo de insumos para higiene das mãos e avanço na qualidade dos registros dos bundles, com informações mais completas e fidedignas. Esse cenário tem possibilitado intervenções mais assertivas e melhor monitoramento das práticas assistenciais, contribuindo para o fortalecimento das ações de prevenção e segurança do paciente.

Gráfico 87. Número total de IRAS



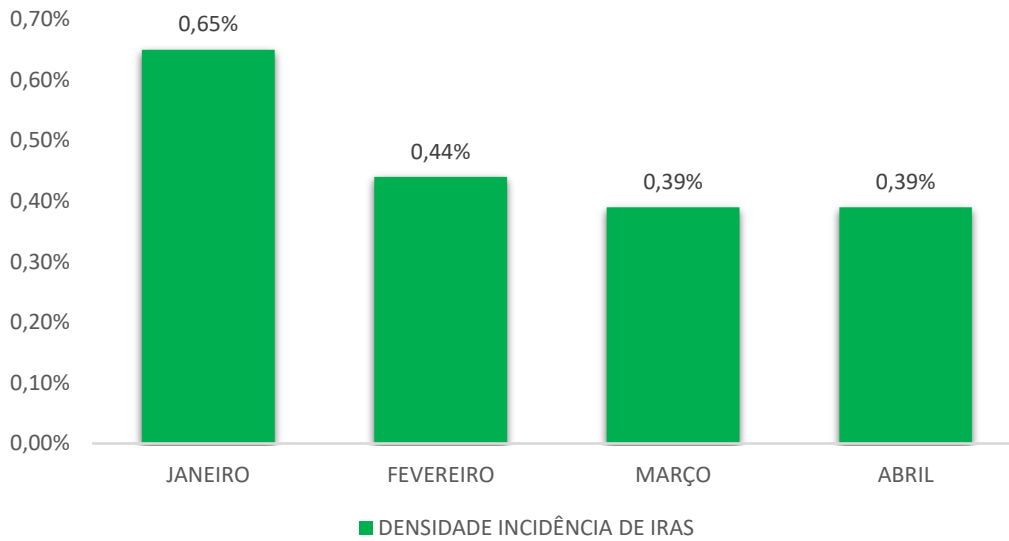
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 88. Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar



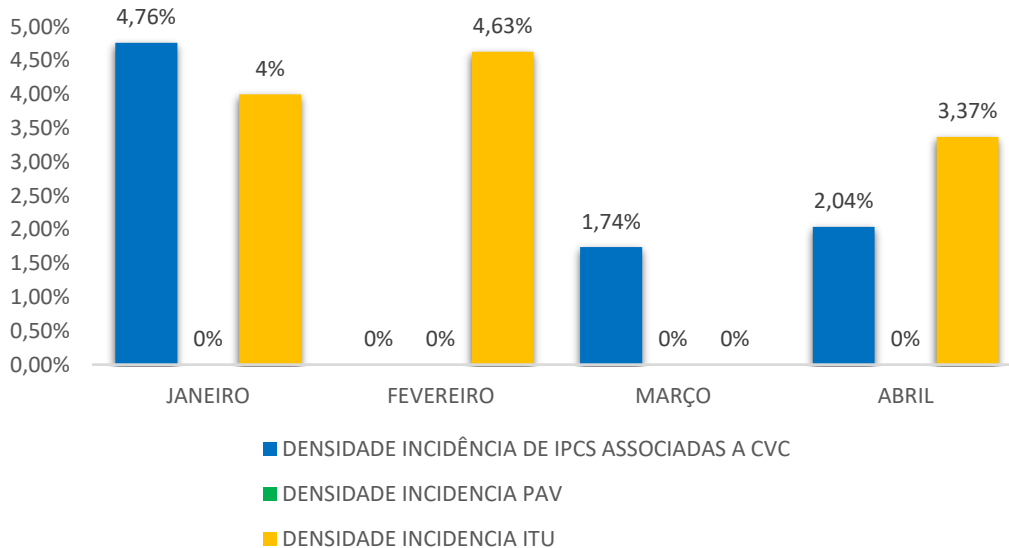
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 89. Densidade incidência de IRAS



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 90. Densidades de incidências



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

3.4.3. Vigilância em Saúde

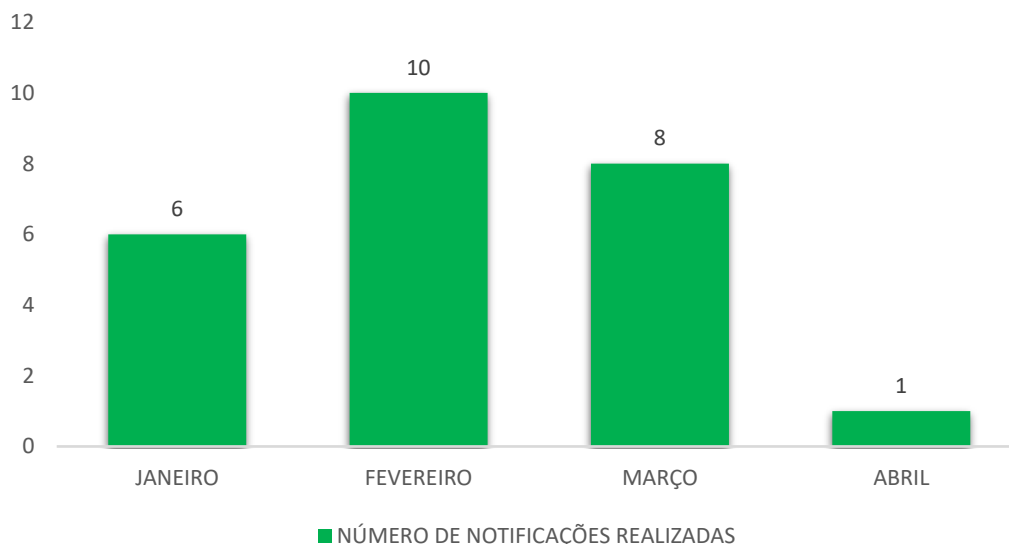
- Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos de saúde pública para garantir a segurança sanitária da população atendida pela instituição hospitalar.

Tabela 69. Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	6	10	8	1
QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID- PROVENIENTE DO HMG	Quanto maior, melhor	3	8	0	0
QUANTIDADE DE PACIENTE COM DENGUE- PROVENIENTE DO HMG	Quanto maior, melhor	0	0	0	0
TAXA DE TESTE POSITIVO PARA COVID	0%	20%	23,52%	0%	0%
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	1	2	0
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE ACOMPANHADOS NO HMG NOTIFICADOS NA ORIGEM	Quanto maior, melhor	0	0	2	3
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	0	1	1
NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	0	0	0
NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS NO HMG	Quanto maior, melhor	0	0	0	0
NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA	Quanto maior, melhor	0	1	5	0

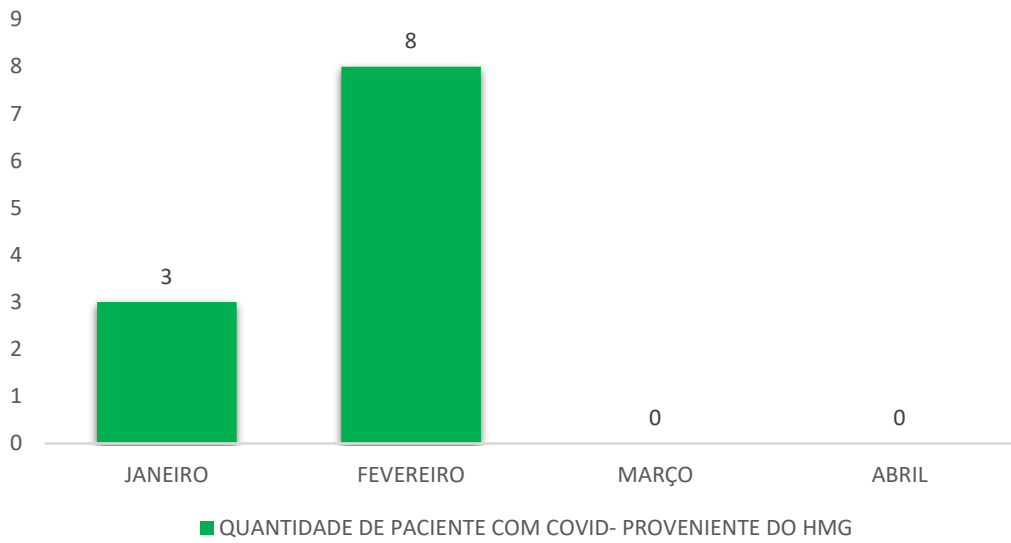
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 91. Número de notificações realizadas



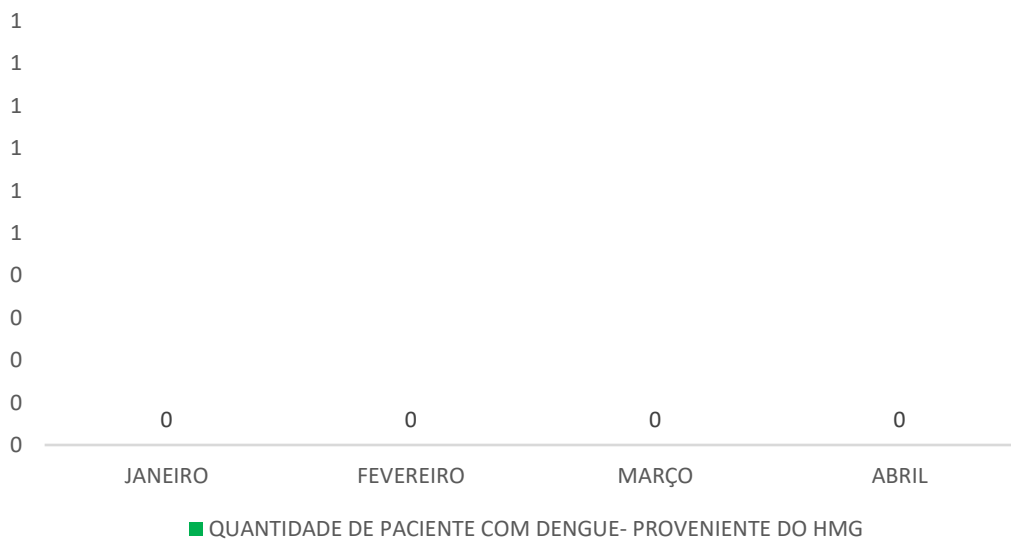
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 92. Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG



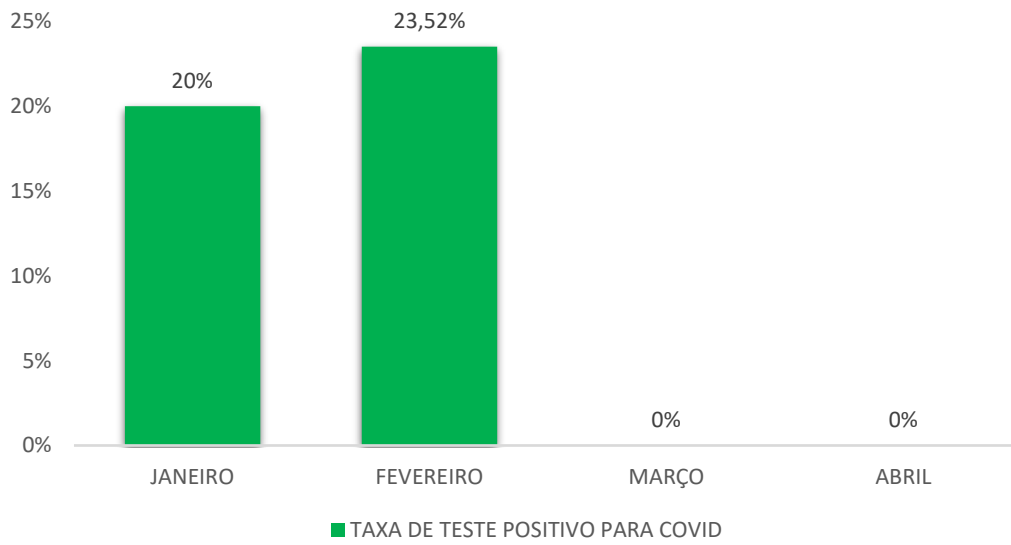
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 93. Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG



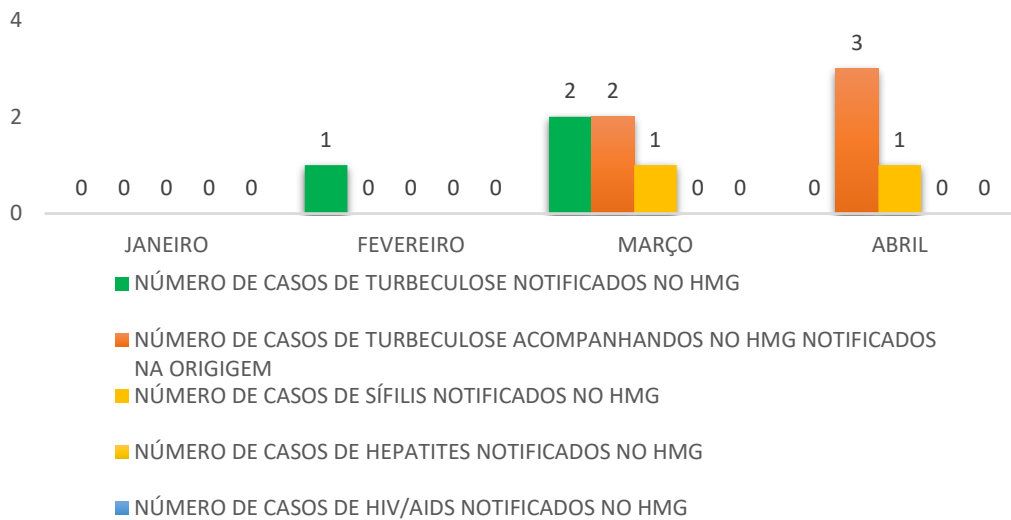
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 94. Taxa de teste positivo para COVID



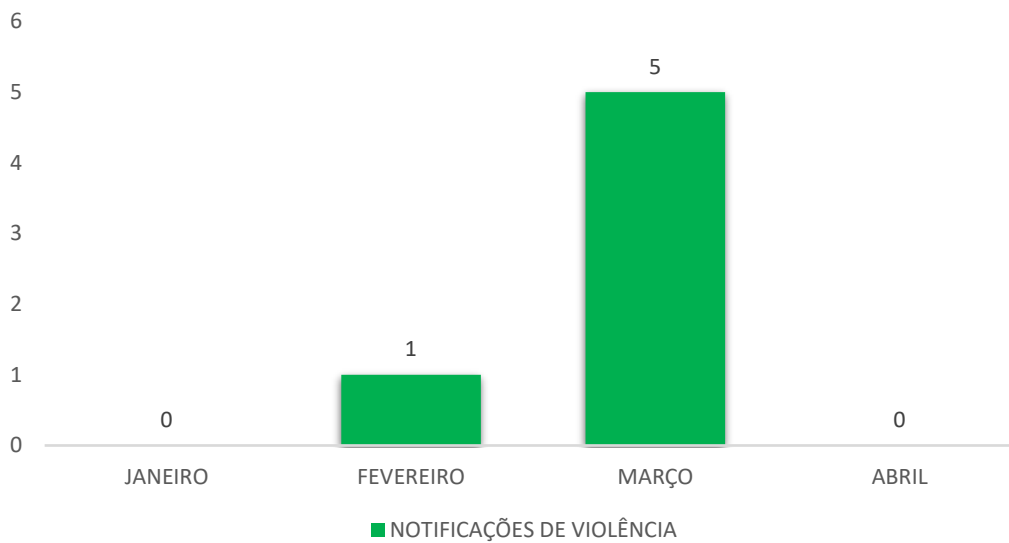
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 95. Número de casos



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 96. Notificações de violência



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

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 70. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Geral)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 85%	87%	87%	90%	86%
TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER	< 15 dias	4	5	5	6
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	117	114	115	132
NÚMERO DE FICHAS ACEITAS	neutro	135	131	128	153
NÚMERO DE FICHAS REJEITADAS	neutro	277	346	132	74
NÚMERO DE FICHAS CANCELADAS	neutro	18	17	13	21
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	12	5	8	12
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	78	109	108	113
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	90	114	116	125
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	neutro	4	2	4	4
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	neutro	0	0	1	1
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0	0	0

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

Tabela 71. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	17,04%	9,16%	16,41%	21,57%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	23	12	21	33
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	11	2	7	11
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	26	47	42	51
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	37	49	49	62
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0	0	0

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

Tabela 72. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	69,63%	77,10%	53,13%	39,22%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	94	101	68	60
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	1	2	1	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	48	51	33	35
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	49	53	34	35
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	neutro	3	2	2	1
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	neutro	0	0	0	1
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0	0	0

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

Tabela 73. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	n/a	n/a	19,53%	23,53%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	n/a	n/a	25	36
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	n/a	n/a	0	1
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	n/a	n/a	19	21
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	n/a	n/a	19	22
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	neutro	n/a	n/a	2	3
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	neutro	n/a	n/a	1	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	n/a	n/a	0	0

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

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Tabela 74. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%	0,76%	0,78%	1,31%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	0	1	1	2
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	0	1	0	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	4	9	14	4
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	4	10	14	4
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0	0	0

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

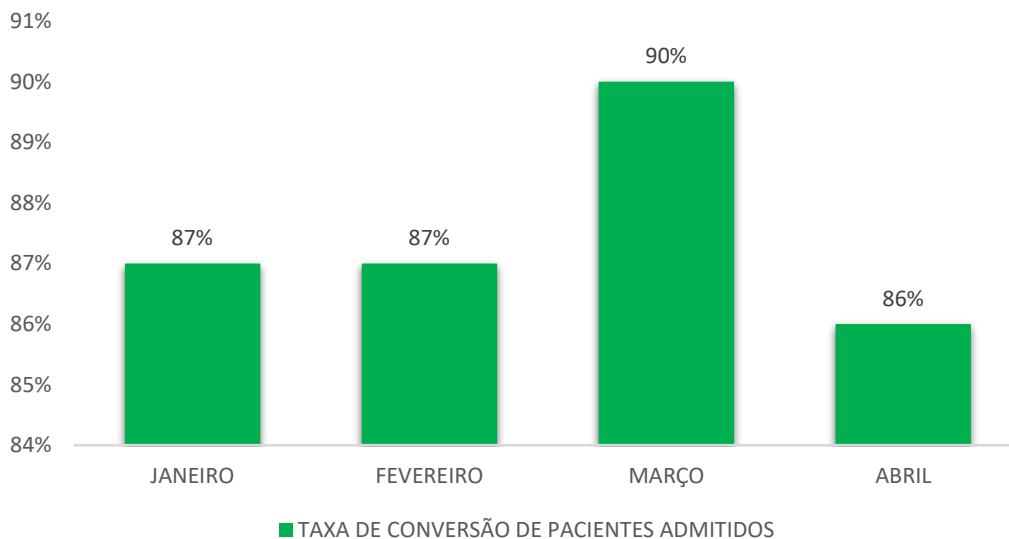
Tabela 75. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	0	0	0	0

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

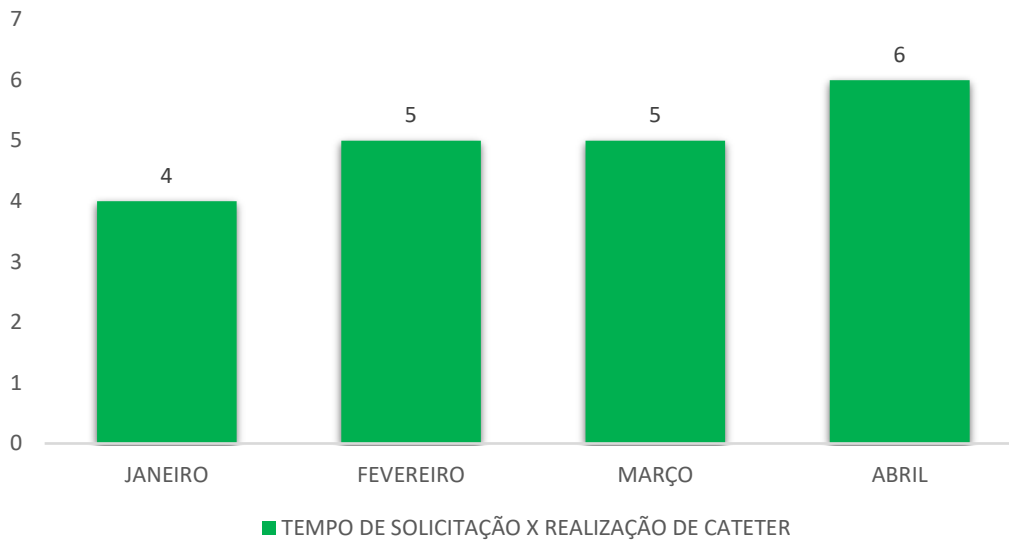
Observação: Não tivemos nenhuma admissão no setor de Pediatria.

Gráfico 97. Taxa de conversão de pacientes admitidos



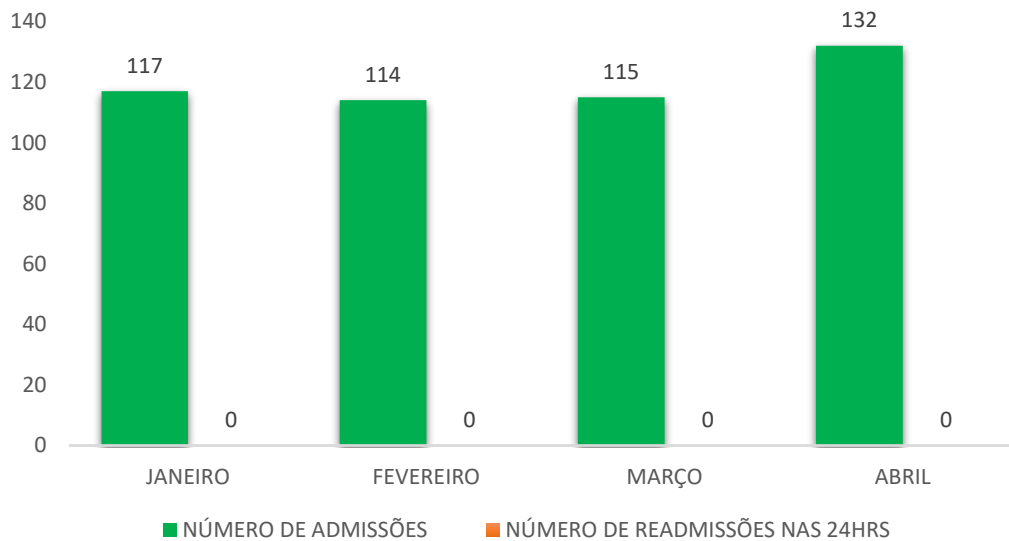
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 98. Tempo de solicitação x realização do cateter



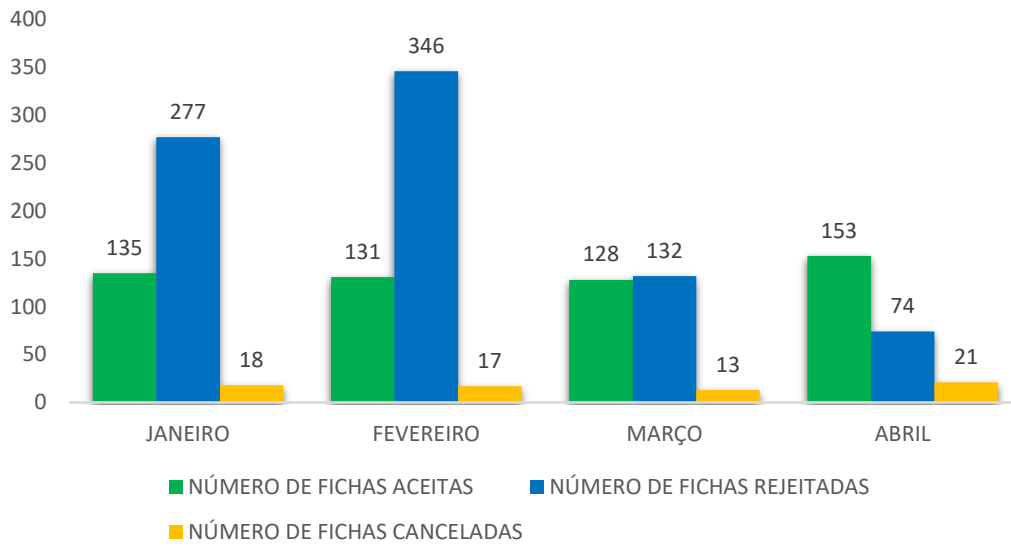
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 99. Admissões e readmissões nas 24hrs



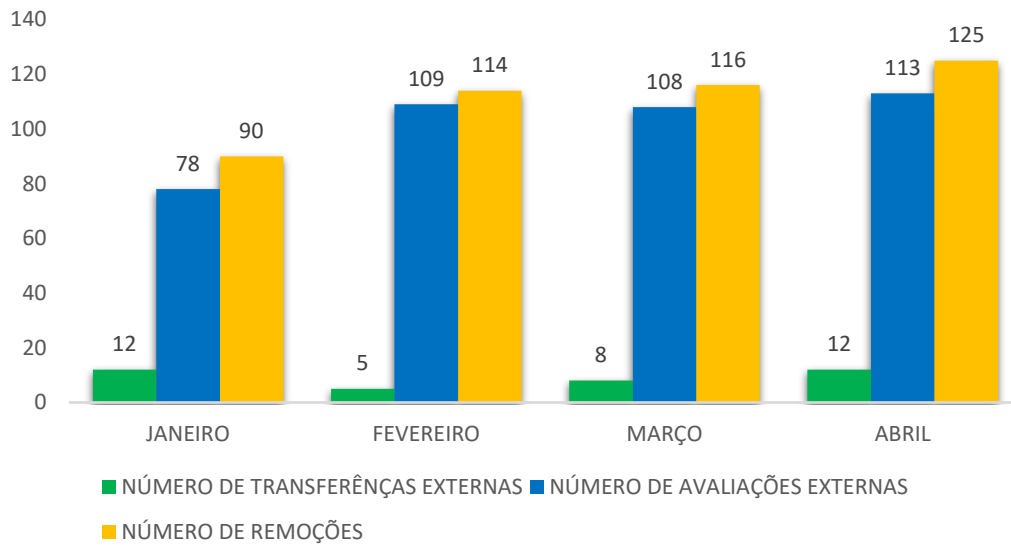
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 100. Análise de fichas CROSS



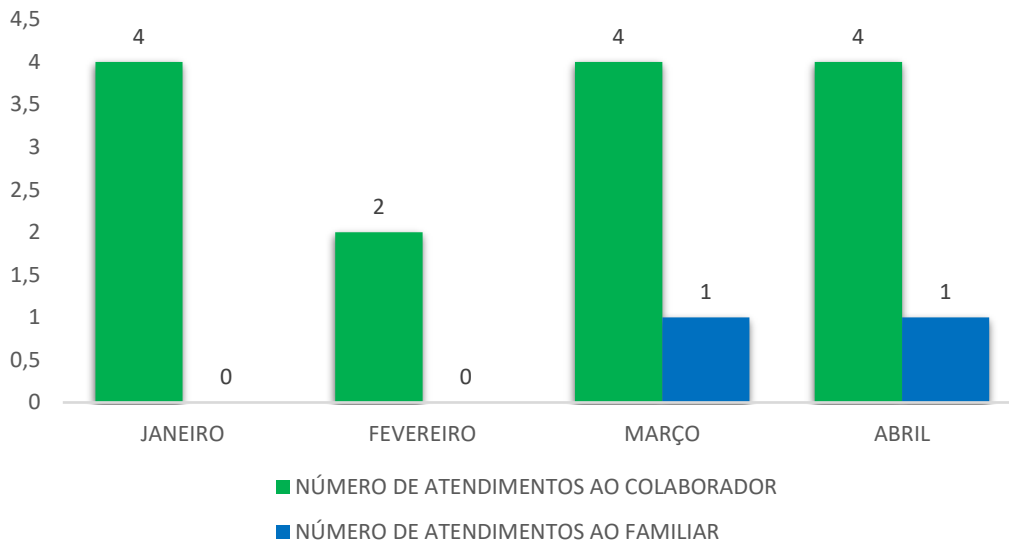
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101. Serviço de remoção de pacientes



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

Gráfico 102. Atendimentos pelo NIR



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 76. Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ADEÇÃO NOS TREINAMENTOS	> 80%	78,88%	92%	87%	83%
TAXA DE TREINAMENTOS PREVISTOS EM LNT	> 80%	61,76%	48%	37%	30%
TAXA DE CANCELAMENTO/REMANEJAMENTO	< 20%	38%	52%	63%	70%
NÚMERO DE TREINAMENTOS	> 20	29	31	38	26
NÚMERO DE TREINAMENTOS ASSISTENCIAIS	> 20	15	22	22	12
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	624	1237	1222	1158	799
NÚMERO DE HORAS REALIZADAS DE TREINAMENTO	620	87	71	60	34
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE MEDICINA	Neutro	2	2	4	4
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM	Neutro	9	56	44	23
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO	Neutro	0	7	7	8

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No mês de abril, houve impacto significativo no cumprimento das metas de treinamentos institucionais, principalmente em razão da ocorrência de feriados no período, que interferiram na disponibilidade das equipes e na organização das agendas de capacitação.

A meta de execução de 80% dos treinamentos planejados atingiu 30%, devido à necessidade de adequação das escalas assistenciais e priorização da continuidade segura da assistência, limitando a participação dos colaboradores nas ações educativas programadas.

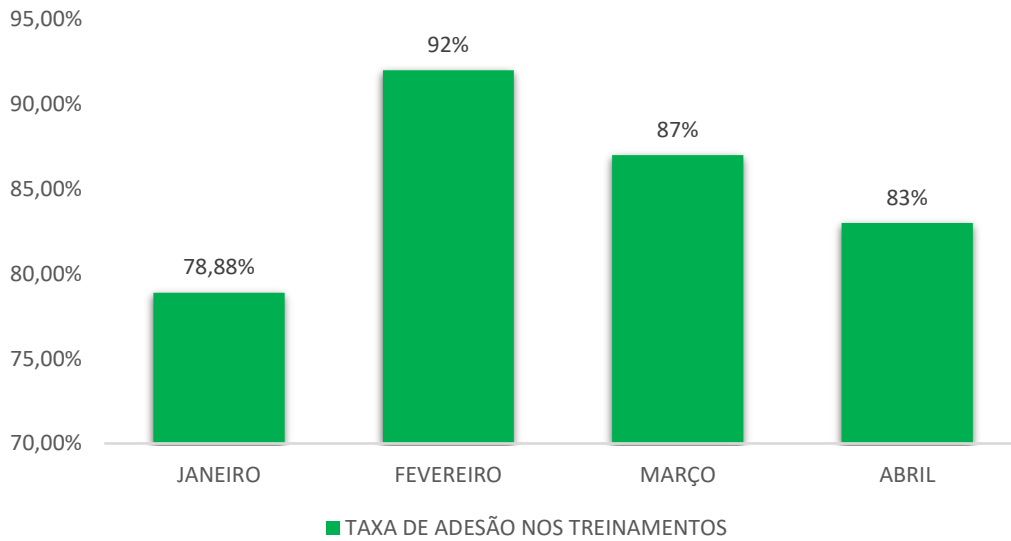
Da mesma forma, a meta de treinamentos assistenciais também ficou abaixo do previsto, refletindo as limitações operacionais do período. O cenário segue em acompanhamento, com readequação do cronograma e planejamento de ações para retomada gradual das metas estabelecidas.

LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – ABRIL 2026

- 15 Minutos Qualidade;
- 6 Metas internacionais de segurança do paciente;
- Prevenção de lesões, cuidados com a pele, dispositivo GTT e SNE;

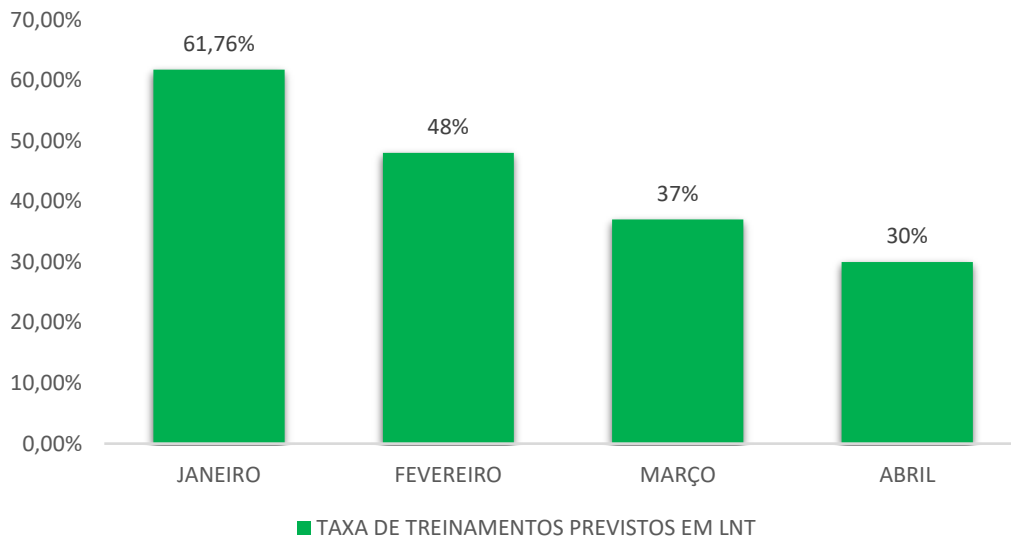
- Admissão humanizada e alta de qualidade;
- NR 06 - Equipamento de proteção individual;
- NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas;
- NR 17 - Intervenção ergonômica;
- Precauções, bundle, protocolo rota sepsis, notificações e adorno zero;
- Fluxo de gestão à vista e comissões;
- Higiene relacionada ao risco de queda;
- POP e Fluxos Seguros: Importância, descrição, acesso e manuseio;
- Produtos químicos: Prevenção de riscos durante o manuseio;
- Revisão das boas práticas no manuseio com produtos químicos;
- Gerenciamento de conflitos;
- Habilidades de treinamentos;
- Auditoria e segurança da informação;
- Importância do registro de enfermagem para auditoria;
- Frascos multidose;
- Fluxo eletrocardiograma;
- Cuidados com acesso venoso periférico;
- Aprazamento de insulinas;
- QR Code dos carrinhos a beira leito;
- Checklist via qr code dos carrinhos beira leito;
- POP 10 - Planos de contingências;
- NR 33 - Segurança e saúde nos trabalhos em espaços confinados;
- NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Gráfico 103. Taxa de adesão nos treinamentos



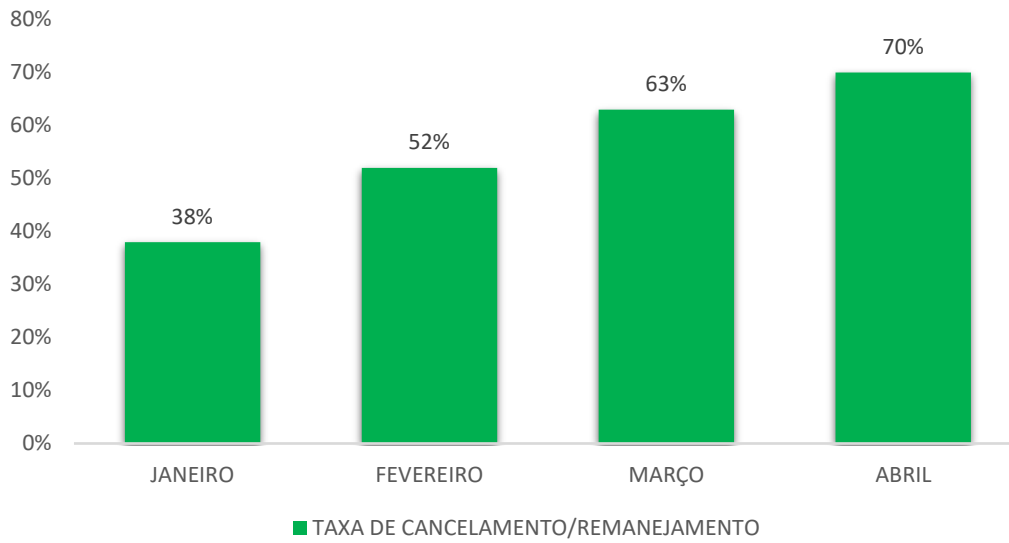
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 104. Taxa de treinamentos previstos em LNT



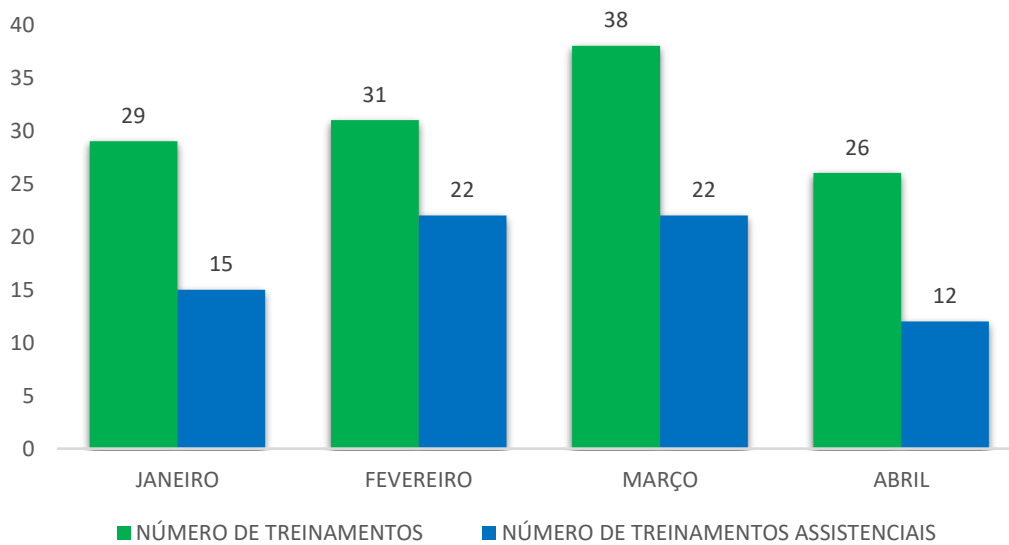
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 105. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos



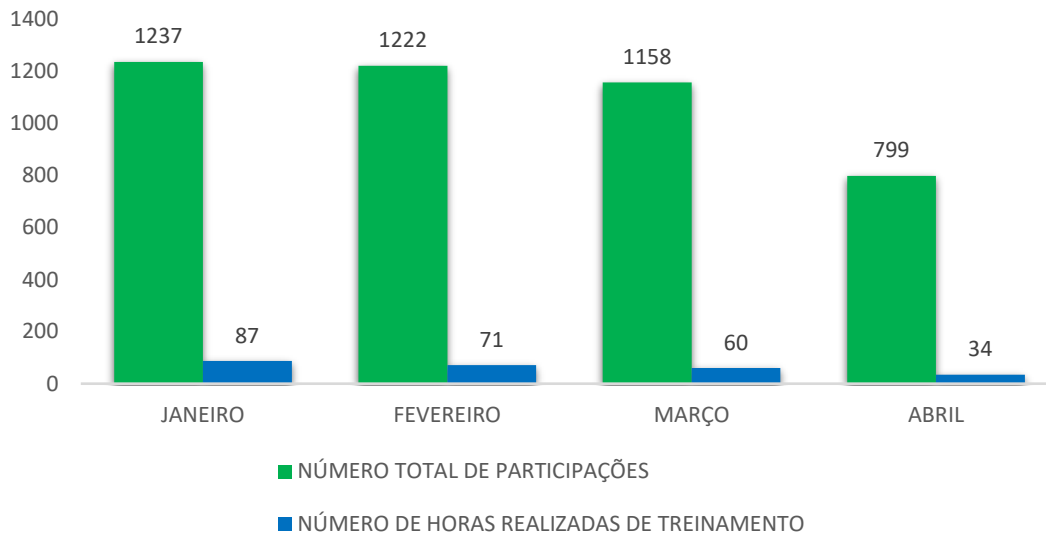
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 106. Número de treinamentos gerais e assistenciais



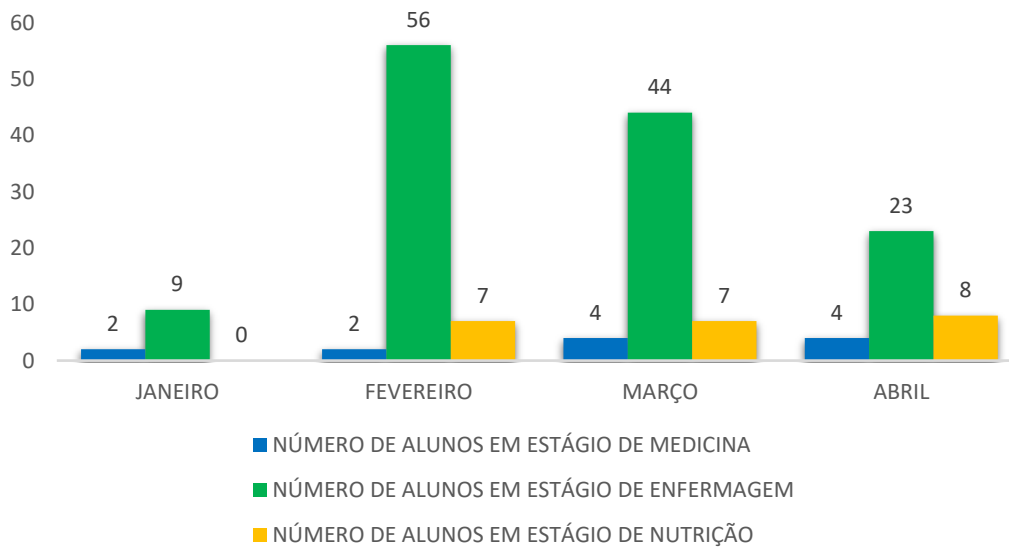
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 107. Número de participações e horas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 108. Número de alunos em estágios



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

3.4.6. Escritório de Gestão de Altas

O principal objetivo do Escritório de Gestão de Altas (EGA) é otimizar, agilizar e tornar mais segura a transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio ou outro nível de cuidado, assegurando a continuidade adequada do tratamento e contribuindo para a redução do tempo de internamento.

Tabela 77. Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	100%	100%	100%	86%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	92%	80%	100%	62%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	46%	40%	67%	43%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	96%	100%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	69%	80%	67%	43%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	Neutro	23	12	21	33
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	23	12	21	33
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	13	5	6	18
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	Neutro	13	5	6	21
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	12	4	6	13
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	6	2	4	9
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	22	12	21	33
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	9	4	4	9
Nº DE ALTAS	Neutro	13	5	6	21
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	23	12	21	33

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Tabela 78. Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	93%	93%	98%	97%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	87%	88%	88%	83%

TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	40%	32%	35%	48%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	100%	100%	100%	98%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	51%	55%	48%	41%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	Neutro	94	101	68	60
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	94	101	68	60
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	51	52	39	28
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	Neutro	55	56	40	29
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	48	49	35	24
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	22	18	14	14
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	94	101	68	59
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	28	31	19	12
Nº DE ALTAS	Neutro	55	56	40	29
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	94	101	68	60

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Tabela 79. Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	n/a	n/a	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	n/a	n/a	86%	100%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	n/a	n/a	79%	90%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	n/a	n/a	29%	67%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	n/a	n/a	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	n/a	n/a	43%	58%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	n/a	n/a	25	36
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	n/a	n/a	12	21

Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	Neutro	n/a	n/a	14	21
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	n/a	n/a	11	19
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	n/a	n/a	4	14
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	n/a	n/a	25	36
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	n/a	n/a	6	11
Nº DE ALTAS	Neutro	n/a	n/a	14	21
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	n/a	n/a	25	36

n/a: devido a obras no hospital, não tivemos mensuração de dados neste setor.

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Tabela 80. Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	0%	0%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	0%	100%	100%	100%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	105	109	106	111
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	0	6	2	2
Nº DE ALTAS	Neutro	0	6	2	2
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	0	1	1	3
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	0	1	1	3
Nº DE PACIENTES COM ALTA CLÍNICA	Neutro	98	102	99	103

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Tabela 81. Indicadores de Número de paciente com pendências para alta

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
AUSÊNCIA FAMILIAR	Quanto menor, melhor	19	19	18	18
VÍNCULO FAMILIAR PREJUDICADO	Quanto menor, melhor	43	42	41	38
AGUARDA ILPI (+ 60 ANOS)	Quanto menor, melhor	11	11	15	11
AGUARDA CENTRO POP (- 60 ANOS)	Quanto menor, melhor	0	1	0	0
PACIENTES SOCIAL GRAU III	Quanto menor, melhor	18	13	14	14
AGUARDA EMAD	Quanto menor, melhor	0	0	0	0

AGUARDA "MELHOR EM CASA"/UBS	Quanto menor, melhor	1	0	0	0
OUTROS	Quanto menor, melhor	13	23	18	22

Fonte: Relatório Interno – EGA.

ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

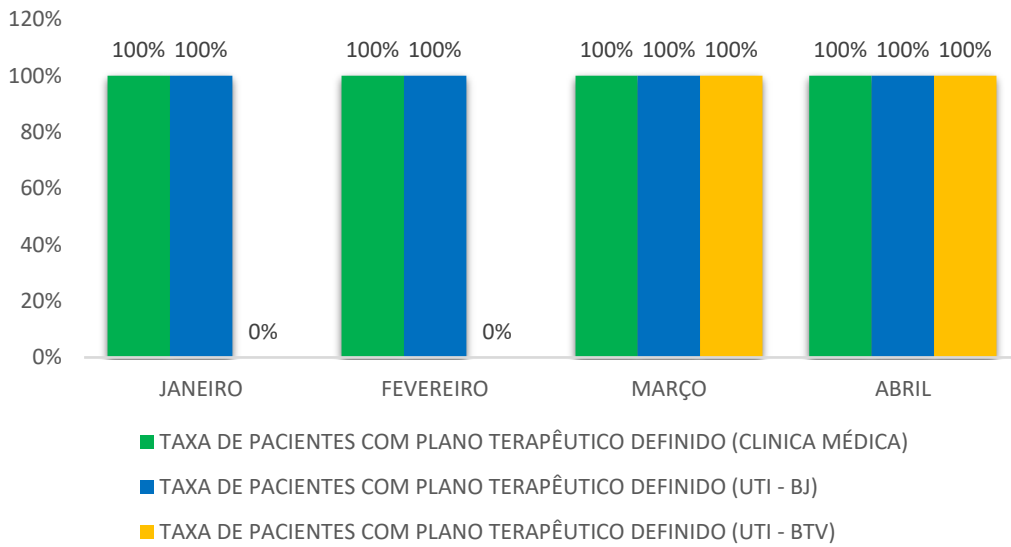
No mês de abril de 2026, permaneceu elevado o número de pacientes com tempo de internação acima do esperado, impactando diretamente a taxa de permanência hospitalar. O cenário esteve relacionado principalmente à dependência de serviços externos, pacientes aguardando diálise, revascularização e admissões com perfil de retaguarda, cujos processos de alta seguem sendo acompanhados pelo EGA em conjunto com o serviço social.

Apesar dos desafios assistenciais, observou-se aumento gradual no número de altas hospitalares, mantendo os indicadores de qualidade assistencial:

- 104 altas hospitalares
- 10 transferências/altas, totalizando 114 altas efetivas
- 16 óbitos
- 1 desistência de tratamento
- 1 evasão

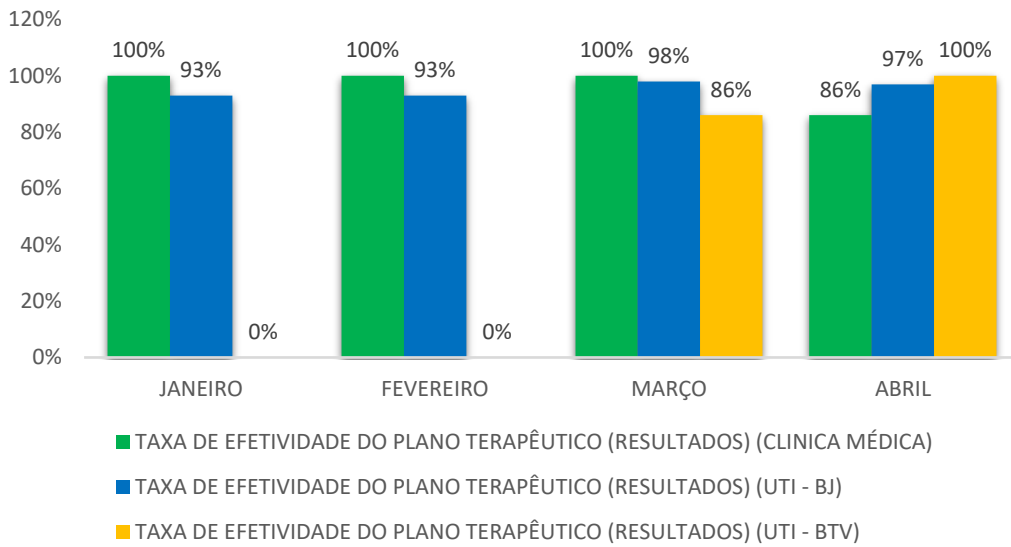
Em relação ao Plano de Alta Multiprofissional, apesar do bom desempenho individual da maioria das categorias profissionais, o percentual global de execução foi de 55%, abaixo da meta estabelecida de 90%. Observou-se maior fragilidade na adesão ao processo, principalmente aos finais de semana, evidenciando necessidade de fortalecimento da integração entre as equipes, qualificação dos registros em prontuário e maior alinhamento multiprofissional para consolidação do processo de alta segura.

Gráfico 109. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido



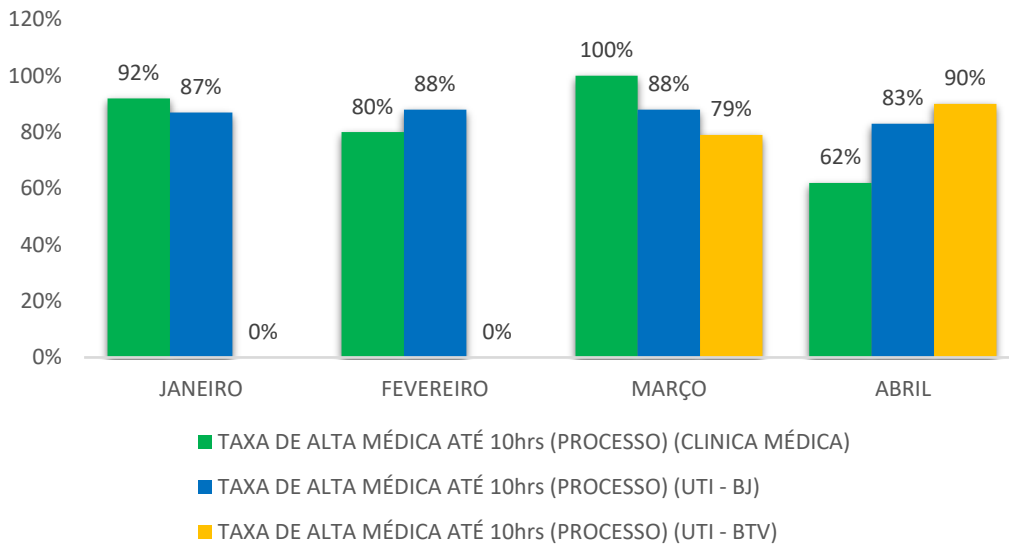
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 110. Taxa de efetividade do plano terapêutico



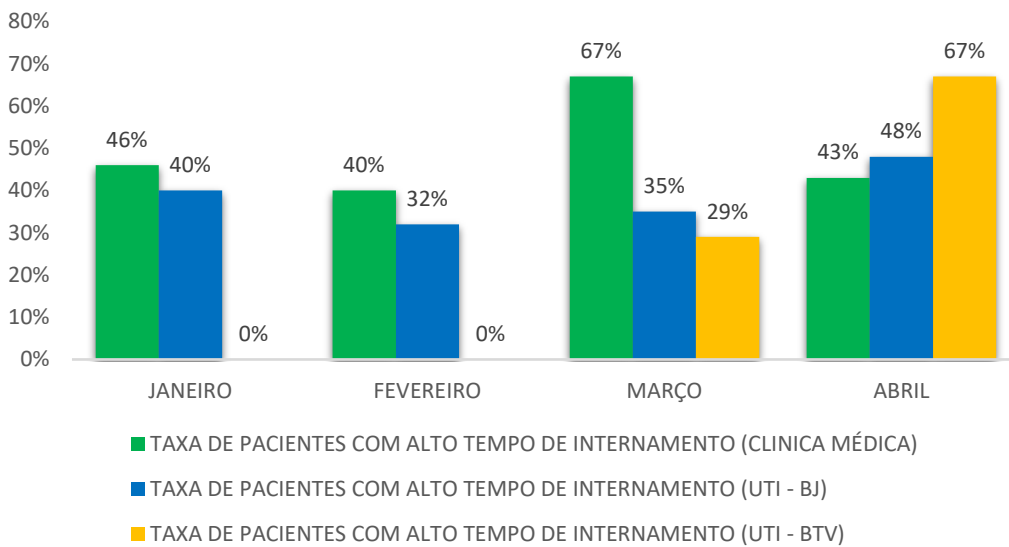
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 111. Taxa de alta médica até 10hrs



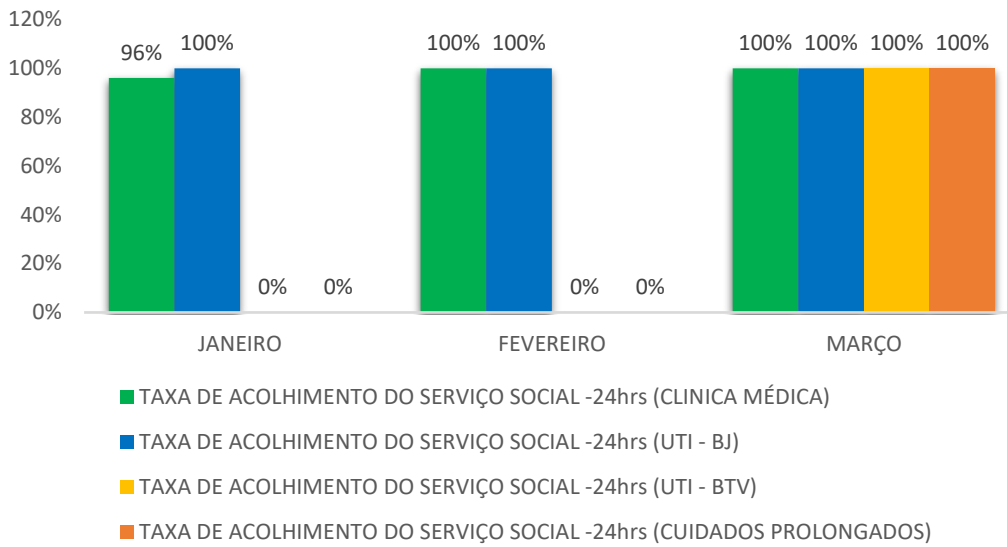
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 112. Taxa de pacientes com alto tempo de internação



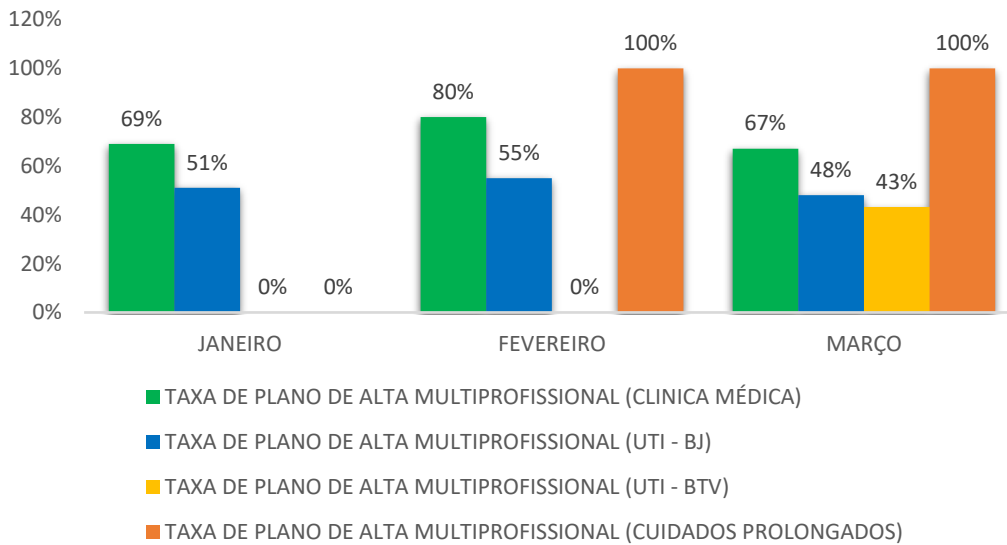
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 113. Taxa de acolhimento do serviço social



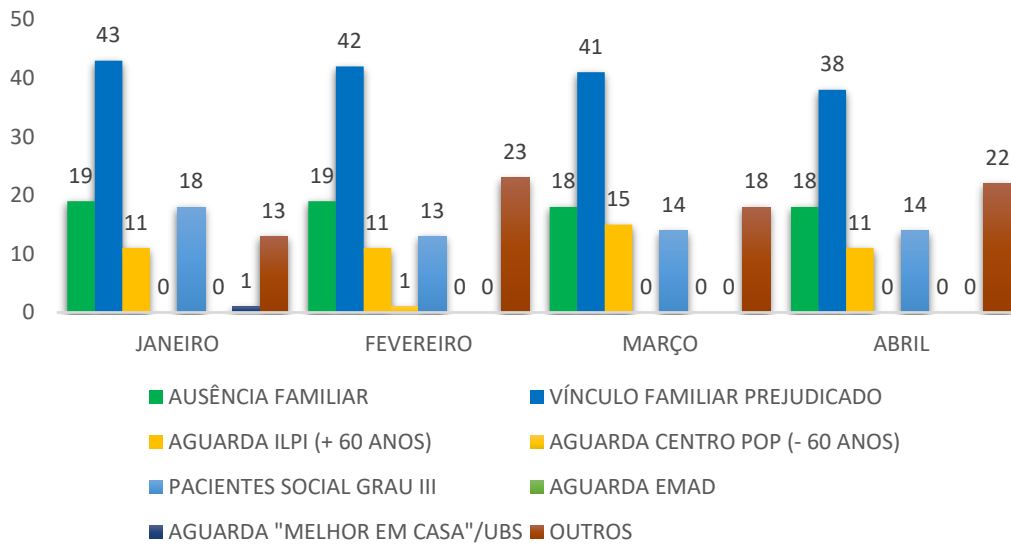
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 114. Taxa de plano de alta multiprofissional



Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 115. Número de paciente com pendências para alta



Fonte: Relatório Interno – EGA.

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 82. Indicadores de Farmácia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA	< 0,3%	0,26%	0,45%	0,35%	0,15%
TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< 5%	2,70%	3,10%	5,90%	6,40%
TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	< 0,3%	0%	0,66%	0,24%	1,66%
TAXA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	Neutro	12%	13%	14%	12%
TAXA DE RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS	> 80%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REALIZAÇÕES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	100%	100%	100%	100%	100%

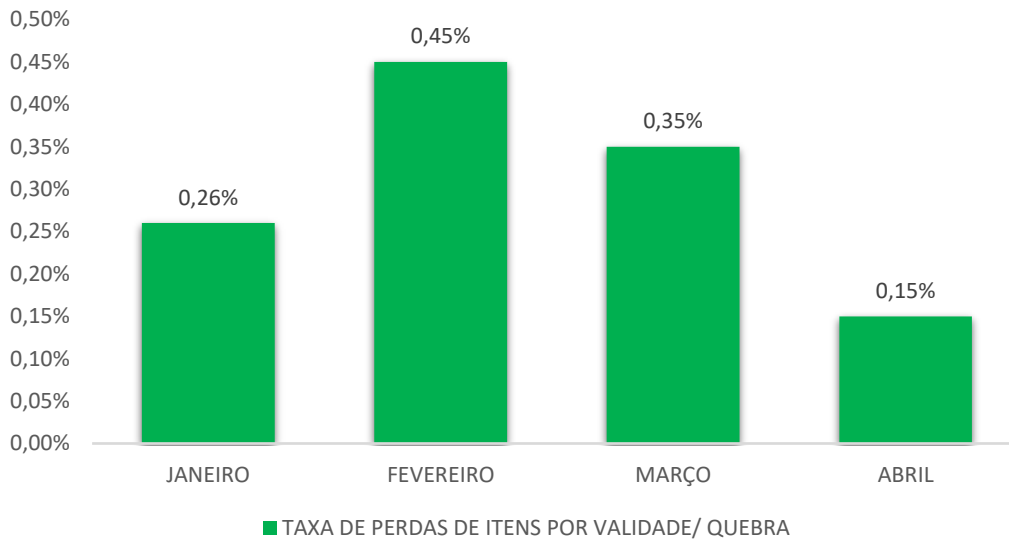
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

No indicador de Taxa de Itens sem Movimentação de Estoque, destacam-se itens estratégicos que permaneceram sem movimentação nos últimos 90 dias, como medicamento de uso emergencial e circuito respiratório adulto adquirido no período em que a unidade era referência para atendimento de COVID, os quais necessitam permanecer em estoque para garantia assistencial.

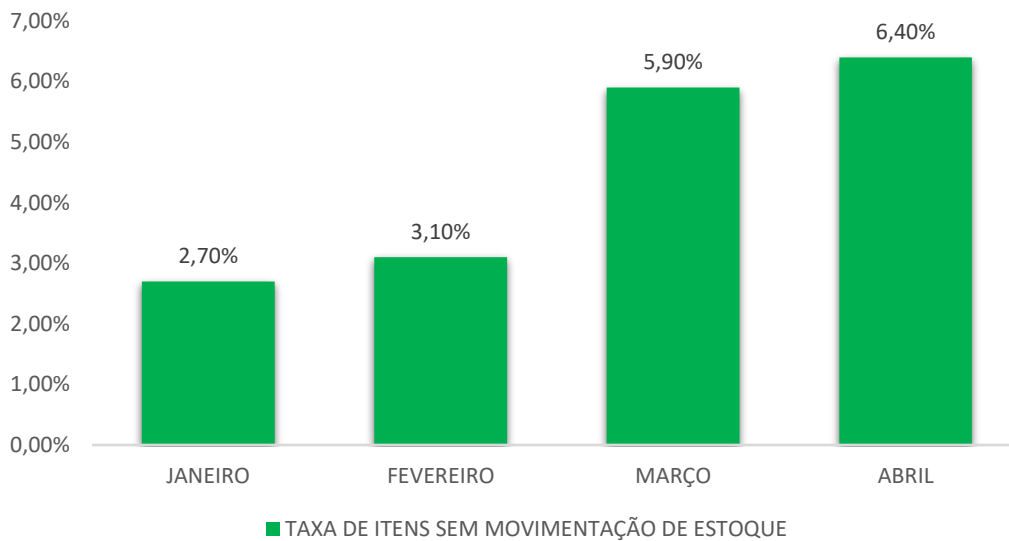
Em relação ao indicador de Taxa de Empréstimos Solicitados, houve necessidade de empréstimo de medicamento utilizado em tratamento específico de paciente internado, além de insumo relacionado à terapia nutricional, devido a atraso na entrega pelo fornecedor. O cenário foi acompanhado para evitar desabastecimento e garantir continuidade da assistência.

Gráfico 116. Taxa de perdas de itens por validade/quebra



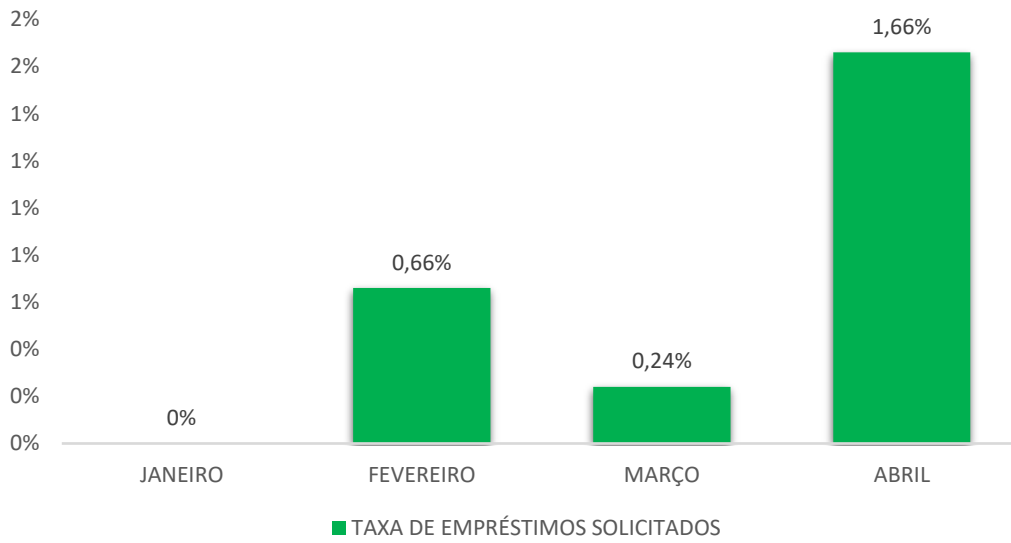
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 117. Taxa de itens sem movimentação de estoque



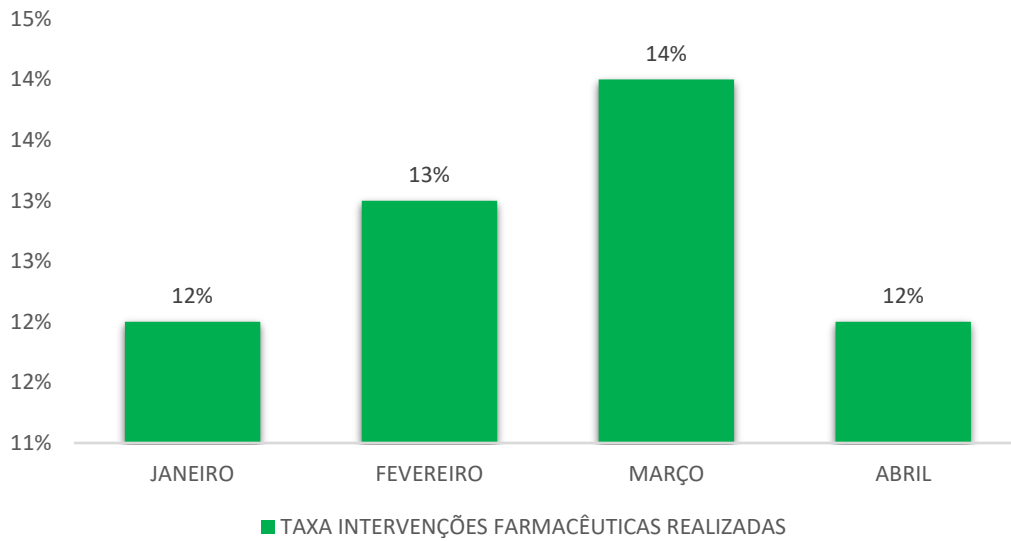
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 118. Taxa de empréstimos solicitados



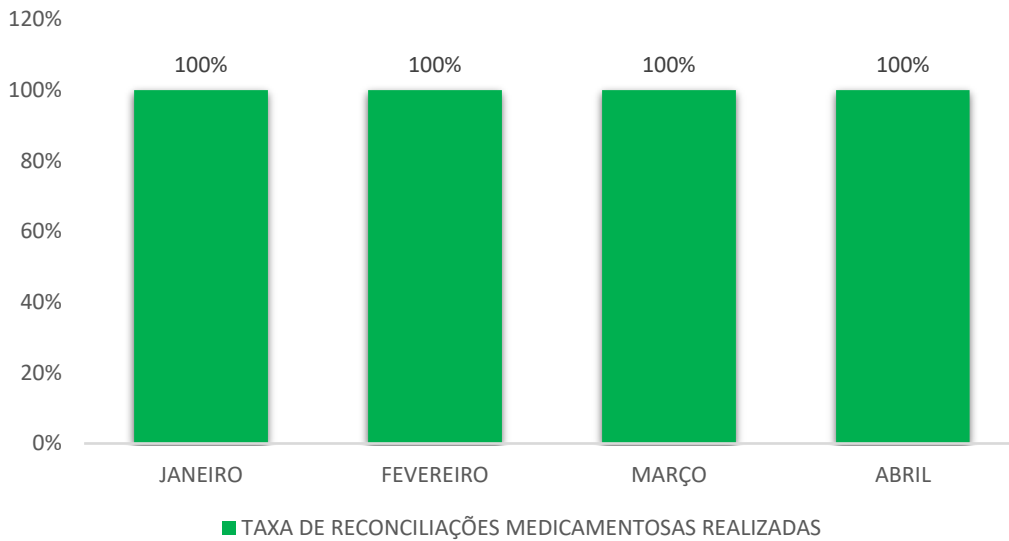
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 119. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas



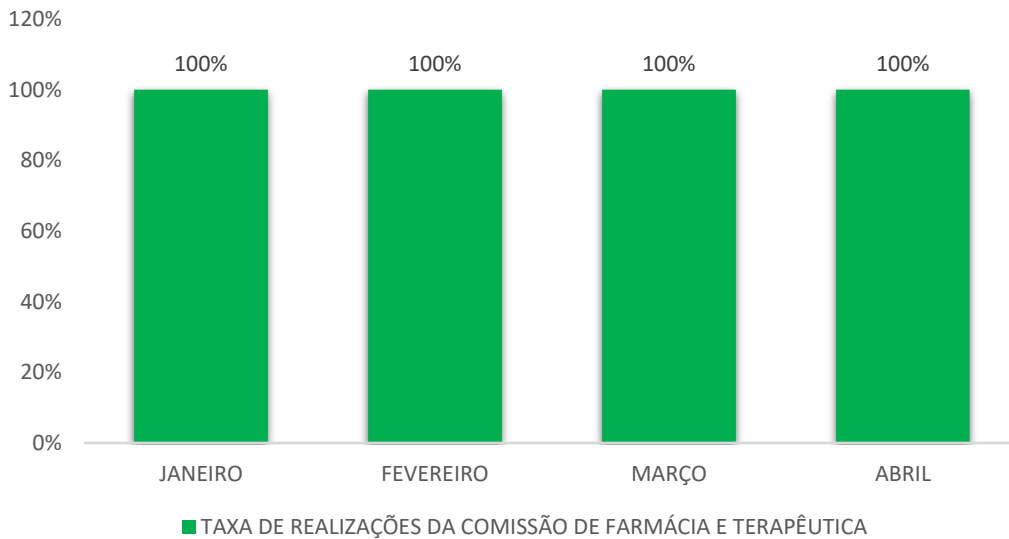
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 120. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 121. Taxa de realizações 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.

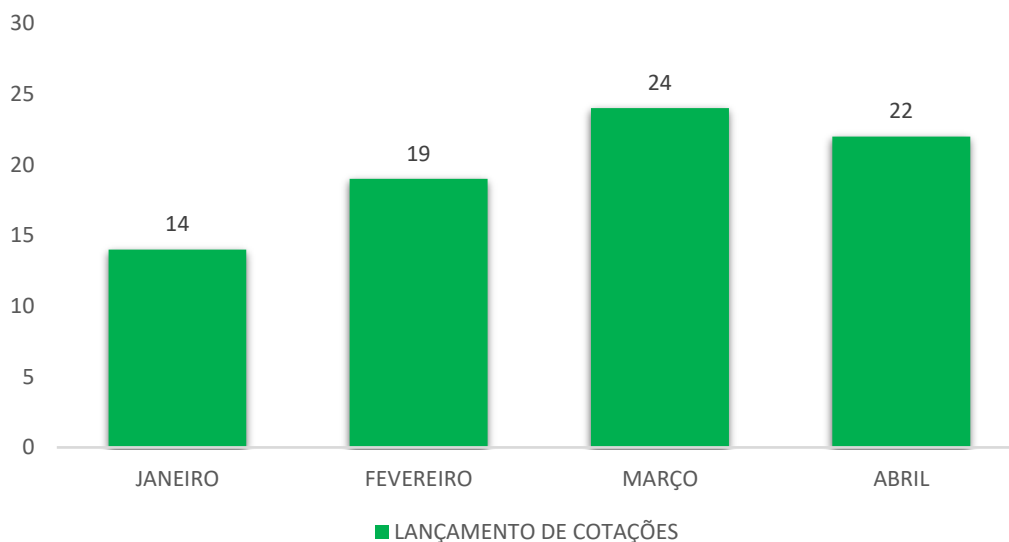
Tabela 83. Indicadores de Compras

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
LANÇAMENTO DE COTAÇÕES	Neutro	14	19	24	22
TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS	Neutro	57	78	83	84
TAXA DE ORDEM DE COMPRAS ENTREGUES NO PRAZO	> 80%	99%	96%	98%	93%
PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL	<15%	5%	5%	4%	*
PERCENTUAL DE ECONOMIA MENSAL	> 5%	5,15%	6,60%	5,75%	*
QUANTIDADE DE COMPRA EMERGENCIAL	< 5	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

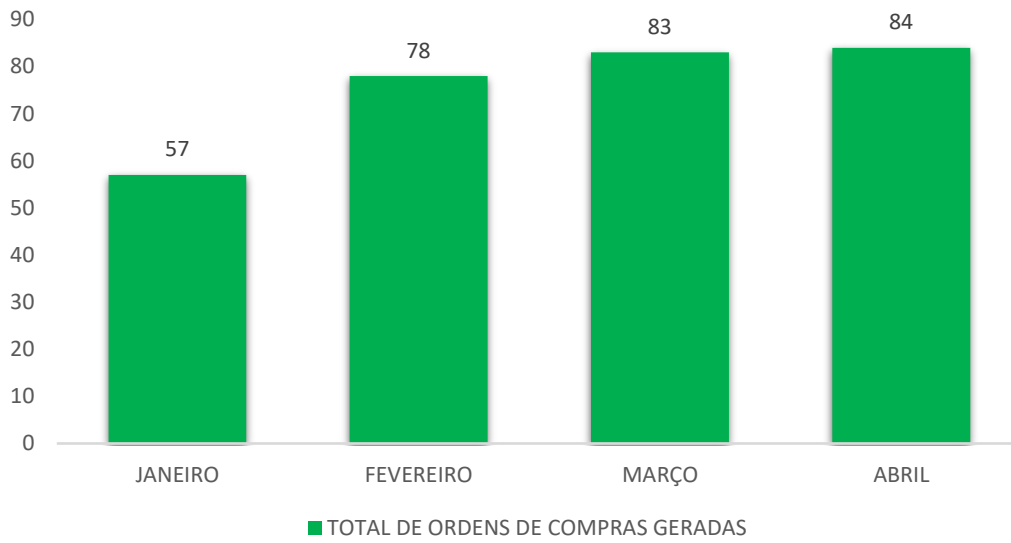
*Os indicadores de Percentual de Entrega Parcial e Percentual de Economia Mensal não foram apresentados nesta competência, sendo os dados consolidados e lançados de forma retroativa na competência de maio, após finalização das validações e fechamento das informações necessárias para composição dos indicadores.

Gráfico 122. Lançamento de cotações



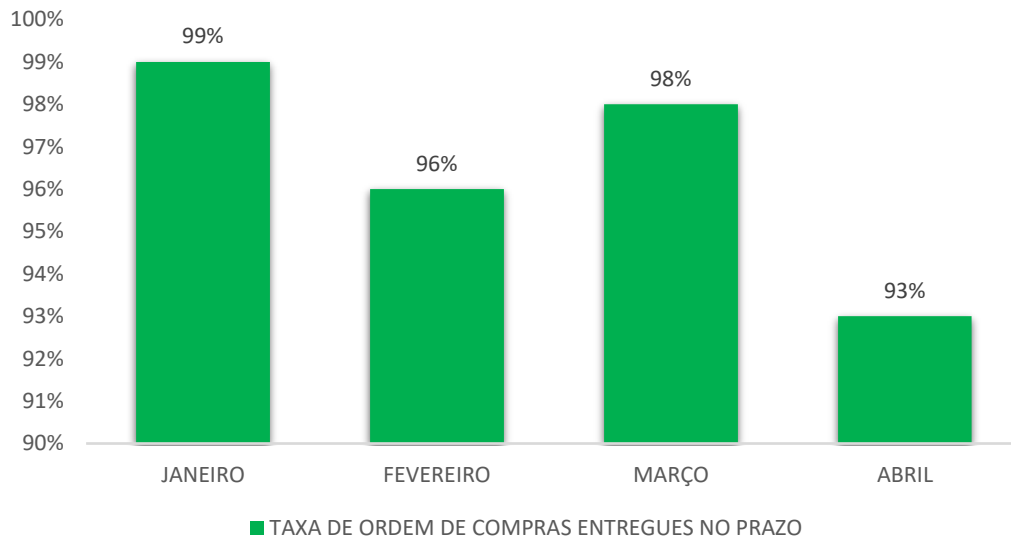
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 123. Total de ordens de compras geradas



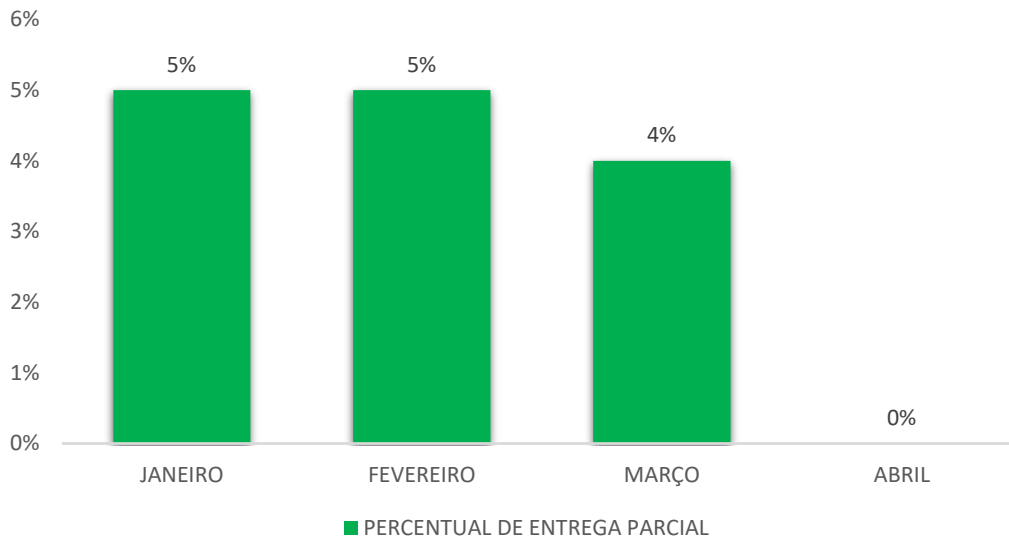
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 124. Taxa de ordem de compras entregues no prazo



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

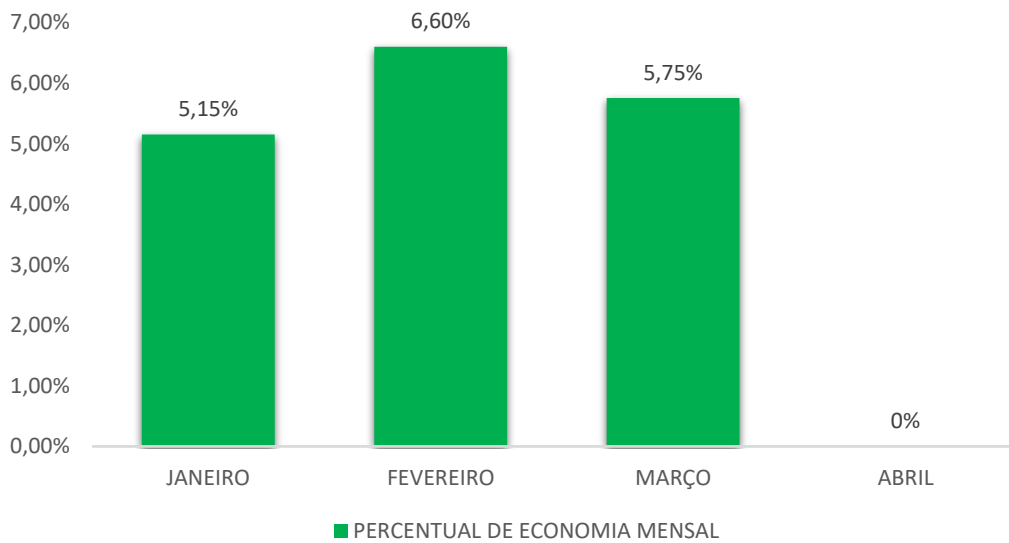
Gráfico 125. Percentual de entrega parcial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

*Os indicadores de Percentual de Entrega Parcial e Percentual de Economia Mensal não foram apresentados nesta competência, sendo os dados consolidados e lançados de forma retroativa na competência de maio, após finalização das validações e fechamento das informações necessárias para composição dos indicadores.

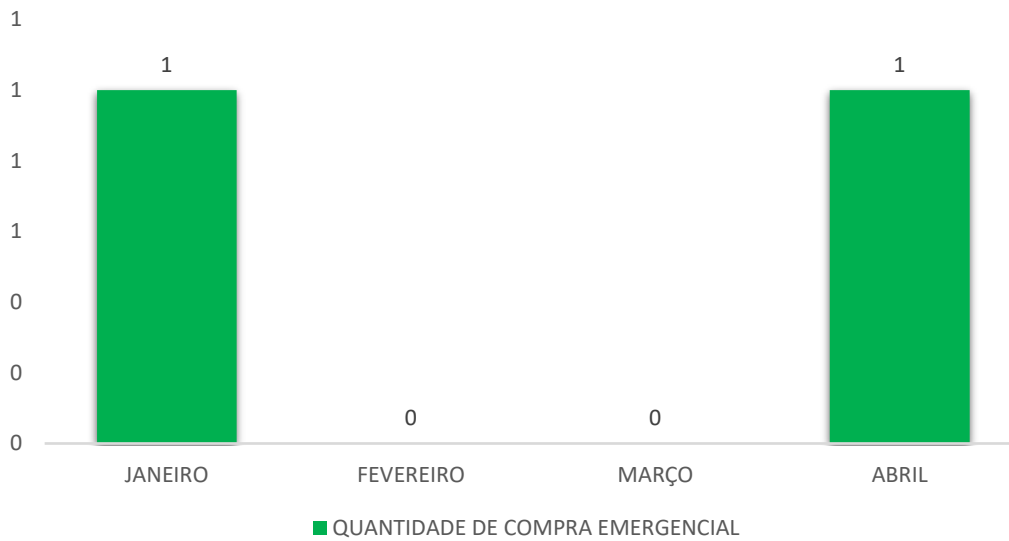
Gráfico 126. Percentual de economia mensal



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

*Os indicadores de Percentual de Entrega Parcial e Percentual de Economia Mensal não foram apresentados nesta competência, sendo os dados consolidados e lançados de forma retroativa na competência de maio, após finalização das validações e fechamento das informações necessárias para composição dos indicadores.

Gráfico 127. Quantidade de compra emergencial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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 84. Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 80%	56%	88%	86%	78%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	< 11:00 hrs	17:00	41:46	23:11	34:24
REINCIDÊNCIA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	< 15%	5%	5%	5%	0%
TAXA DE DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO	> 80%	99%	99%	99%	98%
TAXA DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%	0%	100%	59%
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	> 85%	83%	80%	96%	71%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	99%	100%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	80%	97%	58%	99%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	79%	92%	99%	70%
NÚMERO DE CALIBRAÇÕES	Neutro	0	0	19	17
NÚMERO DE MANUTENÇÕES CORRETIVAS	Neutro	157	155	153	143
NÚMERO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTOS	Neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE INSPEÇÃO DE ROTINA	Neutro	2	124	153	94
NÚMERO DE MOVIMENTAÇÃO DE PATRIMÔNIO	Neutro	3	0	7	6
NÚMERO DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS	Neutro	89	53	93	57

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

Observa-se que o não atingimento da meta das manutenções preventivas ocorreu devido à dependência de agendamento junto à empresa terceirizada responsável pela execução dos serviços, impactando diretamente o cumprimento do cronograma previsto no período.

Em relação às manutenções corretivas, o resultado apresentado foi influenciado pelo tempo de aprovação dos orçamentos e pelo prazo de entrega de peças necessárias para conclusão dos reparos. Esses fatores também impactaram o indicador de Ordens de Serviço finalizadas, refletindo no não atingimento da meta estabelecida.

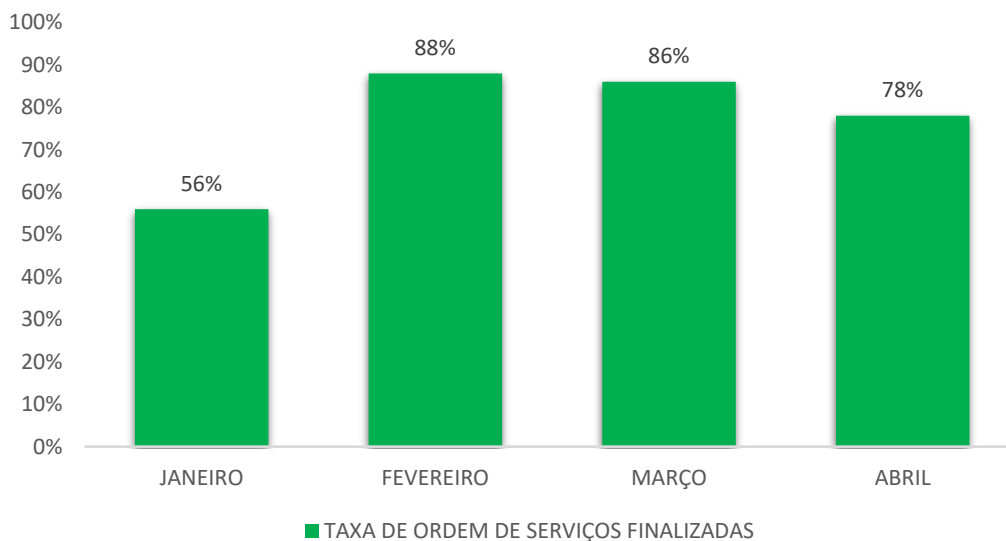
Quanto à taxa de calibração, o indicador permaneceu abaixo da meta devido à continuidade da execução das calibrações programadas, que ainda se encontravam em andamento no período analisado.

No indicador de inspeção de rotina, o resultado ficou 1% abaixo da meta em razão do fechamento do relatório ter ocorrido antes da conclusão integral das rotinas previstas para o dia da extração dos dados.

Ressalta-se ainda que as manutenções preventivas seguem cronograma previamente estabelecido, podendo ocorrer variações mensais no quantitativo executado conforme planejamento operacional.

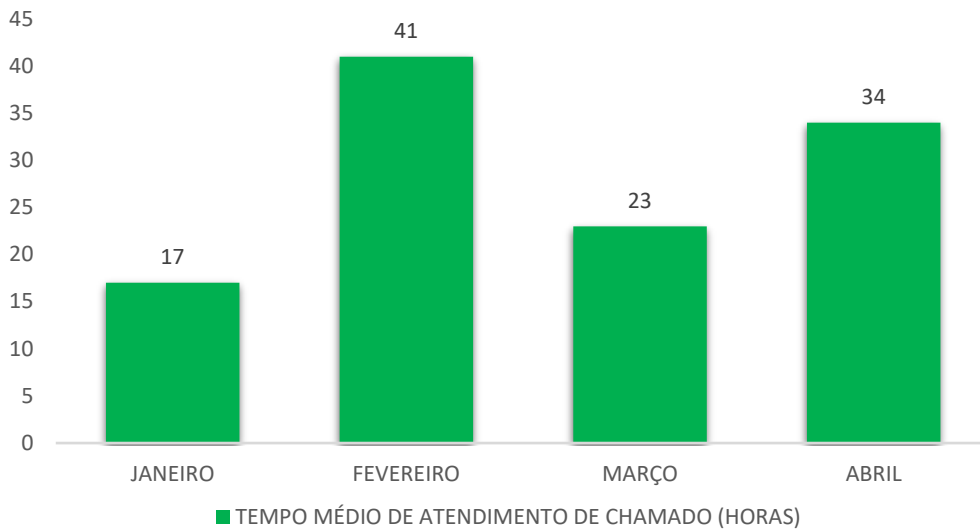
Por fim, o aumento do tempo médio de atendimento esteve relacionado à ocorrência de feriados e finais de semana no período analisado, impactando os prazos de execução e atendimento das demandas.

Gráfico 128. Taxa de ordem de serviços finalizadas



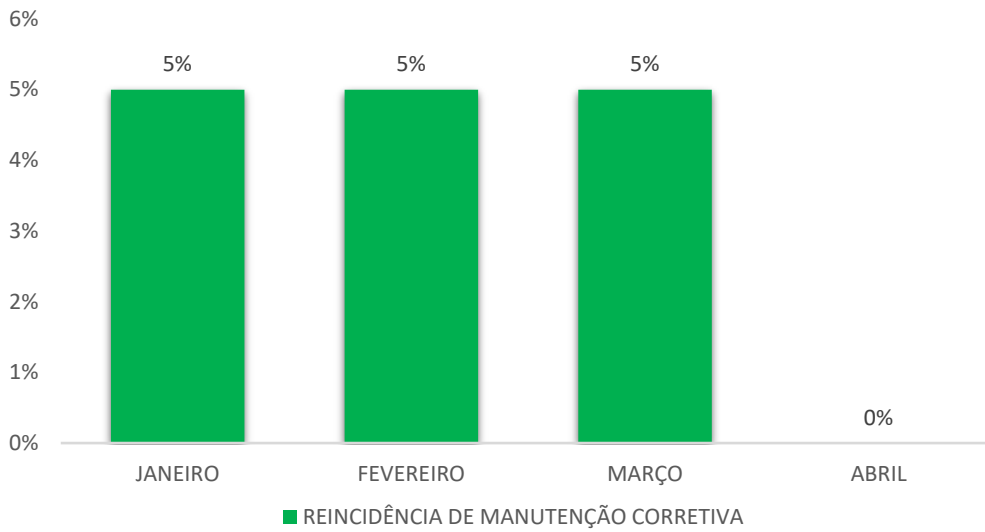
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 129. Tempo médio de atendimento de chamado (horas)



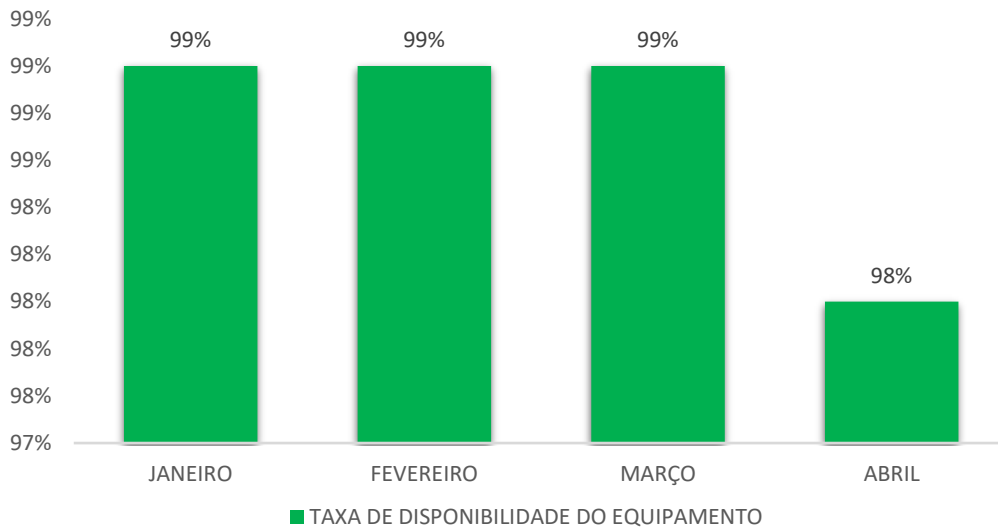
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 130. Reincidência de manutenção corretiva



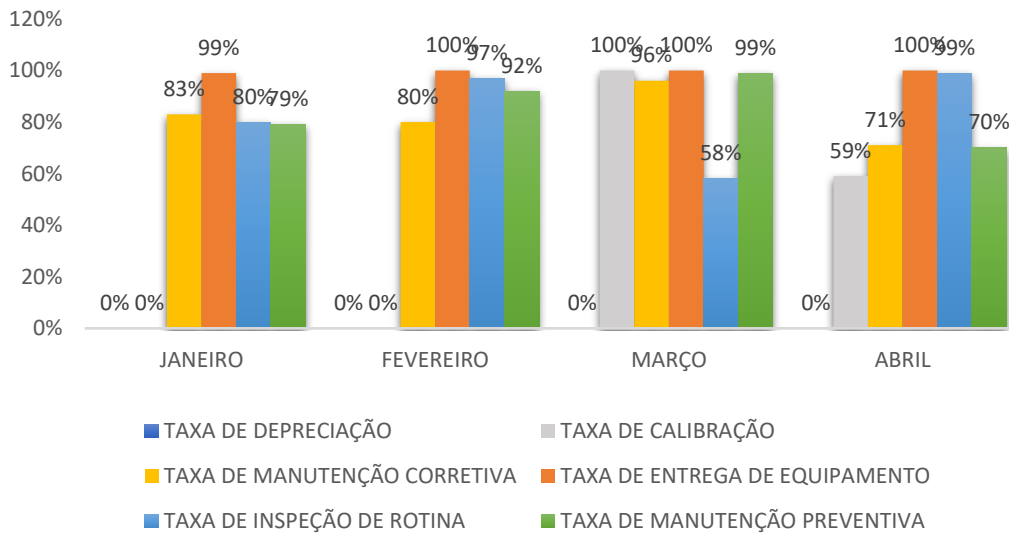
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 131. Taxa de disponibilidade do equipamento



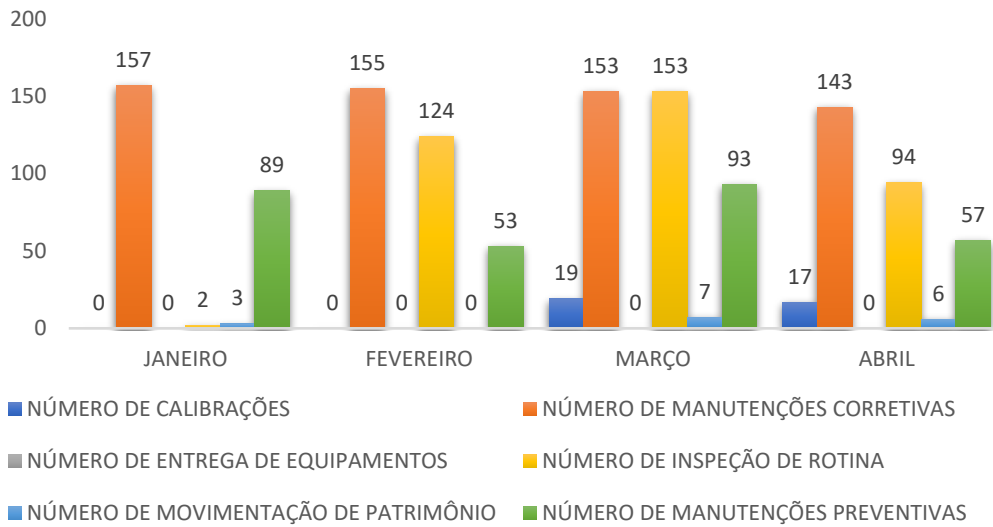
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 132. Taxa serviços de engenharia clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 133. Quantitativo de serviços de engenharia clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.7.2. Manutenção Predial

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

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

Tabela 85. Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85,93%	87,80%	87,01%	82,71%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	120 minutos	21,25	28,14	31,25	25,07
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	77,94%	81,88%	91,80%	83,80%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	100%	74,16%	72,71%

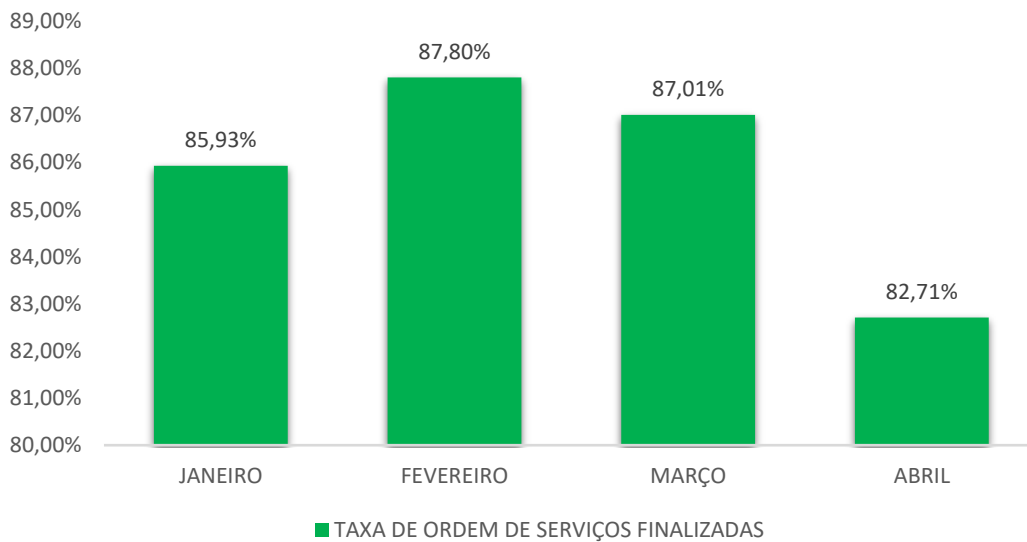
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	91,13%	98,39%	97,80%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA	Quanto menor, melhor	281	138	183	179
NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA	Quanto maior, melhor	88	33	178	157
NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA	Quanto maior, melhor	96	124	124	91
NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Quanto maior, melhor	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

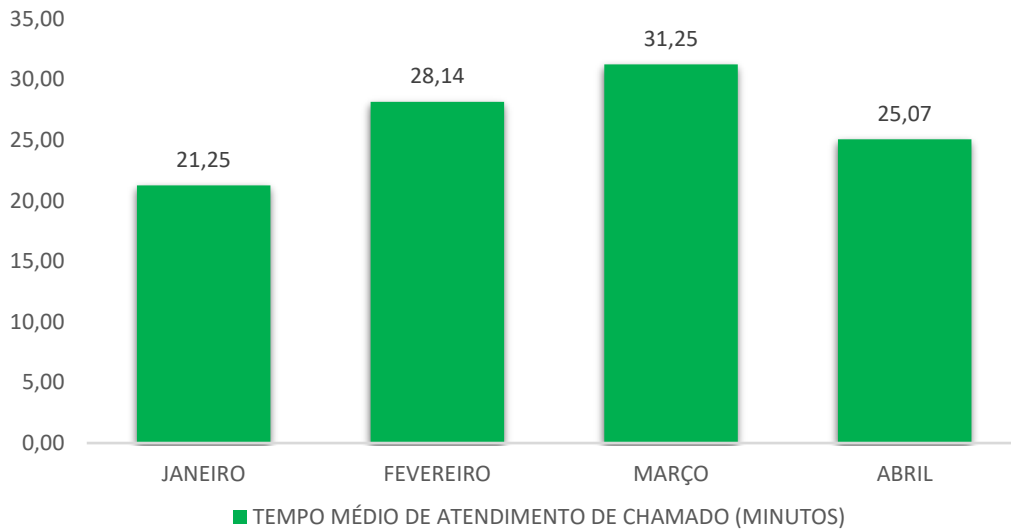
A taxa de execução das ordens de serviço preventivas e corretivas permaneceu abaixo da meta estabelecida no período, em razão da realização de serviços de maior complexidade, que demandaram maior tempo de execução e dedicação integral da equipe de manutenção, impactando diretamente o cumprimento das atividades programadas.

Gráfico 134. Taxa de ordem de serviços finalizadas



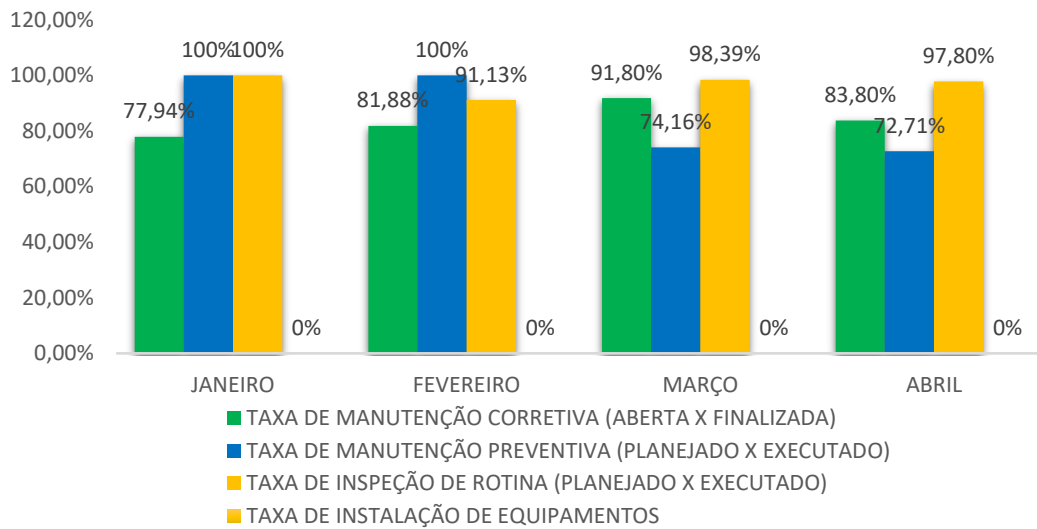
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 135. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)



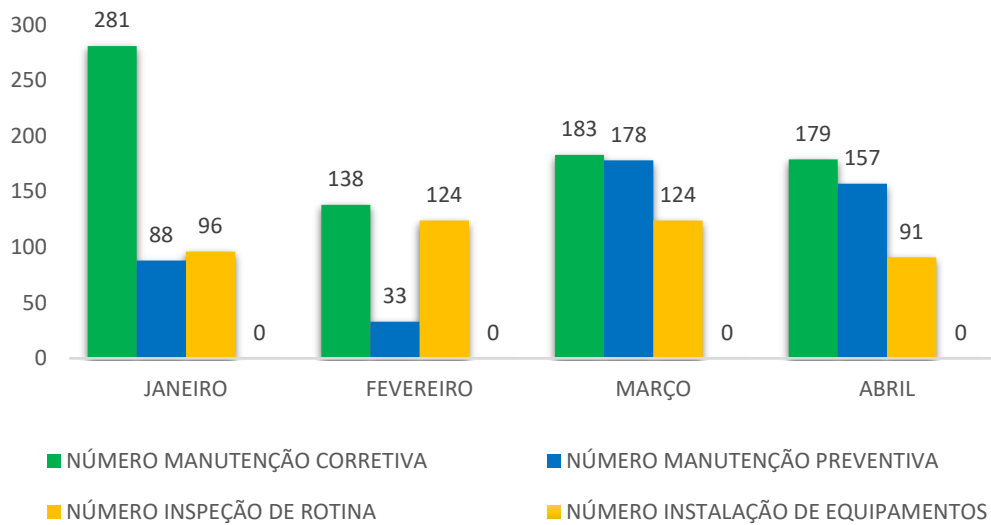
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 136. Taxa serviços de manutenção predial



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 137. Quantitativo de serviços de manutenção predial



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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.

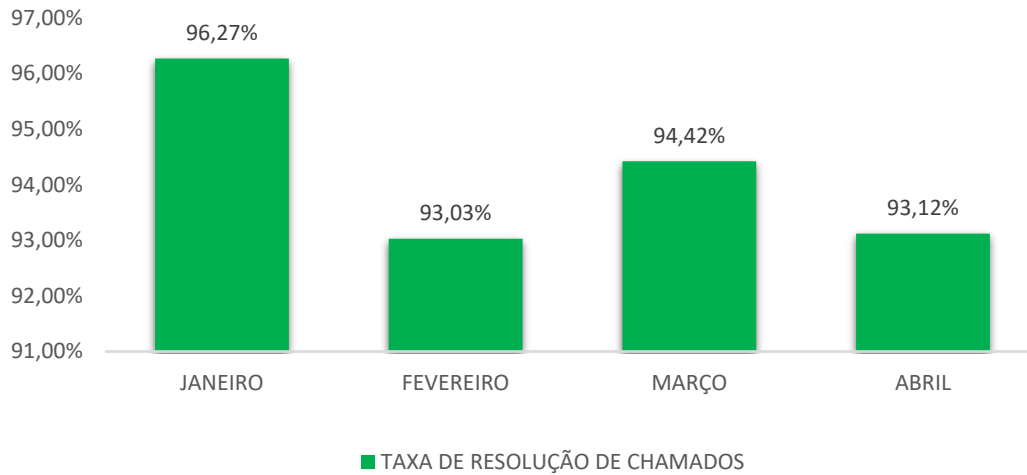
Tabela 86. Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	< 150	135	103	120	111
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	< 170	106	98	149	165
QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS	> 200	228	182	244	252
QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS	Neutro	241	201	269	276
TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EM HORAS	< 04 horas	03:00	02:00	03:00	03:00

INDISPONIBILIDADE DE INTERNET	< 01 horas	00:00	00:00	00:00	00:00
INDISPONIBILIDADE DO SISTEMA	< 30 minutos	00:00	00:00	08:00	00:00
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS	Neutro	3	2	8	3
TAXA DE RESOLUÇÃO DE CHAMADOS	> 90%	96,27%	93,03%	94,42%	93,12%

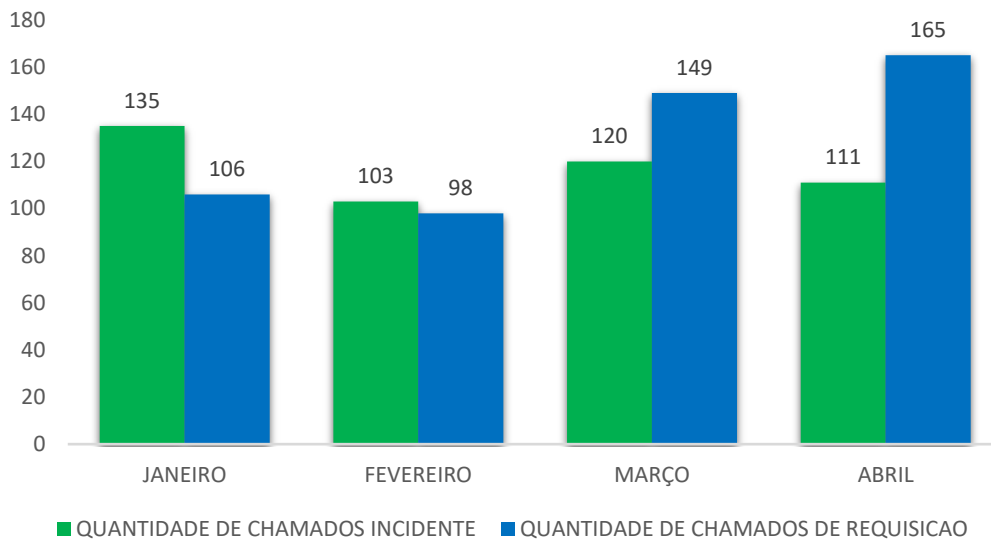
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 138. Taxa de resolução de chamados



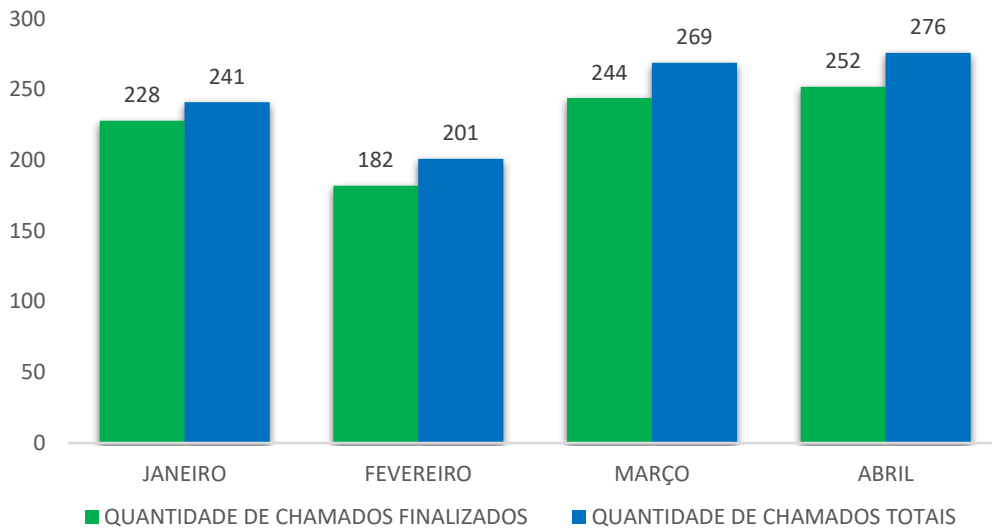
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 139. Quantitativo de chamados



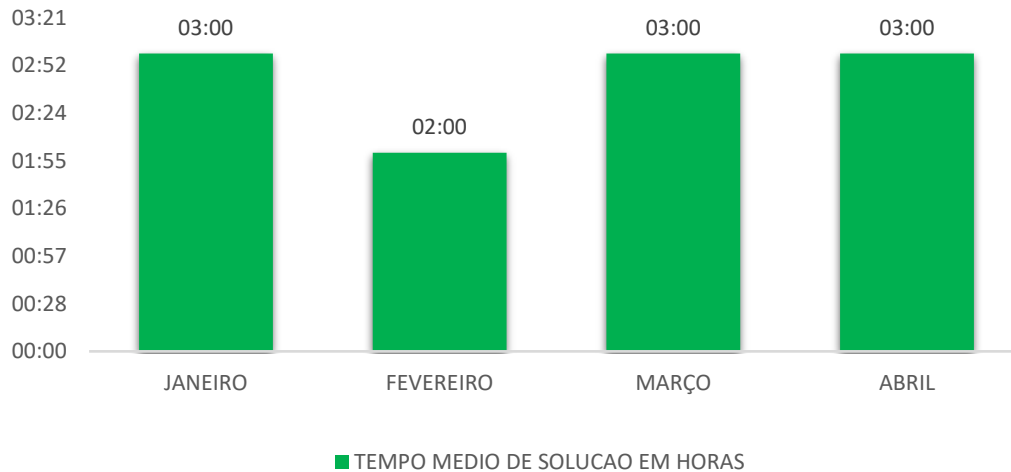
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 140. Quantitativo de chamados totais e finalizados



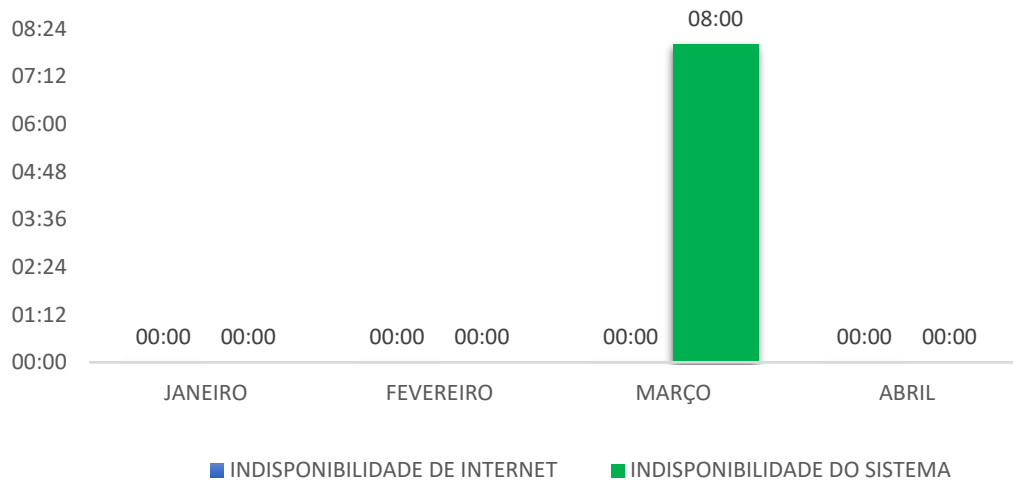
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 141. Tempo médio de solução em horas



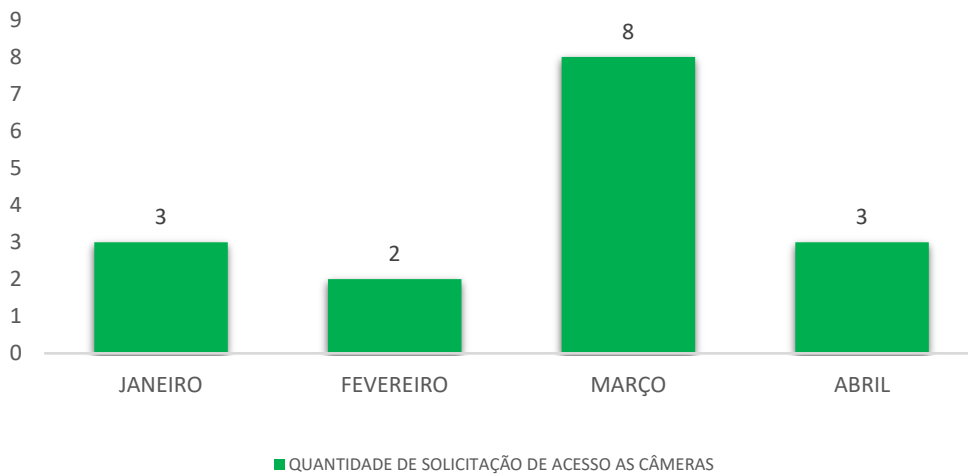
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 142. Indisponibilidade de internet e sistema



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 143. Quantidade de solicitações de acesso as câmeras



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

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 87. Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	> 80%	65%	65%	75%	90%
TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES	> 80%	94%	88%	91%	100%
TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO	> 80%	81%	93%	80%	48%
NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO	Quanto maior, melhor	13	13	15	18
NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS	Quanto maior, melhor	20	20	20	20
NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	16	14	20	21
NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS	Quanto maior, melhor	17	16	22	21
NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	Quanto maior, melhor	13	13	16	10
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024 (FORMS)	Quanto menor, melhor	27	27	27	19
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025 (FORMS)	Quanto menor, melhor	55	55	55	46
NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO	Neutro	14	34	36	52
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO	Quanto menor, melhor	0	0	3	1

NÚMERO DE DOCUMENTOS QUE NECESSITAM DE VALIDAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS	Neutro	0	5	0	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS	Neutro	2	2	12	3
NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	Neutro	4	32	50	36
NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS	Neutro	0	0	6	3
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS	Quanto menor, melhor	3	1	6	4
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	1	1	0	1
NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES	Quanto maior, melhor	7	1	4	3

Fonte: Relatório de Qualidade.

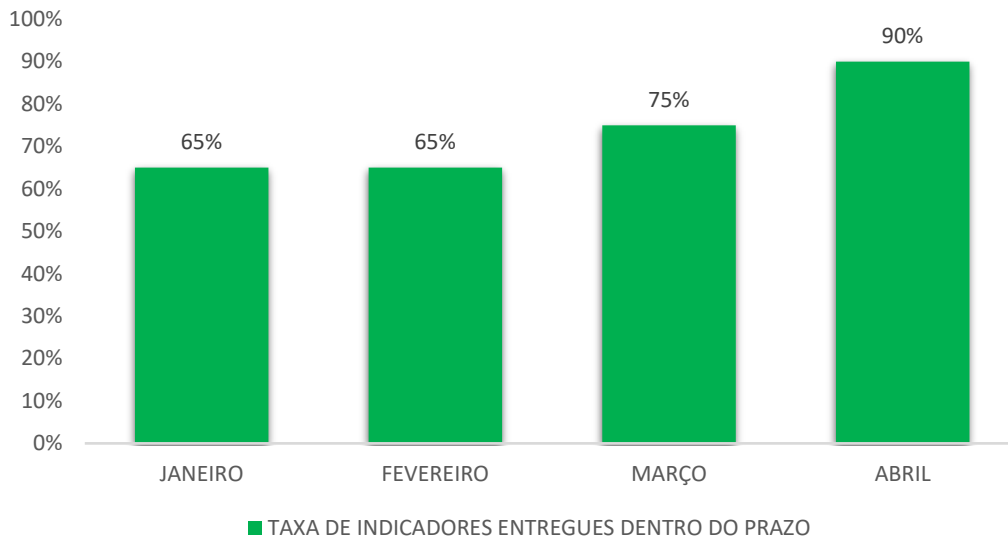
ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

No período, recebemos visitas da Secretaria de Saúde, além de reuniões institucionais de alinhamento no formato “15 minutos com a Qualidade”, junto aos setores de faturamento, SESMT e supervisão de enfermagem.

Apesar da realização de todas as comissões planejadas, o indicador de taxa de entrega de atas dentro do prazo não atingiu a meta estabelecida, devido ao atraso no encaminhamento e finalização das atas pelos responsáveis, impactado pela alta demanda operacional do período.

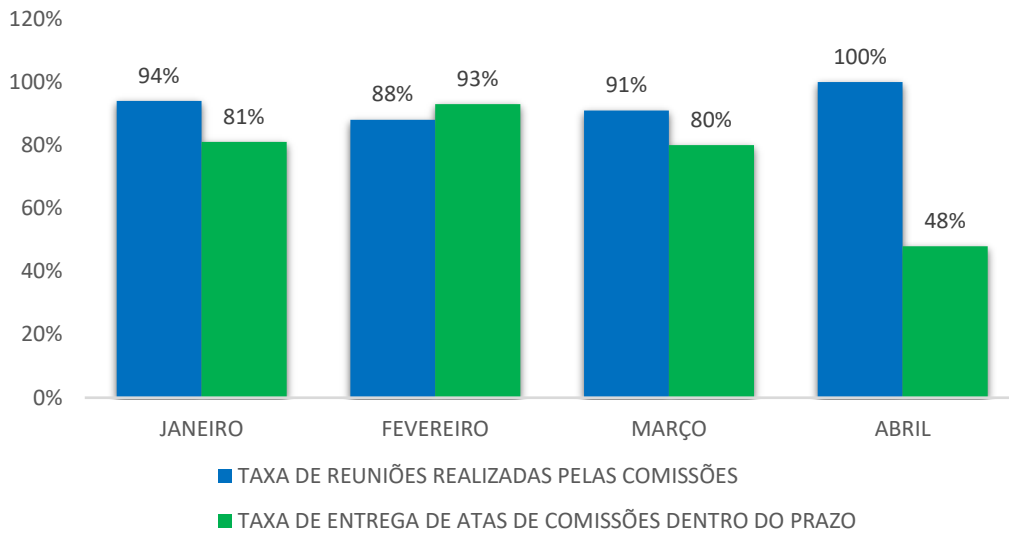
Adicionalmente, informa-se que, a partir de maio, o indicador “Número de Documentos que Necessitam de Validação de Outras Áreas” deixará de ser mensurado, considerando alinhamento de fluxo institucional no qual os documentos passarão a ser encaminhados à Qualidade já previamente validados pelas áreas responsáveis.

Gráfico 144. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



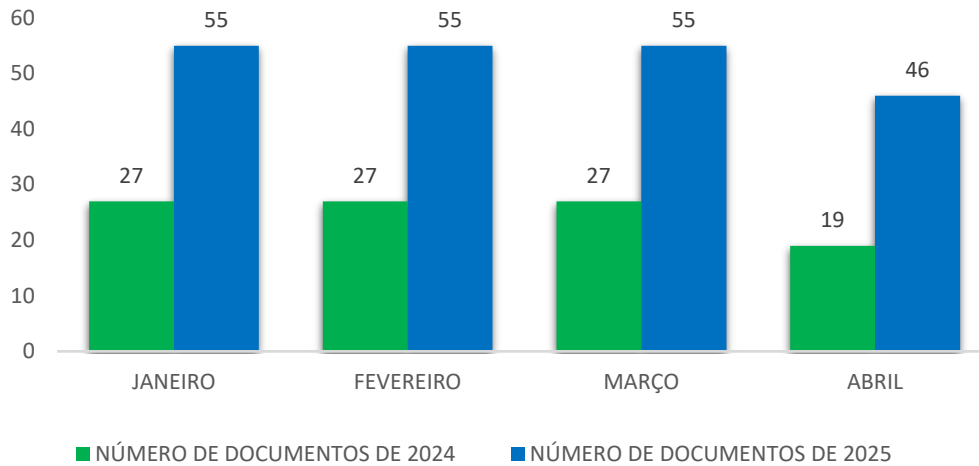
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 145. Comissões



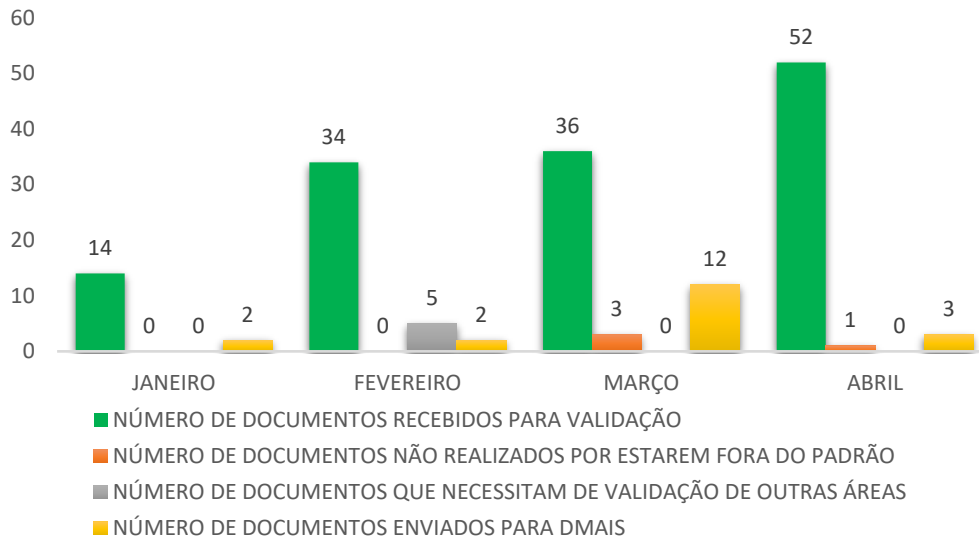
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 146. Documentos retroativos



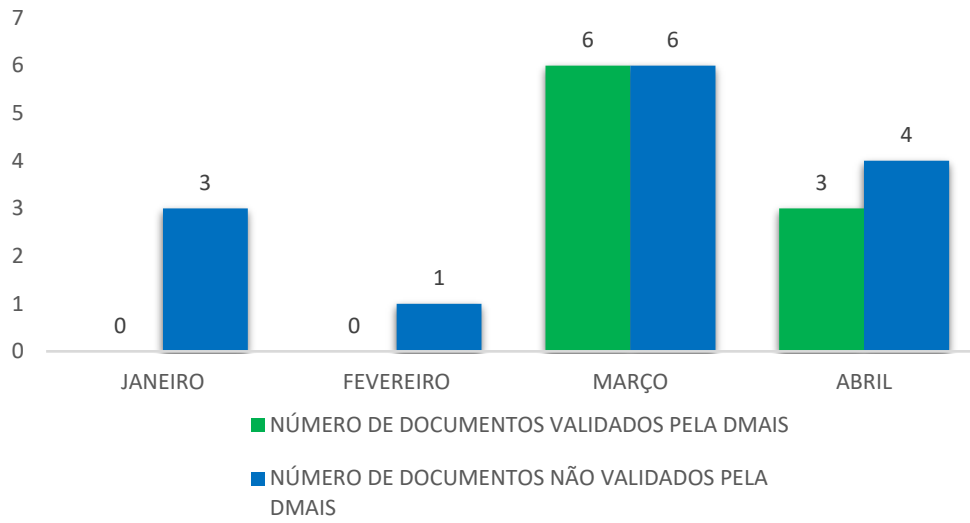
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 147. Análise dos documentos de 2026



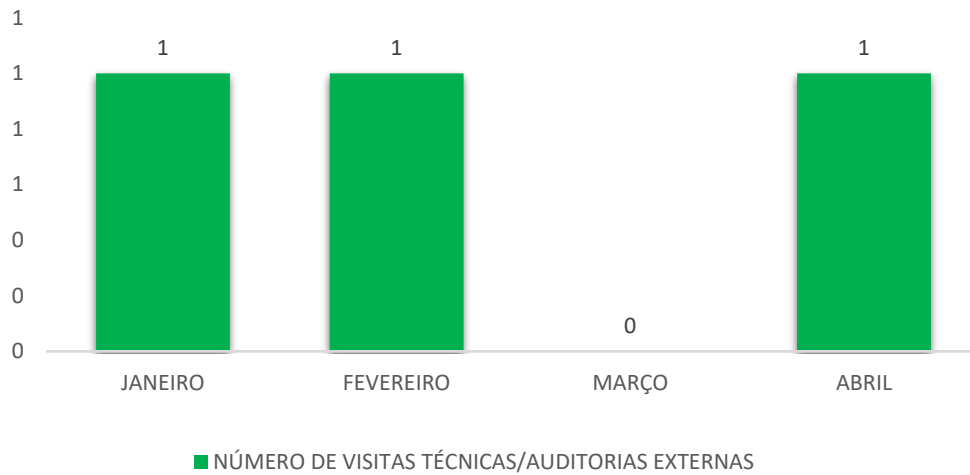
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 148. Análise de documentos DMAIS



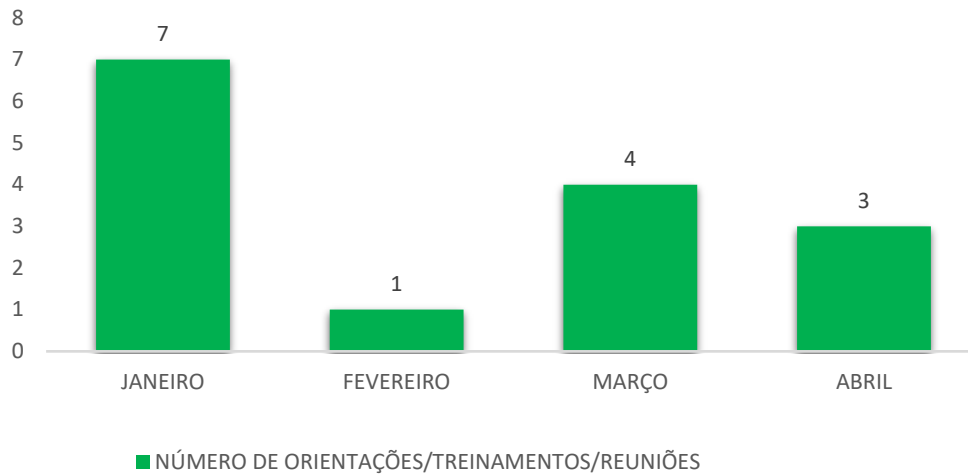
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 149. Número de visitas e Auditorias externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 150. Número de orientações, treinamentos e reuniões



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 88. Indicadores de Faturamento

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TOTAL DE AIH FATURADAS	Neutro	205	218	218	231
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	Neutro	113	114	119	144
REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR	Neutro	9	7	*	*
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	Neutro	46	36	*	*
TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	Neutro	0	0	0	0

TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%	100%	100%
PENDÊNCIAS DE ASSINATURAS DIGITAIS	0	24534	19526	37719	34831

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

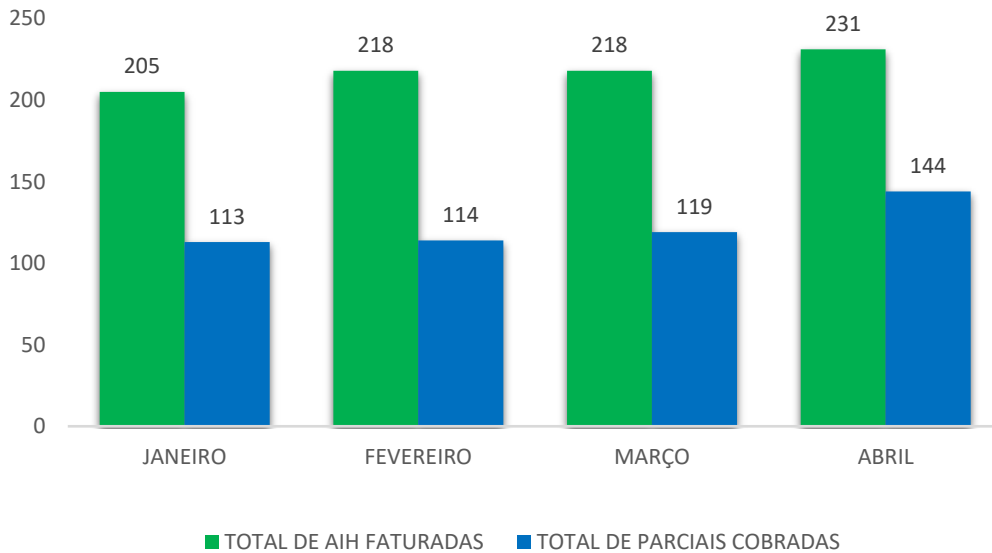
*Os dados referentes aos indicadores de **Representação de AIHs da competência anterior** e **Total de Correções da Devolutiva** serão inseridos em relatório posterior, considerando que dependem de devolutiva da Secretaria Municipal de Saúde. Assim a reapresentação das devolutivas de Março e Abril serão entregues em Maio devido grande demanda e problemas no SISA.

Tabela 89. 07 Procedimentos Faturados

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	Neutro	2.408	1.965	2.025	2.271
OXIGENIOTERAPIA	Neutro	519	388	569	803
GLICEMIA CAPILAR	Neutro	2.499	3.265	4.080	3.688
CURATIVO	Neutro	1.497	2.172	2.555	2.256
ELETROCARDIOGRAMA	Neutro	73	102	107	87
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	Neutro	12	16	19	25

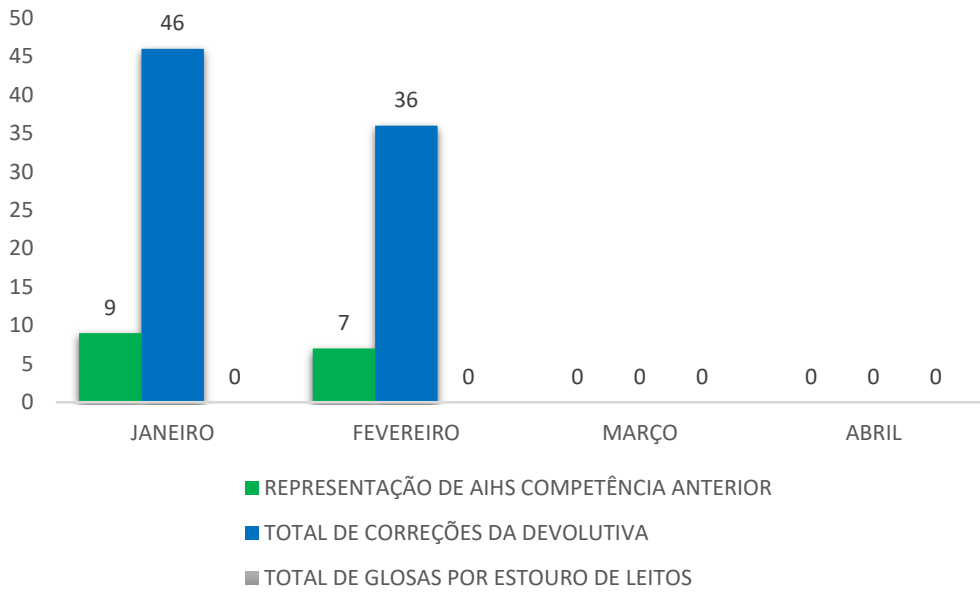
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 151. Quantitativo de AIH



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

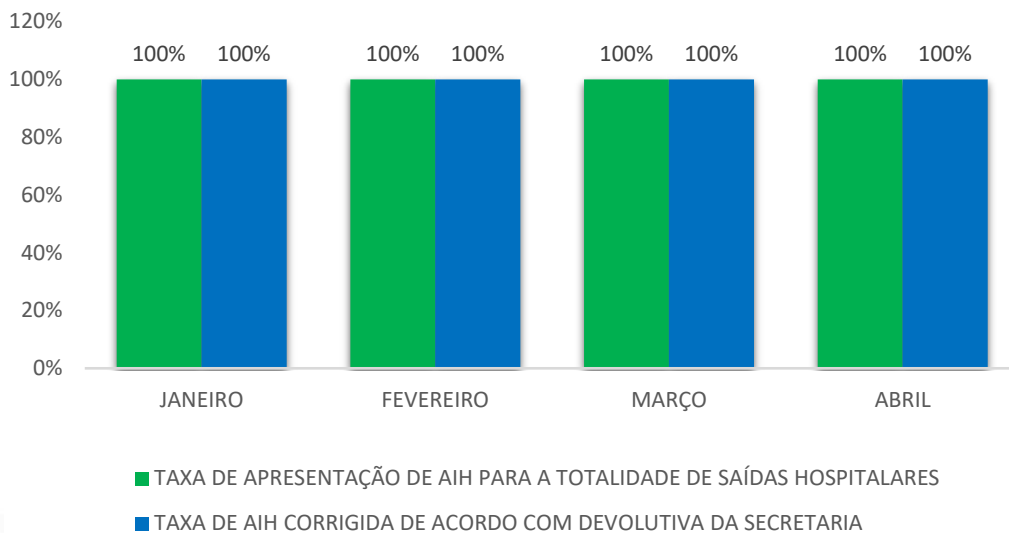
Gráfico 152. Devolutivas SMS



*Os dados referentes aos indicadores de **Representação de AIHS da competência anterior** e **Total de Correções da Devolutiva** serão inseridos em relatório posterior, considerando que dependem de devolutiva da Secretaria Municipal de Saúde. Assim a reapresentação das devolutivas de Março e Abril serão entregues em maio devido grande demanda e problemas no SISA.

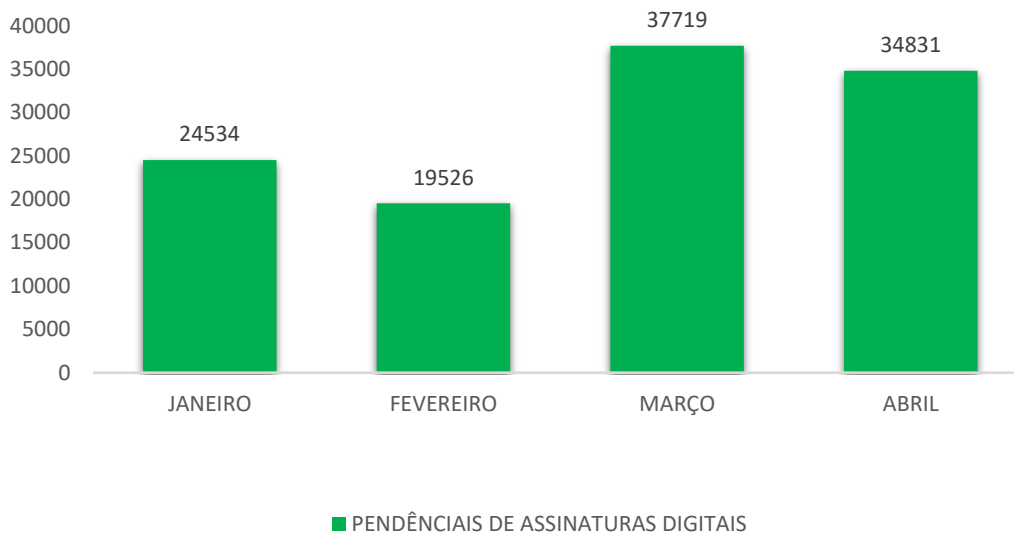
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 153. Taxa de AIH



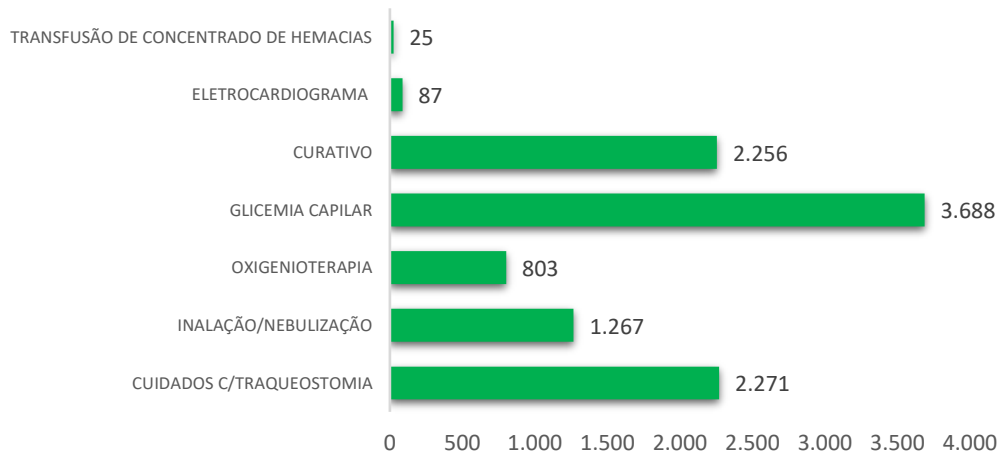
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 154. Pendências de assinaturas digitais



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

Gráfico 155. Procedimentos faturados em abril de 2026



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.

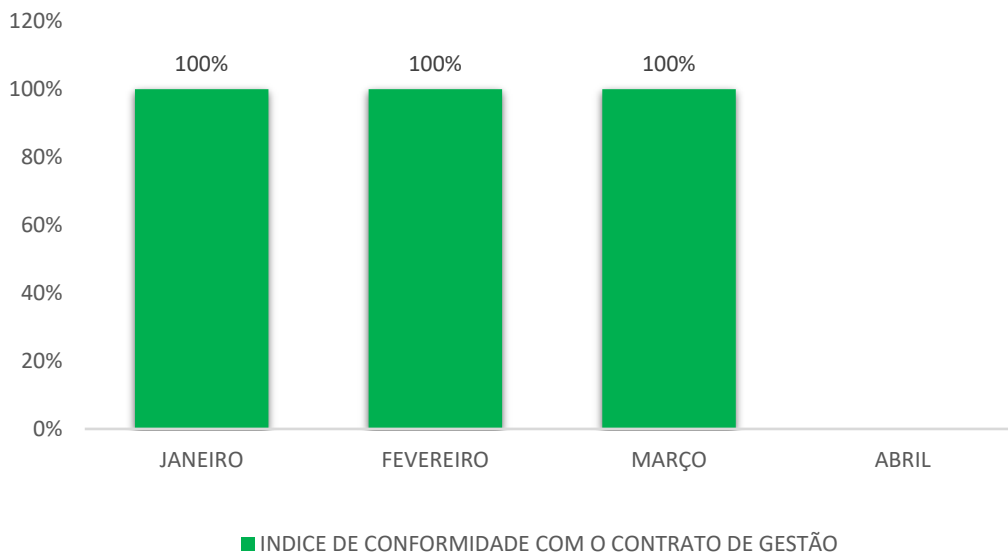
Tabela 90. Indicadores de Prestações de Contas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO	100%	100%	100%	100%	*
NÚMERO DE AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	0	0	0	0
TAXA DE NÃO CONFORMIDADES	< 5%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE RETENÇÕES DE CONTRATO	Quanto menor, melhor	0%	0%	0%	0%
TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS	Neutro	4633	4649	4357	4546
NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS	Quanto menor, melhor	1	1	2	3
ÍNDICE DE ORÇADO X REALIZADO	> 80%	127%	94%	88%	89%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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

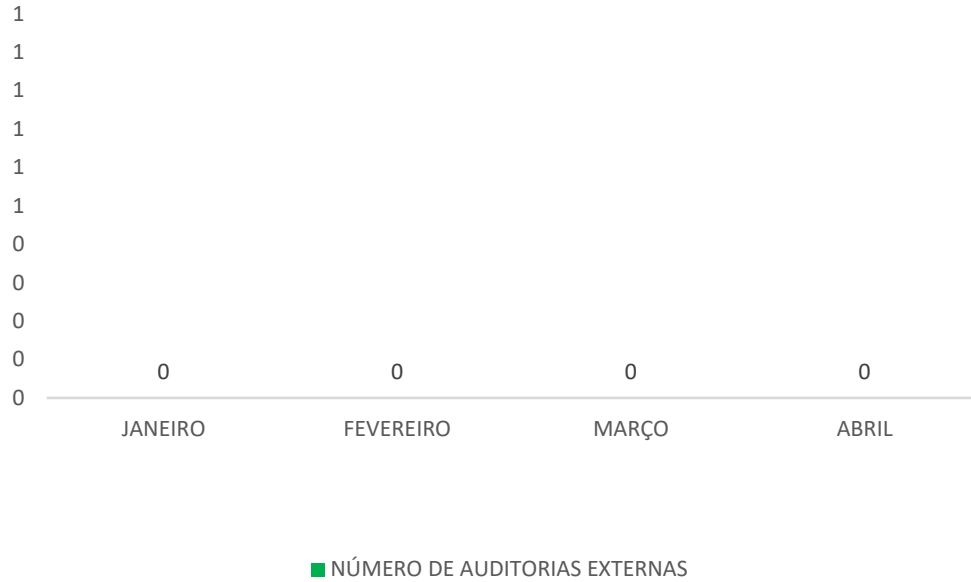
Gráfico 156. Índice de conformidade com o contrato de gestão



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

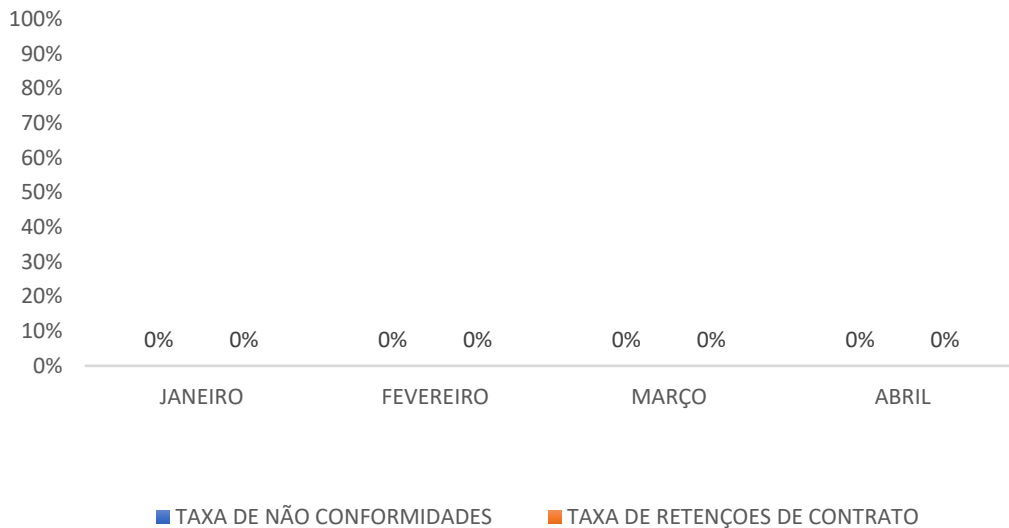
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 157. Número de auditorias externas



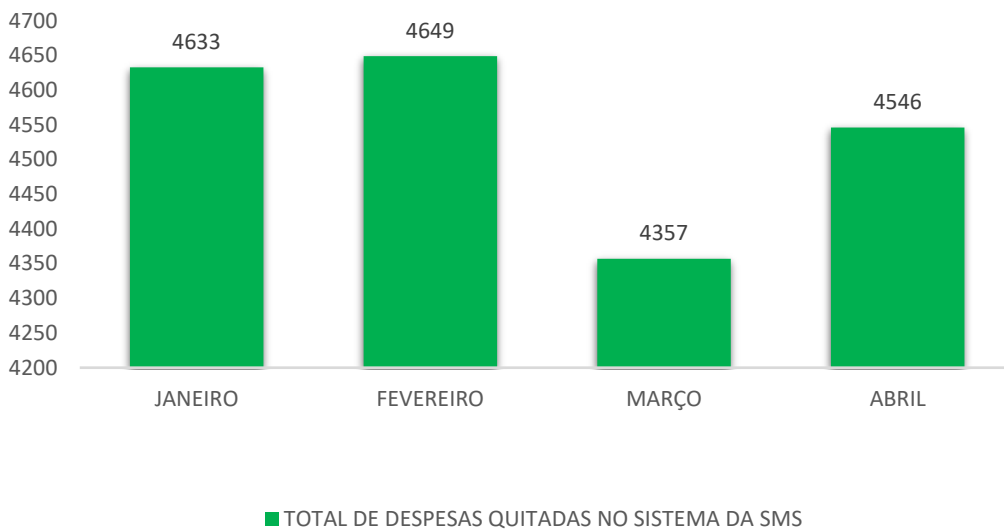
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 158. Taxa de não conformidades e retenções



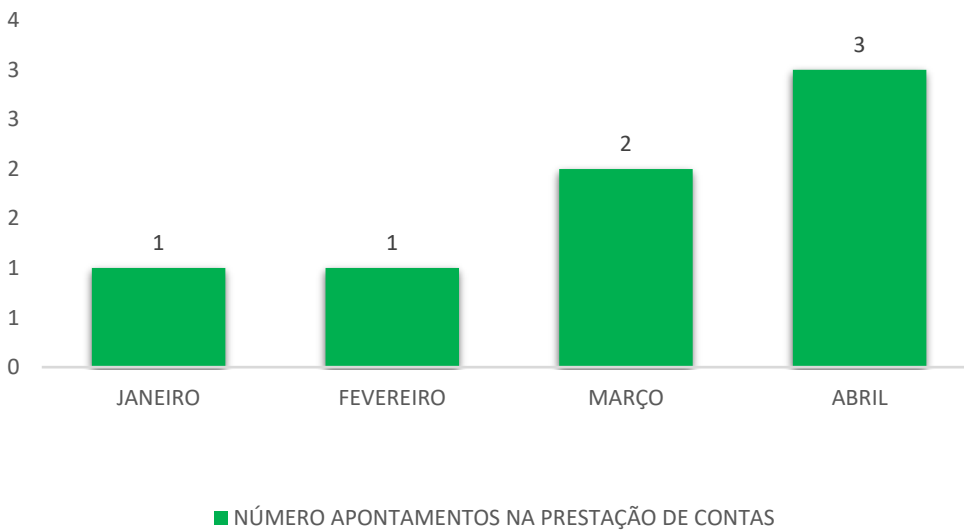
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 159. Total de despesas quitadas no sistema da SMS



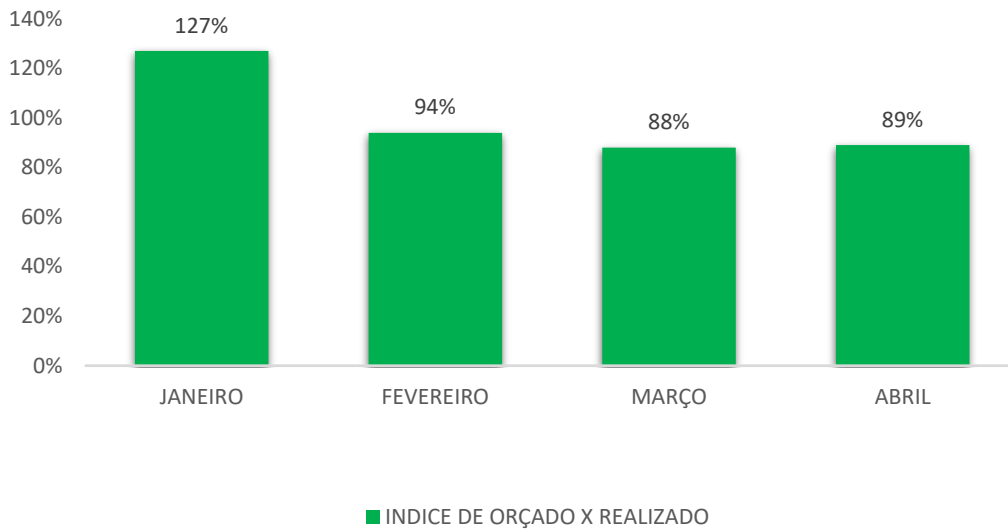
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 160. Número de apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 161. Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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 91. Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	100%	99%	99%	92%	94%
TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO	100%	99%	100%	99%	98%
TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%
NOTAS DE SERVIÇO	Neutro	82	79	84	80
NOTAS DE PRODUTOS	Neutro	88	81	109	120
NOTAS ATRASADAS	0	1	0	1	4

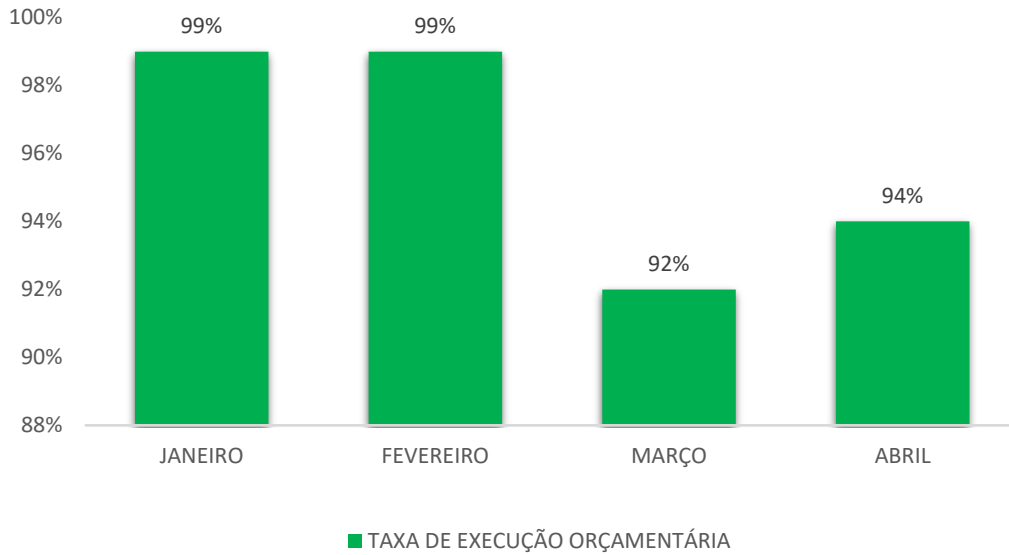
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

Alguns prestadores não encaminharam o book de documentações dentro do prazo estabelecido. Dessa forma, foi necessária a solicitação de emissão de novas notas fiscais no mês de maio, impactando diretamente o indicador de recebimento de notas fiscais, que não atingiu a meta de 100%.

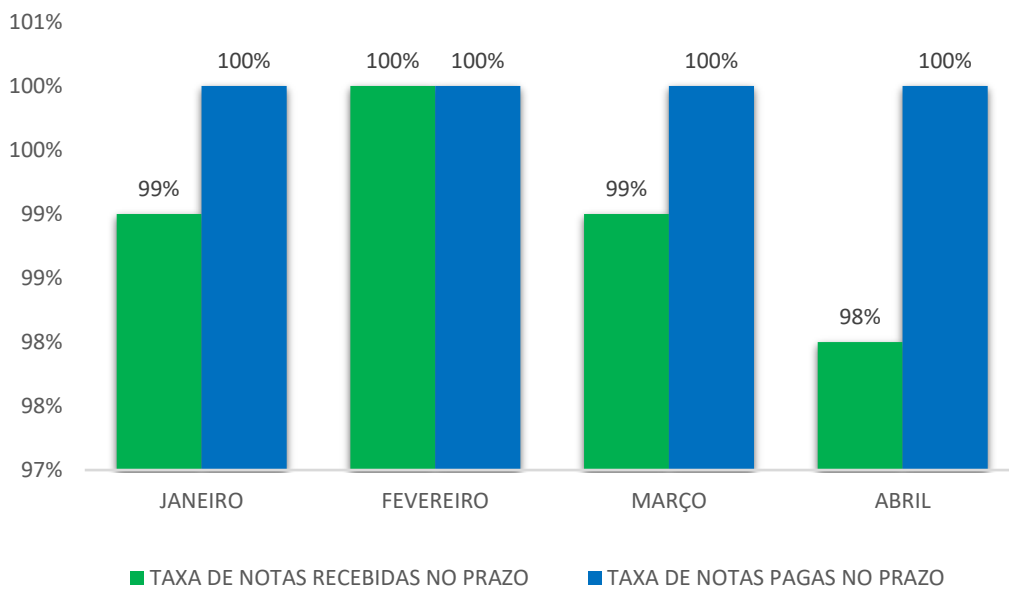
Adicionalmente, o indicador de execução orçamentária também não alcançou 100%, considerando que o orçamento disponível no período não foi integralmente executado.

Gráfico 162. Taxa de execução orçamentária



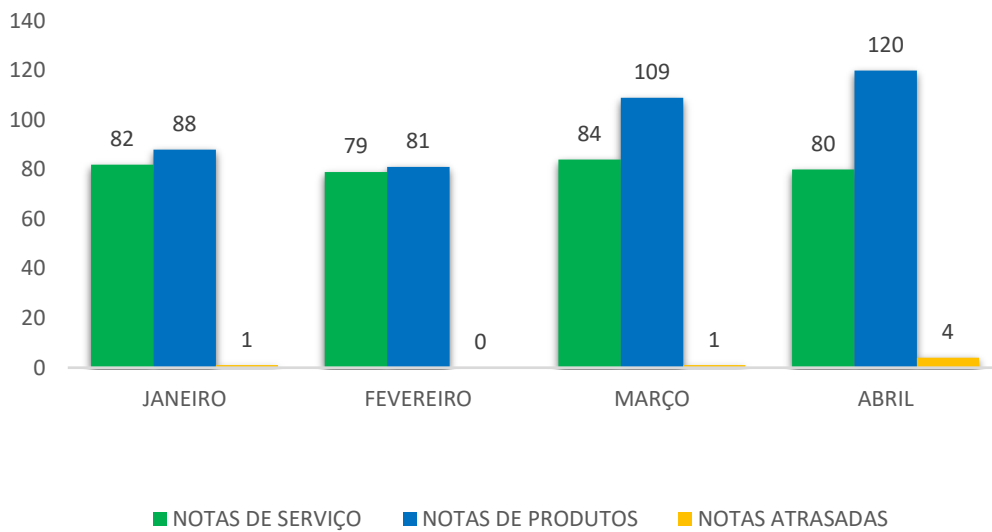
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 163. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 164. Análise das notas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação 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 92. Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	100%	98%	99%	99%
ÍNDICE DE DEPRECIÇÃO	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	> 80%	99%	99%	99%	98%
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	Neutro	157	157	156	143
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	Neutro	131	134	143	99
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	Neutro	3	4	16	6
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	Neutro	3	4	16	6
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	Neutro	10	54	40	23
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO ATENDIDAS	Neutro	7	38	32	2
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 80%	83%	85%	96%	71%
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 80%	100%	100%	100%	100%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS	Neutro	225	225	225	1
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS	> 60%	98%	98%	98%	98%
TAXA DE ITENS LOCADOS	Neutro	63%	63%	63%	63%
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE	Neutro	32	32	32	32
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85%	91%	86%	78%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

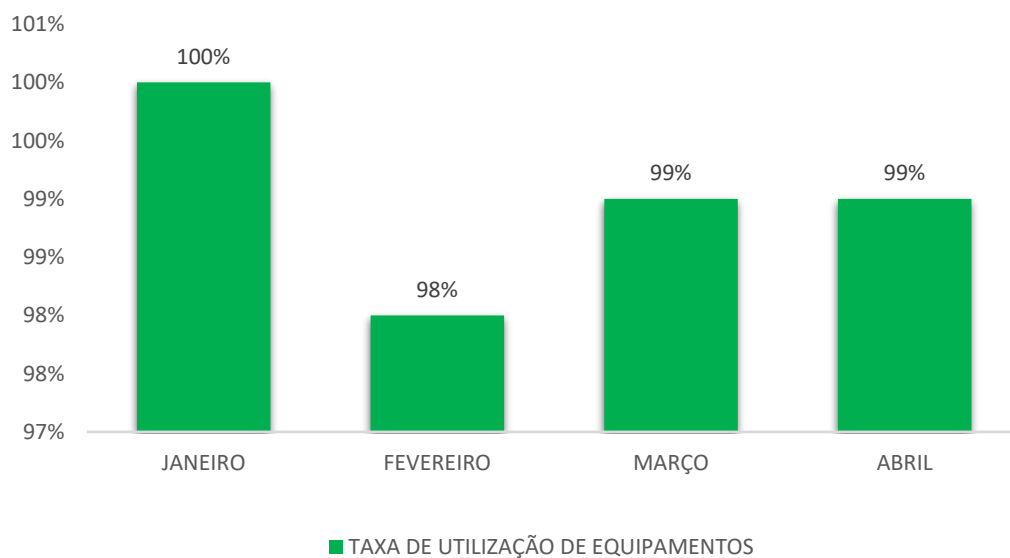
A Taxa de O.S. Atendidas para Corretivas apresentou resultado de 71% no período analisado. O desempenho do indicador foi impactado pela necessidade de aguardo de peças para execução das manutenções corretivas, além da dependência de atendimento por empresas terceirizadas, considerando que parte dos equipamentos e mobiliários da

unidade são locados. Em alguns casos, a aquisição e disponibilização de peças também dependem diretamente dos fornecedores responsáveis.

Em relação à Quantidade de Inservíveis, o indicador apresentou resultado de 1 devido à finalização do processo de descarte de materiais inservíveis no mês de abril/2026. Com a conclusão da ação, a unidade passou a não possuir itens inservíveis pendentes.

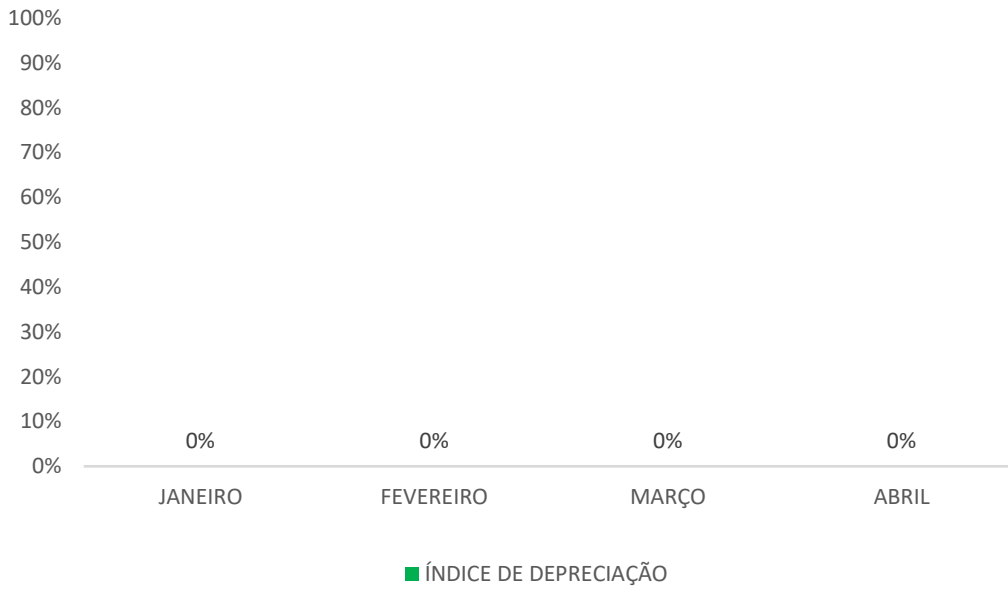
A Taxa de Ordens de Serviços Finalizadas atingiu 78%, sendo impactada pela necessidade de tramitação de alguns serviços em processos de análise técnica, aprovação orçamentária e aquisição de peças para conclusão das demandas. Esses fatores contribuíram para o aumento do prazo de finalização das ordens de serviço no período analisado.

Gráfico 165. Taxa de utilização de equipamentos



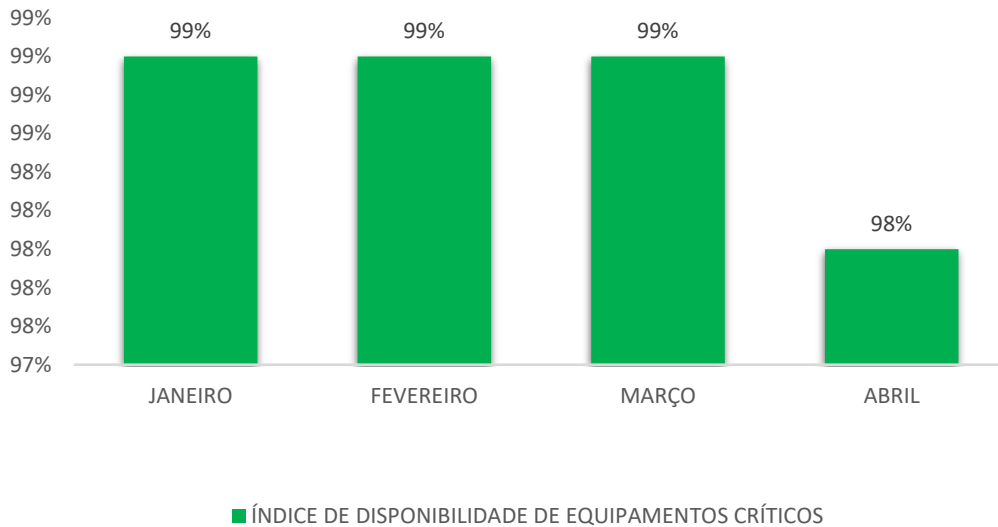
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 166. Índice de preciação



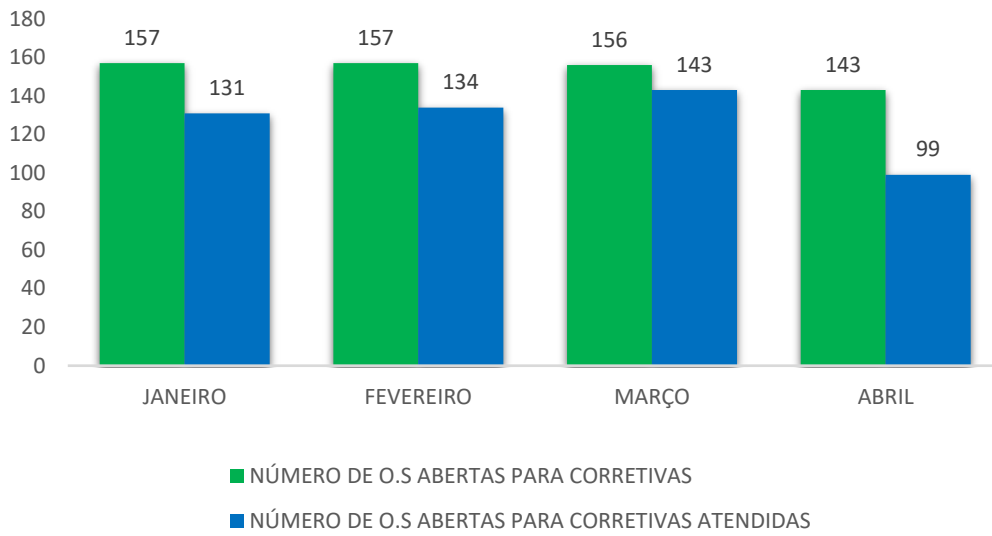
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 167. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos



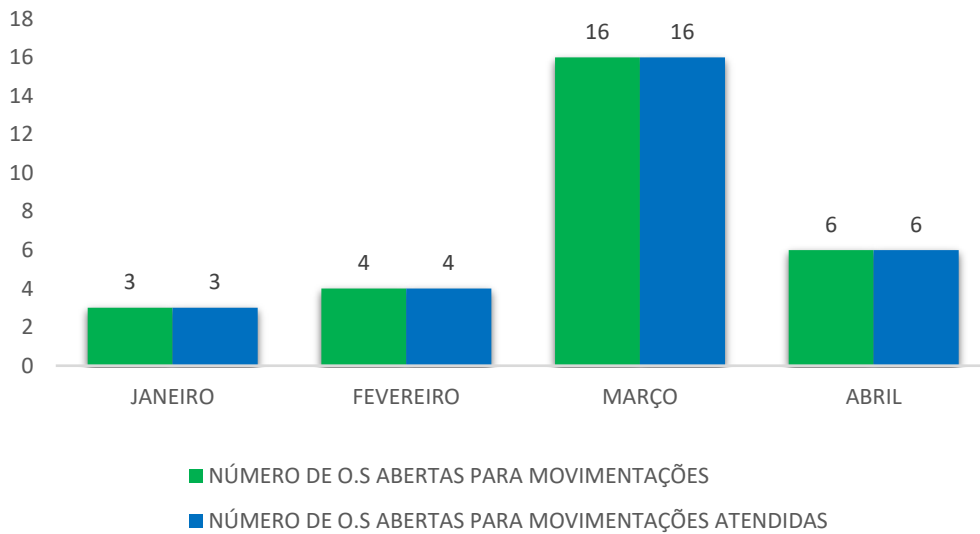
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 168. Ordem de serviço corretivas



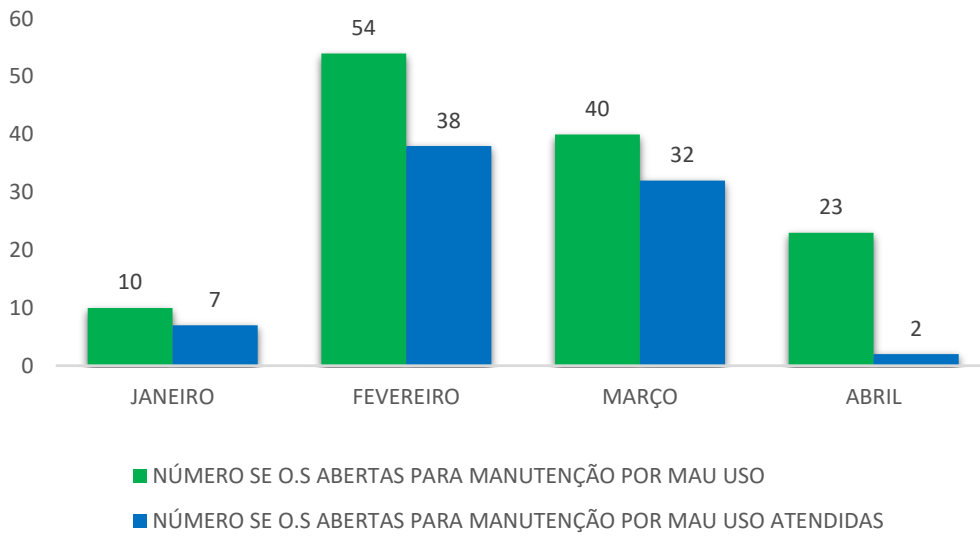
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 169. Ordem de serviço movimentações



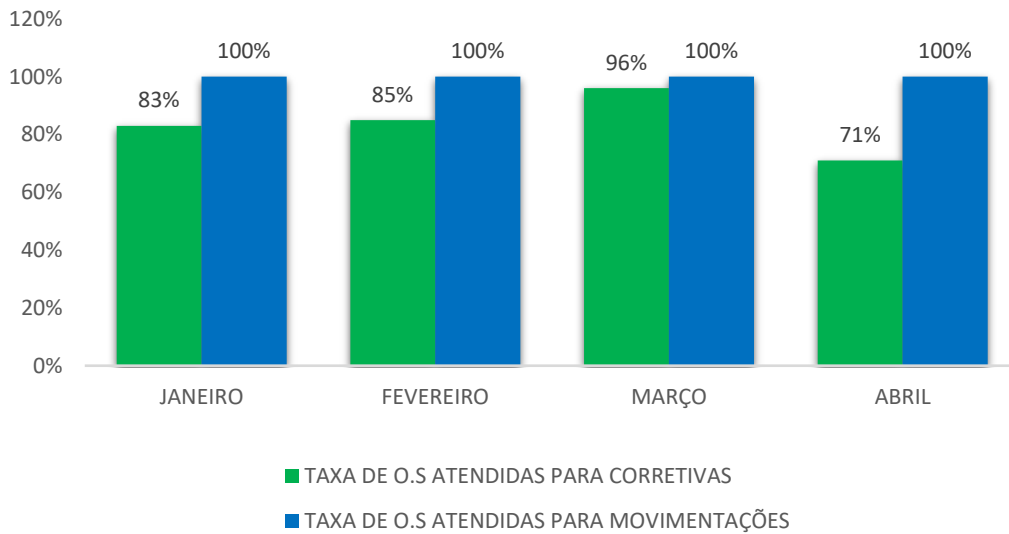
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 170. Ordem de serviço de manutenção de mau uso



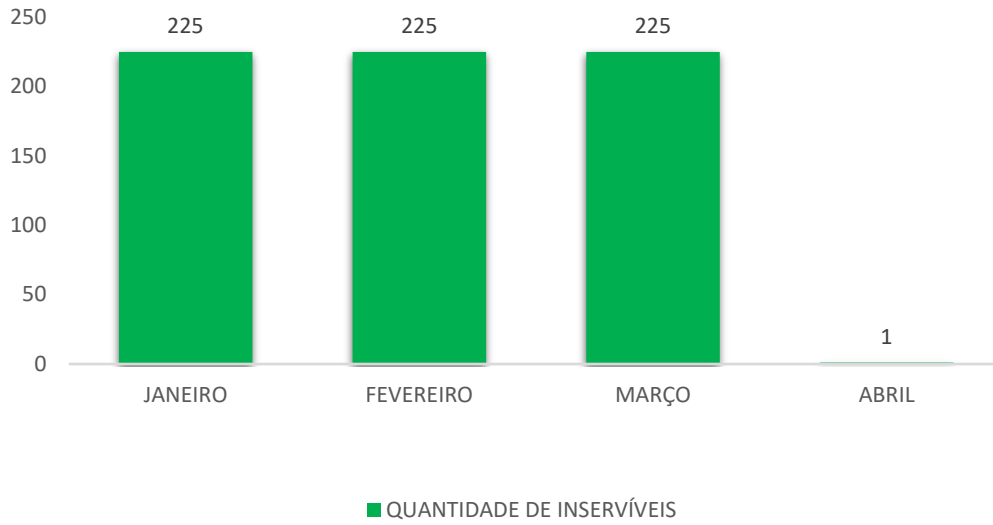
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 171. Ordem de serviço de corretivas



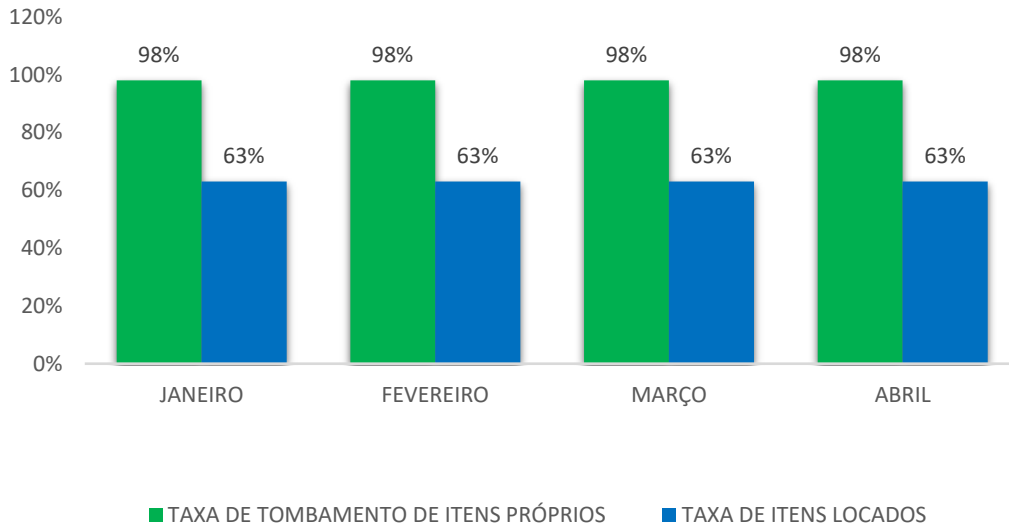
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 172. Quantidade de inservíveis



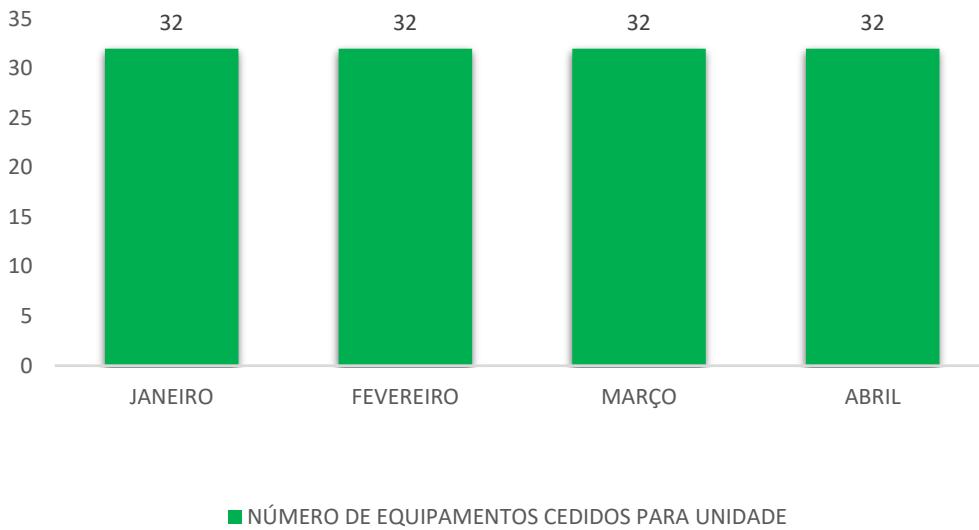
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 173. Taxa de tombamento de itens próprios e locados



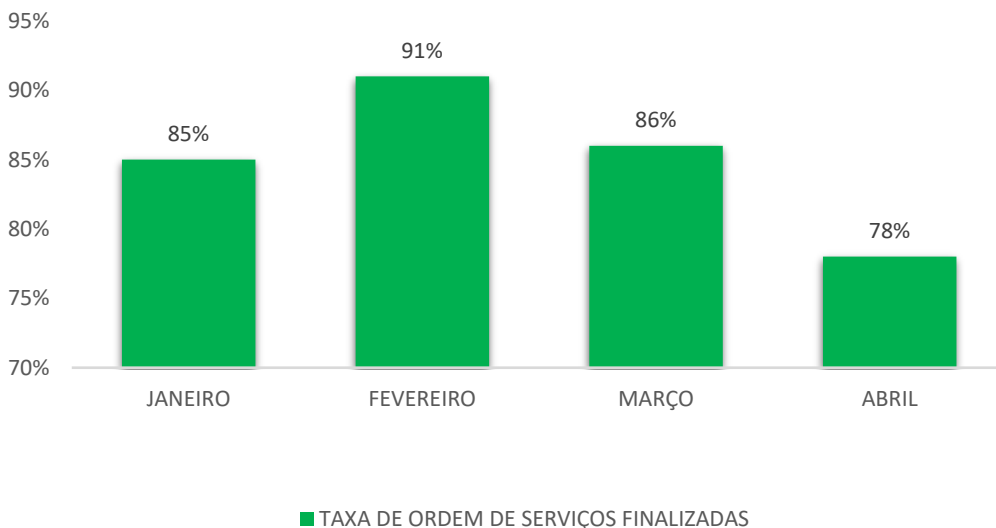
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 174. Número de equipamentos cedidos para unidade



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 175. Taxa de ordem de serviços finalizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.6. Contratos

Assegurar que a gestão e execução dos contratos sejam realizadas com transparência, eficiência e conformidade, garantindo que os compromissos sejam cumpridos dentro dos prazos, orçamentos e condições acordadas.

Tabela 93. Indicadores do Contratos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEIRO	MARÇO	ABRIL
ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS	100%	97%	98.78%	96.34%	100%
NÚMERO DE ADITIVOS (PRAZO)	Neutro	1	2	7	6
NÚMERO DE NOVOS CONTRATOS	Neutro	2	2	1	0
NÚMERO DE ADITIVOS (ESCOPO)	Neutro	3	4	4	5
QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS	100%	89,47%	89,47%	84,21%	84.21%

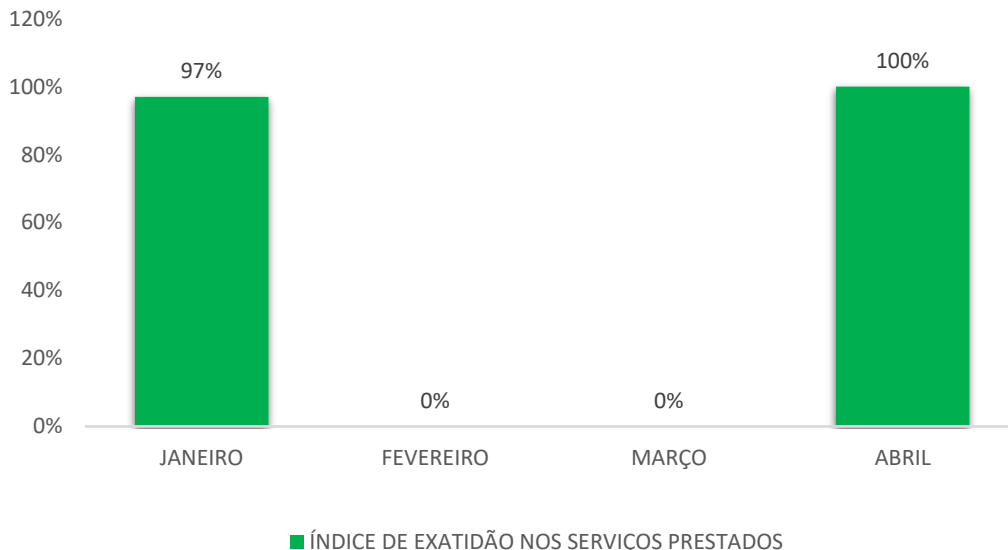
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos apresentou resultado de 84,21%, em decorrência de três contratos auditados terem obtido pontuação inferior a 80%.

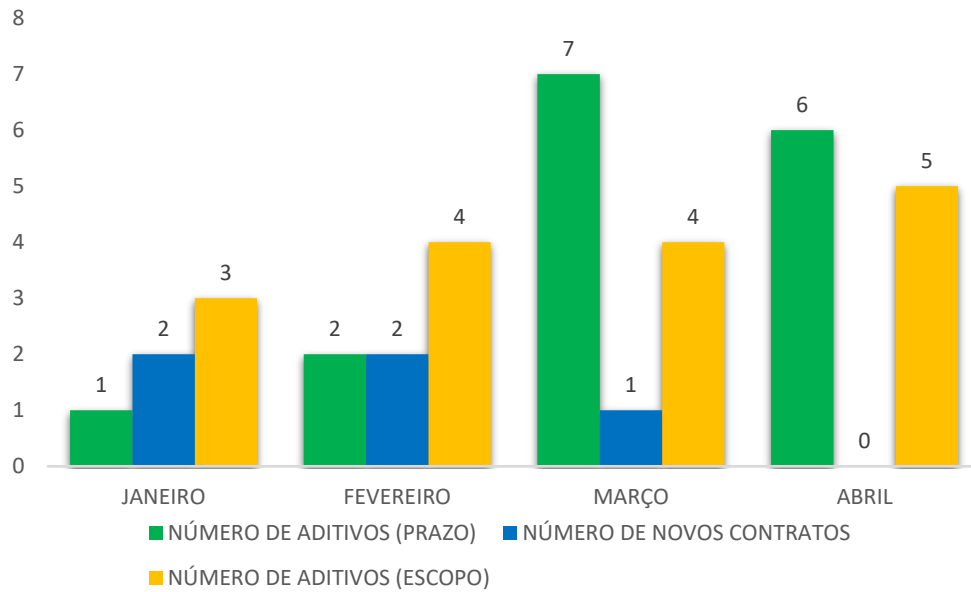
Embora os prestadores tenham sido classificados como “bons”, o resultado permaneceu abaixo do padrão estabelecido pela auditoria, impactando negativamente a média do indicador e evidenciando a necessidade de melhorias no atendimento aos critérios avaliados.

Gráfico 176. Índice de exatidão nos serviços prestados



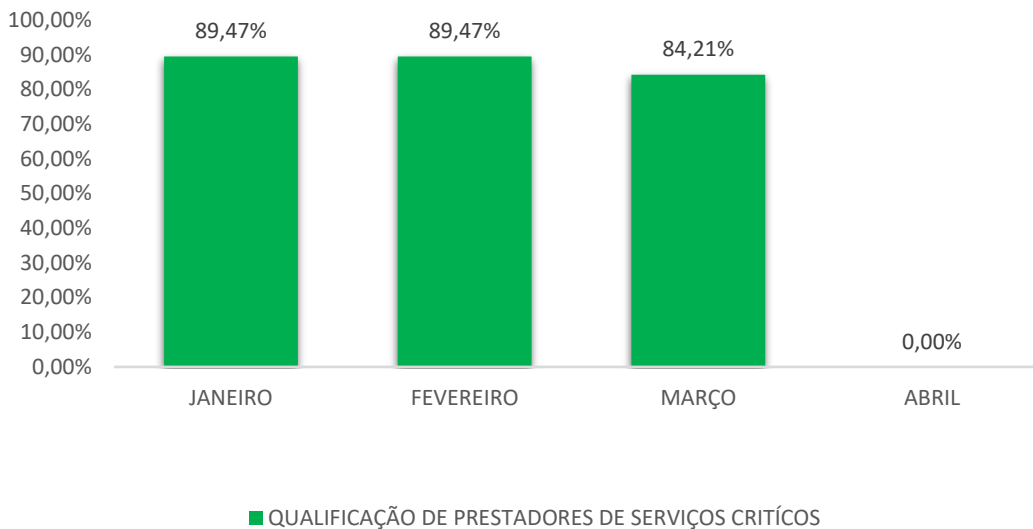
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 177. Número de aditivos e contratos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 178. Qualificação de prestadores de serviços críticos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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 94. Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSÇÃO DE ENXOVAL)	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXPRESSO SOLICITADO	0%	0%	0%	0%	6,67%
TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	< 1%	0,28%	0,30%	0,15%	0,32%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	< 2 horas	1	1	1	1
ÍNDICE DE EVASÃO DE ROUPAS	< 2%	1,86%	1,86%	1,86%	1,86%
ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL	> 90%	95%	100%	100%	90%
TAXA DE CONFORMIDADE COM PADRÕES DE HIGIENIZAÇÃO	100%	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE RETORNO DE PEÇAS DANIFICADAS	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RELAVE	Quanto maior, melhor	2%	2,10%	2%	2%
NÚMERO DE CAMISOLAS DISPENSADAS	Neutro	6047	5774	6305	6493
NÚMERO DE COBERTORES DISPENSADAS	Neutro	282	257	291	333
NÚMERO DE FRONHAAS DISPENSADAS	Neutro	4546	4741	5356	4790
NÚMERO DE LENÇÓIS DISPENSADAS	Neutro	12239	11035	12346	12489
NÚMERO DE TOALHAS DISPENSADAS	Neutro	4661	5086	5660	5676
NÚMERO DE TRAVESSEIROS DISPENSADOS	Neutro	5757	5580	6292	6256

* Dado será enviado na competência posterior

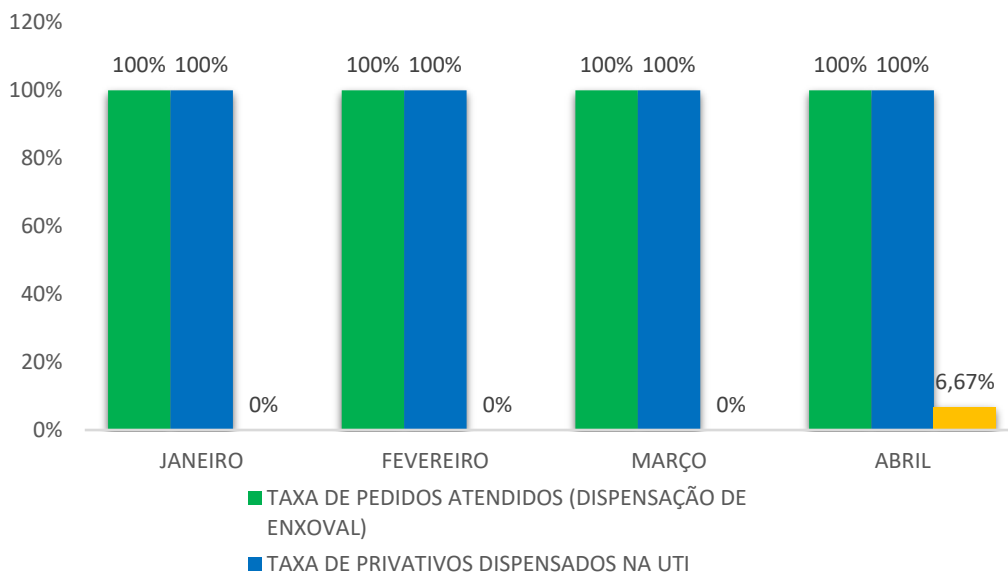
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA - ROUPARIA

Em relação ao Índice de Evasão, foi realizado inventário em 30/03/2026, permanecendo o setor no aguardo da consolidação e divulgação dos resultados para análise do indicador.

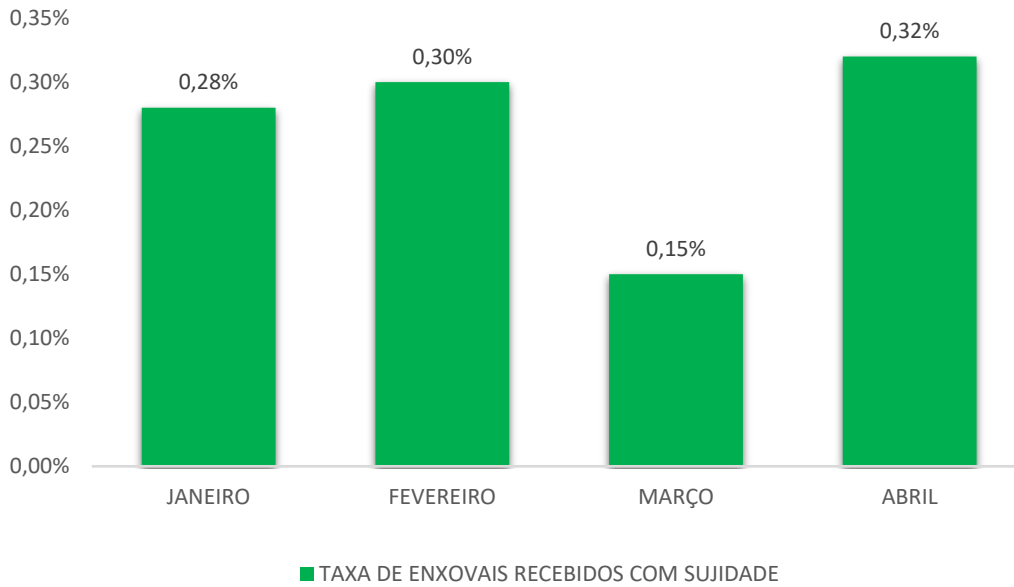
Quanto à Taxa de Expresso, no período foram realizadas solicitações pontuais para correção de demandas relacionadas ao abastecimento de enxoval. Diante disso, foi realizado alinhamento junto à empresa responsável, visando evitar recorrências e garantir maior regularidade nas entregas conforme programação estabelecida.

Gráfico 179. Taxa serviços da rouparia



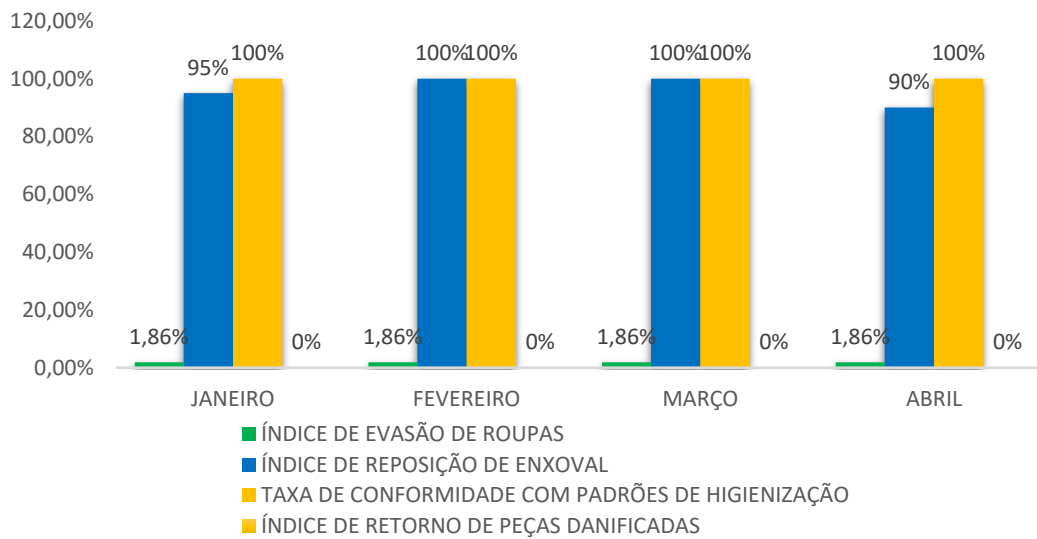
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 180. Taxa de enxovais recebidos com sujidade



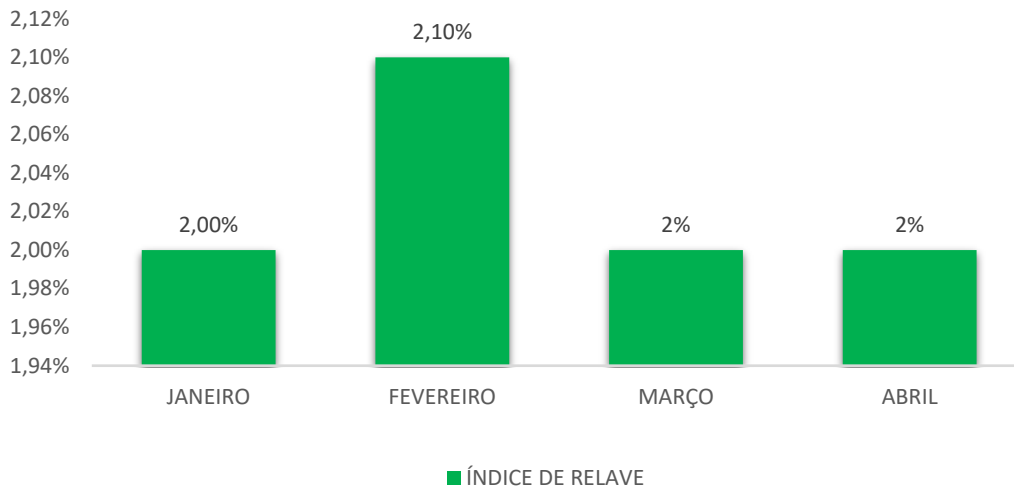
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 181. Análise serviços de rouparia



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

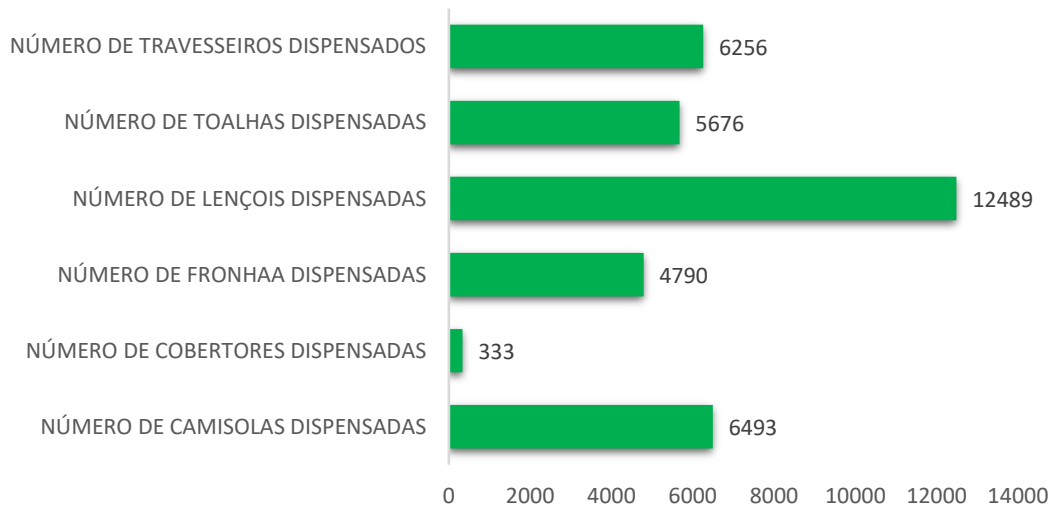
Gráfico 182. Índice de relave



Dado de março de 2026 será enviado na competência posterior

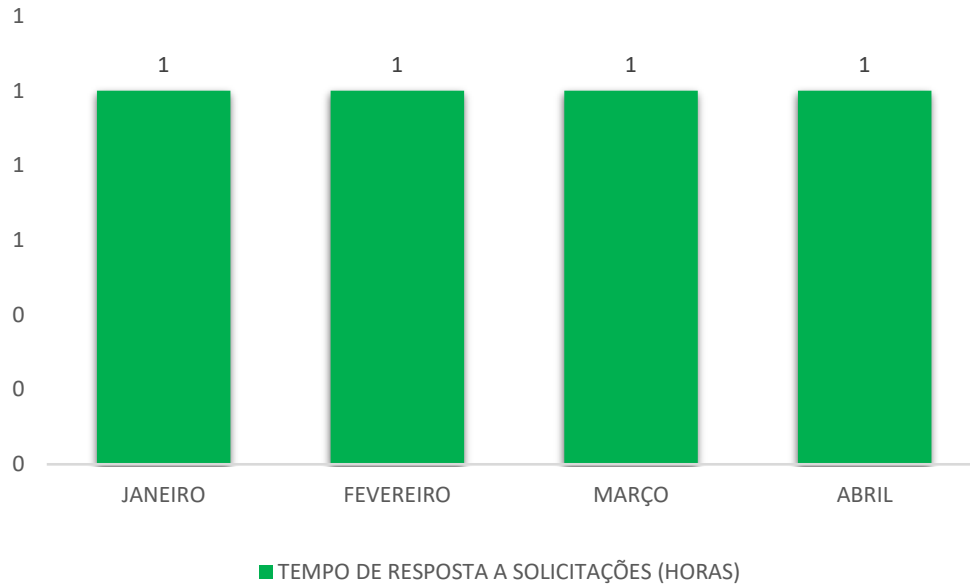
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 183. Dispensação de enxovais em abril de 2026



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 184. Tempo de resposta a solicitações (em horas)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Tabela 95. Indicadores de Higienização

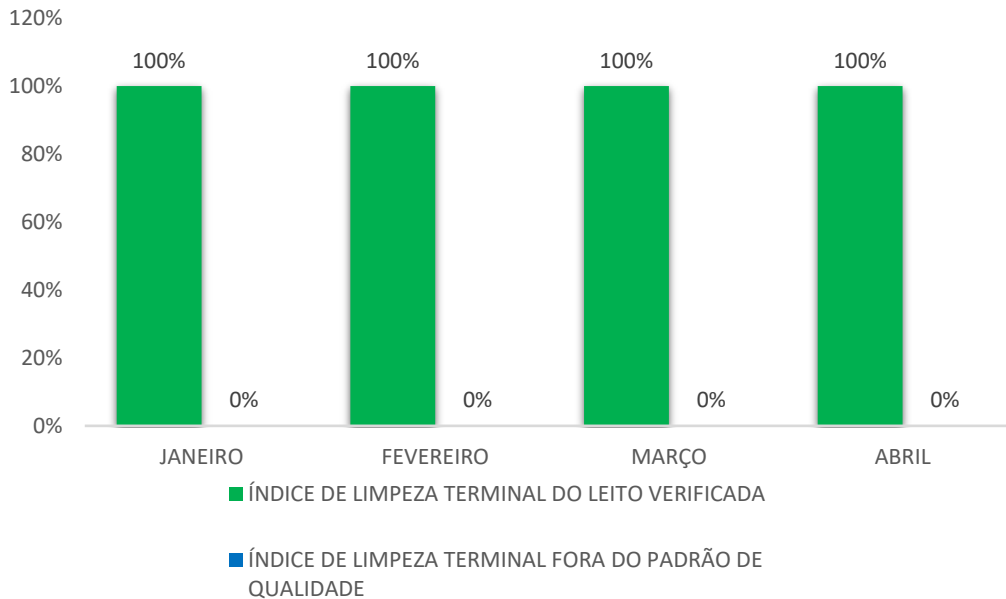
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA	100%	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA	> 80%	90%	100%	100%	100%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	<2 horas	1	1	1	1
TERMINAL SETOR - ARARA	=> 22	22	24	24	24
TERMINAL SETOR - CANÁRIO	=> 18	18	18	18	20
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	=> 12	12	12	12	11
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	=> 20	20	17	18	19
TERMINAL SETOR - SABIÁ	=> 42	43	42	42	42
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	=> 40	70	90	88	112
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	=> 76	75	72	83	69
TERMINAL SETOR - COLIBRI	=> 106	44	177	164	177
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	=> 60	266	219	291	254

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

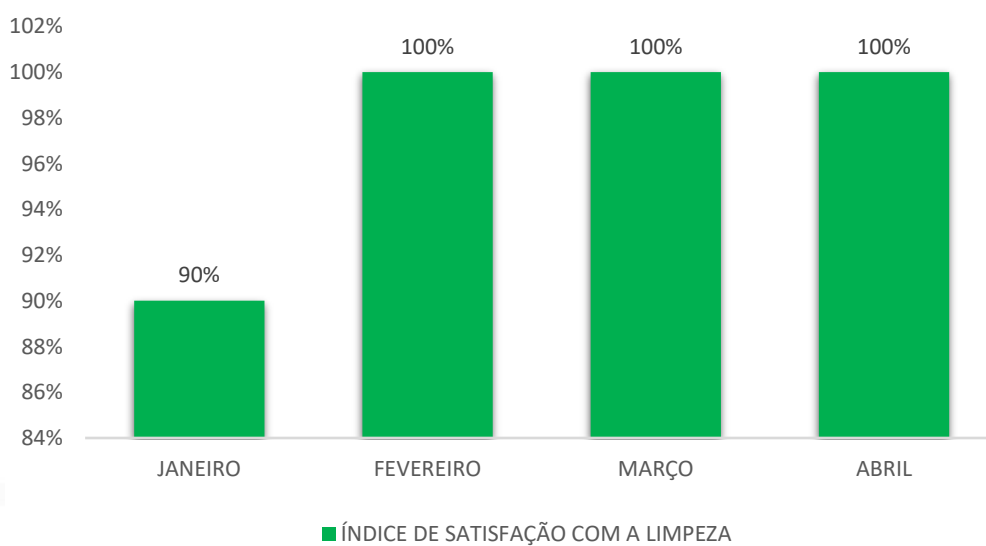
Os setores Sanhaçu e Pediatria apresentaram impacto no indicador de limpeza terminal, em razão da dificuldade de liberação dos quartos, relacionada ao estado clínico dos pacientes internados, impossibilitando a realização dos terminais conforme programação prevista.

Gráfico 185. Índice de limpeza



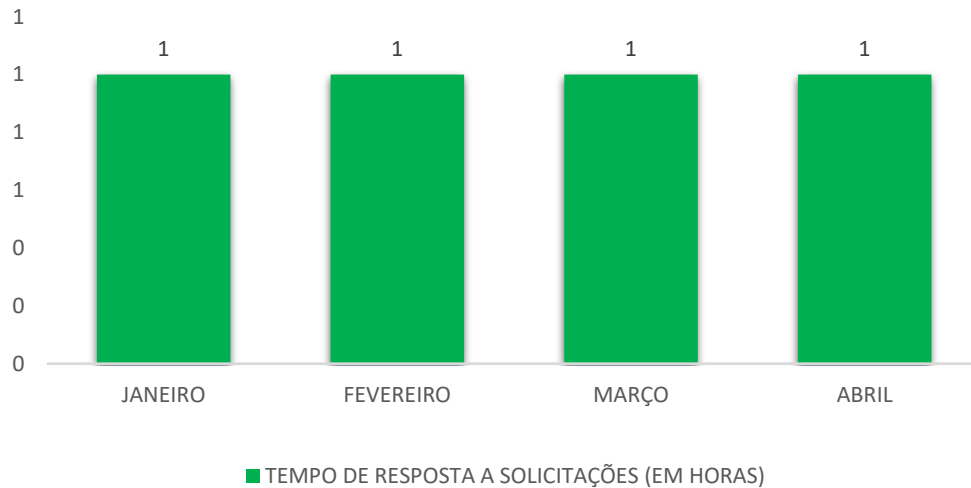
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 186. Índice de satisfação com a limpeza



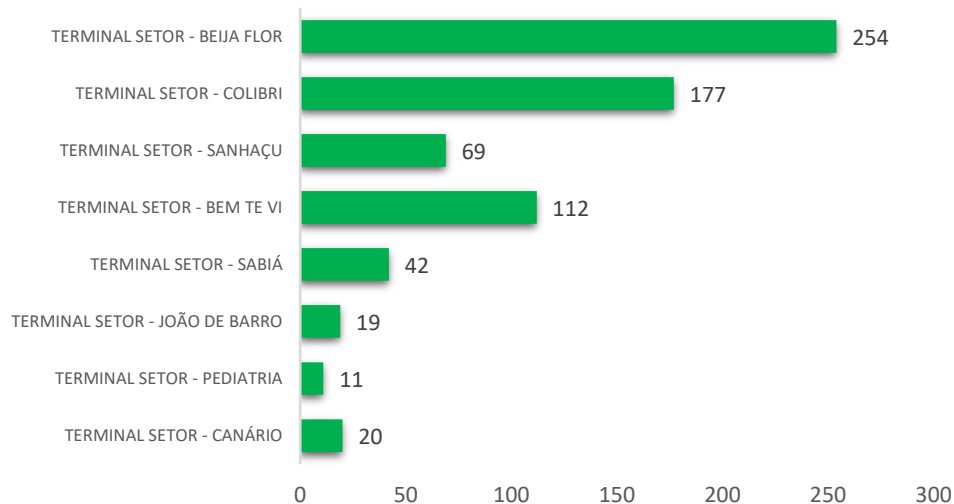
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 187. Tempo de resposta a solicitações (em horas)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 188. Terminais de limpeza



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.8. Recepção

Assegurar o acolhimento e o atendimento eficiente aos usuários, pacientes, visitantes e colaboradores, garantindo a organização dos fluxos, a agilidade nos processos, a qualidade das informações e a conformidade com as normas institucionais, contribuindo para a segurança, a satisfação e o suporte às áreas assistenciais e administrativas.

Tabela 96. Indicadores de Recepção

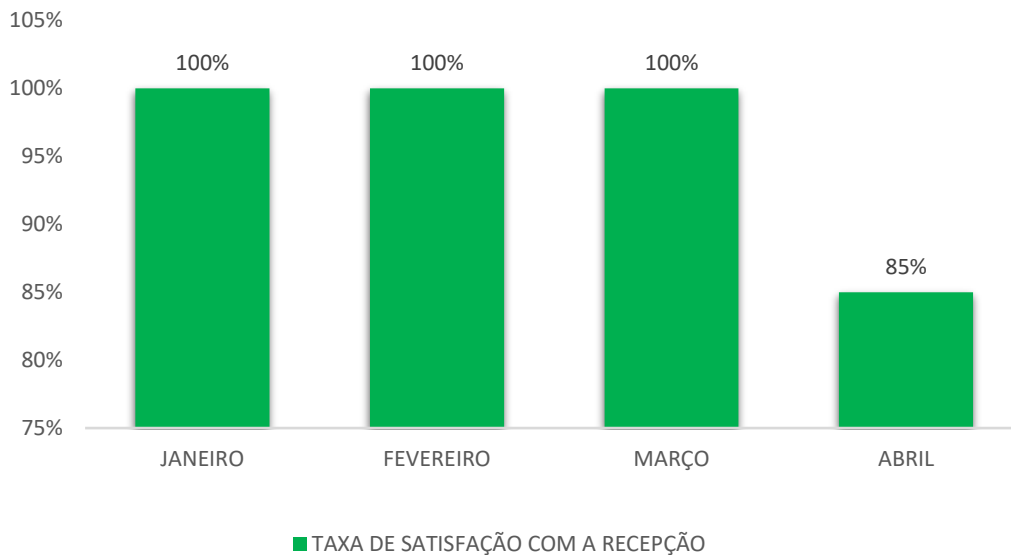
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A RECEPÇÃO	> 80%	100%	100%	100%	85%
NÚMERO DE VISITANTES	Neutro	1783	2023	1724	1945
NÚMERO DE ACOMPANHANTES	Neutro	287	267	238	265
NÚMERO DE REQRIMENTOS DE SOLICITAÇÕES DE DOCUMENTOS	Neutro	17	19	28	26

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA – RECEPÇÃO

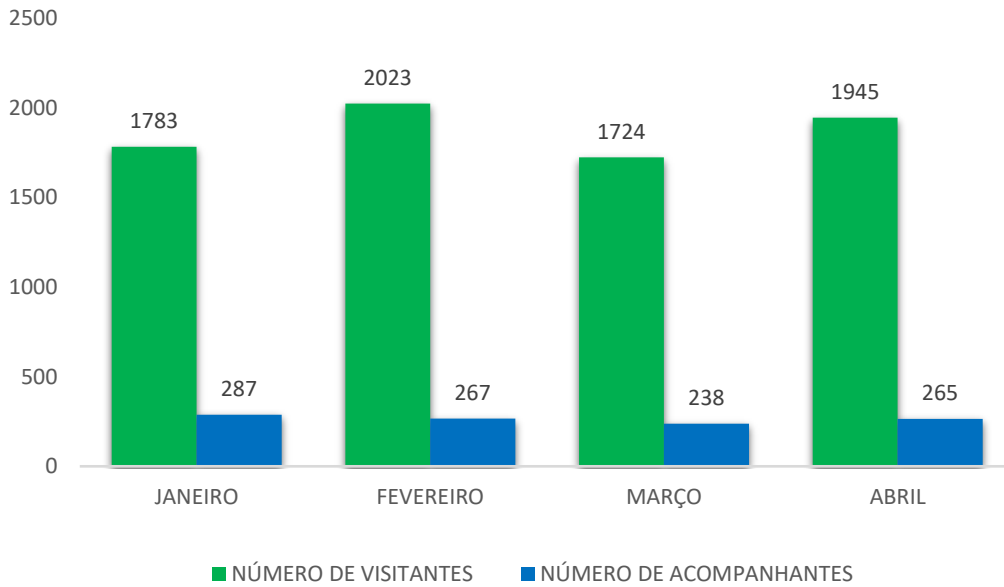
Taxa de Satisfação: Observa-se redução do indicador no período analisado, relacionada à ocorrência de duas manifestações envolvendo o atendimento da equipe de recepção. Como plano de ação, será realizado treinamento direcionado à equipe, com foco no fortalecimento da qualidade do atendimento, acolhimento e comunicação com os usuários, visando aprimorar a experiência do paciente e prevenir recorrências semelhantes.

Gráfico 189. Taxa de satisfação com a recepção



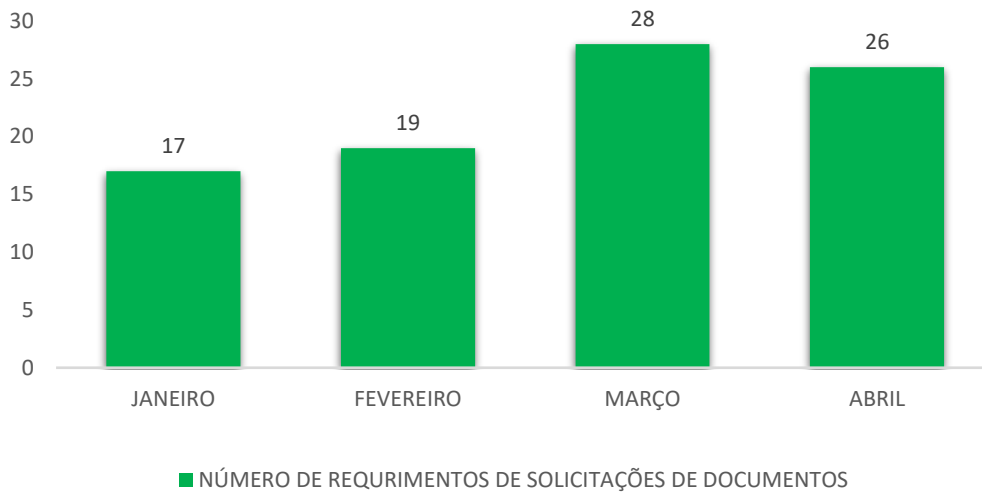
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 190. Número de visitantes e acompanhantes



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 191. Número de requerimentos de solicitações de documentos



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.9. Portaria

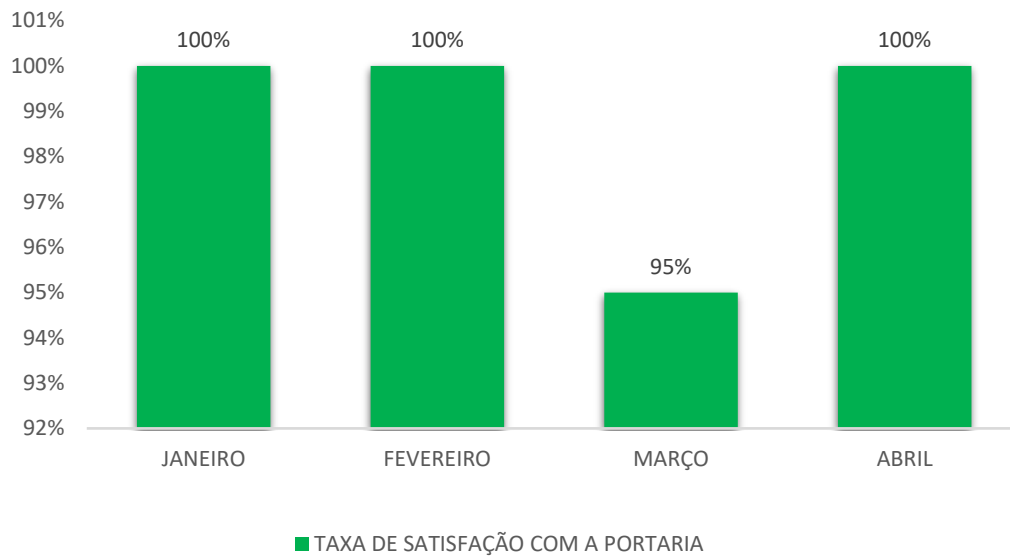
Assegurar o controle de acesso de pessoas, veículos e materiais, garantindo a segurança institucional, a organização dos fluxos de entrada e saída e o cumprimento das normas e protocolos estabelecidos, contribuindo para a proteção do patrimônio, a segurança dos usuários e o suporte às áreas assistenciais e administrativas.

Tabela 97. Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A PORTARIA	> 80%	100%	100%	95%	100%
NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE SEGURANÇA	Neutro	0	0	0	0
TAXA DE CONFORMIDADE COM PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA	> 80%	95%	97%	95%	100%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 192. Taxa de satisfação com a portaria



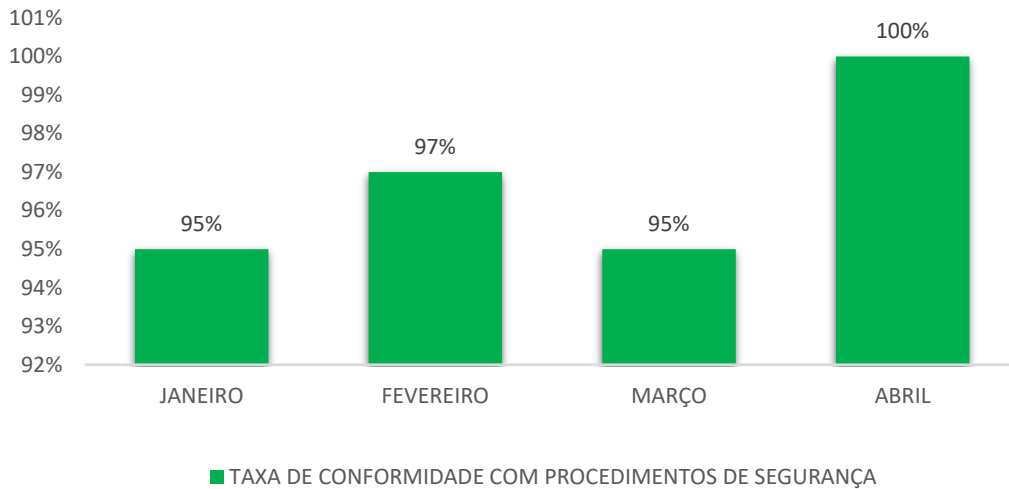
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 193. Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 194. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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 98. Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE CUMPRIMENTO DE PRAZOS LEGAIS	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO NOTIFICAÇÃO ENVIADA A FORNECEDORES	0	4	1	4	2
NÚMERO DE NOTIFICAÇÃO RESPONDIDA E RESOLVIDA POR FORNECEDORES	Neutro	3	0	1	0
NÚMERO DE OFÍCIOS RECEBIDOS	Neutro	2	4	3	2
NÚMERO DE OFÍCIOS ENVIADOS	Neutro	3	4	3	3
NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS 2026	0	3	1	2	1
NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS DE ANOS ANTERIORES (2020/2025)	0	22	22	21	21
NÚMERO DE RESCISÃO INDIRETA	0	1	1	0	0
NÚMERO DE AUDIÊNCIAS REALIZADAS	Neutro	0	0	4	3
NÚMERO DE PROCESSO INTS 2026	Neutro	3	1	2	1
NÚMERO DE PROCESSOS TERCEIRO 2026	Neutro	0	0	1	0
NÚMERO DE SENTENÇA	Neutro	0	1	1	0
NÚMERO DE PROCEDENTES	Neutro	0	1	1	0
NÚMERO DE IMPROCEDENTES	Neutro	0	0	0	0
NÚMERO DE PARCIALMENTE PROCEDENTES	Neutro	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

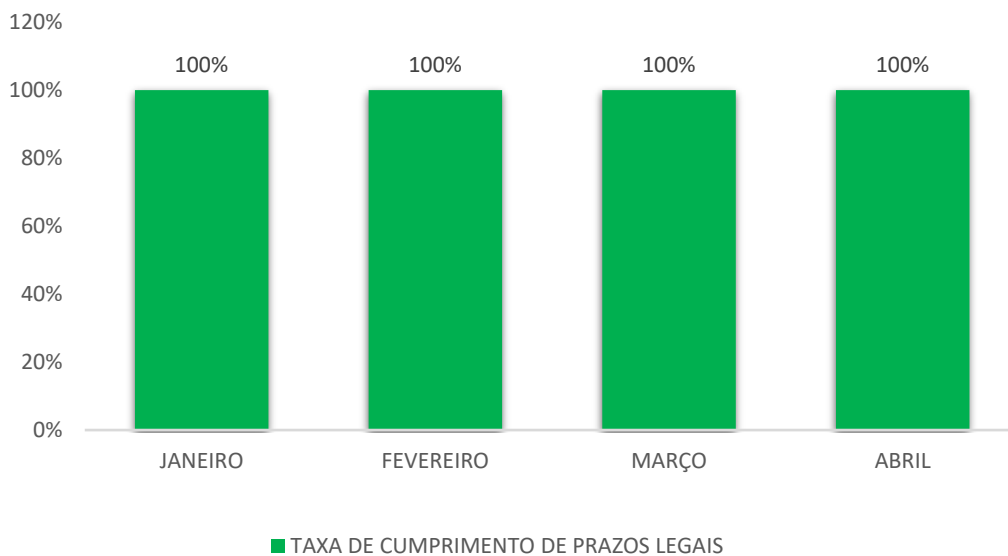
ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

O número de notificações respondidas e resolvidas por fornecedores não corresponde ao total de notificações enviadas, considerando que o prazo de retorno varia conforme a natureza e complexidade de cada demanda.

O quantitativo de ofícios enviados foi superior ao de ofícios recebidos, devido à necessidade de comunicação formal com órgão regulador durante o período.

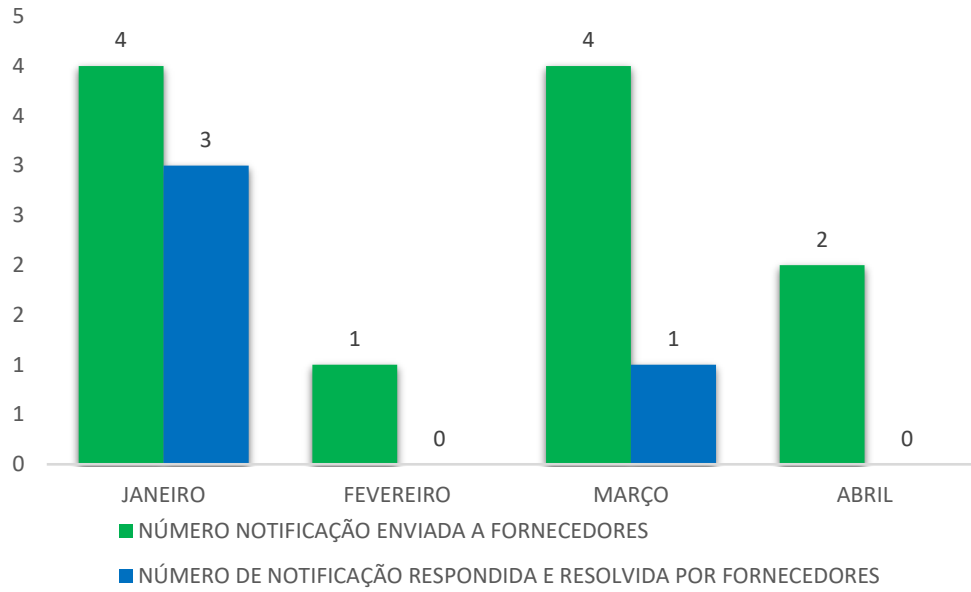
No mês de abril, não houve movimentação de novas ações envolvendo o INTS.

Gráfico 195. Taxa de cumprimento de prazos legais



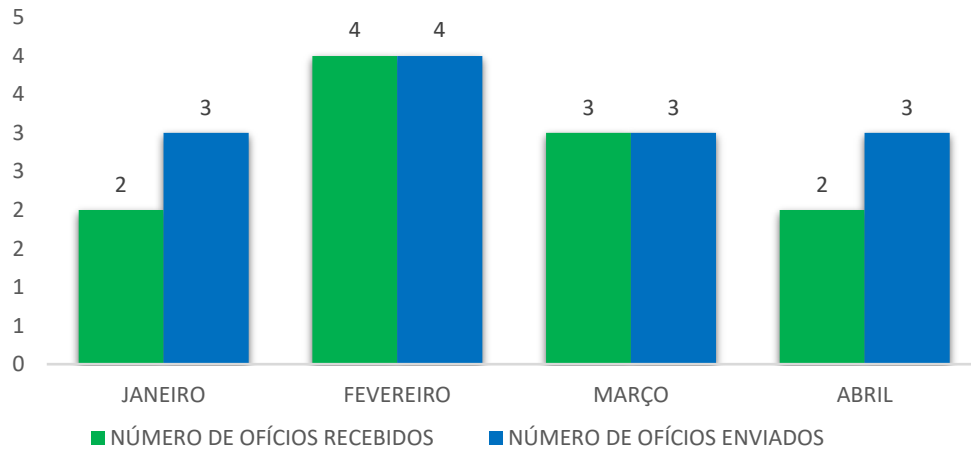
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 196. Análise de notificações



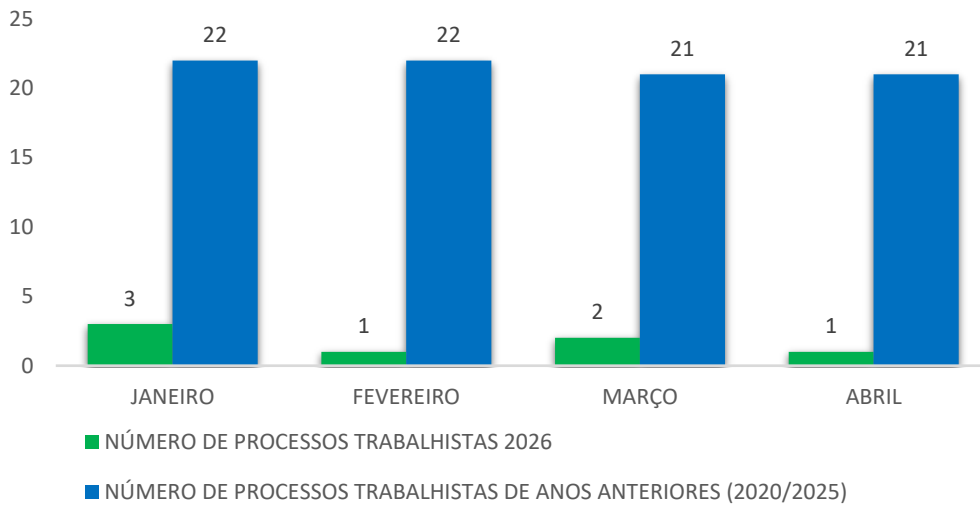
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 197. Análise de ofícios



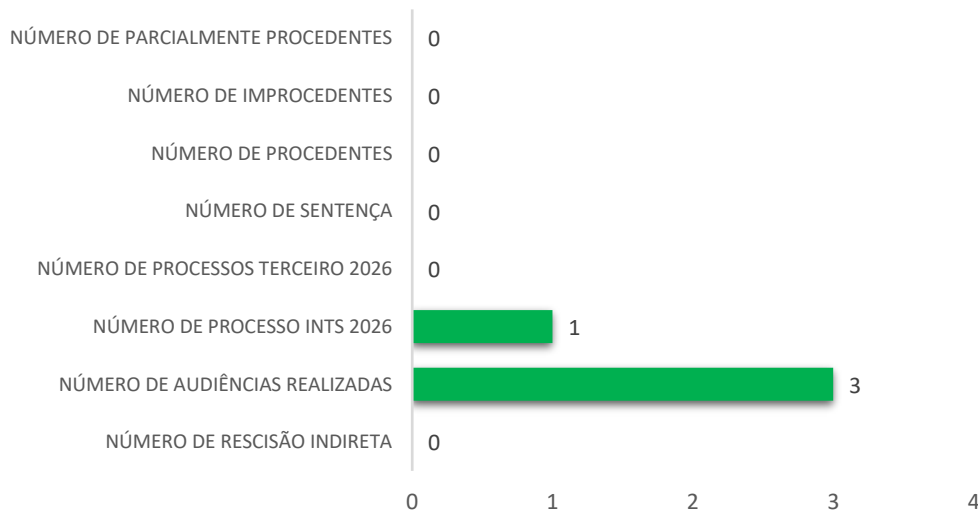
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 198. Número de processos trabalhistas



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 199. Produção Jurídico em abril de 2026



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

3.9.11. Ouvidoria

A Ouvidoria do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) foi implantada em agosto de 2020 com o objetivo de ser um canal de comunicação eficaz entre a instituição e os cidadãos, promovendo um espaço de acolhimento e resolução das demandas da comunidade. Seu papel é ouvir atentamente todas as manifestações dos usuários, sejam

elas elogios, críticas, sugestões ou reclamações, compreendendo suas necessidades e garantindo que cada manifestação seja tratada com seriedade e transparência.

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

Tabela 99. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE RESOLUÇÃO	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	< 5%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	100%	100%	100%	100%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 5 dias	0	2	12	4
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	Neutro	11	1	2	3
NÚMERO DE ELOGIOS	Quanto maior, melhor	11	0	0	1
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES	Neutro	0	1	2	2
NÚMERO DE RECLAMAÇÕES	Quanto menor, melhor	0	0	0	0
NÚMERO DE DENÚNCIAS	Quanto menor, melhor	0	0	0	0
NÚMERO DE SUGESTÕES	Neutro	0	0	0	0

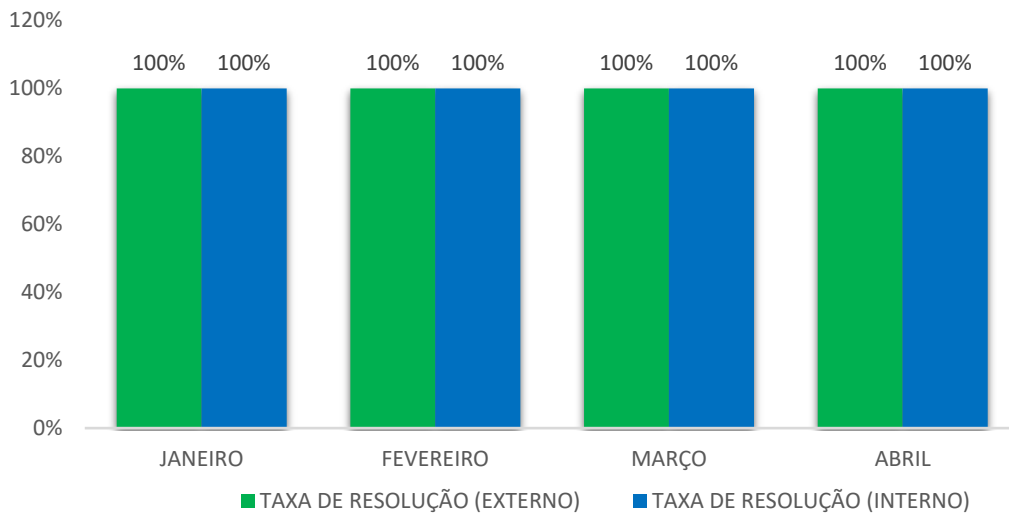
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 100. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE RESOLUÇÃO	> 80%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE DEVOLUTIVA	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	> 80%	70%	79%	75%	85%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 8 dias	5	3	2	4
TOTAL DE PESQUISAS BEIRA LEITO	40	33	33	40	40
TOTAL DE PESQUISAS TOTEM LINK	10	0	0	0	0
NÚMERO DE INSATISFAÇÕES	Quanto menor, melhor	83	24	44	49
NÚMERO DE SATISFAÇÕES	Quanto menor, melhor	23	10	71	54

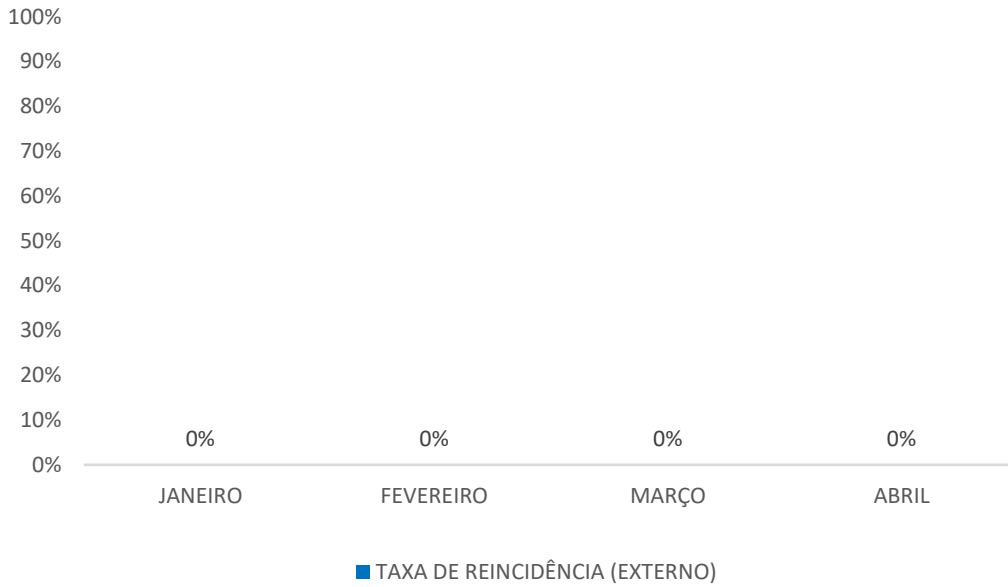
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 200. Taxa de resolução



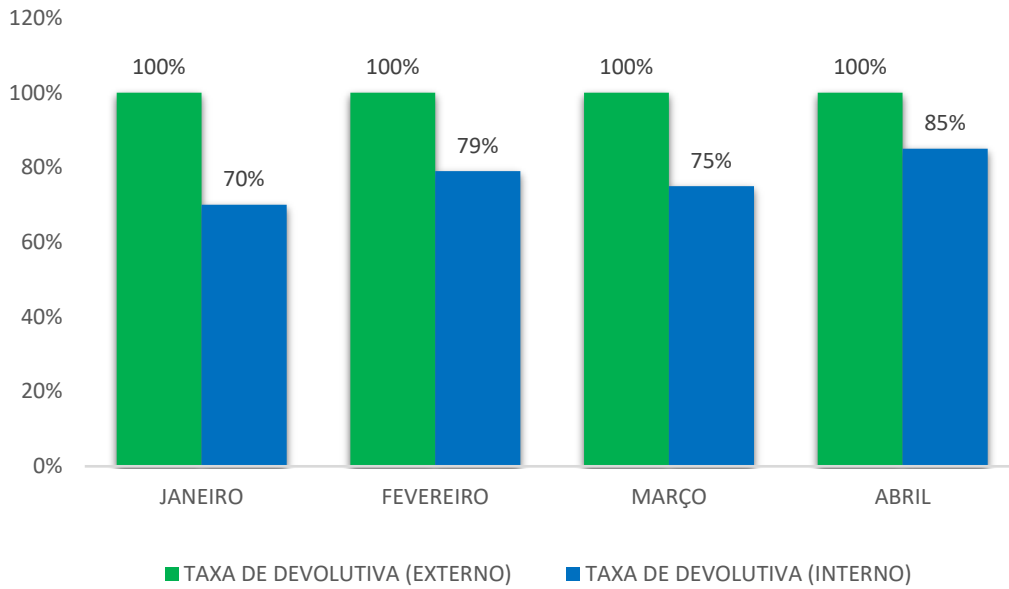
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 201. Taxa de reincidência



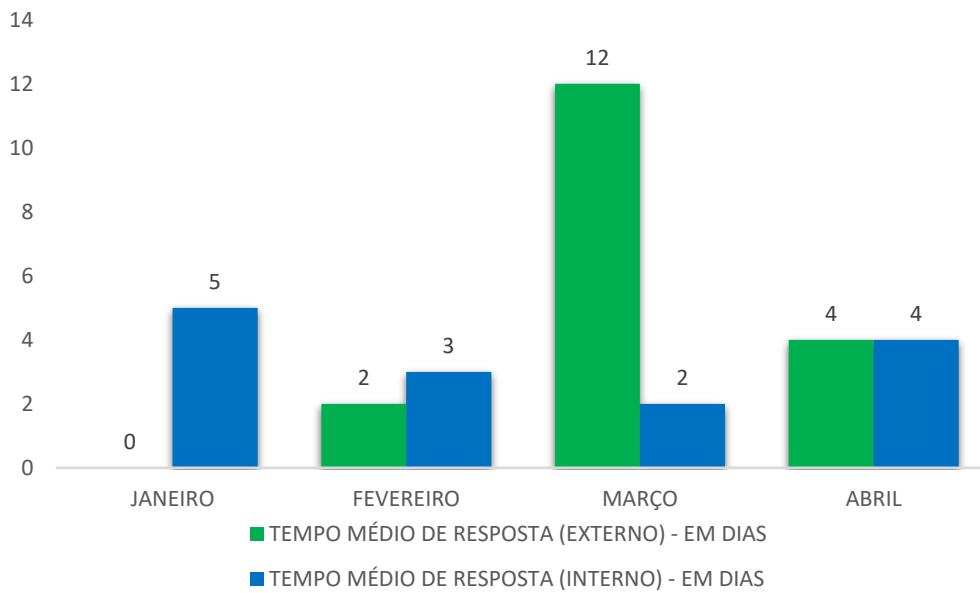
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 202. Taxa de devolutiva



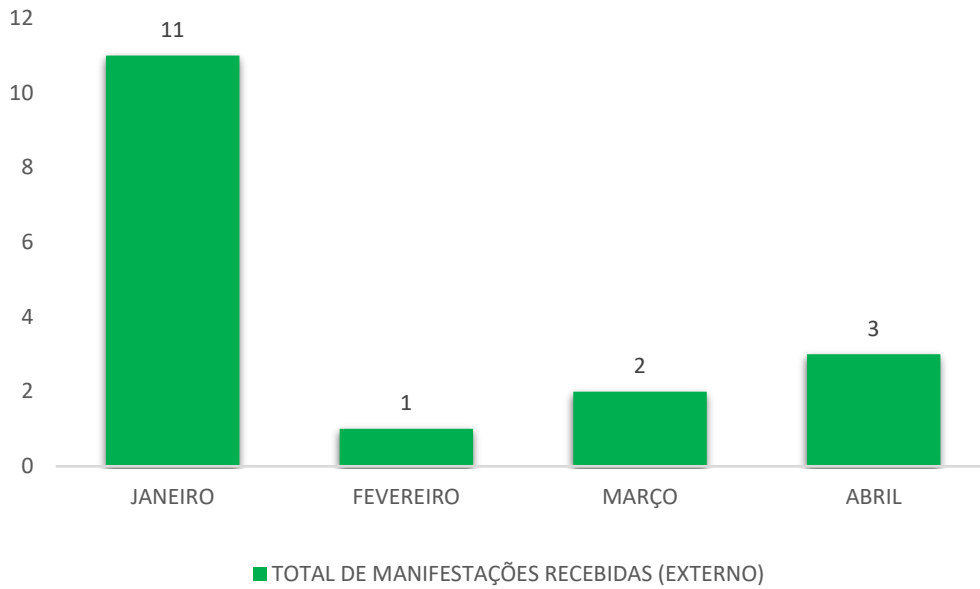
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 203. Tempo médio de respostas em dias



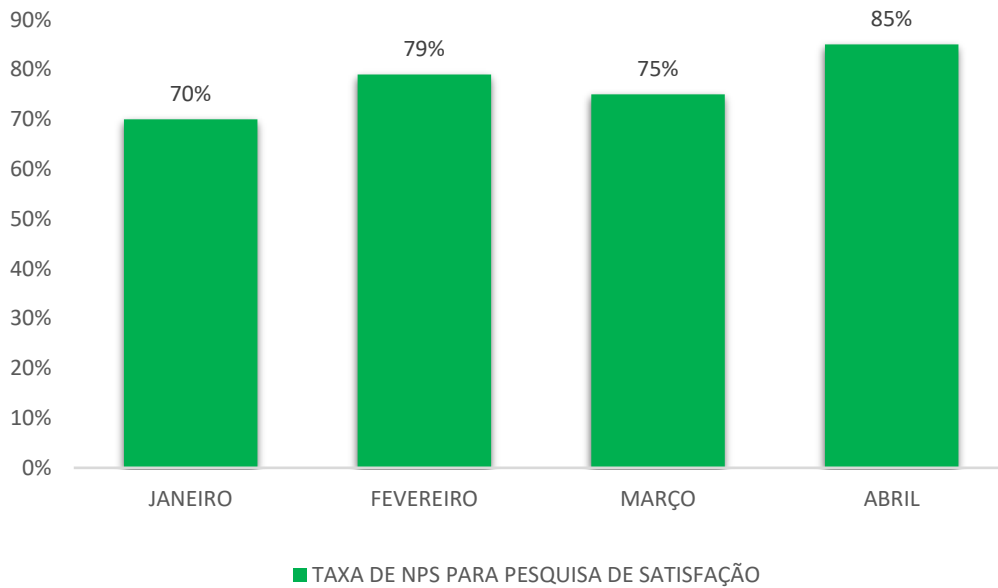
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 204. Manifestações recebidas



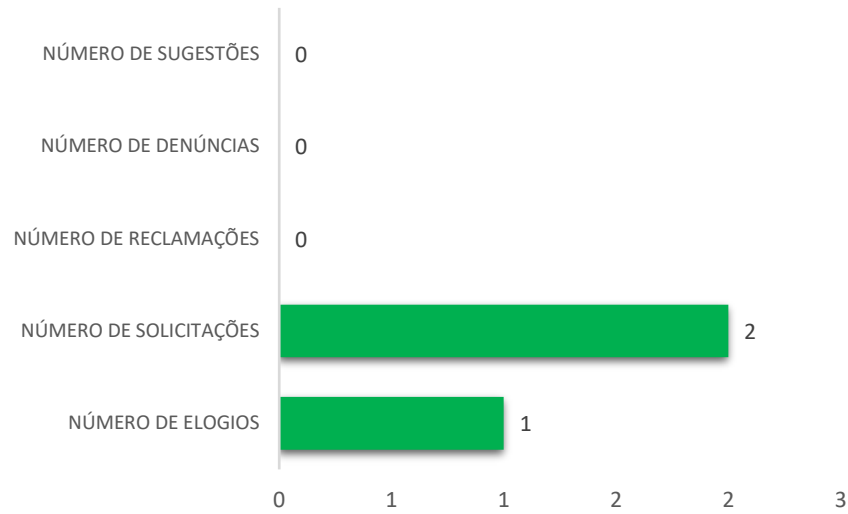
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 205. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação)



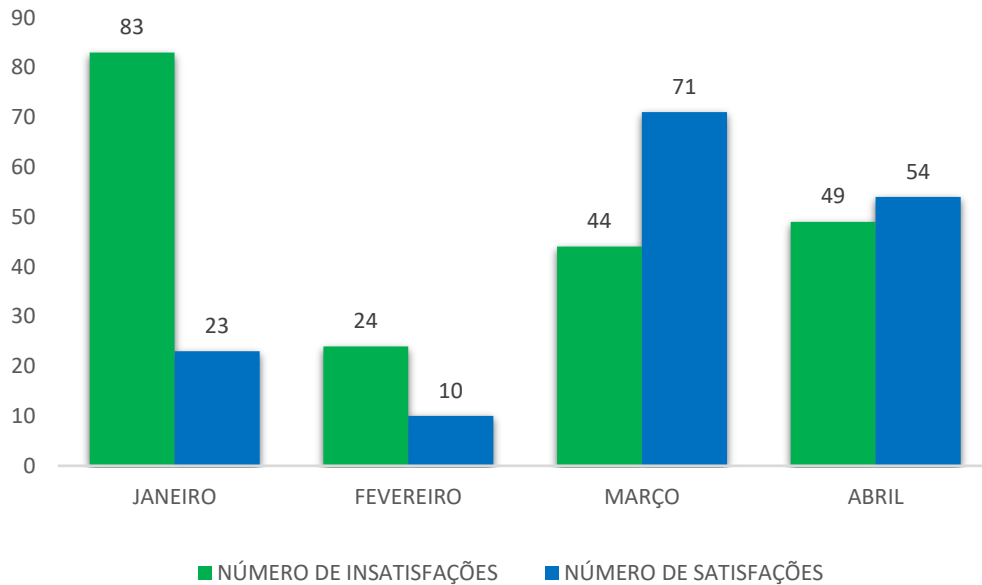
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 206. Tipos de manifestações externas



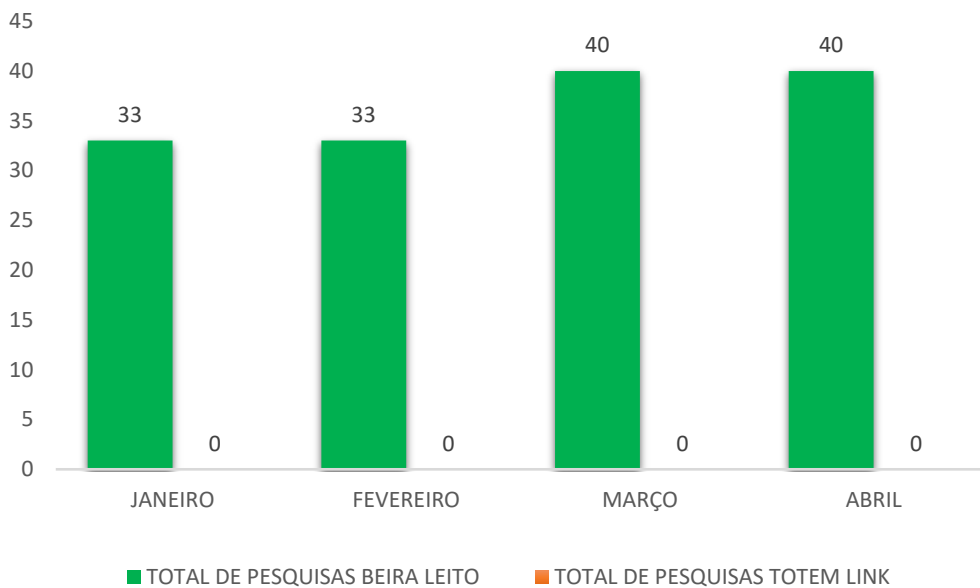
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 207. Tipos de manifestações internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 208. Pesquisas



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

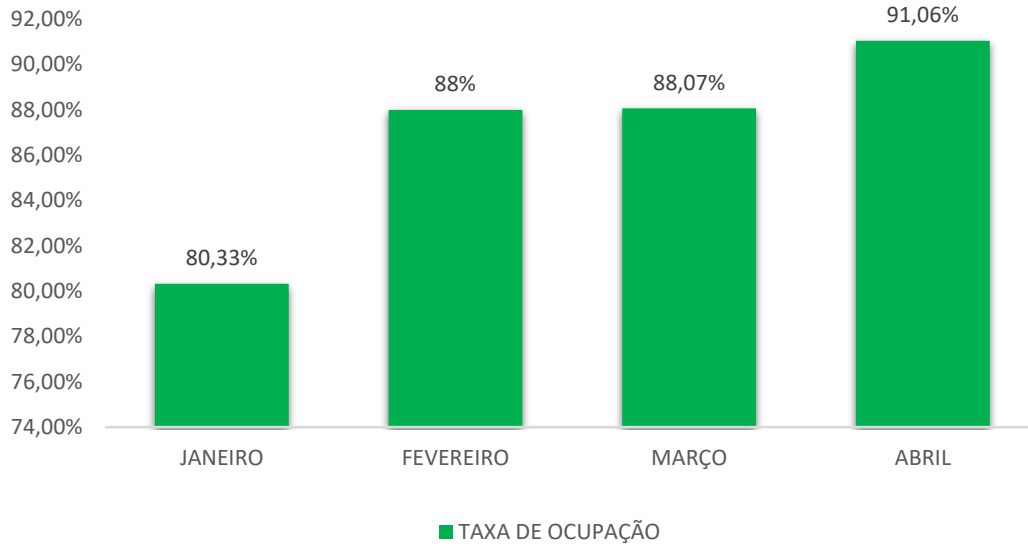
Tabela 101. Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	80,33%	88%	88,07%	91,06%
ÍNDICE DE QUEDA	< 15%	0,43%	0,87%	0,20%	0,39%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	2,54%	1,72%	6,80%	1,69%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	100%	100%	100%	100%	100%

TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH	100%	100%	100%	100%	100%
-----------------------------	------	------	------	------	------

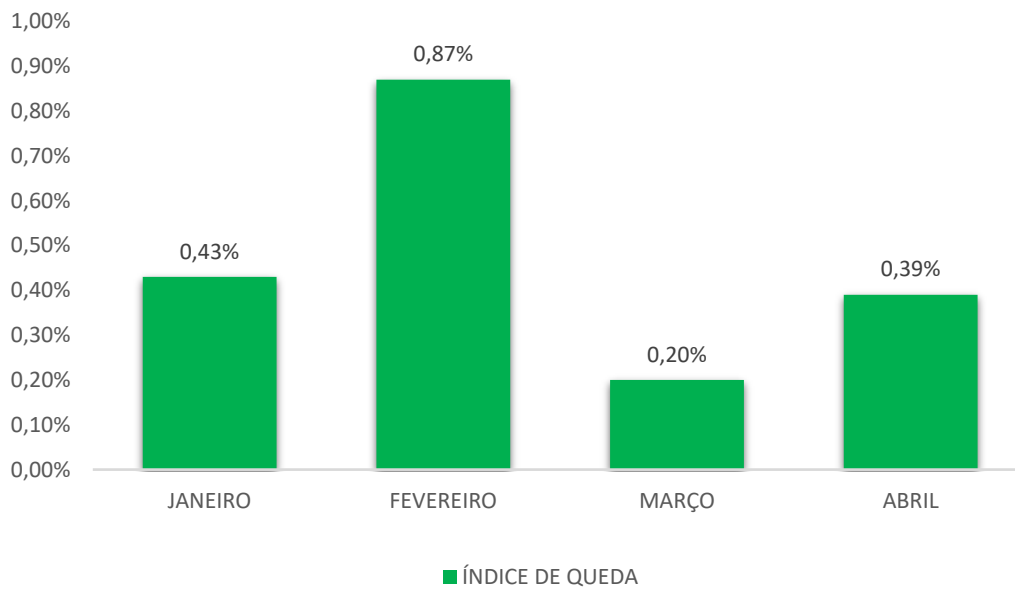
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 209. Taxa de ocupação



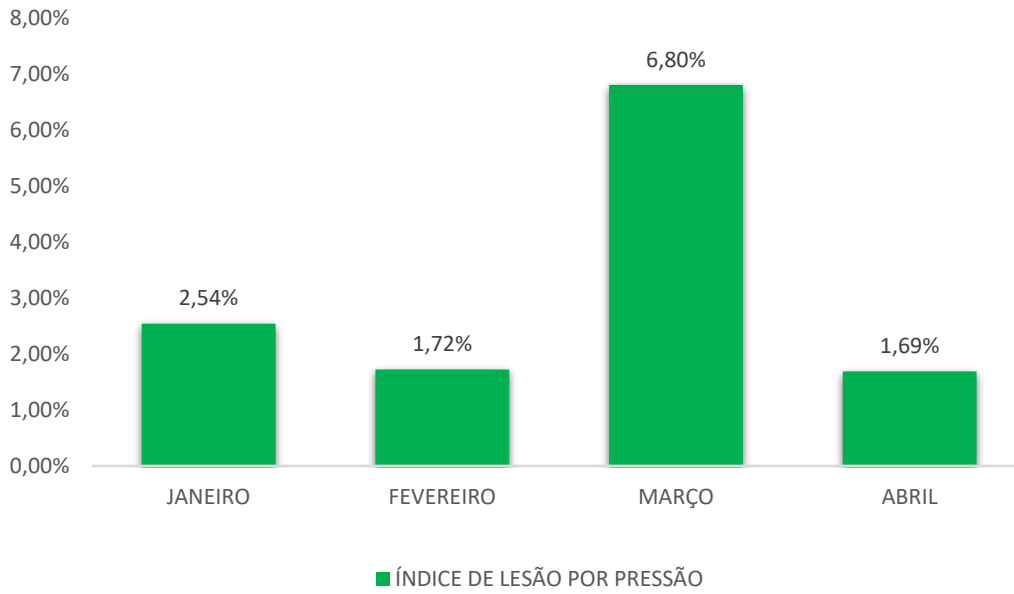
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 210. Índice de queda



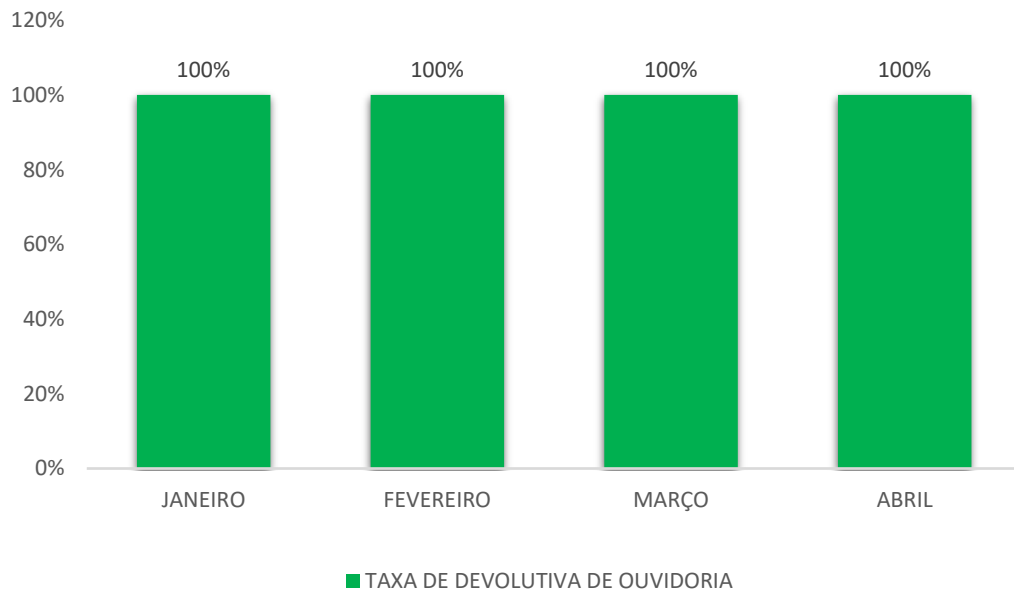
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 211. Índice de lesão por pressão



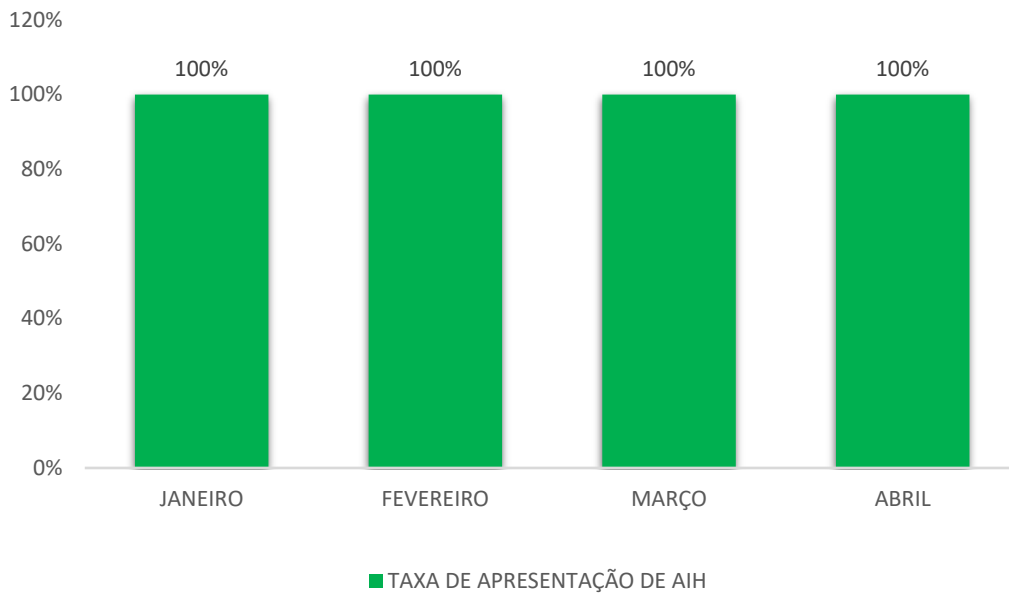
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 212. Taxa de devolutiva de ouvidoria



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 213. Taxa de apresentação de AIH



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

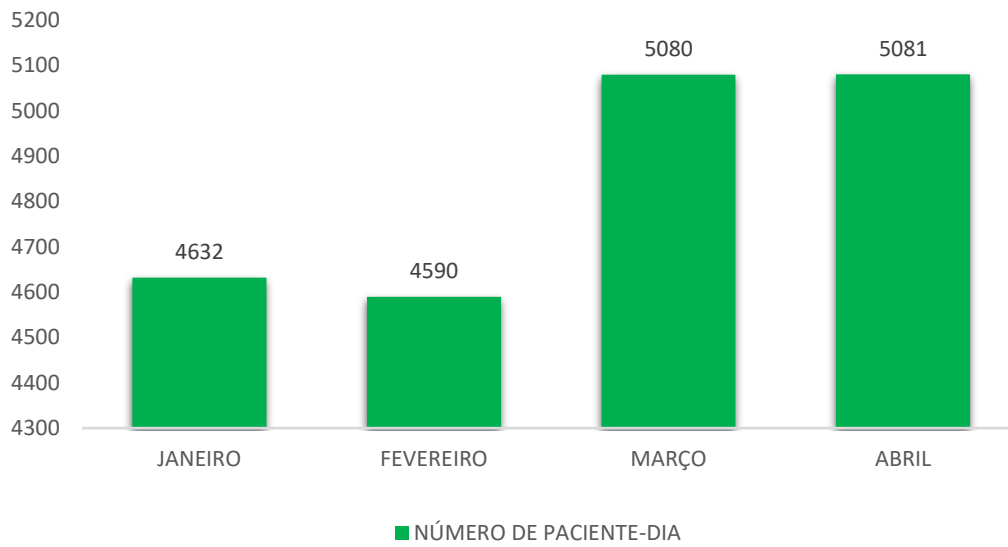
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 102. Indicadores de Contratuais Quatitativos

INDICADOR	JANEIRO	FEVREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE PACIENTE-DIA	4632	4590	5080	5081
NÚMERO DE LEITO-DIA	5766	5216	5768	5580
NÚMERO DE QUEDAS	2	4	1	2
CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO	5	4	7	4
DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA	11	1	2	4
NÚMERO DE AIH'S	205	218	218	231

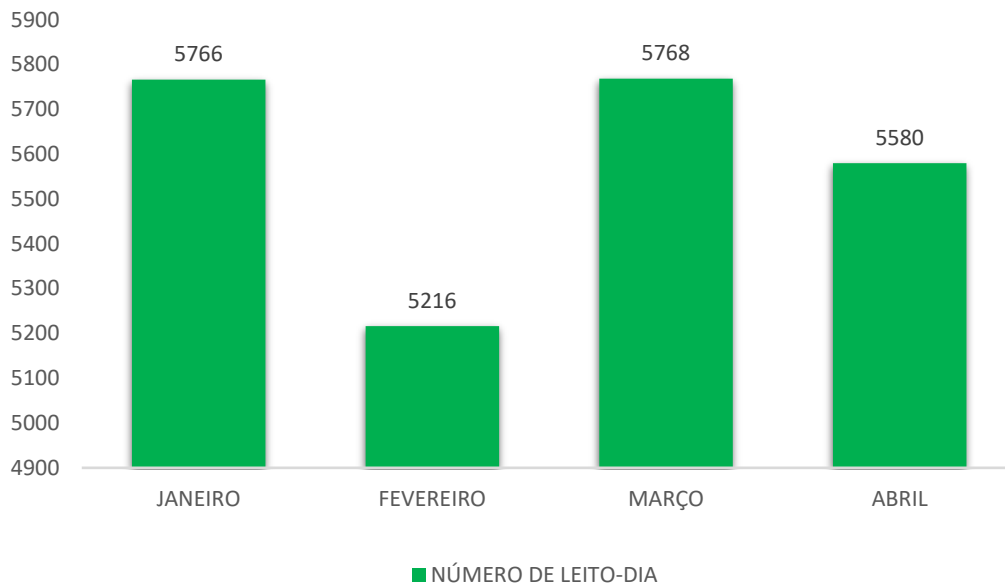
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 214. Número de paciente dia



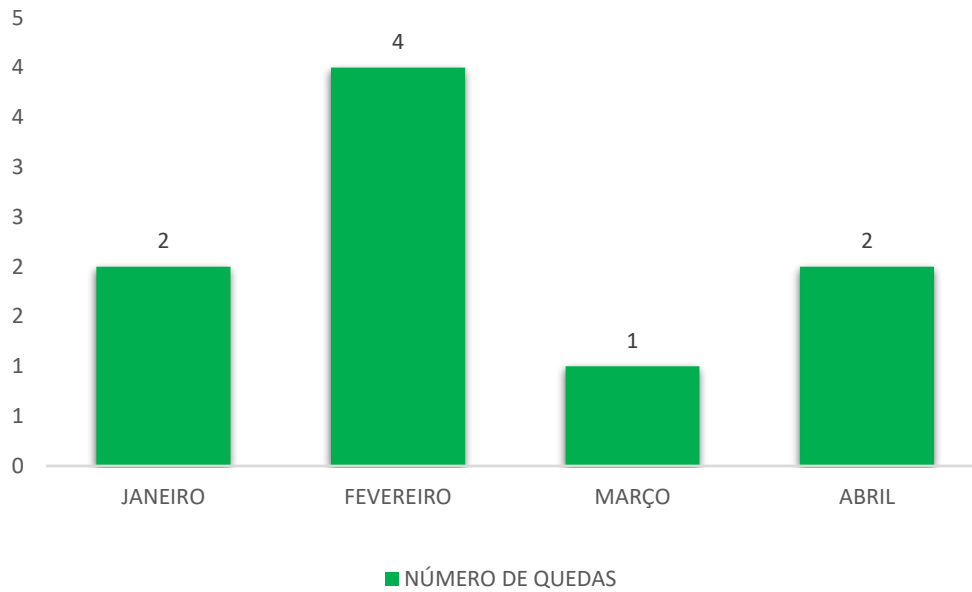
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 215. Número de leito dia



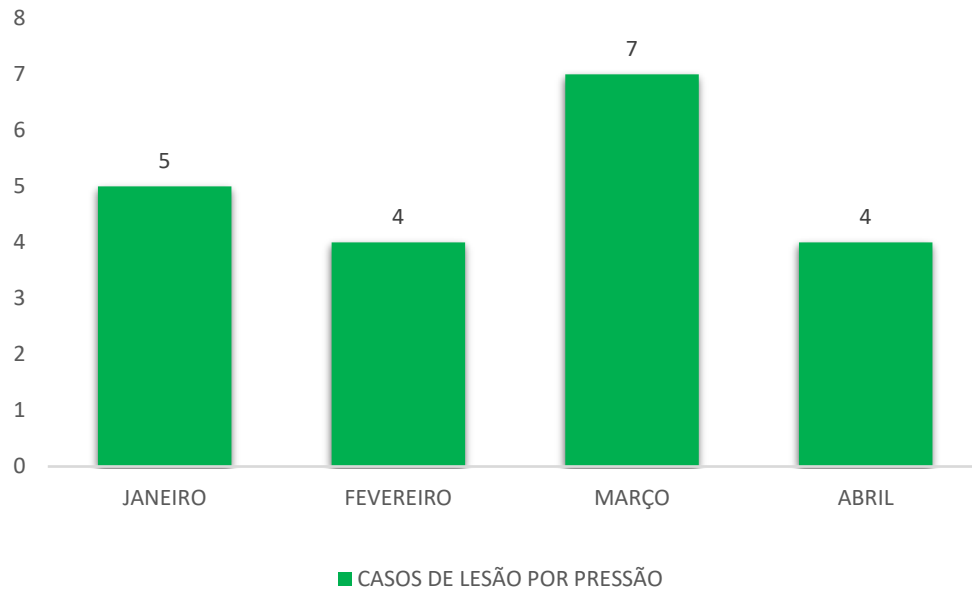
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 216. Número de quedas



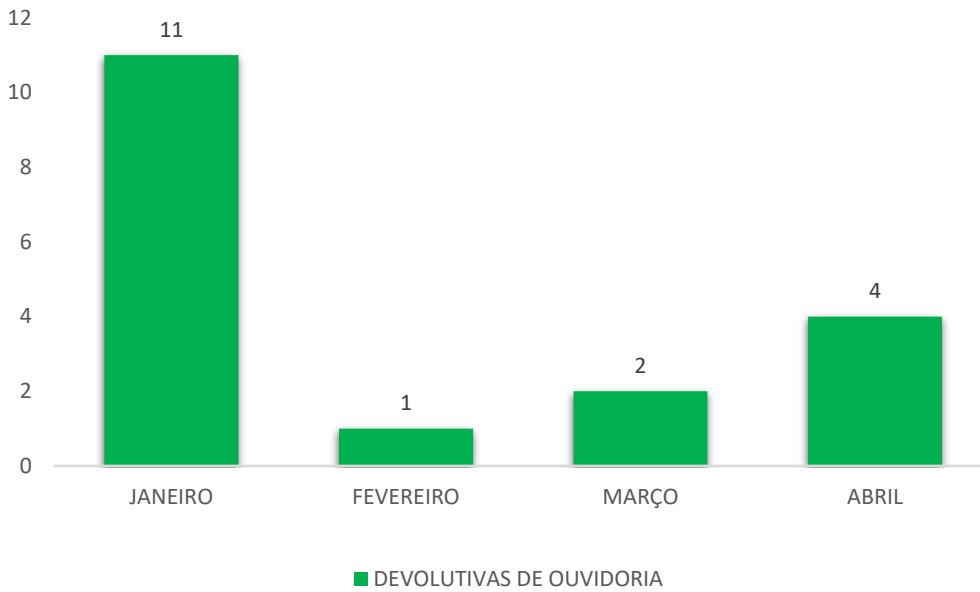
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 217. Casos de lesão por pressão



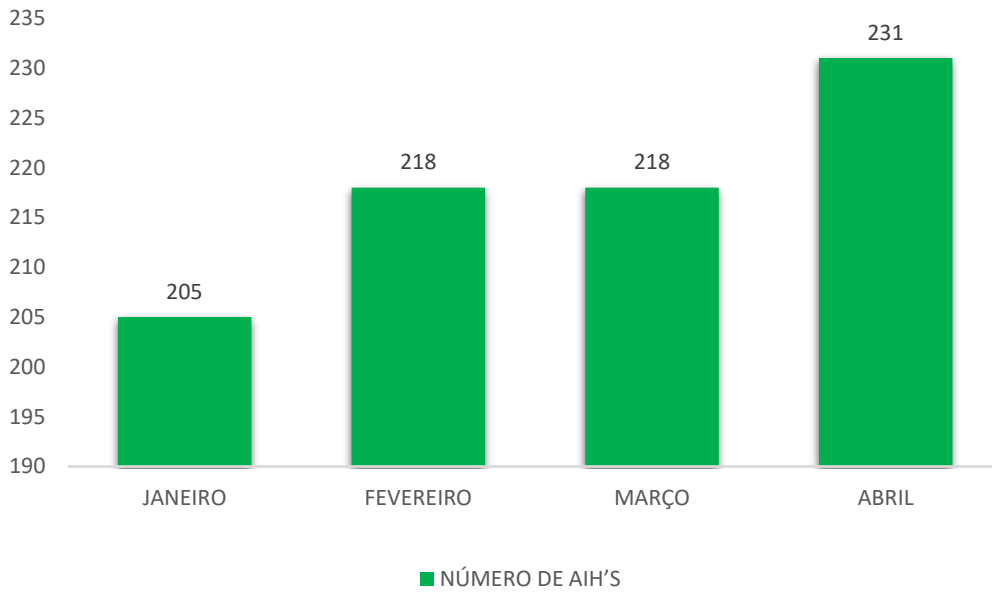
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 218. Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 219. Número de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

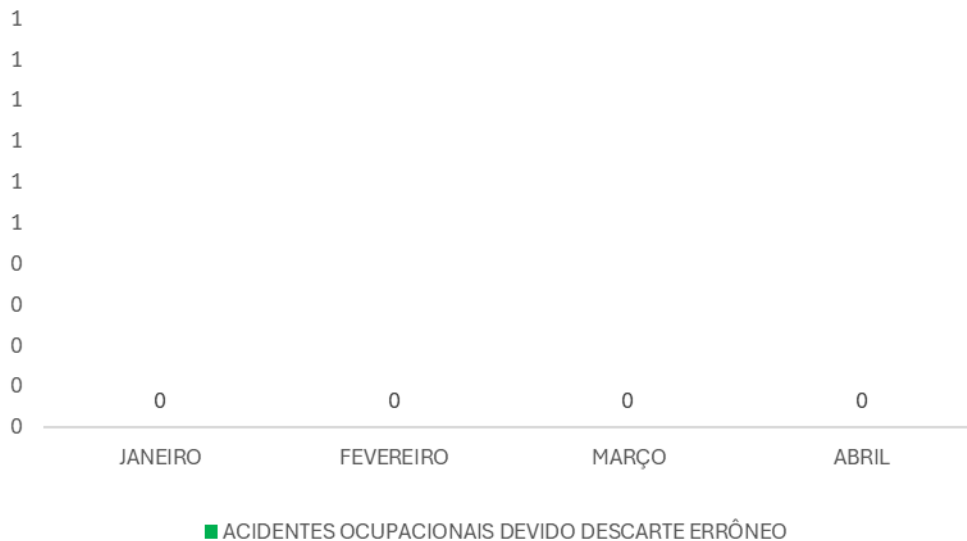
O gerenciamento de resíduos hospitalares é uma parte crítica da gestão de saúde, garantindo que os resíduos gerados sejam manipulados e descartados de maneira segura e conforme a legislação vigente.

Tabela 103. Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0 Kg	0	0	0	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	< 14.500 Kg	11.505	10.897	11.064	11.529
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	< 21.500 kg	20.882	18.948	20.446	20.485
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	< 300 Kg	5	10	2	5
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS	< 3.000 Kg	1.940	1.676	2.418	2.632
DESCARTE DE SUCATAS (FERROS E ALUMÍNIO)	Quanto maior, melhor	0	0	0	0

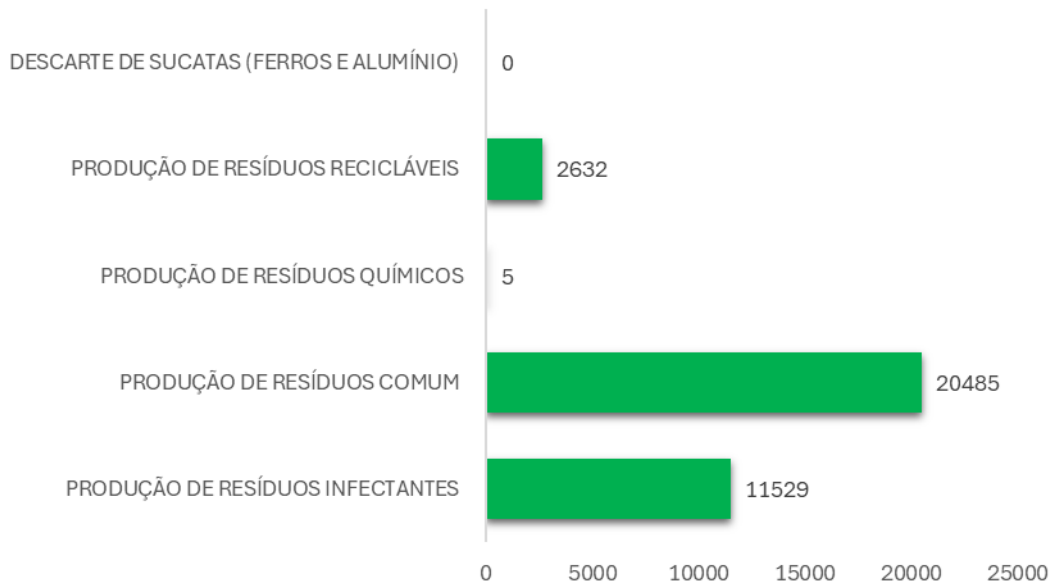
Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 220. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo



Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 221. Produção de resíduos em abril de 2026



Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

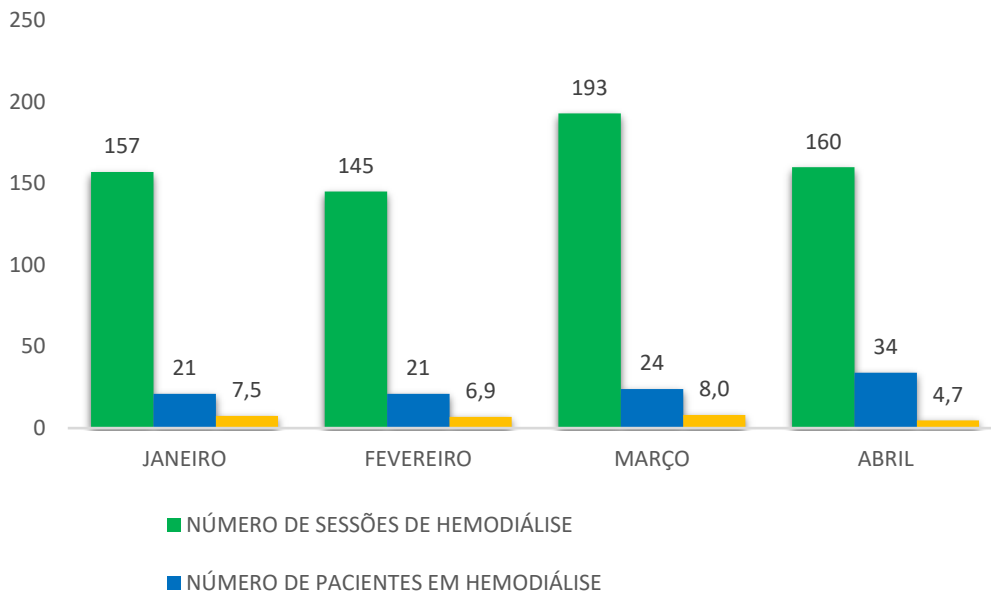
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 104. Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE	Neutro	157	145	193	160
NÚMERO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE	Neutro	21	21	24	34
NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES	Neutro	7,5	6,9	8,04	8

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 222. Análise de hemodiálise



Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

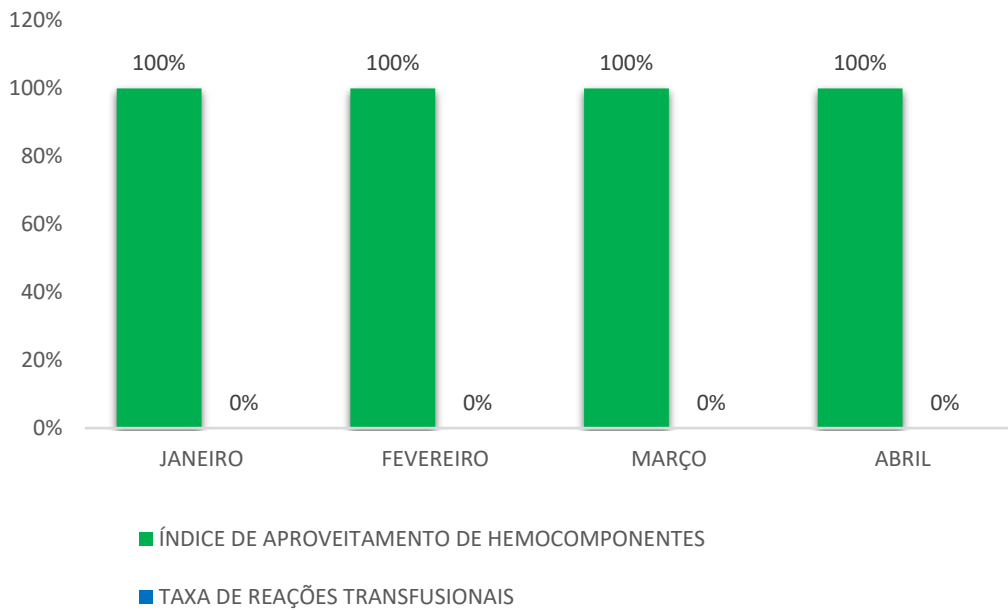
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 105. Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO DE HEMOCOMPONENTES	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	Neutro	21	11	17	39

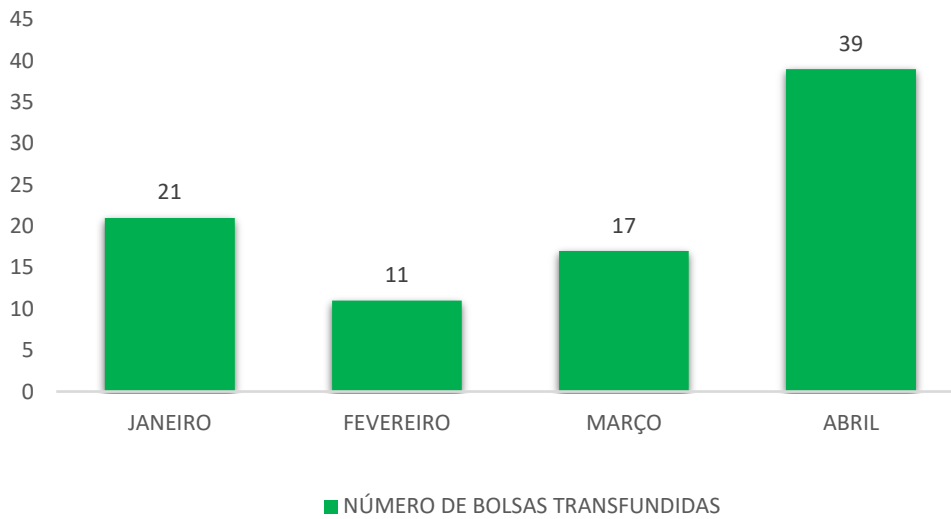
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 223. Análise de hemocomponentes



Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 224. Número de bolsas transfusionais



Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

6. COMISSÕES

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

Tabela 106. 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 E 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.
TERAPIA NUTRICIONAL	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
HUMANIZAÇÃO	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO – CIPAA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
CUIDADOS COM A PELE	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
ACOMPANHAMENTO CONTRATUAL – CAC	Por demanda	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
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;
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.
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.
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CIHDOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.
GESTÃO DE ALTAS	Mensal	Lei nº 13.840/2019, por exemplo, dispõe sobre a elaboração do projeto terapêutico individual.
DENGUE	Mensal	Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, Portaria nº 1.448, de 23 de julho de 2023 e Portaria nº 1.555, de 14 de agosto de 2023 do Ministério da Saúde,
MULTIPLICADORES	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
ANÁLISES CRÍTICAS DE INDICADORES	Mensal	Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde RDC nº 63/2011

Fonte: Qualidade - Comissões.

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

7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

O setor de comunicação desempenha um papel estratégico na gestão da comunicação interna e externa da unidade, promovendo a integração e o engajamento dos colaboradores. Oferece suporte às comissões e núcleos atuantes no hospital. Com apoio

da Assessoria de Imprensa, atua como intermediador entre a instituição e órgãos públicos, veículos de imprensa e terceiros, quando necessário. Suas principais funções incluem:

- **Planejamento e Organização de Eventos:** Responsável pela idealização, organização e execução de eventos internos, celebrações de datas especiais e atividades temáticas.
- **Execução de Campanhas Institucionais:** Organiza e executa campanhas de humanização, reforço de identidade, conscientização dos valores, missão e visão da marca do INTS e do HMG.
- **Produção de Conteúdos e Materiais:** Elabora textos, registros audio visuais, matérias e outros materiais informativos para boletins, murais e comunicados internos, contribuindo para manter todos os colaboradores informados e engajados nas atividades do hospital.
- **Gestão da Comunicação Interna:** Facilita a comunicação entre diferentes setores, fortalecendo o vínculo dos colaboradores com a instituição e promovendo a cultura organizacional.
- **Desenvolvimento de Ações de Humanização:** Apoia a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.
- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

7.1. Indicadores

Seguindo a diretriz do setor de Comunicação, os indicadores da área passarão a ser computados através dos dados gerados no <https://glpi.ints.org.br/>, com dados como número de chamados abertos, tempo de resposta e conclusão dos pedidos. O processo deve dar início a partir de maio de 2026.

7.2. Ações de Abril de 2026

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ANIVERSARIANTES DO MÊS - PACIENTES | 01, 03, 05, 06, 07, 10, 27 E 28/04

Foi realizada uma ação voltada aos pacientes, com a equipe percorrendo os setores do hospital para celebrar aniversários, levando um kit festa e promovendo momentos de alegria, acolhimento e humanização. A iniciativa teve como objetivo proporcionar uma experiência mais leve e afetiva durante a internação, fortalecendo o cuidado e o bem-estar dos pacientes.





Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | VISITA AO PARQUE ECOLÓGICO GUARAPIRANGA | 02/04

Foi realizada uma visita ao Parque Ecológico Guarapiranga, proporcionando aos pacientes um momento de contato com a natureza, lazer e bem-estar fora do ambiente hospitalar. A ação contou com o acompanhamento de equipe multiprofissional, garantindo suporte e segurança durante toda a atividade. A programação incluiu atividades educativas, pintura e um momento de convivência ao ar livre, promovendo

integração, acolhimento e estímulo ao bem-estar dos participantes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | PÁSCOA 2026 - ENTREGA DE CHOCOLATES AOS COLABORADORES | 02 E 04/04

Foi realizada a entrega de barras de chocolate aos colaboradores, promovendo um momento de acolhimento, valorização e reconhecimento. A ação proporcionou uma pausa leve na rotina, contribuindo para o bem-estar e fortalecendo o vínculo entre as equipes no ambiente de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | PÁSCOA 2026 - ENTREGA DE LEMBRANCINHAS AOS PACIENTES | 08/04

Foi realizada a entrega de lembrancinhas aos pacientes, promovendo um momento de acolhimento, carinho e humanização durante a internação. A ação considerou as necessidades individuais dos pacientes, oferecendo opções adequadas, e teve como objetivo proporcionar bem-estar e tornar a experiência hospitalar mais leve e afetiva.



Fonte: Relatório de Comunicação.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE | AÇÃO | HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – UNINOVE | 09/04

Foi realizada uma ação conduzida por alunos do curso de Enfermagem da Uninove – Santo Amaro, com foco na conscientização sobre a higienização das mãos. A atividade contou com jogos interativos que relacionavam as cinco etapas da higiene das mãos com situações do dia a dia, promovendo aprendizado de forma leve e dinâmica. Ao final, foram entregues lembrancinhas aos participantes, reforçando a importância da prática para a segurança e prevenção de infecções.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | TREINAMENTO | NR 17-ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORAIS | 22,23 E 24/04

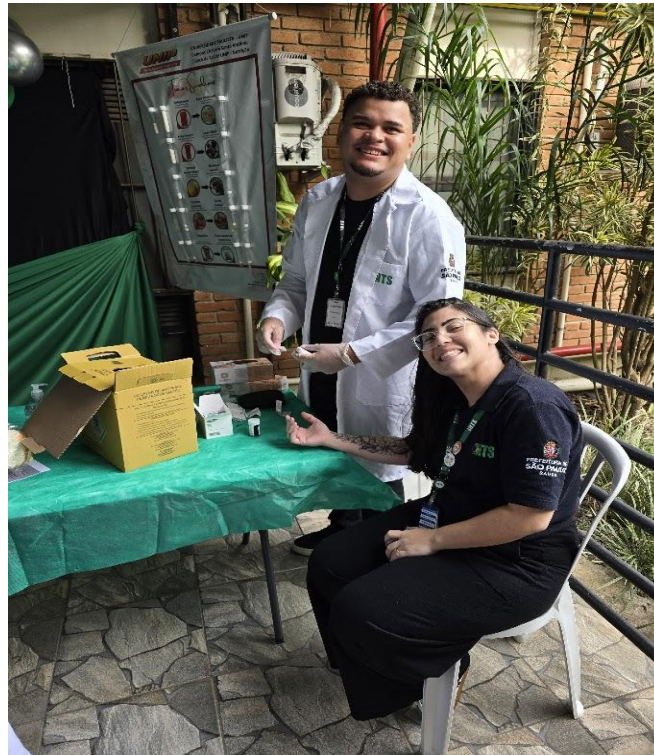
Foi realizado um treinamento de ergonomia com atividades práticas em dupla, com o objetivo de estimular a atenção, comunicação e percepção no ambiente de trabalho. As dinâmicas incluíram um circuito com obstáculos, no qual um participante vendado era orientado pelo colega, e uma atividade de descrição e reprodução de objetos, reforçando a importância da comunicação clara e do trabalho em equipe. A ação contribuiu para a conscientização sobre práticas seguras e melhoria das relações no ambiente laboral.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | CIPA | CAMPANHA | ABRIL VERDE – SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO | 27 E 28/04

A campanha Abril Verde foi realizada com o apoio do SESMT e da CIPA, com o objetivo de conscientizar os colaboradores sobre a importância da prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. A ação contou com atividades de aferição de pressão arterial, glicemia e peso corporal, além de orientações nutricionais voltadas a hábitos saudáveis. Com o apoio de equipe multidisciplinar, a iniciativa reforçou o cuidado com a saúde e o bem-estar dos profissionais, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.



Fonte: Relatório de Comunicação.

8. AÇÕES DE DESTAQUE

Parte da programação de campanhas institucionais, durante o mês de abril, destacaram-se as ações voltadas ao Mês das Mulheres, com iniciativas de valorização, cuidado e bem-estar no ambiente de trabalho, promovendo momentos de integração, acolhimento e fortalecimento da autoestima entre as colaboradoras.

Entre as ações realizadas, o maior destaque foi o Guarapiranga Fashion Day, que proporcionou um momento especial de protagonismo, emoção e valorização das pacientes, promovendo autoestima e reforçando a importância da humanização no cuidado prolongado.

Destacamos também o desempenho das profissionais que realizaram o primeiro treinamento transmitido ao vivo nos televisores das alas assistenciais do hospital. A enfermeira do núcleo de segurança do paciente Maria Cristina, a farmacêutica Rayane Amaro e a médica Lorena Miranda ministraram o curso destinado a todos os contratos do INTS, enaltecendo a qualificação de nossos profissionais.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de abril de 2026 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, 21 de maio de 2026.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 25/05/2026 09:53:18 -03:00

Nome: Simone da Silva Araújo
Cargo: Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:
Victor Hugo Parrilha
CPF: ***.518.032-**
Data: 26/05/2026 14:08:12 -03:00

Nome: Victor Hugo Parrilha Panont
Cargo: Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

10. ANEXOS

10.1. Atas das Comissões realizadas em abril de 2026

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/5

Data:	16/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Análises Críticas de Indicadores
Início	10:00
Fim	11:50

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Alinhamento da dinâmica da comissão.
- Foco em indicadores críticos (fora da meta).
- Indicador de documentos institucionais (qualidade).
- Indicadores assistenciais (lesão por pressão, taxa de ocupação).
- Absenteísmo.
- Atestados médicos.
- Assinaturas digitais.
- Indicadores nutricionais.
- Indicadores da farmácia.
- Plano de alta multiprofissional.
- Adesão nos treinamentos SESMT;
- Projetos PGRSS.
- Execução de treinamentos (NEP).
- Fonoaudiologia (impacto de equipe reduzida).

Reunião se inicia sendo reforçada a necessidade de aprimorar a dinâmica das reuniões, considerando que, em encontros anteriores, houve dificuldade de compreensão quanto à responsabilidade sobre determinados indicadores. Dessa forma, definiu-se que cada área deve apresentar seus próprios indicadores críticos, especialmente aqueles com não atingimento de meta, visando maior clareza, engajamento e efetividade nas análises.

Foi reiterado que a finalidade da comissão é analisar indicadores fora da meta, priorizando aqueles com impacto direto na assistência ao paciente, considerando a inviabilidade de discutir integralmente todos os indicadores existentes. Ressaltou-se ainda que a reunião perde seu propósito quando não há continuidade das ações propostas, sendo indispensável o acompanhamento dos planos de ação.

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: 02 PÁGINA: 1/1

Data:	10/04/2026
Tipo da Reunião:	(x) Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Animais Sinantrópicos
Início	14:00
Fim	15:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Monitoramento de áreas de risco (mata fechada onde os animais podem se esconder)

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Acompanhamento mensal	SESMT	Anual

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Eliene Pereira Mendes	Enf. Do Trabalho	elienemendes@ints.org.br	
Michael Nascimento das Chagas	Téc. Seg. Trab.	michaelchagas@ints.org.br	
Bruno Freitas	Eng. Seg. Trab.	brunonascimento@ints.org.br	
Laudivânia Silva	Téc. Seg. Trab.	laudivanciasilva@ints.org.br	
Rosana Maria de Souza Reis	Téc. Seg. Trab.	rosanareis@ints.org.br	
Vera Lúcia Macedo	Enf. Vigilância Epidemiológica	veramacedo@ints.org.br	

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	29 e 30/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão Multiplicadores
Início	15:00
Fim	16:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Capacitação de multiplicadores
- Fundamentos da aprendizagem
- Planejamento e condução de treinamentos
- Gestão de conflitos e avaliação da aprendizagem

Aos dias 29 e 30 de abril, com início às 15h, realizou-se reunião/treinamento conduzido pelo Supervisor do Núcleo de Educação Permanente (NEP), Gleydson Vieira, direcionado aos membros da Comissão de Multiplicadores.

Na ocasião, o tempo mensalmente destinado à discussão de pautas da comissão foi utilizado para capacitação dos participantes, com foco no desenvolvimento de habilidades essenciais para atuação como multiplicadores no ambiente hospitalar. Foram abordados os seguintes temas: definições e objetivos da aprendizagem; papel do educador; importância do conhecimento técnico e da credibilidade profissional; planejamento de treinamentos; comunicação clara e objetiva; didática aplicada ao contexto hospitalar; uso adequado de recursos visuais; gestão do tempo; inteligência emocional aplicada ao processo de ensino; gestão de conflitos durante treinamentos; avaliação da aprendizagem, entre outros tópicos pertinentes à prática educativa.

O treinamento teve como objetivo preparar os membros da comissão para condução eficaz de ações educativas, fortalecendo a cultura de aprendizagem contínua e a qualidade da assistência prestada.

A reunião foi encerrada às 16h em ambos os dias. Ao final, a apresentação utilizada durante o treinamento foi disponibilizada aos membros da comissão.

Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data

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: 02 PÁGINA: 1/1

Data:	10/04/2026
Tipo da Reunião:	(x) Requisito () Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes
Início	15:00
Fim	16:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação dos indicadores de acidentes de janeiro a março/2026: Em janeiro foram dois acidentes com perfuro, um por descarte errôneo e outro durante o procedimento, em fevereiro ocorreu um acidente com contato por material biológico em mucosa dos olhos.
- Esta reunião foi direcionada apenas aos membros do SESMT para reestruturação das ações preventivas.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Aplicação do Diálogo de Segurança (ação contínua ao longo do ano).	SESMT	31/12/2026
Estação expositiva sobre a conscientização de acidentes com material biológico e perfurocortante	SESMT	Segundo semestre de 2026

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Eliene Pereira Mendes	Enf. Do Trabalho	elienemendes@ints.org.br	
Michael Nascimento das Chagas	Téc. Seg. Trab.	michaelchagas@ints.org.br	
Bruno Freitas	Eng. Seg. Trab.	brunonascimento@ints.org.br	
Rosana Maria de Souza Reis	Téc. Seg. Trab.	rosanareis@ints.org.br	
Laudivânia da Silva	Téc. Seg. Trab.	laudivaniasilva@ints.org.br	

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (SCIH)	CÓDIGO: FP.QAS.038	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/5

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	15/04/2026	11:00	12:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Março/2026	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Vera Lúcia dos Santos		Fabiana Teles	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Sem pendências.			
2. INDICADORES			
<p>Apresentado o número total das infecções relacionadas a assistência a saúde, onde o panorama geral do HMG ficou no total de 2 infecções, sendo 2 as na enfermaria Colibri. Deste número sendo, 1 IPCS e 1 CDI.</p> <p>Em relação aos indicadores apresentados, observou-se o seguinte desempenho: Taxa de infecção geral: 1,82% sendo 0,93% relacionadas aos dispositivos. Densidade de incidência de IRAS global: 0,39. Densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): 0%. Densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS): 1,74% Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU): 0%. Taxa de letalidade por IRAS: 0%.</p> <p>Foi avaliado o consumo de álcool gel (22,72 ml) e de sabonete líquido (21,80 ml) por paciente. Em comparação ao parâmetro mínimo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, de 20 ml de álcool gel por paciente-dia, verificou-se que o consumo institucional se encontra dentro do preconizado.</p> <p>Em relação à adesão aos bundles assistenciais, o bundle de ventilação mecânica apresentou 100% de adesão na inserção, porém 89,29% na manutenção, demonstrando importante oportunidade de melhoria principalmente nas medidas de acompanhamento diário. Quanto ao bundle de cateter venoso central (CVC), verificou-se adesão de 50,2% na inserção e 85,7% na manutenção. Os dados indicam fragilidade no cumprimento das medidas iniciais de inserção, contrastando com melhor desempenho da equipe nas práticas de manutenção, sugerindo necessidade de reforço nas rotinas e treinamentos relacionados à inserção segura do dispositivo.</p>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012 REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

OData:	15/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Pele
Início	14:00min
Fim	14:30min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- A reunião da Comissão de Pele, referente ao mês de março de 2025, com apresentação realizada pela enfermeira estomaterapeuta Eliana (Presidente da Comissão de Cuidados com a Pele), iniciou-se com a exposição dos indicadores institucionais, incluindo taxas de incidência global(7%) e da UTI (4%), prevalência de LPP (36,4%) e resultados da avaliação de risco utilizando a Escala de BRADEN (86%).

Foi apresentado, ainda, o panorama das lesões em acompanhamento, bem como a relação entre risco e ocorrência de LPP, sendo identificadas LPP adquiridas (14), LPP comunitárias (5) e lesões prevalentes (75%).

Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento. Eliana informou que estão ocorrendo reavaliações dos pacientes com o objetivo de adequar a quantidade de coberturas às necessidades assistenciais, destacando que a distribuição está sendo monitorada e que será disponibilizado o consumo semanal ao almoxarifado, a fim de subsidiar a previsão mensal de cada tipo de cobertura.

Eliana informou que o faturamento de curativos, conforme registros do SMPEP, totalizou R\$46.980,00.

Em alinhamento com a enfermeira do faturamento, Beatriz, ficou definido que será considerada, para fins de faturamento todos os curativos lançados.

- As metas em desenvolvimento foram mantidas, com destaque para a redução das LPP adquiridas e alcance de 100% de avaliação de risco.

- Planos de ação seguem em andamento nos setores UTI, Clínica Médica e Retaguarda, com foco na prevenção de LPP, destacando-se a criação do Time de Mudança de Decúbito no setor de Clínica Médica.

- Apresentado registro fotográfico das integrações de novos colaboradores admitidos no mês de março.

- Eliana informa que a Instalação da placa Termômetro de Lesões será realizada pelo setor de qualidade e ficará ao lado do quadro de gestão a vista.

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: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	14/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Reunião ordinária da Comissão de Cuidados Paliativos
Início	14h00
Fim	14h30

1. ASSUNTOS TRATADOS

Foram apresentadas e discutidas as pautas referentes ao mês de março, contemplando a média de pacientes em cuidados paliativos, o perfil funcional segundo PPS, a relação entre altas e óbitos, diferenciação entre DVA e PAC e discussão de caso.

Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

No mês de março, observou-se média de 84% de pacientes elegíveis acompanhados em cuidados paliativos, com 16 pacientes inseridos na linha de cuidado no período. O indicador demonstra manutenção da adesão da equipe na identificação e acompanhamento dos pacientes com critérios para inclusão em cuidados paliativos.

Relação de PPS do mês de março

Foi apresentada a estratificação dos pacientes conforme a Escala PPS (Palliative Performance Scale), que varia de 100% a 0%, avaliando mobilidade, atividade diária, autocuidado, ingestão e nível de consciência. No mês de março, observou-se predominância de pacientes na faixa de 40% a 30%, totalizando 49 pacientes, seguidos pela faixa de 20% a 10%, com 25 pacientes. Identificou-se ainda 1 paciente com PPS acima de 50% e 9 pacientes sem registro da escala.

Relação Óbito do mês de março

No mês de março, foram registrados 6 óbitos entre pacientes acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos, distribuídos entre as unidades UTI BF (2) e CLB (4). Em relação ao perfil, observou-se predominância do sexo masculino (67%) em comparação ao sexo feminino (33%). Destaca-se que em 100% dos casos houve abordagem compartilhada entre equipe assistencial, paciente e/ou familiares.

Altas do mês de fevereiro

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	15/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	10:00
Fim	10:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Treinamentos
- Taxa de cumprimento
- Taxas de adesão
- Estágios

A reunião teve início sob a condução do Supervisor de Saúde, Gleydson Vieira da Silva, que realizou a apresentação dos membros integrantes da Comissão do Núcleo de Educação Permanente, destacando que a Farmácia ainda se encontra pendente quanto à indicação de um colaborador para compor a comissão.

Na sequência, foram apresentadas as pautas da reunião, bem como os indicadores de desempenho referentes ao mês de março, contemplando as taxas de adesão e o fluxo de estudantes oriundos das instituições de ensino.

Dando continuidade, foram expostos os indicadores consolidados do período, sendo: 38 treinamentos realizados, total de 1.158 participantes, 60 horas de treinamento, 3 treinamentos cancelados, 4 reagendados e 22 treinamentos assistenciais, resultando em uma taxa de adesão de 87%.

Foi evidenciada a implementação de um novo controle pelo Núcleo de Educação Permanente, relacionado à taxa de adesão dos treinamentos. Nos casos de treinamentos destinados a todos os colaboradores, a taxa passou a ser monitorada por setor, com o objetivo de identificar de forma mais precisa possíveis lacunas de participação.

Na oportunidade, foi apresentado aos novos colaboradores, Bruno (engenheiro do trabalho) e Carlos (coordenador financeiro), o indicador de treinamentos assistenciais. Conforme meta estabelecida de 20 treinamentos mensais, 16 devem ser de caráter assistencial, com origem da sede, indicador este incorporado ao hospital desde janeiro de 2026.

Em seguida, foram apresentados os treinamentos executados no mês, com suas respectivas taxas de adesão, além de registros fotográficos do treinamento de Gestão de Projetos. Destacou-se também a participação da enfermeira do NEP, do enfermeiro do NSP e da enfermeira auditora no treinamento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, abordando o Processo de Enfermagem e os aspectos éticos dos registros.

Foi apresentada, ainda, a quantidade de alunos por instituição de ensino que realizaram estágio no hospital, totalizando 64 estudantes no mês de março.

Por fim, foi informado aos colaboradores Bruno e Carlos que a LNT 2026 será compartilhada, para ciência dos treinamentos pactuados e eventual avaliação quanto à manutenção ou necessidade de ajustes.

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CEE)	CÓDIGO: FP.QAS.035	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/4

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Ética em Enfermagem (CEE)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	18/04/2026	09:00	09:30
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Periódica <input type="checkbox"/> Extraordinária <input checked="" type="checkbox"/> Emergencial		Abril	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Ediléia Alves dos Santos		Shirley Ferreira Schunck	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
<ul style="list-style-type: none"> • Participação das enfermeiras Ediléia e Shirley na Comissão • Apresentação do cenário atual da Comissão. • Situação dos membros da Comissão. • Colaboradores afastados por tempo indeterminado. • Devido aos afastamentos, algumas demandas necessárias da comissão deixaram de ser realizadas. • Realização de reuniões mensais. • Necessidade de treinamentos. • Verificar se é possível manter esta comissão com este total de membros. • As análises de casos foram anteriormente conduzidas pelo antigo presidente, que não pertence mais à comissão, pois solicitou baixa no COREN. 			
2. INDICADORES			
<ul style="list-style-type: none"> • Denúncia neste período para análise da comissão; • Se há alguma notificação para ser encaminhada ao Coren-SP; • Verificação se reincidência de casos. 			
3. ANÁLISE DE CASOS			
Em verificação.			
4. TREINAMENTOS			
Construção do cronograma de ações e treinamento para ano de 2026.			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CEM)	CÓDIGO: FP.QAS.040	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/4

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Ética Médica (CEM)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	14/04/2026	10:00	11:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Abril / 2026	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Dra. Lorena Paiva Miranda		Dra. Caroline Ramos Barreto	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS:			
<p>Como devolutiva da reunião anterior, a Coordenação informou que o informativo eletrônico sobre Direitos dos Médicos, Autonomia Profissional e Limites Éticos, elaborado com base no Capítulo II e Capítulo III do Código de Ética Médica, foi compartilhado com a equipe médica por meio dos canais institucionais, conforme arquivo em anexo.</p> <p>A comissão ressaltou que o conteúdo teve como objetivo reforçar a compreensão sobre a autonomia profissional associada à responsabilidade ética, contribuindo para maior alinhamento entre prática assistencial e normativas institucionais.</p> <p>Não foram identificadas pendências em aberto oriundas da reunião anterior.</p>			
2. INDICADORES			
<p>Foram apresentados os indicadores referentes ao monitoramento ético da prática médica no período de abril de 2026.</p> <p>No período analisado, não houve registro de notificações formais relacionadas a condutas éticas inadequadas envolvendo profissionais médicos da unidade. Da mesma forma, não houve encaminhamentos ao Conselho Regional de Medicina (CRM) no período.</p> <p>O indicador de reincidência de condutas éticas inadequadas permaneceu em zero, demonstrando manutenção da estabilidade no ambiente institucional quanto à observância dos princípios éticos.</p> <p>A comissão destacou que, apesar dos indicadores favoráveis, a ausência de notificações não exclui a necessidade de vigilância ativa e de fortalecimento contínuo das ações educativas e preventivas, especialmente em temas relacionados à convivência profissional e responsabilidade técnica.</p>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CFT)	CÓDIGO: FP.QAS.033	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/7

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	14/04/2026	11:00	12:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(X) Periódica () Extraordinária () Emergencial		MARÇO/26	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
DANIELA SCAVONE		LUCIANA CARBONI	
DESENVOLVIMENTO			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos - Curva A ❖ Consumo anticoagulantes – Curva A ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x média de pacientes acamados ❖ Consumo de dietas/ suplementos x média de pacientes em uso de dieta enteral e suplemento ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Eventos adversos/ Suspeita de reações adversas/ Queixas Técnicas ❖ Treinamentos ❖ Pedidos de padronização ❖ Indicadores de Farmácia Clínica 			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	15/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gerenciamento Resíduos - PGRSS
Início	15:00
Fim	15:30

Aos quinze dias de abril de dois mil e vinte e seis, nas dependências do Hospital Municipal Guarapiranga no auditório Aquário, às 15:00, o vice-presidente da comissão sr. Bruno Freitas deu início à reunião apresentando as pautas a seguir.

1. ASSUNTOS TRATADOS

- 1.1. **Pendências das últimas reuniões:** Sem pendências.
- 1.2. **Indicadores dos resíduos Mar/2026:** Apresentação dos indicadores de março de 2026 com infectantes 11.064 kg, resíduos comuns com 20.446 kg, resíduos químicos com 2,2kg, resíduos recicláveis com 2.418 kg, apresentação do acumulado por setores.
- 1.3. **Indicadores de acidente com perfurocortante Mar/2026:** Não houve acidentes.
- 1.4. **Projetos 2026:** Foi apresentado o projeto ESG *Environmental, Social and Governance*, boas práticas que empresas utilizam para medir sua sustentabilidade, impacto ético e responsabilidade socioambiental:
 - **Semana do Meio Ambiente;**
 - **Monitoramento do consumo de água e energia;**
 - **Sistema de Placas solares;**
 - **Sistema de Cisterna;**
 - **Sistema de reuso da água do ar condicionado nos vasos sanitários;**
 - **Horta com composteira.**
- 1.5. **Projeto compostagem:** O projeto está em fase de elaboração, foram apresentados os possíveis locais onde ficará a composteira e a horta.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Estudo de viabilidade, montar grupo sobre Compostagem	SESMT	15/04/2026

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
BEATRIZ CARLA A SILVA	ENF. AUDITORI	beatrizveloso@ints.org.br	
BARBARA CRISTINA SILVERIO MARCIANO	ANALISTA DE QUALIDADE	barbaramarciano@ints.org.br	
BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS	ENG. DE SEGURANÇA DO TRABALHO	brunonascimento@ints.org.br	

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: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	15/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	10:30h
Fim	11:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Principais indicadores;
- *Bed huddle* e Kanban;
- Ações do Serviço Social.

Shirley iniciou a reunião apresentando os indicadores do EGA. Informou que o *bed huddle*, anteriormente conduzido pelos enfermeiros, passou a ser realizado por ela, o que resultou em melhorias no processo e no aumento do número de altas. Destacou que promove discussões com os demais profissionais para compreender a situação clínica dos pacientes e identificar possíveis restrições que impeçam a alta.

Abordou também a necessidade de revisão do kanban amarelo, com o objetivo de preparar a equipe para demandas como exames, ambulância, EMAD, medicamentos, entre outros. Enfatizou a importância do trabalho integrado entre todas as equipes e registrou como ponto positivo o fato de já ser possível realizar alta na retaguarda, o que não ocorria no início do projeto.

Shirley relatou que, ainda que os pacientes tenham recebido alta pela clínica, possuem perfil de retaguarda, devem ser considerados no cálculo da retaguarda.

Carmen ressaltou que, apesar do número reduzido de altas na retaguarda, observa-se quase o dobro no giro de leitos, resultado percebido desde o início do projeto. Sugeriu que, caso os pacientes da Colibri com perfil de retaguarda sejam incluídos nesse cálculo, será possível otimizar ainda mais o giro de leitos na unidade.

Edicleide informou sobre as altas realizadas de forma segura, incluindo pacientes que necessitavam de dispositivos ou acompanhamento pelo EMAD. Relatou ainda três casos específicos: o paciente Jude, que se encontrava em fragilidade social e necessitou de encaminhamento para o EMAD; Geiza, em situação de vulnerabilidade social, que obteve vaga no CAEF; e Maria das Graças, igualmente em situação de vulnerabilidade, com encaminhamento em andamento.

Por fim, foi reapresentado o projeto "**Presença que Cuida**", que tem como objetivo desenvolver ações voltadas a pacientes com ausência de vínculos familiares ou com vínculos fragilizados. Ressaltou-se que o projeto não está paralisado, mas em fase de estruturação, sendo que, com o retorno de Wilma — atualmente afastada —, será dada continuidade às atividades.

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	17/04/2026
Tipo da Reunião:	<input type="checkbox"/> Requisito <input checked="" type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Validação
Assunto:	Comissão de Humanização
Início	14:00
Fim	14:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Visita ao Parque**

A visita ao parque do mês de abril foi concluída, e a proposta é que essa ação seja realizada mensalmente, para melhor aproveitamento dos pacientes.

- **Projeto Pet**

Jakeline trouxe o tema do Projeto Pet, conduzido por Ademar, o cão hospitalar, com a proposta de visitas aos pacientes, previstas para quartas e sextas-feiras. Está em aguardo a definição de treinamento para os candidatos que participarão da ação.

- **Café Acolhedor**

Foi discutido que a equipe de nutrição realizará uma palestra para conscientizar os familiares sobre a importância de não trazer alimentos para os pacientes.

- **Aniverssario do HMG**

Para o aniversário do hospital, foi discutida a possibilidade do tema "Tardezinha", com um grupo de pagode para a celebração. Devido à disponibilidade do grupo, o evento acontecerá no dia 5 de junho, no período diurno.

- **Dia das Mães**

Para o Dia das Mães, foram discutidas ideias de lembrancinhas e, dentre as opções, foram escolhidas presilhas de cabelo, com entrega prevista para os dias 5 e 6 de maio.

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	15/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Práticas Integrativas
Início	14:30min
Fim	15:00min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Resultados obtidos no mês de março de 2026, Dr. Edson apresentou ao grupo os resultados alcançados com a aplicação da ozonioterapia em pacientes portadores de lesões por pressão, demonstrando evolução positiva após o início do tratamento. Foi realizado um comparativo entre a data de admissão dos pacientes e o último atendimento do mês. Como instrumentos de avaliação, foram utilizados os registros diários de evolução das lesões e o acompanhamento fotográfico.
 - Durante a apresentação também foi abordado os materiais necessários para os atendimentos, bem como o quantitativo de cilindros de O₂ utilizados.
 - Dr. Edson desenvolveu o tema sobre o uso de plantas como terapia na medicina integrativa que é chamado de Fitoterapia ou Fitoterapia Clínica Integrativa. Essa prática consiste na utilização de plantas medicinais e seus derivados (extratos, chás, tinturas, cápsulas) para prevenir, tratar ou aliviar doenças.
- Finalizada a reunião em seguida.

ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data

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: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	29/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Prevenção da Dengue
Início	10:00h
Fim	11:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Situação epidemiológica da dengue na instituição;
- Ações de vigilância e monitoramento preventivo;
- Orientações e conscientização das equipes e usuários;
- Medidas contínuas de prevenção e controle na unidade.

No mês de abril de 2026, não houve registro de casos suspeitos ou confirmados de dengue na instituição, bem como não foram realizados testes diagnósticos para dengue.

Permanecem ativas as orientações às equipes quanto à prevenção e eliminação de possíveis criadouros, incluindo o cuidado com recipientes que possam acumular água parada, inspeções periódicas nos ambientes internos e externos da instituição e conscientização permanente de colaboradores, pacientes e acompanhantes.

Ressalta-se ainda que as ações de vigilância, monitoramento e prevenção continuarão sendo realizadas de forma contínua, visando preservar a segurança e a saúde de todos, além de contribuir para a prevenção da proliferação do vetor no ambiente hospitalar.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data

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: 02 PÁGINA: 1/1

Data:	30/04/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Prevenção da Violência
Início	00:00h
Fim	00:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

Monitoramento mensal da ocorrência de casos de violência.

No mês de abril de 2026, não foi realizada a reunião da Comissão de Prevenção de Violência, uma vez que não houve notificações de casos relacionados à violência no período e não foram identificadas pautas específicas a serem discutidas.

Ressalta-se, contudo, que o monitoramento das notificações permanece ativo e contínuo, sendo as equipes assistenciais orientadas a manter a vigilância e o registro imediato de qualquer ocorrência que envolva situações de violência (física, psicológica, sexual, institucional ou autoprovocada).

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Reforçar informações nos setores	Comissão de Prevenção da Violência	Contínuo
Treinamento protocolo atendimento a segunda vítima	Comissão de Prevenção da Violência	29/05/2026

3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Vera Lúcia Macedo	Enf. da Vigilância	veramacedo@ints.org.br	

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CRO)	CÓDIGO: FP.QAS.037	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/6

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Revisão de Óbitos			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	30/04/2026	15:00	16:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Março / 2026	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Dr. João Paulo Pimentel		Anderson Tomas de Oliveira	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
<ul style="list-style-type: none"> A partir de maio, será feito o monitoramento dos casos em que havia indicação de abertura da rota de sepse, e será feita uma notificação em casos que não foram abertos ou não indicados que resultaram em óbito por sepse. Ação de melhoria proposta pelo médico na reunião foi tentar reunir todos os médicos diaristas e a equipe médica para participação nas reuniões da equipe multiprofissional. 			
2. ANÁLISE DE ÓBITOS			
<p>No período de março de 2026, foram registrados 7 óbitos, sendo classificados como 06 óbitos paliativos e 01 óbito não paliativo. Habitualmente os óbitos são analisados previamente pelos médicos e membros da Comissão para posterior discussão em grupo. Os detalhes estão organizados por data de óbito, indicando sua classificação como paliativo ou não paliativo e as quebras de barreiras identificadas.</p> <p>Os casos foram discutidos com as seguintes considerações:</p> <p>02/03/2026 – A.R.M. (72 anos) Classificação: Paliativo Resumo: Internação de 19 dias por infecção do trato urinário de repetição e hipertensão. Paciente em uso crônico de sonda vesical devido à HPB. Quebra de Barreiras: Nenhuma significativa identificada. Observação: O prontuário carece de informações claras sobre a causa do óbito e reconciliação medicamentosa.</p>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CRP)	CÓDIGO: FP.QAS.036	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/5

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	28/04/2026	11:00	12:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Abril	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Dr. André Gasparoto		Beatriz Veloso	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
<p>Conforme reunião anterior, segue atualização das pendências:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano de ação prescrição de enfermagem, responsável enfermagem está em andamento, os treinamentos foram iniciados em fevereiro e serão continuados ao longo do ano. • Plano de ação para dupla checagem de medicamentos, responsável enfermagem está em andamento, os treinamentos foram iniciados em fevereiro e serão continuados ao longo do ano. • Plano de ação para lançamento de dispositivos invasivos, responsável enfermagem está em andamento, os treinamentos foram iniciados em fevereiro e serão continuados ao longo do ano. • Plano de ação de assinatura digital, responsável Enfermeira auditora Beatriz em andamento, estipulado para conclusão em dezembro/2026. 			
2. INDICADORES			
<p>Nome do Indicador: Cobertura de Auditoria de Prontuários</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta: 10% • Realizado: 10% • Total de prontuários no mês: 218 • Prontuários auditados: 16 <p>Fórmula: $\text{Prontuários auditados} \div \text{Total de prontuários} \times 100$</p>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (NSP)	CÓDIGO: FP.QAS.034	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/4

NOME DA COMISSÃO			
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	14/04/2026	10:00	11:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Março	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Guilherme Crossi e Gleydson Vieira		Gustavo Guimarães Paiva	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
<ul style="list-style-type: none"> Plano de contingência para armazenamento de hemoconcentrados (em andamento). Plano de contingência SMPEP em andamento (aguardando retorno do supervisor da T.I.). Bloqueio de checagem manual do carrinho beira leito (concluído) 			
2. INDICADORES			
<p>Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 361 NCS, sendo 354 consideradas válidas no mês de março. Destas nenhuma foi compartilhada pela Ouvidoria, nenhuma encaminhadas para a Ouvidoria, 06 arquivadas e 01 classificada como duplicada. Informou-se que 294 Não Conformidades foram tratadas.</p> <p>Quanto às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, indicador realizado pelos membros do núcleo de segurança do paciente, foram apresentados os seguintes números de registros de Não Conformidades: risco de infecção (226), comunicação efetiva (27), uso seguro de medicamentos (26), outros (2), risco de lesão por pressão (48), risco de queda (1) e identificação do paciente (21).</p> <p>Os setores com maior número de notificações foram Sanhaçu com 48 registros e Colibri com 140 registros.</p>			
3. INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS			
<p>Foram classificados 64 eventos como incidente sem danos e 46 como incidente com dano. Dentre esses registros, observou-se um aumento considerável de ocorrências relacionadas a meta 3, 5 e 6 de segurança do paciente, onde foram analisadas e realizado o plano de ação para evitar reincidência.</p>			
4. AUDITORIAS INTERNAS			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: Q7G58-TW7X3-GFN4N-JNX52

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF *****.009.575-****) em 25/05/2026 09:53 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
NdGfd7tLkU8FPtitCwmY4qK/9aeth6K1XhBoM9rSFZE=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF *****.518.032-****) em 26/05/2026 14:08 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Lat: -23,705550 Long: -46,742691
	Precisão: 19 (metros)
Autenticação	victorpanont@ints.org.br
Email verificado	
wW+4Aea0UT1y2SdcpXuD7MP1O67/8wC9p6mhDuU1gFU=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/Q7G58-TW7X3-GFN4N-JNX52>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate>