

**JUNHO / 2024**



**INSTITUTO NACIONAL  
DE TECNOLOGIA E SAÚDE**

# **RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES**



**Hospital Municipal Guarapiranga**

**CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 - SMS.G / AHM**

Relatório de Execução das atividades prestadas na competência de junho de 2024, 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.

### **CNES**

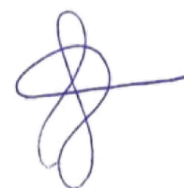
Número: 0161438.

### **ENDEREÇO**

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

### **FUNCIONAMENTO**

Atendimento 24hrs, todos os dias.





### **EQUIPE GESTORA DA UNIDADE**

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem;

Daniele de Mello Martorano – Coordenação de Enfermagem;

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional;

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos;

Paulo Henrique Ferreira Lopes – Coordenação Financeira;

Robert da Silva – Coordenação de Prestação de Contas.

### **COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Paulo Rodrigo de Souza Barbosa – Analista de Qualidade;

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade.

## SUMÁRIO

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE.....	5
2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA .....	6
3. ESTUTURA DO SERVIÇO .....	8
3.1. RECURSOS HUMANOS .....	13
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO.....	24
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS .....	26
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA.....	38
3.5. SUPRIMENTOS .....	47
3.6. INFRAESTRUTURA .....	49
3.7. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.....	50
3.8. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	51
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL.....	61
5. INDICADORES CONTRATUAIS.....	61
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS .....	61
5.2. INDICADORES CONTRATUAIS QUANTITATIVOS.....	63
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES .....	63
6. COMISSÕES .....	64
7. AÇÕES E TREINAMENTOS.....	66
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	86
9. ANEXOS.....	87

## 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.

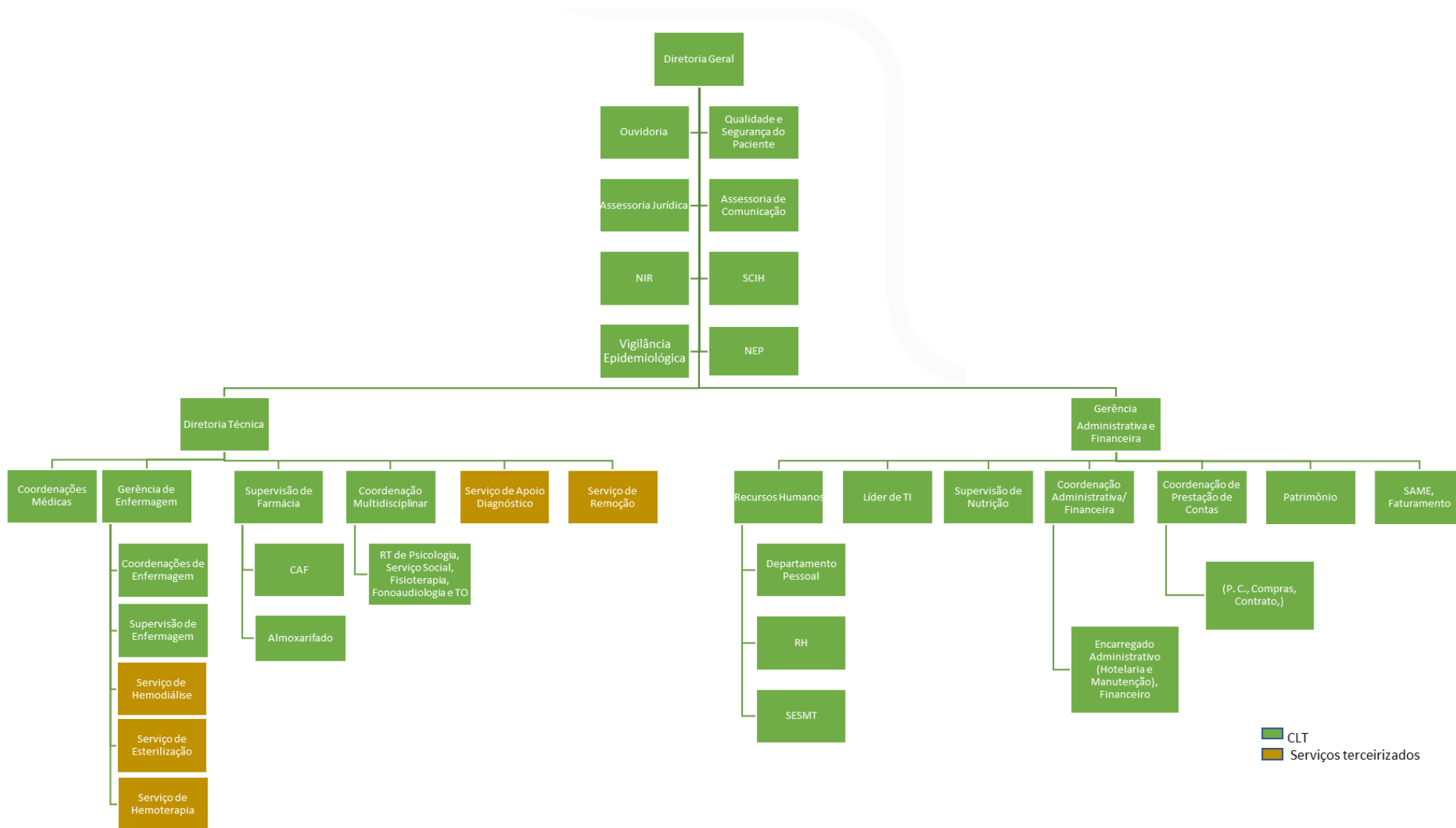
## 2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

O Hospital Municipal Guarapiranga é o primeiro hospital gerenciado pela INTS, 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.

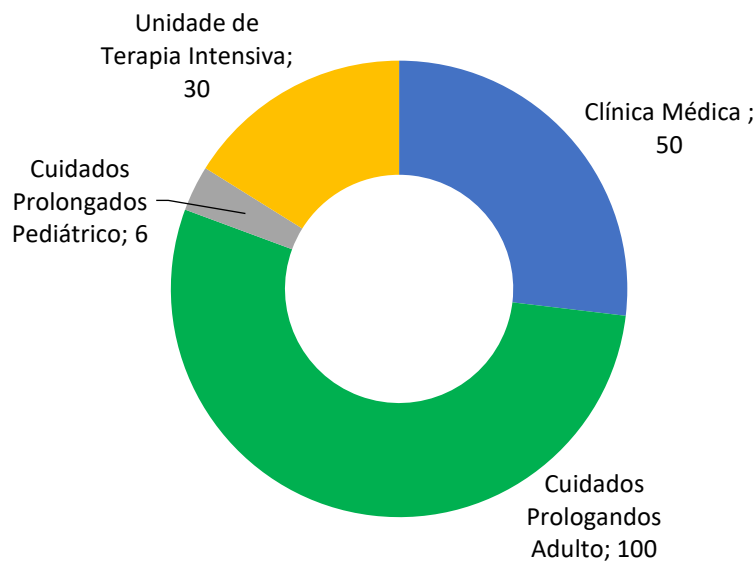
A unidade atua em busca da satisfação de seus pacientes assistidos se comprometendo com o atendimento humanizado. Preza pela participação social na gestão, para o desenvolvimento e melhoria da assistência prestada.



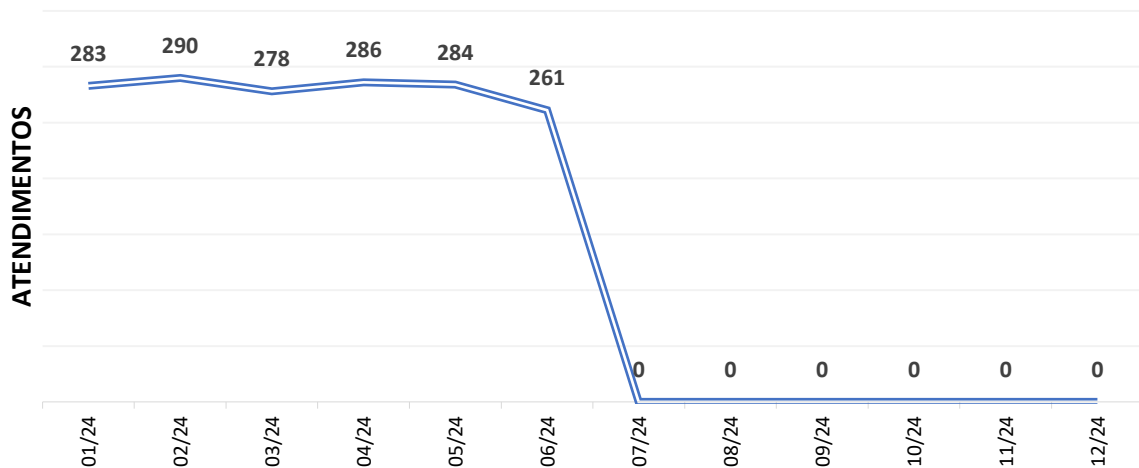
### 3. ESTUTURA DO SERVIÇO

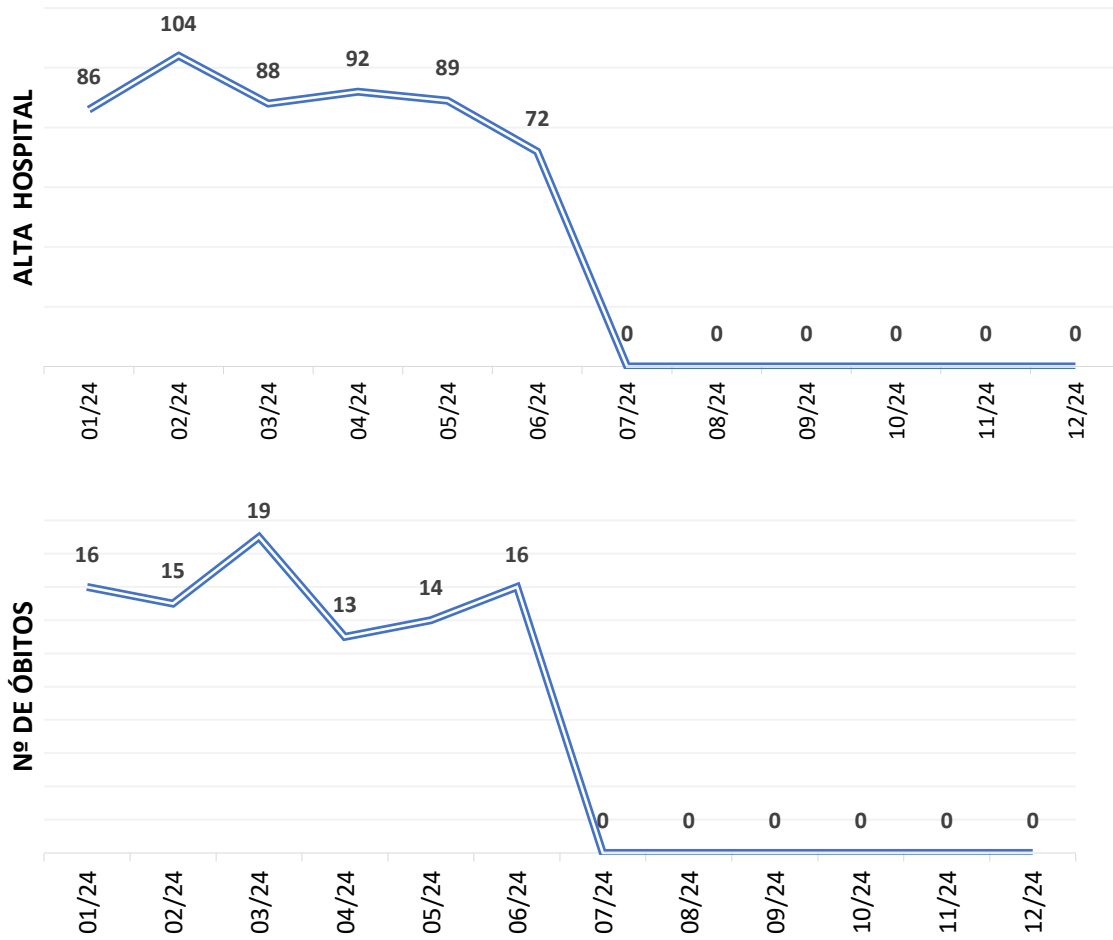
O Hospital Municipal Guarapiranga está equipado com 186 leitos distribuídos em Clínica Médica (50), Unidade de Terapia Intensiva (30), Cuidados Prolongados Adultos (100) e Cuidados Prolongados Pediátricos (06) de, conforme gráfico a seguir:

#### DIMENSIONAMENTO DE LEITOS



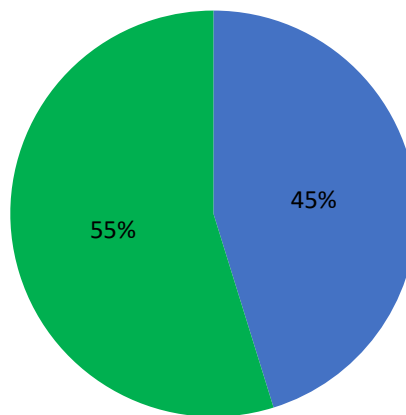
#### PERFIL DE ATENDIMENTO





### ATENDIDOS POR GÊNERO

■ FEMININO ■ MASCULINO ■ OUTRO



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

CID	DESCRIÇÃO DO CID	TOTAL
I219	Infarto agudo do miocárdio não especificado	18
I200	Angina instável	6
N180	Doença renal em estágio final	6
N390	Infecção do trato urinário de localização não especificada	6
J189	Pneumonia não especificada	4
N189	Insuficiência renal crônica não especificada	4
Z000	Exame médico geral	4
I21	Infarto agudo do miocárdio	3
J449	Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada	3
J960	Insuficiência respiratória aguda	3
R570	Choque cardiogênico	3
A419	Septicemia não especificada	2
I10	Hipertensão essencial (primária)	2
I209	Angina pectoris, não especificada	2
I500	Insuficiência cardíaca congestiva	2
J159	Pneumonia bacteriana não especificada	2
J440	Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior	2
A150	Tuberculose pulmonar, com confirmação por exame microscópico da expectoração, com ou sem cultura	1
A169	Tuberculose respiratória, não especificada, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	1
G40	Epilepsia	1
G931	Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte	1
G934	Encefalopatia não especificada	1
H811	Vertigem paroxística benigna	1
I229	Infarto do miocárdio recorrente de localização não especificada	1
I309	Pericardite aguda não especificada	1
I469	Parada cardíaca não especificada	1
I499	Arritmia cardíaca não especificada	1
I509	Insuficiência cardíaca não especificada	1
J128	Outras pneumonias virais	1
J180	Broncopneumonia não especificada	1
J441	Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não	1

	especificada	
J459	Asma não especificada	1
J81	Edema pulmonar, não especificado de outra forma	1
K767	Síndrome hepatorenal	1
K802	Calculose da vesícula biliar sem colecistite	1
K859	Pancreatite aguda, não especificada	1
K922	Hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação	1
N179	Insuficiência renal aguda não especificada	1
N18	Insuficiência renal crônica	1
N188	Outra insuficiência renal crônica	1
R42	Tontura e instabilidade	1
R568	Outras convulsões e as não especificadas	1
R578	Outras formas de choque	1
S934	Entorse e distensão do tornozelo	1
Z008	Outros exames gerais	1
Z992	Dependência de diálise renal	1

## SERVIÇOS OFERTADOS

A unidade é composta por quatro frentes de atuação, de acordo com os seguintes processos:

Secretaria de Saúde, Contrato de Gestão e Corporativo INTS	
<b>ADMINISTRATIVO</b>	Financeiro Compras Faturamento Saúde e Segurança Ocupacional Tecnologia da Informação Gestão de Pessoas Prestação de Contas Patrimônio Hotelaria Gestão de Abastecimento Engenharia Clínica Contratos Manutenção Predial SAME Medicina Ocupacional
<b>QUALIDADE</b>	Ouvidoria Gestão de Documentos Comissões Auditoria Interna Auditoria Fornecedores Mapeamento de Processo Gestão de Perigos e Riscos Não Conformidades Indicadores Planejamento Estratégico Processos Regulatórios Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
<b>ENFERMAGEM</b>	Admissão do Paciente Agência Transfusional Cadeia Medicamentosa Coleta de Exames Laboratoriais CME Hemodiálise NEP
<b>MÉDICA</b>	Farmácia Solicitação de Exames Prescrição de Medicamentos Evolução Médica / Alta Nutrição Fisioterapia Fonoaudiologia Regulação Psicologia Serviço Social Unidade de Internação Unidade de Terapia Intensiva Laboratório de Análises Clínicas Raio X Remoção Núcleo de Vigilância Epidemiológica Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Terapia Ocupacional



Sustentabilidade econômica e financeira, satisfação das partes interessadas e cumprimento de metas.

### 3.1. RECURSOS HUMANOS

A unidade é composta por quase 900 profissionais, incluindo equipes administrativas, assistenciais e de apoio, sendo aproximadamente 240 terceirizados.

FUNÇÃO	QTD
TECNICO ENFERMAGEM	276
ENFERMEIRO	99
FISIOTERAPEUTA	74
AUXILIAR FARMACIA	27
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	17
FARMACEUTICO	14
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	10
AUXILIAR LAVANDERIA	10
NUTRICIONISTA	9
ANALISTA ADM PLENO	8
RECEPCIONISTA	8
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
TECNICO DE RADIOLOGIA	8
AUXILIAR ADM PLENO	6
AUXILIAR DE REGULACAO	6
JOVEM APRENDIZ	6
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5
ASSISTENTE SOCIAL	5
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
PSICOLOGO HOSPITALAR	4
TECNICO DE INFORMATICA	4
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	3
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	2
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
FONOAUDIOLOGO	2
SUPERVISOR DE ADMINISTRATIVO	2
ALMOXARIFE	1
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	1
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL	1
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR SERVICOS GERAIS	1
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS	1

COORDENADOR DE RH	1
COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO AUDITOR	1
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA RT	1
FONOAUDIOLOGO RT	1
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
MAQUEIRO	1
MOTORISTA	1
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	1
SUPERVISOR DE SAÚDE	1
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
<b>TOTAL 665</b>	

## ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDADES	QUANTITATIVO
CLÍNICO GERAL	81
NEFROLOGISTA	2
INFECTOLOGISTA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
PALIATIVISTA	1
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	1
GERIATRIA	1
NUTROLOGIA	1
CARDIOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	1
<b>TOTAL DE MÉDICOS: 92</b>	

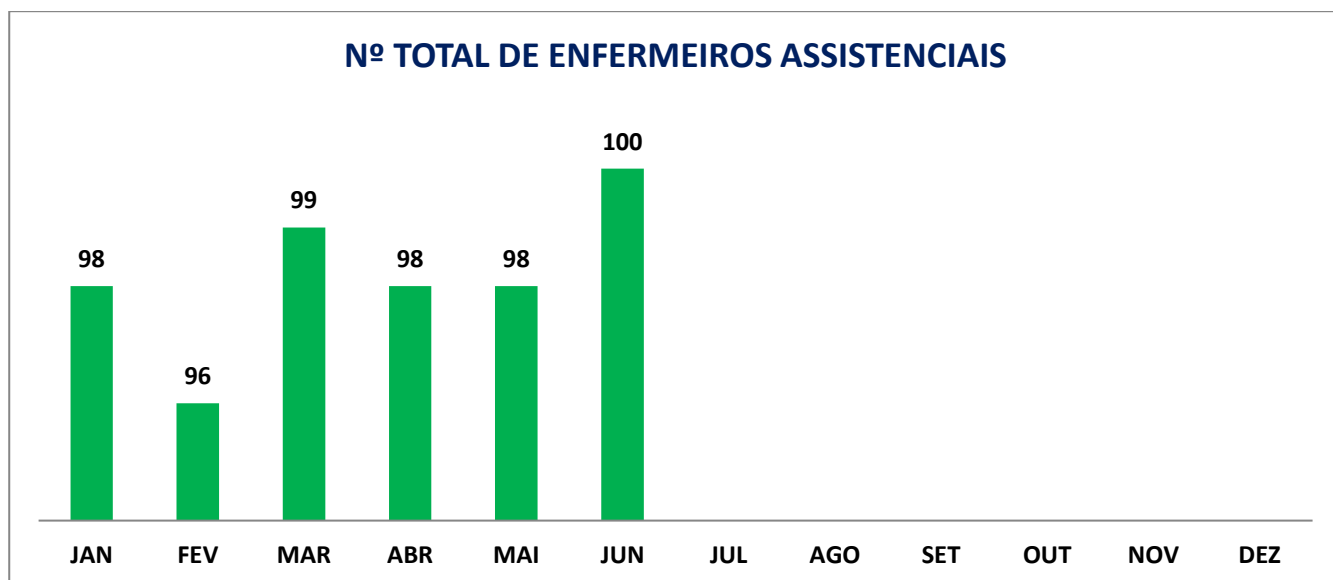
## COLABORADORES TERCEIROS

FUNÇÃO	QUANTITATIVO
AUXILIAR DE LIMPEZA	62
PORTEIRO	15
VIGILANTE	14
COPEIRA	11
AUXILIAR COZINHA	9
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	6
COZINHEIRO	4
VIGILANTE LÍDER	4
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
ENCARREGADO	3
JARDINEIRO	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	3
AGENTE HIGIENIZADOR	2
COPEIRO LACTARISTA	2
ELETRICISTA DIURNO	2
ELETRICISTA NOTURNO	2
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	2
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
COORDENADOR DE UNIDADE	1
ESTOQUISTA	1
LIMPADOR DE VIDROS	1
NUTRICIONISTA	1
REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO	1
SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO PREDIAL	1
SUPERVISORA	1
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
<b>TOTAL DE COLABORADORES: 156</b>	

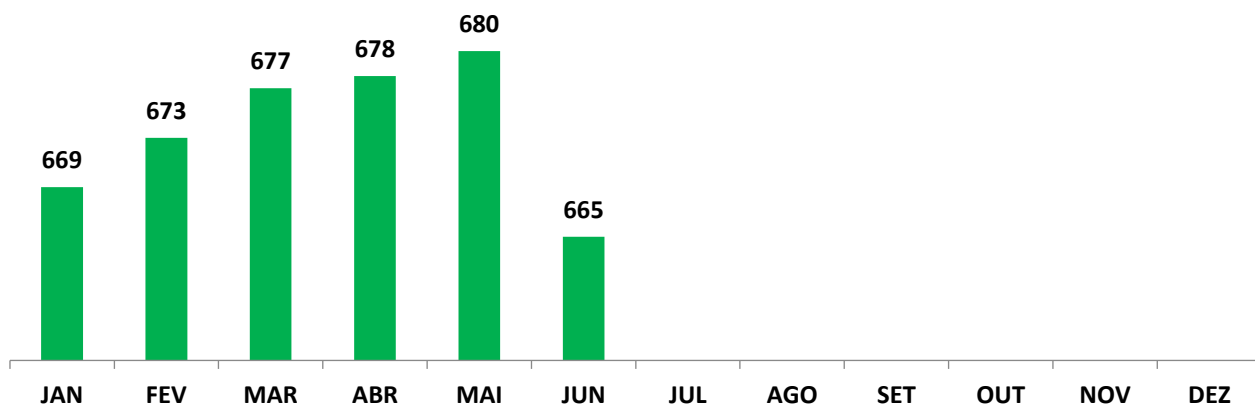
## RECURSOS HUMANOS

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº TOTAL DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS	100	98	96	99	98	98	100
Nº TOTAL DE FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO	671	669	673	677	678	680	665
Nº TOTAL DE ADMISSÕES	M/R	24	14	12	02	32	15
Nº TOTAL DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA	M/R	6	3	1	8	7	6
Nº TOTAL DE DEMISSÕES POR PARTE DO COLABORADOR	M/R	4	7	9	6	12	10
Nº TOTAL DE DEMISSÕES	M/R	10	10	10	14	19	16

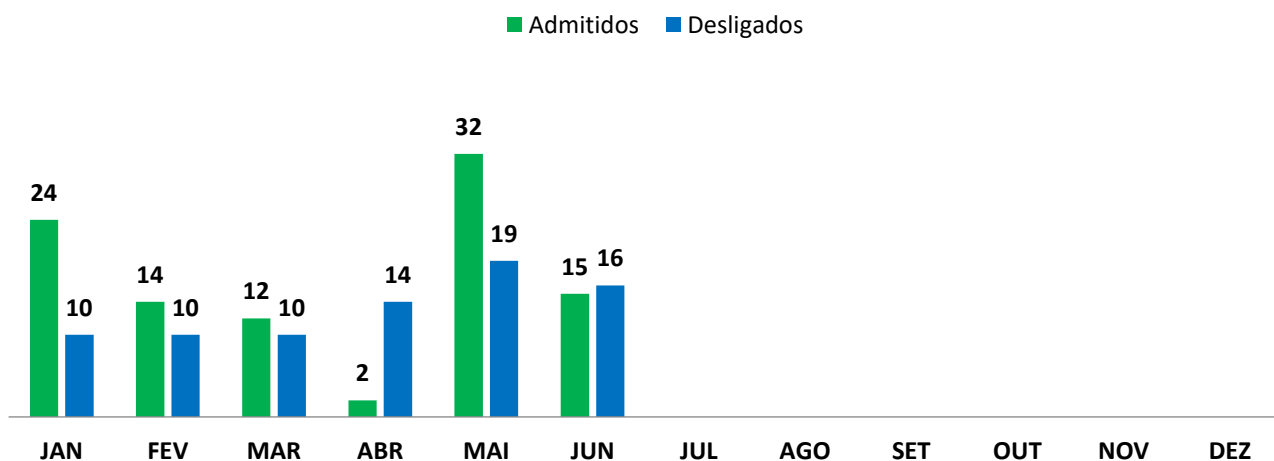
Fonte: CONTROLE INTERNO



### Nº TOTAL DE FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO

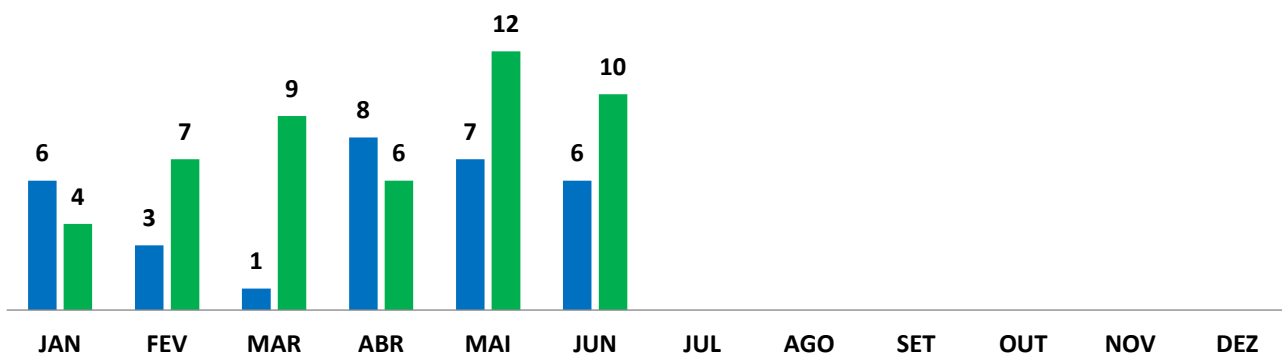


### Nº ADMITIDOS E DESLIGADOS



## DESLIGAMENTO À PEDIDO X DESLIGAMENTO PELA EMPRESA

■ Nº TOTAL DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA  
■ Nº TOTAL DE DEMISSÕES POR PARTE DO COLABORADOR

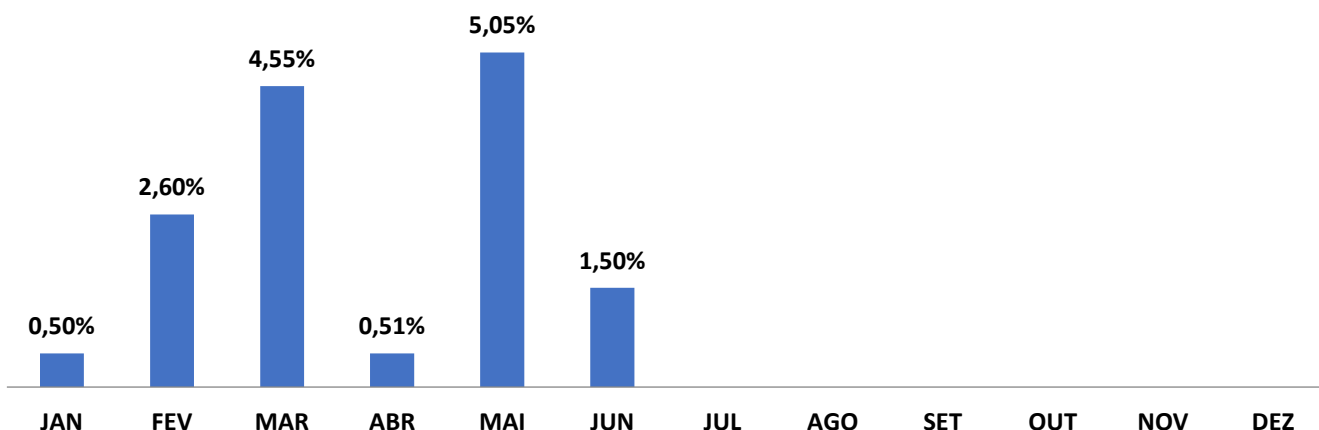


## TURNOVER

Turnover refere-se a uma métrica que mede a frequência com que os empregados entram e saem de uma empresa durante um determinado período de tempo. O turnover pode ser expresso como uma porcentagem da força de trabalho total.

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TURNOVER (ENFERMAGEM)	3%	0,50%	2,60%	4,55%	0,51%	5,05%	1,50%
TURNOVER (TOTAL)	5%	2,54%	1,78%	1,62%	1,20%	3,90%	1,75%

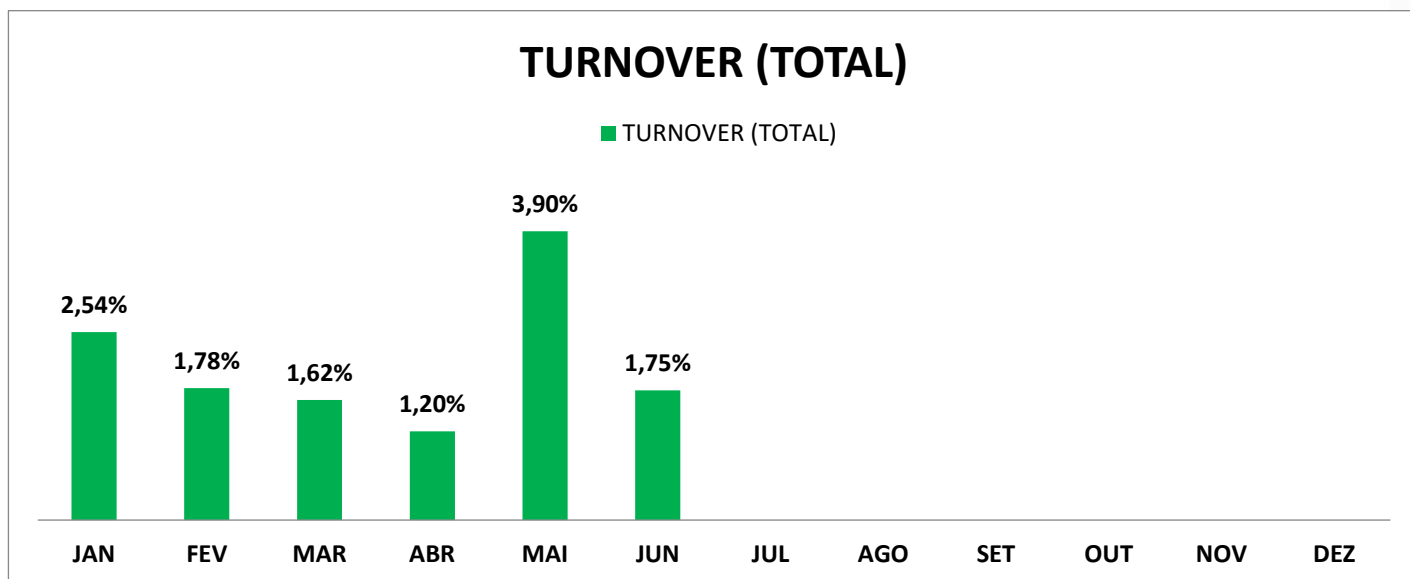
## TURNOVER ENFERMAGEM



Fonte: Sistema TOTVS RM | TURNOVER Fórmula: ((Total admissões + Total desligamentos) / 2) / total de colaboradores

## TURNOVER (TOTAL)

■ TURNOVER (TOTAL)



Fonte: Sistema TOTVS RM | TURNOVER Fórmula:  $((\text{Total admissões} + \text{Total desligamentos}) / 2) / \text{total de colaboradores}$

## DEPARTAMENTO PESSOAL

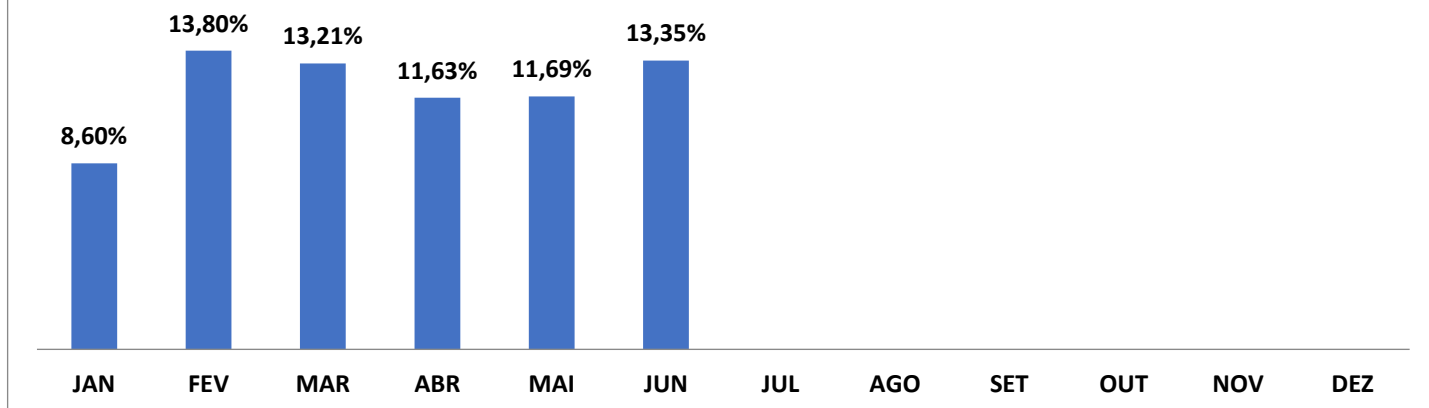
INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
<b>Nº DE HORAS TRABALHADAS NA ENFERMAGEM</b>	18.000	14.893	13.075	14.425	14.382	16.512	16.450
<b>TAXA DE HORAS TRABALHADAS</b>	90%	92,07%	87,87%	88,32%	88,00%	89,53%	88,21%
<b>TAXA DE ABSENTEÍSMO (ENFERMAGEM)</b>	10.56%	8,60%	13,80%	13,21%	11,63%	11,69%	13,35%*

Fonte: Sistema TOTVS RM

\*No último período, não atingimos as metas estabelecidas para os indicadores de HORAS TRABALHADAS e ABSENTEÍSMO DA EQUIPE, devido a um significativo número de atestados médicos e faltas injustificadas. Reconhecemos a importância de manter os indicadores dentro das metas estabelecidas e estamos adotando medidas para mitigar esses impactos no futuro.

### TAXA DE ABSENTEÍSMO (ENFERMAGEM)

■ TAXA DE ABSENTEÍSMO (ENFERMAGEM)



Fonte: Sistema TOTVS RM

### MEDICINA OCUPACIONAL

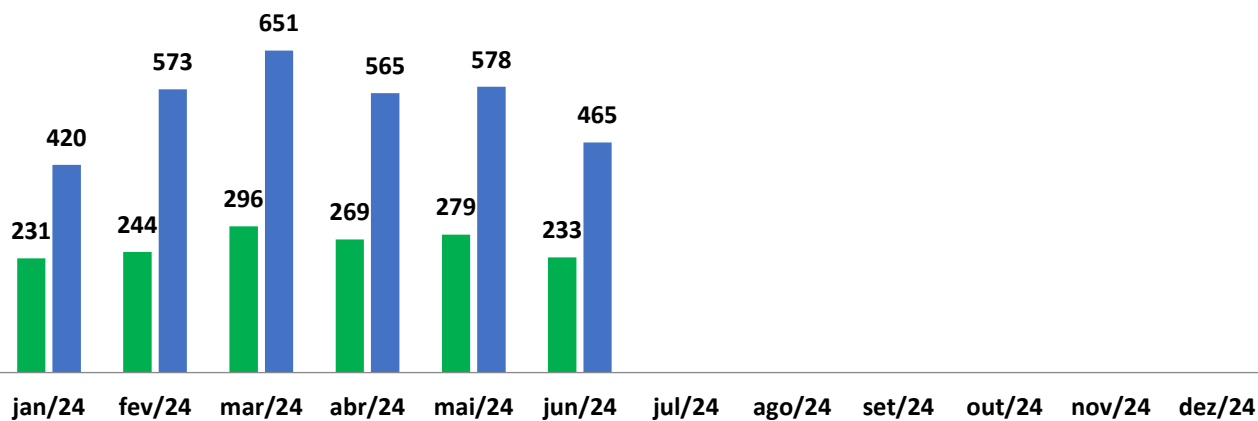
INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
COLABORADORES AFASTADOS (INSS / CONTRATO SUSPENSO E LICENÇA MATERNIDADE)	M/R	31	31	31	36	37	39
AFASTADOS POR ACIDENTE DE TRABALHO (INSS)	M/R	0	0	0	0	0	0
ATESTADOS NO MÊS	M/R	231	244	296	269	279	233
DIAS PERDIDOS	M/R	420	573	651	565	578	465
COVID-19 POSITIVO	M/R	7	16	5	1	0	0
SINDROME GRIPAL	M/R	20	49	57	45	56	49
EXAMES OCUPACIONAIS	M/R	32	17	12	11	66*	135*
TX. DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TX. DE EXAMES DEMISSIONAIS	100%	40%	40%	0%	0%	70%**	89%**
TX. DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO	100%	0%	0%	0%	0%	52%*	65%*
TX. DE ENFERMEIROS AFASTADOS POR ACIDENTE DE TRABALHO	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%

\*Houve um aumento no quantitativo de exames ocupacionais devido à contratação da médica do trabalho no mês de maio, assim como foi criado um plano de ação para sanar os exames periódicos atrasados.

\*\*Os exames demissionais não alcançaram 100% da realização devido à alguns colaboradores não comparecerem na data agendada e nem nos reagendamentos.

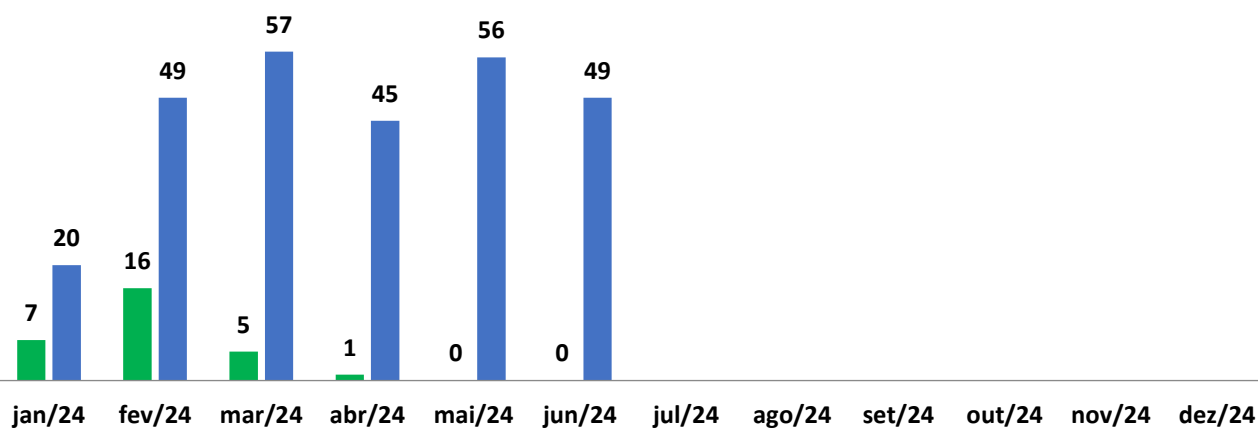
### ATESTADOS MÊS X DIAS PERDIDOS

■ ATESTADOS NO MÊS ■ DIAS PERDIDOS



### ATESTADOS DE POR SÍNDROME GRIPAL E COVID-19

■ COVID-19 POSITIVO ■ SÍNDROME GRIPAL

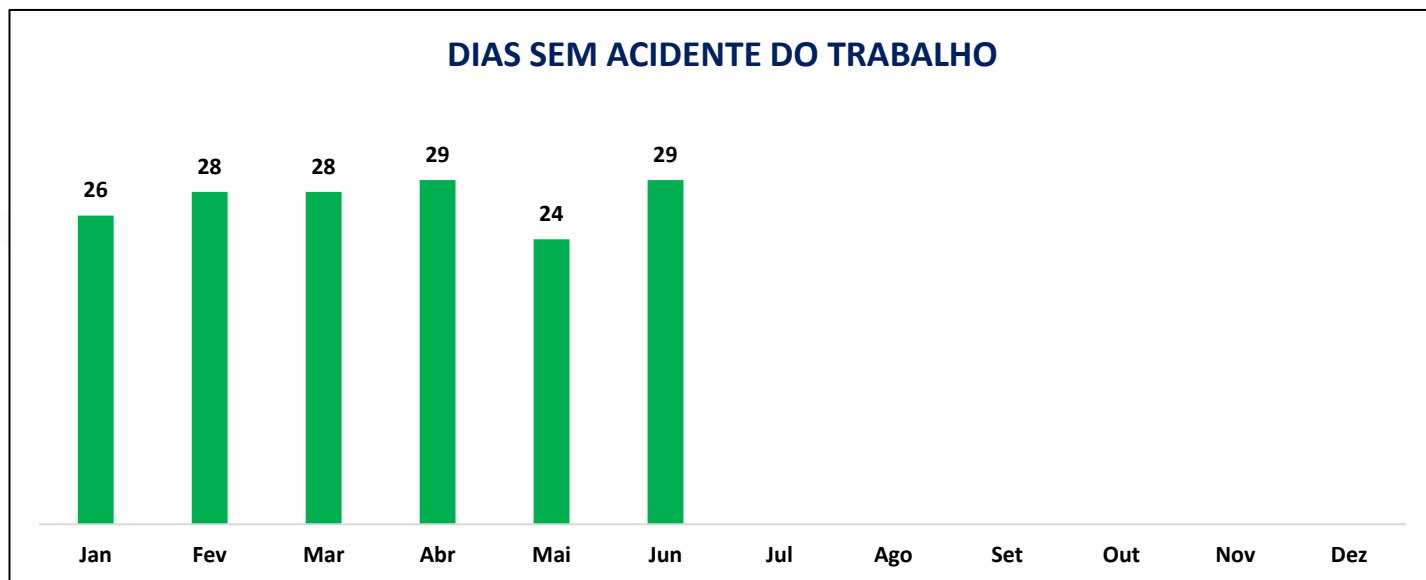


## SEGURANÇA DO TRABALHO

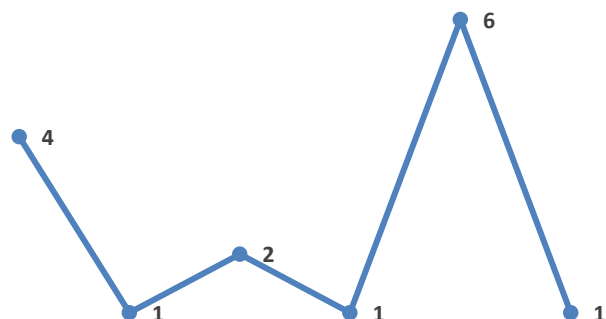
INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
QUANTIDADE DE DIAS SEM ACIDENTE DE TRABALHO	M/R	26	28	28	29	24	29
TOTAL DE ACIDENTES	0	4	1	2	1	6	1*
INSPEÇÕES DE SEGURANÇA	23	23	23	23	23	23	23
PPP EMITIDOS	M/R	10	5	10	15	9	16
INTERVENÇÕES ERGONOMICAS	M/R	14	9	15	32	18	10
O.S. DE MANUTENÇÃO	M/R	28	19	17	25	19	29
TX. DE ACIDENTES MAT. BIOLÓGICO	0%	25%	0%	50%	0%	16%	0%
TX. DE ACIDENTES PERFURO	0%	0%	0%	50%	0%	83%	0%
TX. DE ACIDENTES POR TOTAL DE COLABORADORES	<10%	0,89%	0,15%	0,30%	0,15%	0,89%	0,15%
TX. INSPEÇÕES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TX. DE PPP EMITIDOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NÃO CONFORMIDADE X O.S	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

\*Acidente ocorrido com colaborador ao levantar-se do sofá após horário de descanso, torceu o tornozelo. Em análise da verificação da câmera de monitoramento, constatou-se movimento habitual, sem apontamentos de má conduta e nem de periculosidade no entorno que causasse queda.

### DIAS SEM ACIDENTE DO TRABALHO

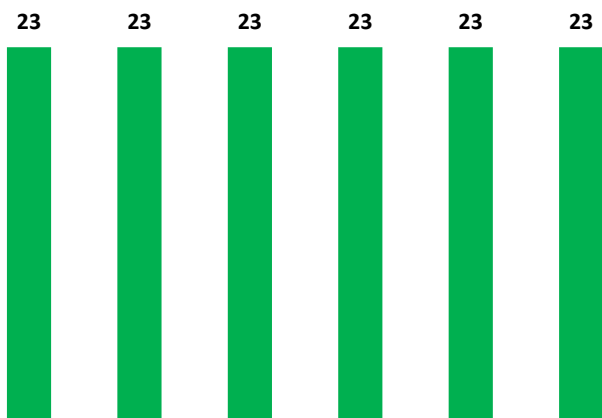


### TOTAL DE ACIDENTES



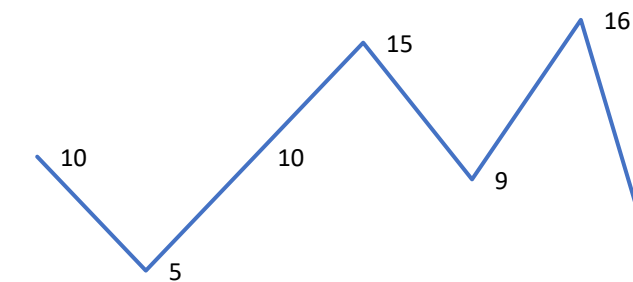
Jan Feb Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez

### INSPEÇÕES DE SEGURANÇA



Jan Feb Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez

### PPP EMITIDOS



jan/24 fev/24 mar/24 abr/24 mai/24 jun/24 jul/24 ago/24 set/24 out/24 nov/24 dez/24

### 3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

#### IMAGEM – GERAL

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	347	343	407	318	384	308
Nº DE FALHAS	M/R	10	13	12	9	9	6
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	3%	4%	3%	3%	2%	2%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

#### IMAGEM – CLÍNICA MÉDICA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	165	149	181	155	224	107
Nº DE FALHAS	M/R	6	5	1	3	4	0
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	4%	3%	3%	2%	2%	0%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

#### IMAGEM – UTI

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	91	98	124	65	82	129
Nº DE FALHAS	M/R	2	4	4	2	1	2
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	2%	4%	3%	3%	1%	2%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

#### IMAGEM – RETAGUARDA ADULTO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE EXAMES DE RAIO-X	M/R	86	86	88	96	67	63
Nº DE FALHAS	M/R	2	4	7	4	4	0
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	2%	5%	8%	4%	6%	0%

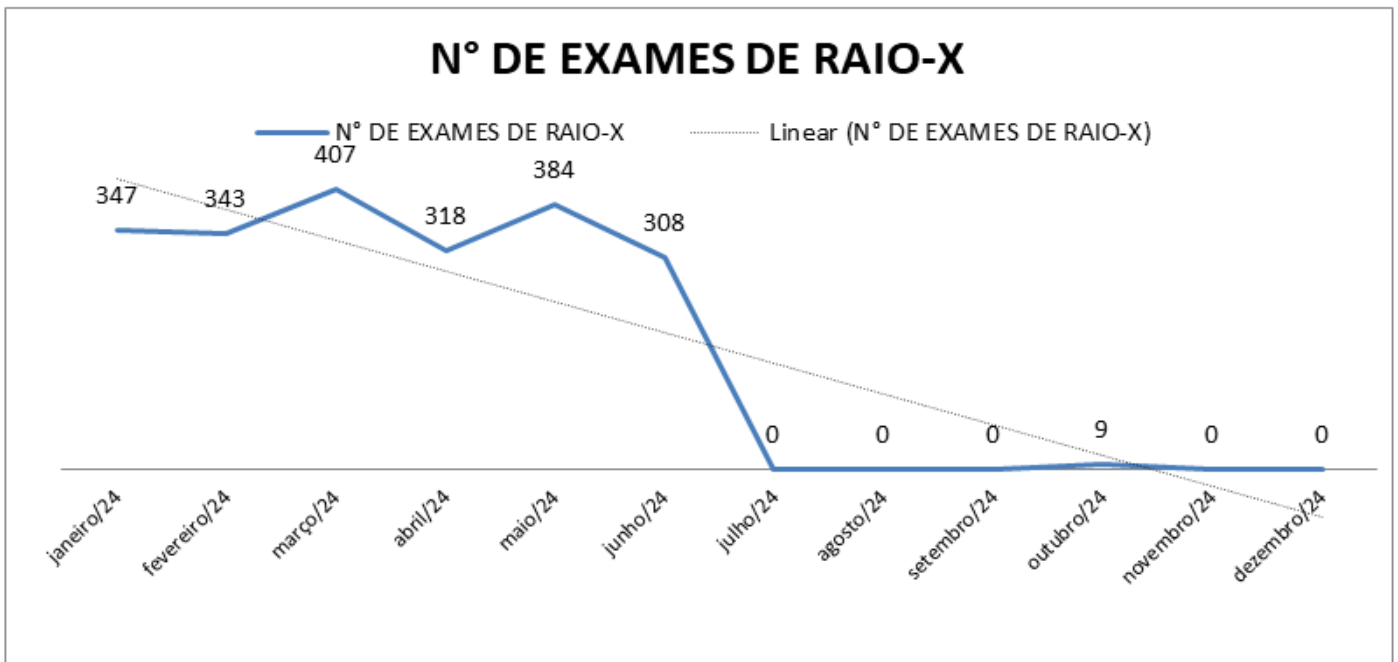
Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

## IMAGEM – PEDIATRIA

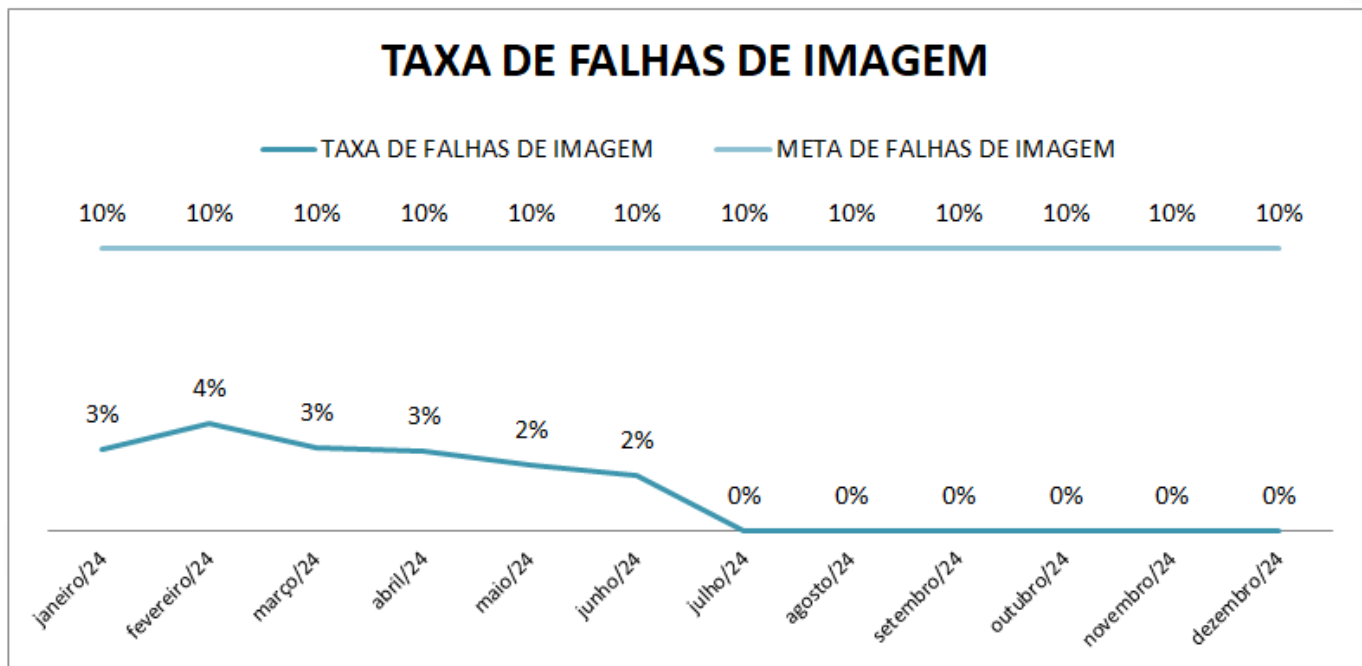
INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE EXAMES DE RAIOS-X	M/R	5	10	14	2	11	9
Nº DE FALHAS	M/R	0	0	0	0	0	2
TAXA DE FALHAS DE IMAGEM	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	22%*

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Devido ao baixo quantitativo de exames realizados na pediatria, qualquer falha impacta significativamente na meta



Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO



Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

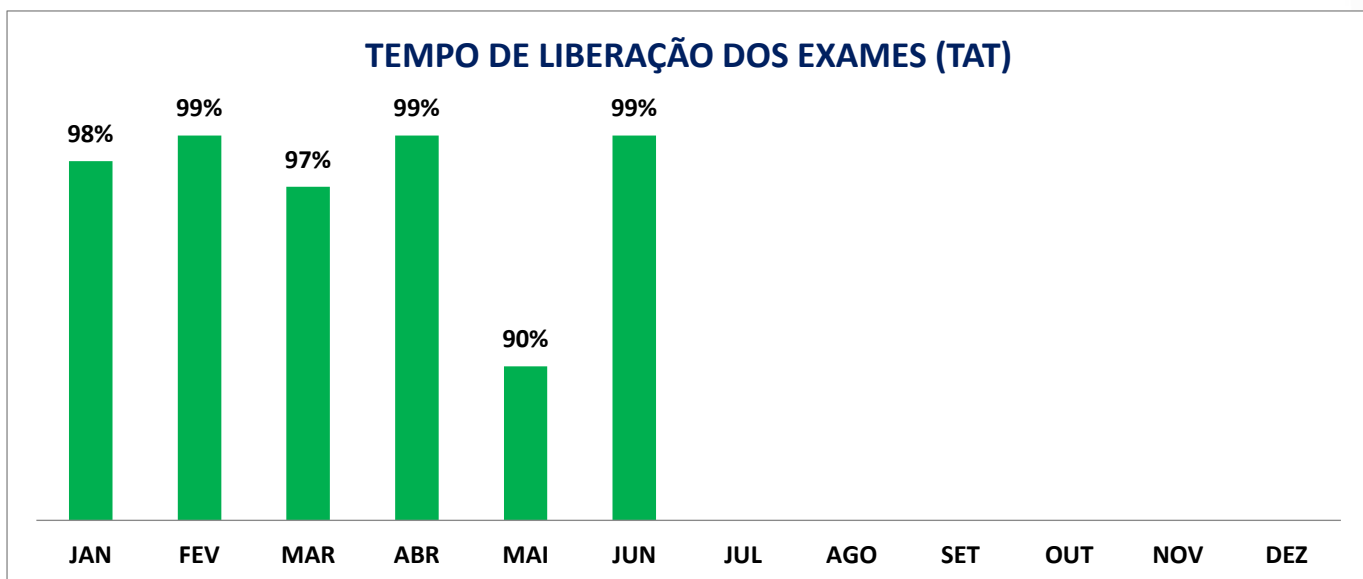
## LABORATÓRIO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
EXAMES LIBERADOS	M/R	8024	7470	8217	8220	8791	7874
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	M/R	9868	8824	9867	9858	10693	9372
VALORES CRÍTICOS NÃO COMUNICADOS	<= 2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
VALORES CRÍTICOS	M/R	45	83	84	85	88	75
TOTAL DE EXAMES RECONVOCADOS	M/R	66	63	66	66	69	74
TEMPO DE LIBERAÇÃO DOS EXAMES (TAT)	>90%*	98%	99%	97%	99%	90%	99%
TAXA DE INSUCESSO	<=2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RECOLETA*	<=2%	4,95%	5,19%	4,78%	5,06%	4,76%	5,98%**
TAXA DE RETIFICAÇÃO DE LAUDOS	<=0,02%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Houve uma implantação de acompanhamento dos valores críticos no laboratório no sistema, com o objetivo de melhorar a comunicação e a evidência desses dados. Apesar de se manter o mesmo quantitativo em relação ao ano passado, houve uma diminuição em janeiro devido a uma queda de comunicações que antes eram realizadas manualmente, porém após os números voltaram a subir e se igualaram aos quantitativos normais esperados. Isso sugere que o acompanhamento e a comunicação dos valores críticos estão sendo eficazes, mesmo com algumas variações ao longo do tempo.;

\*A meta do indicador TEMPO DE LIBERAÇÃO DOS EXAMES (TAT) foi alterada pela prestadora de serviços laboratoriais. Em 2023 era de >98%, em 2024 essa meta foi reduzida para >90%;

\*\*O ÍNDICE DE RECOLETA têm ficado acima do esperado devido ao laboratório não liberar o material suficiente no ato da coleta. Foi enviada uma notificação ao laboratório, e alinhado melhorias com os responsáveis do serviço prestado.



### 3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

#### INDICADORES ASSISTENCIAIS – Global

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TAXA DE QUEDA	< 15%	0,39%	0,21%	0,58%	1,19%	0,58%	1,58%
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	89,57%	89,62%	90,76%	88,82%	83,10%	86,56%
TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	4,69%	3,17%	3,26%	5,00%	3,75%	5,77%
TAXA DE FLEBITE	< 15%	0,24%	0,18%	0,31%	0,25%	1,37%	1,00%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	1,75	1,45	1,57	1,71	1,87	2,80
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 DIAS	46,41	39,95	47,35	44,31	47,15	54,29*
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 13,78%	14,41%	12,40%	16,36%	11,40%	12,73%	17,20%**
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5,94	0,60	0,65	0,59	0,61	0,59	0,50
Nº DE PACIENTE DIA	5080	5152	4834	5208	5051	5158	5049
Nº DE LEITOS DIA	5782,5	5752	5394	5738	5687	6241	5883
Nº CASOS FLEBITE	5,67	3	2	4	3	12***	10***
Nº CASOS LPP	10	10	7	7	6	10	12
Nº CASOS QUEDA	3,29	2	1	3	6	3	8***
Nº DE ADMISSÕES	112,3	120	115	111	120	112	96
Nº DE SAÍDAS	109,8	111	121	110	114	110	93
Nº DE ÓBITOS	15,3	16	15	18	13	14	16

<b>Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS</b>	31,3	16	28	57	23	33	31
<b>Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE</b>	199	159	206	236	174	206	210

Fonte: Dados retirados do SMPEP

Os indicadores relacionados à LESÃO POR PRESSÃO serão calculada a partir do mês de maio com o numerador extraído do SMPEP (relatório de escala de BRADEN) equivalente aos pacientes expostos;

Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retiradas de controle interno;

A TAXA DE FLEBITE foi reformulada desde o mês de janeiro devido a uma correção da fórmula de cálculo, relativo ao numerador;

A TAXA DE ÓBITOS foi alterada de janeiro à maio devido alteração do nº de saídas e transferências internas (via SMPEP), com isso alguns dados que se utilizam deste para cálculo foram ajustados;

\*TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA É JUSTIFICADO pelo aumento na demanda e/ou demora do disk diálise;

\*\* A TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL superou a meta devido a um aumento no número de pacientes em estado crítico e com condições complexas. Estamos revisando nossos protocolos e aprimorando nossos processos para garantir uma melhoria contínua na qualidade do atendimento e na segurança dos pacientes.

\*\*\*O aumento no Nº DE FLEBITE e no Nº DE CASOS DE QUEDAS é justificado pela conscientização da equipe quanto a abertura de NC.

## INDICADORES ASSISTENCIAIS - Clínica Médica

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TAXA DE QUEDA	<15%	0,67%	0,77%	1,38%	2,97%	0,66%	3,25%
TAXA DE OCUPAÇÃO	>85%	95,81%	89,93%	95,27%	89,78%	92,03%	96,67%
TAXA DE LESÃO POR PRESSAO	<20%	0%	3,39%	0%	0%	8,45%	3,33%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	1,22	0,80	2,03	1,03	1,65	1,08	0,84
TAXA DE FLEBITE	<5%	0%	0,21%	0,15%	0,17%	1,79%	0,66%
TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	16,0	18,33	18,11	20,71	14,47	16,99	24,40
TAXA DE OBITO	< 5%	7,41%	11,11%	11,43%	3,23%	6,74%	11,11%
TAXA DE ÓBITO CORRIGIDA (SEM OS PACIENTES PALIATIVOS)	<1,5%	0,00%	1,72%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%
GIRO LEITO	5,94	1,62	1,44	1,40	1,86	1,78	1,26
Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	10,75	11	13	13	6	23	14
Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE	142,25	119	129	199	122	144	169

Fonte: Dados retirados do SMPEP

- A TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO será calculada a partir do mês de maio com o numerador extraído do SMPEP (relatório de escala de BRADEN);
- Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retiradas de controle interno;
- A TAXA DE FLEBITE foi reformulada desde o mês de janeiro devido a uma correção da fórmula de cálculo, relativo ao numerador;
- A TAXA DE ÓBITO SETORIAL foi alterada de janeiro à maio devido alteração do nº de saídas e transferências internas (via SMPEP), com isso alguns dados que se utilizam deste denominador para cálculo foram ajustados;
- AS TAXAS DE MORTALIDADE DA CLÍNICA MÉDICA apresentam altas devido neste setor internarem pacientes de alta dependência com perfil de longa permanência, o que acaba por subir em determinados meses a taxa de mortalidade devido aumentar o número de óbitos.

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Cuidados Prolongados Adulto

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TAXA DE QUEDA	<15%	0%	0%	0,34%	0,70%	0,71%	0,75%
TAXA DE OCUPAÇÃO	>85%	94,52%	95,21%	95,32%	91,76%	80,64%	84,25%
TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO	<20%	7,45%	4,12%	4,17%	4,04%	0,00%	7,45%
TAXA DE FLEBITE	<5%	0%	0%	0%	7,14%	0%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	M/R	12,07	17,38	13,18	10,78	56,17	87,67
TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	<100	208,36	345,13	268,64	124,0	234,00	445,00
TAXA DE OBITO	< 37,32%	28,57%	37,50%	45,45%	39,13%	33,33%	16,67%
TAXA DE ÓBITO CORRIGIDA (SEM OS PACIENTES PALIATIVOS)	M/R	0,00%	0,00%	7,69%	4,35%	8,33%	0,00%
GIRO LEITO	M/R	0,14	0,08	0,11	0,23	0,12	0,06
Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	M/R	0	0	0	0	2	4
Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE	M/R	0	13	7	0	0	0

Fonte: Dados retirados do SMPEP

TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO - Será calculada a partir do mês de maio com o numerador extraído do SMPEP (relatório de escala de BRADEN);

Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retirados de controle interno;

A TAXA DE ÓBITO SETORIAL foi alterada de janeiro à maio devido alteração do nº de saídas e transferências internas (via SMPEP), com isso alguns dados que se utilizam deste denominador para cálculo foram ajustados;

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Cuidados Prolongados Infantil

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TAXA DE QUEDA	<15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE OCUPAÇÃO	>85%	83,33%	88,91%	92,47%	100%	100%	100%
TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO	<20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	M/R	56,72	59,95	23,54	0	0	0
TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 150	283,6	312,6	289,16	319,16	350,16	380,16
TAXA DE OBITO	< 19%	0%	0%	100%*	0%	0%	0%
TAXA DE ÓBITO CORRIGIDA (SEM OS PACIENTES PALIATIVOS)	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO	M/R	0	0	0,16	0	0	0
Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE	M/R	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados retirados do SMPEP

TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO - Será calculada a partir do mês de maio com o numerador extraído do SMPEP (relatório de escala de BRADEN);

Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retirados de controle interno;

\*Devido a única saída da pediatria ser um óbito se obteve 100% de taxa de óbito no setor (TAXA DE ÓBITO = n° de óbitos/n° de saídas).

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Unidade de Terapia Intensiva – UTI

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TAXA DE QUEDA	< 15%	1,68%	0%	0%	0%	0%	1,51%
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	63,98%	71,61%	67,85%	74,78%	73,12%	74,05%*
TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	2,94%	0,89%	2,68%	2,08%	5,48%	6,25%
TAXA DE FLEBITE	< 5%	0,59%	0,18%	0,38%	0,19%	0,99%	1,15%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	M/R	3,35	2,13	2,69	2,34	2,35	2,64
TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA	< 6,0	6,26	5,37	5,68	6,94	5,76	7,52
TAXA DE OBITO	< 5,35%	6,32%	3,45%	3,60%	1,03%	3,39%	9,09%**
TAXA DE ÓBITO CORRIGIDA (SEM OS PACIENTES PALIATIVOS)	M/R	3,16%	3,45%	2,70%	1,03%	1,69%	5,68%
GIRO LEITO	M/R	3,17	3,87	3,70	3,23	3,93	2,93
Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	17	5	15	44	17	8	13
Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE	48,16	40	64	30	52	62	41

Fonte: Dados retirados do SMPEP

A TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO será calculada a partir do mês de maio com o numerador extraído do SMPEP (relatório de escala de BRADEN);  
Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retirados de controle interno;

A TAXA DE ÓBITO SETORIAL foi alterada devido inclusão das transferências internas, através dos ajustes do número de saídas (SMEP), e todos os cálculos que utilizam este denominador em suas fórmulas necessitaram ser ajustados de janeiro a maio;

\*A TAXA DE OCUPAÇÃO na Unidade de Terapia Intensiva ficou abaixo, pois temos 4 leitos reservados para procedimentos de dialise, além de ser um setor de 1º atendimento após a admissão do paciente;

\*\* A taxa de óbito institucional ultrapassou a meta devido a um aumento significativo no número de pacientes admitidos em estado crítico, muitos com múltiplas comorbidades, o que resultou em saídas predominantemente por óbito.

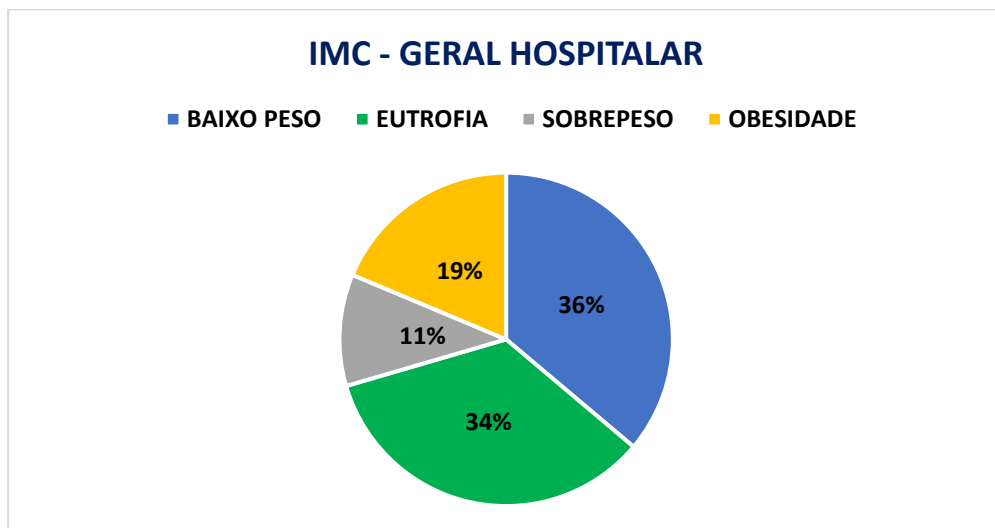
## NUTRIÇÃO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE ATENDIMENTOS	M/R	1079	998	1092	1.050	1.062	1.017
Nº DE TRIAGEM NUTRICIONAL	M/R	107	106	102	114	109	80*
Nº DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA COM Sonda	M/R	6	6	3	1	3	1
Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	M/R	24235	23109	24793	24.706	25.488	24.655
Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	M/R	418	308	394	595	437	329
Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	M/R	11.248	10.564	11.170	11.062	11.517	11.212
DESNUTRICÃO	35%	40%	44%	43%	39%	33%	36%
EUTROFIA	35%	37%	31%	31%	32%	36%	34%
SOBREPESO	20%	9%	11%	10%	12%	12%	11%

<b>OBESIDADE</b>	10%	13%	14%	16%	17%	19%	19%
------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO | OBS: Não alcançamos a meta de desnutrição devido à taxa de internação que é estável e alguns pacientes já chegam com o quadro de risco nutricional e a meta de obesidade devido ao perfil do paciente com mobilidade reduzida, impossibilitando o gasto energético.

\*O NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL é proporcional às admissões de pacientes, ou seja, quanto menos admissões, menor será o número de triagens.



## FISIOTERAPIA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE ATENDIMENTOS	<7.200	7.191	6.716	7.289	7.129	7.396	7.073*
Nº DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	<10.000	10.783	9.858	11.313	11.022	11.688	11.594
Nº DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	<8.500	7.888	7.923	8.695	8.722	9.518	8.916
Nº DE INTUBAÇÕES	M/R	2	1	9	2	5	6
Nº DE EXTUBAÇÕES	M/R	1	0	4	2	4	2
Nº DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	2	0	0	0
Nº DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0
MÉDIA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	M/R	13,5	11,1	14	13	12	13,2
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	M/R	9,5	8,4	11,6	10,5	12,9	9,8
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	M/R	3,4	1,9	3,1	1,8	3,2	3,6
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	M/R	0,3	0,4	0,4	0,1	0,1	0

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO |

\*Os atendimentos mensais estiveram próximos da meta, com uma ligeira queda em fevereiro e junho. No entanto, a equipe conseguiu se manter consistentemente acima de 7.000 atendimentos mensais, demonstrando um bom nível de atividade.

## SERVIÇO SOCIAL

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE ALTA HOSPITALAR	M/R	83	94	85	89	83	61**
Nº DE ATENDIMENTOS	450	564	495	632	585	640	531
Nº DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	1	0	2	4	4	8
Nº DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	M/R	3	0	2	1	0	0
Nº DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	M/R	0	0	0	5	0	0
Nº DE ADMISSÕES DE PACIENTES SOCIAL	M/R	2	4	7	9	9	8
Nº DE PACIENTES AÇÕES SÓCIO EDUCATIVA	M/R	16	8	10	5	5	11
Nº DE ORIENTAÇÕES AOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS (DURANTE O MANEJO DE ALTA)	M/R	1	0	3	5	1	1
TAXA DE EVASÃO/DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	< 5%	2%	2,13%	2,50%	0%	1%	2%
TAXA DE PACIENTES COM SINAL DE VIOLÊNCIA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	100%	100%	97,00%	95,50%	84,62%	92,86%	88,00%*

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

OBS: N° de admissões pacientes social, N° de orientações aos benefícios previdenciários e Taxa de acolhimento de óbito começaram a ser calculados a partir de setembro.

\*A taxa de acolhimento de óbitos e más notícias não consegue atingir 100%, pois há óbitos que ocorrem de madrugada, quando a equipe de serviço social e psicologia não está disponível para realizar o acolhimento.

\*\*Houve uma variação significativa no número de altas hospitalares, com uma queda notável em junho. Essa redução é devido pela falta de informação da alta, ou mesmo alta após o período da assistente social no hospital.

## PSICOLOGIA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE ATENDIMENTOS	>230	289	249	185	275	258	285
Nº DE INTERCONSULTAS RECEBIDAS	M/R	42	24	47	43	30	23
Nº DE INTERCONSULTAS REALIZADAS	M/R	53	42	62	51	51	53
Nº DE INTERCORRÊNCIAS	M/R	11	4	16	14	12	13
Nº DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	>80	102	107	106	104	149	113
Nº DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	M/R	4	2	8	8	5	3
Nº DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	M/R	12	24	23	24	23	38
Nº DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	M/R	11	3	10	3	12	5

Nº DE REUNIÕES E CONFERENCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	M/R	19	8	8	5	10	4
Nº DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	M/R	25	22	23	14	18	15
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	M/R	52%	47%	45%	48%	53%	47%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Esse indicador demonstra a crescente necessidade de apoio psicológico especializado.

## FONOAUDIOLOGIA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE ATENDIMENTOS	M/R	227	255	290	314	283	322
Nº DE AVALIAÇÕES	M/R	93	54	82	79	61	36*
Nº DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	M/R	10	1	5	5	3	4
Nº DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	M/R	22	6	13	14	7	0**
TAXA DE DECANULADOS	> 23%	14%	0%	9%	11%	0%	0%***
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	M/R	67%	88%	79%	74%	72%	78%
TAXA DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE ESPESSANTE	M/R	38%	22%	33%	16%	54%	36%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	M/R	21%	17%	16%	23%	14%	0%****
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	M/R	29%	0%	28%	71%	14%	14%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*O número de avaliações foi maior no início do semestre, com uma redução significativa em junho. Isso pode indicar uma diminuição na necessidade de novas avaliações ou uma maior ênfase em tratamentos contínuos.

\*\* O número de altas foi mais elevado no início do semestre, com uma queda acentuada em junho. Este dado mostrou a eficiência em tempo necessário para tratamento e recuperação dos pacientes.

\*\*\*A taxa de pacientes decanulados ficou abaixo da meta durante todo o semestre, com ausência de decanulações em fevereiro, maio e junho, justifica pela falta de pacientes elegíveis a trabalho para decanulação, além da redução de pacientes com uso de dispositivos de traqueostomia, esta meta será revista para o próximo semestre.

\*\*\*\* O treino de oclusão ou uso de válvula de fala variou com ausência de pacientes elegíveis ao uso de válvula de fala, além da redução de pacientes com uso de dispositivos de traqueostomia.

## TERAPIA OCUPACIONAL

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE ATENDIMENTOS ADULTO	M/R	47	39	36	43	49	41
Nº DE ATENDIMENTOS PEDIÁTRICO	M/R	4	6	11	11	5	11
Nº DE AVALIAÇÕES	M/R	25	20	8	23	16	6*

Nº DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	M/R	2	5	4	2	6	8
Nº DE INTERCONSULTAS	M/R	12	20	4	14	15	10
Nº DE ALTA POR PARTE DA TERAPIA OCUPACIONAL	M/R	0	0	0	3	1	0
Nº DE BUSCA ATIVA OU ESPONTÂNEA PARA ATENDIMENTO	M/R	39	26	7	8	2	7*
Nº DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO	M/R	20	30	9	23	32	27
Nº DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	M/R	2	5	14	23	22	13
Nº DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	M/R	20	30	16	25	43	41

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*O número de avaliações e a busca ativa de atendimento variou significativamente de acordo com o perfil dos pacientes, com um pico em janeiro devido a contratação do profissional. Além do atendimento pediátrico demandar mais tempo e devido a uma interação maior com a equipe multiprofissional e cuidado compartilhado com o paciente, o responsável ficou ausente uma semana do hospital, ocasionando impacto nos indicadores relacionados à assistência.

## TERAPIAS ALTERNATIVAS

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE AVALIAÇÕES	M/R	*	*	*	3	15	7*
Nº DE ATENDIMENTOS HIPNOTERAPIA	M/R	*	*	*	-	37	18*
Nº DE ATENDIMENTOS CROMOTERAPIA	M/R	*	*	*	-	49	59*
Nº DE ATENDIMENTOS AROMATERAPIA	M/R	*	*	*	-	15	7*
Nº DE INTERCONSULTAS	M/R	*	*	*	5	6	7
Nº DE ALTA	M/R	*	*	*	1	3	0
Nº DE BUSCA ATIVA OU ESPONTÂNEA PARA ATENDIMENTO	M/R	*	*	*	2	7	2
Nº DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	M/R	*	*	*	5	2	5
Nº DE AVALIAÇÃO PACIENTE GERENCIÁVEIS	M/R	*	*	*	1	0	0
Nº DE ATENDIMENTO PACIENTE GERENCIÁVEIS	M/R	*	*	*	4	0	0
Nº DE ALTA PACIENTE GERENCIÁVEIS	M/R	*	*	*	0	0	0

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Em junho, observou-se uma redução no número de atendimentos de hipnoterapia devido a dois fatores principais. Primeiro, a colaboradora responsável esteve ausente da instituição por três dias por motivos de saúde. Segundo, a partir de 13/06, o setor de Sanhaçu foi fechado para reformas, dificultando a passagem de pacientes em maca. Em resposta a essa situação, a colaboradora optou por realizar cromoterapia nos leitos, resultando em um pequeno aumento nesse indicador. Consequentemente, os atendimentos de aromaterapia também diminuíram, pois essa terapia é realizada na sala da terapeuta, que estava com dificuldade de acesso devido às reformas da sanhaçu.

## NIR - REGULAÇÃO

Os pacientes do HMG são admitidos através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, gerenciada pela equipe do Núcleo Interno de Regulação da unidade.

O Núcleo Interno de Regulação é responsável por gerenciar e analisar as solicitações de vagas de outras instituições. Após análise, a confirmação da vaga é feita pelo próprio sistema respeitando os critérios de complexidade da unidade.

Após esse retorno, a unidade de origem é responsável por encaminhar este paciente até o HMG. A unidade não possui pronto-atendimento, todas as admissões são realizadas através da Central de Regulação.

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE FICHAS AVALIADAS	M/R	988	1046	1328	1615	1703	1578
Nº DE REJEIÇÕES*	M/R	874	919	1221	1485	1587	1483
Nº DE ACEITES	M/R	114	127	107	130	116	95
Nº DE CANCELADAS**	M/R	16	25	13	12	18	13
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS	M/R	98	102	94	118	98	82
Nº DE REMOÇÕES DE PACIENTES	M/R	101	80	95	111	120	133
Nº DE TRANSFERÊNCIAS	M/R	9	3	7	6	5	4
Nº DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	M/R	92	77	88	105	115	121
TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS)	<15	8	7	3	5	4	4
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	>85%	86%	80%	88%	91%	84%	86%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*As rejeições realizadas na Central de Regulação correspondem a fichas que não se enquadram com o perfil da unidade, bem como a sua complexidade.

\*\*Fichas canceladas são pacientes que foram aceitos, mas não foram admitidos, por isso a diferença entre fichas aceitas e número de atendimentos. O indicador de número de atendimentos contempla além dos pacientes admitidos os acompanhantes, colaboradores, visitantes e pacientes de avaliações externas. O núcleo de regulação interna acompanha esses atendimentos através de planilha de controle interno.

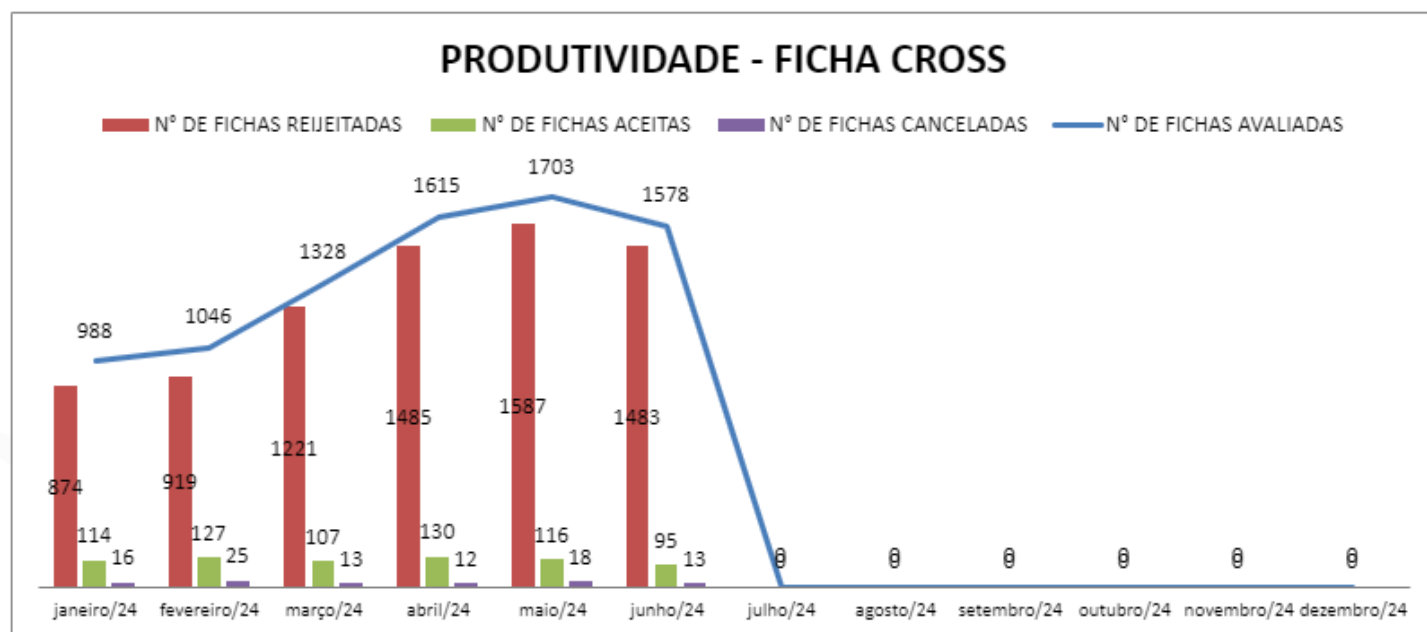
## ANALISE CRÍTICA – PACIENTES ADMITIDOS

MÊS	ADMITIDOS NIR (INDICADORES NIR)	ADMITIDOS SMPEP – (INDICADORES ASSISTENCIAIS – GLOBAL)	COLABORADORES + REINTERNAÇÕES + ACOMPANHANTES (DIFERENÇA)
JANEIRO	98	120	22
FEVEREIRO	102	115	13
MARÇO	94	111	17
ABRIL	118	120	2
MAIO	98	112	14
JUNHO	82	96	14

Os aceites do NIR são as fichas aceites no sistema CROSS que foram admitidos na unidade, provenientes de outras instituições, como hospitais, UPAs, UBSs e AMAs., dados fornecidos pelo Núcleo Interno de Regulação.

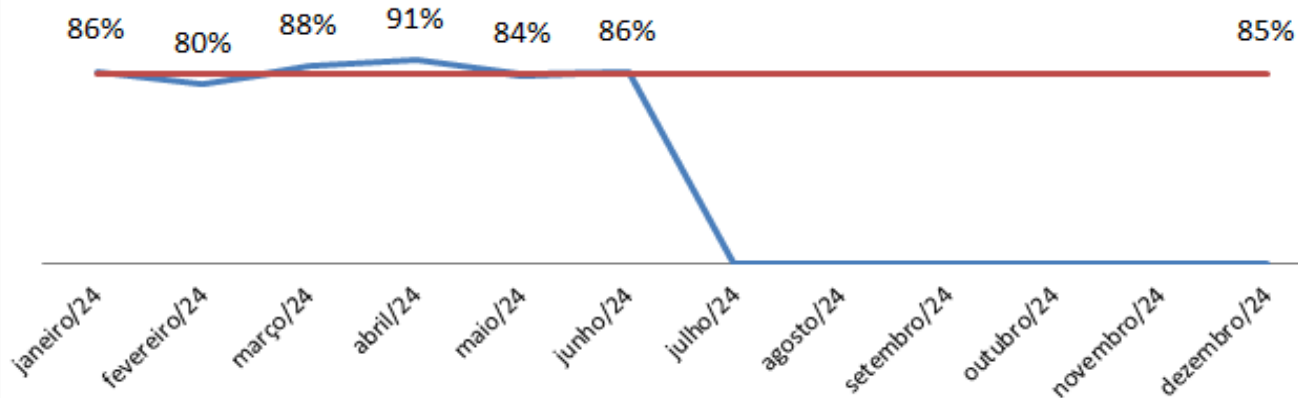
Por outro lado, os admitidos do SMPEP, fornecidos pela equipe de enfermagem e extraídos do relatório SAME – Indicadores Hospitalares por Ala, incluem tanto reinternações quanto admissões de colaboradores, acompanhantes e visitantes que passam mal no hospital.

Devido a essa diferença de abrangência, os dois indicadores apresentam divergências. Para alinhar os dados, o Núcleo Interno de Regulação iniciou um plano de ação, em julho, que inclui um controle interno para registrar também os atendimentos realizados a acompanhantes, visitantes e colaboradores admitidos no hospital.



## TAXA DE CONVERSÃO FICHA CROSS

— TAXA DE CONVERSÃO - PACIENTES ADMITIDOS

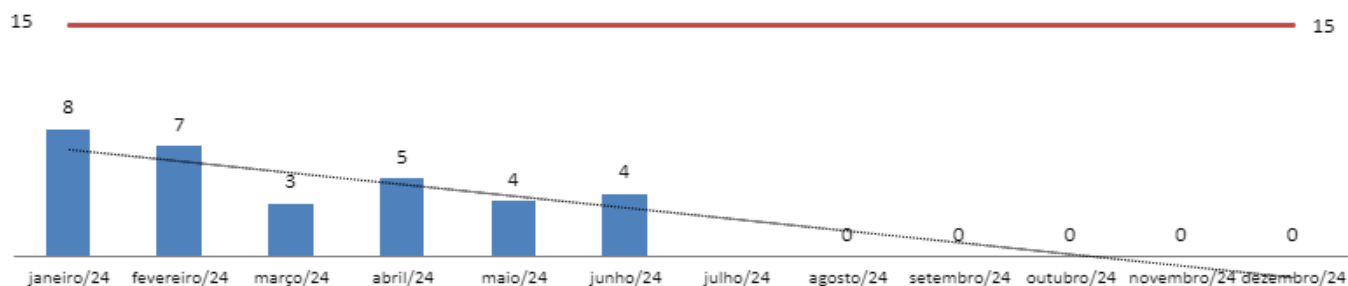


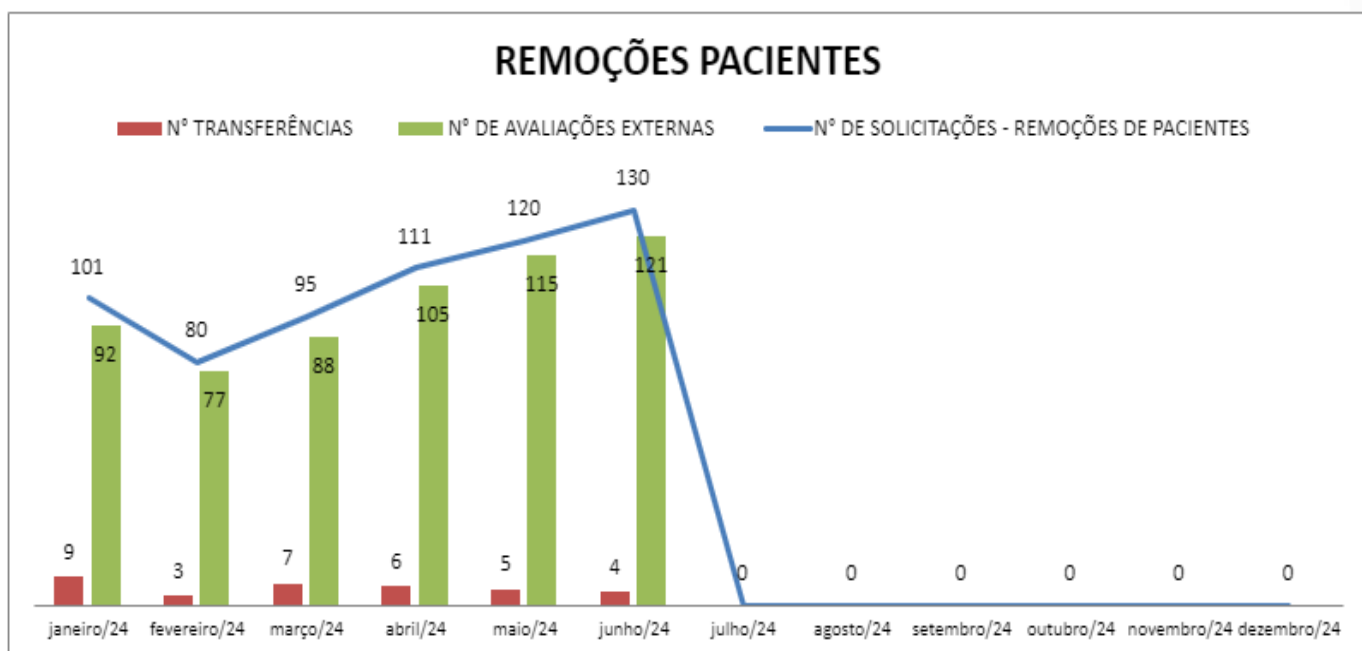
## TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER

■ TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS)

— TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS) - META

..... Linear (TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS))





### 3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

#### NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - GLOBAL

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº VISITAS TÉCNICAS	30	31	30	30	0	0	20*
Nº DE NC REGISTRADAS	M/R	58	93	49	95	115	143
Nº DE NC TRATADAS	M/R	57	92	43	67	83	109
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	51	89	35	52	37	37
NEAR MISS (QUASE ERRO)**	M/R	1	0	0	5	1	13
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)**	M/R	4	2	09	22	56	62
INCIDENTE SEM DANO	M/R	2	2	5	16	21	26
RISCO DE QUEDA	M/R	2	5	3	9	3	9
RISCO DE LPP	M/R	1	2	4	6	4	6
PROCEDIMENTOS**	M/R	14	18	16	10	6	0
SEGURANÇA MEDICAMENTO (Erros de administração e/ou prescrição)	M/R	14	15	4	12	20	32
RISCO DE INFECÇÃO	M/R	6	27	5	9	56	51
COMUNICAÇÃO EFETIVA**	M/R	0	2	5	14	25	8
IDENTIFICAÇÃO SEGURA	M/R	6	13	4	2	1	5
Nº DE NC NÃO TRATÁVEIS**	M/R	0	0	0	0	0	5
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO	>95%	99%	99%	90%	70%	44%	77%

<b>PRAZO)***</b>							
<b>TAXA DE NC TRATADA TOTAL ***</b>	>90%	99%	99%	90%	70%	72%	76%
<b>LONDRES EM 72 HORAS</b>	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>TAXA DE INCIDENTE COM DANO</b>	<40%	0%	0%	0,18%	13%**	52%**	43%**

Fonte: Controle interno

\*As visitas em abril não foram realizadas devido ao desligamento da Enfermeira responsável pelo Núcleo. As visitas em maio não foram realizadas, pois a nova Enfermeira do Núcleo estava aguardando orientação da Sede. As visitas em junho ficaram abaixo da meta devido criação e testes de check list nos setores.

\*\*Houve um aumento nos indicadores devido a uma reformulação no cálculo das NC's, além da conscientização dos colaboradores através de treinamentos de orientação de abertura de NC.

\*\*\*Ocorreram mudanças nos processos internos relacionados ao tratamento das Não Conformidades, o que impactou no tempo de resposta das equipes. Essa transição afetou diretamente os resultados das metas.

OBS: Alguns indicadores foram retirados do relatório por não monitorar informações relevantes para análise de desempenho do setor, porém, continuam sendo mensuradas.

## NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CLÍNICA MÉDICA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº VISITAS TÉCNICAS	10	10	10	10	0	0	3
Nº NC REGISTRADA	M/R	14	24	10	19	41	29
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	13	24	09	11	14	13
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	13	24	07	7	8	3
Nº NC NEAR MISS	M/R	1	0	0	1	0	1
Nº NC INCIDENTE COM DANO	M/R	0	1	1	6	28	19
Nº DE NC INCIDENTE SEM DANO	M/R	0	0	2	10	5	5
Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	1	1	1	5	1	5
Nº NC RELACIONADA À LPP	M/R	0	0	0	3	2	2
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	2	2	2	3	8	8
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº DE NC NÃO TRATÁVEIS	M/R	0	0	0	0	0	1

Fonte: Controle interno

## NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - UTI

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº VISITAS TÉCNICAS	10	10	10	10	0	0	4
Nº NC REGISTRADA	M/R	31	46	12	14	29	48
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	31	46	8	9	8	25
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	26	44	8	9	6	8
Nº NC NEAR MISS	M/R	0	0	0	1	2	7

Nº NC INCIDENTE COM DANO	M/R	3	1	3	1	14	27
Nº NC INCIDENTE SEM DANO	M/R	1	1	1	9	7	6
Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	1	0	0	0	0	1
Nº NC RELACIONADA À LPP	M/R	1	2	0	0	2	0
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	8	7	0	4	6	10
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº DE NC NÃO TRATÁVEIS	M/R	0	0	0	0	0	0

Fonte: Controle interno

### NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - RETAGUARDA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº VISITAS TÉCNICAS	5	5	5	5	0	0	13
Nº NC REGISTRADA	M/R	12	17	10	35	10	13
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	12	17	-	26	4	6
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	12	16	5	14	2	2
Nº NC NEAR MISS	M/R	0	0	0	0	0	2
Nº NC INCIDENTE COM DANO	M/R	0	0	4	5	6	5
Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO	M/R	0	1	1	17	2	4
Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	0	2	1	4	2	2
Nº NC RELACIONADA À LPP	M/R	0	0	4	2	0	2
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	4	5	0	1	2	2
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº DE NC NÃO TRATÁVEIS	M/R	0	0	0	0	0	0

Fonte: Controle interno

### NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - PEDIATRIA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº VISITAS TÉCNICAS	5	5	5	5	0	0	0
Nº NC REGISTRADA	M/R	1	4	2	3	0	2
Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (10 dias)	M/R	1	4	2	2	0	2
NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	M/R	0	4	1	2	0	1
Nº NC NEAR MISS	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº NC INCIDENTE COM DANO	M/R	0	0	0	1	0	1
Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO	M/R	1	0	0	2	0	0
Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS	M/R	0	0	0	0	0	0

Nº NC RELACIONADA À LPP	M/R	0	0	0	1	0	0
Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº DE LONDRES	M/R	0	0	0	0	0	0
Nº DE NC NÃO TRATÁVEIS	M/R	0	0	0	0	0	1

Fonte: Controle interno

## NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é o setor responsável pelo planejamento, organização e execução de cursos de atualização direcionados aos colaboradores da unidade que compõem o quadro funcional.

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TOTAL DE TREINAMENTOS	75	69	125	101	111	138	116
TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	1500	759	2462	1604	1252	2328	1838
TOTAL DE HORAS REALIZADAS	1700	810	2462	1621	1252	2328	1838
HOMEM HORA	> = 02 H	1,05	2,79	1,86	1,48	2,68	2,04
TAXA DE ADEÇÃO	> = 70%	61%	96%	98%	88%	83%	47%**
TAXA DE AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO	M/R	*	*	*	*	*	*
TAXA DE AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DO TREINAMENTO	M/R	*	*	*	*	*	*

Fonte: Controle interno .

\*Indicadores ainda não mensurados pelo setor.

\*\*Foi realizado um filtro nos dados indicadores, pois estavam sendo contabilizados eventos que não são considerados treinamentos, o setor está passando por reestruturação.

## DETALHAMENTO DE TREINAMENTOS DO NEP

TREINAMENTO	DATA	CH	PARTICIPANTES
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS	01/06/2024	1	40
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS	02/06/2024	1	54
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS	02/06/2024	1	40
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	03/06/2024	1	2
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	03/06/2024	1	1
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	03/06/2024	1	7
INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES	03/06/2024	1	13
TREINAMENTO DE NR-23	04/06/2024	1	20
PGRS	04/06/2024	1	4
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	05/06/2024	1	2
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	05/06/2024	1	5
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	05/06/2024	1	2

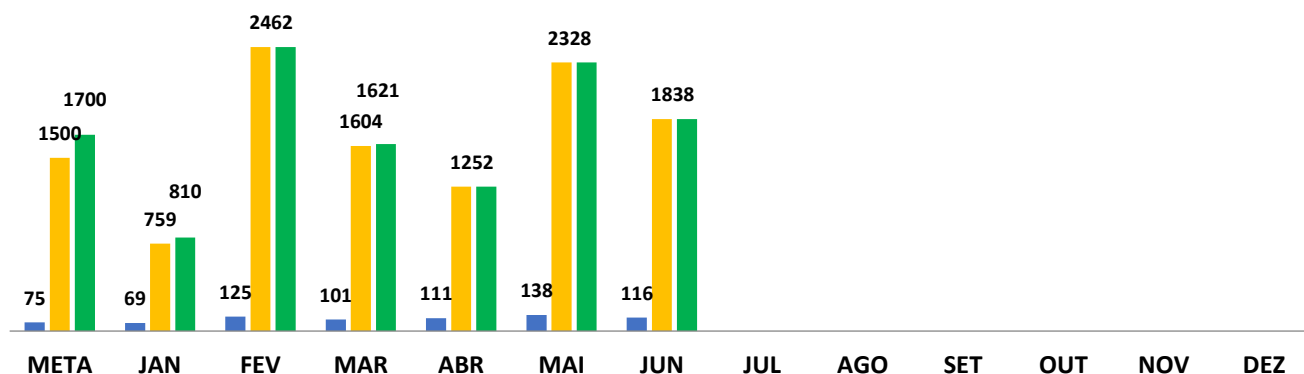
PGRS	05/06/2024	1	6
TREINAMENTO DE NR-23	05/06/2024	1	24
TREINAMENTO DE NR-23	05/06/2024	1	20
TREINAMENTO DE NR-23	05/06/2024	1	34
TREINAMENTO DE NR-23	06/06/2024	1	22
TREINAMENTO DE NR-23	06/06/2024	1	46
TREINAMENTO DETERIORAÇÃO CLINICA	07/06/2024	1	3
PREVENÇÃO FLEBITE	10/06/2024	1	8
SIMULADO DE ABANDONO E COMBATE A INCÊNDIO	10/06/2024	1	12
INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES	10/06/2024	1	3
REUNIÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	10/06/2024	1	9
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	10/06/2024	1	3
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	10/06/2024	1	3
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	10/06/2024	1	3
SIMULADO DE ABANDONO E COMBATE A INCÊNDIO	11/06/2024	1	15
SIMULADO DE ABANDONO E COMBATE A INCÊNDIO	11/06/2024	1	15
PLANO DE AÇÃO DE PREVENTIVA ACIDENTES C/ MATERIAIS BIOLÓGICO / PERFURO	11/06/2024	1	15
REUNIÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	11/06/2024	1	5
REUNIÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	11/06/2024	1	1
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	11/06/2024	1	30
QR CODE EQUIPAMENTOS DO SETORES DE ENFERMAGEM	11/06/2024	1	27
REIPLAMTAÇÃO DO SAFETY HUUDLE NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	11/06/2024	1	30
TREINAMENTO DETERIORAÇÃO CLINICA	12/06/2024	1	4
PLANO DE AÇÃO DE PREVENTIVA ACIDENTES C/ MATERIAIS BIOLÓGICO / PERFURO	12/06/2024	1	14
REUNIÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	12/06/2024	1	14
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	12/06/2024	1	45
QR CODE EQUIPAMENTOS DO SETORES DE ENFERMAGEM	12/06/2024	1	10
COMISSÃO NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	12/06/2024	1	8
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	12/06/2024	1	48
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	13/06/2024	1	5
PGRS	13/06/2024	1	5
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	13/06/2024	1	18
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	13/06/2024	1	16
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	13/06/2024	1	41
PROTOCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DE LEITOS , AREAS CRITICAS , SEMI CRITICAS E NÃO CRITICAS	14/06/2024	1	12
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	14/06/2024	1	16

NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	14/06/2024	1	2
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	14/06/2024	1	1
AÇÃO DA CIPA - BOAS PRATICAS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PIAS E BACIAS SANITARIAS	14/06/2024	1	30
PGRS	14/06/2024	1	5
PGRS	14/06/2024	1	4
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	14/06/2024	1	1
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	14/06/2024	1	2
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	14/06/2024	1	2
PREVENÇÃO FLEBITE	14/06/2024	1	12
REIPLAMTAÇÃO DO SAFETY HUUDLE NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	15/06/2024	1	35
REIPLAMTAÇÃO DO SAFETY HUUDLE NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	15/06/2024	1	30
FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO	17/06/2024	1	1
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	17/06/2024	1	1
PROTOCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DE LEITOS , AREAS CRITICAS , SEMI CRITICAS E NÃO CRITICAS	17/06/2024	1	30
TREINAMENTO DETERIORAÇÃO CLINICA	17/06/2024	1	21
REIPLAMTAÇÃO DO SAFETY HUUDLE NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	18/06/2024	1	24
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	18/06/2024	1	1
PGRS-BOAS PRATICAS E DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA DIURNO 2	18/06/2024	1	61
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	18/06/2024	1	1
PGRS-BOAS PRATICAS E DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA NOTURNO 2	18/06/2024	1	16
DISSEMINAÇÃO DA MISSÃO , VISÃO E VALORES	18/06/2024	1	3
PREVENÇÃO FLEBITE	19/06/2024	1	16
PROTOCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DE LEITOS , AREAS CRITICAS , SEMI CRITICAS E NÃO CRITICAS	19/06/2024	1	26
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	19/06/2024	1	3
PGRS-BOAS PRATICAS E DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA DIURNO 1	19/06/2024	1	44
PGRS-BOAS PRATICAS E DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA NOTURNO 1	19/06/2024	1	44
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	19/06/2024	1	3
GESTÃO DE DOCUMENTOS (QUALIDADE )	19/06/2024	1	4
ALINHAMENTO GUARDIÕES DAS BOAS PRÁTICAS	19/06/2024	1	7
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	19/06/2024	1	3
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	19/06/2024	1	3
PGRS	20/06/2024	1	4
PGRS	20/06/2024	1	6
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	21/06/2024	1	3
PROTOCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DE LEITOS , AREAS CRITICAS , SEMI CRITICAS E NÃO CRITICAS	21/06/2024	1	20
PROTOCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DE LEITOS , AREAS CRITICAS , SEMI CRITICAS E NÃO CRITICAS	23/06/2024	1	10
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	24/06/2024	1	2
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	24/06/2024	1	2
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	24/06/2024	1	3
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	24/06/2024	1	2

NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	24/06/2024	1	1
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	24/06/2024	1	2
PGRS	24/06/2024	1	19
REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES E PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS	24/06/2024	1	68
REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES E PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS	24/06/2024	1	52
REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES E PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS	25/06/2024	1	72
REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES E PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS	25/06/2024	1	67
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	25/06/2024	1	2
NR-32 TREINAMENTO SOBRE PERFUROCORTANTE	25/06/2024	1	2
NR-06 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI BOAS PRATICAS	25/06/2024	1	2
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	25/06/2024	1	1
PGRS	25/06/2024	1	4
PGRS	25/06/2024	1	4
PGRS	26/06/2024	1	10
PGRS	26/06/2024	1	2
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	26/06/2024	1	1
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	26/06/2024	1	32
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	26/06/2024	1	19
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	26/06/2024	1	48
PGRS	26/06/2024	1	6
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	26/06/2024	1	3
INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS	27/06/2024	1	1
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	27/06/2024	1	21
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	27/06/2024	1	29
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	27/06/2024	1	21
METAS INTERNACIONAIS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS	27/06/2024	1	26
NR-17 ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS	28/06/2024	1	30
PROTOCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DE LEITOS , AREAS CRITICAS , SEMI CRITICAS E NÃO CRITICAS	29/06/2024	1	25
<b>TOTAL</b>		<b>116</b>	<b>1838</b>

### INDICADORES NEP

■ TOTAL DE TREINAMENTOS ■ TOTAL DE PARTICIPAÇÕES ■ TOTAL DE HORAS REALIZADAS



### INDICADORES DE SCIH

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
NUMERO TOTAL DE IRAS - HOSP	M/R	6	6	3	5	7	2
NUMERO TOTAL DE IRAS - UTI	M/R	4	2	1	3	5	2
TAXA DE INFEÇÃO HOSP - GERAL	< 3,27%	5,41%	4,96%	2,73%	4,39%	6,36%	1,09%
TAXA DE INFEÇÃO HOSP - UTI	< 2,03%	4,21%	1,72%	0,90%	3,09%	4,24%	2,27%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - GERAL	< 7,29%	12,82%	13,95%	5,11%	6,07%	14,18%	1,70%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - UTI	< 12,67%	21,74%	16,81%	7,58%	5,92%	30,08%	5,59%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV - GERAL	< 1,107%	7,69%	0%	0%	10,87%	6,21%	5,38%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV - UTI	< 3,84%	27,03%	0%	0%	32,26%	26,32%	15,15%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU - GERAL	< 0,918%	6,62%	0%	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU - UTI	< 0,513%	14,71%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	M/R	6,22%	2,25%	9,35%	9,21%	5,59%	9,97%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS - UTI	M/R	15,46%	19,10%	20,92%	25,11%	19,56%	27,04%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA - UTI	M/R	11,43%	7,22%	11,57%	12,18%	11,18%	13,90%
PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM	0%	3,66%	7,06%	1,43%	0%	4,29%	0%

<b>UROCULTURAS - GERAL</b>							
<b>PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - UTI</b>	0%	0%	0%	0%	0%	2,17%	0%

Fonte: Controle interno

Os indicadores sofreram readequação da metodologia de análise, por investigação de evidência de erro no relatório que nos fornece os dados, por tanto, os valores serão corrigidos desde janeiro.

São complexas as justificativas das metas não atingidas ou metas ultrapassadas referentes às taxas de infecção e PAV devido aos processos hospitalares e reação no quadro clínico dos pacientes no uso de diferentes medicamentos (antibióticos).

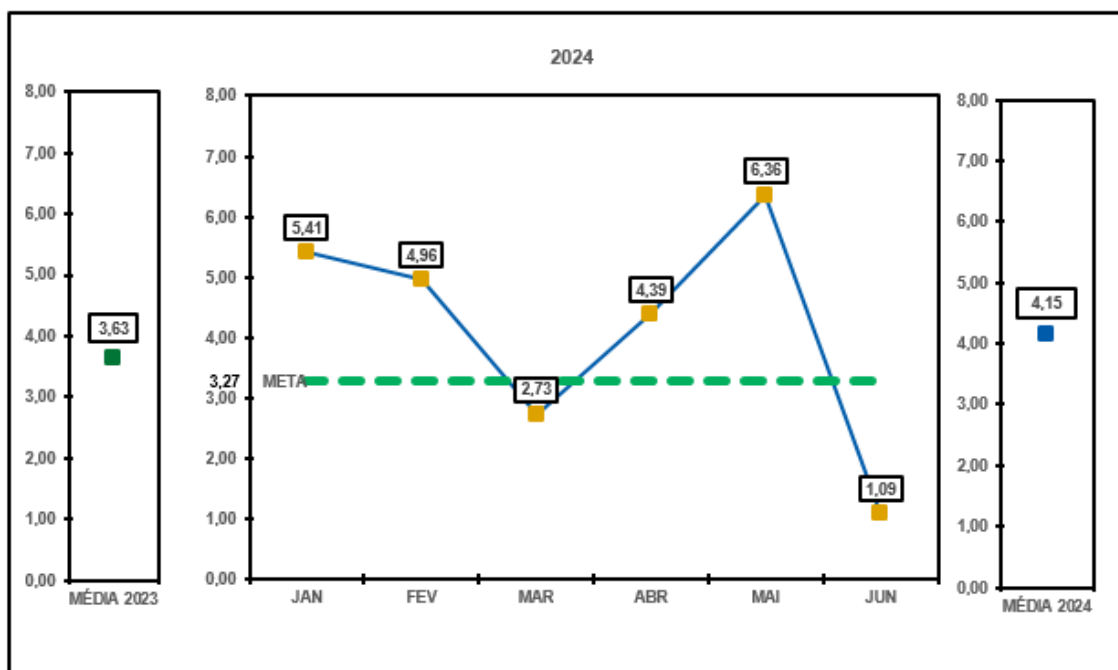
## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
POSITIVIDADE COVID	M/R	0	5	0	0	0	0
TUBERCULOSE	M/R	0	1	0	1	1	0
HIV/AIDS	M/R	0	0	0	0	0	0
HEPATITES	M/R	0	0	0	0	0	0
SÍFILIS	M/R	0	0	0	1	0	0
TAXA DE FALHA NO TRATAMENTO ATB	M/R	0	0	0	0	0	*
QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	M/R	0	0	0	0	0	*
QUANTIDADE DE PACIENTE COM TB-PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	M/R	0	0	0	0	0	*
QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DO HMG	M/R	0	5	0	0	0	*
QUANTIDADE DE PACIENTE COM TB-PROVENIENTE DO HMG	M/R	0	1	1	0	0	*
NOTIFICAÇÃO REALIZADA	M/R	2	9	1	0	9	4
QUANTIDADE DE NOTIFICAÇÃO DEVOLVIDA	M/R	0	0	0	0	0	*

Fonte: Controle interno

\*Dados não encaminhados no mês de junho, o responsável do setor fará uma reformulação no cálculo desses indicadores.

**TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR - HMG**



**3.5. SUPRIMENTOS**

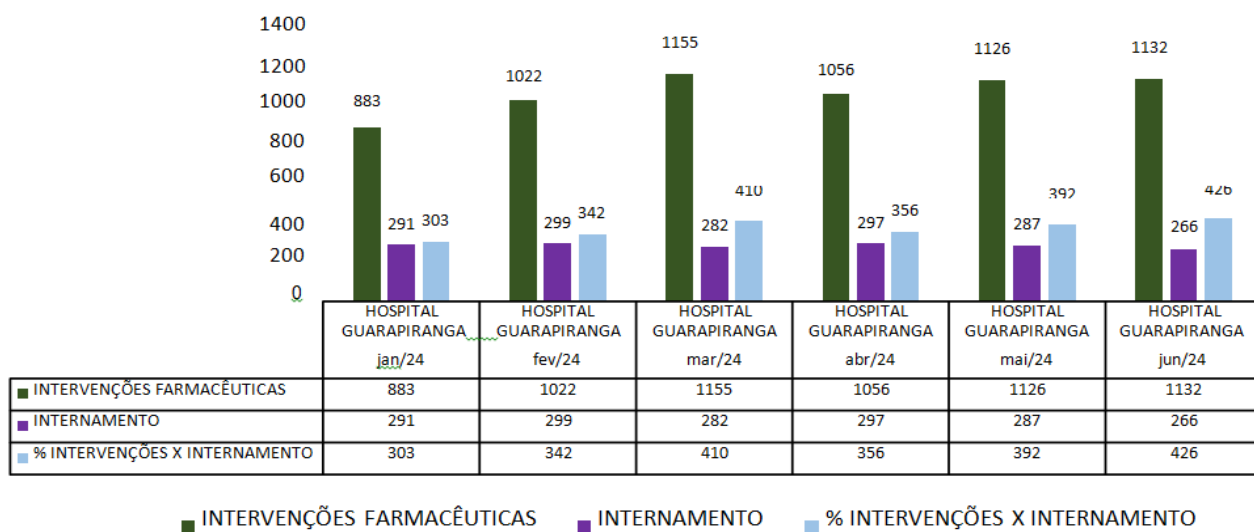
**FARMÁCIA**

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA	<= 0,3 %	2,02%	0,41%	0,22%	0,20%	0,81%	0,09%
ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< = 1,5%	9,5%	11,8%	14%	8,7%	10%	6,3%
EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	<= 0,3 %	0,26%	0,11%	0,16%	0,12%	0,16%	0,17%
INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	M/R	883	1022	1155	1056	1126	1132
RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS	100%	88%	98%	100%	92%	100%	100%
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

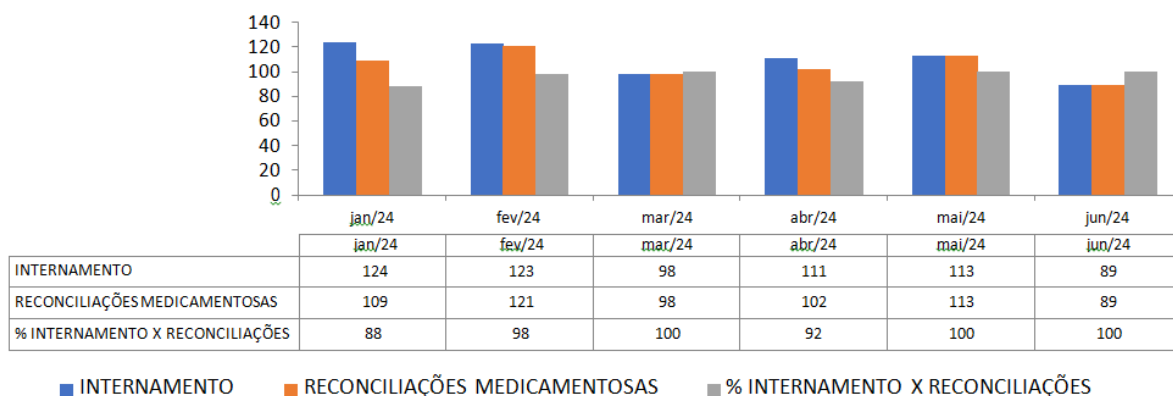
Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*O cadastro de alguns itens no sistema está sendo revisto, pois há produtos que estão cadastrados na categoria de materiais hospitalares e que fazem parte de itens permanentes (benscontrolados), impactando diretamente no giro de estoque da Unidade.

### INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS



### RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS



### COMPRAS

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
LANÇAMENTO DE COTAÇÕES	M/R	17	19	24	24	25	22
TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS	M/R	101	77	106	92	90	107
OC'S ENTREGUE NO PRAZO	>80%*	88,39%	78,17%	86,14%	81,12%	80,75%	82,15%
PERCENTUAL DE ATRASO DA COMPRA	<20%*	11,17%	21,83%	13,86%	9,88%	19,25%	17,85%
PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL	M/R	16,72%	21,83%	24,13%	20,15%	19,80%	22,15%
PERCENTUAL DE COMPRA FINALIZADA NO PRAZO	100%	100%	92%	100%	100%	100%	100%

TAXA DE OSCILAÇÃO DE PREÇO (VALORES MAIORES DA ÚLTIMA COMPRA)	M/R	24,07%	8,5%	17,8%	15,8%	22,7%	36,16%
PERCENTUAL DE COMPRA EMERGENCIAL	0%	1,75%	15%	12,5%	0%	0%	4,54%**

Fonte: Controle interno

\*Metas atualizadas pelo setor.

\*\*Demanda emergencial devido aumento do consumo dos medicamentos (Dobutamina, Norepinefrina e Risperidona).

### 3.6. INFRAESTRUTURA

#### ENGENHARIA CLÍNICA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
CALIBRAÇÃO	M/R	0	2	12	8	0	0
MANUTENÇÃO CORRETIVA	M/R	120	93	106	87	92	106
ENTREGA DE EQUIPAMENTO	M/R	1	2	1	3	8	0
INSPEÇÃO DE ROTINA	M/R	258	298	313	315	293	271
MANUTENÇÃO PREVENTIVA	M/R	331	90	143	105	159	73
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%	100%	100%	100%	–	–
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	>85%	58%	72%	60%	60%	85%	85%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	–
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Controle interno

OBS: As metas estão estabelecidas apenas nos indicadores qualitativos.

Setor reestrutando os indicadores para serem apresentados no 2º semestre.

#### MANUTENÇÃO PREDIAL

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
MANUTENÇÃO CORRETIVA	M/R	292	193	212	331	279	411
MANUTENÇÃO PREVENTIVA	M/R	207	129	208	219	203	216
INSPEÇÃO DE ROTINA	M/R	129	128	178	61	74	123
INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	M/R	12	1	2	0	7	11
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	>85%	75%	68%	62%	86%	76%	70%*

TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	>85%	43%	67%	70%	100%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	>85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	>85%	58%	100%	100%	—	100%	80%**

Fonte: Controle interno

OBS: As metas estão estabelecidas apenas nos indicadores qualitativos.

Setor reestrurando os indicadores para serem apresentados no 2º semestre.

\* Taxa de manutenção Corretiva – Aguardando Orçamentos e peças para execução do serviço.

\*\* Taxa de instalação de Equipamentos – Aguardando Peças para execução do serviço.

### 3.7. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	M/R	65	101	98	94	105	61
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	M/R	132	147	101	133	210	103
QUANTIDADE DE CHAMADOSFINALIZADOS	M/R	193	246	196	227	315	152
QUANTIDADE DE CHAMADOSTOTAIS	M/R	197	248	199	227	315	164
TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EMHORAS	M/R	5h	4h	4h	6h	5h	5h
INDISPONIBILIDADE DE INTERNETEM HORAS	M/R	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DEACESSO AS CÂMERAS	M/R	3	10	4	2	3	1
CHAMADOS ABERTOS X CHAMADOSFECHADOS	100%	97,9%	99,19%	98,4%	100%	100%	92,68%*
CHAMADOS ATENDIDOS NO PRAZO SLA 24H (ENGLIBA CHAMADOS PENDENTES QUE PRECISA ATUAÇÃO DE TERCEIROS)	> 60%	98%	99,19%	98,99%	100%	100%	95,12%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Os chamados em aberto dependem de uma devolutiva da Sede.

### 3.8. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

#### FATURAMENTO

Durante o período, todas as autorizações de Internações Hospitalares – AIH, obtiveram aceitação.

TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TOTAL DE AIH FATURADAS	M/R	215	225	231	226	228	207
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	M/R	115	112	124	116	120	125
TOTAL DE ATENDIMENTOS A COLABORADORES	M/R	18	10	10	10	10	10
REPRESENTAÇÃO DE AIHs COMPETÊNCIA ANTERIOR	M/R	1	1	1	0	0	0
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	M/R	5*	29*	38*	156*	*	*
TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	M/R	35*	1*	*	*	*	*
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Alguns indicadores vão ser alterados conforme devolutiva do faturamento que acontece somente depois da entrega dos indicadores de qualidade. As devolutivas e glosas são enviadas pela SMS em até duas competências após o envio do faturamento.

OBS: As devolutivas para correções enviadas pela SMS terão um aumento considerável a partir do mês de Abril (04/2024), devido ao lançamento das diárias de UTI, como não temos a habilitação dos leitos, as contas voltam para a retirada das diárias lançadas.

A quantidade total de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) faturadas corresponde aos casos de alta/óbito e às contas de pacientes de longa permanência encerradas parcialmente.

**INDICADORES DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS IMPORTADOS NA COMPETÊNCIA DO FATURAMENTO**

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
CATETERISMO VESICAL	M/R	64	62	50	28	39	23
CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	M/R	1	1	2	3	0	0
CURATIVO	M/R	1691	2007	1318	1129	679	541
DEBRIDAMENTO DE ULCERA	M/R	0	0	0	0	0	0
ELETROCARDIOGRAMA	M/R	144	120	41	35	13	36
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	M/R	0	0	0	0	1	1
GLICEMIA CAPILAR	M/R	6509	5699	7286	8496	4157	4169
HEMODIÁLISE	M/R	102	160	265	296	174	283
INALAÇÃO/ NEBULIZAÇÃO	M/R	958	866	1132	1090	982	739
NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	M/R	0	0	0	1	0	0
OXIGENIOTERAPIA	M/R	0	16	9	4	8	1
PASSAGEM DE SONDA NASO ENTERICA	M/R	0	0	0	5	12	0
PROFILAXIA/REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	M/R	1	29	83	165	379	101
RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS	M/R	0	0	0	0	0	0
RASPAGEM ALISAMENTO SUPRAGENGIVAS	M/R	0	0	0	2	4	0
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	M/R	0	0	0	0	1	0
RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL	M/R	0	0	0	0	1	0
SUTURA	M/R	0	0	0	0	1	0
TORACOCENTESE	M/R	0	0	4	3	0	1
TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO	M/R	0	0	0	0	17	0
TRANSFUSÃO DE HEMOCONCENTRADOS	M/R	11	20	22	21	0	21
TRAQUEOSTOMIA	M/R	1	0	0	0	0	0

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

## PRESTAÇÃO DE CONTAS

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS	M/R	4.949	4.589	4.620	4.722	4.646	4.742
APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS	M/R	26	0	0	58	20	35
TAXA DE GLOSA DE CONTRATO	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ENTREGA DA PRESTAÇÃO DE CONTAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FALHA DE ENTREGA NOS DOCUMENTOS	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

## FINANCEIRO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
NOTAS DE SERVIÇO/MÊS	M/R	64	70	78	82	86	81
NOTAS DE PRODUTOS/MÊS	M/R	60	113	95	116	113	103
NOTAS ATRASADAS/MÊS	0	0	0	0	8	0	0
TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NOTAS REEMITIDAS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: CONTROLE INTERNO

## JURÍDICO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
QUANTIDADE DE NOTIFICAÇÕES AO CONTRATO (ÓRGÃOS REGULADORES E SMS)*	M/R	0*	0*	0*	0*	0*	0*
SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES A FORNECEDORES	M/R	2	2	2	2	4	4
NOTIFICAÇÃO ENVIADA A FORNECEDORES	M/R	2	0	0	2	4	4
RESPOSTAS DE NOTIFICAÇÕES DE FORNECEDOR NO PRAZO	M/R	1	0	0	1	2	2
OFÍCIOS RECEBIDOS	M/R	4	5	2	6	3	3
OFÍCIOS ENVIADOS	M/R	6	6	3	14	7	4
AUDIÊNCIAS REALIZADAS	M/R	1	1	7	1	6	1
PROCESSO TRABALHISTA TOTAL **	M/R	2	3	1	3	1	1

TAXA DEVOLUTIVAS RESPOSTAS DE NOTIFICAÇÕES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXAS DEVOLUTIVAS DENTRO DO PRAZO- OFÍCIOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE SUCESSO NAS AÇÕES TRABALHISTAS***	≥ 90%	-	-	-	-	-	-
TAXA DE NOTIFICAÇÃO REALIZADA X FECHADA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NOTIFICAÇÕES RESPONDIDAS E RESOLVIDAS	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Não foram encaminhadas notificações ao contrato.

\*\*Os processos trabalhistas são realizados pela Sede, aguardando devolutiva sobre os casos.

\*\*\*Aguardando devolutiva do escritório sobre a finalização das ações.

OBS: No próximo mês haverá alterações nos indicadores, exclusão e inclusão de indicador.

## PATRIMÔNIO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Nº DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	M/R	120	138	107	87	92	117
Nº DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	M/R	61	85	58	54	77	98
Nº DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	M/R	29	20	10	11	10	12
Nº DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	M/R	28	20	9	8	10	11
Nº SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	M/R	49	40	32	27	19	45
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 70%	51%	62%	54%	62%	84%	84%
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 70%	97%	100%	90%	73%	100%	92%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS*	M/R	*	132	132	132	132	132
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS*	M/R	100%	100%	100%	90%	90%	90%
TAXA DE ITENS CEDIDOS*	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ITENS LOCADOS*	M/R	63,32%	63,32%	63,32%	66%	66%	66%
TAXA DE O.S ATENDIDAS*	90%	59,73%	64,49%	54,20%	63%	85%	82%

Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO

\*Itens feitos definições no período de Dezembro/ Janeiro devido a troca de colaborador do setor de Patrimônio, diante disso, para dados faltantes ser inclusos será a partir do mês de Fevereiro.

## HOTELARIA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
CAMISOLA (enxoval dispensado)	M/R	5773	5528	4811	4654	5903	5960
COBERTOR (enxoval dispensado)	M/R	358	288	293	412	298	256
FRONHA (enxoval dispensado)	M/R	5130	4894	4778	4445	3280	975
LENÇOL (enxoval dispensado)	M/R	12655	12096	12493	12257	12761	13018
TOALHA (enxoval dispensado)	M/R	5056	4585	4468	4354	5073	5017
TRAVESSA (enxoval dispensado)	M/R	5522	5327	5112	4791	4773	4804
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSAÇÃO DE ENXOVAL)	100%	92%	90%	88%	80%	97%	97%*
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%
TAXA DE EXPRESSO SOLICITADOS	0%	0,37%	1%	4%	4%	0%	0%
TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	M/R	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: CONTROLE INTERNO

OBS: Houve troca de empresa em 26/04/24 devido à problemas com antigo fornecedor.

A taxa de expresso solicitado indica o percentual do enxoval que recebemos no mês fora da entrega padrão, exemplo: se recebermos um total de 34.373 peças das quais 343 chegasse via expresso, a taxa representaria 1% do total.

\*A taxa de dispensação é afetada pelo fato dos pedidos não serem feitos da maneira correta em sistema, gerando muitas duplicidades e solicitações desnecessárias, e esses números são contabilizados pelo SMPEP impactando negativamente na taxa total de dispensação.

## HIGIENIZAÇÃO

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TERMINAL SETOR - ARARA	22	22	18	21	22	22	22
TERMINAL SETOR - CANÁRIO	18	18	18	19	18	18	18
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	12	12	12	12	14	12	12
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	20	20	24	20	20	21	24
TERMINAL SETOR - SABIÁ	42	43	33	43	38	36	46
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	20	20	44	40	41	41	46
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	76	84	69	73	79	65	80
TERMINAL SETOR - COLIBRI	106	158	131	103	158	138	141
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	60	219	320	181	215	210	195

Fonte: CONTROLE INTERNO

Terminal Ala Sabiá - Todas as composições receberam 2x higienizações no mês, como o preconizado. Apenas o quarto 102 não recebeu higienização pois está em manutenção.

## OUVIDORIA

A Ouvidoria do HMG foi implantada em agosto de 2020. No que diz respeito a sua atuação, busca-se acolher, compreender, qualificar as diferentes formas de manifestação, acompanhar e responder aos cidadãos e reconhecê-los, sem qualquer distinção, como sujeitos de direitos.

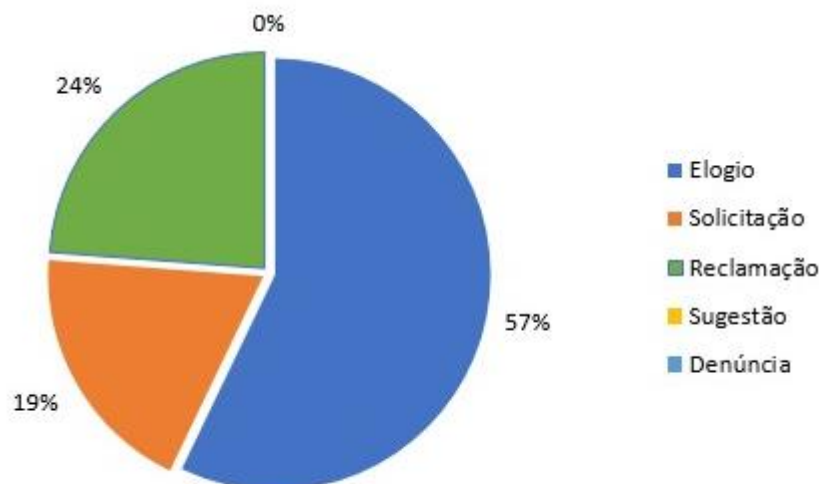
De acordo com as informações do Banco de dados Ouvidoria SUS, foram registradas no mês de junho, um total de 21 manifestações, conforme tabela a seguir:

### BANCO DE DADOS OUVIDOR SUS - RESULTADO DOS INDICADORES DO 1º SEMESTRE DE 2024.

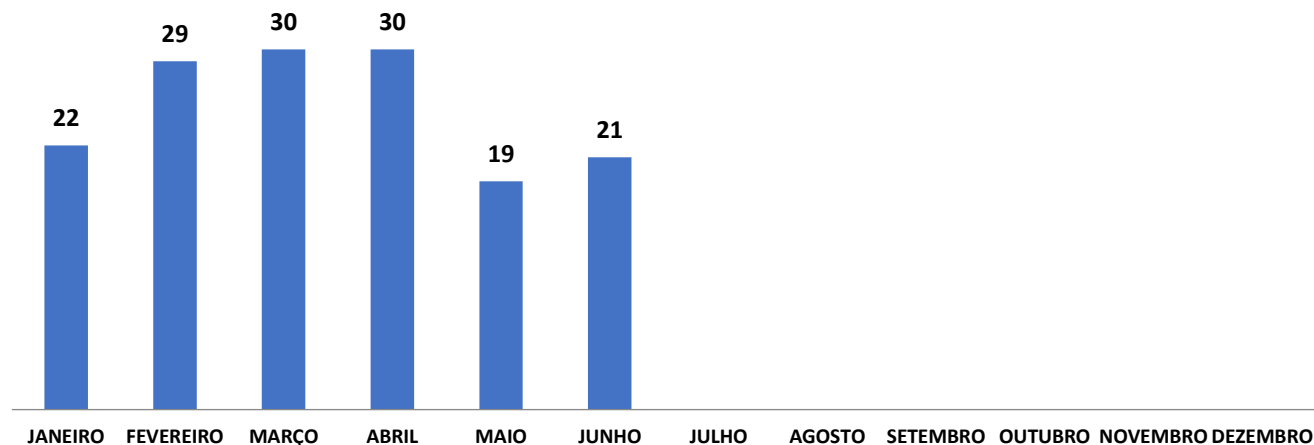
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Denúncia	0	0	0	0	0	0
Elogio	17	25	20	13	10	12
Informação	0	0	0	0	0	0
Reclamação	5	3	8	15	5	5
Solicitação	0	1	2	2	4	4
Sugestão	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>21</b>

Fonte: OUVIDOR SUS.

## CLASSIFICAÇÃO DE MANIFESTAÇÕES



### EVOLUÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES



### ANÁLISE CRÍTICA

Os indicadores apontaram que do total de 21 manifestações recebidas pelo sistema ouvidor SUS, 57% tratam-se de elogios; 24% de reclamações; 19% de solicitações; 0% de sugestão e 0% de denúncias.

Os elogios foram compartilhados com a direção geral e gestores, para que tais profissionais sejam reconhecidos. Também inserimos no mural de agradecimentos localizado na recepção.

A unidade possui todos os recursos para o atendimento necessário ao paciente, deste modo fica inviável a transferência.

O Hospital Municipal Guarapiranga atua em conjunto com as demais unidades de saúde do município de São Paulo. As solicitações para realização de procedimento são cadastradas via sistema de regulação CROSS, direcionando as unidades, que fazem a análise dos quadros e aceitam ou não conforme a sua disponibilidade de vaga e complexidade. O HMG segue atualizando diariamente a ficha dos pacientes, com todas as informações necessárias para avaliação pelo hospital de referência.

Desde 26 de junho, o Hospital Municipal Guarapiranga está sem acesso ao Sistema OuvidorSus. Comunicamos à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que lidaremos com as demandas internamente até que o sistema seja restabelecido e enviamos um ofício à Ouvidora Geral do SUS solicitando providências urgentes.

Além disso, identificamos divergências nos dados do sistema Maneger, gerido pela terceirizada MTM, que inclui questionários de avaliação em três formatos: beira leito, link e totem. Uma reunião em 18 de julho revelou que o problema estava relacionado à habilitação do login. Estamos atualmente tratando todas as pendências desde janeiro de 2024 e corrigindo os relatórios, que serão enviados posteriormente.

Estamos comprometidos em resolver essas pendências e comunicar aos munícipes, garantindo que o fluxo de informações seja restabelecido sem prejudicar os meses e manifestantes subsequentes.

### OUTROS INDICADORES DA OUVIDORIA

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	Até 8 dias	4	4	6	5	5	4
TOTAL DE PESQUISAS REALIZADAS	40	40	40	40	40	40	40
TOTAL DE PESQUISAS - TOTEM	40	18	10	9	10	5	0*
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	M/R	22	29	30	30	19	21
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES INTERNAS RECEBIDAS	M/R	44	40	52	40	54	70
INTERNAS - INSATISFAÇÕES	M/R	21	16	30	22	25	44
INTERNAS - SATISFAÇÕES	M/R	23	24	22	18	34	26
TAXA DE DEVOLUTIVA	>80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	>80%	90%	88%	73%	75%	76%	73%**
TAXA DE REINCIDÊNCIA - EXTERNA	<5%	4%	3%	6%	0%	0%	0%

Fonte: CONTROLE INTERNO.

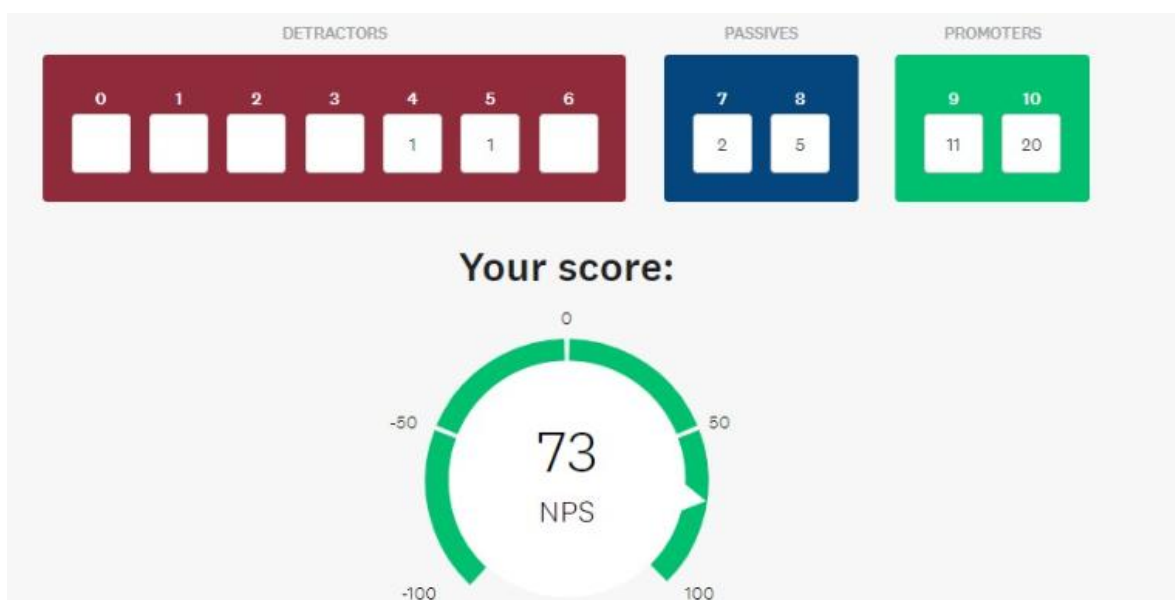
\*Houve uma baixa no TOTAL DE PESQUISAS via TOTEM, por razão de pouca adesão de familiares, acompanhantes e visitantes. Como plano de ação será realizado um incentivo a utilização desta ferramenta.

\*\*A TAXA NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO não alcançou a nossa meta devido o número elevado de insatisfações com a manutenção predial, como relatos de banheiros e chuveiros com mau funcionamento

## PESQUISA DE SATISFAÇÃO

NPS ou Net Promoter Score é uma métrica criada por Fred Reichheld para medir a satisfação dos clientes, perguntando “de 0 a 10, o quanto você indicaria nosso serviço?”.

Os pacientes que dão uma nota de 0 a 6 são considerados detratores, ou seja, não estão satisfeitos o seu atendimento prestado. Os pacientes que dão nota 7 ou 8 são considerados passivos/neutros, não estão insatisfeitos, mas também não estão satisfeitos. Os pacientes que dão nota entre 9 e 10 são considerados promotores, são aqueles que se encontram satisfeitos com o serviço.



Um ponto importante a ser destacado, é que a média do NPS dos pacientes com a maior taxa de ocupação (de 16 a 810 dias) foi de 9. Um número excelente, levando em consideração que são pacientes internados há mais tempo, onde fatores emocionais como (tédio e falta de seus lares) tem grandes impactos.

Com base nas avaliações da recomendação do Hospital, de 0 a 10, tivemos a seguinte evolução:



Os resultados indicam que se manteve a média final 9 demonstrando a completa satisfação dos pacientes com os serviços prestados pelo HMG.

Conclui-se que a grande maioria dos pacientes classificou com excelência os serviços prestados pelo hospital, sendo registrados 18 elogios, entre eles:

- ▶ A paciente *Marinez Souza Santos* descreve: "O atendimento aqui é excelente";
- ▶ A paciente *Leonidia Nunes* descreve: "Atendimento foi ótimo, obrigada";
- ▶ A paciente *Areta Rafaella Sanchez Oliveira Rodrigues* descreve: "Só tenho agradecer aos funcionários, vocês são nota mil".

Durante a pesquisa, também foram mencionadas algumas insatisfações como: manutenção predial e demora na medicação.

Parabéns a todos! Os resultados da pesquisa são reflexos da entrega diária de todas as equipes. Esse reconhecimento é essencial para fortalecermos o potencial que existe em cada um de nós, pois assim continuamos desempenhando nossos trabalhos com excelência.

#### 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 avalia mensalmente a efetividade e qualidade dos serviços ofertados, buscando e implementando melhorias para as ocorrências externas ao planejamento.

A unidade monitora constantemente a evolução de suas despesas, a fim de assegurar que o projeto seja executado conforme foi orçado. Com isso, é possível administrar de forma detalhada como os recursos estão sendo utilizados e como é possível tornar as despesas mais eficientes.

Até o momento o Hospital Municipal Guarapiranga não recebeu devolutiva formal da Prefeitura sobre o monitoramento contratual referente ao ano de 2023.

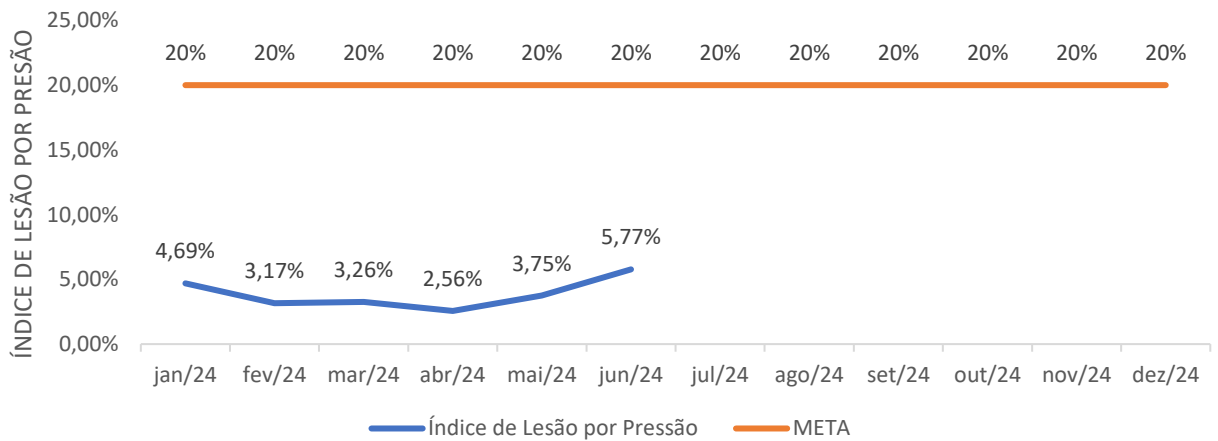
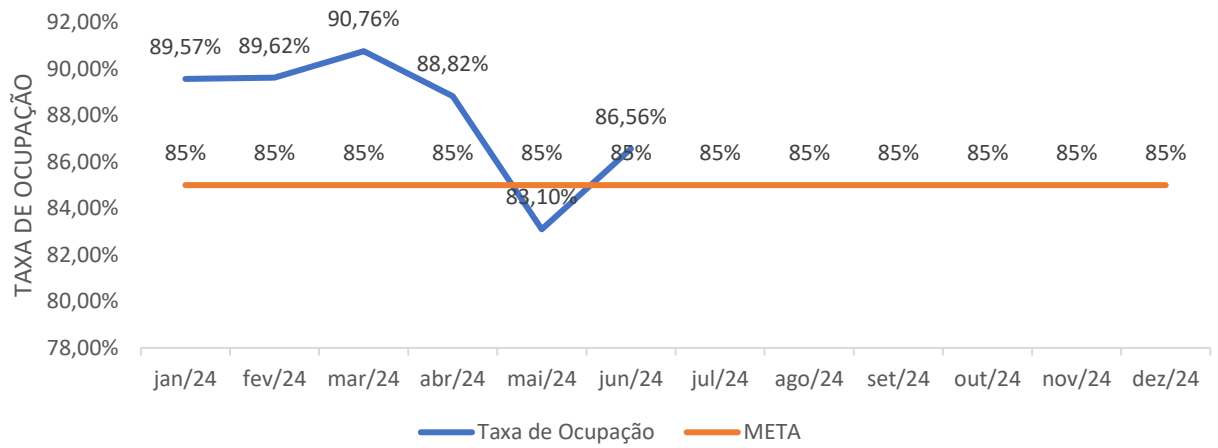
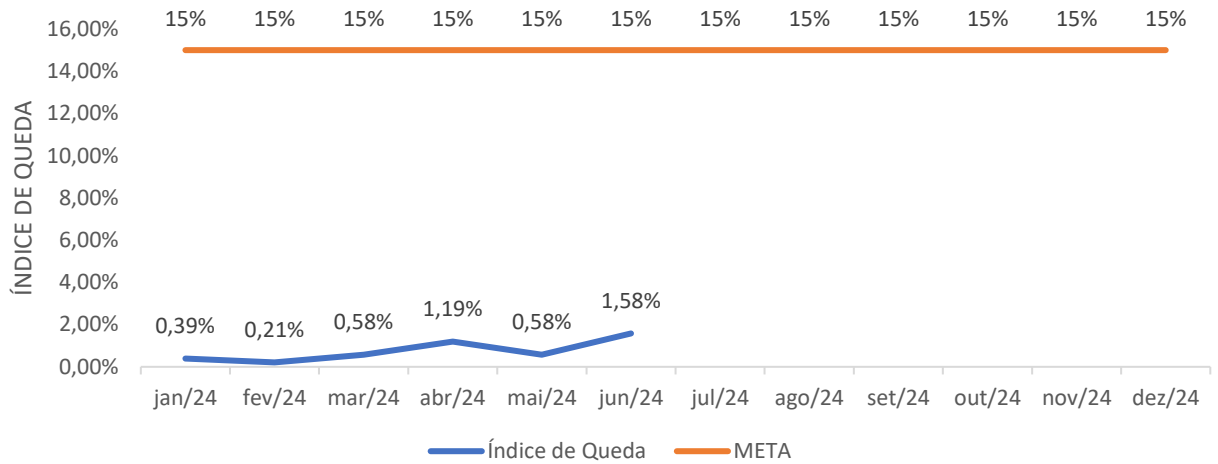
#### 5. INDICADORES CONTRATUAIS

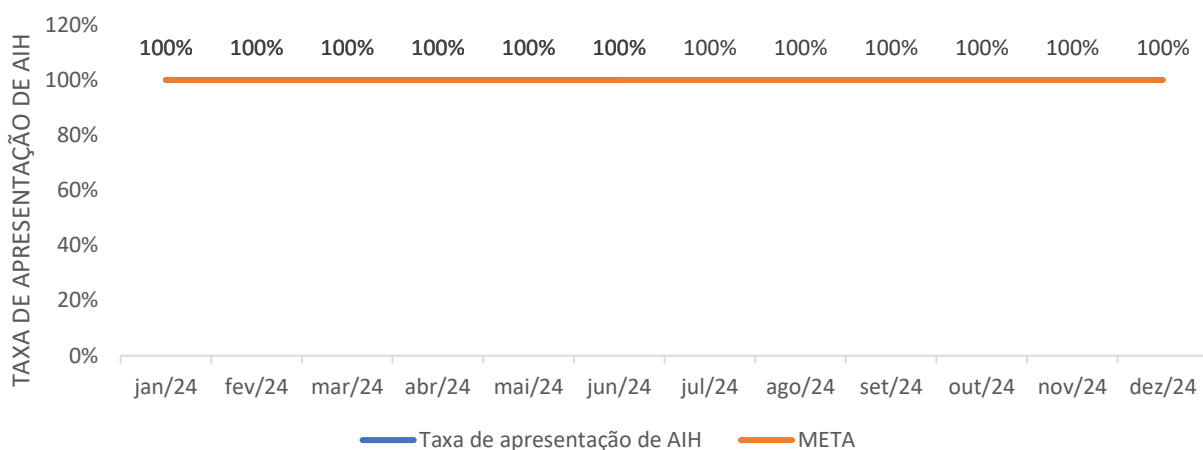
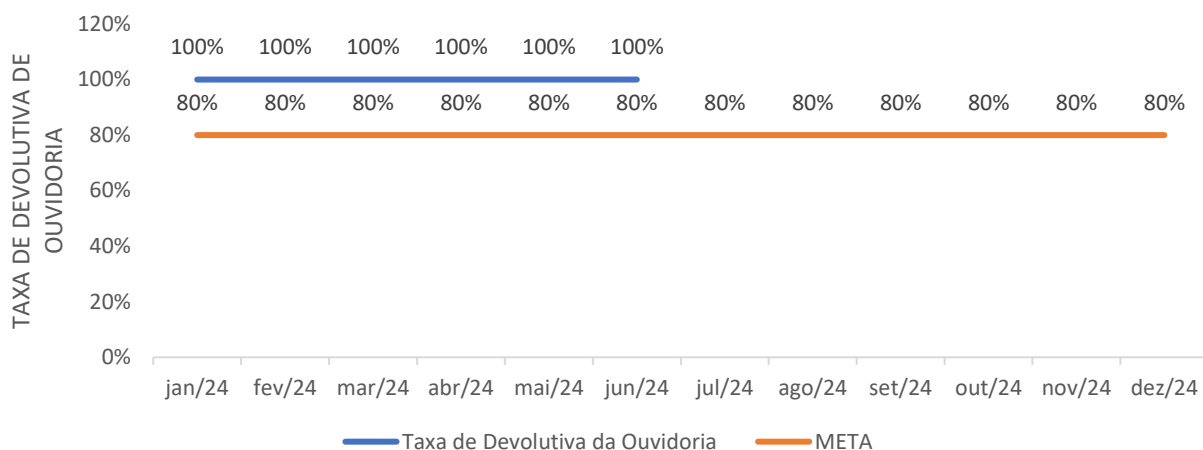
##### 5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

##### RESULTADO DOS INDICADORES DO 1º SEMESTRE

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
ÍNDICE DE QUEDA	≤ 15%	0,39%	0,21%	0,58%	1,19%	0,58%	1,58%
TAXA DE OCUPAÇÃO	≥ 85%	89,57%	89,62%	90,76%	88,82%	83,10%	86,56%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	≤ 20%	4,69%	3,17%	3,26%	2,56%	3,75%	5,77%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	≥ 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMPEP e Ouvidor SUS.





## 5.2. INDICADORES CONTRATUAIS QUANTITATIVOS

### RESULTADO DOS INDICADORES DO 1º SEMESTRE

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
NÚMERO DE QUEDAS	M/R	2	1	3	6	3	8
PACIENTES DIA / 186 LEITOS	> 4750	5152	4834	5208	5051	5158	5049
CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO	M/R	10	7	7	6	10	12
DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA	M/R	22	29	33	30	18	*
APRESENTAÇÃO DE AIH	M/R	215	225	231	226	228	207

Fonte: SMPEP e Ouvidor SUS.

## 5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

### GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

INDICADOR	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0	0	0	0	0	0	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	< 12.500 kg	11.266 kg	11.003 kg	10.956 kg	11.012 kg	10.772 kg	10.933 kg
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	< 16.500 kg	16.189 kg	16.197 kg	16.239 kg	15.925 kg	15.246 kg	16.922 kg
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	< 3 L	0 L	0 L	0 L	0 L	0 L	0 L
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECLÁVEIS	< 1.600 kg	1378 kg	1619 kg	1.430 kg	1.228 kg	1.282 kg	1.405 kg
RESÍDUO INFECTANTE PACIENTE DIA	< 2,5 kg	2,2 kg	2,3 kg	2,0 kg	2,2 kg	2,1 kg	2,2 kg

Fonte: Controle interno.

## 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:

COMISSÃO	PERIODICIDADE	BASE REGULATÓRIA
Revisão de Óbitos	Mensal	Resolução CFM nº 2.171/2017.
Revisão de Prontuários	Mensal	Resolução CFM nº. 1.638/2002.
Ética de Enfermagem	Mensal	Resolução COFEN nº 593/2018.
Ética Médica	Mensal	Resolução CFM 2.152/2016, e Resolução CREMESP 161/2007.
Farmácia Terapêutica	Mensal	A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004.
Controle de Infecção Hospitalar	Mensal	Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
Segurança do Paciente	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
Proteção Radiológica	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
Humanização	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.

Prevenção de Acidentes – CIPA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
Cuidados Pele	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
Gerenciamento de Resíduos de Saúde	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
Terapia Nutricional	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
Educação Permanente	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
Perfurocortantes	Trimestral	NR: 32 / ANEXO III Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA.
Acompanhamento contratual – CAC	Trimestral	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
Controle de animais Sinantrópicos	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
Prevenção da violência	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde
Medicina integrativa	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
Cuidados Paliativos	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

## 7. AÇÕES E TREINAMENTOS

**NSP e Enfermagem | Alinhamento | Projeto Guardiões das Metas Internacionais – 01 e 28 de junho:** O Projeto Guardiões das Metas Internacionais foi implantado pelo NSP em parceria com a coordenação de enfermagem. Houve a realização de uma reunião para selecionar os líderes dos times e discutir sobre o projeto. Em sua primeira fase houve alinhamento com os líderes. O projeto conta com a participação da equipe assistencial, multidisciplinar, médicos, administradores e supervisores. As próximas fases do projeto ocorrerão no segundo semestre de 2024.



**NSP | Atualização | Visita técnica – 01 de junho:** Realizado visitas técnicas nos setores, a fim de observar os gaps dos processos assistenciais e realização de orientações aos colaboradores para melhorar a assistência do cuidado prestado e garantir a segurança do paciente.



**Humanização | Ação | Aniversário de 4 anos do HMG – 04 de junho:** o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) celebrou com grande entusiasmo e alegria seu aniversário de 4 anos. Desde sua inauguração, o HMG tem sido um pilar de excelência em cuidados de saúde, atendendo mais de 8.900 pacientes e se consolidando como um importante hospital de retaguarda, oferecendo suporte crucial à rede hospitalar da maior cidade do país.

A celebração do aniversário foi marcada por discursos inspiradores dos diretores, colaboradores de todos os setores e também de alguns dos dedicados profissionais terceirizados, evidenciando a gratidão e o orgulho por fazer parte desta jornada de crescimento. Os discursos também destacaram as conquistas, a dedicação incansável de cada membro da equipe e os desafios superados ao longo desses quatro anos.



**Comunicação e Diretoria | Mídia externa | Entrevista ao portal da Secretaria Municipal de Saúde - 04 de junho:** Uma matéria para o portal da prefeitura da cidade de São Paulo apresentou o perfil atual e um pouco da história do HMG. Alguns números foram apresentados e a matéria foi publicada nos canais da secretaria de saúde. Os entrevistados foram a diretora geral Simone Araújo e o diretor médico Victor Panont.



**RH/DP e SESC Santo Amaro | Ação | Festa na Empresa – 04 e 05 de junho:** Nos dias 04 e 05 de junho, às 11h30 e às 15h realizamos a Oficina de Macramê para produção de colares e chaveiros utilizando técnicas manuais. Em parceria com o SESC Santo Amaro, durante os eventos também

promovemos o credenciamento e renovação de credenciais do SESC. Este recurso está disponível para todos os colaboradores do HMG, cônjuges, filhos, enteados, irmãos, netos e tutelados.



**SESMT | Treinamento | Treinamento de NR 23 - Combate ao princípio de incêndio – 04 de junho:** Treinamento sobre o manuseio dos equipamentos de combate a incêndio, sistema de proteção da edificação e fluxo do Ramal de Emergência (181).



**Brigada de Incêndio | Treinamento | Simulado de Abandono e Combate a Incêndio – 10 de junho:** O Simulado aconteceu nas alas Arara e Canário e visa colocar em prática as ações de Combate aos princípios de incêndio, táticas de abandono de área de modo seguro tanto para colaboradores e terceiros, quanto para pacientes e também na prestação de socorro a possíveis vítimas, visando a proteção à saúde dos usuários e pacientes do HMG. Equipes diurnas e noturnas nos dois plantões participaram da atividade.



**Gestão HMG | Atividade | Votação do Conselho Gestor – 12 de junho:** Votação do segmento trabalhadores para eleição dos novos membros do Conselho Gestor no HMG, mandato 2024-2026.



**SESMT | Ação | Vacinação contra Influenza – 12 de junho:** Nos dias 12 e 13, das 8h às 12h, o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realiza uma importante ação de vacinação contra a influenza, demonstrando mais uma vez seu compromisso com a saúde e o bem-estar de seus colaboradores e terceiros. Esta iniciativa é coordenada pela enfermeira do trabalho Juliana Marques, integrante do SESMT (Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho), em parceria com a UBS do Jardim Herculano. A ação visa proteger todos os profissionais que atuam no hospital, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.



**NSP | Alinhamento | Visita ao HDSA – 14 de junho:** Os membros do NSP do HMG realizaram visita técnica no Hospital Dia Santo Amaro (HDSA-INTS), no intuito de conhecer os fluxos da Unidade, apesar do HDSA ter um perfil diferente do HMG foi possível ter uma elucidação dos processos administrativos e assistenciais que englobam NSP e qualidade.



**Gestão HMG | Atividade | Votação do Conselho Gestor – 15 de junho: Votação do segmento usuários para eleição dos novos membros do Conselho Gestor no HMG, mandato 2024-2026.**



**NSP e Qualidade | Evento | VI Encontro dos Escritórios da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente – 18 de junho: A enfermeira do NSP, a gerente de enfermagem e a analista da qualidade, participaram do VI Encontro dos Escritórios da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente que ocorreu na Secretária Municipal da Saúde.**



**SESMT | Treinamento | Conceitos do PGRSS – 18 a 26 de junho:** O treinamento do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde) tem o objetivo de trazer a conscientização sobre boas práticas e identificação de material reciclável, segregação de descarte, acondicionamento e destinação final dos resíduos gerados.



**Humanização | Ação | Aniversário do paciente – 20 e 27 de junho: Celebramos os aniversários de dois pacientes em internação prolongada.**



**NSP e INTS | Auditoria | Processo interno de Qualidade – 20 de junho:** O Núcleo de Segurança do Paciente do HMG participou da auditoria mensal realizada pelo INTS – SEDE MORUMBI. Após análise dos processos nossa unidade obteve êxito completo, atingindo 100% de conformidades nos itens avaliados.



**NSP | Treinamento | Treinamento in loco NC/protocolos – 24 de junho:** O NSP realizou treinamento in loco nos setores, onde foi abordado às diferenças entre NC e ouvidoria; como acessar e realizar NC; uso do QR-code; plano de contingência; importância de realizar a NC para desenvolver ações e melhorar os processos dos cuidados assistenciais; como acessar e a importância de seguir os protocolos institucionais.



**SESMT | Atualização | Diálogo Semanal de Segurança do Trabalho NR 17 – 24 de junho:** Orientações sobre as boas práticas de postura corporal, alongamentos e descompressão durante a jornada de trabalho, com a aplicação do Relógio da Ergonomia (contém os horários e instruções para a execução dos procedimentos ergonômicos).



**Humanização | Visita | encontro do Comitê de Humanização da Saúde – 24 de junho:** Os hospitais Municipal de Guarapiranga (HMG) e Dia de Santo Amaro (HDSA) gerenciadas pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS), apresentaram nesta quinta-feira (20), suas iniciativas inspiradoras em humanização.

As comissões de humanização das duas unidades tiveram a oportunidade de apresentar suas atividades ao Comitê de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, num encontro, liderado pela coordenadora da SMS, Claudia de Crescenzo.

O encontro tem como principal objetivo promover uma roda de conversas para troca de experiências entre as unidades, inspirando aquelas que estão começando a implantar suas comissões de humanização.

Com a presença de representantes de diversas unidades que integram a rede assistencial do município, as unidades apresentaram as atividades e ações realizadas nos últimos meses dos seus projetos de humanização.



**Humanização | Ação | Café Acolhedor – 26 de junho:** A comissão de humanização da unidade visa proporcionar um ambiente acolhedor para familiares dos internados e promover a integração e o apoio emocional por meio de atividades dinâmicas. A iniciativa será realizada uma vez por mês, visando aproximar ainda mais os profissionais do HMG dos familiares dos pacientes. Essa proximidade é essencial para a humanização do atendimento hospitalar, criando um ambiente de confiança e empatia. A primeira edição foi marcada por momentos emocionantes e de grande interação, demonstrando o impacto positivo que o projeto pode ter na vida dos familiares dos pacientes da unidade. A expectativa é que, com o tempo, o evento se torne um marco importante na rotina do hospital, reforçando o compromisso do HMG com a humanização e a qualidade do atendimento.





**RH/DP | Ação | Certificado de promoção – 27 de junho:** o setor de Recursos Humanos do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou uma cerimônia especial para reconhecer e parabenizar os colaboradores que receberam promoção em suas funções. A iniciativa, idealizada pela diretora geral Simone Araújo, contou com a entrega de um certificado simbólico de reconhecimento e uma mensagem de congratulações.

O coordenador de RH, Dario P. dos Santos Filho, Divina Ismenia e Larissa Ferreira, junto aos gestores diretos responsáveis pelos colaboradores promovidos, fizeram a entrega pessoalmente. Este gesto simboliza o apreço e a valorização do hospital pelo empenho e dedicação de seus funcionários.



**Equipe Multi | Ação | Atividade Lúdica para pacientes – 28 de junho:** No dia 28 de junho, os fisioterapeutas e T.O. do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) promoveram um evento repleto de atividades lúdicas e terapêuticas para seus pacientes. O objetivo foi proporcionar momentos de diversão, interação e estimulação cognitiva, sempre alinhados ao cuidado humanizado que é marca registrada do HMG.

Os pacientes participaram de diversas atividades, incluindo pinturas com aquarela, jogo da memória, jogo de adivinhação, atividade de jogar a bola no bambolê e boliche. Todas as atividades foram planejadas para incentivar habilidades motoras e cognitivas de forma divertida e envolvente.



**Humanização | Ação | Festa Junina dos Pacientes – 28 de junho:** Um arraial animado que trouxe muita alegria e diversão para os pacientes das alas da unidade (Andorinha, Arara, Canário e João de Barro). Profissionais de saúde e pacientes interagiram de maneira descontraída, criando um clima de união e celebração. A programação incluiu pintura de rosto, distribuição de chapéus de palha, muita música de quadrilha e diversas brincadeiras que garantiram sorrisos e boas risadas. Uma dieta personalizada foi preparada para os pacientes, permitindo que todos aproveitassem as delícias juninas de forma segura e saudável.



**CCIH | Treinamento | Orientação Sobre Protocolo Seps e Deterioração Clínica – 28 e 29 de junho:** Orientação sobre protocolo seps e deterioração clínica.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório traz dados analisados do mês de maio de 2024 e apresenta os resultados do Hospital Municipal Guarapiranga, onde a gestão é realizada pelo INTS em parceria com a Secretária de Saúde do Município de São Paulo.

A gestão desenvolvida busca sempre o planejamento e as realizações das ações dos serviços públicos de saúde, por meio da organização, desenvolvimento e acompanhamento contínuo dos instrumentos e das ferramentas, que constituem e são utilizadas como diretrizes para as práticas de atendimento e de atenção à saúde desenvolvidas na Unidade de Saúde.

Os Resultados apresentados são realizados com o objetivo de trazer e proporcionar aos usuários um atendimento de qualidade, por meio de uma política de humanização com atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a prestação, humanização e ética.

São Paulo/SP, 10 de julho de 2024.

---

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS  
Unidade Hospital Municipal Guarapiranga

Simone Araújo  
Diretora Geral /INTS  
Hospital Municipal Guarapiranga



---

**Simone Araújo**  
**Diretora Geral**

## 9. ANEXOS

### Atas das reuniões das Comissões



<b>TIPO DE REUNIÃO:</b> Comissão de Proteção Radiológica	<b>REDATOR:</b> Bárbara Cristina Silvério	<b>DATA:</b> 11/06/2024	<b>INÍCIO:</b> 10h30	<b>TÉRMINO:</b> 11h00
---	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------

#### PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Quantitativo de exames nos últimos 3 meses;
- Informativos do setor de Radiologia.

#### PARTICIPANTES

Daniel Silva (Técnico de Radiologia); Jefferson Bezerra (Técnico de Segurança do Trabalho); Bárbara Cristina (Analista de Qualidade); Juliana Silva (RT de Fisioterapia) e Fábio Bueno (Supervisor de Enfermagem).

#### DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último trimestre:** Entrega da Certificação dos Coletes de Jumbo – EPI de Radiologia.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Daniel inicia a reunião lendo os informes do setor de radiologia, destacando que nos últimos meses houve alterações no quadro de funcionários, com a admissão de um novo profissional e a abertura de um processo seletivo interno para técnico de radiologia. Ele também informa que em abril foi realizada uma manutenção preventiva e que está agendada uma nova visita para manutenção no dia 17/06.

Bárbara complementa os informes, mencionando que Nilton elaborou dois documentos: o Protocolo de Contingência e o Protocolo de Emergência, que já estão em posse da equipe de qualidade para validação e inclusão na rede de documentos.

Na reunião, foi apresentado o número de exames e falhas na radiologia, conforme a tabela abaixo:

MESES	NÚMERO DE EXAMES	NÚMERO DE FALHAS
MARÇO	407	12
ABRIL	318	9
MAIO	384	9

Após a apresentação desses dados, Daniel expressa preocupação com o alto número de falhas nos exames de radiologia, destacando que muitas dessas falhas estão relacionadas à confirmação de passagem de sonda. Como plano de ação, ele informa que em julho será realizado um treinamento de atualização de protocolos e processos de radiologia para toda a equipe de técnicos de radiologia, administrado pelo responsável técnico do setor, Nilton.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados Paliativos – Encontro 04	Giovanna Baragatti	20/06/24	10h15	12h15

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

1. Dificuldade para abordagem de Diretivas Antecipadas de Vontade;
2. Discussões de caso (S.M.C.; L.S.B.; P.L.S.);
3. Discussão sobre a criação de um fluxograma para a comunicação com o paciente.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico /Vice-Presidente); Larissa Menezes (Psicóloga /Presidente); Giovanna Cardozo Baragatti (Psicóloga/1º Secretária); Dr. Jader Mychel Busoletto dos Santos (Médico/Membro); Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional e RT / Membro); Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta RT /Membro); Tamiris Demichili (Enfermeira do SCIH/Membro); Shirley Ferreira Schunck (Enfermeira Assistencial/Membro); Paulo Takeshi Izawa (Terapeuta Ocupacional/Membro); Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta/Membro); Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga/Membro); Patrícia Sodré (Nutricionista/Membro); Samara Beatris Oliveira Rodrigues (Fisioterapeuta/Membro); Milena de Souza Pereira (Fisioterapeuta/Membro); Talita Silva Correa (Psicóloga/Convidada); Maria Jaquedane Patrício (Assistente social RT/Convidada).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Os membros se reúnem para discutir sobre os impasses percebidos até então na abordagem de DAV dos pacientes, uma vez que a psicologia ficou responsável por puxar as discussões e a mobilização da equipe quando necessário, porém na prática percebe-se certa insegurança da equipe médica para abordar a questão diretamente com os pacientes. Ressalta-se a diferenciação entre a perspectiva da psicologia e da equipe médica durante a elucidação das diretivas antecipadas de vida, uma vez que, respectivamente, para uma importa qual é o desejo de morte do paciente, como o mesmo imagina ou fantasia a respeito, enquanto para a outra interessa qual é a evolução do quadro clínico específico do paciente e o que o mesmo pode precisar de dispositivos invasivos.

Neste sentido, o médico André Gasparoto reforça estar a disposição caso haja algum impasse com a equipe médica para abordar ou reabordar o paciente acerca das diretivas antecipadas de vida. Ressalta-se como o ideal seria termos um médico paliativista, porém não trabalhamos com uma equipe exclusiva para os cuidados paliativos, tendo como referência para discussão de cada caso o médico plantonista responsável. Salienta-se, ainda, que a investigação de diagnóstico é premissa em cuidados paliativos, uma vez que só podemos fechar um caso em CP por critérios clínicos.

A partir de então se discute sobre diferentes casos, a começar pelo do sr. S.M.C. (7931), que clinicamente não possui indicação para IOT e RCP. Pensa-se sobre a importância da comunicação diretiva, uma vez que o paciente é orientado e situado. A equipe reflete sobre a necessidade de a equipe multiprofissional assistencial ter uma conversa pré-conferência familiar para alinhamento acerca da comunicação. Paciente L.B. (9090), não está em cuidados paliativos, pensa-se na importância de discussão sobre o conforto alimentar do paciente. Paciente P.S. (9078), por ter uma doença renal crônica, é indicada palição a longo prazo, considerando inclusive a possibilidade de falha de acesso. Equipe reflete sobre o uso que tem sido realizado de contenção química e física, pensando-se a importância de sensibilização da equipe sobre o caso.

É expresso a urgência de rediscutirmos as pacientes que foram paliadas no setor Arara, pensando em divisões de profissionais para revisarem os prontuários e analisarem cada caso. Assim, pensa-se na possibilidade de dividir o número total de pacientes em cuidados paliativos na instituição para que cada membro da comissão possa analisar os prontuários e se responsabilizar de reabordar as DAV em equipe multiprofissional quando necessário.

Discute-se sobre a avaliação que a psicologia tem feito dos pacientes em cuidados paliativos de leitos de retaguarda, analisando pensamento crítico e compreensão dos pacientes acerca do quadro clínico e o interesse dos mesmos em saber mais a respeito. Os membros refletem sobre os impasses na comunicação com os pacientes, buscando ferramentas para

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de CCIH	Thais Amâncio dos Santos Moreira	12/06/2024	10:00h	11:00h

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de indicadores
- Apresentação fechamento Rota Sepse
- Time das mãos

**PARTICIPANTES**

Marina Amâncio (Farmacêutica), Paulo Rodrigo S. Barbosa (Analista), Thais Amâncio (Administrativo), Fabiane Erval C. de Souza (Enfermeira), Maria Cristina Souza Santos (Enfermeira), Thamires Diniz Santos (Supervisora), Raquel F. Macena Mauro (Coordenadora Enfermagem), Nicole Sacani Mariano (Médica), Sylvana Heodoso (Supervisora Enfermagem), Emilio Neto (Médico), Cíntia L. de Moraes (Médica), Erick Marcelo Rio Branco (Enfermeiro), Tais Assis Magalhães (Enfermeira), Adailde Silva (Enfermeira), Juliana Silva Santos (Fisioterapeuta), Shirley F. Schunck (Enfermeira), Mario Antônio Marcio Pinheiro (Enfermeiro), Fabio B. D. Silva (Enfermeiro), Vitor H. Mendes (Médico), Jader Mychel Santos (Médico).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores, onde os resultados mostraram um total de sete infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo duas infecções de corrente sanguínea na enfermaria Colibri e 5 na UTI Beija Flor, além de uma pneumonia relacionada a ventilação mecânica também da UTI Beija Flor. Além da apresentação dos indicadores de infecção, também foram apresentados os dados de consumo de álcool e sabonete do hospital como um todo e observado a queda do consumo mesmo após ação recente em maio sobre o dia mundial de higienização das mãos. Neste slide, prosseguimos com a sensibilização dos presentes em relação ao consumo de sabonete líquido e solução alcoólica e divulgamos a implantação do time de higienização das mãos que acontecerá no mês de julho. Após a apresentação dos indicadores gerais, apresentamos os dados qualitativos relacionados ao protocolo gerenciado da rota sepse que obteve um crescente aumento relacionado a adesão do protocolo porém identificamos muita dificuldade na captação dos dados adequados para análise e conclusão dos casos.

Abrimos em tela o checklist da rota sepse desenvolvido pelo Dr. Lucas explicamos que o mesmo foi direcionado os responsáveis para tratativa.

Enceramos a reunião convidando todos os médicos presentes a participarem do time de higienização e sensibilizando os gestores assistências sobre o aumento da densidade de incidência relacionado a PAV e IPCS.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Cuidados com a Pele	Pamela Viana Domingues	13/06/2024	12h00	13h00

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores de lesão por pressão em MAIO /24
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Controle dos colhões pneumáticos
- Plano de ação e oportunidades de melhorias .
- Treinamento SNE e GTT

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Vera Lucia Macedo (Enf SCIH), Lucas Teixeira Vieira (Medico Infectologista), Maria Cristina (Enf Seg Paciente), Carolina A Santos (Enf Auditora) Fabio Bueno Damasio (Sup enf), Fabiane C de Sousa (Enfermeira), Raquel F Macena (Coord de Enfermagem), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Adailde Silva Santos (enfermeira), Tamires Demichili (Enf Scih), Paulo Rodrigo Barbosa (Analista Qualidade), Shirley F Schunk (Enfermeira).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- Às 12h00 do dia 13 de junho de 2024, reuniram-se os citados acima, na sala aquário para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de maio, foi apresentado pela estomaterapeuta Pamela ao grupo os resultados dos indicadores de qualidade referente a lesões , sendo esses a taxa de lesões global e setorial e os números de lesões absolutas por setor, panorama de lesões de contexto global, foi tratado o assunto referente aos resultados de registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento do mês, a mesma enfatiza a necessidade de controle da quantidade de lançamentos que não foram realizados dentro do mês, e pede apoio da supervisão de enfermagem neste fluxo sobre a auditoria realizada para lançamentos dos retroativos, posteriormente Pamela apresenta o controle de consumo referente aos curativos e o controle referente aos colchões pneumáticos e reforça que continuamos apresentando problemas com mau uso dos e pede auxilio das demais áreas no controle dos mesmos e orientação a equipe para o uso adequado evitando danos, posteriormente é apresentado as metas em desenvolvimento para o grupo GACAP e as oportunidades de melhorias a serem trabalhadas no plano de ação de 2024, incluindo , manter o fluxo já implantado quanto a Auditoria mensal de Lesões, Auditoria de faturamento dos curativos , implantação do Safety skin e cronograma de avaliações e reavaliações e termômetro de lesões, foi demonstrado através das fotos a implantação de dos banhos de leito , Pamela fala sobre os resultados alcançados pelo Grupo Gacap referente ao Tratamento de lesões, foi apresentando quadro de fotos de lesões recuperadas intra- hospitalar, foi também reforçado por Pamela que sera realizado no mês treinamento para fixação de dispositivos de alimentação. finalizamos a reunião posteriormente .

<b>TIPO DE REUNIÃO:</b>	<b>REDATOR:</b>	<b>DATA:</b>	<b>INÍCIO:</b>	<b>TÉRMINO:</b>
Comissão de Ética de Enfermagem	Arlindo Vieira	19/06/2024	15:00	16:00

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Nova eleição de membros.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores; Cerimônia de posse no COREN dos novos eleitos da Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

A atual formação da Comissão de Ética de Enfermagem segue aguardando o retorno do COREN sobre a cerimônia de posse dos novos eleitos, para dar segmento às suas demandas.

Não houveram denúncias recebidas e nem ações realizadas pela Comissão no último mês.

**AÇÕES GERADAS**

O QUE	QUANDO	QUEM	STATUS
Treinamento in loco abordando temas DIREITOS: sigilo sobre o prontuário do paciente abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional	Abril/2024	Comissão	Pendente
Treinamento in loco abordando temas DEVERES: Registrar no prontuário e em outros documentos inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológicas, legível, completa e sem rasuras.	Mairo/2024	Comissão	Pendente
Promover ou ser conivente com injúria calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de enfermagem e de saúde organização de enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituição em que exerce sua atividade profissional.	Junho /2024	Comissão	Pendente

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1.

2.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Ética Médica	Fábio de Azevedo	11/06/2024	11h30	12h30

#### PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Ética no Uso de Novas Tecnologias e Telemedicina;
- Discussão sobre Prontuários Eletrônicos e Privacidade do Paciente.

#### PARTICIPANTES

Dr. Marcelo Araújo; Dr. Christopher Guerra; Dr. Thomaz Braga, Dr. Fábio de Azevedo e Dr. João Paulo.

#### DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientações Visita Multiprofissional – Cuidados Paliativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

A reunião teve início às 11h30 com a presença de todos os membros da Comissão de Ética Médica. Dr. Marcelo Araújo deu as boas-vindas e agradeceu a presença de todos.

#### PAUTA

##### DISCUSSÃO SOBRE PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS E PRIVACIDADE DO PACIENTE

- **Confidencialidade dos Dados:** Dr. Christopher Guerra destacou a importância de manter a confidencialidade das informações dos pacientes no prontuário eletrônico, enfatizando a necessidade de todos os profissionais de saúde seguirem estritamente as diretrizes de privacidade.
- **Medidas de Segurança:** Dr. Thomaz Braga comenta sobre a existência de um termo de confidencialidade de prontuário existente no hospital e a importância deste documento como medida de segurança ao paciente.

##### ÉTICA NO USO DE NOVAS TECNOLOGIAS E TELEMEDICINA

- **Implicações Éticas:** Dr. João Paulo discutiu as implicações éticas do uso crescente de telemedicina, ressaltando a importância de manter a mesma qualidade de atendimento que no atendimento presencial.
- **Adequação das Políticas:** Dr. Marcelo Araújo sugeriu uma pesquisa e leitura das atuais políticas e diretrizes sobre o uso de tecnologias digitais, para garantir que estejam alinhadas com as melhores

<b>TIPO DE REUNIÃO:</b> COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	<b>REDATOR:</b> Marina Amâncio	<b>DATA:</b> 12/06/2024	<b>INÍCIO:</b> 11:00h	<b>TÉRMINO:</b> 12:00h
--	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- ❖ Pendências da última reunião;
- ❖ Média de pacientes/mês;
- ❖ Consumo de itens (Curva A);
- ❖ Hemodiálise x Consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- ❖ Consumo de antimicrobianos da Curva A;
- ❖ Consumo anticoagulante;
- ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda;
- ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento;
- ❖ Queixas técnicas recebidas;
- ❖ Pedidos de padronização do mês.

**PARTICIPANTES**

Marina (Farmacêutica), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Vera (Enf. Vigilância epidemiológica), Tamiris (Enf. Vigilância epidemiológica), Dr. Lucas (Infectologista), Yuri (Compras), Jamile (Super. Nutrição), Anderson (Coord. Equipe Multiprofissional), Fabiane (Enf. NSP), Maria Cristina (Enf. NSP).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Pendências da última reunião:

- ❖ Discutir a respeito da padronização de shampoo e sabonete para uso individual, em substituição ao Kit Higiene;
- ❖ Realizar a solicitação da troca/ devolução do filtro de linha que temos em estoque que é incompatível com a máquina utilizada na Unidade;
- ❖ Acompanhar consumo do sabonete glicerinado para banho no leito, conforme uso das novas máquinas de banho.

Ações que foram geradas no último mês:

- ❖ Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/05/2024 a 31/05/2024 e foi evidenciado que houve um aumento do número em comparação com o mês anterior (abril/2024), mas ainda se mantendo na média do último trimestre;
- ❖ Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/05/2024 a 31/05/2024, assim como a quantidade de pacientes eletivos, e foi evidenciado um aumento do número em comparação ao mês anterior, o que explica o aumento de consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise, alfaepoetina, heparina e conjunto de linha arterial e venosa para hemodiálise;
- ❖ Consumo de medicamento, materiais de expediente, e dietas se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (março e abril/2024);
- ❖ Houve um aumento no consumo de sabonete líquido devido a recente instalação das máquinas de banho;
- ❖ Houve uma redução no consumo de ceftriaxona, relacionado ao último mês;

<b>TIPO DE REUNIÃO:</b> Comissão de Gerenciamento de Resíduos	<b>REDATOR:</b> Erick Henrique Martins Gomes	<b>DATA:</b> 12/06/2024	<b>INÍCIO:</b> 09:00	<b>TÉRMINO:</b> 10:00
--	---	----------------------------	-------------------------	--------------------------

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

1. Apresentação dos indicadores.
2. Inspeções mensais (checklist digital).
3. Descarte de pilhas e baterias (Almoxarifado).
4. Auditoria SEDE Morumbi (06-05-2024).
5. Projeto Hospital Saudável.

**PARTICIPANTES**

Bruno Alves Nascimento de Freitas, Erick Henrique Martins Gomes, Jefferson Bezerra Nascimento, Juliana Borges, Juliana Marques Cavallari, Vera Lúcia dos Santos Pereira Macedo, Raquel F. De Macena Mauro, Paulo Rodrigo, Thamires D. Santos, Tamiris Demichili, Dário P. Dos Santos Filho.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

No dia doze de junho de dois e vinte e quatro no auditório do “Aquário” reuniram-se os membros desta comissão para a realização da reunião ordinária, como segue abaixo:

Tópico 1. Sr. Bruno Nascimento apresentou a estratificação dos indicadores por setores, ex: BEIJA FLOR (Infectante), BEIJA FLOR (Comum), BEIJA FLOR Químico, BEIJA FLOR (Reciclável), discreta queda no volume total de resíduos gerados no HMG, indicativo de menos desperdício. Total de Resíduos Infectantes gerados na unidade teve uma redução nos meses de março, abril e maio (reformas em alguns setores, troca de piso, setor fechado). Total de Resíduos comum gerados na unidade apresenta pouca oscilação. Os Resíduos infectantes apresentaram queda em relação a meta estipulada de 12.500 kg, se mantendo abaixo de 11.200 kg, os resíduos comuns também apresentaram queda ficando abaixo de 16.189 kg (meta 16.500 kg), os resíduos recicláveis também ficaram abaixo dos 1.300 kg (meta 1.600 kg). Na sequência foi apresentada a estratificação da geração de resíduos por setor, sendo que o maior gerador de resíduo infectante é a UTI Beija Flor por conta do perfil dos pacientes. Aumento discreto na geração de resíduos recicláveis e comum. Resíduo infectante mantendo padrão de geração (UTI Beija Flor), Resíduo reciclável está aumentando a geração. Resíduo infectante e comum mantendo padrão de geração (Colibri), A redução no volume total gerado pode ser explicada porque esta Unidade esteve em reforma no mês de maio (Bem-Te-Vi), Redução no volume gerado pode ser explicada porque esta Unidade esteve em reforma no mês de maio (Sabiá), A Geração total de resíduos se mantém estável (Canário), a Geração total de resíduos Comum e Infectantes se manteve estável. Porém, é possível notar uma ascendência na geração dos reciclados, no mês de maio (Arara), a Geração total de resíduos Comum e Infectantes se manteve estável. Porém, é possível notar uma ascendência na geração dos reciclados, no mês de maio (João de Barro). A Meta é aumentar os resíduos recicláveis. O perfil de resíduos gerados pelos setores apresenta coerência em relação as quantidades. Realização de mapeamento de lixeiras por setores de acordo com a realidade.

Tópico 2. Elaborado no forms perguntas com base na segregação, transporte e identificação de resíduos, cada membro está dividido por setor para aplicação do checklist (<https://forms.office.com/r/EGgbZSFrr1>), inspeções estão sendo realizadas, porém ainda falta alguns membros aplicarem o checklist.

Tópico 3. Sr. Bruno Nascimento informa que o descarte de pilha não foi aceito no eco ponto, precisa ser verificado o fluxo de retirada dos resíduos (pilhas e baterias).

Tópico 4. Sr. Bruno Nascimento informa que a Auditoria SEDE Morumbi – 06/05/2024. **Item 13** (Existe Planejamento de

<b>TIPO DE REUNIÃO:</b> Comissão de Humanização – Encontro 37	<b>REDATOR:</b> Juliana Marques, Thiago Mancuzo	<b>DATA:</b> 12/06/2024	<b>INÍCIO:</b> 10h00	<b>TÉRMINO:</b> 11h30
---	---	----------------------------	-------------------------	--------------------------

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 36;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em junho.

**PARTICIPANTES**

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Larissa Alves (Psicóloga) / Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem) / Izadora Mariani (Secretária Executiva) / Thiago Tavares (Analista de Comunicação) / Wilma Correa (Analista de DP) / Paulo Rodrigo (Analista de Qualidade) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Kenia Mendes (Supervisora Administrativa) Fabiane Evol (Enfermeira NSP) / Maria Jaquedane (Assist. Social RT) / Simone Araújo (Dir. geral)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Área de convivência - painel; Oficina: cuidando de quem cuida; Cinema; Amigo PET; Projetos e fluxos de eventos de acolhimento familiar, aniversários de pacientes e colaboradores; Prontuário Afetivo e Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Missa, Dia das Mães, Dia do Cozinheiro, Semana da Enfermagem e Dia do Assistente Social.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião lendo as ações de junho /2024:

DATA	AÇÃO
06/06	Aniversário de 4 anos do HMG;
09/06	Dia do Cipeiro;
10/06	Dia do Profissional porteiro e Dia do faturista;
20/06	Dia do Vigilante;
24/06	Dia da mulher na engenharia;
26/06	Café Acolhedor.

**Aniversário de 4 anos do HMG:** Celebração realizada dia 06/06 com discurso dos diretores, diversos colaboradores do INTS e terceirizados, cantamos parabéns e ofertamos comes e bebes: bolo, doces, salgados, suco e refrigerante aos presentes. Como parte da integração e projeto do PET institucional, recebemos a visita do cão Kennedy para interagir com os colaboradores. Nos dias seguintes foi distribuído um brinde de recordação desta data.

**Dia do Cipeiro:** Foi distribuído um bombom com uma mensagem de reconhecimento ao trabalho prestado à instituição.

**Dia profissional porteiro, vigilante e faturista:** Foi enviado um card digital com uma mensagem de agradecimento pelos serviços prestados aos colaboradores que exercem as respectivas funções.

**Dia da Mulher na Engenharia:** Foi entregue um card digital para celebrar a data junto às colaboradoras que ocupam esta posição no HMG.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Medicinas Integrativas	Pamela Viana Domingues	13/06/2023	14h00	15h00

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas.
- Apresentação sobre Demência e sua relação com os alimentos.
- Apresentação referente ao trabalho com Ozonioterapia nos pacientes portadores de lesões;

**PARTICIPANTES**

Edson Kazuna Ono( Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão, Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Juliana Marques (Enf Trabalho ) Vanda Dias Vieira (Ouvidora), Nicole Caetano Teofilo (Aux ADM ), Eliana Cristina Silva (Enfermeira), Shirley Schunk (Enfermeira), Fabiane Evol (Enf Qualidade), Roberto Avelino ( Analista ADM)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em 13 de junho de 2024, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr. Edson inicia reunião falando sobre as políticas públicas referente a medicinas integrativas e o cenário atual de aplicação das PICS no Brasil, qual seu impacto na saúde em um contexto geral, Dr. demonstra sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, sendo elas a aplicação de Ozonioterapia no tratamento das feridas dos pacientes internados, Dr. Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com Demências, enfatiza assuntos relacionados a estilo e qualidade de vida relacionado a alimentação demonstrando os alimentos, o impacto que esses alimentos causam na saúde e suas consequências, finaliza sua apresentação. Encerramos a reunião as 15hs.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão do Núcleo de Educação Permanente	Monique Evelyn Aparecida de Souza	12/06/2024	15:00	16:00

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- 01- Indicadores Qualitativos.
- 02- Ações Realizadas.
- 03- Instituições de Ensino, que utilizam o nosso serviço de saúde, como campo de estágio.
- 04- Estágios por curso.
- 05- Quantidade de turmas.
- 06- Apresentação dos Gráficos De estágio.
- 07- Apresentação de fotos das ações e fotos dos alunos de estagio
- 08- Cursos pactuados PLAMEP (plano municipal de educação permanente)

**PARTICIPANTES**

Carolina Aparecida Silva Santos – enfermeira auditora. Monique Evelyn Aparecida de Souza – Administrativo-01º Secretário - Tamiris Michele Demichili – Enfermeira SCIH. Maria Cristina Souza Santos – Enfermeira Segurança do paciente – Dr Lucas Teixeira vieira – Médico infectologista – Divina Ismenia Rodrigues – analista de RH – Fabiane Evol Cavalcante de Souza – Enfermeira segurança do paciente – Jamile Renata Oliveira dos Reis – Supervisora de nutrição.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

No dia 12 de junho de 2024, a partir das 15 horas, iniciou-se a reunião da comissão permanente do núcleo de Educação Permanente, do Hospital Municipal Guarapiranga, sob a responsabilidade da Enfermeira Carolina Aparecida silva santos, na ausência do Enfermeiro do núcleo de educação permanente, por motivo de não ter o enfermeiro do núcleo de educação permanente temporariamente, no setor. Abriu-se a reunião por intermédio da utilização de meios digitais, slides, com a apresentação dos resultados mensais. Em seguida, a Enf. Carolina, apresenta os indicadores de maio em comparação com o mês de abril, citando a importância da participação da gestão e lideranças, no processo de Educação Permanente e desenvolvimento dos colaboradores, cita que a melhoria dos resultados se deu pela mudança de cultura da instituição e da participação das áreas, em treinamentos focais, com resultados positivos. Apresenta as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, em conjunto com outros setores, como o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, entre outros. A Enf. Carolina, cita as instituições de ensino, que realizarão atividades de formação acadêmica em nosso serviço no mês de maio, sendo elas: Universidade Santo Amaro- UNISA, Senac – Largo 13; Escola Técnica PROZ; Escola Técnica Sequencial das unidades Grajaú e Capão Redondo; Universidade Anhembi Morumbi e Universidade Paulista -UNIP, Escola Grau técnico. Os cursos foram: Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem; Graduação de Enfermagem; Graduação de Nutrição e Internato de Medicina. Enf. Carolina, cita que 242 alunos, realizaram atividades acadêmicas em nosso serviço de

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão Qualidade e Segurança do Paciente	Fabiane Evol C. de Souza	12/06/2024	08:00h	09:00h

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação membros e atribuições do NSP;
- Registro de não conformidades;
- Demonstrativo dos indicadores de maio/2024;
- Plano de ação;
- Ferramentas da Qualidade.

**PARTICIPANTES**

Maria Cristina (Enf. Seg. Paciente) / Fabiane Evol (Enf. Assistencial NSP) / Vera Lúcia (Enf. Vig. Epidemiológica) / Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional) / Carolina Santos (Enf. Auditora) / Raquel Macena (Coord. Enf.) / Pamela Viana (Enf. Estomaterapeuta) / Tamiris Demichili (Enf. Do SCIH) / Paulo Rodrigo (Analista Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A reunião foi iniciada às 08h20 pela Enfermeira Maria Cristina, que apresentou os membros do NSP e explicou sobre a RDC 36 e portarias da Anvisa relacionadas a segurança do paciente.

A Enfermeira Fabiane deu continuação à apresentação abordando dados de eventos adversos no contexto mundial, seguindo com a definição de segurança do paciente – OMS e finaliza com explicação das Não Conformidades (NC's) e reafirma que as mesmas não são de caráter punitivo para o colaborador.

A Enfermeira Maria Cristina apresenta os indicadores do mês de maio, iniciando pela origem do evento (indicador em que o colaborador preenche no momento da abertura da NC).

Em relação à origem das Não Conformidades, obtivemos os seguintes dados:

Quebra de processos: 43, Procedimento Assistenciais: 36, Flebite: 12, Medicções: 12, LLP: 4, Nutrição: 3, Queda: 3 e Comunicação Efetiva: 2.

Em relação às metas internacionais (indicador realizado pelas enfermeiras do núcleo), foram apresentados os seguintes números de registro de Não Conformidades:

Risco de Infecção: 56, Comunicação Efetiva: 25, Uso Seguro de Medicamentos 20, Outros: 5, LPP: 4, Queda: 3 e Cirurgia/Procedimento: 1.

A enfermeira Maria Cristina informa que nos meses seguintes o NSP não irá compartilhar o setor NOTIFICANTE das NC's, pois segundo relatos dos colaboradores nas visitas técnicas, eles deixam de relatar com medo de represálias de seu supervisor. A enfermeira Tamires discorda desta informação, pois acredita que saber quem está notificando faz parte de um processo de integração dos setores, destaca que os membros da SCIH devem receber as NC's em que envolvam risco de infecção. A coordenadora de enfermagem Raquel, salienta que se a SCIH for copiada, a mesma não deve responder pois a tratativa é da equipe de enfermagem.

Foi informado que será feito um período de teste, caso seja necessário o núcleo volta a informar o setor notificante.

Foi realizado um comparativo entre a quantidade e metas acometidas entre os meses de abril e maio de 2024. O número de NC's de relacionamento interpessoal diminuiu de 4 para 1.

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Revisão de Óbitos Junho de 2024.	Daniele de Mello Martorano	02/07/2024	15hs	15:40hs

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Discussão dos casos e planos de ação

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Melo (Coord. Da Enfermagem), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Daniela Scavone (Sup. De farmácia), Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enf. Vigilância)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A reunião foi iniciada às 15h pelo Dr. João.

Dr. João informou que ele e Dr. Thomaz realizaram a análise dos prontuários dos pacientes que evoluíram a óbito e não encontraram nenhum caso relevante que precisasse ser levado para a comissão.

Anderson sugeriu que 100% dos prontuários dos pacientes da UTI que evoluíram a óbito devem ser analisados, ressaltando que essa é uma das exigências da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e que a instituição está caminhando para esse processo.

Dr. João propôs que os casos sejam discutidos na comissão, e todos os presentes concordaram com a sugestão, incluindo os casos de pacientes paliativos.

Anderson apresentou dados referentes aos óbitos ocorridos no mês de maio:

**Total de Óbitos: 14**

**Faixa Etária:** 46 a 95 anos

**Causas Imediatas e Subjacentes:**

08 casos de insuficiência respiratória

01 caso de insuficiência cardíaca

01 choque cardiogênico

01 pneumonia bacteriana

01 insuficiência hepática aguda

01 infarto agudo do miocárdio

01 por senilidade

**Setores dos Óbitos:**

04 no setor Beija Flor

01 no setor Sanhaçu

02 no setor Sabiá

<b>TIPO DE REUNIÃO:</b> Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 34	<b>REDATOR:</b> Carolina Santos	<b>DATA:</b> 27/06/2024	<b>INÍCIO:</b> 10:00	<b>TÉRMINO:</b> 11:00
---	------------------------------------	----------------------------	-------------------------	--------------------------

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 34;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- Discussão de NC'S

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Mariana de Fatima (Enfermagem); e Gabriela Figueira (Faturamento)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Ações pendentes da última reunião:

- Sinalização da prescrição para medicamentos MAV;

Ações que foram executadas no último mês:

- Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos, Dr. André realizou a orientação aos médicos sobre o lançamento no sistema.
- Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: 2 NC'S discutidas.

Foi iniciada reunião informando que o pop de documentos relacionados a check-list de alta do paciente já esta com a qualidade para validação

Carol informa que procedimentos/dispositivos já foi dada orientação pelo Dr. André Panont com os médicos.

Carol informa que ainda há bastantes assinaturas pendentes e informa sobre as duas solicitações de prontuários que foram solicitadas na ultima semana para envio judicial, informa que tinha muitas assinaturas pendentes e foi realizada uma força tarefa para conseguir enviar prontuário sem pendencias de assinaturas, é informado que já ira enviar os vídeos nos grupos referente a orientação de como realizar as assinaturas e que junto com as funcionarias do faturamento será realizada orientação pelos setores.

Juliana (fisioterapia) aborda assunto referente a assinatura pendente de funcionários que entraram sem certificado digital, informa que não consegue realizar assinatura para esses funcionários, Carol informa que irá alinhar com Simone e Dr Victor sobre as impressões dessas evoluções para assinatura manual.

Mari informa que técnicos de enfermagem tem dificuldade ao realizar assinatura via código, ficou pendente verificar com setor da T.I pois pode ter ocorrido problema na certificadora.

Dr. Andre Gasparoto informa que nos prontuários auditados por ele ainda encontra a falta de documentos do paciente.

Ficou pendente verificar com Glaydson (T.I) sobre a devolutiva da eliminação de prontuário físico e verificar abas

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Comissão de Núcleo de Violência – Encontro 03	Talita Correa	24/06/24	10h00	11h00

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

1. Alinhamento dos propósitos da Comissão;
2. Apresentação e Revisão do POP do núcleo de violência;
3. Planejamento do fluxo de acolhimento em caso de identificação de violência.

**PARTICIPANTES**

Maria Jaquedane Patrício - Assistente Social (Presidente); Talita Silva Correa-Psicóloga Assistencial (1º secretário); Juliana Marques Cavallari-Enferm. Do Trabalho (membro); Larissa Menezes- Psicóloga Assistencial (membro); Giovanna Bagarati - Psicóloga Assistencial (convidado) e Paulo Tekashi-Terapeuta Ocupacional (convidado).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A presidente realizou uma fala introdutória sobre Núcleo de Prevenção de Violência e seus objetivos dentro da instituição, apresentando a criação do protocolo, sendo aberto espaço para discutirmos e revisarmos juntos enquanto comissão. Dentro dos tópicos do protocolo pensamos junto em como orientar e acolher os colaboradores da instituição em caso de necessitar abrir um SINAM para notificar alguma violência, seja ela trazida pelo (a) paciente ou quando o colaborador sentir-se que sofreu algum tipo de violência, seja pelo paciente e/ou acompanhante. No caso, aonde o colaborador sentir que sofreu alguma violência, seja ela qual for, à equipe de comissão acolherá este profissional e posteriormente será discutido e avaliado com os demais membros da comissão, para pensarmos em ações e orientações pertinentes a caso a caso.

Abordamos sobre o caso da paciente P.L.S, buscando sensibilização e ampliação das discussões em caso de violência, utilizando olhares e discurso da equipe. Elucidamos a possibilidade sobre os colaboradores terem acesso à ficha SINAN, e pensarmos em um fluxo para o acolhimento/direcionamento/preenchimento da ficha SINAN. Após o consenso de todos e a validação do protocolo, ficou pendente a validação e aprovação da Vera Lúcia, enfermeira do SCIH, equipe do Jurídico e RH.

Neste momento, considerando a responsabilidade dos participantes da comissão e a importância de replicar as discussões e os conhecimentos em relação às ações do NVP, combinamos que nos próximos encontros iremos pensar sobre promover e disseminar as informações e criação de treinamentos assertivos.