

MARÇO/2026



INSTITUTO NACIONAL  
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL



UNIDADE: Hospital Municipal  
Guarapiranga

CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 – SMS.G/AHM

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES** prestadas nas competências de **março de 2026**, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga, São Paulo/SP**, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

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

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

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

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

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

**CNES:** 0161438.

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

**FUNCIIONAMENTO:** Atendimento 24hrs, todos os dias.



Fonte: Imagens Internas

## EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

Ana Patrícia Barreto Palma – Gerente Administrativa;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem;

Eliane Fernandes Ribeiro – Coordenação de Enfermagem;

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem;

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional;

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos;

Robert da Silva – Coordenação Administrativa.

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia.

## COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade.

## SUMÁRIO

1.	<b>O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE</b> .....	16
2.	<b>HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA</b> .....	17
2.1.	<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b> .....	18
2.2.	<b>PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS</b> .....	19
2.3.	<b>DADOS DEMOGRÁFICOS</b> .....	21
3.	<b>ESTUTURA DO SERVIÇO</b> .....	23
3.1.	<b>RECURSOS HUMANOS</b> .....	23
3.1.1.	<b>Recursos Humanos</b> .....	26
3.1.2.	<b>Departamento Pessoal</b> .....	29
3.1.3.	<b>Medicina Ocupacional</b> .....	32
3.1.4.	<b>Segurança Do Trabalho</b> .....	35
3.2.	<b>APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO</b> .....	40
3.2.1.	<b>Radiologia</b> .....	40

3.2.2.	Laboratório .....	44
3.3.	<b>OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS</b> .....	48
3.3.1.	Nutrição .....	54
3.3.2.	Fisioterapia .....	59
3.3.3.	Serviço Social .....	65
3.3.4.	Psicologia .....	70
3.3.5.	Fonoaudiologia .....	79
3.3.6.	Terapia Ocupacional .....	85
3.3.7.	Terapias Alternativas .....	88
3.3.8.	Estomaterapia .....	91
3.4.	<b>SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA</b> .....	95
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) .....	95
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) .....	103
3.4.3.	Vigilância em Saúde .....	107
3.4.4.	NIR – Núcleo Interno De Regulação .....	111
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente .....	117
3.4.6.	Escritório de Gestão de Altas .....	122
3.5.	<b>SUPRIMENTOS</b> .....	129
3.5.1.	Farmácia .....	130
3.6.	<b>Compras</b> .....	134
3.7.	<b>INFRAESTRUTURA</b> .....	137
3.7.1.	Engenharia Clínica .....	138
3.7.2.	Manutenção Predial .....	141
3.8.	<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b> .....	144
3.9.	<b>OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS</b> .....	147
3.9.1.	Qualidade .....	147
3.9.2.	Faturamento .....	152
3.9.3.	Prestação De Contas .....	156
3.9.4.	Financeiro .....	159
3.9.5.	Patrimônio .....	161
3.9.6.	Contratos .....	162

3.9.7.	Hotelaria .....	168
3.9.8.	Recepção .....	176
3.9.9.	Portaria.....	178
3.9.10.	Jurídico .....	180
3.9.11.	Ouvidoria .....	184
4.	<b>MONITORAMENTO CONTRATUAL.....</b>	<b>190</b>
5.	<b>INDICADORES CONTRATUAIS.....</b>	<b>191</b>
5.1.	<b>INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS .....</b>	<b>191</b>
5.2.	<b>INDICADORES QUANTITATIVOS .....</b>	<b>194</b>
5.3.	<b>INDICADORES COMPLEMENTARES .....</b>	<b>198</b>
5.3.1.	<b>Gerenciamento De Resíduos.....</b>	<b>198</b>
5.3.2.	<b>Hemodiálise .....</b>	<b>199</b>
5.3.3.	<b>Hemocomponentes .....</b>	<b>200</b>
6.	<b>COMISSÕES .....</b>	<b>202</b>
7.	<b>AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....</b>	<b>203</b>
7.1.	<b>Indicadores .....</b>	<b>204</b>
7.2.	<b>Ações de Janeiro.....</b>	<b>205</b>
8.	<b>AÇÕES DE DESTAQUE.....</b>	<b>219</b>
9.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>219</b>
10.	<b>ANEXOS .....</b>	<b>221</b>
10.1.	<b>Atas das Comissões realizadas em janeiro .....</b>	<b>221</b>

### SUMÁRIO DE TABELAS

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

Tabela 8.	Indicadores de Departamento Pessoal .....	29
Tabela 9.	Indicadores Medicina Ocupacional .....	32
Tabela 10.	Indicadores Segurança do Trabalho .....	35
Tabela 11.	Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	41
Tabela 12.	Indicadores de Radiologia (Clínica Médica).....	41
Tabela 13.	Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor...	41
Tabela 14.	Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi...	42
Tabela 15.	Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados) .....	42
Tabela 16.	Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	42
Tabela 17.	Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	44
Tabela 18.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar) .....	49
Tabela 19.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica) .....	49
Tabela 20.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	50
Tabela 21.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	50
Tabela 22.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prologados) .....	51
Tabela 23.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria) .....	51
Tabela 24.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar) .....	55
Tabela 25.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	56
Tabela 26.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	56
Tabela 27.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	56
Tabela 28.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados) .....	57
Tabela 29.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria).....	57
Tabela 30.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar).....	60
Tabela 31.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica) .....	61
Tabela 32.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	61
Tabela 33.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	62

Tabela 34.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados) .....	62
Tabela 35.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria) .....	63
Tabela 36.	Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar).....	66
Tabela 37.	Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica) .....	66
Tabela 38.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 67	
Tabela 39.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 67	
Tabela 40.	Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	68
Tabela 41.	Indicadores de Serviço Social (Pediatria) .....	68
Tabela 42.	Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar).....	71
Tabela 43.	Indicadores de Psicologia (Clínica Médica) .....	72
Tabela 44.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor....	72
Tabela 45.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi....	73
Tabela 46.	Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados).....	74
Tabela 47.	Indicadores de Psicologia (Pediatria) .....	74
Tabela 48.	Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar).....	80
Tabela 49.	Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica) .....	80
Tabela 50.	Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 81	
Tabela 51.	Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 81	
Tabela 52.	Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados) .....	82
Tabela 53.	Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria) .....	82
Tabela 54.	Indicadores de Terapia Ocupacional .....	86
Tabela 55.	Indicadores de Terapias Alternativas .....	89
Tabela 56.	Indicadores de Estomaterapia.....	92
Tabela 57.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) .....	95
Tabela 58.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .....	96
Tabela 59.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor .....	97

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

Tabela 60.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi .....	97
Tabela 61.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	98
Tabela 62.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria) .....	99
Tabela 63.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar).....	103
Tabela 64.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica) .....	103
Tabela 65.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor .....	104
Tabela 66.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi .....	104
Tabela 67.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)	105
Tabela 68.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria) .....	105
Tabela 69.	Indicadores de Vigilância em Saúde .....	108
Tabela 70.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Geral) .....	112
Tabela 71.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica) .....	112
Tabela 72.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor .....	113
Tabela 73.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi .....	113
Tabela 74.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados) .	113
Tabela 75.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria) .....	114
Tabela 76.	Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	118
Tabela 77.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica).....	123
Tabela 78.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor .....	123
Tabela 79.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi .....	124
Tabela 80.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados) .	125
Tabela 81.	Indicadores de Número de paciente com pendências para alta.....	125
Tabela 82.	Indicadores de Farmácia.....	130
Tabela 83.	Indicadores de Compras .....	134
Tabela 84.	Indicadores de Engenharia Clínica.....	138

Tabela 85.	Indicadores de Manutenção Predial .....	142
Tabela 86.	Indicadores de Tecnologia da Informação .....	145
Tabela 87.	Indicadores de Qualidade.....	148
Tabela 88.	Indicadores de Faturamento .....	153
Tabela 89.	07 Procedimentos Faturados .....	153
Tabela 90.	Indicadores de Prestações de Contas.....	156
Tabela 91.	Indicadores do Financeiro .....	159
Tabela 92.	Indicadores do Patrimônio .....	162
Tabela 93.	Indicadores do Contratos .....	168
Tabela 94.	Indicadores da Rouparia.....	170
Tabela 95.	Indicadores de Higienização .....	174
Tabela 96.	Indicadores de Recepção.....	177
Tabela 97.	Indicadores de Portaria .....	179
Tabela 98.	Indicadores de Serviços Jurídicos .....	181
Tabela 99.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas .....	184
Tabela 100.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas .....	185
Tabela 101.	Indicadores de Contratuais Qualitativos .....	191
Tabela 102.	Indicadores de Contratuais Quatitativos.....	194
Tabela 103.	Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos .....	198
Tabela 104.	Indicadores de Serviços de Hemodiálise .....	199
Tabela 105.	Indicadores de Serviços de Hemocomponentes .....	200
Tabela 106.	Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	202

### SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Dimensionamento de Leitos.....	19
Gráfico 2.	Relação de CID's Registrados nos Atendimentos em março de 2026.....	20
Gráfico 3.	Atendimentos por faixa etária .....	21
Gráfico 4.	Atendimento por gênero .....	22
Gráfico 5.	Número de atendimentos x admissões x altas x transferências .....	22
Gráfico 6.	Turnover .....	27
Gráfico 7.	Número de treinamentos de RH .....	27
Gráfico 8.	Total de colaboradores .....	28

Gráfico 9.	Admissões .....	28
Gráfico 10.	Demissões .....	29
Gráfico 11.	Absenteísmo.....	30
Gráfico 12.	Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem .....	31
Gráfico 13.	Número de horas trabalhadas pela enfermagem .....	31
Gráfico 14.	Número de colaboradores de férias .....	32
Gráfico 15.	Análise de exames medicina ocupacional .....	33
Gráfico 16.	Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho .....	34
Gráfico 17.	Análise de afastamentos .....	34
Gráfico 18.	Número de dias perdidos .....	35
Gráfico 19.	Taxa de Acidentes .....	36
Gráfico 20.	Número de acidentes .....	37
Gráfico 21.	Taxa de Frequência de acidentes .....	37
Gráfico 22.	Número de EPI's distribuídos.....	38
Gráfico 23.	Treinamentos SESMT.....	38
Gráfico 24.	Número de não conformidade detectadas .....	39
Gráfico 25.	Número de intervenções ergonômicas .....	39
Gráfico 26.	Taxa de inspeções .....	40
Gráfico 27.	Taxa de falhas e repetições de exames (Geral Hospitalar).....	43
Gráfico 28.	Análise de quantitativo de exames (Geral Hospitalar) .....	43
Gráfico 29.	Análise de qualidade de exames de laboratório.....	45
Gráfico 30.	Sobras de tubos .....	45
Gráfico 31.	Tempo de espera, processamento e resposta .....	46
Gráfico 32.	Resultados críticos .....	46
Gráfico 33.	Eficiência na emissão de relatórios (TAT) .....	47
Gráfico 34.	Incidentes e/ou eventos adversos.....	47
Gráfico 35.	Quantitativos de exames.....	48
Gráfico 36.	Taxa de flebite (Geral Hospitalar).....	51
Gráfico 37.	Intervalo de substituição (Geral Hospitalar) .....	52
Gráfico 38.	Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar).....	52
Gráfico 39.	Saídas e óbitos .....	54

Gráfico 40.	Taxa de triagem e orientação .....	57
Gráfico 41.	Número de atendimentos .....	58
Gráfico 42.	Quantitativo de triagem, admissões e orientações .....	58
Gráfico 43.	Refeições.....	59
Gráfico 44.	IMC – Geral Hospitalar.....	59
Gráfico 45.	Taxa avaliação e alta funcional .....	63
Gráfico 46.	Quantitativo de atendimentos e procedimentos .....	64
Gráfico 47.	Número de intubações, extubações e falhas .....	64
Gráfico 48.	Média de pacientes em tratamento de fisioterapia.....	65
Gráfico 49.	Taxa de avaliação e alta planejada .....	69
Gráfico 50.	Número de casos de violência .....	69
Gráfico 51.	Produção do serviço social .....	70
Gráfico 52.	Taxa de evasão e desistência de tratamento .....	70
Gráfico 53.	Avaliações, intervenções e alta terapêutica .....	76
Gráfico 54.	Quantitativos de atendimentos .....	76
Gráfico 55.	Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	77
Gráfico 56.	Taxa de pacientes em cuidados paliativos (Retaguarda) .....	77
Gráfico 57.	Número de reuniões e conferências com familiares para fechamento de cuidados paliativos.....	78
Gráfico 58.	Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos ....	78
Gráfico 59.	Número de acolhimentos de óbitos e comunicação de más notícias.....	79
Gráfico 60.	Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial.....	83
Gráfico 61.	Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas .....	83
Gráfico 62.	Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos .....	84
Gráfico 63.	Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral.....	84
Gráfico 64.	Número de atendimentos e avaliações.....	85
Gráfico 65.	Número de altas da fonoaudiologia.....	85
Gráfico 66.	Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas.....	87
Gráfico 67.	Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional .....	87
Gráfico 68.	Produção da terapia ocupacional.....	88

Gráfico 69.	Hipnoterapia.....	90
Gráfico 70.	Cromoterapia .....	90
Gráfico 71.	Ozonioterapia .....	91
Gráfico 72.	Consumo de cilindro O <sup>2</sup> .....	91
Gráfico 73.	Taxas de lesão por pressão.....	93
Gráfico 74.	Prevalência de lesão por pressão .....	94
Gráfico 75.	Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão 94	
Gráfico 76.	Análise de lesões.....	95
Gráfico 77.	Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar) .....	100
Gráfico 78.	Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar) .....	100
Gráfico 79.	Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs .....	101
Gráfico 80.	Taxa de incidente de dano .....	101
Gráfico 81.	Número de visitas técnicas.....	102
Gráfico 82.	Classificação das não conformidades (Geral hospitalar) .....	102
Gráfico 83.	Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar) .....	103
Gráfico 84.	Número total de IRAS .....	106
Gráfico 85.	Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar.....	106
Gráfico 86.	Densidade incidência de IRAS .....	107
Gráfico 87.	Densidades de incidências.....	107
Gráfico 88.	Número de notificações realizadas.....	108
Gráfico 89.	Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG.....	109
Gráfico 90.	Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG .....	109
Gráfico 91.	Taxa de teste positivo para COVID .....	110
Gráfico 92.	Número de casos .....	110
Gráfico 93.	Notificações de violência.....	111
Gráfico 94.	Taxa de conversão de pacientes admitidos .....	114
Gráfico 95.	Tempo de solicitação x realização do cateter .....	115
Gráfico 96.	Admissões e readmissões nas 24hrs .....	115
Gráfico 97.	Análise de fichas CROSS .....	116
Gráfico 98.	Serviço de remoção de pacientes.....	116

Gráfico 99. atendimentos pelo NIR.....	117
Gráfico 100. Taxa de adesão nos treinamentos.....	120
Gráfico 101. Taxa de treinamentos previstos em LNT.....	120
Gráfico 102. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos.....	121
Gráfico 103. Número de treinamentos gerais e assistenciais.....	121
Gráfico 104. Número de participações e horas realizadas.....	122
Gráfico 105. Número de alunos em estágios.....	122
Gráfico 106. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido.....	126
Gráfico 107. Taxa de efetividade do plano terapêutico.....	127
Gráfico 108. Taxa de alta médica até 10hrs.....	127
Gráfico 109. Taxa de pacientes com alto tempo de internação.....	128
Gráfico 110. Taxa de acolhimento do serviço social.....	128
Gráfico 111. Taxa de plano de alta multiprofissional.....	129
Gráfico 112. Número de paciente com pendências para alta.....	129
Gráfico 113. Taxa de perdas de itens por validade/quebra.....	131
Gráfico 114. Taxa de itens sem movimentação de estoque.....	132
Gráfico 115. Taxa de empréstimos solicitados.....	132
Gráfico 116. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas.....	133
Gráfico 117. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas.....	133
Gráfico 118. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica.....	134
Gráfico 119. Lançamento de cotações.....	135
Gráfico 120. Total de ordens de compras geradas.....	135
Gráfico 121. Taxa de ordem de compras entregues no prazo.....	136
Gráfico 122. Percentual de entrega parcial.....	136
Gráfico 123. Percentual de economia mensal.....	137
Gráfico 124. Quantidade de compra emergencial.....	137
Gráfico 125. Taxa de ordem de serviços finalizadas.....	139
Gráfico 126. Tempo médio de atendimento de chamado (horas).....	139
Gráfico 127. Reincidência de manutenção corretiva.....	140
Gráfico 128. Taxa de disponibilidade do equipamento.....	140
Gráfico 129. Taxa serviços de engenharia clínica.....	141

Gráfico 130. Quantitativo de serviços de engenharia clínica .....	141
Gráfico 131. Taxa de ordem de serviços finalizadas .....	143
Gráfico 132. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos).....	143
Gráfico 133. Taxa serviços de manutenção predial .....	144
Gráfico 134. Quantitativo de serviços de manutenção predial .....	144
Gráfico 135. Quantitativo de chamados .....	146
Gráfico 136. Quantitativo de chamado totais e finalizados.....	146
Gráfico 137. Tempo médio de solução em horas.....	147
Gráfico 138. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo .....	149
Gráfico 139. Comissões .....	150
Gráfico 140. Documentos retroativos .....	150
Gráfico 141. Análise dos documentos de 2026.....	151
Gráfico 142. Análise de documentos DMAIS .....	151
Gráfico 143. Número de visitas e Auditorias externas.....	152
Gráfico 144. Número de orientações, treinamentos e reuniões.....	152
Gráfico 145. Quantitativo de AIH.....	154
Gráfico 146. Devolutivas SMS.....	154
Gráfico 147. Taxa de AIH .....	155
Gráfico 148. Pendências de assinaturas digitais .....	155
Gráfico 149. Procedimentos faturados em março de 2026.....	156
Gráfico 150. Índice de conformidade com o contrato de gestão .....	157
Gráfico 151. Número de auditorias externas .....	157
Gráfico 152. Taxa de não conformidades e retenções.....	158
Gráfico 153. Total de despesas quitadas no sistema da SMS .....	158
Gráfico 154. Índice de orçado x realizado .....	159
Gráfico 155. Taxa de execução orçamentária.....	160
Gráfico 156. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo.....	160
Gráfico 157. Análise das notas .....	161
Gráfico 158. Taxa de utilização de equipamentos.....	163
Gráfico 159. Índice de preciação.....	163
Gráfico 160. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos .....	164

Gráfico 161. Ordem de serviço corretivas.....	164
Gráfico 162. Ordem de serviço movimentações.....	165
Gráfico 163. Ordem de serviço de manutenção de mau uso.....	165
Gráfico 164. Ordem de serviço de corretivas.....	166
Gráfico 165. Quantidade de inservíveis.....	166
Gráfico 166. Taxa de tombamento de itens próprios e locados.....	167
Gráfico 167. Número de equipamentos cedidos para unidade.....	167
Gráfico 168. Taxa de ordem de serviços finalizadas.....	168
Gráfico 169. Índice de exatidão nos serviços prestados.....	169
Gráfico 170. Número de aditivos e contratos.....	169
Gráfico 171. Qualificação de prestadores de serviços críticos.....	170
Gráfico 172. Taxa serviços da rouparia.....	171
Gráfico 173. Taxa de enxovais recebidos com sujidade.....	172
Gráfico 174. Análise serviços de rouparia.....	172
Gráfico 175. Índice de relave.....	173
Gráfico 176. Dispensação de enxovais em março de 2026.....	173
Gráfico 177. Tempo de resposta a solicitações (em horas).....	174
Gráfico 178. Índice de limpeza.....	175
Gráfico 179. Índice de satisfação com a limpeza.....	175
Gráfico 180. Tempo de resposta a solicitações (em horas).....	176
Gráfico 181. Terminais de limpeza.....	176
Gráfico 182. Taxa de satisfação com a recepção.....	177
Gráfico 183. Número de visitantes e acompanhantes.....	178
Gráfico 184. Número de requerimentos de solicitações de documentos.....	178
Gráfico 185. Taxa de satisfação com a portaria.....	179
Gráfico 186. Número de ocorrências de segurança.....	179
Gráfico 187. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança.....	180
Gráfico 188. Taxa de cumprimento de prazos legais.....	182
Gráfico 189. Análise de notificações.....	182
Gráfico 190. Análise de ofícios.....	183
Gráfico 191. Número de processos trabalhistas.....	183

Gráfico 192. Produção Jurídico.....	184
Gráfico 193. Taxa de resolução .....	186
Gráfico 194. Taxa de reincidência .....	186
Gráfico 195. Taxa de devolutiva .....	187
Gráfico 196. Tempo médio de respostas em dias .....	187
Gráfico 197. Manifestações recebidas.....	188
Gráfico 198. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação) .....	188
Gráfico 199. Tipos de manifestações externas .....	189
Gráfico 200. Tipos de manifestações internas .....	189
Gráfico 201. Pesquisas .....	190
Gráfico 202. Taxa de ocupação.....	192
Gráfico 203. Índice de queda .....	192
Gráfico 204. índice de lesão por pressão .....	193
Gráfico 205. Taxa de devolutiva de ouvidoria .....	193
Gráfico 206. Taxa de apresentação de AIH .....	194
Gráfico 207. Número de paciente dia.....	195
Gráfico 208. Número de leito dia.....	195
Gráfico 209. Número de quedas.....	196
Gráfico 210. Casos de lesão por pressão .....	196
Gráfico 211. Devolutivas de ouvidoria.....	197
Gráfico 212. Número de AIH .....	197
Gráfico 213. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo .....	198
Gráfico 214. Produção de resíduos em março de 2026 .....	199
Gráfico 215. Análise de hemodiálise .....	200
Gráfico 216. Análise de hemocomponentes.....	201
Gráfico 217. Número de bolsas transfusionais .....	201

## 1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) é uma organização social sem fins lucrativos, certificada pelo CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde, com foco na pesquisa e inovação das melhores

práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades nas áreas de saúde no Brasil.

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

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

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

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

## 2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

O Hospital Municipal Guarapiranga deu início às suas atividades em junho de 2020 com a ativação de 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 20 leitos de Enfermaria para

pacientes acometidos pelo COVID-19. Em seu primeiro ano de atuação, a unidade ampliou seus leitos para 190 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 69 de enfermaria. Com a redução dos casos de SARS COVID-19, a partir de maio de 2022 o Hospital Municipal Guarapiranga passou a tornar um equipamento de saúde de 186 leitos, atuando em duas frentes:

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

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

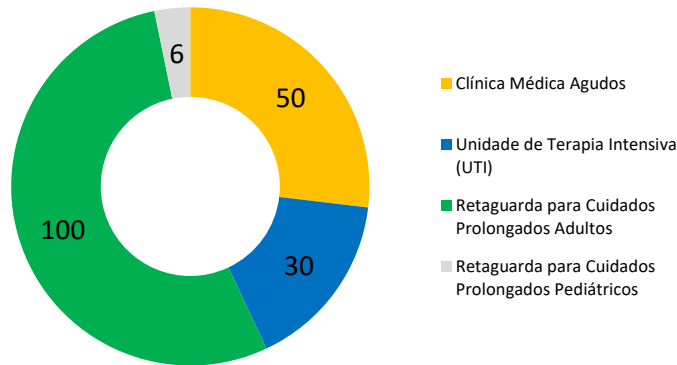
## 2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

### Distribuição de Leitos

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

Gráfico 1. Dimensionamento de Leitos

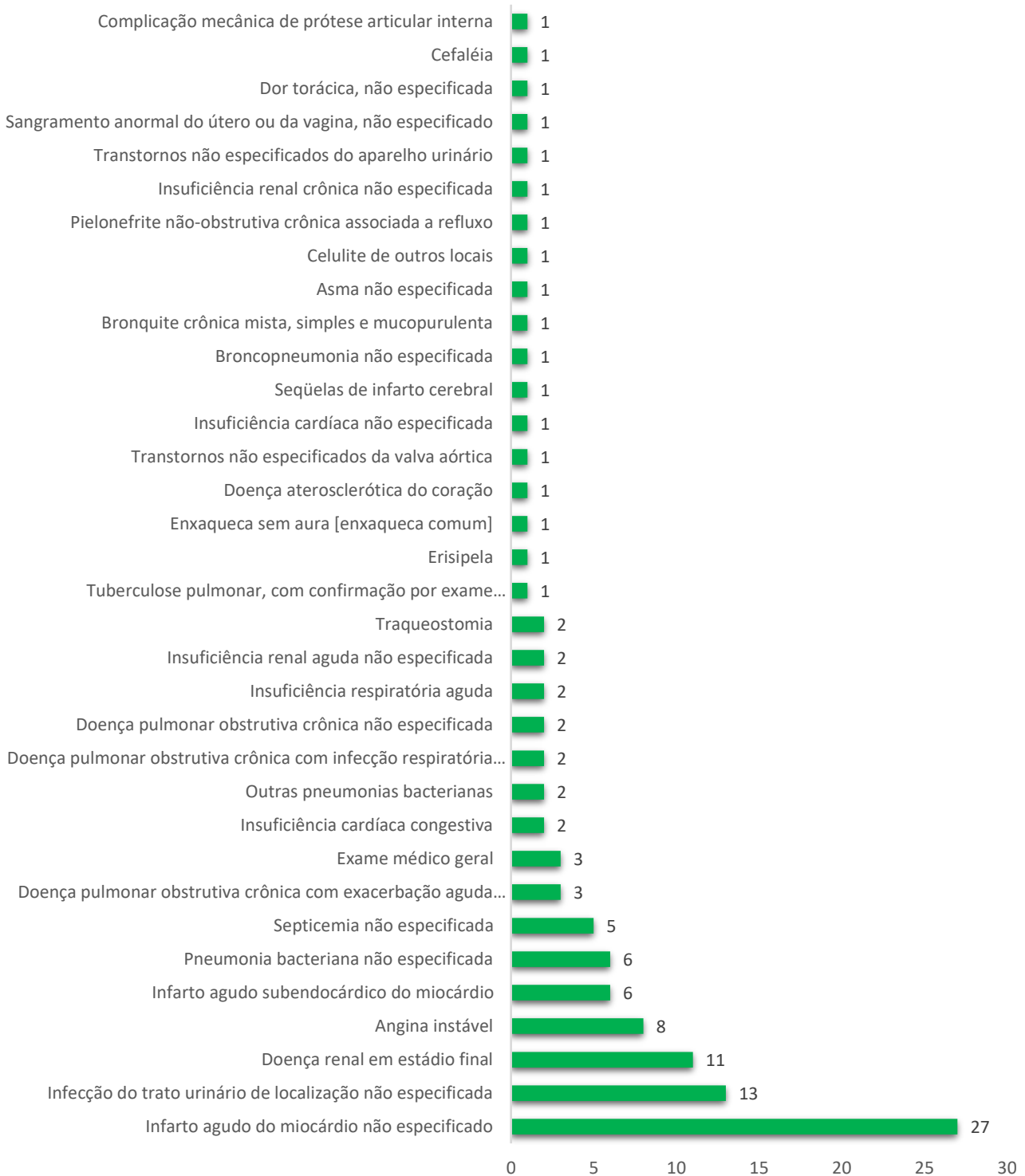


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

## 2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

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

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



Fonte: SMPEP.

### 2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

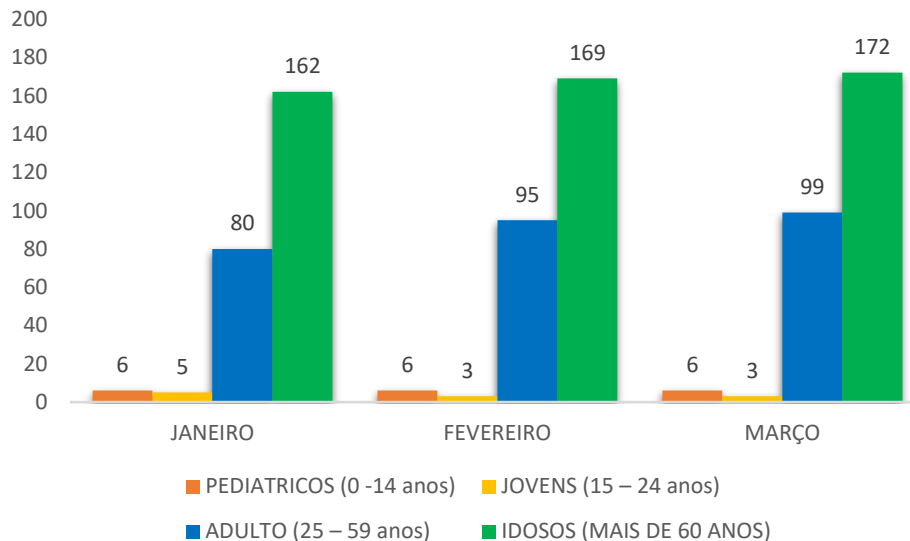
- Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

**Tabela 1. Atendimento por Faixa Etária.**

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

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 3. atendimentos por faixa etária**



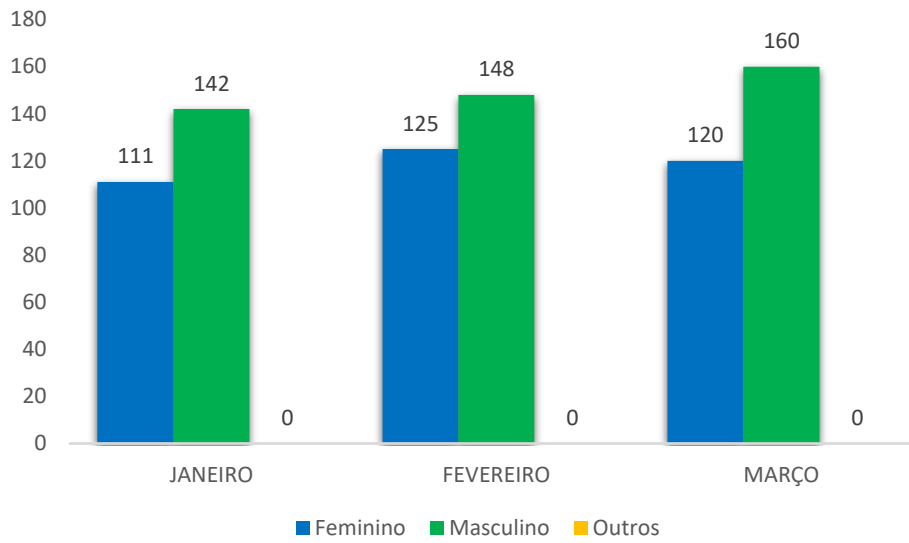
Fonte: SMPEP.

**Tabela 2. Atendimento por Gênero**

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

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 4. Atendimento por gênero**



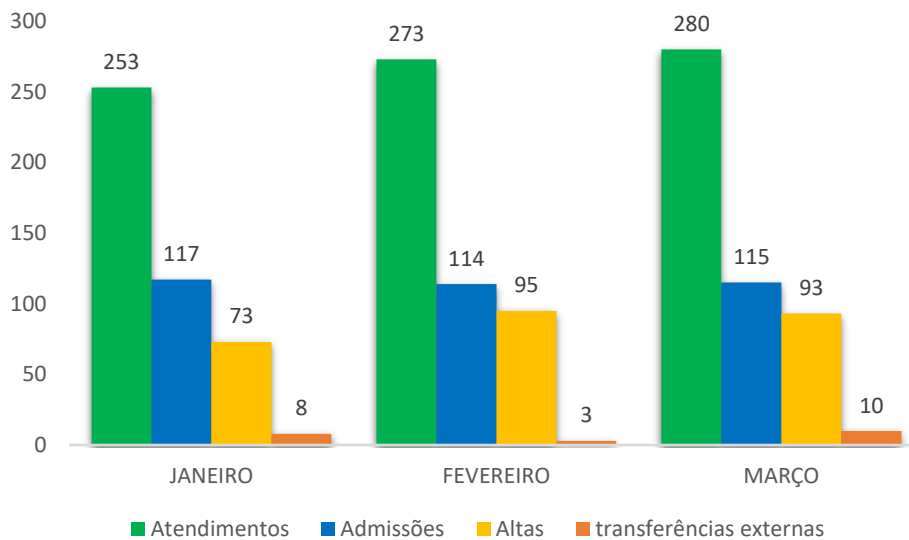
Fonte: SMPEP.

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

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

Fonte: SMPEP.

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



Fonte: SMPEP.

### 3. ESTRUTURA DO SERVIÇO

#### 3.1. RECURSOS HUMANOS

O Hospital Municipal Guarapiranga é composto por uma força de trabalho robusta, com aproximadamente 900 profissionais distribuídos em várias frentes de atuação, conforme quadro abaixo. Esses profissionais incluem equipes administrativas, assistenciais e de apoio. Contamos com uma equipe diversificada e especializada para atender as necessidades de saúde da população, garantindo um atendimento de qualidade. A integração e a colaboração entre as equipes administrativas, assistenciais e de apoio são fundamentais para o bom funcionamento da unidade.

**Tabela 4. Quantitativo de Recursos Humanos (Colaboradores Contratados CLT) no mês de março/2026**

FUNÇÃO	QTD COLABORADORES
ALMOXARIFE	1
ANALISTA ADM PLENO	7
ANALISTA ADMINISTRATIVO JR	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO SR	3
ANALISTA DE DP	2
ANALISTA DE QUALIDADE	2
ANALISTA DE RH	2
ANALISTA DE SAUDE SR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	8
ASSISTENTE DE DP	1
ASSISTENTE DE RH	1
ASSISTENTE FATURAMENTO	2
ASSISTENTE SOCIAL	7
ASSISTENTE SOCIAL RT	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR	8
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PLENO	12
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	11
AUXILIAR FARMACIA	23
AUXILIAR JURIDICO	1
AUXILIAR LAVANDERIA	12
COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO	1
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	2
COORDENADOR DE FARMACIA	1
COORDENADOR DE RH	1

COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT	1
DIRETOR GERAL	1
DIRETOR TECNICO	1
ENCARREGADO (A) OUVIDORIA	1
ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
ENFERMEIRO	92
ENFERMEIRO ADMINISTRATIVO	2
ENFERMEIRO CCIH	1
ENFERMEIRO CME	1
ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1
ENFERMEIRO(A) ESTOMATERAPEUTA	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
FARMACEUTICO	9
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	58
FONOAUDIOLOGO	1
FONOAUDIOLOGO RT	0
GERENTE ADMINISTRATIVO	1
GERENTE DE ENFERMAGEM	1
JOVEM APRENDIZ	6
MOTORISTA	0
NUTRICIONISTA	10
PSICOLOGO HOSPITALAR	6
PSICOLOGO RT	1
SECRETARIA EXECUTIVA	1
SUPERVISOR (A) NUTRICAÇÃO RT	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	8
SUPERVISOR DE FARMACIA	1
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT	1
SUPERVISOR DE SAUDE	1
SUPERVISOR OPERACIONAL	1
SUPERVISOR QUALIDADE	1
SUPERVISOR TI	1
TECNICO DE INFORMÁTICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	2
TECNICO ENFERMAGEM	260
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>612</b>

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

**Tabela 5. Serviços Médicos no mês de março/2026**

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

Fonte: Relação de Colaboradores – GlobalMed.

**Tabela 6. Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de março/2026**

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

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

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

### 3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

**Tabela 7. Indicadores de Recursos Humanos**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
<b>TURNOVER TOTAL</b>	<5%	2,28%	3,04%	3,27%
<b>TURNOVER ENFERMAGEM</b>	<5%	3,40%	3,71%	2,12%
<b>NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH</b>	Quanto maior, melhor	0	0	1
<b>NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS</b>	Neutro	10	10	25
<b>NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM</b>	Neutro	9	10	16
<b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO</b>	Neutro	635	624	612
<b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS</b>	Neutro	277	277	277
<b>NÚMERO DE DEMISSÕES A PEDIDO DO COLABORADOR</b>	Quanto menor, melhor	11	5	11
<b>NÚMERO DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA</b>	Quanto menor, melhor	9	13	4
<b>NÚMERO TOTAL DE DEMISSÕES</b>	Quanto menor, melhor	20	18	15

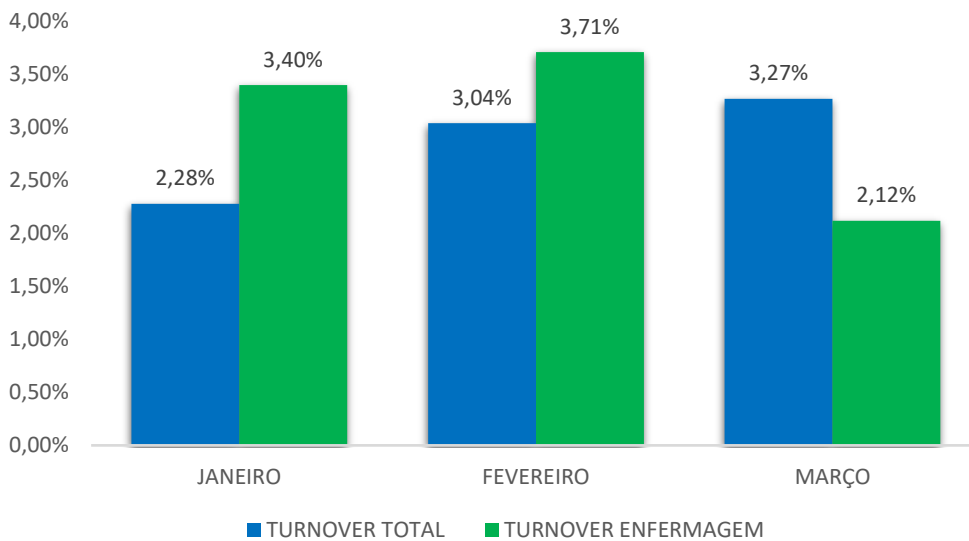
<b>NÚMERO DE DEMISSÕES ENFERMAGEM</b>	Quanto menor, melhor	14	15	10
<b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES ENFERMAGEM</b>	Quanto menor, melhor	338	337	362

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

### ANÁLISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

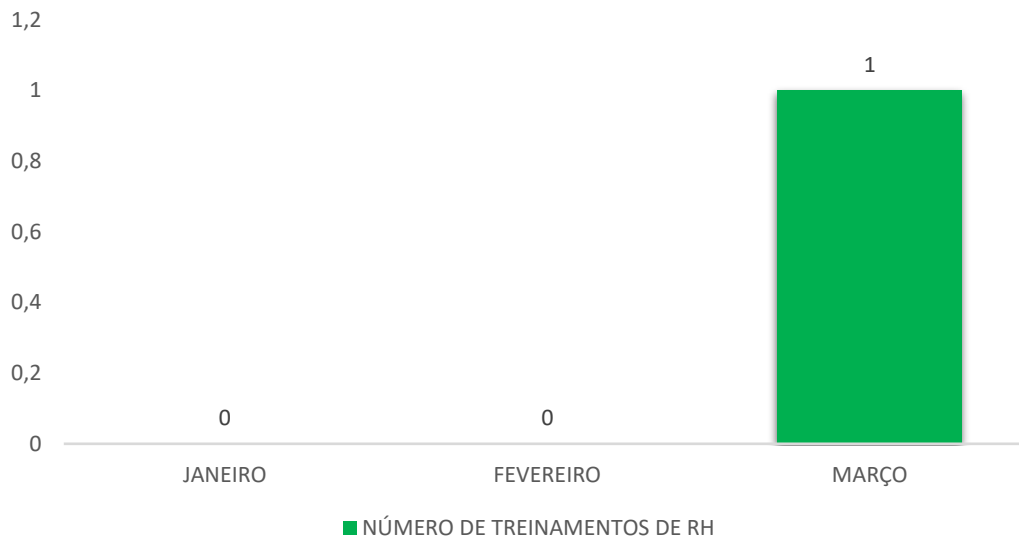
Neste mês de março de 2026, tivemos administrado pela SEDE o treinamento a liderança sobre medidas disciplinares.

**Gráfico 6. Turnover**



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

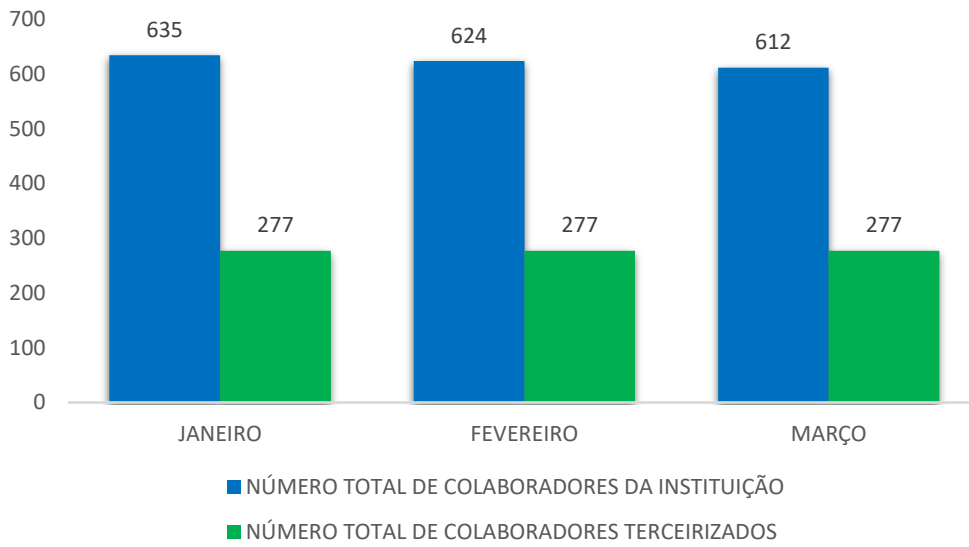
**Gráfico 7. Número de treinamentos de RH**



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

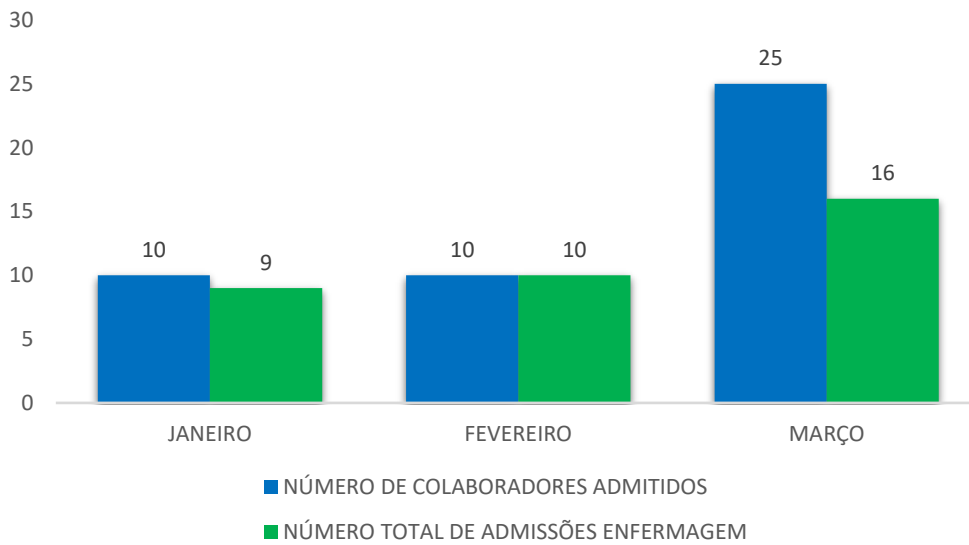
Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

**Gráfico 8. Total de colaboradores**



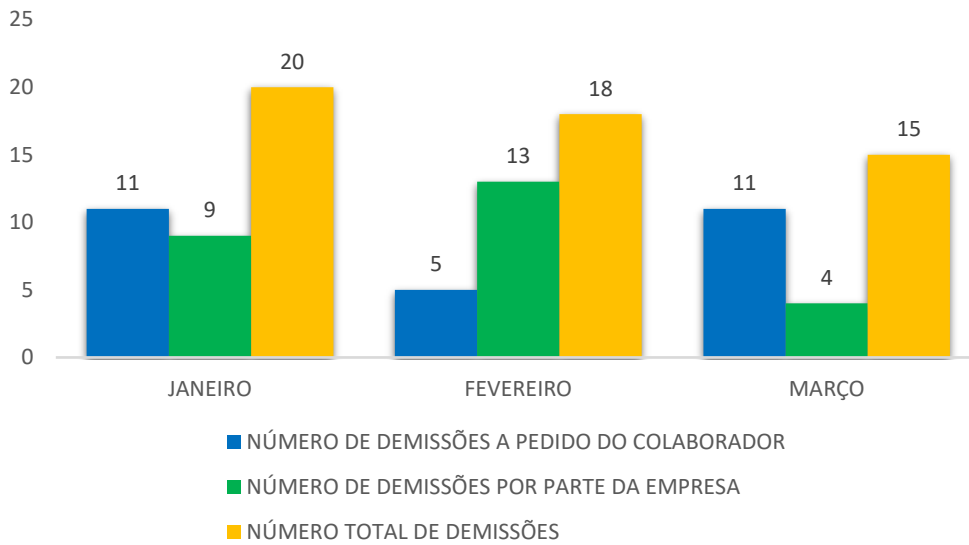
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 9. Admissões**



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

Gráfico 10. Demissões



3.1.2. Departamento Pessoal

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

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

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

Tabela 8. Indicadores de Departamento Pessoal

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE ABSENTÉISMO GERAL	< 6%	4,19%	4,32%	6,79%

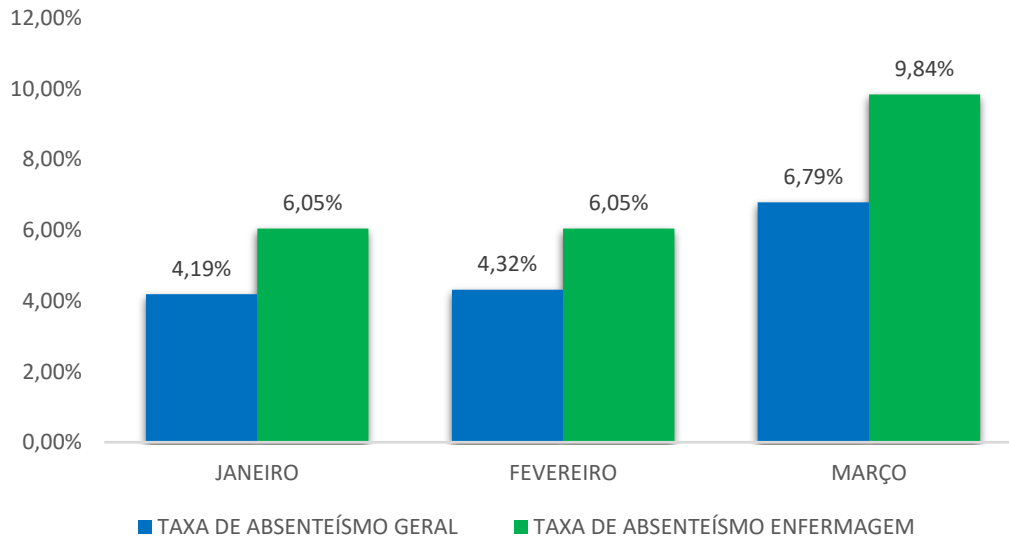
TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM	< 8%	6,05%	6,05%	9,84%
TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 85%	93,95%	93,05%	90,16%
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 51.448h	49536	49156	50915
NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS	Quanto menor, melhor	54	41	42

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

### ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

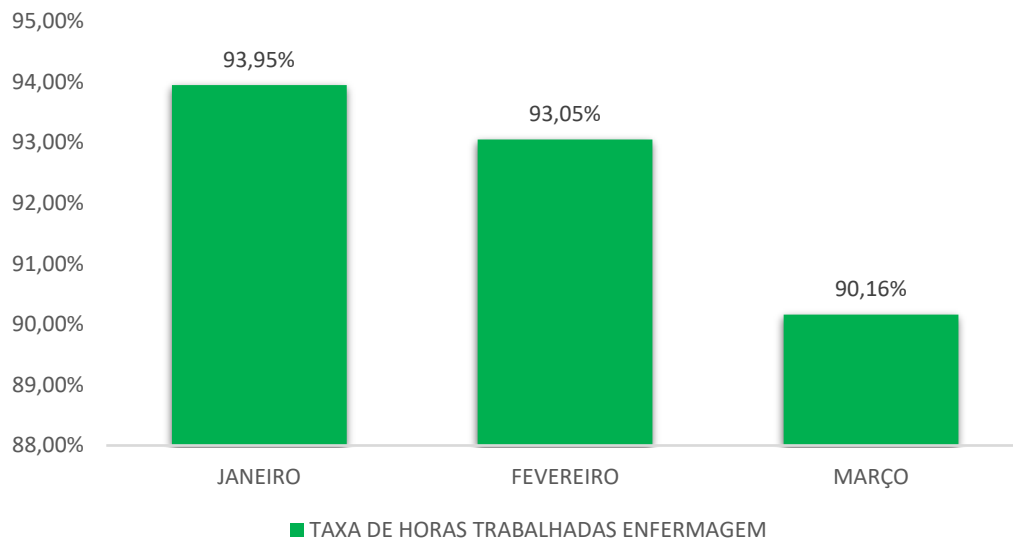
A análise do indicador demonstra que houve aumento no número de colaboradores de Enfermagem, passando de 337 em 02/2026 para 362 em 03/2026, refletindo no crescimento das horas planejadas. Entretanto, o aumento do absenteísmo impactou diretamente na redução das horas efetivamente trabalhadas, influenciando negativamente o desempenho de taxa de horas trabalhadas.

Gráfico 11. Absenteísmo



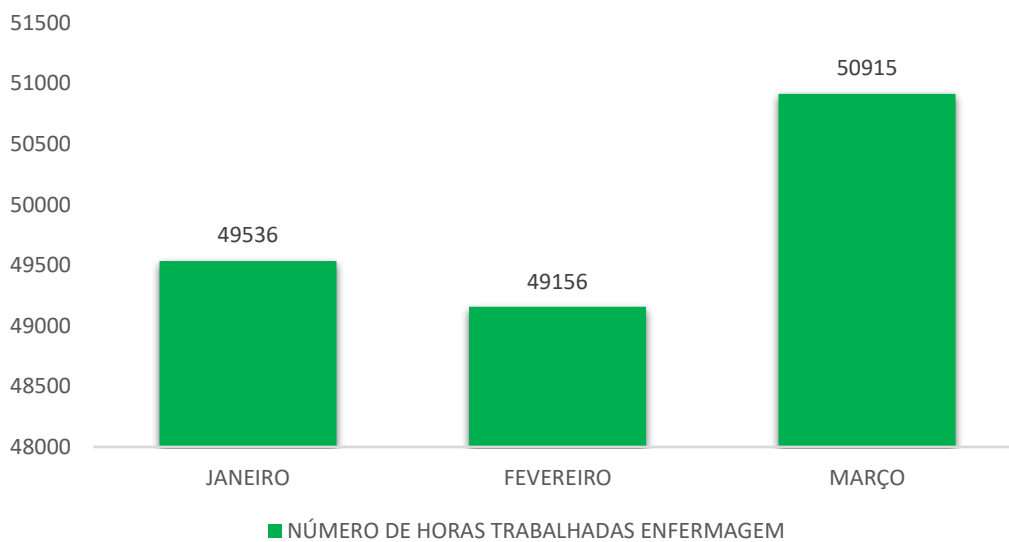
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 12. Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem**



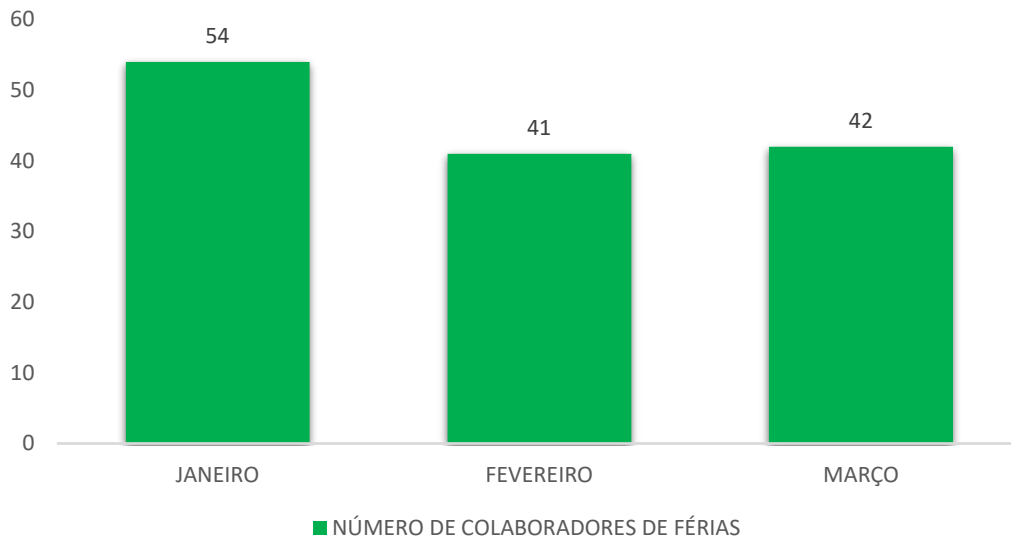
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 13. Número de horas trabalhadas pela enfermagem**



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

**Gráfico 14. Número de colaboradores de férias**



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

### 3.1.3. Medicina Ocupacional

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

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

**Tabela 9. Indicadores Medicina Ocupacional**

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

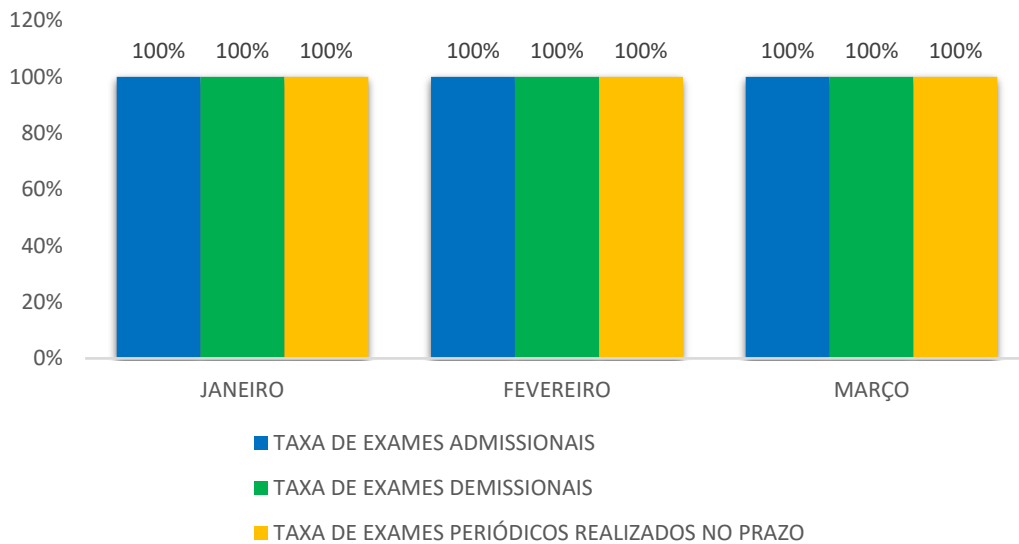
NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS	Quanto menor, melhor	395	425	437
NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)	Quanto menor, melhor	22	20	21
NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)	Quanto menor, melhor	9	10	11
NÚMERO DE AFASTADOS (LICENÇA A MATERNIDADE)	Quanto menor, melhor	10	7	7
NÚMERO DE ATESTADOS POR SÍNDROME GRIPAL	Quanto menor,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

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

### ANÁLISE CRÍTICA – MEDICINA OCUPACIONAL

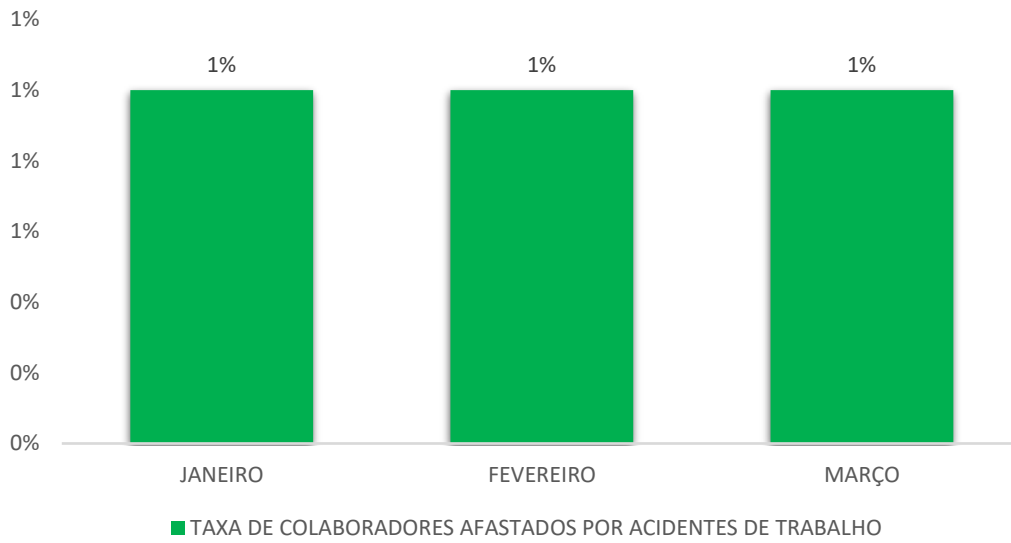
Analisando o número elevado de atestados médicos, foi iniciado plano de ação conjunto entre a gestão de Enfermagem e o RH, com abordagens nos plantões, escuta ativa dos colaboradores e realização de palestras sobre engajamento e pertencimento institucional, visando compreender as causas e promover melhoria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

Gráfico 15. Análise de exames medicina ocupacional



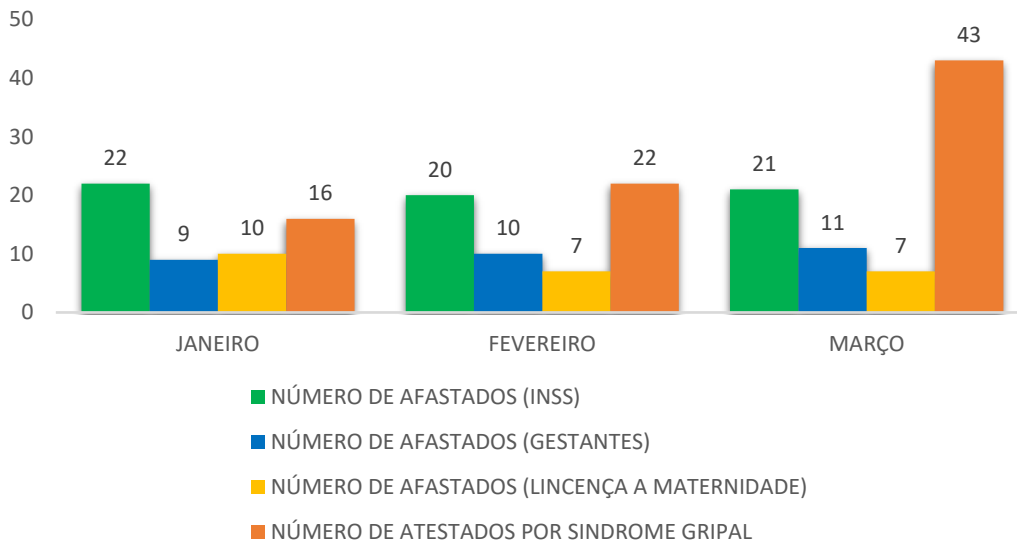
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 16. Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho**



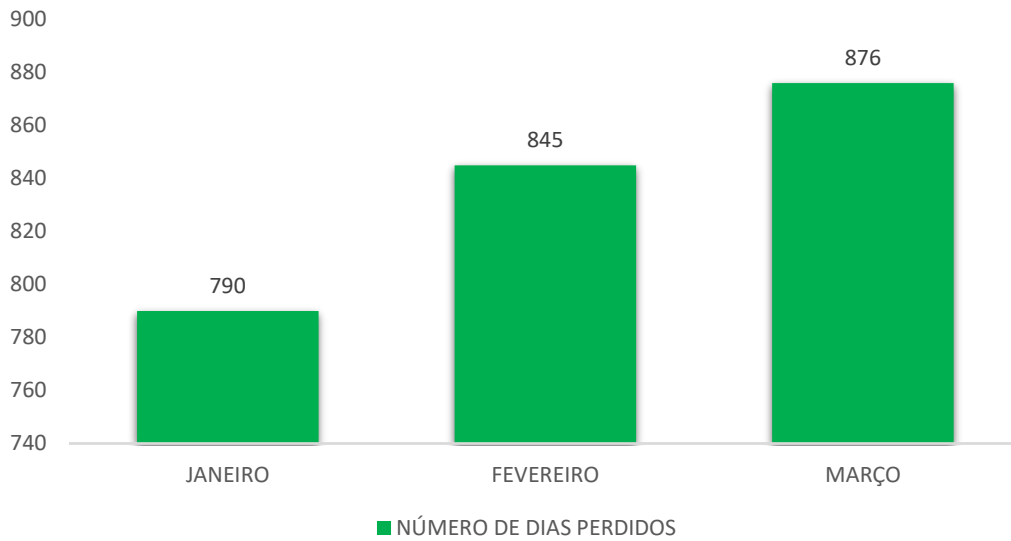
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 17. Análise de afastamentos**



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

Gráfico 18. Número de dias perdidos



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

### 3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

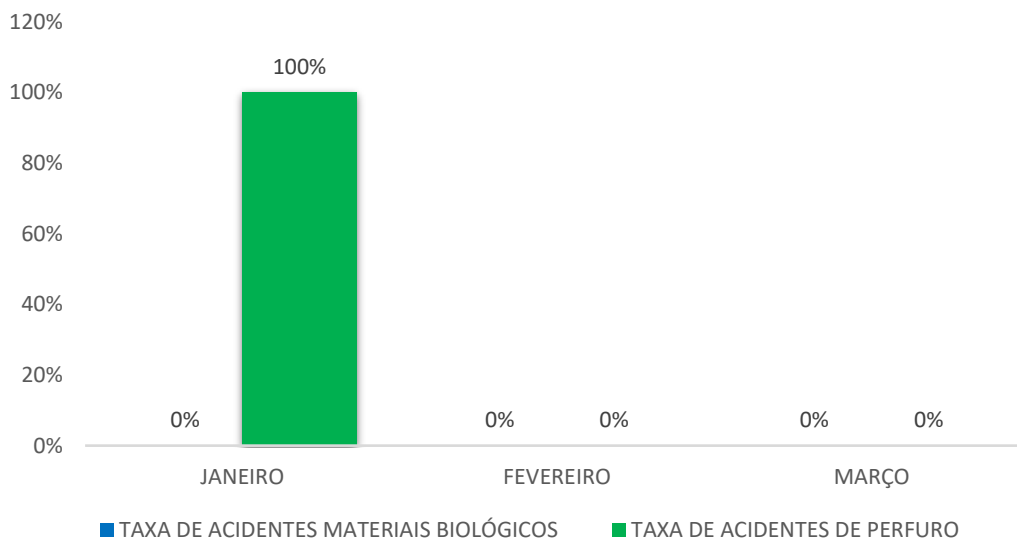
Tabela 10. Indicadores Segurança do Trabalho

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE ACIDENTES MATERIAIS BIOLÓGICOS	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACIDENTES DE PERFURO	0%	100%	0%	0%
TAXA DE INSPEÇÕES	100%	100%	100%	100%
TAXA DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES	< 40%	0,31%	0%	0%

NÚMERO DE EPI'S DISTRIBUÍDOS	Quanto maior, melhor	96	61	166
NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS PELO SESMT	Quanto maior, melhor	13	14	58
NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES NOS TREINAMENTOS	Quanto maior, melhor	503	569	574
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS	Quanto maior, melhor	10	10	18
NÚMERO DE INTERVENÇÕES ERGONÔMICAS	Quanto maior, melhor	20	57	10
NÚMERO TOTAL DE ACIDENTES	Quanto menor, melhor	2	0	0
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	Quanto menor, melhor	0	0	0

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

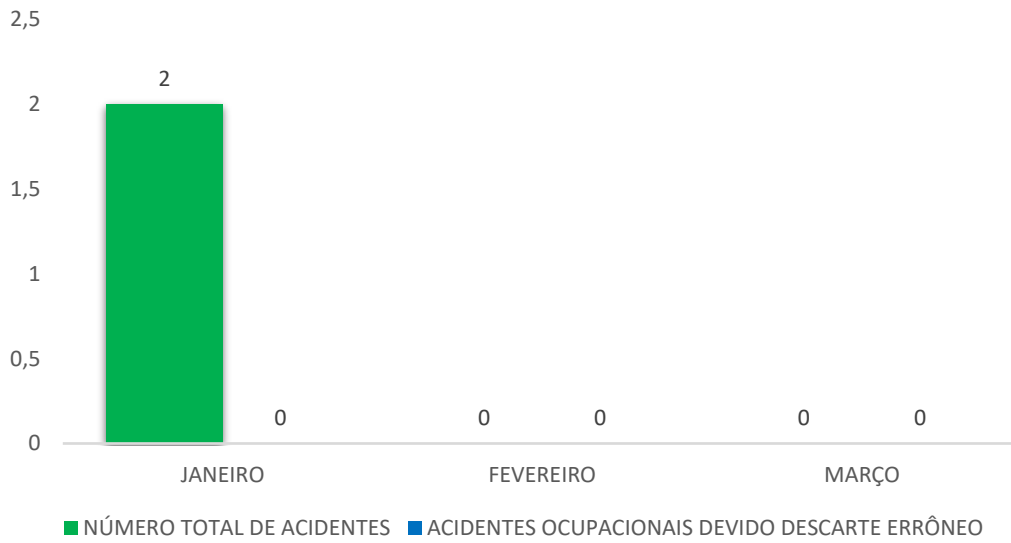
**Gráfico 19. Taxa de Acidentes**



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

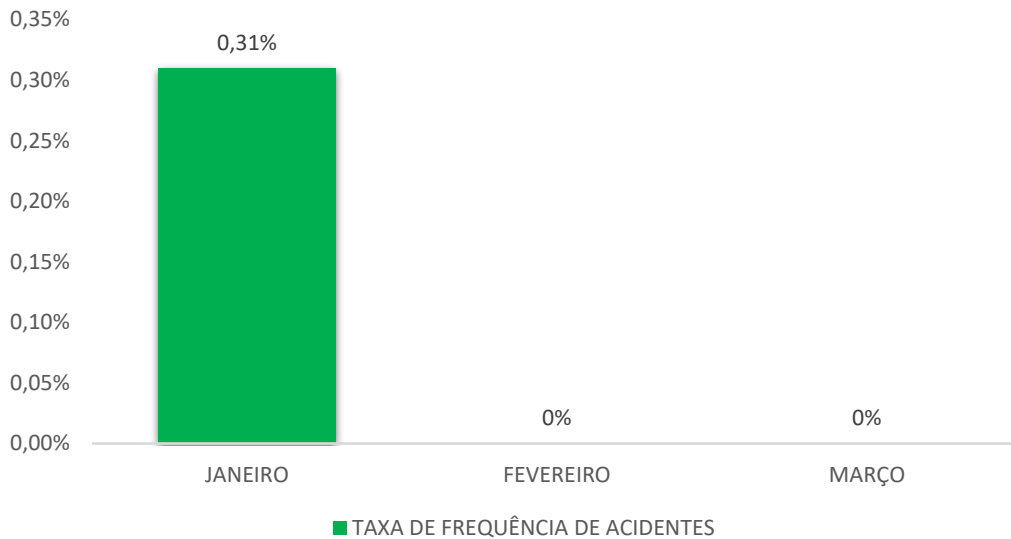
Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

Gráfico 20. Número de acidentes



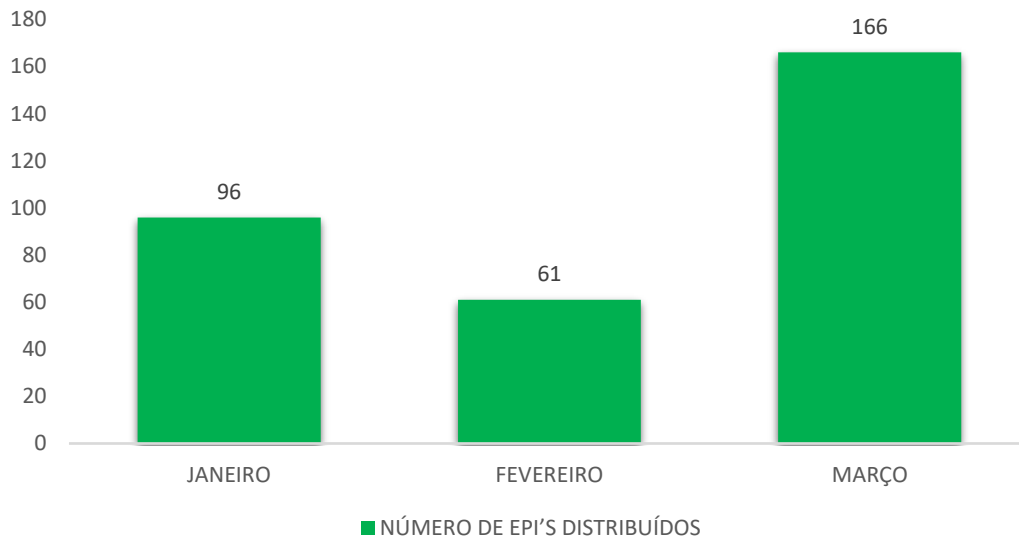
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21. Taxa de Frequência de acidentes



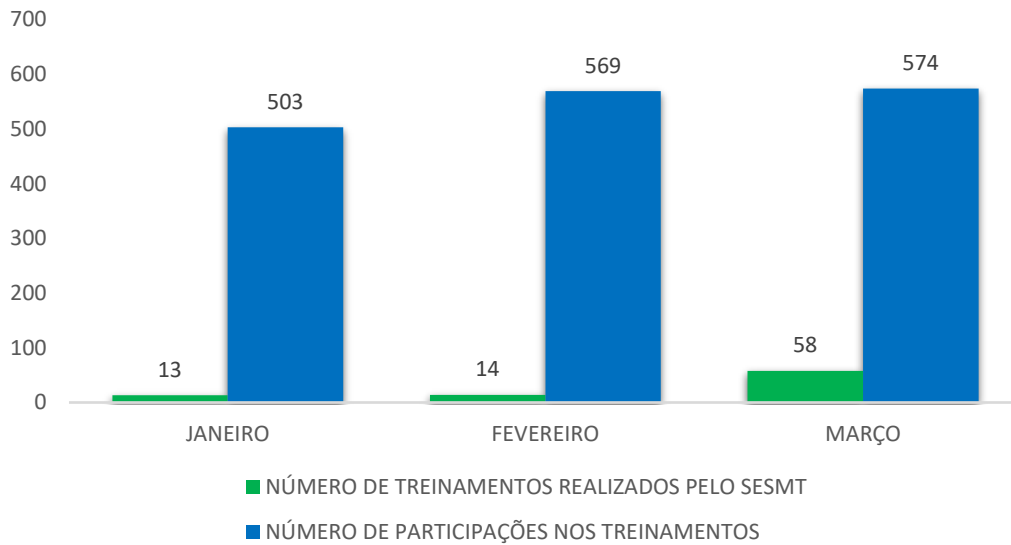
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 22. Número de EPI's distribuídos**



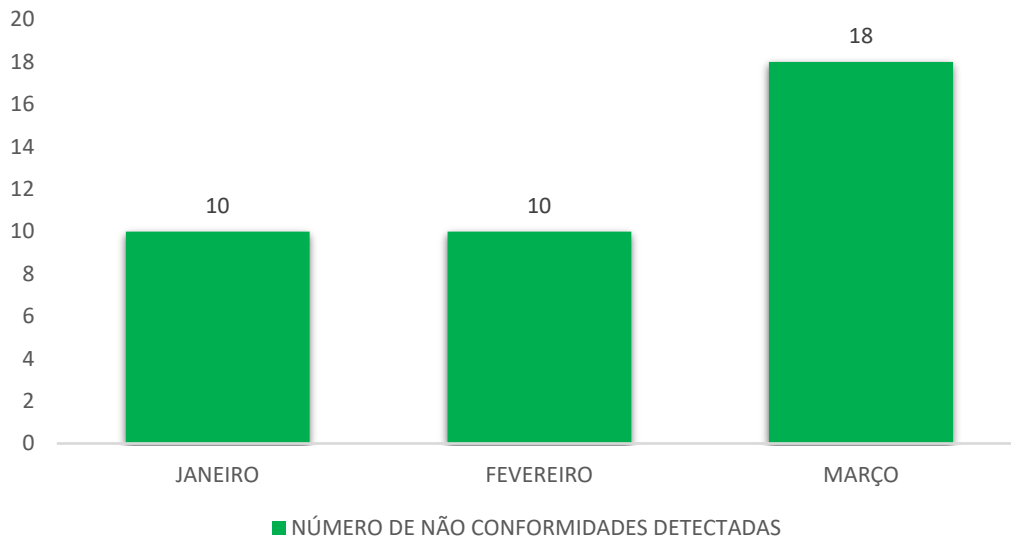
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 23. Treinamentos SESMT**



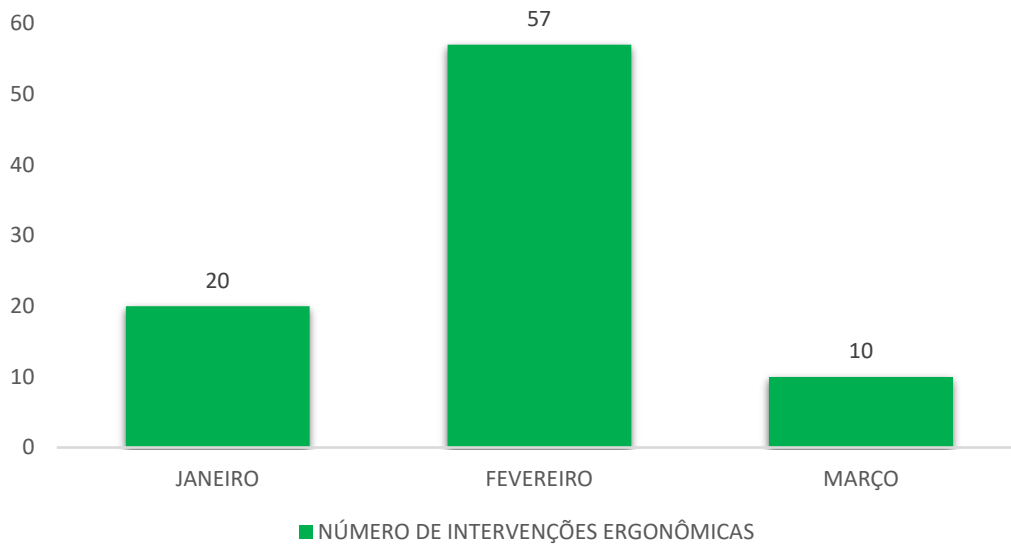
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24. Número de não conformidade detectadas



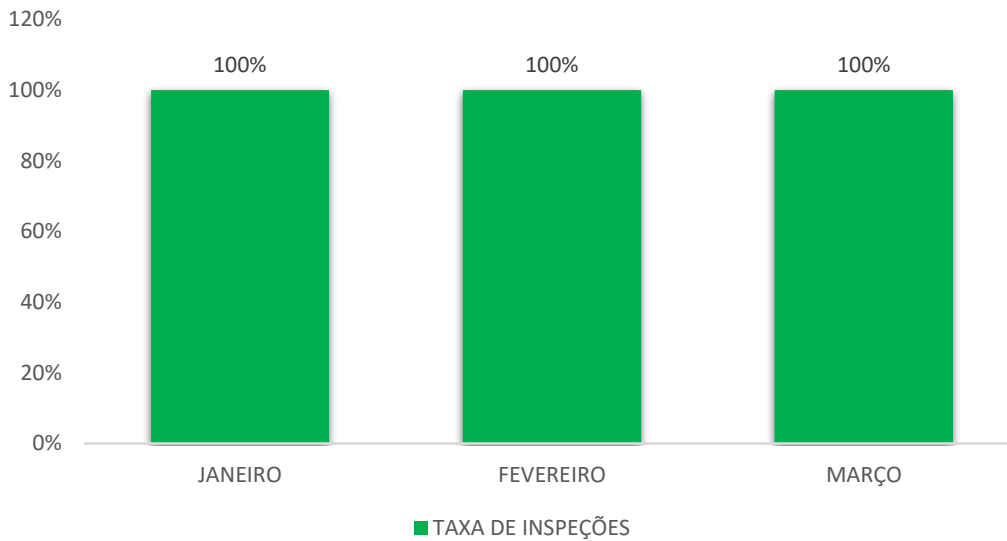
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25. Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 26. Taxa de inspeções



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

### 3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

#### 3.2.1. Radiologia

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

**Tabela 11. Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)**

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

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

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

**Tabela 12. Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)**

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,55%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	18%	14%	17%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	182	140	90
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	1	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	32	20	15

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

Tabela 14. Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	n/a	n/a	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	n/a	n/a	22%
NÚMERO DE EXAMES	neutro	n/a	n/a	90
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	quanto menor, melhor	n/a	n/a	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	quanto menor, melhor	n/a	n/a	11

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

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

Tabela 15. Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

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

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

Tabela 16. Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

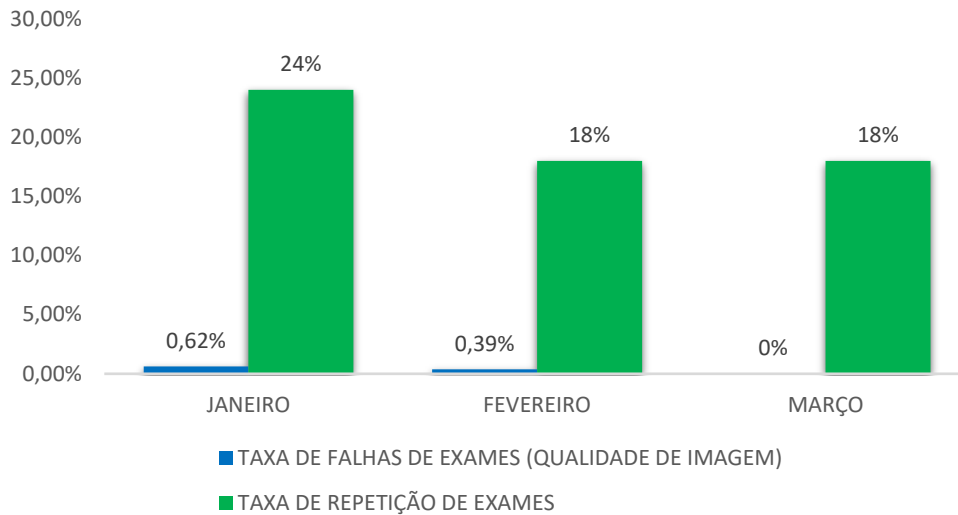
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No período, não foram registradas repetições de exames em menos de 24 horas, nem casos de tracionamento de SNE ou erros de RX, evidenciando controle adequado dos processos e qualidade na execução dos exames.

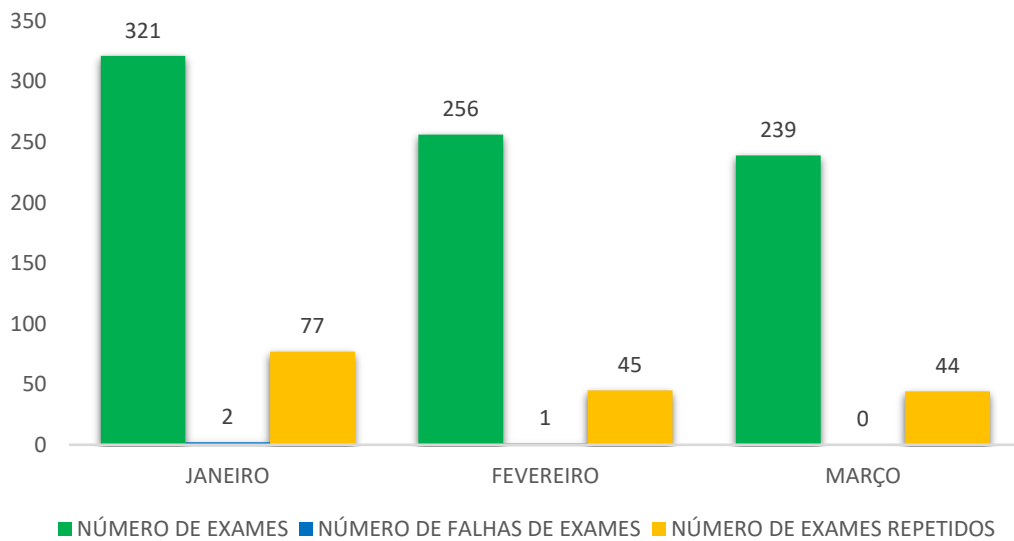
Foram contabilizados 44 exames relacionados a múltiplos procedimentos, refletindo o perfil assistencial e a necessidade de avaliações complementares em pacientes com maior complexidade clínica.

**Gráfico 27. Taxa de falhas e repetições de exames (Geral Hospitalar)**



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

**Gráfico 28. Análise de quantitativo de exames (Geral Hospitalar)**



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

### 3.2.2. Laboratório

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

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

**Tabela 17. Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE ERROS PÓS - ANALÍTICOS	< 1%	0%	0%	0%
TAXA DA QUALIDADE DOS RESULTADOS	< 1%	0%	0%	0%
TAXA DE AMOSTRAS REJEITADAS (RECOLETA)	< 2%	1,92%	2,51%	2,94%
SOBRAS DE TUBOS	< 1%	0%	0%	0%
TEMPO DE ESPERA PARA COLETA	quanto menor, melhor	02:21:00	02:23:00	01:57:00
TEMPO DE PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS	quanto menor, melhor	00:46:00	00:50:00	00:51:00
TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADOS CRÍTICOS	quanto menor, melhor	00:06:00	00:07:00	00:08:00
QUANTIDADE DE CRÍTICOS NÃO NOTIFICADOS	<2%	0%	0%	0%
TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS	>98%	90%	99%	100%
EFICIÊNCIA NA EMISSÃO DE RELATÓRIOS (TAT)	> 90%	99%	99%	99%
INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS	0,00	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS	neutro	15.209	9105	8.627
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	neutro	7.153	8.251	7.695

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

### ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

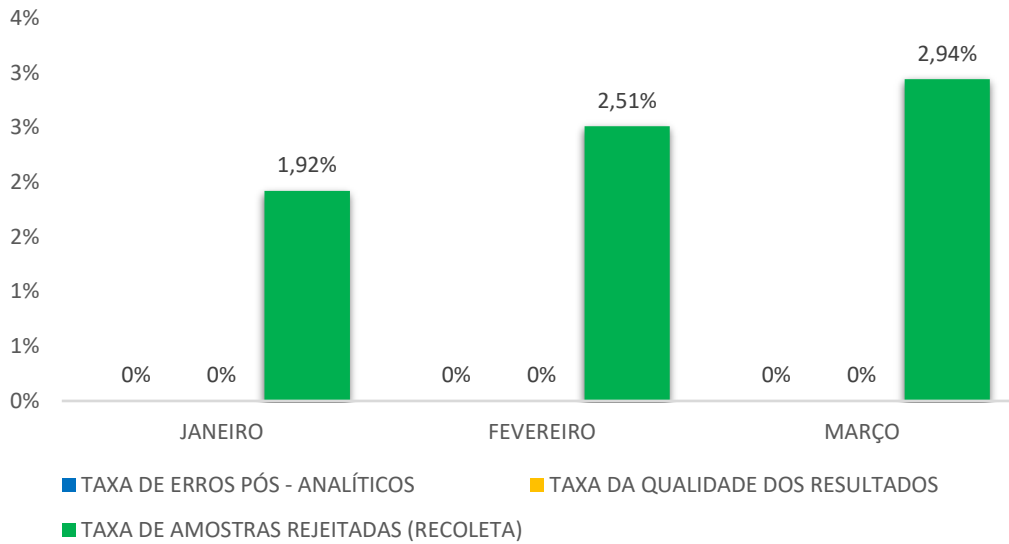
Observou-se elevação no percentual de recoletas em comparação aos meses anteriores. A análise dos plantões de coleta identificou que o principal fator está relacionado à redução do quadro de colaboradores, gerando sobrecarga da equipe e impactando a qualidade das coletas realizadas.

Adicionalmente, devido à limitação de profissionais do laboratório, parte das coletas tem sido realizada pela equipe assistencial, conforme disponibilidade, o que ocasiona,

em alguns casos, tempo prolongado entre coleta e processamento do material, contribuindo para aumento de inconsistências e necessidade de recoletas.

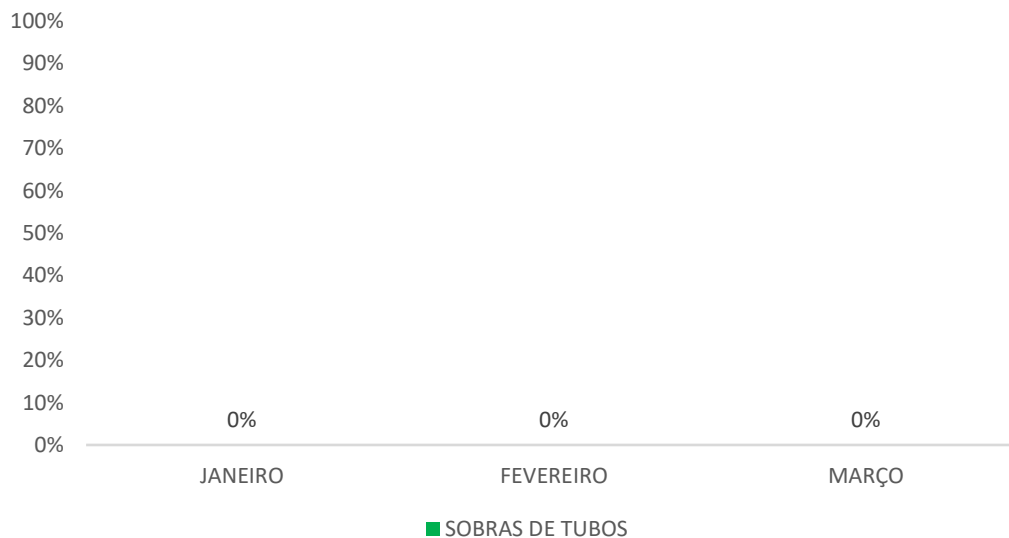
O cenário segue em monitoramento, com necessidade de adequação de recursos humanos e revisão dos fluxos para melhoria do indicador.

**Gráfico 29. Análise de qualidade de exames de laboratório**



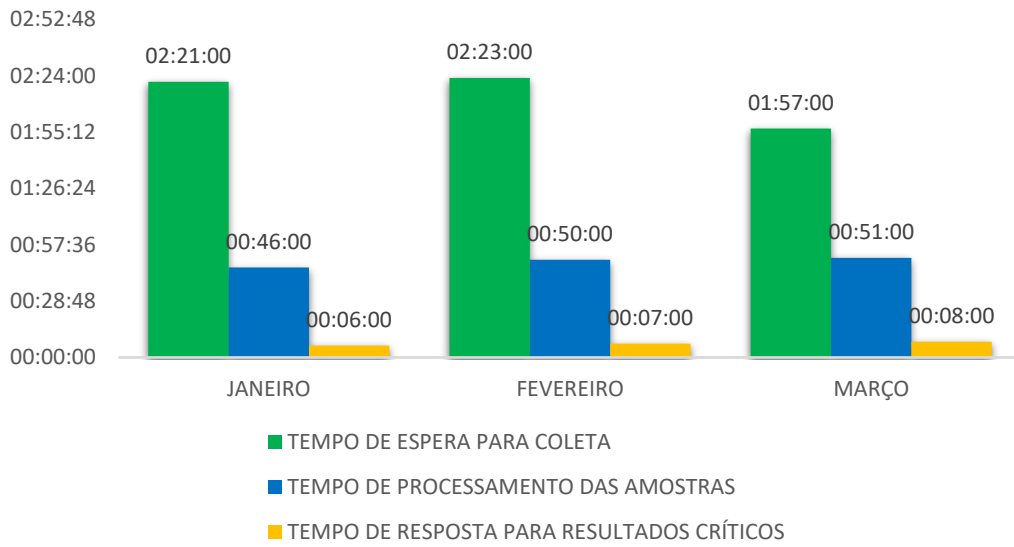
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 30. Sobras de tubos**



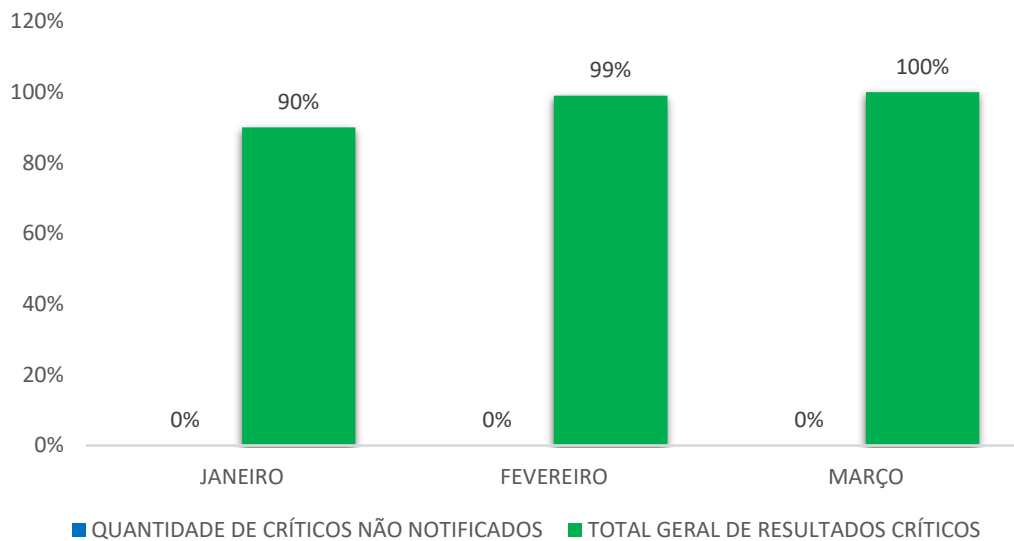
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 31. Tempo de espera, processamento e resposta**



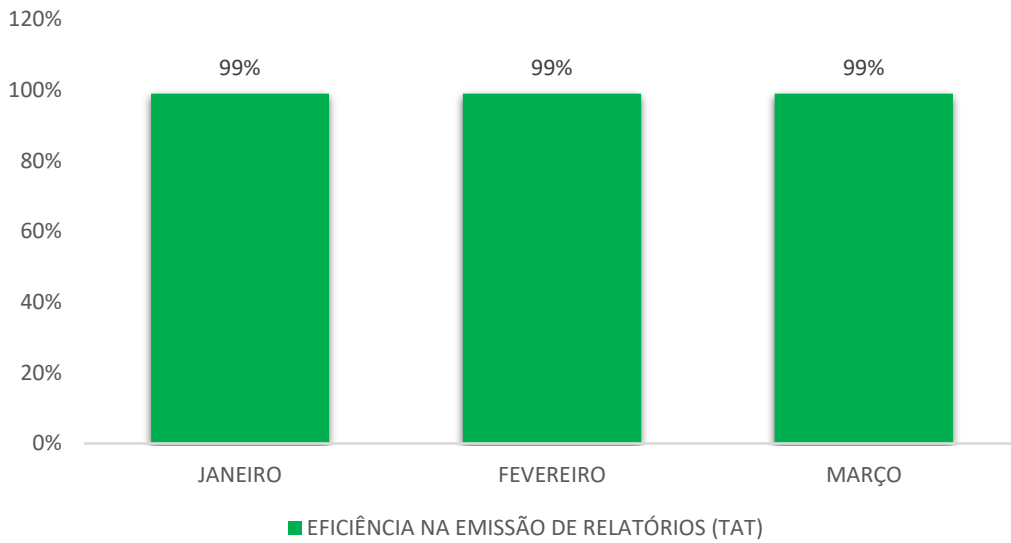
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 32. Resultados críticos**



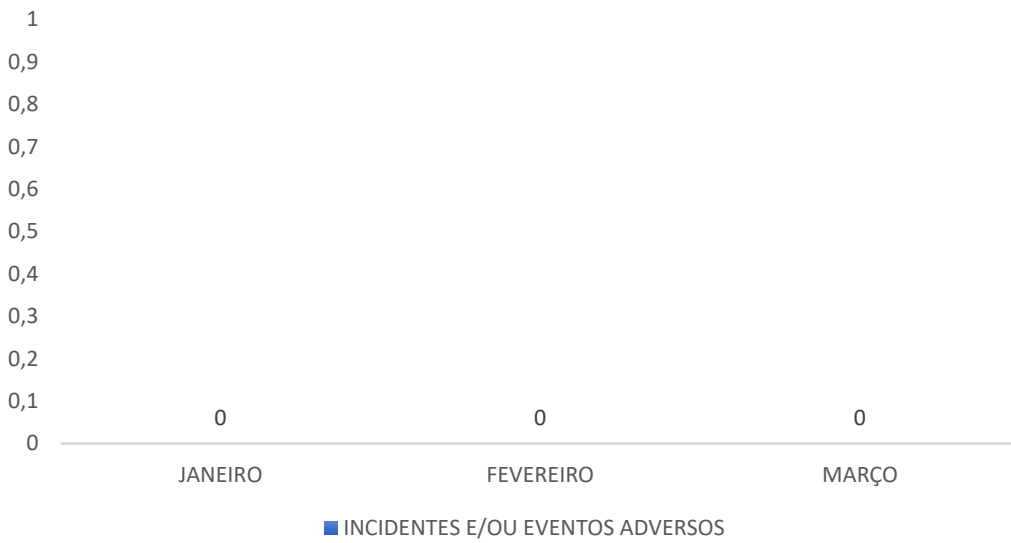
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 33. Eficiência na emissão de relatórios (TAT)**



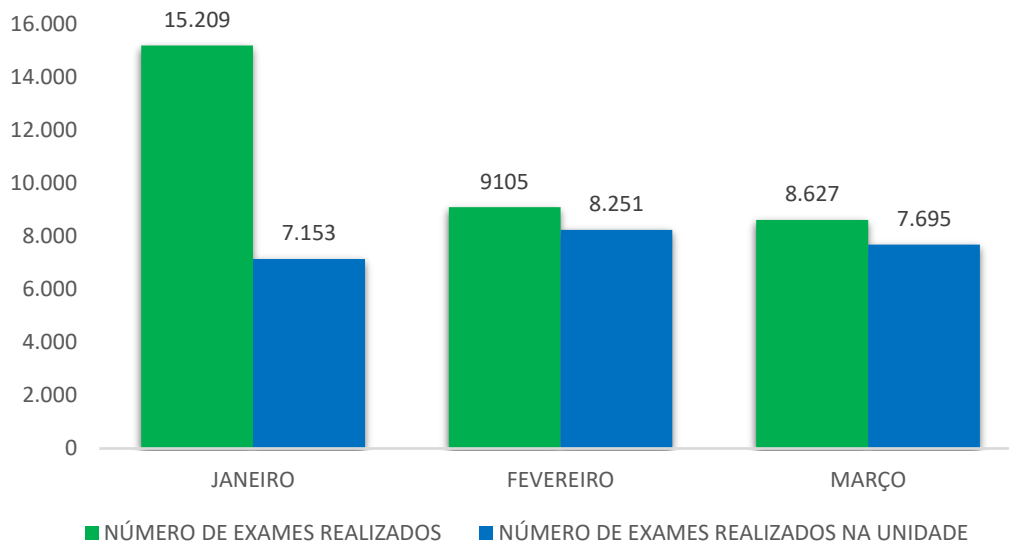
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 34. Incidentes e/ou eventos adversos**



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

**Gráfico 35. Quantitativos de exames**



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

### 3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

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

**Tabela 18. Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)**

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

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

**Tabela 19. Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE FLEBITE	<15%	2,89 %	1,51%	0,27%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,65	1,68	2,06
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 dias	11,02	12,26	17,07
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	7,53%	4,95%	3,70%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	1,89	2,02	1,62
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	93	101	81
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	7	5	3
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE FLEBITE	<15%	n/a	n/a	2,99%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	n/a	n/a	3,28
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 dias	n/a	n/a	4,56
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	n/a	n/a	2,78%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	n/a	n/a	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	n/a	n/a	3,60
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	n/a	n/a	36
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	n/a	n/a	1
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	n/a	n/a	0

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

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Tabela 22. Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)**

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

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

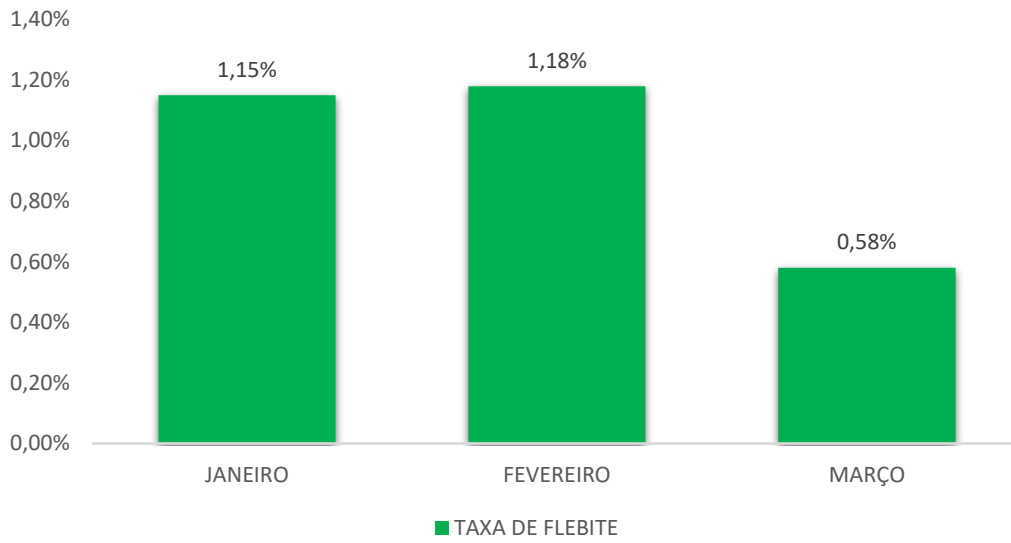
**Observação:** O setor apresenta um alto tempo de permanência devido ao atendimento a pacientes em cuidados prolongados, que não possuem giro de leito.

**Tabela 23. Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	0	0	0
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 dias	737,17	765,17	796,17
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	0%	0%	0%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0	0	0
NÚMERO DE SAÍDAS	Quanto maior, melhor	0	0	0
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	0
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	Quanto menor, melhor	0	0	0

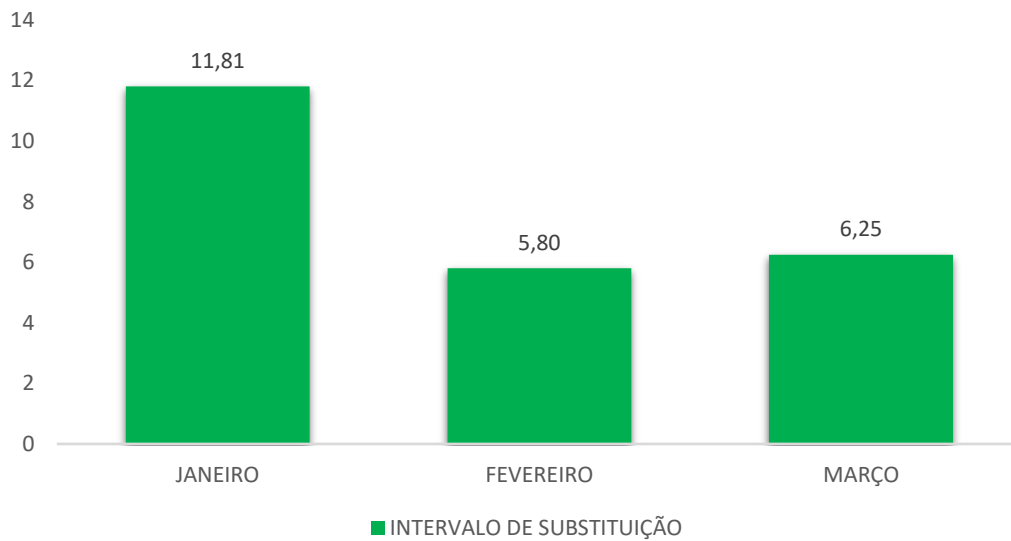
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 36. Taxa de flebite (Geral Hospitalar)**



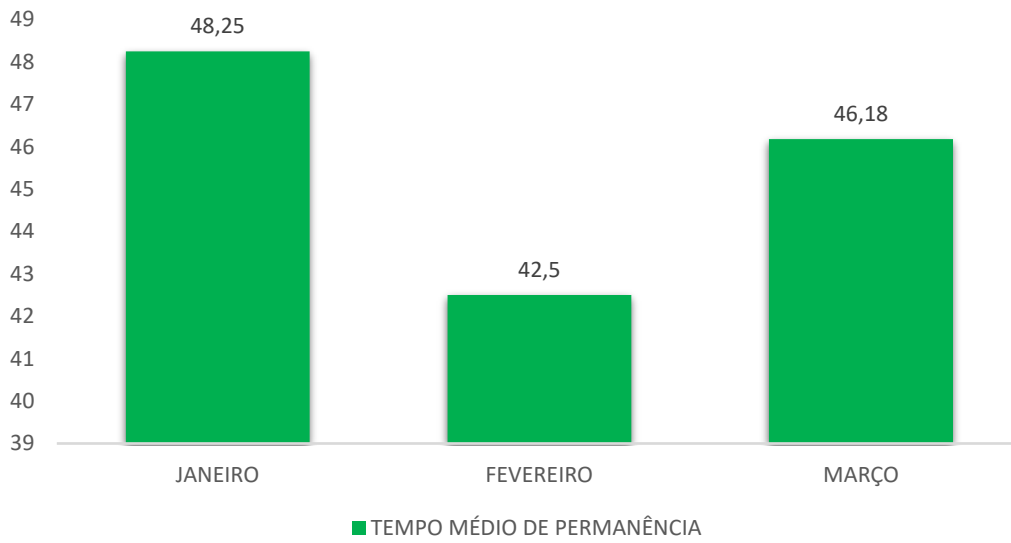
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 37. Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)**



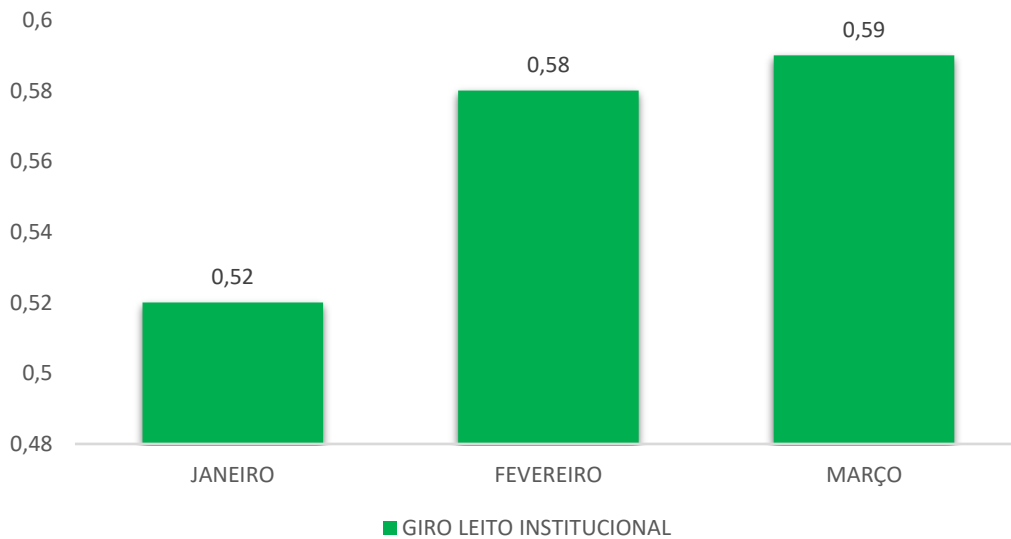
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 38. Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar)**



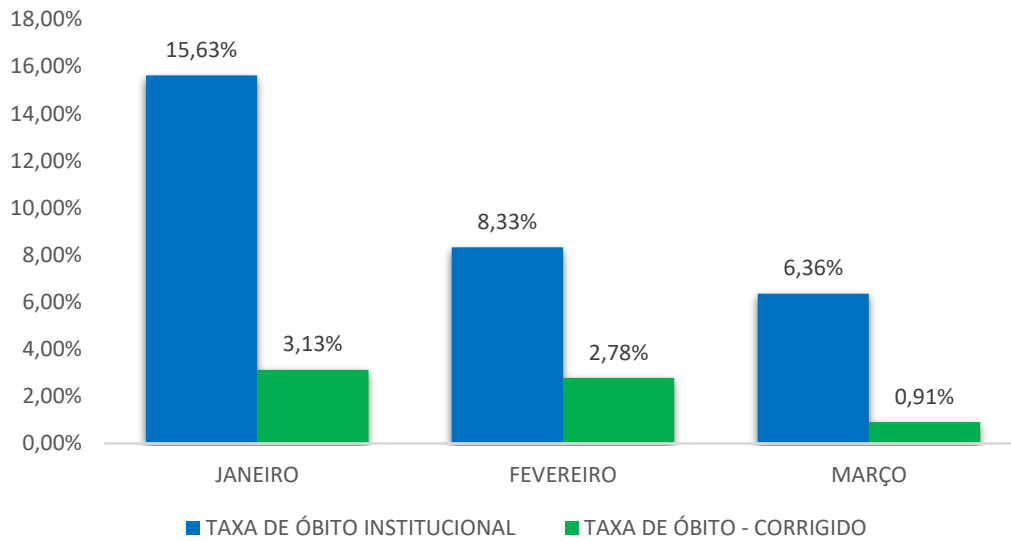
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 39. Giro de leito (Geral hospitalar)**



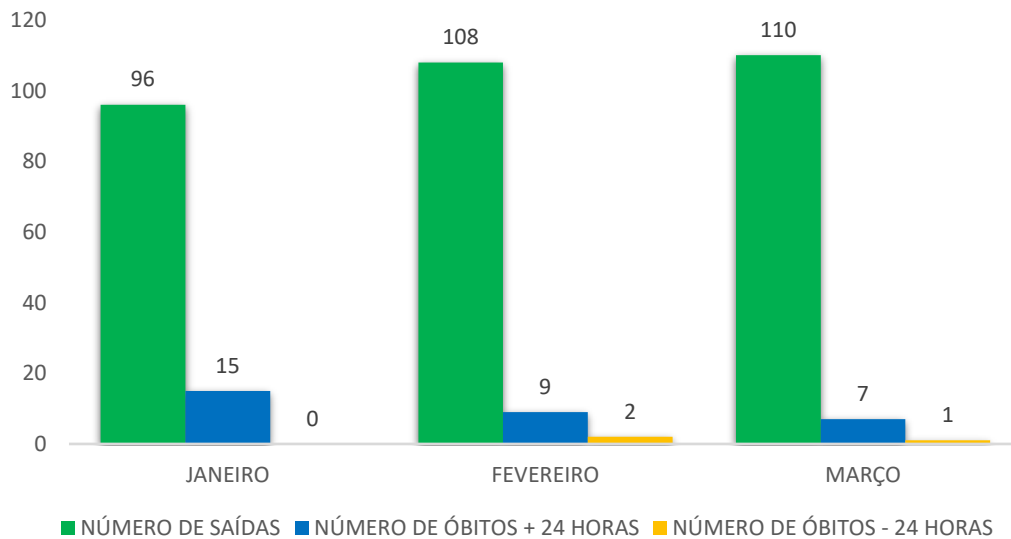
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 40. Taxa de óbito institucional e corrigida**



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 41. Saídas e óbitos**



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

### 3.3.1. Nutrição

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

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

**Tabela 24. Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS	100%	96%	100%	91%
TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	100%	85%	102%	84%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	Quanto maior, melhor	3492	3302	3469
NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI	Quanto maior, melhor	111	114	108
NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS	Quanto maior, melhor	111	114	119
NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	Quanto maior, melhor	57	97	90
NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS	Quanto maior, melhor	67	95	107
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	neutro	20379	20841	22721
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	neutro	606	616	513
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	neutro	10760	9529	11100
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	34%	33%

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

INDICE DE EUTROFIA	> 25%	35%	36%	35%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	9%	12%	10%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	21%	18%	22%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 25. Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)**

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

**Flor**

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

**te vi**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	n/a	n/a	693
INDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	n/a	n/a	27%
INDICE DE EUTROFIA	> 25%	n/a	n/a	36%
INDICE DE SOBREPESO	< 20%	n/a	n/a	25%
INDICE DE OBESIDADE	< 10%	n/a	n/a	12%

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28. Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29. Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

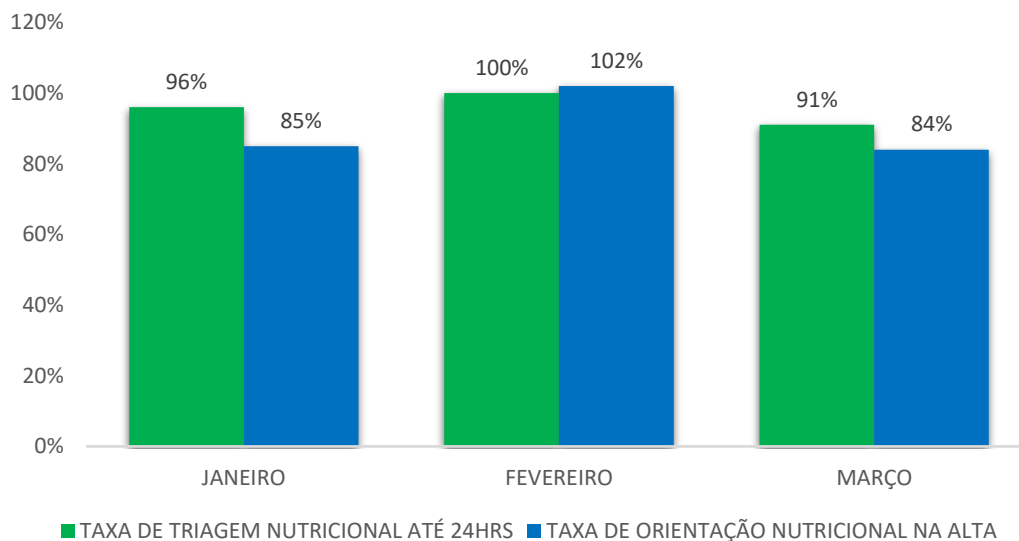
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	Neutro	186	177	259
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	16%	17%	17%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 25%	84%	83%	83%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 20%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 10%	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

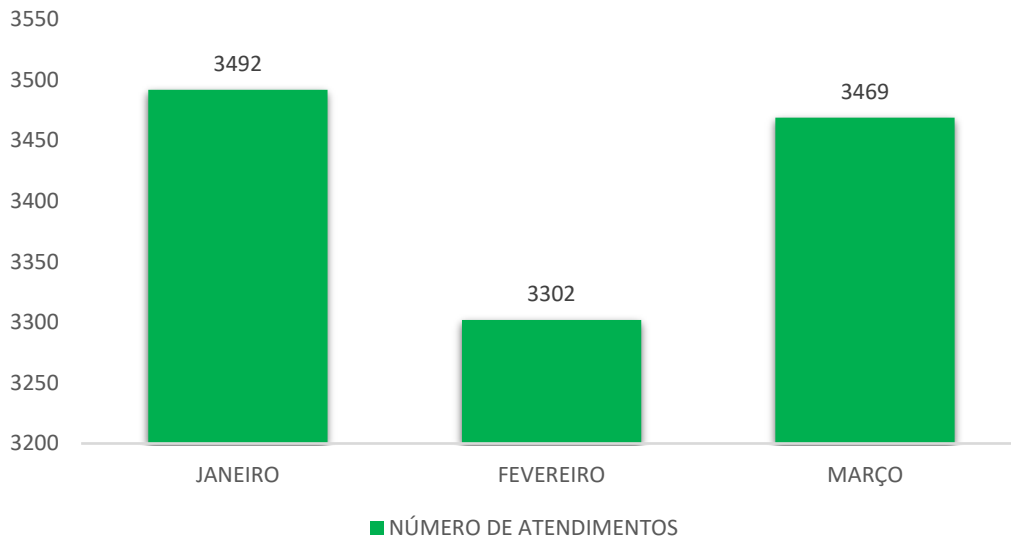
Houve aumento no número de refeições na pediatria, decorrente da evolução clínica de paciente que deixou de receber dieta exclusiva de leite, passando a receber alimentação com outros tipos de dieta, o que impactou diretamente o quantitativo de refeições no período.

Gráfico 42. Taxa de triagem e orientação



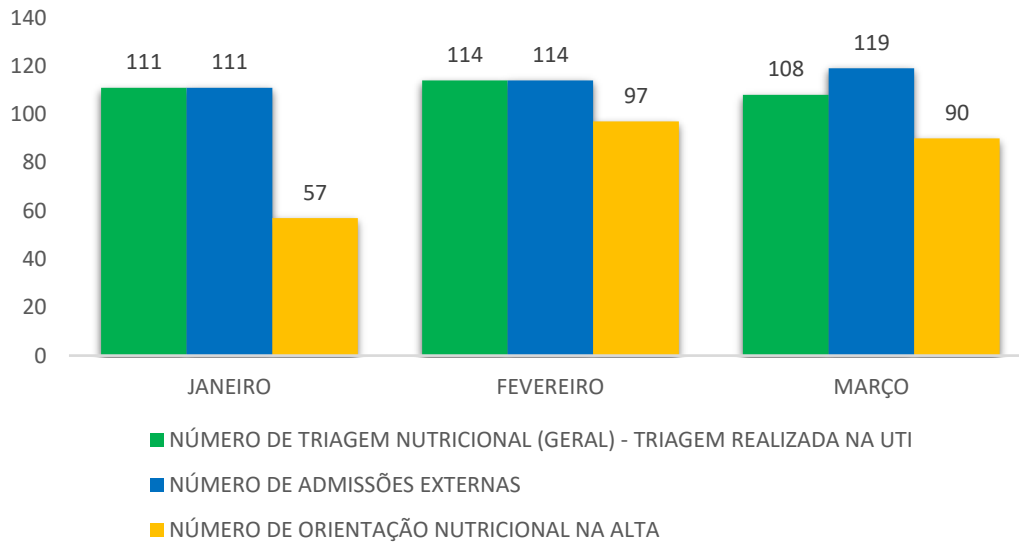
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 43. Número de atendimentos**



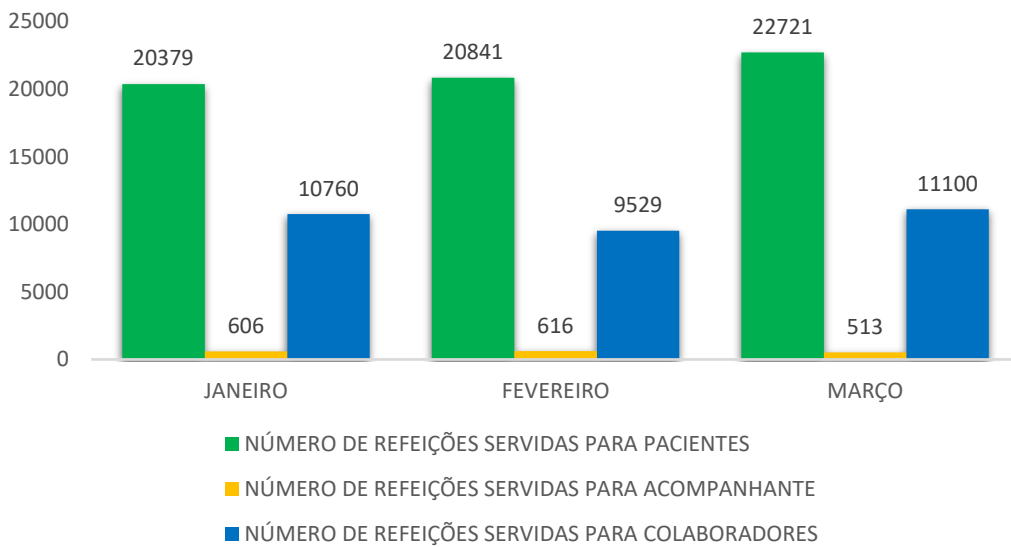
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 44. Quantitativo de triagem, admissões e orientações**



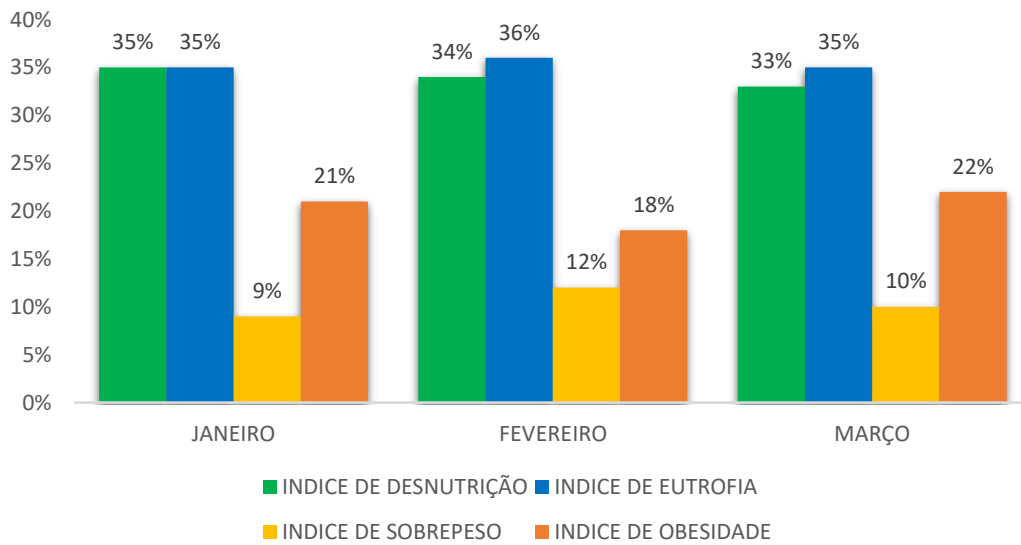
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 45. Refeições**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 46. IMC – Geral Hospitalar**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

### 3.3.2. Fisioterapia

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

- **Avaliação Inicial:** Fisioterapeutas hospitalares realizam uma avaliação inicial detalhada para entender o estado físico do paciente. Isso inclui a análise da força muscular, mobilidade articular, postura, equilíbrio e capacidade funcional, além de considerar a condição médica específica do paciente.
- **Plano de Tratamento Individualizado:** Com base na avaliação, os fisioterapeutas desenvolvem um plano de tratamento personalizado. Esse plano pode incluir exercícios de reabilitação, técnicas de mobilização, terapias manuais e modalidades físicas, como calor, frio ou eletroterapia.
- **Controle da Dor:** A fisioterapia também ajuda no controle da dor através de técnicas não farmacológicas, como massagens, alongamentos e exercícios de fortalecimento. Isso é especialmente importante para pacientes com dor crônica ou dor pós-operatória.
- **Prevenção de Complicações:** Em pacientes imobilizados ou com mobilidade reduzida, os fisioterapeutas trabalham para prevenir complicações secundárias, como úlceras de pressão, trombose venosa profunda e atrofia muscular. Técnicas de mobilização precoce e exercícios de prevenção são frequentemente utilizados.
- **Reabilitação Funcional e Reinserção Social:** Além de tratar problemas imediatos, os fisioterapeutas trabalham para restaurar a capacidade funcional do paciente, facilitando a reintegração nas atividades diárias e sociais, quando possível.
- **Apoio Em Situações Críticas:** Em pacientes com condições graves ou críticos, a fisioterapia pode ser adaptada para incluir técnicas de suporte respiratório e de posicionamento para melhorar a função pulmonar e a circulação.

**Tabela 30. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	97%	99%	99%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	93%	94%	93%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	97%	99%	99%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	7000	5872	5721	6590

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO	> 10000	11034	10279	11365
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 7000	7058	6456	7497
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	10	6
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	12	2
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	> 15	17	16	16
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	> 15	12	12	11
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	> 5	4	3	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	> 2	3	3	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 31. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)**

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	100%	99%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	100%	84%	95%	88%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	99%	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	4	2
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	Quanto menor, melhor	1	2	1
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0

<b>NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO</b>	0	0	0	0
<b>MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS</b>	Neutro	4	1	2
<b>MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2</b>	Neutro	3	3	2
<b>MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS</b>	Neutro	1	1	1
<b>MÉDIA DE PACIENTES EM MNR</b>	Neutro	1	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 33. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi**

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 34. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)**

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

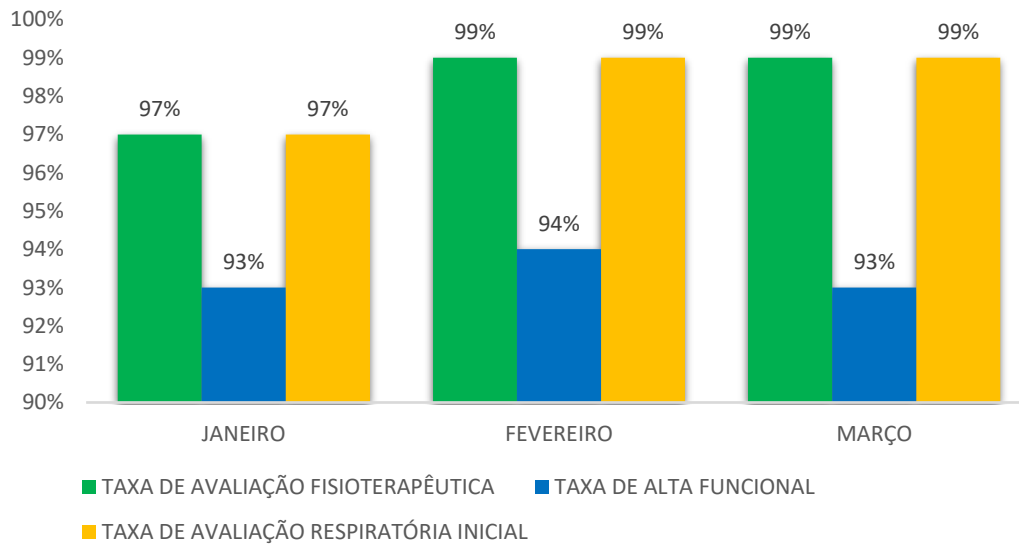
Tabela 35. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

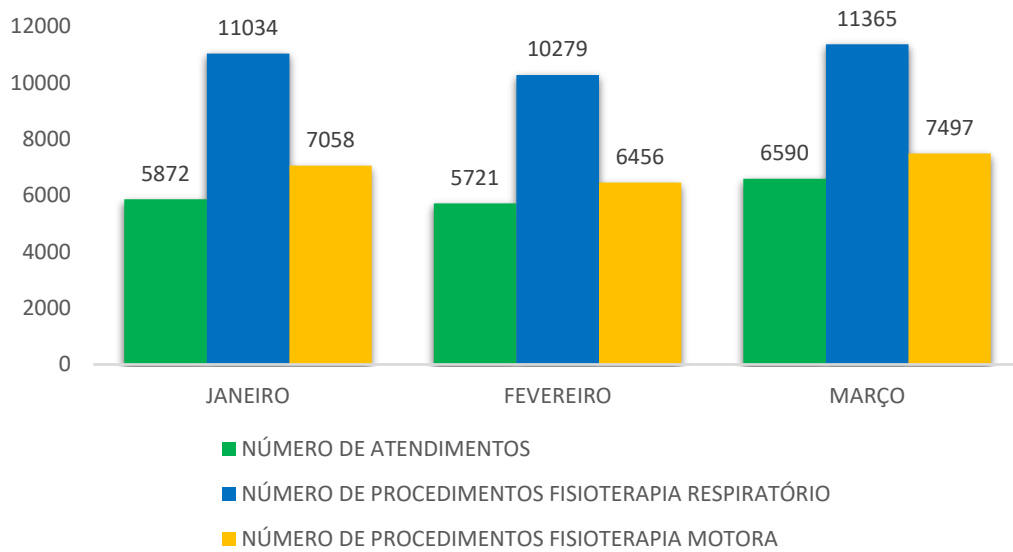
**Observação:** Não houve admissão no setor da Pediatria, portanto os indicadores: Taxa de avaliação fisioterapêutica, alta funcional e avaliação respiratória inicial estão zerados.

Gráfico 47. Taxa avaliação e alta funcional



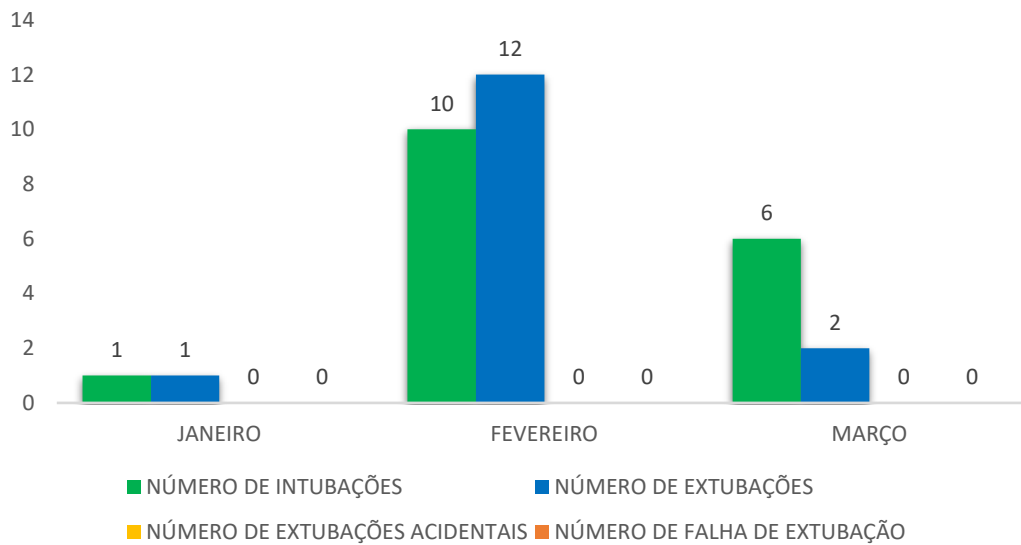
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 48. Quantitativo de atendimentos e procedimentos**



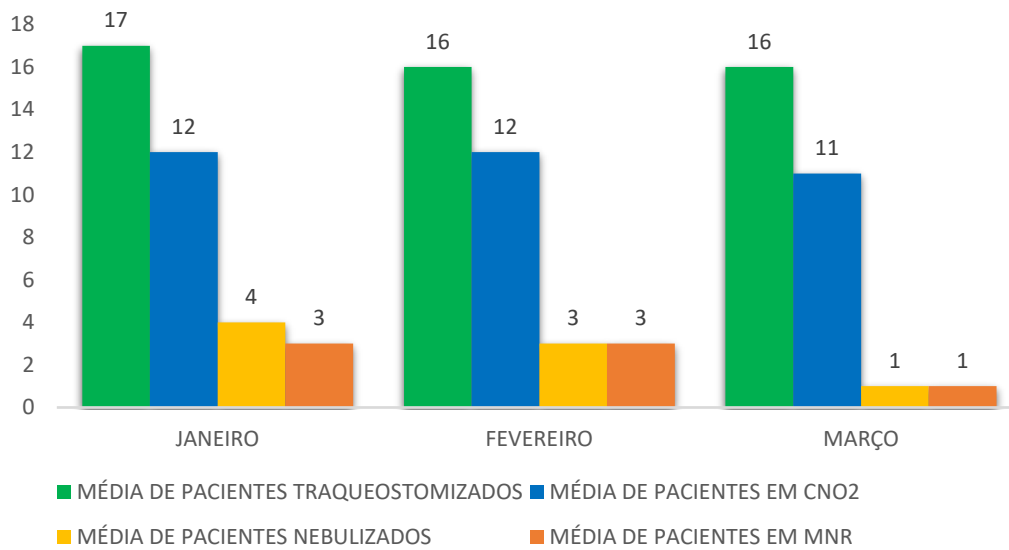
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 49. Número de intubações, extubações e falhas**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 50. Média de pacientes em tratamento de fisioterapia**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.3. Serviço Social

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

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

Tabela 36. Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37. Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

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



<b>NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS</b>	< 4	n/a	n/a	1
---	-----	-----	-----	---

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 40. Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)**

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 41. Indicadores de Serviço Social (Pediatria)**

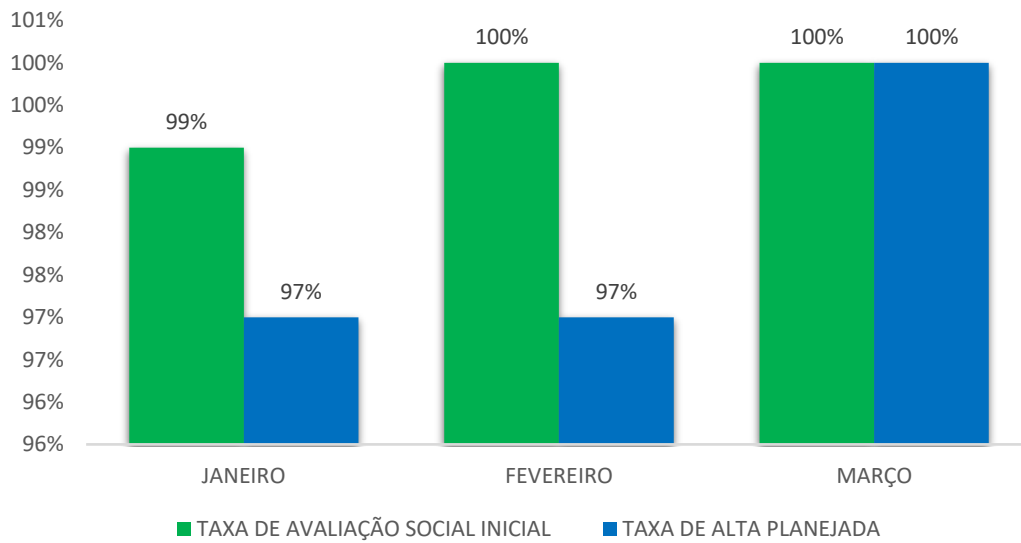
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%	0%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	0%	0%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	0	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	2	0	0
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0	0	0
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%	0%

TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	0%	0%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

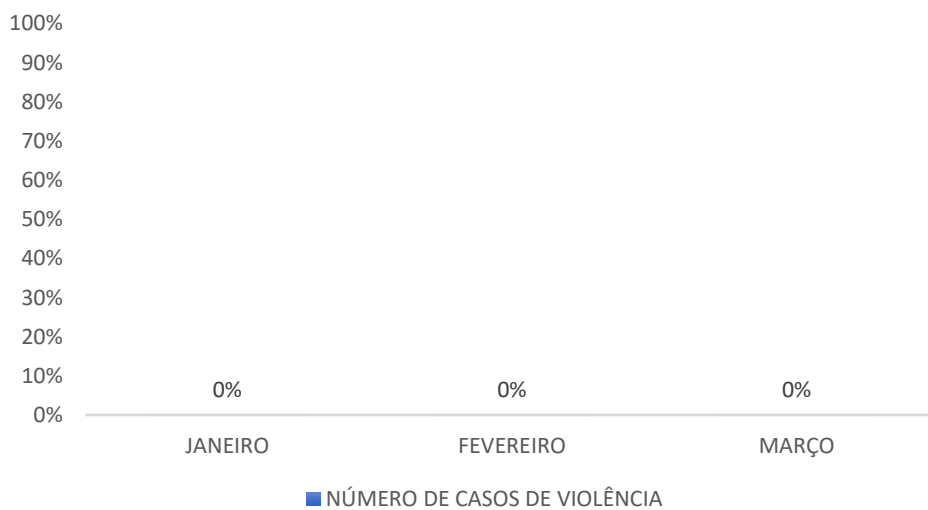
**Observação:** Não houveram admissões no setor da Pediatria, portanto a taxa de avaliação social inicial está zerada.

**Gráfico 51. Taxa de avaliação e alta planejada**



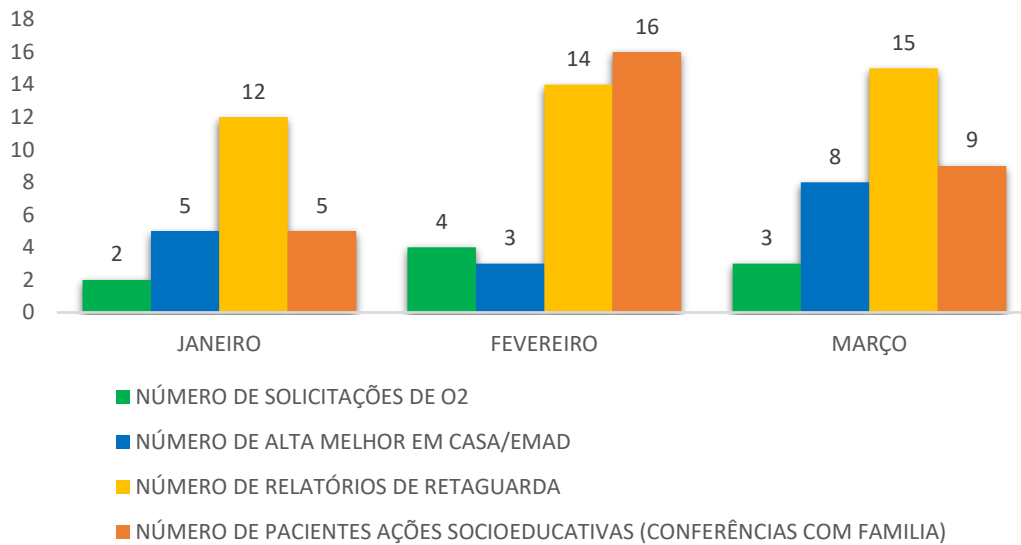
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 52. Número de casos de violência**



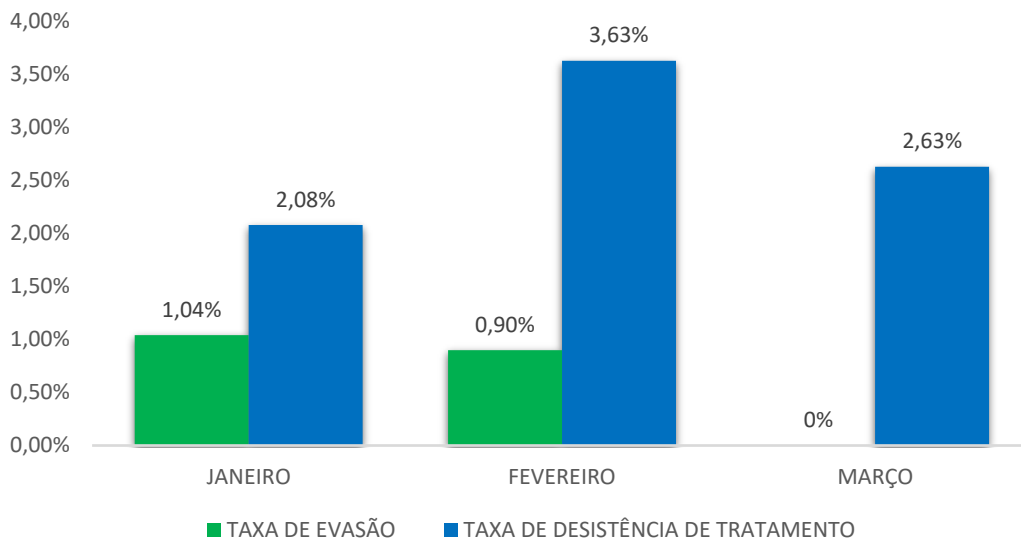
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 53. Produção do serviço social**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 54. Taxa de evasão e desistência de tratamento**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.4. Psicologia

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

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

**Tabela 42. Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	97%	98%	95%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	2	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	19,25%	1,20%	2,91%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	93%	92%	86%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	64	56	40
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	14	12	9
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	3	8	17
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	17	17	14
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%

TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0,60%	0,60%	5,48%
NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	9	5	4
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	3	7	4

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 43. Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	100%	100%	90%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	78%	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	94%	90%	85%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	22	19	21
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	7	6	8
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0	0	4
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	14	11	11
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	3%	2,27%	2,27%
NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	2	2	3
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	1	1	3

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	98%	98%	95%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	2	1	1

TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	100%	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	89%	95%	94%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	36	32	11
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	6	6	1
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	2	1	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	3	3	3
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	0%	0%	4,60%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	5	3	1
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	2	4	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

<b>NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	Neutro	n/a	n/a	0
---	--------	-----	-----	---

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 46. Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	5,40%	2,10%	2,40%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%	100%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	6	5	0
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	1	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	1	7	8
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0	3	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	2	0	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0	2	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 47. Indicadores de Psicologia (Pediatria)**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	0	0	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	Quanto maior, melhor	0%	0%	0%
TAXA DE ALTA TERAPÊUTICA	> 90%	0%	0%	0%

NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	0	0	0
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	Neutro	0	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Neutro	0	0	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	Neutro	0	0	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0	0	0
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	Neutro	0	0	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Neutro	0%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

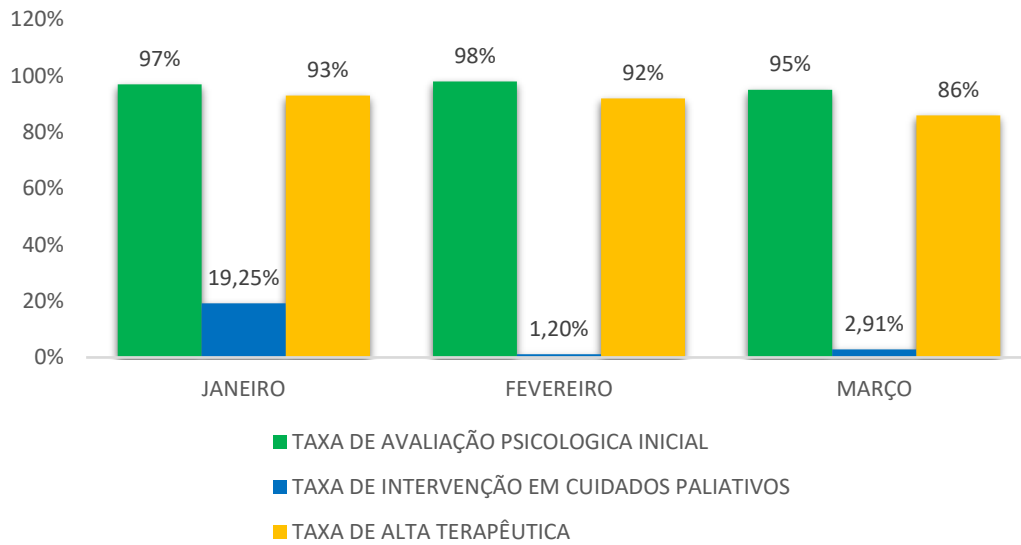
**Observação:** Não houveram admissões no setor da Pediatria, portanto sem avaliações psicológicas iniciais.

### ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Taxa de Alta Terapêutica da Psicologia, ficou em 4% abaixo da meta , ficando em 86% de 90%.

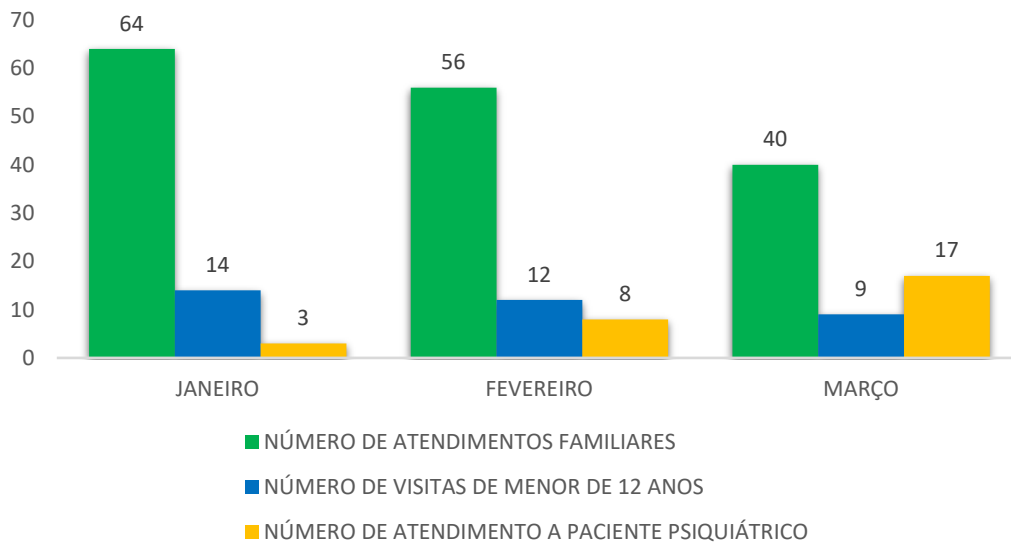
Ocorreram falhas na gestão de altas de pacientes pela equipe de psicologia, particularmente aos domingos. Observa-se que os pacientes que tiveram alta nesses dias não foram registrados no sistema (kanban amarelo) no sábado anterior, impactando negativamente o indicador. Outros fatores incluem falta de atenção nas altas durante os dias úteis e a ausência de psicólogos disponíveis aos domingos. Taxa de Pacientes em Risco de Vulnerabilidade Emocional e Risco de Suicídio: No mês de março, houve um aumento significativo na taxa de pacientes em risco, com dois casos registrados. Ambos vieram transferidos de outra instituição e atentaram contra suas vidas, o que evidencia uma alta vulnerabilidade emocional associada a riscos de suicídio. Atualmente, estão sendo acompanhados por psiquiatria e psicologia.

**Gráfico 55. Avaliações, intervenções e alta terapêutica**



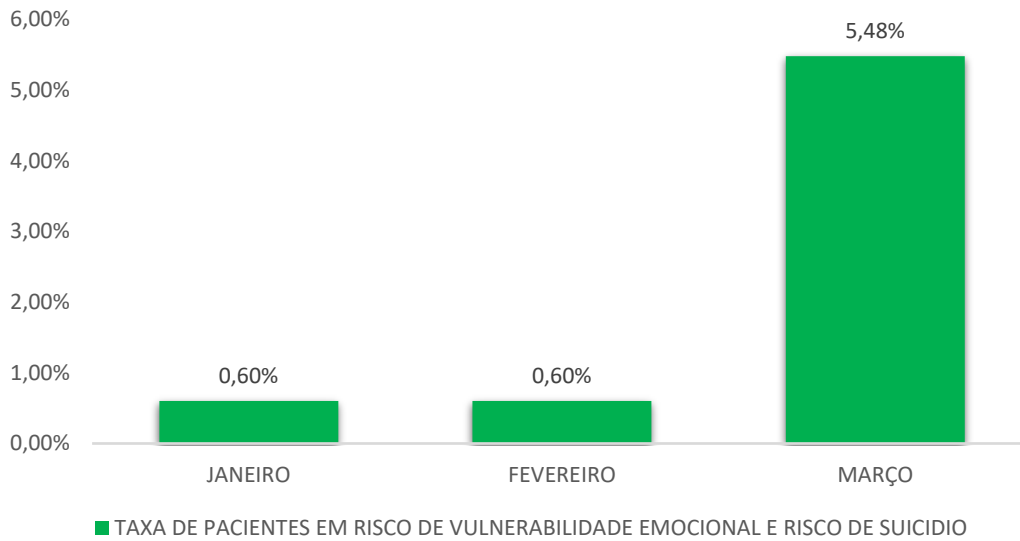
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 56. Quantitativos de atendimentos**



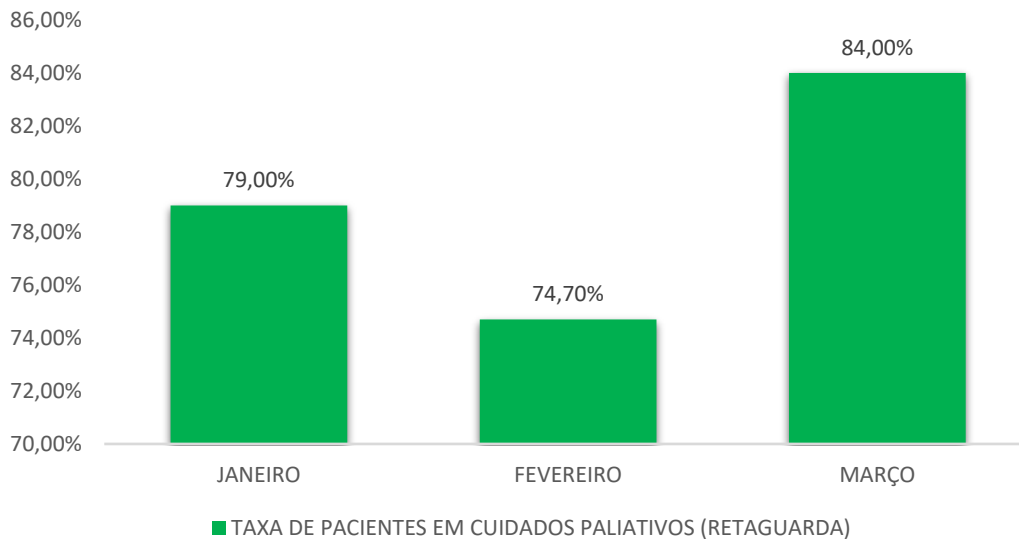
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 57. Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio**



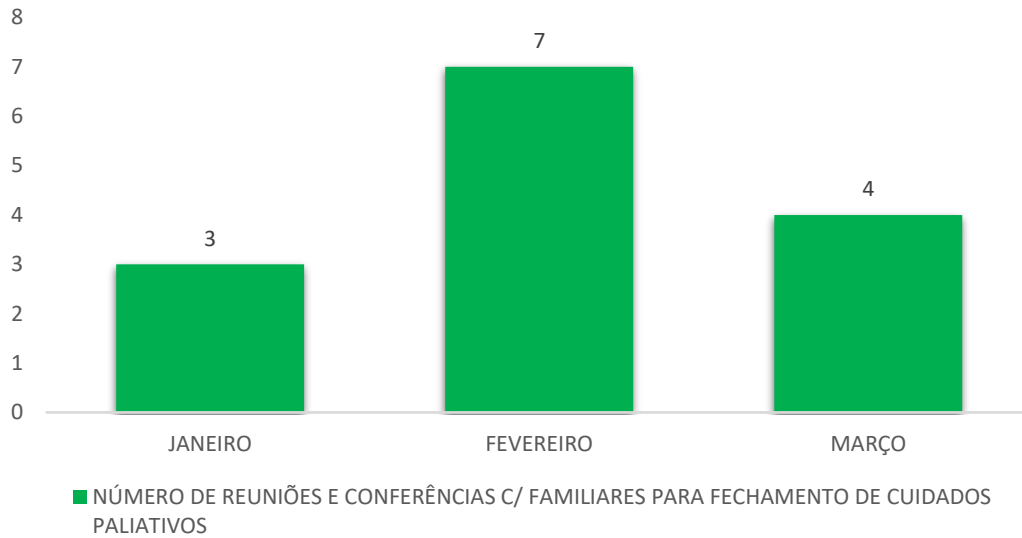
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 58. Taxa de pacientes em cuidados paliativos (Retaguarda)**



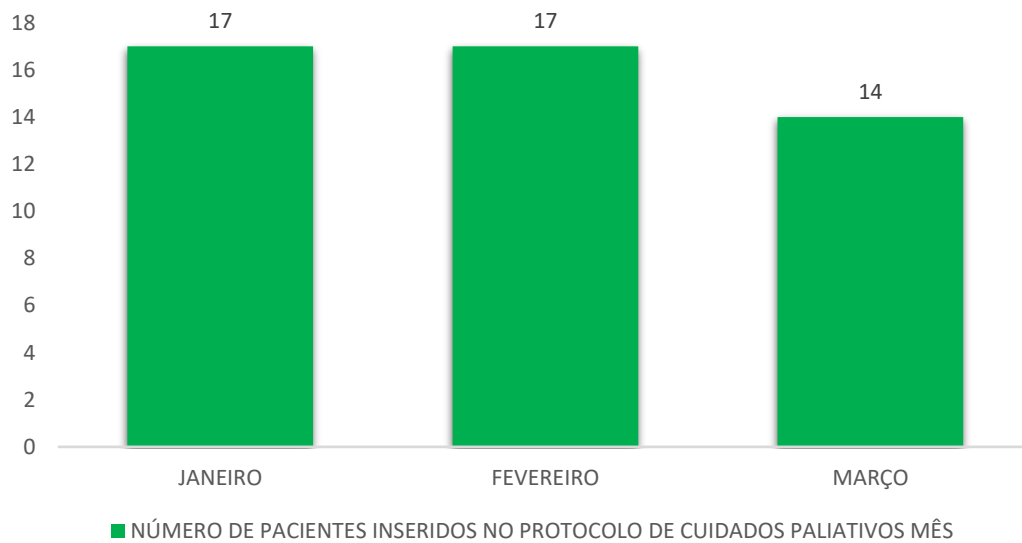
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 59. Número de reuniões e conferências com familiares para fechamento de cuidados paliativos**



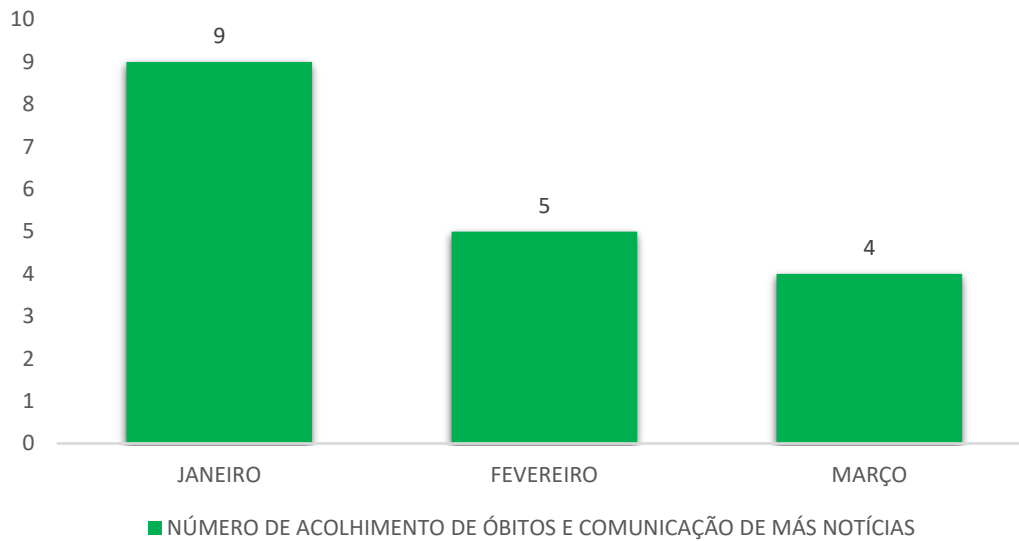
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 60. Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 61. Número de acolhimentos de óbitos e comunicação de más notícias**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.5. Fonoaudiologia

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

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

Tabela 48. Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 49. Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	71%	78%	96%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	3	1
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	40%	94%	9%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	50%	0%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	50	55	50
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	20	18	56
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	0	6	0
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 52. Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 53. Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	Quanto maior, melhor	1	6	6
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	100%	0%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	71	58	64
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	0	58	69
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	Quanto maior, melhor	0	0	0
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	Quanto maior, melhor	0	0	0

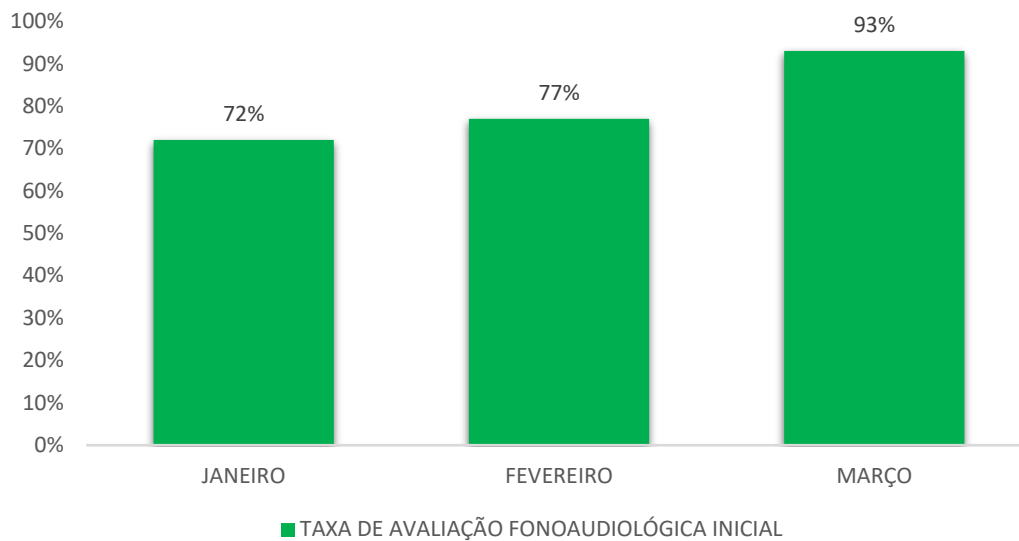
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Observação:** Não houveram admissões no setor da Pediatria, portanto a taxa de avaliação fonoaudiológica inicial está zerada.

## ANÁLISE CRÍTICA - FONOAUDIOLOGIA

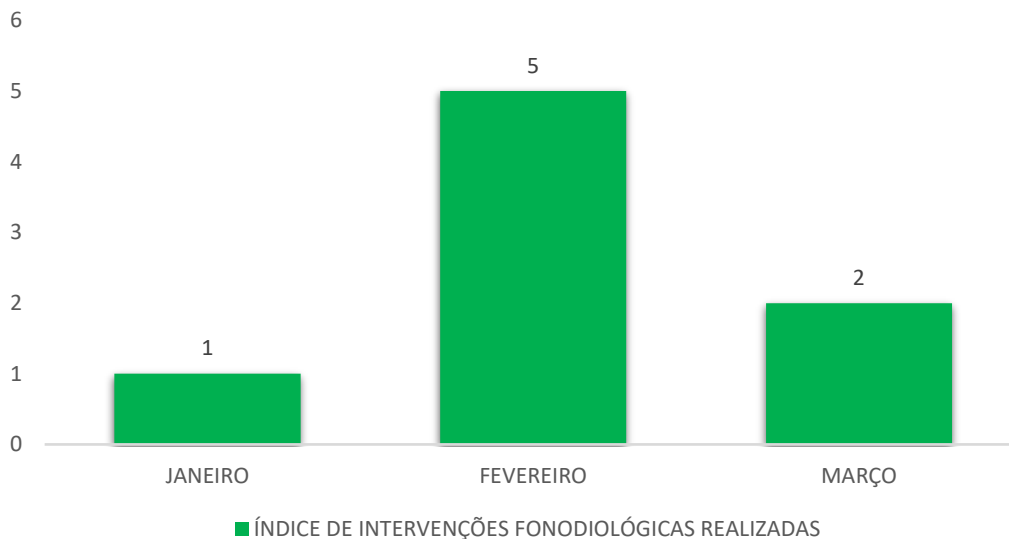
A Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração foi de 60,20%, permanecendo significativamente abaixo da meta de 90%. O resultado está diretamente relacionado à limitação de recursos humanos, com apenas um profissional responsável pela atividade, o que restringe a capacidade de avaliação e inclusão dos pacientes no protocolo no tempo oportuno.

**Gráfico 62. Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial**



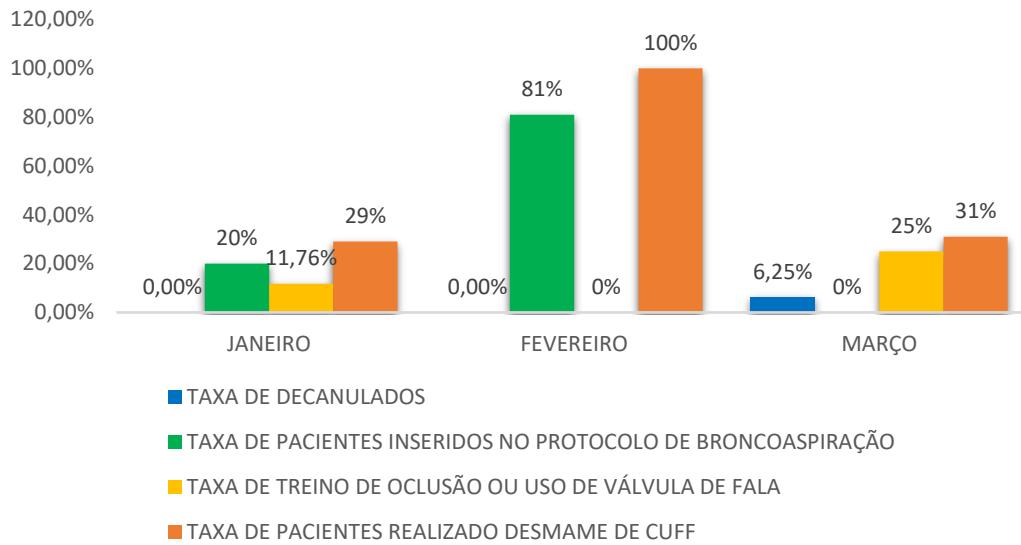
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 63. Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas**



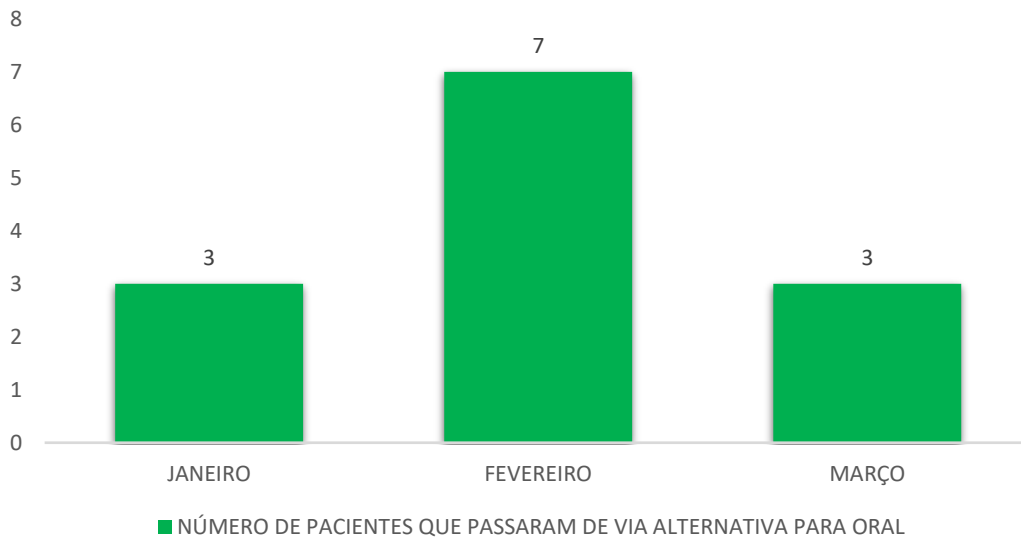
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 64. Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos**



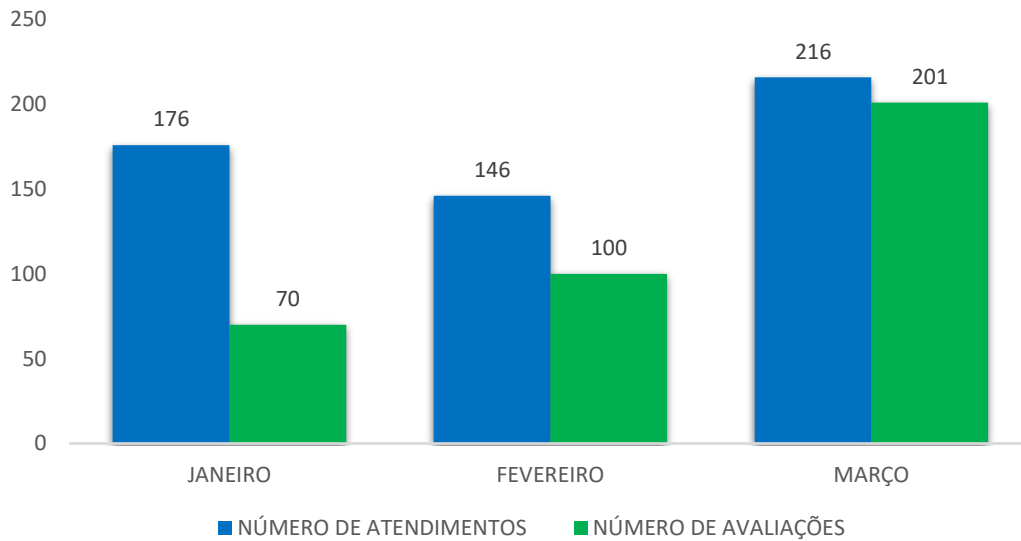
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 65. Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral**



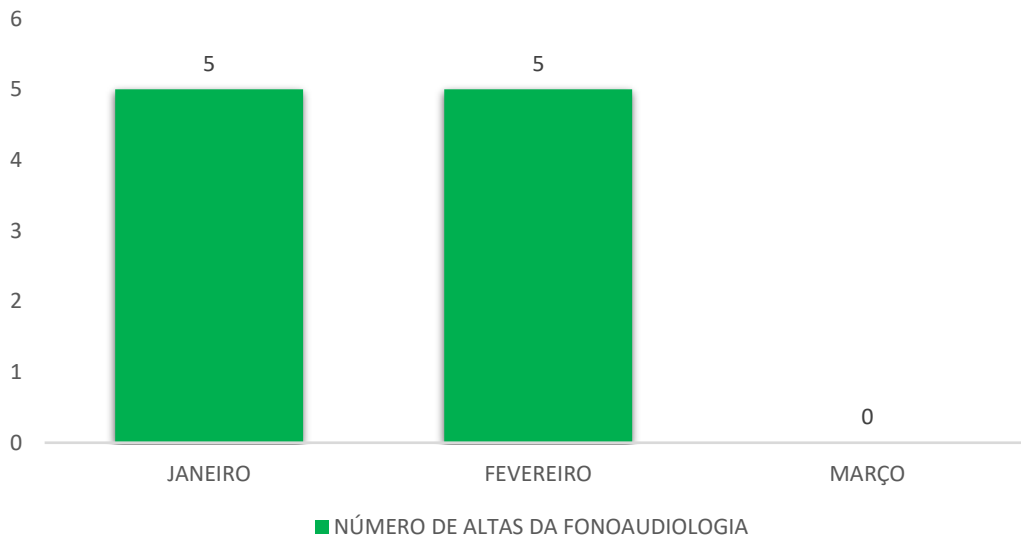
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 66. Número de atendimentos e avaliações**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 67. Número de altas da fonoaudiologia**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.6. Terapia Ocupacional

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

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

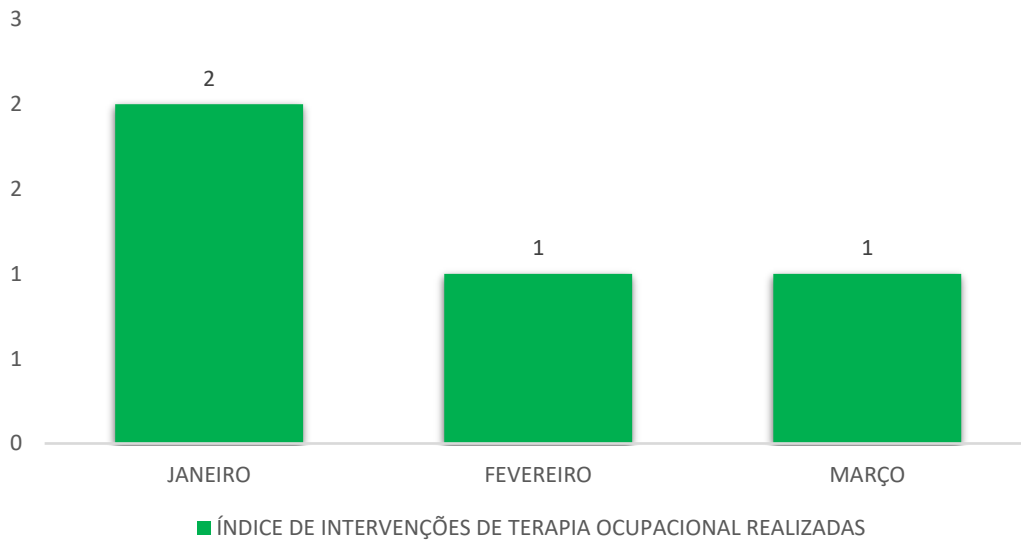
**Tabela 54. Indicadores de Terapia Ocupacional**

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

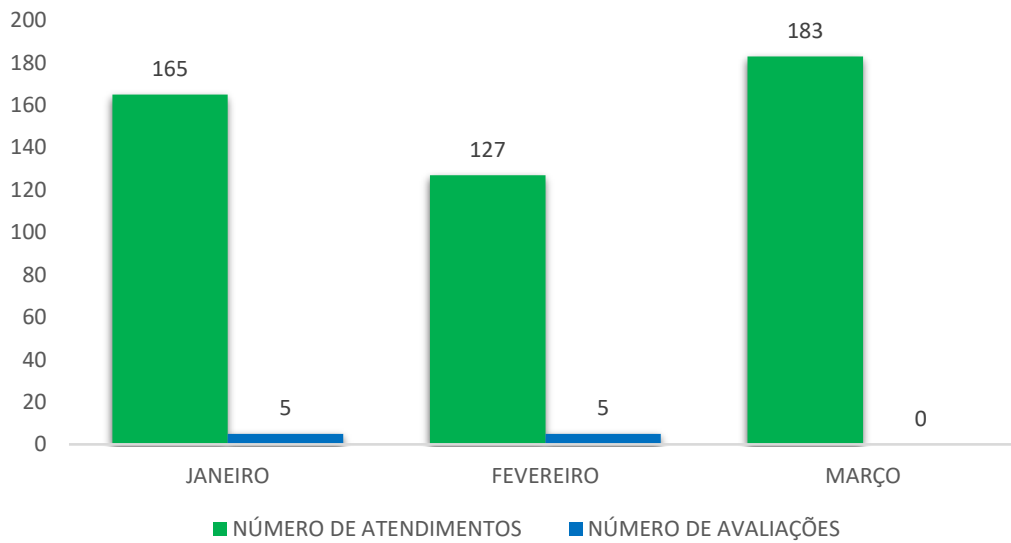
Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

**Gráfico 68. Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas**



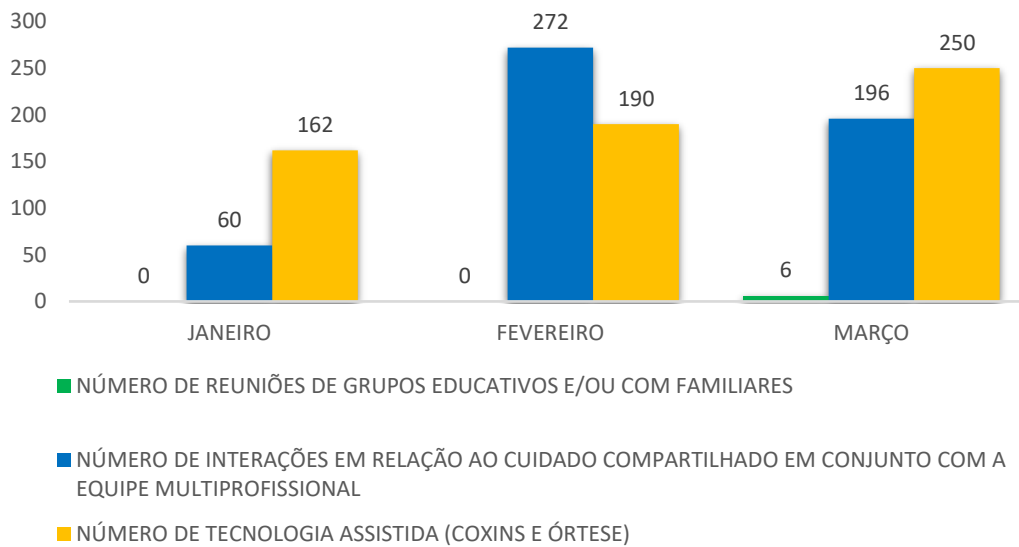
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 69. Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 70. Produção da terapia ocupacional**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.7. Terapias Alternativas

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

- **Aromaterapia:** Envolve o uso de óleos essenciais para promover o relaxamento, melhorar o humor e aliviar sintomas como ansiedade e dor. Os óleos podem ser aplicados por meio de massagem, difusão no ar ou em banhos.
- **Musicoterapia:** Utiliza a música para promover a saúde mental e emocional dos pacientes. Pode envolver a escuta de música, a participação em atividades musicais ou a criação de música para melhorar o estado emocional e a qualidade de vida.
- **Hipnoterapia:** Abordagem terapêutica que utiliza a hipnose como uma ferramenta para tratar uma variedade de condições psicológicas e emocionais.
- **Cromoterapia:** Abordagem alternativa que utiliza cores e luzes para promover a saúde e o bem-estar. A ideia é que diferentes cores e comprimentos de onda da luz têm efeitos específicos no corpo e na mente, ajudando a restaurar o equilíbrio e melhorar a saúde.

- **Ozonoterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio (O<sub>3</sub>) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonoterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

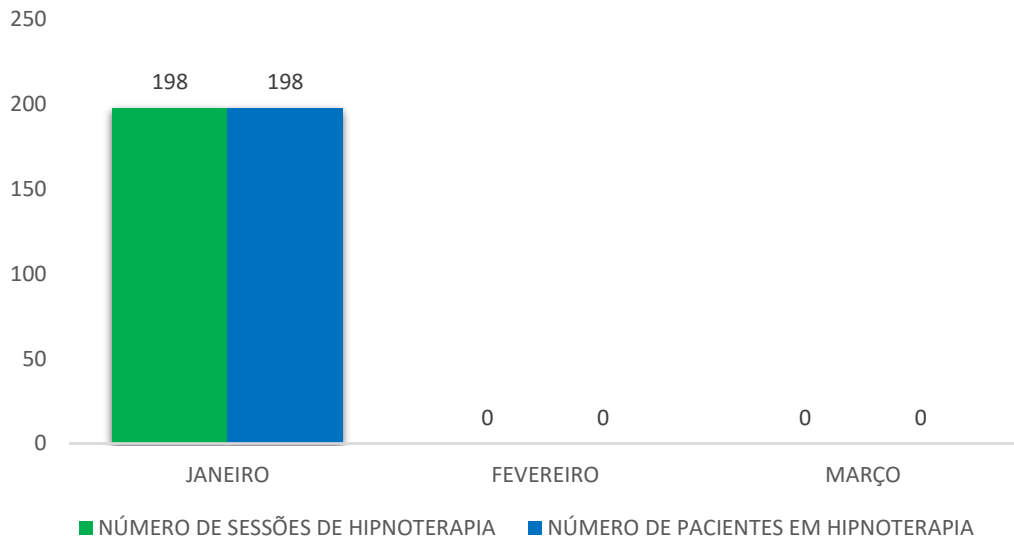
**Tabela 55. Indicadores de Terapias Alternativas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1	n/a	n/a
NÚMERO DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198	n/a	n/a
NÚMERO DE PACIENTES EM HIPNOTERAPIA	Quanto maior, melhor	198	n/a	n/a
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	1	n/a	n/a
NÚMERO DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31	n/a	n/a
NÚMERO DE PACIENTES EM CROMOTERAPIA	Quanto maior, melhor	31	n/a	n/a
NÚMERO DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Quanto maior, melhor	1	n/a	n/a
NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	100	83	125
NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA	Quanto maior, melhor	22	22	25
CONSUMO DE CILINDRO O <sup>2</sup>	Neutro	2	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

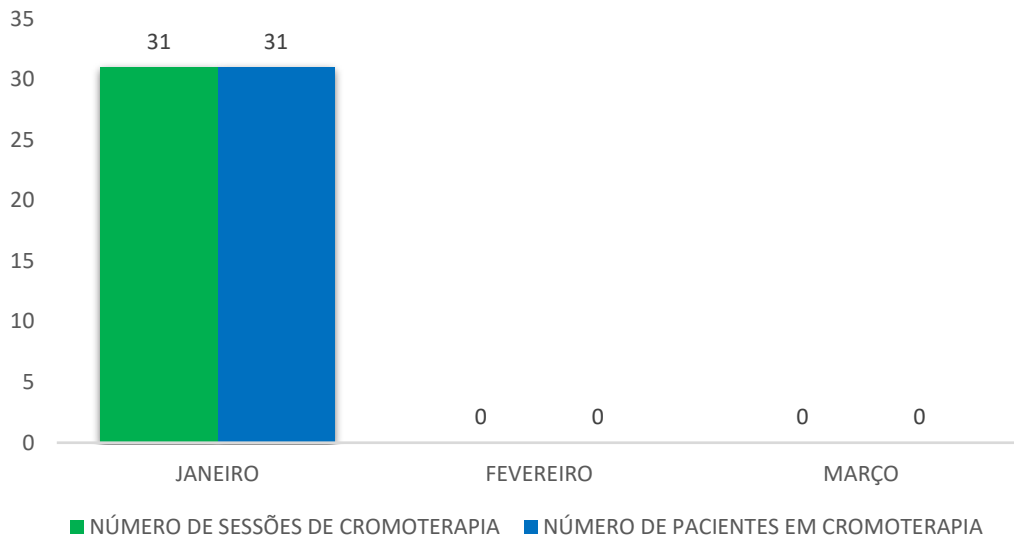
**N/A:** Em fevereiro e março de 2026, devido à ausência de colaborador responsável pelo setor no período, não foram realizados registros de atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia. O cenário impactou diretamente a produção dessas atividades na competência analisada.

**Gráfico 71. Hipnoterapia**



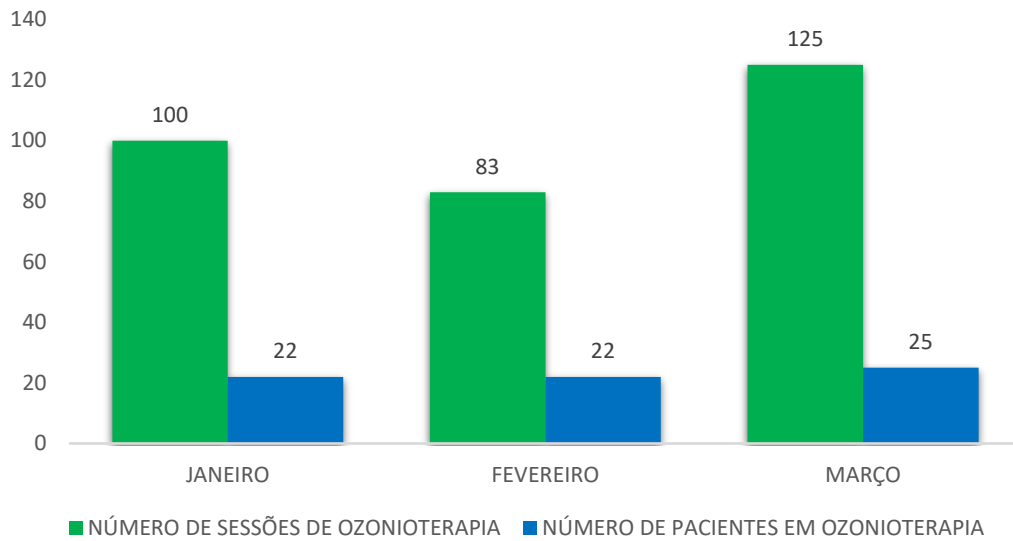
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 72. Cromoterapia**



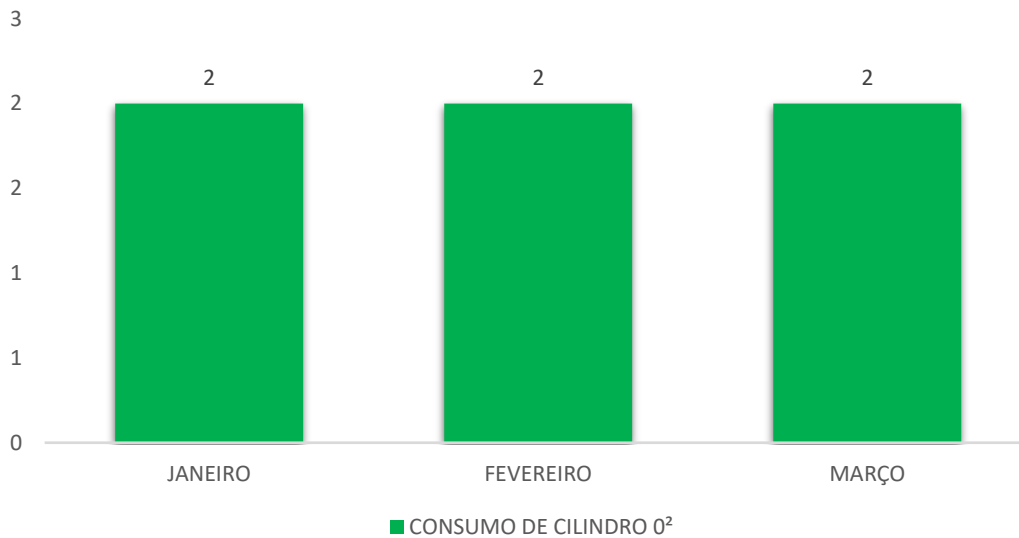
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 73. Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 74. Consumo de cilindro O<sub>2</sub>



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.8. Estomaterapia

O setor de estomaterapia em um hospital é responsável pelo cuidado e acompanhamento de pacientes com estomas (aberturas cirúrgicas no corpo, como colostomias e ileostomias), lesões de pele e feridas. A equipe de estomaterapia oferece

orientações sobre o uso de dispositivos, cuidados com a pele e promove a reabilitação dos pacientes, visando melhorar sua qualidade de vida.

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

**Tabela 56. Indicadores de Estomaterapia**

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

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

\*Feita correções de dados retroativos.

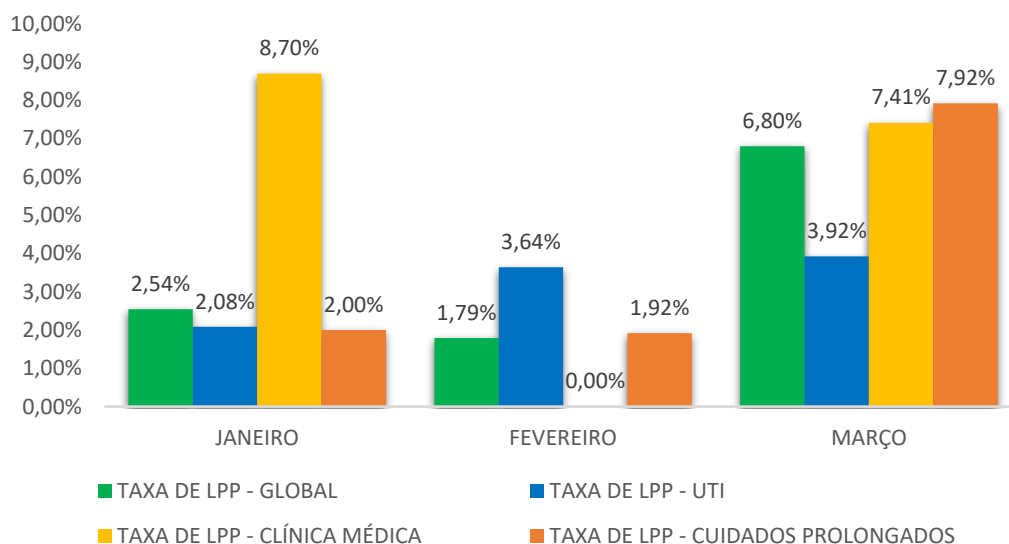
## ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

No mês de março, dois pacientes internados na UTI desenvolveram lesões por pressão (LPP), sendo uma em região sacra e outra em calcâneo, ambas classificadas como estágio 2. Dentre esses pacientes, um era do sexo masculino e outro do sexo feminino. Este último evoluiu a óbito devido à deterioração clínica. Ressalta-se que o paciente apresentava alto risco para o desenvolvimento de LPP, conforme avaliação diária pela Escala de Braden, encontrando-se em intubação orotraqueal (IOT), em uso de dieta enteral por sonda nasoenteral (SNE), em estado clínico grave e sob cuidados intensivos, evoluindo a óbito no mesmo mês.

Na unidade de Retaguarda, foram identificados oito casos de pacientes que desenvolveram LPP, sendo três em estágio 1 e cinco em estágio 2, todas de pequena extensão. Os pacientes foram classificados como de alto risco pela Escala de Braden, e seis deles estavam em uso de dieta enteral por SNE.

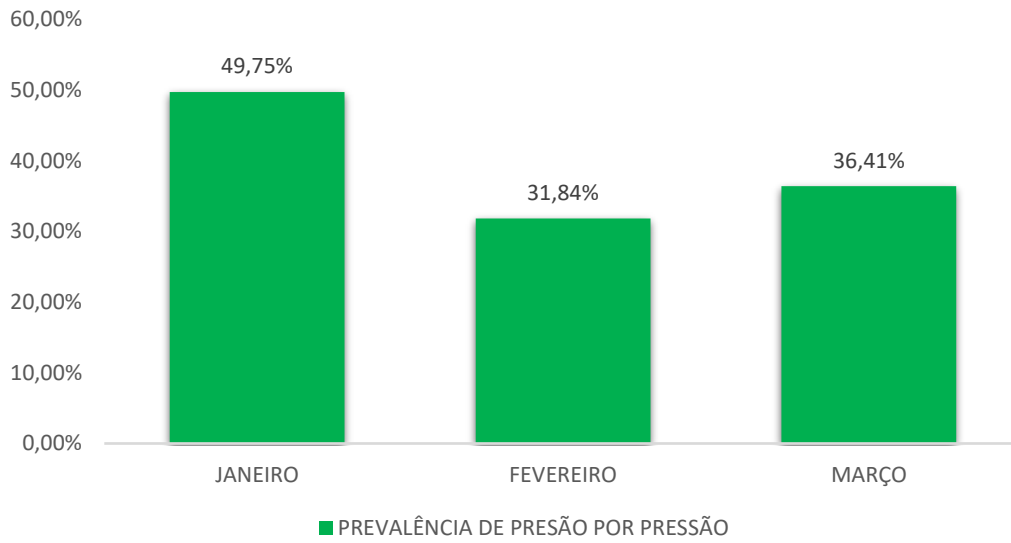
Na Clínica Médica Colibri, foram identificados quatro casos de LPP, todos classificados como estágio 2, em pacientes acamados e com avaliação de alto risco para desenvolvimento de lesões por pressão e apresentavam agitação psicomotora. Todos já foram avaliados, e a equipe de enfermagem segue conduta assistencial previamente definida.

**Gráfico 75. Taxas de lesão por pressão**



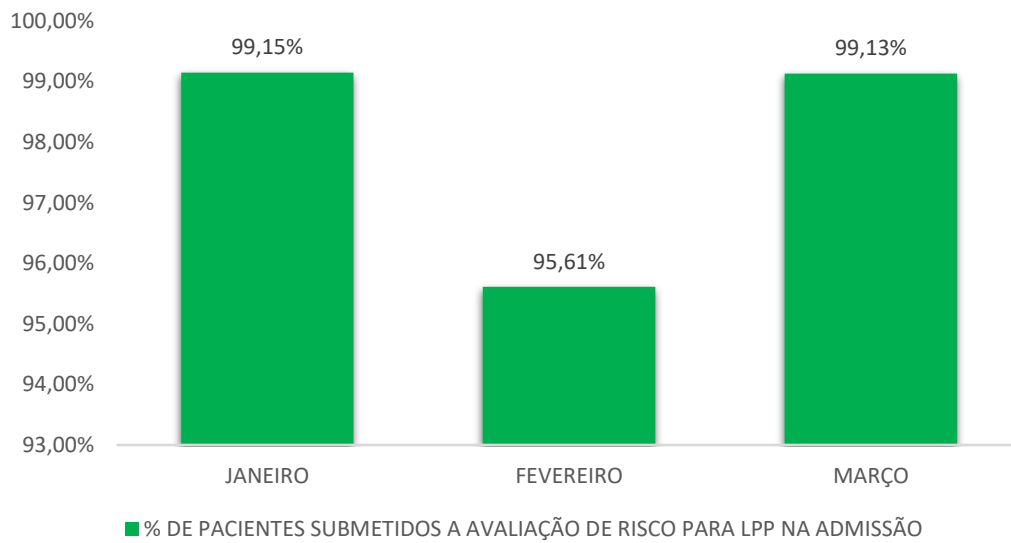
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

**Gráfico 76. Prevalência de lesão por pressão**



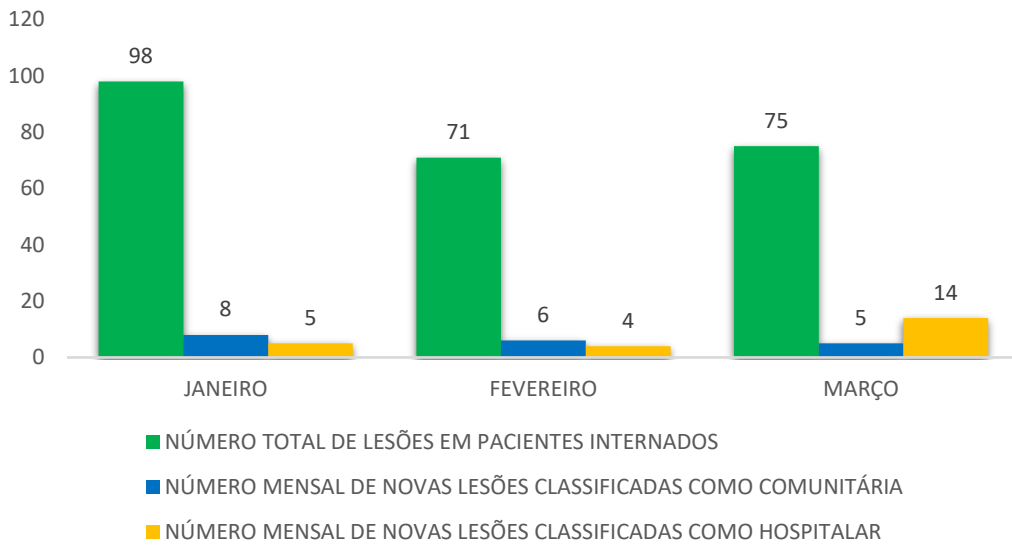
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

**Gráfico 77. Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão**



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

Gráfico 78. Análise de lesões



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

### 3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

Os serviços auxiliares à assistência desempenham papéis fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes em ambiente hospitalar. Aqui estão detalhados os serviços mencionados:

#### 3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

- Responsável por implementar e monitorar estratégias destinadas a promover a segurança dos pacientes durante sua permanência no hospital.
- Foca na prevenção de eventos adversos, como quedas, erros de medicação e infecções hospitalares.
- Desenvolve políticas, protocolos e treinamentos para melhorar a segurança e o bem-estar dos pacientes.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	87%	87%	82%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	80%	44%	67%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	23%	21%	13%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	35	37	37

NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	208	247	354
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	174	199	292
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	115	91	195
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	15	27	49
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	46	52	46
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	23	58	64
OUTROS	Neutro		8	2
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	3	6	21
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	108	44	27
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	28	37	26
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	5	3
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	49	97	226
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	3	6	1
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	8	25	48

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

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

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

<b>META 6 - RISCO DE LPP</b>	Neutro	5	7	20
------------------------------	--------	---	---	----

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	90%	72%	89%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	82%	41%	72%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	40%	31%	5%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	20	29	36
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	Neutro	18	21	32
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	Neutro	12	16	22
NEAR MISS (QUASE ERRO)	Neutro	0	1	10
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	Neutro	8	9	2
INCIDENTE SEM DANO	Neutro	0	2	2
OUTROS	Neutro	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Neutro	0	0	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	Neutro	3	5	3
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	Neutro	4	2	0
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	Neutro	0	1	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	Neutro	13	18	33
META 6 - RISCO DE QUEDA	Neutro	0	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	Neutro	0	2	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	n/a	n/a	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	n/a	n/a	72%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	n/a	n/a	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	n/a	n/a	11%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	n/a	n/a	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	Neutro	n/a	n/a	9

<b>NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL</b>	Neutro	n/a	n/a	9
<b>NEAR MISS (QUASE ERRO)</b>	Neutro	n/a	n/a	0
<b>INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)</b>	Neutro	n/a	n/a	1
<b>INCIDENTE SEM DANO</b>	Neutro	n/a	n/a	1
<b>OUTROS</b>	Neutro	n/a	n/a	0
<b>META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Neutro	n/a	n/a	0
<b>META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>	Neutro	n/a	n/a	2
<b>META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO</b>	Neutro	n/a	n/a	0
<b>META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO</b>	Neutro	n/a	n/a	0
<b>META 5 - RISCO DE INFECÇÃO</b>	Neutro	n/a	n/a	7
<b>META 6 - RISCO DE QUEDA</b>	Neutro	n/a	n/a	0
<b>META 6 - RISCO DE LPP</b>	Neutro	n/a	n/a	0

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

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

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

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

<b>META 6 - RISCO DE LPP</b>	Neutro	10	13	26
------------------------------	--------	----	----	----

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

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

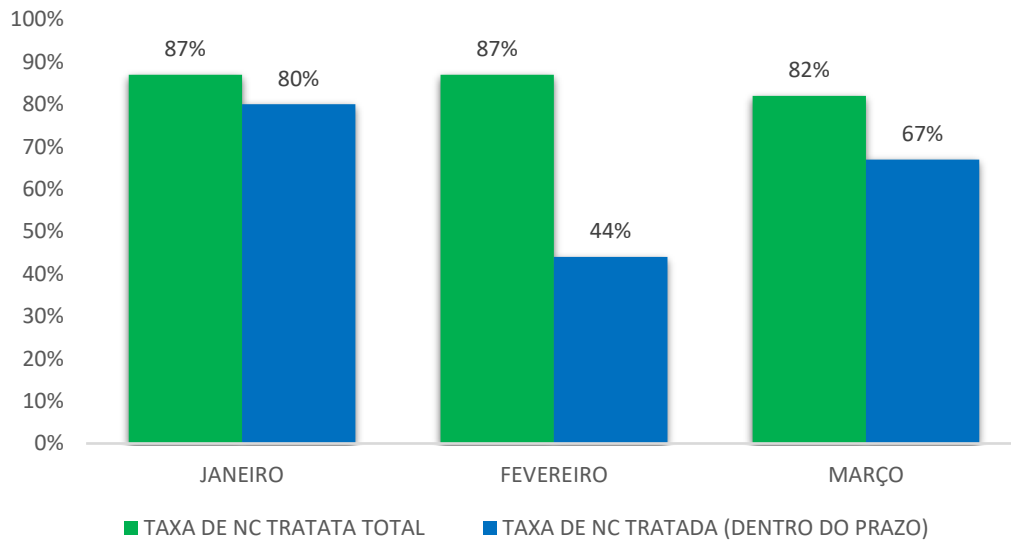
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	100%	100%	75%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	75%	100%	73%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	0%	0%	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	0%	25%	11%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	5	5	5
NÚMERO DE NÃO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

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

### ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

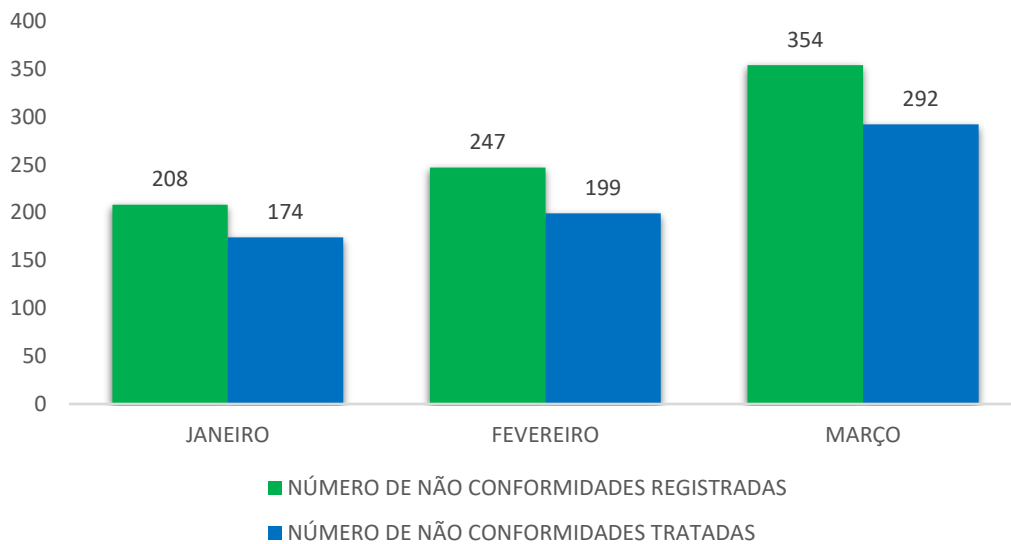
A Taxa de Respostas dentro do Prazo apresentou melhora significativa no último mês; contudo, ainda há necessidade de avanços no cumprimento dos prazos estabelecidos. Reforça-se a importância de maior agilidade por parte dos gestores na tratativa das não conformidades à medida que são recebidas, visando garantir respostas em tempo oportuno, prevenir reincidências e fortalecer a segurança do paciente.

**Gráfico 79. Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar)**



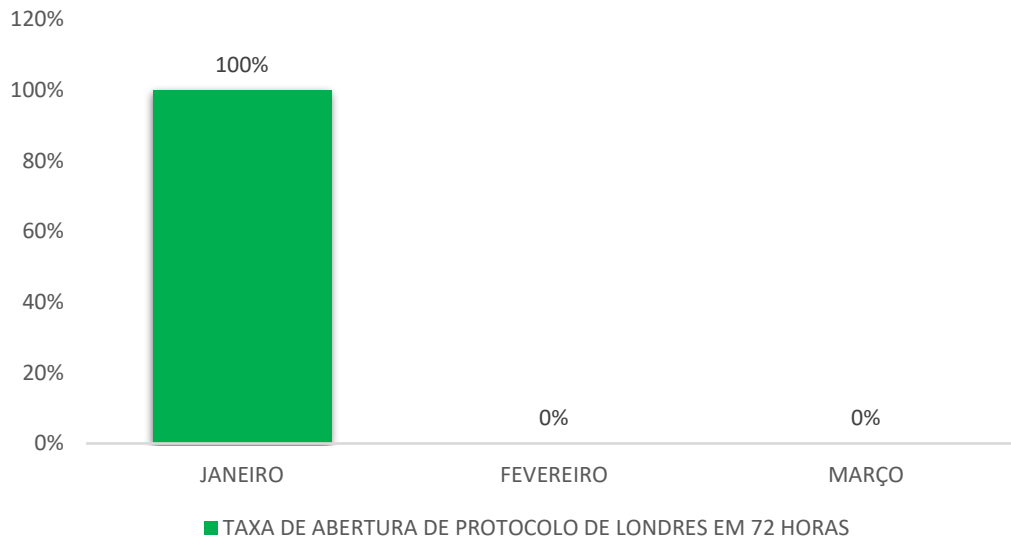
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 80. Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar)**



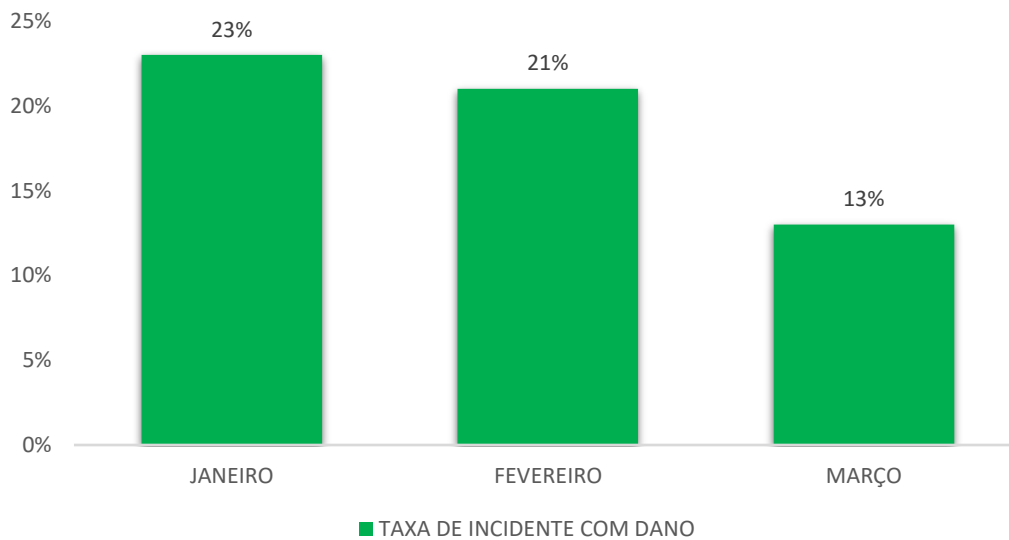
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 81. Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs**



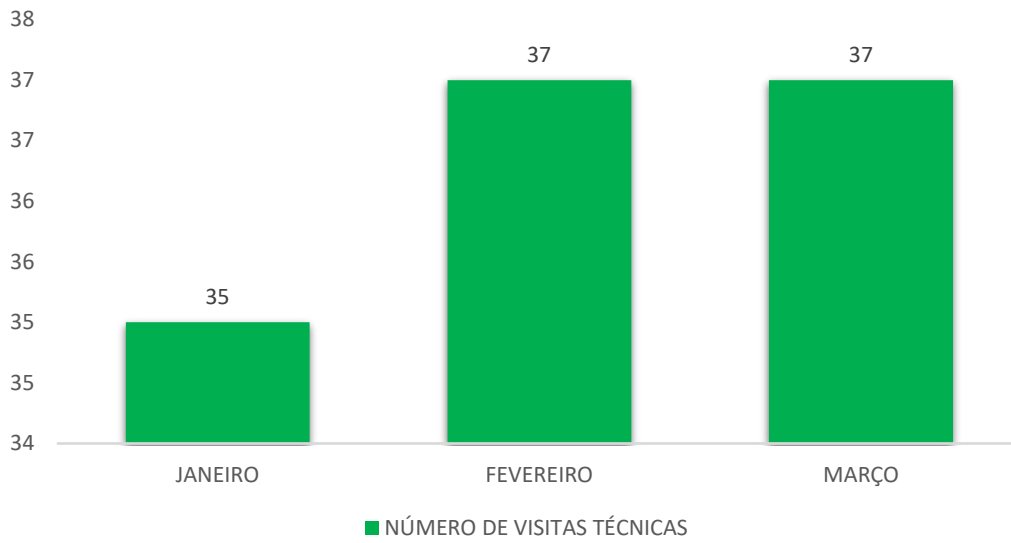
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 82. Taxa de incidente de dano**



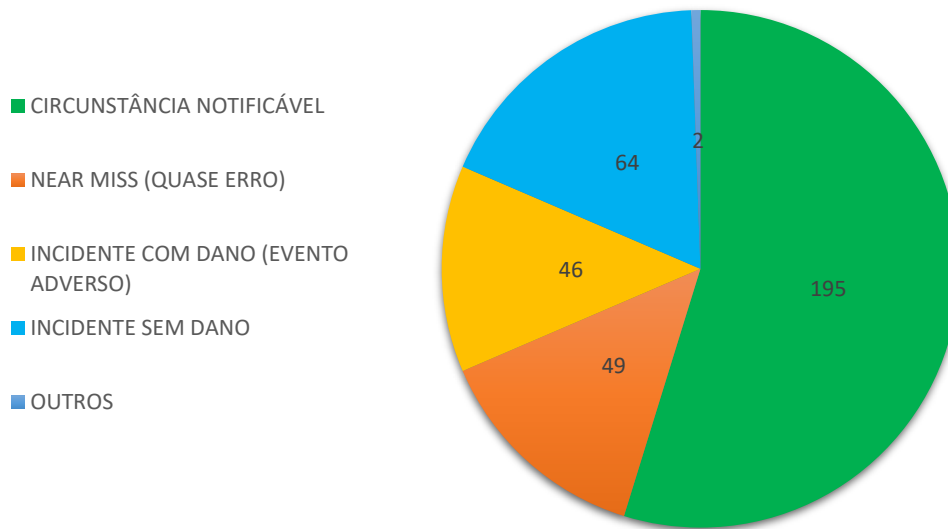
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 83. Número de visitas técnicas**



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

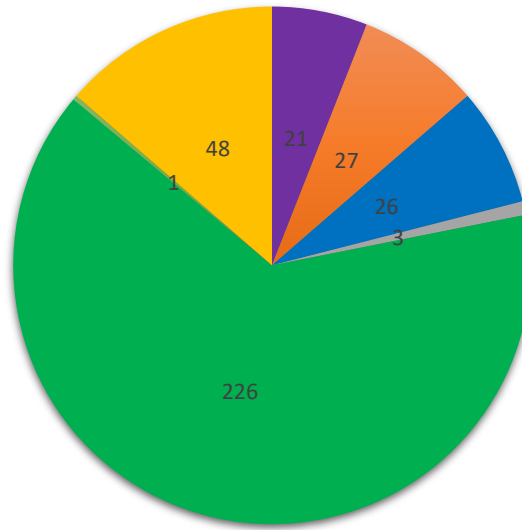
**Gráfico 84. Classificação das não conformidades (Geral hospitalar)**



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

**Gráfico 85. Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar)**

- META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA
- META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA
- META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO
- META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO
- META 5 - RISCO DE INFECÇÃO



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

**3.4.2. Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)**

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	n/a	n/a	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	n/a	n/a	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	n/a	n/a	0
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	n/a	n/a	0
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	n/a	n/a	0
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	Neutro	n/a	n/a	3,66%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	Neutro	n/a	n/a	12,80%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	Neutro	n/a	n/a	10,98%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	n/a	n/a	100%

<b>PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC</b>	100%	n/a	n/a	40,50%
<b>CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML</b>	> 20 ml	n/a	n/a	55,98

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
<b>NÚMERO TOTAL DE IRAS</b>	0	1	1	0
<b>DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS</b>	0%	0,32%*	0,35%	0%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

\*Dados corrigidos.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
<b>NÚMERO TOTAL DE IRAS</b>	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

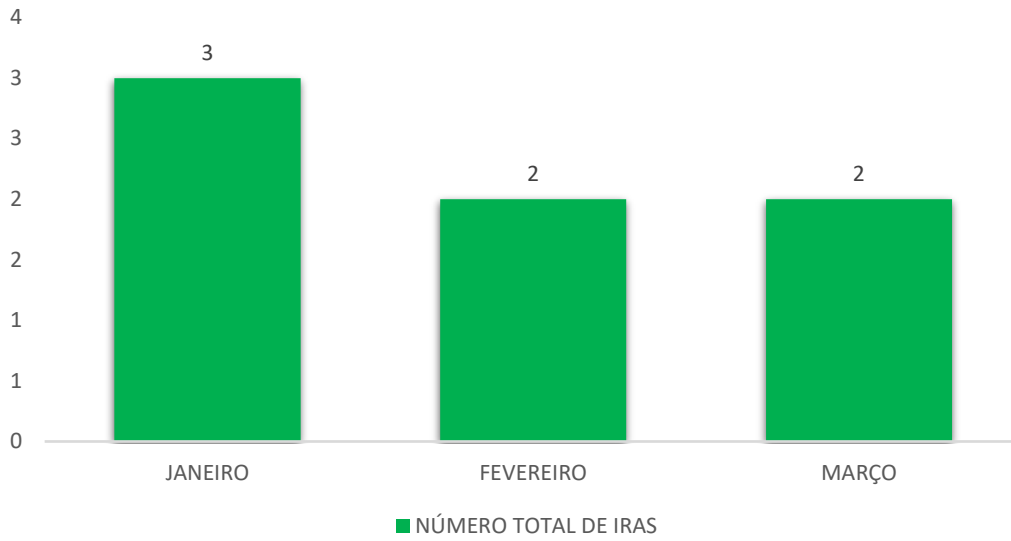
### ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No período, foram registradas duas infecções na Clínica Médica Colibri, sendo uma infecção primária de corrente sanguínea associada a CVC e um caso de Clostridioides. Apesar de os indicadores gerais permanecerem, em sua maioria, dentro das metas, houve variabilidade pontual nos resultados.

Observou-se também baixa adesão à higiene de mãos, evidenciada pelo consumo reduzido de preparação alcoólica em alguns momentos, abaixo da meta preconizada, fator que pode ter contribuído para a ocorrência dos casos.

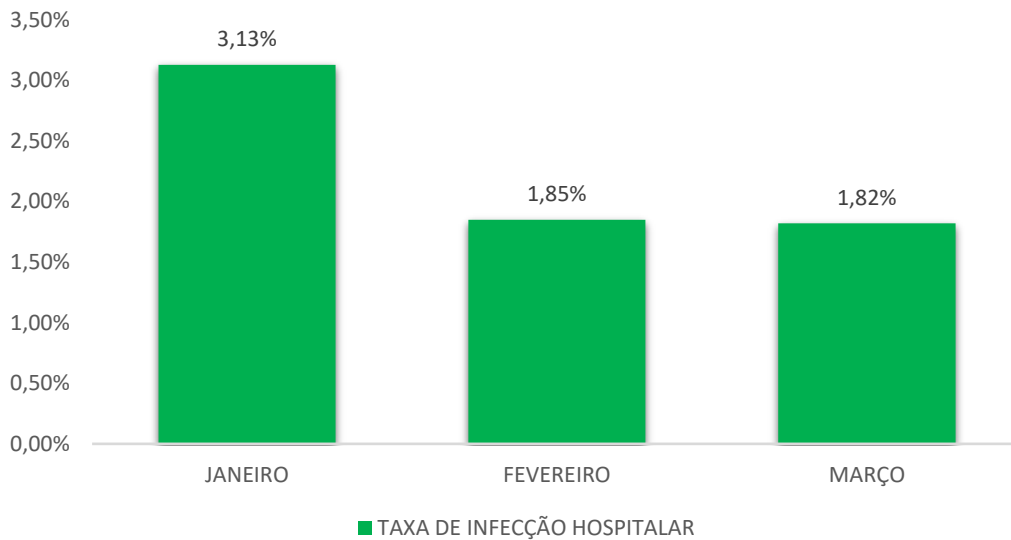
O cenário reforça a necessidade de intensificação das ações de educação permanente, auditorias e monitoramento das práticas assistenciais, com foco na higiene de mãos e adesão aos bundles de dispositivos invasivos, visando maior consistência dos resultados e prevenção de novos eventos.

Gráfico 86. Número total de IRAS



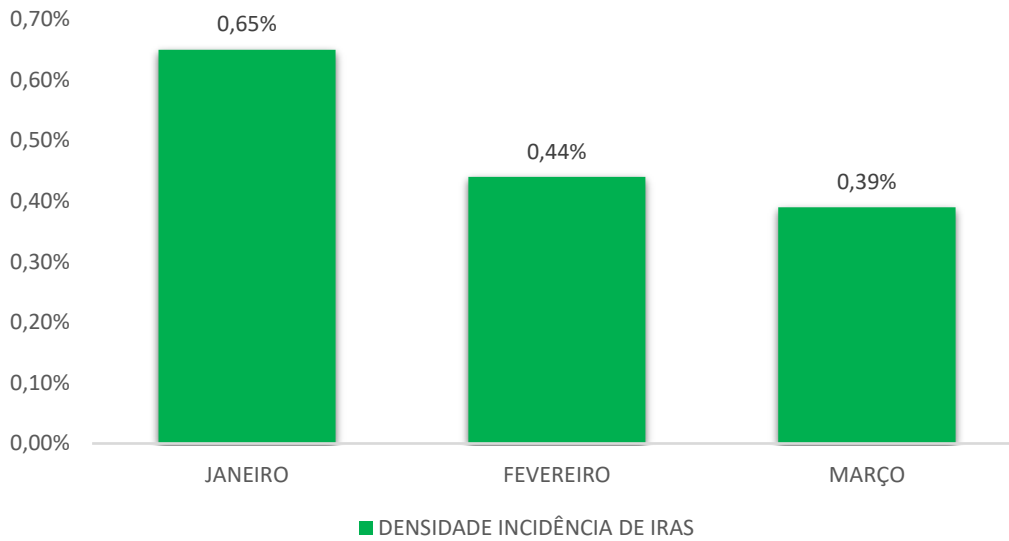
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 87. Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar



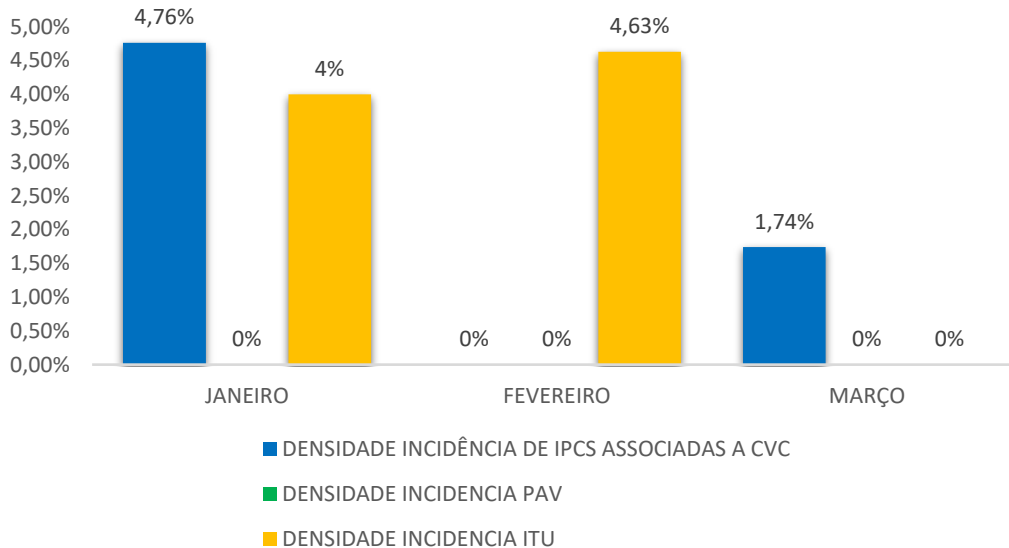
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Gráfico 88. Densidade incidência de IRAS**



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Gráfico 89. Densidades de incidências**



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

### 3.4.3. Vigilância em Saúde

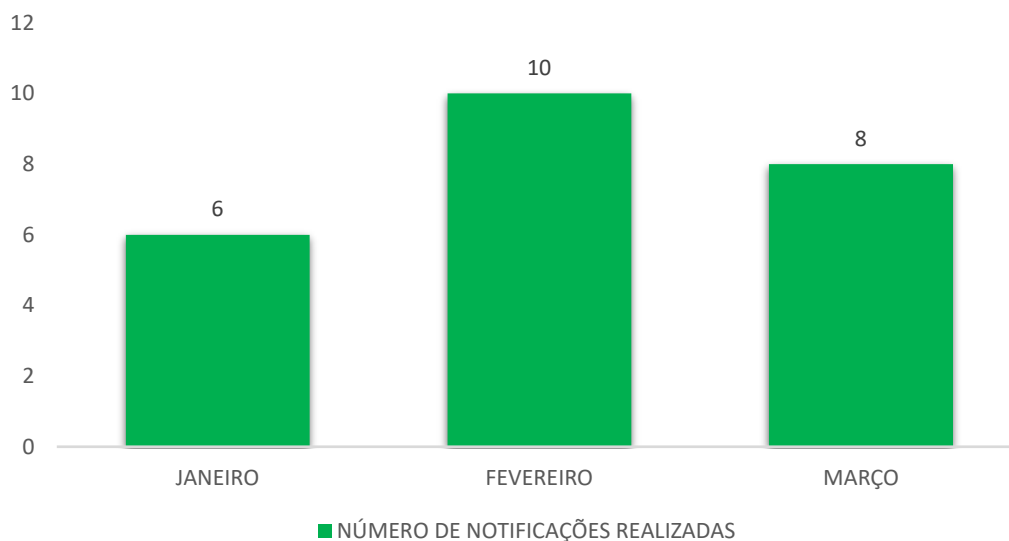
- Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos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

Tabela 69. Indicadores de Vigilância em Saúde

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

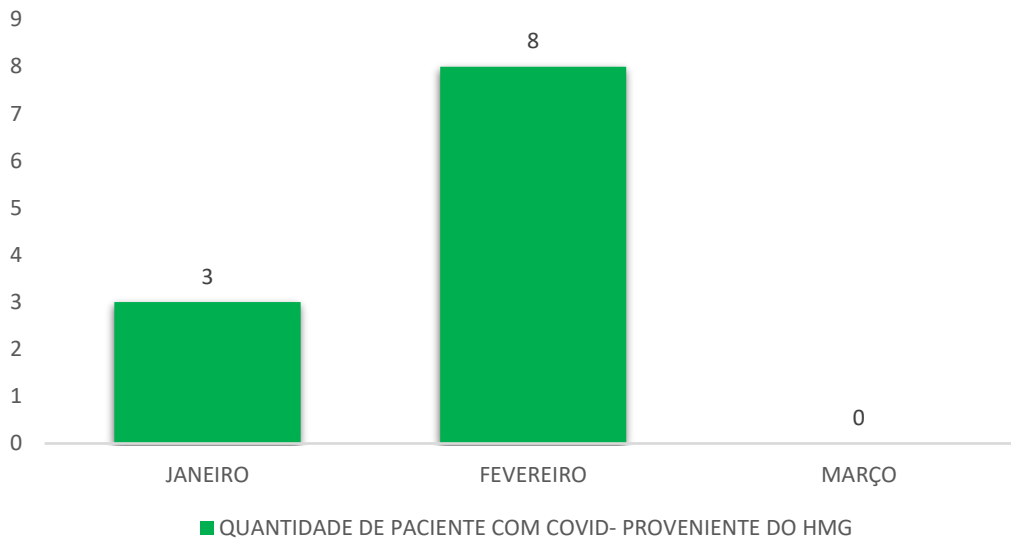
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 90. Número de notificações realizadas



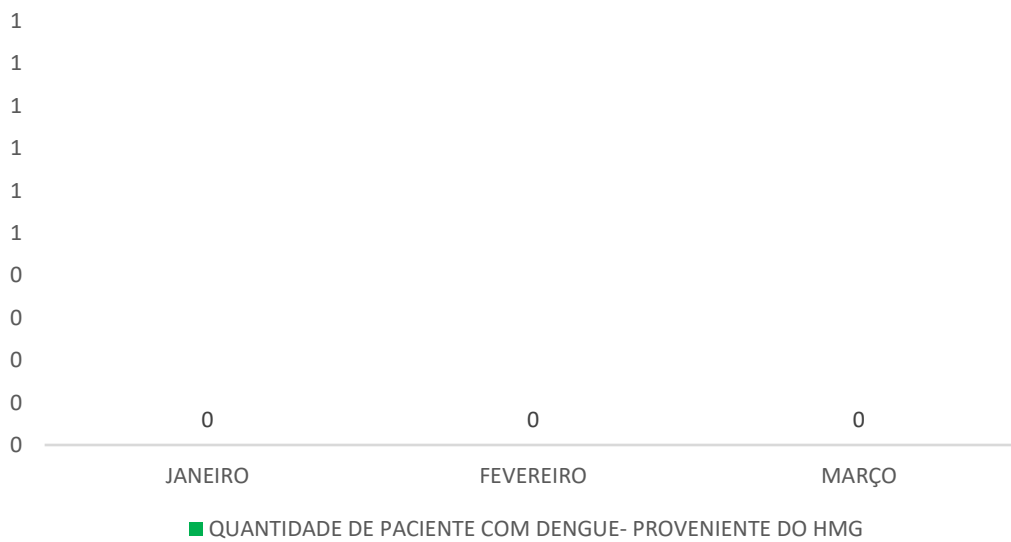
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

**Gráfico 91. Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG**



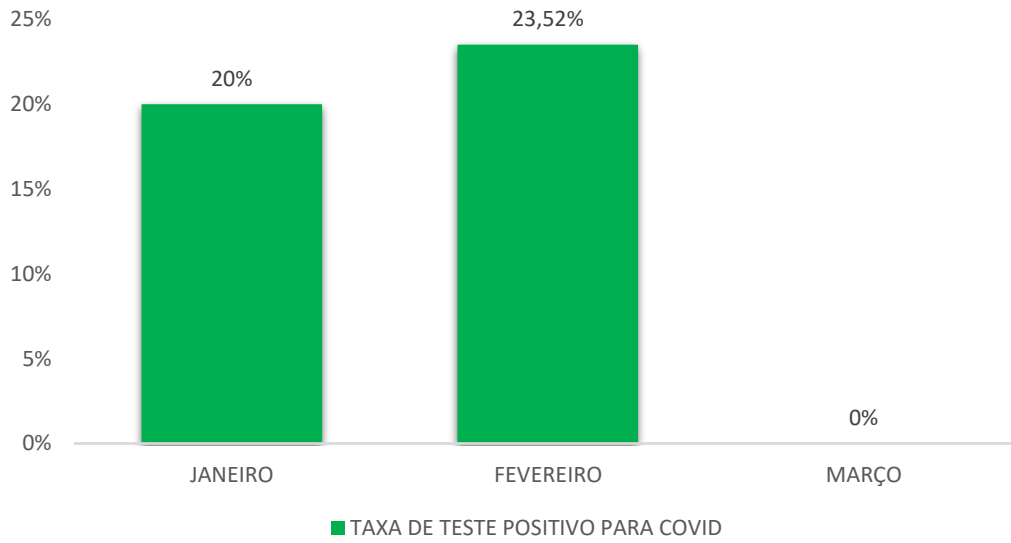
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

**Gráfico 92. Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG**



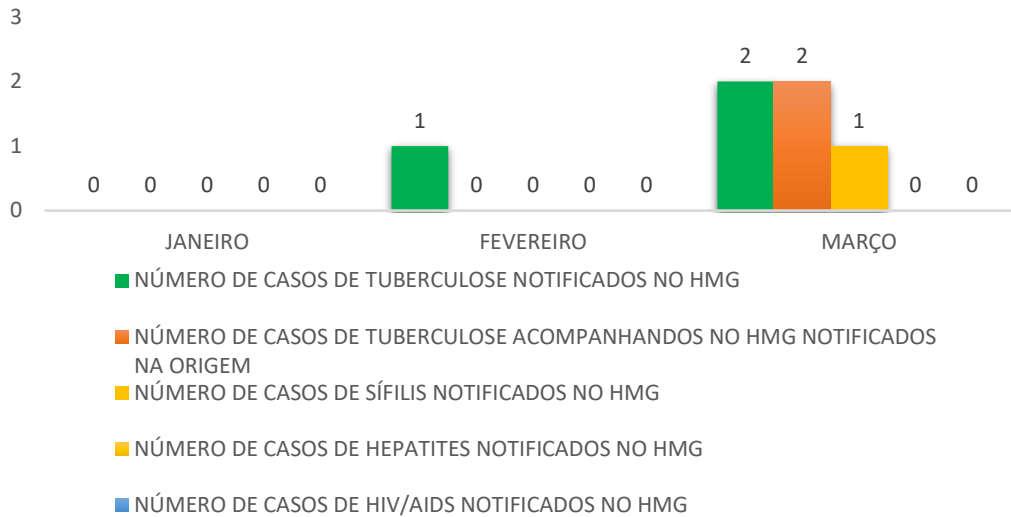
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

**Gráfico 93. Taxa de teste positivo para COVID**



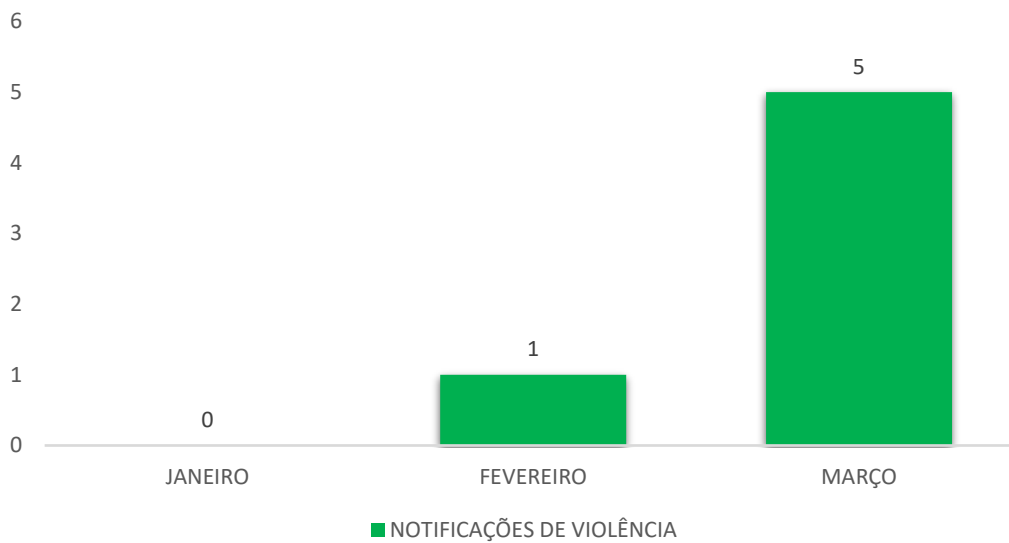
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

**Gráfico 94. Número de casos**



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 95. Notificações de violência



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

#### 3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação

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

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

sejam alocados de maneira eficiente e que os pacientes sejam direcionados para o atendimento adequado conforme suas necessidades.

**Tabela 70. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Geral)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%	0,76%	0,78%
NÚMERO DE ADMISSÕES	neutro	0	1	1
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	neutro	0	1	0

NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	neutro	4	9	14
NÚMERO DE REMOÇÕES	neutro	4	10	14
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	neutro	0	0	0

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

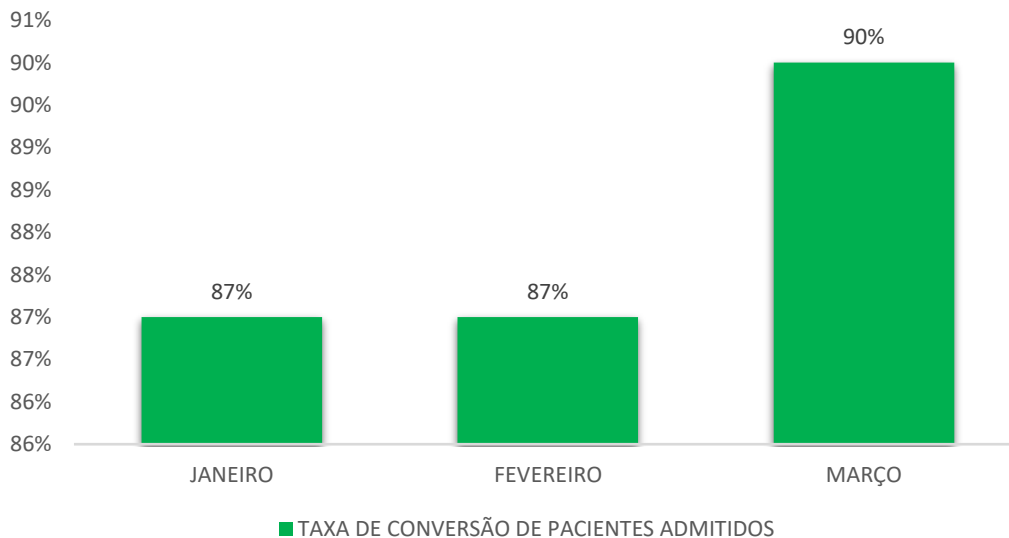
Tabela 75. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)

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

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

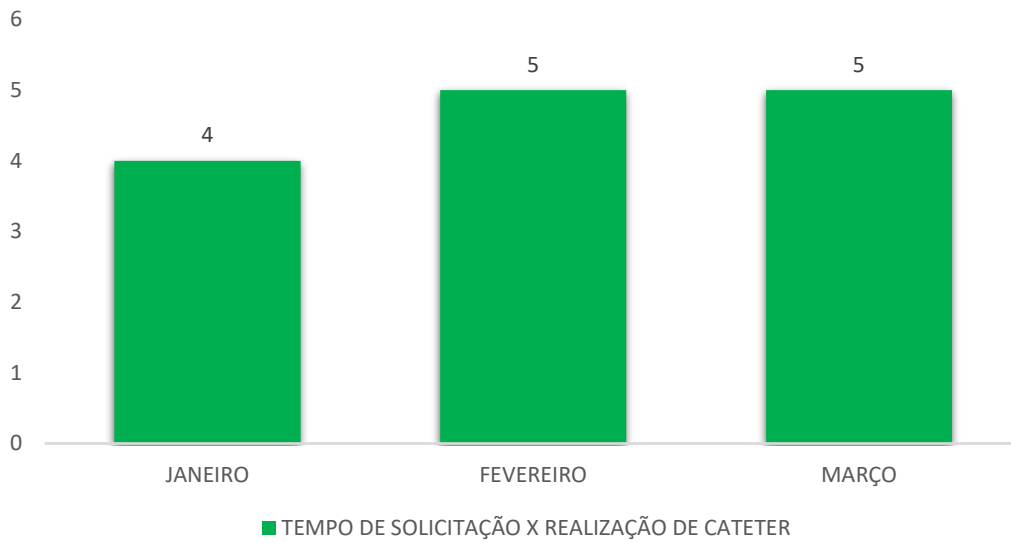
**Observação:** Não tivemos nenhuma admissão no setor de Pediatria.

Gráfico 96. Taxa de conversão de pacientes admitidos



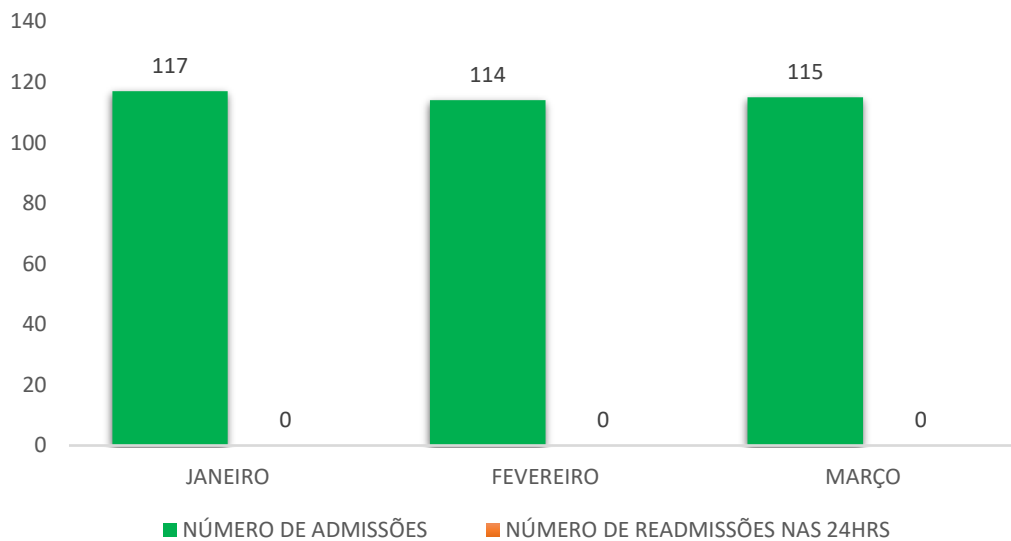
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 97. Tempo de solicitação x realização do cateter**



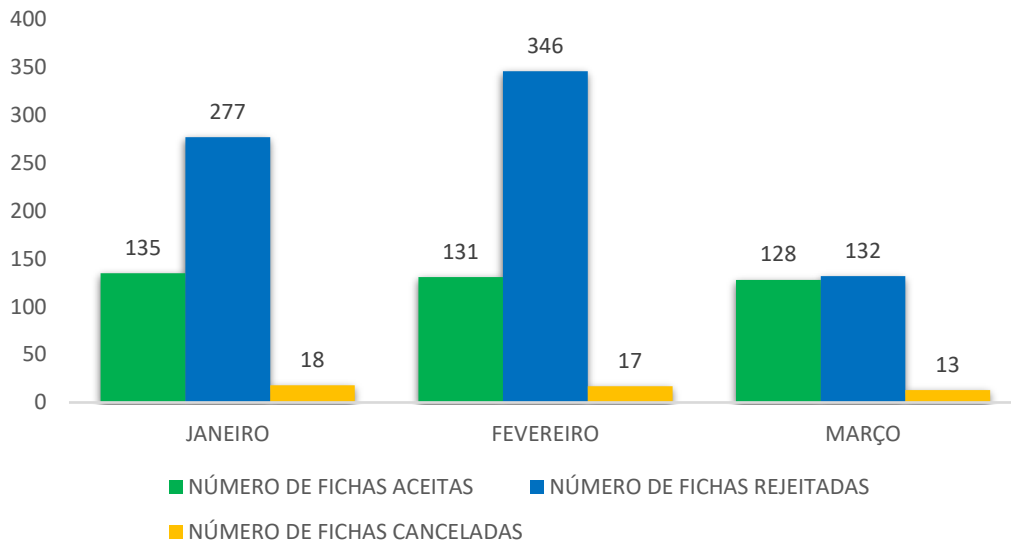
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 98. Admissões e readmissões nas 24hrs**



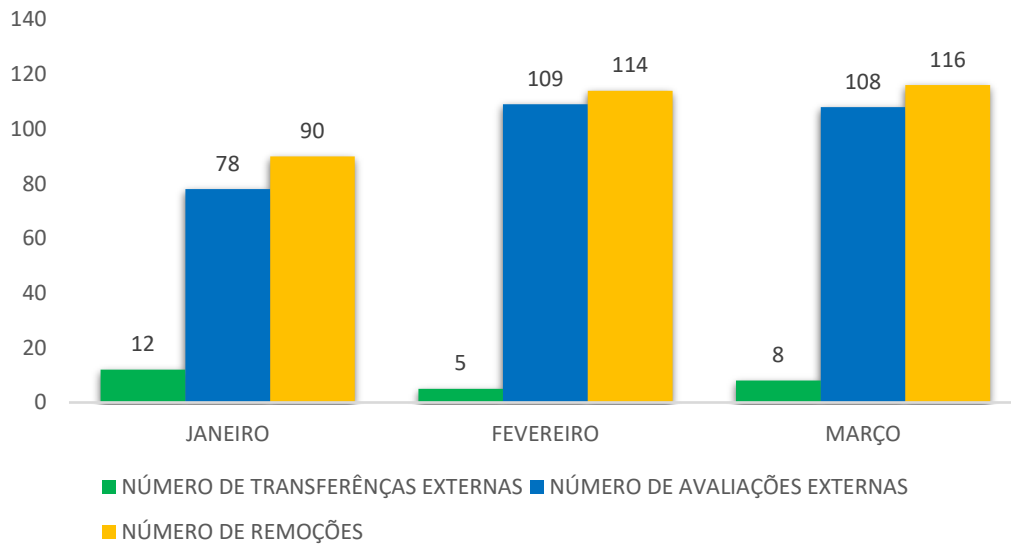
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 99. Análise de fichas CROSS**



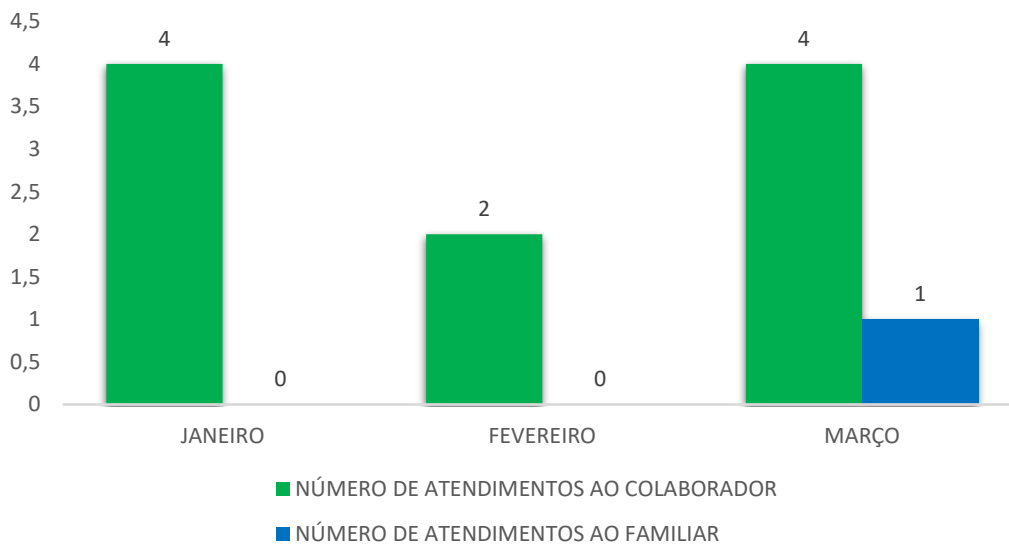
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 100. Serviço de remoção de pacientes**



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

Gráfico 101. Atendimentos pelo NIR



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

### 3.4.5. Núcleo De Educação Permanente

Unidade crucial para a formação contínua e o desenvolvimento profissional da equipe do hospital. Com o objetivo de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados e promover a atualização constante dos conhecimentos e habilidades dos colaboradores, o núcleo desempenha um papel fundamental na capacitação e no crescimento profissional dentro da instituição.

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

**Tabela 76. Indicadores de Núcleo de Educação Permanente**

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

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

### ANÁLISE CRÍTICA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No mês de março, o NEP não atingiu a meta de 80% de execução do plano de treinamentos, em razão de fatores operacionais e assistenciais, como alta demanda nas unidades, absenteísmo e quadro de gestores incompleto, impactando a disponibilidade das equipes.

Como plano de ação, serão adotados monitoramento semanal do cronograma, ajustes ágeis, realização de treinamentos in loco e de curta duração, além de reforço na comunicação interna para maior engajamento.

Espera-se, com essas medidas, aumento da adesão das equipes e alcance das metas nos próximos ciclos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança assistencial.

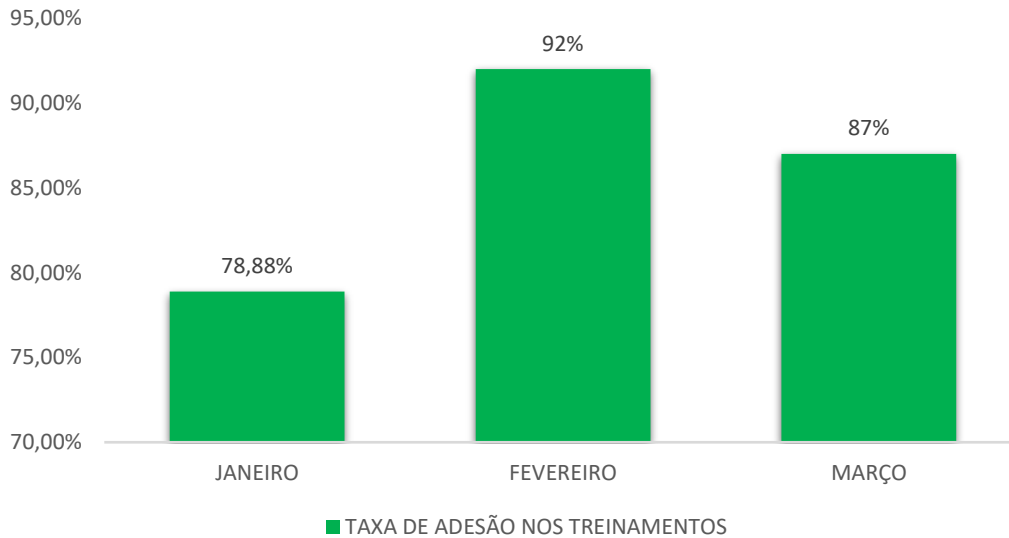
### LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – MARÇO 2026

- 15 Minutos Qualidade;
- 6 Metas internacionais de segurança do paciente;
- Acordo Interno;
- Admissão humanizada e alta de qualidade;
- Auditoria e segurança da informação;

- Caneta permanente nos preenchimentos dos quadros
- Conferência sistemática dos dispositivos de oxigenoterapia;
- Contenção mecânica;
- Cuidados com a pele e colchão pneumático;
- Cuidados com a pele e máquinas de banho;
- Cuidados com acesso venoso e prevenção de flebite;
- Cuidados com bombas de infusão;
- Cuidados com equipamentos;
- Fixação de CVD;
- Gestão de projetos;
- Importância do registro de enfermagem para auditoria;
- Manuseio da máquina de banho portátil;
- NR 06 - Equipamento de proteção individual;
- NR 10 - Segurança em instalações e serviços em eletricidade;
- NR 12 - Segurança e prevenção com equipamentos rotativos;
- NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas;
- NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- NR 35 - Trabalho em altura;
- Precauções, bundle, protocolo rota sepsis, notificações e adorno zero;
- Preenchimento do quadro e troca de pulseiras dos pacientes;
- Preenchimento de bundle;
- Protocolos gerenciáveis, safety huddle, hemocomponentes, plano educacional, protocolo avc, processo de enfermagem, administração de medicamentos e checagem em sistema;
- Queda;
- Recebimento de insumos;
- Técnicas de curativos e coberturas e sondagem nasoenteral;
- Utilização de EPI, aero dr konica e raios x móvel;
- Recebimentos de roupas da lavanderia terceirizada;
- Plano de contingência para situação de risco e vulnerabilidade;
- Controle de acesso;

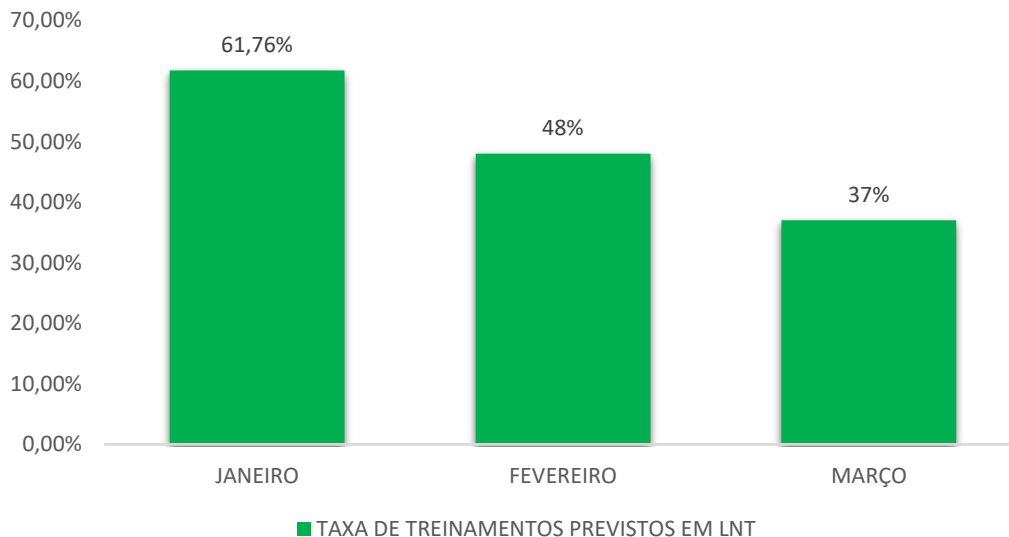
- Troca de curativos de CVC, Shilley e Permcath;
- Medida de biossegurança: Precaução padrão e específica;
- Conhecendo os riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e radioativos;
- Revisão prática da higienização das mãos e técnica de paramentação e desparamentação.

**Gráfico 102. Taxa de adesão nos treinamentos**



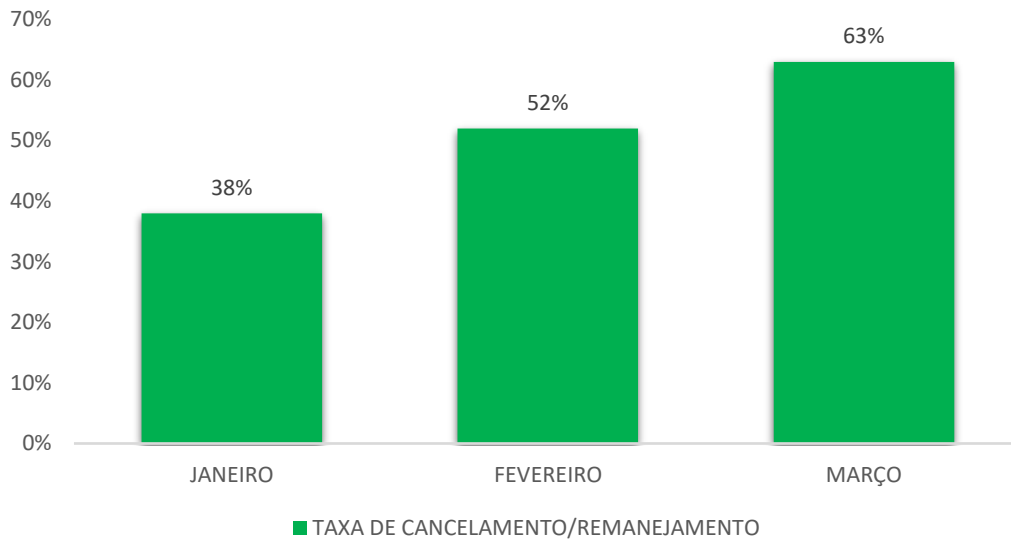
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 103. Taxa de treinamentos previstos em LNT**



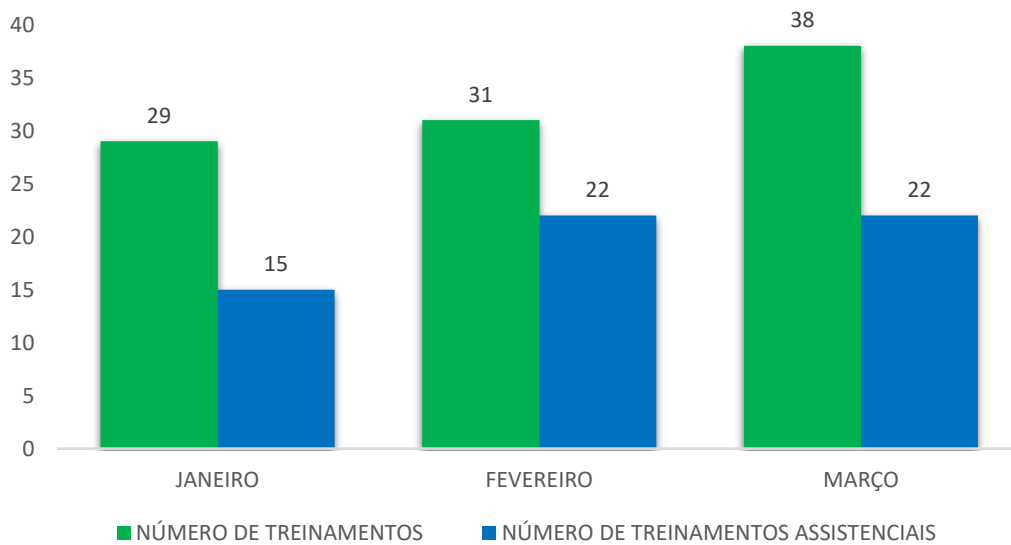
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 104. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos**



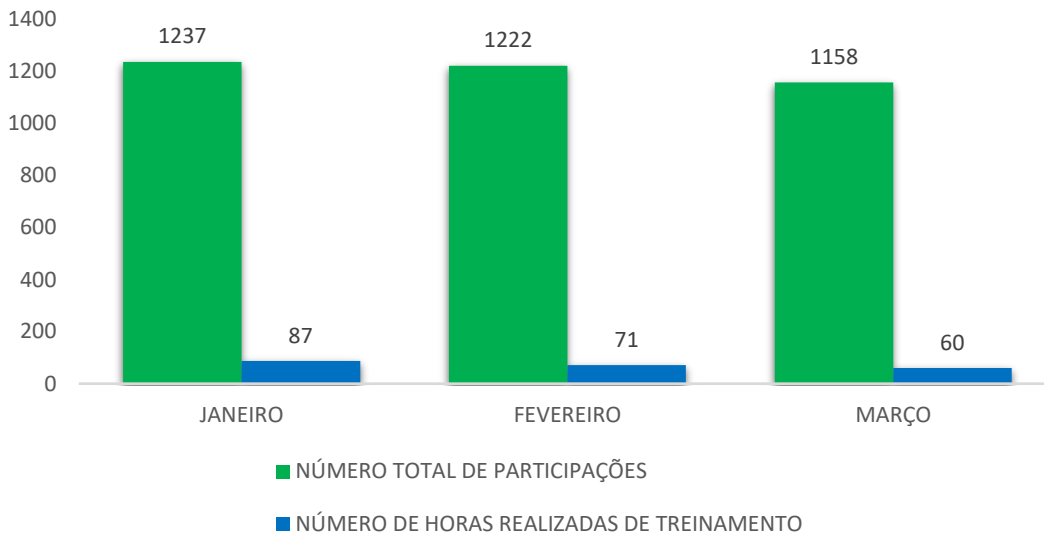
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 105. Número de treinamentos gerais e assistenciais**



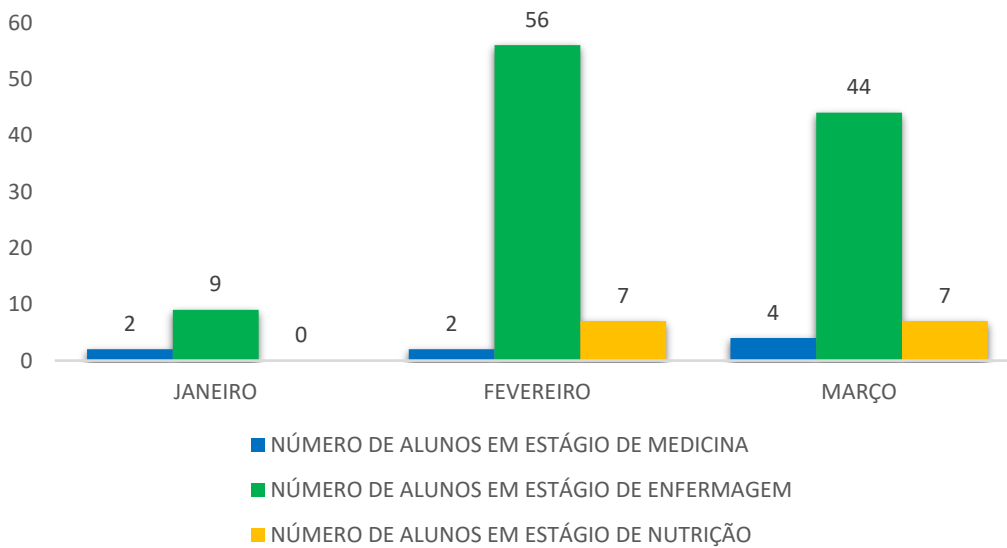
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 106. Número de participações e horas realizadas**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 107. Número de alunos em estágios**



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

### 3.4.6. Escritório de Gestão de Altas

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

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

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

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	93%	93%	98%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	87%	88%	88%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	40%	32%	35%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	51%	55%	48%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	Neutro	94	101	68

TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	94	101	68
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	51	52	39
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	Neutro	55	56	40
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	48	49	35
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	22	18	14
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	94	101	68
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	28	31	19
Nº DE ALTAS	Neutro	55	56	40
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	94	101	68

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	n/a	n/a	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	n/a	n/a	86%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	n/a	n/a	79%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	> 50%	n/a	n/a	29%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL -24HRS	100%	n/a	n/a	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	n/a	n/a	43%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	Neutro	n/a	n/a	25
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	Neutro	n/a	n/a	12
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	Neutro	n/a	n/a	14
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	Neutro	n/a	n/a	11
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	Neutro	n/a	n/a	4
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	Neutro	n/a	n/a	25
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	Neutro	n/a	n/a	6
Nº DE ALTAS	Neutro	n/a	n/a	14
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	Neutro	n/a	n/a	25

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

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

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

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
AUSÊNCIA FAMILIAR	Quanto menor, melhor	19	19	18
VÍNCULO FAMILIAR PREJUDICADO	Quanto menor, melhor	43	42	41
AGUARDA ILPI (+ 60 ANOS)	Quanto menor, melhor	11	11	15
AGUARDA CENTRO POP (- 60 ANOS)	Quanto menor, melhor	0	1	0
PACIENTES SOCIAL GRAU III	Quanto menor, melhor	18	13	14
AGUARDA EMAD	Quanto menor, melhor	0	0	0
AGUARDA "MELHOR EM CASA"/UBS	Quanto menor, melhor	1	0	0
OUTROS	Quanto menor, melhor	13	23	18

Fonte: Relatório Interno – EGA.

### ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

No período, observou-se elevado tempo médio de permanência, relacionado principalmente à dependência de serviços externos. Na primeira quinzena, havia 14 pacientes aguardando diálise e 6 aguardando revascularização, impactando diretamente o giro de leitos. A partir da segunda quinzena, houve melhora no fluxo, com

avanço nos agendamentos para diálise e estabelecimento de parceria para revascularização, contribuindo para maior resolutividade.

Também foram identificados pacientes com perfil de retaguarda e demandas sociais, influenciando na permanência hospitalar. Ações de articulação com a rede de apoio já estão em andamento para otimizar o fluxo de alta.

Apesar do cenário, houve aumento gradual no número de altas, mantendo a qualidade assistencial:

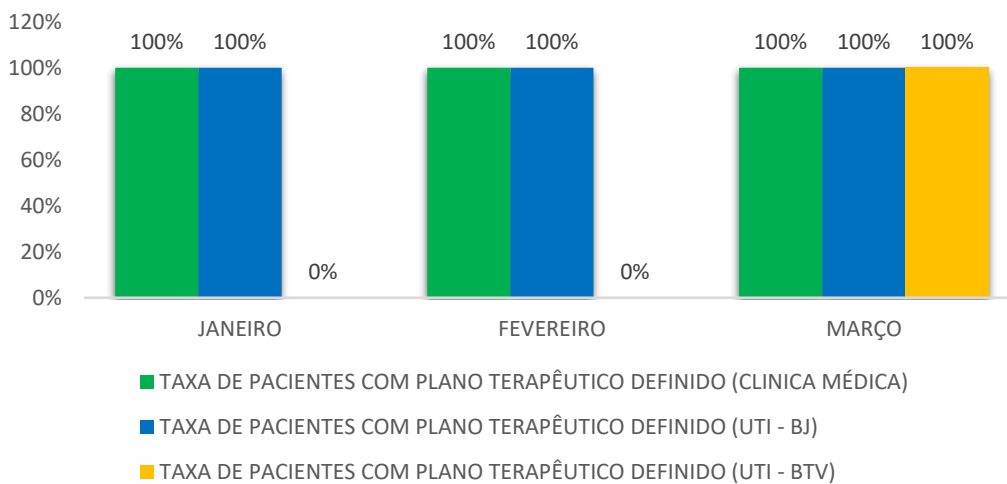
- 97 altas hospitalares
- 10 transferências/altas (total de 107 altas efetivas)
- 7 óbitos
- 3 desistências de tratamento

Foram identificadas divergências entre bases de dados (EGA, SMPEP e SAME), especialmente no total de altas, sendo necessária padronização das informações.

**Plano de Alta Multiprofissional:** O indicador apresentou 65% de adesão global, abaixo da meta de 90%. Apesar de boa adesão da maioria das categorias, o resultado evidencia necessidade de fortalecimento do processo, principalmente quanto ao registro e participação integral das equipes.

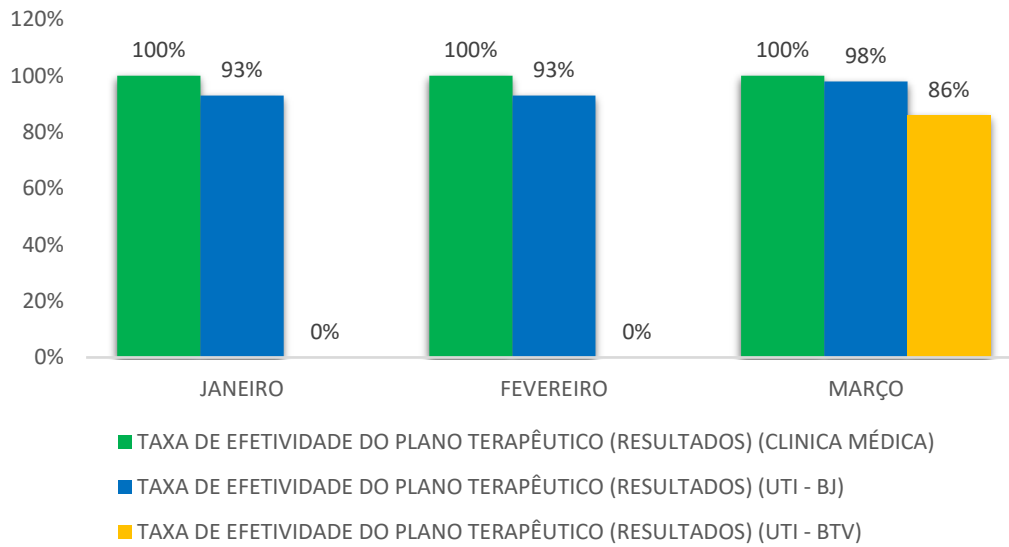
O cenário reforça a necessidade de continuidade das ações de integração com a rede externa, qualificação do processo de alta e padronização dos dados, visando melhoria dos indicadores nos próximos ciclos.

**Gráfico 108. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido**



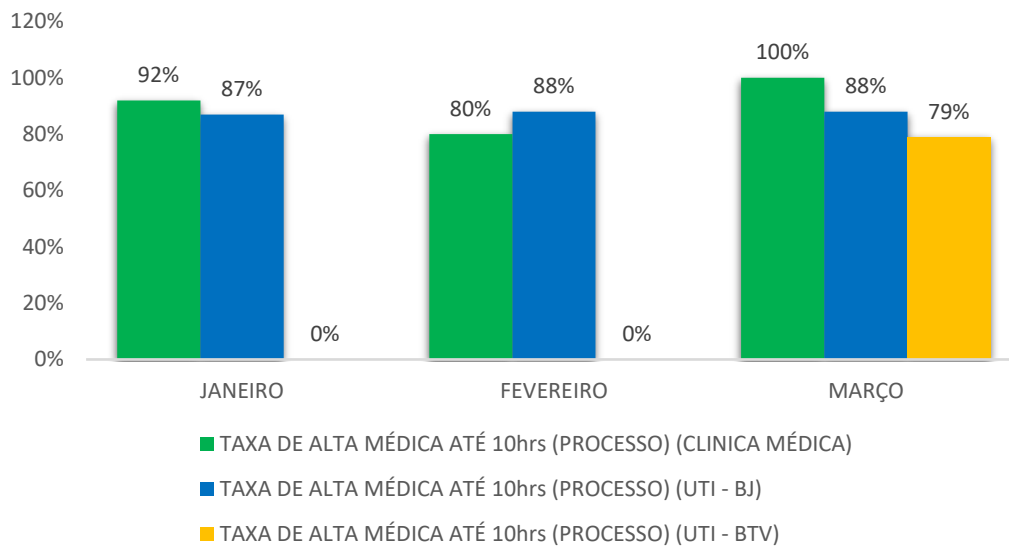
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 109. Taxa de efetividade do plano terapêutico**



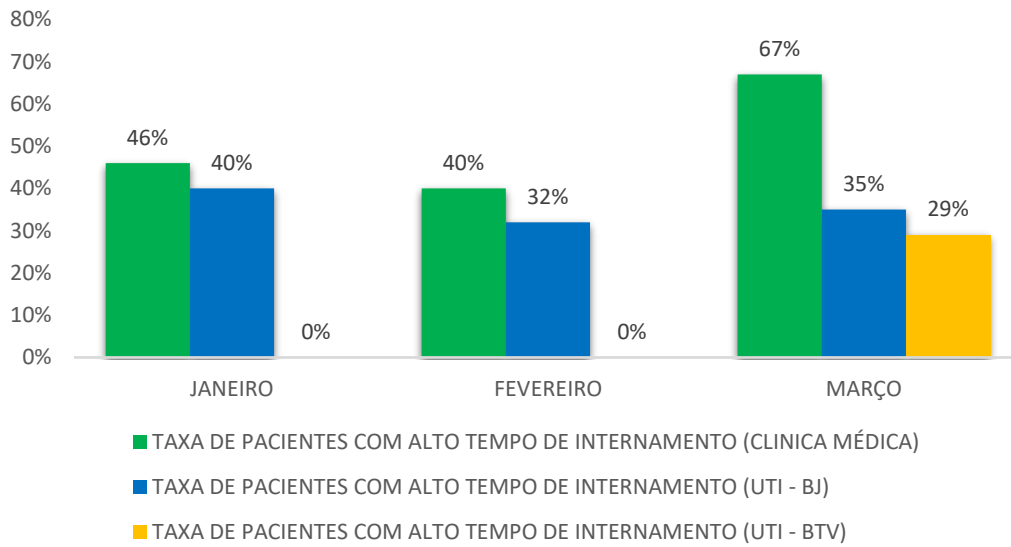
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 110. Taxa de alta médica até 10hrs**



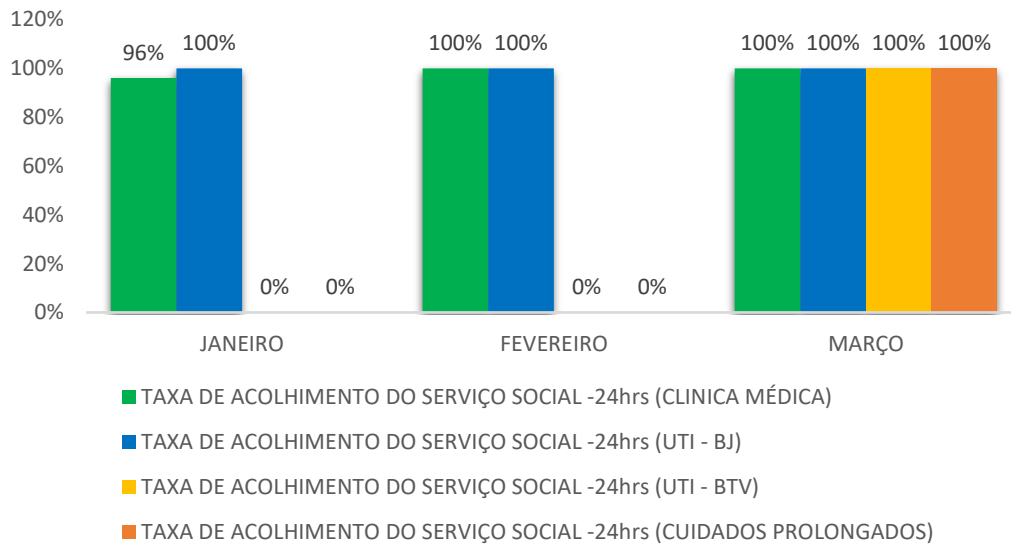
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 111. Taxa de pacientes com alto tempo de internação**



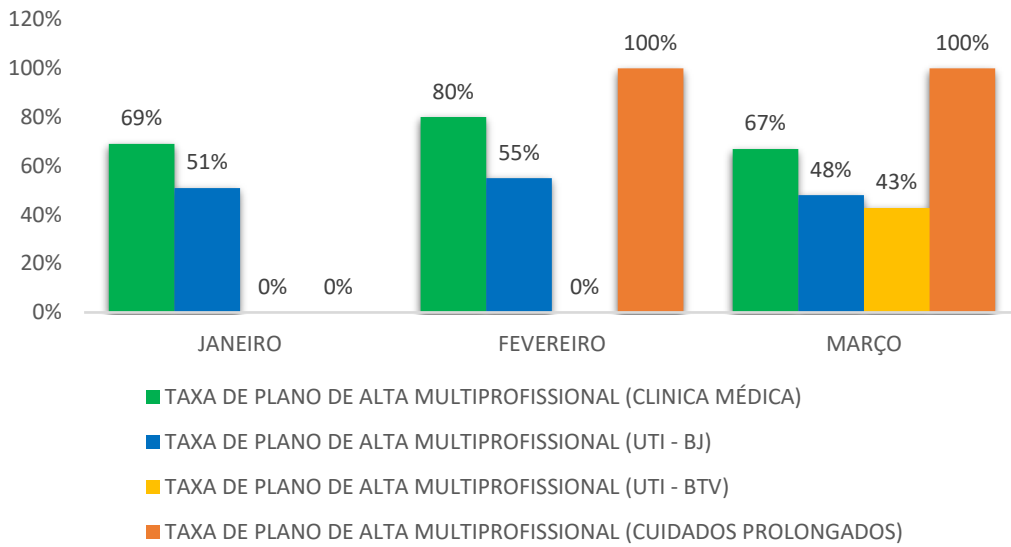
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 112. Taxa de acolhimento do serviço social**



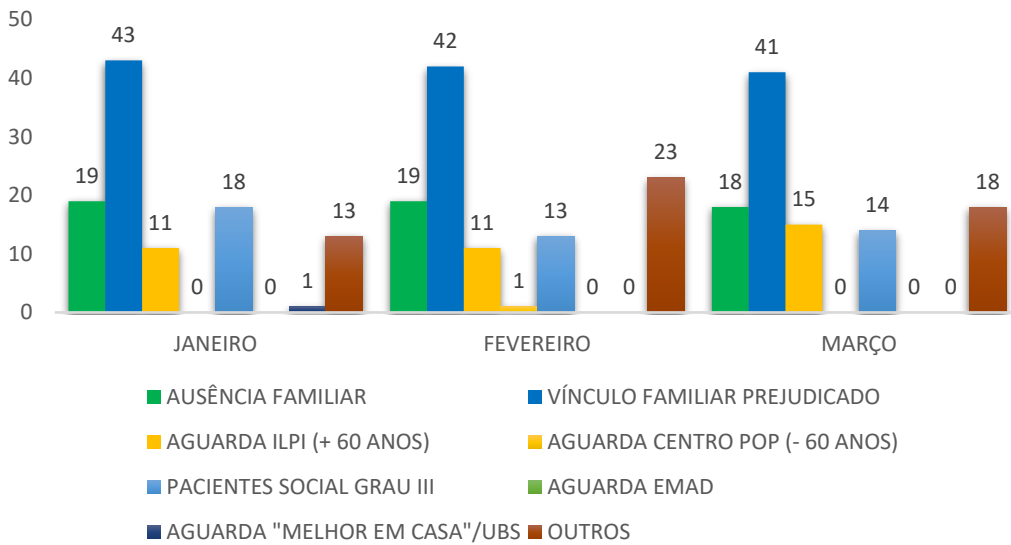
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 113. Taxa de plano de alta multiprofissional**



Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 114. Número de paciente com pendências para alta**



Fonte: Relatório Interno – EGA.

### 3.5. SUPRIMENTOS

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

- **Planejamento:** O Setor de Suprimentos planeja a aquisição de insumos e materiais de acordo com as necessidades do hospital, considerando tanto o estoque atual quanto as demandas futuras previstas.

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

### 3.5.1. Farmácia

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

**Tabela 82. Indicadores de Farmácia**

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

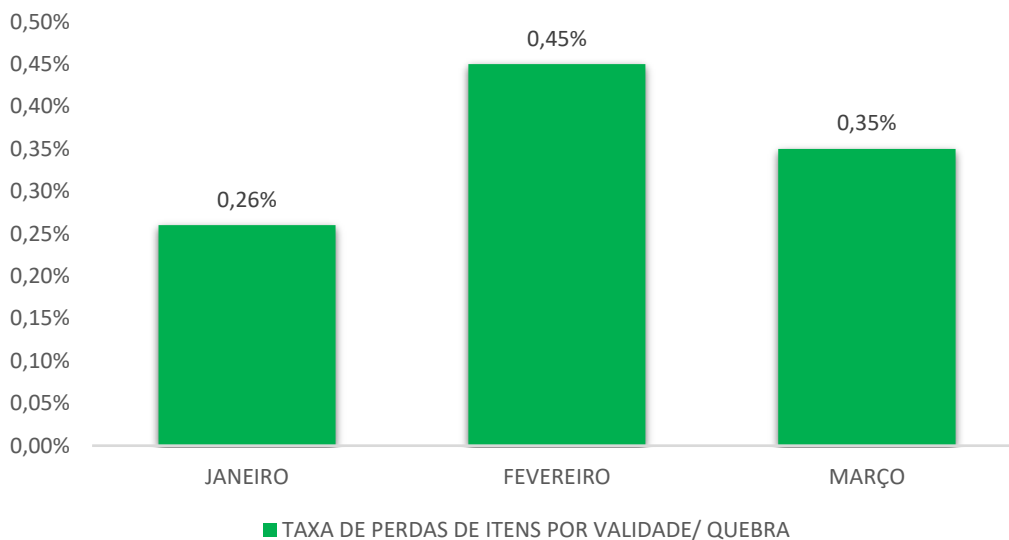
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

## ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

No Indicador de Taxa de Itens sem Movimentação de Estoque, destacam-se itens de maior relevância que permaneceram sem movimentação nos últimos 90 dias, como o Alteplase, mantido em estoque para uso em situações emergenciais, e o circuito respiratório adulto, adquirido em período anterior quando a unidade era referência no atendimento de COVID.

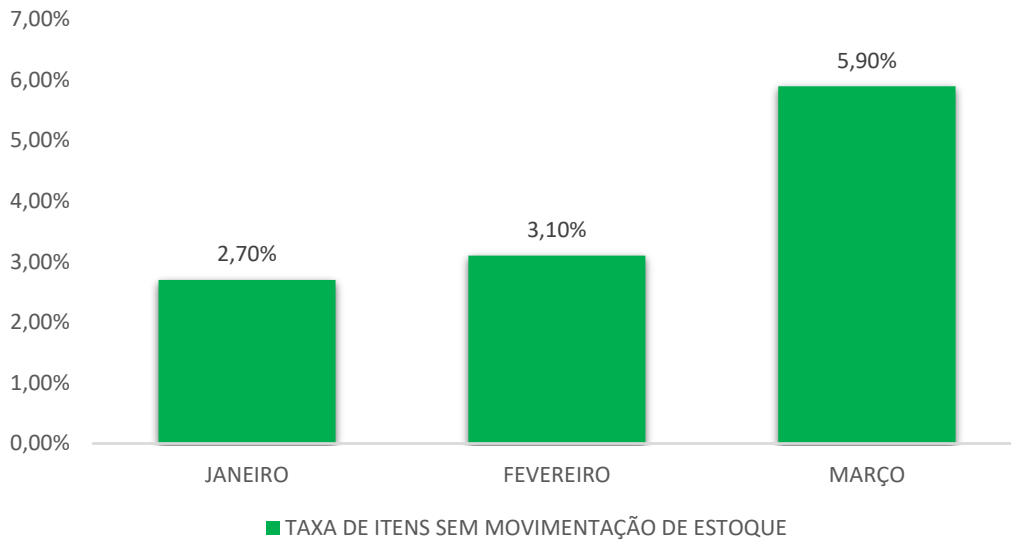
Em relação ao Indicador de Taxa de Perdas por Validade/Quebra, foram identificadas perdas de itens de baixo consumo, como cânula de traqueostomia ajustável nº 08 e jelco nº 14, sem possibilidade de remanejamento ou troca com unidades parceiras, o que contribuiu para o resultado do indicador no período.

**Gráfico 115. Taxa de perdas de itens por validade/quebra**



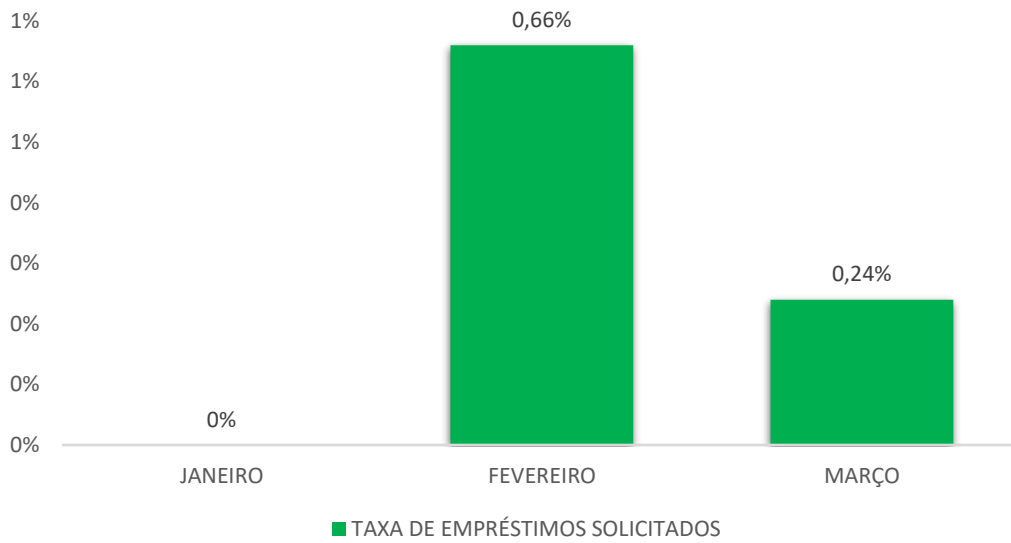
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 116. Taxa de itens sem movimentação de estoque**



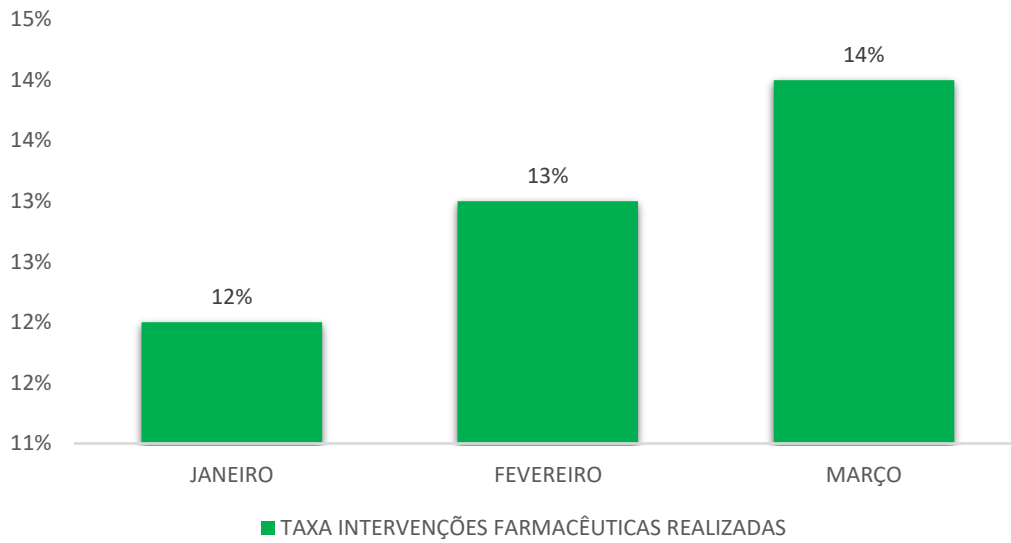
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 117. Taxa de empréstimos solicitados**



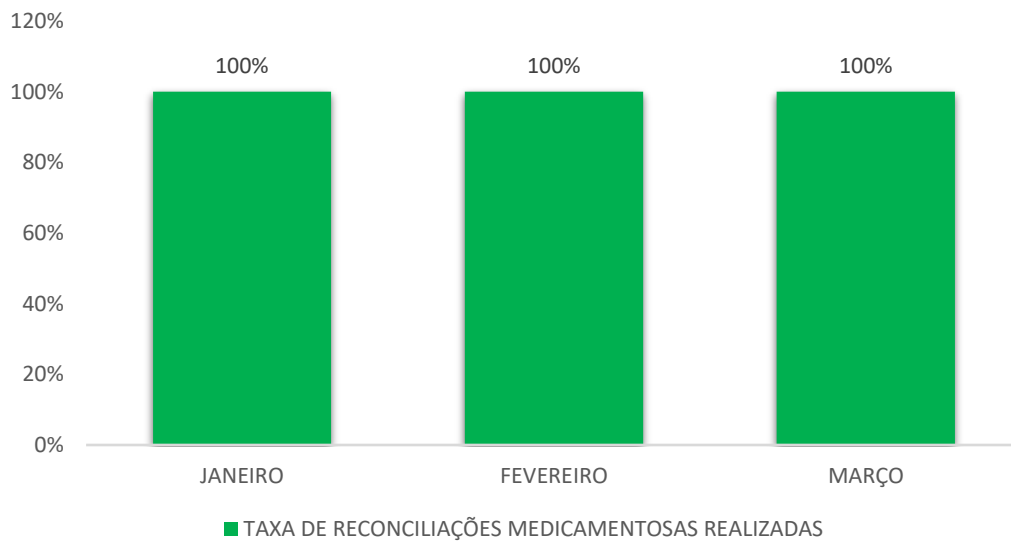
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 118. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas**



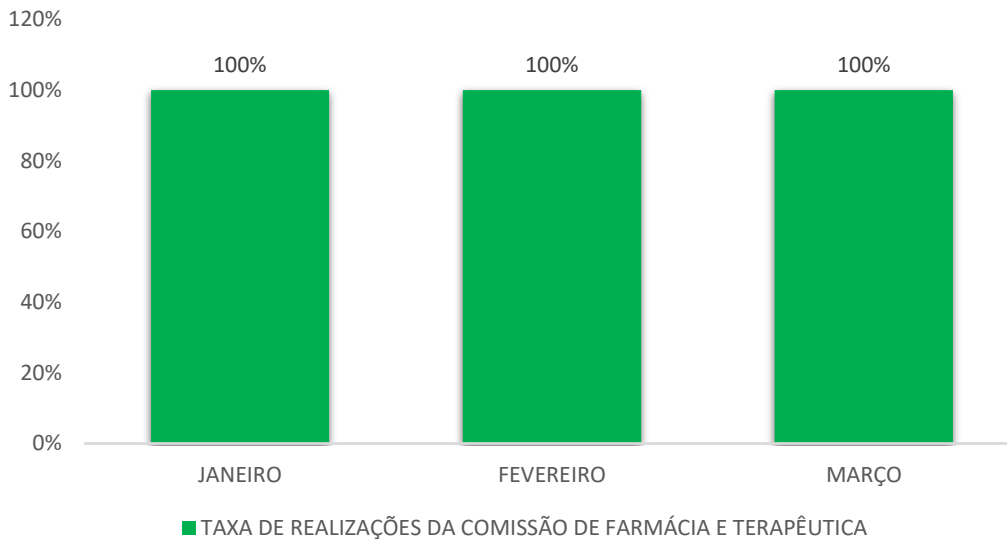
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 119. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas**



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 120. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica**



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

### 3.6. Compras

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

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

**Tabela 83. Indicadores de Compras**

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

QUANTIDADE DE COMPRA  
EMERGENCIAL

< 5

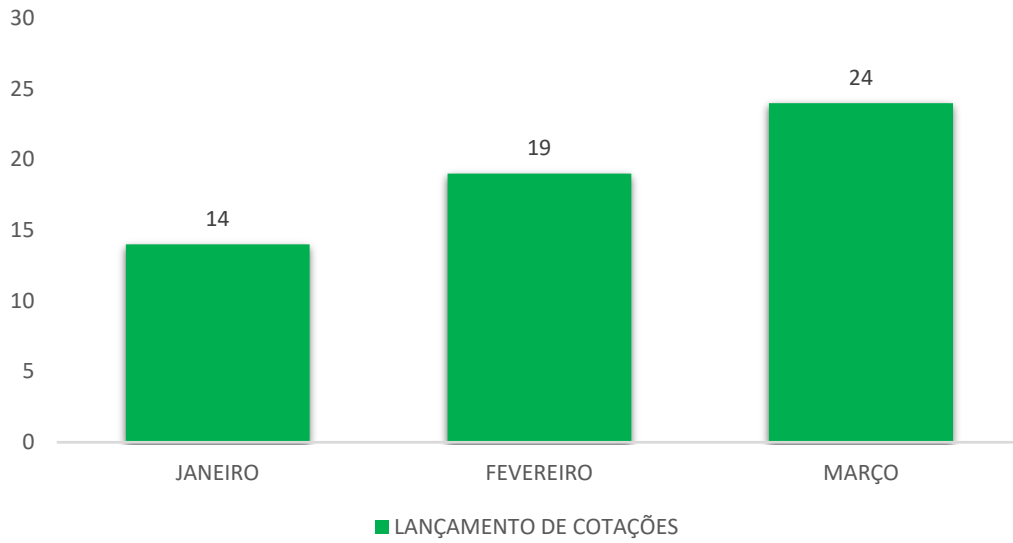
1

0

0

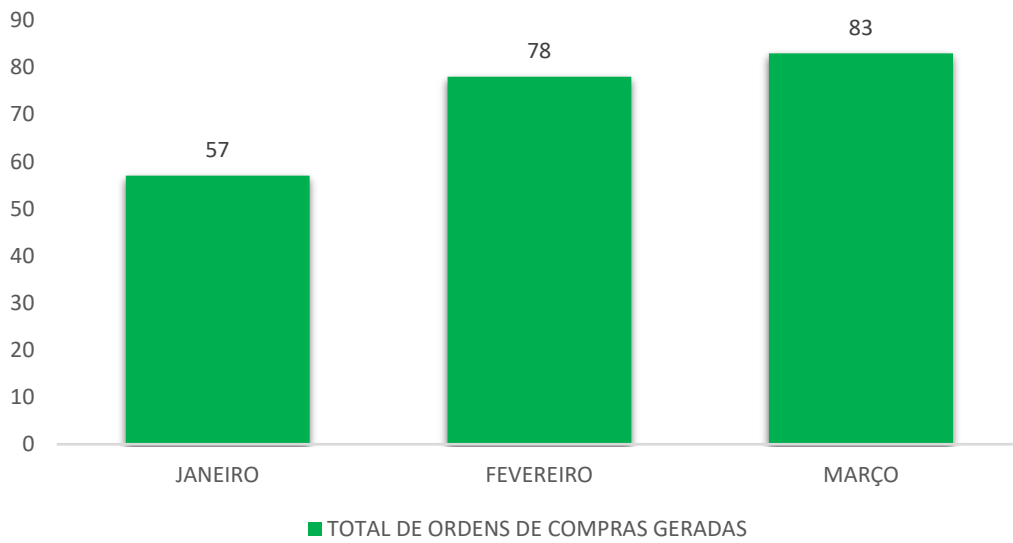
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 121. Lançamento de cotações



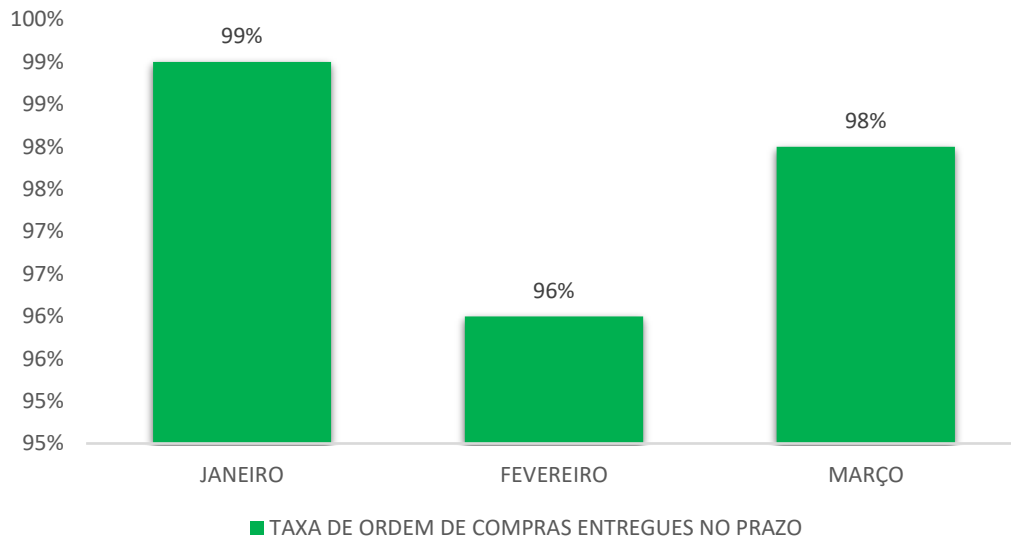
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 122. Total de ordens de compras geradas



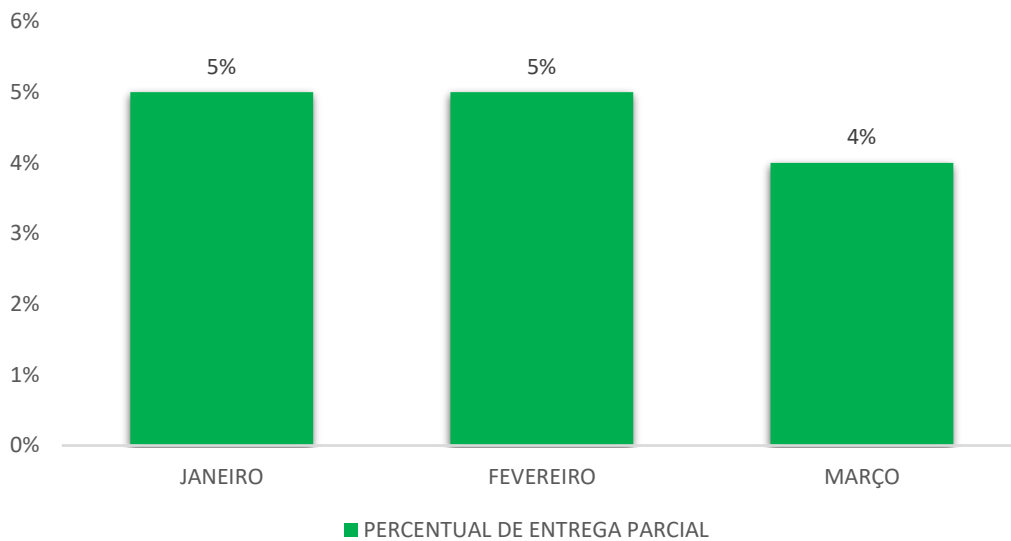
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 123. Taxa de ordem de compras entregues no prazo



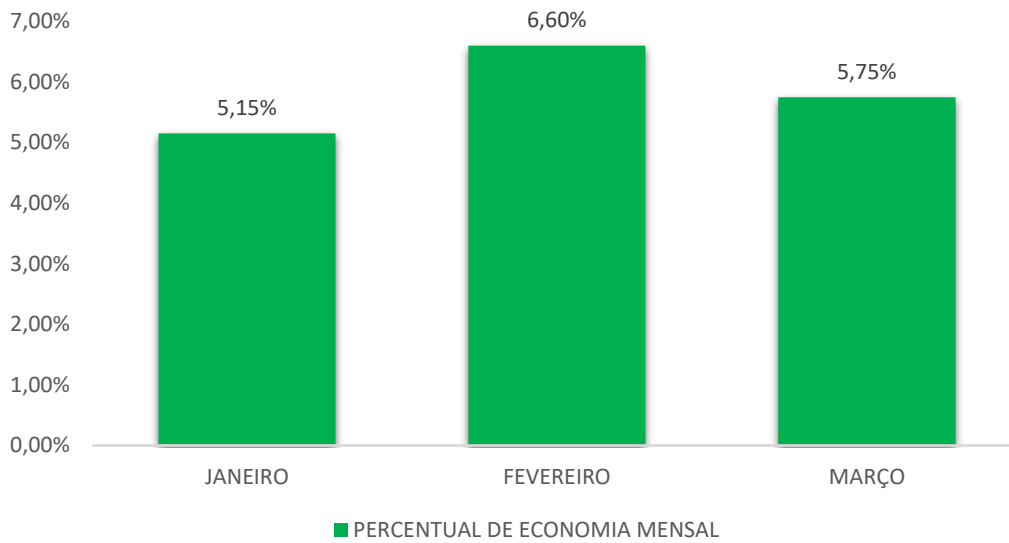
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 124. Percentual de entrega parcial



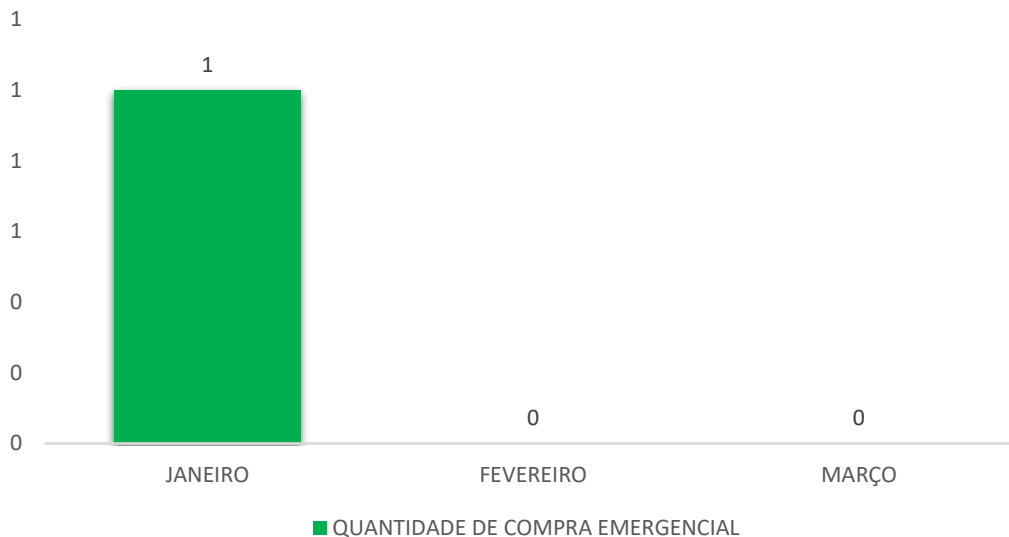
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 125. Percentual de economia mensal**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 126. Quantidade de compra emergencial**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 3.7. INFRAESTRUTURA

A infraestrutura hospitalar não se limita apenas aos edifícios e equipamentos físicos, mas também engloba sistemas de tecnologia da informação, recursos humanos bem treinados e processos operacionais eficazes. Uma infraestrutura bem projetada e mantida não só contribui para a segurança dos pacientes, mas também melhora a eficiência dos serviços prestados, facilita o fluxo de trabalho dos profissionais de saúde e ajuda na prevenção de eventos adversos, como infecções hospitalares e erros

médicos. É um componente vital para o funcionamento seguro e eficaz de qualquer unidade de saúde.

### 3.7.1. Engenharia Clínica

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

As principais responsabilidades da Engenharia Clínica incluem:

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

**Tabela 84. Indicadores de Engenharia Clínica**

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

**NÚMERO DE MANUTENÇÕES  
PREVENTIVAS**

Neutro

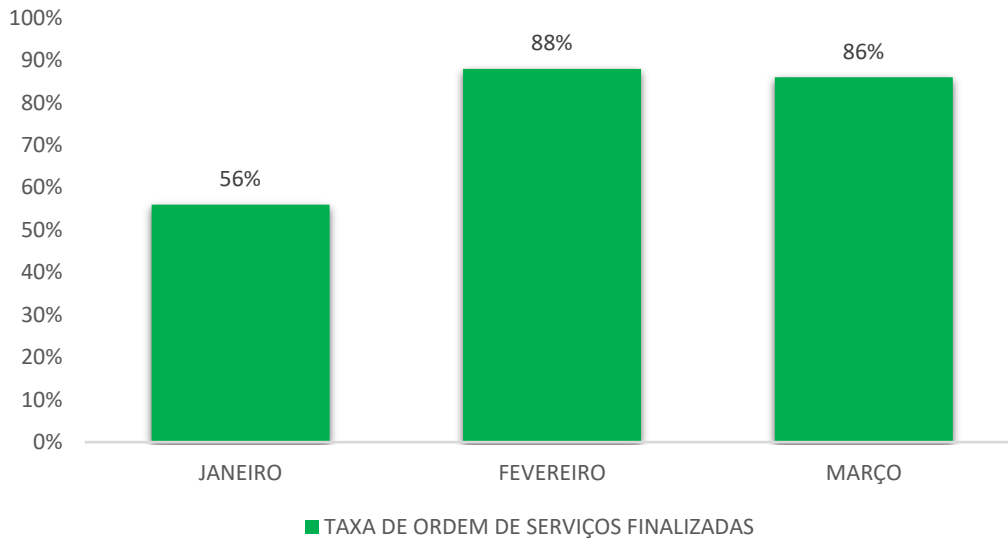
89

53

93

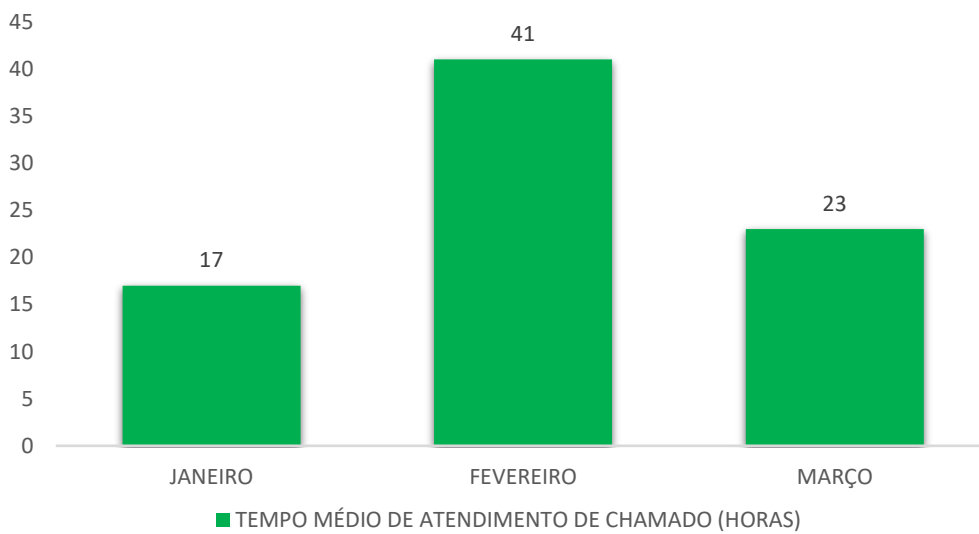
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 127. Taxa de ordem de serviços finalizadas**



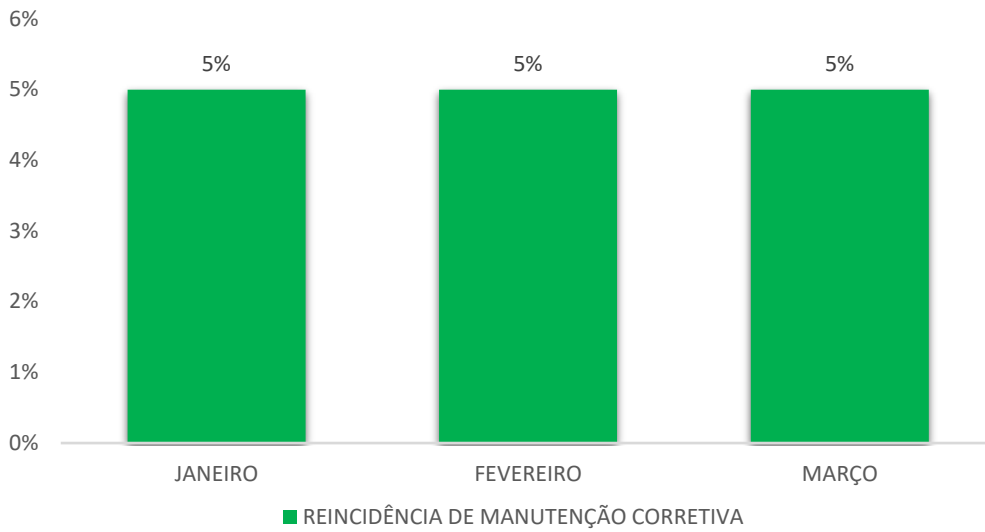
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 128. Tempo médio de atendimento de chamado (horas)**



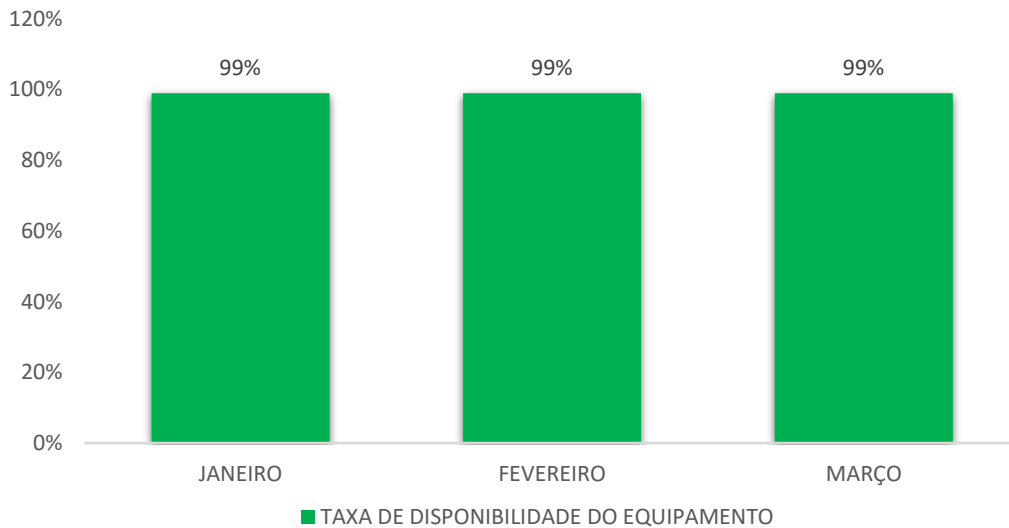
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 129. Reincidência de manutenção corretiva**



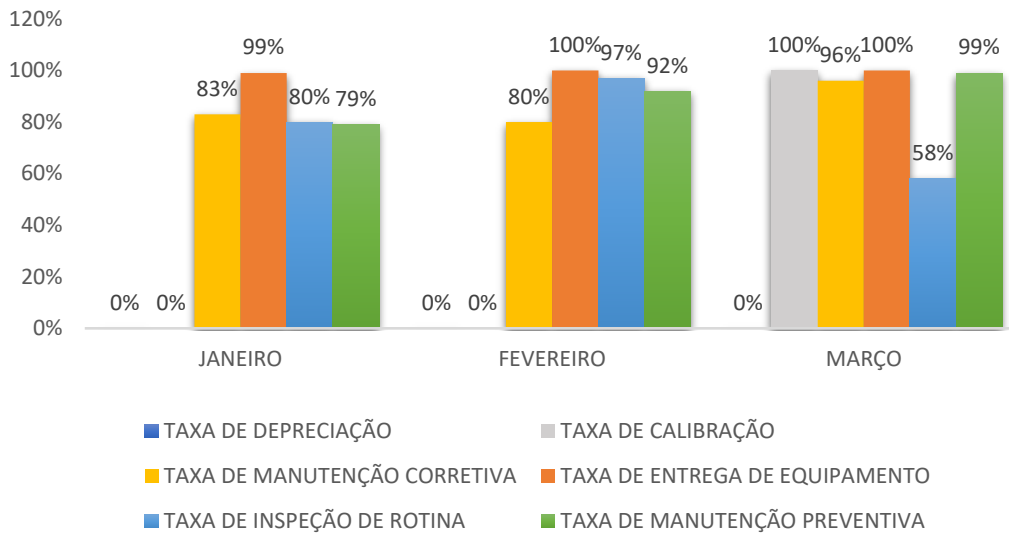
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 130. Taxa de disponibilidade do equipamento**



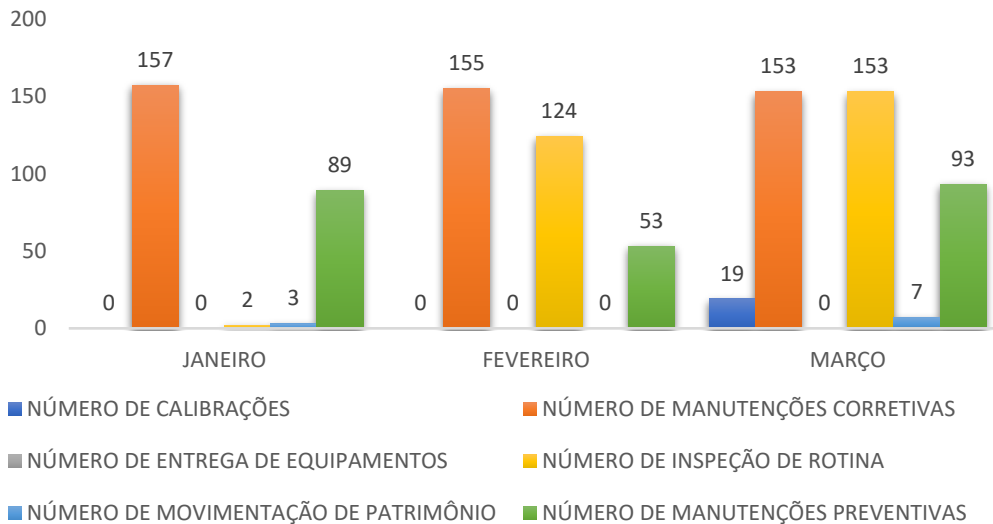
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 131. Taxa serviços de engenharia clínica**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 132. Quantitativo de serviços de engenharia clínica**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 3.7.2. Manutenção Predial

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

- Preservação das Instalações;
- Segurança e Conformidade;

- Operação Eficiente de Equipamentos;
- Gestão de Emergências;
- Sustentabilidade e Eficiência Energética.

**Tabela 85. Indicadores de Manutenção Predial**

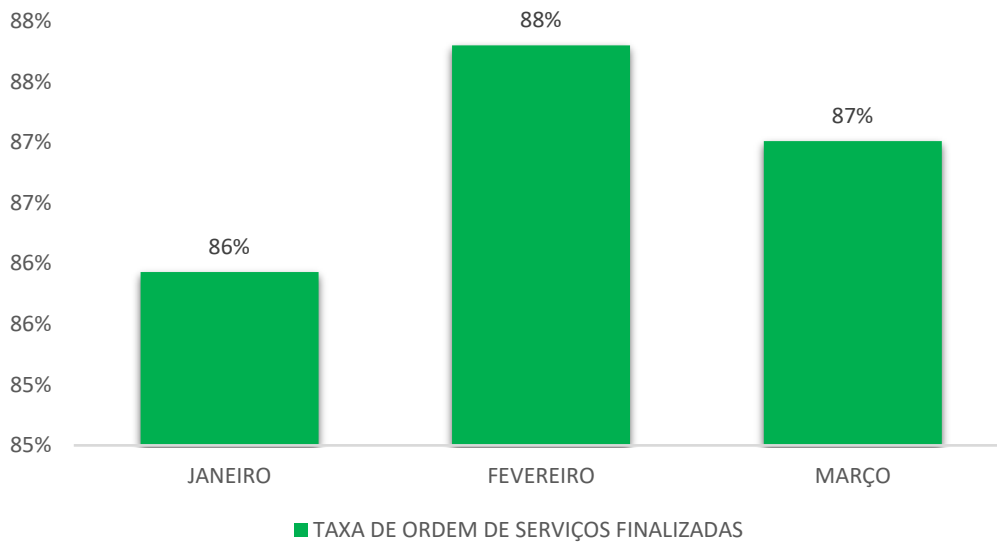
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85,93%	87,80%	87,01%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	120 minutos	21,25	28,14	31,25
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	77,94%	81,88%	91,80%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	100%	74,16%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	91,13%	98,39%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	0%	0%	0%
NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA	Quanto menor, melhor	281	138	183
NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA	Quanto maior, melhor	88	33	178
NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA	Quanto maior, melhor	96	124	124
NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Quanto maior, melhor	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

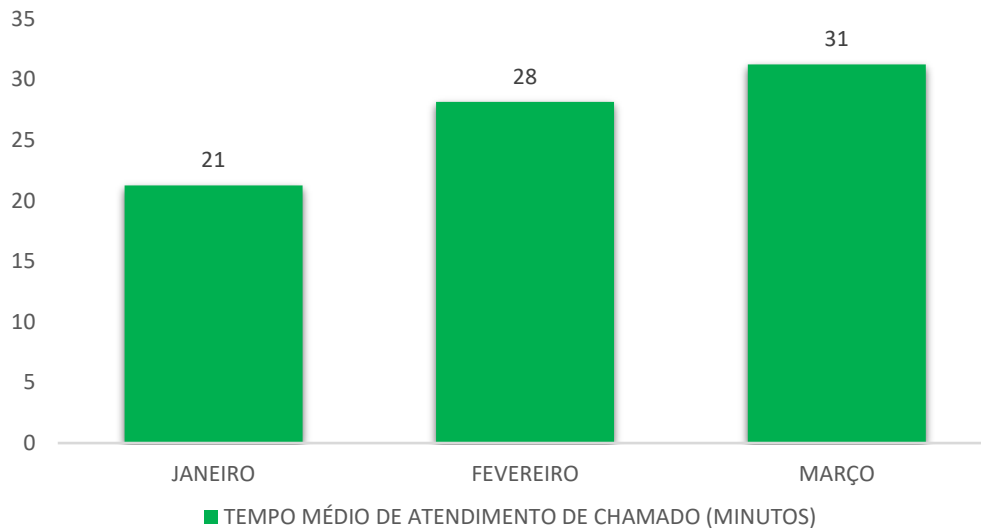
A Taxa de Manutenção Preventiva encerrou o período em 74,16%, abaixo da meta estabelecida, devido às condições climáticas adversas que impossibilitaram a realização de atividades em altura, especialmente relacionadas às manutenções de ar-condicionado. O cenário impactou diretamente à execução das preventivas programadas no período.

**Gráfico 133. Taxa de ordem de serviços finalizadas**



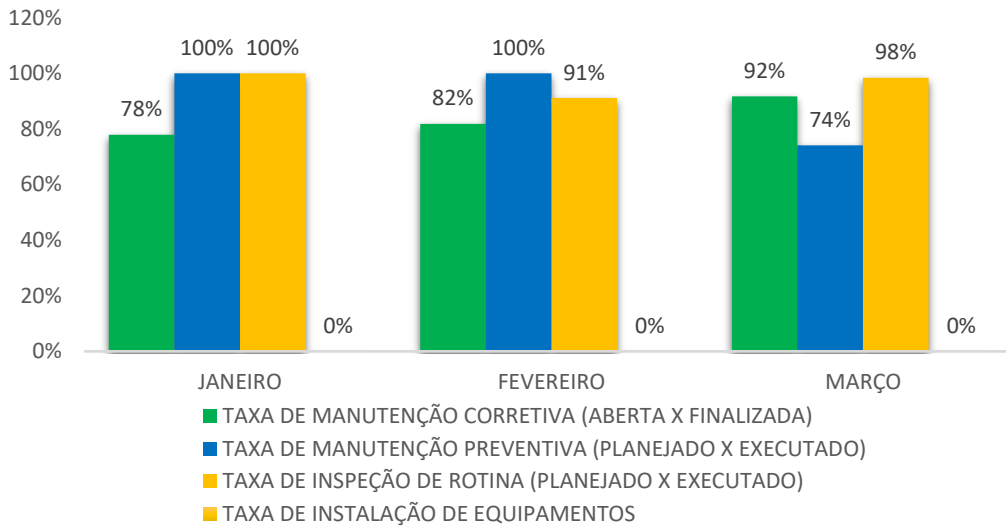
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 134. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)**



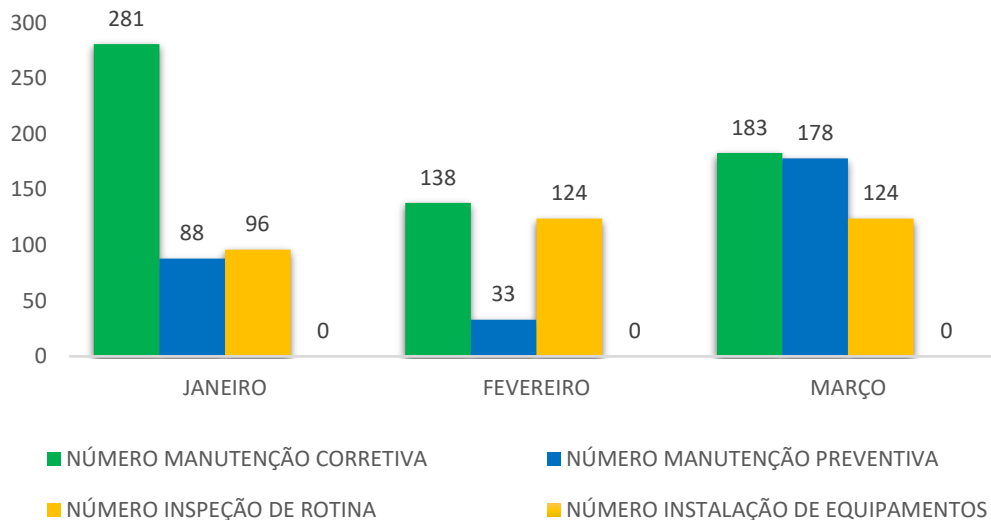
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 135. Taxa serviços de manutenção predial**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 136. Quantitativo de serviços de manutenção predial**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### 3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

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

- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas;
- Suporte à Assistência ao Paciente;
- Manutenção de Ativos de Tecnologia;

- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

**Tabela 86. Indicadores de Tecnologia da Informação**

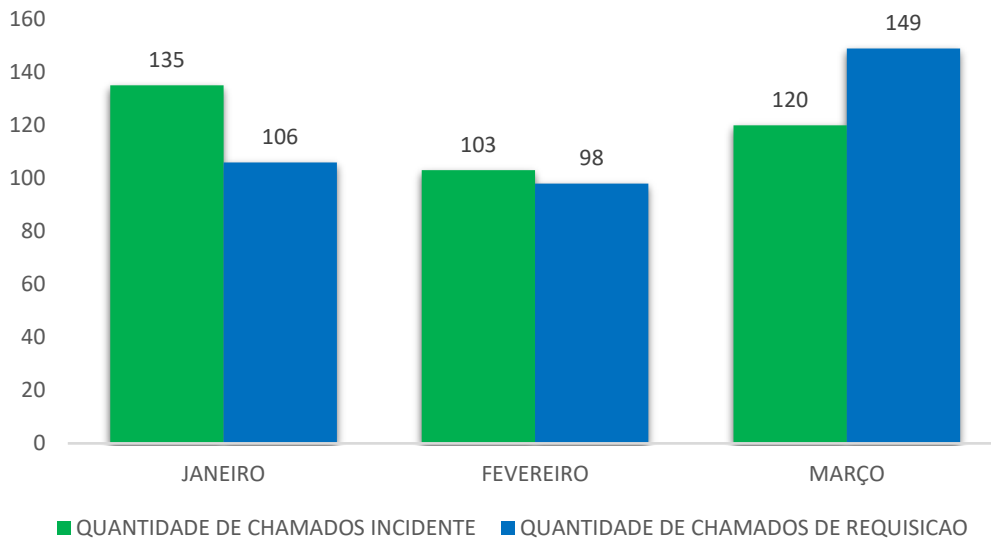
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	< 150	135	103	120
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	< 170	106	98	149
QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS	> 200	228	182	244
QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS	Neutro	241	201	269
TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EM HORAS	< 04 horas	03:00	02:00	03:00
INDISPONIBILIDADE DE INTERNET	< 01 horas	00:00	00:00	00:00
INDISPONIBILIDADE DO SISTEMA	< 30 minutos	00:00	00:00	08:00
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS	Neutro	3	2	8
TAXA DE RESOLUÇÃO DE CHAMADOS	> 90%	96,27%	93,03%	94,42%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

### ANÁLISE CRÍTICA – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

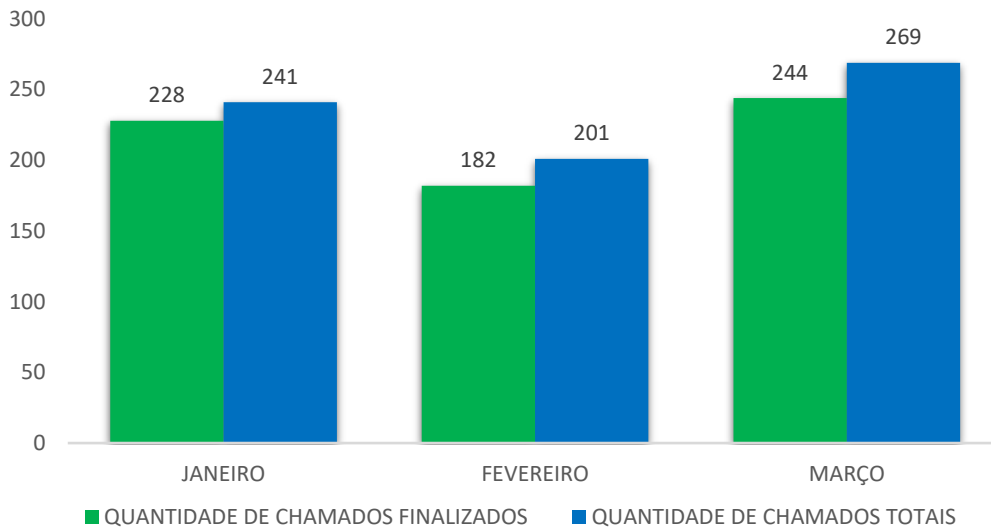
Observou-se tempo elevado de indisponibilidade do sistema SMPEP e demais sistemas informatizados no período, em decorrência da realização de teste unifilar na unidade. Para execução segura da atividade, foi necessário o desligamento dos servidores, com o objetivo de evitar perda de dados e danos aos equipamentos, impactando temporariamente a disponibilidade dos sistemas.

**Gráfico 137. Quantitativo de chamados**



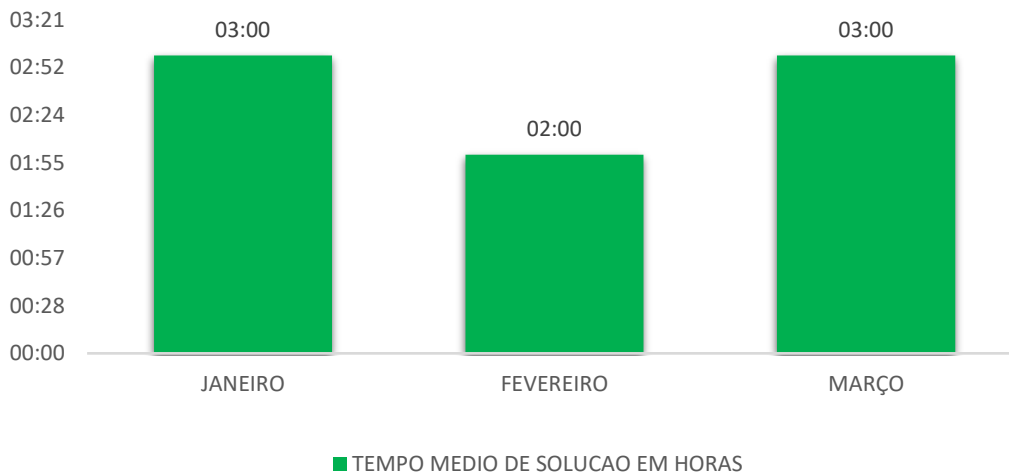
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

**Gráfico 138. Quantitativo de chamado totais e finalizados**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

**Gráfico 139. Tempo médio de solução em horas**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

### 3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

#### 3.9.1. Qualidade

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

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

**Tabela 87. Indicadores de Qualidade**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	> 80%	65%	65%	75%
TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES	> 80%	94%	88%	91%
TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO	> 80%	81%	93%	80%
NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO	Quanto maior, melhor	13	13	15
NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS	Quanto maior, melhor	20	20	20
NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS	Quanto maior, melhor	16	14	20
NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS	Quanto maior, melhor	17	16	22
NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	Quanto maior, melhor	13	13	16
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024 (FORMS)	Quanto menor, melhor	27	27	27
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025 (FORMS)	Quanto menor, melhor	55	55	55
NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO	Neutro	14	34	36
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO	Quanto menor, melhor	0	0	3
NÚMERO DE DOCUMENTOS QUE NECESSITAM DE VALIDAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS	Neutro	0	5	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS	Neutro	2	2	12
NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	Neutro	4	32	50
NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS	Neutro	0	0	6
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS	Quanto menor, melhor	3	1	6
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS	Neutro	1	1	0
NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES	Quanto maior, melhor	7	1	4

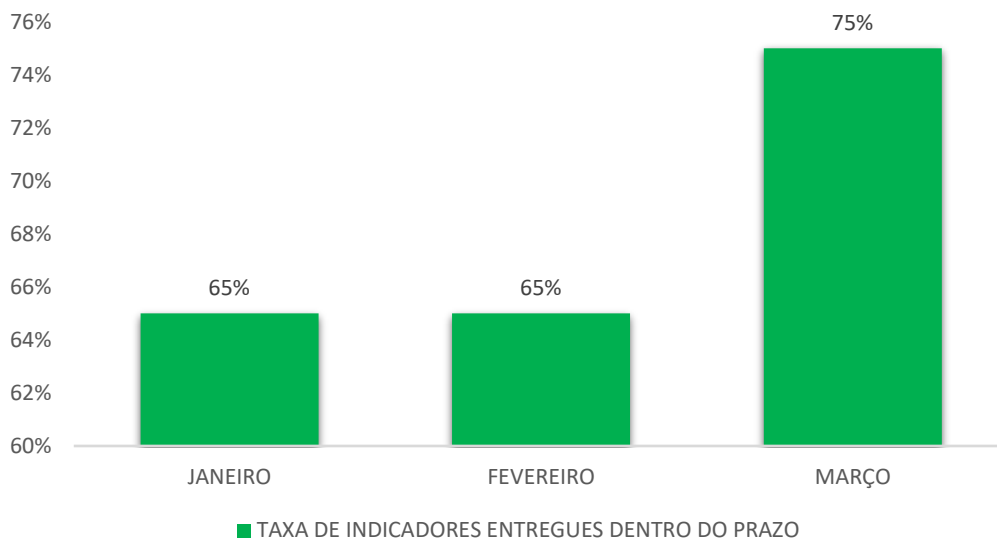
Fonte: Relatório de Qualidade.

## ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

No período analisado, a Taxa de Indicadores Entregues dentro do Prazo não atingiu a meta estabelecida devido ao não cumprimento dos prazos acordados por parte de alguns responsáveis pelo envio das informações.

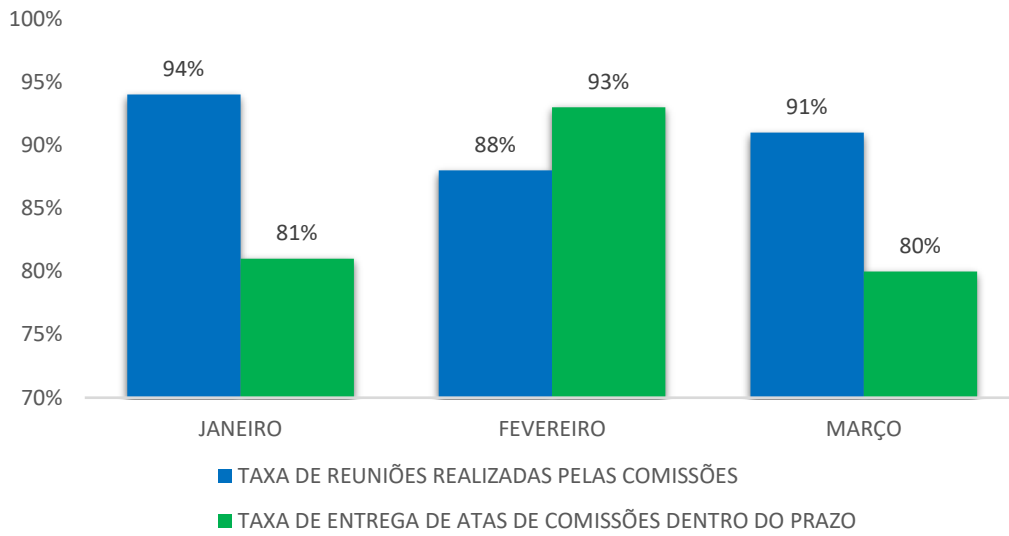
No período analisado, foram realizadas as reuniões de alinhamento “15 minutos com a Qualidade”, com participação da farmácia e almoxarifado, Comissão de análise crítica de indicadores, acordo interno e alinhamento planilha GLPI – Documentos institucionais.

**Gráfico 140. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo**



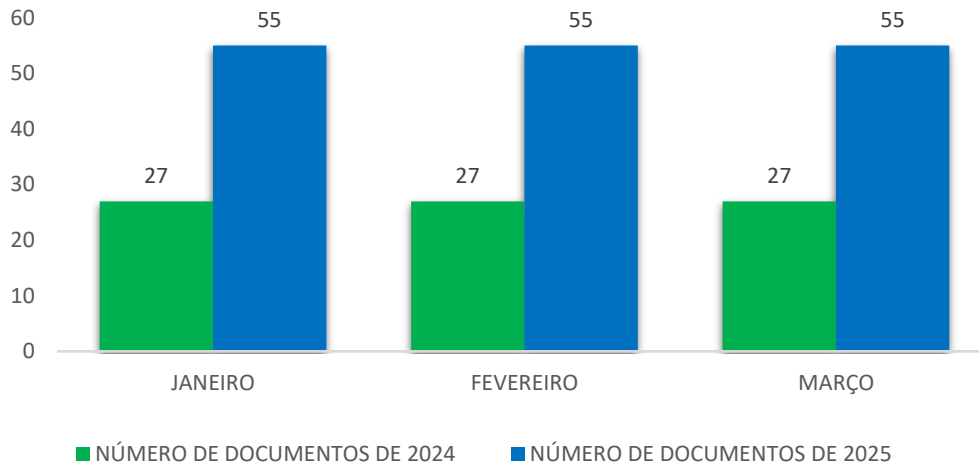
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 141. Comissões



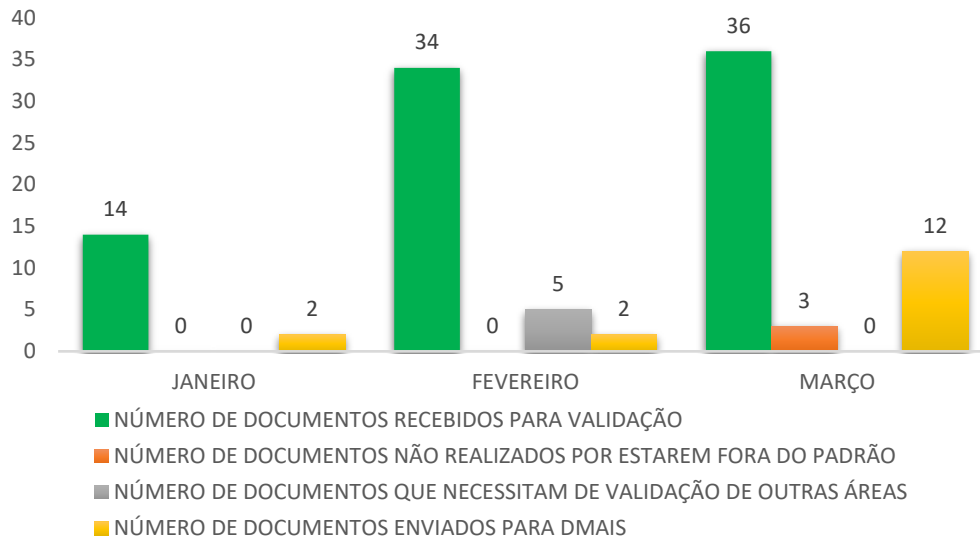
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 142. Documentos retroativos



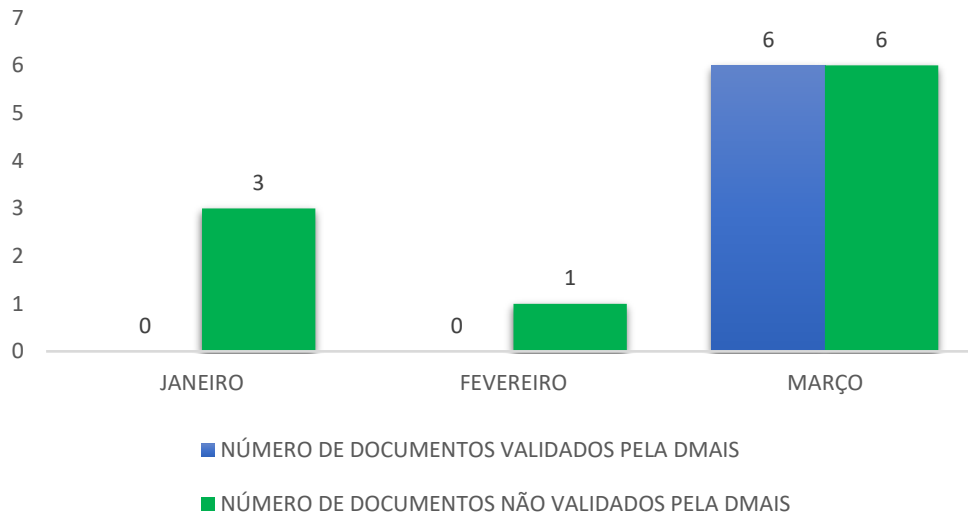
Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 143. Análise dos documentos de 2026**



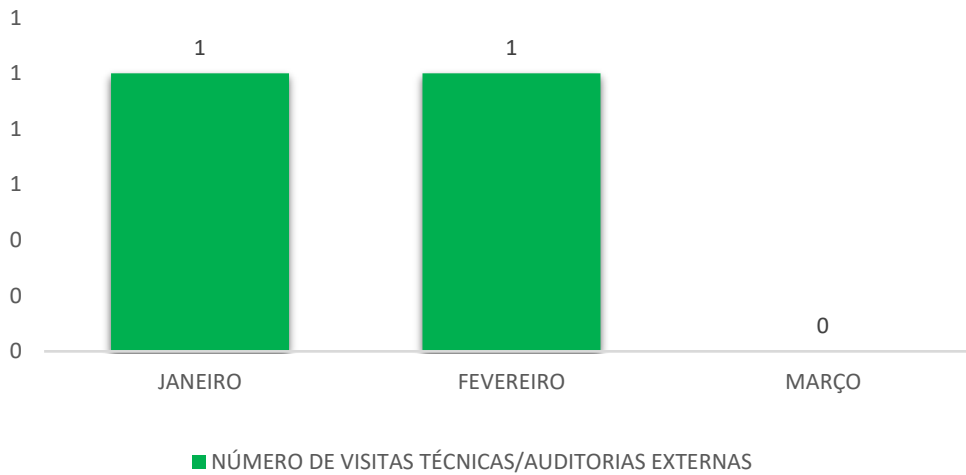
Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 144. Análise de documentos DMAIS**



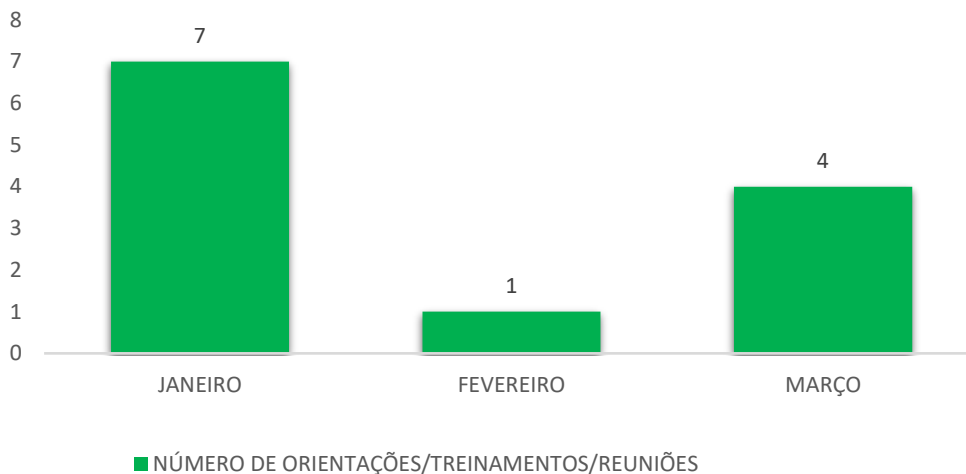
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 145. Número de visitas e Auditorias externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 146. Número de orientações, treinamentos e reuniões



Fonte: Relatório de Qualidade.

### 3.9.2. Faturamento

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

- Gestão das Contas Médicas;
- Conformidade Regulatória;

- Integração com Sistemas de Informação;
- Análise e Auditoria;
- Suporte à Gestão Financeira;
- Relacionamento com Clientes.

**Tabela 88. Indicadores de Faturamento**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL DE AIH FATURADAS	Neutro	205	218	218
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	Neutro	113	114	119
REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR	Neutro	9	7	*
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	Neutro	46	36	*
TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	Neutro	0	0	0
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%	100%
PENDÊNCIAS DE ASSINATURAS DIGITAIS	0	24534	19526	37719

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

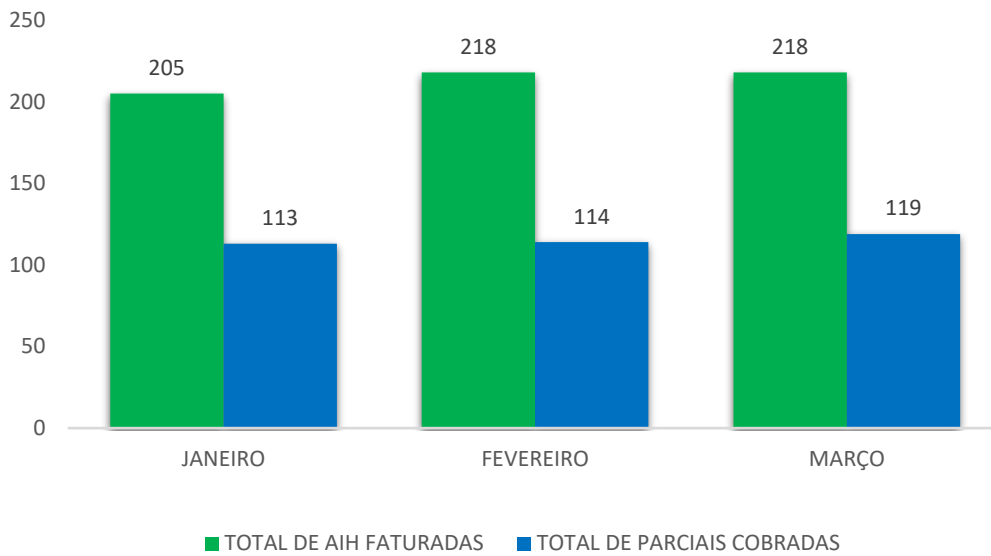
\*Os dados referentes aos indicadores de **Representação de AIHs da competência anterior** e **Total de Correções da Devolutiva** serão inseridos em relatório posterior, considerando que dependem de devolutiva da Secretaria Municipal de Saúde.

**Tabela 89. 07 Procedimentos Faturados**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA	Neutro	2.408	1.965	2.025
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	Neutro	1.125	1.072	1.156
OXIGENIOTERAPIA	Neutro	519	388	569
GLICEMIA CAPILAR	Neutro	2.499	3.265	4.080
CURATIVO	Neutro	1.497	2.172	2.555
ELETCARDIOGRAMA	Neutro	73	102	107
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	Neutro	12	16	19

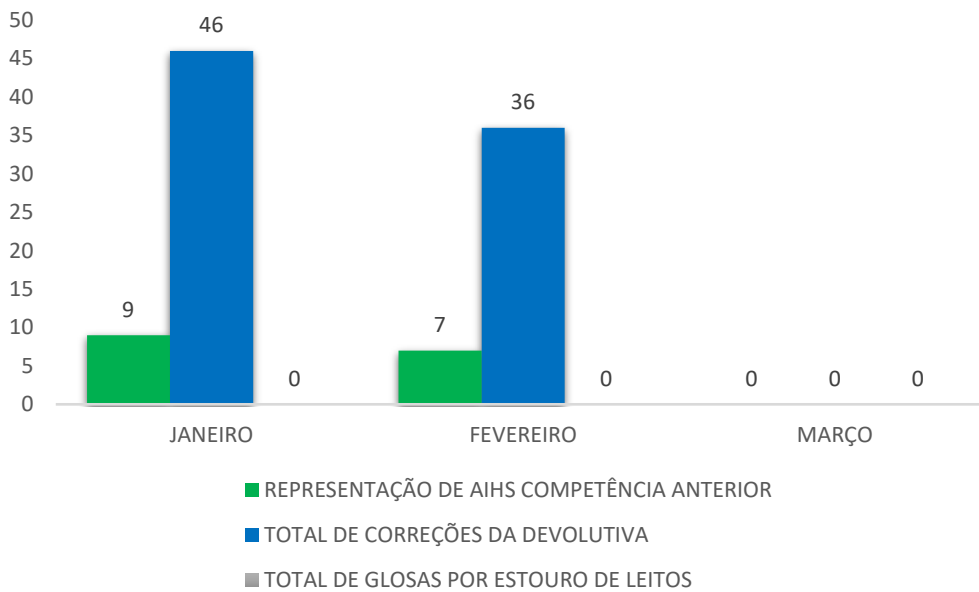
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 147. Quantitativo de AIH



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

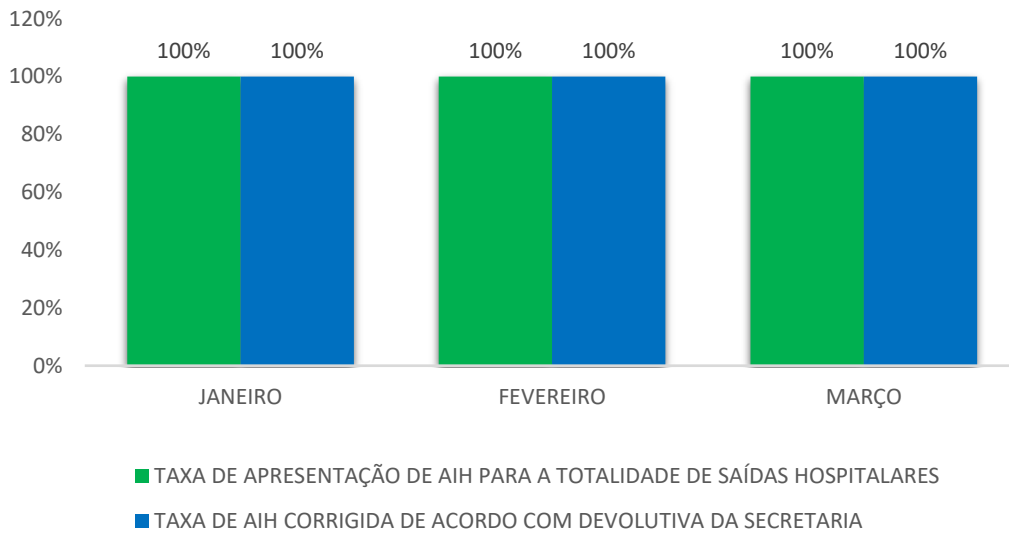
Gráfico 148. Devolutivas SMS



\*Os dados referentes aos indicadores de **Representação de AIHs da competência anterior** e **Total de Correções da Devolutiva** serão inseridos em relatório posterior, considerando que dependem de devolutiva da Secretaria Municipal de Saúde.

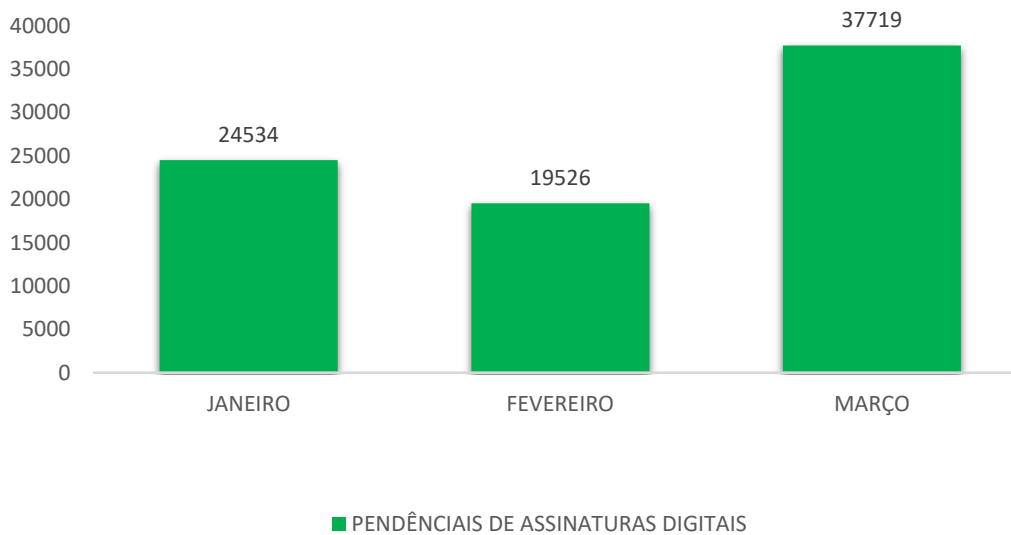
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

**Gráfico 149. Taxa de AIH**



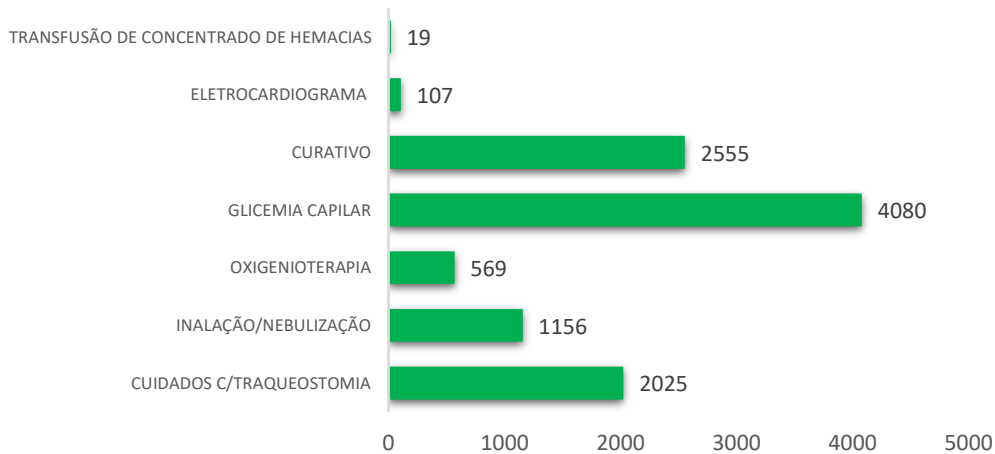
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

**Gráfico 150. Pendências de assinaturas digitais**



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

**Gráfico 151. Procedimentos faturados em março de 2026**



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

### 3.9.3. Prestação De Contas

A prestação de contas engloba diversos aspectos que são essenciais para a transparência, eficiência e conformidade da instituição. Aqui estão alguns dos principais pontos que destacam o papel da prestação de contas na gestão hospitalar:

- Transparência e Prestação de Contas;
- Conformidade e Regulamentação;
- Avaliação de Desempenho;
- Melhoria Contínua;
- Gestão de Riscos;
- Imagem Institucional.

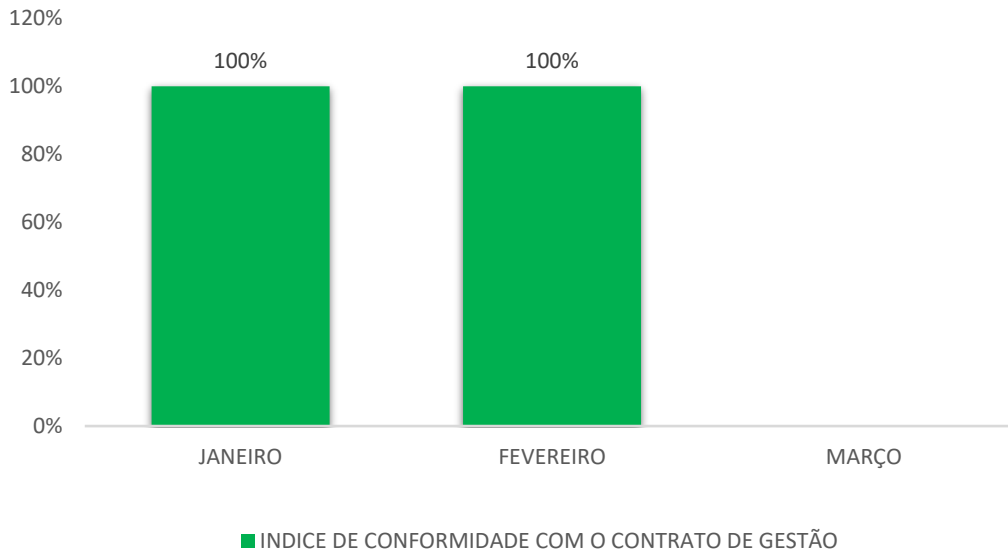
**Tabela 90. Indicadores de Prestações de Contas**

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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

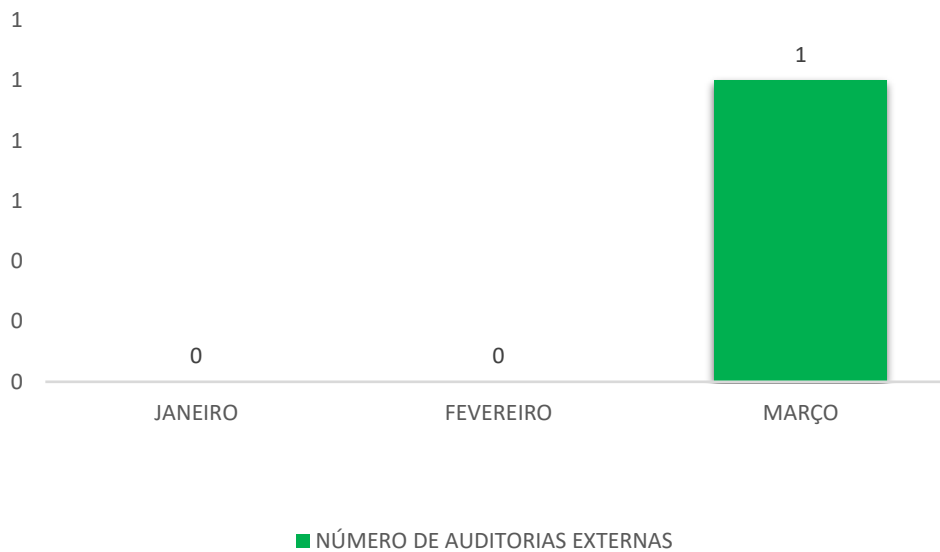
**Gráfico 152. Índice de conformidade com o contrato de gestão**



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

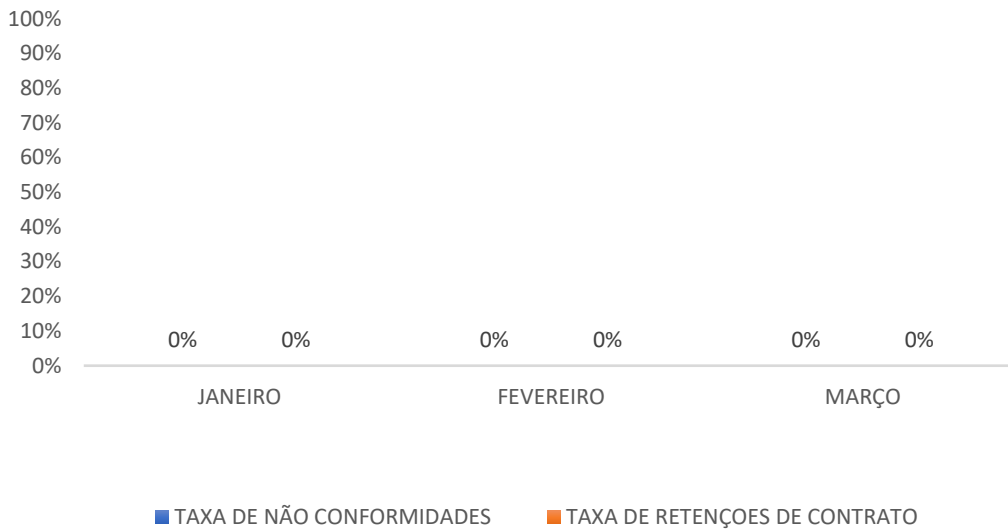
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 153. Número de auditorias externas**



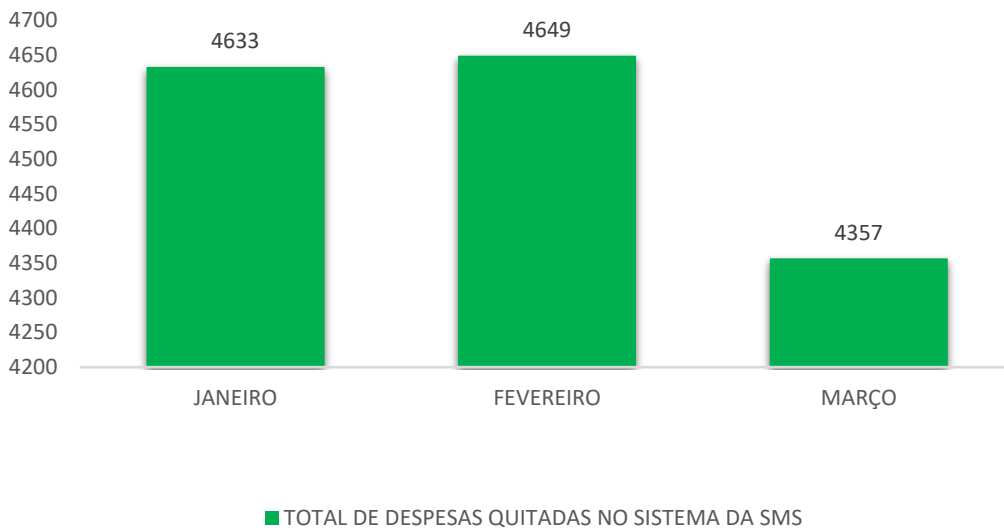
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 154. Taxa de não conformidades e retenções**



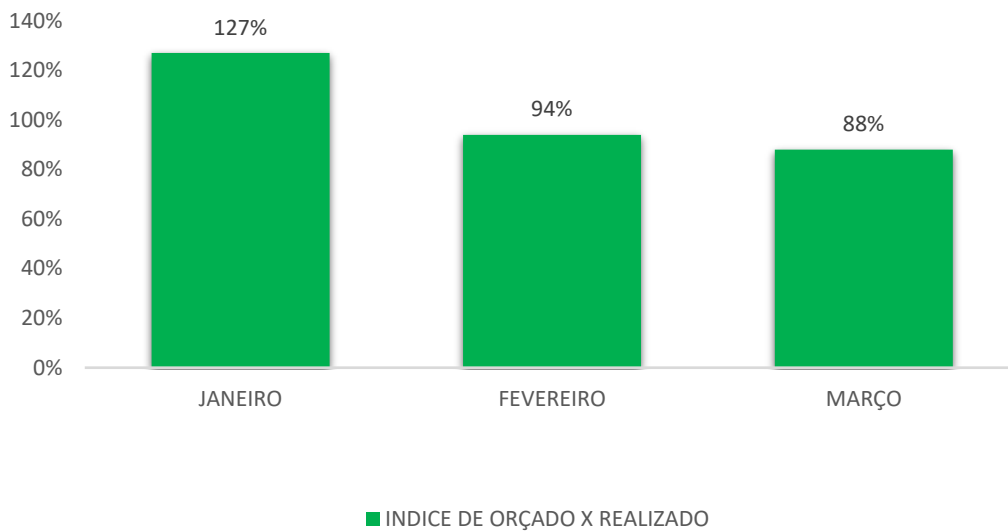
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 155. Total de despesas quitadas no sistema da SMS**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 156. Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 3.9.4. Financeiro

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

Tabela 91. Indicadores do Financeiro

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

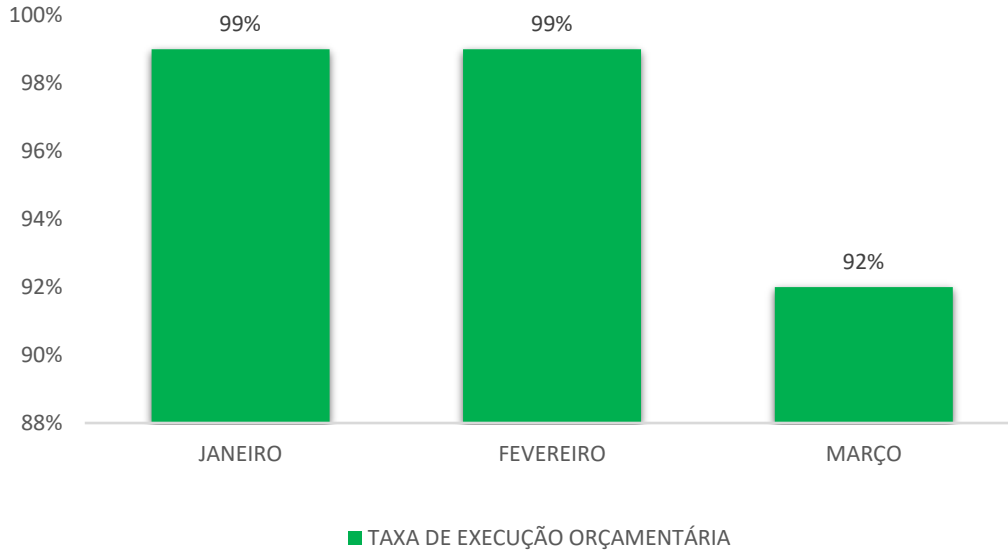
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

Neste mês um prestador não encaminhou, dentro do prazo estabelecido, as documentações necessárias para composição da nota fiscal, sendo necessária a reemissão no mês de abril. Esse cenário impactou o indicador de recebimento de notas dentro do prazo, que não atingiu 100%.

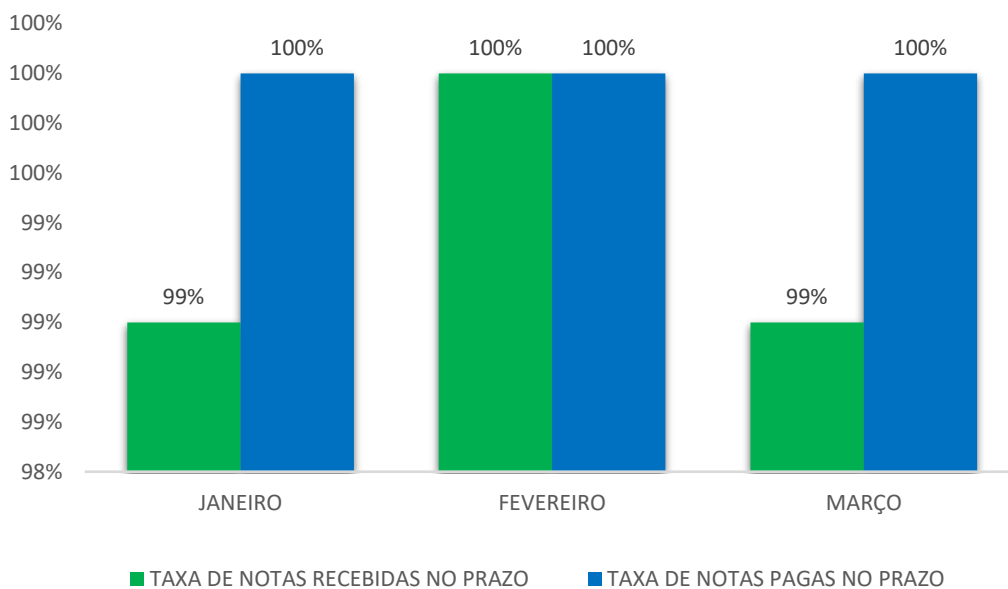
Adicionalmente, o indicador de Execução Orçamentária permaneceu abaixo de 100%, em razão da não utilização integral do orçamento disponível no período.

**Gráfico 157. Taxa de execução orçamentária**



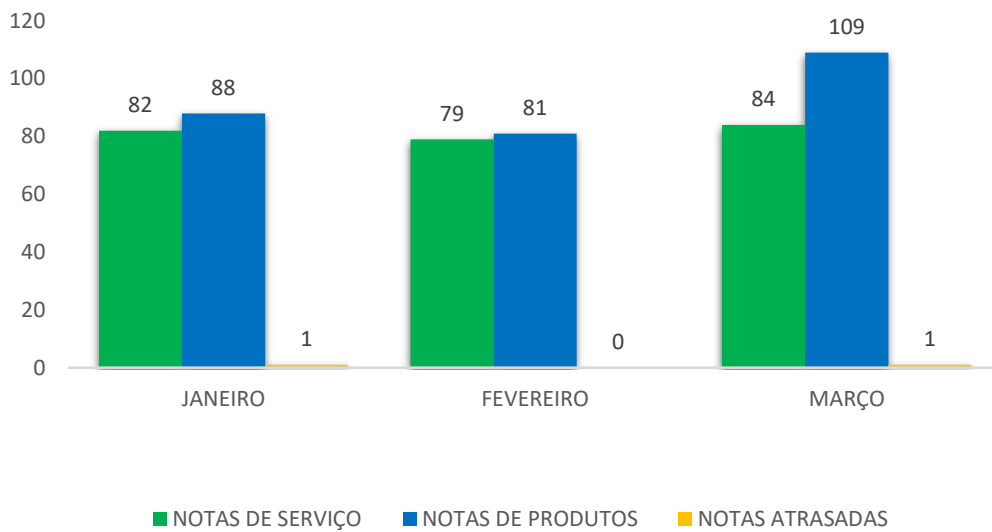
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 158. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 159. Análise das notas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 3.9.5. Patrimônio

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

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

Tabela 92. Indicadores do Patrimônio

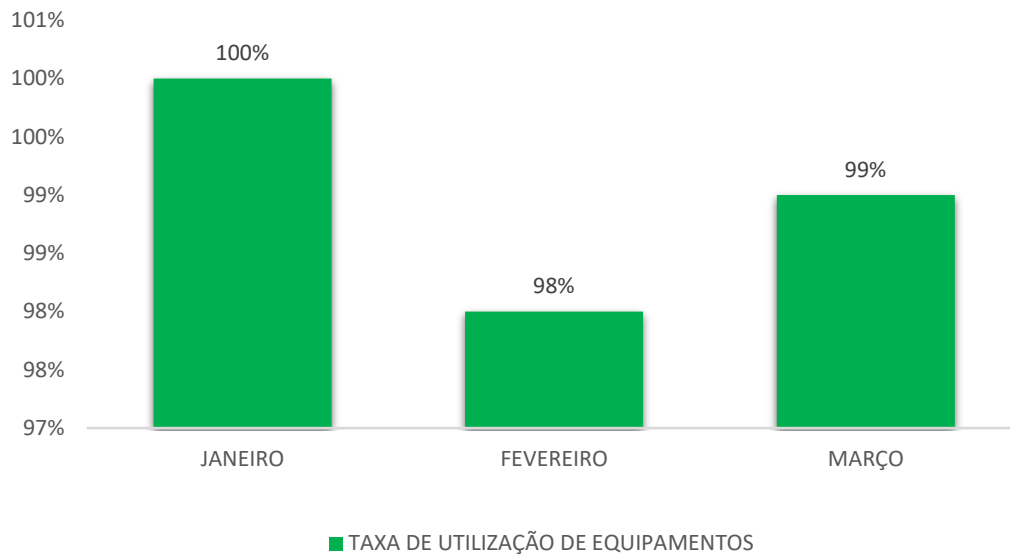
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	100%	98%	99%
ÍNDICE DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	> 80%	99%	99%	99%
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	Neutro	157	157	156
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### ANÁLISE CRÍTICA – PATRIMÔNIO

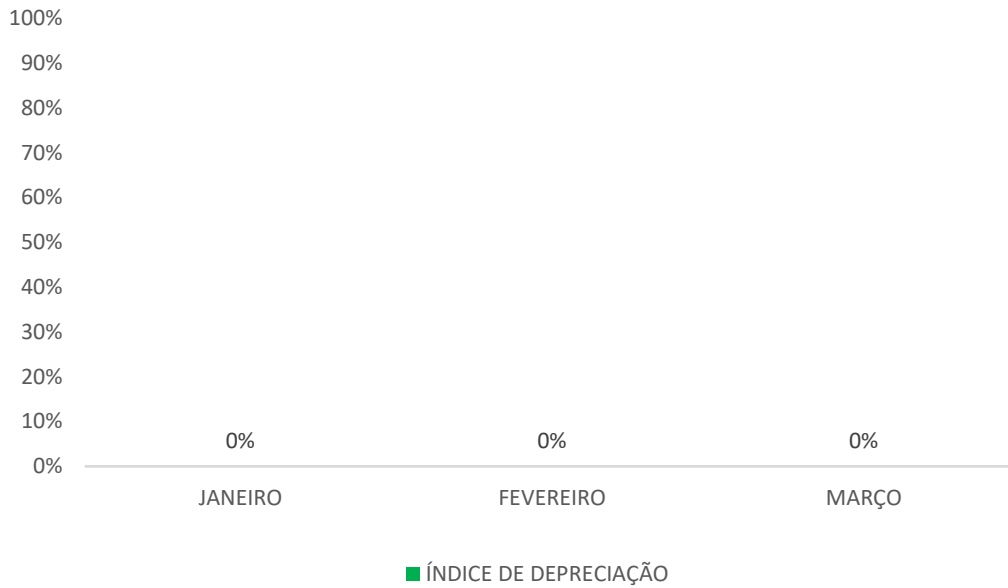
No período, foram registradas 40 ordens de serviço classificadas como mau uso, sendo 32 já atendidas e 8 ainda aguardando atendimento externo. O cenário evidencia a necessidade de reforço nas orientações quanto ao uso adequado dos equipamentos, visando redução das ocorrências e maior preservação dos recursos institucionais.

**Gráfico 160. Taxa de utilização de equipamentos**



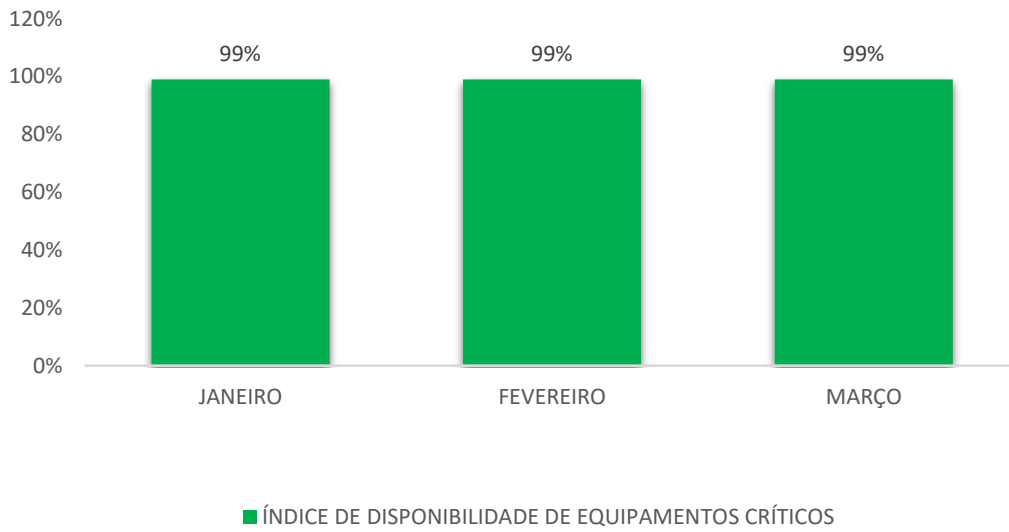
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 161. Índice de preciação**



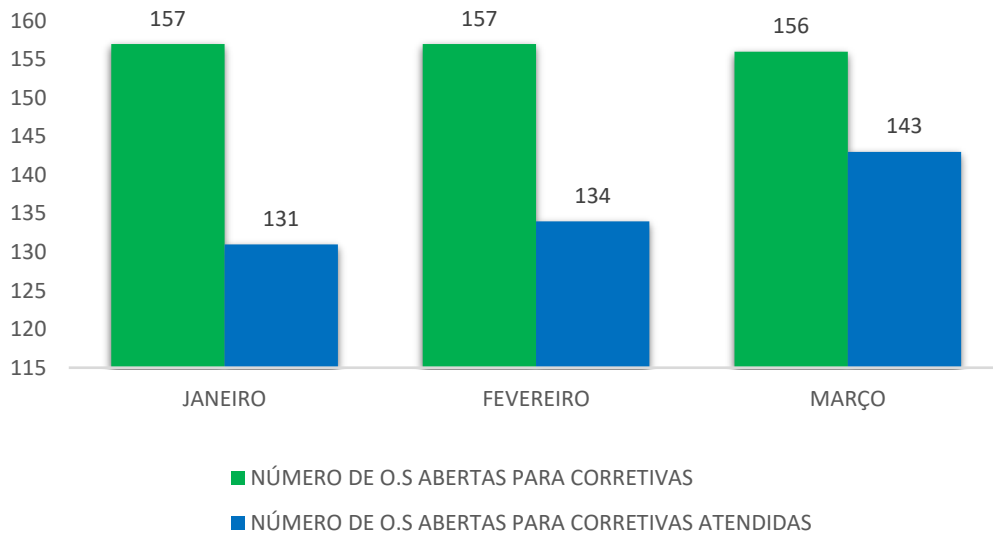
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 162. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos**



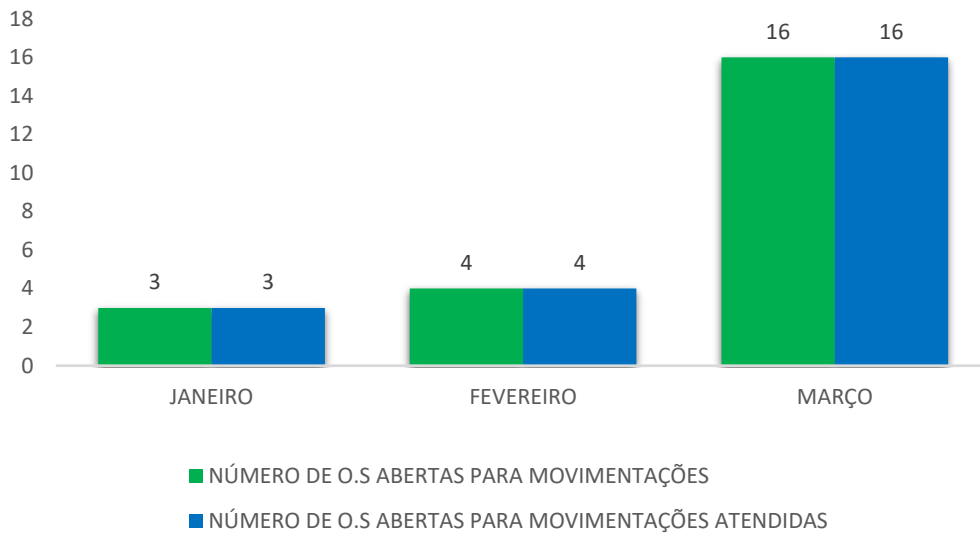
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 163. Ordem de serviço corretivas**



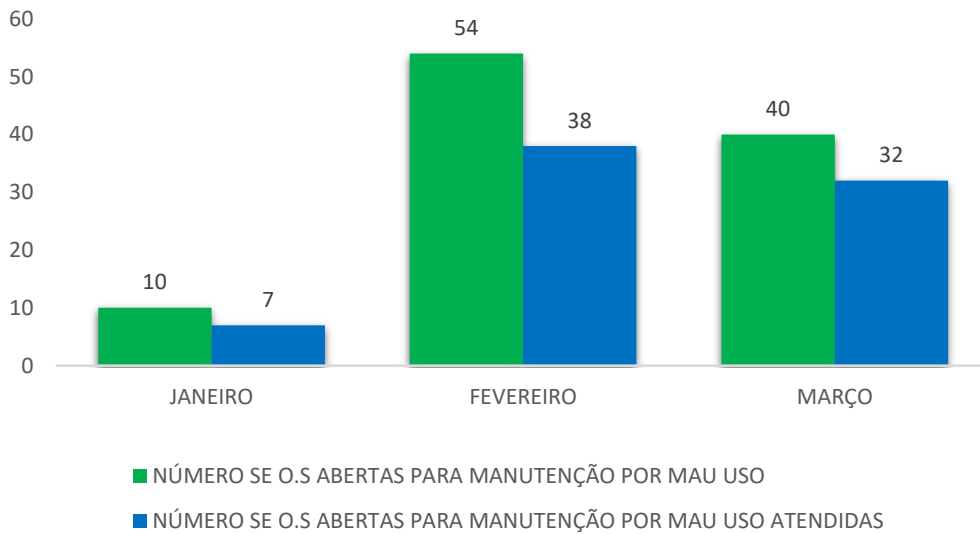
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 164. Ordem de serviço movimentações**



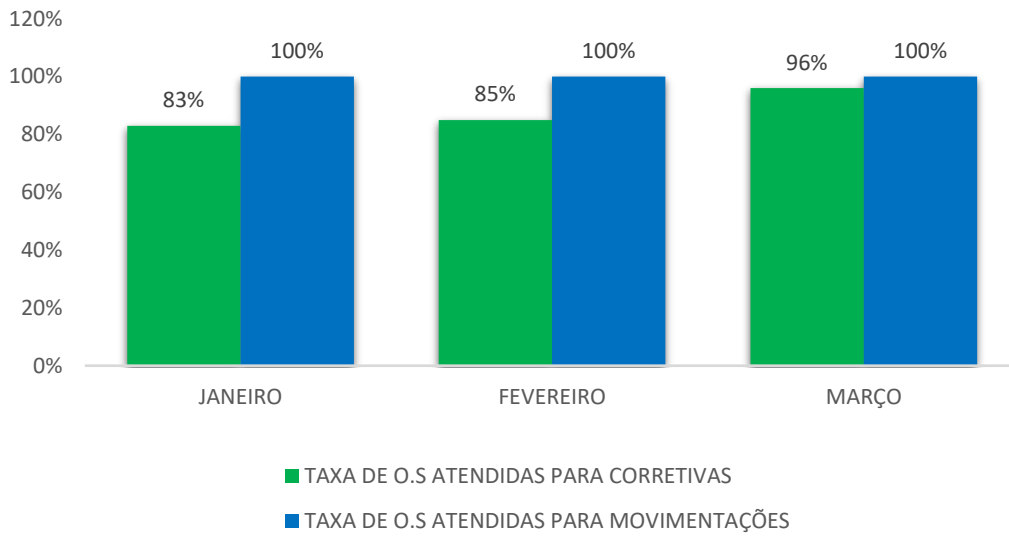
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 165. Ordem de serviço de manutenção de mau uso**



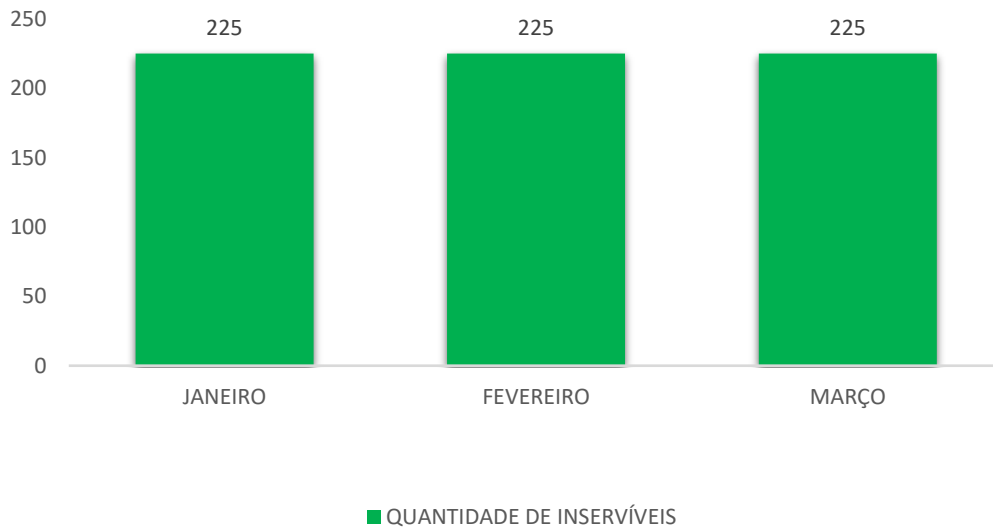
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 166. Ordem de serviço de corretivas**



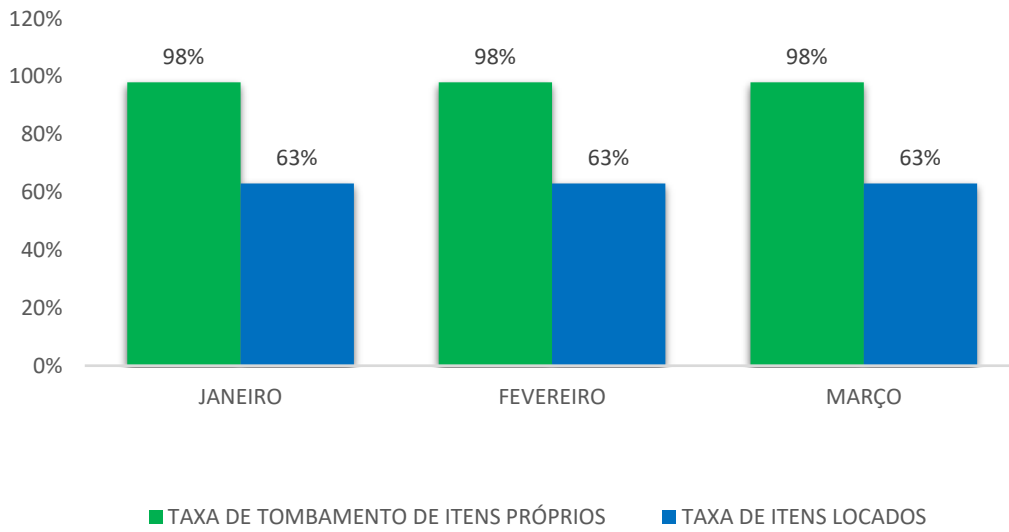
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 167. Quantidade de inservíveis**



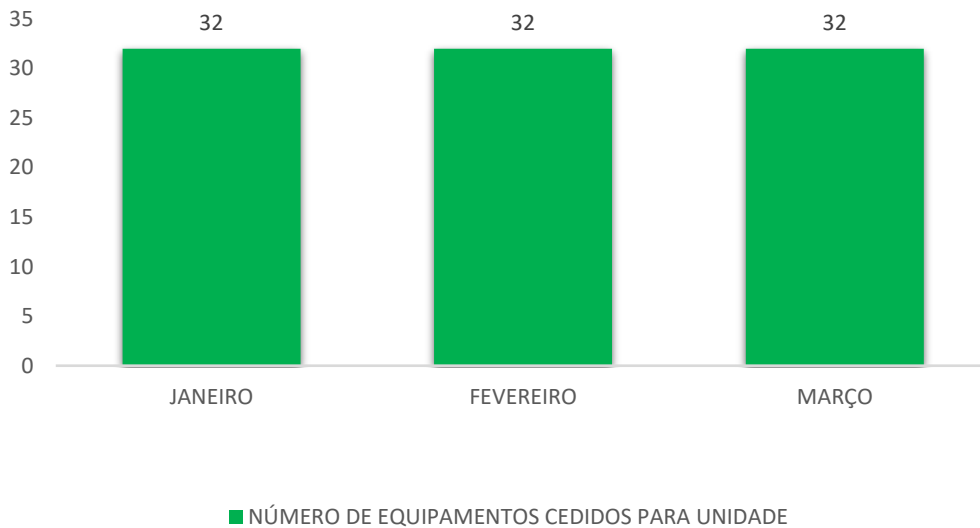
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 168. Taxa de tombamento de itens próprios e locados**



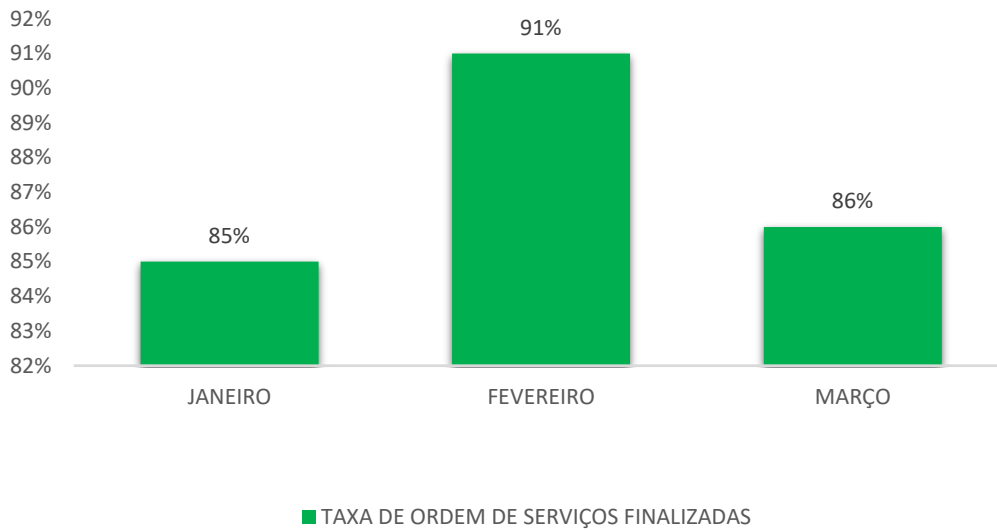
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 169. Número de equipamentos cedidos para unidade**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 170. Taxa de ordem de serviços finalizadas**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 3.9.6. Contratos

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

**Tabela 93. Indicadores do Contratos**

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

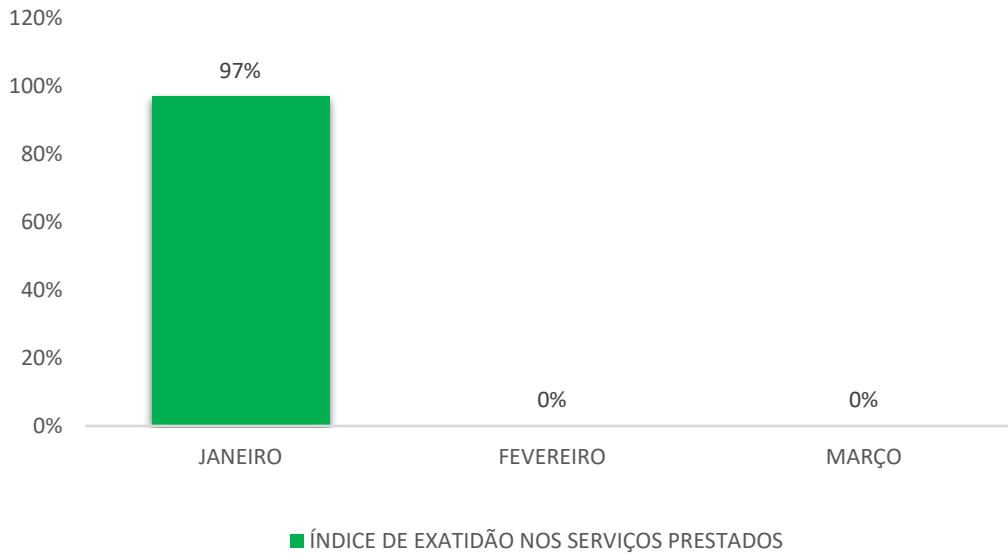
### ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O indicador Índice de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100%, em razão do descumprimento de cláusulas contratuais por três contratos vigentes no período, os quais foram devidamente notificados para adequação.

Quanto ao indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos, o resultado foi de 84,21%, impactado pelo desempenho de três contratos auditados que obtiveram

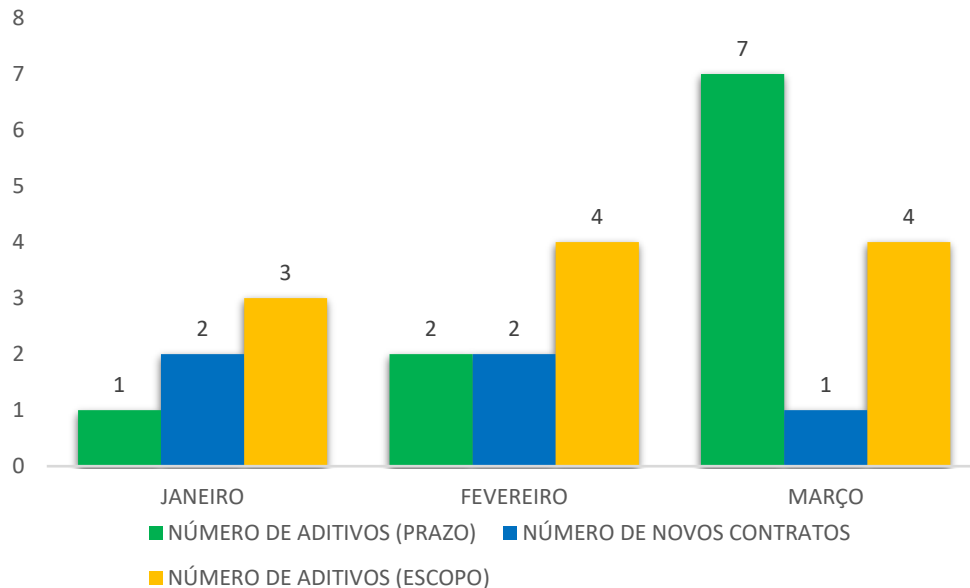
nota inferior a 81%. Apesar de classificados como “bons”, os resultados ficaram abaixo do padrão exigido, reduzindo a média do indicador e evidenciando a necessidade de aprimoramento no atendimento aos critérios estabelecidos em auditoria.

**Gráfico 171. Índice de exatidão nos serviços prestados**



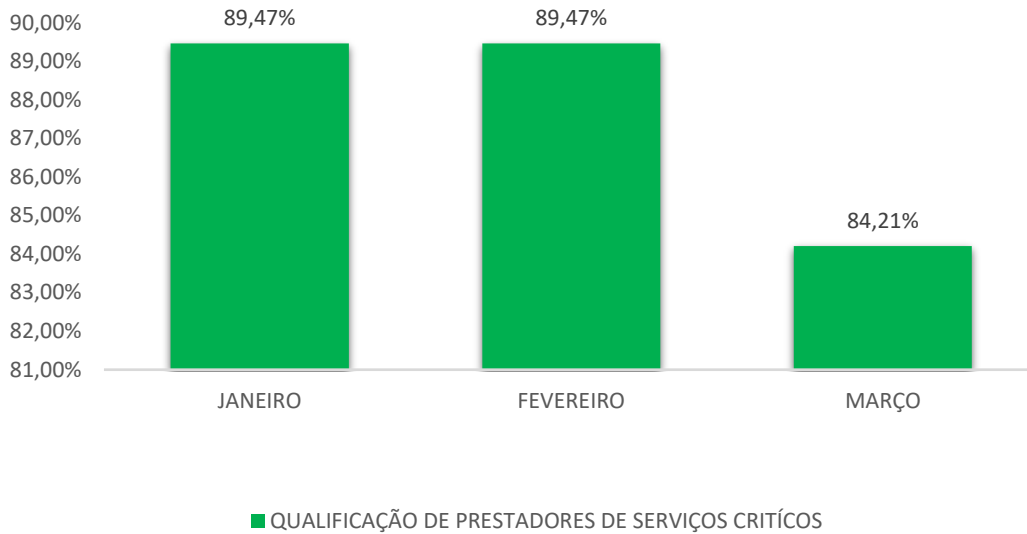
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 172. Número de aditivos e contratos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 173. Qualificação de prestadores de serviços críticos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### 3.9.7. Hotelaria

Na gestão hospitalar, o termo "hotelaria" refere-se aos serviços e estratégias voltados para garantir o conforto, bem-estar e segurança dos pacientes durante sua estadia no hospital. Esses serviços não apenas melhoram a experiência do paciente, mas também têm um impacto significativo na eficiência operacional e na imagem institucional.

Aspectos importantes da hotelaria:

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

**Tabela 94. Indicadores da Rouparia**

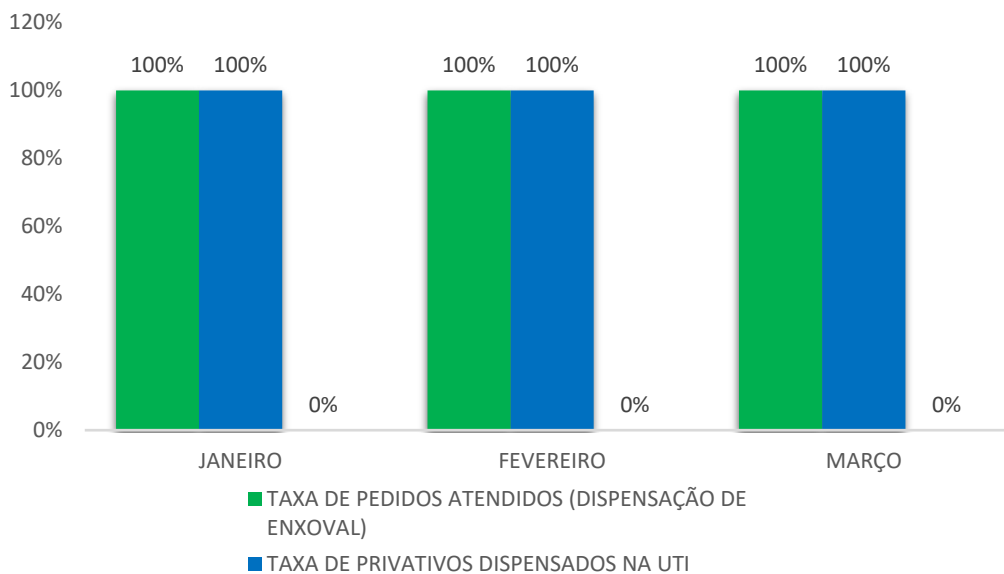
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSÇÃO DE ENXOVAL)	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXPRESSO SOLICITADO	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	< 1%	0,28%	0,30%	0,15%

TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	< 2 horas	1	1	1
ÍNDICE DE EVASÃO DE ROUPAS	< 2%	1,86%	1,86%	1,86%
ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL	> 90%	95%	100%	100%
TAXA DE CONFORMIDADE COM PADRÕES DE HIGIENIZAÇÃO	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE RETORNO DE PEÇAS DANIFICADAS	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RELAVE	Quanto maior, melhor	2%	2,10%	*
NÚMERO DE CAMISOLAS DISPENSADAS	Neutro	6047	5774	6305
NÚMERO DE COBERTORES DISPENSADAS	Neutro	282	257	291
NÚMERO DE FRONHAAS DISPENSADAS	Neutro	4546	4741	5356
NÚMERO DE LENÇÓIS DISPENSADAS	Neutro	12239	11035	12346
NÚMERO DE TOALHAS DISPENSADAS	Neutro	4661	5086	5660
NÚMERO DE TRAVESSEIROS DISPENSADOS	Neutro	5757	5580	6292

\* Dado será enviado na competência posterior

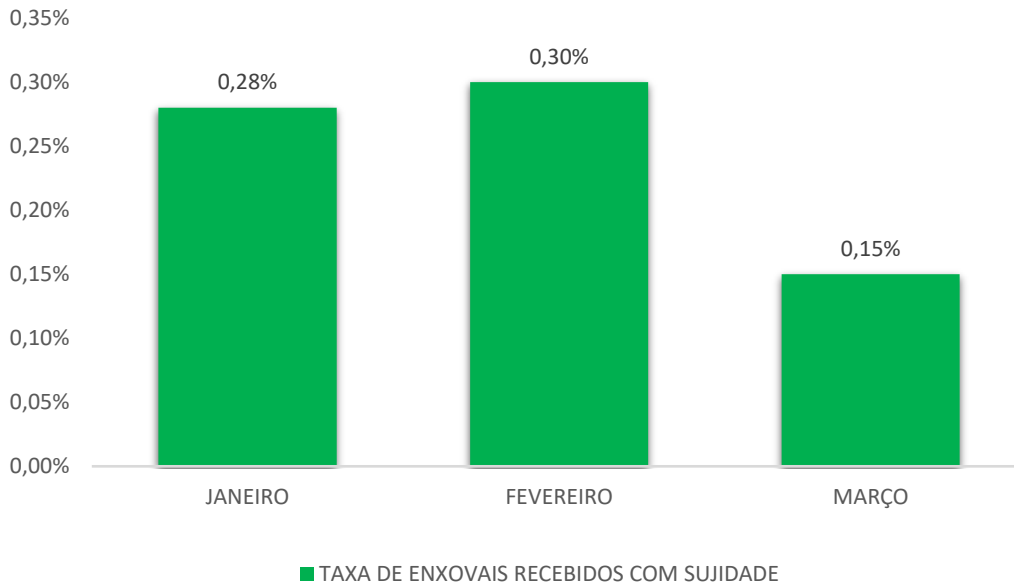
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 174. Taxa serviços da rouparia



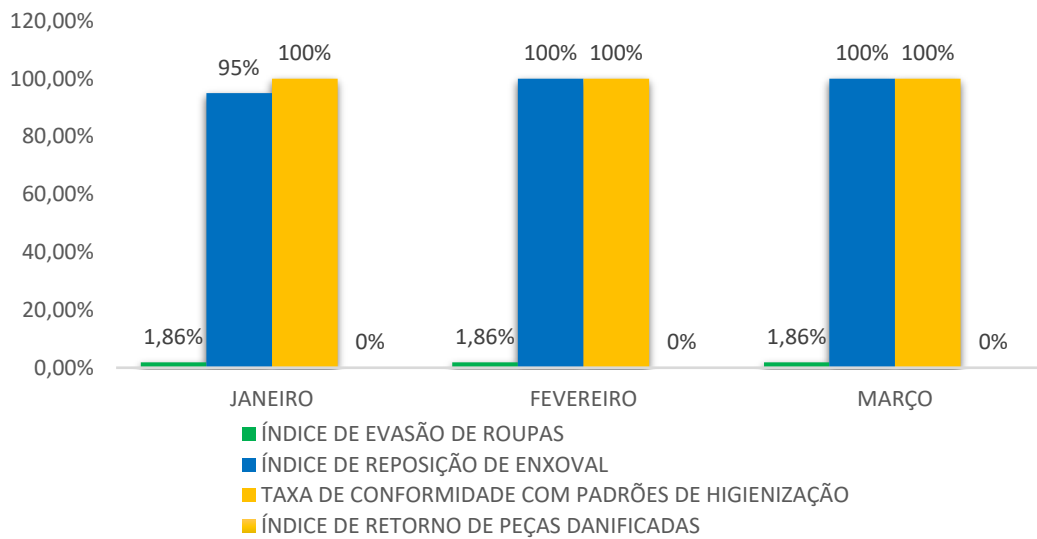
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 175. Taxa de enxovais recebidos com sujeidade**



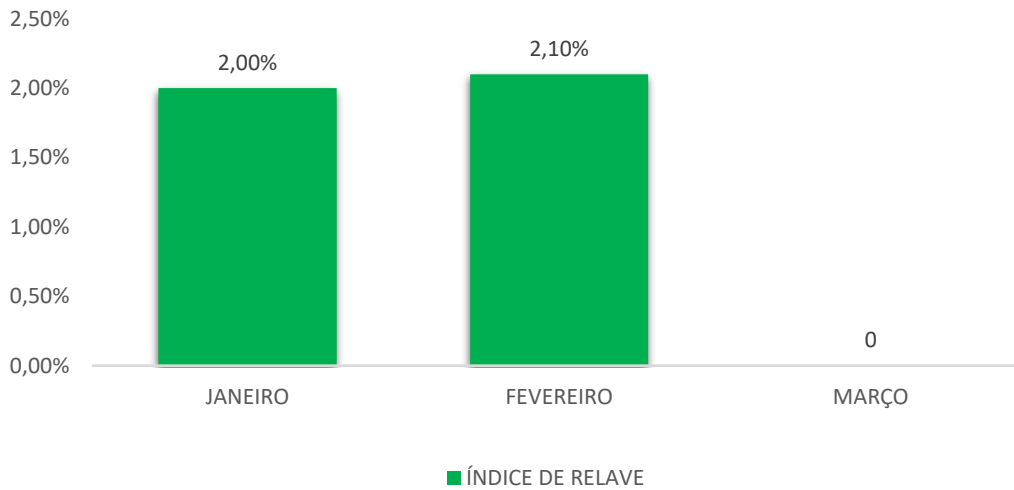
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 176. Análise serviços de rouparia**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

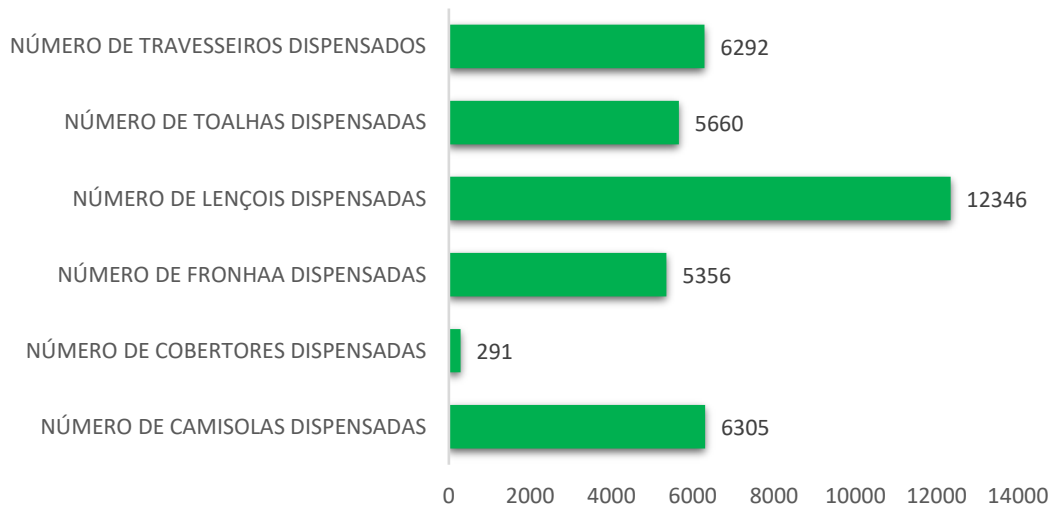
Gráfico 177. Índice de relave



Dado de março de 2026 será enviado na competência posterior

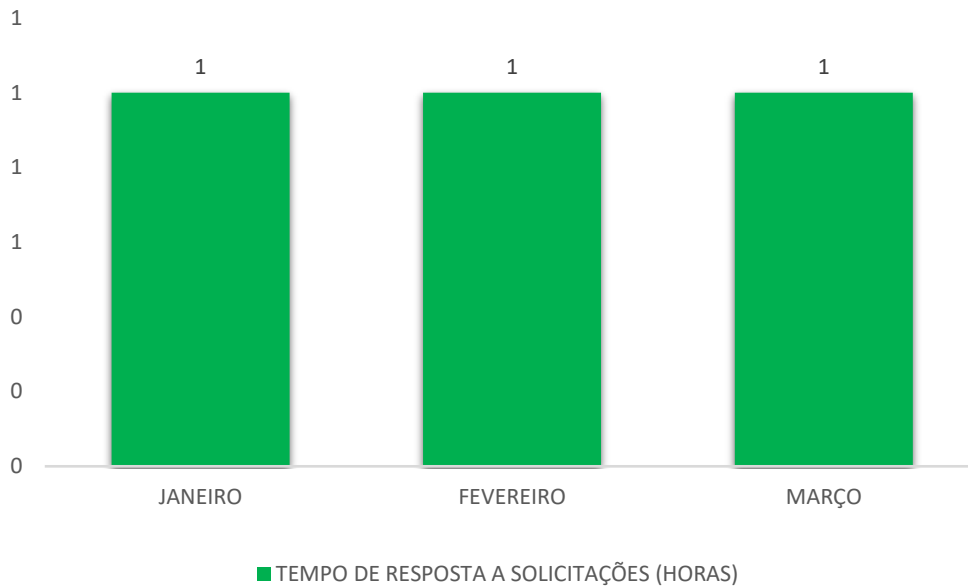
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 178. Dispensação de enxovais em março de 2026



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 179. Tempo de resposta a solicitações (em horas)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Tabela 95. Indicadores de Higienização

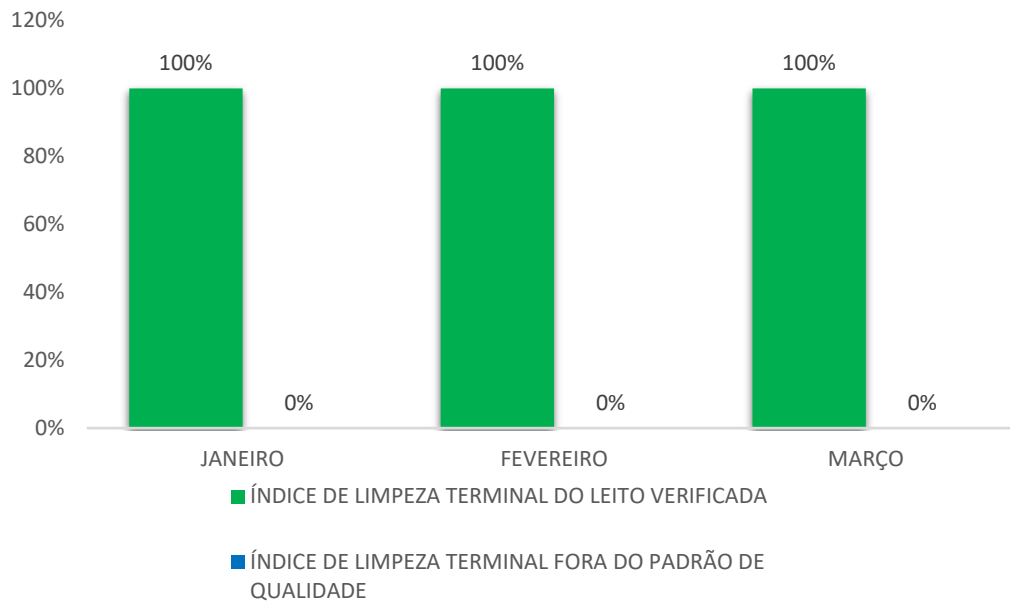
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA	> 80%	90%	100%	100%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	<2 horas	1	1	1
TERMINAL SETOR - ARARA	=>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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

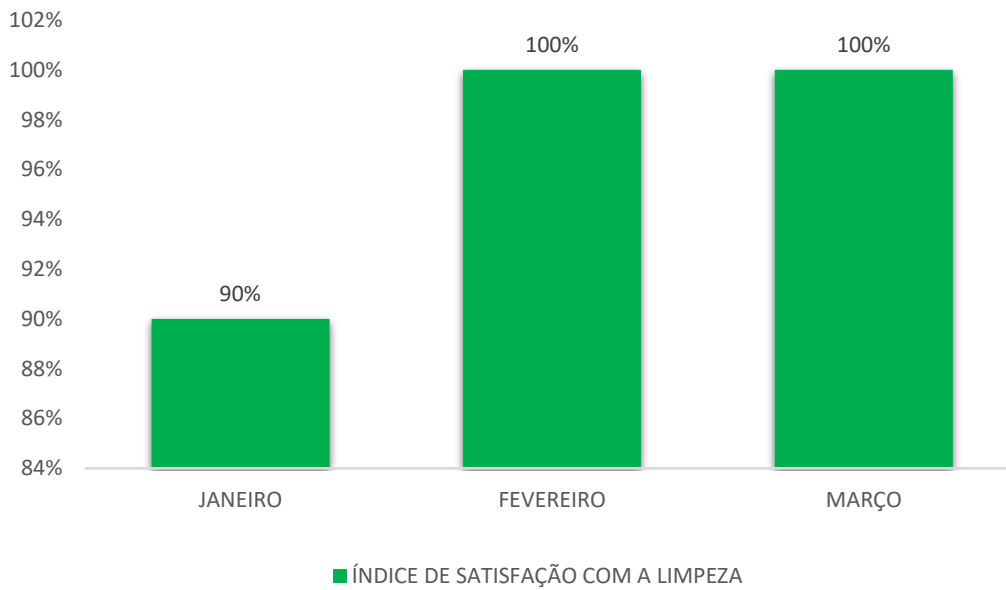
A limpeza terminal do setor João de Barro ficou abaixo da meta no período, em razão da impossibilidade de liberação do leito, considerando o estado clínico do paciente, o que impediu a realização do procedimento conforme preconizado.

Gráfico 180. Índice de limpeza



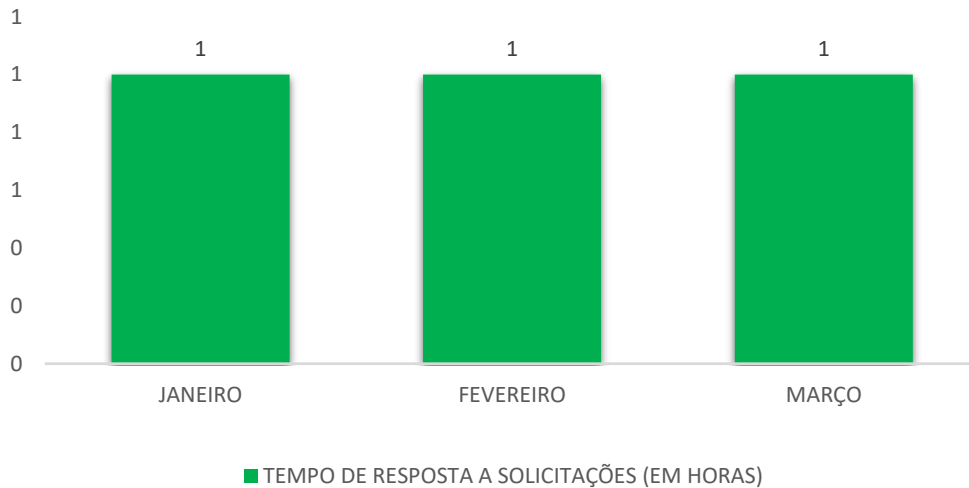
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 181. Índice de satisfação com a limpeza



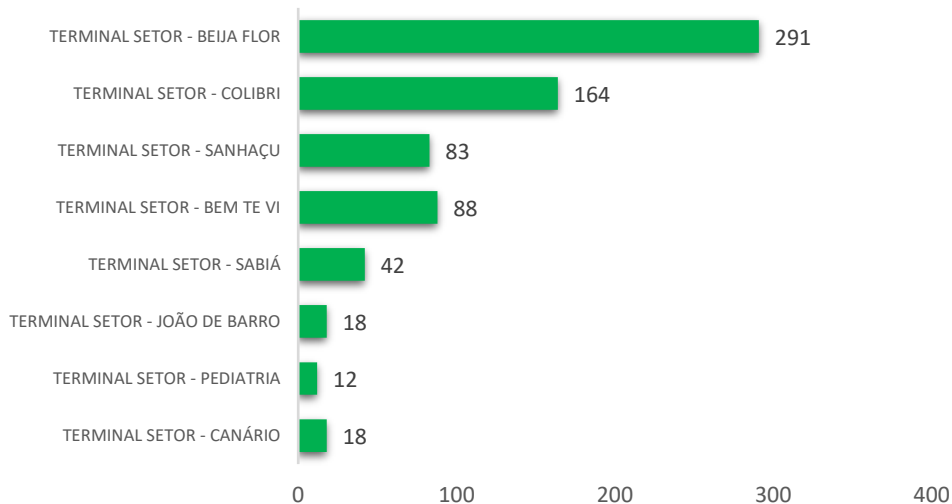
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 182. Tempo de resposta a solicitações (em horas)**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 183. Terminais de limpeza**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### 3.9.8. Recepção

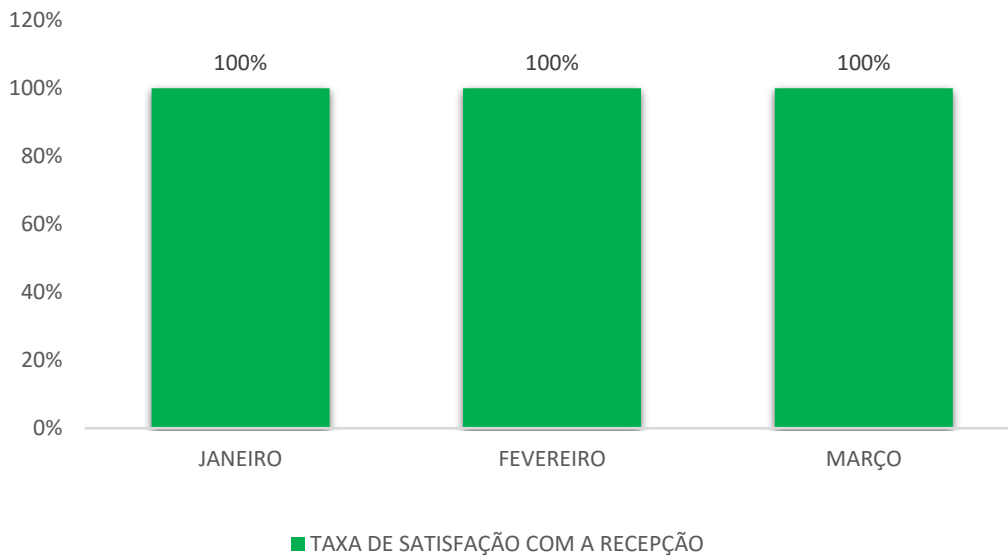
Assegurar o acolhimento e o atendimento eficiente aos usuários, pacientes, visitantes e colaboradores, garantindo a organização dos fluxos, a agilidade nos processos, a qualidade das informações e a conformidade com as normas institucionais, contribuindo para a segurança, a satisfação e o suporte às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

Tabela 96. Indicadores de Recepção

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

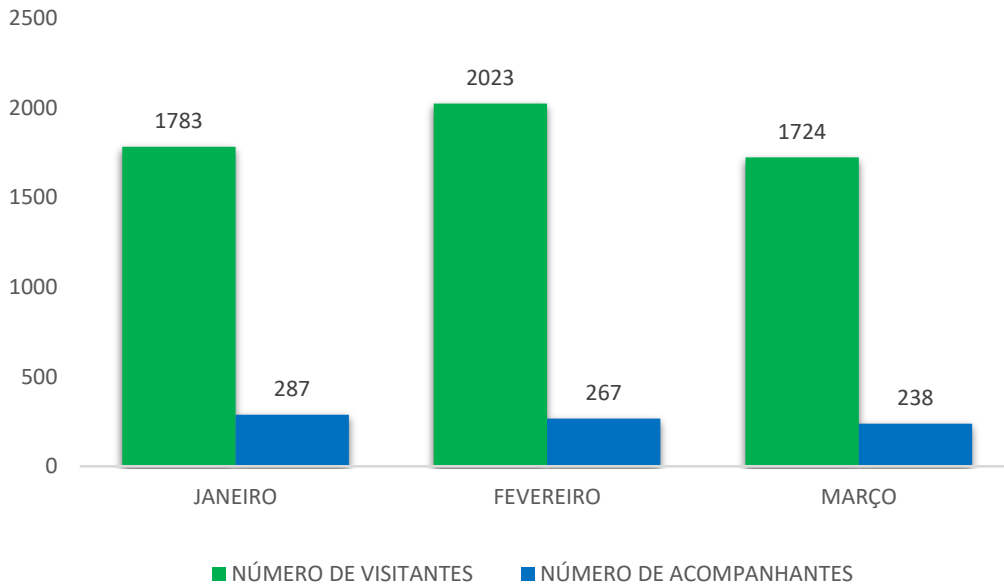
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 184. Taxa de satisfação com a recepção



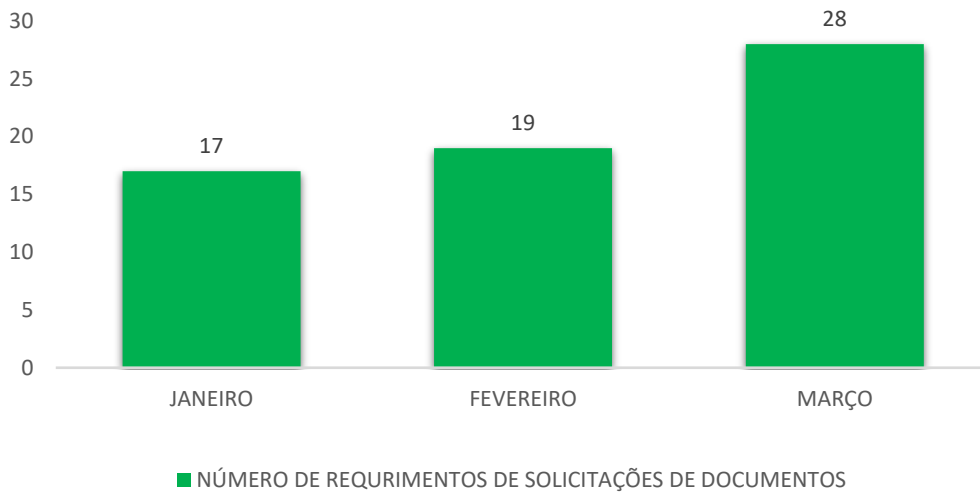
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 185. Número de visitantes e acompanhantes**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 186. Número de requerimentos de solicitações de documentos**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### 3.9.9. Portaria

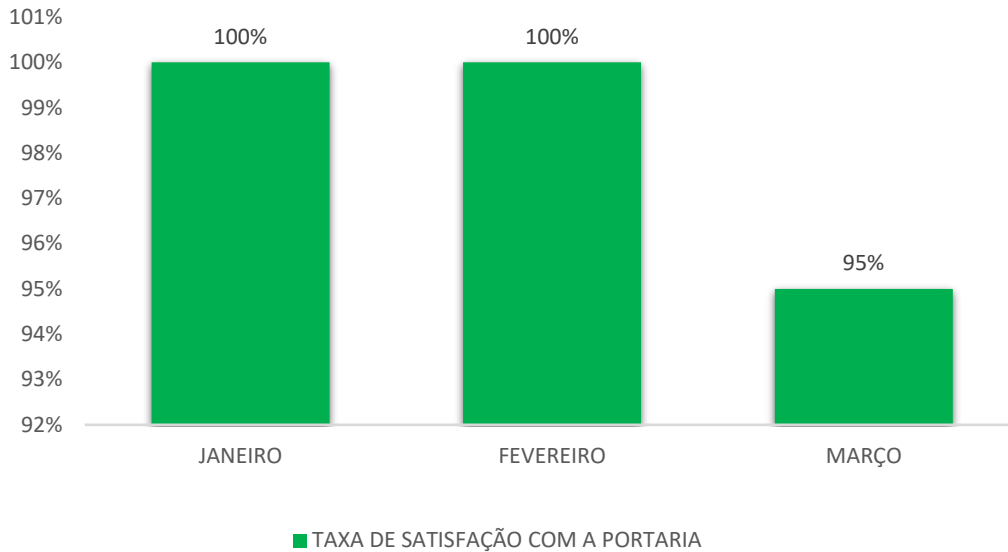
Assegurar o controle de acesso de pessoas, veículos e materiais, garantindo a segurança institucional, a organização dos fluxos de entrada e saída e o cumprimento das normas e protocolos estabelecidos, contribuindo para a proteção do patrimônio, a segurança dos usuários e o suporte às áreas assistenciais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

Tabela 97. Indicadores de Portaria

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

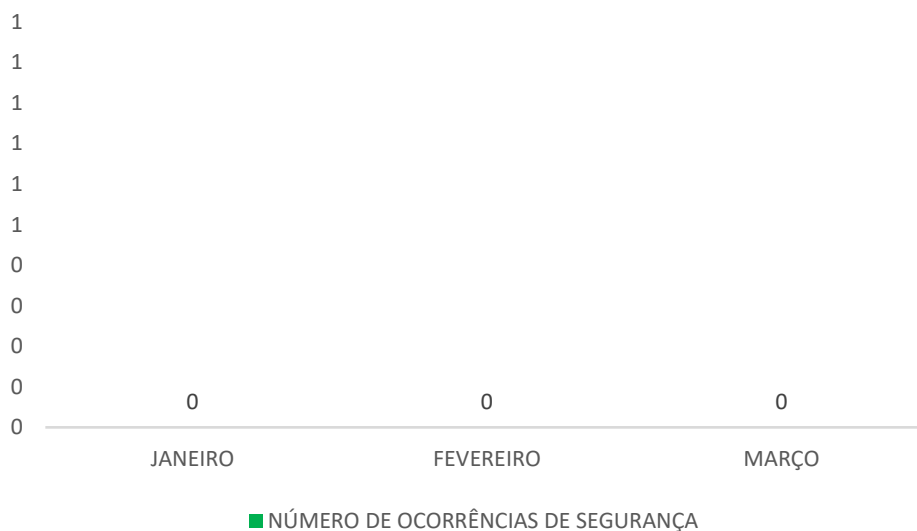
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 187. Taxa de satisfação com a portaria



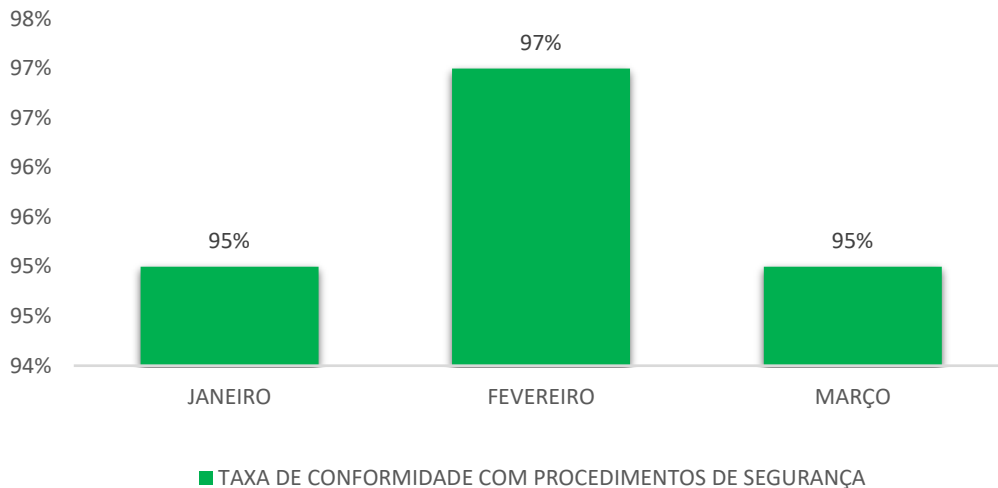
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 188. Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 189. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### 3.9.10. Jurídico

O auxiliar jurídico apoia a Gestão, garantindo o suporte operacional e técnico ao departamento jurídico, contribuindo para a conformidade legal, segurança jurídica e eficiência na gestão das atividades administrativas e clínicas da instituição.

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

- Suporte na elaboração e revisão de documentos;
- Pesquisa e análise jurídica;
- Gestão de documentação legal;
- Apoio em processos administrativos;
- Assessoria em questões trabalhistas;
- Monitoramento de prazos e audiências;
- Compliance e auditoria interna;
- Suporte na gestão de contratos;
- Treinamento e educação;
- Gestão de demandas do setor jurídico.

**Tabela 98. Indicadores de Serviços Jurídicos**

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

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

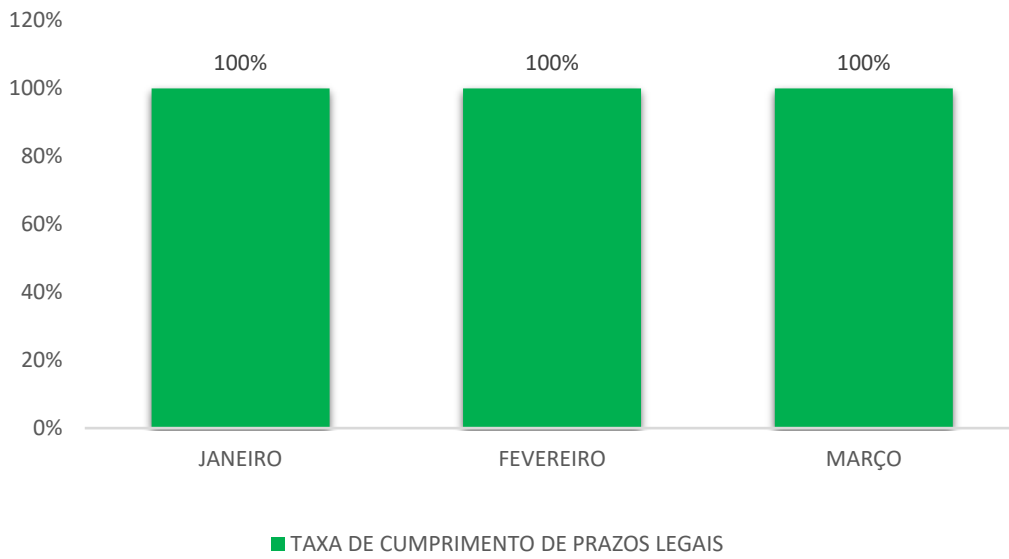
### ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

O número de notificações respondidas e resolvidas por fornecedores não corresponde ao número de notificações enviadas, uma vez que os prazos de retorno variam conforme a natureza e a complexidade de cada demanda.

No período, houve atualização no indicador de número de sentenças, em razão da expedição de decisão judicial, sendo a ação julgada totalmente improcedente, com acolhimento integral da tese defensiva apresentada pelo INTS.

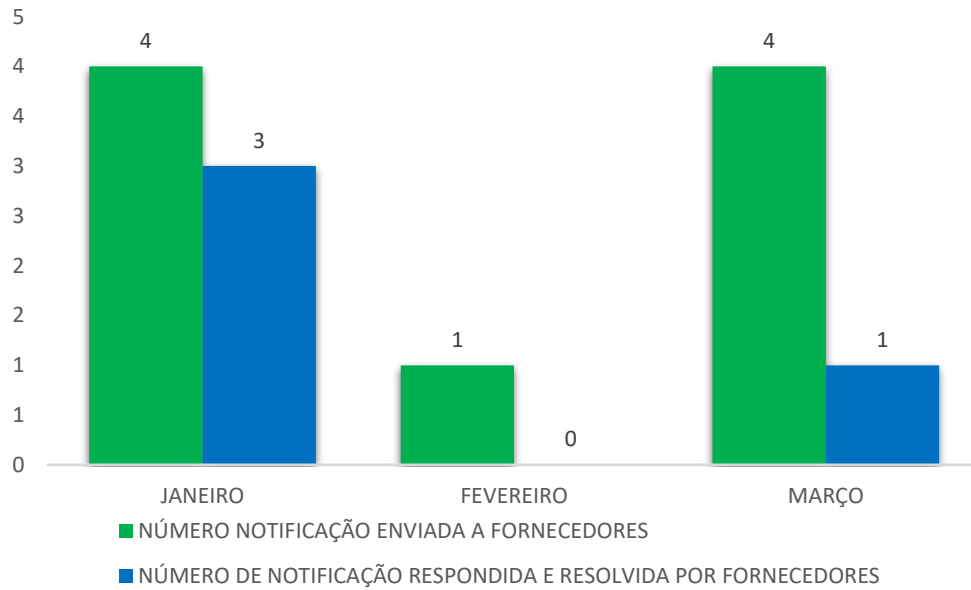
Quanto ao indicador de número de processos de terceiros (2026), destaca-se que o INTS figura como segundo reclamado na ação registrada.

**Gráfico 190. Taxa de cumprimento de prazos legais**



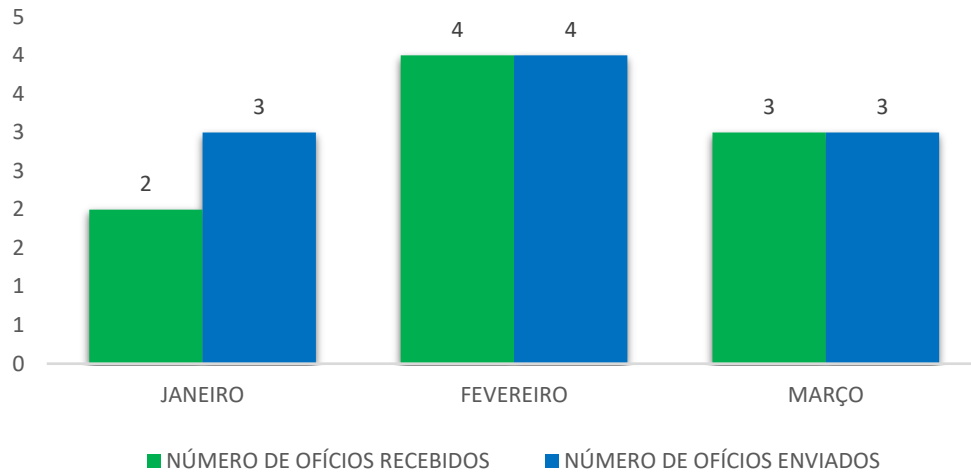
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 191. Análise de notificações**



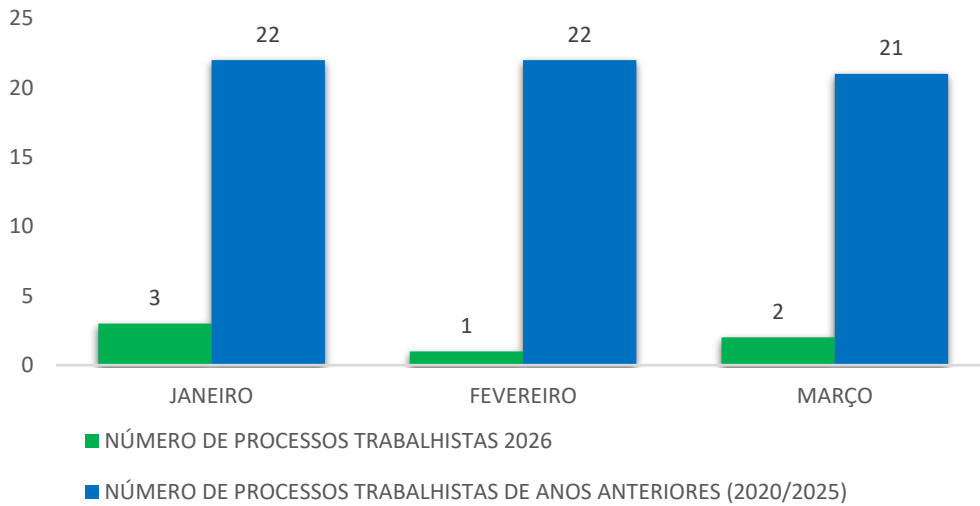
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 192. Análise de ofícios



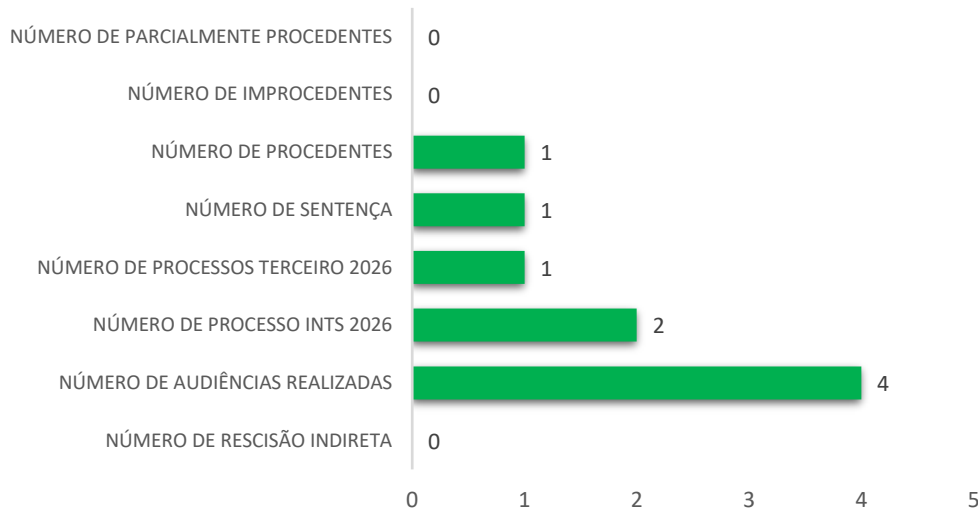
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 193. Número de processos trabalhistas



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 194. Produção Jurídico**



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

### 3.9.11. Ouvidoria

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

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

**Tabela 99. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas**

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAXA DE RESOLUÇÃO	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	< 5%	0%	0%	0%
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	100%	100%	100%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 5 dias	0	2	12

<b>TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS</b>	Neutro	11	1	2
<b>NÚMERO DE ELOGIOS</b>	Quanto maior, melhor	11	0	0
<b>NÚMERO DE SOLICITAÇÕES</b>	Neutro	0	1	2
<b>NÚMERO DE RECLAMAÇÕES</b>	Quanto menor, melhor	0	0	0
<b>NÚMERO DE DENÚNCIAS</b>	Quanto menor, melhor	0	0	0
<b>NÚMERO DE SUGESTÕES</b>	Neutro	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Tabela 100. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas**

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

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

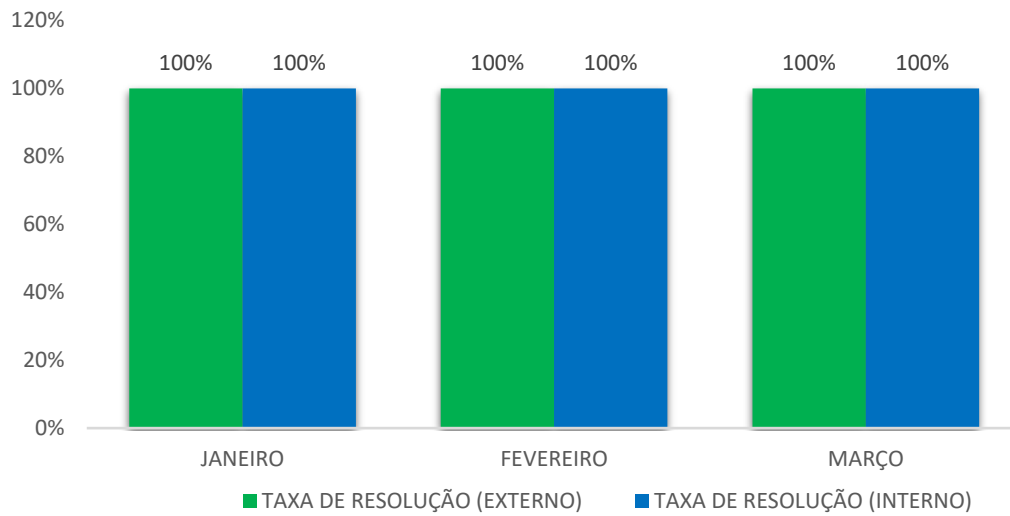
## ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

O resultado do NPS foi impactado por avaliações detratoras registradas no período. As demandas foram analisadas e tratadas, e as oportunidades de melhoria identificadas foram alinhadas e trabalhadas junto às equipes responsáveis.

O tempo de resposta às ouvidorias externas foi impactado em função da implementação do novo sistema SIGRC. Observou-se redução no volume de demandas, mantendo-se o prazo oficial de até 30 dias para devolutiva. Internamente, foi alinhado com os gestores um prazo reduzido de até 8 dias.

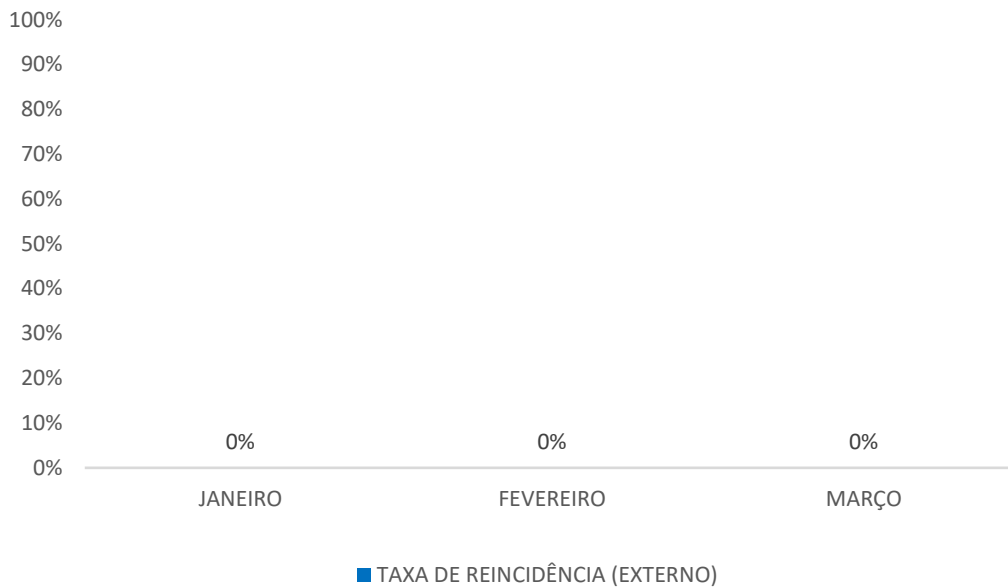
Ressalta-se que houve apenas uma demanda com prazo de 12 dias e, no total, foram registradas duas ocorrências no período.

Gráfico 195. Taxa de resolução



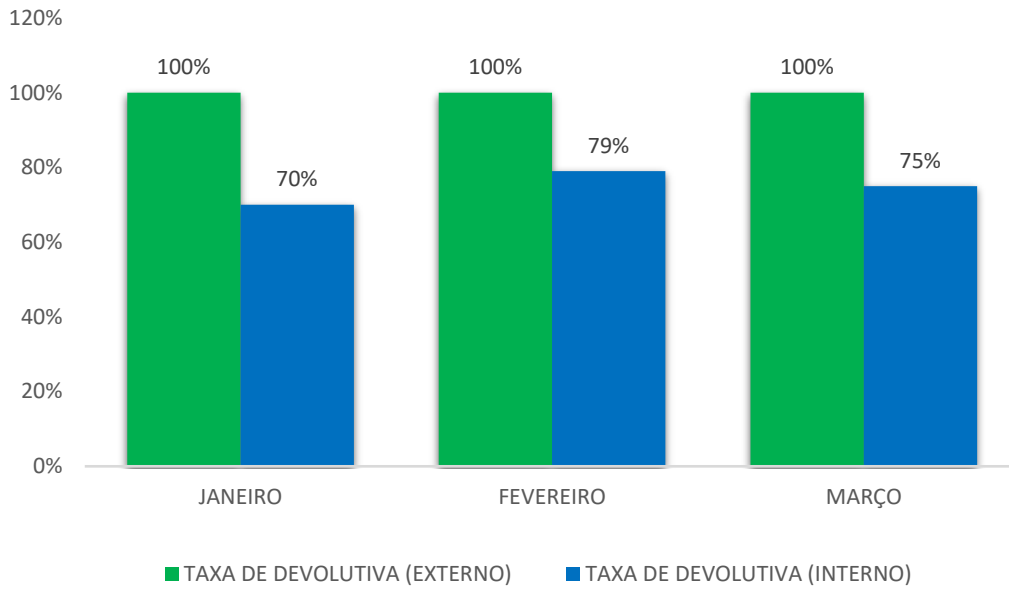
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 196. Taxa de reincidência



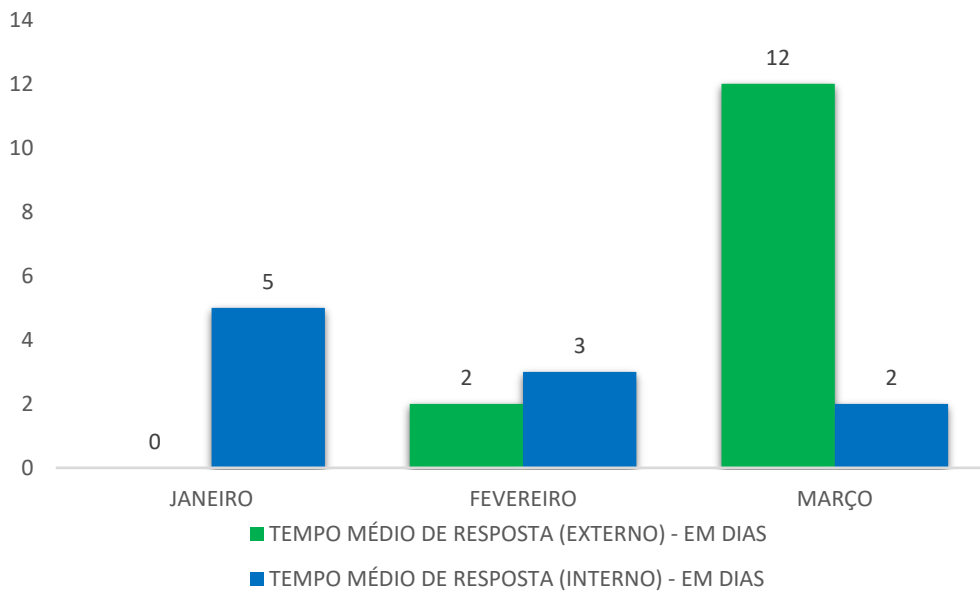
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 197. Taxa de devolutiva**



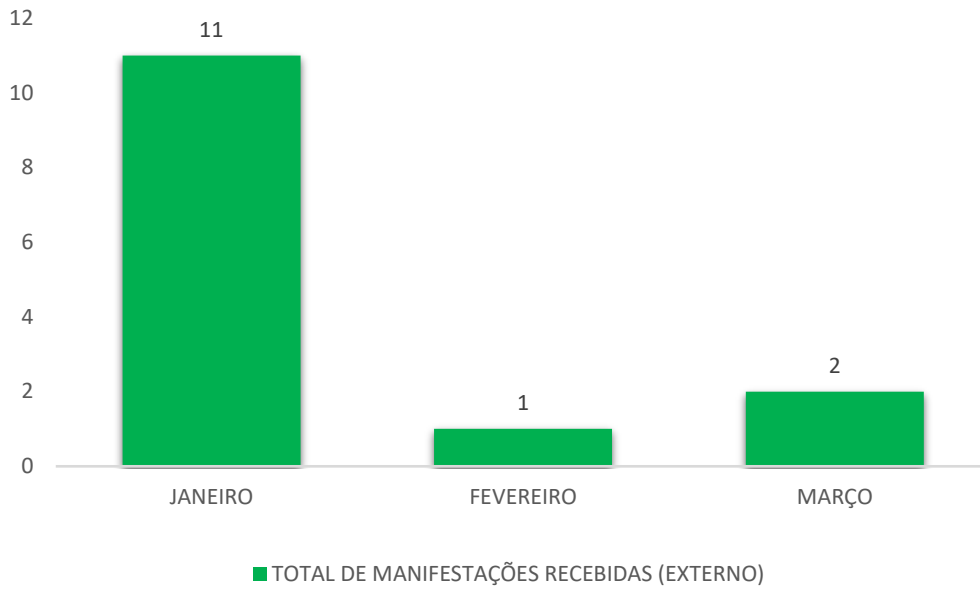
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 198. Tempo médio de respostas em dias**



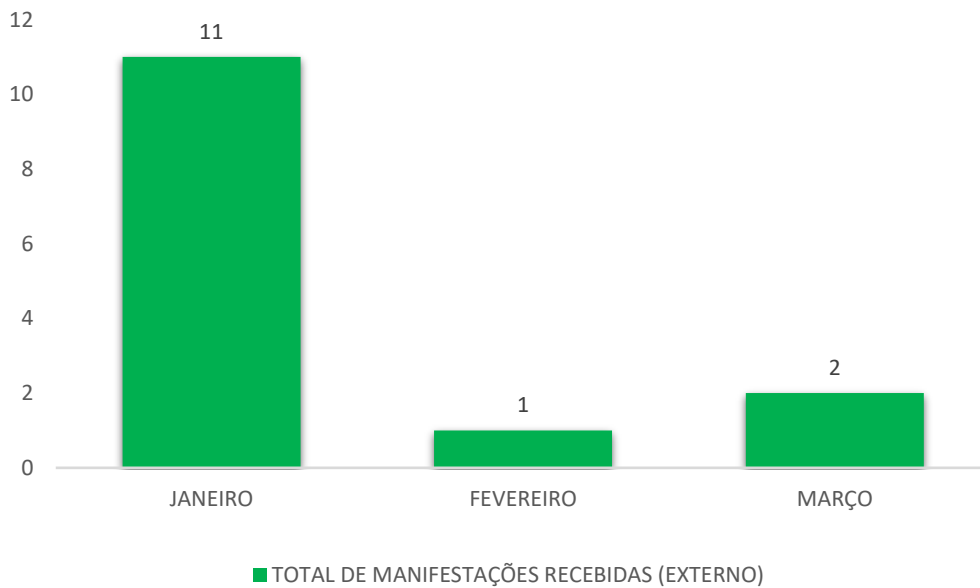
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 199. Manifestações recebidas



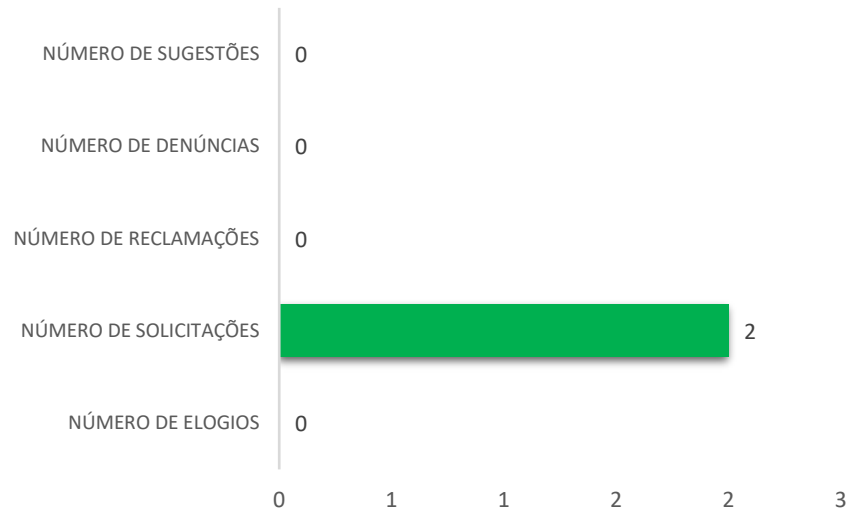
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 200. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação)



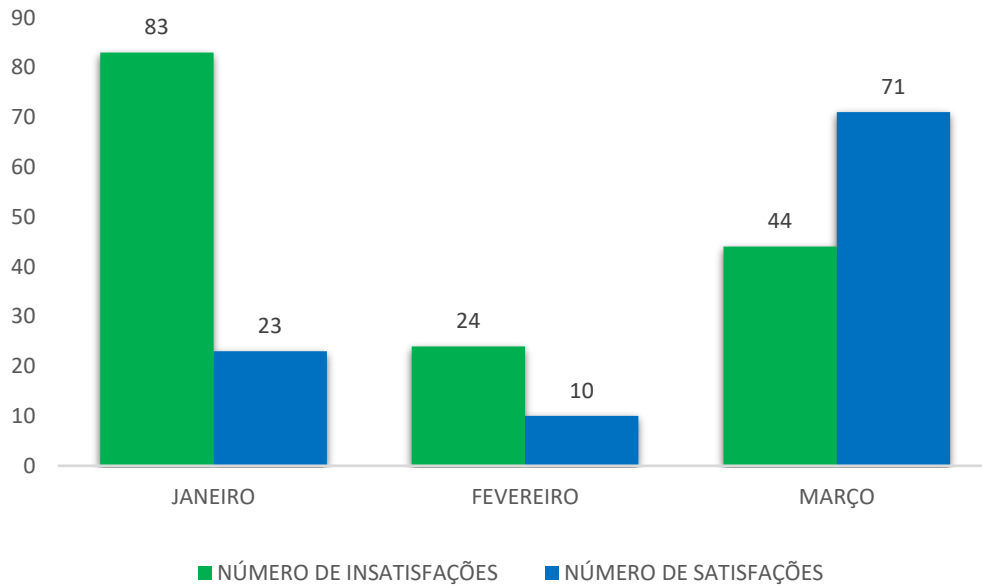
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 201. Tipos de manifestações externas



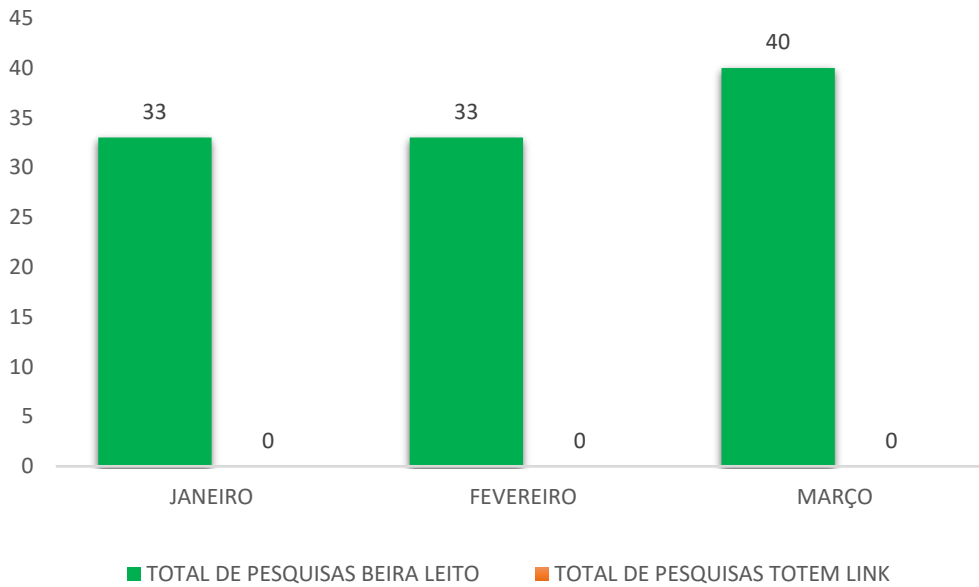
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

### Gráfico 202. Tipos de manifestações internas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 203. Pesquisas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

#### 4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

O INTS desenvolve ferramentas que possibilitam acompanhar mensalmente os resultados alcançados pela unidade. Desta forma, é realizado o monitoramento dos indicadores contratuais e custos do projeto, visando a eficiência contratual, através do equilíbrio entre o cumprimento das metas e orçamento proposto, bem como a eficácia operacional, através de acompanhamento permanente da qualidade dos serviços prestados.

O monitoramento contratual é realizado através de controles internos compartilhados com as lideranças, assim como os arquivos comprobatórios necessários. A direção local da unidade, a alta gestão do INTS e a equipe corporativa de monitoramento contratual avaliam mensalmente a efetividade e qualidade dos serviços ofertados, buscando e implementando melhorias para as ocorrências externas ao planejamento.

A Prefeitura, por meio da Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS), tem adotado medidas para aprimorar a gestão e monitoramento das parcerias, utilizando sistemas de informação para otimizar os fluxos de trabalho e garantir a qualidade no processo de avaliação.

Com o intuito de melhorar a avaliação das suas unidades de saúde, a SMS está desenvolvendo o Sistema de Informação SICAP (Sistema Integrado de Controle e Avaliação de Parcerias). Este sistema visa aprimorar os processos internos e permitir um monitoramento mais eficaz das parcerias realizadas sob a Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – CPCS.

Atualmente, o sistema "WebSAASS" está sendo operado simultaneamente ao novo sistema SICAP, com o objetivo de garantir que o processo de prestação de contas e a inserção de planos de trabalho não sejam interrompidos.

Mensalmente, o Departamento de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realiza a elaboração de um relatório preliminar. Este relatório contém o demonstrativo de repasses e despesas, bem como os apontamentos referentes ao desempenho das unidades de saúde.

O relatório é enviado por e-mail à unidade, contendo as observações que devem ser analisadas.

Para garantir a eficiência e a transparência no processo de resposta aos apontamentos feitos nos relatórios, foi criada no HMG uma Comissão de Acompanhamento Contratual – CAC.

O principal objetivo desta comissão é receber os apontamentos mensais, analisar as observações e elaborar as respostas adequadas, sempre em parceria com o setor Jurídico do INTS Sede. A comissão se reúne regularmente ao receber o e-mail com os apontamentos e, com base nas discussões internas, elabora a melhor resposta, priorizando a clareza e a transparência nas informações prestadas.

## 5. INDICADORES CONTRATUAIS

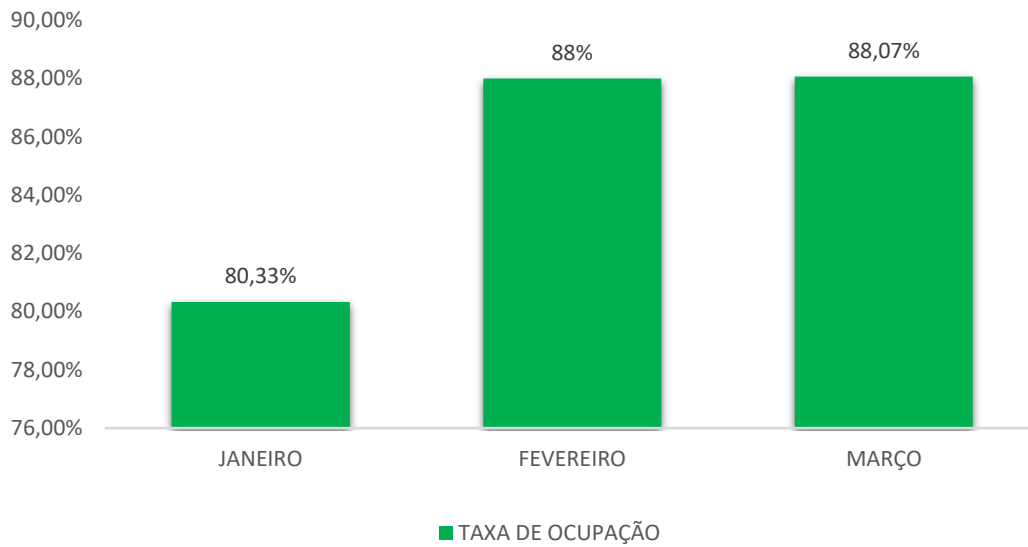
### 5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

**Tabela 101. Indicadores de Contratuais Qualitativos**

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

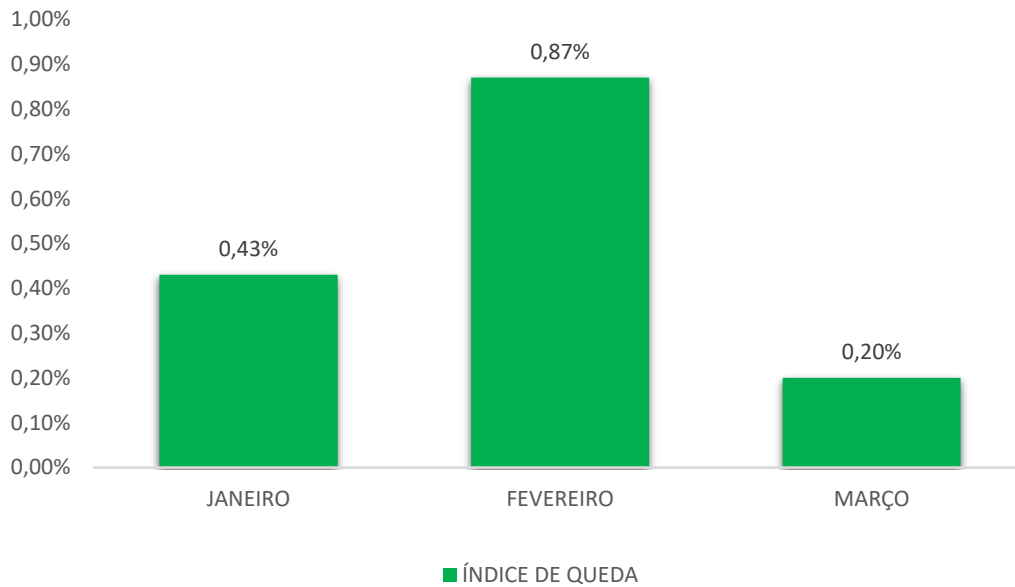
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 204. Taxa de ocupação



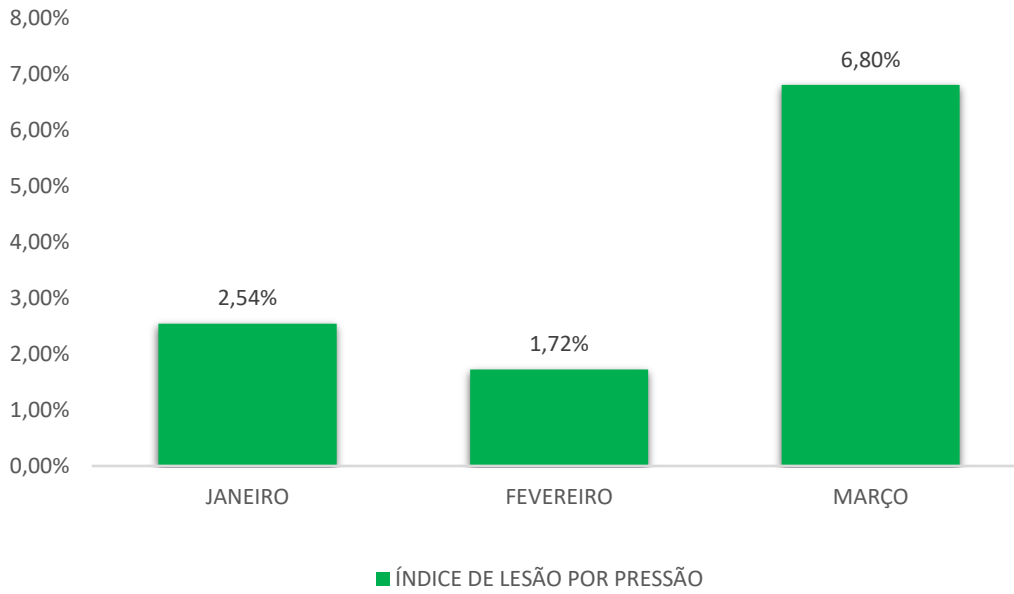
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 205. Índice de queda



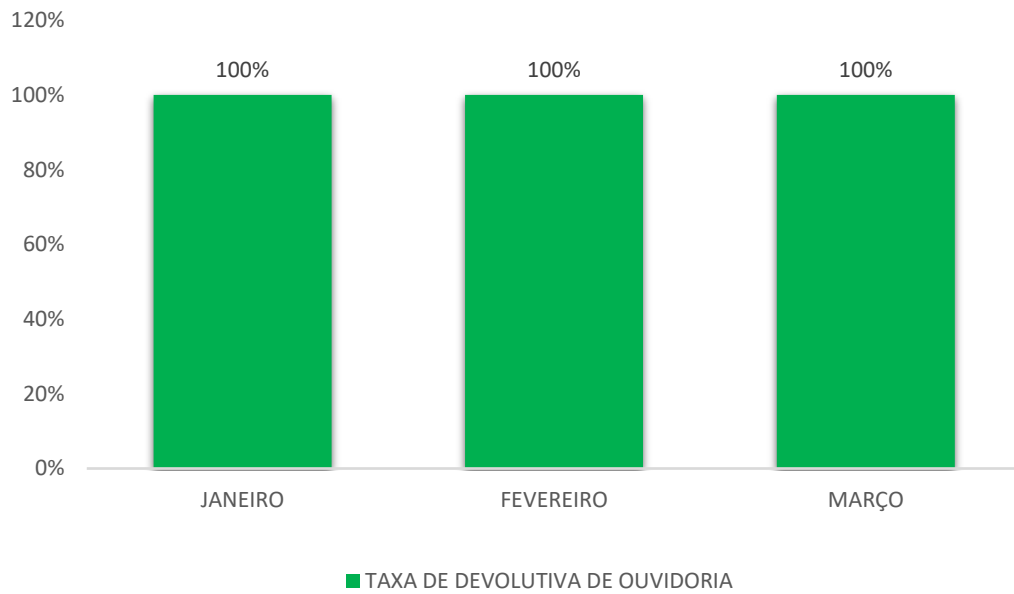
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 206. Índice de lesão por pressão



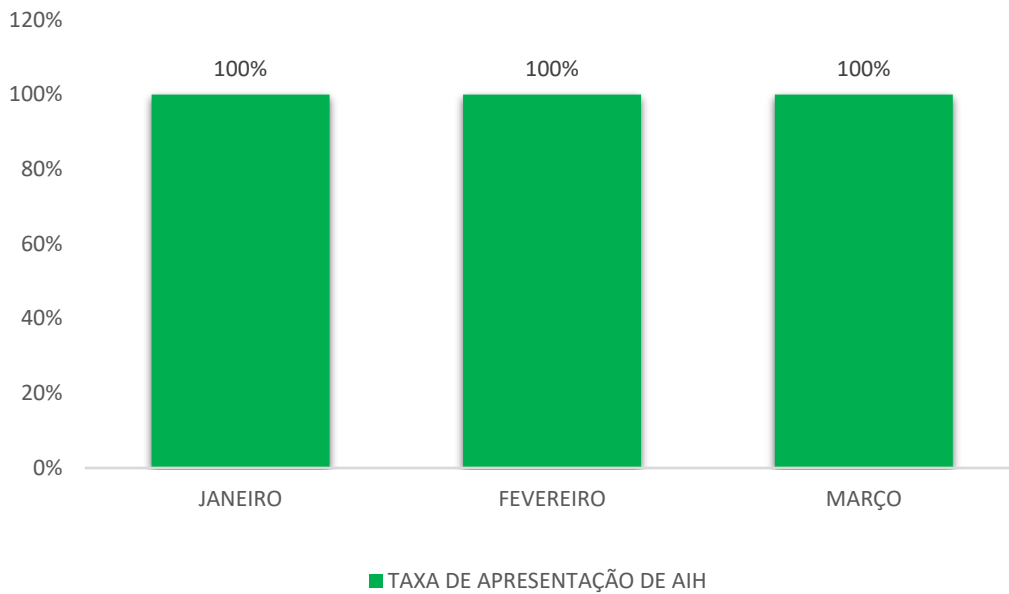
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 207. Taxa de devolutiva de ouvidoria



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 208. Taxa de apresentação de AIH



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

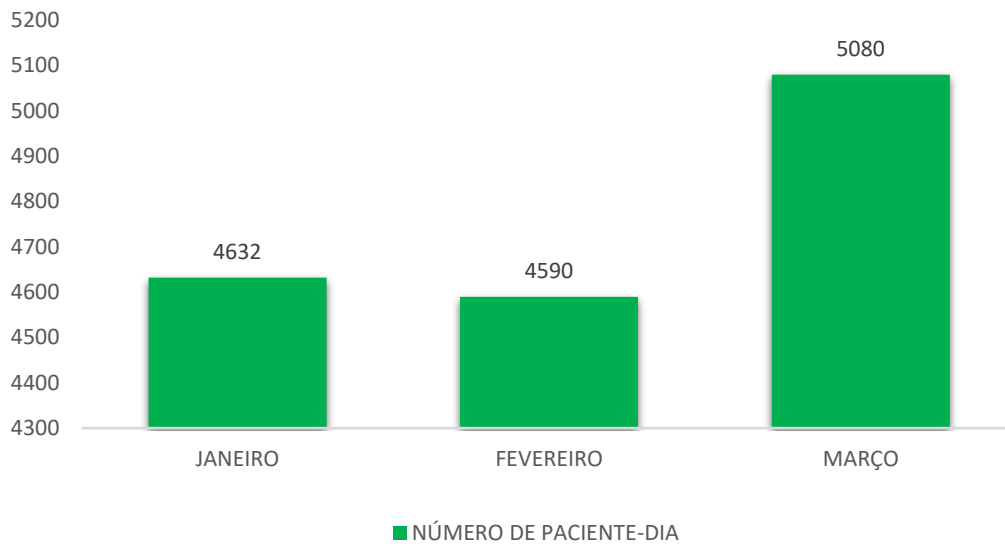
## 5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

Tabela 102. Indicadores de Contratuais Quantitativos

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

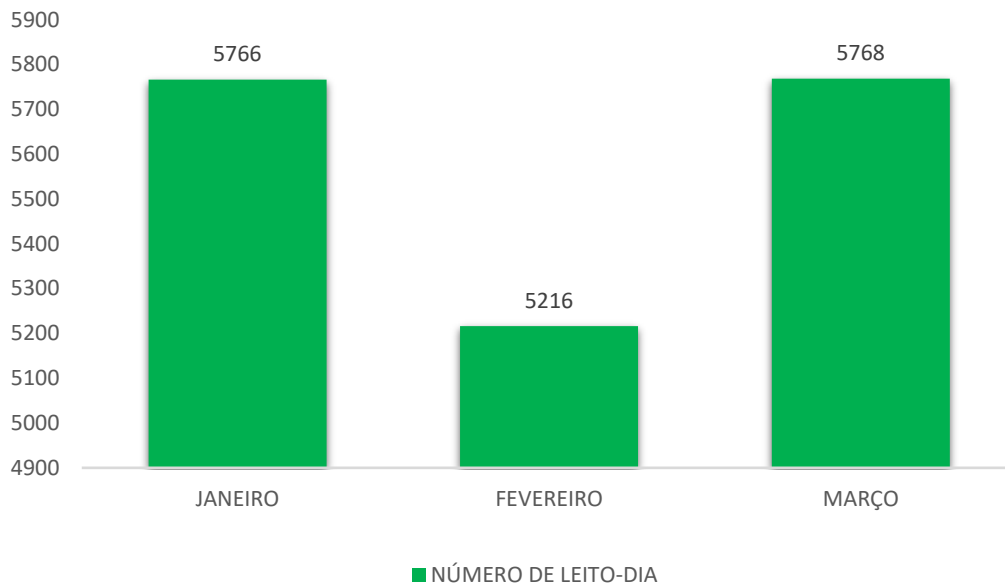
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 209. Número de paciente dia



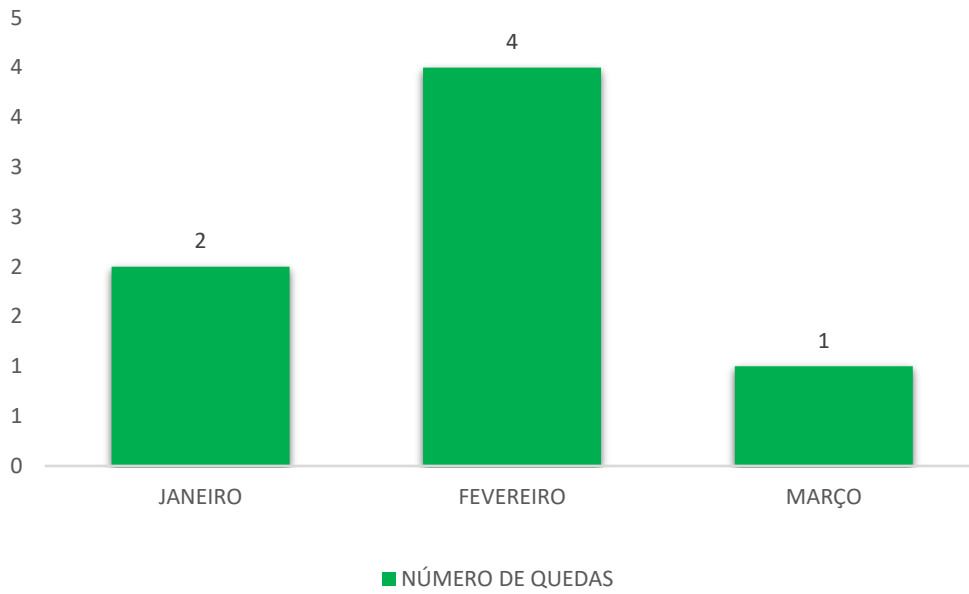
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 210. Número de leito dia



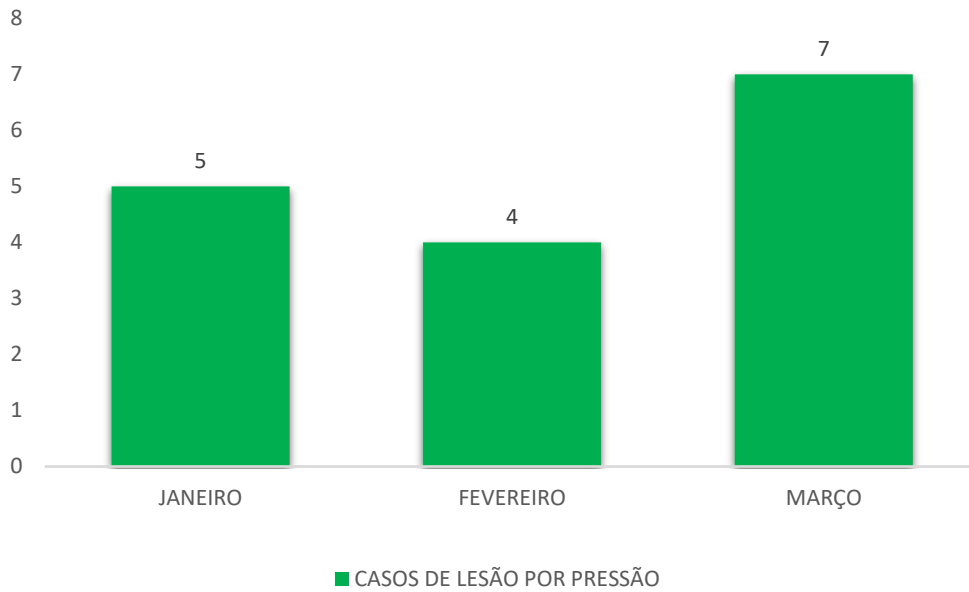
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 211. Número de quedas



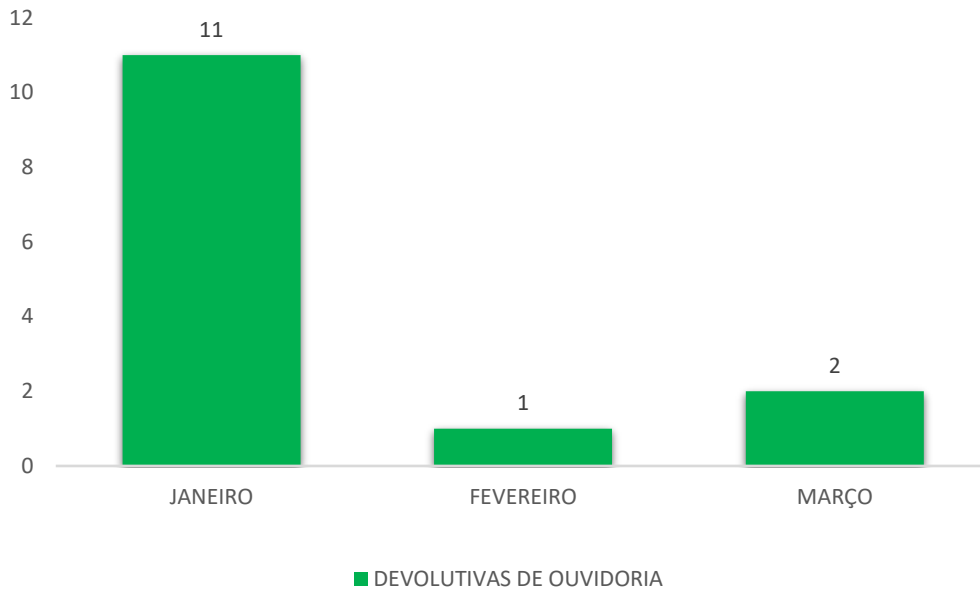
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 212. Casos de lesão por pressão



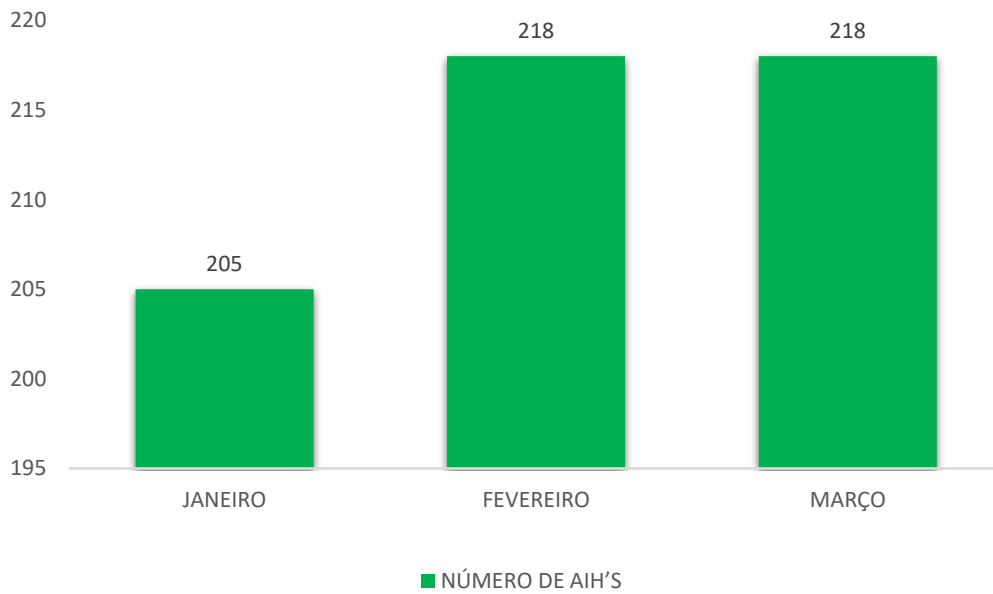
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 213. Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 214. Número de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### 5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

#### 5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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

Tabela 103. Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

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

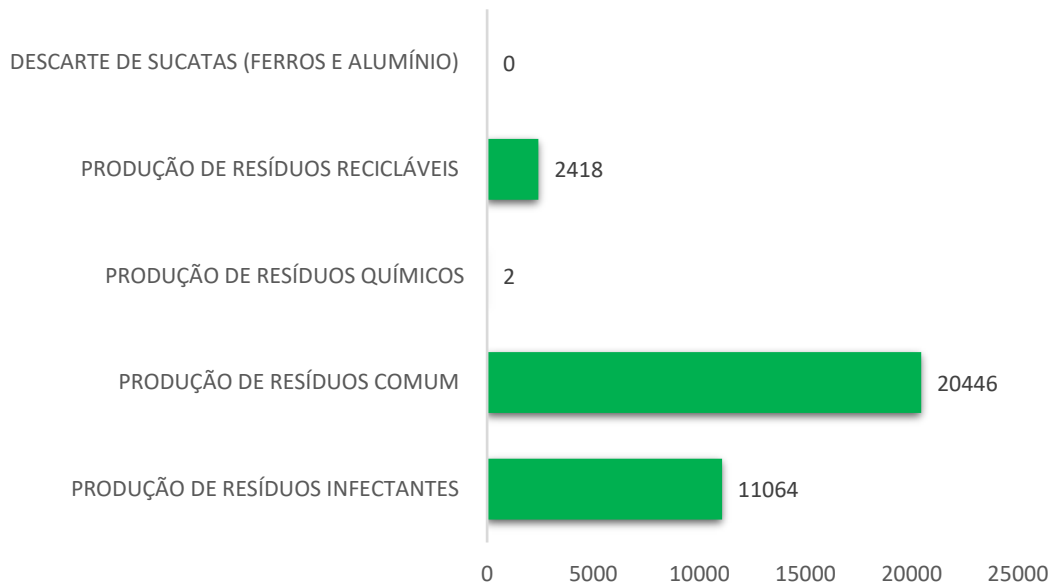
Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 215. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo



Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

**Gráfico 216. Produção de resíduos em março de 2026**



Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### 5.3.2. Hemodiálise

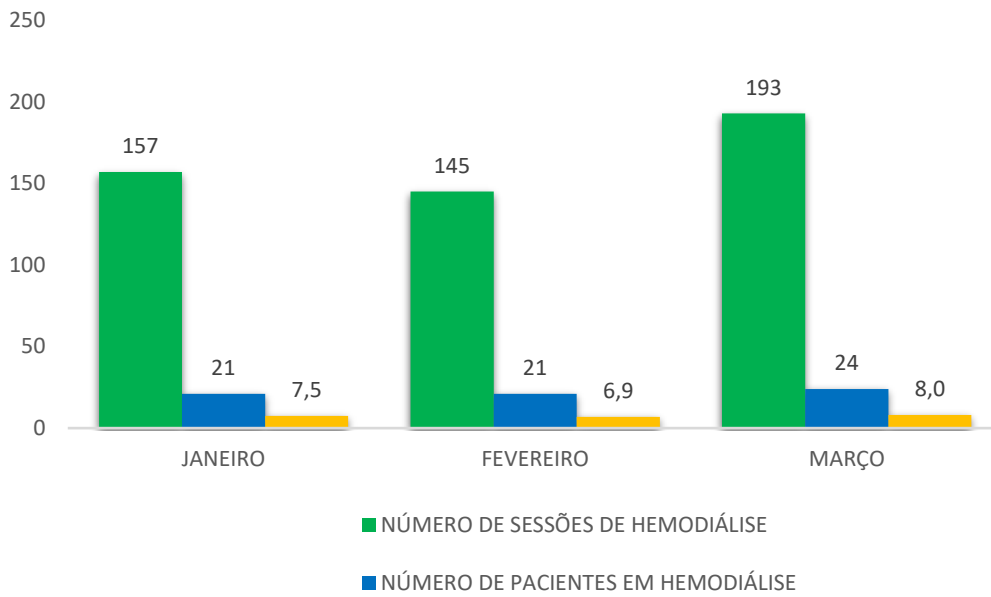
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

**Tabela 104. Indicadores de Serviços de Hemodiálise**

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

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 217. Análise de hemodiálise



Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

### 5.3.3. Hemocomponentes

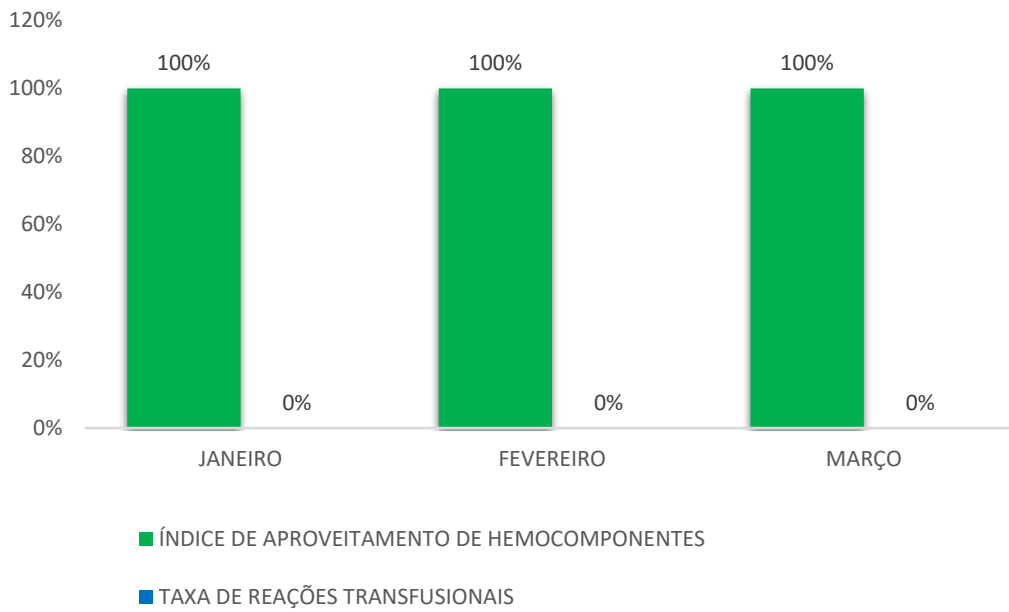
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 105. Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

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

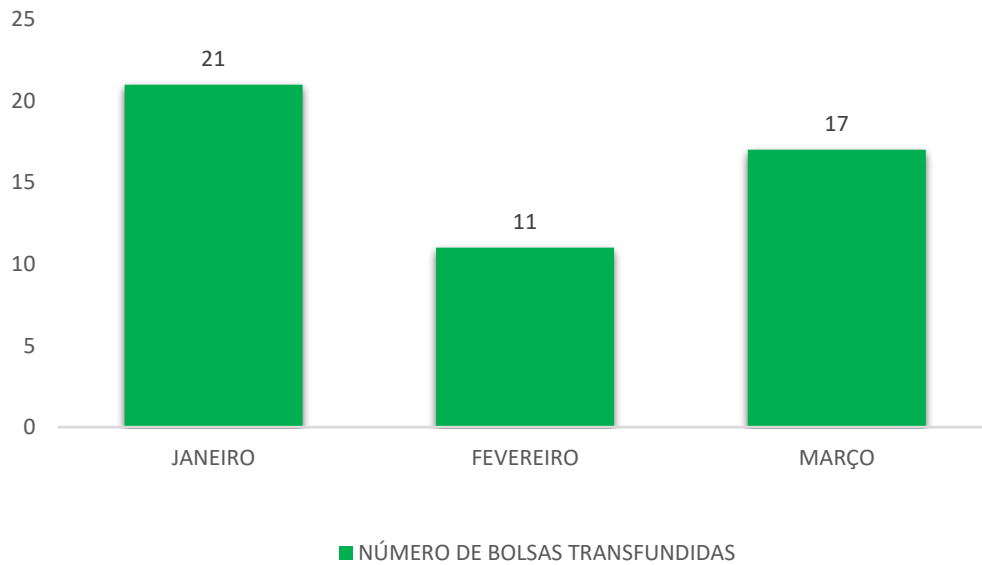
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 218. Análise de hemocomponentes



Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 219. Número de bolsas transfusionais



Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

## 6. COMISSÕES

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

**Tabela 106. Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga**

COMISSÃO	PERIODICIDADE	BASE REGULATÓRIA
REVISÃO DE ÓBITOS	Mensal	Resolução CFM nº 2.171/2017.
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	Mensal	Resolução CFM nº. 1.638/2002.
ÉTICA DE ENFERMAGEM	Mensal	Resolução COFEN nº 593/2018.
ÉTICA MÉDICA	Mensal	Resolução CFM 2.152/2016 e Resolução CREMESP 161/2007.
FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	Mensal	A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004.
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Mensal	Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
SEGURANÇA DO PACIENTE	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
TERAPIA NUTRICIONAL	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
HUMANIZAÇÃO	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO – CIPAA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
CUIDADOS COM A PELE	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
ACOMPANHAMENTO CONTRATUAL – CAC	Por demanda	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
PERFUROCORTANTES	Trimestral	NR: 32 / ANEXO III Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA.
CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde
MEDICINA INTEGRATIVA	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
CUIDADOS PALIATIVOS	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CIHDOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.
GESTÃO DE ALTAS	Mensal	Lei nº 13.840/2019, por exemplo, dispõe sobre a elaboração do projeto terapêutico individual.

Fonte: Qualidade - Comissões.

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

## 7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

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

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

### 7.1. Indicadores

O objetivo inicial é entender a eficiência dos canais de mídia da comunicação interna em seus níveis de atuação. Coletamos uma amostra com três tipos de colaboradores: administrativos, assistenciais e terceirizados.

#### AMOSTRA MARÇO DE 2026 – 102 Respostas

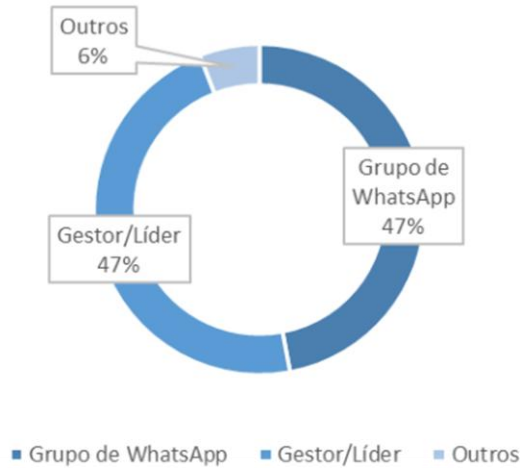


Fonte: Relatório de Comunicação.



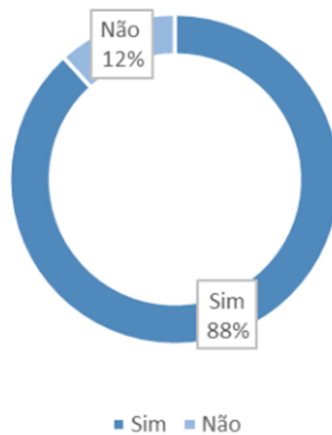
Fonte: Relatório de Comunicação.

### Canal de comunicação que mais utiliza



Fonte: Relatório de Comunicação.

### Participou de algum evento/atividade



Fonte: Relatório de Comunicação.

## 7.2. Ações de Março de 2026

### NEP | TREINAMENTO | DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES | 02/03

A capacitação foi conduzida pelo supervisor do NEP, Gleydson Vieira, idealizador do projeto de desenvolvimento de lideranças que prevê, ao longo de 2026, a participação mensal dos gestores em treinamentos focados no aprimoramento técnico e comportamental do papel do gestor no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### NEP | TREINAMENTO | IDENTIFICAÇÃO DE MATERIAS ESPECIAIS | 02/03

Durante o treinamento, foram abordados temas essenciais do cotidiano hospitalar, como os tipos e funcionalidades das sondas (Foley e uretral), sonda nasoenteral e sonda de aspiração; as diferenças entre equipos macrogotas e microgotas; máscaras para ventilação não invasiva e para traqueostomia; fixadores nasal e vesical; além dos diversos tipos de curativos indicados para diferentes lesões, entre outros materiais amplamente utilizados na assistência.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ROTAS DA LEITURA | 03 e 23/03

A Comissão realizou a ação “Rota dos Livros”, em parceria com o Sesc de Santo Amaro, com o objetivo de incentivar a leitura entre os colaboradores e promover momentos de cultura e reflexão no ambiente de trabalho. A iniciativa consistiu na circulação de uma mala com diversos livros pelos setores do hospital, convidando os profissionais a conhecerem e escolherem títulos, estimulando pausas para leitura, lazer e desenvolvimento pessoal, além de fortalecer o acesso à cultura no dia a dia.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | MÊS DAS MULHERES NO HMG | CUIDADO, BELEZA E BEM-ESTAR | 04 e 05/03

A ação realizada pelo Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) em comemoração ao Dia Internacional da Mulher promoveu momentos de valorização, cuidado e bem-estar às colaboradoras. A iniciativa contou com um espaço acolhedor com mensagens motivacionais inspiradas em mulheres de destaque, além de um ambiente interativo voltado à autoestima. A programação também incluiu orientações de autocuidado com consultoria de beleza, reforçando a valorização e o protagonismo feminino no ambiente de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ANIVERSARIANTES DO MÊS - PACIENTES | 16, 17 E 24/03

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



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### SESMT | TREINAMENTO | NR 32 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE | 17, 18, 20, 24, 25/03

Boas práticas no manuseio de perfurocortantes, utilização e descarte seguro. Higienização das mãos, cuidados nas atividades assistenciais. Conscientização sobre os perigos da realização dos procedimentos em pacientes sem a devida contenção mecânica ou auxílio.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo e Victor Hugo Parrilha. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/AGFB9-DDQZV-QU8JZ-SPKKZ>

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | CULTO | 23/03

Foi realizado um culto religioso no hospital, promovendo um momento de fé, acolhimento e conforto espiritual aos pacientes, acompanhantes e colaboradores. A ação contou com músicas, orações e palavras de reflexão, proporcionando um ambiente de paz e esperança dentro da unidade.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | CAFÉ ACOLHEDOR | 24/03

Realizada mais uma edição do Café Acolhedor, promovendo um momento de cuidado, escuta e acolhimento aos familiares dos pacientes. A ação contou com orientações da equipe de odontologia sobre a importância da higiene bucal, além do apoio da psicologia, reforçando o cuidado emocional. Ao final, foi oferecido um café da tarde, proporcionando integração, troca de experiências e um ambiente mais leve e humanizado.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### SEGURANÇA DO PACIENTE | TREINAMENTO | META 3 – USO SEGURO DE MEDICAMENTOS | 25/03

Foi realizado um treinamento sobre a Meta 3 – uso seguro de medicamentos, reforçando a importância das etapas de prescrição, armazenamento, dispensação e administração como barreiras essenciais na prevenção de incidentes. A capacitação contribuiu para o fortalecimento de uma assistência mais segura, integrada e de qualidade, promovendo maior conscientização dos profissionais quanto às práticas seguras no cuidado ao paciente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | MÊS DAS MULHERES NO HMG | SESC | DANÇA-CIRCULAR | 25 e 26/03

Foram realizadas aulas de dança circular voltadas às colaboradoras, promovendo momentos de bem-estar, integração e valorização no ambiente de trabalho. A atividade, conduzida de forma leve e participativa, estimulou a conexão entre as participantes, contribuindo para a saúde física e emocional, além de fortalecer os vínculos entre as equipes e proporcionar uma rotina mais leve e acolhedora.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | MÊS DAS MULHERES | LEMBRANCINHAS PARA AS COLABORADORAS | 27 e 31/03

Foi realizada a entrega de lembrancinhas às colaboradoras, em comemoração ao Dia da Mulher, como forma de valorização e reconhecimento. A ação proporcionou um momento especial de cuidado e acolhimento, reforçando a importância das profissionais no ambiente de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | MÊS DAS MULHERES NO HMG | FASHION DAY | 30/03

Foi realizado o Guarapiranga Fashion Day, uma ação voltada às pacientes em internação de longa permanência, promovendo momentos de cuidado, autoestima e valorização. A iniciativa proporcionou uma experiência de autocuidado com produção de beleza e desfile, estimulando o protagonismo e o bem-estar das participantes. O evento favoreceu a integração entre pacientes, colaboradores e familiares, reforçando a humanização do cuidado e proporcionando um ambiente de acolhimento, emoção e valorização pessoal.



Fonte: Relatório de Comunicação.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### SESMT | SIMULADO DE ABANDONO | 27, 30/03

Simulado de Abandono: orientar como agir em uma situação de sinistro com fogo, destacando a importância da preparação dos ocupantes e brigadas de emergência para situações de risco. A ação visa reforçar procedimentos de evacuação, organização e resposta rápida, contribuindo para a segurança de todos no ambiente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### EDUCAÇÃO PERMANENTE | TREINAMENTO | LEAN SIX SIGMA PARA LIDERANÇAS | 31/03

Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) realizou um treinamento em Lean Six Sigma voltado às lideranças, com o objetivo de fortalecer a melhoria contínua e a excelência na assistência. A capacitação abordou temas como metodologias de melhoria, análise de dados, construção de indicadores e o papel estratégico da liderança na condução de mudanças e na gestão de projetos.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### SEGURANÇA DO PACIENTE | AÇÃO | LANÇAMENTO DA MASCOTE DO NSP | 31/03

O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) lançou a mascote do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), um Saguí Pigmeu, como estratégia para fortalecer a cultura de segurança e tornar a comunicação mais acessível e engajadora. A iniciativa utiliza vídeos educativos produzidos com apoio de inteligência artificial, abordando de forma leve e didática as práticas e metas de segurança do paciente. A ação contribui para o engajamento dos colaboradores, amplia a compreensão de pacientes e acompanhantes e reforça o compromisso da instituição com a qualidade, a humanização e a segurança no cuidado.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## 8. AÇÕES DE DESTAQUE

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

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

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

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório apresenta a análise dos dados referentes ao mês de março de 2026 e divulga os resultados do Hospital Municipal Guarapiranga, cuja gestão é realizada pelo INTS em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

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

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

São Paulo, 15 de abril de 2026.

Assinado eletronicamente por:  
Simone da Silva de Araújo  
CPF: \*\*\*.009.575-\*\*  
Data: 17/04/2026 11:59:02 -03:00

MUNDO DIGITAL

Nome: Simone da Silva Araújo  
Cargo: Diretora Geral

Assinado eletronicamente por:  
Victor Hugo Parrilha  
CPF: \*\*\*.518.032-\*\*  
Data: 22/04/2026 12:20:09 -03:00

MUNDO DIGITAL

Nome: Victor Hugo Parrilha Panont  
Cargo: Diretor Técnico

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS  
Hospital Municipal Guarapiranga

## 10. ANEXOS

### 10.1. Atas das Comissões realizadas em março de 2026

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

Data:	19/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Análises Críticas de Indicadores
Início	10:00
Fim	11:45

#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Alinhamento do objetivo da Comissão;
- Apresentação das planilhas de indicadores;
- Discussão dos indicadores fora da meta e análise crítica dos resultados;
- Alinhamento do monitoramento dos planos de ações.

A reunião foi iniciada por Kamila, que apresentou o objetivo da comissão e convidou Paulo para relembrar o conceito de comissão e seu papel dentro da instituição.

Paulo explicou a finalidade da comissão e destacou a diferença em relação às reuniões anteriores, que eram voltadas para a construção dos indicadores. Ressaltou que, a partir deste momento, o foco será a análise dos indicadores já existentes.

Na sequência, Bárbara complementou que os encontros terão como objetivo a melhoria dos planos de ação, o alinhamento das análises críticas e a participação integrada das equipes. Informou ainda que, neste primeiro momento, serão priorizados os indicadores mais críticos e, posteriormente, será realizada uma análise mais abrangente.

Kamila destacou que o acompanhamento dos planos de ação e das análises críticas contribui para auditorias e para a preparação da instituição para processos de acreditação. Bárbara reforçou que, além dos indicadores já encaminhados, os setores também poderão trazer indicadores internos para discussão conjunta.

Dando continuidade, iniciou-se a análise dos indicadores por setor.

**Qualidade:** Kamila apresentou a planilha de indicadores como modelo para as reuniões e destacou o indicador "Taxa de Indicadores Entregues no Prazo", que não atingiu a meta de 80%. Solicitou sugestões aos líderes, considerando que ações anteriores não foram efetivas. Como proposta, sugeriu a criação de acordos internos entre as áreas.

Durante a discussão, Ana Patrícia destacou que os indicadores são responsabilidade de todos. Fabiane relatou que alguns indicadores dependem de outras áreas e questionou

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	10/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão Multiplicadores
Início	15:00
Fim	16:00

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Objetivos da comissão**
- **Multiplicador interno**
- **Atribuições**
- **Treinamentos**
- **Ferramentas de apoio**

A reunião iniciou-se sob a condução da enfermeira Maria Cristina, do Núcleo de Segurança do Paciente, que apresentou aos presentes os membros da Comissão de Multiplicadores.

Na sequência, expôs os objetivos da comissão e as ações a serem desenvolvidas no âmbito hospitalar, destacando a capacitação dos multiplicadores para que estes possam qualificar os demais colaboradores, por meio da disseminação dos conhecimentos adquiridos nas reuniões, contribuindo para a otimização dos recursos institucionais e para a promoção de um aprendizado contínuo e eficaz.

Apresentou que atuar como multiplicador interno consiste em exercer o papel de facilitador e disseminador de conhecimentos no setor, com a proposta de integrar colaboradores de diferentes áreas e funções, possibilitando que cada profissional compartilhe informações conforme sua expertise e área de atuação. Informou ainda que o público-alvo abrange todos os colaboradores da instituição, considerando que o processo de aprendizagem é contínuo, o que justifica a oferta permanente de capacitações.

Foi informado que as atribuições do multiplicador incluem a replicação dos treinamentos, os quais serão centralizados no Núcleo de Educação Permanente, responsável por repassá-los aos multiplicadores. Compete também orientar as equipes quanto a novos protocolos, fluxos e atualizações institucionais, além de apoiar a implementação de processos relacionados, por exemplo, à segurança do paciente. Como ilustração, foi citada a alteração da pulseira de identificação, anteriormente na cor laranja e atualmente na cor cinza, bem como a implementação da pulseira rosa para restrição de membros. Ressaltou-se que tais orientações podem ser realizadas por colaboradores de diferentes áreas, por não demandarem conhecimento técnico específico.

Dando continuidade, Maria Cristina questionou os colaboradores da farmácia presentes acerca de possíveis mudanças no setor, sendo informado que houve a aquisição de um novo maquinário para revitalização de medicamentos. Destacou que, diante desse novo processo, torna-se necessário que diversos colaboradores, como a equipe de enfermagem, estejam cientes das alterações, especialmente no que se refere à identificação das embalagens, que passaram de etiquetas de cor única para

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4

Data:	17/03/2026
Tipo da Reunião:	<input checked="" type="checkbox"/> Requisito <input type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Validação
Assunto:	Comissão de Proteção Radiológica
Início	10:00
Fim	10:30

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação e implantação do novo sistema de radiografia digital (DR);
- Processo de substituição dos equipamentos e realização de licitação;
- Disponibilização digital dos exames radiológicos;
- Avaliação inicial dos impactos operacionais da nova tecnologia;
- Monitoramento de repetição de exames radiológicos (indicadores);
- Alinhamento com equipe de enfermagem sobre manejo de sondas;
- Treinamento e alinhamento com novos colaboradores;
- Manutenção e calibração dos equipamentos de radiologia;
- Gestão dos dosímetros individuais de radiação;
- Treinamento da equipe por meio da plataforma da empresa responsável pelos dosímetros.

No dia 17 de março de 2026, foi realizada a reunião da Comissão de Proteção Radiológica do Hospital Municipal Guarapiranga, com a participação dos profissionais do setor de radiologia e demais membros envolvidos nas atividades relacionadas à segurança radiológica. O encontro teve como objetivo apresentar atualizações sobre os equipamentos do setor, discutir indicadores de repetição de exames, avaliar melhorias implementadas nos processos e tratar de aspectos relacionados à proteção radiológica ocupacional e à organização do serviço.

Inicialmente foi apresentada a atualização tecnológica implementada no setor de radiologia, com destaque para a substituição do sistema anterior baseado em tecnologia CR (Computed Radiography) por equipamentos com tecnologia DR (Digital Radiography). Foi explicado que o novo detector digital possui maior sensibilidade à radiação, permitindo a obtenção de imagens com melhor qualidade diagnóstica e menor exposição do paciente, utilizando aproximadamente metade da dose de radiação anteriormente necessária. Além disso, foi ressaltado que a tecnologia DR possibilita visualização quase imediata das imagens, em poucos segundos após a realização do exame, o que contribui para maior agilidade no atendimento e otimização dos fluxos assistenciais.

Durante a reunião foi relatado um caso recente ocorrido em unidade assistencial, envolvendo um paciente com dificuldade para manutenção de sonda enteral, que necessitou de múltiplas tentativas de posicionamento. Graças ao novo sistema digital, foi possível realizar diversas imagens em curto intervalo de tempo, permitindo rápida avaliação do posicionamento da sonda pela equipe assistencial. Foi destacado que, caso o procedimento tivesse ocorrido com o sistema anterior, haveria atraso

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

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

Data:	23/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	COMISSÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL
Início	14:00h
Fim	14:40h

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação dos indicadores de 2025;
- Apresentação do controle anual da Taxa de desperdício;
- Padronização das novas dietas enterais;
- Construção do protocolo prescrição de dieta enteral, módulos e suplemento oral;
- Discussão de documentos não autorizados pela sede;
- Padronização de arginina para cicatrização de LPP.

A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores anuais de 2025, dentre eles estavam: refeições servidas para colaboradores, pacientes e acompanhantes, além dos indicadores de atendimentos nutricionais e estado nutricional (IMC).

Após, foi apresentado o controle anual de desperdício, obtidos pela quantidade de refeições servidas x solicitadas, e o impacto financeiro que isso gera ao serviço e ao contrato.

Foi apresentado as novas dietas enterais padronizadas, dentre elas a dieta enteral normo calórica e normo proteica, indicada para pacientes eutróficos e obesos, que não apresentam LPP, e a dieta enteral específica para pacientes com diabetes melitus, sendo elas uma grande aquisição para unidade e para os pacientes.

Foi levantado a necessidade da criação um protocolo de prescrição de dieta enteral, módulos e suplementos orais, a fim de tornar o serviço padronizado e otimizado, com critérios clínicos de prescrição desses insumos.

Jamile informou que alguns documentos institucionais precisarão ser revistos pois não foram autorizados pela Sede, e terão que ser refeitos com o apoio e olhar clínico da equipe.

Foi levantado a necessidade da padronização do módulo de Arginina para cicatrização de LPP, autorizado por Dr. Emílio (nutrólogo).

Como devolutiva sobre a calibração das balanças portáteis pendente na última reunião, foi alinhado que a Engenharia Clínica ficaria responsável pelas calibrações periódicas das balanças.

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (SCIH)	CÓDIGO: FP.QAS.038	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/6

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH)			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	17/03/2026	14:30	15:30
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>	<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>		
(x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial	Fevereiro/2026		
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>	<b>REDATOR</b>		
Lucas Teixeira.	Fabiane Evol.		
<b>INSTRUÇÕES</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS:</b> Apresentação do status, andamento e desfecho dos encaminhamentos e pendências deliberados na reunião anterior.</li> <li><b>2. INDICADORES:</b> Discussão referente a análise crítica dos indicadores hospitalares associados as taxas de infecção hospitalar e seus impactos. Trazer os dados dos indicadores (ou gráfico) e discutir apontamentos relacionando a surtos atuais, detecção de bactérias resistentes e monitoramento de sítios específicos (corrente sanguínea, trato urinário, sítio cirúrgico e pneumonia associada à ventilação). Indicadores sugeridos: taxas de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), PAV (pneumonia associada à ventilação), IPCS (infecção primária de corrente sangue associada a cateter), ITU (infecção de trato urinário associada a sonda), perfil de sensibilidade bacteriana do hospital (identificação de bactérias resistentes), e outros a critério da comissão. Analisar resultados e propor planos de ação caso necessário.</li> <li><b>3. ANÁLISE DE CASOS E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:</b> Descrever os casos de infecção hospitalar e perfil biológico; registrar se as notificações compulsórias das doenças relacionadas a infecção hospitalar foram realizadas. Registrar: detalhes do caso e análise crítica da origem da infecção, se o caso era evitável, o que poderia ser feito para prevenção de casos. Informar se houve notificação compulsória (caso aplicável).</li> <li><b>4. ATUALIZAÇÃO PCIH:</b> Avaliação geral do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Descrever situação atual do Programa, ações realizadas, cronograma e melhorias.</li> <li><b>5. AUDITORIAS INTERNAS:</b> Registros das visitas técnicas da comissão para análise crítica da adesão ao protocolo de Higiene das Mãos, assim como analisar e orientar o uso correto de EPI's in loco. Informar data, responsáveis, reportar problemas encontrados e ações de melhoria.</li> <li><b>6. TREINAMENTOS:</b> Registrar as propostas de treinamentos e ações educativas relacionadas a aplicação de medidas para evitar infecções no paciente (descrever ações, responsáveis e prazos).</li> <li><b>7. OUTRAS PAUTAS:</b> Espaço aberto para outras pautas caso necessário.</li> </ol>			
<b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS</b>			
Atualização da semana de Prevenção de IRAS para o mês de maio devido solicitação da SEDE.			
<b>2. INDICADORES</b>			

MN QA3.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3
OData:	18/03/2026		
Tipo da Reunião:	<input type="checkbox"/> Requisito <input checked="" type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Validação		
Assunto:	Comissão de Pele		
Início	14:00min		
Fim	14:30min		

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

• A reunião da Comissão de Pele, referente ao mês de fevereiro de 2025, com apresentação realizada pela enfermeira estomaterapeuta Eliana (Presidente da Comissão de Cuidados com a Pele), iniciou-se com a exposição dos indicadores institucionais, incluindo taxas de incidência global (2%) e da UTI (4%), prevalência de LPP (32%) e resultados da avaliação de risco utilizando a Escala de BRADEN (87%).

Foi apresentado, ainda, o panorama das lesões em acompanhamento, bem como a relação entre risco e ocorrência de LPP, sendo identificadas LPP adquiridas (4) e LPP comunitárias (6).

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

Eliana informou que o faturamento de curativos, conforme registros do SMPEP, totalizou R\$ 37.746,00. Em alinhamento com a enfermeira do faturamento, Beatriz, ficou definido que será considerada, para fins de faturamento, a quantidade de procedimentos lançados como curativo grau II, com ou sem desbridamento.

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

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

• Eliana informou que o PHMB solicitado para o paciente da retaguarda, na comissão anterior, foi recebido e será associado ao tratamento do paciente.

• Foi apresentado também o número de lesões cicatrizadas, com destaque para o caso de um paciente da retaguarda, incluindo linha do tempo com registro fotográfico da evolução.

• Apresentado registro fotográfico das integrações de novos colaboradores admitidos no mês de fevereiro.

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4

Data:	18/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Reunião ordinária da Comissão de Cuidados Paliativos
Início	15h00
Fim	15h30

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

Foram apresentadas e discutidas as pautas referentes ao mês de fevereiro, contemplando a média de pacientes em cuidados paliativos, o perfil funcional segundo PPS, a relação entre altas e óbitos, além da discussão de caso clínico e ações de humanização.

### Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

No mês de fevereiro, observou-se média de 74% de pacientes elegíveis acompanhados em cuidados paliativos, com 17 pacientes inseridos na linha de cuidado no período. O indicador mantém boa adesão da equipe na identificação e acompanhamento dos pacientes com critérios para inclusão em cuidados paliativos.

### Relação de PPS do mês de fevereiro

Foi apresentada a estratificação dos pacientes conforme a Escala PPS (Palliative Performance Scale), que varia de 100% a 0%, avaliando mobilidade, atividade diária, autocuidado, ingestão e nível de consciência. No mês de fevereiro, observou-se predominância de pacientes na faixa de 40% a 30%, totalizando 46 pacientes, seguidos pela faixa de 20% a 10%, com 22 pacientes. Identificou-se ainda 1 paciente com PPS acima de 50% e 9 pacientes sem registro da escala. O perfil reforça a predominância de pacientes com baixa funcionalidade, além de evidenciar a necessidade de aprimorar o preenchimento do PPS nos prontuários.

### Relação Óbito do mês de fevereiro

No mês de fevereiro, foram registrados 6 óbitos entre pacientes acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos, distribuídos entre as unidades UTI BF (1), CLB (2) e BTV (3). Em relação ao perfil, observou-se predominância do sexo feminino (67%) em comparação ao sexo masculino (33%). Destaca-se que em 100% dos casos houve abordagem compartilhada entre equipe assistencial, paciente e/ou familiares.

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

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

Data:	18/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	10:00
Fim	10:30

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião teve início sob a condução do Supervisor de Saúde, Gleydson Vieira da Silva, que realizou a apresentação dos membros integrantes da Comissão do Núcleo de Educação Permanente, incluindo a incorporação de novos membros ordinários, como o Dr. Victor Hugo e o coordenador Dário. Na ocasião, solicitou à coordenadora da Farmácia e à gerente de Enfermagem a indicação de um representante para também compor a comissão.

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

Dando continuidade, foram apresentados os indicadores consolidados do período, sendo: 32 treinamentos realizados, total de 1.222 participantes, 71 horas realizadas de treinamento, 1 treinamento cancelado, 15 treinamentos reagendados e 22 treinamentos assistenciais, resultando em uma taxa de adesão de 92%.

Destacou-se que a taxa de adesão dos treinamentos no mês de fevereiro superou a meta estabelecida, evidenciando, ainda, um crescimento exponencial e contínuo desde novembro de 2025.

Evidenciou-se que ainda há um déficit no cumprimento dos treinamentos pactuados na LNT de 2026, refletido em um índice de 52% entre cancelamentos e remanejamentos, sendo que apenas 48% dos treinamentos planejados foram efetivamente realizados. Destacou-se que esse cenário é desfavorável, pois ocasiona o acúmulo de treinamentos ao longo dos meses, além de gerar questionamentos recorrentes da sede quanto à não execução das atividades previstas. Reforçou-se, ainda, a necessidade de maior comprometimento dos gestores das respectivas áreas com o cumprimento do que foi pactuado na LNT.

Foi apresentado um novo indicador de treinamentos assistenciais, de origem da sede, o qual vem sendo incorporado ao hospital desde janeiro de 2026.

Na sequência, foram apresentados todos os treinamentos executados no mês, com suas respectivas taxas de adesão, bem como registros fotográficos das capacitações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, incluindo os treinamentos de identificação de materiais assistenciais e de desenvolvimento de habilidades no âmbito hospitalar.

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

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

Data:	28/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Ética de Enfermagem
Início	15:00
Fim	15:00

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Registro de reunião ordinária não realizada em março.

Aos vinte e oito dias do mês de do mês de março de dois mil e vinte e seis, registra-se que a reunião ordinária da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal Guarapiranga não foi realizada no referido período.

Considerando as saídas anteriormente ocorridas na composição da comissão, incluindo o desligamento do então presidente e de outros membros, permanece pendente a reestruturação da Comissão de Ética de Enfermagem para a continuidade regular de suas atividades.

Embora a Qualidade tenha sinalizado as partes envolvidas, não houve a articulação necessária para a reorganização da comissão e a retomada de seus trabalhos, até o encerramento do mês não houve movimentação formal da comissão, definição de nova presidência ou retomada das reuniões periódicas.

Ressalta-se que a Comissão de Ética de Enfermagem possui caráter institucional obrigatório e desempenha papel fundamental na orientação da equipe assistencial, na condução de eventuais denúncias e na promoção de ações educativas relacionadas ao Código de Ética da Enfermagem.

Diante do exposto, permanece registrada a necessidade de reestruturação da comissão e de retomada regular de suas atividades.

Nada mais havendo a registrar, lavra-se a presente ata para fins de registro e providências cabíveis.

### 2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Cronograma de ações e treinamentos	Membros da Comissão	Janeiro / 2026
Treinamento in loco para a equipe de enfermagem	Membros da Comissão	Janeiro / 2026
Estruturação da Comissão com membros remanescentes	Membros da Comissão	Janeiro / 2026

### 3. ASSINATURAS

Participante	Cargo	E-mail	Assinatura
Paulo Rodrigo Souza	Analista de Qualidade	paulorodrigo@ints.org.br	 <b>PAULO SOUZA</b> Analista de Qualidade   INTS Hospital Municipal Guarapiranga

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

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

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Comissão de Ética Médica (CEM)			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	28/03/2026	10:00	11:00
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>		<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>	
(x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial		Março / 2026	
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>		<b>REDATOR</b>	
Dra. Lorena Paiva Miranda		Dra. Caroline Ramos Barreto	
<b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS:</b>			
<p>Como devolutiva da reunião anterior, a Coordenação informou que o informativo eletrônico sobre <b>Direitos Humanos na Prática Médica e Vulnerabilidades Assistenciais</b>, deliberado pela comissão, foi confeccionado e compartilhado com a equipe médica da instituição por meio dos canais institucionais de comunicação interna, conforme arquivo em anexo.</p> <p>A iniciativa teve como objetivo reforçar orientações éticas relacionadas ao respeito aos direitos humanos no contexto da prática médica, com atenção especial às situações de vulnerabilidade assistencial e promovendo a reflexão sobre condutas profissionais pautadas na dignidade da pessoa humana, na equidade do cuidado e na responsabilidade ética no atendimento aos pacientes.</p> <p>No momento da reunião, não foram registradas novas pendências administrativas ou encaminhamentos institucionais provenientes da reunião anterior.</p>			
<b>2. INDICADORES</b>			
<p>Foram apresentados os indicadores institucionais relacionados ao acompanhamento ético da prática médica no período de referência.</p> <p>No mês analisado, não foram registradas notificações formais relacionadas a possíveis condutas éticas inadequadas envolvendo profissionais médicos da instituição. Da mesma forma, não houve encaminhamentos ao Conselho Regional de Medicina (CRM) no período.</p> <p>O indicador de reincidência de condutas éticas inadequadas permaneceu zerado, demonstrando estabilidade no ambiente institucional quanto à observância das normas éticas da profissão.</p>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

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

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	17/03/2026	11:00	12:00
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>		<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>	
( X ) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial		FEVEREIRO/26	
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>		<b>REDATOR</b>	
DANIELA SCAVONE		LUCIANA CARBONI	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pendências da última reunião</li> <li>❖ Internação / Hemodiálise no período</li> <li>❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares</li> <li>❖ Consumo de antimicrobianos - Curva A</li> <li>❖ Consumo anticoagulantes – Curva A</li> <li>❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda</li> <li>❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento</li> <li>❖ Consumo de toalha para banho x média de pacientes acamados</li> <li>❖ Consumo de dietas/ suplementos x média de pacientes em uso de dieta enteral e suplemento</li> <li>❖ Consumo total por categoria</li> <li>❖ Valor orçado x realizado x consumo</li> <li>❖ Eventos adversos/ Suspeita de reações adversas/ Queixas Técnicas</li> <li>❖ Treinamentos</li> <li>❖ Pedidos de padronização</li> <li>❖ Indicadores de Farmácia Clínica</li> </ul>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

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

Data:	18/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Gerenciamento Resíduos - PGRSS
Início	10:30
Fim	11:00

Aos dezoito dias de março de dois mil e vinte e seis, nas dependências do Hospital Municipal Guarapiranga no auditório Aquário, às 10h30, o vice-presidente da comissão sr. Milton Ferreira deu início à reunião apresentando as pautas a seguir.

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- 1.1. **Pendências das últimas reuniões:** Sem pendências.
- 1.2. **Indicadores dos resíduos Fev/2026:** Apresentação dos indicadores de fevereiro de 2026 com infectantes 10.897 kg, resíduos comuns com 18.948 kg, resíduos químicos com 9,9kg, resíduos recicláveis com 1.676 kg, apresentação do acumulado por setores.
- 1.3. **Indicadores de acidente com perfurocortante Fev/2026:** Não houve acidentes.
- 1.4. **Treinamento PGRSS – 2026:** O LNT PGRSS realizado em janeiro obteve baixa adesão, alcançando o total de 163 colaboradores. Programado a repescagem em fevereiro/2026 Agenda: 23/02, 24/02, 25/02. A repescagem envolvendo o tema PGRSS seguiu conforme o planejado, alcançando 201 colaboradores. Registro fotográfico incluso.
- 1.5. Sra. Carmen, gerente de enfermagem, sugeriu que os treinamentos sejam realizados *in loco* para uma maior adesão da equipe assistencial, a sugestão foi acolhida e está em análise; A sugestão permanece em análise.
- 1.6. **Projeto compostagem:** O tema está na fase de estudos da viabilidade, levantamento das informações necessárias para elaboração do projeto. Foi apresentado a proposta na comissão de janeiro/2026, tendo sido aprovado. A próxima etapa é elaborar o projeto conforme suas particularidades, apresentar à Diretoria e Presidente do PGRSS para análise e aprovação
- 1.7. **Ações Programadas:** Os seguintes serviços concluídos foram: fechamento do vão da porta do abrigo de resíduos externo, Instalação da borracha (rodapé) da porta do abrigo, LNT PGRSS realizada.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada.

### 2. ENCAMINHAMENTOS

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

### 3. ASSINATURAS

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4

Data:	17/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	14:00
Fim	14:30

**Objetivo da Reunião:** Apresentação do Time do Escritório de Gestão de Altas (EGA), exposição de indicadores, discussão sobre melhoria de processos, com foco na qualidade do atendimento e na segurança do paciente no momento da alta hospitalar.

**Desenvolvimento da reunião.**

A reunião foi iniciada com a apresentação da equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA), conduzida por Wilma, responsável técnica do Serviço Social. Na ocasião, foram apresentados os integrantes da equipe e contextualizado o papel do EGA no ambiente hospitalar.

Foi destacado que o Escritório de Gestão de Altas atua na articulação entre as equipes multidisciplinares, familiares e a rede de atenção à saúde, com o objetivo de evitar falhas de comunicação, promover a integração entre as equipes e garantir que as necessidades do paciente sejam devidamente organizadas durante a internação, assegurando a continuidade do cuidado após a alta. Ressaltou-se, ainda, a importância do registro em atas e do trabalho integrado entre os setores do hospital.

Na sequência, foram apresentados os indicadores de desempenho referentes ao período de um ano de atuação do EGA, com destaque para os resultados relacionados às altas hospitalares e ao tempo de permanência dos pacientes por setor. Entre os principais avanços, destacaram-se:

- Aumento do giro de leitos;
- Redução do tempo médio de permanência hospitalar, evidenciando maior efetividade dos planos terapêuticos;

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

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

Data:	23/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Humanização
Início	10:00
Fim	11:00

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

- **Dia das Mulheres**

Foi abordada a realização de uma ação em parceria com o SESC, voltada aos colaboradores do período noturno, prevista para sexta-feira, dia 27/03.

Foi discutida a comemoração do Dia das Mulheres para as pacientes, agendada para o dia 30/03, às 13h00. A proposta inclui um dia da beleza e desfile para pacientes, e também a entrega de lembrancinhas para as colaboraras

- **Visita ao Parque**

Larissa apresentou a ação do dia 02, referente à visita ao parque, que contemplará pacientes em um dia fora do hospital, com atividades, sendo seis deambulantes e dois cadeirantes.

Dentro do tema, Camem trouxe a proposta de possível utilização de um espaço verde para atividades com pacientes dentro do hospital. Os dois temas como uma nova experiênciancia.

- **Projeto Pet**

Jakeline Trouxe o tema do Projeto Pet, conduzido por Ademar, o cão hospitalar, com a proposta de visitas aos pacientes, previstas para quartas e sextas-feiras.

Esta em aguardo a definição de treinamento para os candidatos que participararão da ação.

- **Ação de pascoa**

Jakeline deixou em aberto uma propostas/ideias sobre a definição de um tema para as ações de Páscoa.

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

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

Data:	18/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Práticas Integrativas Complementares em Saúde
Início	14:30 min
Fim	15:00 min

**1. ASSUNTOS TRATADOS**

- Resultados obtidos no mês de fevereiro de 2026;
- Apresentação sobre Musicoterapia: Abordagens e Benefícios na Saúde Integrativa

Dr. Edson Kazuma Ono apresentou ao grupo os resultados alcançados com a aplicação da ozonioterapia em pacientes portadores de lesões por pressão e de não pressão, demonstrando evolução positiva após o início do tratamento. Foi realizado um comparativo entre a data de admissão dos pacientes e o último atendimento do mês. Como instrumentos de avaliação, foram utilizados os registros diários de evolução das lesões e o acompanhamento fotográfico.

Durante a apresentação também foi abordado os materiais necessários para os atendimentos, bem como o quantitativo de cilindros de oxigênio utilizados.

Dr. Edson Kazuma Ono realizou apresentação sobre Musicoterapia, ferramenta na saúde integrativa. Terapia que incluem a redução de estresse, alívio das dores crônicas e melhora da circulação sanguínea, visando equilíbrio físico e emocional

**ENCAMINHAMENTOS**

Ação	Responsável	Data

Anexo do Procedimento PG.3GQ.003 Análise crítica pela direção

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

Data:	31/03/2026
Tipo da Reunião:	( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação
Assunto:	Comissão de Dengue.
Início	10hrs
Fim	11 hrs

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Ausência de casos de dengue (internos e externos);
- Proposta de veiculação de pílulas de conhecimento nas televisões;
- Limpeza da calha do setor da João de Barros (aprovação de andaime);
- Inspeção das iscas realizada pela zoonose;

Iniciando a reunião, foi informado que não houve registro de casos de dengue, tanto internos quanto externos, no período analisado.

A coordenadora de enfermagem sugeriu a veiculação de pílulas de conhecimento nas televisões, com o intuito de reforçar continuamente as orientações de prevenção. O colaborador Thiago, da área de Comunicação, ficou responsável pela elaboração e disparo do material.

Foi abordada a situação da calha do setor da João de Barros, sendo informado pelo Michael que o uso de andaime para a realização da limpeza já foi aprovado. Destacou-se a necessidade de acompanhamento do andamento da atividade até sua conclusão.

Informou-se ainda que a equipe de zoonoses realizou inspeção das iscas, bem como a troca das redes e da água, garantindo a manutenção adequada das medidas preventivas.

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

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

Data:	25/03/2026
Tipo da Reunião:	<input type="checkbox"/> Requisito <input checked="" type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Validação
Assunto:	Comissão de Prevenção da Violência
Início	10:00h
Fim	11:00h

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

Notificação de violência – mês de março

Foi apresentado o levantamento das notificações de violência referentes ao mês de março, totalizando cinco (05) ocorrências, sendo:

01 (um) caso de maus-tratos envolvendo paciente admitido no hospital:

04 (quatro) casos relatados por colaboradores, referentes à violência verbal por parte de acompanhantes.

A Dra. Gabriella relatou que a acompanhante, filha do paciente, apresenta comportamento recorrente de abordagem agressiva, inclusive direcionada ao próprio pai. Informou ainda que a referida acompanhante é responsável pelos cuidados da mãe, a qual também demanda atenção constante, o que pode contribuir para seu estado de sobrecarga.

O paciente encontrava-se no setor da UTI Beija-Flor no momento das notificações. Atualmente, está internado no setor de Clínica Médica Colibri. Ficou acordado que a equipe da comissão realizará acompanhamento mais próximo da acompanhante, com o objetivo de prevenir a ocorrência de novas situações de agressão.

Vera ofereceu acolhimento aos colaboradores envolvidos, sendo reforçado que não é necessário entrar em confronto com acompanhantes ou pacientes em situações de violência ou agressividade. Orientou-se que, nesses casos, devem acionar supervisores e/ou equipe de psicologia, a fim de evitar desgaste emocional.

Foi enfatizada a importância da notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência, para que o fluxo institucional seja devidamente seguido, garantindo acompanhamento adequado e medidas cabíveis.

### 2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Reforçar informações nos setores	Comissão de Prevenção da Violência	Contínuo
Treinamento protocolo atendimento a segunda vítima	Comissão de Prevenção da Violência	Aguardando retorno da Sede

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CRO)	CÓDIGO: FP.QAS.037	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/5

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Comissão de Revisão de Óbitos			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	18/03/2026	15:00	16:00
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>		<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>	
(x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial		Fevereiro / 2026	
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>		<b>REDATOR</b>	
Dr. João Paulo Pimentel		Anderson Tomas de Oliveira	
<b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS</b>			
<p>Foi discutido com o Anderson (Coordenador Multiprofissional) sobre os processos de extubação e reintubação, e foi fortalecido os processos relacionados a intubação e reintubação, por mais que não temos evidências necessárias devido ao índice baixo de REIOT em menos de 48 horas, além de reforçado o protocolo de broncoaspiração.</p>			
<b>2. ANÁLISE DE ÓBITOS</b>			
<p>No período de fevereiro de 2026, foram registrados <b>10 óbitos</b>, sendo classificados como <b>06 óbitos paliativos</b> e <b>05 óbitos não paliativos</b>. Habitualmente os óbitos são analisados previamente pelos médicos e membros da Comissão para posterior discussão em grupo.</p> <p>Os casos foram discutidos com as seguintes considerações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paciente J.F.S. (80 anos, 9 meses e 23 dias):</b> Paciente inicialmente com a proposta de realizar um CATE, porém não realizou devido a uma insuficiência renal. Teve uma melhora clínica após o tratamento da infecção e, então, foi reativada a hipótese de realização do CATE. Porém, apresentou um TCE súbito. Os sinais vitais às 23:50 estavam todos normais; contudo, às 00:30 apresentou uma PCR, que resultou em óbito.</li> <li>• <b>Paciente P.R.S. (65 anos, 11 meses e 10 dias):</b> Paciente paliativo com câncer de próstata em estágio avançado, deu entrada no ambiente hospital decorrente de uma Infecção do trato urinário.</li> <li>• <b>Paciente T.M.S. (84 anos, 9 meses e 0 dias):</b> Paciente paliativo com septicemia fúngica de difícil manejo. Reiterada a necessidade de reforço nas práticas de controle de infecções hospitalares em UTIs.</li> </ul>			

MN QAS 003-00 Manual Comissões

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

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	12/03/2026	11:00	12:10
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>		<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>	
(x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial		Fevereiro	
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>		<b>REDATOR</b>	
Dr. André Gasparoto		Gabriela Figueira	
<b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS</b>			
Conforme reunião anterior, segue atualização das pendências: <ul style="list-style-type: none"> <li>Plano de ação siglário, responsável Enfermeira auditora Beatriz foi concluído.</li> <li>Plano de ação prescrição de enfermagem, responsável enfermagem segue pendente.</li> <li>Plano de ação para dupla checagem de medicamentos, responsável enfermagem, segue pendente.</li> <li>Plano de ação para lançamento de dispositivos invasivos, responsável enfermagem segue pendente.</li> <li>Plano de ação de assinatura digital, responsável Enfermeira auditora Beatriz em andamento.</li> </ul>			
<b>2. INDICADORES</b>			
<b>Nome do Indicador:</b> Cobertura de Auditoria de Prontuários <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Meta:</b> 10%</li> <li><b>Realizado:</b> 20%</li> <li><b>Total de prontuários no mês:</b> 218</li> <li><b>Prontuários auditados:</b> 32</li> </ul> <b>Fórmula:</b> $\text{Prontuários auditados} \div \text{Total de prontuários} \times 100$			
<b>Não conformidades identificadas;</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de checagem de medicamentos e dupla checagem, configurando risco assistencial relevante;</li> <li>Inconsistências nos registros clínicos, como divergência no período de internação e classificação incorreta de alergias (alimentar x medicamentosa);</li> </ul>			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (NSP)	CÓDIGO: FP.QAS.034	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/3

<b>NOME DA COMISSÃO</b>			
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)			
<b>UNIDADE</b>	<b>DATA DA REUNIÃO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Hospital Municipal Guarapiranga	17/03/2026	10:00	11:00
<b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>		<b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>	
(x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial		Fevereiro	
<b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>		<b>REDATOR</b>	
Maria Cristina Souza Santos		Gustavo Guimarães Paiva	
<b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plano de contingência para armazenamento de hemoconcentrados (em andamento).</li> <li>Plano de contingência SMPEP em andamento (aguardando retorno do supervisor da T.I.).</li> <li>Abertura chamados para equipamentos danificados (concluído).</li> </ul>			
<b>2. INDICADORES</b>			
<p>Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 246 NCS, sendo 228 consideradas válidas no mês de fevereiro. Destas nenhuma foi compartilhada pela Ouvidoria, foram 07 encaminhadas para a Ouvidoria, 01 arquivada e 02 classificadas como duplicadas. Informou-se que 199 Não Conformidades foram tratadas.</p> <p>Em relação à origem das Não Conformidades, conforme dado preenchido pelo colaborador no momento da abertura do formulário, obtiveram-se os seguintes registros: quebra de processo (62), procedimento assistencial (37), flebite (15), medicação (37), lesão por pressão (25), nutrição (15), queda (4), comunicação efetiva (23), identificação do paciente (4), risco de infecção (16), outros (5) e remoção não programada de dispositivos (3).</p> <p>Quanto às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, indicador realizado pelos membros do núcleo de segurança do paciente, foram apresentados os seguintes números de registros de Não Conformidades: risco de infecção (97), comunicação efetiva (45), uso seguro de medicamentos (37), outros (8), risco de lesão por pressão (25), risco de queda (5) e identificação do paciente (6).</p> <p>Os setores com maior número de notificações foram, Beija flor com 31 registros e Colibri com 68 registros.</p>			

MN QAS.003-00 Manual Comissões



# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF **\*\*\*.009.575-\*\***) em 17/04/2026 11:59 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
K16mdFsbien6ZEsKX930+OyBORI4CszR9oAridimBe8=	
SHA-256	

- ✓ Victor Hugo Parrilha (CPF **\*\*\*.518.032-\*\***) em 22/04/2026 12:20 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	victorpanont@ints.org.br (Verificado)
Login	
U3Ls+i+ZTzOqPd0MqJS+7TMqMEN5OS4E9tyQynozodQ=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/AGFB9-DDQ2V-QU8JZ-SPKKZ>

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

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