

MAIO/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. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundoeasydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-39SZS-DKB87>

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

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

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

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

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

Prorrogação do Contrato de Gestão Emergencial pelo período de 01 (um) mês, a partir de 01 a 31/05/2022 com 186 leitos (cento e oitenta seis leitos), conforme Plano de Trabalho junto ao TERMO ADITIVO Nº 039.2026 DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 001-2020-SMS.G-AHM.

CNES: 0161438.

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

FUNCIONAMENTO: 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;

Eliane Fernandes Ribeiro – Coordenação de Enfermagem;

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Coordenação de Enfermagem;

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional;

Dario Pedro dos Santos Filho – Coordenação de Recursos Humanos;

José Carlos Barboza da Silva – Coordenação Administrativo Financeiro;

Daniela Scavone – Coordenação de Farmácia.

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Bárbara Cristina Silvério Marciano – Analista de Qualidade.

SUMÁRIO

1.	O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE.....	17
2.	HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA.....	18
2.1.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	18
2.2.	PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS.....	19
2.3.	DADOS DEMOGRÁFICOS.....	21
3.	ESTRUTURA DO SERVIÇO.....	23
3.1.	RECURSOS HUMANOS.....	23
3.1.1.	Recursos Humanos.....	26
3.1.2.	Departamento Pessoal.....	29
3.1.3.	Medicina Ocupacional.....	32
3.1.4.	Segurança Do Trabalho.....	36
3.2.	APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO.....	41
3.2.1.	Radiologia.....	41
3.2.2.	Laboratório.....	45

3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS.....	50
3.3.1.	Nutrição.....	60
3.3.2.	Fisioterapia.....	66
3.3.3.	Serviço Social.....	72
3.3.4.	Psicologia.....	79
3.3.5.	Fonoaudiologia	89
3.3.6.	Terapia Ocupacional	97
3.3.7.	Terapias Alternativas	100
3.3.8.	Estomaterapia	103
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	107
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	108
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)	117
3.4.3.	Vigilância em Saúde	123
3.4.4.	NIR – Núcleo Interno De Regulação	127
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente	133
3.4.6.	Escritório de Gestão de Altas	138
3.5.	SUPRIMENTOS.....	146
3.5.1.	Farmácia	147
3.6.	Compras	150
3.7.	INFRAESTRUTURA	154
3.7.1.	Engenharia Clínica.....	154
3.7.2.	Manutenção Predial	159
3.8.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	162
3.9.	OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	166
3.9.1.	Qualidade	166
3.9.2.	Faturamento	172
3.9.3.	Prestação De Contas	177
3.9.4.	Financeiro.....	181
3.9.5.	Patrimônio.....	183
3.9.6.	Contratos.....	190
3.9.7.	Hotelaria.....	193

3.9.8.	Recepção	200
3.9.9.	Portaria.....	202
3.9.10.	Jurídico	204
3.9.11.	Ouvidoria.....	208
4.	MONITORAMENTO CONTRATUAL	214
5.	INDICADORES CONTRATUAIS	216
5.1.	INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	216
5.2.	INDICADORES QUANTITATIVOS	219
5.3.	INDICADORES COMPLEMENTARES	222
5.3.1.	Gerenciamento De Resíduos	222
5.3.2.	Hemodiálise.....	223
5.3.3.	Hemocomponentes.....	224
6.	COMISSÕES	225
7.	AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	227
7.1.	Indicadores.....	228
7.2.	Ações de maio de 2026	228
8.	AÇÕES DE DESTAQUE.....	245
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	245
10.	ANEXOS	248
10.1.	Atas das Comissões realizadas em maio de 2026.....	248

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 maio/2026.....	23
Tabela 5.	Serviços Médicos no mês de maio/2026.....	25
Tabela 6.	Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de maio/2026	25
Tabela 7.	Indicadores de Recursos Humanos	26
Tabela 8.	Indicadores de Departamento Pessoal	30

Tabela 9.	Indicadores Medicina Ocupacional	33
Tabela 10.	Indicadores Segurança do Trabalho	36
Tabela 11.	Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar).....	42
Tabela 12.	Indicadores de Radiologia (Clínica Médica).....	42
Tabela 13.	Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor...	42
Tabela 14.	Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi...	43
Tabela 15.	Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)	43
Tabela 16.	Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	44
Tabela 17.	Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	46
Tabela 18.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	51
Tabela 19.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	51
Tabela 20.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	52
Tabela 21.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	52
Tabela 22.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)	53
Tabela 23.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	53
Tabela 24.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	61
Tabela 25.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	62
Tabela 26.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	62
Tabela 27.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	62
Tabela 28.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	63
Tabela 29.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria).....	63
Tabela 30.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar).....	67
Tabela 31.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	68
Tabela 32.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	68
Tabela 33.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	69
Tabela 34.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	69

Tabela 35.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)	70
Tabela 36.	Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar).....	73
Tabela 37.	Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	74
Tabela 38.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 74	
Tabela 39.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 75	
Tabela 40.	Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	75
Tabela 41.	Indicadores de Serviço Social (Pediatria)	76
Tabela 42.	Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar).....	80
Tabela 43.	Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)	81
Tabela 44.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor....	82
Tabela 45.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi....	82
Tabela 46.	Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados).....	83
Tabela 47.	Indicadores de Psicologia (Pediatria)	84
Tabela 48.	Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar).....	90
Tabela 49.	Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)	90
Tabela 50.	Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 91	
Tabela 51.	Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 92	
Tabela 52.	Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados).....	93
Tabela 53.	Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)	93
Tabela 54.	Indicadores de Terapia Ocupacional	98
Tabela 55.	Indicadores de Terapias Alternativas	101
Tabela 56.	Indicadores de Estomaterapia.....	104
Tabela 57.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	108
Tabela 58.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	109
Tabela 59.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	109
Tabela 60.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	110

Tabela 61.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	111
Tabela 62.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	112
Tabela 63.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar).....	117
Tabela 64.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	117
Tabela 65.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	118
Tabela 66.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	118
Tabela 67.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)	119
Tabela 68.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	119
Tabela 69.	Indicadores de Vigilância em Saúde	123
Tabela 70.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Geral)	128
Tabela 71.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica)	128
Tabela 72.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	129
Tabela 73.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	129
Tabela 74.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados) .	130
Tabela 75.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)	130
Tabela 76.	Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	134
Tabela 77.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica).....	139
Tabela 78.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	139
Tabela 79.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	140
Tabela 80.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados) .	141
Tabela 81.	Indicadores de Número de paciente com pendências para alta.....	141
Tabela 82.	Indicadores de Farmácia.....	147
Tabela 83.	Indicadores de Compras	151
Tabela 84.	Indicadores de Engenharia Clínica.....	155
Tabela 85.	Indicadores de Manutenção Predial	160
Tabela 86.	Indicadores de Tecnologia da Informação	163

Tabela 87.	Indicadores de Qualidade.....	167
Tabela 88.	Indicadores de Faturamento	172
Tabela 89.	07 Procedimentos Faturados	173
Tabela 90.	Indicadores de Prestações de Contas.....	177
Tabela 91.	Indicadores do Financeiro	181
Tabela 92.	Indicadores do Patrimônio	184
Tabela 93.	Indicadores do Contratos	190
Tabela 94.	Indicadores da Rouparia.....	193
Tabela 95.	Indicadores de Higienização	197
Tabela 96.	Indicadores de Recepção.....	201
Tabela 97.	Indicadores de Portaria	203
Tabela 98.	Indicadores de Serviços Jurídicos	205
Tabela 99.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	209
Tabela 100.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas.....	209
Tabela 101.	Indicadores de Contratuais Qualitativos	216
Tabela 102.	Indicadores de Contratuais Quatitativos.....	219
Tabela 103.	Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	222
Tabela 104.	Indicadores de Serviços de Hemodiálise	224
Tabela 105.	Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	224
Tabela 106.	Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	226

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Dimensionamento de Leitos.....	19
Gráfico 2.	Relação de CID's Registrados nos Atendimentos em maio 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	28
Gráfico 8.	Total de colaboradores.....	28
Gráfico 9.	Admissões.....	29
Gráfico 10.	Demissões.....	29

Gráfico 11.	Absenteísmo	31
Gráfico 12.	Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem	31
Gráfico 13.	Número de horas trabalhadas pela enfermagem	32
Gráfico 14.	Número de colaboradores de férias.....	32
Gráfico 15.	Análise de exames medicina ocupacional	34
Gráfico 16.	Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho.....	34
Gráfico 17.	Número de atestados mês	35
Gráfico 18.	Análise de afastamentos	35
Gráfico 19.	Número de dias perdidos	36
Gráfico 20.	Taxa de Acidentes.....	37
Gráfico 21.	Número de acidentes	38
Gráfico 22.	Taxa de Frequência de acidentes	38
Gráfico 23.	Número de EPI's distribuídos	39
Gráfico 24.	Treinamentos SESMT.....	39
Gráfico 25.	Número de não conformidade detectadas	40
Gráfico 26.	Número de intervenções ergonômicas	40
Gráfico 27.	Taxa de inspeções.....	41
Gráfico 28.	Taxa de falhas e repetições de exames (Geral Hospitalar)	45
Gráfico 29.	Análise de quantitativo de exames (Geral Hospitalar).....	45
Gráfico 30.	Análise de qualidade de exames de laboratório	47
Gráfico 31.	Sobras de tubos	47
Gráfico 32.	Tempo de espera, processamento e resposta	48
Gráfico 33.	Resultados críticos.....	48
Gráfico 34.	Eficiência na emissão de relatórios (TAT).....	49
Gráfico 35.	Incidentes e/ou eventos adversos.....	49
Gráfico 36.	Quantitativos de exames.....	50
Gráfico 37.	Taxa de flebite (Geral Hospitalar).....	58
Gráfico 38.	Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)	58
Gráfico 39.	Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar).....	59
Gráfico 40.	Giro de leito (Geral hospitalar).....	59
Gráfico 41.	Taxa de óbito institucional e corrigida	60

Gráfico 42.	Saídas e óbitos	60
Gráfico 43.	Taxa de triagem e orientação	64
Gráfico 44.	Número de atendimentos	64
Gráfico 45.	Quantitativo de triagem, admissões e orientações	65
Gráfico 46.	Refeições.....	65
Gráfico 47.	IMC – Geral Hospitalar	66
Gráfico 48.	Taxa avaliação e alta funcional.....	71
Gráfico 49.	Quantitativo de atendimentos e procedimentos.....	71
Gráfico 50.	Número de intubações, extubações e falhas	72
Gráfico 51.	Média de pacientes em tratamento de fisioterapia	72
Gráfico 52.	Taxa de avaliação e alta planejada	77
Gráfico 53.	Número de casos de violência	78
Gráfico 54.	Produção do serviço social	78
Gráfico 55.	Taxa de evasão e desistência de tratamento	79
Gráfico 56.	Avaliações, intervenções e alta terapêutica.....	86
Gráfico 57.	Quantitativos de atendimentos.....	86
Gráfico 58.	Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio	87
Gráfico 59.	Taxa de pacientes em cuidados paliativos (Retaguarda)	87
Gráfico 60.	Número de reuniões e conferências com familiares para fechamento de cuidados paliativos	88
Gráfico 61.	Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos	88
Gráfico 62.	Número de acolhimentos de óbitos e comunicação de más notícias.....	89
Gráfico 63.	Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial	94
Gráfico 64.	Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas.....	95
Gráfico 65.	Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos.....	95
Gráfico 66.	Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	96
Gráfico 67.	Número de atendimentos e avaliações.....	96
Gráfico 68.	Número de altas da fonoaudiologia	97
Gráfico 69.	Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas	99
Gráfico 70.	Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional.....	99

Gráfico 71.	Produção da terapia ocupacional.....	100
Gráfico 72.	Hipnoterapia.....	102
Gráfico 73.	Cromoterapia.....	102
Gráfico 74.	Ozonioterapia	103
Gráfico 75.	Consumo de cilindro O ²	103
Gráfico 76.	Taxas de lesão por pressão.....	106
Gráfico 77.	Prevalência de lesão por pressão	106
Gráfico 78.	Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão 107	107
Gráfico 79.	Análise de lesões	107
Gráfico 80.	Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....	114
Gráfico 81.	Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....	114
Gráfico 82.	Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs.....	115
Gráfico 83.	Taxa de incidente de dano	115
Gráfico 84.	Número de visitas técnicas.....	116
Gráfico 85.	Classificação das não conformidades (Geral hospitalar).....	116
Gráfico 86.	Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar).....	117
Gráfico 87.	Número total de IRAS	121
Gráfico 88.	Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar	122
Gráfico 89.	Densidade incidência de IRAS.....	122
Gráfico 90.	Densidades de incidências.....	123
Gráfico 91.	Número de notificações realizadas	124
Gráfico 92.	Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG.....	125
Gráfico 93.	Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG	125
Gráfico 94.	Taxa de teste positivo para COVID	126
Gráfico 95.	Número de casos	126
Gráfico 96.	Notificações de violência	127
Gráfico 97.	Taxa de conversão de pacientes admitidos	130
Gráfico 98.	Tempo de solicitação x realização do cateter	131
Gráfico 99.	Admissões e readmissões nas 24hrs	131
Gráfico 100.	Análise de fichas CROSS.....	132

Gráfico 101. Serviço de remoção de pacientes.....	132
Gráfico 102. Atendimentos pelo NIR	133
Gráfico 103. Taxa de adesão nos treinamentos.....	136
Gráfico 104. Taxa de treinamentos previstos em LNT	136
Gráfico 105. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos.....	137
Gráfico 106. Número de treinamentos gerais e assistenciais.....	137
Gráfico 107. Número de participações e horas realizadas	138
Gráfico 108. Número de alunos em estágios	138
Gráfico 109. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido	143
Gráfico 110. Taxa de efetividade do plano terapêutico	144
Gráfico 111. Taxa de alta médica até 10hrs.....	144
Gráfico 112. Taxa de pacientes com alto tempo de internação	145
Gráfico 113. Taxa de acolhimento do serviço social	145
Gráfico 114. Taxa de plano de alta multiprofissional	146
Gráfico 115. Número de paciente com pendências para alta	146
Gráfico 116. Taxa de perdas de itens por validade/quebra.....	148
Gráfico 117. Taxa de itens sem movimentação de estoque	148
Gráfico 118. Taxa de empréstimos solicitados	149
Gráfico 119. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas	149
Gráfico 120. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	150
Gráfico 121. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	150
Gráfico 122. Lançamento de cotações.....	151
Gráfico 123. Total de ordens de compras geradas	152
Gráfico 124. Taxa de ordem de compras entregues no prazo.....	152
Gráfico 125. Percentual de entrega parcial	153
Gráfico 126. Percentual de economia mensal	153
Gráfico 127. Quantidade de compra emergencial.....	154
Gráfico 128. Taxa de ordem de serviços finalizadas	157
Gráfico 129. Tempo médio de atendimento de chamado (horas)	157
Gráfico 130. Reincidência de manutenção corretiva	158
Gráfico 131. Taxa de disponibilidade do equipamento	158

Gráfico 132. Taxa serviços de engenharia clínica	159
Gráfico 133. Quantitativo de serviços de engenharia clínica	159
Gráfico 134. Taxa de ordem de serviços finalizadas	161
Gráfico 135. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)	161
Gráfico 136. Taxa serviços de manutenção predial	162
Gráfico 137. Quantitativo de serviços de manutenção predial	162
Gráfico 138. Taxa de resolução de chamados	163
Gráfico 139. Quantitativo de chamados	164
Gráfico 140. Quantitativo de chamado totais e finalizados.....	164
Gráfico 141. Tempo médio de solução em horas	165
Gráfico 142. Indisponibilidade de internet e sistema	165
Gráfico 143. Quantidade de solicitações de acesso as câmeras.....	166
Gráfico 144. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	169
Gráfico 145. Comissões	169
Gráfico 146. Documentos retroativos.....	170
Gráfico 147. Análise dos documentos de 2026.....	170
Gráfico 148. Análise de documentos DMAIS	171
Gráfico 149. Número de visitas e Auditorias externas	171
Gráfico 150. Número de orientações, treinamentos e reuniões	172
Gráfico 151. Quantitativo de AIH	175
Gráfico 152. Devolutivas SMS	175
Gráfico 153. Taxa de AIH	176
Gráfico 154. Pendências de assinaturas digitais	176
Gráfico 155. Procedimentos faturados em maio de 2026	177
Gráfico 156. Índice de conformidade com o contrato de gestão	178
Gráfico 157. Número de auditorias externas.....	179
Gráfico 158. Taxa de não conformidades e retenções	179
Gráfico 159. Total de despesas quitadas no sistema da SMS.....	180
Gráfico 160. Número de apontamentos na prestação de contas.....	180
Gráfico 161. Índice de orçado x realizado.....	181
Gráfico 162. Taxa de execução orçamentária.....	182

Gráfico 163. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo	182
Gráfico 164. Análise das notas	183
Gráfico 165. Taxa de utilização de equipamentos	185
Gráfico 166. Índice de depreciação	185
Gráfico 167. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	186
Gráfico 168. Ordem de serviço corretivas	186
Gráfico 169. Ordem de serviço movimentações	187
Gráfico 170. Ordem de serviço de manutenção de mau uso	187
Gráfico 171. Ordem de serviço de corretivas	188
Gráfico 172. Quantidade de inservíveis	188
Gráfico 173. Taxa de tombamento de itens próprios e locados	189
Gráfico 174. Número de equipamentos cedidos para unidade	189
Gráfico 175. Taxa de ordem de serviços finalizadas	190
Gráfico 176. Índice de exatidão nos serviços prestados	192
Gráfico 177. Número de aditivos e contratos	192
Gráfico 178. Qualificação de prestadores de serviços críticos	193
Gráfico 179. Taxa serviços da rouparia	195
Gráfico 180. Taxa de enxovais recebidos com sujidade	195
Gráfico 181. Análise serviços de rouparia	196
Gráfico 182. Índice de relave	196
Gráfico 183. Dispensação de enxovais em maio de 2026	197
Gráfico 184. Tempo de resposta a solicitações (em horas)	197
Gráfico 185. Índice de limpeza	199
Gráfico 186. Índice de satisfação com a limpeza	199
Gráfico 187. Tempo de resposta a solicitações (em horas)	200
Gráfico 188. Terminais de limpeza	200
Gráfico 189. Taxa de satisfação com a recepção	201
Gráfico 190. Número de visitantes e acompanhantes	202
Gráfico 191. Número de requerimentos de solicitações de documentos	202
Gráfico 192. Taxa de satisfação com a portaria	203
Gráfico 193. Número de ocorrências de segurança	204

Gráfico 194. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	204
Gráfico 195. Taxa de cumprimento de prazos legais	206
Gráfico 196. Análise de notificações	207
Gráfico 197. Análise de ofícios	207
Gráfico 198. Número de processos trabalhistas	208
Gráfico 199. Produção Jurídico em maio de 2026	208
Gráfico 200. Taxa de resolução	210
Gráfico 201. Taxa de reincidência	211
Gráfico 202. Taxa de devolutiva	211
Gráfico 203. Tempo médio de respostas em dias.....	212
Gráfico 204. Manifestações recebidas	212
Gráfico 205. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação).....	213
Gráfico 206. Tipos de manifestações externas	213
Gráfico 207. Tipos de manifestações internas	214
Gráfico 208. Pesquisas	214
Gráfico 209. Taxa de ocupação	216
Gráfico 210. Índice de queda	217
Gráfico 211. Índice de lesão por pressão	217
Gráfico 212. Taxa de devolutiva de ouvidoria	218
Gráfico 213. Taxa de apresentação de AIH	218
Gráfico 214. Número de paciente dia	219
Gráfico 215. Número de leito dia	220
Gráfico 216. Número de quedas	220
Gráfico 217. Casos de lesão por pressão	221
Gráfico 218. Devolutivas de ouvidoria	221
Gráfico 219. Número de AIH	222
Gráfico 220. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	223
Gráfico 221. Produção de resíduos em maio de 2026	223
Gráfico 222. Análise de hemodiálise	224
Gráfico 223. Análise de hemocomponentes	225
Gráfico 224. Número de bolsas transfusionais	225

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

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

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

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

O INTS recebeu, em 2021, o Certificado que garante a manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001, versão 2015. Isto valida as atividades do Instituto junto à gestão dos contratos com órgãos públicos relativos à prestação de serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social. O certificado tem validade até 06 de fevereiro de 2027.

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.

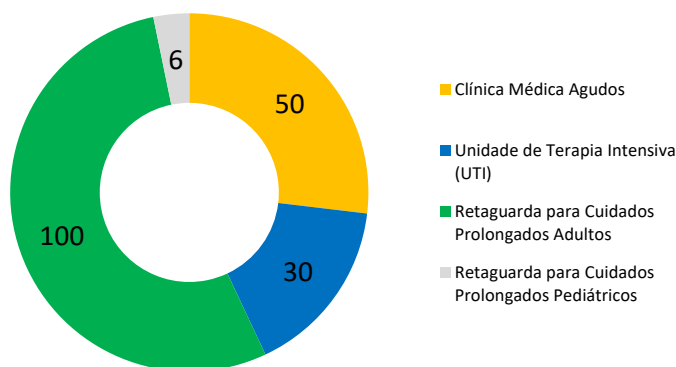
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

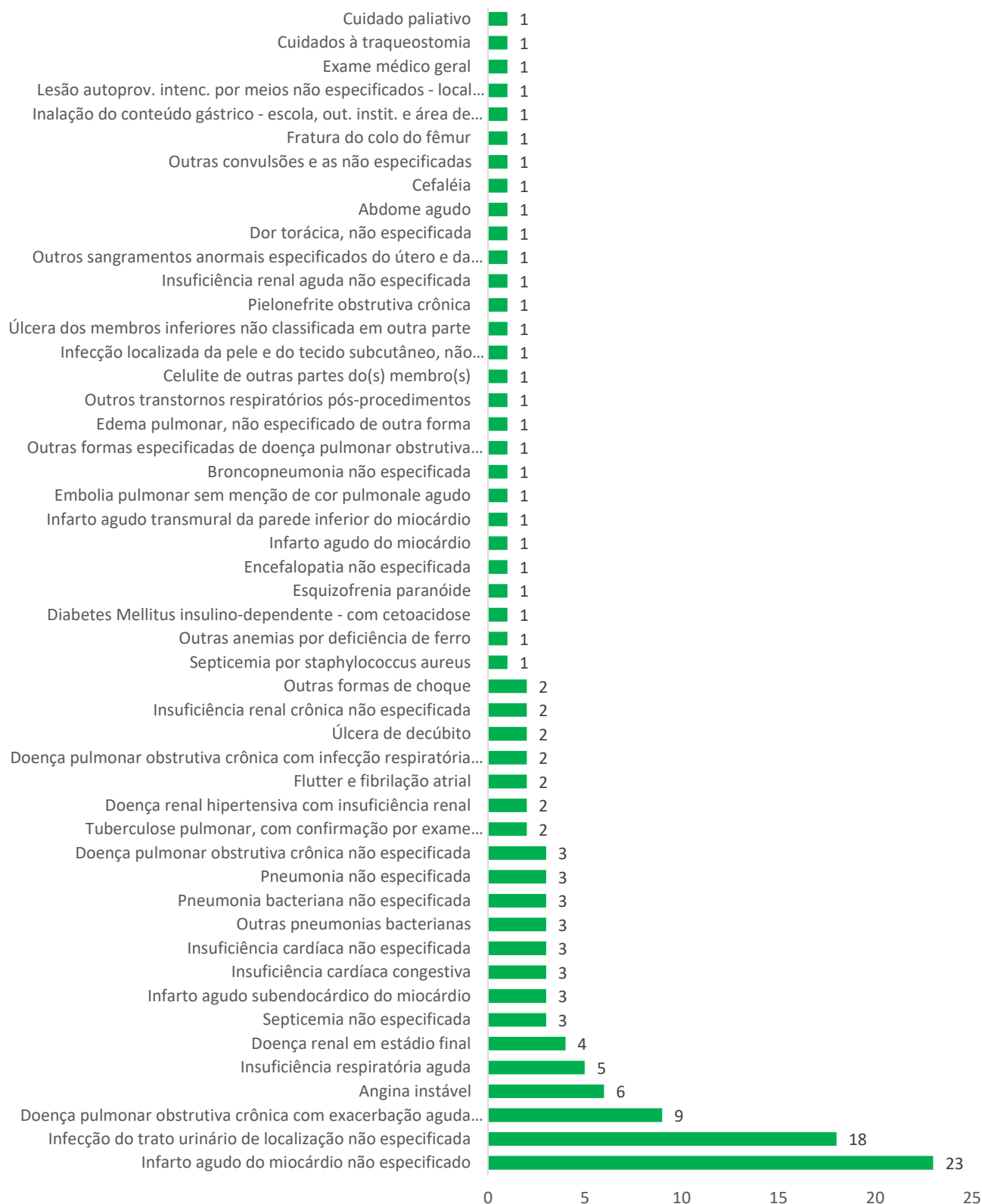


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

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 Infecciosas:** 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 maio de 2026



Fonte: SMPEP.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-39SZS-DKB87>

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

➤ Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.

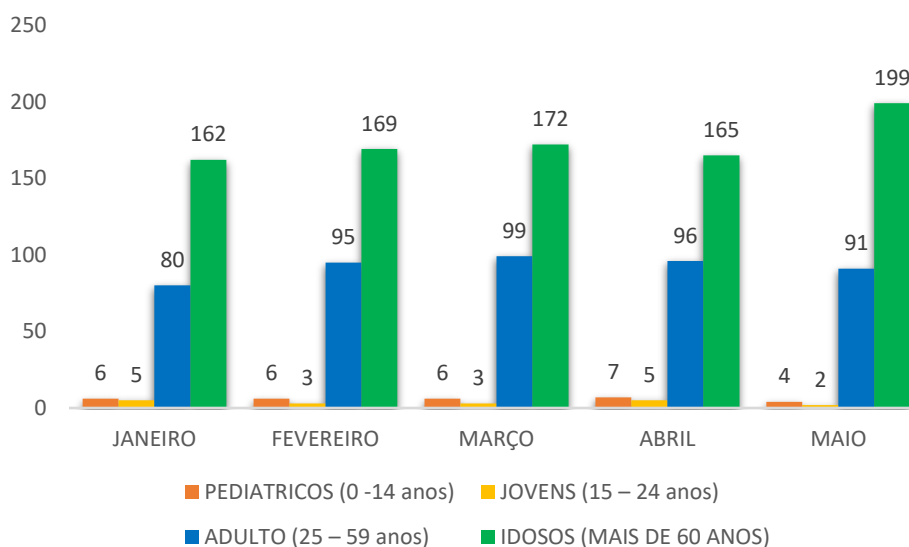
➤ Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 1. Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
PEDIÁTRICOS (0 - 14 ANOS)	6	6	6	7	4
JOVENS (15 - 24 ANOS)	5	3	3	5	2
ADULTO (25 - 59 ANOS)	80	95	99	96	91
IDOSOS (MAIS DE 60 ANOS)	162	169	172	165	199

Fonte: SMPEP.

Gráfico 3. Atendimentos por faixa etária



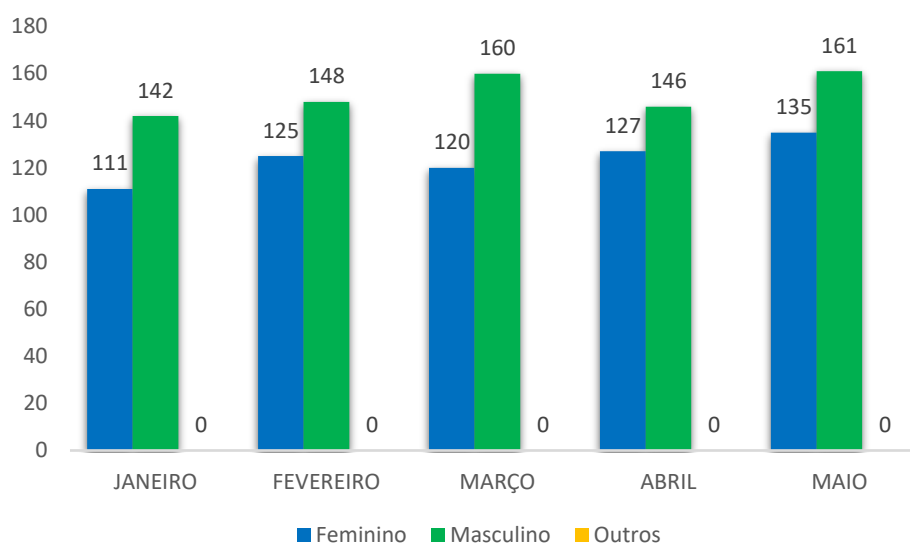
Fonte: SMPEP.

Tabela 2. Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
FEMININO	111	125	120	127	135
MASCULINO	142	148	160	146	161
OUTROS	0	0	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 4. Atendimento por gênero



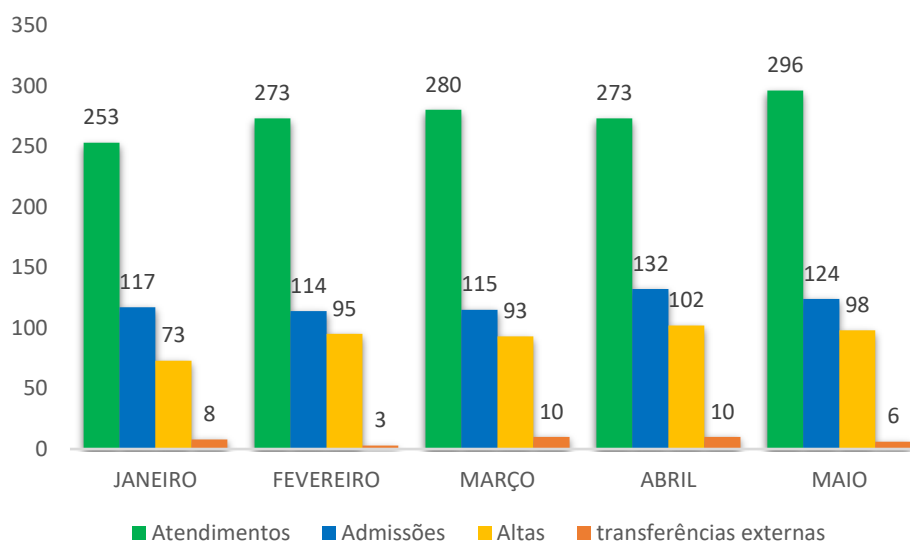
Fonte: SMPEP.

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

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ATENDIMENTOS	253	273	280	273	296
ADMISSÕES	117	114	115	132	124
ALTAS	73	95	93	102	98
TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	8	3	10	10	6

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 maio/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 INFORMATICA	6
TECNICO DE RADIOLOGIA	9
TECNICO DE RADIOLOGIA RT	1
TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	2
TECNICO ENFERMAGEM	275
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
TOTAL GERAL	627

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

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-J9SZS-DKB87>

Tabela 5. Serviços Médicos no mês de maio/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 maio/2026

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

TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	3
TÉCNICO DE REFRIGERAÇÃO	1
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	3
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	2
VIGILANTE	20
TOTAL GERAL	276

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

3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

Tabela 7. Indicadores de Recursos Humanos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TURNOVER TOTAL	<5%	2,28%	3,04%	3,27%	3,25%	3,26%
TURNOVER ENFERMAGEM	<5%	3,40%	3,71%	2,12%	5,16%	5,04%
NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	1	0	0
NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS	NEUTRO	10	10	25	19	18
NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM	NEUTRO	9	10	16	17	16
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO	NEUTRO	635	624	612	630	627
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS	NEUTRO	277	277	277	277	276
NÚMERO DE DEMISSÕES A PEDIDO DO COLABORADOR	QUANTO MENOR, MELHOR	11	5	11	10	13

NÚMERO DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA	QUANTO MENOR, MELHOR	9	13	4	12	10
NÚMERO TOTAL DE DEMISSÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	20	18	15	22	23
NÚMERO DE DEMISSÕES ENFERMAGEM	QUANTO MENOR, MELHOR	14	15	10	18	17
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES ENFERMAGEM	QUANTO MENOR, MELHOR	338	337	362	339	327

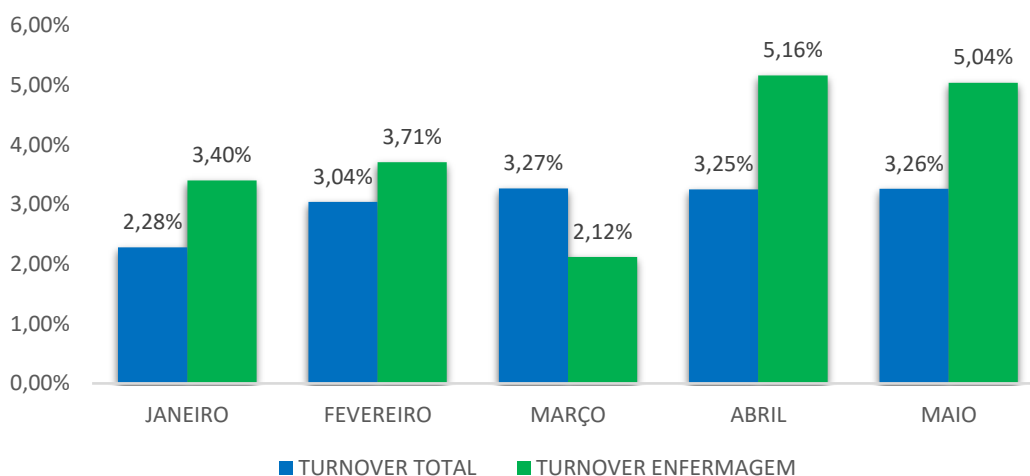
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

ANÁLISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

Em relação ao turnover da enfermagem, foi adotado como plano de ação o desligamento de colaboradores com elevado índice de absenteísmo, visando fortalecer a assiduidade da equipe e contribuir para a melhoria do indicador. O aumento no número total de desligamentos da unidade também foi influenciado por pedidos de demissão e encerramentos de contratos de trabalho.

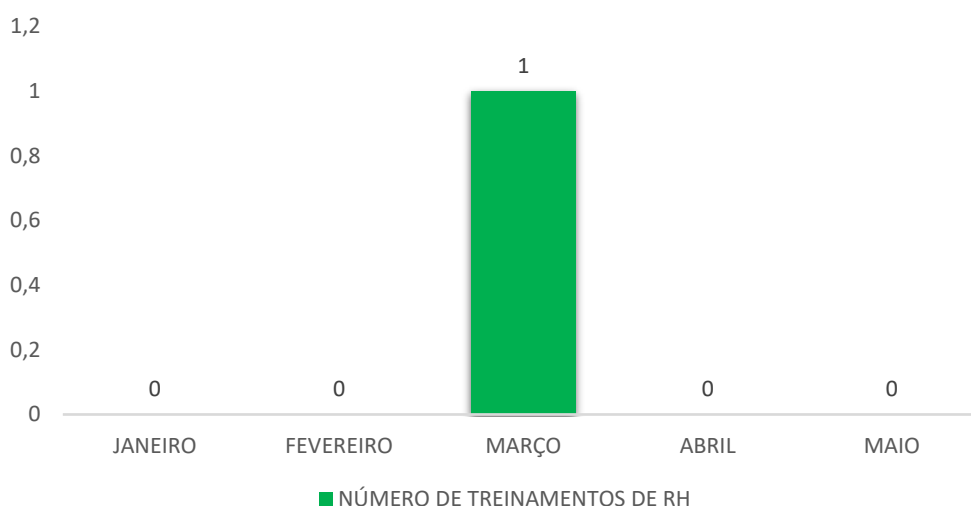
Quanto aos treinamentos do RH, não foi possível realizar ações de capacitação no período devido à alta demanda operacional do setor, especialmente em razão da gestão das férias dos colaboradores. Como estratégia de melhoria, a partir de junho de 2026 será incorporado um novo profissional à equipe de Recursos Humanos, ampliando a capacidade operacional do setor e possibilitando a retomada do planejamento e execução dos treinamentos institucionais.

Gráfico 6. Turnover



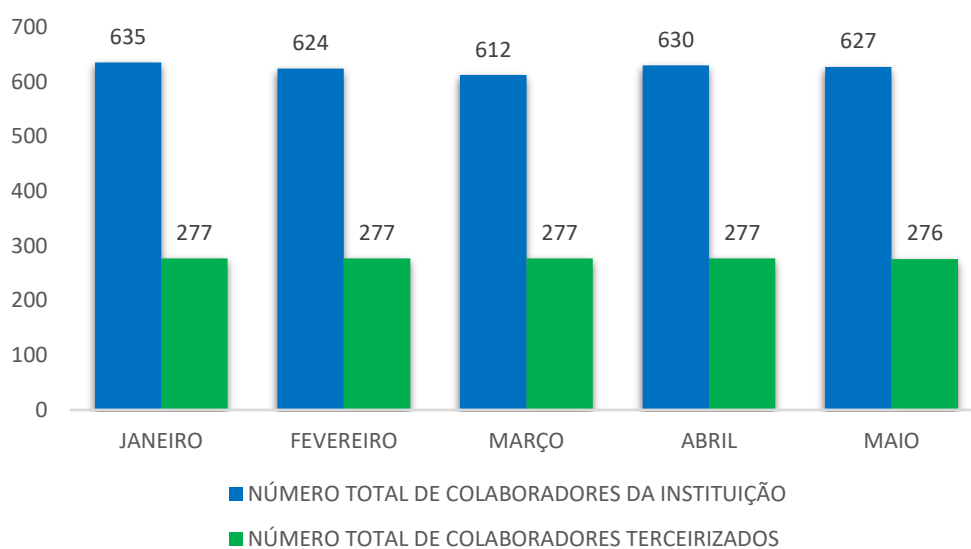
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 7. Número de treinamentos de RH



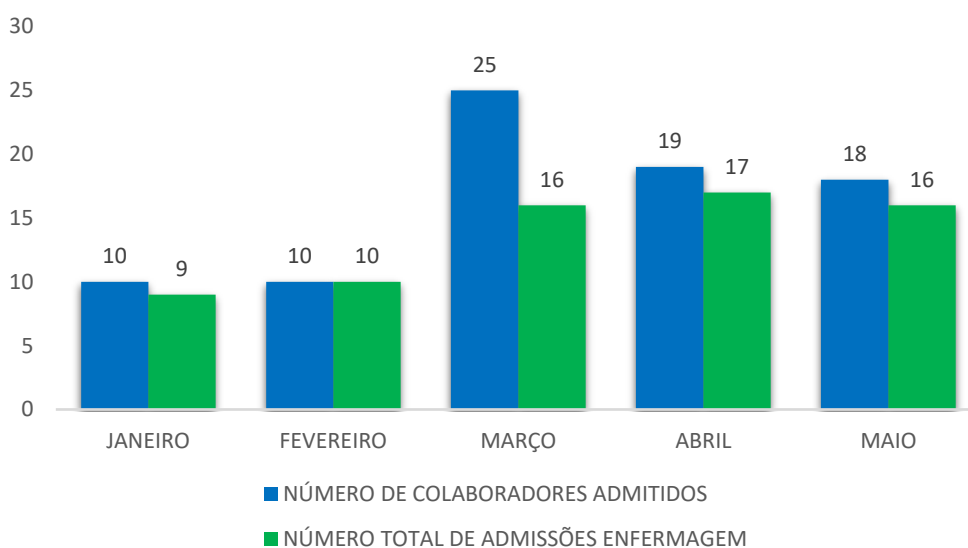
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 8. Total de colaboradores



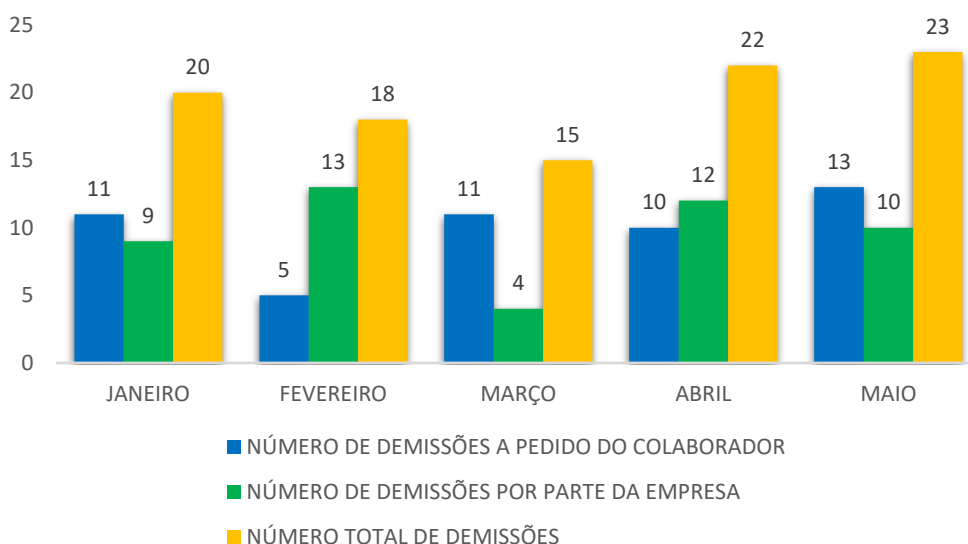
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 9. Admissões



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

Gráfico 10. Demissões



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

3.1.2. Departamento Pessoal

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

- Administração de Pessoal;

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

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

Tabela 8. Indicadores de Departamento Pessoal

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ABSENTEÍSMO GERAL	< 6%	4,19%	4,32%	6,79%	5,92%	6,17%
TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM	< 8%	6,05%	6,05%	9,84%	4,75%	8,57%
TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 85%	93,95%	93,05%	90,16%	91,42%	91,43%
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 51.448H	49536	49156	50915	48344	46496
NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS	QUANTO MENOR, MELHOR	54	41	42	41	38

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

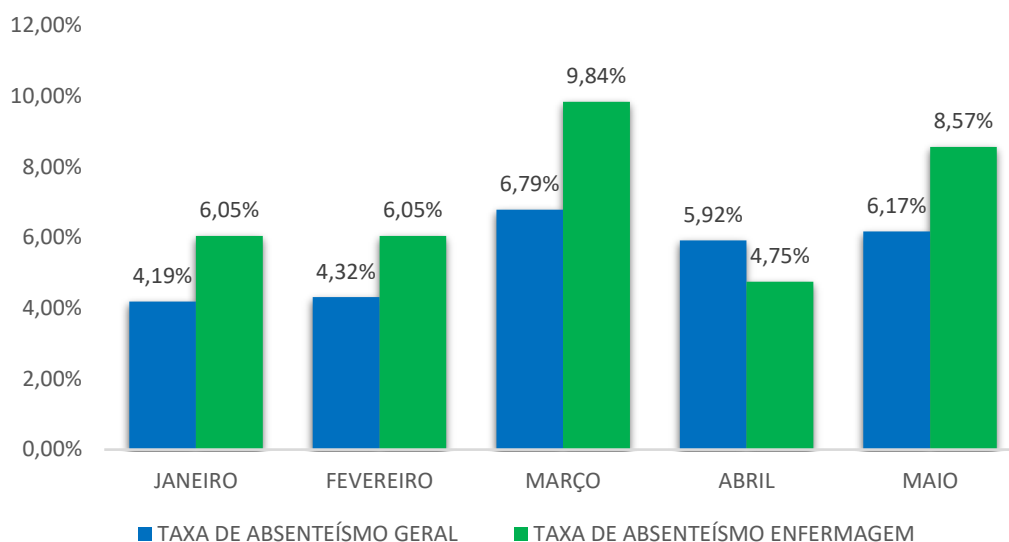
ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

A redução das horas trabalhadas está diretamente relacionada ao aumento do absenteísmo, uma vez que a ausência de colaboradores impacta a quantidade de horas efetivamente trabalhadas. O absenteísmo foi influenciado, principalmente, pelo aumento de atestados médicos decorrentes de síndromes gripais e outras patologias. Como plano de ação, a Gerência de Enfermagem vem realizando ações de conscientização e valorização junto às equipes, visando fortalecer o engajamento e o comprometimento dos colaboradores. Paralelamente, o setor de Recursos Humanos

estuda a implantação de projetos de incentivo à redução do absenteísmo, cuja proposta será apresentada à Diretoria para avaliação e definição das próximas estratégias.

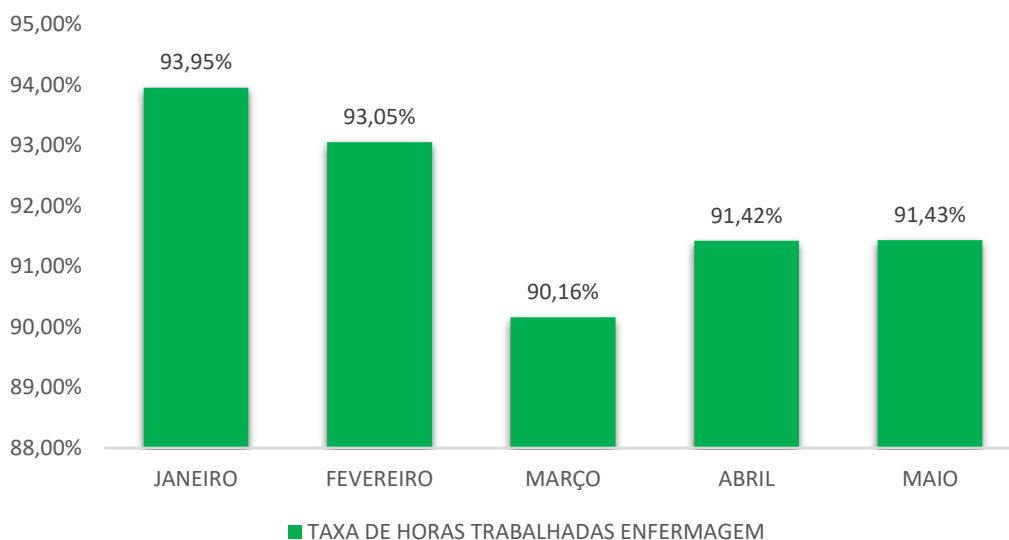
O cenário reforça a importância do monitoramento contínuo dos afastamentos, acompanhamento dos casos recorrentes e fortalecimento das ações de saúde ocupacional e engajamento das equipes.

Gráfico 11. Absenteísmo

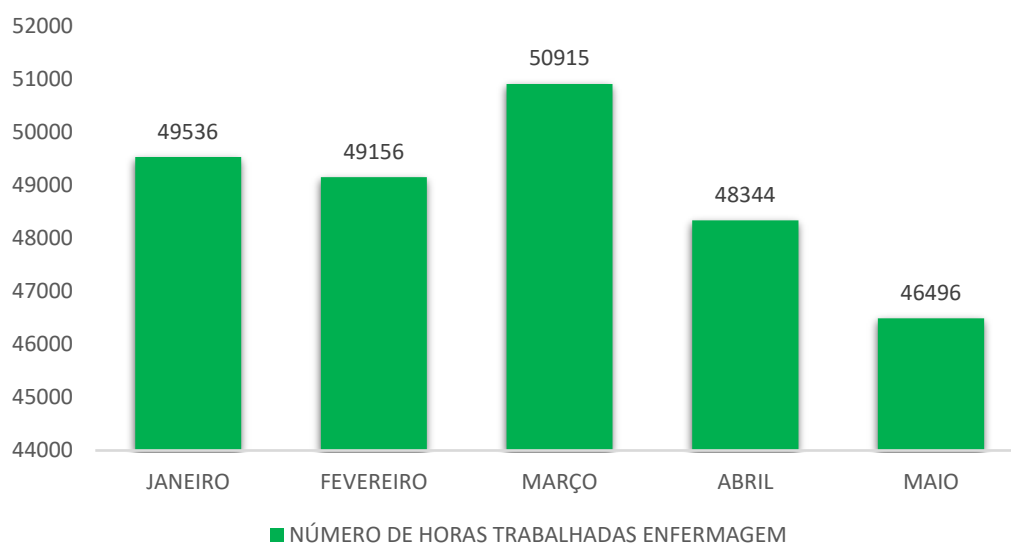


Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

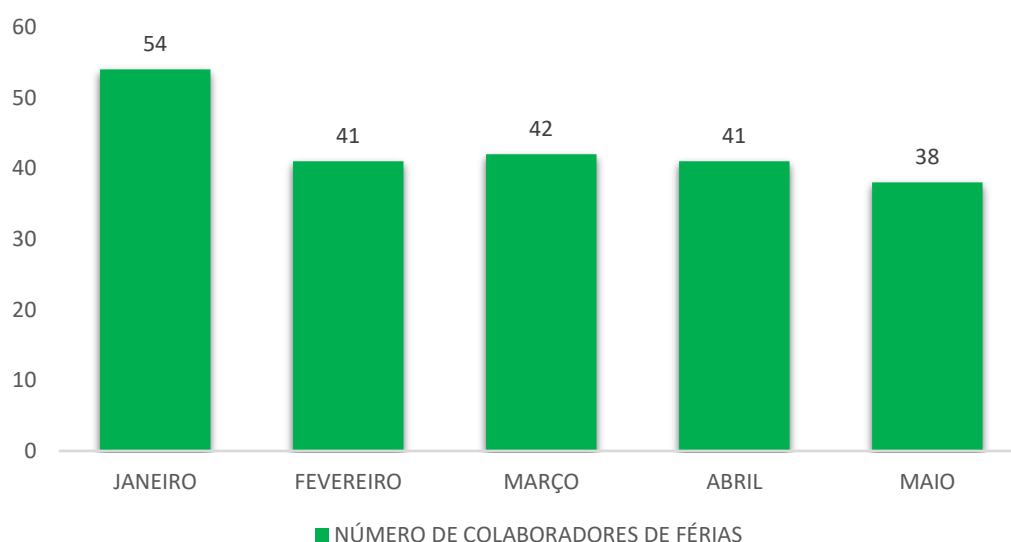
Gráfico 12. Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem



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

Gráfico 13. Número de horas trabalhadas pela enfermagem

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

Gráfico 14. Número de colaboradores de férias

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

3.1.3. Medicina Ocupacional

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

- Prevenção e Assistência;
- Vigilância da Saúde Ocupacional;
- Avaliações Ambientais;

➤ Aspectos Psicossociais;

➤ Normas e Legislação.

Tabela 9. Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES DEMISSIONAIS	> 85%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO	> 85%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE COLABORADORES AFASTADOS POR ACIDENTES DE TRABALHO	< 5%	1%	1%	1%	1%	1%
NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS	QUANTO MENOR, MELHOR	395	425	437	332	434
NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)	QUANTO MENOR, MELHOR	22	20	21	20	14
NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)	QUANTO MENOR, MELHOR	9	10	11	10	10
NÚMERO DE AFASTADOS (LICENÇA A MATERNIDADE)	QUANTO MENOR, MELHOR	10	7	7	7	5
NÚMERO DE ATESTADOS POR SÍNDROME GRIPAL	QUANTO MENOR, MELHOR	16	22	43	57	91
NÚMERO DE DIAS PERDIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	790	845	876	754	814

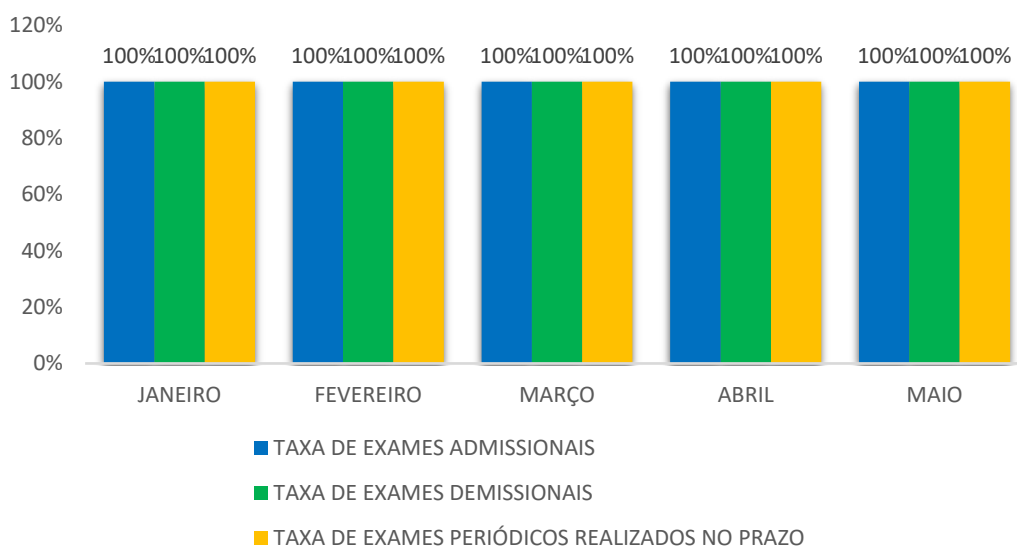
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

ANÁLISE CRÍTICA – MEDICINA OCUPACIONAL

O aumento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) observado no período é compatível com a sazonalidade dos meses de maior incidência de doenças respiratórias em nossa região. No mês de maio de 2026 foi realizada a campanha de vacinação dos colaboradores na unidade, podendo haver, de forma pontual,

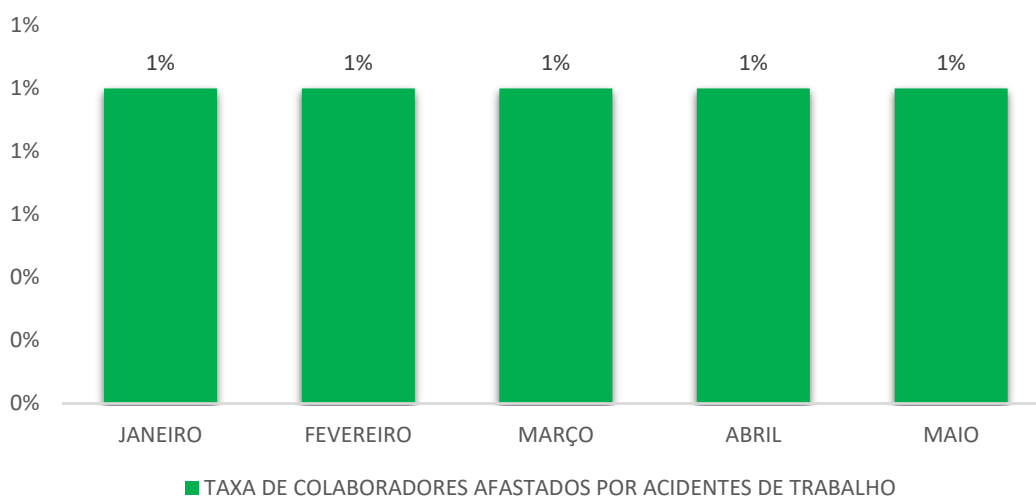
afastamentos relacionados a reações vacinais, sem comprometer os benefícios da imunização. A própria campanha de vacinação constitui uma importante ação preventiva para redução da gravidade dos casos e proteção dos profissionais. Como estratégia complementar, serão intensificadas ações de conscientização por meio de DDS e materiais informativos, reforçando a importância da vacinação, do uso de vestimentas adequadas ao frio, da hidratação, da alimentação saudável e das demais medidas de prevenção às doenças respiratórias.

Gráfico 15. Análise de exames medicina ocupacional



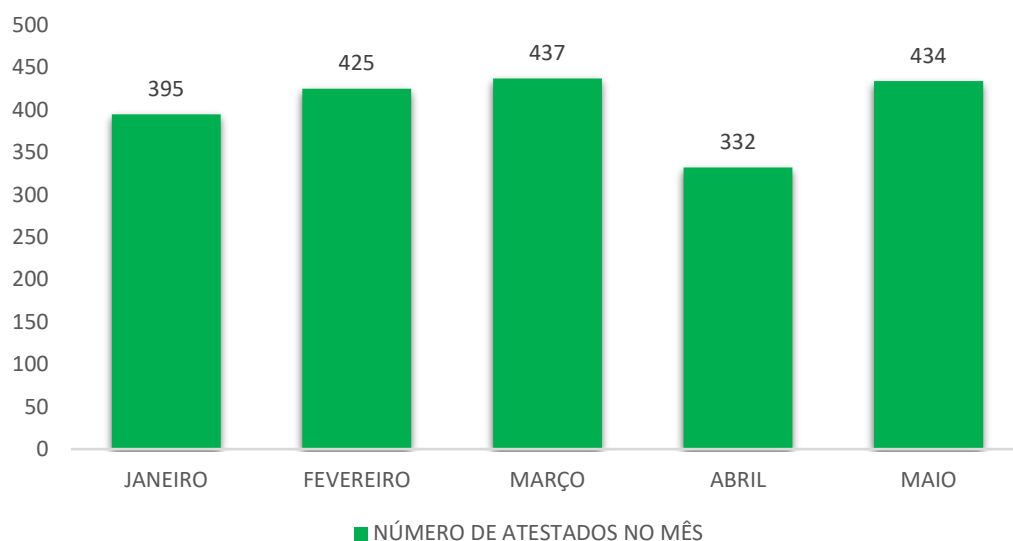
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16. Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho



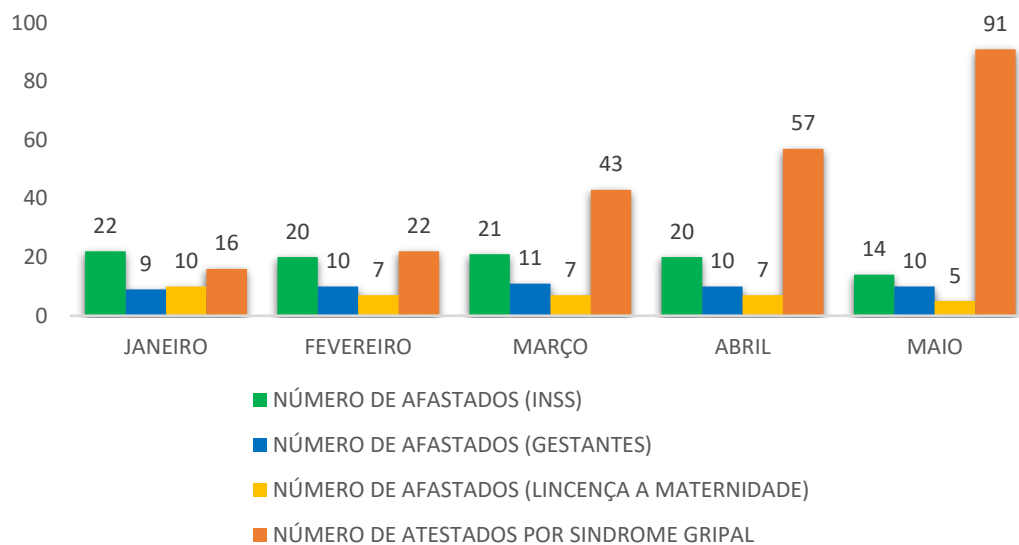
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17. Número de atestados mês



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

Gráfico 18. Análise de afastamentos



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

Gráfico 19. Número de dias perdidos



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

3.1.4. Segurança Do Trabalho

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

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

Tabela 10. Indicadores Segurança do Trabalho

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ACIDENTES MATERIAIS BIOLÓGICOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACIDENTES DE PERFURO	0%	100%	0%	0%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÕES	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES	< 40%	0,31%	0,15%	0%	0,31%	0,15%

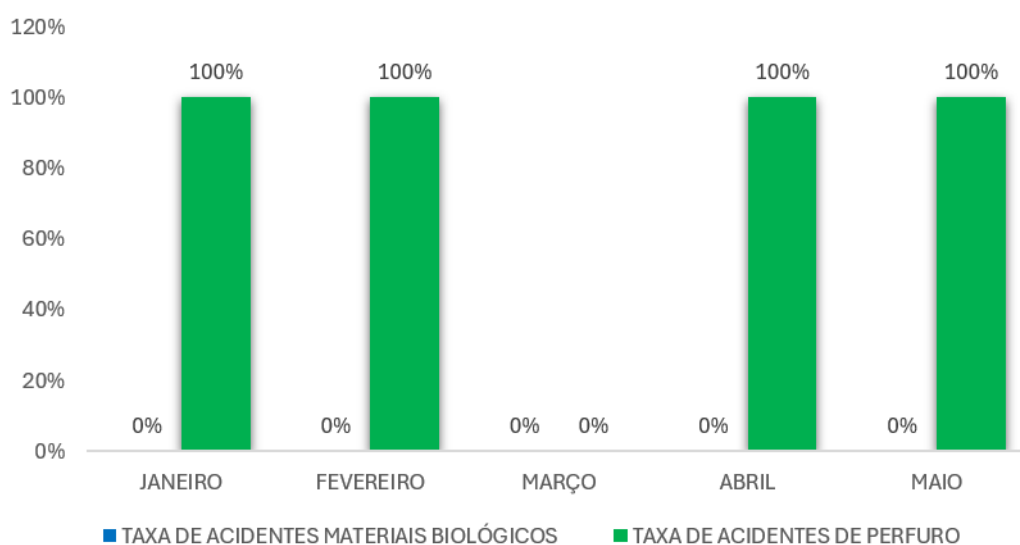
NÚMERO DE EPI'S DISTRIBUÍDOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	96	61	166	93	86
NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS PELO SESMT	QUANTO MAIOR, MELHOR	13	14	58	56	86
NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES NOS TREINAMENTOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	503	569	574	993	909
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	10	10	18	15	16
NÚMERO DE INTERVENÇÕES ERGONÔMICAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	20	57	10	25	11
NÚMERO TOTAL DE ACIDENTES	QUANTO MENOR, MELHOR	2	0	0	2	1
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

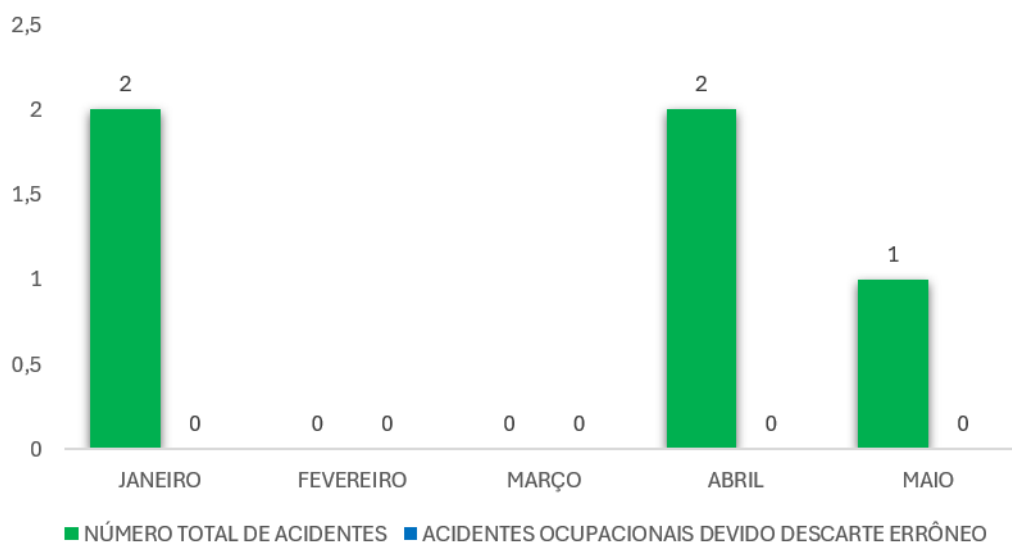
Foi registrado apenas um acidente de trabalho com perfurocortante, após o procedimento, no momento da retirada do molde houve a perfuração. Houve aplicação do Plano de Ação imediato.

Gráfico 20. Taxa de Acidentes



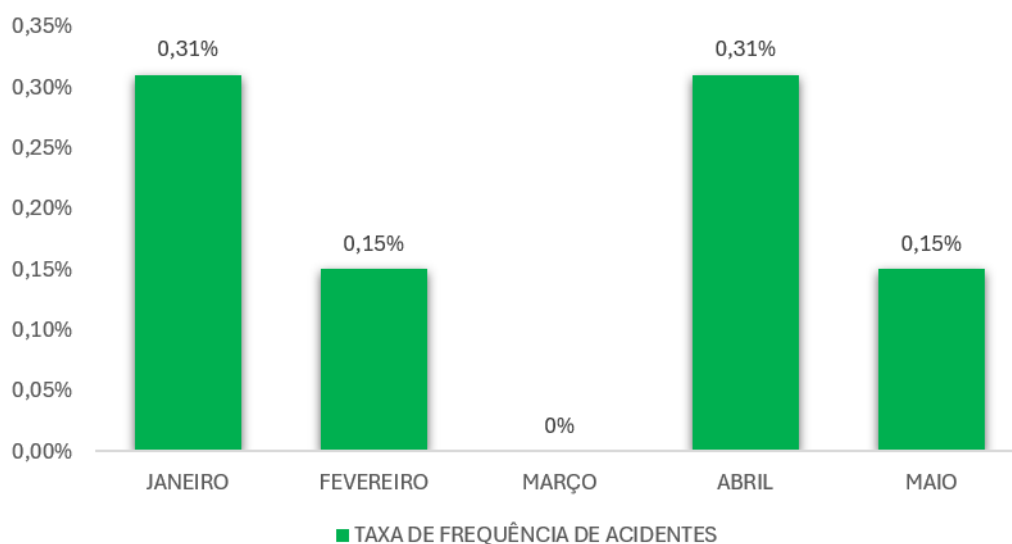
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21. Número de acidentes



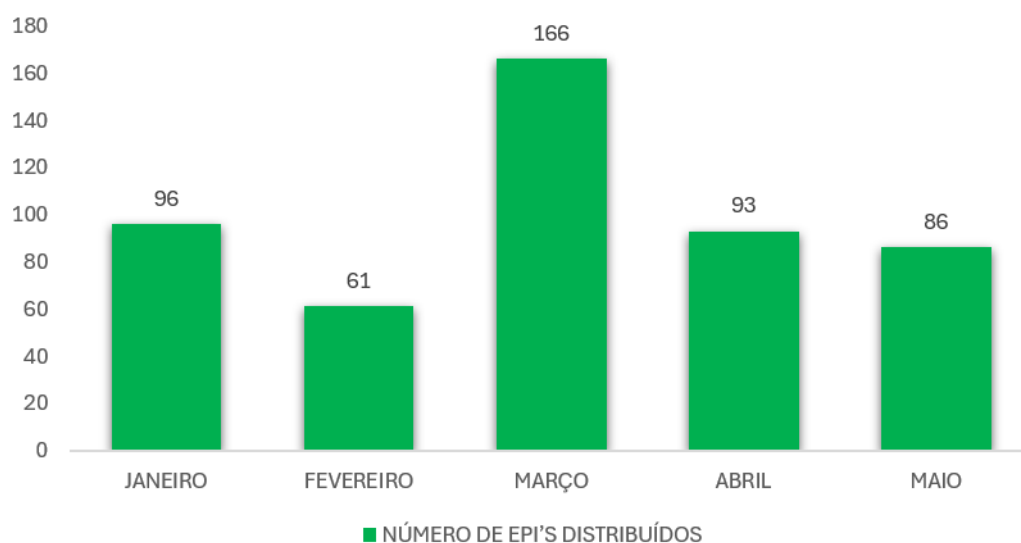
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22. Taxa de Frequência de acidentes



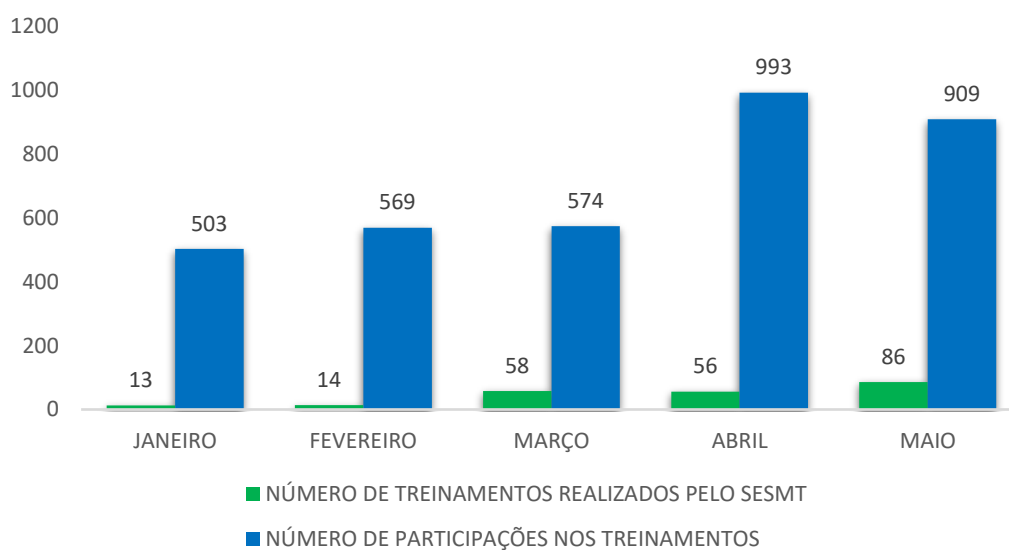
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23. Número de EPI's distribuídos



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

Gráfico 24. Treinamentos SESMT



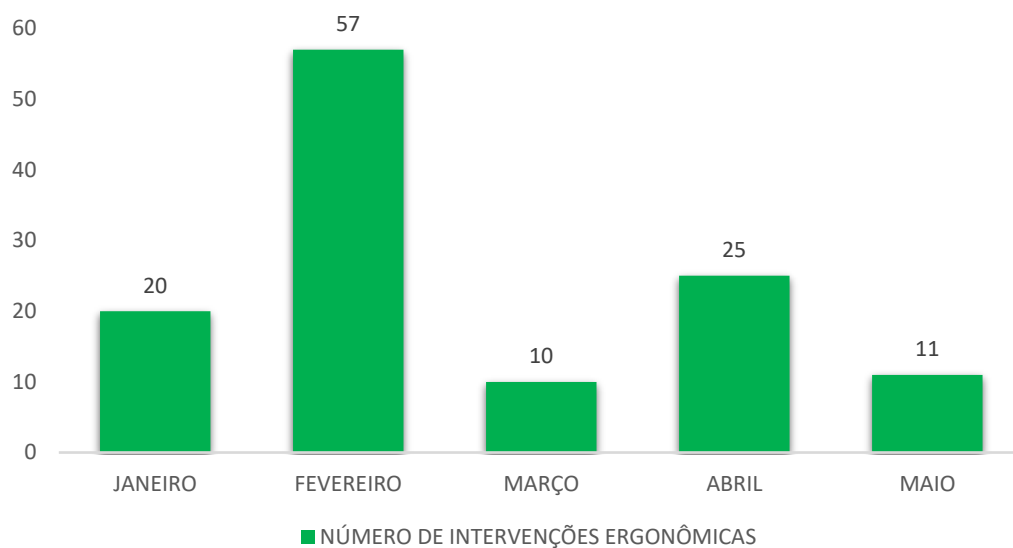
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 25. Número de não conformidade detectadas



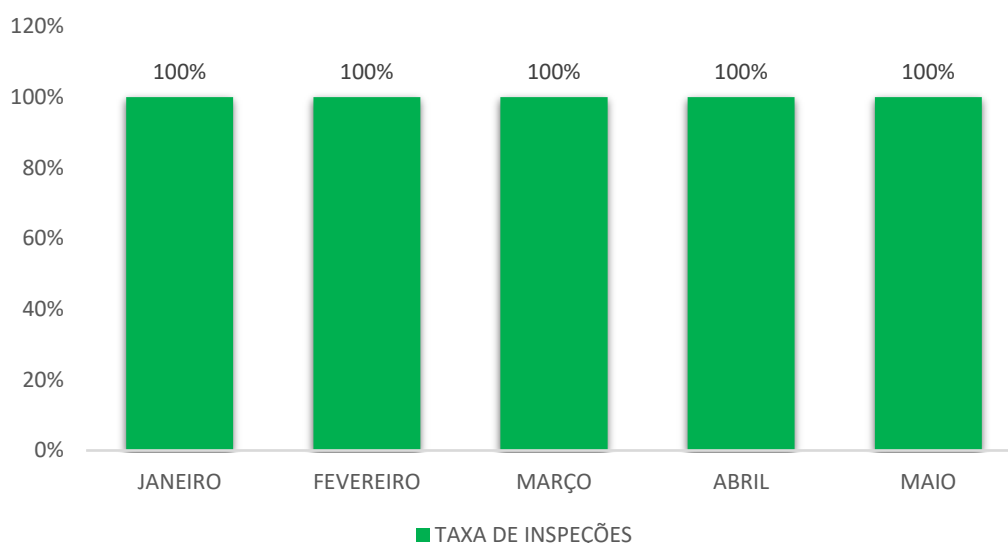
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 26. Número de intervenções ergonômicas



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

Gráfico 27. Taxa de inspeções



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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

3.2.1. Radiologia

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

Tabela 11. Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,62%	0,39%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	24%	18%	18%	24%	23%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	321	256	239	315	296
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	2	1	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	77	45	44	76	67

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

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

Tabela 12. Indicadores de Radiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,91 %	1,49%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	37%	22%	14%	31%	27%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	110	67	90	110	109
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	1	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	41	15	13	34	29

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,55%	0%	0%	0%	0%

TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	18%	14%	17%	19%	18%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	182	140	90	102	103
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	32	20	15	19	19

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	N/A	N/A	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	N/A	N/A	22%	14%	17%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	N/A	N/A	90	56	47
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	11	8	8

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

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

Tabela 15. Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	14%	22%	35%	38%	31%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	28	46	17	40	35
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	4	10	6	15	11

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

Tabela 16. Indicadores de Radiologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	0%	0%	40%	0%	0%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	1	3	5	7	2
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	2	0	0

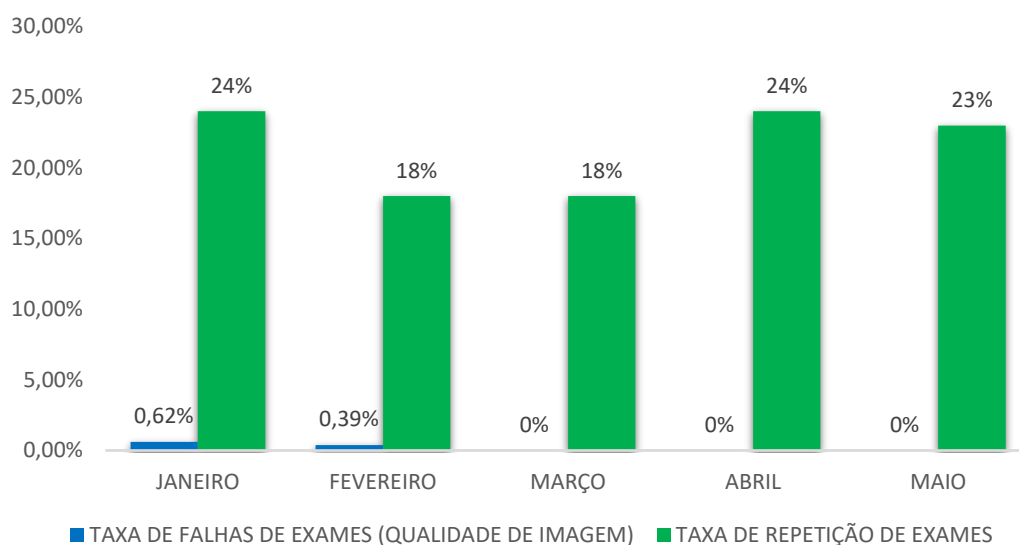
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No período, não foram registradas repetições de exames em menos de 24 horas nem ocorrências de erro de RX, demonstrando adequação dos processos relacionados à realização dos exames. Foram registrados 14 exames relacionados ao tracionamento de sonda nasointestinal (SNE) e 53 exames decorrentes de múltiplos procedimentos, refletindo o perfil assistencial e a complexidade clínica dos pacientes atendidos. Destaca-se que um único paciente demandou quantidade expressiva de exames para confirmação e acompanhamento do posicionamento da SNE, impactando diretamente o volume do indicador.

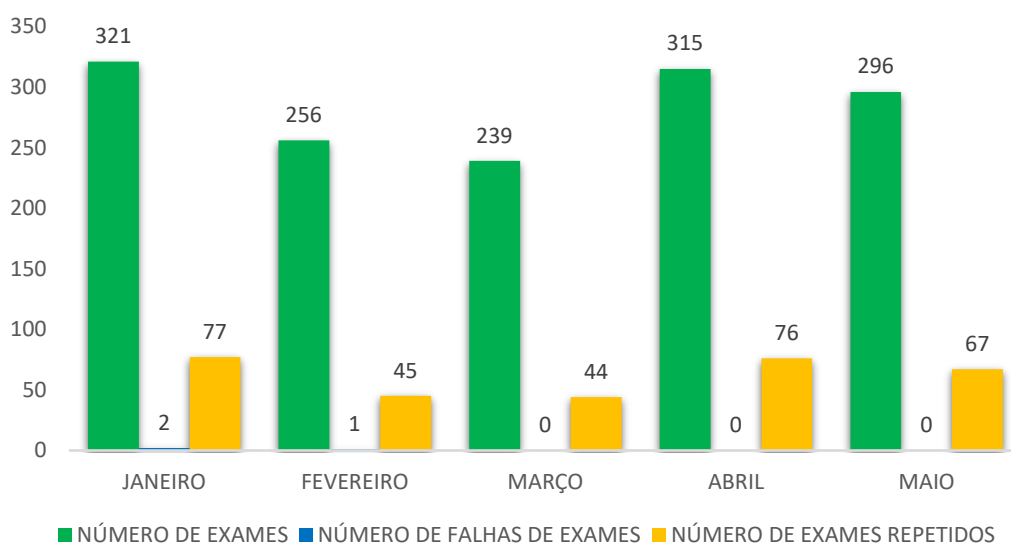
A análise das solicitações evidenciou que a maior parte dos exames relacionados à SNE decorre da necessidade de confirmação do posicionamento do dispositivo após seu reposicionamento. O tema foi discutido na Comissão de Radiologia, sendo reforçada a manutenção do fluxo assistencial em conformidade com as práticas de segurança do paciente. Como plano de ação, foi definido o reforço do treinamento da equipe de enfermagem quanto à técnica de passagem e posicionamento da sonda nasointestinal, visando reduzir a necessidade de novos exames sem comprometer a segurança e a qualidade da assistência.

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



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

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



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

3.2.2. Laboratório

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

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

Tabela 17. Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ERROS PÓS - ANALÍTICOS	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DA QUALIDADE DOS RESULTADOS	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE AMOSTRAS REJEITADAS (RECOLETA)	< 2%	1,92%	2,51%	2,94%	1,77%	3,08%
SOBRAS DE TUBOS	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%
TEMPO DE ESPERA PARA COLETA	QUANTO MENOR, MELHOR	02:21:00	02:23:00	01:57:00	02:18:00	04:12:00
TEMPO DE PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS	QUANTO MENOR, MELHOR	00:46:00	00:50:00	00:51:00	00:45:00	01:33:00
TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADOS CRÍTICOS	QUANTO MENOR, MELHOR	00:06:00	00:07:00	00:08:00	00:05:00	00:06:00
QUANTIDADE DE CRÍTICOS NÃO NOTIFICADOS	<2%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS	>98%	90%	99%	100%	100%	100%
EFICIÊNCIA NA EMISSÃO DE RELATÓRIOS (TAT)	> 90%	99%	99%	99%	99%	99%
INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS	0,00	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS	NEUTRO	15.209	9105	8.627	10.715	8.834
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	NEUTRO	7.153	8.251	7.695	9.603	7.924

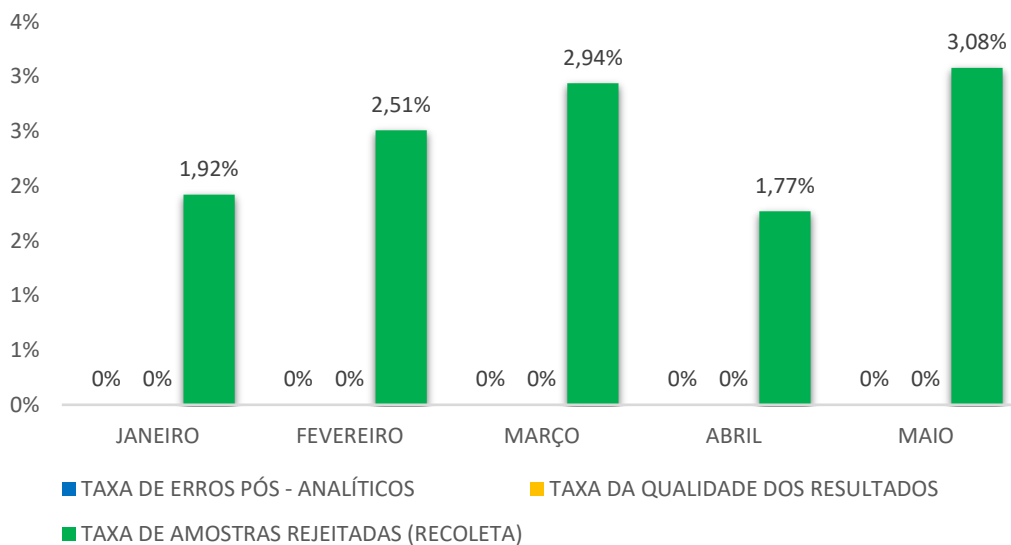
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Observou-se elevação no percentual de recoletas quando comparado ao mês anterior. O resultado está relacionado a fatores operacionais, como a admissão e integração de novos colaboradores, que ainda se encontram em fase de treinamento e curva de aprendizagem, refletindo temporariamente na qualidade das coletas. Além disso, contratualmente as coletas são realizadas pela equipe de enfermagem e, em alguns momentos, novas solicitações continuaram sendo direcionadas pelo prontuário eletrônico enquanto a equipe permanecia em atendimento, ocasionando acúmulo de demandas. O cenário foi agravado pelo absenteísmo, com atuação de apenas um colaborador na coleta, além da identificação de maior tempo de garroteamento e

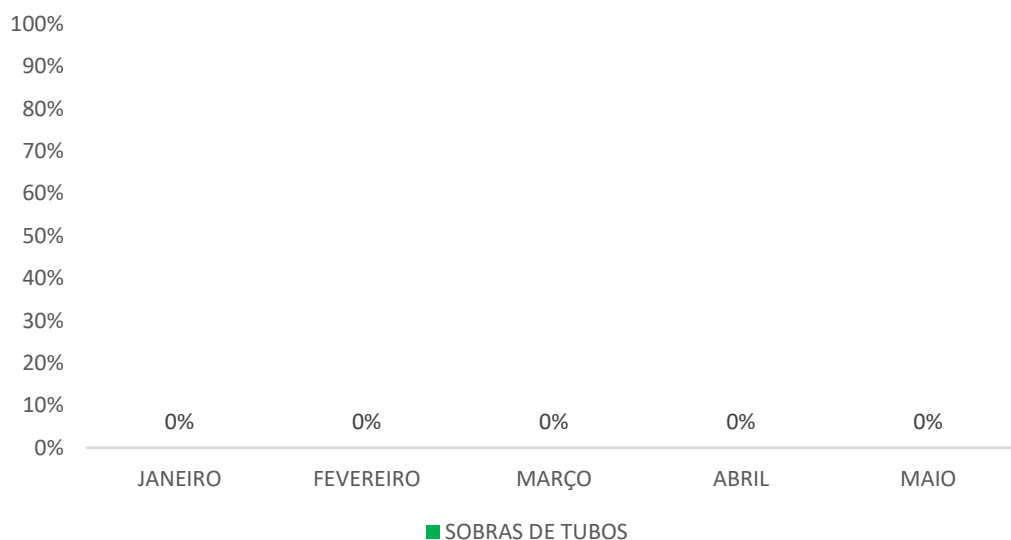
demora na entrega das amostras ao laboratório. O tempo de processamento dos exames também foi impactado por manutenções no equipamento de bioquímica, sendo que o novo equipamento foi instalado em 17/06 e encontra-se em processo de validação pela empresa prestadora. O indicador permanece em acompanhamento contínuo, com reforço das orientações técnicas, capacitação das equipes e monitoramento das ocorrências, visando a redução das recoletas e a melhoria da qualidade do processo de coleta.

Gráfico 30. Análise de qualidade de exames de laboratório



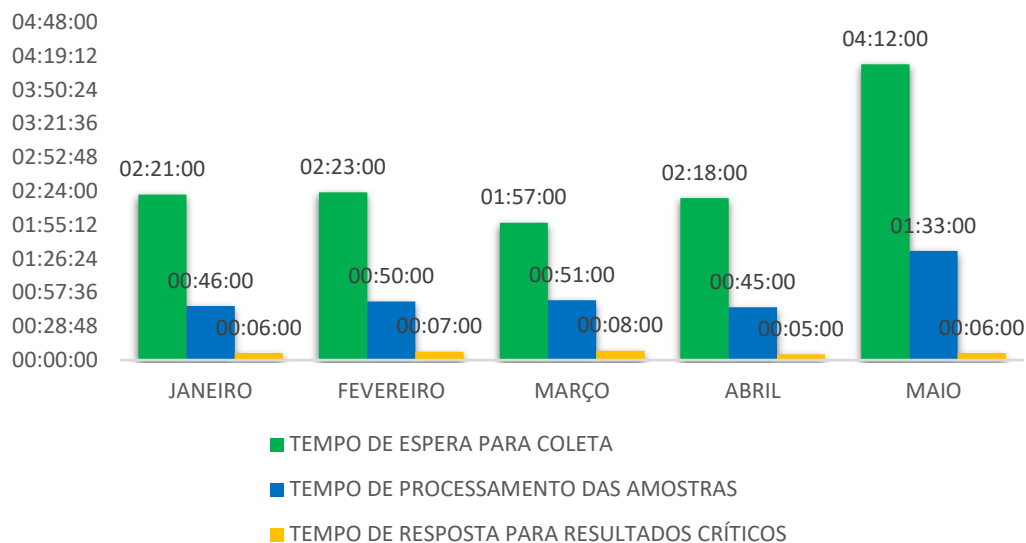
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 31. Sobras de tubos



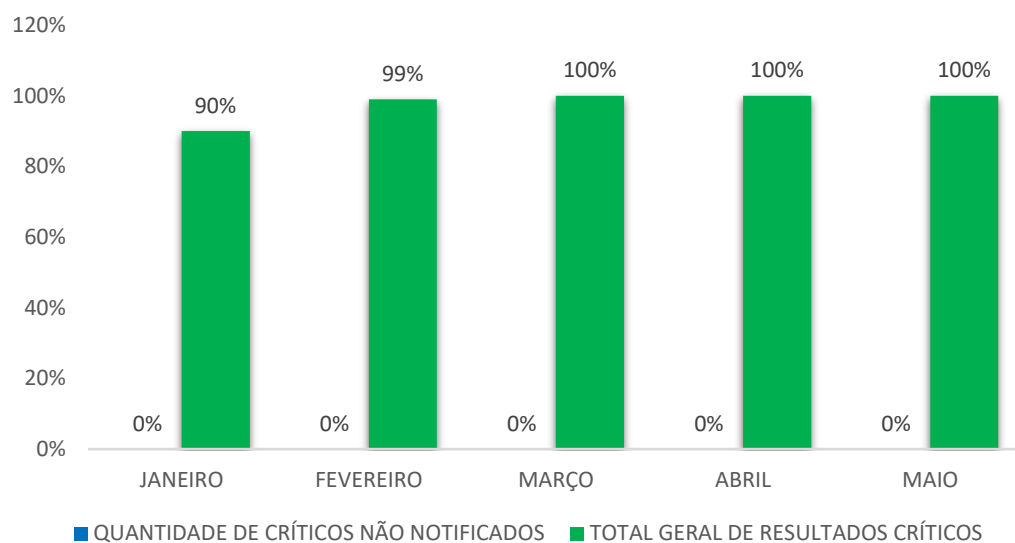
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 32. Tempo de espera, processamento e resposta



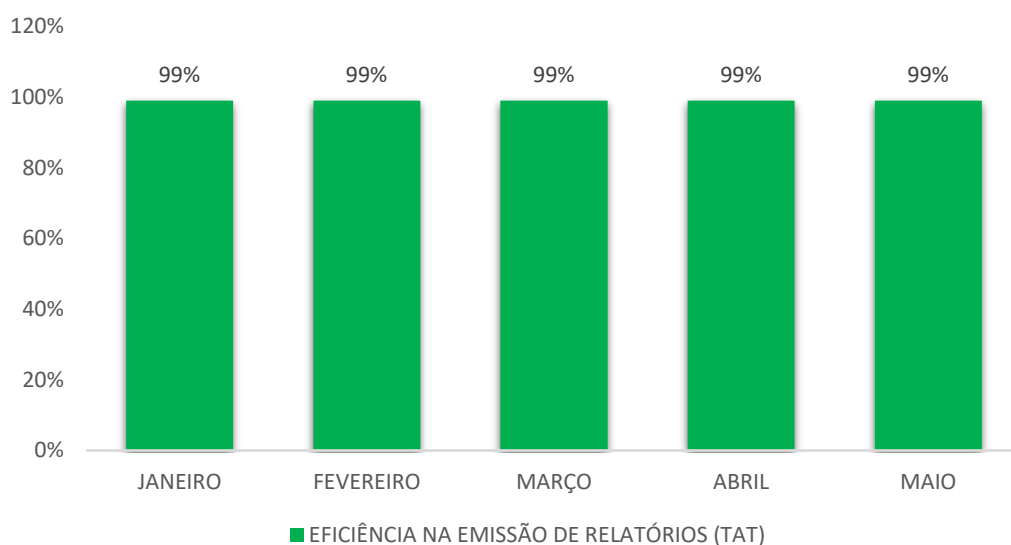
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33. Resultados críticos



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

Gráfico 34. Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



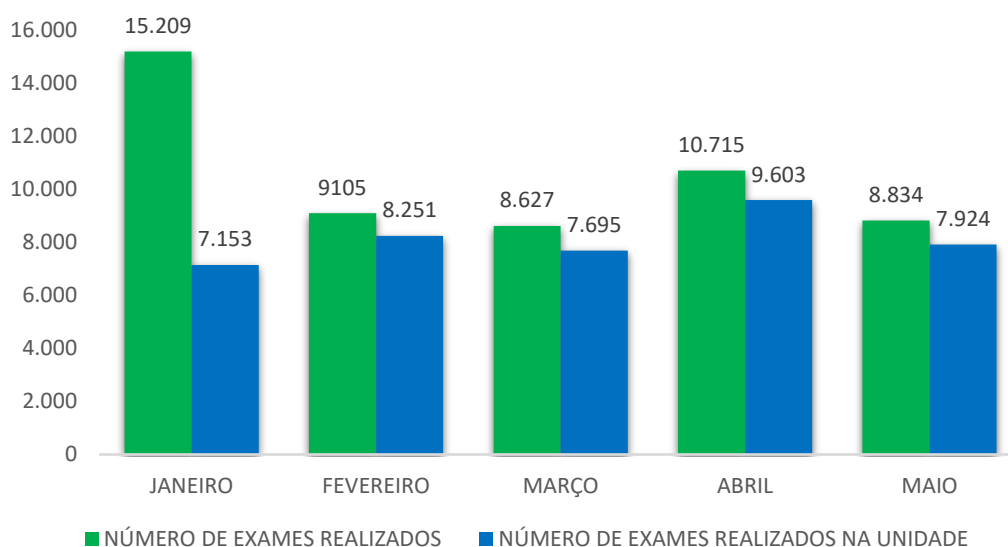
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 35. Incidentes e/ou eventos adversos



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

Gráfico 36. Quantitativos de exames



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

3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

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

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

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

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

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

Tabela 18. Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FLEBITE	<15%	1,15%	1,18%	0,58%	1,44%	1,62%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	11,81	5,80	6,25	3,90	4,78
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 DIAS	48,25	42,50	46,18	39,70	39,91
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	15,63%	8,33%	6,36%	13%	18,60%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	3,13%	2,78%	0,91%	3,13%	1,55%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,52	0,58	0,59	0,69	0,69
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	96	108	110	128	129
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	15	9	7	16	24
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

Tabela 19. Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FLEBITE	<15%	2,89 %	1,51%	0,27%	0,94%	1,51%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,65	1,68	2,06	1,06	1,69
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 DIAS	11,02	12,26	17,07	12,83	14,62
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	7,53%	4,95%	3,70%	6,48%	16,84%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0,93%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	1,89	2,02	1,62	2,16	1,90
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	93	101	81	108	95
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	7	5	3	7	16

NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
-----------------------------	----------------------	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0,78 %	0,90%	0,68%	1,91%	0,80%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	4,23	3,08	4,12	3,72	4,73
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 DIAS	4,46	4,77	3,71	5,24	5,60
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	4,67%	3,74%	2,41%	4,48%	6,67%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	2,80%	2,80%	1,20%	4,48%	3,33%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	5,35	3,57	4,15	3,35	3
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	107	107	83	67	60
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	5	4	2	3	4
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	1	0	0	1

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FLEBITE	<15%	N/A	N/A	2,99%	3,33%	2,74%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	N/A	N/A	3,28	2,25	3,02
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 DIAS	N/A	N/A	4,56	6,08	4,36
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	N/A	N/A	2,78%	2,78%	4,76%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	N/A	N/A	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	N/A	N/A	3,60	3,60	4,20
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	36	36	42

NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	1	1	2
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	0	0	0

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

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Tabela 22. Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%	0,62%	7,14%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	52	21	20,33	7,33	11,25
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 DIAS	981,33	445,67	1013	492,67	763,75
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	100%	0%	33,33%	66,67%	50%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,03	0,06	0,03	0,06	0,04
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	6	3	6	4
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	3	0	1	4	2
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	1	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

Tabela 23. Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%	0%	14,29%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	0	0	0	47,09	0
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (EREM)	< 70	0	0	0	11	0
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 DIAS	752,83**	780,83**	811,83**	723,43**	648,50

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (EREM)	< 500 DIAS	*	*	*	169	*
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	0%	0%	0%	100%	0%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0	0	0	0,17	0
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	1	0
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	1	0
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

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

ANÁLISE CRÍTICA – ENFERMAGEM

No mês de maio, foram registrados 25 óbitos, sendo 1 com menos de 24 horas de internação, resultando em taxa de óbito institucional de 19,38%. O resultado está relacionado ao perfil de maior gravidade clínica dos pacientes admitidos, refletido pelos escores de gravidade (SAPS), compatível com a complexidade assistencial da unidade.

Análise Crítica – Taxa de Mortalidade Clínica Médica

No mês de maio, a Clínica Médica apresentou aumento da taxa de mortalidade, atingindo 16,84%, correspondente a 16 óbitos, quando comparado aos meses anteriores.

No período, a unidade Colibri concentrou 30 pacientes em Cuidados Paliativos, representando 28,5% do total de pacientes em Cuidados Paliativos do hospital (109 pacientes), sendo o setor com maior volume de pacientes em CP, inclusive superior à unidade de Retaguarda. Esse cenário impactou diretamente o desfecho assistencial, considerando a maior vulnerabilidade clínica e o perfil de gravidade da admissão e

consequente terminalidade desses pacientes. A análise do indicador demonstrou relação direta com o perfil de complexidade dos pacientes internados na unidade.

Todos os óbitos ocorridos no período foram avaliados pela Comissão de Óbitos, permitindo análise dos processos assistenciais, identificação de fatores contribuintes e oportunidades de melhoria. As discussões reforçaram a necessidade de fortalecer ações preventivas e de suporte à assistência, principalmente relacionadas ao manejo de pacientes críticos e à identificação precoce de sinais de deterioração clínica.

Oportunidades de melhoria identificadas:

- Fortalecer a identificação precoce de sinais de deterioração clínica com a implantação do Time de Resposta Rápida (TRR), visando intervenção oportuna e redução de agravamentos;
- Manter acompanhamento dos pacientes em Cuidados Paliativos, fortalecendo alinhamento multiprofissional, planejamento terapêutico e comunicação com a equipe assistencial.

Planos de ações:

- Implantar e fortalecer o TRR nas unidades assistenciais: Garantir resposta rápida aos pacientes com alteração clínica;
- Monitorar óbitos em Comissão de Óbitos com análise de oportunidades: Identificar melhorias contínuas no cuidado;
- Acompanhar indicadores relacionados ao perfil de pacientes em CP e mortalidade: Avaliar impacto da complexidade assistencial no indicador.

Análise Crítica – Flebite em Cuidados Prolongados

No mês de maio foram identificados 02 casos de flebite, sendo 01 na Pediatria e 01 na Retaguarda Adulto (Sabiá).

Na Pediatria, o evento ocorreu em paciente em uso de Piperacilina, com registro de agitação, sugerindo provável flebite mecânica associada à movimentação e atrito do dispositivo, levando à perda do acesso venoso e necessidade de nova punção.

Oportunidade de melhoria, destaca-se o reforço das estratégias de fixação segura do AVP em pacientes com risco de manipulação do acesso, considerando a suspensão do uso de tala devido ao risco de eventos adversos, não utilizar tala para fixação.

Na Retaguarda Adulto, o caso ocorreu em paciente idosa em cuidados paliativos, com fragilidade capilar e necessidade de terapia intravenosa para correção de Hipercalemia refratária. A ocorrência foi relacionada principalmente às condições clínicas da paciente, como vulnerabilidade vascular e necessidade de manutenção do acesso.

De forma geral, os eventos de maio apresentaram relação com fatores individuais e clínicos dos pacientes, reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo dos acessos venosos periféricos e avaliação criteriosa da permanência dos dispositivos.

Plano de ações:

- Avaliar diariamente necessidade de manutenção de AVP, principalmente em pacientes com fragilidade vascular;
- Orientar equipe sobre medidas seguras de fixação do AVP em pacientes pediátricos agitados;
- Realizar discussão diária no Safety Huddle os casos em equipe para reforço das medidas preventivas e alinhamento de plano terapêutico.

Análise Crítica – Tempo Médio de Permanência (TMP) e Giro de Leito UTI

O indicador de giro de leito apresenta relação direta com o Tempo Médio de Permanência (TMP), pois ambos refletem a eficiência na utilização dos leitos e a capacidade de movimentação dos pacientes dentro da unidade. No período avaliado, tivemos uma redução do giro de leito associada ao aumento do TMP, indicando menor número de saídas da UTI e maior ocupação dos leitos por períodos prolongados.

Durante o mês de maio, apesar da necessidade de adequação da estrutura física em decorrência da reforma, não houve bloqueio de leitos, não sendo identificado impacto direto na disponibilidade física da unidade.

Na análise do perfil assistencial, foram identificados 19 pacientes com permanência superior a 5 dias, de um total de 63 pacientes internados na UTI no período. Em comparação ao mês anterior, abril apresentou também 19 pacientes com permanência superior a 5 dias, porém em um total de 72 internações, demonstrando que em maio houve uma maior proporção de pacientes com internações prolongadas em relação ao volume total de pacientes atendidos.

Outro fator identificado foi o impacto relacionado à disponibilidade de leitos de na unidade Colibri, ocasionando retenção de pacientes na UTI por tempo superior ao necessário, mesmo após atingirem critérios clínicos para transferência. Esse cenário interfere diretamente no giro de leito e contribui para manutenção de pacientes estáveis em uma unidade destinada ao atendimento de maior complexidade.

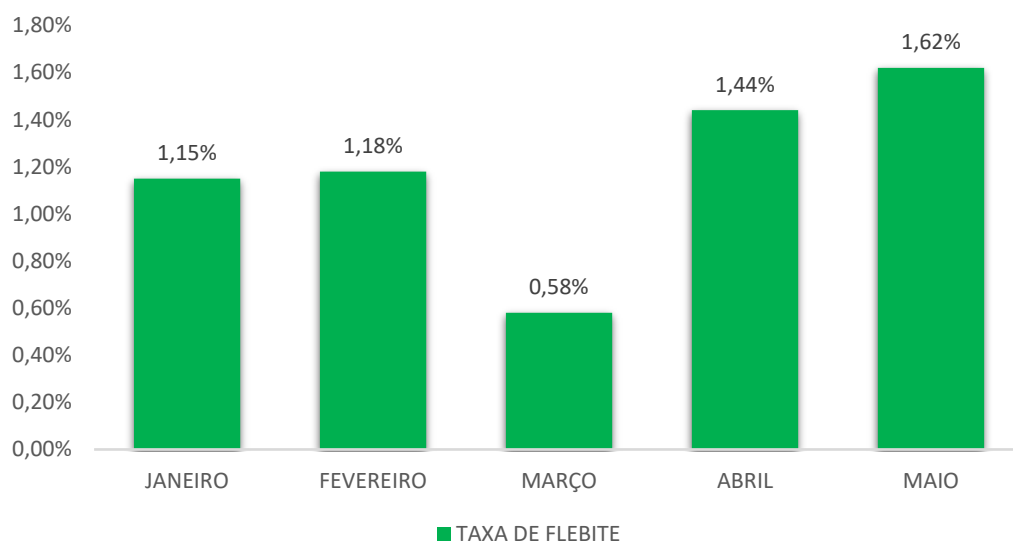
Observa-se ainda aumento da gravidade dos pacientes admitidos na UTI em maio, evidenciado pela elevação do SAPS médio de 15,25 em abril para 35,67 em maio, indicando maior complexidade clínica, maior necessidade de suporte terapêutico e tempo adicional para estabilização e cumprimento dos critérios de alta. Esse fator pode ter contribuído para aumento do TMP, considerando a necessidade de cuidados intensivos prolongados.

Plano de ações:

- Realizar acompanhamento diário dos pacientes com permanência superior a 5 dias em UTI: Identificar precocemente barreiras para alta e necessidade de intervenção multiprofissional;
- Monitorar perfil de gravidade dos pacientes admitidos (SAPS, ventilação mecânica, drogas vasoativas e reinternações): Correlacionar aumento do TMP com complexidade assistencial;
- Avaliar pacientes com TMP elevado em análise individual: Identificar oportunidades de melhoria no processo assistencial e operacional.

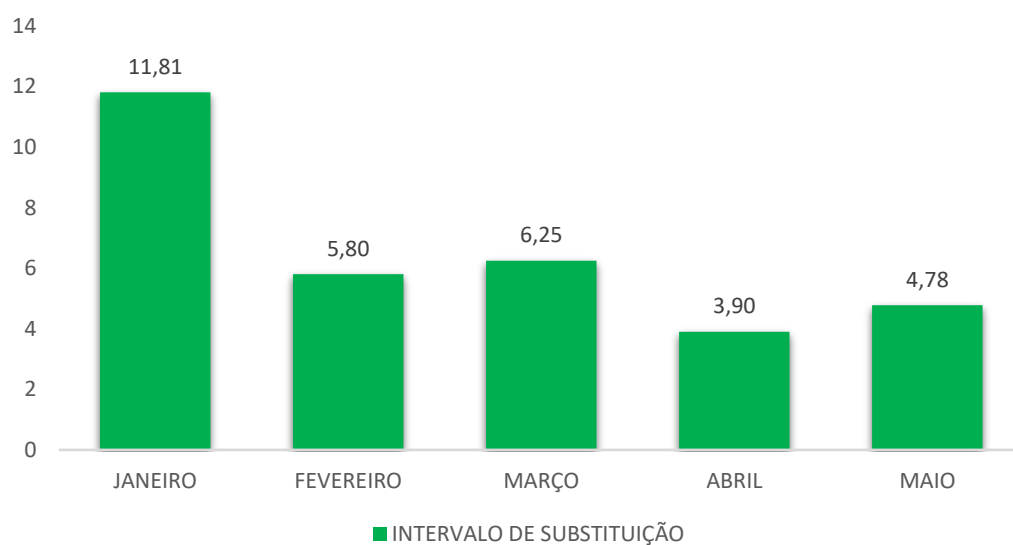
A expectativa é melhorar o fluxo de saída da UTI, reduzir permanências evitáveis e manter o atendimento direcionado aos pacientes com maior necessidade de cuidados intensivos.

Gráfico 37. Taxa de flebite (Geral Hospitalar)



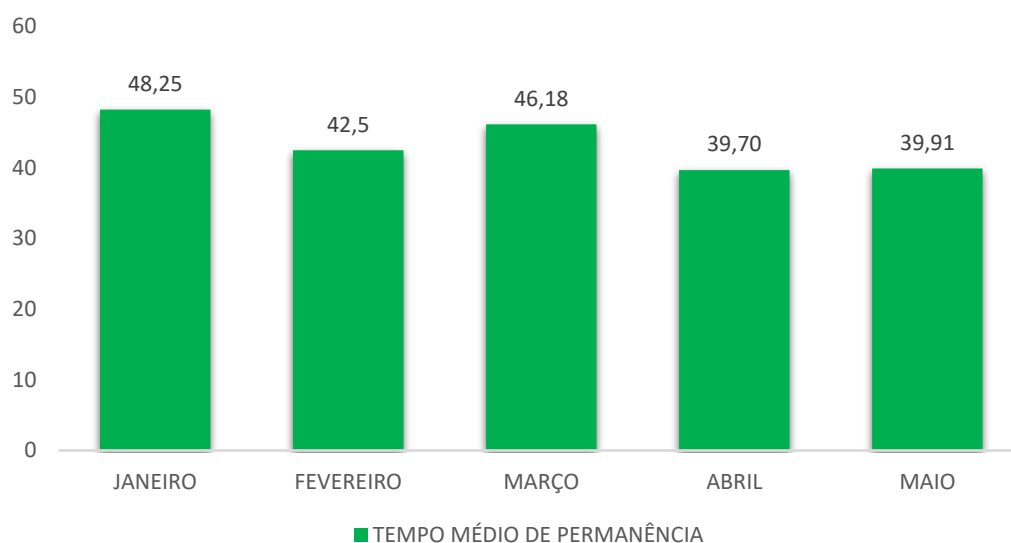
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38. Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39. Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar)



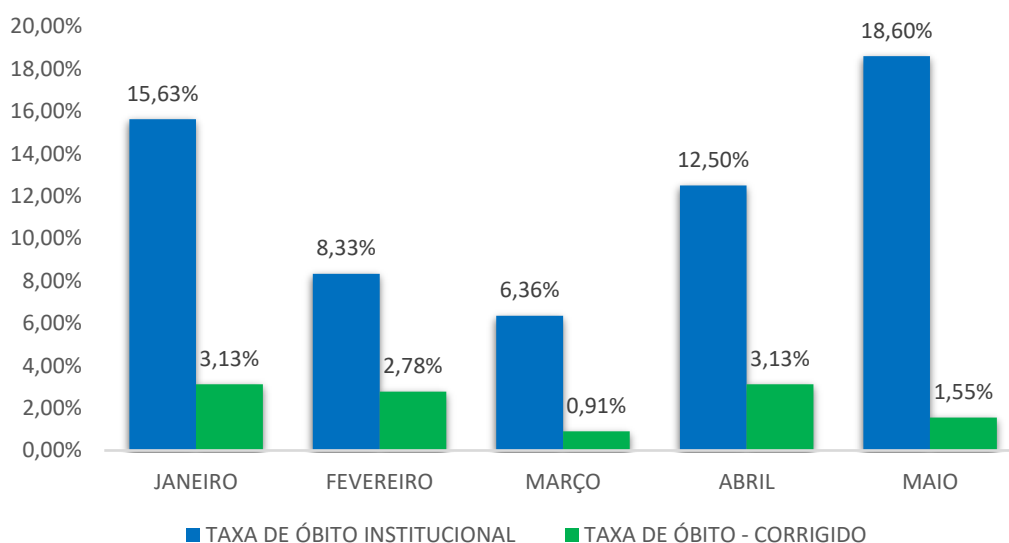
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 40. Giro de leito (Geral hospitalar)



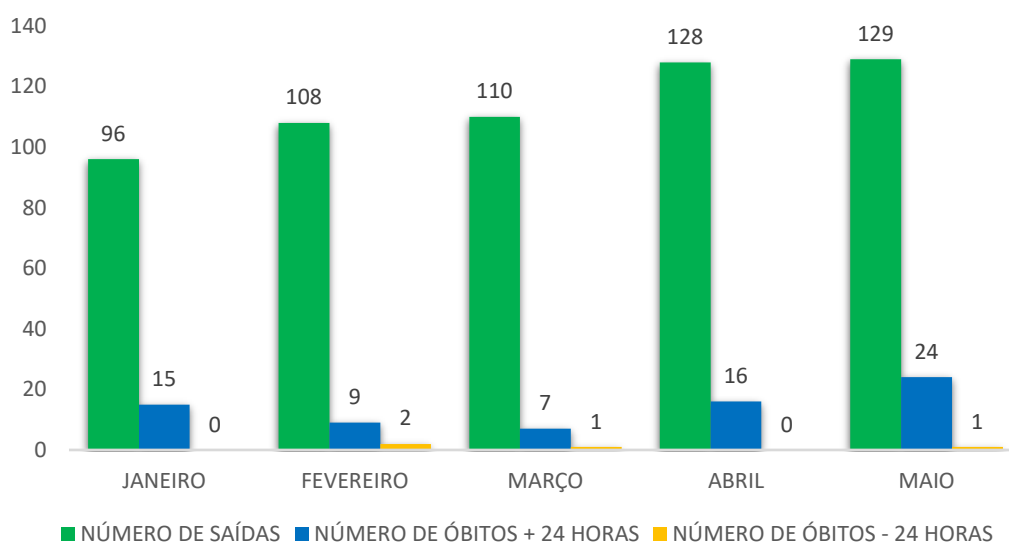
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 41. Taxa de óbito institucional e corrigida



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 42. Saídas e óbitos



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

3.3.1. Nutrição

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

- 🔗 **Avaliação Nutricional:** Nutricionistas hospitalares realizam avaliações detalhadas do estado nutricional dos pacientes. Isso pode incluir a revisão dos históricos

médicos, a análise de exames laboratoriais e a avaliação de hábitos alimentares e necessidades específicas.

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

Tabela 24. Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS	100%	96%	100%	91%	94%	91%
TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	100%	85%	102%	84%	98%	114%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	3492	3302	3469	3764	4038
NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI	QUANTO MAIOR, MELHOR	111	114	108	127	113
NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	111	114	119	135	124
NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	QUANTO MAIOR, MELHOR	57	97	90	102	109
NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS	QUANTO MAIOR, MELHOR	67	95	107	104	96
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	20379	20841	22721	22080	21524
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	NEUTRO	606	616	513	681	672

NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	NEUTRO	10760	9529	11100	10501	10755
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	34%	33%	34%	31%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	35%	36%	35%	34%	37%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	9%	12%	10%	9%	12%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	21%	18%	22%	23%	20%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25. Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	5265	7000	7632	7164	6741
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	39%	37%	37%	38%	27%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	37%	36%	36%	37%	48%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	17%	15%	16%	11%	14%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	7%	12%	13%	14%	11%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	2178	2522	1545	1410	1371
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	26%	31%	24%	26%	45%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	32%	34%	30%	38%	26%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	17%	19%	20%	17%	20%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	25%	16%	26%	19%	9%

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	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	N/A	N/A	693	900	916
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	N/A	N/A	27%	41%	13%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	N/A	N/A	36%	19%	47%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	N/A	N/A	25%	8%	16%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	N/A	N/A	12%	32%	24%

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28. Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	12750	11141	12592	12247	12124
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	36%	33%	33%	33%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	32%	32%	32%	31%	29%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	6%	6%	7%	8%	11%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	27%	26%	28%	28%	27%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29. Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	186	177	259	359	372
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	16%	17%	17%	21%	17%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	84%	83%	83%	79%	79%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	0%	0%	0%	0%	4%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – NUTRIÇÃO

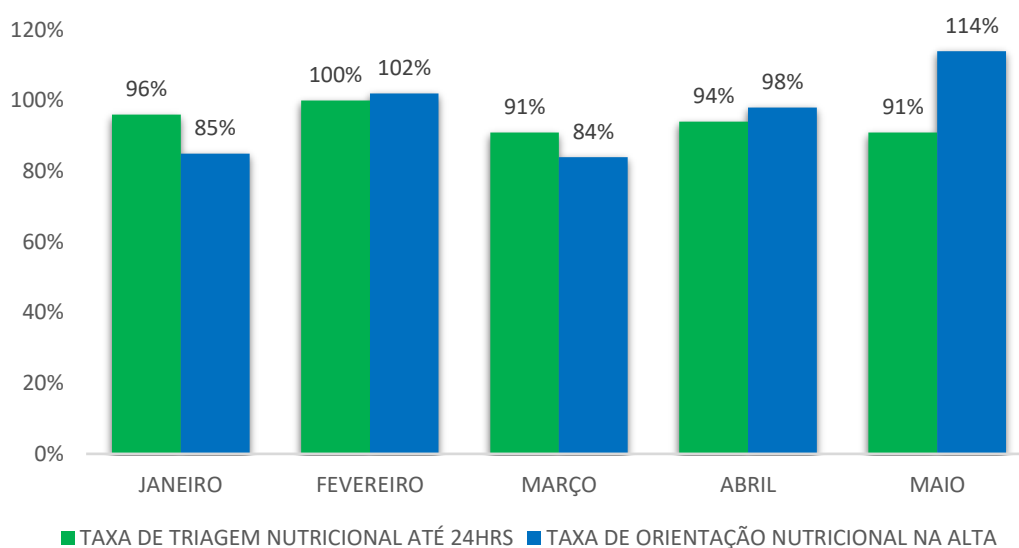
A Taxa de Orientação Nutricional na Alta apresentou variações ao longo do período, com resultados superiores a 100% em alguns meses devido à realização de reorientações nutricionais em pacientes que necessitaram de reforço das orientações previamente fornecidas, em decorrência de alterações clínicas, mudanças na conduta dietoterápica ou revisão do plano alimentar antes da alta.

Diante desse comportamento, observa-se a necessidade de revisão da metodologia e das metas do indicador, visando adequar a mensuração à realidade do IMC dos pacientes do hospital.

A análise dos indicadores nutricionais demonstra que os resultados foram influenciados, principalmente, pelo perfil clínico dos pacientes atendidos. Na UTI BTJ, observou-se aumento da taxa de desnutrição em decorrência da admissão de pacientes com sarcopenia e doenças catabólicas de alta demanda energética, dificultando a recuperação do estado nutricional durante a internação. A taxa de triagem nutricional em até 24 horas permaneceu abaixo da meta devido à transferência de alguns pacientes para procedimentos externos logo após a admissão, impossibilitando a realização da

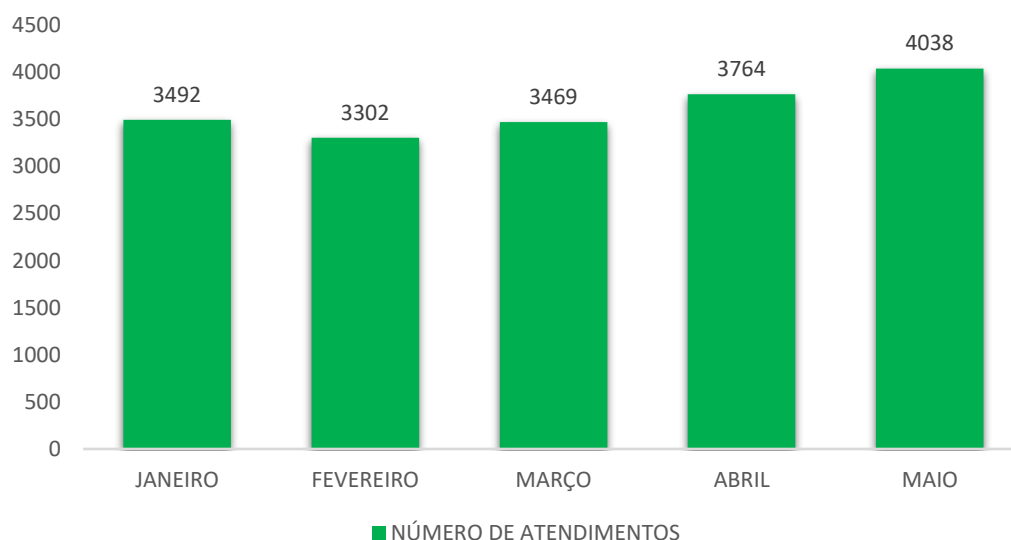
avaliação dentro do prazo estabelecido. Na Clínica Médica, houve aumento do percentual de pacientes com sobrepeso, relacionado ao predomínio de pacientes com doenças cardiovasculares e doença renal crônica, condições que interferem no estado nutricional. Já em Cuidados Prolongados, o aumento da obesidade está associado ao perfil de pacientes com baixa mobilidade, limitações físicas e dependência funcional, fatores que favorecem a manutenção do excesso de peso.

Gráfico 43. Taxa de triagem e orientação



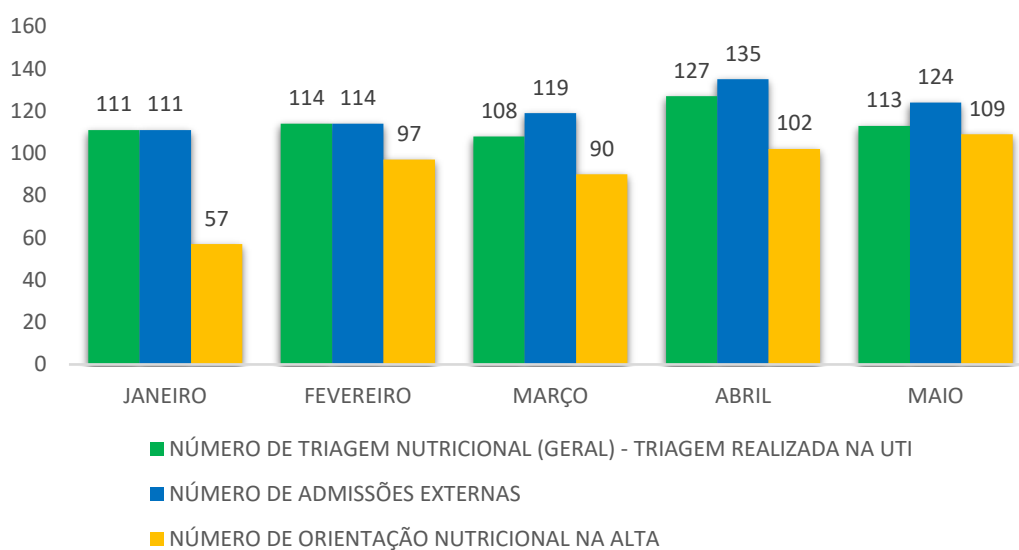
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 44. Número de atendimentos



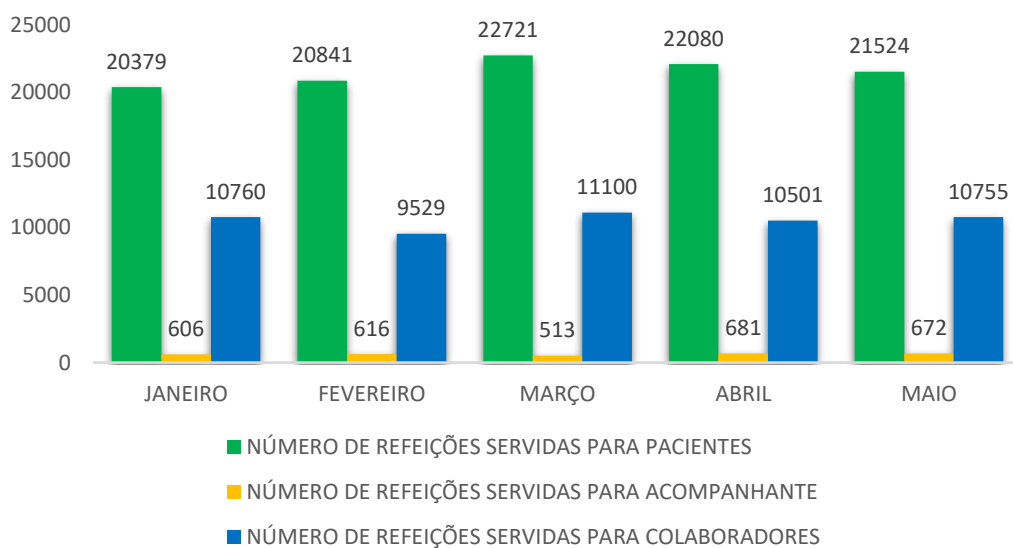
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 45. Quantitativo de triagem, admissões e orientações



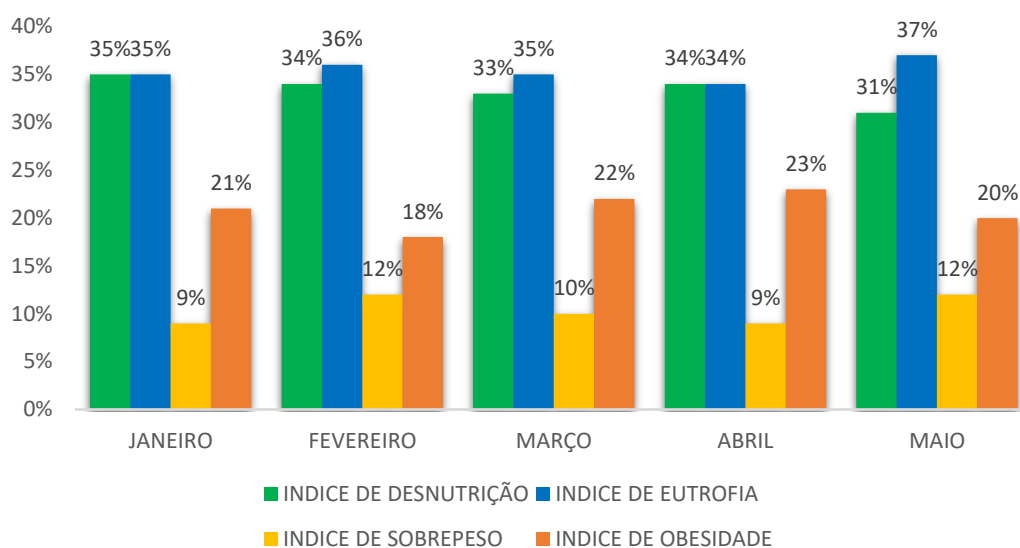
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 46. Refeições



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 47. IMC – Geral Hospitalar



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

3.3.2. Fisioterapia

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

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

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

Tabela 30. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	97%	99%	99%	96%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	93%	94%	93%	93%	93%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	97%	99%	99%	96%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	7000	5872	5721	6590	7019	7093
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO	> 10000	11034	10279	11365	11638	12354
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 7000	7058	6456	7497	7394	7759
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	10	6	13	7
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	12	2	8	2
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	1	1

MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	> 15	17	16	16	16	24
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	< 15	12	12	11	11	12
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	< 5	4	3	1	2	3
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	< 2	3	3	1	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	90%	92%	95%	90%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	96%	95%	95%	92%	93%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	6	1	1	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	3	2	1	5	7
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	5	5	3	5	6
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	2	1	1	1	3
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	2	1	1	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	99%	100%	100%	98%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	84%	95%	88%	100%	100%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	99%	100%	100%	98%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	4	2	8	7
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	2	1	5	2
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	2	1

MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	4	1	2	0	2
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	3	3	2	1	2
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	1	1	1	1	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	1	1	1	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	N/A	N/A	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	N/A	N/A	90%	100%	100%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	N/A	N/A	100%	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	2	3	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	0	3	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	N/A	N/A	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	N/A	N/A	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	2
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	N/A	N/A	1	1	1
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	0
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	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	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	0%	0%	0%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%

NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	5	8	8	7	7
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	3	3	5	4	12
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	1	1	1	2	0
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	0	1	1	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 35. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	0%*	0%*	0%*	100%	0%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	0%*	0%*	0%*	0%	0%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	0%*	0%*	0%*	100%	0%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	1	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	1	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	5	5	5	6	6
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	1	1	1	1	0
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	0	0	0	1	0
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

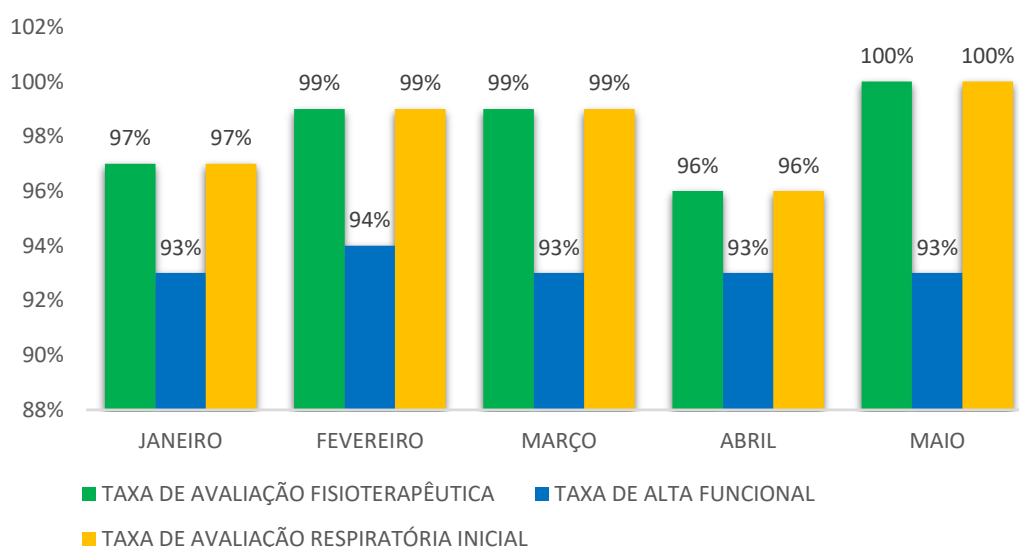
***Observação:** Não houve admissão no setor da Pediatria, portanto os indicadores: Taxa de avaliação fisioterapêutica, alta funcional e avaliação respiratória inicial estão zerados.

ANÁLISE CRÍTICA – FISIOTERAPIA

A média de pacientes traqueostomizados manteve-se elevada no período, refletindo o perfil assistencial de alta complexidade da unidade. O resultado está relacionado ao

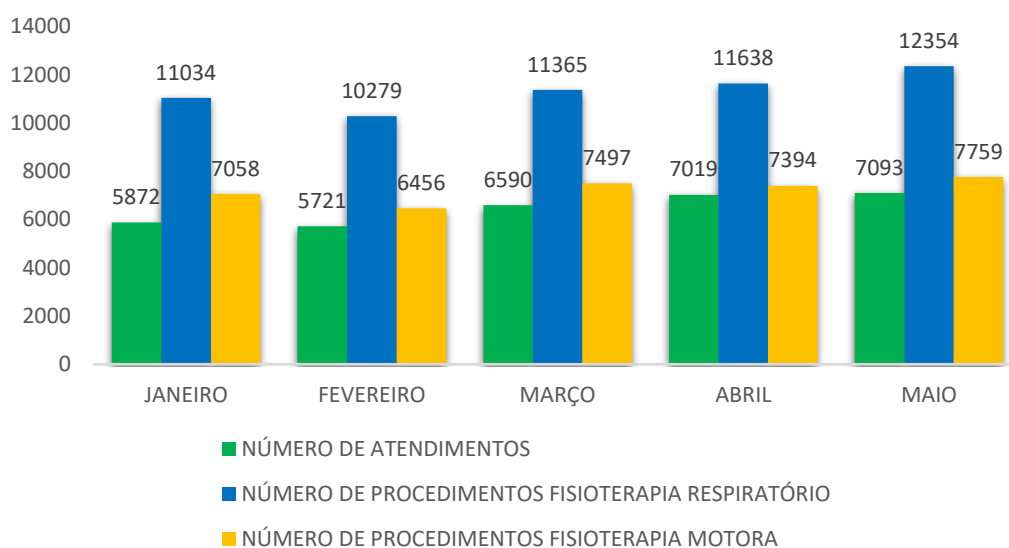
aumento de admissões de pacientes já traqueostomizados ou com necessidade de manutenção da via aérea artificial, além da realização de novos procedimentos durante a internação. Esse cenário reforça a necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo e monitoramento dos critérios clínicos para decanulação, quando aplicável. Foi realizado uma revisão e atualização das metas dos indicadores do setor para adequar a realidade da instituição.

Gráfico 48. Taxa avaliação e alta funcional

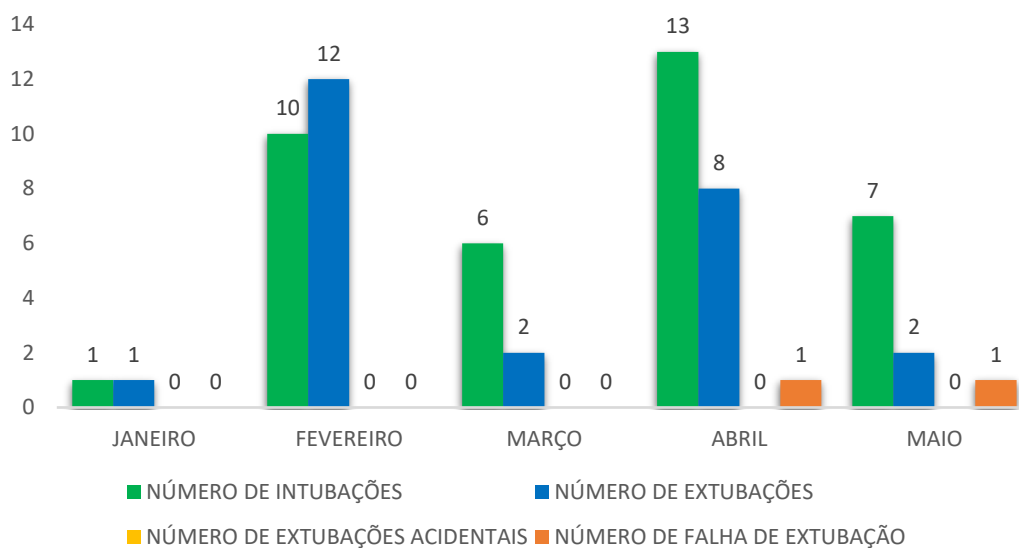


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

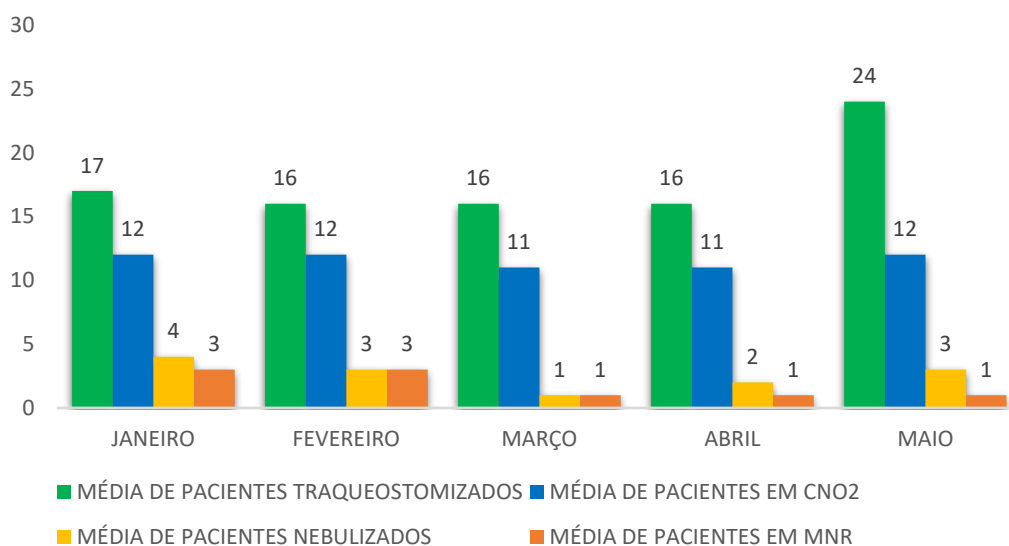
Gráfico 49. Quantitativo de atendimentos e procedimentos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 50. Número de intubações, extubações e falhas

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 51. Média de pacientes em tratamento de fisioterapia

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.3. Serviço Social

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

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

Tabela 36. Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	99%	100%	100%	100%	99%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	97%	97%	100%	94%	98%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	1
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	NEUTRO	2	4	3	2	5
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	5	3	8	4	10
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	12	14	15	17	11
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	5	16	9	21	16
TAXA DE EVASÃO	<3%	1,04%	0,90%	0%	0%	1,53%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	2,08%	3,63%	2,63%	1,52%	1,53%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	1	0	0	2
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE	< 4	2	4	3	2	2

TRATAMENTO
REALIZADAS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37. Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	95%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	96%	96%	100%	95%	97%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	2	3	1	1	4
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	4	2	8	4	8
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	3	3	3	2
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	4	8	2	13	11
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	1,38%	0%	0%	1,19%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	1,63%	2,77%	2,94%	1,28%	1,19%
TAXA DE ACOlhIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	1	0	0	1
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2	2	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	100%	95%	100%	100%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	1	2	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	1	4	0	0	0
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES	> 15	1	6	2	5	1

SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)						
TAXA DE EVASÃO	<3%	2,85%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	3%	6,66%	0%	9%	4%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2	0	1	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	N/A	N/A	100%	100%	97%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	N/A	N/A	100%	83%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	N/A	N/A	0	0	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	N/A	N/A	0	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	N/A	N/A	0	0	1
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	N/A	N/A	1	1	1
TAXA DE EVASÃO	<3%	N/A	N/A	0%	0%	5,26%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	N/A	N/A	6,66%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	N/A	N/A	100%	0%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	N/A	N/A	0	0	1
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	N/A	N/A	1	0	0

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 40. Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%	100%	100%	100%

TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	1
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0	0	1	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	1	0	0	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	11	12	11	6
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0	2	3	2	2
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	0%	100%	0%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 41. Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

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

TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	0%	0%	0%	100%	0%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0	0	0	0

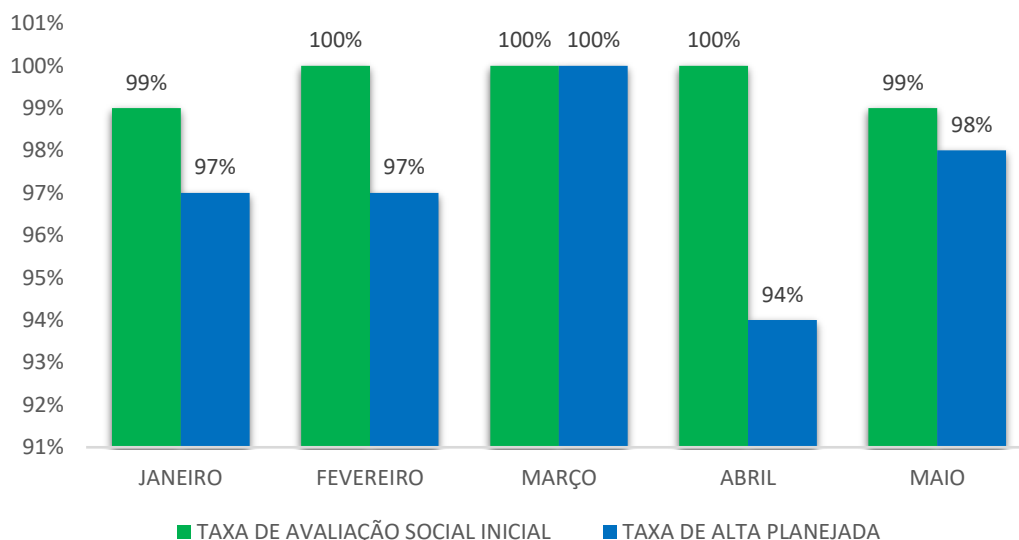
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO SOCIAL

A Taxa de Admissão em até 24 horas atingiu 99%, sendo impactada por um único caso de avaliação realizada fora do prazo, em um dia com elevado número de admissões, o que comprometeu pontualmente o indicador. O caso foi discutido com a equipe para reforço do monitoramento dos prazos estabelecidos.

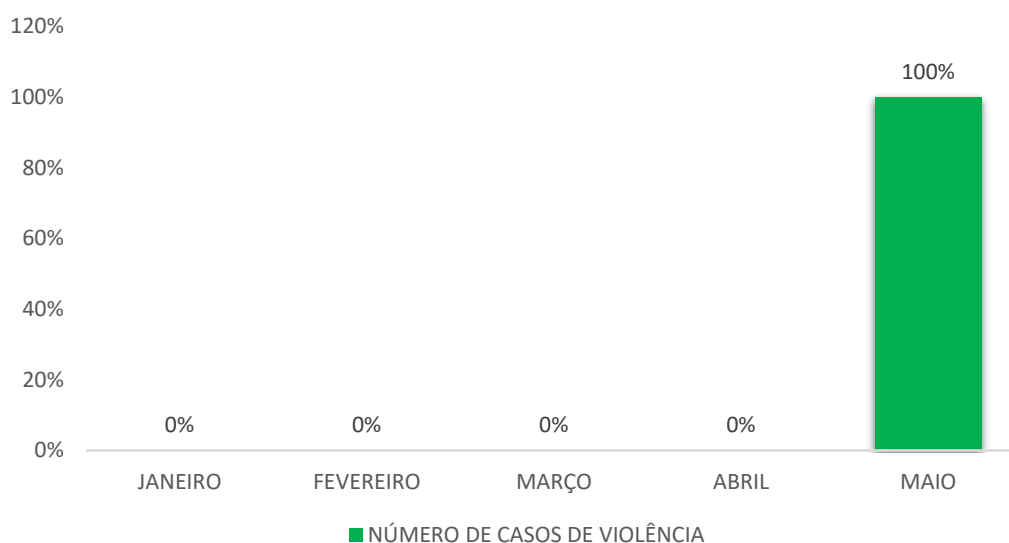
O indicador de Registro de Orientação na Alta alcançou 98%, ficando abaixo da meta devido à ausência de registro de orientação em um caso específico. A equipe foi orientada quanto à importância do correto registro das orientações prestadas, visando garantir a rastreabilidade das ações e a conformidade do processo de alta.

Gráfico 52. Taxa de avaliação e alta planejada



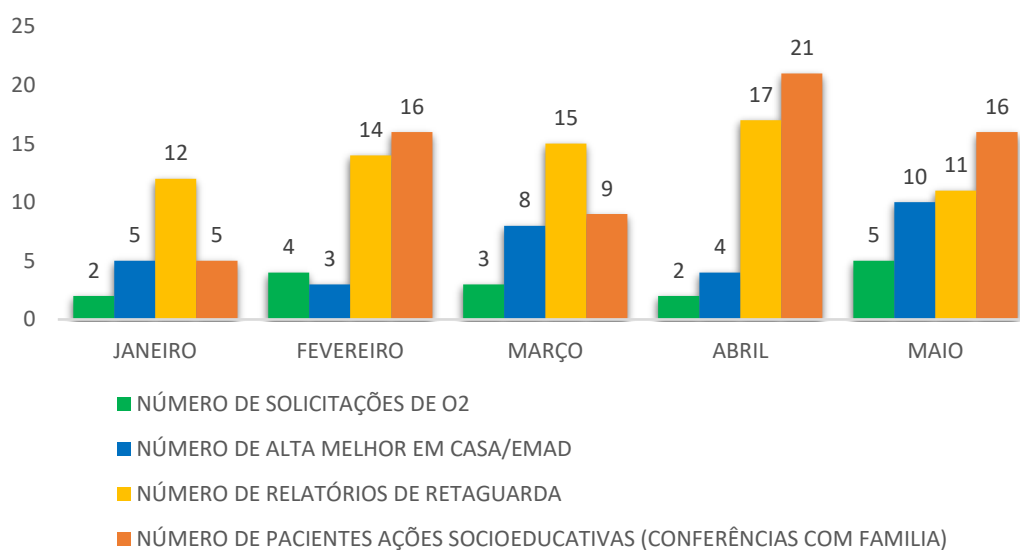
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53. Número de casos de violência



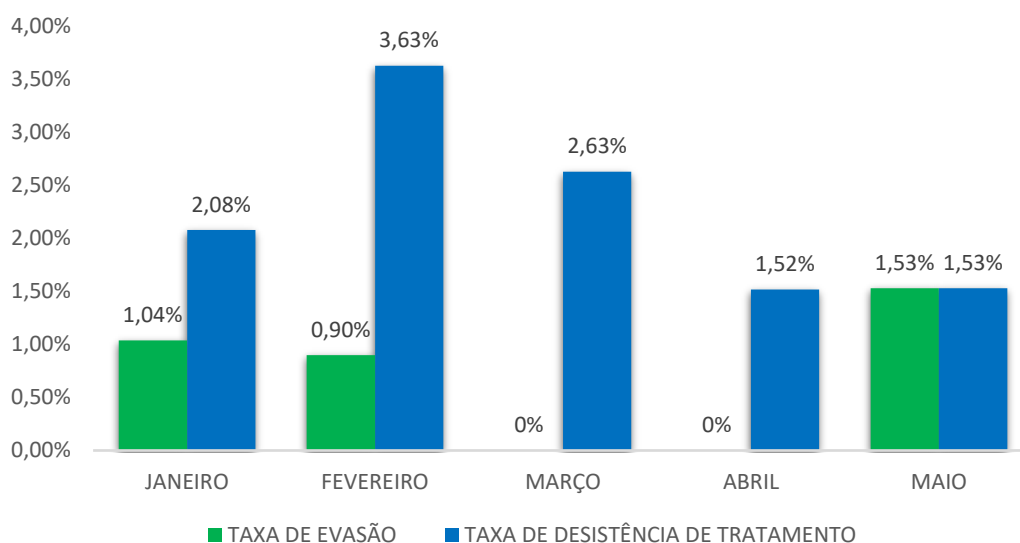
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 54. Produção do serviço social



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 55. Taxa de evasão e desistência de tratamento



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.4. Psicologia

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

- **Avaliação Psicológica:** Psicólogos hospitalares realizam avaliações detalhadas para entender o estado emocional e psicológico dos pacientes. Isso pode incluir a análise de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos, além de avaliar o impacto psicológico da doença e do tratamento.
- **Apoio ao Luto e Perda:** Oferecem suporte a pacientes e famílias que estão lidando com a perda de entes queridos ou com o luto relacionado ao processo de morte e morrer. Isso pode incluir intervenções para ajudar a processar o luto e encontrar formas saudáveis de lidar com a perda.
- **Promoção da Adaptação ao Tratamento:** Ajudam os pacientes a lidar com os desafios emocionais relacionados ao tratamento médico, como efeitos colaterais, mudanças na autoimagem e a adaptação a novas realidades de vida.

Trabalham para melhorar a adesão ao tratamento e apoiar a resiliência emocional.

- 👉 Suporte a Familiares e Cuidadores: Oferecem apoio psicológico a familiares e cuidadores, ajudando-os a lidar com o estresse e os desafios emocionais associados ao cuidado de um ente querido no hospital. Isso pode incluir estratégias para lidar com o desgaste emocional e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Tabela 42. Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	97%	98%	95%	91%	94%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	2	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	19,25%	1,20%	2,91%	1,94%	11,92%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	93%	92%	86%	92%	86%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	64	56	40	58	91
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	14	12	9	14	12
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	NEUTRO	3	8	17	19	10
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	17	17	14	15	26
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%	84%	78%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0,60%	0,60%	5,48%	8,10%	2,43%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E	NEUTRO	9	5	4	9	20

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	3	7	4	2	4
--	--------	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43. Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	100%	100%	90%	90%	93%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	1	2	2	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	78%	0%	0%	5,80%	17,24%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	94%	90%	85%	93%	82%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	22	19	21	32	53
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	7	6	8	10	6
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	NEUTRO	0	0	4	12	8
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	14	11	11	12	21
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	3%	2,27%	2,27%	21%	6,80%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	2	2	3	4	13
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	1	1	3	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	98%	98%	95%	95%	94%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	1	1	1	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	100%	0%	0%	0%	50%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	89%	95%	94%	86%	92,30%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	36	32	11	17	18
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	6	6	1	2	2
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	NEUTRO	2	1	0	5	1
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	3	3	3	2	1
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	0%	0%	4,60%	18%	10%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	5	3	1	1	4
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	2	4	1	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	N/A	N/A	100%	85%	97%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	1	1	1

PSICOLOGICAS REALIZADAS						
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	0%	0%	0%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	N/A	N/A	80%	83%	93%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	N/A	N/A	8	8	9
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	3
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	NEUTRO	N/A	N/A	5	1	1
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	3
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	N/A	N/A	23%	28%	0%
NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	N/A	N/A	1	1	1
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 46. Indicadores de Psicologia (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	100%	100%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	1	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	5,40%	2,10%	2,40%	0%	9,58%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%

NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	6	5	0	0	9
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	1	0	0	2	1
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSQUIÁTRICO	NEUTRO	1	7	8	1	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	0	3	0	0	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%	84,69%	78%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	2	0	0	3	2
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	0	2	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47. Indicadores de Psicologia (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	100%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	0	0	0	1	2
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	0	0	0	0	0

NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSQUIÁTRICO	NEUTRO	0	0	0	0	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	0	0	0	0	1
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0	0	0	0	0
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	0	0	0	0	1
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	0%	0%	0%	100%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

Alteração de Indicador: A partir desta competência, o indicador "Taxa de Alta Terapêutica" passa a ser denominado "Taxa de Orientação de Alta da Psicologia", visando representar de forma mais fidedigna o processo monitorado.

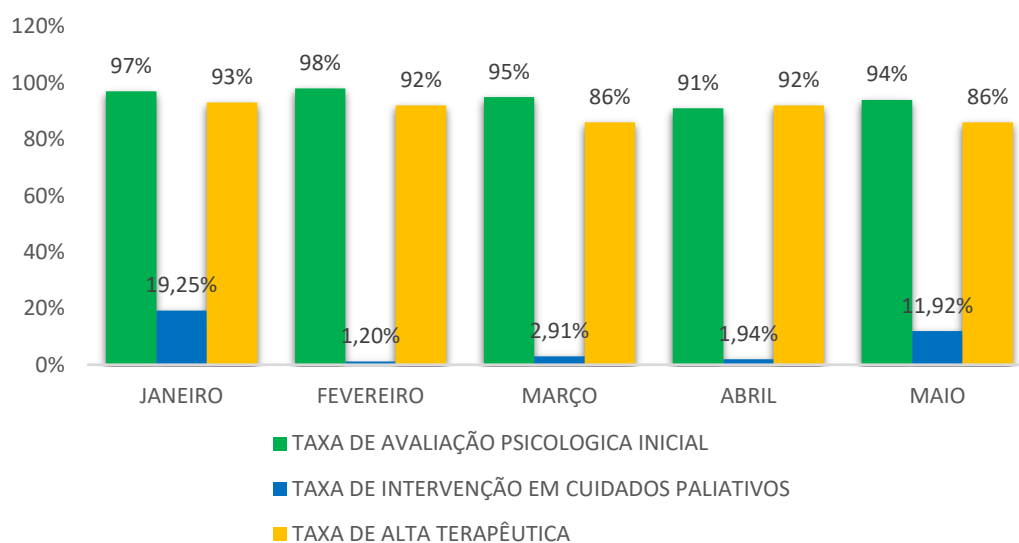
A Taxa de Orientação de Alta da Psicologia atingiu 86%, permanecendo abaixo da meta institucional de 90%. O resultado foi impactado principalmente por altas ocorridas em finais de semana e feriados, altas realizadas fora do fluxo habitual, indisponibilidade do profissional durante parte da internação e ausência de registro das orientações de alta em alguns prontuários. Os resultados foram discutidos com a equipe, reforçando a importância da realização e do registro adequado das orientações de alta, bem como do acompanhamento dos pacientes elegíveis, com o objetivo de aprimorar o desempenho do indicador nos próximos períodos.

A Taxa de Pacientes em Risco de Vulnerabilidade Emocional e Risco de Suicídio foi de 2,43%, mantendo-se dentro da meta estabelecida (<5%), refletindo o acompanhamento

contínuo e as intervenções realizadas pela equipe junto aos pacientes identificados em situação de risco.

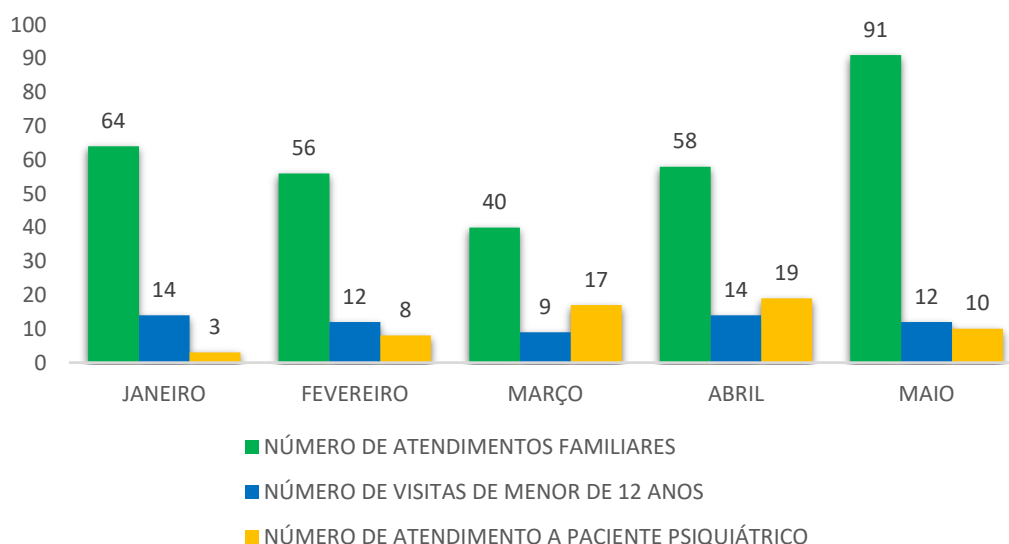
O Número de Atendimentos Familiares totalizou 91 atendimentos, superando significativamente a meta estabelecida (>25). O resultado evidencia o fortalecimento do acolhimento, do suporte emocional às famílias e da participação dos familiares no processo assistencial, contribuindo para uma assistência mais humanizada e integral.

Gráfico 56. Avaliações, intervenções e alta terapêutica



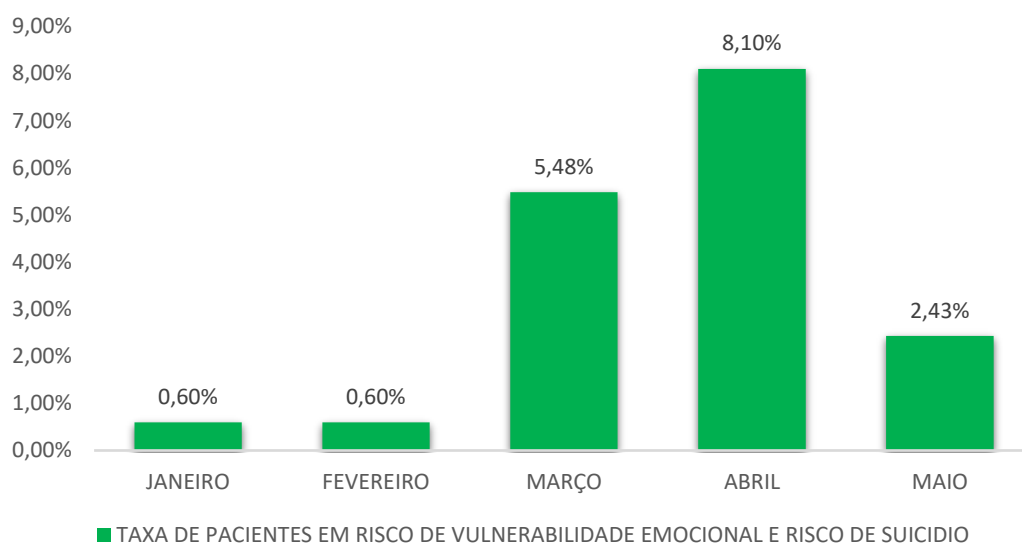
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57. Quantitativos de atendimentos



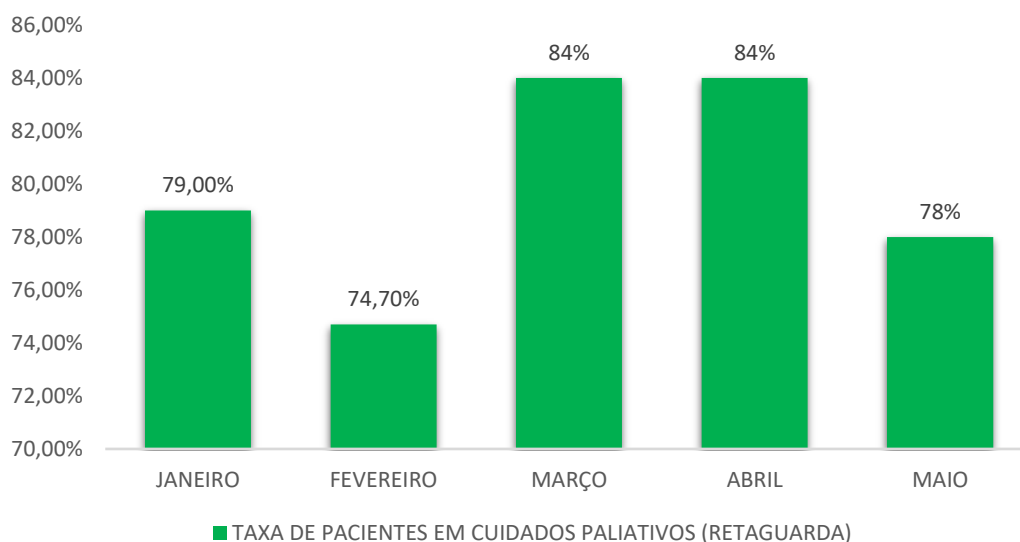
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



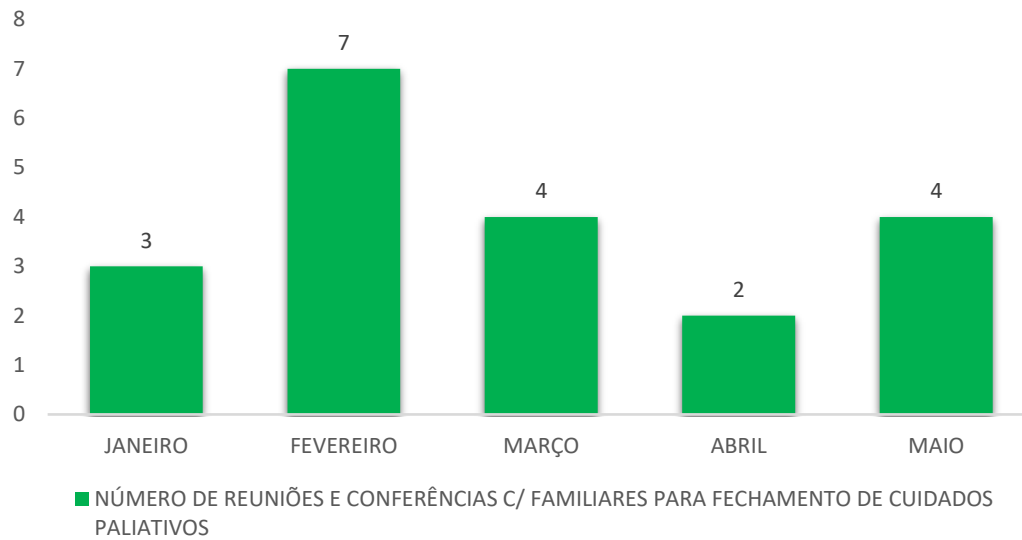
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



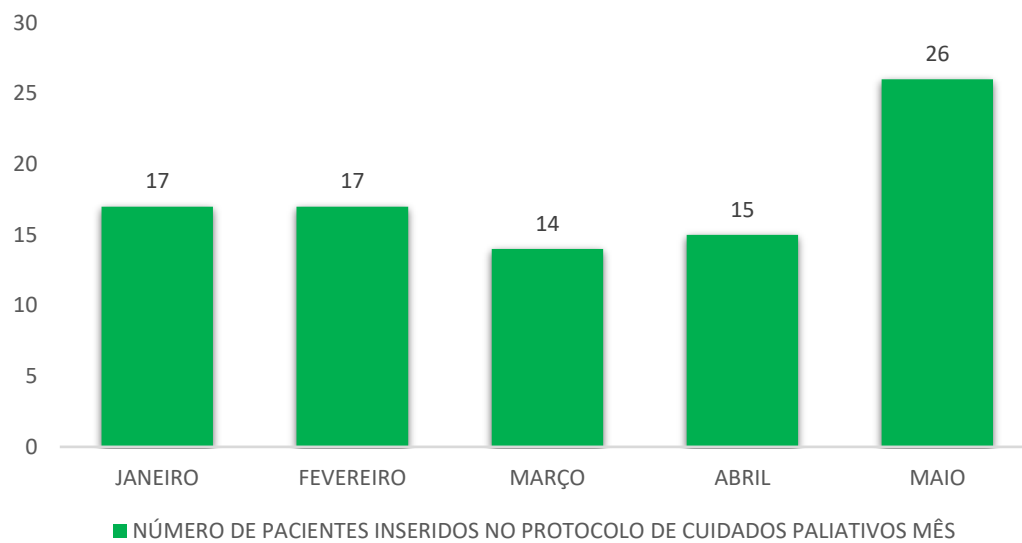
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 62. Número de acolhimentos de óbitos e comunicação de más notícias

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.5. Fonoaudiologia

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

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

Tabela 48. Indicadores de Fonoaudiologia (Geral Hospitalar)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 49. Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	78%	71%	80%	*	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	1	4	*	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	100%	*	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	25%	71%	*	*

TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	66%	0%	100%	*	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	100%	100%	100%	*	*
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	40	22	78	*	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	40	23	56	*	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	1	3	*	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	4	5	0	*	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

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

NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	0	0	*	*
-----------------------------------	----------------------	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

Tabela 52. Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados)

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 53. Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria)

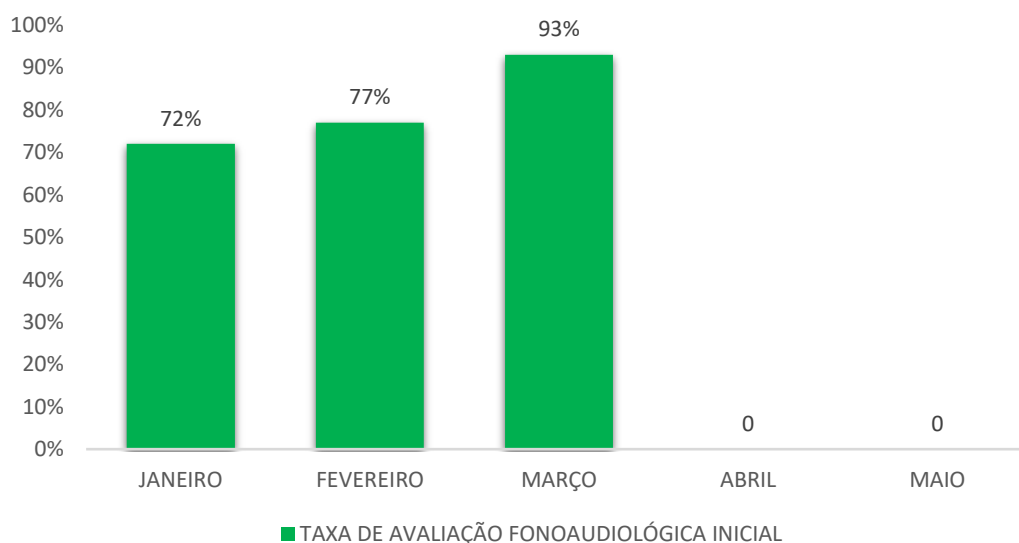
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	*	*
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	6	6	*	*
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*	*
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	100%	0%	*	*

TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*	*
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%	0%	*	*
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	71	58	64	*	*
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	0	58	69	*	*
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	*	*
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	*	*

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

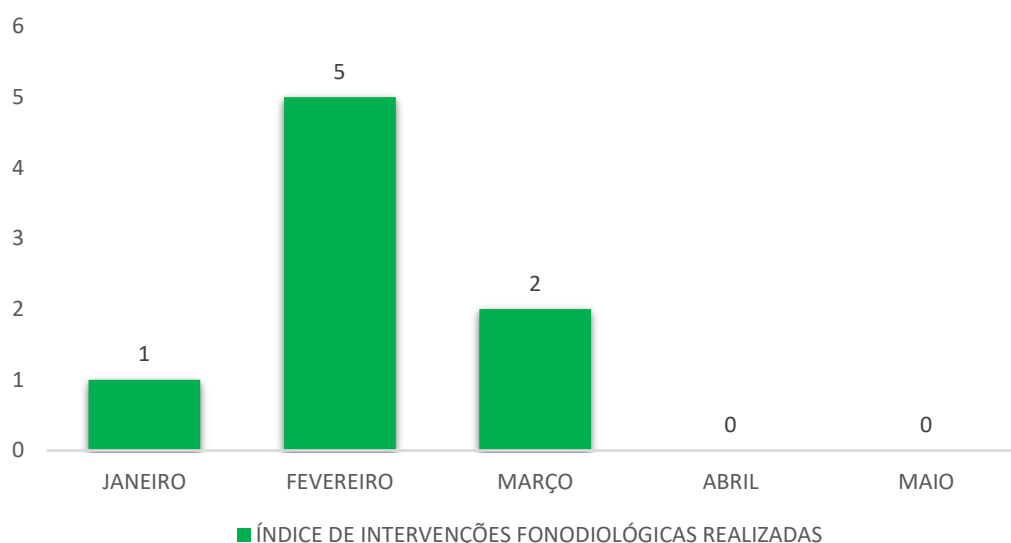
Gráfico 63. Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

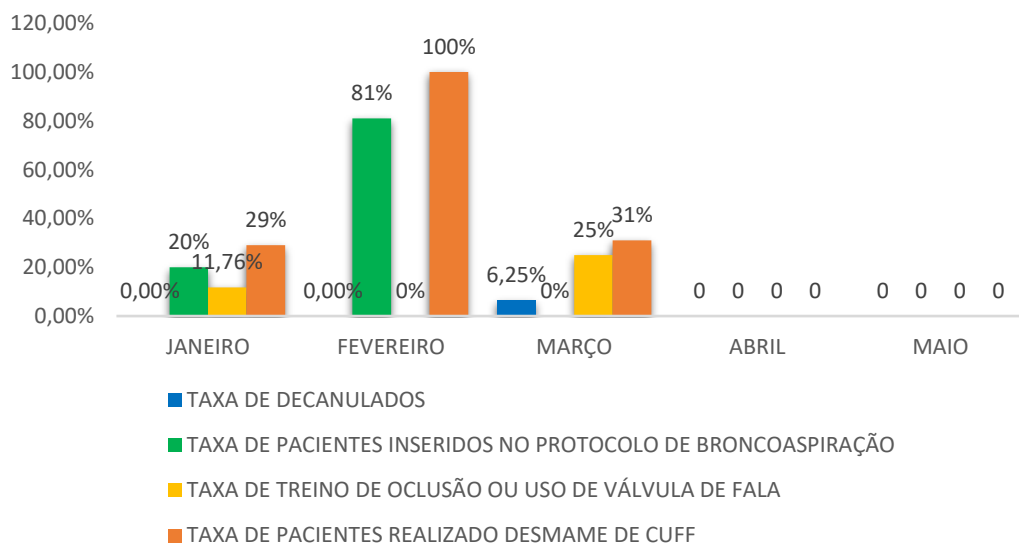
Gráfico 64. Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Gráfico 65. Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos



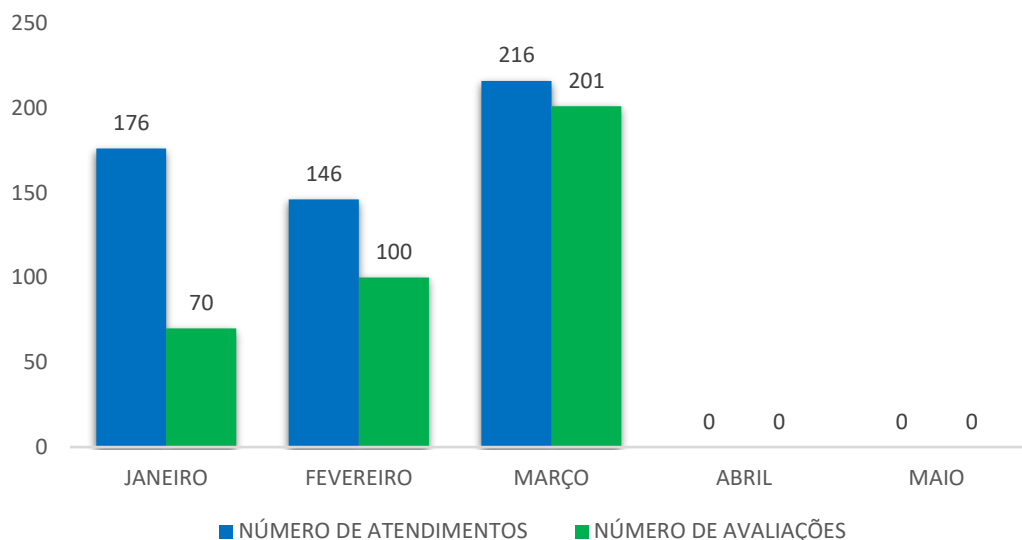
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Gráfico 67. Número de atendimentos e avaliações

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Gráfico 68. Número de altas da fonoaudiologia

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

3.3.6. Terapia Ocupacional

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

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

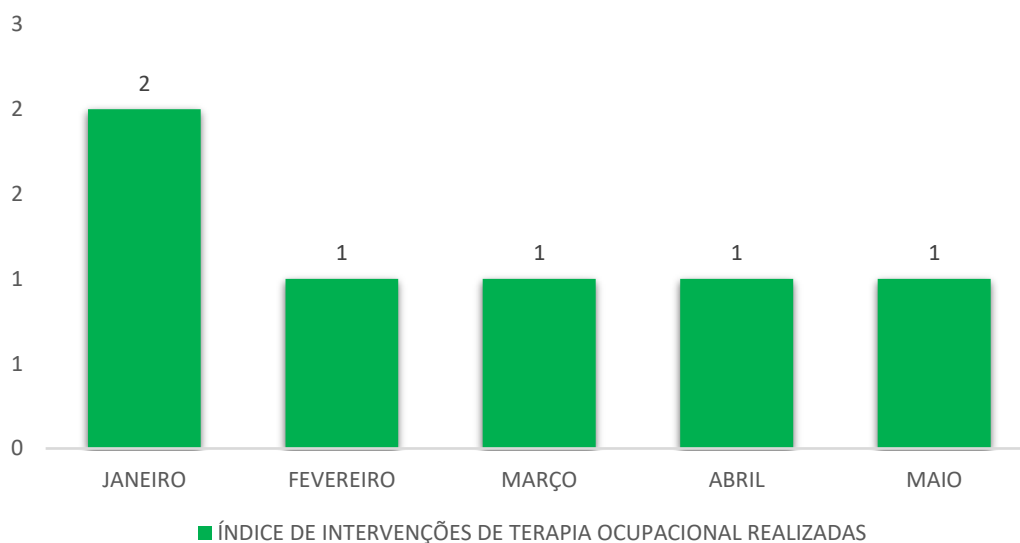
- **Reabilitação Cognitiva:** Para pacientes com comprometimento cognitivo, trabalham para melhorar habilidades como memória, atenção e resolução de problemas, utilizando atividades e exercícios específicos.
- **Intervenção em Casos de Lesões ou Doenças Neurológicas:** Oferecem suporte a pacientes com condições neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões na medula espinhal, para melhorar a recuperação funcional.

Tabela 54. Indicadores de Terapia Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	1	1	1	1
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	NEUTRO	165	127	183	158	147
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	NEUTRO	5	5	0	12	1
NÚMERO DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	NEUTRO	0	0	6	0	3
NÚMERO DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO EM CONJUNTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	NEUTRO	60	272	196	176	147
NÚMERO DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	NEUTRO	162	190	250	170	260

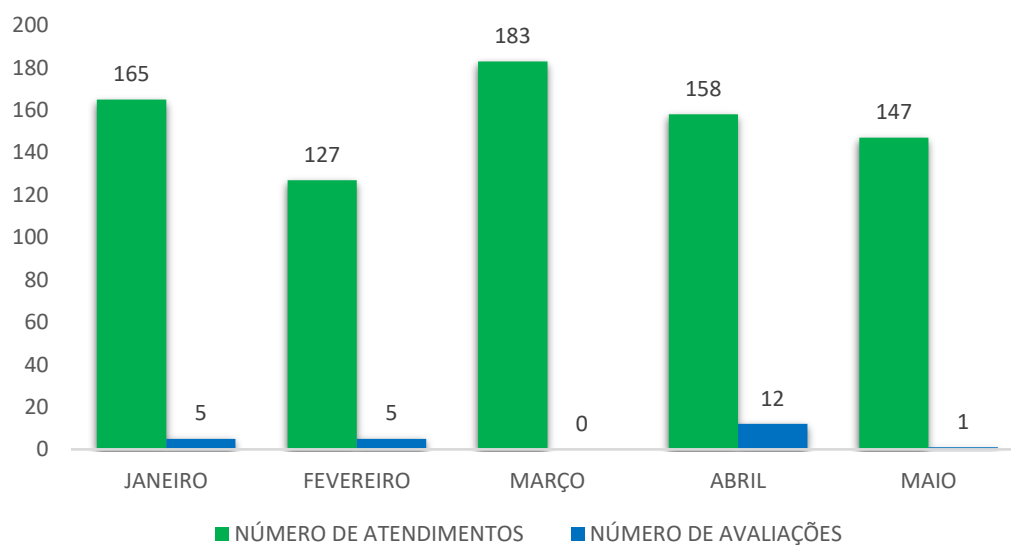
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69. Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas

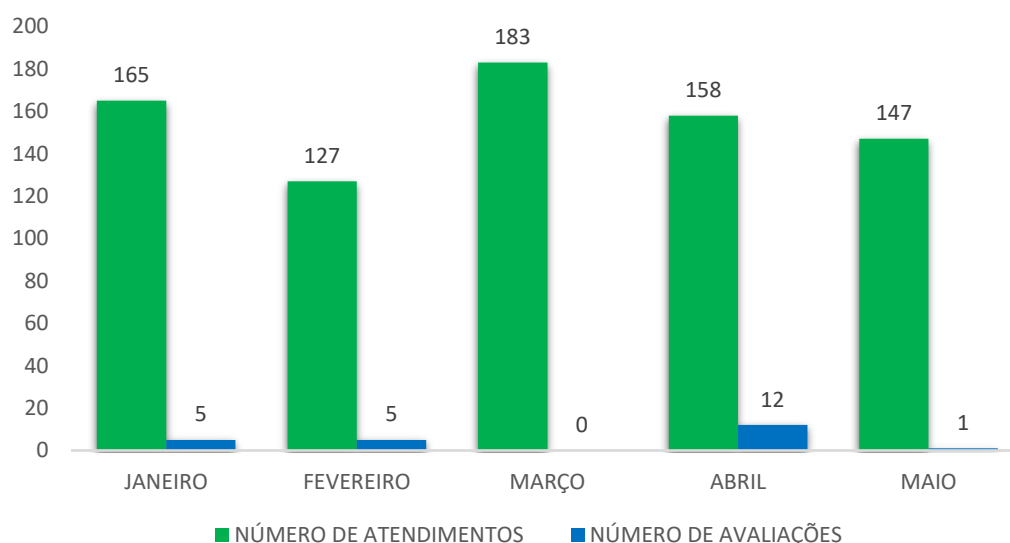


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 70. Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 71. Produção da terapia ocupacional

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.7. Terapias Alternativas

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

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

👉 **Ozonoterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio (O₃) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonoterapia, o ozônio é aplicado em concentrações controladas e pode ser administrado por diferentes vias, dependendo da condição a ser tratada.

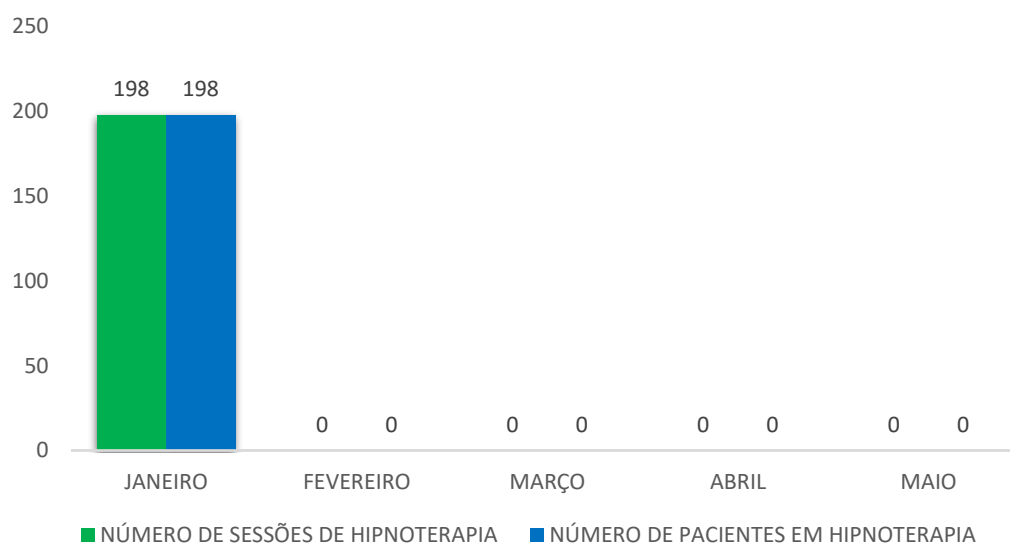
Tabela 55. Indicadores de Terapias Alternativas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	N/A	N/A	N/A	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	198	N/A	N/A	N/A	N/A
NÚMERO DE PACIENTES EM HIPNOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	198	N/A	N/A	N/A	N/A
FREQUÊNCIA DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	N/A	N/A	N/A	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	31	N/A	N/A	N/A	N/A
NÚMERO DE PACIENTES EM CROMOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	31	N/A	N/A	N/A	N/A
NÚMERO DE INTERAÇÃO EM CONJUNTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	N/A	N/A	N/A	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	100	83	125	122	125
NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	22	22	25	33	32
CONSUMO DE CILINDRO O₂	NEUTRO	2	2	2	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

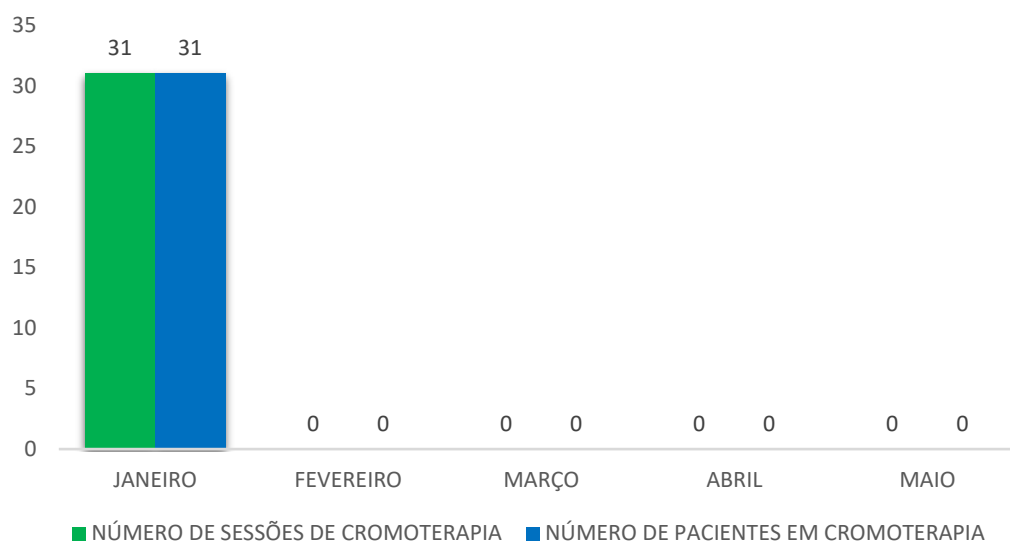
Gráfico 72. Hipnoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

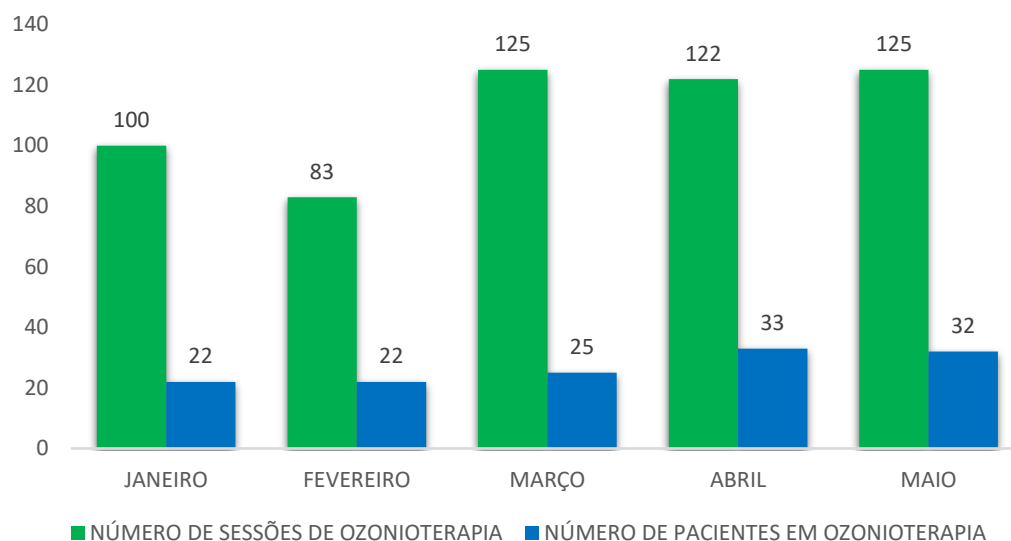
Gráfico 73. Cromoterapia



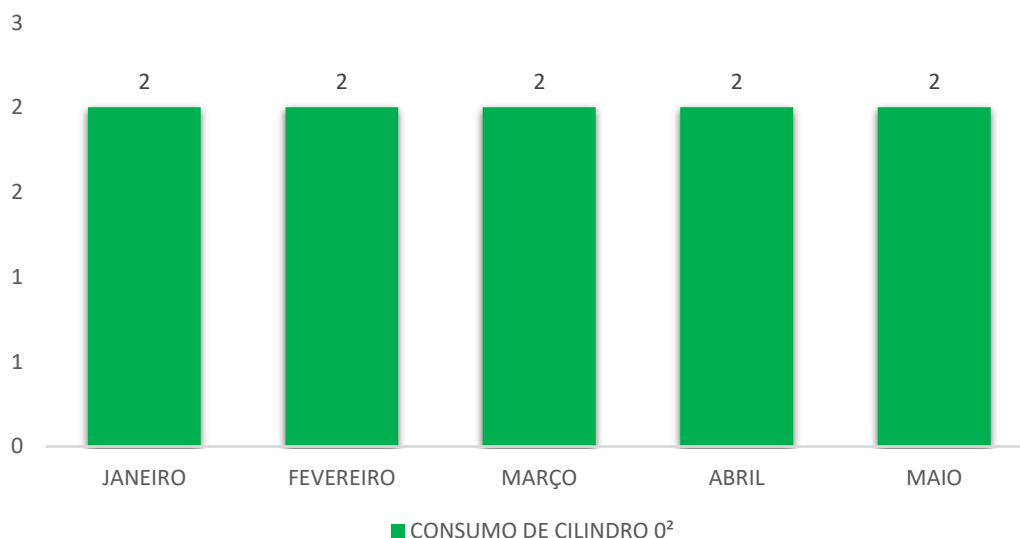
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Gráfico 74. Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 75. Consumo de cilindro O₂

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

3.3.8. Estomaterapia

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

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

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

Tabela 56. Indicadores de Estomaterapia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE LPP - GLOBAL	< 15%	2,54%	1,79%	6,80%	1,69%	2,98%
TAXA DE LPP - UTI	< 5%	2,08%	3,64%	3,92%	1,85%	1,85%
TAXA DE LPP - CLÍNICA MÉDICA	< 5%	8,70%	0%	7,41%	2,60%	4%
TAXA DE LPP - CUIDADOS PROLONGADOS	< 5%	2,00%	1,92%	7,92%	0,94%	2,83%
PREVALÊNCIA DE PRESÃO POR PRESSÃO	QUANTO MENOR, MELHOR	49,75%	31,84%	36,41%	35,86%	30,64%
% DE PACIENTES SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO	> 95%	99,15%	95,61%	99,13%	99,24%	95,16%
NÚMERO TOTAL DE LESÕES EM PACIENTES INTERNADOS	QUANTO MENOR, MELHOR	98*	71	75	85	72
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO COMUNITÁRIA	QUANTO MENOR, MELHOR	8*	6	5	10	7
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO HOSPITALAR	QUANTO MENOR, MELHOR	5*	4	14	4	7

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

*Feita correções de dados retroativos.

ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

Em maio de 2026 foram registradas 7 novas Lesões por Pressão (LPP), representando aumento de 75% em relação a abril (4 casos) e resultando em uma Taxa Global de LPP de 2,98%, superior ao mês anterior (1,69%). Embora o indicador permaneça abaixo do pico observado em março (6,80%), o aumento sinaliza uma oportunidade de aprimoramento dos processos preventivos e reforça a necessidade de monitoramento contínuo.

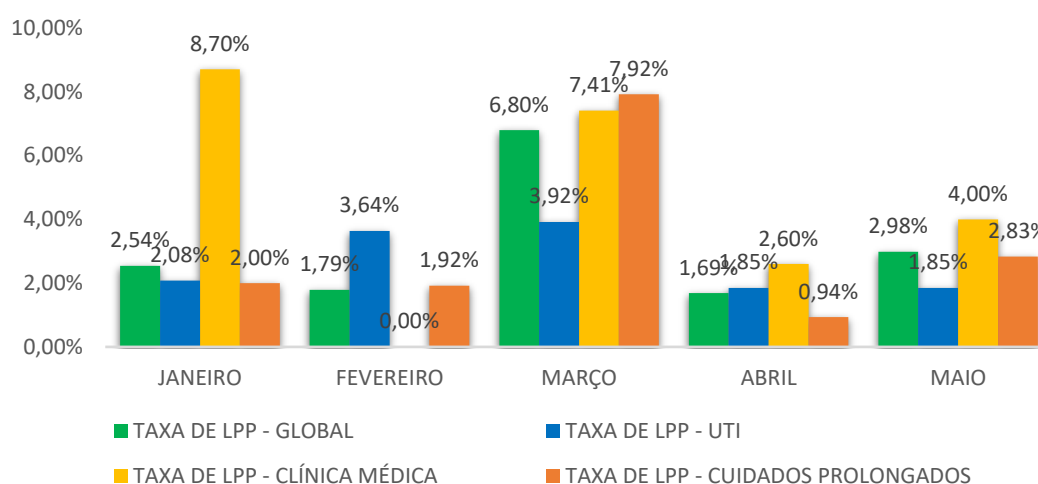
A análise dos casos evidencia que a maior parte das lesões ocorreu em pacientes com características clínicas associadas a risco extremamente elevado, incluindo mobilidade severamente comprometida, dependência total para mudança de decúbito, uso de terapia nutricional enteral, múltiplas comorbidades, deterioração clínica progressiva e cuidados paliativos. Esses fatores representam riscos intrínsecos importantes, porém reforçamos que mesmo em pacientes de alto risco é necessário avaliar continuamente a confiabilidade das barreiras de prevenção implementadas.

Observou-se que os casos registrados na UTI Beija-Flor, Clínica Médica e Retaguarda ocorreram em pacientes com Escala de Braden compatível com alto risco e evolução clínica desfavorável. Entretanto, durante a análise dos eventos foram identificadas fragilidades relacionadas à execução consistente das medidas preventivas. Destaca-se principalmente a não utilização precoce de dispositivos de alívio de pressão e proteção de proeminências ósseas em alguns pacientes, além de evidências de adesão inconsistente à mudança de decúbito conforme recomendado pelo protocolo institucional.

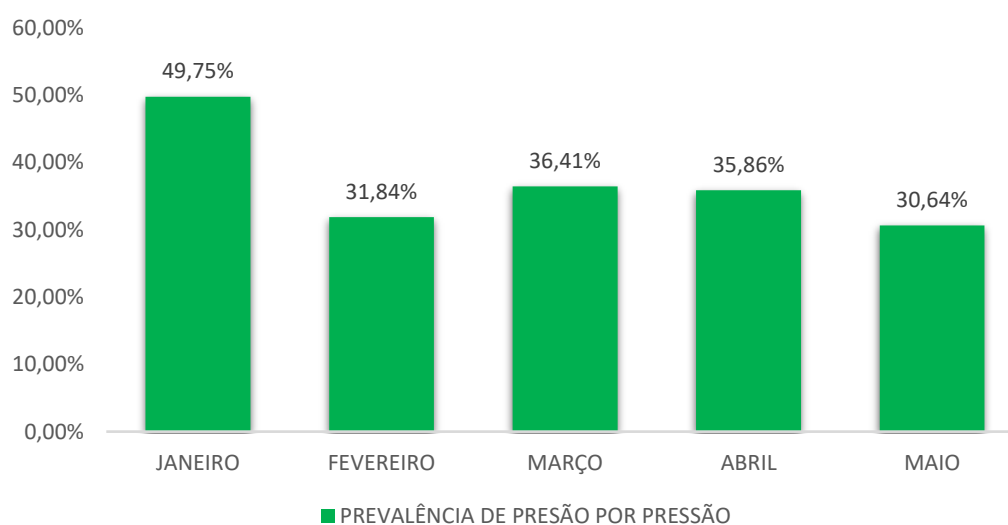
Os resultados refletem não apenas as condições dos pacientes, mas também a robustez dos processos assistenciais. Dessa forma, embora os fatores clínicos tenham contribuído significativamente para o desenvolvimento das lesões, os eventos apontam para oportunidades de melhoria relacionadas à confiabilidade do sistema, especialmente nos seguintes aspectos:

- Adesão à mudança de decúbito nos intervalos preconizados;

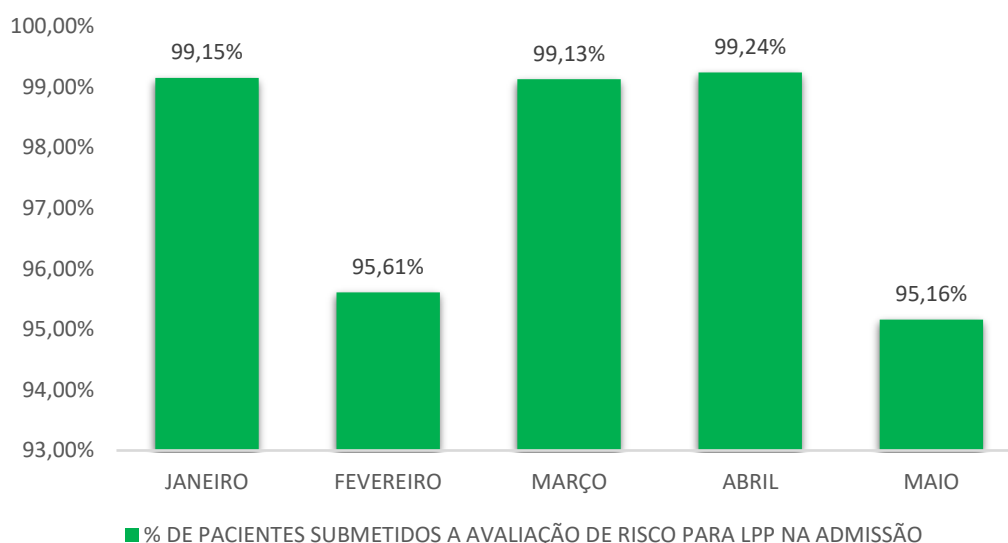
- Utilização precoce e adequada de superfícies de redistribuição de pressão;
- Proteção preventiva de proeminências ósseas em pacientes de alto risco;
- Monitoramento sistemático dos pacientes classificados como alto risco pela Escala de Braden;
- Integração entre enfermagem, nutrição e equipe médica para abordagem multidisciplinar dos fatores de risco.
- As ações propostas contemplam intervenções voltadas para aumento da confiabilidade dos processos assistenciais.

Gráfico 76. Taxas de lesão por pressão

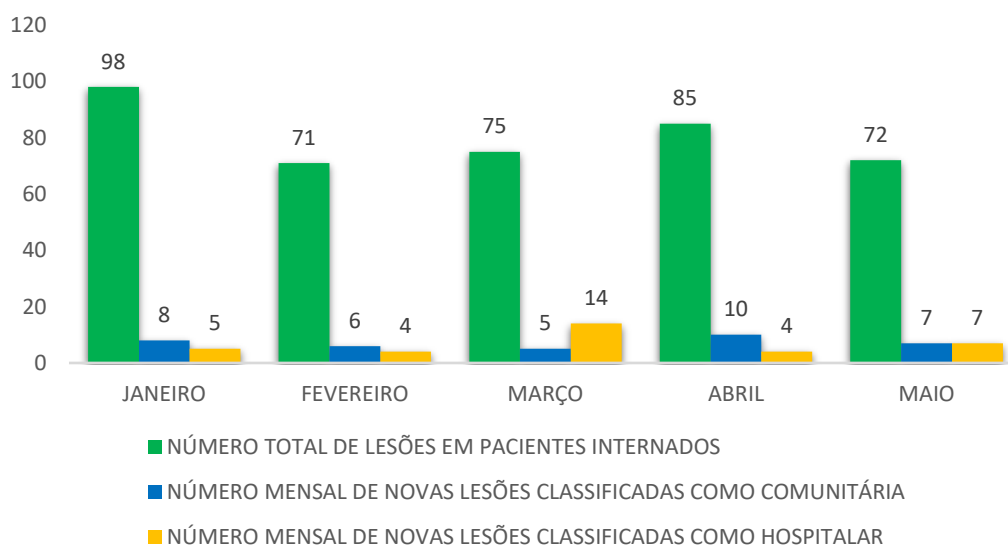
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

Gráfico 77. Prevalência de lesão por pressão

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

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

Fonte: Relatório Interno – Estomatoterapia.

Gráfico 79. Análise de lesões

Fonte: Relatório Interno – Estomatoterapia.

3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

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

3.4.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	87%	87%	82%	83%	84%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	80%	44%	67%	85%	52%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	N/A	N/A	100%	100%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	23%	21%	13%	16%	20%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	35	37	37	37	37
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	208	247	354	217	171
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	174	199	292	167	138
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	115	91	195	81	75
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	15	27	49	37	33
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	46	52	46	34	34
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	23	58	64	50	23
OUTROS	NEUTRO		8	2	4	3
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	3	6	21	28	15
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	108	44	27	48	29
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	28	37	26	35	49
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	5	3	5	2
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	49	97	226	66	52
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	3	6	1	3	8
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	8	25	48	13	7

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	73%	90%	76%	87%	97%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	62%	40%	68%	65%	67%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	100%	100%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	32%	21%	9%	14%	25%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	10	10	10
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	68	90	140	92	65
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	50	81	106	80	63
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	29	34	84	37	25
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	5	8	19	16	14
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	22	19	13	13	16
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	12	29	23	23	10
OUTROS	NEUTRO	1	6	2	2	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	4	4	8	8	6
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	19	14	13	21	15
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	6	14	8	18	16
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	2	1	1	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	32	37	87	32	18
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	1	6	0	1	6
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	5	7	20	4	4

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	90%	72%	89%	100%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	82%	41%	72%	84%	82%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A

TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	40%	31%	5%	75%	43%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	20	29	36	8	7
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	18	21	32	8	7
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	12	16	22	1	2
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	0	1	10	0	2
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	8	9	2	6	3
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	0	2	2	1	0
OUTROS	NEUTRO	0	0	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	0	0	0	0	1
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	3	5	3	0	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	4	2	0	0	1
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	1	0	1	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	13	18	33	6	5
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	0	0	0	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	0	2	0	1	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	ABRIL	MAIO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	N/A	N/A	100%	100%	92%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	N/A	N/A	72%	62%	65%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	N/A	N/A	11%	42%	31%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	N/A	N/A	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	N/A	N/A	9	19	13
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	N/A	N/A	9	19	12

CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	N/A	N/A	7	10	6
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	3
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	N/A	N/A	1	8	4
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	N/A	N/A	1	1	0
OUTROS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	N/A	N/A	0	9	1
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	N/A	N/A	2	0	1
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	5
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	N/A	N/A	7	5	6
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	N/A	N/A	0	4	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	ABRIL	MAIO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	95%	100%	93%	80%	84%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	88%	86%	85%	70%	72%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	26%	31%	18%	6%	19%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	12	12	12	12	12
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	43	47	136	50	43
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	41	47	126	40	36
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	16	14	70	19	19
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	3	3	15	13	9
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	11	15	25	3	8
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	12	13	26	14	7
OUTROS	NEUTRO	4	0	0	0	1
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	1	1	13	11	7

META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	2	1	2	10	8
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	8	11	10	14	12
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	0	1	1	1
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	16	19	83	4	11
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	1	0	1	0	1
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	10	13	26	2	2

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	100%	100%	75%	100%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	75%	100%	73%	79%	85%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	0%	25%	11%	0%	33%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	5	5	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	3	4	8	3	3
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	3	4	6	3	3
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	0	0	3	1	2
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	0	1	3	1	0
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	0	1	1	0	1
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	3	2	2	1	0
OUTROS	NEUTRO	1	0	0	1	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	0	0	0	0	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	0	0	0	0	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	1	3	4	1	1
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	0	0	0	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	1	0	4	1	2
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	0	0	0	0	0

META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	0	1	1	0	0
-----------------------	--------	---	---	---	---	---

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

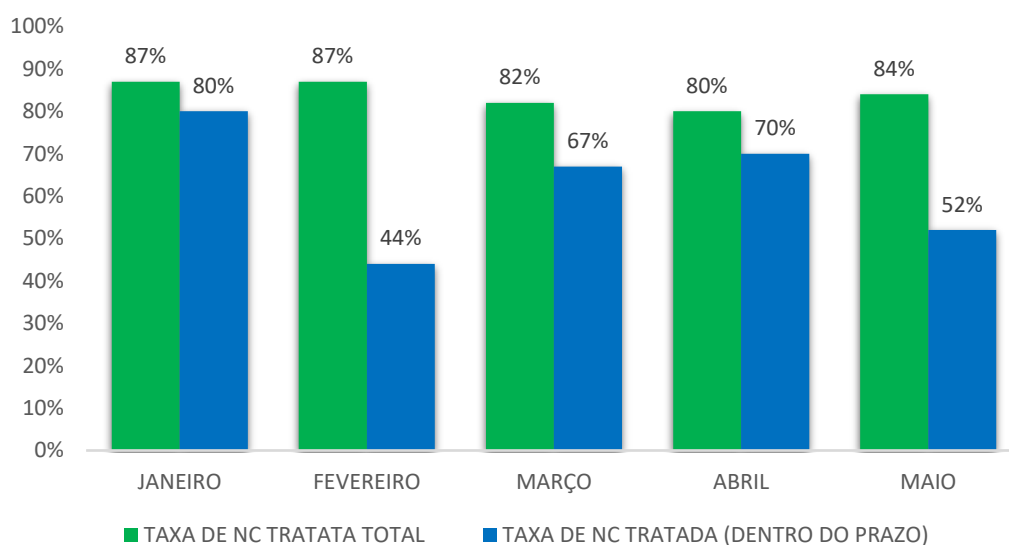
Em relação à taxa de respostas das não conformidades dentro do prazo, informo que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) vem desenvolvendo continuamente o plano de ação descrito no item 3 da planilha de acompanhamento. Além disso, o tema é reforçado periodicamente durante as reuniões de Safety com as lideranças, visando aumentar o engajamento e o cumprimento dos prazos estabelecidos.

Quanto à taxa de incidentes com dano observada nos setores Beija-Flor, Bem-Te-Vi e João de Barro Pediátrico, os eventos registrados estiveram relacionados principalmente à ocorrência de flebite. Como ações de melhoria, o tema foi abordado durante a Semana de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), além da realização de orientações setoriais conduzidas pela Supervisão de Enfermagem, reforçando as boas práticas para prevenção e identificação precoce dos sinais de flebite.

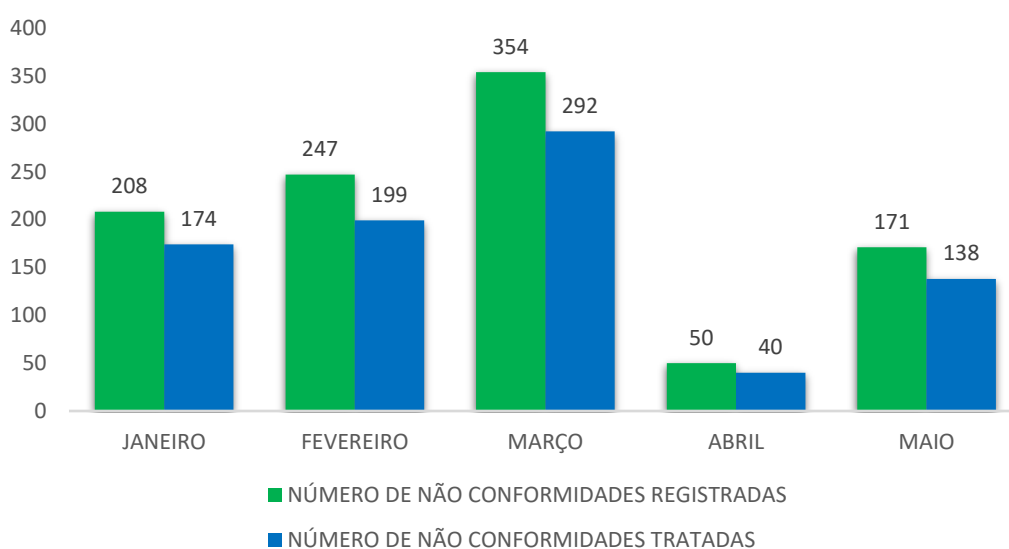
Em relação aos eventos de queda, foram realizadas orientações aos profissionais assistenciais pelo NSP, em parceria com a Supervisão e Coordenação de Enfermagem, reforçando as medidas preventivas e o cumprimento do protocolo institucional de prevenção de quedas.

No indicador de Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72 horas é utilizado n/a naqueles meses que não houve evento.

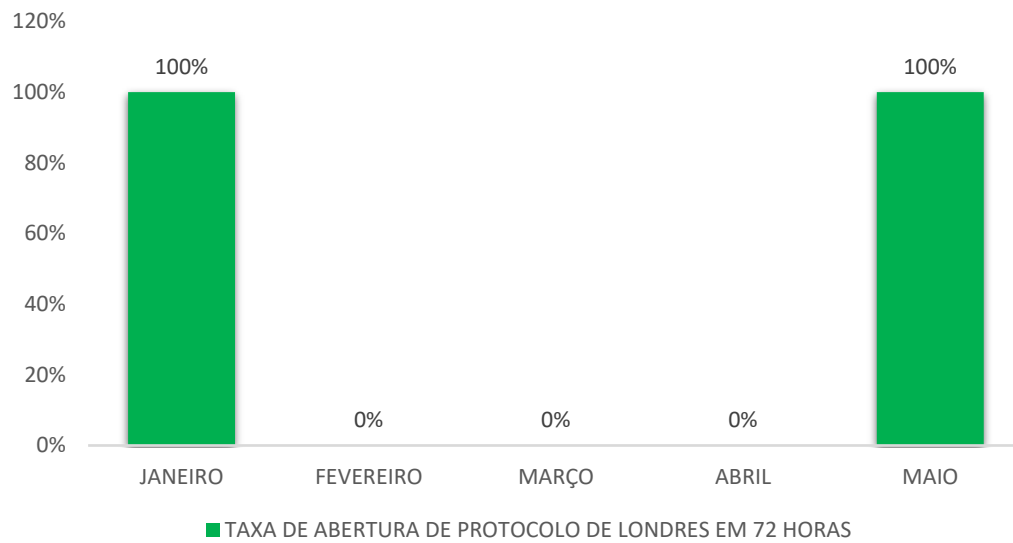
O cenário reforça a importância da manutenção das ações de monitoramento, análise de eventos e orientação contínua das equipes, visando reduzir as ocorrências setoriais e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

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

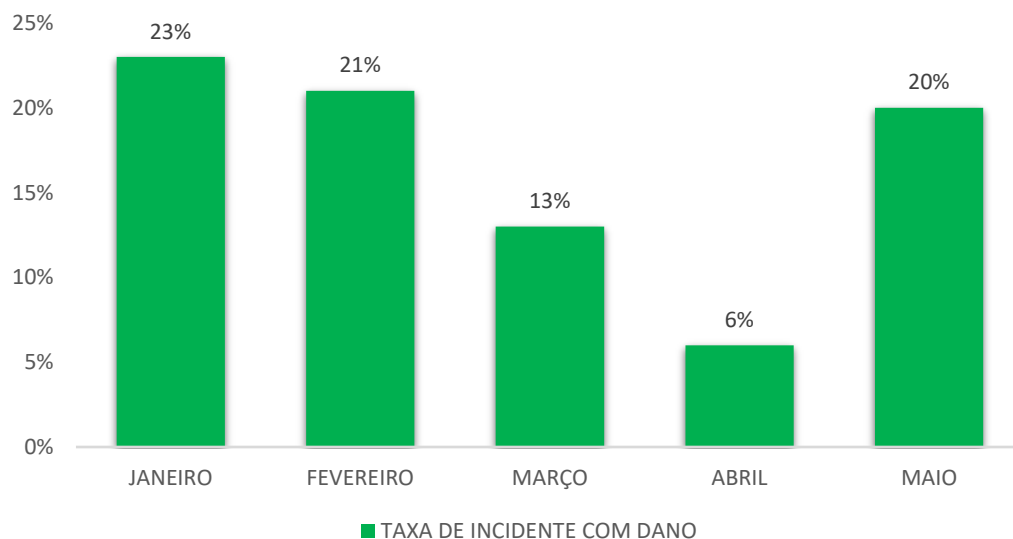
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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

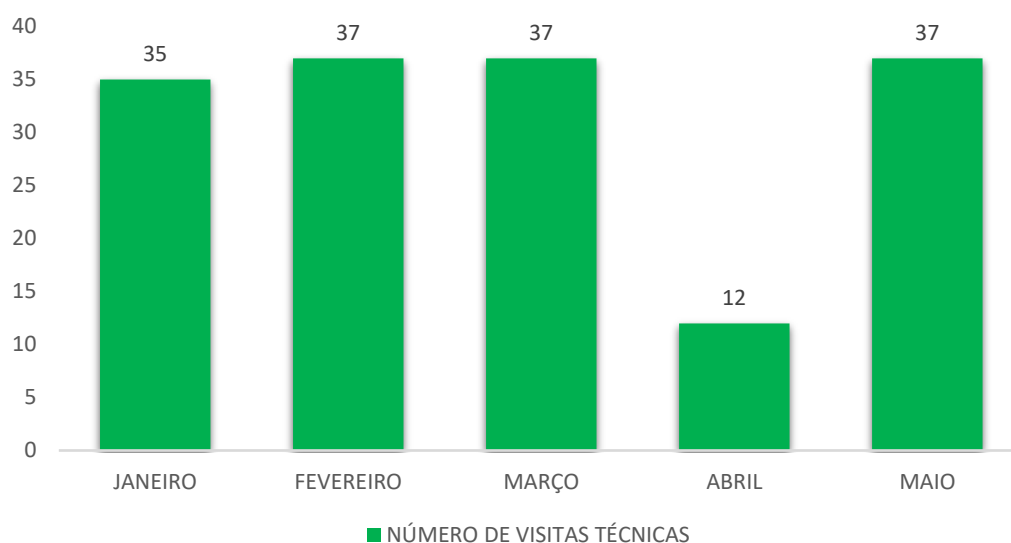
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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

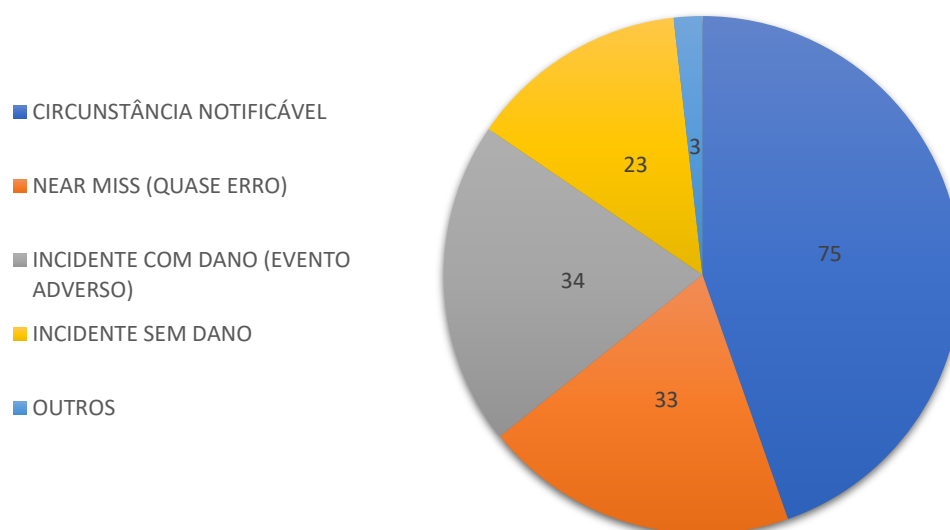
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 83. Taxa de incidente de dano

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

Gráfico 84. Número de visitas técnicas

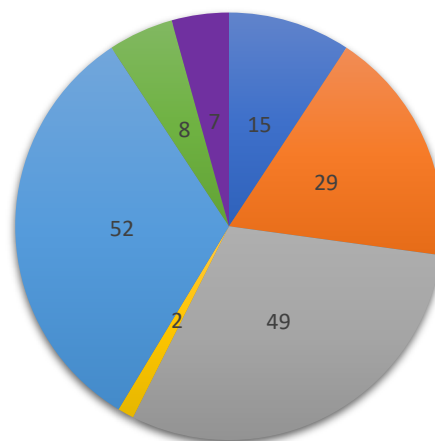
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 85. Classificação das não conformidades (Geral hospitalar)

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

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

- 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	ABRIL	MAIO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 4,05	3	2	2	2	4
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	< 7%	3,13%	1,85%	1,82%	1,56%	3,10%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	< 2%	0,65%	0,44%	0,39%	0,39%	0,78%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,05%	4,76%	0%	1,74%	2,04%	7,84%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 2,78%	0%	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 0,59%	4%	4,63%	0%	3,37%	0%

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 1,50	1	0	2	1	1
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 1,04%	0,98%	0%	1,45%	0,72%	0,72%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,95%	3,46%	0%	2,11%	0%	2,53%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20ML	27,45	68,68	6,54	20,13	26,74

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	1	1	0	1	2
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	2,10%	1,96%	0%	2,85%	5,95%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	7,63%	0%	0%	5,71%	21,51%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	0%	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	NEUTRO	15,09%	3,14%	4,87%	16%	10,71%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	NEUTRO	27,46%	16,47%	23,05%	49,86%	27,68%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	NEUTRO	13%	20%	17,21%	31,34%	20,24%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	100%	83,33%	100%	100%	81,82%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	100%	93,33%	93,30%	90,29%	94,62%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ML	47,71	17,49	61,56	37,99	79,29

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	N/A	N/A	0	0	1
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	N/A	N/A	0%	0%	5,46%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	N/A	N/A	0%	0%	66,47%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	N/A	N/A	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	N/A	N/A	0%	0%	0%

TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	NEUTRO	N/A	N/A	3,66%	5,94%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	NEUTRO	N/A	N/A	12,80%	8,68%	8,20%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	NEUTRO	N/A	N/A	10,98%	10,50%	24,04%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	N/A	N/A	100%	100%	100%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	N/A	N/A	40,50%	100%	100%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ML	N/A	N/A	55,98	56,89	66,78

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

*Dados corrigidos.

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

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

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No mês de maio, foram identificados 4 casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS), sendo 3 relacionados ao uso de Cateter Venoso Central (CVC) e 1 associado ao uso de Permcath.

Como plano de ação, foi retomada a realização de reuniões imediatas para análise crítica dos casos de IRAS, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria e implementar medidas corretivas de forma mais ágil. Além disso, foi desenvolvido um instrumento de acompanhamento atualizado em tempo real, destinado ao registro das

análises realizadas, ações propostas, responsáveis e prazos de execução, permitindo maior monitoramento e efetividade dos planos de ação estabelecidos.

Foram registrados 4 casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS), sendo 2 casos na UTI BJT, 1 caso na UTI BTV e 1 caso na Clínica Médica Colibri.

As IPCS identificadas nos setores de UTI estiveram relacionadas ao uso de cateter venoso central (CVC), dispositivo utilizado em pacientes com necessidade de infusão de medicamentos de alta complexidade, terapia prolongada, uso de drogas vasoativas ou impossibilidade de acesso venoso periférico.

Durante a análise dos casos, foi avaliada a indicação de permanência do dispositivo, considerando os critérios clínicos e assistenciais. Ressalta-se que, sempre que o CVC deixa de apresentar indicação clínica, é realizada solicitação de avaliação médica para reavaliação da necessidade e possível retirada do dispositivo.

Em relação aos três casos ocorridos nas UTI's, todos os pacientes apresentavam indicação para uso do CVC. O paciente da UTI BTV encontrava-se em programação de antibioticoterapia prolongada e apresentava perda de acesso venoso periférico. Já os dois pacientes da UTI BJT foram admitidos em estado geral grave, em intubação orotraqueal associada à ventilação mecânica e em uso de antibioticoterapia, condições que justificaram a necessidade do dispositivo durante o período avaliado.

Referente ao indicador de densidade de incidência de IPCS, destaca-se que este cálculo sofre influência direta da relação entre o número de eventos e o tempo de exposição ao dispositivo. Dessa forma, quando ocorre uma infecção associada a um baixo número de dispositivo-dia, a densidade de incidência apresenta elevação, uma vez que o evento representa maior impacto proporcional dentro de um período menor de exposição ao risco. No mês de maio, o denominador utilizado para cálculo do indicador correspondeu a 108 CVC-dia.

Foi realizada análise crítica dos casos em conjunto com a coordenação de enfermagem, supervisão de enfermagem e NSP, contemplando avaliação dos fatores relacionados às condições clínicas dos pacientes, adesão aos bundles de manutenção do cateter e identificação de oportunidades de melhoria nos processos assistenciais.

Como estratégia de acompanhamento, foi elaborada uma planilha de monitoramento dos planos de ação definidos durante as discussões dos casos, permitindo maior controle das ações propostas, responsáveis e evolução das medidas implementadas.

Foram estabelecidas ações voltadas à segurança na utilização do CVC, incluindo a criação de um checklist para auditoria do processo de administração de medicamentos pelo dispositivo, contemplando a avaliação da técnica correta e boas práticas relacionadas ao manuseio. As capacitações e auditorias serão iniciadas no mês de junho, em conjunto com a supervisão responsável.

Também serão intensificadas as auditorias relacionadas aos curativos de CVC, que deve ser realizada pelo enfermeiro, além do reforço contínuo quanto à avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo, visando promover a retirada precoce quando não houver mais indicação clínica.

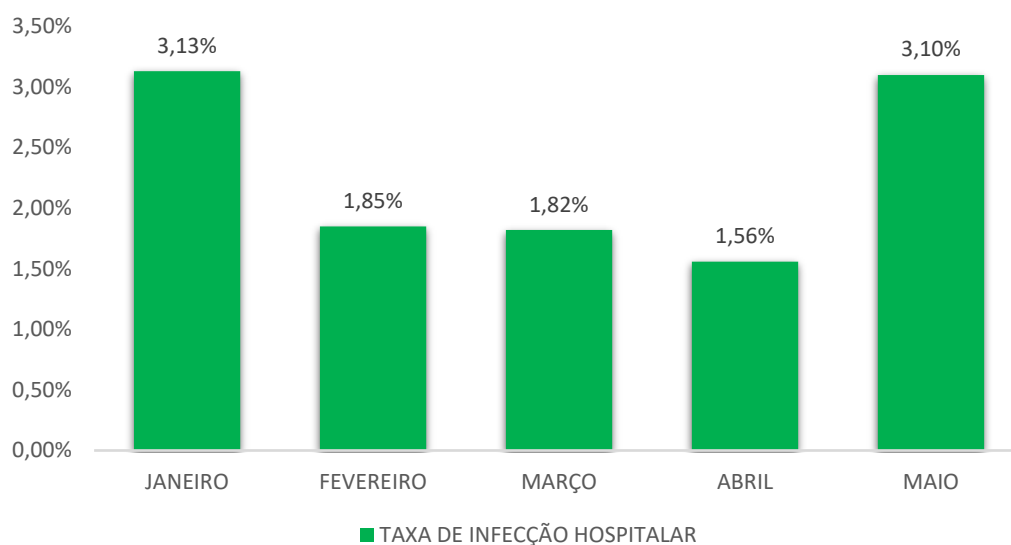
O SCIH, em conjunto com as áreas assistenciais envolvidas, permanecerá acompanhando os indicadores e fortalecendo as estratégias de prevenção, com foco na melhoria contínua dos processos, adesão às práticas seguras e redução da ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Gráfico 87. Número total de IRAS



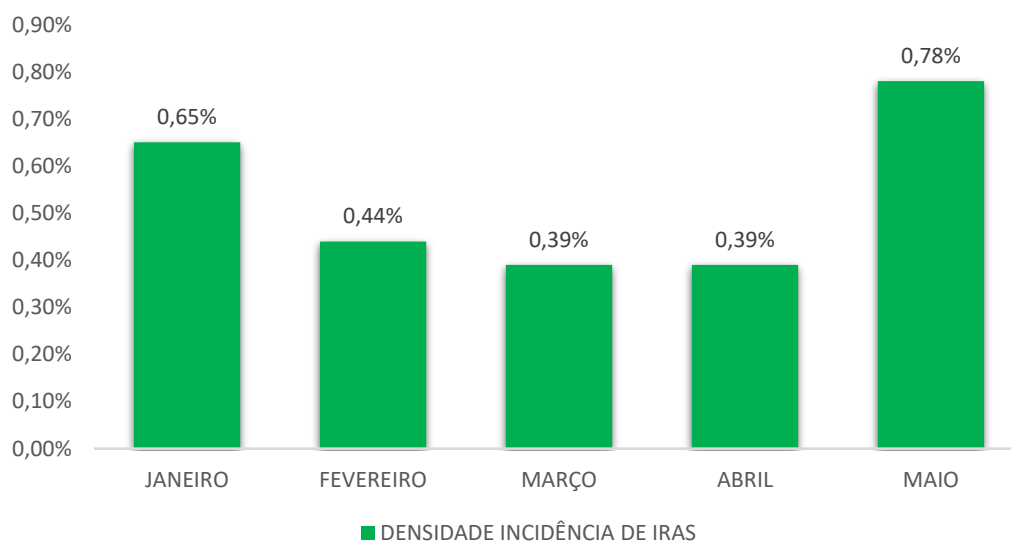
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 88. Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar



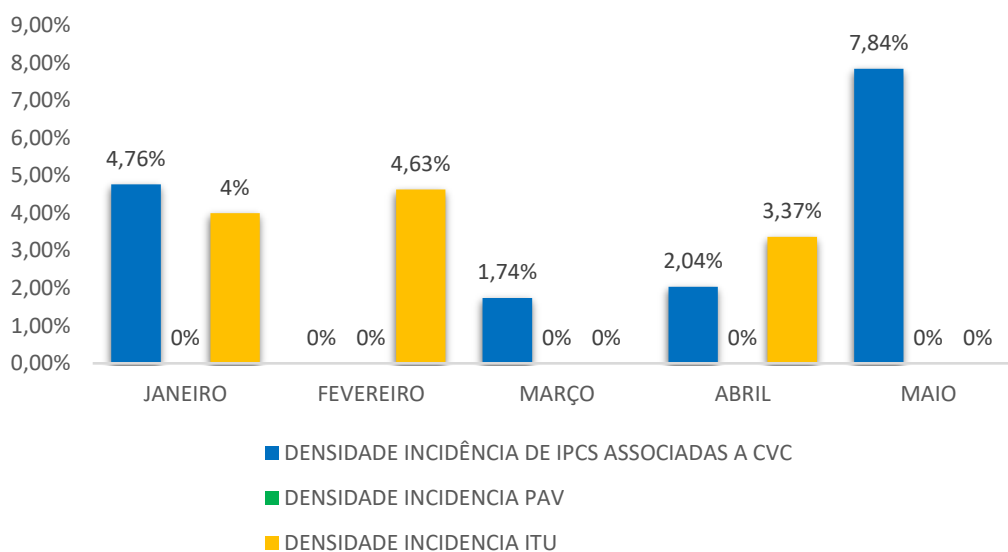
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 89. Densidade incidência de IRAS



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 90. Densidades de incidências



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

3.4.3. Vigilância em Saúde

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

Tabela 69. Indicadores de Vigilância em Saúde

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	6	10	8	1	2
QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID- PROVENIENTE DO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	8	0	0	0
QUANTIDADE DE PACIENTE COM DENGUE- PROVENIENTE DO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0
TAXA DE TESTE POSITIVO PARA COVID	0%	20%	23,52%	0%	0%	0%
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	1	2	0	0
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE ACOMPANHADOS NO	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	2	3	3

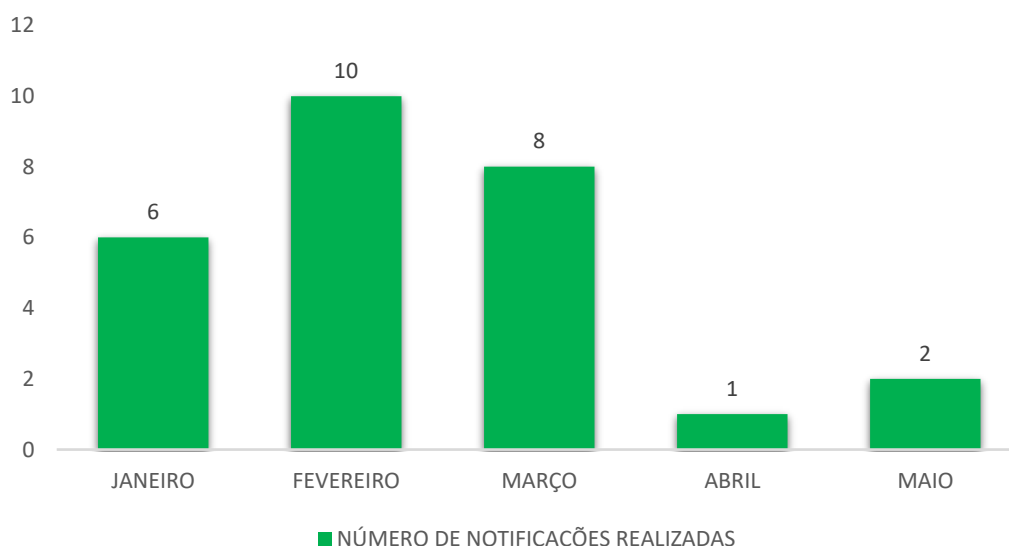
HMG NOTIFICADOS NA ORIGEM						
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	1	1	0
NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	1	5	0	1

Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA

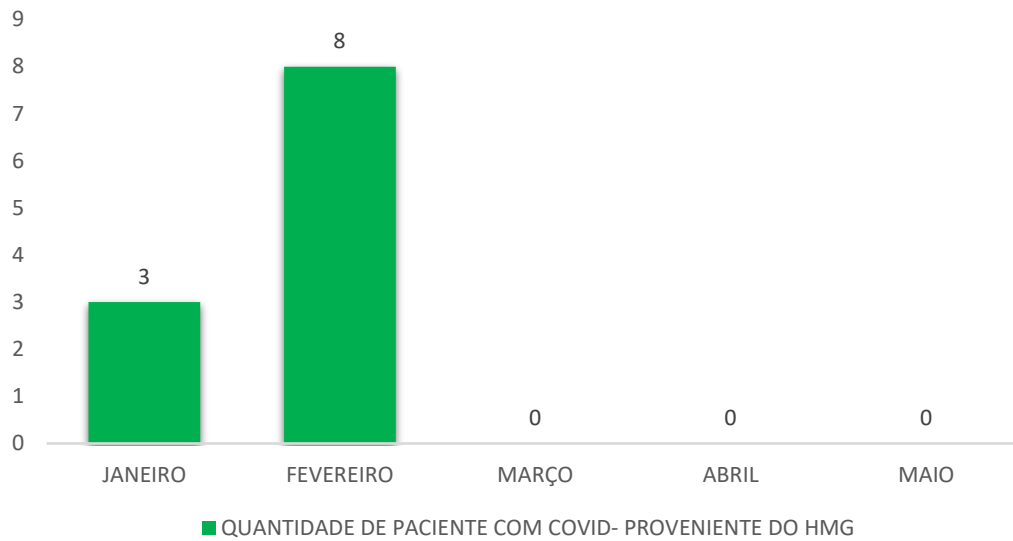
No período, foi registrada uma notificação de acidente de trabalho com exposição a material biológico. O caso foi devidamente acompanhado conforme protocolo institucional, com adoção das medidas assistenciais e de monitoramento cabíveis. O evento reforça a importância da manutenção das ações de orientação, capacitação e adesão às práticas de biossegurança, visando à prevenção de novos acidentes ocupacionais.

Gráfico 91. Número de notificações realizadas



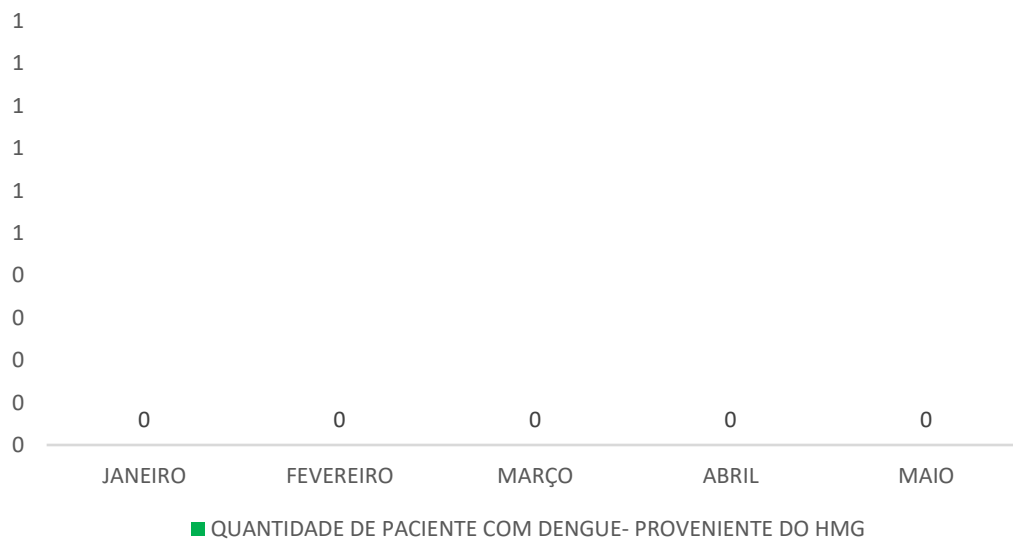
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 92. Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG



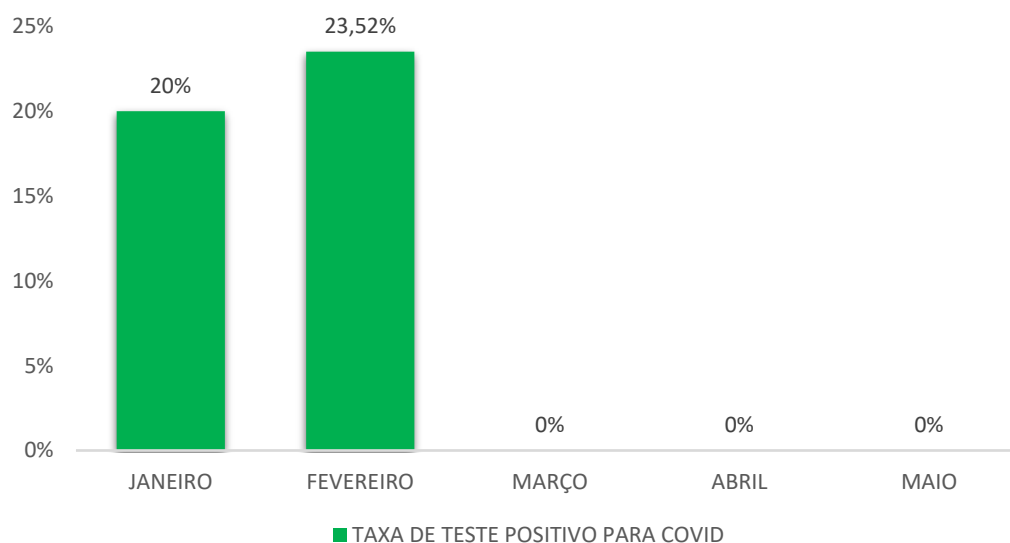
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 93. Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG



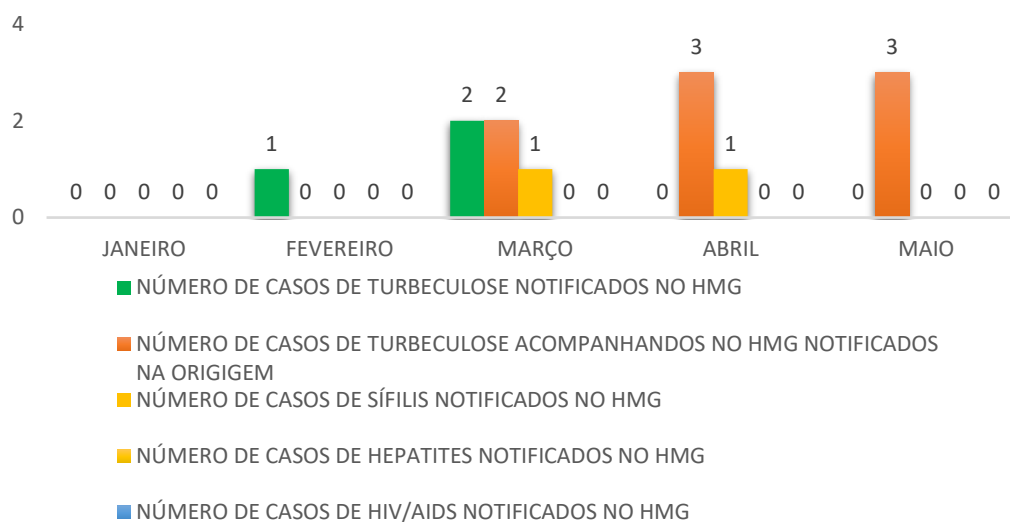
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 94. Taxa de teste positivo para COVID



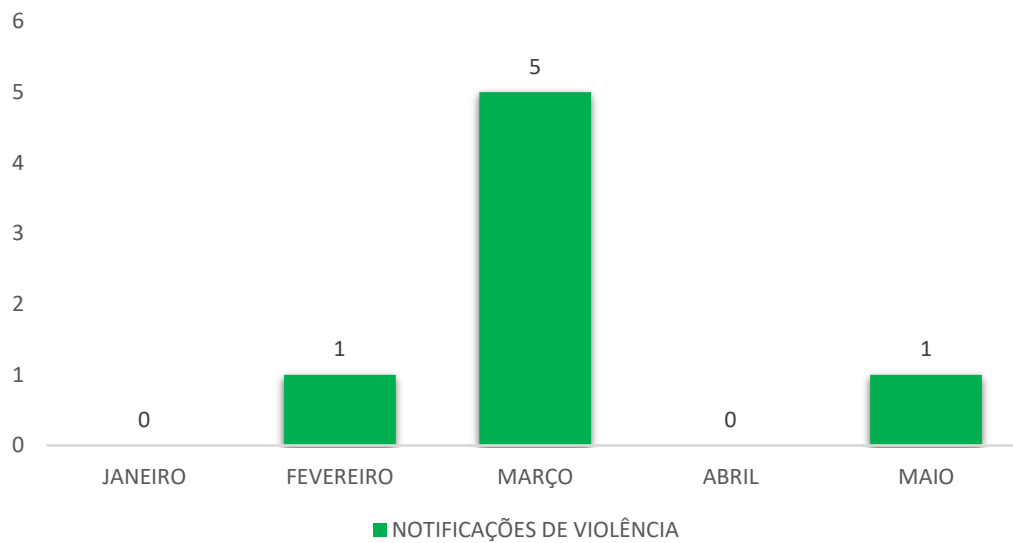
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 95. Número de casos



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 96. Notificações de violência



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 85%	87%	87%	90%	86%	86%
TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER	< 15 DIAS	4	5	5	6	5
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	117	114	115	132	124
NÚMERO DE FICHAS ACEITAS	NEUTRO	135	131	128	153	145
NÚMERO DE FICHAS REJEITADAS	NEUTRO	277	346	132	74	49
NÚMERO DE FICHAS CANCELADAS	NEUTRO	18	17	13	21	21
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	12	5	8	12	9
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	78	109	108	113	99
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	90	114	116	125	108
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	NEUTRO	4	2	4	4	2
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	NEUTRO	0	0	1	1	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	0	0	0	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	17,04%	9,16%	16,41%	21,57%	26,21%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	23	12	21	33	38
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	11	2	7	11	7
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	26	47	42	51	39
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	37	49	49	62	46
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	0	0	0	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	69,63%	77,10%	53,13%	39,22%	35,17%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	94	101	68	60	51
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	1	2	1	0	1
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	48	51	33	35	31
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	49	53	34	35	32
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	NEUTRO	3	2	2	1	2
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	NEUTRO	0	0	0	1	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	0	0	0	0

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	N/A	N/A	19,53%	23,53%	22,07%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	32
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	1
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	N/A	N/A	19	21	17
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	N/A	N/A	19	22	18
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	NEUTRO	N/A	N/A	2	3	0
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	NEUTRO	N/A	N/A	1	0	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0

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

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%	0,76%	0,78%	1,31%	2,07%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	0	1	1	2	3
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	0	1	0	0	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	4	9	14	4	11
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	4	10	14	4	11
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	0	0	0	0

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

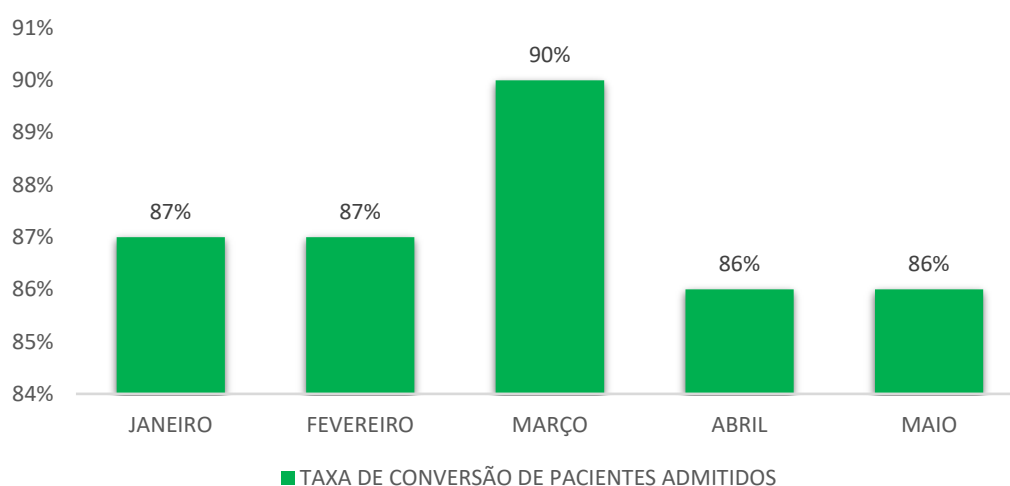
Tabela 75. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	0	0	0	0	0
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	0	0	0	0	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	0	0	0	0	1
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	0	0	0	0	1

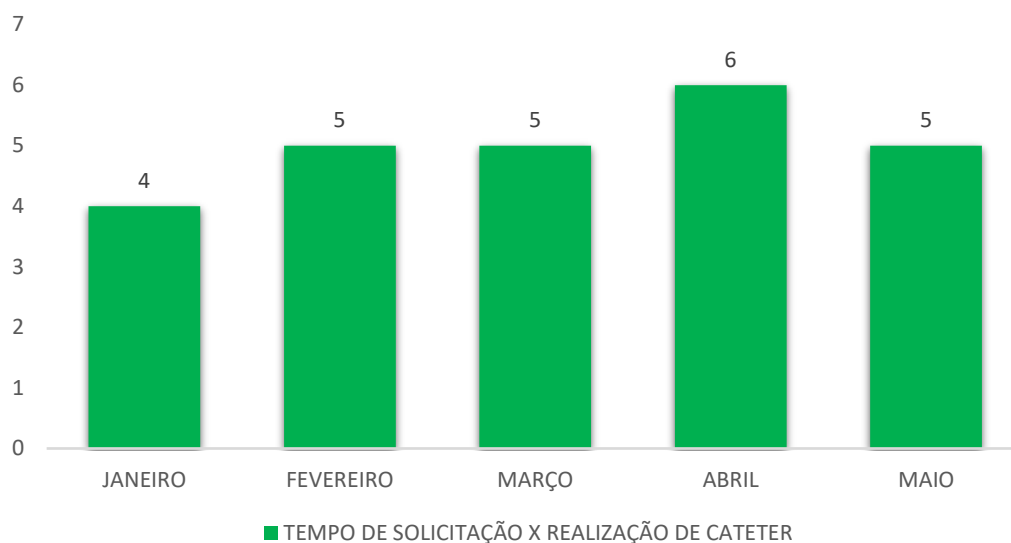
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Observação: Não tivemos nenhuma admissão no setor de Pediatria.

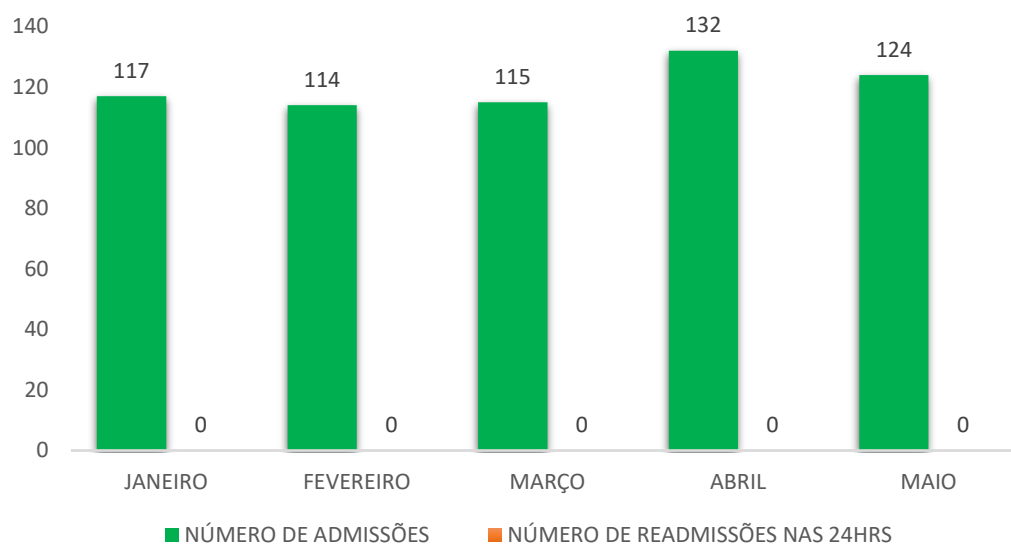
Gráfico 97. Taxa de conversão de pacientes admitidos



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

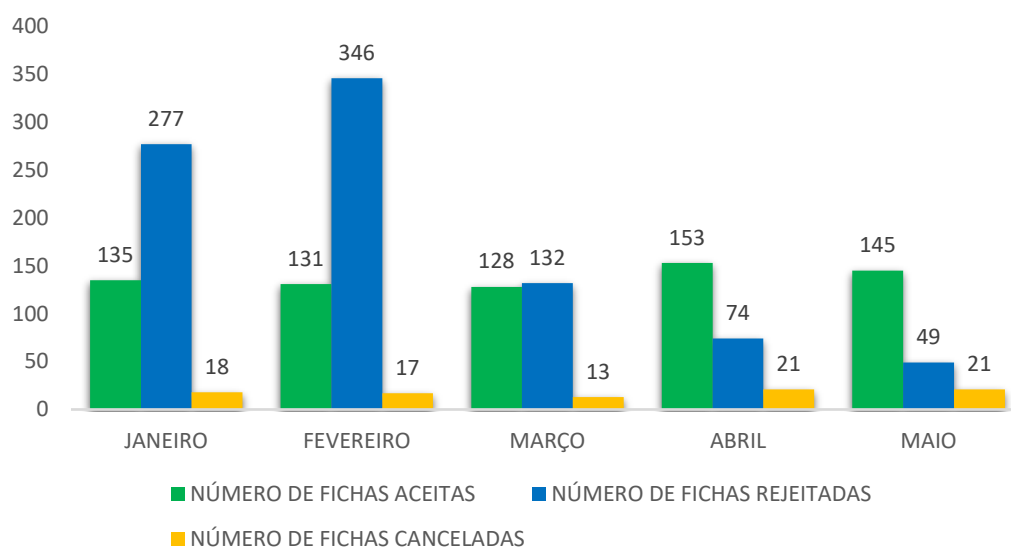
Gráfico 98. Tempo de solicitação x realização do cateter

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

Gráfico 99. Admissões e readmissões nas 24hrs

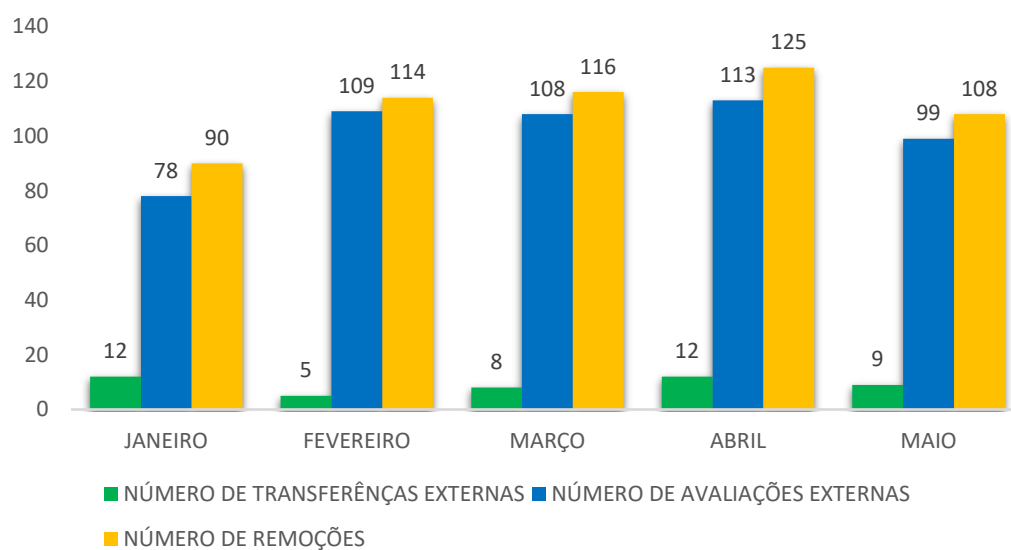
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 100. Análise de fichas CROSS



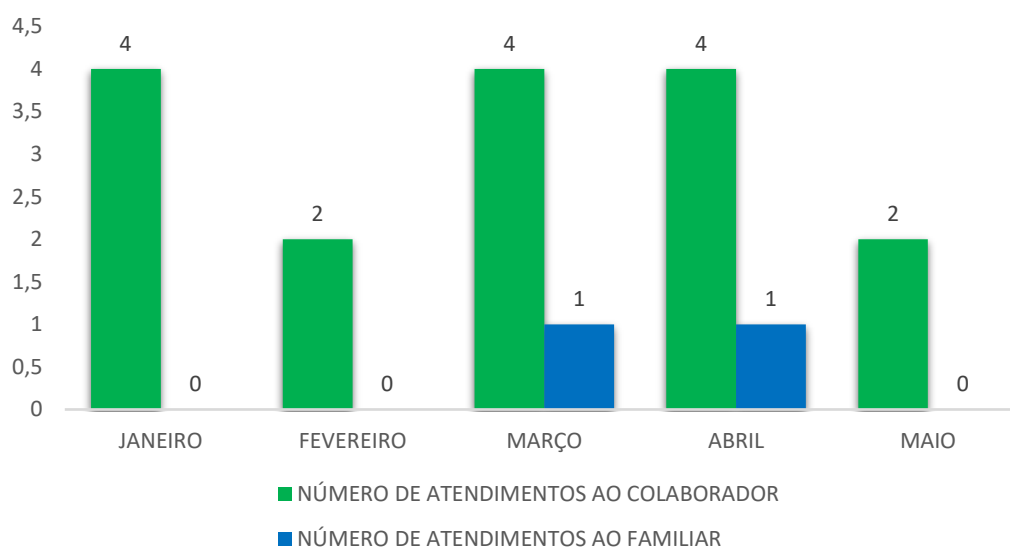
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101. Serviço de remoção de pacientes



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

Gráfico 102. Atendimentos pelo NIR



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

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente

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

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

Tabela 76. Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

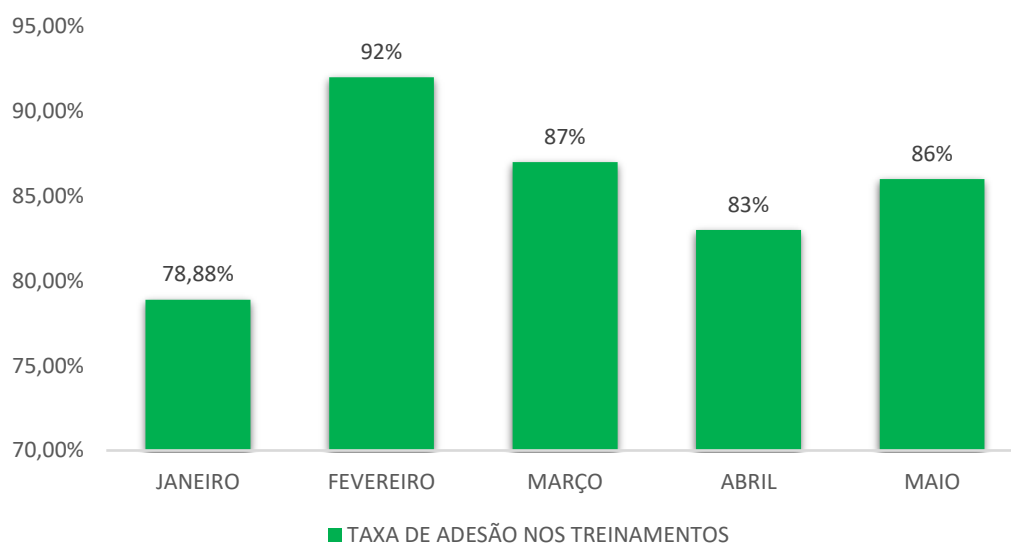
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ADEÇÃO NOS TREINAMENTOS	> 80%	78,88%	92%	87%	83%	86%
TAXA DE TREINAMENTOS PREVISTOS EM LNT	> 80%	61,76%	48%	37%	30%	84%
TAXA DE CANCELAMENTO/REMANEJAMENTO	< 20%	38%	52%	63%	70%	16%
NÚMERO DE TREINAMENTOS	> 20	29	31	38	26	33
NÚMERO DE TREINAMENTOS ASSISTENCIAIS	> 20	15	22	22	12	25
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	624	1237	1222	1158	799	1399
NÚMERO DE HORAS REALIZADAS DE TREINAMENTO	620	87	71	60	34	78
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE MEDICINA	NEUTRO	2	2	4	4	7
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM	NEUTRO	9	56	44	23	31
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO	NEUTRO	0	7	7	8	5

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

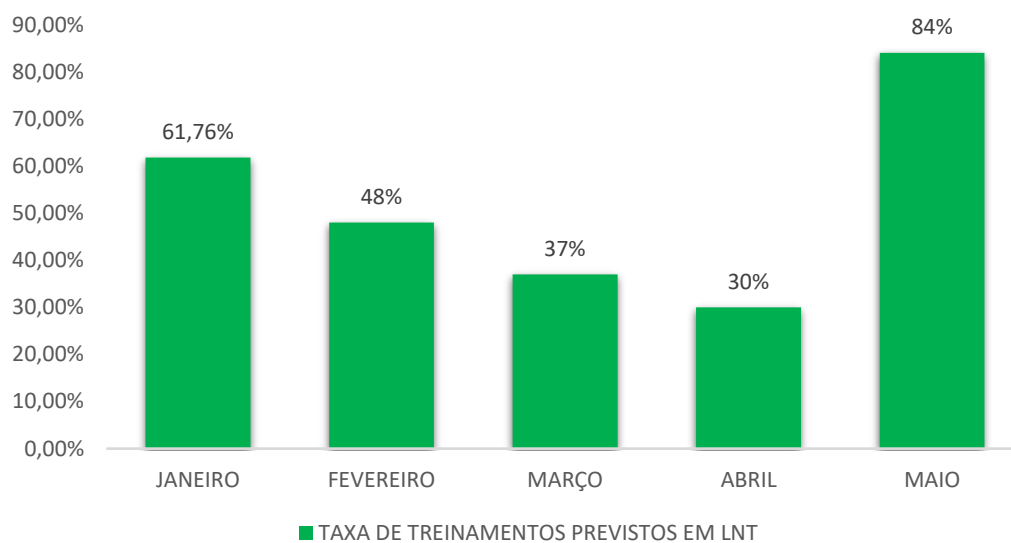
LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – MAIO 2026

- 6 Metas internacionais de segurança do paciente;
- Admissão humanizada e alta de qualidade;
- Auditoria e segurança da informação;
- Danos mecânicos e químicos causados às superfícies durante o processo de higienização;
- Escritório de gestão de altas;
- Gestão a vista;
- Limpeza e preparo de laringoscópio;
- NR 17 - Ergonomia nas atividades laborativas;
- NR 23 - Prevenção e combate ao princípio de incêndio;
- NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- Plano de ação: Importância da postura no ambiente de trabalho;
- Precauções, bundle, protocolo rota sepse, notificações e adorno zero;
- Protocolos gerenciáveis, safety huddle, hemocomponentes, plano educacional, protocolo avc, processo de enfermagem, administração de medicamentos e checagem em sistema;

- Protocolo MAV;
- QR code carros beira leito;
- Quarto do paciente: Como se relacionar com o paciente e como identificar situações de risco ao colaborador;
- Recebimento, armazenamento e controle de materiais/instrumentais estéreis;
- Semana das IRAS - Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e higienização das mãos;
- Semana das IRAS - Prevenção de ITU e IPCS;
- Técnicas de curativos e coberturas e cuidados de enfermagem com gastrostomias;
- Liderança inspiradora e autoconhecimento;
- Meta 1 - Segurança do paciente: Identificação correta do paciente ;
- Pulseira de identificação;
- Recebimento e passagem de plantão;
- 15 Minutos Qualidade;
- Palestra "O cuidado começa em você" - Ação semana da enfermagem;
- Jogo do cuidado - Semana da enfermagem;
- Fluxo de separação, baixa e dispensação de materiais;
- Importância da rotina, verificação e validade de insumos hospitalares;
- Fluxo da separação das tiras;
- Reposição carro de parada;
- Reposição de medicamentos e materiais para o carro de emergência;
- Materiais respiratórios e instrumentais encaminhado para empresa sterimed.

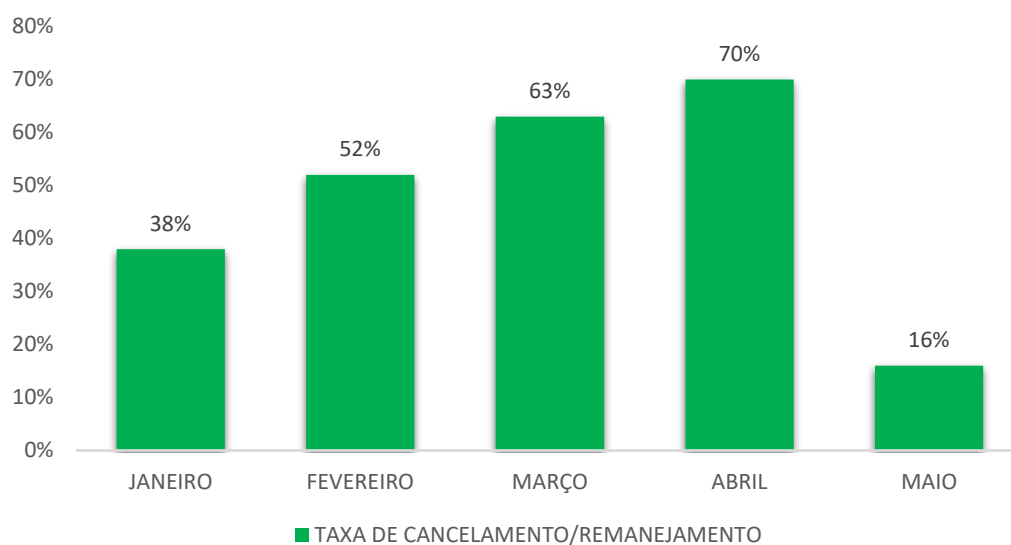
Gráfico 103. Taxa de adesão nos treinamentos

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 104. Taxa de treinamentos previstos em LNT

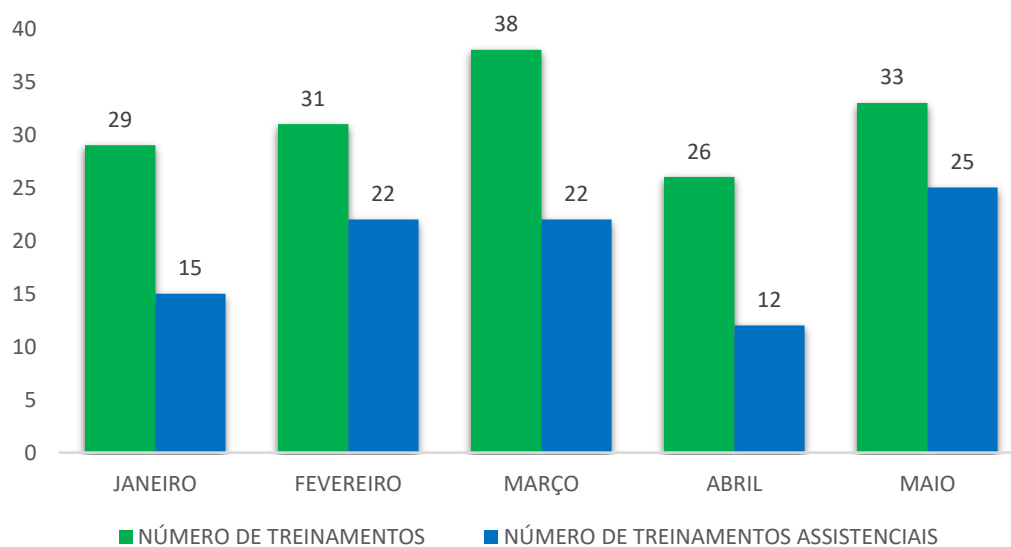
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 105. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos



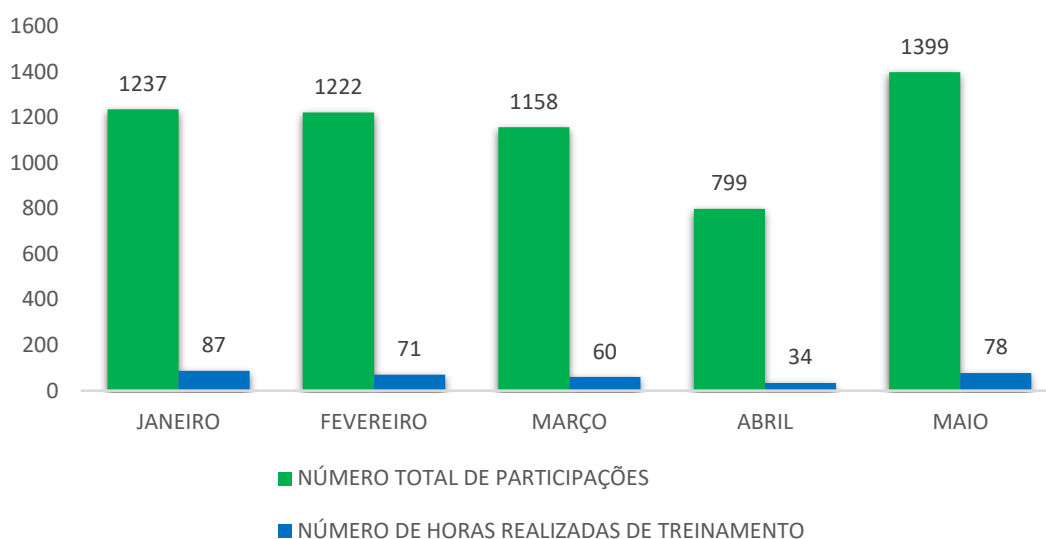
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 106. Número de treinamentos gerais e assistenciais



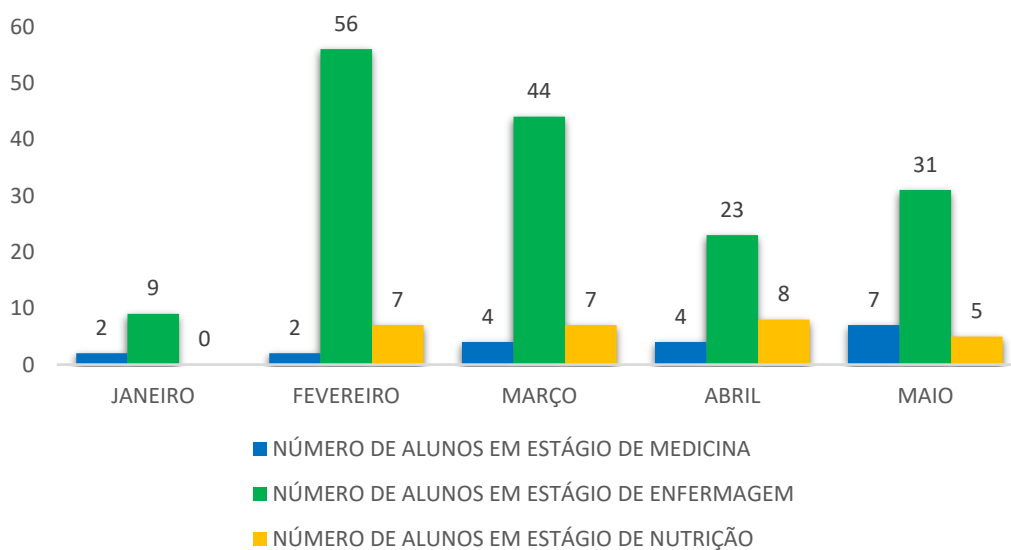
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 107. Número de participações e horas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 108. Número de alunos em estágios



Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

3.4.6. Escritório de Gestão de Altas

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	100%	100%	100%	86%	93%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	92%	80%	100%	62%	86%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	< 50%	46%	40%	67%	43%	43%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	96%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	69%	80%	67%	43%	71%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	NEUTRO	23	12	21	33	38
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	23	12	21	33	38
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	NEUTRO	13	5	6	18	13
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	NEUTRO	13	5	6	21	14
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	NEUTRO	12	4	6	13	12
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	NEUTRO	6	2	4	9	6
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	22	12	21	33	38
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	9	4	4	9	10
Nº DE ALTAS	NEUTRO	13	5	6	21	14
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	23	12	21	33	38

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	93%	93%	98%	97%	92%

TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	87%	88%	88%	83%	81%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	< 50%	40%	32%	35%	48%	23%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	100%	100%	100%	98%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	51%	55%	48%	41%	58%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	NEUTRO	94	101	68	60	51
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	94	101	68	60	51
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	NEUTRO	51	52	39	28	24
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	NEUTRO	55	56	40	29	26
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	NEUTRO	48	49	35	24	21
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	NEUTRO	22	18	14	14	6
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	94	101	68	59	51
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	28	31	19	12	15
Nº DE ALTAS	NEUTRO	55	56	40	29	26
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	94	101	68	60	51

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	N/A	N/A	100%	100%	97%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	N/A	N/A	86%	100%	100%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	N/A	N/A	79%	90%	90%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	< 50%	N/A	N/A	29%	67%	40%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	N/A	N/A	100%	100%	97%

TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	N/A	N/A	43%	58%	70%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	32
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	NEUTRO	N/A	N/A	12	21	20
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	NEUTRO	N/A	N/A	14	21	20
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	NEUTRO	N/A	N/A	11	19	18
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	NEUTRO	N/A	N/A	4	14	8
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	31
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	N/A	N/A	6	11	14
Nº DE ALTAS	NEUTRO	N/A	N/A	14	21	20
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	32

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

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	0%	0%	100%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	105	109	106	111	104
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	0	6	2	2	2
Nº DE ALTAS	NEUTRO	0	6	2	2	2
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	0	1	1	3	2
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	0	1	1	3	5
Nº DE PACIENTES COM ALTA CLÍNICA	NEUTRO	98	102	99	103	98

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
AUSÊNCIA FAMILIAR	QUANTO MENOR, MELHOR	19	19	18	18	19

VÍNCULO FAMILIAR PREJUDICADO	QUANTO MENOR, MELHOR	43	42	41	38	39
AGUARDA ILPI (+ 60 ANOS)	QUANTO MENOR, MELHOR	11	11	15	11	11
AGUARDA CENTRO POP (- 60 ANOS)	QUANTO MENOR, MELHOR	0	1	0	0	0
PACIENTES SOCIAL GRAU III	QUANTO MENOR, MELHOR	18	13	14	14	13
AGUARDA EMAD	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	1
AGUARDA "MELHOR EM CASA"/UBS	QUANTO MENOR, MELHOR	1	0	0	0	1
OUTROS	QUANTO MENOR, MELHOR	13	23	18	22	14

Fonte: Relatório Interno – EGA.

ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

No mês de maio de 2026, observou-se melhora no tempo médio de permanência dos pacientes, resultado associado ao avanço das avaliações para o programa de diálise e à atuação integrada do EGA e do Serviço Social nos processos de desospitalização, mesmo diante da admissão de novos pacientes com perfil de retaguarda. Permanecem como principais fatores que impactam a permanência hospitalar a necessidade de encaminhamento para serviços externos, pacientes com perfil de retaguarda e a articulação com a rede de apoio para continuidade do cuidado.

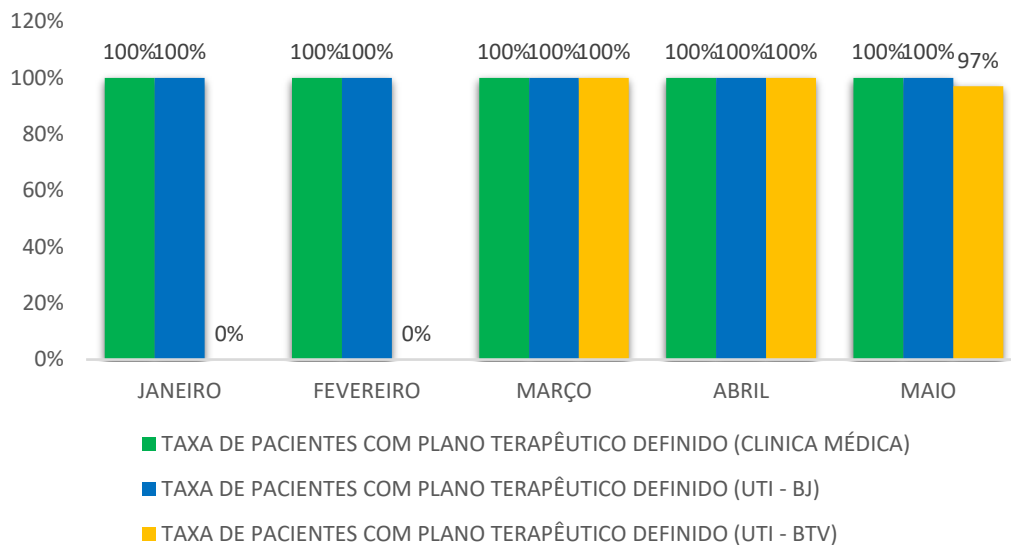
No período, foram registradas 96 altas hospitalares, 6 transferências/altas, totalizando 102 altas efetivas, além de 25 óbitos, 2 desistências de tratamento e 2 evasões. Apesar da complexidade assistencial, os indicadores de qualidade permaneceram estáveis. Também foram identificadas divergências entre as bases de dados do EGA, SMPEP e SAME, especialmente quanto ao quantitativo de altas, reforçando a necessidade de padronização e validação das informações.

Em relação ao Plano de Alta Multiprofissional, observou-se melhora após as orientações realizadas junto às lideranças. Entretanto, o resultado global permaneceu em 64%, abaixo da meta institucional de 90%. Durante a análise crítica, identificou-se que a principal causa do desempenho insatisfatório está relacionada à ausência de registro

das orientações na aba específica do sistema, uma vez que as orientações frequentemente são realizadas, porém não são contabilizadas por falta de documentação adequada. Também foi verificada menor adesão aos registros nos finais de semana.

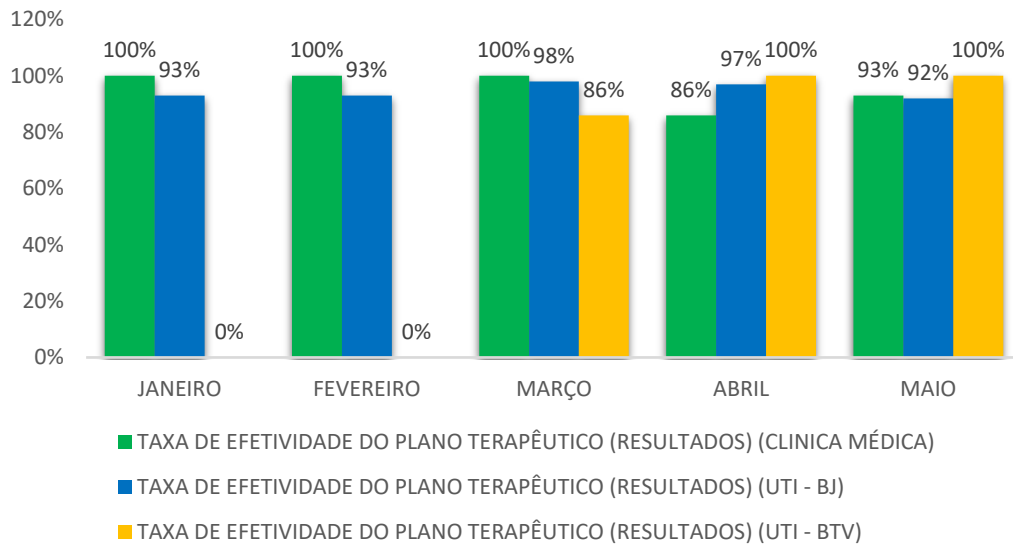
Como plano de ação, foram iniciadas, em junho de 2026, ações de reforço junto às equipes médica, de enfermagem e multiprofissional, com foco na importância do correto registro das orientações de alta e no cumprimento do Plano de Alta Multiprofissional. Está previsto treinamento específico para os médicos plantonistas dos finais de semana, seguido da capacitação das demais categorias profissionais. A efetividade das ações será acompanhada por meio do monitoramento contínuo dos indicadores, com apresentação de registros fotográficos e listas de presença dos treinamentos realizados.

Gráfico 109. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido



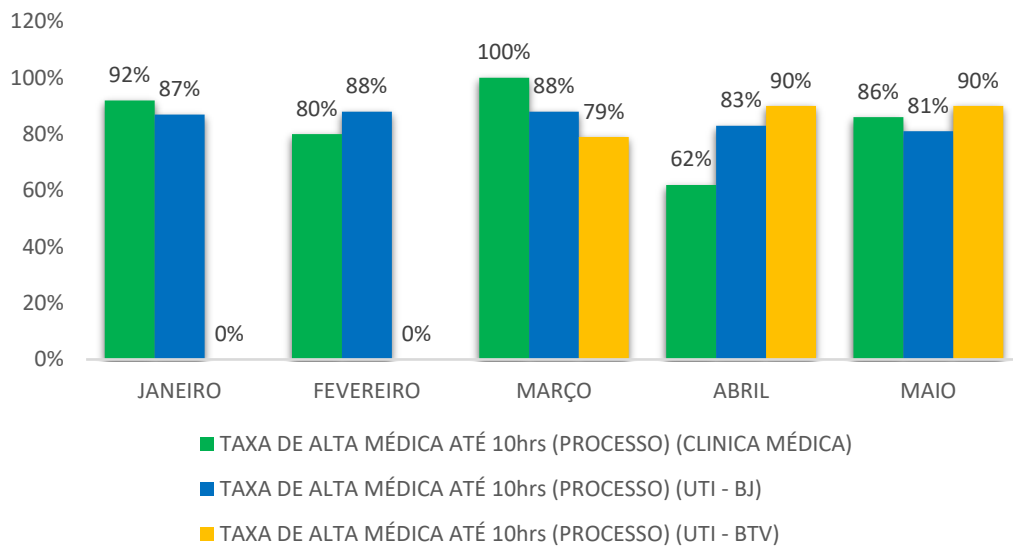
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 110. Taxa de efetividade do plano terapêutico

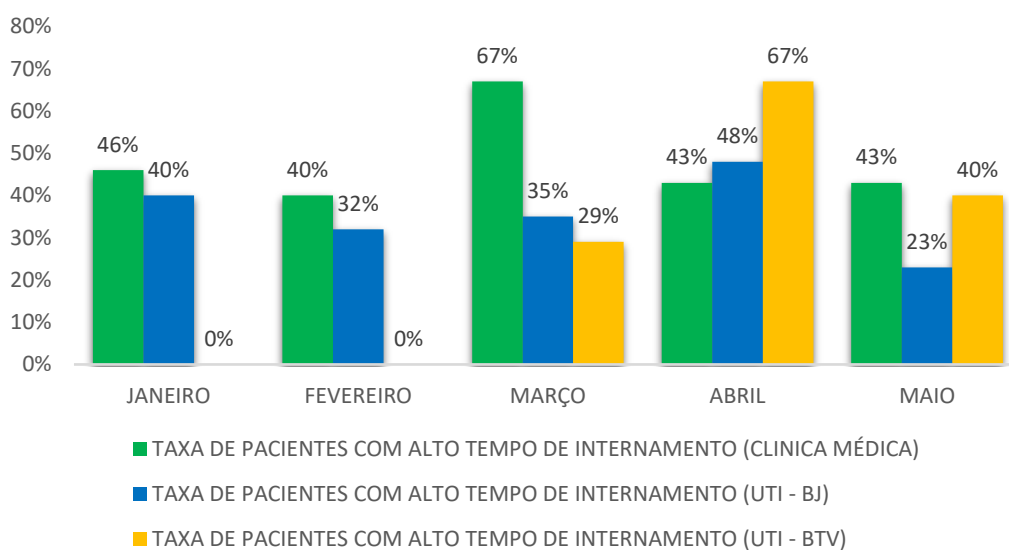


Fonte: Relatório Interno – EGA.

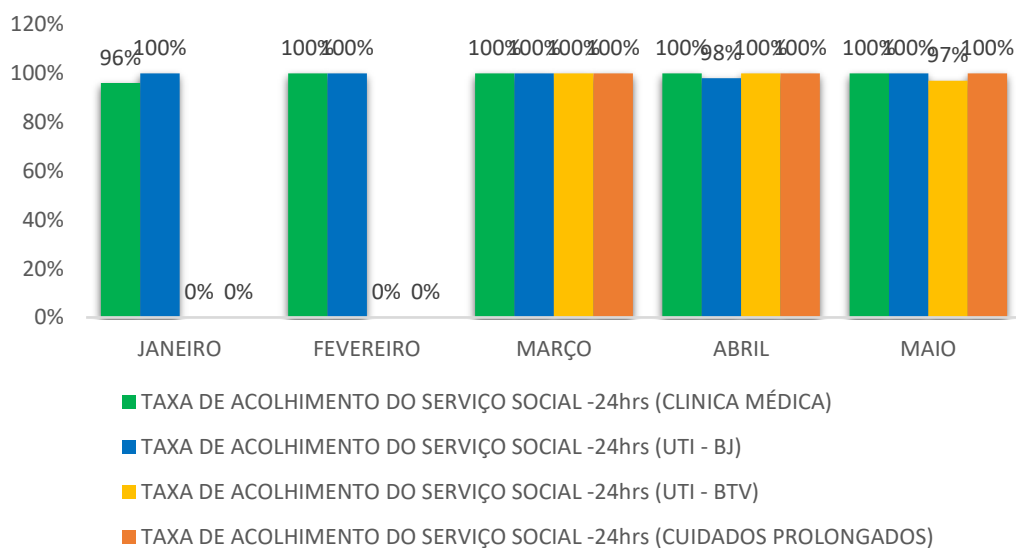
Gráfico 111. Taxa de alta médica até 10hrs



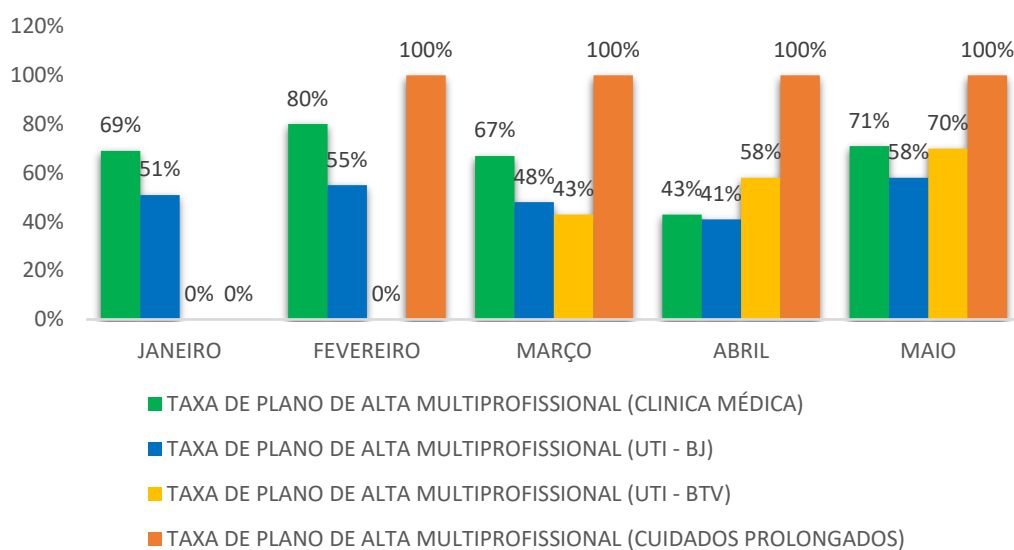
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 112. Taxa de pacientes com alto tempo de internação

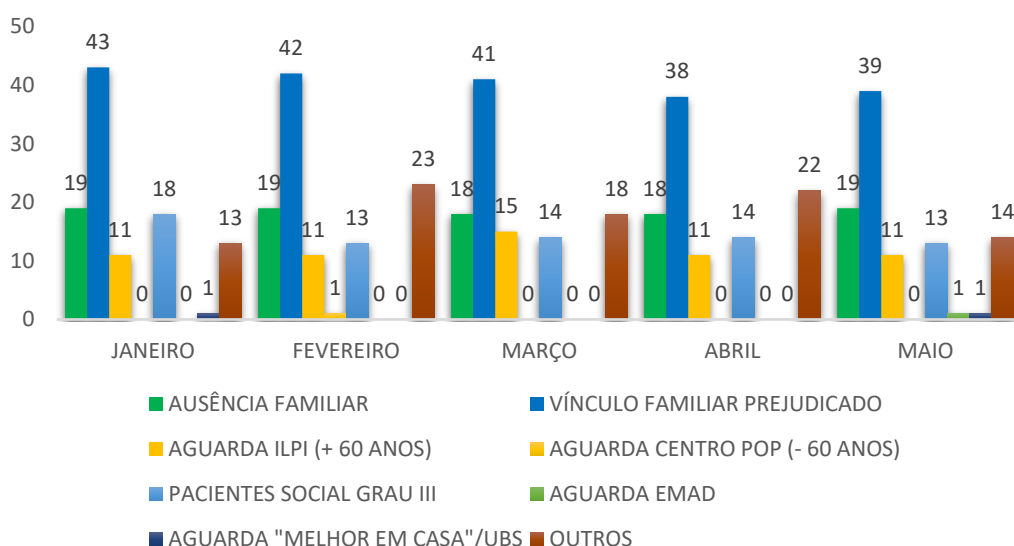
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 113. Taxa de acolhimento do serviço social

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 114. Taxa de plano de alta multiprofissional

Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 115. Número de paciente com pendências para alta

Fonte: Relatório Interno – EGA.

3.5. SUPRIMENTOS

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

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

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

3.5.1. Farmácia

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

Tabela 82. Indicadores de Farmácia

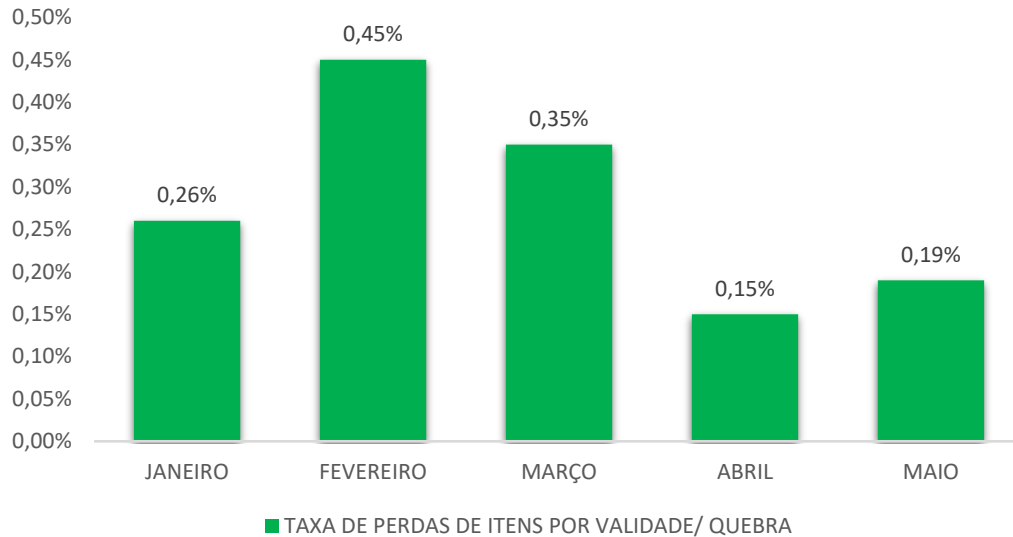
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA	< 0,3%	0,26%	0,45%	0,35%	0,15%	0,19%
TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< 5%	2,70%	3,10%	5,90%	6,40%	4,30%
TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	< 0,3%	0%	0,66%	0,24%	1,66%	0,28%
TAXA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	NEUTRO	12%	13%	14%	12%	12%
TAXA DE RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%

**TAXA DE REALIZAÇÕES DA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E
TERAPÊUTICA**

100% 100% 100% 100% 100% 100%

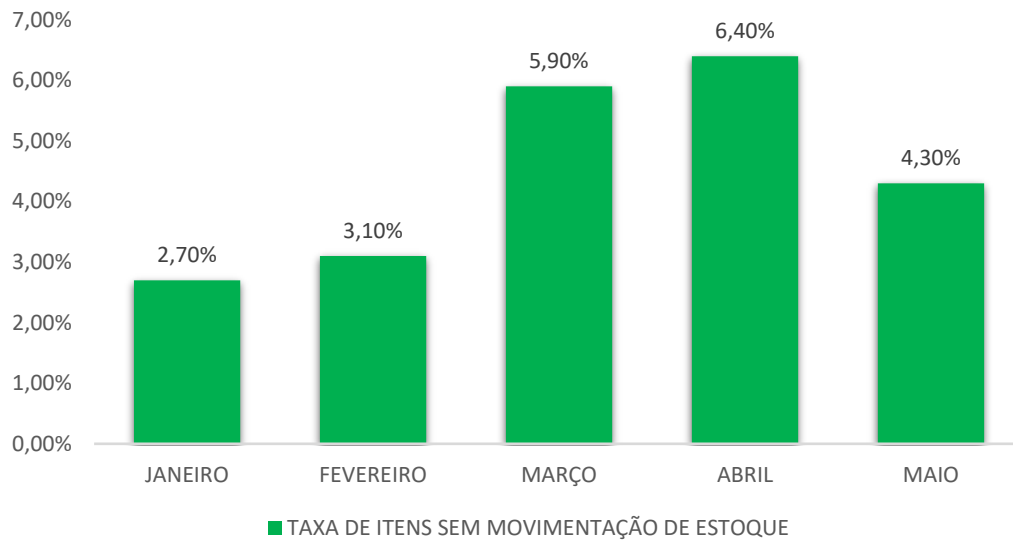
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

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



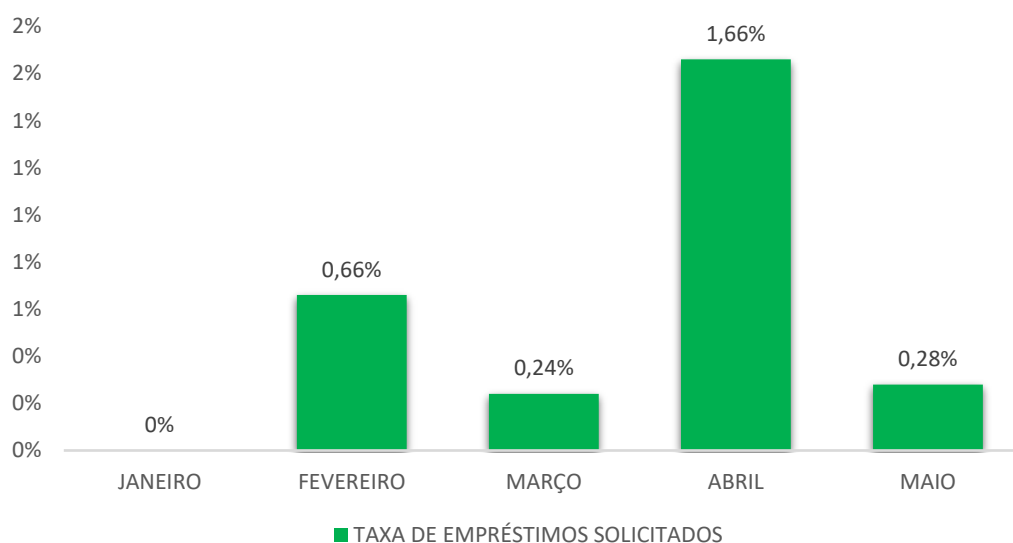
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 117. Taxa de itens sem movimentação de estoque



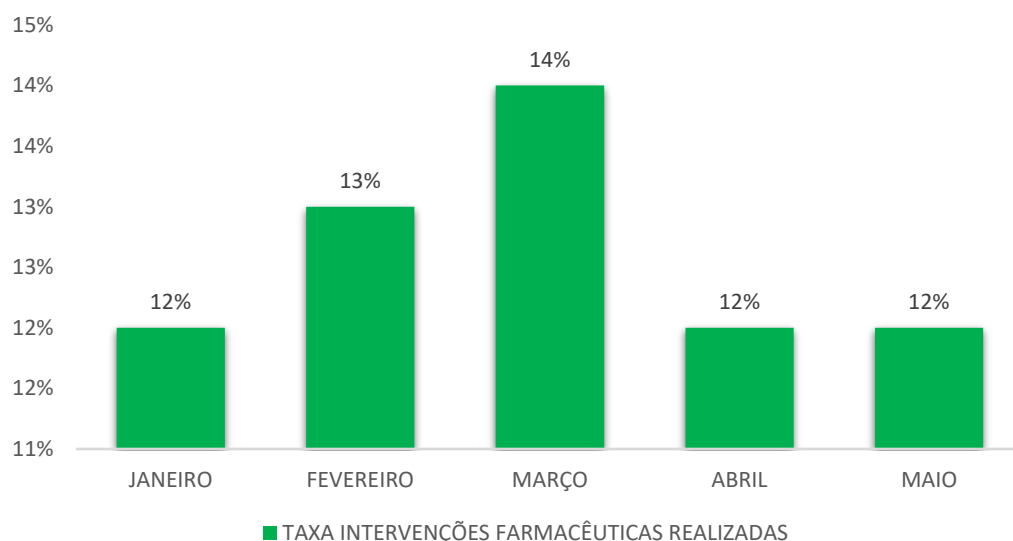
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 118. Taxa de empréstimos solicitados

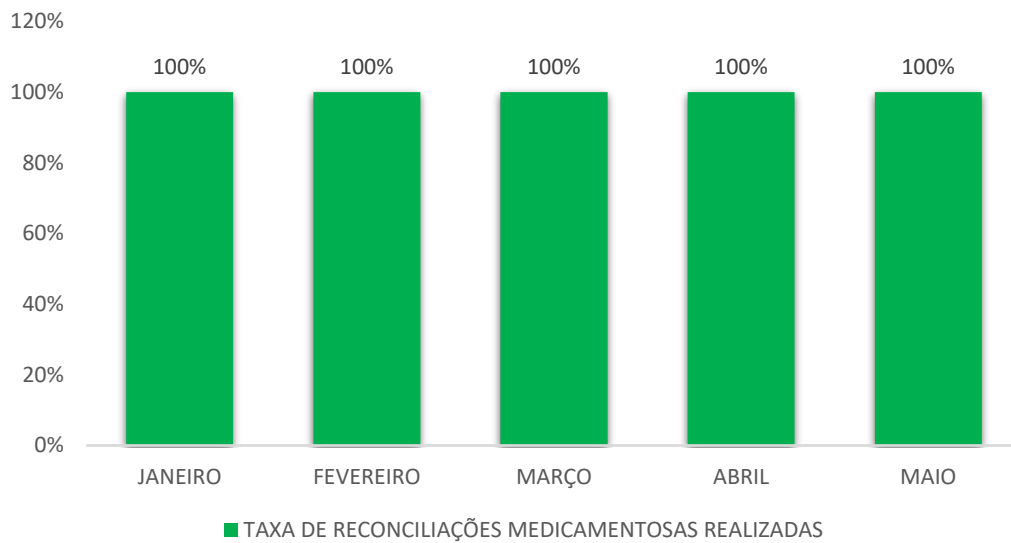


Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

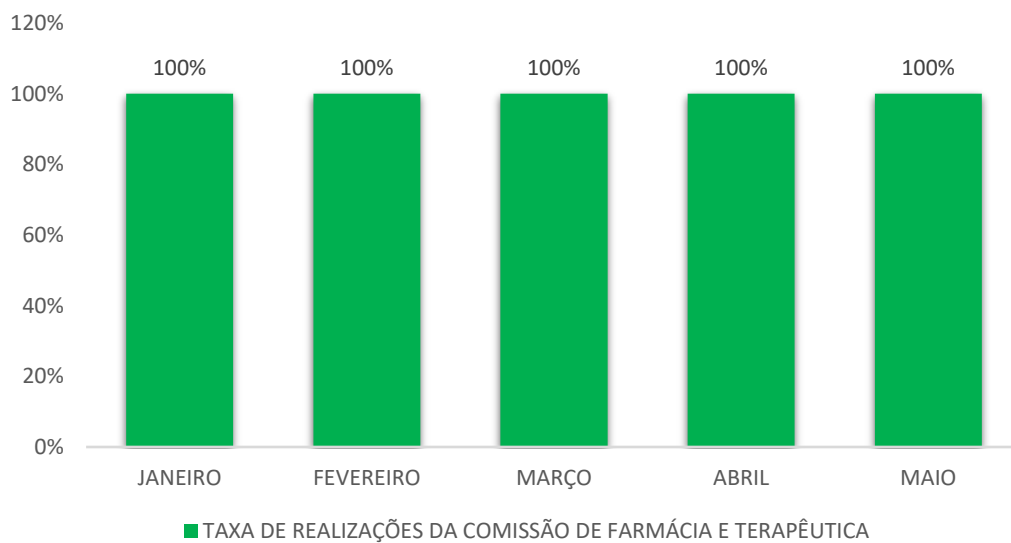
Gráfico 119. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 120. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 121. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

3.6. Compras

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

- Seleção de Fornecedores;
- Negociação de Contratos;

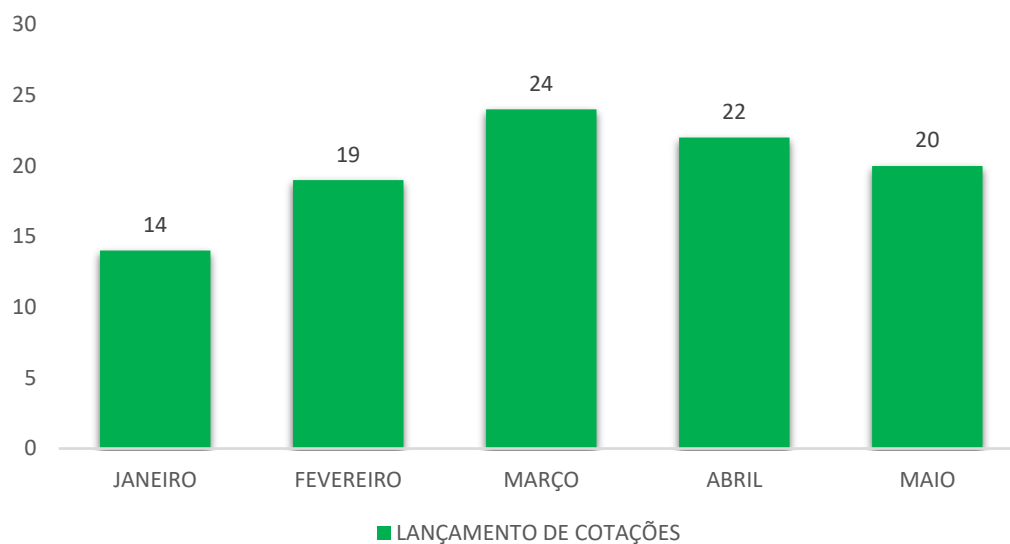
- Monitoramento de Estoque;
- Controle de Qualidade;
- Gestão de Riscos;
- Eficiência Operacional;
- Conformidade Regulatória.

Tabela 83. Indicadores de Compras

indicador	metas	janeiro	fevereiro	março	abril	maio
lançamento de cotações	neutro	14	19	24	22	20
total de ordens de compras geradas	neutro	57	78	83	84	95
taxa de ordem de compras entregues no prazo	> 80%	99%	96%	98%	93%	87%
percentual de entrega parcial	<15%	5%	5%	4%	0%	13%
percentual de economia mensal	> 5%	5,15%	6,60%	5,75%	0%	5,20%
quantidade de compra emergencial	< 5	1	0	0	1	3

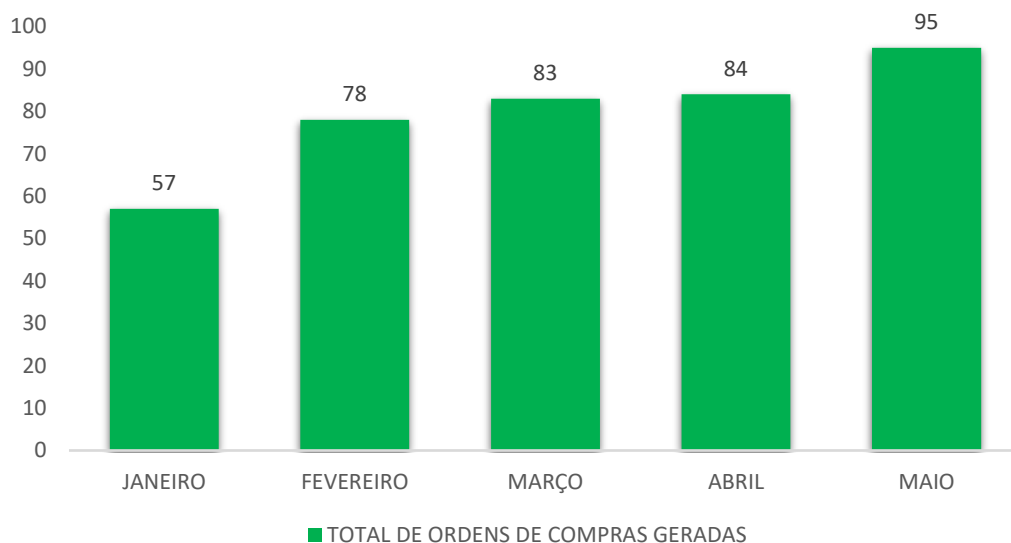
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 122. Lançamento de cotações



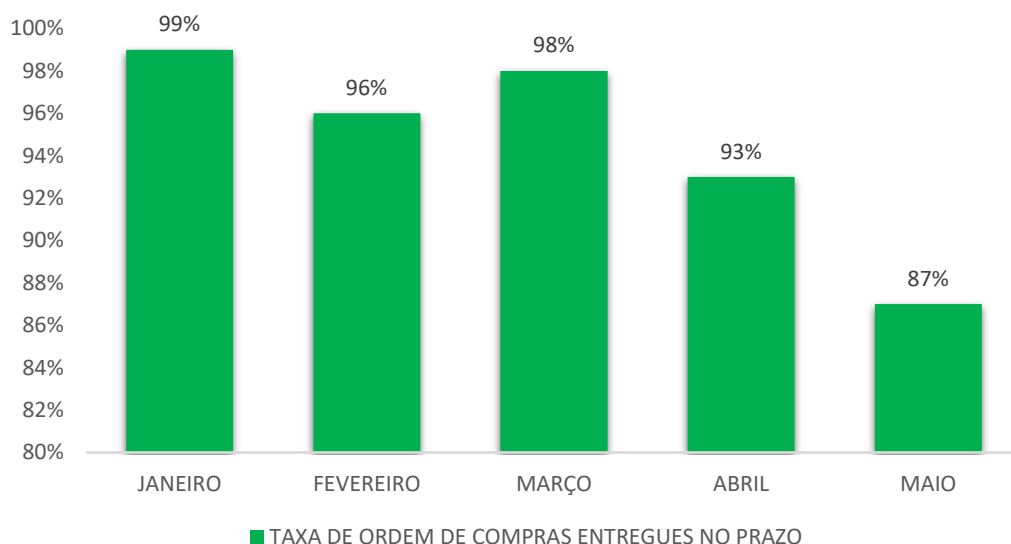
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 123. Total de ordens de compras geradas



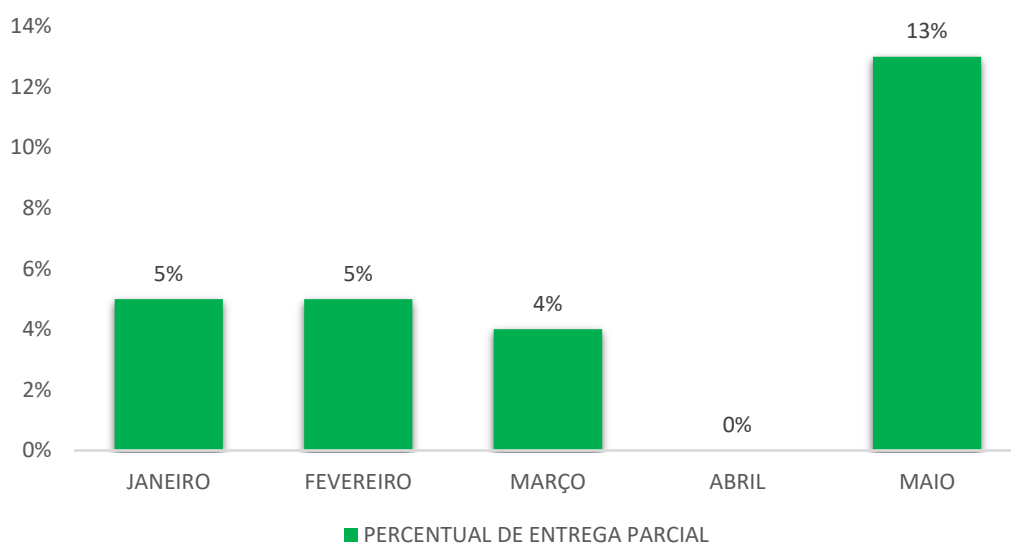
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 124. Taxa de ordem de compras entregues no prazo



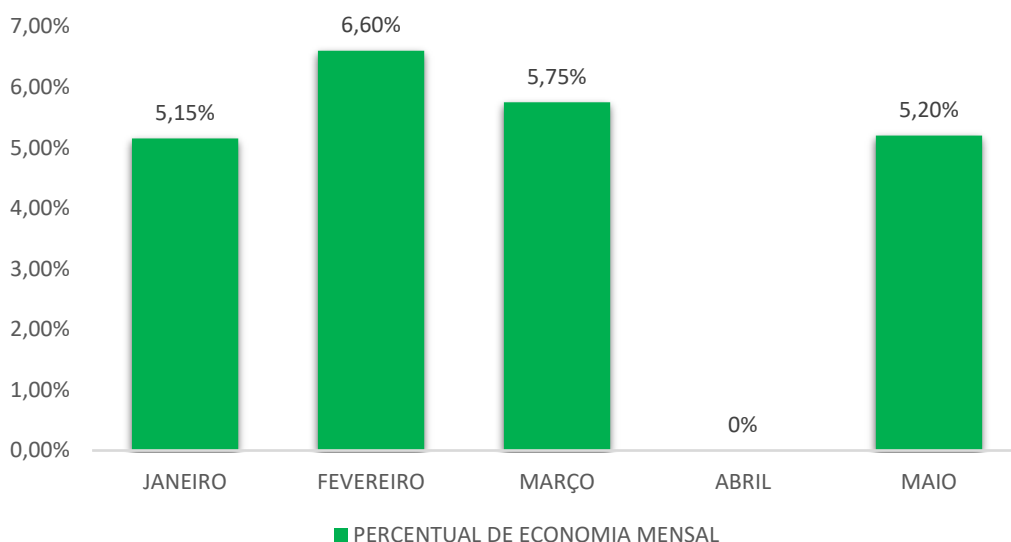
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 125. Percentual de entrega parcial

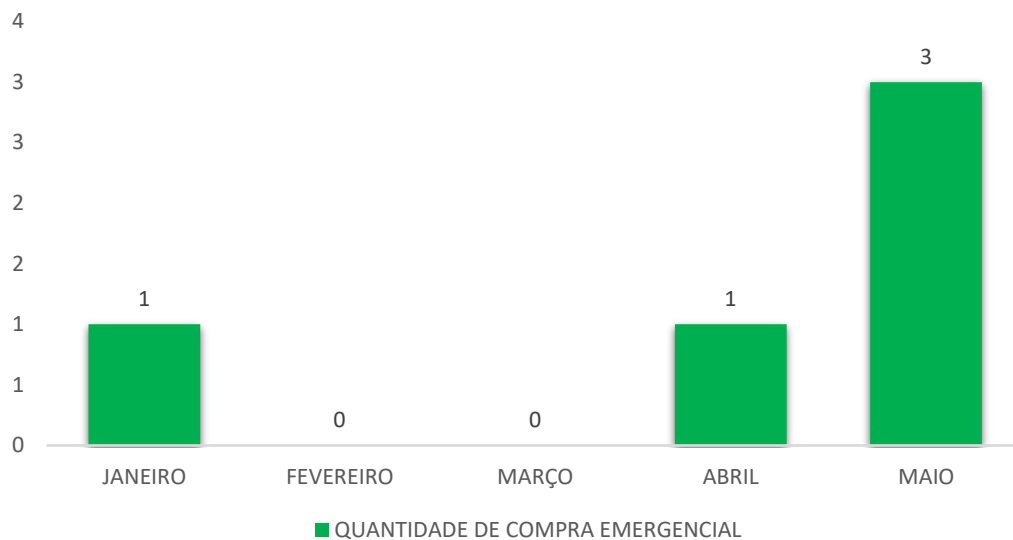


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 126. Percentual de economia mensal



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 127. Quantidade de compra emergencial

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.7. INFRAESTRUTURA

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

3.7.1. Engenharia Clínica

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

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

Tabela 84. Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 80%	56%	88%	86%	78%	93%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	< 11:00 HRS	17:00	41:46	23:11	34:24	21:36
REINCIDÊNCIA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	< 15%	5%	5%	5%	0%	0%
TAXA DE DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO	> 80%	99%	99%	99%	98%	99%
TAXA DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%	0%	100%	59%	100%
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	> 85%	83%	80%	96%	71%	76%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	99%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	80%	97%	58%	99%	90%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	79%	92%	99%	70%	99%
NÚMERO DE CALIBRAÇÕES	NEUTRO	0	0	19	17	37
NÚMERO DE MANUTENÇÕES CORRETIVAS	NEUTRO	157	155	153	143	139
NÚMERO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTOS	NEUTRO	0	0	0	0	0
NÚMERO DE INSPEÇÃO DE ROTINA	NEUTRO	2	124	153	94	288
NÚMERO DE MOVIMENTAÇÃO DE PATRIMÔNIO	NEUTRO	3	0	7	6	0
NÚMERO DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS	NEUTRO	89	53	93	57	102

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – ENGENHARIA CLÍNICA

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

Em relação ao indicador de manutenções corretivas da Engenharia Clínica, informamos que o resultado abaixo da meta no período analisado ocorreu devido a uma série de fatores operacionais que impactaram diretamente os tempos de atendimento e conclusão das ordens de serviço.

Destacamos que aproximadamente 93% do parque tecnológico da unidade é composto por equipamentos locados, tornando a execução das manutenções corretivas altamente dependente de fornecedores externos e de seus respectivos cronogramas de atendimento.

No caso específico dos sensores cata-bolhas, foram registrados 9 reparos durante o período, com tempo médio de aproximadamente 14 dias para conclusão de cada manutenção, em função da necessidade de envio para assistência técnica e disponibilidade do fornecedor.

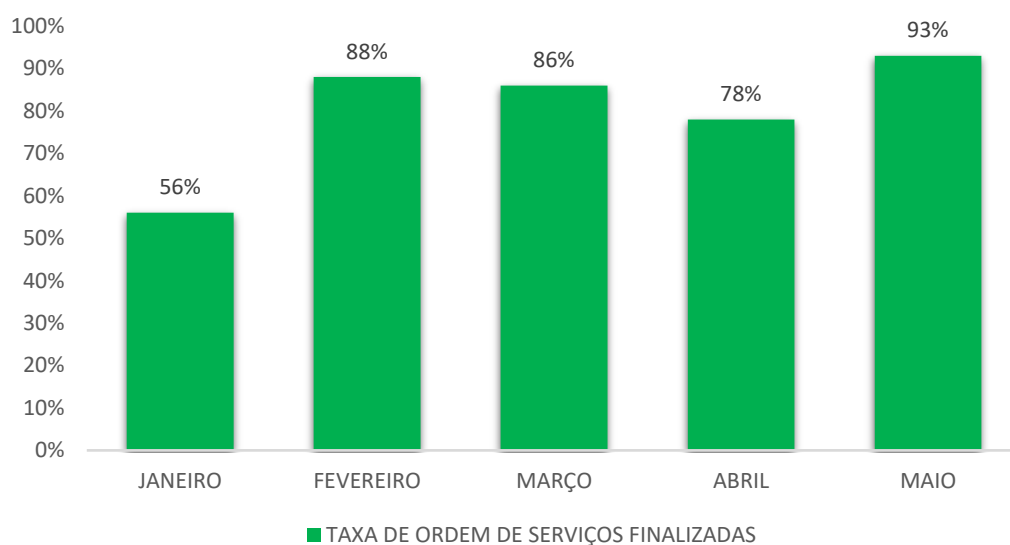
Adicionalmente, as manutenções corretivas das bombas de infusão permaneceram temporariamente suspensas entre os meses de fevereiro e abril, aguardando atendimento da empresa responsável pelos equipamentos.

Outro fator relevante é que a empresa terceira realiza apenas uma visita técnica semanal na unidade, limitando a capacidade de resposta para demandas corretivas e aumentando o tempo de permanência dos equipamentos em manutenção.

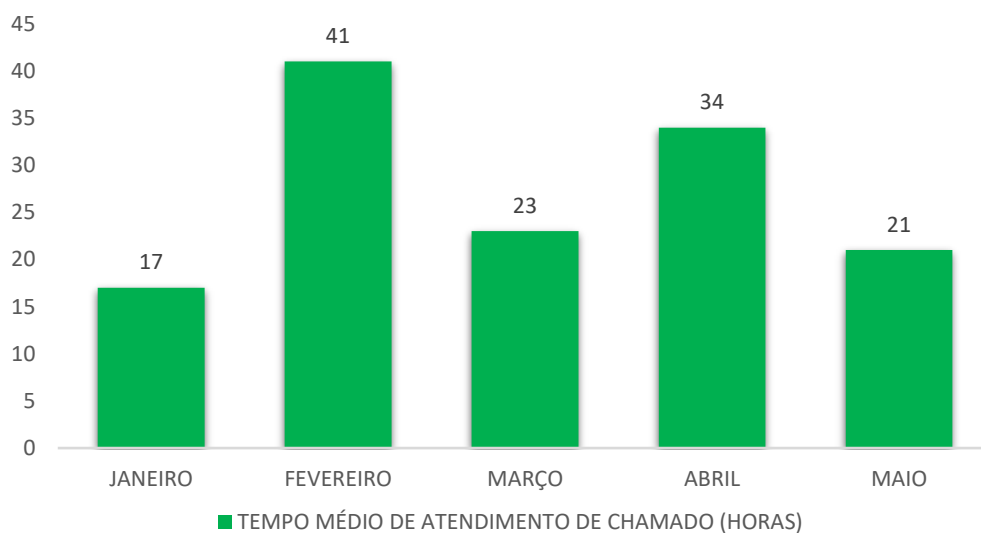
Cabe ressaltar ainda que a Engenharia Clínica não possui cobertura em regime de plantão noturno ou aos finais de semana, operando aproximadamente 30% do tempo total da semana, o que reduz a disponibilidade operacional para atendimento das demandas quando comparado a serviços com cobertura integral.

Por fim, houve desfalque de colaboradores nos meses de janeiro, fevereiro, maio e junho, impactando diretamente a capacidade operacional da equipe e a execução das atividades planejadas.

Dessa forma, o resultado apresentado reflete principalmente fatores relacionados à dependência de assistência técnica externa, disponibilidade de fornecedores, limitação operacional do setor e redução temporária do quadro de colaboradores, permanecendo a equipe empenhada na adoção de medidas para melhoria contínua dos indicadores.

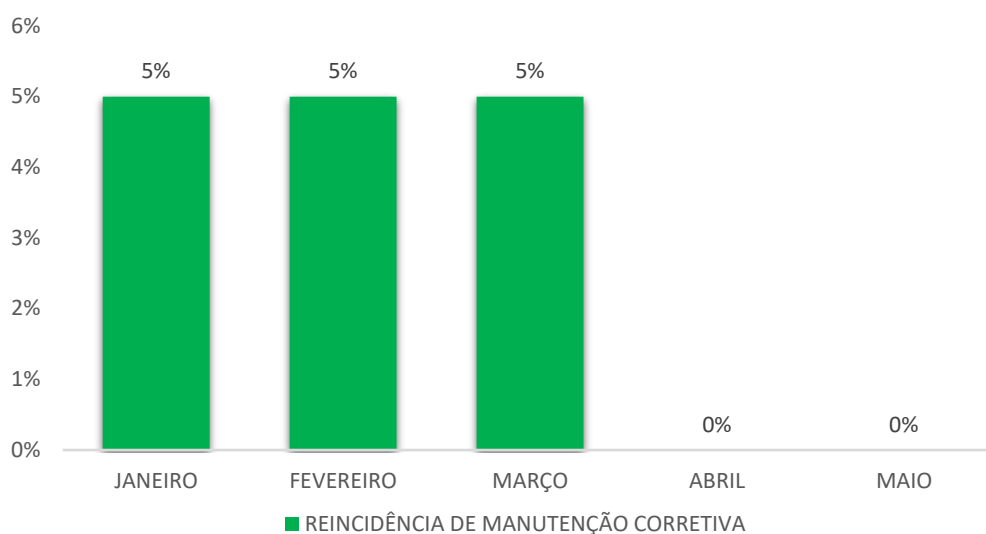
Gráfico 128. Taxa de ordem de serviços finalizadas

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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

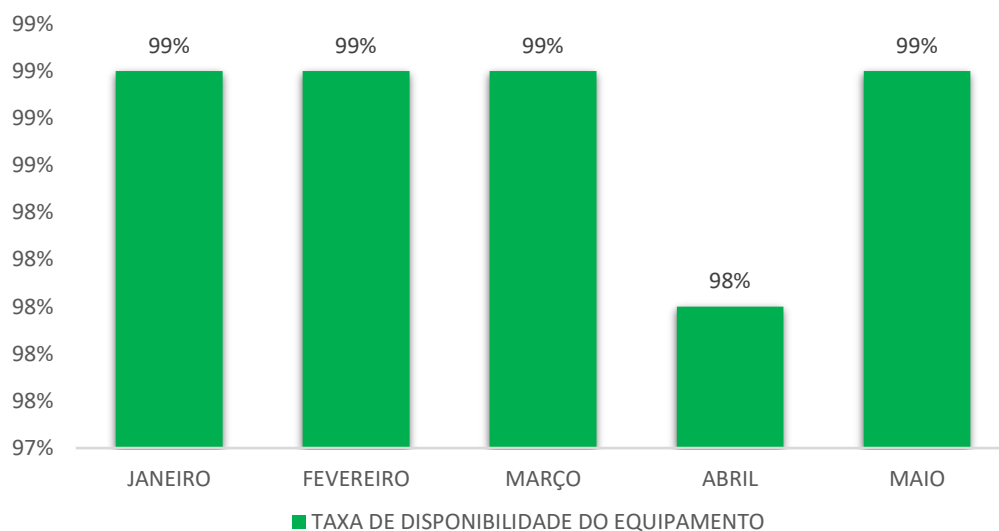
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 130. Reincidência de manutenção corretiva



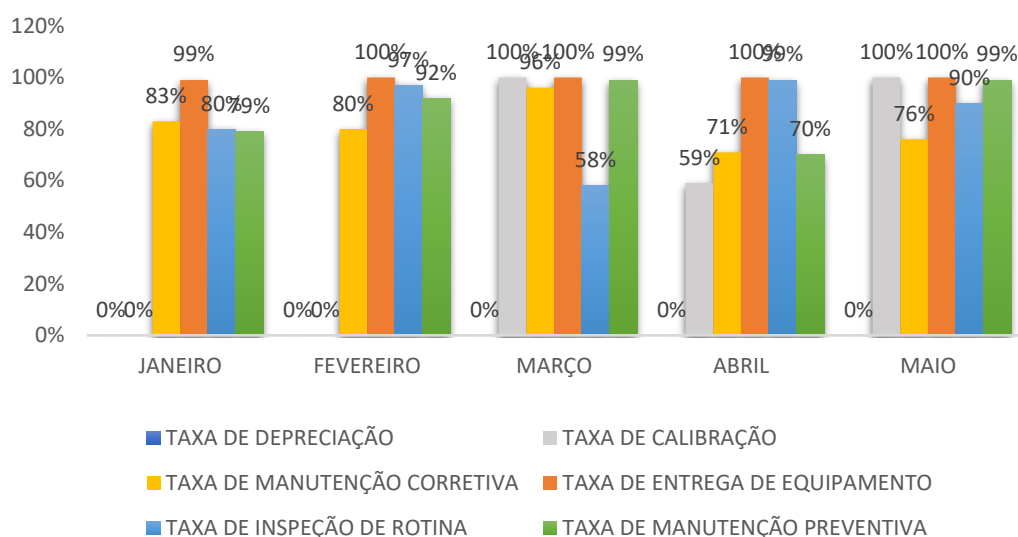
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 131. Taxa de disponibilidade de equipamento



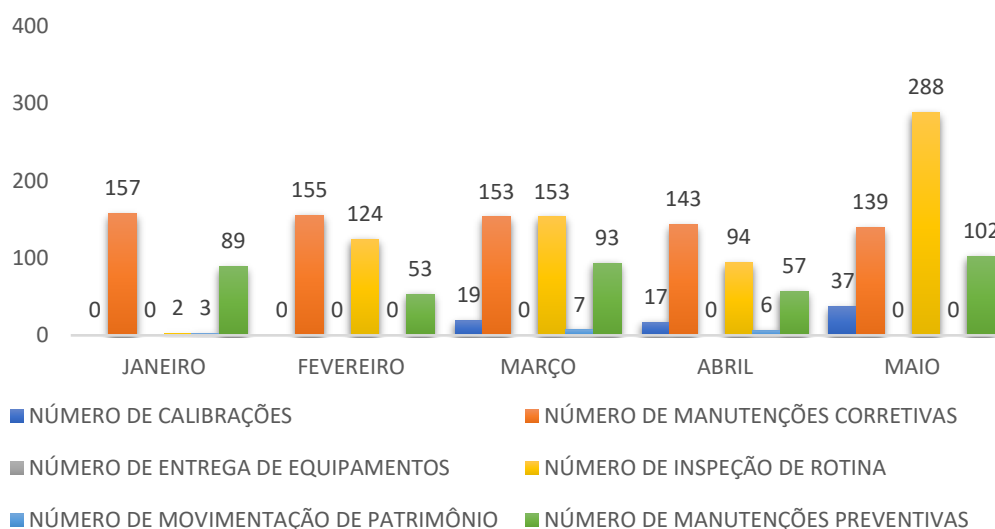
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 132. Taxa serviços de engenharia clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 133. Quantitativo de serviços de engenharia clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.7.2. Manutenção Predial

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

- Preservação das Instalações;
- Segurança e Conformidade;

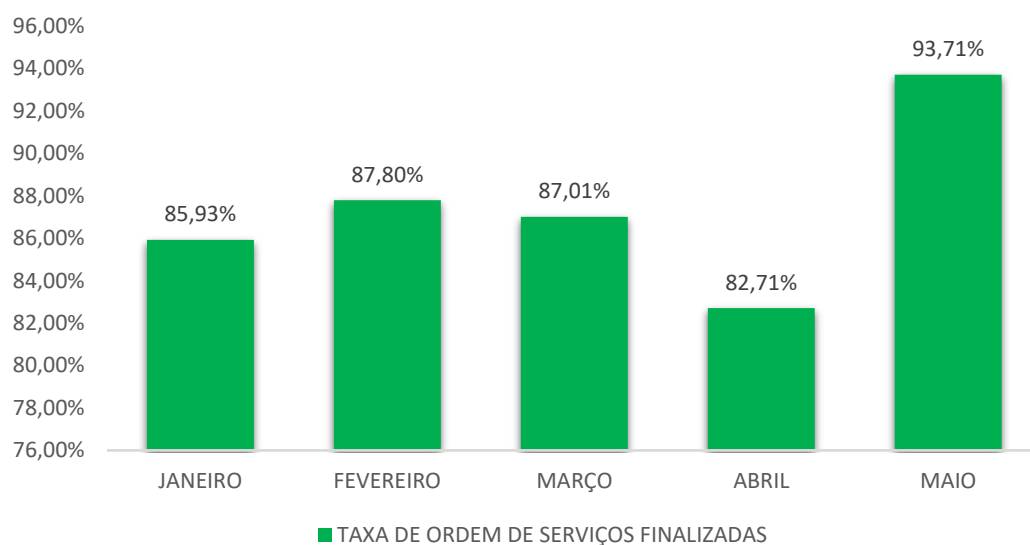
- Operação Eficiente de Equipamentos;
- Gestão de Emergências;
- Sustentabilidade e Eficiência Energética.

Tabela 85. Indicadores de Manutenção Predial

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85,93%	87,80%	87,01%	82,71%	93,71%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	120 MINUTOS	21,25	28,14	31,25	25,07	24,31
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	77,94%	81,88%	91,80%	83,80%	91,03%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	100%	74,16%	72,71%	91,01%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	91,13%	98,39%	97,80%	100%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA	QUANTO MENOR, MELHOR	281	138	183	179	207
NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA	QUANTO MAIOR, MELHOR	88	33	178	157	89
NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA	QUANTO MAIOR, MELHOR	96	124	124	91	148
NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0

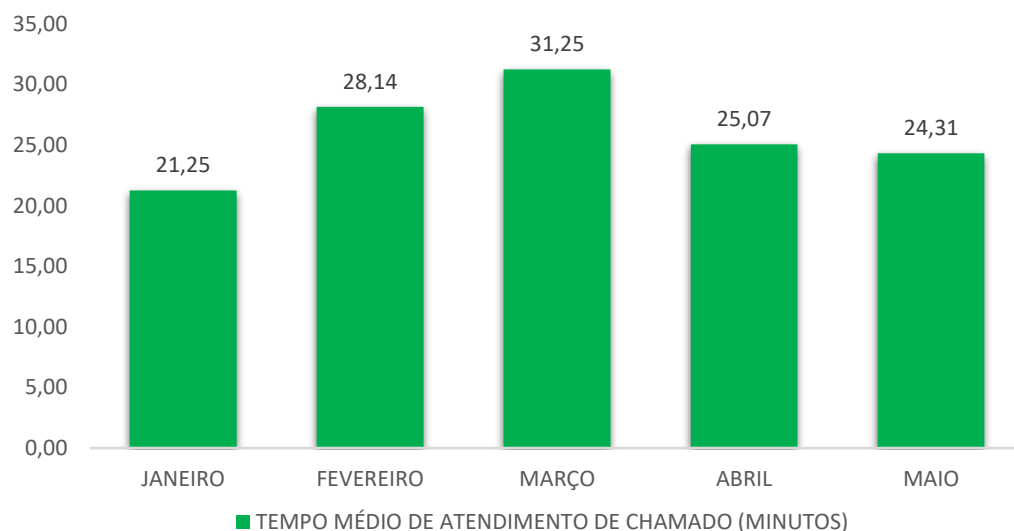
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 134. Taxa de ordem de serviços finalizadas

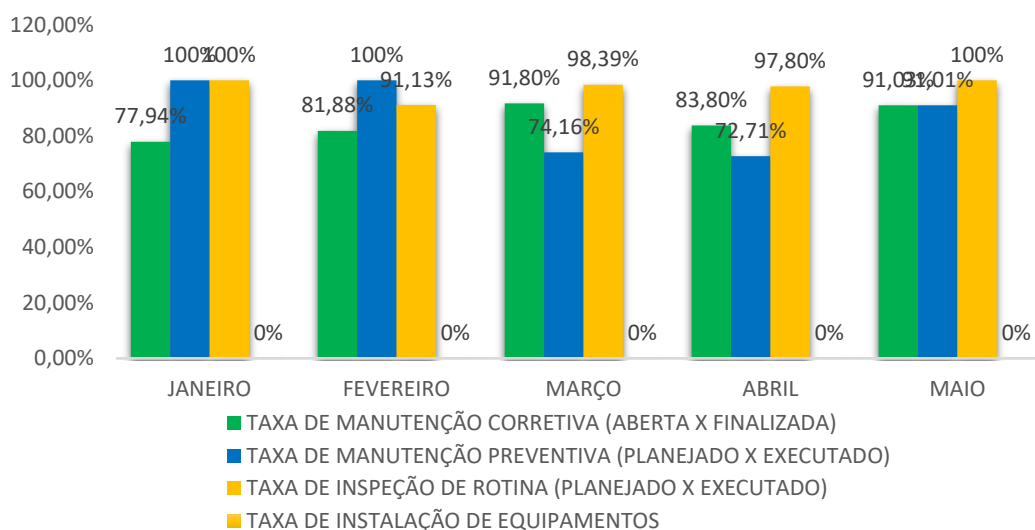


Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

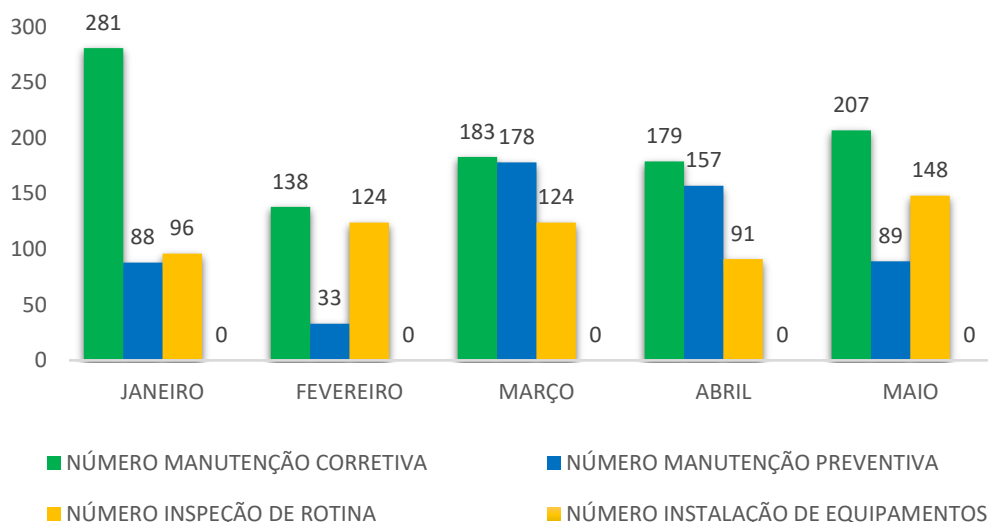
Gráfico 135. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 136. Taxa serviços de manutenção predial

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 137. Quantitativo de serviços de manutenção predial

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.8. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

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

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

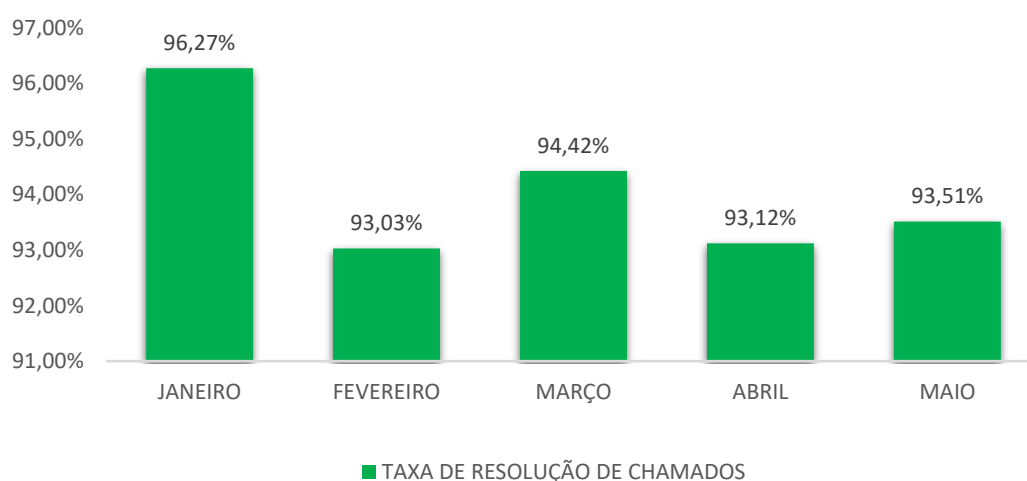
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 86. Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	< 150	135	103	120	111	96
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	< 170	106	98	149	165	166
QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS	> 200	228	182	244	252	239
QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS	NEUTRO	241	201	269	276	262
TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EM HORAS	< 04 HORAS	03:00	02:00	03:00	03:00	04:00
INDISPONIBILIDADE DE INTERNET	< 01 HORAS	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
INDISPONIBILIDADE DO SISTEMA	< 30 MINUTOS	00:00	00:00	08:00	00:00	00:30
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS	NEUTRO	3	2	8	3	3
TAXA DE RESOLUÇÃO DE CHAMADOS	> 90%	96,27%	93,03%	94,42%	93,12%	93,51%

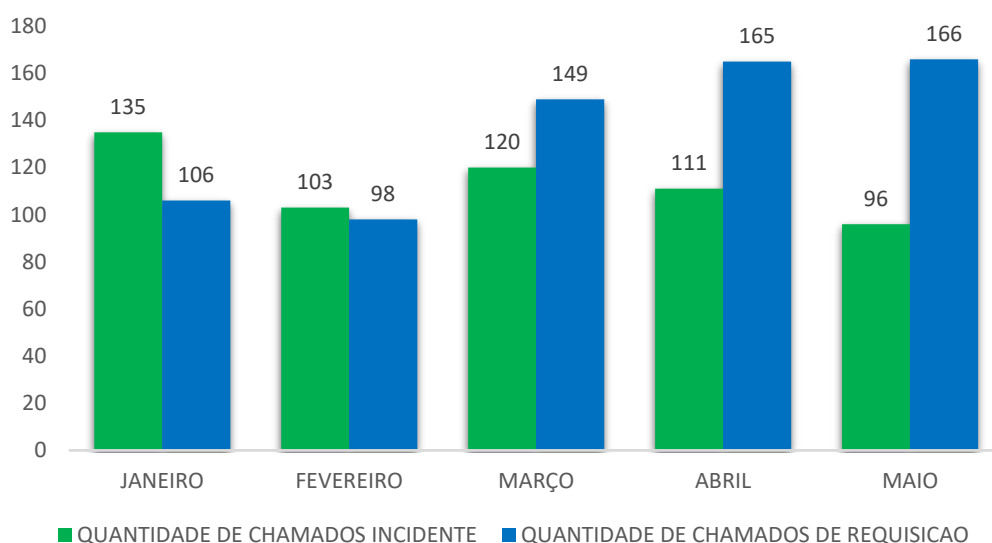
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 138. Taxa de resolução de chamados



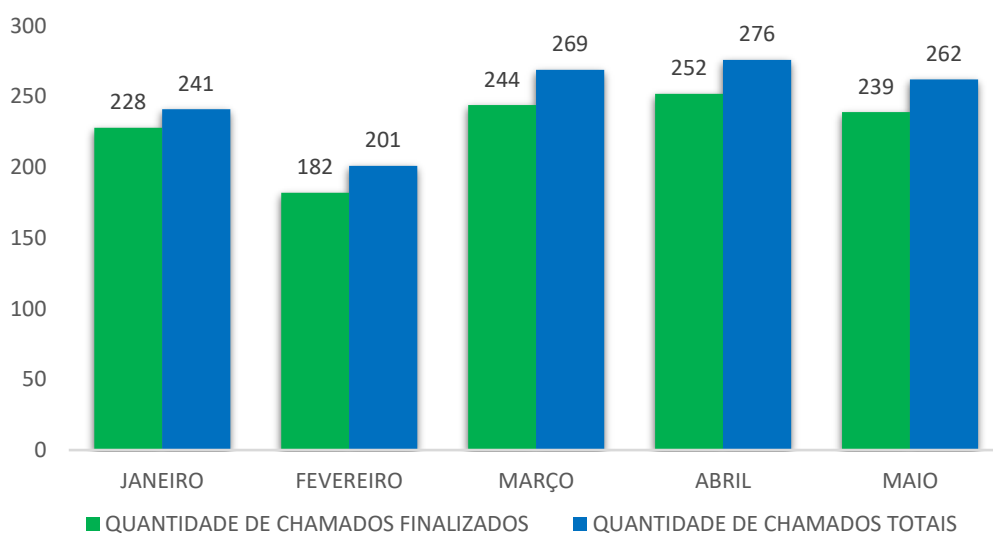
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 139. Quantitativo de chamados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 140. Quantitativo de chamado totais e finalizados



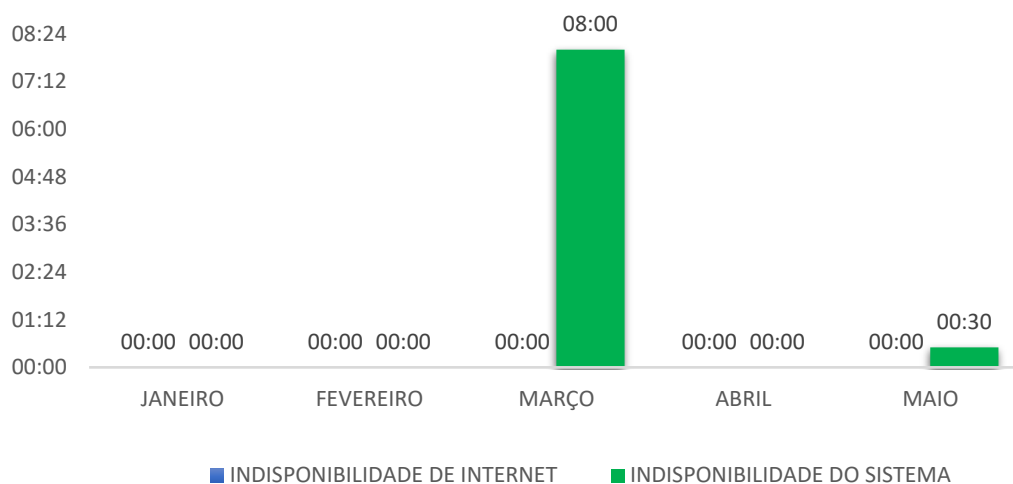
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 141. Tempo médio de solução em horas

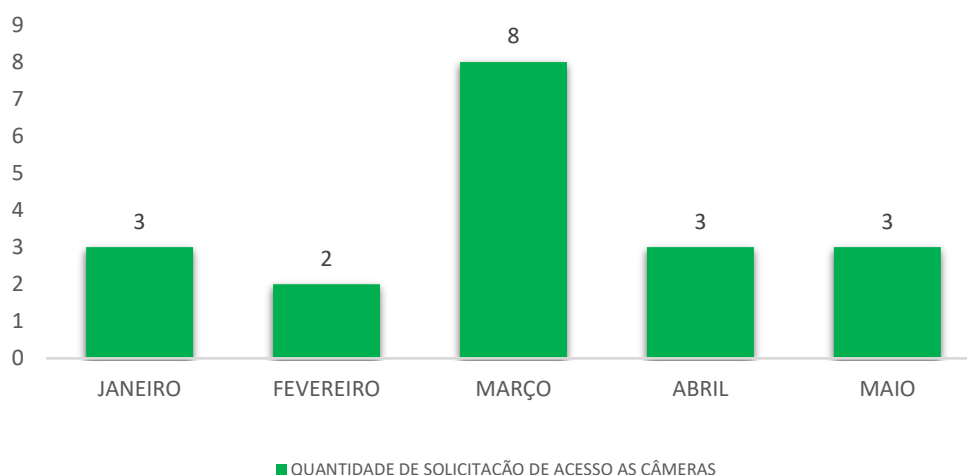


Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 142. Indisponibilidade de internet e sistema



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 143. Quantidade de solicitações de acesso as câmeras

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

3.9. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.9.1. Qualidade

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

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

Tabela 87. Indicadores de Qualidade

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	> 80%	65%	65%	75%	90%	85%
TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES	> 80%	94%	88%	91%	100%	90%
TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO	> 80%	81%	93%	80%	48%	74%
NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO	QUANTO MAIOR, MELHOR	13	13	15	18	17
NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS	QUANTO MAIOR, MELHOR	20	20	20	20	20
NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	16	14	20	21	19
NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	17	16	22	21	21
NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	QUANTO MAIOR, MELHOR	13	13	16	10	14
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024 (FORMS)	QUANTO MENOR, MELHOR	27	27	27	19	4
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025 (FORMS)	QUANTO MENOR, MELHOR	55	55	55	46	24
NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO	NEUTRO	14	34	36	52	24
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	3	1	3
NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS	NEUTRO	2	2	12	3	3
NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	NEUTRO	4	32	50	36	65
NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS	NEUTRO	0	0	6	3	6
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS	QUANTO MENOR, MELHOR	3	1	6	4	6
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS	NEUTRO	1	1	0	1	2
NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES	QUANTO MAIOR, MELHOR	7	1	4	3	2

Fonte: Relatório de Qualidade.

ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

No mês de maio, o HMG recebeu duas visitas institucionais (Vigilância Sanitária e Secretaria Municipal de Saúde) e realizou duas reuniões do projeto "15 Minutos com a Qualidade", envolvendo a Secretaria Executiva e o setor de Comunicação. As ações contribuíram para o fortalecimento da integração entre as áreas, disseminação da cultura da qualidade, alinhamento dos processos institucionais e apoio às demandas estratégicas da unidade.

A Taxa de Indicadores Entregues Dentro do Prazo atingiu 85%, superando a meta institucional de 80% e demonstrando evolução em relação aos meses anteriores. Apesar do resultado positivo, três setores não cumpriram o cronograma estabelecido, evidenciando a necessidade de fortalecer o compromisso das áreas com os prazos pactuados. Como ação de melhoria, será mantido o acompanhamento contínuo do cronograma, com envio de lembretes prévios, monitoramento das pendências e alinhamento periódico com as lideranças para garantir maior aderência às datas de entrega.

A Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo alcançou 74%, permanecendo abaixo da meta institucional. O resultado foi impactado pelo atraso na elaboração, validação e encaminhamento das atas pelos responsáveis, principalmente em decorrência da alta demanda operacional do período. Como plano de ação, será reforçada a pactuação dos prazos junto aos secretários das comissões, realizado acompanhamento semanal das atas pendentes, envio de lembretes automáticos após cada reunião e monitoramento pela Qualidade. Espera-se, com essas ações, elevar gradativamente a conformidade do indicador nos próximos ciclos de avaliação.

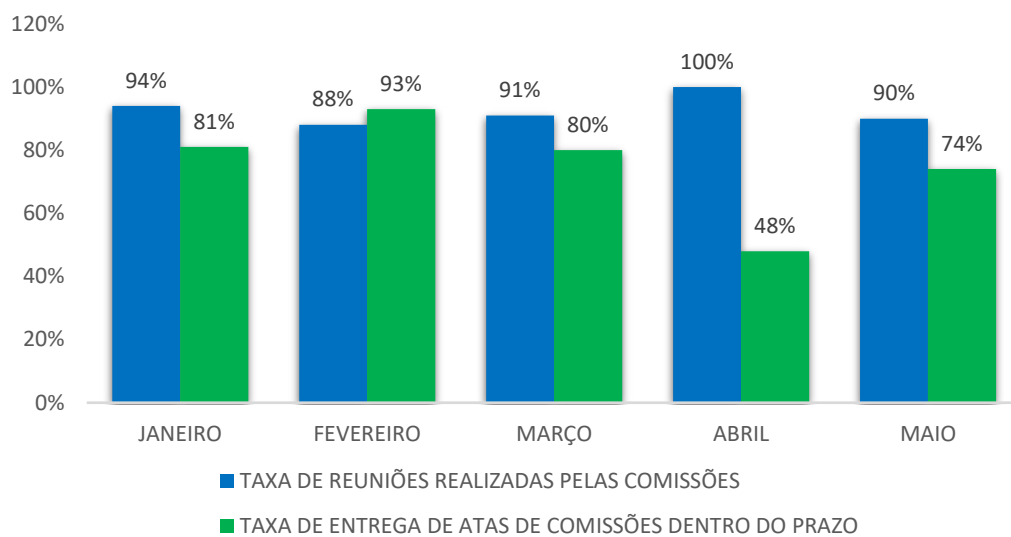
Também se observou avanço na gestão documental, com redução significativa do passivo de documentos pendentes de anos anteriores e aumento do número de documentos disponibilizados na rede institucional, evidenciando a continuidade das ações de padronização e fortalecimento da gestão documental na unidade.

Gráfico 144. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



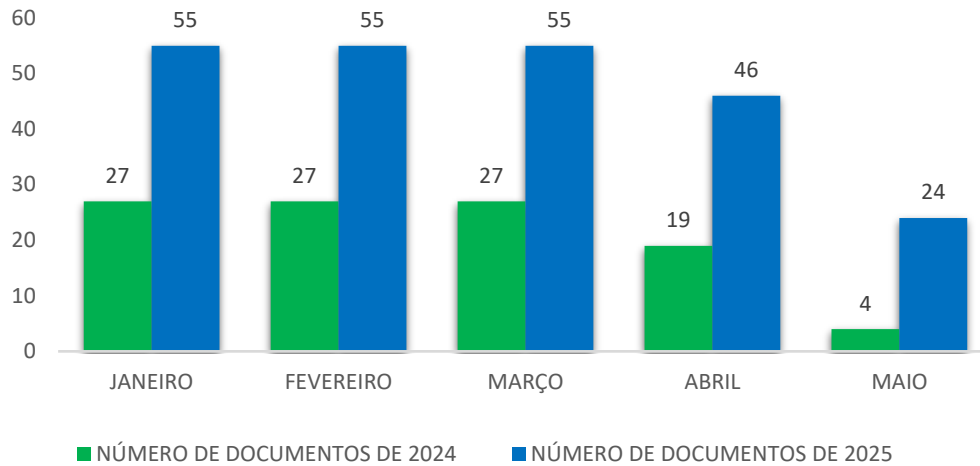
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 145. Comissões



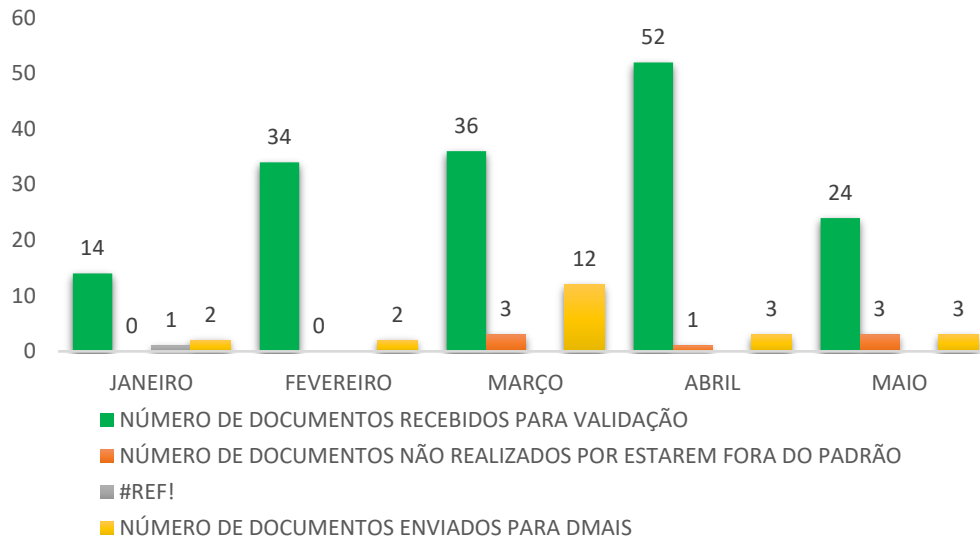
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 146. Documentos retroativos



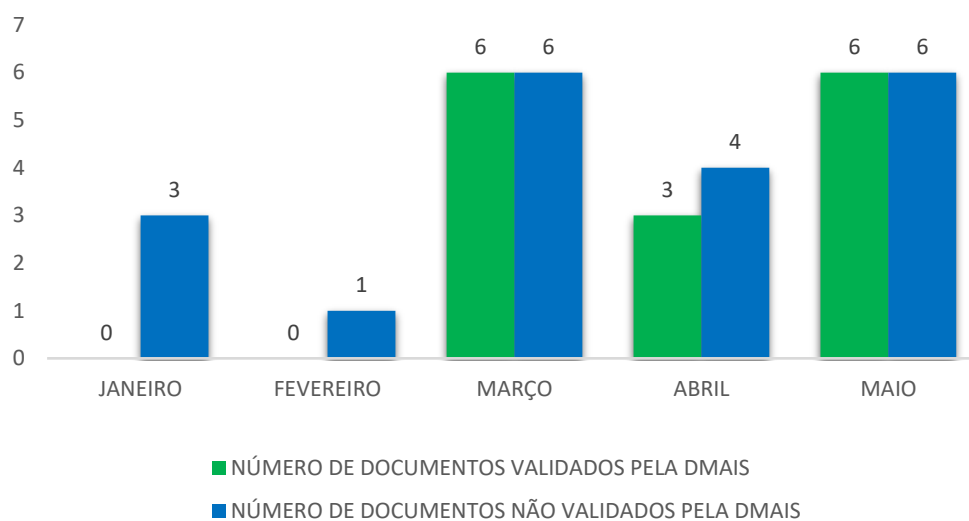
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 147. Análise dos documentos de 2026



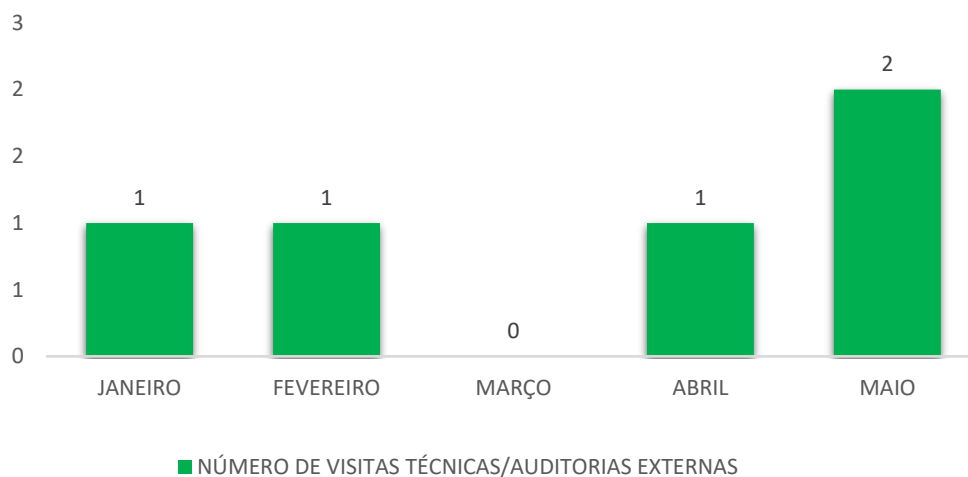
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 148. Análise de documentos DMAIS

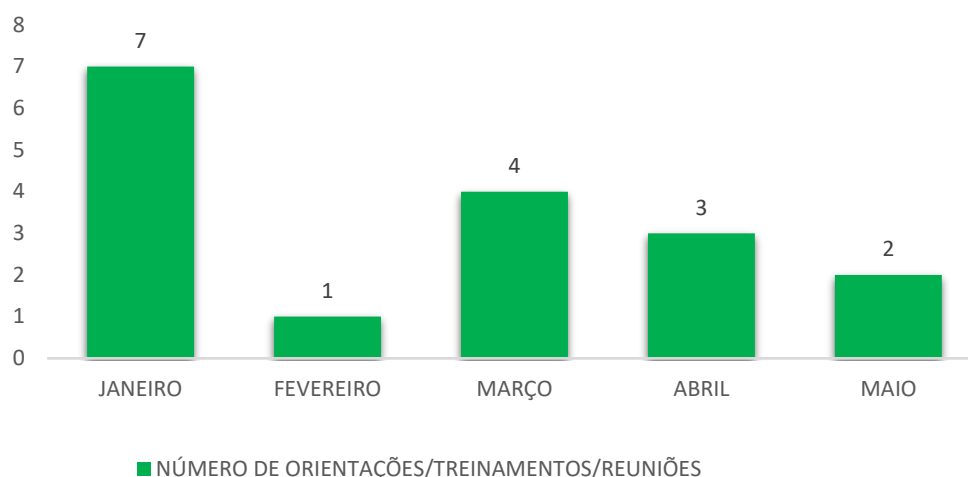


Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 149. Número de visitas e Auditorias externas



Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 150. Número de orientações, treinamentos e reuniões

Fonte: Relatório de Qualidade.

3.9.2. Faturamento

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

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

Tabela 88. Indicadores de Faturamento

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TOTAL DE AIH FATURADAS	NEUTRO	205	218	218	231	242
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	NEUTRO	113	114	119	144	117
REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR	NEUTRO	9	7	0	0	*
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	NEUTRO	46	36	0	325	*

TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	NEUTRO	0	0	0	0	0
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PENDÊNCIAS DE ASSINATURAS DIGITAIS	0	24534	19526	37719	34831	36411

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	ABRIL	MAIO
CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA	NEUTRO	2.408	1.965	2.025	2.271	2.506
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	NEUTRO	1.125	1.072	1.156	1.267	1.294
OXIGENIOTERAPIA	NEUTRO	519	388	569	803	673
GLICEMIA CAPILAR	NEUTRO	2.499	3.265	4.080	3.688	3.952
CURATIVO	NEUTRO	1.497	2.172	2.555	2.256	1.655
ELETCARDIOGRAMA	NEUTRO	73	102	107	87	91
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	NEUTRO	12	16	19	25	12

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

ANÁLISE CRÍTICA – FATURAMENTO

Após análise realizada, identificamos que houve instabilidades no sistema durante um final de semana do mês de fevereiro, ocasionando o acúmulo e a duplicidade de algumas pendências. Da mesma forma, uma nova indisponibilidade ocorrida em um final de semana de maio também contribuiu para o aumento do volume de assinaturas pendentes.

Com o objetivo de mitigar essa situação, estamos realizando auditorias e levantamentos periódicos para identificar possíveis recorrências entre os colaboradores envolvidos e atuar de forma direcionada quando necessário.

Além disso, seguem em andamento treinamentos e orientações contínuas sobre a importância da regularização das assinaturas digitais, contando com o apoio e

acompanhamento da Coordenação de Enfermagem. Está havendo cobranças referente as assinaturas dos anos anteriores que estamos acompanhando quinzenalmente.

Como plano de ação para redução das pendências relacionadas às assinaturas digitais, será realizado inicialmente o levantamento das pendências por colaborador, com o objetivo de identificar os profissionais com maior recorrência de registros pendentes. Essa atividade será conduzida pela Auditoria, com prazo de conclusão de até cinco dias. Na sequência, a Auditoria realizará o envio semanal de relatórios de pendências aos gestores assistenciais, proporcionando maior visibilidade dos resultados e permitindo o acompanhamento contínuo das equipes e a adoção de medidas corretivas.

Também será promovido treinamento e reciclagem dos colaboradores, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, reforçando a importância do cumprimento dos prazos e da realização das assinaturas digitais de forma adequada. A ação deverá ser concluída em até 30 dias.

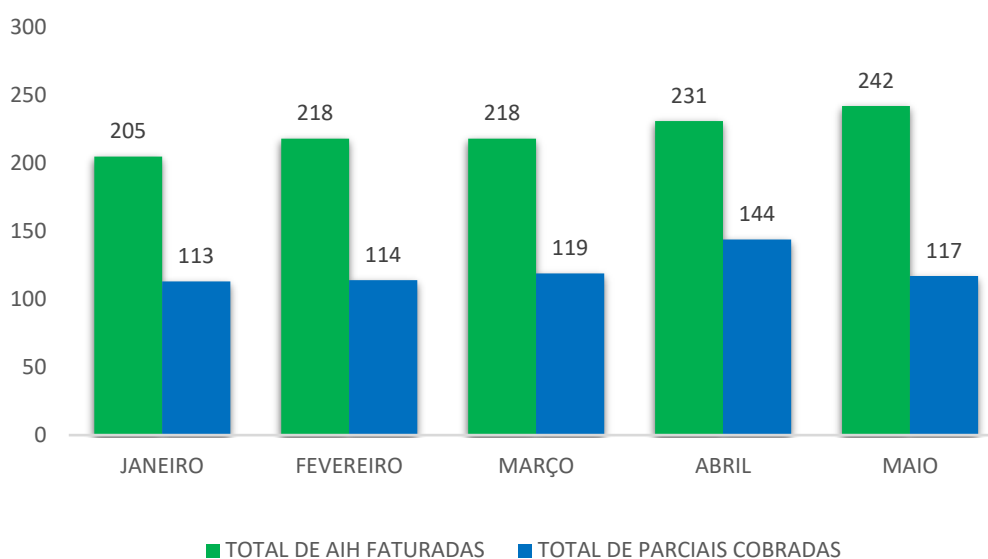
A área de Tecnologia da Informação será responsável pelo monitoramento contínuo das indisponibilidades do sistema, registrando as ocorrências e avaliando os impactos operacionais, subsidiando a adoção de medidas preventivas e corretivas.

As lideranças assistenciais implantarão uma rotina de conferência das assinaturas antes do encerramento dos plantões, garantindo que os registros sejam devidamente finalizados em tempo oportuno. A implantação dessa rotina deverá ocorrer em até 15 dias.

Paralelamente, a Auditoria e as Coordenações realizarão o acompanhamento mensal dos indicadores relacionados às pendências de assinatura, monitorando a evolução dos resultados e avaliando a efetividade das ações implementadas.

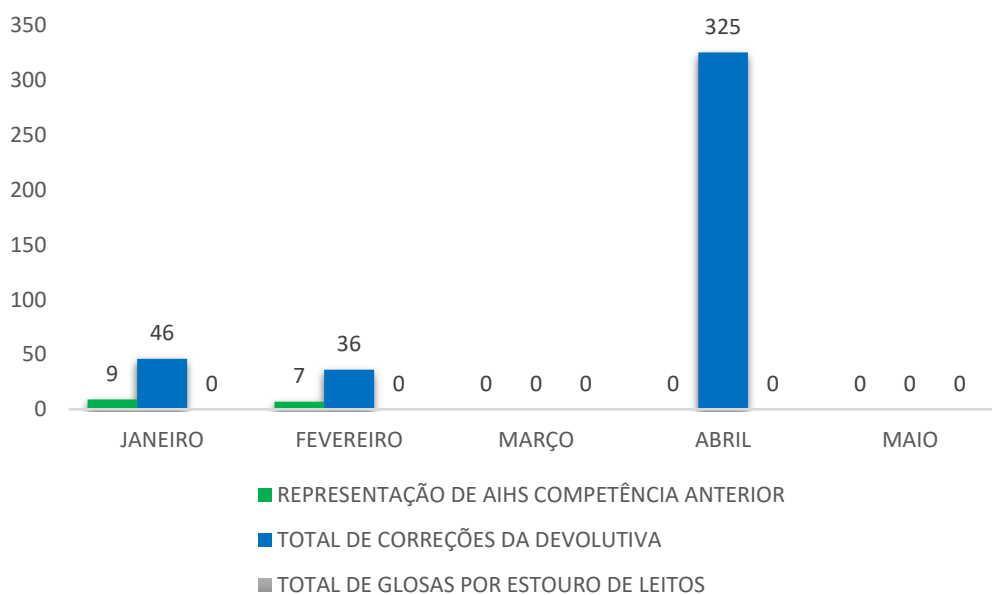
Por fim, a TI, em conjunto com a Qualidade e as Coordenações Assistenciais, definirá um fluxo de contingência para os períodos de indisponibilidade do sistema, estabelecendo procedimentos padronizados para minimizar impactos no processo de registro e assegurar a continuidade das atividades. A conclusão dessa ação está prevista para até 30 dias.

Gráfico 151. Quantitativo de AIH



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

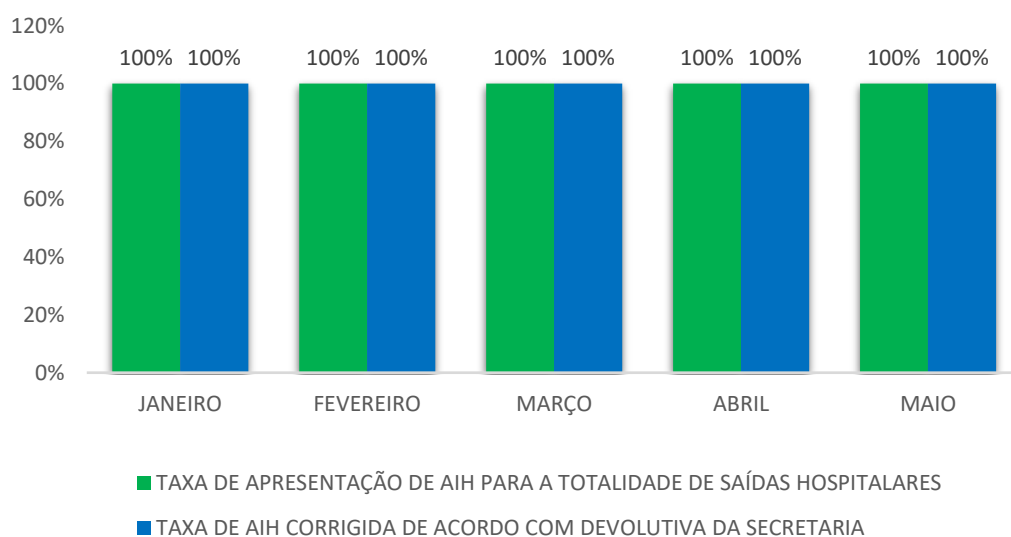
Gráfico 152. Devolutivas SMS



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

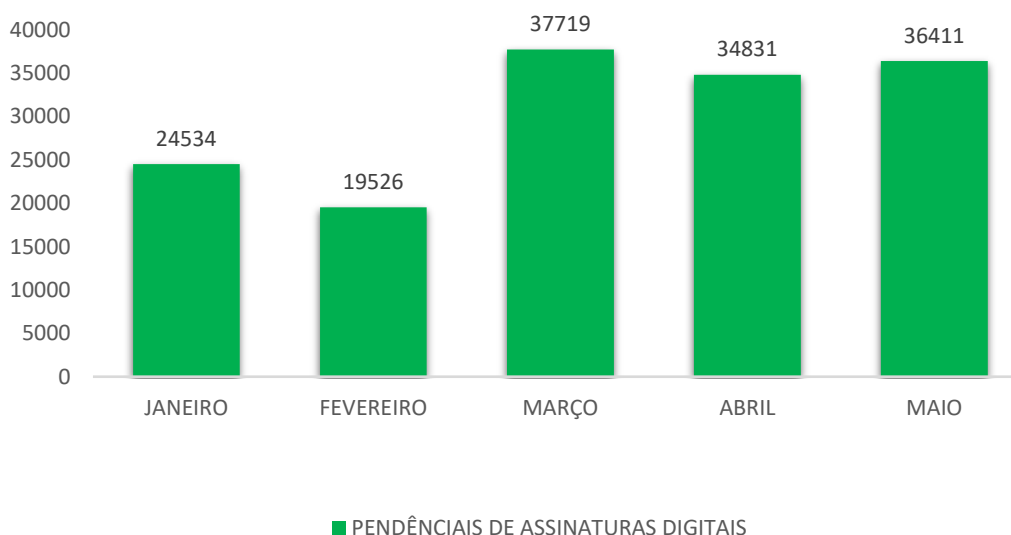
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 153. Taxa de AIH

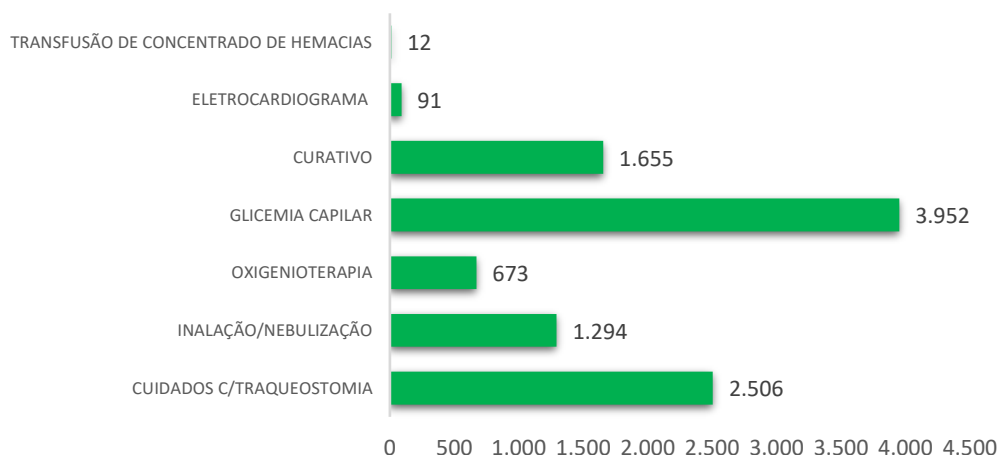


Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 154. Pendências de assinaturas digitais



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

Gráfico 155. Procedimentos faturados em maio de 2026

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

3.9.3. Prestação De Contas

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

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

Tabela 90. Indicadores de Prestações de Contas

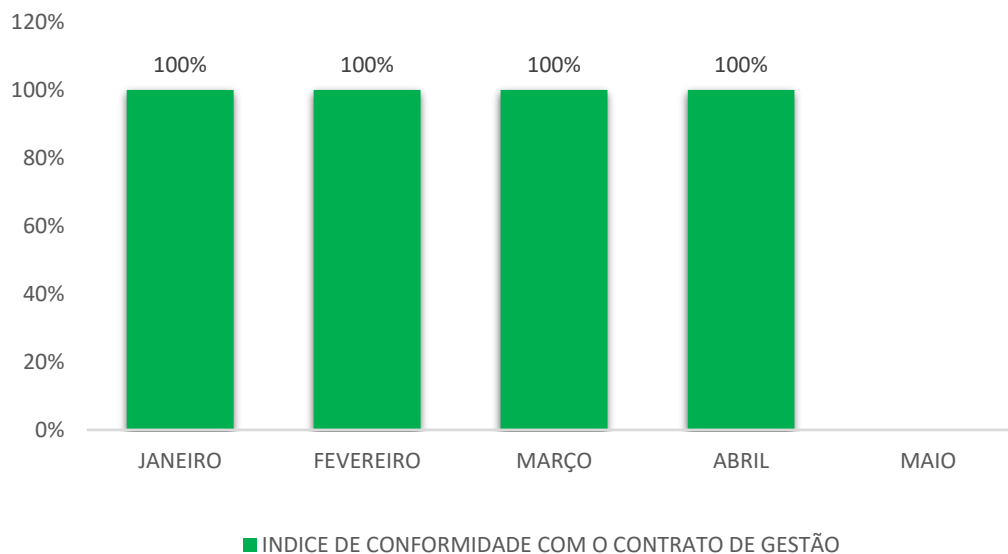
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO	100%	100%	100%	100%	100%	*
NÚMERO DE AUDITÓRIAS EXTERNAS	NEUTRO	0	0	0	0	0
TAXA DE NÃO CONFORMIDADES	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE RETENÇÕES DE CONTRATO	QUANTO MENOR, MELHOR	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS	NEUTRO	4633	4649	4357	4546	4517

NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS ÍNDICE DE ORÇADO X REALIZADO	QUANTO MENOR, MELHOR	1	1	2	3	3
> 80%		127%	94%	88%	89%	89%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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

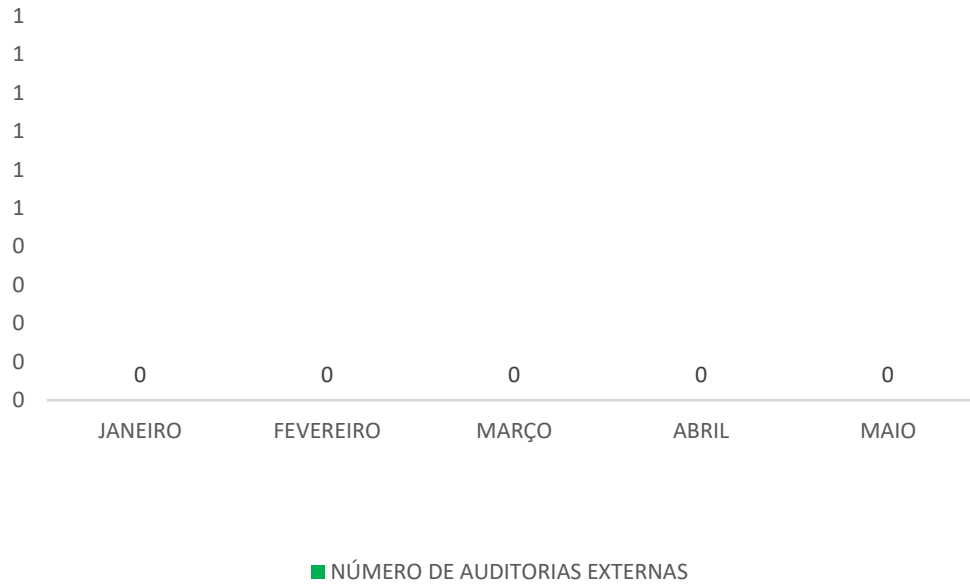
Gráfico 156. Índice de conformidade com o contrato de gestão



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

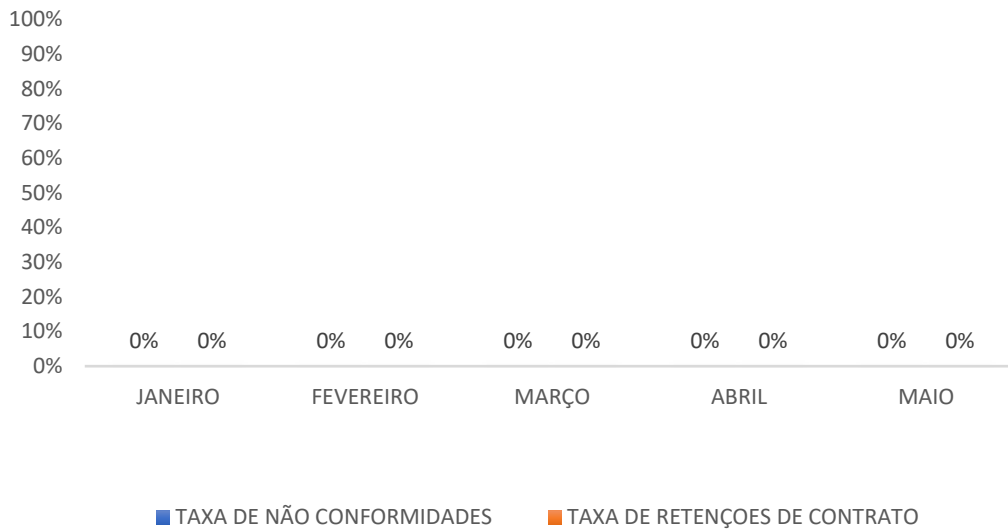
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 157. Número de auditorias externas



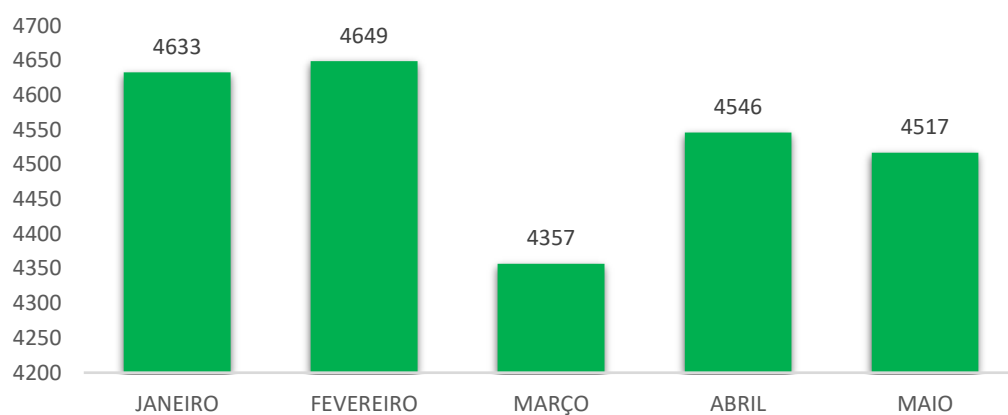
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 158. Taxa de não conformidades e retenções



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

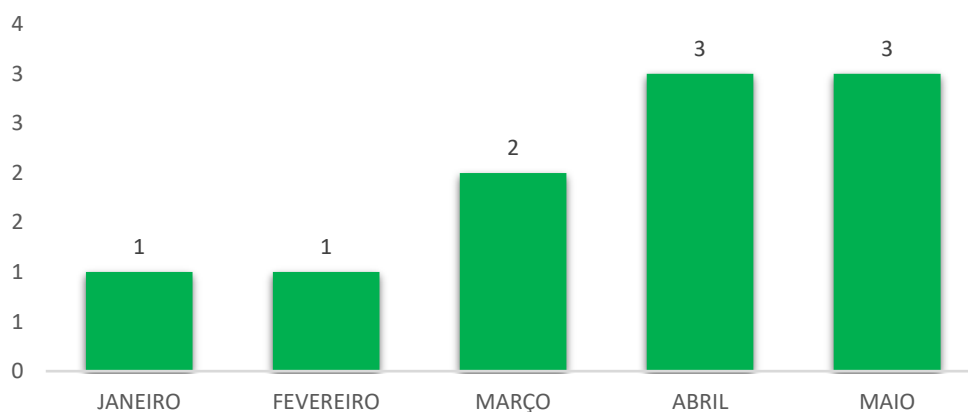
Gráfico 159. Total de despesas quitadas no sistema da SMS



■ TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

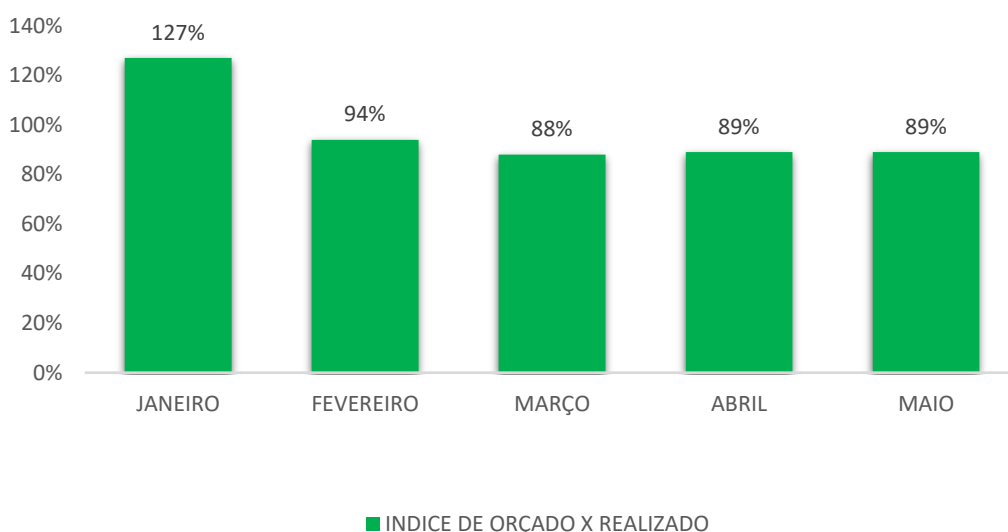
Gráfico 160. Número de apontamentos na prestação de contas



■ NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 161. Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.4. Financeiro

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

Tabela 91. Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	100%	99%	99%	92%	94%	92%
TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO	100%	99%	100%	99%	98%	99%
TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NOTAS DE SERVIÇO	NEUTRO	82	79	84	80	80
NOTAS DE PRODUTOS	NEUTRO	88	81	109	120	102
NOTAS ATRASADAS	0	1	0	1	4	2

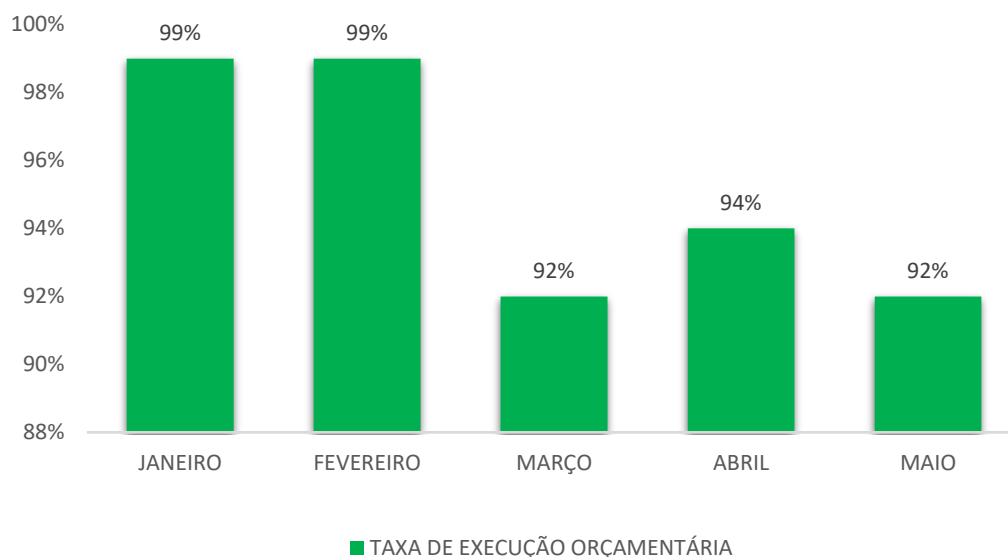
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

O prestador responsável não encaminhou a documentação necessária para composição e validação da nota fiscal dentro do prazo estabelecido, impactando o indicador de recebimento de notas fiscais no prazo.

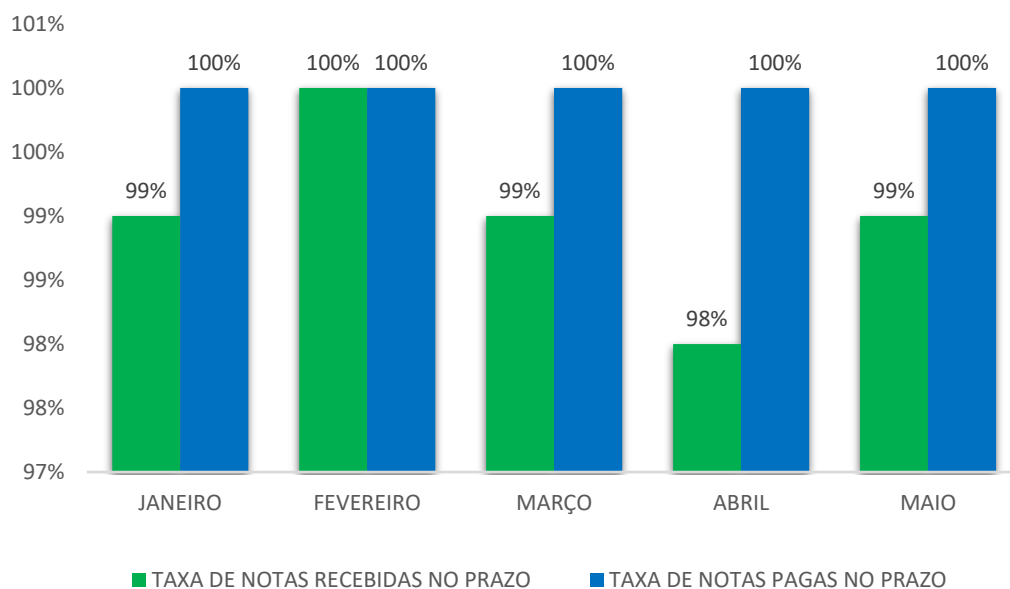
Adicionalmente, o indicador de execução orçamentária permaneceu abaixo de 100%, uma vez que o orçamento disponível no período não foi integralmente utilizado.

Gráfico 162. Taxa de execução orçamentária



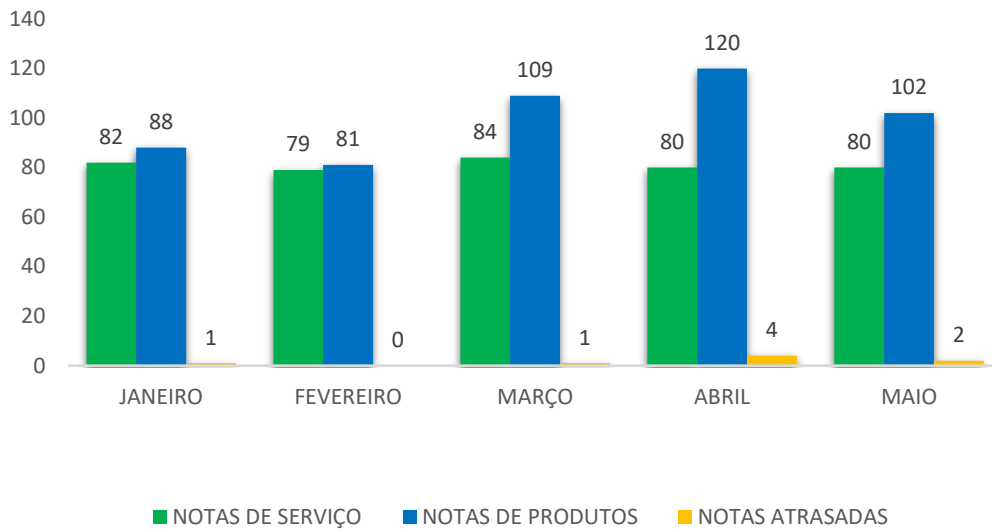
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 164. Análise das notas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.5. Patrimônio

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

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

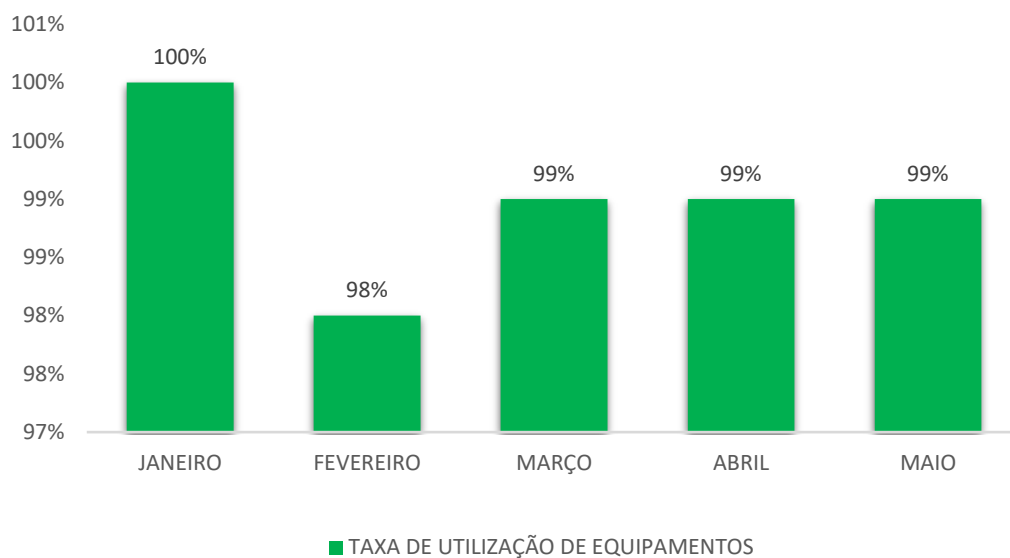
Tabela 92. Indicadores do Patrimônio

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	100%	98%	99%	99%	99%
ÍNDICE DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	> 80%	99%	99%	99%	98%	99%
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	NEUTRO	157	157	156	143	153
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	NEUTRO	131	134	143	99	112
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	NEUTRO	3	4	16	6	12
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	NEUTRO	3	4	16	6	12
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	NEUTRO	10	54	40	23	*
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO ATENDIDAS	NEUTRO	7	38	32	2	*
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 80%	83%	85%	96%	71%	74%
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS	NEUTRO	225	225	225	1	1
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS	> 60%	98%	98%	98%	98%	98%
TAXA DE ITENS LOCADOS	NEUTRO	63%	63%	63%	63%	63%
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE	NEUTRO	32	32	32	32	32
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85%	91%	86%	78%	93%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

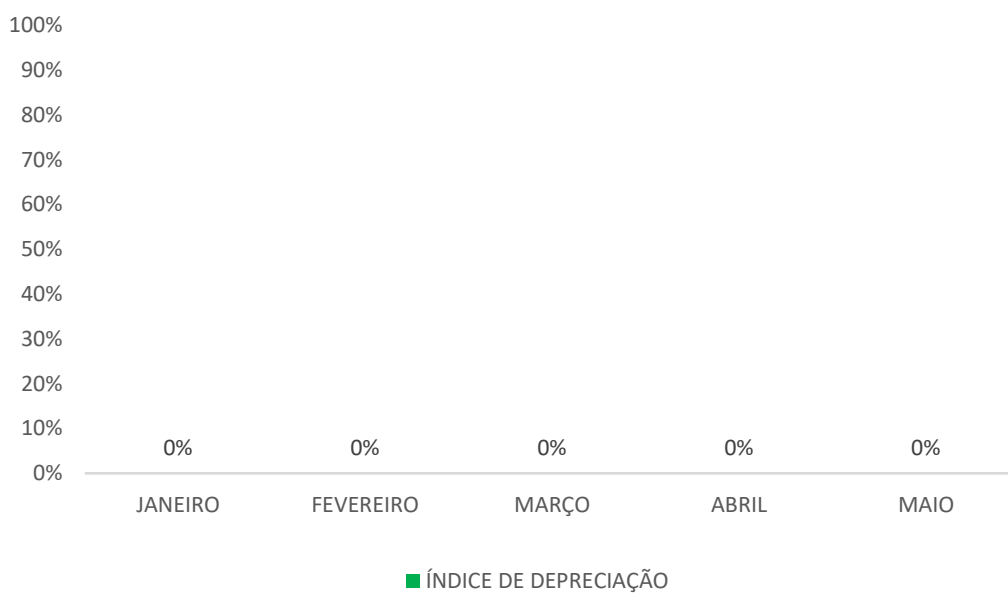
*Os indicadores de Número de OS abertas para manutenção por mau uso e Número de OS abertas para manutenção por mau uso atendidas serão colocados os dados retroativamente na competência de junho de 2026.

Gráfico 165. Taxa de utilização de equipamentos



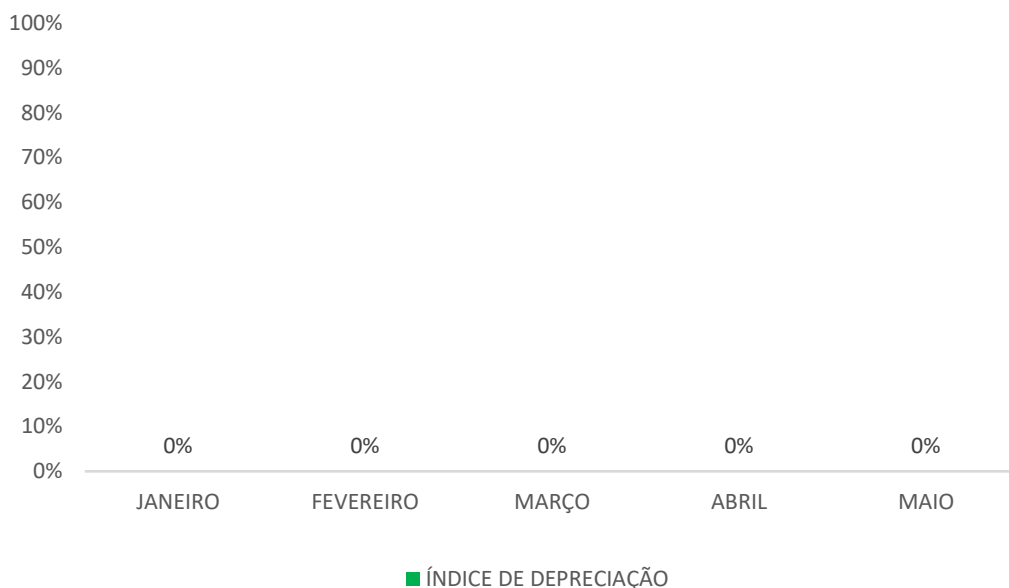
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 166. Índice de depreciação



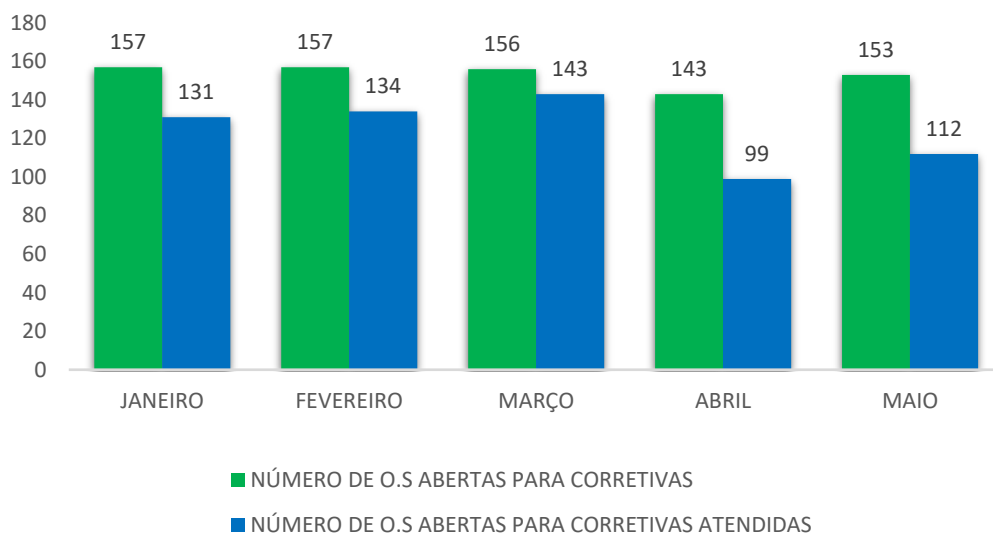
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 167. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos

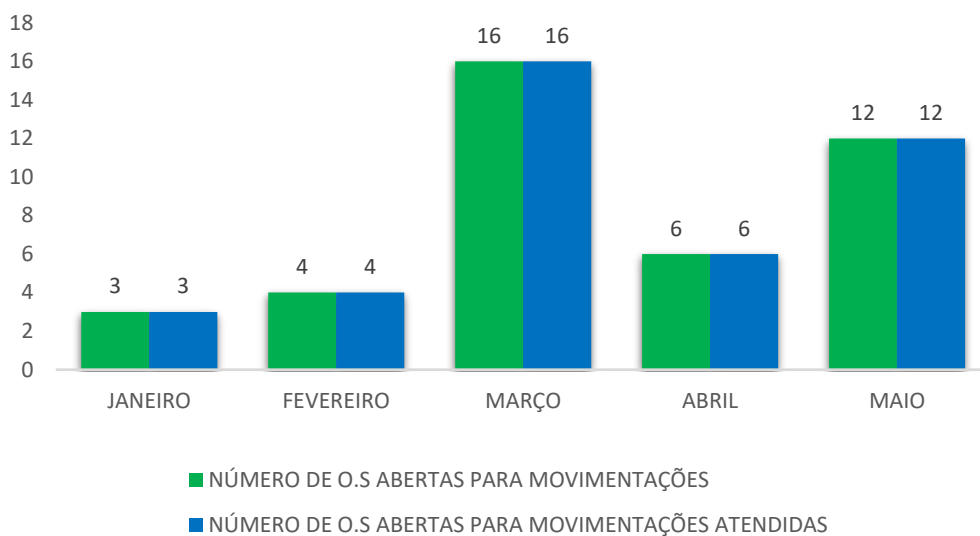


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

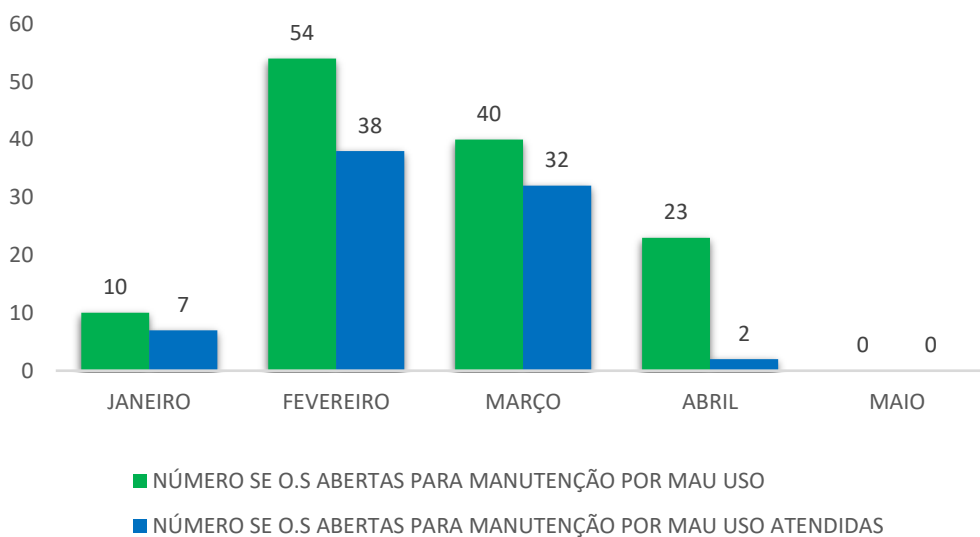
Gráfico 168. Ordem de serviço corretivas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

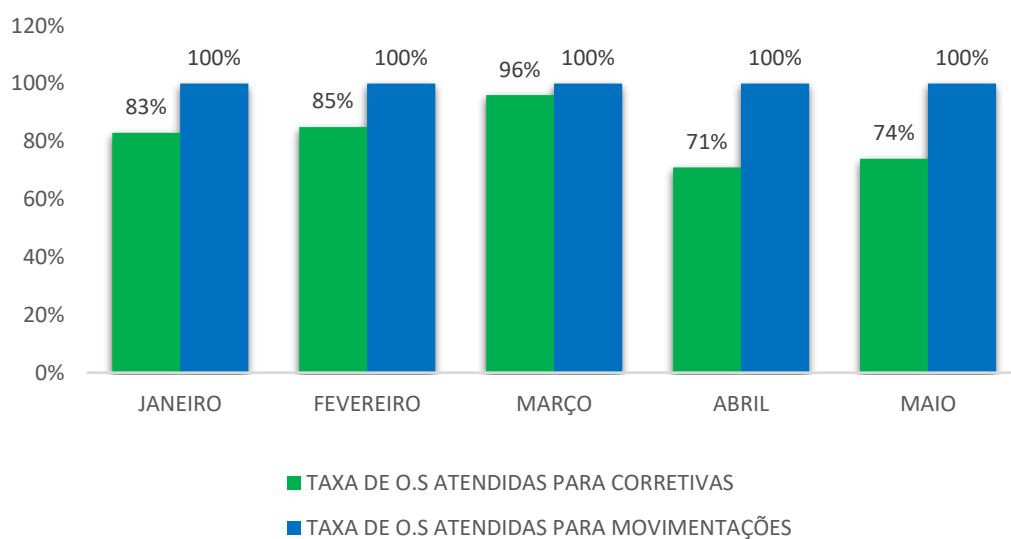
Gráfico 169. Ordem de serviço movimentações

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 170. Ordem de serviço de manutenção de mau uso

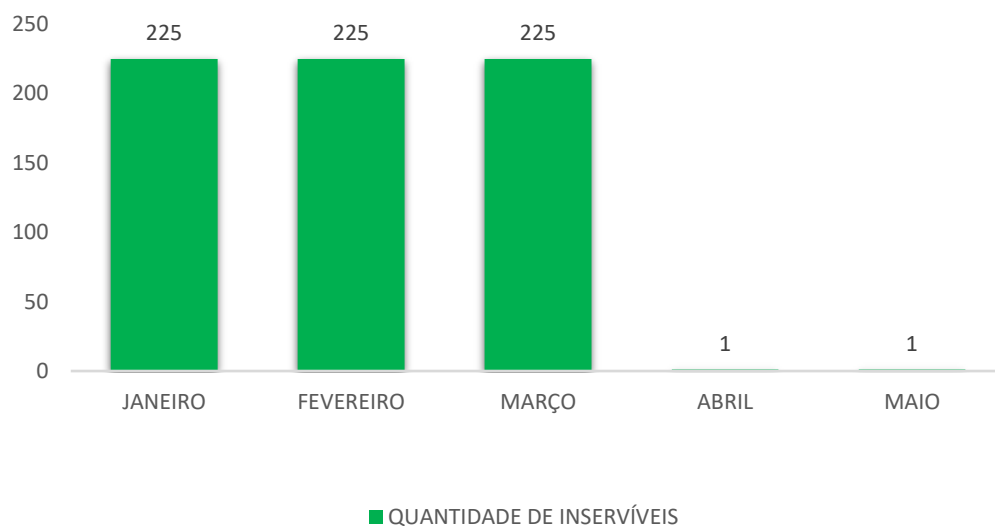
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 171. Ordem de serviço de corretivas



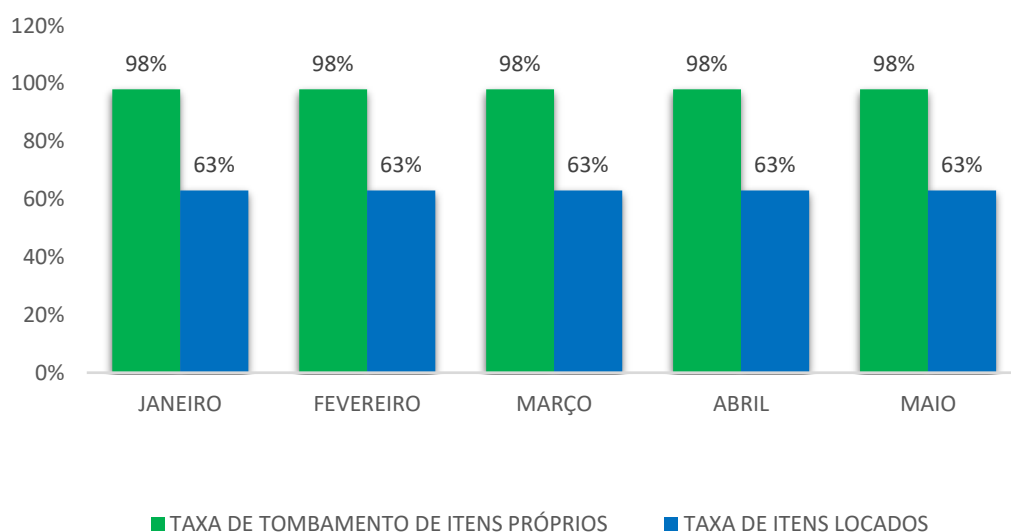
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 172. Quantidade de inservíveis



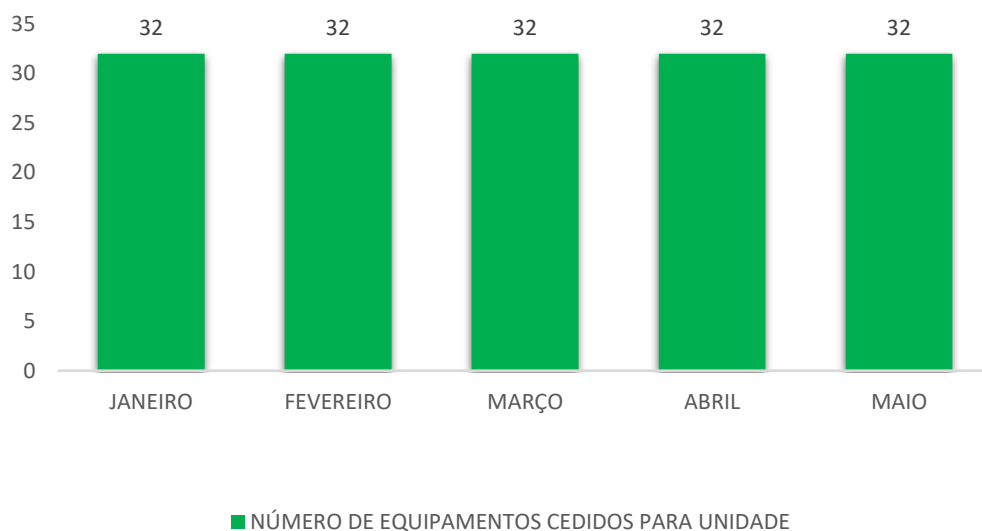
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 173. Taxa de tombamento de itens próprios e locados

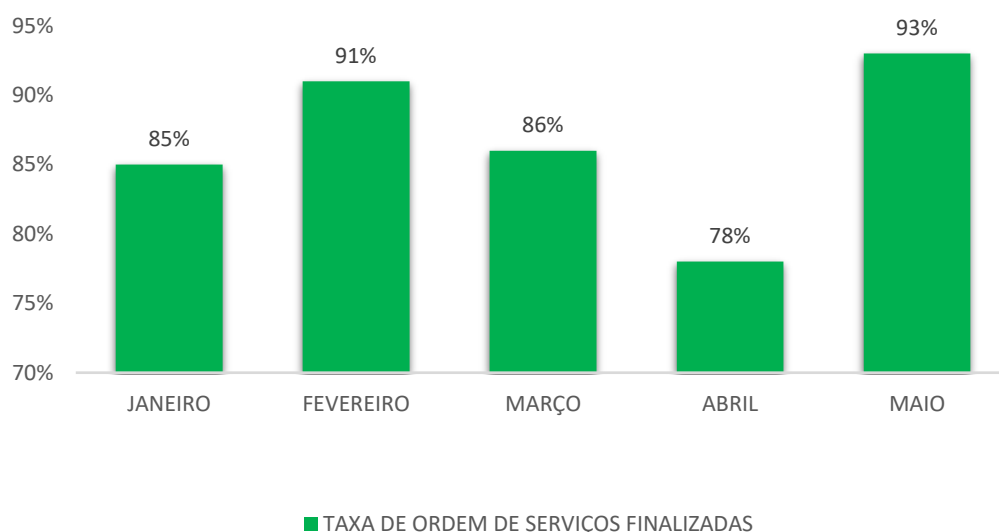


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 174. Número de equipamentos cedidos para unidade



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 175. Taxa de ordem de serviços finalizadas

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.6. Contratos

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

Tabela 93. Indicadores do Contratos

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O Indicador de Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos apresentou resultado de 84,21%, em decorrência de três contratos auditados terem obtido pontuação inferior ao padrão estabelecido. Embora os fornecedores permaneçam classificados como "bons",

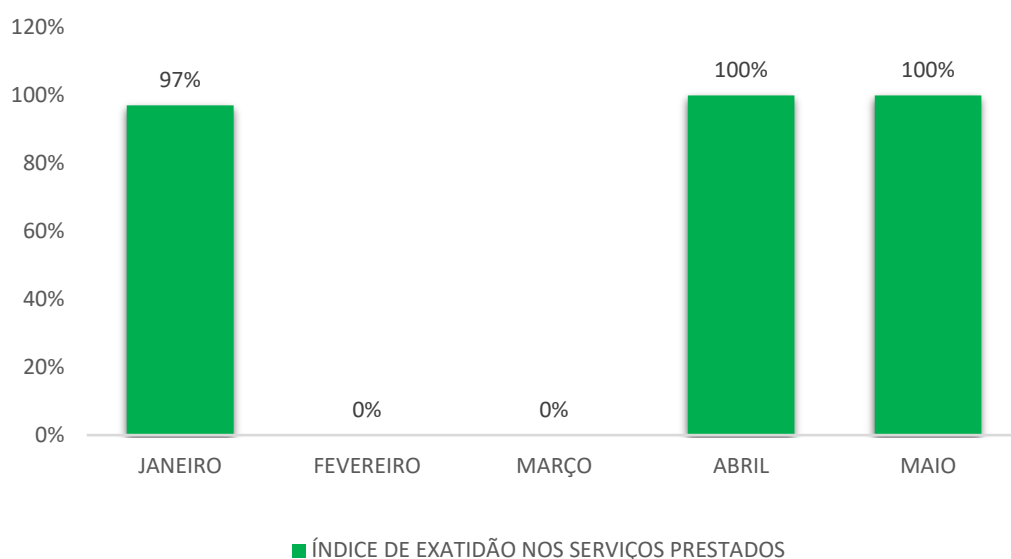
o desempenho impactou negativamente a média do indicador, evidenciando oportunidades de melhoria nos processos avaliados.

Em relação aos fornecedores com desempenho abaixo do esperado, foram definidos planos de ação específicos:

- **Fornecedor de Equipamentos Médicos:** foram identificadas não conformidades relacionadas aos processos de aquisição, instalação, treinamento, monitoramento e melhoria contínua. Como ação corretiva, está sendo realizado treinamento conjunto com a equipe e acompanhamento diário das atividades pela representante da empresa. A reavaliação ocorrerá na competência de julho.
- **Fornecedor de Higienização Têxtil:** os apontamentos envolveram equipamentos, procedimentos operacionais, produtividade, execução dos serviços e pontualidade. Em conjunto com a contratada, está sendo desenvolvido um plano de ação para correção das não conformidades, com reavaliação prevista para julho.
- **Fornecedor de Alimentação:** as principais oportunidades de melhoria referem-se aos processos de higiene e saúde dos colaboradores, qualidade sanitária da produção, higienização das instalações, suporte operacional, infraestrutura e documentação. Parte dos apontamentos está diretamente relacionada às obras em andamento na unidade, enquanto as demais pendências já possuem plano de ação e cronograma de regularização. As questões documentais serão reavaliadas na competência de julho, permanecendo o acompanhamento das pendências relacionadas às obras até sua conclusão.

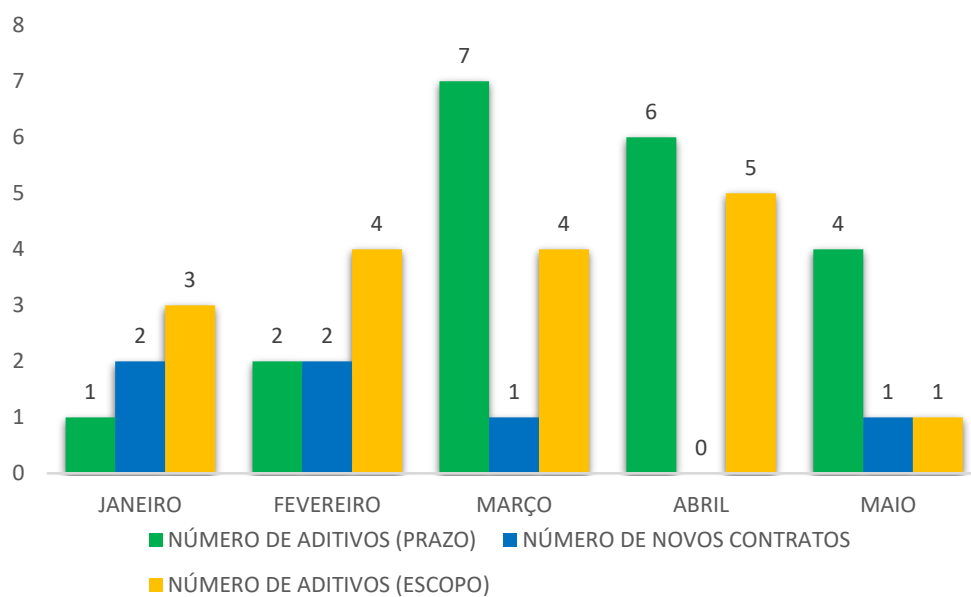
De forma geral, os fornecedores encontram-se em processo de adequação às exigências contratuais e aos critérios de auditoria, permanecendo sob monitoramento contínuo até a implementação das ações corretivas e reavaliação dos resultados.

Gráfico 176. Índice de exatidão nos serviços prestados

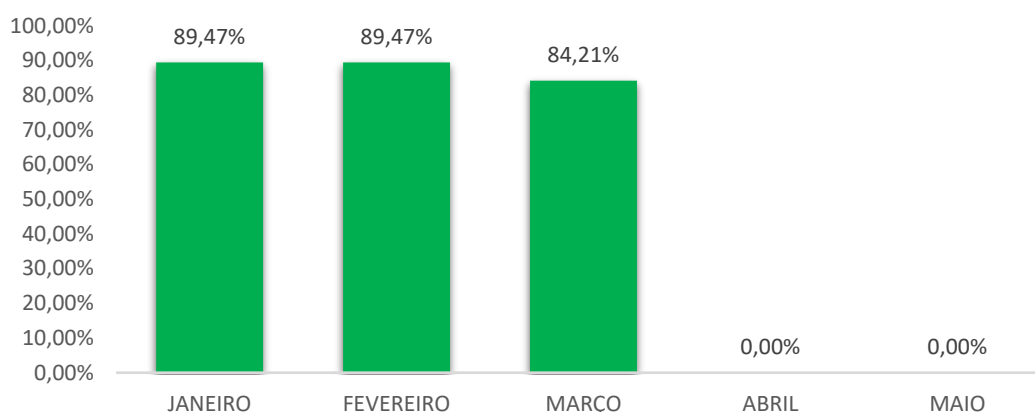


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 177. Número de aditivos e contratos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 178. Qualificação de prestadores de serviços críticos

■ QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.7. Hotelaria

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

Aspectos importantes da hotelaria:

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

Tabela 94. Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSAÇÃO DE ENXOVAL)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXPRESSO SOLICITADO	0%	0%	0%	0%	6,67%	0%

TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	< 1%	0,28%	0,30%	0,15%	0,32%	0,20%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	< 2 HORAS	1	1	1	1	1
ÍNDICE DE EVASÃO DE ROUPAS	< 2%	1,86%	1,86%	1,86%	1,86%	3,10%.
ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL	> 90%	95%	100%	100%	90%	85%
TAXA DE CONFORMIDADE COM PADRÕES DE HIGIENIZAÇÃO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE RETORNO DE PEÇAS DANIFICADAS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RELAVE	QUANTO MAIOR, MELHOR	2%	2,10%	2%	2%	2,10%
NÚMERO DE CAMISOLAS DISPENSADAS	NEUTRO	6047	5774	6305	6493	6666
NÚMERO DE COBERTORES DISPENSADAS	NEUTRO	282	257	291	333	423
NÚMERO DE FRONHAAS DISPENSADAS	NEUTRO	4546	4741	5356	4790	5326
NÚMERO DE LENÇÓIS DISPENSADAS	NEUTRO	12239	11035	12346	12489	12735
NÚMERO DE TOALHAS DISPENSADAS	NEUTRO	4661	5086	5660	5676	5847
NÚMERO DE TRAVESSEIROS DISPENSADOS	NEUTRO	5757	5580	6292	6256	6452

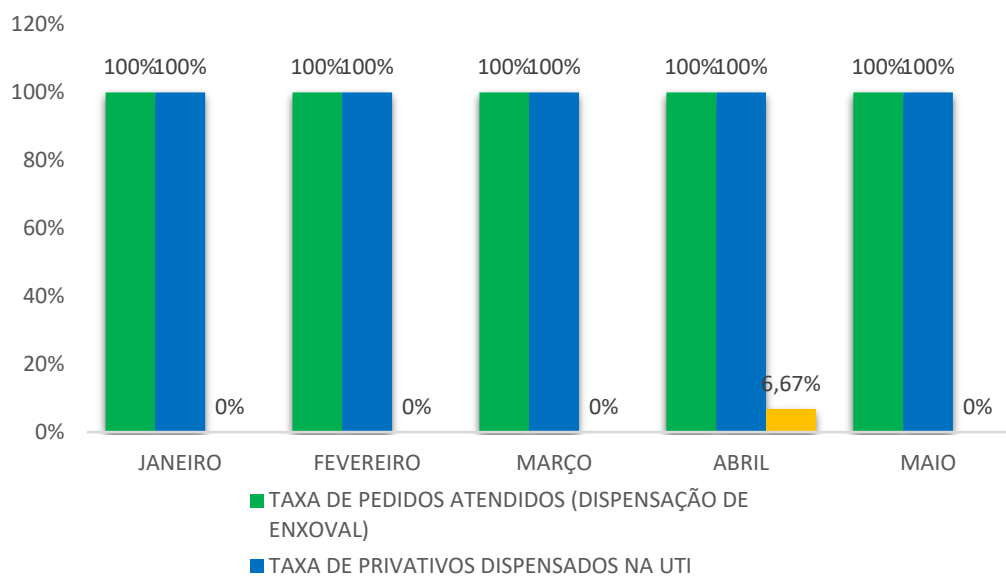
* Dado será enviado na competência posterior

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

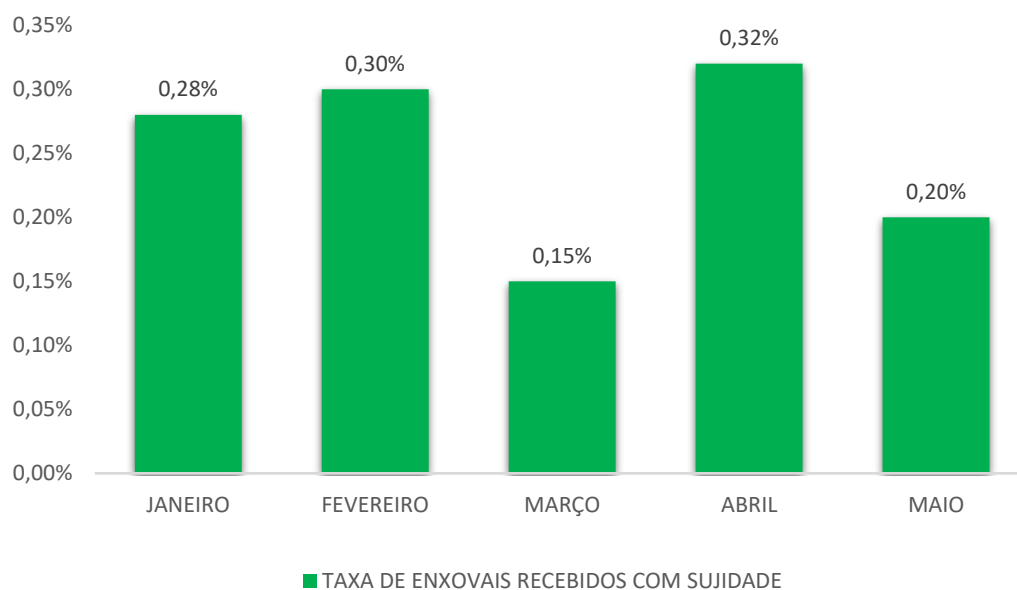
ANÁLISE CRÍTICA - ROUPARIA

O Índice de Reposição de Enxoval permaneceu em acompanhamento, aguardando a reposição integral dos itens identificados no inventário realizado.

O Índice de Evasão de Enxoval apresentou aumento para 3,10%, decorrente da realização do inventário após um intervalo de 160 dias (5 meses e 11 dias). O inventário, que deveria ocorrer bimestralmente, sofreu atraso devido a questões operacionais e indisponibilidade da equipe da empresa responsável, impactando o resultado do indicador no período.

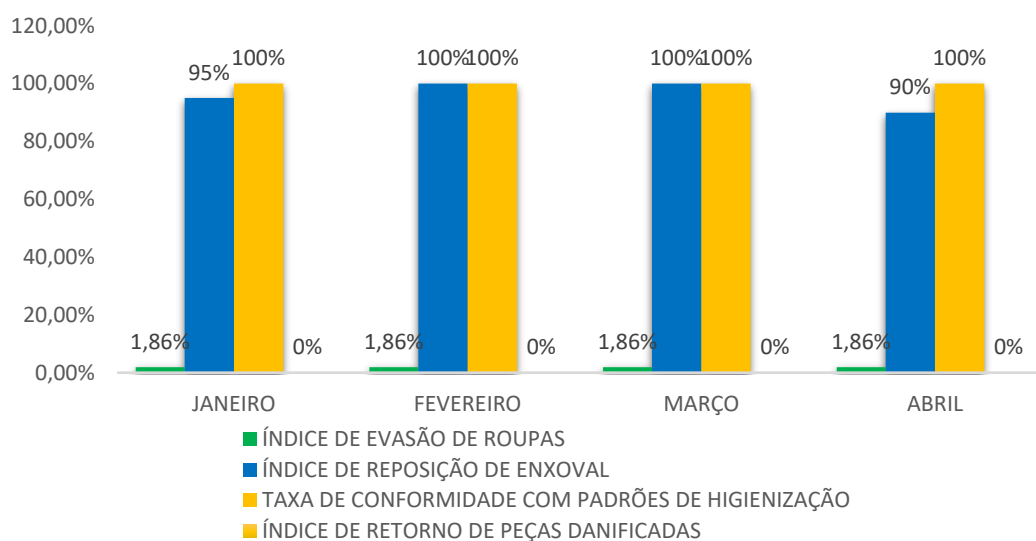
Gráfico 179. Taxa serviços da rouparia

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 180. Taxa de enxovais recebidos com sujidade

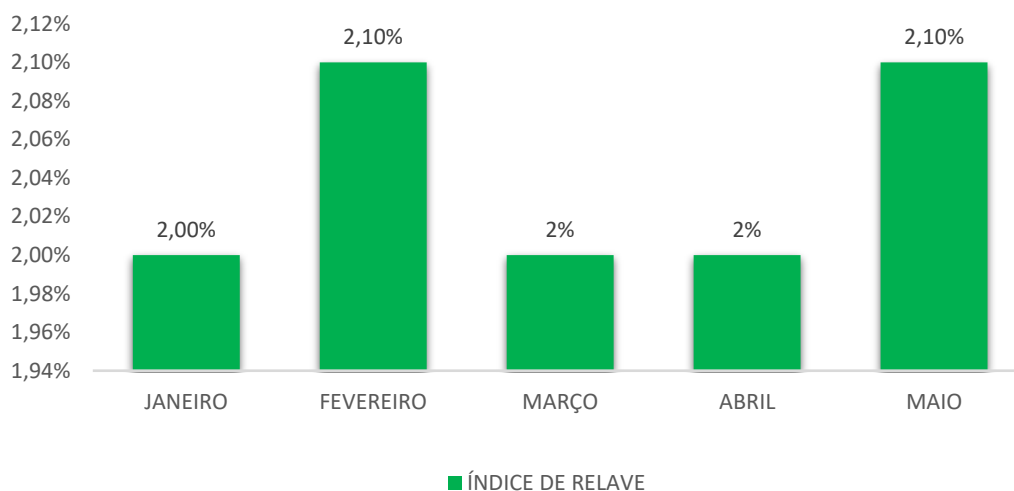
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 181. Análise serviços de rouparia



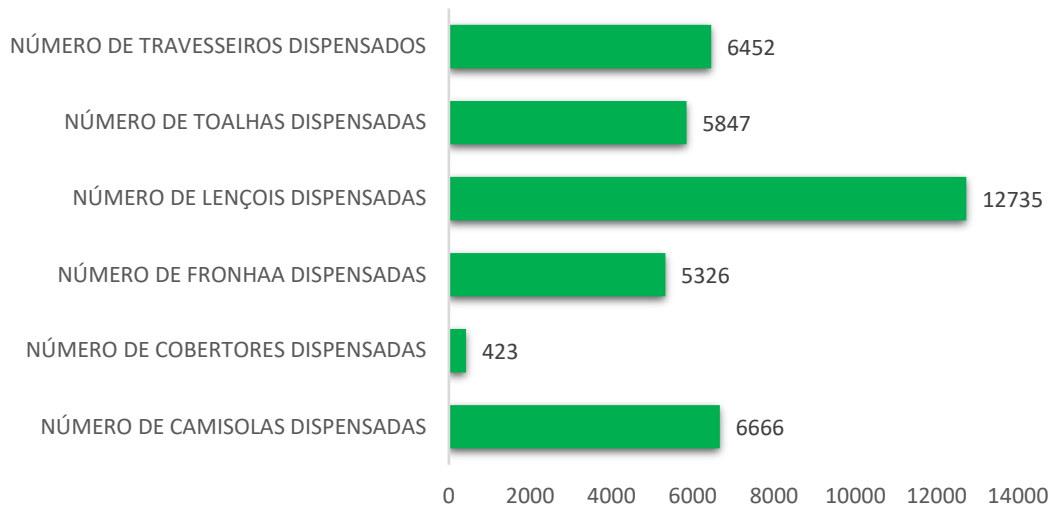
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 182. Índice de relave



Dado de março de 2026 será enviado na competência posterior

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 183. Dispensação de enxovais em maio de 2026

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Tabela 95. Indicadores de Higienização

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE	0%	0%	0%	0%	0%	15%

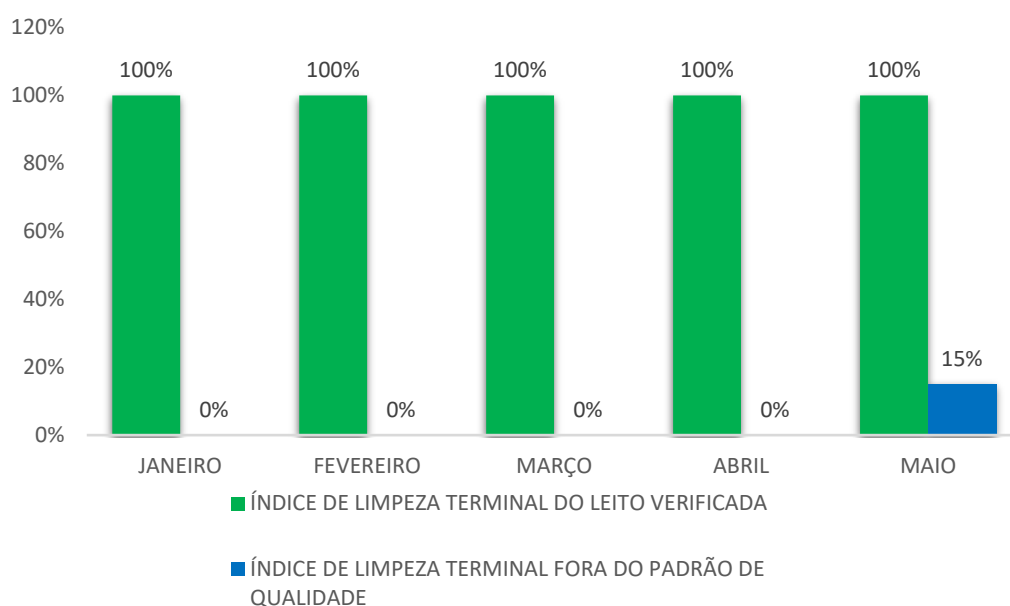
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA	> 80%	90%	100%	100%	100%	85%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	<2 HORAS	1	1	1	1	1
TERMINAL SETOR - ARARA	=> 22	22	24	24	24	23
TERMINAL SETOR - CANÁRIO	=> 18	18	18	18	20	18
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	=> 12	12	12	12	11	12
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	=> 20	20	17	18	19	19
TERMINAL SETOR - SABIÁ	=> 42	43	42	42	42	43
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	=> 40	70	90	88	112	129
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	=> 76	75	72	83	69	81
TERMINAL SETOR - COLIBRI	=> 106	44	177	164	177	183
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	=> 60	266	219	291	254	252

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

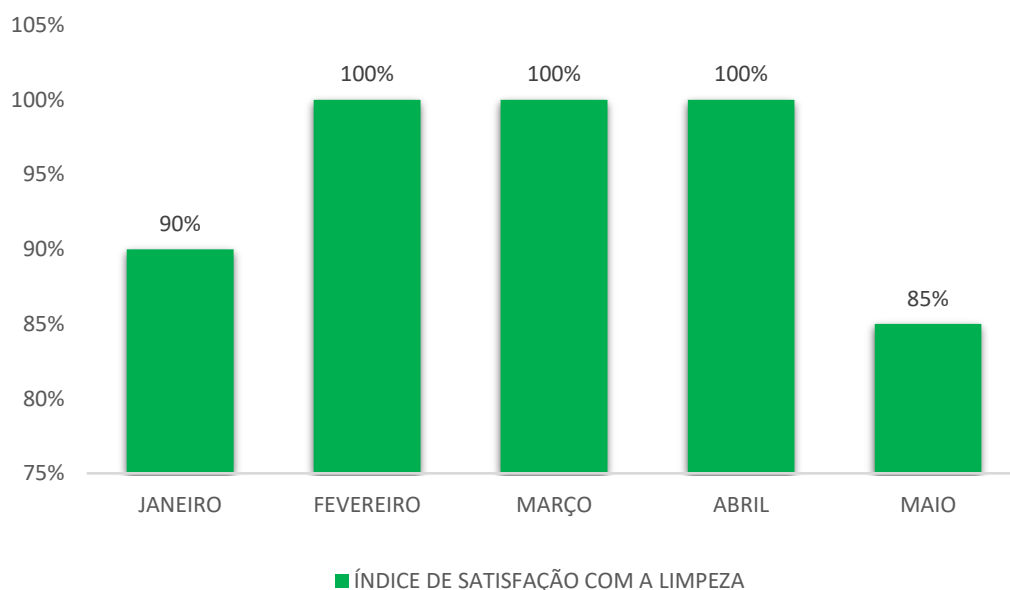
ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

O setor João de Barro apresentou impacto no indicador de limpeza terminal devido à impossibilidade de liberação do quarto, em razão do estado clínico do paciente, impedindo a realização do procedimento conforme programado.

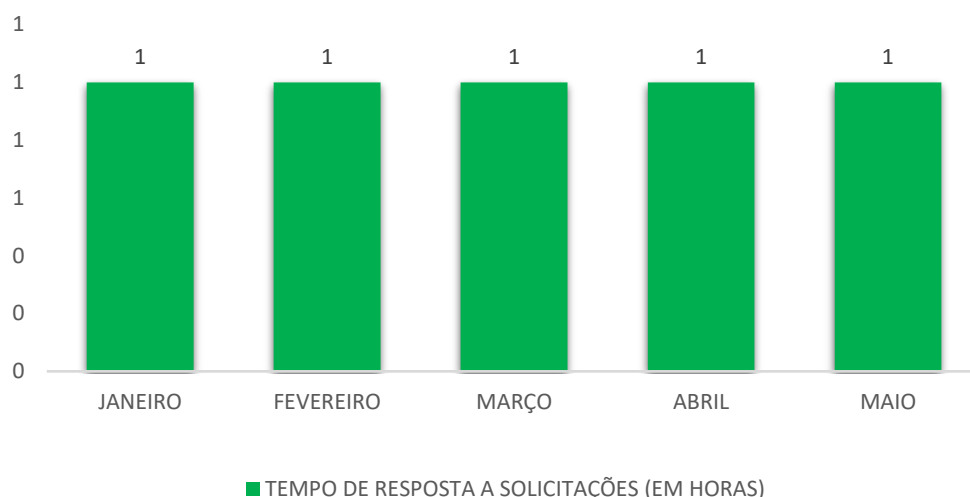
Em relação ao Índice de Terminal Fora do Padrão, foram identificados apontamentos de limpeza em desacordo com os critérios de qualidade estabelecidos. Como ação corretiva, a equipe foi orientada e participará de treinamentos de reforço, com foco na padronização dos processos e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Gráfico 185. Índice de limpeza

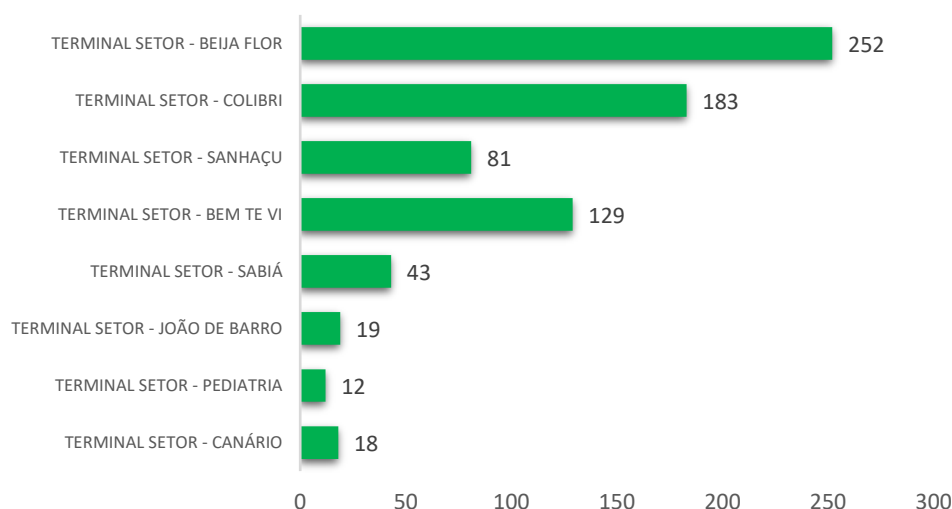
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 186. Índice de satisfação com a limpeza

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 188. Terminais de limpeza

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.8. Recepção

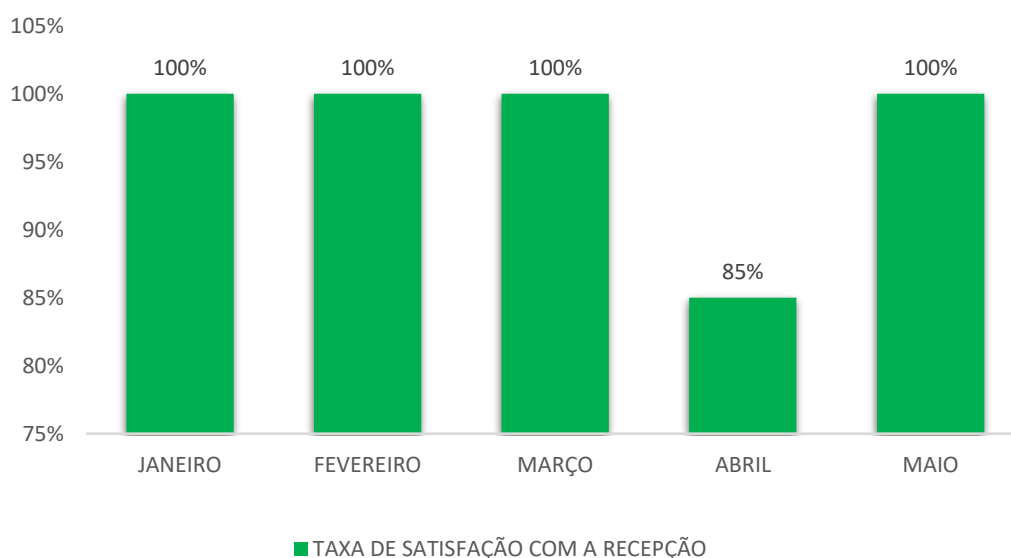
Assegurar o acolhimento e o atendimento eficiente aos usuários, pacientes, visitantes e colaboradores, garantindo a organização dos fluxos, a agilidade nos processos, a qualidade das informações e a conformidade com as normas institucionais, contribuindo para a segurança, a satisfação e o suporte às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

Tabela 96. Indicadores de Recepção

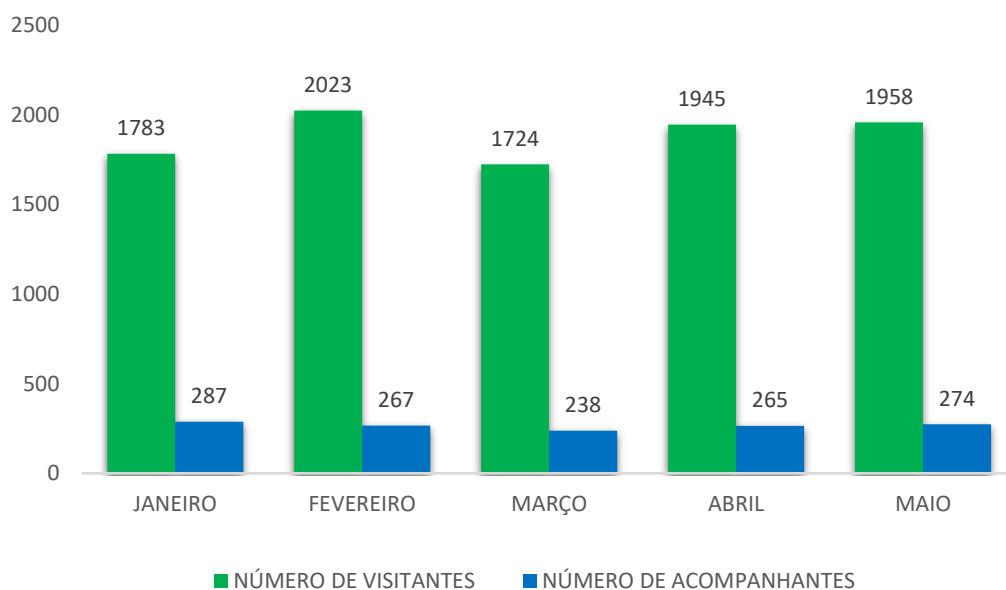
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A RECEPÇÃO	> 80%	100%	100%	100%	85%	100%
NÚMERO DE VISITANTES	NEUTRO	1783	2023	1724	1945	1958
NÚMERO DE ACOMPANHANTES	NEUTRO	287	267	238	265	274
NÚMERO DE REQUERIMENTOS DE SOLICITAÇÕES DE DOCUMENTOS	NEUTRO	17	19	28	26	31

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

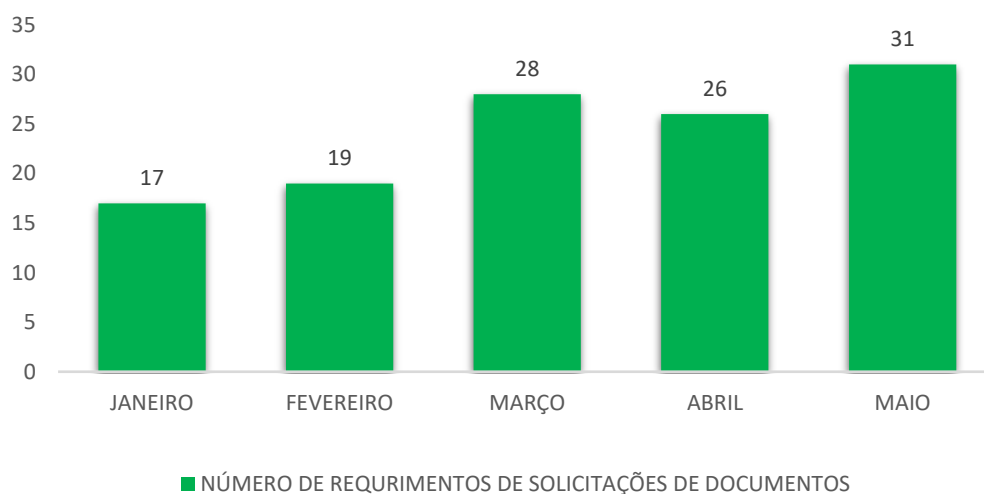
Gráfico 189. Taxa de satisfação com a recepção



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 190. Número de visitantes e acompanhantes

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 191. Número de requerimentos de solicitações de documentos

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.9. Portaria

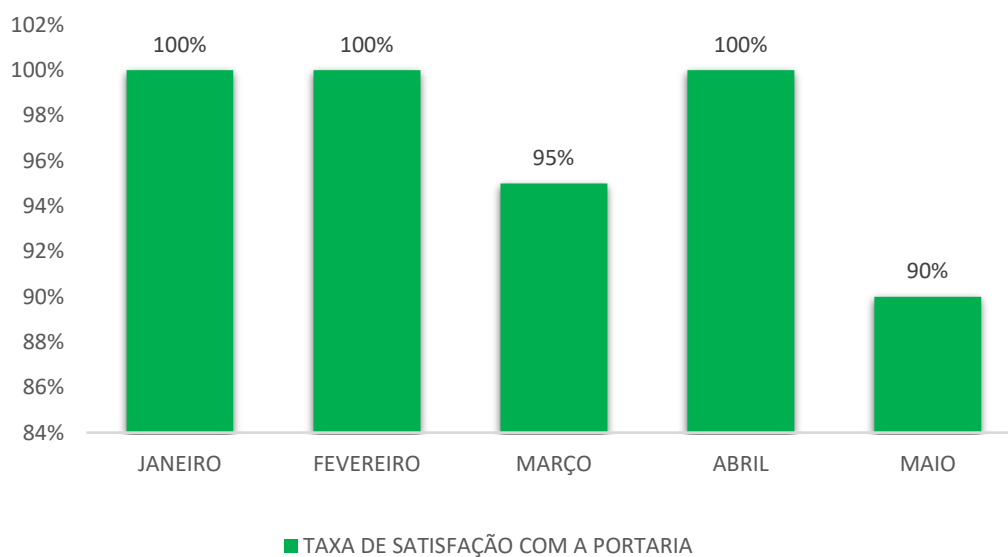
Assegurar o controle de acesso de pessoas, veículos e materiais, garantindo a segurança institucional, a organização dos fluxos de entrada e saída e o cumprimento das normas e protocolos estabelecidos, contribuindo para a proteção do patrimônio, a segurança dos usuários e o suporte às áreas assistenciais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

Tabela 97. Indicadores de Portaria

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A PORTARIA	> 80%	100%	100%	95%	100%	90%
NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE SEGURANÇA	NEUTRO	0	0	0	0	0
TAXA DE CONFORMIDADE COM PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA	> 80%	95%	97%	95%	100%	90%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

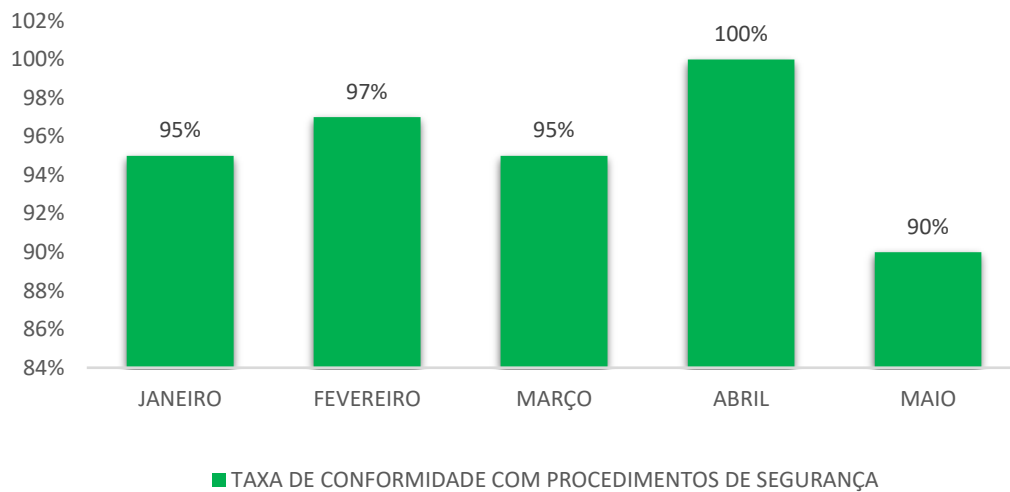
Gráfico 192. Taxa de satisfação com a portaria



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 193. Número de ocorrências de segurança

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 194. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.10. Jurídico

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

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

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

Tabela 98. Indicadores de Serviços Jurídicos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE CUMPRIMENTO DE PRAZOS LEGAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO NOTIFICAÇÃO ENVIADA A FORNECEDORES	0	4	1	4	2	0
NÚMERO DE NOTIFICAÇÃO RESPONDIDA E RESOLVIDA POR FORNECEDORES	NEUTRO	3	0	1	0	0
NÚMERO DE OFÍCIOS RECEBIDOS	NEUTRO	2	4	3	2	5
NÚMERO DE OFÍCIOS ENVIADOS	NEUTRO	3	4	3	3	5
NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS 2026	0	3	1	2	1	2
NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS DE ANOS ANTERIORES (2020/2025)	0	22	22	21	21	21
NÚMERO DE RESCISÃO INDIRETA	0	1	1	0	0	0
NÚMERO DE AUDIÊNCIAS REALIZADAS	NEUTRO	0	0	4	3	3
NÚMERO DE PROCESSO INTS 2026	NEUTRO	3	1	2	1	2
NÚMERO DE PROCESSOS TERCEIRO 2026	NEUTRO	0	0	1	0	0
NÚMERO DE SENTENÇA	NEUTRO	0	1	1	0	0
NÚMERO DE PROCEDENTES	NEUTRO	0	1	1	0	0
NÚMERO DE IMPROCEDENTES	NEUTRO	0	0	0	0	0

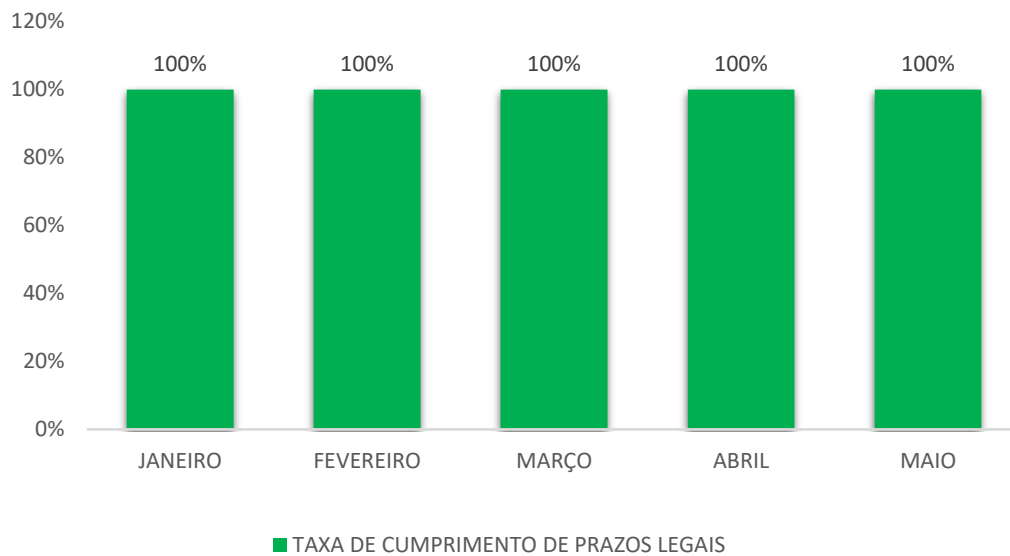
NÚMERO DE PARCIALMENTE PROCEDENTES	NEUTRO	0	0	0	0	0
------------------------------------	--------	---	---	---	---	---

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

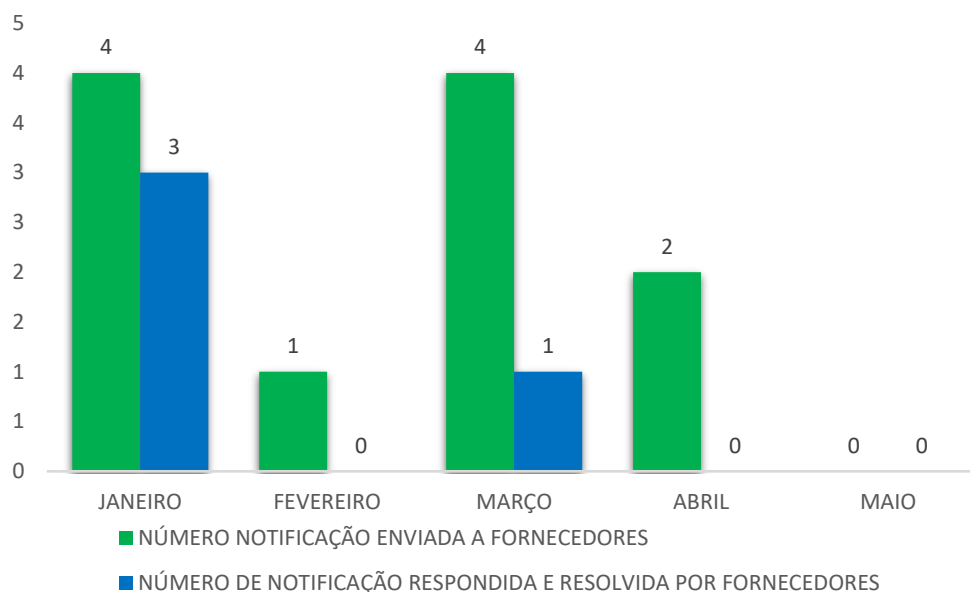
No mês de maio, não foram emitidas notificações de não conformidade aos prestadores de serviço, não havendo registros que impactassem os indicadores relacionados ao acompanhamento de fornecedores no período.

Gráfico 195. Taxa de cumprimento de prazos legais



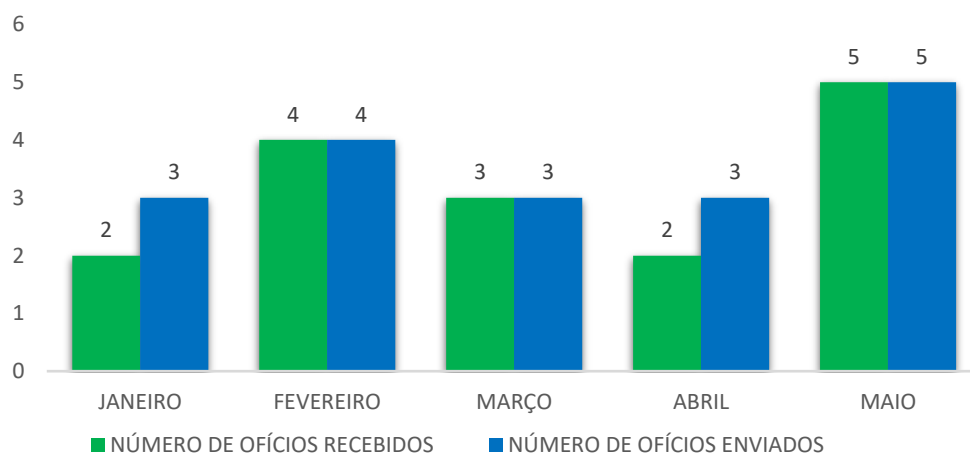
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 196. Análise de notificações

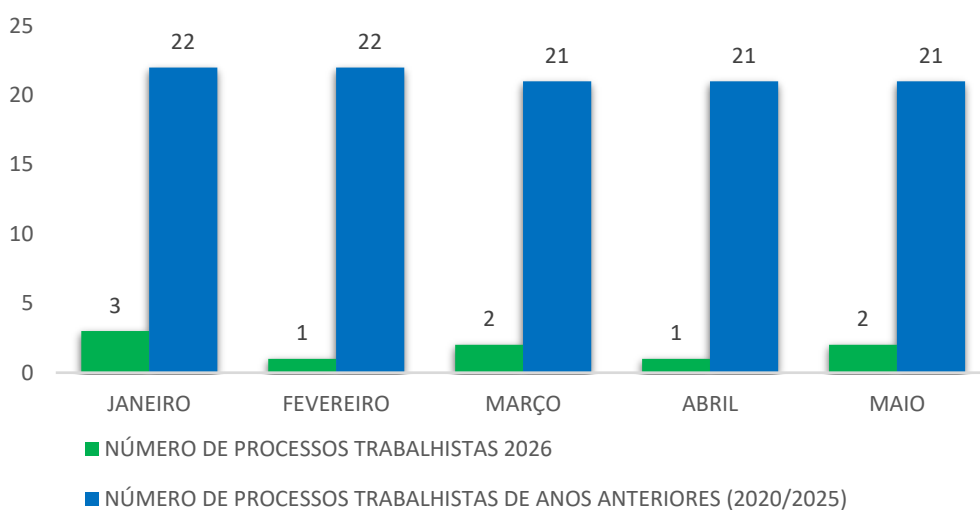


Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

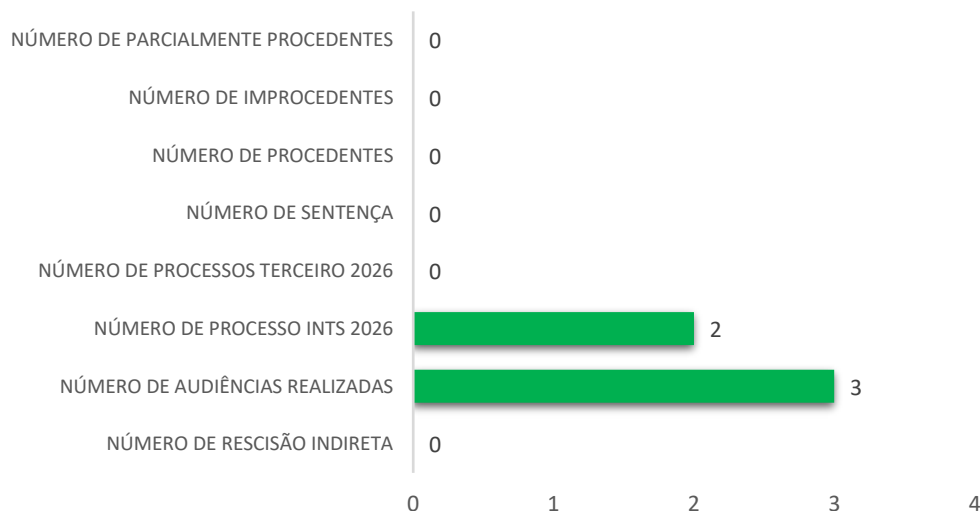
Gráfico 197. Análise de ofícios



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 198. Número de processos trabalhistas

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 199. Produção Jurídico em maio de 2026

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

3.9.11. Ouvidoria

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

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

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

Tabela 99. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE RESOLUÇÃO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 5 DIAS	0	2	12	4	2
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	NEUTRO	11	1	2	3	5
NÚMERO DE ELOGIOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	11	0	0	1	4
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES	NEUTRO	0	1	2	2	1
NÚMERO DE RECLAMAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NÚMERO DE DENÚNCIAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SUGESTÕES	NEUTRO	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Tabela 100. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE RESOLUÇÃO	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE DEVOLUTIVA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	> 80%	70%	79%	75%	85%	78%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 8 DIAS	5	3	2	4	3
TOTAL DE PESQUISAS BEIRA LEITO	40	33	33	40	40	40

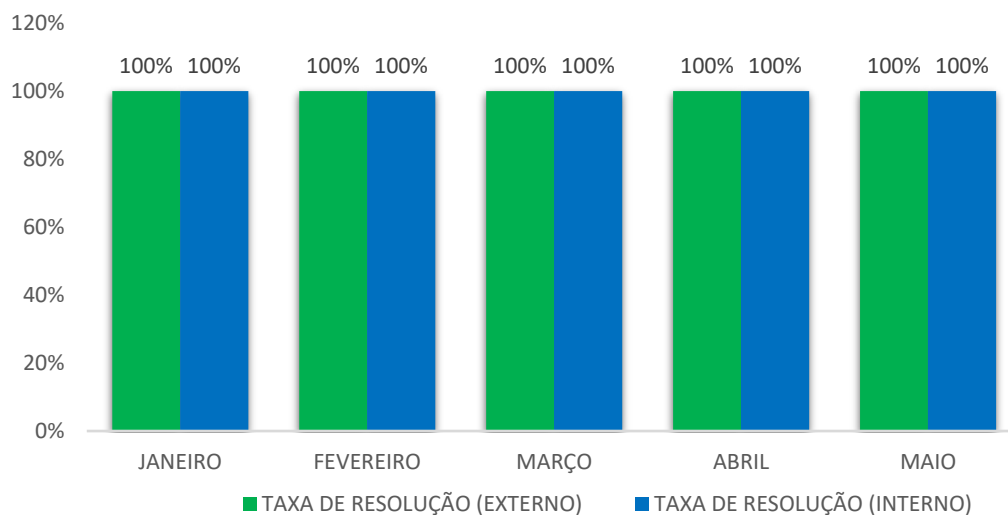
TOTAL DE PESQUISAS TOTEM LINK	10	0	0	0	0	0
NÚMERO DE INSATISFAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	83	24	44	49	36
NÚMERO DE SATISFAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	23	10	71	54	29

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

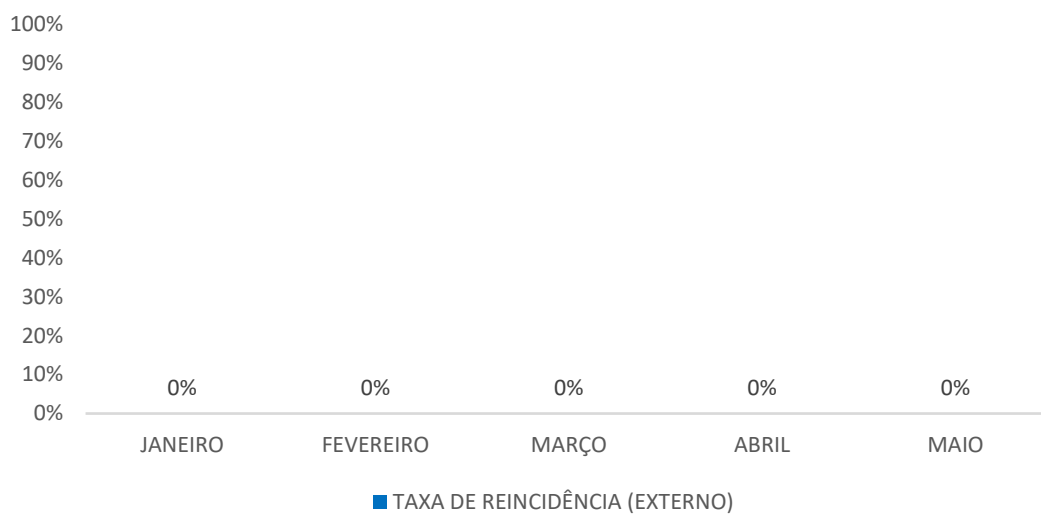
ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

O resultado do NPS foi impactado por uma avaliação detratora registrada no período. Apesar disso, a maioria das manifestações manteve-se positiva, evidenciando a satisfação dos pacientes com o atendimento prestado. A demanda foi analisada, tratada e direcionada à área responsável, reforçando o monitoramento contínuo das oportunidades de melhoria.

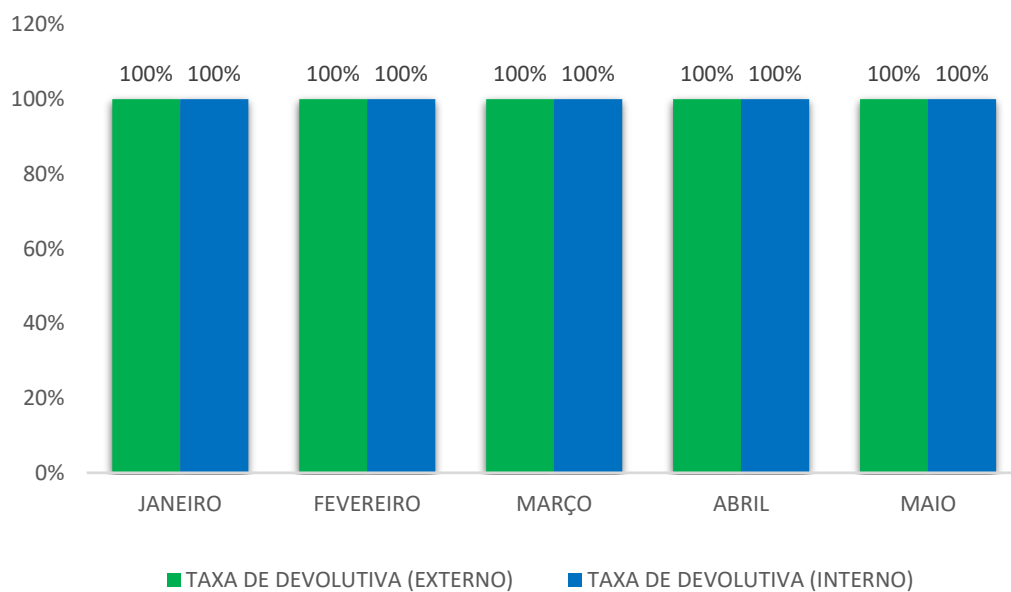
Gráfico 200. Taxa de resolução



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

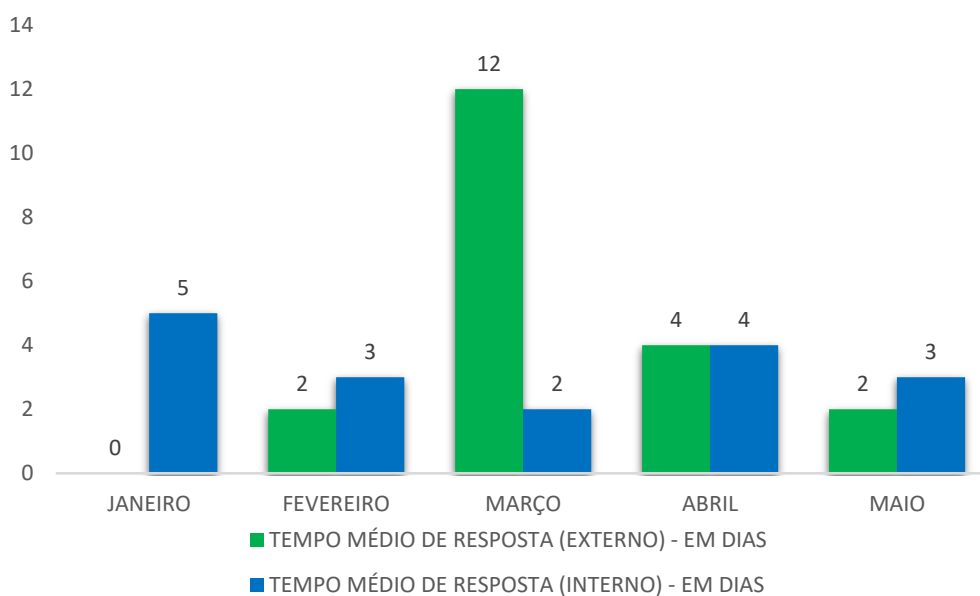
Gráfico 201. Taxa de reincidência

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 202. Taxa de devolutiva

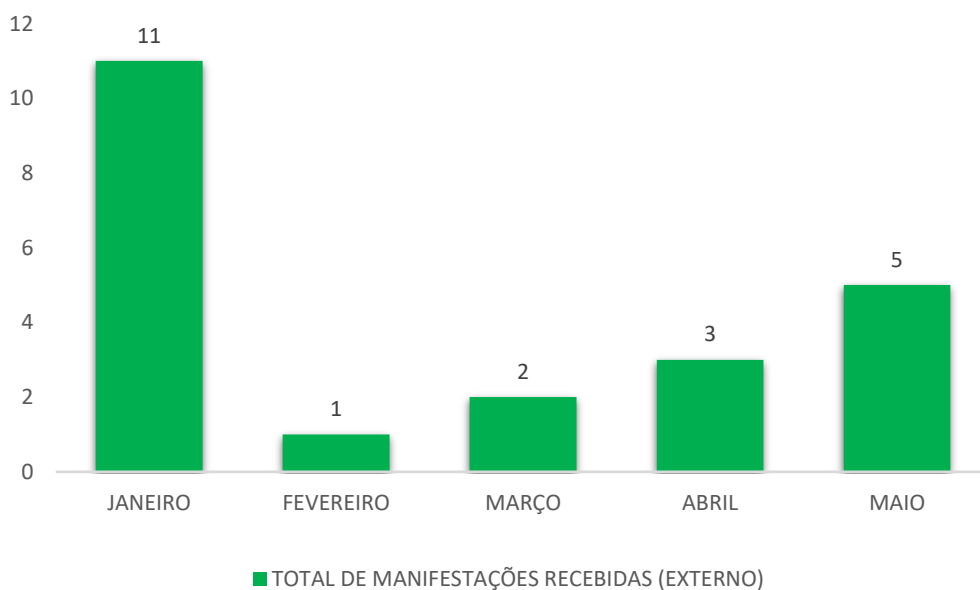
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 203. Tempo médio de respostas em dias



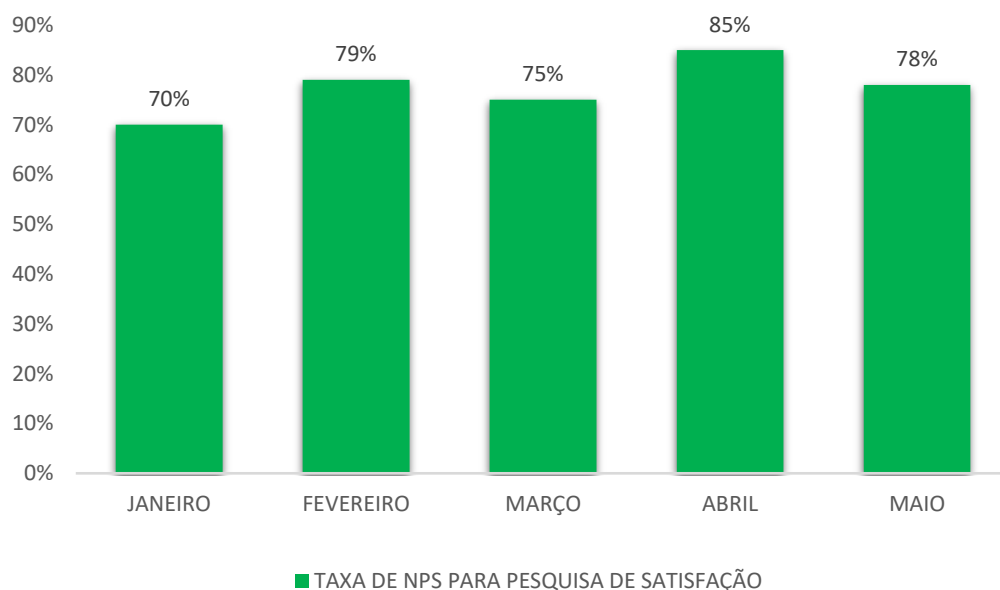
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 204. Manifestações recebidas



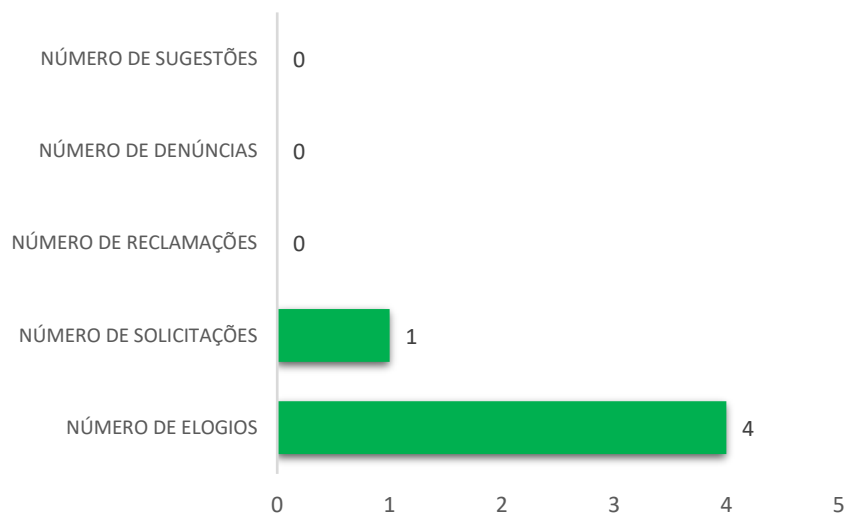
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 205. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação)

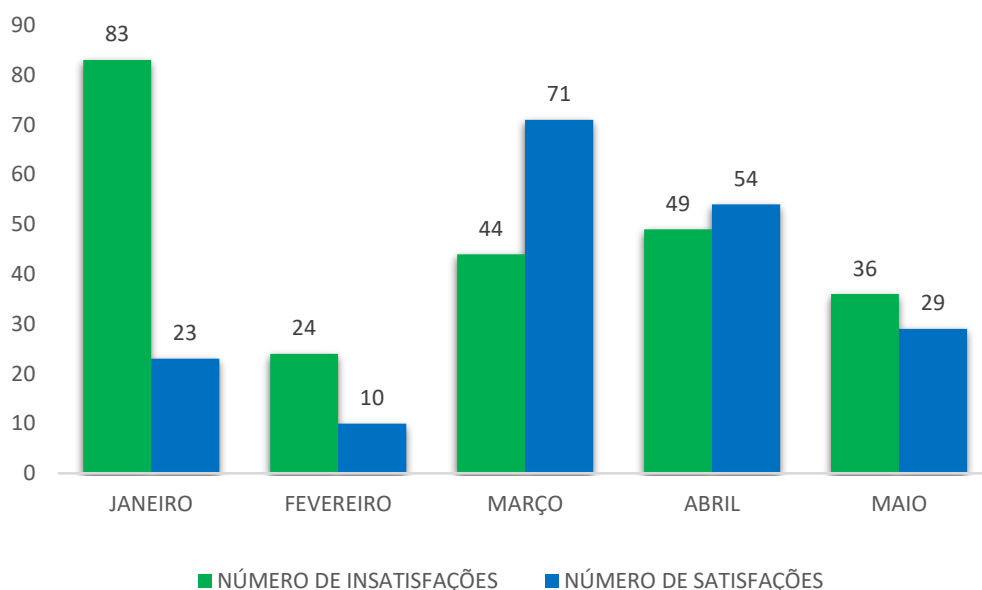


Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

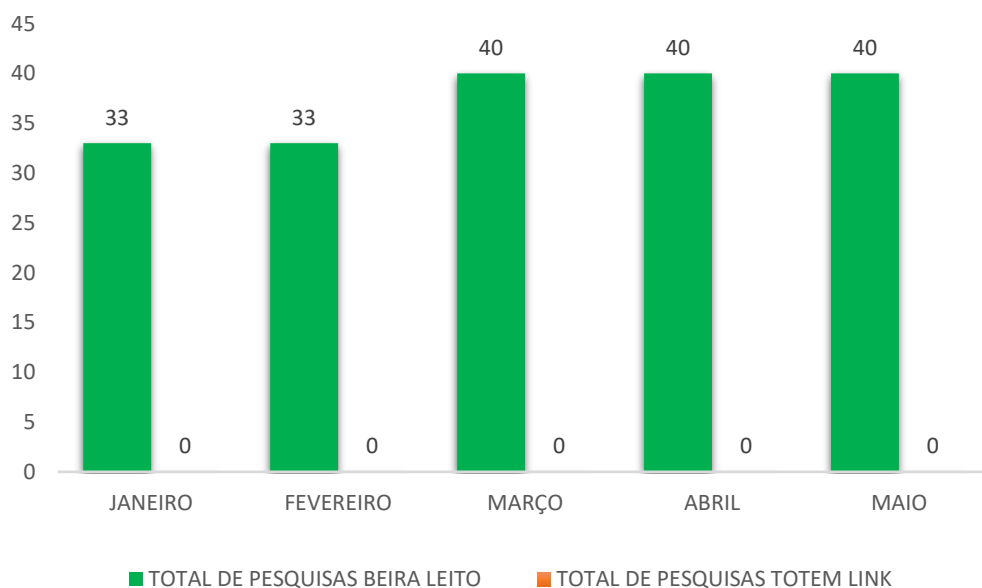
Gráfico 206. Tipos de manifestações externas



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 207. Tipos de manifestações internas

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 208. Pesquisas

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

O INTS desenvolve ferramentas que possibilitam acompanhar mensalmente os resultados alcançados pela unidade. Desta forma, é realizado o monitoramento dos indicadores contratuais e custos do projeto, visando a eficiência contratual, através do

equilíbrio entre o cumprimento das metas e orçamento proposto, bem como a eficácia operacional, através de acompanhamento permanente da qualidade dos serviços prestados.

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

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

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

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

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

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

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

O principal objetivo desta comissão é receber os apontamentos mensais, analisar as observações e elaborar as respostas adequadas, sempre em parceria com o setor

Jurídico do INTS Sede. A comissão se reúne regularmente ao receber o e-mail com os apontamentos e, com base nas discussões internas, elabora a melhor resposta, priorizando a clareza e a transparência nas informações prestadas.

5. INDICADORES CONTRATUAIS

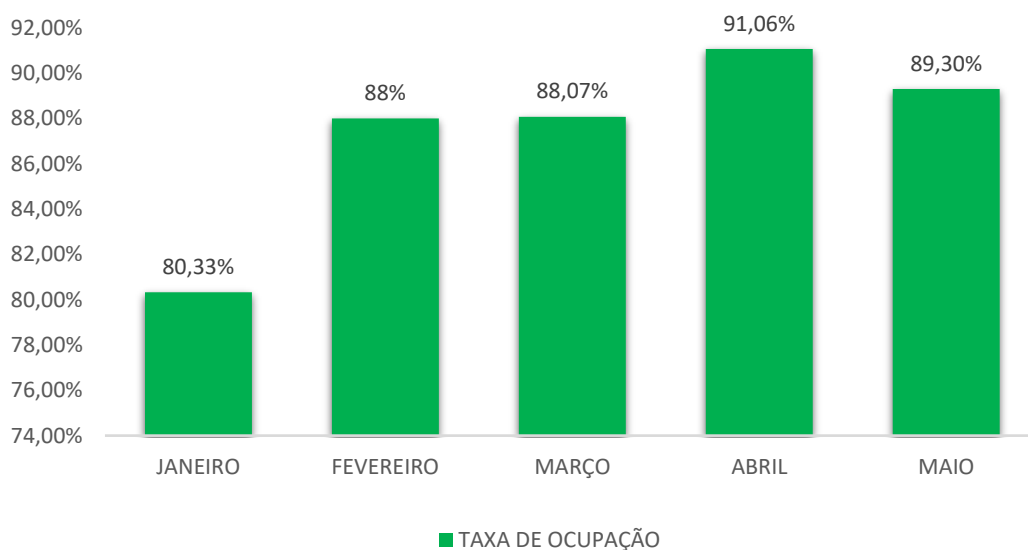
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 101. Indicadores de Contratuais Qualitativos

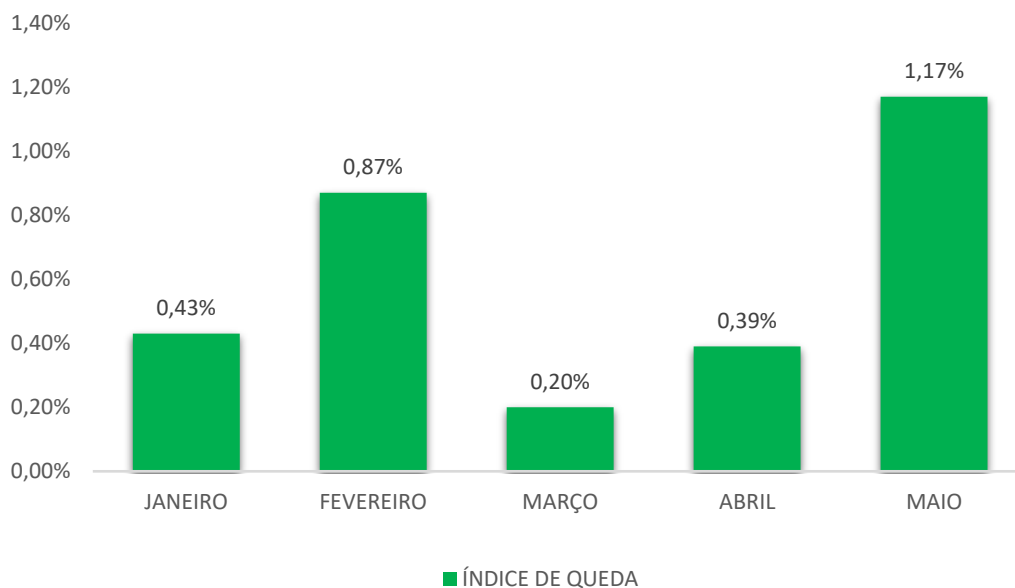
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	80,33%	88%	88,07%	91,06%	89,30%
ÍNDICE DE QUEDA	< 15%	0,43%	0,87%	0,20%	0,39%	1,17%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	2,54%	1,72%	6,80%	1,69%	2,98%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

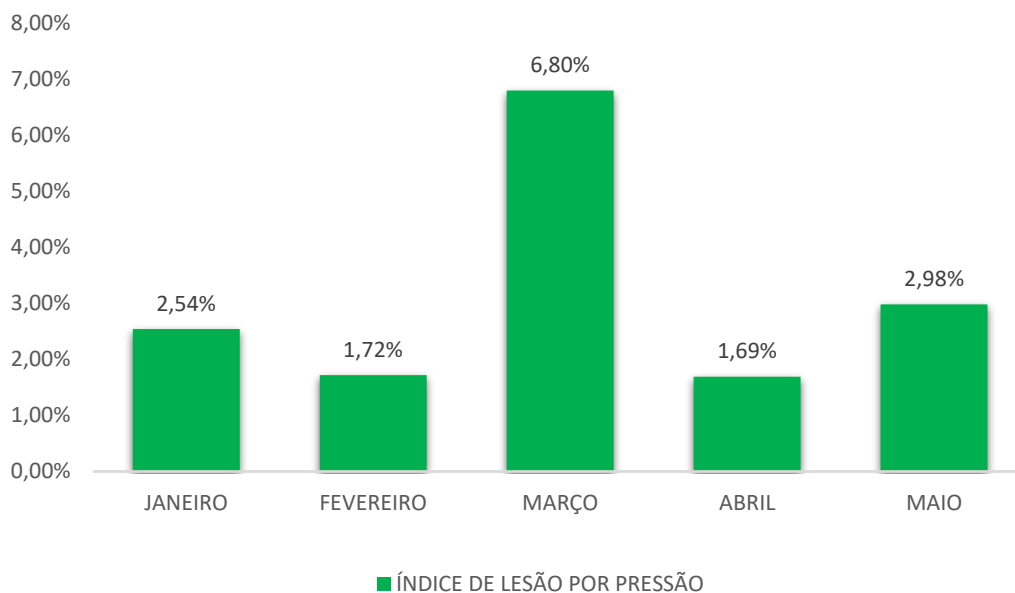
Gráfico 209. Taxa de ocupação



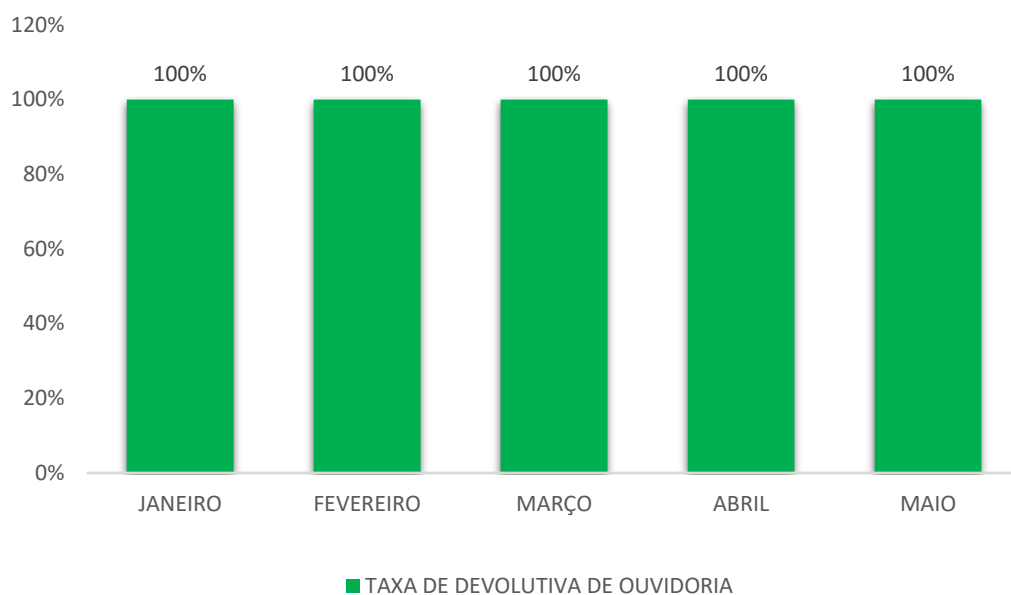
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 210. Índice de queda

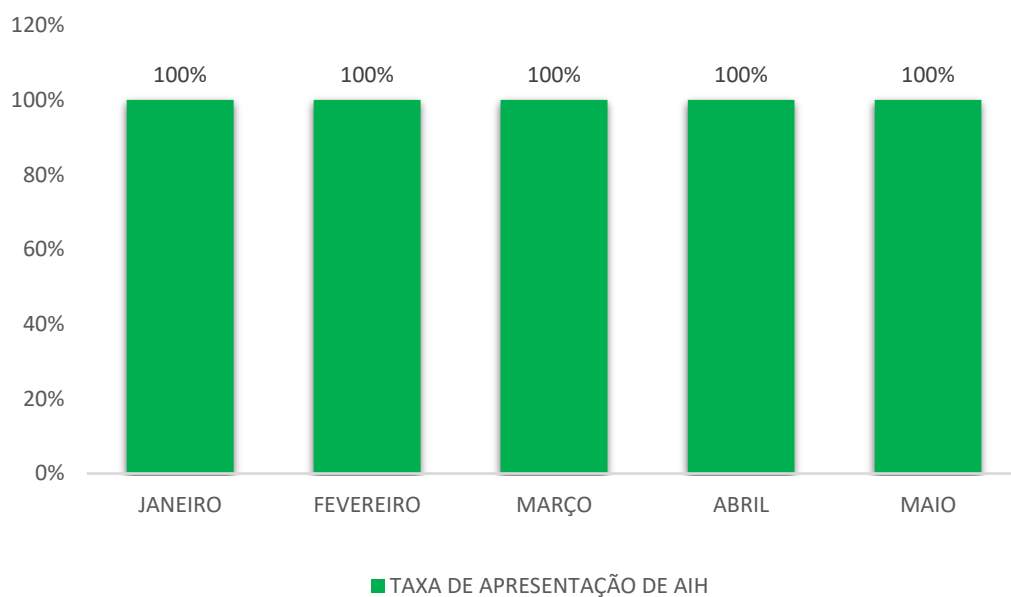
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 211. Índice de lesão por pressão

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 212. Taxa de devolutiva de ouvidoria

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 213. Taxa de apresentação de AIH

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

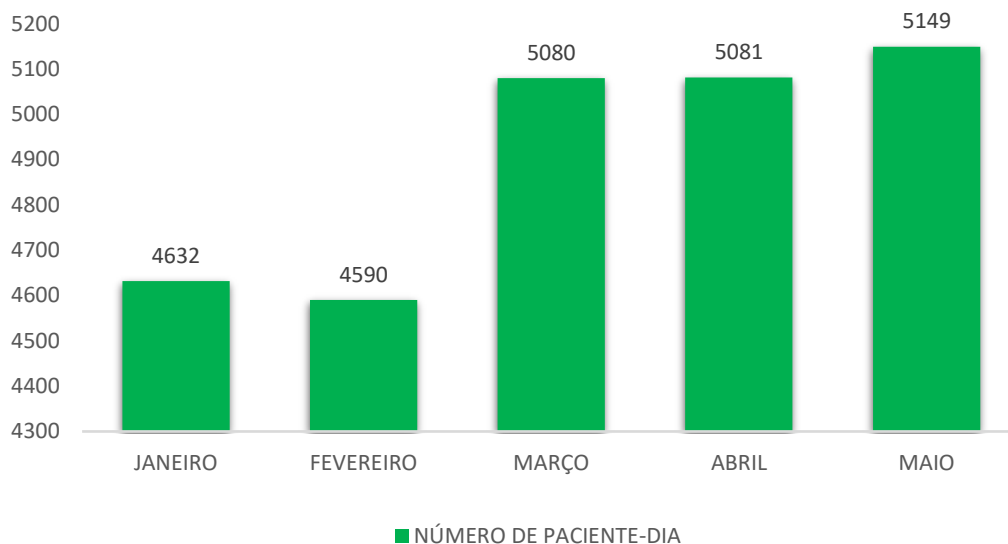
Tabela 102. Indicadores de Contratuais Quatitativos

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE PACIENTE-DIA	4632	4590	5080	5081	5149
NÚMERO DE LEITO-DIA	5766	5216	5768	5580	5766
NÚMERO DE QUEDAS	2	4	1	2	6
CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO	5	4	7	4	7
DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA	11	1	2	3*	5
NÚMERO DE AIH'S	205	218	218	231	242

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

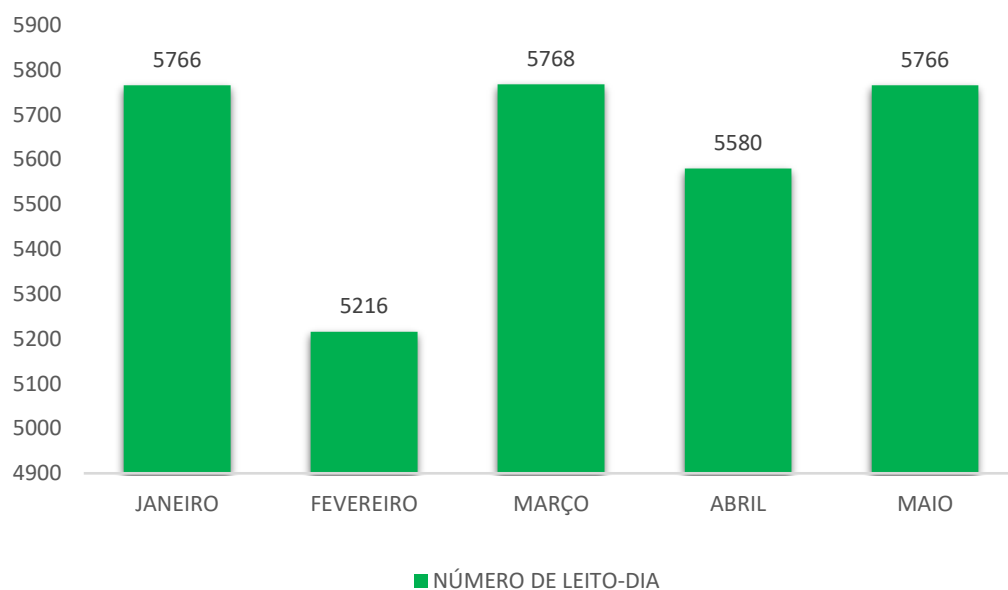
*Feita correção.

Gráfico 214. Número de paciente dia



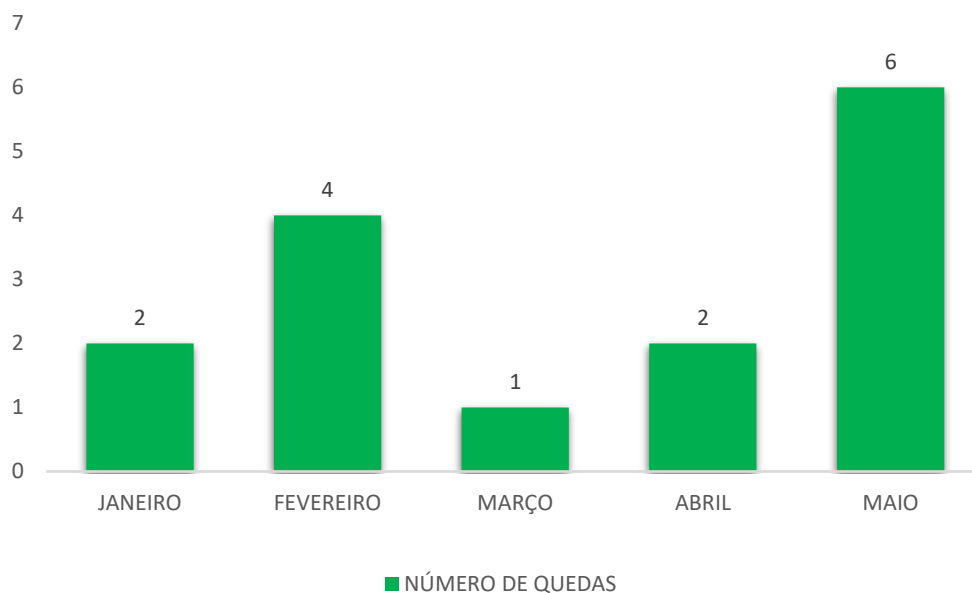
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 215. Número de leito dia



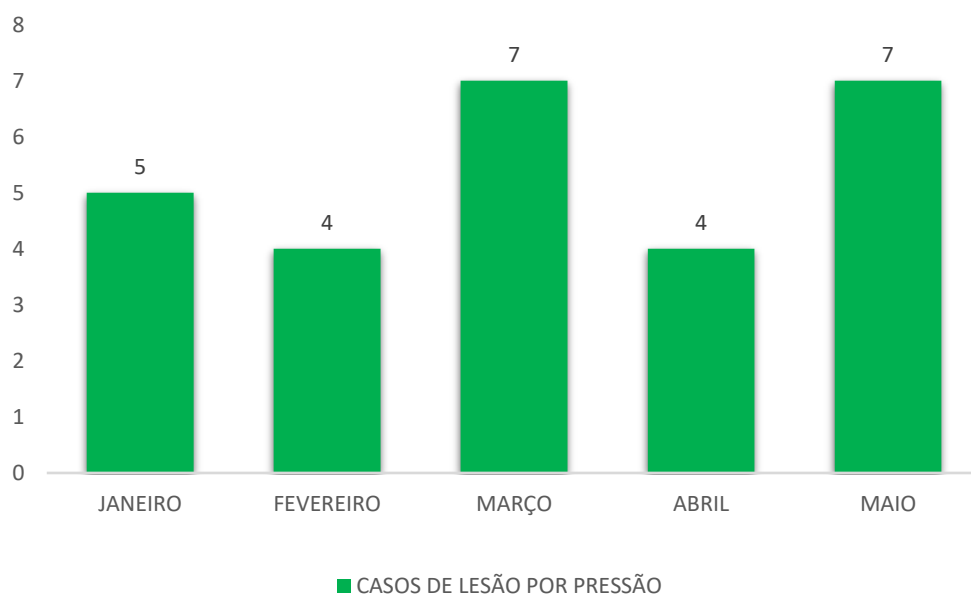
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 216. Número de quedas



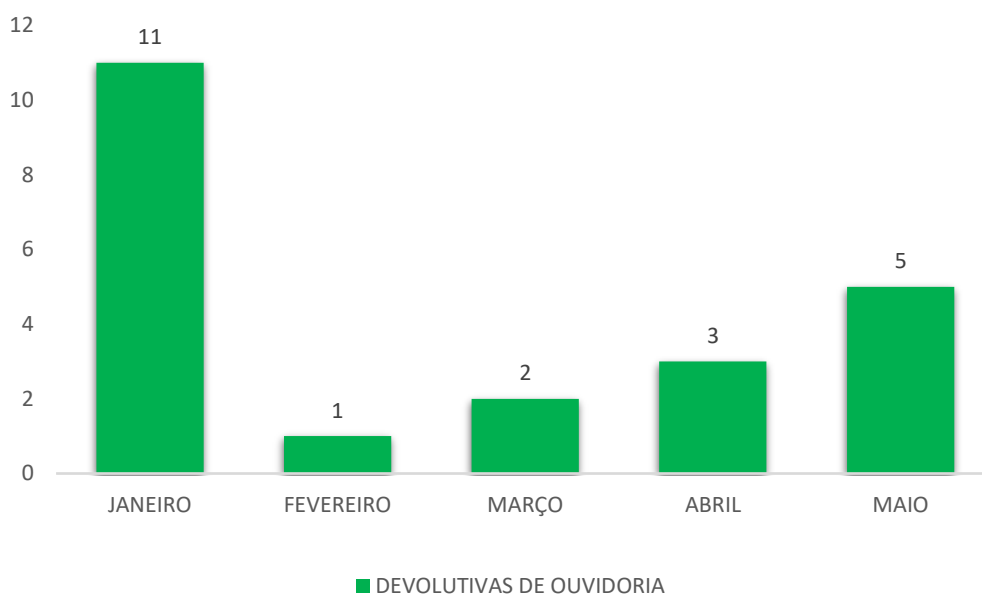
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 217. Casos de lesão por pressão



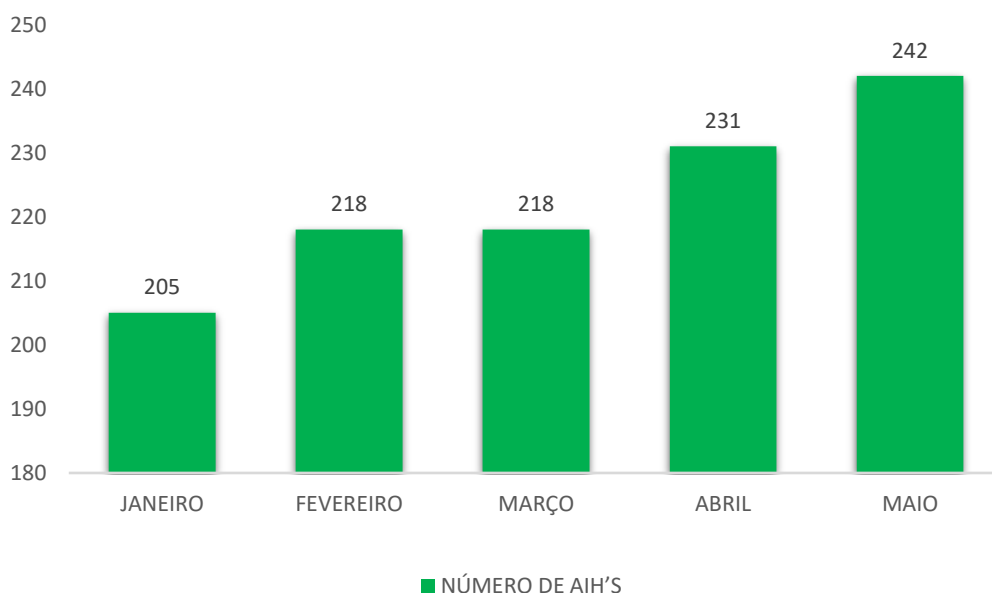
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 218. Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 219. Número de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

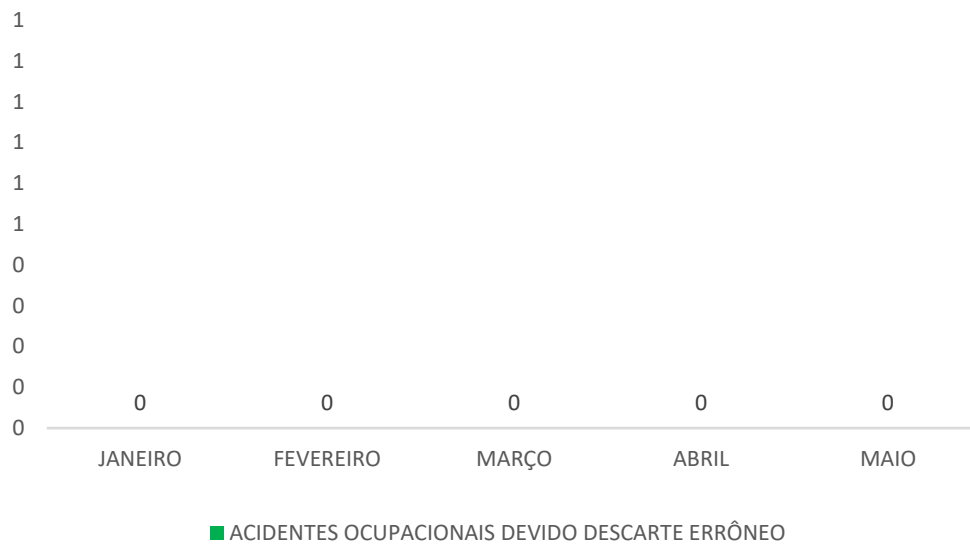
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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

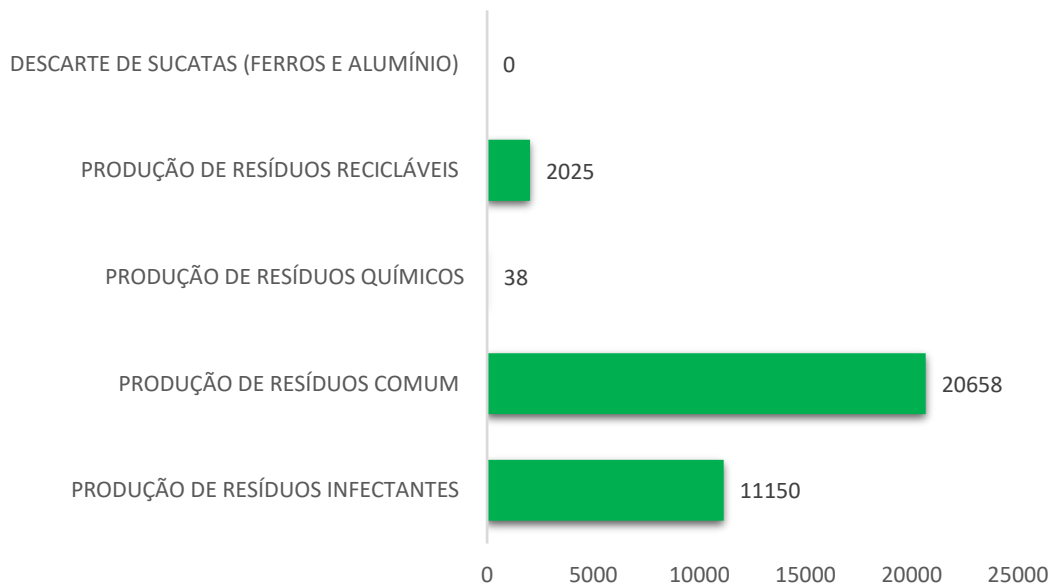
Tabela 103. Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0 KG	0	0	0	0	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	< 14.500 KG	11.505	10.897	11.064	11.529	11.150
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	< 21.500 KG	20.882	18.948	20.446	20.485	20.658
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	< 300 KG	5	10	2	5	38
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS	< 3.000 KG	1.940	1.676	2.418	2.632	2.025
DESCARTE DE SUCATAS (FERROS E ALUMÍNIO)	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 220. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

Gráfico 221. Produção de resíduos em maio de 2026

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

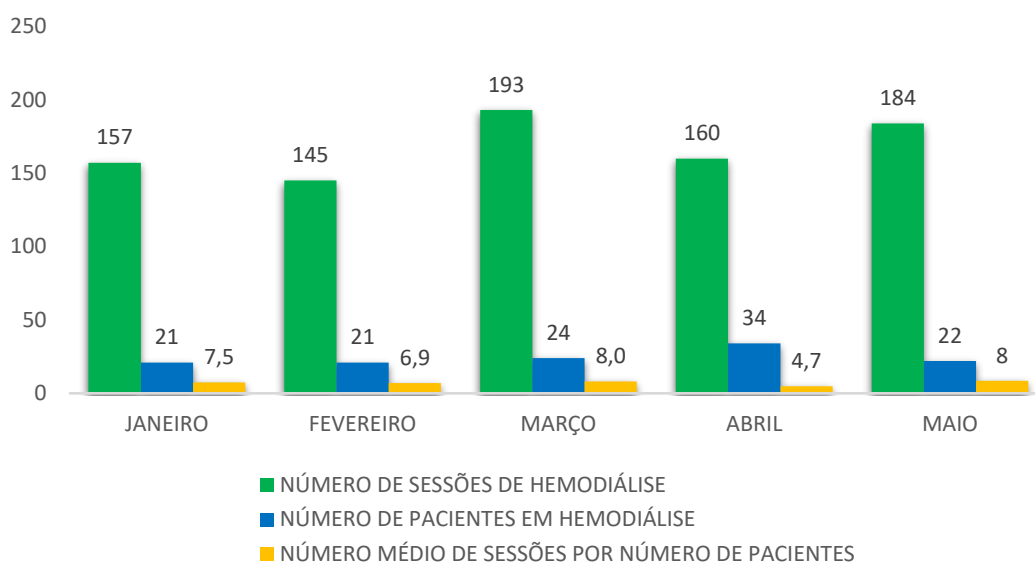
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 104. Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE	NEUTRO	157	145	193	160	184
NÚMERO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE	NEUTRO	21	21	24	34	22
NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES	NEUTRO	7,5	6,9	8	4,7	8

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 222. Análise de hemodiálise



Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

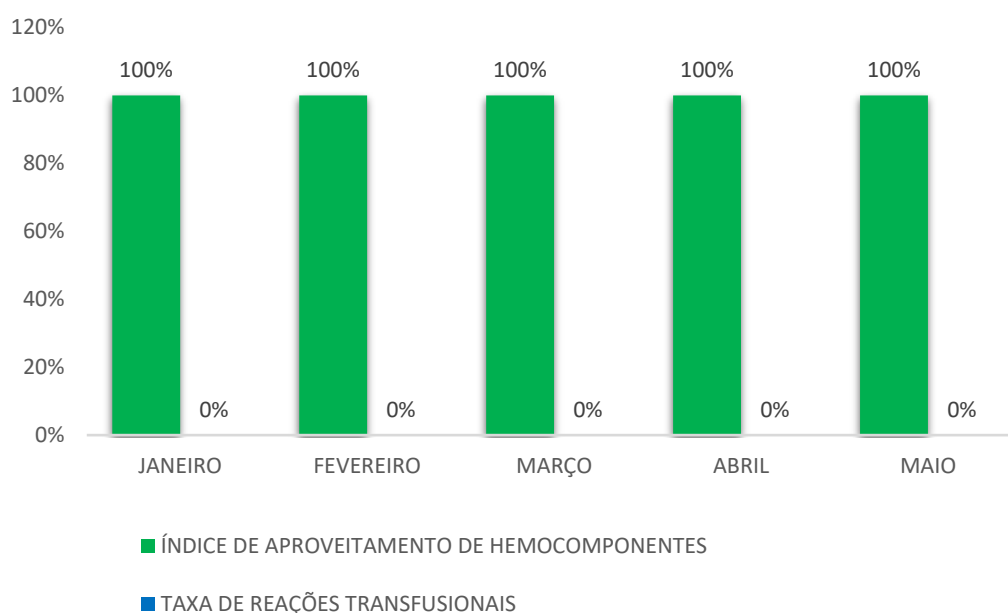
5.3.3. Hemocomponentes

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

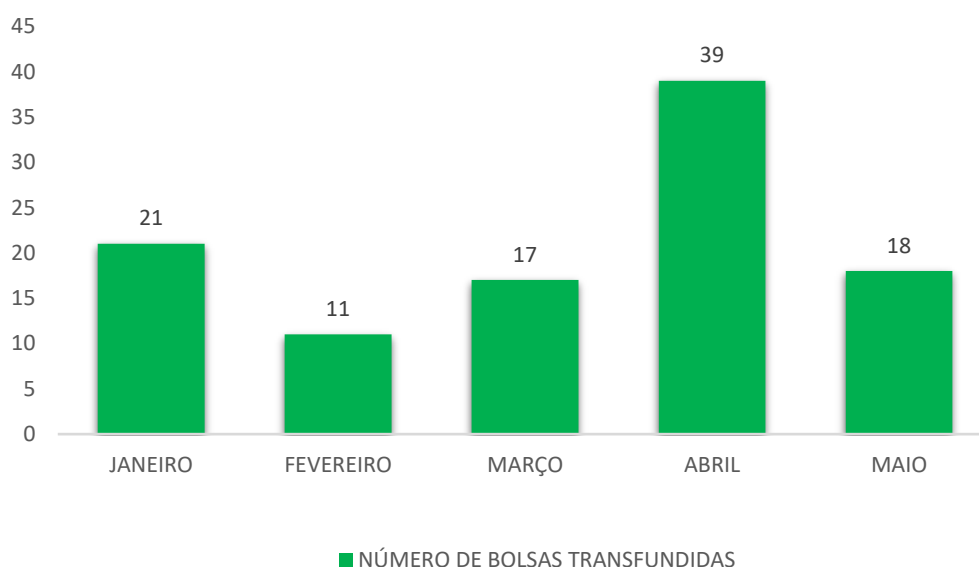
Tabela 105. Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO DE HEMOCOMPONENTES	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	NEUTRO	21	11	17	39	18

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 223. Análise de hemocomponentes

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 224. Número de bolsas transfusionais

Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

6. COMISSÕES

Conforme o contrato de gestão firmado com a extinta Autarquia Hospitalar Municipal, é citada sobre a exigência de pleno funcionamento as Comissões Obrigatórias

e aquelas exigidas pelos Conselhos de Classe. Em cumprimento ao citado, a unidade possui as seguintes comissões implantadas:

Tabela 106. Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga

COMISSÃO	PERIODICIDADE	BASE REGULATÓRIA
REVISÃO DE ÓBITOS	Mensal	Resolução CFM nº 2.171/2017.
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	Mensal	Resolução CFM nº 1.638/2002.
ÉTICA DE ENFERMAGEM	Mensal	Resolução COFEN nº 593/2018.
ÉTICA MÉDICA	Mensal	Resolução CFM 2.152/2016 e Resolução CREMESP 161/2007.
FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	Mensal	A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004.
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Mensal	Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.
SEGURANÇA DO PACIENTE	Mensal	Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	Trimestral	Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019.
TERAPIA NUTRICIONAL	Trimestral	RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021.
HUMANIZAÇÃO	Mensal	Política Nacional de Humanização – PNH.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO – CIPAA	Mensal	Norma Regulamentadora - NR 5
CUIDADOS COM A PELE	Mensal	Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015.
ACOMPANHAMENTO CONTRATUAL – CAC	Por demanda	Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE	Mensal	Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;
PERFUROCORTANTES	Trimestral	NR: 32 / ANEXO III Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA.
CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS	Trimestral	NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA	Mensal	Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde
MEDICINA INTEGRATIVA	Mensal	Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho
CUIDADOS PALIATIVOS	Mensal	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CIHDOTT	Trimestral	Portaria Nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009 e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.
GESTÃO DE ALTAS	Mensal	Lei nº 13.840/2019, por exemplo, dispõe sobre a elaboração do projeto terapêutico individual.
DENGUE	Mensal	Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, Portaria nº 1.448, de 23 de julho de 2023 e Portaria nº 1.555, de 14 de agosto de 2023 do Ministério da Saúde,
MULTIPLICADORES	Mensal	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
ANÁLISES CRÍTICAS DE INDICADORES	Mensal	Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde RDC nº 63/2011

Fonte: Qualidade - Comissões.

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

7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

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

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

7.1. Indicadores

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

7.2. Ações de maio de 2026

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ANIVERSARIANTES DO MÊS - PACIENTES | 01, 05, 08, 12, 24, 25, 28, E 29/05

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.

FARMACIA| AÇÃO | DIA NACIONAL DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS| 06 E 07/05

Foi realizada uma ação voltada aos profissionais dos setores assistenciais para apresentação do novo Manual Farmacêutico da instituição. A atividade promoveu orientações e esclarecimentos sobre informações importantes para a rotina assistencial,

como diluição de medicamentos, medicamentos de alta vigilância e riscos relacionados à administração medicamentosa. A iniciativa contribuiu para o fortalecimento da comunicação entre as equipes, promovendo uma assistência mais segura, qualificada e alinhada às práticas de segurança do paciente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 32 – PROTEÇÃO RADIOLÓGICA | 05, 06, 07 E 08/05

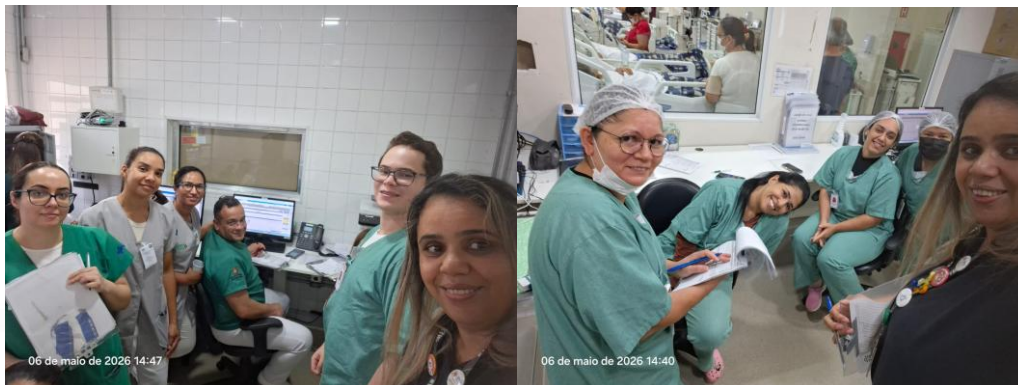
Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco em proteção radiológica, reforçando a importância das medidas de segurança durante atividades com exposição à radiação ionizante. A ação abordou o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sinalização das áreas, cuidados operacionais e práticas preventivas, visando a proteção dos colaboradores, pacientes e acompanhantes no ambiente hospitalar.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 32 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | 05, 06, 08, 11, 21, 22, 27 E 28/05

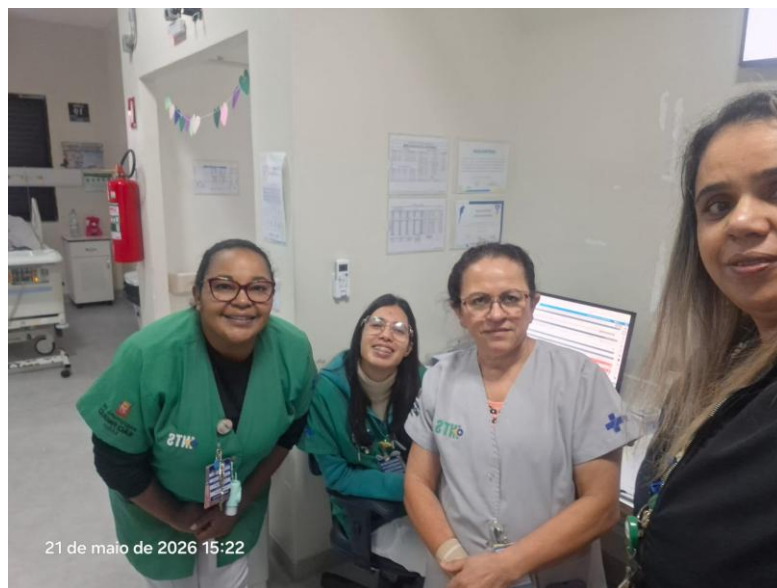
Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na prevenção de riscos ocupacionais nos serviços de saúde, reforçando as boas práticas no manuseio e descarte de perfurocortantes, higienização das mãos e utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), visando a segurança dos colaboradores e a prevenção de acidentes durante as atividades assistenciais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | GRO NR 01 – PLANO DE AÇÃO CORRETIVO E PREVENTIVO | 06, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 26 E 27/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), conforme a NR 01, reforçando a importância da identificação de riscos e da implementação de ações corretivas e preventivas no ambiente de trabalho. A iniciativa visa promover práticas mais seguras, prevenir acidentes e fortalecer a cultura de prevenção entre os colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | REUNIÃO | ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO | 07/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho voltada ao acompanhamento das atividades laborais, com foco na identificação de riscos, alinhamento dos serviços executados e reforço das práticas seguras no ambiente de trabalho, visando a prevenção de acidentes e a promoção da segurança dos colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | GRO NR 01 – MANUTENÇÃO | 07, 14 E 22/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), conforme a NR 01, realizada junto à equipe de manutenção. A ação reforçou a importância da identificação de riscos, das medidas preventivas e das práticas seguras durante a execução das atividades, visando a prevenção de acidentes e a proteção da integridade física dos colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 17 – ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS | 08, 11, 12, 13, 19, 20, 25 E 26/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco em ergonomia nas atividades laborais, reforçando a importância das boas práticas de postura corporal, alongamentos e cuidados durante a jornada de trabalho, visando a prevenção de desconfortos, lesões e doenças ocupacionais, além da promoção do bem-estar dos colaboradores.





Fonte: Relatório de Comunicação.

NEP | AÇÃO | SEMANA DA ENFERMAGEM 2026 | 12, 13, 14 E 15/05

Foi realizada a Semana da Enfermagem 2026, com uma programação especial voltada aos profissionais da instituição, promovendo momentos de integração, cuidado e valorização das equipes. Com temática inspirada na Copa do Mundo, as atividades incluíram jogos interativos, rodas de conversa, palestra sobre qualidade do sono e saúde mental, música ao vivo e partidas de futebol entre os colaboradores, incentivando o trabalho em equipe e a comunicação entre os profissionais.

A programação também contou com momentos de acolhimento e confraternização, reforçando a importância do cuidado humanizado e do bem-estar dos profissionais da enfermagem. Ao final das atividades, todos os participantes receberam medalhas em reconhecimento à participação e ao espírito de união e colaboração entre as equipes.





Fonte: Relatório de Comunicação.

OUVIDORIA | PROJETO | PROTAGONISTA DO MÊS | 13/05

Reconhecimento pelos elogios recebidos e pelo compromisso com o acolhimento, a escuta e a humanização no ambiente hospitalar. A atuação da Ouvidoria tem contribuído diretamente para o fortalecimento da comunicação entre os setores, valorização dos colaboradores e promoção de iniciativas voltadas ao cuidado e bem-estar de pacientes e equipes.

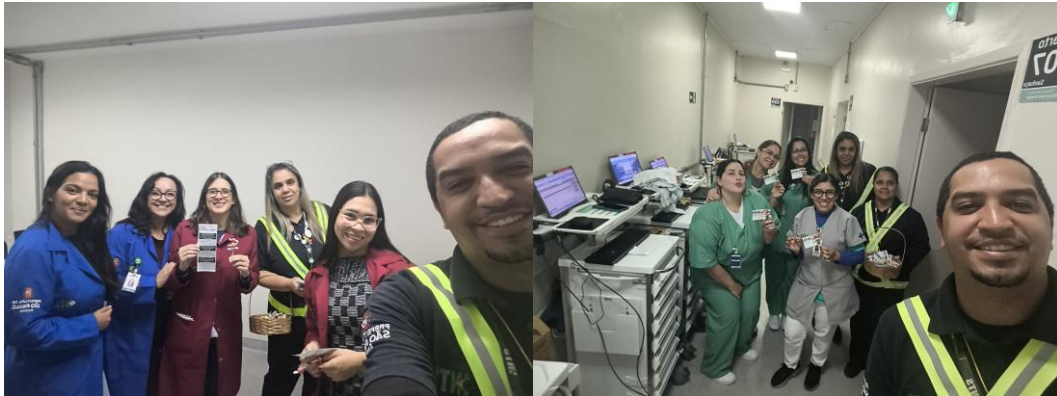


Fonte: Relatório de Comunicação.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-J9SZS-DKB87>

SESMT | CAMPANHA | MAIO AMARELO – USO DO CELULAR NAS ESCADAS | 18 E 19/05

Foi realizada uma ação da campanha Maio Amarelo, com foco na conscientização sobre os riscos do uso do celular durante a circulação em escadas. A iniciativa utilizou chicletes nas cores verde, amarelo e vermelho, simulando um semáforo, para reforçar de forma lúdica e educativa a importância da atenção no deslocamento e da prevenção de acidentes no ambiente institucional.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 23 – PREVENÇÃO E COMBATE AO PRINCÍPIO DE INCÊNDIO | 19, 20, E 21/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na prevenção e no combate ao princípio de incêndio no ambiente de trabalho, reforçando a importância da identificação de riscos, do conhecimento sobre extintores, rotas de fuga e procedimentos de emergência, visando a segurança e a proteção de todos no ambiente institucional.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | REUNIÃO | ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO – LBGS | 21/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho realizada junto à empresa terceirizada LBGS, voltada ao acompanhamento das atividades laborais, com foco na identificação de riscos, alinhamento dos serviços executados e reforço das práticas seguras no ambiente de trabalho, visando a prevenção de acidentes e a promoção da segurança dos colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | TREINAMENTO | NR 33 – SEGURANÇA E SAÚDE NOS TRABALHOS EM ESPAÇOS CONFINADOS | 22 E 23/05

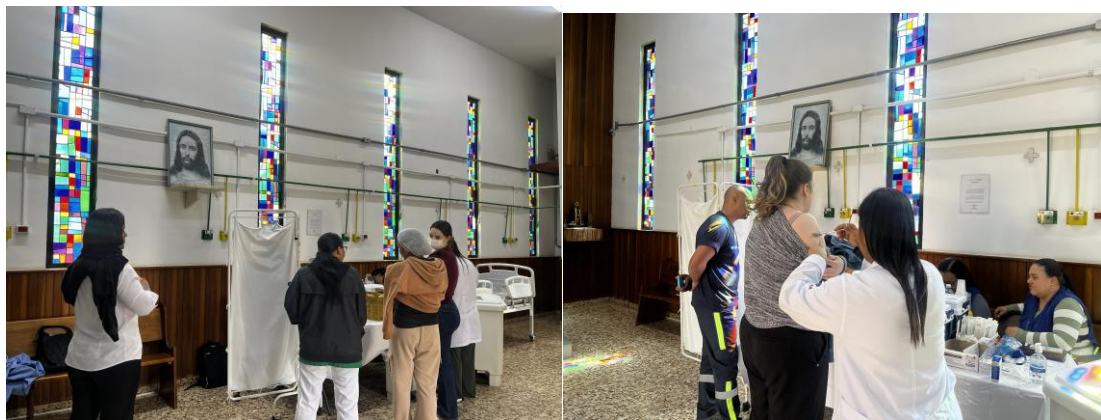
Treinamento de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na NR 33, reforçando as medidas de prevenção e controle de riscos em atividades realizadas em espaços confinados. A capacitação abordou procedimentos seguros, identificação de riscos, utilização correta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e condutas de emergência, visando a proteção e a segurança dos colaboradores durante a execução das atividades.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SAÚDE OCUPACIONAL | CAMPANHA | VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA | 25 E 26/05

Foi realizada uma campanha de vacinação contra a Influenza, com o objetivo de reforçar a prevenção e promover o cuidado com a saúde dos colaboradores e da comunidade. A ação destacou a importância da imunização como medida eficaz para reduzir a transmissão do vírus e prevenir complicações relacionadas à doença, contribuindo para a proteção individual e coletiva.



Fonte: Relatório de Comunicação.

NEP | CAMPANHA | SEMANA DE PREVENÇÃO DE IRAS | 26, 27, 28 E 29/05

Foi realizada a Semana de Prevenção de IRAS (Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde), com o objetivo de conscientizar os colaboradores sobre a importância das medidas de prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar. A ação contou com orientações educativas e, ao final, uma dinâmica de verdadeiro ou falso,

promovendo aprendizado de forma interativa, leve e divertida, incentivando a participação e o reforço das boas práticas assistenciais.



Fonte: Relatório de Comunicação.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-J9SZS-DKB87>

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | CAFÉ ACOLHEDOR | 27/05

Realizada mais uma edição do Café Acolhedor, promovendo um momento de escuta, acolhimento e apoio aos familiares dos pacientes. A ação foi conduzida pela equipe de Psicologia e contou com uma dinâmica em duplas, na qual os participantes retiravam palavras de dentro de balões e compartilhavam seus sentimentos e percepções relacionados aos temas propostos. A atividade favoreceu a reflexão, a troca de experiências e o fortalecimento dos vínculos entre os participantes, proporcionando um ambiente acolhedor e humanizado. Ao final, foi servido um café, promovendo integração e convivência entre os familiares.





Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 17 – ERGONOMIA | MANUTENÇÃO | 28/05

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho realizada junto à equipe de manutenção, com foco em ergonomia nas atividades laborais, reforçando a importância das boas práticas de postura corporal, movimentação adequada, alongamentos e cuidados durante a execução das atividades, visando a prevenção de lesões, desconfortos físicos e acidentes de trabalho.



Fonte: Relatório de Comunicação.

8. AÇÕES DE DESTAQUE

Parte da programação de campanhas institucionais, durante o mês de maio, destacaram-se as ações voltadas à promoção da segurança, integração e valorização dos colaboradores, com iniciativas educativas e momentos de acolhimento no ambiente hospitalar.

Entre as ações realizadas, o maior destaque foi a Semana da Enfermagem 2026, promovida pelo NEP, que proporcionou momentos de integração, cuidado e reconhecimento aos profissionais por meio de atividades interativas, rodas de conversa, palestra sobre qualidade do sono e saúde mental, música ao vivo e jogos em equipe, fortalecendo a comunicação, o trabalho em equipe e o bem-estar dos colaboradores.

Outro destaque foi a atuação do SESMT ao longo do mês, com orientações, treinamentos e campanhas voltadas à prevenção de acidentes e promoção da saúde e segurança no trabalho, reforçando práticas seguras, ergonomia, prevenção de incêndios e conscientização sobre riscos ocupacionais entre colaboradores e empresas terceirizadas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório consolida os resultados do Hospital Municipal Guarapiranga referentes à competência de maio de 2026, gerido pelo INTS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, apresentando a análise dos principais indicadores institucionais, os desvios identificados, as ações implementadas e os encaminhamentos definidos para o próximo ciclo de monitoramento.

No período, observou-se a manutenção da estabilidade em grande parte dos indicadores, porém alguns resultados demandam acompanhamento mais próximo e ações direcionadas para melhoria contínua.

Na assistência, foram registrados 25 óbitos, sendo 24 ocorridos após 24 horas de internação, resultando no maior volume do ano. A Clínica Médica apresentou aumento da taxa de mortalidade (16,84%), refletindo o perfil de maior gravidade clínica dos pacientes admitidos. Na UTI Beija-Flor, observou-se redução do giro de leitos (3,0) e aumento do tempo médio de permanência (5,60 dias), indicando necessidade de fortalecimento dos fluxos de desospitalização, transferências e gestão da permanência

hospitalar. Em Cuidados Prolongados, a taxa de flebite apresentou elevação em relação ao mês anterior, exigindo reforço das práticas de manejo de acessos venosos e monitoramento assistencial.

Em relação ao controle de infecções, foram registrados quatro casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCS), elevando as densidades de incidência acima das metas institucionais. Diante desse cenário, serão intensificadas as auditorias, o monitoramento dos bundles, a adesão à higiene das mãos e as ações de educação permanente, com acompanhamento sistemático pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Os indicadores de Segurança do Paciente evidenciaram aumento no número de quedas em comparação ao mês anterior, reforçando a necessidade de fortalecimento das medidas preventivas. O Plano de Alta Multiprofissional permaneceu abaixo da meta institucional (64%), demonstrando oportunidade de melhoria na integração entre as equipes assistenciais e no registro das orientações de alta.

Na gestão de pessoas, o turnover da enfermagem permaneceu acima da meta pelo segundo mês consecutivo. Também foi observado aumento expressivo do número de atestados médicos relacionados à síndrome gripal, situação que seguirá sendo acompanhada pela Medicina Ocupacional e Recursos Humanos, com análise das causas e implementação de plano de ação específico.

Os indicadores de infraestrutura e apoio assistencial mantiveram desempenho satisfatório em sua maioria. Entretanto, o tempo médio de atendimento da Engenharia Clínica permaneceu acima da meta, principalmente em decorrência da dependência de fornecedores para aquisição de peças e execução de manutenções especializadas, permanecendo em monitoramento.

De forma geral, os resultados de maio reforçam a importância do monitoramento contínuo dos indicadores e da atuação integrada entre as áreas assistenciais e administrativas, com foco na segurança do paciente, controle de infecções, gestão da permanência hospitalar, fortalecimento dos processos de alta e melhoria contínua da qualidade da assistência.

Os encaminhamentos definidos nesta competência serão acompanhados pela Comissão de Análise Crítica de Indicadores, com responsáveis, prazos e monitoramento

sistemático da efetividade das ações implementadas, cujos resultados serão apresentados na competência de junho de 2026.

São Paulo, 22 de junho de 2026.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 22/06/2026 10:29:27 -03:00

 MUNDODIGITAL

Nome: Simone da Silva Araújo
Cargo: Diretora Geral

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-J9SZS-DKB87>

10. ANEXOS

10.1. Atas das Comissões realizadas em maio de 2026

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2
Data:	20/05/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Engenharia Clínica		
Início	11h00min		
Fim	11h50min		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Indicadores da Engenharia Clínica referentes ao mês de abril.
- Monitoramento do desempenho dos equipamentos críticos.
- Acompanhamento das manutenções preventivas
- Acompanhamento das manutenções corretivas
- Avaliação da disponibilidade dos equipamentos e confiabilidade operacional.

A reunião teve como objetivo apresentar e analisar os indicadores da Engenharia Clínica referentes ao mês de abril de 2026, avaliando o desempenho das atividades executadas pelo setor e os resultados alcançados no período.

Inicialmente, foi realizada a análise do indicador de disponibilidade dos equipamentos críticos, constatando-se o atingimento da meta estabelecida de 95%. Verificou-se que alguns equipamentos permaneceram indisponíveis devido à necessidade de reposição de peças, permanecendo em aguardando de fornecimento. Contudo, por se tratar de um número reduzido de equipamentos, tal situação não impactou de forma significativa os resultados do indicador.

Em seguida, foram discutidos os resultados relacionados às manutenções corretivas, sendo identificado que parte dos atendimentos sofreu influência da dependência de fornecedores externos, principalmente em relação a execução de serviços especializados.

Na sequência, foi realizada a análise dos indicadores de manutenção preventiva referentes ao período. Verificou-se a abertura de 57 Ordens de Serviço (OS), das quais 40 foram concluídas, resultando em um índice de execução de 70%. Também foram discutidas a programação e execução de serviços por empresas terceirizadas.

Foi realizada ainda a análise do SLA, observando-se que os resultados ficaram abaixo da meta estabelecida de 70% do indicador, que é influenciado pelo regime de trabalho da equipe técnica, que atua apenas durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, impossibilitando a execução de atendimentos durante fins de semana, feriados e períodos noturno.

Por fim, a equipe discutiu oportunidades de melhoria nos processos internos, reforçando a necessidade de manter o monitoramento dos indicadores, acompanhar os serviços pendentes junto aos terceiros e promover ações voltadas para a melhoria contínua da gestão dos equipamentos.

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:	07/05/2026
Tipo da Reunião:	(x) Requisito () Gestão () Validação
Assunto:	CAC – Comissão de Acompanhamento Contratual
Início	14h
Fim	16h20

1. ASSUNTOS TRATADOS

Apresentação dos apontamentos análise preliminar fevereiro/2026 recebidos pela SMS-DPC:

Desenvolvimento da reunião.

Foi realizada a apresentação à comissão dos apontamentos recebidos referentes ao mês de fevereiro/2026.

Inicialmente, foram discutidos os apontamentos relacionados à previsão de ultrapassagem do plano de trabalho em algumas rubricas. As situações apontadas foram analisadas, sendo realizados levantamentos para identificar os motivos das ultrapassagens, reforçando que houve excedente em relação ao previsto, porém sem ultrapassar o total aprovado no plano de trabalho.

Novamente, foram apontadas pendências relacionadas aos comprovantes de guias de impostos. Informamos que serão encaminhados os extratos de parcelamentos, bem como alguns extratos solicitados junto ao setor de Departamento Pessoal da sede.

Também foi apresentada uma nova demanda referente à documentação complementar de rescisões. Thais solicitou os avisos ou cartas de desligamento, e estaremos encaminhando os documentos do período solicitado. Já foi alinhado junto ao Departamento Pessoal da unidade a disponibilização desses documentos para os próximos meses.

Foi alinhado, junto ao setor jurídico, o acompanhamento dos processos de ações trabalhistas e dos documentos exigidos pela Secretaria. Considerando tratar-se de dados sensíveis, será realizada uma análise mais detalhada sobre quais documentos poderão ser disponibilizados para atendimento da solicitação.

Foram identificadas algumas divergências nos números apontados por Thais, especialmente em relação aos saldos e à conciliação bancária.

Quanto às tarifas bancárias, assim como nos demais apontamentos, já foi solicitado o reembolso desses valores para a conta da unidade.

Foram retomados os apontamentos relacionados ao C.T.A. e ao rateio administrativo. Simone sugeriu manter a mesma metodologia de justificativa utilizada nos meses anteriores, considerando que se tratam das mesmas situações já apresentadas anteriormente.

Por fim, ficou acordado que a resposta aos apontamentos será enviada dentro do prazo estipulado, até o dia 14 de maio.

Sem mais, a reunião foi encerrada.

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/5

Data:	21/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Análises Críticas de Indicadores
Início	10:00
Fim	11:40

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Alinhamento da dinâmica da comissão;
- Pendências da reunião anterior;
- Indicadores críticos e planos de ação;
- Entrega de atas das comissões;
- Indicador de lesão por pressão;
- Taxa de ocupação hospitalar;
- Absenteísmo e turnover;
- Assinaturas digitais;
- Indicadores nutricionais;
- Plano de alta multiprofissional;
- Indicadores de treinamento (NEP/SESMT);
- Clima organizacional e NR-01;
- Indicadores de faturamento;
- Monitoramento de IRAS;
- Manutenção e controle de chamados;
- Pacientes acamados e colchões pneumáticos.

A reunião foi iniciada com a apresentação das planilhas de indicadores, mantendo-se o modelo colorido previamente solicitado pela Diretoria, com o objetivo de facilitar a visualização das metas atingidas, indicadores fora da meta e principais pontos críticos das áreas. Foi reforçado que as planilhas permanecerão em constante aprimoramento, buscando maior clareza nas análises críticas e alinhamentos institucionais.

Na sequência, foram apresentadas as pendências oriundas da reunião anterior, sendo informado que os acompanhamentos passarão a ocorrer de forma mais rigorosa quanto aos prazos estabelecidos,

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	25/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos
Início	14:30h
Fim	15:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Reestruturação da CIHDOTT;
- Atualização da composição dos membros;
- Planejamento das ações para retomada das atividades da comissão;
- Capacitação dos integrantes;
- Definição da periodicidade das reuniões e próximos encaminhamentos.

Aos vinte e cinco dias do mês de maio de dois mil e vinte e seis, às 14h30, na sala da Diretoria Técnica do Hospital Municipal Guarapiranga, realizou-se reunião entre representantes da Qualidade, Diretoria Técnica e Coordenação de Enfermagem, com o objetivo de alinhar as demandas da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e definir ações para a retomada de suas atividades.

Inicialmente, foi analisada a composição atual da comissão, sendo constatado que a maioria dos membros anteriormente designados não faz mais parte do quadro de colaboradores da instituição. Diante disso, foi discutida a necessidade de reestruturação da comissão, com definição de novos integrantes e atualização formal de sua composição para garantir a continuidade das atividades e o atendimento às exigências normativas.

Foi proposta a recomposição do grupo por meio da indicação de novos representantes da enfermagem, contemplando diferentes plantões e setores, além da inclusão de profissionais médicos com participação ativa na comissão. Ressaltou-se a importância de selecionar membros comprometidos e disponíveis para atuar nas atividades e reuniões.

Também foi discutida a realização de capacitações relacionadas à doação e transplante de órgãos e tecidos. Foi esclarecido que esses treinamentos são recomendados para fortalecer o conhecimento técnico dos participantes, mas não são obrigatórios para o início ou retomada das atividades da comissão.

Quanto à periodicidade das reuniões, definiu-se que, inicialmente, os encontros deverão ocorrer com maior frequência para organização documental, atualização dos membros, revisão de fluxos e regularização dos registros. Posteriormente, a periodicidade poderá ser reavaliada, desde que mantida a regularidade das atividades e dos registros.

Os participantes reforçaram a importância da atuação contínua da comissão, mesmo diante da baixa ocorrência de potenciais doadores na instituição, destacando ações de divulgação dos fluxos, orientação das equipes assistenciais, acompanhamento de indicadores e manutenção de evidências das atividades realizadas por meio de reuniões, treinamentos e registros formais.

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

 Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	26 a 29/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão Multiplicadores
Início	14:00
Fim	22:00

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Semana de Prevenção das IRAS
- Estratégias de conscientização e prevenção de infecções
- Atividades educativas e integração multiprofissional

Aos dias correspondentes ao período de realização da Semana de Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), a Comissão de Multiplicadores destinou o tempo previamente reservado para sua reunião ordinária ao apoio e participação nas atividades educativas promovidas pelo Hospital Municipal Guarapiranga, em consonância com o cronograma institucional da campanha "Driblando as IRAS: a prevenção é o melhor ataque".

Durante o período de 26 a 29 de maio, nos turnos diurno e noturno, os membros da comissão colaboraram com as ações de conscientização voltadas aos profissionais da instituição, contribuindo para a disseminação de informações relacionadas à prevenção das IRAS e ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

As atividades desenvolvidas abordaram temas como higienização das mãos, uso de adornos no ambiente assistencial, prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) e prevenção da Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS). Os integrantes da comissão atuaram no apoio à organização, mobilização das equipes e incentivo à participação dos colaboradores durante as ações educativas.

Ao final das apresentações, os participantes também colaboraram com a realização da gincana educativa, atividade desenvolvida com o objetivo de reforçar os conhecimentos transmitidos de forma lúdica, promovendo maior interação entre os profissionais e estimulando a fixação dos conteúdos abordados.

A ação contou com a integração entre as equipes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Farmácia, Odontologia, equipe médica, Enfermagem, SESMT, lideranças e demais profissionais da equipe multidisciplinar, evidenciando o compromisso institucional com a prevenção de infecções e a promoção de uma assistência segura e de qualidade.

Nada mais havendo a registrar, encerra-se a presente ata para fins de comprovação da utilização do tempo da reunião da Comissão de Multiplicadores em atividade institucional de educação e conscientização relacionada à Semana de Prevenção das IRAS.

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

 Instituto Nacional de Apoio à Saúde da Família	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (SCIH)	CÓDIGO: FP.QAS.038	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/6

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	19/05/2026	14:03	15:15
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Abril / 2026	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Lucas Teixeira Vieira		Fabiana Teles Oliveira	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Sem pendências.			
2. INDICADORES			
Apresentado o número total das infecções relacionadas a assistência à saúde, onde o panorama geral do HMG ficou no total de 2 infecções, sendo 1 na enfermaria Colibri sendo 1 ITU e 1 na UTI Beija – Flor sendo 1 IPCS, ambos pacientes evoluíram a óbito. Em relação aos indicadores apresentados, observou-se o seguinte desempenho: - Taxa de infecção geral: 1,56% relacionadas aos dispositivos; - Densidade de incidência de IRAS global: 0,39; - Densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): 0%; - Densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS): 2,04%; - Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) teve um aumento em relação ao mês anterior e ficou com 3,37%; - Taxa de letalidade por IRAS: 100%. Discutido caso da paciente que evoluiu a óbito por ITU, será aberto e realizado Protocolo Londres para tal caso. Foi avaliado o consumo de álcool gel (16,89 ml) e de sabonete líquido (25,48 ml) por paciente. Em comparação ao parâmetro mínimo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, de 20 ml de			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

 Instituto Municipal de Tecnologia em Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2
OData: 27/05/2026			
Tipo da Reunião: () Requisito (X) Gestão () Validação			
Assunto: Comissão de Pele			
Início 10:00min			
Fim 10:30min			

1. ASSUNTOS TRATADOS

• A reunião da Comissão de Pele, referente ao mês de abril de 2026, 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 (2%), prevalência de LPP (36%) 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), LPP comunitárias (10) e lesões prevalentes (85).

Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento, conforme registros do SMPEP, totalizou R\$ 73.094,40.

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

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

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

• Foi apresentada análise dos indicadores assistenciais referentes ao mês de abril de 2026, evidenciando redução significativa das Lesões por Pressão (LPP), passando de 14 casos em março para 4 casos em abril, representando diminuição de aproximadamente 71%.

Observou-se aumento do consumo de placas de hidrocoloide, passando de 89 unidades em março para 153 unidades em abril, sugerindo maior adesão às medidas preventivas e fortalecimento das ações de proteção cutânea.

Foi discutido na comissão de farmácia a necessidade de otimizar o fluxo de dispensação das placas de hidrocoloide, entendendo que a distribuição pelas farmácias satélite é fundamental para evitar barreiras na solicitação e garantir acesso rápido ao material, fortalecendo as estratégias de prevenção de LPP.

A reunião é finalizada em seguida.

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

 Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	19/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Cuidados Paliativos
Início	14h00
Fim	14h30

1. ASSUNTOS TRATADOS

Foram apresentadas e discutidas as pautas referentes ao mês de abril de 2026, contemplando a média de pacientes em cuidados paliativos, o perfil funcional segundo PPS, a relação entre altas e óbitos, indicadores assistenciais e apresentação dos conceitos relacionados às dimensões do cuidado em Cuidados Paliativos.

Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

No mês de abril, observou-se média de 84% de pacientes elegíveis acompanhados em cuidados paliativos, mantendo o mesmo percentual registrado no mês anterior. Foram inseridos 16 pacientes na linha de cuidado durante o período. O indicador demonstra estabilidade na identificação e acompanhamento dos pacientes com critérios para cuidados paliativos.

Relação de PPS do mês de abril.

Foi apresentada a estratificação dos pacientes conforme a Escala PPS (Palliative Performance Scale), instrumento que avalia mobilidade, atividade diária, autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência.

No mês de abril, observou-se na faixa de 20% a 10% quantidade de 20 pacientes, seguida pela faixa de 40% a 30%, com 44 pacientes. Foram identificados ainda 1 paciente com PPS igual ou superior a 50% e 12 pacientes sem registro da escala, reforçando a importância da atualização sistemática desse indicador para avaliação funcional e planejamento assistencial.

Relação Óbito x Alta Hospitalar - Abril

No período, foram registrados 12 óbitos entre pacientes acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos e 10 altas hospitalares. Os 12 óbitos foram distribuídos entre as unidades: CLB 7 pacientes, Reta 4 pacientes e UTI BTV 1 paciente. Dos óbitos, 10 casos foram inseridos em CP nessa unidade e 2 em unidade de origem. Das 10 altas hospitalares, 9 pacientes tiveram alta do setor CLB e 1 paciente do setor BJF. Em relação à abordagem de CP, 7 casos foram nessa unidade e 3 casos na unidade de origem.

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	20/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	10:00h
Fim	10:30h

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião teve início sob a condução do Supervisor de Saúde, Gleydson Vieira da Silva, que realizou a apresentação dos membros integrantes da Comissão do Núcleo de Educação Permanente, destacando a importância de cada integrante dentro da comissão. Na ocasião, pontuou que os feriados e as ações realizadas no mês de abril impactaram diretamente na rotina e nos resultados dos treinamentos do período.

Em seguida, foram apresentados os indicadores consolidados do período, evidenciando uma queda nos resultados desde o mês de fevereiro, sendo registrados: 26 treinamentos realizados, total de 865 participantes, 37 horas de treinamento, 3 treinamentos cancelados, 14 reagendados e 12 treinamentos assistenciais, resultando em uma taxa de adesão de 83%.

Foi reforçado que a meta mensal de 16 treinamentos assistenciais, estabelecida pela sede, não foi alcançada. Diante disso, foi enfatizada, junto às supervisoras e coordenadoras das equipes de enfermagem e farmácia, a necessidade de fortalecimento das ações de treinamento, alinhando as demandas específicas de cada área, a fim de possibilitar o cumprimento da meta estipulada.

Destacou-se que os treinamentos constituem um dos critérios avaliados no processo de acreditação ONA, sendo verificado pelos auditores, em cada avaliação, se as equipes dos setores se encontram devidamente capacitadas quanto aos processos e procedimentos pertinentes às suas áreas de atuação, independentemente de serem assistenciais ou administrativos.

Foi apresentado o dashboard de monitoramento da taxa de adesão aos treinamentos realizados para os colaboradores, segmentado por setor. Destacou-se que, no mês de abril, foi realizado apenas um treinamento institucional com o tema NR 17, ministrado pelo SESMT, o qual apresentou baixa porcentagem de adesão geral, sendo observada maior participação dos colaboradores do período noturno.

Em seguida, foram apresentados os 26 treinamentos realizados no mês, juntamente com suas respectivas taxas de adesão, incluindo o treinamento sobre Gerenciamento de Conflitos, promovido pelo Núcleo de Educação Permanente.

Na sequência, os presentes foram informados sobre as ações desenvolvidas pela Comissão dos Multiplicadores, destacando a realização da segunda reunião com os membros da comissão, voltada

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CEE)	CÓDIGO: FP-QAS.035	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/4

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Ética em Enfermagem (CEE)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	29/05/2026	11:00	11:00
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
() Periódica (x) Extraordinária () Emergencial	Maio		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Ediléia Alves dos Santos	Shirley Ferreira Schunck		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Em continuidade às deliberações registradas na reunião de abril de 2026, foi realizada a verificação formal da composição da Comissão de Ética de Enfermagem, sendo constatado o agravamento das fragilidades anteriormente identificadas. Após levantamento atualizado da situação dos membros, verificou-se que a comissão se encontra sem condições adequadas de funcionamento, em razão de desligamentos institucionais, afastamentos, solicitações de baixa e impossibilidade de dedicação efetiva às atividades da comissão. Foi apresentada a relação atualizada dos integrantes, evidenciando a perda do quórum funcional necessário para o desempenho regular das atividades da CEE. Diante desse cenário, a enfermeira Shirley Schunck formalizou junto ao COREN-SP solicitação de baixa de sua participação na comissão, bem como comunicou oficialmente a situação da composição atual da CEE do Hospital Municipal Guarapiranga. A Coordenadora de Enfermagem, Raquel Mauro, ratificou formalmente junto ao COREN-SP a solicitação de destituição da Comissão de Ética de Enfermagem vigente, considerando a inviabilidade de manutenção de suas atividades em conformidade com as normativas aplicáveis. Foi apresentado o comprovante de recebimento da solicitação pelo COREN-SP, registrado sob o Ticket nº 1.801.271, confirmando a abertura do processo administrativo para análise da demanda. Conforme orientação recebida do COREN-SP, a instituição dispõe de prazo de até 60 dias para realização dos trâmites necessários à regularização da situação da comissão, em conformidade com a Resolução COFEN nº 792/2025, incluindo a condução de novo processo eleitoral para constituição de uma nova Comissão de Ética de Enfermagem.			

MN-QAS.003-00 Manual Comissões

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

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Ética Médica (CEM)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	12/05/2026	10:00	11:00
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial	Maio / 2026		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Dra. Lorena Paiva Miranda	Dra. Caroline Ramos Barreto		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS:			
Como devolutiva da reunião anterior, foi informado que o material educativo interno sobre Relação entre Médicos: Conflitos, Cooperação e Responsabilidade Técnica, elaborado com base no Capítulo VII e Capítulo III do Código de Ética Médica, foi compartilhado com a equipe médica por meio dos canais institucionais, conforme arquivo em anexo. A comissão ressaltou que o conteúdo teve como objetivo fortalecer a comunicação profissional, a gestão ética de conflitos e a responsabilidade compartilhada no cuidado assistencial. Não foram identificadas pendências em aberto oriundas da reunião anterior.			
2. INDICADORES			
No período, não houve registro de notificações formais relacionadas a condutas éticas inadequadas envolvendo profissionais médicos da instituição. Da mesma forma, não houve encaminhamentos ao Conselho Regional de Medicina (CRM). O indicador de reincidência de condutas éticas inadequadas permaneceu zerado, mantendo o padrão observado nos meses anteriores. A comissão destacou que, embora os indicadores permaneçam estáveis, é fundamental manter ações educativas contínuas, especialmente em temas relacionados ao registro adequado de informações e à proteção de dados dos pacientes, considerando os riscos éticos e legais associados.			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CFT)	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
		FP.QAS.033	PÁGINA: 1/9

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	19/05/2026	11:00	12:00
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
(X) Periódica () Extraordinária () Emergencial	ABRIL/26		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
DANIELA SCAVONE	LUCIANA CARBONI		
DESENVOLVIMENTO			
❖ Pendências da última reunião ❖ Internação / Hemodiálise no período ❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares ❖ Consumo de antimicrobianos - Curva A ❖ Consumo anticoagulantes - Curva A ❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda ❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento ❖ Consumo de toalha para banho x média de pacientes acamados ❖ Consumo de dietas/ suplementos x média de pacientes em uso de dieta enteral e suplemento ❖ Consumo total por categoria ❖ Valor orçado x realizado x consumo ❖ Eventos adversos/ Suspeita de reações adversas/ Queixas Técnicas ❖ Treinamentos ❖ Pedidos de padronização ❖ Indicadores de Farmácia Clínica			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

 Instituto Superior de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2

Data:	20/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gerenciamento Resíduos - PGRSS
Início	14:00
Fim	14:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

1.1 Pendências das reuniões anteriores

Foi informado que o agendamento da visita técnica à empresa Ecourbis encontra-se em andamento, aguardando resposta através de pessoa responsável (Portal 156 Prefeitura de SP). O projeto de compostagem contou com a participação do setor de Humanização em visita ao CCA (Centro para Crianças e Jovens), localizado ao lado do HMG, onde haverá uma parceria com voluntários para análise e futura confecção da horta.

1.2 Indicadores de resíduos – abril/2026

Foram apresentados os indicadores referentes ao mês de abril de 2026, conforme segue:

- Resíduos infectantes: 11.529 kg;
- Resíduos comuns: 20.485 kg;
- Resíduos químicos: 5,0 kg;
- Resíduos recicláveis: 2.632 kg.

Também foi apresentado o acumulado de resíduos por setor, com análise baseada no perfil histórico de geração do hospital.

1.3 Indicadores de acidentes com perfurocortantes – Abril/2026

Foi registrado que não houve ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes no período avaliado.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, sendo lavrada a presente ata.

2. ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data
Agendar visita técnica Ecourbis	Michael e Bruno	Em andamento
Projeto horta	Comissão	Sem prazo definido

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:	20/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	10:30h
Fim	11:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Principais indicadores;
- Ações do Serviço Social.

Shirley, enfermeira de gestão de altas, apresentou e discutiu os principais indicadores assistenciais, incluindo giro de leitos, número de altas, taxa de ocupação e tempo de permanência nas unidades de clínica médica, UTI e retaguarda. Também foram abordados os fluxos de alta, com destaque para o acompanhamento das consultas pós-CAT, que estão sendo previamente agendadas antes da saída do paciente, além da sinalização às UBS quando necessário para continuidade do cuidado.

Wilma, RT, informou a realização de 7 altas no período, sendo 3 pacientes provenientes de leitos de retaguarda e 4 de enfermagem com perfil de retaguarda. Destacou ainda as altas com encaminhamento para EMAD e instalação de oxigenoterapia domiciliar (O₂), reforçando a organização do cuidado pós-alta e a continuidade assistencial no domicílio. Wilma também sinalizou à equipe de enfermagem a necessidade de parceria para a elaboração e encaminhamento dos relatórios solicitados, reforçando a importância da atuação conjunta entre os setores.

Foi discutido um caso de paciente de longa permanência (aproximadamente um ano de internação), cuja desospitalização foi considerada uma conquista coletiva da equipe, evidenciando o fortalecimento do vínculo com a família diante das fragilidades da rede de apoio. Também foi abordado o volume de pacientes sociais recebidos, com intensificação das buscas ativas para localização de familiares e, nos casos com vínculo estabelecido, fortalecimento do acompanhamento com apoio da Psicologia.

Ao final da reunião, foi reforçada a relevância da atuação integrada da equipe multiprofissional no processo de desospitalização, destacando que a alta segura e qualificada depende da articulação contínua entre os diversos setores assistenciais. O trabalho conjunto entre Serviço Social, EGA e Equipe Multi tem sido fundamental para a identificação precoce das necessidades dos pacientes, fortalecimento dos vínculos familiares, organização da rede de apoio e garantia da continuidade do cuidado após a alta.

Os resultados apresentados, especialmente os casos de desospitalização de longa permanência e os encaminhamentos para assistência domiciliar, evidenciam que a

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

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/3

Data:	21/05/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Humanização
Início	15:00
Fim	15:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

Dia das Mães

Jakeline informou que a ação referente ao Dia das Mães, prevista para o mês anterior, ficou pendente devido ao foco das atividades voltadas à Semana da Enfermagem. Considerando o prazo reduzido para organização da ação, ficou definido que a comemoração será realizada na última semana de maio, acompanhando o cronograma adotado por outras unidades.

Foi discutido que não será realizada uma ação de grande porte, considerando que já haverá uma atividade promovida pelo Núcleo de Segurança ao Paciente relacionada à IRAS. Dessa forma, as ações anteriormente planejadas para os dias 26 e 27 de maio foram canceladas, incluindo a atividade de pilates em parceria com o SESC e a ação promovida pela equipe de odontologia, voltada aos cuidados das mães.

Ficou definido que serão entregues lembrancinhas para as colaboradoras mães, em formato semelhante à ação realizada na Páscoa, com decoração da sala para recepção das participantes. Durante a entrega, as colaboradoras deverão assinar lista de presença para participação no sorteio de uma cesta comemorativa.

Semana da Enfermagem

Jakeline informou que as ações realizadas durante a Semana da Enfermagem ocorreram conforme planejado, com acompanhamento das equipes responsáveis pelas atividades e apoio da Humanização na organização e decoração dos espaços.

Projeto Pet

Jakeline informou que o Projeto Pet será iniciado no próximo mês. Foi realizado alinhamento com Isa para leitura e validação do protocolo institucional. Também foi elaborada uma escala de atuação para Ademar, definindo os dias de visitas hospitalares.

Anexo do Procedimento PG SGQ.003 Análise crítica pela direção

 Instituto Tecnológico de Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/2
Data:	28/05/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Dengue.		
Início	11hrs		
Fim	12 hrs		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Avaliação das ações preventivas e inspeções em áreas externas.
- Apresentação dos achados e medidas corretivas adotadas.
- Monitoramento contínuo e alinhamento das estratégias de vigilância.

Durante a reunião, foi apresentado que no período, não houve registro de casos suspeitos ou confirmados de dengue entre colaboradores e pacientes da instituição.

Foi informado também que a equipe da Vigilância em Zoonoses realizou visita técnica ao hospital para inspeção e monitoramento ambiental. Durante a avaliação, foi constatado que a instituição possui 14 iscas distribuídas estrategicamente em suas dependências, todas devidamente monitoradas, sem identificação de focos ou criadouros do mosquito transmissor da dengue.

A equipe da Vigilância em Zoonoses parabenizou a instituição pelo comprometimento com as medidas preventivas, destacando a organização, a limpeza dos ambientes e a ausência de condições favoráveis à proliferação do vetor.

A comissão reforçou a importância da manutenção das ações preventivas já implantadas, incluindo:

- Inspeções periódicas nas áreas internas e externas;
- Manutenção da limpeza dos arredores do hospital;
- Eliminação de possíveis recipientes que possam acumular água;
- Monitoramento contínuo das iscas instaladas;
- Orientação e conscientização dos colaboradores sobre medidas de prevenção.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião, sendo lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, segue assinada pelos presentes.

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:	28/05/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Prevenção da Violência		
Início	10:00h		
Fim	11:00h		

1. ASSUNTOS TRATADOS

Discussão de evento envolvendo agressão entre pacientes durante internação hospitalar.

Descrição do caso:

Foi discutido em comissão evento ocorrido na unidade assistencial envolvendo a paciente P.L.S., prontuário 09078, internada há 768 dias na instituição, com histórico de quadro psiquiátrico e alterações comportamentais prévias, que apresentou episódio de agressão física contra a paciente I.D.C., prontuário 10704, acamada, dependente de cuidados integrais e em condição de vulnerabilidade clínica devido importante limitação funcional e restrição ao leito.

Conforme relato da equipe assistencial, durante o período de internação a paciente agressora apresentou comportamento compatível com agitação e heteroagressividade, levantando-se do leito e dirigindo-se até a paciente vítima, realizando agressão física. Segundo relato verbalizado pela própria paciente agressora após o episódio, "bateu porque ela é folgada".

Após o ocorrido, a paciente vítima foi imediatamente avaliada pela equipe assistencial, sendo identificado hematoma em região frontal. Não houve relato inicial de perda de consciência ou outras intercorrências clínicas agudas associadas no momento do atendimento inicial.

Medidas imediatas adotadas:

- Separação imediata das pacientes;
- Acionamento da equipe assistencial e liderança de enfermagem;
- Avaliação clínica imediata das pacientes envolvidas;
- Comunicação à equipe médica responsável;
- Realização de exame de imagem (raio-X) da paciente agredida para avaliação complementar;
- Intensificação da vigilância assistencial e monitoramento do comportamento da paciente agressora;
- Solicitação de avaliação psiquiátrica através de interconsulta;

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

	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CRP)	CÓDIGO: FP-QAS.036	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/3

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	26/05/2026	11:00	12:00
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial	Maio		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Dr. André Gasparoto	Beatriz Veloso		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Conforme reunião anterior, segue atualização das pendências: - Ação de assinaturas digitais continuará acontecendo continuamente, para uma análise anual em dezembro/26. - Ação da comissão IN LOCO para orientação de ofensores que acontecerá nos dias 01, 02, 03/06.			
2. INDICADORES			
Nome do Indicador: Cobertura de Auditoria de Prontuários - Meta: 10% - Realizado: 10% - Total de prontuários no mês: 231 - Prontuários auditados: 16 Fórmula: $\text{Prontuários auditados} \div \text{Total de prontuários} \times 100$			
3. AUDITORIAS INTERNAS			
Eliane, coordenadora de enfermagem, iniciou o relato dos prontuários auditados, informando sobre as inconsistências de falta de checagem do SAE, interconsultas não respondidas e dispositivos invasivos não lançados e sem justificativa em ambos os prontuários. Supervisora de enfermagem Loraine foi convidada a participar da comissão junto a duas enfermeiras da linha de frente para que entendam as responsabilidades, e multiplique os apontamentos. Loraine pontua sobre as evoluções em tempo real, não possui registros em tempo sobre as intercorrências, visitas, mudanças contínuas no cotidiano do paciente.			

MN-QAS.003-00 Manual Comissões

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

NOME DA COMISSÃO			
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	19/05/2026	10:00	11:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Abril	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Maria Cristina Souza		Gustavo Guimarães Paiva	
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
- Plano de contingência para armazenamento de hemoconcentrados (aguardando retorno da qualidade); - Plano de contingência SMPEP em andamento (aguardando retorno do supervisor da T.I.).			
2. INDICADORES			
Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 217 NCS, sendo 202 consideradas válidas no mês de abril. Destas nenhuma foi compartilhada pela Ouvidoria, 05 encaminhadas para a Ouvidoria, 0 arquivadas e 02 classificadas como duplicada e uma classificadas como evento adverso grave e aberto protocolo Londres. Informou-se que 167 Não Conformidades foram tratadas. 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: identificação do paciente (28), comunicação efetiva (48), uso seguro de medicamentos (35), cirurgia segura (5), risco de infecção (66), outros (4), risco de lesão por pressão (13), risco de queda (3). Os setores com maior número de notificações foram Colibri com 95 registros e Sabiá com 30 registros.			
3. INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS			
Foram classificados 83 eventos como incidente sem dano e 33 como incidente com dano, dentre esses foram 31 com dano grau I (leve), 01 com dano grau II (moderado) e 01 com dano grau III (Grave). Dentre esses registros, observou-se um aumento considerável de ocorrências relacionadas a meta 3, de segurança do paciente, onde foram analisadas e realizado o plano de ação para evitar reincidência.			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 7SL8S-4KNHV-J9SZS-DKB87

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 22/06/2026 10:29 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
RN9jtBk5MCh6CnY9ZjrPW1pZ+Q6VjblEecQZ9veJni0=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7SL8S-4KNHV-J9SZS-DKB87>

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

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