

JUNHO/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/7WSTZ-NG46W-R2TPW-7ZPMN>

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES prestadas nas competências de **junho 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;

Jose Glaydson Dos Santos Oliveira – Coordenação de Tecnologia da Informação.

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	42
3.2.2.	Laboratório	46

3.3.	OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	51
3.3.1.	Nutrição	58
3.3.2.	Fisioterapia	64
3.3.3.	Serviço Social	71
3.3.4.	Psicologia	78
3.3.5.	Fonoaudiologia	89
3.3.6.	Terapia Ocupacional	98
3.3.7.	Terapias Alternativas	100
3.3.8.	Estomaterapia	104
3.4.	SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA	108
3.4.1.	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	109
3.4.2.	Serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH)	119
3.4.3.	Vigilância em Saúde	124
3.4.4.	NIR – Núcleo Interno De Regulação	128
3.4.5.	Núcleo De Educação Permanente	135
3.4.6.	Escritório de Gestão de Altas	141
3.5.	SUPRIMENTOS	150
3.5.1.	Farmácia	151
3.6.	Compras	154
3.7.	INFRAESTRUTURA	158
3.7.1.	Engenharia Clínica	159
3.7.2.	Manutenção Predial	163
3.8.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	166
3.9.	OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	170
3.9.1.	Qualidade	170
3.9.2.	Faturamento	175
3.9.3.	Prestação De Contas	180
3.9.4.	Financeiro	184
3.9.5.	Patrimônio	186
3.9.6.	Contratos	193
3.9.7.	Hotelaria	196

3.9.8.	Recepção	204
3.9.9.	Portaria.....	206
3.9.10.	Jurídico	208
3.9.11.	Ouvidoria.....	212
4.	MONITORAMENTO CONTRATUAL	218
5.	INDICADORES CONTRATUAIS	219
5.1.	INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS	219
5.2.	INDICADORES QUANTITATIVOS	222
5.3.	INDICADORES COMPLEMENTARES	226
5.3.1.	Gerenciamento De Resíduos	226
5.3.2.	Hemodiálise.....	228
5.3.3.	Hemocomponentes.....	228
6.	COMISSÕES	230
7.	AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	231
7.1.	Indicadores.....	232
7.2.	Ações de junho de 2026.....	233
8.	AÇÕES DE DESTAQUE.....	256
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	257
10.	ANEXOS	259
10.1.	Atas das Comissões realizadas em junho de 2026	259

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 junho/2026	23
Tabela 5.	Serviços Médicos no mês de junho/2026	25
Tabela 6.	Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de junho/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...	43
Tabela 14.	Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi...	43
Tabela 15.	Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados)	44
Tabela 16.	Indicadores de Radiologia (Pediatria).....	44
Tabela 17.	Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....	46
Tabela 18.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Global Hospitalar)	52
Tabela 19.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)	52
Tabela 20.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	53
Tabela 21.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	53
Tabela 22.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Cuidados Prolongados)	54
Tabela 23.	Indicadores de Serviços Assistenciais (Pediatria)	54
Tabela 24.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Geral Hospitalar)	59
Tabela 25.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica).....	60
Tabela 26.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	60
Tabela 27.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	61
Tabela 28.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)	61
Tabela 29.	Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria).....	61
Tabela 30.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Geral Hospitalar).....	65
Tabela 31.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)	66
Tabela 32.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	66
Tabela 33.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	67
Tabela 34.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Cuidados Prolongados)	68

Tabela 35.	Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)	68
Tabela 36.	Indicadores de Serviço Social (Geral Hospitalar).....	72
Tabela 37.	Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)	73
Tabela 38.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor 73	
Tabela 39.	Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi 74	
Tabela 40.	Indicadores de Serviço Social (Cuidados Prolongados).....	75
Tabela 41.	Indicadores de Serviço Social (Pediatria)	76
Tabela 42.	Indicadores de Psicologia (Geral Hospitalar).....	79
Tabela 43.	Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)	80
Tabela 44.	Indicadores de Psicologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor....	81
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.....	105
Tabela 57.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global)	109
Tabela 58.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica)	110
Tabela 59.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	111
Tabela 60.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	112

Tabela 61.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Cuidados Prolongados)	113
Tabela 62.	Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Pediatria)	114
Tabela 63.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Geral Hospitalar).....	119
Tabela 64.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Clínica Médica)	119
Tabela 65.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	120
Tabela 66.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	121
Tabela 67.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Cuidados Prolongados)	122
Tabela 68.	Indicadores do Serviço de Infecção Hospitalar (Pediatria)	122
Tabela 69.	Indicadores de Vigilância em Saúde	125
Tabela 70.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Geral)	129
Tabela 71.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Clínica Médica)	130
Tabela 72.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	130
Tabela 73.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem Te Vi	131
Tabela 74.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Cuidados Prolongados) .	131
Tabela 75.	Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)	132
Tabela 76.	Indicadores de Núcleo de Educação Permanente.....	136
Tabela 77.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Clínica Médica).....	142
Tabela 78.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor	143
Tabela 79.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi	144
Tabela 80.	Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados) .	145
Tabela 81.	Indicadores de Número de paciente com pendências para alta.....	145
Tabela 82.	Indicadores de Farmácia.....	151
Tabela 83.	Indicadores de Compras	155
Tabela 84.	Indicadores de Engenharia Clínica.....	159
Tabela 85.	Indicadores de Manutenção Predial	163
Tabela 86.	Indicadores de Tecnologia da Informação	167

Tabela 87.	Indicadores de Qualidade.....	171
Tabela 88.	Indicadores de Faturamento	176
Tabela 89.	07 Procedimentos Faturados	176
Tabela 90.	Indicadores de Prestações de Contas.....	180
Tabela 91.	Indicadores do Financeiro	184
Tabela 92.	Indicadores do Patrimônio	187
Tabela 93.	Indicadores do Contratos	194
Tabela 94.	Indicadores da Rouparia.....	196
Tabela 95.	Indicadores de Higienização	201
Tabela 96.	Indicadores de Recepção.....	204
Tabela 97.	Indicadores de Portaria	206
Tabela 98.	Indicadores de Serviços Jurídicos	209
Tabela 99.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas	212
Tabela 100.	Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas.....	213
Tabela 101.	Indicadores de Contratuais Qualitativos	219
Tabela 102.	Indicadores de Contratuais Quatitativos.....	222
Tabela 103.	Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos	226
Tabela 104.	Indicadores de Serviços de Hemodiálise	228
Tabela 105.	Indicadores de Serviços de Hemocomponentes	229
Tabela 106.	Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....	230

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Dimensionamento de Leitos.....	19
Gráfico 2.	Relação de CID's Registrados nos Atendimentos em junho 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	34
Gráfico 18.	Análise de afastamentos	35
Gráfico 19.	Número de dias perdidos	36
Gráfico 20.	Taxa de Acidentes.....	38
Gráfico 21.	Número de acidentes	38
Gráfico 22.	Taxa de Frequência de acidentes	39
Gráfico 23.	Número de EPI's distribuídos	39
Gráfico 24.	Treinamentos SESMT.....	40
Gráfico 25.	Número de não conformidade detectadas	40
Gráfico 26.	Número de intervenções ergonômicas	41
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).....	46
Gráfico 30.	Análise de qualidade de exames de laboratório	48
Gráfico 31.	Sobras de tubos	48
Gráfico 32.	Tempo de espera, processamento e resposta	49
Gráfico 33.	Resultados críticos.....	49
Gráfico 34.	Eficiência na emissão de relatórios (TAT).....	50
Gráfico 35.	Incidentes e/ou eventos adversos.....	50
Gráfico 36.	Quantitativos de exames.....	51
Gráfico 37.	Taxa de flebite (Geral Hospitalar).....	56
Gráfico 38.	Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)	56
Gráfico 39.	Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar).....	57
Gráfico 40.	Giro de leito (Geral hospitalar).....	57
Gráfico 41.	Taxa de óbito institucional e corrigida	58

Gráfico 42.	Saídas e óbitos	58
Gráfico 43.	Taxa de triagem e orientação	62
Gráfico 44.	Número de atendimentos	62
Gráfico 45.	Quantitativo de triagem, admissões e orientações	63
Gráfico 46.	Refeições.....	63
Gráfico 47.	IMC – Geral Hospitalar	64
Gráfico 48.	Taxa avaliação e alta funcional.....	70
Gráfico 49.	Quantitativo de atendimentos e procedimentos.....	70
Gráfico 50.	Número de intubações, extubações e falhas	71
Gráfico 51.	Média de pacientes em tratamento de fisioterapia	71
Gráfico 52.	Taxa de avaliação e alta planejada	77
Gráfico 53.	Número de casos de violência	77
Gráfico 54.	Produção do serviço social	78
Gráfico 55.	Taxa de evasão e desistência de tratamento	78
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	95
Gráfico 64.	Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas.....	95
Gráfico 65.	Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos.....	96
Gráfico 66.	Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral	96
Gráfico 67.	Número de atendimentos e avaliações.....	97
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.....	103
Gráfico 74.	Ozonioterapia	103
Gráfico 75.	Consumo de cilindro O ²	104
Gráfico 76.	Taxas de lesão por pressão.....	107
Gráfico 77.	Prevalência de lesão por pressão	107
Gráfico 78.	Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão	108
Gráfico 79.	Análise de lesões	108
Gráfico 80.	Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....	116
Gráfico 81.	Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....	116
Gráfico 82.	Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs.....	117
Gráfico 83.	Taxa de incidente de dano	117
Gráfico 84.	Número de visitas técnicas.....	118
Gráfico 85.	Classificação das não conformidades (Geral hospitalar).....	118
Gráfico 86.	Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar).....	119
Gráfico 87.	Número total de IRAS	123
Gráfico 88.	Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar	123
Gráfico 89.	Densidade incidência de IRAS.....	124
Gráfico 90.	Densidades de incidências.....	124
Gráfico 91.	Número de notificações realizadas	126
Gráfico 92.	Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG.....	126
Gráfico 93.	Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG	127
Gráfico 94.	Taxa de teste positivo para COVID	127
Gráfico 95.	Número de casos	128
Gráfico 96.	Notificações de violência	128
Gráfico 97.	Taxa de conversão de pacientes admitidos	132
Gráfico 98.	Tempo de solicitação x realização do cateter	133
Gráfico 99.	Admissões e readmissões nas 24hrs	133
Gráfico 100.	Análise de fichas CROSS.....	134

Gráfico 101. Serviço de remoção de pacientes.....	134
Gráfico 102. Atendimentos pelo NIR	135
Gráfico 103. Taxa de adesão nos treinamentos.....	139
Gráfico 104. Taxa de treinamentos previstos em LNT	139
Gráfico 105. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos.....	140
Gráfico 106. Número de treinamentos gerais e assistenciais.....	140
Gráfico 107. Número de participações e horas realizadas	141
Gráfico 108. Número de alunos em estágios	141
Gráfico 109. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido	147
Gráfico 110. Taxa de efetividade do plano terapêutico	148
Gráfico 111. Taxa de alta médica até 10hrs.....	148
Gráfico 112. Taxa de pacientes com alto tempo de internação	149
Gráfico 113. Taxa de acolhimento do serviço social.....	149
Gráfico 114. Taxa de plano de alta multiprofissional	150
Gráfico 115. Número de paciente com pendências para alta	150
Gráfico 116. Taxa de perdas de itens por validade/quebra.....	152
Gráfico 117. Taxa de itens sem movimentação de estoque	152
Gráfico 118. Taxa de empréstimos solicitados	153
Gráfico 119. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas	153
Gráfico 120. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas	154
Gráfico 121. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica	154
Gráfico 122. Lançamento de cotações.....	156
Gráfico 123. Total de ordens de compras geradas	156
Gráfico 124. Taxa de ordem de compras entregues no prazo.....	157
Gráfico 125. Percentual de entrega parcial	157
Gráfico 126. Percentual de economia mensal	158
Gráfico 127. Quantidade de compra emergencial.....	158
Gráfico 128. Taxa de ordem de serviços finalizadas	160
Gráfico 129. Tempo médio de atendimento de chamado (horas)	161
Gráfico 130. Reincidência de manutenção corretiva	161
Gráfico 131. Taxa de disponibilidade do equipamento	162

Gráfico 132. Taxa serviços de engenharia clínica	162
Gráfico 133. Quantitativo de serviços de engenharia clínica	163
Gráfico 134. Taxa de ordem de serviços finalizadas	165
Gráfico 135. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)	165
Gráfico 136. Taxa serviços de manutenção predial	166
Gráfico 137. Quantitativo de serviços de manutenção predial	166
Gráfico 138. Taxa de resolução de chamados	167
Gráfico 139. Quantitativo de chamados	168
Gráfico 140. Quantitativo de chamado totais e finalizados.....	168
Gráfico 141. Tempo médio de solução em horas	169
Gráfico 142. Indisponibilidade de internet e sistema	169
Gráfico 143. Quantidade de solicitações de acesso as câmeras.....	170
Gráfico 144. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....	172
Gráfico 145. Comissões	173
Gráfico 146. Documentos retroativos.....	173
Gráfico 147. Análise dos documentos junho de 2026	174
Gráfico 148. Análise de documentos DMAIS	174
Gráfico 149. Número de visitas e Auditorias externas	175
Gráfico 150. Número de orientações, treinamentos e reuniões	175
Gráfico 151. Quantitativo de AIH	178
Gráfico 152. Devolutivas SMS	178
Gráfico 153. Taxa de AIH	179
Gráfico 154. Pendências de assinaturas digitais	179
Gráfico 155. Procedimentos faturados em junho de 2026.....	180
Gráfico 156. Índice de conformidade com o contrato de gestão	181
Gráfico 157. Número de auditorias externas.....	182
Gráfico 158. Taxa de não conformidades e retenções	182
Gráfico 159. Total de despesas quitadas no sistema da SMS.....	183
Gráfico 160. Número de apontamentos na prestação de contas.....	183
Gráfico 161. Índice de orçado x realizado.....	184
Gráfico 162. Taxa de execução orçamentária.....	185

Gráfico 163. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo	186
Gráfico 164. Análise das notas	186
Gráfico 165. Taxa de utilização de equipamentos	188
Gráfico 166. Índice de depreciação	189
Gráfico 167. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos	189
Gráfico 168. Ordem de serviço corretivas	190
Gráfico 169. Ordem de serviço movimentações	190
Gráfico 170. Ordem de serviço de manutenção de mau uso	191
Gráfico 171. Ordem de serviço de corretivas e movimentações	191
Gráfico 172. Quantidade de inservíveis	192
Gráfico 173. Taxa de tombamento de itens próprios e locados	192
Gráfico 174. Número de equipamentos cedidos para unidade	193
Gráfico 175. Taxa de ordem de serviços finalizadas	193
Gráfico 176. Índice de exatidão nos serviços prestados	195
Gráfico 177. Número de aditivos e contratos	195
Gráfico 178. Qualificação de prestadores de serviços críticos	196
Gráfico 179. Taxa serviços da rouparia	198
Gráfico 180. Taxa de enxovais recebidos com sujeidade	199
Gráfico 181. Análise serviços de rouparia	199
Gráfico 182. Índice de relave	200
Gráfico 183. Dispensação de enxovais em junho de 2026	200
Gráfico 184. Tempo de resposta a solicitações (em horas)	201
Gráfico 185. Índice de limpeza	202
Gráfico 186. Índice de satisfação com a limpeza	203
Gráfico 187. Tempo de resposta a solicitações (em horas)	203
Gráfico 188. Terminais de limpeza em junho de 2026	204
Gráfico 189. Taxa de satisfação com a recepção	205
Gráfico 190. Número de visitantes e acompanhantes	205
Gráfico 191. Número de requerimentos de solicitações de documentos	206
Gráfico 192. Taxa de satisfação com a portaria	207
Gráfico 193. Número de ocorrências de segurança	207

Gráfico 194. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança	208
Gráfico 195. Taxa de cumprimento de prazos legais	210
Gráfico 196. Análise de notificações	210
Gráfico 197. Análise de ofícios	211
Gráfico 198. Número de processos trabalhistas	211
Gráfico 199. Produção Jurídico em junho de 2026	212
Gráfico 200. Taxa de resolução	214
Gráfico 201. Taxa de reincidência	214
Gráfico 202. Taxa de devolutiva	215
Gráfico 203. Tempo médio de respostas em dias	215
Gráfico 204. Manifestações recebidas	216
Gráfico 205. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação)	216
Gráfico 206. Tipos de manifestações externas em junho de 2026	217
Gráfico 207. Tipos de manifestações internas	217
Gráfico 208. Pesquisas	218
Gráfico 209. Taxa de ocupação	220
Gráfico 210. Índice de queda	220
Gráfico 211. Índice de lesão por pressão	221
Gráfico 212. Taxa de devolutiva de ouvidoria	221
Gráfico 213. Taxa de apresentação de AIH	222
Gráfico 214. Número de paciente dia	223
Gráfico 215. Número de leito dia	223
Gráfico 216. Número de quedas	224
Gráfico 217. Casos de lesão por pressão	224
Gráfico 218. Devolutivas de ouvidoria	225
Gráfico 219. Número de AIH	225
Gráfico 220. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo	227
Gráfico 221. Produção de resíduos em junho de 2026	227
Gráfico 222. Análise de hemodiálise	228
Gráfico 223. Análise de hemocomponentes	229
Gráfico 224. Número de bolsas transfusionais	230

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.

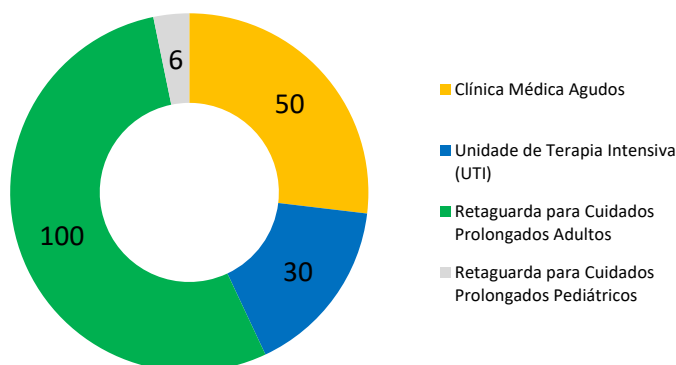
2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

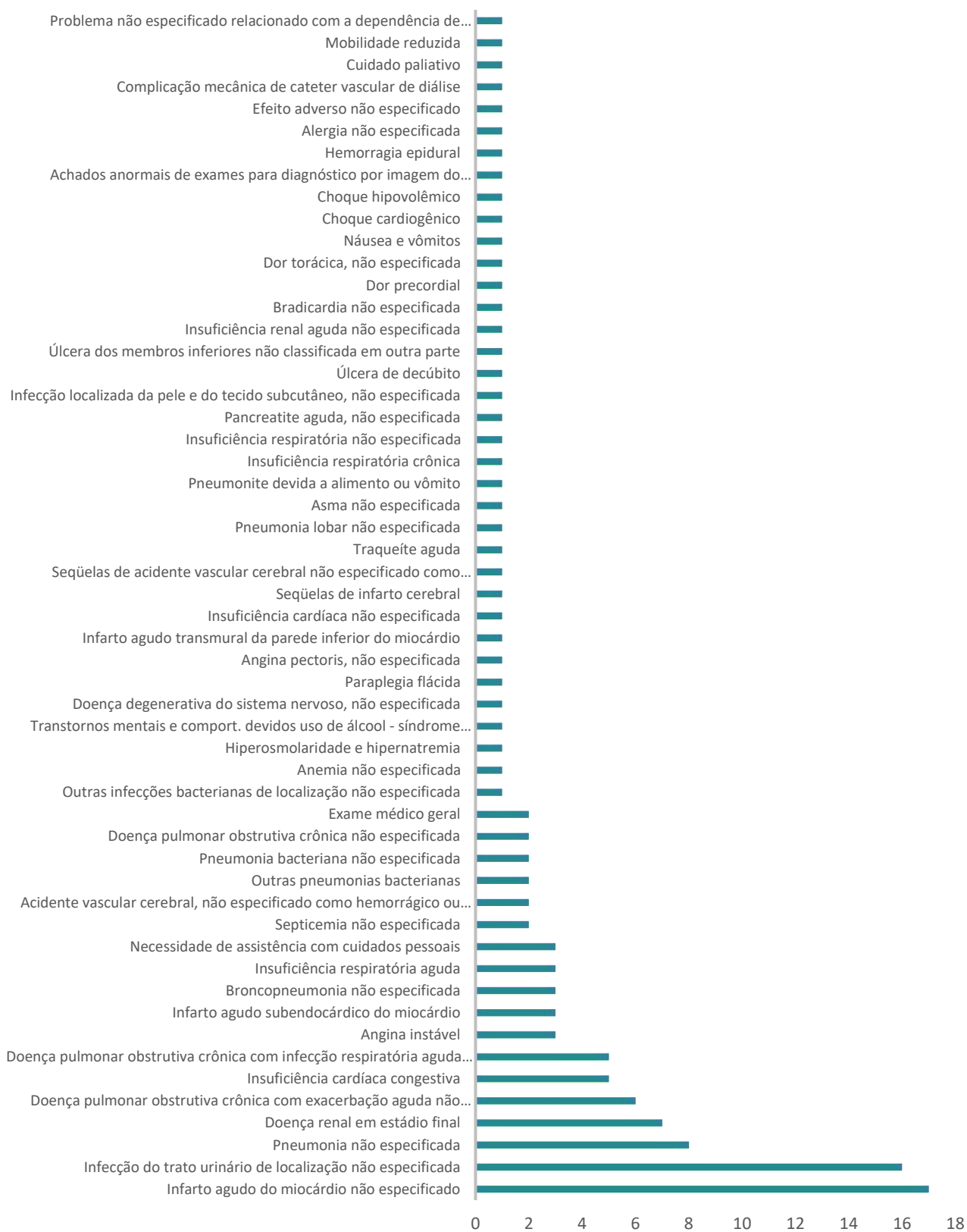


Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

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

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



Fonte: SMPEP.

2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

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

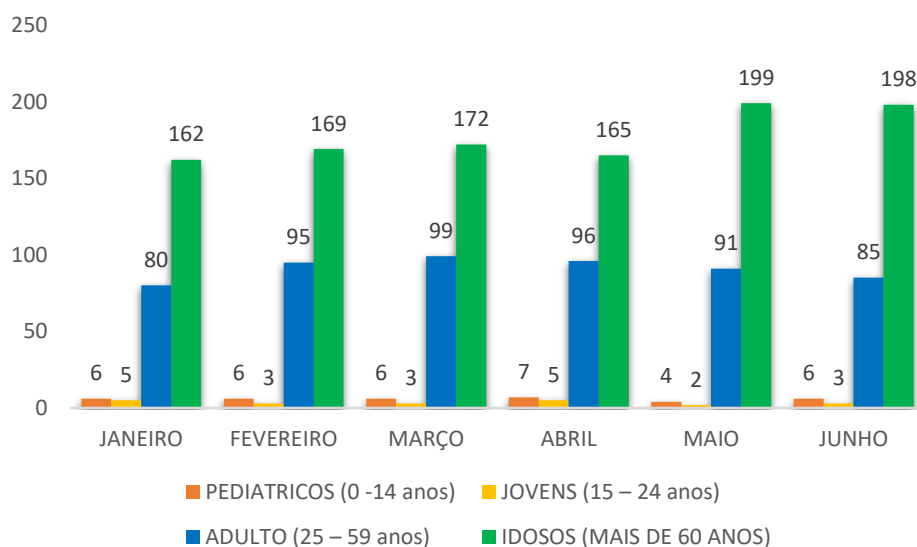
➤ Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

Tabela 1. Atendimento por Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
PEDIÁTRICOS (0 - 14 ANOS)	6	6	6	7	4	6
JOVENS (15 – 24 ANOS)	5	3	3	5	2	3
ADULTO (25 – 59 ANOS)	80	95	99	96	91	85
IDOSOS (MAIS DE 60 ANOS)	162	169	172	165	199	198

Fonte: SMPEP.

Gráfico 3. atendimentos por faixa etária



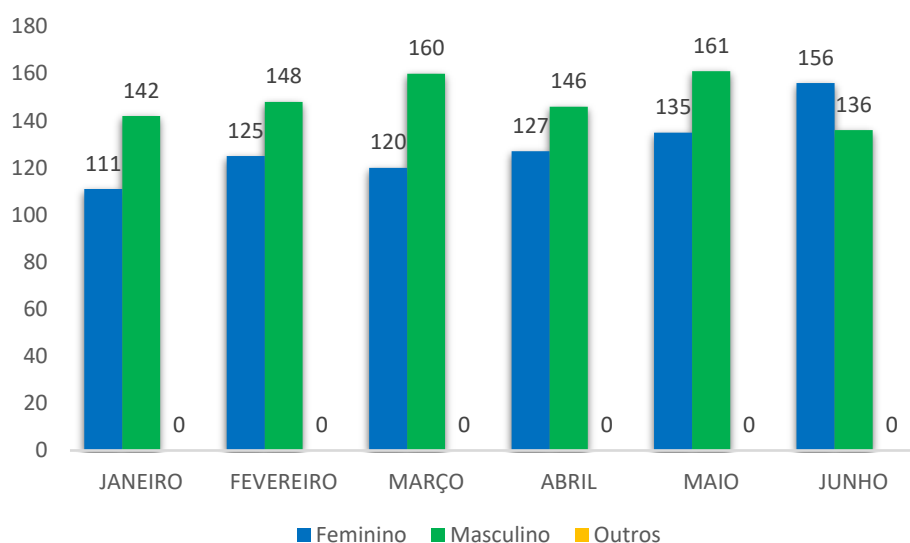
Fonte: SMPEP.

Tabela 2. Atendimento por Gênero

FAIXA ETÁRIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
FEMININO	111	125	120	127	135	156
MASCULINO	142	148	160	146	161	136
OUTROS	0	0	0	0	0	0

Fonte: SMPEP.

Gráfico 4. Atendimento por gênero



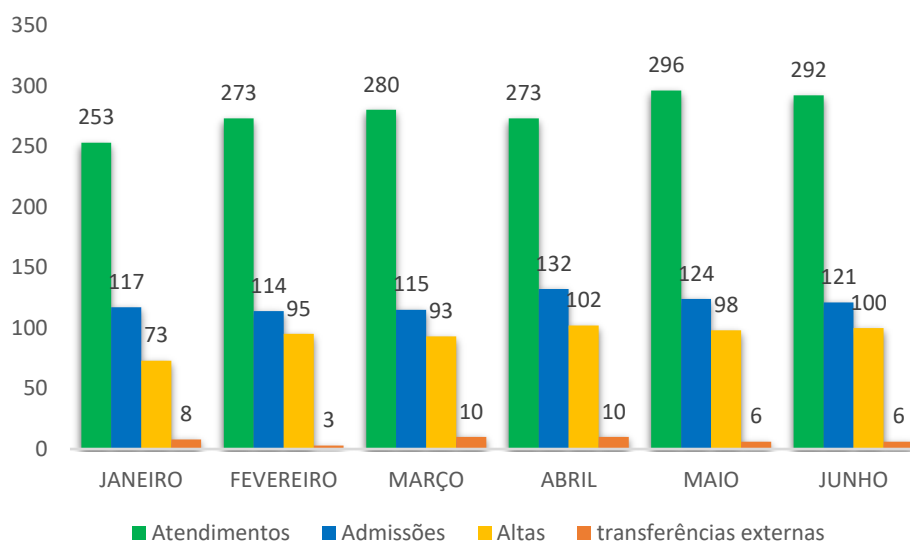
Fonte: SMPEP.

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

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
ATENDIMENTOS	253	273	280	273	296	292
ADMISSÕES	117	114	115	132	124	121
ALTAS	73	95	93	102	98	100
TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	8	3	10	10	6	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 junho/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 SAÚDE	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	279
TERAPEUTA OCUPACIONAL RT	1
TOTAL GERAL	631

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

Tabela 5. Serviços Médicos no mês de junho/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 junho/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	JUNHO
TURNOVER TOTAL	<5%	2,28%	3,04%	3,27%	3,25%	3,26%	2,61%
TURNOVER ENFERMAGEM	<5%	3,40%	3,71%	2,12%	5,16%	5,04%	2,81%
NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	1	0	0	1
NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS	NEUTRO	10	10	25	19	18	18
NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM	NEUTRO	9	10	16	17	16	10
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO	NEUTRO	635	624	612	630	627	631
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS	NEUTRO	277	277	277	277	276	276
NÚMERO DE DEMISSÕES A	QUANTO MENOR, MELHOR	11	5	11	10	13	11

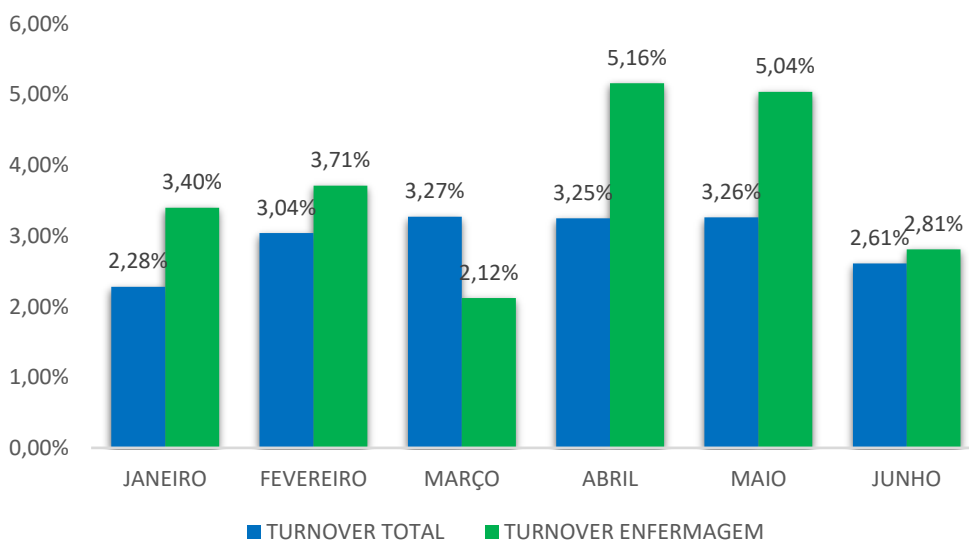
PEDIDO DO COLABORADOR							
NÚMERO DE DEMISSÕES POR PARTE DA EMPRESA	QUANTO MENOR, MELHOR	9	13	4	12	10	4
NÚMERO TOTAL DE DEMISSÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	20	18	15	22	23	15
NÚMERO DE DEMISSÕES ENFERMAGEM	QUANTO MENOR, MELHOR	14	15	10	18	17	10
NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES ENFERMAGEM	QUANTO MENOR, MELHOR	338	337	362	339	327	355

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

ANÁLISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

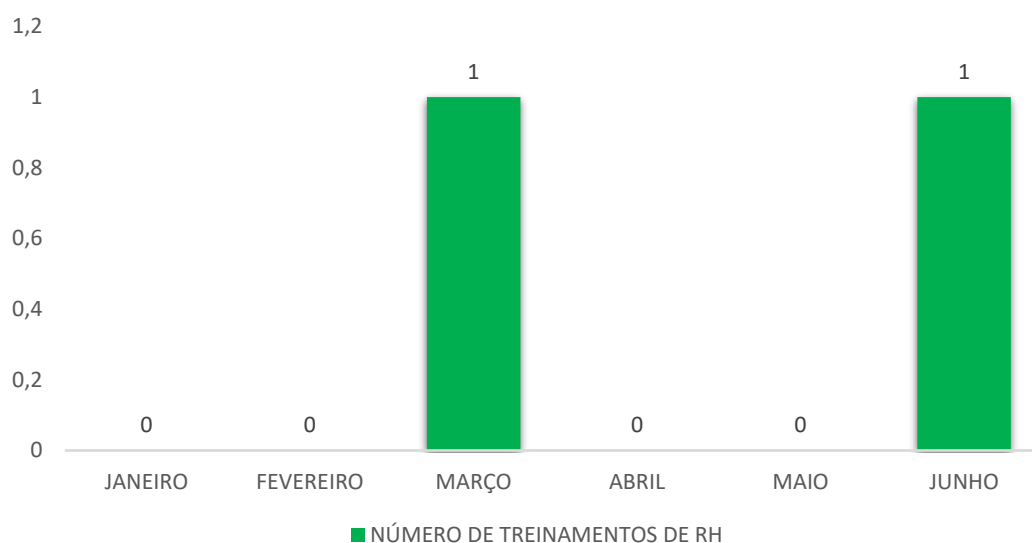
Em 17/06/2026, foi realizado um treinamento conduzido pela Sede do INTS sobre a Descrição de Cargos, com o objetivo de alinhar as atribuições dos colaboradores e aprimorar o fluxo de comunicação e dos processos entre o Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) e a Sede.

Gráfico 6. Turnover



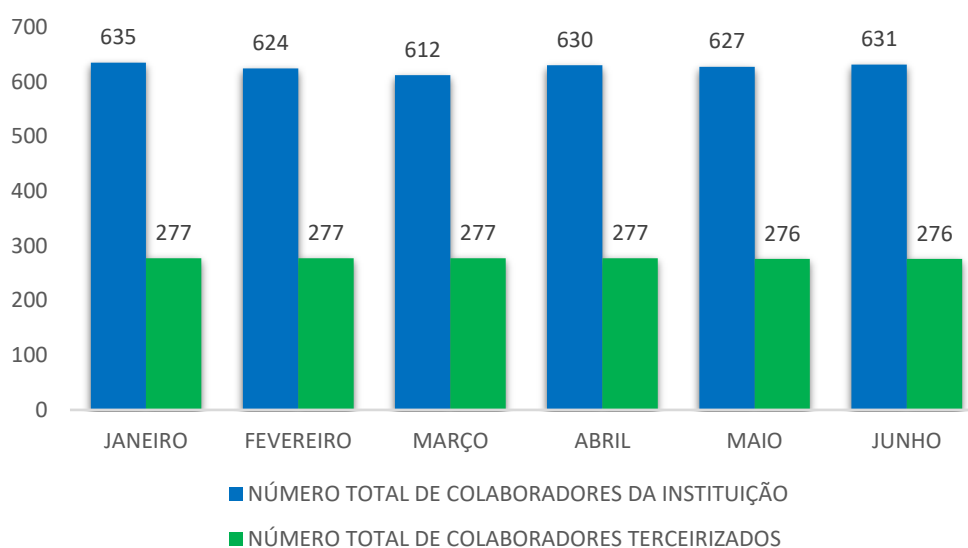
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 7. Número de treinamentos de RH



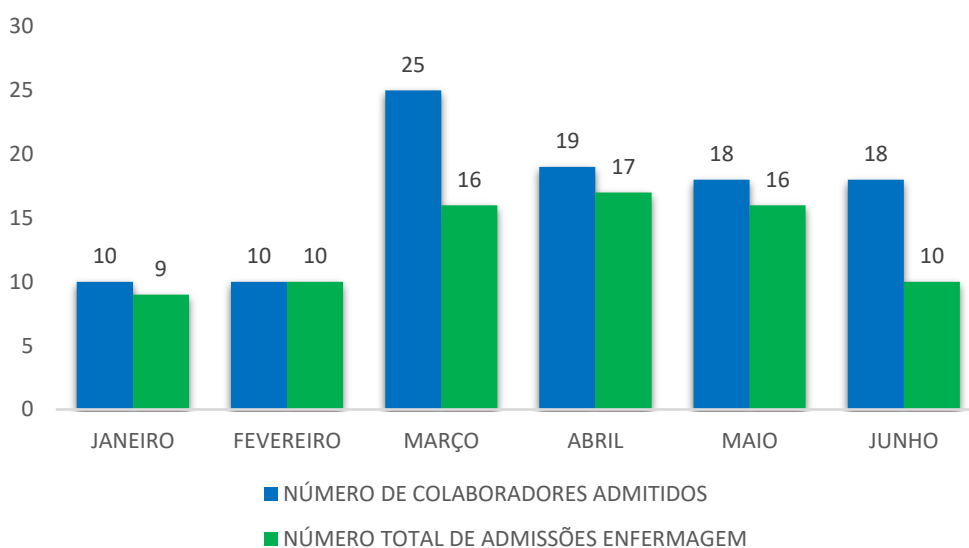
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 8. Total de colaboradores



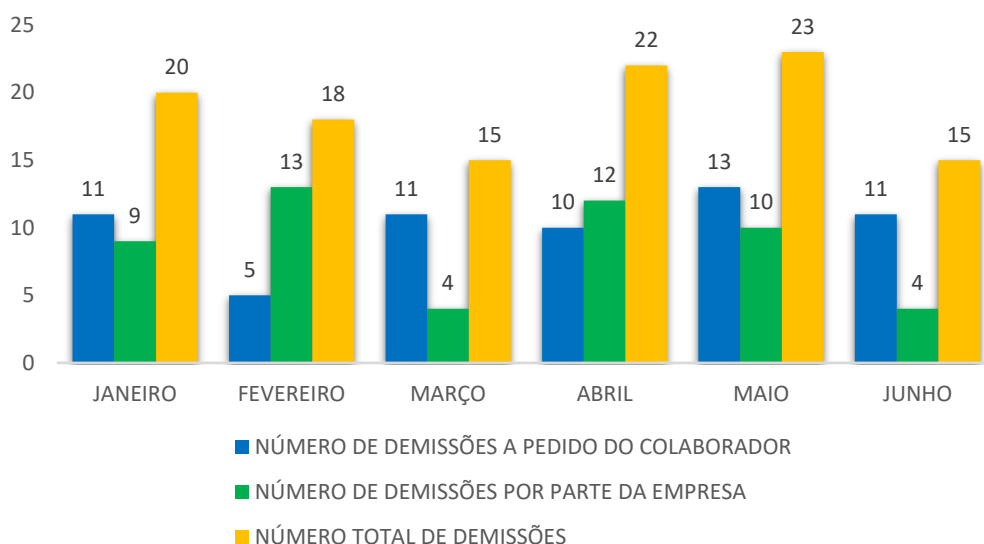
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	JUNHO
TAXA DE ABSENTEÍSMO GERAL	< 6%	4,19%	4,32%	6,79%	5,92%	6,17%	7,43%
TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM	< 8%	6,05%	6,05%	9,84%	4,75%	8,57%	10,66%
TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 85%	93,95%	93,05%	90,16%	91,42%	91,43%	89,34%
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM	> 51.448H	49536	49156	50915	48344	46496	49477
NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS	QUANTO MENOR, MELHOR	54	41	42	41	38	41

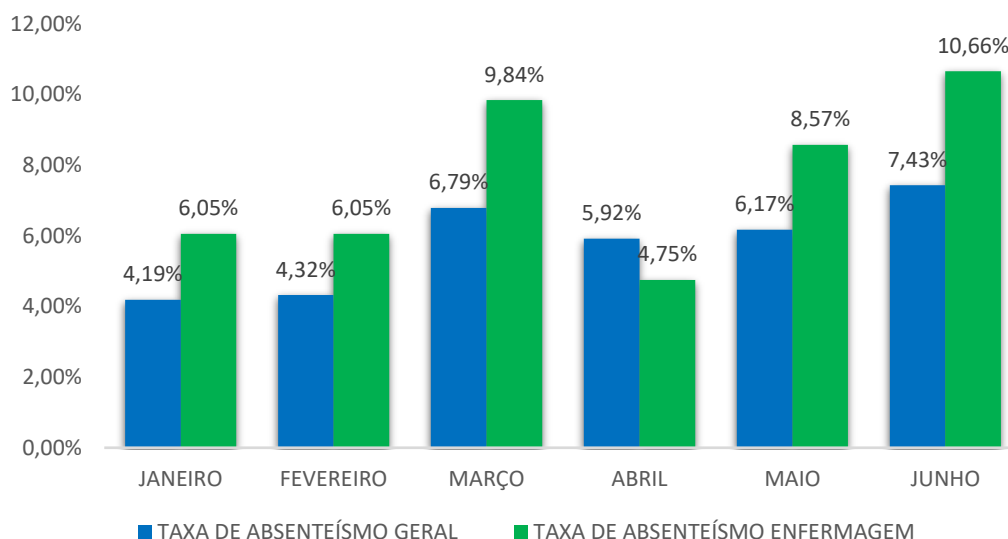
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

ANÁLISE CRÍTICA – DEPARTAMENTO PESSOAL

Observa-se que, apesar das ações implementadas para redução do absenteísmo, o indicador geral apresentou novo aumento no período, com maior contribuição dos setores administrativos. Na assistência, o absenteísmo também permaneceu em tendência de crescimento, mesmo após as medidas já adotadas. Diante desse cenário, a gestão segue reavaliando os fatores que influenciam o indicador em conjunto com as

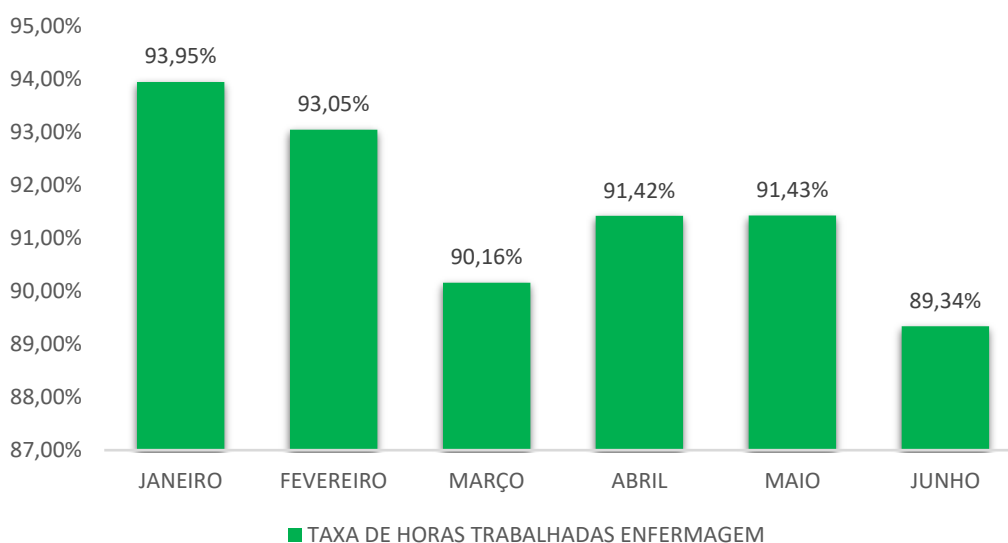
lideranças assistenciais e administrativas, visando definir novas estratégias e planos de ação para redução dos afastamentos e melhoria dos resultados nos próximos períodos.

Gráfico 11. Absenteísmo

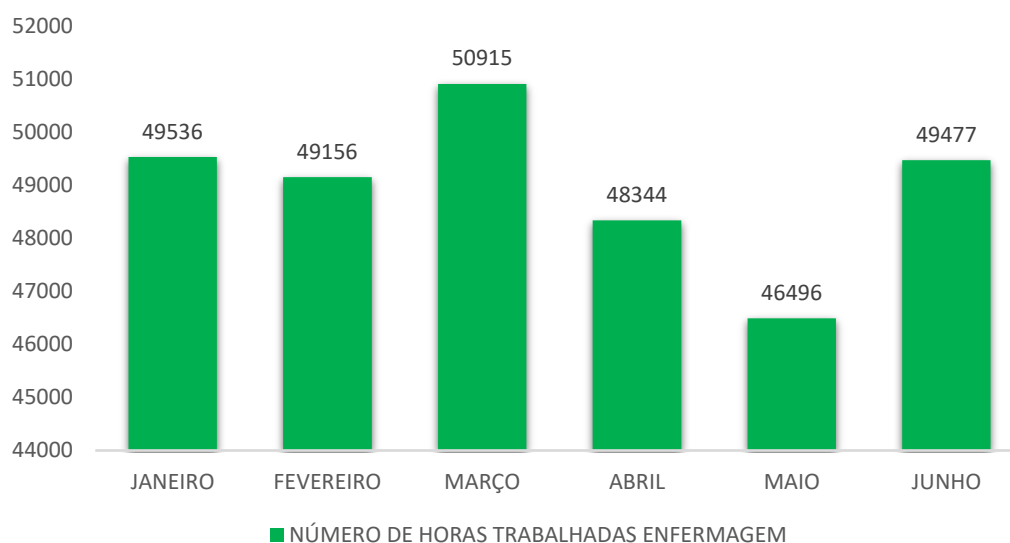


Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

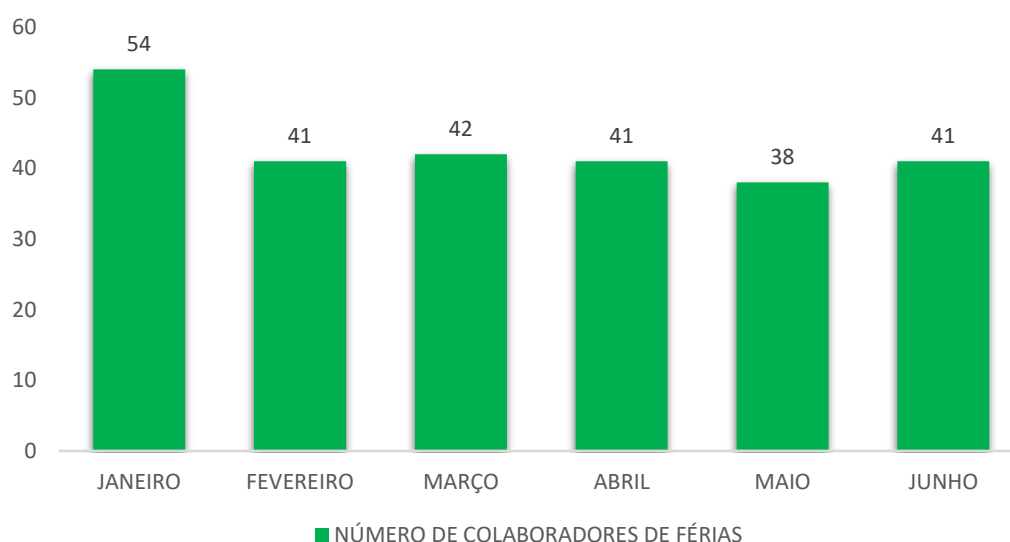
Gráfico 12. Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem



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;

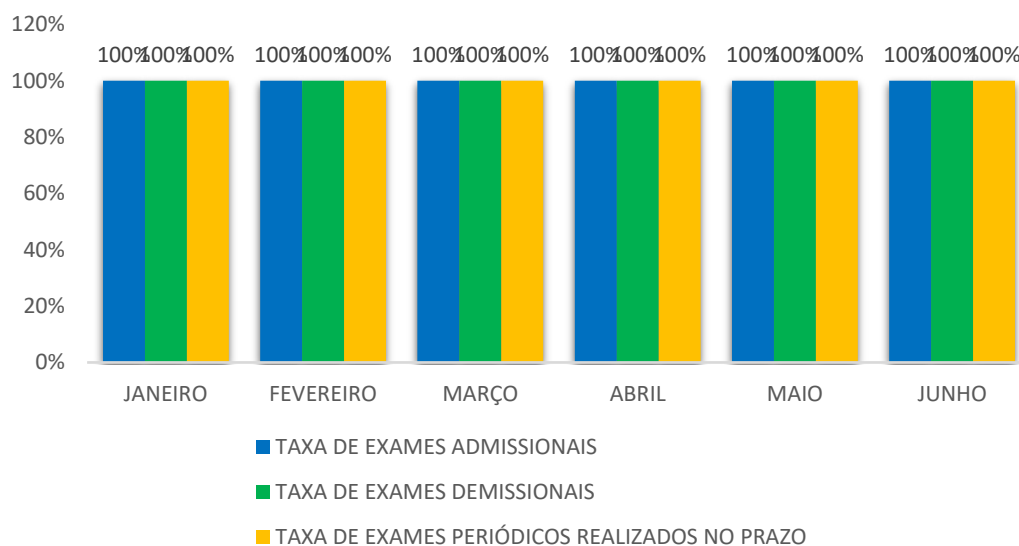
➤ Normas e Legislação.

Tabela 9. Indicadores Medicina Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES DEMISSIONAIS	> 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO	> 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE COLABORADORES AFASTADOS POR ACIDENTES DE TRABALHO	< 5%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS	QUANTO MENOR, MELHOR	395	425	437	332	434	411
NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)	QUANTO MENOR, MELHOR	22	20	21	20	14	14
NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)	QUANTO MENOR, MELHOR	9	10	11	10	10	6
NÚMERO DE AFASTADOS (LICENÇA A MATERNIDADE)	QUANTO MENOR, MELHOR	10	7	7	7	5	5
NÚMERO DE ATESTADOS POR SINDROME GRIPAL	QUANTO MENOR, MELHOR	16	22	43	57	91	78
NÚMERO DE DIAS PERDIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	790	845	876	754	814	734

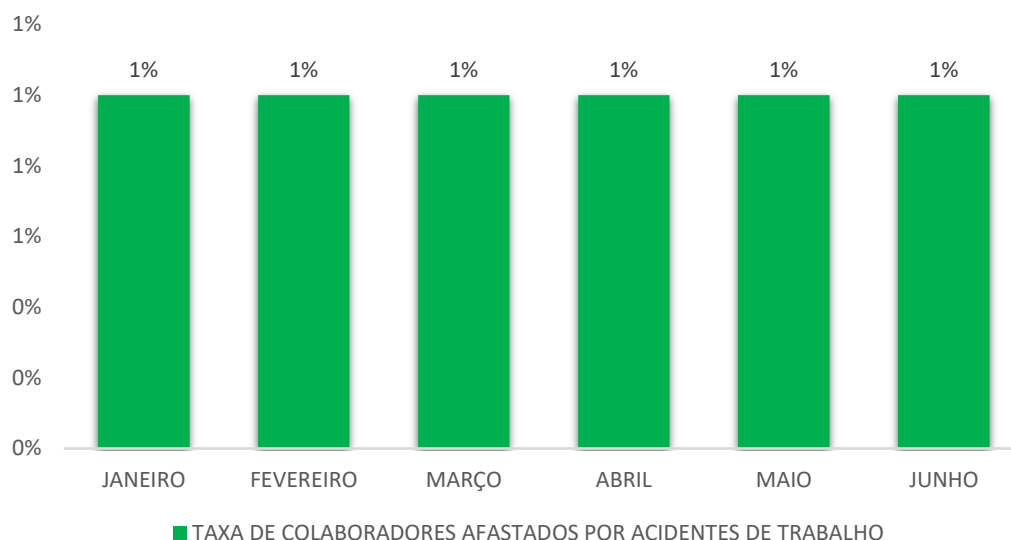
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 15. Análise de exames medicina ocupacional



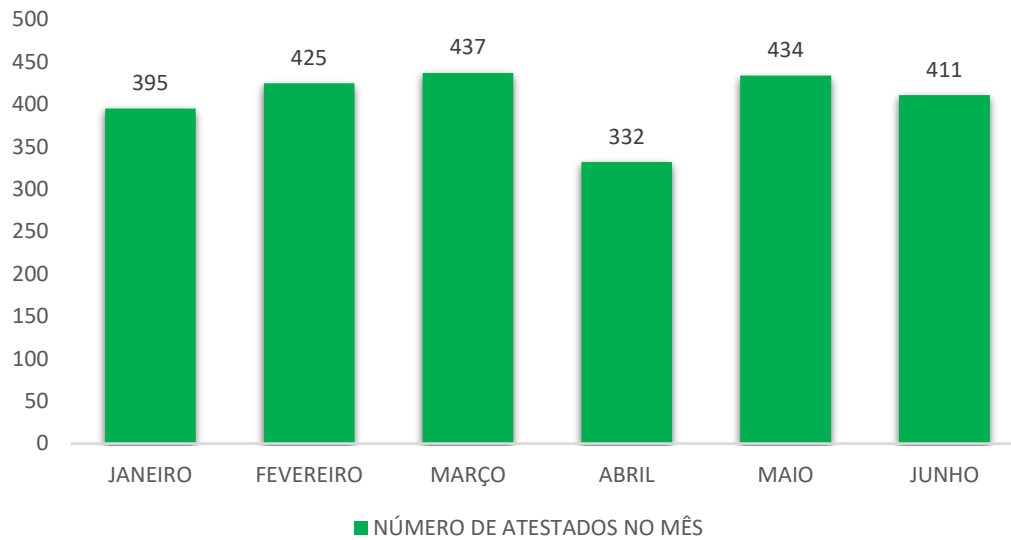
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 16. Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho



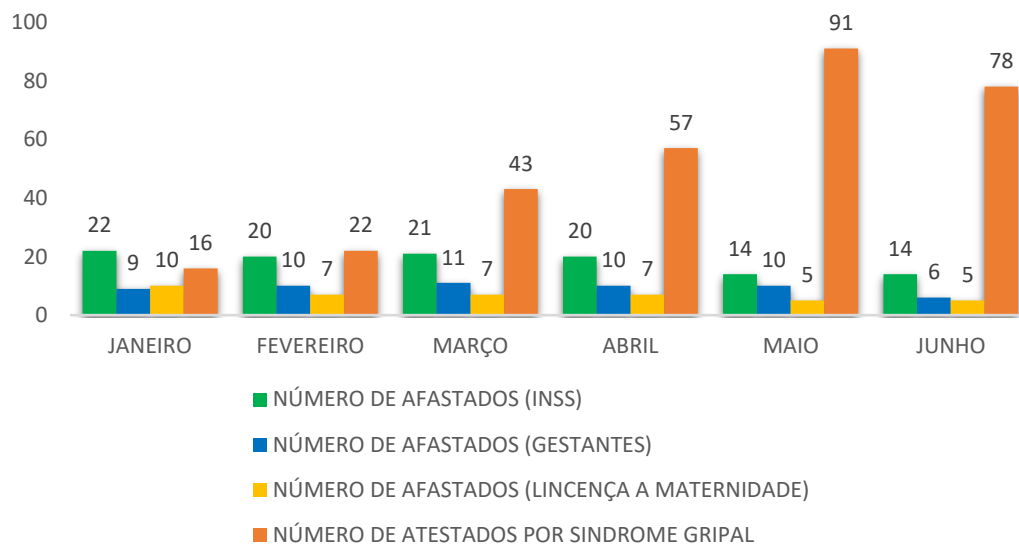
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 17. Número de atestados mês



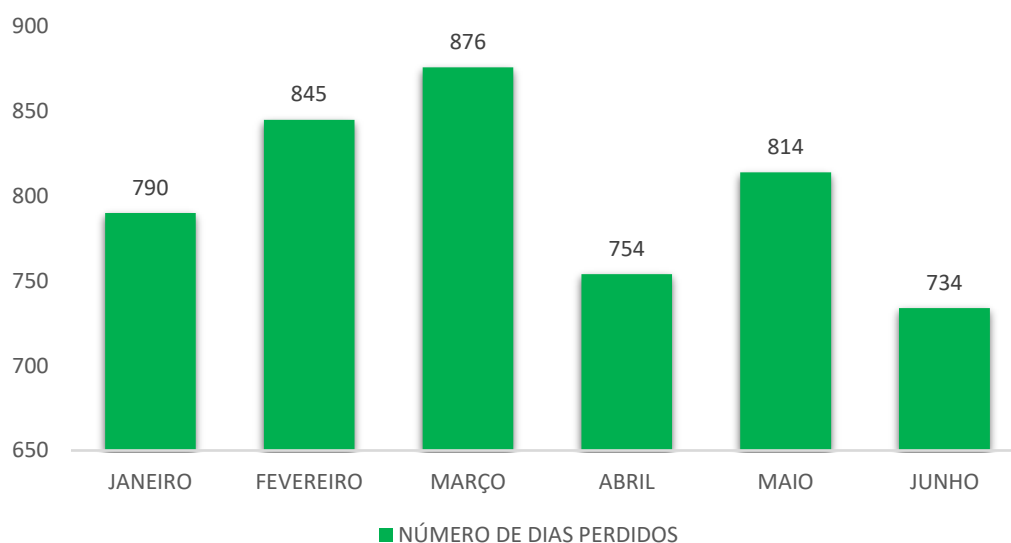
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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	JUNHO
TAXA DE ACIDENTES MATERIAIS BIOLÓGICOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACIDENTES DE PERFURO	0%	100%	0%	0%	100%	100%	0%
TAXA DE INSPEÇÕES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

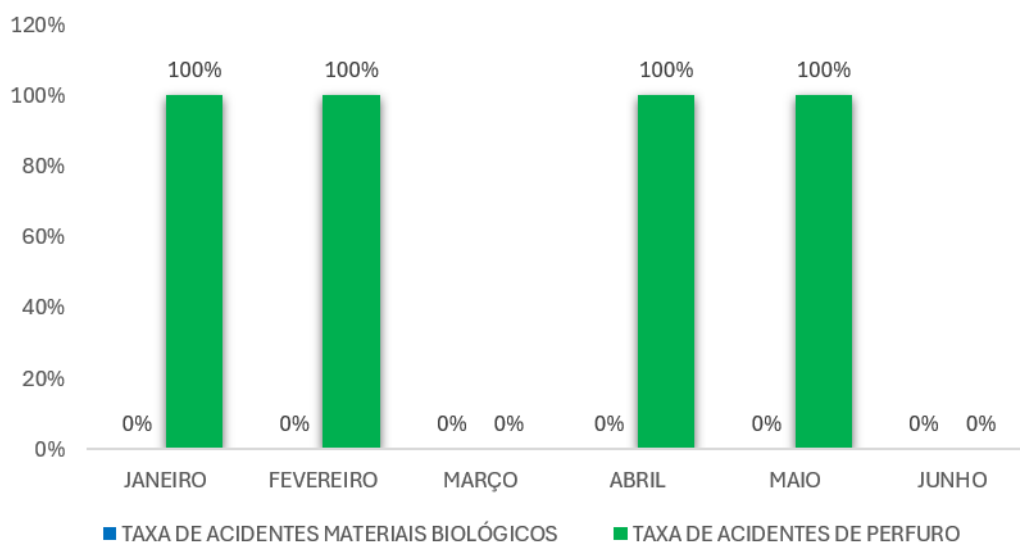
TAXA DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES	< 40%	0,31%	0,15%	0%	0,31%	0,15%	0,15%
NÚMERO DE EPI'S DISTRIBUÍDOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	96	61	166	93	86	84
NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS PELO SESMT	QUANTO MAIOR, MELHOR	13	14	58	56	86	73
NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES NOS TREINAMENTOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	503	569	574	993	909	616
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	10	10	18	15	16	29
NÚMERO DE INTERVENÇÕES ERGONÔMICAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	20	57	10	25	11	14
NÚMERO TOTAL DE ACIDENTES	QUANTO MENOR, MELHOR	2	0	0	2	1	1
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0

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

ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

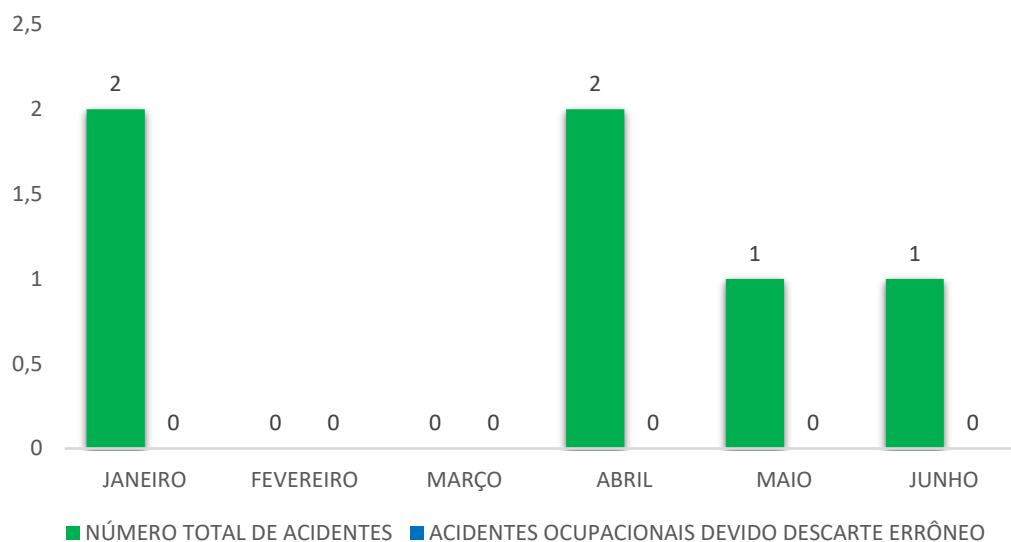
No período, foi registrado um acidente de trabalho típico, caracterizado por torção de tornozelo durante o deslocamento para o refeitório. Conforme relato do colaborador, o acidente ocorreu ao pisar no último degrau da escada, não havendo utilização de telefone celular no momento da ocorrência. O caso foi acompanhado conforme protocolo institucional, sendo reforçadas as orientações quanto à atenção durante os deslocamentos internos e às medidas de prevenção de acidentes no ambiente de trabalho.

Gráfico 20. Taxa de Acidentes



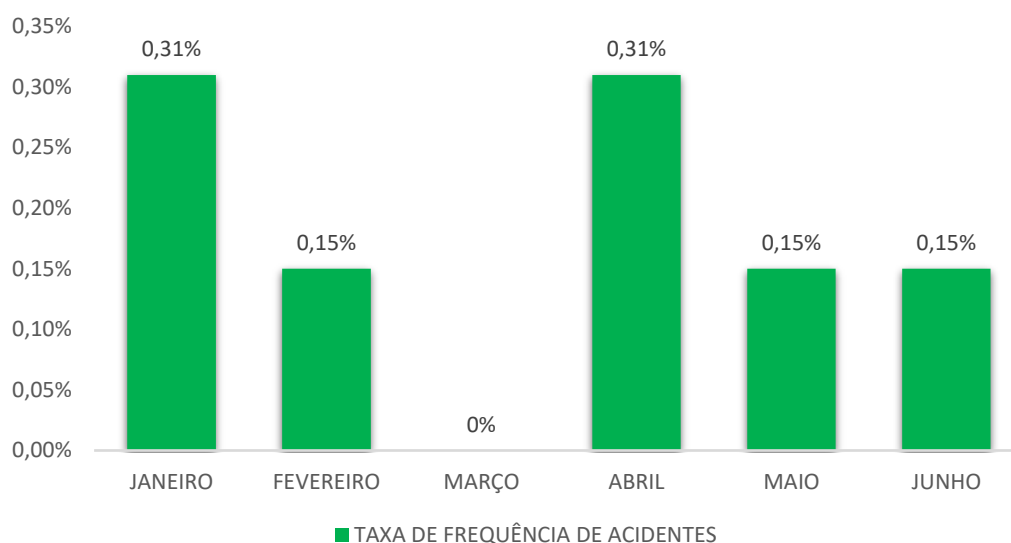
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 21. Número de acidentes



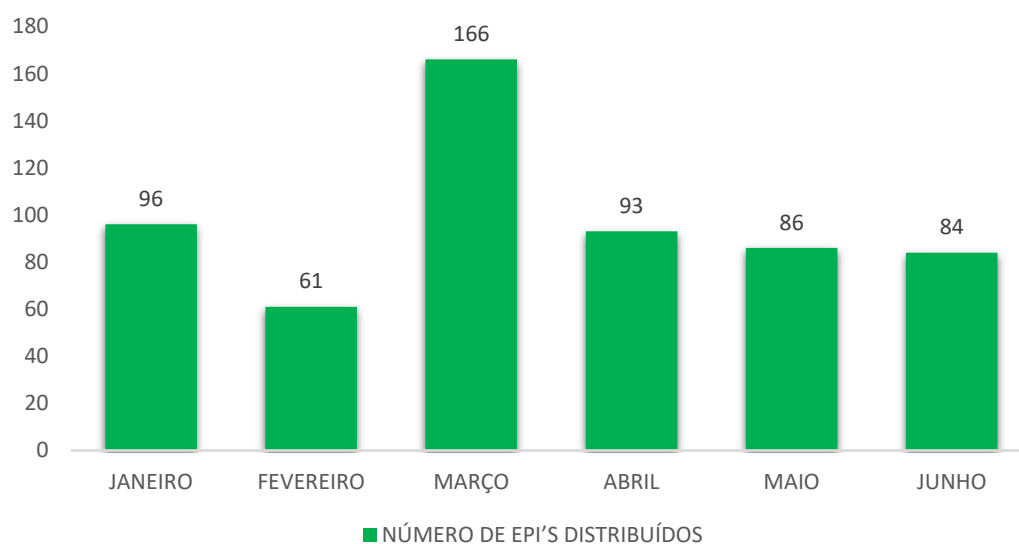
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 22. Taxa de Frequência de acidentes



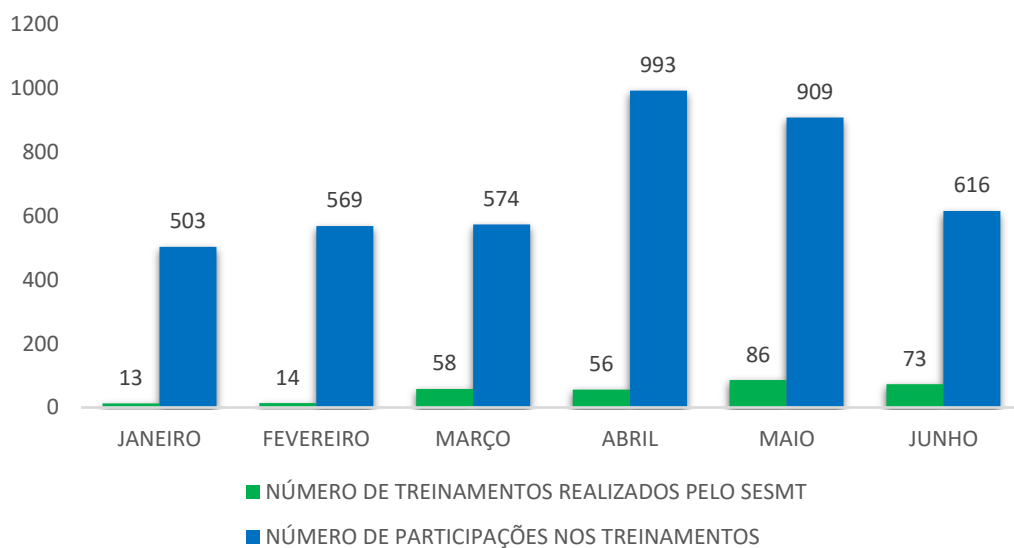
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 23. Número de EPI's distribuídos



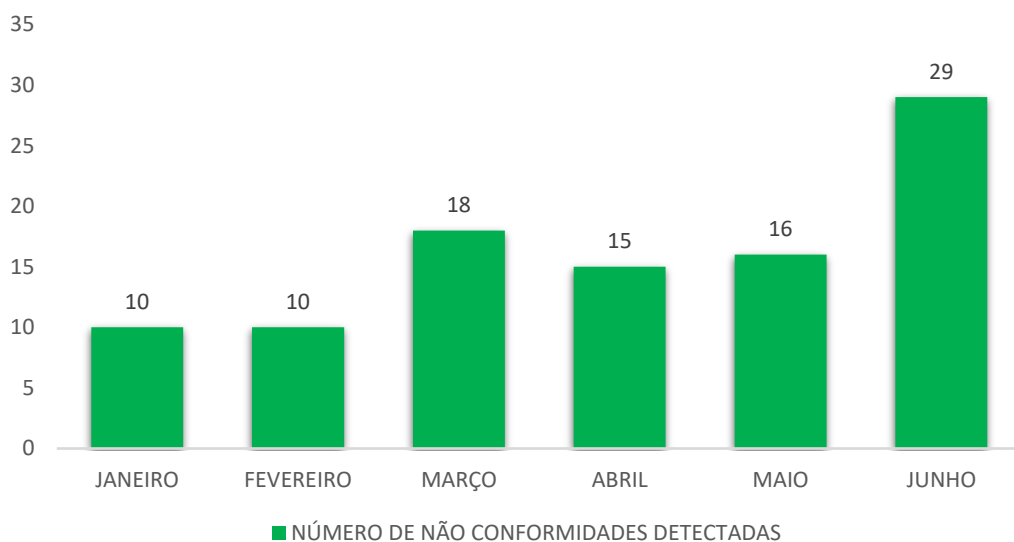
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Gráfico 24. Treinamentos SESMT

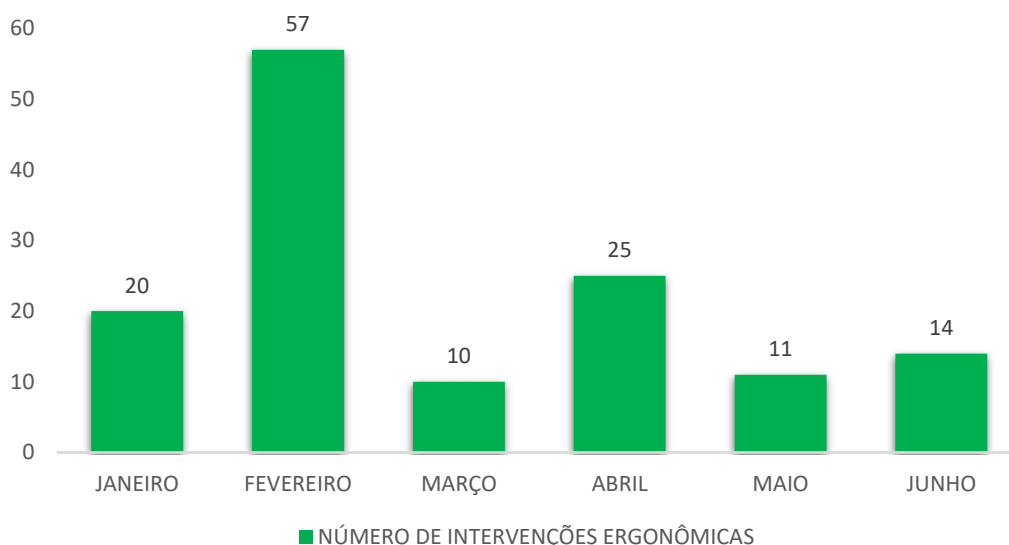


Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

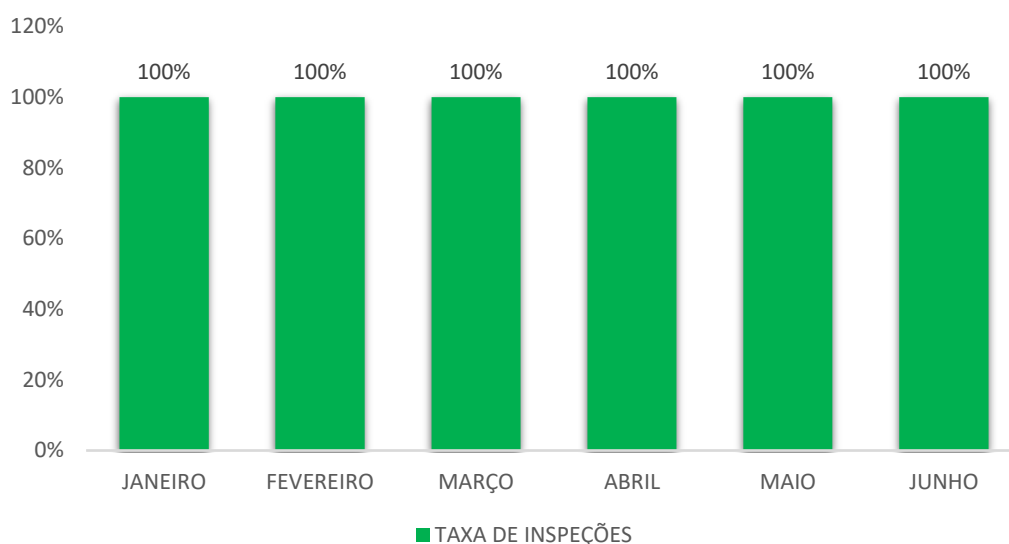
Gráfico 25. Número de não conformidade detectadas



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

Gráfico 26. Número de intervenções ergonômicas

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

Gráfico 27. Taxa de inspeções

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

3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

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

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

3.2.1. Radiologia

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

Tabela 11. Indicadores de Radiologia (Geral Hospitalar)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,62%	0,39%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	24%	18%	18%	24%	23%	20%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	321	256	239	315	296	333
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	2	1	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	77	45	44	76	67	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	JUNHO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,91 %	1,49%	0%	0%	0%	0%

TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	37%	22%	14%	31%	27%	21%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	110	67	90	110	109	146
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	1	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	41	15	13	34	29	31

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	JUNHO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0,55%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	18%	14%	17%	19%	18%	22%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	182	140	90	102	103	92
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	32	20	15	19	19	20

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	JUNHO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	N/A	N/A	22%	14%	17%	19%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	N/A	N/A	90	56	47	54
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	0	0	0	0

NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	11	8	8	10
----------------------------	----------------------	-----	-----	----	---	---	----

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	JUNHO
TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM)	<10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES	<10%	14%	22%	35%	38%	31%	18%
NÚMERO DE EXAMES	NEUTRO	28	46	17	40	35	34
NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS	QUANTO MENOR, MELHOR	4	10	6	15	11	6

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

Tabela 16. Indicadores de Radiologia (Pediatria)

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

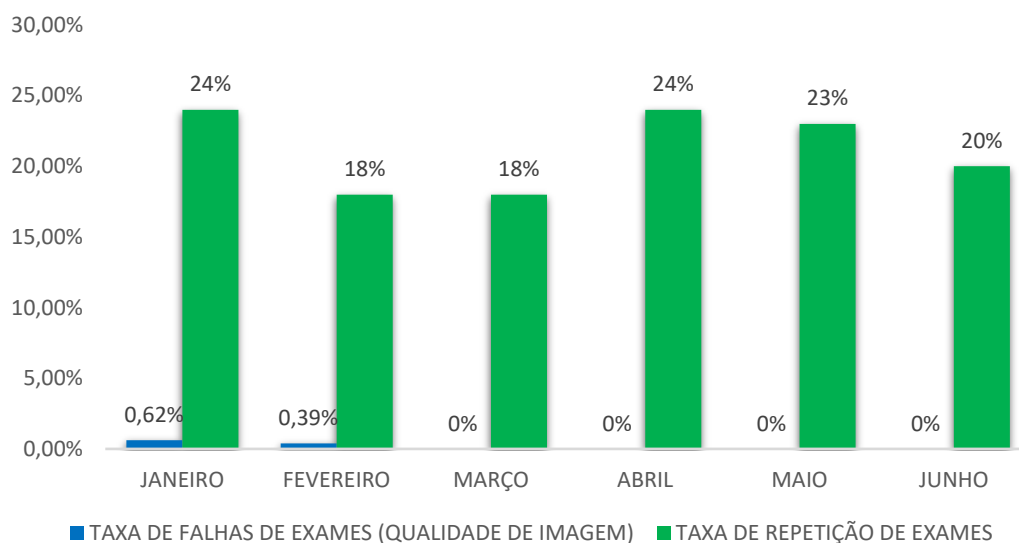
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No período, não foram registradas repetições de exames em menos de 24 horas nem ocorrências de erro de RX, demonstrando conformidade dos processos relacionados à realização dos exames. Foram registrados 6 exames relacionados ao tracionamento de sonda nasoenteral (SNE) e 61 exames decorrentes de múltiplos procedimentos, refletindo o perfil assistencial e a complexidade clínica dos pacientes atendidos.

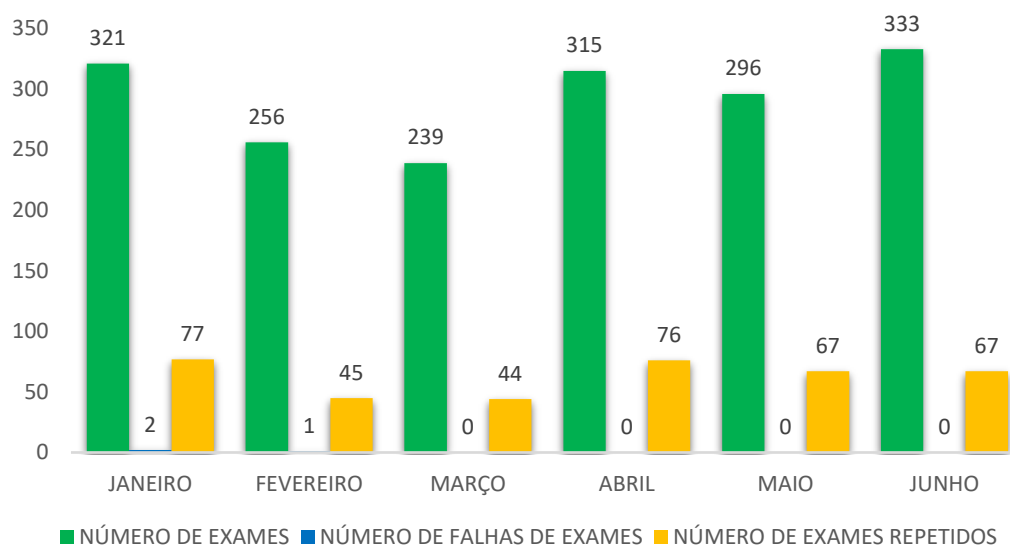
As solicitações relacionadas ao posicionamento da SNE permaneceram dentro do esperado e estão associadas à necessidade de confirmação radiológica após a passagem ou reposicionamento do dispositivo, em conformidade com os protocolos de segurança do paciente. O indicador segue sendo monitorado, juntamente com as ações de capacitação da equipe assistencial, visando otimizar o processo e reduzir a necessidade de exames adicionais, mantendo 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	JUNHO
TAXA DE ERROS PÓS - ANALÍTICOS	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DA QUALIDADE DOS RESULTADOS	< 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE AMOSTRAS REJEITADAS (RECOLETA)	< 2%	1,92%	2,51%	2,94%	1,77%	3,08%	3,90%
SOBRAS DE TUBOS	< 1%	0%	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	03:12:00
TEMPO DE PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS	QUANTO MENOR, MELHOR	00:46:00	00:50:00	00:51:00	00:45:00	01:33:00	00:54:00

TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADOS CRÍTICOS	QUANTO MENOR, MELHOR	00:06:00	00:07:00	00:08:00	00:05:00	00:06:00	00:08:00
QUANTIDADE DE CRÍTICOS NÃO NOTIFICADOS	<2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS	>98%	90%	99%	100%	100%	100%	100%
EFICIÊNCIA NA EMISSÃO DE RELATÓRIOS (TAT)	> 90%	99%	99%	99%	99%	99%	98%
INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS	0,00	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS	NEUTRO	15.209	9105	8.627	10.715	8.834	9.061
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE	NEUTRO	7.153	8.251	7.695	9.603	7.924	8.348

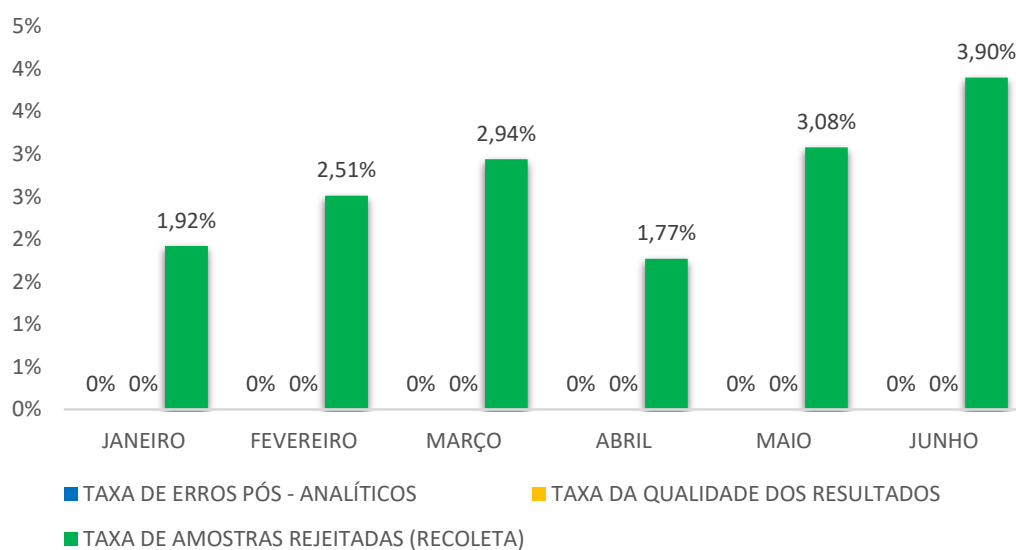
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

Observou-se elevação no percentual de recoletas em comparação ao período anterior, principalmente em decorrência da admissão de novos colaboradores ainda sem experiência em coleta laboratorial. Embora tenham sido realizadas orientações iniciais pela equipe de auxiliares, identificou-se a necessidade de intensificar o acompanhamento prático e as ações de capacitação para padronização da técnica de coleta.

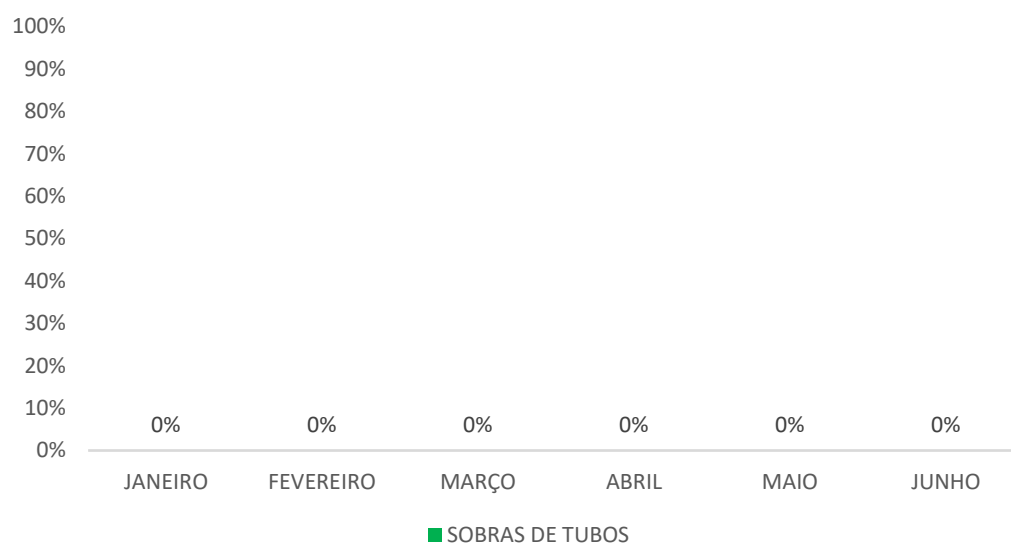
Como plano de ação, foi programado treinamento específico para os dias 20 e 21/07/2026, seguido de acompanhamento das coletas realizadas à beira leito, com o objetivo de aprimorar a técnica dos profissionais, reduzir o percentual de recoletas e fortalecer a qualidade do processo laboratorial. A ação permanece em andamento, com reavaliação prevista para agosto de 2026.

Gráfico 30. Análise de qualidade de exames de laboratório



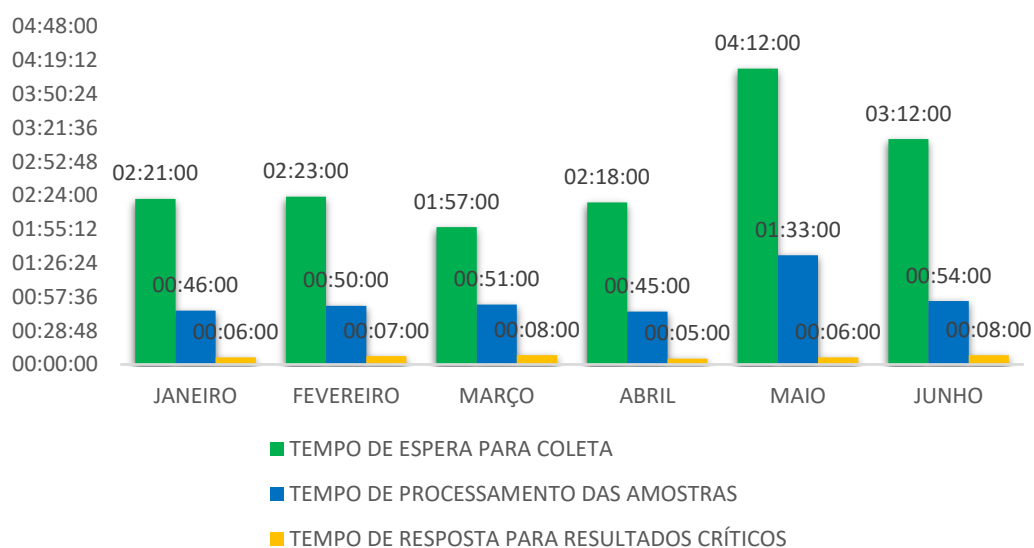
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 31. Sobras de tubos



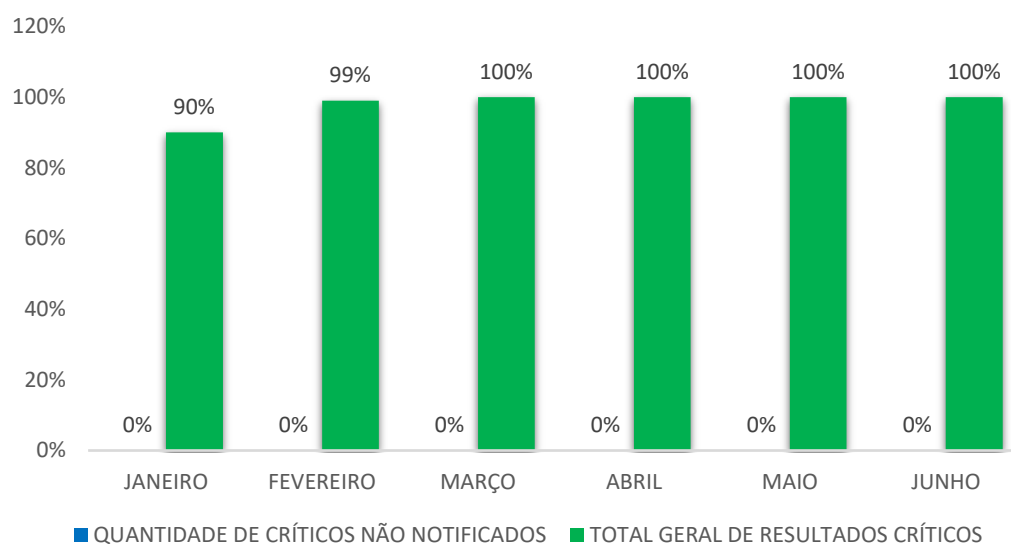
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 32. Tempo de espera, processamento e resposta



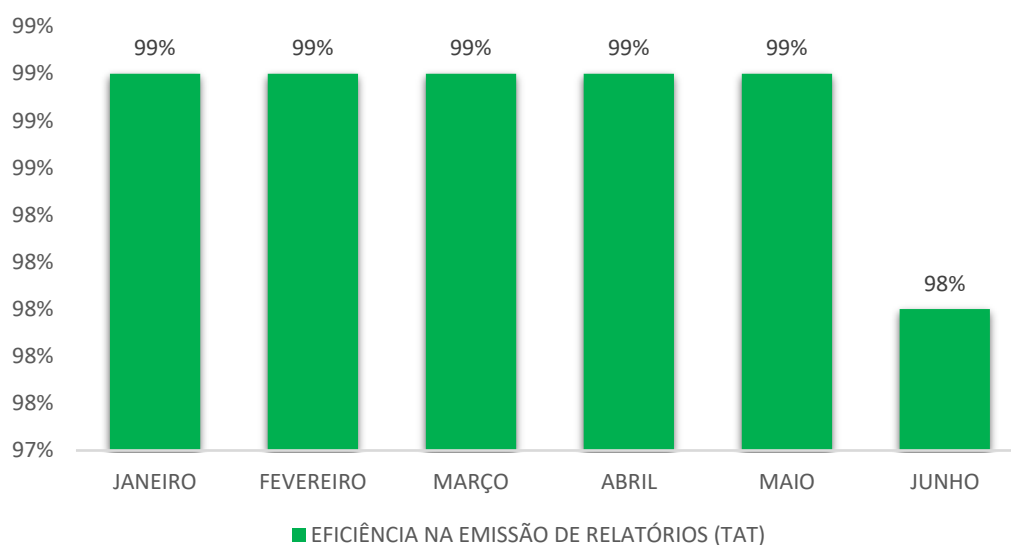
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 33. Resultados críticos



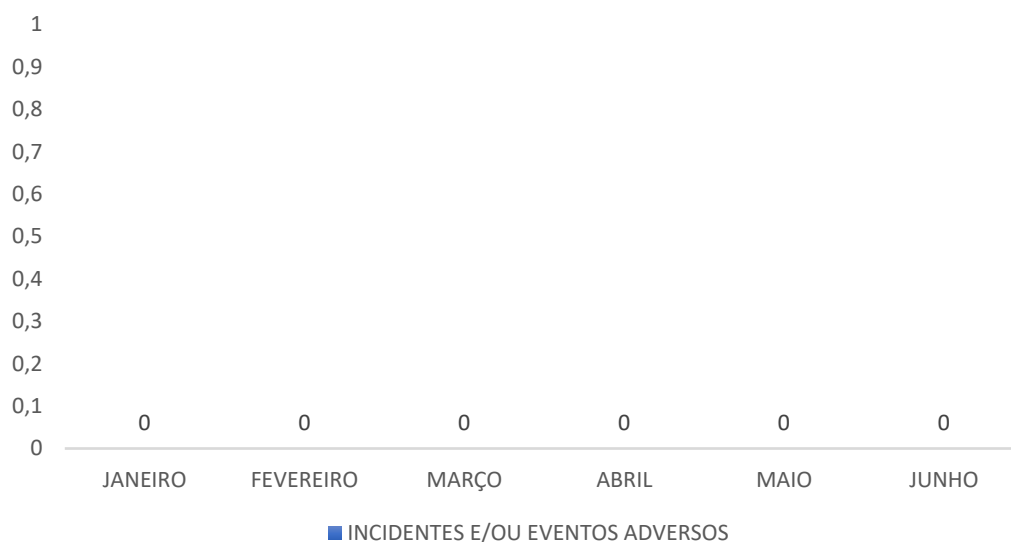
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

Gráfico 34. Eficiência na emissão de relatórios (TAT)



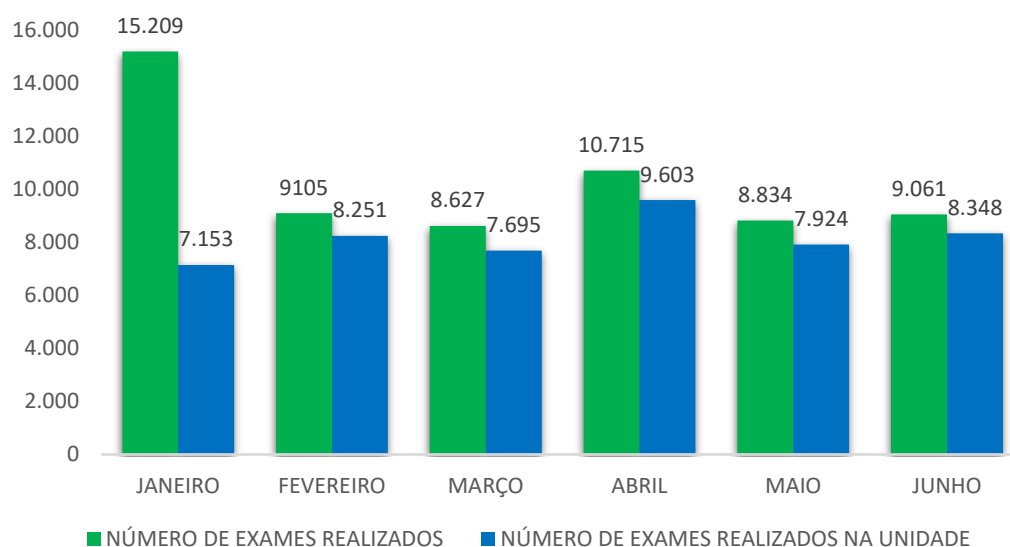
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

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	JUNHO
TAXA DE FLEBITE	<15%	1,15%	1,18%	0,58%	1,44%	1,62%	0,41%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	11,81	5,80	6,25	3,90	4,78	4,93
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 DIAS	48,25	42,50	46,18	39,70	39,91	40,37
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	15,63%	8,33%	6,36%	13%	18,60%	13,82%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	3,13%	2,78%	0,91%	3,13%	1,55%	1,63%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,52	0,58	0,59	0,69	0,69	0,66
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	96	108	110	128	129	123
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	15	9	7	16	24	17
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	1	0	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

Tabela 19. Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE FLEBITE	<15%	2,89 %	1,51%	0,27%	0,94%	1,51%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	5,65	1,68	2,06	1,06	1,69	1,33
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 50 DIAS	11,02	12,26	17,07	12,83	14,62	13,37
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	7,53%	4,95%	3,70%	6,48%	16,84%	12,75%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0,93%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	1,89	2,02	1,62	2,16	1,90	2,04
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	93	101	81	108	95	102
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	7	5	3	7	16	13

NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	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	JUNHO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0,78 %	0,90%	0,68%	1,91%	0,80%	1,08%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	4,23	3,08	4,12	3,72	4,73	4,33
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 DIAS	4,46	4,77	3,71	5,24	5,60	5,52
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	4,67%	3,74%	2,41%	4,48%	6,67%	5%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	2,80%	2,80%	1,20%	4,48%	3,33%	3,33%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	5,35	3,57	4,15	3,35	3	3
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	107	107	83	67	60	60
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	5	4	2	3	4	3
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	1	0	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE FLEBITE	<15%	N/A	N/A	2,99%	3,33%	2,74%	0,64%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 5	N/A	N/A	3,28	2,25	3,02	2,90
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 5 DIAS	N/A	N/A	4,56	6,08	4,36	4,41
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	N/A	N/A	2,78%	2,78%	4,76%	0%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	N/A	N/A	3,60	3,60	4,20	4,10
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	36	36	42	41

NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	1	1	2	0
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	0	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	JUNHO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%	0,62%	7,14%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	52	21	20,33	7,33	11,25	7
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 DIAS	981,33	445,67	1013	492,67	763,75	223,77
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	100%	0%	33,33%	66,67%	50%	7,69%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0,03	0,06	0,03	0,06	0,04	0,13
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	6	3	6	4	13
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	3	0	1	4	2	1
NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	1	0	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	JUNHO
TAXA DE FLEBITE	<15%	0%	0%	0%	0%	14,29%	0%
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	< 70	0	0	0	47,09	0	0
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (EREM)	< 70	0	0	0	11	0	0
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	< 500 DIAS	752,83**	780,83**	811,83**	723,43**	648,50	678,50

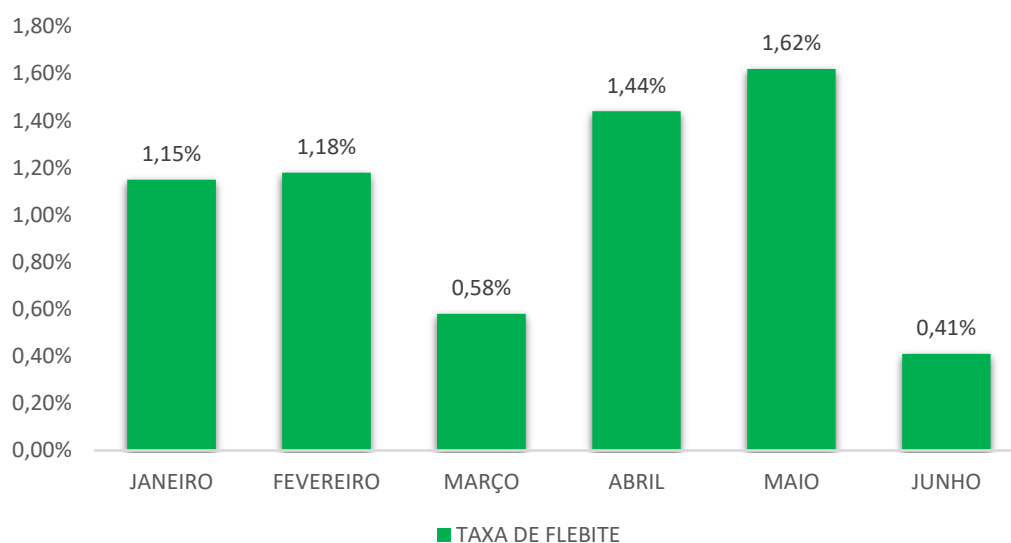
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (EREM)	< 500 DIAS	*	*	*	169	*	*
TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL	< 20%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
GIRO LEITO INSTITUCIONAL	5	0	0	0	0,17	0	0
NÚMERO DE SAÍDAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	1	0	0
NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS	QUANTO MENOR, MELHOR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

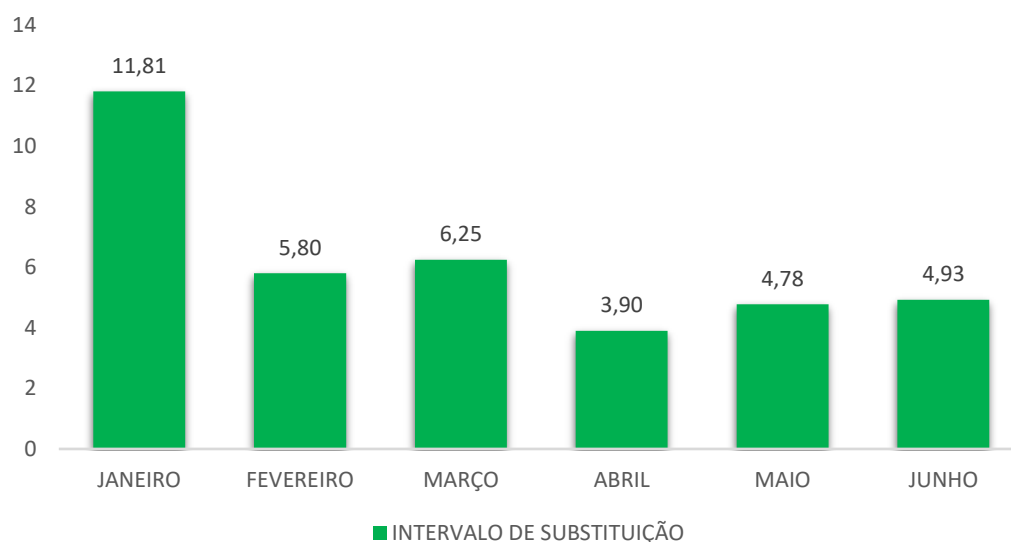
** Dados corrigidos, conforme a fórmula de tempo médio de permanência.

Gráfico 37. Taxa de flebite (Geral Hospitalar)



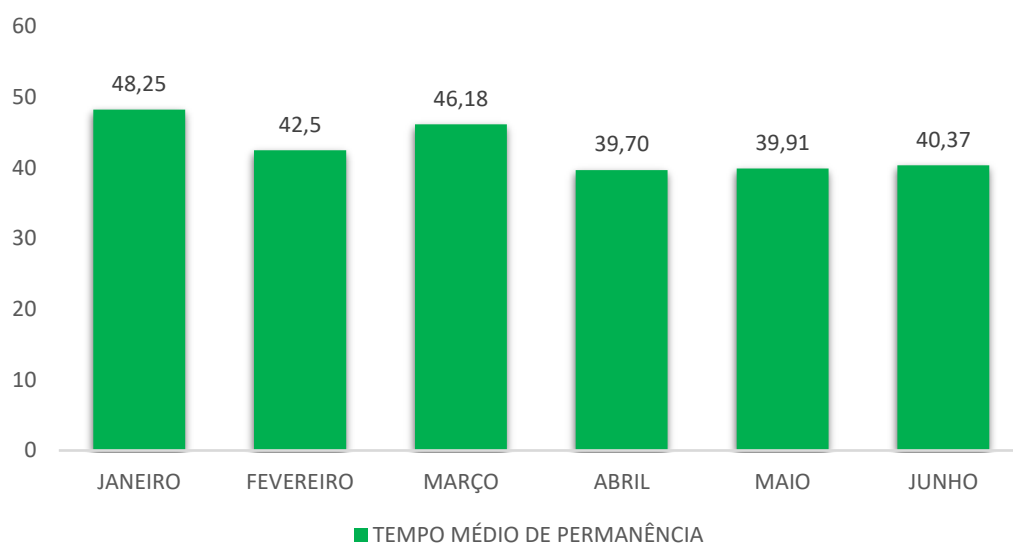
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 38. Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

Gráfico 39. Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar)

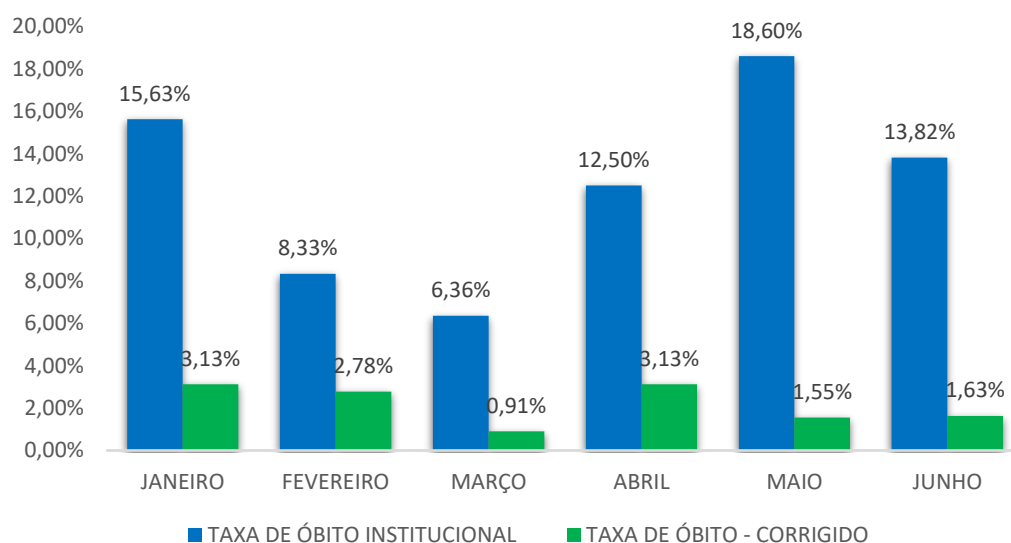


Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

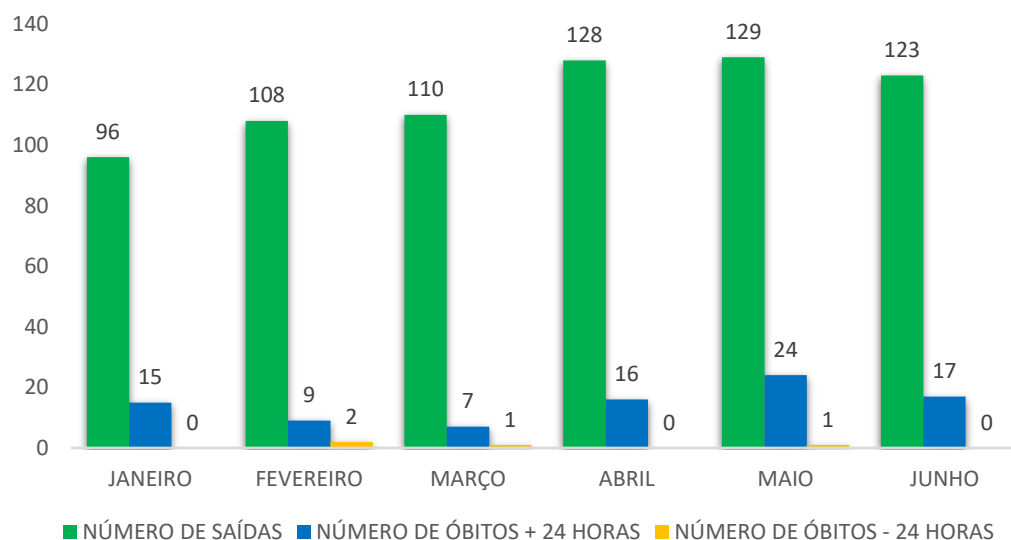
Gráfico 40. Giro de leito (Geral hospitalar)



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	JUNHO
TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS	100%	96%	100%	91%	94%	91%	97%
TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	100%	85%	102%	84%	98%	114%	106%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	3492	3302	3469	3764	4038	3855
NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI	QUANTO MAIOR, MELHOR	111	114	108	127	113	122
NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	111	114	119	135	124	126
NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA	QUANTO MAIOR, MELHOR	57	97	90	102	109	109
NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS	QUANTO MAIOR, MELHOR	67	95	107	104	96	103

NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	20379	20841	22721	22080	21524	20746
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE	NEUTRO	606	616	513	681	672	912
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES	NEUTRO	10760	9529	11100	10501	10755	10521
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	34%	33%	34%	31%	36%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	35%	36%	35%	34%	37%	31%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	9%	12%	10%	9%	12%	12%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	21%	18%	22%	23%	20%	21%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 25. Indicadores de Serviços Nutricionais (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	5265	7000	7632	7164	6741	6723
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	39%	37%	37%	38%	27%	41%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	37%	36%	36%	37%	48%	37%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	17%	15%	16%	11%	14%	9%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	7%	12%	13%	14%	11%	13%

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	2178	2522	1545	1410	1371	1407
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	26%	31%	24%	26%	45%	38%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	32%	34%	30%	38%	26%	30%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	17%	19%	20%	17%	20%	16%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	25%	16%	26%	19%	9%	16%

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	JUNHO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	N/A	N/A	693	900	916	964
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	N/A	N/A	27%	41%	13%	12%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	N/A	N/A	36%	19%	47%	42%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	N/A	N/A	25%	8%	16%	14%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	N/A	N/A	12%	32%	24%	32%

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 28. Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	12750	11141	12592	12247	12124	11356
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	35%	36%	33%	33%	33%	35%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	32%	32%	32%	31%	29%	26%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	6%	6%	7%	8%	11%	12%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	27%	26%	28%	28%	27%	27%

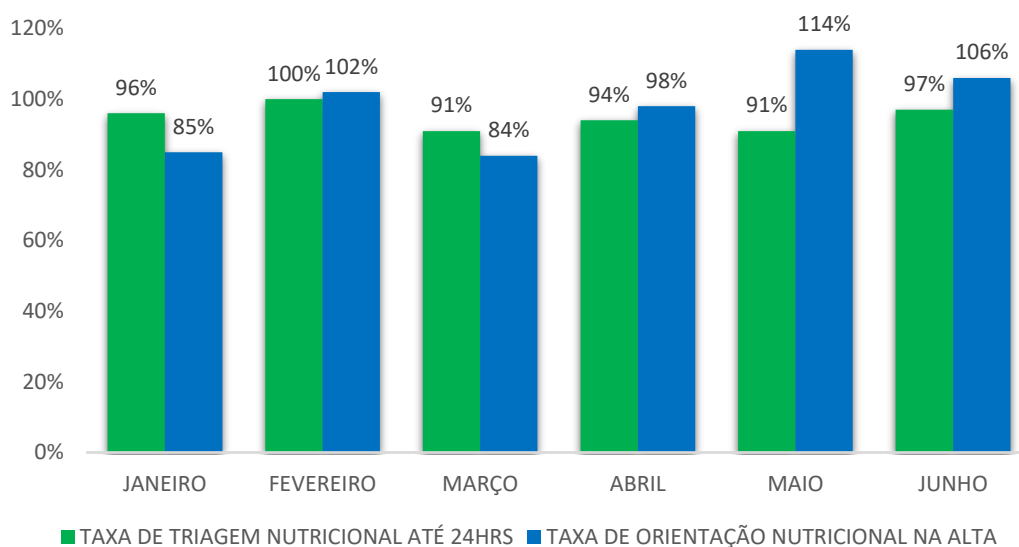
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Tabela 29. Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES	NEUTRO	186	177	259	359	372	296
ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO	< 35%	16%	17%	17%	21%	17%	14%
ÍNDICE DE EUTROFIA	> 35%	84%	83%	83%	79%	79%	66%
ÍNDICE DE SOBREPESO	< 10%	0%	0%	0%	0%	0%	17%
ÍNDICE DE OBESIDADE	< 20%	0%	0%	0%	0%	4%	3%

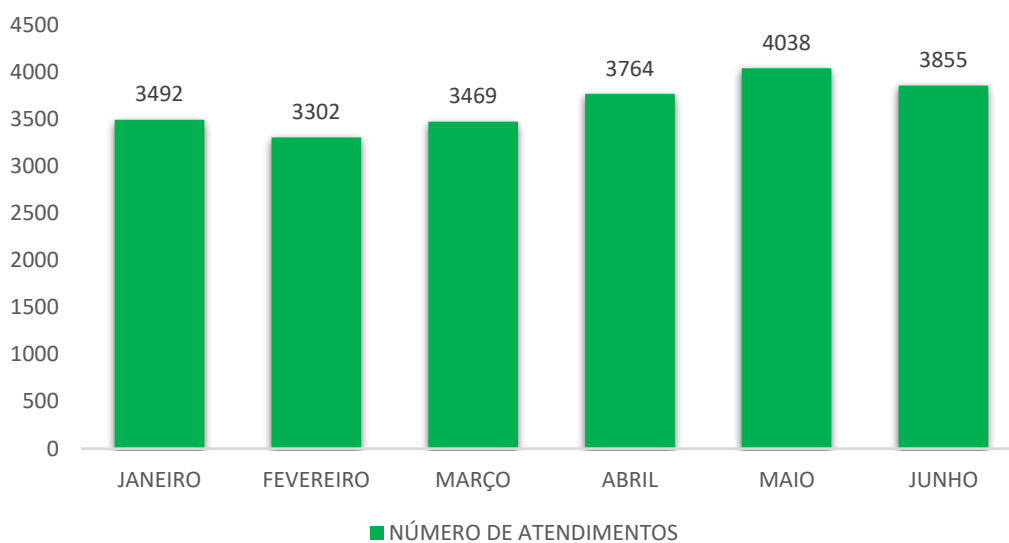
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 43. Taxa de triagem e orientação



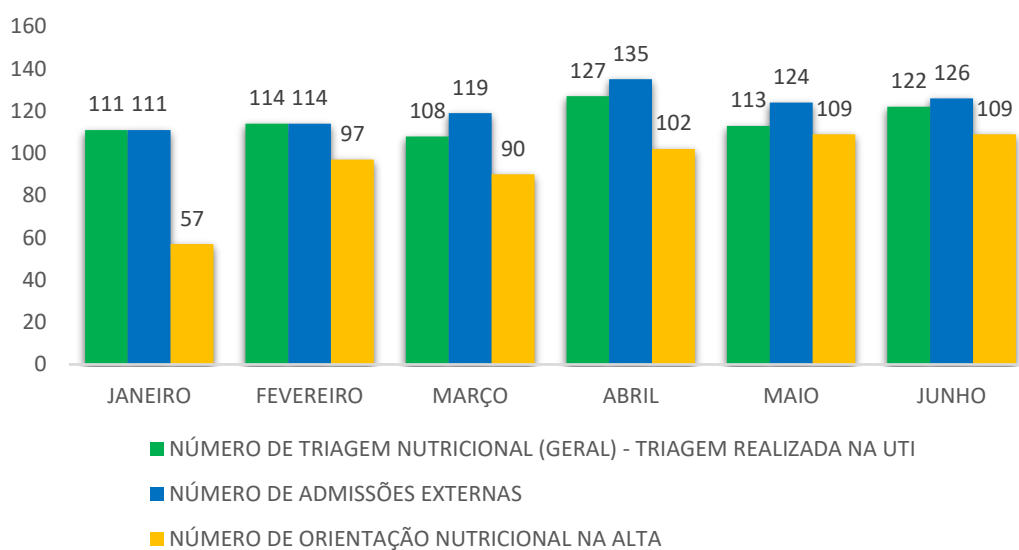
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 44. Número de atendimentos



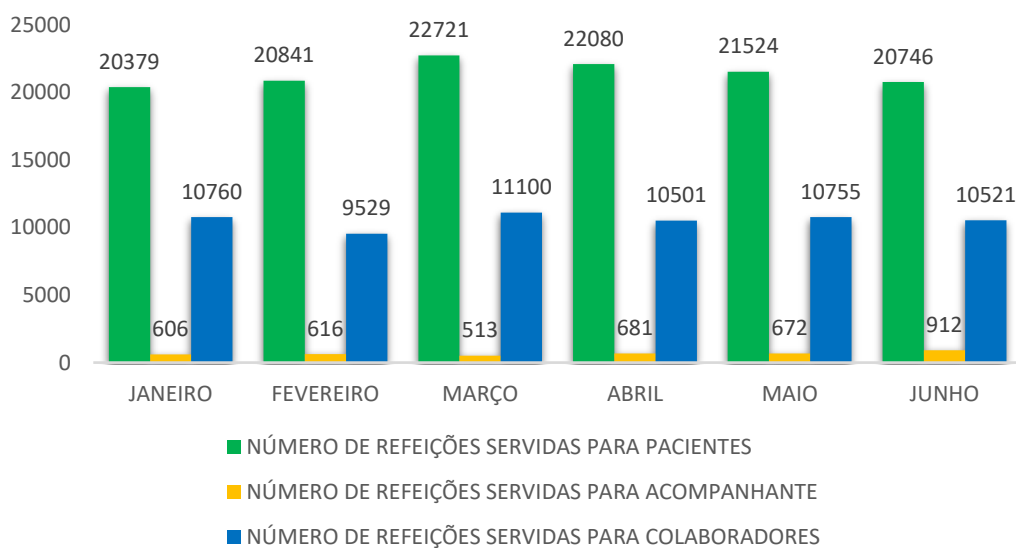
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

Gráfico 45. Quantitativo de triagem, admissões e orientações



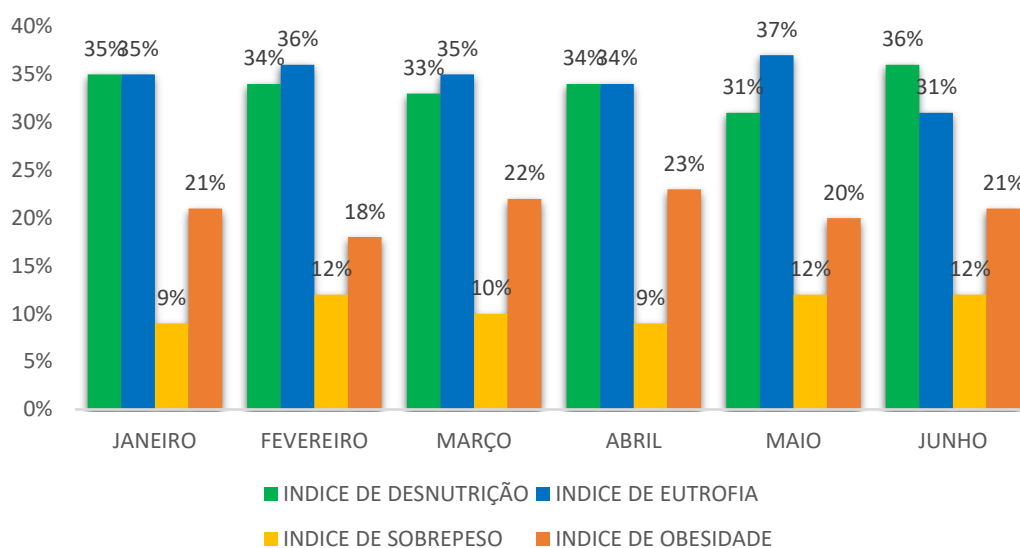
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	97%	99%	99%	96%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	93%	94%	93%	93%	93%	95%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	97%	99%	99%	96%	100%	100%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	7000	5872	5721	6590	7019	7093	7158
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO	> 10000	11034	10279	11365	11638	12354	11945
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA	> 7000	7058	6456	7497	7394	7759	7370
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	10	6	13	7	5
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	12	2	8	2	4
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0	0	0	1

NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	1	1	2
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	> 15	17	16	16	16	24	19
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	< 15	12	12	11	11	12	20
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	< 5	4	3	1	2	3	5
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	< 2	3	3	1	1	1	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 31. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	90%	92%	95%	90%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	96%	95%	95%	92%	93%	93%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	6	1	1	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	3	2	1	5	7	6
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	5	5	3	5	6	5
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	2	1	1	1	3	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	2	1	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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	99%	100%	100%	98%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	84%	95%	88%	100%	100%	92%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	99%	100%	100%	98%	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	4	2	8	7	5
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	1	2	1	5	2	4

NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	0	0	0	0	0	1
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	0	0	0	2	1	2
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	4	1	2	0	2	0
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	3	3	2	1	2	3
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	1	1	1	1	1	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	1	1	1	0	1	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	N/A	N/A	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	N/A	N/A	90%	100%	100%	100%
TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL	100%	N/A	N/A	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	2	3	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	N/A	N/A	0	3	0	0
NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS	0	N/A	N/A	0	0	0	0
NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO	0	N/A	N/A	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	2	0
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	N/A	N/A	1	1	1	0
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	0	0
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	0	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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	> 90%	0%	0%	0%	100%	100%	0%*
TAXA DE ALTA FUNCIONAL	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE INTUBAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0
MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS	NEUTRO	5	8	8	7	7	7
MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2	NEUTRO	3	3	5	4	12	12
MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	1	1	1	2	0	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	0	1	1	1	0	1

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

Tabela 35. Indicadores de Serviços Fisioterapêuticos (Pediatria)

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

MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS	NEUTRO	0	0	0	1	0	1
MÉDIA DE PACIENTES EM MNR	NEUTRO	0	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

No período, foram registradas duas falhas de extubação em menos de 48 horas. Os casos foram analisados pelo Coordenador Multiprofissional da UTI, Supervisão de Fisioterapia, fisioterapeutas assistenciais e Supervisão de Enfermagem, por meio da revisão dos prontuários e aplicação do Protocolo Institucional de Extubação Segura. Constatou-se que ambos os pacientes atendiam aos critérios clínicos e ventilatórios para extubação, não sendo identificadas falhas assistenciais ou desvios do protocolo. As reintubações foram atribuídas à evolução clínica e à gravidade dos casos, sendo classificadas como eventos não evitáveis. Como oportunidade de melhoria, será mantido o reforço da monitorização pós-extubação e das estratégias preventivas para pacientes com maior risco de falha.

A média de pacientes traqueostomizados apresentou redução em relação ao mês anterior, passando de 24 para 19 pacientes. Apesar dessa redução, o perfil assistencial permaneceu caracterizado por pacientes de alta complexidade, com predominância de insuficiência respiratória grave e doenças pulmonares, mantendo elevada a demanda por suporte ventilatório prolongado.

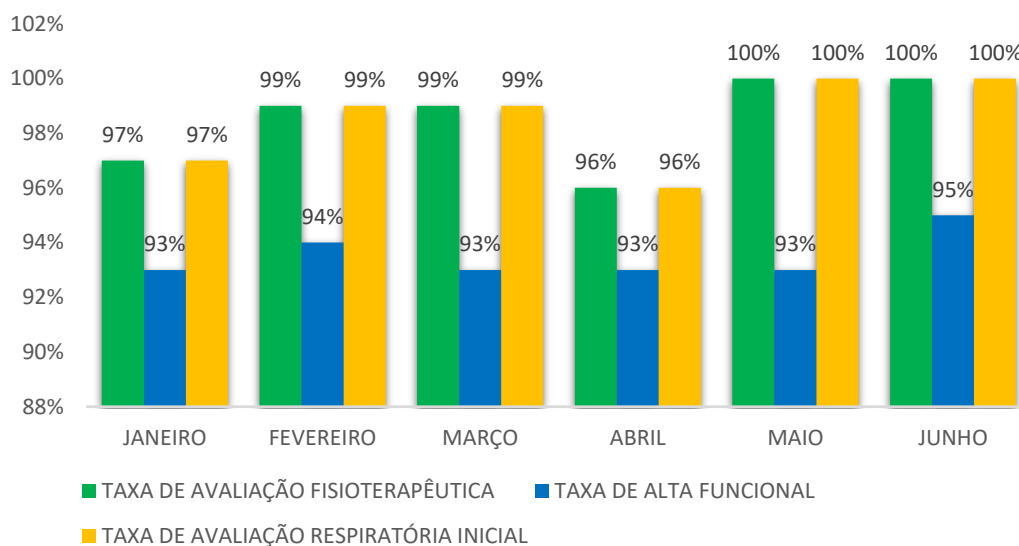
Observou-se aumento da média de pacientes em uso de cateter nasal de oxigênio, passando de 12 para 20 pacientes, relacionado ao maior número de admissões provenientes da UPA com insuficiência respiratória aguda, DPOC e outras doenças pulmonares graves, refletindo maior gravidade clínica da população atendida.

A média de pacientes em nebulização permaneceu dentro da meta institucional, evidenciando a efetividade das estratégias de desmame ventilatório e reabilitação respiratória, mesmo diante do aumento da complexidade dos pacientes.

Da mesma forma, a média de pacientes em uso de máscara não reinalante manteve-se dentro do limite estabelecido, demonstrando adequada condução das estratégias de

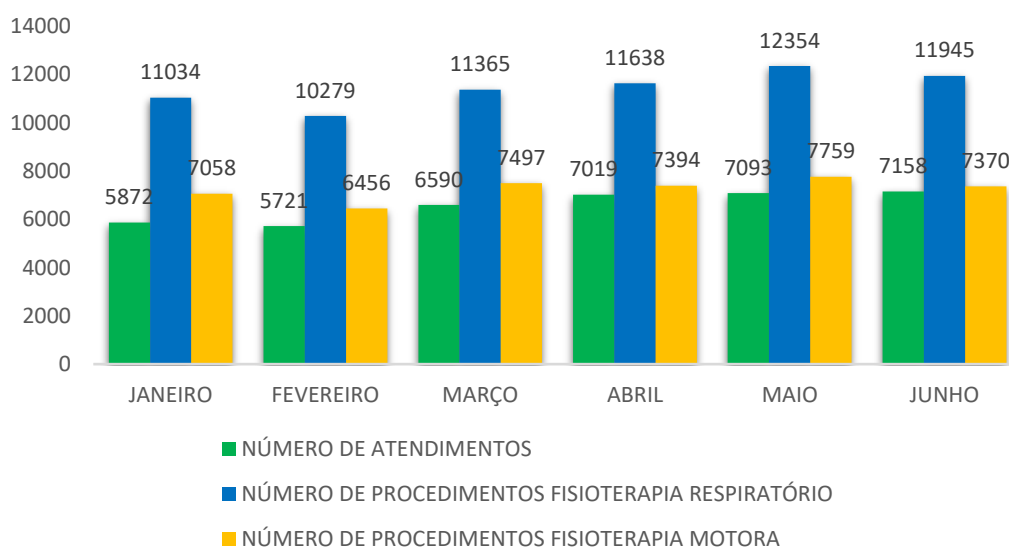
oxigenoterapia e acompanhamento fisioterapêutico, apesar do aumento da demanda por pacientes com comprometimento respiratório agudo.

Gráfico 48. Taxa avaliação e alta funcional

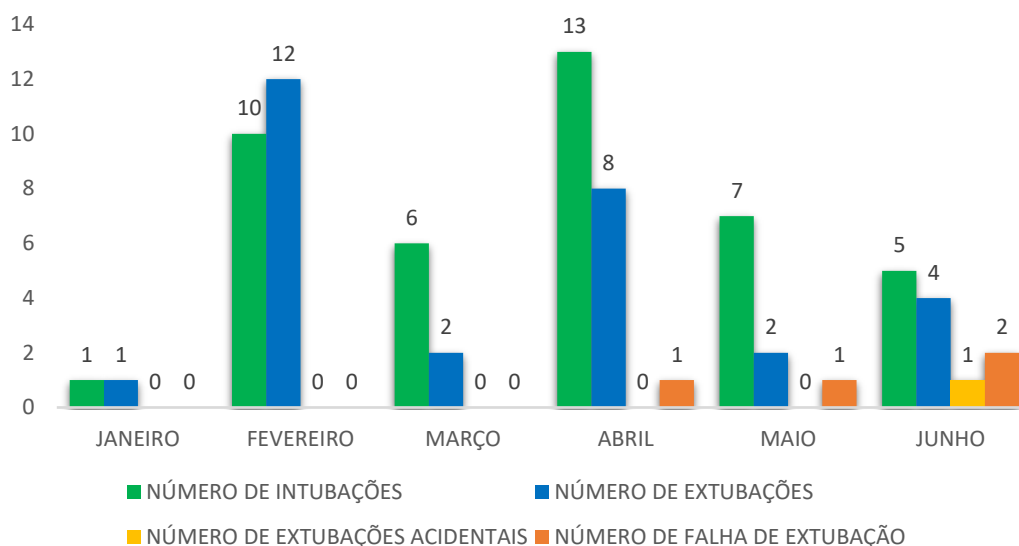


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

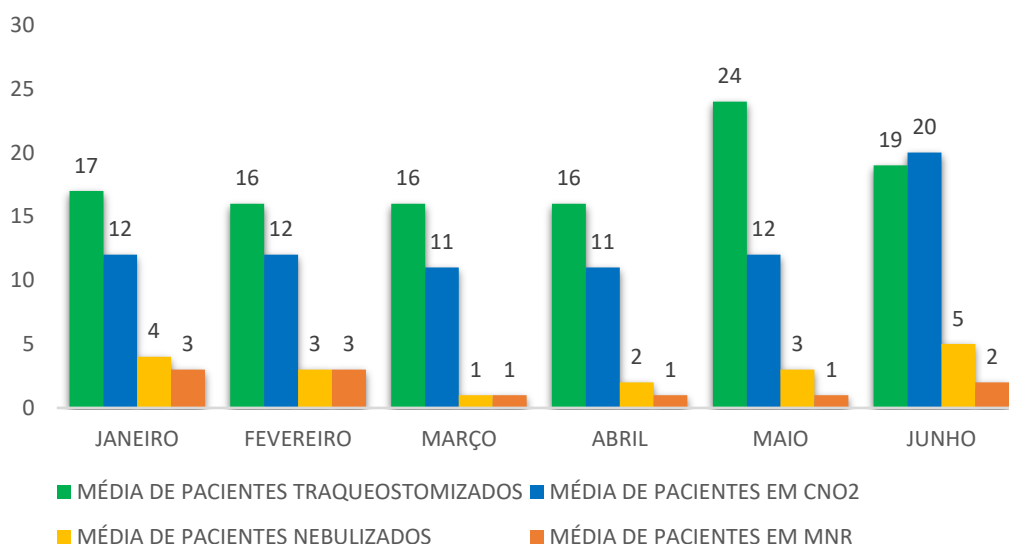
Gráfico 49. Quantitativo de atendimentos e procedimentos



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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	99%	100%	100%	100%	99%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	97%	97%	100%	94%	98%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	1	4
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	NEUTRO	2	4	3	2	5	5
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	5	3	8	4	10	11
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	12	14	15	17	11	14
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	5	16	9	21	16	17
TAXA DE EVASÃO	<3%	1,04%	0,90%	0%	0%	1,53%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	2,08%	3,63%	2,63%	1,52%	1,53%	1,58%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	1	0	0	2	0
NÚMERO DE TERMOS DE	< 4	2	4	3	2	2	2

DESISTÊNCIA DE
TRATAMENTO
REALIZADAS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 37. Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	96%	96%	100%	95%	97%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	0	1
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	2	3	1	1	4	4
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	4	2	8	4	8	10
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	3	3	3	2	1
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	4	8	2	13	11	10
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	1,38%	0%	0%	1,19%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	1,63%	2,77%	2,94%	1,28%	1,19%	2,56%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	1	0	0	1	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2	2	1	1	2

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	100%	95%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	0	1

NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	1	2	0	0	1
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	1	4	0	0	0	1
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	1	6	2	5	1	3
TAXA DE EVASÃO	<3%	2,85%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	3%	6,66%	0%	9%	4%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	1	0	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	1	2	0	1	1	0

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

NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	N/A	N/A	1	0	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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	> 90%	0%	0%	100%	100%	100%	0%
TAXA DE ALTA PLANEJADA	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA	0	0	0	0	0	1	2
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2	M/R	0	0	0	1	0	0
NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD	> 2	0	1	0	0	0	0
NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA	> 10	5	11	12	11	6	13
NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA)	> 15	0	2	3	2	2	3
TAXA DE EVASÃO	<3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO	<5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO	> 90%	100%	0%	100%	0%	100%	100%
NÚMERO DE EVASÕES	< 4	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS	< 4	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

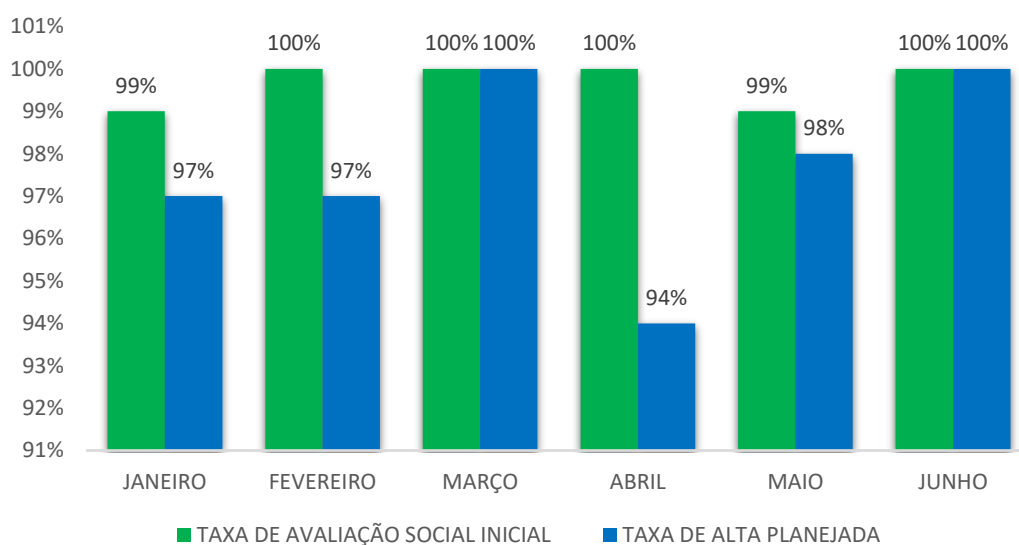
***Observação:** Não houve admissão no setor em Cuidados Prolongados, portanto os indicadores: Taxa de avaliação social inicial estão zerados.

Tabela 41. Indicadores de Serviço Social (Pediatria)

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

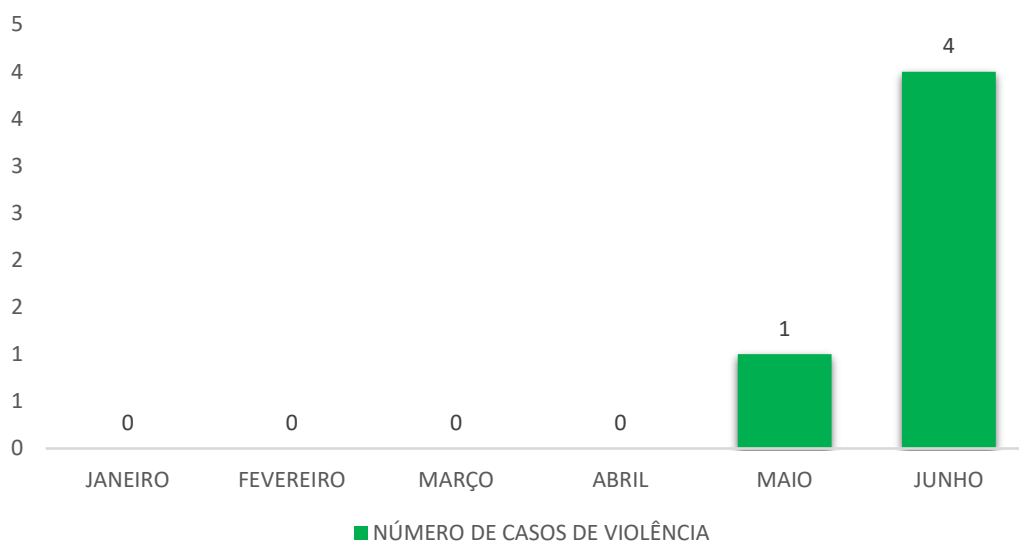
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 52. Taxa de avaliação e alta planejada



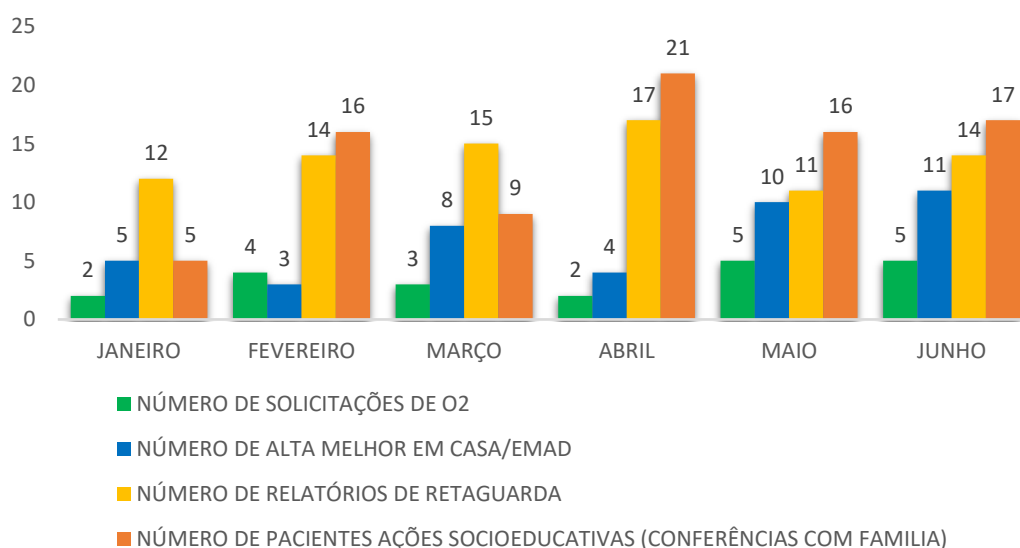
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 53. Número de casos de violência



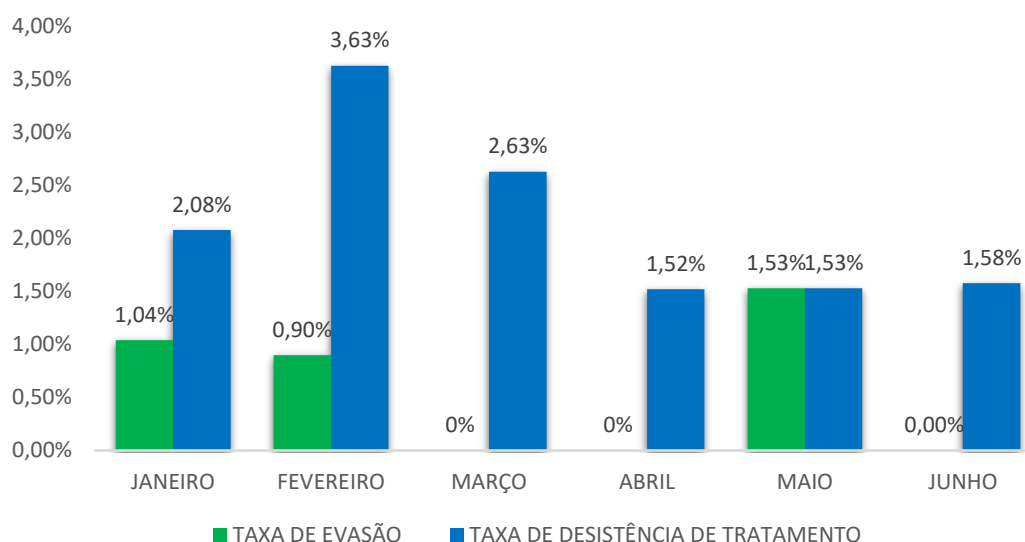
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL	> 90%	97%	98%	95%	91%	94%	83%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	2	1	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	19,25%	1,20%	2,91%	1,94%	11,92%	2,50%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	93%	92%	86%	92%	86%	96%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	64	56	40	58	91	71

NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	14	12	9	14	12	9
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	NEUTRO	3	8	17	19	10	14
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	17	17	14	15	26	22
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	79%	74,70%	84%	84%	78%	84%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0,60%	0,60%	5,48%	8,10%	2,43%	1,87%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	9	5	4	9	20	9
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	3	7	4	2	4	7

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 43. Indicadores de Psicologia (Clínica Médica)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	100%	100%	90%	90%	93%	70%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	1	2	2	2	2
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	78%	0%	0%	5,80%	17,24%	8,79%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	94%	90%	85%	93%	82%	97%

NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	22	19	21	32	53	35
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	7	6	8	10	6	7
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSQUIÁTRICO	NEUTRO	0	0	4	12	8	7
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	14	11	11	12	21	19
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	3%	2,27%	2,27%	21%	6,80%	4,39%
NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	2	2	3	4	13	7
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	1	1	3	2	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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	98%	98%	95%	95%	94%	83%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	1	1	1	2	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	100%	0%	0%	0%	50%	0%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	89%	95%	94%	86%	92,30%	92%

NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	36	32	11	17	18	17
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	6	6	1	2	2	2
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSQUIÁTRICO	NEUTRO	2	1	0	5	1	1
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	3	3	3	2	1	1
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	0%	0%	4,60%	18%	10%	0%
NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	5	3	1	1	4	1
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	2	4	1	0	1	2

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	N/A	N/A	100%	85%	97%	94%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	1	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA	> 90%	N/A	N/A	80%	83%	93%	93%

NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	N/A	N/A	8	8	9	10
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	3	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSQUIÁTRICO	NEUTRO	N/A	N/A	5	1	1	4
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	3	0
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 7%	N/A	N/A	23%	28%	0%	16,58%
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	N/A	N/A	1	1	1	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0	1

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

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Tabela 47. Indicadores de Psicologia (Pediatría)

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	1	1	1	1
TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE ORIENTAÇÃO DE	> 90%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

ALTA DA PSICOLOGIA							
NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES	> 25	0	0	0	1	2	2
NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS	NEUTRO	0	0	0	0	1	0
TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)	> 70%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO	< 5%	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	NEUTRO	0	0	0	0	1	0
NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	NEUTRO	0%	0%	0%	100%	0%	0%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

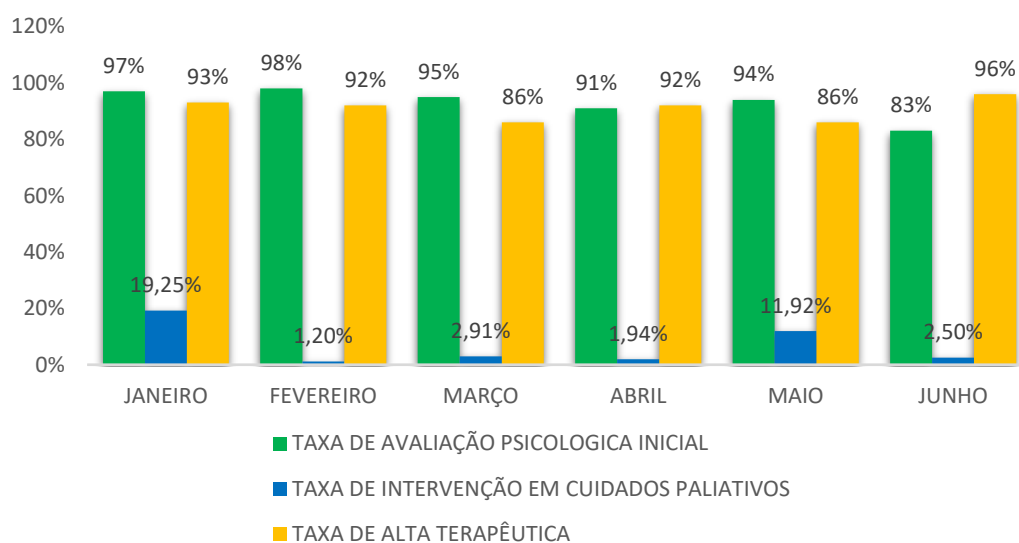
A Taxa de Avaliação Psicológica Inicial atingiu 83%, permanecendo abaixo da meta institucional de 90%. A análise dos casos evidenciou que todas as avaliações foram realizadas, porém parte delas ocorreu após o prazo estabelecido para composição do indicador, sem prejuízo à continuidade da assistência prestada aos pacientes.

O resultado foi impactado pelo elevado número de admissões concentradas em duas segundas-feiras, associado ao fato de o serviço de Psicologia não realizar atendimentos aos domingos, fazendo com que as avaliações dos pacientes admitidos nesse período

fossem realizadas na terça-feira, ultrapassando o prazo previsto. Além disso, a redução temporária da equipe, decorrente do afastamento da Responsável Técnica da Psicologia, impactou a capacidade operacional do setor.

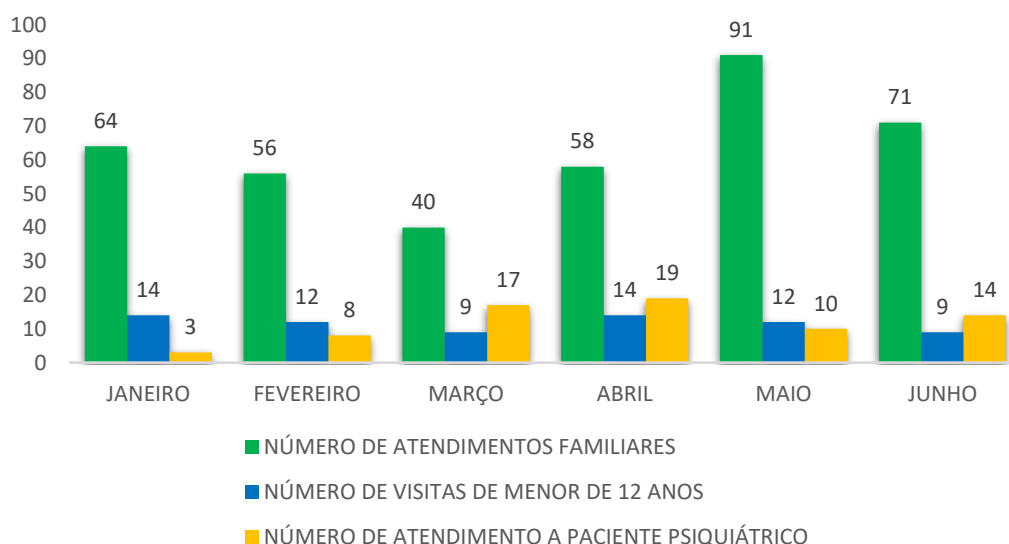
Conclui-se que o desempenho abaixo da meta decorreu de limitações operacionais pontuais relacionadas ao aumento da demanda e à redução temporária da equipe, não sendo identificados prejuízos à assistência ou à qualidade do atendimento prestado.

Gráfico 56. Avaliações, intervenções e alta terapêutica



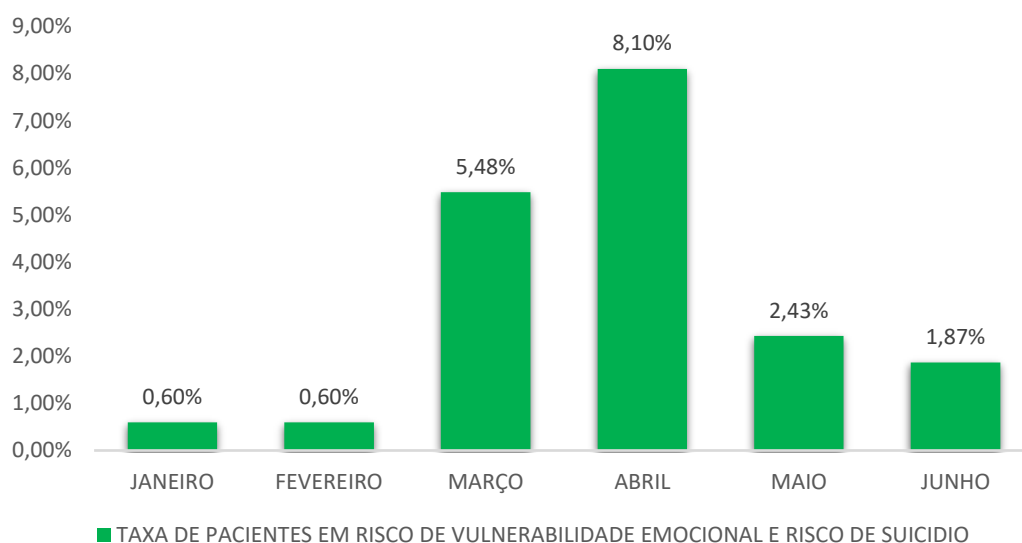
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 57. Quantitativos de atendimentos



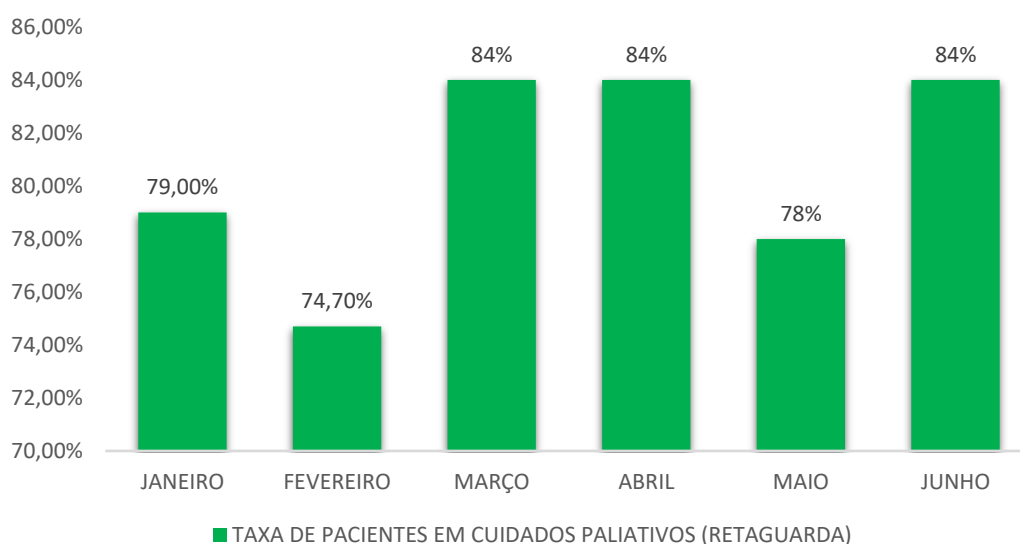
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



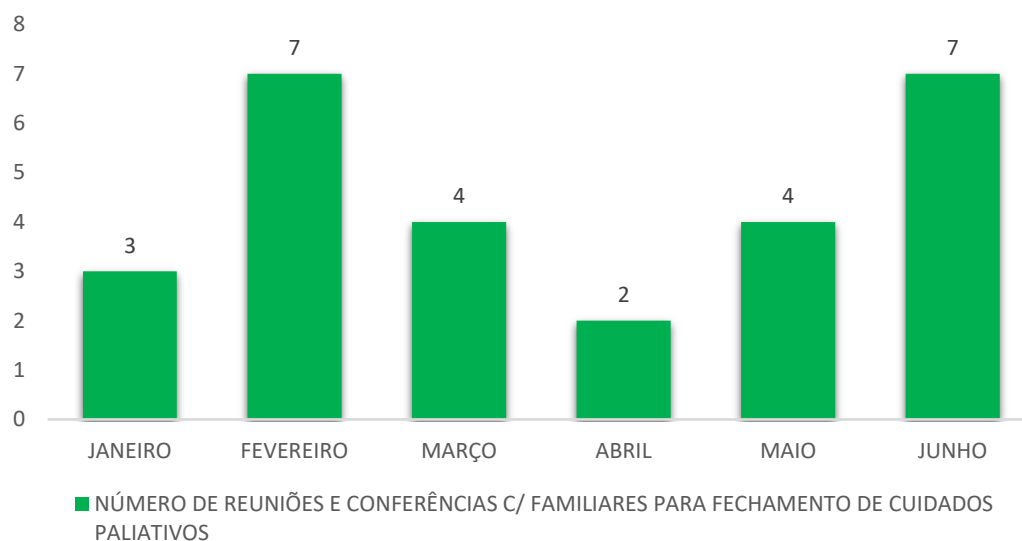
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

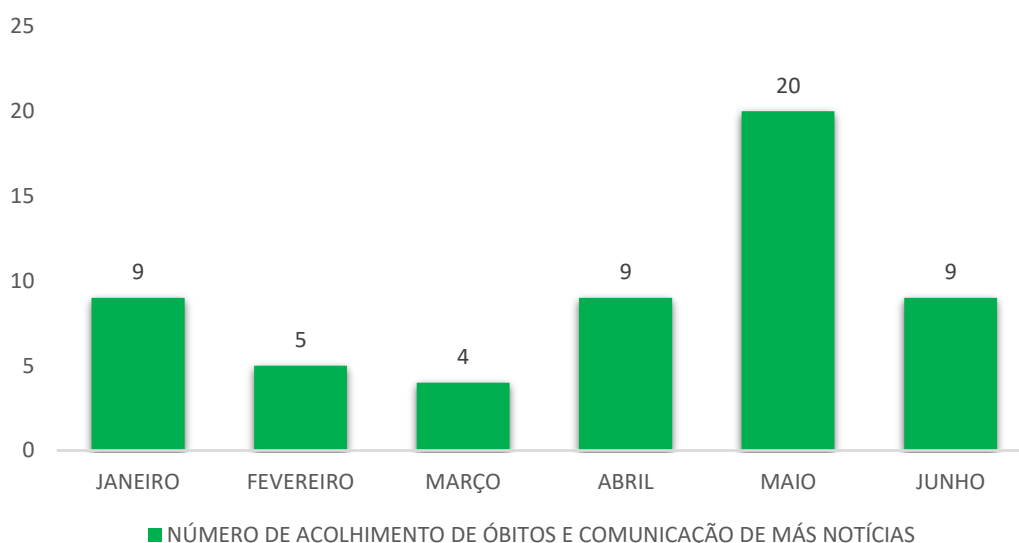


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	72%	77%	93%	*	*	10,14%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	5	2	*	*	2
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	6,25%	*	*	5,26%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	20%	81%	30.80%	*	*	57%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	11,76%	0%	25%	*	*	10,52%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	29%	100%	31%	*	*	15%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	176	146	216	*	*	58
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	70	100	201	*	*	20
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	7	3	*	*	6
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	5	5	0	*	*	3

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	78%	71%	80%	*	*	15,78%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	1	4	*	*	2
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	100%	*	*	16,66%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO	> 90%	100%	25%	71%	*	*	52,94%

PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO							
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	66%	0%	100%	*	*	33%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	100%	100%	100%	*	*	50%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	40	22	78	*	*	34
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	40	23	56	*	*	17
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	1	3	*	*	4
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	4	5	0	*	*	3

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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	71%	78%	96%	*	*	10%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	3	1	*	*	2
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	40%	94%	9%	*	*	0%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	50%	0%	0%	*	*	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	50	55	50	*	*	3
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	20	18	56	*	*	0

NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	6	0	*	*	1
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	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 51. Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	N/A	N/A	100%	*	*	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	1	*	*	1
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	N/A	N/A	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	N/A	N/A	0%	*	*	100%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	N/A	N/A	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	N/A	N/A	0%	*	*	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	N/A	N/A	8	*	*	7
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	N/A	N/A	9	*	*	1
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	0	*	*	0
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	N/A	N/A	0	*	*	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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	*	*	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	1	1	*	*	3
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	0%	100%	*	*	0%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	15	11	16	*	*	13
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	10	1	11	*	*	2
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	*	*	1
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	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	JUNHO
TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	> 90%	0%	0%	0%	*	*	0%
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	6	6	*	*	1

FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS							
TAXA DE DECANULADOS	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	> 90%	100%	100%	0%	*	*	0%
TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF	> 5%	0%	0%	0%	*	*	0%
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	> 80	71	58	64	*	*	1
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	> 80	0	58	69	*	*	0
NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	*	*	0
NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	*	*	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

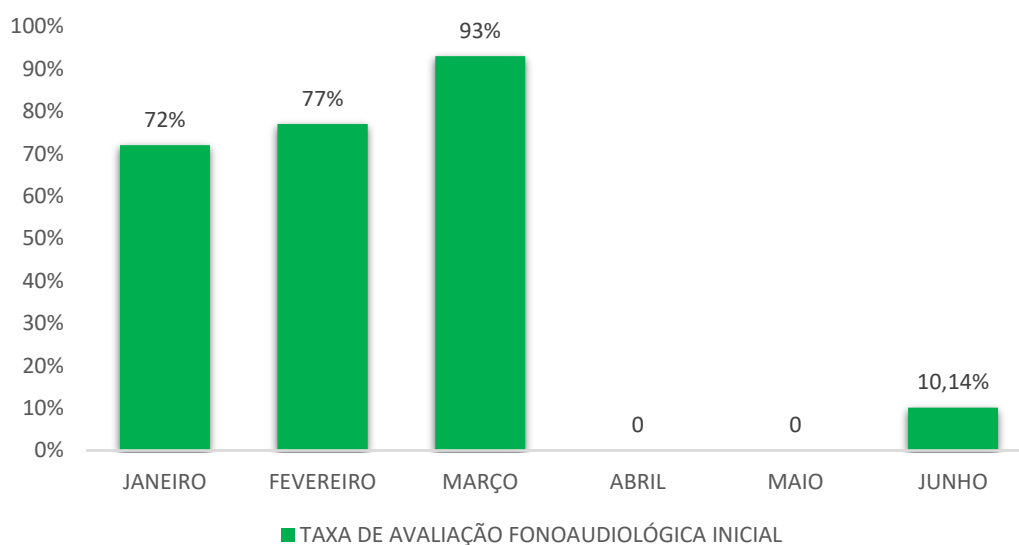
*Devido à ausência da colaboradora responsável pelo setor durante as competências de abril e maio de 2026, não foi possível realizar o levantamento e consolidação dos dados referentes aos indicadores do período.

ANÁLISE CRÍTICA – FONOAUDIOLOGIA

Os indicadores da Fonoaudiologia permaneceram abaixo das metas estabelecidas no período em razão da recente admissão de uma colaboradora, que se encontrava em fase de treinamento e adaptação às rotinas assistenciais e institucionais, impactando temporariamente a produtividade do setor.

Com a consolidação da profissional na equipe e a previsão de admissão de uma nova fonoaudióloga no mês de agosto, espera-se ampliação da capacidade assistencial, melhoria da cobertura dos atendimentos e regularização dos processos, favorecendo o alcance das metas institucionais nos próximos ciclos de avaliação.

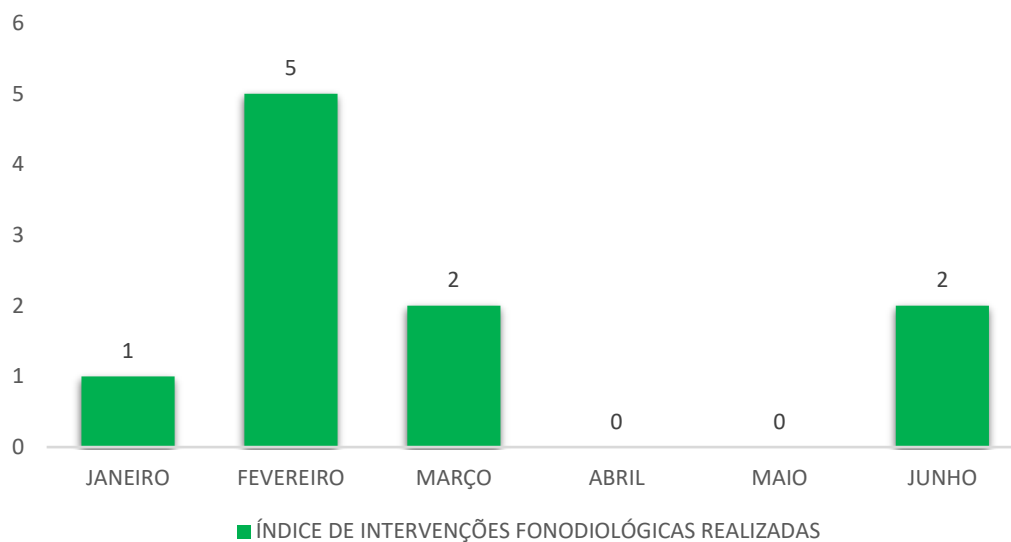
Gráfico 63. Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial



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.

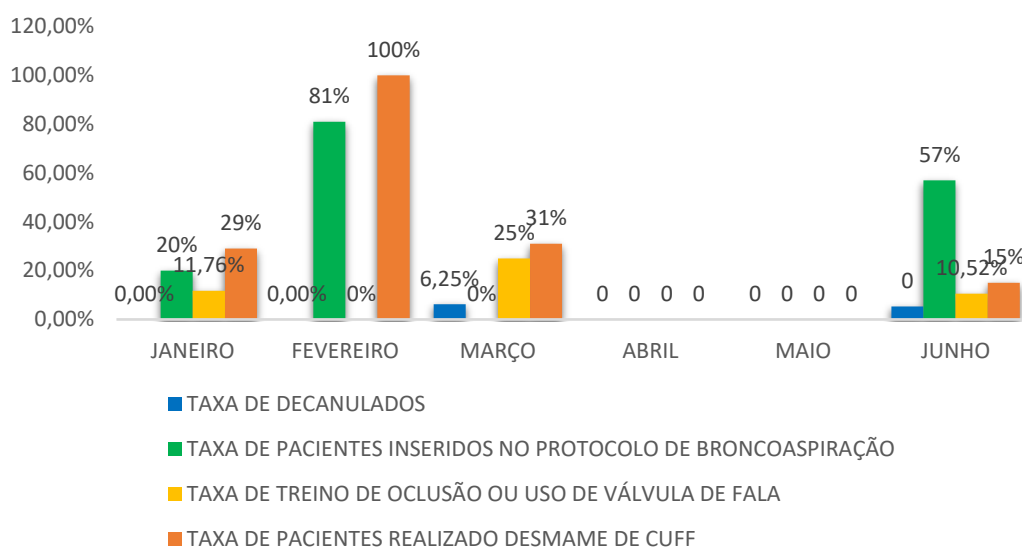
Gráfico 64. Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas



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.

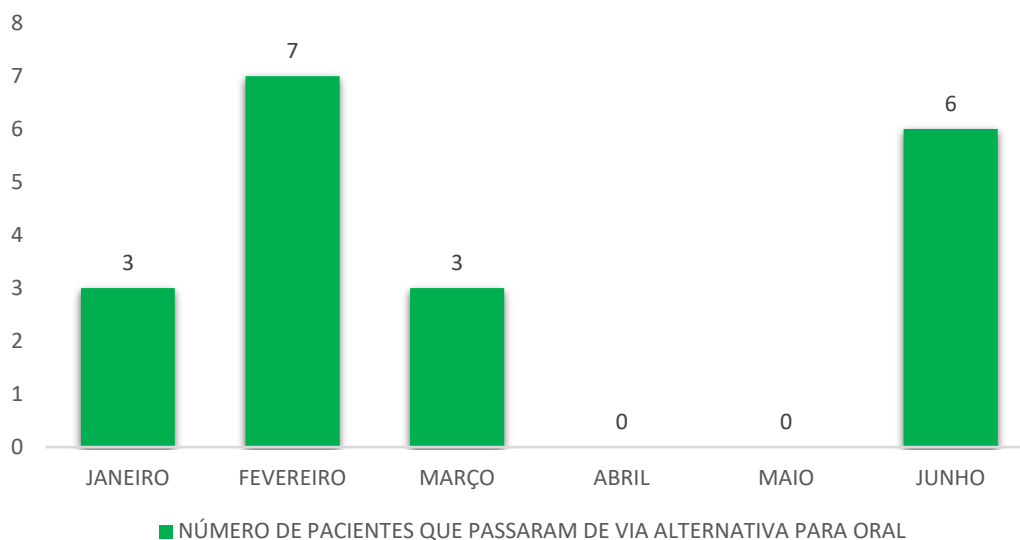
Gráfico 65. Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos



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.

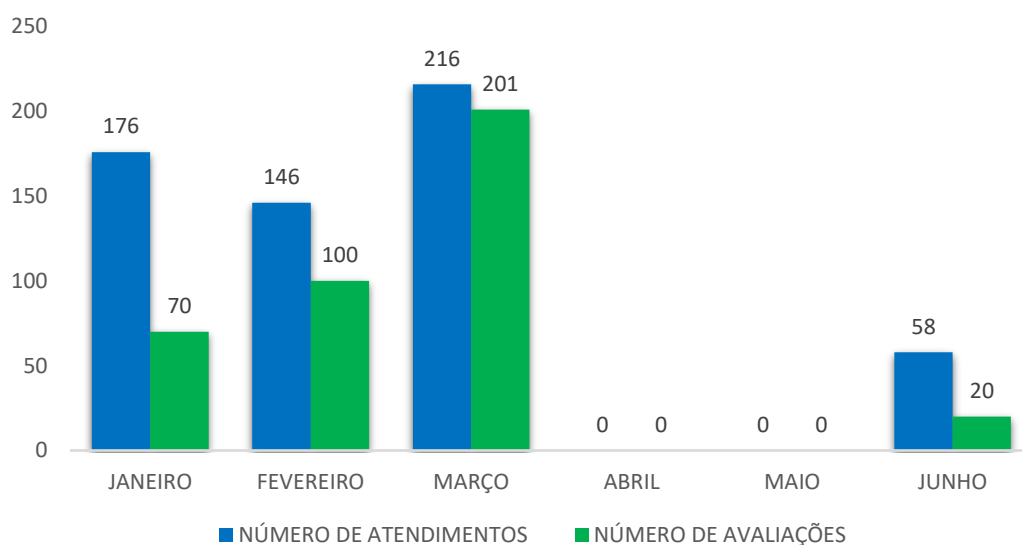
Gráfico 66. Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral



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.

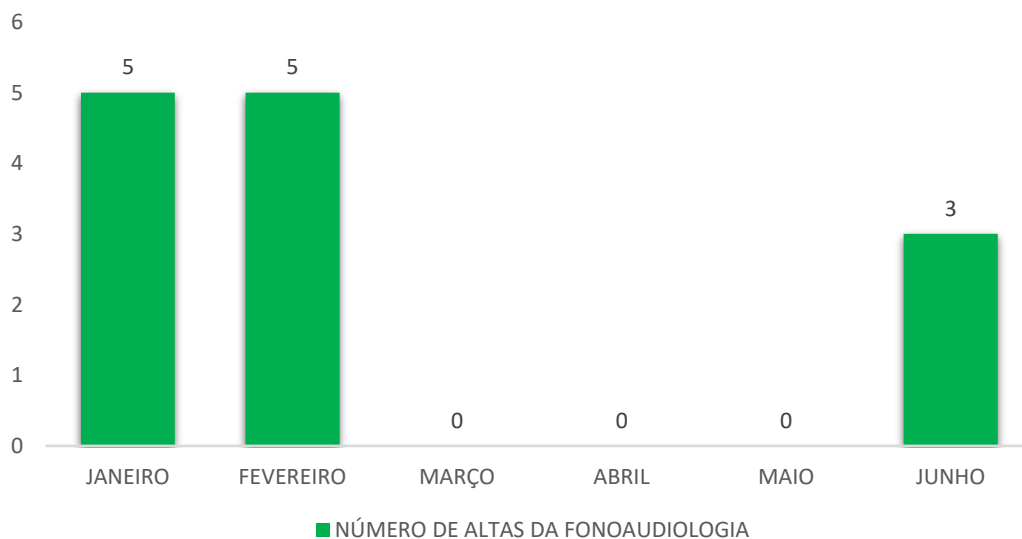
Gráfico 67. Número de atendimentos e avaliações



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.

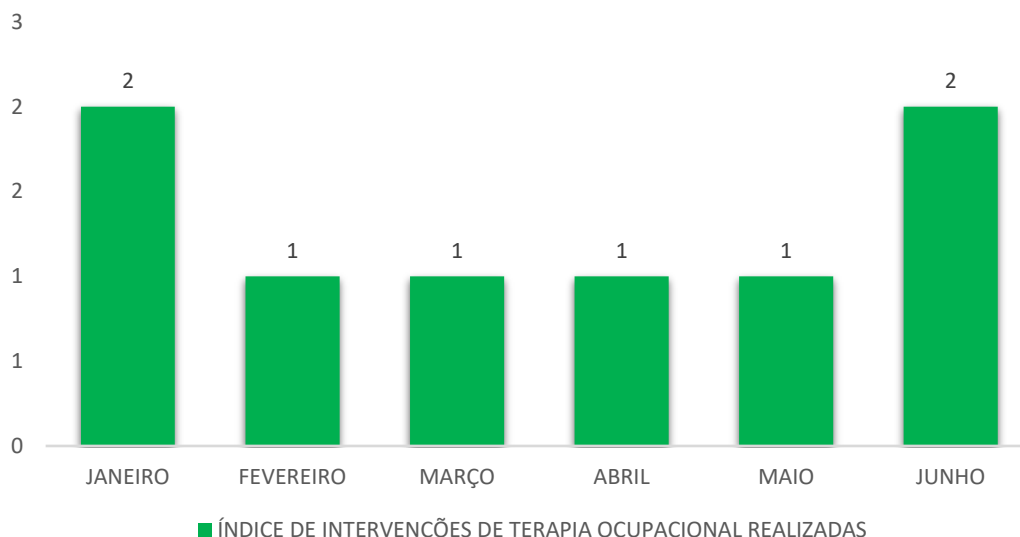
Tabela 54. Indicadores de Terapia Ocupacional

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
ÍNDICE DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	2	1	1	1	1	2
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	NEUTRO	165	127	183	158	147	178
NÚMERO DE AVALIAÇÕES	NEUTRO	5	5	0	12	1	12
NÚMERO DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES	NEUTRO	0	0	6	0	3	0
NÚMERO DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO EM	NEUTRO	60	272	196	176	147	2

CONJUNTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL							
NÚMERO DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)	NEUTRO	162	190	250	170	260	177

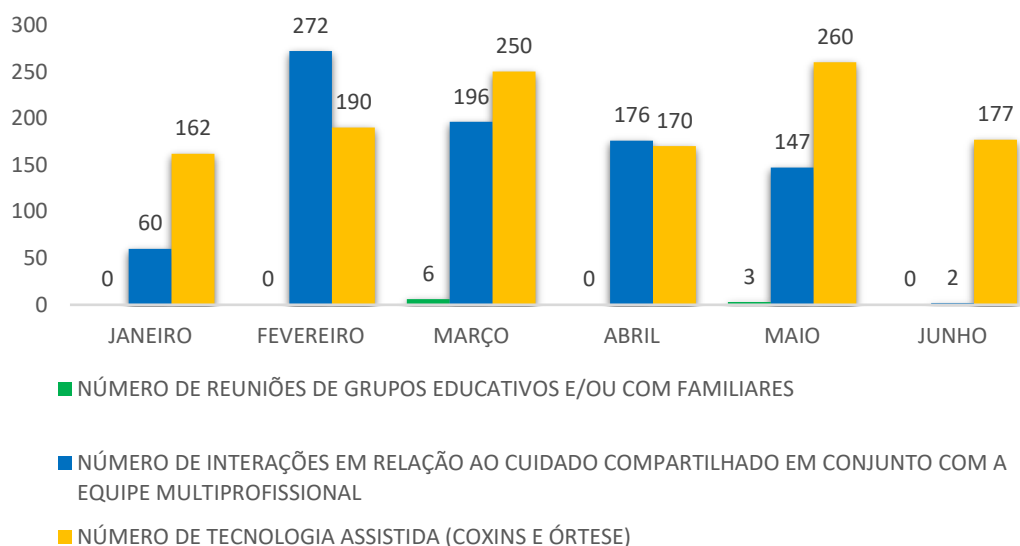
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 69. Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas

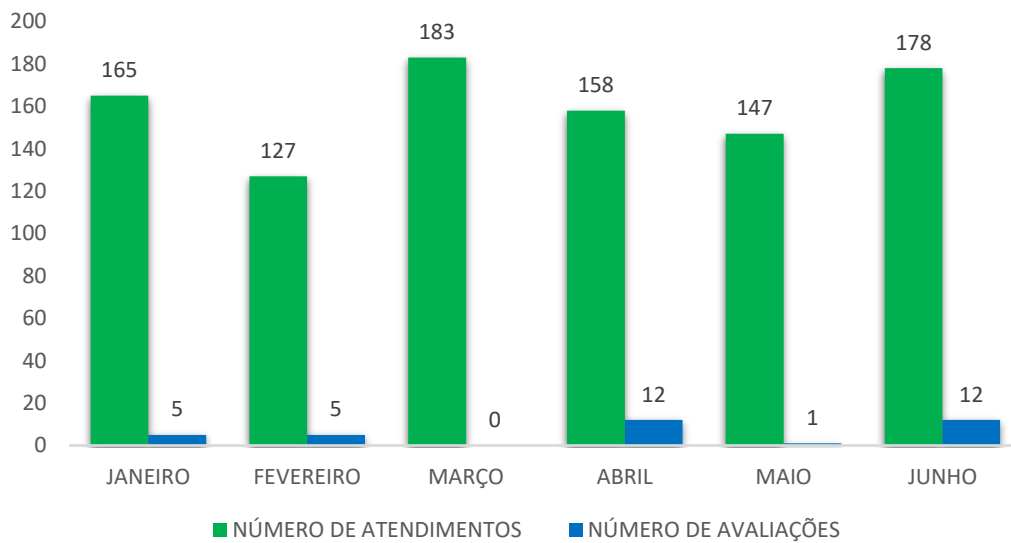


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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	JUNHO
FREQÜÊNCIA DE SESSÕES DE HIPNOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	N/A	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	N/A
NÚMERO DE PACIENTES EM HIPNOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	198	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
FREQÜÊNCIA DE SESSÕES DE CROMOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	1	N/A	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	N/A
NÚMERO DE PACIENTES EM CROMOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	31	N/A	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	N/A
NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	100	83	125	122	125	114
NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	22	22	25	33	32	31
CONSUMO DE CILINDRO O ₂	NEUTRO	2	2	2	2	2	2

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

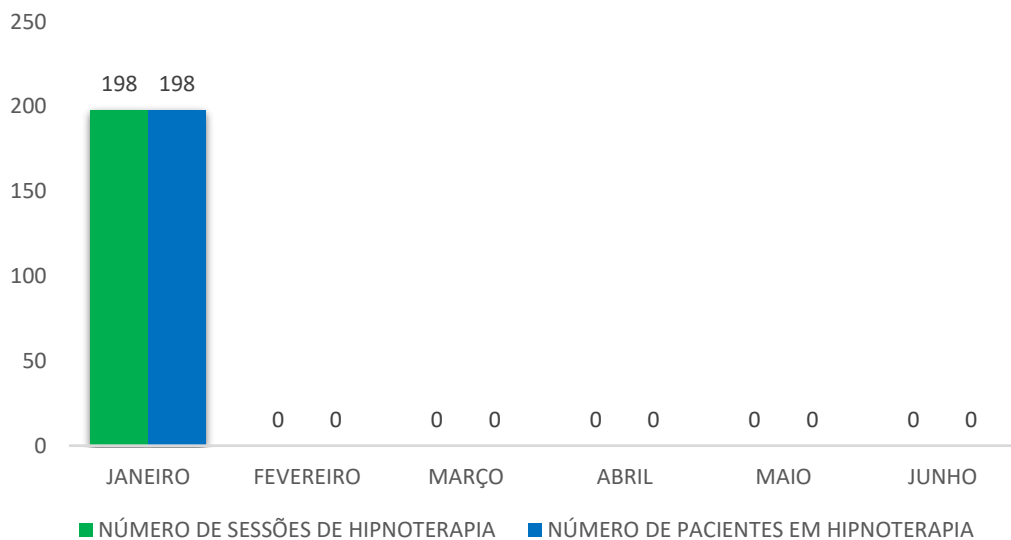
N/A: Entre fevereiro e junho de 2026, devido à ausência de colaborador responsável pelo setor no período, não foram realizados registros de atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia. O cenário impactou diretamente a produção dessas atividades na competência analisada.

ANÁLISE CRÍTICA – TERAPIAS INTEGRATIVAS

Entre fevereiro e junho de 2026, em razão da ausência de profissional responsável pelo setor, não foram realizados atendimentos relacionados às práticas de cromoterapia e hipnoterapia, impactando diretamente a produção e o monitoramento desses indicadores no período.

Considerando que não há previsão para contratação de novo colaborador, optou-se pela descontinuidade do monitoramento desses indicadores até que o serviço seja restabelecido. Após a recomposição da equipe e retomada das atividades, será realizada nova avaliação quanto à viabilidade da reimplantação das práticas e do monitoramento dos respectivos indicadores.

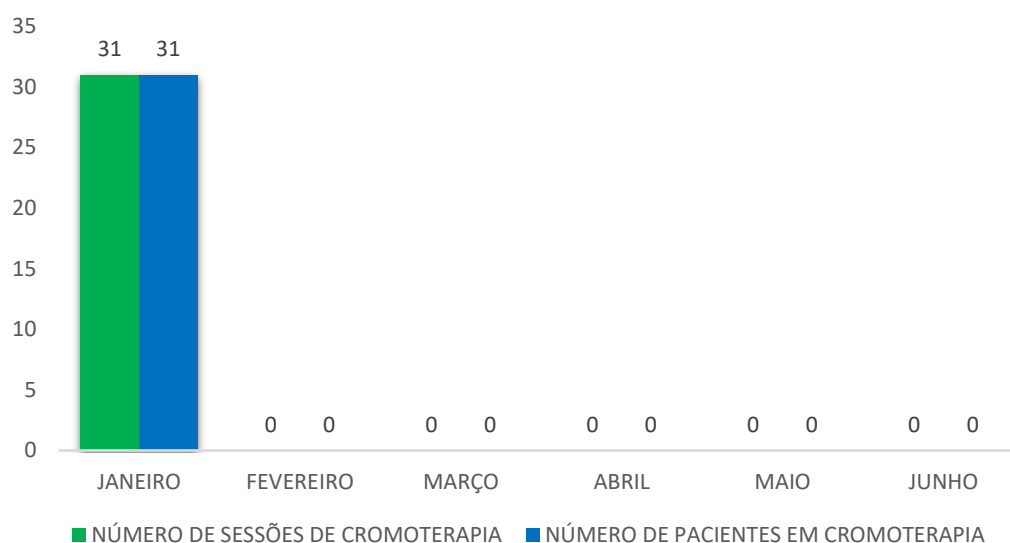
Gráfico 72. Hipnoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Entre fevereiro e junho 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.

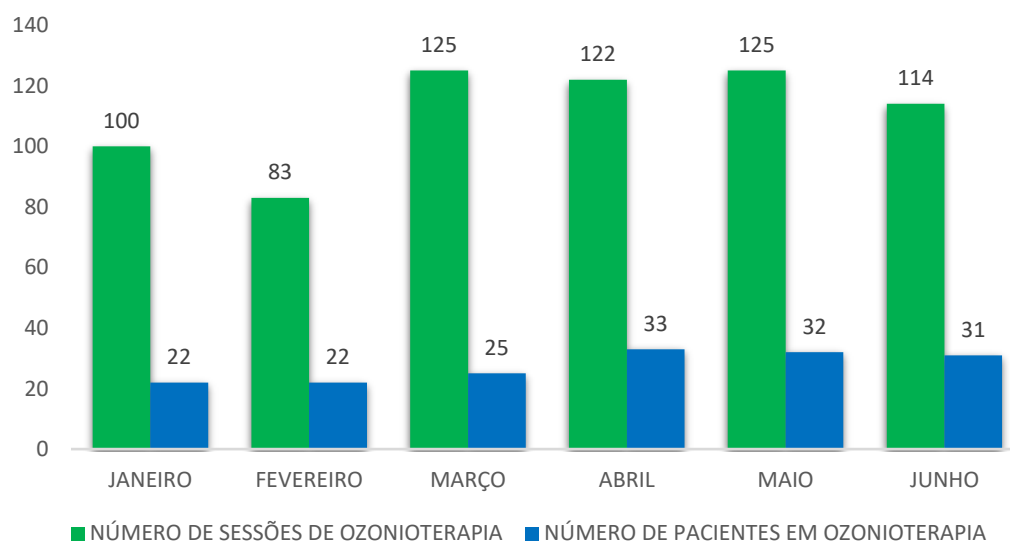
Gráfico 73. Cromoterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

* Entre fevereiro e junho 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	JUNHO
TAXA DE LPP - GLOBAL	< 15%	2,54%	1,79%	6,80%	1,69%	2,98%	1,89%
TAXA DE LPP - UTI	< 5%	2,08%	3,64%	3,92%	1,85%	1,85%	0%
TAXA DE LPP - CLÍNICA MÉDICA	< 5%	8,70%	0%	7,41%	2,60%	4%	2,30%
TAXA DE LPP - CUIDADOS PROLONGADOS	< 5%	2,00%	1,92%	7,92%	0,94%	2,83%	2,38%
PREVALÊNCIA DE PRESÃO POR PRESSÃO	QUANTO MENOR, MELHOR	49,75%	31,84%	36,41%	35,86%	30,64%	29,81%
% DE PACIENTES SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO	> 95%	99,15%	95,61%	99,13%	99,24%	95,16%	90,91%
NÚMERO TOTAL DE LESÕES EM PACIENTES INTERNADOS	QUANTO MENOR, MELHOR	98*	71	75	85	72	79
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO COMUNITÁRIA	QUANTO MENOR, MELHOR	8*	6	5	10	7	8
NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS COMO HOSPITALAR	QUANTO MENOR, MELHOR	5*	4	14	4	7	5

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

*Feita correções de dados retroativos.

ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

No mês de junho foram notificadas cinco Lesões por Pressão (LPP) adquiridas, representando redução de 28,6% em relação ao mês anterior. Como consequência, a Taxa Global de LPP reduziu de 2,98% para 1,89%, evidenciando evolução favorável do indicador.

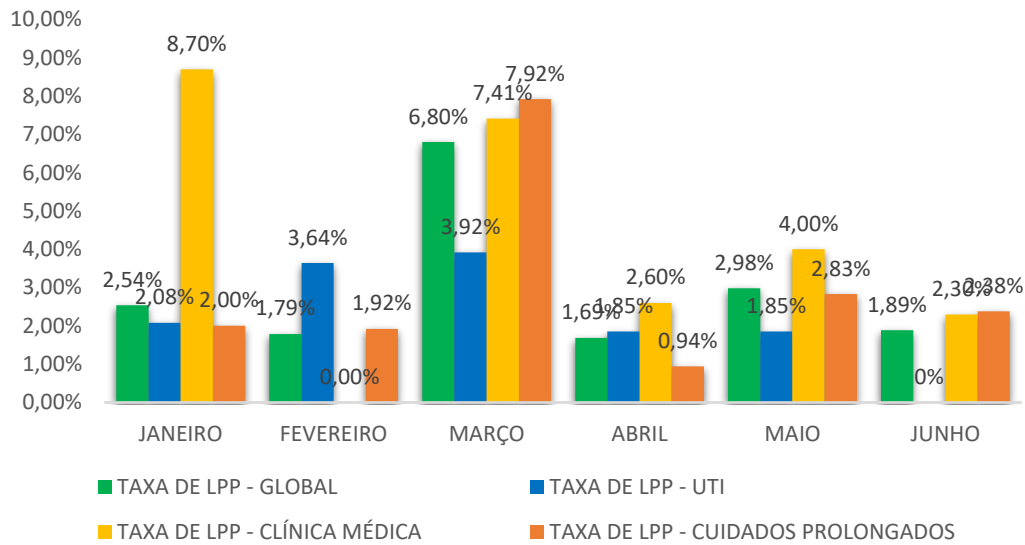
A prevalência de LPP apresentou discreta redução, mesmo diante do aumento de aproximadamente 12,8% no número de pacientes expostos ao risco, refletindo o perfil de maior complexidade assistencial da unidade. Os casos ocorreram predominantemente em pacientes idosos, acamados, com mobilidade reduzida,

comprometimento nutricional, múltiplas comorbidades e dependência funcional, especialmente na unidade de retaguarda.

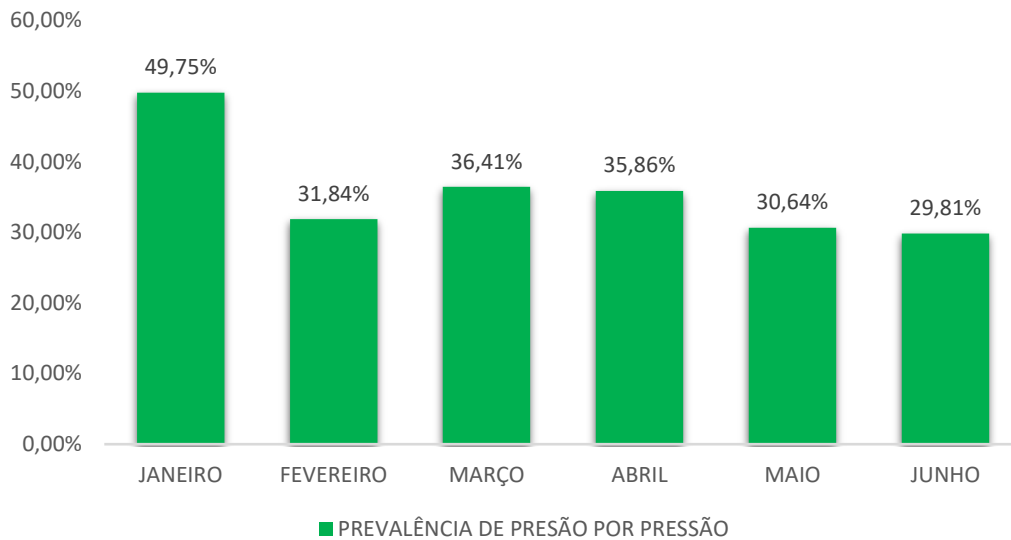
A análise dos eventos demonstrou que parte dos pacientes apresentava deterioração clínica importante, incluindo pacientes em cuidados de fim de vida, condição que favorece o desenvolvimento de lesões cutâneas mesmo com a adoção das medidas preventivas preconizadas. Nos demais casos, os fatores de risco estiveram relacionados ao perfil clínico dos pacientes, sem identificação de falhas assistenciais, indisponibilidade de insumos ou atraso na avaliação especializada. Todos os pacientes foram avaliados oportunamente pela Estomaterapia e Grupo de Pele, receberam tratamento específico e permaneceram em acompanhamento, incluindo terapia complementar quando indicada.

Como oportunidade de melhoria, observou-se que a avaliação de risco para LPP na admissão atingiu 90,9%, permanecendo abaixo da meta institucional de 95%. Dessa forma, serão reforçadas as orientações quanto à aplicação da Escala de Braden nas primeiras horas de internação, bem como mantidas as ações institucionais de inspeção diária da pele, reavaliação periódica do risco, mudança de decúbito conforme protocolo, proteção de proeminências ósseas e dispositivos médicos, otimização do suporte nutricional, auditorias assistenciais, educação permanente das equipes e monitoramento intensificado dos pacientes com maior risco.

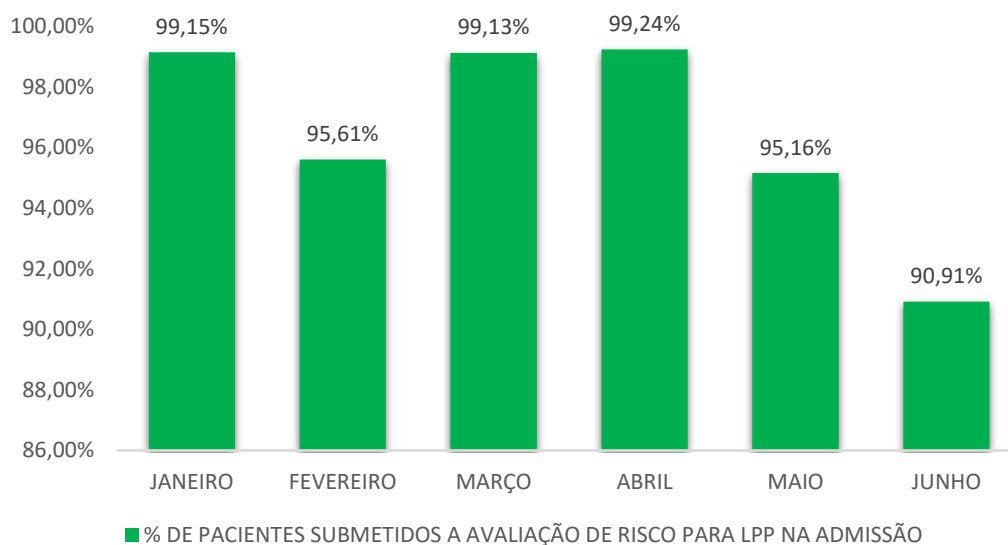
De forma geral, os resultados demonstram melhora consistente do indicador, com redução dos casos adquiridos e da taxa global de LPP, mesmo diante do aumento da população de pacientes de alto risco, evidenciando a efetividade das estratégias preventivas implementadas e a necessidade de fortalecer a adesão à avaliação de risco na admissão para consolidação dos resultados.

Gráfico 76. Taxas de lesão por pressão

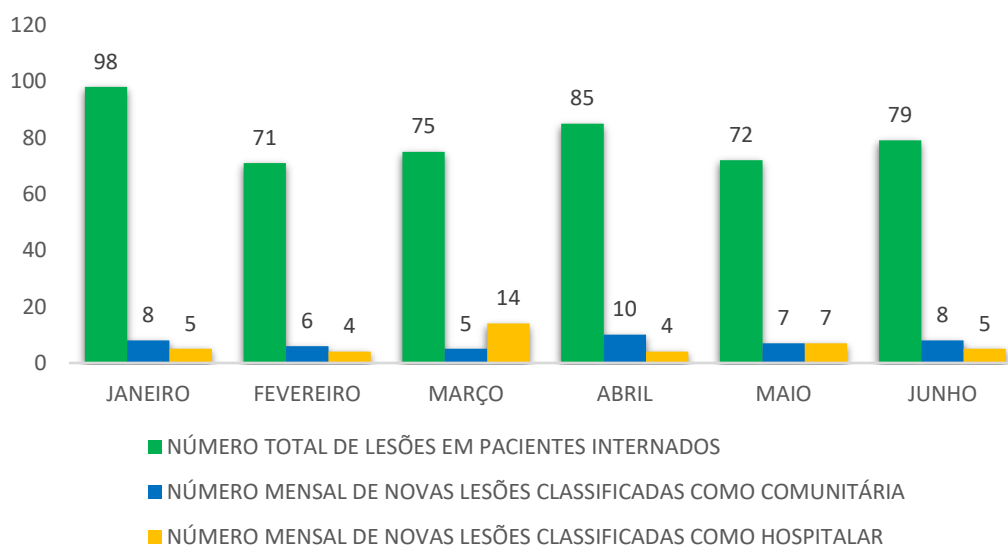
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

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 – Estomatologia.

Gráfico 79. Análise de lesões

Fonte: Relatório Interno – Estomatologia.

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	JUNHO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	87%	87%	82%	83%	84%	94%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	80%	44%	67%	85%	52%	89%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	N/A	N/A	100%	100%	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	23%	21%	13%	16%	20%	10%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	35	37	37	37	37	37
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	208	247	354	217	171	383
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	174	199	292	167	138	341
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	115	91	195	81	75	234
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	15	27	49	37	33	54
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	46	52	46	34	34	39
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	23	58	64	50	23	36
OUTROS	NEUTRO		8	2	4	3	12
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	3	6	21	28	15	11
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	108	44	27	48	29	32
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	28	37	26	35	49	31

META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	5	3	5	2	10
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	49	97	226	66	52	243
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	3	6	1	3	8	6
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	8	25	48	13	7	18

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	JUNHO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	73%	90%	76%	87%	97%	99%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	62%	40%	68%	65%	67%	70%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	100%	100%	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	32%	21%	9%	14%	25%	9%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	10	10	10	10
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	68	90	140	92	65	170
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	50	81	106	80	63	169
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	29	34	84	37	25	113
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	5	8	19	16	14	30
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	22	19	13	13	16	15
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	12	29	23	23	10	12
OUTROS	NEUTRO	1	6	2	2	0	2
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	4	4	8	8	6	1
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	19	14	13	21	15	12
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	6	14	8	18	16	10
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	2	1	1	0	4

META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	32	37	87	32	18	129
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	1	6	0	1	6	5
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	5	7	20	4	4	7

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	JUNHO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	90%	72%	89%	100%	100%	91%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	82%	41%	72%	84%	82%	86%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	40%	31%	5%	75%	43%	15%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	10	10	5	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	20	29	36	8	7	32
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	18	21	32	8	7	29
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	12	16	22	1	2	22
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	0	1	10	0	2	3
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	8	9	2	6	3	5
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	0	2	2	1	0	2
OUTROS	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	0	0	0	0	1	1
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	3	5	3	0	0	5
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	4	2	0	0	1	1
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	1	0	1	0	0

META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	13	18	33	6	5	24
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	0	0	0	0	0	1
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	0	2	0	1	0	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	JUNHO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	N/A	N/A	100%	100%	92%	100%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	N/A	N/A	72%	62%	65%	78%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	N/A	N/A	11%	42%	31%	8%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	N/A	N/A	5	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	N/A	N/A	9	19	13	13
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	N/A	N/A	9	19	12	13
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	N/A	N/A	7	10	6	9
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	3	2
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	N/A	N/A	1	8	4	1
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	N/A	N/A	1	1	0	1
OUTROS	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	N/A	N/A	0	9	1	3
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	N/A	N/A	2	0	1	2
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	5	0
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	0	0

META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	N/A	N/A	7	5	6	8
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	N/A	N/A	0	0	0	0
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	N/A	N/A	0	4	0	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	JUNHO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	95%	100%	93%	80%	84%	85%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	88%	86%	85%	70%	72%	75%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0%
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	26%	31%	18%	6%	19%	13%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	12	12	12	12	12	12
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	43	47	136	50	43	102
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	41	47	126	40	36	87
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	16	14	70	19	19	62
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	3	3	15	13	9	16
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	11	15	25	3	8	13
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	12	13	26	14	7	11
OUTROS	NEUTRO	4	0	0	0	1	3
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	1	1	13	11	7	5
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	2	1	2	10	8	3
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	8	11	10	14	12	13
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	0	1	1	1	3
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	16	19	83	4	11	66

META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	1	0	1	0	1	0
META 6 - RISCO DE LPP	NEUTRO	10	13	26	2	2	9

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	JUNHO
TAXA DE NC TRATADA TOTAL	>85%	100%	100%	75%	100%	100%	83%
TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)	>75%	75%	100%	73%	79%	85%	68%
TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAXA DE INCIDENTE COM DANO	<25%	0%	25%	11%	0%	33%	17%
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS	> 30	5	5	5	5	5	5
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS	NEUTRO	3	4	8	3	3	6
NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS	NEUTRO	3	4	6	3	3	5
CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL	NEUTRO	0	0	3	1	2	1
NEAR MISS (QUASE ERRO)	NEUTRO	0	1	3	1	0	0
INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)	NEUTRO	0	1	1	0	1	1
INCIDENTE SEM DANO	NEUTRO	3	2	2	1	0	4
OUTROS	NEUTRO	1	0	0	1	0	0
META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	NEUTRO	1	3	4	1	1	3
META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
META 5 - RISCO DE INFECÇÃO	NEUTRO	1	0	4	1	2	2
META 6 - RISCO DE QUEDA	NEUTRO	0	0	0	0	0	0

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

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

ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

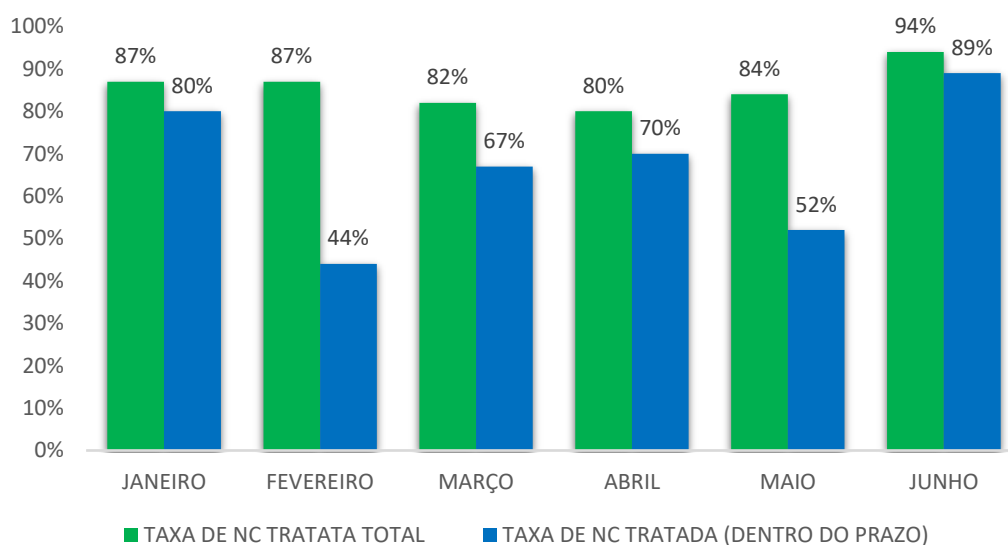
Embora a taxa global de respostas às Não Conformidades (NCs) dentro do prazo tenha permanecido dentro da meta institucional, a análise por setor evidencia oportunidades de melhoria quanto à tempestividade das devolutivas, reforçando a necessidade de maior acompanhamento e comprometimento das lideranças no tratamento das ocorrências.

Observou-se também que a taxa de incidentes com dano da unidade João de Barro Pediatria permaneceu 2% acima da meta institucional, indicando a necessidade de intensificar as ações de monitoramento, análise dos eventos e implementação de medidas preventivas específicas para o setor.

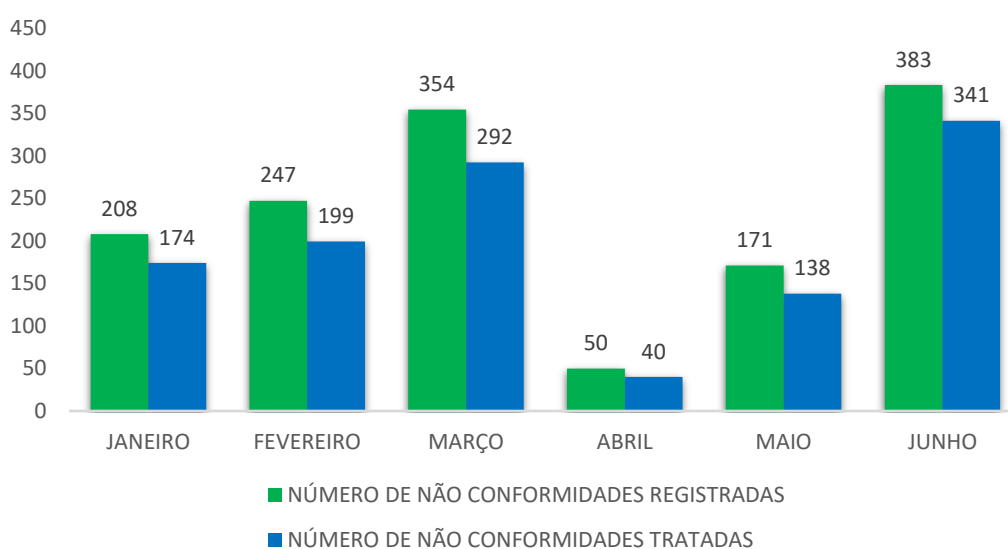
Além disso, verificou-se aumento no número de quedas hospitalares em relação ao período anterior, reforçando a importância do fortalecimento das estratégias de prevenção, da adesão aos protocolos de segurança do paciente, da reavaliação contínua do risco de queda e da capacitação das equipes assistenciais, com acompanhamento sistemático dos planos de ação pela Comissão de Segurança do Paciente.

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

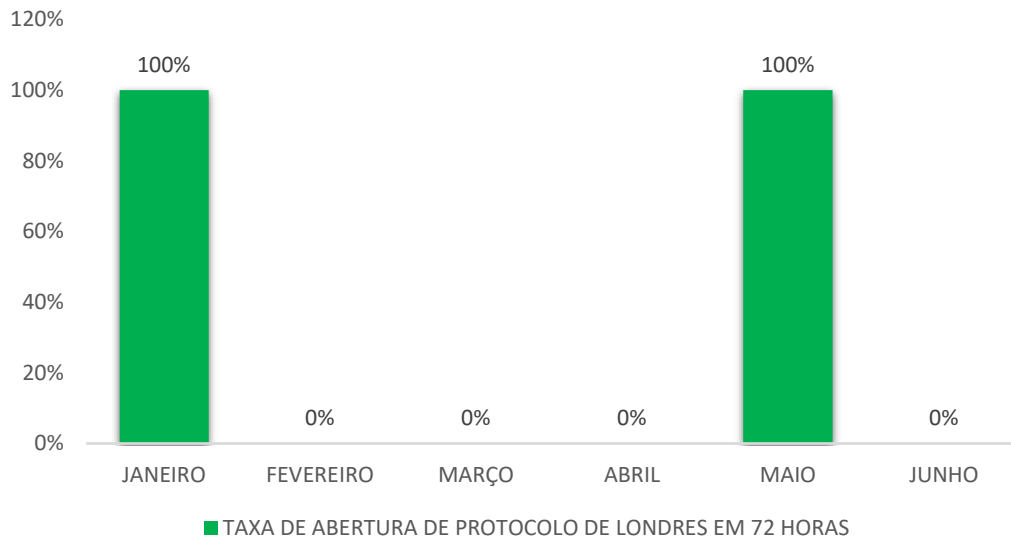
O cenário reforça a importância da manutenção das ações de monitoramento, análise de eventos e orientação contínua das equipes, visando reduzir as ocorrências setoriais e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

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

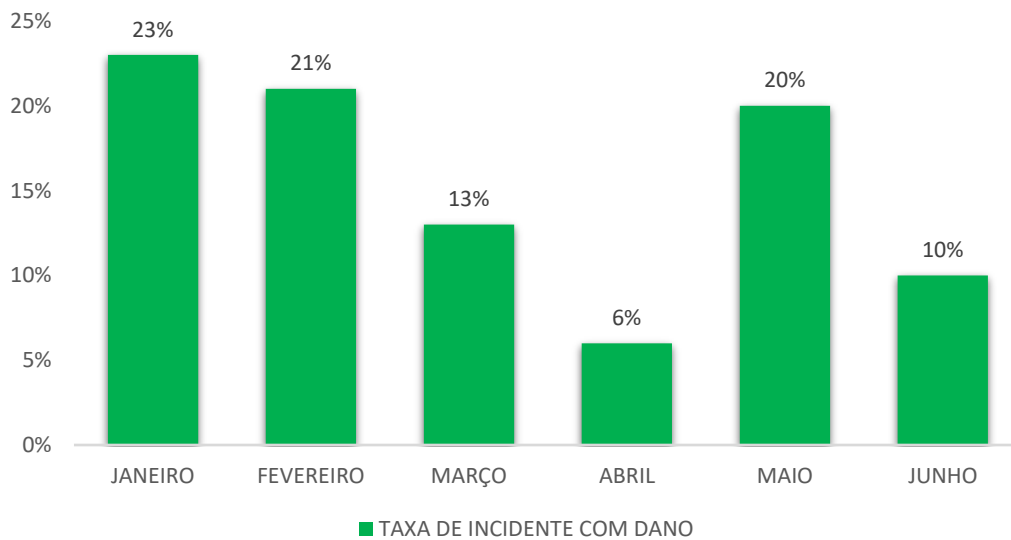
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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

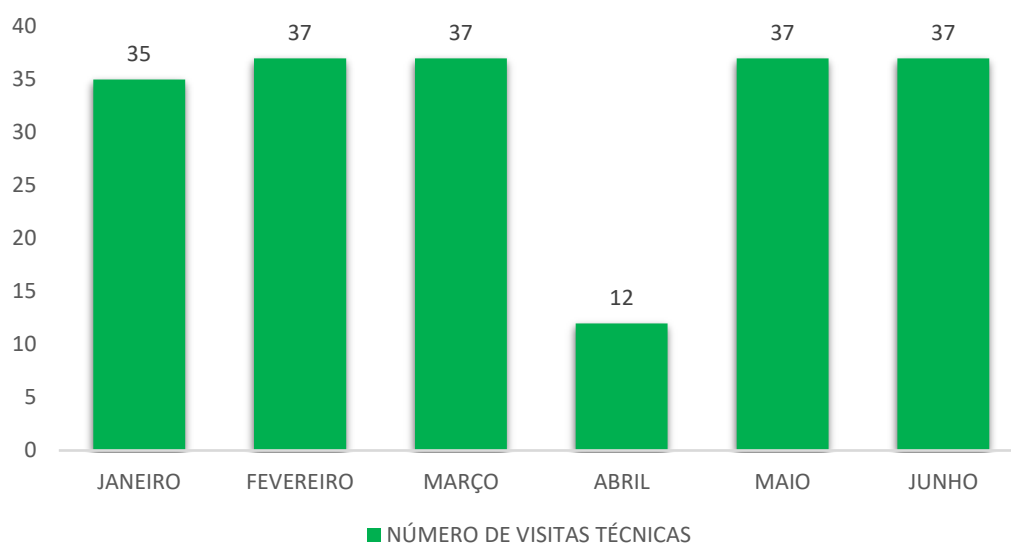
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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

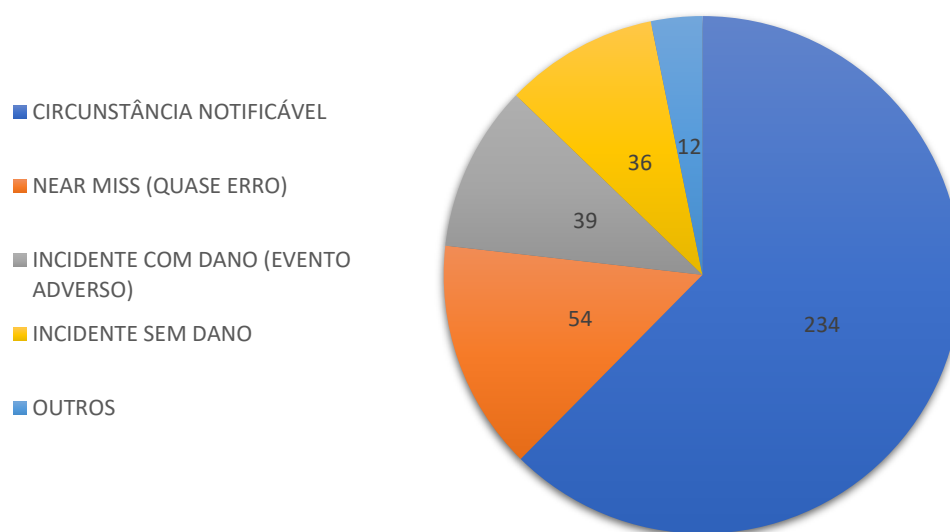
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

Gráfico 83. Taxa de incidente de dano

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

Gráfico 84. Número de visitas técnicas

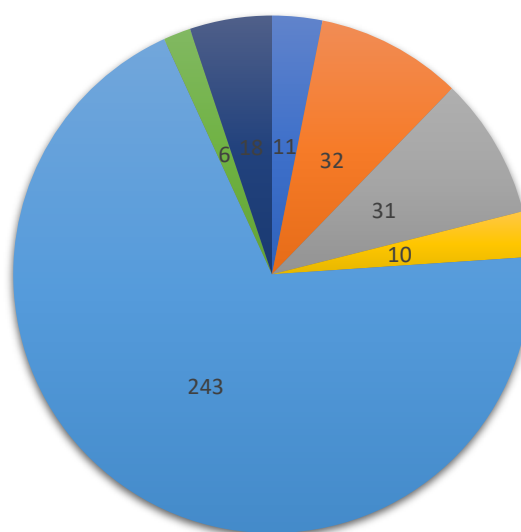
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

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
- META 6 - RISCO DE QUEDA
- META 6 - RISCO DE LPP



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	JUNHO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 4,05	3	2	2	2	4	1
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	< 7%	3,13%	1,85%	1,82%	1,56%	3,10%	0,81%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	< 2%	0,65%	0,44%	0,39%	0,39%	0,78%	0,20%
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 4,05%	4,76%	0%	1,74%	2,04%	7,84%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 2,78%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 0,59%	4%	4,63%	0%	3,37%	0%	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	JUNHO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 1,50	1	0	2	1	1	1
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 1,04%	0,98%	0%	1,45%	0,72%	0,72%	0,73%
DENSIDADE INCIDENCIA DE	< 4,95%	3,46%	0%	2,11%	0%	2,53%	0%

IPCS ASSOCIADAS A CVC							
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20ML	27,45	68,68	6,54	20,13	26,74	23,34

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	JUNHO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	1	1	0	1	2	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18%	2,10%	1,96%	0%	2,85%	5,95%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89%	7,63%	0%	0%	5,71%	21,51%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	NEUTRO	15,09%	3,14%	4,87%	16%	10,71%	6,65%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	NEUTRO	27,46%	16,47%	23,05%	49,86%	27,68%	36,56%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	NEUTRO	13%	20%	17,21%	31,34%	20,24%	17,22%
PERCENTUAL DE ADESAO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	100%	83,33%	100%	100%	81,82%	63,64%
PERCENTUAL DE ADESAO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	100%	93,33%	93,30%	90,29%	94,62%	94,21%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ML	47,71	17,49	61,56	37,99	79,29	44,29

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	JUNHO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	< 2,25	N/A	N/A	0	0	1	0
DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS	< 4,18	N/A	N/A	0%	0%	5,46%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC	< 6,89	N/A	N/A	0%	0%	66,47%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA PAV	< 8,06	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%
DENSIDADE INCIDENCIA ITU	< 1,06	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA	NEUTRO	N/A	N/A	3,66%	5,94%	0%	0%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS	NEUTRO	N/A	N/A	12,80%	8,68%	8,20%	4,42%
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA	NEUTRO	N/A	N/A	10,98%	10,50%	24,04%	3,87%
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC	100%	N/A	N/A	100%	100%	100%	N/A*
PERCENTUAL DE ADESÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC	100%	N/A	N/A	40,50%	100%	100%	100%
CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML	> 20 ML	N/A	N/A	55,98	56,89	66,78	40

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

N/A* – Não se aplica, não tivemos CVC neste período no 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	JUNHO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	1	1	0	0	0	0
DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS	0%	0,32%*	0,35%	0%	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	JUNHO
NÚMERO TOTAL DE IRAS	0	0	0	0	0	0	0

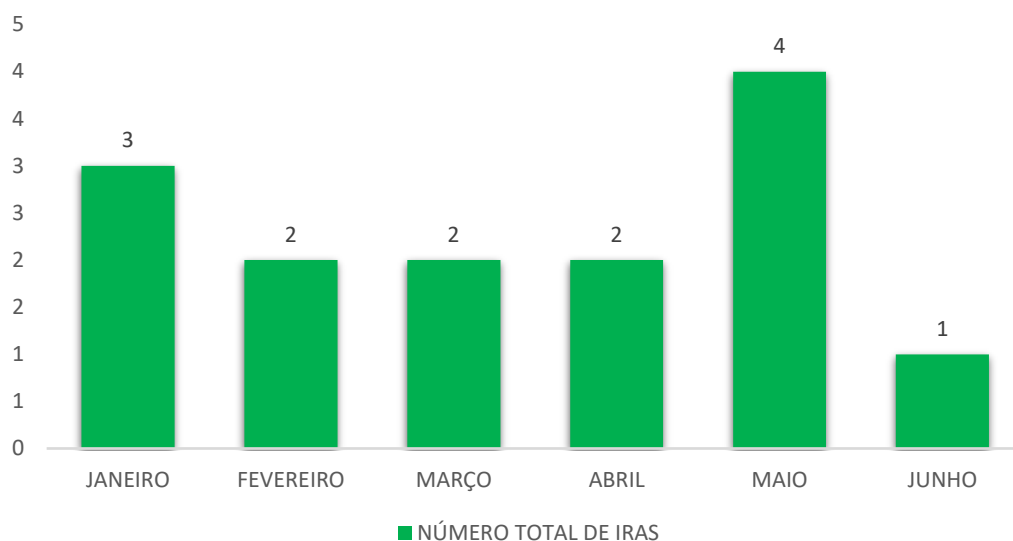
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No mês de junho, foi registrada 1 Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), correspondente a um caso de *Clostridioides difficile* (CDI). Como medida imediata, foram reforçadas junto às equipes assistenciais as orientações referentes às precauções de contato, isolamento e demais medidas de prevenção e controle de infecção.

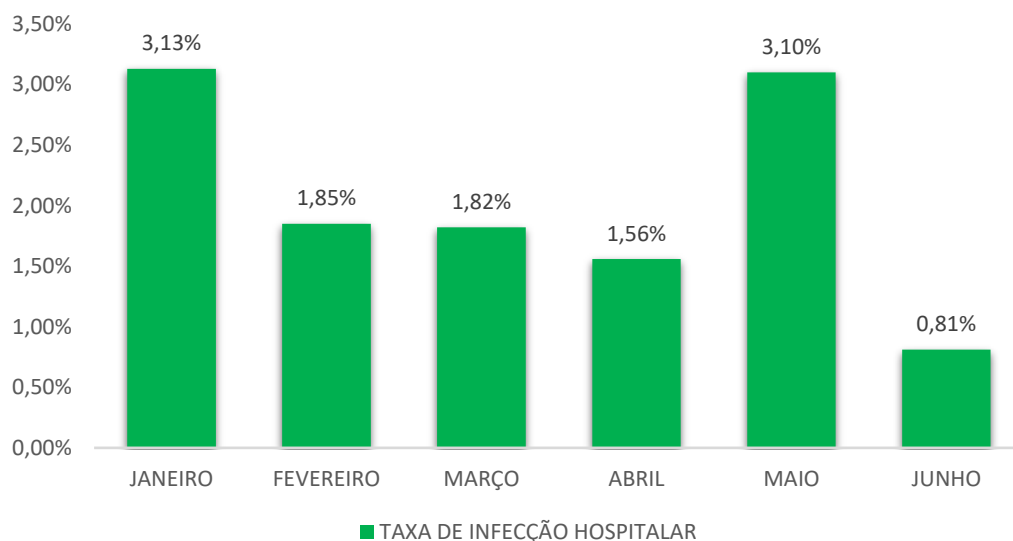
Observou-se que as ações implementadas após os eventos registrados em maio apresentaram resultados positivos, refletidos na redução do número de IRAS no período. Como estratégia de melhoria contínua, será intensificado o monitoramento e o registro dos bundles assistenciais, visando ampliar a adesão às boas práticas, fortalecer a rastreabilidade dos cuidados e contribuir para a prevenção de novos casos.

Gráfico 87. Número total de IRAS



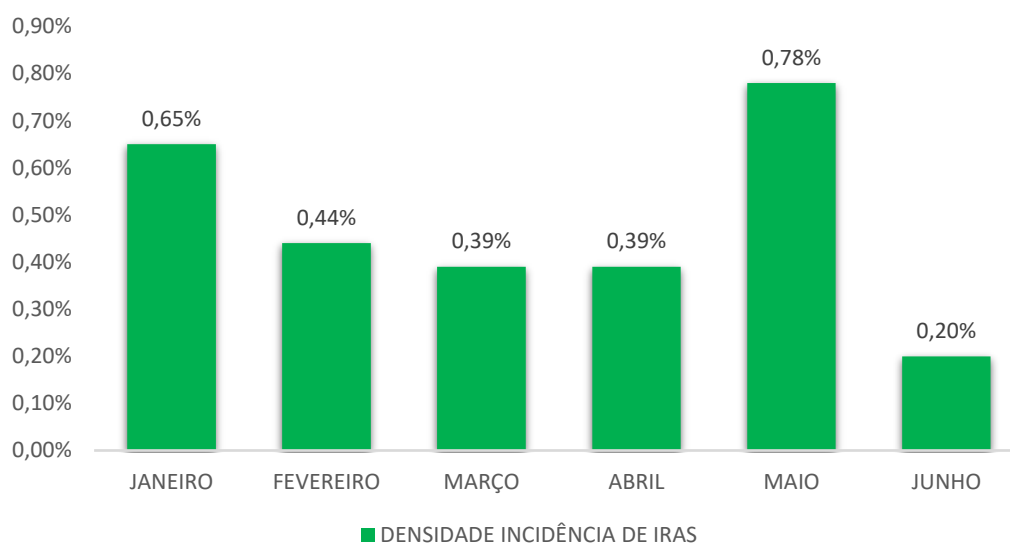
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

Gráfico 88. Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar



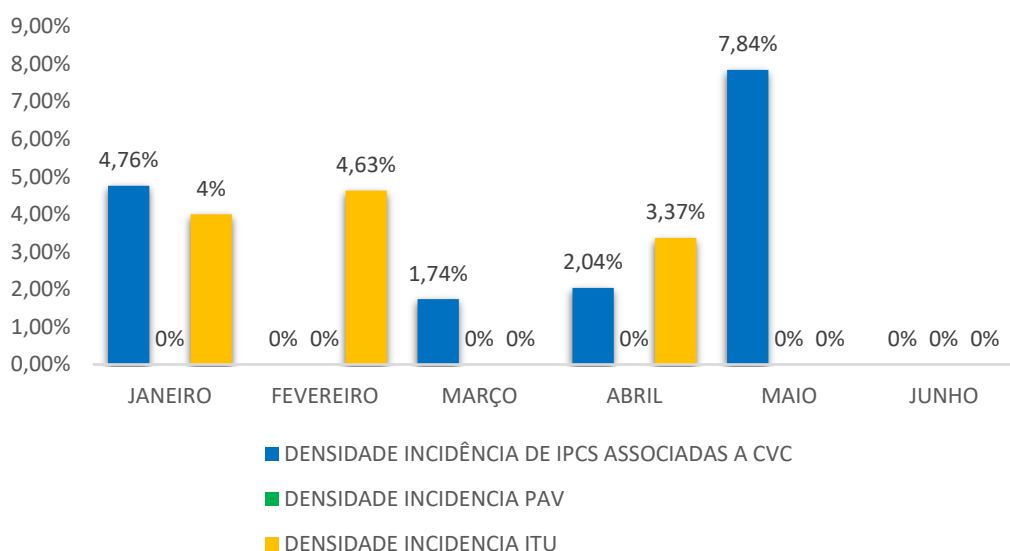
Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

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

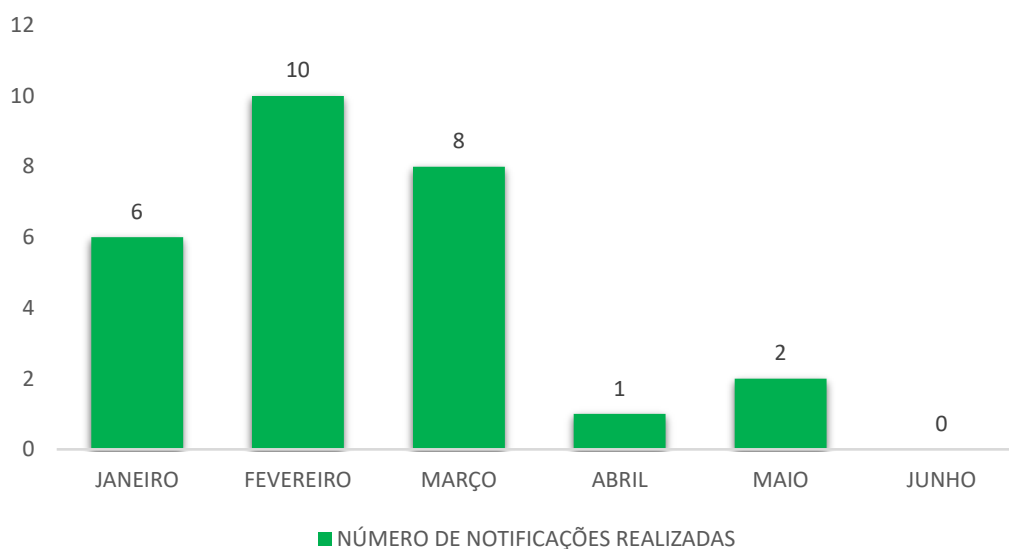
- Atua na vigilância epidemiológica e sanitária, monitorando indicadores de saúde pública e identificando problemas de saúde na comunidade.
- Realiza investigações epidemiológicas, controle de surtos e implementação de medidas para prevenir a propagação de doenças transmissíveis.
- Colabora com órgãos 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	JUNHO
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	6	10	8	1	2	0
QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID- PROVENIENTE DO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	3	8	0	0	0	0
QUANTIDADE DE PACIENTE COM DENGUE- PROVENIENTE DO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0
TAXA DE TESTE POSITIVO PARA COVID	0%	20%	23,52%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	1	2	0	0	0
NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE ACOMPANHADOS NO HMG NOTIFICADOS NA ORIGEM	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	2	3	3	1
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	1	1	0	0
NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS NO HMG	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0
NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	1	5	0	1	0

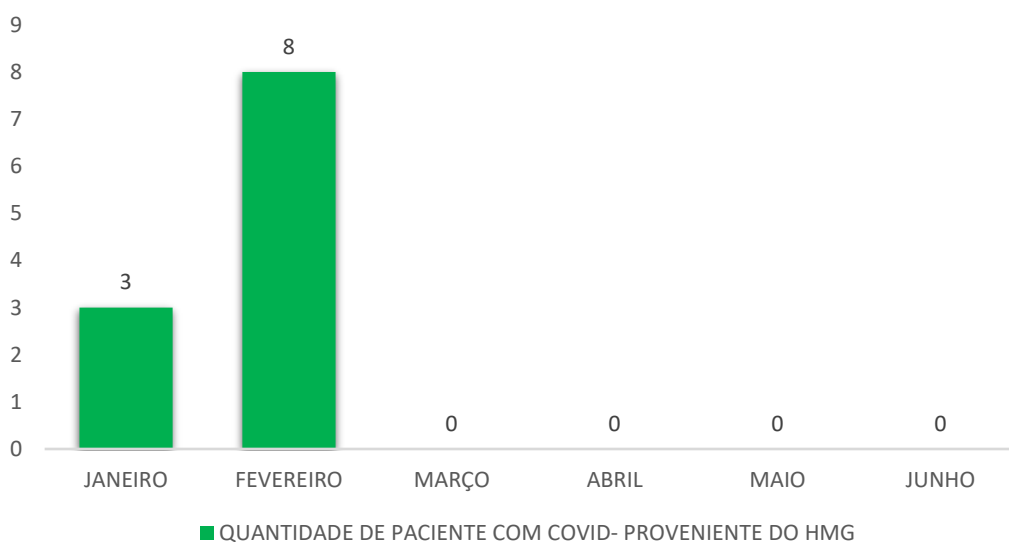
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 91. Número de notificações realizadas

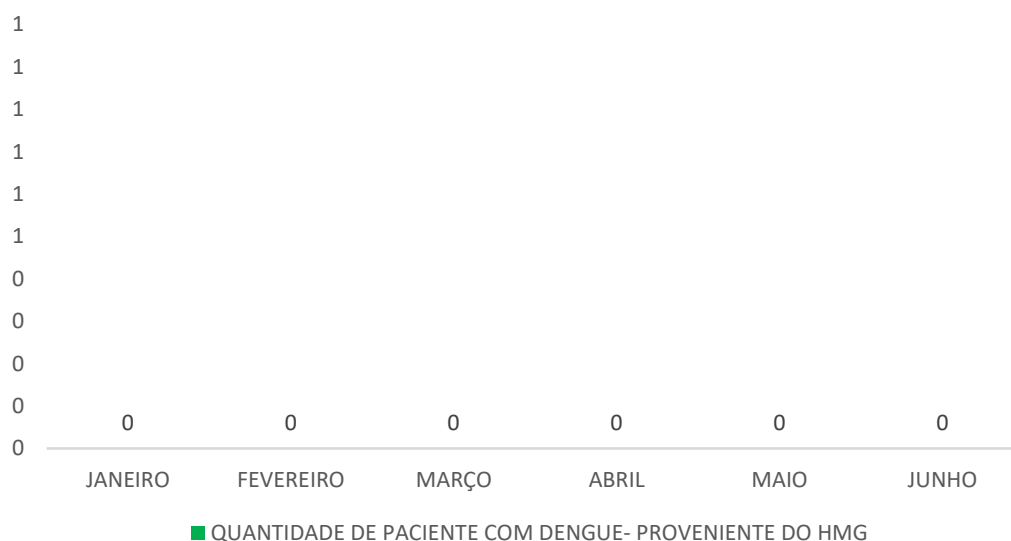


Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

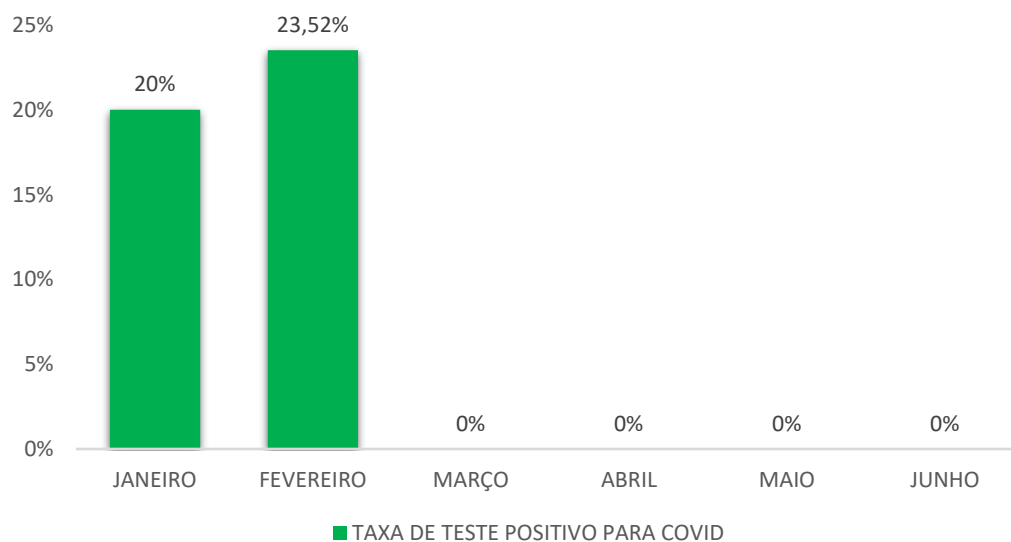
Gráfico 92. Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

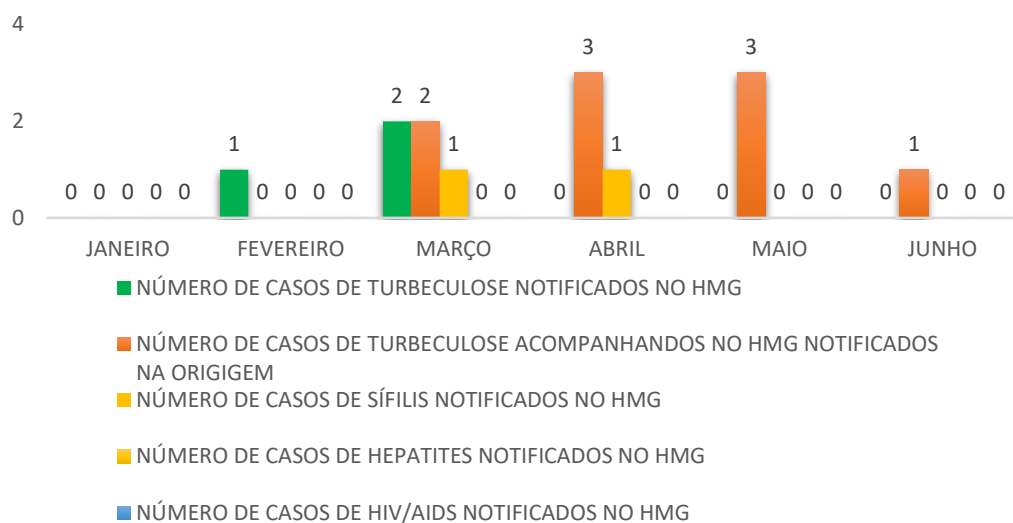
Gráfico 93. Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG

Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 94. Taxa de teste positivo para COVID

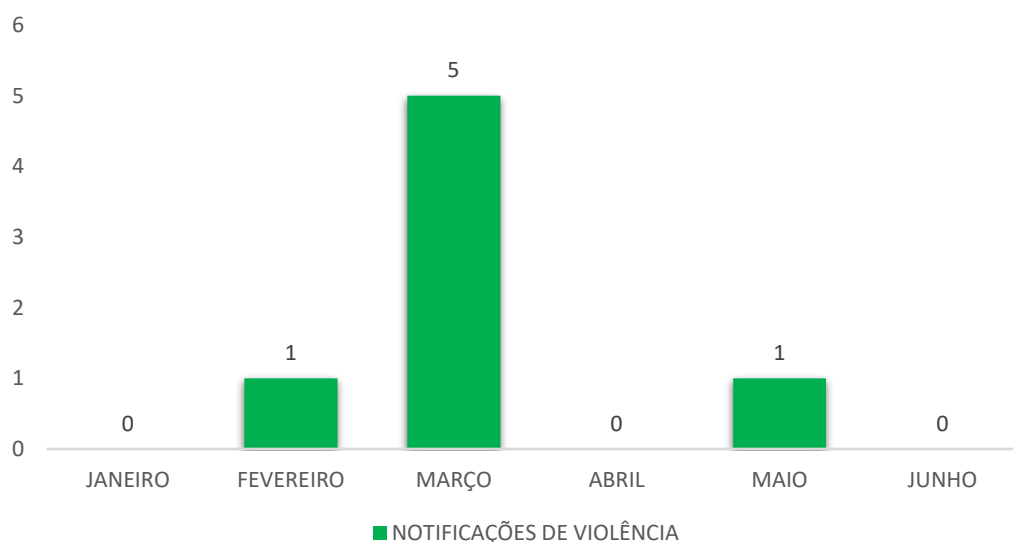
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 95. Número de casos



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 96. Notificações de violência



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

3.4.4. NIR – Núcleo Interno De Regulação

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

- Gerenciamento de Vagas: Responsável por receber e analisar as solicitações de vagas de outras instituições de saúde, como hospitais e clínicas.

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

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 85%	87%	87%	90%	86%	86%	83%
TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER	< 15 DIAS	4	5	5	6	5	5
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	117	114	115	132	124	121
NÚMERO DE FICHAS ACEITAS	NEUTRO	135	131	128	153	145	146
NÚMERO DE FICHAS REJEITADAS	NEUTRO	277	346	132	74	49	60
NÚMERO DE FICHAS CANCELADAS	NEUTRO	18	17	13	21	21	25
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	12	5	8	12	9	23
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	78	109	108	113	99	93
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	90	114	116	125	108	116
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	NEUTRO	4	2	4	4	2	0

NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	NEUTRO	0	0	1	1	0	1
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	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	JUNHO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	17,04%	9,16%	16,41%	21,57%	26,21%	22,60%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	23	12	21	33	38	33
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	11	2	7	11	7	12
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	26	47	42	51	39	46
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	37	49	49	62	46	58
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	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	JUNHO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	69,63%	77,10%	53,13%	39,22%	35,17%	35,62%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	94	101	68	60	51	52
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	1	2	1	0	1	1
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	48	51	33	35	31	17
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	49	53	34	35	32	18
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	NEUTRO	3	2	2	1	2	0
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	NEUTRO	0	0	0	1	0	1

NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	0	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	JUNHO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	N/A	N/A	19,53%	23,53%	22,07%	24,66%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	32	36
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	N/A	N/A	0	1	1	0
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	N/A	N/A	19	21	17	24
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	N/A	N/A	19	22	18	24
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR	NEUTRO	N/A	N/A	2	3	0	0
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR	NEUTRO	N/A	N/A	1	0	0	0
NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS	NEUTRO	N/A	N/A	0	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	JUNHO
TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS	> 15%	0%	0,76%	0,78%	1,31%	2,07%	0%
NÚMERO DE ADMISSÕES	NEUTRO	0	1	1	2	3	0
NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	NEUTRO	0	1	0	0	0	12
NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS	NEUTRO	4	9	14	4	11	4
NÚMERO DE REMOÇÕES	NEUTRO	4	10	14	4	11	16

NÚMERO DE
READMISSÕES NAS
24HRS

NEUTRO 0 0 0 0 0 0

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

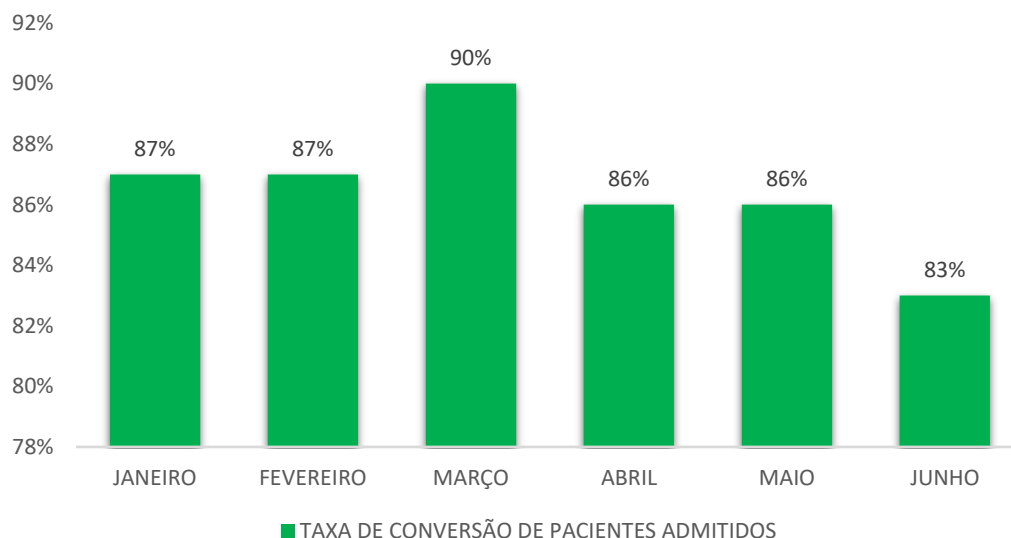
Tabela 75. Indicadores do Núcleo Interno de Regulação (Pediatria)

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

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

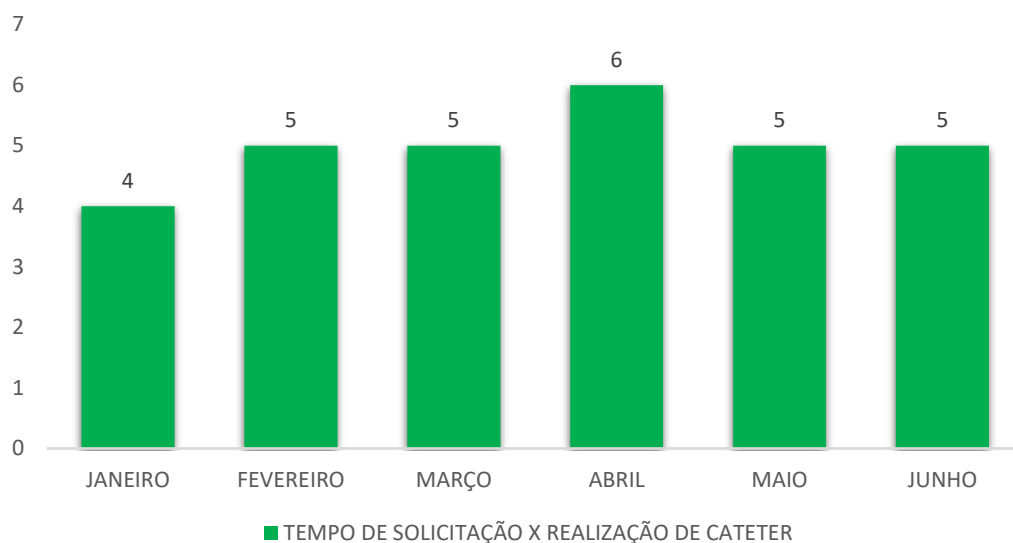
Observação: Não tivemos nenhuma admissão no setor de Pediatria.

Gráfico 97. Taxa de conversão de pacientes admitidos



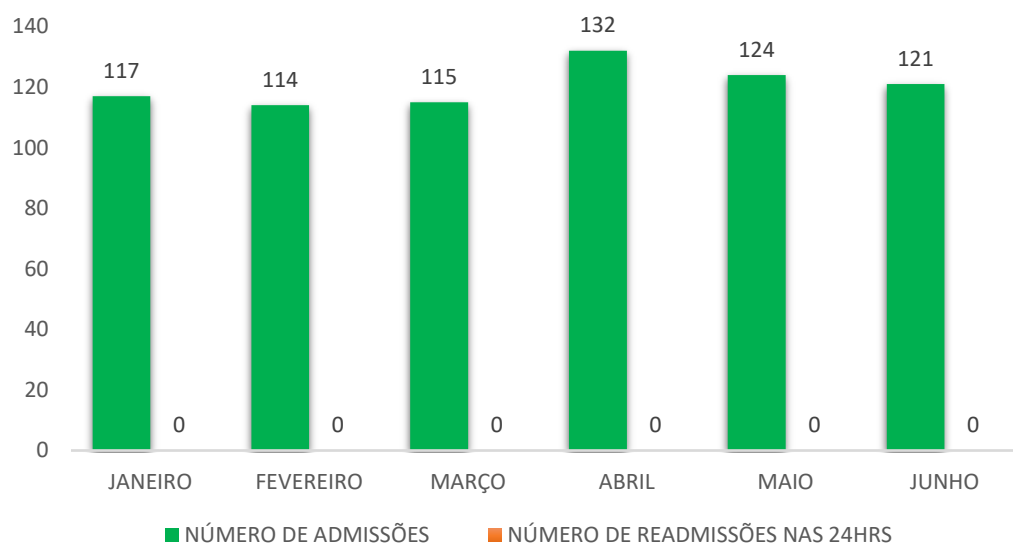
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 98. Tempo de solicitação x realização do cateter



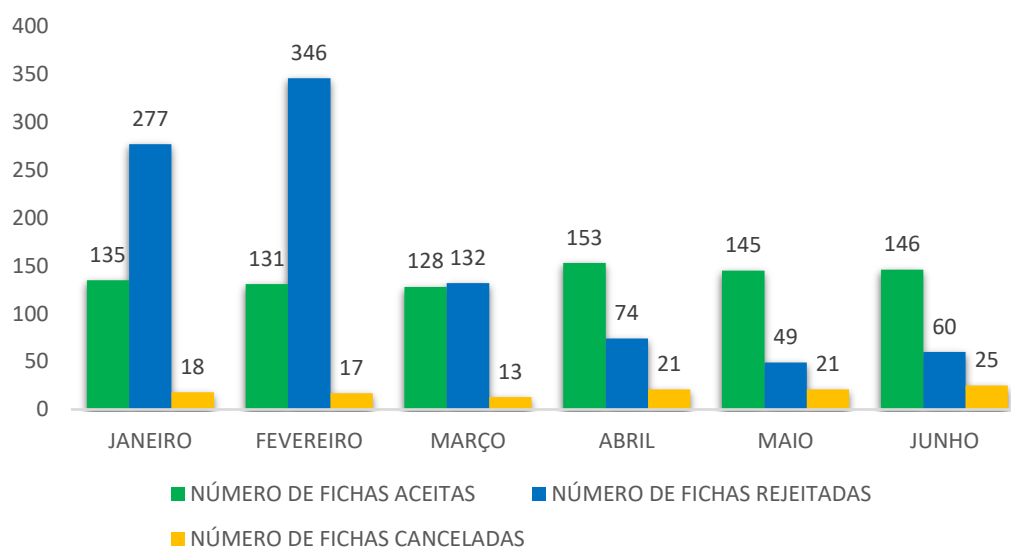
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 99. Admissões e readmissões nas 24hrs



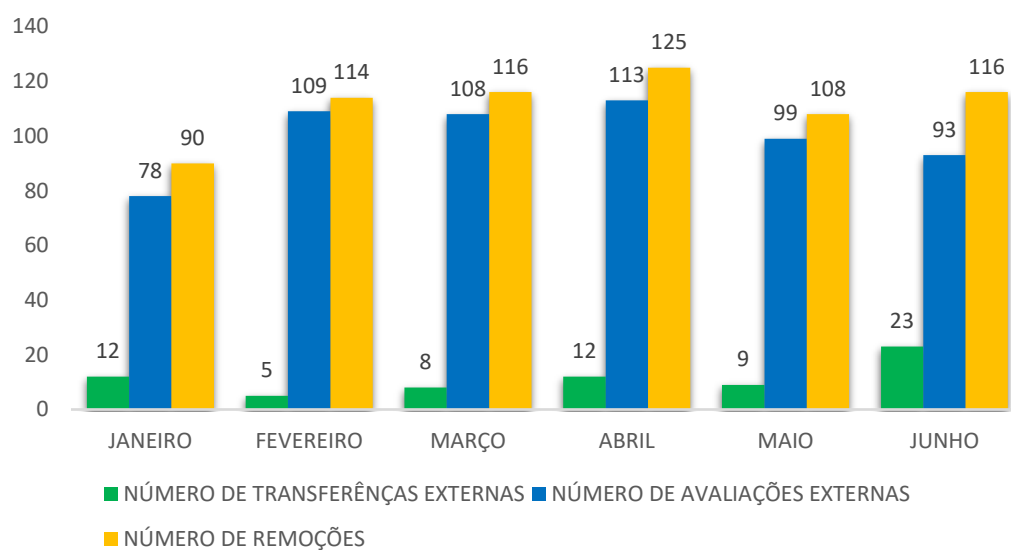
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 100. Análise de fichas CROSS



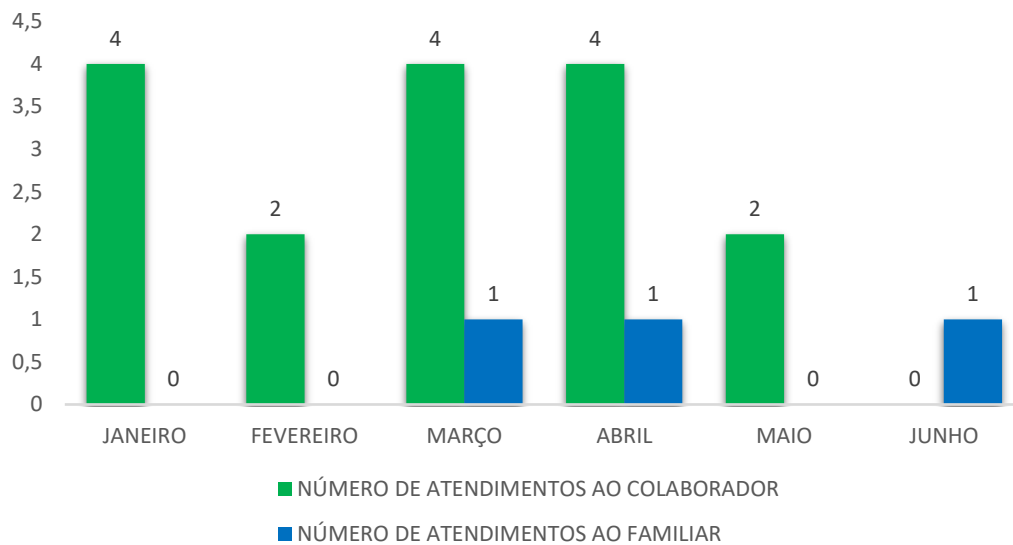
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

Gráfico 101. Serviço de remoção de pacientes



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

Gráfico 102. Atendimentos pelo NIR



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

3.4.5. Núcleo De Educação Permanente

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

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

Tabela 76. Indicadores de Núcleo de Educação Permanente

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE ADEÇÃO NOS TREINAMENTOS	> 80%	78,88%	92%	87%	83%	86%	80%
TAXA DE TREINAMENTOS PREVISTOS EM LNT	> 80%	61,76%	48%	37%	30%	84%	57%
TAXA DE CANCELAMENTO/REMANEJAMENTO	< 20%	38%	52%	63%	70%	16%	42%
NÚMERO DE TREINAMENTOS	> 20	29	31	38	26	33	47
NÚMERO DE TREINAMENTOS ASSISTENCIAIS	> 20	15	22	22	12	25	28
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES	624	1237	1222	1158	799	1399	2147
NÚMERO DE HORAS REALIZADAS DE TREINAMENTO	620	87	71	60	34	78	97
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE MEDICINA	NEUTRO	2	2	4	4	7	3
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM	NEUTRO	9	56	44	23	31	18
NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO	NEUTRO	0	7	7	8	5	7

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

ANÁLISE CRÍTICA – NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No mês de junho, observou-se boa adesão às ações de educação permanente, alcançando 80% de participação e atingindo a meta estabelecida. Também houve aumento expressivo no número de treinamentos realizados (49) e no total de participações (2.075), evidenciando maior alcance das capacitações e maior engajamento dos colaboradores.

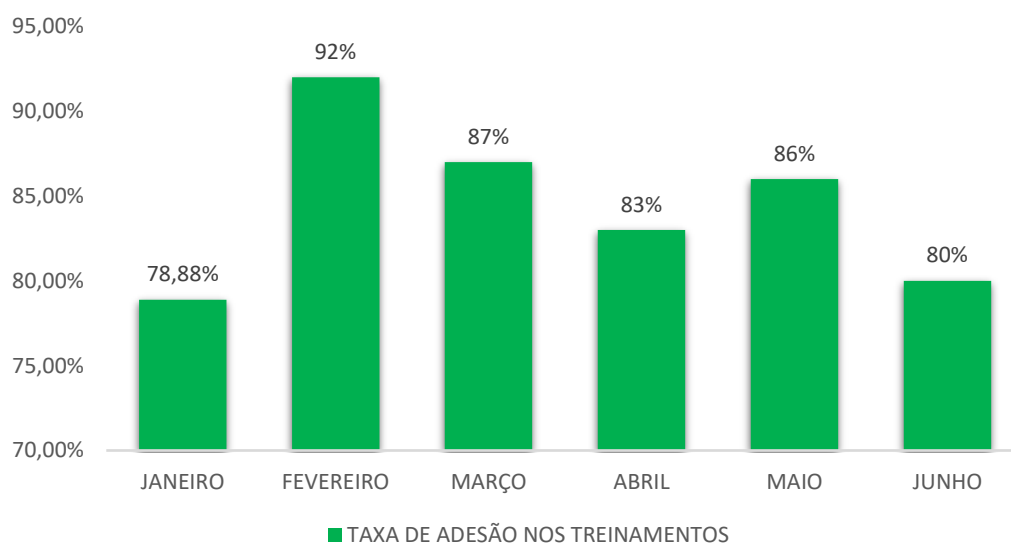
Entretanto, o percentual de treinamentos executados em relação ao planejamento atingiu 57%, permanecendo abaixo da meta institucional. Esse resultado foi influenciado pelo elevado número de cancelamentos e remanejamentos (42%), decorrentes, principalmente, de demandas assistenciais e da necessidade de adequação das escalas de trabalho.

Apesar da redução da carga horária total de treinamentos, os resultados demonstram evolução da participação dos colaboradores e fortalecimento das ações de capacitação. Como oportunidade de melhoria, serão aprimorados o planejamento das agendas, o alinhamento prévio com as lideranças e o monitoramento do cronograma de treinamentos, visando reduzir remanejamentos e ampliar o cumprimento do plano anual de educação permanente.

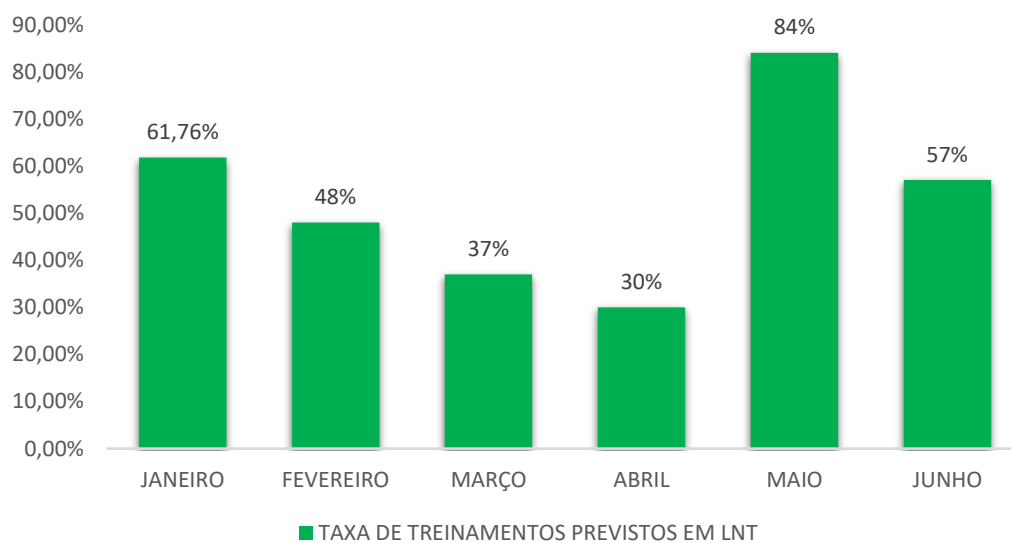
LISTA DE TREINAMENTO (NEP) – JUNHO 2026

- 6 Metas internacionais de segurança do paciente;
- Admissão humanizada e alta de qualidade;
- Auditoria e segurança da informação;
- 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;
- Técnicas de curativos e coberturas e cuidados de enfermagem com gastrostomias;
- Análise de Causa Raiz - Exteriorização de gastrostomia;
- Brigada de incêndio - Simulado de abandono;
- Carrinho a beira leito;
- Comissão de prontuários;
- Cuidados com a contenção mecânica;
- Cuidados com tomadas no HMG;
- Dieta do paciente;
- Escala de enfermagem e pulseira de identificação;
- Identificação e validade dos materiais;
- Materiais respiratórios e instrumentais encaminhado para empresa *sterimed*;
- Medidas de prevenção de quedas;
- Meta 6 - Risco de queda e contenção mecânica;
- Meta 1 - Identificação do paciente;
- NR 12 - Segurança e prevenção com equipamentos rotativos;
- NR 23 - Prevenção e combate ao princípio de incêndio;
- Organização e armazenamento de medicamentos nos carros beira - leito;
- Semana do Meio Ambiente;
- Técnica de higienização do laboratório;
- Técnico de higienização dos banheiros;
- Terapia Nutricional Enteral;

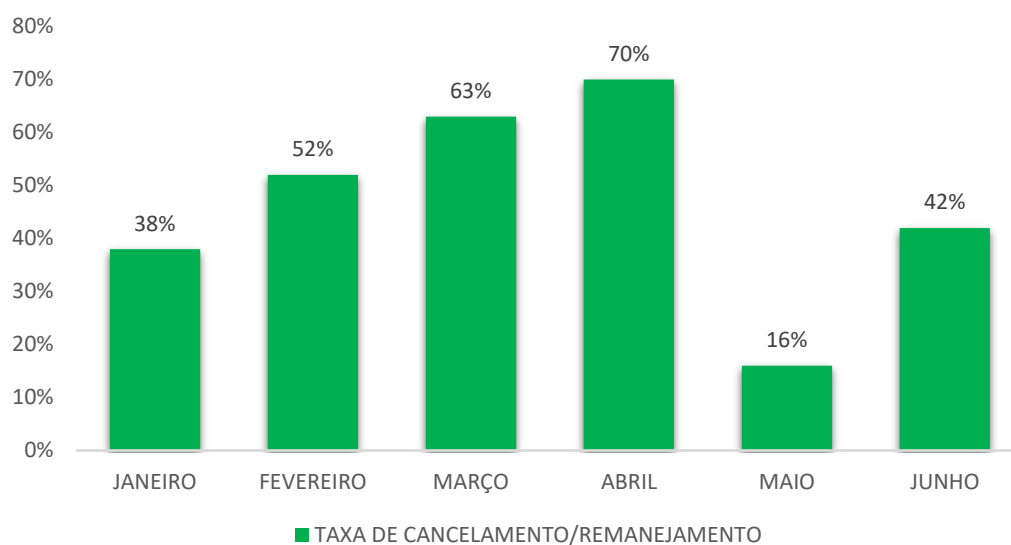
- Troca de fixação de TQT;
- Validação do enfermeiro na troca de dispositivo de gastrostomia;
- Prevenção de Isolamento;
- Auditoria e certificação ONA;
- Medicamentos não padronizados;
- IRAS;
- Cuidados com pacientes portadores de fistula arterial que realizam hemodiálise;
- Segurança no manuseio de produtos químicos;
- Higienize das mãos – Repescagem;
- EGA;
- Boas práticas de armazenamento em insumos hospitalares;
- 6 Metas internacionais de segurança do paciente
- Validação prática referente ao procedimento cateterismo vesical de alívio e demora;
- Fracionamento de medicamentos na área hospitalar;
- Montagem e distribuição de enxoval;
- Solicitação e dispensação de enxoval;
- Controle de itens pessoais em áreas críticas hospitalares;
- Controle de acesso;
- Armários rotativos;
- Controle de entrada de veículos;
- Ouvidoria – SIGRC.

Gráfico 103. Taxa de adesão nos treinamentos

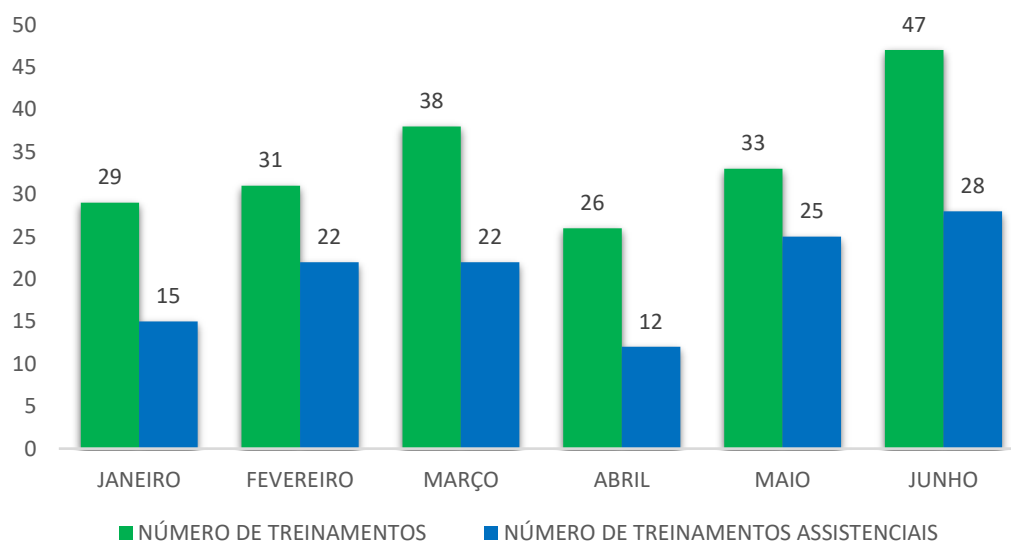
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 104. Taxa de treinamentos previstos em LNT

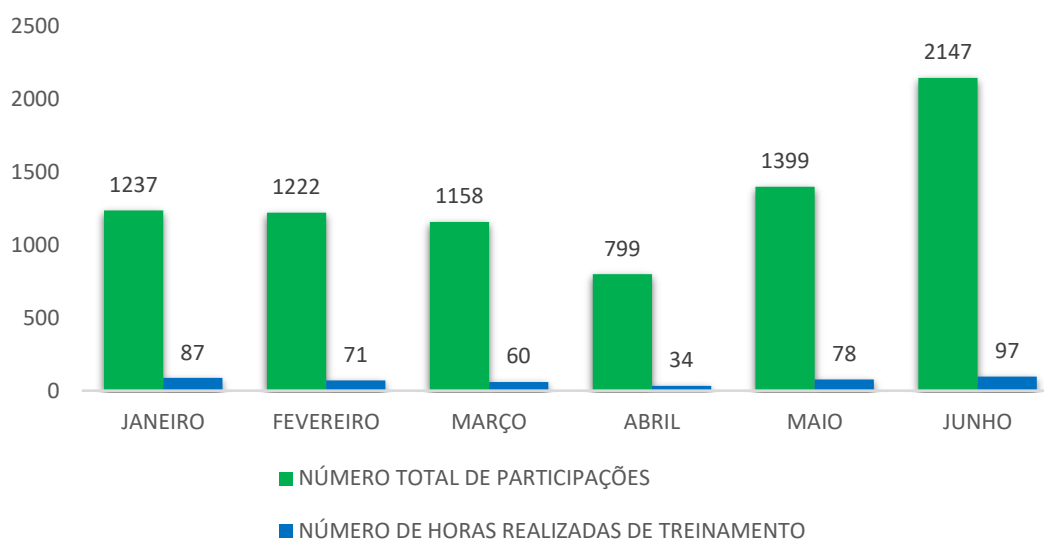
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

Gráfico 105. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos

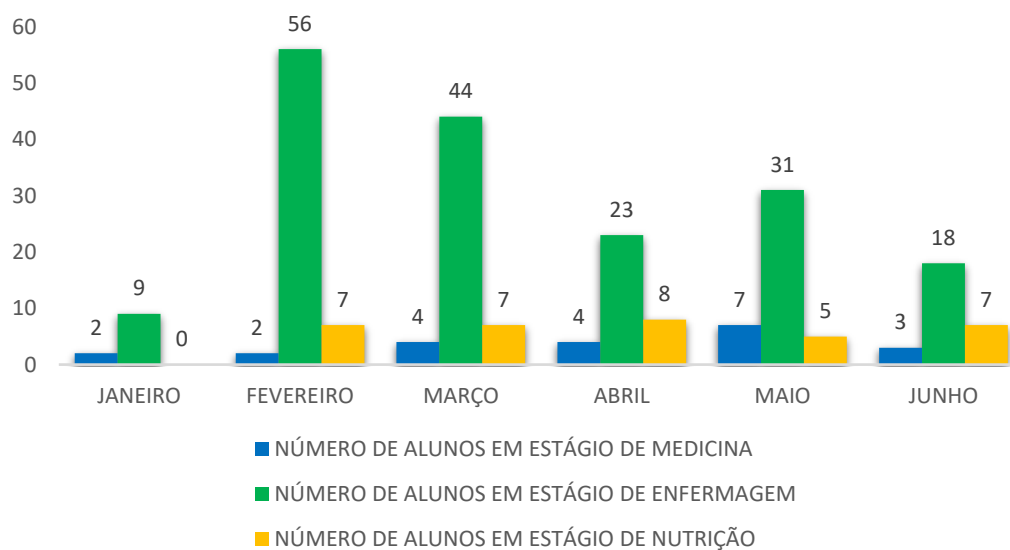
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

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	JUNHO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	100%	100%	100%	86%	93%	100%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	92%	80%	100%	62%	86%	91%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	< 50%	46%	40%	67%	43%	43%	36%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	69%	80%	67%	43%	71%	77%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	NEUTRO	23	12	21	33	38	33
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	23	12	21	33	38	33
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	NEUTRO	13	5	6	18	13	22
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	NEUTRO	13	5	6	21	14	22
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	NEUTRO	12	4	6	13	12	20
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	NEUTRO	6	2	4	9	6	8
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	22	12	21	33	38	33
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	9	4	4	9	10	17
Nº DE ALTAS	NEUTRO	13	5	6	21	14	22
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	23	12	21	33	38	33

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	93%	93%	98%	97%	92%	100%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	87%	88%	88%	83%	81%	89%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	< 50%	40%	32%	35%	48%	23%	33%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	51%	55%	48%	41%	58%	72%
Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO	NEUTRO	94	101	68	60	51	52
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	94	101	68	60	51	52
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	NEUTRO	51	52	39	28	24	18
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	NEUTRO	55	56	40	29	26	18
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	NEUTRO	48	49	35	24	21	16
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	NEUTRO	22	18	14	14	6	6
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	94	101	68	59	51	52
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	28	31	19	12	15	13
Nº DE ALTAS	NEUTRO	55	56	40	29	26	18
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	94	101	68	60	51	52

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	JUNHO
TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO	> 95%	N/A	N/A	100%	100%	97%	100%
TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS)	> 70%	N/A	N/A	86%	100%	100%	95%
TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)	> 70%	N/A	N/A	79%	90%	90%	79%
TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO	< 50%	N/A	N/A	29%	67%	40%	16%
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	N/A	N/A	100%	100%	97%	100%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	N/A	N/A	43%	58%	70%	79%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	32	36
Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO	NEUTRO	N/A	N/A	12	21	20	18
Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO	NEUTRO	N/A	N/A	14	21	20	19
Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS	NEUTRO	N/A	N/A	11	19	18	15
Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO	NEUTRO	N/A	N/A	4	14	8	3
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	31	36
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	N/A	N/A	6	11	14	15
Nº DE ALTAS	NEUTRO	N/A	N/A	14	21	20	19
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	N/A	N/A	25	36	32	36

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

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS	100%	0%	0%	100%	100%	100%	0%
TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL	> 90%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS	NEUTRO	105	109	106	111	104	114
Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO	NEUTRO	0	6	2	2	2	12
Nº DE ALTAS	NEUTRO	0	6	2	2	2	12
Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS	NEUTRO	0	1	1	3	2	12
Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS	NEUTRO	0	1	1	3	5	0
Nº DE PACIENTES COM ALTA CLÍNICA	NEUTRO	98	102	99	103	98	97

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
AUSÊNCIA FAMILIAR	QUANTO MENOR, MELHOR	19	19	18	18	19	20
VÍNCULO FAMILIAR PREJUDICADO	QUANTO MENOR, MELHOR	43	42	41	38	39	43
AGUARDA ILPI (+ 60 ANOS)	QUANTO MENOR, MELHOR	11	11	15	11	11	12
AGUARDA CENTRO POP (- 60 ANOS)	QUANTO MENOR, MELHOR	0	1	0	0	0	0
PACIENTES SOCIAL GRAU III	QUANTO MENOR, MELHOR	18	13	14	14	13	10
AGUARDA EMAD	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	1	0
AGUARDA "MELHOR EM CASA"/UBS	QUANTO MENOR, MELHOR	1	0	0	0	1	1
OUTROS	QUANTO MENOR, MELHOR	13	23	18	22	14	28

Fonte: Relatório Interno – EGA.

ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

No mês de junho de 2026, observou-se melhora no tempo médio de internação, mantendo o indicador dentro da meta estabelecida, mesmo diante do aumento da complexidade clínica dos pacientes internados e do maior número de casos com perfil de retaguarda. O resultado evidencia a efetividade da atuação integrada entre o Escritório de Gestão de Acesso (EGA) e o Serviço Social nos processos de desospitalização, contribuindo para maior rotatividade dos leitos e continuidade do cuidado.

Os principais fatores que ainda impactam o tempo de permanência hospitalar permanecem relacionados ao perfil dos pacientes de retaguarda e à necessidade de articulação com a rede de atenção para continuidade do tratamento. Durante o período, permaneceram em acompanhamento cinco pacientes pelo programa Disk Diálise e quatro pacientes pelo Programa REVASC, sendo dois deles encaminhados ao serviço de referência para continuidade do tratamento.

No período foram registrados 127 admissões, 103 altas hospitalares, 6 transferências/altas (totalizando 109 altas efetivas), 17 óbitos e 2 desistências de tratamento. Os indicadores assistenciais mantiveram-se estáveis; entretanto, foram identificadas divergências entre as bases de dados do EGA, SMPEP e SAME quanto ao quantitativo de altas registradas. Diante disso, foi encaminhada solicitação ao setor responsável para padronização dos critérios de contabilização e validação das informações.

Em relação ao Plano de Alta Multiprofissional, observou-se evolução expressiva do indicador, que atingiu 84,46%, representando o melhor resultado obtido desde o início do monitoramento. Embora ainda abaixo da meta institucional de 90%, o desempenho demonstra a efetividade das ações de sensibilização e acompanhamento realizadas junto às equipes assistenciais.

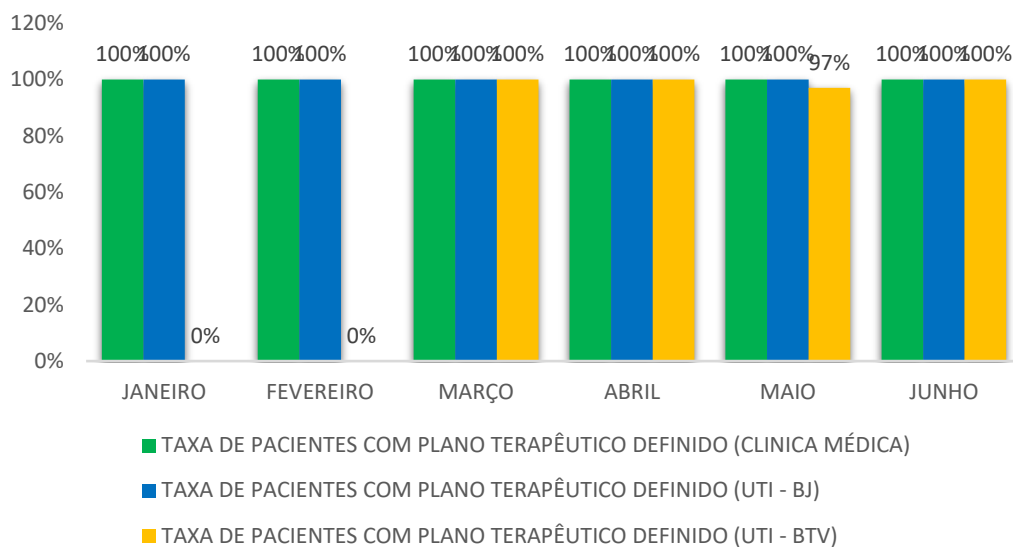
A análise crítica identificou que a principal oportunidade de melhoria permanece relacionada à ausência de registro das orientações na aba específica do prontuário eletrônico. Em diversos casos, a orientação é efetivamente realizada, porém não é

contabilizada no indicador devido à falta do registro adequado. Também foi observada menor adesão aos registros nos finais de semana.

Como plano de ação, foram iniciadas orientações direcionadas às equipes médica e de enfermagem sobre a importância do correto preenchimento do Plano de Alta Multiprofissional. Adicionalmente, será realizado treinamento específico para os médicos plantonistas que atuam aos finais de semana, seguido da capacitação das demais categorias profissionais. A efetividade dessas ações será acompanhada por meio do monitoramento contínuo do indicador, sendo apresentados registros fotográficos e listas de presença como evidência das capacitações realizadas.

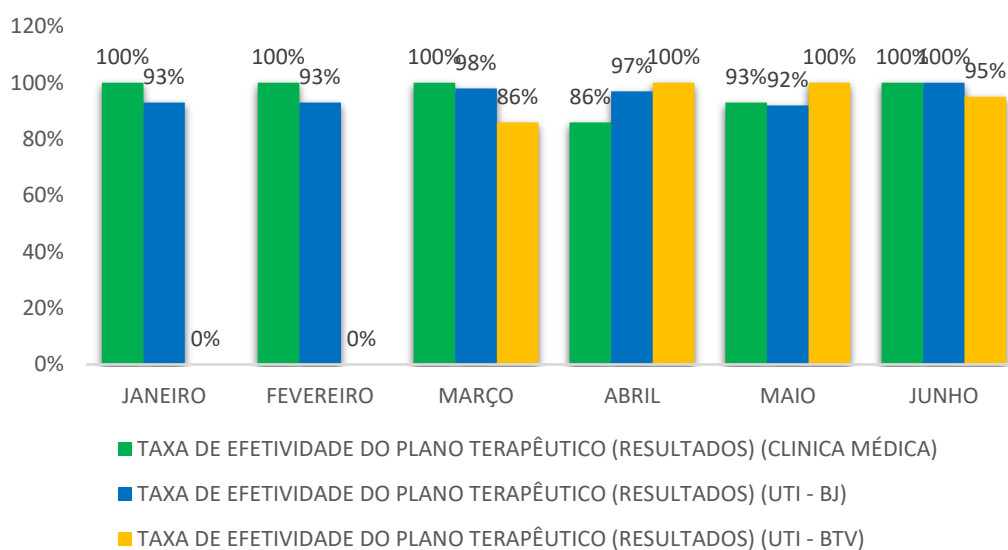
A adesão por categoria profissional apresentou resultados satisfatórios (Médico 96%; Enfermagem 98%; Fisioterapia 97%; Nutrição 98%; Farmácia 97%; Serviço Social 100%; Psicologia 98%), demonstrando elevado comprometimento das equipes e indicando que o principal desafio permanece relacionado à padronização e ao registro oportuno das orientações, e não à realização da assistência propriamente dita.

Gráfico 109. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido



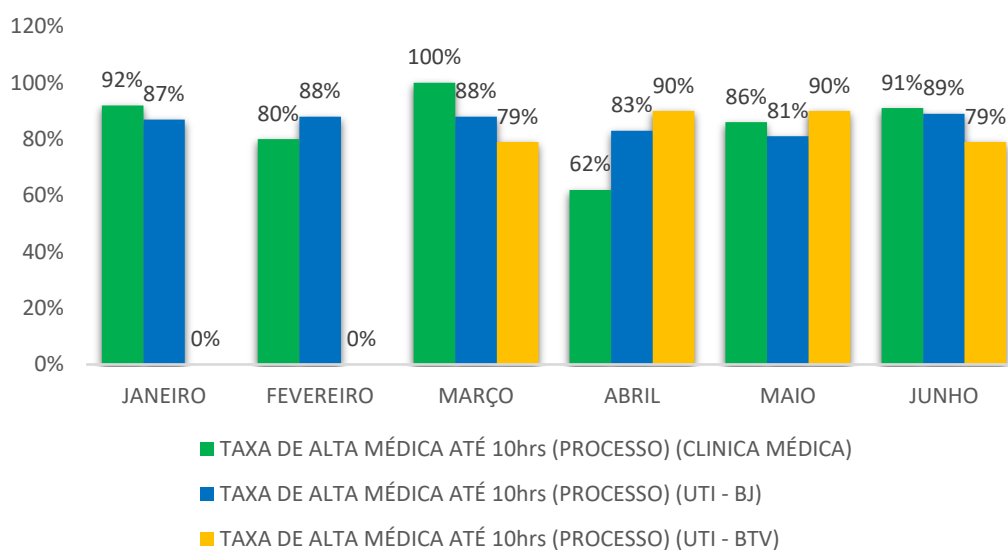
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 110. Taxa de efetividade do plano terapêutico

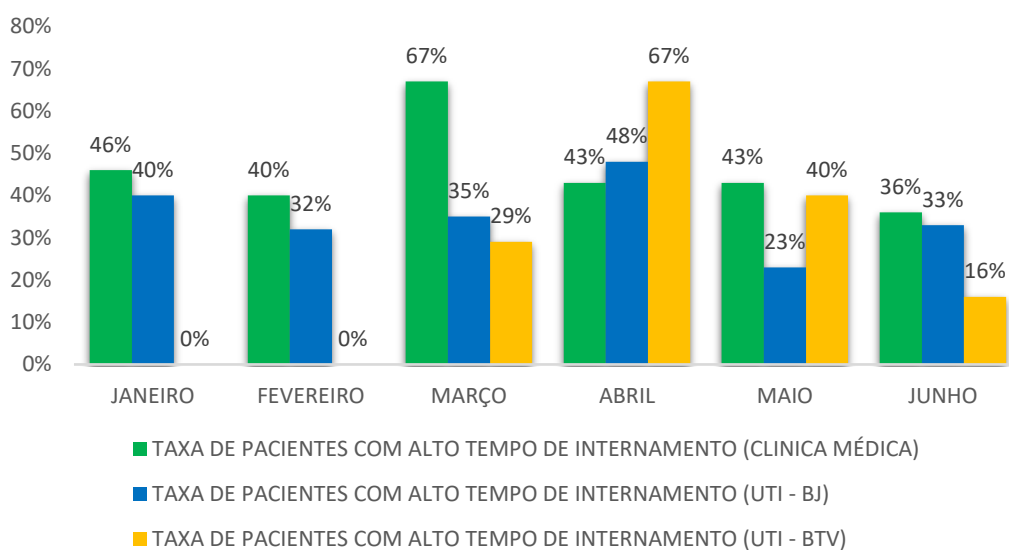


Fonte: Relatório Interno – EGA.

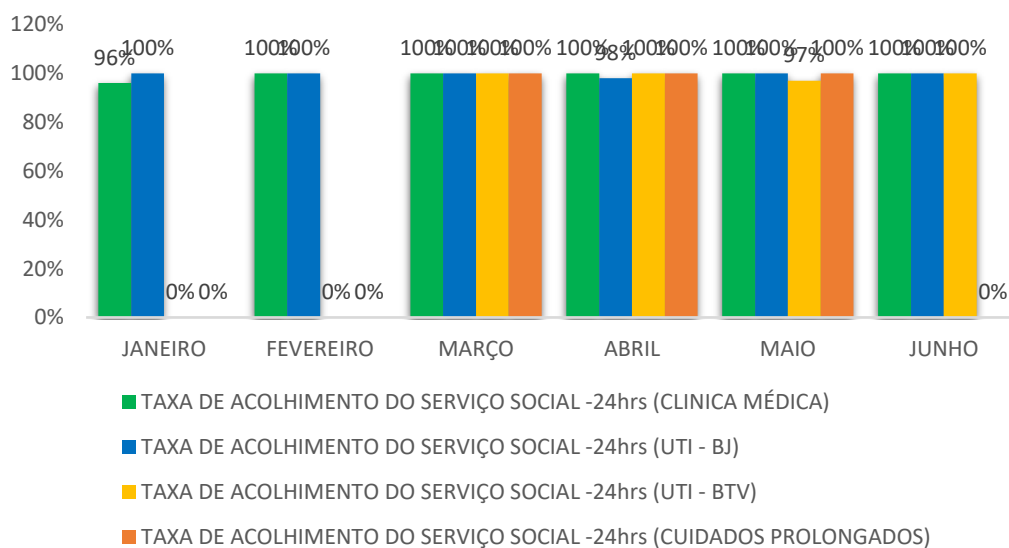
Gráfico 111. Taxa de alta médica até 10hrs



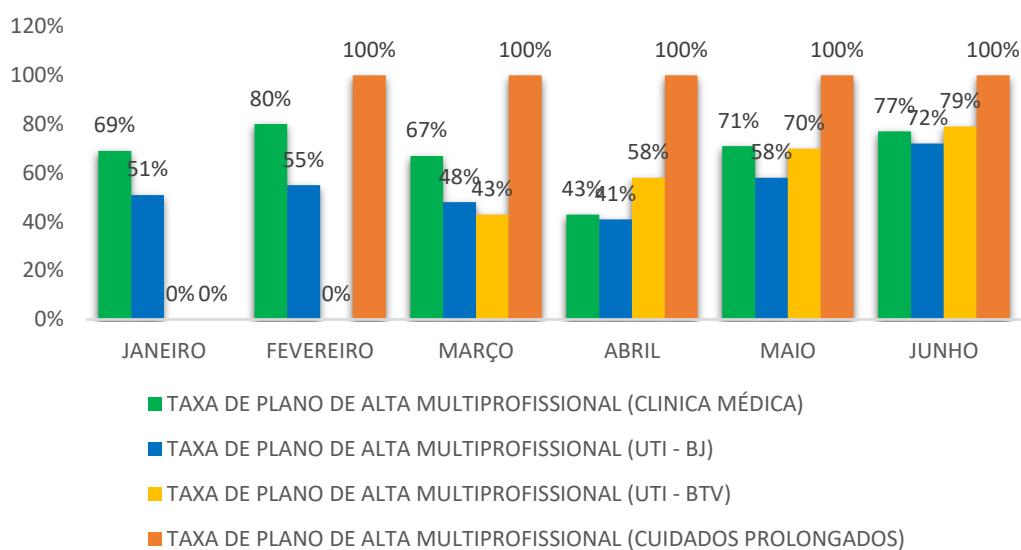
Fonte: Relatório Interno – EGA.

Gráfico 112. Taxa de pacientes com alto tempo de internação

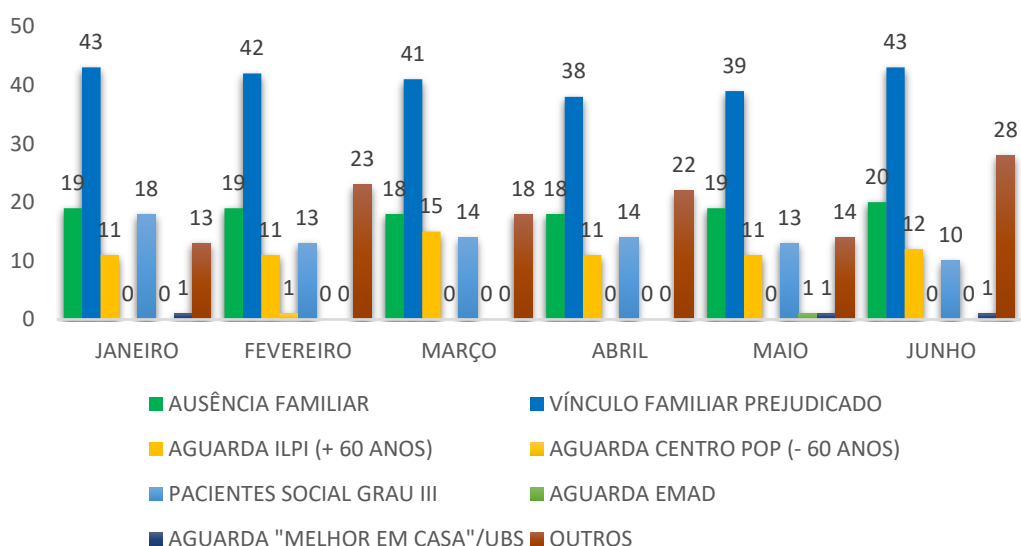
Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

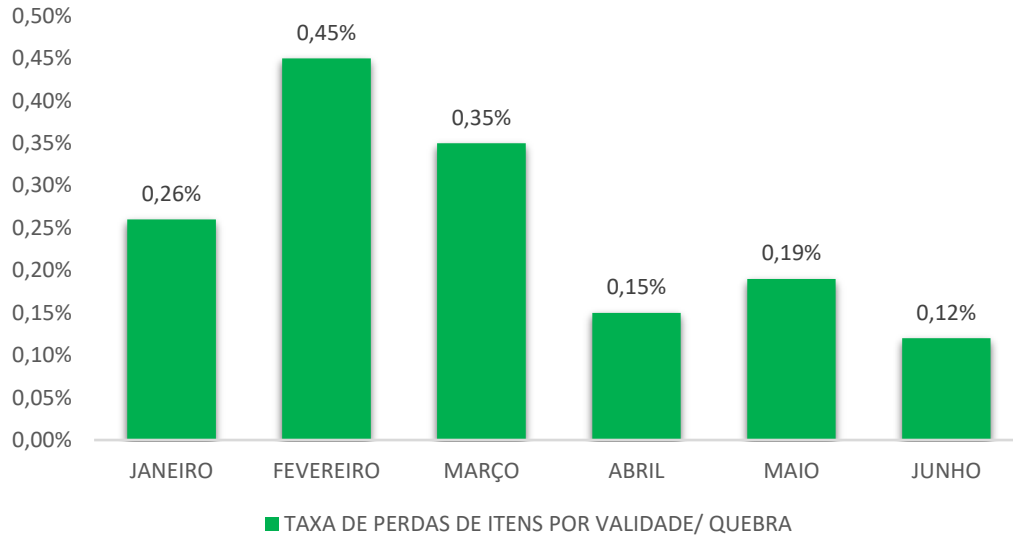
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA	< 0,3%	0,26%	0,45%	0,35%	0,15%	0,19%	0,12%
TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE	< 5%	2,70%	3,10%	5,90%	6,40%	4,30%	3,60%
TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS	< 0,3%	0%	0,66%	0,24%	1,66%	0,28%	0,12%
TAXA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS	NEUTRO	12%	13%	14%	12%	12%	12%
TAXA DE RECONCILIAÇÕES	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

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

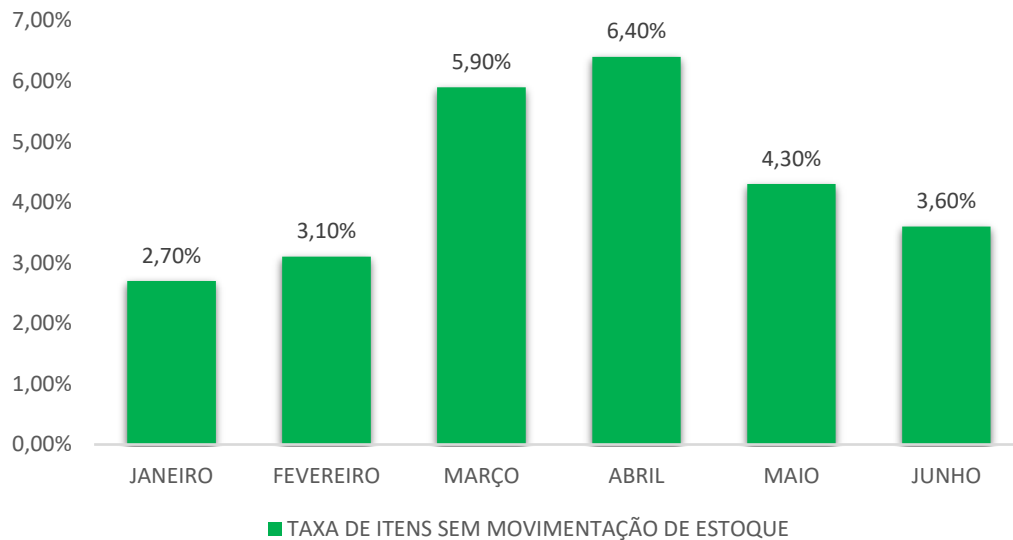
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

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



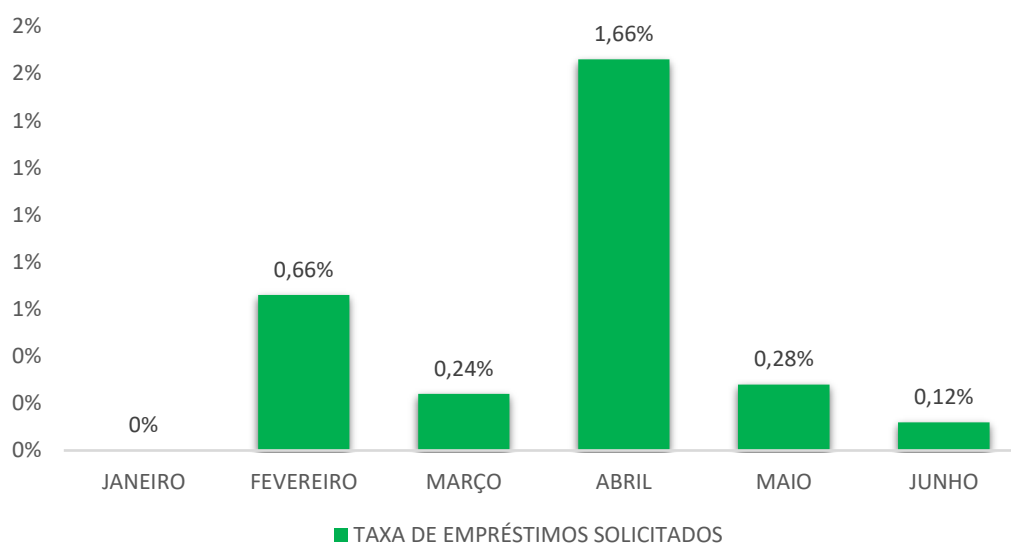
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 117. Taxa de itens sem movimentação de estoque



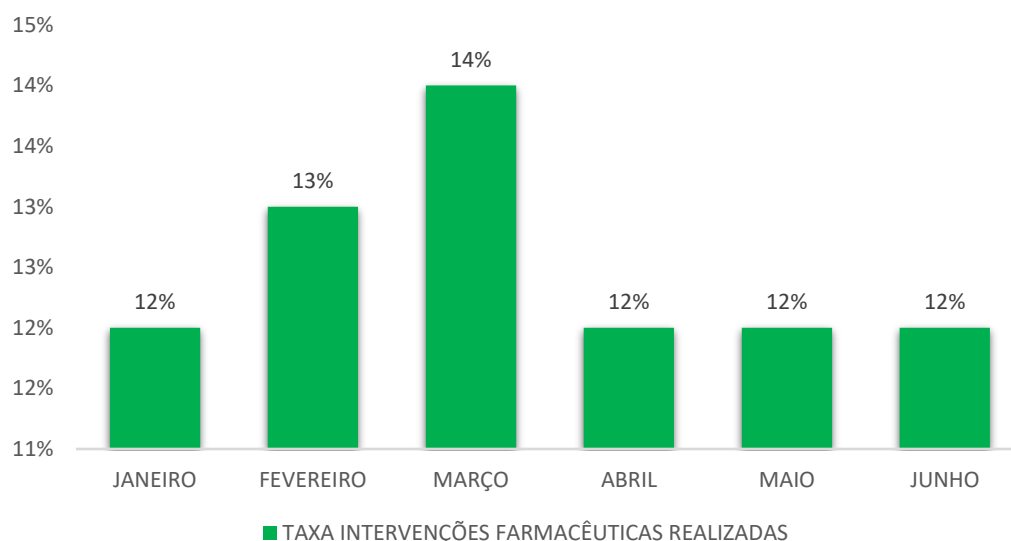
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

Gráfico 118. Taxa de empréstimos solicitados

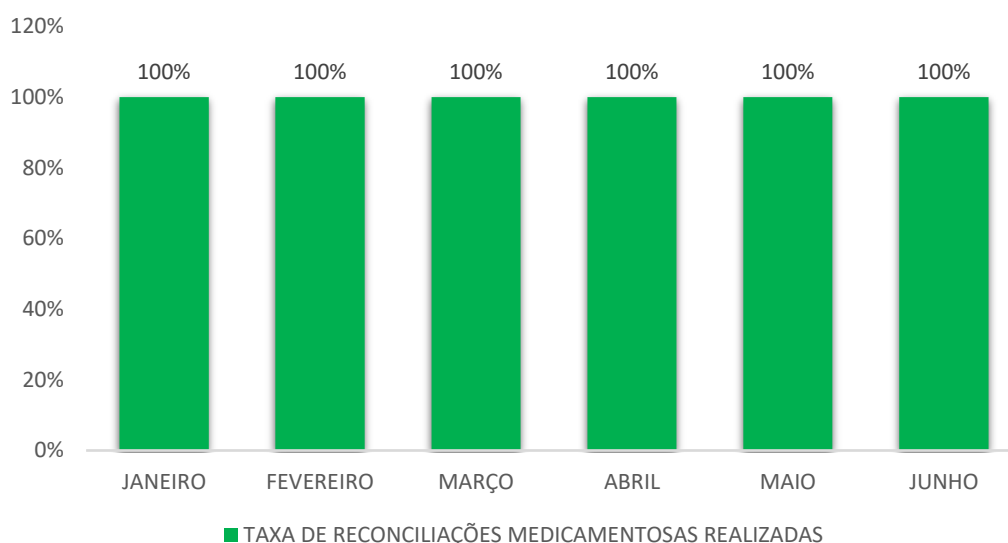


Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

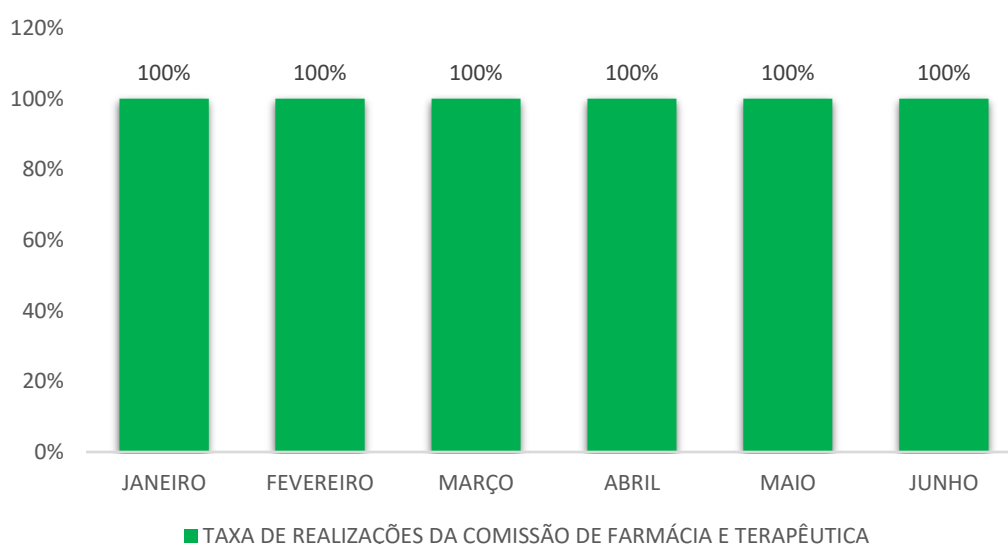
Gráfico 119. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas



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

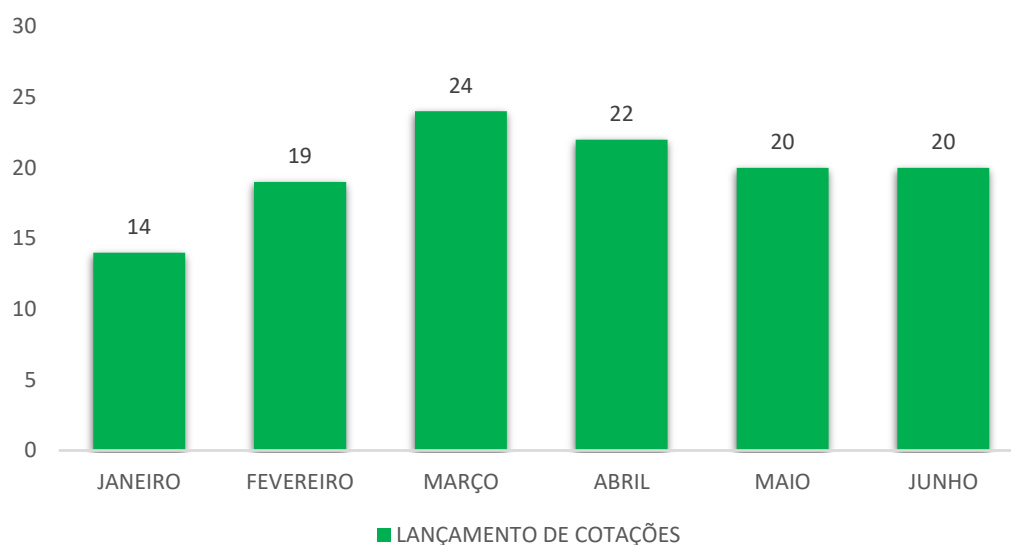
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
LANÇAMENTO DE COTAÇÕES	neutro	14	19	24	22	20	20
TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS	neutro	57	78	83	84	95	88
TAXA DE ORDEM DE COMPRAS ENTREGUES NO PRAZO	> 80%	99%	96%	98%	93%	87%	94%
PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL	<15%	5%	5%	4%	0%	13%	6%
PERCENTUAL DE ECONOMIA MENSAL	> 5%	5,15%	6,60%	5,75%	0%	5,20%	3%
QUANTIDADE DE COMPRA EMERGENCIAL	< 5	1	0	0	1	3	0

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – COMPRAS

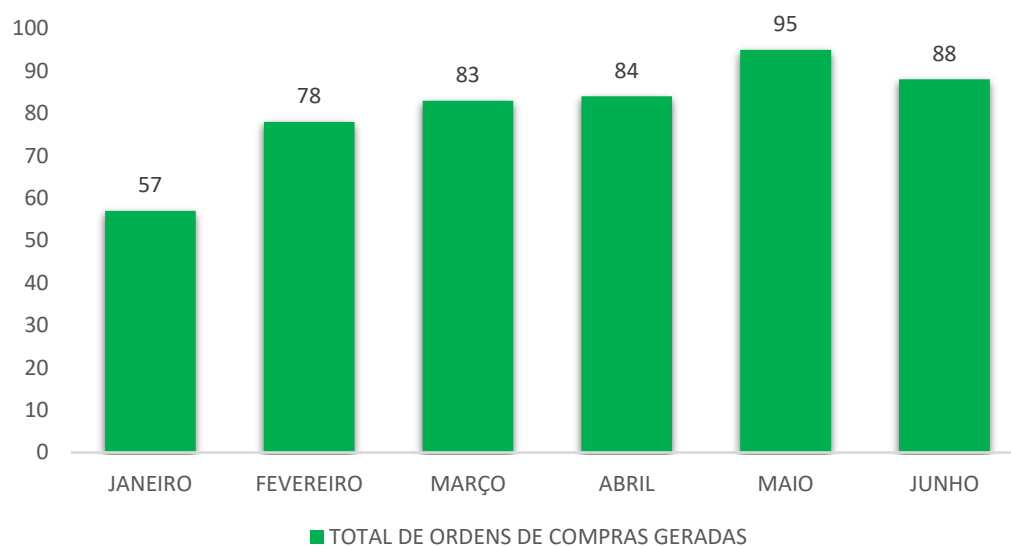
O início das cotações em 09/06 coincidiu com um período de baixa disponibilidade de estoque no mercado, ausência de tabelas promocionais vigentes junto aos fornecedores e inclusão de novos produtos sem histórico de preços cadastrados. Diante desse cenário, o setor priorizou a garantia do abastecimento da unidade, direcionando as aquisições para fornecedores com disponibilidade de entrega imediata, assegurando a continuidade da assistência e evitando o desabastecimento. Embora essa estratégia tenha limitado a obtenção de melhores condições comerciais no período, foi fundamental para garantir a regularidade do fornecimento e a manutenção das atividades assistenciais.

Gráfico 122. Lançamento de cotações

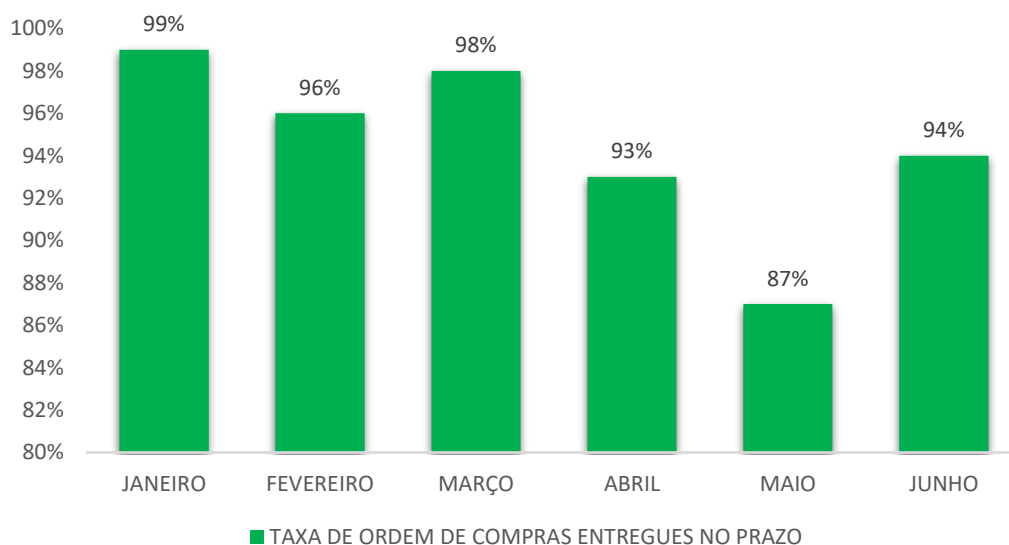


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

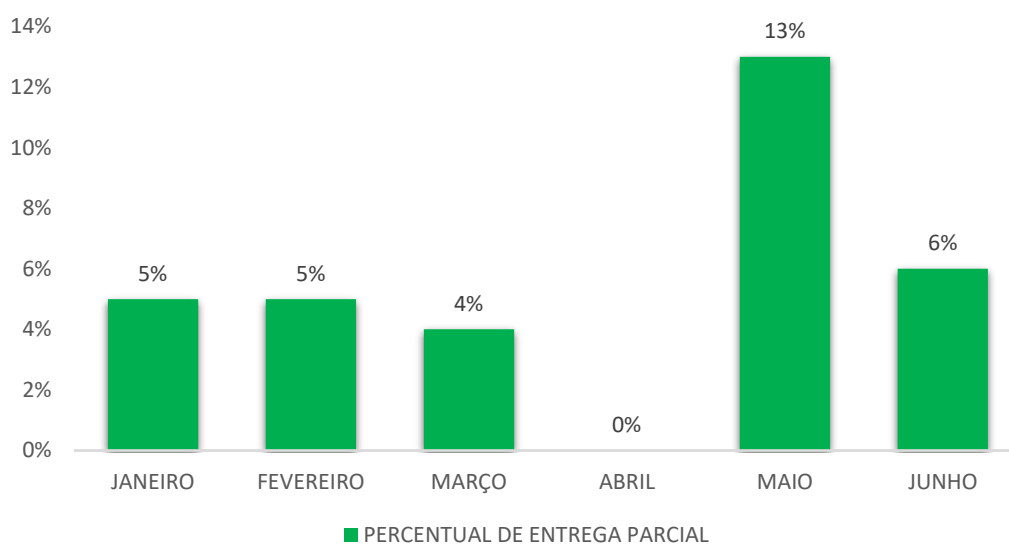
Gráfico 123. Total de ordens de compras geradas



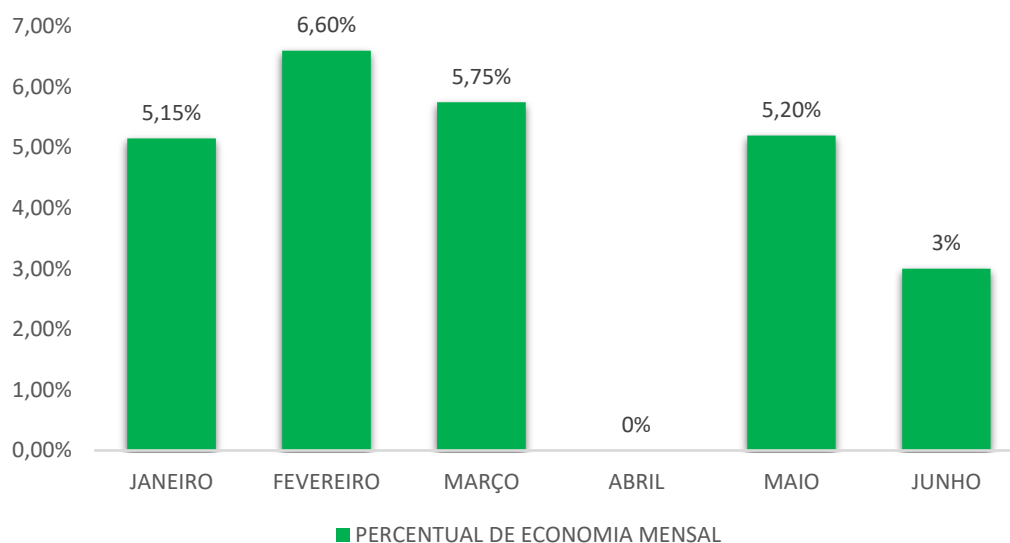
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 124. Taxa de ordem de compras entregues no prazo

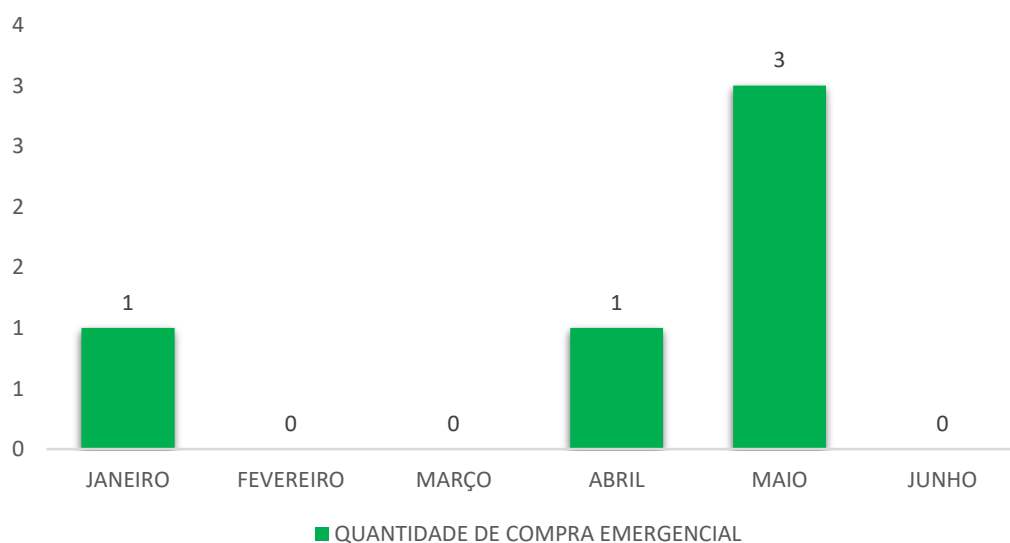
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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.

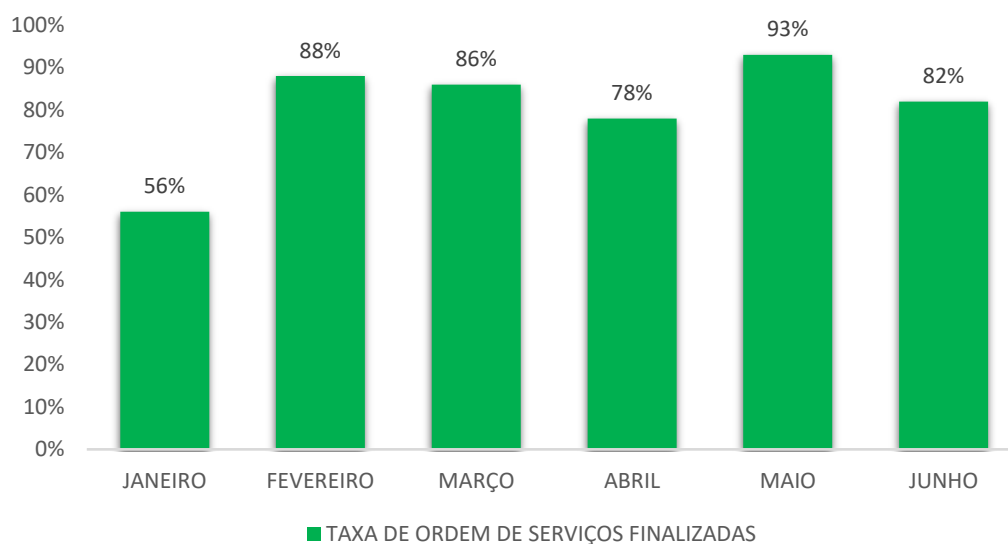
Tabela 84. Indicadores de Engenharia Clínica

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 80%	56%	88%	86%	78%	93%	82%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	< 11:00 HRS	17:00	41:46	23:11	34:24	21:36	28:36:00
REINCIDÊNCIA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	< 15%	5%	5%	5%	0%	0%	0%
TAXA DE DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO	> 80%	99%	99%	99%	98%	99%	96%
TAXA DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE CALIBRAÇÃO	100%	0%	0%	100%	59%	100%	0%
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA	> 85%	83%	80%	96%	71%	76%	74%
TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA	100%	80%	97%	58%	99%	90%	90%
TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	100%	79%	92%	99%	70%	99%	97%
NÚMERO DE CALIBRAÇÕES	NEUTRO	0	0	19	17	37	0

NÚMERO DE MANUTENÇÕES CORRETIVAS	NEUTRO	157	155	153	143	139	186
NÚMERO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTOS	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE INSPEÇÃO DE ROTINA	NEUTRO	2	124	153	94	288	128
NÚMERO DE MOVIMENTAÇÃO DE PATRIMÔNIO	NEUTRO	3	0	7	6	0	0
NÚMERO DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS	NEUTRO	89	53	93	57	102	35

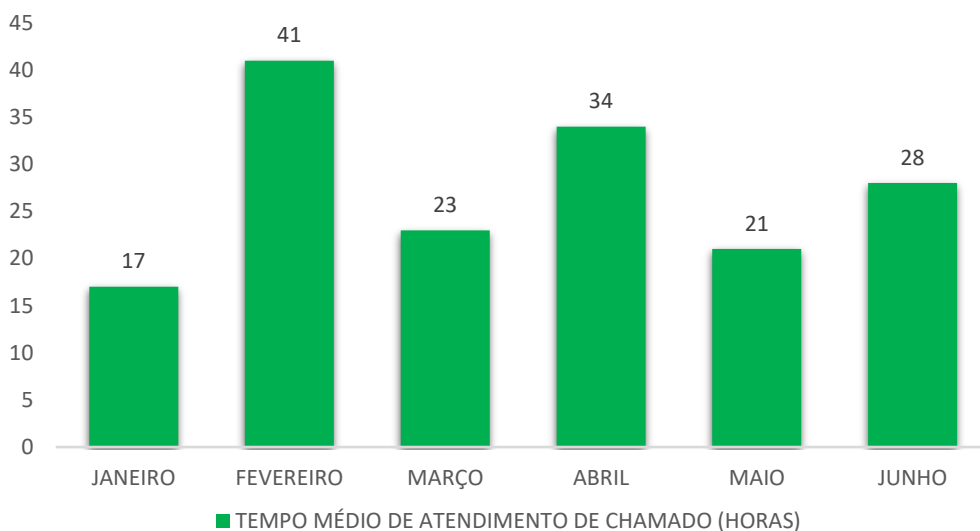
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 128. Taxa de ordem de serviços finalizadas



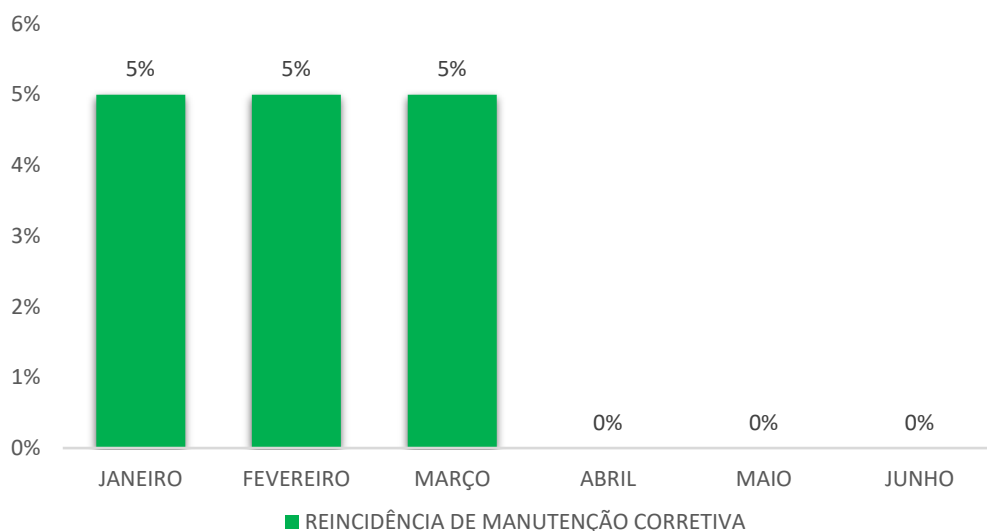
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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



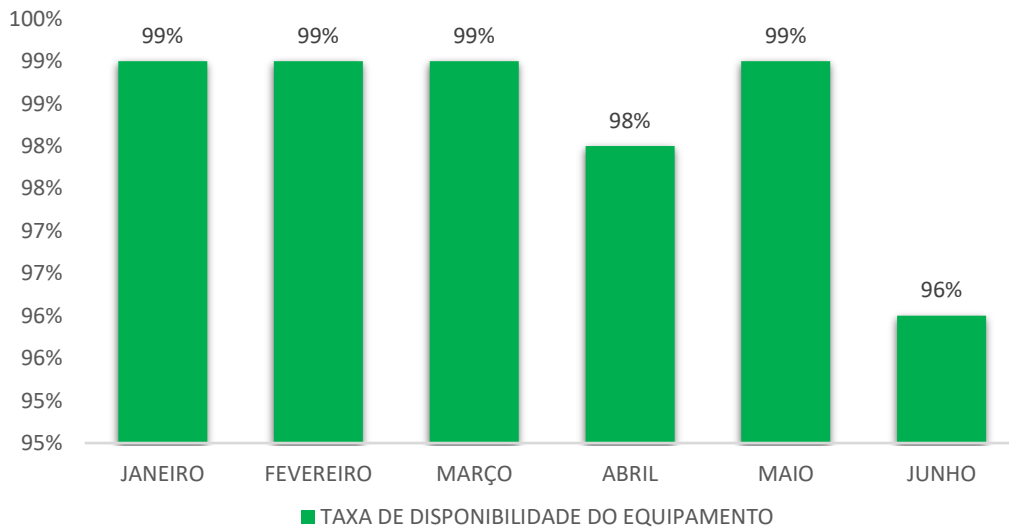
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 130. Reincidência de manutenção corretiva



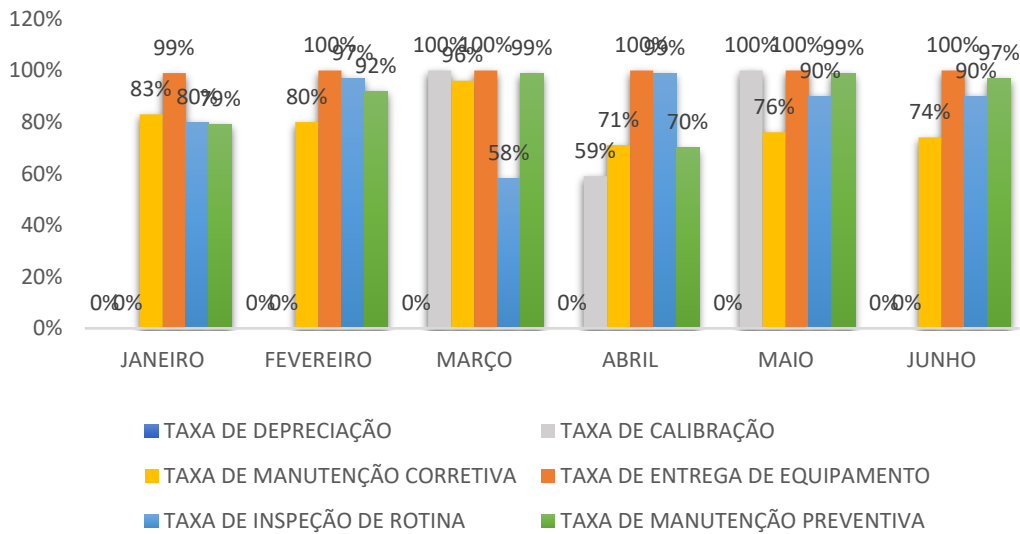
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 131. Taxa de disponibilidade do equipamento

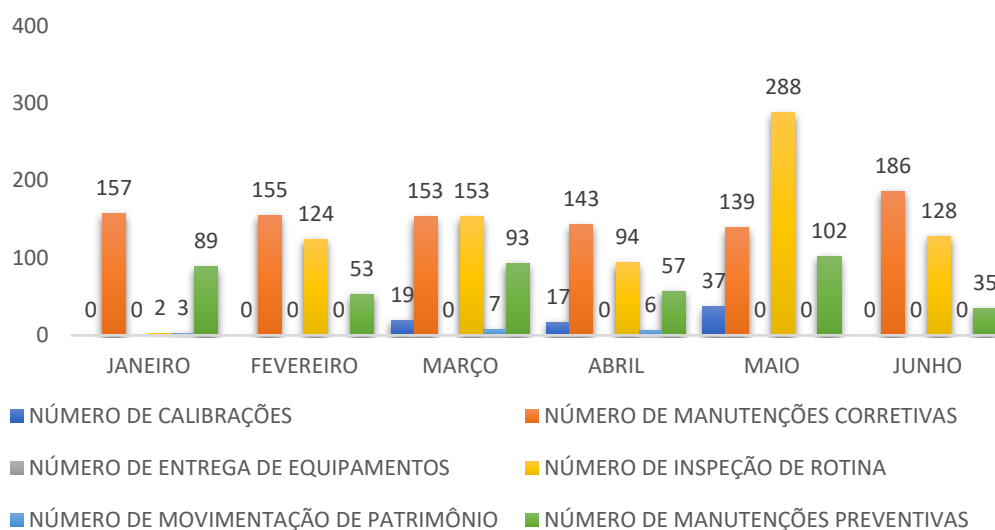


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 132. Taxa serviços de engenharia clínica



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 133. Quantitativo de serviços de engenharia clínica

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.7.2. Manutenção Predial

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

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

Tabela 85. Indicadores de Manutenção Predial

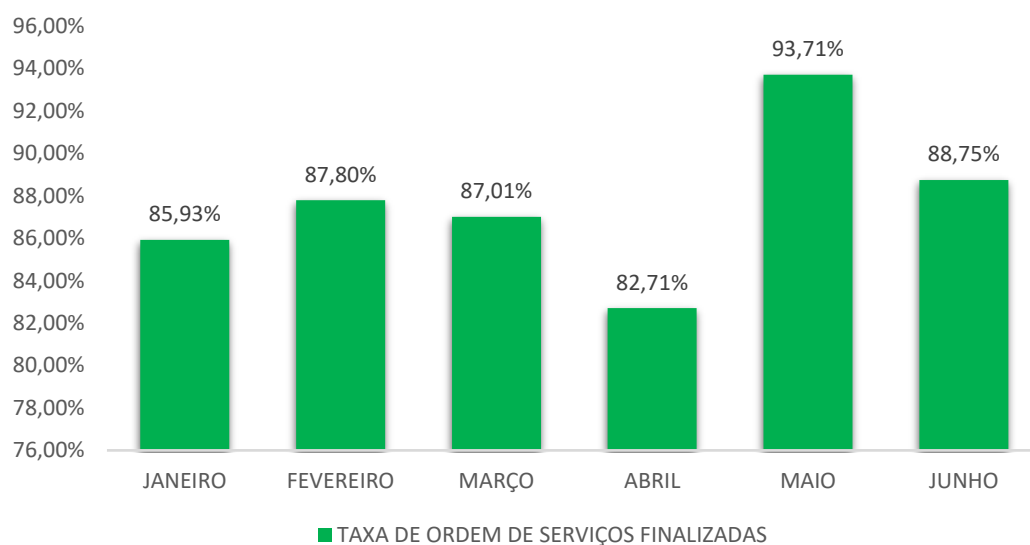
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85,93%	87,80%	87,01%	82,71%	93,71%	88,75%
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO	120 MINUTOS	21,25	28,14	31,25	25,07	24,31	19,28
TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (ABERTA X FINALIZADA)	> 85%	77,94%	81,88%	91,80%	83,80%	91,03%	77,17%

TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	100%	74,16%	72,71%	91,01%	99,46%
TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)	> 85%	100%	91,13%	98,39%	97,80%	100%	92,17%
TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	> 85%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA QUANTO MENOR, MELHOR		281	138	183	179	207	219
NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA QUANTO MAIOR, MELHOR		88	33	178	157	89	184
NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA QUANTO MAIOR, MELHOR		96	124	124	91	148	166
NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS QUANTO MAIOR, MELHOR		0	0	0	0	0	0

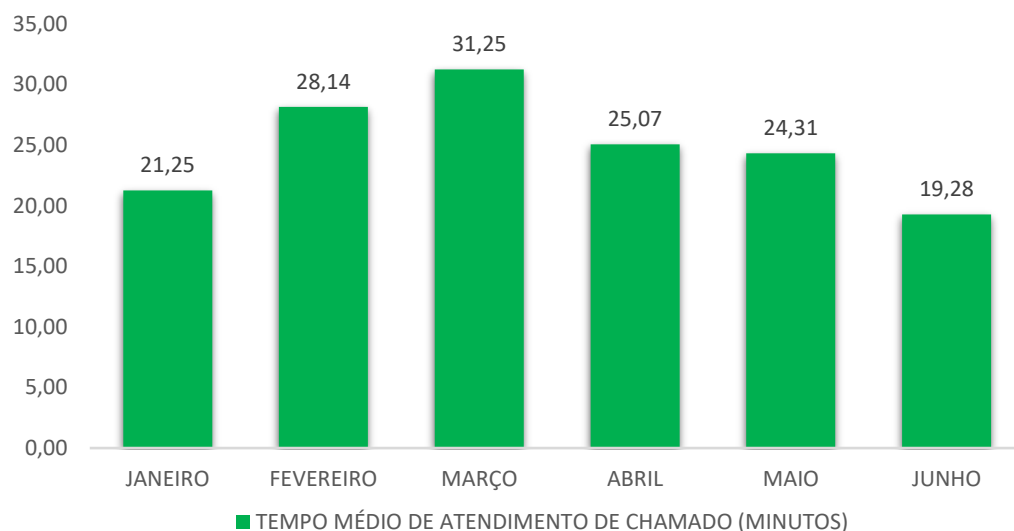
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL

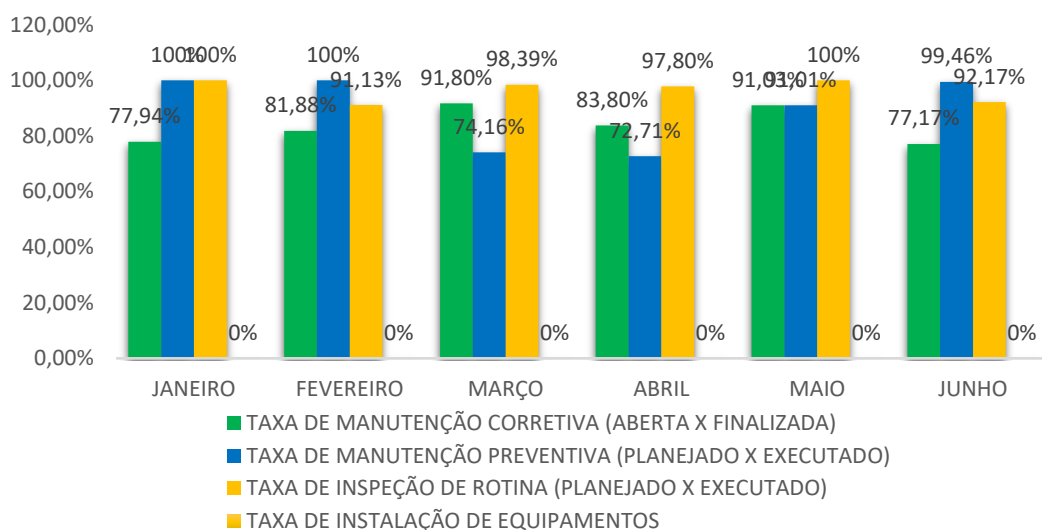
A Taxa de Manutenção Corretiva permaneceu abaixo da meta estabelecida em razão da existência de demandas de maior complexidade, que demandaram prazo prolongado para execução, além da dependência da entrega de peças e materiais necessários para conclusão dos serviços. As ordens de serviço permanecem em acompanhamento pela equipe de Engenharia Clínica, sendo concluídas conforme a disponibilidade dos insumos e a programação das intervenções, com monitoramento contínuo para redução do passivo e melhoria do indicador nos próximos períodos.

Gráfico 134. Taxa de ordem de serviços finalizadas

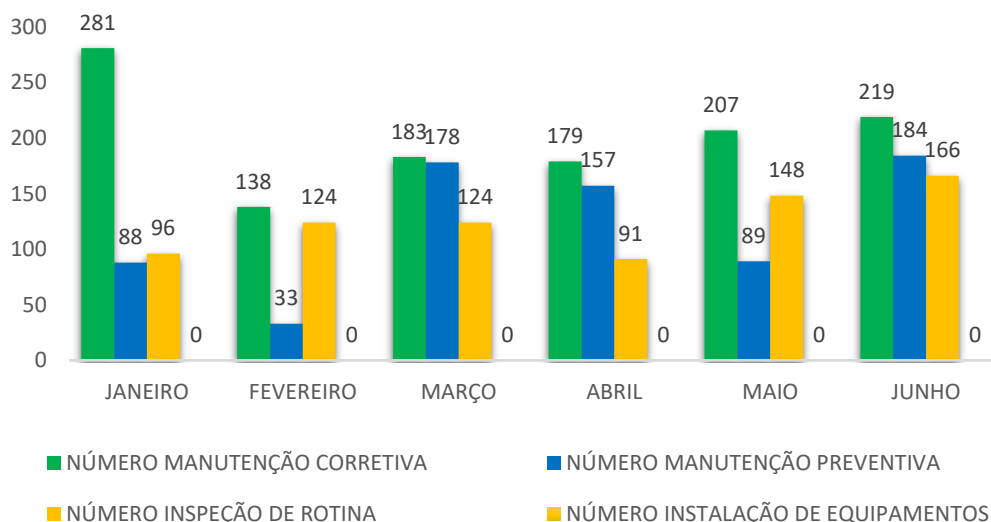
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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;

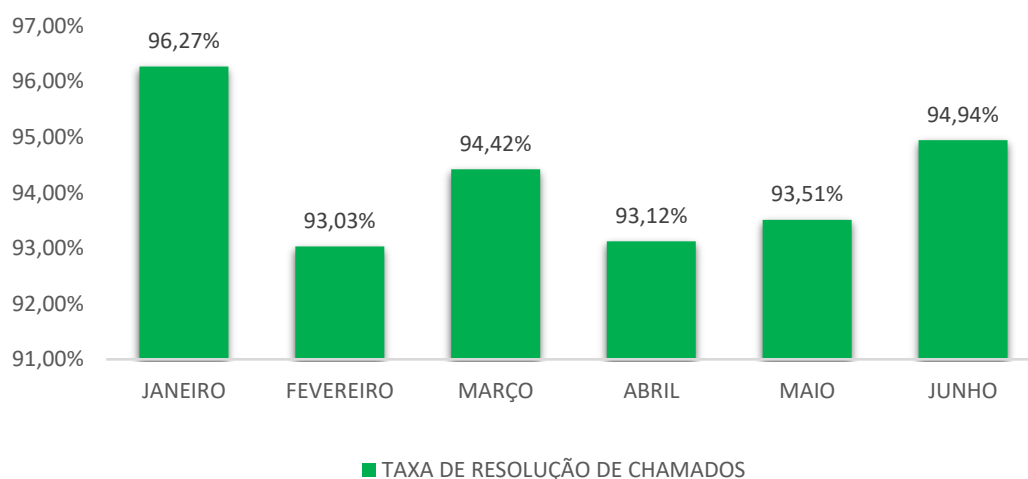
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 86. Indicadores de Tecnologia da Informação

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE	< 150	135	103	120	111	96	93
QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO	< 170	106	98	149	165	166	144
QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS	> 200	228	182	244	252	239	215
QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS	NEUTRO	241	201	269	276	262	237
TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EM HORAS	< 04 HORAS	03:00	02:00	03:00	03:00	04:00	02:00
INDISPONIBILIDADE DE INTERNET	< 01 HORAS	00:00	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	00:00
QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS	NEUTRO	3	2	8	3	3	2
TAXA DE RESOLUÇÃO DE CHAMADOS	> 90%	96,27%	93,03%	94,42%	93,12%	93,51%	94,94%

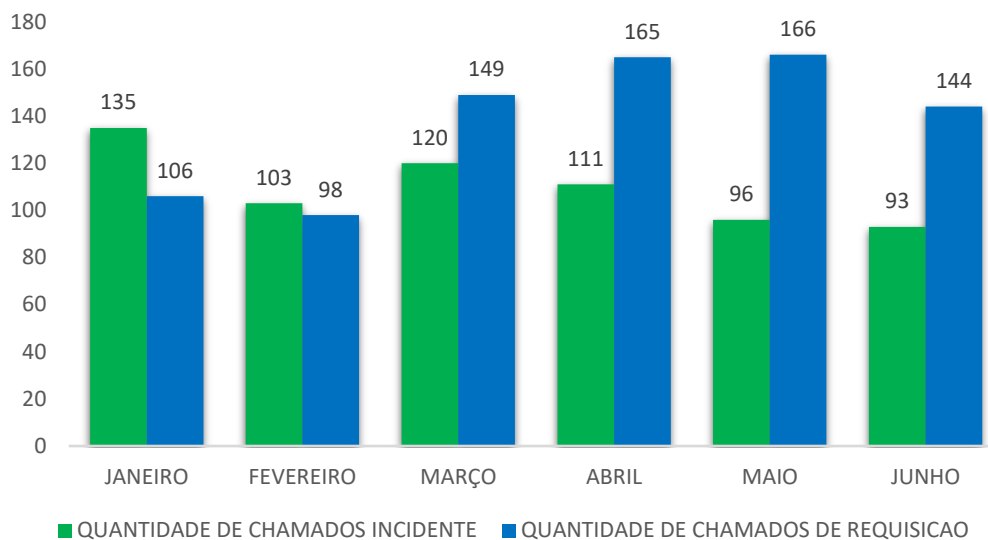
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 138. Taxa de resolução de chamados



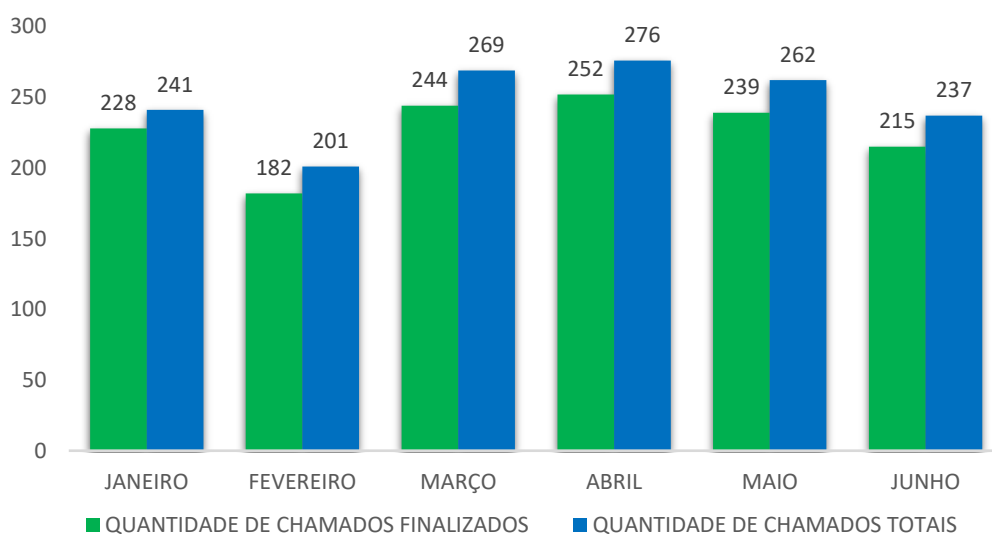
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 139. Quantitativo de chamados



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 140. Quantitativo de chamado totais e finalizados



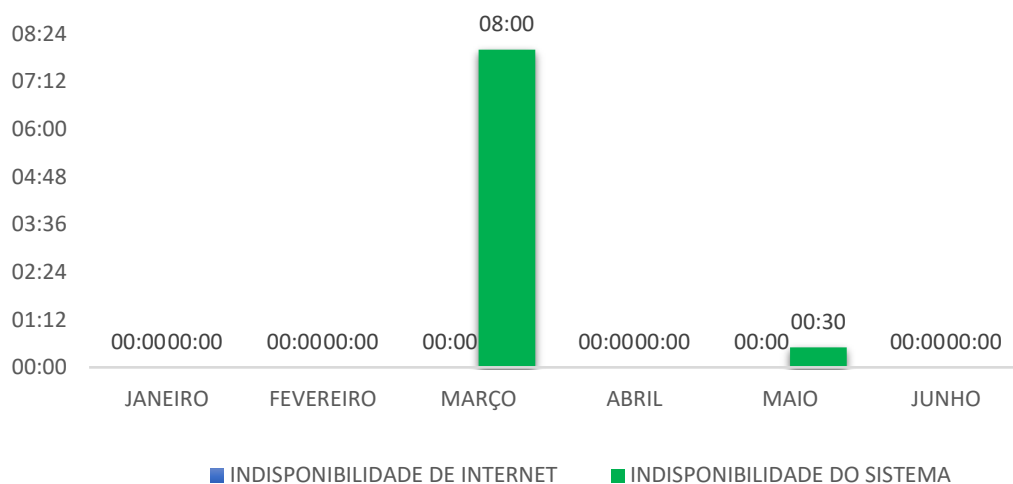
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 141. Tempo médio de solução em horas

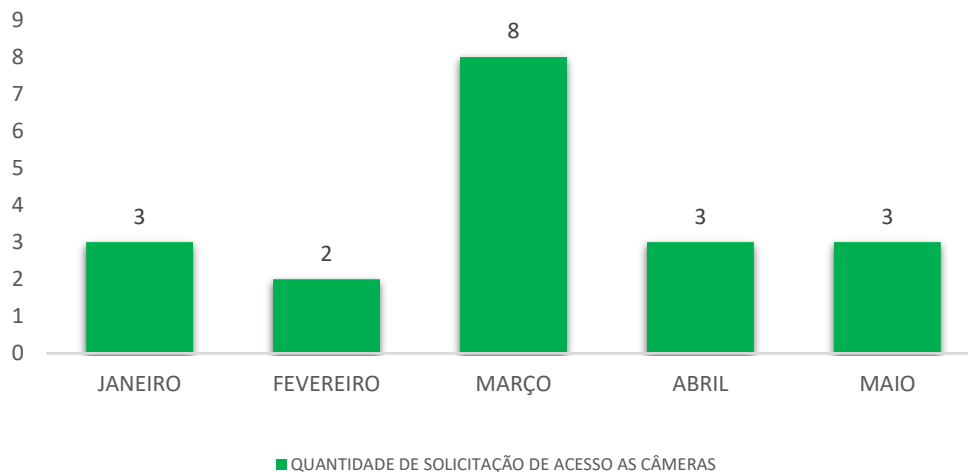


Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

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	JUNHO
TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	> 80%	65%	65%	75%	90%	85%	95%
TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES	> 80%	94%	88%	91%	100%	90%	100%
TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO	> 80%	81%	93%	80%	48%	74%	76%
NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO	QUANTO MAIOR, MELHOR	13	13	15	18	17	19
NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS	QUANTO MAIOR, MELHOR	20	20	20	20	20	20
NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	16	14	20	21	19	21
NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS	QUANTO MAIOR, MELHOR	17	16	22	21	21	21
NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO	QUANTO MAIOR, MELHOR	13	13	16	10	14	16
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024 (FORMS)	QUANTO MENOR, MELHOR	27	27	27	19	4	4
NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025 (FORMS)	QUANTO MENOR, MELHOR	55	55	55	46	24	9
NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO	NEUTRO	14	34	36	52	24	14
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	3	1	3	0
NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS	NEUTRO	2	2	12	3	3	11
NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	NEUTRO	4	32	50	36	65	34
NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS	NEUTRO	0	0	6	3	6	1
NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS	QUANTO MENOR, MELHOR	3	1	6	4	6	1
NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS	NEUTRO	1	1	0	1	2	3
NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES	QUANTO MAIOR, MELHOR	7	1	4	3	2	0

Fonte: Relatório de Qualidade.

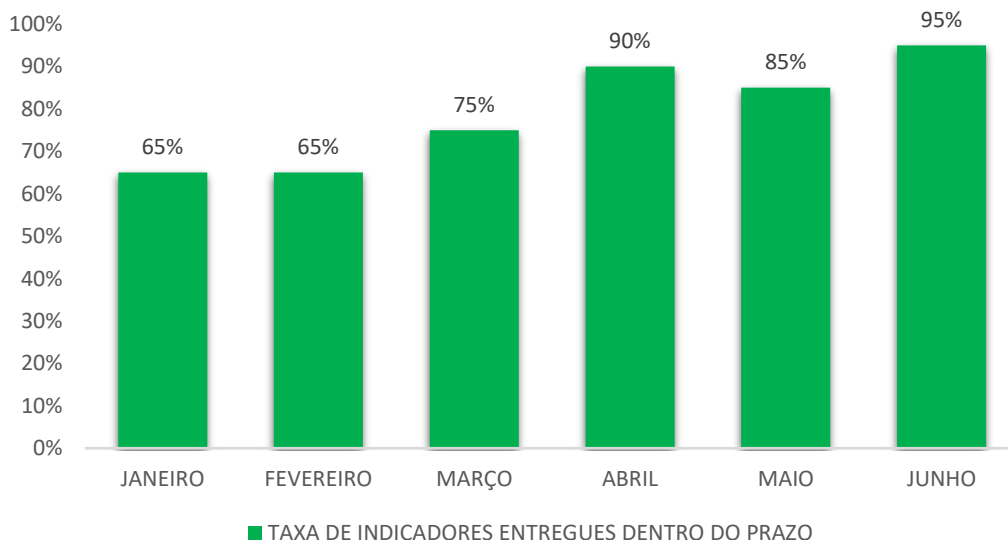
Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7WS5TZ-NG46W-R2TPW-7ZPMN>

ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

No mês de junho, a equipe da Qualidade acompanhou a visita de Acreditação das Ouvidorias, participou da reunião com o NEP Sul (03/06) e deu suporte à visita do Técnico de Segurança do Trabalho (30/06) para avaliação do posto de trabalho de colaboradora da empresa terceirizada. Essas ações reforçam o acompanhamento dos processos institucionais, a integração entre as áreas e o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e da segurança.

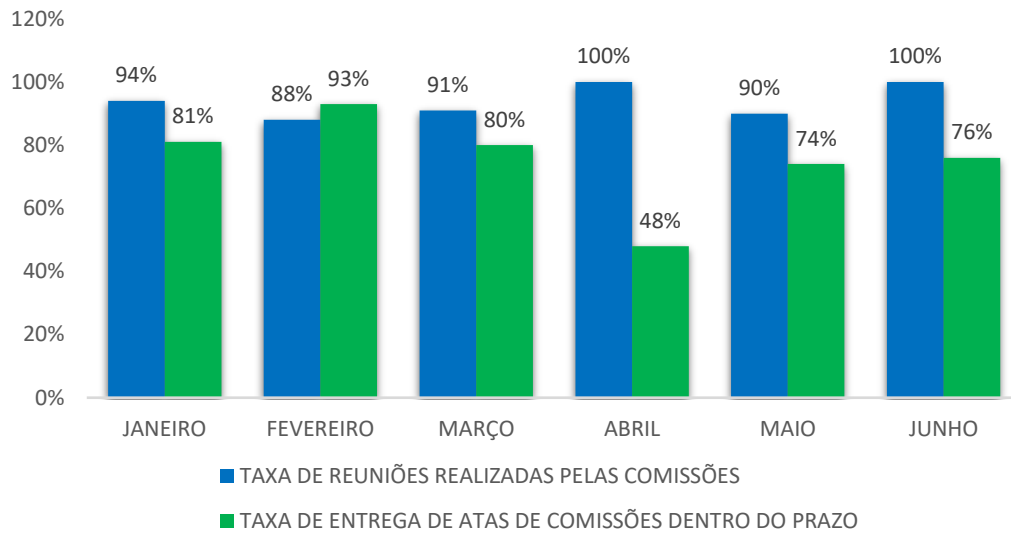
A Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo permaneceu abaixo da meta estabelecida, em razão do atraso na elaboração, validação e encaminhamento das atas pelos responsáveis, impactado pela elevada demanda operacional do período. Como plano de ação, será reforçado o acompanhamento dos prazos junto aos secretários das comissões, com monitoramento semanal das atas pendentes, envio de lembretes periódicos e alinhamento com as lideranças para garantir maior tempestividade na finalização e disponibilização dos documentos, visando o alcance da meta nas próximas competências.

Gráfico 144. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo



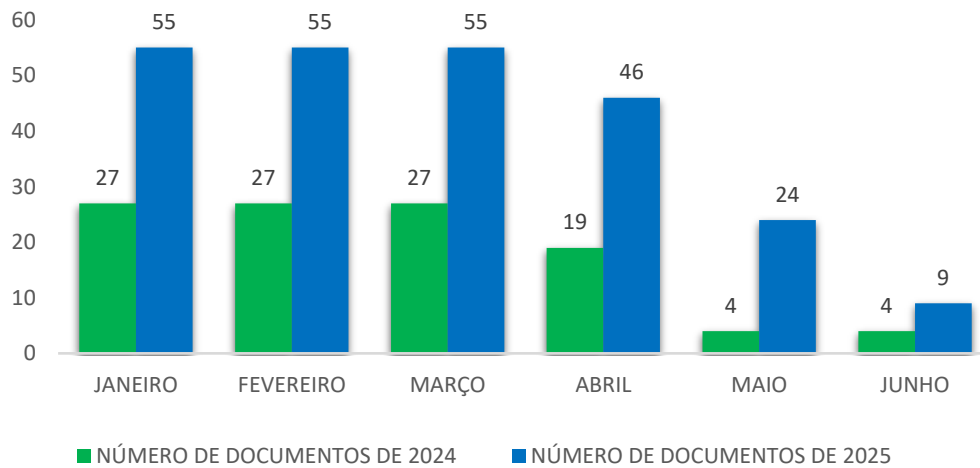
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 145. Comissões



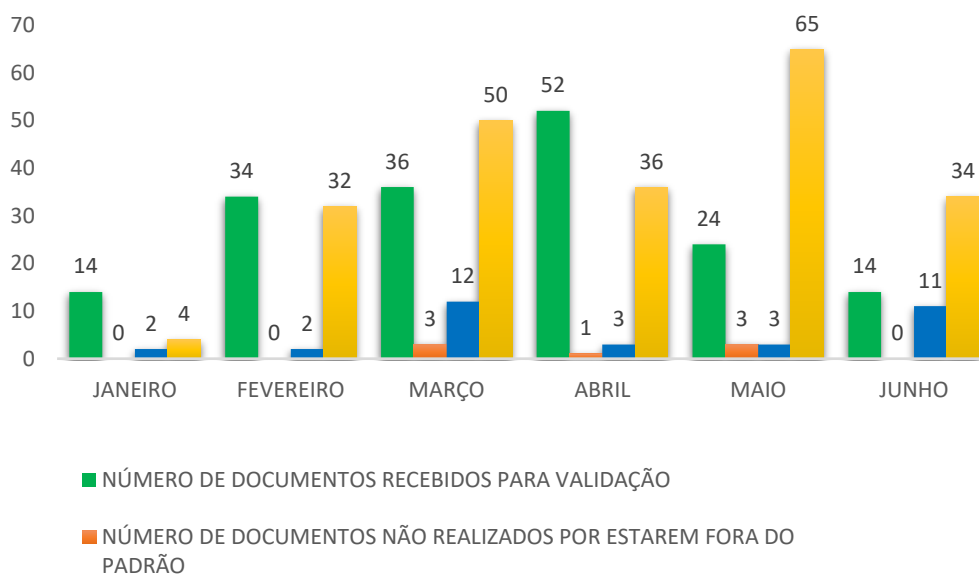
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 146. Documentos retroativos



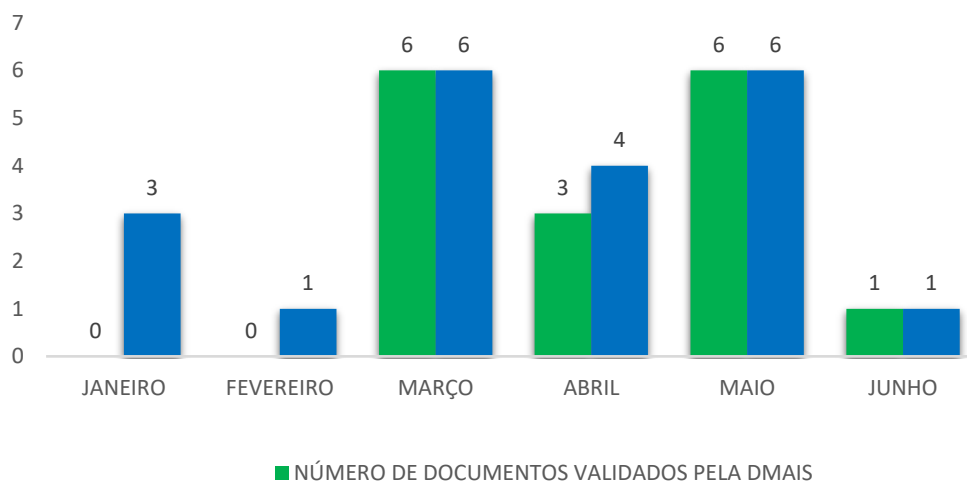
Fonte: Relatório de Qualidade.

Gráfico 147. Análise dos documentos junho de 2026

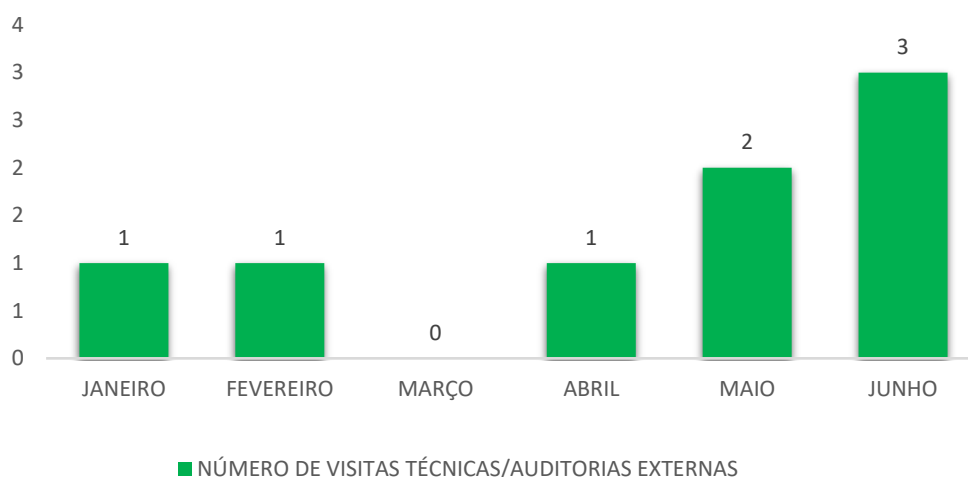


Fonte: Relatório de Qualidade.

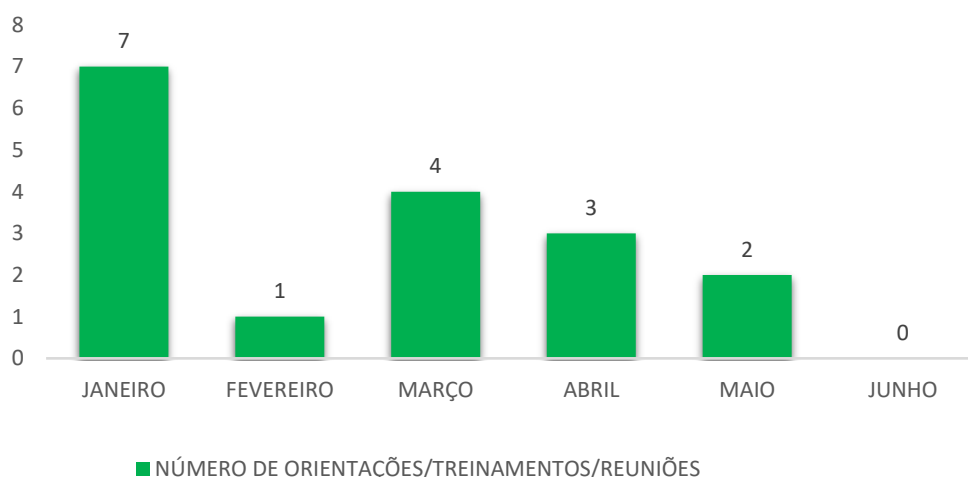
Gráfico 148. Análise de documentos DMAIS



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	JUNHO
TOTAL DE AIH FATURADAS	NEUTRO	205	218	218	231	242	226
TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS	NEUTRO	113	114	119	144	117	107
REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR	NEUTRO	9	7	0	0	119	*
TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA	NEUTRO	46	36	0	325	361	*
TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PENDÊNCIAS DE ASSINATURAS DIGITAIS	0	24534	19526	37719	34831	36411	41441

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	JUNHO
CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA	NEUTRO	2.408	1.965	2.025	2.271	2.506	2.843
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	NEUTRO	1.125	1.072	1.156	1.267	1.294	1.628
OXIGENIOTERAPIA	NEUTRO	519	388	569	803	673	601
GLICEMIA CAPILAR	NEUTRO	2.499	3.265	4.080	3.688	3.952	4.054
CURATIVO	NEUTRO	1.497	2.172	2.555	2.256	1.655	2.006
ELETROCARDIOGRAMA	NEUTRO	73	102	107	87	91	101

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	NEUTRO	12	16	19	25	12	20
---	--------	----	----	----	----	----	----

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

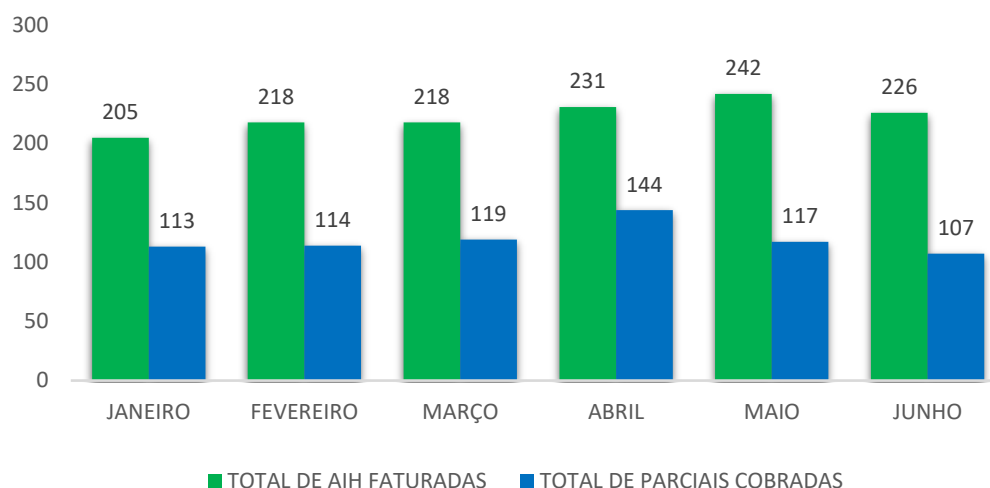
ANÁLISE CRÍTICA – FATURAMENTO

Após análise do indicador, identificou-se que instabilidades sistêmicas ocorridas durante um final de semana de fevereiro ocasionaram acúmulo e duplicidade de pendências de assinaturas eletrônicas. Adicionalmente, uma nova indisponibilidade do sistema registrada em um final de semana de maio contribuiu para o aumento do volume de assinaturas pendentes.

No período analisado, foram contabilizadas 38.557 pendências da equipe de Enfermagem, 2.807 da equipe médica e 57 da equipe multiprofissional. O cenário permanece em monitoramento, com acompanhamento das áreas envolvidas e adoção de medida.

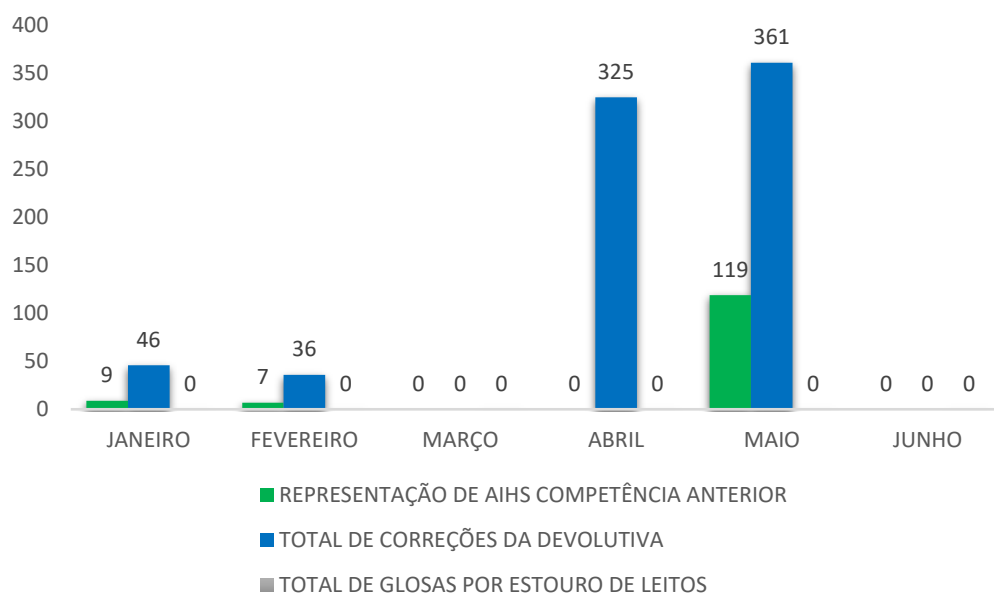
Como plano de ação para redução das pendências de assinaturas eletrônicas, será realizado levantamento individualizado das pendências por colaborador, com envio de relatórios periódicos aos gestores para acompanhamento e tratativa. Também serão promovidos treinamentos e reciclagens com as equipes assistenciais, reforçando a importância da assinatura dos registros em tempo oportuno. Paralelamente, a equipe de TI, em conjunto com a Auditoria, manterá o monitoramento das indisponibilidades do sistema, bem como será definido um fluxo de contingência para os períodos de instabilidade. As lideranças assistenciais implantarão rotina de conferência das assinaturas pendentes, enquanto a Auditoria e as Coordenações acompanharão sistematicamente os indicadores, avaliando a efetividade das ações implementadas e promovendo intervenções sempre que necessário. Todas as ações têm previsão de implementação e acompanhamento a partir de julho de 2026, para regularização das pendências e mitigação dos impactos decorrentes de futuras indisponibilidades do sistema.

Gráfico 151. Quantitativo de AIH



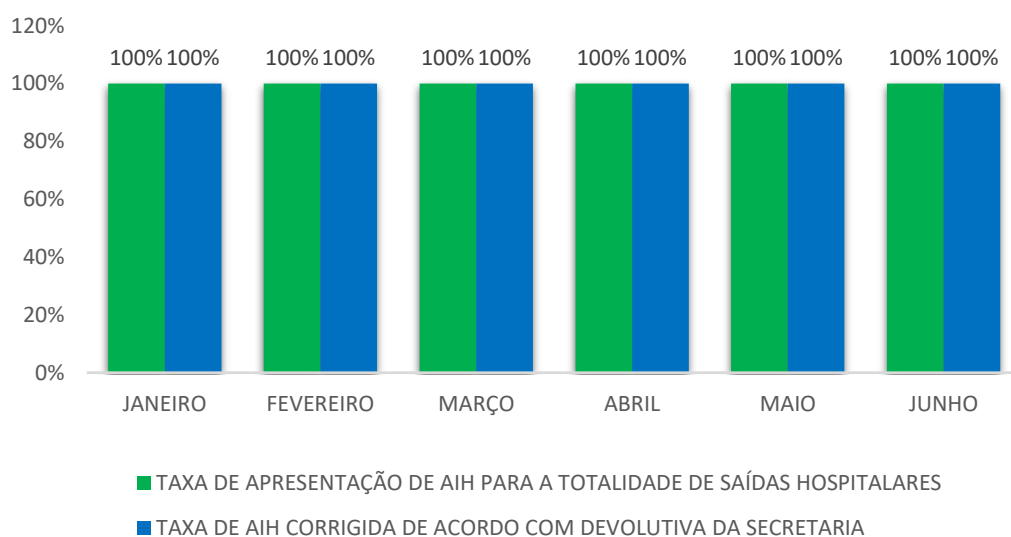
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

Gráfico 152. Devolutivas SMS

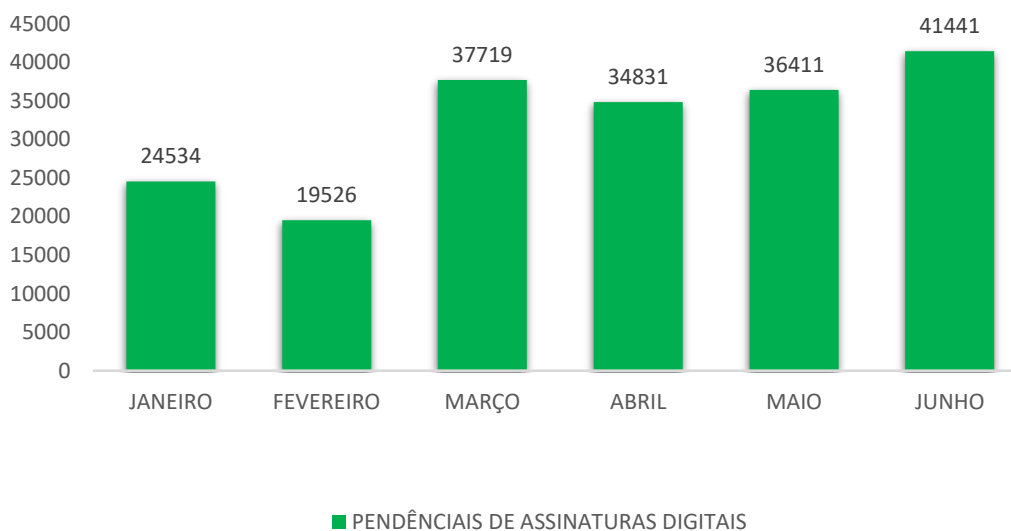


*Os dados referentes aos indicadores de **Representação de AIHs da competência anterior** e **Total de Correções da Devolutiva** serão inseridos em relatório posterior, considerando que dependem de devolutiva da Secretaria Municipal de Saúde.

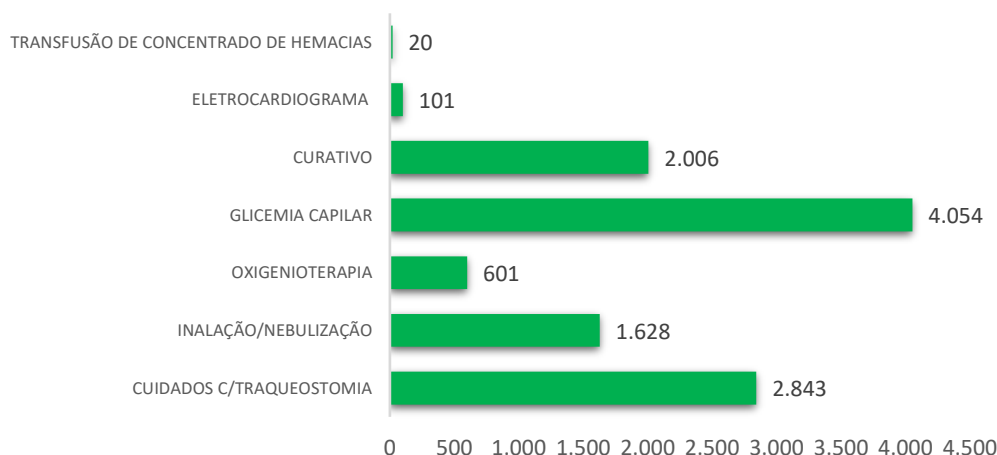
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

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 junho 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

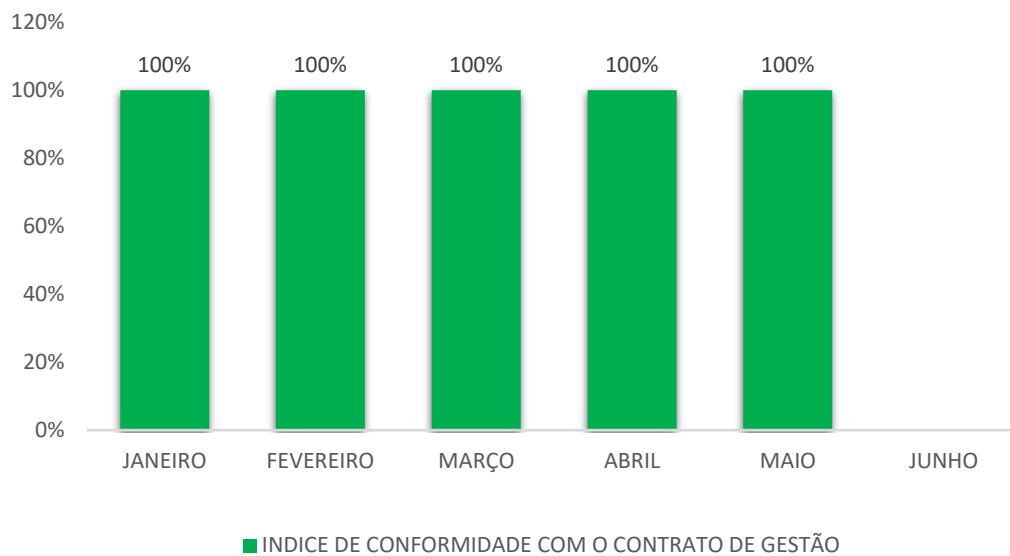
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
NÚMERO DE AUDITORIAS EXTERNAS	NEUTRO	0	0	0	0	0	0
TAXA DE NÃO CONFORMIDADES	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TAXA DE RETENÇÕES DE CONTRATO	QUANTO MENOR, MELHOR	0%	0%	0%	0%	0%	0%

TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS	NEUTRO	4633	4649	4357	4546	4517	4473
NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS	QUANTO MENOR, MELHOR	1	1	2	3	3	3
ÍNDICE DE ORÇADO X REALIZADO	> 80%	127%	94%	88%	89%	89%	90%

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

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

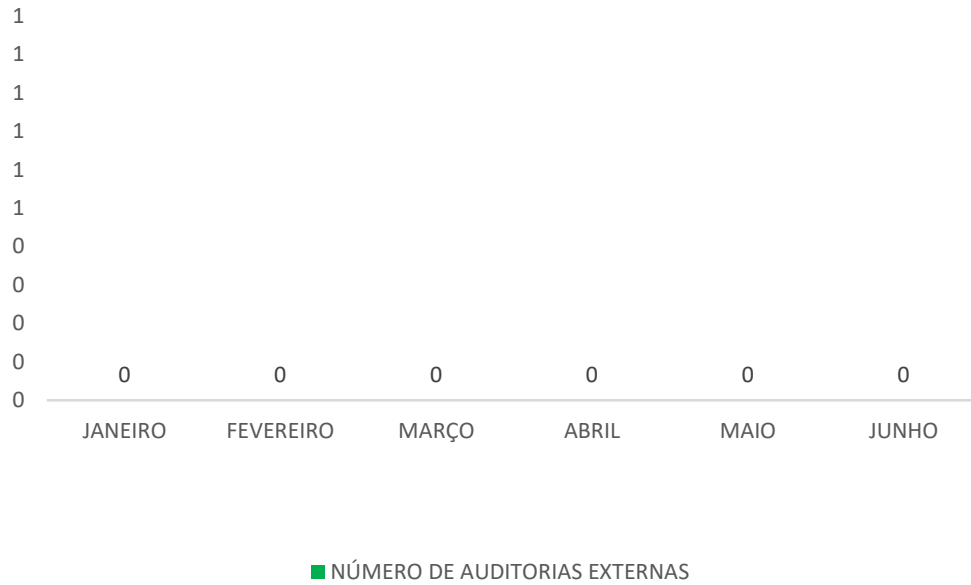
Gráfico 156. Índice de conformidade com o contrato de gestão



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

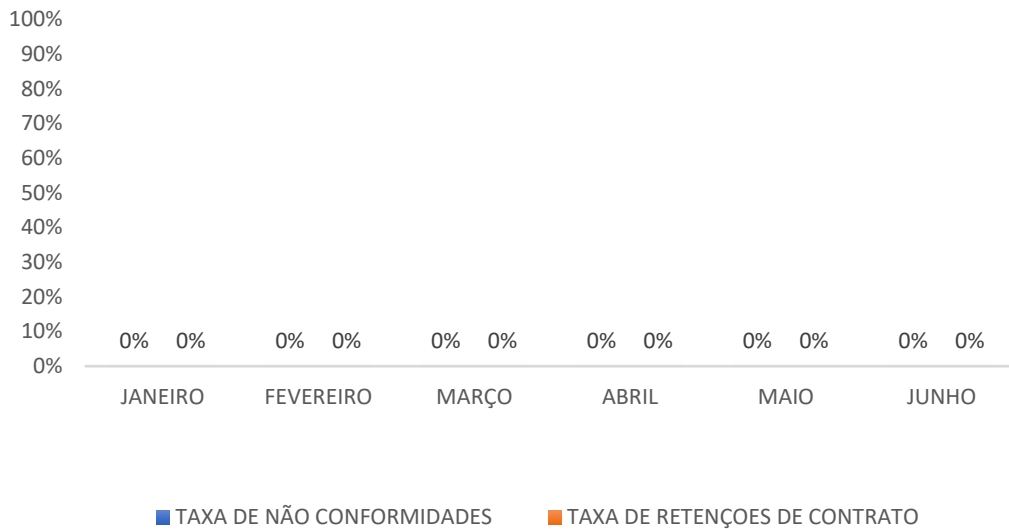
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 157. Número de auditorias externas



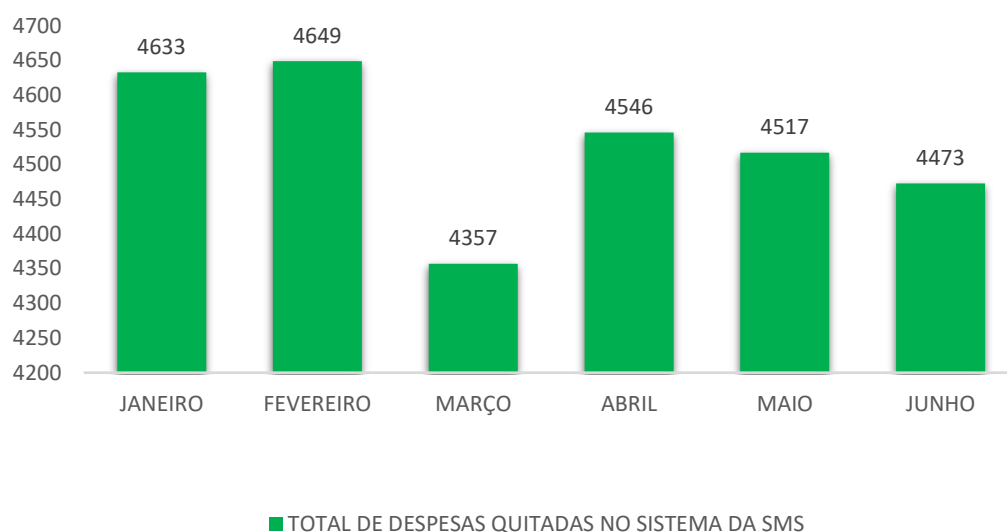
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 158. Taxa de não conformidades e retenções



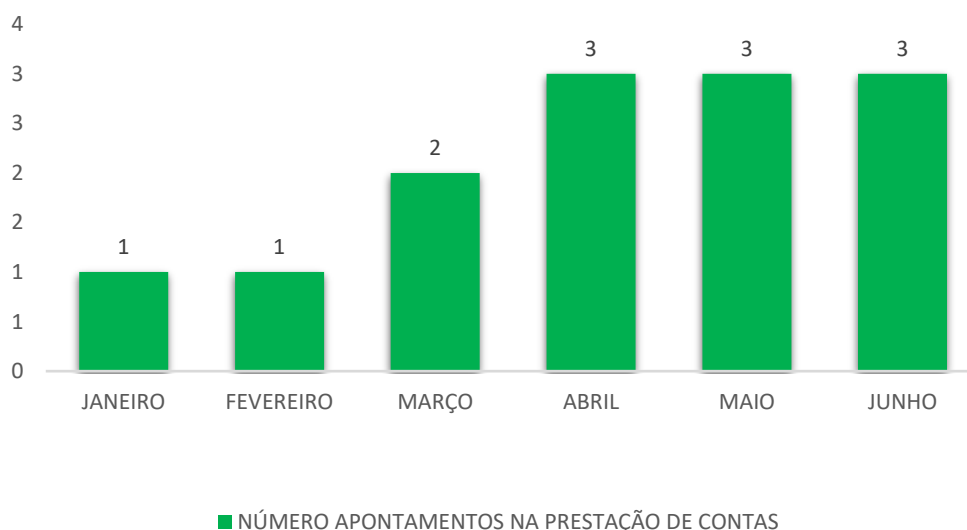
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 159. Total de despesas quitadas no sistema da SMS



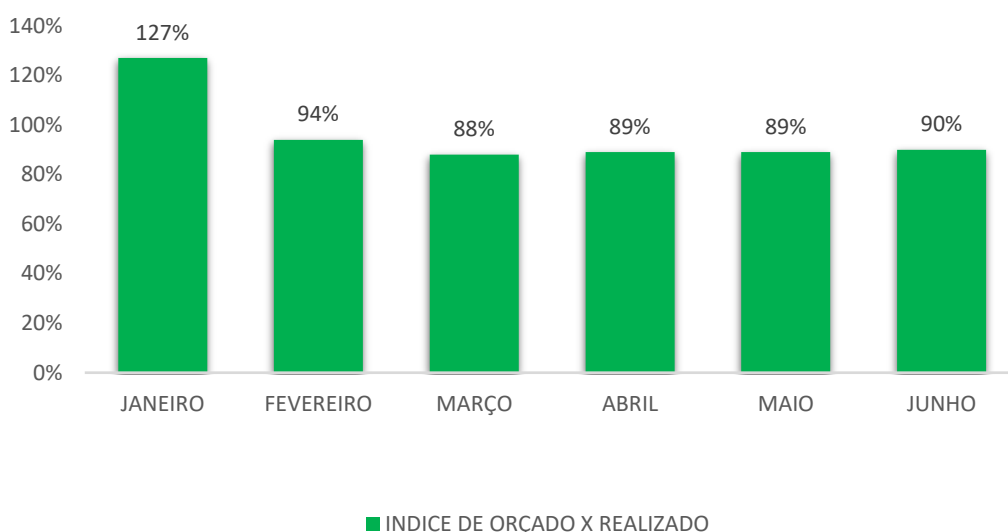
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 160. Número de apontamentos na prestação de contas



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 161. Índice de orçado x realizado



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.4. Financeiro

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

Tabela 91. Indicadores do Financeiro

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	100%	99%	99%	92%	94%	92%	96%
TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO	100%	99%	100%	99%	98%	99%	98%
TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NOTAS DE SERVIÇO	NEUTRO	82	79	84	80	80	81
NOTAS DE PRODUTOS	NEUTRO	88	81	109	120	102	111
NOTAS ATRASADAS	0	1	0	1	4	2	3

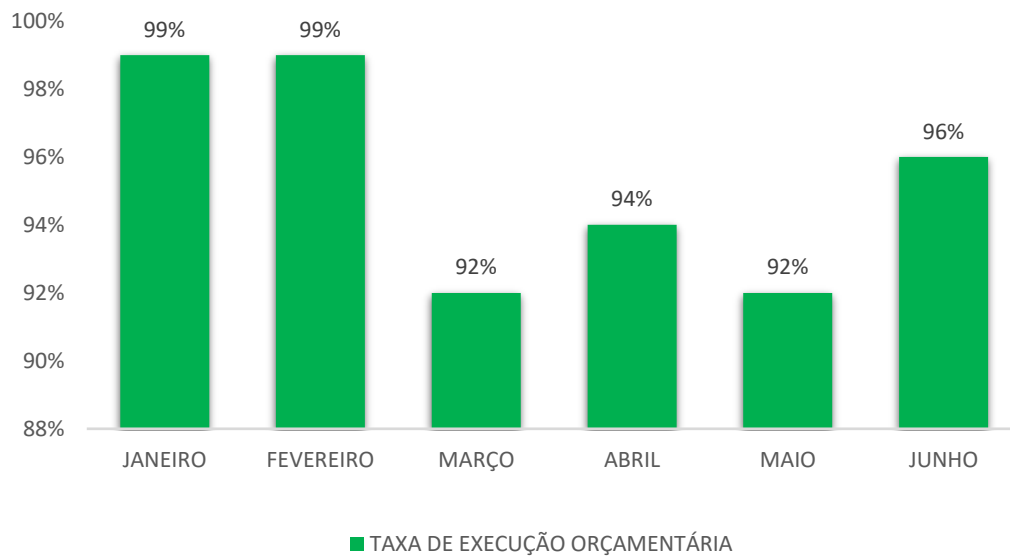
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

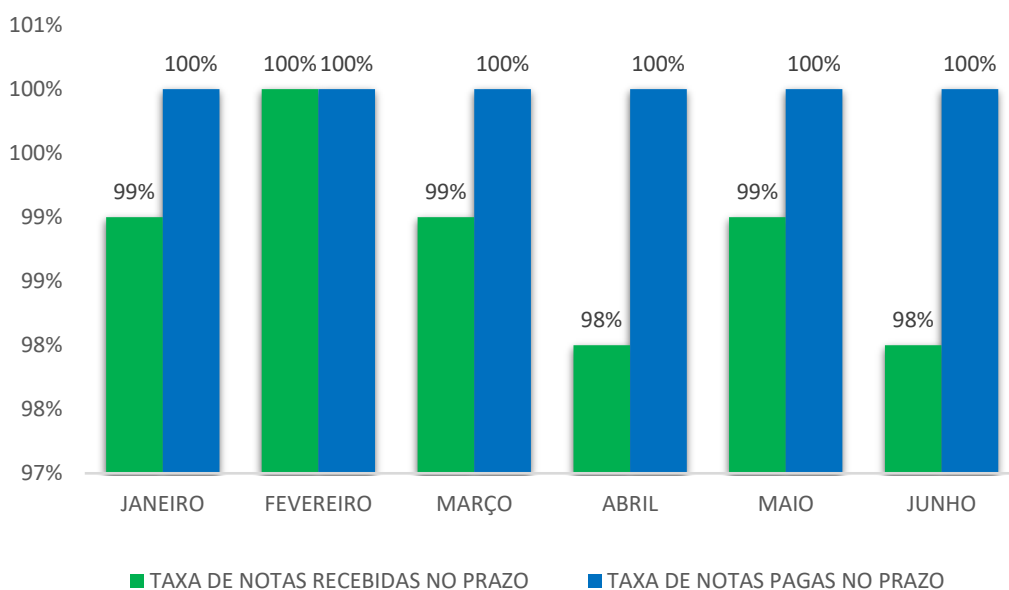
O prestador responsável encontra-se em processo de regularização da documentação necessária para composição do book documental, o que impactou o indicador de recebimento de notas fiscais dentro do prazo.

Adicionalmente, o indicador de execução orçamentária permaneceu abaixo de 100%, uma vez que o orçamento disponível no período não foi integralmente utilizado. O cenário segue em acompanhamento pela equipe responsável, visando a regularização documental do prestador e a otimização da execução orçamentária nas competências subsequentes.

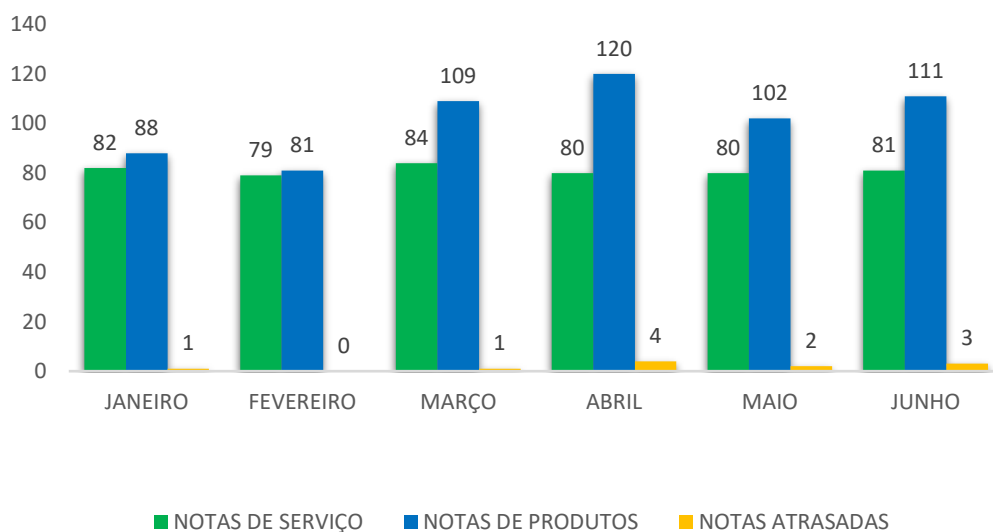
Gráfico 162. Taxa de execução orçamentária



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

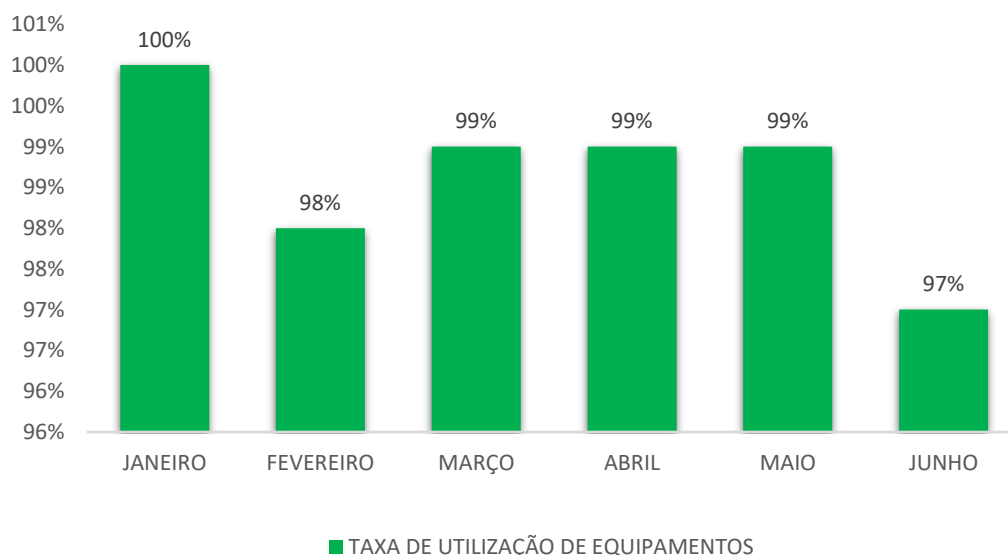
INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	100%	98%	99%	99%	99%	97%
ÍNDICE DE DEPRECIAÇÃO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	> 80%	99%	99%	99%	98%	99%	98%
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS	NEUTRO	157	157	156	143	153	189
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS	NEUTRO	131	134	143	99	112	134
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES	NEUTRO	3	4	16	6	12	3
NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS	NEUTRO	3	4	16	6	12	3
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO	NEUTRO	10	54	40	23	26	40
NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO ATENDIDAS	NEUTRO	7	38	32	2	4	12
TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS	> 80%	83%	85%	96%	71%	74%	74%

TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS	NEUTRO	225	225	225	1	1	1
TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS	> 60%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
TAXA DE ITENS LOCADOS	NEUTRO	63%	63%	63%	63%	63%	63%
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE	NEUTRO	32	32	32	32	32	32
TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS	> 85%	85%	91%	86%	78%	93%	84%

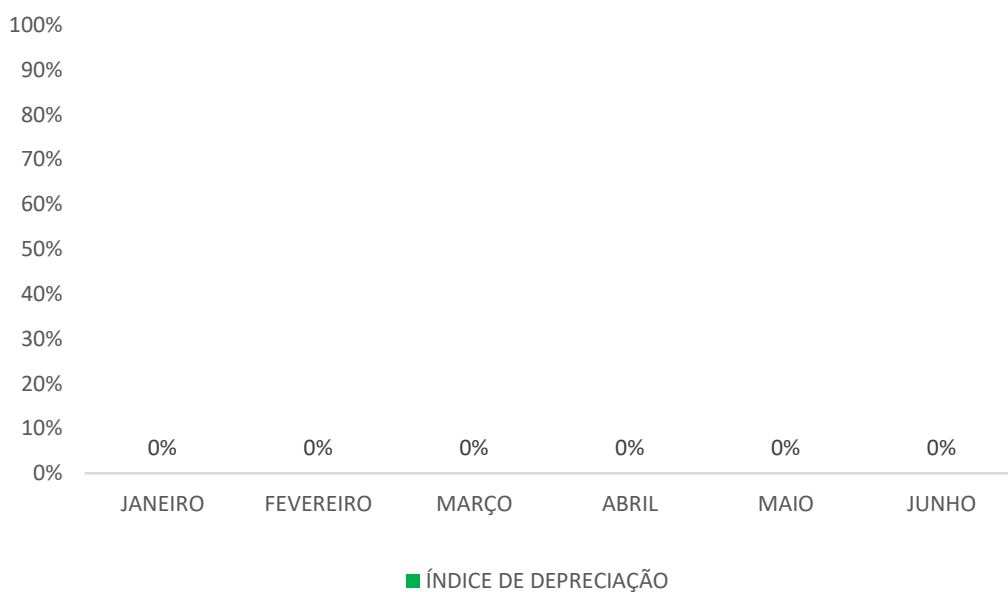
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

*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.

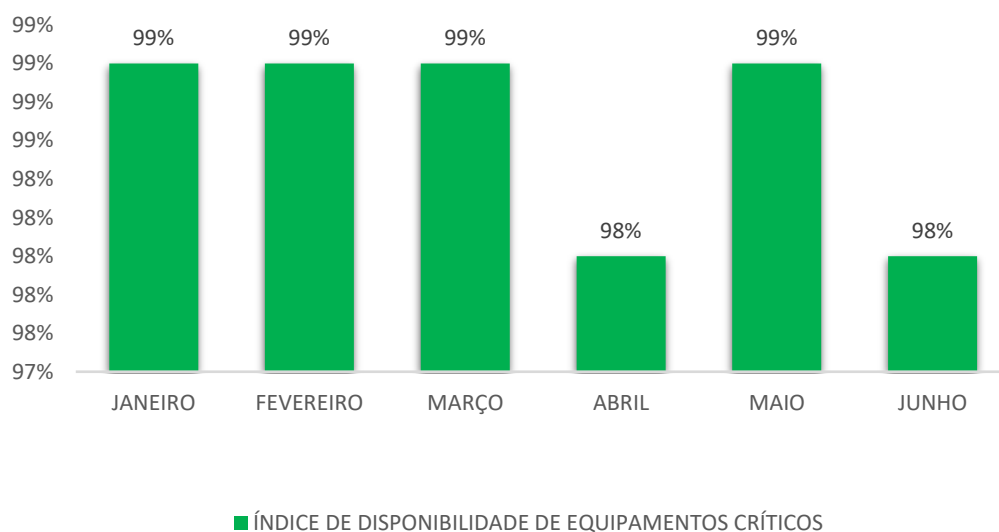
Gráfico 165. Taxa de utilização de equipamentos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

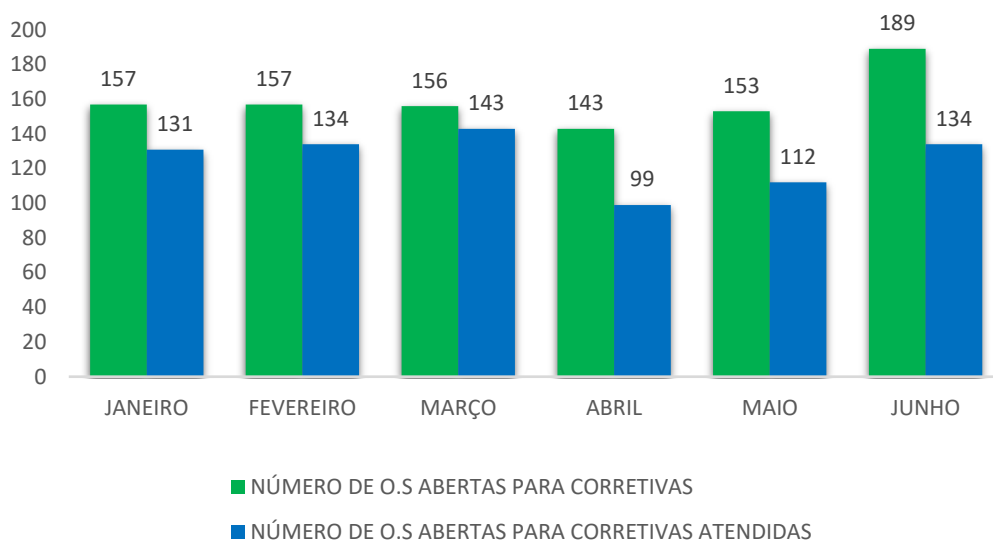
Gráfico 166. Índice de depreciação

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 167. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos

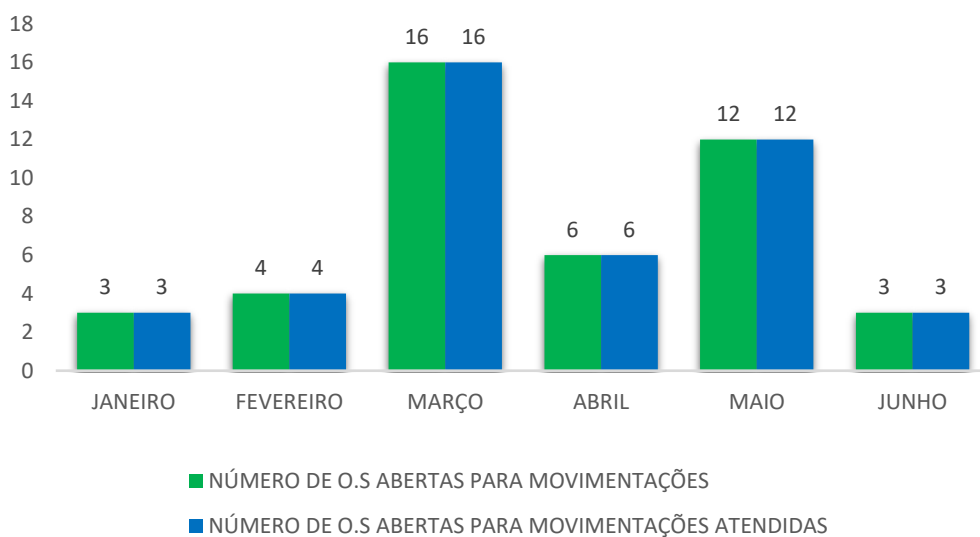
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 168. Ordem de serviço corretivas



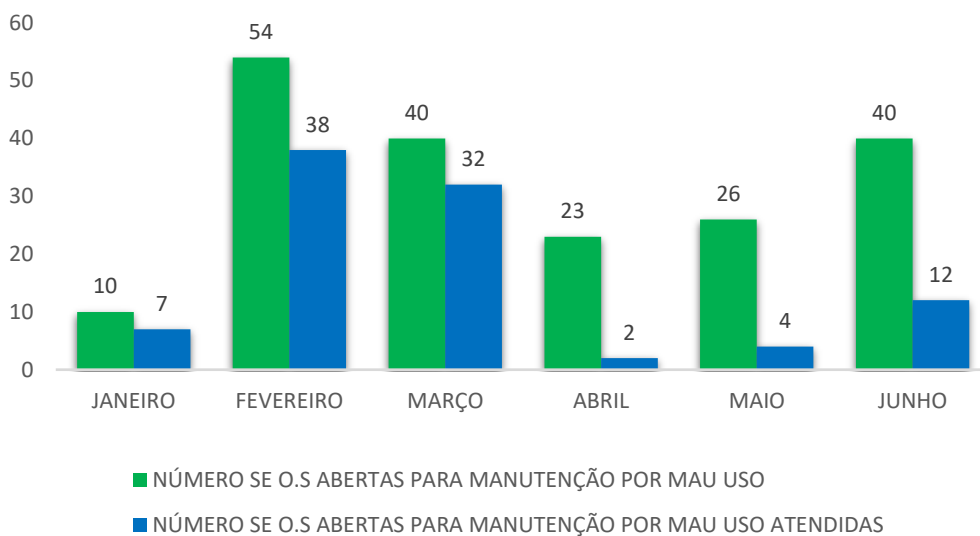
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 169. Ordem de serviço movimentações



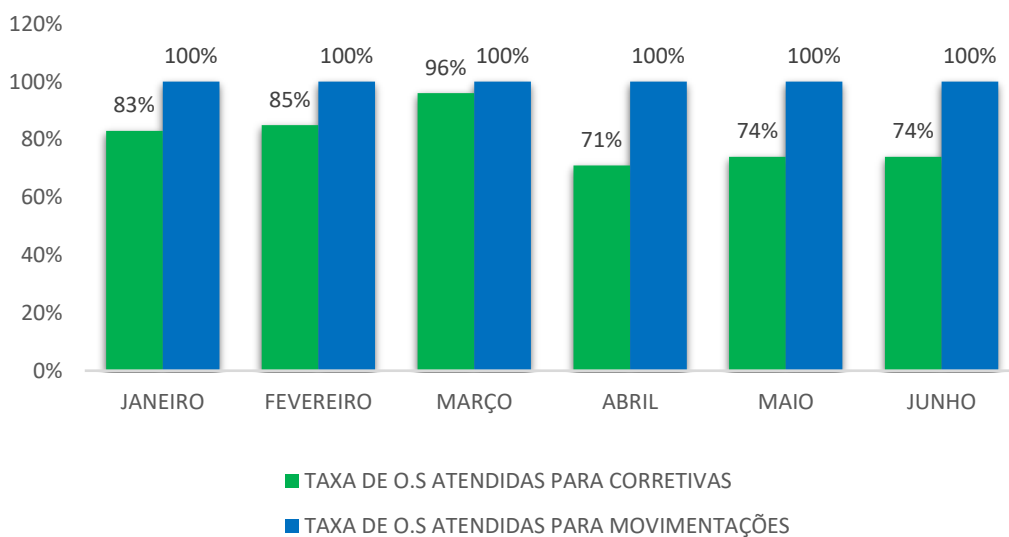
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 170. Ordem de serviço de manutenção de mau uso



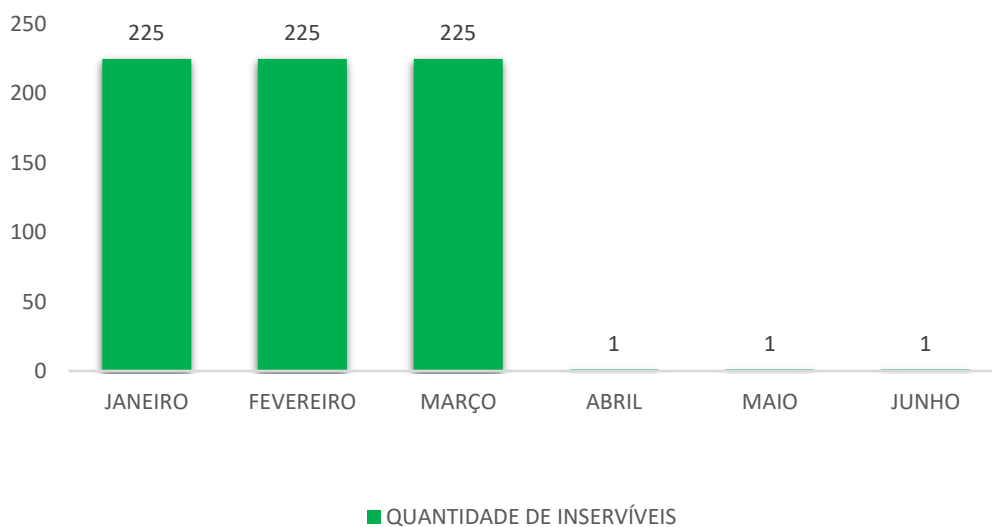
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 171. Ordem de serviço de corretivas e movimentações



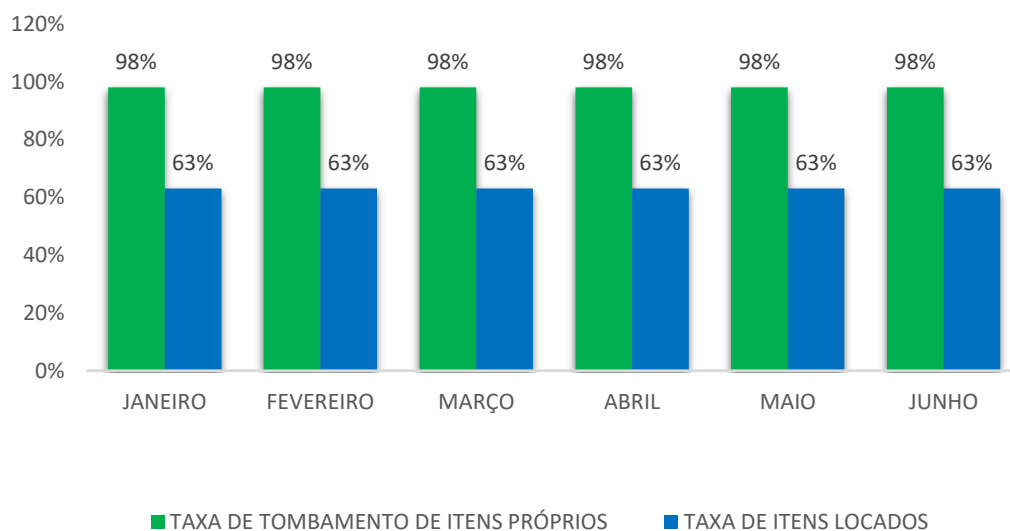
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 172. Quantidade de inservíveis

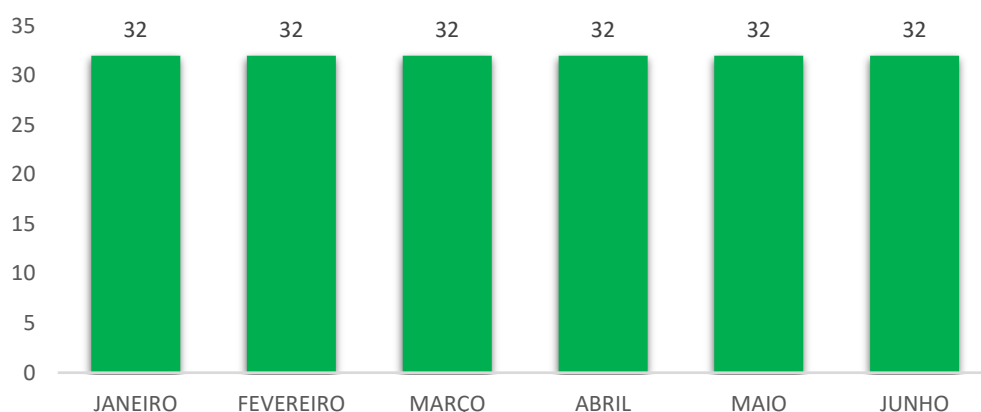


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 173. Taxa de tombamento de itens próprios e locados

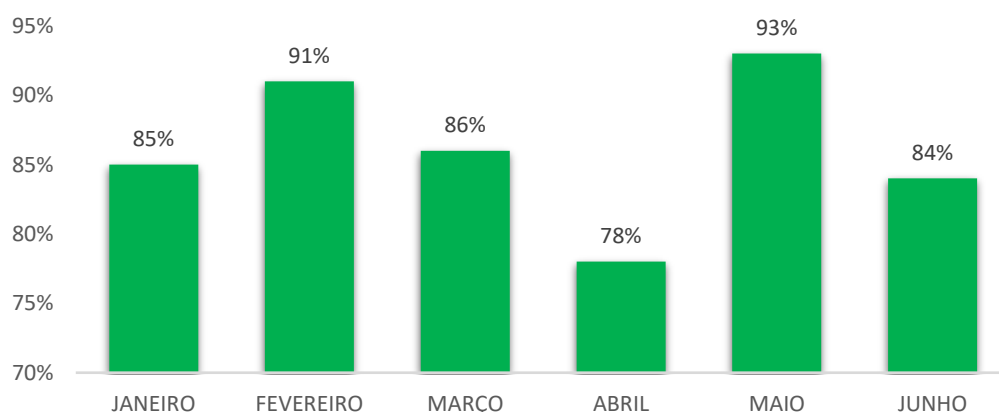


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 174. Número de equipamentos cedidos para unidade

■ NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 175. Taxa de ordem de serviços finalizadas

■ 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	JUNHO
ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS	100%	97%	98.78%	96.34%	100%	100%	98,76%
NÚMERO DE ADITIVOS (PRAZO)	NEUTRO	1	2	7	6	4	4
NÚMERO DE NOVOS CONTRATOS	NEUTRO	2	2	1	0	1	1
NÚMERO DE ADITIVOS (ESCOPO)	NEUTRO	3	4	4	5	1	2
QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CRÍTICOS	100%	89,47%	89,47%	84,21%	84.21%	84.21%	90,33%

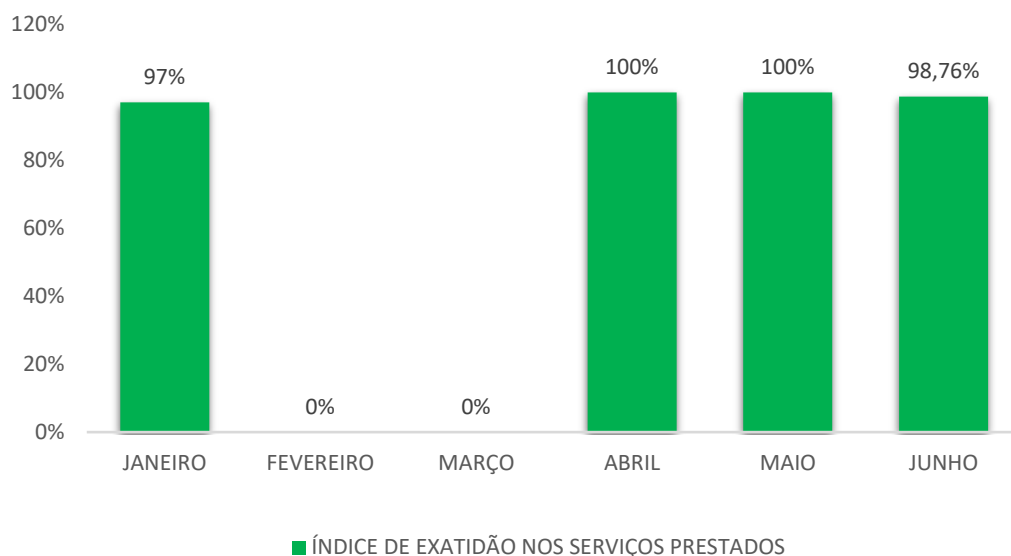
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

ANÁLISE CRÍTICA – CONTRATOS

O Indicador de Exatidão nos Serviços Prestados não atingiu a meta de 100% em razão do descumprimento de cláusulas contratuais por um dos prestadores de serviço. A não conformidade esteve relacionada ao elevado absenteísmo de colaboradores e à insuficiente cobertura dos postos de trabalho, ocasionando impacto na continuidade e qualidade dos serviços contratados.

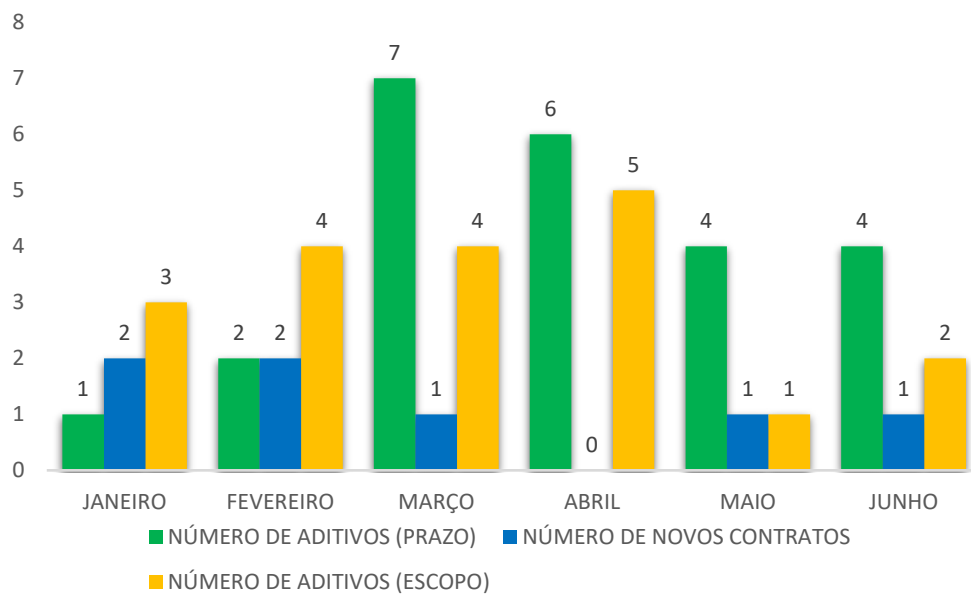
Diante do ocorrido, o prestador foi formalmente notificado e permanece sob acompanhamento, com monitoramento da execução do plano de ação e da regularização do quadro de profissionais, visando assegurar o cumprimento das obrigações contratuais e prevenir novas ocorrências.

Gráfico 176. Índice de exatidão nos serviços prestados

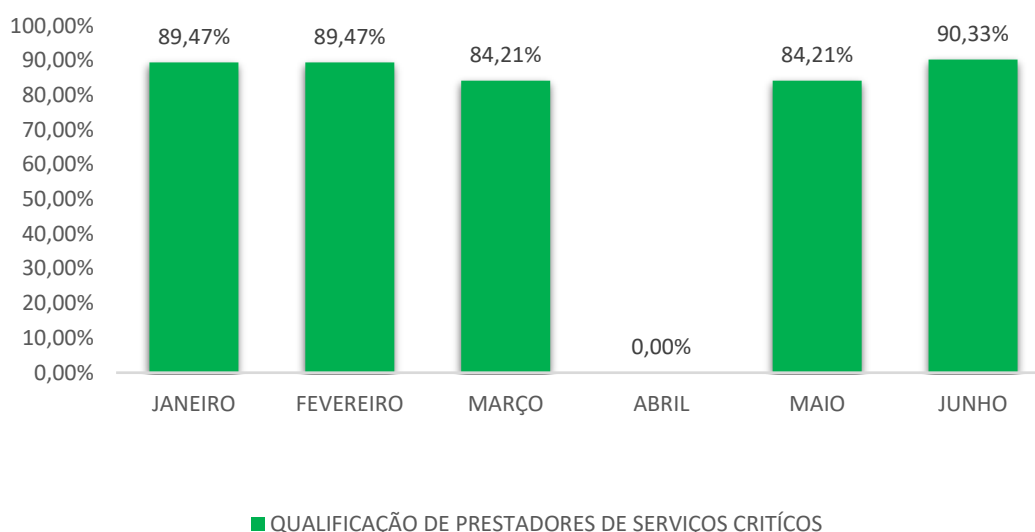


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 177. Número de aditivos e contratos



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 178. Qualificação de prestadores de serviços críticos

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

3.9.7. Hotelaria

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

Aspectos importantes da hotelaria:

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

Tabela 94. Indicadores da Rouparia

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSAÇÃO DE ENXOVAL)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE PRIVATIVOS DISPENSADOS NA UTI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

TAXA DE EXPRESSO SOLICITADO	0%	0%	0%	0%	6,67%	0%	0%
TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE	< 1%	0,28%	0,30%	0,15%	0,32%	0,20%	0%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	< 2 HORAS	1	1	1	1	1	1
ÍNDICE DE EVASÃO DE ROUPAS	< 2%	N/A*	N/A*	3,10%	N/A*	N/A*	N/A*
ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL	> 90%	95%	100%	100%	90%	85%	90%
TAXA DE CONFORMIDADE COM PADRÕES DE HIGIENIZAÇÃO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE RETORNO DE PEÇAS DANIFICADAS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ÍNDICE DE RELAVE	QUANTO MAIOR, MELHOR	2%	2,10%	2%	2%	2,10%	1,90%
NÚMERO DE CAMISOLAS DISPENSADAS	NEUTRO	6047	5774	6305	6493	6666	6212
NÚMERO DE COBERTORES DISPENSADAS	NEUTRO	282	257	291	333	423	362
NÚMERO DE FRONHAAS DISPENSADAS	NEUTRO	4546	4741	5356	4790	5326	4896
NÚMERO DE LENÇÓIS DISPENSADAS	NEUTRO	12239	11035	12346	12489	12735	11893
NÚMERO DE TOALHAS DISPENSADAS	NEUTRO	4661	5086	5660	5676	5847	5423
NÚMERO DE TRAVESSEIROS DISPENSADOS	NEUTRO	5757	5580	6292	6256	6452	6070

* Dado será enviado na competência posterior

N/A* O indicador de índice de evasão do enxoval foi realizado uma alteração dos dados, ele é mensurado após inventário que acontecem ou de forma bimestral ou trimestral.

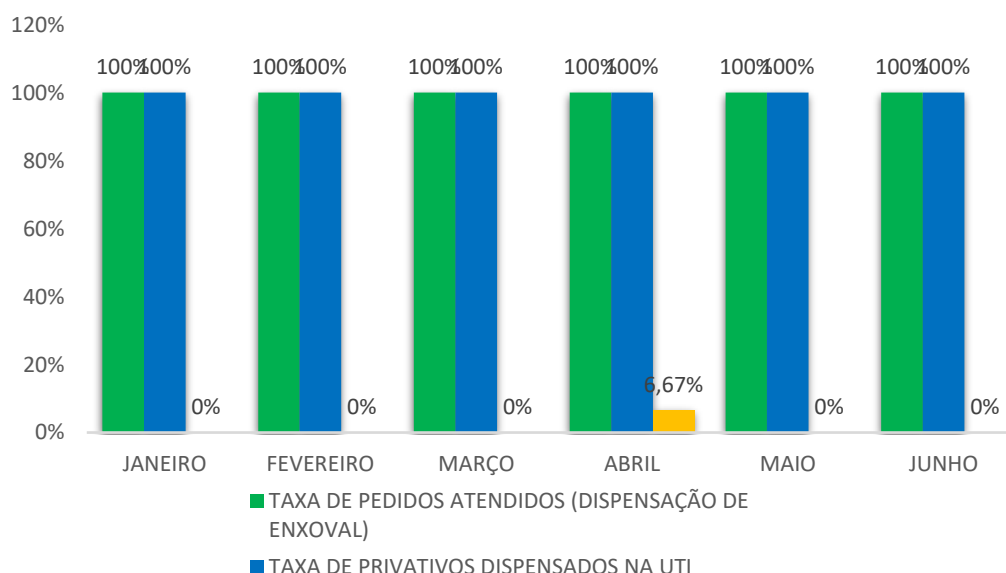
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA - ROUPARIA

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

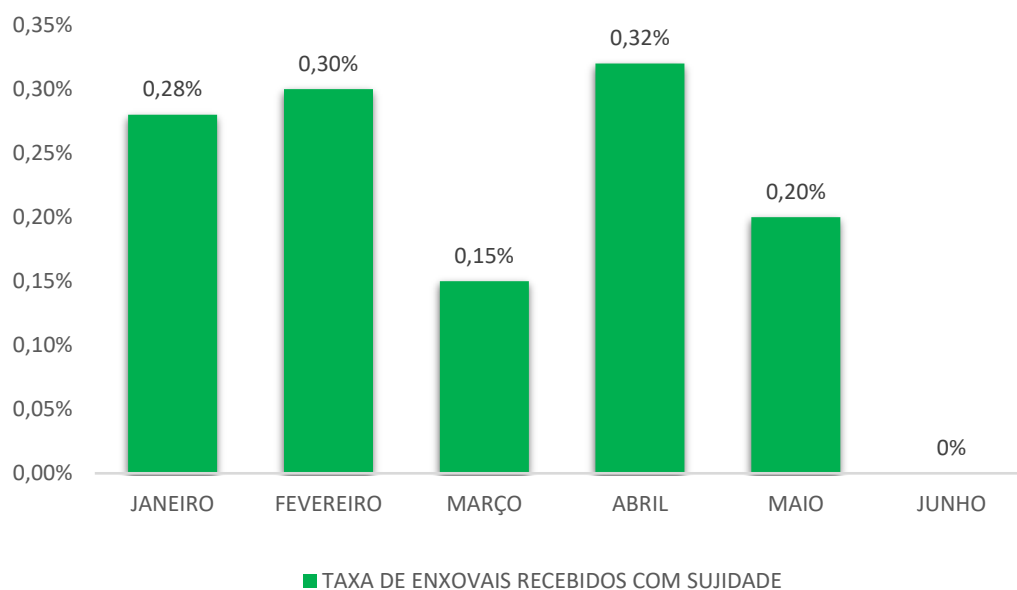
O Índice de Evasão de Enxoval apresentou aumento de 1,24%, encerrando o período em 3,10%. O resultado foi impactado pelo intervalo de 160 dias (5 meses e 11 dias) entre a realização dos inventários, superior à periodicidade bimestral prevista. O atraso ocorreu devido a questões operacionais, incluindo indisponibilidade da equipe da empresa responsável por motivos de saúde e outras demandas que comprometeram o cumprimento do cronograma. Como plano de ação, será retomada a realização dos inventários na periodicidade estabelecida, visando maior controle do enxoval, identificação precoce de perdas e redução do índice de evasão nas próximas competências.

Gráfico 179. Taxa serviços da rouparia



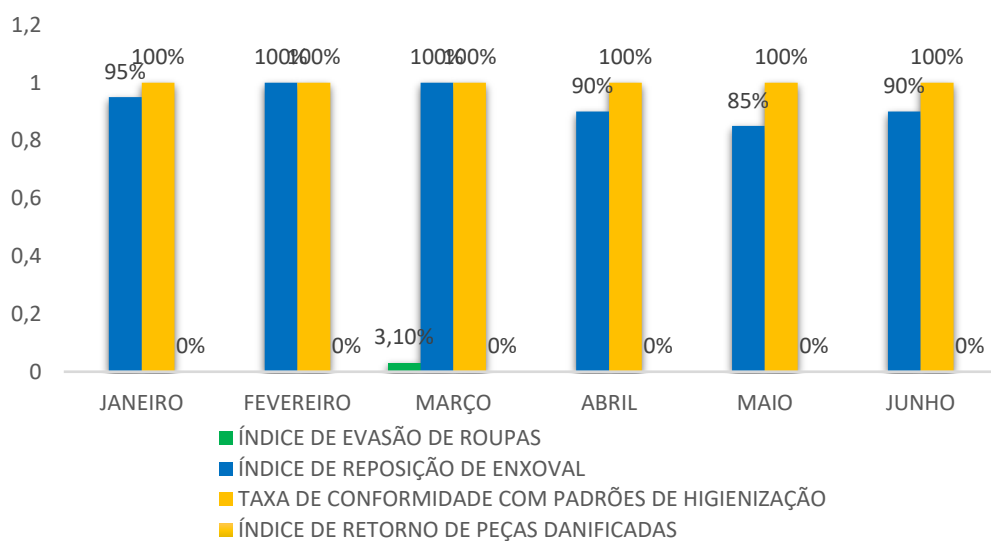
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 180. Taxa de enxovais recebidos com sujidade



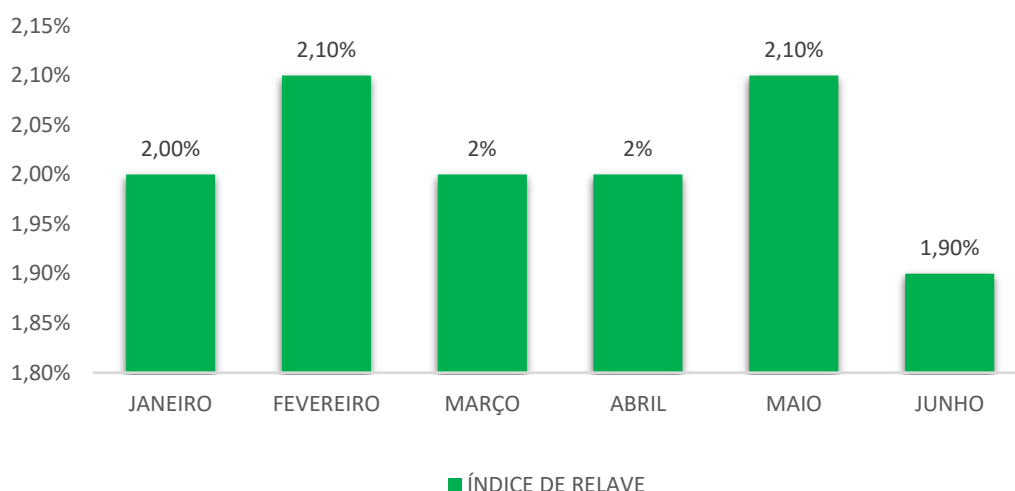
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 181. Análise serviços de rouparia



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

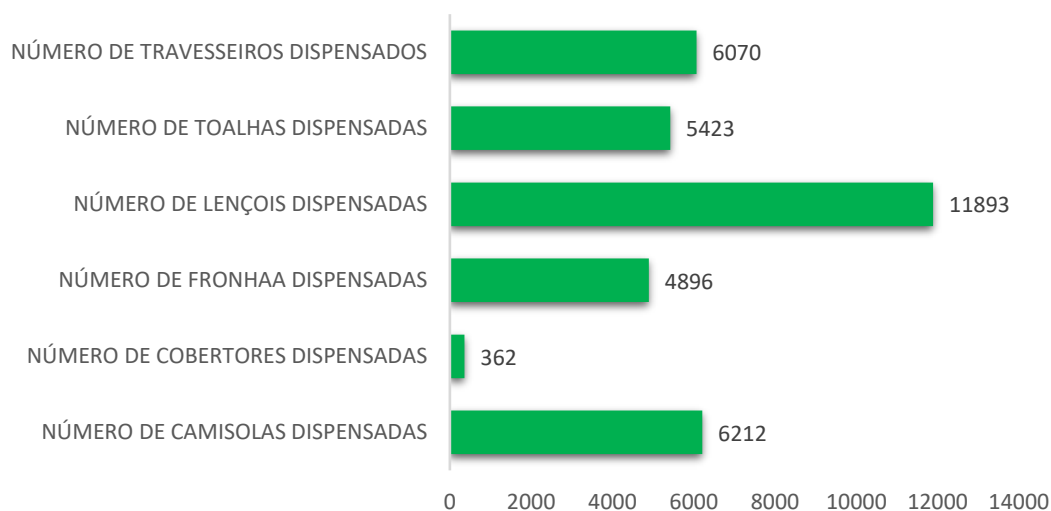
Gráfico 182. Índice de relave



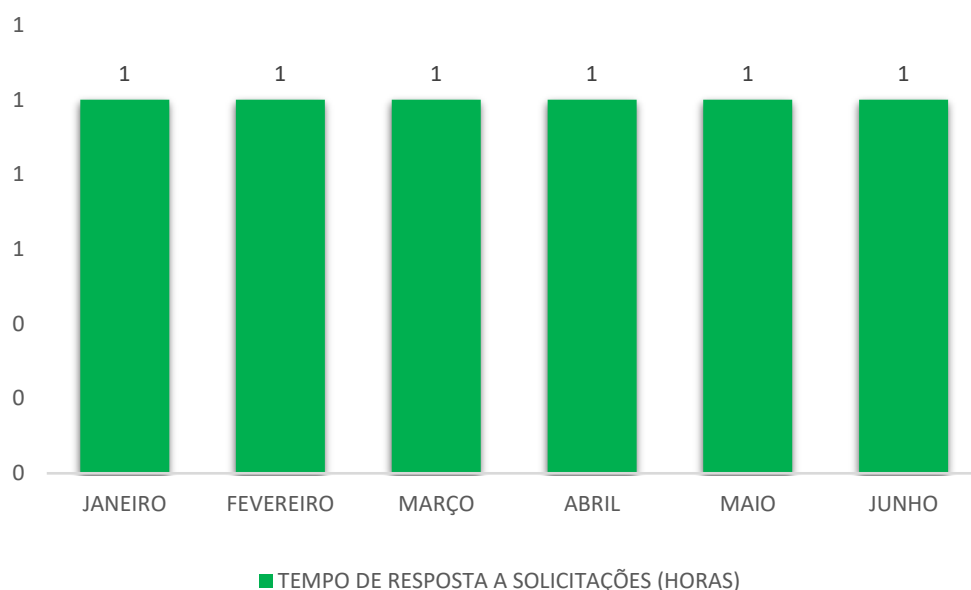
Dado de março de 2026 será enviado na competência posterior

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 183. Dispensação de enxovais em junho 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	JUNHO
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE	0%	0%	0%	0%	0%	15%	0%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA	> 80%	90%	100%	100%	100%	85%	90%
TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES	<2 HORAS	1	1	1	1	1	1
TERMINAL SETOR - ARARA	=> 22	22	24	24	24	23	29
TERMINAL SETOR - CANÁRIO	=> 18	18	18	18	20	18	18
TERMINAL SETOR - PEDIATRIA	=> 12	12	12	12	11	12	15
TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO	=> 20	20	17	18	19	19	25
TERMINAL SETOR - SABIÁ	=> 42	43	42	42	42	43	53
TERMINAL SETOR - BEM TE VI	=> 40	70	90	88	112	129	109
TERMINAL SETOR - SANHAÇU	=> 76	75	72	83	69	81	107

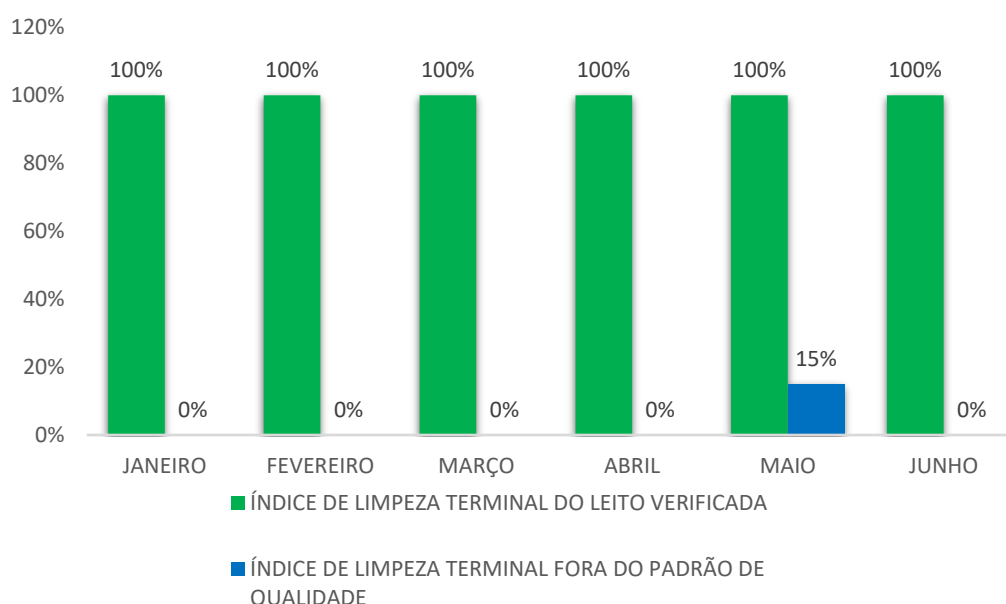
TERMINAL SETOR - COLIBRI	=> 106	44	177	164	177	183	207
TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR	=> 60	266	219	291	254	252	244

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

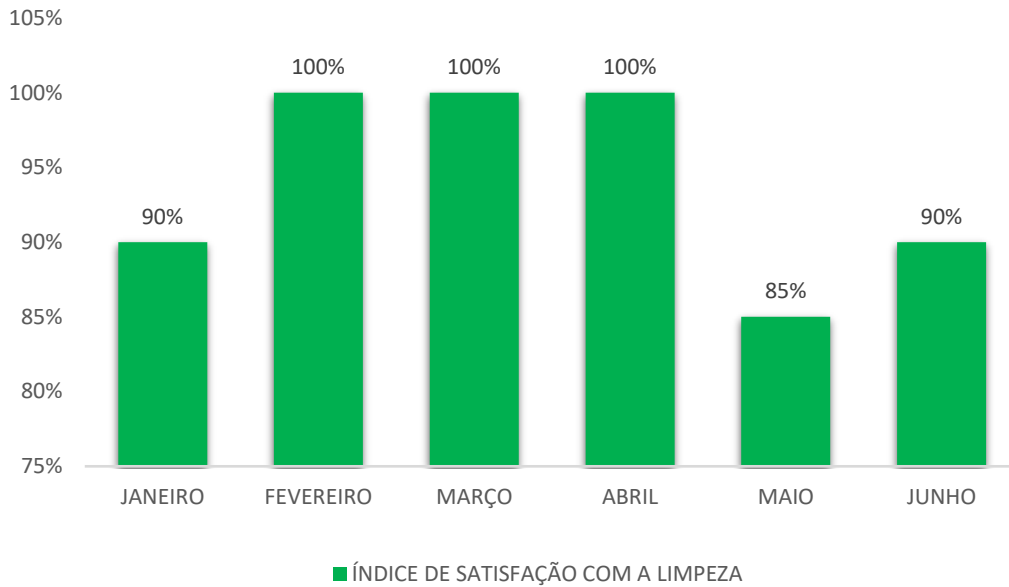
No mês de junho, foi realizada a limpeza da fachada da unidade, contribuindo para a melhoria da conservação e da apresentação da estrutura física. Adicionalmente, foi iniciado o projeto de revitalização do paisagismo, com o objetivo de promover melhorias no ambiente externo, proporcionando um espaço mais organizado, acolhedor e alinhado às diretrizes de humanização e conservação da infraestrutura hospitalar.

Gráfico 185. Índice de limpeza



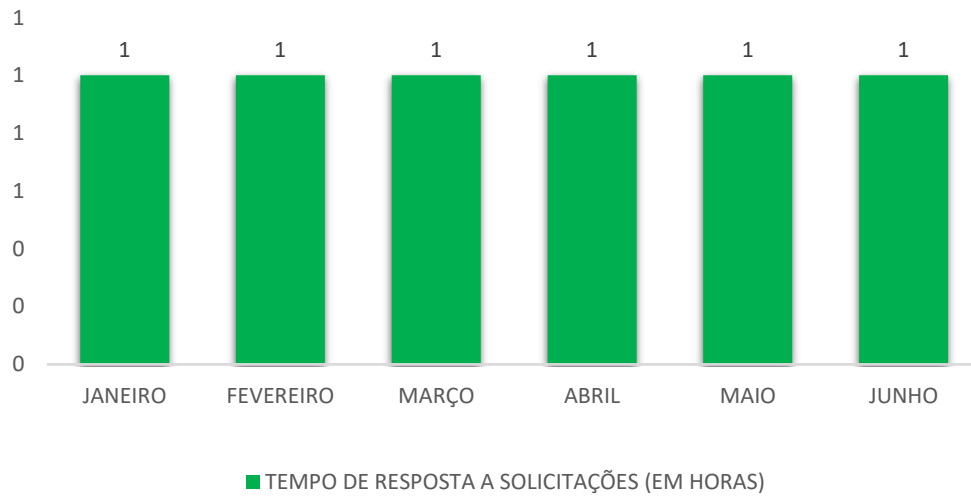
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 186. Índice de satisfação com a limpeza

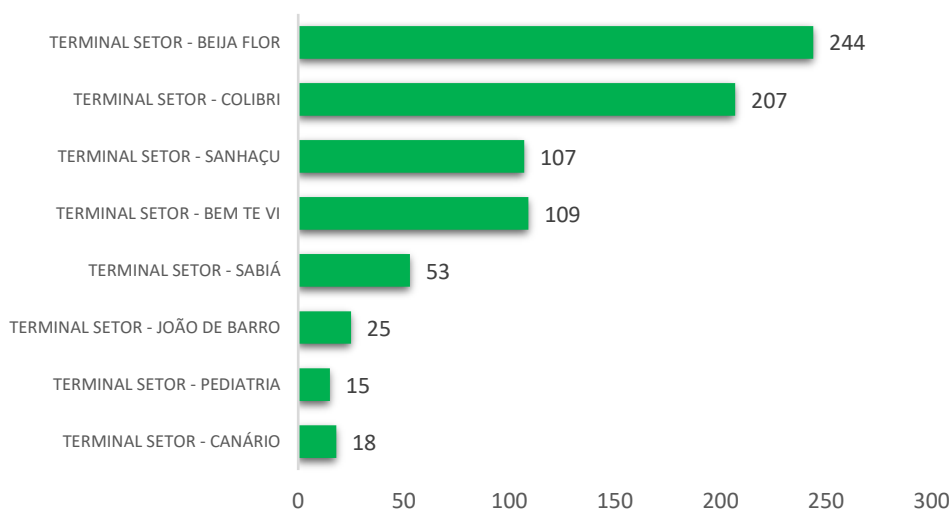


Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 188. Terminais de limpeza em junho de 2026

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.8. Recepção

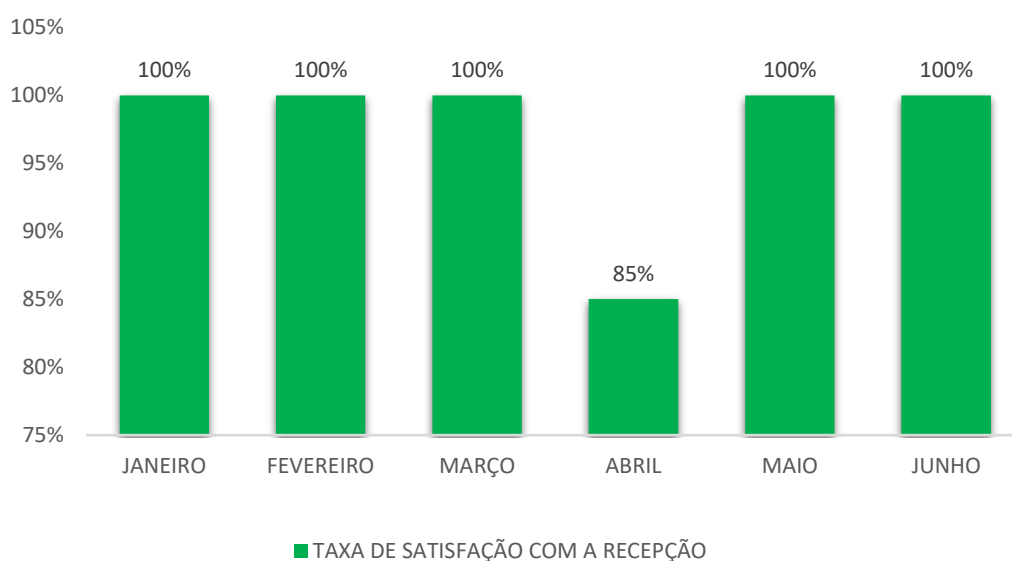
Assegurar o acolhimento e o atendimento eficiente aos usuários, pacientes, visitantes e colaboradores, garantindo a organização dos fluxos, a agilidade nos processos, a qualidade das informações e a conformidade com as normas institucionais, contribuindo para a segurança, a satisfação e o suporte às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

Tabela 96. Indicadores de Recepção

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE SATISFAÇÃO COM A RECEPÇÃO	> 80%	100%	100%	100%	85%	100%	100%
NÚMERO DE VISITANTES	NEUTRO	1783	2023	1724	1945	1958	1697
NÚMERO DE ACOMPANHANTES	NEUTRO	287	267	238	265	274	407
NÚMERO DE REQUERIMENTOS DE SOLICITAÇÕES DE DOCUMENTOS	NEUTRO	17	19	28	26	31	22

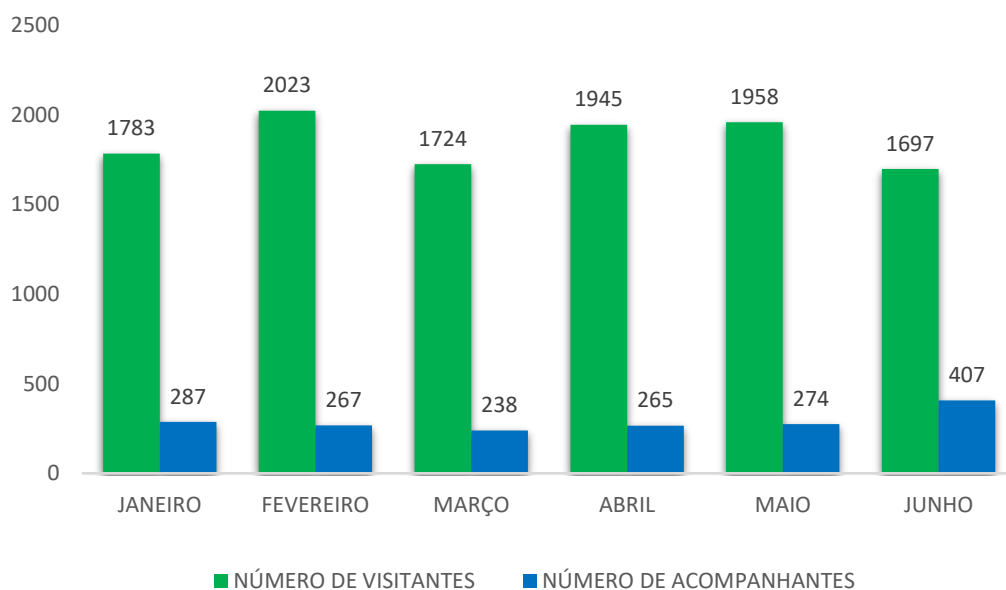
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 189. Taxa de satisfação com a recepção

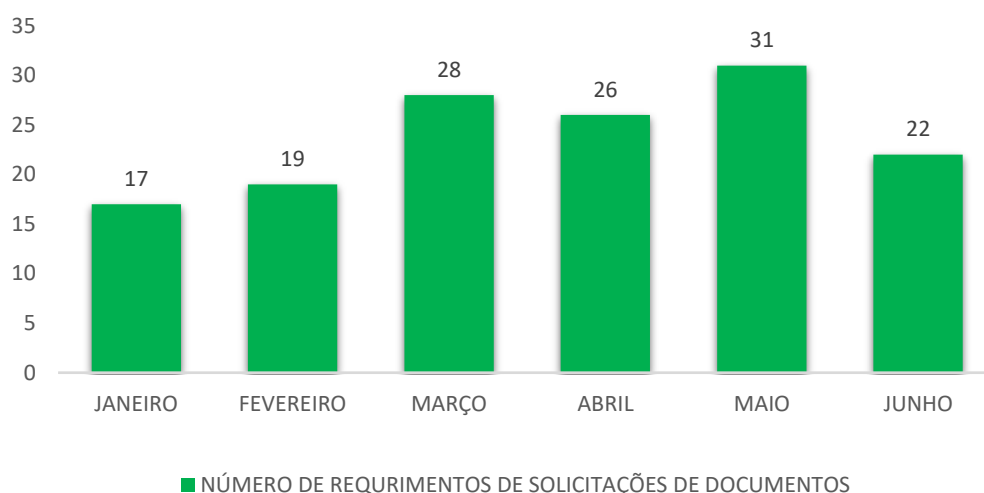


Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

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

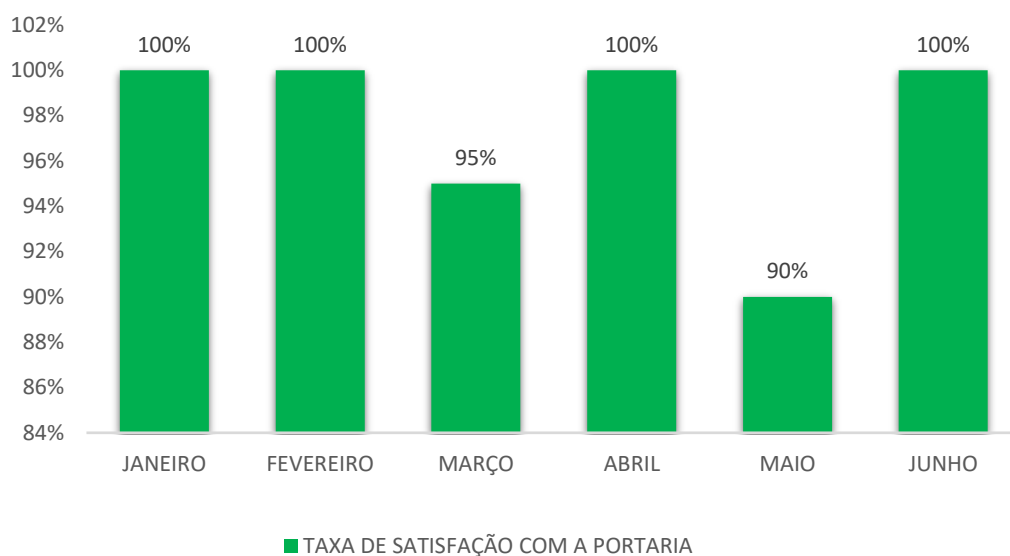
Assegurar o controle de acesso de pessoas, veículos e materiais, garantindo a segurança institucional, a organização dos fluxos de entrada e saída e o cumprimento das normas e protocolos estabelecidos, contribuindo para a proteção do patrimônio, a segurança dos usuários e o suporte às áreas assistenciais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

Tabela 97. Indicadores de Portaria

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 192. Taxa de satisfação com a portaria

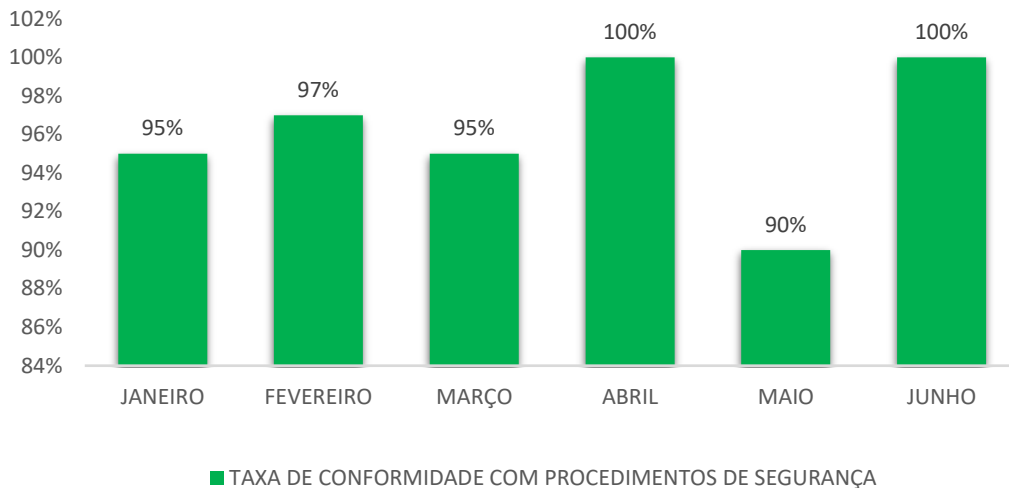


Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 193. Número de ocorrências de segurança



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 194. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

3.9.10. Jurídico

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

Responsabilidades do auxiliar jurídico:

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

Tabela 98. Indicadores de Serviços Jurídicos

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

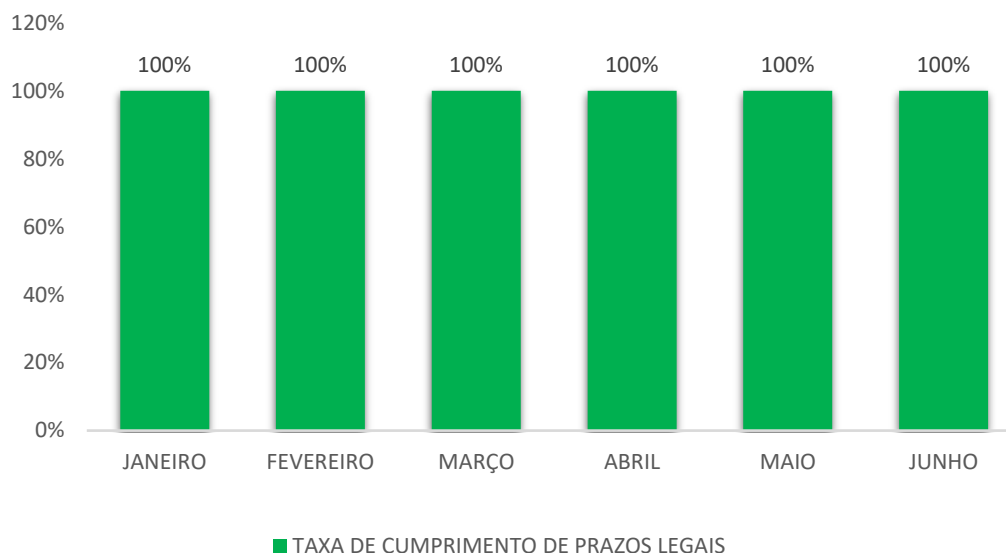
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

No mês de junho, houve atualização do indicador referente ao Número de Sentenças, em decorrência da publicação de decisão judicial. No caso analisado, a ação foi julgada totalmente improcedente, com acolhimento integral da tese defensiva apresentada

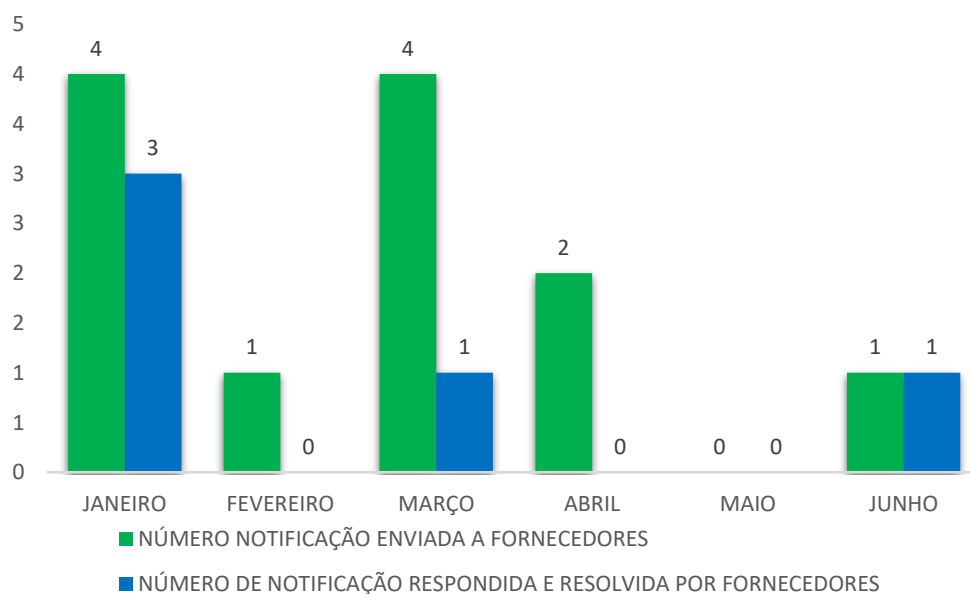
pelo INTS e rejeição de todos os pedidos formulados pela parte reclamante. O desfecho impactou a atualização do indicador na competência, refletindo a evolução dos processos judiciais acompanhados pela instituição.

Gráfico 195. Taxa de cumprimento de prazos legais



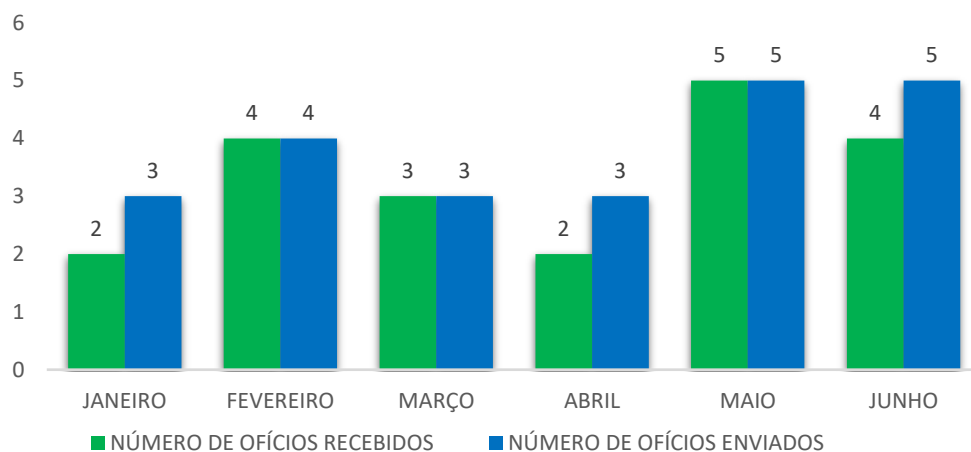
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 196. Análise de notificações



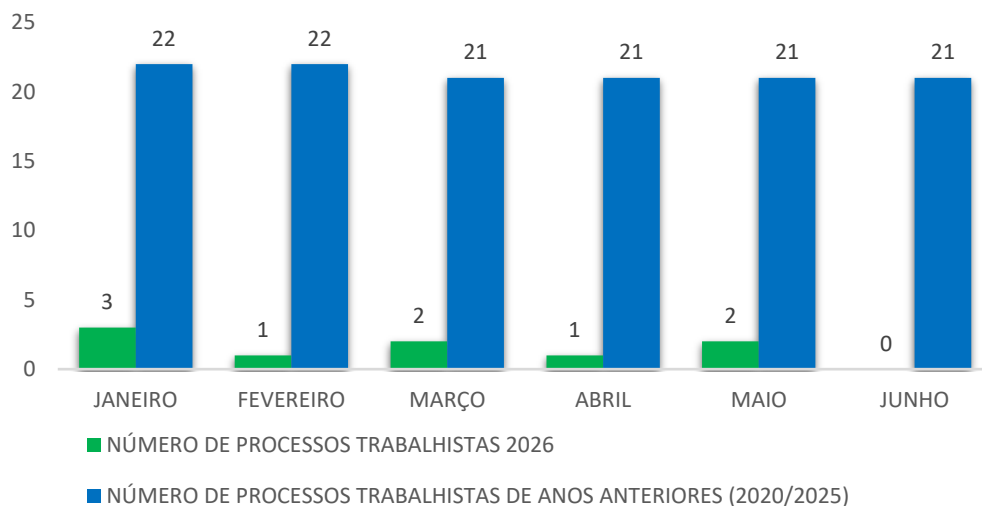
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 197. Análise de ofícios

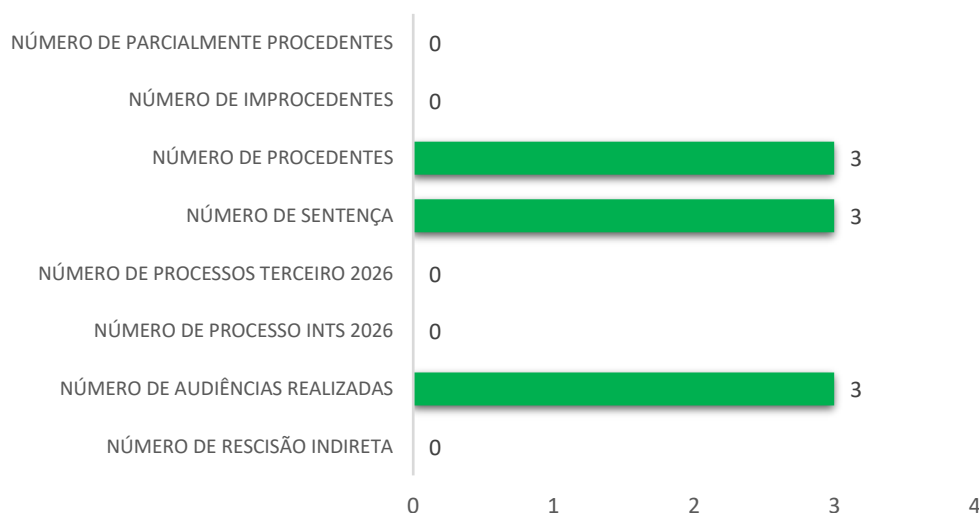


Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 198. Número de processos trabalhistas



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

Gráfico 199. Produção Jurídico em junho 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	JUNHO
TAXA DE RESOLUÇÃO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REINCIDÊNCIA	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

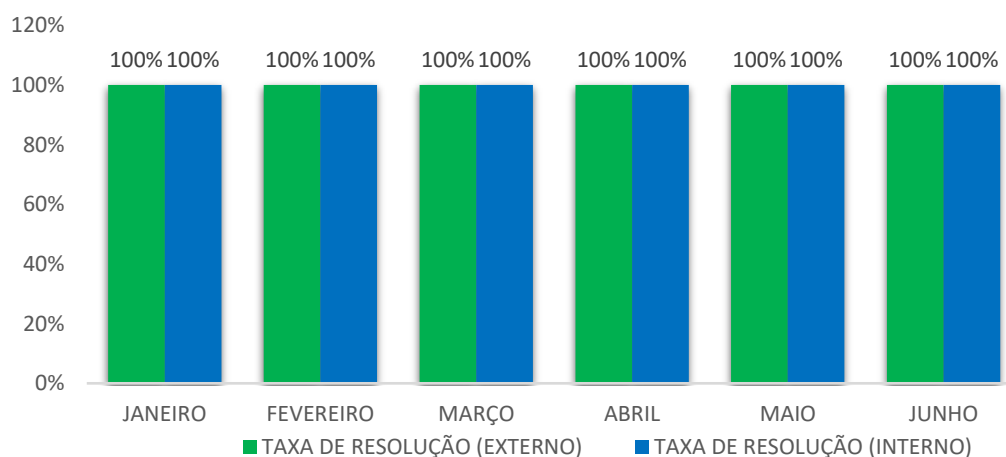
TAXA DE DEVOLUTIVA	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 5 DIAS	0	2	12	4	2	4
TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	NEUTRO	11	1	2	3	5	4
NÚMERO DE ELOGIOS	QUANTO MAIOR, MELHOR	11	0	0	1	4	0
NÚMERO DE SOLICITAÇÕES	NEUTRO	0	1	2	2	1	1
NÚMERO DE RECLAMAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0	3
NÚMERO DE DENÚNCIAS	QUANTO MENOR, MELHOR	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE SUGESTÕES	NEUTRO	0	0	0	0	0	0

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

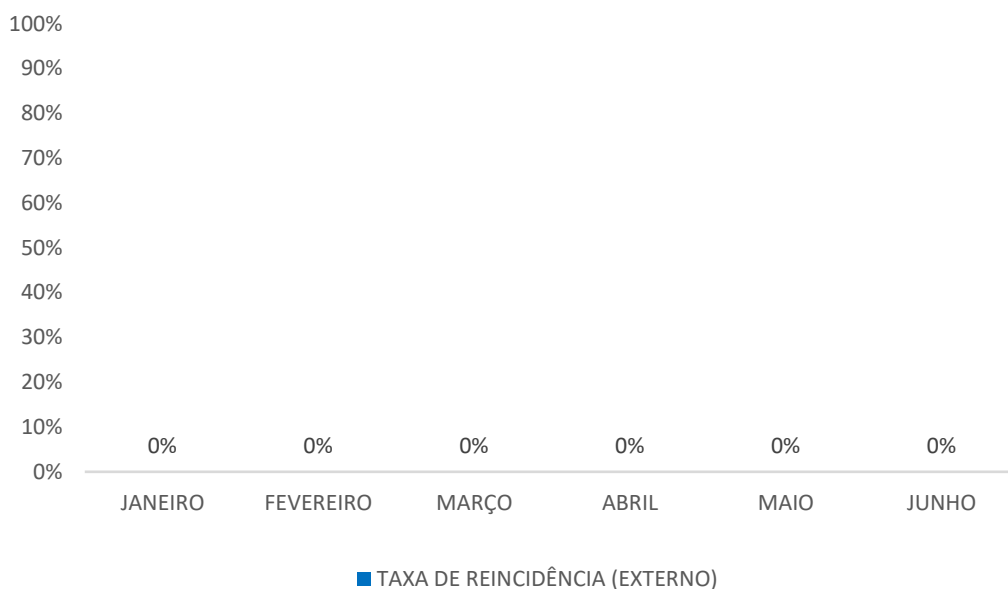
Tabela 100. Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE RESOLUÇÃO	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE DEVOLUTIVA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	> 80%	70%	79%	75%	85%	78%	87%
TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA	< 8 DIAS	5	3	2	4	3	3
TOTAL DE PESQUISAS BEIRA LEITO	40	33	33	40	40	40	40
TOTAL DE PESQUISAS TOTEM LINK	10	0	0	0	0	0	0
NÚMERO DE INSATISFAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	83	24	44	49	36	58
NÚMERO DE SATISFAÇÕES	QUANTO MENOR, MELHOR	23	10	71	54	29	29

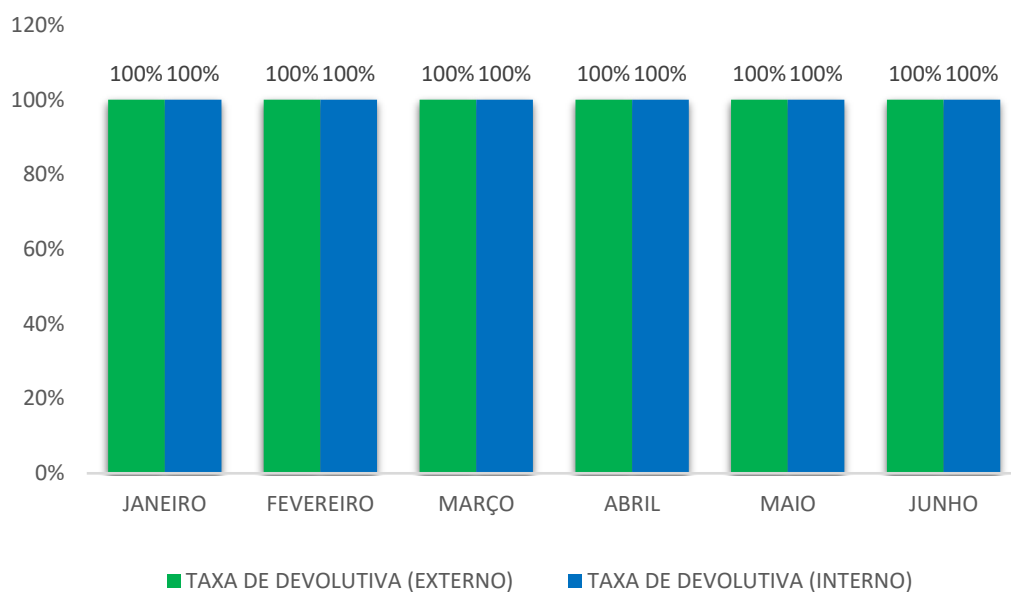
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 200. Taxa de resolução

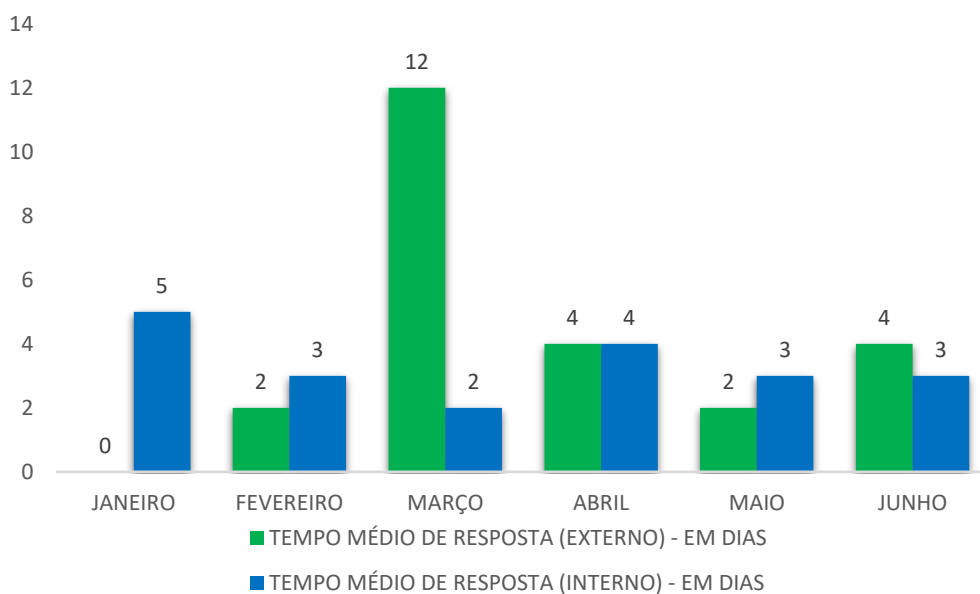
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 201. Taxa de reincidência

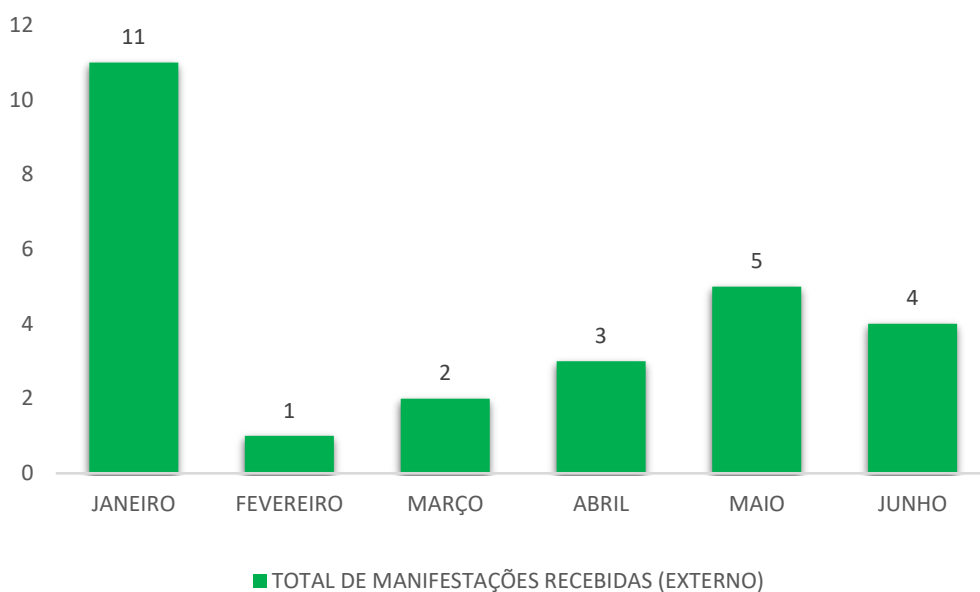
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 202. Taxa de devolutiva

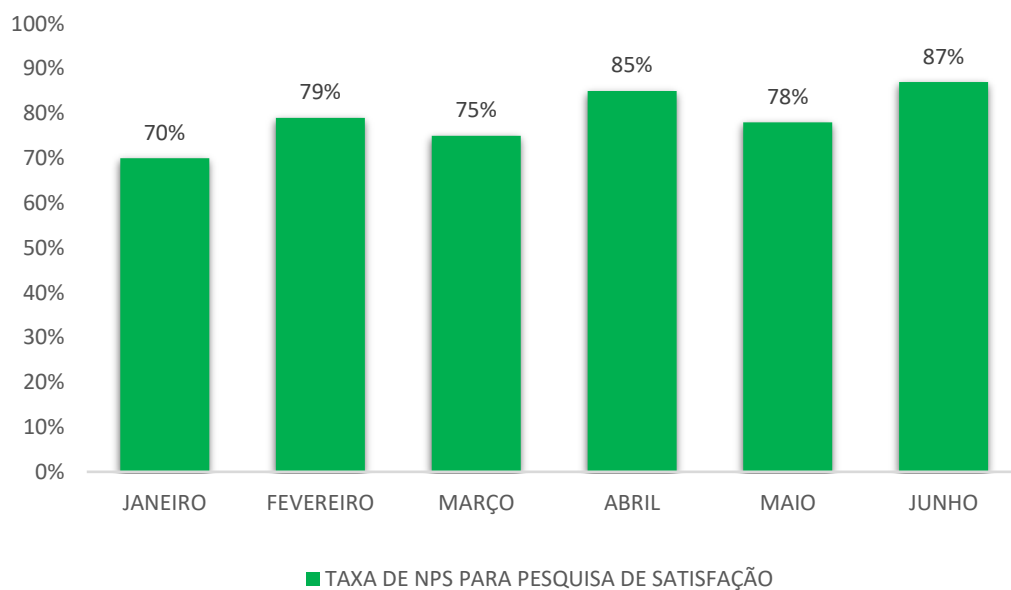
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 203. Tempo médio de respostas em dias

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

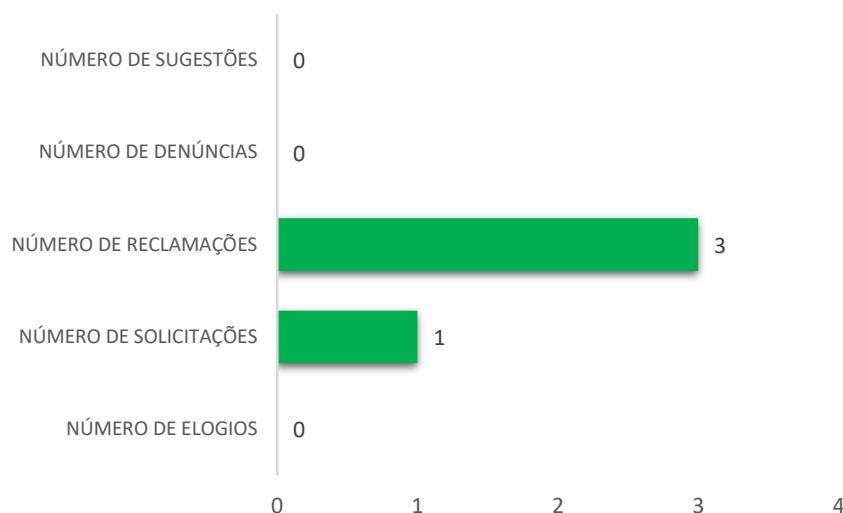
Gráfico 204. Manifestações recebidas

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 205. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação)

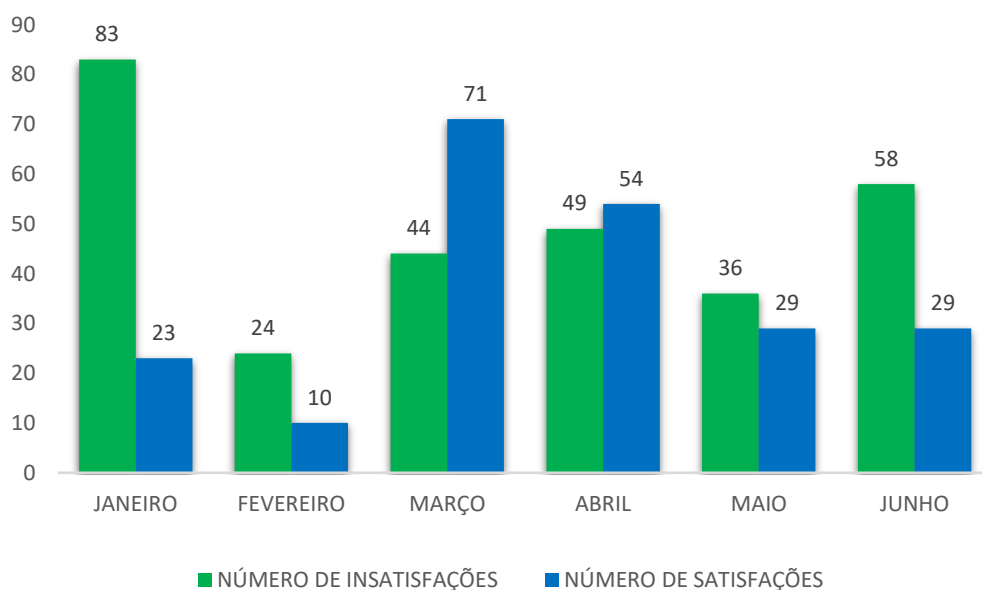
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

Gráfico 206. Tipos de manifestações externas em junho de 2026



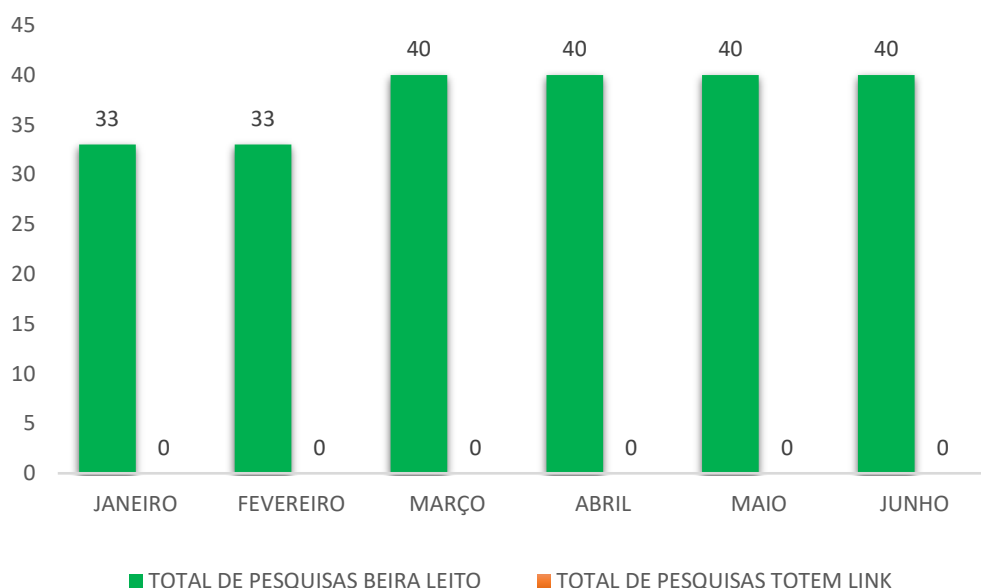
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

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

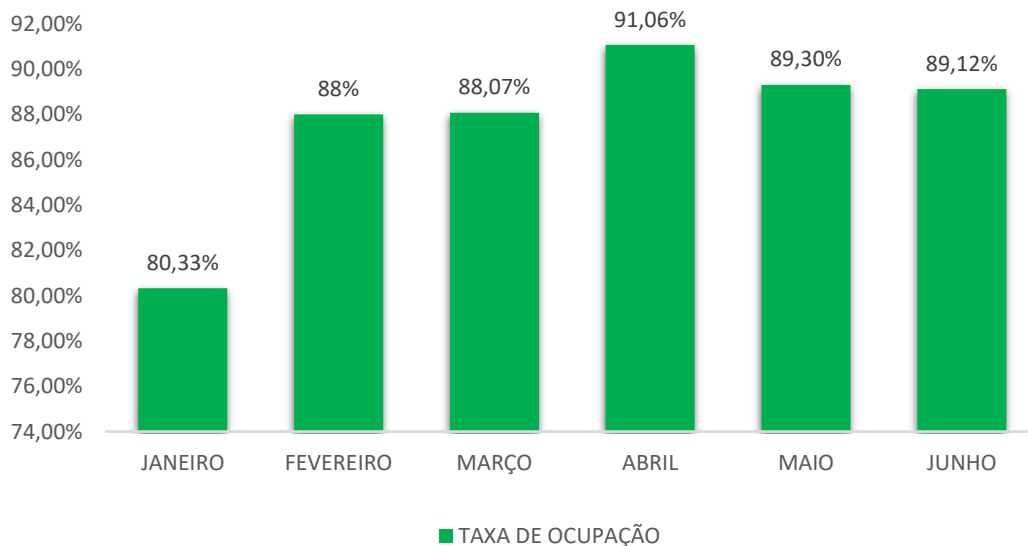
Tabela 101. Indicadores de Contratuais Qualitativos

INDICADOR	METAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
TAXA DE OCUPAÇÃO	> 85%	80,33%	88%	88,07%	91,06%	89,30%	89,12%
ÍNDICE DE QUEDA	< 15%	0,43%	0,87%	0,20%	0,39%	1,17%	1,01%
ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO	< 20%	2,54%	1,72%	6,80%	1,69%	2,98%	1,89%
TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

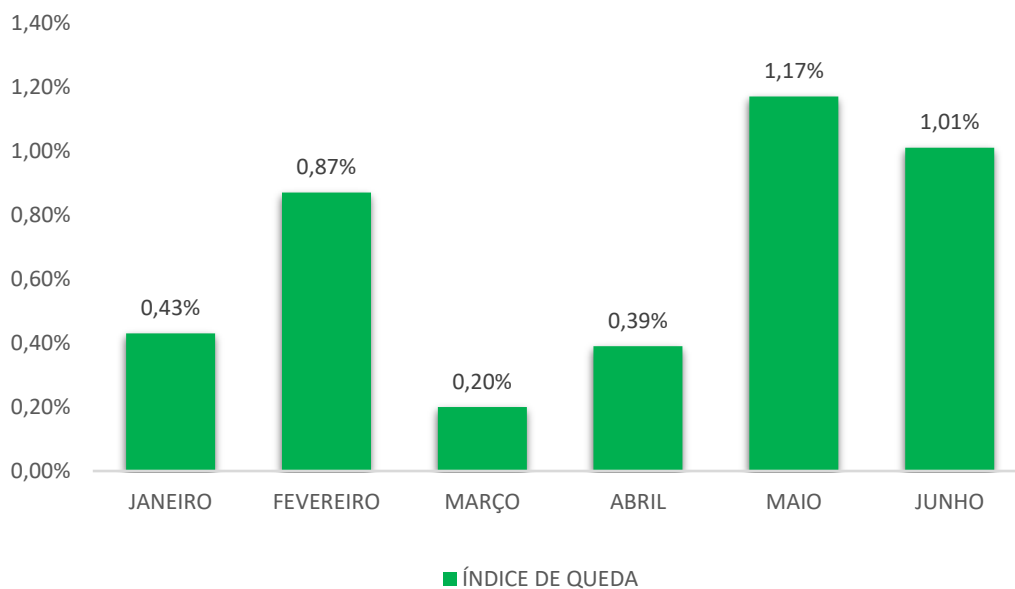
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 209. Taxa de ocupação



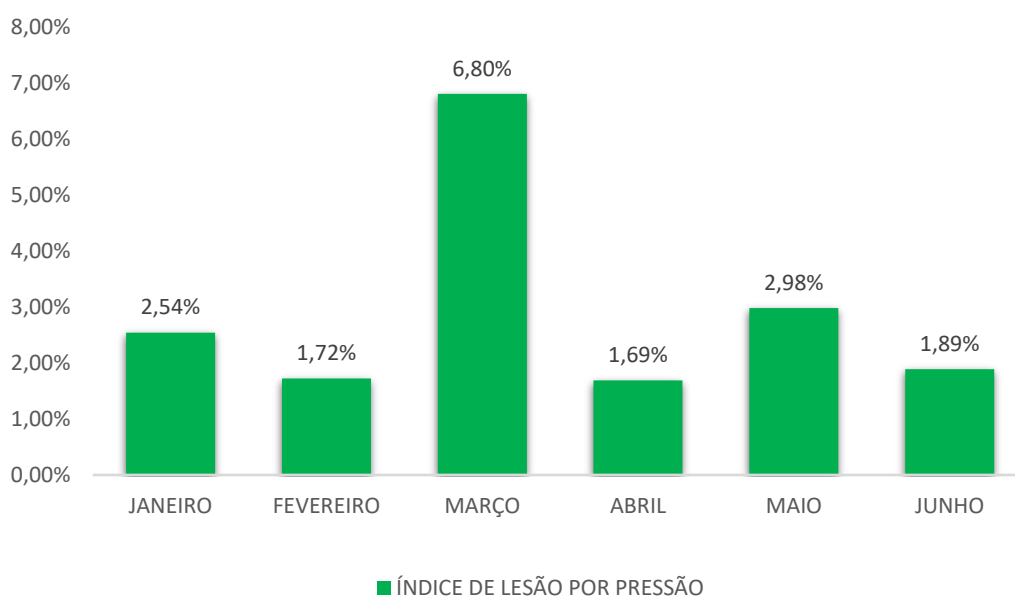
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 210. Índice de queda



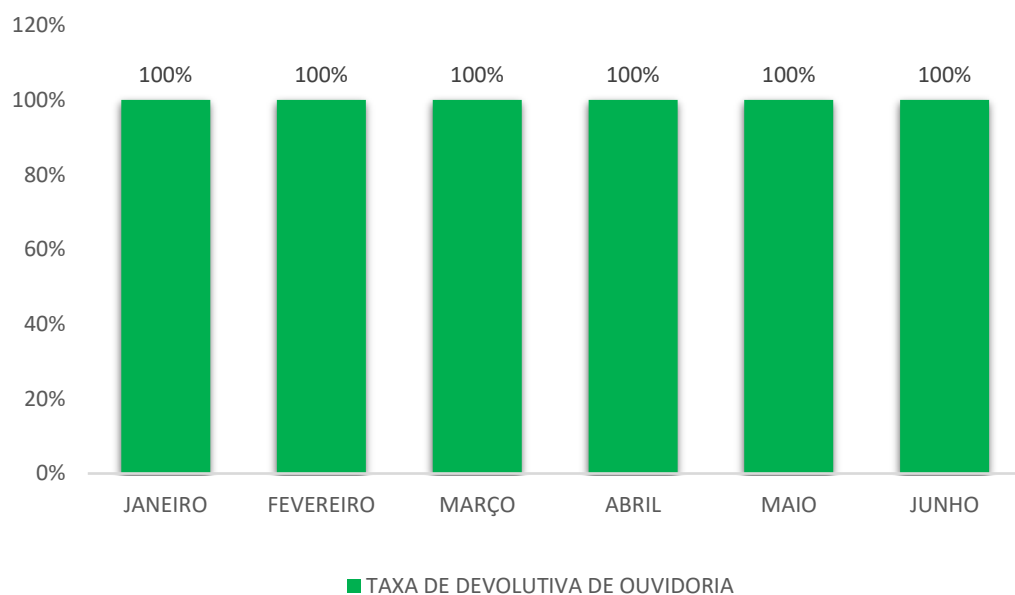
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 211. Índice de lesão por pressão

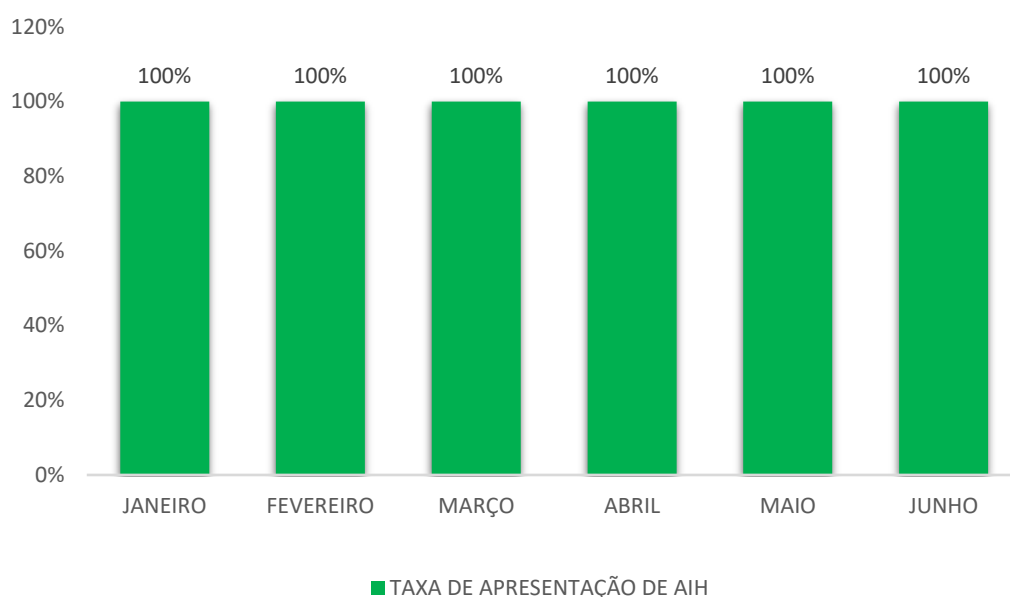


Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 212. Taxa de devolutiva de ouvidoria



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 213. Taxa de apresentação de AIH

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

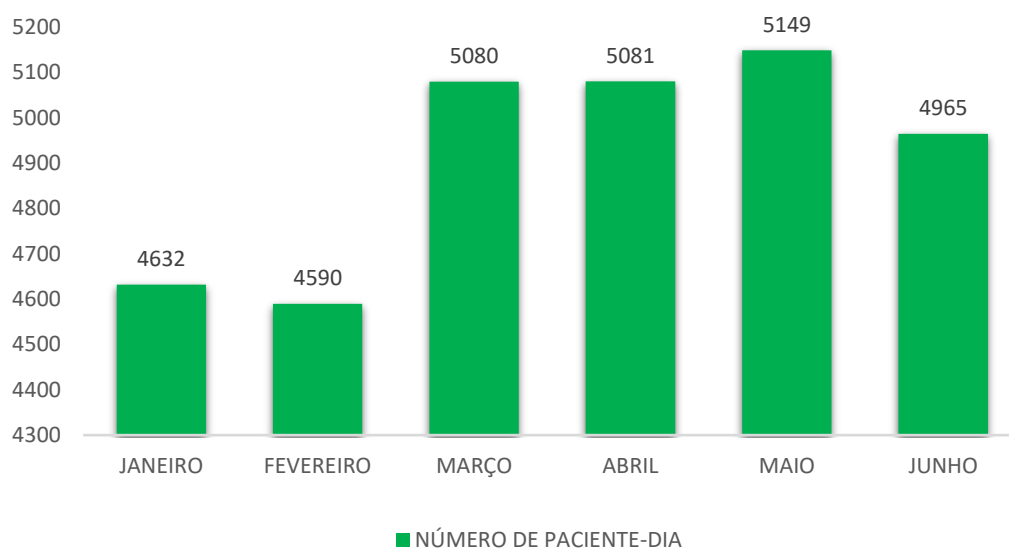
5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS**Tabela 102. Indicadores de Contratuais Quatitativos**

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NÚMERO DE PACIENTE-DIA	4632	4590	5080	5081	5149	4965
NÚMERO DE LEITO-DIA	5766	5216	5768	5580	5766	5571
NÚMERO DE QUEDAS	2	4	1	2	6	5
CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO	5	4	7	4	7	5
DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA	11	1	2	3*	5	4
NÚMERO DE AIH'S	205	218	218	231	242	226

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

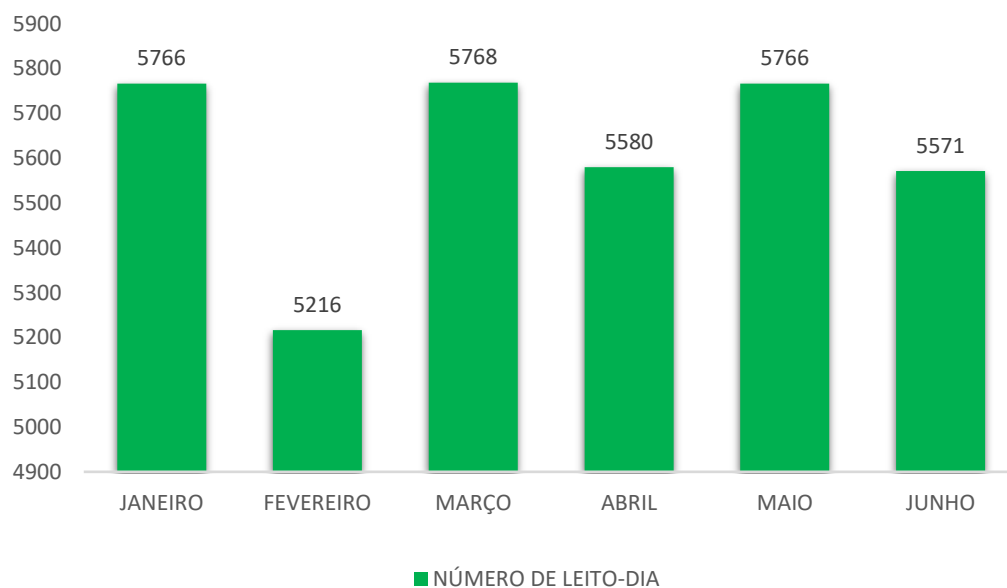
*Feita correção.

Gráfico 214. Número de paciente dia

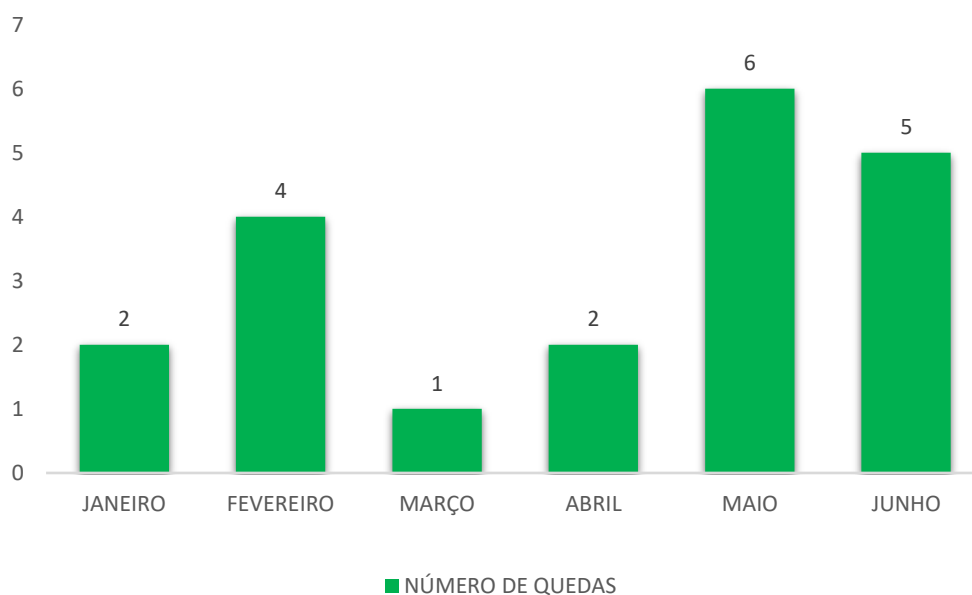


Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 215. Número de leito dia



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

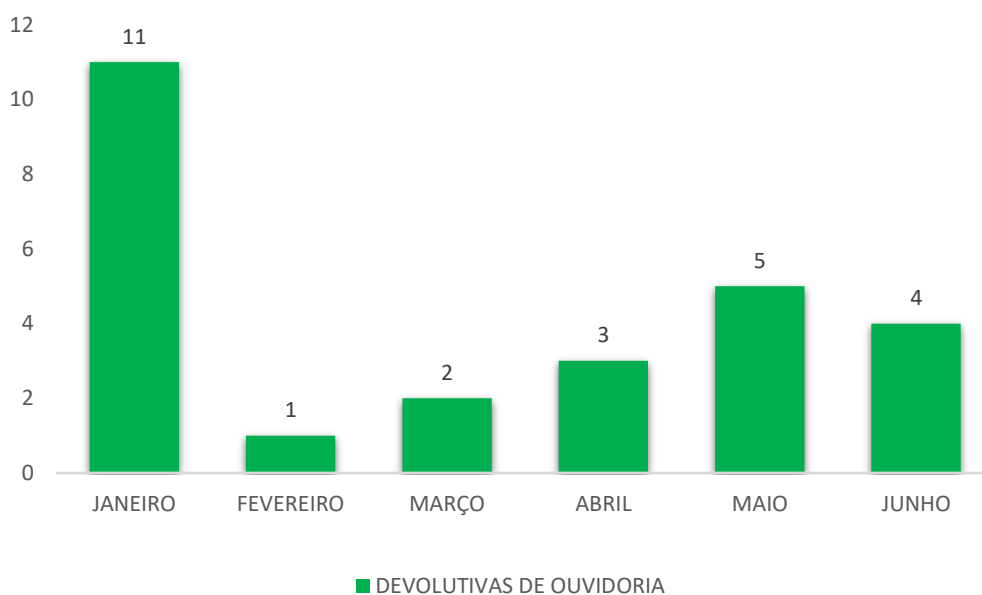
Gráfico 216. Número de quedas

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 217. Casos de lesão por pressão

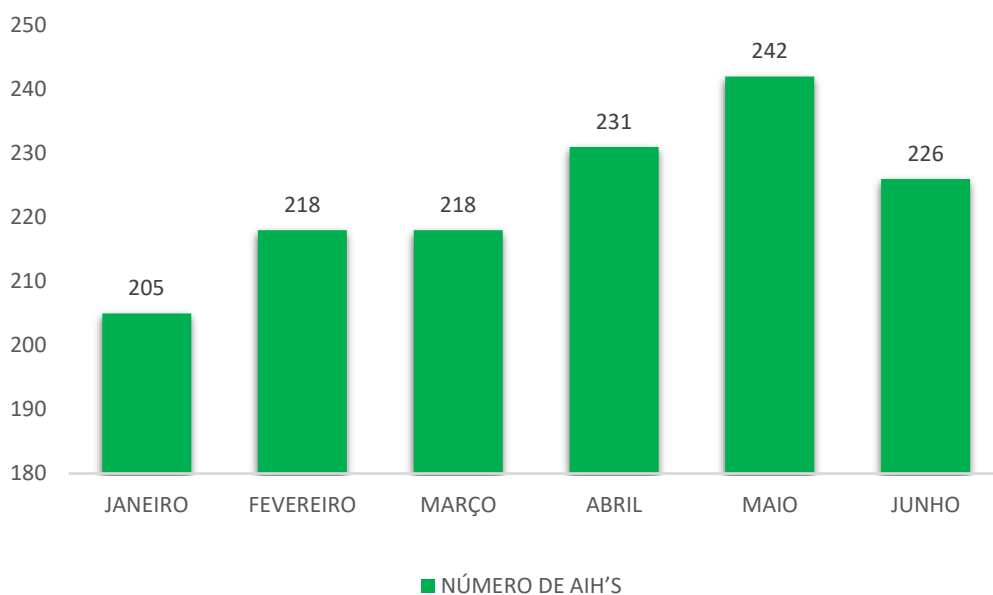
Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 218. Devolutivas de ouvidoria



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 219. Número de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

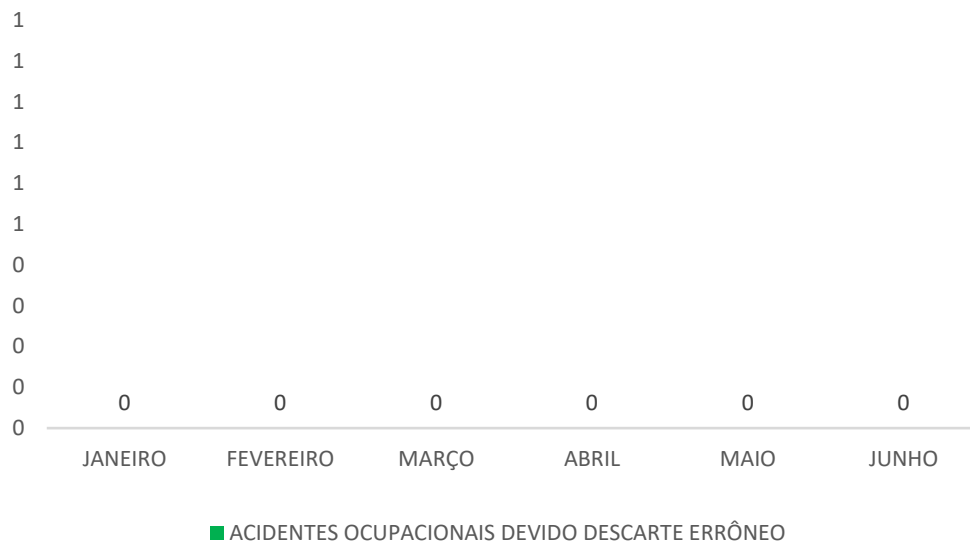
5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

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.

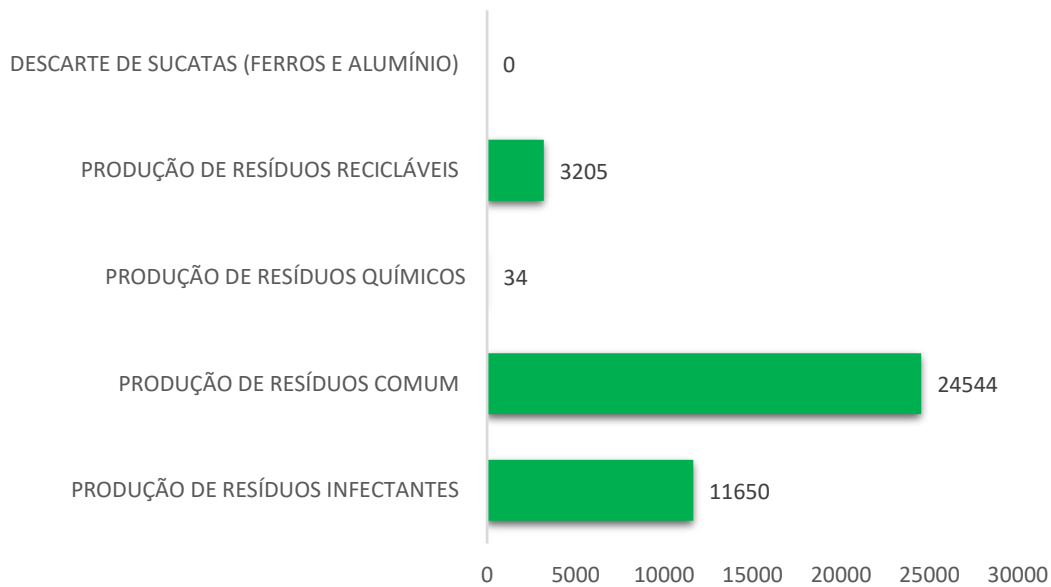
Tabela 103. Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO	0 KG	0	0	0	0	0	0
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES	< 14.500 KG	11.505	10.897	11.064	11.529	11.150	11.650
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM	< 21.500 KG	20.882	18.948	20.446	20.485	20.658	24.544
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS	< 300 KG	5	10	2	5	38	34
PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS	< 3.000 KG	1.940	1.676	2.418	2.632	2.025	3.205
DESCARTE DE SUCATAS (FERROS E ALUMÍNIO)	QUANTO MAIOR, MELHOR	0	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 junho de 2026

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

5.3.2. Hemodiálise

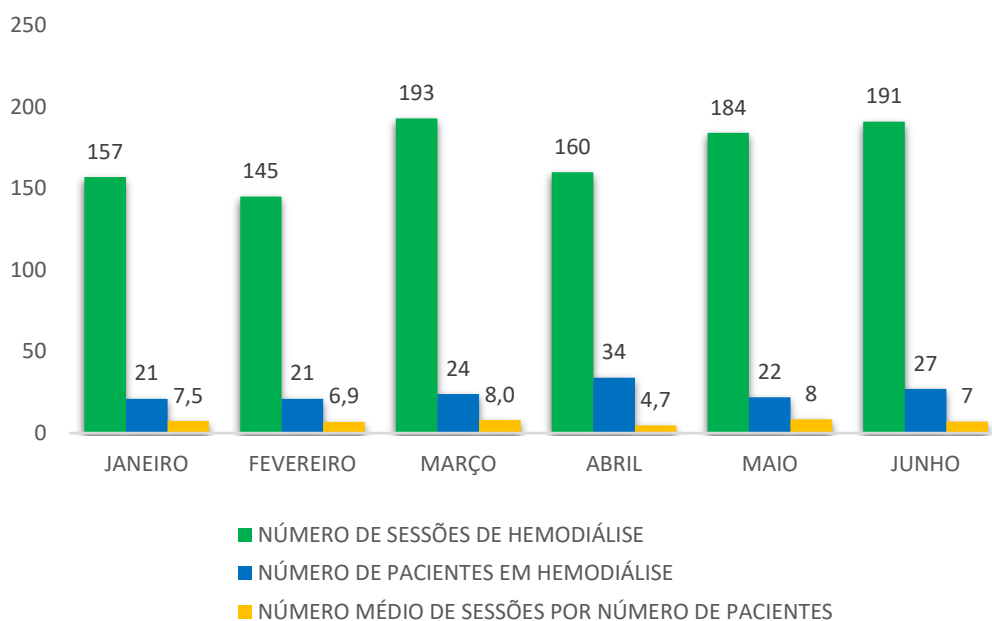
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 104. Indicadores de Serviços de Hemodiálise

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE	NEUTRO	157	145	193	160	184	191
NÚMERO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE	NEUTRO	21	21	24	34	22	27
NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES	NEUTRO	7,5	6,9	8	4,7	8	7

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 222. Análise de hemodiálise



Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

5.3.3. Hemocomponentes

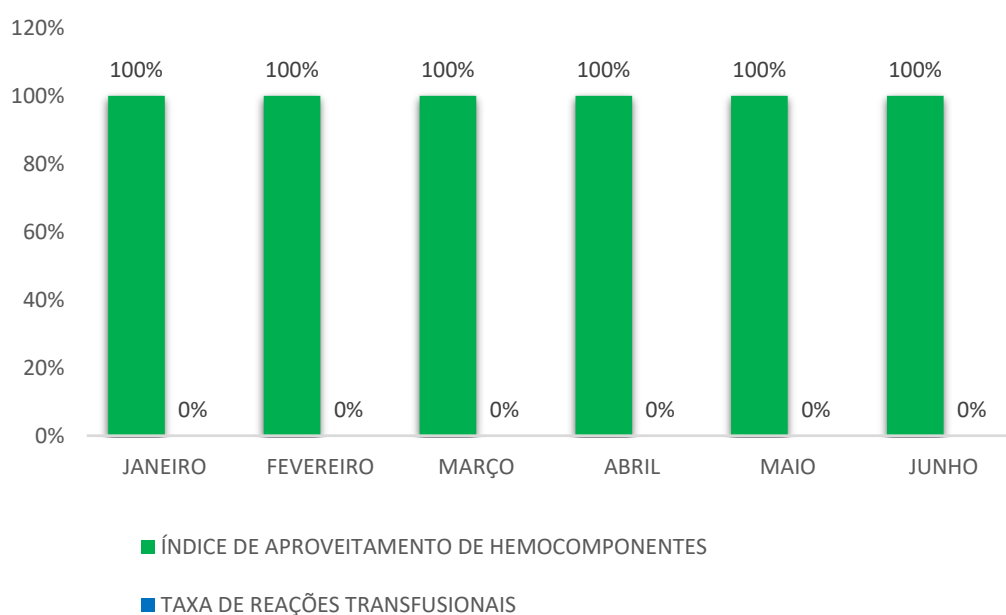
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 105. Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

INDICADOR	META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO DE HEMOCOMPONENTES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TAXA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
NÚMERO DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS	NEUTRO	21	11	17	39	18	31

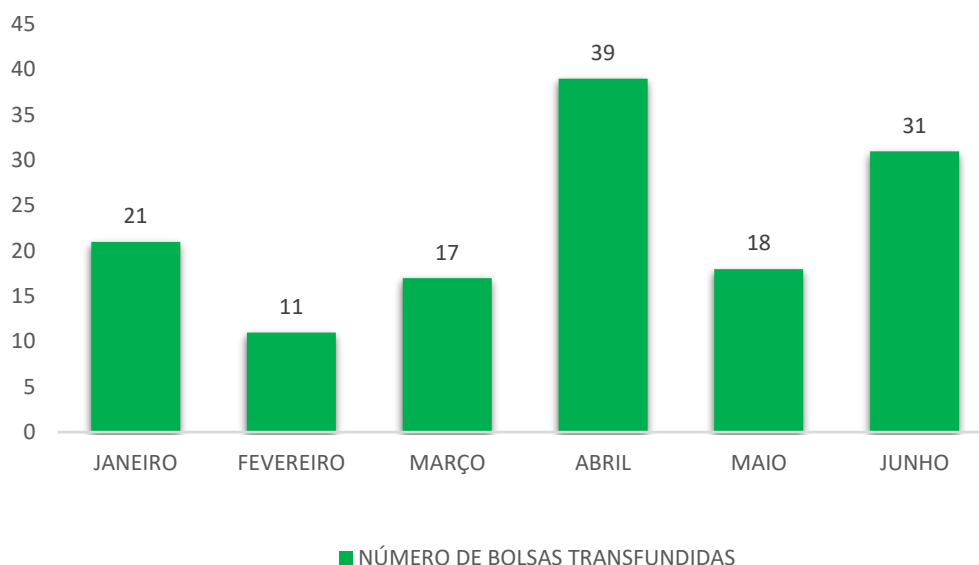
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

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 institucional, alguns dos indicadores da área passam a ser computados através do sistema GPLi (<https://gpli.ints.org.br/>). A recomendação é que todas as demandas de criação sejam direcionadas para Salvador via sistema para que esses valores sejam coletados, compilados e reportados pela Sede.

Vamos iniciar um trabalho estratégico de expansão do conhecimento e valorização da marca HMG na cidade de São Paulo. Iniciamos a série com uma pesquisa simples de conhecimento de marca com objetivo de entender o percentual de usuários atendidos/mês que já conheciam nossa marca. O processo tem início a partir de julho de 2026, com objetivo de atingir ao menos 70% do público-alvo/mês (pacientes conscientes e orientados visitante e/ou acompanhante internados no setor da Colibri).

7.2. Ações de junho de 2026

SESMT | AÇÃO | SEMANA DO MEIO AMBIENTE | 01 E 02/06

Foi realizada a Semana do Meio Ambiente, promovendo a conscientização dos colaboradores sobre a importância da preservação ambiental e das práticas sustentáveis no ambiente de trabalho. A ação reforçou temas como descarte correto de resíduos, uso consciente dos recursos naturais e responsabilidade ambiental, incentivando atitudes que contribuem para a sustentabilidade e para a construção de um ambiente mais saudável para todos.





Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 17 – ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS | 01, 02, 03, 10 E 25/06

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.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 32 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | 02, 03, 09, 15, 16, E 26/06

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 | NR 23 – PREVENÇÃO E COMBATE AO PRINCÍPIO DE INCÊNDIO | 19, 20, E 21/06

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.

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ARRAIÁ DA TORCIDA INTS – 6 ANOS DO HMG | 08 E 09/06

Foi realizado o Arraiá da Torcida INTS 6 anos do HMG, reunindo colaboradores e terceirizados em uma programação especial de celebração ao aniversário da instituição. A ação contou com apresentações musicais, quadrilha, bingo, brincadeiras típicas e comidas juninas, promovendo momentos de integração, descontração e valorização das equipes. A programação também marcou a comemoração dos seis anos do hospital, fortalecendo o sentimento de pertencimento, reconhecimento e união entre os profissionais.





Fonte: Relatório de Comunicação.

SEGURANÇA DO PACIENTE | AÇÃO | METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 08 E 09/06

Foi realizada uma ação educativa voltada aos colaboradores, com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança do paciente de forma lúdica e interativa. Integrando a programação do Arraiá dos 6 anos do HMG, a iniciativa utilizou brincadeiras típicas para abordar temas como higienização das mãos, identificação segura do paciente, comunicação efetiva, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas. A atividade promoveu a integração entre as equipes, reforçou as boas práticas assistenciais e incentivou o engajamento dos profissionais por meio de dinâmicas e distribuição de brindes.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 12 – SEGURANÇA E PREVENÇÃO COM EQUIPAMENTOS ROTATIVOS | 11/06

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco na prevenção de acidentes durante a utilização de equipamentos rotativos. A ação reforçou a importância da operação segura, do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), da identificação de riscos e do cumprimento dos procedimentos de segurança, visando proteger a integridade física dos colaboradores durante a execução das atividades.



Fonte: Relatório de Comunicação.

OUVIDORIA | PROJETO | PROTAGONISTA DO MÊS | 12/06

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.

SESMT | ORIENTAÇÃO | GRO NR 01 – PLANO DE AÇÃO CORRETIVO E PREVENTIVO | 12, 18, 25, E 26/06

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 essa cultura entre os colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

OUVIDORIA | TREINAMENTO | SISTEMA KAHOOT | 12, 17 E 18/06

Foi realizado um treinamento sobre a utilização dos canais do Sistema SIGRC vinculado ao setor de Ouvidoria e destinado aos colaboradores, com o objetivo de apresentar o funcionamento da plataforma e orientar sobre o registro, acompanhamento e tratamento das manifestações. A capacitação utilizou a ferramenta interativa Kahoot com quiz temporizado e ranking entre os participantes de cada atividade. A dinâmica reforçou a importância de se respeitar o fluxo correto de atendimento, da comunicação interna eficiente e da utilização do sistema como ferramenta para o fortalecimento da qualidade, transparência de tratativas e melhoria contínua dos processos institucionais.





Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | SIMULADO | COMBATE A INCÊNDIO E ABANDONO DE ÁREA | 16 E 17/06

Foi realizado um simulado de Combate a Incêndio e Abandono de Área, com a participação da Brigada de Incêndio, visando aprimorar a atuação dos colaboradores em emergências. A atividade simulou um princípio de incêndio, evacuação de área no setor da Sabiá, com atendimento a uma vítima. Além de reforçar ações imediatas e

as orientações sobre o uso correto de extintores, procedimentos de resgate e resposta rápida a atividade contribui para o fortalecimento da cultura de segurança e prevenção de incêndios graves no ambiente hospitalar.





Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ANIVERSARIANTES DO MÊS - PACIENTES | 16, 19, 20, 27, E 29/06

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.

SESMT | ORIENTAÇÃO | SEGURANÇA NO MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS | 18 E 19/06

Orientação de Saúde e Segurança do Trabalho com foco no manuseio seguro de produtos químicos, reforçando a importância da identificação dos riscos, do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), da leitura das Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) e da adoção de medidas preventivas durante o armazenamento, preparo e utilização dos produtos, visando a prevenção de acidentes e a proteção da saúde dos colaboradores.



Fonte: Relatório de Comunicação.

SCIH | TREINAMENTO | PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO | 22 E 23/06

Foi realizado um treinamento sobre Precauções de Isolamento, voltado às equipes assistenciais, com o objetivo de reforçar as medidas de prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). A capacitação abordou precauções padrão e baseadas na transmissão, uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), técnicas de paramentação e desparamentação, higienização das mãos e cuidados no manejo de pacientes, contribuindo para a padronização das práticas e o fortalecimento da segurança do paciente e dos profissionais.





Fonte: Relatório de Comunicação.

HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | CAFÉ ACOLHEDOR | 23/06

Realizada mais uma edição do Café Acolhedor, promovendo um momento de acolhimento, escuta e orientação aos familiares dos pacientes. A ação integrou o projeto Comfort Food – Comida Afetiva, com palestra da equipe de Nutrição sobre a importância da alimentação no processo de recuperação e esclarecimentos sobre os cuidados nutricionais. O encontro proporcionou troca de experiências, fortalecimento dos vínculos entre familiares e equipe multiprofissional e reforçou o compromisso da instituição com uma assistência mais humanizada, encerrando a atividade com um café de confraternização.





Fonte: Relatório de Comunicação.

SESMT | ORIENTAÇÃO | GRO NR 01 – MANUTENÇÃO | 23 E 25/06

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 | REUNIÃO | ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO | 25/06

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.

NEP | TREINAMENTO | DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS – PROCESSOS DE AUDITORIA ONA | 26/06

Foi realizado mais um encontro do Projeto de Desenvolvimento de Lideranças, com treinamento sobre os Processos de Auditoria ONA, voltado às lideranças e futuras lideranças da instituição. A capacitação abordou temas relacionados à acreditação hospitalar, gestão de indicadores, cultura de segurança, gestão de riscos e o papel estratégico da liderança na promoção da qualidade e da melhoria contínua, fortalecendo a preparação das equipes para os processos de certificação e a excelência na assistência.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7WSTZ-NG46W-R2TPW-7ZPMN>



Fonte: Relatório de Comunicação.

8. AÇÕES DE DESTAQUE

Parte da programação de campanhas institucionais, durante o mês de junho, destacaram-se as ações voltadas à integração, valorização dos colaboradores, educação continuada e fortalecimento da cultura de segurança no ambiente hospitalar.

Entre as ações realizadas, o maior destaque foi o Arraiá da Torcida INTS – 6 anos do HMG, que reuniu colaboradores e terceirizados em uma programação especial com

apresentações musicais, quadrilha, brincadeiras típicas e comidas juninas, promovendo momentos de integração, reconhecimento e celebração da trajetória da instituição, fortalecendo o sentimento de pertencimento entre as equipes.

Outro destaque foi o Simulado de Combate a Incêndio e Abandono de Área, promovido pelo SESMT, que reforçou o preparo da Brigada de Incêndio e dos colaboradores para emergências. A atividade contribuiu para o aperfeiçoamento das práticas de prevenção, evacuação e resposta rápida, fortalecendo a cultura de segurança e a proteção de todos no ambiente hospitalar.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mês de junho de 2026, o Hospital Municipal Guarapiranga manteve o compromisso com a prestação de assistência segura, humanizada e de qualidade, desenvolvendo suas atividades em conformidade com as diretrizes estabelecidas no Contrato de Gestão e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o período, a unidade assegurou a continuidade dos serviços assistenciais e administrativos, promovendo o monitoramento sistemático dos indicadores de desempenho, a análise crítica dos resultados e a implementação de ações voltadas à melhoria contínua dos processos, à segurança do paciente, à eficiência operacional e ao fortalecimento da gestão.

Os resultados apresentados neste relatório demonstram o empenho das equipes multiprofissionais e administrativas na manutenção da qualidade dos serviços prestados, bem como na adoção de medidas corretivas e preventivas para os indicadores que apresentaram desempenho inferior às metas estabelecidas, reafirmando o compromisso institucional com a transparência, a conformidade contratual e a melhoria contínua.

Destacam-se, ainda, as ações desenvolvidas nas áreas de educação permanente, qualidade, segurança do paciente, infraestrutura, gestão de pessoas e apoio assistencial, que contribuíram para o fortalecimento da assistência e para a qualificação dos processos internos da unidade.

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS reafirma seu compromisso com a excelência na gestão dos serviços públicos de saúde, permanecendo empenhado na

busca por soluções inovadoras, no aperfeiçoamento dos processos e na utilização responsável dos recursos públicos, com foco na geração de valor para os usuários do Sistema Único de Saúde, para os profissionais e para a Administração Pública.

Por fim, este relatório evidencia as principais atividades desenvolvidas e os resultados alcançados no período, constituindo um instrumento de acompanhamento da execução contratual, transparência da gestão e apoio à tomada de decisão, reforçando o compromisso institucional com a melhoria contínua da qualidade da assistência e da gestão hospitalar.

São Paulo, 16 de julho de 2026.

Assinado eletronicamente por:
Simone da Silva de Araújo
CPF: ***.009.575-**
Data: 21/07/2026 09:23:07 -03:00

 **MUNDO DIGITAL**
CERTIFICAÇÃO DIGITAL

Nome: Simone da Silva Araújo
Cargo: Diretora Geral

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS

Hospital Municipal Guarapiranga

10. ANEXOS

10.1. Atas das Comissões realizadas em junho 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:	11/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Engenharia Clínica
Início	11h20min
Fim	12h20min

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Indicadores da Engenharia Clínica referentes ao mês de maio;
- Monitoramento do desempenho dos equipamentos críticos;
- Proposição de melhorias contínuas para disponibilidade dos equipamentos críticos;
- Análise dos indicadores de manutenção corretiva e preventiva;
- Avaliação do dimensionamento da equipe;
- Principais desafios e ações de melhoria.

A reunião da Comissão de Engenharia Clínica foi realizada com o objetivo de apresentar e discutir os principais indicadores relacionados à gestão do parque tecnológico da instituição, contemplando o monitoramento da disponibilidade dos equipamentos críticos, o desempenho das atividades de manutenção, o dimensionamento da equipe técnica e os desafios operacionais identificados no período avaliado.

Durante a reunião, foram apresentados os resultados referentes ao monitoramento da disponibilidade dos equipamentos críticos, sendo constatado o alcance da meta estabelecida para o período.

Na sequência, foram discutidos os indicadores relacionados às manutenções corretivas. Foi informado que, no mês de abril de 2026, foram registradas 139 ordens de serviço abertas, representando redução em relação ao período anterior, e 106 ordens de serviço concluídas, demonstrando evolução no volume de atendimentos realizados.

Foi destacado que, apesar dos avanços nas tratativas realizadas junto à Lifemed, os 17 equipamentos encaminhados para reparo no mês de maio ainda não haviam retornado à operação até a data da reunião.

Registrou-se também que todas as manutenções passíveis de execução pela equipe própria da Fractal, sem necessidade de aquisição de peças ou suporte externo, foram devidamente realizadas.

Prosseguindo com a apresentação dos indicadores operacionais, foram demonstrados os resultados referentes ao fluxo de atendimento das ordens de serviço. No período analisado, observou-se aumento significativo da demanda, com crescimento no número de solicitações abertas e expressiva evolução no quantitativo de atendimentos concluídos.

Também foram apresentados os dados relacionados ao dimensionamento da equipe de Engenharia Clínica. No período, foram atendidas 511 ordens de serviço, representando aumento expressivo em comparação ao mês anterior, totalizando 178 horas de trabalho registradas.

Após a análise dos indicadores apresentados, a comissão concluiu que houve aumento significativo da demanda de manutenções corretivas e preventivas no período avaliado. Apesar dos desafios

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: 1/4
Data:	23/06/2026		
Tipo da Reunião:	(X) Requisito () Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Proteção Radiológica		
Início	10:00		
Fim	10:30		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Monitoramento das repetições de exames relacionados ao posicionamento de sondas;
- Avaliação dos casos de pacientes com elevado número de exames repetidos;
- Discussão sobre contenção mecânica e contenção química como estratégias para redução de repetições;
- Organização e armazenamento do aparelho portátil de radiologia;
- Avaliação do desempenho da nova empresa responsável pelos equipamentos de radiologia;
- Acompanhamento da gestão dos dosímetros e avaliação dos coletes plumbíferos e protetores de tireoide;
- Integração entre sistema da Radiologia e sistema hospitalar;
- Fluxo de solicitações de exames para confirmação de sondas;
- Impactos operacionais relacionados à escala da equipe de Radiologia e horários de refeição.

No dia 23 de junho de 2026, foi realizada a reunião da Comissão de Proteção Radiológica do Hospital Municipal Guarapiranga, contando com a participação de representantes da Radiologia, Qualidade, Fisioterapia, Núcleo de Segurança do Paciente e Segurança do Trabalho. A reunião teve como objetivo analisar indicadores relacionados à proteção radiológica, acompanhar as ações definidas em reuniões anteriores e discutir situações que impactam a segurança do paciente e a qualidade dos processos assistenciais.

Inicialmente, foram discutidos os casos de pacientes que apresentaram elevado número de repetições de exames radiológicos relacionados à confirmação de posicionamento de sondas. Foi destacado o caso do paciente S.R.P. internado no setor da Sanhaçu, que concentrou quantidade significativa de exames nos dois últimos meses (cerca de 30 exames), em decorrência da retirada recorrente da sonda, exigindo novas passagens e confirmações radiológicas. Os participantes ressaltaram que o principal impacto não está relacionado apenas à exposição à radiação, mas principalmente ao desconforto e ao sofrimento causados ao paciente pela necessidade de múltiplas manipulações e inserções da sonda. Em contrapartida, foi citado o caso do paciente D.L.N. internado no setor Sabiá, que anteriormente apresentava comportamento semelhante, mas que, após adoção de contenção química associada às demais medidas assistenciais, deixou de retirar a sonda com frequência, resultando em redução significativa das repetições de exames e melhoria do quadro assistencial. Os participantes reconheceram que a experiência demonstrou a efetividade da identificação da causa raiz e da adoção de medidas adequadas para mitigação do problema.

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:	29/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Terapia Nutricional
Início	12:00
Fim	12:40

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Apresentação dos indicadores do 1º semestre de 2026;
- Apresentação do controle anual da Taxa de desperdício;
- Uso da nova dieta enteral hiperlipídica, hiperproteica e hipercalórica.

A reunião foi iniciada com a apresentação dos indicadores do primeiro semestre de 2026, dentre eles estavam: refeições servidas para colaboradores, pacientes e acompanhantes, além dos indicadores de atendimentos nutricionais e estado nutricional (IMC).

Em devolutiva das ações pendentes da última reunião, foi informado que a **revisão dos documentos institucionais** foi concluída, tendo os documentos sido devidamente atualizados e encaminhados ao setor da Qualidade para padronização. Em relação à construção do **protocolo de prescrição de dieta enteral, módulos e suplementos orais**, foi informado que a atividade demandou prazo adicional para sua conclusão, motivo pelo qual a ação foi prorrogada para julho de 2026. Quanto à **padronização do módulo de arginina**, também foi relatada a necessidade de maior prazo para finalização dos trabalhos, ficando a conclusão da ação igualmente prorrogada para julho de 2026.

Após, foi apresentado o controle anual de desperdício, obtidos pela quantidade de refeições servidas x solicitadas, e o impacto financeiro que isso gera ao serviço e ao contrato. A supervisora da LBGS, fará um plano de ação para reduzir esses impactos das perdas.

Enfermeira de gestão de altas pediu atenção no preenchimento do plano de alta multiprofissional, pois no último mês faltaram dois pacientes.

Foi apresentado a nova dieta enteral que ainda está em fase de teste antes de ser padronizada. O período de teste será entre os dias 17/06 à 30/06. Após o prazo final do teste, será feito um estudo com os pacientes que fizeram uso dessa dieta a partir da comparação de ganho de peso e medidas antropométricas e serão apresentados na próxima reunião.

Foi justificado a ausência da padronização do módulo de arginina, pois o documento será refeito com o objetivo de padronizar um módulo mais voltado para cicatrização de LPP, Dr. Emilio (nutrólogo) ciente e de acordo.

Anderson foi convidado para fazer parte da comissão e solicitou também a integração da nova fonoaudióloga da instituição.

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

 Instituto Municipal de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/7

Data:	30/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Análises Críticas de Indicadores
Início	10:00
Fim	11:15

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Monitoramento dos planos de ação da reunião anterior;
- Implantação do Acordo Interno de Indicadores;
- Indicadores de Qualidade (Lesão por Pressão e Taxa de Ocupação);
- Indicadores de Recursos Humanos (Absentismo e Turnover);
- Regularização das Assinaturas Digitais em Prontuários;
- Plano de Alta Multiprofissional;
- Indicadores de Educação Permanente (Adesão aos Treinamentos);
- Faturamento de Eletrocardiogramas (ECG);
- Engenharia Clínica – Gestão dos Colchões Pneumáticos;
- Indicadores Assistenciais (Mortalidade, Tempo Médio de Permanência e Flebite);
- Indicadores de Segurança do Paciente (Quedas e Não Conformidades);
- Indicadores de Radiologia e Laboratório;
- Novos prazos para entrega dos indicadores e análises críticas.

A reunião foi iniciada com o monitoramento das pendências da reunião anterior e atualização dos respectivos planos de ação.

Foi informado que o Acordo Interno dos Indicadores, já está disponibilizado para assinatura no EasyDoc. O documento formaliza os fluxos, responsabilidades e prazos relacionados ao processo de gestão dos indicadores, consolidando os alinhamentos realizados ao longo do primeiro semestre. Foi solicitado que todas as áreas realizem a leitura e validação do documento, registrando eventuais sugestões ou divergências diretamente no sistema para posterior alinhamento junto à Qualidade. Também foi reforçada a baixa adesão dos demais acordos internos institucionais, sendo orientado que cada setor avalie seus processos críticos e elabore os respectivos acordos internos, fortalecendo a padronização dos processos organizacionais.

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (SCIH)	CÓDIGO: FP.QAS.038	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/7

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	10/06/2026	12:00	12:40
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial	Maio / 2026		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Lucas Teixeira Vieira	Fabiana Teles Oliveira		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Sem pendências.			
2. INDICADORES			
Foi apresentado o total de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) registradas no HMG, totalizando 4 casos no período avaliado. Desses, 1 ocorreu na Enfermaria Colibri, caracterizado como IPCS; 2 ocorreram na UTI Beija-Flor, ambos classificados como IPCS; e 1 caso foi registrado na UTI Bem-Te-Vi, também caracterizado como IPCS. Houve evolução para óbito em 2 pacientes, sendo 1 da UTI Beija-Flor e 1 da UTI Bem-Te-Vi. Em relação aos indicadores apresentados, observou-se o seguinte desempenho: taxa de infecção geral relacionada a dispositivos de 3,10%; densidade de incidência global de IRAS de 0,78; densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) de 0%; densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) de 7,84%; densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) de 0,0%, demonstrando redução em relação ao mês anterior; e taxa de letalidade por IRAS de 50%. Foi avaliado o consumo de álcool gel e sabonete líquido por paciente-dia, registrando-se médias de 25,56 ml e 21,61 ml, respectivamente. Considerando o parâmetro mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde, de 20 ml por paciente-dia para ambos os insumos, observou-se que o consumo institucional permaneceu acima do valor de referência estabelecido. Quanto à adesão aos bundles assistenciais, o bundle de ventilação mecânica apresentou 100% de adesão nas medidas de inserção. Em relação à manutenção, observou-se redução da adesão de 89,29% em março para 82,14% em abril, seguida de melhora para 93,06% em maio. No bundle de cateter venoso central (CVC), verificou-se adesão de 85,0% nas medidas de inserção e de 98,0% nas medidas de manutenção. Os resultados demonstram oportunidade de			

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: 1/3
0Data:	11/06/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Pele		
Início	14:00min		
Fim	14:30min		

1. ASSUNTOS TRATADOS

• A reunião da Comissão de Pele, referente ao mês de maio 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 (3%) e da UTI (2%), prevalência de LPP (31%) 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 (7), LPP comunitárias (7) e lesões prevalentes (72).

Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento, conforme registros do SMPEP, totalizou R\$ 69.012,00.

• 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 maio.

• Foi apresentada análise dos indicadores assistenciais referentes ao mês de maio de 2026, evidenciando redução significativa das Lesões por Pressão (LPP) no setor UTI Beija-Flor, após o início da ação onde foram realizadas as proteções de proeminências ósseas em pacientes com alto risco de desenvolver LPP.

Observou-se aumento do consumo de placas de hidrocoloide, passando de 153 unidades em abril para 237 unidades em maio, sugerindo maior adesão às medidas preventivas e fortalecimento das ações de proteção cutânea.

O fluxo para dispensação das placas de hidrocoloide nas farmácias será definido após o abastecimento de nova compra efetuada.

A reunião é finalizada em seguida.

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4
Data:	15/06/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação		
Assunto:	Reunião ordinária da Comissão de Cuidados Paliativos		
Início	15h00		
Fim	15h30		

1. ASSUNTOS TRATADOS

Foram apresentadas e discutidas as pautas referentes ao mês de maio de 2026, contemplando a média de pacientes em cuidados paliativos, o perfil funcional segundo PPS, a relação entre altas e óbitos, indicadores assistenciais e sugestão de elaboração de indicadores qualitativos relacionados à assistência ao fim da vida.

Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

No mês de maio, observou-se média de 78% de pacientes elegíveis acompanhados em cuidados paliativos, mantendo o mesmo percentual registrado no mês anterior. Foram inseridos 26 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 maio.

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 maio, observou-se na faixa de 20% a 10% quantidade de 20 pacientes, seguida pela faixa de 40% a 30%, com 43 pacientes. Foram identificados ainda 1 paciente com PPS igual ou superior a 50% e 16 pacientes sem registro da escala, reforçando a importância da atualização sistemática desse indicador para avaliação funcional e planejamento assistencial.

Durante a reunião, foi discutida a necessidade de fortalecer as estratégias relacionadas ao cálculo, registro e monitoramento da Escala PPS, considerando sua relevância para a avaliação funcional dos pacientes e para o adequado planejamento assistencial. Cálculo e preenchimento da escala no prontuário é de responsabilidade do médico assistente, sendo fundamental que esse registro seja realizado de forma sistemática e atualizada. Como encaminhamento, foi definido o envio periódico da planilha contendo as pendências de preenchimento do PPS no grupo da Comissão, com o objetivo de ampliar a visibilidade das

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

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

Data:	11/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão NEP
Início	10:00
Fim	10:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

A reunião teve início sob a condução do Supervisor de Saúde, Gleydson Vieira da Silva, que solicitou o apoio do colaborador Paulo, do setor da Qualidade, quanto ao fortalecimento da participação dos representantes de todas as áreas na comissão, incluindo Farmácia, Equipe Médica e Enfermagem. Ressaltou que, durante os encontros, são discutidos resultados e indicadores institucionais que envolvem todos os setores, tornando fundamental o engajamento e a presença dos respectivos representantes.

Dando continuidade, informou que o mês de maio apresentou resultados positivos, impulsionados principalmente pelas duas grandes ações institucionais realizadas no período: a Semana da Enfermagem e a Semana de Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Na ocasião, apresentou os indicadores de treinamento do mês, destacando o registro de 1.399 participantes, 78 horas de treinamentos realizadas, 33 treinamentos executados, 2 treinamentos cancelados, 4 treinamentos reagendados e 25 treinamentos voltados à área assistencial.

Na ocasião, a enfermeira Beatriz questionou se os treinamentos realizados in loco são contabilizados nos indicadores apresentados, sendo esclarecido que sim. Em seguida, indagou se a inserção da carga horária nas listas de presença é realizada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP), uma vez que ela não costuma preencher essa informação. Em resposta, foi esclarecido que o preenchimento desse campo é de responsabilidade do colaborador que ministra o treinamento.

Dando sequência, informou que está em elaboração uma proposta de alinhamento interno com todas as áreas acerca do correto preenchimento das listas de presença, incluindo campos como carga horária e conteúdo programático. Justificou a necessidade da medida em razão do recebimento recorrente de listas preenchidas de forma inadequada, com informações incompletas, rasuras, utilização de caneta e até mesmo alterações nos campos padronizados do documento. Destacou que o objetivo desse alinhamento é padronizar os registros conforme as diretrizes estabelecidas pela sede, sanar dúvidas relacionadas ao preenchimento e possibilitar a notificação das áreas que não atenderem ao padrão definido.

Em seguida, apresentou o dashboard referente ao mês de maio, destacando uma mudança em relação aos meses anteriores: a taxa de adesão dos colaboradores

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: 1/3

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Ética em Enfermagem (CEE)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	18/06/2026	10:00	10:00
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
() Periódica (x) Extraordinária () Emergencial	Junho / 2026		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Raquel Macena Mauro	Raquel Macena Mauro		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Registra-se que não foi realizada reunião ordinária da Comissão de Ética de Enfermagem referente ao mês de junho de 2026, em razão do processo de destituição da comissão anteriormente constituída, formalizado junto ao COREN-SP, e da impossibilidade de funcionamento regular da comissão decorrente da perda de quórum funcional. Em continuidade às deliberações registradas nos meses anteriores, informa-se que o processo de recomposição da Comissão de Ética de Enfermagem encontra-se em andamento, em conformidade com a Resolução COFEN nº 792/2025. Durante o período, foram iniciados os trâmites necessários para realização de novo processo eleitoral, incluindo a constituição da Comissão Eleitoral responsável pela condução das etapas previstas na normativa vigente. A Comissão Eleitoral iniciou os procedimentos preparatórios para o processo de eleição, contemplando o planejamento das etapas, definição de cronograma e demais providências administrativas necessárias para a formação da nova Comissão de Ética de Enfermagem.			
2. INDICADORES			
Em razão da inexistência de comissão regularmente constituída e da não realização de reunião ordinária no período, não houve movimentação dos indicadores da Comissão de Ética de Enfermagem. Número de notificações de condutas éticas por mês: 0. Número de notificações encaminhadas ao Conselho de Enfermagem: 0. Índice de reincidência de condutas éticas inadequadas: 0%.			

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	12/06/2026	10:30	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			
Planejamento das atividades da Comissão de Ética Médica para o ano de 2026. A reunião foi iniciada com a apresentação dos membros presentes e alinhamento das ações a serem desenvolvidas pela Comissão de Ética Médica ao longo do ano. Inicialmente, foi discutida a organização das próximas reuniões e a definição de estratégias voltadas ao fortalecimento da cultura ética entre os profissionais médicos da instituição. Por fim, a Comissão definiu como prioridade o desenvolvimento de ações educativas voltadas à divulgação e ao fortalecimento do conhecimento do Código de Ética Médica, promovendo maior conscientização sobre direitos, deveres, responsabilidades e limites da atuação profissional.			
2. INDICADORES			
Durante a reunião, foi registrado que não houve recebimento de denúncias éticas formais envolvendo o corpo clínico durante o período. Indicadores do período: • Número de notificações de condutas éticas recebidas: 0 • Número de notificações encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina (CRM): 0 • Índice de reincidência de condutas éticas inadequadas: 0% Os participantes discutiram que a ausência de notificações pode estar relacionada tanto à inexistência de ocorrências éticas relevantes quanto à necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais acerca do Código de Ética Médica e dos canais disponíveis para identificação e encaminhamento de situações relacionadas à ética profissional.			

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

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	10/06/2026	11:00	12:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(X) Periódica () Extraordinária () Emergencial		MAIO/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 ❖ Eventos adversos/ Suspeita de reações adversas/ Queixas Técnicas ❖ Treinamentos ❖ Pedidos de padronização ❖ Indicadores de Farmácia Clínica			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

 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:	10/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gerenciamento Resíduos e Sustentabilidade - PGRSS
Início	15:00h
Fim	15:30h

1. ASSUNTOS TRATADOS

1.1 Pendências das reuniões anteriores

Foi informado que o agendamento da visita técnica à empresa Ecurbis encontra-se em andamento, aguardando retorno do responsável contatado por meio do Portal 156 da Prefeitura de São Paulo.

A Sra. Jamile reforçou a necessidade de realização de treinamento sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) para a equipe da LBGS, destacando a importância da capacitação contínua dos colaboradores.

1.2 Indicadores de resíduos – Maio/2026

Foram apresentados os indicadores de geração de resíduos referentes ao mês de Maio de 2026, conforme descrito abaixo:

- Resíduos infectantes: 11.150 kg;
- Resíduos comuns: 20.658 kg;
- Resíduos químicos: 38 kg;
- Resíduos recicláveis: 2.025 kg.

Também foi apresentado o consolidado da geração de resíduos por setor, acompanhado de análise comparativa baseada no histórico de geração do hospital, permitindo a avaliação do desempenho e a identificação de oportunidades de melhoria.

1.3 Indicadores de acidentes com perfurocortantes – Maio/2026

Foi registrado que não houve ocorrência de acidentes envolvendo materiais perfurocortantes durante o período avaliado.

Encerramento

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, sendo lavrada a presente ata, que segue para conhecimento e registro.

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:	REVISÃO: 02
		FP.SGQ.012	PÁGINA: 1/3

Data:	11/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Gestão de Altas
Início	10:30h
Fim	11:00h

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Principais indicadores;
- Indicadores assistenciais e operacionais;
- Principais ofensores;
- Fluxo do Escritório de Gestão de Altas (EGA);
- Ações do Serviço Social.

Shirley, enfermeira responsável pela Gestão de Altas, iniciou a reunião lembrando a apresentação da equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA) e da Comissão de Gestão de Altas, reforçando a importância da atuação integrada entre as equipes assistenciais e administrativas no processo de desospitalização e transição do cuidado.

Na sequência, foram apresentados e discutidos os principais indicadores assistenciais e operacionais, destacando-se o cumprimento das metas institucionais e os resultados alcançados nos últimos períodos, entre eles o aumento do giro de leitos, a redução do tempo médio de permanência hospitalar, a maior efetividade dos planos terapêuticos e a manutenção da taxa de ocupação dentro dos parâmetros estabelecidos.

Foi ressaltado, entretanto, que o indicador de tempo médio de permanência vem apresentando aumento em decorrência do perfil dos pacientes admitidos pela rede, que chegam à instituição com condições clínicas mais complexas, demandas sociais relevantes e, em muitos casos, longos períodos prévios de internação em unidades de origem. Shirley destacou que, mesmo diante desse cenário, a equipe conseguiu efetivar quatro altas hospitalares de casos complexos.

Complementando a apresentação, Wilma, Responsável Técnica do Serviço Social, ressaltou o caso de um paciente que permaneceu internado por 126 dias em outra instituição e que, após acompanhamento multiprofissional e planejamento adequado, teve sua alta realizada com qualidade, segurança e humanização, evidenciando a efetividade do trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe.

Durante a discussão, foi reforçada a importância do envolvimento das lideranças no acompanhamento dos processos assistenciais, apoiando as equipes na condução dos planos terapêuticos e no fortalecimento da autonomia dos pacientes e familiares durante o processo de alta hospitalar.

Em seguida, Wilma apresentou as principais ações desenvolvidas pelo Serviço Social, destacando a ampliação da atuação institucional voltada à localização e reconstrução de vínculos familiares, a articulação permanente com os serviços da rede de atenção e a busca por instituições capazes de acolher pacientes com perfis específicos.

 Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO: FP.SGQ.012	REVISÃO: 02 PÁGINA: 1/4

Data:	22/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (x) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Humanização
Início	10:00
Fim	10:30

1. ASSUNTOS TRATADOS

Reestruturação da Comissão de Humanização

Jakeline informou que a Comissão de Humanização passará por uma reestruturação com o objetivo de organizar melhor as atividades, projetos e participação dos colaboradores. Foi informado que todos os participantes atualmente cadastrados no grupo serão removidos e que, durante o mês de julho, será disponibilizado um formulário para inscrição dos interessados em compor a nova comissão. Os membros atuais que desejarem permanecer também deverão realizar a inscrição.

A proposta prevê que os participantes indiquem sua disponibilidade e os projetos nos quais possuem interesse em atuar, permitindo a definição de responsáveis específicos para cada ação. Foi discutido que o novo modelo funcionará com pontos focais para os projetos, possibilitando maior acompanhamento das atividades e melhor distribuição das responsabilidades. As ações institucionais de maior porte continuarão contando com o apoio ampliado dos membros da comissão, conforme disponibilidade de cada participante.

Jakeline também informou que a Humanização passará a trabalhar com indicadores específicos para acompanhamento dos projetos e ações desenvolvidas, permitindo mensurar os resultados alcançados e fortalecer a apresentação dos trabalhos realizados. Além disso, será implantado um sistema de certificação para os participantes da comissão como forma de reconhecimento pelo envolvimento nas atividades.

Prontuário Afetivo

Larissa informou que já iniciou a coleta de informações junto à equipe de Psicologia para dar continuidade ao Projeto Prontuário Afetivo. Comentou que ficou satisfeita ao observar o avanço da iniciativa e destacou a importância da retomada do projeto.

Jakeline ressaltou que o Prontuário Afetivo estava pendente há aproximadamente três anos e que a continuidade das atividades representa uma importante conquista para a Humanização.

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:	11/06/2026
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação
Assunto:	Comissão de Práticas Integrativas Complementares em Saúde
Início	14:30 min
Fim	15:00 min

1. ASSUNTOS TRATADOS

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

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

Dr. Edson Kazuma Ono realizou apresentação sobre a Diabesidade, abordando a forte relação entre obesidade e diabetes tipo 2. Destacou a regulação dos hormônios GLP-1/GIP, o papel dos novos análogos sintéticos e a necessidade de uma abordagem multidimensional voltada à mudança do estilo de vida.

ENCAMINHAMENTOS

Ação	Responsável	Data

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:	26/06/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Dengue.		
Início	09hrs		
Fim	10 hrs		

1. ASSUNTOS TRATADOS

- Avaliação das ações preventivas e das inspeções realizadas nas áreas internas e externas da instituição;
- Monitoramento contínuo das medidas de prevenção e alinhamento das estratégias de vigilância.

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

A comissão destacou a importância da manutenção das medidas preventivas já implantadas, visando minimizar o risco de proliferação do vetor e garantir a segurança de pacientes, colaboradores e visitantes.

Foram reforçadas as seguintes ações:

- Realização de inspeções periódicas nas áreas internas e externas da instituição;
- Manutenção da limpeza dos arredores do hospital;
- Identificação e eliminação de recipientes com potencial para acúmulo de água;
- Monitoramento contínuo das iscas instaladas;
- Orientação e conscientização dos colaboradores quanto às medidas de prevenção da dengue.

A comissão ressaltou que as ações de vigilância devem permanecer contínuas, mantendo o monitoramento sistemático dos ambientes e a adoção imediata de medidas corretivas sempre que identificadas situações de risco.

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: 1/1
Data:	23/06/2026		
Tipo da Reunião:	() Requisito (X) Gestão () Validação		
Assunto:	Comissão de Prevenção da Violência		
Início	00:00h		
Fim	00:00h		

1. ASSUNTOS TRATADOS

Monitoramento mensal da ocorrência de casos de violência.

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

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

2. ENCAMINHAMENTOS

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

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

3. ASSINATURAS

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 (CRO)	CÓDIGO: FP.QAS.037	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/4

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Revisão de Óbitos			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	03/06/2026	16:30	17:00
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial	Maio / 2026		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Dr. João Paulo Pimentel	Fabiane Evol Cavalcante de Souza		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
- Realizada a leitura da ATA e pendências da ATA anterior; - Discutido os casos de abertura de Rota Seps.			
2. ANÁLISE DE ÓBITOS			
No período de maio de 2026, foram registrados 25 óbitos, sendo classificados como 22 óbitos paliativos e 03 óbitos não paliativo. Habitualmente, todos os óbitos são analisados previamente pelos médicos e membros da Comissão para posterior discussão em grupo. Os detalhes estão organizados por data de óbito, indicando sua classificação de óbito não paliativo e as suas respectivas considerações. Os casos de óbitos de pacientes fora dos cuidados paliativos foram discutidos com as seguintes considerações: 05/05/2026 – C.A.N. (60 anos) Classificação: Não Paliativo Resumo: Paciente admitido com ICC, DPOC exacerbado, evolui com rebaixamento de quadro, realizado intubação orotraqueal, paciente evolui para AESP, realizado reanimação cardiopulmonar seguindo protocolo ACLS, paciente evoluiu para ritmo em assistolia. 08/05/2026 – J.R.L. (65 anos) Classificação: Não Paliativo Resumo: Paciente com critérios para evoluir para C.P.. Paciente extubou e entubou novamente em menos de 48 horas com relatório da equipe de fisioterapia, após evolui para óbito. Caso do paciente discutido também em análise crítica de IRAS do SCIH.			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

 Instituto Federal de Tecnologia e Saúde	FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	ATA DE REUNIÃO (CRP)	CÓDIGO: FP.QAS.036	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/4

NOME DA COMISSÃO			
Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	11/06/2026	11:00	12:15
NATUREZA DA REUNIÃO	MÊS DE REFERÊNCIA		
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial	Junho		
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO	REDATOR		
Dr. André Gasparoto	Beatriz Veloso		
1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS			
Conforme reunião anterior, segue atualização das pendências: Ação de assinaturas digitais: Será realizado um levantamento semestral e traçado novo tentativas de abordagens de treinamentos.			
2. INDICADORES			
Nome do Indicador: Cobertura de Auditoria de Prontuários - Meta: 10% - Realizado: 10% - Total de prontuários no mês: 242 - 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, dispositivos invasivos não lançados e sem justificativa em ambos os prontuários. Pontuou sobre ter observado referente a falta de prescrição 24h em um dos prontuários. Beatriz, relata que seus prontuários estão sem checagem de SAE, dispositivos invasivos não lançados, itens de dupla checagem ausentes, sem justificativa da falta de checagem e identificou referente a falta de anotação em hora real do atendimento. Os lançamentos de eletrocardiograma estavam de forma correta.			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

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

NOME DA COMISSÃO			
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)			
UNIDADE	DATA DA REUNIÃO	INÍCIO	FIM
Hospital Municipal Guarapiranga	10/06/2026	10:00	11:00
NATUREZA DA REUNIÃO		MÊS DE REFERÊNCIA	
(x) Periódica () Extraordinária () Emergencial		Maio / 2026	
RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO		REDATOR	
Guilherme Crossi / Gleydson Vieira		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 171 NCS, sendo 165 consideradas válidas no mês de maio. Destas nenhuma foi compartilhada pela Ouvidoria, 01 encaminhada para a Ouvidoria, 04 arquivadas, 01 classificada como duplicada e uma classificada como evento adverso grave e aberto protocolo Londres. Informou-se que 138 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 (15), comunicação efetiva (29), uso seguro de medicamentos (49), cirurgia segura (2), risco de infecção (52), outros (3), risco de lesão por pressão (6), risco de queda (8). Os setores com maior número de notificações foram Colibri com 65 registros e Sanhaçu com 18 registros.			
3. INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS			
Foram classificados 23 eventos como incidentes sem danos e 34 como incidentes com danos, dentre esses foram 33 com danos grau I (leve), 0 com dano grau II (moderado) e 01 Com dano			

MN.QAS.003-00 Manual Comissões



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 7WSTZ-NG46W-R2TPW-7ZPMN

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF ***.009.575-**) em 21/07/2026 09:23 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
::ffff:10.0.0.2	Não disponível
Autenticação	simone.araujo@ints.org.br (Verificado)
Login	
PXqT/M0pXgPj4HTs83efmzdEZnyneaQBEGOp3R4yIPQ=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/7WSTZ-NG46W-R2TPW-7ZPMN>

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

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