

JULHO/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/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>

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

Raquel Francisca de Mascena Mauro – Gerente de Enfermagem;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Eliane Fernandes Ribeiro – 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 .....                         | 20 |
| 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 .....                                   | 90  |
| 3.3.6. | Terapia Ocupacional .....                              | 99  |
| 3.3.7. | Terapias Alternativas .....                            | 102 |
| 3.3.8. | Estomaterapia .....                                    | 103 |
| 3.4.   | SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA .....                | 108 |
| 3.4.1. | Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) .....            | 108 |
| 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 .....                | 129 |
| 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 .....                                          | 155 |
| 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 .....                              | 179 |
| 3.9.4. | Financeiro.....                                        | 183 |
| 3.9.5. | Patrimônio.....                                        | 186 |
| 3.9.6. | Contratos.....                                         | 193 |



|         |                                                     |     |
|---------|-----------------------------------------------------|-----|
| 3.9.7.  | Hotelaria.....                                      | 195 |
| 3.9.8.  | Recepção .....                                      | 202 |
| 3.9.9.  | Portaria.....                                       | 204 |
| 3.9.10. | Jurídico .....                                      | 206 |
| 3.9.11. | Ouvidoria.....                                      | 211 |
| 4.      | MONITORAMENTO CONTRATUAL .....                      | 217 |
| 5.      | INDICADORES CONTRATUAIS .....                       | 219 |
| 5.1.    | INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS .....          | 219 |
| 5.2.    | INDICADORES QUANTITATIVOS .....                     | 221 |
| 5.3.    | INDICADORES COMPLEMENTARES .....                    | 225 |
| 5.3.1.  | Gerenciamento De Resíduos .....                     | 225 |
| 5.3.2.  | Hemodiálise.....                                    | 227 |
| 5.3.3.  | Hemocomponentes.....                                | 227 |
| 6.      | COMISSÕES .....                                     | 229 |
| 7.      | AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....                      | 230 |
| 7.1.    | Indicadores.....                                    | 231 |
| 7.2.    | Ações de julho de 2026.....                         | 234 |
| 8.      | AÇÕES DE DESTAQUE.....                              | 259 |
| 9.      | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                          | 260 |
| 10.     | NEXOS.....                                          | 262 |
| 10.1.   | Atas das Comissões realizadas em julho de 2026..... | 262 |

## 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 julho/2026..... | 23 |
| Tabela 5. | Serviços Médicos no mês de julho/2026.....                                                 | 25 |
| Tabela 6. | Quantitativo de Colaboradores Terceirizados no mês de julho/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).....                                       | 43 |
| Tabela 13. | Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor...              | 43 |
| Tabela 14. | Indicadores de Radiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi...               | 44 |
| Tabela 15. | Indicadores de Radiologia (Cuidados Prolongados) .....                                | 44 |
| Tabela 16. | Indicadores de Radiologia (Pediatria).....                                            | 45 |
| Tabela 17. | Indicadores de Laboratório (Geral Hospitalar).....                                    | 47 |
| 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) .....                               | 55 |
| 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<br>74                     |     |
| Tabela 39. | Indicadores de Serviço Social (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi<br>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).....                                               | 91  |
| Tabela 49. | Indicadores de Fonoaudiologia (Clínica Médica) .....                                                | 91  |
| Tabela 50. | Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor<br>92                     |     |
| Tabela 51. | Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi<br>93                      |     |
| Tabela 52. | Indicadores de Fonoaudiologia (Cuidados Prolongados) .....                                          | 94  |
| Tabela 53. | Indicadores de Fonoaudiologia (Pediatria) .....                                                     | 94  |
| Tabela 54. | Indicadores de Terapia Ocupacional .....                                                            | 100 |
| Tabela 55. | Indicadores de Terapias Alternativas .....                                                          | 102 |
| Tabela 56. | Indicadores de Estomaterapia.....                                                                   | 104 |
| Tabela 57. | Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Global) .....                                       | 108 |
| Tabela 58. | Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Clínica Médica) .....                               | 109 |
| Tabela 59. | Indicadores de Núcleo de Segurança do Paciente (Unidade de Terapia<br>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) .....                                        | 130 |
| 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 .....    | 131 |
| 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) .                             | 132 |
| 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).....                              | 141 |
| Tabela 78. | Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Beija Flor .....  | 142 |
| Tabela 79. | Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi .....   | 143 |
| Tabela 80. | Indicadores do Escritório de Gestão de Altas (Cuidados Prolongados) .                           | 144 |
| 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 .....                             | 193 |
| Tabela 94.  | Indicadores da Rouparia .....                              | 195 |
| Tabela 95.  | Indicadores de Higienização .....                          | 199 |
| Tabela 96.  | Indicadores de Recepção.....                               | 203 |
| Tabela 97.  | Indicadores de Portaria .....                              | 205 |
| Tabela 98.  | Indicadores de Serviços Jurídicos .....                    | 207 |
| Tabela 99.  | Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Externas .....      | 211 |
| Tabela 100. | Indicadores de Serviços de Ouvidoria – Internas .....      | 212 |
| Tabela 101. | Indicadores de Contratuais Qualitativos .....              | 219 |
| Tabela 102. | Indicadores de Contratuais Quatitativos.....               | 221 |
| Tabela 103. | Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos ..... | 225 |
| Tabela 104. | Indicadores de Serviços de Hemodiálise .....               | 227 |
| Tabela 105. | Indicadores de Serviços de Hemocomponentes .....           | 228 |
| Tabela 106. | Comissões do Hospital Municipal Guarapiranga.....          | 229 |

## SUMÁRIO DE GRÁFICOS

|            |                                                                      |    |
|------------|----------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1. | Dimensionamento de Leitos.....                                       | 19 |
| Gráfico 2. | Relação de 17 CID's Registrados nos Atendimentos em julho de 2026... | 20 |
| Gráfico 3. | Atendimentos por faixa etária.....                                   | 21 |
| Gráfico 4. | Atendimento por gênero .....                                         | 22 |
| Gráfico 5. | Número de atendimentos x admissões x altas x transferências.....     | 22 |
| Gráfico 6. | Turnover .....                                                       | 27 |
| Gráfico 7. | Número de treinamentos de RH .....                                   | 28 |
| Gráfico 8. | Total de colaboradores.....                                          | 28 |

|             |                                                                |    |
|-------------|----------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 9.  | Admissões.....                                                 | 29 |
| Gráfico 10. | Demissões.....                                                 | 29 |
| Gráfico 11. | Absenteísmo .....                                              | 31 |
| Gráfico 12. | Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem .....                | 31 |
| Gráfico 13. | Número de horas trabalhadas pela enfermagem .....              | 32 |
| Gráfico 14. | Número de colaboradores de férias.....                         | 32 |
| Gráfico 15. | Análise de exames medicina ocupacional .....                   | 34 |
| Gráfico 16. | Taxa de colaboradores afastados por acidente de trabalho.....  | 34 |
| Gráfico 17. | Número de atestados mês .....                                  | 35 |
| Gráfico 18. | Análise de afastamentos .....                                  | 35 |
| Gráfico 19. | Número de dias perdidos .....                                  | 36 |
| Gráfico 20. | Taxa de Acidentes.....                                         | 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) ..... | 46 |
| 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.....                                              | 87 |
| Gráfico 57. | Quantitativos de atendimentos.....                                                            | 87 |
| Gráfico 58. | Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio                   | 88 |
| Gráfico 59. | Taxa de pacientes em cuidados paliativos (Retaguarda) .....                                   | 88 |
| Gráfico 60. | Número de reuniões e conferências com familiares para fechamento de cuidados paliativos ..... | 89 |
| Gráfico 61. | Número de pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos .....                       | 89 |
| Gráfico 62. | Número de acolhimentos de óbitos e comunicação de más notícias.....                           | 90 |
| Gráfico 63. | Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial .....                                               | 96 |
| Gráfico 64. | Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas.....                                       | 97 |
| Gráfico 65. | Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos.....                                         | 97 |
| Gráfico 66. | Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral .....                           | 98 |
| Gráfico 67. | Número de atendimentos e avaliações.....                                                      | 98 |
| Gráfico 68. | Número de altas da fonoaudiologia .....                                                       | 99 |

|             |                                                                                 |     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 69. | Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas .....                  | 101 |
| Gráfico 70. | Número de atendimentos e avaliações terapia ocupacional.....                    | 101 |
| Gráfico 71. | Produção da terapia ocupacional.....                                            | 102 |
| Gráfico 72. | Ozonioterapia .....                                                             | 103 |
| Gráfico 73. | Consumo de cilindro O <sup>2</sup> .....                                        | 103 |
| Gráfico 74. | Taxas de lesão por pressão.....                                                 | 106 |
| Gráfico 75. | Prevalência de lesão por pressão .....                                          | 107 |
| Gráfico 76. | Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão<br>107 | 107 |
| Gráfico 77. | Análise de lesões .....                                                         | 108 |
| Gráfico 78. | Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....                        | 116 |
| Gráfico 79. | Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar).....                      | 116 |
| Gráfico 80. | Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs .....                         | 117 |
| Gráfico 81. | Taxa de incidente de dano .....                                                 | 117 |
| Gráfico 82. | Número de visitas técnicas.....                                                 | 118 |
| Gráfico 83. | Classificação das não conformidades (Geral hospitalar).....                     | 118 |
| Gráfico 84. | Metas acometidas – não conformidades (Geral hospitalar).....                    | 119 |
| Gráfico 85. | Número total de IRAS .....                                                      | 123 |
| Gráfico 86. | Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar .....                            | 123 |
| Gráfico 87. | Densidade incidência de IRAS.....                                               | 124 |
| Gráfico 88. | Densidades de incidências.....                                                  | 124 |
| Gráfico 89. | Número de notificações realizadas .....                                         | 126 |
| Gráfico 90. | Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG .....                      | 127 |
| Gráfico 91. | Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG .....                     | 127 |
| Gráfico 92. | Taxa de teste positivo para COVID .....                                         | 128 |
| Gráfico 93. | Número de casos .....                                                           | 128 |
| Gráfico 94. | Notificações de violência .....                                                 | 129 |
| Gráfico 95. | Taxa de conversão de pacientes admitidos .....                                  | 133 |
| Gráfico 96. | Tempo de solicitação x realização do cateter .....                              | 133 |
| Gráfico 97. | Admissões e readmissões nas 24hrs .....                                         | 134 |
| Gráfico 98. | Análise de fichas CROSS.....                                                    | 134 |

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 99. Serviço de remoção de pacientes.....                             | 135 |
| Gráfico 100. Atendimentos pelo NIR .....                                     | 135 |
| Gráfico 101. Taxa de adesão nos treinamentos.....                            | 138 |
| Gráfico 102. Taxa de treinamentos previstos em LNT .....                     | 139 |
| Gráfico 103. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos.....        | 139 |
| Gráfico 104. Número de treinamentos gerais e assistenciais.....              | 140 |
| Gráfico 105. Número de participações e horas realizadas .....                | 140 |
| Gráfico 106. Número de alunos em estágios .....                              | 141 |
| Gráfico 107. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido .....          | 147 |
| Gráfico 108. Taxa de efetividade do plano terapêutico .....                  | 148 |
| Gráfico 109. Taxa de alta médica até 10hrs.....                              | 148 |
| Gráfico 110. Taxa de pacientes com alto tempo de internação .....            | 149 |
| Gráfico 111. Taxa de acolhimento do serviço social.....                      | 149 |
| Gráfico 112. Taxa de plano de alta multiprofissional .....                   | 150 |
| Gráfico 113. Número de paciente com pendências para alta .....               | 150 |
| Gráfico 114. Taxa de perdas de itens por validade/quebra.....                | 152 |
| Gráfico 115. Taxa de itens sem movimentação de estoque .....                 | 153 |
| Gráfico 116. Taxa de empréstimos solicitados .....                           | 153 |
| Gráfico 117. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas .....                | 154 |
| Gráfico 118. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas .....          | 154 |
| Gráfico 119. Taxa de realizações da comissão de farmácia e terapêutica ..... | 155 |
| Gráfico 120. Lançamento de cotações.....                                     | 156 |
| Gráfico 121. Total de ordens de compras geradas .....                        | 156 |
| Gráfico 122. Taxa de ordem de compras entregues no prazo.....                | 157 |
| Gráfico 123. Percentual de entrega parcial .....                             | 157 |
| Gráfico 124. Percentual de economia mensal .....                             | 158 |
| Gráfico 125. Quantidade de compra emergencial.....                           | 158 |
| Gráfico 126. Taxa de ordem de serviços finalizadas .....                     | 160 |
| Gráfico 127. Tempo médio de atendimento de chamado (horas) .....             | 161 |
| Gráfico 128. Reincidência de manutenção corretiva .....                      | 161 |
| Gráfico 129. Taxa de disponibilidade do equipamento .....                    | 162 |

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 130. Taxa serviços de engenharia clínica .....             | 162 |
| Gráfico 131. Quantitativo de serviços de engenharia clínica .....  | 163 |
| Gráfico 132. Taxa de ordem de serviços finalizadas .....           | 165 |
| Gráfico 133. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos) ..... | 165 |
| Gráfico 134. Taxa serviços de manutenção predial .....             | 166 |
| Gráfico 135. Quantitativo de serviços de manutenção predial .....  | 166 |
| Gráfico 136. Taxa de resolução de chamados .....                   | 167 |
| Gráfico 137. Quantitativo de chamados .....                        | 168 |
| Gráfico 138. Quantitativo de chamado totais e finalizados.....     | 168 |
| Gráfico 139. Tempo médio de solução em horas .....                 | 169 |
| Gráfico 140. Indisponibilidade de internet e sistema .....         | 169 |
| Gráfico 141. Quantidade de solicitações de acesso as câmeras.....  | 170 |
| Gráfico 142. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo.....    | 172 |
| Gráfico 143. Comissões .....                                       | 173 |
| Gráfico 144. Documentos retroativos.....                           | 173 |
| Gráfico 145. Análise dos documentos julho de 2026 .....            | 174 |
| Gráfico 146. Análise de documentos DMAIS .....                     | 174 |
| Gráfico 147. Número de visitas e Auditorias externas .....         | 175 |
| Gráfico 148. Número de orientações, treinamentos e reuniões .....  | 175 |
| Gráfico 149. Quantitativo de AIH .....                             | 177 |
| Gráfico 150. Devolutivas SMS .....                                 | 178 |
| Gráfico 151. Taxa de AIH .....                                     | 178 |
| Gráfico 152. Pendências de assinaturas digitais .....              | 179 |
| Gráfico 153. Procedimentos faturados em julho de 2026 .....        | 179 |
| Gráfico 154. Índice de conformidade com o contrato de gestão ..... | 181 |
| Gráfico 155. Número de auditorias externas.....                    | 181 |
| Gráfico 156. Taxa de não conformidades e retenções .....           | 182 |
| Gráfico 157. Total de despesas quitadas no sistema da SMS.....     | 182 |
| Gráfico 158. Número de apontamentos na prestação de contas.....    | 183 |
| Gráfico 159. Índice de orçado x realizado.....                     | 183 |
| Gráfico 160. Taxa de execução orçamentária.....                    | 185 |

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 161. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo .....       | 185 |
| Gráfico 162. Análise das notas .....                                     | 186 |
| Gráfico 163. Taxa de utilização de equipamentos .....                    | 188 |
| Gráfico 164. Índice de depreciação .....                                 | 188 |
| Gráfico 165. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos .....    | 189 |
| Gráfico 166. Ordem de serviço corretivas .....                           | 189 |
| Gráfico 167. Ordem de serviço movimentações .....                        | 190 |
| Gráfico 168. Ordem de serviço de manutenção de mau uso .....             | 190 |
| Gráfico 169. Ordem de serviço de corretivas e movimentações .....        | 191 |
| Gráfico 170. Quantidade de inservíveis .....                             | 191 |
| Gráfico 171. Taxa de tombamento de itens próprios e locados .....        | 192 |
| Gráfico 172. Número de equipamentos cedidos para unidade .....           | 192 |
| Gráfico 173. Taxa de ordem de serviços finalizadas .....                 | 193 |
| Gráfico 174. Índice de exatidão nos serviços prestados .....             | 194 |
| Gráfico 175. Número de aditivos e contratos .....                        | 194 |
| Gráfico 176. Qualificação de prestadores de serviços críticos .....      | 195 |
| Gráfico 177. Taxa serviços da rouparia .....                             | 197 |
| Gráfico 178. Taxa de enxovais recebidos com sujidade .....               | 197 |
| Gráfico 179. Análise serviços de rouparia .....                          | 198 |
| Gráfico 180. Índice de relave .....                                      | 198 |
| Gráfico 181. Dispensação de enxovais em julho de 2026 .....              | 199 |
| Gráfico 182. Tempo de resposta a solicitações (em horas) .....           | 199 |
| Gráfico 183. Índice de limpeza .....                                     | 201 |
| Gráfico 184. Índice de satisfação com a limpeza .....                    | 201 |
| Gráfico 185. Tempo de resposta a solicitações (em horas) .....           | 202 |
| Gráfico 186. Terminais de limpeza em julho de 2026 .....                 | 202 |
| Gráfico 187. Taxa de satisfação com a recepção .....                     | 203 |
| Gráfico 188. Número de visitantes e acompanhantes .....                  | 204 |
| Gráfico 189. Número de requerimentos de solicitações de documentos ..... | 204 |
| Gráfico 190. Taxa de satisfação com a portaria .....                     | 205 |
| Gráfico 191. Número de ocorrências de segurança .....                    | 206 |

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 192. Taxa de conformidade com procedimentos de segurança ..... | 206 |
| Gráfico 193. Taxa de cumprimento de prazos legais .....                | 209 |
| Gráfico 194. Análise de notificações .....                             | 209 |
| Gráfico 195. Análise de ofícios .....                                  | 210 |
| Gráfico 196. Número de processos trabalhistas .....                    | 210 |
| Gráfico 197. Produção Jurídico em julho de 2026 .....                  | 211 |
| Gráfico 198. Taxa de resolução .....                                   | 213 |
| Gráfico 199. Taxa de reincidência .....                                | 214 |
| Gráfico 200. Taxa de devolutiva .....                                  | 214 |
| Gráfico 201. Tempo médio de respostas em dias.....                     | 215 |
| Gráfico 202. Manifestações recebidas .....                             | 215 |
| Gráfico 203. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação).....                 | 216 |
| Gráfico 204. Tipos de manifestações externas em julho de 2026 .....    | 216 |
| Gráfico 205. Tipos de manifestações internas .....                     | 217 |
| Gráfico 206. Pesquisas .....                                           | 217 |
| Gráfico 207. Taxa de ocupação .....                                    | 219 |
| Gráfico 208. Índice de queda .....                                     | 220 |
| Gráfico 209. Índice de lesão por pressão .....                         | 220 |
| Gráfico 210. Taxa de devolutiva de ouvidoria .....                     | 221 |
| Gráfico 211. Taxa de apresentação de AIH .....                         | 221 |
| Gráfico 212. Número de paciente dia .....                              | 222 |
| Gráfico 213. Número de leito dia .....                                 | 223 |
| Gráfico 214. Número de quedas .....                                    | 223 |
| Gráfico 215. Casos de lesão por pressão .....                          | 224 |
| Gráfico 216. Devolutivas de ouvidoria .....                            | 224 |
| Gráfico 217. Número de AIH .....                                       | 225 |
| Gráfico 218. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo .....      | 226 |
| Gráfico 219. Produção de resíduos em julho de 2026 .....               | 226 |
| Gráfico 220. Análise de hemodiálise .....                              | 227 |
| Gráfico 221. Análise de hemocomponentes .....                          | 228 |
| Gráfico 222. Número de bolsas transfusionais .....                     | 229 |

## 1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

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

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

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

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

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



## 2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

O Hospital Municipal Guarapiranga deu início às suas atividades em junho de 2020 com a ativação de 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 20 leitos de Enfermaria para pacientes acometidos pelo COVID-19. Em seu primeiro ano de atuação, a unidade ampliou seus leitos para 190 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 69 de enfermaria. Com a redução dos casos de SARS COVID-19, a partir de maio de 2022 o Hospital Municipal Guarapiranga passou a tornar um equipamento de saúde de 186 leitos, atuando em duas frentes:

➤ Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.

➤ Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

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

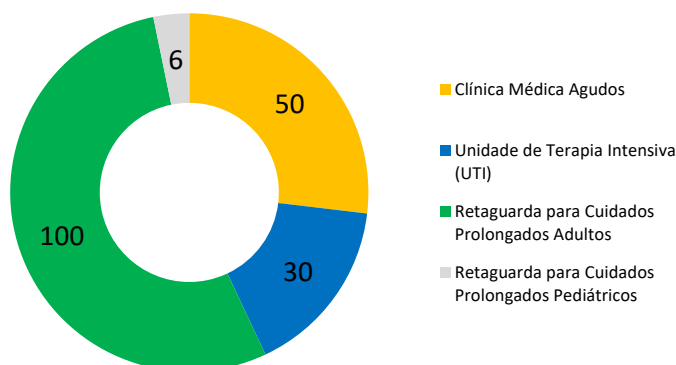
### 2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

#### Distribuição de Leitos

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

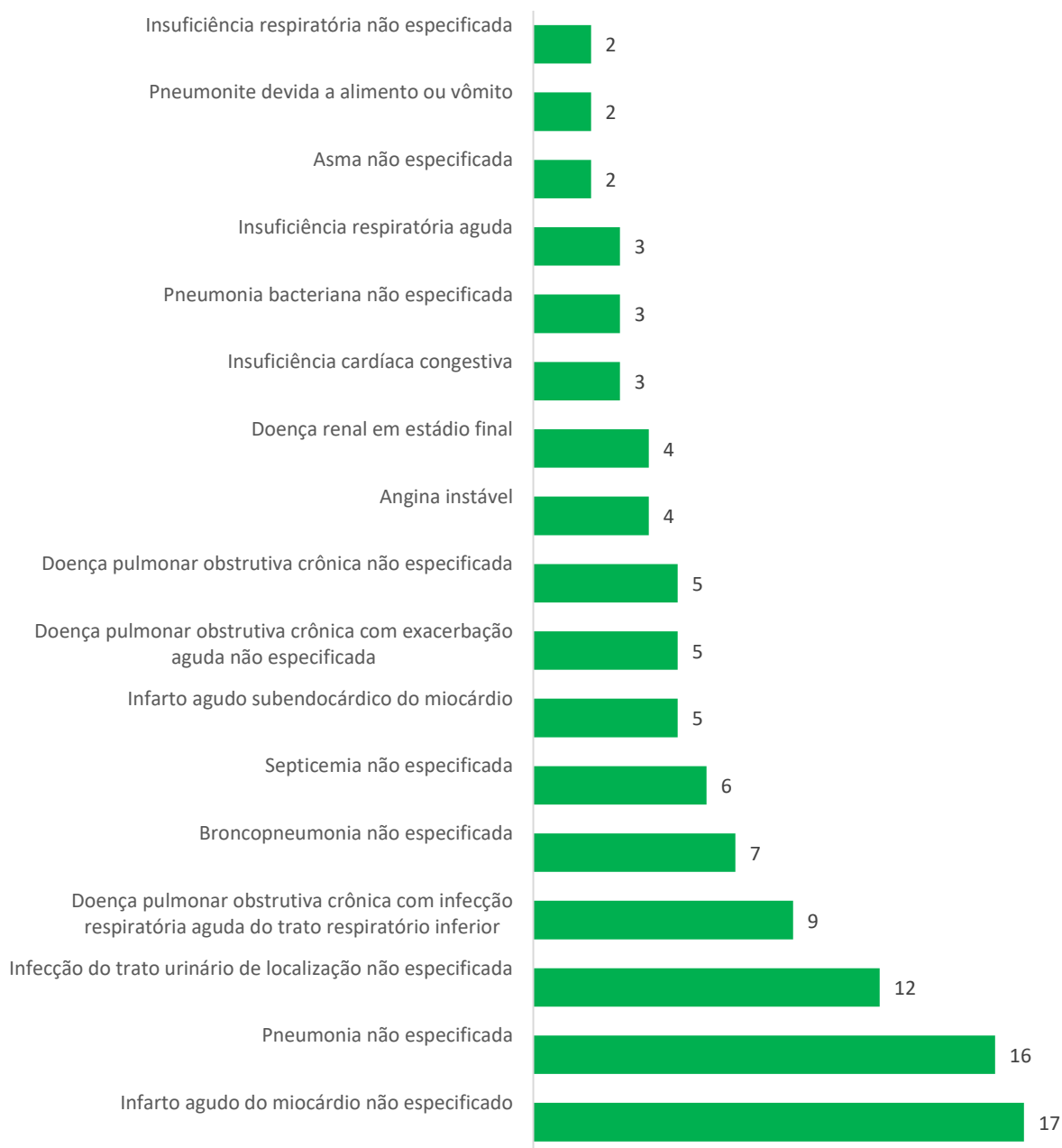
Gráfico 1. Dimensionamento de Leitos



Fonte: Dados internos da instituição hospitalar.

## 2.2. PRINCIPAIS DOENÇAS E CONDIÇÕES TRATADAS

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

**Gráfico 2. Relação de 17 CID's Registrados nos Atendimentos em julho de 2026**

Fonte: SMPEP.

### 2.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

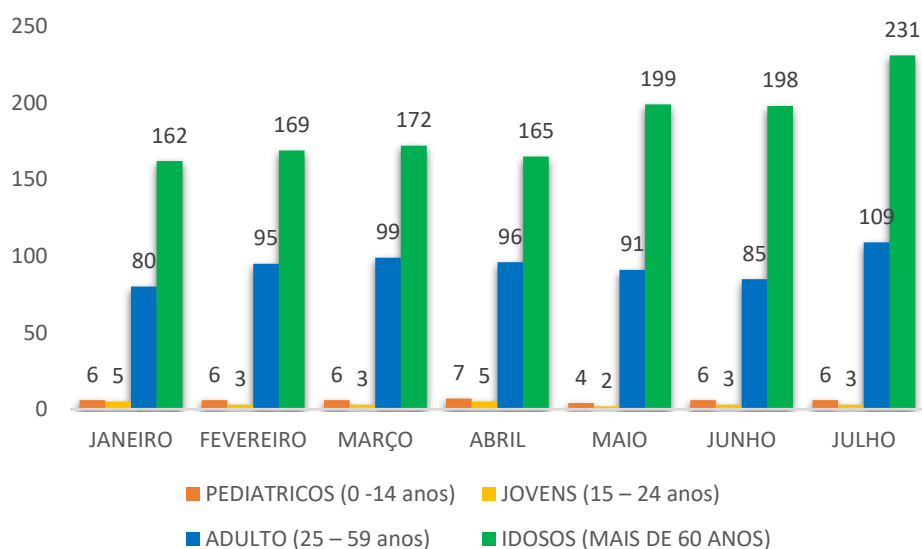
- ➡ Faixa etária: Atendimento de pacientes desde pediátricos até idosos, com um foco significativo em adultos e idosos devido à alta prevalência de doenças crônicas.
- ➡ Gênero: Atendimento equitativo a homens e mulheres.

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

| FAIXA ETÁRIA             | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|--------------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| PEDIÁTRICOS (0 -14 ANOS) | 6       | 6         | 6     | 7     | 4    | 6     | 6     |
| JOVENS (15 – 24 ANOS)    | 5       | 3         | 3     | 5     | 2    | 3     | 3     |
| ADULTO (25 – 59 ANOS)    | 80      | 95        | 99    | 96    | 91   | 85    | 109   |
| IDOSOS (MAIS DE 60 ANOS) | 162     | 169       | 172   | 165   | 199  | 198   | 231   |

Fonte: SMPEP.

**Gráfico 3. atendimentos por faixa etária**



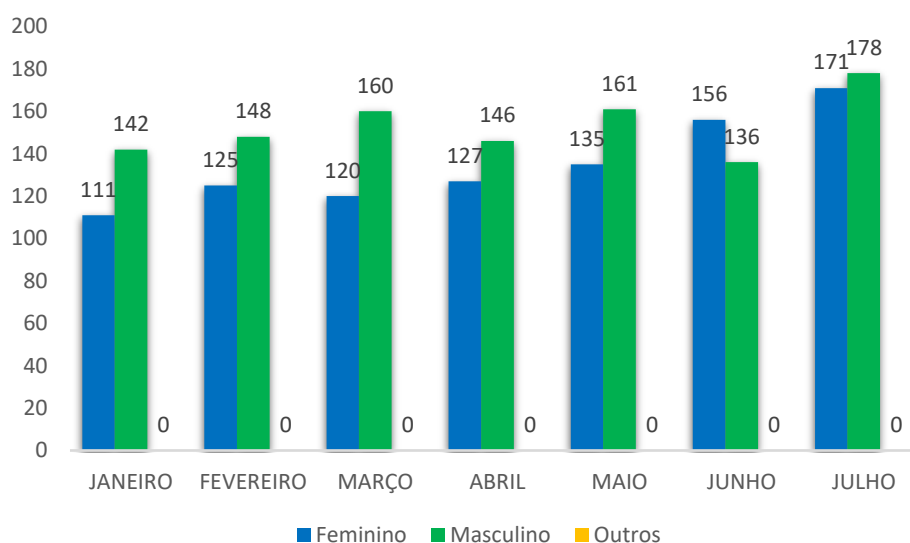
Fonte: SMPEP.

**Tabela 2. Atendimento por Gênero**

| FAIXA ETÁRIA | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|--------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| FEMININO     | 111     | 125       | 120   | 127   | 135  | 156   | 171   |
| MASCULINO    | 142     | 148       | 160   | 146   | 161  | 136   | 178   |
| OUTROS       | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |

Fonte: SMPEP.

Gráfico 4. Atendimento por gênero



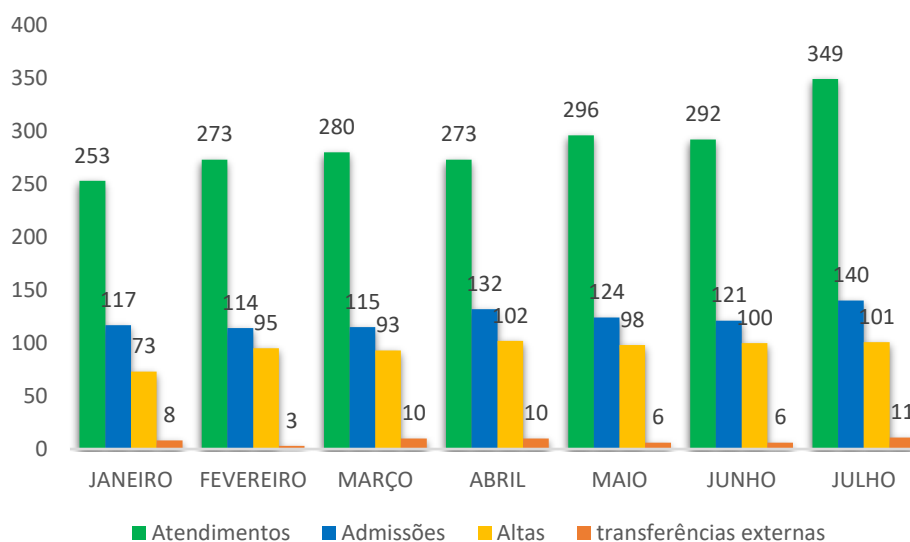
Fonte: SMPEP.

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

| INDICADOR               | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-------------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| ATENDIMENTOS            | 253     | 273       | 280   | 273   | 296  | 292   | 349   |
| ADMISSÕES               | 117     | 114       | 115   | 132   | 124  | 121   | 140   |
| ALTAS                   | 73      | 95        | 93    | 102   | 98   | 100   | 101   |
| TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS | 8       | 3         | 10    | 10    | 6    | 6     | 11    |

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 julho/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) NUTRICAO RT          | 1          |
| SUPERVISOR DE ENFERMAGEM            | 8          |
| SUPERVISOR DE FARMACIA              | 1          |
| SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA RT       | 1          |
| SUPERVISOR DE SAUDE                 | 1          |
| SUPERVISOR OPERACIONAL              | 1          |
| SUPERVISOR QUALIDADE                | 1          |
| SUPERVISOR TI                       | 1          |
| TECNICO DE INFORMATICA              | 6          |
| TECNICO DE RADIOLOGIA               | 9          |
| TECNICO DE RADIOLOGIA RT            | 1          |
| TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO    | 2          |
| TECNICO ENFERMAGEM                  | 279        |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL RT            | 1          |
| <b>TOTAL GERAL</b>                  | <b>631</b> |

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

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>



**Tabela 5. Serviços Médicos no mês de julho/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 julho/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         |
| <b>TOTAL GERAL</b>            | <b>276</b> |

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

### 3.1.1. Recursos Humanos

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

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

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

**Tabela 7. Indicadores de Recursos Humanos**

| INDICADOR                                           | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO  | JUNHO | JULHO |
|-----------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>TURNOVER TOTAL</b>                               | <5%                  | 2,28%   | 3,04%     | 3,27% | 3,25% | 3,26% | 2,61% | 3,48% |
| <b>TURNOVER ENFERMAGEM</b>                          | <5%                  | 3,40%   | 3,71%     | 2,12% | 5,16% | 5,04% | 2,81% | 4,64% |
| <b>NÚMERO DE TREINAMENTOS DE RH</b>                 | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 1     | 0     | 0     | 1     | 1     |
| <b>NÚMERO DE COLABORADORES ADMITIDOS</b>            | NEUTRO               | 10      | 10        | 25    | 19    | 18    | 18    | 25    |
| <b>NÚMERO TOTAL DE ADMISSÕES ENFERMAGEM</b>         | NEUTRO               | 9       | 10        | 16    | 17    | 16    | 10    | 20    |
| <b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO</b> | NEUTRO               | 635     | 624       | 612   | 630   | 627   | 631   | 631   |
| <b>NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS</b>  | NEUTRO               | 277     | 277       | 277   | 277   | 276   | 276   | 276   |

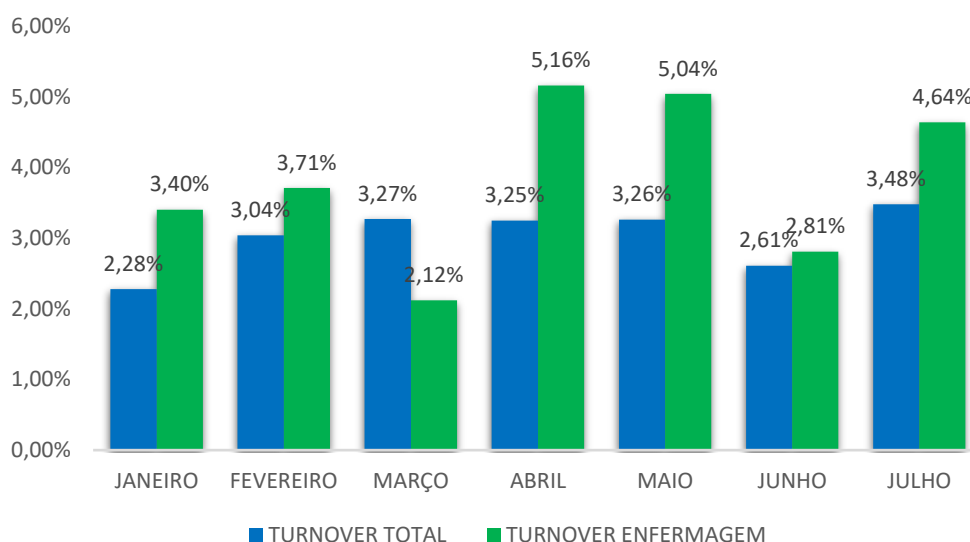
|                                                      |                            |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------------------------------------|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| NÚMERO DE<br>DEMISSÕES A<br>PEDIDO DO<br>COLABORADOR | QUANTO<br>MENOR,<br>MELHOR | 11  | 5   | 11  | 10  | 13  | 11  | 11  |
| NÚMERO DE<br>DEMISSÕES POR<br>PARTE DA<br>EMPRESA    | QUANTO<br>MENOR,<br>MELHOR | 9   | 13  | 4   | 12  | 10  | 4   | 8   |
| NÚMERO TOTAL<br>DE DEMISSÕES                         | QUANTO<br>MENOR,<br>MELHOR | 20  | 18  | 15  | 22  | 23  | 15  | 19  |
| NÚMERO DE<br>DEMISSÕES<br>ENFERMAGEM                 | QUANTO<br>MENOR,<br>MELHOR | 14  | 15  | 10  | 18  | 17  | 10  | 15  |
| NÚMERO TOTAL<br>DE<br>COLABORADORES<br>ENFERMAGEM    | QUANTO<br>MENOR,<br>MELHOR | 338 | 337 | 362 | 339 | 327 | 355 | 377 |

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

## ANÁLISE CRÍTICA – RECURSOS HUMANOS

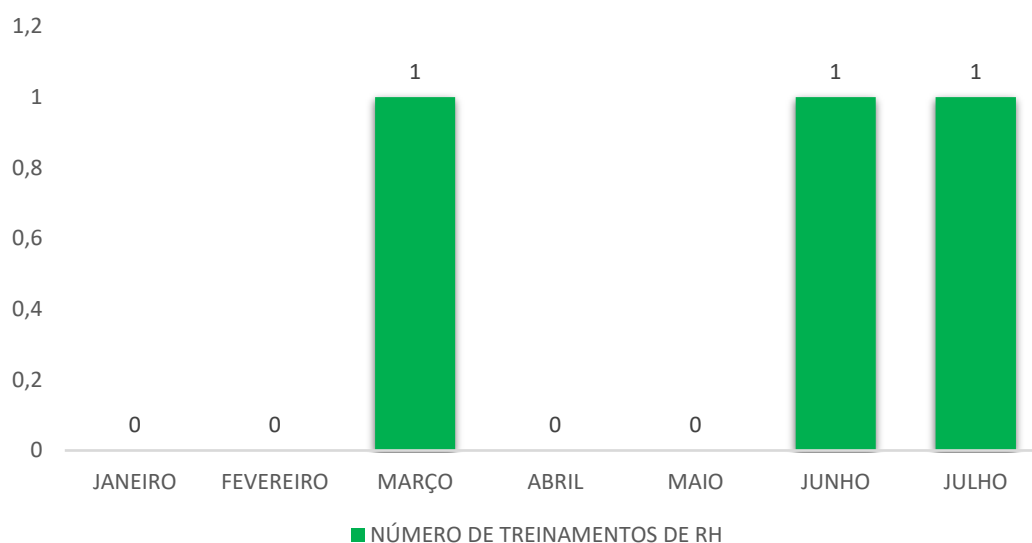
No mês de julho, foi realizado treinamento promovido pela Sede, com participação das equipes de Recursos Humanos (RH) e Departamento Pessoal (DP), utilizando o sistema Sisqual. A capacitação teve como objetivo aprimorar o conhecimento das equipes quanto à utilização da ferramenta, padronizar os processos e fortalecer a eficiência na execução das rotinas relacionadas à gestão de pessoal.

Gráfico 6. Turnover



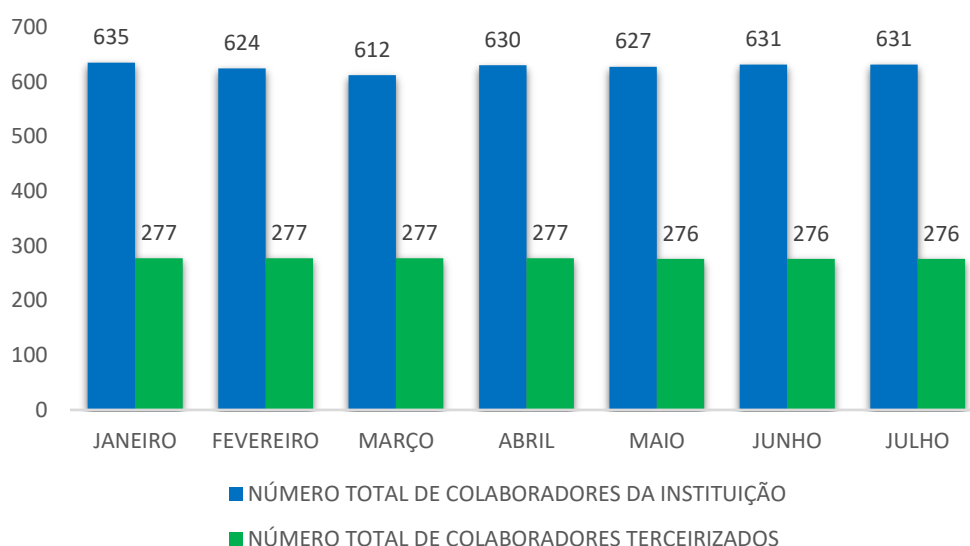
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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



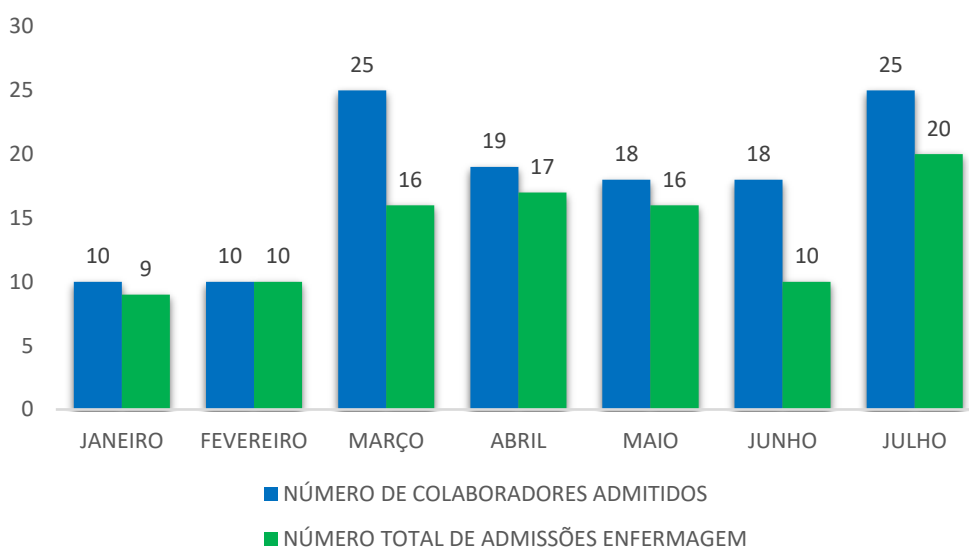
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 8. Total de colaboradores**



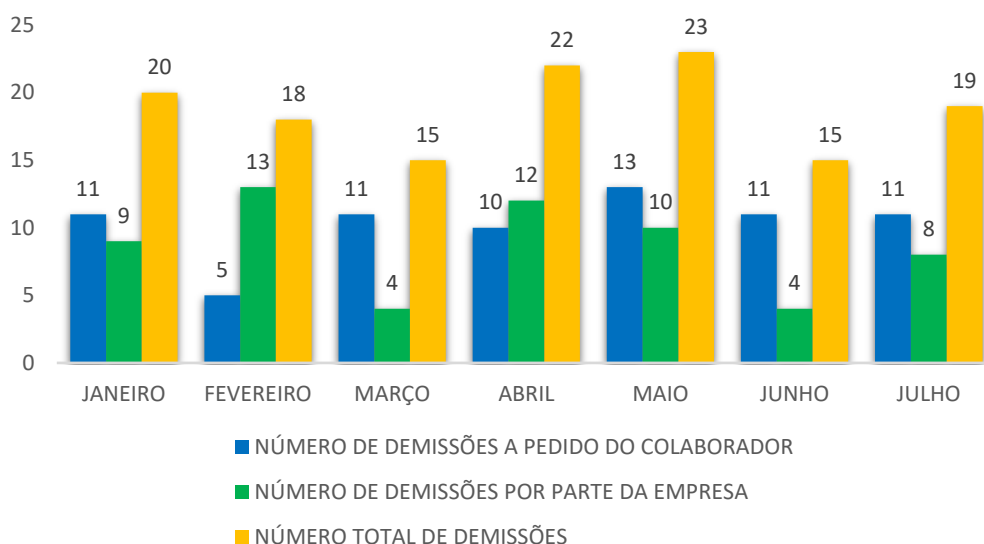
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**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  | JULHO  |
|----------------------------------------|----------------------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE ABSENTEÍSMO GERAL              | < 6%                 | 4,19%   | 4,32%     | 6,79%  | 5,92%  | 6,17%  | 7,43%  | 6,90%  |
| TAXA DE ABSENTEÍSMO ENFERMAGEM         | < 8%                 | 6,05%   | 6,05%     | 9,84%  | 4,75%  | 8,57%  | 10,66% | 9,85%  |
| TAXA DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM   | > 85%                | 93,95%  | 93,05%    | 90,16% | 91,42% | 91,43% | 89,34% | 90,15% |
| NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ENFERMAGEM | > 51.448H            | 49536   | 49156     | 50915  | 48344  | 46496  | 49477  | 45847  |
| NÚMERO DE COLABORADORES DE FÉRIAS      | QUANTO MENOR, MELHOR | 54      | 41        | 42     | 41     | 38     | 41     | 50     |

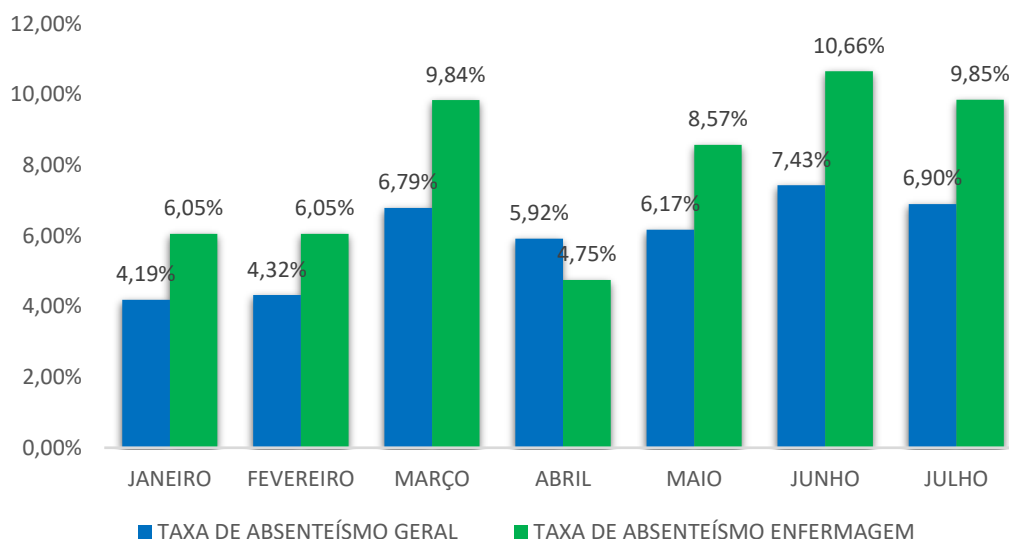
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

## 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

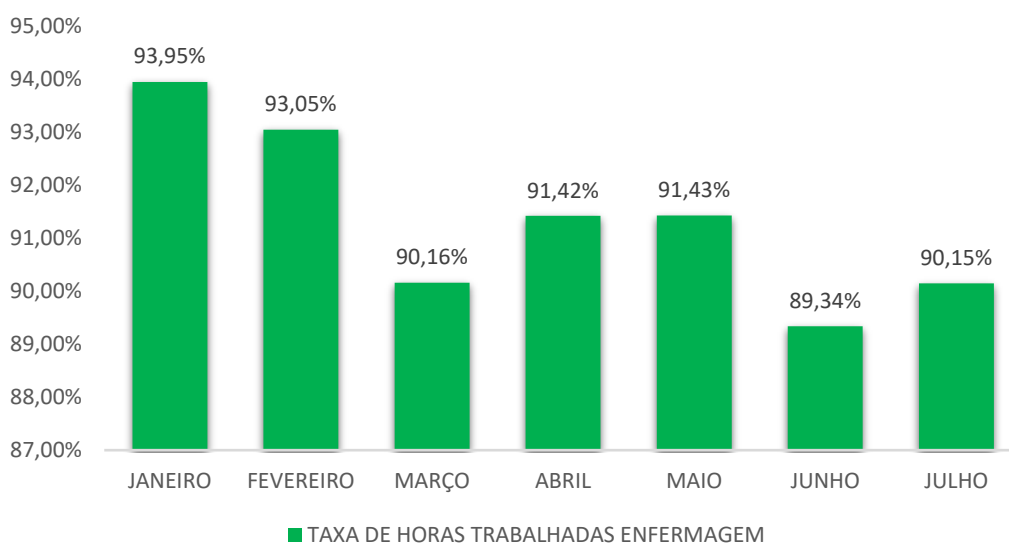
lideranças assistenciais e administrativas, visando definir novas estratégias e planos de ação para redução dos afastamentos e melhoria dos resultados nos próximos períodos.

**Gráfico 11. Absenteísmo**



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

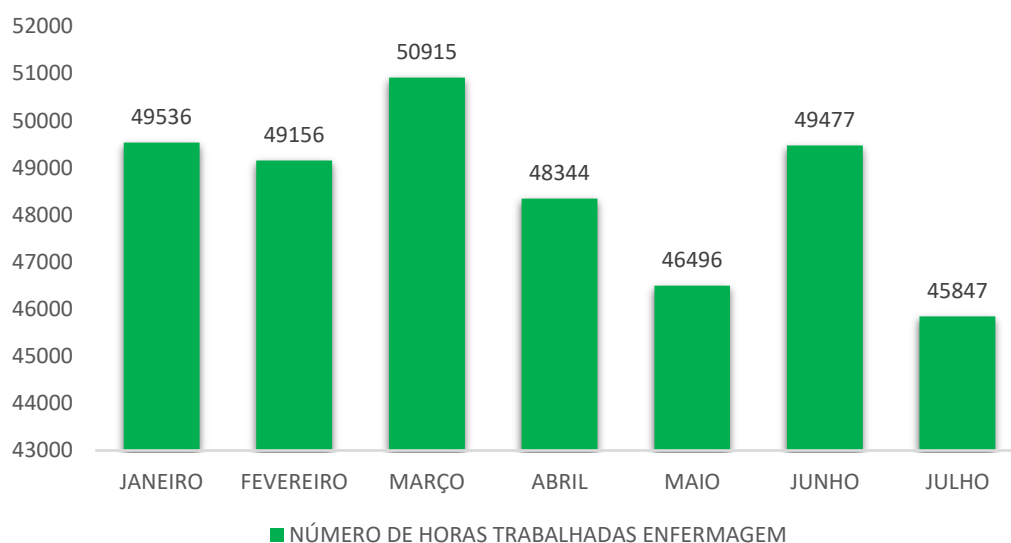
**Gráfico 12. Taxa de horas trabalhadas pela enfermagem**



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

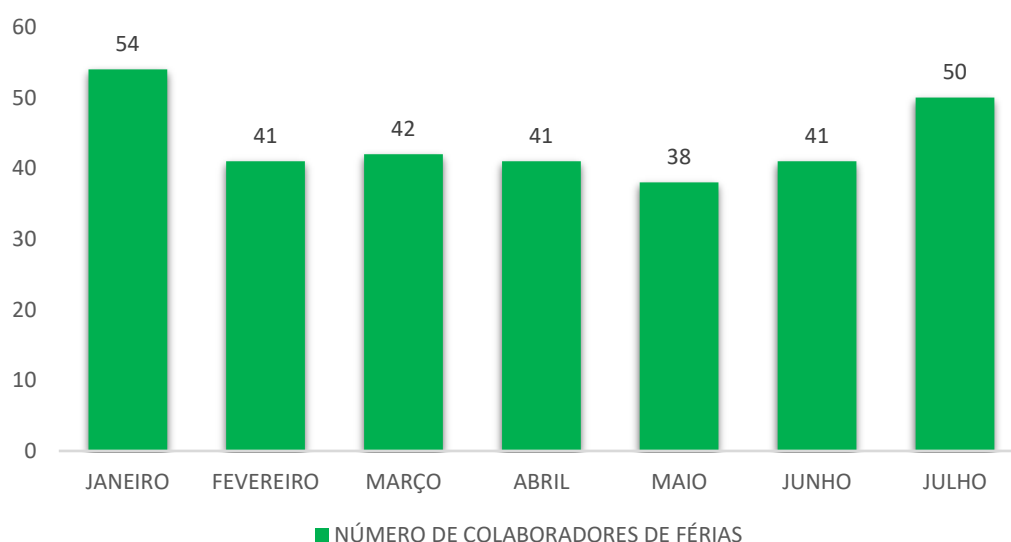


**Gráfico 13. Número de horas trabalhadas pela enfermagem**



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;

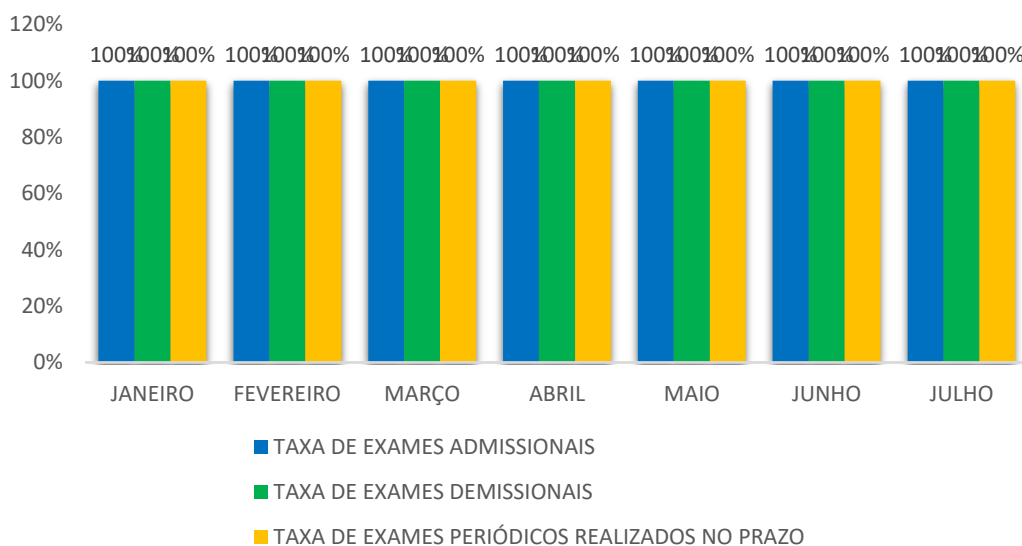
➤ Normas e Legislação.

**Tabela 9. Indicadores Medicina Ocupacional**

| INDICADOR                                                 | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE EXAMES ADMISSIONAIS                               | 100%                 | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE EXAMES DEMISSORIAIS                               | > 85%                | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE EXAMES PERIÓDICOS REALIZADOS NO PRAZO             | > 85%                | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE COLABORADORES AFASTADOS POR ACIDENTES DE TRABALHO | < 5%                 | 1%      | 1%        | 1%    | 1%    | 1%   | 1%    | 1%    |
| NÚMERO DE ATESTADOS NO MÊS                                | QUANTO MENOR, MELHOR | 395     | 425       | 437   | 332   | 434  | 411   | 356   |
| NÚMERO DE AFASTADOS (INSS)                                | QUANTO MENOR, MELHOR | 22      | 20        | 21    | 20    | 14   | 14    | 13    |
| NÚMERO DE AFASTADOS (GESTANTES)                           | QUANTO MENOR, MELHOR | 9       | 10        | 11    | 10    | 10   | 6     | 8     |
| NÚMERO DE AFASTADOS (LICENÇA A MATERNIDADE)               | QUANTO MENOR, MELHOR | 10      | 7         | 7     | 7     | 5    | 5     | 6     |
| NÚMERO DE ATESTADOS POR SINDROME GRIPAL                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 16      | 22        | 43    | 57    | 91   | 78    | 53    |
| NÚMERO DE DIAS PERDIDOS                                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 790     | 845       | 876   | 754   | 814  | 734   | 682   |

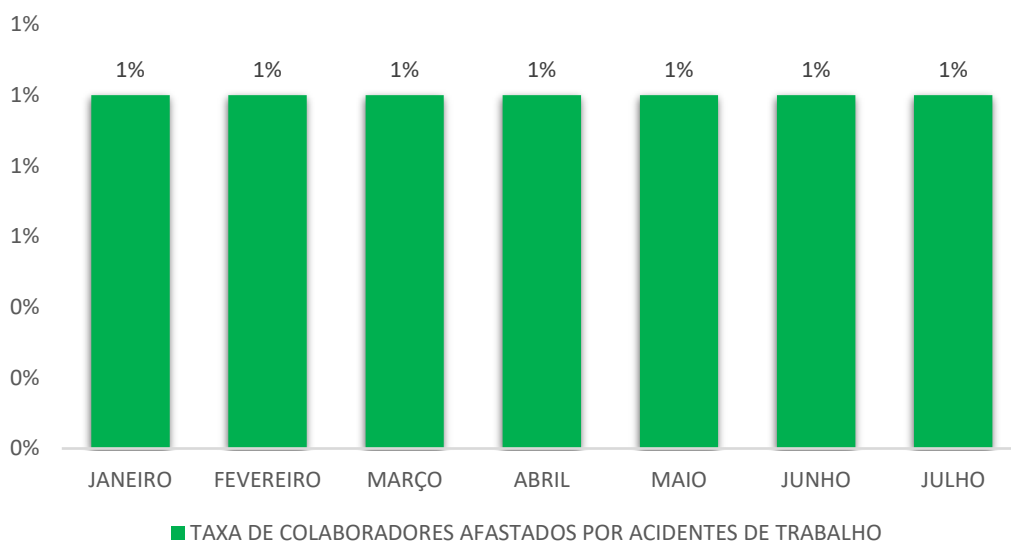
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 15. Análise de exames medicina ocupacional**



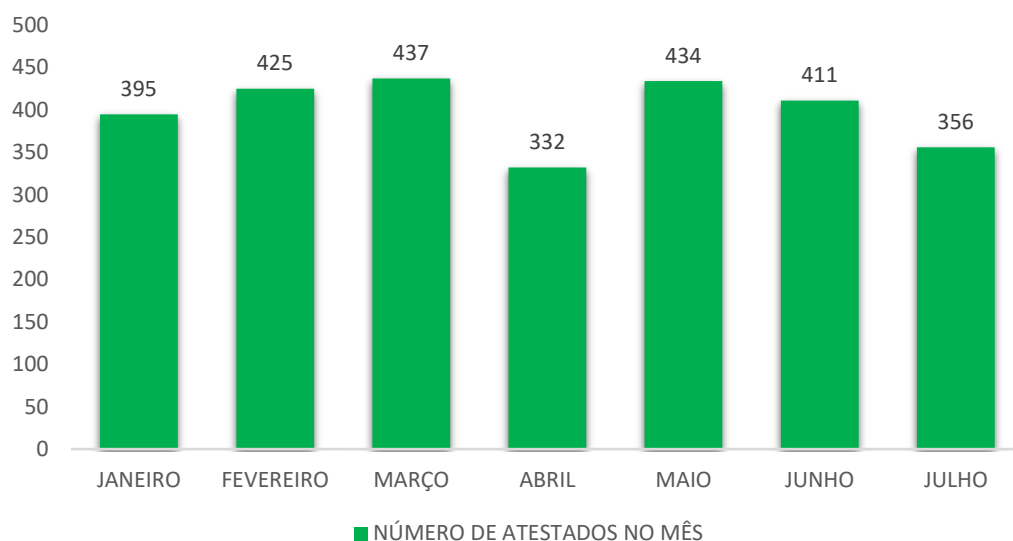
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

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



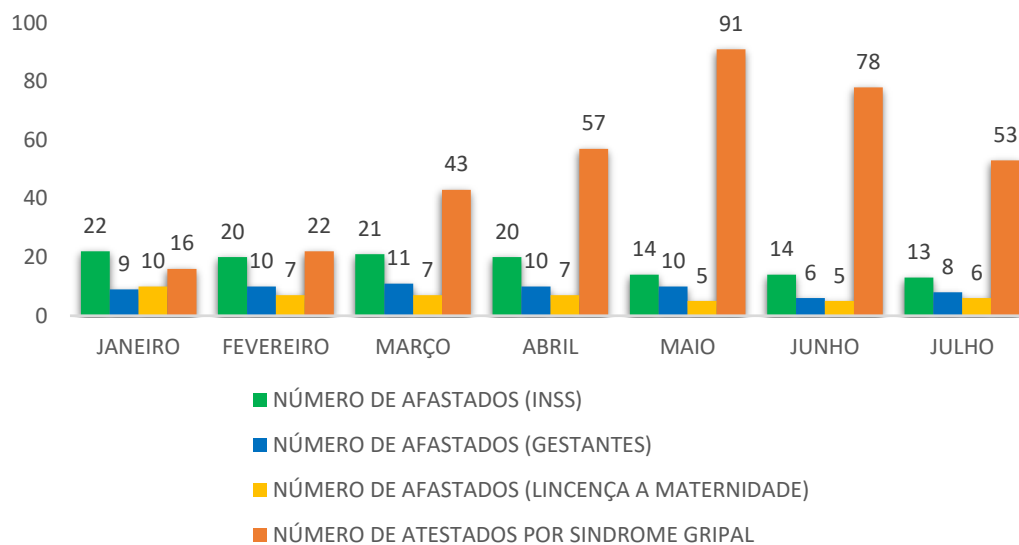
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 17. Número de atestados mês**



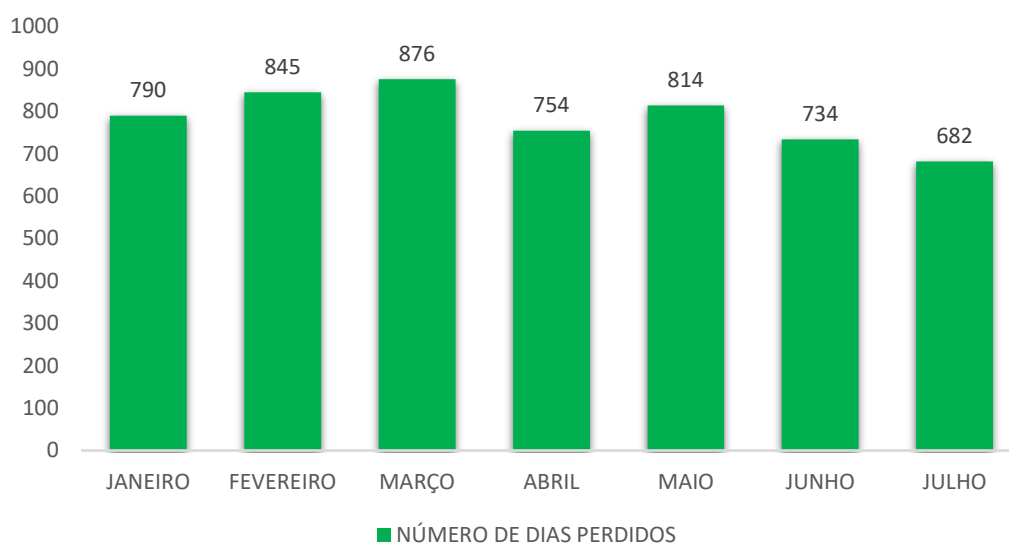
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**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 | JULHO |
|----------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE ACIDENTES MATERIAIS BIOLÓGICOS | 0%    | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE ACIDENTES DE PERFURO           | 0%    | 100%    | 0%        | 0%    | 100%  | 100% | 0%    | 100%  |
| TAXA DE INSPEÇÕES                      | 100%  | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |

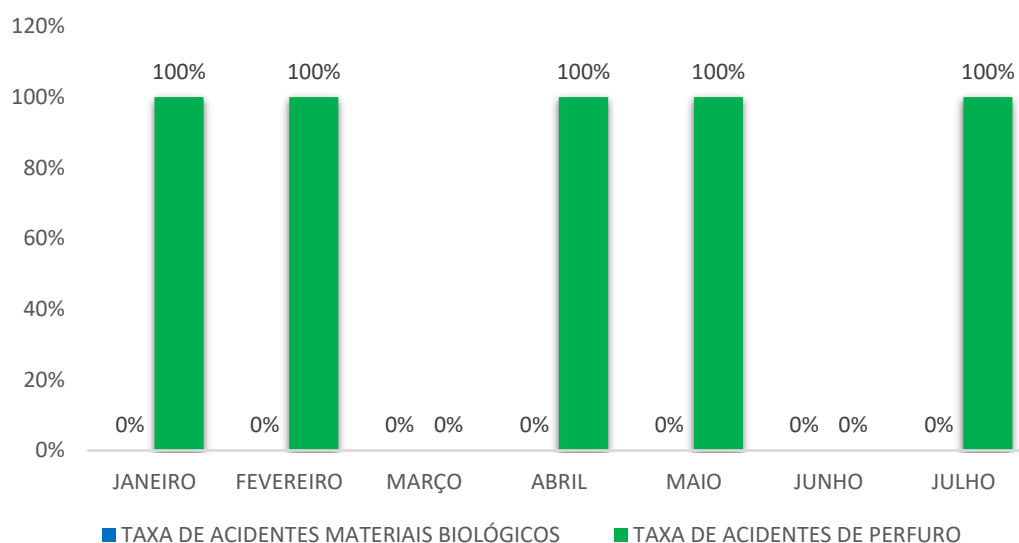
|                                                |                      |       |       |     |       |       |       |       |
|------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES                | < 40%                | 0,31% | 0,15% | 0%  | 0,31% | 0,15% | 0,15% | 0,15% |
| NÚMERO DE EPI'S DISTRIBUÍDOS                   | QUANTO MAIOR, MELHOR | 96    | 61    | 166 | 93    | 86    | 84    | 117   |
| NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS PELO SESMT   | QUANTO MAIOR, MELHOR | 13    | 14    | 58  | 56    | 86    | 73    | 71    |
| NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES NOS TREINAMENTOS       | QUANTO MAIOR, MELHOR | 503   | 569   | 574 | 993   | 909   | 616   | 686   |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS         | QUANTO MAIOR, MELHOR | 10    | 10    | 18  | 15    | 16    | 29    | 25    |
| NÚMERO DE INTERVENÇÕES ERGONÔMICAS             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 20    | 57    | 10  | 25    | 11    | 14    | 7     |
| NÚMERO TOTAL DE ACIDENTES                      | QUANTO MENOR, MELHOR | 2     | 0     | 0   | 2     | 1     | 1     | 1     |
| ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO | QUANTO MENOR, MELHOR | 0     | 0     | 0   | 0     | 0     | 0     | 0     |

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

## ANÁLISE CRÍTICA – SEGURANÇA DO TRABALHO

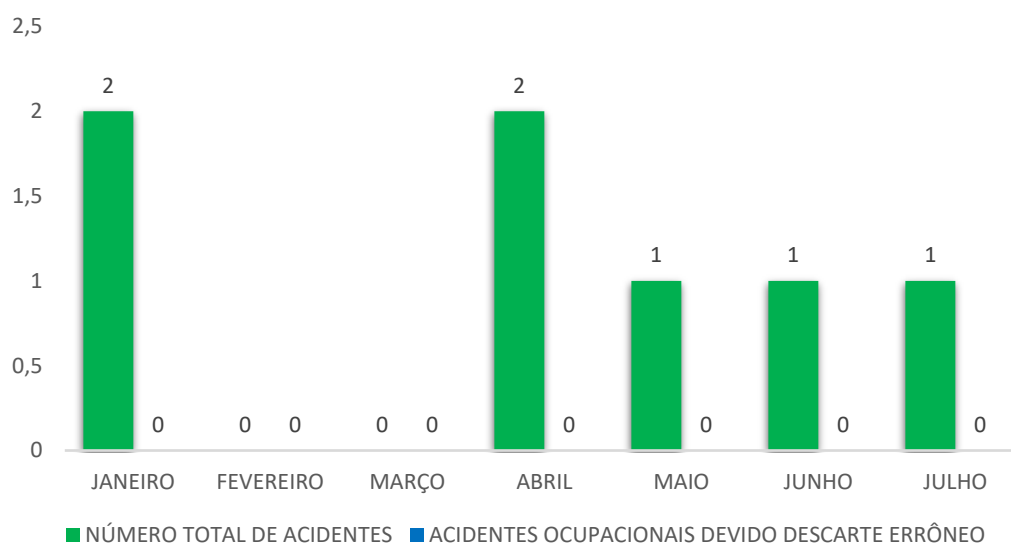
No mês de julho, foi registrado um acidente de trabalho envolvendo material perfurocortante, ocorrido durante procedimento de administração de medicamentos, quando houve perfuração acidental. O evento foi registrado e permanece em acompanhamento pelas áreas responsáveis, com reforço das orientações quanto à adoção das medidas de segurança e às boas práticas durante o manuseio e descarte de materiais perfurocortantes, visando prevenir a ocorrência de novos acidentes.

**Gráfico 20. Taxa de Acidentes**



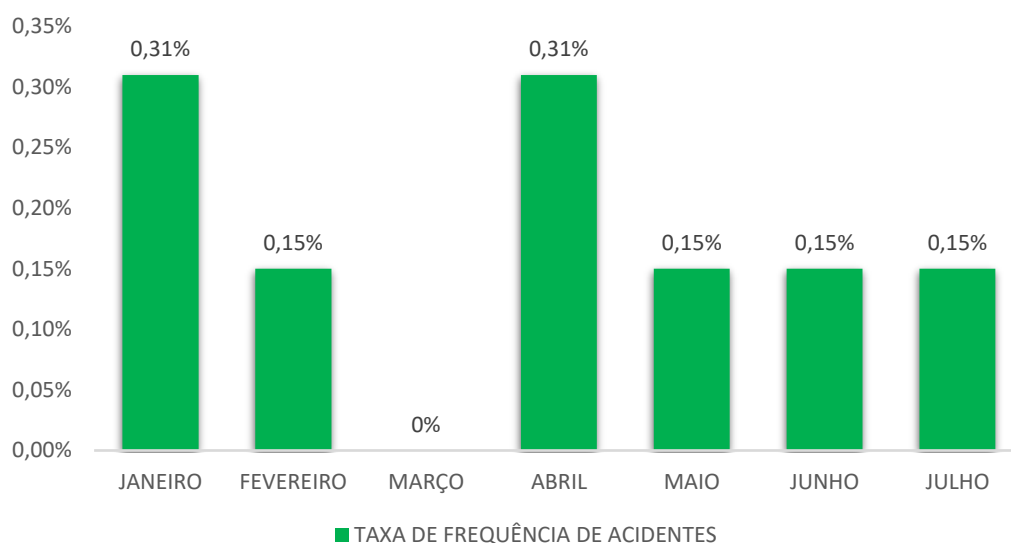
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 21. Número de acidentes**



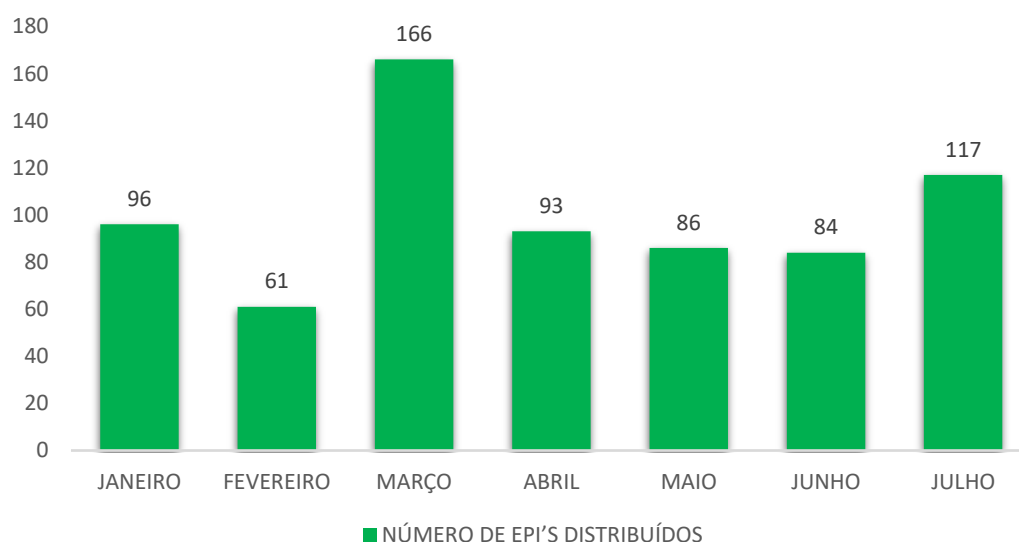
Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gráfico 22. Taxa de Frequência de acidentes**



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

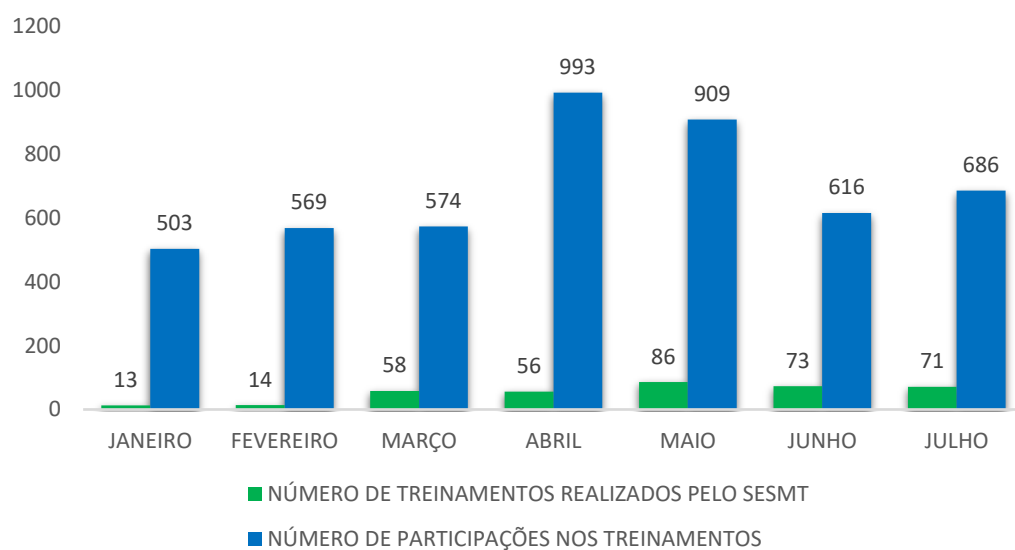
**Gráfico 23. Número de EPI's distribuídos**



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

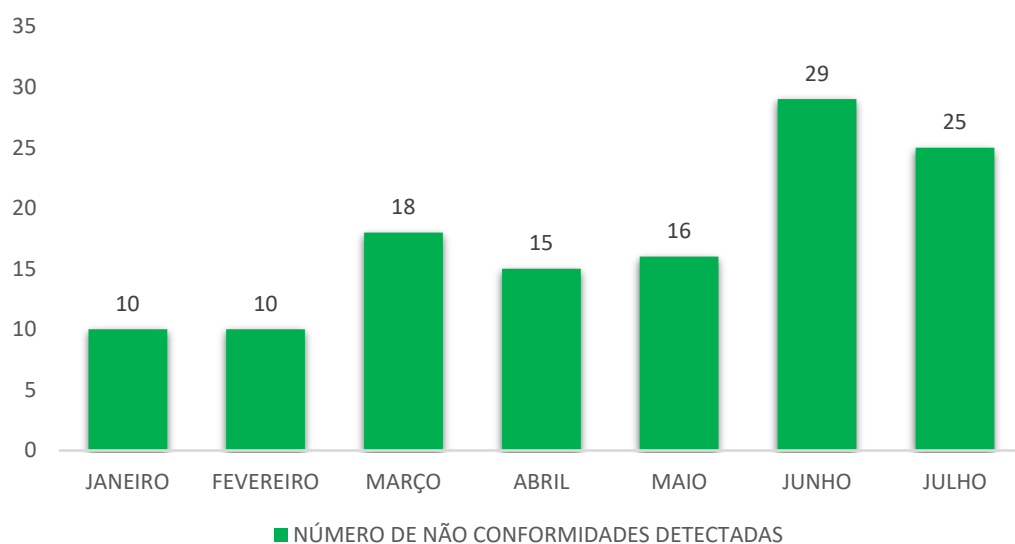


**Gráfico 24. Treinamentos SESMT**

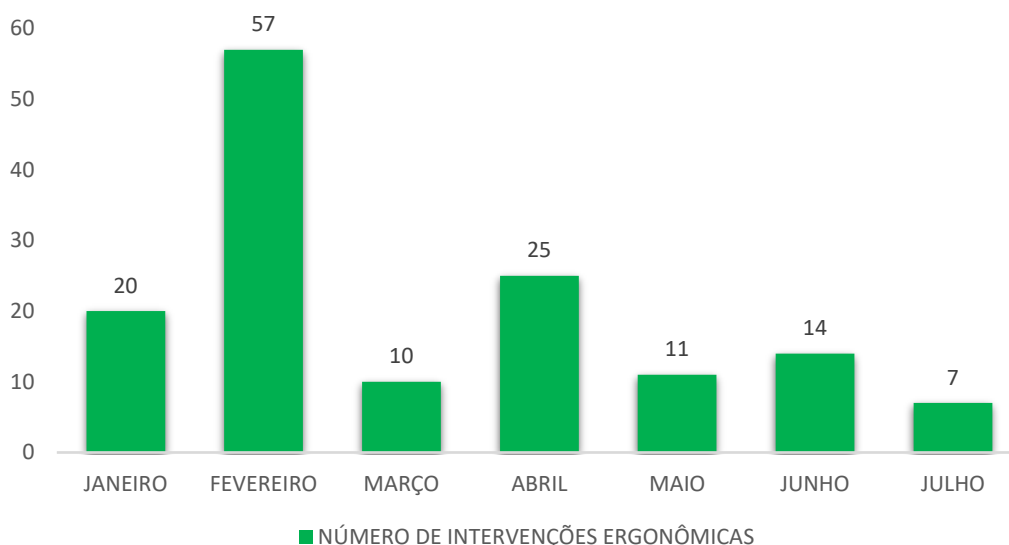


Fonte: Relatório Interno – Coordenação de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

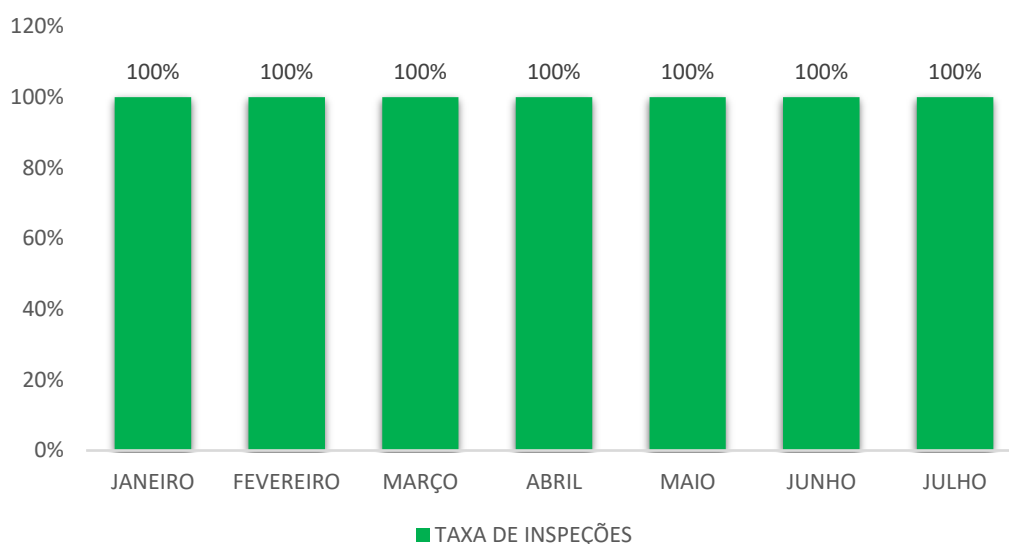
**Gráfico 25. Número de não conformidade detectadas**



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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM) | <10%                 | 0,62%   | 0,39%     | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0,22% |
| TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES                    | <10%                 | 24%     | 18%       | 18%   | 24%   | 23%  | 20%   | 26%   |
| NÚMERO DE EXAMES                               | NEUTRO               | 321     | 256       | 239   | 315   | 296  | 333   | 451   |
| NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 2       | 1         | 0     | 0     | 0    | 0     | 1     |
| NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 77      | 45        | 44    | 76    | 67   | 67    | 117   |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM) | <10%                 | 0,91 %  | 1,49%     | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0,48% |
| TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES                    | <10%                 | 37%     | 22%       | 14%   | 31%   | 27%  | 21%   | 22%   |
| NÚMERO DE EXAMES                               | NEUTRO               | 110     | 67        | 90    | 110   | 109  | 146   | 210   |
| NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 1         | 0     | 0     | 0    | 0     | 1     |
| NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 41      | 15        | 13    | 34    | 29   | 31    | 47    |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM) | <10%                 | 0,55%   | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES                    | <10%                 | 18%     | 14%       | 17%   | 19%   | 18%  | 22%   | 34%   |
| NÚMERO DE EXAMES                               | NEUTRO               | 182     | 140       | 90    | 102   | 103  | 92    | 135   |
| NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 32      | 20        | 15    | 19    | 19   | 20    | 46    |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM) | <10%                 | N/A     | N/A       | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES                    | <10%                 | N/A     | N/A       | 22%   | 14%   | 17%  | 19%   | 16%   |
| NÚMERO DE EXAMES                               | NEUTRO               | N/A     | N/A       | 90    | 56    | 47   | 54    | 56    |
| NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES                     | QUANTO MENOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS                     | QUANTO MENOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 11    | 8     | 8    | 10    | 9     |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM) | <10%                 | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES                    | <10%                 | 14%     | 22%       | 35%   | 38%   | 31%  | 18%   | 28%   |
| NÚMERO DE EXAMES                               | NEUTRO               | 28      | 46        | 17    | 40    | 35   | 34    | 54    |
| NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 4       | 10        | 6     | 15    | 11   | 6     | 15    |

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

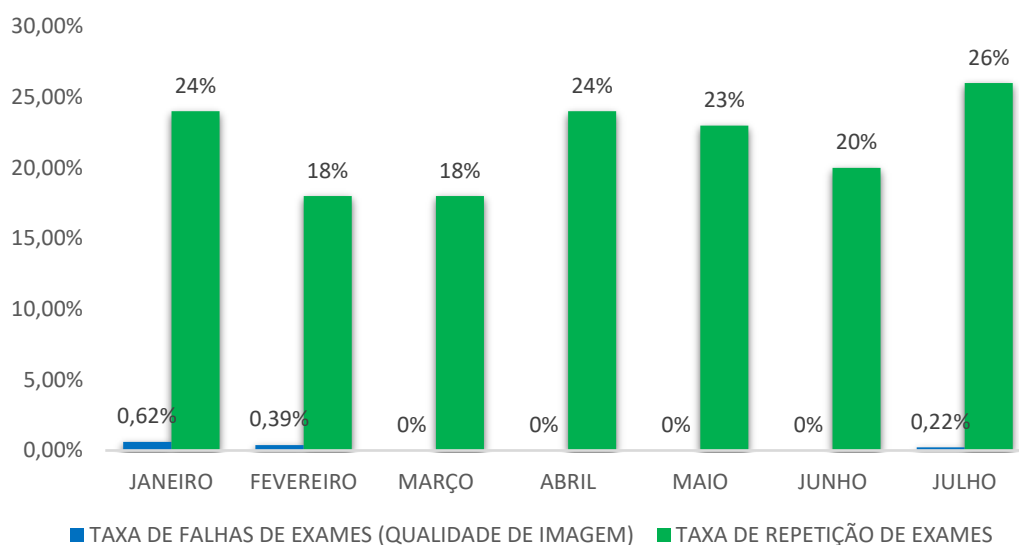
Tabela 16. Indicadores de Radiologia (Pediatria)

| INDICADOR                                      | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE FALHAS DE EXAMES (QUALIDADE DE IMAGEM) | <10%                 | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE REPETIÇÃO DE EXAMES                    | <10%                 | 0%      | 0%        | 40%   | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| NÚMERO DE EXAMES                               | NEUTRO               | 1       | 3         | 5     | 7     | 2    | 7     | 6     |
| NÚMERO DE FALHAS DE EXAMES                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE EXAMES REPETIDOS                     | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 2     | 0     | 0    | 0     | 0     |

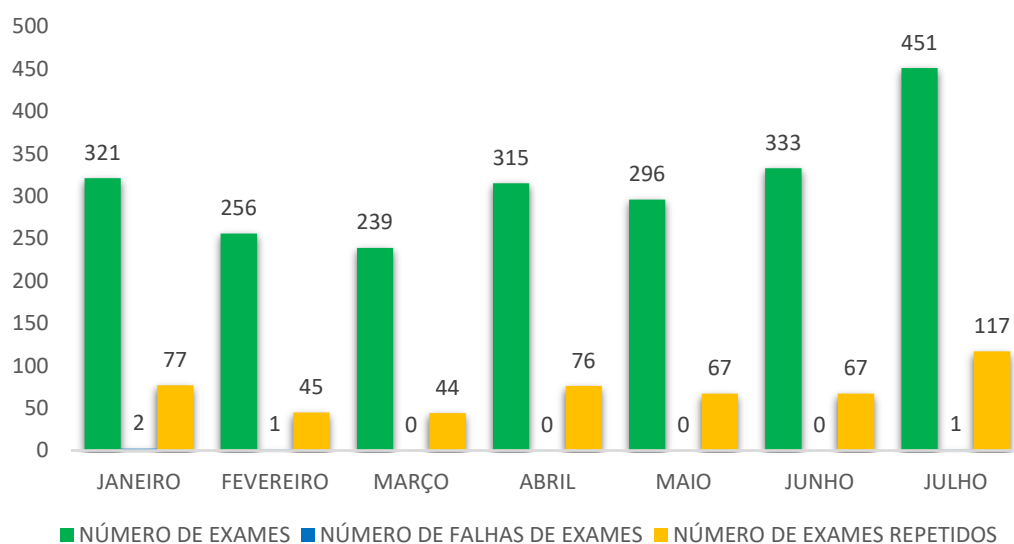
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA – RADIOLOGIA

No mês de julho foi observado um aumento no número de exames realizados, com mais de 100 exames em comparação ao mês anterior. Esse incremento impactou diretamente o quantitativo de repetições registradas. Houve maior número de pacientes admitidos já em uso de dispositivos invasivos, especialmente sonda enteral/nasoenteral. Diante da necessidade de raio-x de abdome a equipe médica passou a solicitar raio x de tórax juntamente para uma análise completa do paciente, contribuindo para o aumento do número de exames e, consequentemente, das repetições registradas no período, sem que isso represente falha na execução, mas sim uma necessidade clínica decorrente do perfil dos pacientes atendidos.

**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    | JULHO    |
|--------------------------------------------|----------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TAXA DE ERROS PÓS - ANALÍTICOS             | < 1%                 | 0%       | 0%        | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       |
| TAXA DA QUALIDADE DOS RESULTADOS           | < 1%                 | 0%       | 0%        | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       |
| TAXA DE AMOSTRAS REJEITADAS (RECOLETA)     | < 2%                 | 1,92%    | 2,51%     | 2,94%    | 1,77%    | 3,08%    | 3,90%    | 3,25%    |
| SOBRAS DE TUBOS                            | < 1%                 | 0%       | 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 | 02:39:00 |
| 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 | 00:46:00 |
| 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 | 00:07:00 |
| QUANTIDADE DE CRÍTICOS NÃO NOTIFICADOS     | <2%                  | 0%       | 0%        | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       |
| TOTAL GERAL DE RESULTADOS CRÍTICOS         | >98%                 | 90%      | 99%       | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     |
| EFICIÊNCIA NA EMISSÃO DE RELATÓRIOS (TAT)  | > 90%                | 99%      | 99%       | 99%      | 99%      | 99%      | 98%      | 98%      |
| INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS           | 0,00                 | 0        | 0         | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS                | NEUTRO               | 15.209   | 9105      | 8.627    | 10.715   | 8.834    | 9.061    | 10.904   |
| NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE     | NEUTRO               | 7.153    | 8.251     | 7.695    | 9.603    | 7.924    | 8.348    | 9.847    |

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

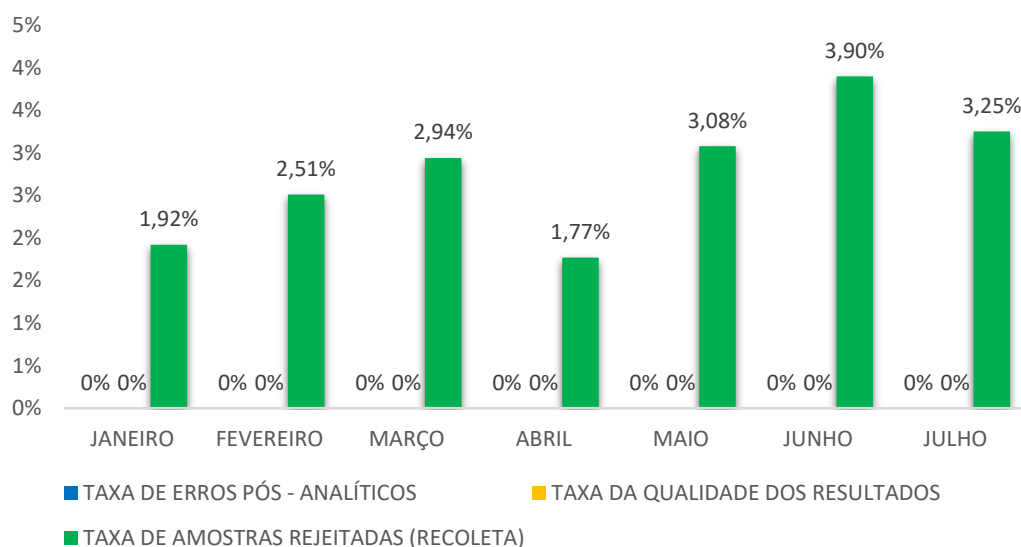
### ANÁLISE CRÍTICA – LABORATÓRIO

O indicador de Recoletas apresentou resultado percentual estável em relação ao mês anterior, apesar do aumento no quantitativo de pacientes atendidos. Entretanto, o volume de recoletas permanece elevado, evidenciando a necessidade de reforço das ações de capacitação da equipe.



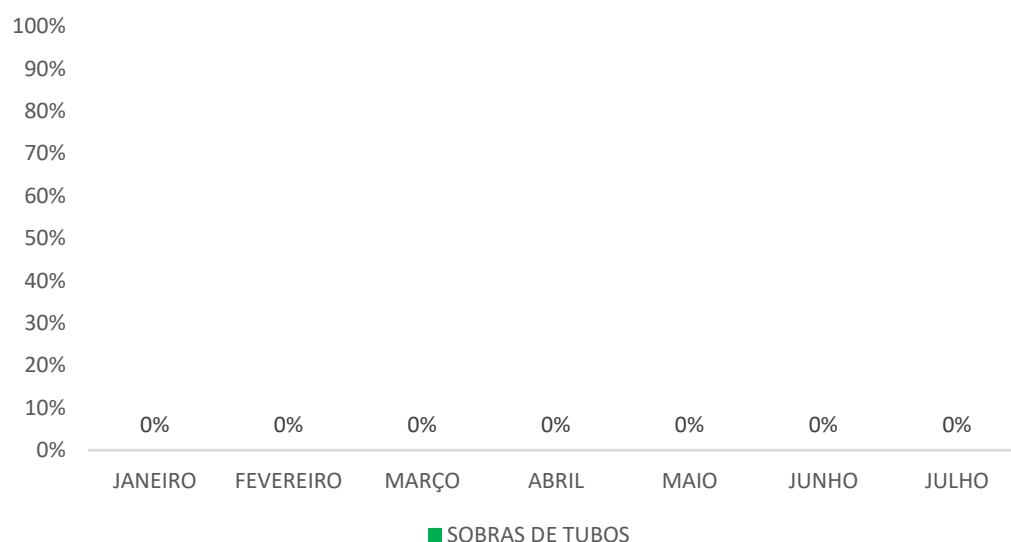
Como medida de melhoria, foram realizados treinamento teórico e acompanhamento das coletas à beira-leito nos dias 20 e 21/07, contemplando a integração dos novos colaboradores e a reciclagem das equipes com maior tempo de atuação. As ações estão sendo acompanhadas conjuntamente pelo INTS e pela Biomega, por meio do acompanhamento à beira-leito e do painel de recoletas, com expectativa de redução progressiva do indicador nas próximas competências.

**Gráfico 30. Análise de qualidade de exames de laboratório**



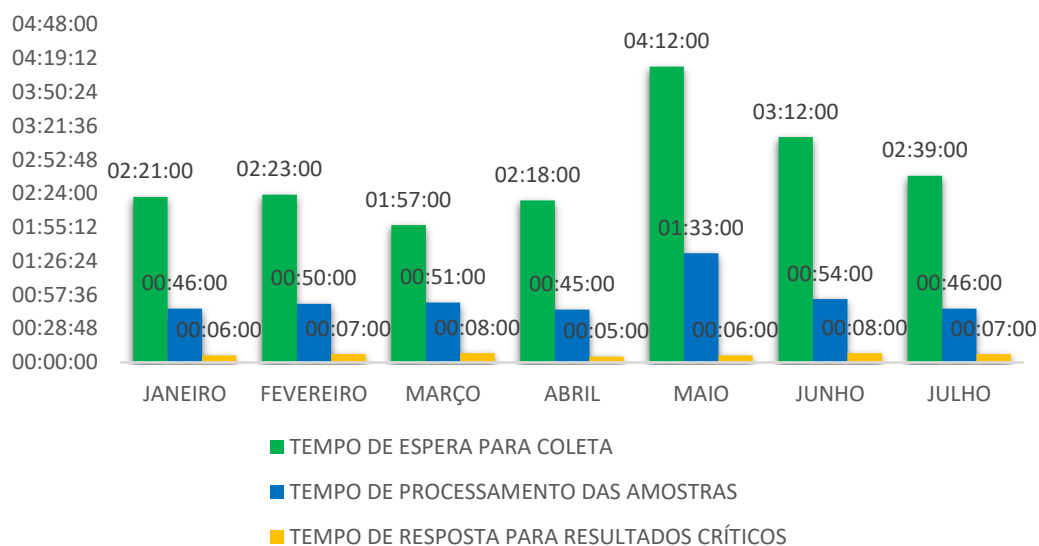
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 31. Sobras de tubos**



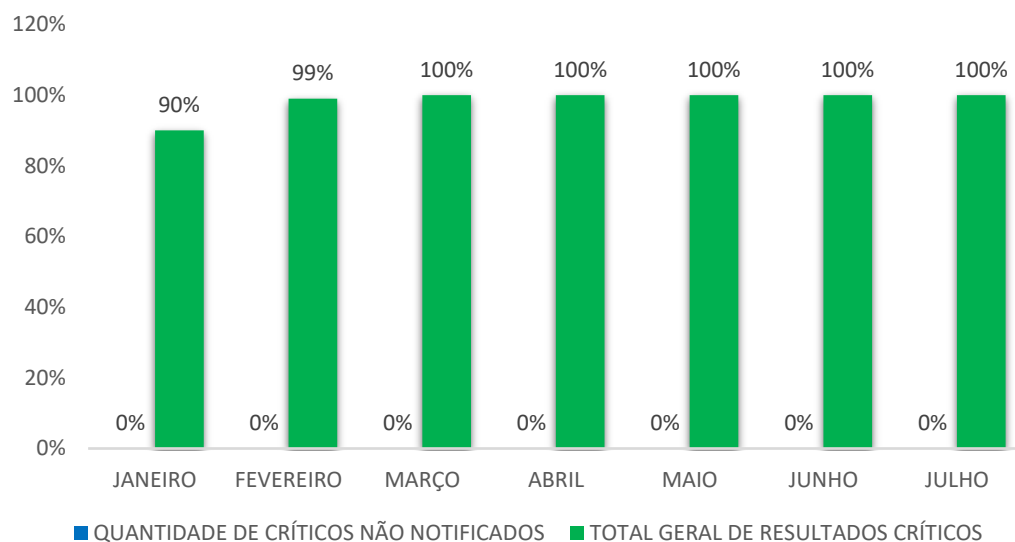
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 32. Tempo de espera, processamento e resposta**



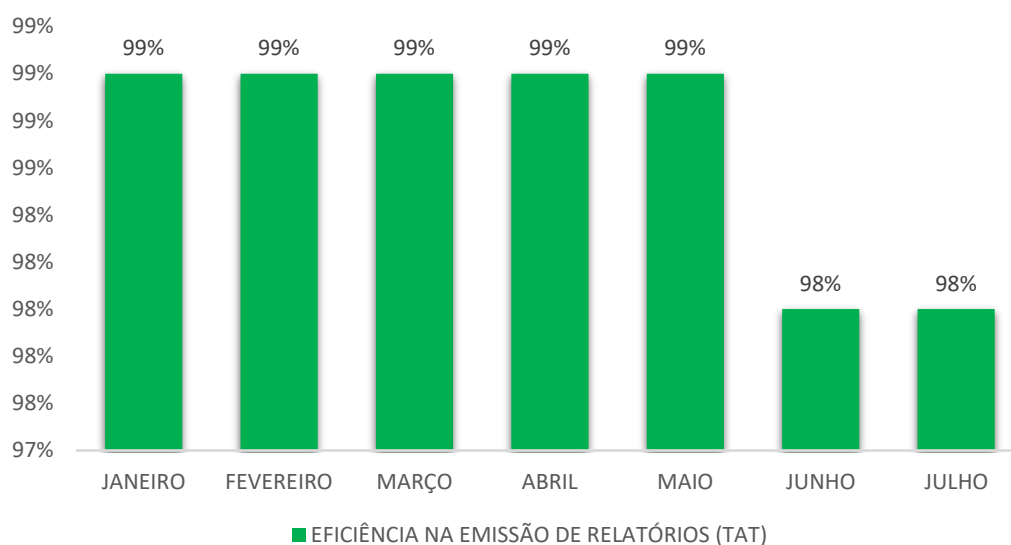
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 33. Resultados críticos**



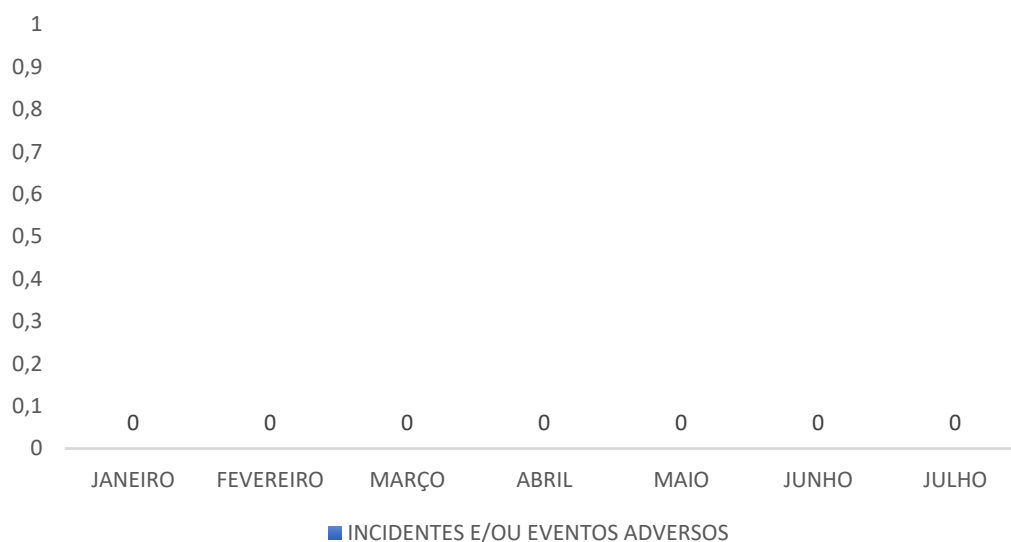
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**Gráfico 34. Eficiência na emissão de relatórios (TAT)**



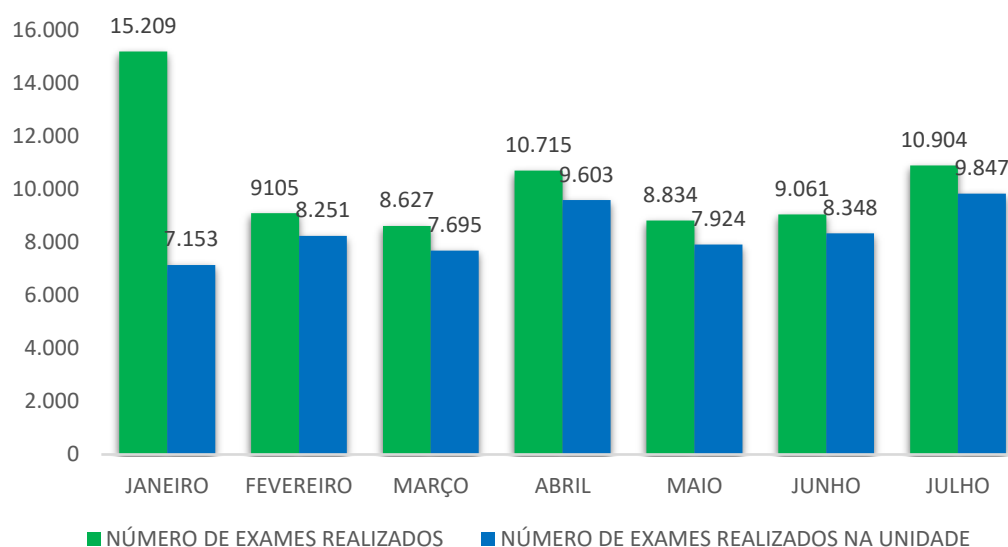
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica (Imagem e Laboratório) / SMPEP.

**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  | JULHO  |
|-----------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| TAXA DE FLEBITE             | <15%                 | 1,15%   | 1,18%     | 0,58% | 1,44% | 1,62%  | 0,41%  | 1,09%  |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO   | < 5                  | 11,81   | 5,80      | 6,25  | 3,90  | 4,78   | 4,93   | 3,99   |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA  | < 50 DIAS            | 48,25   | 42,50     | 46,18 | 39,70 | 39,91  | 40,37  | 36,47  |
| TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL | < 20%                | 15,63%  | 8,33%     | 6,36% | 13%   | 18,60% | 13,82% | 19,29% |
| TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO   | <5%                  | 3,13%   | 2,78%     | 0,91% | 3,13% | 1,55%  | 1,63%  | 4,29%  |
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL    | 5                    | 0,52    | 0,58      | 0,59  | 0,69  | 0,69   | 0,66   | 0,75   |
| NÚMERO DE SAÍDAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 96      | 108       | 110   | 128   | 129    | 123    | 140    |
| NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 15      | 9         | 7     | 16    | 24     | 17     | 27     |
| NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 1         | 0     | 0     | 1      | 0      | 1      |

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

Tabela 19. Indicadores de Serviços Assistenciais (Clínica Médica)

| INDICADOR                   | METAS     | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO   | JUNHO  | JULHO  |
|-----------------------------|-----------|---------|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| TAXA DE FLEBITE             | <15%      | 2,89 %  | 1,51%     | 0,27% | 0,94% | 1,51%  | 0%     | 0,77%  |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO   | < 5       | 5,65    | 1,68      | 2,06  | 1,06  | 1,69   | 1,33   | 1,16   |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA  | < 50 DIAS | 11,02   | 12,26     | 17,07 | 12,83 | 14,62  | 13,37  | 10,61  |
| TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL | < 20%     | 7,53%   | 4,95%     | 3,70% | 6,48% | 16,84% | 12,75% | 10,69% |
| TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO   | <5%       | 0%      | 0%        | 0%    | 0,93% | 0%     | 0%     | 0%     |

|                             |                      |      |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------------|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL    | 5                    | 1,89 | 2,02 | 1,62 | 2,16 | 1,90 | 2,04 | 2,62 |
| NÚMERO DE SAÍDAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 93   | 101  | 81   | 108  | 95   | 102  | 131  |
| NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 7    | 5    | 3    | 7    | 16   | 13   | 14   |
| NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    |

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 | JULHO  |
|-----------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|--------|
| TAXA DE FLEBITE             | <15%                 | 0,78 %  | 0,90%     | 0,68% | 1,91% | 0,80% | 1,08% | 1,84%  |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO   | < 5                  | 4,23    | 3,08      | 4,12  | 3,72  | 4,73  | 4,33  | 3,83   |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA  | < 5 DIAS             | 4,46    | 4,77      | 3,71  | 5,24  | 5,60  | 5,52  | 5,86   |
| TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL | < 20%                | 4,67%   | 3,74%     | 2,41% | 4,48% | 6,67% | 5%    | 10,94% |
| TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO   | <5%                  | 2,80%   | 2,80%     | 1,20% | 4,48% | 3,33% | 3,33% | 7,81%  |
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL    | 5                    | 5,35    | 3,57      | 4,15  | 3,35  | 3     | 3     | 3,20   |
| NÚMERO DE SAÍDAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 107     | 107       | 83    | 67    | 60    | 60    | 64     |
| NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 5       | 4         | 2     | 3     | 4     | 3     | 7      |
| NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 1         | 0     | 0     | 1     | 0     | 0      |

Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

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

| INDICADOR                 | METAS | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO  | JUNHO | JULHO |
|---------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE FLEBITE           | <15%  | N/A     | N/A       | 2,99% | 3,33% | 2,74% | 0,64% | 1,06% |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | < 5   | N/A     | N/A       | 3,28  | 2,25  | 3,02  | 2,90  | 2,08  |

|                             |                      |     |     |       |       |       |      |       |
|-----------------------------|----------------------|-----|-----|-------|-------|-------|------|-------|
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA  | < 5 DIAS             | N/A | N/A | 4,56  | 6,08  | 4,36  | 4,41 | 4,24  |
| TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL | < 20%                | N/A | N/A | 2,78% | 2,78% | 4,76% | 0%   | 4,08% |
| TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO   | <5%                  | N/A | N/A | 0%    | 0%    | 0%    | 0%   | 2,04% |
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL    | 5                    | N/A | N/A | 3,60  | 3,60  | 4,20  | 4,10 | 4,90  |
| NÚMERO DE SAÍDAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | N/A | N/A | 36    | 36    | 42    | 41   | 49    |
| NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | N/A | N/A | 1     | 1     | 2     | 0    | 2     |
| NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | N/A | N/A | 0     | 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  | JULHO  |
|-----------------------------|----------------------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE FLEBITE             | <15%                 | 0%      | 0%        | 0%     | 0,62%  | 7,14%  | 0%     | 0%     |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO   | < 70                 | 52      | 21        | 20,33  | 7,33   | 11,25  | 7      | 8,57   |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA  | < 500 DIAS           | 981,33  | 445,67    | 1013   | 492,67 | 763,75 | 223,77 | 421    |
| TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL | < 20%                | 100%    | 0%        | 33,33% | 66,67% | 50%    | 7,69%  | 57,14% |
| TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO   | <5%                  | 0%      | 0%        | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     |
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL    | 5                    | 0,03    | 0,06      | 0,03   | 0,06   | 0,04   | 0,13   | 0,07   |
| NÚMERO DE SAÍDAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 3       | 6         | 3      | 6      | 4      | 13     | 7      |
| NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 3       | 0         | 1      | 4      | 2      | 1      | 4      |
| NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 1      | 0      | 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  | JULHO  |
|-----------------------------------|----------------------|----------|-----------|----------|----------|--------|--------|--------|
| TAXA DE FLEBITE                   | <15%                 | 0%       | 0%        | 0%       | 0%       | 14,29% | 0%     | 0%     |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO         | < 70                 | 0        | 0         | 0        | 47,09    | 0      | 0      | 0      |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (EREM)  | < 70                 | 0        | 0         | 0        | 11       | 0      | 0      | 0      |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA        | < 500 DIAS           | 752,83** | 780,83**  | 811,83** | 723,43** | 648,50 | 678,50 | 709,50 |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (EREM) | < 500 DIAS           | *        | *         | *        | 169      | *      | *      | *      |
| TAXA DE ÓBITO INSTITUCIONAL       | < 20%                | 0%       | 0%        | 0%       | 100%     | 0%     | 0%     | 0%     |
| TAXA DE ÓBITO - CORRIGIDO         | <5%                  | 0%       | 0%        | 0%       | 0%       | 0%     | 0%     | 0%     |
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL          | 5                    | 0        | 0         | 0        | 0,17     | 0      | 0      | 0      |
| NÚMERO DE SAÍDAS                  | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0        | 0         | 0        | 1        | 0      | 0      | 0      |
| NÚMERO DE ÓBITOS + 24 HORAS       | QUANTO MENOR, MELHOR | 0        | 0         | 0        | 1        | 0      | 0      | 0      |
| NÚMERO DE ÓBITOS - 24 HORAS       | QUANTO MENOR, MELHOR | 0        | 0         | 0        | 0        | 0      | 0      | 0      |

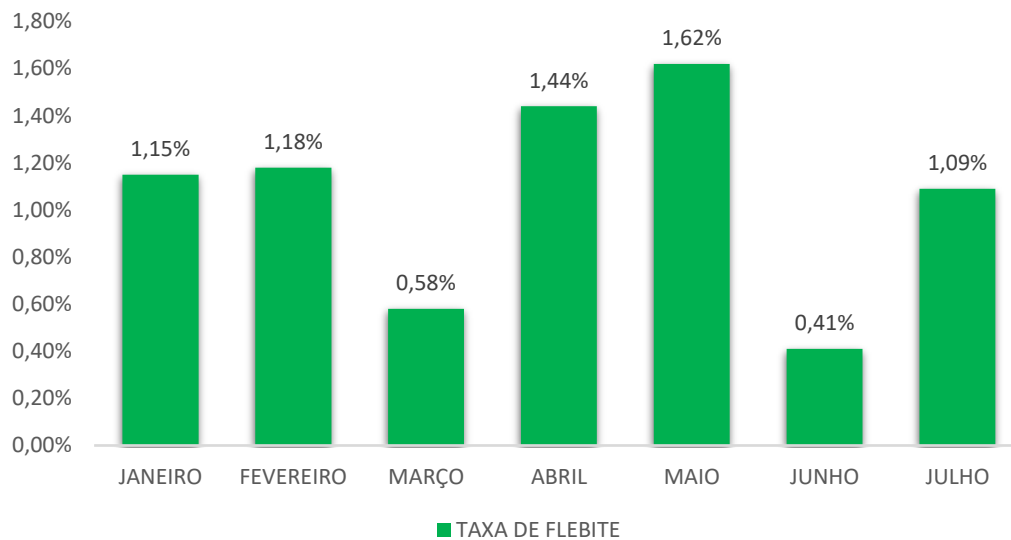
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

\*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.

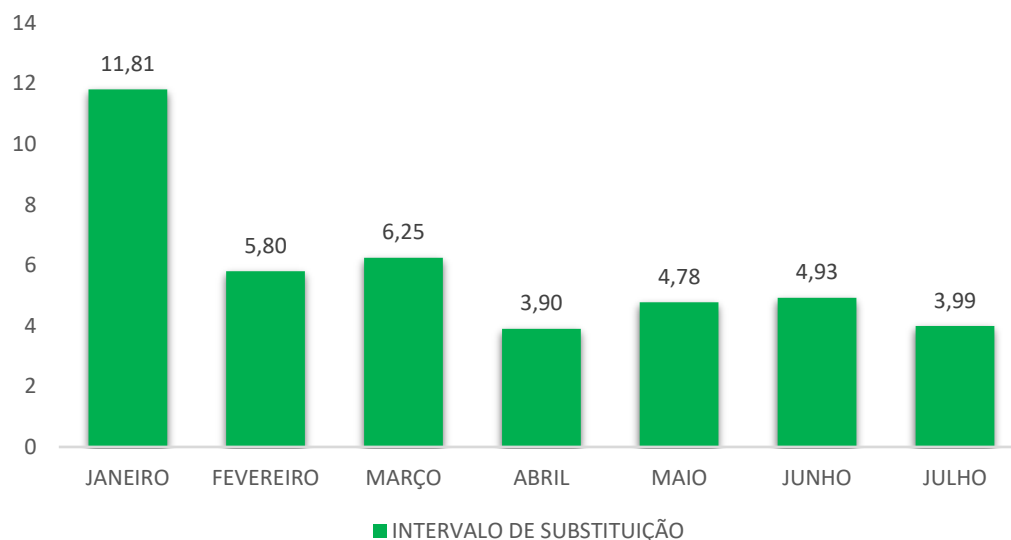


**Gráfico 37. Taxa de flebite (Geral Hospitalar)**



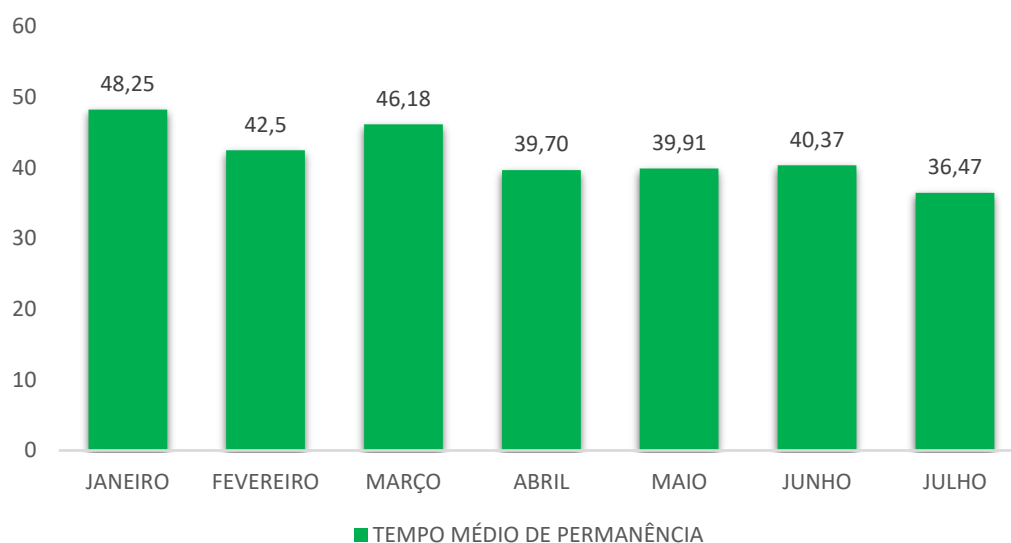
Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 38. Intervalo de substituição (Geral Hospitalar)**



Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

**Gráfico 39. Tempo médio de permanência (Geral Hospitalar)**

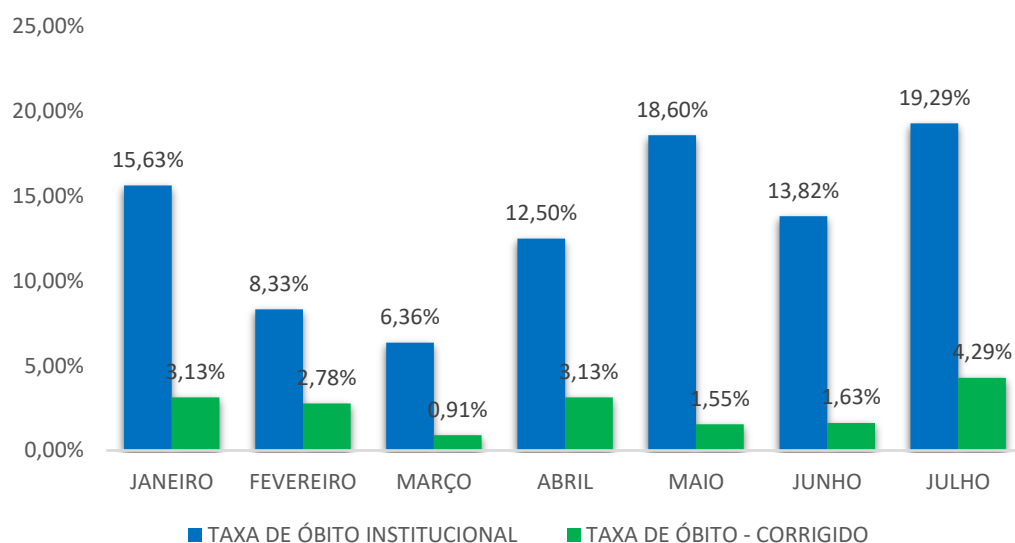


Fonte: Relatório Interno – Gerência de Enfermagem / SMPEP.

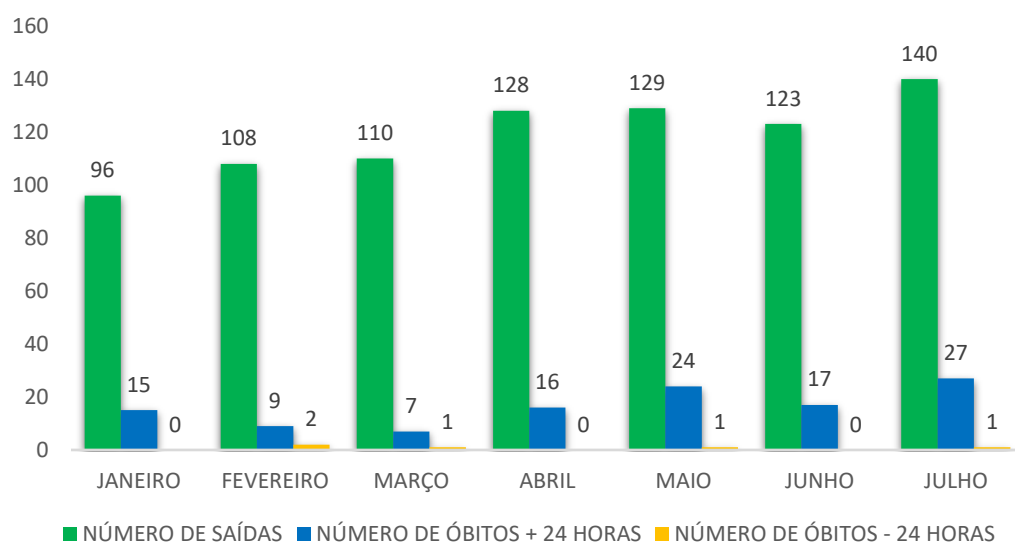
**Gráfico 40. Giro de leito (Geral hospitalar)**



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 | JULHO |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE TRIAGEM NUTRICIONAL ATÉ 24HRS                            | 100%                 | 96%     | 100%      | 91%   | 94%   | 91%  | 97%   | 98%   |
| TAXA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA                           | 100%                 | 85%     | 102%      | 84%   | 98%   | 114% | 106%  | 100%  |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                           | QUANTO MAIOR, MELHOR | 3492    | 3302      | 3469  | 3764  | 4038 | 3855  | 4363  |
| NÚMERO DE TRIAGEM NUTRICIONAL (GERAL) - TRIAGEM REALIZADA NA UTI | QUANTO MAIOR, MELHOR | 111     | 114       | 108   | 127   | 113  | 122   | 137   |
| NÚMERO DE ADMISSÕES EXTERNAS                                     | QUANTO MAIOR, MELHOR | 111     | 114       | 119   | 135   | 124  | 126   | 140   |
| NÚMERO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA                         | QUANTO MAIOR, MELHOR | 57      | 97        | 90    | 102   | 109  | 109   | 101   |

|                                                 |                      |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES NO MÊS             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 67    | 95    | 107   | 104   | 96    | 103   | 101   |
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES     | NEUTRO               | 20379 | 20841 | 22721 | 22080 | 21524 | 20746 | 20165 |
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA ACOMPANHANTE  | NEUTRO               | 606   | 616   | 513   | 681   | 672   | 912   | 915   |
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES | NEUTRO               | 10760 | 9529  | 11100 | 10501 | 10755 | 10521 | 10890 |
| ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO                           | < 35%                | 35%   | 34%   | 33%   | 34%   | 31%   | 36%   | 38%   |
| ÍNDICE DE EUTROFIA                              | > 35%                | 35%   | 36%   | 35%   | 34%   | 37%   | 31%   | 30%   |
| ÍNDICE DE SOBREPESO                             | < 10%                | 9%    | 12%   | 10%   | 9%    | 12%   | 12%   | 11%   |
| ÍNDICE DE OBESIDADE                             | < 20%                | 21%   | 18%   | 22%   | 23%   | 20%   | 21%   | 21%   |

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

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

| INDICADOR                                   | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|---------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | NEUTRO | 5265    | 7000      | 7632  | 7164  | 6741 | 6723  | 6325  |
| ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO                       | < 35%  | 39%     | 37%       | 37%   | 38%   | 27%  | 41%   | 51%   |
| ÍNDICE DE EUTROFIA                          | > 35%  | 37%     | 36%       | 36%   | 37%   | 48%  | 37%   | 27%   |
| ÍNDICE DE SOBREPESO                         | < 10%  | 17%     | 15%       | 16%   | 11%   | 14%  | 9%    | 5%    |
| ÍNDICE DE OBESIDADE                         | < 20%  | 7%      | 12%       | 13%   | 14%   | 11%  | 13%   | 17%   |

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 | JULHO |
|---------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | NEUTRO | 2178    | 2522      | 1545  | 1410  | 1371 | 1407  | 1278  |
| ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO                       | < 35%  | 26%     | 31%       | 24%   | 26%   | 45%  | 38%   | 36%   |
| ÍNDICE DE EUTROFIA                          | > 35%  | 32%     | 34%       | 30%   | 38%   | 26%  | 30%   | 31%   |

|                     |       |     |     |     |     |     |     |     |
|---------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ÍNDICE DE SOBREPESO | < 10% | 17% | 19% | 20% | 17% | 20% | 16% | 8%  |
| ÍNDICE DE OBESIDADE | < 20% | 25% | 16% | 26% | 19% | 9%  | 16% | 25% |

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 | JULHO |
|---------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | NEUTRO | N/A     | N/A       | 693   | 900   | 916  | 964   | 1077  |
| ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO                       | < 35%  | N/A     | N/A       | 27%   | 41%   | 13%  | 12%   | 36%   |
| ÍNDICE DE EUTROFIA                          | > 35%  | N/A     | N/A       | 36%   | 19%   | 47%  | 42%   | 33%   |
| ÍNDICE DE SOBREPESO                         | < 10%  | N/A     | N/A       | 25%   | 8%    | 16%  | 14%   | 7%    |
| ÍNDICE DE OBESIDADE                         | < 20%  | N/A     | N/A       | 12%   | 32%   | 24%  | 32%   | 24%   |

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Tabela 28. Indicadores de Serviços Nutricionais (Cuidados Prolongados)**

| INDICADOR                                   | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO  | JUNHO | JULHO |
|---------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | NEUTRO | 12750   | 11141     | 12592 | 12247 | 12124 | 11356 | 11206 |
| ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO                       | < 35%  | 35%     | 36%       | 33%   | 33%   | 33%   | 35%   | 34%   |
| ÍNDICE DE EUTROFIA                          | > 35%  | 32%     | 32%       | 32%   | 31%   | 29%   | 26%   | 28%   |
| ÍNDICE DE SOBREPESO                         | < 10%  | 6%      | 6%        | 7%    | 8%    | 11%   | 12%   | 15%   |
| ÍNDICE DE OBESIDADE                         | < 20%  | 27%     | 26%       | 28%   | 28%   | 27%   | 27%   | 23%   |

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

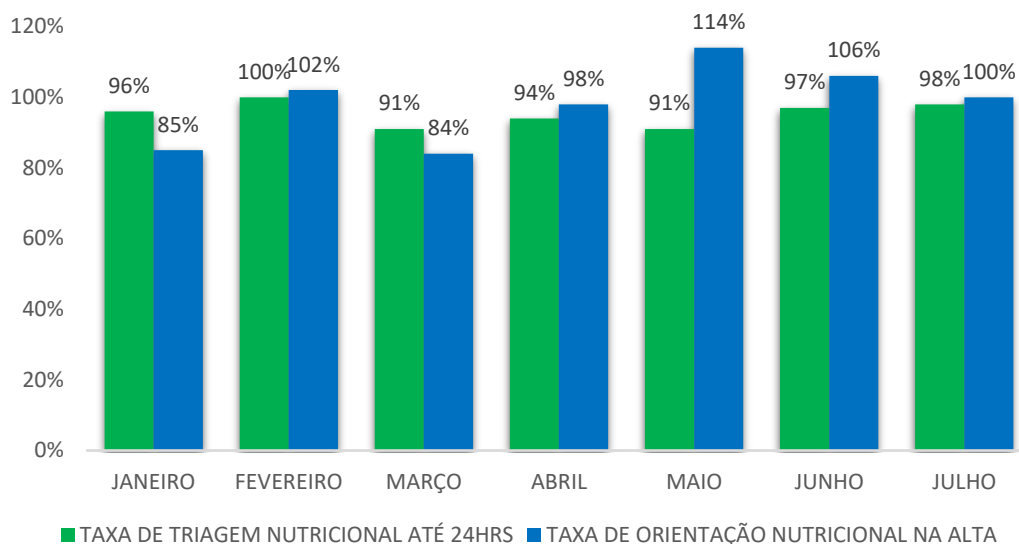
**Tabela 29. Indicadores de Serviços Nutricionais (Pediatria)**

| INDICADOR                                   | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|---------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | NEUTRO | 186     | 177       | 259   | 359   | 372  | 296   | 279   |
| ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO                       | < 35%  | 16%     | 17%       | 17%   | 21%   | 17%  | 14%   | 7%    |
| ÍNDICE DE EUTROFIA                          | > 35%  | 84%     | 83%       | 83%   | 79%   | 79%  | 66%   | 62%   |

|                     |       |    |    |    |    |    |     |     |
|---------------------|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|
| ÍNDICE DE SOBREPESO | < 10% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 17% | 16% |
| ÍNDICE DE OBESIDADE | < 20% | 0% | 0% | 0% | 0% | 4% | 3%  | 15% |

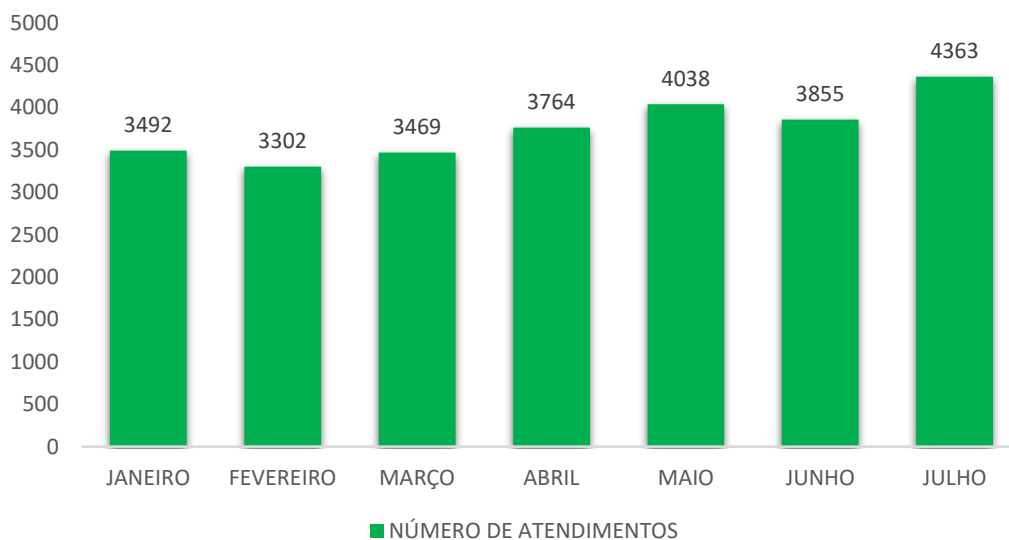
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 43. Taxa de triagem e orientação**



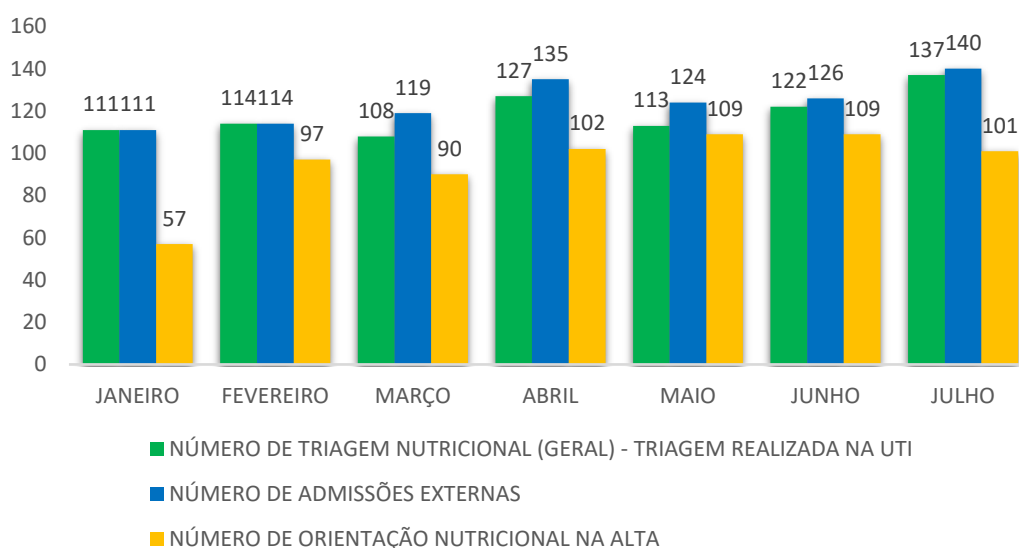
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 44. Número de atendimentos**



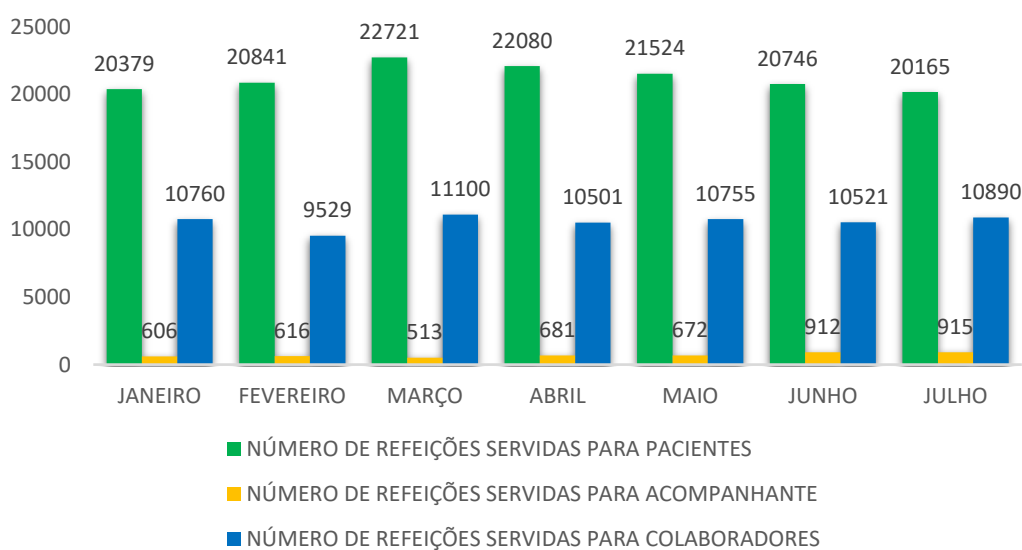
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

**Gráfico 45. Quantitativo de triagem, admissões e orientações**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Nutrição / SMPEP.

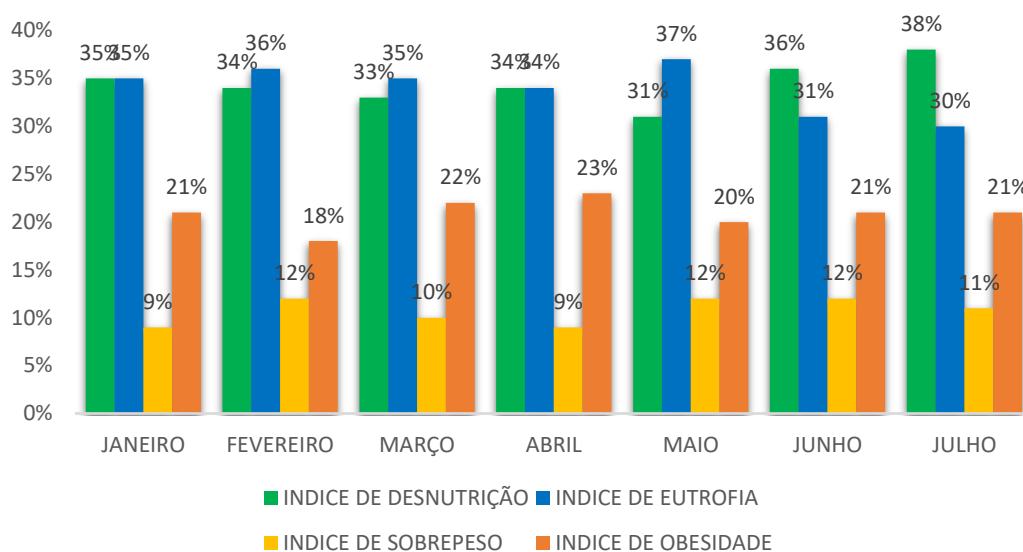
**Gráfico 46. Refeições**



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 | JULHO |
|---------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA                | > 90%                | 97%     | 99%       | 99%   | 96%   | 100%  | 100%  | 99%   |
| TAXA DE ALTA FUNCIONAL                            | > 90%                | 93%     | 94%       | 93%   | 93%   | 93%   | 95%   | 95%   |
| TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL            | 100%                 | 97%     | 99%       | 99%   | 96%   | 100%  | 100%  | 99%   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                            | 7000                 | 5872    | 5721      | 6590  | 7019  | 7093  | 7158  | 7028  |
| NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO | > 10000              | 11034   | 10279     | 11365 | 11638 | 12354 | 11945 | 12830 |
| NÚMERO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA       | > 7000               | 7058    | 6456      | 7497  | 7394  | 7759  | 7370  | 7910  |
| NÚMERO DE INTUBAÇÕES                              | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 10        | 6     | 13    | 7     | 5     | 14    |
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES                              | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 12        | 2     | 8     | 2     | 4     | 1     |
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS                   | 0                    | 0       | 0         | 0     | 0     | 0     | 1     | 2     |

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

| INDICADOR                            | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|--------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA   | > 90%                | 90%     | 92%       | 95%   | 90%   | 100% | 100%  | 96%   |
| TAXA DE ALTA FUNCIONAL               | > 90%                | 96%     | 95%       | 95%   | 92%   | 93%  | 93%   | 95%   |
| NÚMERO DE INTUBAÇÕES                 | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 6         | 1     | 1     | 0    | 0     | 0     |
| MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS | NEUTRO               | 3       | 2         | 1     | 5     | 7    | 6     | 3     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2           | NEUTRO               | 5       | 5         | 3     | 5     | 6    | 5     | 9     |
| MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS       | NEUTRO               | 2       | 1         | 1     | 1     | 3    | 1     | 2     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM MNR            | NEUTRO               | 2       | 1         | 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 | JULHO |
|----------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA     | > 90%                | 99%     | 100%      | 100%  | 98%   | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA FUNCIONAL                 | > 90%                | 84%     | 95%       | 88%   | 100%  | 100% | 92%   | 86%   |
| TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL | 100%                 | 99%     | 100%      | 100%  | 98%   | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE INTUBAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 4         | 2     | 8     | 7    | 5     | 12    |
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 2         | 1     | 5     | 2    | 4     | 1     |

|                                      |        |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS      |        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO         |        | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS | NEUTRO | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |   |
| MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2           | NEUTRO | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 |   |
| MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS       | NEUTRO | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |
| MÉDIA DE PACIENTES EM MNR            | NEUTRO | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 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 | JULHO |
|----------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA     | > 90%                | N/A     | N/A       | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA FUNCIONAL                 | > 90%                | N/A     | N/A       | 90%   | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL | 100%                 | N/A     | N/A       | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE INTUBAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 2     | 3     | 0    | 0     | 2     |
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 0     | 3     | 0    | 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     | 0     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2             | NEUTRO               | N/A     | N/A       | 1     | 1     | 1    | 0     | 2     |
| MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS         | NEUTRO               | N/A     | N/A       | 0     | 1     | 0    | 0     | 0     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM MNR              | NEUTRO               | N/A     | N/A       | 0     | 1     | 0    | 0     | 1     |

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

| INDICADOR                            | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|--------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA   | > 90%                | 0%      | 0%        | 0%    | 100%  | 100% | 0%*   | 100%  |
| TAXA DE ALTA FUNCIONAL               | > 90%                | 0%      | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE INTUBAÇÕES                 | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS | NEUTRO               | 5       | 8         | 8     | 7     | 7    | 7     | 8     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2           | NEUTRO               | 3       | 3         | 5     | 4     | 12   | 12    | 15    |
| MÉDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS       | NEUTRO               | 1       | 1         | 1     | 2     | 0    | 1     | 1     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM MNR            | NEUTRO               | 0       | 1         | 1     | 1     | 0    | 1     | 0     |

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 | JULHO |
|----------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA     | > 90%                | 0%*     | 0%*       | 0%*   | 100%  | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE ALTA FUNCIONAL                 | > 90%                | 0%*     | 0%*       | 0%*   | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA INICIAL | 100%                 | 0%*     | 0%*       | 0%*   | 100%  | 0%   | 0%    | 0%    |
| NÚMERO DE INTUBAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 1     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS        | 0                    | 0       | 0         | 1     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE FALHA DE EXTUBAÇÃO           | 0                    | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| MÉDIA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS   | NEUTRO               | 5       | 5         | 5     | 6     | 6    | 6     | 6     |
| MÉDIA DE PACIENTES EM CNO2             | NEUTRO               | 1       | 1         | 1     | 1     | 0    | 0     | 0     |

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

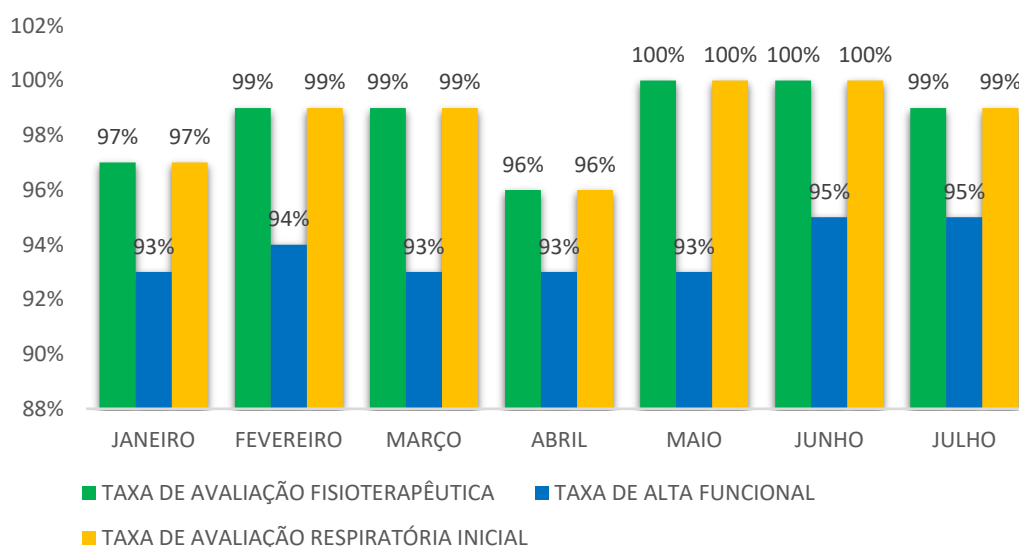
No mês de julho, foram registradas duas extubações acidentais, ambas envolvendo o mesmo paciente, configurando o maior resultado da série histórica e acima da meta institucional de zero ocorrência. A análise dos eventos demonstrou características distintas: o primeiro ocorreu durante o banho, em procedimento realizado em conjunto com a Enfermagem, com possibilidade de tração do tubo durante a mobilização; o segundo esteve relacionado à agitação psicomotora e consequente autoextubação. Diante dos eventos, recomenda-se o reforço das barreiras de segurança, incluindo conferência da fixação do tubo antes e após o banho, mobilização em bloco com profissional responsável pela via aérea, checagem do posicionamento após os procedimentos, monitoramento da sedação por escala RASS e intensificação da vigilância em pacientes de maior risco. Os casos deverão ser acompanhados por meio de RNC, análise conjunta das equipes envolvidas e capacitação dos profissionais.

Apesar das ocorrências de extubação acidental, o indicador de Falha de Extubação permaneceu em zero, apresentando melhora em relação aos dois casos registrados em junho. O resultado demonstra impacto positivo da intensificação da monitorização nas primeiras 48 horas após a extubação, prevista no plano de ação institucional.

O perfil assistencial do mês apresentou 14 intubações, maior resultado da série histórica, frente à média de 8, e apenas uma extubação programada, evidenciando maior gravidade clínica e maior exposição dos pacientes aos riscos relacionados à via aérea e ao suporte ventilatório. Esse cenário também refletiu nos indicadores de pacientes traqueostomizados, em uso de CNO<sub>2</sub>, nebulização e MNR, que permaneceram acima dos parâmetros estabelecidos, em razão do aumento de admissões de pacientes com insuficiência respiratória aguda e doenças respiratórias de maior complexidade.

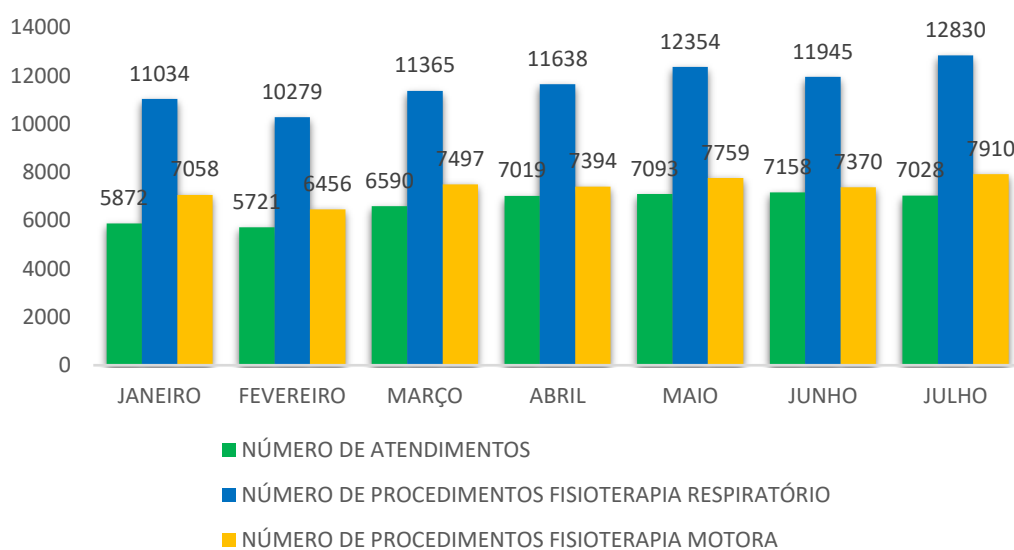
Em relação à produção assistencial, foram realizados 7.028 atendimentos, 12.830 procedimentos de fisioterapia respiratória e 7.910 procedimentos de fisioterapia motora, sendo os dois últimos os maiores volumes registrados na série histórica. Os indicadores de Avaliação Fisioterapêutica (99%) e Alta Funcional (95%) permaneceram acima da meta institucional de 90%, demonstrando boa adesão aos processos assistenciais e efetividade da atuação da equipe diante do aumento da complexidade dos pacientes.

**Gráfico 48. Taxa avaliação e alta funcional**



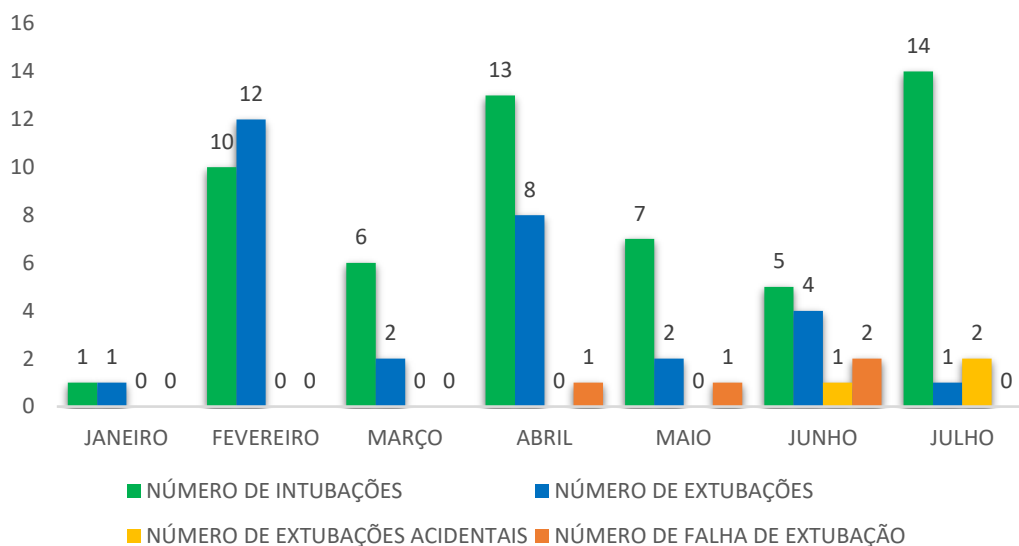
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 49. Quantitativo de atendimentos e procedimentos**



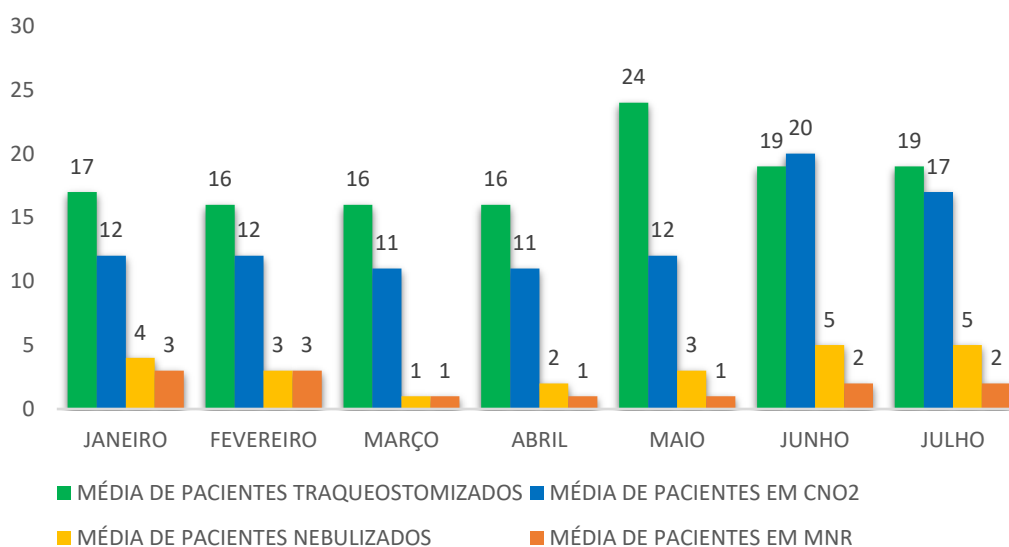
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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 | JULHO |
|----------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL                                     | > 90%  | 99%     | 100%      | 100%  | 100%  | 99%   | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA PLANEJADA                                               | > 90%  | 97%     | 97%       | 100%  | 94%   | 98%   | 100%  | 94%   |
| NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA                                         | 0      | 0       | 0         | 0     | 0     | 1     | 4     | 0     |
| NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2                                         | NEUTRO | 2       | 4         | 3     | 2     | 5     | 5     | 7     |
| NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD                                   | > 2    | 5       | 3         | 8     | 4     | 10    | 11    | 6     |
| NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA                                   | > 10   | 12      | 14        | 15    | 17    | 11    | 14    | 16    |
| NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA) | > 15   | 5       | 16        | 9     | 21    | 16    | 17    | 16    |
| TAXA DE EVASÃO                                                       | <3%    | 1,04%   | 0,90%     | 0%    | 0%    | 1,53% | 0%    | 0,71% |
| TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO                                    | <5%    | 2,08%   | 3,63%     | 2,63% | 1,52% | 1,53% | 1,58% | 0,71% |

|                                                          |       |      |      |      |      |      |      |      |
|----------------------------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO                             | > 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| NÚMERO DE EVASÕES                                        | < 4   | 1    | 1    | 0    | 0    | 2    | 0    | 1    |
| NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS | < 4   | 2    | 4    | 3    | 2    | 2    | 2    | 1    |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Tabela 37. Indicadores de Serviço Social (Clínica Médica)**

| INDICADOR                                                            | METAS | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO  | JUNHO | JULHO |
|----------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL                                     | > 90% | 95%     | 100%      | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA PLANEJADA                                               | > 90% | 96%     | 96%       | 100%  | 95%   | 97%   | 100%  | 94%   |
| NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA                                         | 0     | 0       | 0         | 0     | 0     | 0     | 1     | 0     |
| NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2                                         | M/R   | 2       | 3         | 1     | 1     | 4     | 4     | 7     |
| NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD                                   | > 2   | 4       | 2         | 8     | 4     | 8     | 10    | 6     |
| NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA                                   | > 10  | 5       | 3         | 3     | 3     | 2     | 1     | 1     |
| NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA) | > 15  | 4       | 8         | 2     | 13    | 11    | 10    | 11    |
| TAXA DE EVASÃO                                                       | <3%   | 0%      | 1,38%     | 0%    | 0%    | 1,19% | 0%    | 0,99% |
| TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO                                    | <5%   | 1,63%   | 2,77%     | 2,94% | 1,28% | 1,19% | 2,56% | 0,99% |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO                                         | > 90% | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE EVASÕES                                                    | < 4   | 0       | 1         | 0     | 0     | 1     | 0     | 1     |
| NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS             | < 4   | 1       | 2         | 2     | 1     | 1     | 2     | 1     |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

| INDICADOR                                                            | METAS | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|----------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL                                     | > 90% | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA PLANEJADA                                               | > 90% | 100%    | 95%       | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 86%   |
| NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA                                         | 0     | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 1     | 0     |
| NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2                                         | M/R   | 0       | 1         | 2     | 0     | 0    | 1     | 1     |
| NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD                                   | > 2   | 1       | 4         | 0     | 0     | 0    | 1     | 0     |
| NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA) | > 15  | 1       | 6         | 2     | 5     | 1    | 3     | 0     |
| TAXA DE EVASÃO                                                       | <3%   | 2,85%   | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO                                    | <5%   | 3%      | 6,66%     | 0%    | 9%    | 4%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO                                         | > 90% | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE EVASÕES                                                    | < 4   | 1       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS             | < 4   | 1       | 2         | 0     | 1     | 1    | 0     | 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 | JULHO |
|------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL   | > 90% | N/A     | N/A       | 100%  | 100%  | 97%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA PLANEJADA             | > 90% | N/A     | N/A       | 100%  | 83%   | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA       | 0     | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2       | M/R   | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD | > 2   | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 1    | 0     | 0     |

|                                                                      |       |     |     |       |    |       |    |      |
|----------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|----|-------|----|------|
| NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA) | > 15  | N/A | N/A | 1     | 1  | 1     | 1  | 0    |
| TAXA DE EVASÃO                                                       | <3%   | N/A | N/A | 0%    | 0% | 5,26% | 0% | 0%   |
| TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO                                    | <5%   | N/A | N/A | 6,66% | 0% | 0%    | 0% | 0%   |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO                                         | > 90% | N/A | N/A | 100%  | 0% | 100%  | 0% | 100% |
| NÚMERO DE EVASÕES                                                    | < 4   | N/A | N/A | 0     | 0  | 1     | 0  | 0    |
| NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS             | < 4   | N/A | N/A | 1     | 0  | 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 | JULHO |
|----------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL                                     | > 90% | 0%      | 0%        | 100%  | 100%  | 100% | 0%    | 100%  |
| TAXA DE ALTA PLANEJADA                                               | > 90% | 0%      | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA                                         | 0     | 0       | 0         | 0     | 0     | 1    | 2     | 0     |
| NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE O2                                         | M/R   | 0       | 0         | 0     | 1     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD                                   | > 2   | 0       | 1         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA                                   | > 10  | 5       | 11        | 12    | 11    | 6    | 13    | 14    |
| NÚMERO DE PACIENTES AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (CONFERÊNCIAS COM FAMÍLIA) | > 15  | 0       | 2         | 3     | 2     | 2    | 3     | 4     |
| TAXA DE EVASÃO                                                       | <3%   | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO                                    | <5%   | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO                                         | > 90% | 100%    | 0%        | 100%  | 0%    | 100% | 100%  | 100%  |

|                                                          |     |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE EVASÕES                                        | < 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NÚMERO DE TERMOS DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO REALIZADAS | < 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

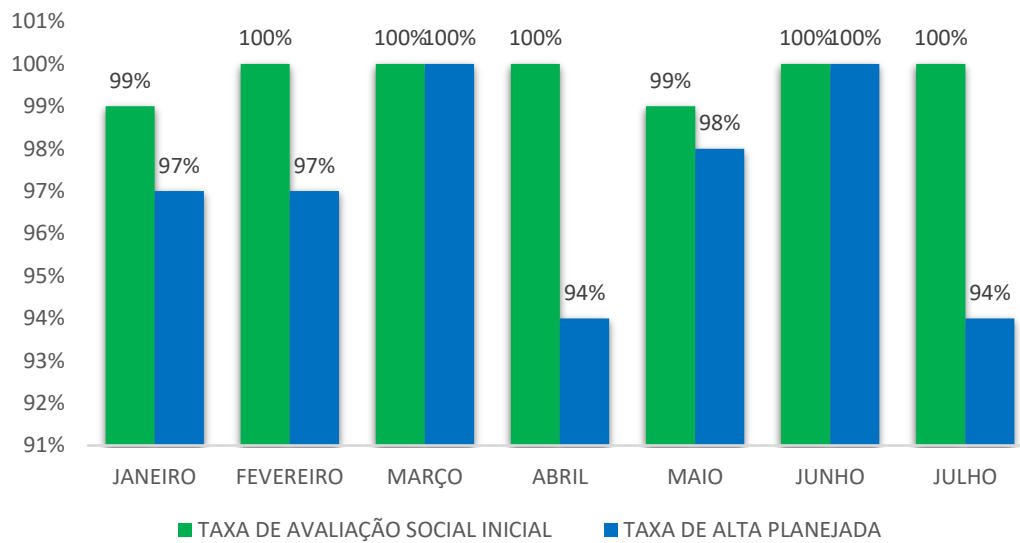
**\*Observação:** Não houve admissão no setor em Cuidados Prolongados, portanto os indicadores: Taxa de avaliação social inicial estão zerados.

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

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

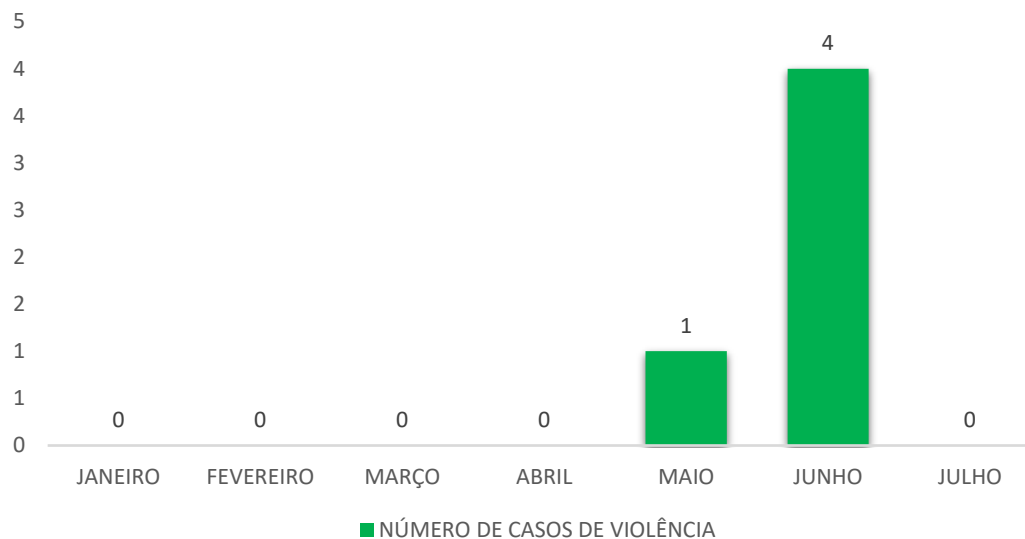
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 52. Taxa de avaliação e alta planejada**



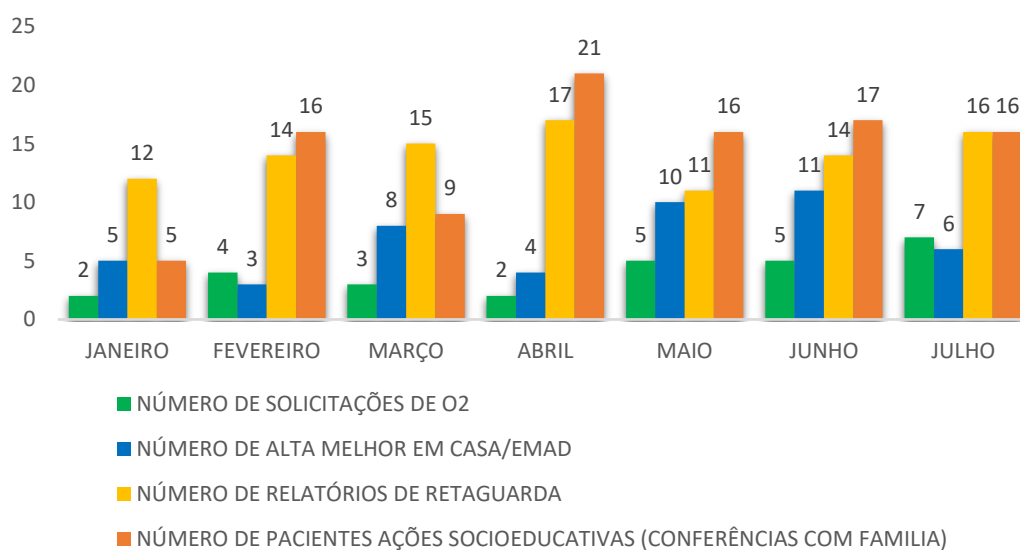
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**Gráfico 53. Número de casos de violência**



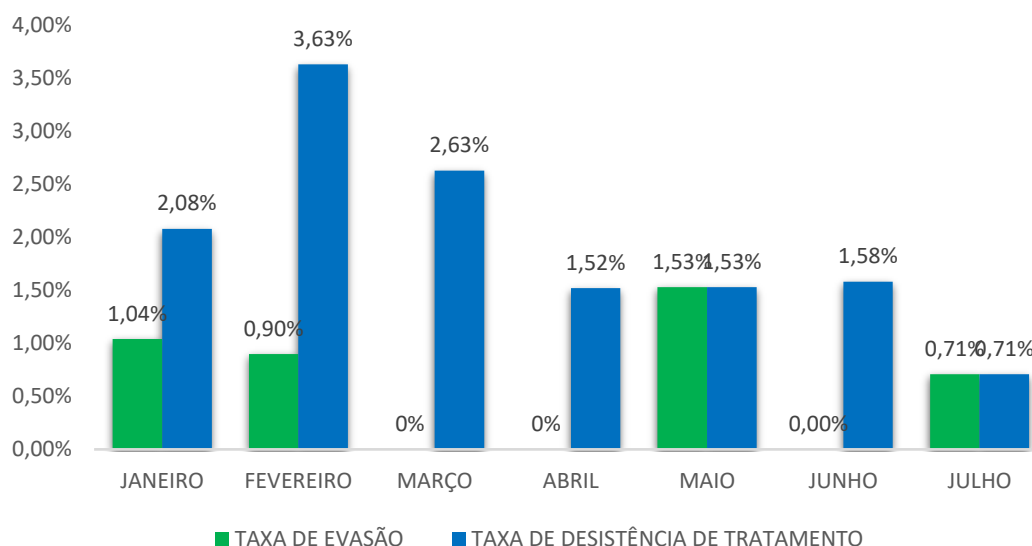
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|--------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLOGICA INICIAL          | > 90%                | 97%     | 98%       | 95%   | 91%   | 94%    | 83%   | 84%   |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLOGICAS REALIZADAS | QUANTO MAIOR, MELHOR | 2       | 2         | 1     | 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% | 3,33% |
| TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA       | > 90%                | 93%     | 92%       | 86%   | 92%   | 86%    | 96%   | 88%   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES              | > 25                 | 64      | 56        | 40    | 58    | 91     | 71    | 64    |



|                                                                                        |        |       |        |       |       |       |       |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|
| NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS                                                  | NEUTRO | 14    | 12     | 9     | 14    | 12    | 9     | 9   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSQUIÁTRICO                                           | NEUTRO | 3     | 8      | 17    | 19    | 10    | 14    | 14  |
| NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS                  | NEUTRO | 17    | 17     | 14    | 15    | 26    | 22    | 37  |
| TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)                                  | > 70%  | 79%   | 74,70% | 84%   | 84%   | 78%   | 84%   | 77% |
| 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% | 0%  |
| NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS                          | NEUTRO | 9     | 5      | 4     | 9     | 20    | 9     | 15  |
| NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS | NEUTRO | 3     | 7      | 4     | 2     | 4     | 7     | 0   |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

| INDICADOR                                      | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO   | JUNHO | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|--------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL          | > 90%                | 100%    | 100%      | 90%   | 90%   | 93%    | 70%   | 74%   |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1       | 1         | 2     | 2     | 2      | 2     | 2     |
| TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS     | QUANTO MAIOR, MELHOR | 78%     | 0%        | 0%    | 5,80% | 17,24% | 8,79% | 2,50% |
| TAXA DE ORIENTAÇÃO DE                          | > 90%                | 94%     | 90%       | 85%   | 93%   | 82%    | 97%   | 87%   |

|                                                                                        |        |    |       |       |     |       |       |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-------|-------|-----|-------|-------|----|
| ALTA DA PSICOLOGIA                                                                     |        |    |       |       |     |       |       |    |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES                                                      | > 25   | 22 | 19    | 21    | 32  | 53    | 35    | 38 |
| NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS                                                  | NEUTRO | 7  | 6     | 8     | 10  | 6     | 7     | 7  |
| NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO                                          | NEUTRO | 0  | 0     | 4     | 12  | 8     | 7     | 7  |
| NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS                  | NEUTRO | 14 | 11    | 11    | 12  | 21    | 19    | 28 |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO            | < 7%   | 3% | 2,27% | 2,27% | 21% | 6,80% | 4,39% | 0% |
| NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS                          | NEUTRO | 2  | 2     | 3     | 4   | 13    | 7     | 5  |
| NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS | NEUTRO | 1  | 1     | 3     | 2   | 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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL          | > 90%                | 98%     | 98%       | 95%   | 95%   | 94%  | 83%   | 89%   |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS | QUANTO MAIOR, MELHOR | 2       | 1         | 1     | 1     | 2    | 1     | 1     |
| TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS     | QUANTO MAIOR, MELHOR | 100%    | 0%        | 0%    | 0%    | 50%  | 0%    | 25%   |

|                                                                                        |        |     |     |       |     |        |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|-------|-----|--------|-----|-----|
| TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA                                               | > 90%  | 89% | 95% | 94%   | 86% | 92,30% | 92% | 86% |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES                                                      | > 25   | 36  | 32  | 11    | 17  | 18     | 17  | 16  |
| NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS                                                  | NEUTRO | 6   | 6   | 1     | 2   | 2      | 2   | 1   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO                                          | NEUTRO | 2   | 1   | 0     | 5   | 1      | 1   | 2   |
| NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS                  | NEUTRO | 3   | 3   | 3     | 2   | 1      | 1   | 4   |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO            | < 7%   | 0%  | 0%  | 4,60% | 18% | 10%    | 0%  | 0%  |
| NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS                          | NEUTRO | 5   | 3   | 1     | 1   | 4      | 1   | 5   |
| NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS | NEUTRO | 2   | 4   | 1     | 0   | 1      | 2   | 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 | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL          | > 90%                | N/A     | N/A       | 100%  | 85%   | 97%  | 94%   | 89%   |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS | QUANTO MAIOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 1     | 1     | 1    | 1     | 1     |
| TAXA DE INTERVENÇÃO EM                         | QUANTO MAIOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |

|                                                                                        |        |     |     |     |     |     |        |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|--------|------|
| CUIDADOS PALIATIVOS                                                                    |        |     |     |     |     |     |        |      |
| TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA                                               | > 90%  | N/A | N/A | 80% | 83% | 93% | 93%    | 100% |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES                                                      | > 25   | N/A | N/A | 8   | 8   | 9   | 10     | 5    |
| NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS                                                  | NEUTRO | N/A | N/A | 0   | 0   | 3   | 0      | 0    |
| NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO                                          | NEUTRO | N/A | N/A | 5   | 1   | 1   | 4      | 0    |
| NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS                  | NEUTRO | N/A | N/A | 0   | 1   | 3   | 0      | 1    |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO            | < 7%   | N/A | N/A | 23% | 28% | 0%  | 16,58% | 0%   |
| NÚMERO DE ACOLOHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS                         | NEUTRO | N/A | N/A | 1   | 1   | 1   | 0      | 1    |
| NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS | NEUTRO | N/A | N/A | 0   | 0   | 0   | 1      | 0    |

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

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

| INDICADOR                                      | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL          | > 90%                | 0%      | 0%        | 0%    | 100%  | 100% | 0%    | 100%  |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1       | 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%   | 1,36% |
| TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA                                               | > 90%                | 0%    | 100%   | 100%  | 100%   | 100%  | 100% | 100%  |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES                                                      | > 25                 | 6     | 5      | 0     | 0      | 9     | 7    | 1     |
| NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS                                                  | NEUTRO               | 1     | 0      | 0     | 2      | 1     | 0    | 1     |
| NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO                                          | NEUTRO               | 1     | 7      | 8     | 1      | 0     | 2    | 0     |
| NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS                  | NEUTRO               | 0     | 3      | 0     | 0      | 0     | 2    | 4     |
| TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (RETAGUARDA)                                  | > 70%                | 79%   | 74,70% | 84%   | 84,69% | 78%   | 84%  | 77%   |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO            | < 5%                 | 0%    | 0%     | 0%    | 0%     | 0%    | 0%   | 0%    |
| NÚMERO DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS                          | NEUTRO               | 2     | 0      | 0     | 3      | 2     | 1    | 2     |
| NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS | NEUTRO               | 0     | 2      | 0     | 0      | 0     | 2    | 0     |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

| INDICADOR         | METAS | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO | > 90% | 0%      | 0%        | 0%    | 100%  | 0%   | 0%    | 0%    |

|                                                                                        |                      |    |    |    |    |    |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|----|----|----|----|----|-----|
| PSICOLOGICA INICIAL                                                                    |                      |    |    |    |    |    |    |     |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS REALIZADAS                                         | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   |
| TAXA DE INTERVENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS                                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 50% |
| TAXA DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA PSICOLOGIA                                               | > 90%                | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0%  |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS FAMILIARES                                                      | > 25                 | 0  | 0  | 0  | 1  | 2  | 2  | 4   |
| NÚMERO DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS                                                  | NEUTRO               | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO                                          | NEUTRO               | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 5   |
| NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS                  | NEUTRO               | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0   |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICÍDIO            | > 70%                | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0%  |
| NÚMERO DE ACOlhIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS                          | < 5%                 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2   |
| NÚMERO DE REUNIÕES E CONFERÊNCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS | NEUTRO               | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0   |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP

## ANÁLISE CRÍTICA – PSICOLOGIA

No mês de julho, a Taxa de Avaliação Psicológica Inicial atingiu 84%, permanecendo abaixo da meta institucional de 90% pelo segundo mês consecutivo. O resultado foi mais

impactado na Clínica Médica Colibri, que apresentou 74%, enquanto as UTIs Beija-Flor e Bem-Te-Vi registraram 89%. A análise demonstra que os pacientes que não foram avaliados dentro do prazo estabelecido foram posteriormente acompanhados, sem prejuízo à continuidade da assistência, caracterizando principalmente uma limitação operacional temporária, e não uma falha assistencial.

O desempenho esteve relacionado à redução temporária da capacidade operacional da equipe, decorrente do afastamento da Responsável Técnica, que também atua nas admissões psicológicas, associado ao afastamento temporário de outra colaboradora e ao período de férias de uma profissional. Esse cenário coincidiu com um elevado volume de entradas, totalizando 135 admissões no mês, além da concentração de admissões às segundas-feiras e nos dias subsequentes aos finais de semana, gerando demanda acumulada superior à capacidade de absorção da equipe dentro da janela de 48 horas prevista para o indicador. A Clínica Médica Colibri, por representar importante porta de entrada da instituição, foi a unidade mais impactada.

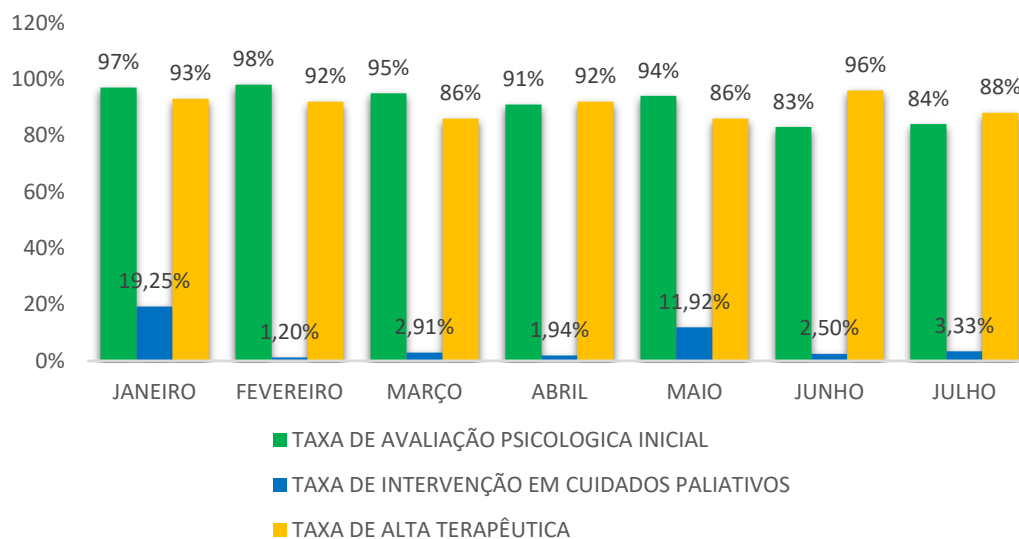
A Taxa de Alta Terapêutica apresentou resultado de 88%, também abaixo da meta de 90%. O indicador sofreu influência da mesma limitação operacional, considerando que as orientações de alta são realizadas pelas profissionais responsáveis também pelas avaliações iniciais. Dessa forma, a redução temporária da equipe e o aumento da demanda assistencial repercutiram tanto na capacidade de admissão quanto na conclusão dos atendimentos de alta.

Adicionalmente, observou-se aumento da complexidade emocional dos pacientes acompanhados. Foram registrados 37 pacientes inseridos no protocolo de cuidados paliativos, maior resultado da série histórica, cuja média é de 21 pacientes, além de 15 acolhimentos relacionados a óbitos e comunicações de más notícias, frente a 9 ocorrências em junho. Esses atendimentos possuem maior complexidade e demandam maior tempo de acompanhamento profissional, ampliando o impacto da redução temporária do quadro de profissionais sobre a capacidade operacional do setor.

Diante do cenário, recomenda-se manter o monitoramento da capacidade assistencial da equipe, priorizar os pacientes elegíveis conforme critérios de risco e complexidade, acompanhar a demanda por dia da semana e avaliar a necessidade de reorganização temporária da cobertura durante períodos de afastamentos e férias. As medidas têm

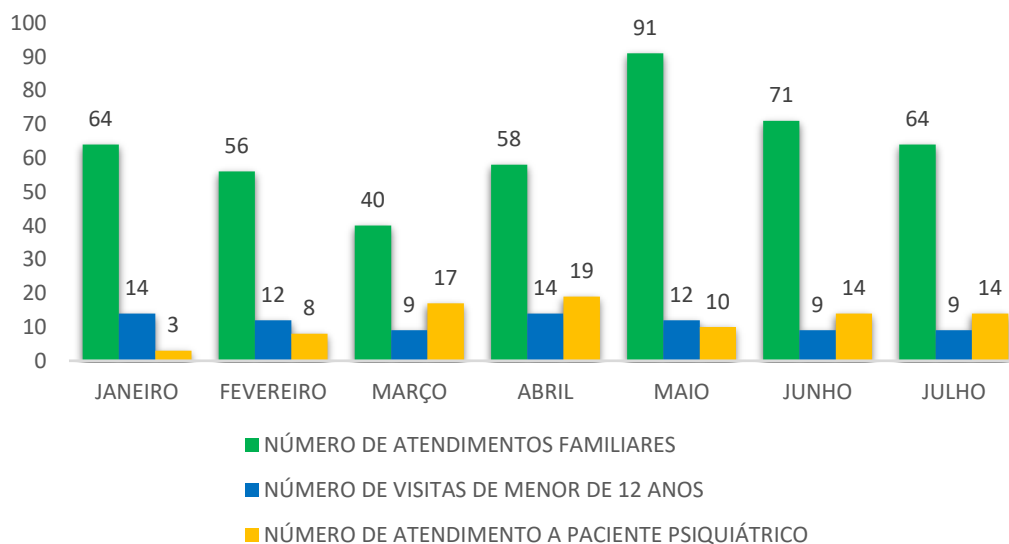
como objetivo recuperar os indicadores de avaliação inicial e alta, garantindo o cumprimento dos prazos estabelecidos sem comprometer a qualidade e a continuidade da assistência psicológica.

**Gráfico 56. Avaliações, intervenções e alta terapêutica**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

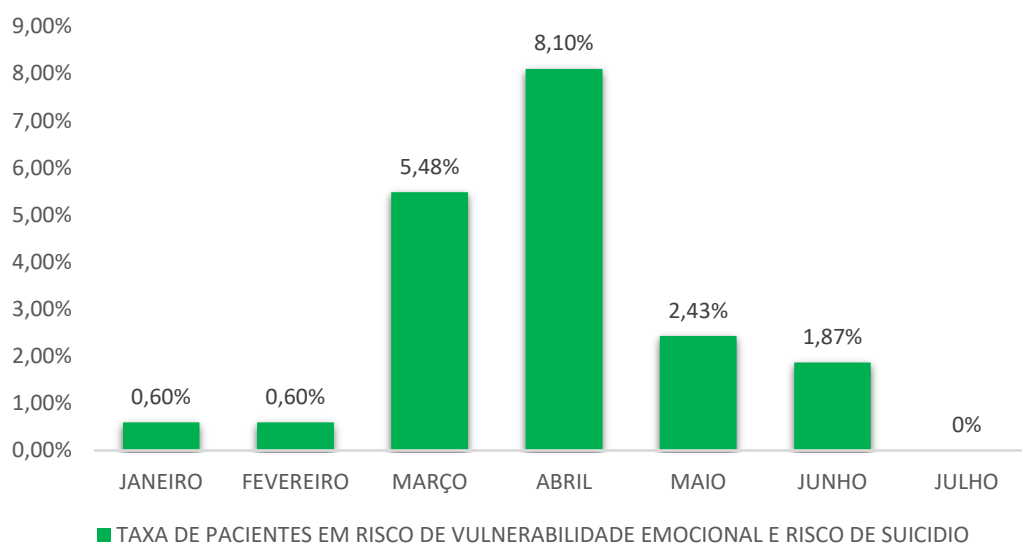
**Gráfico 57. Quantitativos de atendimentos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

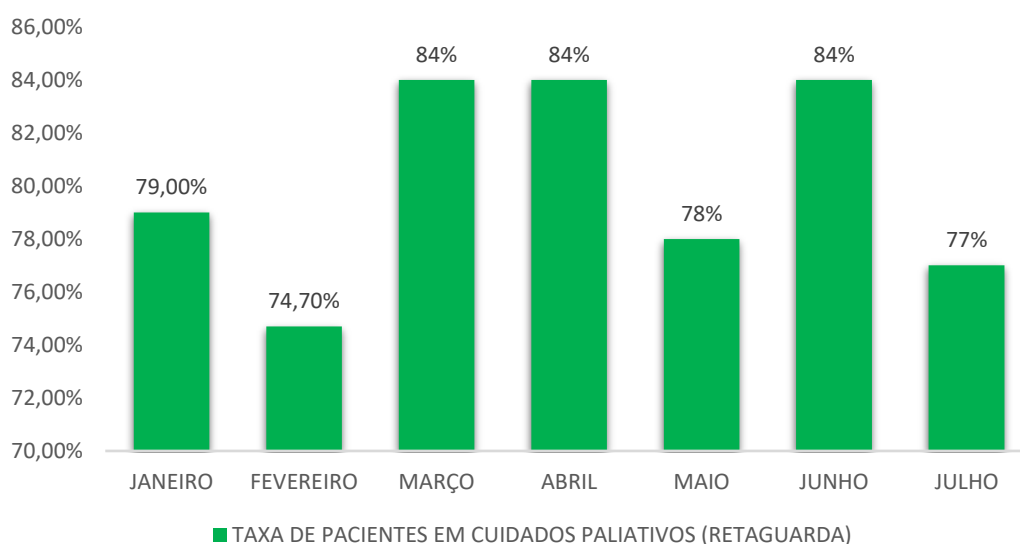


**Gráfico 58. Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio**



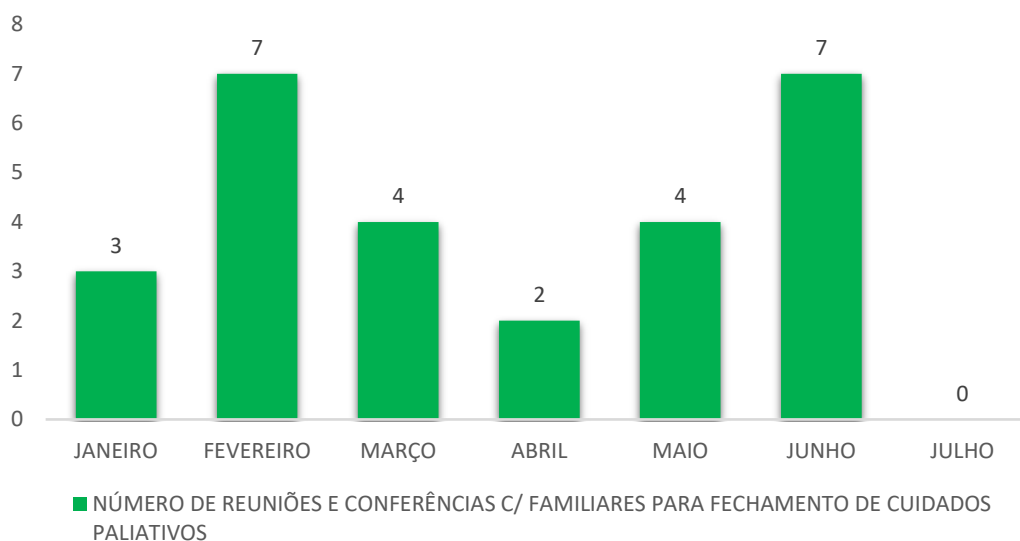
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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



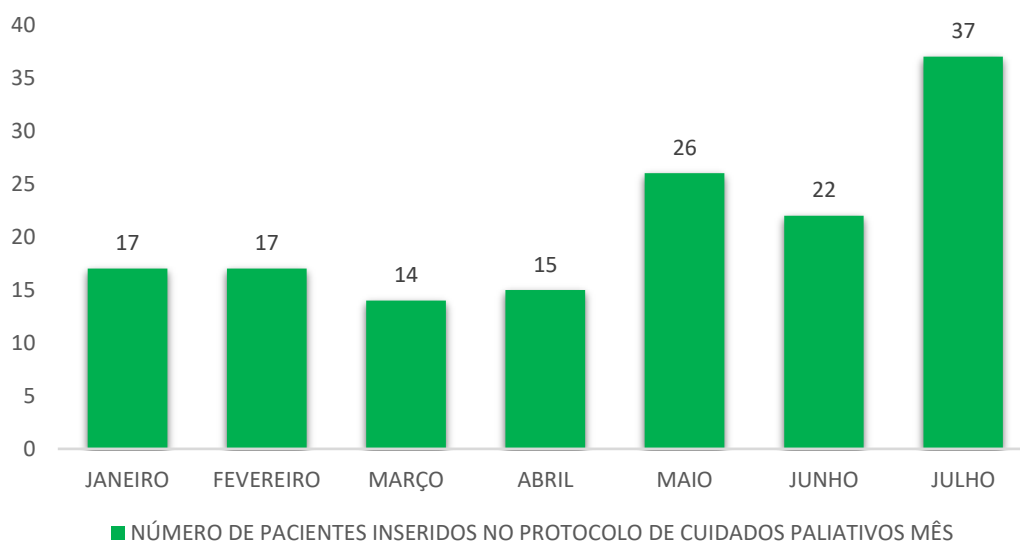
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

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

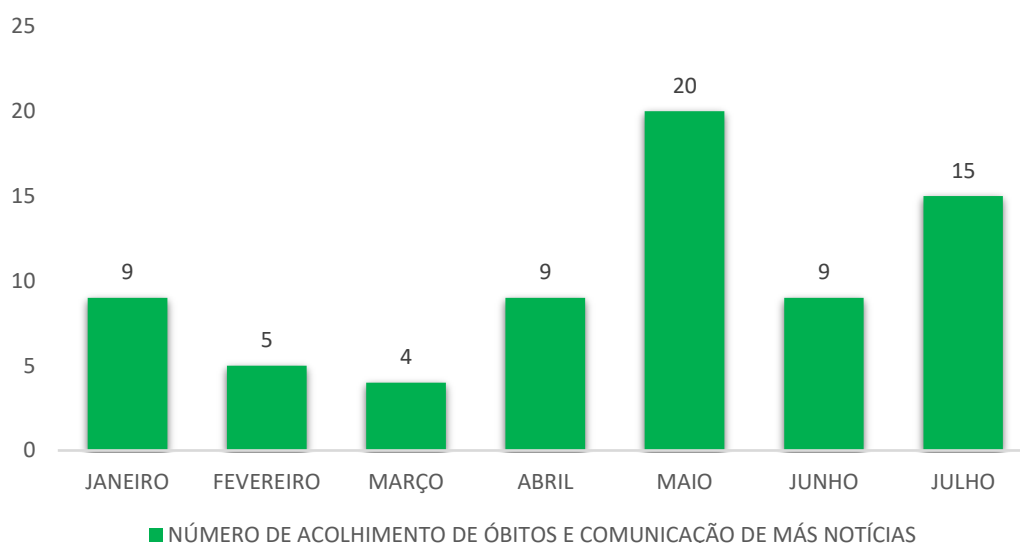


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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  | JULHO |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|--------|-------|------|--------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL                     | > 90%                | 72%     | 77%       | 93%    | *     | *    | 10,14% | 6,34% |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1       | 5         | 2      | *     | *    | 2      | 2     |
| TAXA DE DECANULADOS                                           | > 5%                 | 0%      | 0%        | 6,25%  | *     | *    | 5,26%  | 0%    |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO   | > 90%                | 20%     | 81%       | 30.80% | *     | *    | 57%    | 72%   |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA           | > 5%                 | 11,76%  | 0%        | 25%    | *     | *    | 10,52% | 13%   |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF                   | > 5%                 | 29%     | 100%      | 31%    | *     | *    | 15%    | 13%   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                        | > 80                 | 176     | 146       | 216    | *     | *    | 58     | 91    |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                          | > 80                 | 70      | 100       | 201    | *     | *    | 20     | 50    |
| NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL | QUANTO MAIOR, MELHOR | 3       | 7         | 3      | *     | *    | 6      | 6     |
| NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 5       | 5         | 0      | *     | *    | 3      | 1     |

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  | JULHO  |
|----------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|--------|--------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL          | > 90%                | 78%     | 71%       | 80%   | *     | *    | 15,78% | 11,11% |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS | QUANTO MAIOR, MELHOR | 2       | 1         | 4     | *     | *    | 2      | 2      |
| TAXA DE DECANULADOS                                | > 5%                 | 0%      | 0%        | 100%  | *     | *    | 16,66% | 0%     |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO                     | > 90%                | 100%    | 25%       | 71%   | *     | *    | 52,94% | 72%    |

|                                                               |                      |      |      |      |   |   |     |    |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|------|------|------|---|---|-----|----|
| PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO                                  |                      |      |      |      |   |   |     |    |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA           | > 5%                 | 66%  | 0%   | 100% | * | * | 33% | 0% |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF                   | > 5%                 | 100% | 100% | 100% | * | * | 50% | 0% |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                        | > 80                 | 40   | 22   | 78   | * | * | 34  | 41 |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                          | > 80                 | 40   | 23   | 56   | * | * | 17  | 25 |
| NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL | QUANTO MAIOR, MELHOR | 3    | 1    | 3    | * | * | 4   | 3  |
| NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 4    | 5    | 0    | * | * | 3   | 1  |

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 | JULHO  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|--------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL                   | > 90%                | 71%     | 78%       | 96%   | *     | *    | 10%   | 4,54%  |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS          | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1       | 3         | 1     | *     | *    | 2     | 2      |
| TAXA DE DECANULADOS                                         | > 5%                 | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%     |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO | > 90%                | 40%     | 94%       | 9%    | *     | *    | 0%    | 33,33% |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA         | > 5%                 | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%     |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF                 | > 5%                 | 50%     | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%     |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                      | > 80                 | 50      | 55        | 50    | *     | *    | 3     | 19     |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                        | > 80                 | 20      | 18        | 56    | *     | *    | 0     | 6      |

|                                                               |                      |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0 | 6 | 0 | * | * | 1 | 2 |
| NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1 | 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 51. Indicadores de Fonoaudiologia (Unidade de Terapia Intensiva) – Bem te vi**

| INDICADOR                                                     | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL                     | > 90%                | N/A     | N/A       | 100%  | *     | *    | 0%    | 0%    |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 1     | *     | *    | 1     | 1     |
| TAXA DE DECANULADOS                                           | > 5%                 | N/A     | N/A       | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%    |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO   | > 90%                | N/A     | N/A       | 0%    | *     | *    | 100%  | 0%    |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA           | > 5%                 | N/A     | N/A       | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%    |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF                   | > 5%                 | N/A     | N/A       | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%    |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                        | > 80                 | N/A     | N/A       | 8     | *     | *    | 7     | 4     |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                          | > 80                 | N/A     | N/A       | 9     | *     | *    | 1     | 0     |
| NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL | QUANTO MAIOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 0     | *     | *    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | N/A     | N/A       | 0     | *     | *    | 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 | JULHO  |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|--------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL                     | > 90%                | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%     |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1       | 1         | 1     | *     | *    | 3     | 3      |
| TAXA DE DECANULADOS                                           | > 5%                 | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%     |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO   | > 90%                | 100%    | 0%        | 100%  | *     | *    | 0%    | 83,33% |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA           | > 5%                 | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 25%    |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF                   | > 5%                 | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 37,50% |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                        | > 80                 | 15      | 11        | 16    | *     | *    | 13    | 25     |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                          | > 80                 | 10      | 1         | 11    | *     | *    | 2     | 18     |
| NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | *     | *    | 1     | 1      |
| NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 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 | JULHO |
|-------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL | > 90%                | 0%      | 0%        | 0%    | *     | *    | 0%    | 0%    |
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES                    | QUANTO MAIOR, MELHOR | 1       | 6         | 6     | *     | *    | 1     | 1     |

|                                                               |                      |      |      |    |   |   |    |        |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|------|------|----|---|---|----|--------|
| FONOAUDIOLÓGICAS REALIZADAS                                   |                      |      |      |    |   |   |    |        |
| TAXA DE DECANULADOS                                           | > 5%                 | 0%   | 0%   | 0% | * | * | 0% | 0%     |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO   | > 90%                | 100% | 100% | 0% | * | * | 0% | 100%   |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA           | > 5%                 | 0%   | 0%   | 0% | * | * | 0% | 16,66% |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF                   | > 5%                 | 0%   | 0%   | 0% | * | * | 0% | 0%     |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                        | > 80                 | 71   | 58   | 64 | * | * | 1  | 2      |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                          | > 80                 | 0    | 58   | 69 | * | * | 0  | 1      |
| NÚMERO DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0    | 0    | 0  | * | * | 0  | 0      |
| NÚMERO DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0    | 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

No mês de julho, os indicadores da Fonoaudiologia permaneceram abaixo das metas institucionais, principalmente em decorrência da limitação estrutural do serviço, que contou com apenas uma profissional disponível durante parte da competência para atender à demanda institucional. A Taxa de Avaliação Fonoaudiológica Inicial foi de 6,34%, frente à meta de 90%; a Taxa de Decanulados permaneceu em 0%, abaixo da meta superior a 5%; e a Taxa de Pacientes Inseridos no Protocolo de Broncoaspiração atingiu 72%, frente à meta de 90%.

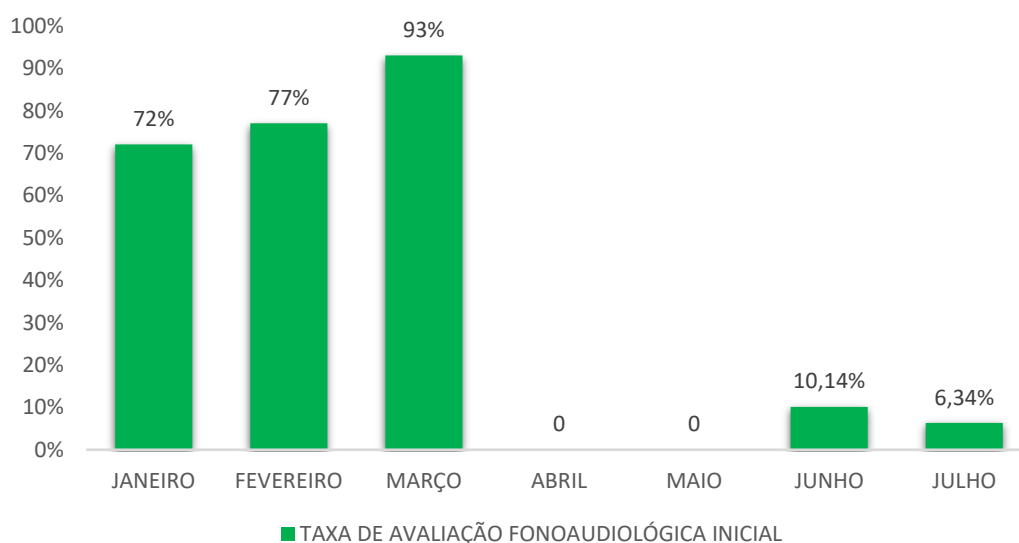
Apesar dos resultados abaixo dos parâmetros estabelecidos, observou-se evolução da produção assistencial em relação ao mês anterior, com a realização de 91 atendimentos e 50 avaliações, demonstrando maior organização do fluxo de trabalho e priorização dos pacientes de maior risco assistencial.



Como medida de melhoria, o serviço passou a contar com duas fonoaudiólogas, sendo que a profissional recém-admitida se encontra em processo de integração e capacitação, considerando sua ausência de experiência prévia na área hospitalar. A ampliação do quadro representa uma oportunidade de fortalecimento da capacidade assistencial e de regularização dos fluxos.

Com a conclusão do período de treinamento e a atuação plena da nova profissional, espera-se melhora progressiva dos indicadores nas próximas competências, especialmente da avaliação fonoaudiológica inicial, da identificação de pacientes com risco de broncoaspiração e do acompanhamento dos pacientes elegíveis à decanulação. O desempenho permanecerá em monitoramento pela equipe, com foco na recuperação das metas institucionais e na manutenção da segurança e qualidade da assistência.

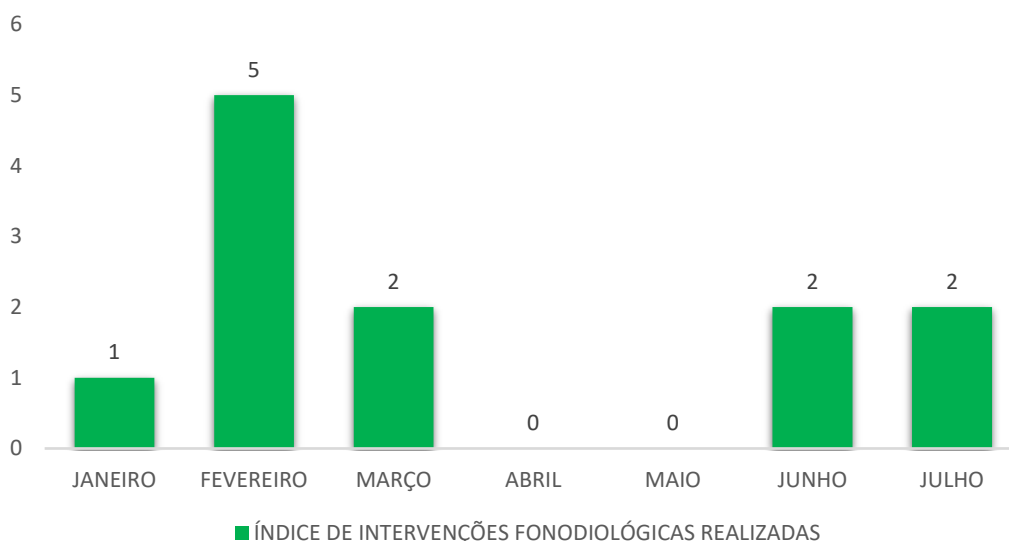
**Gráfico 63. Taxa de avaliação fonoaudiológica inicial**



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.

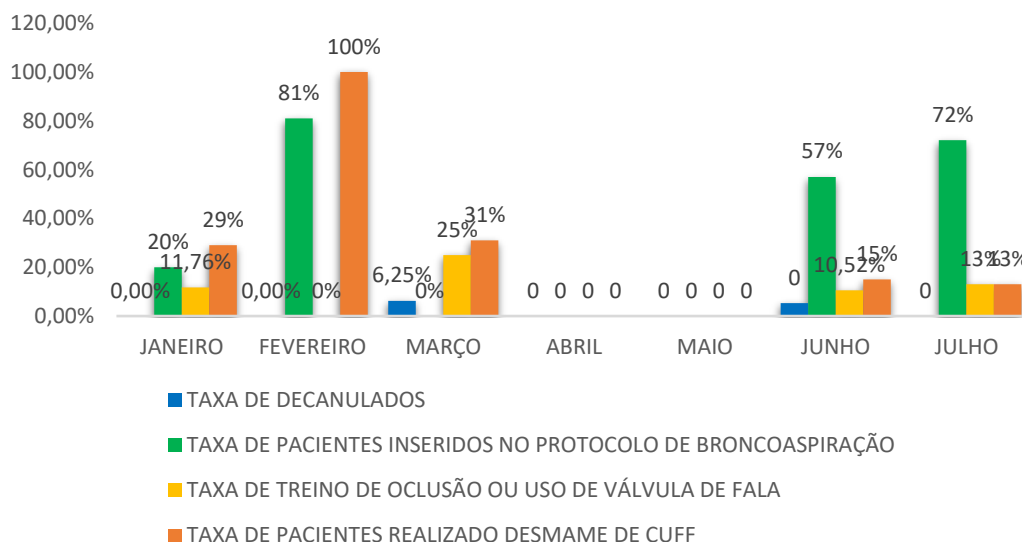
**Gráfico 64. Índice de intervenções fonoaudiológicas realizadas**



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.

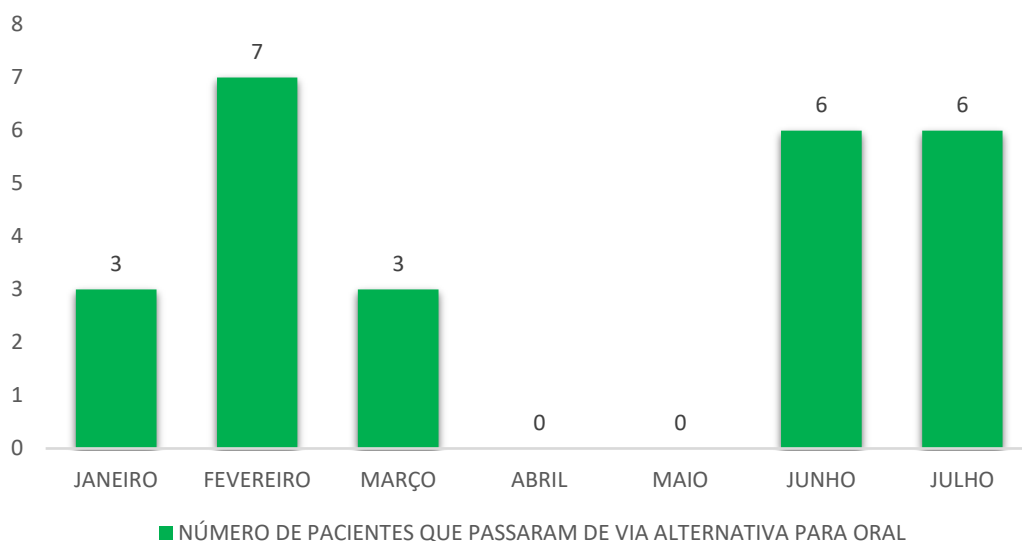
**Gráfico 65. Taxa de pacientes em tratamento fonoaudiológicos**



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.

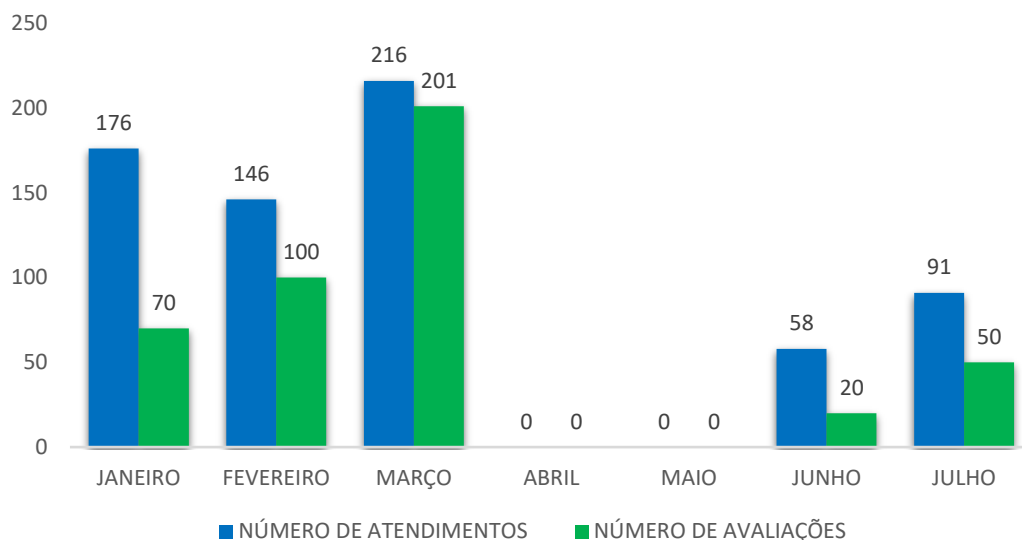
**Gráfico 66. Número de pacientes que passaram de via alternativa para oral**



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.

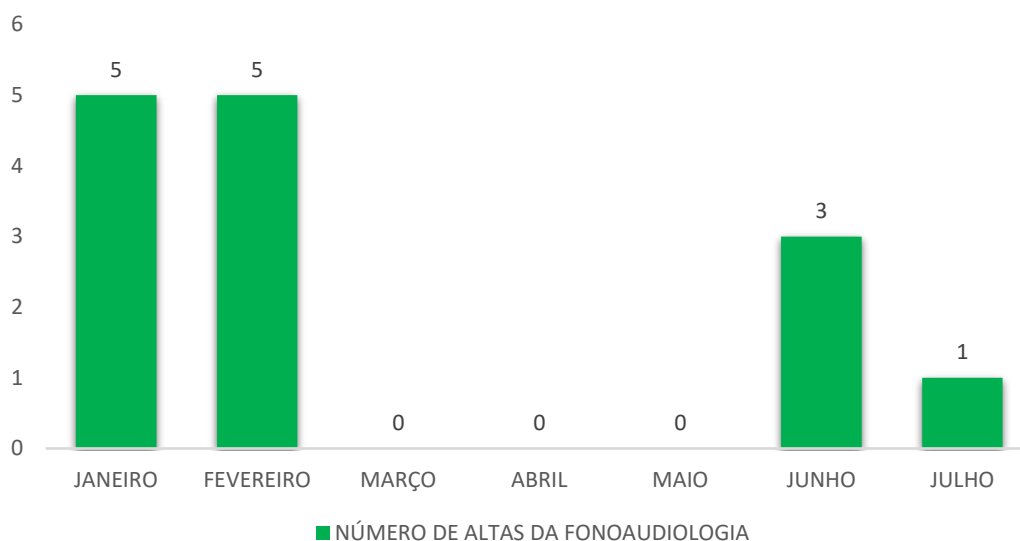
**Gráfico 67. Número de atendimentos e avaliações**



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 | JULHO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| ÍNDICE DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS                                            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 2       | 1         | 1     | 1     | 1    | 2     | 1     |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS                                                                              | NEUTRO               | 165     | 127       | 183   | 158   | 147  | 178   | 26    |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES                                                                                | NEUTRO               | 5       | 5         | 0     | 12    | 1    | 12    | 2     |
| NÚMERO DE REUNIÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS E/OU COM FAMILIARES                                         | NEUTRO               | 0       | 0         | 6     | 0     | 3    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE INTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO CUIDADO COMPARTILHADO EM CONJUNTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL | NEUTRO               | 60      | 272       | 196   | 176   | 147  | 2     | 29    |
| NÚMERO DE TECNOLOGIA ASSISTIDA (COXINS E ÓRTESE)                                                    | NEUTRO               | 162     | 190       | 250   | 170   | 260  | 177   | 30    |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### ANÁLISE CRÍTICA – TERAPIA OCUPACIONAL

No mês de julho, a produção assistencial e os indicadores do setor foram impactados pela ausência temporária da profissional responsável, que iniciou período de férias em 06/07/2026. Dessa forma, foram realizados atendimentos somente nos dias 01, 02 e 03 de julho, permanecendo o serviço sem cobertura durante o restante da competência. A redução significativa da cobertura assistencial repercutiu diretamente nos resultados dos indicadores, que permaneceram abaixo das metas estabelecidas. Ressalta-se, entretanto, que o desempenho observado está relacionado à limitação temporária da disponibilidade profissional, não caracterizando inadequação ou falha na assistência prestada durante os dias de atuação.

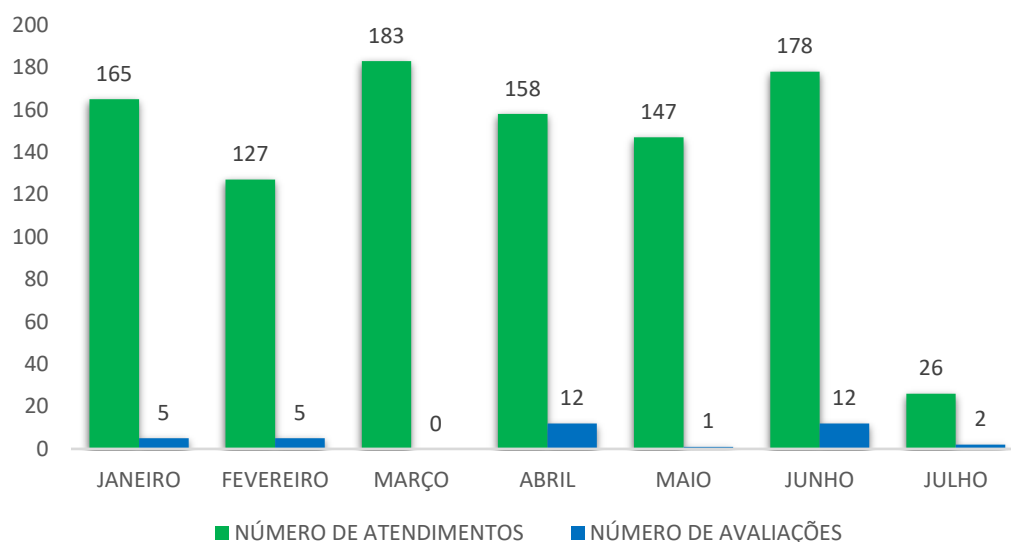
Com o retorno da profissional às atividades, espera-se a normalização da produção e a recuperação gradual dos indicadores nas próximas competências, mediante acompanhamento contínuo dos resultados.

**Gráfico 69. Índice de intervenções de terapia ocupacional realizadas**



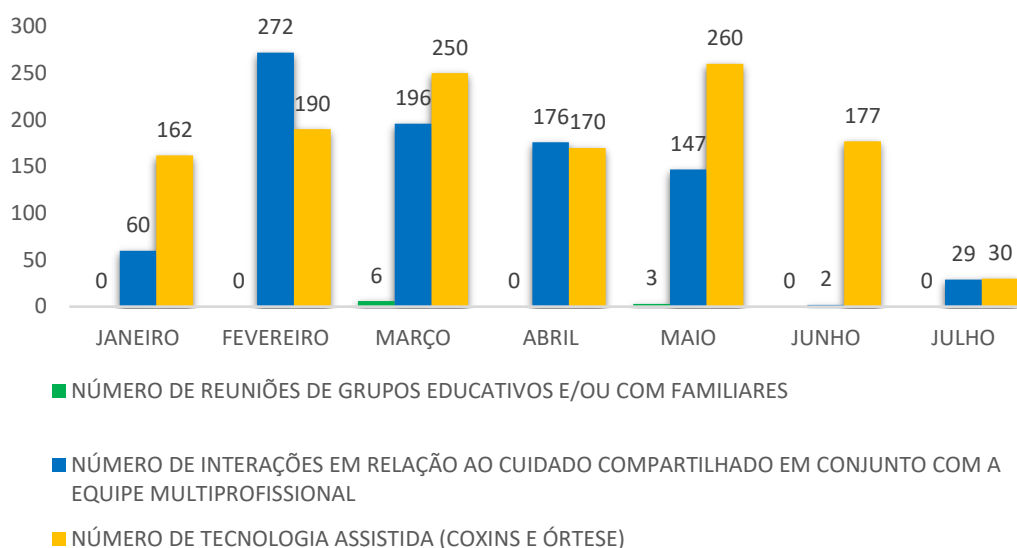
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

**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:

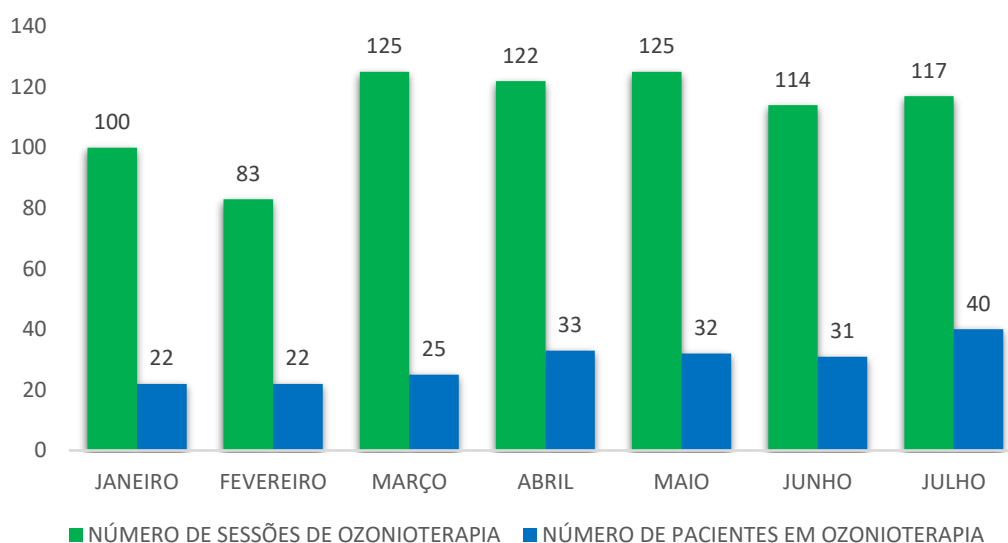
- **Ozonoterapia:** é uma terapia que utiliza o gás ozônio ( $O_3$ ) como agente terapêutico para tratar diversas condições de saúde. O ozônio é um gás composto por três átomos de oxigênio e é conhecido por suas propriedades oxidantes e antimicrobianas. Na ozonoterapia, o ozônio é aplicado em concentrações 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 | JULHO |
|--------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE SESSÕES DE OZONIOTERAPIA   | QUANTO MAIOR, MELHOR | 100     | 83        | 125   | 122   | 125  | 114   | 117   |
| NÚMERO DE PACIENTES EM OZONIOTERAPIA | QUANTO MAIOR, MELHOR | 22      | 22        | 25    | 33    | 32   | 31    | 40    |
| CONSUMO DE CILINDRO $O_2$            | NEUTRO               | 2       | 2         | 2     | 2     | 2    | 2     | 2     |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 72. Ozonioterapia



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

Gráfico 73. Consumo de cilindro O<sub>2</sub>

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Multiprofissional/ SMPEP.

### 3.3.8. Estomaterapia

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



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

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

**Tabela 56. Indicadores de Estomaterapia**

| INDICADOR                                                           | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO  | ABRIL  | MAIO   | JUNHO  | JULHO  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE LPP - GLOBAL                                                | < 15%                | 2,54%   | 1,79%     | 6,80%  | 1,69%  | 2,98%  | 1,89%  | 2,41%  |
| TAXA DE LPP - UTI                                                   | < 5%                 | 2,08%   | 3,64%     | 3,92%  | 1,85%  | 1,85%  | 0%     | 5,45%  |
| TAXA DE LPP - CLÍNICA MÉDICA                                        | < 5%                 | 8,70%   | 0%        | 7,41%  | 2,60%  | 4%     | 2,30%  | 1,12%  |
| TAXA DE LPP - CUIDADOS PROLONGADOS                                  | < 5%                 | 2,00%   | 1,92%     | 7,92%  | 0,94%  | 2,83%  | 2,38%  | 3,03%  |
| PREVALÊNCIA DE PRESÃO POR PRESSÃO                                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 49,75%  | 31,84%    | 36,41% | 35,86% | 30,64% | 29,81% | 20,08% |
| % DE PACIENTES SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO | > 95%                | 99,15%  | 95,61%    | 99,13% | 99,24% | 95,16% | 90,91% | 97,14% |
| NÚMERO TOTAL DE LESÕES EM PACIENTES INTERNADOS                      | QUANTO MENOR, MELHOR | 98*     | 71        | 75     | 85     | 72     | 79     | 50     |
| NÚMERO MENSAL DE NOVAS LESÕES CLASSIFICADAS                         | QUANTO MENOR, MELHOR | 8*      | 6         | 5      | 10     | 7      | 8      | 17     |

| COMO<br>COMUNITÁRIA<br>NÚMERO<br>MENSAL DE<br>NOVAS LESÕES<br>CLASSIFICADAS<br>COMO<br>HOSPITALAR | QUANTO<br>MENOR,<br>MELHOR | 5* | 4 | 14 | 4 | 7 | 5 | 6 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|---|----|---|---|---|---|
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|---|----|---|---|---|---|

Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

\*Feita correções de dados retroativos.

## ANÁLISE CRÍTICA – ESTOMATERAPIA

No mês de julho, foram registradas 6 lesões por pressão (LPP) adquiridas, frente a 5 casos em junho, representando aumento de 20%. A análise dos casos demonstra que os eventos ocorreram predominantemente em pacientes classificados como de alto risco para desenvolvimento de LPP, com elevada dependência funcional, mobilidade reduzida, comprometimento clínico e dificuldade de posicionamento.

Na UTI, foram identificados 3 novos casos, todos em pacientes submetidos à intubação orotraqueal e com deterioração clínica. Dois pacientes evoluíram a óbito e um permanece em ventilação mecânica, apresentando piora clínica. Ressalta-se que os pacientes estavam em colchão pneumático e sob medidas preventivas, incluindo utilização de placas de hidrocoloide, evidenciando a influência da elevada complexidade clínica e vulnerabilidade individual no desenvolvimento das lesões.

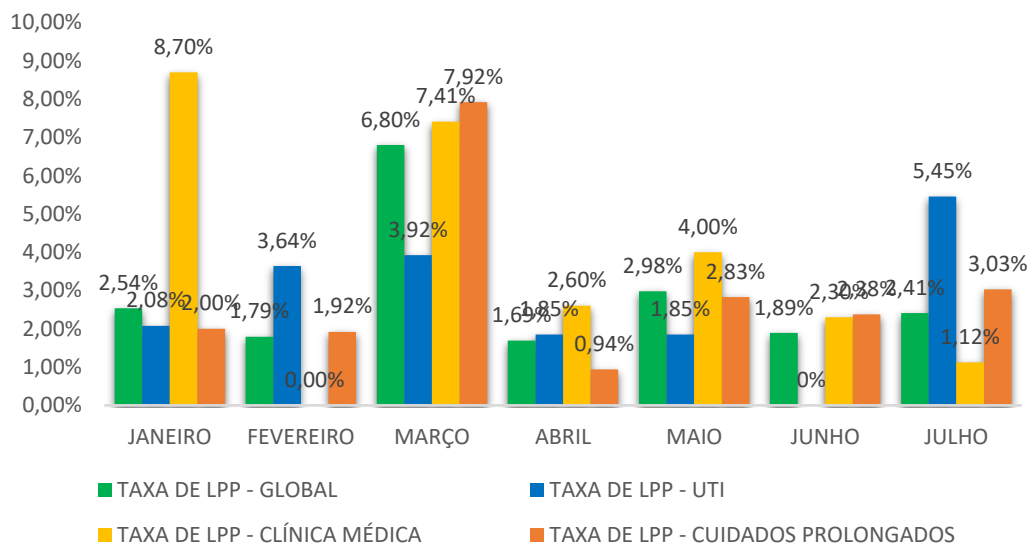
Na Retaguarda Sanhaçu, foram identificados 2 casos. Um deles esteve relacionado à fricção dos calcâneos contra o leito, em paciente com lesão neoplásica, dor intensa e agitação, sendo realizadas adequações nas medidas de conforto e controle da agitação. O segundo correspondeu à recidiva de lesão em paciente com alterações neurológicas, restrição de movimentos e dificuldade de posicionamento.

Na Retaguarda João de Barro, foi identificado 1 caso de lesão tissular de pequena extensão, em paciente com restrição de movimentos e dificuldade de posicionamento. Em contrapartida, não foram registradas lesões por pressão adquiridas na Clínica Médica durante o período.

Comparativamente ao mês anterior, permanecem como principais fatores associados ao desenvolvimento das lesões a alta dependência funcional, mobilidade reduzida, alterações neurológicas, dor, agitação e deterioração clínica. Como aspecto positivo, destaca-se a manutenção das medidas preventivas nos pacientes de maior risco.

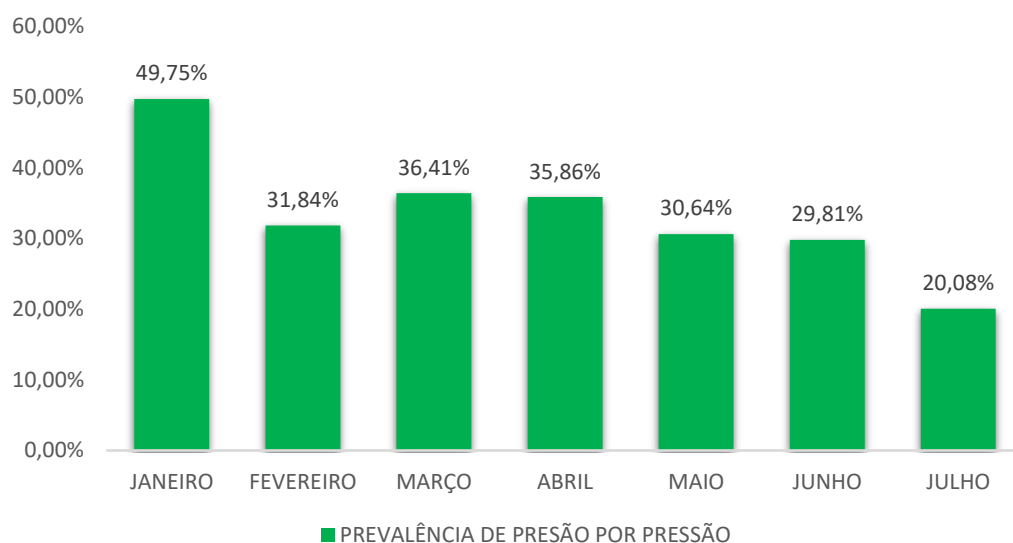
Como plano de continuidade, permanecem indicadas a avaliação diária da integridade da pele, reavaliação do risco, mudança de decúbito conforme protocolo, proteção das proeminências ósseas, utilização adequada dos dispositivos preventivos e individualização das medidas de prevenção, com atenção especial aos pacientes críticos e àqueles com dificuldade de posicionamento, dor ou agitação.

**Gráfico 74. Taxas de lesão por pressão**



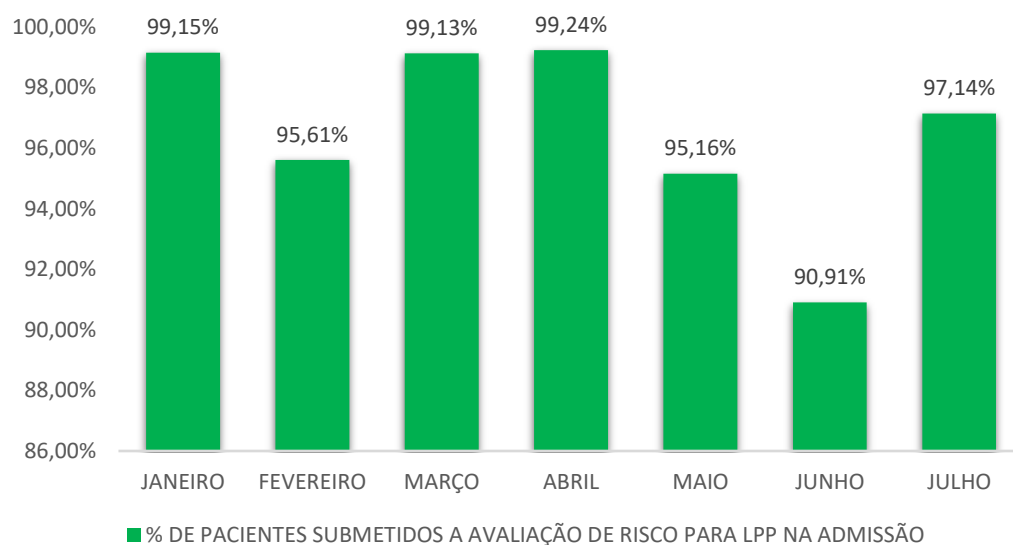
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

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



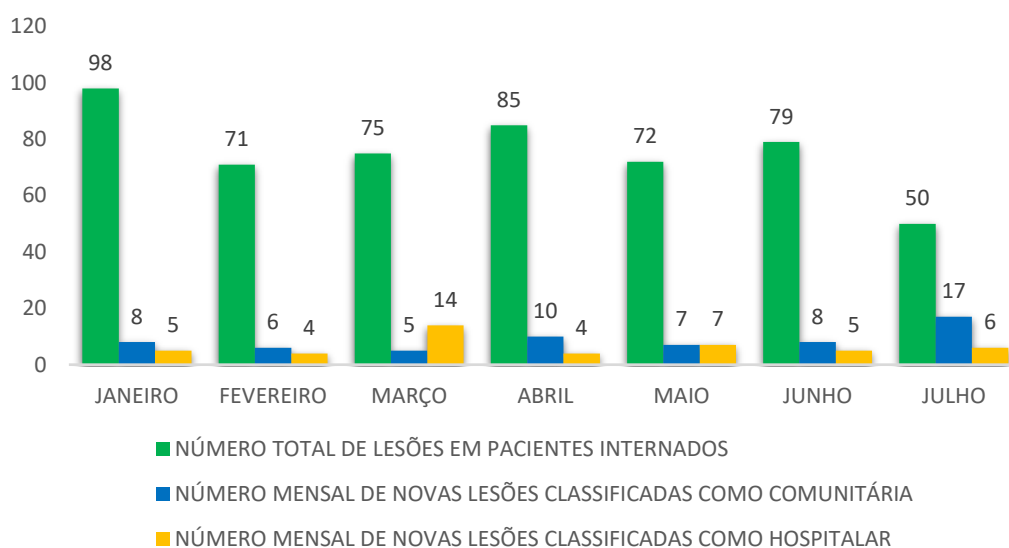
Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

**Gráfico 76. Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP para admissão**



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

Gráfico 77. Análise de lesões



Fonte: Relatório Interno – Estomaterapia.

### 3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

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

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

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

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

| INDICADOR                            | METAS | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|--------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE NC TRATADA TOTAL             | >85%  | 87%     | 87%       | 82%   | 83%   | 84%  | 94%   | 99%   |
| TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO) | >75%  | 80%     | 44%       | 67%   | 85%   | 52%  | 89%   | 76%   |
| TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE     | 100%  | 100%    | N/A       | N/A   | 100%  | 100% | N/A   | 100%  |

|                                                    |        |     |     |     |     |     |     |     |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| LONDRES EM 72 HORAS                                |        |     |     |     |     |     |     |     |
| TAXA DE INCIDENTE COM DANO                         | <25%   | 23% | 21% | 13% | 16% | 20% | 10% | 16% |
| NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS                         | > 30   | 35  | 37  | 37  | 37  | 37  | 37  | 37  |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS            | NEUTRO | 208 | 247 | 354 | 217 | 171 | 383 | 293 |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS               | NEUTRO | 174 | 199 | 292 | 167 | 138 | 341 | 278 |
| CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL                          | NEUTRO | 115 | 91  | 195 | 81  | 75  | 234 | 184 |
| NEAR MISS (QUASE ERRO)                             | NEUTRO | 15  | 27  | 49  | 37  | 33  | 54  | 14  |
| INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)                | NEUTRO | 46  | 52  | 46  | 34  | 34  | 39  | 47  |
| INCIDENTE SEM DANO                                 | NEUTRO | 23  | 58  | 64  | 50  | 23  | 36  | 37  |
| OUTROS                                             | NEUTRO |     | 8   | 2   | 4   | 3   | 12  | 4   |
| META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA                      | NEUTRO | 3   | 6   | 21  | 28  | 15  | 11  | 13  |
| META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA                       | NEUTRO | 108 | 44  | 27  | 48  | 29  | 32  | 34  |
| META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO | NEUTRO | 28  | 37  | 26  | 35  | 49  | 31  | 24  |
| META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO            | NEUTRO | 0   | 5   | 3   | 5   | 2   | 10  | 12  |
| META 5 - RISCO DE INFECÇÃO                         | NEUTRO | 49  | 97  | 226 | 66  | 52  | 243 | 163 |
| META 6 - RISCO DE QUEDA                            | NEUTRO | 3   | 6   | 1   | 3   | 8   | 6   | 10  |
| META 6 - RISCO DE LPP                              | NEUTRO | 8   | 25  | 48  | 13  | 7   | 18  | 22  |

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 | JULHO |
|--------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE NC TRATADA TOTAL             | >85%  | 73%     | 90%       | 76%   | 87%   | 97%  | 99%   | 100%  |
| TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO) | >75%  | 62%     | 40%       | 68%   | 65%   | 67%  | 70%   | 95%   |

|                                                      |        |     |     |     |      |      |     |      |
|------------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|------|------|-----|------|
| TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS | 100%   | N/A | N/A | N/A | 100% | 100% | N/A | 100% |
| TAXA DE INCIDENTE COM DANO                           | <25%   | 32% | 21% | 9%  | 14%  | 25%  | 9%  | 17%  |
| NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS                           | > 30   | 10  | 10  | 10  | 10   | 10   | 10  | 10   |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS              | NEUTRO | 68  | 90  | 140 | 92   | 65   | 170 | 102  |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS                 | NEUTRO | 50  | 81  | 106 | 80   | 63   | 169 | 102  |
| CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL                            | NEUTRO | 29  | 34  | 84  | 37   | 25   | 113 | 64   |
| NEAR MISS (QUASE ERRO)                               | NEUTRO | 5   | 8   | 19  | 16   | 14   | 30  | 6    |
| INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)                  | NEUTRO | 22  | 19  | 13  | 13   | 16   | 15  | 19   |
| INCIDENTE SEM DANO                                   | NEUTRO | 12  | 29  | 23  | 23   | 10   | 12  | 13   |
| OUTROS                                               | NEUTRO | 1   | 6   | 2   | 2    | 0    | 2   | 2    |
| META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA                        | NEUTRO | 4   | 4   | 8   | 8    | 6    | 1   | 3    |
| META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA                         | NEUTRO | 19  | 14  | 13  | 21   | 15   | 12  | 6    |
| META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO   | NEUTRO | 6   | 14  | 8   | 18   | 16   | 10  | 8    |
| META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO              | NEUTRO | 0   | 2   | 1   | 1    | 0    | 4   | 1    |
| META 5 - RISCO DE INFECÇÃO                           | NEUTRO | 32  | 37  | 87  | 32   | 18   | 129 | 72   |
| META 6 - RISCO DE QUEDA                              | NEUTRO | 1   | 6   | 0   | 1    | 6    | 5   | 4    |
| META 6 - RISCO DE LPP                                | NEUTRO | 5   | 7   | 20  | 4    | 4    | 7   | 6    |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE NC TRATADA TOTAL                             | >85%   | 90%     | 72%       | 89%   | 100%  | 100% | 91%   | 100%  |
| TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)                 | >75%   | 82%     | 41%       | 72%   | 84%   | 82%  | 86%   | 95%   |
| TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS | 100%   | 100%    | N/A       | N/A   | N/A   | N/A  | N/A   | 0%    |
| TAXA DE INCIDENTE COM DANO                           | <25%   | 40%     | 31%       | 5%    | 75%   | 43%  | 15%   | 28%   |
| NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS                           | > 30   | 10      | 10        | 5     | 5     | 5    | 5     | 5     |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS              | NEUTRO | 20      | 29        | 36    | 8     | 7    | 32    | 35    |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS                 | NEUTRO | 18      | 21        | 32    | 8     | 7    | 29    | 35    |
| CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL                            | NEUTRO | 12      | 16        | 22    | 1     | 2    | 22    | 18    |
| NEAR MISS (QUASE ERRO)                               | NEUTRO | 0       | 1         | 10    | 0     | 2    | 3     | 0     |
| INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)                  | NEUTRO | 8       | 9         | 2     | 6     | 3    | 5     | 10    |
| INCIDENTE SEM DANO                                   | NEUTRO | 0       | 2         | 2     | 1     | 0    | 2     | 7     |
| OUTROS                                               | NEUTRO | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA                        | NEUTRO | 0       | 0         | 0     | 0     | 1    | 1     | 1     |
| META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA                         | NEUTRO | 3       | 5         | 3     | 0     | 0    | 5     | 2     |
| META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO   | NEUTRO | 4       | 2         | 0     | 0     | 1    | 1     | 3     |
| META 4 - CIRURGIA E PROCEDIMENTO SEGURO              | NEUTRO | 0       | 1         | 0     | 1     | 0    | 0     | 2     |
| META 5 - RISCO DE INFECÇÃO                           | NEUTRO | 13      | 18        | 33    | 6     | 5    | 24    | 24    |



|                         |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| META 6 - RISCO DE QUEDA | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| META 6 - RISCO DE LPP   | NEUTRO | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE NC TRATADA TOTAL                             | >85%   | N/A     | N/A       | 100%  | 100%  | 92%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO)                 | >75%   | N/A     | N/A       | 72%   | 62%   | 65%  | 78%   | 95%   |
| TAXA DE ABERTURA DE PROTOCOLO DE LONDRES EM 72 HORAS | 100%   | N/A     | N/A       | N/A   | N/A   | N/A  | N/A   | 0%    |
| TAXA DE INCIDENTE COM DANO                           | <25%   | N/A     | N/A       | 11%   | 42%   | 31%  | 8%    | 12%   |
| NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS                           | > 30   | N/A     | N/A       | 5     | 5     | 5    | 5     | 5     |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES REGISTRADAS              | NEUTRO | N/A     | N/A       | 9     | 19    | 13   | 13    | 8     |
| NÚMERO DE NÃO CONFORMIDADES TRATADAS                 | NEUTRO | N/A     | N/A       | 9     | 19    | 12   | 13    | 8     |
| CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL                            | NEUTRO | N/A     | N/A       | 7     | 10    | 6    | 9     | 7     |
| NEAR MISS (QUASE ERRO)                               | NEUTRO | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 3    | 2     | 0     |
| INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO)                  | NEUTRO | N/A     | N/A       | 1     | 8     | 4    | 1     | 1     |
| INCIDENTE SEM DANO                                   | NEUTRO | N/A     | N/A       | 1     | 1     | 0    | 1     | 0     |
| OUTROS                                               | NEUTRO | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA                        | NEUTRO | N/A     | N/A       | 0     | 9     | 1    | 3     | 0     |
| META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA                         | NEUTRO | N/A     | N/A       | 2     | 0     | 1    | 2     | 0     |
| META 3 - SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO   | NEUTRO | N/A     | N/A       | 0     | 0     | 5    | 0     | 2     |

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>

|                                                            |        |     |     |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|---|---|---|---|---|
| <b>META 4 -<br/>CIRURGIA E<br/>PROCEDIMENTO<br/>SEGURO</b> | NEUTRO | N/A | N/A | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <b>META 5 - RISCO<br/>DE INFECÇÃO</b>                      | NEUTRO | N/A | N/A | 7 | 5 | 6 | 8 | 5 |
| <b>META 6 - RISCO<br/>DE QUEDA</b>                         | NEUTRO | N/A | N/A | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <b>META 6 - RISCO<br/>DE LPP</b>                           | NEUTRO | N/A | N/A | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 |

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 | JULHO |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| <b>TAXA DE NC<br/>TRATADA TOTAL</b>                                         | >85%   | 95%     | 100%      | 93%   | 80%   | 84%  | 85%   | 100%  |
| <b>TAXA DE NC<br/>TRATADA<br/>(DENTRO DO<br/>PRAZO)</b>                     | >75%   | 88%     | 86%       | 85%   | 70%   | 72%  | 75%   | 95%   |
| <b>TAXA DE<br/>ABERTURA DE<br/>PROTOCOLO DE<br/>LONDRES EM 72<br/>HORAS</b> | 100%   | N/A     | N/A       | N/A   | N/A   | N/A  | 0%    | 0%    |
| <b>TAXA DE<br/>INCIDENTE COM<br/>DANO</b>                                   | <25%   | 26%     | 31%       | 18%   | 6%    | 19%  | 13%   | 16%   |
| <b>NÚMERO DE<br/>VISITAS TÉCNICAS</b>                                       | > 30   | 12      | 12        | 12    | 12    | 12   | 12    | 12    |
| <b>NÚMERO DE NÃO<br/>CONFORMIDADES<br/>REGISTRADAS</b>                      | NEUTRO | 43      | 47        | 136   | 50    | 43   | 102   | 68    |
| <b>NÚMERO DE NÃO<br/>CONFORMIDADES<br/>TRATADAS</b>                         | NEUTRO | 41      | 47        | 126   | 40    | 36   | 87    | 68    |
| <b>CIRCUNSTÂNCIA<br/>NOTIFICÁVEL</b>                                        | NEUTRO | 16      | 14        | 70    | 19    | 19   | 62    | 45    |
| <b>NEAR MISS<br/>(QUASE ERRO)</b>                                           | NEUTRO | 3       | 3         | 15    | 13    | 9    | 16    | 4     |
| <b>INCIDENTE COM<br/>DANO (EVENTO<br/>ADVERSO)</b>                          | NEUTRO | 11      | 15        | 25    | 3     | 8    | 13    | 11    |
| <b>INCIDENTE SEM<br/>DANO</b>                                               | NEUTRO | 12      | 13        | 26    | 14    | 7    | 11    | 8     |
| <b>OUTROS</b>                                                               | NEUTRO | 4       | 0         | 0     | 0     | 1    | 3     | 1     |
| <b>META 1 -<br/>IDENTIFICAÇÃO<br/>SEGURA</b>                                | NEUTRO | 1       | 1         | 13    | 11    | 7    | 5     | 8     |
| <b>META 2 -<br/>COMUNICAÇÃO<br/>EFETIVA</b>                                 | NEUTRO | 2       | 1         | 2     | 10    | 8    | 3     | 6     |

|                                                                |        |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------------------------------------------------|--------|----|----|----|----|----|----|----|
| META 3 -<br>SEGURANÇA NA<br>ADMINISTRAÇÃO<br>DO<br>MEDICAMENTO | NEUTRO | 8  | 11 | 10 | 14 | 12 | 13 | 6  |
| META 4 -<br>CIRURGIA E<br>PROCEDIMENTO<br>SEGURO               | NEUTRO | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 3  | 0  |
| META 5 - RISCO<br>DE INFECÇÃO                                  | NEUTRO | 16 | 19 | 83 | 4  | 11 | 66 | 36 |
| META 6 - RISCO<br>DE QUEDA                                     | NEUTRO | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  |
| META 6 - RISCO<br>DE LPP                                       | NEUTRO | 10 | 13 | 26 | 2  | 2  | 9  | 11 |

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 | JULHO |
|------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE NC<br>TRATADA TOTAL                                      | >85%   | 100%    | 100%      | 75%   | 100%  | 100% | 83%   | 100%  |
| TAXA DE NC<br>TRATADA<br>(DENTRO DO<br>PRAZO)                    | >75%   | 75%     | 100%      | 73%   | 79%   | 85%  | 68%   | 95%   |
| TAXA DE<br>ABERTURA DE<br>PROTOCOLO DE<br>LONDRES EM 72<br>HORAS | 100%   | N/A     | N/A       | N/A   | N/A   | N/A  | N/A   | 0%    |
| TAXA DE<br>INCIDENTE COM<br>DANO                                 | <25%   | 0%      | 25%       | 11%   | 0%    | 33%  | 17%   | 0%    |
| NÚMERO DE<br>VISITAS TÉCNICAS                                    | > 30   | 5       | 5         | 5     | 5     | 5    | 5     | 5     |
| NÚMERO DE NÃO<br>CONFORMIDADES<br>REGISTRADAS                    | NEUTRO | 3       | 4         | 8     | 3     | 3    | 6     | 2     |
| NÚMERO DE NÃO<br>CONFORMIDADES<br>TRATADAS                       | NEUTRO | 3       | 4         | 6     | 3     | 3    | 5     | 2     |
| CIRCUNSTÂNCIA<br>NOTIFICÁVEL                                     | NEUTRO | 0       | 0         | 3     | 1     | 2    | 1     | 0     |
| NEAR MISS<br>(QUASE ERRO)                                        | NEUTRO | 0       | 1         | 3     | 1     | 0    | 0     | 2     |
| INCIDENTE COM<br>DANO (EVENTO<br>ADVERSO)                        | NEUTRO | 0       | 1         | 1     | 0     | 1    | 1     | 0     |
| INCIDENTE SEM<br>DANO                                            | NEUTRO | 3       | 2         | 2     | 1     | 0    | 4     | 0     |
| OUTROS                                                           | NEUTRO | 1       | 0         | 0     | 1     | 0    | 0     | 0     |
| META 1 -<br>IDENTIFICAÇÃO<br>SEGURA                              | NEUTRO | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 1     |

|                                                                |        |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| META 2 -<br>COMUNICAÇÃO<br>EFETIVA                             | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META 3 -<br>SEGURANÇA NA<br>ADMINISTRAÇÃO<br>DO<br>MEDICAMENTO | NEUTRO | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| META 4 -<br>CIRURGIA E<br>PROCEDIMENTO<br>SEGURO               | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META 5 - RISCO<br>DE INFECÇÃO                                  | NEUTRO | 1 | 0 | 4 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| META 6 - RISCO<br>DE QUEDA                                     | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META 6 - RISCO<br>DE LPP                                       | NEUTRO | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

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

### ANÁLISE CRÍTICA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

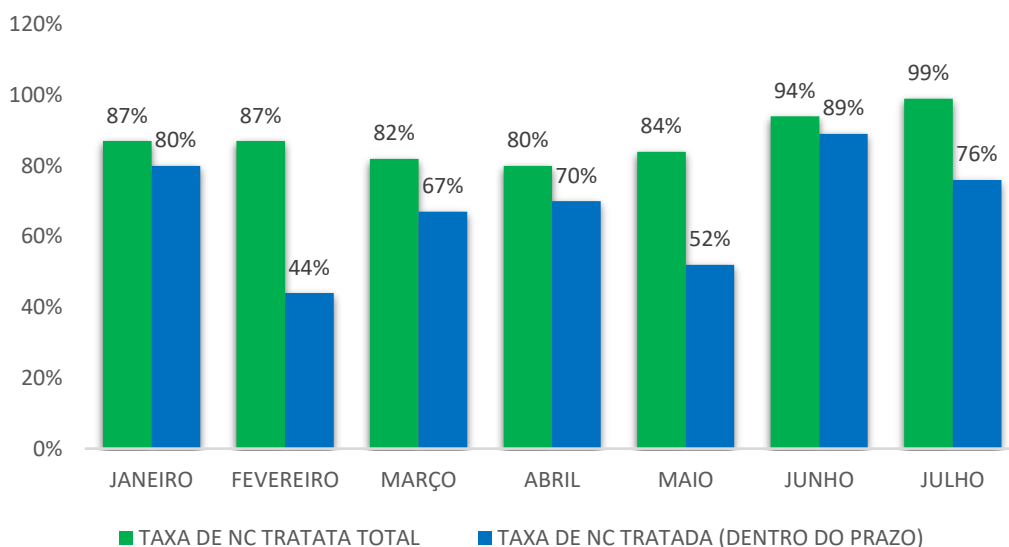
Em relação à Taxa de Eventos com Dano, o resultado global permaneceu acima da meta institucional, com maior impacto concentrado em setores e tipos de eventos específicos. Na Clínica Médica, observou-se aumento dos eventos, principalmente relacionados ao saque não programado de sonda nasointestinal (SNE), além de ocorrências envolvendo flebite e administração de medicamentos. Ressalta-se que os treinamentos realizados pela Estomaterapia e pelo NEP contribuíram para maior sensibilização das equipes e fortalecimento da cultura de segurança, com consequente aumento da adesão às notificações, fator que também pode ter influenciado a elevação do número de registros no período.

Nos setores de Retaguarda, os eventos com dano estiveram predominantemente relacionados à gastrostomia e lesão por pressão (LPP). Nas Unidades de Terapia Intensiva, destacaram-se os eventos relacionados à flebite e LPP, compatíveis com o perfil de maior complexidade e exposição a dispositivos invasivos dos pacientes assistidos.

Como plano de ação, serão mantidos o monitoramento dos eventos por setor e tipologia, a análise das causas, as ações de educação permanente e o acompanhamento da efetividade das medidas implementadas, com atenção especial à prevenção do saque não programado de SNE, flebite, LPP e eventos relacionados à administração de medicamentos. Paralelamente, será mantido o incentivo à notificação, visando

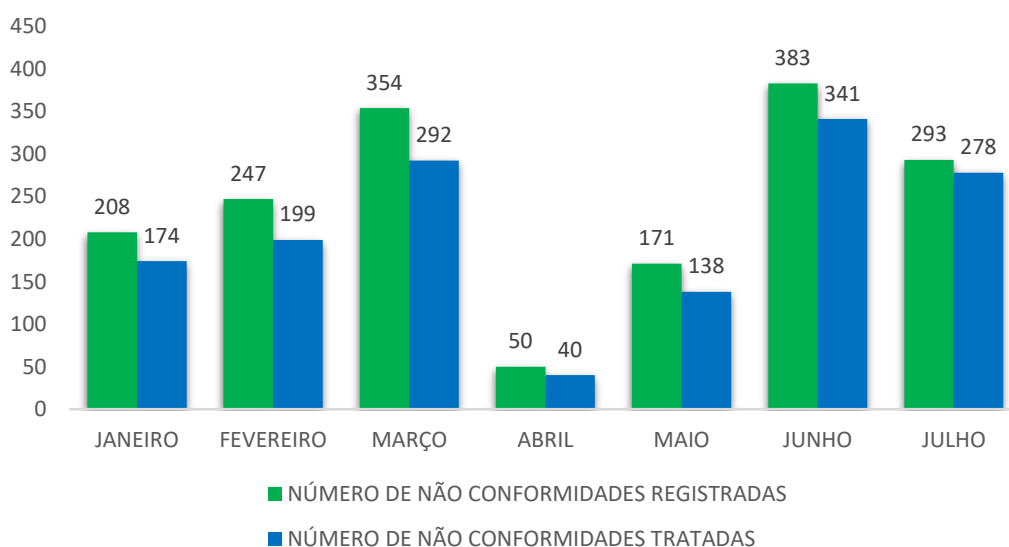
fortalecer a cultura de segurança e subsidiar ações preventivas direcionadas aos principais riscos identificados.

**Gráfico 78. Taxa de não conformidade tratada (Geral hospitalar)**

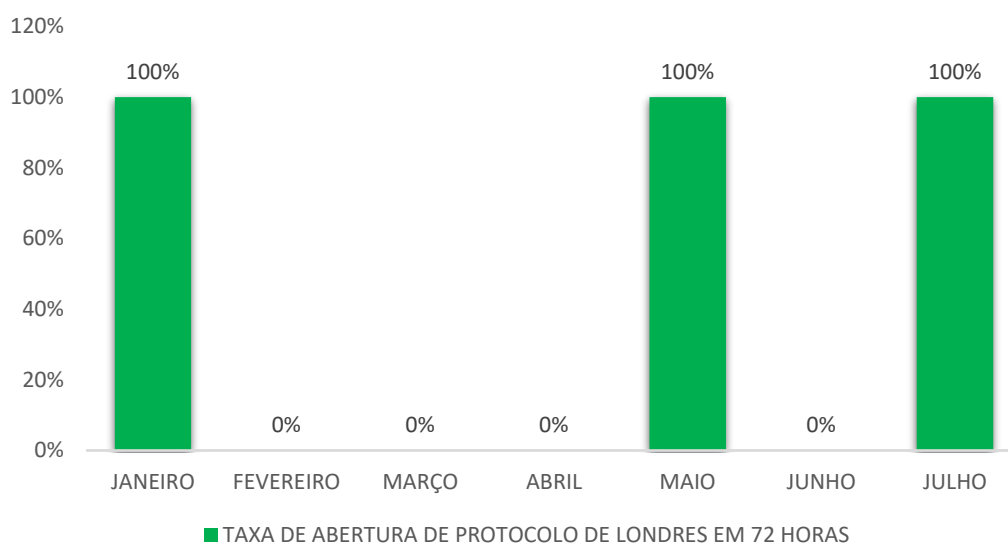


Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

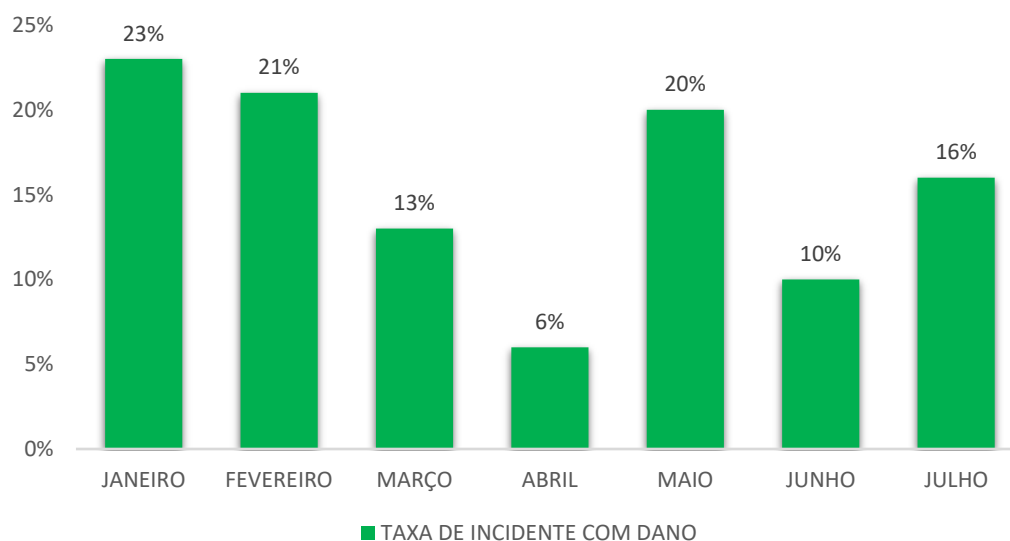
**Gráfico 79. Número de não conformidade tratada (Geral hospitalar)**



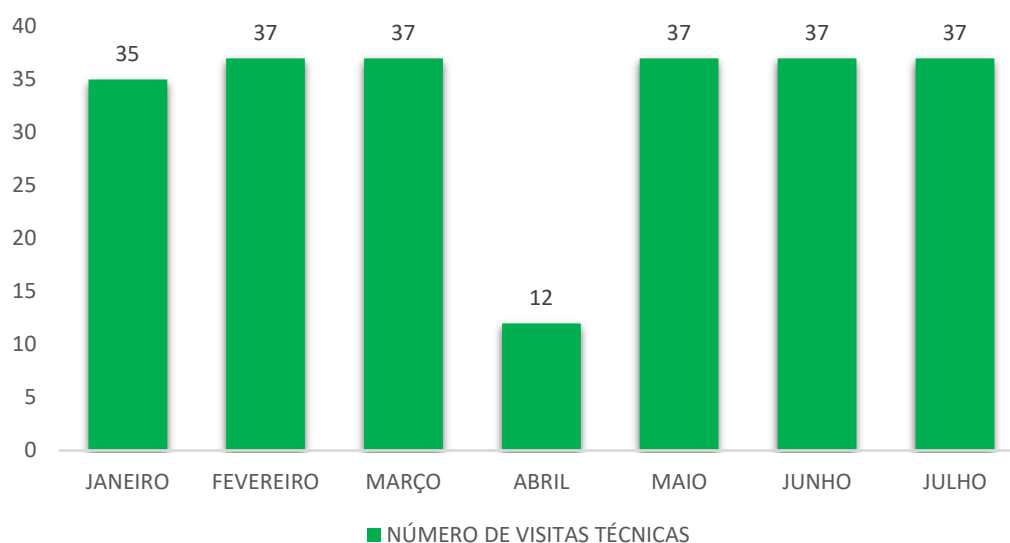
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 80. Taxa de abertura de protocolo de Londres em 72hrs**

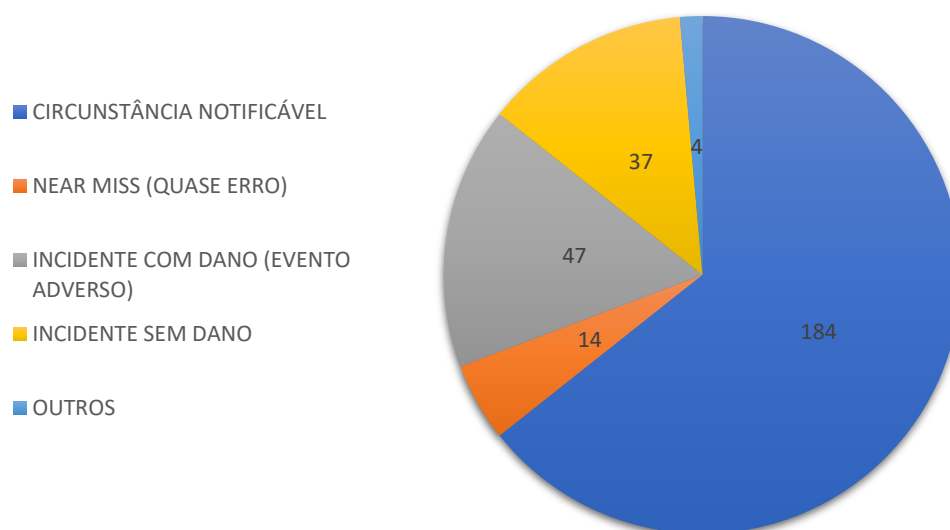
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 81. Taxa de incidente de dano**

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

**Gráfico 82. Número de visitas técnicas**

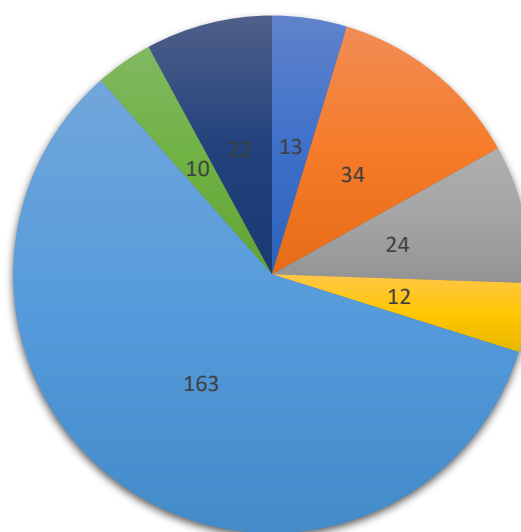
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Segurança do Paciente/ SMPEP.

**Gráfico 83. Classificação das não conformidades (Geral hospitalar)**

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

**Gráfico 84. 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 | JULHO |
|-----------------------------------------------|---------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| NÚMERO TOTAL DE IRAS                          | < 4,05  | 3       | 2         | 2     | 2     | 4     | 1     | 2     |
| TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR                   | < 7%    | 3,13%   | 1,85%     | 1,82% | 1,56% | 3,10% | 0,81% | 1,43% |
| DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS                  | < 2%    | 0,65%   | 0,44%     | 0,39% | 0,39% | 0,78% | 0,20% | 0,39% |
| DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC | < 4,05% | 4,76%   | 0%        | 1,74% | 2,04% | 7,84% | 0%    | 4,10% |
| DENSIDADE INCIDENCIA PAV                      | < 2,78% | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    |
| DENSIDADE INCIDENCIA ITU                      | < 0,59% | 4%      | 4,63%     | 0%    | 3,37% | 0%    | 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 | JULHO |
|----------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO TOTAL DE IRAS | < 1,50 | 1       | 0         | 2     | 1     | 1    | 1     | 2     |



|                                                           |         |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| DENSIDADE<br>INCIDENCIA DE<br>IRAS                        | < 1,04% | 0,98% | 0%    | 1,45% | 0,72% | 0,72% | 0,73% | 1,44% |
| DENSIDADE<br>INCIDENCIA DE<br>IPCS<br>ASSOCIADAS A<br>CVC | < 4,95% | 3,46% | 0%    | 2,11% | 0%    | 2,53% | 0%    | 7,12% |
| CONSUMO DE<br>PRODUTO<br>ALCOOLICO<br>EM ML               | > 20ML  | 27,45 | 68,68 | 6,54  | 20,13 | 26,74 | 23,34 | 28,17 |

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  | JULHO  |
|--------------------------------------------------------------|---------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| NÚMERO<br>TOTAL DE IRAS                                      | < 2,25  | 1       | 1         | 0      | 1      | 2      | 0      | 0      |
| DENSIDADE<br>INCIDENCIA DE<br>IRAS                           | < 4,18% | 2,10%   | 1,96%     | 0%     | 2,85%  | 5,95%  | 0%     | 0%     |
| DENSIDADE<br>INCIDENCIA DE<br>IPCS<br>ASSOCIADAS A<br>CVC    | < 6,89% | 7,63%   | 0%        | 0%     | 5,71%  | 21,51% | 0%     | 0%     |
| DENSIDADE<br>INCIDENCIA<br>PAV                               | < 8,06% | 0%      | 0%        | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     |
| DENSIDADE<br>INCIDENCIA<br>ITU                               | < 1,06% | 0%      | 0%        | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     |
| TAXA DE<br>UTILIZAÇÃO<br>DE<br>VENTILAÇÃO<br>MECANICA        | NEUTRO  | 15,09%  | 3,14%     | 4,87%  | 16%    | 10,71% | 6,65%  | 30,13% |
| TAXA DE<br>UTILIZAÇÃO<br>DE CATETERES<br>VENOSOS<br>CENTRAIS | NEUTRO  | 27,46%  | 16,47%    | 23,05% | 49,86% | 27,68% | 36,56% | 52,53% |
| TAXA DE<br>UTILIZAÇÃO<br>DE SONDAS<br>VESICAIS DE<br>DEMORA  | NEUTRO  | 13%     | 20%       | 17,21% | 31,34% | 20,24% | 17,22% | 25,07% |
| PERCENTUAL<br>DE ADEÇÃO<br>AO BUNDLE                         | 100%    | 100%    | 83,33%    | 100%   | 100%   | 81,82% | 63,64% | 84,62% |

|                                                     |         |       |        |        |        |        |        |        |
|-----------------------------------------------------|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| DE INSERÇÃO DE CVC                                  |         |       |        |        |        |        |        |        |
| PERCENTUAL DE ADEÇÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC | 100%    | 100%  | 93,33% | 93,30% | 90,29% | 94,62% | 94,21% | 92,83% |
| CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML                  | > 20 ML | 47,71 | 17,49  | 61,56  | 37,99  | 79,29  | 44,29  | 46,47  |

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 | JULHO |
|---------------------------------------------------|--------|---------|-----------|--------|--------|--------|-------|-------|
| NÚMERO TOTAL DE IRAS                              | < 2,25 | N/A     | N/A       | 0      | 0      | 1      | 0     | 0     |
| DENSIDADE INCIDENCIA DE IRAS                      | < 4,18 | N/A     | N/A       | 0%     | 0%     | 5,46%  | 0%    | 0%    |
| DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC     | < 6,89 | N/A     | N/A       | 0%     | 0%     | 66,47% | 0%    | 0%    |
| DENSIDADE INCIDENCIA PAV                          | < 8,06 | N/A     | N/A       | 0%     | 0%     | 0%     | 0%    | 0%    |
| DENSIDADE INCIDENCIA ITU                          | < 1,06 | N/A     | N/A       | 0%     | 0%     | 0%     | 0%    | 0%    |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECANICA         | NEUTRO | N/A     | N/A       | 3,66%  | 5,94%  | 0%     | 0%    | 6,25% |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS  | NEUTRO | N/A     | N/A       | 12,80% | 8,68%  | 8,20%  | 4,42% | 4,81% |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA   | NEUTRO | N/A     | N/A       | 10,98% | 10,50% | 24,04% | 3,87% | 6,25% |
| PERCENTUAL DE ADEÇÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVC | 100%   | N/A     | N/A       | 100%   | 100%   | 100%   | N/A*  | 100%  |

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>

|                                                     |         |     |     |        |       |       |      |       |
|-----------------------------------------------------|---------|-----|-----|--------|-------|-------|------|-------|
| PERCENTUAL DE ADEÇÃO AO BUNDLE DE MANUTENÇÃO DE CVC | 100%    | N/A | N/A | 40,50% | 100%  | 100%  | 100% | 70%   |
| CONSUMO DE PRODUTO ALCOOLICO EM ML                  | > 20 ML | N/A | N/A | 55,98  | 56,89 | 66,78 | 40   | 26,63 |

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 | JULHO |
|------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO TOTAL DE IRAS         | 0     | 1       | 1         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| DENSIDADE INCIDÊNCIA DE IRAS | 0%    | 0,32%*  | 0,35%     | 0%    | 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 | JULHO |
|----------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO TOTAL DE IRAS | 0     | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

## ANÁLISE CRÍTICA – SERVIÇO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

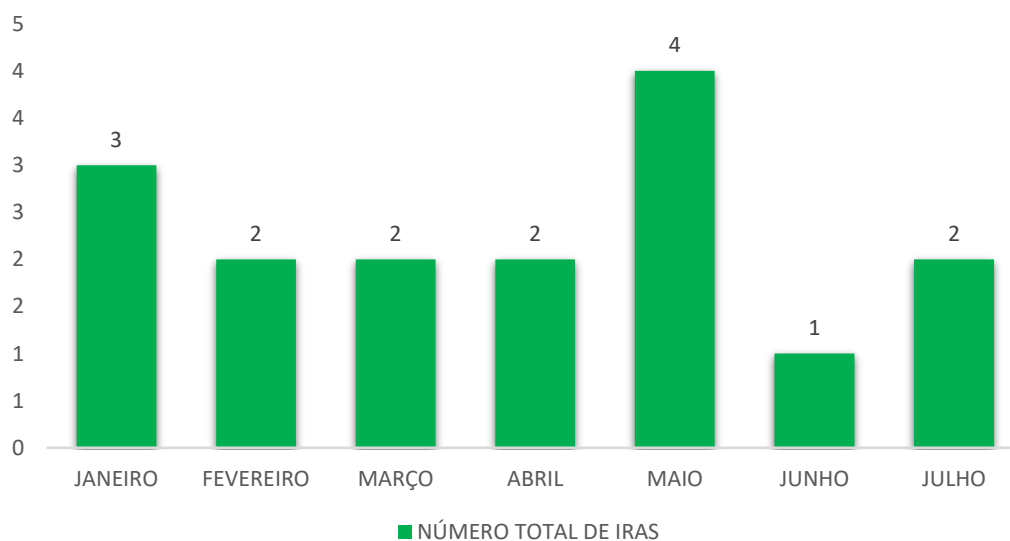
No mês de julho, foram identificados dois casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) associados ao uso de cateter de Shiley, ambos em pacientes internados na Clínica Médica. Durante o acompanhamento diário dos dispositivos invasivos, o SCIH identificou oportunidades de melhoria relacionadas ao manejo do dispositivo, realizando orientações e solicitando intervenções oportunas às equipes assistenciais.

As ações de vigilância e prevenção permanecem sendo realizadas de forma contínua. Entretanto, diante das ocorrências e após análise crítica das IRAS, identificou-se a necessidade de intensificar as medidas preventivas, especialmente quanto aos cuidados

e manejo do cateter, incluindo troca e avaliação dos curativos, avaliação periódica da necessidade e condições do dispositivo, monitoramento de sinais e sintomas de infecção e abertura oportuna da Rota Sepse quando aplicável.

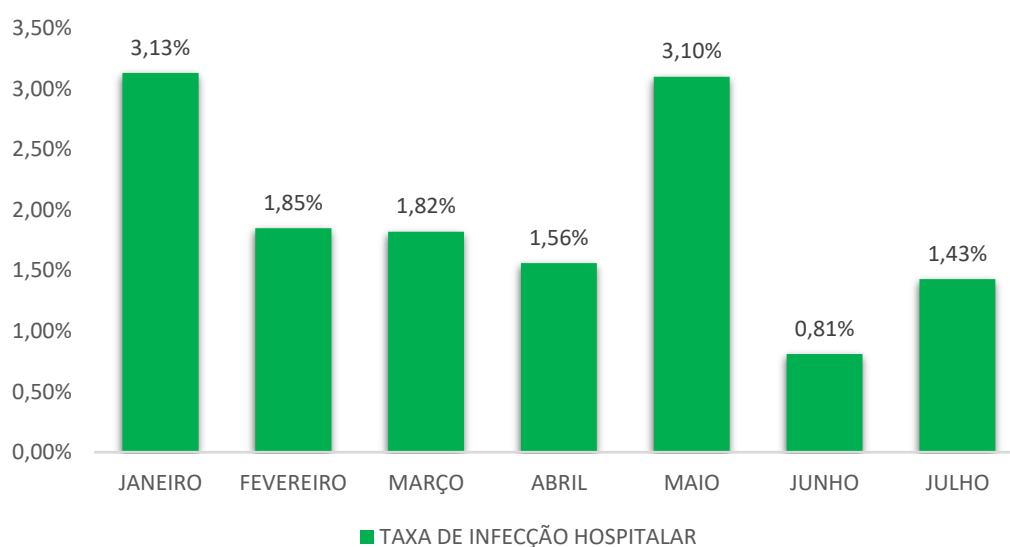
Como plano de ação, serão reforçadas as orientações às equipes assistenciais, o acompanhamento dos dispositivos invasivos e a adesão aos bundles de manutenção, visando reduzir o risco de novas IPCS e fortalecer as práticas de prevenção e controle das IRAS.

**Gráfico 85. Número total de IRAS**

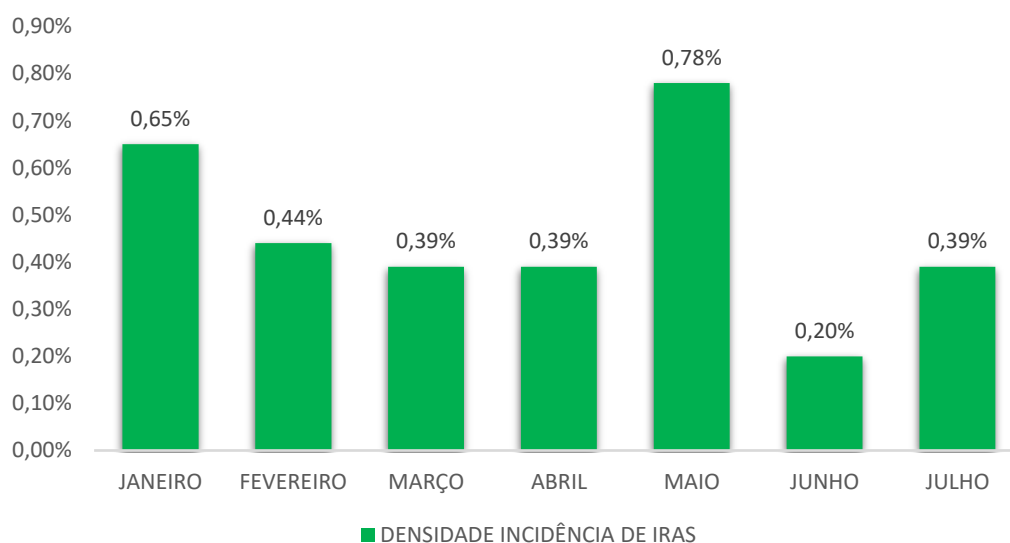


Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

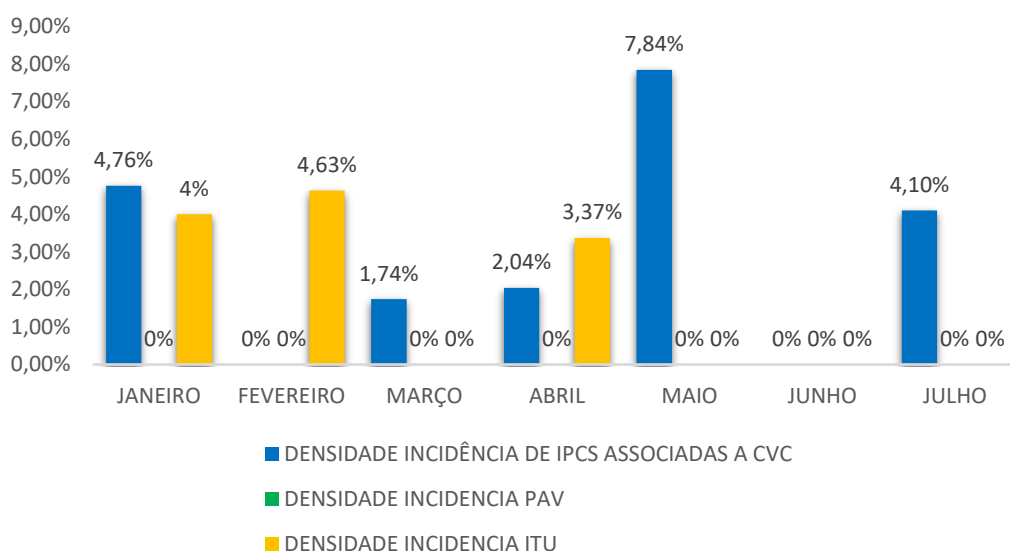
**Gráfico 86. Taxa de infecção hospitalar – Geral hospitalar**



Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Gráfico 87. Densidade incidência de IRAS**

Fonte: Relatório Interno – Serviço de Infecção Hospitalar.

**Gráfico 88. 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 | JULHO |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS                                        | QUANTO MAIOR, MELHOR | 6       | 10        | 8     | 1     | 2    | 0     | 4     |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DO HMG                      | QUANTO MAIOR, MELHOR | 3       | 8         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM DENGUE-PROVENIENTE DO HMG                     | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| TAXA DE TESTE POSITIVO PARA COVID                                        | 0%                   | 20%     | 23,52%    | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO HMG                        | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 1         | 2     | 0     | 0    | 0     | 2     |
| NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE ACOMPANHADOS NO HMG NOTIFICADOS NA ORIGEM | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 2     | 3     | 3    | 1     | 3     |
| NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NO HMG                            | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 1     | 1     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES NOTIFICADOS NO HMG                          | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS NO HMG                           | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA                                                | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0       | 1         | 5     | 0     | 1    | 0     | 2     |

Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

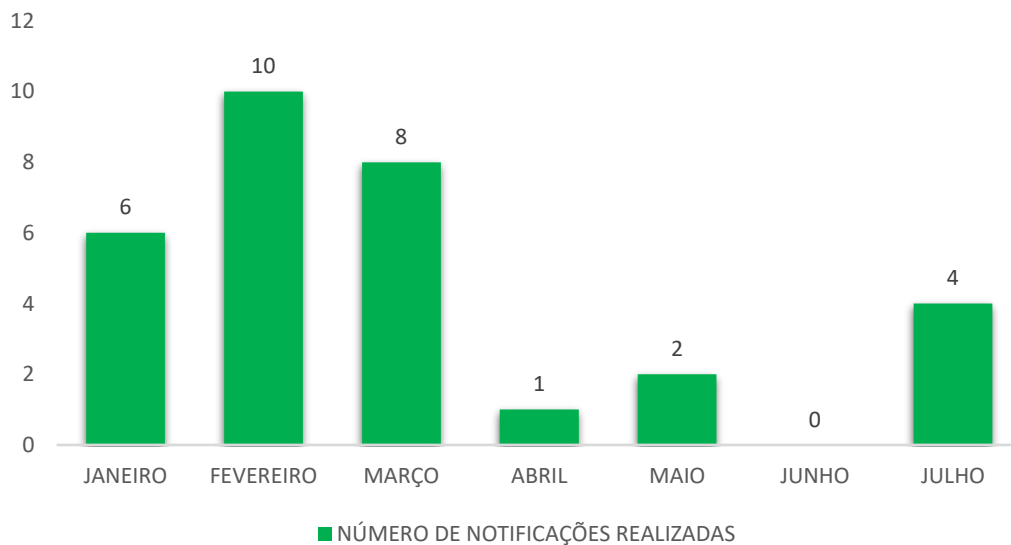
## ANÁLISE CRÍTICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No mês de julho, foram registrados dois casos de tuberculose, cujas notificações ocorreram oportunamente, evidenciando a atuação da vigilância epidemiológica ativa e o adequado acompanhamento dos casos identificados na unidade.

Também foram realizadas duas notificações de violência, demonstrando a sensibilização da equipe assistencial para o reconhecimento de situações de vulnerabilidade e a importância da notificação para o adequado encaminhamento e acompanhamento dos casos.

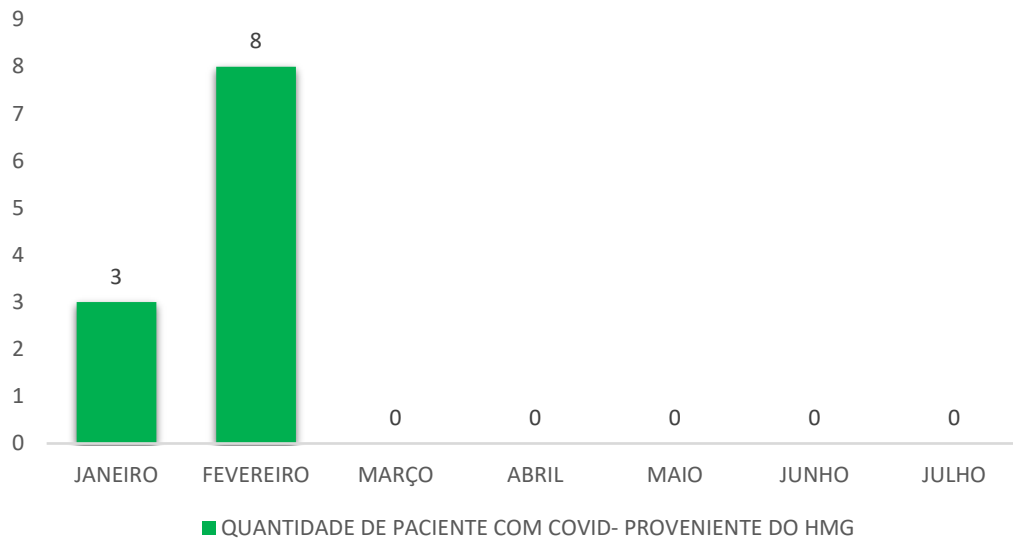
Os resultados reforçam a importância da manutenção das ações de vigilância, identificação precoce, notificação compulsória e orientação contínua das equipes, contribuindo para a segurança dos pacientes e o cumprimento dos fluxos institucionais e epidemiológicos.

**Gráfico 89. Número de notificações realizadas**



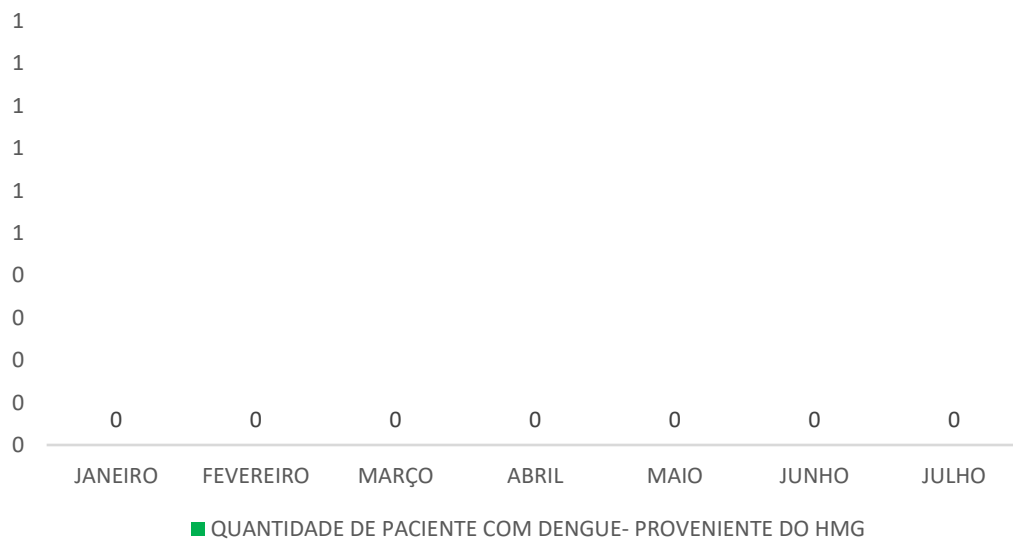
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

**Gráfico 90. Quantidade de pacientes com COVID proveniente do HMG**



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

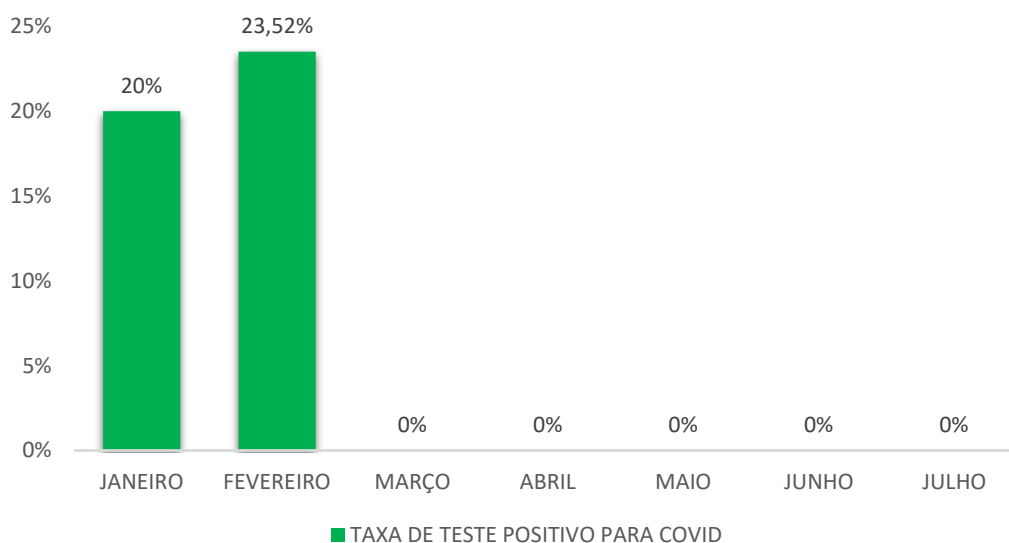
**Gráfico 91. Quantidade de pacientes com dengue proveniente do HMG**



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

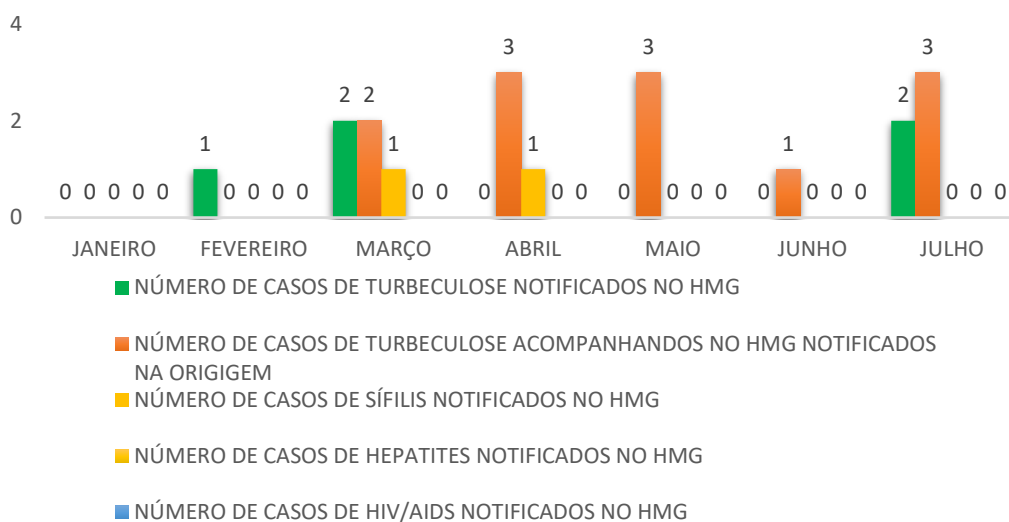


**Gráfico 92. Taxa de teste positivo para COVID**



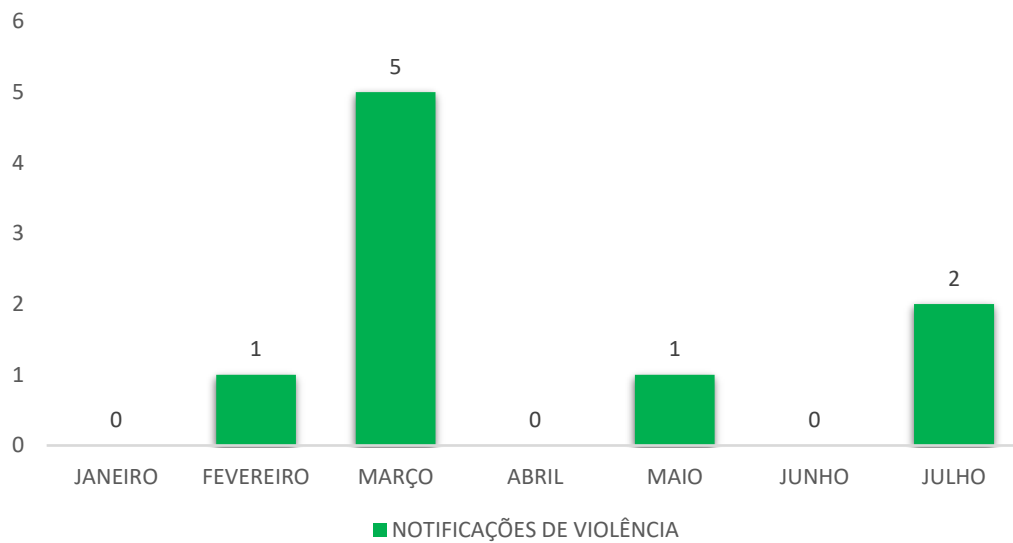
Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

**Gráfico 93. Número de casos**



Fonte: Relatório Interno –Vigilância em Saúde

Gráfico 94. 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 | JULHO |
|----------------------------------------------|-----------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS     | > 85%     | 87%     | 87%       | 90%   | 86%   | 86%  | 83%   | 93%   |
| TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER | < 15 DIAS | 4       | 5         | 5     | 6     | 5    | 5     | 6     |
| NÚMERO DE ADMISSÕES                          | NEUTRO    | 117     | 114       | 115   | 132   | 124  | 121   | 140   |
| NÚMERO DE FICHAS ACEITAS                     | NEUTRO    | 135     | 131       | 128   | 153   | 145  | 146   | 151   |
| NÚMERO DE FICHAS REJEITADAS                  | NEUTRO    | 277     | 346       | 132   | 74    | 49   | 60    | 36    |
| NÚMERO DE FICHAS CANCELADAS                  | NEUTRO    | 18      | 17        | 13    | 21    | 21   | 25    | 11    |
| NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS            | NEUTRO    | 12      | 5         | 8     | 12    | 9    | 23    | 17    |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS                | NEUTRO    | 78      | 109       | 108   | 113   | 99   | 93    | 113   |
| NÚMERO DE REMOÇÕES                           | NEUTRO    | 90      | 114       | 116   | 125   | 108  | 116   | 130   |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR        | NEUTRO    | 4       | 2         | 4     | 4     | 2    | 0     | 3     |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR           | NEUTRO    | 0       | 0         | 1     | 1     | 0    | 1     | 0     |
| NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS              | NEUTRO    | 0       | 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  | JULHO  |
|------------------------------------------|--------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | > 15%  | 17,04%  | 9,16%     | 16,41% | 21,57% | 26,21% | 22,60% | 33,11% |
| NÚMERO DE ADMISSÕES                      | NEUTRO | 23      | 12        | 21     | 33     | 38     | 33     | 50     |

|                                   |        |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------------------|--------|----|----|----|----|----|----|----|
| NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS | NEUTRO | 11 | 2  | 7  | 11 | 7  | 12 | 14 |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS     | NEUTRO | 26 | 47 | 42 | 51 | 39 | 46 | 54 |
| NÚMERO DE REMOÇÕES                | NEUTRO | 37 | 49 | 49 | 62 | 46 | 58 | 68 |
| NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS   | NEUTRO | 0  | 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  | JULHO  |
|------------------------------------------|--------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | > 15%  | 69,63%  | 77,10%    | 53,13% | 39,22% | 35,17% | 35,62% | 31,79% |
| NÚMERO DE ADMISSÕES                      | NEUTRO | 94      | 101       | 68     | 60     | 51     | 52     | 48     |
| NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS        | NEUTRO | 1       | 2         | 1      | 0      | 1      | 1      | 0      |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS            | NEUTRO | 48      | 51        | 33     | 35     | 31     | 17     | 24     |
| NÚMERO DE REMOÇÕES                       | NEUTRO | 49      | 53        | 34     | 35     | 32     | 18     | 24     |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR    | NEUTRO | 3       | 2         | 2      | 1      | 2      | 0      | 0      |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR       | NEUTRO | 0       | 0         | 0      | 1      | 0      | 1      | 0      |
| NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS          | NEUTRO | 0       | 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  | JULHO  |
|------------------------------------------|--------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | > 15%  | N/A     | N/A       | 19,53% | 23,53% | 22,07% | 24,66% | 25,83% |
| NÚMERO DE ADMISSÕES                      | NEUTRO | N/A     | N/A       | 25     | 36     | 32     | 36     | 39     |

|                                       |        |     |     |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|----|----|----|----|----|
| NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS     | NEUTRO | N/A | N/A | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS         | NEUTRO | N/A | N/A | 19 | 21 | 17 | 24 | 28 |
| NÚMERO DE REMOÇÕES                    | NEUTRO | N/A | N/A | 19 | 22 | 18 | 24 | 28 |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO COLABORADOR | NEUTRO | N/A | N/A | 2  | 3  | 0  | 0  | 3  |
| NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO FAMILIAR    | NEUTRO | N/A | N/A | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS       | NEUTRO | N/A | N/A | 0  | 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 | JULHO |
|------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | > 15%  | 0%      | 0,76%     | 0,78% | 1,31% | 2,07% | 0%    | 1,99% |
| NÚMERO DE ADMISSÕES                      | NEUTRO | 0       | 1         | 1     | 2     | 3     | 0     | 3     |
| NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS        | NEUTRO | 0       | 1         | 0     | 0     | 0     | 12    | 3     |
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS            | NEUTRO | 4       | 9         | 14    | 4     | 11    | 4     | 7     |
| NÚMERO DE REMOÇÕES                       | NEUTRO | 4       | 10        | 14    | 4     | 11    | 16    | 10    |
| NÚMERO DE READMISSÕES NAS 24HRS          | NEUTRO | 0       | 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)**

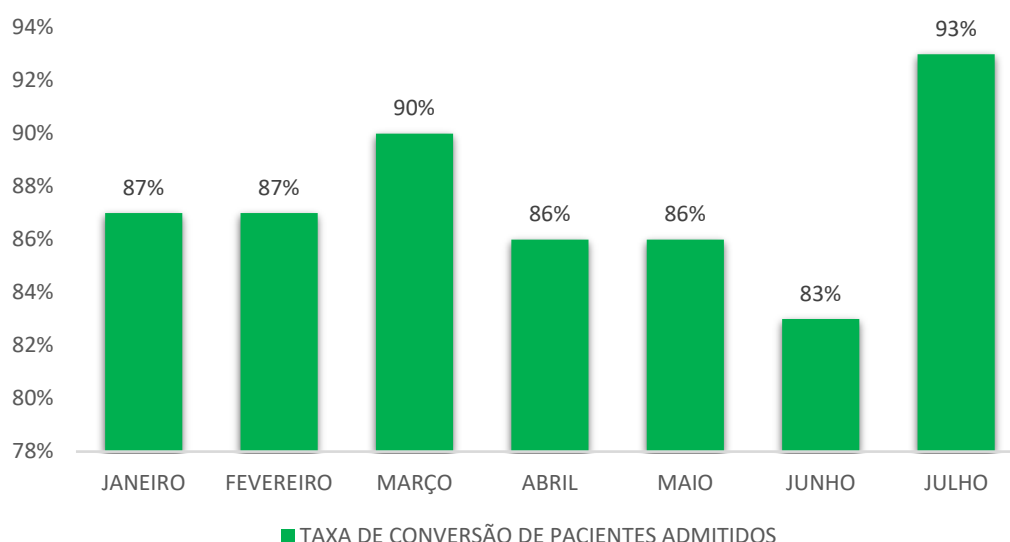
| INDICADOR                                | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | > 15%  | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| NÚMERO DE ADMISSÕES                      | NEUTRO | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS        | NEUTRO | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |

|                               |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE AVALIAÇÕES EXTERNAS | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| NÚMERO DE REMOÇÕES            | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |

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

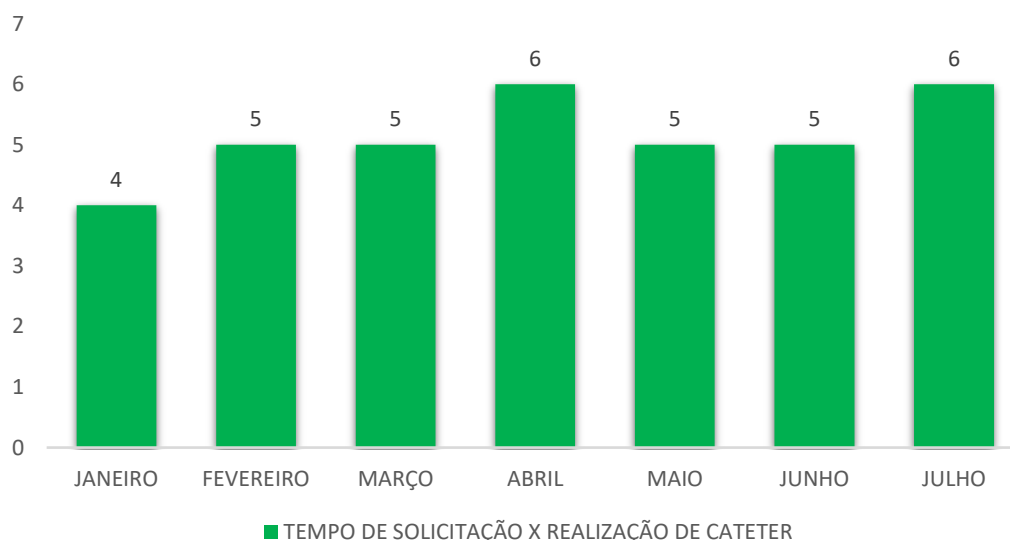
**Observação:** Não tivemos nenhuma admissão no setor de Pediatria.

**Gráfico 95. Taxa de conversão de pacientes admitidos**



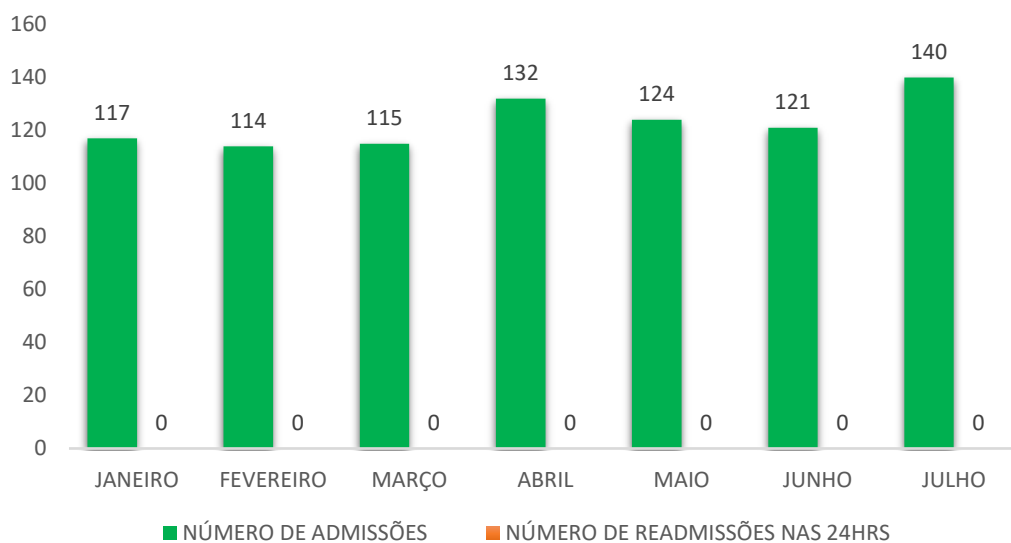
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 96. Tempo de solicitação x realização do cateter**



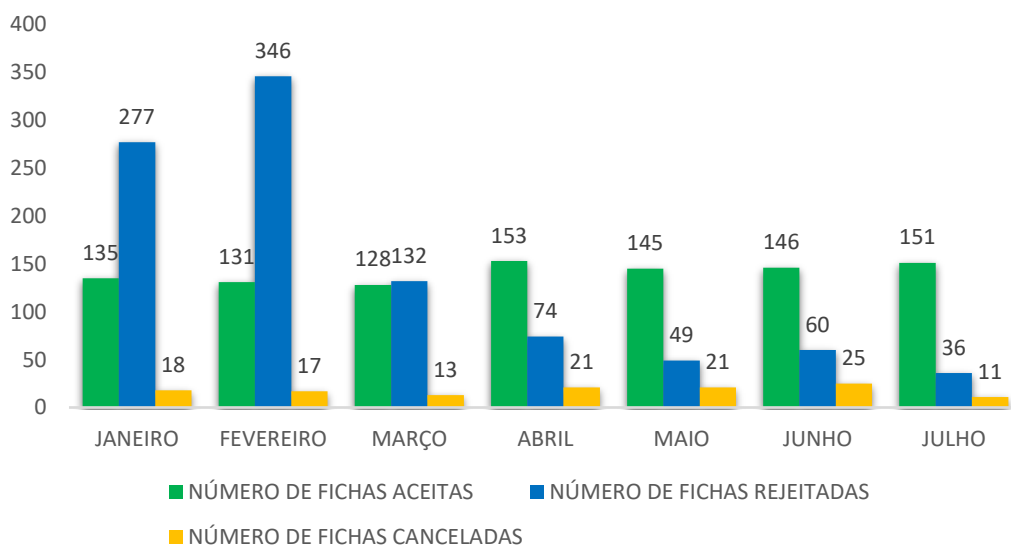
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

**Gráfico 97. Admissões e readmissões nas 24hrs**

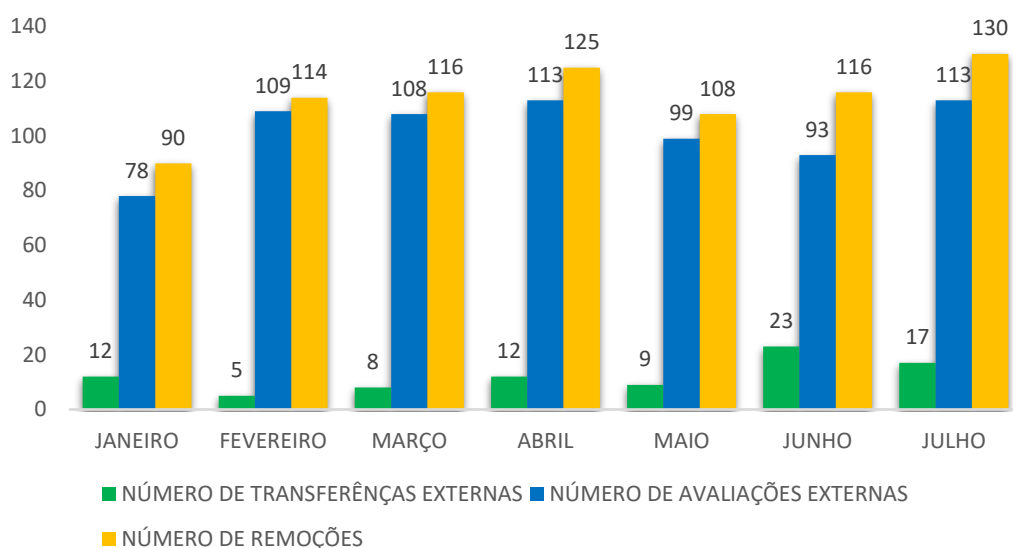


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Médica – Núcleo Interno de Regulação/ SMPEP.

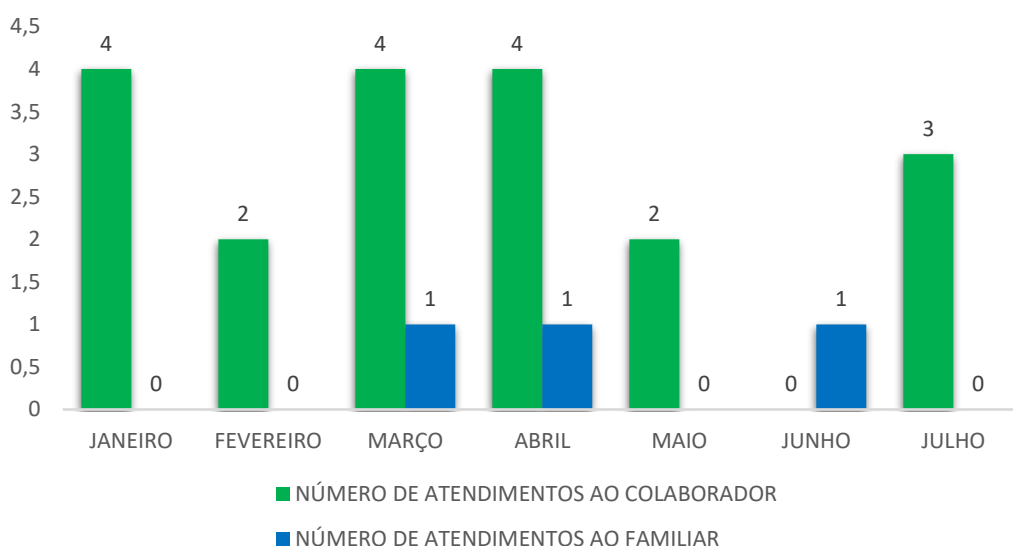
**Gráfico 98. Análise de fichas CROSS**



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

**Gráfico 99. Serviço de remoção de pacientes**

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

**Gráfico 100. 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 | JULHO |
|-------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE ADEÇÃO NOS TREINAMENTOS           | > 80%  | 78,88%  | 92%       | 87%   | 83%   | 86%  | 80%   | 91%   |
| TAXA DE TREINAMENTOS PREVISTOS EM LNT     | > 80%  | 61,76%  | 48%       | 37%   | 30%   | 84%  | 57%   | 50%   |
| TAXA DE CANCELAMENTO/REMANEJAMENTO        | < 20%  | 38%     | 52%       | 63%   | 70%   | 16%  | 42%   | 50%   |
| NÚMERO DE TREINAMENTOS                    | > 20   | 29      | 31        | 38    | 26    | 33   | 47    | 32    |
| NÚMERO DE TREINAMENTOS ASSISTENCIAIS      | > 20   | 15      | 22        | 22    | 12    | 25   | 28    | 16    |
| NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES             | 624    | 1237    | 1222      | 1158  | 799   | 1399 | 2147  | 1478  |
| NÚMERO DE HORAS REALIZADAS DE TREINAMENTO | 620    | 87      | 71        | 60    | 34    | 78   | 97    | 141   |
| NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE MEDICINA   | NEUTRO | 2       | 2         | 4     | 4     | 7    | 3     | 2     |
| NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM | NEUTRO | 9       | 56        | 44    | 23    | 31   | 18    | 18    |
| NÚMERO DE ALUNOS EM ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO   | NEUTRO | 0       | 7         | 7     | 8     | 5    | 7     | 0     |

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

## ANÁLISE CRÍTICA – NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No mês de julho, a Taxa de Adesão aos Treinamentos atingiu 91%, superando a meta de 80% e apresentando melhora em relação a junho (80%), evidenciando maior participação dos colaboradores nas ações educativas realizadas.

Em contrapartida, a Taxa de Treinamentos Previstos em LNT foi de 50%, permanecendo abaixo da meta de 80%, enquanto a Taxa de Cancelamento/Remanejamento atingiu 50%, acima do limite estabelecido de 20%. Os resultados demonstram oportunidade de melhoria no cumprimento do planejamento das capacitações e na organização das agendas junto aos setores.

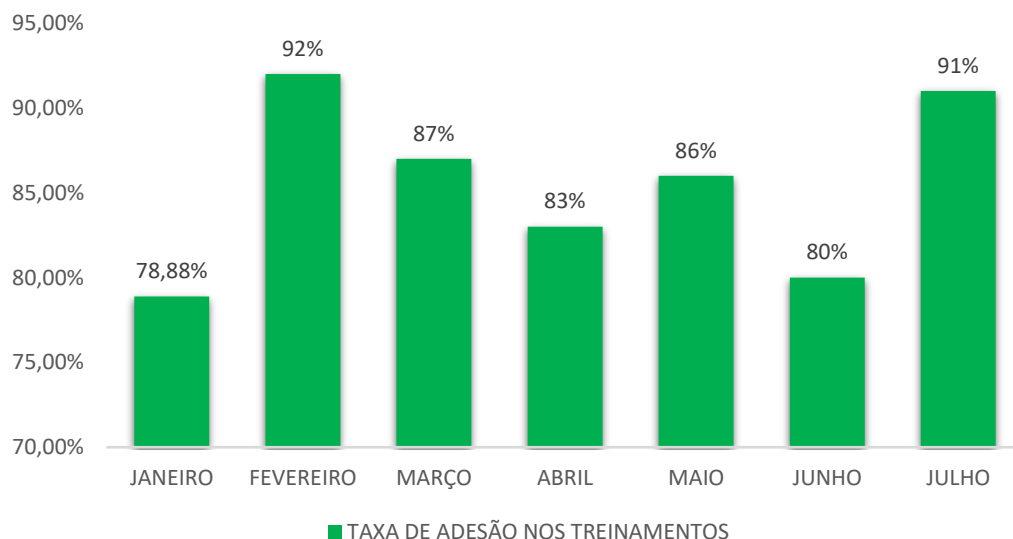
Foram realizados 32 treinamentos, sendo 16 assistenciais, com 1.478 participações e 141 horas de treinamento. Apesar da redução do número de ações em relação a junho, houve aumento da carga horária realizada, associado à manutenção de uma elevada adesão dos colaboradores. Como oportunidade de melhoria, o NEP deverá manter o acompanhamento do cronograma de treinamentos previsto no LNT, reforçando o alinhamento prévio com as lideranças e a reprogramação das ações canceladas ou remanejadas, visando aumentar a execução do planejamento e reduzir os cancelamentos nas próximas competências.

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

- 6 Metas internacionais;
- 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;
- Alta administrativa;
- Alta performance e gestão estratégica;
- Atualização CNES;
- Avaliação e acompanhamento de lesões;
- Boas práticas de coleta;
- Como construir relações saudáveis no ambiente de trabalho;
- Conferência do carrinho beira leito;
- Cópia de prontuário;
- Debriefing pós queda;
- Faturamento de contas;

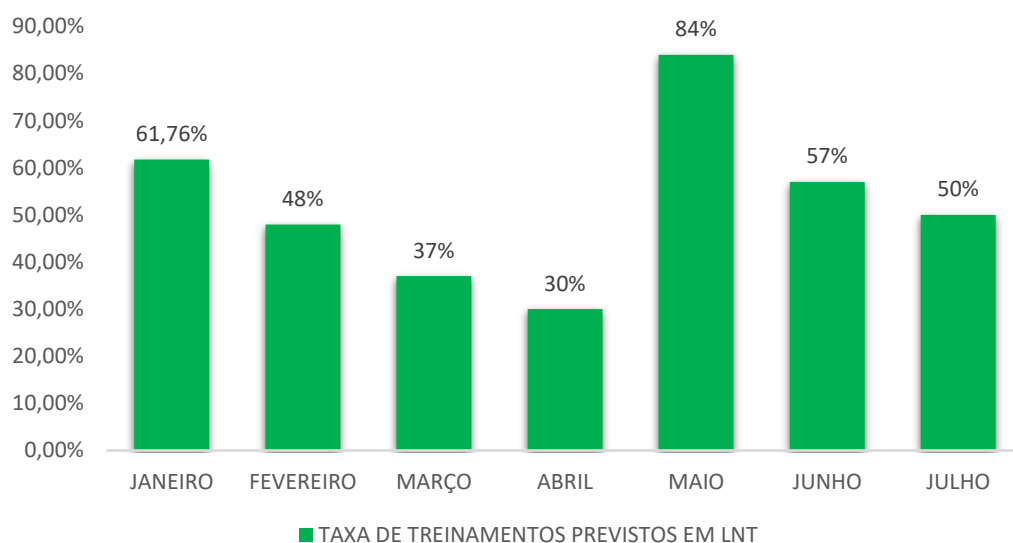
- Inutilização e descarte de medicamentos e insumos hospitalares nas farmácias satélites, caf e almoxarifado;
- Lista de presença digital;
- Meta 1 - Identificação do paciente;
- NR 23 - Prevenção e combate ao princípio de incêndio;
- Passagem de plantão;
- PGRSS;
- PGRSS: Práticas seguras quanto a segregação, acondicionamento, coleta, transporte e abrigos dos resíduos;
- Plano de contingência da anatomia;
- Pré limpeza das caixas instrumentais;
- Precaução e isolamento e higiene das mãos;
- Preenchimento das placas de cabeceira dos pacientes;
- Qualidade de higienização dos quartos;
- SIPAT
- Validação de enfermeiros na passagem de sonda nasointestinal;
- Verificação de temperatura.

**Gráfico 101. Taxa de adesão nos treinamentos**



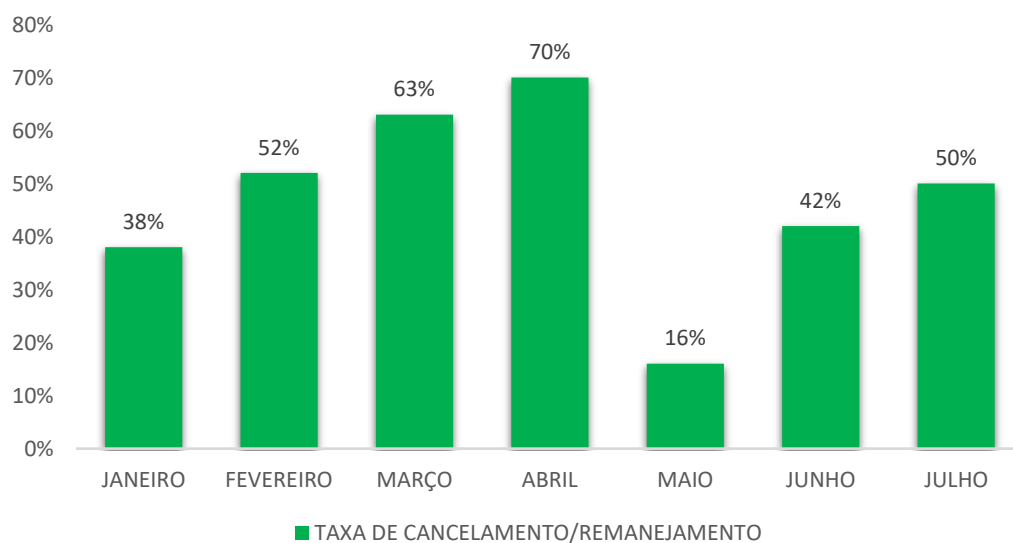
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 102. Taxa de treinamentos previstos em LNT**

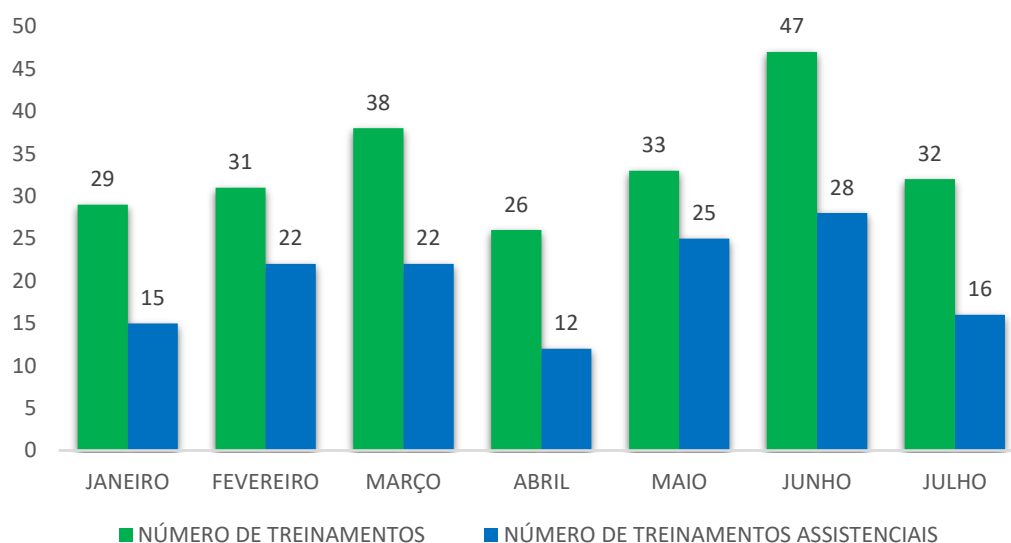


Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

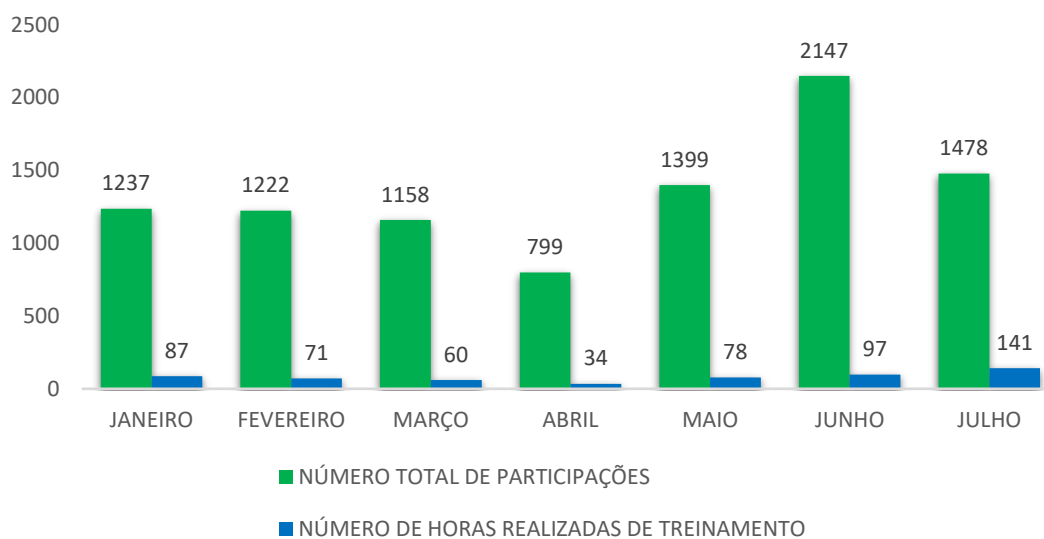
**Gráfico 103. Taxa de cancelamento/remanejamento dos treinamentos**



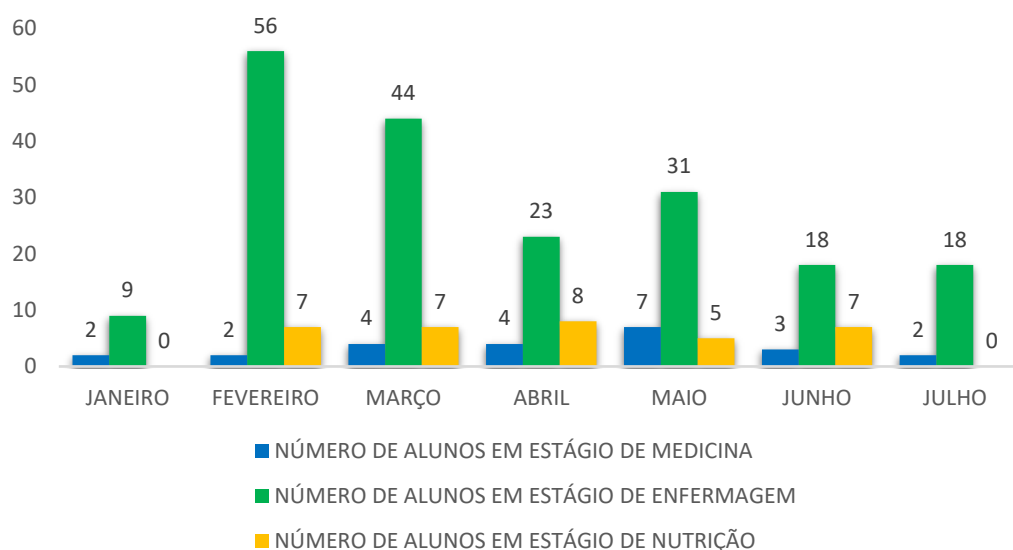
Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 104. Número de treinamentos gerais e assistenciais**

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 105. Número de participações e horas realizadas**

Fonte: Relatório Interno – Núcleo de Educação Permanente.

**Gráfico 106. 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 | JULHO |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO      | > 95% | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS) | > 70% | 100%    | 100%      | 100%  | 86%   | 93%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)              | > 70% | 92%     | 80%       | 100%  | 62%   | 86%  | 91%   | 84%   |
| TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO      | < 50% | 46%     | 40%       | 67%   | 43%   | 43%  | 36%   | 42%   |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS         | 100%  | 96%     | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |

|                                                        |        |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL                | > 90%  | 69% | 80% | 67% | 43% | 71% | 77% | 79% |
| Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO | NEUTRO | 23  | 12  | 21  | 33  | 38  | 33  | 50  |
| TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS                          | NEUTRO | 23  | 12  | 21  | 33  | 38  | 33  | 50  |
| Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO                   | NEUTRO | 13  | 5   | 6   | 18  | 13  | 22  | 19  |
| Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO                       | NEUTRO | 13  | 5   | 6   | 21  | 14  | 22  | 19  |
| Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS                               | NEUTRO | 12  | 4   | 6   | 13  | 12  | 20  | 16  |
| Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO   | NEUTRO | 6   | 2   | 4   | 9   | 6   | 8   | 8   |
| Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS            | NEUTRO | 22  | 12  | 21  | 33  | 38  | 33  | 50  |
| Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO      | NEUTRO | 9   | 4   | 4   | 9   | 10  | 17  | 15  |
| Nº DE ALTAS                                            | NEUTRO | 13  | 5   | 6   | 21  | 14  | 22  | 19  |
| Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS                       | NEUTRO | 23  | 12  | 21  | 33  | 38  | 33  | 50  |

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 | JULHO |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO      | > 95% | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS) | > 70% | 93%     | 93%       | 98%   | 97%   | 92%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)              | > 70% | 87%     | 88%       | 88%   | 83%   | 81%  | 89%   | 91%   |
| TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO      | < 50% | 40%     | 32%       | 35%   | 48%   | 23%  | 33%   | 48%   |

|                                                        |        |      |      |      |     |      |      |      |
|--------------------------------------------------------|--------|------|------|------|-----|------|------|------|
| TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS          | 100%   | 100% | 100% | 100% | 98% | 100% | 100% | 100% |
| TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL                | > 90%  | 51%  | 55%  | 48%  | 41% | 58%  | 72%  | 83%  |
| Nº DE PACIENTES COM DPA EM ATÉ 48HRS APÓS A INTERNAÇÃO | NEUTRO | 94   | 101  | 68   | 60  | 51   | 52   | 48   |
| TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS                          | NEUTRO | 94   | 101  | 68   | 60  | 51   | 52   | 48   |
| Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO                   | NEUTRO | 51   | 52   | 39   | 28  | 24   | 18   | 23   |
| Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO                       | NEUTRO | 55   | 56   | 40   | 29  | 26   | 18   | 23   |
| Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS                               | NEUTRO | 48   | 49   | 35   | 24  | 21   | 16   | 21   |
| Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO   | NEUTRO | 22   | 18   | 14   | 14  | 6    | 6    | 11   |
| Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS            | NEUTRO | 94   | 101  | 68   | 59  | 51   | 52   | 48   |
| Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO      | NEUTRO | 28   | 31   | 19   | 12  | 15   | 13   | 19   |
| Nº DE ALTAS                                            | NEUTRO | 55   | 56   | 40   | 29  | 26   | 18   | 23   |
| Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS                       | NEUTRO | 94   | 101  | 68   | 60  | 51   | 52   | 48   |

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 | JULHO |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO DEFINIDO      | > 95% | N/A     | N/A       | 100%  | 100%  | 97%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO (RESULTADOS) | > 70% | N/A     | N/A       | 86%   | 100%  | 100% | 95%   | 95%   |



|                                                      |        |     |     |      |      |     |      |      |
|------------------------------------------------------|--------|-----|-----|------|------|-----|------|------|
| TAXA DE ALTA MÉDICA ATÉ 10HRS (PROCESSO)             | > 70%  | N/A | N/A | 79%  | 90%  | 90% | 79%  | 95%  |
| TAXA DE PACIENTES COM ALTO TEMPO DE INTERNAMENTO     | < 50%  | N/A | N/A | 29%  | 67%  | 40% | 16%  | 41%  |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS        | 100%   | N/A | N/A | 100% | 100% | 97% | 100% | 100% |
| TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL              | > 90%  | N/A | N/A | 43%  | 58%  | 70% | 79%  | 95%  |
| TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS                        | NEUTRO | N/A | N/A | 25   | 36   | 32  | 36   | 39   |
| Nº DE ALTAS DENTRO DO PRAZO PROPOSTO                 | NEUTRO | N/A | N/A | 12   | 21   | 20  | 18   | 21   |
| Nº DE ALTAS PREVISTAS NO PERÍODO                     | NEUTRO | N/A | N/A | 14   | 21   | 20  | 19   | 22   |
| Nº DE ALTAS ATÉ AS 10HRS                             | NEUTRO | N/A | N/A | 11   | 19   | 18  | 15   | 21   |
| Nº TOTAL DE PACIENTES EM CONDIÇÃO DE KANBAM VERMELHO | NEUTRO | N/A | N/A | 4    | 14   | 8   | 3    | 9    |
| Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS          | NEUTRO | N/A | N/A | 25   | 36   | 31  | 36   | 39   |
| Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO    | NEUTRO | N/A | N/A | 6    | 11   | 14  | 15   | 21   |
| Nº DE ALTAS                                          | NEUTRO | N/A | N/A | 14   | 21   | 20  | 19   | 22   |
| Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS                     | NEUTRO | N/A | N/A | 25   | 36   | 32  | 36   | 39   |

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 | JULHO |
|-----------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL - 24HRS | 100%  | 0%      | 0%        | 100%  | 100%  | 100% | 0%    | 100%  |
| TAXA DE PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL       | > 90% | 0%      | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |

|                                                   |        |     |     |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS                     | NEUTRO | 105 | 109 | 106 | 111 | 104 | 114 | 111 |
| Nº DE PACIENTES COM PLANO DE ALTA MULTI REALIZADO | NEUTRO | 0   | 6   | 2   | 2   | 2   | 12  | 3   |
| Nº DE ALTAS                                       | NEUTRO | 0   | 6   | 2   | 2   | 2   | 12  | 3   |
| Nº DE PACIENTES ACOLHIDOS EM MENOS DE 24HRS       | NEUTRO | 0   | 1   | 1   | 3   | 2   | 12  | 3   |
| Nº DE PACIENTES ADMITIDOS NO MÊS                  | NEUTRO | 0   | 1   | 1   | 3   | 5   | 0   | 3   |
| Nº DE PACIENTES COM ALTA CLÍNICA                  | NEUTRO | 98  | 102 | 99  | 103 | 98  | 97  | 106 |

Fonte: Relatório Interno – EGA.

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

| INDICADOR                      | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|--------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| AUSÊNCIA FAMILIAR              | QUANTO MENOR, MELHOR | 19      | 19        | 18    | 18    | 19   | 20    | 17    |
| VÍNCULO FAMILIAR PREJUDICADO   | QUANTO MENOR, MELHOR | 43      | 42        | 41    | 38    | 39   | 43    | 43    |
| AGUARDA ILPI (+ 60 ANOS)       | QUANTO MENOR, MELHOR | 11      | 11        | 15    | 11    | 11   | 12    | 10    |
| AGUARDA CENTRO POP (- 60 ANOS) | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 1         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| PACIENTES SOCIAL GRAU III      | QUANTO MENOR, MELHOR | 18      | 13        | 14    | 14    | 13   | 10    | 11    |
| AGUARDA EMAD                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 0     | 0     | 1    | 0     | 0     |
| AGUARDA "MELHOR EM CASA"/UBS   | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 0         | 0     | 0     | 1    | 1     | 1     |
| OUTROS                         | QUANTO MENOR, MELHOR | 13      | 23        | 18    | 22    | 14   | 28    | 29    |

Fonte: Relatório Interno – EGA.

## ANÁLISE CRÍTICA – ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

No mês de julho de 2026, observou-se aumento do Tempo Médio de Internação (TMI), relacionado principalmente à maior complexidade dos pacientes internados, ao aumento de casos com perfil de retaguarda, demandas judiciais e situações de fragilidade ou comprometimento do vínculo familiar. Esses fatores interferem

diretamente no processo de desospitalização e exigem maior articulação com a Rede de Atenção à Saúde e com a rede de apoio dos pacientes. Apesar desse cenário, o indicador permaneceu dentro da meta institucional, evidenciando a atuação integrada do Escritório de Gestão de Altas (EGA), Serviço Social e demais equipes envolvidas.

No período, permaneceram em acompanhamento 10 pacientes pelo Disk Diálise e 2 pelo Programa REVASC. Foram registradas 140 admissões, 100 altas hospitalares e 11 transferências/altas, totalizando 111 altas efetivas, além de 28 óbitos e 1 desistência de tratamento. Os resultados refletem a elevada complexidade e movimentação assistencial da unidade durante a competência.

Na análise das informações, permaneceram divergências entre as bases de dados do EGA, SMPEP e SAME, especialmente quanto ao quantitativo de altas. A inconsistência já havia sido formalmente encaminhada ao setor responsável em 02/07/2026, permanecendo pendente de devolutiva. O cenário reforça a necessidade de padronização dos critérios de contabilização e validação das bases, visando maior confiabilidade e rastreabilidade dos indicadores institucionais.

Em relação ao Plano de Alta Multiprofissional, o indicador apresentou evolução significativa, alcançando 95% de adesão global, superando a meta institucional de 90% e representando o melhor resultado desde a implantação do monitoramento. O desempenho demonstra o impacto positivo das ações de sensibilização, orientação e acompanhamento sistemático iniciadas em junho junto às equipes assistenciais.

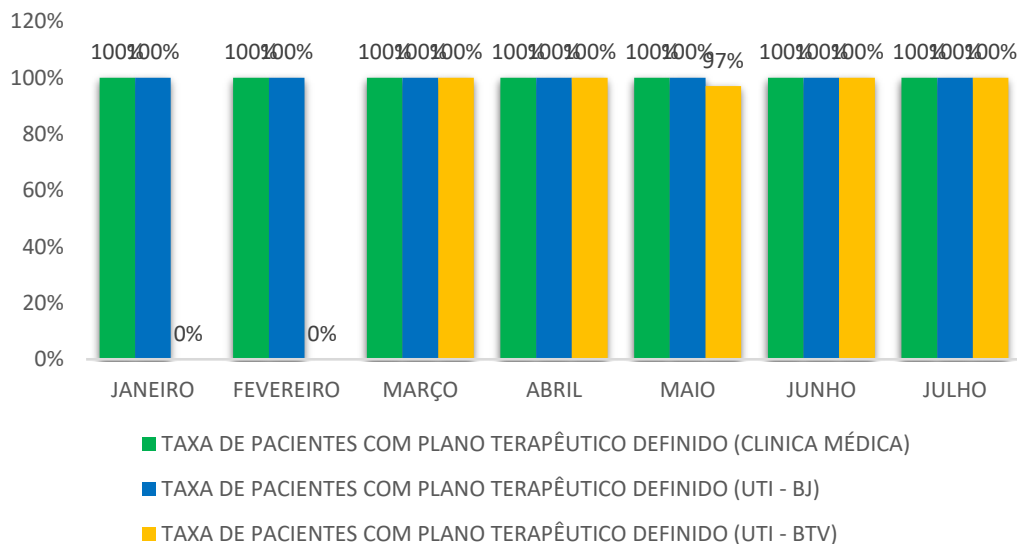
Por categoria profissional, foram alcançados 95% pela equipe médica, 97% pela Enfermagem, 94% pela Fisioterapia, 97% pela Nutrição, 99% pela Farmácia, 94% pelo Serviço Social e 89% pela Psicologia. Apesar do resultado global satisfatório, permanecem oportunidades de melhoria relacionadas principalmente à ausência de registro das orientações na aba específica do prontuário eletrônico. Também foi identificada menor adesão durante os finais de semana, especialmente entre médicos plantonistas e Fisioterapia. As ocorrências foram encaminhadas às respectivas coordenações para acompanhamento e definição de ações direcionadas.

A implantação de uma nova planilha de monitoramento, com estratificação dos resultados por unidade assistencial, permitiu ampliar a análise do indicador. Embora o resultado global tenha alcançado a meta, algumas unidades, especialmente as UTIs,

apresentaram maior oscilação. Esse comportamento está relacionado ao menor número absoluto de altas nesses setores, fazendo com que a ausência de registro em um único caso provoque impacto proporcionalmente maior no percentual setorial.

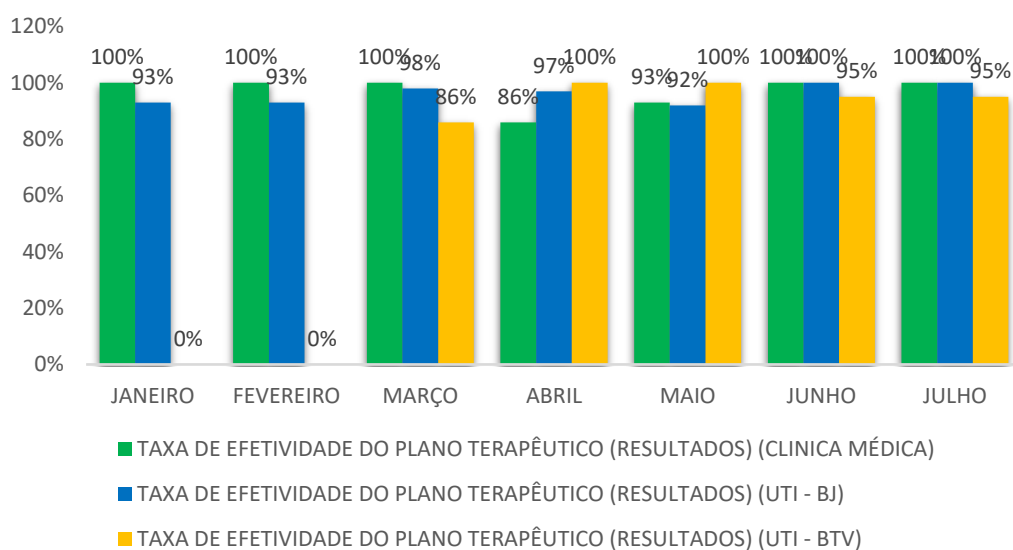
Dessa forma, a estratificação do indicador não representa piora do desempenho institucional, mas amplia a capacidade de identificação das fragilidades locais. Como continuidade do plano de ação, serão mantidos o monitoramento por setor, as orientações às equipes, o acompanhamento das não conformidades de registro e a atuação junto às lideranças, com atenção especial aos finais de semana e às unidades com menor número de altas, visando sustentar o resultado global acima de 90% e reduzir as variações entre os setores.

**Gráfico 107. Taxa de pacientes com plano terapêutico definido**



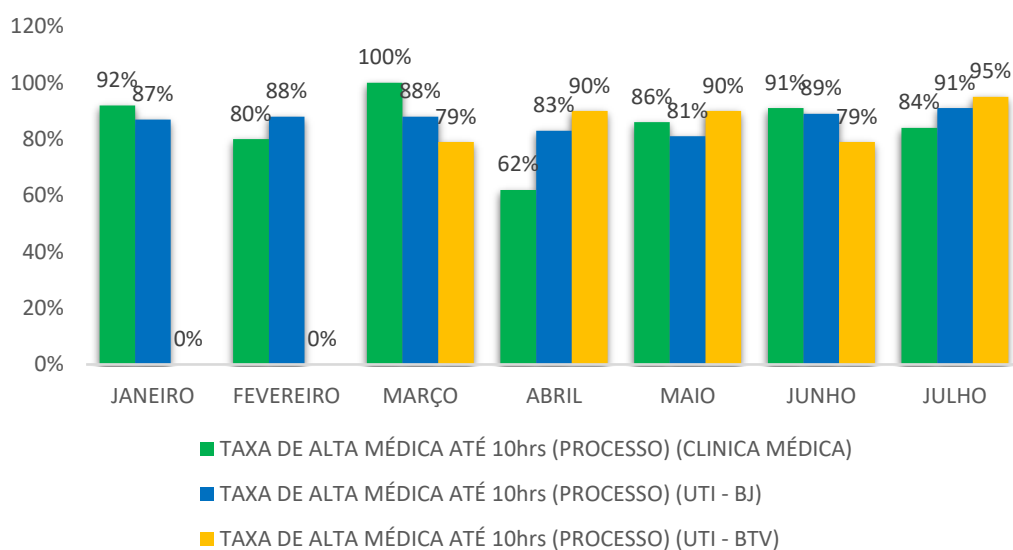
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 108. Taxa de efetividade do plano terapêutico**

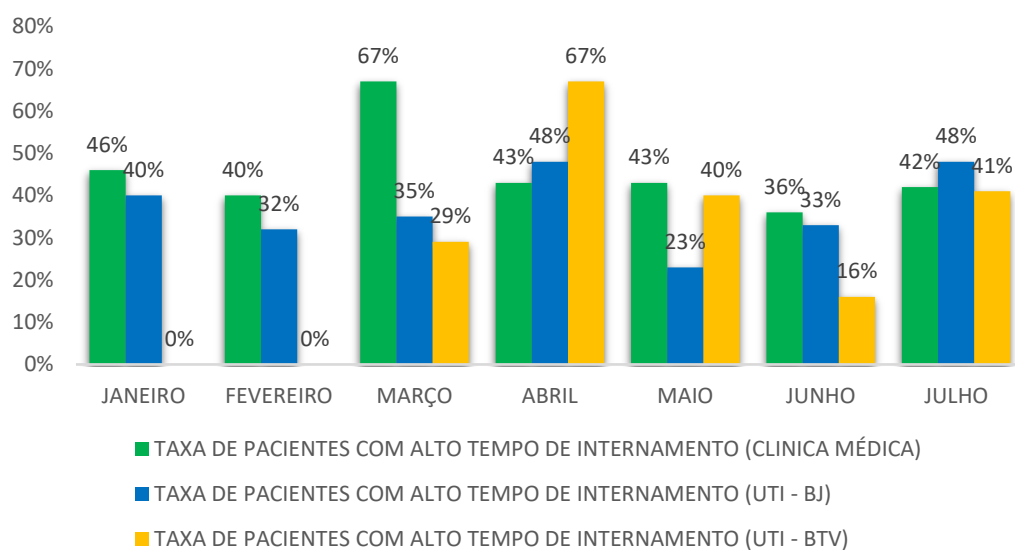


Fonte: Relatório Interno – EGA.

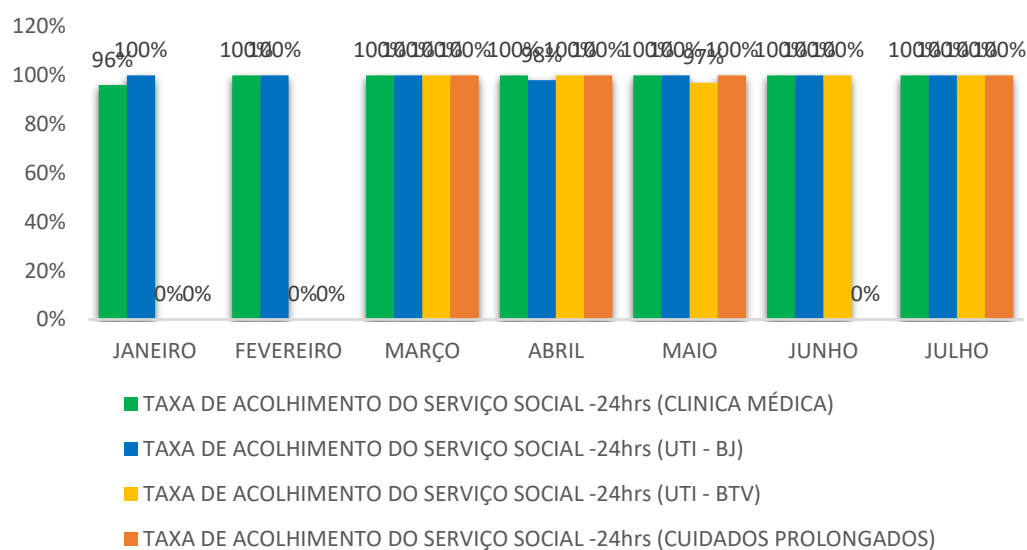
**Gráfico 109. Taxa de alta médica até 10hrs**



Fonte: Relatório Interno – EGA.

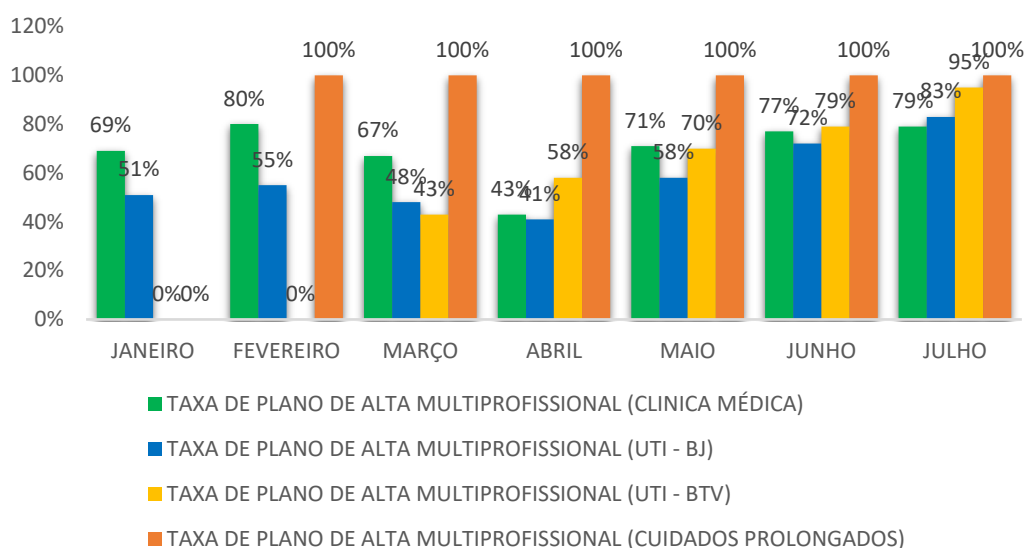
**Gráfico 110. Taxa de pacientes com alto tempo de internação**

Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 111. Taxa de acolhimento do serviço social**

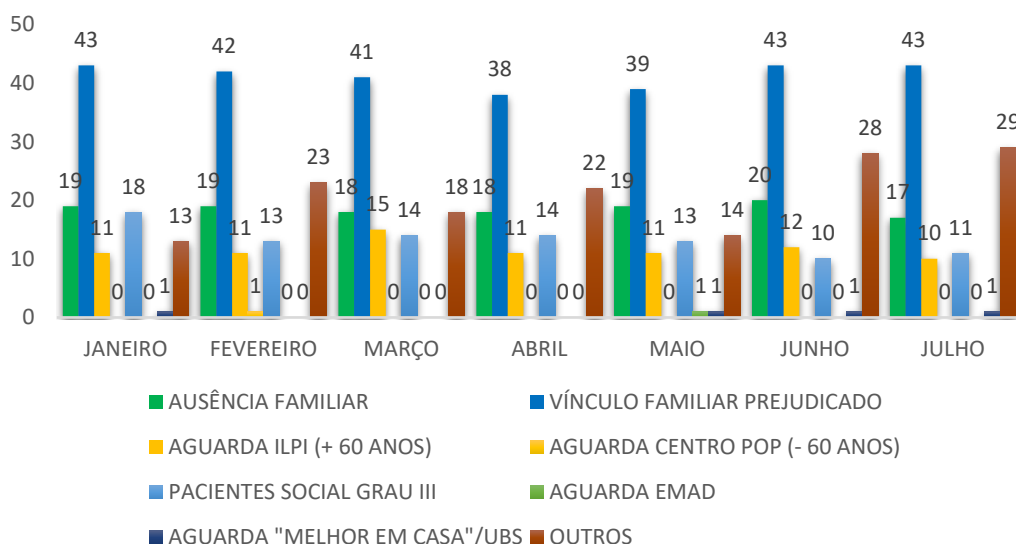
Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 112. Taxa de plano de alta multiprofissional**



Fonte: Relatório Interno – EGA.

**Gráfico 113. 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 | JULHO |
|----------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA | < 0,3% | 0,26%   | 0,45%     | 0,35% | 0,15% | 0,19% | 0,12% | 0,47% |
| TAXA DE ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE    | < 5%   | 2,70%   | 3,10%     | 5,90% | 6,40% | 4,30% | 3,60% | 4,30% |
| TAXA DE EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS              | < 0,3% | 0%      | 0,66%     | 0,24% | 1,66% | 0,28% | 0,12% | 0,11% |
| TAXA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS   | NEUTRO | 12%     | 13%       | 14%   | 12%   | 12%   | 12%   | 14%   |



|                                                           |       |      |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| TAXA DE RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS          | > 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 99%  |
| TAXA DE REALIZAÇÕES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

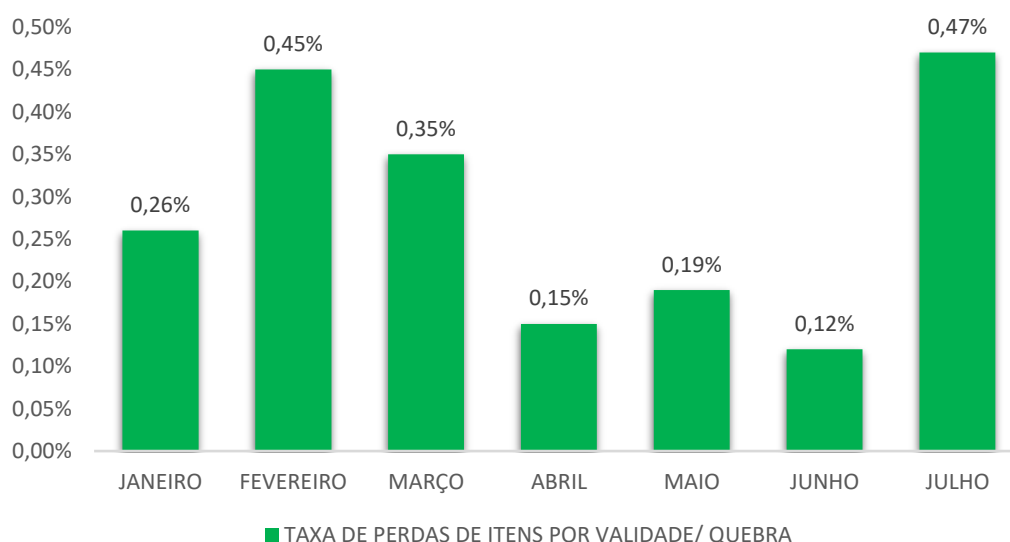
## ANÁLISE CRÍTICA – FARMÁCIA

O indicador Taxa de Perdas por Validade/Quebra foi impactado no mês de julho pela perda de material coletor de urina para uripen 2.000 mL, item adquirido anteriormente e que permaneceu sem utilização na unidade.

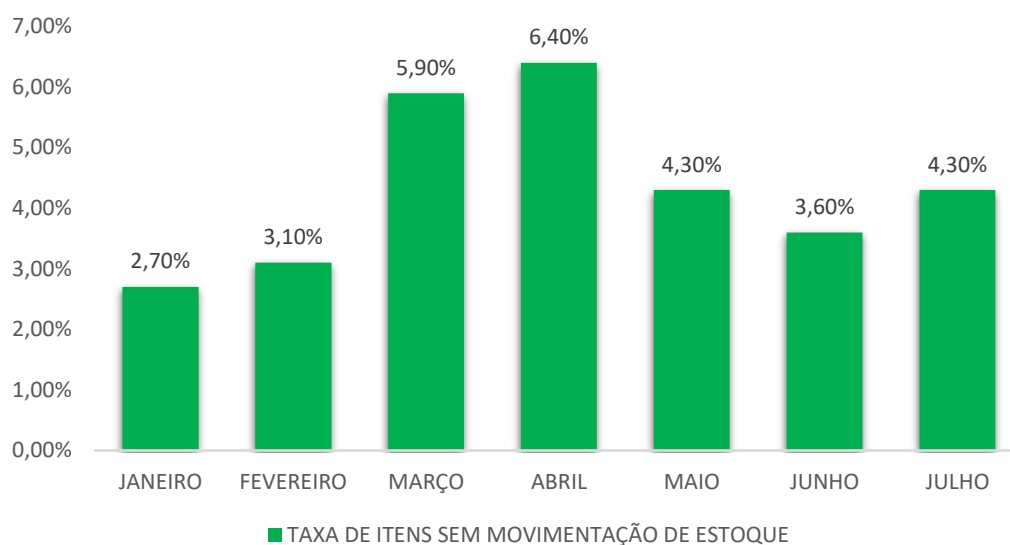
O resultado evidencia oportunidade de melhoria no monitoramento de itens com baixa ou nenhuma movimentação, especialmente daqueles próximos ao vencimento, possibilitando ações antecipadas de remanejamento, transferência ou revisão da necessidade de manutenção em estoque. Como medida preventiva, será reforçado o acompanhamento periódico dos itens sem movimentação e dos respectivos prazos de validade, visando reduzir perdas e otimizar a gestão do estoque.

Os demais indicadores do setor atingiram as metas estabelecidas no período.

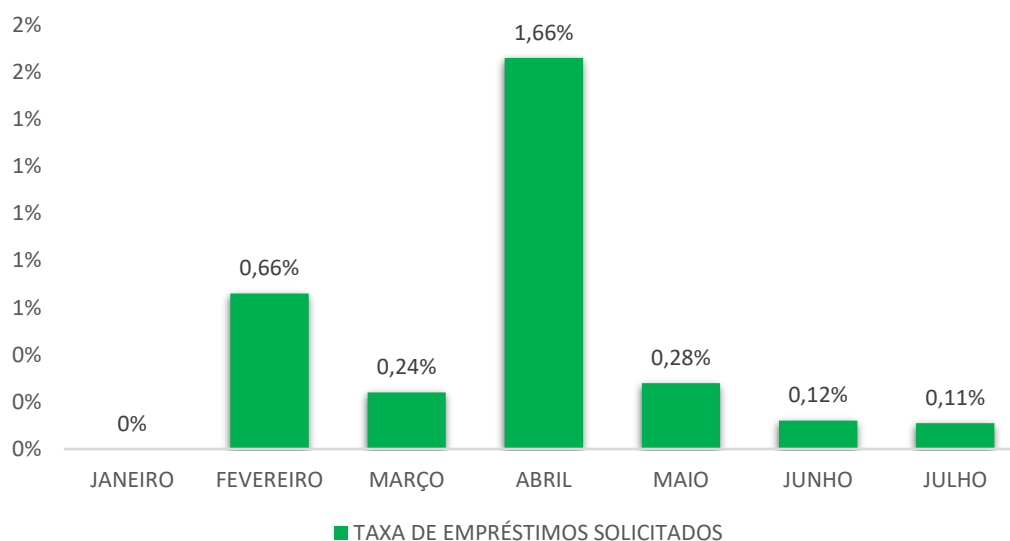
**Gráfico 114. Taxa de perdas de itens por validade/quebra**



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

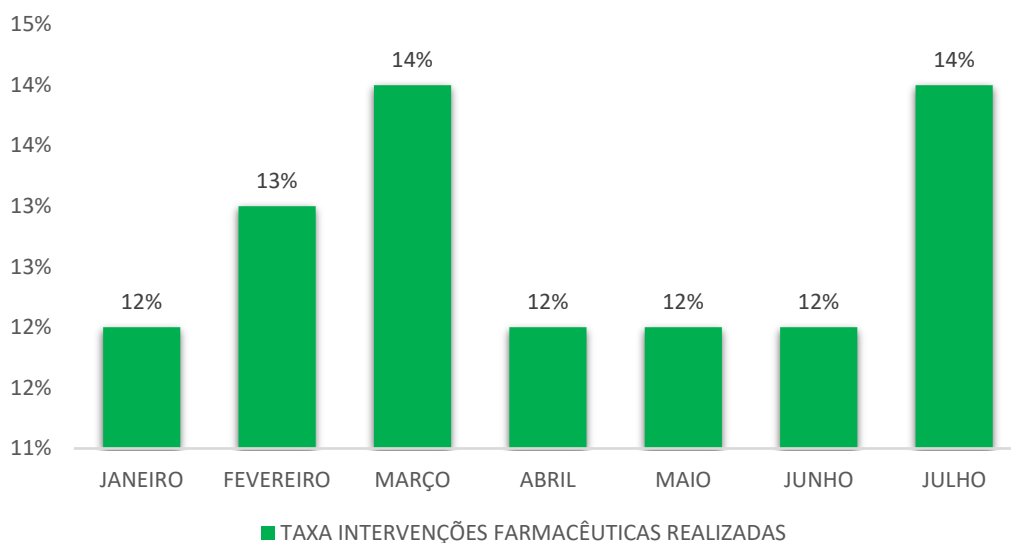
**Gráfico 115. Taxa de itens sem movimentação de estoque**

Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 116. Taxa de empréstimos solicitados**

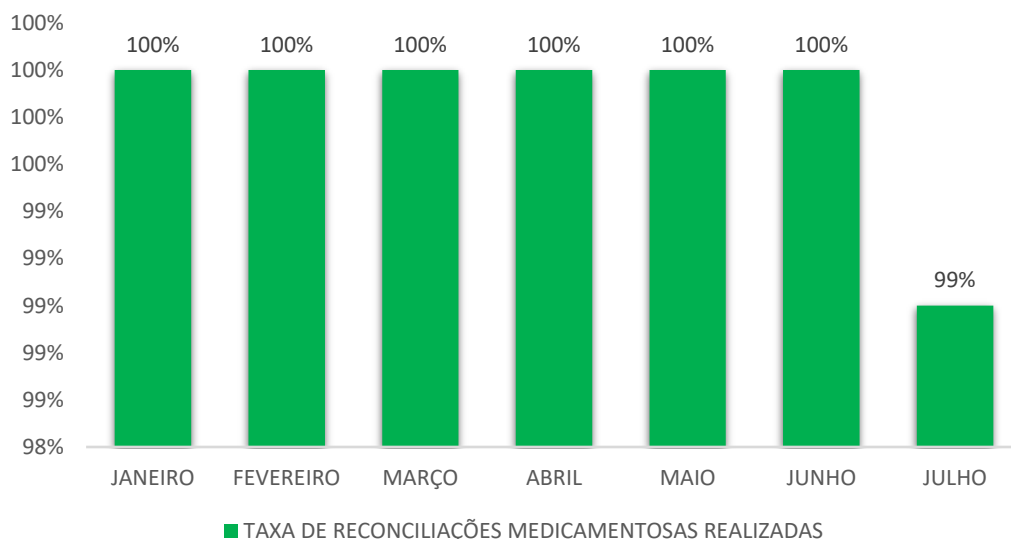
Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 117. Taxa intervenções farmacêuticas realizadas**

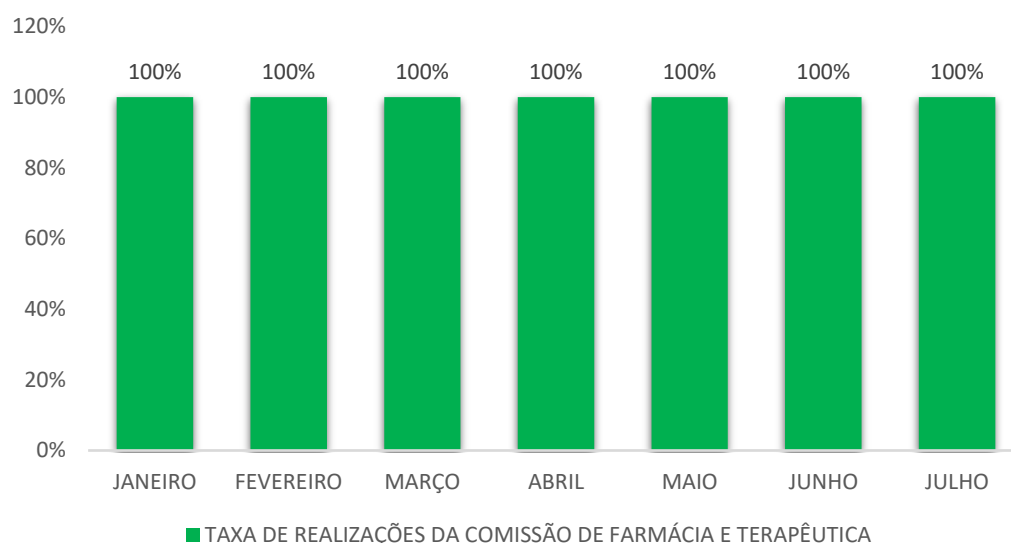


Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 118. Taxa de reconciliações medicamentosas realizadas**



Fonte: Relatório Interno – Suprimentos / Coordenação de Farmácia.

**Gráfico 119. 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.

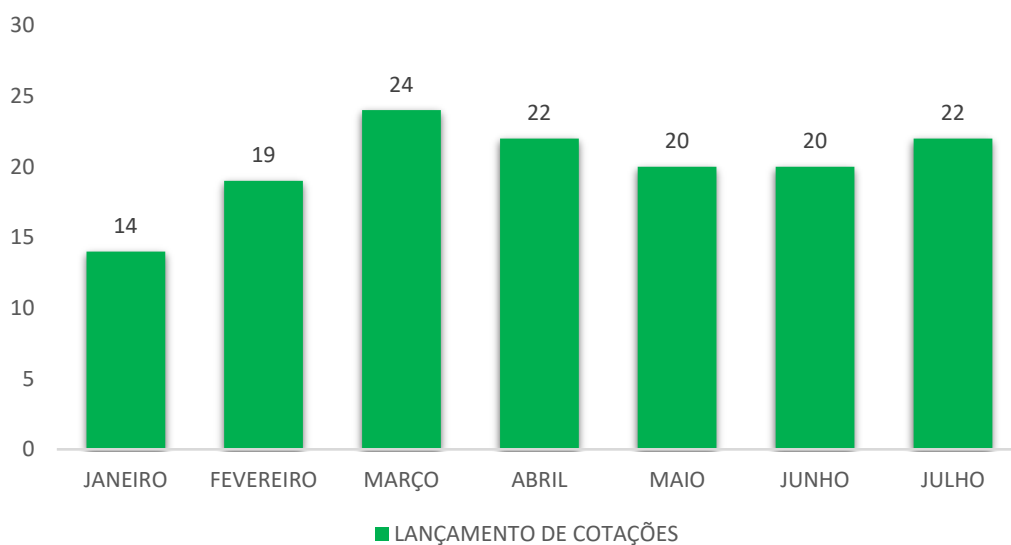
**Tabela 83. Indicadores de Compras**

| INDICADOR                          | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| LANÇAMENTO DE COTAÇÕES             | neutro | 14      | 19        | 24    | 22    | 20   | 20    | 22    |
| TOTAL DE ORDENS DE COMPRAS GERADAS | neutro | 57      | 78        | 83    | 84    | 95   | 88    | 77    |
| TAXA DE ORDEM DE COMPRAS           | > 80%  | 99%     | 96%       | 98%   | 93%   | 87%  | 94%   | 96%   |

|                                  |      |       |       |       |    |       |    |       |
|----------------------------------|------|-------|-------|-------|----|-------|----|-------|
| ENTREGUES NO PRAZO               | <15% | 5%    | 5%    | 4%    | 0% | 13%   | 6% | 4%    |
| PERCENTUAL DE ENTREGA PARCIAL    |      |       |       |       |    |       |    |       |
| PERCENTUAL DE ECONOMIA MENSAL    | > 5% | 5,15% | 6,60% | 5,75% | 0% | 5,20% | 3% | 5,25% |
| QUANTIDADE DE COMPRA EMERGENCIAL | < 5  | 1     | 0     | 0     | 1  | 3     | 0  | 1     |

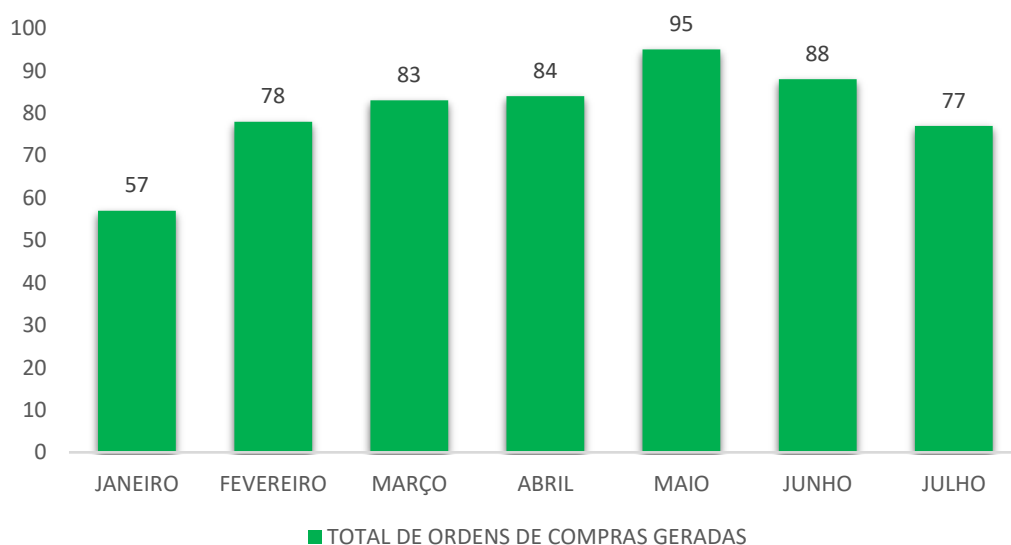
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 120. Lançamento de cotações**



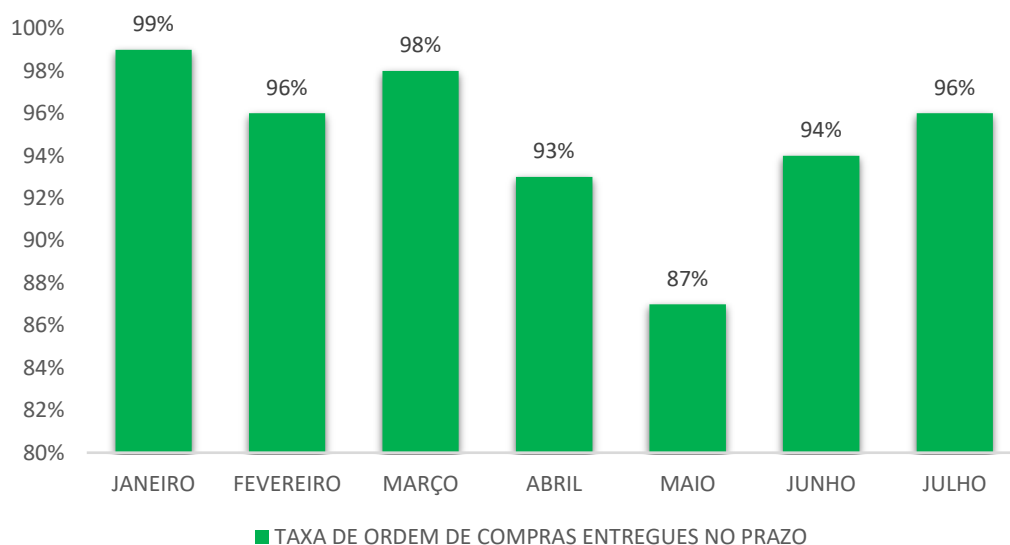
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 121. Total de ordens de compras geradas**



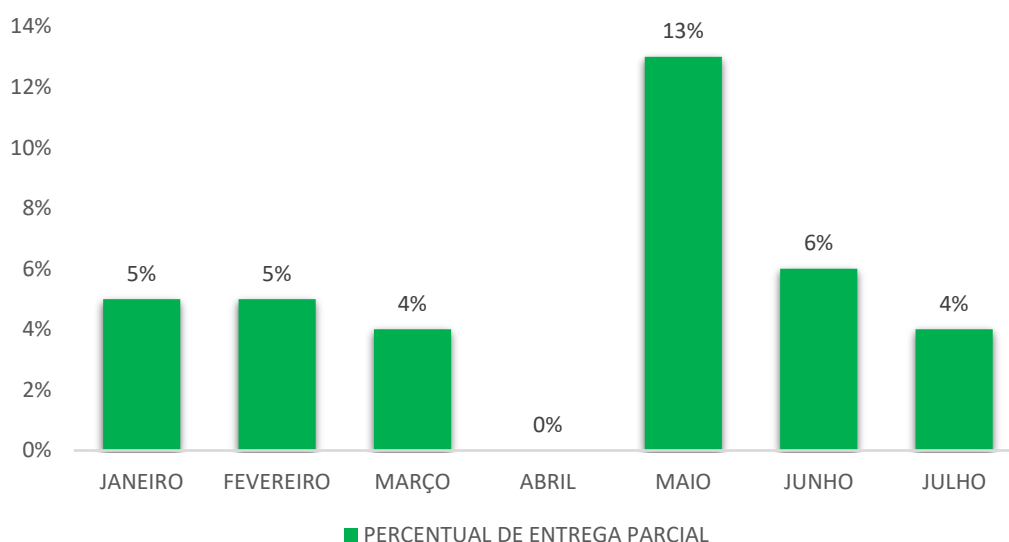
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 122. Taxa de ordem de compras entregues no prazo**

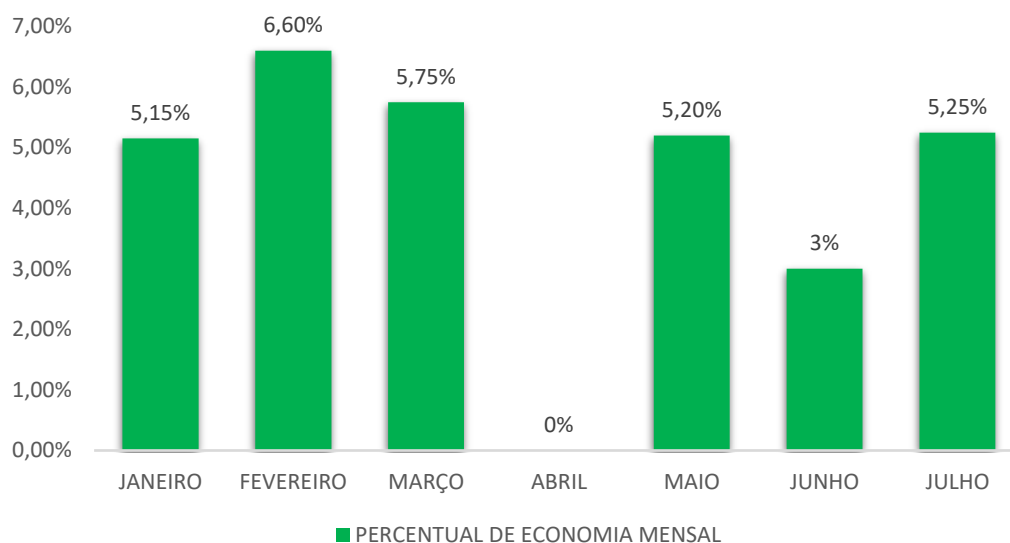


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

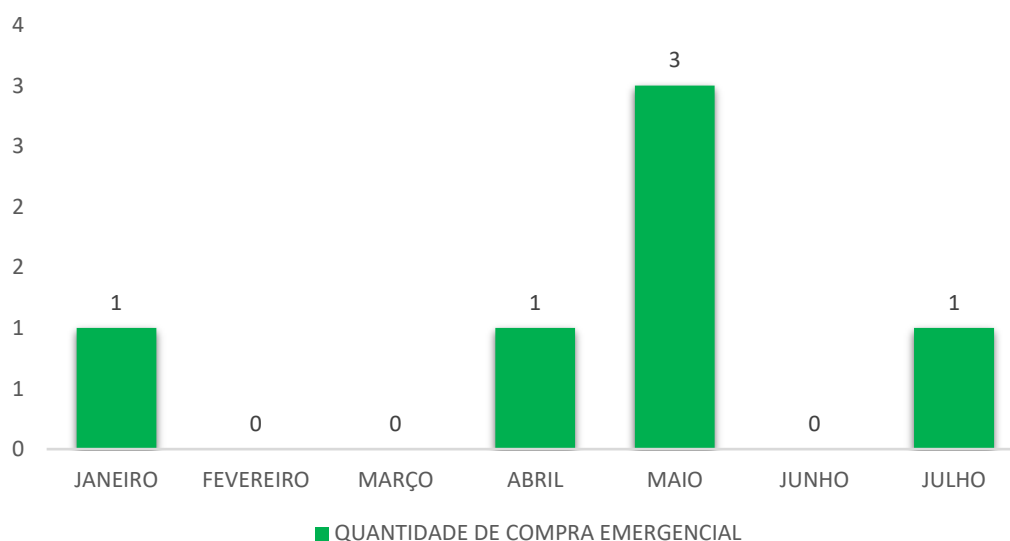
**Gráfico 123. Percentual de entrega parcial**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 124. Percentual de economia mensal**

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 125. 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**

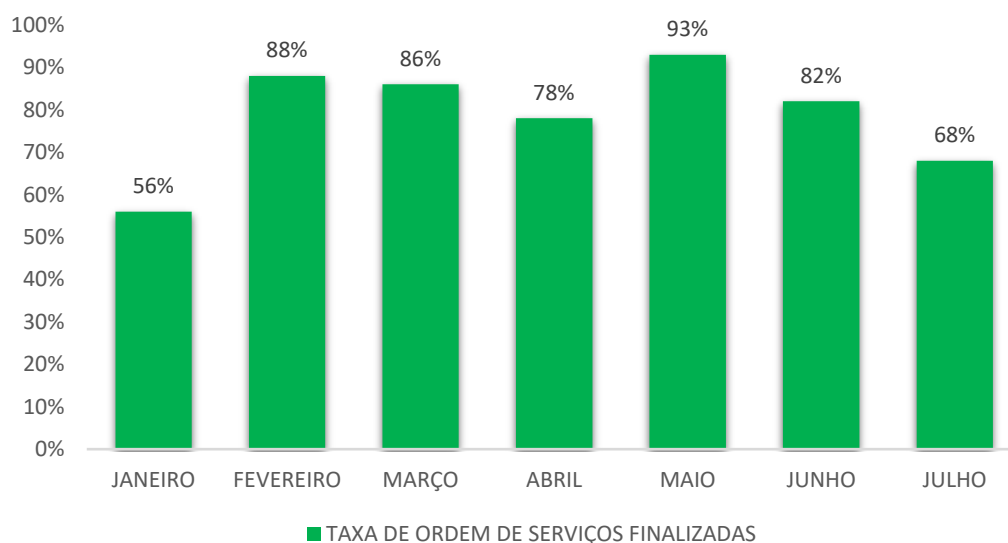
| INDICADOR                              | METAS       | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO  | JUNHO | JULHO |
|----------------------------------------|-------------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS  | > 80%       | 56%     | 88%       | 86%   | 78%   | 93%   | 82%   | 68%   |
| TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO  | < 11:00 HRS | 17:00   | 41:46     | 23:11 | 34:24 | 21:36 | 28:36 | 09:47 |
| REINCIDÊNCIA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA   | < 15%       | 5%      | 5%        | 5%    | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    |
| TAXA DE DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO | > 80%       | 99%     | 99%       | 99%   | 98%   | 99%   | 96%   | 96%   |
| TAXA DE DEPRECIAÇÃO                    | 0%          | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    |
| TAXA DE CALIBRAÇÃO                     | 100%        | 0%      | 0%        | 100%  | 59%   | 100%  | 0%    | 0%    |
| TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA           | > 85%       | 83%     | 80%       | 96%   | 71%   | 76%   | 74%   | 76%   |
| TAXA DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO         | 100%        | 99%     | 100%      | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 99%   |
| TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA             | 100%        | 80%     | 97%       | 58%   | 99%   | 90%   | 90%   | 30%   |



|                                      |        |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA        | 100%   | 79% | 92% | 99% | 70% | 99% | 97% | 99% |
| NÚMERO DE CALIBRAÇÕES                | NEUTRO | 0   | 0   | 19  | 17  | 37  | 0   | 0   |
| NÚMERO DE MANUTENÇÕES CORRETIVAS     | NEUTRO | 157 | 155 | 153 | 143 | 139 | 186 | 272 |
| NÚMERO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTOS    | NEUTRO | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   |
| NÚMERO DE INSPEÇÃO DE ROTINA         | NEUTRO | 2   | 124 | 153 | 94  | 288 | 128 | 20  |
| NÚMERO DE MOVIMENTAÇÃO DE PATRIMÔNIO | NEUTRO | 3   | 0   | 7   | 6   | 0   | 0   | 0   |
| NÚMERO DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS    | NEUTRO | 89  | 53  | 93  | 57  | 102 | 35  | 68  |

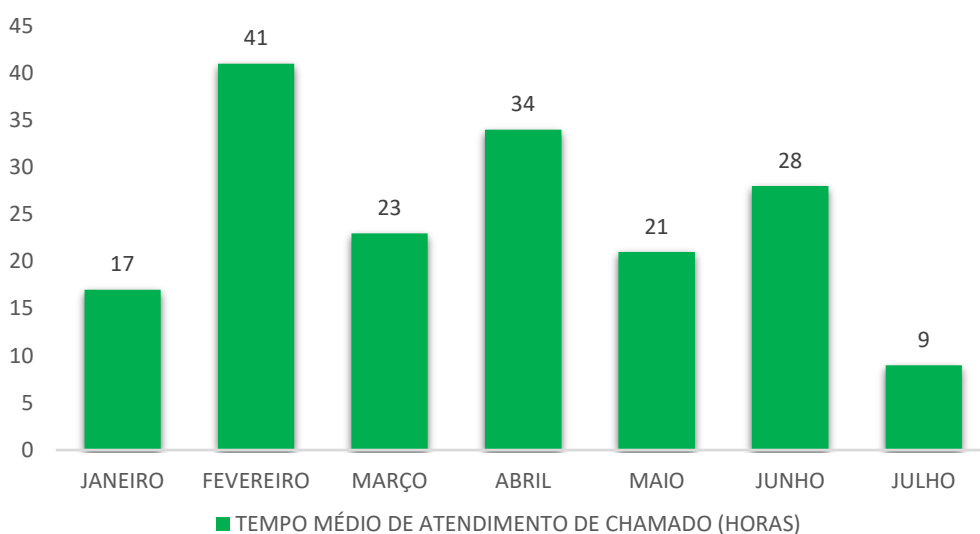
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 126. Taxa de ordem de serviços finalizadas**



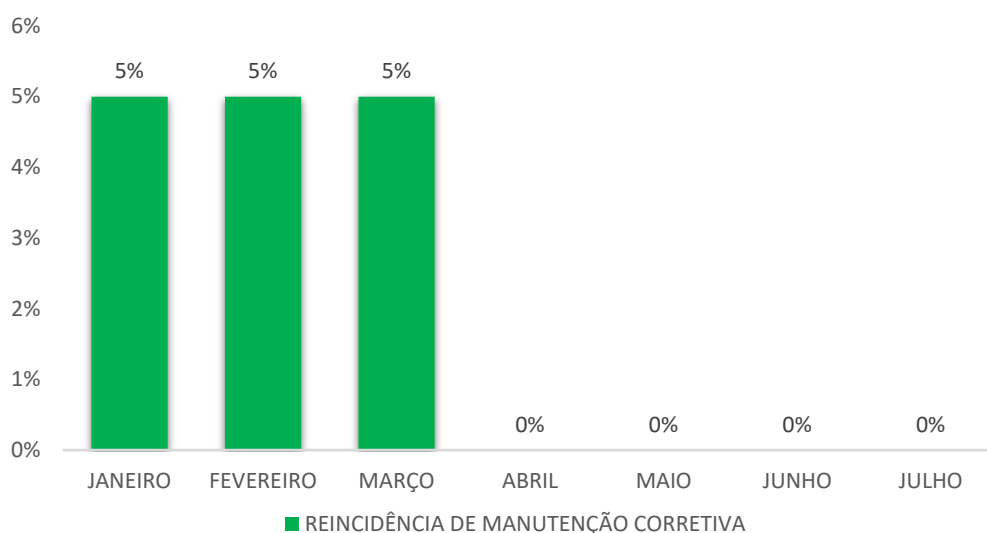
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 127. Tempo médio de atendimento de chamado (horas)**



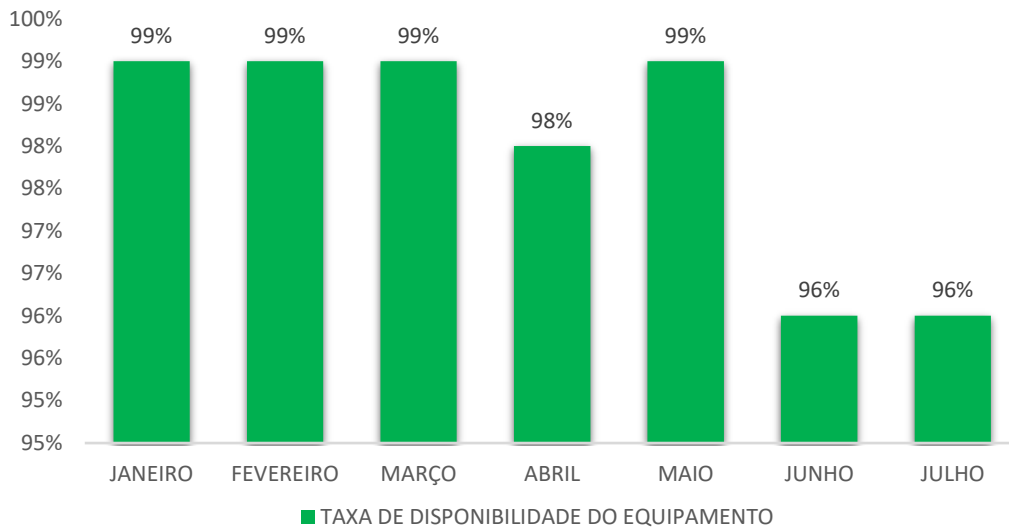
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 128. Reincidência de manutenção corretiva**



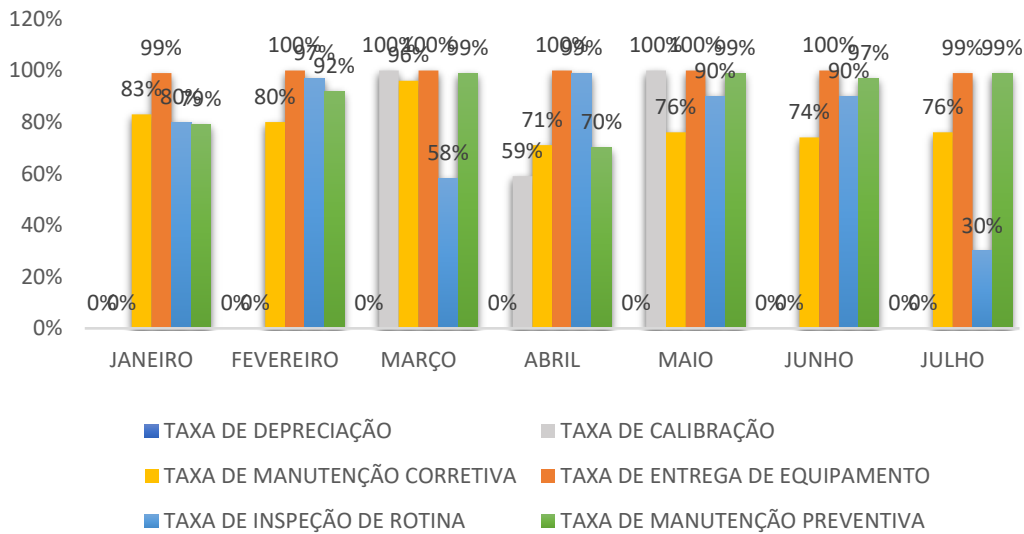
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 129. Taxa de disponibilidade do equipamento**

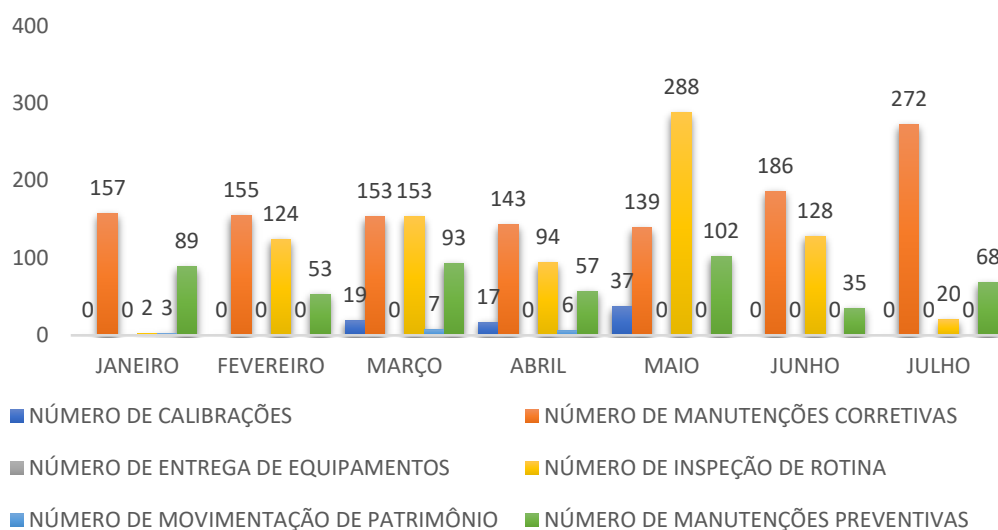


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 130. Taxa serviços de engenharia clínica**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 131. 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  | JULHO  |
|---------------------------------------|-------------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS | > 85%       | 85,93%  | 87,80%    | 87,01% | 82,71% | 93,71% | 88,75% | 91,14% |
| TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO DE CHAMADO | 120 MINUTOS | 21,25   | 28,14     | 31,25  | 25,07  | 24,31  | 19,28  | 20,94  |
| TAXA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA          | > 85%       | 77,94%  | 81,88%    | 91,80% | 83,80% | 91,03% | 77,17% | 82,03% |

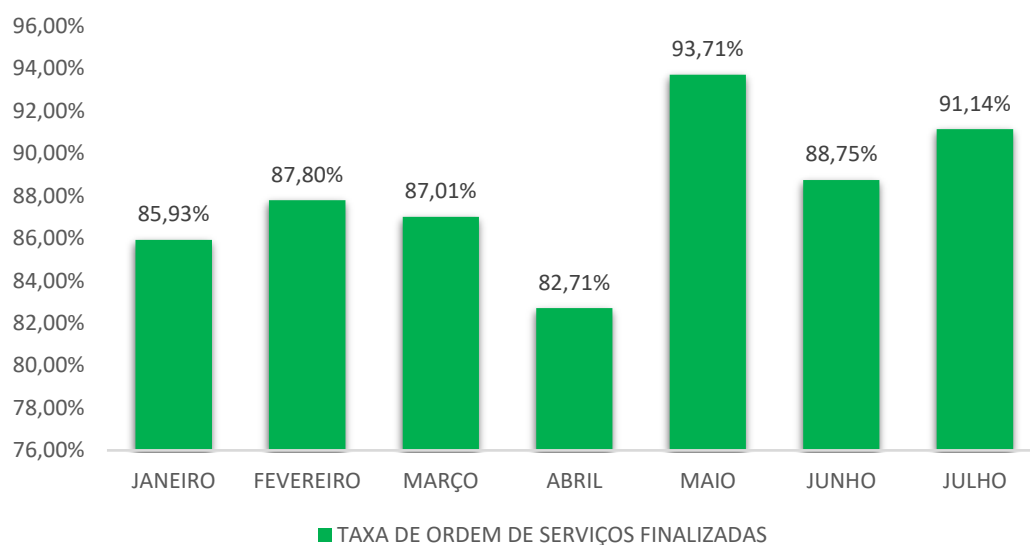
|                                                       |                      |      |        |        |        |        |        |        |
|-------------------------------------------------------|----------------------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| (ABERTA X FINALIZADA)                                 |                      |      |        |        |        |        |        |        |
| TAXA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (PLANEJADO X EXECUTADO) | > 85%                | 100% | 100%   | 74,16% | 72,71% | 91,01% | 99,46% | 98,73% |
| TAXA DE INSPEÇÃO DE ROTINA (PLANEJADO X EXECUTADO)    | > 85%                | 100% | 91,13% | 98,39% | 97,80% | 100%   | 92,17% | 100%   |
| TAXA DE INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS                    | > 85%                | 0%   | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     | 0%     |
| NÚMERO MANUTENÇÃO CORRETIVA                           | QUANTO MENOR, MELHOR | 281  | 138    | 183    | 179    | 207    | 219    | 256    |
| NÚMERO MANUTENÇÃO PREVENTIVA                          | QUANTO MAIOR, MELHOR | 88   | 33     | 178    | 157    | 89     | 184    | 157    |
| NÚMERO INSPEÇÃO DE ROTINA                             | QUANTO MAIOR, MELHOR | 96   | 124    | 124    | 91     | 148    | 166    | 139    |
| NÚMERO INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS                     | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0    | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      |

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

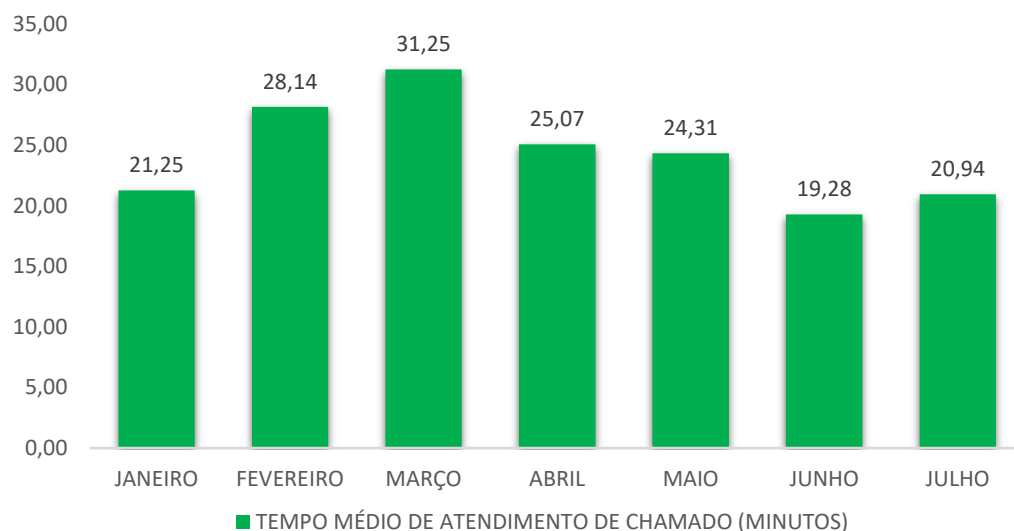
**ANÁLISE CRÍTICA – MANUTENÇÃO PREDIAL**

A Taxa de Manutenção Corretiva permaneceu abaixo da meta estabelecida no mês de julho, principalmente em razão da existência de demandas que necessitam de maior prazo para execução, além de serviços que permanecem pendentes devido à necessidade de aquisição e entrega de materiais específicos.

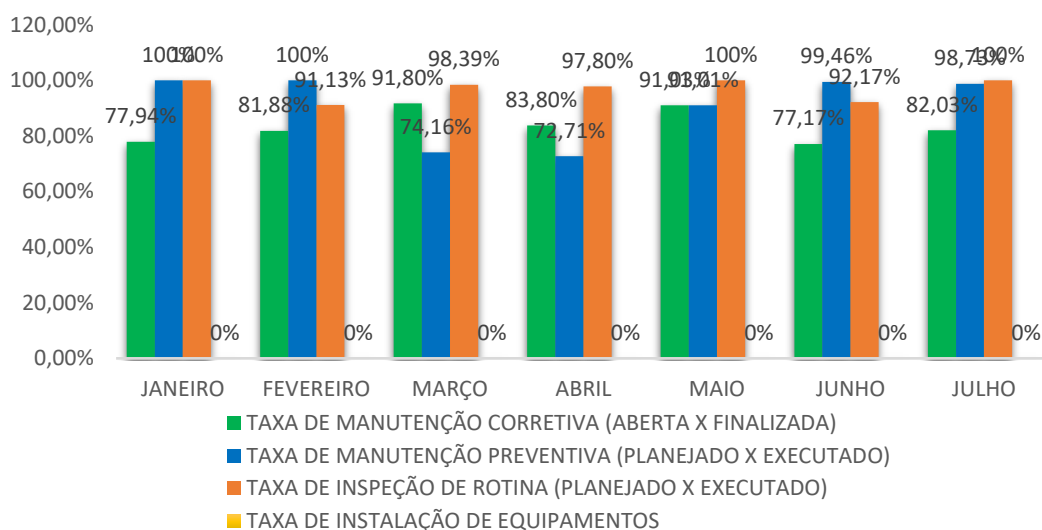
As demandas permanecem em acompanhamento pela equipe responsável, com priorização conforme criticidade e disponibilidade dos materiais. Como plano de ação, será mantido o monitoramento das ordens de serviço pendentes e dos prazos de entrega dos insumos, visando agilizar a conclusão das manutenções em aberto, reduzir o passivo de chamados e favorecer a recuperação do indicador nas próximas competências.

**Gráfico 132. Taxa de ordem de serviços finalizadas**

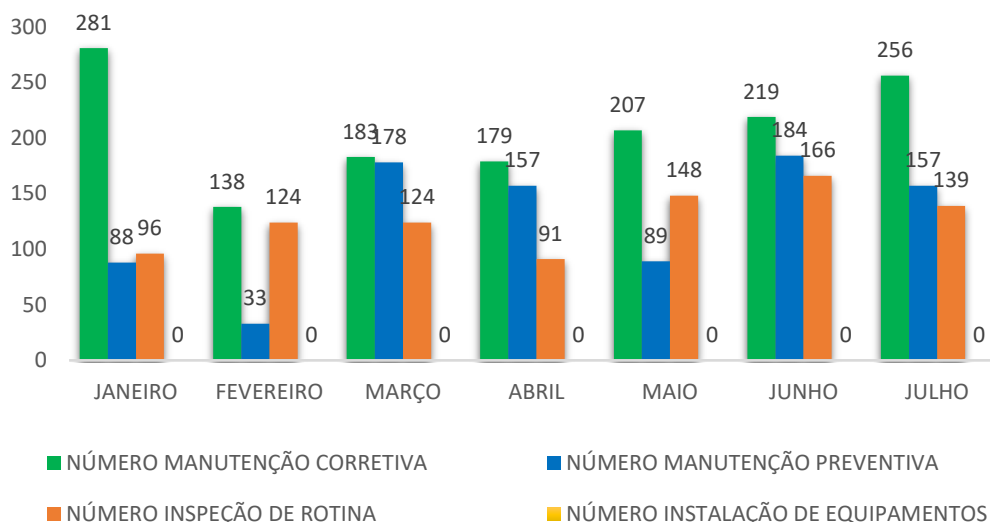
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 133. Tempo médio de atendimento de chamado (minutos)**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 134. Taxa serviços de manutenção predial**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 135. 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;

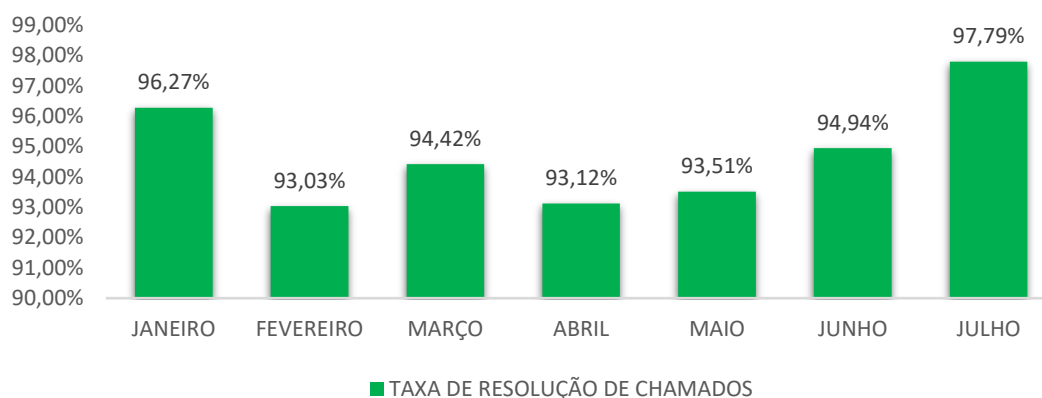
- Infraestrutura de Comunicação;
- Segurança da Informação;
- Treinamento e Suporte.

Tabela 86. Indicadores de Tecnologia da Informação

| INDICADOR                                      | METAS        | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO  | ABRIL  | MAIO   | JUNHO  | JULHO  |
|------------------------------------------------|--------------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE               | < 150        | 135     | 103       | 120    | 111    | 96     | 93     | 114    |
| QUANTIDADE DE CHAMADOS DE REQUISICAO           | < 170        | 106     | 98        | 149    | 165    | 166    | 144    | 198    |
| QUANTIDADE DE CHAMADOS FINALIZADOS             | > 200        | 228     | 182       | 244    | 252    | 239    | 215    | 298    |
| QUANTIDADE DE CHAMADOS TOTAIS                  | NEUTRO       | 241     | 201       | 269    | 276    | 262    | 237    | 312    |
| TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EM HORAS                | < 04 HORAS   | 03:00   | 02:00     | 03:00  | 03:00  | 04:00  | 02:00  | 03:00  |
| INDISPONIBILIDADE DE INTERNET                  | < 01 HORAS   | 00:00   | 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  | 00:00  |
| QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AS CÂMERAS | NEUTRO       | 3       | 2         | 8      | 3      | 3      | 2      | 5      |
| TAXA DE RESOLUÇÃO DE CHAMADOS                  | > 90%        | 96,27%  | 93,03%    | 94,42% | 93,12% | 93,51% | 94,94% | 97,79% |

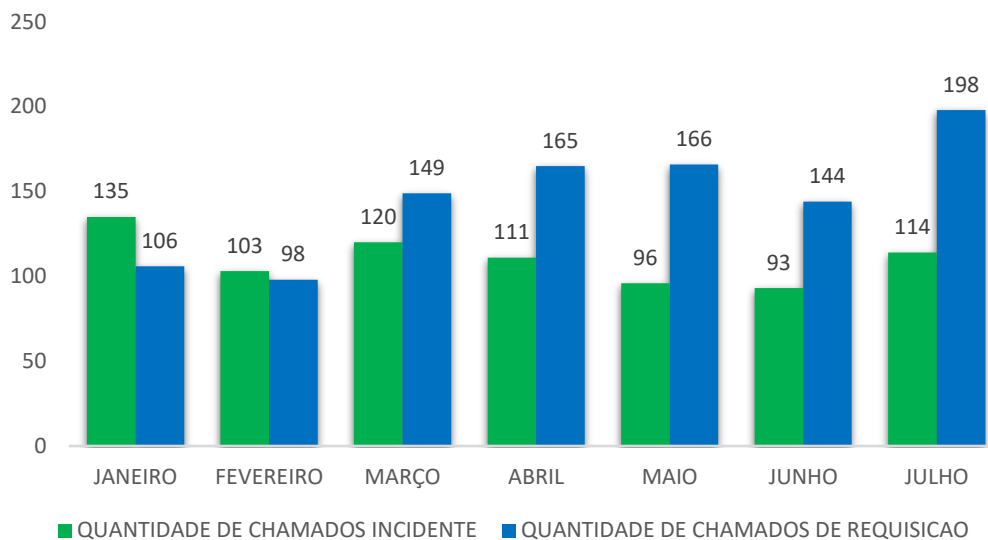
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

Gráfico 136. Taxa de resolução de chamados

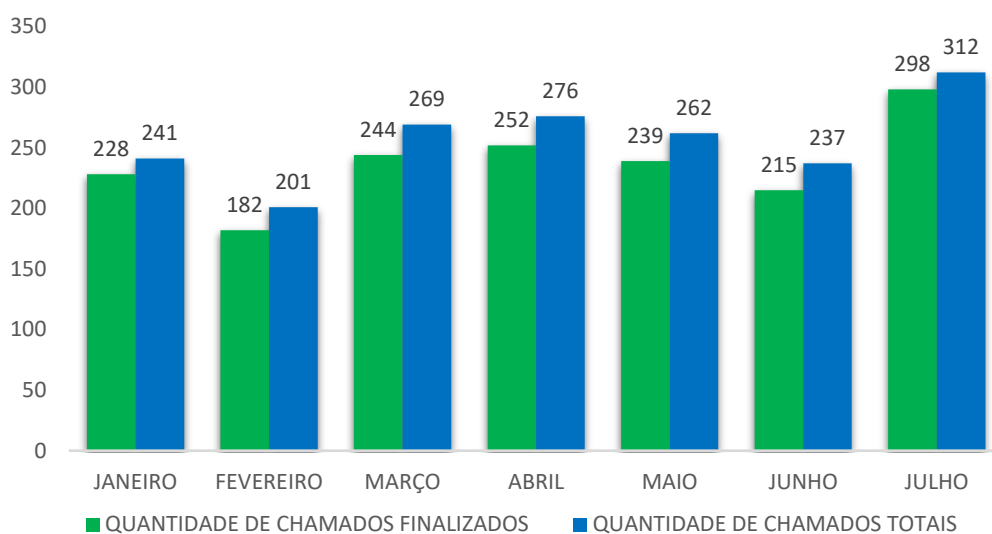


Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

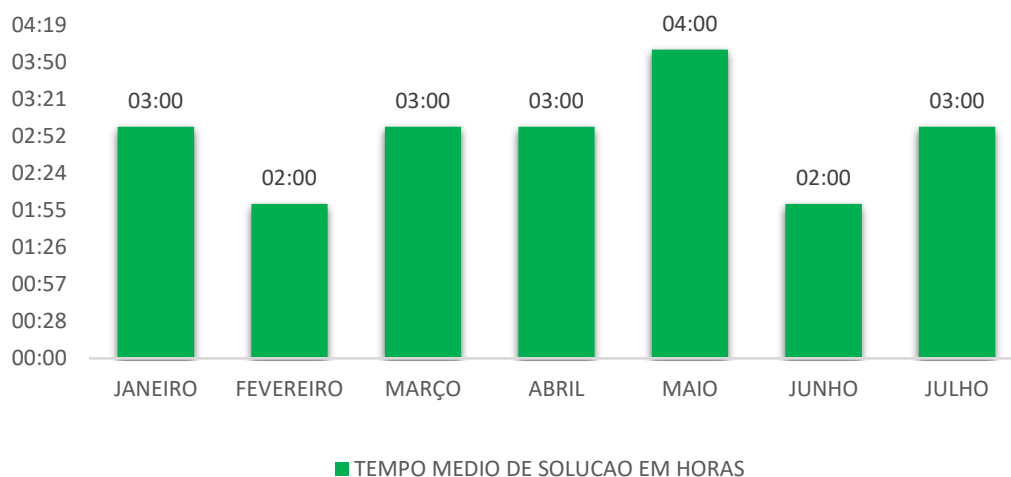


**Gráfico 137. Quantitativo de chamados**

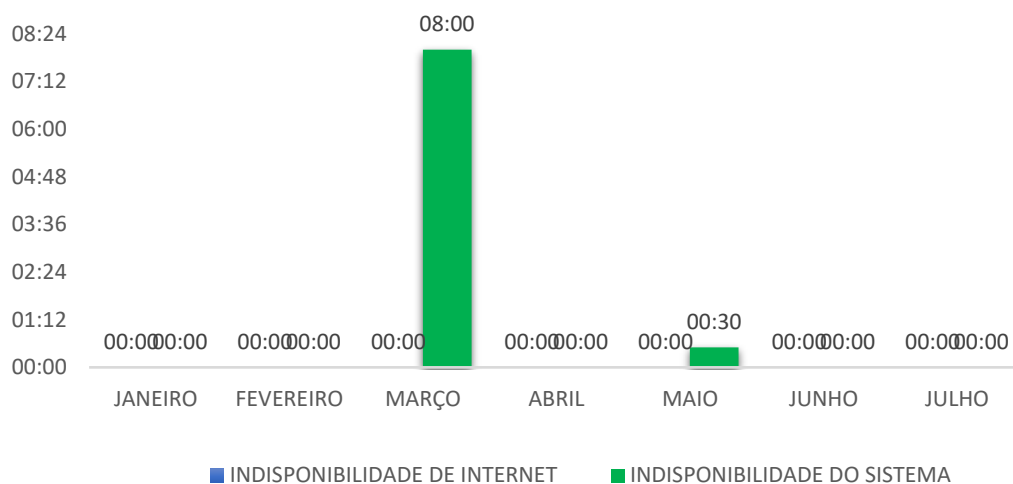
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

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

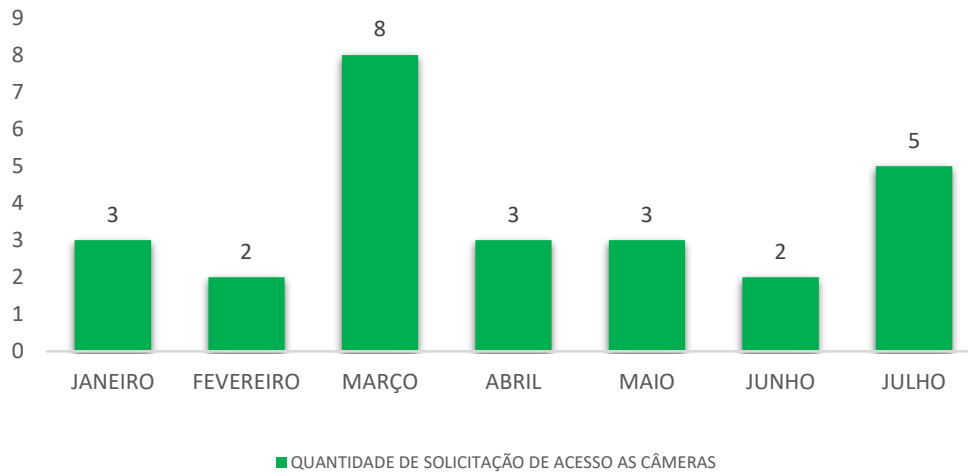
Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

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

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

**Gráfico 140. Indisponibilidade de internet e sistema**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão de Tecnologia da Informação.

**Gráfico 141. 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 | JULHO |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE INDICADORES ENTREGUES DENTRO DO PRAZO                  | > 80%                | 65%     | 65%       | 75%   | 90%   | 85%  | 95%   | 90%   |
| TAXA DE REUNIÕES REALIZADAS PELAS COMISSÕES                    | > 80%                | 94%     | 88%       | 91%   | 100%  | 90%  | 100%  | 95%   |
| TAXA DE ENTREGA DE ATAS DE COMISSÕES DENTRO DO PRAZO           | > 80%                | 81%     | 93%       | 80%   | 48%   | 74%  | 76%   | 76%   |
| NÚMERO DE INDICADORES ENTREGUES NO PRAZO                       | QUANTO MAIOR, MELHOR | 13      | 13        | 15    | 18    | 17   | 19    | 18    |
| NÚMERO TOTAL DE INDICADORES A SEREM ENTREGUES NO MÊS           | QUANTO MAIOR, MELHOR | 20      | 20        | 20    | 20    | 20   | 20    | 20    |
| NÚMERO DE COMISSÕES REALIZADAS                                 | QUANTO MAIOR, MELHOR | 16      | 14        | 20    | 21    | 19   | 21    | 21    |
| NÚMERO DE COMISSÕES PROGRAMADAS                                | QUANTO MAIOR, MELHOR | 17      | 16        | 22    | 21    | 21   | 21    | 27    |
| NÚMERO DE ATAS ENTREGUES DENTRO DO PRAZO                       | QUANTO MAIOR, MELHOR | 13      | 13        | 16    | 10    | 14   | 16    | 16    |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2024 (FORMS)                           | QUANTO MENOR, MELHOR | 27      | 27        | 27    | 19    | 4    | 4     | 3     |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS DE 2025 (FORMS)                           | QUANTO MENOR, MELHOR | 55      | 55        | 55    | 46    | 24   | 9     | 3     |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA VALIDAÇÃO                  | NEUTRO               | 14      | 34        | 36    | 52    | 24   | 14    | 18    |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO REALIZADOS POR ESTAREM FORA DO PADRÃO | QUANTO MENOR, MELHOR | 0       | 0         | 3     | 1     | 3    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS PARA DMAIS                       | NEUTRO               | 2       | 2         | 12    | 3     | 3    | 11    | 6     |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE                  | NEUTRO               | 4       | 32        | 50    | 36    | 65   | 34    | 40    |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS VALIDADOS PELA DMAIS                      | NEUTRO               | 0       | 0         | 6     | 3     | 6    | 1     | 4     |
| NÚMERO DE DOCUMENTOS NÃO VALIDADOS PELA DMAIS                  | QUANTO MENOR, MELHOR | 3       | 1         | 6     | 4     | 6    | 1     | 9     |
| NÚMERO DE VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIAS EXTERNAS                 | NEUTRO               | 1       | 1         | 0     | 1     | 2    | 3     | 2     |
| NÚMERO DE ORIENTAÇÕES/TREINAMENTOS/REUNIÕES                    | QUANTO MAIOR, MELHOR | 7       | 1         | 4     | 3     | 2    | 0     | 1     |

Fonte: Relatório de Qualidade.

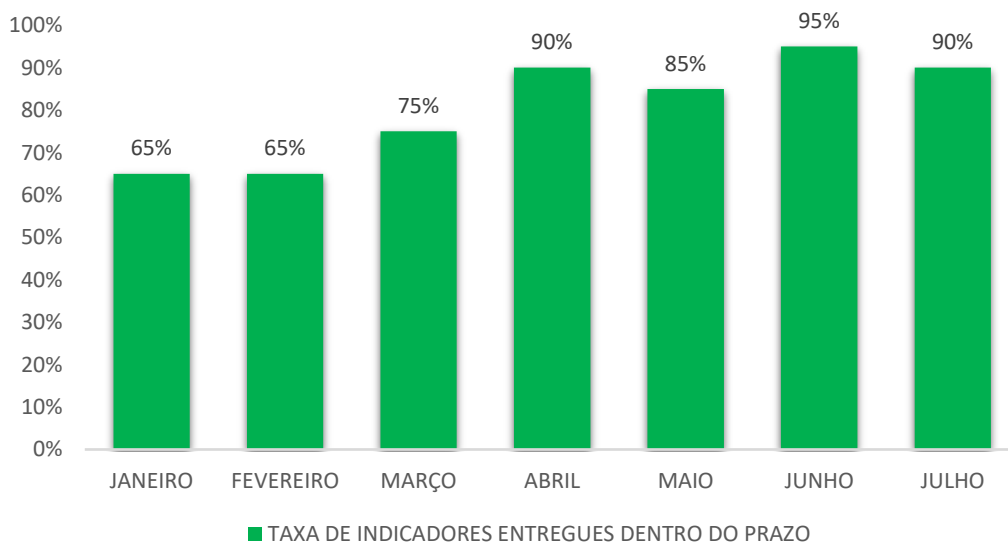
## ANALISE CRÍTICA – QUALIDADE

No mês de julho, o Hospital recebeu duas visitas institucionais, sendo realizada, em 02/07, visita técnica da empresa GADE e, em 10/07, visita do Bispo da Diocese de Campo Limpo. As visitas contribuíram para o fortalecimento das relações institucionais e para o acompanhamento das atividades desenvolvidas na unidade.

A Taxa de Entrega de Atas de Comissões Dentro do Prazo permaneceu abaixo da meta estabelecida, principalmente em razão de atrasos na elaboração, validação e encaminhamento dos documentos pelos responsáveis, associados à elevada demanda operacional do período. Como plano de ação contínuo, será mantido o monitoramento semanal das atas pendentes, com envio de lembretes aos secretários das comissões e alinhamento com as respectivas lideranças, visando maior cumprimento dos prazos e recuperação do indicador nas próximas competências.

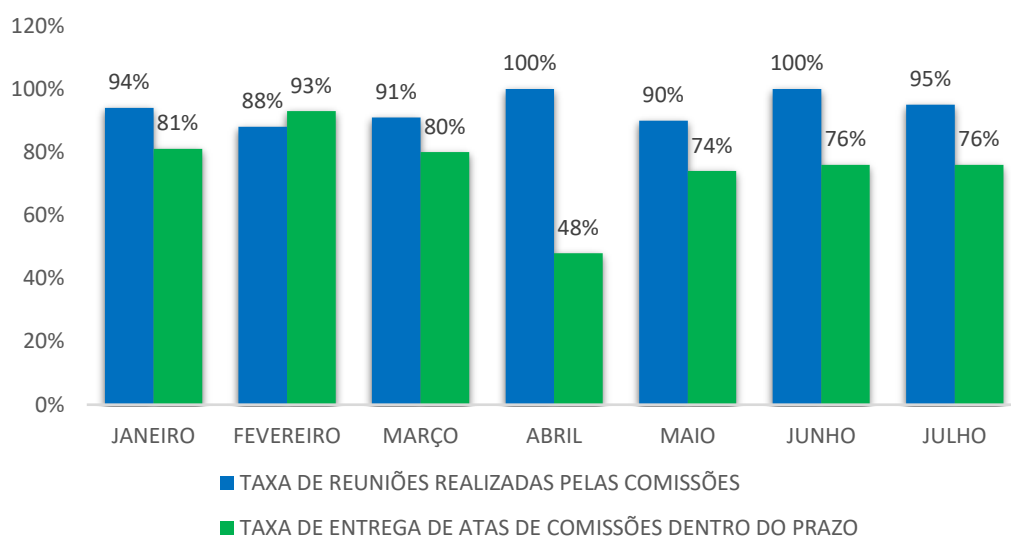
Em relação à gestão documental, a demanda de documentos recebidos para análise, validação, atualização e disponibilização permanece sendo acompanhada sistematicamente pelo setor da Qualidade. O monitoramento busca garantir maior controle dos documentos em andamento, cumprimento dos fluxos de validação e redução progressiva das pendências, contribuindo para a manutenção da documentação institucional atualizada e padronizada.

**Gráfico 142. Taxa de indicadores entregues dentro do prazo**



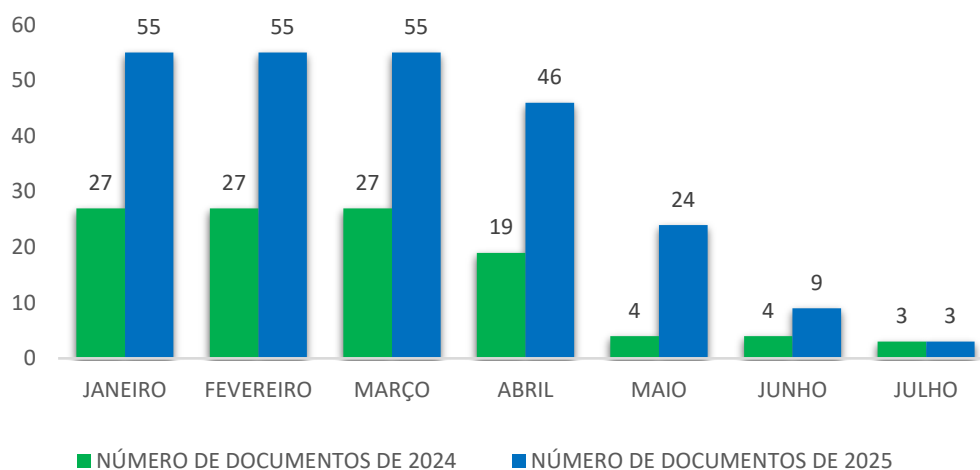
Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 143. Comissões**



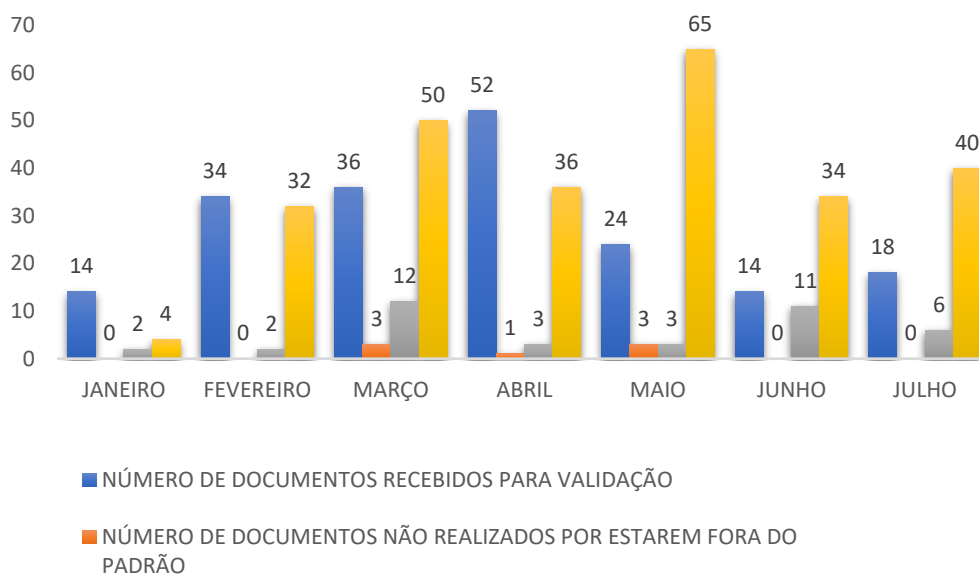
Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 144. Documentos retroativos**



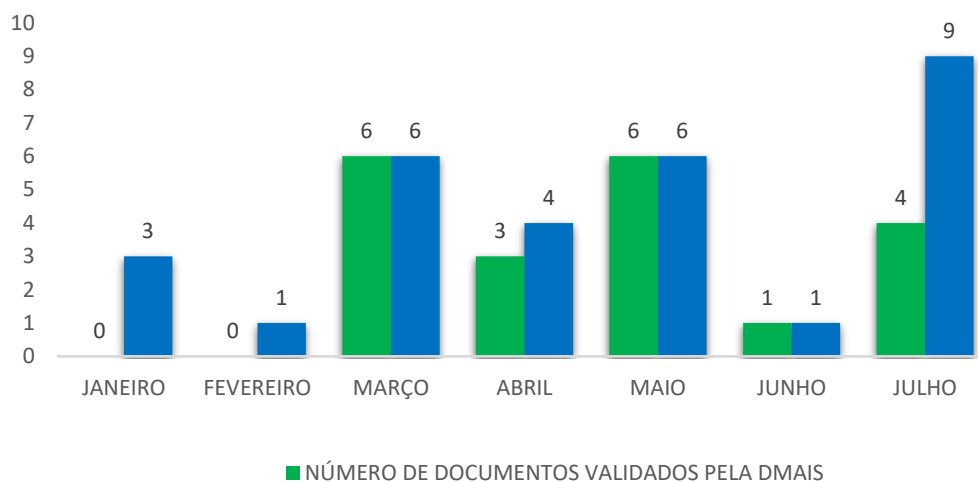
Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 145. Análise dos documentos julho de 2026**

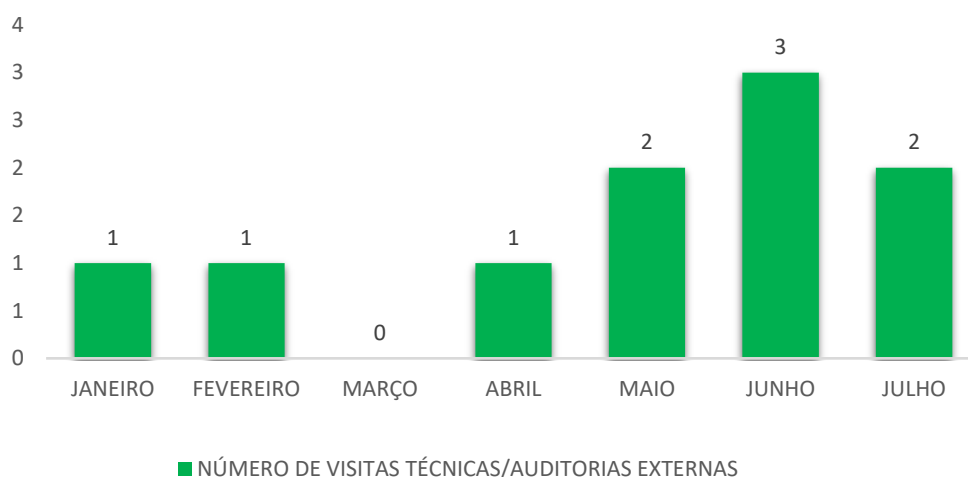


Fonte: Relatório de Qualidade.

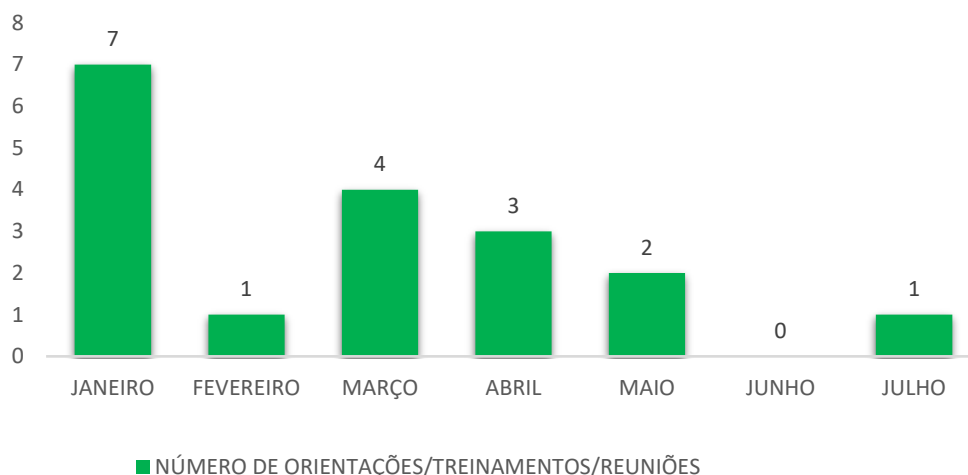
**Gráfico 146. Análise de documentos DMAIS**



Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 147. Número de visitas e Auditorias externas**

Fonte: Relatório de Qualidade.

**Gráfico 148. 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 | JULHO |
|----------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TOTAL DE AIH FATURADAS                                               | NEUTRO | 205     | 218       | 218   | 231   | 242   | 226   | 237   |
| TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS                                           | NEUTRO | 113     | 114       | 119   | 144   | 117   | 107   | 104   |
| REPRESENTAÇÃO DE AIHS COMPETÊNCIA ANTERIOR                           | NEUTRO | 9       | 7         | 0     | 0     | 119   | 23    | *     |
| TOTAL DE CORREÇÕES DA DEVOLUTIVA                                     | NEUTRO | 46      | 36        | 0     | 325   | 361   | 42    | *     |
| TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS                                | NEUTRO | 0       | 0         | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     |
| TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH PARA A TOTALIDADE DE SAÍDAS HOSPITALARES | 100%   | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| TAXA DE AIH CORRIGIDA DE ACORDO COM DEVOLUTIVA DA SECRETARIA         | 100%   | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| PENDÊNCIAS DE ASSINATURAS DIGITAIS                                   | 0      | 24534   | 19526     | 37719 | 34831 | 36411 | 41441 | 35024 |

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 | JULHO |
|--------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CUIDADOS C/TRAQUEOSTOMIA | NEUTRO | 2.408   | 1.965     | 2.025 | 2.271 | 2.506 | 2.843 | 2.657 |
| INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO     | NEUTRO | 1.125   | 1.072     | 1.156 | 1.267 | 1.294 | 1.628 | 1.491 |
| OXIGENIOTERAPIA          | NEUTRO | 519     | 388       | 569   | 803   | 673   | 601   | 796   |

|                                             |        |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| GLICEMIA CAPILAR                            | NEUTRO | 2.499 | 3.265 | 4.080 | 3.688 | 3.952 | 4.054 | 5.435 |
| CURATIVO                                    | NEUTRO | 1.497 | 2.172 | 2.555 | 2.256 | 1.655 | 2.006 | 2.114 |
| ELETRCARDIOGRAMA                            | NEUTRO | 73    | 102   | 107   | 87    | 91    | 101   | 133   |
| TRANSFUSÃO DE<br>CONCENTRADO DE<br>HEMACIAS | NEUTRO | 12    | 16    | 19    | 25    | 12    | 20    | 21    |

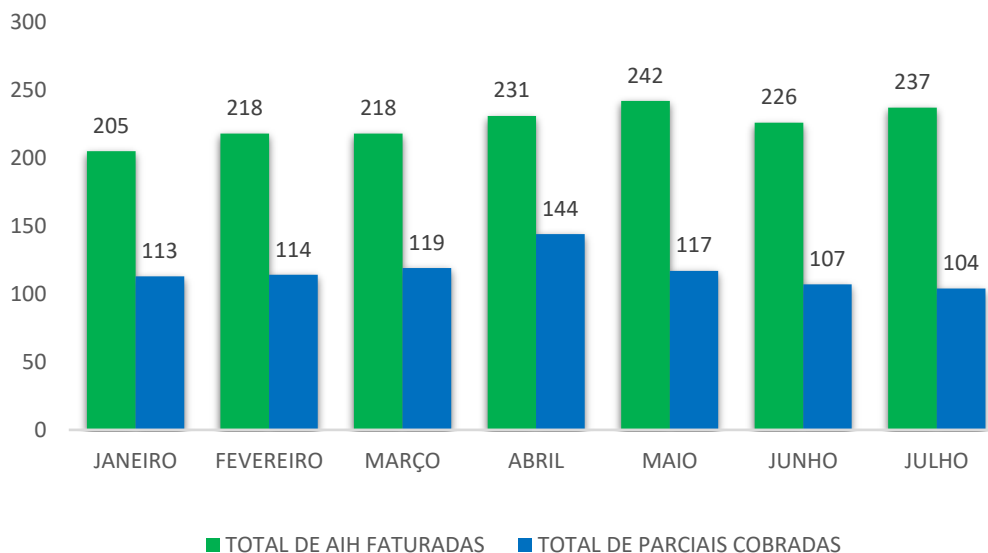
Fonte: Relatório Interno – Faturamento, E-REM, Secretária Municipal de Saúde/ SMPEP.

## ANÁLISE CRÍTICA – FATURAMENTO

Observou-se redução significativa das pendências de assinaturas digitais, resultado já esperado após as ações de orientação e acompanhamento realizadas in loco junto às equipes, demonstrando efetividade das medidas implementadas para regularização dos registros.

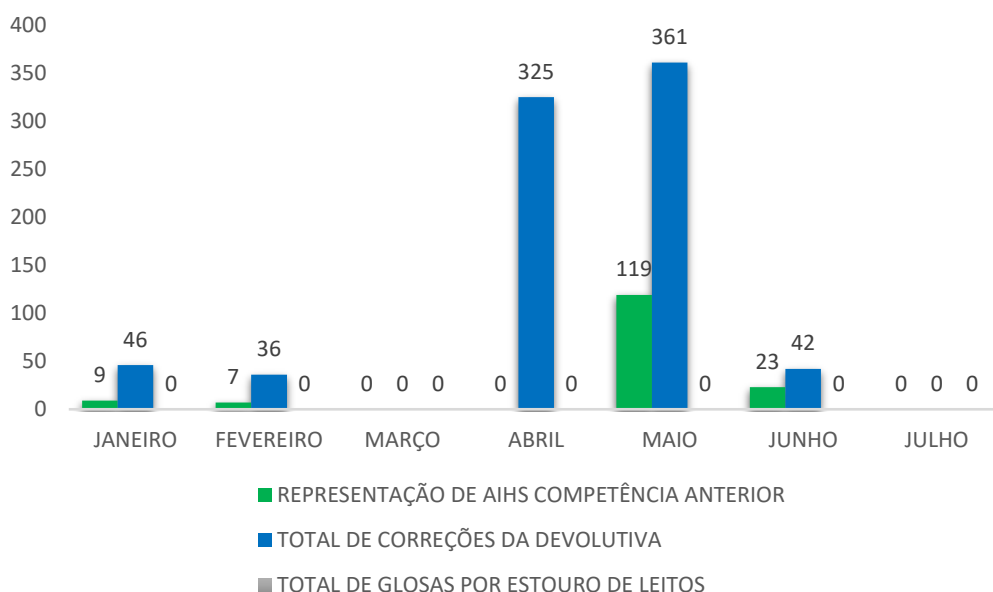
Também foi identificado aumento nos lançamentos de ECG no sistema, comportamento esperado após a divulgação de Circular de orientação, reforçando a importância da padronização e do correto registro dos procedimentos realizados. Os resultados demonstram impacto positivo das ações adotadas, que permanecerão sob monitoramento para avaliação da sustentabilidade das melhorias alcançadas.

Gráfico 149. Quantitativo de AIH



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

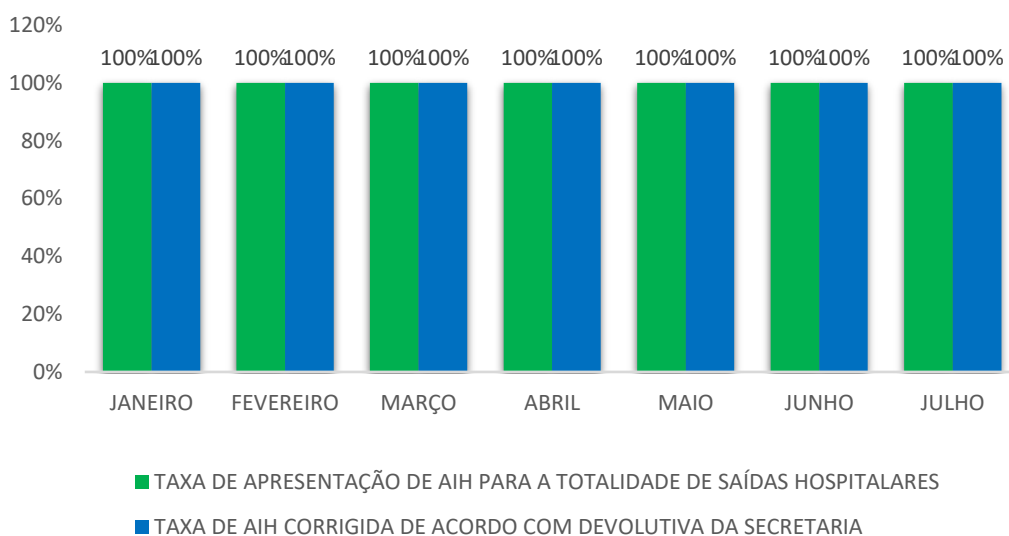
Gráfico 150. Devolutivas SMS



\*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.

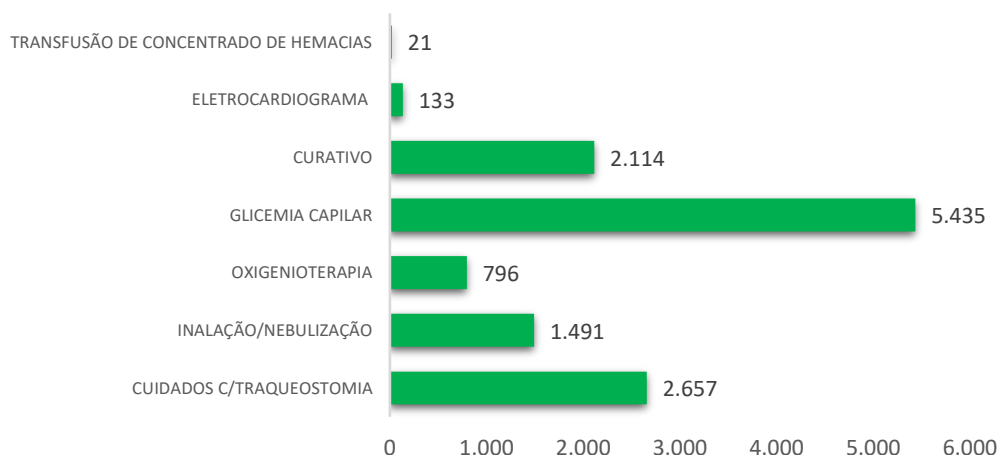
Gráfico 151. Taxa de AIH



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

**Gráfico 152. Pendências de assinaturas digitais**

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

**Gráfico 153. Procedimentos faturados em julho 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.

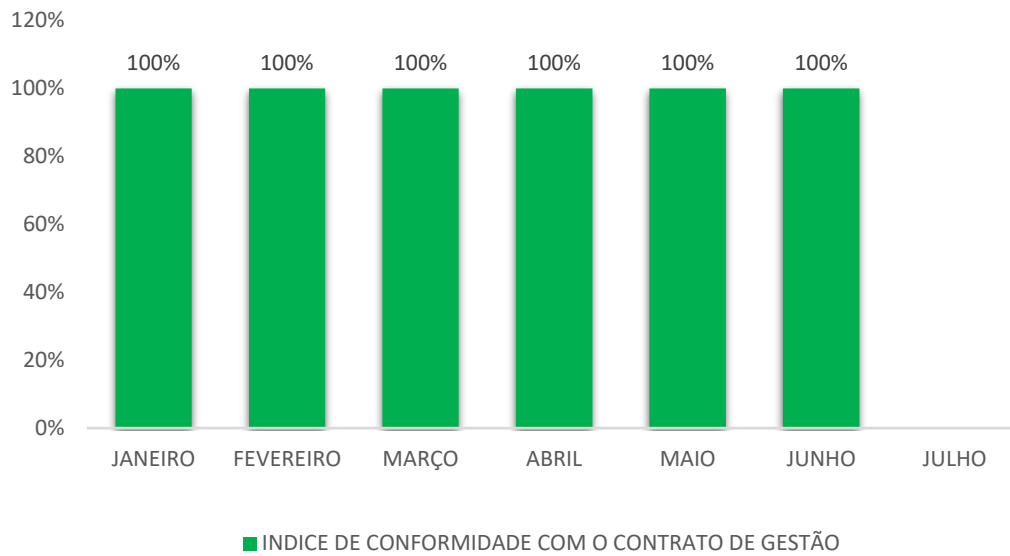
Tabela 90. Indicadores de Prestações de Contas

| INDICADOR                                       | METAS                | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| ÍNDICE DE CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO | 100%                 | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | *     |
| NÚMERO DE AUDITÓRIAS EXTERNAS                   | NEUTRO               | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |
| TAXA DE NÃO CONFORMIDADES                       | < 5%                 | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TAXA DE RETENÇÕES DE CONTRATO                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| TOTAL DE DESPESAS QUITADAS NO SISTEMA DA SMS    | NEUTRO               | 4633    | 4649      | 4357  | 4546  | 4517 | 4473  | 4512  |
| NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS      | QUANTO MENOR, MELHOR | 1       | 1         | 2     | 3     | 3    | 3     | 2     |
| ÍNDICE DE ORÇADO X REALIZADO                    | > 80%                | 127%    | 94%       | 88%   | 89%   | 89%  | 90%   | 94%   |

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.

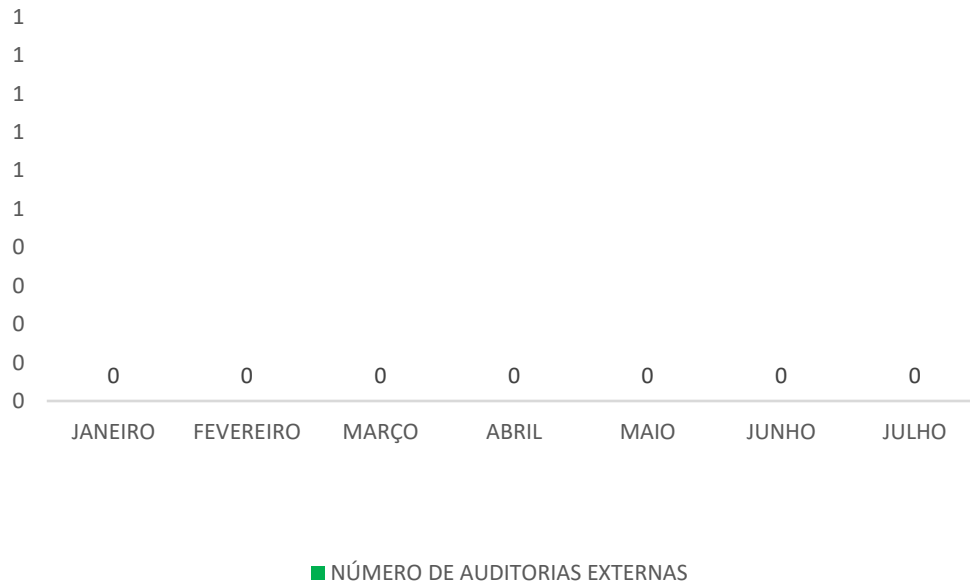
**Gráfico 154. Índice de conformidade com o contrato de gestão**



\*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.

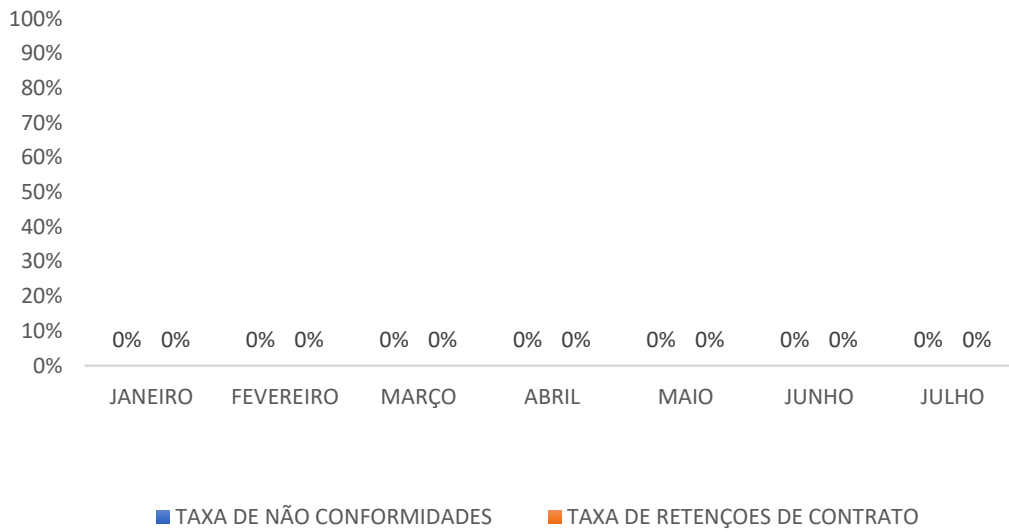
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 155. Número de auditorias externas**



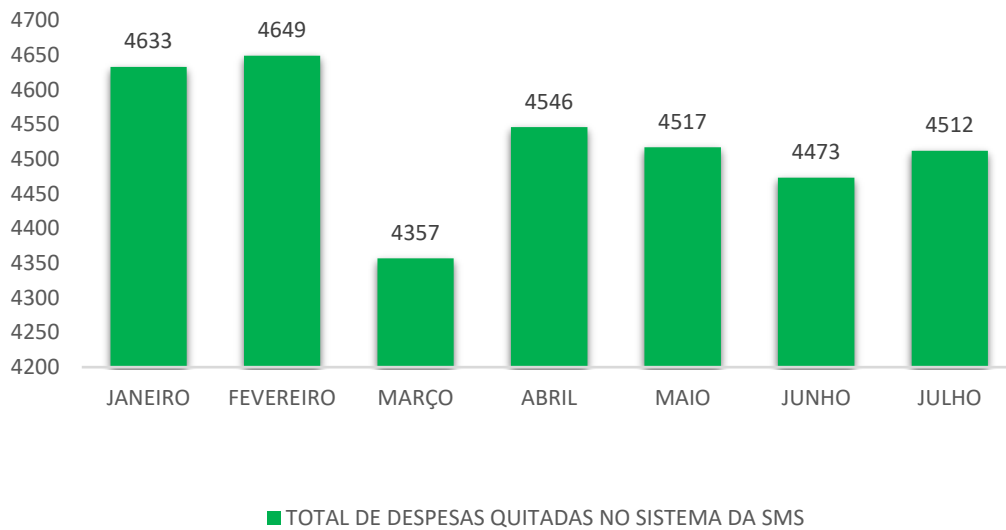
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 156. Taxa de não conformidades e retenções**

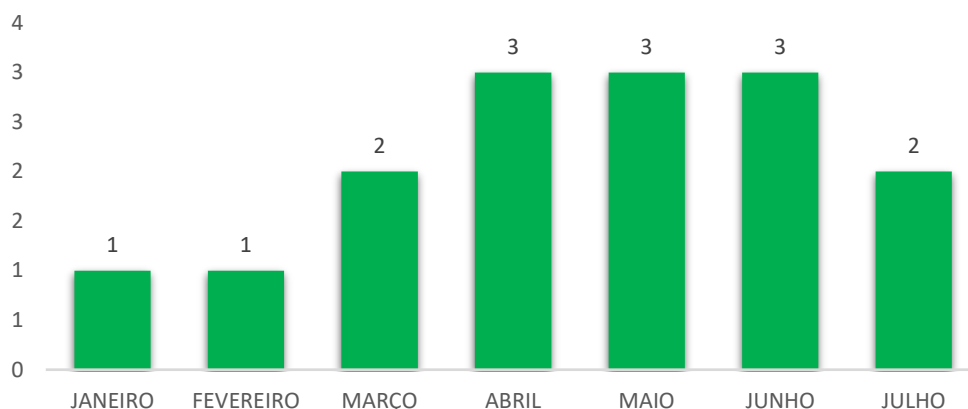


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 157. Total de despesas quitadas no sistema da SMS**

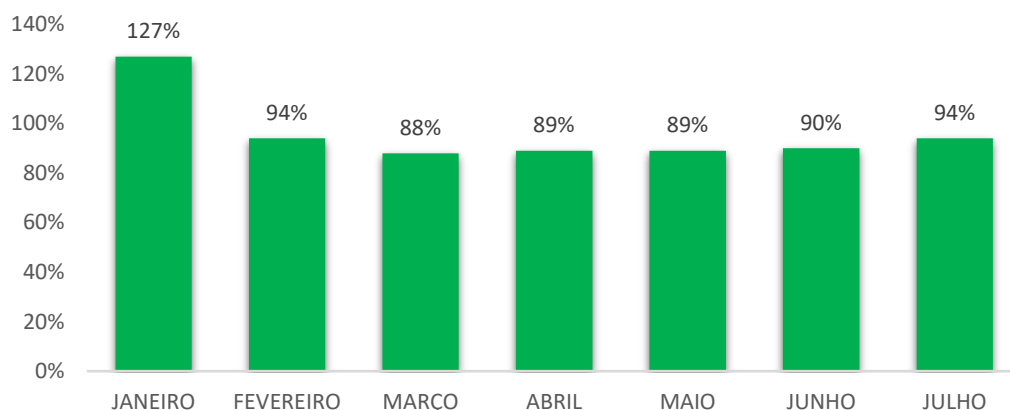


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 158. Número de apontamentos na prestação de contas**

■ NÚMERO APONTAMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 159. Índice de orçado x realizado**

■ 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 | JULHO |
|----------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA    | 100%   | 99%     | 99%       | 92%   | 94%   | 92%  | 96%   | 99%   |
| TAXA DE NOTAS RECEBIDAS NO PRAZO | 100%   | 99%     | 100%      | 99%   | 98%   | 99%  | 98%   | 97%   |
| TAXA DE NOTAS PAGAS NO PRAZO     | 100%   | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| NOTAS DE SERVIÇO                 | NEUTRO | 82      | 79        | 84    | 80    | 80   | 81    | 91    |
| NOTAS DE PRODUTOS                | NEUTRO | 88      | 81        | 109   | 120   | 102  | 111   | 104   |
| NOTAS ATRASADAS                  | 0      | 1       | 0         | 1     | 4     | 2    | 3     | 5     |

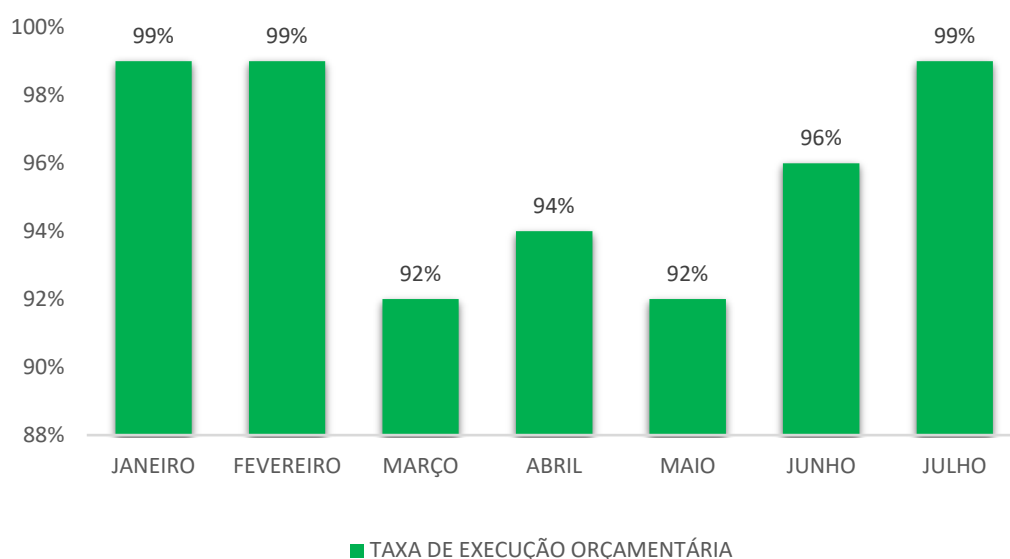
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

### ANALISE CRÍTICA – FINANCEIRO

O indicador de Recebimento de Notas Fiscais foi impactado no mês de julho em razão da pendência no encaminhamento do book documental por dois prestadores de serviços, que se encontram em processo de regularização da documentação necessária. Adicionalmente, o indicador de Execução Orçamentária permaneceu abaixo de 100%, uma vez que o orçamento disponibilizado para a competência não foi integralmente utilizado.

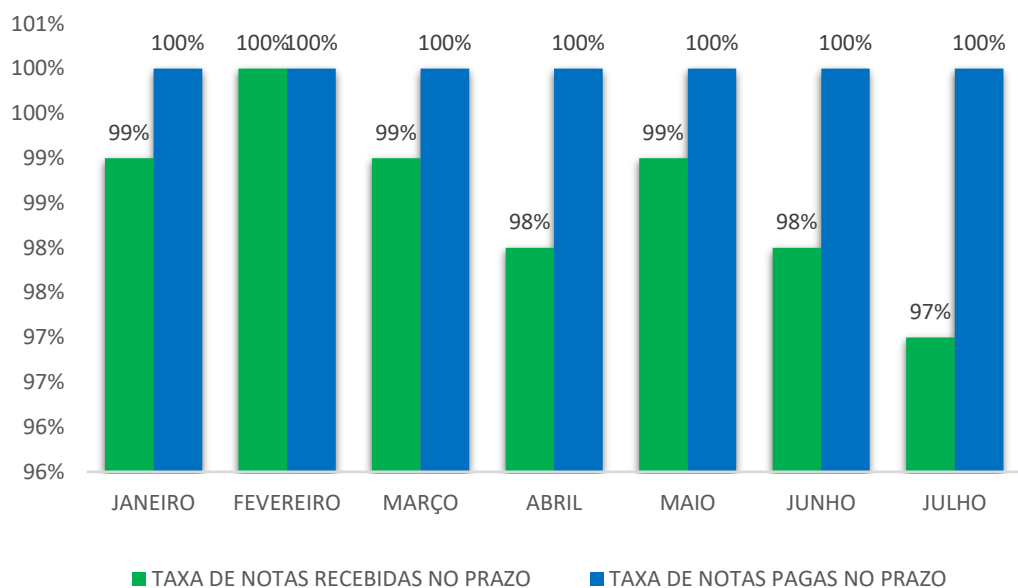
As pendências documentais permanecem em acompanhamento junto aos prestadores, visando sua regularização e a melhoria do indicador nas próximas competências. Da mesma forma, a execução orçamentária seguirá sendo monitorada, buscando maior aderência entre o orçamento disponibilizado e sua efetiva utilização.

**Gráfico 160. Taxa de execução orçamentária**



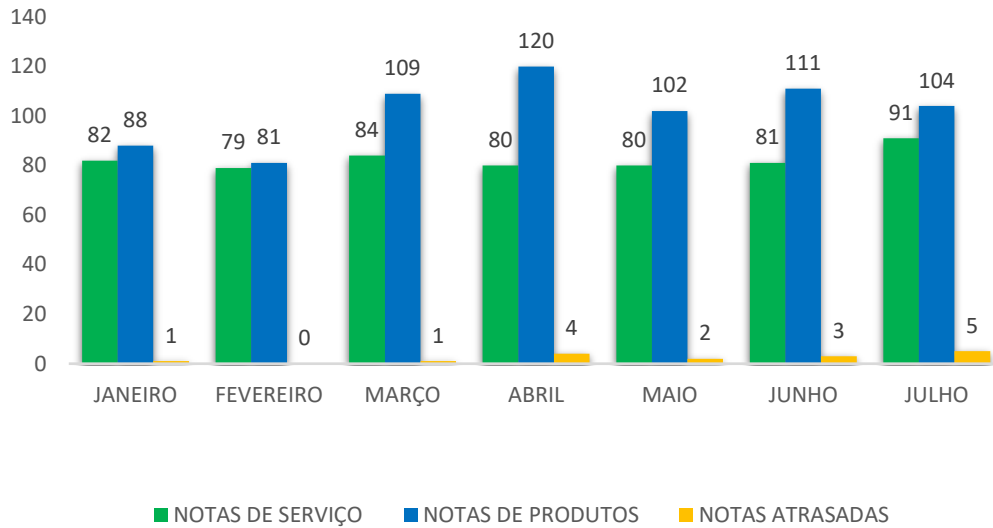
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 161. Taxa de notas recebidas e pagas dentro do prazo**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

Gráfico 162. 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.

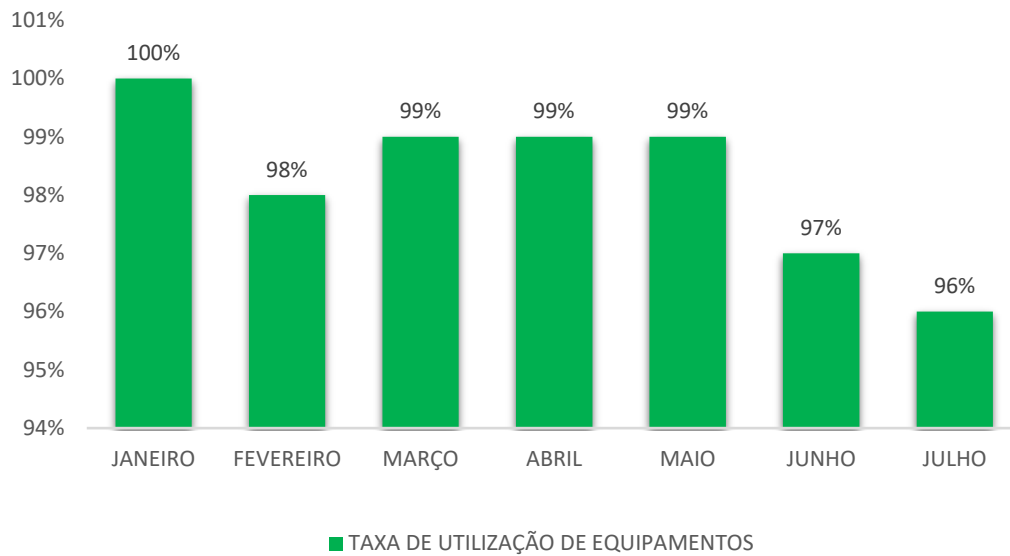
Tabela 92. Indicadores do Patrimônio

| INDICADOR                                                   | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS                          | 100%   | 100%    | 98%       | 99%   | 99%   | 99%  | 97%   | 96%   |
| ÍNDICE DE DEPRECIAÇÃO                                       | 0%     | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS          | > 80%  | 99%     | 99%       | 99%   | 98%   | 99%  | 98%   | 97%   |
| NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS                       | NEUTRO | 157     | 157       | 156   | 143   | 153  | 189   | 294   |
| NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS             | NEUTRO | 131     | 134       | 143   | 99    | 112  | 134   | 227   |
| NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES                    | NEUTRO | 3       | 4         | 16    | 6     | 12   | 3     | 6     |
| NÚMERO DE O.S ABERTAS PARA MOVIMENTAÇÕES ATENDIDAS          | NEUTRO | 3       | 4         | 16    | 6     | 12   | 3     | 6     |
| NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO           | NEUTRO | 10      | 54        | 40    | 23    | 26   | 40    | 45    |
| NÚMERO SE O.S ABERTAS PARA MANUTENÇÃO POR MAU USO ATENDIDAS | NEUTRO | 7       | 38        | 32    | 2     | 4    | 12    | 12    |
| TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA CORRETIVAS                       | > 80%  | 83%     | 85%       | 96%   | 71%   | 74%  | 74%   | 78%   |
| TAXA DE O.S ATENDIDAS PARA MOVIMENTAÇÕES                    | > 80%  | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| QUANTIDADE DE INSERVÍVEIS                                   | NEUTRO | 225     | 225       | 225   | 1     | 1    | 1     | 1     |
| TAXA DE TOMBAMENTO DE ITENS PRÓPRIOS                        | > 60%  | 98%     | 98%       | 98%   | 98%   | 98%  | 98%   | 98%   |
| TAXA DE ITENS LOCADOS                                       | NEUTRO | 63%     | 63%       | 63%   | 63%   | 63%  | 63%   | 63%   |
| NÚMERO DE EQUIPAMENTOS CEDIDOS PARA UNIDADE                 | NEUTRO | 32      | 32        | 32    | 32    | 32   | 32    | 40    |
| TAXA DE ORDEM DE SERVIÇOS FINALIZADAS                       | > 85%  | 85%     | 91%       | 86%   | 78%   | 93%  | 84%   | 68%   |

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

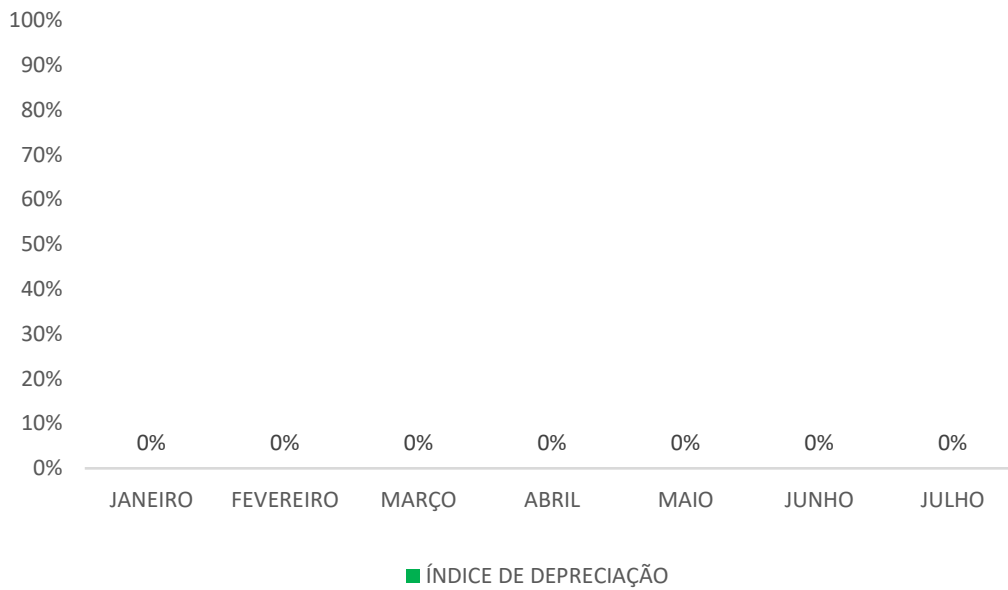
\*Os indicadores de Número de OS abertas para manutenção por mau uso e Número de OS abertas para manutenção por mau uso atendidas serão colocados os dados retroativamente na competência de junho de 2026.

**Gráfico 163. Taxa de utilização de equipamentos**



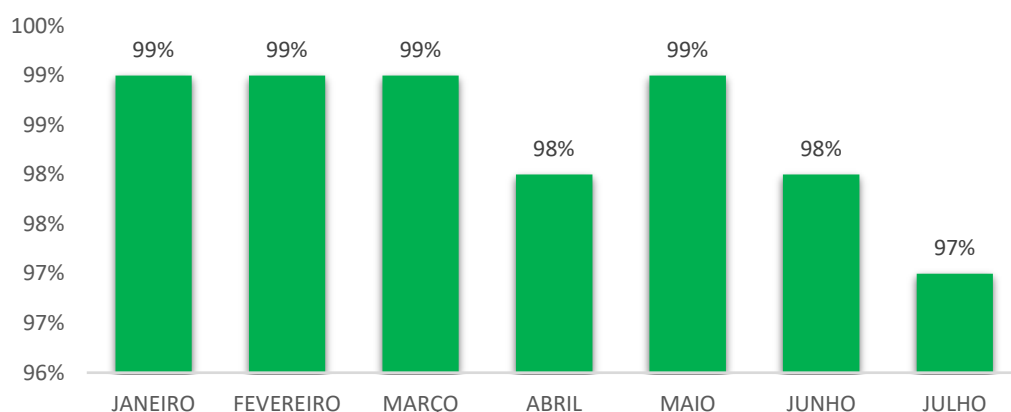
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 164. Índice de depreciação**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

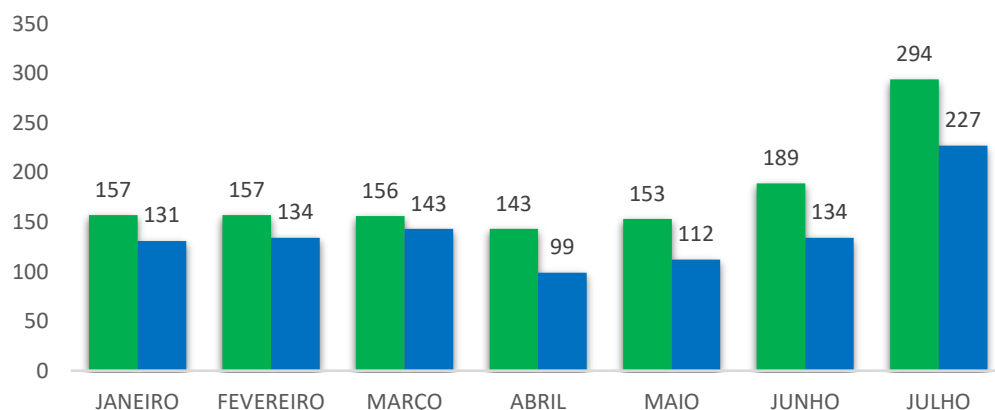
**Gráfico 165. Índice de disponibilidade de equipamentos críticos**



■ ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS

Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 166. Ordem de serviço corretivas**

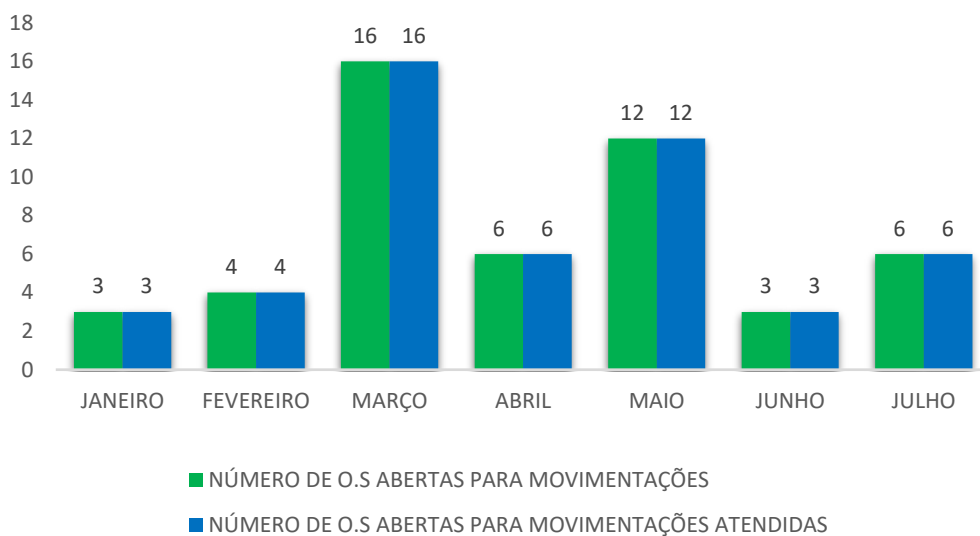


■ NÚMERO DE O.S. ABERTAS PARA CORRETIVAS

■ NÚMERO DE O.S. ABERTAS PARA CORRETIVAS ATENDIDAS

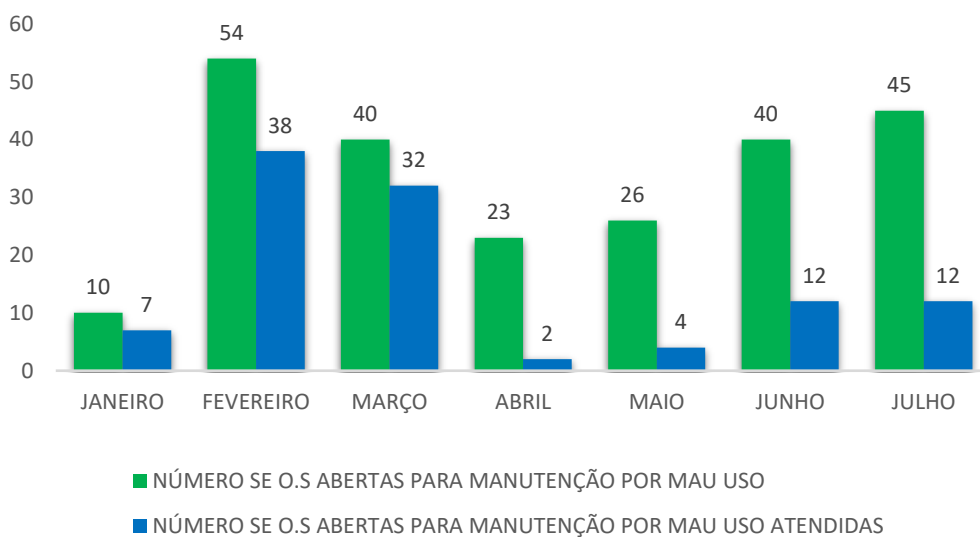
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 167. Ordem de serviço movimentações**



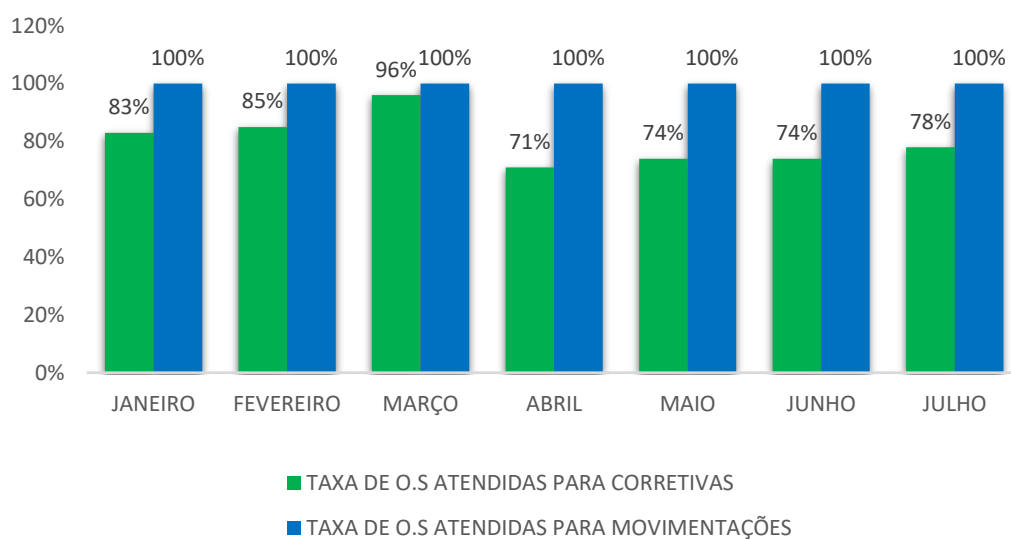
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 168. Ordem de serviço de manutenção de mau uso**



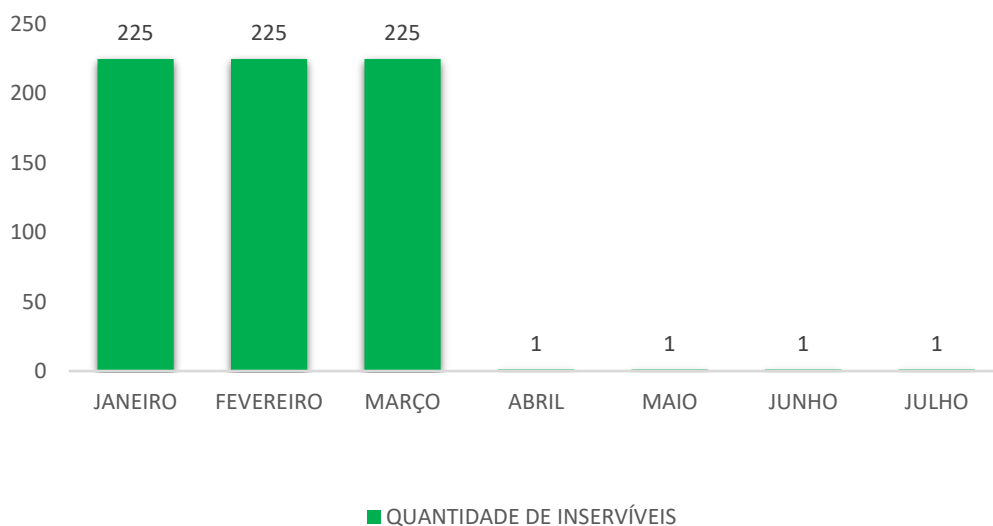
Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 169. Ordem de serviço de corretivas e movimentações**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

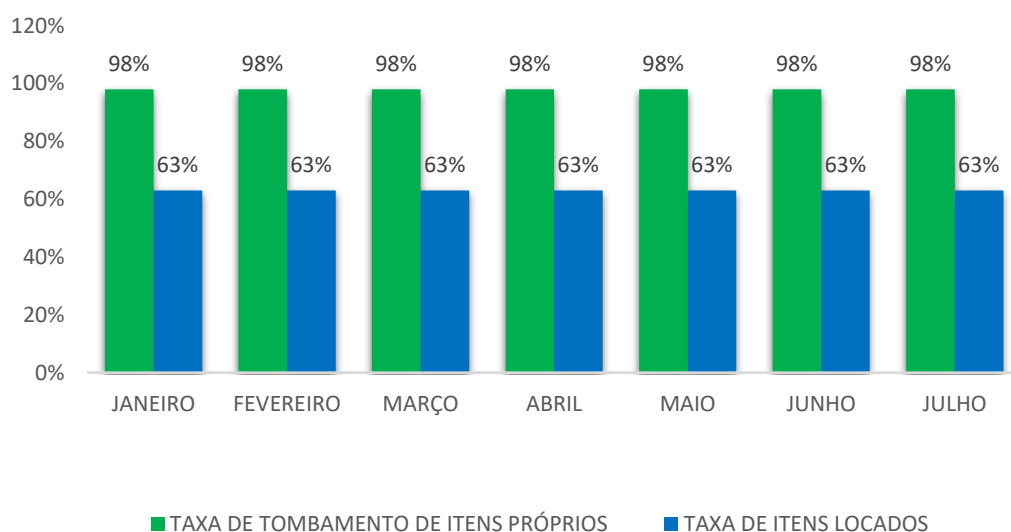
**Gráfico 170. Quantidade de inservíveis**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

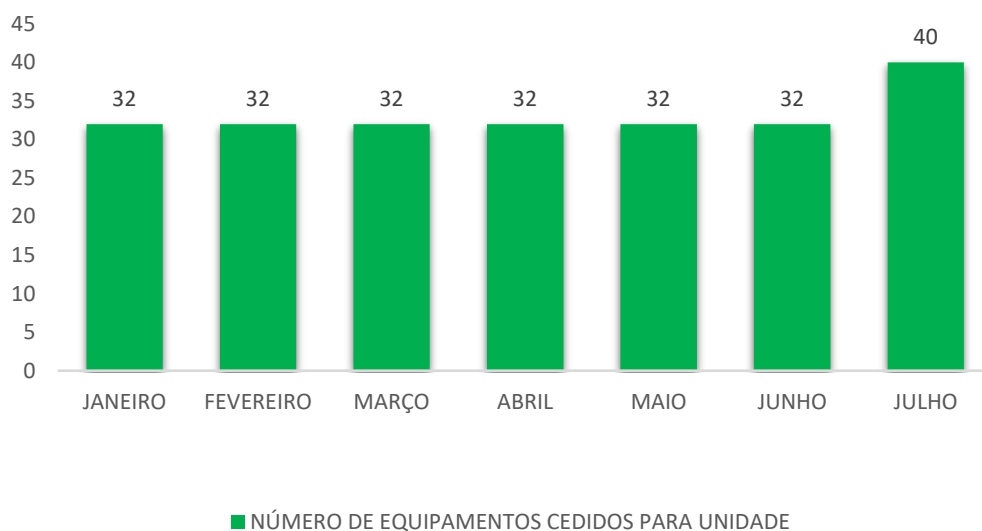


**Gráfico 171. Taxa de tombamento de itens próprios e locados**

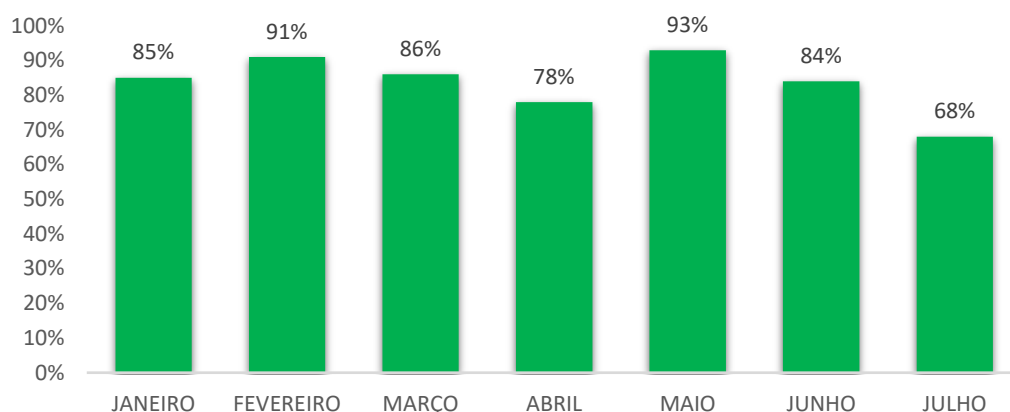


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 172. Número de equipamentos cedidos para unidade**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 173. 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**

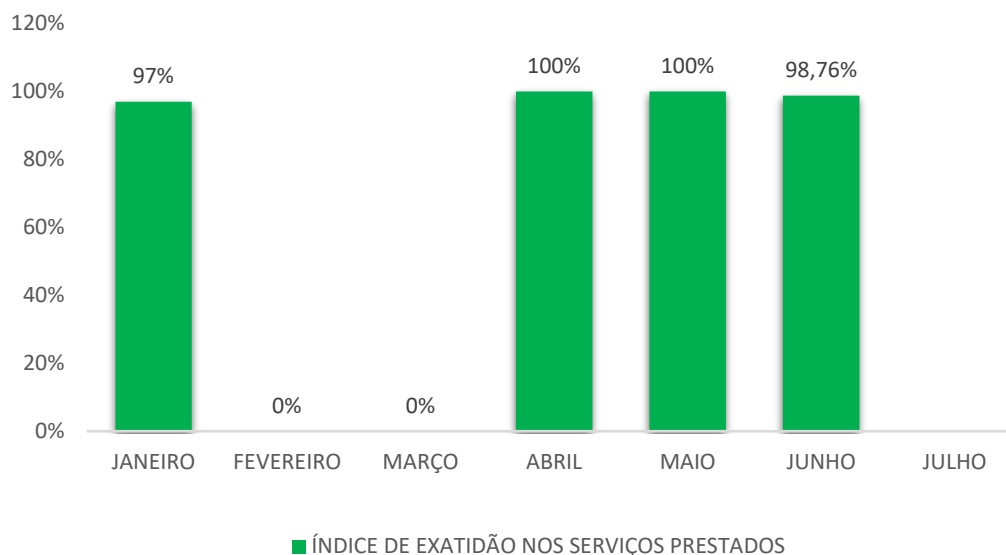
| INDICADOR                                        | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO  | ABRIL  | MAIO   | JUNHO  | JULHO |
|--------------------------------------------------|--------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|-------|
| ÍNDICE DE EXATIDÃO NOS SERVIÇOS PRESTADOS        | 100%   | 97%     | 98,78%    | 96,34% | 100%   | 100%   | 98,76% | *     |
| NÚMERO DE ADITIVOS (PRAZO)                       | NEUTRO | 1       | 2         | 7      | 6      | 4      | 4      | 6     |
| NÚMERO DE NOVOS CONTRATOS                        | NEUTRO | 2       | 2         | 1      | 0      | 1      | 1      | 0     |
| NÚMERO DE ADITIVOS (ESCOPO)                      | NEUTRO | 3       | 4         | 4      | 5      | 1      | 2      | 1     |
| 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

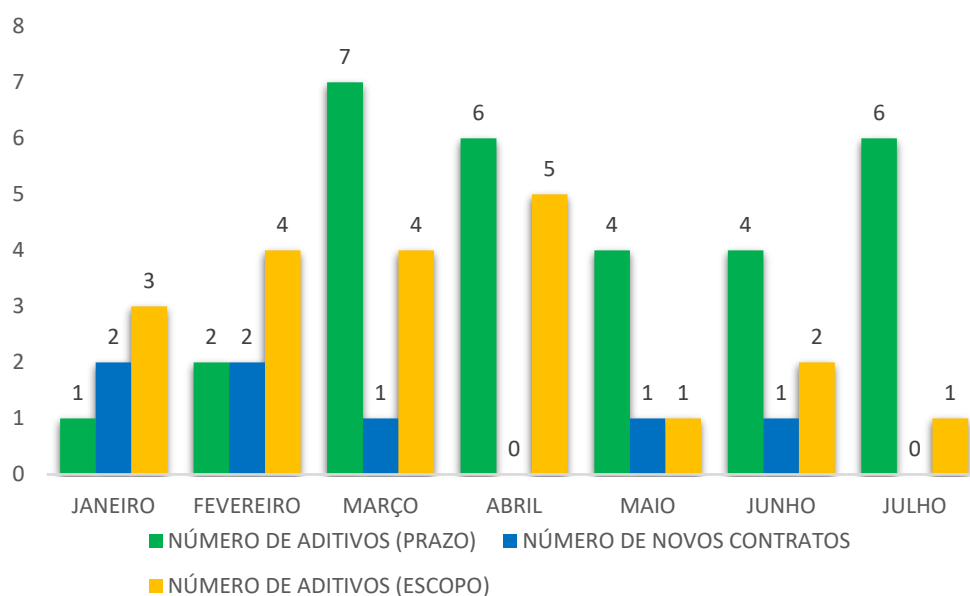
Os indicadores de índice de exatidão nos serviços prestados e Qualificação de Prestadores de Serviços Críticos não foram mensurados nesta competência sendo posteriormente informados os dados com previsão para agosto de 2026.

**Gráfico 174. Índice de exatidão nos serviços prestados**

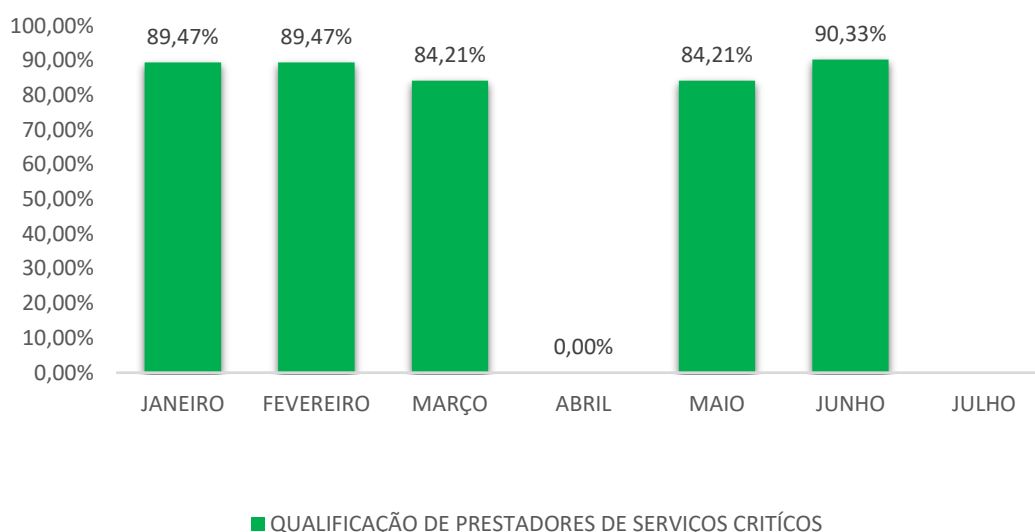


Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 175. Número de aditivos e contratos**



Fonte: Relatório Interno – Coordenação Administrativa.

**Gráfico 176. 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 | JULHO |
|----------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE PEDIDOS ATENDIDOS (DISPENSAÇÃO DE ENXOVAL) | 100%  | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE PRIVATIVOS                                 | 100%  | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |

|                                                  |                      |       |       |       |       |       |       |       |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| DISPENSADOS NA UTI                               |                      |       |       |       |       |       |       |       |
| TAXA DE EXPRESSO SOLICITADO                      | 0%                   | 0%    | 0%    | 0%    | 6,67% | 0%    | 0%    | 0%    |
| TAXA DE ENXOVAIS RECEBIDOS COM SUJIDADE          | < 1%                 | 0,28% | 0,30% | 0,15% | 0,32% | 0,20% | 0%    | 0%    |
| TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES                 | < 2 HORAS            | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     |
| ÍNDICE DE EVASÃO DE ROUPAS                       | < 2%                 | N/A*  | N/A*  | 3,10% | N/A*  | N/A*  | N/A*  | N/A*  |
| ÍNDICE DE REPOSIÇÃO DE ENXOVAL                   | > 90%                | 95%   | 100%  | 100%  | 90%   | 85%   | 90%   | 100%  |
| TAXA DE CONFORMIDADE COM PADRÕES DE HIGIENIZAÇÃO | 100%                 | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| ÍNDICE DE RETORNO DE PEÇAS DANIFICADAS           | 0%                   | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    | 0,00% |
| ÍNDICE DE RELAVE                                 | QUANTO MAIOR, MELHOR | 2%    | 2,10% | 2%    | 2%    | 2,10% | 1,90% | 2%    |
| NÚMERO DE CAMISOLAS DISPENSADAS                  | NEUTRO               | 6047  | 5774  | 6305  | 6493  | 6666  | 6212  | 6210  |
| NÚMERO DE COBERTORES DISPENSADAS                 | NEUTRO               | 282   | 257   | 291   | 333   | 423   | 362   | 363   |
| NÚMERO DE FRONHAAS DISPENSADAS                   | NEUTRO               | 4546  | 4741  | 5356  | 4790  | 5326  | 4896  | 4705  |
| NÚMERO DE LENÇÓIS DISPENSADAS                    | NEUTRO               | 12239 | 11035 | 12346 | 12489 | 12735 | 11893 | 11752 |
| NÚMERO DE TOALHAS DISPENSADAS                    | NEUTRO               | 4661  | 5086  | 5660  | 5676  | 5847  | 5423  | 5305  |
| NÚMERO DE TRAVESSEIROS DISPENSADOS               | NEUTRO               | 5757  | 5580  | 6292  | 6256  | 6452  | 6070  | 5954  |

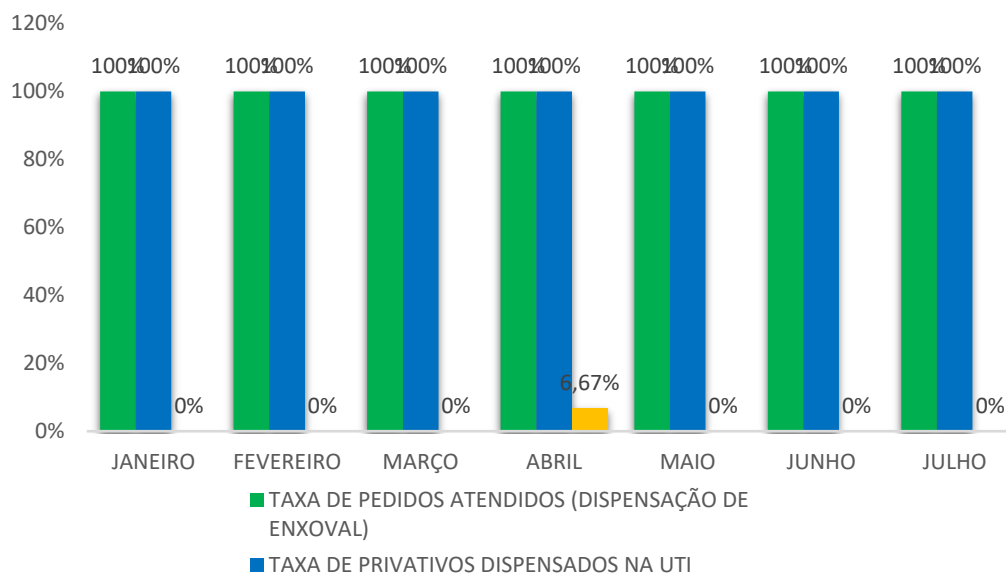
\* Dado será enviado na competência posterior

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.

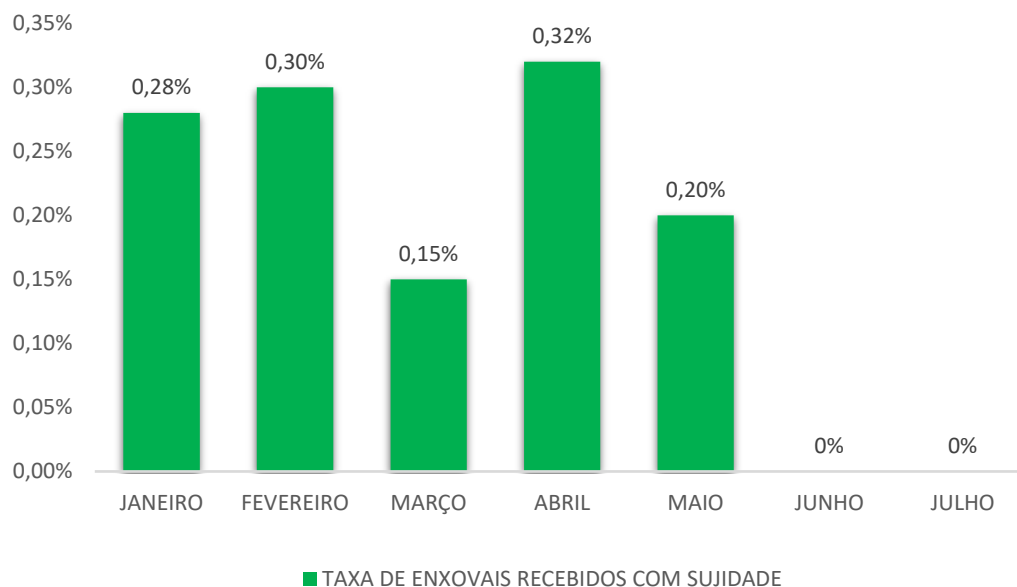
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**ANÁLISE CRÍTICA - ROUPARIA**

O Índice de Evasão de Roupas permaneceu em acompanhamento, aguardando a novo inventário.

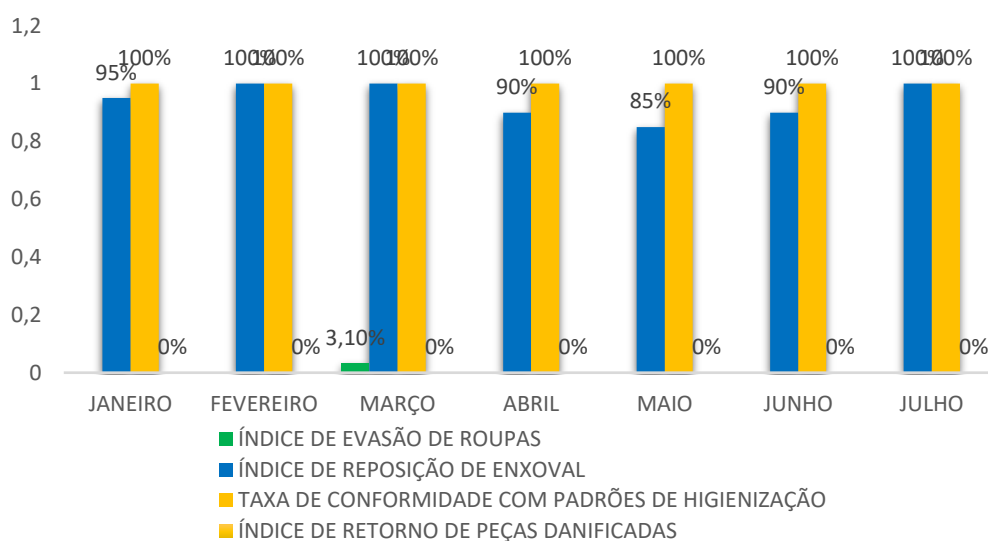
**Gráfico 177. Taxa serviços da rouparia**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 178. Taxa de enxovais recebidos com sujeidade**

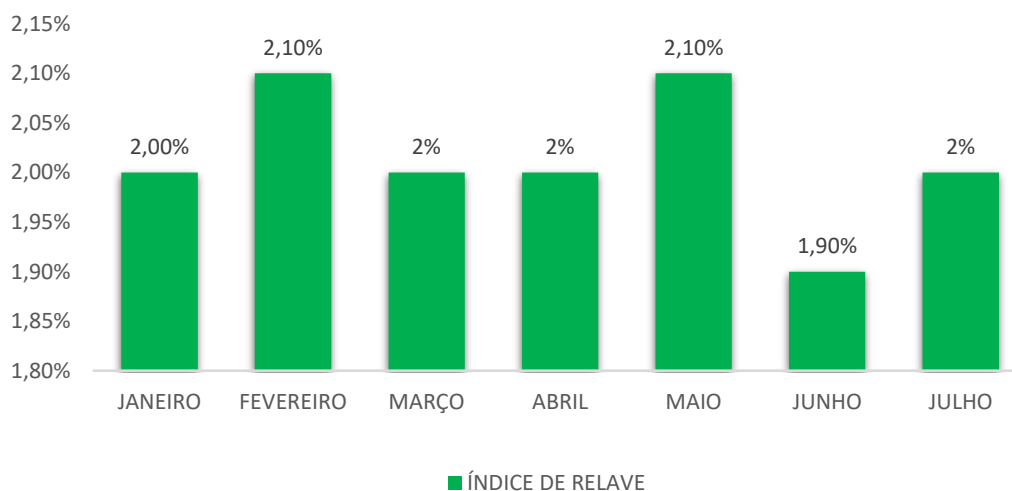
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 179. Análise serviços de rouparia**



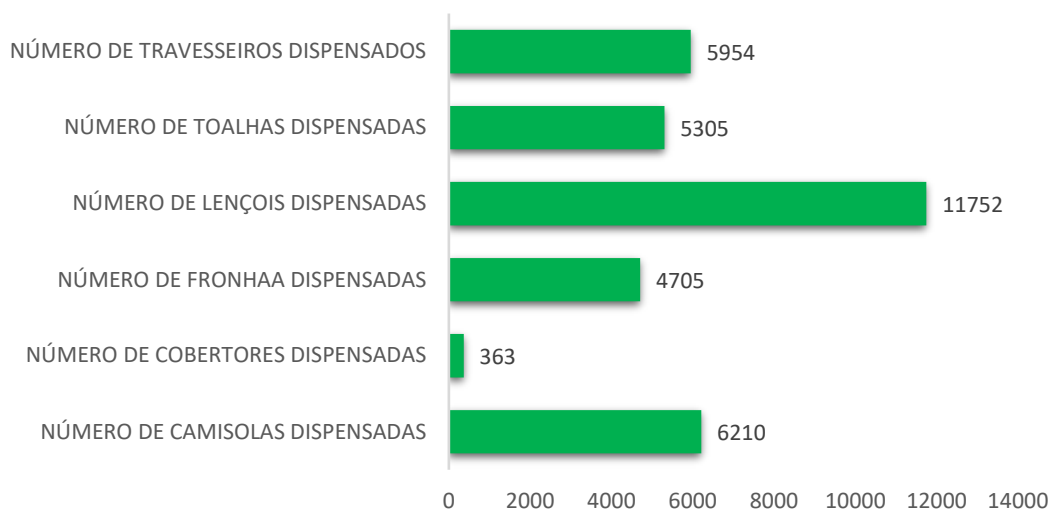
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 180. Índice de relave**



Dado de março de 2026 será enviado na competência posterior

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 181. Dispensação de enxovais em julho de 2026**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 182. 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 | JULHO |
|------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| ÍNDICE DE LIMPEZA TERMINAL DO LEITO VERIFICADA | 100%  | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| ÍNDICE DE LIMPEZA                              | 0%    | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 15%  | 0%    | 5%    |



| TERMINAL FORA DO PADRÃO DE QUALIDADE<br>ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A LIMPEZA | > 80%    | 90% | 100% | 100% | 100% | 85% | 90% | 85% |
|----------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|------|-----|-----|-----|
| TEMPO DE RESPOSTA A SOLICITAÇÕES                                           | <2 HORAS | 1   | 1    | 1    | 1    | 1   | 1   | 1   |
| TERMINAL SETOR - ARARA                                                     | => 22    | 22  | 24   | 24   | 24   | 23  | 29  | 24  |
| TERMINAL SETOR - CANÁRIO                                                   | => 18    | 18  | 18   | 18   | 20   | 18  | 18  | 21  |
| TERMINAL SETOR - PEDIATRIA                                                 | => 12    | 12  | 12   | 12   | 11   | 12  | 15  | 12  |
| TERMINAL SETOR - JOÃO DE BARRO                                             | => 20    | 20  | 17   | 18   | 19   | 19  | 25  | 20  |
| TERMINAL SETOR - SABIÁ                                                     | => 42    | 43  | 42   | 42   | 42   | 43  | 53  | 38  |
| TERMINAL SETOR - BEM TE VI                                                 | => 40    | 70  | 90   | 88   | 112  | 129 | 109 | 105 |
| TERMINAL SETOR - SANHAÇU                                                   | => 76    | 75  | 72   | 83   | 69   | 81  | 107 | 86  |
| TERMINAL SETOR - COLIBRI                                                   | => 106   | 44  | 177  | 164  | 177  | 183 | 207 | 223 |
| TERMINAL SETOR - BEIJA FLOR                                                | => 60    | 266 | 219  | 291  | 254  | 252 | 244 | 195 |

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

## ANÁLISE CRÍTICA – HIGIENIZAÇÃO

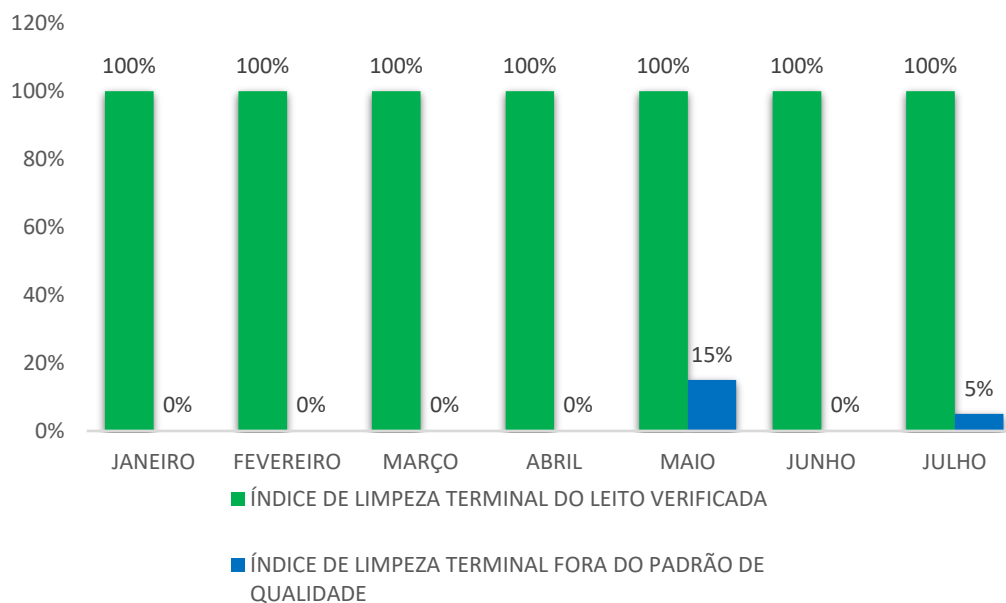
O setor Sabiá apresentou dificuldade na liberação de quartos para realização da limpeza terminal, em razão das condições clínicas dos pacientes, o que impactou o cumprimento do fluxo e dos prazos previstos para o processo.

Em relação ao Índice de Limpeza Terminal Fora do Padrão, foram realizados treinamentos e alinhamentos com a equipe de higienização e a gestão assistencial, com foco nas dificuldades identificadas durante a execução das limpezas terminais, reforçando os critérios de qualidade, a padronização dos procedimentos e a integração entre as equipes.

Quanto ao Índice de Satisfação, foram identificadas oportunidades de melhoria relacionadas à postura e ao comportamento de alguns profissionais durante a prestação

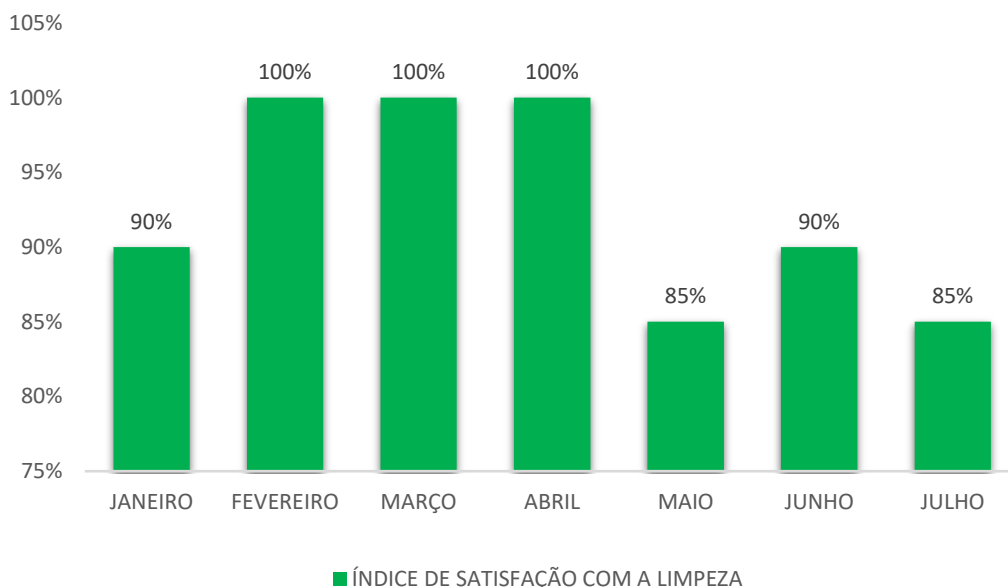
dos serviços. Diante disso, foram realizadas orientações e ações de capacitação com a equipe, reforçando as condutas esperadas, o atendimento humanizado e a importância do comportamento profissional para a experiência e satisfação dos pacientes.

**Gráfico 183. Índice de limpeza**

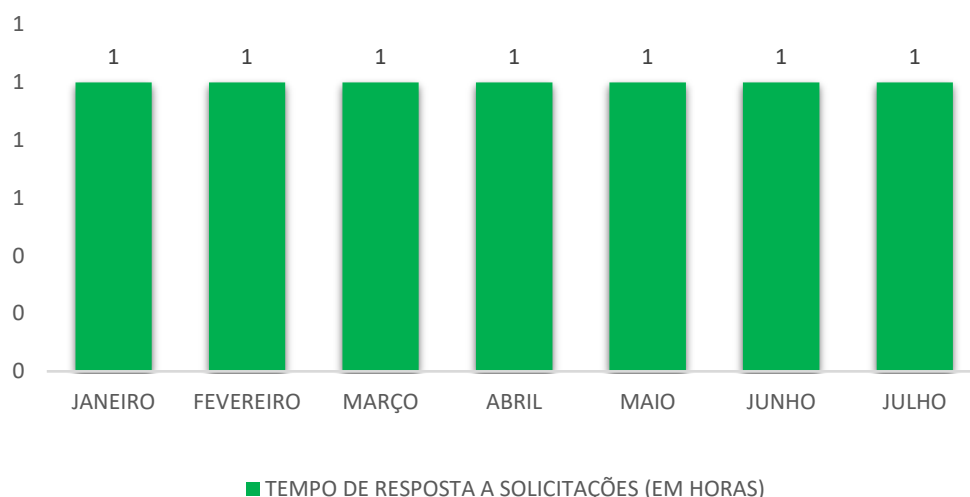


Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

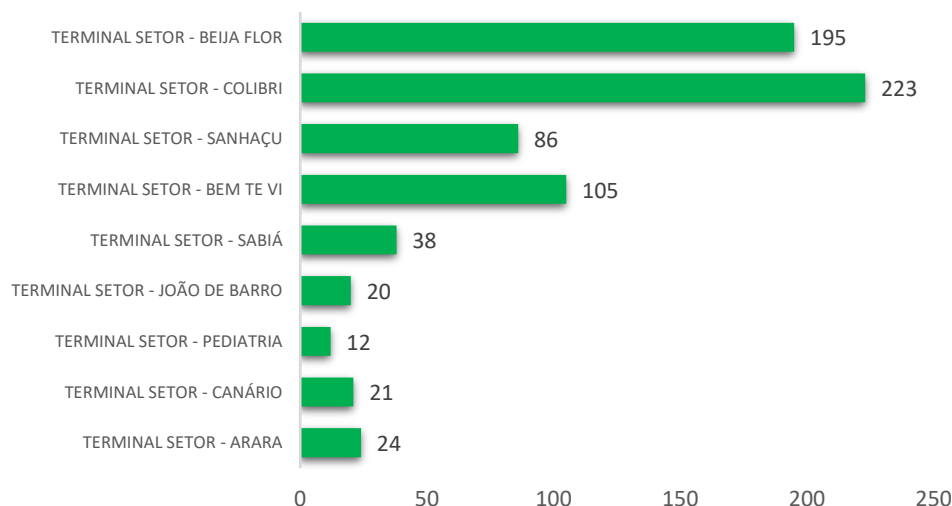
**Gráfico 184. Índice de satisfação com a limpeza**



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 185. Tempo de resposta a solicitações (em horas)**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 186. Terminais de limpeza em julho de 2026**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### 3.9.8. Recepção

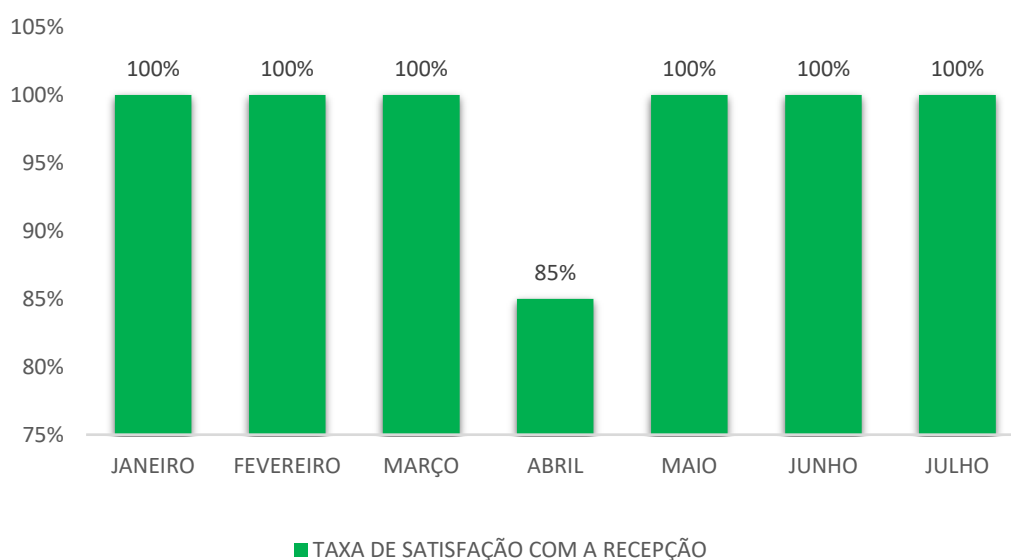
Assegurar o acolhimento e o atendimento eficiente aos usuários, pacientes, visitantes e colaboradores, garantindo a organização dos fluxos, a agilidade nos processos, a qualidade das informações e a conformidade com as normas institucionais, contribuindo para a segurança, a satisfação e o suporte às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

Tabela 96. Indicadores de Recepção

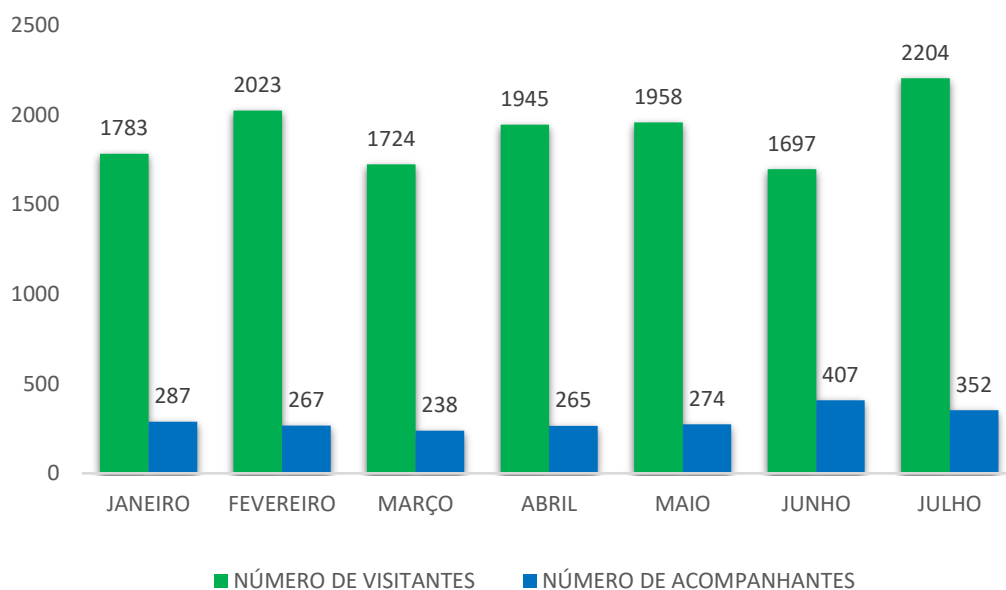
| INDICADOR                                             | METAS  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE SATISFAÇÃO COM A RECEPÇÃO                     | > 80%  | 100%    | 100%      | 100%  | 85%   | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO DE VISITANTES                                  | NEUTRO | 1783    | 2023      | 1724  | 1945  | 1958 | 1697  | 2204  |
| NÚMERO DE ACOMPANHANTES                               | NEUTRO | 287     | 267       | 238   | 265   | 274  | 407   | 352   |
| NÚMERO DE REQUERIMENTOS DE SOLICITAÇÕES DE DOCUMENTOS | NEUTRO | 17      | 19        | 28    | 26    | 31   | 22    | 15    |

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

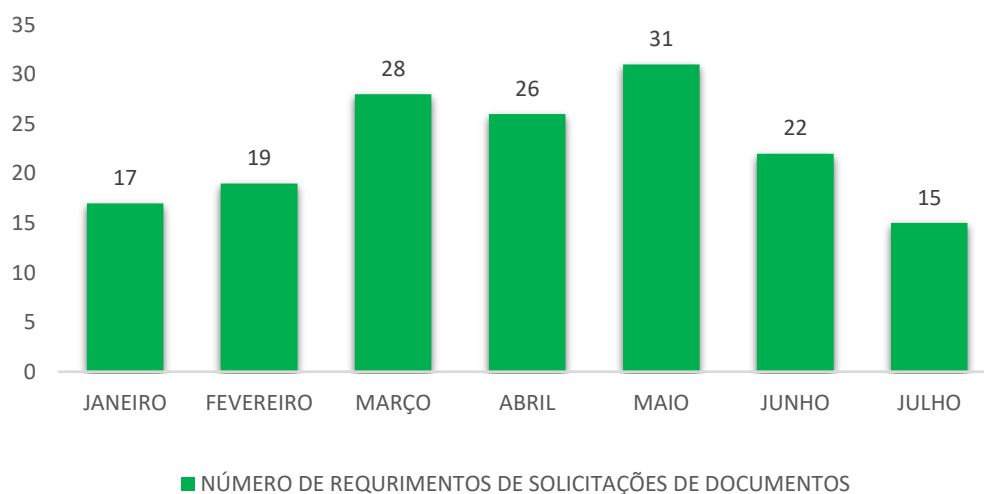
Gráfico 187. Taxa de satisfação com a recepção



Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 188. Número de visitantes e acompanhantes**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 189. Número de requerimentos de solicitações de documentos**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

### 3.9.9. Portaria

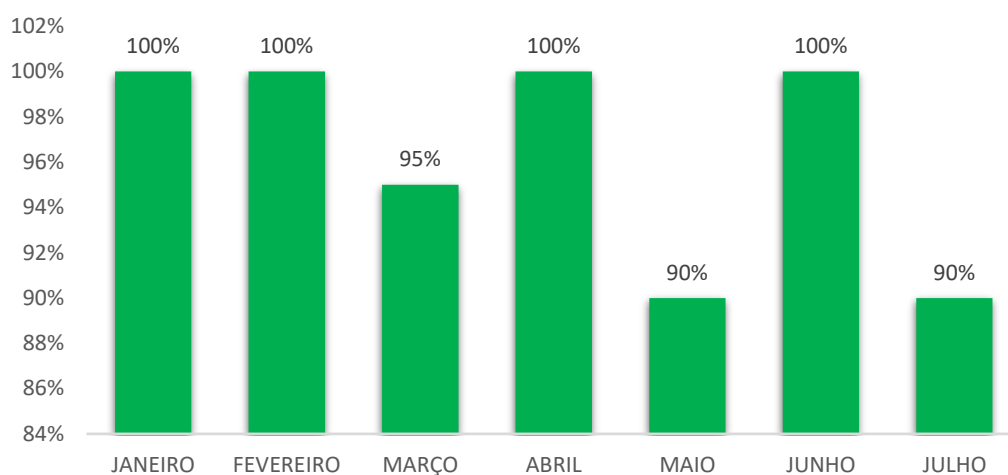
Assegurar o controle de acesso de pessoas, veículos e materiais, garantindo a segurança institucional, a organização dos fluxos de entrada e saída e o cumprimento das normas e protocolos estabelecidos, contribuindo para a proteção do patrimônio, a segurança dos usuários e o suporte às áreas assistenciais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

Tabela 97. Indicadores de Portaria

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

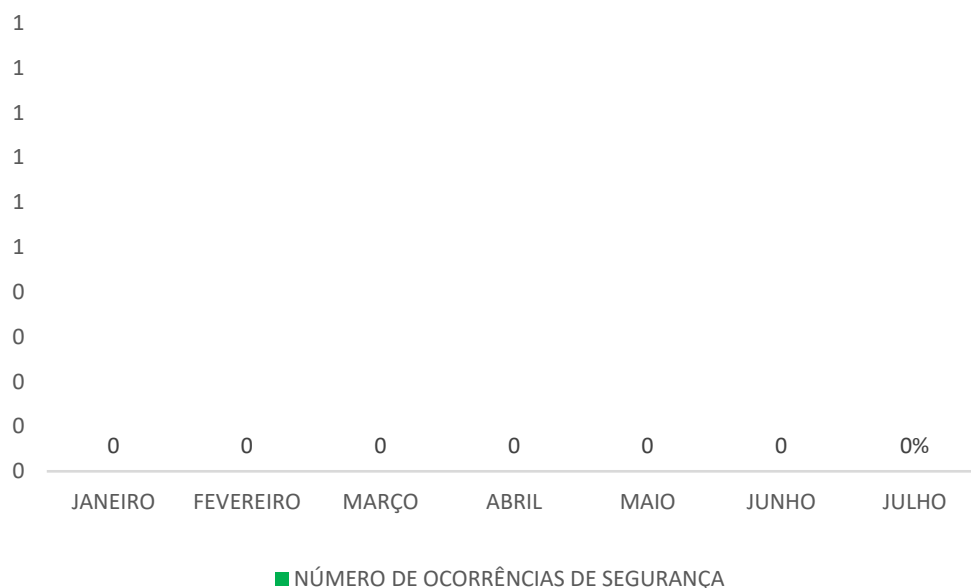
Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

Gráfico 190. Taxa de satisfação com a portaria

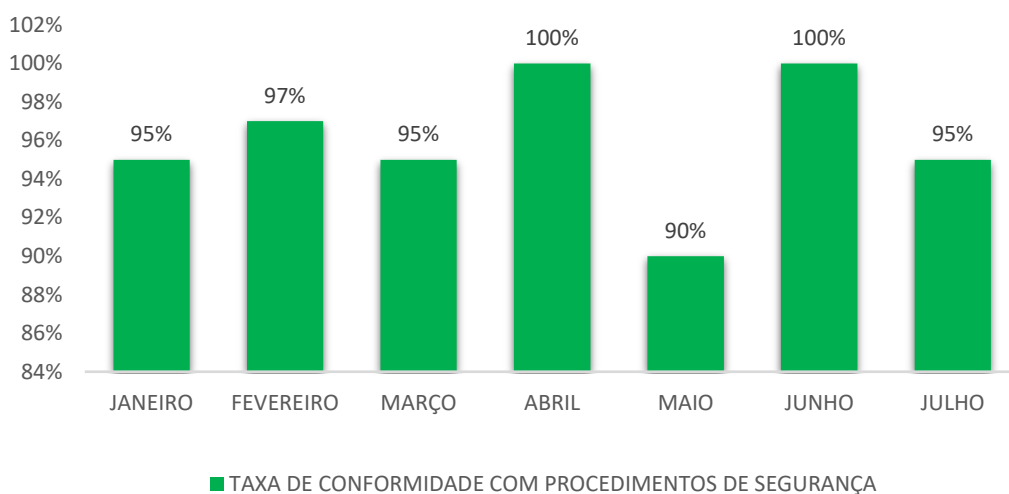


■ TAXA DE SATISFAÇÃO COM A PORTARIA

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 191. Número de ocorrências de segurança**

Fonte: Relatório Interno – Supervisão Operacional.

**Gráfico 192. 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 | JULHO |
|-----------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE CUMPRIMENTO DE PRAZOS LEGAIS                            | 100%   | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| NÚMERO NOTIFICAÇÃO ENVIADA A FORNECEDORES                       | 0      | 4       | 1         | 4     | 2     | 0    | 1     | 3     |
| NÚMERO DE NOTIFICAÇÃO RESPONDIDA E RESOLVIDA POR FORNECEDORES   | NEUTRO | 3       | 0         | 1     | 0     | 0    | 1     | 2     |
| NÚMERO DE OFÍCIOS RECEBIDOS                                     | NEUTRO | 2       | 4         | 3     | 2     | 5    | 4     | 5     |
| NÚMERO DE OFÍCIOS ENVIADOS                                      | NEUTRO | 3       | 4         | 3     | 3     | 5    | 5     | 4     |
| NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS 2026                           | 0      | 3       | 1         | 2     | 1     | 2    | 0     | 0     |
| NÚMERO DE PROCESSOS TRABALHISTAS DE ANOS ANTERIORES (2020/2025) | 0      | 22      | 22        | 21    | 21    | 21   | 21    | 21    |
| NÚMERO DE RESCISÃO INDIRETA                                     | 0      | 1       | 1         | 0     | 0     | 0    | 0     | 0     |



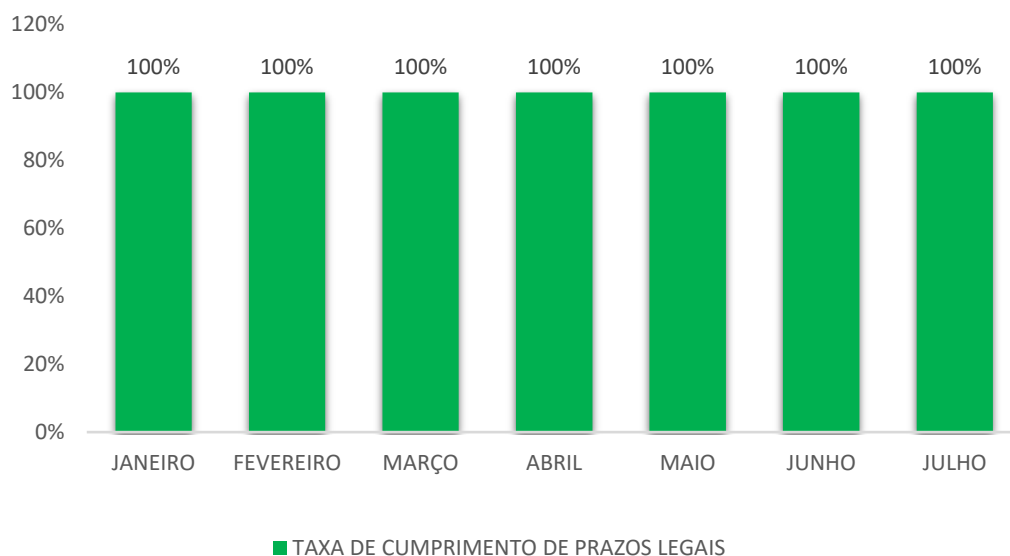
|                                    |        |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE AUDIÊNCIAS REALIZADAS    | NEUTRO | 0 | 0 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| NÚMERO DE PROCESSO INTS 2026       | NEUTRO | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| NÚMERO DE PROCESSOS TERCEIRO 2026  | NEUTRO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NÚMERO DE SENTENÇA                 | NEUTRO | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| NÚMERO DE PROCEDENTES              | NEUTRO | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| NÚMERO DE IMPROCEDENTES            | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NÚMERO DE PARCIALMENTE PROCEDENTES | NEUTRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

### ANÁLISE CRÍTICA – JURÍDICO

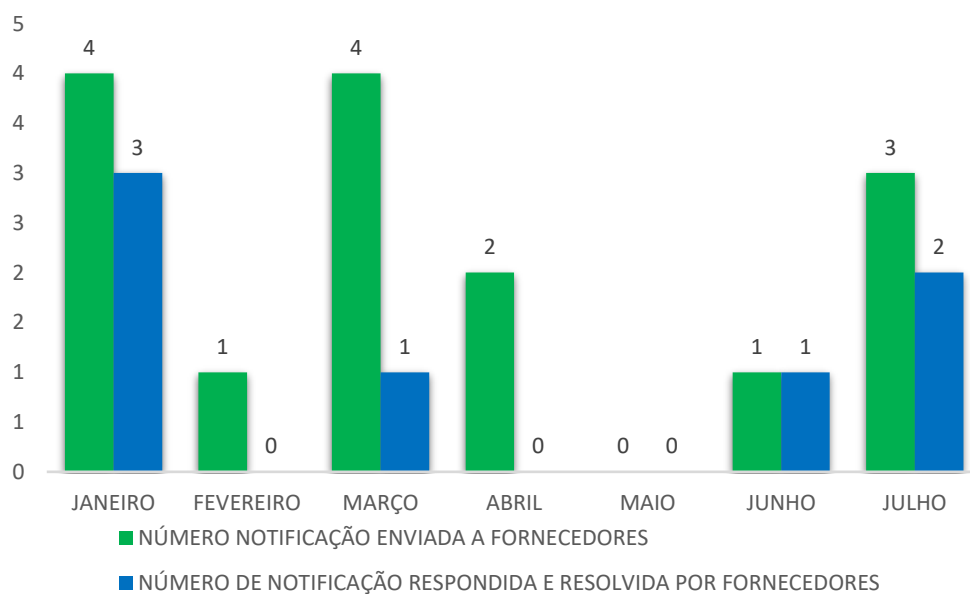
O Número de Notificações Respondidas e Resolvidas por Fornecedores não corresponde ao Número de Notificações Enviadas a Fornecedores, uma vez que os prazos para análise, resposta e resolução variam conforme a natureza e a complexidade de cada ocorrência. Dessa forma, algumas notificações emitidas no período podem permanecer em acompanhamento e serem concluídas nas competências subsequentes, não caracterizando, necessariamente, pendência ou descumprimento por parte dos fornecedores.

**Gráfico 193. Taxa de cumprimento de prazos legais**



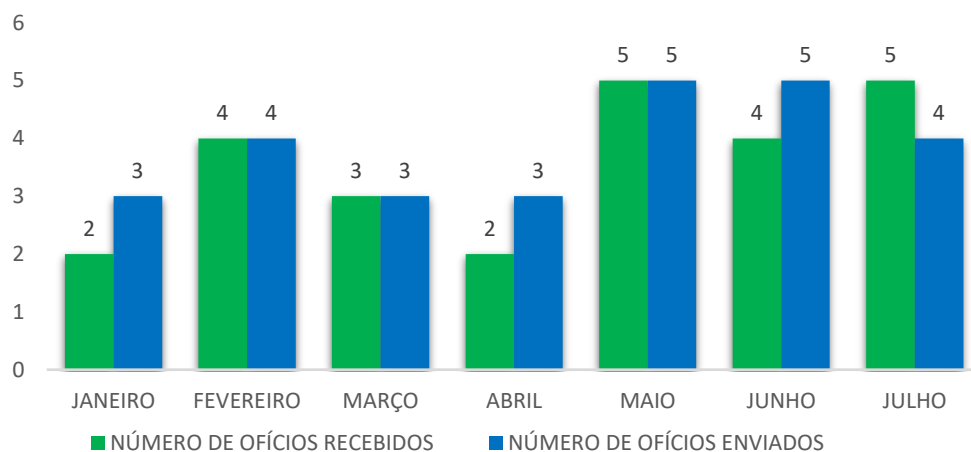
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 194. Análise de notificações**



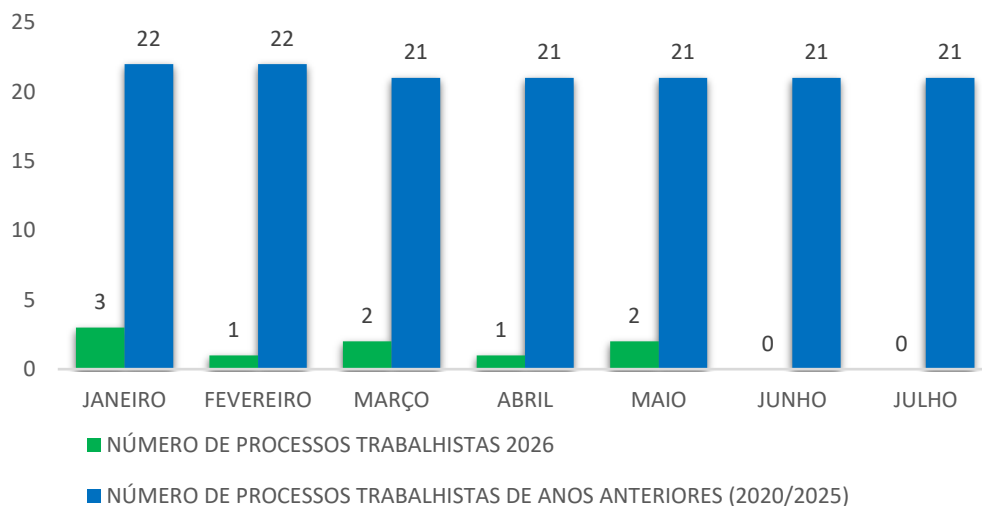
Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 195. Análise de ofícios**

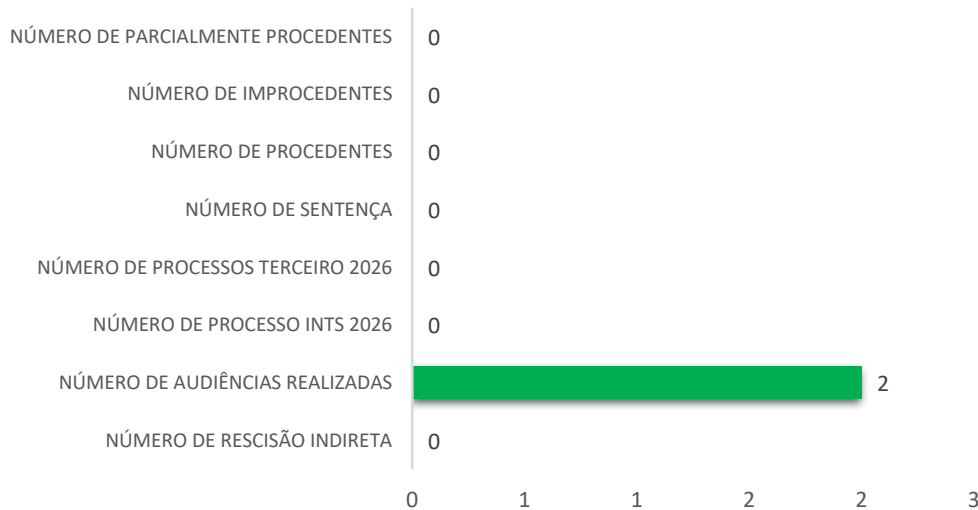


Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 196. Número de processos trabalhistas**



Fonte: Relatório Interno – Setor Jurídico.

**Gráfico 197. Produção Jurídico em julho 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 | JULHO |
|----------------------|-------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE RESOLUÇÃO    | 100%  | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE REINCIDÊNCIA | < 5%  | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 11%   |

|                                  |                      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------------------------------|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| TAXA DE DEVOLUTIVA               | > 80%                | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA          | < 5 DIAS             | 0    | 2    | 12   | 4    | 2    | 4    | 12   |
| TOTAL DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS | NEUTRO               | 11   | 1    | 2    | 3    | 5    | 4    | 2    |
| NÚMERO DE ELOGIOS                | QUANTO MAIOR, MELHOR | 11   | 0    | 0    | 1    | 4    | 0    | 0    |
| NÚMERO DE SOLICITAÇÕES           | NEUTRO               | 0    | 1    | 2    | 2    | 1    | 1    | 0    |
| NÚMERO DE RECLAMAÇÕES            | QUANTO MENOR, MELHOR | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 3    | 2    |
| NÚMERO DE DENÚNCIAS              | QUANTO MENOR, MELHOR | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| NÚMERO DE SUGESTÕES              | NEUTRO               | 0    | 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 | JULHO |
|-----------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| TAXA DE RESOLUÇÃO                       | > 80%                | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE DEVOLUTIVA                      | 100%                 | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE NPS PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO | > 80%                | 70%     | 79%       | 75%   | 85%   | 78%  | 87%   | 82%   |
| TEMPO MÉDIO DE RESPOSTA                 | < 8 DIAS             | 5       | 3         | 2     | 4     | 3    | 3     | 3     |
| TOTAL DE PESQUISAS BEIRA LEITO          | 40                   | 33      | 33        | 40    | 40    | 40   | 40    | 40    |
| TOTAL DE PESQUISAS TOTEM LINK           | 10                   | 0       | 0         | 0     | 0     | 0    | 0     | 1     |
| NÚMERO DE INSATISFAÇÕES                 | QUANTO MENOR, MELHOR | 83      | 24        | 44    | 49    | 36   | 58    | 85    |
| NÚMERO DE SATISFAÇÕES                   | QUANTO MENOR, MELHOR | 23      | 10        | 71    | 54    | 29   | 29    | 31    |

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

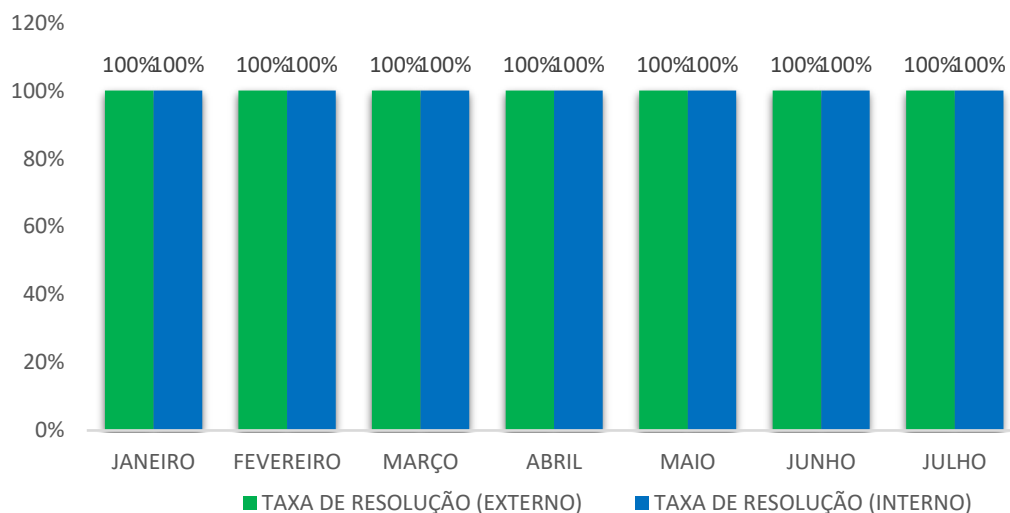
## ANÁLISE CRÍTICA – OUVIDORIA

O Número de Notificações Respondidas e Resolvidas por Fornecedores não corresponde ao Número de Notificações Enviadas a Fornecedores, uma vez que os prazos para análise, resposta e resolução variam conforme a natureza e a complexidade de cada

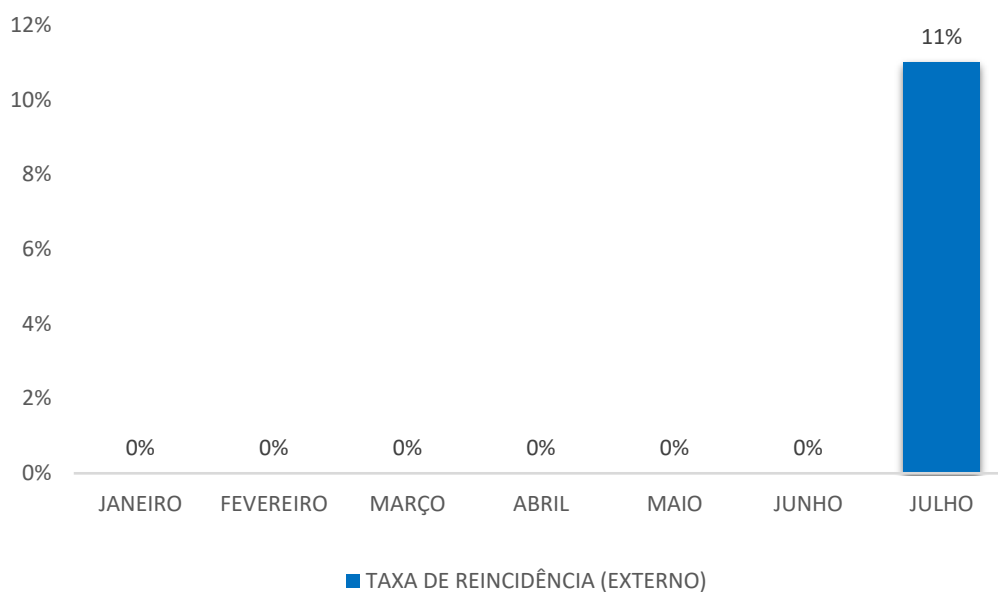
ocorrência. Dessa forma, algumas notificações emitidas no período podem permanecer em acompanhamento e serem concluídas nas competências subsequentes, não caracterizando, necessariamente, pendência ou descumprimento por parte dos fornecedores.

O Número de Notificações Respondidas e Resolvidas por Fornecedores não corresponde ao Número de Notificações Enviadas a Fornecedores, uma vez que o prazo para retorno, análise e resolução varia conforme a natureza e a complexidade de cada notificação. Dessa forma, parte das notificações encaminhadas no período pode permanecer em tratativa e ser concluída nas competências subsequentes, sendo mantido o acompanhamento das pendências até sua efetiva resolução.

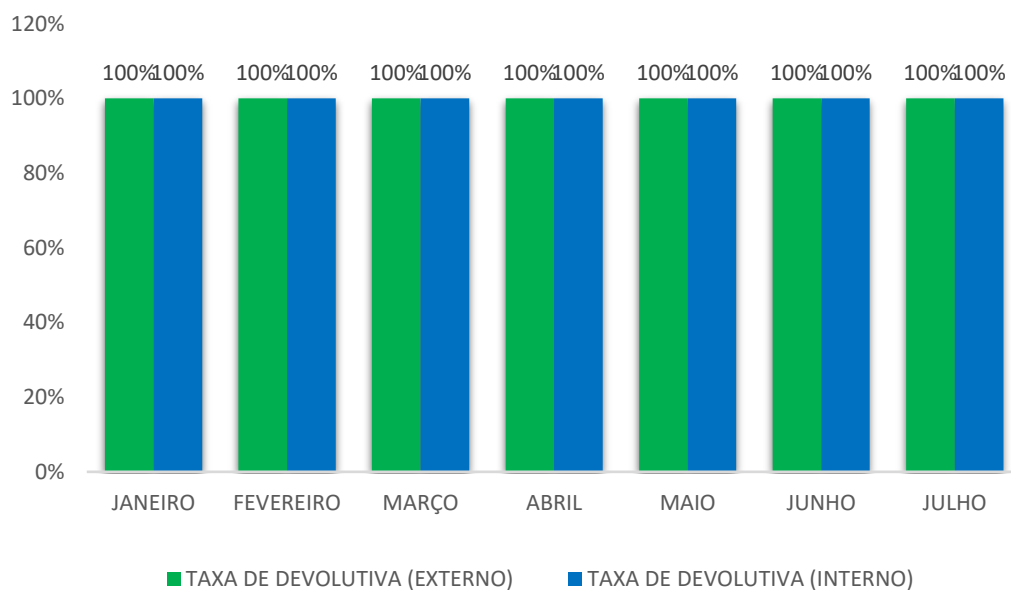
**Gráfico 198. Taxa de resolução**



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

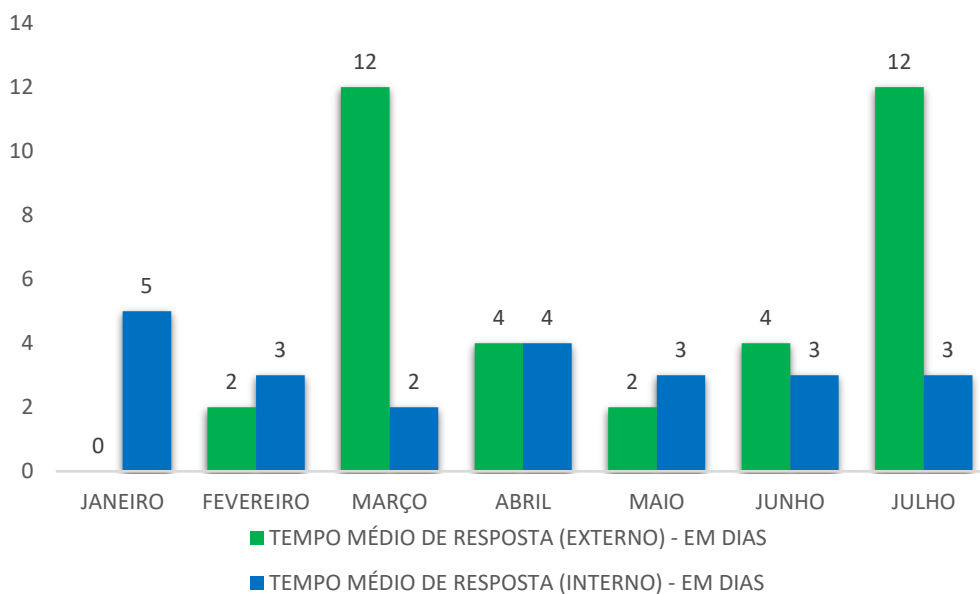
**Gráfico 199. Taxa de reincidência**

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 200. Taxa de devolutiva**

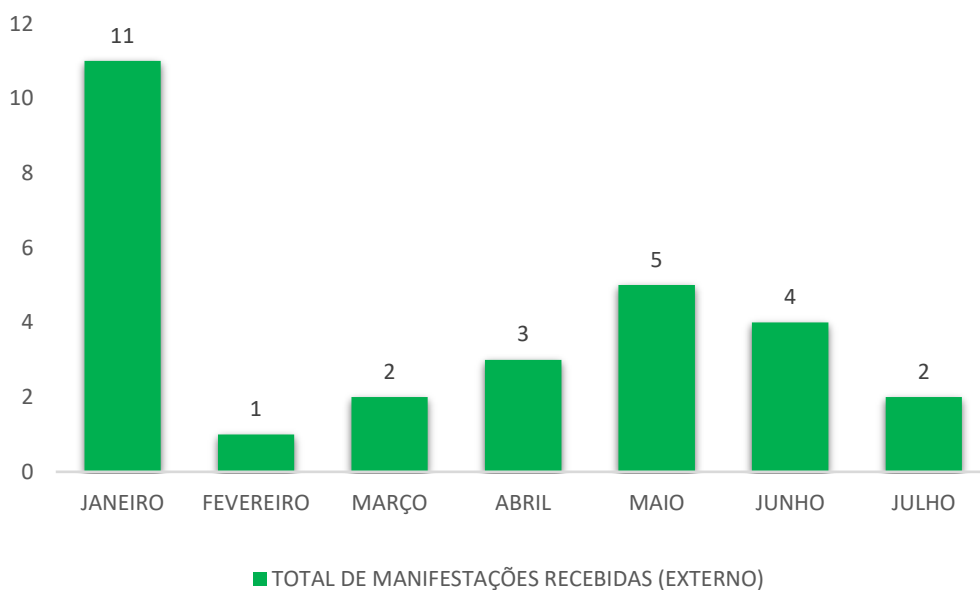
Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 201. Tempo médio de respostas em dias**



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

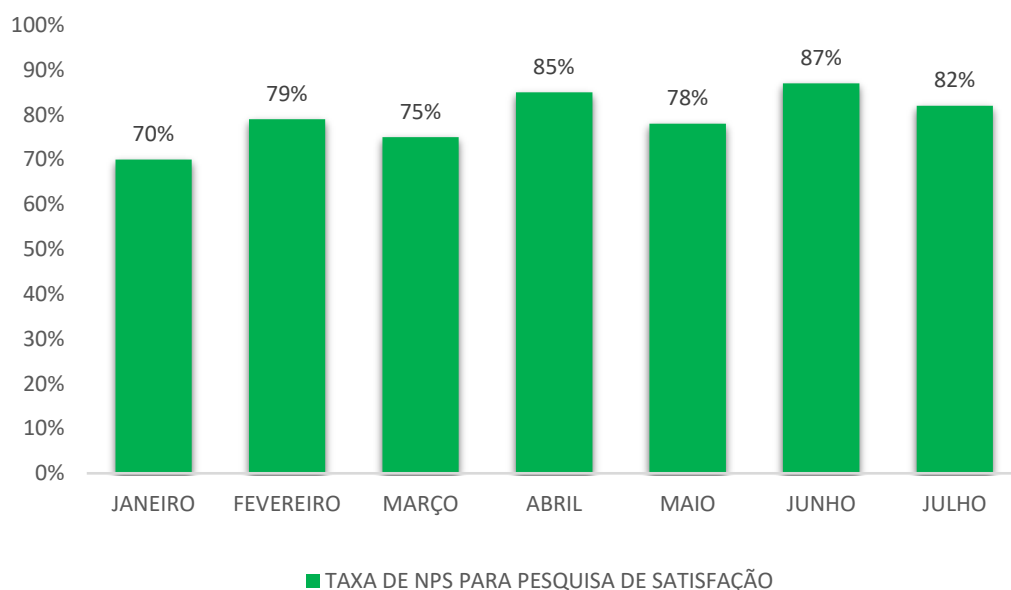
**Gráfico 202. Manifestações recebidas**



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

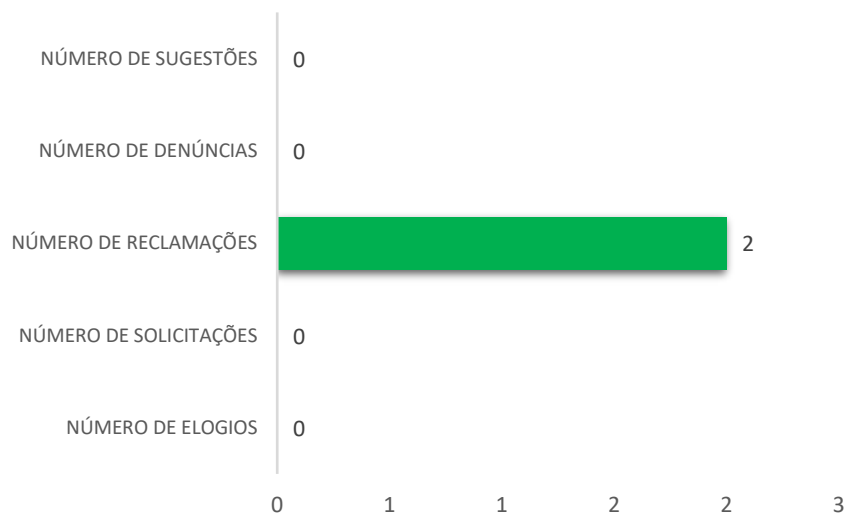


**Gráfico 203. Taxa de NPS (Pesquisa de satisfação)**

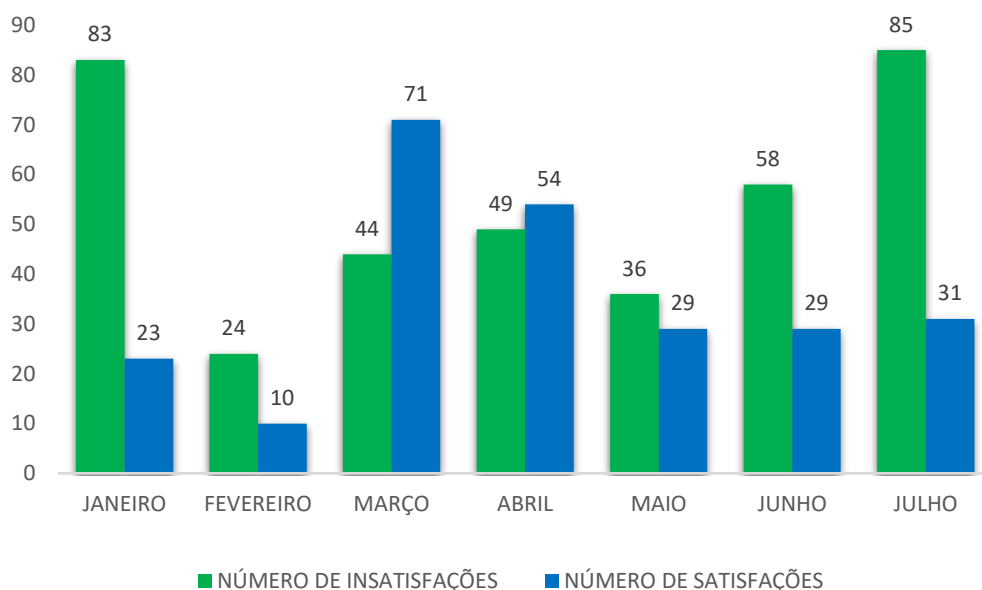


Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

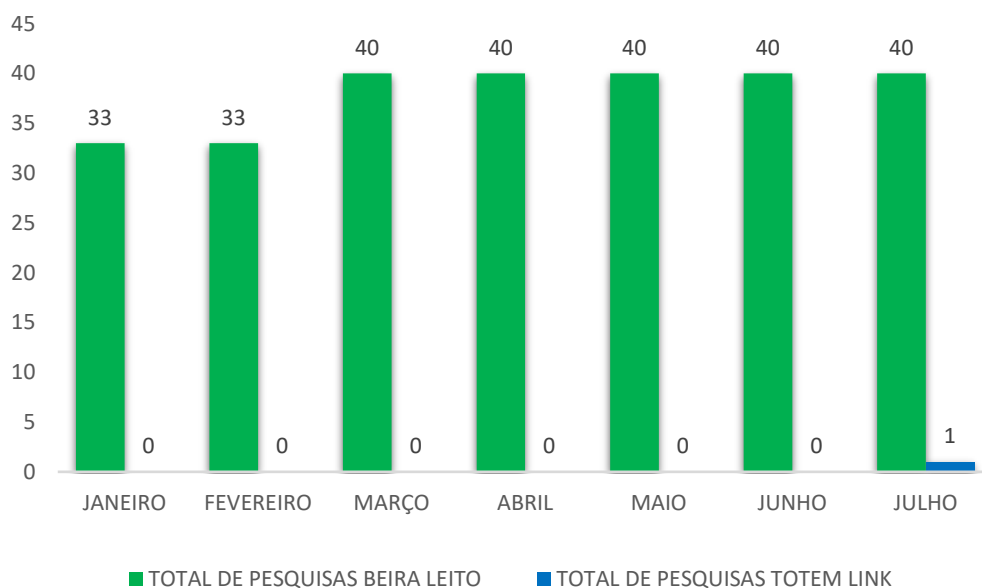
**Gráfico 204. Tipos de manifestações externas em julho de 2026**



Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 205. Tipos de manifestações internas**

Fonte: Relatório Interno – Setor Ouvidoria.

**Gráfico 206. 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

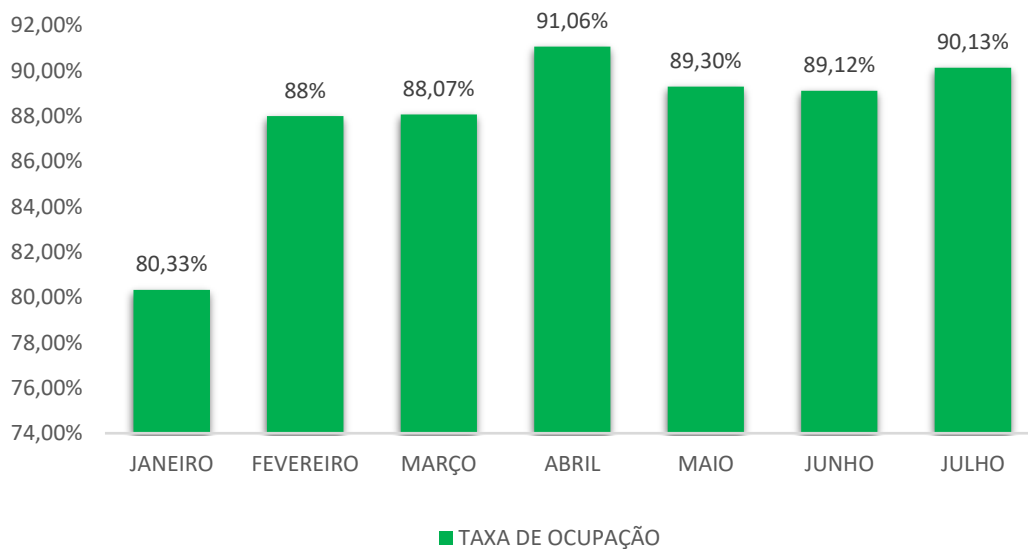
### 5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

Tabela 101. Indicadores de Contratuais Qualitativos

| INDICADOR                       | METAS | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO  | ABRIL  | MAIO   | JUNHO  | JULHO  |
|---------------------------------|-------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TAXA DE OCUPAÇÃO                | > 85% | 80,33%  | 88%       | 88,07% | 91,06% | 89,30% | 89,12% | 90,13% |
| ÍNDICE DE QUEDA                 | < 15% | 0,43%   | 0,87%     | 0,20%  | 0,39%  | 1,17%  | 1,01%  | 0,98%  |
| ÍNDICE DE LESÃO POR PRESSÃO     | < 20% | 2,54%   | 1,72%     | 6,80%  | 1,69%  | 2,98%  | 1,89%  | 2,41%  |
| TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA | 100%  | 100%    | 100%      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH     | 100%  | 100%    | 100%      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |

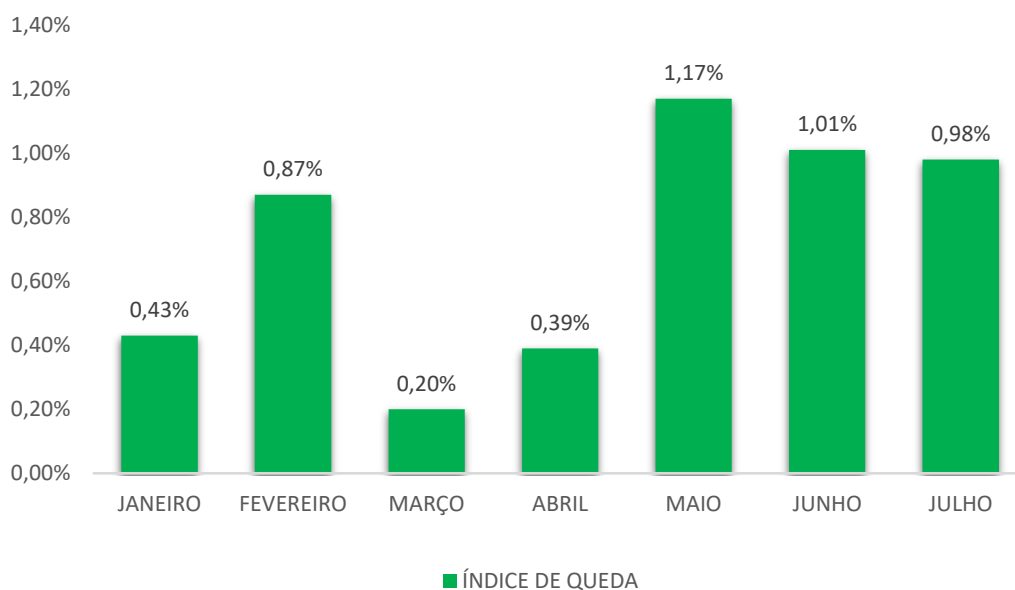
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

Gráfico 207. Taxa de ocupação



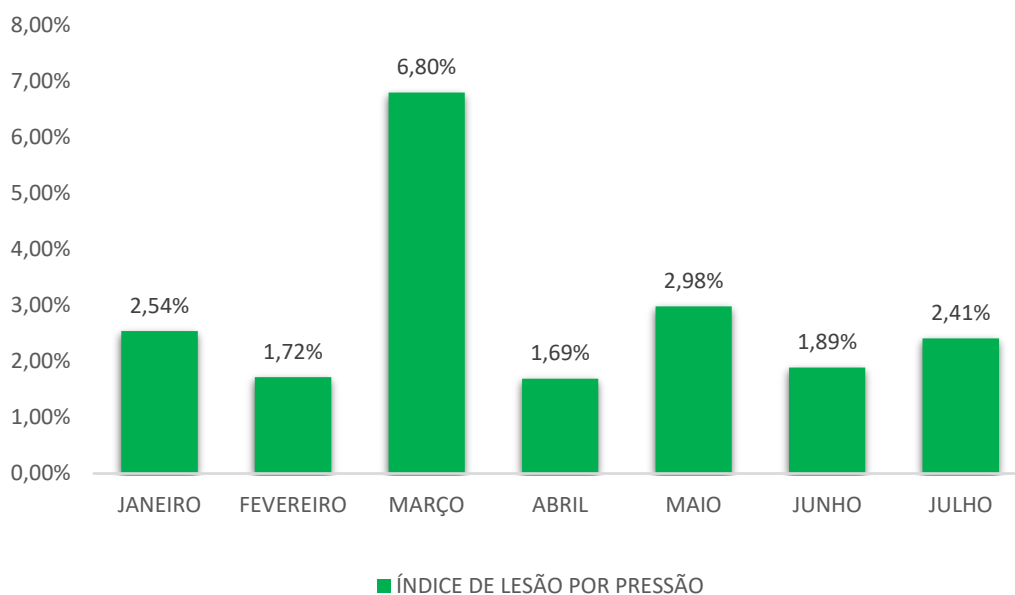
Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

**Gráfico 208. Índice de queda**

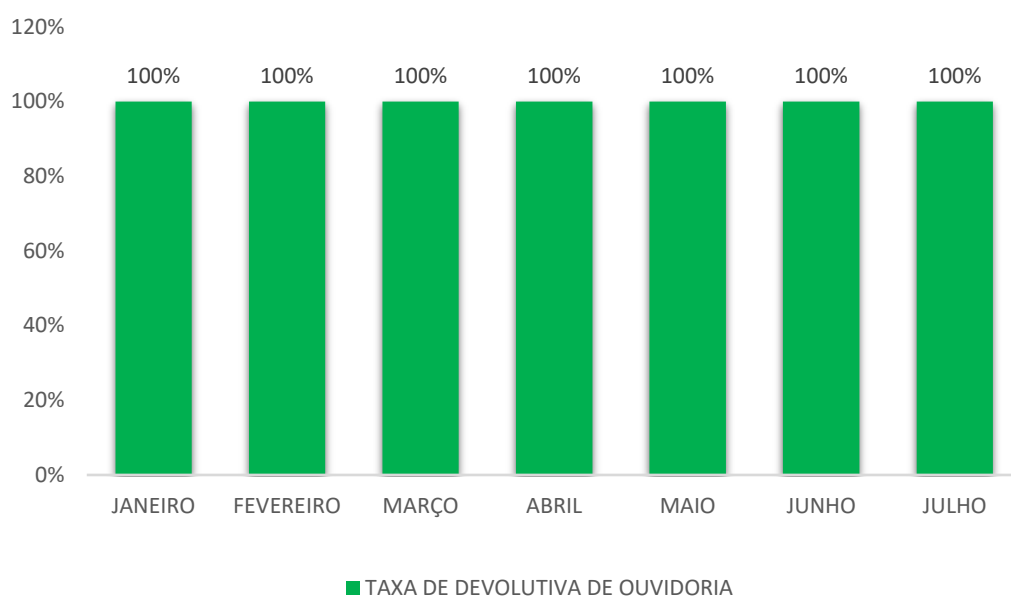


Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

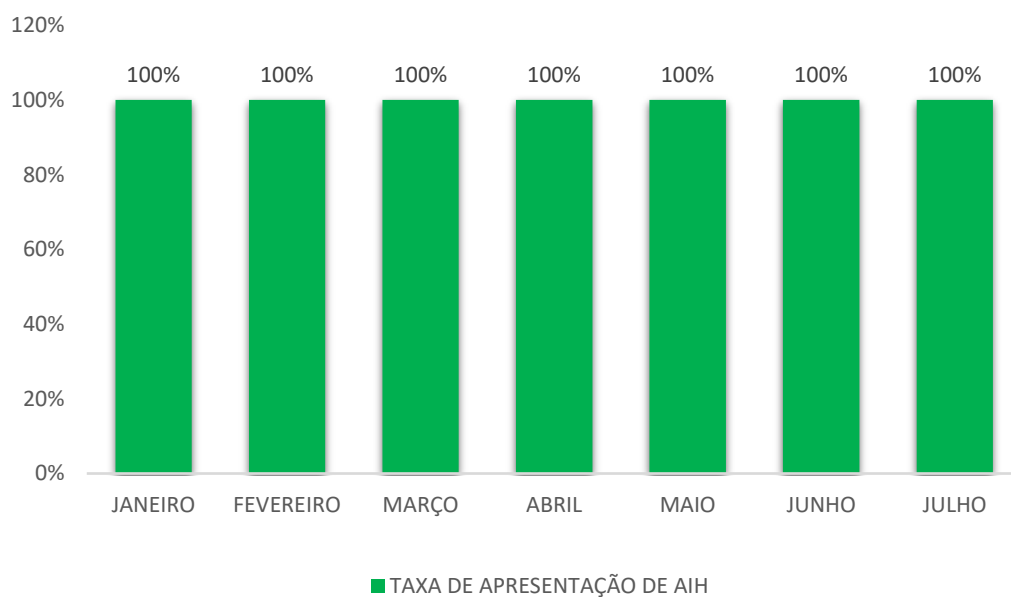
**Gráfico 209. índice de lesão por pressão**



Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

**Gráfico 210. Taxa de devolutiva de ouvidoria**

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

**Gráfico 211. Taxa de apresentação de AIH**

Fonte: Relatório Internos e SMPEP.

## 5.2. INDICADORES QUANTITATIVOS

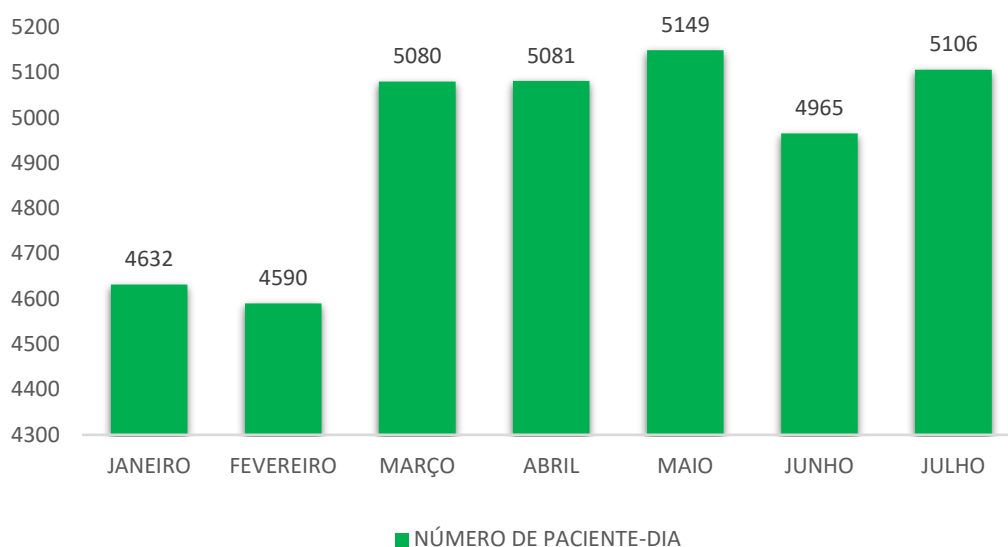
**Tabela 102. Indicadores de Contratuais Quatitativos**

| INDICADOR              | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|------------------------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE PACIENTE-DIA | 4632    | 4590      | 5080  | 5081  | 5149 | 4965  | 5106  |

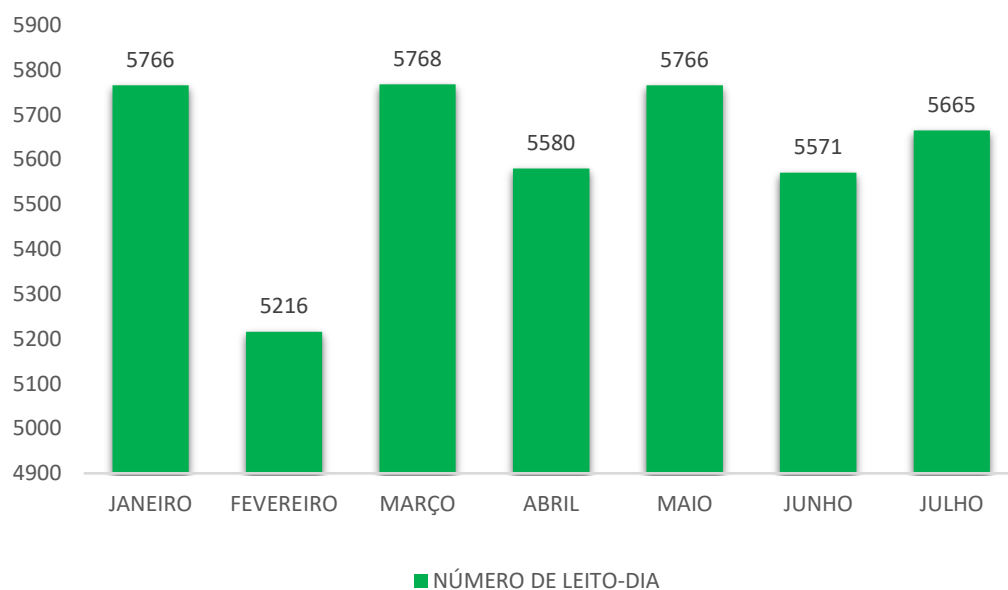
|                            |      |      |      |      |      |      |      |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| NÚMERO DE LEITO-DIA        | 5766 | 5216 | 5768 | 5580 | 5766 | 5571 | 5665 |
| NÚMERO DE QUEDAS           | 2    | 4    | 1    | 2    | 6    | 5    | 5    |
| CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO | 5    | 4    | 7    | 4    | 7    | 5    | 6    |
| DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA   | 11   | 1    | 2    | 3*   | 5    | 4    | 2    |
| NÚMERO DE AIH'S            | 205  | 218  | 218  | 231  | 242  | 226  | 237  |

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

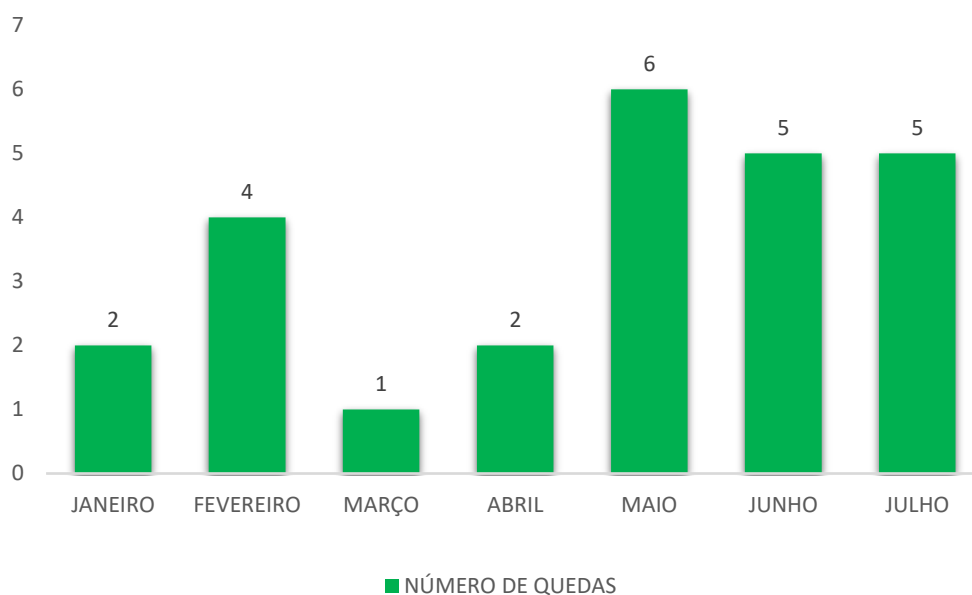
\*Feita correção.

**Gráfico 212. Número de paciente dia**

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 213. Número de leito dia**

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

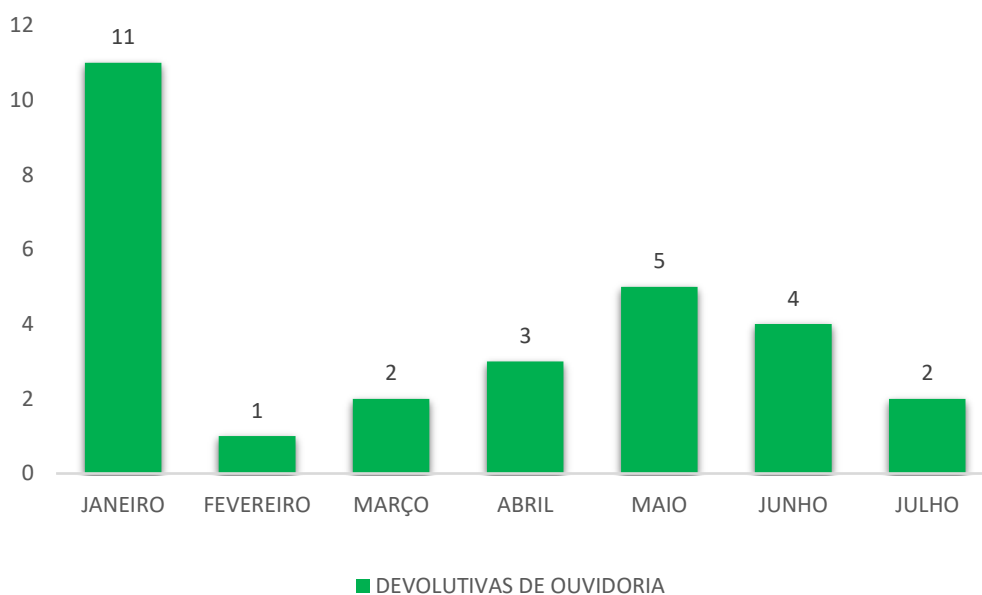
**Gráfico 214. Número de quedas**

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.



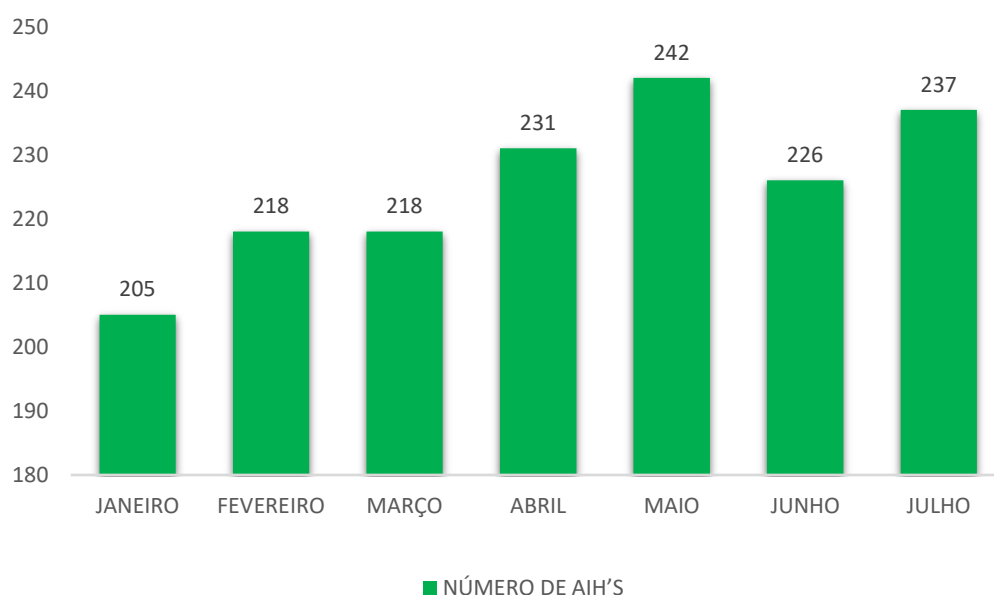
**Gráfico 215. Casos de lesão por pressão**

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

**Gráfico 216. Devolutivas de ouvidoria**

Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

Gráfico 217. Número de AIH



Fonte: Relatórios Internos e SMPEP.

### 5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

#### 5.3.1. Gerenciamento De Resíduos

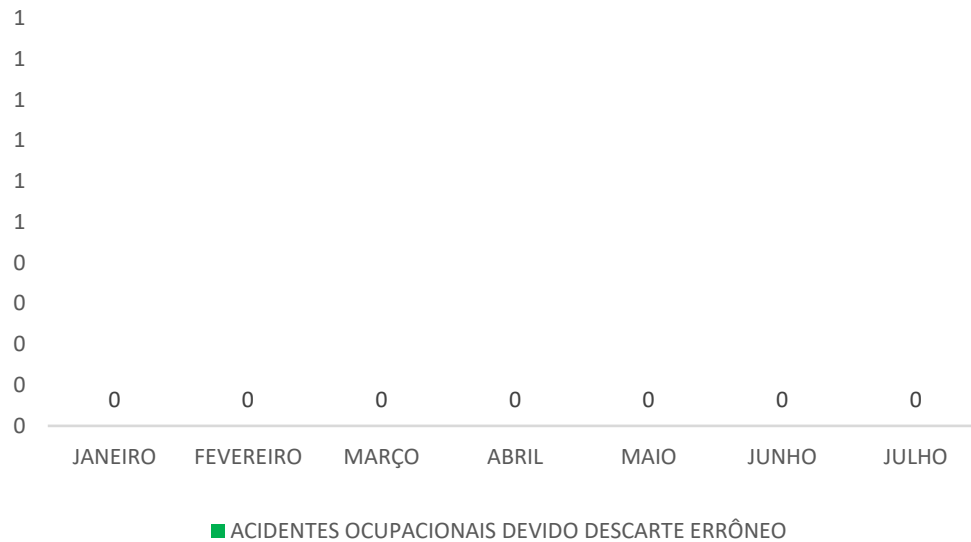
O gerenciamento de resíduos hospitalares é uma parte crítica da gestão de saúde, garantindo que os resíduos gerados sejam manipulados e descartados de maneira segura e conforme a legislação vigente.

Tabela 103. Indicadores de Serviços de Gerenciamento de Resíduos

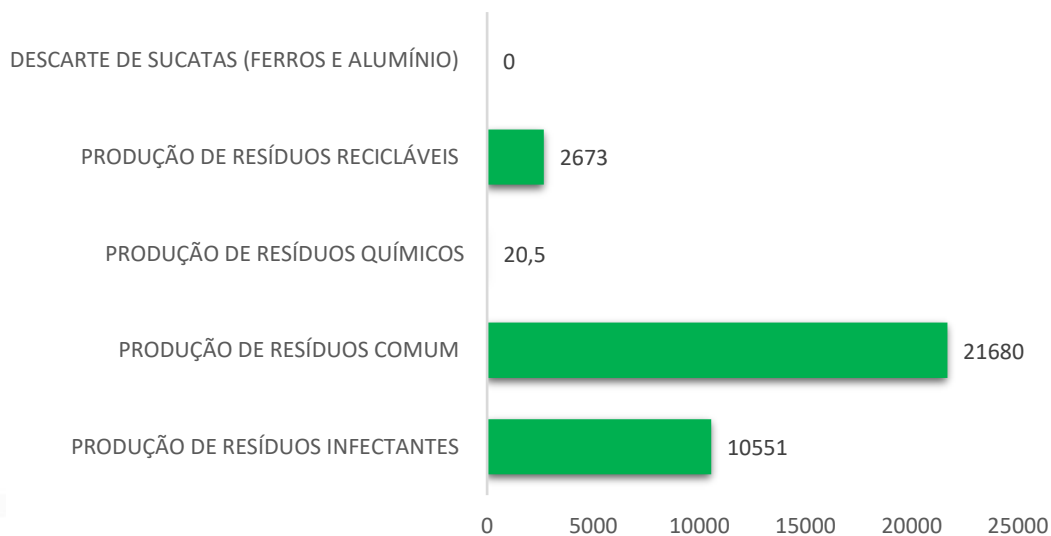
| INDICADOR                                      | META        | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO  | ABRIL  | MAIO   | JUNHO  | JULHO  |
|------------------------------------------------|-------------|---------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO | 0 KG        | 0       | 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 | 10.551 |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM                     | < 21.500 KG | 20.882  | 18.948    | 20.446 | 20.485 | 20.658 | 24.544 | 21.680 |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS                  | < 300 KG    | 5       | 10        | 2      | 5      | 38     | 34     | 20,5   |

|                                         |                      |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS        | < 3.000 KG           | 1.940 | 1.676 | 2.418 | 2.632 | 2.025 | 3.205 | 2.673 |
| DESCARTE DE SUCATAS (FERROS E ALUMÍNIO) | QUANTO MAIOR, MELHOR | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     |

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

**Gráfico 218. Acidentes ocupacionais devido descarte errôneo**

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

**Gráfico 219. Produção de resíduos em julho de 2026**

Planilha de Indicadores Segurança do Trabalho PGRSS.

### 5.3.2. Hemodiálise

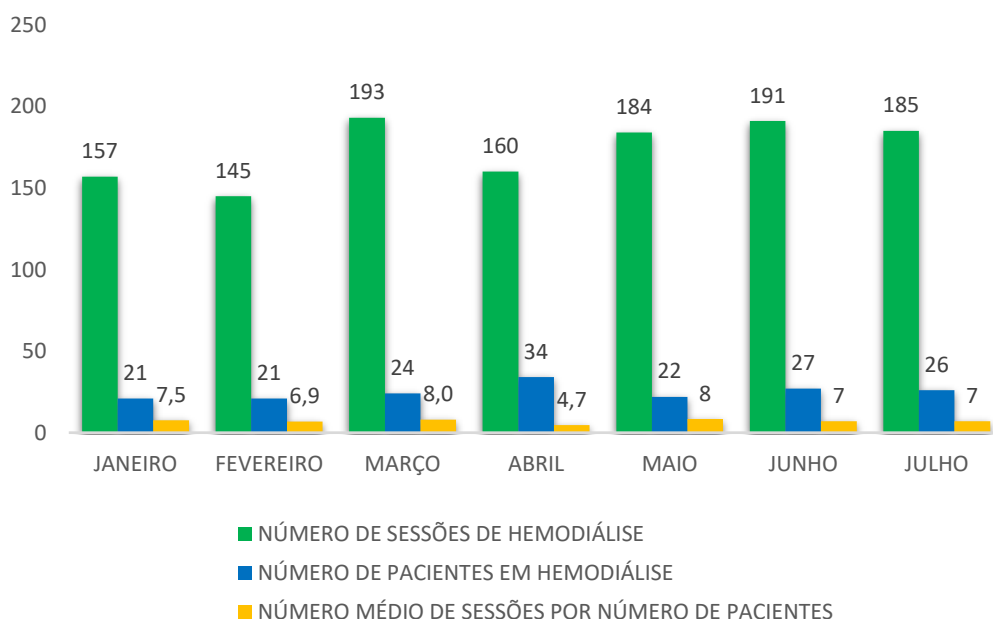
O monitoramento de indicadores de hemodiálise garante a qualidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficácia do processo dialítico.

Tabela 104. Indicadores de Serviços de Hemodiálise

| INDICADOR                                       | META   | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|-------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE                | NEUTRO | 157     | 145       | 193   | 160   | 184  | 191   | 185   |
| NÚMERO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE              | NEUTRO | 21      | 21        | 24    | 34    | 22   | 27    | 26    |
| NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES | NEUTRO | 7,5     | 6,9       | 8     | 4,7   | 8    | 7     | 7     |

Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 220. Análise de hemodiálise



Fonte: Relatório Internos da Enfermagem e SMPEP.

### 5.3.3. Hemocomponentes

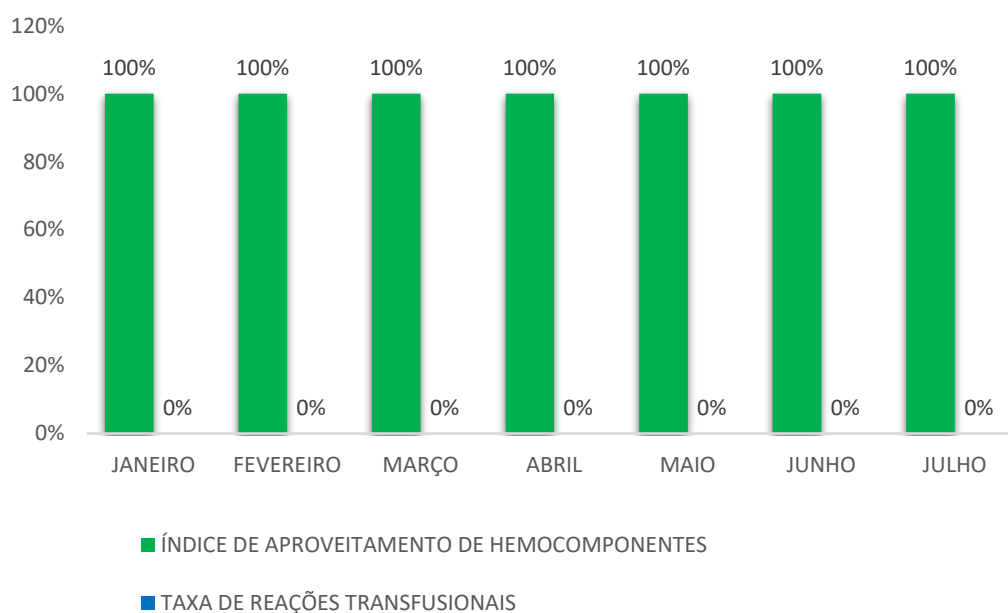
A gestão eficaz de hemocomponentes garante a disponibilidade e a segurança dos produtos sanguíneos, minimizando riscos e desperdícios. A utilização desses indicadores permite monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços transfusionais, garantindo um atendimento seguro e eficiente aos pacientes.

Tabela 105. Indicadores de Serviços de Hemocomponentes

| INDICADOR                                   | META   | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO |
|---------------------------------------------|--------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| ÍNDICE DE APROVEITAMENTO DE HEMOCOMPONENTES | 100%   | 100%    | 100%      | 100%  | 100%  | 100% | 100%  | 100%  |
| TAXA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS              | 0%     | 0%      | 0%        | 0%    | 0%    | 0%   | 0%    | 0%    |
| NÚMERO DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS              | NEUTRO | 21      | 11        | 17    | 39    | 18   | 31    | 37    |

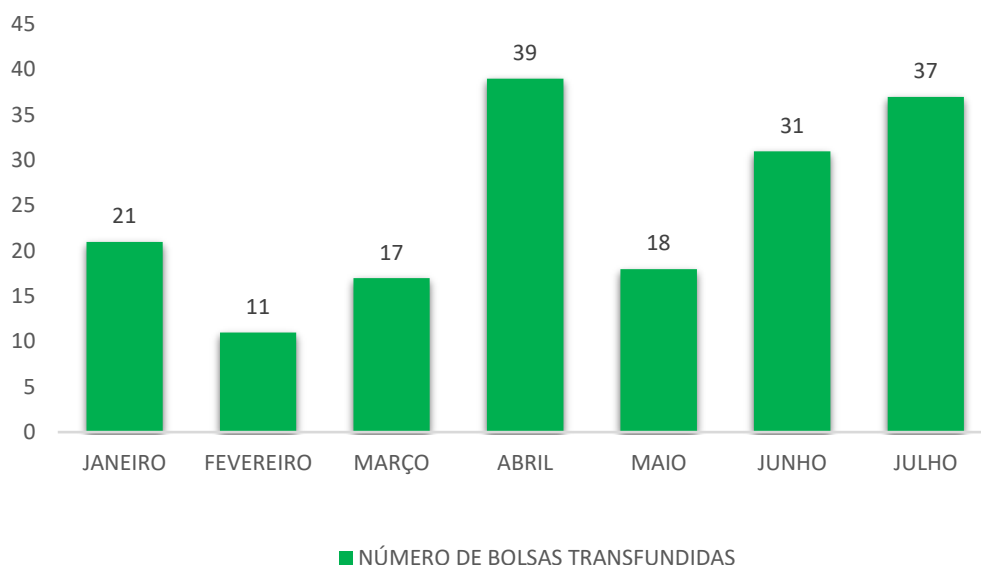
Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 221. Análise de hemocomponentes



Fonte: Relatório Interno da Enfermagem e SMPEP.

Gráfico 222. 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.                                                                                          |
| GESTÃO DE ALTAS                    | Mensal     | Lei nº 13.840/2019, por exemplo, dispõe sobre a elaboração do projeto terapêutico individual.                                                            |
| ENGENHARIA CLÍNICA                 | Mensal     | RDC 2/2010, RDC 16/2013, RDC 36/2013, RDC50/2002                                                                                                         |
| 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.

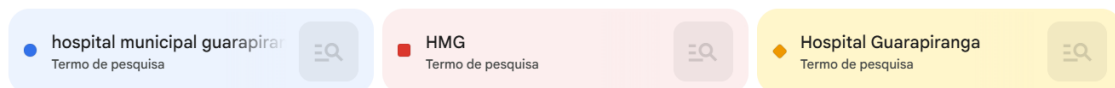
- **Gestão da Comunicação Interna:** Facilita a comunicação entre diferentes setores, fortalecendo o vínculo dos colaboradores com a instituição e promovendo a cultura organizacional.
- **Desenvolvimento de Ações de Humanização:** Apoiar a comissão de humanização na criação de atividades que promovem um ambiente acolhedor e motivador para colaboradores, pacientes e familiares.
- **Relacionamento com Terceiros e Parcerias:** Atua na organização de parcerias, como oficinas em colaboração com o SESC, agregando valor às ações internas voltadas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
- **Mapeamento de Processos do Setor:** Desenvolve o mapa de processos para garantir que as ações do setor de comunicação sejam executadas de forma eficiente, padronizada e alinhada aos objetivos estratégicos do hospital.

### 7.1. Indicadores

Análise de presença digital e interesse público através de termos de pesquisa na web.

Fonte: Google Trends. Recorte extraído em 18/08/2026, período de 1 ano.

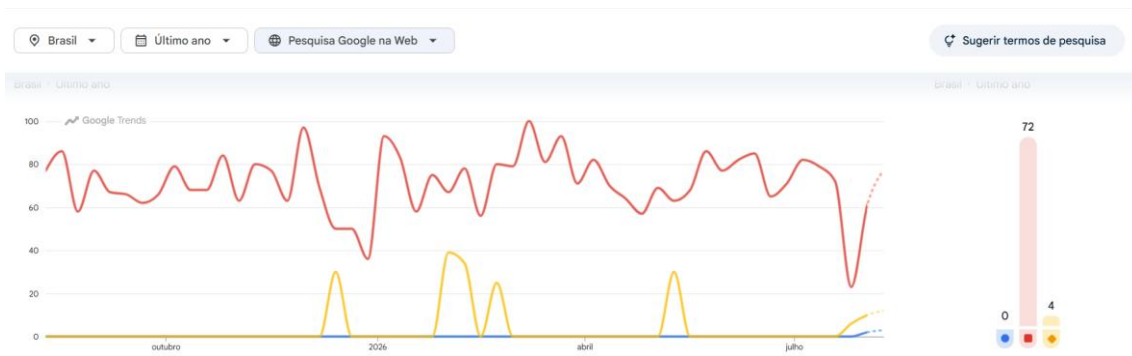
#### Termos



Fonte: Relatório de Comunicação.

Os resultados não sofrem interferência entre uso de letras maiúsculas e minúsculas. Os termos utilizados foram: Hospital Municipal Guarapiranga x HMG x Hospital Guarapiranga. Extração considerando todo território brasileiro:





Fonte: Relatório de Comunicação.

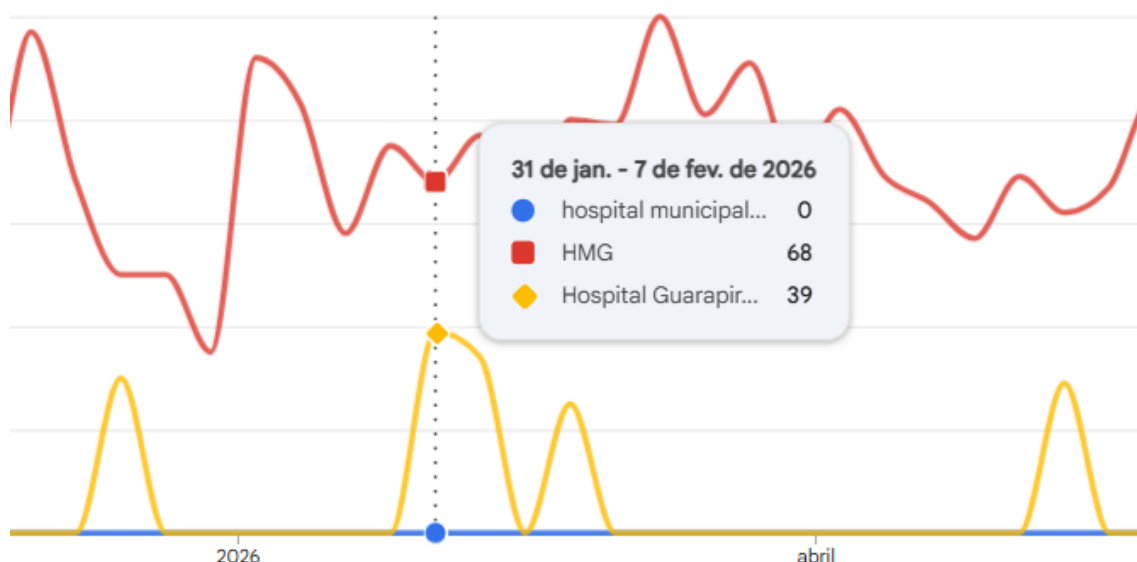
Análise: No comparativo entre os termos, a expressão HMG (linha vermelha) tem melhor desempenho. Porém, as buscas para esse termo estão prioritariamente relacionadas a um tipo de exame clínico (hemograma) como mostra a figura abaixo:

| Consultas mais frequentes ⓘ |                         |                | ↓ |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|---|
| Brasil · Último ano         |                         |                |   |
| Consulta                    | Interesse na pesquisa ⓘ | Mudança ⓘ      |   |
| 1 hmg exame                 | <div><div></div></div>  | ↓ -10%         | ⋮ |
| 2 exame hmg                 | <div><div></div></div>  | ↓ -20%         | ⋮ |
| 3 hmg coa                   | <div><div></div></div>  | ↓ -7%          | ⋮ |
| 4 hmg rio                   | <div><div></div></div>  | ↓ -6%          | ⋮ |
| 5 exame hmg para que serve  | <div><div></div></div>  | ↓ -20%         | ⋮ |
| 6 pcr                       | <div><div></div></div>  | ↓ -20%         | ⋮ |
| 7 hmg coa redutase          | <div><div></div></div>  | Sem alterações | ⋮ |

Fonte: Relatório de Comunicação.

Este cenário apresenta um nível alto de dificuldade se quisermos vincular o termo HMG ao hospital.

O termo Hospital Guarapiranga (linha amarela) obteve picos relevantes de evento ao longo do período, as altas acontecem próximo a eventos como fim de ano, carnaval e semana da enfermagem.



Fonte: Relatório de Comunicação.

O termo Hospital Municipal Guarapiranga (linha azul) tem baixíssimo desempenho e quase não é utilizado.



## Hospital Municipal de Guarapiranga

4,0 ★★★★★ (201)

Hospital Público •

Fonte: Relatório de Comunicação.

O HMG recebe nota 4 estrelas de média e tem 201 avaliações no momento. Está entre os 5 melhores desempenhos para hospitais públicos na cidade de São Paulo.

### 7.2. Ações de julho de 2026

#### SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 17 – ERGONOMIA NAS ATIVIDADES LABORATIVAS | 01, 02, 03, 10 E 25/07

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 | TREINAMENTO | PGRSS – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE | 01, 02, 27, 28 E 29/07**

Foi realizado treinamento sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), com o objetivo de orientar os colaboradores quanto à segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno e descarte correto dos resíduos gerados na assistência à saúde. A capacitação reforçou a importância do cumprimento das normas de biossegurança, da prevenção de riscos ocupacionais e ambientais e da adoção de práticas seguras para garantir a proteção dos profissionais, pacientes e do meio ambiente.



Fonte: Relatório de Comunicação.

**SESMT | ORIENTAÇÃO | NR 23 – PREVENÇÃO E COMBATE AO PRINCÍPIO DE INCÊNDIO  
| 02, 15, 16, 28, E 29/07**

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



Fonte: Relatório de Comunicação.

**SESMT | ORIENTAÇÃO | ROUND DE SEGURANÇA DO TRABALHO – GERENCIAMENTO  
DE RISCOS OCUPACIONAIS (FRACTAL) | 02, 16, E 23/07**

Foi realizado o Round de Segurança do Trabalho, com foco no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (FRACTAL), visando acompanhar as atividades desenvolvidas nos setores, identificar riscos ocupacionais e reforçar as orientações relacionadas à Saúde e Segurança do Trabalho. A ação promoveu o alinhamento dos serviços executados, incentivou a adoção de práticas seguras e fortaleceu a conscientização dos colaboradores quanto à prevenção de acidentes e à promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>



Fonte: Relatório de Comunicação.

### **SESMT | ORIENTAÇÃO | GRO NR 01 | 03, 06, 07, 16, 17 E 27/07**

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.



## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | ANIVERSARIANTES DO MÊS - PACIENTES | 04, 11, 15, 17, 19, 21, 29, E 31/07

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.

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | AÇÃO | VACINAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS | 07/07

Foi realizada uma ação de vacinação voltada aos pacientes elegíveis dos setores de Pediatria e Retaguarda, com a administração das vacinas contra Influenza e Pneumonia, conforme os critérios do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A iniciativa, desenvolvida em parceria com a UBS Jardim Herculano, teve como objetivo ampliar a cobertura vacinal durante a internação, fortalecer a prevenção de doenças

imunopreveníveis e contribuir para uma assistência mais segura, preventiva e humanizada, reforçando a integração entre a atenção primária e o ambiente hospitalar.





Fonte: Relatório de Comunicação.

### OUVIDORIA | TREINAMENTO | SISTEMA SIGRC | 07/07

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.

## **NVE | SCIH | TREINAMENTO | JULHO AMARELO | PREVENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS | 07 E 08/07**

Foi realizado um treinamento em alusão à campanha Julho Amarelo, voltado às equipes assistenciais, com o objetivo de reforçar as medidas de prevenção, diagnóstico precoce e enfrentamento das hepatites virais. A capacitação abordou os principais tipos de hepatites, formas de transmissão, fatores de risco, vacinação, uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a importância da notificação de casos suspeitos, fortalecendo as práticas de biossegurança, a educação permanente e o compromisso da instituição com uma assistência cada vez mais segura, qualificada e humanizada.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>



Fonte: Relatório de Comunicação.

## HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | VISITA PASTORAL DOM VALDIR JOSÉ DE CASTRO | 10/07

O Hospital recebeu a visita de Dom Valdir José de Castro, bispo da Diocese de Campo Limpo, em uma ação promovida pela Comissão de Humanização. A visita percorreu

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>

diversos setores da unidade, proporcionando momentos de acolhimento, escuta, oração e palavras de esperança aos pacientes, acompanhantes e colaboradores. A iniciativa reforçou a importância do cuidado integral e da assistência humanizada, valorizando a espiritualidade, a empatia e o apoio emocional como parte do processo de cuidado hospitalar.







Fonte: Relatório de Comunicação.

## OUVIDORIA | PROJETO | PROTAGONISTA DO MÊS | 12/07

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.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>



Fonte: Relatório de Comunicação.

## SESMT | TREINAMENTO | NR 23 – PREVENÇÃO E COMBATE AO PRINCÍPIO DE INCÊNDIO – PROCEDIMENTOS DE RESPOSTA A CENÁRIOS DE EMERGÊNCIA | 16, 17, 21 E 24/07

Foi realizado treinamento sobre a NR 23 – Prevenção e Combate ao Princípio de Incêndio, com foco nos procedimentos de resposta a cenários de emergência. A capacitação abordou a identificação de riscos, medidas preventivas, acionamento dos protocolos de emergência, utilização correta dos extintores de incêndio, rotas de fuga e procedimentos de evacuação, reforçando a importância da atuação segura e organizada dos colaboradores diante de emergências, visando à proteção das pessoas e do patrimônio institucional.





Fonte: Relatório de Comunicação.

### **SESMT | TREINAMENTO | INTEGRAÇÃO DE TERCEIROS | 13, 15, 16 E 17/07**

Foi realizado o Treinamento de Integração de Terceiros, com o objetivo de apresentar aos profissionais as normas de Saúde e Segurança do Trabalho, os procedimentos institucionais e as diretrizes para atuação segura nas dependências do hospital. A capacitação abordou temas como prevenção de riscos ocupacionais, utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), condutas em emergências e cumprimento das normas de segurança, contribuindo para a integração dos colaboradores e para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro.



Fonte: Relatório de Comunicação.

## EQUIPE MULTIPROFISSIONAL | PROJETO | AMIGO INVERNO – AQUEÇA UM CORAÇÃO | 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 E 27/07

Foi realizado o Projeto Amigo Inverno – Aqueça um Coração, desenvolvido pelas fisioterapeutas da Equipe Multiprofissional, com o objetivo de proporcionar acolhimento, conforto e cuidado aos pacientes em situação de vulnerabilidade social, especialmente idosos e pacientes sem rede de apoio familiar.

A ação contou com o apadrinhamento simbólico dos pacientes pelos colaboradores, que participaram da arrecadação e organização dos kits de inverno. Os kits foram compostos por itens como toucas, meias, cachecóis, luvas, roupas de moletom e produtos de higiene pessoal, conforme a disponibilidade das doações e as necessidades dos pacientes.

Ao final da campanha, os kits foram entregues aos pacientes apadrinhados, proporcionando momentos de acolhimento, solidariedade e cuidado durante o período de internação. A iniciativa reforçou a importância da empatia e da humanização na assistência, fortalecendo os vínculos entre colaboradores e pacientes.







Fonte: Relatório de Comunicação.

#### DIRETORIA GERAL | REUNIÃO | ALINHAMENTO ADMINISTRATIVO | 28/07

Foi realizada a primeira reunião de alinhamento entre a Diretoria Geral e a equipe administrativa, com o objetivo de fortalecer a comunicação interna, promover maior integração entre os setores e compartilhar informações estratégicas da instituição. A iniciativa, que passará a acontecer mensalmente, busca reduzir ruídos na comunicação, estimular a troca de experiências e fortalecer o trabalho colaborativo, contribuindo para um ambiente organizacional mais integrado, participativo e eficiente.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>





Fonte: Relatório de Comunicação.

### **SESMT | CAMPANHA | SIPAT 2026 | 20, 21, 22, 23 E 24/07**

Em comemoração à Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), o SESMT promoveu uma programação especial voltada à conscientização sobre saúde, segurança e qualidade de vida no ambiente de trabalho. A iniciativa contou com palestras sobre higiene bucal, longevidade, primeiros socorros e saúde mental, além de dinâmicas interativas voltadas à identificação de riscos e à prevenção de acidentes. A programação também incluiu atividades de respiração, alongamento e relaxamento, incentivando o autocuidado, a integração entre os colaboradores e o fortalecimento da cultura de prevenção e segurança no ambiente hospitalar.





Fonte: Relatório de Comunicação.

### **NEP | TREINAMENTO | PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL | 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 E 28/07**

Foi realizado treinamento sobre Passagem de Sonda Nasoenteral, com atualização teórica e validação prática da técnica, voltado aos enfermeiros da instituição. A capacitação abordou temas como identificação segura do paciente, indicações e contraindicações da sondagem, técnica correta de inserção, confirmação do posicionamento da sonda, prevenção de complicações e cuidados de enfermagem antes, durante e após o procedimento. A iniciativa reforçou a padronização das práticas assistenciais, o desenvolvimento técnico dos profissionais e a promoção de uma assistência cada vez mais segura, qualificada e alinhada às diretrizes de segurança do paciente.





Fonte: Relatório de Comunicação.

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>



**HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | CAFÉ ACOLHEDOR | 28/07**

Realizada mais uma edição do Café Acolhedor, promovendo um momento de acolhimento, escuta e orientação aos familiares dos pacientes. 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.

**HUMANIZAÇÃO | AÇÃO | DIA DO AMIGO | 29 E 30/07**

Em comemoração ao Dia do Amigo, a Comissão de Humanização promoveu uma ação voltada ao fortalecimento dos vínculos entre os colaboradores e ao incentivo ao companheirismo no ambiente de trabalho. A programação contou com a troca de mensagens de amizade, em que cada participante escreveu um recado para um colega, além de uma divertida dinâmica de dança das cadeiras. Os vencedores estouravam um balão contendo um número correspondente a um brinde e, após recebê-lo, ganhavam também um copo para presentear um amigo, reforçando o espírito de amizade e valorização entre as equipes. Ao final da ação, os colaboradores participaram de um momento de confraternização com pipoca e refrigerante, promovendo integração, descontração e um ambiente ainda mais acolhedor.





Fonte: Relatório de Comunicação.



## NEP | TREINAMENTO | GESTÃO ESTRATÉGICA E ALTA PERFORMANCE | DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS | 30/07

Foi realizado treinamento sobre Alta Performance, voltado ao desenvolvimento das lideranças da instituição, com foco no fortalecimento do pensamento estratégico, da gestão eficiente e da tomada de decisão no ambiente hospitalar. A capacitação abordou temas como rotina estratégica para alta performance, papel do NEP na estratégia hospitalar, níveis de gestão, perfil do gestor estratégico e operacional, além da importância do planejamento e da liderança para o alcance de melhores resultados e o fortalecimento da cultura organizacional.



Fonte: Relatório de Comunicação.

### 8. AÇÕES DE DESTAQUE

Parte da programação de campanhas institucionais, durante o mês de julho, destacaram-se as ações voltadas à promoção da saúde, segurança, integração e bem-estar dos colaboradores, por meio de iniciativas educativas, preventivas e de humanização no ambiente hospitalar.

Entre as ações realizadas, o maior destaque foi a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) 2026, promovida pelo SESMT, que reuniu palestras, treinamentos e dinâmicas interativas sobre saúde bucal, longevidade, primeiros socorros, saúde mental, prevenção de acidentes e identificação de riscos no ambiente de trabalho. A programação proporcionou momentos de aprendizado, reflexão e

integração entre as equipes, fortalecendo a cultura de segurança e o cuidado com a saúde dos colaboradores.

Outro destaque foi a ação em comemoração ao Dia do Amigo, promovida pela Comissão de Humanização, que incentivou o fortalecimento dos vínculos entre os colaboradores por meio da troca de mensagens de amizade, dinâmicas de integração, distribuição de brindes e um momento de confraternização. A iniciativa reforçou o espírito de companheirismo, acolhimento e valorização das equipes, contribuindo para um ambiente de trabalho mais leve, colaborativo e humanizado.

Também merece destaque o Projeto Amigo Inverno – Aqueça um Coração, desenvolvido pelas fisioterapeutas da Equipe Multiprofissional, que promoveu o apadrinhamento simbólico de pacientes em situação de vulnerabilidade social. A iniciativa envolveu a arrecadação e organização de kits de inverno, posteriormente entregues aos pacientes apadrinhados, proporcionando momentos de acolhimento, solidariedade e cuidado durante a internação. A ação reforçou a importância da empatia e da humanização na assistência, fortalecendo os vínculos entre colaboradores e pacientes.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Durante o período, foram mantidos o acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais e administrativos, a análise crítica dos resultados e a implementação de ações de melhoria para os processos que apresentaram desvios ou desempenho abaixo das metas estabelecidas.

De forma geral, os resultados demonstram a continuidade das ações voltadas à segurança do paciente, qualidade assistencial, educação permanente, gestão de pessoas, infraestrutura e eficiência dos processos internos. As oportunidades de melhoria identificadas permanecem em acompanhamento pelas áreas responsáveis, com definição e monitoramento de ações corretivas e preventivas.

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS reafirma seu compromisso com a melhoria contínua, a utilização responsável dos recursos públicos e a qualificação dos serviços prestados à população.

Por fim, o presente relatório consolida os principais resultados e atividades desenvolvidas na competência de julho de 2026, contribuindo para o acompanhamento da execução contratual, a transparência da gestão e o direcionamento das ações institucionais.

São Paulo, 20 de agosto de 2026.

Assinado eletronicamente por:  
Simone da Silva de Araújo  
CPF: \*\*\*.009.575-\*\*  
Data: 24/08/2026 08:46:34 -03:00

MUNDO DIGITAL  
CERTIFICADO DIGITAL

---

Nome: Simone da Silva Araújo  
Cargo: Diretora Geral

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS  
Hospital Municipal Guarapiranga

Esse documento foi assinado por Simone da Silva de Araújo. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>

## 10. NEXOS

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

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

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| Data:            | 06/07/2026                             |
| Tipo da Reunião: | (x) Requisito (x) Gestão ( ) Validação |
| Assunto:         | Comissão de Animais Sinantrópicos      |
| Início           | 11:00                                  |
| Fim              | 12:00                                  |

Aos seis dias do mês de Julho de 2026 nas dependências do Hospital Municipal do Guarapiranga realizou-se a reunião da Comissão de Animais Sinantrópicos.

#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

O Sr Bruno de Freitas fez a apresentação das ações de acompanhamento e monitoramento de áreas de risco onde os animais podem se esconder.

As ações desenvolvidas no surgimento vespas no jardim da Capela, abertura de chamado para a UVIS realizar a coleta de Marimbondos e Vespas e Abelhas.

Nada mais havendo para tratar, a reunião foi encerrada.

#### 2. ENCAMINHAMENTOS

| Ação                                                              | Responsável | Data   |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| Acompanhamento mensal                                             | SESMT       | Anual  |
| Abertura de chamado para coleta de Marimbondos e Vespas e Abelhas | SESMT       | Mensal |

#### 3. ASSINATURAS

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

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



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

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| Data:            | 08/07/2026                               |
| Tipo da Reunião: | ( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação |
| Assunto:         | Comissão de Engenharia Clínica           |
| Início           | 11H25                                    |
| Fim              | 12H15                                    |

#### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Devolutiva das pendências da reunião anterior;
- Apresentação do panorama geral da Engenharia Clínica e do parque de equipamentos do hospital;
- Análise dos indicadores de manutenções corretivas e preventivas realizadas no período;
- Acompanhamento das tratativas com a empresa Lifemed, especialmente relacionadas às bombas de infusão.

Inicialmente, foram apresentadas as devolutivas referentes aos encaminhamentos da reunião anterior. Foi informado que o **dimensionamento das bombas** de infusão por setor permanece em andamento, com a realização do levantamento necessário para subsidiar a distribuição dos equipamentos. Também foi implantada a **conferência da higienização das bombas de infusão** antes de seu encaminhamento pelos técnicos à Engenharia Clínica, visando assegurar o adequado processamento dos equipamentos. Quanto ao **plano de identificação das bombas de infusão**, foi informado que o documento já foi elaborado e que a implantação do novo fluxo segue em andamento, permanecendo em fase de análise. Em relação aos **nipples de vedação de ar das réguas**, foi informado que a substituição dos componentes e a manutenção das réguas serão realizadas por uma empresa terceirizada, contemplando tanto o fornecimento dos materiais quanto a execução dos serviços, não sendo mais necessária a aquisição dos nipples pela Engenharia Clínica. Por fim, foi informado que a **separação dos cabos das bombas de infusão** foi concluída, sendo que parte deles já se encontra destinada como estoque de backup.

Na sequência, iniciou-se a apresentação da estrutura da Engenharia Clínica, destacando que o hospital possui atualmente 761 equipamentos ativos, sendo 127 classificados como críticos. Foi registrado que a equipe sofreu redução temporária de pessoal durante grande parte do mês devido ao afastamento de um técnico, situação regularizada com a entrada de um novo colaborador em 01/07/2026.

Em seguida foram apresentados os resultados das manutenções preventivas, que alcançaram índice de conclusão de 97,14%, permanecendo apenas uma ordem pendente devido ao isolamento de um paciente, situação posteriormente regularizada no início de julho.

Sobre o dimensionamento da equipe (FTE), verificou-se redução na quantidade total de ordens de serviço atendidas em comparação ao mês anterior, consequência principalmente da menor programação de manutenções preventivas, inspeções e calibrações. Apesar da

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



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

|                  |                                                                             |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Data:            | 07/07/2026                                                                  |
| Tipo da Reunião: | ( x ) Requisito ( ) Gestão ( ) Validação                                    |
| Assunto:         | Comissão de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes |
| Início           | 14:30                                                                       |
| Fim              | 15:30                                                                       |

Aos sete dias do mês de julho de dois mil e vinte e seis, reuniram-se os membros da Comissão PPRAMP do Hospital Guarapiranga para análise dos eventos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

Foi apresentado o registro de 01 (um) acidente com material perfurocortante envolvendo exposição a material biológico. A comissão realizou a análise preliminar do evento, verificando as circunstâncias da ocorrência, o atendimento prestado ao colaborador, as medidas imediatas adotadas e o cumprimento do protocolo institucional para acidentes com exposição a material biológico.

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

### 2. ENCAMINHAMENTOS

| Ação                                                                                             | Responsável | Data                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| Aplicação do Diálogo de Segurança (ação contínua ao longo do ano).                               | SESMT       | 31/12/2026               |
| Estação expositiva sobre a conscientização de acidentes com material biológico e perfurocortante | SESMT       | Segundo semestre de 2026 |
| Manter as ações de educação permanente sobre prevenção de acidentes com material biológico.      | SESMT       | Segundo semestre de 2026 |
| Reforçar as orientações sobre o descarte correto de materiais perfurocortantes.                  | SESMT       | Segundo semestre de 2026 |

### 3. ASSINATURAS

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

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

|                                                                                                                               |                                              |                       |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional em Tecnologia e Saúde | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                               | ATA DE REUNIÃO                               | CÓDIGO:<br>FP.SGQ.012 | REVISÃO: 02<br>PÁGINA: 1/2 |

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| Data:            | 30/06 e 01/07                            |
| Tipo da Reunião: | ( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação |
| Assunto:         | Comissão Multiplicadores                 |
| Início           | 14:00                                    |
| Fim              | 15:00                                    |

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Esclarecimento sobre o papel dos multiplicadores
- Análise do quantitativo de participantes
- Deliberação para nova chamada de voluntários

A reunião foi iniciada com a abertura e um momento destinado ao levantamento de possíveis dúvidas sobre o papel e as atribuições dos multiplicadores. Os participantes tiveram a oportunidade de esclarecer questionamentos, sendo observado que houve entendimento quanto aos objetivos, responsabilidades e importância da atuação como multiplicadores.

Na sequência, foi discutido o quantitativo atual de participantes, sendo consenso entre os presentes que o número de multiplicadores não está compatível com as necessidades do serviço e com a demanda para a execução dos processos propostos.

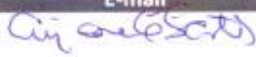
Diante desse cenário, ficou deliberado que será realizada uma nova chamada para inscrição de participantes voluntários, com o objetivo de ampliar a equipe de multiplicadores e fortalecer a execução das atividades.

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

### 2. ENCAMINHAMENTOS

| Ação | Responsável | Data |
|------|-------------|------|
|      |             |      |
|      |             |      |
|      |             |      |

### 3. ASSINATURAS

| Participante                 | Cargo                 | E-mail                                                                               | Assinatura |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ariane Carvalho dos Santos   | Enfermeira            |  |            |
| Vanderlei Santos de Oliveira | Técnico de enfermagem |                                                                                      |            |

Anexo do Procedimento PG SGQ.003 Análise crítica pela direção

|                                                                                   |                                              |                       |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
|  | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                   | ATA DE REUNIÃO                               | CÓDIGO:<br>FP.SGQ.012 | REVISÃO: 02<br>PÁGINA: 1/6 |
| Data:                                                                             | 23/07/2026                                   |                       |                            |
| Tipo da Reunião:                                                                  | ( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação     |                       |                            |
| Assunto:                                                                          | Comissão de Análise Crítica de Indicadores   |                       |                            |
| Início                                                                            | 10:00                                        |                       |                            |
| Fim                                                                               | 11:30                                        |                       |                            |

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

- Acompanhamento dos indicadores e planos de ação do primeiro semestre de 2026.
- Cumprimento dos prazos para entrega de indicadores e atas de comissões.
- Implantação e assinatura do Acordo Interno de Indicadores.
- Indicadores de Educação Permanente (LNT e adesão aos treinamentos).
- Indicador de Não Conformidades tratadas dentro do prazo.
- Assinaturas digitais em prontuários.
- Indicadores de Recursos Humanos (Absentismo e Turnover).
- Controle de chamados da Manutenção.
- Índice de evasão de roupas hospitalares.
- Indicadores da Engenharia Clínica.
- Plano de Alta Multiprofissional.
- Taxa de Ocupação Hospitalar.
- Número de Quedas.
- Taxa de Mortalidade Hospitalar.
- Monitoramento de IPCS associada ao Cateter Venoso Central (CVC).
- Indicadores da Radiologia.
- Indicadores do Laboratório.
- Definição da metodologia para apresentação dos indicadores nas próximas reuniões.

A reunião foi iniciada com a apresentação consolidada dos indicadores monitorados durante o primeiro semestre de 2026, com o objetivo de avaliar a efetividade dos planos de ação implantados e definir as prioridades para o segundo semestre. Foi destacado que o novo formato da reunião prioriza a discussão dos indicadores com maior impacto institucional, permitindo análises mais objetivas e direcionadas.

Inicialmente, foi apresentado o desempenho referente ao cumprimento dos prazos de entrega dos indicadores e das atas das comissões. Observou-se evolução significativa na pontualidade das entregas

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



|                                                                                                                               |                                              |                       |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                               | ATA DE REUNIÃO (SCIH)                        | CÓDIGO:<br>FP.QAS.038 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/3 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                                  |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|
| <b>NOME DA COMISSÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                  |            |
| Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                  |            |
| <b>UNIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>DATA DA REUNIÃO</b> | <b>INÍCIO</b>                    | <b>FIM</b> |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 07/07/2026             | 14:00                            | 14:40      |
| <b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        | <b>MÊS DE REFERÊNCIA</b>         |            |
| (x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        | Junho / 2026                     |            |
| <b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        | <b>REDATOR</b>                   |            |
| Fabiane Evol Cavalcante de Souza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        | Fabiane Evol Cavalcante de Souza |            |
| <b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                  |            |
| Atualização dos planos de ação referente as IRAS de maio/2026, solicitado apoio das áreas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                  |            |
| <b>2. INDICADORES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                                  |            |
| <p>Foram apresentado o total de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) registradas no HMG, totalizando 1 caso no período avaliado. Sendo um caso de CDI com enzimas e toxinas positivas no setor da Colibri.</p> <p>Em relação aos indicadores apresentados, observou-se o seguinte desempenho: taxa de infecção de 0,81%; densidade de incidência global de IRAS de 0,20; densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) de 0%; densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) de 0%; 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 0%.</p> <p>Foi avaliado o consumo de álcool gel e sabonete líquido por paciente-dia, registrando-se médias de 17,73 ml e 17,66 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 abaixo do valor de referência estabelecido.</p> <p>Realizado o levantamento das auditorias de higienização das mãos, onde tivemos 45% de adesão, sendo o panorama de higienização dentro da técnica correta ficando em 14% de adesão.</p> <p>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 o aumento da adesão em relação ao mês anterior.</p> <p>No bundle de cateter venoso central (CVC), verificou-se adesão de 93,3% nas medidas de inserção e de 97,4% nas medidas de manutenção.</p> <p>O bundle de sonda vesical de demora (SVD) apresentou adesão de 89,2% na inserção e 92,5% na manutenção. Os resultados evidenciam desempenho satisfatório, especialmente nas medidas de inserção, reforçando a importância da vigilância contínua quanto à permanência do dispositivo e</p> |                        |                                  |            |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

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

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| Data:            | 08/07/2026                               |
| 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 junho 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 (1,89%) e da UTI (0%), prevalência de LPP (29,81%) e resultados da avaliação de risco utilizando a Escala de BRADEN ( 91%).

Foi apresentado, ainda, o panorama das lesões em acompanhamento, bem como a relação entre risco e ocorrência de LPP, sendo identificadas LPP adquiridas (5), LPP comunitárias (8) e lesões prevalentes (79).

Em seguida, discutiu-se o consumo de coberturas para curativos e o comparativo entre custo e faturamento, conforme registros do SMPEP, totalizou R\$ 64.994,40.

• 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 junho e treinamento para validação de enfermeiros na passagem de sonda vesical de demora e alívio.

• Foi apresentada análise dos indicadores assistenciais referentes ao mês de junho de 2026, evidenciando redução significativa das Lesões por Pressão (LPP) no setor UTI Beija-Flor não ocorrendo novos casos de lesões adquiridas, após o início da ação onde foram realizadas as proteções de proeminências ósseas em pacientes com alto risco de desenvolver LPP. Realizado análise crítica referente a lesão por dispositivo nos plantões diurnos e noturnos e tração planos de ação.

Observou-se aumento do consumo de placas de hidrocoloide, passando de 237 unidades em abril para 247 unidades em junho, 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.

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

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

|                  |                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------|
| Data:            | 08/07/2026                                           |
| 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 junho de 2026, contemplando a média de pacientes em cuidados paliativos, o perfil funcional segundo PPS, a relação entre altas vs óbitos e um comparativo semestral.

### 1.1 Média de Pacientes em Cuidados Paliativos

No mês de junho, observou-se média de 85% pacientes acompanhados em cuidados paliativos e internados nas unidades de retaguarda. Foram inseridos 22 pacientes na linha de cuidado durante o período. O indicador demonstra um aumento na identificação e acompanhamento dos pacientes com critérios para cuidados paliativos.

### 1.2 Relação de PPS do mês de junho

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.

O levantamento do mês de junho indicou o encerramento do período com a seguinte distribuição: 37 pacientes na faixa de 30% a 40%, nossa faixa mais prevalente; seguida pela faixa de 10% a 20%, com 21 pacientes; 2 pacientes com PPS igual ou superior a 50%, e; 20 pacientes sem registro da escala. Dos 20 pacientes sem registro de PPS, 15 tiveram os cuidados paliativos definidos no ano corrente e 5 ao longo de 2025, o que evidencia que o preenchimento deste indicador como rotina da equipe médica ainda é um desafio atual.

Durante a reunião, foi destacado que o protocolo em andamento prevê um fluxo para a identificação precoce de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos. Essa medida visa estruturar uma série de ações integradas, incluindo a obrigatoriedade do cálculo, registro e monitoramento contínuo da Escala PPS.

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



|                                                                                                                                 |                                              |                       |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional de Tecnologias de Saúde | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                                 | ATA DE REUNIÃO                               | CÓDIGO:<br>FP.SGQ.012 | REVISÃO: 02<br>PÁGINA: 1/4 |

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| Data:            | 08/07/2026                               |
| 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
- Resultados do primeiro quadrimestre do Núcleo de Educação Permanente do Hospital Municipal de Guarapiranga.

A reunião teve início sob a condução da enfermeira do Núcleo de Educação Permanente, Miriam Fernando, com a apresentação dos indicadores de treinamentos referentes ao mês de junho, ocasião em que foram analisados os fatores que influenciaram os resultados obtidos.

Em relação ao aumento expressivo do número de participantes, foi esclarecido que a realização do evento da Festa Junina proporcionou oportunidades adicionais de capacitação, resultando em um quantitativo atípico de colaboradores treinados no período.

Na sequência, foi abordado o conceito ampliado de Educação Permanente, reforçando que ações educativas como rodas de conversa, discussões em serviço, estudos de caso e outras metodologias ativas também compõem os indicadores institucionais de educação. Destacou-se, ainda, que adaptações metodológicas adotadas em setores específicos, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), contribuíram para o aumento da cobertura das ações educativas.

Foram apresentados os principais problemas relacionados aos registros dos treinamentos, destacando-se falhas no preenchimento das listas de presença, ausência de comunicação sobre cancelamentos e remanejamentos, além da falta de atualização das informações, fatores que impactaram diretamente o cumprimento do cronograma previsto. Como encaminhamento, ficou definida a elaboração e o envio de comunicação formal aos gestores, solicitando a regularização dos registros e a justificativa das alterações ocorridas.

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

|                                                                                                                         |                                              |                       |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Hospital Municipal de Guarapiranga | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                         | ATA DE REUNIÃO (CEE)                         | CÓDIGO:<br>FP.QAS.035 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/7 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |        |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|-------|
| NOME DA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |        |       |
| Comissão de Ética em Enfermagem (CEE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |        |       |
| UNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DATA DA REUNIÃO     | INÍCIO | FIM   |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 07/07/2026          | 10:00  | 10:00 |
| NATUREZA DA REUNIÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MÊS DE REFERÊNCIA   |        |       |
| ( ) Periódica (x) Extraordinária ( ) Emergencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Julho / 2026        |        |       |
| RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | REDATOR             |        |       |
| Raquel Macena Mauro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Raquel Macena Mauro |        |       |
| 1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |        |       |
| <p>Registra-se que não houve reunião ordinária da Comissão de Ética de Enfermagem no mês de julho de 2026, em razão da destituição da comissão anteriormente constituída e da ausência de comissão regularmente instalada para deliberação.</p> <p>Em continuidade às tratativas iniciadas nos meses anteriores, foi dado prosseguimento ao processo de recomposição da Comissão de Ética de Enfermagem, em conformidade com a Resolução COFEN nº 792/2025.</p> <p>Durante o período, foi constituída a Comissão Eleitoral responsável pela condução do processo eleitoral e elaborados os documentos necessários para início do certame, incluindo o Edital e o cronograma eleitoral, ambos encaminhados ao COREN-SP para análise.</p> <p>O COREN-SP manifestou-se favoravelmente quanto à regularidade do Edital apresentado, informando que o documento atende aos requisitos normativos. Em razão da transição da Responsabilidade Técnica (RT) de Enfermagem na instituição, houve necessidade de readequação do cronograma eleitoral, sendo estabelecidas as seguintes etapas: encerramento das inscrições em 30/07/2026; envio da documentação dos candidatos ao COREN-SP até 09/08/2026; divulgação dos candidatos aptos em 16/08/2026; e realização da votação nos dias 29 e 30/08/2026.</p> <p>Dessa forma, permanece em andamento o processo administrativo para recomposição da Comissão de Ética de Enfermagem, aguardando a conclusão das etapas previstas no cronograma eleitoral.</p> |                     |        |       |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões



|                                                                                                                               |                                              |                       |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                               | ATA DE REUNIÃO (CEM)                         | CÓDIGO:<br>FP.QAS.040 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/3 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |        |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| NOME DA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |        |       |
| Comissão de Ética Médica (CEM)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |        |       |
| UNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DATA DA REUNIÃO           | INÍCIO | FIM   |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 14/07/2026                | 19:00  | 20:00 |
| NATUREZA DA REUNIÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | MÊS DE REFERÊNCIA         |        |       |
| (x)Periódica ( )Extraordinária ( )Emergencial                                                                                                                                                                                                                                                                                | Julho / 2026              |        |       |
| RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | REDATOR                   |        |       |
| Dra. Lorena Paiva Miranda                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Dra. Lorena Paiva Miranda |        |       |
| 1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |        |       |
| Realizada a revisão dos assuntos tratados no período anterior, a comissão informa que não há pendências acumuladas, prazos em aberto ou deliberações anteriores pendentes de resolução nesta data. Todos os fluxos de rotina administrativa seguem devidamente concluídos e atualizados.                                     |                           |        |       |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |        |       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Número de notificações de condutas éticas recebidas: 0</li><li>Número de notificações encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina (CRM): 0</li><li>Índice de reincidência de condutas éticas inadequadas: 0%</li></ul>                                                               |                           |        |       |
| Os indicadores permanecem zerados no mês de referência, o que demonstra a manutenção da conformidade ética e a ausência de intercorrências reportadas pelo corpo clínico ou pacientes no período.                                                                                                                            |                           |        |       |
| 3. ANÁLISE DE CASOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |        |       |
| Não houve registro de denúncias, indícios de infrações éticas, sindicâncias internas ou necessidade de mediação de conflitos pela comissão no mês de julho de 2026. A comissão manteve o monitoramento preventivo e a fiscalização de rotina quanto ao exercício ético da medicina na unidade, sem intercorrências anotadas. |                           |        |       |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|------------|
| <b>NOME DA COMISSÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |               |            |
| Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |               |            |
| <b>UNIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DATA DA REUNIÃO</b>   | <b>INÍCIO</b> | <b>FIM</b> |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 07/07/2026               | 11:00         | 12:00      |
| <b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>MÊS DE REFERÊNCIA</b> |               |            |
| ( X ) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | JUNHO/26                 |               |            |
| <b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>REDATOR</b>           |               |            |
| DANIELA SCAVONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | LUCIANA CARBONI          |               |            |
| <b>DESENVOLVIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |               |            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pendências da última reunião</li> <li>❖ Internação / Hemodiálise no período</li> <li>❖ Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares</li> <li>❖ Consumo de antimicrobianos - Curva A</li> <li>❖ Consumo anticoagulantes – Curva A</li> <li>❖ Consumo fraldas x média de pacientes em uso de fralda</li> <li>❖ Consumo aventais x média de pacientes em isolamento</li> <li>❖ Consumo de toalha para banho x média de pacientes acamados</li> <li>❖ Consumo de dietas/ suplementos x média de pacientes em uso de dieta enteral e suplemento</li> <li>❖ Consumo total por categoria</li> <li>❖ Eventos adversos/ Suspeita de reações adversas/ Queixas Técnicas</li> <li>❖ Treinamentos</li> <li>❖ Pedidos de padronização</li> <li>❖ Indicadores de Farmácia Clínica</li> </ul> |                          |               |            |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

|                                                                                                                                   |                                              |                       |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional de Toxicologia e Controle | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                                   | ATA DE REUNIÃO                               | CÓDIGO:<br>FP.SGQ.012 | REVISÃO: 02<br>PÁGINA: 1/2 |

|                  |                                            |
|------------------|--------------------------------------------|
| Data:            | 07/07/2026                                 |
| Tipo da Reunião: | ( ) Requisito ( x ) Gestão ( ) Validação   |
| Assunto:         | Comissão de Gerenciamento Resíduos - PGRSS |
| Início           | 15:00                                      |
| Fim              | 15:30                                      |

## 1. ASSUNTOS TRATADOS

### 1.1 Pendências das reuniões anteriores

Foi informado que o agendamento da visita técnica à empresa Ecourbis encontra-se em andamento, com previsão para 08/07/2026

### 1.2 Indicadores de resíduos – Junho/2026

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

- Resíduos infectantes: 11.650 kg;
- Resíduos comuns: 24.544 kg;
- Resíduos químicos: 34 kg;
- Resíduos recicláveis: 3205 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 – Junho/2026

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.

## 2. ENCAMINHAMENTOS

| Ação | Responsável | Data |
|------|-------------|------|
|------|-------------|------|

Anexo do Procedimento PG SGQ.003 Análise crítica pela direção

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

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| Data:            | 08/07/2026                               |
| 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;
- Fluxo do Escritório de Gestão de Altas (EGA);
- Ações do Serviço Social.

Iniciada a reunião, Shirley apresentou os principais indicadores assistenciais referentes às unidades de Clínica Médica, UTI e Retaguarda, contemplando giro de leitos, número de altas, taxa de ocupação e tempo médio de permanência. Na ocasião, também foram discutidos os fluxos de alta hospitalar, destacando-se o agendamento prévio das consultas pós-CAT antes da alta do paciente, bem como a comunicação às Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando necessária, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado.

Em seguida, Wilma, Responsável Técnica (RT), apresentou o panorama dos pacientes da Retaguarda. Informou que, dos seis casos acompanhados, três tiveram o vínculo familiar restabelecido por meio da busca ativa de pessoas desaparecidas; um paciente obteve encaminhamento para abrigo após articulação com a rede de apoio; e dois casos permanecem em acompanhamento, com busca ativa realizada em conjunto com a rede de serviços. Ressaltou a importância da articulação intersetorial e da atuação integrada entre os serviços para a resolução dos casos de maior complexidade social.

Na sequência, Wilma apresentou as altas hospitalares com encaminhamento ao Serviço de Atenção Domiciliar (EMAD) e implantação de oxigenoterapia domiciliar (O<sub>2</sub>), reforçando a organização do cuidado pós-alta e a continuidade da assistência no domicílio. Solicitou, ainda, maior participação da equipe de enfermagem na elaboração e encaminhamento dos relatórios assistenciais, destacando a importância da integração entre os setores para qualificar os processos de trabalho.

Foi discutido, ainda, o caso de um paciente de longa permanência, com aproximadamente um ano de internação, cuja desospitalização foi considerada um importante conquista da equipe multiprofissional. Destacou-se que o resultado foi possível em razão do fortalecimento do vínculo com a família e da articulação com a rede de apoio, superando fragilidades sociais que dificultavam a alta hospitalar.

Ao final da reunião, foi reforçada a importância da atuação integrada entre o Escritório de Gestão de Altas (EGA), o Serviço Social, as lideranças assistenciais e a equipe multiprofissional na condução dos processos de desospitalização e na promoção da

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



|                                                                                                                              |                                              |                       |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional de Saúde Integrativa | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                              | ATA DE REUNIÃO                               | CÓDIGO:<br>FP.SGQ.012 | REVISÃO: 02<br>PÁGINA: 1/2 |

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| Data:            | 08/07/2026                               |
| Tipo da Reunião: | ( ) Requisito ( X ) Gestão ( ) Validação |
| Assunto:         | Comissão de Práticas Integrativas        |
| Início           | 14:30min                                 |
| Fim              | 15:00min                                 |

### 1. ASSUNTOS TRATADOS

Resultados obtidos no mês de junho de 2026;

Apresentação sobre estomaterapia e diminuição dos gastos públicos em saúde.

Dr. Edson Kasuma 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 instrumento de avaliação, foram utilizados os registros diários de evolução das lesões e o acompanhamento fotográfico.

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

Dr. Edson Kazuo Ono realizou apresentação sobre a ozonioterapia, enfatizando sua utilização como ferramenta terapêutica, bem como a quebra de paradigmas relacionados à medicina preventiva e à redução dos gastos públicos em saúde.

### ENCAMINHAMENTOS

| Ação | Responsável | Data |
|------|-------------|------|
|      |             |      |
|      |             |      |
|      |             |      |

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

|                                                                                                                                |                                              |                       |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <br>Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |                            |
|                                                                                                                                | ATA DE REUNIÃO (CRO)                         | CÓDIGO:<br>FP.QAS.037 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/6 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |        |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|-------|
| NOME DA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |        |       |
| Comissão de Revisão de Óbitos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |        |       |
| UNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DATA DA REUNIÃO            | INÍCIO | FIM   |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 03/07/2026                 | 12:30  | 13:45 |
| NATUREZA DA REUNIÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MÊS DE REFERÊNCIA          |        |       |
| (x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Junho / 2026               |        |       |
| RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | REDATOR                    |        |       |
| Dr. João Paulo Pimentel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Anderson Tomas de Oliveira |        |       |
| 1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |        |       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Realizada a leitura da ATA e pendências da ATA anterior;</li><li>Discutido os casos de abertura de Rota Seps.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |        |       |
| 2. ANÁLISE DE ÓBITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            |        |       |
| <p>No período de maio de 2026, foram registrados <b>17 óbitos</b>, sendo classificados como <b>15 óbitos paliativos</b> e <b>02 óbitos não paliativo</b>. 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, considerando os aspectos clínicos e assistenciais avaliados pela Comissão de Óbitos.</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>A.S.L – Data do óbito: 30/06/2026 – Cuidados paliativos: SIM.</b> Internada por infecção urinária e bradicardia, com antecedente de hematoma subdural crônico. Evoluiu sob cuidados paliativos proporcionais, apresentando piora clínica progressiva até assistolia. As condutas foram compatíveis com os objetivos terapêuticos estabelecidos, sem evidência de falhas assistenciais. Óbito não evitável.</li><li><b>C.F.S – Data do óbito: 25/06/2026 – Cuidados paliativos: SIM.</b> Internado por pneumonia bacteriana e insuficiência cardíaca descompensada. Evoluiu com agravamento clínico apesar do tratamento e permaneceu em cuidados paliativos. Revisão sem falhas assistenciais relevantes. Óbito não evitável.</li><li><b>E.V.M.L – Data do óbito: 07/06/2026 – Cuidados paliativos: SIM.</b> Internada por hiponatremia e insuficiência cardíaca, com importante fragilidade clínica. Evoluiu sob cuidados paliativos até o óbito, compatível com a evolução natural da doença.</li><li><b>G.N.S – Data do óbito: 15/06/2026 – Cuidados paliativos: NÃO.</b> Internado por insuficiência renal aguda sobre doença renal crônica, hipercalemia e anemia, com suspeita de infecção associada. Durante a internação apresentou rápida deterioração clínica, evoluindo para choque e parada cardiorrespiratória. Foram instituídas prontamente antibioticoterapia de amplo espectro, coleta de culturas, correção da hipercalemia, vasopressor, corticoterapia e manobras avançadas de ressuscitação conforme protocolo ACLS, obtendo-se retorno transitório da circulação espontânea.</li></ol> |                            |        |       |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões

|                                                                                                                               |                                              |                       |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|-------------|
| <br>Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde | FORMULÁRIO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE |                       |             |
|                                                                                                                               | ATA DE REUNIÃO (CRP)                         | CÓDIGO:<br>FP.QAS.036 | REVISÃO: 00 |
|                                                                                                                               |                                              | PÁGINA: 1/3           |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------|
| <b>NOME DA COMISSÃO</b>                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |            |
| Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |            |
| <b>UNIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>DATA DA REUNIÃO</b> | <b>INÍCIO</b>            | <b>FIM</b> |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                 | 02/07/2026             | 11:00                    | 12:00      |
| <b>NATUREZA DA REUNIÃO</b>                                                                                                                                                                                                                      |                        | <b>MÊS DE REFERÊNCIA</b> |            |
| (x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial                                                                                                                                                                                                |                        | Junho                    |            |
| <b>RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO</b>                                                                                                                                                                                                                |                        | <b>REDATOR</b>           |            |
| Dr. André Gasparoto                                                                                                                                                                                                                             |                        | Beatriz Veloso           |            |
| <b>1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS</b>                                                                                                                                                                                                             |                        |                          |            |
| Conforme reunião anterior, segue atualização das pendências:                                                                                                                                                                                    |                        |                          |            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Ação: Oportunidade de melhoria de ofensores apontados na comissão concluída.</li></ul>                                                                                                                    |                        |                          |            |
| <b>2. INDICADORES</b>                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |            |
| <b>Nome do Indicador:</b> Cobertura de Auditoria de Prontuários                                                                                                                                                                                 |                        |                          |            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Meta: 10%</li><li>Realizado: 10%</li><li>Total de prontuários no mês: 231</li><li>Prontuários auditados: 16</li></ul>                                                                                     |                        |                          |            |
| <b>Nota:</b> Os quantitativos apresentados foram mantidos em relação ao mês anterior, em razão de o fechamento do faturamento ainda não ter sido concluído até a data da reunião.                                                               |                        |                          |            |
| <b>Fórmula:</b> Prontuários auditados ÷ Total de prontuários x 100                                                                                                                                                                              |                        |                          |            |
| <b>3. AUDITORIAS INTERNAS</b>                                                                                                                                                                                                                   |                        |                          |            |
| Beatriz iniciou a reunião informando que os prontuários auditados por ela apresentavam ausência de comprovante de residência e vacina, sem checagem de SAE por parte dos Técnicos de enfermagem. Enfatizou a falta da dupla checagem constante. |                        |                          |            |
| Juliana, supervisora de fisioterapia relata que seus prontuários estão com de comprovante de endereço e documentos pessoais conformes, dispositivos invasivos não lançados, no entanto na parte da equipe multi está conforme.                  |                        |                          |            |
| O Dr. André Panont relatou que os prontuários estão conforme.                                                                                                                                                                                   |                        |                          |            |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões



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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |        |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-------|
| NOME DA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |        |       |
| Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |        |       |
| UNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DATA DA REUNIÃO         | INÍCIO | FIM   |
| Hospital Municipal Guarapiranga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 07/07/2026              | 10:00  | 10:45 |
| NATUREZA DA REUNIÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | MÊS DE REFERÊNCIA       |        |       |
| (x) Periódica ( ) Extraordinária ( ) Emergencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Junho / 2026            |        |       |
| RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | REDATOR                 |        |       |
| Maria Cristina Souza Santos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Gustavo Guimarães Paiva |        |       |
| 1. ATUALIZAÇÃO DE PENDÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |        |       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Plano de contingência para armazenamento de hemoconcentrados (aguardando retorno da Sede).</li><li>Plano de contingência SMPEP em andamento (aguardando retorno do supervisor da T.I.)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |        |       |
| 2. INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |        |       |
| <p>Referente ao registro de Não Conformidades, foram abertas 383 NCS, sendo 363 consideradas válidas no mês de maio. Destas nenhuma foi compartilhada pela Ouvidoria, 05 foram encaminhadas para a Ouvidoria, foram tratadas 341 Não Conformidades.</p> <p>Quanto às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, indicador realizado pelos membros do núcleo de segurança do paciente, foram apresentados os seguintes números de registros de Não Conformidades: identificação do paciente (11), comunicação efetiva (32), uso seguro de medicamentos (31), cirurgia segura (10), risco de infecção (243), outros (12), risco de lesão por pressão (18), risco de queda (6).</p> <p>Os setores com maior número de notificações foram Colibri com 170 registros e Sanhaçu com 46 registros.</p> |                         |        |       |
| 3. INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |        |       |
| <p>Foram classificados 36 eventos como incidentes sem danos e 39 como incidentes com danos, dentre esses foram 35 com danos grau I (leve), 0 com dano grau II (moderado) e 04 Com dano grau III (Grave). Dentre os registros analisados, observou-se um aumento considerável de incidentes relacionados à Meta 5 de Segurança do Paciente. Em resposta a esse cenário, os casos foram analisados e, ao longo do mês, foram realizadas orientações às equipes com o objetivo de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |        |       |

MN.QAS.003-00 Manual Comissões





## MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV

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

- ✓ Simone da Silva de Araújo (CPF \*\*\*.009.575-\*\*) em 24/08/2026 08:46 -  
Assinado eletronicamente

|                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Endereço IP                                  | Geolocalização                         |
| ::ffff:10.0.0.2                              | Não disponível                         |
| Autenticação                                 | simone.araujo@ints.org.br (Verificado) |
| Login                                        |                                        |
| uKsA8lqsocGv/os0AH6uinCTDUAOACcd5yWRrd3JL9o= |                                        |
| SHA-256                                      |                                        |

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/955A3-3Y2EZ-HTREW-65UKV>

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

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