

---

**RELATÓRIO DE DESEMPENHO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA**  
**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA – SÃO PAULO/SP**  
**CONTRATO DE GESTÃO DEFINITIVO**  
**DISPENSA DE LICITAÇÃO S-467/2023**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº22.600/2023**  
**TABOÃO DA SERRA /SP**  
**Janeiro de 2025**

---



## Índice

### 1. INTRODUÇÃO

1.1	AHBB	4
1.2	Missão, visão e valores	4
1.3	Objeto do Relatório	4
1.4	Objetivo	4

### 2. INDICADORES CONTRATUAIS

2.1	Metas quantitativas	6
	Saída	
2.2	Hospitalar	6
	Atendimentos Urgência e	
2.3	Emergência	8
2.4	Exames de raio X	9
2.5	Eletrocardiograma	10
2.6	Toco cardiografia	11
2.7	Taxa de ocupação clínica médica	12
	Taxa de ocupação clínica	
2.8	obstétrica	13
	Apresentação de Autorização Internação Hospitalar -	
2.9	AIH	14
2.10	AIH Aprovadas	15
	Tempo de permanência Clínica	
2.11	Médica	16
2.12	Número de Pesquisa Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU	17
2.13	Conclusão de pesquisa - S.A.U.	18
	Quadro geral de Pesquisa de	
	2.13.1 Satisfação	19
	2.13.2 NPS - Net Promoter Score	20
	Censo de origem - Atendimento	
2.14	Porta	22
2.15	Produção Assistencial	24

### 3. INDICADORES INSTITUCIONAIS

	Identif. de CID compatível com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes	
3.1	Mellitus (DM)	25
	Atendimento Porta de Identificação CID compatível com Hipertensão Arterial	
3.2	Sistêmica (HAS)	26
	e Diabetes Mellitus (DM)	
3.3	Atendimento de Internados por Município	27
	Atendimento de Porta por	
3.4	Município	28
3.5	Maternidade	29
	3.5.1 Procedimento	29
	3.5.2 Primigesta	29
	3.5.3 Neonatologia / Berçário	29
	3.5.4 Ginecologia	29
3.6	Classificação de Risco	30
	3.6.1 Classificação de Risco Clínica Médica	30
	3.6.2 Classificação de Risco Ortopedia	30
	3.6.3 Classificação de Risco Ginecologia	30
3.7	Exames de raio X	32
	3.7.1 Lavanderia	32

3.7.2	Nutrição	32
3.7.3	Contratado e Realizado	33
3.8	Taxa Infecção Enfermaria	34
3.9	Taxa Infecção Semi Intensiva	35
3.10	Ventilação Mecânica	36
3.11	ITU por CVD Enfermaria	37
3.12	ITU por CVD Semi Intensiva	38
3.13	IPSC Enfermaria	39
3.14	IPSC Semi Intensiva	40
3.15	Mortalidade Enfermaria	41
3.16	Mortalidade Emergência	42
3.17	Mortalidade Semi Intensiva	43
3.18	LPP Enfermaria	44
3.19	LPP Semi Intensiva	45
3.20	Taxa de Ocupação	46
3.21	Queda Enfermaria	47
3.22	Queda Semi Intensiva	48
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>49</b>

## **1- Introdução**

### **1.1 A AHBB**

A AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil é uma Organização Social de Saúde cujo “DNA” tem sido pautado pela busca de instrumentos e modelos de Gestão voltados para resultados, com especial atenção nos limites do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de desenvolver ações e serviços de saúde orientados pela racionalidade, e efetividade no uso dos recursos públicos, a AHBB tem procurado consolidar sua gestão compatível com os princípios estabelecidos para o SUS, incentivando a transição de modelo gerencial para o societal com foco na qualidade e segurança dos serviços prestados, desenvolvido cultura de valorização da inovação de processos, não descolados das dimensões de meio ambiente e sustentabilidade, elementos indispensáveis para garantia e manutenção de uma assistência eficiente à população.

Enquanto Organização Social de Saúde, a AHBB é declarada instituição de Utilidade Pública nos âmbitos estadual e municipal, possuindo o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde – CEBAS, expedido pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

### **1.2 Missão, Visão e Valores**

AHBB| Rede Santa Casa, tem como missão cuidar de quem cuida, entendendo que o nosso bem maior é zelar pela vida de cada brasileiro.

Temos como Visão ser referência no atendimento à saúde em todos os locais e Serviços onde atuamos.

Nossos Valores estão alicerçados aos princípios da Ética e Moralidade, destacados a Capacidade, Comprometimento Social, Confiabilidade, Empreendedorismo, Equidade, Humanização, Qualidade, Sustentabilidade Ecológica, Econômica e Social, Tradição e Transparência, como elementos de permanente busca em nossa Empresa.

### **1.3 Objeto do Relatório**

Prestar as informações sobre o Gerenciamento, e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos na Unidade Mista de Taboão da Serra-UMTS, localizada na Estrada Tenente José Maria da Cunha, nº 286 – Jardim Trianon – Taboão da Serra – São Paulo/SP, devidamente consignadas no objeto de contrato nº S-467/2023, acrescido dos seus anexos, pelos quais serão pautadas as ações de gerenciamento e execução da atividade, destacando aquelas contratualmente estabelecidas, inclusive, indicadas as suas metas correspondentes (item 2), bem como aquelas, que embora não estejam figuradas contratualmente, contudo, foram implementadas pela AHBB adicionalmente, com fins de contribuir com a melhoria dos processos ligados à atividade fim e atividade meio, consequentemente, elevar a qualidade da assistência prestada aos usuários da Unidade (item 3).

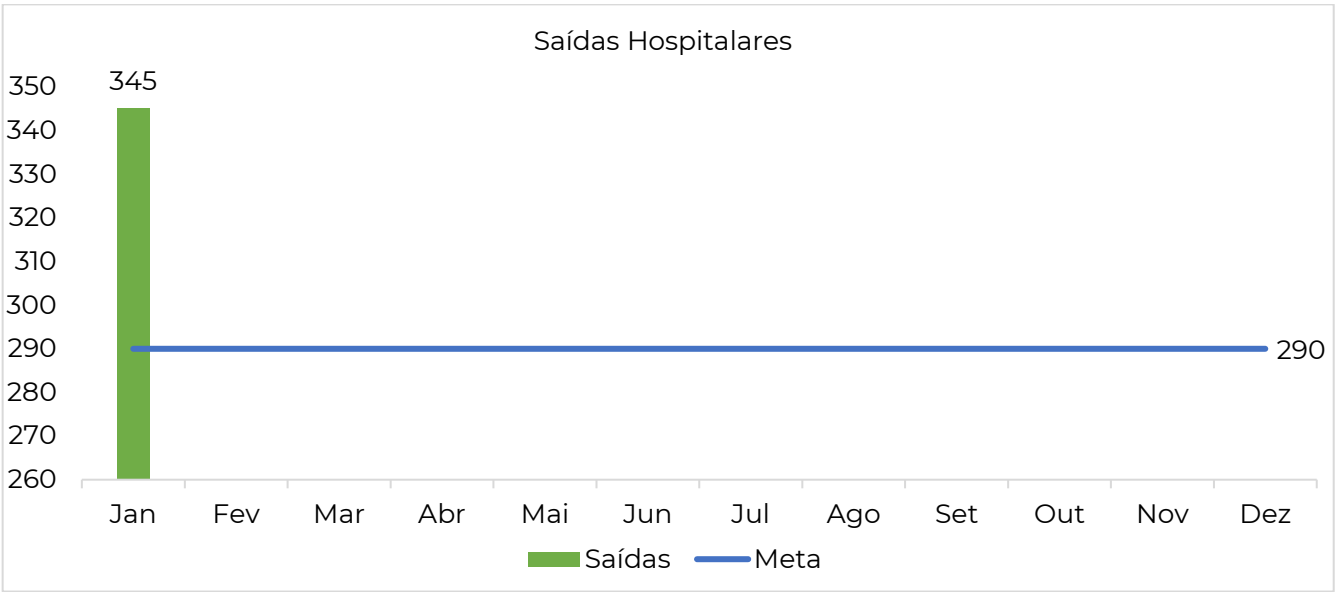
### **1.4 Objetivo**

Prestar Assistência à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente, para as linhas de cuidado assistenciais de Urgência e Emergência (internação/observação), compreendidas as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Trauma-ortopedia, Semi Intensiva, Clínica Médica, e Psiquiatria, a partir do conteúdo que se exige nos termos do contrato e seus respectivos anexos.

2. Indicadores Contratuais

2.1 Metas Quantitativas

2.2 Saídas Hospitalares



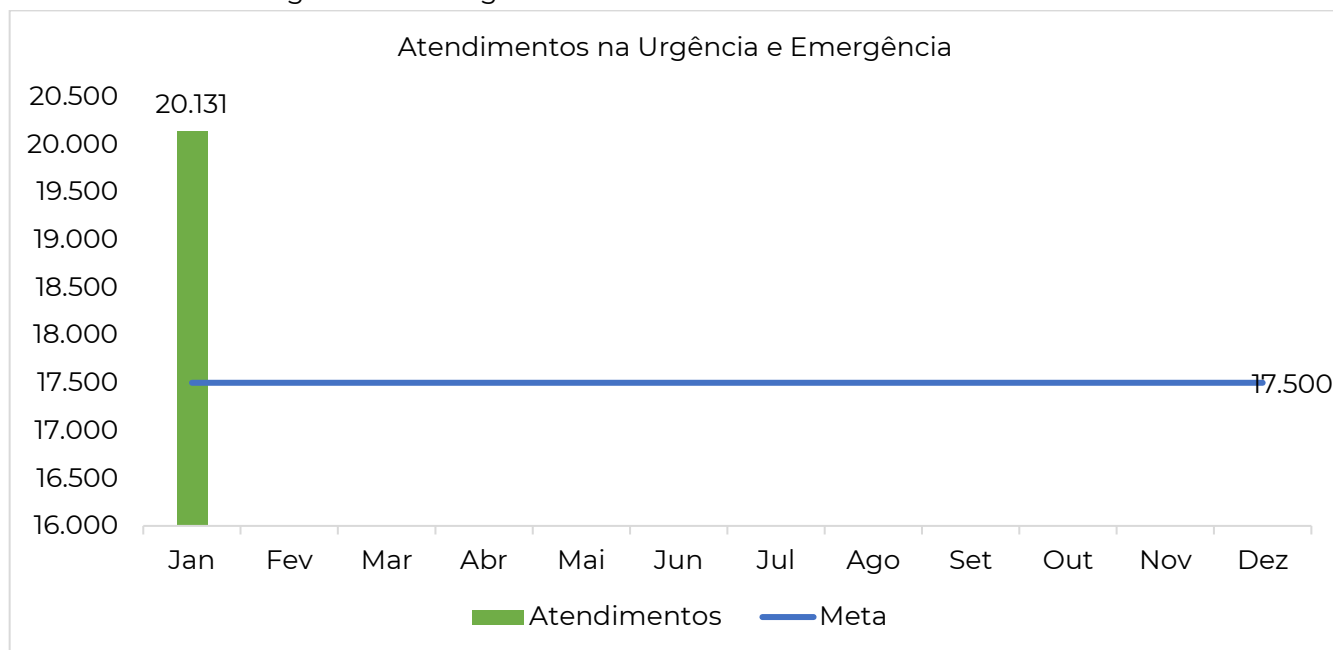
Coleta de dados	
2025	Jan
Saídas	345
Meta	290

Saídas Hospitalares	JANEIRO
---------------------	---------

	REALIZADO
<b>Maternidade</b>	<b>56</b>
<b>Neonatologia</b>	<b>11</b>
<b>Clinica Médica</b>	<b>278</b>
<b>TOTAL</b>	<b>345</b>

**Análise crítica:** Meta satisfatoriamente ultrapassada acima do estabelecido contratualmente, ou seja, 118,96%. A crítica que se faz em relação a esse indicador na perspectiva de sua análise anual, busca discutir duas variáveis relevantes de serem observadas durante seu processo de construção, quais sejam: a) uma, diz respeito ao fato de que embora exista um quantitativo significativo de saídas de pacientes da Unidade, com destinos e fins diversos quanto ao desfecho (procedimentos de baixa complexidade, cirurgias, exames de apoio diagnósticos, avaliações por especialidades, entre outros), na prática, somente as saídas sem retorno do paciente eram computadas para fins de registro e lançamento em relatório de prestação de contas do contrato de gestão. Esse tema foi apreciado por ocasião de pauta de reunião de Urgência e Emergência ocorrida às 14h, de 25 de julho de 2024, conduzida pelo Senhor Coordenador (Sr. Vilson Louzada), que nos orientou que as transferências, realizadas, muitas vezes, para fins de apoio diagnóstico terapêutico, onde os pacientes deixam de retornar por período de 24h, não são registrados como saídas hospitalares. Razão disso, nós (AHBB) encaminhamos expediente de Ofício/Diretoria UMTS - nº 503, de 27 de julho de 24, cujo conteúdo versa especificamente sobre esse tema, formalizando aquela municipalidade sobre a nova orientação, restando, assim, retorno de formalidade para fins de cumprimento, propriamente dito, o que ocorreu em 12 de agosto de 24 (autorização formal encaminhada por meio eletrônico e-mail, quando a performance desse indicador, definitivamente, fora adequada em relação a meta estabelecida de 290 saídas/mês; b) outra, diz respeito a complexidade dos casos assistidos nas dependências dos Serviços de SEMI, ENFERMARIA e URGÊNCIA, com especial atenção ao primeiro e segundo Serviço respectivamente, cujo o impacto, recai diretamente sobre a elevação do tempo de permanência de alguns dos nossos doentes, tempo mínimo estimado para melhoria dos seus quadros clínicos compatíveis com a existência de inúmeras comorbidades agravadas pelas idades desses doentes, consequentemente, reduzindo a capacidade de saídas por alta médica regular. Na esteira dessa discussão, há que se registrar o expressivo número de solicitações de recursos indisponíveis nessa Unidade (CROSS), requeridos para, de igual modo, um número expressivo de pacientes diariamente. É verdade que compatível com o perfil da assistência prestada, nossa AHBB, preocupada com a diminuição dos índices de mortalidade institucional, elevação da segurança e qualidade da assistência, providenciou a implantação de Serviço de Diálises (SEMI), ofereceu especialidade de psiquiatria, hoje imprescindível para manutenção do número de internações em linha de cuidado de saúde mental (especificamente para os casos de crises de ansiedade, abstinência, e surto psicótico), elevou de um para dois os profissionais médicos clínicos de escala no Serviço de Enfermaria, procurou qualificar as informações individualizadas para cada solicitação de recurso externo, logrando êxito nos números de saídas (aceites CROSS) tudo, com objetivo de qualificar a assistência prestada aos 26 (vinte e seis) leitos operacionais, com uma retaguarda de espera para internação entre 4 e 8 pacientes/dia; c) outra e última, diz respeito que esse indicador “SAÍDAS” fora significativamente prejudicado pela redução da produção do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

### 2.3 Atendimentos Urgência e Emergência

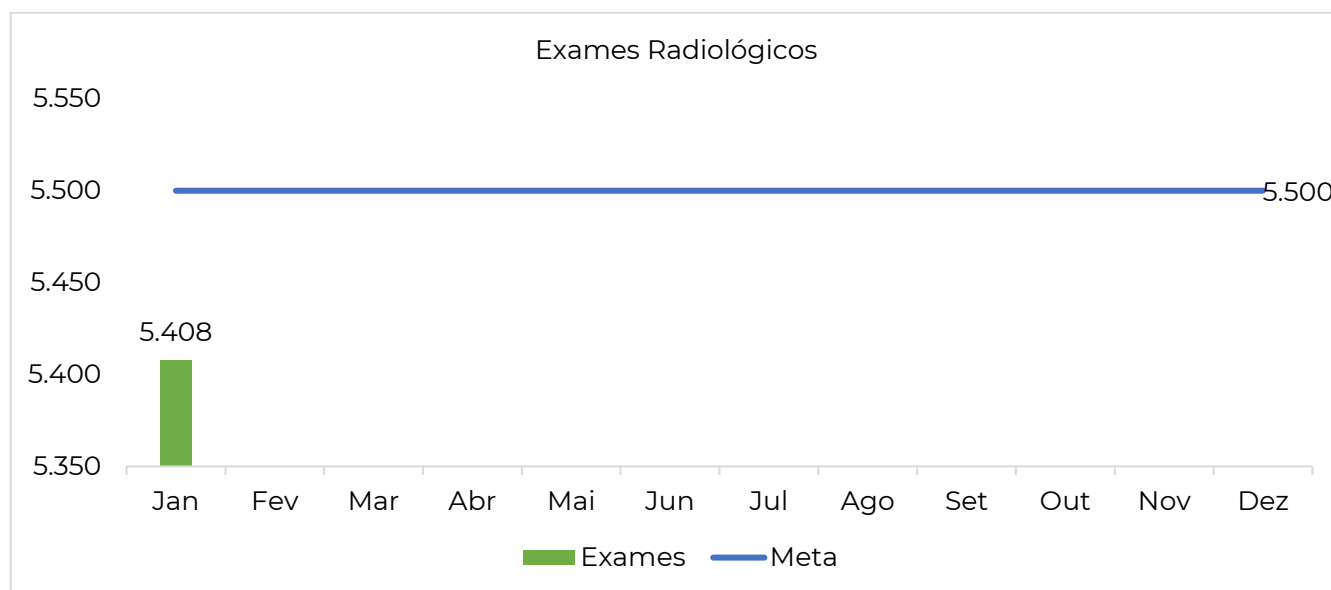


Coleta de dados	
2025	Jan
Atendimentos	20.131
Meta	17.500

**Análise crítica:** Meta satisfatoriamente ultrapassada acima do estabelecido contratualmente, ou seja, 115,03%, que corresponde a 2.631 pacientes, atendidos durante o mês de janeiro/25. Embora o volume de atendimentos se mostre compatível com a característica de Unidade “porta aberta” marcada pela espontaneidade da demanda. Os quantitativos percebidos durante todos os meses, dão conta dos elevados números, referendando condição de espontaneidade.



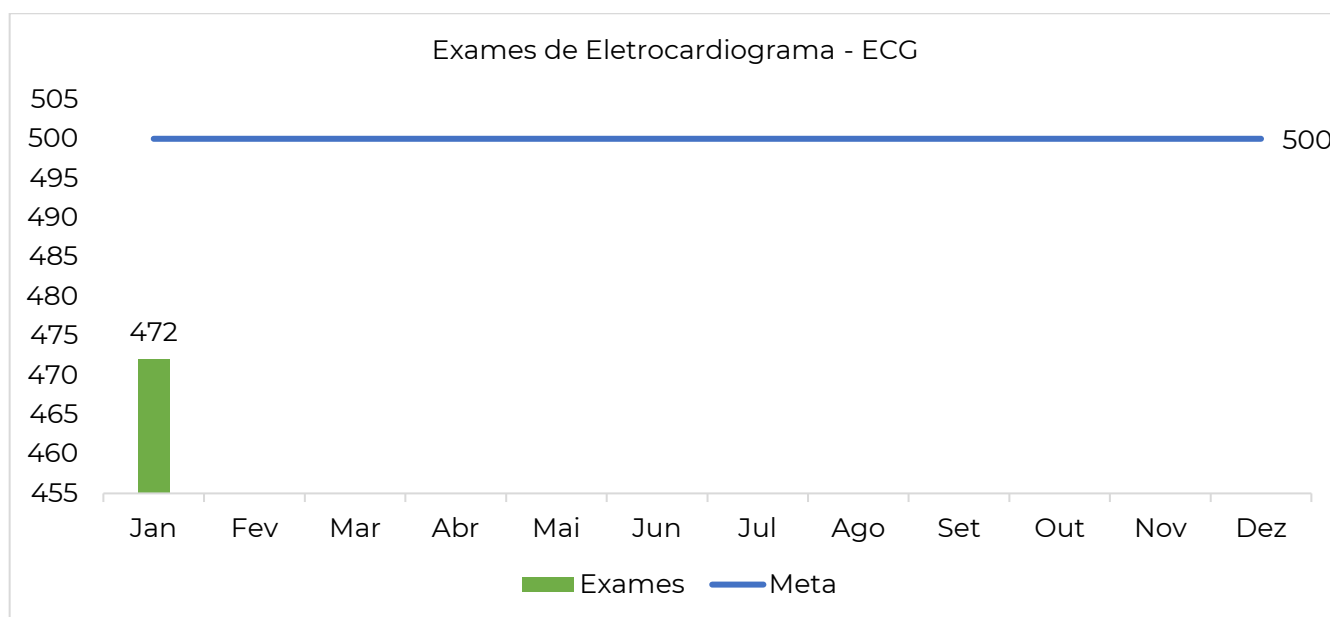
## 2.4 Exames Raio X



Coleta de dados	
2025	Jan
Exames	5.408
Meta	5.500

**Análise crítica:** Meta atingida em 98,32% do estabelecido contratualmente. Meta compatível com a “espontaneidade de porta”.

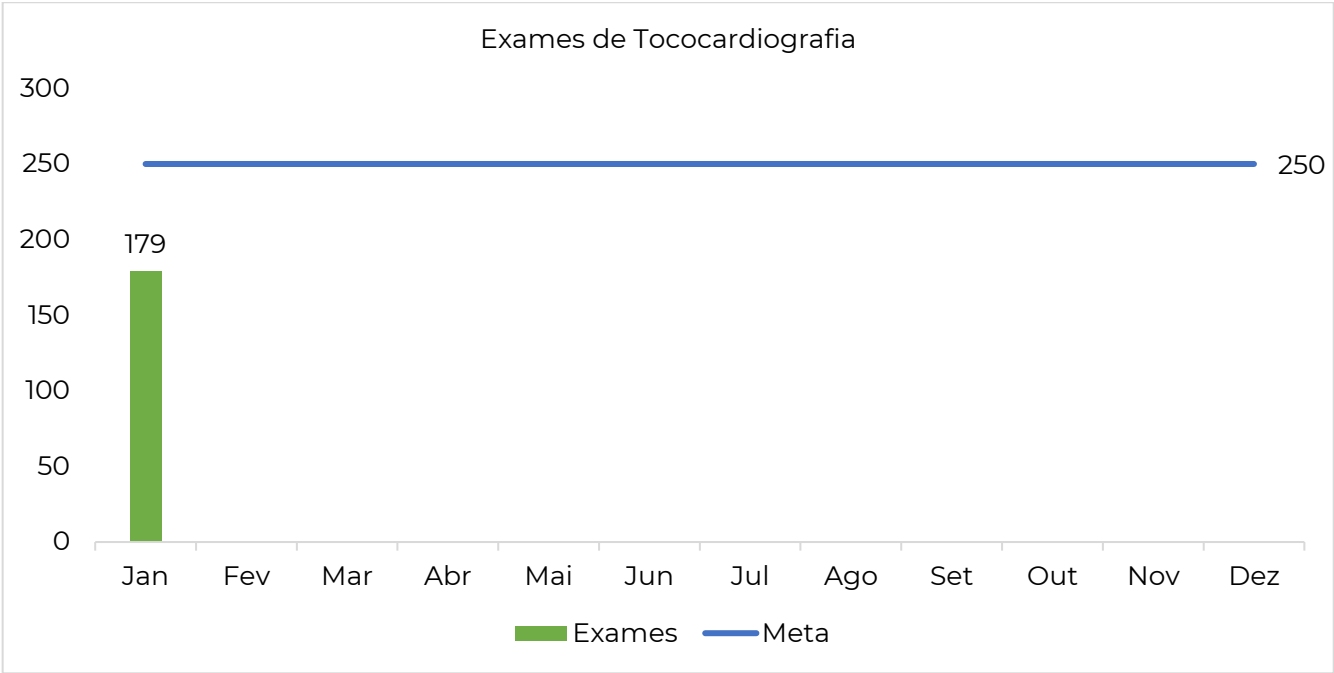
## 2.5 Eletrocardiograma



Coleta de dados	
2025	Jan
Exames	472
Meta	500

**Análise crítica:** Meta atingida em 94,4% do estabelecido. Meta compatível com a espontaneidade de “porta” versus indicação específica de pacientes com indicação desse recurso, muito em função da hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio (IAM), que fora qualificada nos últimos meses em função da implementação de protocolo específico para IAM, e cessão de equipamento com emissão de laudo que busca qualificar a assistência prestada elevando a segurança do paciente por ocasião da confirmação e/ou descarte da hipótese diagnóstica.

2.6 Tococardiografia

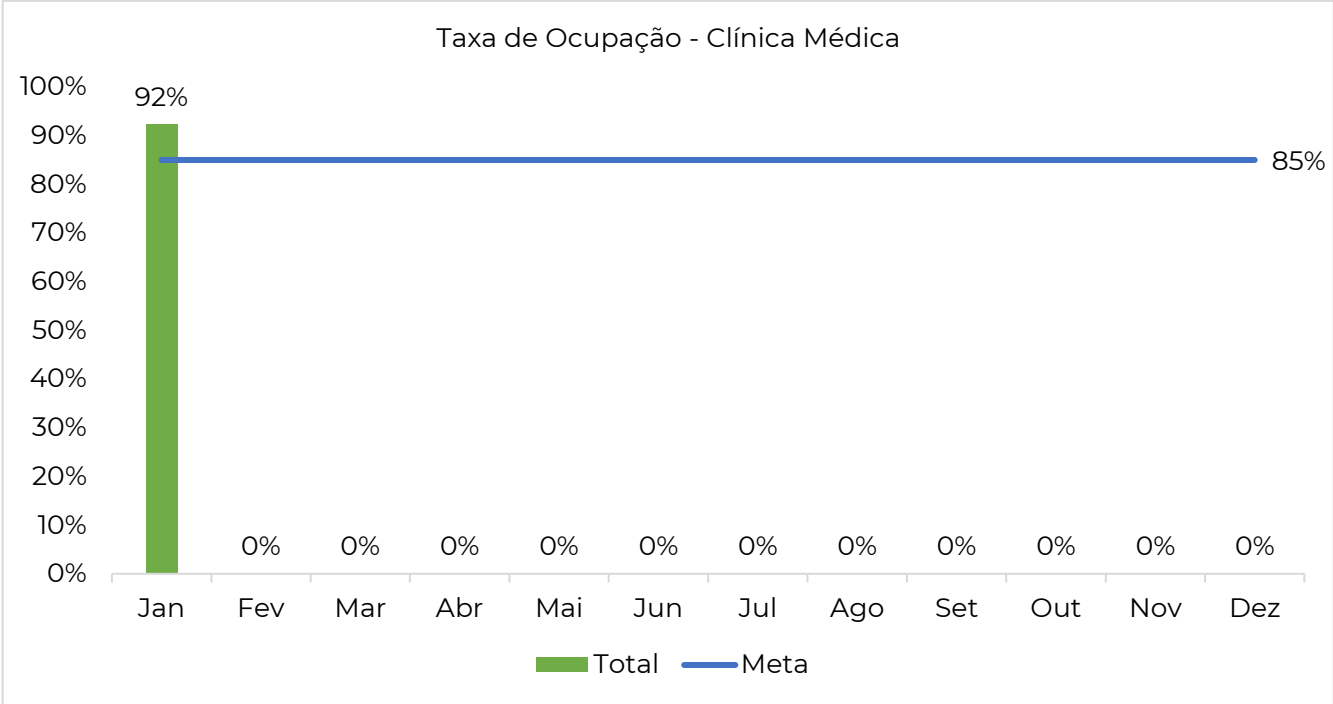


Coleta de dados	
2025	Jan
Exames	179
Meta	250

**Análise crítica:** Meta atingida em 71,6% do estabelecido. À vista do que se pretende (atingimento da meta estabelecida), ao longo dos 12 (doze) meses de acompanhamento referente ao exercício passado (2024), restou percebido que o quantitativo atendido naquele Serviço de Maternidade, tem se mantido significativamente inferior aos números regulares compatíveis com a manutenção sustentável daquela Operação. Nesse sentido, como defendido, inclusive, em relatório de prestação de contas anual (2023), ratificado nesse exercício de 2024, há que se manter sugestão ao contratante que envide esforços junto a DRS I/SES/SP, buscando reorientar eixo assistencial prestado por aquela especialidade, com fulcro nos princípios da efetividade, economicidade e da boa gestão dos recursos públicos em saúde, pugnando pela implementação de especialidade de equipe de avaliação cirúrgica para os casos assistidos nas linhas de cuidado de urgência e emergência, bem como a realização de pequenas cirurgias, estratégia que conversa absolutamente com a necessidade da população caracterizada pelo acúmulo/represamento cirúrgico compatíveis com filas de entre dois a três anos de espera por cirurgias, principalmente, em relação a sub especialidade de cirurgia geral

como hérnias (ingnais, umbilicais, hiatais, seguidas pelas colecistites, hemorroidectomia, diverticulites, pequenos traumas, entre outras, responsáveis por impactos negativos tanto do ponto de vista sociais e/ou econômicos do país, nos termos do expediente do ofício Diretoria Técnica UMTS nº 524/2024. Em que pese defesa que se faça em favor da situação posta, nesse momento, a nova gestão iniciada em 1 de janeiro de 2025, nos procurou, inclusive, realizando duas reuniões, para oportunizar qual seja o seu entendimento sobre o Serviço de Maternidade desta Unidade. Razão de todo exposto, deram início as tratativas com fulcro no resgate do Serviço, requisitando um relatório preliminar sobre necessidade de investimentos, implementação de protocolos que julgam agregar valores ao escopo dos serviços prestados, com especial atenção os procedimentos de acolhimento das mães, procedimentos esses a serem estabelecidos mediante reconstrução da linha de cuidado como um todo, envolvendo a Atenção Básica, Coordenação de Saúde da Mulher, especialidades outras ligadas ao processo de cuidado dessa linha de atenção, enfim, tudo, para respaldar ações de resgate da credibilidade do Serviço de Maternidade, segundo os novos gestores, hipossuficiente nesse momento, o que acreditamos, de igual modo. Vale ressaltar que a AHBB já procedeu encaminhamento de todas as necessidades preliminares e infra estruturais, sem prejuízo dos desenhos que antecedem ligados aos protocolos e procedimentos técnicos e operacionais.

2.7 Taxa de Ocupação Clínica Médica



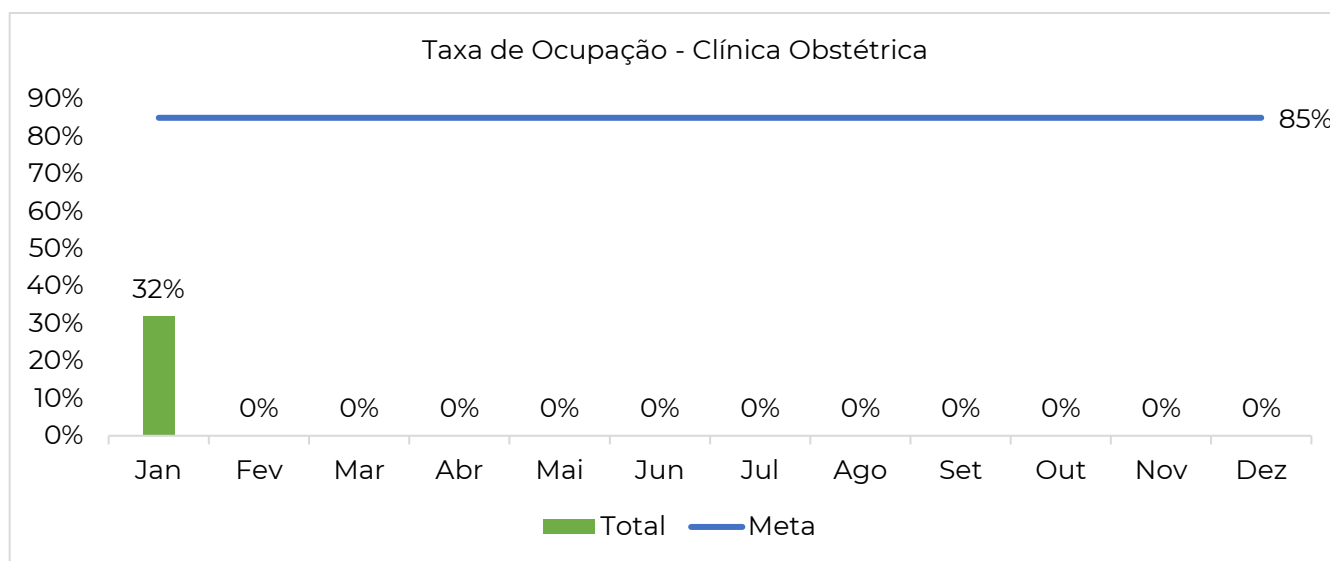
Coleta de dados	
2025	Jan
Número de Pacientes-Dia	1.144
Número de Leitos-Dia	1.240
Meta	85%
Total	92%

**Análise crítica:** Meta satisfatoriamente ultrapassada acima do estabelecido contratualmente, ou seja, 108,2%, correspondente a 96 pacientes assistidos à mais no período. Reitera-se que esse indicador tem se mostrado compatível com o avanço, exclusivamente, dos protocolos de cuidado e acompanhamento assistencial diário por parte da Equipe médica que, de fato, vem demonstrando

êxito na operacionalização dos leitos de forma qualitativa assistencial, valendo-se, com especial atenção, do sólido trabalho de acompanhamento multidisciplinar diário, ininterrupto, implantado no Serviço através dos encontros SAFETY HUDDLE.

**Nota:** Cálculo leito dia: quantidade de leitos x dias do mês, Ex: 40 leitos x 30 dia.

## 2.8 Taxa de Ocupação Clínica Obstétrica



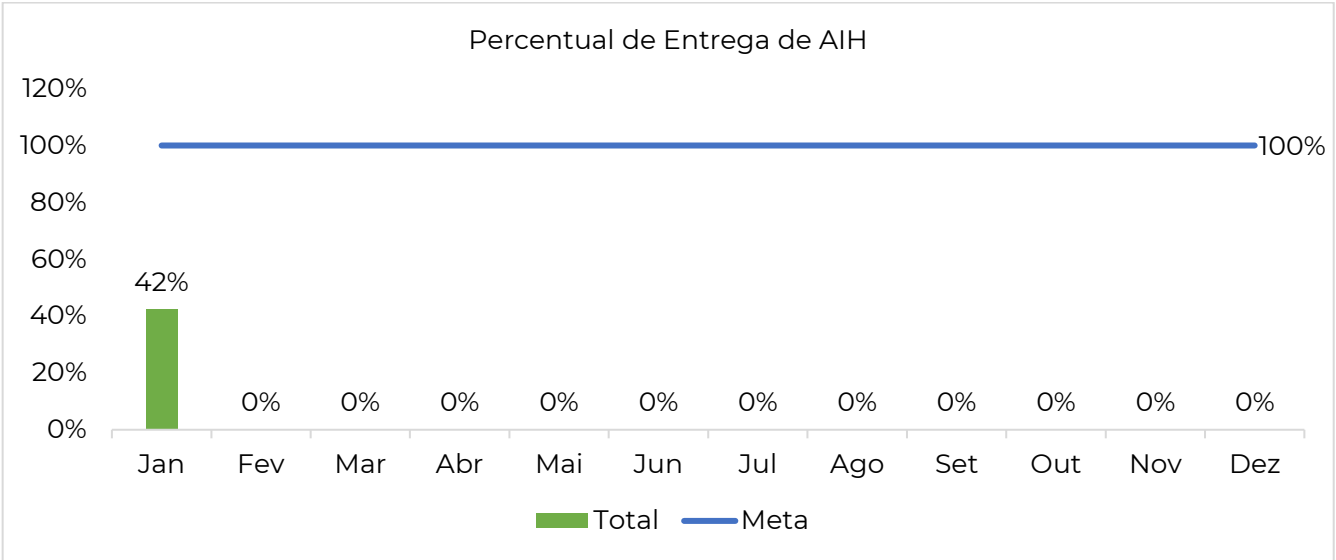
Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Número de Pacientes-Dia	198
Número de Leitos-Dia	620
Meta	85%
<b>Total</b>	<b>32%</b>

**Análise crítica:** Meta atingida em 37,64% do estabelecido. De fato, reitera-se que os indicadores de partos do Serviço de Maternidade tem se comportando gradativamente abaixo de todas as expectativas, bem como das metas estabelecidas. Considerando espontaneidade da demanda,

característica de Unidades de “porta aberta”, em que pese os esforços para melhoria da qualidade mediante implementação de adequações de infraestrutura e avanços assistenciais, em face da diminuta produção daquele Serviço, agravado pelo gradativo, consistente e progressivo índice de natalidade microrregional, para o fim do 1º semestre 2024. Em última análise, em que pese ratificarmos entendimento sugerido pela estratégia de reorientação do eixo assistencial junto a DRS I/SES/SP, inclusive, em relatório de prestação de contas anual (2023), faz-se necessário consignar entendimento da nova gestão, conforme descrito no item 2.6 do presente instrumento, que deverá ser provavelmente discutida e construída ao longo dos próximos meses.

**Nota:** Cálculo leito dia: quantidade de leitos x dias do mês, Ex: 12 leitos x 30 dia.

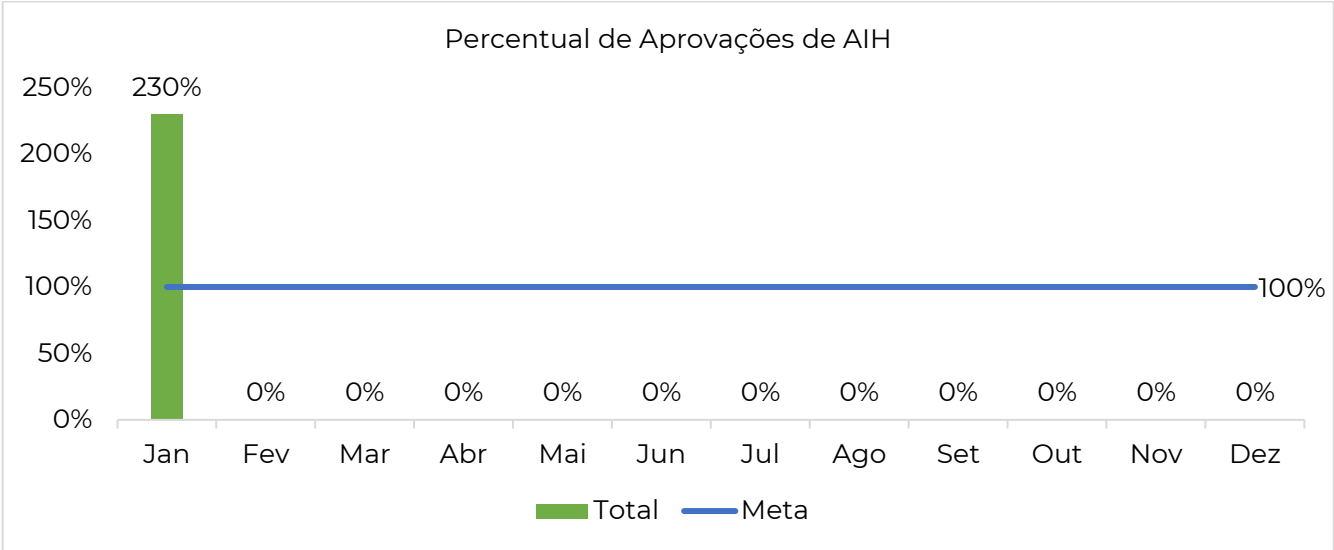
2.9 Apresentação de Autorização Hospitalar – AIH



Coleta de dados	
2025	Jan
Número de Internações no Período	284
AIH Apresentadas	120
Meta	100%
Total	45%

**Análise crítica:** Meta atingida em 45% do estabelecido. Isso porque, o faturamento se dá por imposição do calendário DATASUS aos 20 dias de cada mês. Razão disso, resta prejudicada análise de resultado parcial, impondo a inviabilidade do atingimento da meta “adi eterno”. Contudo, obedecido o calendário DATASUS, para o mês subsequente à data estabelecida para o fechamento, são constatados o atingimento das metas de forma clara e inequívoca, constatada doravante no item 2.10 do presente instrumento.

2.10 AIH Aprovadas

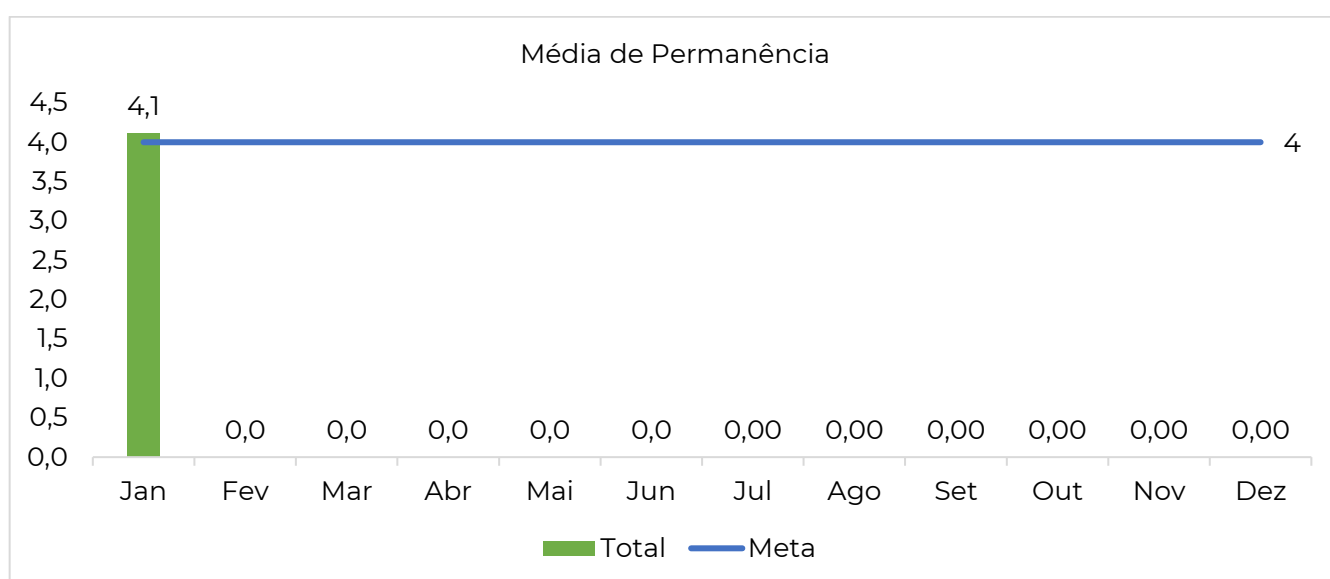


Coleta de dados	
2025	Jan
AIH Apresentadas	120
AIH Aprovadas	276
Meta	100%
Total	230%

**Análise crítica:** Embora os resultados que decorrem da coleta de dados vigência dezembro/2024, na prática, foram submetidos a processo de aprovação após análise pela Secretaria Municipal de Saúde (em atenção ao procedimento junto ao DATASUS), estabelecido até 20 de janeiro/25. De igual modo, assim como se processou a apresentação das AIH's do mês de dezembro/24, com análise e aprovação prevista para o dia 20 de janeiro/25, o mesmo se fará em relação a apresentação das AIH's competência de janeiro/25, com proposta de que sejam analisadas e aprovadas em 20 de fevereiro/2025. Observa-se que em relação aos meses anteriores (série histórica), foram atingidas todas as metas estabelecidas de forma progressiva e sustentável, ou seja, não somente foram

atingidas, como todas ultrapassaram as metas estabelecidas contratual e respectivamente para os anteriores períodos.

## 2.11 Tempo de Permanência - Clínica Médica



Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Número de Pacientes Dia em Determinado Período	1.144
Total de Pacientes com Saídas no Mesmo Período	278
Meta	4
<b>Total</b>	<b>3,3</b>

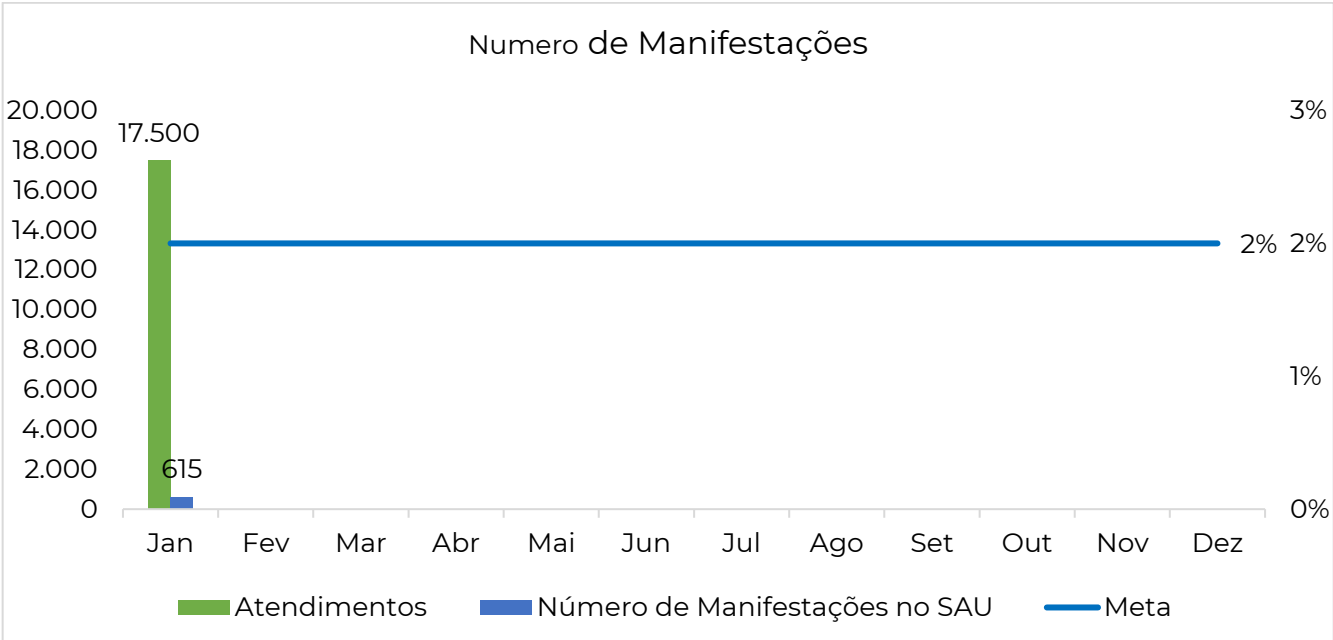
**Análise crítica:** Meta satisfatoriamente atingida em 117,5% (3,3 dias). Pela primeira vez, fruto de um trabalho perseguido ao longo de quase dois exercícios, a performance recente indica que os investimentos desse prestador em alocar dois médicos diariamente junto ao Serviço de Clínica Médica, possibilitou o acompanhamento de todos os pacientes internados, aumentando a



resolutividade das terapêuticas, consequentemente, elevando as altas daquele Serviço dos 5,83 dias de permanência conseguidos no primeiro semestre de 2024, para os 4,61 dias conseguidos no segundo semestre de 2024, hoje (janeiro/25), em 3,3 dias dando conta de uma redução sustentável e qualitativa. Reitera-se permanentemente que o quadro clínico apresentado pela maioria dos pacientes sugere tempos superior ao previsto para melhoria e estabilização de suas clínicas, clínicas essas compatíveis com a existência de inúmeras comorbidades, agravadas, ainda, pelas idades desses doentes internados no Serviço de Clínica Médica, a presença desse conjunto de fatores, reduz, definitivamente a capacidade de efetivação das altas médicas regulares. Razão disso, são reiteramos os esforços pela manutenção da estratégia de acompanhamento da implementação de protocolo clínico de acompanhamento dos casos que indique complexidade de internação. Cálculo paciente dia Clínica Médica:

**Nota:** N° de paciente dia clínica médica em determinado período = total de pacientes clínica médica com saídas no mesmo período X 1.

2.12 Número de Pesquisa Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

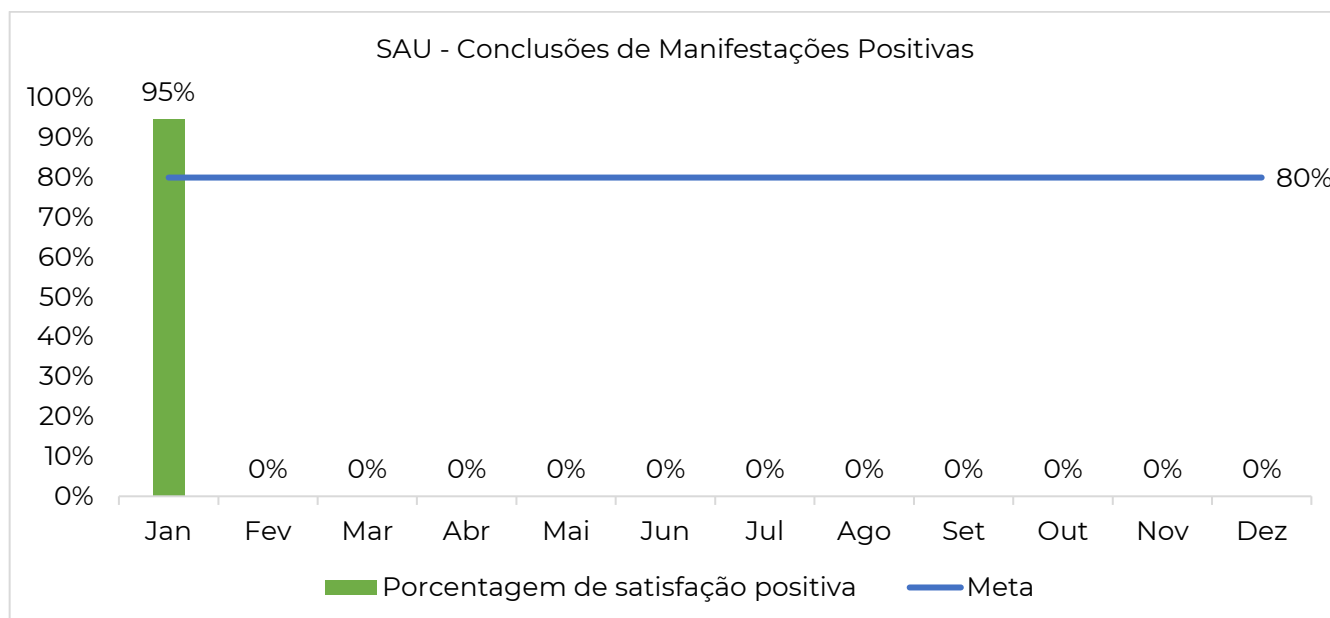


Coleta de dados	
2024	Jan
Atendimento Contratado	17.500
Número de Manifestações no SAU	615
Meta	2%

<b>Total</b>	<b>4%</b>
--------------	-----------

**Análise crítica:** Meta ultrapassada em duas vezes do estabelecido. Esse indicador passou por três orientações significativas durante o exercício de 2024, quais foram: implementação de formulário de pesquisa que, de fato, fosse compatível com a realidade do perfil institucional, levando em conta, de igual modo, perfil dos nossos pacientes, vocação e capacidade instalada da Unidade; prioridade no estabelecimento de Equipe treinada e capacitada para realização das pesquisas de campo, com fins de captar as mais variadas percepções dos usuários, registrando-as, de modo a não interferir no processo de pesquisa; instituição de um número de pacientes a serem submetidos a pesquisa mensalmente, estabelecido em 2% do número de atendidos, no caso do último mês de dezembro/2024, foram atendidos 18.619 pacientes, logo, 612 pacientes foram pesquisados, totalizando um percentual de 3,28%, 1,28% acima do estabelecido, correspondente a 239 pacientes que tiveram sua perspectiva de satisfação pesquisados; institucionalização do Grupo de Humanização Hospitalar (GHH), responsável pela manutenção do processo de pesquisa de satisfação do usuário, trabalho realizado em conjunto com o Serviço Social da Unidade, por entendermos que os membros desse Serviço encontram-se ativamente ligados aos desdobramentos decorrentes do processo do cuidado e assistência ao paciente, muitas vezes, primeiros profissionais a serem contatados para manifestação de fatos compatíveis com a satisfação dos usuários, e consequente impacto na imagem, qualidade e segurança do paciente.

## 2.13 Conclusão de Pesquisa - SAU



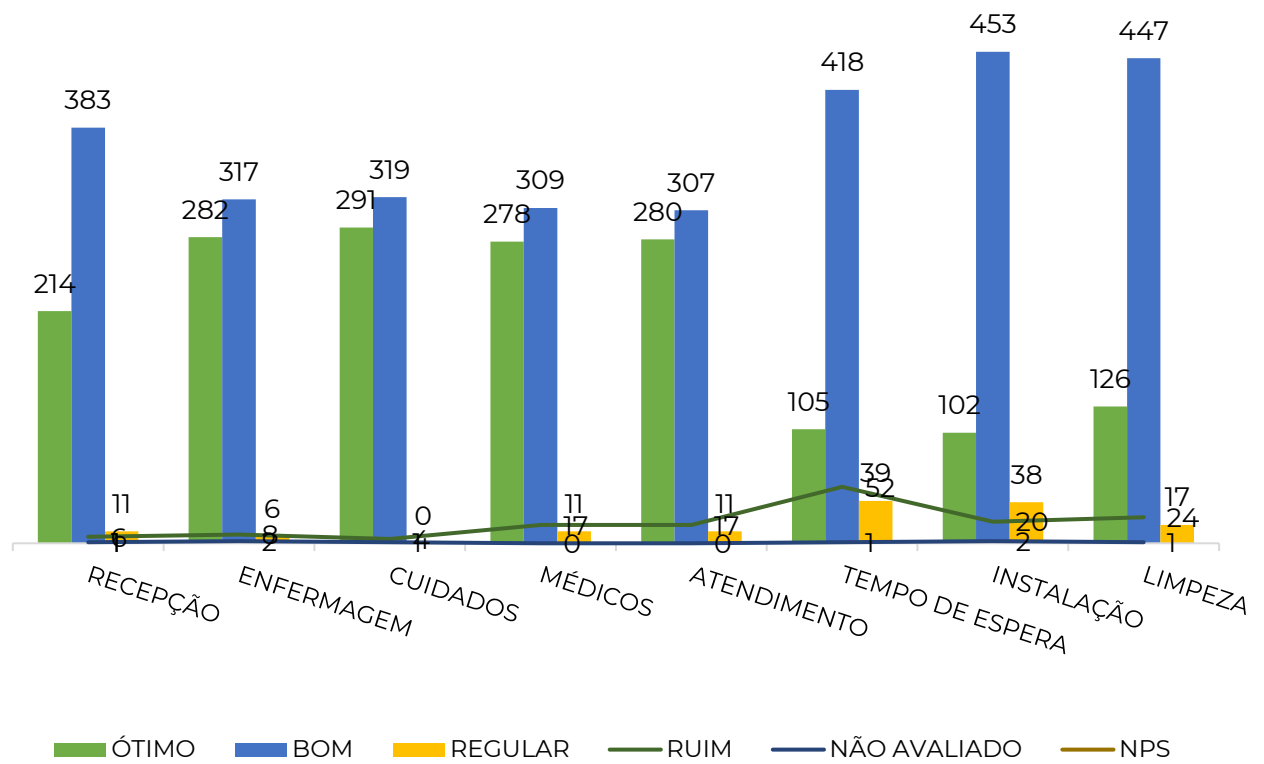
Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Satisfações Positivas	582
Satisfações Negativas	33

<b>Total</b>	<b>615</b>
Meta	80%
<b>Porcentagem de Satisfação Positiva</b>	<b>95%</b>

**Análise Crítica:** Meta ultrapassada em 15%, correspondente a 2% dos atendimentos estabelecidos contratualmente de 17.500/pacientes/mês. Mediante implantação da individualização dos temas (em curso), a distribuição dessa fotografia demonstra viabilidade de ser institucionalizada e aperfeiçoada, o que vem sendo feito, isso tem nos permitido alcançar a correção de rumos, conseqüentemente aumento do percentual de satisfação do usuário de forma consistente e progressiva por meio de intervenções pontuais e crítica permanente, como se pode observar no item 2.13.1.

#### **2.13.1** Quadro Geral: Pesquisa de Satisfação

Pesquisa de Satisfação - Realizada Presencialmente

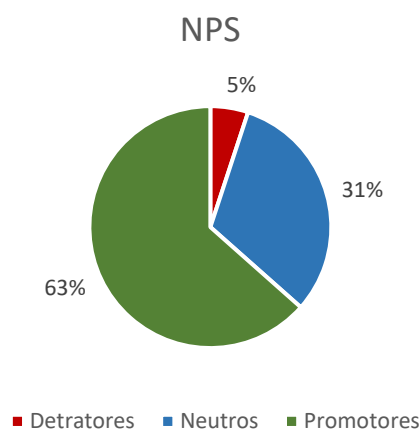


### 2.13.2 NPS -Net Promoter Score

## Você recomendaria nossos serviços para um colega, parente ou amigo?

Quantidade de pesquisa recebida: **613**

Nota	Quantidade	NPS	%
1	0	Detratores	5%
2	0		
3	0		
4	1		
5	15		
6	15	Neutros	31%
7	54		
8	139		
9	148	Promotores	63%
10	241		
<b>Total</b>	<b>613</b>		



<b>NPS</b>	<b>58</b>	<b>Zona de Qualidade</b>
------------	-----------	--------------------------

**Análise Crítica:** A partir da análise de parte dessas amostras, pode-se depreender das pontuações, seguidas das observações registradas pelos usuários, que para esses últimos meses, observamos uma sustentável redução do número de **DETRATORES**. Em que pese a clara situação de melhoria imposta pelo INVESTIMENTO DA AHBB em dispor de Equipe médica acima do número originalmente estabelecido, com consequente redução no tempo de espera, indicador mais sensível para elevação e/ou diminuição no número de DETRATORES, constata-se haver espaço para buscarmos que esse indicador se mantenha abaixo dos dois dígitos. Com fulcro na percepção de toda Equipe envolvida no processo do cuidado e assistência, a busca deve ser mantida na diminuição do tempo de espera, seguida pela reorientação de fatores comportamentais/éticos, que perseguimos em atacá-los de forma muito significativa, com especial atenção ao acolhimento médico que, embora tenha apresentado melhora significativa, ainda carece de adequação quanto ao processo de humanização envolvendo, eu diria, “símbolos comportamentais” que contribuem com esse processo, contudo, se mostram inexistente em parte dos acolhimentos especificamente médicos, quais sejam: a) retirada de cadeira do consultório para que o paciente não sente-se; b) quando essa cadeira se encontra no consultório, ela é afastada com distância muito expressiva da mesa do profissional (na porta), impondo barreira entre o contato esperado com esse profissional; c) anamnese inexistente, na grande maioria das vezes, reclamam muito de o profissional sequer olhar para o paciente; d) tempo de consulta profundamente diminuto; atualmente, fora percebida uma fala significativa por parte dos usuários, qual seja, de que alguns profissionais médicos observam, somente as informações oriundas do Serviço de classificação de risco executado pela Enfermagem; seguido de situações que demandam, ainda, por adequações no Serviço de higiene e limpeza dos banheiros, em última análise, o tema atestado médico, ainda perfaz situação de grande desconforto e permanente litígio entre a Equipe como um todo. Quanto aos 31% indicados como **NEUTRO, pela primeira pergunta**, de igual modo, e a partir da análise dessa amostra, há significativa redução do número de neutros, elevando-se o número de promotores. Depreende-se disso, que todos usuários, embora tenham experimentado cumprir aquilo que denominamos de jornada do paciente compreendida entre a abertura de ficha e finalização, em ao menos, um Serviço de apoio diagnóstico (raio x) e/ou procedimento (medicação), ou seja, passaram pelos Serviços de recepção (abertura de ficha), acolhimento com classificação de risco, atendimento médico, finalizado com procedimento de apoio, onde tiveram as suas necessidades acolhidas. Outra, diz respeito as características do ambiente como: tempo pelo qual foram submetidas àquele espaço físico de infraestrutura diminuta; quantidade de pacientes/acompanhantes disputando acomodação por esse mesmo espaço

(diminuto); impondo que ficassem significativa parte do tempo de espera “em pé”; odores permanentes oriundos da própria coletividade, seguidos dos sanitários que encontram-se instalados quase que no centro do único corredor, desprovido de ventilação (circulação de ar dificultada/represada); altíssimo volume de fala coletiva, elevando clima de irritabilidade de muitos que se incomodam com o ambiente barulhento. Ocorre que para os quatro últimos meses (setembro/outubro/novembro/dezembro), na prática, foram implementadas melhorias significativas de infraestrutura, contempladas, em grande medida, os fatores acima descritos como negativos, decorrentes dos INVESTIMENTOS DA AHBB proporcionados, exatamente nas linhas de conforto, higienização, comunicação, organização, e celeridade dos processos de apoio diagnósticos, objetivamente, situações pelas quais devem refletir na relação com esse indicador, consequentemente, o reduzindo de forma qualitativa. Por fim, após todos os esforços no sentido de ver qualificado o nosso trabalho em favor da qualidade e segurança do serviços prestados, os números possibilitaram alcançarmos, agora, pela segunda vez, o **NPS de 58 (zona de qualidade) em janeiro/2025**, pelo qual, sugere que a nossa movimentação de promoção do diálogo e esforço da Equipe, inclusive, por parte da alta gestão da empresa AHBB, como fora acima detalhado, nos permitiu ocupar posição de melhoria e adequação de toda a nossa infraestrutura, compatível com a segurança e conforto de todos, entre outros, capazes de pavimentar condições de desenvolvimento e consolidação de uma prestação de assistência qualitativamente mais apurada a ser perseguida com muito esforço durante o exercício vigente de 2025.

## 2.14 Censo de Origem – Atendimento Porta

Relatório Total de Atendimentos por Cidade  
Período 01/01/2025 À 31/01/2025

CIDADE	QTDE PACIENTE
TABOAO DA SERRA-SP	17.156
EMBU DAS ARTES-SP	2.007
SAO PAULO-SP	688
ITAPECERICA DA SERRA-SP	65
OSASCO-SP	23
COTIA-SP	22
CARAPICUIBA-SP	6

GUARULHOS-SP	5
SOROCABA-SP	4
CAMBORIU-SC	4
SAO BERNARDO DO CAMPO-SP	4
SARANDI-PR	3
ITAQUAQUECETUBA-SP	3
FRANCISCO MORATO-SP	2
BARUERI-SP	2
DIADEMA-SP	2
FRANCA-SP	2
ITABUNA-BA	2
ITAPEVI-SP	2
JOAO PESSOA-PB	2
MARILIA-SP	2
MAUA-SP	2
RIBEIRAO PRETO-SP	2
SANTO ANDRE-SP	2
SUZANO-SP	2
TATUI-SP	2
JACAREI-SP	1
BRAGANCA PAULISTA-SP	1
LAGES-SC	1
LINHARES-ES	1
LUZIANIA-GO	1
MACEIO-AL	1
BOTUCATU-SP	1
TUBARAO-SC	1
MOGI DAS CRUZES-SP	1
MONTES CLAROS-MG	1
FERRAZ DE VASCONCELOS-SP	1
PAULINIA-SP	1
PAULO AFONSO-BA	1
PIRACICABA-SP	1
PRAIA GRANDE-SP	1
RECIFE-PE	1
AMPARO-SP	1
RIO DE JANEIRO-RJ	1
SALVADOR-BA	1
UBERLANDIA-MG	1
FERNANDOPOLIS-SP	1
SAO JOSE DO RIO PRETO-SP	1
ILHEUS-BA	1
INDAIATUBA-SP	1
IPATINGA-MG	1
SAO MIGUEL DOS CAMPOS-AL	1
GARANHUNS-PE	1
ITAPETININGA-SP	1
CURITIBA-PR	1
AMERICANA-SP	1

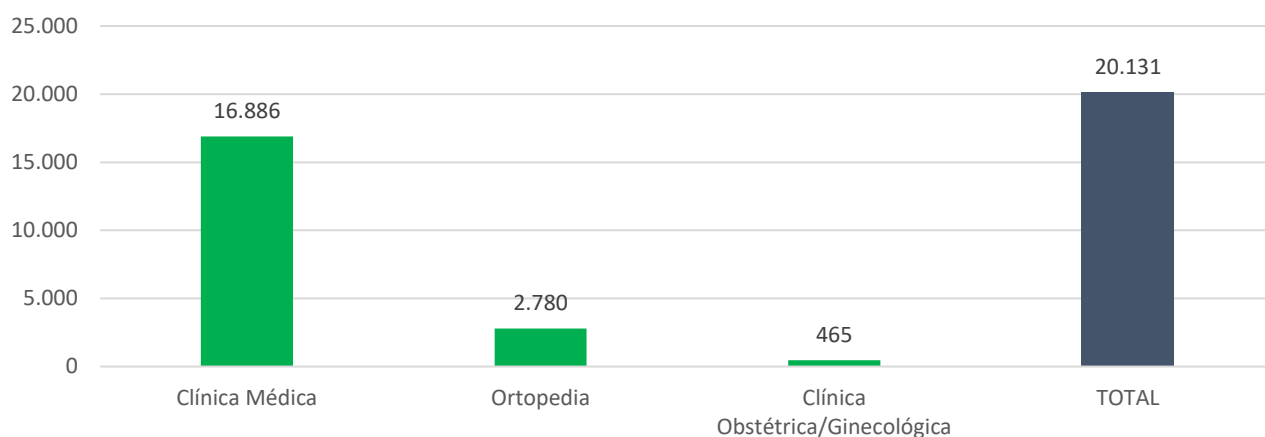
ITU-SP	1
--------	---

**Análise crítica:** Indicador se manteve efetivo no cumprimento satisfatório quanto a performance de identificar origem dos pacientes atendidos na Unidade, apesar de um volume significativo desses pacientes, oriundos de municipalidade divergente de Taboão da Serra, negar origem no ato da elaboração da ficha de atendimento, ou seja, indicar à revelia da verdade a real origem de sua residência.

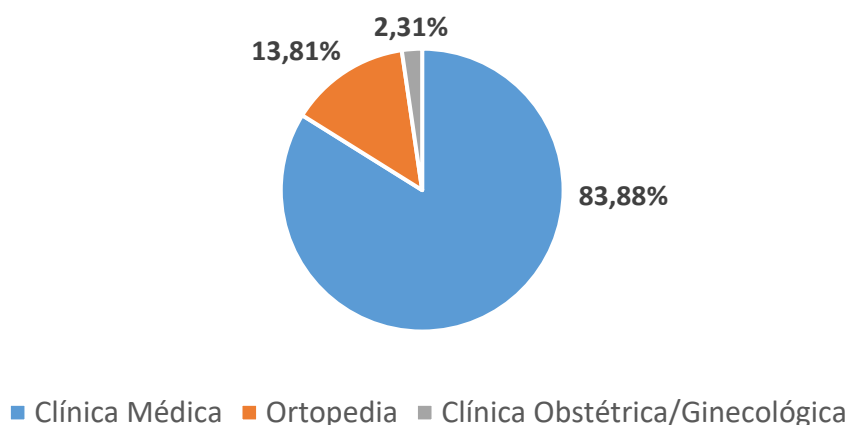
## 2.15 Produção Assistencial



### Atendimento Urgência/Emergência JANEIRO 2025 - REALIZADO



### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - jan 2025

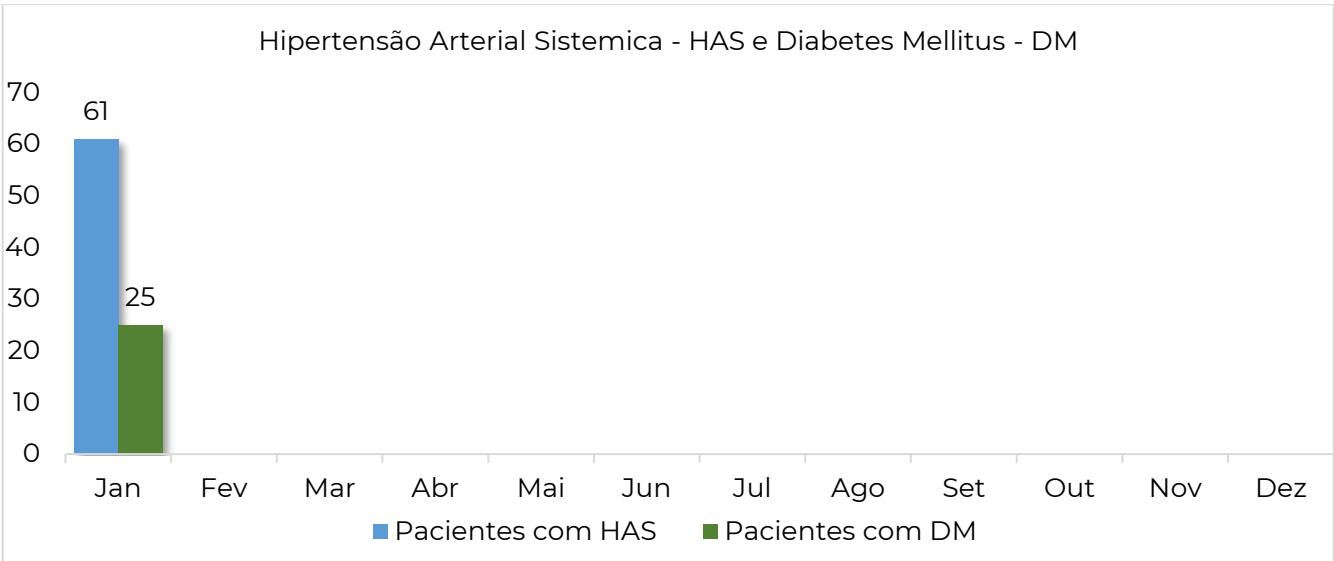


Atendimento Urgência/Emergência	JANEIRO
	REALIZADO
Clínica Médica	16.886
Ortopedia	2.780
Clínica Obstétrica/Ginecológica	465
<b>TOTAL</b>	<b>20.131</b>

**Análise crítica:** Com efeito prático, observa-se que desses indicadores: 83,88% correspondem aos atendimentos de clínica médica; 13,80% de ortopedia; e 2,30% de ginecologia-obstetrícia, durante a vigência de 2025.

### 3 INDICADORES INSTITUCIONAIS

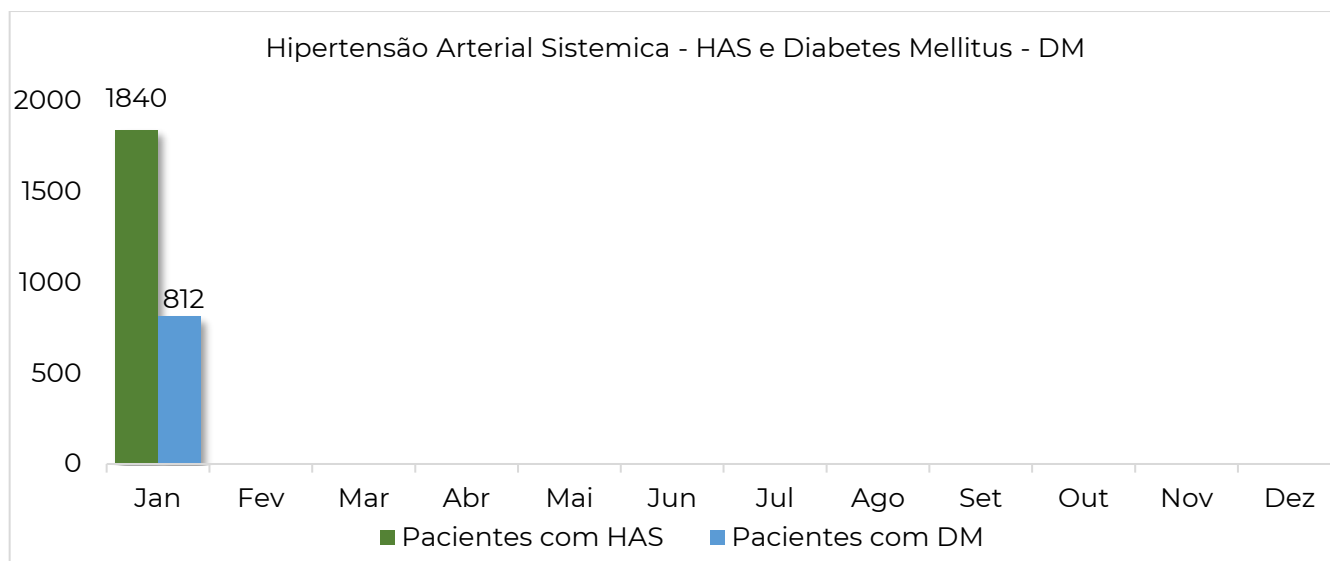
**3.1** Identificação de Código Internacional de Doenças-CID Compatível com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), Paciente Internado.



Coleta de dados	
2025	Jan
Pacientes com HAS	61
Pacientes com DM	25
Total de Internados	284

**Análise crítica:** Indicador qualificado por meio de reorientação do procedimento de sua coleta e especificidade. Havia redução significativa tanto dos quantitativos coletados, bem como da incompatibilidade desses quantitativos com a literatura em face dos números de pacientes assistidos em regime de internação entre os meses de janeiro a setembro/2024. Após esse procedimento de qualificação/reorientação, logramos êxito em identificar, pela média do último trimestre/2024, em 56,35% de hipertensos, ou acometidos de pico de hipertensão arterial naquele momento, seguido de 24,55% de diabéticos, ou acometidos de pico glicêmico naquele momento. Em relação a vigência janeiro/25, de igual modo, os números reiteram pela estabilidade do indicador epidemiologicamente ajustado, nesse caso, 21,5% de HAS, seguido por 8,8% de DM. Ainda que reformulado, os números obtidos dão conta de estarmos no caminho certo, contudo, ainda se mostram pouco deslocados daqueles indicados na literatura nacional sobre o percentual de HAS e DM que acometem os brasileiros. Tal conhecimento sobre o nosso perfil de pacientes portadores de HAS e DM, devidamente atendidos e/ou assistidos em regime de internação em nossa Unidade, mostra-se relevante para manutenção dos processos assistenciais e de cuidado especificamente relativo ao paciente internado, com especial atenção, no planejamento e execução das terapias implementadas elevando o sucesso da performance assistencial como um todo.

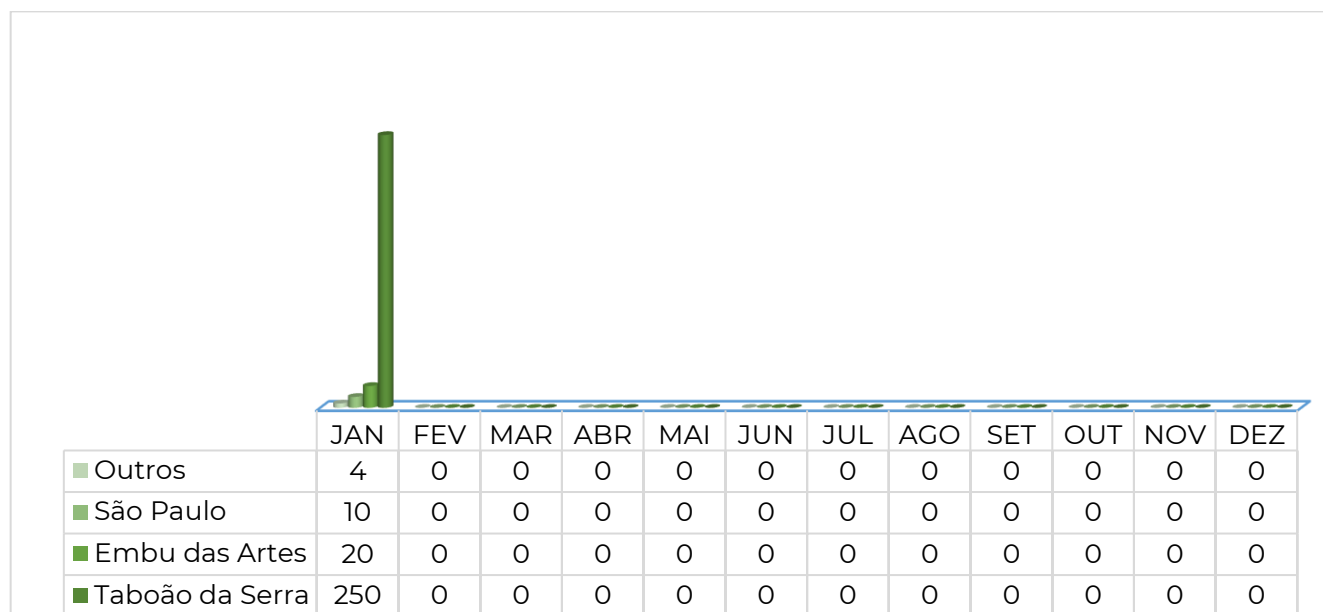
**3.2** Identificação de Código Internacional de Doenças-CID Compatível com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), Paciente Porta.



Coleta de dados	
2025	Jan
Pacientes com HAS	1.840
Pacientes com DM	812
Total de Atendimentos	2.131

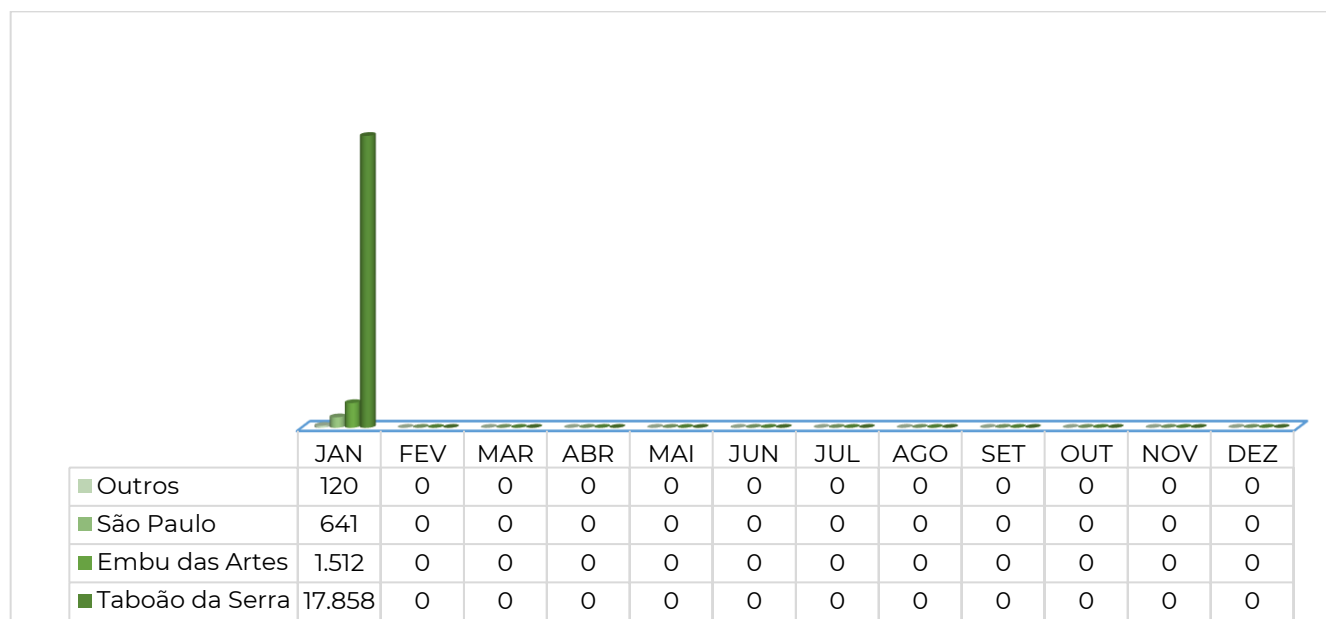
**Análise crítica:** Assim como procedido com as informações sobre os pacientes assistidos em regime de internação, esse indicador, de igual modo, vem sendo qualificado por meio de reorientação do procedimento de sua coleta e especificidade. Nesse caso, os percentuais desses pacientes apresentaram sensibilidade e compatibilidade com a literatura, muito mais significativa para os atendimentos de “Porta” do que para os assistidos em regime de internação. Um dos fatores observados, é de que o profissional responsável pela coleta é um enfermeiro, que realiza durante o acolhimento com classificação de risco, a identificação mais segura e consistente. Para esse caso concreto, a média observada durante a vigência de janeiro/25 dá conta de que em nossa “Porta”, foram atendidos 20131 pacientes, dos quais 1840 foram classificados como hipertensos, seguidos de outros 812 classificados como diabéticos, portanto, média de 9,14% e 4,03% respectivamente, número compatível com a literatura, demonstrando, estarmos no caminho certo quanto a identificação, volume, e estratégia de planejamento consequente do perfil epidemiológico dessas doenças crônico degenerativas envolvendo alocação de recursos públicos, efetividade, e digitalização dos nossos dados/informações do nosso território municipal.

### 3.3 Atendimento Internação por Município



**Análise Crítica:** Restou evidente a identificação de que 11,97%, correspondente a 284 internações realizados durante o exercício de 2024, referem-se a munícipe não domiciliado em Taboão da Serra.

### 3.4 Atendimento de Porta por Município



**Análise Crítica:** Restou evidente a identificação de que 11,29%, correspondente a 2273 dos atendimentos de “porta”, realizados durante janeiro/25, referem-se a munícipe não domiciliado em Taboão da Serra.

### 3.5 Maternidade

	Janeiro
Altas Melhoradas Maternidade	56
Óbitos	0
Transferência para outros Hospitais	0
Transferência para o HGP	0
<b>Total de Saídas</b>	<b>56</b>

#### 3.5.1 Procedimentos

Procedimentos	Janeiro
Parto Normal	35
Parto Normal/Domiciliar	0
Parto Cesárea	15
Parto Fórceps	0
<b>Total de Partos</b>	<b>50</b>
Laqueadura	2
Curetagem	3
<b>Total de procedimentos</b>	<b>55</b>

#### 3.5.2 Primigesta

Procedimentos em primigestas	Janeiro
Parto Normal	7
Parto Cesárea	2
Parto Fórceps	0
<b>Total de Partos Primigestas</b>	<b>9</b>

#### 3.5.3 Neonatologia/Berçário

Neonatologia/berçário	Janeiro
Alta Melhorada	10
Transferência para o HGP	0
Óbitos	0
Transferência para outros Hospitais	1
<b>Total de Saídas</b>	<b>11</b>

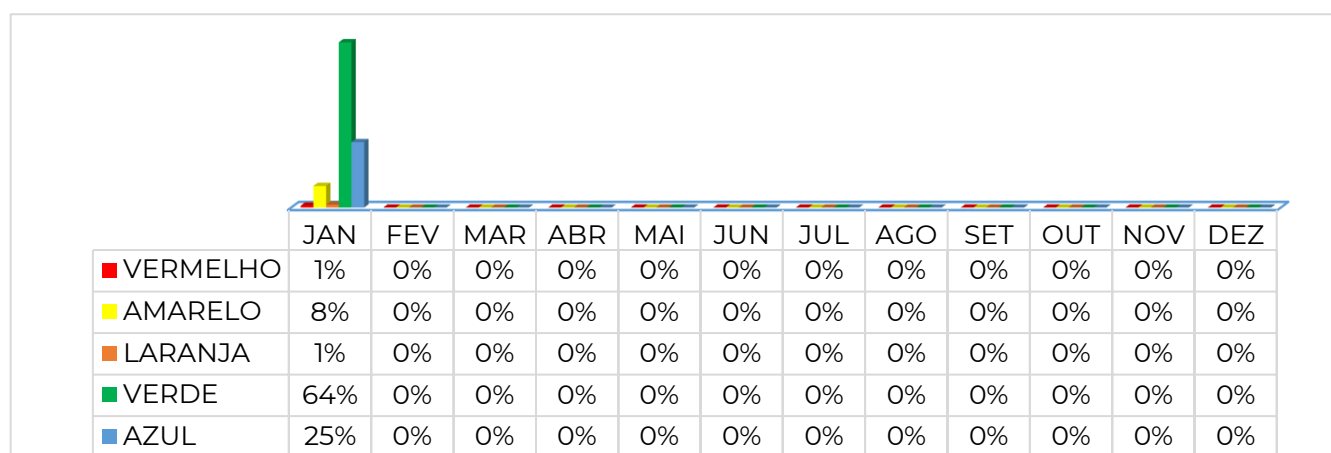
#### 3.5.4 Ginecologia/Obstetrícia

	Janeiro
<b>Total de Atendimentos</b>	<b>465</b>

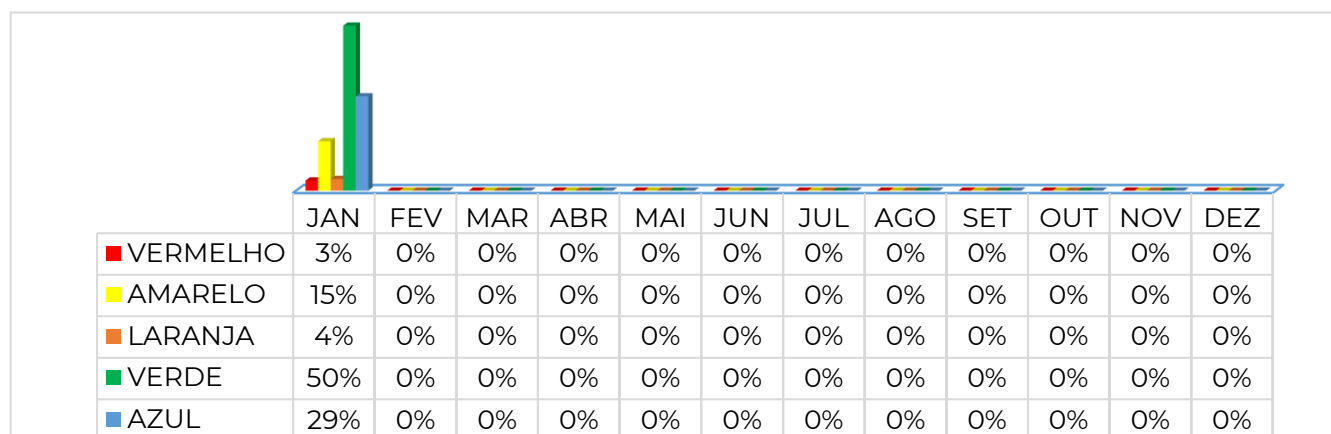
**Análise crítica:** Em relação ao volume de produção especificamente do Serviço de maternidade, embora vimos concluindo ao longo dos meses pela queda progressiva e sustentável da produção, ratifica-se a redução do indicador de natalidade significativamente, inclusive, com alta probabilidade de igual performance para os próximos anos. Razão disso, devemos reiterar pela proposta de estratégia sugerida e defendida já no relatório de prestação de contas anual, bem como no item 2.6 do presente instrumento, hoje, atualizada a defesa de reorientação do Serviço pela nova gestão municipal de saúde, com fulcro no resgate da credibilidade daquela Instituição, fazendo valer nova performance de investimento e protocolo assistencial para linha de cuidado como um todo.

## 3.6 Classificação de Risco

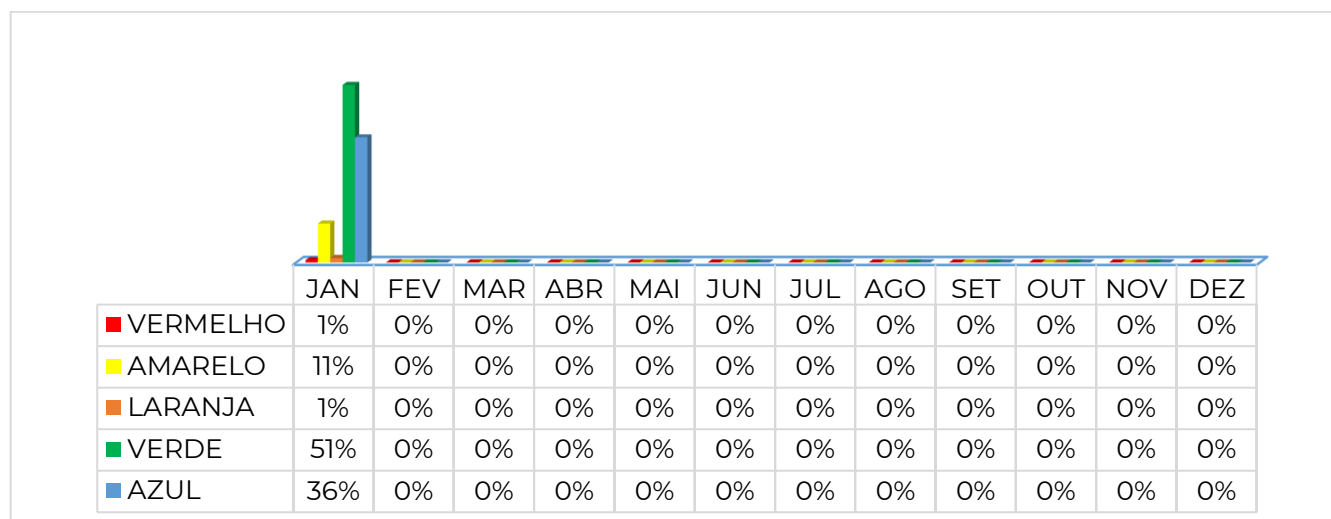
### 3.6.1 Clínica Médica



### 3.6.2 Ortopedia



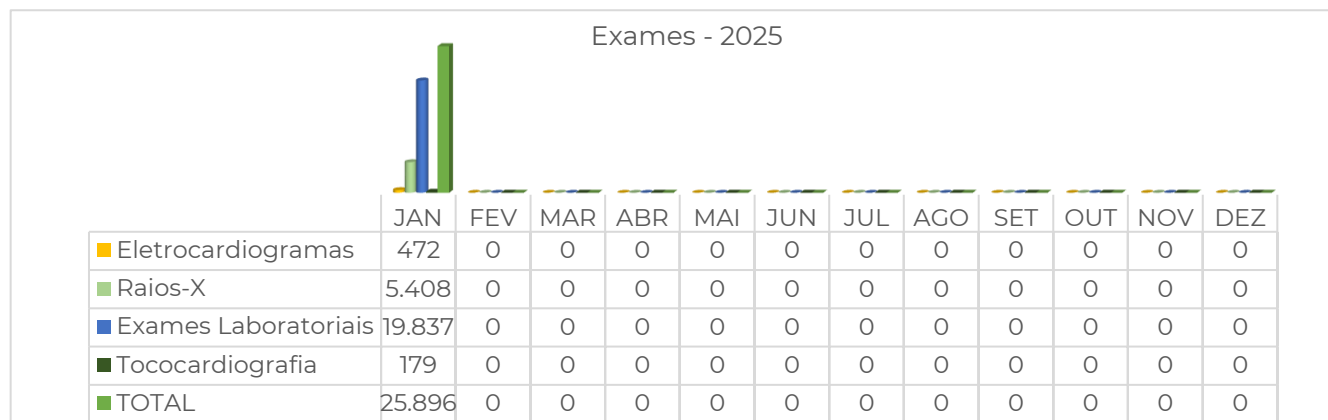
### 3.6.3 Ginecologia



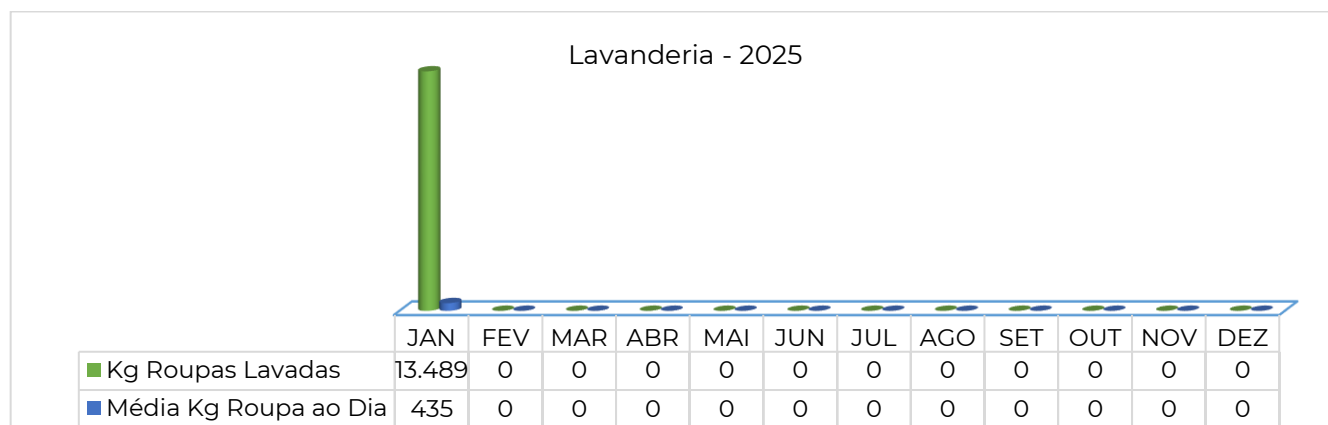
**Análise crítica:** Ressalvada as análises críticas formuladas por ocasião dos demais outros relatórios de prestação de contas. O fato que se impõe, doravante de ser destacado, refere-se ao número de atendimentos em linha de urgência/emergência quando os indicadores dessa produção dão conta de que em torno de 90% das fichas referem-se a atendimentos classificados nas cores verde e azuis, portanto, atendimentos compatíveis com perfil de atenção básica, de competência das Unidades Básicas de Atenção-UBSs. Outro fator relevante diz respeito a manutenção permanente de capacitação e treinamento das equipes classificadoras com fins de qualificar esse procedimento, consequentemente, afastar o risco, melhorar a segurança do paciente, agilizar o processo do cuidado, baseando-se em indicadores de performance mais apurado e fidedigno, que buscamos ao longo do exercício de 2024, que deverá ser melhor acompanhado e qualificado durante o presente exercício de 2025.



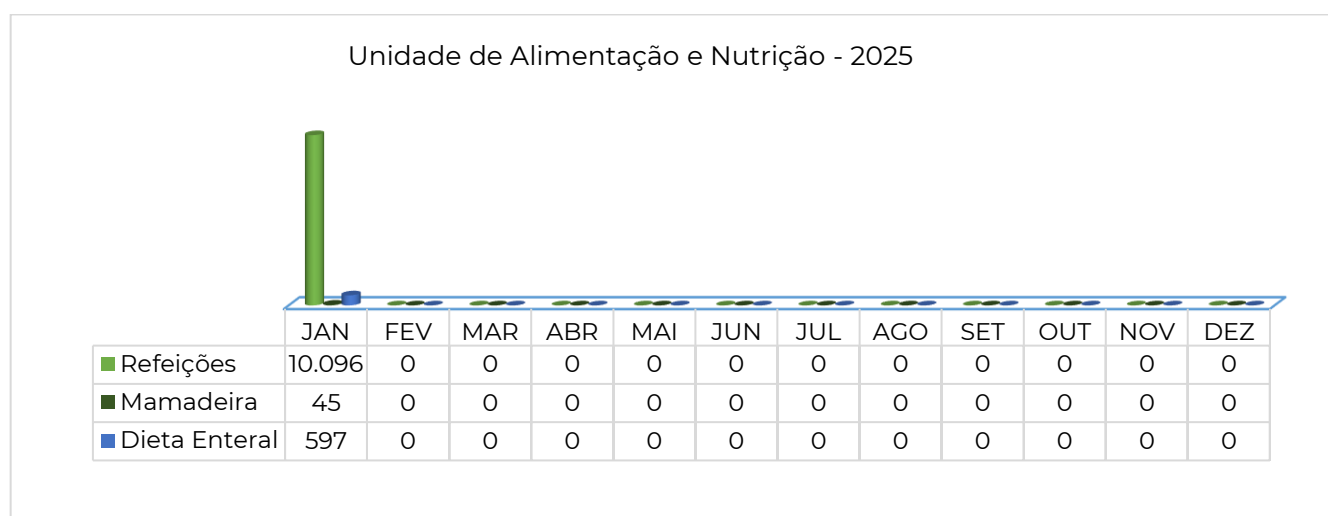
### 3.7 Exames



#### 3.7.1 Lavanderia



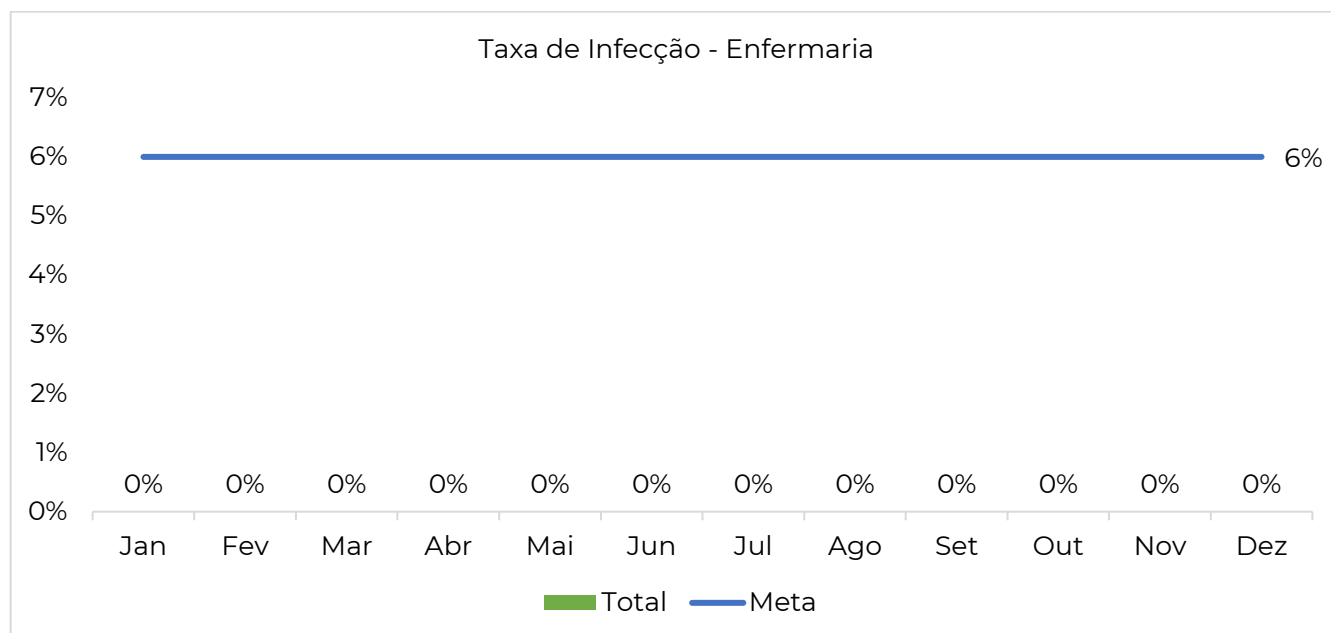
#### 3.7.2 Nutrição



### 3.7.3 Contrato e Realizado

<b>Descrição</b>	<b>Janeiro</b>	
	<b>Contratado</b>	<b>Realizado</b>
<b>Saídas Hospitalar</b>	290	345
<b>Atendimento de Urgência e Emergência</b>	17.500	20.131
<b>Exames Radiológico</b>	5.500	5.408
<b>Exames de Eletrocardiograma</b>	500	472
<b>Exames de Toco cardiografia</b>	250	179
<b>Taxa de Ocupação Clínica Médica</b>	85%	92%
<b>Taxa de Ocupação Obstetrícia</b>	85%	32%
<b>Autorização Hospitalar - AIH Apresentada</b>	100%	45%
<b>Tempo de Permanência Clínica Médica</b>	4	3,3
<b>SAU - Atendimento / SAU – Concluídos</b>	*	615

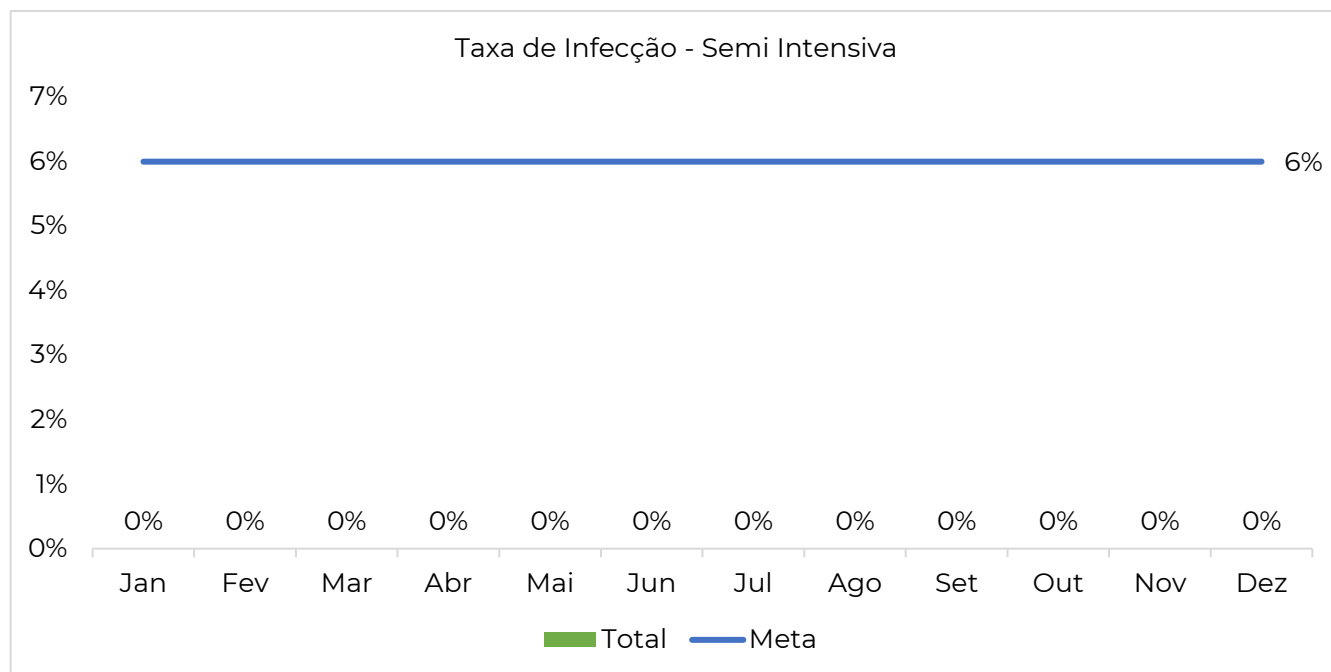
### 3.8 Taxa de Infecção Enfermaria



Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Número de infecção na Enfermaria	0
Total de saídas na Enfermaria	134
Meta	6%
<b>Total</b>	<b>0%</b>

**Análise Crítica:** Meta qualitativa e quantitativamente atingida de forma efetiva. Durante o período, não foram identificadas alterações clínicas e/ou laboratoriais, cujos critérios estabelecidos pela Anvisa, evidenciassem IRAS.

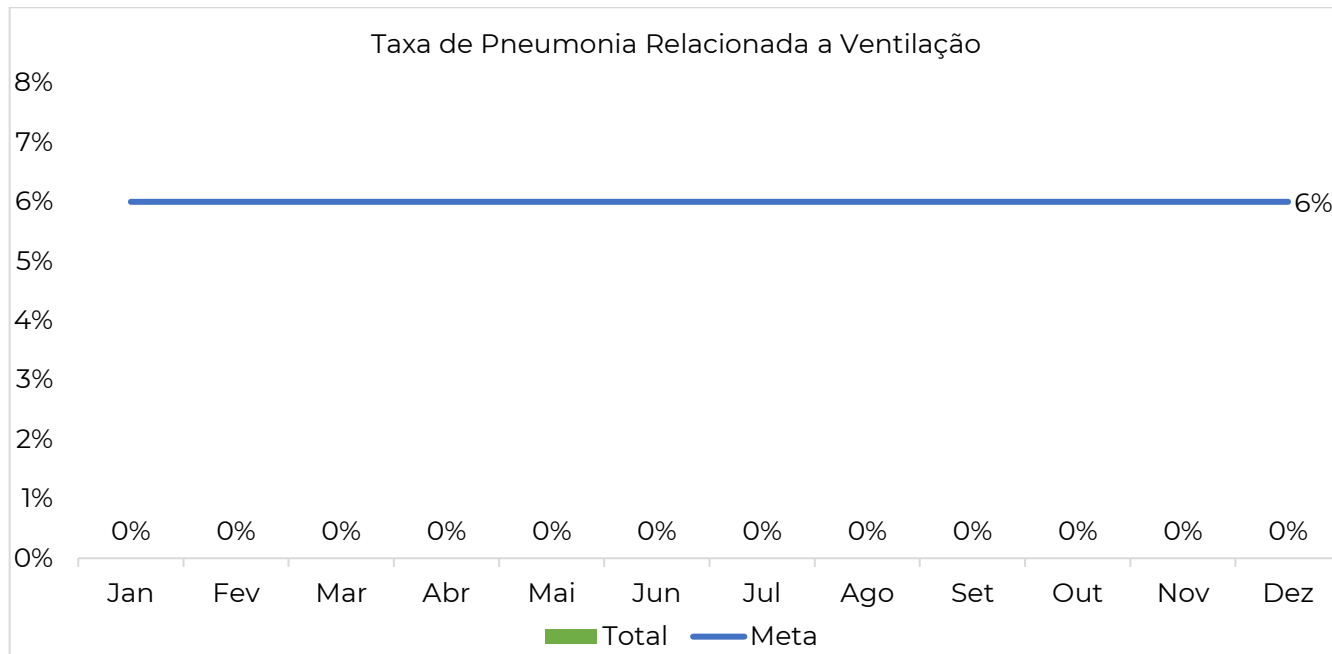
### 3.9 Taxa de Infecção Semi Intensiva



Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Número de infecção na SEMI	0
Total de saídas na SEMI	86
Meta	6%
<b>Total</b>	<b>0%</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente. Constatou-se que apenas em cinco/doze meses foram identificados casos de infecção, contudo, todos, lastreados abaixo dos 6% (mensal) tido como parâmetro aceitável/estabelecido para IRAS/ANVISA.

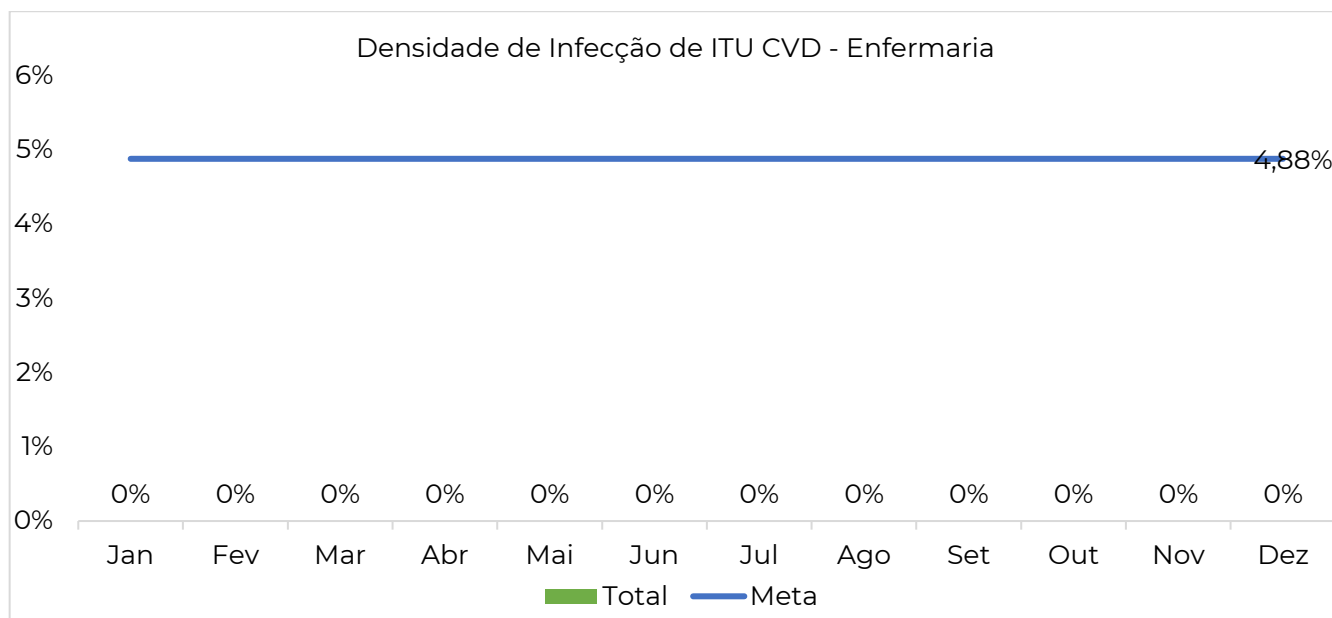
### 3.10 Ventilação Mecânica



Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Número de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador na Semi no período	0
Número de pacientes na Semi com uso de respirador no período	30
Meta	6%
<b>Total</b>	<b>0%</b>

**Análise Crítica:** Meta qualitativa e quantitativamente atingida de forma efetiva. Durante o período, não foram identificadas alterações clínicas e/ou laboratoriais, cujos critérios estabelecidos pela Anvisa, evidenciassem IRAS.

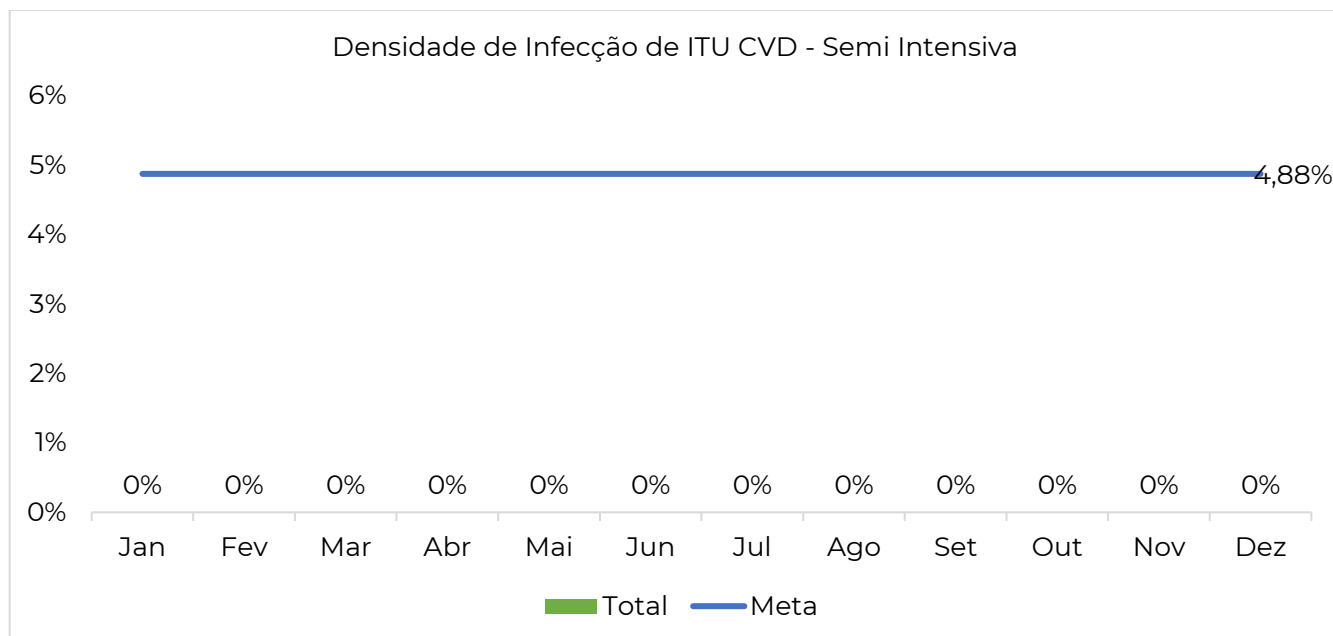
### 3.11 Infecção de Trato Urinário-ITU, e Cateter Vesical de Demora-CVD na Unidade de Internação/Enfermaria



Coleta de dados	
2025	Jan
Número de ITU CVD	0
Número de CVD-dia	144
Meta	4,88%
<b>Total</b>	<b>0%</b>

**Análise Crítica:** Meta qualitativa e quantitativamente atingida de forma efetiva. Durante o período, não foram identificadas alterações clínicas e/ou laboratoriais, cujos critérios estabelecidos pela Anvisa, evidenciassem IRAS.

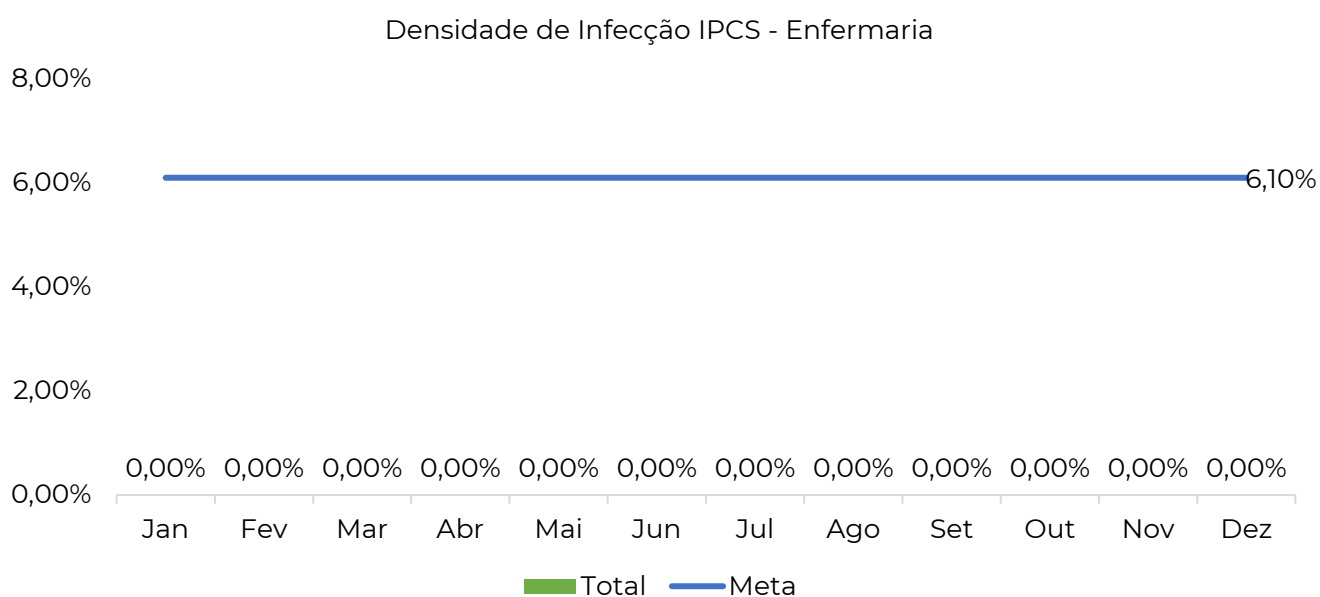
**3.12** Infecção de Trato Urinário-ITU, e Cateter Vesical de Demora-CVD na Unidade de Internação/Semi Intensiva.



Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Número de ITU CVD	0
Número de CVD-dia	76
Meta	4,88%
<b>Total</b>	<b>0%</b>

**Análise Crítica:** Meta qualitativa e quantitativamente atingida de forma efetiva. Durante o período, não foram identificadas alterações clínicas e/ou laboratoriais, cujos critérios estabelecidos pela Anvisa, evidenciassem IRAS.

### 3.13 Infecção Primária de Corrente Sanguínea-IPCS na Unidade de Internação/Enfermaria

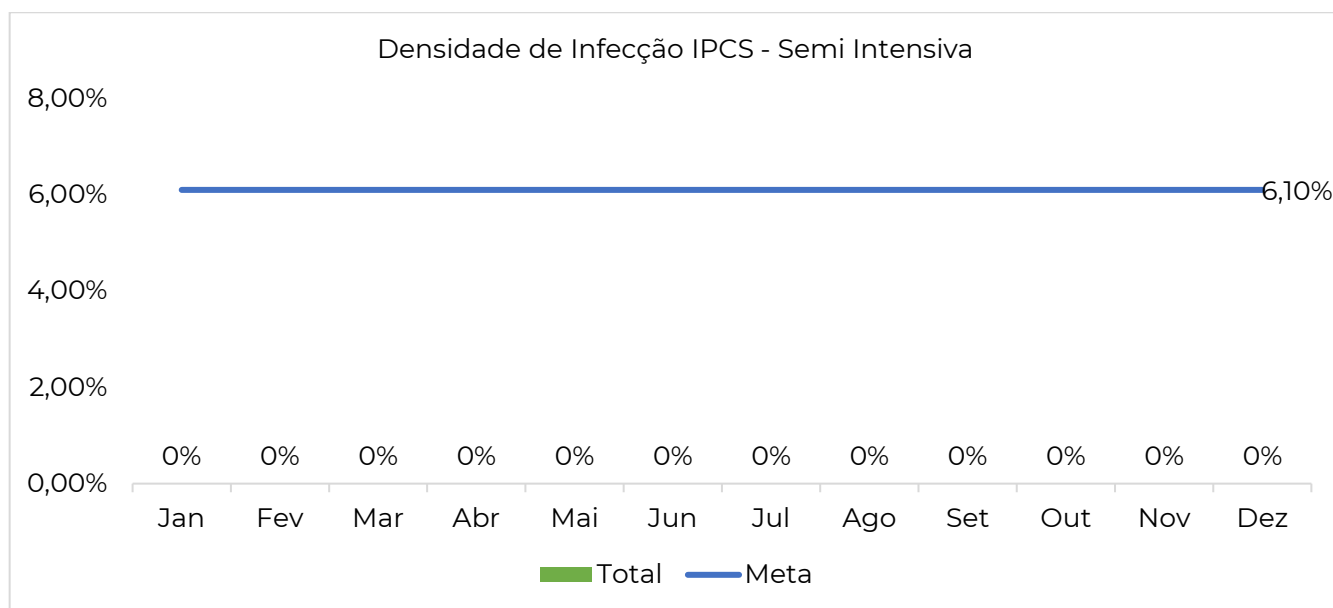


Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Total de infecções hospitalares associadas a Cateter Vascular Central em Enfermaria no período	0
Total de cateter-dia Enfermaria no período	18
Meta	6,10%
<b>Total</b>	<b>0,00%</b>

**Análise Crítica:** Meta qualitativa e quantitativamente atingida de forma efetiva. Durante o período, não foram identificadas alterações clínicas e/ou laboratoriais, cujos critérios estabelecidos pela Anvisa, evidenciassem IRAS.



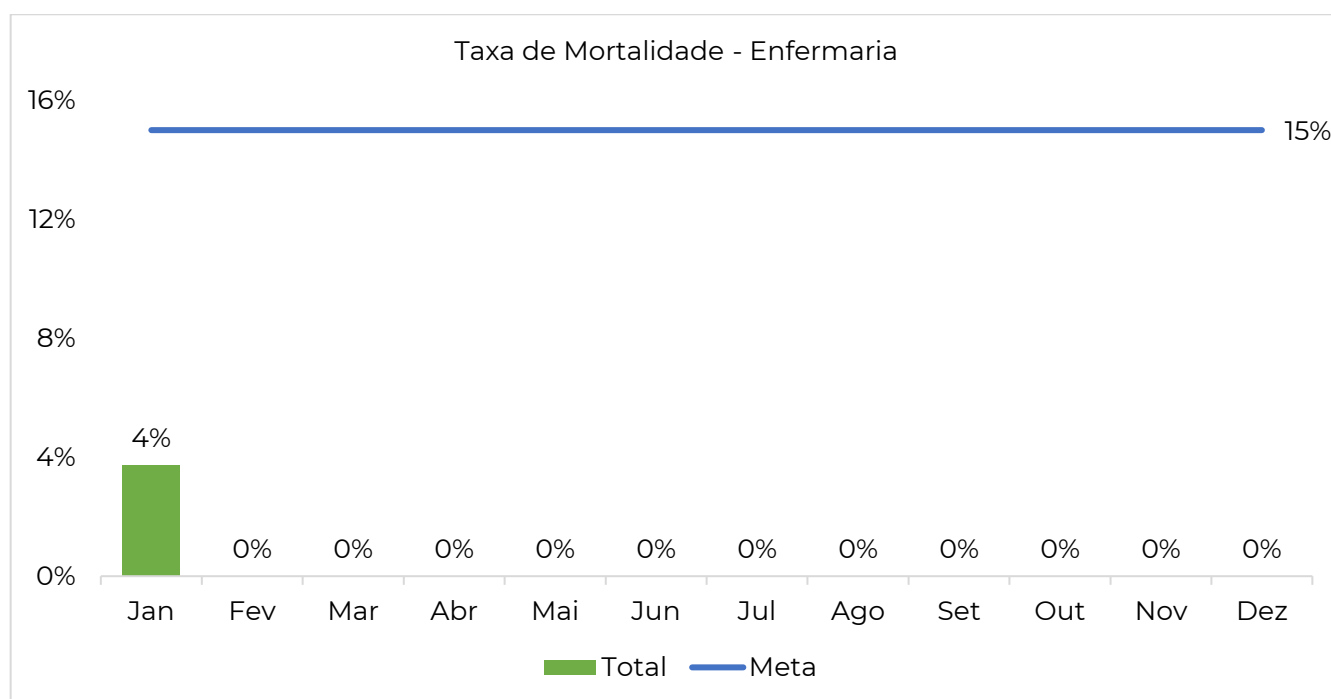
### 3.14 Infecção Primária de Corrente Sanguínea-IPCS na Unidade de Internação/Semi Intensiva.



Coleta de Dados	
<b>2025</b>	Jan
Total de infecções hospitalares associadas a Cateter Vascular Central em Semi no período	0
Total de cateter-dia Semi no período	48
Meta	6,10%
<b>Total</b>	<b>0%</b>

**Análise Crítica:** Meta qualitativa e quantitativamente atingida de forma efetiva. Durante o período, não foram identificadas alterações clínicas e/ou laboratoriais, cujos critérios estabelecidos pela Anvisa, evidenciassem IRAS.

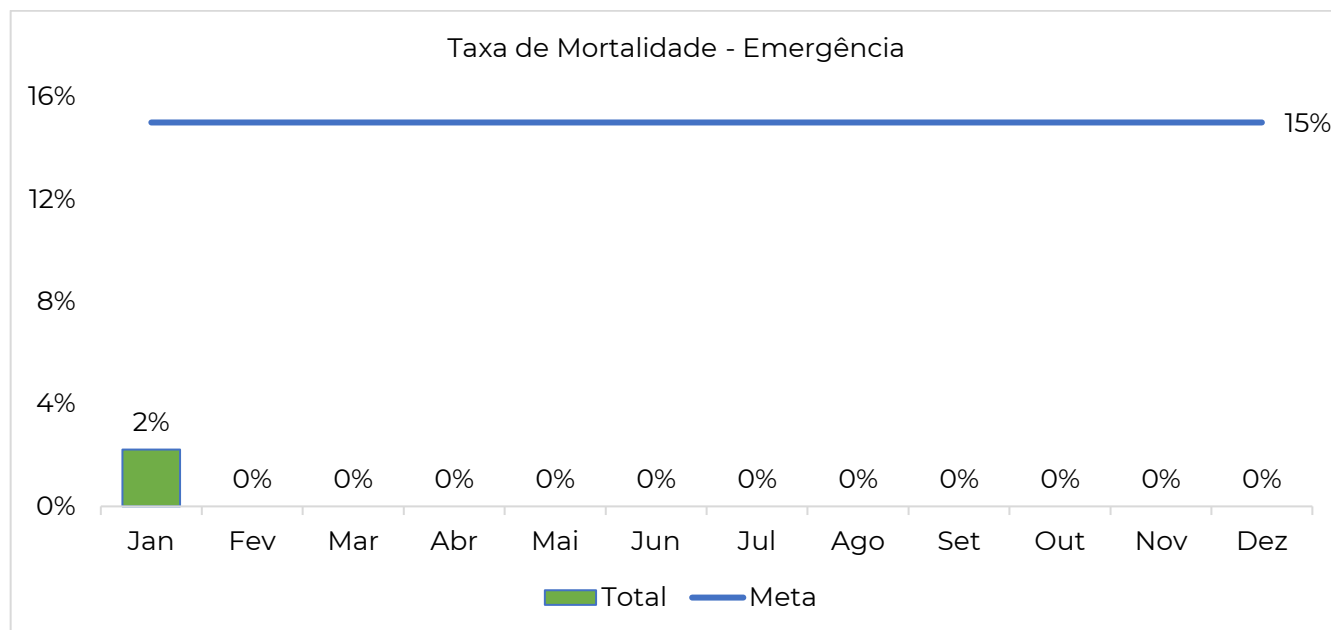
### 3.15 Mortalidade Enfermaria



Coleta de dados	
2025	Jan
Nº de óbitos ≥ 24 h de internação no período	5
Nº de saídas hospitalares no período	134
Meta	15%
<b>Total</b>	<b>4%</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, 4% dos 15% estabelecidos como aceitáveis.

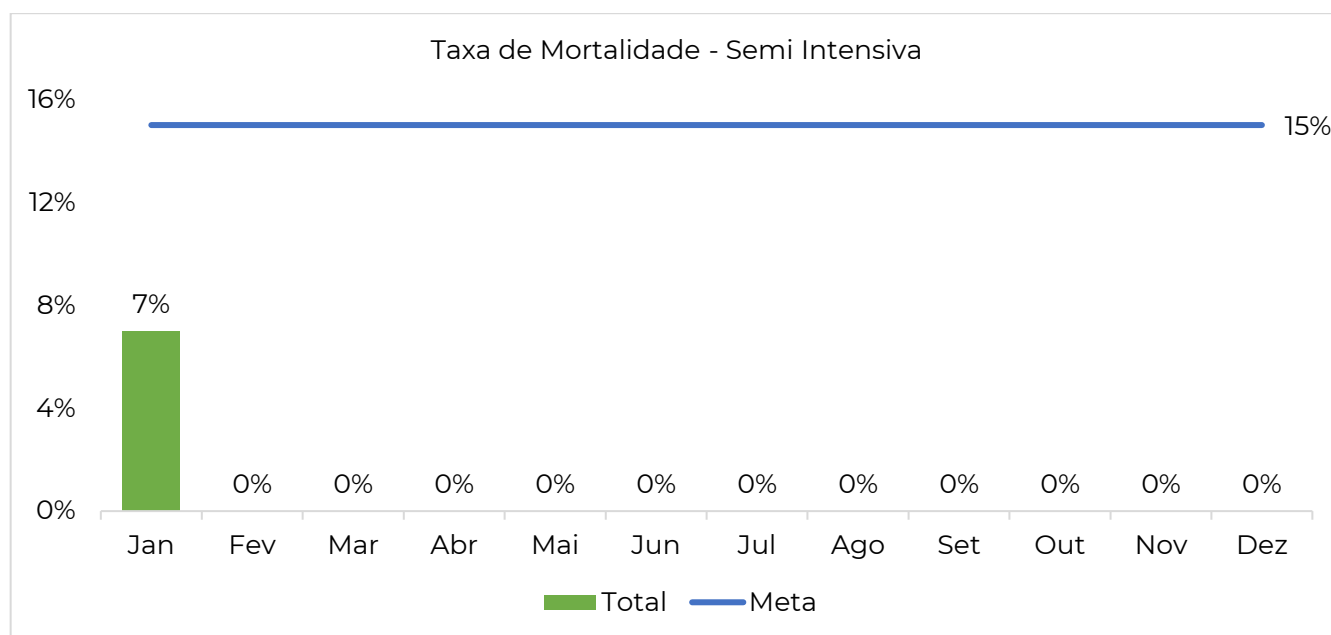
### 3.16 Mortalidade Emergência



Coleta de dados	
2025	Jan
Nº de óbitos ≥ 24 h de internação no período	2
Nº de saídas hospitalares no período	90
Meta	15%
<b>Total</b>	<b>2%</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, 2% dos 15% estabelecidos como aceitáveis.

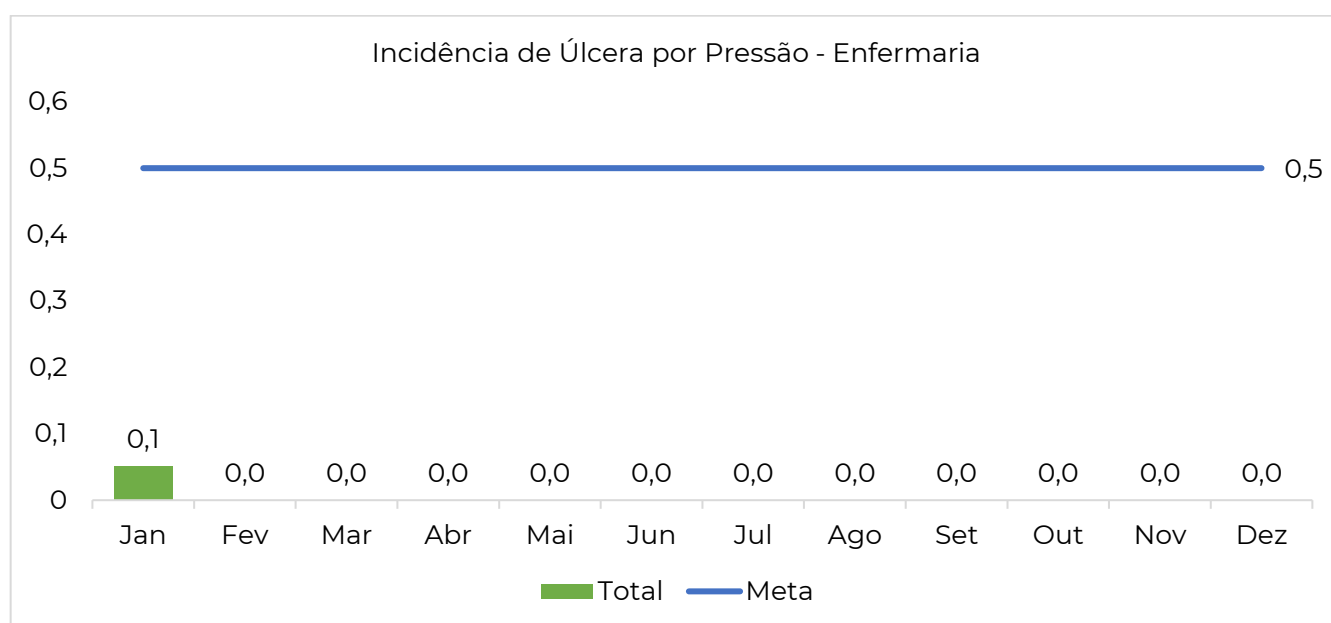
### 3.17 Mortalidade Semi Intensiva



Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Nº de óbitos ≥ 24 h de internação no período	6
Nº de saídas hospitalares no período	86
Meta	15%
<b>Total</b>	<b>7%</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, 7% dos 15% estabelecidos como aceitáveis.

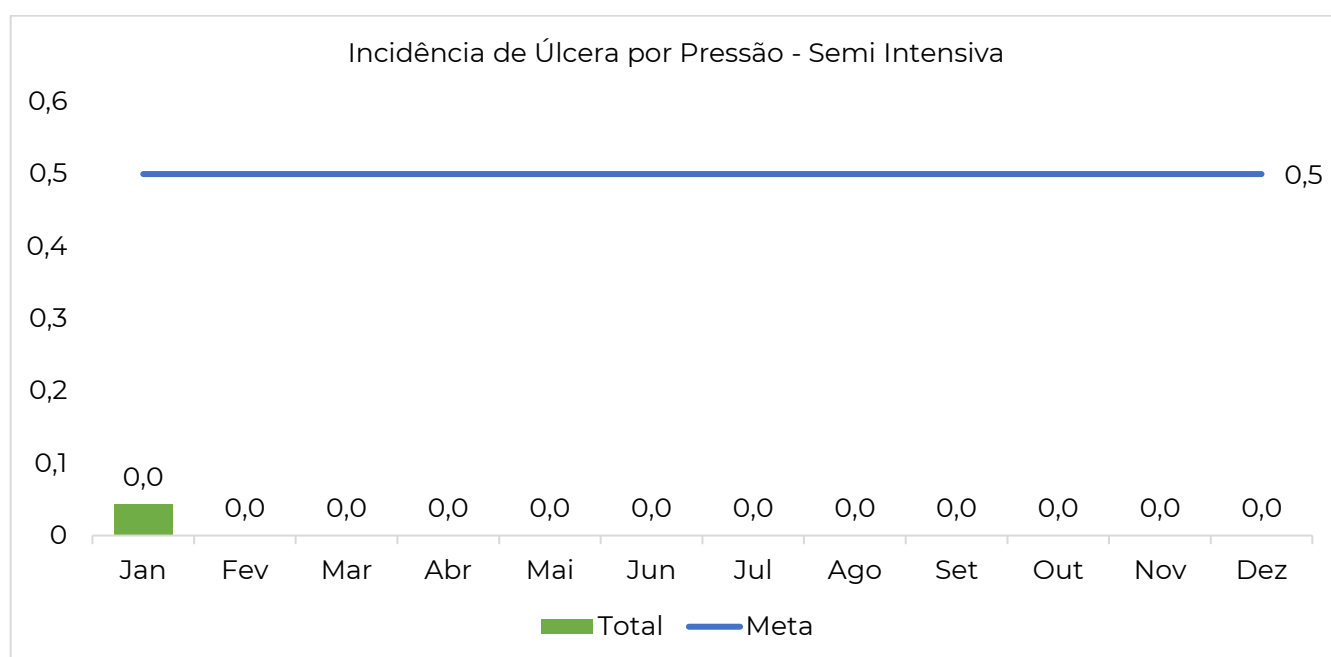
### 3.18 Lesão por Pressão na Unidade de Internação/Enfermaria



Coleta de dados	
2025	Jan
Total de pacientes com lesão por pressão na instituição de saúde no período	1
Total de pacientes internados na instituição de saúde no período	51
Meta	0,5
<b>Total</b>	<b>0,1</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, 0,1 dos 0,5% estabelecidos como aceitáveis.

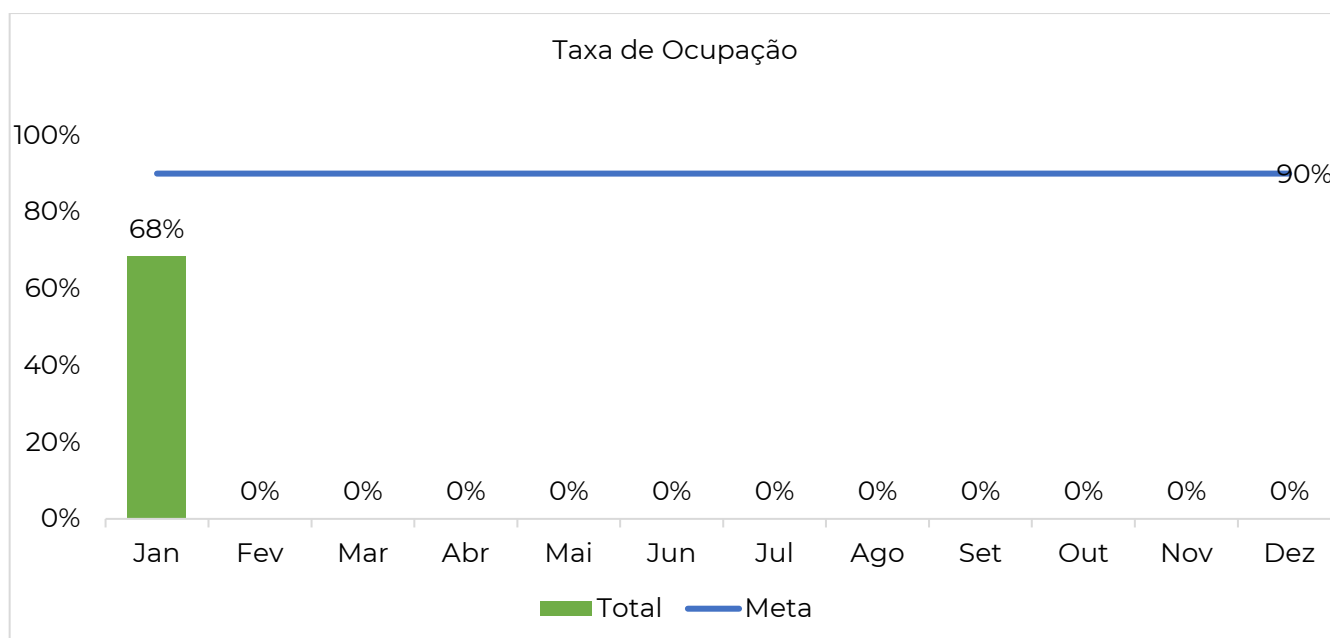
### 3.19 Lesão por Pressão na Unidade de Internação/Semi Intensiva



Coleta de dados	
2025	Jan
Total de pacientes com lesão por pressão na instituição de saúde no período	1
Total de pacientes internados na instituição de saúde no período	43
Meta	0,5
<b>Total</b>	<b>0,0</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, não foram identificadas qualquer lesão por pressão durante o período nessa Unidade.

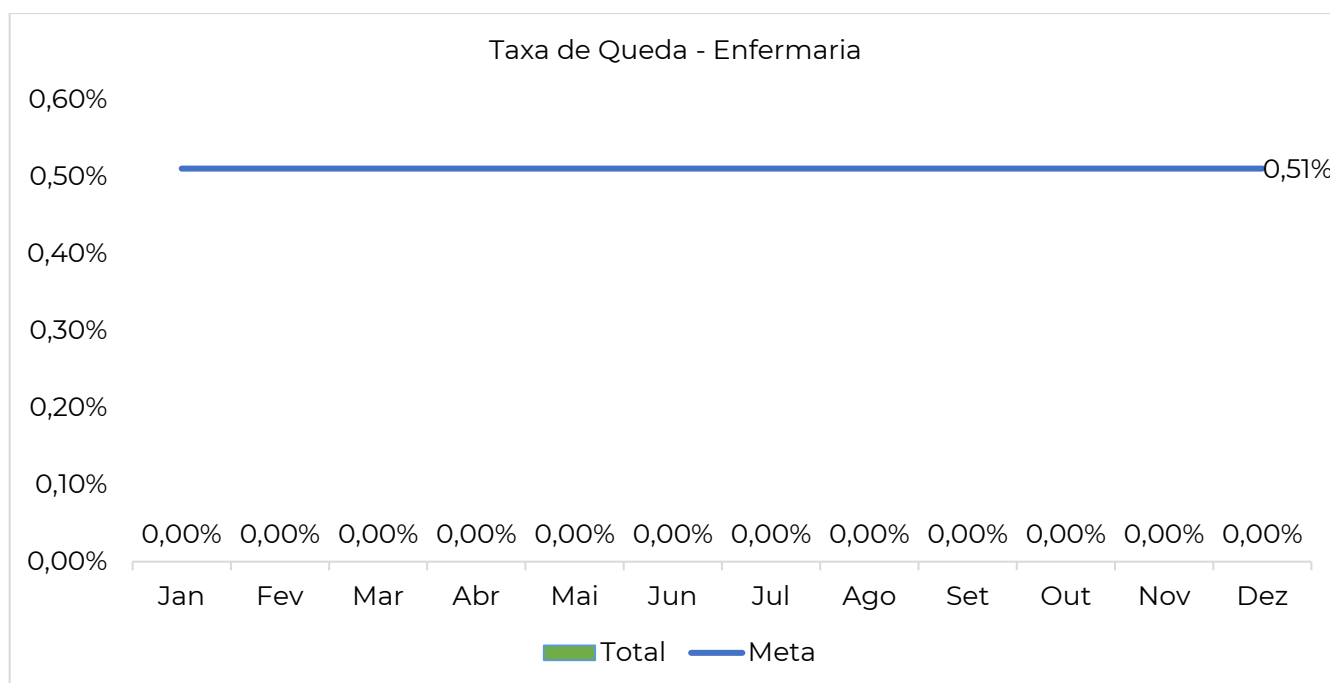
### 3.20 Taxa Ocupação



Coleta de dados	
2025	Jan
Número total de pacientes-dia	1.399
Número total de leitos-dia	2.046
Meta	90%
<b>Total</b>	<b>68%</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida na média anual em 68% dos 90% estabelecido. O indicador em questão tem se comportado de forma muito compatível com o tema já tratado no item 2.2 do presente relatório “saídas hospitalares”, de modo que as mesmas variáveis encontradas e discutidas para aquele item, ambas, se mostram presentes na performance desse indicador uma vez que tanto o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, quanto as características/perfil dos nossos pacientes, reforçam pela manutenção desse indicador.

### 3.21 Queda Enfermaria

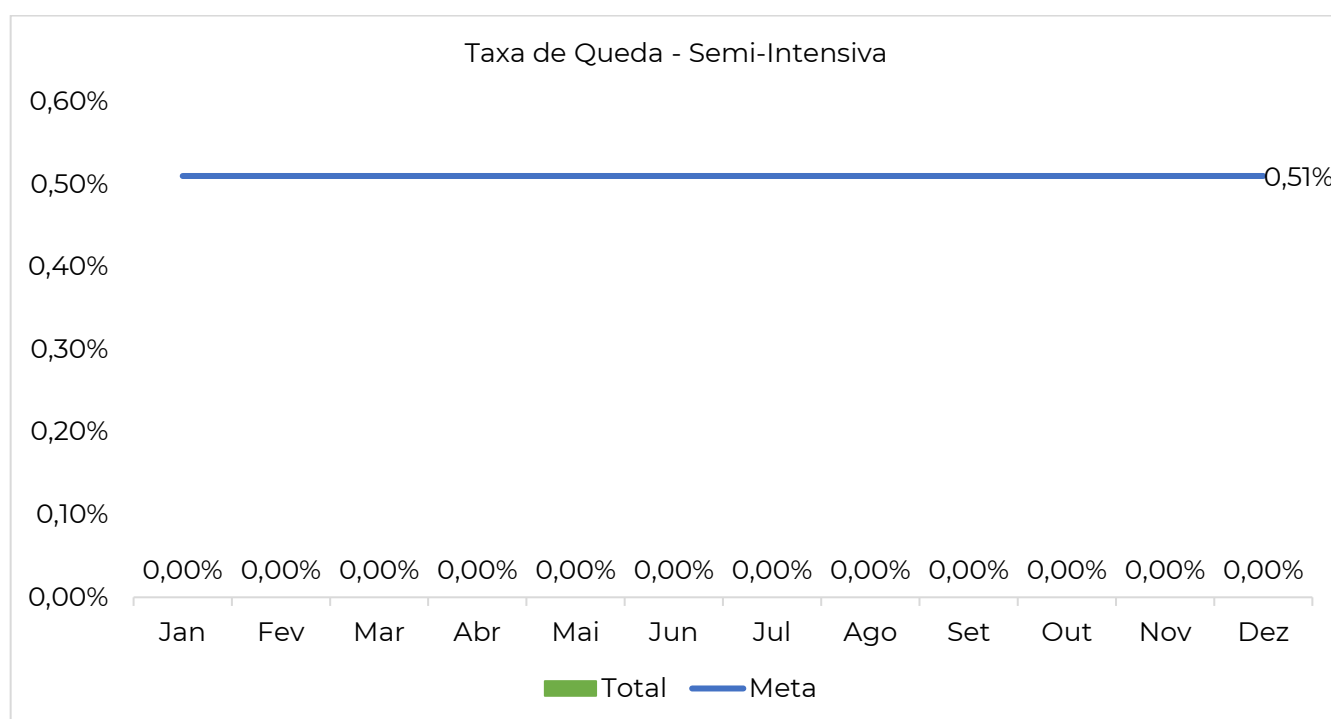


Coleta de dados	
<b>2025</b>	Jan
Total de pacientes com registro de queda na instituição de saúde no período	0
Total de pacientes internados na instituição de saúde no período	51
Meta	0,51%
<b>Total</b>	<b>0,00%</b>

**Análise Crítica:** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, não fora evidenciada qualquer queda de pacientes durante o período nesse Serviço.



### 3.22 Queda Semi Intensiva



Coleta de dados	
2025	Jan
Total de pacientes com registro de queda na instituição de saúde no período	0
Total de pacientes internados na instituição de saúde no período	43
Meta	0,51%
<b>Total</b>	<b>0,00%</b>

**Análise Crítica.** Meta atingida qualitativa e quantitativamente, ou seja, não fora evidenciada qualquer queda de pacientes durante o período nesse Serviço.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Procedida a análise de performance dos indicadores que orientaram o processo de assistência em nossa Unidade, ambos, dão conta de ratificar de forma crescente e sustentável, avanços percebidos significativamente nas mais variadas áreas ligadas as atividades fim e meio desse processo.

Sob dois principais aspectos, os avanços se deram pela adequação de infraestrutura mediante aquisição/reparo/adequação tanto das instalações, quanto do parque de equipamentos médicos assistenciais, mobiliários, acessórios, seguidos pela elaboração/implementação/controle/monitoramento/treinamento e capacitação permanente das Equipes no tocante aos protocolos assistenciais da instituição, que possibilitaram implementar uma assistência muito mais segura, ratificada pela elevação do número de saídas, elevação do número de atendimentos de “Porta”, em 2631 pacientes à mais durante o período, à mais no período, redução do tempo médio de internação, elevação do “score” de pacientes pesquisados em relação a satisfação, elevação do número de refeições servidas, (pacientes, acompanhantes, colaboradores), fruto da melhoria da qualidade dessas refeições, drástica e sustentável redução dos índices de mortalidade, de infecções hospitalares e dos eventos adversos decorrentes das práticas operacionais, redução profundamente significativa do tempo de espera para atendimento de “Porta”, consolidada em tempo médio abaixo das 2H, conforme relatório de T.I. implementado para fins de monitoramento dos tempos de espera, entre outros, motivo de orgulho e satisfação das equipes nos limites do Sistema de Saúde Pública-SUS.

Quanto aos eixos temáticos objetos de contrato na figura das “Comissões permanentes”, mostra-se relevante discorrer que já a partir do exercício de 2024, os indicadores de produção inerentes à cada uma delas, demonstraram sólido processo de estruturação dessas instâncias refletido no alcance e transposição de muitas metas contratuais, produto do envolvimento dos seus membros, fruto das discussões (discussão teórica/trabalho de campo), pautadas à luz das adequações e reorientações dos procedimentos e rotinas ligadas à assistência e seus apoios, são elas:

Comissão de Ética Médica – CEM

Comissão de Revisão de Prontuário Médico – CRPM

Comissão de Revisão de Óbitos – CRO

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

Comissão de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde – CRSSS

Razão disso, fora elaborado pela Equipe de Gestão um balanço sobre as principais ações produzidas por cada uma das Comissões durante o exercício de 2024, a fim de que fossem identificados possíveis temas carentes ainda de providências, bem como, aqueles cujo efetivo desfecho, resultou em oferta de benefícios percebidos pela Unidade, em suma, buscaram pela melhoria da qualidade tanto das discussões quanto das suas afirmações enquanto eixos de suporte técnico, quais sejam:

Em relação as Comissões de exclusividade médica, destacaram-se:

- 1) Análise regular das questões éticas pontuais por parte da CET, oferecendo as devidas conclusões, das quais tanto a sociedade representada (órgãos de regulação, controle, judiciário), quanto seus requerentes (pacientes e familiares), conheçam quais foram as providências tomadas pela Instituições frente aos episódios envolvendo “desvios” de natureza ético profissional;
- 2) Identificação, análise crítica, e intervenção nas rotinas envolvendo exercício ético profissional (CEM) por entre os Serviços de Internação e/ou Observação, permitindo uniformidade de processos e implementação de cultura de qualidade e segurança dos pacientes;
- 3) Institucionalização de revisão dos registros em prontuário médico (CRPM), implementação de roteiro padrão de análise (mínima) a ser observada de acordo com estabelecido em norma específica (CREMESP);
- 4) Estabelecimento de barreira junto ao sistema de informação da Unidade, com fins de impedir que a ficha seja finalizada sem o devido cumprimento de lançamento dos registros de prontuário obrigatórios (CRPM);
- 5) Institucionalização de revisão dos óbitos (CRO) mediante implementação de roteiro padrão de análise a ser observada de acordo com estabelecido em regulamentação específica acomodada a realidade institucional da Unidade;

Em relação as Comissões de Resíduos, Infecção Hospitalar, Ética de Enfermagem e Prevenção de Acidentes respectivamente, destacaram-se:

- 6) Substituição dos recipientes destinados ao armazenamento (segregação) dos resíduos infectantes, comuns e recicláveis produzidos, quais sejam: 8 (oito) containers alocados no abrigo de resíduos; 80 (oitenta) cestos distribuídos por entre os serviços de internação e observação; aquisição de 02 (dois) carros para transporte de roupa “suja”.
- 7) De acordo com normativa vigente, foram identificados todos os recipientes internos da Unidade quanto ao descarte dos classificados resíduos.
- 8) Conseguimos obter o Certificado de Resíduos de Interesse Ambiental (CADRI), cobrindo todos os tipos de resíduos produzidos.
- 9) Logramos êxito na obtenção do Cadastro denominado de MTR – Manifesto de Transporte de Resíduos.
- 10) Substituição de todos os dispensers de álcool gel e sabonete líquido para atendimento de normativa de controle de infecção.
- 11) Foram atualizados todas as Fichas de Informações de Segurança dos Produtos Químicos (FISPQ), bem como adequados/padronizados os usos desses produtos dentro da Unidade.
- 12) Forma adquiridos tapetes (de acordo com normatização específica) destinados a serem colocados nos acessos comuns de entrada da Unidade.
- 13) Conseguimos proceder com a protocolização do pedido de licença e outorga referente ao poço artesiano junto a CETESB (aguardamos posicionamentos daquele Órgão).
- 14) Foram estabelecidos procedimentos (POPs experimentais) para fins de realização de auditorias sobre correto descarte dos resíduos.

- 15) Concluímos a elaboração do nosso Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSSS).
- 16) Redução de todos os índices de infecção relacionados a Assistência, nos Serviços de Semi Intensiva, Enfermaria e Centro Obstétrico, vale dizer, que todos os índices foram monitorados e concluídos seus indicadores abaixo de todas as metas estipuladas no contrato de gestão segundo critérios ANVISA.
- 17) Consequentemente, os reduzidos índices de infecção hospitalar, impactaram nos índices de mortalidade institucional.
- 18) A implantação de efetivo gerenciamento e controle de uso de antimicrobiano resultaram, de igual modo, na redução do uso indiscriminado dessa terapia.
- 19) A regularidade das 5 (cinco) ações de “campo” para fins de assepsia (higienização das mãos), com efetiva participação das Equipes assistenciais, administrativas e de terceiros permitiram, consequentemente, contribuir com esses baixos índices de infecção hospitalar.
- 20) A adesão das Equipes para estratégias de diagnóstico, e tratamento de Dengue resultaram no maior número de notificações de casos e encaminhamentos de acordo com a normativa/MS.

Foram elaboradas, implantadas e monitoradas com efetividade as ações de inserção, controle, e manutenção dos dispositivos invasivos na Unidade.

- 21) Foi implementado com efetividade o protocolo de identificação prévia de patógeno multirresistente em todos os casos de internação, permitindo que a Unidade diagnostique, precocemente, os possíveis casos de infecções graves.
- 22) Foram institucionalizadas as ações de promoção ético profissional, divulgados os canais de acesso, treinamentos, procedimentos inerentes aos trâmites/instruções mediante cumprimento de organograma, fluxograma e discussão sobre os encaminhamentos (CEE).
- 23) Foram estabelecidas e efetivamente cumpridas as agendas de treinamentos e capacitações (um total, onze treinamentos, com participação efetiva de 811 presenças registradas dos colaboradores), voltadas para manutenção regular das condições de saúde e segurança das atividades laborais, resultando na redução dos acidentes e melhoria das percepções relacionadas aos ambientes de trabalho ligados a atividade fim quanto atividade meio.

Em relação aos eixos temáticos não figurados em contrato de gestão, contamos com a efetiva implementação das estruturas abaixo indicadas pelas quais foram desenvolvidas ações, de igual modo, efetivas frente a adequações e reorientações dos procedimentos e rotinas ligadas à assistência e seus apoios, são elas:

Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP)

Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT)

Comissão de Humanização Hospitalar (CHH)

- 24) Realização de volume expressivo de treinamentos e capacitações focados na manutenção das condições de Qualidade e Segurança do Paciente, mediante efetiva participação das Equipes, com consequente percepção de melhoria das performances institucional durante o planejamento e execução do processo de assistência e cuidado dos nossos pacientes, quais sejam:

Treinamentos Aplicados em 2024
Transferência de paciente no sistema Salutem
Sequência correta de tubos para coleta

Coleta adequada de PKU
Orientação sobre anotação de sinais vitais
Medidas de prevenção e infecção á dispositivos
Orientação uso correto caixa de perfuro cortantes
Uso indevido do celular no horário
Alimentação para acompanhantes na UMTS
Classificação de Risco unidade
Teste de sífilis e HIV
Orientação Sobre Prescrição Médica Transferência de pacientes no sistema Salutem
Orientação Sobre Coleta de Exames Laboratoriais - Sequência correta de tubos para coleta
Orientação Sobre Anotação de Sinais Vitais - Anotação de controle glicêmico e oximetria na unidade de alojamento conjunto / berçário
Medidas de Prevenção de Infecção Associada à Dispositivos
Identificação do paciente
Teste rápido COVID
Rotina (Limpeza terminal)
Notificação de oportunidade de melhorias (NOM)
Alinhamento de fluxo e plantão
Ficha de informação de agravos (SALUTEM) DENGUE e CHIKUNGUNYA
Rotinas de fluxos institucionais para Enfermeiros(a) na UMTS
Desinfecção terminal da incubadora
Prevenção de lesão por pressão
Prevenção de quedas
Balanço Hidrico
CME - Central de material estéril
Profilaxia e tratamento de hemorragia pós parto
Treinamento segurança do paciente
Infusão de hemoderivados, registro em prontuario
Protocolo de dor torácica
Notificação de eventos adversos na UMTS
Lesão por pressão
Protocolo de SEPSE
Aplicação de safety huddle local (reuniões de segurança)
Farmacoeconomia
Reconhecimento e atendimento a PCR - protocolo SEPSE
Protocolo BLS
protocolo SEPSE
Assistência de enfermagem á gestante (circulação de sala) para o parto cesário
Admissão da gestante no centro - cirúrgico obstétrico
Irrigação continua
Protocolo Seps
Reconhecimto pessoal e atendimento a PCR
Orientação para marcação de ponto no horario de descanso
Cateterismo gástrico
Cateterismo enteral
Admissão da gestante na maternidade

Auxilio na implantação de marca passo provisório na UMTS
Treinamento e Orientações sobre o uso do desfibrilador
Irrigação contínua
Segurança do paciente - Identificação do paciente
Prevenção de flebite
Proibição do uso de adornos
Orientação de trabalho no setor de CME
Orientação anotação de enfermagem
Orientação de impressos de dor torácica e protocolo de sepse
Orientação de cadastro de exames e retira de resultados
Kit de documentos - exames de pacientes internados - observados para transferencia - avaliação externa
Admissão da gestante na maternidade
Rotinas assistenciais - Emergência
Rotinas assistenciais - Enfermaria
Instrução de trabalho, rotinas assistenciais - Enfermaria
Instrução de trabalho, rotinas assistenciais - Emergência
Uso adequado dos EPI ´S
Orientação para fluxo de notificação de tuberculose
Cateterismo gástrico
Cateterismo enteral
Auxilio na implatação de marca passo provisório da UMTS
Punção venosa periférica com tecnica no Touch
Recepção e preparo do cliente para a hemodiálise
Cuidados de enfermagem com o cateter gástrico e cateter enteral
Admissão da gestante no centro - cirúrgico obstétrico
Irrigação continua
Assistência de enfermagem m á gestante (circulação de sala) para o parto cesáreo
Instrução de trabalho, rotinas assistenciais - Emergência
Abertura de chamado
Cuidados de enfermagem com o cateter gástrico e cateter enteral
Instrução de trabalho, rotinas assistenciais - Enfermaria
Orientação sobre a lei LGPD e uso de celular na instituição
Budles - atualizações
Orientação sobre MPOX(ISOLAMENTO COLETA)
Medidas de prevenção e isolamento
Treinamento sobre Flebite
Orientações FLUXO de COVID
Fluxo de atendimento para paciente de medicação - Hospital dia
Orientação sobre MPOX(ISOLAMENTO COLETA)
Treinamento exames laboratoriais
Manuseio de aparelho eletrocardiograma com laudo
Uso e descarte de caixa de perfurocortantes
Vacina BCG
Sobre reduzir o risco de lesões ao paciente , decorrente de quedas
Check-list de documentos necessários para transferencia e procedimentos
Orientação sobre liberação de pacientes

Solicitação e controle de materiais no setor
Passagem de sonda vesical de alívio e coleta de urocultura
Cateterismo vesical de demora
Administração segura de medicação: Via ocular
Administração segura de medicação: Via oral
Cuidados de enfermagem na aspiração das vias aéreas superiores do recém-nascido
Visitas na maternidade
Medidas de prevenção de infecção associada a dispositivos
Assistência de enfermagem no alojamento conjunto
Orientação sobre identificação de pacientes com classificação branca
Cadastro de exames no sistema do laboratório
Importância e obrigatoriedade da atualização do censo com informação fidedigna
Responsabilidade dos enfermeiros referente a equipamentos em seus respectivos setores
Uso obrigatório de máscara cirúrgica em todos os setores, toda vez que entrar em contato direto com os pacientes.
Técnicas corretas para realizar procedimento de punção venosa
Orientação para recepção e acompanhamento de pacientes
Uso seguro de medicamentos de alta vigilância
Paramentação e desparamentação no expurgo da CME

- 25) Implantação da visita multidisciplinar nos Serviços de Terapia Semi intensiva e Enfermaria, valendo-se de execuções diárias, com presença das especialidades: Médica; Enfermagem; Fisioterapia; Assistente Social; Farmácia; e Nutrição.
- 26) Logramos êxito em adquirir e implantar etapa preliminar da Segurança do Paciente (pulseiras de identificação), acrescidas de suas respectivas classificações de risco segundo protocolo de Manchester.
- 27) Revisão da padronização de materiais de uso médico assistencial com foco na segurança dos procedimentos (seringas com agulhas sem dispositivo de segurança, carrinhos de emergência).
- 28) Implantação de Serviço de Comunicação visual com foco na “despoluição” institucional, melhoria das informações, higienização dos espaços comuns).
- 29) Implantação de ações de ESG (responsabilidade Ambiental, Social e Governança), como plantação de jardins, realização de procedimento de compostagem, planejamento de atividades de promoção da saúde dos colaboradores (corrida de rua), envolvimento dos colaboradores de forma ativa em todas essas ações.
- 30) Adequação de todo o parque de equipamentos médicos assistenciais, permitindo que todos os leitos, com especial atenção os de Urgência e SEMI, sejam integralmente disponibilizados com seus equipamentos de suporte à vida.
- 31) Climatização das principais áreas, destacando que todos os consultórios médicos foram equipados de ar condicionado, cortinas de ar, nos corredores de espera, e recepções.
- 32) Confecção de Relatório de Gestão referente a 2023/2024, contendo todos os registros das realizações, e avanços qualitativos sob perspectiva dos seguintes eixos: Assistência direta ao paciente; Infraestrutura; aquisições estratégicas; Processos; Indicadores de Gestão; Capacitação das Equipes, destacando a troca de pisos das áreas comuns, troca do mobiliário de assento das recepções, poltronas de medicação, camas hospitalares, entre outras, dispostas no relatório, inclusive fazendo constar as imagens (antes e depois).
- 33) Instalação de Equipamento de Apoio e Diagnóstico de Média e Alta complexidade (Tomógrafo), com previsão de início da operação em fevereiro de 2025.

- 34) Fora revista a padronização de medicamentos com foco na integralidade da assistência prestada na instituição em relação as terapias.
- 35) Fora implementada as operações de logística do Serviço de Farmácia com fins de liberar, ao máximo, os profissionais de enfermagem para executarem procedimentos de assistência direta ao doente.
- 36) Fora planejada, com previsão de implantação em fevereiro de 2025, a Unidade de dispensação externa, e adequação do horário de funcionamento do Serviço de Farmácia da Unidade.
- 37) Institucionalização do Grupo de Humanização Hospitalar, Coordenado pelo Serviço de Psicologia, foi estruturado a fim de executar várias frentes do processo de humanização do atendimento durante a jornada do paciente.



---

Carlos Alberto de Castro Soares

Diretor Administrativo

**AHBB/Rede Santa Casa**