

HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI



Relatório de Atividades Abril a Dezembro 2025

1. Breve Histórico da Unidade

Inaugurado em 25 de janeiro de 1954 pelo governo federal denominado então de Hospital dos Comerciários, o Hospital Brigadeiro – UGA V, um hotel transformado em hospital, pertencia ao I.A.P.C. (Instituto de Aposentadoria e Previdenciário dos Comerciantes) até a fusão dos institutos de previdência, quando passou a ser administrado pelo INAMPS, para atendimento restrito a pacientes previdenciários do INAMPS.

Em 1988 a gestão passou para o Governo do Estado de São Paulo, como integrante do SUS/SP. Em janeiro de 2010 a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), assume sua gestão após ter vencido a concorrência pública para o gerenciamento do Hospital Brigadeiro.

O Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, nova denominação do Hospital Brigadeiro, foi inaugurado em 15 de junho de 2010. O nome “Euryclides de Jesus Zerbini” é uma homenagem ao cirurgião cardíaco responsável pelo primeiro transplante de coração no Brasil, o segundo no mundo.

A fase iniciada em 2010 apresenta como referência as especialidades de Hematologia (Transplante de Medula Óssea), Oftalmologia de Alta Complexidade (Transplante de Córnea) e especialidades como Neurocirurgia (Epilepsia e Mal de Parkinson, Tumores de Hipófise, Neurovascular e Tumores Bulbopontinos) e Urologia (Centro de Referência de Saúde do Homem).

O Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, localizado à Avenida Brigadeiro Luiz Antônio, 2651 – Jardim Paulista, próximo à estação Brigadeiro do Metrô (linha verde), tem como core do seu negócio (Missão, Visão e Valores).

2. Características da Unidade

INFORMAÇÕES GERAIS – INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipamentos
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	0	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO INDIFERENCIADO	5	16
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipamentos
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	33	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	6	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	3	9
HOSPITALAR	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipamentos
SALA DE CIRURGIA	8	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	2	15
COMPLEMENTAR	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO - TIPO III	16	16
UTI PEDIATRICA - TIPO III	5	5

ESPEC - CIRURGICO	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	6	6
NEFROLOGIA/UROLOGIA	20	20
NEUROCIRURGIA	12	12
OFTALMOLOGIA	2	2
TRANSPLANTE	10	10
ESPEC - CLÍNICO	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLÍNICA GERAL	16	16
HEMATOLOGIA	43	43
NEFROUROLOGIA	20	20
HOSPITAL DIA	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	9	9
INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE	6	6
PEDIÁTRICO	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLÍNICA	3	3

3. Perfil de Atendimento

Hospital Terciário de acesso referenciado – regulado pela Secretaria de Estado da Saúde através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS. Dispõe de leitos com predomínio de atividade cirúrgica, oferece também serviços de atendimento a alta complexidade tais como transplantes de córnea e medula óssea.

Tratamento quimioterápico para pacientes onco-hematológicos, Hemodiálise, Litotripsia (quebra de cálculos reno-ureterais) Extra Corpórea (LECO) ou por Endourologia, atual referência nacional de Urologia e Hematologia, referência estadual para Oftalmologia e Neurocirurgia (Mal de Parkinson, Tumores de Hipófise, Epilepsia, Aneurismas e Malformações Arteriovenosas, e Tumores Bulbopontinos) contando ainda com importante serviço de Neurorradiologia.

As especialidades atendidas na Unidade são: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Hematologia, Hemofilia, Neurologia, Neurocirurgia, Neuroendocrinologia, Oftalmologia, Urologia e as especialidades de apoio para os pacientes internados como Cardiologia, Cirurgia Vascular, Infectologia, Odontologia Hospitalar, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva.

Em termos de estrutura física conta com setor ambulatorial, com atendimentos clínicos especializados e multidisciplinares, e hospitalar, com 153 leitos ativos, nove salas de cirurgia e 16 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

4. Área de Abrangência

O Hospital atende pessoas provenientes de todo o Estado de São Paulo e, contratualmente, principalmente a DRS-I, cuja área de abrangência compreende: Arujá, Barueri, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Mogi Guaçu, Osasco, Presidente Prudente, Praia Grande, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Registro, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São João da Boa Vista, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

Adicionalmente, cerca de 50% dos atendimentos procedem das demais regionais de saúde do Estado.

5. Modelo de Gestão

Missão:

Oferecer serviços de excelência e altíssima complexidade na assistência à saúde, formando e aprimorando profissionais, conforme os princípios do SUS, com qualidade e responsabilidade socioambiental.

Visão:

Ser reconhecido como centro de excelência mundial em transplantes, polo formador de profissionais, produtor e difusor de conhecimento.

Valores:

- Respeito
- Comprometimento
- Inovação
- Honestidade
- Determinação
- Harmonia
- Coragem

Planejamento Estratégico

	Objetivo Estratégico	Indicador
Sociedade	Melhorar a satisfação do cliente	▪ Aceitabilidade Geral $\geq 90\%$ ▪ NPS $\geq 75\%$ ▪ Atuação do TACA - Time de Apoio a Conflitos Assistenciais
	Reduzir o impacto ambiental	▪ Ampliar a geração de resíduos infectante $\leq 5\text{kg}$ paciente/dia)
Processo Interno	Melhorar a conformidade das práticas de segurança	▪ Aumentar 10% a razão de "Near Miss ÷ Circunstância de Risco" em relação a 2024 ▪ Manter a percepção da Pesquisa de Cultura de Segurança acima de 90% ▪ Manutenção do Safety Huddle em todas as áreas assistenciais
	Reduzir a infecção hospitalar	▪ Reduzir a densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central nas UTI's em -10% em relação ao ano de 2024 ▪ Capacitação multiprofissional para aprimoramento técnico em infecção hospitalar
	Reduzir a mortalidade por SEPSE hospitalar	▪ Letalidade por sepse $\leq 30\%$ ▪ Taxa de adesão ao protocolo sepse (1ª hora) $\geq 85\%$
	Assegurar a gestão de riscos	▪ Mapeamento de Processos Revisados $\geq 100\%$
Financeiro	Melhorar o desempenho energético	▪ IDE 15 - Consumo energético global 2025 ($\leq$ consumo energético global 2023 $\leq 11,3$ kWh / atendimento)
	Assegurar o atendimento aos requisitos legais e promover a sustentabilidade	▪ Atendimento dos requisitos legais $\geq 95\%$
	Maximizar a capacidade produtiva cumprindo contrato de gestão	▪ Cumprir metas específicas do Contrato de Gestão: saídas cirúrgicas e saídas clínicas
	Aprimorar o equilíbrio financeiro	▪ Recurso financeiro disponibilizado para programação de férias
Aprendizado e crescimento	Promover o cuidado centrado no colaborador	▪ Nº de acidentes biológicos + típicos (≤ 5 acidentes/mês) ▪ Total de atendimentos realizados através do Programa Viver Bem (Aumentar o número de atendimentos entre 3 e 5% em relação ao resultado de 2024)
	Desenvolver as lideranças	▪ Lideranças capacitadas nos treinamentos institucionais e comportamentais do Guia para Capacitação de Lideranças (Capacitar acima de 90% do público-alvo)

6. Resultados

a) Certificações e Premiações em 2025

Nome da Certificação ou Premiação	Ano
ISO 50001 (Recertificação)	2025
ISO 9001 (Recertificação)	2025
ISO 14001 (Recertificação)	2025
ISO 45001 (Recertificação)	2025
Acreditado com Excelência – ONA III (Manutenção)	2025
Selo Green Kitchen	2025
Amigo do Meio Ambiente (Menção Honrosa)	2025

b) Gestão da Qualidade

A Implementação de um Programa de Gestão da Qualidade é um fator diferenciador que vem contribuir e estimular de forma efetiva a melhoria dos processos na prestação da assistência à saúde. A política de gestão da qualidade do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbiní tem objetivo de avaliar, medir e dar retorno as equipes para que estas realizem sistematicamente revisões e ajustes dos processos, garantindo a melhoria contínua da assistência prestada.

Assim o Hospital é gerenciado por meio de normas, procedimentos e protocolos padronizados, que agregam segurança, agilidade e eficiência no atendimento. O ciclo de melhorias incluem auditorias, para verificar o cumprimento dos protocolos, e discussões periódicas sobre resultados dos indicadores.

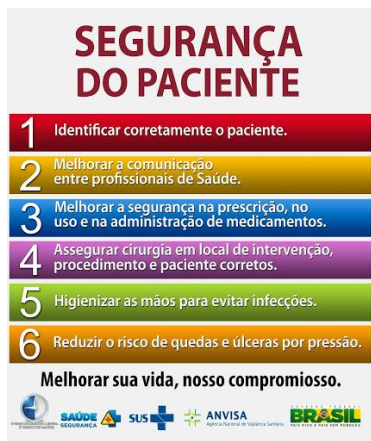
No intuito de manter o nível de qualidade institucional, tanto de gestão quanto assistencial, o foco em certificações nacionais e internacionais corroboram o objetivo da instituição em estar alinhado com o seu core e responsabilidade social. Por exemplo, obtivemos a reacreditação ONA nível III em 2025.

c) Núcleo Hospitalar de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é um comitê cuja função é identificar possíveis riscos durante a assistência aos pacientes, de acordo com RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Em 2025, as reuniões ocorreram mensalmente, com discussões registradas em atas. Segue resumo das atividades do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no ano de 2025:

- ✓ Análise em parceria com a Qualidade assistencial dos eventos graves e moderados da instituição, com discussão e criação de planos de ação com as equipes assistenciais conforme o caso.
- ✓ Reavaliação dos Acidentes com pacientes (Flebite, Lesão por Pressão, Queda e Perda de Dispositivo) – Supervisão de enfermagem, equipes multiprofissionais e Qualidade assistencial (suporte técnico).
- ✓ Revisão e discussão de casos ligados ao Protocolo Sepsé – parceria com a equipe do Protocolo Sepsé institucional.
- ✓ Análise mensal dos óbitos relacionados à Sepsé – parceria com a equipe do Protocolo Sepsé institucional.
- ✓ Treinamento do Protocolo Sepsé na integração de novos colaboradores e nas atualizações dos demais colaboradores da assistência - ação em parceria com a Qualidade assistencial e o Núcleo de ensino e pesquisa (NEP).
- ✓ Ampliação da estratégia do Safety Huddle com atualização dos formulários e retorno dos apontamentos - ação em parceria com a Qualidade assistencial.
- ✓ Auditorias clínicas relacionadas às metas de segurança do paciente - ação em parceria com a Qualidade assistencial.
- ✓ Auditorias de protocolos associados às linhas de cuidados estabelecidas
- ✓ Ação em parceria com a Diretoria, Supervisão de enfermagem, NEP, CCIH e Qualidade assistencial, na realização das “Arraiá da segurança” que relacionam jogos interativos com as metas de segurança do paciente;

Atividades lúdicas promovem aprendizado e entretenimento, criando memórias positivas, maior envolvimento, participação e compreensão do papel em relação às metas de segurança.

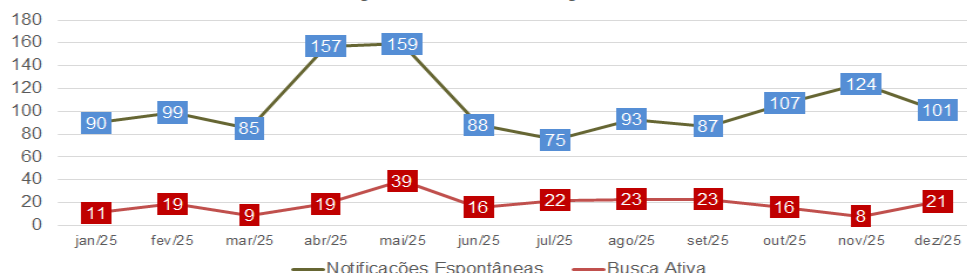


Tendo como norteadoras as Seis Metas de Segurança do Paciente (OMS) e Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela RDC nº 36/2013 da ANVISA, o NSP, como parte indissolúvel da Qualidade Assistencial, atua com base em um sistema robusto de notificação de incidentes, sobre o qual se baseia para análise, criação e planejamento de ações de melhoria para a instituição.

Sistema de Notificações de Incidentes e Aprendizado (SNA)

No ano de 2025, foram realizadas 1.491 notificações. Buscas ativas correspondem a notificações realizadas fora do sistema TASY, geralmente por e-mail, e corresponderam a 226 no ano, cerca de 15% do total. As buscas ativas são fruto de sensibilização e parceria entre a Qualidade, Supervisão de enfermagem, CCIH e demais setores.

Distribuição das Notificações em 2025



Taxa de incidentes notificados*

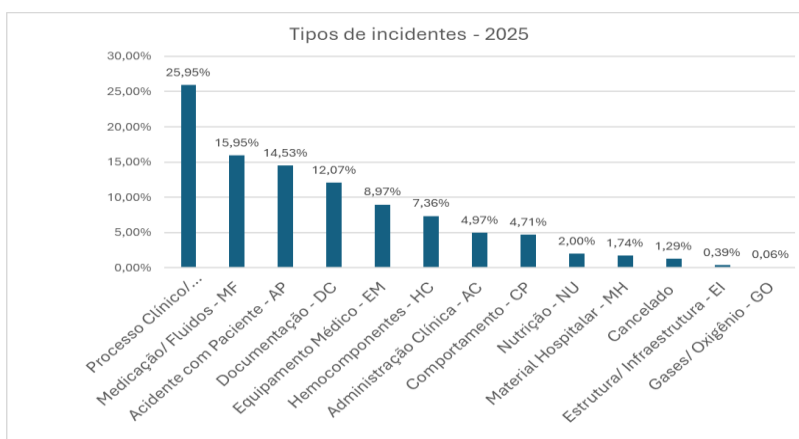


* Taxa de incidentes notificados: incidentes notificados/pacientes-dia;

As equipes assistenciais, incluindo a supervisão de enfermagem e setores parceiros como a CCIH, Farmácia, além dos Times Assistenciais, como o Time de Cuidados Paliativos e o Time do Colegiado Cirúrgico, tiveram uma participação crescente em número de notificações nos últimos meses, especialmente com a realização de Buscas ativas associadas.

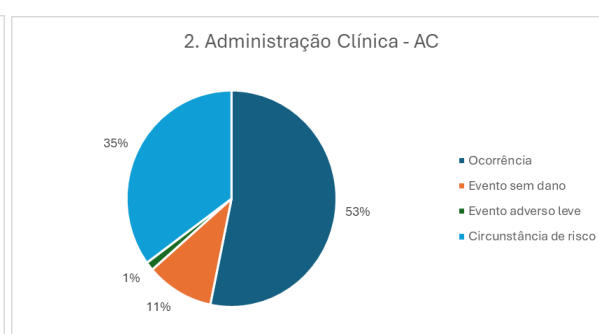
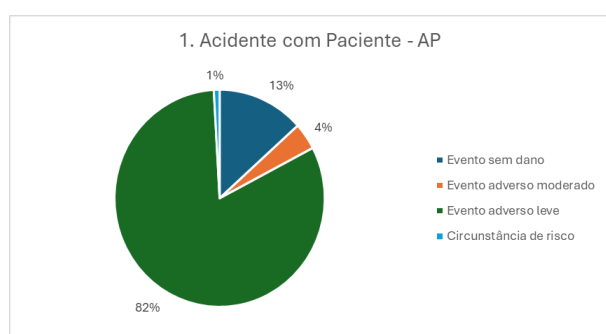
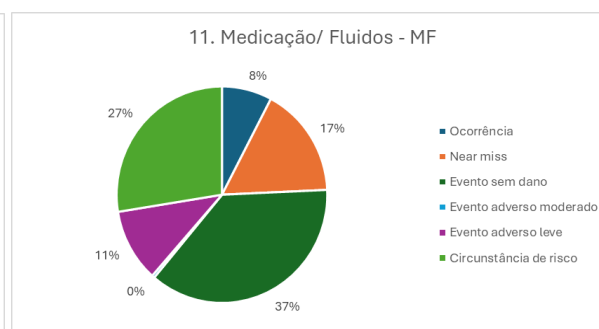
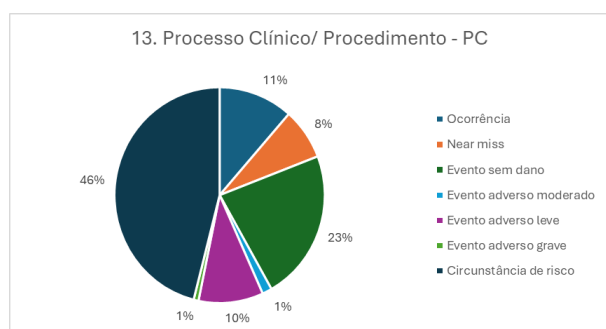
Classificações das notificações são revisadas pela equipe da Qualidade assistencial. Eventos analisados conforme classificação de prioridade e impacto. Nesse sentido os eventos adversos grave e moderados são analisados e discutidos com setores envolvidos e equipes assistenciais, com mais atenção e análise.

Quando ocorrem eventos sentinelas, estes são analisados aplicando Protocolo de Londres e trazidos à discussão posterior na reunião do NSP.



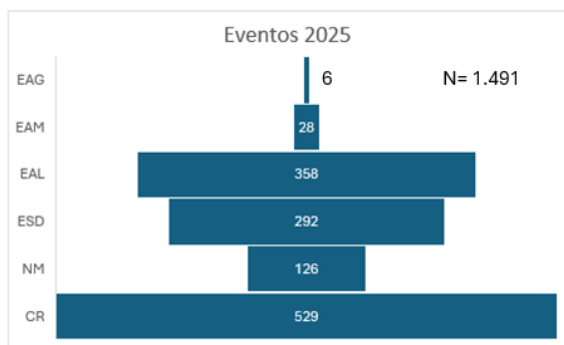
Quanto a classificação de eventos, processo clínico/procedimentos (26%), medicação/fluidos (16%) e acidente com paciente (14%) são os mais frequentes.

No que tange aos acidentes com pacientes (quedas, lesão por pressão, flebites e perdas de dispositivos), a parceria com a supervisão de enfermagem foi de grande destaque no auxílio na avaliação dos casos e discussão com as equipes assistenciais de enfermagem, com bases na estratégia do Safety Huddle, já que estão mais próximas dos pacientes e tem mais sensibilidade para detectar esses eventos.



Em relação à Administração Clínica, evidenciados dos 77 casos, 26 relacionados a agendamento (33%). Ações locais relacionadas ao fluxo de agendamento de consultas pré-operatórias, com acionamento equipe assistencial e da Coordenação médica relacionada. Não houve relato de evento com dano em nenhum caso.

Finalmente no que tange a Hemocomponentes, identificadas 103 reações adversas foram notificadas, (90,3%), todos esses casos notificados para NOTIVISA pela Agência Transfusional. Destes destaca-se um evento adverso grave. Todos os eventos foram investigados pela Agência transfusional e equipe assistencial, revisados pela Qualidade.



Em relação aos desfechos dos eventos, destaca-se uma aproximação maior à Pirâmide de Frank Bird, com o aumento de gradual de Near Miss ou Quase eventos.

Observada ainda redução de casos classificados como eventos moderados, com redução de 90 casos em 2023 para 20 casos em 2024. E a média de 9 casos de Near Miss ao mês em 2023 e de 8 casos de Near Miss ao mês em 2024;

O aumento de Near Miss é interpretado como a percepção de risco e das barreiras de segurança estão amadurecendo no entendimento das equipes assistenciais. Pois o foco sai da simples percepção de uma fragilidade ou erro, para uma observância maior às medidas preventivas, à execução de protocolos e fluxos de atendimento com maior maturidade, estimulando e desenvolvendo a cultura de segurança da instituição.

Classificação por Tipo de Evento – ALARP

Matriz de Probabilidade e Gravidade			
A probabilidade será avaliada para matriz ALARP, após a avaliação de "probabilidade" e "severidade" conforme ferramenta a seguir:			
Probabilidade	Valor	% ocorrência	
Frequente	1	100,0%	
Ocasional	4	1,1% a 1,0%	
Rareza	9	1,1% a 0,1%	
Improvável	16	1,1% a 0,1%	
Muito improvável	25	0,1% a 0,1%	
Severidade	Valor		
Catastrófica (dano ou lesão funcional permanente)	5	Evento sentinela	
Critica (dano)	4	Evento adverso grave	
Significativa (dano)	3	Evento adverso moderado	
Pequena (dano)	2	Evento adverso leve	
Insignificante	1	Evento sem dano	

Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
Evento Sentinela	Probabilidade %	contag probl	Severidade SENTINELA	Severidade LMG	Índice de severidade	Índice de probabilidade	Índice potencial de risco	matriz ALARP
Não	5,3	78	1	10	B	4	B4	Inaceitável
Não	12,4	183	1	2	E	5	E5	Mitigar e acompanhar
Não	0,6	9	1	1	E	1	E1	Aceitar o risco
Não	0,3	4	1	1	E	1	E1	Aceitar o risco
Não	1,6	24	1	2	E	2	E2	Aceitar o risco
Não	12,4	183	1	2	E	5	E5	Mitigar e acompanhar
Não	1,3	19	1	1	E	2	E2	Aceitar o risco
Não	0,5	7	1	1	E	1	E1	Aceitar o risco
Não	12,4	183	1	2	E	5	E5	Mitigar e acompanhar
Não	1,3	19	1	1	E	2	E2	Aceitar o risco
Não	1,3	19	1	1	E	2	E2	Aceitar o risco
Não	6,2	92	1	1	E	4	E4	Mitigar e acompanhar

A introdução da matriz ALARP na planilha de notificações, traz a expectativa de melhor direcionamento de ações em situações conforme maior risco de evento ou consequência. Utilizando uma sinalização semafórica e um método de classificação que leva em

consideração dados de probabilidade de ocorrência do evento e severidade dele, a ferramenta classifica automaticamente o evento, apresentando um índice de risco e a ação imediata.

A avaliação da parametrização está em processo de revisão, percebeu-se oportunidade de melhor definição de numeradores e denominadores para indicar probabilidade.

Ainda em desenvolvimento de uma formatação gráfica para melhor visualização e análise posterior.

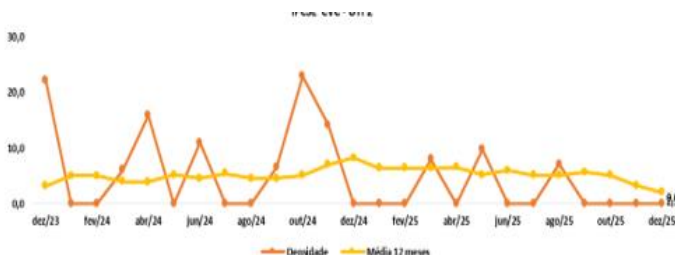
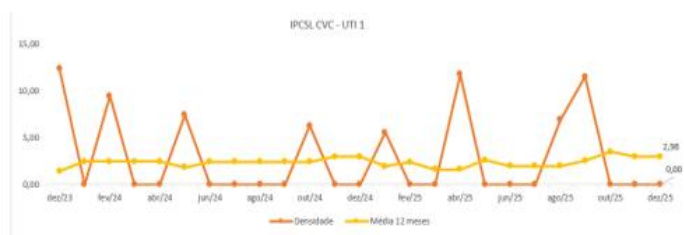
d) Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica

O Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde estabelece diretrizes estratégicas para a redução da incidência das IRAS em âmbito nacional, por meio de indicadores pactuados com as coordenações estaduais e distrital de vigilância epidemiológica, permitindo a comparabilidade entre os serviços e o monitoramento contínuo da qualidade assistencial.

Nesse contexto, os hospitais com leitos de terapia intensiva realizam a notificação sistemática dos indicadores relacionados às infecções associadas a dispositivos invasivos e às infecções de sítio cirúrgico, conforme os critérios nacionais vigentes.

No Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (HTEJZ), a análise epidemiológica dos dados de 2025 demonstra evolução positiva de diversos indicadores, com destaque para a redução sustentada das infecções associadas a dispositivos invasivos. Ressalta-se, entretanto, a permanência de desafios inerentes ao perfil assistencial da instituição, caracterizado pela elevada complexidade dos pacientes imunossuprimidos e transplantados, o que exige vigilância contínua, qualificação permanente dos processos e adoção sistemática de práticas baseadas em evidências.

1) Infecção corrente sanguínea associada ao cateter venoso central



	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	MÉDIA
2024	0,0	0,4	0,0	0,0	2,4	0,0	16,7	0,0	0,0	7,6	0,0	0,0	3,4
2025	1,9	2,4	1,6	1,6	2,6	2,0	2,0	2,5	3,5	3,0	3,0	3,0	2,3
Meta 2025	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1

	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	MÉDIA
2024	0,0	0,0	6,1	15,9	0,0	11,0	0,0	0,0	6,6	22,9	14,2	0,0	6,4
2025	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	9,8	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	2,7
Meta 2025	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8



A análise consolidada da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (IPCSL-CVC), no período de janeiro a dezembro de 2025, demonstrou desempenho assistencial favorável nas unidades críticas do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini, com alcance integral das metas institucionais pactuadas.

A análise consolidada da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (IPCSL-CVC), no período de janeiro a dezembro de 2025, demonstrou desempenho assistencial favorável nas unidades críticas do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini, com alcance das metas institucionais pactuadas para o exercício.

Na UTI 1, observou-se densidade média anual de 2,3 episódios por 1.000 CVC/dia, mantendo-se abaixo da meta institucional estabelecida de 3,1 episódios por 1.000 CVC/dia, evidenciando redução sustentada do risco infeccioso associado ao uso de dispositivos invasivos em pacientes críticos. O comportamento mensal apresentou baixa variabilidade, sem elevação persistente do indicador, reforçando cenário epidemiológico controlado.

Na UTI 2, a densidade média anual foi de 2,7 episódios por 1.000 CVC/dia, igualmente inferior à meta institucional projetada de 5,8 episódios por 1.000 CVC/dia, demonstrando importante melhoria assistencial quando comparado ao desempenho do período anterior e consolidação das estratégias de prevenção implementadas.

O alcance dos resultados observados encontra-se diretamente relacionado à consolidação do modelo institucional de governança clínica voltado à prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, destacando-se:

- fortalecimento das auditorias estruturadas de inserção e manutenção do cateter venoso central, com monitoramento sistemático da adesão aos bundles assistenciais e retroalimentação contínua das equipes assistenciais;
- avaliação multiprofissional diária da necessidade de permanência do dispositivo durante safety huddles e visitas clínicas, priorizando a retirada precoce de dispositivos invasivos e redução da exposição cumulativa ao risco infeccioso;
- implementação de educação permanente baseada em risco assistencial, incluindo integração institucional, treinamentos periódicos e capacitações direcionadas frente à identificação de fragilidades assistenciais;
- vigilância epidemiológica ativa e prospectiva conduzida pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, com análise crítica dos indicadores, investigação oportuna de eventos e monitoramento contínuo de tendências epidemiológicas;
- atuação integrada entre SCIH, lideranças assistenciais e equipes multiprofissionais, promovendo intervenções precoces diante de não conformidades identificadas em auditorias observacionais ou eventos assistenciais;
- fortalecimento da cultura institucional de segurança do paciente, com incentivo à responsabilização compartilhada, adesão às boas práticas assistenciais e melhoria contínua dos processos assistenciais.

Os resultados alcançados demonstram maturidade institucional no gerenciamento do risco infeccioso, com impacto direto na segurança assistencial, redução de eventos adversos evitáveis e otimização dos desfechos clínicos em pacientes críticos.

Mantém-se como diretriz estratégica para o próximo ciclo assistencial a continuidade das auditorias observacionais, ampliação das ações educacionais e monitoramento contínuo da adesão aos bundles assistenciais, visando manutenção do desempenho alcançado e melhoria contínua dos indicadores institucionais.

2) Densidade de incidência de infecção associada a ventilação mecânica

A análise consolidada da densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), no período de janeiro a dezembro de 2025, demonstrou comportamento epidemiológico controlado nas unidades críticas do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini, sem evidência de transmissão sustentada ou configuração de cenário epidêmico institucional.

Na UTI 1, observou-se densidade média anual de **3,4 episódios por 1.000 ventiladores/dia**, superior à meta institucional estabelecida de **1,3 episódios por 1.000 ventiladores/dia**, resultado influenciado por eventos pontuais concentrados nos meses de maio e agosto, relacionados a períodos de maior complexidade assistencial, incluindo pacientes imunossuprimidos, ventilação mecânica prolongada e elevado grau de gravidade clínica.

Importante destacar que não houve manutenção de elevação sustentada do indicador ao longo do ano, com retorno imediato aos níveis basais nos meses subsequentes, afastando hipótese de falha sistêmica assistencial.

Na UTI 2, observou-se densidade média anual de **1,5 episódios por 1.000 ventiladores/dia**, mantendo desempenho inferior à meta institucional pactuada de **3,1 episódios por 1.000 ventiladores/dia**, evidenciando efetividade das medidas preventivas implementadas.

Os resultados obtidos refletem a consolidação das estratégias institucionais de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, destacando-se:

Os resultados obtidos refletem a consolidação das estratégias institucionais de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, fundamentadas em modelo de governança clínica multiprofissional e monitoramento contínuo das práticas assistenciais, destacando-se:

- realização de reuniões periódicas do grupo institucional de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, com participação multiprofissional envolvendo equipes médicas, enfermagem, fisioterapia respiratória, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e engenharia clínica, destinadas à análise crítica dos indicadores, discussão de casos e definição de ações corretivas e preventivas;
- revisão contínua dos processos assistenciais relacionados à aspiração traqueal;
- monitoramento sistemático da integridade, validade e adequação dos dispositivos ventilatórios, em articulação com equipes assistenciais e engenharia clínica, garantindo condições seguras de utilização dos equipamentos;

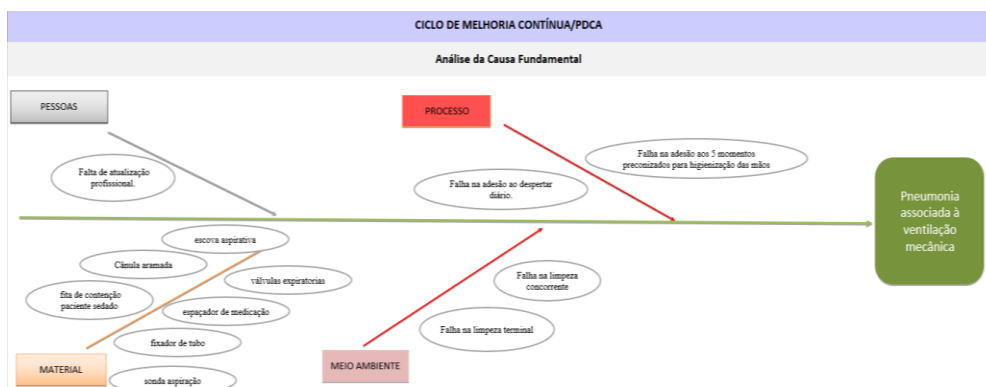
- fortalecimento da adesão às medidas do bundle ventilatório, com ênfase na higiene oral sistematizada, posicionamento adequado do paciente e estratégias de prevenção de broncoaspiração;

- realização de auditorias assistenciais observacionais conduzidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e equipe de fisioterapia, com devolutiva estruturada às lideranças assistenciais e implementação imediata de ações corretivas frente às não conformidades identificadas.

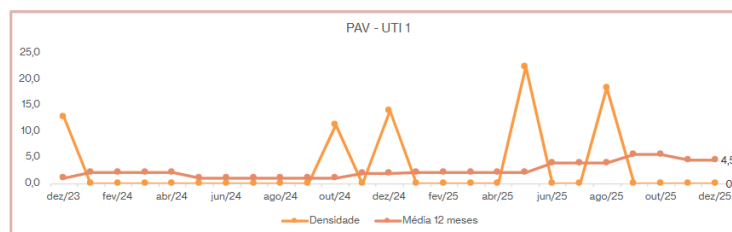
Destaca-se ainda a atuação integrada entre enfermagem, fisioterapia respiratória, equipe médica e engenharia clínica, permitindo intervenção precoce frente a não conformidades identificadas.

Considerando o perfil assistencial de hospital terciário transplantador, com elevada proporção de pacientes críticos imunocomprometidos e permanência prolongada em ventilação mecânica, os resultados demonstram adequado gerenciamento do risco infeccioso e maturidade institucional na prevenção de eventos associados ao suporte ventilatório invasivo.

Mantém-se como prioridade estratégica institucional o fortalecimento contínuo da adesão aos bundles ventilatórios, monitoramento ativo dos indicadores e capacitação permanente das equipes assistenciais, visando redução adicional da variabilidade mensal e consolidação do desempenho assistencial.

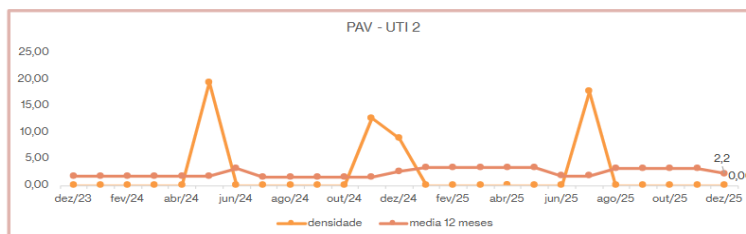


DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VM



	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
2024	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,4	0,0	0,0	1,4
2025	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	0,0	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4
META	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VM



	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
2024	0,0	0,0	0,0	0,0	19,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	8,8	3,4
2025	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
META	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1

3) Adesão à Higiene de Mãos

A higienização das mãos é reconhecida, mundialmente, como a medida mais importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Por este motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes.

Estudos sobre o tema mostram que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é baixa, devendo ser estimulada e conscientizada entre os profissionais de saúde. Torna-se imprescindível reformular esta prática nos serviços de saúde na tentativa de mudar a cultura prevalente entre os profissionais de saúde, o que pode resultar no aumento da adesão destes às práticas de higienização das mãos.

A higienização das mãos é regida por cinco indicações. Conhecer, entender e reconhecer estas indicações são os pilares sobre os quais se baseia a higienização das mãos. Se os profissionais de saúde reconhecer estas indicações e responder a elas com a adesão às práticas de higienização das mãos, é possível prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde por transmissão cruzada, provocada pelas mãos. A ação correta, no momento correto, é uma garantia de uma assistência limpa e segura ao paciente.

Taxa de adesão à higiene de mãos (%) ano 2025

QUANDO? Seus 5 momentos para a higienização das mãos



Adesão por categoria			
Profissional	Higiene de mãos realizada?		Adesão
	Sim	Não	
Aux./ Téc. Enfermagem	1080	132	89%
Enfermeiro	554	72	88%
Médico	209	68	75%
Fisioterapeuta	169	17	91%
Fonoaudiólogo	13	4	76%
Nutricionista	14	5	74%
Estagiário	67	4	94%
Odontólogo	30	2	94%
Tec. de Radiologia	33	10	77%
Outros	13	2	87%
Total	2182	316	87%

A auditoria de higienização das mãos realizada no HTEJZ evidenciou um percentual global de adesão de 87% para a execução da ação, demonstrando que a prática se encontra incorporada à rotina assistencial na maior parte das oportunidades observadas. Apesar do resultado favorável, o percentual de 13% de não realização ainda indica a necessidade de fortalecimento contínuo das estratégias institucionais, considerando o impacto direto dessa medida na prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e na segurança do paciente.

A análise por categoria profissional revelou diferenças importantes no comportamento de adesão. Os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram taxa de 89%, enquanto os enfermeiros atingiram 88%, ambos com desempenho satisfatório e alinhado às metas institucionais. A equipe médica apresentou adesão de 75%, evidenciando oportunidade de melhoria, especialmente por se tratar de uma categoria com elevada frequência de contato direto com o paciente e participação em procedimentos críticos. Entre os fisioterapeutas, observou-se adesão de 91%, demonstrando forte incorporação da prática no cuidado assistencial. A fonoaudiologia apresentou 76% de adesão e a nutrição 74%, configurando percentuais abaixo do esperado e que demandam ações educativas específicas e reforço das estratégias de sensibilização. Os estagiários e cirurgiões-dentistas apresentaram os melhores desempenhos, com 94% de adesão, refletindo boa conformidade com os protocolos institucionais. Os técnicos de radiologia atingiram 77% e o grupo classificado como "outros" 87%.

Os resultados reforçam que, embora o desempenho global seja satisfatório, ainda existem lacunas relacionadas principalmente à adesão de categorias específicas e à distribuição das observações entre as unidades. Este indicador deve ser monitorado de forma contínua, com devolutivas periódicas às lideranças assistenciais, implementação de ações educativas direcionadas por perfil profissional e fortalecimento das estratégias multimodais preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, incluindo disponibilidade de insumos, treinamento sistemático, cultura de segurança e monitoramento com feedback estruturado.

Dessa forma, a auditoria de higienização das mãos consolida-se como indicador estratégico para avaliação de processo assistencial, permitindo identificar fragilidades, direcionar intervenções e acompanhar a efetividade das ações implementadas no âmbito do Programa de Prevenção e Controle de IRAS.

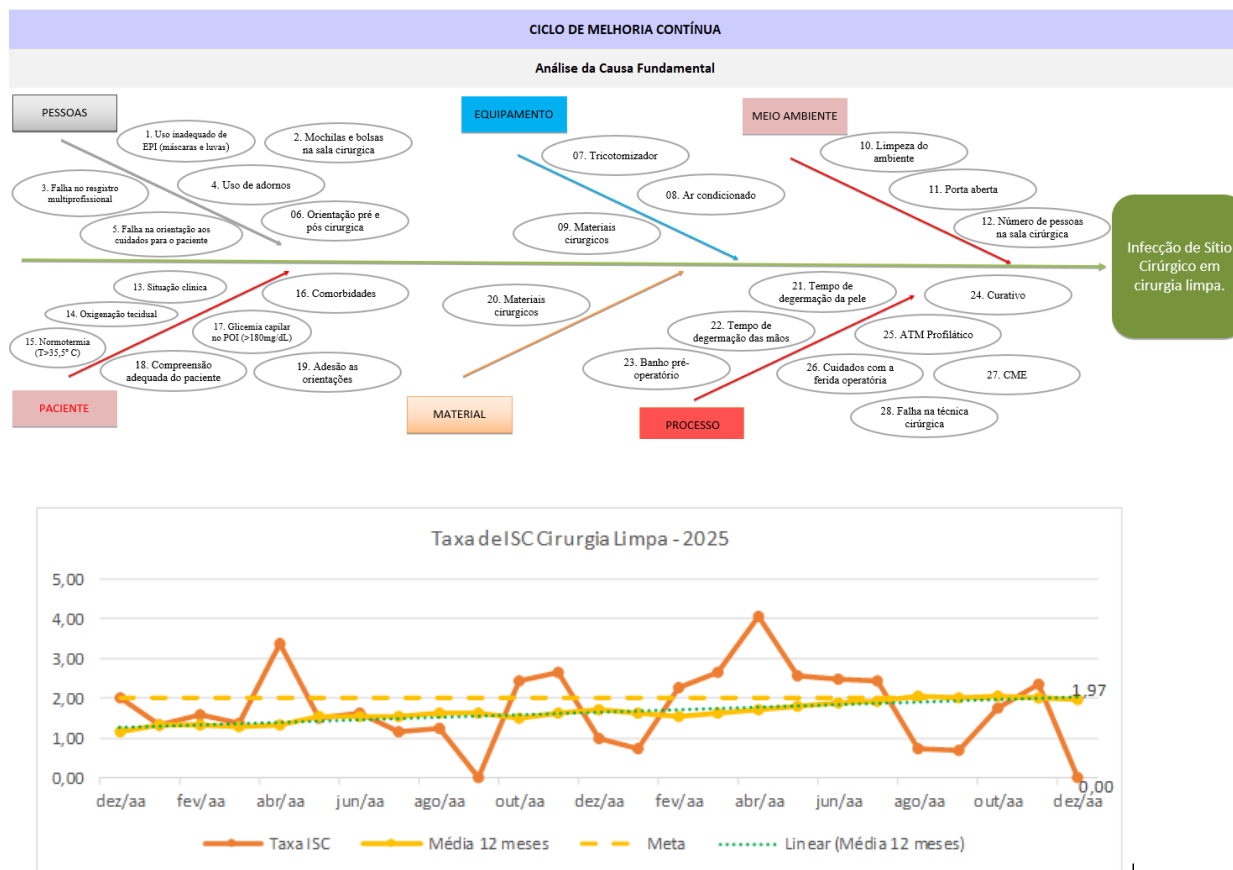
4) Taxa de infecção de cirurgias limpas

As Infecções em Sítio Cirúrgico (ISC) são as maiores fontes de morbidade e mortalidade entre os pacientes submetidos a cirurgias. Estima-se que as ISC prolonguem o tempo de internação em mais de sete dias, em média, e consequentemente, elevem seus custos. Sua

incidência pode variar, sendo em média de 2 a 5% para as cirurgias consideradas "limpas".

Taxa de infecção de cirurgias limpas = (Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas, no período) / (Número total de cirurgias limpas, no período no período)

Meta: 2%



No ano de 2025, a taxa média de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas foi de 1,97%, mantendo-se abaixo da meta institucional estabelecida de 2%, demonstrando desempenho satisfatório do serviço.

A análise mensal evidencia comportamento heterogêneo ao longo do período, com elevação das taxas no primeiro semestre e pico no mês de abril (4,1%), seguido de redução progressiva no segundo semestre, quando se observam meses com taxas inferiores a 1% e registro de ausência de casos em dezembro. Esse padrão indica que os aumentos foram pontuais e sofreram impacto direto das ações de melhoria implementadas no decorrer do ano.

Com base na análise dos resultados, foram realizadas reuniões sistemáticas com os coordenadores das especialidades cirúrgicas para discussão dos dados e definição de estratégias de intervenção. Foi implantada a ficha de feedback de IRAS para avaliação individualizada dos casos junto às equipes assistenciais, favorecendo a identificação de oportunidades de melhoria no processo perioperatório.

Destaca-se ainda a implantação do bundle de prevenção de ISC nas cirurgias oftalmológicas, passando a contemplar todos os procedimentos realizados na instituição, bem como a padronização da antibioticoprofilaxia de forma conjunta com as equipes cirúrgicas e anestésicas. Os desvios relacionados ao uso de antimicrobianos profiláticos passaram a ser discutidos sistematicamente com as equipes envolvidas.

Foram instituídas visitas semanais ao Centro Cirúrgico pelo médico infectologista e enfermeira da CCIH, com acompanhamento direto das práticas assistenciais, além da apresentação mensal das taxas de infecção aos cirurgiões no próprio Centro Cirúrgico, fortalecendo a cultura de segurança e a corresponsabilização pelos resultados.

A redução das taxas no segundo semestre e o alcance da meta institucional demonstram impacto positivo das medidas adotadas e maior adesão das equipes às práticas de prevenção.

Para 2026, as ações estarão direcionadas à manutenção do indicador abaixo da meta, com redução da variabilidade mensal, por meio da continuidade da vigilância ativa, monitoramento da adesão ao bundle de prevenção, auditoria da antibioticoprofilaxia, análise de

causa raiz dos casos e devolutiva sistemática dos resultados às equipes assistenciais.

e) Humanização

O Centro Integrado de Humanização atuou na implementação e no fortalecimento das ações de humanização propostas, com o objetivo de aprimorar a assistência em saúde e a qualidade de vida de pacientes e colaboradores, além de promover a disseminação das diretrizes da PNH/PEH. No ano de 2025, o HTEJZ desenvolveu os seguintes projetos e iniciativas, com foco na melhoria contínua das práticas de humanização:

Valorização do trabalho e do trabalhador

- **Projeto Swadharma:** estruturado em pilares, dentre os quais:
o Coaching Transdisciplinar: realização de encontros semanais com equipes multidisciplinares, com a finalidade de fomentar o diálogo, reduzir conflitos e estimular a integração entre os profissionais. As atividades utilizam técnicas de aprendizagem transdisciplinar, com base em reflexões coletivas sobre modelos mentais, emoções, sentimentos, conceitos e julgamentos, contribuindo para a prevenção de situações de bullying e assédio no ambiente de trabalho.
- **Tai Chi Chuan:** prática corporal de origem chinesa, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde por seus benefícios à saúde física e mental. Aplicada como atividade laboral, apresenta eficácia na redução de acidentes e quedas, além de promover o bem-estar. As atividades ocorrem três vezes por semana.
- **Programa de Qualidade de Vida no Trabalho – Viver Bem:** disponibiliza aos colaboradores atendimentos nas áreas de Odontologia, Nutrição, Ginecologia (com coleta de Papanicolau), Clínica Médica, Psicologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Acupuntura e Massoterapia. De abril a dezembro/2025 foram realizados 5822 atendimentos nessas especialidades.
- **Datas comemorativas:** são celebradas datas alusivas às diversas categorias profissionais do hospital, como Dia do Farmacêutico, do Faturista e dos Médicos, entre outras. Também são promovidas ações em datas sazonais, como Dia das Mães, Dia dos Pais, além de atividades voltadas aos filhos dos colaboradores, incluindo Páscoa e Dia das Crianças. Essas iniciativas visam reconhecer a importância dos profissionais, fortalecer vínculos institucionais e promover um ambiente organizacional acolhedor, contribuindo para a valorização e satisfação dos colaboradores.

Responsabilidade Social

O HTEJZ desenvolve programas voltados à promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da integração entre pacientes, familiares e colaboradores, tais como:

- **Trabalho Voluntário:** disponibilização de espaço institucional para atuação voluntária, com foco no acolhimento e bem-estar de pacientes, familiares e equipe;
- **Visita Religiosa:** oferta de assistência espiritual aos pacientes internados, contribuindo para a humanização do cuidado;
- **Projeto Canto Cidadão:** promove integração por meio de apresentações musicais e teatrais no ambiente hospitalar, favorecendo o bem-estar, a redução do estresse e a socialização;
- **O Mágico Hospitalar:** iniciativa voltada ao entretenimento de pacientes adultos, especialmente aqueles em internações

prolongadas, com o objetivo de reduzir ansiedade e angústia por meio de apresentações de mágica, proporcionando momentos de descontração;

- **Visita Ampliada:** possibilita maior acesso dos familiares às unidades de internação, contribuindo para a recuperação do paciente.

Os horários estabelecidos são:

o Enfermarias: das 10h às 20h;

o UTI Adulto: das 11h30 às 12h, das 15h às 16h e das 19h30 às 20h;

o TMO: das 14h às 20h.

- **Liberação de acompanhantes e visitantes em situações não previstas em lei:** com o objetivo de fortalecer o cuidado humanizado, foi instituído fluxo específico para flexibilização de visitas, considerando o estado clínico do paciente, especialmente em situações como cuidados paliativos;
- **Coral Cuidar e Cantar:** formado por colaboradores de diferentes áreas, com a finalidade de promover acolhimento e conforto por meio de apresentações musicais realizadas em diferentes setores do hospital.

Defesa dos Direitos dos Usuários

O HTEJZ disponibiliza aos pacientes internados o “Manual do Paciente”, contendo informações sobre direitos, deveres e orientações gerais destinadas aos usuários e seus familiares.

Ambiência

As ações relacionadas à ambiência fazem parte da rotina institucional, contemplando melhorias estruturais e atualização da identidade visual. Em 2025, destacam-se a pintura das áreas comuns e de setores específicos, bem como a revitalização de uma sala administrativa, transformada em sala de reuniões. De abril a dezembro/2025 foram registradas 442 ações, sendo 271 concluídas e 171 em andamento.

Plano Institucional de Humanização (PIH) 2025

Certificação “Selo Hospital Amigo do Idoso” – Selo Inicial

O Programa Hospital Amigo do Idoso, instituído pelo Decreto nº 58.047, de 15 de maio de 2012, tem como finalidade promover ambientes adequados a todas as faixas etárias, com ênfase no envelhecimento ativo. A certificação é concedida a instituições públicas e privadas que adotam boas práticas voltadas à população idosa, sendo composta por três níveis: inicial, intermediário e pleno.

Em 2025, o Hospital de Transplantes avançou no processo de obtenção do selo inicial, implementando os sete requisitos exigidos, entre os quais:

- Instituição do Comitê Gestor do Idoso, com reuniões mensais para troca de experiências;
- Realização de diagnóstico junto aos pacientes idosos, cuidadores e profissionais;
- Elaboração de inventário das ações já desenvolvidas com foco na população idosa;
- Produção de cartilha informativa com orientações, cuidados e direitos dos idosos, distribuída nos setores de ambulatório e internação;
- Elaboração de relatório de acessibilidade e plano de ação voltado às necessidades desse público;

- Desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde do idoso para as equipes;
- Apresentação dos protocolos institucionais de prevenção de quedas e lesão por pressão.

Promover a Cultura do Atendimento Humanizado e Centrado na Pessoa:

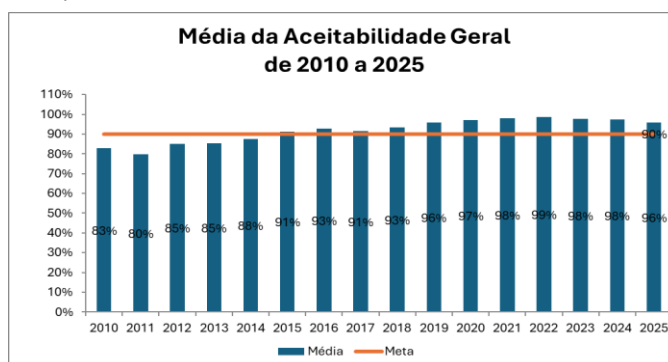
Com o objetivo central de promover uma cultura de atendimento humanizado e centrado na pessoa em todas as áreas da instituição de saúde, a Comissão de Humanização trabalhou durante o ano de 2025 o desenvolvimento e implementação de políticas, programas de treinamento e práticas que enfatizem o bem-estar e a dignidade dos pacientes e colaboradores, garantindo que o cuidado seja oferecido de forma personalizada e compassiva.

A Comissão foi responsável por liderar discussões sobre a experiência humana nas diferentes linhas de cuidado, reconhecendo a importância de engajar tanto colaboradores quanto pacientes nos processos de melhoria contínua da qualidade e segurança da assistência, com foco no cuidado centrado na pessoa. A participação ativa de ambas as partes foi essencial para garantir resultados positivos e satisfatórios em termos de assistência à saúde. As seguintes ações foram desenvolvidas no decorrer de 2025:

- **Promover letramento em saúde e engajamento do paciente:** Promover o letramento em saúde e o engajamento do paciente envolve desenvolver materiais educativos acessíveis, capacitar profissionais para uma comunicação clara, incentivar a tomada de decisão compartilhada e utilizar tecnologias para fornecer informações personalizadas e monitorar o entendimento do paciente.
- **Promover valorização do colaborador:** A valorização dos profissionais de saúde pode ser promovida por meio de programas de reconhecimento, treinamentos contínuos para atualização e bem-estar, além da melhoria das condições de trabalho, com espaços de descanso adequados e suporte psicológico.
- **Aprimorar Assistência Multidisciplinar:** Aprimorar a assistência multidisciplinar envolve a integração entre profissionais, a implementação de protocolos conjuntos e o uso de tecnologias para otimizar a comunicação e a segurança do paciente.
- **Aprimorar Cuidados Paliativos:** Os cuidados paliativos devem ser oferecidos de forma personalizada, com equipes treinadas para identificar precocemente os pacientes que mais precisam, sempre garantindo conforto e dignidade. É importante também oferecer apoio emocional e informações claras às famílias, auxiliando nas decisões. O uso da tecnologia deve ser cuidadoso, priorizando a qualidade de vida e evitando intervenções desnecessárias.
- **Aprimorar a Pesquisa de Experiência do Paciente:** A coleta de feedback dos pacientes por meio de questionários e entrevistas permite avaliar a percepção sobre a assistência recebida. A análise dos resultados deve gerar ações corretivas, com a criação de comitês para melhorias contínuas, promovendo transparência e comunicação entre as equipes para ajustes e boas práticas.

f) Ouvidoria

O Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini possui o Serviço de Ouvidoria que tem por objetivo receber elogios, sugestões e críticas dentro de uma estratégia de valorização do usuário, escutando e respondendo às demandas apontadas. O atendimento as Ouvidoria é realizado pessoalmente, por telefone ou via e-mail.



A aceitabilidade tem mostrado uma tendência de crescimento ao longo dos anos. A média anual aumentou de 83% em 2010 para 96% em 2025.

A aceitabilidade mensal também tem mostrado melhorias consistentes. Em 2010, alguns meses tinham aceitabilidade abaixo de 80%, enquanto em 2025, todos os meses estão acima de 96%.

A meta de 90% foi consistentemente atingida e superada a partir de 2015.

g) Gestão de Pessoas

A Unidade de Gestão de Pessoas é responsável por desenvolver ações a fim de propiciar um ambiente saudável aos colaboradores. Segue abaixo algumas destas ações e / ou projetos:

Qualidade de Vida no Trabalho

No Programa Viver Bem são oferecidos para os colaboradores, avaliação e atendimento com clínico geral, atendimento odontológico, atendimento ginecológico e exame, atendimento oftalmológico, atendimento dermatológico, acompanhamento para hipertensos, atendimento nutricional, atendimento acupunturista, atendimento massoterapeuta, vacinação contra a gripe e doenças contagiosas etc. além de oferecer apoio aos colaboradores dependentes de álcool, cigarro e outras drogas.

Programa Tele Apoio Emocional

Assistência Psicológicas e Psiquiátrica Geral por teleatendimento oferecido para os colaboradores que precisam de ajuda específica para tratamento a saúde mental e bem-estar, além da prevenção contra o suicídio.

Gestão de Clima Organizacional

Realizada anualmente através de questionário online em parceria com a empresa FIA, para identificar as opiniões e necessidades dos colaboradores. O resultado é divulgado através de Murais e Intranet.

Capacitação e Desenvolvimento

Programas contínuos de treinamento e desenvolvimento, como workshops, cursos, e mentorias, que visam melhorar as habilidades dos colaboradores e promover o crescimento pessoal e profissional.

Curso de Libras

Destinado principalmente aos colaboradores das recepções, para inclusão no atendimento de pacientes com deficiência auditiva.

Ações de Inclusão e Diversidade

Desenvolvimento de projetos que promovem um ambiente inclusivo, com ações para aumentar a diversidade e garantir que todos os colaboradores se sintam respeitados, independente de gênero, raça, orientação sexual e religião.

Gestão de Conflitos

Programas que ajudem a mediar e resolver conflitos internos de forma eficaz e construtiva como RH e demais setores, promovendo a harmonia no ambiente de trabalho.

A avaliação de Desligamento

É um processo importante para entender as razões pelas quais um colaborador decide deixar a organização, seja por meio de uma demissão voluntária, aposentadoria ou até mesmo uma demissão involuntária. Esse tipo de avaliação ajuda a identificar pontos de melhoria nas políticas e práticas da empresa, a fim de reduzir a rotatividade de funcionários, melhorar o ambiente de trabalho e otimizar processos internos.

POP – Programa de Opinião Participativa

Canal de relacionamento do colaborador com a Gerência da Instituição, onde é possível expressar opinião, dúvidas, críticas e elogios através de formulário ou on-line.

h) Atividades de Ensino

O Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (HTEJZ) possui Programas de Residência Médica credenciados no MEC e com bolsas fornecidas pela Secretaria do Estado de Saúde nas Especialidades de Hematologia, Oftalmologia, Transplante de Medula Óssea e Urologia. No ano 2025 as vagas de residência foram ocupadas da seguinte forma: programa de Hematologia e Hemoterapia, cinco vagas, dois para R1 e três para R2; programa de Oftalmologia, seis vagas, duas para R1, duas vagas para R2 e duas vagas para R3; programa de Urologia, 15 vagas, cinco vagas para R1, cinco vagas para R2 e cinco vagas para R3.

Estabelecemos colaborações com diversas instituições de ensino para oferecer estágios curriculares e extracurriculares em diferentes áreas da saúde, contemplando desde o nível técnico até a pós-graduação. Entre os principais parceiros em 2025 estiveram o SENAC Tiradentes, o Instituto Presbiteriano Mackenzie, o Colégio Fênix, a Escola Alpha, a Faculdade Paulista de Ciências da Saúde (FPCS) e a Universidade Anhembi Morumbi. No período, recebemos 757 estagiários. Além disso, ao longo de 2025, a instituição contou com 97 residentes não remunerados, provenientes de parcerias com outros programas de residência médica, reforçando seu papel como campo formador e cenário estratégico de prática profissional.

Durante o ano de 2025, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), emitiu 42 pareceres éticos. Além disso, tramitaram 13 novos projetos de pesquisa, nos quais o HTEJZ desempenhou diferentes papéis: Centro coordenador em 9 projetos; coparticipante em 1 projeto; centro participante em 3 projetos. As especialidades envolvidas nesses projetos foram: indicado pela CONEP (1), Enfermagem (2), Transplante de Medula Óssea (2), Hematologia (1), Cardiologia (1), Urologia (6), Neurocirurgia (1).

O Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS – HTEJZ), por meio do Convênio nº 000.072/2018/CV firmado com o Poder Judiciário – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, não emitiu notas técnicas no ano de 2025 relacionadas a demandas judiciais na saúde pública ou privada. No mesmo período, o NATS-HTEJZ apresentou três trabalhos científicos no VI Congresso da REBRATS, evidenciando a continuidade de sua produção técnico-científica e sua inserção em espaços nacionais de discussão em Avaliação de Tecnologias em Saúde."

i) Gestão Ambiental

O HTEJZ é membro da Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis. Trata-se de uma campanha mundial baseada em 10 objetivos inter-relacionados (liderança, substâncias químicas, resíduos, energia, água, transporte, alimentos, produtos farmacêuticos, edifícios, compras) que fornecem ferramentas e materiais técnicos para apoiar e disseminar boas práticas ambientais desenvolvidas por Serviços de Saúde em todo o mundo. Para tal, possui uma equipe de profissionais da área ambiental que fornecem suporte técnico à Instituição.

Abaixo as ações desenvolvidas no campo da Gestão Ambiental:

Dia da Terra

ODS 12 - CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS

ODS 13 - AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA

ODS 14 - VIDA NA ÁGUA

ODS 15 - VIDA TERRESTRE

No dia 22 de abril é comemorado o Dia da Terra. A fim de conscientizar os colaboradores para a necessidade de ações que reduzam o impacto sobre a Terra, foi encaminhado um e-mail de conscientização, de atitudes do cotidiano que auxiliam na preservação ambiental.

Dia Mundial da Reciclagem

ODS 12 - CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS

No dia 17 de maio é comemorado o Dia Mundial da Reciclagem. A fim de conscientizar os colaboradores foi realizada uma divulgação explicando a sua importância e em conjunto, preparou-se um "Canto da Reciclagem", com informativos e coletores para a campanha de coleta de resíduos eletrônicos e de material de escrita, incentivando a destinação correta de ambos.

Dia Mundial do Meio Ambiente

ODS 6 – ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

ODS 7 – ENERGIA LIMPA E ACESSÍVEL

ODS 12 – CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS

ODS 13 – AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA

ODS 14 – VIDA NA ÁGUA

ODS 15 – VIDA TERRESTRE

No dia 05 de junho é comemorado o Dia Mundial do Meio Ambiente, que faz parte do compromisso do hospital em divulgar a importância ambiental e os desafios para a sustentabilidade. A fim de conscientizar os colaboradores sobre a necessidade de ações que reduzam o impacto sobre o meio ambiente, foi realizada a Semana do Meio Ambiente com Dinâmicas e palestras voltadas a desenvolver práticas de preservação ambiental, economia, redução e consciência ambiental, cuidados com saúde física e mental, bem-estar no trabalho, ressaltar a relevância de mudanças de atitudes no dia a dia para proteção da saúde e meio ambiente.

Dia de Combate à Poluição

ODS 03 – SAÚDE E BEM-ESTAR

ODS 12 – CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS

ODS 13 – AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA

ODS 14 – VIDA NA ÁGUA

ODS 15 – VIDA TERRESTRE

No dia 14 de agosto é comemorado o Dia de Combate à Poluição, a fim de conscientizar os colaboradores sobre a necessidade de ações que reduzam a poluição, foi encaminhado um e-mail de conscientização sobre os impactos da poluição e nossa responsabilidade para combatê-la.

Dia Mundial da Limpeza Urbana

ODS 11 – CIDADES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS

ODS 14 – VIDA NA ÁGUA

ODS 15 – VIDA TERRESTRE

No dia 27 de agosto é comemorado o Dia Mundial da Limpeza Urbana, a fim de conscientizar os colaboradores sobre a necessidade de ações para manter a limpeza urbana, foi encaminhado um e-mail de conscientização sobre a responsabilidade que cada um tem para contribuir com uma cidade mais limpa.

Dia Mundial da Árvore

ODS 03 – SAÚDE E BEM-ESTAR

ODS 11 – CIDADES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS

ODS 13 – AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA

No dia 21 de setembro é comemorado o Dia Árvore, a fim de conscientizar os colaboradores sobre a necessidade de preservação das árvores e sua importância, foi encaminhado um e-mail de com informativo.

Dia do Consumo Consciente

ODS 03 – SAÚDE E BEM-ESTAR

ODS 12 – CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS

No dia 15 de outubro é comemorado o Dia do Consumo Consciente, a fim de conscientizar os colaboradores foi encaminhado um e-mail de com informativo sobre as formas de se ter um consumo mais consciente e os questionamentos que devemos nos fazer no momento do consumo.

Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho e Meio Ambiente -SIPATMA

ODS 03 – SAÚDE E BEM-ESTAR

ODS 10 – REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

Na semana do dia 20 ao dia 24 de outubro foi celebrada a SIPATMA, que contemplou a realização de palestras voltadas aos colaboradores do Hospital a respeito de importantes temas, tais como “Palestra sobre Ergonomia”, “Dengue” e a “Saúde mental no contexto hospitalar”. Além disso, foi realizado dinâmicas nos setores assistenciais, aferições de pressão arterial e orientação do programa viver bem.

7. Recursos Financeiros

a) Repasses financeiros envolvidos no período de abril a dezembro de 2025:

CNPJ nº 61.699.567/0024-89 Origem dos Recursos	Natureza e Tipo de Verba	Valor Global (R\$)
Contrato de Gestão - Processo SEI nº: 024.00016033/2025-51	Custeio - Verba Estadual	146.528.640,00
TA 1º - Processo SEI nº: 024.00016033/2025-51	Custeio - Verba Estadual	3.880.739,93
TA 2º - Processo SEI nº: 024.00016033/2025-51	Investimento - Verba Estadual	3.072.747,60
TA 3º - Processo SEI nº: 024.00016033/2025-51	Custeio - Verba Estadual	1.818.394,48
TA 4º - Processo SEI nº: 024.00016033/2025-51	Custeio - Verba Federal	300.000,00
COMPLEMENTO DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM	Custeio - Verba Estadual	2.501,16
TOTAL		155.603.023,17

8. Execução Técnica e Orçamentária

a) Comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, com justificativas para as metas não atingidas ou excessivamente superadas:

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO AMBULATORIAL – Abr/Dez 2025						
Linha de Contratação	Abril – Junho		Julho - Dezembro		TOTAL	
	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado
Consultas Médicas						
Primeiras Consultas na Rede	4.035	2.724	8.070	5.512	12.105	8.236
Interconsultas	2.700	2.912	5.400	6.138	8.100	9.050
Consultas Subsequentes	19.200	20.433	38.400	42.875	57.600	63.308
Total	25.935	26.069	51.870	54.525	77.805	80.594
Consultas Não Médicas						
Consultas Subsequentes	6.900	9.456	13.800	19.856	20.700	29.312
Total	6.900	9.456	13.800	19.856	20.700	29.312
SADT Externo						
Diagnóstico por Radiologia	20	56	120	158	140	214
Diagnóstico por Ultrassonografia	120	86	240	316	360	402
Diagnóstico por Endoscopia	390	507	780	913	1.170	1.420
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	171	184	342	100	513	284
Métodos Diagnósticos em Especialidade	60	53	120	100	180	153
Total	761	886	1.602	1.587	2.363	2.473
Tratamento em Oncologia - Quimioterapia	4.800	3.900	9.600	8.570	14.400	12.470
Tratamento em Oncologia - Hormonioterapia	360	558	720	1.097	1.080	1.655
Total do Grupo Quimioterapia (Quimioterapia e Hormonioterapia)	5.160	4.458	10.320	9.667	15.480	14.125
Tratamento em Nefrologia - Sessão Diálise	300	308	600	412	900	720
Terapias Especializadas - Litotripsia	1.140	939	2.280	1.440	3.420	2.379

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO HOSPITALAR – Abr/Dez 2025						
Linha de Contratação	Abril – Junho		Julho - Dezembro		TOTAL	
	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado
Saída Hospitalar						
Clínica Médica	579	716	1.202	1.322	1.781	2.038
Pediatria	0	0	0	3	0	3
Total	579	716	1.202	1.325	1.781	2.041
Saída em Clínica cirúrgica						
Eletivas	1.200	1.417	2.400	2.518	3.600	3.935
Urgências	0	62	0	114	0	176
Total	1.200	1.479	2.400	2.632	3.600	4.111
Hospital - Dia Cirúrgico/Cirurgias Ambulatoriais						
Cirurgia Hospital - Dia	480	264	960	499	1.440	763
Cirurgias Ambulatoriais	0	421	0	769	0	1.190
Total	480	685	960	1.268	1.440	1.953
Urgências / Emergências						
Consultas de Urgência	1.500	2.576	3.000	5.152	4.500	7.728

Quanto aos Indicadores de Qualidade elencados abaixo, o Hospital cumpriu todas as metas estabelecidas, tanto no 1º semestre, quanto no 2º semestre.

Meta	Indicador
Qualidade de Informação	Inserção de dados no Sistema Gestão em Saúde
	Entrega de relatórios de Qualidade/Informações
	Alteração de dados no Sistema Gestão em Saúde - "De/Para"
	Entrega de documentos à CGCSS
	Acompanhamento da CIHDOTT
Humanização e Segurança do Paciente	Pesquisa de Satisfação e Plano Institucional de Humanização (PIH)
	Ouvidoria - Queixas Recebidas/Resolvidas
	Cadastro Notivisa 2.0 e notificação de eventos adversos
Módulos de Regulação - CROSS	Módulo de leitos no sistema CROSS
	Disponibilização de primeiras consultas em Oncologia
	Disponibilização de primeiras consultas e SADTs externos
	Tempo de resposta do NIR às solicitações
Atividade Cirúrgica	Relatório trimestral padrão de Atividade Cirúrgica com suas respectivas pontuações.
Monitoramento de Atividades Seleccionadas	Monitoramento da execução de procedimentos selecionados de acordo com o pactuado
Apresentação de AIH	Diagnóstico Secundário por Especialidade
	Percentual de Registro CEP
	% de AIH Referente às Saídas

b) Exposição sobre a Execução Orçamentária e seus resultados

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - ABRIL A DEZEMBRO 2025		
RECEITAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
REPASSES DO CONTRATO DE GESTÃO	152.530.275,57	3.072.747,60
RECEITAS FINANCEIRAS	758.104,61	0,00
OUTRAS RECEITAS	44.232,91	0,00
TOTAL DAS RECEITAS	153.332.613,09	3.072.747,60
DESPESAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
DESPESAS COM PESSOAL	96.225.823,55	0,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS	25.210.732,71	0,00
MATERIAIS E MEDICAMENTOS	26.593.867,92	0,00
OUTRAS DESPESAS	5.050.581,56	158.392,84
TOTAL DAS DESPESAS	153.081.005,74	158.392,84

c) Custo Unitário Composição Serviços (abril a dezembro/2025)

Em razão do perfil de pacientes acompanhados no Hospital internados para tratamento clínico hematológico (Hemofilia, Leucemia e Linfoma Não Hodgkin), a média de permanência é 08 (oito) dias, com baixa rotatividade no uso dos leitos. Em contrapartida, o valor do consumo de medicamentos agregados (Concentrado de Fator VII, VIII e IX e Complexo Protomínico) nas Unidades de Internação é elevado, em razão do preço médio dos itens.

Composição Serviços	Serviço	Qtde. (média)	Custo Unitário - R\$ (média)
1. Internação - Nº de saídas Clínica Médica	Clínica Médica	84	19.696,20
	Hematologia (HTESP)	134	30.003,20
	Tratamento TMO (HTESP)	11	76.611,40
2. Internação - Nº de saídas Clínica Cirúrgica	Clínica Cirúrgica / Ginecologia	424	13.375,51
	Neurocirurgia (HTESP)	29	40.010,76
	Transplantes Córneas	2	5.831,40
3. SADT / EXTERNO - Nº de Exames SADT/ Externo	Exames SADT/ Externo	201	1.526,24

d) Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs) (abril a dezembro/2025)

O Hospital possui Ambulatório Médico especializado que, em virtude do perfil de paciente atendido e tratamento oferecido, demanda vários Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, como: exames e procedimentos de Hemodinâmica para tratamentos neurológicos; Endoscopia com inserção de dispositivos para ligadura elástica; Hemodiálise; Litotripsia; Laboratório de Anatomia Patológica e Citológica; e Quimioterapia para tratamento hematológico.

SADTs	Serviço	Qtde. Prod. (média)	Custo Unitário - R\$ (média)
1. Tratamentos Clínicos	Terapias Especializadas - Litotripsia	264	2.461,18
	Tratamento em Oncologia - Sessão de Quimioterapia Hematologia (HTESP)	1.389	1.045,40
	Tratamento em Nefrologia - Sessão de Diálise	80	1.527,39

e) Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços de PS / Ambulatório / Hospital Dia / Cuidados Paliativos (abril a dezembro/2025)

Serviço		Qtde. Prod. (média)	Custo Unitário c/ Mat/Med e c/ Exame - R\$ (média)
1. Pronto Socorro (Atendimentos)	Pronto Socorro Geral	859	994,94
2. Ambulatório (Consultas / Sessões)	Ambulatório - Consultas Médicas	8.797	450,75
	Ambulatório - Consultas Não Médicas / Sessões	2.892	119,03
3. Hospital Dia (Pacientes)	Hospital Dia Hematologia (HTESP)	1.102	375,49

f) Rateio Administrativo

A SPDM realiza o rateio de despesas administrativas em conformidade com as Resoluções SS 107/2019 e SS 138/2025, e destaca que os critérios adotados pela Entidade são divulgados em sua Política para Rateio dos Custos da Estrutura Administrativa da SPDM, aprovada em 26 de agosto de 2023. A relação das despesas objeto de rateio são encaminhadas anualmente à CGCSS, demonstrando o valor pago por cada unidade pública estadual sob contrato de gestão, contendo a finalidade de cada despesa, valor, data de pagamento, favorecido e documento fiscal comprobatório. Os comprovantes dessas despesas são encaminhados ao órgão contratante, munido de toda a

documentação fiscal comprobatória. As métricas e percentuais de rateio são calculados em conformidade com a Política de Rateio da SPDM e divulgadas para os todos os órgãos de fiscalização e controle, incluindo o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

9. Considerações Finais

De Abril a Dezembro/2025, com o empenho da gestão técnica-administrativa-financeira, após renovação do contrato de gestão junto a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e reajuste financeiro, foi possível equilíbrio das contas. A unidade teve um resultado financeiro positivo, no montante de R\$ 3.165.962,11 (Três milhões, cento e sessenta e cinco mil, novecentos e sessenta e dois reais e onze centavos). Esse montante refere-se a verba de investimento que será utilizada para a aquisição de 60 monitores multiparamétricos.

O Hospital cumpriu integralmente todas as metas dos Indicadores de Qualidade nos dois semestres avaliados, demonstrando consistência nos processos assistenciais, administrativos e de regulação, com foco na qualidade da informação, segurança do paciente, humanização e monitoramento das atividades pactuadas.

O perfil assistencial, voltado a pacientes hematológicos de alta complexidade, impacta a média de permanência e os custos unitários das internações — especialmente em Hematologia e TMO — em função do uso de medicamentos de alto custo, com valores compatíveis à complexidade do cuidado prestado. Os custos dos SADTs refletem a diversidade e a intensidade dos procedimentos necessários, enquanto os serviços de Pronto Socorro, Ambulatório e Hospital Dia apresentam elevada produtividade e controle de custos, destacando-se o Hospital Dia como estratégia eficiente de otimização de recursos.

Esses resultados fortalecem o processo de recertificação institucional: o Hospital foi novamente auditado e recebeu o certificado ONA Nível III (Acreditado com Excelência), concedido pelo Instituto Qualisa de Gestão, além de passar por recertificação ISO, validando os processos nas normas ISO 9001, ISO 14001, ISO 50001 e ISO 45001 pela certificadora TÜV NORD Brasil. O desempenho consolidado evidencia equilíbrio entre qualidade assistencial, eficiência operacional e sustentabilidade.

Relatório elaborado em: 22/05/2026

Dr. Otávio Monteiro Becker Junior
Diretor Técnico