

HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI



Relatório de Atividades Janeiro a Março 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, Itaquaquetuba, Juquitiba, 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 Zerbini 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 inclui 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 Sepsis – parceria com a equipe do Protocolo Sepsis institucional.
- ✓ Análise mensal dos óbitos relacionados à Sepsis – parceria com a equipe do Protocolo Sepsis institucional.
- ✓ Treinamento do Protocolo Sepsis 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.

SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

ARRAIÁ

DA SEGURANÇA DO PACIENTE

2025

**31/07
01/08**

CONVIDAMOS VOCÊ A PARTICIPAR
DO NOSSO ARRAIAL DA SEGURANÇA
DO PACIENTE, TEREMOS:

- Barracas temáticas das Metas de Segurança

**9:00 - 11:00
14:00 - 16:00
20:00 - 22:00**

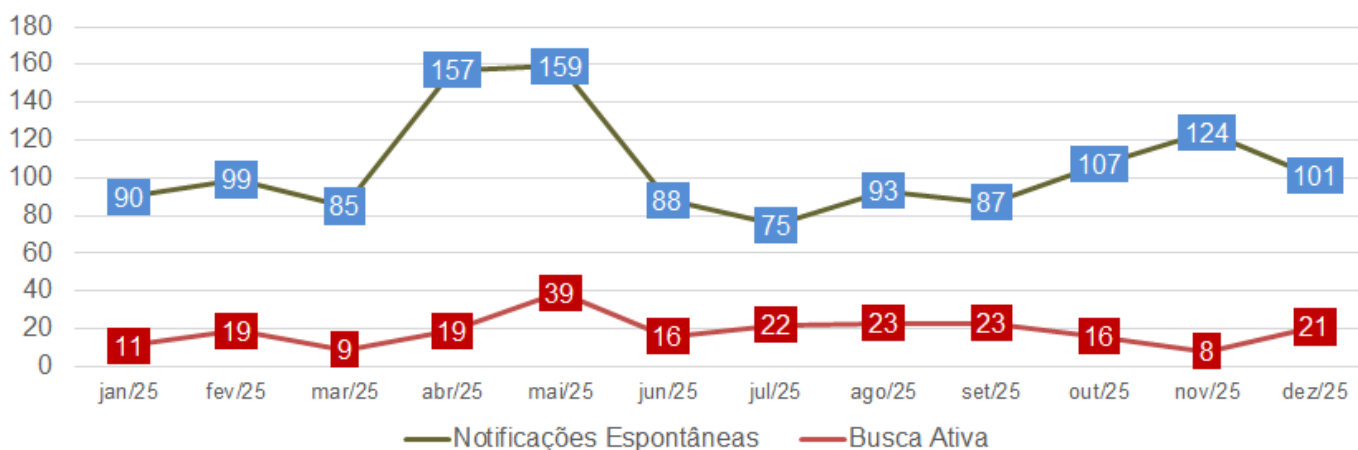
LOCAL: ANFITEATRO

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.

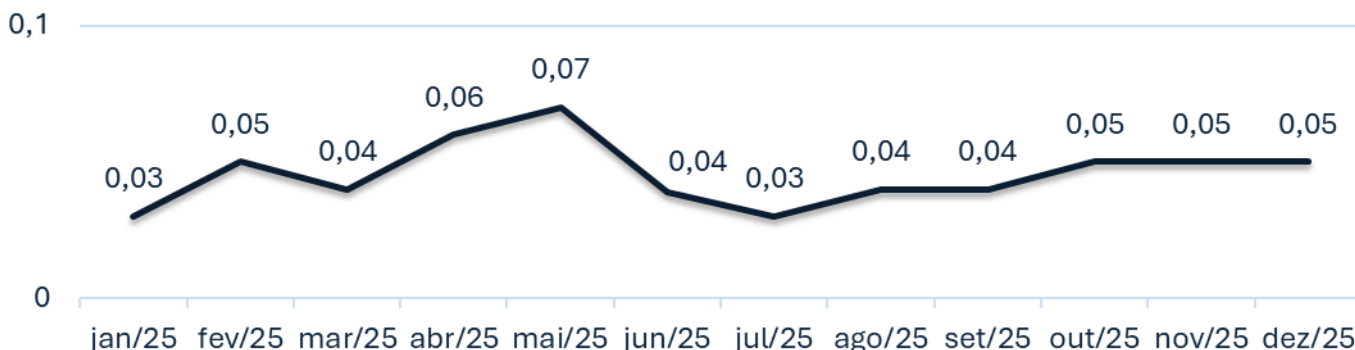
Sistema de Notificações de Incidentes e Aprendizado (SNA)

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*



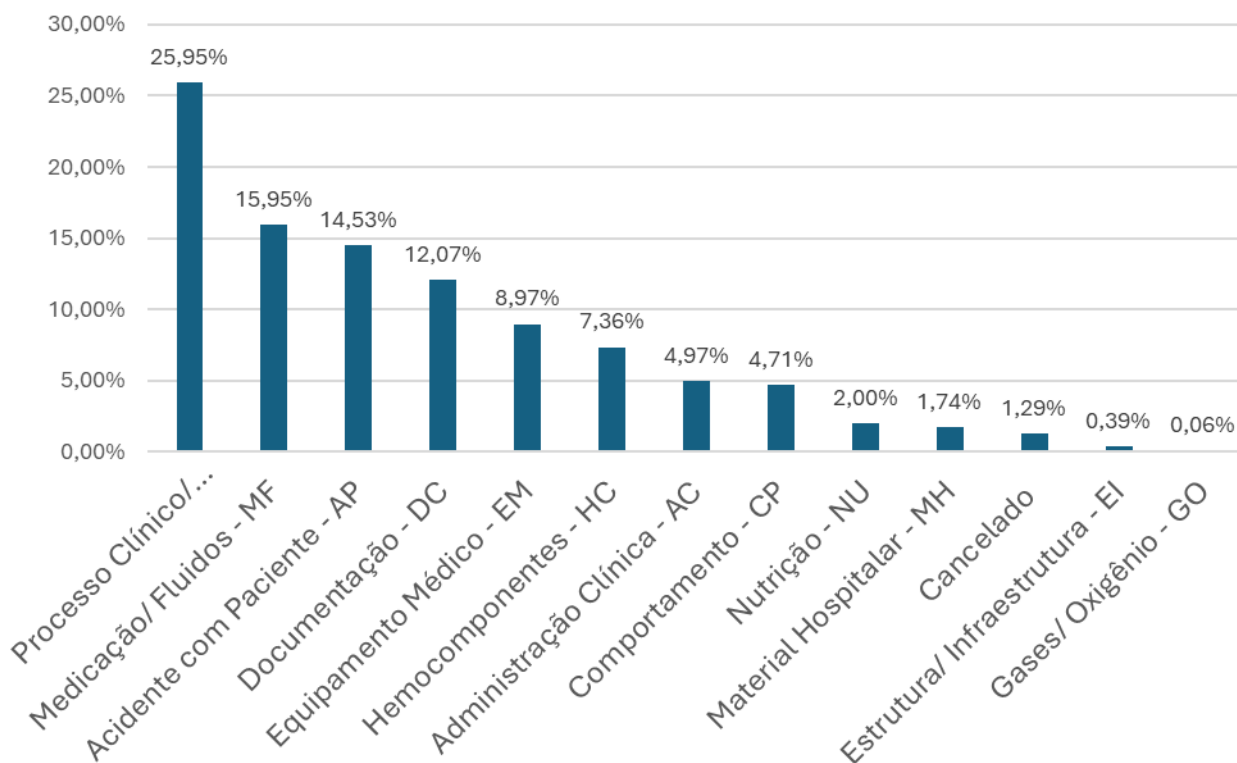
* Taxa de incidentes notificados: incidentes notificados/pacientes-dia;

As equipes assistenciais, incluindo a supervisão de enfermagem e setores parceiros como a SCIH, 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.

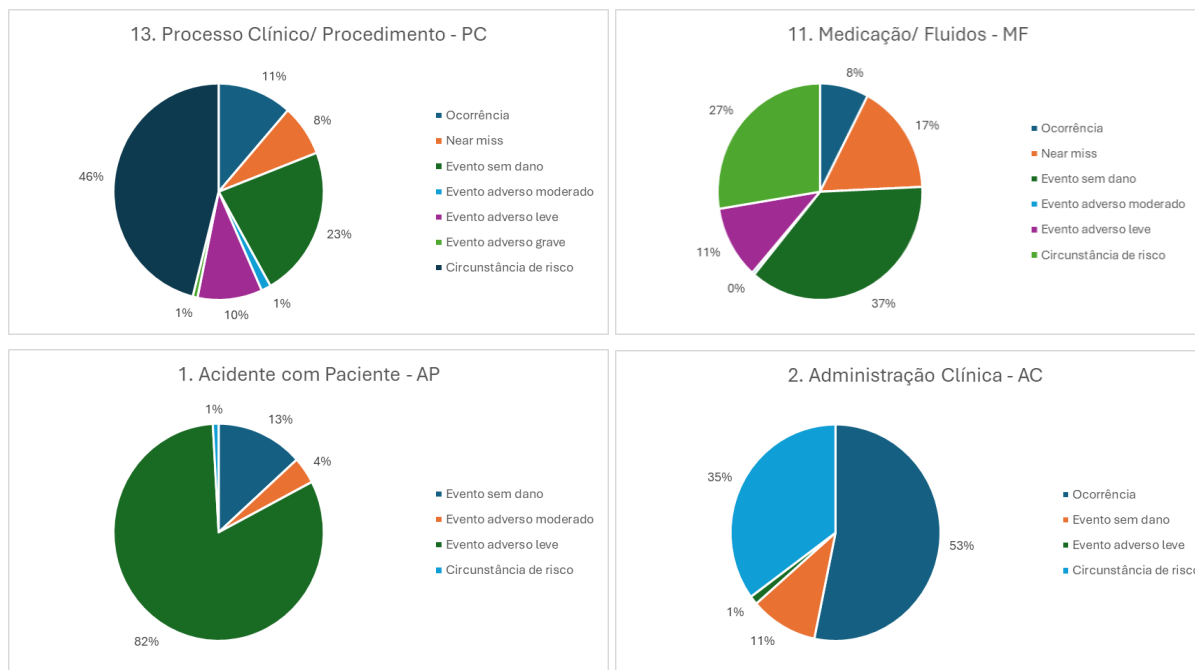
Quando ocorrem eventos sentinelas, estes são analisados aplicando Protocolo de Londres e trazidos à discussão posterior na reunião do NSP.

Tipos de incidentes - 2025



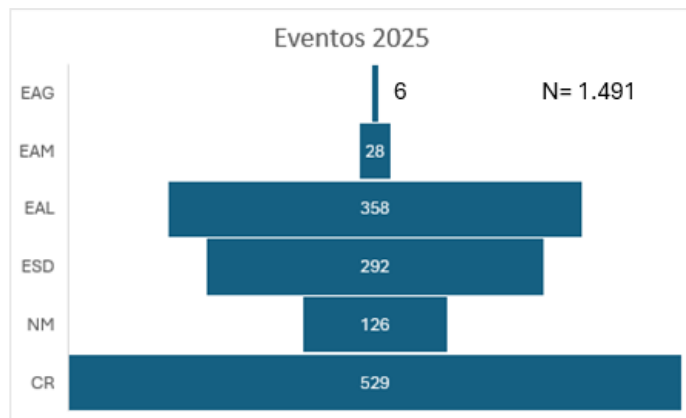
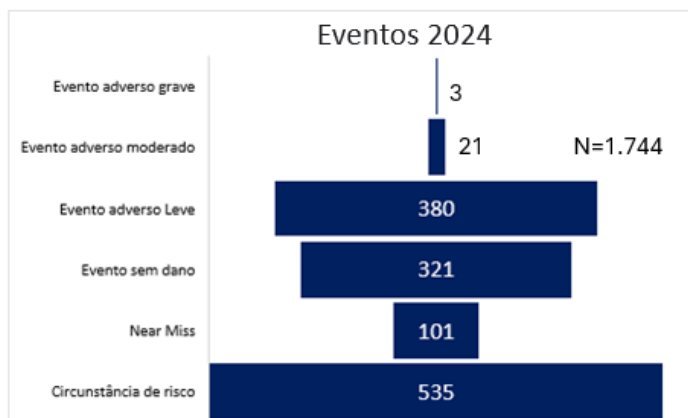
Quanto a classificação de eventos, processo clínico/procedimentos (26%), medicação/fluidos (16%) e acidente com paciente (14%) são os mais frequentes.

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.

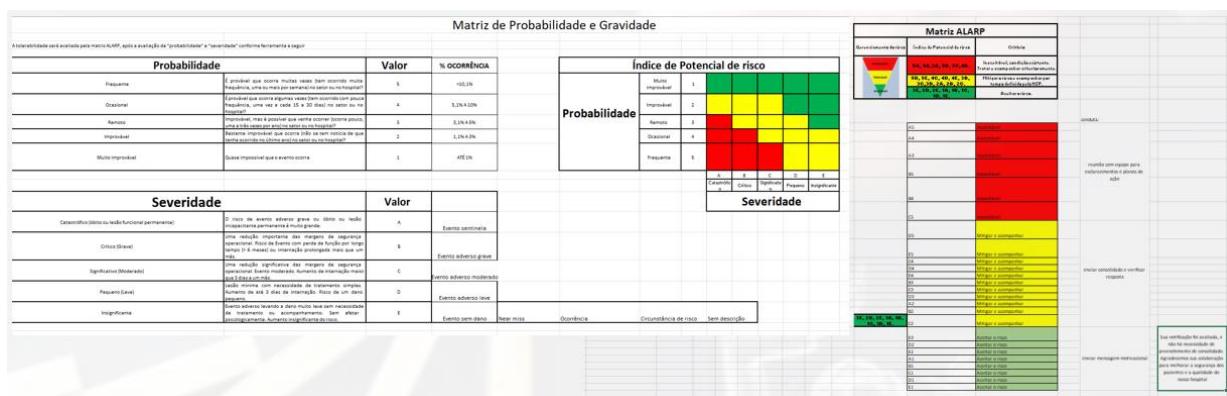


Em relação aos desfechos dos eventos, destaca-se uma aproximação maior à Pirâmide de Frank Bird, com o aumento de gradual de Near Miss ou Quase eventos.

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



Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
Evento Sentinela	Probabilidade %	contag prob.	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.

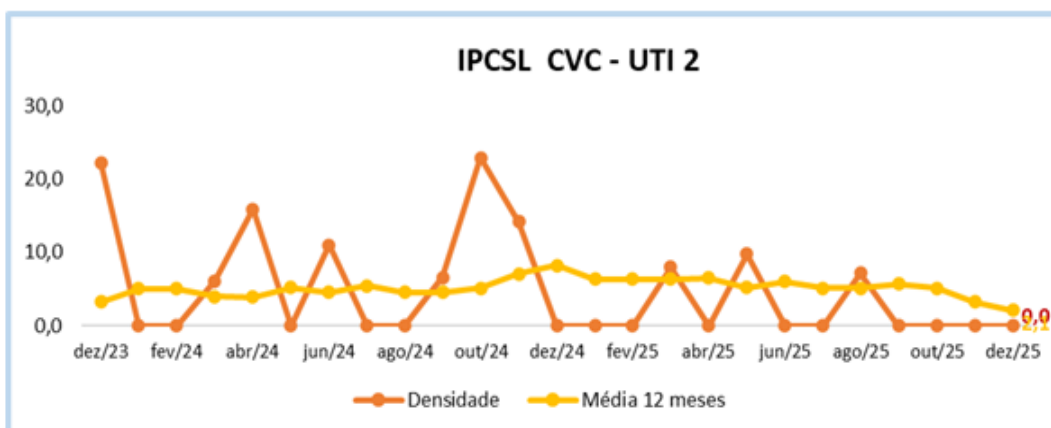
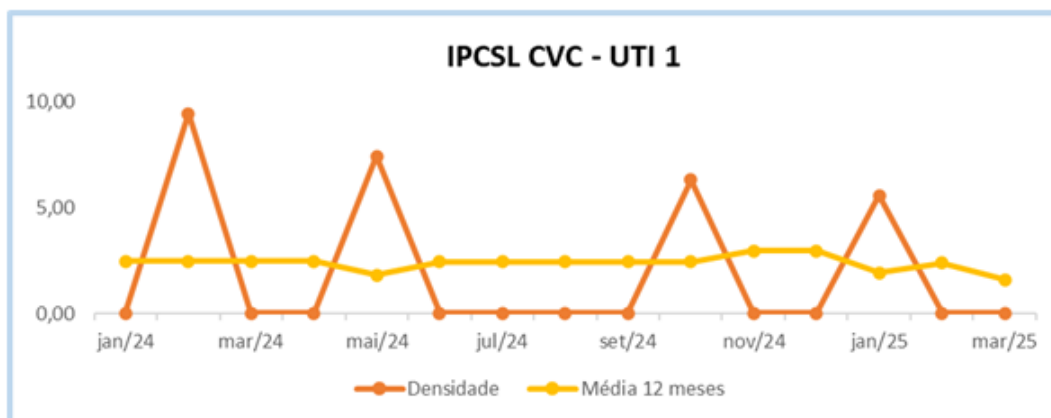
d) Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica

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.

Infecção corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (janeiro – março 2025)



A análise do primeiro trimestre de 2025 evidencia comportamento favorável do indicador de infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central em ambas as unidades de terapia intensiva, quando comparado ao mesmo período de 2024, com manutenção das densidades em patamares compatíveis com as metas institucionais estabelecidas.

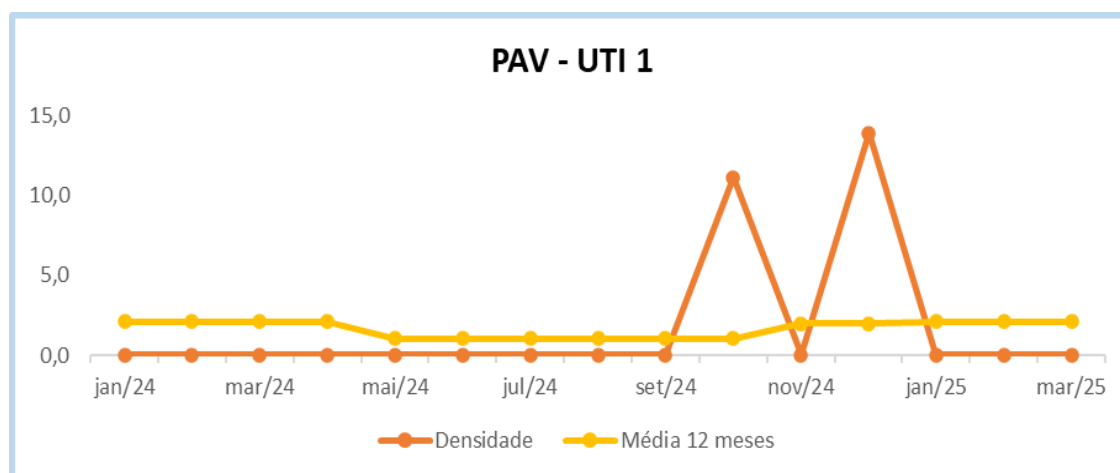
Na UTI 1, observou-se ocorrência de densidade elevada de forma pontual no mês de janeiro de 2025, seguida por dois meses consecutivos sem registro de infecção. Esse padrão resultou em densidade média trimestral inferior ao limite preconizado para a unidade (3,1), demonstrando controle do risco infeccioso ao longo do período. A média móvel de 12 meses manteve trajetória descendente, atingindo valores próximos a 2,0 ao final de março de 2025, o que reforça tendência sustentada de melhoria do desempenho assistencial. Quando comparado ao primeiro trimestre de 2024, verifica-se cenário semelhante quanto à ocorrência de eventos isolados, porém com média móvel em patamar mais elevado naquele período e menor estabilidade ao longo dos meses subsequentes. Em 2025, a rápida redução da densidade após o episódio inicial e a manutenção de meses consecutivos com indicador zerado, mesmo diante de exposição ao dispositivo, traduzem maior maturidade do processo de cuidado, adesão às medidas de prevenção e governabilidade do indicador.

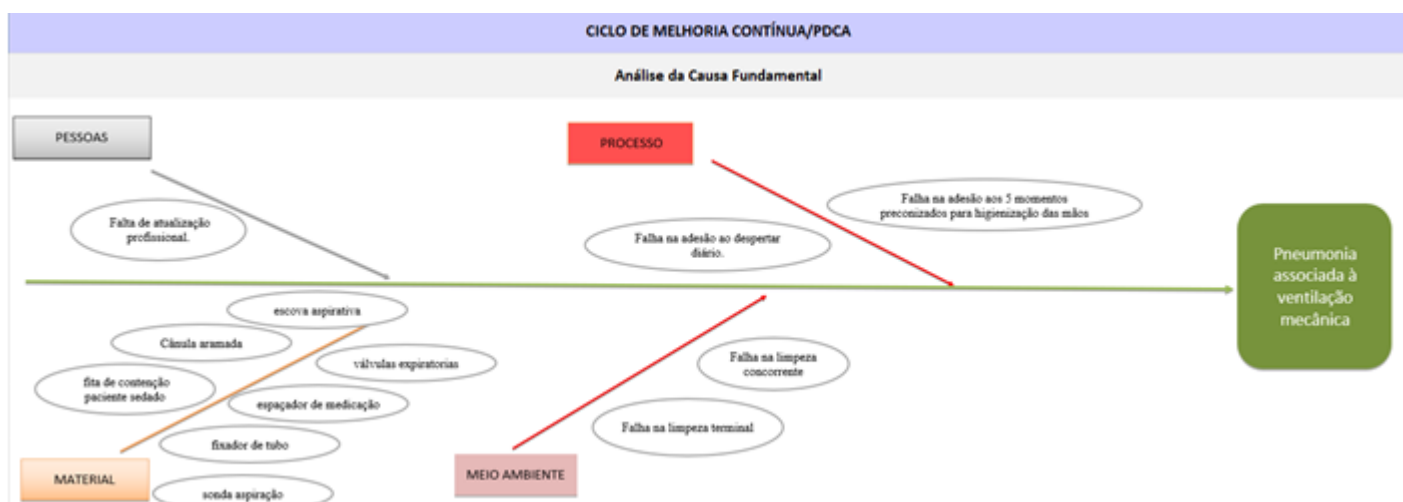
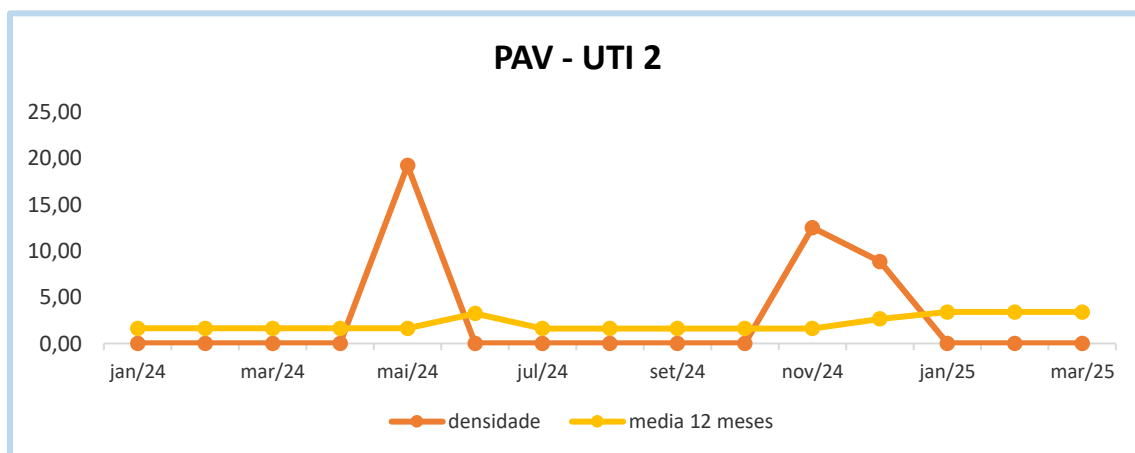
Na UTI 2, o comportamento do indicador no primeiro trimestre de 2025 também se manteve dentro do limite da meta institucional estabelecida para a unidade (5,8), com registro de densidade apenas no início do período e ausência de novos episódios nos meses subsequentes. Observa-se redução consistente da média móvel de 12 meses ao longo do trimestre, com aproximação de valores em torno de 2,0 ao final de março, indicando mudança de patamar do perfil epidemiológico e consolidação das práticas de prevenção. Em comparação ao mesmo intervalo de 2024, a unidade apresentava maior variabilidade do indicador, com picos mais expressivos ao longo do ano e média móvel em níveis superiores, refletindo contexto de maior instabilidade do processo assistencial. O desempenho observado em 2025, caracterizado por evento isolado, ausência de recorrência e queda progressiva da média móvel, demonstra efetividade das ações implementadas e maior estabilidade do cuidado relacionado ao manejo do cateter venoso central.

Do ponto de vista gerencial, os resultados do primeiro trimestre de 2025 indicam que ambas as unidades iniciaram o ano com desempenho compatível com os parâmetros institucionais de qualidade e segurança, com manutenção das densidades abaixo das metas estabelecidas, redução da média móvel anual e ausência de padrão de aumento sustentado do indicador. A ocorrência pontual de casos, sem formação de tendência e com retorno imediato a níveis de controle, reforça a governabilidade do processo e a capacidade de resposta das equipes assistenciais.

Em síntese, o período de janeiro a março de 2025 caracteriza cenário epidemiológico mais estável e favorável quando comparado ao mesmo período de 2024, com consolidação das práticas relacionadas ao bundle de prevenção de IPCS-CVC, redução do risco infeccioso e alinhamento aos objetivos estratégicos institucionais para as duas unidades de terapia intensiva.

Densidade de incidência de infecção associada a ventilação mecânica





A análise do primeiro trimestre de 2025 demonstra cenário epidemiológico favorável para pneumonia associada à ventilação mecânica em ambas as unidades de terapia intensiva, com manutenção das densidades em patamares compatíveis com as metas institucionais estabelecidas e melhora em relação ao mesmo período de 2024.

Na UTI 1, não houve registro de casos de PAV entre janeiro e março de 2025, mantendo a densidade mensal zerada durante todo o trimestre. Esse resultado posiciona o indicador de forma consistente abaixo da meta institucional definida para a unidade (1,3), evidenciando elevado grau de controle do risco infeccioso. Observa-se, adicionalmente, tendência de redução da média móvel de 12 meses ao longo do período, refletindo o impacto positivo da ausência de novos episódios após os picos observados no último trimestre de 2024. Quando comparado ao mesmo intervalo de 2024, verifica-se manutenção de desempenho semelhante naquele momento, também com ausência de casos; entretanto, naquele ano o comportamento subsequente do indicador foi marcado por elevação importante nos meses finais, com repercussão direta na média móvel. Em 2025, a manutenção do indicador zerado no trimestre contribui para a consolidação de trajetória descendente da média anual e sinaliza maior estabilidade dos processos assistenciais relacionados à ventilação mecânica, incluindo adesão às medidas do bundle de prevenção.

Na UTI 2, o primeiro trimestre de 2025 também transcorreu sem registro de casos de PAV, mantendo densidade zero nos três meses analisados e, portanto, desempenho plenamente aderente à meta institucional de 3,1. Observa-se redução progressiva da média móvel de 12 meses ao longo do período, evidenciando mudança consistente de patamar quando comparado ao comportamento apresentado em 2024. No mesmo trimestre do ano anterior, a unidade apresentava densidade igualmente zerada; contudo, ao longo de 2024 ocorreram picos expressivos do indicador, com impacto negativo sobre a média anual e maior variabilidade do processo assistencial. Em 2025, a ausência de novos episódios no início do ano contribui para a queda sustentada da média móvel e reforça a efetividade das ações implementadas para prevenção de PAV.

Sob a perspectiva gerencial, os resultados do período indicam elevado nível de governabilidade do indicador nas duas unidades, com manutenção das densidades em zero mesmo diante da continuidade da exposição ao suporte ventilatório, o que afasta a possibilidade de

melhora artificial relacionada à redução do denominador. A ausência de recorrência de casos, associada à redução da média móvel anual, traduz maturidade das práticas assistenciais, adesão às medidas de prevenção, estabilidade do processo de cuidado e alinhamento aos objetivos institucionais de segurança do paciente.

Em síntese, o primeiro trimestre de 2025 caracteriza início de ano com desempenho superior do ponto de vista epidemiológico para PAV nas UTIs 1 e 2, com manutenção dos indicadores abaixo das metas estabelecidas, redução consistente da média móvel de 12 meses e consolidação de um cenário de maior controle do risco infeccioso quando comparado ao comportamento observado ao longo de 2024.

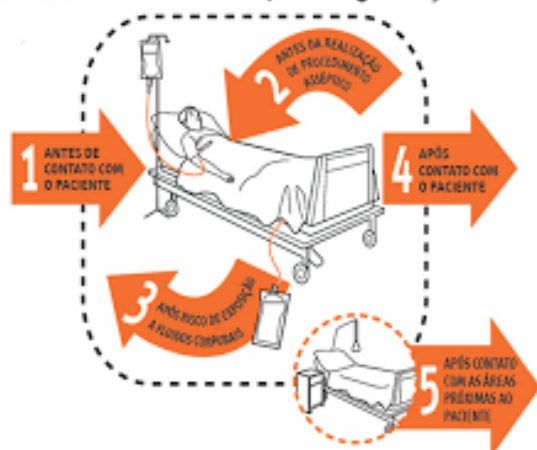
1) Adesão à Higiene de Mãos

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.

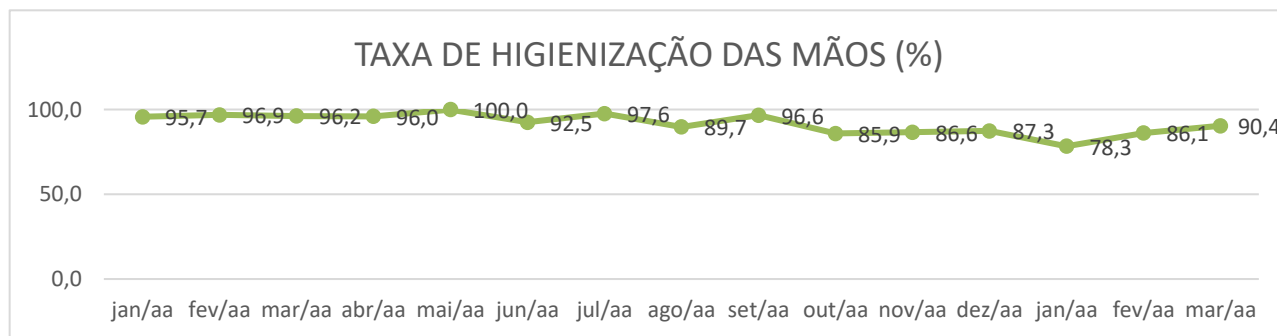
Estudos sobre o tema mostram que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é baixa, devendo ser estimulada e conscientizada entre os profissionais de saúde. Torna-se imprescindível reformular esta prática nos serviços de saúde na tentativa 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.

QUANDO? Seus 5 momentos para a higienização das mãos



Taxa de adesão à higiene de mãos (%) período janeiro a março 2025



A análise da adesão à higienização das mãos no primeiro trimestre de 2025 revela um cenário de recuperação gradual. O período iniciou com desempenho abaixo da meta institucional de 85%, registrando 78,3% em janeiro — uma queda significativa em comparação aos 95,7% do mesmo mês em 2024. No entanto, houve uma resposta institucional rápida: em fevereiro, o índice subiu para 86,1% e, em março,

atingiu 90,4%, consolidando a tendência de alta acima da meta estabelecida.

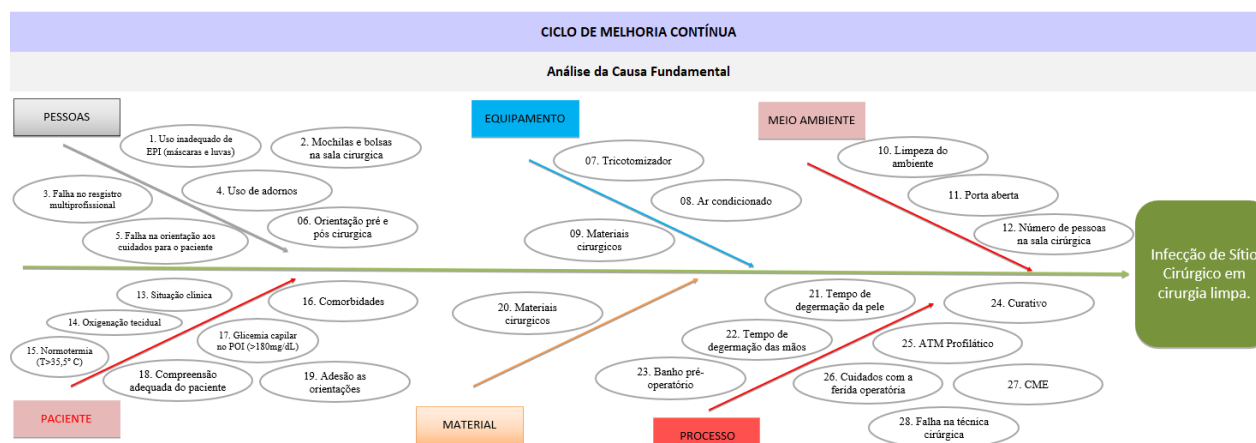
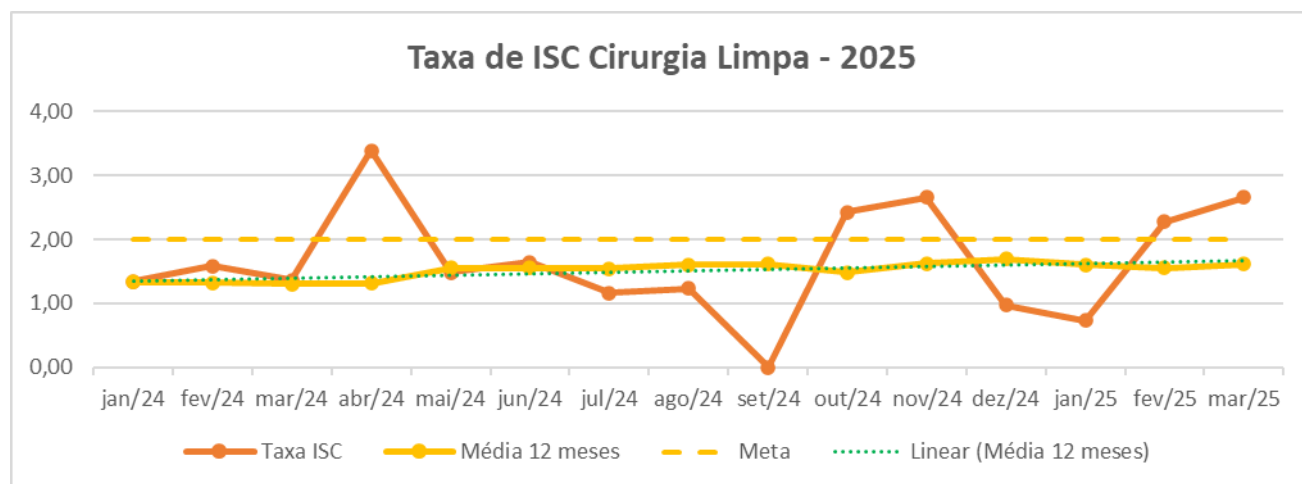
Embora os resultados atuais ainda não tenham alcançado o patamar de excelência de 2024 (que se manteve consistentemente acima de 95%), a robustez das auditorias realizadas em 2025, especialmente em março, válida a consistência dessa melhora. Em suma, o trimestre demonstra que, após um recuo inicial, as estratégias de monitoramento e feedback estão sendo eficazes para realinhar a instituição aos seus objetivos de segurança assistencial e retomar os níveis históricos de conformidade.

2) 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 primeiro trimestre de 2025, a taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas apresentou comportamento próximo ao limite da meta institucional de 2%. Em janeiro, o indicador manteve-se em conformidade; entretanto, houve elevação em fevereiro e março, com valores acima do preconizado. Apesar dessas oscilações pontuais, a média móvel de 12 meses permaneceu estável e abaixo da meta durante todo o período, sem evidência de mudança sustentada do perfil epidemiológico. Em comparação ao mesmo trimestre de 2024, observa-se desempenho semelhante em janeiro e março, porém com resultado menos favorável em fevereiro. Do ponto de vista gerencial, o cenário indica manutenção do controle global do indicador, com necessidade de atenção aos meses em não conformidade para evitar tendência de elevação e garantir a continuidade dos resultados dentro dos parâmetros institucionais.

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 janeiro a março/2025 foram realizados 1962 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 janeiro a março/2025 foram registradas 150 ações, sendo 22 concluídas e 128 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:

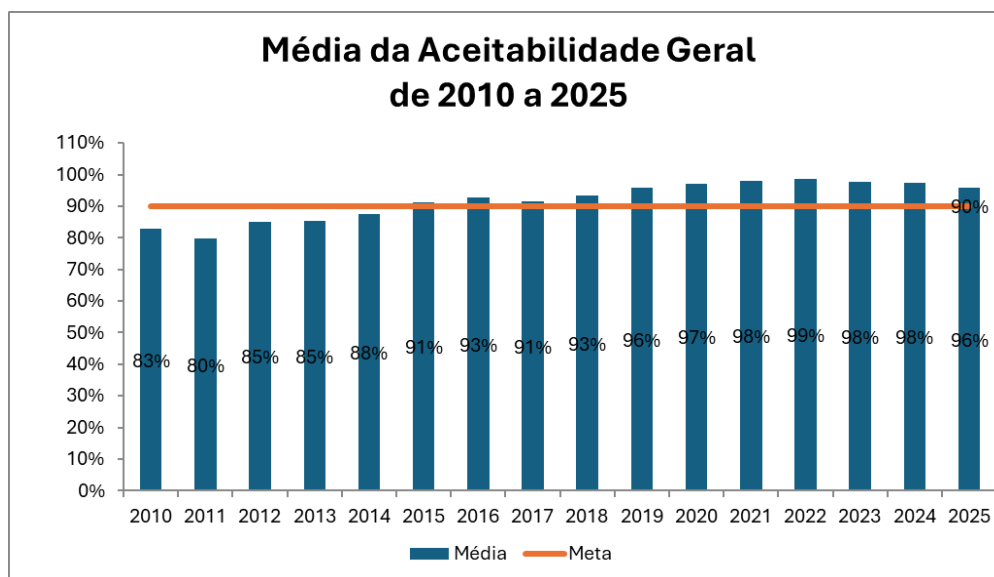
Com o objetivo central de promover uma cultura de atendimento humanizado e centrado na pessoa em todas as áreas da instituição de saúde, a Comissão de Humanização trabalhou durante o ano de 2025 o desenvolvimento e implementação de políticas, programas de treinamento e práticas que enfatizem o bem-estar 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 à 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:

Conscientização sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Dia Mundial da Educação Ambiental

ODS 04 – Educação de Qualidade

No dia 26 de janeiro é celebrado o Dia Mundial da Educação Ambiental, os colaboradores foram conscientizados para a preservação do meio ambiente e no reconhecimento da importância da sustentabilidade.

“Você vai utilizar o copo descartável?”

ODS 12 – Consumo e Produção Responsáveis

ODS 14 – Vida na Água

No dia 21 de fevereiro o hospital realizou a sensibilização dos colaboradores a respeito do consumo de copos descartáveis e o impacto causado no meio ambiente.

Dia Nacional da Conscientização sobre Mudanças Climáticas

ODS 13 – Ação Contra a Mudança Global do Clima

No dia 16 de março é celebrado o Dia Nacional da Conscientização sobre Mudanças Climáticas, os colaboradores foram conscientizados sobre as consequências das mudanças climáticas e as ações que podem ser tomadas para reduzir seus impactos.

Dia Mundial sem Carne

ODS 02 – Fome Zero e Agricultura Sustentável

ODS 13 – Ação Contra a Mudança Global do Clima

No dia 20 de março é celebrado o Dia Mundial sem Carne, os colaboradores foram conscientizados sobre o tema e o impacto que o consumo de carne pode causar no meio ambiente e a UAN serviu um cardápio para os colaboradores sem adição de carne, mantendo apenas os derivados animais.

Dia Mundial da Água

ODS 06 – Água Potável e Saneamento

No dia 22 de março é celebrado o Dia Mundial da Água, os colaboradores foram conscientizados sobre medidas de redução de consumo, considerando a importância de proteger esse recurso tão essencial à vida do planeta.

7. Recursos Financeiros

a) Repasses financeiros envolvidos no período de janeiro a março de 2025:

CNPJ nº 61.699.567/0024-89 Origem dos Recursos	Natureza e Tipo de Verba	Valor Global (R\$)
TA 4º - Processo SEI nº: 024.00049502/2023-56	Custeio - Verba Estadual	46.751.120,40
COMPLEMENTO DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM	Custeio - Verba Estadual	636,66
TOTAL		46.751.757,06

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 – Jan/Mar - 2025		
Linha de Contratação	Janeiro - Março	
	Contratado	Realizado
Consultas Médicas		
Primeiras Consultas na Rede	4.035	2.755
Interconsultas	2.544	2.685
Consultas Subsequentes	16.395	19.987
Total	22.974	25.427
Consultas Não Médicas		
Consultas Subsequentes	5.220	7.314
Total	5.220	7.314
SADT Externo		
Diagnóstico por Radiologia	0	42
Diagnóstico por Ultrassonografia	120	131
Diagnóstico por Endoscopia	360	437
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	135	227
Métodos Diagnósticos em Especialidade	48	47
Total	663	884
Tratamentos Clínicos		
Tratamento em Oncologia - Quimioterapia	4.800	4.597
Tratamento em Oncologia - Hormonioterapia	300	438
Total do Grupo Quimioterapia	5.100	5.035

(Quimioterapia e Hormonioterapia)		
Tratamento em Nefrologia - Sessão Diálise	300	244
Terapias Especializadas - Litotripsia	960	1.065

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO HOSPITALAR – Jan/Mar - 2025		
Linha de Contratação	1º Semestre	
	Contratado	Realizado
Saída Hospitalar		
Clínica Médica	534	586
Pediatria	0	0
Total	534	586
Saída em Clínica cirúrgica		
Eletivas	1.188	1.037
Urgências	0	63
Total	1.188	1.100
Hospital - Dia Cirúrgico/Cirurgias Ambulatoriais		
Cirurgia Hospital - Dia	465	81
Cirurgias Ambulatoriais	0	206
Total	465	287

Urgências / Emergências		
Consultas de Urgência	1.500	2.237

Quanto aos Indicadores de Qualidade elencados abaixo, o Hospital cumpriu todas as metas estabelecidas, de janeiro a março/2025.

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 CIHDOIT
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 - JANEIRO A MARÇO 2025		
RECEITAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
REPASSES DO CONTRATO DE GESTÃO	46.751.757,06	0,00
RECEITAS FINANCEIRAS	109.924,85	0,00
OUTRAS RECEITAS	3.116,47	0,00
TOTAL DAS RECEITAS	46.864.798,38	0,00
DESPESAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
DESPESAS COM PESSOAL	31.029.876,63	0,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS	6.723.761,25	0,00
MATERIAIS E MEDICAMENTOS	7.576.891,21	0,00
OUTRAS DESPESAS	1.485.571,87	80.205,68
TOTAL DAS DESPESAS	46.816.100,96	80.205,68

c) Custo Unitário Composição Serviços (janeiro a março/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 Protombínico) 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	73	25.014,85
	Hematologia (HTESP)	122	34.056,42
	Tratamento TMO (HTESP)	1	422.658,13
2. Internação - Nº de saídas Clínica Cirúrgica	Clínica Cirúrgica / Ginecologia	337	13.919,49
	Neurocirurgia (HTESP)	24	48.943,56
	Transplantes Córneas	5	3.872,17
3. SADT / EXTERNO - Nº de Exames SADT/ Externo	Exames SADT/ Externo	192	1.251,83

d) Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs) (janeiro a março/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	355	362,87
	Tratamento em Oncologia - Sessão de Quimioterapia Hematologia (HTESP)	1.532	990,44
	Tratamento em Nefrologia - Sessão de Diálise	81	1.578,86

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

Serviço		Qtde. Prod. (média)	Custo Unitário c/ Mat/Med e c/ Exame - R\$ (média)
1. Pronto Socorro (Atendimentos)	Pronto Socorro Geral	746	1.193,95
2. Ambulatório (Consultas / Sessões)	Ambulatório - Consultas Médicas	8.328	446,96
	Ambulatório - Consultas Não Médicas / Sessões	2.375	140,67
3. Hospital Dia (Pacientes)	Hospital Dia Hematologia (HTESP)	1.098	745,53

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 Janeiro a Março/2025, apesar do empenho na gestão técnica-administrativa-financeira, a unidade teve um resultado financeiro negativo, no montante de R\$ 31.508,26 (Trinta e um mil, quinhentos e oito reais e vinte e seis centavos).

O Hospital cumpriu integralmente todas as metas dos Indicadores de Qualidade pactuados, abrangendo os eixos de Qualidade da Informação, Humanização e Segurança do Paciente, Regulação (CROSS), Atividade Cirúrgica, Monitoramento de Atividades e Apresentação de AIH.

No período de janeiro a março de 2025, o perfil assistencial foi predominantemente de alta complexidade, com pacientes em tratamento hematológico, resultando em maior tempo médio de permanência e elevado custo assistencial, especialmente devido ao uso de medicamentos de alto custo e procedimentos especializados.

Apesar dos esforços na gestão técnico-administrativa e financeira, a unidade apresentou resultado financeiro negativo de R\$ 31.508,26, impactado principalmente pelo perfil clínico dos pacientes atendidos.

Relatório elaborado em: 22/05/2026

Dr. Otávio Monteiro Becker Junior
Diretor Técnico