

ahfip

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS PRIVADOS

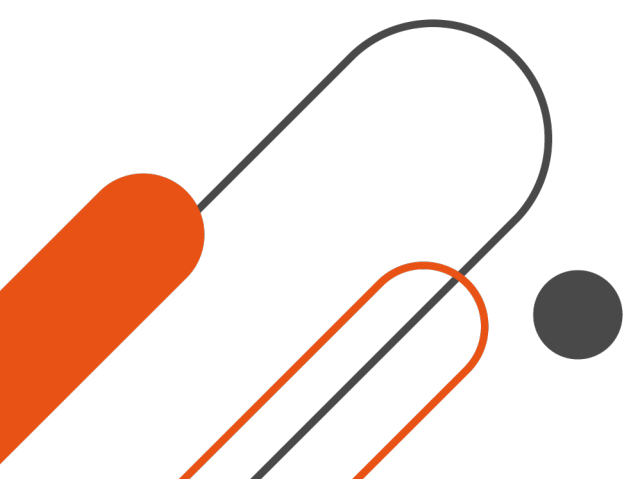
1º EDIÇÃO

PANORAMA AHFIP



Índice

APRESENTAÇÃO	3
METODOLOGIA	4
PANORAMA AHFIP – INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA	5
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL, EM UTI ADULTO	7
TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) EM CIRURGIA LIMPA	8
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO ≥ 2 ADQUIRIDA NO HOSPITAL (EM ADULTOS)	9
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS	10
MÉDIA DE PERMANÊNCIA GERAL	11
MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM UTI	12
RAZÃO DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI (SMR)	13
CONCLUSÃO	14
FICHAS TÉCNICAS	15
LISTA DE ASSOCIADOS	23
INFORMAÇÕES CORPORATIVAS	29





Apresentação

Desde sua criação, em 2024, a Associação dos Hospitais Filantrópicos Privados (Ahfip) adotou a Qualidade e Segurança como um de seus princípios norteadores. Ora, de 50 a 60% dos eventos adversos em hospitais são evitáveis ou passíveis de prevenção⁽¹⁾ - e cada um deles pode comprometer o sucesso do tratamento, a experiência do paciente e a eficiência operacional. Diante de frequentes transformações no mercado de saúde, é preciso manter o paciente no centro das atenções.

O conceito de Qualidade e Segurança, embora amplo, pode ser mensurado e transformado em dados que apontem, com objetividade e clareza, a qualidade dos serviços hospitalares e, acima de tudo, caminhos para uma melhoria do atendimento. Daí nasce o **Panorama Ahfip**, que reúne indicadores transparentes e replicáveis dos hospitais associados, da taxa de infecção em cirurgias limpas ao tempo médio de permanência em Unidade

de Terapia Intensiva (UTI). Mais do que isso, a iniciativa submete esses números a uma validação externa, realizada por meio do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

O primeiro relatório permite avaliar a atuação dos hospitais filantrópicos privados em conjunto. É uma forma de reconhecer processos de excelência, identificar pontos de melhoria e criar metas reais. Ao exibir os próprios indicadores, a Ahfip abre as portas para uma análise objetiva de pacientes, operadoras de saúde e outros públicos. Além disso, faz com que cada hospital associado compartilhe as melhores práticas com os outros, para que todos cresçam e impulsionem os indicadores rumo a objetivos conjuntos estabelecidos.

Os dados serão atualizados a cada seis meses, eventualmente com novos indicadores, o que contribuirá para análises

aprofundadas. Ao longo do tempo, a evolução dos números contará uma história sobre o cuidado com os pacientes, a gestão adequada de recursos e o compromisso com a melhoria contínua. Uma história, aliás, que a Ahfip pretende espalhar para outros atores do segmento - revelando inovações que surtiram resultados positivos e formas de quantificar a Qualidade e Segurança com responsabilidade.

A primeira edição do **Panorama Ahfip** reforça que os hospitais associados possuem padrões de qualidade elevados, alcançando resultados alinhados com as melhores referências do Brasil e do mundo. Mas a maior conquista dessa iniciativa é, a partir da transparência e de evidências confiáveis, convidar o sistema de saúde brasileiro a aperfeiçoar suas práticas, em nome de um melhor cuidado.



Metologia

O **Panorama Ahfip** é resultado de um rigoroso processo de coleta, análise e validação de dados, com o intuito de garantir a veracidade das informações e a confiabilidade do projeto. Um Grupo de Trabalho com lideranças de diferentes hospitais associados foi criado para delinear os indicadores e se certificar de que todos utilizassem os mesmos padrões para o fornecimento de dados, além de garantir o andamento do projeto. O trabalho foi realizado em conjunto com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), uma organização reconhecida por participar de programas de avaliações de qualidade e segurança, com base em requisitos internacionais.

O primeiro relatório traz dados de janeiro a junho de 2025, que foram disponibilizados mensalmente por dez hospitais filantrópicos privados (outras duas organizações passaram a integrar a Ahfip durante a elaboração da iniciativa e serão incluídas na próxima edição). O CBA validou, como organização externa, o processo inteiro, inclusive por meio da conferência das bases de dados primárias - como planilhas e prontuários eletrônicos - e de reuniões presenciais. Ou seja, o **Panorama**

Ahfip traz, de maneira pioneira no Brasil, um processo de validação homogeneizada, que auditou detalhadamente as informações de todos os hospitais.

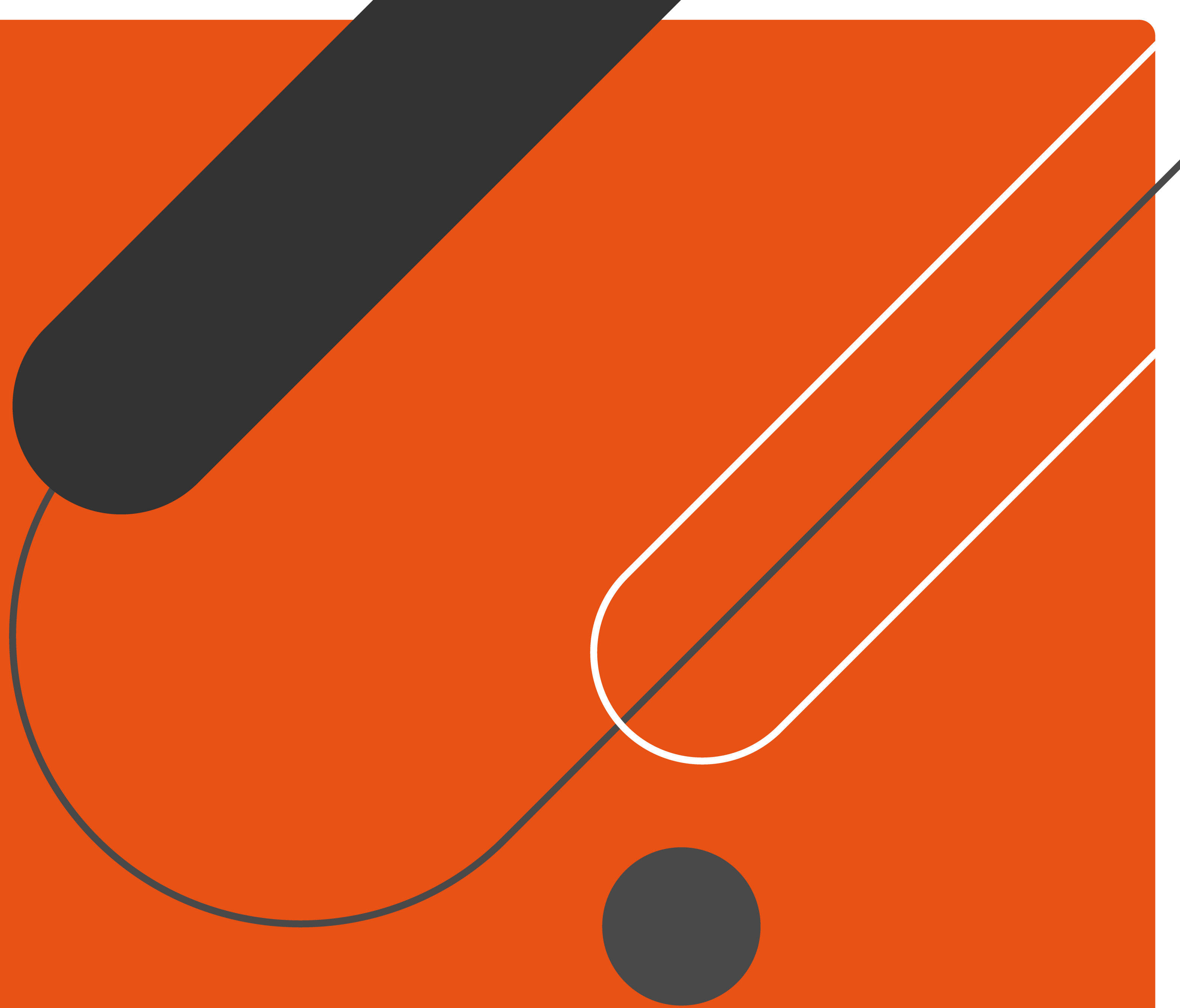
A fórmula de cada indicador foi construída com base em evidências científicas e padrões internacionais (saiba mais na página de cada indicador), o que facilita comparações e aumenta a confiabilidade dos resultados. Foram calculados os valores máximos e mínimos de cada hospital, assim como médias, medianas, desvios padrões e variâncias. A partir daí, os dados foram reunidos para estabelecer os **valores gerais da Ahfip**.

Novas apurações serão realizadas semestralmente, com cada indicador sendo acompanhado ao longo do tempo para mensurar o progresso dos hospitais da Ahfip nessas métricas de Qualidade e Segurança. A evolução dos indicadores ajudará a adotar ações de melhoria dos processos e correções de rumo, com potencial para elevar o padrão de cuidado em cada hospital, e até do sistema de saúde.

ahfip

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS PRIVADOS

Indicadores de Qualidade e Segurança



Em conjunto, os indicadores dos hospitais da Ahfip alcançaram níveis de referências nacionais e internacionais em boas práticas de Qualidade e Segurança. Estas referências permitirão processos de melhoria contínua, com o objetivo de alcançar patamares ainda mais elevados.

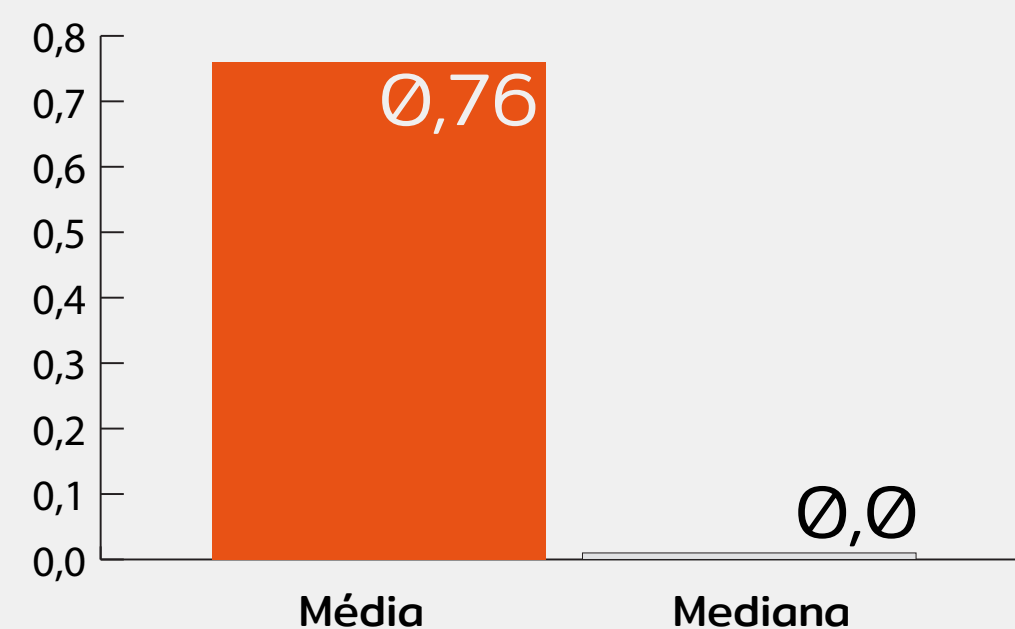
Indicadores	Valores Gerais Ahfip	
	Média	Mediana
Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central, em UTI Adulto	0,76	0,00
Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em Cirurgia Limpa	0,71%	0,65%
Densidade de Incidência de Lesão por Pressão ≥ 2 Adquirida no Hospital (Adulto)	1,17	0,99
Densidade de Incidência de Quedas com Dano em Pacientes Internados	0,41	0,37
Média de Permanência Geral	5,23	5,22
Média de Permanência em UTI	3,85	3,67
SMR - Razão de Mortalidade Padronizada em UTI	0,40	0,45

Indicador

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL, EM UTI ADULTO



Valor geral Ahfip



Fórmula de cálculo

$$= \frac{\text{Número de infecções associadas a CVC no mês}}{\text{Número de CVCs-dia no mês}} \times 1.000$$

Pacientes que necessitam de um cateter venoso central (CVC) estão sob maior risco de infecção. Mais usado em emergências ou em UTIs, esse é um dispositivo instalado em uma grande veia do corpo (geralmente no pescoço ou tórax), onde é possível administrar medicamentos e grandes volumes de líquido - é por meio desse acesso que agentes infecciosos podem acessar a corrente sanguínea.

O indicador revela o **número de infecções na corrente sanguínea associadas a cateteres venosos centrais por mil CVC-dia**, em UTIs de adultos. A equação segue definições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, para facilitar comparações com instituições de diferentes portes e locais.

A complicação pode levar a uma infecção grave, o que

aumenta o tempo de permanência na UTI, os custos hospitalares e, acima de tudo, o risco de morte.

Taxas baixas atestam a qualidade assistencial e a incorporação pela equipe de medidas de prevenção que reduzem o risco de infecções, como higienização correta das mãos, uso de materiais de alta qualidade, equipe treinada para instalação e manutenção do CVC, troca adequada de curativos, desinfecção antes da infusão de medicamentos e o uso de proteção correta no dispositivo durante o banho. Remover o cateter assim que possível é outra medida de segurança.

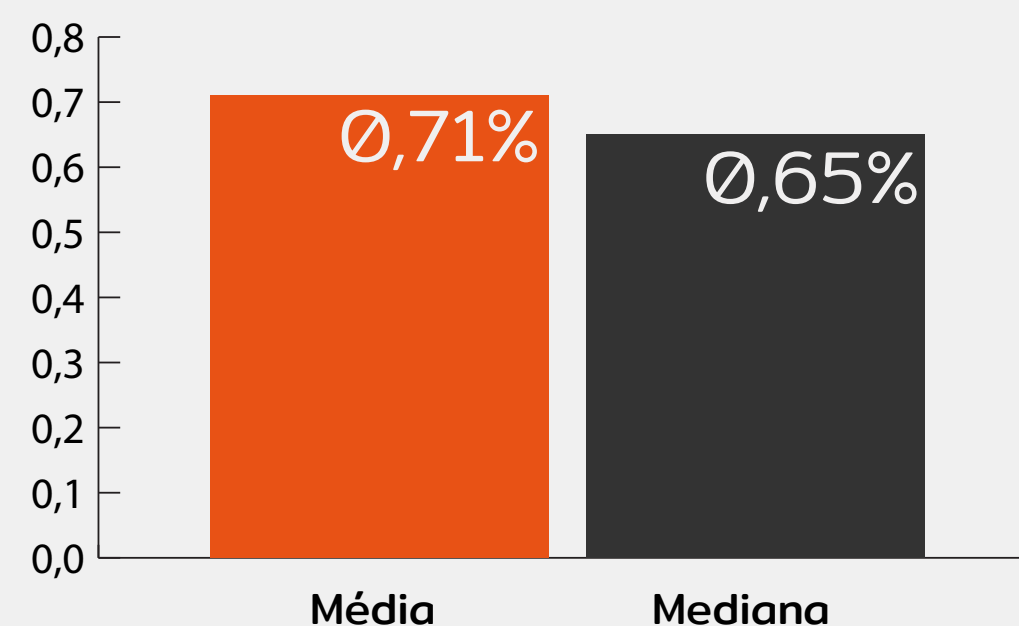
Os pacientes e familiares devem se atentar sobre as boas práticas de prevenção de infecção e reportar aos profissionais entraves que estão presenciando no cuidado.

Indicador

TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) EM CIRURGIA LIMPA



Valor geral Ahfip



Fórmula de cálculo

$$= \frac{\text{Número de ISCs em cirurgia limpa}}{\text{Número de cirurgias limpas}}$$

A infecção de sítio cirúrgico acontece na área do corpo onde foi realizada a operação - e pode atingir desde a pele até tecidos profundos e órgãos. O **indicador considera as “cirurgias limpas”**, ou seja, aquelas onde o risco de contaminação é baixo, como as de cabeça e pescoço. Procedimentos no intestino ou após acidentes, por exemplo, naturalmente expõem o organismo a micro-organismos; portanto, são excluídos da fórmula. O monitoramento inclui infecções durante a internação e mesmo após a alta, por meio de contato com o paciente.

As ISCs estão entre os eventos adversos mais frequentes na assistência à saúde e podem prolongar o tempo de internação, além de aumentar a mortalidade e favorecer outras complicações. Acompanhar esse indicador é uma forma de quantificar a qualidade do cuidado em centros cirúrgicos e, como consequência, adotar medidas para melhorá-lo.

Para reduzir o risco de infecções, as instituições devem realizar treinamento contínuo da equipe, implementar protocolos de higiene e de uso adequado de materiais, tecnologias e medicamentos (como uso profilático de antibióticos, quando indicado). O preparo do paciente e o acompanhamento pós-cirúrgico, inclusive com orientação correta sobre os curativos, também contribuem para melhores resultados.

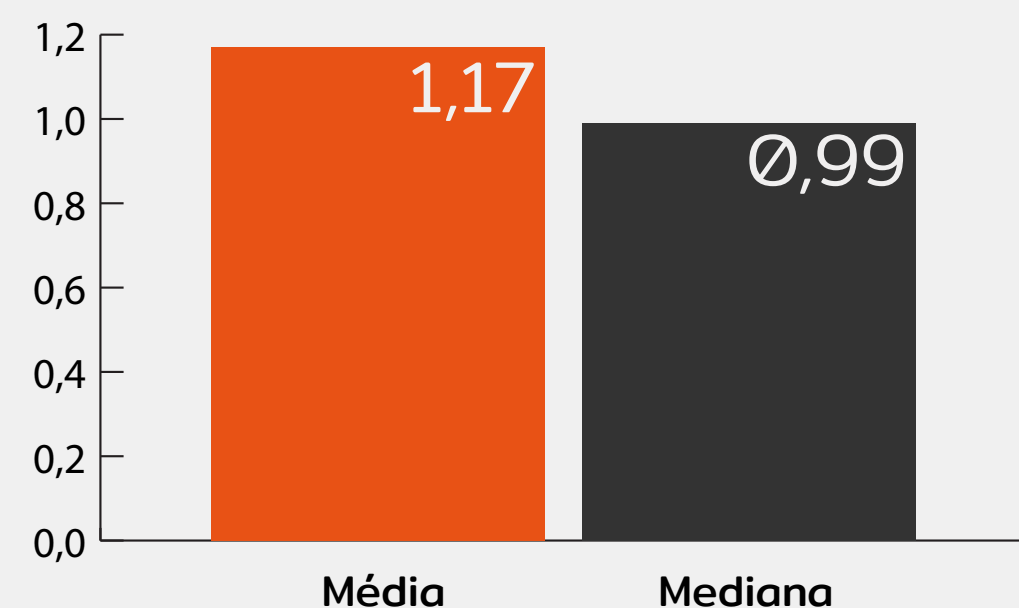
Aos pacientes e familiares, cabe manter doenças crônicas, como o diabetes, sob controle e interromper o tabagismo, além de seguir as recomendações dos profissionais, que vão do uso de medicamentos ao manejo da lesão. Dor intensa, vermelhidão e secreção na ferida exigem atenção imediata.

Indicador

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO ≥ 2 ADQUIRIDA NO HOSPITAL (EM ADULTOS)



Valor geral Ahfip



Fórmula de cálculo

$$= \frac{\text{Número de casos de lesão por pressão } \geq 2 \text{ desenvolvidas no hospital por mês}}{\text{Número de pacientes-dia por mês}} \times 1.000$$

As lesões por pressão (LPP) são feridas que surgem quando o indivíduo permanece imóvel por longos períodos, o que comprime partes específicas do corpo e compromete a circulação de sangue. É uma ocorrência mais frequente em pacientes acamados e idosos frágeis. Enquanto as lesões de estágio 1 só atingem a camada externa da pele, as de 2, 3 e 4 - incluídas nesse indicador - afetam tecidos mais profundos e exigem cuidados específicos.

Esse indicador mostra a **quantidade de lesões por pressão de estágio igual ou maior a 2 por mil pacientes adultos-dia**. O cálculo é padronizado dessa forma para facilitar comparações entre diferentes organizações, e está entre os mais usados para avaliar processos assistenciais durante a internação. Isso porque esses eventos ampliam o tempo de internação, aumentam os custos hospitalares, geram complicações secundárias e, acima de tudo, refletem falhas evitáveis no atendimento.

Para reduzir a frequência desse problema, as instituições devem estabelecer padrões de avaliação periódica do risco de LPP em cada paciente, considerando fatores como idade, doenças crônicas e uso de certos medicamentos. O cuidado é individualizado, e pode envolver colchões que redistribuem pressão, mudanças de posição frequentes do paciente, cuidados com a pele, nutrição adequada e identificação de lesões em estágios iniciais para adotar as intervenções oportunas, por exemplo.

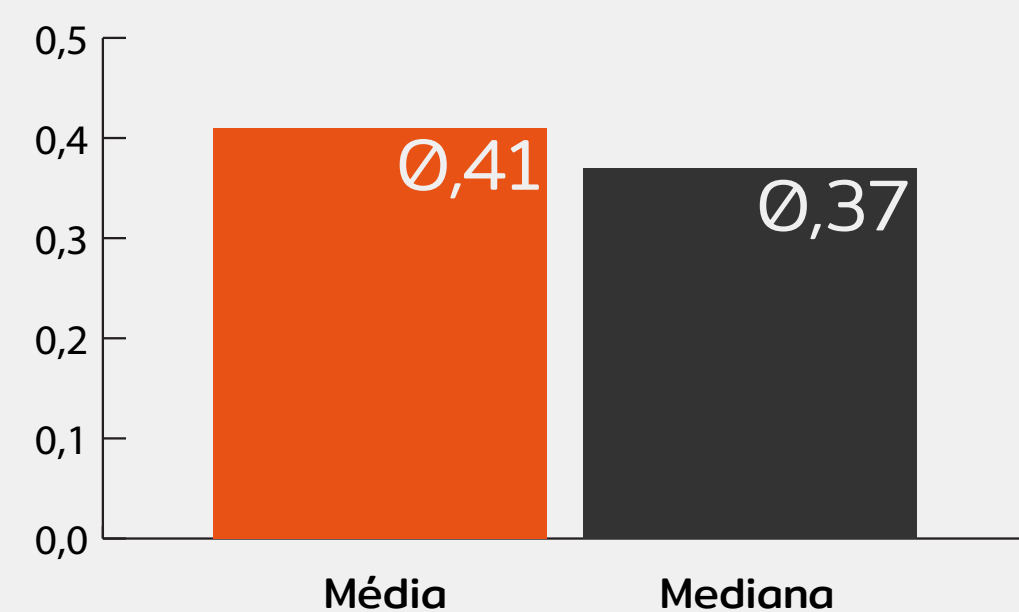
O paciente e os familiares, por sua vez, devem comunicar os profissionais sobre incômodos e presença de feridas e, quando possível, seguir as orientações de se movimentar de tempos em tempos durante a internação. Também é importante notificar a equipe de saúde de forma transparente sobre a presença de doenças e o uso de medicamentos.

Indicador

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS



Valor geral Ahfip



Fórmula de cálculo

$$= \frac{\text{Quantidade de quedas com dano no mês}}{\text{Pacientes-dia no mês}} \times 1.000$$

Quedas são eventos que podem provocar diferentes danos, de escoriações a fraturas. A idade avançada não é o único fator de risco entre pacientes internados. O uso de medicamentos e alterações no nível de consciência, entre outras questões, também favorecem quedas. No mais, certas condições, a exemplo de osteoporose, diabetes e problemas de coagulação, aumentam a probabilidade desses eventos gerarem danos.

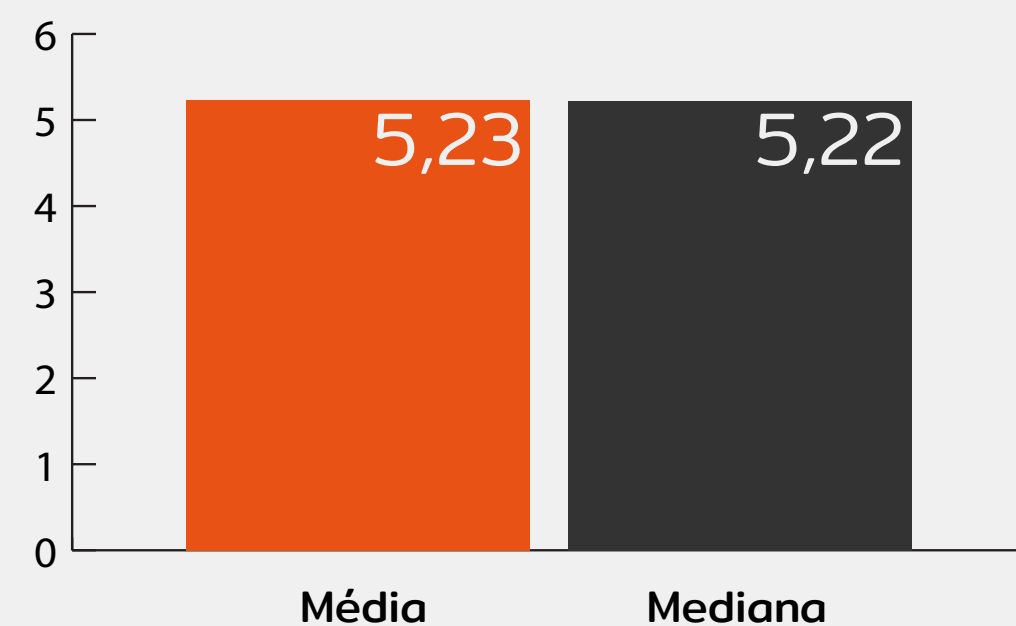
Esse indicador traz o **número de quedas com dano por mil pacientes adultos-dia**, seguindo padrões internacionais que ajudam a comparar as organizações. É bastante empregado por quantificar a efetividade de ações preventivas contra esse evento adverso evitável e, ao mesmo tempo, potencialmente grave, com repercussões em custos hospitalares e tempo de internação.

As instituições de saúde devem, para reduzir o risco de quedas com dano, implementar práticas para avaliar o risco do paciente e para fornecer a ele e a seus familiares informações e cuidados individualizados. O ambiente precisa ser seguro, com pisos antiderrapantes, barras de apoio e iluminação adequada. O monitoramento frequente das pessoas internadas pela equipe de saúde também é essencial.

Por sua vez, pacientes e familiares devem seguir as instruções dos profissionais de saúde, mantendo, por exemplo, as grades do leito elevadas e travadas, quando indicado. Se necessário, recomenda-se buscar auxílio para sair da cama, entre outras atividades. O uso de calçados adequados é outra medida protetiva importante.

Indicador

MÉDIA DE PERMANÊNCIA GERAL

Valor geral
AhfipFórmula
de cálculo

$$= \frac{\text{Número de pacientes-dia no mês}}{\text{Número de saídas do hospital no mês}}$$

Em resumo, o indicador traz o **número médio de dias que os pacientes ocupam um leito em uma instituição**, tanto dentro como fora das UTIs. O cálculo segue a Portaria nº 312 do Ministério da Saúde, o que facilita avaliações entre diferentes hospitais. Ele considera, como saídas, tanto as altas quanto os óbitos e as transferências.

Hospitais são feitos para tratar fases agudas de doenças e realizar cirurgias e exames complexos. Porém, permanecer mais tempo do que o normal internado não agrega segurança. Uma vez que o paciente está estabilizado, o ambiente hospitalar pode conferir mais riscos do que benefícios, como infecções e perda de autonomia. Além disso, longas internações sugerem falhas no processo de cuidado, como demora na análise de exames e na realização de tratamentos, e diminuem a disponibilidade de leitos.

O perfil do hospital deve ser levado em conta ao avaliar a **média de permanência geral**. Por exemplo: organizações

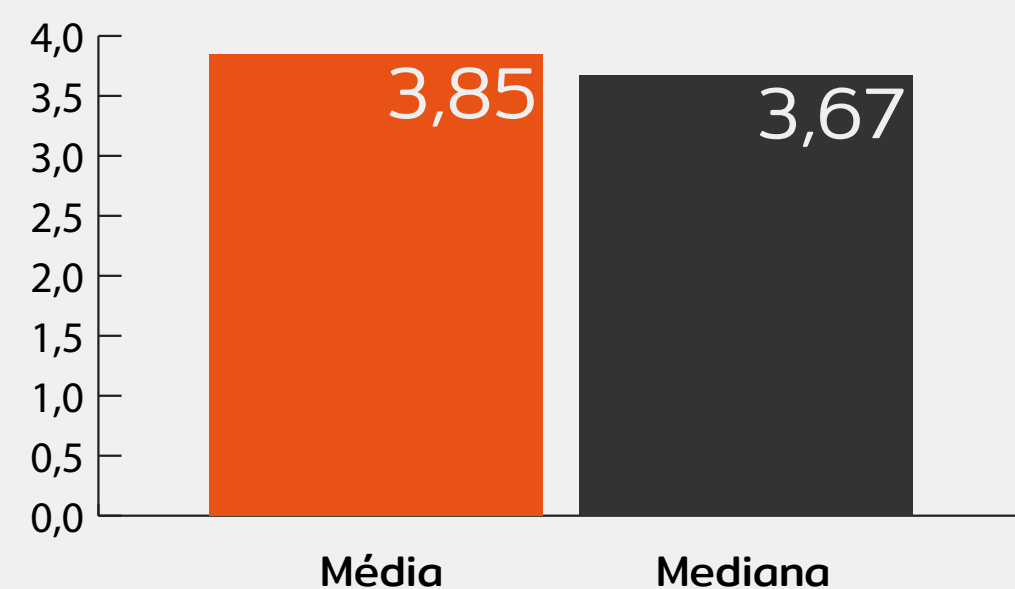
focadas em doenças crônicas, como câncer, podem apresentar números elevados pelas particularidades da enfermidade e das terapias necessárias.

Para manter uma média de permanência geral adequada, os hospitais precisam alinhar processos e o trabalho em equipe. Quando os resultados de um exame ficarem prontos, por exemplo, o profissional responsável deve ser capaz de avaliá-los e dar um retorno ao paciente rapidamente, inclusive iniciando o tratamento. Exames repetidos e falhas no processo alongam a estadia da pessoa no hospital. O Ministério da Saúde também orienta a contagem diária de pacientes e leitos, o que permite identificar fluxos represados e agir rapidamente.

O paciente pode ajudar ao informar a equipe sobre mudanças nos sintomas, doenças prévias e afins, além de solucionar todas as dúvidas sobre sua internação no hospital.

Indicador

MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM UTI

Valor geral
AhfipFórmula
de cálculo

$$= \frac{\text{Número de pacientes-dia internados na UTI no mês}}{\text{Número de saídas da UTI no mês}}$$

É similar ao indicador de permanência média geral, mas focado em pessoas internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ele traz o **número médio de dias que pacientes ocupam um leito de UTI na instituição**. É muito utilizado como uma métrica de qualidade assistencial e gestão eficiente, porque o excesso de dias nesses espaços demanda um gasto elevado de recursos e aumenta o risco de complicações, como infecções hospitalares e perda de autonomia.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) estipula que o tempo médio de permanência na UTI é de três a quatro dias. A média dos hospitais associados que participaram do **Panorama Ahfip** é de 3,85 dias. Como no indicador anterior, o perfil do hospital interfere na métrica. Organizações focadas em doenças crônicas,

por exemplo, tendem a apresentar uma média superior de permanência em UTI.

Hospitais com infraestrutura adequada, monitoramento frequente e processos ágeis tendem a melhorar esse indicador. Protocolos de transição da UTI para unidades semi-intensivas, entre outras, são importantes.

O Ministério da Saúde também orienta a contagem diária de pacientes para identificar fluxos represados e agir rapidamente.

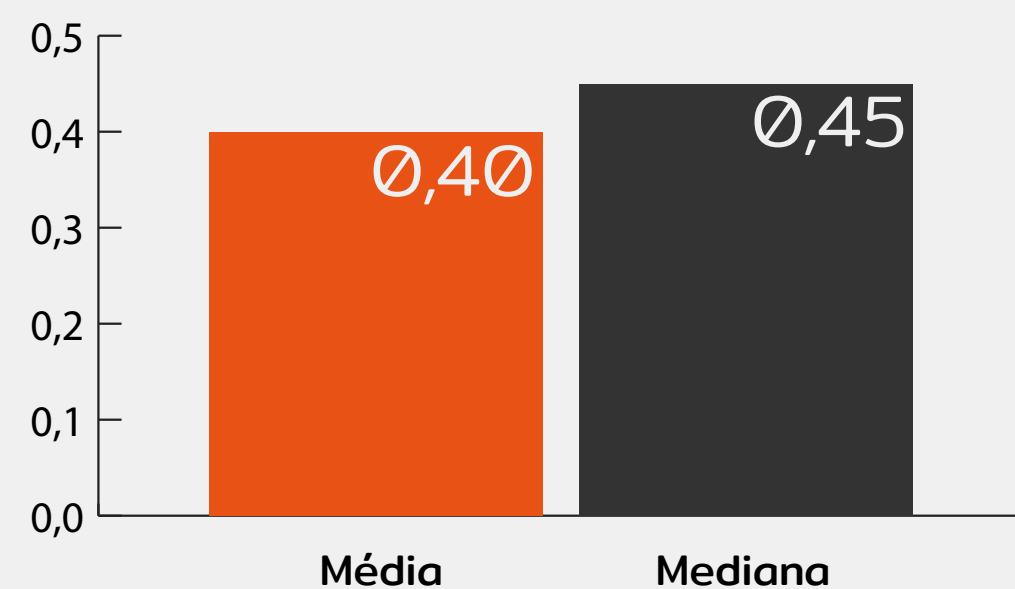
O paciente e os familiares podem ajudar ao alertarem os profissionais sobre mudanças no estado geral de saúde e seguirem as orientações para minimizar riscos de eventos adversos.

Indicador

RAZÃO DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI (SMR)



Valor geral Ahfip



Fórmula de cálculo

$$= \frac{\text{Índice de mortalidade em pacientes críticos internados na UTI}}{\text{Índice de mortalidade esperada nos mesmos pacientes}}$$

A mortalidade em uma UTI é significativamente influenciada pelo perfil de paciente e a gravidade do quadro. Instituições que recebem mais pessoas em condições extremamente críticas tendem a apresentar uma maior mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mesmo que sigam as melhores práticas assistenciais. Para facilitar comparações e fornecer uma imagem precisa da qualidade do atendimento, utiliza-se a **razão de mortalidade padronizada em UTI (ou SMR, na sigla em inglês)**. Esse índice ajusta a taxa de mortalidade para a gravidade dos pacientes, sendo que:

- **SMR = 1:** a taxa real de mortalidade da organização é exatamente a que seria esperada, com base nos fatores de risco dos pacientes.
- **SMR > 1:** ela é maior do que a esperada, o que sugere um número maior de mortes do que o normal. A princípio, é uma sinalização negativa.
- **SMR < 1:** a taxa real é menor do que a esperada, indicando, em tese, um bom cuidado.

No Panorama Ahfip, **a média geral dos hospitais associados foi de 0,4**, o que reforça a excelência do cuidado com pacientes críticos e uma boa gestão hospitalar.

Esse indicador ajuda a avaliar se uma UTI está performando de forma adequada, inclusive de acordo com cada perfil de paciente, o que impacta diretamente na sobrevivência dos pacientes. Para aprimorá-lo, os hospitais devem adotar protocolos de cuidado baseados em evidências científicas, manter uma boa infraestrutura e capacitar profissionais de saúde. Também é importante aprimorar processos de gestão e de coleta e documentação de dados, que possibilitam identificar e registrar fatores de risco dos pacientes que influenciam no tratamento.

Pacientes e familiares contribuem para a diminuição da razão de mortalidade padronizada ao fornecerem as informações solicitadas, seguirem as recomendações médicas e participarem das reuniões com a equipe profissional, onde opções de tratamento são discutidas, com seus riscos e benefícios. Além disso, manter eventuais doenças crônicas sob controle diminui a probabilidade de complicações ao ser internado na UTI, o que pode se refletir nesse indicador.

Conclusão

Independentemente do segmento, panoramas bem desenhados traçam uma visão abrangente, que revela práticas exemplares, pontos de melhoria e oportunidades. O desafio, no entanto, é delinear cenários nítidos, que não levem a conclusões equivocadas por se distanciarem da realidade.

Esta, talvez, seja a grande conquista do **Panorama Ahfip**, na área de Qualidade e Segurança em saúde. Desde o princípio, medidas foram tomadas para reduzir o risco de vieses e imprecisões que comprometessem a confiança no trabalho realizado. A coleta dos dados foi homogeneizada entre as organizações, uma auditoria externa participou de todas as etapas e validou os números apresentados, e os indicadores foram construídos de acordo com manuais internacionais. Ou seja, já em sua primeira edição, o projeto mostra com fidedignidade a qualidade do cuidado dos hospitais filantrópicos privados, a partir de indicadores pertinentes para esse tipo de análise. Além disso, em uma iniciativa pioneira, o **Panorama Ahfip** acrescentou um indicador de pertinência que permite a análise da assertividade da prática assistencial e a correta utilização de recursos. Pela importância dessa análise, está prevista a ampliação deste painel de pertinência.

Essa constatação não minimiza a satisfação ao ver os resultados em cada indicador, que estão de acordo com as melhores referências de qualidade. Para ficar em um, a razão de mortalidade padronizada em UTI indica que os hospitais

associados possuem uma taxa de mortalidade ajustada para a gravidade de cada paciente significativamente inferior ao que seria esperado. O patamar alcançado reforça o elevado padrão de qualidade dessas organizações, que, até pelo caráter filantrópico, estão sempre centradas nas melhores práticas de cuidado. E, também, cria uma base para metas futuras, que visam a melhoria contínua e a gestão de excelência.

O **Panorama Ahfip** ainda traz ensinamentos fundamentais. Além de reforçar a necessidade de uma auditoria externa, identificou a importância cada vez maior de captar e armazenar informações hospitalares com qualidade. Digitalizar e automatizar prontuários, registros e bases de dados são um grande desafio, mas que culminam em maior transparência e, com o tempo, em melhores resultados.

Cada indicador, isolado, traz uma fotografia do cuidado. Mas é quando analisados em conjunto, considerando o perfil de cada hospital, que propiciam uma visão complexa do sistema. Com o tempo, o objetivo é integrar novos indicadores - e monitorar o histórico dos existentes - para que todas as instituições avancem juntas, compartilhando boas práticas. A Ahfip acredita que, por meio da transparência e da autocrítica, é possível quebrar a lógica simplista da concorrência para pensar nas convergências que beneficiam os pacientes e o sistema de saúde.





ahfip

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS PRIVADOS

Fichas Técnicas

Indicador

Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central – UTI Adulto

Finalidade/Objetivo	<p>Acompanhar a quantidade e frequência que essas infecções acontecem na UTI é importante para traçar planos de melhoria e mitigar novas infecções. Essa infecção tem alta morbidade e mortalidade, geralmente aumenta o tempo de permanência em UTI, impactando nos custos intra-hospitalares e inferindo indiretamente a qualidade de assistência prestada ao paciente.</p> <p>Trata-se de um indicador de qualidade assistencial e medidas de prevenção são sabidamente efetivas. Cada caso de infecção leva a análise individualizada e plano de ação, com elaboração de ciclo de melhorias.</p> <p>Estabelecer estratégias de prevenção relacionadas aos cuidados durante a inserção e manutenção dos dispositivos invasivos. Procurar sempre as melhores tecnologias e materiais e assegurar o treinamento de toda a equipe assistencial, mantendo as melhores práticas e o cuidado cada vez mais seguro.</p>
Crítérios de inclusão	Paciente em uso de cateter venoso central por mais de 2 dias (D1 o dia da instalação independente do horário de inserção), na data da Infecção o paciente ainda estar com cateter ou remoção no dia anterior e não ter outro foco infeccioso identificado que justifique os achados clínicos ou laboratoriais. Em caso de hemocultura com agentes contaminantes comuns de pele é necessária a presença de febre > 38°C, calafrios ou hipotensão e O2 ou mais hemoculturas positivas, com o mesmo agente contaminante (SCN, Corynebacterium spp, Propionibacterium spp). Para essa amostra será definido todos os pacientes internados na UTI Adulto (pacientes na faixa etária, que cada hospital define como adulto).
Crítérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> -Presença de outro foco infeccioso identificado que justifique os sinais clínicos e laboratoriais. -Caso de hemocultura com agentes contaminantes comuns de pele com única amostra positiva. -Contaminação laboratorial evidentes (ex.: crescimento tardio de microorganismo comensal sem correlação clínica).
Fórmula de cálculo	$(\text{Número de casos de infecção} / \text{Número de pacientes-dia com cateteres venosos centrais}) \times 1000$
Unidade de Medida	Por mil cateteres/dia
Origem do dado	<ul style="list-style-type: none"> -Número de casos de IPCS-CVC: busca ativa pela equipe e SCIRAS e resultados do do laboratório de microbiologia. -Número de cateteres venosos centrais-dia: relatórios extraídos dos prontuários eletrônicos.
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	a ser definida pelo grupo
Justificativa	Este é um indicador de qualidade assistencial. As medidas de prevenção são comprovadamente eficazes. Cada caso identificado é submetido a análise individualizada, com elaboração de plano de ação e implementação de ciclos de melhoria contínua.
Referências	ANVISA (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025), CVE-SP (Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral 2025), CDC (Centers for Disease Control and Prevention) sobre Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (CLABSI)

Indicador

Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em Cirurgia Limpa

Finalidade/Objetivo	<p>Acompanhar a quantidade e frequência que essas infecções acontecem no hospital é fundamental para a avaliação da qualidade da assistência em saúde e para a prevenção de complicações pós-operatórias. A ocorrência de ISC aumenta os custos intra-hospitalares e infere indiretamente a qualidade de assistência prestada ao paciente. O monitoramento dessa taxa permite identificar áreas de melhoria nos protocolos de prevenção e controle de infecções.</p> <p>A análise da taxa de ISC permite identificar padrões e áreas específicas onde as infecções estão ocorrendo com maior frequência - cada caso de infecção leva a análise individualizada e plano de ação, com elaboração de ciclo de melhorias.</p> <p>Estabelecer estratégias de prevenção relacionadas aos cuidados pré-operatórios, durante a cirurgia e pós-cirúrgicos. Procurar sempre as melhores tecnologias e materiais e assegurar o treinamento de toda a equipe assistencial, mantendo as melhores práticas e o cuidado cada vez mais seguro.</p>
Critérios de inclusão	Infecções de sítio cirúrgico em cirurgias caracterizadas como limpas que ocorrem no período até 30 dias após o procedimento cirúrgico e 90 dias após procedimentos com implantes de prótese, revascularização do miocárdio, derivações fechadas em SNC e Cirurgias de cataratas.
Critérios de exclusão	Infecções que detectadas após > de 30 dias do procedimento cirúrgico ou > 90 dias em cirurgias com próteses, derivações internas SNC, revascularização do miocárdio, cirurgias e catarata, e cirurgias não limpas.
Fórmula de cálculo	Taxa de ISC = (Número de ISC em cirurgias limpas / Número total de cirurgias limpas) X 100
Unidade de Medida	Porcentagem (%)
Origem do dado	<ul style="list-style-type: none"> -Número de casos de ISC: busca ativa pela equipe e SCIRAS e resultados do laboratório de microbiologia. -Número de cirurgias limpas realizadas na instituição em centro cirúrgico/mês. -Relatórios extraídos dos prontuários eletrônicos.
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	A ser definida pelo grupo
Justificativa	Este é um indicador de qualidade assistencial. As medidas de prevenção são comprovadamente eficazes. Cada caso identificado é submetido a análise individualizada, com elaboração de plano de ação e implementação de ciclos de melhoria contínua.
Referências	ANVISA (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025), CVE-SP (Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral 2025), CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

Indicador

Densidade de Incidência de Lesão por Pressão ≥ 2 adquirida no hospital (em adultos)

Finalidade/Objetivo	<p>Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.</p> <p>Definições adicionais: -Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. -Lesão por Pressão em Membranas Mucosas A Lesão por Pressão em Membranas Mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.</p> <p>O uso deste indicador permite que as instituições monitorem periodicamente este desfecho para o paciente e analisem criticamente os processos institucionais. Atenção aos fatores de risco e a implementação de medidas de prevenção / tratamento reduzirão a ocorrência de novas úlceras por pressão e evitarão a piora das existentes.</p> <p>Premissas/Limitações: - Lesões com curativos ou sob dispositivos, que não podem ser removidos no momento da inspeção da pele, e o estágio da lesão não está documentado no prontuário do paciente.</p>
Critérios de inclusão	<p>Novos casos de pacientes adultos (pacientes na faixa etária, que cada hospital define como adulto), com lesão por pressão adquirida no hospital (lesões descobertas ou documentadas após as primeiras 24 horas desde a admissão do paciente internado). Devem ser contados apenas os pacientes e não as lesões, ou seja, se um paciente apresentou mais de uma lesão ele deve ser contado apenas uma vez.</p> <p>Lesão por Pressão Estágio 2: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme Lesão por Pressão Estágio 3: perda da pele em sua espessura total Lesão por pressão Estágio 4: perda da pele em sua espessura total e perda tissular Lesão por Pressão Não Classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece</p>
Critérios de exclusão	<p>Pacientes admitidos com lesão por pressão Lesões identificadas com tempo < 24h de internação, lesão por pressão grau <2, pacientes pediátricos (de acordo com a faixa etária definida em cada hospital) Lesão por Pressão Estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece Lesões Não Classificáveis: lesões com curativos ou sob dispositivos, que não podem ser removidos no momento da inspeção da pele, e o estágio da lesão não está documentado no prontuário do paciente. Feridas não causadas por pressão, como: dermatite associada à incontinência, úlceras arteriais, venosas, diabéticas, skin tear e queimaduras</p>
Fórmula de cálculo	<p>(Número total de pacientes adultos [pacientes na faixa etária, que cada hospital define como adulto] com lesão por pressão NOVA em Estágio 2 ou acima adquirida no hospital no mês vigente / Número de pacientes-dia adultos) X 1000</p>
Unidade de Medida	Por mil pacientes/dia
Origem do dado	"Numerador: sistema de notificações de incidentes da instituição Denominador: sistema estatístico da instituição"
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	A ser definida pelo grupo
Justificativa	Este é um indicador de qualidade assistencial. As medidas de prevenção são comprovadamente eficazes. Cada caso identificado é submetido a análise individualizada, com elaboração de plano de ação e implementação de ciclos de melhoria contínua.
Referências	<ol style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - 2013 ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares - Manual de Indicadores - SINHA - Anahp. São Paulo, 2023

Indicador

Densidade de Incidência de Quedas com Dano em Pacientes Internados

Finalidade/Objetivo	Reduzir danos decorrentes de quedas Os eventos relacionados a quedas preocupam cada dia mais as organizações de saúde. Desde 2019, representam o evento sentinela mais frequentemente reportado por hospitais acreditados pela Joint Commission International (JCI), a principal acreditadora de qualidade de serviços de saúde do mundo. Os impactos negativos de sua ocorrência incluem os danos aos pacientes que muitas vezes resultam em agravamento do quadro de saúde inicial com necessidade de prolongamento do tempo de internação, sofrimento psicológico, necessidade de cirurgia e, em alguns casos, óbito. Adicionalmente podem resultar em aumento dos custos assistenciais, além das implicações éticas e legais para os serviços e profissionais de saúde.
Critérios de inclusão	Quedas de pacientes adulto (pacientes na faixa etária, que cada hospital define como adulto), que ocorrem durante o período de internação
Critérios de exclusão	Pacientes externos, ambulatoriais, PS, Pediatria (pacientes na faixa etária, que cada hospital define como pediátrico), acompanhantes, visitantes e transeuntes
Fórmula de cálculo	$(\text{Número total de quedas com dano [leve, moderado, grave, catastrófico]} \text{ em pacientes internados no mês} / \text{Número de pacientes-dia no mesmo período}) \times 1000$
Unidade de Medida	Por mil pacientes/dia
Origem do dado	-Número de quedas: relatório do sistema de notificação de ocorrências -Número de pacientes-dia: BI institucional
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	a ser definida pelo grupo
Justificativa	A redução de danos decorrentes de queda deve ser um objetivo de organizações que buscam a eliminação de danos evitáveis aos pacientes sob seus cuidados, e este é um importante indicador de acompanhamento da efetividade das ações de prevenção instituídas.
Referências	Manual de Indicadores JCI, NDNQI

Indicador

Média de Permanência geral

Finalidade/Objetivo	Monitorar a eficiência do uso de leitos hospitalares, apoiar a gestão da capacidade assistencial e reduzir riscos de complicações relacionadas a longas internações, como infecções hospitalares O resultado esperado é dependente do grau de complexidade dos pacientes atendidos na instituição. Segundo o manual SINHA da ANAHP, cuja referência é a diretriz da ANS de 2013, para hospitais de porte I - 2 a 3 dias; porte II - 3 a 4 dias e porte III e IV - 4 a 5 dias
Critérios de inclusão	Considerar no numerador todos os pacientes internados na instituição no momento 00:00h - Definição preconizada pela portaria nº312/2002 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002)
Critérios de exclusão	Excluir no denominador saídas de hospital no dia (pacientes e entram e saem no mesmo dia)
Fórmula de cálculo	Total de paciente-dia no mês [soma do número de pacientes internados em cada dia do período] / Total de saídas hospitalares no mês [altas, óbitos e transferências]
Unidade de Medida	Número absoluto
Origem do dado	Sistema de gestão da instituição
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	A ser definida pelo grupo
Justificativa	Monitorar a qualidade da assistência
Referências	ANAHP, ANS, 2013

Indicador

Média de Permanência em UTI

Finalidade/Objetivo	Avaliar a eficiência do uso dos leitos de UTI, apoiar a gestão hospitalar e minimizar os riscos associados à permanência prolongada, como infecções e complicações relacionadas à assistência. O resultado esperado é dependente do grau de complexidade dos pacientes atendidos na UTI da instituição. Segundo o manual SINHA da ANAHP, cuja referência é a diretriz da ANS de 2013, para hospitais de porte I - 2 a 3 dias; porte II - 3 a 4 dias e porte III e IV - 4 a 5 dias.
Critérios de inclusão	Considerar no numerador todos os pacientes internados na UTI no momento 00:00h - definição preconizada pela portaria nº312/2002 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002). Para essa amostra será definido todos os pacientes internados na UTI Adulto (pacientes na faixa etária, que cada hospital define como adulto)
Critérios de exclusão	Transferências de leito dentro da própria UTI ou entre UTIs no mesmo hospital
Fórmula de cálculo	Total de paciente-dia da UTI Adulto no mês [soma do número de pacientes internados em cada dia] / Total de saídas da UTI Adulto no mês [altas, óbitos, transferências internas para outras unidades e transferências externas]
Unidade de Medida	Número absoluto
Origem do dado	Serviço de Arquivo Médico e Estatística Hospitalar
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	A ser definida pelo grupo
Justificativa	Monitorar a qualidade da assistência
Referências	ANAHP, ANS, 2013; Portaria nº312/2002 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002)

Indicador

SMR – Razão de Mortalidade Padronizada em UTI

Finalidade/Objetivo	<p>Mensurar a qualidade da assistência prestada, monitorar a segurança do paciente e auxiliar no planejamento e gestão da saúde, porporcionando melhorias, treinamentos de equipe e alocação de recursos. A taxa é ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como, dados demográficos dos pacientes, diagnósticos, condições em que o paciente chegou ao hospital.</p> <p>Escores prognósticos analisam a gravidade do paciente no momento da sua admissão no ambiente da unidade intensiva, e seu uso corriqueiro ajuda na avaliação clínica do paciente individualmente.</p> <p>O resultado deve ser inferior a 1. Uma razão próxima de 1 (um) indica que a mortalidade observada corresponde à esperada; uma razão menor que 1 (um) indica que a mortalidade foi menor que a esperada (eficácia clínica) e uma razão maior que 1 (um) sugere que há um excesso de mortalidade em relação ao estimado.</p> <p>-Premissas/Limitações: O índice de mortalidade esperada para a população de pacientes assistidos na unidade, ajustado pelo SAPS 3, é calculado pelo sistema EPIMED, a partir das informações individualizadas de cada paciente, inseridas no sistema.</p>
Crítérios de inclusão	Todas as saídas (altas, óbitos e transferências) de pacientes da UTI Adulto (pacientes na faixa etária, que cada hospital define como adulto)
Crítérios de exclusão	Transferências de leito dentro da própria UTI ou entre UTIs no mesmo hospital
Fórmula de cálculo	$\text{Índice de mortalidade observada nos pacientes internados em UTI} / \text{Índice de mortalidade esperada nos pacientes internados na UTI segundo SAPS III}$
Unidade de Medida	Número
Origem do dado	Serviço de Arquivo Médico e Estatística Hospitalar; EPIMED
Periodicidade de Medida	Mensal
Meta	A ser definida pelo grupo
Justificativa	Monitorar a qualidade da assistência
Referências	EPIMED; SAPS 3

Lista de Associados

Lista de Associados

A.C.Camargo Cancer Center



Desde sua fundação, há mais de 70 anos, o A.C.Camargo tem como propósito cuidar das pessoas e ampliar o acesso ao tratamento do câncer no Brasil. Referência internacional em oncologia, atua de forma integrada em prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Com um modelo assistencial e resultados iguais ou superiores aos dos principais centros oncológicos do mundo, integra assistência de excelência, geração de conhecimento científico e formação de profissionais especializados. Ao todo, são 5 mil profissionais, entre eles mais de 700 médicos de seu corpo clínico fechado, dedicados e especializados no cuidado com pacientes oncológicos. Pioneiro na implementação de conceitos como Gestão de Alto Desempenho e Saúde Baseada em Valor, o Cancer Center também possui uma robusta frente de Impacto Social de alcance nacional, em que atua em parceria com o CONASEMS para a formação de mais de 500 mil agentes comunitários de saúde em todo o Brasil. Também é responsável por conduzir o projeto Missão A.C.Camargo em parceria com municípios de todo o País, oferecendo suporte para as secretarias de saúde desenvolverem programas de rastreamento e prevenção do câncer. Desde maio de 2025, é uma instituição de reconhecida excelência no PROADI-SUS.

DADOS E INDICADORES 2025

-  Associado desde **2024**
-  Fundação **1953**
-  Leitos **391**
-  Leitos de UTI **53**
-  Atendimentos em PA/ano **20.940**
-  Publicações científicas **292**



AACD



Referência em ortopedia, neuro-ortopedia e na reabilitação de pessoas com mobilidade reduzida permanente ou temporária, a AACD realiza por ano mais de 900 mil atendimentos. Com infraestrutura completa, equipe multidisciplinar e corpo clínico especializado, é composta por um Hospital Ortopédico, sete Centros de Reabilitação e cinco Oficinas para entrega de serviços e produtos ortopédicos sob medida.

O Hospital Ortopédico AACD possui 140 leitos, sendo 20 de UTI, 14 salas cirúrgicas com 16 leitos de Recuperação Anestésica. Realiza cerca de 8 mil cirurgias por ano, com especialistas em coluna vertebral, joelho, mão, ombro, quadril, pé, dentre outros. O Hospital possui Centros de Referência em Escoliose e em Ortopedia Pediátrica, sendo destaque nacional nas duas áreas. A qualidade do trabalho é reconhecida por creditações internacionais: Qmentum - Nível Diamante (Canadá), que assegura o padrão mais alto de segurança do paciente, e Planetree - Nível Ouro (EUA), que atesta a excelência máxima no atendimento humanizado.

DADOS E INDICADORES 2025

-  Associado desde **2025**
-  Fundação **1950**
-  Leitos **120**
-  Leitos de UTI **20**
-  Atendimentos em PA/ano **-**
-  Publicações científicas **40**

Lista de Associados



BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo



A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Um dos mais relevantes hubs de saúde da América Latina, a BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo conta com cerca de 7 mil colaboradores e 4 mil médicos. A instituição integra o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde, contribuindo de forma estruturante para o fortalecimento do sistema público de saúde por meio de projetos assistenciais, de gestão, ensino e pesquisa. Seus serviços são organizados em um ecossistema integrado de marcas, com o Hospital BP - referência em casos de alta complexidade, pronto-socorro geral e corpo clínico altamente especializado, e o BP Mirante - hospital premium com foco em pronto atendimento privado, hotelaria personalizada e cuidado integral ao paciente. Também atua nas áreas de diagnóstico e cuidado continuado por meio da BP Medicina Diagnóstica - centro completo de exames laboratoriais, de imagem e métodos gráficos, e da BP Vital - rede de clínicas ambulatoriais integradas aos demais serviços da instituição. No campo da formação educacional e do conhecimento atua por meio da BP Educação e Pesquisa, e lançou a Faculdade BP - iniciativa dedicada ao ensino superior em saúde, com foco inicial em pós-graduações e cursos de curta duração, integrando formação acadêmica, prática em ambientes hospitalares de alta complexidade e inovação aplicada.

DADOS E INDICADORES 2025



-  Associado desde **2024**
-  Fundação **1859**
-  Leitos **721**
-  Leitos de UTI **166**
-  Atendimentos em PA/ano **144.825**
-  Publicações científicas **170**

Hcor



O Hcor atua em mais de 50 especialidades médicas, entre elas Cardiologia, Oncologia, Neurologia e Ortopedia, além de oferecer um centro próprio de Medicina Diagnóstica. Possui Acreditação pela Joint Commission International (JCI) e diversas certificações nacionais e internacionais. Desde 2008, é parceiro do Ministério da Saúde no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), o que proporciona que seu impacto em saúde esteja presente em todas as regiões do País. Instituição filantrópica, o Hcor iniciou suas atividades em 1976, tendo como mantenedora a centenária Associação Beneficente Síria, que também conduz projetos gratuitos de saúde para população em situação de vulnerabilidade. Além do escopo médico-assistencial, o hospital conta com um Instituto de Pesquisa, reconhecido internacionalmente, que coordena estudos clínicos multicêntricos com publicações nos mais conceituados periódicos científicos. Conjuntamente, capacita milhares de profissionais anualmente por meio do Hcor Academy com seus cursos de pós-graduação, cursos de atualização e programas de residência e aprimoramento médico. E com o 'Hcor Consultoria e Gestão' oferece soluções personalizadas, com diagnóstico e metodologia focada em alta performance, para negócios em saúde.

DADOS E INDICADORES 2025

-  Associado desde **2025**
-  Fundação **1976**
-  Leitos **305**
-  Leitos de UTI **60**
-  Atendimentos em PA/ano **54.744**
-  Publicações científicas **170**

Lista de Associados


Hospital Alemão Oswaldo Cruz



O Hospital Alemão Oswaldo Cruz é um hospital de grande porte, referência em alta complexidade e confiabilidade. Uma instituição de 128 anos sólida, dinâmica e determinada a inovar e contribuir com o desenvolvimento da saúde. Sua excelência é resultado da dedicação, prontidão e empatia no cuidado e na incansável busca pela melhor experiência e resultado para seus pacientes, com qualidade e segurança certificados internacionalmente pela Joint Commission International (JCI).

Contam com corpo clínico diversificado e renomado, além de um modelo assistencial próprio, que coloca o paciente e familiares no centro do cuidado. Seu protagonismo no desenvolvimento da saúde é sustentado por três pilares estratégicos: Saúde Privada; Educação, Pesquisa, Inovação e Saúde Digital; Sustentabilidade e Responsabilidade Social.

DADOS E INDICADORES 2025

-  Associado desde **2024**
-  Fundação **1897**
-  Leitos **315**
-  Leitos de UTI **44**
-  Atendimentos em PA/ano **82.642**
-  Publicações científicas **146**



Hospital Moinhos de Vento (RS)

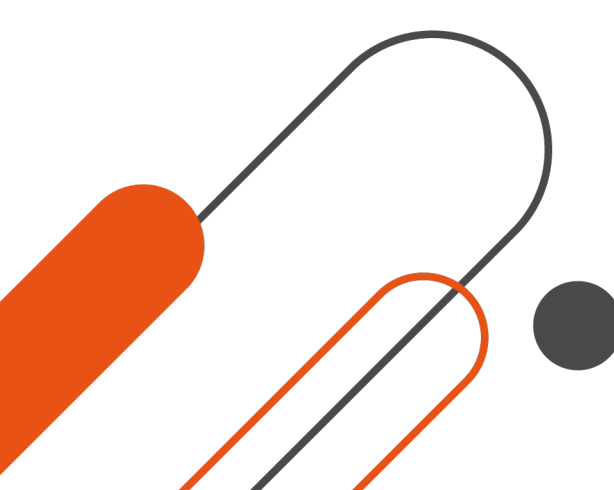


Com o propósito de Cuidar das Pessoas, integrando assistência, pesquisa e educação, o Hospital Moinhos de Vento, fundado em 1927, foi o segundo hospital do País acreditado pela Joint Commission International (JCI), sendo reacreditado pela oitava vez consecutiva em 2023.

Possui um dos parques robóticos multiplataforma mais diversificados da América Latina. É referência nacional em práticas sustentáveis no setor hospitalar, sendo a primeira instituição do Brasil a construir, em seu complexo, uma Central de Transformação de Resíduos. É um dos sete de referência do Brasil segundo o Ministério da Saúde e o único fora do eixo-SP a integrar o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

DADOS E INDICADORES 2025

-  Associado desde **2025**
-  Fundação **1927**
-  Leitos **538**
-  Leitos de UTI **125**
-  Atendimentos em PA/ano **103.716**
-  Publicações científicas **262**



Lista de Associados

Hospital Santa Izabel (BA)

Hospital
SANTA IZABEL 

O Hospital Santa Izabel (HSI), da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, é uma renomada e tradicional instituição de saúde do Brasil, com mais de quatro séculos de história dedicados ao cuidado com a vida. Reconhecido pela segurança assistencial, o hospital alia inovação tecnológica, avanço contínuo e prática médica baseada em evidências para oferecer atendimento seguro, humanizado e de alta complexidade. Referência nacional em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, o Santa Izabel conta com corpo clínico qualificado, infraestrutura moderna e centros especializados voltados ao diagnóstico e tratamento especializado. A Instituição também desempenha papel estratégico na formação de profissionais de saúde e no desenvolvimento científico, mantendo programas de ensino, pesquisa e inovação que colaborem para o avanço da medicina e para a qualificação permanente da assistência. Combinando experiência, tecnologia e compromisso social, o Hospital Santa Izabel reafirma diariamente sua missão de cuidar das pessoas com excelência, ética e responsabilidade, contribuindo para o fortalecimento do sistema de saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população.

DADOS E INDICADORES 2025



	Associado desde 2024
	Fundação 1893
	Leitos 410
	Leitos de UTI 76
	Atendimentos em PA/ano 85.370
	Publicações científicas 159

Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo

HOSPITAL
SÃO CAMILO 

No Brasil desde 1922, a São Camilo pertence à Ordem dos Ministros dos Enfermos, fundada por São Camilo de Lellis. Além de hospitais, conta com Centros de Educação Infantil, Colégios e Centros Universitários. As Unidades Pompeia, Santana e Ipiranga fazem parte da Rede de Hospitais de São Paulo, que prestam atendimentos em mais de 60 especialidades e cirurgias de alta complexidade em neurologia, cardiologia, transplantes de fígado e musculoesquelético, cirurgias robótica e bariátrica. Por meio da atuação filantrópica, apoiam na manutenção das atividades de vários hospitais administrados pela São Camilo no Brasil com atendimento ao SUS. A Rede de Hospital São Camilo de São Paulo possui Centro de Oncologia e de Hematologia (Transplantes de Medula Óssea) e tratamento com CAR-T-CELL. Referência em urgência e emergência, conta com PS Adulto, Infantil e 60+. Possui a Certificação em nível Diamante da Qmentum Internacional, o Selo Amigo do Idoso e as Certificações PALC e ABHH.

DADOS E INDICADORES 2025

	Associado desde 2025
	Fundação 1960
	Leitos 620
	Leitos de UTI 150
	Atendimentos em PA/ano 520.000
	Publicações científicas -



Lista de Associados

Hospital Sírio-Libanês



A Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, instituição filantrópica que completou 100 anos em 2021, atua diariamente para oferecer e compartilhar com a sociedade uma assistência médico-hospitalar de excelência, com atendimento humanizado e individualizado em mais de 60 especialidades. Desde 2007, é reconhecida pela Joint Commission International (JCI), principal órgão mundial em qualidade e segurança hospitalar, e é a única instituição no Brasil a possuir também a acreditação da JCI em Atenção Primária à Saúde. Por meio da Faculdade Sírio-Libanês, contribui para a formação de profissionais de saúde éticos e preparados para atuar com base em boas práticas, além de fomentar o desenvolvimento científico com estudos e pesquisas nacionais e internacionais. A Instituição oferece graduação, pós-graduação lato sensu e stricto sensu, residências médicas e multiprofissionais, cursos de atualização, estágios, seminários e reuniões científicas. O Sírio-Libanês foi pioneiro na criação de programas de Saúde Populacional, que reúnem empresas, operadoras e equipes de Atenção Primária no cuidado contínuo e qualificado, apoiando a gestão do benefício do plano de saúde e promovendo qualidade de vida e produtividade. Atualmente, está presente com dois hospitais e cinco unidades em São Paulo e Brasília.

DADOS E INDICADORES 2025

	Associado desde 2024
	Fundação 1921
	Leitos 587
	Leitos de UTI 84
	Atendimentos em PA/ano 128.059
	Publicações científicas 435

Sabará Hospital Infantil



O Sabará Hospital Infantil tem mais de 60 anos de história e é referência em saúde infantojuvenil no País, sendo um dos primeiros hospitais exclusivamente pediátricos do Brasil a conquistar a acreditação pela Joint Commission International (JCI) desde 2013. Conta com uma equipe multiprofissional altamente qualificada, preparada para atender desde casos simples até os mais raros e complexos na pediatria. Instituição sem fins lucrativos, o Hospital Sabará direciona seus resultados para a Fundação José Luiz Setúbal, que por meio da filantropia os transforma em impacto social para a infância com ensino, pesquisas científicas nas áreas de saúde infantil, ciências sociais e práticas filantrópicas.

DADOS E INDICADORES 2025

	Associado desde 2025
	Fundação 1962
	Leitos 187
	Leitos de UTI 64
	Atendimentos em PA/ano 78.269
	Publicações científicas 28

Informações corporativas

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

José Marcelo de Oliveira

Presidente do Conselho da Ahfip
CEO do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Denise Santos

CEO da BP - A Beneficência Portuguesa
de São Paulo

Julio Vieira

CEO do Hcor

Mohamed Parrini

CEO do Hospital Moinhos de Vento

Fabio Fossen

Diretor Geral Executivo do Hospital Sírio-
Libanês

Victor Piana

CEO do A.C.Camargo Cancer Center

CEO

Wilson Pedreira

CEO da Ahfip

ENDEREÇO

**Ahfip – Associação do Hospitais
Filantrópicos Privados**

Alameda Santos, 200 - cj 501

Jardins

São Paulo/SP – Brasil

CEP: 01418-000

ahfip@ahfip.org.br

EXPEDIENTE

COORDENAÇÃO EDITORIAL

**Alinne Torre, Mariana Bertolini,
Paulo Figueiredo e Tatiane Generali**
A4&Holofote Comunicação

CONSELHO EDITORIAL

Wilson Pedreira
CEO da Ahfip

Sandra Cristine

Gerente de Qualidade, Gestão de Risco
Assistencial e Same do A.C.Camargo
Cancer Center e líder do GT de Qualidade
e Segurança da Ahfip

REDAÇÃO

Theo Ruprecht
Síntese Jornalismo

REVISÃO

Mariana Bertolini e Tatiane Generali
A4&Holofote Comunicação

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Eder Franco
Pixeldog Estúdio Criativo

FOTOGRAFIAS / IMAGENS (ACERVO)

Acervo Ahfip, Shutterstock

COLABORAÇÃO

Elaborado com a contribuição e o
comprometimento dos profissionais
dos hospitais associados que
participam do GT de Qualidade e
Segurança da Ahfip: Alessandra
Fátima de Sousa, Aline Brenner,
Antonio Antonietto, Bárbara Sobral,
Carla Ledo, Carol Satie Saito, Cibele
Quaranta, Fábio Gomes, Felipe
Duarte Silva, Francisco Junior,
Ivan França, Juliana Silveira, Luiz
Francisco Cardoso, Narjara Andrade,
Rosangela Novembre, Sabrina Nery,
Sandra Cristine, Soraia Accioly e Vera
Borrasca.

A network diagram with several nodes connected by lines. Some nodes contain icons of three people. A magnifying glass is positioned over the center of the diagram. The background is a solid orange color with a subtle geometric pattern.

PANORAMA AHFIP

ahfip

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS PRIVADOS